

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ
ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΔΟΥ ΣΤΕΦΑΝΟΥ ΓΛΟΥ ΜΑΡΙΝΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής	Καθηγητής	Γιώργος Πιερράκος	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
--------------------------------	------------------	------------------------------	-----------------

Μέλος	Καθηγητής	Μάρκος Σαρρής	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
--------------	------------------	--------------------------	-----------------

Μέλος	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	Ασπασία Γούλα	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
--------------	------------------------------------	--------------------------	-----------------

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

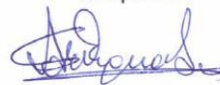
Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ ΣΤΕΦΑΝΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΝΑ του ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ με αριθμό μητρώου 19085 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ του Τμήματος ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ της Σχολής ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ 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 01/07/2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



Περίληψη

Για να αντιληφθούμε τι είναι Διαχείριση Ποιότητας, έγινε μια προσπάθεια να αντιληφθούμε τι είναι ποιότητα στην καθημερινή ζωή, και τι Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας ιδιαίτερα μέσα σε έναν υγειονομικό Οργανισμό. Ποιες οι ασφαλιστικές δικλίδες ώστε ο οργανισμός να εξασφαλίσει την Ποιότητας και επομένως την ικανοποίηση των πελατών εξωτερικών εσωτερικών.

Η υγεία είναι ένα πολύτιμο αγαθό και θα πρέπει να υπάρχει ίση πρόσβαση σε όλα τα συστήματα υγείας χωρίς να γίνονται διακρίσεις. Σύστημα υγείας ορίζεται ένα σύνολο υγειονομικών μονάδων στις οποίες πρέπει να έχουν συνεχή συνεργασία προς όφελος των πελατών (για καλύτερη εξυπηρέτηση).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι μέρος του συστήματος και αποτελεί βασικό Πυλώνα όλων των συστημάτων υγείας. Καθώς συνιστά την πρώτη επαφή του πολίτη με τις μονάδες υγείας, παρέχει το πρώτο στάδιο αντιμετώπισης και θεραπείας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη.

Για να μπορέσει όμως ένα σύστημα υγείας να ανεπτύχθη χρειάζεται διαμόρφωση στρατηγικής. Η Διαμόρφωση Στρατηγικής βασίζεται στη εκτενή ανάλυση των εσωτερικών πόρων και εξωτερικών ευκαιριών και απειλών και αποτελεί το αποτέλεσμα μιας ορθολογικής και μεθοδικής διαδικασίας σχεδιασμού.

Στην Ευρώπη η Π.Φ.Υ έχει τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία σε όλα τα κράτη μέλη. Η διαμόρφωση της πολιτικής για την Π.Φ.Υ εξαρτάται από την κουλτούρα και τις ανάγκες κάθε χώρας. Στην χώρα μας παρ' όλες τις προσπάθειες που έγιναν χρήζει περαιτέρω βελτίωση

Λέξεις –Κλειδιά

Διαχείριση Ποιότητας, Αξιολόγηση, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Δείκτες, Ποιότητας,

Abstract

In order to understand what quality management is, an attempt was made to understand what quality is in everyday life, and what overall quality management is, particularly, in a health organization. What are the safeguards to ensure the quality of the organization and therefore the satisfaction of external and internal customers?

Health is a valuable asset and all health systems should be equally accessible without discrimination. A health care system is defined as a set of health units in which they must cooperate continuously for the benefit of customers (for better service).

Primary Health Care is part of the system and is a key pillar of all health systems. As it recommends the citizen's first contact with health units, it provides the first stage of treatment and cure and plays an important role in prevention.

However, if a health system is to be developed, a strategy needs to be designed. The Strategy Formulation is based on a comprehensive analysis of internal resources and external opportunities and threats and is the result of a rational and methodical planning process.

In Europe, Primary Health Care has strengths and weaknesses in all member States. The formulation of policy for Primary Health Care depends on the culture and needs of each country. In our country, despite all the efforts made, further improvement is needed.

keywords

Quality management, Rating, Primary Health care, Indicators, Quality

*Αφιερώνω την μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία μου, στον πατέρα και την μητέρα
μου που βρίσκονται στην γείτονα των αγγέλων*

Ευχαριστίες

Ο τίτλος της παρούσας διπλωματικής είναι διαχείριση ποιότητας: αξιολόγηση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα με την αξιοποίηση δεικτών ποιότητας, η οποία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού Διαχείριση Υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας Κύριο Πιερράκο Γεώργιο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε με την ανάθεση της εργασίας. Κυρίως τον ευχαριστώ διότι μέσα από την πολυδιάστατη επιστημονική του σκέψη και την επιστημονική καθοδήγηση, συνέβαλε στον εμπλουτισμό των γνώσεων μου και την διαμόρφωση τεκμηριωμένης αντίληψης, αποκτώντας μια ολοκληρωμένη άποψη ως προς το γνωστικό πεδίο της ποιοτικής αξιολόγησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Συντονιστή Διευθυντή της Ορθοπαιδικής κλινικής του Γ. Ν. Π «ΤΖΑΝΕΙΟ» Δρ. Θεόδωρο Γρίβα διότι με την Επιστημονική συγκρότηση και την Εμπειρία στην άσκηση του Ιατρικού επαγγέλματος στην Δημόσια Υγεία, συνέβαλε στην επισήμανση των καλών πρακτικών στην φροντίδα υγείας.

Πίνακας Περιεχομένων	1
Κατάλογος Πινάκων& Κατάλογος Σχημάτων	6
Κατάλογος Ακρωνύμων	7
Εισαγωγή	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	Προσδιορισμός της έννοιας της Ποιότητας	11
1.2	Ορισμοί Ποιότητας	14
1.3	Κατανοώντας την Ποιότητα	15
1.4	Η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	18
1.5	Έλεγχος Ποιότητας και Διασφάλιση Ποιότητας	19
1.6	Πρότυπα και Προδιαγραφές	20
1.7	Έλεγχος Ολικής Ποιότητας και Διαχείριση Ολικής Ποιότητας	21
1.8	Ποιότητα και Συστήματα	21
1.9	Ποιότητα και Διεργασίες	22
1.10	Ποιότητα και οργανισμοί παροχής υπηρεσιών	23
1.11	Υποδομές Ποιότητας	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1	Πιστοποίηση του συστήματος ποιότητας	26
2.2	Ιστορική εξέλιξη των προτύπων – η τυποποίηση στην ΑρχαίαΕλλάδα- μια Πανάρχαια παράδοση	28
2.3	Ποιος είναι ο οργανισμόςISO	29
2.4	Τα Πρότυπα στη σύγχρονη εποχή	30
2.5	Ο σκοπός των Προτύπων	31
2.6	Το μοντέλο «αριστείας» του EFQM ένα διαγνωστικό εργαλείο	32
2.7	Η Αυτοαξιολόγηση	33
2.8	Αυτοαξιολόγησης και Εναρμόνιση	34
2.9	Ο ορισμός της Αυτοαξιολόγηση από το EFQM	35
2.10	Οφέλη Αυτοαξιολόγησης	35

2.11	Αυτοαξιολόγηση και Διοίκηση	36
2.12	Διεξαγωγή Αυτοαξιολόγησης	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1	Εισαγωγή της Ποιότητας στην Υγεία	42
3.2	Ποιότητα και Υγειονομική Περίθαλψη	43
3.3	Αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Υγεία	44
3.3.1	Εστίαση στον Πελάτη	44
3.3.2	Ηγεσία	48
3.3.3	Συμμετοχή των εμπλεκομένων	52
3.3.4	Προσέγγιση ως Διεργασίας	53
3.3.5	Συστημική Προσέγγιση στη Διοίκηση	54
3.3.6	Συνεχής Βελτίωση	56
3.3.7	Προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων βάση γεγονότων	58
3.3.7.1	Ο ρόλος της πληροφορίας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων	61
3.3.8	Αμοιβαία επωφελής σχέσεις με τους προμηθευτές	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1	Ορισμός της Υγείας	64
4.2	Σύστημα Υγείας	68
4.3	Το σύστημα Δημόσιας Υγείας στην Ελληνική Πραγματικότητα	70
4.4	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	73
4.5	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Ελληνικό Κράτος	75
4.6	Σκοπός και Στόχος της Π.Φ.Υ	80
4.7	Υπηρεσίες της Π.Φ.Υ	81
4.8	Ομάδα Υγείας	84
4.9	Πλεονεκτήματα της Ομάδας της φροντίδας της Π.Φ.Υ	85
4.10	Π.Φ.Υ κατ' οίκον φροντίδα υγείας και κατ' οίκον Νοσηλεία	88
4.11	Οικογενειακός Ιατρός	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1	Έννοια και ορισμός της Στρατηγικής	91
5.2	Ορισμός Στρατηγικού σχεδιασμού σε Δημόσιο οργανισμό	92
5.3	Ανάλυση του Στρατηγικού Σχεδιασμού σε Δημόσιο Οργανισμό	93
5.4	Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο και Προκλήσεις	95
5.5	Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία	97
5.6	Στρατηγικοί Στόχοι και Προτεραιότητες του Συστήματος Π.Φ.Υ	99
5.7	Οργανωτική Ανασυγκρότηση Π.Φ.Υ	101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1	Αξιολόγηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	107
6.2	Δείκτες Αξιολόγησης Ποιότητας	108
6.3	Οι δείκτες Αξιολόγησης στην ΠΦΥ	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1	Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο	112
7.2	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση	113
7.3	Έρευνες για την Π. Φ.Υ στην Ευρώπη	114
7.3.1	Τα ισχυρά συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Ευρώπης συνδέονται με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αλλά και με την αύξηση των δαπανών για την υγεία. «Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending Dionnes. Kringos, Wienkeboerma 2013»	124
7.3.2	Πρωτοβάθμια περίθαλψη στις χώρες της βαλτικής: σύγκριση της προόδου και των σημερινών συστημάτων	131
7.3.3	Η δύναμη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ευρώπη μια διεθνής συγκριτική μελέτη «The strength of primary care in European international comparative study»	132
7.3.4	Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά κέντρα Π.Φ.Υ στην Κύπρο	139

7.3.5	Εικόνα της οργάνωσης και της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Τουρκία (A snapshot of the organization and provision of primary care in turkey 2011)2011)	140
-------	--	-----

7.3.6	Συμπεράσματα	141
-------	--------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1	Μελέτη των Ερευνών για της Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	143
-----	--	-----

8.2	Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη(Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης 2013)	143
-----	---	-----

8.3	Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. (Β. Παπαγιαννοπούλου, Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, Γ. Υφαντόπουλος 2008	145
-----	--	-----

8.4	Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλεω μέσω της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού (Σ. Σαραντίδου, Σ. Μελά, Α. Πιτσιλλίδης 2018)	145
-----	---	-----

8.5	Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»(Γούλα Α. Λατσού Δ. Νάτσης Χ. 2019)	146
-----	---	-----

8.6	Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ)Κιλκίς».(Φρεγγίδου, Π. Γαλάνης, Μ. Ζαφειροπούλου, Γ. Διακουμής, Ρ. Παπαδόπουλο).	147
-----	---	-----

8.7	Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής Ενδεχόμενη μελέτη» (Πιερράκος, Δ. Λατσού, Α. Γούλα, Μ. Σταμούλη, Σ. Δημάκου, Ι. Υφαντόπουλος 2015)	147
-----	--	-----

8.8	Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη»(Πιερράκος Γ. Σαρρής Μ. Σούλης Σ. Γούλα 2013)	148
-----	---	-----

8.9	Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική (Ν. Πολύζος, Δ. Μπαρτσώκας Γ. Πιερράκος κα 2005)	σε 149
	Συμπέρασμα	154
	Βιβλιογραφία	150

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	Αυτοαξιολόγηση και Εναρμόνιση της με την Στρατηγική Χθες-Σήμερα
Πίνακας 2	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τη διακήρυξη της Alma-Ata
Πίνακας 3	Στρατηγικοί Στόχοι και Προτεραιότητες της Εθνικής Πολιτικής για την ΠΦΥ
Πίνακας 4	Ειδικοί Στόχοι για την Π.Φ.Υ
Πίνακας 5	Η δύναμη της Π.Φ.Υ στην Ευρώπη για μια Διεθνής Συγκριτική Μελέτη

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1	Το μοντέλο EFQM/EMEA	33
Σχήμα 2	Το Μοντέλο Αριστείας του EFQ, το Μοντέλο PBE, τα Εργαλεία BEST και το BSC	37

:

ΑΚΡΩΝΥΜΑ

ASQ	AMERICANSOCIETYFORQUALITY
BSC	BALANCEDSCORECARD (ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΗ ΚΑΡΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ /ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ)
BEST	BUSINESS EXCELLENCE SPEED AND TEAMWORK
EFQM	EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT
ISO	INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION
QA	QUALITY ASSURANCE
TQC	TOTAL QUALITY CONTROL
TQM	TOTAL QUALITY MANAGEMENT
UNICEF	UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION
Α.Η.Φ.Υ	ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
Α.Μ.Κ.Α	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
Α.Υ.Π.Α ΓΓΔΥ	ΠΡΟΣΩΡΙΝΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΟΥ ΓΕΝΙΚΟ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΟΠ	ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΔΥ. ΠΕ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
Ε.Κ.Α.Β	ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ
ΕΛ.Ο.Τ	ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΕΣΔ-ΔΥ	ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ
Ε.Τ.Α.Α	ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ.
Ε.Μ.Ε.Α	ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ
Ε.Ο.Π.Υ.Υ	ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Ε.Τ.Α.Α	ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ
Η.Δ.Ι.ΚΑ	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΙΚΑ	ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΚΕΕΛΠΝΟ	ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
ΚΕ.ΣΥ.ΠΕ	ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ
ΟΑΕΔ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΕΩΣ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΟΓΑ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΟΗΕ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ
ΟΠΑΔ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΠΕΔΥ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟ ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ - ΓΡΑΦΕΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΠΟΥ	ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΦΥ	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
Τ.Α.Υ.Τ..Ε.Κ.Ω	ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ
Το. Μ. Υ	ΤΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΕΥΤΕΚΩ	ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΩΝ & ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΟΙΝΗΣ ΩΦΕΛΕΙΑΣ

Εισαγωγή

Σκοπός της εργασίας είναι η διαχείριση ποιότητας, αξιολογώντας το σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα με την αξιοποίηση των δεικτών ποιότητας. Η ποιότητα είναι, πάνω από όλα, νοοτροπία η οποία παρακινεί τον άνθρωπο στην αλλαγή και τη διαρκή βελτίωση. Επομένως η ποιότητα δεν είναι στάσιμη αλλά μεταβάλλεται και βελτιώνεται ανάλλαγα με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πελατών –ασθενών.

Στο πρώτο κεφάλαιο προσπαθήσαμε να καταλάβουμε την έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να προσδιορίζουμε την έννοια της Ποιότητας μέσα στην καθημερινή μας ζωή.

Ποιότητα είναι η προσαρμογή του προϊόντος ή της υπηρεσίας στις προσδοκίες του πελάτη ή και ακόμη να ξεπερνά αυτές. Η ποιότητα είναι μια μεταβαλλόμενη κατάσταση καθώς η ανάγκες του πελάτη αλλάζουν.

Επομένως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας περιλαμβάνει λειτουργίες ενός οργανισμού που έχουν σαν σκοπό το σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διεύθυνση, τον συντονισμό αλλά και τον έλεγχο της παραγωγής τόσο ποιοτικών αγαθών όσο και υπηρεσιών.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρουμε για τα Συστήματα Διαχείρισης της Ποιότητας τα οποία παρέχουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο κάθε οργανισμός μπορεί να μετρήσει και να βελτιώσει την απόδοσή του και τον τρόπο λειτουργίας του.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας διαφορές μεθόδους αξιολόγησης. Εδώ γίνεται αναφορά είτε για το πρότυπο ΕΛΟΤ EN ISO 9001 είναι το πλέον διαδεδομένο παγκοσμίως πρότυπο διαχείρισης της ποιότητας, το οποίο θέτει τις απαιτήσεις για την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός αποτελεσματικού Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας, είτε με το Μοντέλο Αριστείας του EFQM, την Αυτοαξιολόγηση με τον τρόπο αυτό τα ανώτατα στελέχη να αντιμετωπίσουν τη χαώδη κατάσταση της αγοράς και να παραθέσει ένα πλαίσιο βάσει του οποίου θα μπορούσαν να αντιληφθούν και να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στις αλλαγές.

Στο τρίτο κεφάλαιο προσπαθούμε να δούμε την Διοίκηση ολικής ποιότητας υπό το πρίσμα της υγείας. Οι απαιτήσεις για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε μια μονάδα υγείας καθιστά επιτακτική την υιοθέτηση της διοίκησης ολικής ποιότητας (ΔΟΠ).

Οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι: i) Εστίαση στον Πελάτη ii) Η Ηγεσία iii.) Συμμετοχή των εμπλεκομένων iv) Προσέγγιση ως Διεργασία v) Συστημική Προσέγγιση στη Διοίκηση vi) Συνεχής Βελτίωση vii) Προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων Βάση γεγονότων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο προσεγγίσαμε τον όρο της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υγεία νοείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία της αρρώστιας. Το σύστημα υγείας βοηθάει στην παραγωγή του αγαθού της υγείας. Το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ορίζεται ως σύστημα υγείας ορίζεται. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα μέρος του συστήματος υγείας. Κύριος σκοπός της Π. Φ. Υ είναι η ενασχόληση με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.

Για να υπάρξει επιτυχία στην λειτουργία της Π.Φ.Υ χρειάζεται Στρατηγικός Σχεδιασμός. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η έννοια του Στρατηγικού Σχεδιασμού. Τα συστήματα της οργανωμένης παροχής (της φροντίδας) και οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας αρχίζουν τις διαδικασίες προγραμματισμού, στρατηγικού ή άλλων, δημιουργώντας μια σειρά επιθυμητών στόχων. Με αυτή τη σειρά των στόχων ως οδηγό, το διευθυντικά στελέχη προχωρούν στην “επιστροφή” της διαδικασίας προγραμματισμού. Με άλλα λόγια, θέτουν το ερώτημα « τι πρέπει να κάνουμε για να πραγματοποιήσουμε τους στόχους αυτούς , που είμαι και που θέλω να φράσω,» Στη στρατηγική προσέγγιση του προγραμματισμού, η διαδικασία αρχίζει με μια εις βάθος εκτίμηση του οργανισμού, του σκοπού ύπαρξης του και του περιβάλλοντος του.

Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες ποιότητας χρησιμεύουν ως εργαλεία προκειμένου να συγκρίνουμε τόσο διάφορα τμήματα μεταξύ τους όσο και τη σχέση μεταξύ αυτών των τμημάτων και των προτύπων λειτουργίας. Έχουμε: 1) τους δείκτες δομής που αφορούν τις κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις, ανθρώπινο δυναμικό, ασφάλεια κ.α . 2) δείκτες διαδικασιών και 3) τους δείκτες αποτελέσματος.

Το έβδομο κεφάλαιο μελετάμε το σύστημα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Και τέλος στο όγδοο κεφάλαιο αναλύουμε το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, μέσα από έρευνες που έχουν γίνει. Βλέπουμε κατά πόσο εξυπηρετεί τον ρόλο της, ποιες ρυθμίσεις πρέπει να γίνουν με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση της κοινότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Για να κατανοήσουμε την ολική ποιότητα πρέπει προηγουμένως να κατανοήσουμε την ποιότητα. Στην καθημερινή μας ζωή ερχόμαστε συνεχώς αντιμέτωποι με το ζήτημα της ποιότητας. Η αναζήτηση της ποιότητας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα βάση του οποίου οι άνθρωποι επιλέγουν ως καταναλωτές.

(Παπανικολάου 1994).

Υπό την ευρύτερη έννοια με τη λέξη «ποιότητα» εννοούμε τη συνολική υποκειμενική αντίληψη για το πόσο καλό είναι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, όπως αυτό ή αυτή προσδιορίζεται από τους καταναλωτές. Καταναλωτές είναι κάθε τελικός χρήστης του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Προϊόν μπορεί να είναι ότι παράγεται από μια κατασκευαστική εταιρία, για παράδειγμα ένα αυτοκίνητο, μια οικιακή συσκευή, ένας προσωπικός υπολογιστής, ή μια φιάλη νερού κ.α Υπηρεσία μπορεί να είναι ένας τραπεζικός λογαριασμός, ή ένα ινστιτούτο φροντίδας υγείας κ.α...

Στην παραγωγή, ο καταναλωτής μπορεί να είναι ένας τεχνικός που ελέγχει τα παραγόμενα ή το τμήμα παραγωγής της επιχείρησης που περιλαμβάνει τις απαιτούμενες πρώτες ύλες από τους προμηθευτές ή μία εταιρία που αναλαμβάνει υπεργολαβικά ένα έργο από κάποια άλλη εταιρεία. Ο καταναλωτής υπηρεσιών μπορεί να είναι ένα φυσικό πρόσωπο, που δέχεται ιατρική περίθαλψη ή ένας γιατρός που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του κέντρου άμεσης βοήθειας Μπλέσιος (2008).

Η ποιότητα ως αντίληψη της καλής προσαρμογής του προϊόντος ή της υπηρεσίας, έχει πρόσθετο στοιχείο, που είναι αυτό της «προσδοκίας». Οι καταναλωτές αντιλαμβάνονται διαφορετικά την ποιότητα.

Η «ποιότητα» υπό την ευρεία έννοια, θα πρέπει να έχει κάποια λειτουργική σημασία στο περιβάλλον εργασίας. Η αντίληψη της υψηλής ποιότητας προϊόντος ή υπηρεσίες θα πρέπει να είναι ο ανώτερος στόχος όσον παράγουν προϊόντα ή παρέχουν υπηρεσίες Μπλέσιος (2008).

Επομένως «Ποιότητα είναι συμμόρφωση προ τις απαιτήσεις ή προδιαγραφές», Crosby (1979) σελ 148. ». Οι απαιτήσεις πρέπει να δηλώνονται ξεκάθαρα ώστε να μην υπάρχει ενδεχόμενο να παρερμηνευτούν. Οι μετρήσεις γίνονται συνεχώς για να

καθορίσουν την ανταπόκριση σε αυτές τις απαιτήσεις. Η αποτυχία ανταπόκρισης αποτελεί την έλλειψη ποιότητας. Τα προβλήματα ποιότητας μετασχηματίζονται σε προβλήματα αποτυχημένης ανταπόκρισης.

Επομένως σε έλλειψη ικανοποίησης του πελάτη. Παρατηρείται ότι ο ορισμός της ποιότητας εμπεριέχει την ικανοποίηση του πελάτη, είναι προφανές ότι αυτές οι απαιτήσεις θα πρέπει να τεκμηριώνονται με βάση ένα πρότυπο ή μια προδιαγραφή Μπλέσιος (2008).

Τα πρότυπα ή οι προδιαγραφές αναφέρονται σε μία «ακριβή δήλωση» που τυποποιεί τις απαιτήσεις του πελάτη και που μπορεί να σχετίζεται με ένα προϊόν, μια διεργασία ή μια υπηρεσία.

Πρότυπο (στάνταρτ), γενικά είναι ένα σύνολο προϋποθέσεων και απαιτήσεων γενικής ή ευρύτερης εφαρμογής που πρέπει να πληροί ένα προϊόν, ένα υλικό ή μια διαδικασία, διεργασία ή μια μέθοδος εξέτασης και κατ' επέκταση ένα φυσικό ή λειτουργικό χαρακτηριστικό ή ένα χαρακτηριστικό απόδοσης ή συμμόρφωσης.

Τα πρότυπα μπορεί να αναφέρονται ή να περιέχονται σε μια προδιαγραφή και επιβάλλονται είτε από νομοθετικές αρχές ή από διοίκηση της εταιρείας ή ακόμα από προσωπικές ανάγκες, έτσι ώστε τα παραγόμενα να είναι κατάλληλα για χρήση.

Ο Garvin χωρίζει τον ορισμό της ποιότητας σε πέντε κατηγορίες με βάση κριτήρια που έχουν σχέση με

Την κρίση του πελάτη για την ανωτερότητα ή την αριστεία του προϊόντος.

- Το προϊόν
- Τον χρήστη
- Την αξία
- Την παραγωγή

Επίσης ο Garvin προσδιορίζει ένα πλαίσιο από τις επόμενες οκτώ ιδιότητες ή διαστάσεις οι οποίες θεωρούνται ανεξάρτητες και αυτοδύναμες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον ορισμό της ποιότητας ενός προϊόντος:

- Απόδοση
- Δυνατότητες
- Αξιοπιστία
- Συμμόρφωση
- Διάρκεια Ζωής
- Εξυπηρετικότατα
- Αισθητική
- Υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας.

Η American Society for Quality (2010) ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο όλων των χαρακτηριστικών και των προδιαγραφών που διακρίνουν ένα προϊόν ή μία υπηρεσία και συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην ικανοποίηση τόσο των άμεσων όσο και έμμεσων αναγκών του πελάτη. Οι Heizer & Render (2008) προσδίδουν στην ποιότητα τρεις διαστάσεις, **την ποιότητα του καταναλωτή, την ποιότητα παραγωγής και την ποιότητα των προδιαγραφών των προϊόντων**. Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα του καταναλωτή – user based quality – αναφέρεται κυρίως σε υψηλής ποιότητας προϊόντα που εμφανίζουν υψηλή απόδοση και προδιαγραφές αναφορικά με την ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών. Η ποιότητα της παραγωγής – manu facturing based quality – αναφέρεται συμμόρφωση στις καθορισμένες προδιαγραφές καθώς και την πετυχημένη ολοκλήρωση των εργασιών. Η ποιότητα των προδιαγραφών – product based quality – η οποία αναφέρεται στις ακριβείς και μετρήσιμες μεταβλητές σχεδιασμού των προϊόντων ή των υπηρεσιών (Heizer & Rende (2008)). Όπως οι Heizer και Render (2008) επισημαίνουν η ακολουθία παράγωγης ενός προϊόντος με γνώμονα την ποιότητα αρχίζει με την ανεύρεση και τον προσδιορισμό των άμεσων και έμμεσων αναγκών του πελάτη, οι οποίες και λαμβάνονται υπόψη κατά το στάδιο του σχεδιασμού προϊόντος, ενώ ολοκληρώνεται με την παραγωγή του προϊόντος υπό συγκεκριμένους ελέγχους και συνθήκες οι οποίοι συμβάλλουν στην εξασφάλιση της παραγωγή προϊόντων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Ο Δερβιτσιώτης (2005) αναφέρει πως από την πλευρά του κόστους, ένα υψηλής ποιότητας προϊόν ή υπηρεσία είναι σημαντικό να καλύπτει τόσο τις ανάγκες όσο και τις προσδοκίες των καταναλωτών λαμβάνοντας υπόψη τη σχέση προσφερόμενης αξίας και της τιμής που καλείται να καταβάλλει (value for money). Επίσης, ορισμός για την ποιότητα δόθηκε και από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης, καθώς θεώρησε ως ποιότητα ως εκείνο τον βαθμό, σύμφωνα με τον οποίο εγγενή χαρακτηριστικά πληρούν σχετικές απαιτήσεις (Kotler, 2003).]

Ένας πιο γενικός ορισμός της ποιότητας που έχει προταθεί από τον (Juran 1974 από Νικόλαος Π. Μπλέσιος 2008) είναι: « Ποιότητα είναι καταλληλότητα για χρήση».

Έτσι η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως εξής:

«Ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας είναι η καταλληλότητα αυτού του προϊόντος ή υπηρεσίας αναφορικά με την ικανότητα να ανταποκρίνεται στην προοριζόμενη χρήση του/της ή και να την υπερβαίνει ακόμα, όπως αυτή απαιτείται από τον πελάτη.

Είναι φανερό λοιπόν ότι η κατευθυντήρια δύναμη η οποία καθορίζει το επίπεδο ή την στάθμη ποιότητας και που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τον σχεδιασμό του.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο Deming (1993) ορίζει : «**Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη**».

Η ικανοποίηση εκφράζεται από τη σχέση : Ικανοποίηση = τωρινή απόδοση-αναμενόμενη απόδοση. Η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να μεταφράσει τις μελλοντικές ανάγκες του χρήστη σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά ώστε ένα προϊόν να σχεδιαστεί για να δίνει ικανοποίηση στον πελάτη με μια τιμή στην οποία θα μπορεί να ανταπεξέλθει. Αυτό δεν είναι εύκολο και μόλις κάποιος αισθανθεί σχετικά επιτυχής στην προσπάθεια, βρίσκει ότι οι ανάγκες του πελάτη έχουν αλλάξει, οι ανταγωνιστές έχουν μπει στο παιχνίδι, προκύπτουν νέα υλικά, καλύτερα από τα παλιά, κάποια χειρότερα, αλλά φθηνότερη από τα παλιά άλλα πιο αγαπητά. Η ποιότητα οποιουδήποτε προϊόντος ή υπηρεσίας είναι μια πολύ επίπεδη έννοια.

Ο Deming υποστηρίζει ότι η ποιότητα έχει πολλά διαφορετικά κριτήρια τα οποία αλλάζουν διαρκώς. Και μάλιστα διαφορετικά άτομα αξιολογούν τα ίδια κριτήρια διαφορετικά. Γι' αυτόν το λόγο, είναι σημαντική η μέτρηση των προσδοκιών των καταναλωτών και η συχνή επανάληψη της μέτρησης αυτής.

Ο Deming είναι γνωστός για την άποψη του ότι το 94% των εργασιακών προβλημάτων προκύπτουν στις διαδικασίες και όχι στα άτομα τα οποία αποτελούν μέρη των διαδικασιών. Συγκεκριμένα έγραψε: «Τα άτομα τα οποία δεν έχουν καμία θεωρία δεν ξέρουν που πηγαίνουν».

Ο Ishikawa (1985) ένας από τους διάσημους ιάπωνες πρωτοπόρους του κινήματος ποιότητας, κάνει ένα διαχωρισμό μεταξύ στενού και ευρέως ορισμού της ποιότητας: ποιότητα ενός προϊόντος. Αν ερμηνευθεί ευρέως, η ποιότητα σημαίνει: ποιότητα εργασίας, ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα ανθρώπων-συμπεριλαμβανομένων των εργατών, των μηχανικών, των διευθυντών, των διοικητικών στελεχών.

Η ποιότητα αποτελεί μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει ένας παγκόσμιος κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα, αλλά όλοι οι παραπάνω επιχειρούν να θέσουν τις βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία αυτής της έννοιας. Η ποιότητα

μπορεί να ορισθεί ως μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και τα οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη. Η ποιότητα μπορεί να αλλάξει και συχνά αλλάζει καθώς περνά ο καιρός και οι συνθήκες μεταβάλλονται. Τονίζει ότι η ποιότητα δεν εφαρμόζεται μόνο στα προϊόντα και στις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται, αλλά και στους ανθρώπους τις διαδικασίες και το περιβάλλον μέσα στο οποίο περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται. Παπανικολάου (1994)

Σύμφωνα με το πρότυπο ISO 9001, η ποιότητα νοείται ως «ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο έμφυτων χαρακτηριστικών ικανοποιεί απαιτήσεις». Τα έμφυτα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος /υπηρεσίας διαφοροποιούνται από τα προδιαγραφόμενα κατά το ότι είναι μόνιμα χαρακτηριστικά και ενυπάρχουν στο προϊόν/υπηρεσία. Οι απαιτήσεις με τη σειρά τους σχετίζονται με ξεκάθαρα προσδιορισμένες, και ενδεχόμενα υποχρεωτικές, ανάγκες και προσδοκίες. (Μπαλτος και συν 2014).

1.3 ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Για να κατανοήσουμε την έννοια της κουλτούρας ποιότητας, θα πρέπει να κατανοήσουμε την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας .

Ο όρος κουλτούρα (culture), έχει την ρίζα της στο λατινικό ρήμα colere, που σημαίνει «καλλιεργώ» και αναφέρονταν αρχικά στην καλλιέργεια του εδάφους. Είναι επίσης ένα γνωστικό δάνειο που προέκυψε ως αντιστοίχιση του γερμανικού Kultur που σημαίνει την καλλιέργεια του πνεύματος, την παιδεία αλλά και το σύνολο της πνευματικής παράδοσης και δημιουργίας ενός κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με το λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής (2007), ο όρος κουλτούρα αναφέρεται στη «πνευματική και ψυχική καλλιέργεια, ως μακράς διαδικασίας μάθησης και εκπαίδευσης ή ως σύνολο γνώσεων, τεχνικών εξελίξεων, παραδόσεων, εθίμων, μορφών συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν ή συγκροτούν ένα δεδομένο κοινωνικό σύνολο». Η γερμανική επιστήμη θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι η νίκη του ανθρώπου επί του ίδιου εαυτού του. Γούλα Ασπασία (2014).

Η ποιότητα είναι, πάνω από όλα, νοοτροπία η οποία παρακινεί τον άνθρωπο στην αλλαγή και τη διαρκή βελτίωση. Η υπέρβαση του φόβου και της άρνησης για αλλαγή είναι το πρώτο βήμα για την επίτευξη της σε προσωπικό επίπεδο. Η ποιότητα ως

τρόπος ζωής δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να καταφεύγει κανείς σε εργαλεία ποιότητας για να διαχειριστεί τη ζωή του, αλλά προϋποθέτει την εμπέδωση της έννοιας του συστήματος της διαρκούς βελτίωσης, του προγραμματισμού και της ορθής διαχείρισης των πόρων. Ο χρόνος είναι ο μόνος πόρος που δεν αναγεννιέται. Όσο όμως και αν ισχυριζόμαστε ότι δεν έχουμε χρόνο για να το επαναλάβουμε όταν το αποτέλεσμα είναι λανθασμένο. Αυτό και μόνο είναι μία πρόκληση για αλλαγή.

(Μπαλτος και συν 2014)

Αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα, Smircich (1983), θεωρεί την κουλτούρα ως οργανωσιακή μεταβλητή που παρέχει κατανόηση του οργανισμού. Ως οργανωσιακή μεταβλητή η κουλτούρα μπορεί να θεωρηθεί **είτε ως εξωτερική ανεξάρτητη μεταβλητή** η οποία μπορεί να εξηγήσει ομοιότητες ή διαφορές στη συμπεριφορά των διοικήσεων σε διαφορετικές χώρες **είτε ως εσωτερική εξαρτημένη μεταβλητή** που προσδιορίζει το αποτέλεσμα των οργανωσιακών δραστηριοτήτων και διαδικασιών.

Εάν και οι οργανισμοί λειτουργούν με ένα ευρύ πολιτισμικό περιεχόμενο εντούτοις, αναπτύσσουν τις δικές τους κοινωνικό-πολιτισμικές διαστάσεις η οποίες μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού (Bourn M. Manhmoud E, 1986:203-224 από Γούλα Ασπασία 2014) Οργανωσιακή κουλτούρα είναι η έννοια των « κοινών νοηματοδοτήσεων μιας κοινωνικής ή οργανωσιακής πραγματικότητας» στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας. Οι κοινές νοηματοδοτήσεις μπορούν να αφορούν αξίες τύπους ή άτυπους κανόνες και επιθυμητή συμπεριφορά. Στόχος του οργανισμού είναι ο προσδιορισμός μιας **συλλογικής ταυτότητας** στα μέλη του (Παπανής Ε., 2007 σε Γούλα Ασπασία 2014)

Κάθε οργάνωση έχει τη δική της κουλτούρα. Η κουλτούρα μιας οι προσδοκίες τους από την οργάνωση, αλλά και μεταξύ τους, και πως αντιλαμβάνονται την εργασία τους.

Η κουλτούρα μιας οργάνωσης έχει τα ακόλουθα στοιχεία:

- **Επιχειρηματικό περιβάλλον**
- **Οργανωτικές αξίες**
- **Μοντέλα συμπεριφοράς**
- **Οργανωσιακές τελετές αποφθέγματα, έθιμα και παραδόσεις**
- **Μεταφορές της κουλτούρας**

Το επιχειρηματικό περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιείται κάθε οργάνωση είναι καθοριστικός παράγοντας διαμόρφωσης της κουλτούρας της. Οι οργανώσεις και

κυρίως αυτές του ιδιωτικού τομέα, που δραστηριοποιούνται σε ένα υψηλά ανταγωνιστικό περιβάλλον, το οποίο αλλάζει συνεχώς είναι πιθανό να είναι μια

κουλτούρα προσανατολισμένη στις αλλαγές. Αντίθετα, οι οργανώσεις που λειτουργούν σε ένα λιγότερο δυναμικό και περισσότερο σταθερό περιβάλλον, στο οποίο ο ανταγωνισμός είναι περιορισμένος, μάλλον θα αναπτύξουν μία κουλτούρα προσανατολισμένη στη σταθερότητα και όχι στην αλλαγή.

Οι οργανωσιακές αξίες περιγράφουν τι είναι σημαντικό για μια οργάνωση. Η προσκόλληση σε αυτές τις αξίες είναι πολλές φορές συνώνυμο της επιτυχίας. Συνεπώς οι οργανωσιακές αξίες αποτελούν την καρδιά και την ψυχή της κουλτούρας μιας οργάνωσης.

Μοντέλα συμπεριφοράς για την κουλτούρα μιας οργάνωσης αποτελούν τα στελέχη της σε κάθε ιεραρχικό επίπεδο, τα οποία προσωποποιούν τις οργανωσιακές αξίες. Όταν τα εν λόγω στελέχη (που αποτελούν μοντέλα συμπεριφοράς) συνταξιοδοτηθούν ή ακόμα πεθάνουν συνήθως γίνονται οργανωτικοί θρύλοι. Κατά την διάρκεια της θητείας αποτελούν παραδείγματα προς μίμηση για του υπόλοιπους υπαλλήλους.

Οι οργανωσιακές τελετές, τα αποφθέγματα, οι παραδόσεις και τα έθιμα εκφράζουν τους άγραφους κανόνες μιας οργάνωσης που καθορίζουν το πώς πρέπει να γίνονται τα πράγματα μέσα σε αυτές. Ο κώδικας ένδυσης, ο τρόπος συνομιλίας, ο τρόπος εκτέλεσης της δουλειάς, είναι μερικά μόνο από τα στοιχεία που καθορίζονται από τους άγραφους νόμους της οργανωσιακής κουλτούρας.

Οι οργανωσιακές τελετές, τα αποφθέγματα, οι παραδόσεις και τα έθιμα ενισχύονται πιο αποτελεσματικά από την άμεση ή έμμεση πίεση των στελεχών μιας οργάνωσης.

Οι μεταφορείς κουλτούρας είναι εκείνοι οι μηχανισμοί που μεταδίδουν τα θεμελιώδη στοιχεία μιας κουλτούρας από γενιά σε γενιά υπαλλήλων. Τα κοινωνικά σχόλια, οι λιγότερο αληθείς ειδήσεις, όπως επίσης τα σύμβολα, τα σλόγκαν και οι καλά εδραιωμένες τελετές, αποτελούν μεταφορείς της κουλτούρας μιας οργάνωσης. Σε τι πραγματικά δίνει αξία μια οργάνωση μπορεί να αποτυπωθεί και να φανεί στα συμπεριφορά των υπαλλήλων της, και κανένα είδος διαφήμισης δε μπορεί να το αλλάξει.

Αν η κουλτούρα μιας οργάνωσης είναι το σύστημα αξιών της έτσι πως αυτό αντανακλάται στην οργανωσιακή συμπεριφορά, τότε τι είναι κουλτούρα ποιότητας;

Κουλτούρα ποιότητας είναι ένα οργανωτικό σύστημα αξιών που έχει ως αποτέλεσμα την ανάδυση ενός περιβάλλοντος ευνοϊκού στην εδραίωση της ιδέας της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας. Αποτελείται από αξίες, παραδόσεις διαδικασίες και προσδοκίες που προωθούν την ιδέα της ποιότητας (David L., et al., 2013).

1.4 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας γεννήθηκε στην Ιαπωνία μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο από τους Αμερικάνους Juran και Deming και υιοθετήθηκε ως μέθοδος διοίκηση στις αυτοκινητοβιομηχανίες στις Η.Π.Α στα μέσα της δεκαετίας του 1970 (American Society for Quality, 2010).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί ένα σύστημα διοίκησης μέσω του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, δεδομένης της συμμετοχή όλων των εργαζομένων (Τσιότρας, 2002). Σύμφωνα με τους Evans & Lindsay (2008) η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μία φιλοσοφία που αποσκοπεί στη συνεχή ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη, με παράλληλη ελαχιστοποίηση του κόστους ενεργοποιώντας ανθρώπινο δυναμικό και προμηθευτές. Ενώ ο Δερβιτσιώτης (2005) ορίζει την Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως μία στρατηγική επιλογή της ανώτατης διοίκησης που είναι δυνατή μόνο όταν έχει γίνει αποδεκτή από όλα τα μέλη του οργανισμού, μιας και αποσκοπεί στη δημιουργία μιας οργανωτικής κουλτούρας που διέπει το σύνολο των εμπλεκομένων.

Σύμφωνα με τον Πιερράκο Γ , η Διοίκηση της Ολικής Ποιότητας περιλαμβάνει της λειτουργίες ενός οργανισμού που αφορούν κατά βάση στο σχεδιασμό, στην οργάνωση, στη διεύθυνση, στο συντονισμό αλλά και στον έλεγχο της παραγωγής τόσο ποιοτικών αγαθών όσο και υπηρεσιών. Ειδικότερα, η Ολική Ποιότητα αφορά σε μια φιλοσοφία σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται μια υπηρεσία και κατ' επέκταση ένας οργανισμός. Περιλαμβάνει αρχές, τεχνικές και πρακτικές με απώτερο σκοπό τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας, την ομαδική εργασία και τέλος την ικανοποίηση των χρηστών.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο πρωταρχικός στόχος ενός οργανισμού και η ύψιστη επιτυχία του (Πιερράκος Γ., 2008).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το σχέδιο ενός οργανισμού, αυτό περιλαμβάνει το τι πρέπει να γίνει, γιατί πρέπει να γίνει, ποιος πρέπει να το υλοποιήσει, πως αλλά και πότε. Η οργάνωση του οργανισμού βασίζεται στους στόχους, τα καθήκοντα και τις θέσεις εργασίας. Επιπροσθέτως, η διεύθυνση αναλαμβάνει την παρακολούθηση των στόχων, των ατόμων, ολόκληρου του οργανισμού αλλά και τη σύζευξη αυτών.

Σχετικά με το συντονισμό, παρακολουθείται καθημερινά η κινητοποίηση των ατόμων στην κατεύθυνση του στόχου του οργανισμού. Τέλος ο έλεγχος του οργανισμού περιλαμβάνει τη σύγκριση αποτελεσμάτων αναφορικά με τους αρχικούς στόχους και την επιτυχία ή την αποτυχία αντίστοιχα (Πιερράκος 2008).

Εν συνεχεία, η Ολική Ποιότητα συνιστά μια φιλοσοφία που αφορά στον τρόπο οργάνωσης μιας υπηρεσίας ή ενός οργανισμού

Η ΔΟΠ βασίζεται στη λογική ότι οι επιμέρους δραστηριότητες, τα διαθέσιμα μέσα παραγωγής καθώς και οι μέθοδοι αποτελούν εργαλεία για την επίτευξη της ικανοποίησης του πελάτη, των προμηθευτών και του ανθρωπίνου δυναμικού. Η προσπάθεια που καταβάλλεται για τη δημιουργία ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας είναι ομαδική, ενώ οι πελάτες θεωρούνται προέκταση της επιχείρησης μιας και οι απαιτήσεις τους και η άποψή τους λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στην εξέλιξη του συστήματος. Βασικός στόχος ενός συστήματος ΔΟΠ είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του τελικού αποδέκτη, δηλαδή του πελάτη Τσιότρας (2002).

1.5 ΈΛΕΓΧΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Συχνά υπάρχει σύγχυση ανάμεσα στους δύο όρους, ωστόσο αποτελούν διακριτά αντικείμενα και σε ένα οργανισμό οι αντίστοιχες δραστηριότητες επιτελούνται από διαφορετικά τμήματα:

Διασφάλιση Ποιότητας (Quality Assurance, QA) είναι το σύνολο των σχεδιασμένων και συστηματικών δραστηριοτήτων που υλοποιούνται μέσα σε ένα σύστημα ποιότητας και παρέχουν τη βεβαιότητα ότι το προϊόν ή η υπηρεσία θα πληροί τις προϋποθέσεις για την ποιότητα (ASQ 2002) (Δώρα Γεωργάκη, Σταύρος Πολίτη 2010).

Έλεγχος Ποιότητας (Quality Control, QC) είναι το σύνολο των τεχνικών και δραστηριοτήτων που εφαρμόζονται, ώστε να πληρούνται οι προϋποθέσεις για την ποιότητα (ASQ 2002)(Δώρα Γεωργάκης, και συν 2010).

Ο όρος «έλεγχος» χρησιμοποιείται επίσης για να χαρακτηρίσει την κατάσταση κατά την οποία τα αποτελέσματα μιας διεργασίας είναι προβλέψιμα και αναμενόμενα.

Ο έλεγχος της ποιότητας μπορεί να διενεργείται, κατά την επιθεώρηση εισερχομένων πρώτων υλών και υλικών από διάφορους προμηθευτές της επιχείρησης ή σε ενδιάμεσες φάσεις των λειτουργικών διεργασιών συναρμολόγησης διαφόρων εξαρτημένων μέσα σε τμήματα ή τομείς της ίδιας επιχείρησης είτε κατά την επιθεώρηση του τελικού παραγόμενου προϊόντος

Πρέπει να επισημανθεί ότι ο δειγματοληπτικός έλεγχος ποιότητας δεν ελέγχει ούτε βελτιώνει τη στάθμη ποιότητας της παραγωγικής διεργασίας και κατά συνέπεια δεν συμβάλλει άμεσα στη βελτίωση της ποιότητας Μπλέσιος (2008). Είναι φανερό, ότι ο έλεγχος ποιότητας αποδοχής με βάση δειγματοληπτικά σχέδια, πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα μέσον εξιχνίασης και αναγνώρισης τυχόν προβλημάτων ποιότητας κι όχι ως τρόπος με τον οποίο μπορεί να βελτιωθεί και να μεγιστοποιηθεί η δυνατόν να ελεγχθεί μέσα σ' ένα προϊόν/υπηρεσία. Αυτό όμως που μπορεί και πρέπει να γίνεται κάθε φορά, είναι η σωστή σχεδίαση της ποιότητας και η διαρθρωτική δόμηση της εντός του προϊόντος/υπηρεσίας Μπλέσιος (2008).

1.6 ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ

Σύμφωνα με τον Αμερικανό Οργανισμό Ποιότητας (ASQ) ως πρότυπα και προδιαγραφές ορίζονται τα ακόλουθα:

Ως Πρότυπα (standards) εννοούμε τα μέτρα, οι προδιαγραφές, δείγματα παλαιότερων προϊόντων και γενικά οποιοδήποτε δεδομένο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο σύγκρισης με τα αποτελέσματα μιας διεργασίας, Ως αποτέλεσμα αυτής της σύγκρισης, το αποτέλεσμα της διεργασίας, κρίνεται αποδεκτό ή μη αποδεκτό (ASQ 2002) (Δώρα Γεωργακή και συν 2010).

Ως Προδιαγραφές (specifications) εννοούνται επίσημα τεκμήρια όπου αναγράφονται οι απαιτήσεις με τις οποίες ένα προϊόν ή υπηρεσία πρέπει να συμμορφώνεται (Δώρα Γεωργακή και συν 2010).

1.7 ΈΛΕΓΧΟΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η έννοια του Ελέγχους Ολικής Ποιότητας (Total Quality Control, TQC) παρουσιάστηκε από τον Feigenbaum και σημαίνει το ενιαίο, σε όλο το εύρος του οργανισμού, σύστημα για την επίτευξη του στόχου του, που είναι η παροχή προϊόντων και υπηρεσιών στα οποία σχεδιάζεται και ενσωματώνεται από την αρχή. (Feigenbaum, 1991 από Δώρα Γεωργακή και συν 2010).

Για τη Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management, TQM), έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί και περιγραφές, Με απλά λόγια, αποτελεί μια προσέγγιση στη μακροπρόθεσμη επιτυχία ενός οργανισμού μέσω της ικανοποίησης των πελατών. Βασίζεται στη συμμετοχή όλων των μελών του οργανισμού για τη βελτίωση των προϊόντων και υπηρεσιών που παρέχουν, των διεργασιών που τα παράγουν και τη νοοτροπία του οργανισμού στον οποίο εργάζονται. Μέθοδοι για την υλοποίηση αυτής της προσέγγισης εντοπίζονται στα έργα των μελετητών και πρωτοπόρων της ποιότητας, όπως Deming, Juran, Feigenbaum, Ishikawa και Crosby (ASQ, 2002)

1.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο Von Bertalanffy (1976) ορίζει το σύστημα ως εξής:

Σύστημα είναι ένα σύνολο από στοιχεία που βρίσκονται σε αλληλεπίδραση

Ο ορισμός που δίνει ο Deming (1994) για το σύστημα είναι:

Σύστημα είναι ένα δίκτυο από αλληλένδετα συστατικά μέρη που συνεργάζονται ώστε να πραγματοποιήσουν τον στόχο του συστήματος.

Ένα σύστημα πρέπει να έχει συγκεκριμένο στόχο. Με άλλα λόγια, χωρίς στόχο δεν υφίσταται σύστημα. Ο στόχος ενός συστήματος πρέπει να είναι σαφής σε όλους όσοι συμπεριλαμβάνονται στο σύστημα και να περιέχει σχέδια για το μέλλον. Αυτό που είναι κρίσιμο για την ορθή λειτουργία του συστήματος είναι η γνώση των αλληλοεπιδράσεων ανάμεσα στα συστατικά του.

Κάθε οργανισμός αποτελεί εν γένει ένα σύστημα που διαθέτει διακριτά τμήματα, τα οποία επιτελούν αντίστοιχες λειτουργίες σχήμα

Ανάμεσα στα τμήματα ενός οργανισμού υπάρχουν σχέσεις αλληλεξάρτησης. Συστατικά του συστήματος θεωρούνται όλα τα μέλη του, από τη διοίκηση μέχρι τους

ωρομίσθιους υπαλλήλους, Μέρη του συστήματος θεωρούνται επίσης οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός.

Αν ο οργανισμός δεν αντιμετωπιστεί ως ενιαίο σύστημα, υπάρχει ο κίνδυνος τα επιμέρους τμήματα του να γίνουν εσωστρεφή και ανταγωνιστικά. Έτσι, το σύστημα δεν λειτουργεί αποτελεσματικά, με συνέπεια να μην εξυπηρετεί τελικά τον σκοπό του. Επομένως, οι διοικήσεις οφείλουν να αντιμετωπίζουν τους οργανισμούς κατά τρόπο ώστε να προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα τμήματα.

Αυτό που πρέπει να καταστεί σαφές είναι ότι ένα σύστημα είναι κάτι παραπάνω από σύνολο των υποσυστημάτων του, ή , όπως διατυπώνεται σύμφωνα με τη Θεωρία των Συστημάτων, το σύνολο είναι παραπάνω από το άθροισμα των τμημάτων του. Αυτό σημαίνει ότι τα συνολικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος δεν μπορούν να ερμηνευθούν αποκλειστικά από τα χαρακτηριστικά των μεμονωμένων τμημάτων του, λόγω των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα τους (Von Bertalanffy, 1976). Ουσιαστικά, το σύστημα εκφράζει το πώς συνεργάζονται τα συστατικά του μέρη (Δώρα Γεωργακή, και συν 2010).

1.9 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Η έννοια του συστήματος συνδέεται με την έννοια της διεργασίας (process), καθώς σε ένα σύστημα περιλαμβάνονται διεργασίες, οι οποίες αποτελούν και επιμέρους συστήματα.

Μία διεργασία μετατρέπει τα εισερχόμενα (inputs) σε εξερχόμενα (outputs) υπό την επίδραση ελεγχόμενων και μη ελεγχόμενων παραγόντων (factors).

Στα εισερχόμενα συμπεριλαμβάνεται πρώτες ύλες, δεδομένα και πληροφορίες ενώ τα εξερχόμενα αποτελούν τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες που καταλήγουν στον τελικό πελάτη. Σε ένα τέτοιο σύστημα διεργασιών υπάρχει ροή πληροφορίας, υλικού και ανθρώπων και κάθε επιμέρους διεργασία λαμβάνει τα εξερχόμενα της προηγούμενης ως εισερχόμενα, τους προσθέτει αξία και τα παραδίδει στην επόμενη. Μια διεργασία μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες, οι οποίοι προκαλούν μεταβλητότητα στα εξερχόμενα. Η μεταβλητότητα στα αποτελέσματα της διεργασίας, είτε αυτά είναι προϊόντα είτε υπηρεσίες, είναι υπεύθυνη για τα προβλήματα ποιότητας.

1.10 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η υπηρεσία μπορεί να οριστεί ως εξής:

Υπηρεσία είναι οποιαδήποτε κύρια ή δευτερεύουσα δραστηριότητα που δεν παράγει ανάμεσα ένα φυσικό προϊόν (Collie, 1987).

Χαρακτηριστικό των οργανισμών παροχής υπηρεσιών είναι ότι το προϊόν που παρέχουν στον πελάτη είναι άυλο. Παραδείγματα παροχής υπηρεσιών αποτελούν η εκπαίδευση, η υγειονομική περίθαλψη, τα μέσα μαζικής μεταφοράς κ.λ.π. Τα «προϊόντα» που παραδίδουν οι παραπάνω οργανισμοί είναι γνώση, υγεία και μετακίνηση αντίστοιχα.

Η παροχή υπηρεσιών διαφοροποιείται από την παραγωγή προϊόντων στα εξής σημεία (Deming, 1966 και Evens και Lindsay, 2002):

- Στις υπηρεσίες, η «παραγωγή» και η κατανάλωση του «προϊόντος» συχνά πραγματοποιούνται ταυτόχρονα, παρουσία του πελάτη. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες δεν μπορούν να αποθηκευθούν και να ελεγχθούν πριν από την παράδοση τους και ότι ο πελάτης αντιλαμβάνεται άμεσα την ποιότητα. Στη μεταποιητική βιομηχανία, ο πελάτης καταναλώνει το προϊόν αφού αυτό έχει παραχθεί και απουσία οποιουδήποτε εκπροσώπου του οργανισμού. Συνεπώς η αντίδραση του πελάτη στην περίπτωση αυτή συνήθως δεν είναι άμεση.
- Η παροχή υπηρεσιών μπορεί να προσαρμοσθεί πιο εύκολα στις ανάγκες του κάθε πελάτη.

Η τυποποίηση και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, ακόμα και ο καθορισμός των προδιαγραφών, είναι πιο δύσκολο να πραγματοποιηθούν στην περίπτωση των υπηρεσιών (Γεωργακή και συν 2010).

1.11 ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το κρίσιμο σημείο για την κατανόηση της μετάβασης από τις θεωρίες ολικής ποιότητας στα πρότυπα ποιότητας είναι η έμφαση στις παρακάτω έννοιες που συμπληρώνουν όλες τις σύγχρονες υποδομές των προτύπων ποιότητας σε διεθνές περιβάλλον.

- Τυποποίηση (Πρότυπα Προδιαγραφές κ.λ.π)
 - Μετρολογία (Διακρίβωση, Βαθμονόμηση, Ιχνηλασιμότητα, κ.λ.π)
 - Αξιολόγηση συμμόρφωσης. Σε αυτή περιλαμβάνονται η διαπίστευση, η πιστοποίηση (προϊόντων, συστημάτων, διεργασιών, προσώπων) και η απόδοση σημάτων συμμόρφωσης του κατασκευαστή (π.χ σήμανση 'CE')
- (Μπάλτος και συν 2014).

Τυποποίηση (Standardization)

Πρόκειται για μια δραστηριότητα που θεσπίζει κανόνες και διατάξεις για κοινή και επαναλαμβανόμενη χρήση απέναντι σε πραγματικά ή δυναμικά προβλήματα, προκειμένου να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός τάξης σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εφαρμογής.

Το Πρότυπο (Standard), σε πρακτικό επίπεδο, είναι ένα έγγραφο, εγκεκριμένο από αναγνωρισμένο φορέας και υπογεγραμμένο με πλήρη συναίνεση από όσους τι αποδέχονται, το οποίο περιλαμβάνει κανόνες, οδηγίες ή χαρακτηριστικά, για κοινή και επαναλαμβανόμενη χρήση σε σχέση με δραστηριότητες, αποσκοπώντας στην επίτευξη του μέγιστου βαθμού τάξης σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο εφαρμογής. Τα πρότυπα αναπτύσσονται από Τεχνικές Επιτροπές στο πλαίσιο αναγνωρισμένων διεθνών οργανισμών τυποποίησης (Μφάλτος και 2014)

Μετρολογία

Στα πλαίσια της μετρολογίας εξασφαλίζεται η ασφαλής μέτρηση φυσικών μεγεθών, σύμφωνα με προκαθορισμένες απαιτήσεις. Σε εθνικό επίπεδο, για θέματα μετρολογίας επιλαμβάνεται το Ελληνικό Ινστιτούτο Μετρολογίας (ΕΜ), το οποίο είναι ΝΠΙΔ που ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και αποτελεί τον επίσημο φορέα και σύμβουλο της πολιτείας. Τα εργαστήρια που διατηρούν τα ελληνικά εθνικά πρότυπα μέτρων και σταθμών βάσει του Διεθνούς Συστήματος Μονάδων (IS). Το ΕΙΜ παρέχει υπηρεσίες διακρίβωσης μετρολογικών οργάνων σύμφωνα με τις απαιτήσεις του προτύπου ISO 17025. Αντίστοιχα, σε διεθνές επίπεδο η μετρολογία τηρείται από το Διεθνές Γραφείο Μέτρων και Σταθμών (Bureau International de Poids et Mesures- BIPM).

Σημειώνεται ότι η μετρολογία και, κατά συνέπεια, οι μετρήσεις ως εργαλείο και υποδομή ποιότητας, προϋποθέτουν κατάλληλους, δηλ, βαθμονομημένους και

διακριβωμένους εξοπλισμούς, υπό την προσέγγιση ότι τα συστήματα ελέγχου πρέπει πρώτιστα αυτά να είναι ελεγμένα. Επομένως, Διακρίβωση (qualification) ονομάζουμε τη σύγκριση ενός οργάνου ή μιας συσκευής μέτρησης με ένα πρότυπο μέτρησης αυξημένης ακρίβειας, με σκοπό να εντοπιστούν και να αποκατασταθούν τυχόν αποκλίσεις. Πρόσθετα Βαθμονόμηση ονομάζουμε τη διαδικασία ρύθμισης ενός

οργάνου ή μιας συσκευής μέτρησης σύμφωνα με το πρότυπο αναφοράς. Ενώ, Ιχνηλασιμότητα (traceability), ειδικά για τις μετρήσεις, ονομάζουμε την αλυσίδα των αποτελεσμάτων των διακριβώσεων. (Μπαλτος, 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το πιστοποιητικό Συστήματος Ποιότητας παρέχονται από διάφορες συμβουλευτικές εταιρείες όπως και ο ΕΛΟΤ (Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης) πιστοποιεί ότι η

συγκεκριμένη επιχείρηση έχει εγκαταστήσει, διατηρεί και εφαρμόζει κατάλληλα ένα Σύστημα Ποιότητας το οποίο συμμορφώνεται με την αντίστοιχη στάθμη των απαιτήσεων ενός από τα Πρότυπα ΕΛΟΤ EN ISO 9001, ΕΛΟΤ EN ISO 9002 και ΕΛΟΤ ISO9003.

Το Πιστοποιητικό Συστήματος Ποιότητας του ΕΛΟΤ επομένως σημαίνει ότι η επιχείρηση διαθέτει τις οργανωτικές δομές, τα τεχνικά μέσα καθώς και το εκπαιδευτικό προσωπικό που είναι απαραίτητα για να εξασφαλίζεται μια σταθερή στάθμη ποιότητας των προϊόντων ή και των υπηρεσιών που προσφέρει. Δεν επέχει όμως θέση και δεν υποκαθιστά το Πιστοποιητικό Συμμόρφωσης (Ποιότητας) των προϊόντων αυτών.

Τα σημεία αυτά είναι από την Έκδοση του ΕΛΟΤ Γενικός Κανονισμός αξιολόγησης και Πιστοποίησης Συστημάτων Ποιότητας Έκδοση 02/96

1. Προμήθεια των προτύπων της σειράς ISO 9000 και των επεξηγήσεων των (guidelines) ή άλλου αντίστοιχου προτύπου
2. Δημιουργία 'ομάδας εργασίας' από επιμέρους σε θέματα ποιότητας για τη μελέτη των προτύπων και προσδιορισμό όλων των παραμέτρων σχετικά με την απόφαση της εταιρίας για πιστοποίηση. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν τα κατάλληλα αυτά άτομα ενδέχεται η εταιρεία να απευθυνθεί σε ομάδα εξωτερικών συμβούλων.
3. Σύγκριση των εφαρμοσμένων διαδικασιών ως προς τις ανάλογες απαιτήσεις των προτύπων ISO 9000
4. Προσδιορισμός των ενεργειών που θα γίνουν, καθώς και ο χρονικός ορίζοντας της όλης εργασίας.
5. Ορισμός «υπεύθυνου έργου», απονομή ευθυνών, εύρεση πόρων. Αναφορά στην Διοίκηση.
6. Εκπαίδευση ενός «πεπειραμένου στελέχους» ως επιθεωρητή ποιότητας

-26-

7. Προσαρμογή του Εγχειριδίου Ποιότητας (QM) και των διαδικασιών. Προσοχή, ιδιαίτερη, στις διαδικασίες ελέγχου εγγράφων. Καταγραφή τυχόν αδυναμιών.
8. Προετοιμασία των νέων διαδικασιών που πιθανόν να προκύψουν μετά από εσωτερική επιθεώρηση. Καταγραφή των νέων προτάσεων.

Μετά τις ενέργειες αυτές η ομάδα εργασίας καθορίζει τις φάσεις πιστοποίησης των συστημάτων της ποιότητας. Αυτές συνήθως είναι:

Φάση 1^η : Καθορισμός ετοιμότητας

-Αξιολόγησης υπάρχουσας κατάστασης. Αναφορά της ομάδας εργασίας στη Διοίκηση.

Φάση 2^η : Προετοιμασία του φορέα.

-Προσαρμογή υπαρχόντων εγγράφων Ποιότητας (Εγχειρίδιου Ποιότητας και διαδικασιών) και συγγραφή νέων, όπου απαιτείται, σύμφωνα με τα κριτήρια του ISO.

-Εκπαίδευση προσωπικού. Συνήθως από κατάλληλα εκπαιδευμένους.

-Εγκατάσταση και λειτουργία του Συστήματος, Οργανισμός υπεύθυνων.

Φάση 3^η : Ανασκόπηση εγγράφων Ποιότητας και αξιολόγηση τους.

-Επιθεώρηση εγγράφων Ποιότητας από τον φορέα. Πιστοποίησης και πιθανά σχόλια.

Φάση 4^η : Ανασκόπηση αξιολόγησης σύμφωνα με τα κριτήρια του ISO που υιοθετήθηκε.

Φάση 5^η : Πιστοποίηση / Εγγραφή σε Μητρώα.

-Εγκατάσταση και δοκιμαστική λειτουργία του Συστήματος Παραγωγής.

- Εξοικείωση του προσωπικού (εκπαίδευση)
- Εντοπισμός αδυναμιών και μη πρακτικότητας, και
- Δημιουργία των αναγκαίων αρχείων που επιβεβαιώνουν τη λειτουργία του.

Φάση 6^η : Διατήρηση Πιστοποίησης.

-Επιθεώρηση από 'συμβούλους' με σκοπό τον εντοπισμό μελλοντικών αδυναμιών του Συστήματος Παραγωγής, την παροχή τεκμηριωμένης ερμηνείας του σχετικού προτύπου, κ.λ.π

Φάση 7^η: Επιθεώρηση από τον φορέα Πιστοποίησης σε επιλεγμένο υποσύνολο του Συστήματος κάθε 6 μήνες (EN 45012)

-27-

-Πρώτη επαφή με ανεξάρτητους (τρίτους) φορείς πιστοποίησης

- Εμπειρίας
- Κόστους
- Αναγνώριση πιστοποιητικού
- Τομέα/ κλάδο απασχόλησης
- Ίδια εφαρμογή προτύπων (π.χ EN 45012)
- Τυπικά και ουσιαστικά προσόντα επιθεωρητών (π.χ ISO 100011-2), και χρονοδιάγραμμα εργασιών.

Φάση 8^η : Επαναπιστοποίηση κάθε 3 χρόνια

Φάση 9^η : Έλεγχος του Συστήματος Ελέγχου και των διαδικασιών από το φορέα πιστοποίησης και σχόλια για πιθανές αλλαγές, βελτιώσεις, τροποποιήσεις.

Φάση 10^η : Επιθεώρηση, από το φορέα πιστοποίησης, σύμφωνα με τα κριτήρια των προτύπων της σειράς ISO 9000 και του Συστήματος Ελέγχου. Έκδοση Διορθωτικών ενεργειών και χρονοδιαγράμματα υλοποίησης των.

Φάση 11^η: Επιβεβαίωση από τον φορέα πιστοποίησης, υλοποίησης των διορθωτικών ενεργειών και πιστοποίηση της εταιρίας.

Φάση 12^η : Συντήρηση του Συστήματος Παραγωγής και τεκμηριωμένες περιοδικές επιθεωρήσεις.

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ – Η ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ- ΜΙΑ ΠΑΝΑΡΧΑΙΑ ΠΑΡΑΔΟΣΗ

Το 1984, ο επιγραφικό Δ. Φίλιος ανακάλυπτε στον αρχαιολογικό χώρο της Ελευσίνας μια επιγραφή του 4^{ου} π.χ αιώνα. Το κείμενο της αναφερόταν στην κατασκευή των μπρούντζινων συνδέσμων, που θα χρησίμευαν στην ανέγερση των κιόνων της Φιλώνειας Στοάς. Ένα ωραίο κτίσμα, που θα αναγειρόταν μπροστά στο Τελεστήριο της Ελευσίνας.

Εντύπωση προκαλεί η αναφορά στην σύνθεση του μπρούντζου, που θα έπρεπε να χρησιμοποιήσει ο εργολάβος του έργου ως πρώτη ύλη για την κατασκευή των μεταλλικών αυτών συνδέσμων. Λέει, λοιπόν, μεταξύ άλλων, η επιγραφή: «Χαλκού δε εργάσεται Μαριέως κεκραμένου την δωδεκάτην, τα ένδεκα μέρη χαλκού, το δε δωδεκάτον, καττιτέρου...» Θα έπρεπε, δηλαδή, ο μπρούντζος να παραχθεί στο

-28-

Μάριον της Κύπρου και το κράμα να περιέχει στα δώδεκα μέρη, τα ένδεκα χαλκό και το ένα κασίρο. Αυτό, όμως σημαίνει ότι θα υπήρχε οπωσδήποτε ένας εμπειρικός τρόπος ελέγχου ποιότητας που να πιστοποιεί ότι το προϊόν ήταν σύμφωνο με την αναφερόμενη σύνθεση. Θα έπρεπε ακόμα, η πιστοποίηση να βεβαιώνει αν το προϊόν (δηλ ο μπρούντζος) ανταποκρινόταν στις αναφερόμενες στην επιγραφή τεχνικές προδιαγραφές.

Με άλλα λόγια, το αρχαίο αυτό κείμενο περιείχε οδηγίες κανόνες και προδιαγραφές, που όλα αυτά συνθέτουν αυτό, που σήμερα ονομάζουμε Πρότυπο Επιπλέον παραπέμπει και σε μια δεύτερη, επίσης σημαντική διαδικασία, την Πιστοποίηση. Μια

διαδικασία που, όπως και σήμερα, έρχεται αναγκαστικά να συμπληρώσει την πρώτη. Αυτό δεν είναι το μοναδικό αρχαίο Πρότυπο. Ούτε και η μοναδική διαδικασία πιστοποίησης στην αρχαία Ελλάδα. Η έρευνα απέδειξε ότι υπάρχουν και άλλες παρόμοιες επιγραφές, που αναφέρονται σε όλα τα τότε παραγόμενα προϊόντα, από τα μέταλλα, τα κράματα, τα αργυρά νομίσματα μέχρι το κρασί, το ελαιόλαδο, το στάρι, το κριθάρι και άλλα γεωργικά προϊόντα.

2.3 ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ISO

Ο Διεθνής Οργανισμός Προτυποποίησης (International For Standardization- ISO) ιδρύθηκε τον Φεβρουάριο του 1947. Ο διεθνής οργανισμός που παρακολουθεί διοικητικά, ουσιαστικά και συντονιστικά το φαινόμενο της προτυποποίησης (της δημιουργίας προτύπων ανά την υφήλιο). Περιλαμβάνει εθνικούς οργανισμούς προτυποποίησης από 162 χώρες, μια κεντρική γραμματεία στην Γενεύη της Ελβετίας και εξειδικευμένες τεχνικές επιτροπές. Τα πρότυπα του ISO παρακολουθούνται γραμματειακά, είναι αριθμημένα, με συγκεκριμένη μορφή τύπου SOxxxxx:yyy: θέμα (τίτλος), όπου 'xxxxx' είναι ο αριθμός τυποποίησης και 'yyy' είναι το έτος δημοσίευσης. Αντίστοιχα παρακολουθούνται και καταχωρούνται χιλιάδες σχετικών επικαιροποιήσεων και τροποποιήσεων για τα ισχύοντα πρωτόκολλα και πρότυπα.

Στο πλαίσιο λειτουργίας του διεθνούς οργανισμού ISO αναπτύσσονται συνεργασίες ανάμεσα σε ποικίλες επιτροπές εμπειρογνομόνων και ομάδες εργασίας με αντικείμενο την επεξεργασία των διεθνών προτύπων. Ο κανονισμός λειτουργίας του ISO όχι μόνο επιτρέπει, αλλά και επιδιώκει την πολύπλευρη διαμόρφωση και εξέλιξη των προτύπων με εμπλοκή όσο περισσότερων κατά το δυνατό ενδιαφερόμενων μερών. Ωστόσο, η μεγαλύτερη συμβολή των κεντρικών εγκαταστάσεων του ISO είναι

-29-

εκείνη της γραμματειακής υποστήριξης, καθώς απαιτείται λεπτομερής παρακολούθηση και υποτύπωση των εξελίξεων και των επικαιροποιήσεων για μια πλειάδα προτύπων που ισχύουν ή προετοιμάζονται για ισχύ Μπλέσιος (2008)

Οργανισμός ISO είναι:

- ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός με σκοπό να προωθήσει την τυποποίηση διεθνώς, με στόχο την διευκόλυνση της διεθνούς ανταλλαγής προϊόντων και υπηρεσιών.
- αναπτύσσει τεχνικά πρότυπα τα οποία προσθέτουν αξία σε όλους τους τύπους τις δραστηριότητες που αφορούν την εργασία.

- Τα πρότυπα του οργανισμού ISO κάτω από την ταμπέλα « Διεθνών Προτύπων» αντιπροσωπεύουν μια διεθνώς κοινή συμφωνία για την αιχμή της τεχνολογία σε κάθε τομέα.
- Το μεγαλύτερο μέρος των προτύπων του ISO έχουν υψηλό βαθμό εξειδίκευσης σε κάποιο συγκεκριμένο προϊόν, υλικό ή διεργασία.
- Τα πρότυπα δεν είναι υποχρεωτικά.
- Ωστόσο, τα πρότυπα της σειράς ISO 9000 είναι γενικά και αφορούν συστήματα διαχείρισης ποιότητας.

Η οικογένεια προτύπων ISO 9000 περιλαμβάνει το ISO 9000, το ISO 9001, το ISO 9004 και ISO 19011.

2.4 ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Η ιστορία των προτύπων ξεκινά από την αρχαιότητα, στη σύγχρονη εποχή τα βασικά ορόσημα είναι:

- 1750: Επιθεώρηση για την ποιότητα
- 1900: Αρχές της διοικητικής επιστήμης (Teylor)
- 1930: Ποιότητα ενσωματωμένη στο προϊόν (shewhart)
- 1940: Στατικό Ποιοτικός Έλεγχος, Ίδρυση του τμήματος Ποιοτικού Ελέγχου των ΗΠΑ, Ίδρυση των Ενώσεων Ποιοτικού Ελέγχου στις Η.Π.Α και Ιαπωνία.
- 1950: Κόστος Ποιότητας, Οι Deming, Juran, Feigenbaum παρουσιάζουν τις σύγχρονες προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα, βραβείο Ποιότητας, Deming, Εγχειρίδιο Ποιοτικού Ελέγχου (Juran).

-30-

- 1960: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Total Quality Control (Feigenbaum-Taguchi), Κύκλοι Ποιότητας (Ishikawa)
- 1970: Αξιοπιστία, Κανένα ελάττωμα (zero defects), «Quality is free» (Crosby).
- 1990: Η Ποιότητα ως Στρατηγική Επιλογή, Διοίκηση Ποιότητας (Garvin), Ποιότητα Εξυπηρέτησης του Πελάτη.
- 2000: Ποιότητα των Οργανισμών και υπηρεσιών.
Πολλοί οργανισμοί έχουν καθορίσει αυτές τις αρχές και δραστηριότητες που θεωρού σημαντικές. Ένα από τα παλαιότερα πρότυπα που περιγράφει

απαιτήσεις για σύστημα διασφάλισης ποιότητας ήταν το MIL-Q-9858Α που εκδόθηκε το 1963 από τον Αμερικανικό Στρατό.

ΣΕΙΡΑ ISO 9000: «Γενικά πρότυπα που αφορούν συστήματα διαχείρισης της ποιότητας».

Γενικά σημαίνει ότι τα ίδια πρότυπα μπορούν να εφαρμοστούν σε οποιαδήποτε οργανισμό, μεγάλο ή μικρό, οποιοδήποτε και αν είναι το προϊόν του – ακόμη και αν είναι υπηρεσία- σε οποιοδήποτε πεδίο δραστηριοτήτων, και σε οποιοδήποτε τύπο οργανισμού, δηλ. επιχείρηση, δημόσιο οργανισμό, κυβερνητικό όργανο.

Ο ορισμός για την ποιότητα στο πλαίσιο του ISO 900 αναφέρεται σε όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που απαιτούνται από τον πελάτη.

Η διαχείριση της ποιότητας αναφέρεται στα κάνει ένας οργανισμός για να διασφαλίσει ότι τα προϊόντα του συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις των πελατών του.

2.5 ΣΚΟΠΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ

Ο κύριος σκοπός των προτύπων είναι δώσουν τις βασικές κατευθύνσεις για την εφαρμογή και εγκατάσταση ενός συστήματος ποιότητας σε ένα οργανισμό.

Μοναδικός στόχος ενός συστήματος ποιότητας είναι η ικανοποίηση του πελάτη, αναγνωρίζοντας όλα τα απαραίτητα στοιχεία της λειτουργίας του οργανισμού.

-31-

2.6 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ «ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ» ΤΟΥ ΕΦQMENA ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

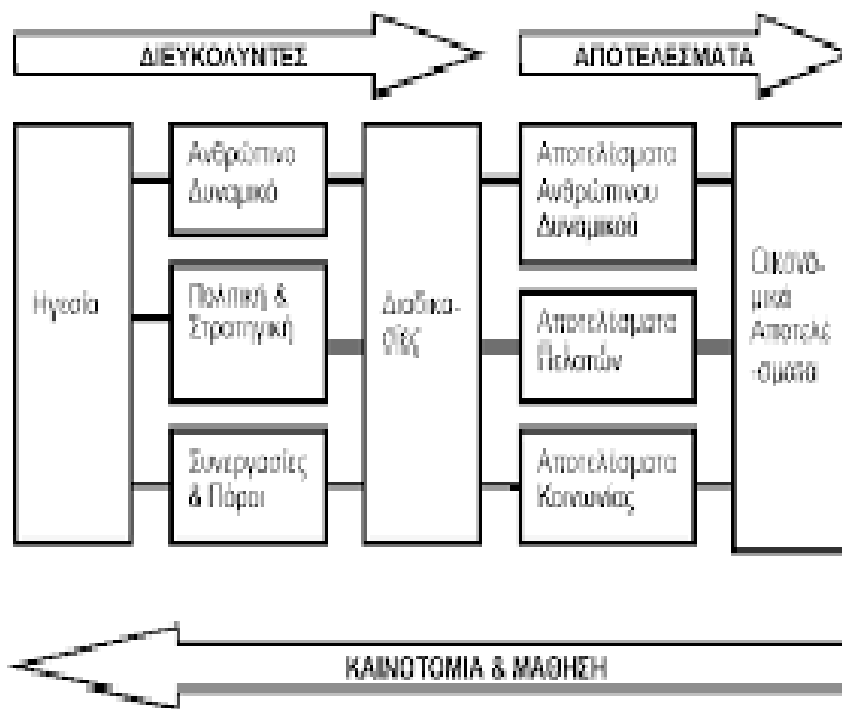
Όλο και περισσότερο, οι οργανισμοί στην Ευρώπη δέχονται ότι η διοίκηση ποιότητας αποτελεί έναν τρόπο διαχείρισης των δραστηριοτήτων έτσι ώστε να κερδίζουν σε αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, εξασφαλίζοντας όρους μακροπρόθεσμης επιτυχίας και ικανοποιώντας τις ανάγκες των πελατών, των εργαζομένων, των οικονομικών εταίρων και των άλλων μετόχων των οργανισμών αλλά και της κοινότητας γενικότερα.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων της διοίκησης ποιότητας μπορεί να αποφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα όπως η αυξημένη αποδοτικότητα, το μειωμένο κόστος και η μεγαλύτερη ικανοποίηση, στοιχεία που οδηγούν στην καλύτερη απόδοση του οργανισμού.

Αναγνωρίζοντας της ευκαιρία που παρέχεται, το έτος 1988 δεκατέσσερις κορυφαίες Ευρωπαϊκές εταιρίες πήραν την πρωτοβουλία της ίδρυσης του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη διοίκηση ποιότητας του EFQM (European Foundation for Quality Management) Το EMEA (Ευρωπαϊκό Μοντέλο- ή Πρότυπο- Επιχειρηματική Αριστείας) του EFQM (European Foundation for Quality Management) είναι ένα πρακτικό εργαλείο που βοηθά τις επιχειρήσεις και άλλους οργανισμούς να αξιολογήσουν τον βαθμό απόδοσης τους και να δημιουργήσουν μια νοοτροπία (κουλτούρα) διαρκούς επιχειρηματικής αριστείας.

Το EFQM είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός και τα μέλη του ξεπερνούν τις 9000 Ευρωπαϊκές επιχειρήσεις, από τις οποίες όλες έχουν δεσμευτεί για τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και την επίτευξη της επιχειρηματικής αριστείας.

Το EFQM υποστηρίζεται από ένα δίκτυο Εθνικών Εκπροσώπων Οργανισμών (NPO) σε όλη την Ευρώπη. Η αποστολή του είναι «να είναι η κυρίαρχη δύναμη για Επιχειρηματική αριστεία με διάρκεια στην Ευρώπη». Το όραμά του είναι «έναν κόσμο στον οποίο οι Ευρωπαϊκοί οργανισμοί υπερέχουν».



Σχήμα 1: Το μοντέλο EFQM/EMEA

Τα πέντε (5) πρώτα κριτήρια είναι οι Προϋποθέσεις (τι κάνει ο οργανισμός) και τα τέσσερα (4) επόμενα είναι το Αποτέλεσμα

Άριστα αποτελέσματα σε σχέση με την απόδοση του οργανισμού, τους πελάτες της, το ανθρώπινο της δυναμικό και τη κοινωνία, επιτυγχάνονται μέσω εμπνευσμένης ηγεσίας, της Πολιτικής και Στρατηγικής σαν κινητήρια δύναμη, το ανθρώπινο δυναμικό, τις συνεργασίες και τους πόρους και φυσικά τις διεργασίες (Amason advanced management consultants EQIA.E 2006).

2.7Η ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η επίτευξη Αριστείας δεν είναι κάτι το αφηρημένο. Έχει σχέση με απτά επιτεύγματα ενός οργανισμού στο Τι κάνει και Πως το κάνει, το αποτελέσματα που επιτυγχάνει και την εμπιστοσύνη ότι αυτά θα το διατηρεί και στο μέλλον.

Το να επιτύχει κανείς Αριστεία είναι αρκετά δύσκολο. Το να τη διατηρήσει στο σημερινό κόσμο με αυξανόμενο τον ανταγωνισμό σε παγκόσμιο επίπεδο, την ταχεία τεχνολογική εξέλιξη, την αλλαγή των διεργασιών και τη μεγάλη κινητικότητα του οικονομικού κοινωνικού και πελατειακού περιβάλλοντος, ακόμη δυσκολότερο.

Χρησιμοποιώντας τη διεργασία που το EFQM ονομάζει Αιτιολόγηση, οι οργανισμοί έχουν τη δυνατότητα να σχηματίσουν μια συνολική εικόνα τους, σε μια συγκεκριμένη στιγμή. Αυτή η εικόνα δίνει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μεθόδων (προσεγγίσεων) του οργανισμού και παρέχει ένα πανίσχυρο εργαλείο (οδηγό) βελτίωσης.

2.8 ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Οι πραγματικοί άριστοι οργανισμοί είναι αυτοί που αγωνίζονται να ικανοποιήσουν τους ενδιαφερόμενους (stakeholders) με αυτά που επιτυγχάνουν, πως τα επιτυγχάνουν και με αυτά που πρόκειται να επιτύχουν.

Το βασικό μήνυμα που προκύπτει από μια πρόσφατη σύγκριση αξιολόγηση από το EFQM είναι ότι τα τρέχοντα επιχειρησιακά μοντέλα και η αντίληψη μας για το το λειτουργεί, διαμορφώνεται από τις συνεχείς πάνω αλλαγές.

ΧΘΕΣ	ΣΗΜΕΡΑ
Κριτική παρελθόντος (εκμετάλλευση πόρων ή έγκαιρη τοποθέτηση)	Πρόβλεψη μέλλοντος (ανταπόκριση και ικανότητα εκμετάλλευσης ευκαιριών)
Προβλέψιμη αλλαγή	Απρόβλεπτη αλλαγή
Ετήσιος προγραμματισμός	Συνεχής στρατηγική διεργασία
Καλύτερη εφαρμογή εννοιών του παρελθόντος	Ταχύτερη υιοθέτηση νέων εννοιών

Πίνακας 1

Το κυριότερο εύρημα της συγκριτικής αξιολόγησης είναι ότι η υπάρχουσα διαδικασία σχεδιασμού στρατηγικής, χρειαζόταν να εμπλουτισθεί με την προσθήκη μιας διεργασίας που θα επέτρεπε στους οργανισμούς να εντοπίζουν και να καταγράφουν ευκαιρίες και απειλές με τον καταλληλότερο τρόπο, Τονίστηκε ο σπουδαίος ρόλος που παίζει το Μοντέλο Αριστείας του EFQM και η Αυτοαξιολόγηση στο να βοηθήσει τα ανώτατα στελέχη να αντιμετωπίσουν τη χαώδη κατάσταση της αγοράς και να παραθέσει ένα πλαίσιο βάσει του οποίου θα μπορούσαν να αντιληφθούν και να ανταποκριθούν πιο αποτελεσματικά στις αλλαγές.

Η διεργασία Αυτοαξιολόγησης παρείχε ανεκτίμητες πληροφορίες για τα δυνατά σημεία προς βελτίωση του οργανισμού και επειδή η αξιολόγηση είχε ως σημείο αναφοράς το Μοντέλο Αριστείας, κατέστη δυνατή μια ολοκληρωμένη και κατανοητή ανάδραση, καλύπτοντας όλα τα θέματα διοίκησης του οργανισμού.

Το μήνυμα που προκύπτει είναι ότι, για να ωφεληθεί ο οργανισμός η Αυτοαξιολόγηση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένη και μονόπλευρη δραστηριότητα. Η αυτοαξιολόγηση πρέπει να είναι τμήμα της διεργασίας καθορισμού της στρατηγικής και πρέπει να συνδέεται άμεσα με τη διεργασία του προγραμματισμού.

2.9 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ EFQM

Ο ορισμός της Αυτοαξιολόγησης από το EFQM είναι ως εξής:

Μία περιεκτική, συστηματική και τακτική ανασκόπηση του οργανισμού ως προς τις δραστηριότητες και τα αποτελέσματα, σε σχέση με το μοντέλο. Αριστεία του EFQM. Η διεργασία της Αυτοαξιολόγησης επιτρέπεται στον οργανισμό να διακρίνει τη ευκρίνεια τα δυνατά του σημεία, όπως επίσης και τα σημεία που πρέπει να δίνουν βελτιώσεις και που καταλήγουν σε προγραμματισμό δραστηριοτήτων βελτίωσης των οποίων η πρόοδος παρακολουθείται.

Όπως προκύπτει από τον πιο πάνω ορισμό, ο κύριος λόγος για να γίνει Αυτοαξιολόγηση είναι να προκύψει βελτίωση. Επιπλέον, για να επιτύχει πρέπει να συνδεθεί και με άλλες διεργασίες διοίκησης μέσα στον οργανισμό, κυρίως με το σχεδιασμό της στρατηγικής και τη διεργασία του προγραμματισμού. (Amason advanced management consultants EQIA.E 2006)

2.10 ΟΦΕΛΗ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι οργανισμοί έχουν αρκετά οφέλη από την Αυτοαξιολόγηση χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Αριστείας του EFQM.

Αυτά τα οφέλη είναι:

- Η παροχή μιας καλά δομημένης και βασισμένης σε γεγονότα τεχνικής για τον εντοπισμό και αξιολόγηση των δυνατών σημείων του οργανισμού, όπως επίσης και αυτών που χρειάζονταν βελτίωση παράλληλα με την περιοδική μέτρηση της προόδου του.
- Η βελτίωση του σχεδιασμού του στρατηγικού και επιχειρησιακού προγράμματος.

- Η δημιουργία «κοινής γλώσσας» και ενός εννοιολογικού πλαισίου για τον τρόπο διοίκησης και βελτίωσης του οργανισμού. Αυτό είναι ιδιαίτερα σπουδαίο για μεγάλες επιχειρήσεις που έχουν απλωθεί σε διάφορες χώρες.
- Η εκπαίδευση του προσωπικού στις θεμελιώδεις έννοιες της αριστείας και πως σχετίζονται με τις αρμοδιότητες / ευθύνες τους.
- Η ανάπτυξη των διοικητικών δεξιοτήτων του προσωπικού.
- Η συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού σε όλα τα επίπεδα και σε όλα τα τμήματα στις βελτιώσεις των διεργασιών.
- Η αξιολόγηση του οργανισμού με συνεκτικό τρόπο σε μακροσκοπικό και μικροσκοπικό επίπεδο.
- Ο εντοπισμός και η διευκόλυνση με συνεκτικό τρόπο σε μακροσκοπικό και μικροσκοπικό επίπεδο
- Ο εντοπισμός και η διευκόλυνση της αλληλοενημέρωσης σε θέματα καλής πρακτικής μέσα στον οργανισμό.
- Η διευκόλυνση συγκρίσεων με άλλους οργανισμούς συναφούς ή διαφορετικής φύσης, χρησιμοποιώντας μια σειρά κριτηρίων τα οποία είναι ευρέως αποδεκτά στην Ευρώπη και όχι μόνο.
- Η ενσωμάτωση διαφόρων πρωτοβουλιών βελτίωσης στις «φυσιολογικές» λειτουργίες.
- Η παροχή ευκαιριών για τη διαπίστωση προόδου και εξαιρετικού επιπέδου επιτευγμάτων μέσω βραβείων.
- Η προετοιμασία του οργανισμού για να υποβάλει αίτηση για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας ή σε εθνικό ή περιφερειακό βραβείο της αυτής φύσης.

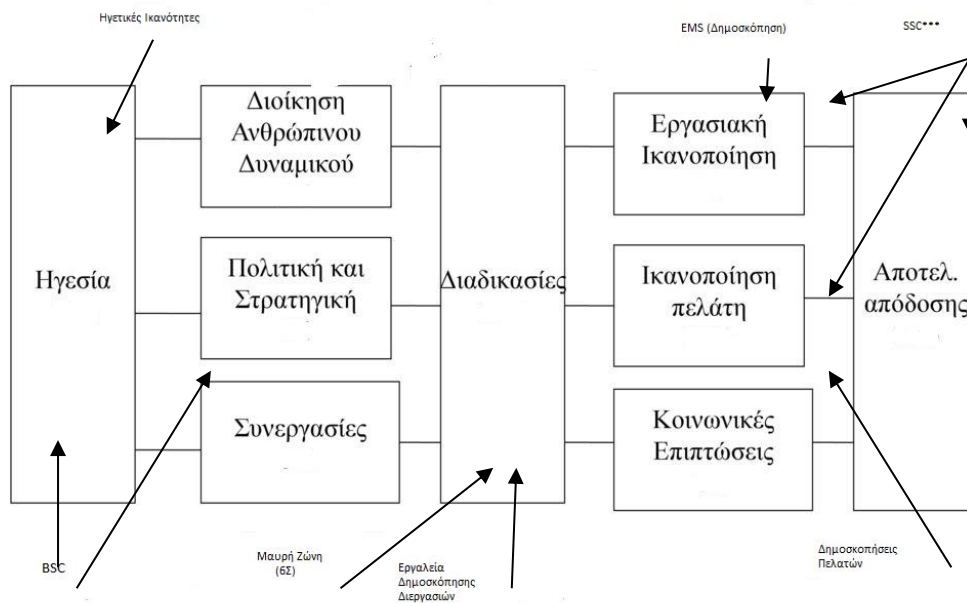
2.11 ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που θα αντιμετωπίσουν τα στελέχη ενός οργανισμού είναι η ανάγκη να εξηγήσουν πως η Αυτοαξιολόγηση συνδέεται με άλλες πρωτοβουλίες που είναι σε εξέλιξη στον οργανισμό.

Πολλοί οργανισμοί έχουν αντιμετωπίσει τέτοιες προκλήσεις και γνωρίζουν ότι όποιος ξεκινά αυτό το «ταξίδι» το βρίσκει πολύ σημαντικό και ότι οι προκλήσεις θα τον ανταμείψουν.

Το μοντέλο Αριστείας του EFQM χρησιμοποιήθηκε σαν βασικό πλαίσιο και τοποθετήθηκαν σε καθένα από τα 9 κριτήρια οι διάφορες πρωτοβουλίες που ήταν σε εξέλιξη.

Σαν αποτέλεσμα προέκυψε η διαπίστωση ότι ήταν ένα πανίσχυρο επικοινωνιακό όχημα όχι μόνο για την εφαρμογή της Αυτοαξιολόγησης, αλλά και για την ενημέρωση του προσωπικού του οργανισμού για τη συνολική στρατηγική επιχειρησιακή βελτίωσης.



Σχήμα 2 : Το Μοντέλο Αριστείας του EFQM, το Μοντέλο PBE, τα Εργαλεία BEST και το BSC

2.12 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Υπάρχουν 8 βήματα που πρέπει να γίνουν όταν καθορισθεί και ξεκινήσει το έργο της Αυτοαξιολόγησης.

Ας ληφθεί ότι η Αυτοαξιολόγηση μπορεί να συμπεριλάβει ολόκληρο τον οργανισμό ή μόνο τμήμα του.

Βήμα πρώτο: Εξασφαλίστε και διατηρήστε τη δέσμευση της διοίκησης

Σύμφωνα με πληροφορίες από μέλη του EFQM με εμπειρία Αυτοαξιολόγησης υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας αν τα Ανώτατα Στελέχη έχουν ενεργό

συμμετοχή στη διεργασία και μια καλή γνώση του μοντέλου EFQM καθώς και των θεμελιωδών Εννοιών Αριστείας.

Υπάρχουν ορισμένοι μηχανισμοί που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ενθαρρυνθεί και αναπτυχθεί η συγκεκριμένη συμμετοχή.

- Ορίσατε την Αυτοαξιολόγηση σαν στρατηγικό εργαλείο και ενημερώστε ότι έχει τη δυνατότητα να διευκολύνει την εστίαση σε ότι είναι ζωτικό για τον οργανισμό
- Δώστε έμφαση στο ότι αυτή η διεργασία ενισχύει την εστίαση στο πελάτη και στην ευημερία του οργανισμού
- Ενημερώστε για τις επιτυχίες άλλων οργανισμών που ακολούθησαν το δρόμο της Αριστείας.
- Εξασφαλίστε την ενεργό συμμετοχή και τυπικά ενεργώντας σαν ιδιοκτήτης (επεξεργαστής) κριτηρίου.

Η υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα και το μέγεθος της κατανόησης των Θεμελιωδών Εννοιών Αριστείας είναι καθοριστικά κλειδιά για την ενδεχόμενη επιτυχία της Αυτοαξιολόγησης.

Κάθε οργανισμός που προτίθεται να χρησιμοποιήσει το Μοντέλο Αριστείας και την Αυτοαξιολόγηση θα ωφεληθεί απλό αυτή περισσότερο αν έχει κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης. Μια κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης είναι κάτι που πρέπει να αποτελεί συλλογική ευθύνη για όλο το προσωπικό και ιδιαίτερα για την ομάδα διοίκησης.

Εξίσου σπουδαίο, από άποψη κουλτούρας είναι η ανάγκη- ειδικά στην ηγετική ομάδα- για μια ατμόσφαιρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και θέλησης για ομάδα εργασίας για τη βελτίωση του συνόλου του οργανισμού. Αυτό παρέχει μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας από ένα περιβάλλον το οποίο είναι αμυντικό και εστιασμένο στο να διατηρεί την κατάσταση ως έχει (statusquo).

Εάν η δέσμευση για βελτίωση του προσωπικού και ιδιαίτερα της ηγετικής ομάδας δεν είναι ισχυρή, τότε θα ήταν πολύ νωρίς να εφαρμόσει ο οργανισμός το Μοντέλο και την Αυτοαξιολόγηση. Θα ήταν πιο ωφέλιμο για τον οργανισμό να εντοπίσει πρώτα και να αναπτύξει τους λόγους αλλαγής και ένα κοινό όραμα για το πώς θα πρέπει να είναι ο μεταμορφωμένος (μετασχηματισμένος) οργανισμός.

Σε αυτές τις περιστάσεις, οι οργανισμοί με «καλή πρακτική» συνιστούν στην ηγετική ομάδα να αναλώσει χρόνο για την κατανόηση των Θεμελιωδών Εννοιών Αριστείας και τη σπουδαιότητα τους για τον οργανισμό πριν ξεκινήσει η Αυτοαξιολόγηση και η χρήση των εννέα κριτηρίων.

Τελικά, ο ρόλος του «ηγέτη» ιδιαίτερα, είναι πολύ σημαντικός στην αρχική επιτυχία της Αυτοαξιολόγησης και τη μέλλουσα να ακολουθήσει βελτίωση. Παρόλα αυτά, αν το πάθος και η ορμή για τη συγκεκριμένη διεργασία παραμείνουν στα χέρια των υψηλόβαθμων στελεχών και δεν θα συμμερίζεται μια ευρύτερη διοικητική ομάδα, τότε τα στελέχη αυτά θα κινούνται στο κενό και η διεργασία θα φθαρεί.

Συνεπώς είναι εξαιρετικά σημαντικό όλα τα μέλη της διοικητικής ομάδας του οργανισμού να μοιράζονται το ενδιαφέρον και την πίστη στην Αυτοαξιολόγηση ως εργαλείο βελτίωσης.

Βήμα δεύτερο: Σχεδιάστε και αναπτύξτε τη στρατηγική επικοινωνίας.

Για την Αυτοαξιολόγηση και την επιτυχία της στον οργανισμό είναι απολύτως αναγκαίο στα αρχικά στάδια της διεργασίας να έχετε μια σαφή στρατηγική για το μήνυμα που θέλετε να επικοινωνήσετε.

Δεν πρέπει ποτέ η Αυτοαξιολόγηση να μετατραπεί σε μια γραφειοκρατική διαδικασία. Είναι ζωτικής σημασίας να θεωρηθεί εξ αρχής ως ένα σπουδαίο στοιχείο στη διατύπωση της στρατηγικής, του προγραμματισμού και της διεργασίας βελτίωσης. Μία τέτοια θεώρησης της Αυτοαξιολόγησης θα βοηθήσει στη μείωση του κινδύνου να νομίσει το προσωπικό ότι πρόκειται για ένα προσωπικό πρόγραμμα στο οποίο δεν θα υπάρξει συνέχεια.

Βήμα τρίτο: Πρόγραμμα Αυτοαξιολόγησης

Γενικές Παρατηρήσεις

Όταν εξετάζεται ποια συγκεκριμένη τεχνική Αυτοαξιολόγησης πρέπει να εφαρμοστεί, πρέπει να ληφθεί υπόψη η τρέχουσα κουλτούρα του οργανισμού που έχει ένα Εργαστήριο Αξιολόγησης στο οποίο συμμετέχει η ηγετική ομάδα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας όταν υπάρχει περιβάλλον ομαδικού πνεύματος και οι συμπεριφορές τους είναι αυτές που οδηγούν προς τη συνεργασία και το ενδιαφέρον, παρά τις συγκρούσεις.

Δεν υπάρχει καλύτερη τεχνική για την Αυτοαξιολόγηση. Ο σημαντικότερο παράγοντας για έναν οργανισμό είναι να έχει σαφή άποψη για τα αποτελέσματα που θέλει να επιτύχει και μετά να επιλέξει την καταλληλότερη για τη συγκεκριμένη περίπτωση τεχνική Αυτοαξιολόγησης.

Ο τελικός προορισμός, δηλ. η ανάλυση των συμπερασμάτων από την Αυτοαξιολόγηση, ο καθορισμός προτεραιοτήτων δράσεων βελτίωσης, ο ορισμός υπευθύνων και η ανάπτυξη προγραμμάτων δράσης είναι υπευθυνότητα της ομάδας διοίκησης.

Η διεργασία της Αυτοαξιολόγησης πρέπει να πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα, και η περιοδικότητα της να είναι τέτοια ώστε ο χρόνος διάρκειας και ο χρονικός ορίζοντας όλων των διεργασιών διοίκησης συμπεριλαμβανομένης και της Αυτοαξιολόγησης, καθώς και του στρατηγικού σχεδιασμού να ταιριάζουν με το εξωτερικό περιβάλλον. Αν ο οργανισμός λειτουργεί σε μια δυναμική, συχνά μεταβαλλόμενη και ασταθή αγορά, η αναμονή 12 ,μηνών για την επόμενη συλλογή στοιχείων από μία Αυτοαξιολόγησης είναι ίσως μεγάλη.

Επίσης η Αυτοαξιολόγηση δεν πρέπει να θεωρηθεί ως μια άσκηση που θα πραγματοποιηθεί μονάχα μια φορά. Αυτό που χρειάζεται είναι μια στρατηγική για Αυτοαξιολόγηση η οποία να έχει μακροπρόθεσμη προοπτική, ίσως 3-5 χρόνια. Επίσης, να χρησιμοποιούνται διαφορετικές τεχνικές καθώς ο οργανισμό ωριμάζει και η γνώμη του γύρω του από τις δυνατότητες του Μοντέλου Αριστείας του EFQM και οφέλη της Αυτοαξιολόγησης αυξάνεται.

Βήμα τέταρτο: Επιλέξτε και εκπαιδεύστε το προσωπικό που εμπλέκεται άμεσα στη διεργασία.

Όταν πραγματοποιείται μια Αυτοαξιολόγηση υπάρχει ένα αριθμός διαφορετικών ρόλων ανάλογα με την τεχνική που θα εφαρμοστεί.

Αυτή μπορεί να είναι οι εξής:

- Χορηγός
- Υπεύθυνος έργου
- Προσωπικό
- Αξιολογητές
- Επικεφαλής Αξιολόγησης
- Διευκολυντές
- Συλλέκτες στοιχείων
- Συντάκτης έκθεσης

Ορισμένοι ρόλοι, όπως ο χορηγός, ο Υπεύθυνος έργου και το προσωπικό, εμφανίζεται έτσι και αλλιώς, αλλά εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από την Τεχνική Αυτοαξιολόγηση που θα επιλεγεί.

Βήμα πέμπτο: Η διενέργεια της Αυτοαξιολόγησης

Η εισαγωγή μιας νέας διεργασίας χρειάζεται προσεκτική διαχείριση. Η Αυτοαξιολόγηση δεν αποτελεί εξαίρεση του κανόνα και η εφαρμογή πρέπει να αποτελεί συγκεκριμένο έργο (project). Εάν σε έναν οργανισμό εκτελούνται συγχρόνως Αξιολογήσεις σε διάφορα τμήματα του, τότε αυτές θα πρέπει να αντιμετωπισθούν σαν ξεχωριστά έργα συνδεδεμένα μεταξύ τους σε ένα σαφές πλαίσιο. Ορισμένοι οργανισμοί ορίζουν «τοπικούς συντονιστές» για να υποστηρίζουν τον υπεύθυνο του έργου ή τις διεργασίες.

Κύριος στόχος της Αυτοαξιολόγησης είναι να εντοπίσει τα δυνατά σημεία ενός οργανισμού, καθώς επίσης και τις περιοχές προς βελτίωση, και να δημιουργήσει το δυναμικό για να βελτιωθεί η απόδοσή του. Δεν είναι στόχος η επίτευξη συγκεκριμένης βαθμολογίας και μόνο (AMACON EQIA. ΕΑ ΘΗΝΑ 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το ραγδαία μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και η ραγδαία μεταβαλλόμενη τεχνολογία θέτουν σε αμφισβήτηση τις αντιλήψεις μας για την ποιότητα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Πολλές από τις ιδέες μας για την ποιότητα έχουν βασιστεί στην ιατρική και χειρουργική περίθαλψη στα νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τις παραδοσιακές έννοιες εγγύησης ποιότητας ή ελέγχου ποιότητας.

Η μακροχρόνια αντίληψη της φροντίδας υγείας ως μία οικοτεχνίας παρέμεινε στις δεκαετίες του 1960 και 1970. Από αυτή την άποψη, η φροντίδα υγείας θεωρήθηκε ως μία τέχνη ή δεξιότητα η οποία παρεχόταν από ανεξάρτητους επαγγελματίες οι οποίοι είχαν μάθει όντας μαθητευόμενοι να εργάζονται σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα. Οι επαγγελματίες προσάρμοζαν την τέχνη τους στην κατάσταση κάθε ατόμου χρησιμοποιώντας διαδικασίες που δεν καταγράφονται ούτε σχεδιάζονταν σαφώς και ήταν προσωπικά υπεύθυνοι για την επίδοση και τα οικονομικά αποτελέσματα της φροντίδας την οποία παρείχαν.

Οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και την Αμερική, τη δεκαετία του '60 συμπεριλάμβαναν μελέτες για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Τη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκε ο αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit). Οι δεκαετίες του 1980 και 1990 βίωσαν μια ευδιάκριτη αλλαγή, η οποία περιγράφεται συχνά ως η «βιομηχανοποίηση της φροντίδας υγείας» (Kongstvedt 1997). Αυτή η αλλαγή επηρέασε σχεδόν όλες τις εκφράσεις της παροχής φροντίδας υγείας, επηρεάζοντας τους τρόπους με τους οποίους κατανέμονταν οι κίνδυνοι, τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας και το πώς οι επαγγελματίες κινητοποιούνται και αποκτούν κίνητρα. Τη δεκαετία αυτή η διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) ήταν η επιλογή την οποία προωθήθηκε έντονα. Τη δεκαετία του 90 οι τάσεις των οργανισμών στρέφονται γύρω από τη διοίκηση ολικής ποιότητας. Σήμερα, οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την πρόκληση και αρχίζουν ένα νέο ταξίδι για ποιότητα μέσα από τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών. Οι ουσιαστική φύση κάθε εξέλιξης είναι να διατηρεί τα πλεονεκτήματα κάθε προσέγγισης και να βελτιώνει τα μειονεκτήματα διδασκόμενη από τα λάθη του παρελθόντος.

Πως όμως μετριέται η ποιότητα εξετάζοντας το περιβάλλον περίθαλψης και ανάρρωσης πέρα από το περιβάλλον των εσωτερικών ασθενών; Εξετάζοντας τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της περίθαλψης, η αποδοτικότητα και η καταλληλότητα της περίθαλψης θα τεθούν σε αμφισβήτηση; Μεταβάλλονται σημαντικά τα αποτελέσματα του ενός εξαμήνου, του ενός χρόνου και των πέντε χρόνων από τις διαφορετικές θεραπείες; Με την τεχνολογία να προσφέρει γενετικές αλλαγές, τι σημαίνει ποιότητα; Αυτό και μόνο το γεγονός εισάγει μία νέα δυνατότητα να κρατούμε τους ανθρώπους ζωντανούς πέρα από κάθε λογική ποιότητα ζωής. Συνεπώς τώρα πρέπει να αναλογιστούμε όχι μόνο την ποιότητα της περίθαλψης αλλά και την ποιότητα της ζωής. Στο αντίθετο άκρο της κλίμακας, αν εστιάσουμε πραγματικά στη διατήρηση και στη βελτίωση της υγείας, τα παλιά μέτρα της ποιότητας χάνουν το άτομα, μπορεί να είναι πιο σημαντική. Πολλές από αυτές τις αλλαγές θέτουν σε αμφισβήτηση τους στόχους και την ηθική μας. Με βάση ποιόν θα πρέπει να μετριέται η ποιότητα, τον ασθενή ή τον επαγγελματία της υγείας;

3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών στους οποίους η ποιότητα παίζει κρίσιμο ρόλο είναι εκείνοι των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφορά τις δυνατότητες επίτευξης του επιδιωκόμενου αποτελέσματος, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας του ασθενή. Επιπροσθέτως μειώνονται οι πιθανότητες αρνητικών επιπτώσεων σύμφωνα με αυτά που ισχύουν στην ιατρική επιστήμη (Μανωλιάδης & Δημοπούλου). Η ποιότητα αφορά τόσο στην ευρύτερη λειτουργία ενός τμήματος όσο και στην κλινική πρακτική και το περιεχόμενο της καθορίζεται από κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε χώρας. Επιπλέον, αποτελεί τη σημαντικότερη προτεραιότητα κάθε συστήματος υγείας και κάθε οργανισμού υγειονομικής φύσεως. (Kalogeropoulos, Charalambous, 2019). Στην προκειμένη περίπτωση, οι ασθενείς αποτελούν τους πελάτες, ενώ τα νοσοκομεία, το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η διοίκηση, ο εξοπλισμός, τα υλικά, τα φαρμακεία και τα ιατρεία συνιστούν υποσυστήματα του συστήματος φροντίδας υγείας, Στο σύστημα μπορούν να ενταχθούν και οι κρατικές διοικητικές αρχές που επηρεάζουν και καθορίζουν τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στις ΗΠΑ σημειώνονται από 44.000 μέχρι 96.000 θάνατοι ετησίως από λάθη στην φροντίδα υγείας (Kohn, Corrigan και Donaldson, 1999). Το κόστος από τα λάθη αυτά εξαιρώντας την ανυπολόγιστη απώλεια από την κατάληξη ενός ασθενούς, είναι υπερβολικά υψηλό. Έχει εκτιμηθεί ότι για το 1996, στις ΗΠΑ το κόστος αυτών λαθών κυμάνθηκε στο 4% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία. Επιπλέον, το 70% των λαθών, που αφορούν στο τεχνικό εξοπλισμό, στη διάγνωση και τη χορήγηση φαρμάκων μπορούν να προληφθούν. Αν τα παραπάνω λάθη προκαλούνται από ανθρώπους («τα λάθη είναι ανθρώπινα»), ωστόσο επάγονται από ένα λάθος σύστημα το οποίο ωθεί τους ανθρώπους προς τη διάπραξη σφαλμάτων. Τα λάθη αυτά έχουν ως γενεσιουργό αίτιο τον μη ορθό σχεδιασμό και την, ως εκ τούτου, αναποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας.

Τα παραπάνω δεδομένα έχουν οδηγήσει στην ανάληψη πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας μπορεί να βασιστεί σε αρχές όπως η εγκαθίδρυση ισχυρής ηγεσίας, η αντίληψη και η ασφάλεια των ασθενών είναι προτεραιότητα και ευθύνη όλων, η απλοποίηση των διαδικασιών, η αποφυγή της εξάρτησης από τις επιθεωρήσεις, η προώθηση της ομαδικής εργασίας και η καλλιέργεια ενός περιβάλλοντος που να ενθαρρύνει τη μάθηση. Οι παραπάνω αρχές θυμίζουν πολύ τις απόψεις των μελετηρών της ποιότητας. Εργαλεία όπως Στατιστικός Έλεγχος Διεργασιών (Carey, 2003) και ο Πειραματικός Σχεδιασμός (Sloan, 1966) ή τα Έξι Σίγμα (Caldwell et al., 2005 και Barry et al., 2002) μπορούν να χρησιμοποιηθούν όχι μόνο σε ένα βιομηχανικό ή ερευνητικό περιβάλλον, αλλά και για τη βελτίωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, π.χ μέσω της μείωσης των λαθών, του περιορισμού του κόστους και της υιοθέτησης των πιο αποτελεσματικών κλινικών πρακτικών.

3.3 ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι αρχές της Διοίκησης ολικής ποιότητας είναι οι Εξής:

3.3 .1 ΕΣΤΙΑΣΗ ΣΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ (Customer Focus)

Η προσοχή αποδίδεται σε οργανισμούς, οι οποίοι έχουν ως γνώμονα τις ανάγκες των πελατών και οι οποίοι ενσωματώνουν συστηματικά την ανατροφοδότηση των

πελατών, στο σχεδιασμό της στρατηγικής τους και στην ανάπτυξη των προϊόντων και των υπηρεσιών. Η ποιότητα πρέπει να αξιολογείται από τους πελάτες και να ορίζεται σε σχέση με την ανταπόκριση στις ανάγκες και τις προσδοκίες τους(Παπανικολάου Β., 2007).

Επομένως ο πελάτης πρέπει να είναι η ύψιστη προτεραιότητα του οργανισμού. Η επιβίωση του οργανισμού εξαρτάται από τον πελάτη(David L et al.,2013).

Οι αξιόπιστοι πελάτες είναι σημαντικοί πελάτες. Ένας αξιόπιστος πελάτης είναι αυτό που αγοράζει επανειλημμένα από την ίδια οργάνωση ή που χρησιμοποιεί της υπηρεσίες ενός οργανισμού. Οι πελάτες που είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των αγορών ή των υπηρεσιών που κάνουν γίνονται αξιόπιστοι πελάτες. Ως εκ τούτου, η ικανοποίηση του πελάτη είναι απαραίτητη(David L et al.,2013).

Γι' αυτό πρέπει να εντοπίζουν τα χαρακτηριστικά εκείνα των προϊόντων ή των υπηρεσιών που προσδίδουν αξία στον πελάτη και οδηγούν στην ικανοποίησή και αφοσίωσή τους

Το "κλειδί" για την καθιέρωση μιας πολιτικής εστίασης στον πελάτη είναι να διατηρούν οι εργαζόμενοι την επαφή τους με τους πελάτες και να ενδυναμώνονται αυτοί οι εργαζόμενοι ώστε να λειτουργούν όπως πρέπει ώστε να ικανοποιούνται οι πελάτες(David L.etal., 2013).

Ένας οργανισμός έχει συγκριτικό πλεονέκτημα στην περίπτωση κατά την οποία εκπληρώνει ή και υπερβαίνει τις προσδοκίες του πελάτη. Για να έχει όμως ο οργανισμός αυτό το πλεονέκτημα είναι αναγκαίο να γνωρίζει την ταυτότητα των πελατών του, τις προσδοκίες τους και σε ποιο βαθμό τις εκπληρώνει. Αυτό απαιτεί αρχικά τη διενέργεια έρευνας αγοράς εκτίμησης αναγκών και στη συνέχεια, προσπάθεια ανταπόκρισης στις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών, παράλληλα με τη συστηματική ανάπτυξη και παραγωγή των προϊόντων – υπηρεσιών. Η εστίαση στους πελάτες δε σχετίζεται μόνο με τους εξωτερικούς πελάτες, στο εσωτερικό του οργανισμού έχουμε στους εσωτερικούς πελάτες τους εργαζόμενους:

Οι οργανισμοί / Νοσοκομεία εξαρτώνται από τους Πελάτες/ ασθενείς τους και γι' αυτό πρέπει να κατανοούν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους. Πρέπει να προγραμματίζουν, ώστε να ικανοποιούν αυτές τις ανάγκες και να προσπαθούν να υπερβαίνουν τις τωρινές, αλλά και μελλοντικές προσδοκίες τους.

α. Εσωτερικοί Πελάτες

Ο προσδιορισμός των αναγκών των εσωτερικών πελατών είναι ένα ζήτημα διασφάλισης ότι οι εργαζόμενοι που εξαρτώνται ο ένας απλό τον άλλο ως άτομα, καθώς και τμήματα που εξαρτώνται το ένα από το άλλο ως μονάδες, επικοινωνούν συνεχώς τις ανάγκες τους μεταξύ τους. Ωστόσο όσο σημαντική και αν είναι, η επικοινωνία σπάνια 'απλώς' συμβαίνει σε οποιοδήποτε συνθήκες. Αντιθέτως, πρέπει να ενθαρρύνεται και να διευκολύνεται.

Κύκλοι ποιότητας, αυτοδιαχειριζόμενες ομάδες, διατμηματικές ομάδες, και ομάδες βελτίωσης είναι όλα παραδείγματα μηχανισμών για τη βελτίωση της επικοινωνίας και ακολούθως, της ποιότητας.

Η απλή επικοινωνία που πραγματοποιείται σε κάποιο διάλλειμα εντός του ωραρίου μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική. Η εκπαίδευση που προωθεί την επικοινωνία και συμβάλλει στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι επίσης σημαντική καθώς και η ομαδική εργασία.

Προκειμένου να υπάρχει αποτέλεσμα, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον που να δίνει τη δυνατότητα στο προσωπικό να αναπτύξει τις ικανότητες και τις γνώσεις του σε μια ατμόσφαιρα σεβασμού και συνεργασίας. (Παπανικολάου Β2007)

β. Εξωτερικοί Πελάτες . Προσδιορισμός των Αναγκών των Εξωτερικών

Πελατών

Ιστορικά, οι πελάτες αποκλείστηκαν από τη διαδικασία ανάπτυξης του προϊόντος. . Ο Peter Scholtes, η Barbara Streibel και Brian Joiner προτείνει τη στρατηγική έξι βημάτων

I.Κάντε Εικασίες για τα Αποτελέσματα

Ο σκοπός αυτού του βήματος είναι να βοηθήσει τους εκπροσώπους της οργάνωσης/οργανισμού να διαπιστώσουν κατά πόσο βρίσκονται σε επαφή με τις ανάγκες των πελατών

I. Σχεδιάστε πως θα Συλλέξετε τις Πληροφορίες

Η συλλογή των πληροφοριών θα πρέπει να γίνει με συστηματικό και καλά οργανωμένο τρόπο. Πριν συλλέξετε τις πληροφορίες, αναπτύξτε ένα σχέδιο. Αποφασίστε τι είδους πληροφορίες και από ποιούς θα της ζητήσετε. Όποτε είναι

δυνατόν, δομήστε το πρόγραμμα ούτως ώστε οι πληροφορίες να συλλέγονται μέσω προσωπικών συνεντεύξεων(David L., 2013) πχ σε ένα νοσοκομείο οι πληροφορίες μπορούν να παρθούν από τους ασθενείς ή από τους συγγενείς;

II. Συλλέξτε της Πληροφορίες

Πριν από την υλοποίηση ολόκληρου του σχεδίου συλλογής πληροφοριών, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια μικρότερη πιλοτική έρευνα η οποία θα περιλαμβάνει μόνο μερικούς πελάτες. Αυτή θα εντοπίσει προβλήματα της μεθοδολογίας συλλογής πληροφοριών τα οποία πρέπει να διορθωθούν πριν το σχέδιο προχωρήσει σε μεγαλύτερη κλίμακα. Αφότου βελτιωθεί η μεθοδολογία, μπορείτε να συγκεντρώσετε τις πληροφορίες εγκαίρως(DavidL2013).

III. Αναλύστε τα Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα θα πρέπει να αναλυθούν προσεκτικά και αντικειμενικά. Είναι ίδια με τις εικασίες που κάνετε για τα αποτελέσματα στο πρώτο βήμα; Κατά πως είναι ίδια ή διαφέρουν;

Τι προβλήματα υπέδειξαν οι πελάτες; Τι ισχυρά σημεία; Υπήρχαν συγκεκριμένα πρότυπα; Πόσοι πελάτες παραπονέθηκαν για το ίδιο πρόβλημα; Τι αλλαγές προτάθηκαν για το προϊόν ή για τις υπηρεσίες που σχετίζονται με αυτό;

IV. Ελέγξτε την Εγκυρότητα των Συμπερασμάτων

Έχοντας καταλήξει σε συμπεράσματα με βάση τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν, το επόμενο βήμα είναι να ελεγχθεί η εγκυρότητα των εν λόγω συμπερασμάτων. Οι πελάτες μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμη πηγή βοήθειας. Επιλέξτε αρκετούς πελάτες και μοιραστείτε τα συμπεράσματα με άλλα άτομα στην οργάνωση ώστε να σας κάνουν τα σχόλια τους. Προσαρμόστε ανάλογα τα συμπεράσματα σας βάσει αυτής της εξωτερικής και εσωτερικής ανάδρασης.

V. Αναλάβετε Δράση

Με βάση τα τελικά συμπεράσματα, ποιες αλλαγές πρέπει να γίνουν; Ποιες από αυτές τις αλλαγές είναι βραχυπρόθεσμες και ποιες μακροπρόθεσμες; Ποια μπορεί να γίνει αμέσως και για ποια θα απαιτηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα: Προχωρήστε σε οποιαδήποτε διορθωτικά μέτρα που μπορούν να γίνουν αμέσως και διαμορφώστε ένα σχέδιο για την ολοκλήρωση εκείνων που είναι μακροπρόθεσμου χαρακτήρα

Συναντηθείτε με πελάτες και γνωστοποιήστε τους τι πρόκειται να γίνει και πότε. Βεβαιωθείτε ότι οι αλλαγές γίνονται, στο βαθμό που είναι δυνατόν. Με την ίδια σειρά προτεραιότητας με εκείνη που υπαγορεύεται από τις ανάγκες των πελατών

Τέλος ο συγγραφέας στο βιβλίο του Διαχείριση Ποιότητας και Οργάνωση Αριστείας υποστηρίζει και ένα έβδομο βήμα που είναι η Απόκτηση Πληροφορίας Πελατών από το Internet

Απόκτηση πληροφοριών για τους πελάτες έχει γίνει πολύ πιο εύκολη με την έλευση του Internet. Οι περισσότερες επιχειρήσεις έχουν εκτενείς ιστοσελίδες που περιέχουν ένα μεγάλο όγκο πληροφοριών που τις αφορούν. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να αποκτηθούν αν κάποιος μεταβεί στην ιστοσελίδα της εν λόγω εταιρίας.

Ωστόσο πρέπει να γίνουν ορισμένες επισημάνσεις. Υπάρχουν ηθικά ζητήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη χρήση του Internet για την απόκτηση πληροφοριών για του πελάτες. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες δημόσια στην ιστοσελίδα του πελάτη.

3.3.2 Η ΗΓΕΣΙΑ (Leadership)

Η ηγεσία είναι ζωτικής σημασίας για την διαχείριση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και για την ποιότητα του συστήματος διαχείρισης αυτών των οργανισμών, το οποίο υιοθέτησε την πελατοκεντρική προσέγγιση. Οι επικεφαλής διαδραματίζουν τον ρόλο της έμπνευσης, της προώθησης και της υποστήριξης της οργανωτικής κουλτούρας της ποιότητας (Biljana T., et al 2018).

Ως ηγεσία, θα μπορούσε, να ορισθεί η διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών μιας μικρής ή μεγάλης, τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη) με τέτοιο τρόπο, ώστε εθελοντικά, πρόθυμα και με την κατάλληλη συνεργασία να προσπαθούν να υλοποιήσουν αποτελεσματικούς στόχους που απορρέου από την αποστολή της ομάδας, και την φιλοδοξία της για πρόοδο ή ένα καλύτερο μέλλον. (Μπουραντάς Δ., 2008 σε Γούλα 2014).

Ο ηγέτης θα πρέπει να συνεργάζεται αλλά ταυτόχρονα να είναι και ανταγωνιστικός. Να προχωρά συνεχώς σε αλλαγές αλλά και να διατηρεί τη σταθερότητα. Να εστιάζει στα αποτελέσματα αλλά και να βοηθά τα μέλη του οργανισμού. Η επιτυχία του συνεπώς εξαρτάται από τη σύνθεση αυτών των φαινομενικά αντιφατικών ζητημάτων.

Τούτο απαιτεί, όχι μόνο εστίαση στους στόχους αλλά και εστίαση στον τρόπο σκέψης ο οποίος υποστηρίζεται ότι καλύπτει ένα σύνολο πέντε διαφορετικών «κατευθύνσεων»(Gosling J σε Γούλα 2014).

1. Η Σκέψη της Στοχαστικής Κατεύθυνσης
2. Η Σκέψη της Αναλυτικής Κατεύθυνσης
3. Η Σκέψη της Πραγματιστικής Κατεύθυνσης
4. Η Σκέψη της Συνεργατικής Κατεύθυνσης
5. Η Σκέψη προς την Κατεύθυνση της Δράσης

Ο Deming ορίζει την ηγεσία αναφέροντας τις ιδιότητες ενός ηγέτη. Ηγέτης είναι αυτός που κατορθώνει να υλοποιήσει τη μεταρρύθμιση σύμφωνα με το Σύστημα Βαθιάς Γνώσης και διαθέτει γνώση, προσωπικότητα και πειστικότητα (Deming, 1994). Επομένως ο ηγέτης μπορεί να αναγνωριστεί από τις ικανότητες του.

Στο πλαίσιο αυτό, το τμήμα Ανθρώπινης Ανάπτυξης και Ηγεσίας του ASQ έχει εντοπίσει έξι ικανότητες, καθώς θεωρεί ότι δεν υπάρχει ένας σαφής ορισμός που να συμπεριλαμβάνει όλα τα χαρακτηριστικά ενός ηγέτη, ενώ κάθε μια από τις ικανότητες αυτές δεν επαρκεί. Η ηγετική ικανότητα είναι ένα σύνολο γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων που μπορούν να δημιουργήσουν άριστους ηγέτες, ανεξάρτητα από τη θέση, τον οργανισμό ή τον γεωγραφικό χώρο και το οποίο μπορεί να μετρηθεί και να βελτιωθεί μέσω εκπαίδευσης και ανάπτυξης . Οι έξι ικανότητες ενός ηγέτη είναι:

1. **Πλοηγός** : δημιουργώντας κοινή γλώσσα επικοινωνίας, κατευθύνει προς ένα όραμα, μια αποστολή, ένα στόχο ή ένα αποτέλεσμα. Οφείλει να αξιολογεί συνεχώς το περιβάλλον λειτουργίας ώστε να αναγνωρίσει την πρόοδο που πραγματοποιείται ως προς τα παραπάνω, ενώ ενίοτε καλείται να αντιμετωπίσει τις σχετικές προκλήσεις και να επωμισθεί τους πιθανούς κινδύνους.
2. **Επικοινωνιακός**: ακούει και εκφράζει μηνύματα με αποτελεσματικό τρόπο, ώστε να εξασφαλίσει αμοιβαία κατανόηση. Επιπλέον πρέπει να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που να καταργεί τα εμπόδια και να ενθαρρύνει την ανοικτή και έντιμη επικοινωνία.

3. **Μέντορας:** δίνει στους ανθρώπους την ευκαιρία να ορίζουν τις πράξεις τους. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται διαπροσωπικές σχέσεις που να συμβάλουν στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης, ακεραιότητας και ικανότητας λήψης ορθών αποφάσεων.
4. **Μαθητής:** αναπτύσσει συνεχώς τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις ικανότητες του μέσω της μελέτης, της εμπειρίας και του στοχασμού.
5. **Δημιουργός:** διαμορφώνει διαδικασίες και δομές έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι στόχοι. Αναλαμβάνει την ευθύνη για την επάρκεια των αναγκαίων πόρων και για την αξιολόγηση των διαδικασιών ώστε να διασφαλιστεί η αποτελεσματική χρήση τους.
6. **Παρακινήτης :** επηρεάζει τους ανθρώπους ώστε να αναλάβουν δράση κατά έναν επιθυμητό τρόπο. Επιπλέον οφείλει να αξιολογεί τις δραστηριότητες των ανθρώπων ώστε να επιβεβαιώσει ότι συμπορεύονται με τον σκοπό.

Οι έξι αυτές ικανότητες ενός ηγέτη συνιστούν ταυτόχρονα και τον ρόλο στον οποίο καλείται να διαδραματίσει. Ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει τη βελτίωση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού, τη βελτίωση του συστήματος, την ανύψωση του ηθικού των υπαλλήλων και την υποστήριξη τους ώστε να εργάζονται ευφρεστερά και όχι σκληρότερα (Deming, 1966 σε Δώρα Γεωργάκη και συν, 2010).

Η Ηγεσία είναι ο βαθμός εξυπηρέτησης τρίτων, που υποστηρίζει την ανάπτυξη τους και κάνει τον κόσμο καλύτερο (Sectretan, 2004), (Deming, 1966 σε Δώρα Γεωργάκη και συν, 2010) Η χρηστή ηγεσία μπορεί να διακριθεί από την ανήθικη ή διεφθαρμένη ηγεσία από 7 χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ηγέτη, τα οποία σχετίζονται με τις 6 ικανότητες (Hirzel, 2003).

1. Ευθύνη για τον οργανισμό, την οποία η ηγεσία δεν αποποιείται όταν τα αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά
2. Θάρρος για την πορεία στο άγνωστο και την καθοδήγηση των ανθρώπων.
3. Ταπεινότητα ως προς την επικοινωνία, τη διδασκαλία και τη μάθηση. Αυτό διακρίνει τους μεγαλύτερους ηγέτες. Θεωρούν ότι είναι υπηρέτες αυτών που ακλουθούν.
4. Ακεραιότητα στη λήψη των αποφάσεων.

5. Δημιουργικότητα, που εκφράζεται ως η συνεχής προσπάθεια για την εύρεση νέων λύσεων σε υπάρχοντα προβλήματα και ως η ικανότητα πρόβλεψης των εξελίξεων και έγκαιρης προσαρμογής του οργανισμού σε αυτές.
6. Επιμονή για την επίτευξη του σκοπού, ανεξάρτητα από τα εμπόδια και την αντίσταση που αναπτύσσεται
7. Ευημερία, προσωπική και επαγγελματική, ως παράδειγμα προς μίμηση

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η ηγεσία είναι τόσο διαδικασία όσο και ιδιότητα.

Ως διαδικασία είναι η χρήση μη καταναγκαστικής επιρροής για τον προσανατολισμό και τον συντονισμό των δραστηριοτήτων των μελών μιας ομάδας προς την πραγματοποίηση στόχων. Ως ιδιότητα αφορά στα χαρακτηριστικά που αποδίδονται σε άτομα που ασκούν επιτυχώς αυτού του είδους την επιρροή (Jago, 1982)(Deming, 1966 σε Δώρα Γιωργάκη και συν, 2010).

Ο σύγχρονος ηγέτης λειτουργεί ως σύμβουλος και υποστηρικτής του έργου των μελών του αξιοποιώντας τις ικανότητες τους και δημιουργώντας μια ατμόσφαιρα στην οποία ο οργανισμός βελτιώνεται συνεχώς (Ζαβλανός Μ. σε Γούλα 2014). Οι διοικητικές πρακτικές που εφαρμόζει εμπεριέχουν την έννοια της συναντίληψη ως τους επιδιωκόμενους στόχους της αλλαγής (Ζιανίκας Χ. σε Γούλα 2014). Καμία καινοτομία ή βαθιά εκσυγχρονιστική αλλαγή και καμία αξιολογη εργασία δεν μπορεί να επιτευχθεί, χωρίς τη συμβολή των μελών του οργανισμού.

Στο βιβλίο του *Managing the Future: The 1990 and Beyond*, Peter Drucker θέτει το ζήτημα ότι ηγεσία δεν αποτελεί συνάρτηση του χαρίσματος. Πολλοί managers πιστεύουν ότι η εμφάνιση και η ανάπτυξη μιας χαρισματικής προσωπικότητας αποτελούν βασικούς παράγοντες για να είναι κάποιος καλός ηγέτης. Παρόλο που η εξωτερική εμφάνιση διαδραματίζει κάποιο ρόλο και το χάρισμα είναι σίγουρα κάτι θετικό, δεν πρέπει να συγχέουμε την εικόνα με την ουσία.

Εκείνοι που τοποθετούν την εικόνα πάνω από την ουσία και προσπαθούν να καθοδηγήσουν τους ανθρώπους μόνο μέσω του χαρίσματος είναι λαοπλάνοι και όχι ηγέτες. Ακολουθούν αρκετά κριτήρια που χρησιμοποιεί ο Drucker για να διαχωρίζει του ηγέτες από τους λαοπλάνους.

Οι ηγέτες καθορίζουν και διατυπώνουν με σαφήνεια την αποστολή της οργάνωσης

Οι ηγέτες θέτουν τους στόχους, τις προτεραιότητες και τα πρότυπα.

Οι ηγέτες αντιμετωπίζουν την ηγεσία ως ευθύνη και όχι ως προνόμιο.

Οι ηγέτες περιβάλλονται από άτομα με γνώσεις και δυνατότητες τα οποία μπορούν να συνεισφέρουν .

Οι ηγέτες κερδίζουν την εμπιστοσύνη, το σεβασμό και την ακεραιότητα.

3.3.3 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ (Involvement of people)

Τα πρότυπα ποιότητας σηματοδοτούν τη μετάβαση από μια αμφιλεγόμενη για τις διεθνείς επιχειρηματικές δραστηριότητες περίοδο, κατά την οποία μεγάλος αριθμός εργαζομένων αντιμετωπιζόταν ως εργατική μάζα στο πλαίσιο της βιομηχανικής παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών, σε μία άλλη περίοδο όπου οι διαδικασίες παραγωγής διαμορφώνονται με γνώμονα την αυξημένη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα των εργαζομένων μέσα από τη μέριμνα για την υγιεινή, την ασφάλεια και την πολύπλευρη ευεξία τους σε κάθε βαθμίδα της ιεραρχίας ενός οργανισμού ή μια επιχείρησης.

Ενώ καθαυτά τα πρότυπα δίνουν την εντύπωση απρόσωπων οργανισμών σχημάτων οργανωτικών σχημάτων, στην πραγματικότητα αποτελούν εγγυήσεις για την αποφυγή καταχρήσεων και παρατυπιών, οι οποίες βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα διακυβεύουν την ποιότητα των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών. Με αυτόν τον τρόπο οι πιστοποιημένοι για την ποιότητα τους οργανισμοί κατά πάσα πιθανότητα ασκούν ιδιαίτερη μέριμνα για τα άτομα που τους στελεχώνουν, προκειμένου να διασφαλίζεται «υγιείς» περιβάλλον και φιλικές συνθήκες εργασίας στο πλαίσιο τους (Μπλάτος 2014).

Θα πρέπει να τονισθεί ότι η ποιότητα δεν είναι ευθύνη ενός και μόνο τμήματος, αλλά όλων. Όλοι οι υπάλληλοι, σε κάθε επίπεδο του οργανισμού, θα πρέπει να λαμβάνουν προσωπική ευθύνη για την εφαρμογή της ποιότητας. Κάθε υπάλληλος είναι εξουσιοδοτημένος να έχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και επίλυση των προβλημάτων. Οι υπάλληλοι οι οποίοι βρίσκονται εγγύτερα στο πρόβλημα ή τη διαδικασία είναι οι πλέον κατάλληλοι για τη βελτίωση. Τα ανώτερα στελέχη θα πρέπει να έχουν σημαντικό ρόλο στην εδραίωση ενός ομαδικού πνεύματος, αναμειγνύόμενα τα ίδια ενεργά στην προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας. Το ομαδικό πνεύμα θα πρέπει να επεκταθεί και έξω από τον οργανισμό, για να περιλάβει και τους προμηθευτές, σε μια ατμόσφαιρα συνεργασίας και εμπιστοσύνης. Όλοι αποτελούν μέρος μιας ομάδας η οποία εργάζεται για ένα κοινό σκοπό, την

Αυτοβελτίωση του οργανισμού, καθώς και την μακροπρόθεσμη επιτυχία του.
(Παπανικολάου 2008)

3.3.4 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΩΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Μέσα σε έναν οργανισμό τα πάντα γίνονται, μέσω κάποιας διεργασίας. Δεν υπάρχει προϊόν ή υπηρεσία χωρίς μια διεργασία, όπως δεν υπάρχει και διεργασία χωρίς προϊόν ή υπηρεσία. Οι διεργασίες είναι το μέσο με το οποίο οι οργανισμοί εκτελούν όλες τις δραστηριότητες του προκειμένου να παράγουν αξία για όλους τους ενδιαφερόμενους, δηλ για όσους έχουν συμφέροντα σ' αυτούς ή απ' αυτούς τους οργανισμούς.

Η διεργασία είναι μια σειρά αλληλοσχετιζόμενων προοδευτικών βημάτων ,που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να απαντήσουν σε ένα καλά δομημένο πρόβλημα. Η πιο συγκεκριμένα είναι μια προδιαγεγραμμένη σειρά από ενέργειες και πράξεις, οι οποίες πρέπει να εκτελούνται με τον ίδιο τρόπο ώστε να προκύπτουν πάντοτε το ίδιο αποτέλεσμα, με τις ίδιες συνθήκες.

Η διεργασία είναι ένα σύνολο δραστηριοτήτων το οποίο είναι δομημένο, σχεδιασμένο να παράγει ένα ιδιαίτερο αποτέλεσμα ή ένα επιχειρησιακό παραδοτέο για έναν συγκεκριμένο πελάτη ή αγορά. Η διεργασία δίνει έντονη έμφαση στο «Πως» γίνεται μια δουλειά μέσα στον οργανισμό σε αντίθεση με την έμφαση που δίνεται από τον οργανισμό όταν εστιάζεται στο «Τι» προϊόν ή υπηρεσία παρέχεται στον πελάτη.

Η διεργασία είναι μια ειδική σειρά εργασιακών δραστηριοτήτων με χαρακτηριστικά χρόνου και τύπου, με μια αρχή κι ένα τέλος και ξεκάθαρα εισερχόμενα (inputs) και εξερχόμενα (outputs). Είναι, δηλ. μια δομή για δράση, που περιλαμβάνει στοιχεία εστίασης, μέτρησης, κυριότητας και πελατών. Μια δομή, μέσω της οποίας ο οργανισμός κάνει ό,τι είναι απαραίτητο για να παράγει αξία για τους (Devenprt T., σε Μπλέσιος σελ 25)

Είναι σκόπιμο να σημειωθεί ότι η διεργασιοκεντρική προσέγγιση ενός επαγγελματικού περιβάλλοντος αποκαλύπτει το πραγματικό πρόσωπο και τις δυνατότητες ενός οργανισμού. Με άπλα λόγια, η ανάλυση των διεργασιών σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον δείχνει τις πραγματικές ροές δραστηριοτήτων, τους δρόμους και τους ρυθμούς ανταλλαγής πληροφοριών, δεδομένων και υλικών, σε μια ρεαλιστική αποτύπωση της επαγγελματικής δυναμικής. Οι διεργασίες καταγράφουν φωτογραφικά ότι συμβαίνει, σχετικά από αυτό που ενδεχόμενα προβλεπόταν ή

προϋπολογιζόταν να συμβεί. Οι δράσεις όλων των εργαζομένων και συναλλασσομένων υποτυπώνονται και αποτιμώνται σε συγκεκριμένους δείκτες μέτρησης, ώστε να είναι δυνατός ο εντοπισμός σφαλμάτων και η επαναρρύθμιση των διεργασιών και διαδικασιών από τις οποίες απορρέουν τυχόν προβλήματα και ελαττώματα. (Μπλαλτος 2014)

3.3.5 ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ (System Approach to management)

Η Συστημική προσέγγιση θεωρείται ως «μία καινούργια επιστημολογική, μεθοδολογική προσέγγιση η οποία διευκολύνει τη συλλογή και οργάνωση συσσωρευμένης γνώσης με σκοπό την αποδοτικότητα των ενεργειών στην αναζήτηση ικανοποιητικά αποδεκτών λύσεων στα μεγάλα επιστημονικά προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας » (Αρτέλλος ΑΣπύρου Θ. 2002 σε Γούλα Α).

Η Συστημική σκέψη είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κυβερνητική την επιστήμη που μελετά τον έλεγχο και την επικοινωνία σε συστήματα ζώντων οργανισμών και μηχανών και επικεντρώνεται περισσότερο στα συστήματα που κατευθύνονται για έναν σκοπό, μια επιδίωξη, συστήματα που έχουν έναν προορισμό που τελικά κατευθύνει τις λειτουργίες τους (real-directed systems) » (Αρτέλλος 2002 σε Γούλα Α., 2014).

Ένας οργανισμός/Νοσοκομείο είναι μια ολότητα που αποτελείται από τμήματα και μέλη που επηρεάζονται τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό περιβάλλον που δρουν και το καθένα τμήμα ή μέλος του οργανισμού, έχει μια συνεχή διάδραση σε άλλα τμήματα ή μέλη. Η συστημική σκέψη θεωρεί Βασική ικανότητα του ηγέτη να κατανοεί και να μελετά τα στοιχεία που συγκροτούν έναν οργανισμό, τον τρόπο λειτουργίας τους, καθώς και την αλληλεπίδραση που υπάρχει μεταξύ τους.

Σύμφωνα με την Συστημική προσέγγιση:

1. Οι οργανισμοί είναι συστήματα, τα οποία βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με άλλα κοινωνικά συστήματα και δυνατότητα τους να λειτουργήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα εξαρτάται κατά ένα ποσοστό και από αυτά. Επομένως οι οργανισμοί, οφείλουν να προσαρμόζονται σε ένα επιχειρησιακό περιβάλλον που μεταβάλλεται ραγδαία (Κωσταγιόλας κ.α. Γούλα Α 2017)

2. Η αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού θεωρείται ως μια λειτουργία της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα πρόσωπα, στην τεχνολογία και στο περιβάλλον (Sullivan E., Drucker P., 2009 σε Γούλα Α., 2014).

Τα άτομα και οι ομάδες αλληλεπιδρούν μέσα στη δομή της επίσημης οργάνωσης.

Η συμπεριφορά τους επηρεάζεται από την οργανωσιακή δομή

1. την τεχνολογία, το ηγετικό στυλ και το σύστημα διοίκησης μέσα από το οποίο οι οργανωτικές διαδικασίες προγραμματίζονται, κατευθύνονται και ελέγχονται (Ζαβρανός σε Γούλα 2014).
2. Η συμπεριφορά ενός συστήματος δεν εξαρτάται από την κατάσταση ενός μέλους του, αλλά από την αλληλεξάρτηση του με τα άλλα μέλη (Μιχαρικόπουλος 2005 σε Γούλα 2014) Στη συστημική θεώρηση οι συμπεριφορές ερμηνεύονται από τις διασυνδέσεις των μερών και τις οργανωτικές σχέσεις αυτών. Κατά τη συστημική θεωρία, τα φαινόμενα ερμηνεύονται με βάση τον τρόπο οργάνωσης και με το χαρακτήρα που έχει το σύστημα στο οποίο ανάγονται (Ζιανίκας σε Γούλα 2014).
3. Η κατανόηση ενός συστήματος απαιτεί τη γνώση πως ταιριάζει μέσα σε ένα ευρύτερο σύστημα του οποίου αποτελεί μέρος (Μιχαρικόπουλος σε Γούλα Α.,2014).
4. Τα τοπικά άριστα δεν κάνουν το συνολικό άριστο. Ο ηγέτης οφείλει να βλέπει τα φαινόμενα και τις οντότητες αποτελούμενα από επιμέρους μέρη, δηλαδή ως ολότητες και όχι ως άθροισμα μερών. Ουσιαστικά πρόκειται για την αναλυτική και συνθετική σκέψη που συνδέεται κυρίως με την ικανότητα λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων, την ικανότητα διαμόρφωσης στρατηγικής, την ικανότητα ανάπτυξης δομών και οργάνωσης , και την ικανότητα συνεχούς μάθησης (Μπουραντάς, Δ., 2005 σε Γούλα Α., 2014)
5. Η κουλτούρα αποτελεί επίσης ολότητα αποτελούμενη από επιμέρους στοιχεία. Συνεπώς η αλλαγή αυτής απαιτεί τη σύλληψη και διαχείριση τόσο της ολότητας όσο και των επιμέρους στοιχείων της (Μπουραντάς Δ., 2005 σε Γούλα Α., 2014)

Θερμός υποστηρικτής της συστημικής προσέγγισης στη διοικητική δομή των οργανισμών ήταν ο Deming, ο οποίος πρότεινε την αντικατάσταση του παραδοσιακού τρόπου οργανωτικής δομής με τη Συστημική προσέγγιση. Σύμφωνα με τον Demingόταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα στην διαδικασία

παραγωγής ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας «δεν θα πρέπει να αναζητούνται οι ευθύνες σε μεμονωμένα άτομα, αλλά θα πρέπει να διορθωθεί το σύστημα διότι εκεί βρίσκεται το πρόβλημα»(Κωσταγιόλας Π., σε Γούλα Α., 2014)

3.3.6 ΣΥΝΕΧΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ (Continual Improvement)

Η Βελτίωση είναι απαραίτητο στοιχείο για τη διατήρηση ενός οργανισμού στα τρέχοντα επίπεδα απόδοσης και τη δημιουργία νέων ευκαιριών. Γενικότερα η δραστηριότητα του οργανισμού σε ένα ανταγωνιστικό και δυναμικό περιβάλλον απαιτεί τη συνεχή βελτίωση των επιδόσεων και των δυνατοτήτων Topalovic(2015)

Μια από τις πιο γνωστές προσεγγίσεις στη συνεχή βελτίωση είναι αυτή του Kaizen είναι γιαπωνέζικη λέξη και σημαίνει «βελτίωση» ή «αυτοβελτίωση για το καλό όλων». Ο όρος Kaizen αναφέρεται στη φιλοσοφία που προσδιορίζει το ρόλο της διοίκησης για τη συνεχή ενθάρρυνση όλων των εργαζομένων στην εφαρμογή μικρών βελτιώσεων στον τομέα της ποιότητας.

Ένας οργανισμός θα πρέπει να εστιάζει στην εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού. Σχετικά με τον τρόπο εφαρμογής βασικών εργαλείων και μεθοδολογιών για την επίτευξη στόχων βελτίωσης. Ειδικότερα, σε ένα δυναμικό οικονομικό περιβάλλον, οι επιχειρήσεις πρέπει να επικεντρωθούν στην επίτευξη σταθερής απόδοσης με ικανοποίηση όλων των απαιτήσεων και προσδοκιών των ενδιαφερομένων μερών. Για να γίνει αυτό εφικτό, θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού είναι ικανό να αναπτύξει με επιτυχία τις διαδικασίες για την υλοποίηση των ποιοτικών στόχων καθώς και να ελέγχει τον σχεδιασμό, την υλοποίηση, την ολοκλήρωση και τα αποτελέσματα του οργανισμού. Με τον τρόπο αυτόν, μπορεί να επιτύχει μια αειφόρο ανάπτυξη Todorut (2012)

Επίσης, ένας πιστοποιημένος οργανισμός μέσα από τα αναγραφόμενα στο εγχειρίδιο ποιότητας του, στο οποίο συμπεκνώνεται η πολιτική του για την ποιότητα συνομολογεί σε μια αέναη «ανησυχία» για περισσότερη βελτίωση και πρόοδο. Με αυτόν τον τρόπο αποτρέπεται η «αρτηριοσκλήρωση» ενός συστήματος ποιότητας με τη μορφή μιας σειράς γραφειοκρατικών και στατικών διεργασιών οι οποίες απεχθάνονται την αλλαγή και την εξέλιξη προ κάθε κατεύθυνση.

Η εκπαίδευση μπορεί να διακριθεί από την επιμόρφωση από τα χαρακτηριστικά της

πρακτικότητας, της ειδικότητας και της αμεσότητας. Η εκπαίδευση πρέπει να αφορά συγκεκριμένα την εργασία που πραγματοποιείται από εκείνους που είναι εκπαιδευμένοι και πρέπει να έχει άμεση πρακτική εφαρμογή στην εργασία. Η επιμόρφωση είναι ένας ευρύτερος όρος, η εκπαίδευση είναι ένα μέρος της επιμόρφωσης. Επίσης, η επιμόρφωση τείνει να είναι πιο φιλοσοφική, θεωρητική και λιγότερο πρακτική από την εκπαίδευση.

Ο σκοπός τόσο της επιμόρφωσης όσο και της εκπαίδευσης είναι η μάθηση. Σε ένα εκπαιδευτικό περιβάλλον, η μάθηση τείνει να είναι περισσότερο θεωρητική εκτιμώντας ότι σε ένα περιβάλλον εκπαίδευσης, θα είναι πιο πρακτική. Ωστόσο και με τα δύο, η κατανόηση είναι αυτονόητη στη μάθηση. Είτε το θέμα είναι ο εκπαιδευόμενος να καταλαβαίνει το γιατί ή το πώς.. Κατανόηση είναι αυτό που επιτρέπει σε έναν εργοδότη να γίνει καινοτόμος, να παίρνει πρωτοβουλίες και να είναι δημιουργικός στην επίλυση προβλημάτων πέραν του ότι θα είναι αποτελεσματικός και αποδοτικός την εργασία του.(David L et al., 2013) όμως από την εκπαίδευση κατά τον Peter R τις ακόλουθες πέντε πρακτικές:

Βασικές Πρακτικές βελτίωσης

- **Επικοινωνίας.** Η επικοινωνία είναι ένα βασικό στοιχείο της συνεχούς βελτίωσης. Είναι απαραίτητη τόσο μεταξύ των ομάδων βελτίωσης όσο και μεταξύ όλων των λειτουργικών ομάδων μέσα σε μία οργάνωση. Είναι σημαντικό να διαχέεται η πληροφορία πριν, κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά τη διαδικασία βελτίωσης. Όλοι οι εργαζόμενοι πρέπει να εμπλέκονται, όπως επίσης και καθένας που έχει άμεση ή έμμεση συμμετοχή στη διαδικασία βελτίωσης είναι σημαντική και πως θα γίνει. Επιπλέον, πρέπει να είναι γνωστό πως αυτή η βελτίωση θα επηρεάσει το ανθρώπινο δυναμικό.
- **Διόρθωση προφανών προβλημάτων.** Πολύ συχνά τα προβλήματα στις διαδικασίες δεν είναι προφανή, γεγονός που σημαίνει ότι οι διαδικασίες πρέπει να ερευνηθούν διεξοδικά προκειμένου να διαγνωστούν και να επιλυθούν τα προβλήματα. Αυτό είναι μία τυπική υπόθεση που κάνει την επιστημονική προσέγγιση τόσο σημαντική στην ολική ποιότητα. Παρόλα αυτά μερικές φορές τα προβλήματα τόσο στις διαδικασίες όσο και στα προϊόντα είναι προφανή. Σε αυτές

τις περιπτώσεις θα πρέπει να διορθώνονται άμεσα. Το να σπαταλάς χρόνο στη μελέτη ενός προφανούς προβλήματος έχει μεγάλη επίπτωση.

- **Επικέντρωση στις αιτίες.** Πρέπει να κοιτάμε τις αιτίες και όχι τα σύνδρομα. Αυτό βέβαια είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί από τη στιγμή που τα περισσότερα άτομα έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα όταν αυτό εμφανίζεται και να δίνουν λιγότερη σημασία στην αιτία που το προκάλεσε.
- **Καταγραφή προόδου και προβλημάτων.** Πρέπει να υπάρχει ο απαραίτητος χρόνος για την καταγραφή των προβλημάτων. Δεν είναι παράλογο ότι πολλές οργανώσεις επιλύουν το ίδιο πρόβλημα ξανά και ξανά, γιατί κανένας δε σκέφτηκε να καταγράψει τόσο το πρόβλημα όσο και τη λύση του, έτσι ώστε αυτό να καταχωρηθεί επαρκώς. Ένα βασικός κανόνας για κάθε ομάδα έργου που αποσκοπεί στη βελτίωση των διαδικασιών είναι η καταγραφή των προβλημάτων
- **Έλεγχος αλλαγών.** Ανεξάρτητα από το πώς έχει μελετηθεί ένα πρόβλημα, η λύση του μπορεί να μην επαρκεί ή να επαρκεί μερικώς, ή ακόμα να προκαλεί άλλα προβλήματα. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να γίνεται έλεγχος της διαδικασίας επίλυσης του προβλήματος, που είναι ουσιαστικά μια διαδικασία αλλαγής. Ο εν λόγω έλεγχος της αλλαγής είναι απαραίτητος ανεξάρτητα από τη δομή της λύσης που επιχειρείται για το πρόβλημα

3.3.7 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΒΑΣΕΙΣ ΕΓΓΡΑΦΩΝ (Factual Approach to Decision Making)

Η συμμετοχή των εργαζόμενων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων έχει διάφορα πλεονεκτήματα. Η συμμετοχή των εργαζομένων ευνοεί την παρουσίαση μιας ακριβέστερης εικόνας του προβλήματος και συνεπώς μιας περιεκτικότερης καταγραφής των πιθανών εναλλακτικών λύσεων. Η επικοινωνία και συνεργασία του manager με το σύνολο σχεδόν των συντελεστών της επιχείρησης προάγει την αποδοτικότερη αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων και την επιλογή της καλύτερης δυνατής.

Στην ουσία όμως τα σημαντικότερα οφέλη της στρατηγικής αυτής αποκομίζονται μετά την λήψη της απόφασης. Οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν στην διαδικασία είναι σε θέση να κατανοήσουν και δεχτούν την ανάγκη λήψη της συγκεκριμένης

απόφασης ή λύσης, καταβάλλοντας προσωπικές προσπάθειες για την επιτυχή εφαρμογή της εναλλακτικής λύσης που επιλέχθηκε.

Η λήψη αποφάσεων είναι η διαδικασία κατά την οποία επιλέγεται ένα σχέδιο δράσης μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών λύσεων.

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων παίζει καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή της φιλοσοφία της ολικής Ποιότητας. Οι αποφάσεις διαδραματίζουν τον ίδιο ρόλο σε μια οργάνωση όπως τα καύσιμα για τη μηχανή ενός αυτοκινήτου: το κρατούν σε λειτουργία. Η οργάνωση δε μπορεί να λειτουργήσει αν δε ληφθούν κάποιες αποφάσεις. Υπάρχουν πολλές κατηγορίες και ταξινομήσεις μοντέλων λήψης αποφάσεων, Παρόλο που έχουν σημαντικές διαφορές, όλα τα μοντέλα περιλαμβάνουν εξής βήματα:

- **Εντοπισμός του Προβλήματος ή Εκτίμηση της Κατάστασης**

Η εκτίμηση μιας κατάστασης μπορεί να παρομοιαστεί με την αμυντική οδήγηση: Όλες οι αισθήσεις μας πρέπει να είναι σε εγρήγορση. Όσο καλύτερα οι διευθυντές 'η υπεύθυνοι γνωρίζουν τους υπαλλήλους τους, τα τεχνολογικά συστήματα, τα προϊόντα και τις υπηρεσίες, τις διαδικασίες της εταιρίας ή ενός οργανισμού, τόσο πιο αποτελεσματικά θα αντιμετωπίσουν όποια προβληματικές καταστάσεις παρουσιαστούν.

- **Αποτύπωση της Κατάστασης και Συλλογή Στοιχείων**

Ακόμη και οι πιο διορατικοί διευθυντές ή υπεύθυνοι ενός τμήματος του Νοσοκομείου δεν έχουν την ικανότητα να εκτιμήσουν όλες τις καταστάσεις ή να διαισθανθούν τι κρύβεται πίσω από κάθε περιστατικό. Για μία συμπεριφορά π.χ «ωχαδερφισμού» που μπορεί να αντιληφθεί στα μέλη μιας ομάδας ο διευθυντής ή ο υπεύθυνος ενός Νοσοκομείου μπορεί να θεωρήσει ότι το πρόβλημα οφείλεται στο χαμηλό ηθικό των εργαζομένων, Εντούτοις προτού προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια βελτίωσης, θα πρέπει να έχει συλλέξει στοιχεία τα οποία θα αναδείξουν την πραγματική αιτία της αρνητικής συμπεριφοράς. Το φάσμα των αιτιών είναι ιδιαίτερα ευρύ και η αρνητική συμπεριφορά μπορεί να οφείλεται σε: μια μη δημοφιλή πολιτική της διοίκησης, δυσαρέσκεια με τον προϊστάμενο της ομάδας, μια μη αποτελεσματική διαδικασία, προβλήματα στο σπίτι, και ούτως καθεξής. Ο διευθυντής ή ο υπεύθυνος ενός

τμήματος ενός Νοσοκομείου θα πρέπει να διαχωρίσει τις αιτίες από τα συμπτώματα και να προσδιορίσει την πρωταρχική αιτία του προβλήματος. Μόνο με αυτή την

αντιμετώπιση θα βρεθεί οριστική λύση. Η ενσωμάτωση αυτού του βήματος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων θέτει τις βάσεις της διοίκησης βάσει στοιχείων μια βασική αρχή της φιλοσοφίας της ολικής ποιότητας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι μεταβλητές, που συνδέονται άμεσα με το πρόβλημα, μπορεί να περιλαμβάνουν όχι μόνο αυτές για τις οποίες ένα διευθυντής φέρει την ευθύνη (όπως πολιτικές, διαδικασίες, εργαλεία, κατάρτιση, ανάθεση αρμοδιοτήτων στο προσωπικό, κ.λ.π) αλλά ενδεχομένως και άλλες πέραν των αρμοδιοτήτων του (προσωπικά θέματα, νομικές απαιτήσεις, Οι παράγοντες επιρροής που βρίσκονται εντός των ορίων αρμοδιότητας του θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με υγιείς, ενήμερες αποφάσεις βασισμένες σε στοιχεία. Για τους υπόλοιπους, η οργάνωση θα πρέπει να προσαρμοστεί.

- **Αξιολόγηση Εναλλακτικών Λύσεων**

Το στάδιο αυτό πραγματοποιείται σε δύο βήματα: 1. Διατύπωση και καταγραφή όλων των υπαρχουσών εναλλακτικών λύσεων, και 2. Αξιολόγηση κάθε εναλλακτικής λύσης λαμβάνοντας υπόψη απτά στοιχεία. Το βασικό κριτήριο αξιολόγησης των εναλλακτικών λύσεων είναι η επίτευξη των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων.

Το δεύτερο στοιχείο της αξιολόγησης είναι ο προσδιορισμός των ωφελειών και του κόστους κάθε εναλλακτικής λύσης σε σχέση πάντα με το πρόβλημα, δηλαδή τους στόχους και τους περιορισμούς. Η υλοποίηση οποιαδήποτε εναλλακτικής λύσης συνδέεται πάντα με κάποιο κόστος για την επιχείρηση, επηρεάζοντας τα χρηματοοικονομικά της δεδομένα, το ηθικό των εργαζομένων, την εικόνα της οργάνωσης, ή ακόμα και τις σχέσεις με τους πελάτες της. Επίσης, σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση εκτός από την εφαρμογή αντικειμενικών κριτηρίων και πραγματικών στοιχείων παίζει και η χρήση από τα διοικητικά στελέχη της κρίσης και της εργασιακής τους εμπειρίας.

- **Επιλογή της Καλύτερης Εναλλακτικής, Υλοποίηση, Παρακολούθηση και προσαρμογή**

Αφού αξιολογηθούν όλες οι εναλλακτικές λύσεις, κάποια από αυτές πρέπει να επιλεγεί και να εφαρμοστεί. Μετά την εφαρμογή της θα πρέπει να παρακολουθείτε την πρόοδο της διορθώνοντας τυχόν αποκλίσεις από τα προγραμματισθέντα. Εάν

-60-

έχουν επιτευχτεί τα επιθυμητά αποτελέσματα. Εάν όχι ποιες διορθώσεις απαιτούνται; Η επιλογή της καλύτερης δυνατής εναλλακτικής λύσης είναι μια διανοητική λειτουργία που απαιτεί εκτός από αναλυτική και γραμμική σκέψη, την εμπειρία ακόμα και τη διαίσθηση του στελέχους, Κάποιες φορές, η εναλλακτική λύση που επιλέγεται δεν έχει

τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στις περιπτώσεις αυτές και όταν οι διορθώσεις στο σύστημα δεν είναι ικανοποιητικές, τα στελέχη θα πρέπει να κινηθούν προς μια άλλη κατεύθυνση.(David 2013)

3.3.7.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Η πληροφορία είναι ένα κρίσιμο στοιχείο της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να διαθέτουμε ακριβή, επικαιροποιημένη, και κατανοητή πληροφορία δεν εγγυάται τη λήψη μιας σωστής απόφασης. Όμως η έλλειψη των παραπάνω χαρακτηριστικών οδηγεί με βεβαιότητα στη λήψη μιας λανθασμένης απόφασης. Το ρητό ότι «η γνώση είναι δύναμη» εφαρμόζεται στην λήψη αποφάσεων ιδιαίτερα σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Για να πάρουμε αποφάσεις, που θα βοηθήσουν την οργάνωση να είναι ανταγωνιστική, χρειάζεται έγκυρη και ακριβή πληροφορία.

Η πληροφορία ορίζεται ως το σύνολο των δεδομένων που έχουν σχέση με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και τα οποία, μετά από επεξεργασία, έχουν πάρει μια εύχρηστη μορφή.

Τα δεδομένα που σχετίζονται με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι αυτά τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση. Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία που χρειάζεται έναν πομπό, ένα μέσο και ένα δέκτη. Κατά τη διαδικασία αυτή, η πληροφορία παρέχεται μέσω του πομπού, μεταδίδεται μέσω του μέσου, και λαμβάνεται από το δέκτη. Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων είναι οι δέκτες της πληροφορίας πάνω στην οποία βασίζουν τις αποφάσεις τους. Διαχείριση ποιότητας και οργανωτική αριστεία.

Οι τεχνολογικές εξελίξεις προσφέρουν τη δυνατότητα στους οργανισμούς να έχουν άμεση πρόσβαση στην πληροφορία. Η τεχνολογία της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών παρέχει στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων του κατάλληλους

μηχανισμούς για τη συλλογή, τη αποθήκευση την επεξεργασία και την επικοινωνία της πληροφορίας γρήγορα και εύκολα. Η ποιότητα της πληροφορίας εξαρτάται από την ακρίβεια και ορθότητα των στοιχείων, τα συστήματα επεξεργασίας και απαιτεί τη συνεχή επικαιροποίησή τους. Αυτή η εξάρτηση στην ακρίβεια της πληροφορίας

ανέπτυξε τη λογική του «garbage in/garbage out» που σχετίζονται με τα πληροφοριακά συστήματα. Η λογική αυτή σημαίνει ότι το τελικό εξαγόμενο συμπέρασμα ενός πληροφοριακού συστήματος επεξεργασίας δεν θα έχει καμία αξία, εάν έχει βασιστεί σε ελλιπή, μη επικυρωμένα στοιχεία. Διαχείριση ποιότητας και οργανωτική αριστεία (David L. et al., 2013).

Με την εν λόγω αρχή σημειώνεται για ακόμη μία φορά η προσήλωση των προτύπων του ISO 9001 στις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα κατά την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών. Οι δραστηριότητες καθαυτές αποτελούν αντικείμενο αξιολόγησης άμεσα συνδεδεμένο με τη λήψη αποφάσεων. Επιπρόσθετα επισημαίνεται ότι ένα πρότυπο ποιότητας αποτελεί κύρια επιλογή και τρόπο διοίκησης /διαχείρισης ενός οργανισμού. Με άλλα λόγια, τα πρότυπο ποιότητας αποτελούν μορφές διοίκησης ενός οργανισμού και κατά συνέπεια δρομολογούν την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών μέσα από μια συγκεκριμένη στρατηγική επιλογή για απόκτηση περισσότερης ποιότητας, η οποία διαχέεται σε όλο το φάσμα των διεργασιών και διαδικασιών που στοιχειοθετούν τη λειτουργία του εν λόγω οργανισμού (Μπλάλτος, 2014).

3.3.8 ΑΜΟΙΒΑΙΑ ΕΠΩΦΕΛΕΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ

ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ

(Customer beneficial Supplier Relationships)

Στο πνεύμα της στρατηγικής επιλογής ποιότητας για κάθε δραστηριότητα που πραγματοποιείται στο πλαίσιο ενός οργανισμού το πρότυπο ποιότητας ISO9001 δίνει έμφαση όχι μόνο στα στοιχεία εσωτερικής οργάνωσης του οργανισμού, αλλά και στις σχέσεις του με κάθε τρίτο ενδιαφερόμενο μέρος, και ιδιαίτερα σε σχέση με τους προμηθευτές. Το πρότυπο εργάζεται για ποιότητα στις προμήθειες και στα αντικείμενα τους, καθώς τα προμηθευόμενα αγαθά/υπηρεσίες είναι τα εισερχόμενα σε ένα σύστημα ποιοτικής παραγωγής από τα οποία επηρεάζεται τόσο η εσωτερική λειτουργία του οργανισμού όσο και οι περαιτέρω δραστηριότητες του σε σχέση με τους πελάτες του. Η ικανοποίηση απέναντι στους προμηθευτές συμπληρώνεται από

την ικανοποίηση και των προμηθευτών, ώστε η συγκεκριμένη αμοιβαιότητα θετικής προσπάθειας να δημιουργεί συνθήκες εμπιστοσύνης και καλής προαίρεσης για εμπέδωση αξιόπιστων συνεργασιών και συναλλαγών. Οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί που υιοθετούν το πρότυπο ISO 9001 βρίσκονται στην ευμενή θέση να απολαμβάνουν την «ευκολία» διαπραγμάτευσης και σύναψης συμβάσεων που απορρέει από την τεχνογνωσία και το ενδιαφέρον των προτύπων ποιότητας για το συγκεκριμένο πεδίο δραστηριοτήτων. (Μπλαλτος και συν 2014)

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου να ερμηνευτεί η έννοια «υγεία» έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί αν και δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός. Σύμφωνα με τους (Green & Tones, 2010, Ewles & Simnett 2011, Scriven 2010) ο όρος υγεία είναι πολυδιάστατος και σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τον κάθε άνθρωπο.

Αποτελεί ένα από τα πιο πολύτιμα αγαθά για τον άνθρωπο, αν όχι ίσως το πιο πολύτιμο. Η καλή υγεία είναι αυτή που επηρεάζει το επίπεδο της ζωής ενός ανθρώπου καθώς αυτή συνεπάγεται κοινωνική, οικονομική και προσωπική ανάπτυξη. (Ifanti, A.A., Argyriou, A. A. & Kalofonos, P. H. 2011). Η υγεία έχει δύο σημασίες: την αρνητική η οποία αφορά την ασθένεια και τη θετική η οποία αφορά την ευεξία, όπως προκύπτει από τον ορισμό του WHO (Downie et al., 1996, p.10, WHO, 2006).

Η Υγεία ανήκει σε όλους εξίσου με βάση, όχι τα προσωπικά τους επιτεύγματα, αλλά την ανθρώπινη αξία τους ως φυσικά και κοινωνικά όντα. Συνδέεται με την έννοια της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, ανθρώπινης αξίας και της αξιοπρέπειας (P. Theil, 1957, v.w. Sidel 1996 από Πιερράκο Γ.)

Ως κοινωνικό δικαίωμα εκφράζεται κυρίως με το δικαίωμα στη Φροντίδα Υγείας. Σε μερικές χώρες όπως η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Σουηδία αντί του όρου ασθενής χρησιμοποιείται ο όρος καταναλωτής υπηρεσιών υγείας και αυτό γιατί ο όρος καταναλωτής περιέχει ένα δυναμικό στοιχείο, διεκδίκηση, απαίτηση και ενεργό συμμετοχή, σε αντίθεση με τον όρο ασθενής που εξ ορισμού υποδηλώνει αδυναμία (Netherlands Institute of primary Health Care 1998, Herman J. Etal. 2001) Πιερράκος Όσον αφορά την έννοια της υγείας κατά τη διάρκεια των χρόνων στους περισσότερους πολιτισμούς υπήρχε η ολιστική θεώρηση και αποτελούσε την αρμονία μέσα στο ίδιο το άτομο ή ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του Σουριτζή Π.(1998). Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), έγινε απόπειρα προκειμένου να επιτευχθεί ένας ορισμός όπου σύμφωνα με την ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους, σωματικής, ψυχικής και

κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας (Π.Ο.Υ.1947)». Ο ορισμός αυτός που ο ΠΟΥ έδωσε, αναγνωρίζει την ύπαρξη δύο παραμέτρων που οριοθετούν την υγεία: α) Την πρώτη παράμετρο όπου δίνει έμφαση στην απουσία της αρρώστιας και β) την παράμετρο της ευεξίας, προσεγγίζοντας

την θετική πλευρά. Με βάσει λοιπόν των παραπάνω η υγεία θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση κατά την οποία δίνεται η δυνατότητα σε ένα άτομο να ξεπεράσει τις διαταραχές καθώς και τις κρίσεις που αφορούν την ισορροπία του, έτσι ώστε να διαμορφώσει νέες αξίες Σαρρής Μ (2001). Η έννοια της υγείας και της ασθένειας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές συνθήκες Καραδήμας Ε. (2005).

Έχουν ειπωθεί και έχουν υιοθετήσει οι άνθρωποι, στο πέρασμα των χρόνων διάφορους όρους όσον αφορά την υγεία και την ασθένεια οι οποίες χωρίζονται σε πέντε περιόδους: α) τη μεταφυσική -μαγική, β) τη μεταφυσική -θρησκευτική, γ) τη νατουραλιστική (πρώιμη επιστημονική), δ) τη μηχανιστική -θετικιστική (κυρίως επιστημονική) και ε) σύγχρονη ολιστική η οποία διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Αυτή η περίοδος την οποία διανύουμε, διαθέτει την μια πλειοψηφία χαρακτηριστικών της περιόδου η οποία είναι μεταβατική. Σε μια μεταβατική περίοδο όπου αμφισβητείται το παλιό σταδιακά αλλά επικρατεί ταυτόχρονη επιφύλαξη έναντι καθετί νέου που θα αντιμετωπίσουμε Τούντας Γ.(2000). Η υγεία όσον αφορά τον ορισμό της , περιλαμβάνει έννοιες θετικής σημασίας όπως η ευεξία και ποιότητα ζωής. Η υγεία δεν είναι το αντίθετο της ασθένειας. Προκειμένου λοιπόν να καταλάβουμε τον όρο υγεία θα πρέπει πρωταρχικά να κατανοήσουμε τη σχέση που έχουν μεταξύ τους διάφοροι παράγοντες όπως κοινωνικοί, οικονομικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί και κατά πόσο αυτοί αλληλεπιδρούν. Η υγεία δεν αποτελεί αποκλειστικά ζήτημα του ατόμου αλλά και της κοινωνίας ολόκληρης Σαρρής Μ (2001) Επομένως ο όρος υγεία δηλώνει τον βαθμό «πληρότητας», με τον τρόπο όπως που το κάθε άτομο ξεχωριστά την κατανοεί, και αυτό έχει να κάνει με τις δικές του πεποιθήσεις, ηθικές αρχές και δυνατότητες, καθώς και σύμφωνα με τις αξίες που επικρατούν στην κοινωνία σε αυτή την δεδομένη στιγμή Καραδήμας Ε. (2005).

Από όλα λοιπόν τα προηγούμενα απορρέει ότι ο όρος «υγεία» έχει πολλούς και

διαφορετικούς ορισμούς: α) αρνητικός ορισμός και με αυτό τον όρο (εννοούμε την απουσία συμπτωμάτων ή οποιασδήποτε νόσου), β) λειτουργικός ορισμός (εννοούμε την σωματική ικανότητα), γ) συναισθηματική λειτουργικότητα (αυτό είναι η ικανότητα άσκησης ρόλων) δ) τον θετικό ορισμό σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όπου η υγεία αποτελεί μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας. Οι διαφορετικές λοιπόν προσεγγίσεις που

προκύπτουν, συσχετίζουν το φαινόμενο αυτό με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Σαρρής Μ (2001).

Βέβαια υπάρχουν και διάφορα μοντέλα που αφορούν την υγεία όπως : α) Το ιατρικό μοντέλο (medical model) σύμφωνα με αυτό η υγεία είναι η απουσία ασθένειας, (Scriven, 2010) Αυτός που είναι υπεύθυνος να την διαγνώσει και να την αντιμετωπίσει είναι ο γιατρός Anderson, M.R.(1995).

β)το ολιστικό μοντέλο (holistic model) όπου η υγεία θεωρείται πηγή για την καθημερινή ζωή (WHO 1984) και

γ) το μοντέλο της ευεξίας (wellness model). Με το μοντέλο της ευεξίας η υγεία παρουσιάζεται με μία θετική έννοια και αποτελεί πηγή της καθημερινής ζωής (WHO 1986) δίνοντας έτσι έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους όπως και στις σωματικές ικανότητες. Το μοντέλο αυτό αφορά στην έννοια της ανθεκτικότητας (sense of resiliency), όπου αντικατοπτρίζεται η επιτυχία ενός ατόμου, ή μιας κοινότητας που προσπαθεί να προσαρμοστεί σε συνθήκες οι οποίες μεταβάλλονται. (Antonovsky, 1979, Scriven 2010). Στη θεωρία του για την συνεκτικότητα (SenseofCoherenceTheory), την οποία παρουσιάζει οAntonovsky (1996) όπου το μοντέλο ευεξίας αναφέρεται και ως Salutogenic Model (Weare, 2000). Το Salutogenic Model λοιπόν θεωρεί ενιαία την υγεία και την ασθένεια και δίνει μεγαλύτερη ιδιαίτερη προσοχή στις συνθήκες οι οποίες οδηγούν στην ευεξία (Antonovsky, 1996). Εκτός όμως από τον Antonovsky υπάρχει και η άποψη των Green & Tones (2010) οι οποίοι θεωρούν ότι η υγεία αποτελείται τις εξής διαστάσεις :όπως τη σωματική υγεία, την ψυχική, την συναισθηματική, την κοινωνική, την υγεία της κοινωνίας και τέλος την πνευματική υγεία. Με αυτό τον τρόπο προσπαθούν να παρουσιάσουν την σφαιρική πλευρά της υγείας.

Σε ότι αφορά την ελληνική πραγματικότητα, στο Ελληνικό Σύνταγμα, το άρθρο 21 παρ. 3 υποχρεώνει το κράτος να μεριμνά για την υγεία των πολιτών (Ν. Κάρτσογια-Τσουρναβίτη 2002 σε Πιερράκος)

Από το άρθρο 21 παρ 3 του Συντάγματος προκύπτει ότι επιβάλλεται η διατήρηση θεσμών και δομών μέσω των οποίων η κρατική μέριμνα υποστηρίζει τη Δημόσια Υγεία (Γ. Σωτηρέλης 2000, Δ.Θ. Τσάτσος 1985 σε Πιερράκος).

Φορέας αυτού του δικαιώματος είναι ο Έλληνας πολίτης, χωρίς όμως τον αποκλεισμό ατόμων που στερούνται της Ελληνικής ιθαγένειας καθώς κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος που αναφέρεται στην ανθρώπινη αξίας (Κ. Χ. Χρυσογόνος 2002 σε Πιερράκος).

Η υγεία ως σημαντικότερο αγαθό παράγεται από συνδυασμό εφοδίων που διαθέτουν τα άτομα, όπως είναι η φροντίδα υγείας, οι σπουδαιότερες διαστάσεις της οποίας είναι η ποιότητα ζωής και η μακροζωία. Η φροντίδα υγείας είναι ένα αγαθό που περιλαμβάνει υπηρεσίες υγείας π.χ. ιατρικές επισκέψεις και αγαθά π.χ. φάρμακα επομένως είναι ένα εμπορεύσιμο αγαθό και αυτό γιατί αποτελούν αντικείμενο συναλλαγής, Ματσαγγάνης, (2002).

Σύμφωνα με τη θεωρία του ανθρώπινου κεφαλαίου η υγεία αποτελεί ένα από τα αγαθά που διαμορφώνουν την ποιότητα του, ως αποτέλεσμα προκύπτει ότι τα άτομα ζητούν υπηρεσίες υγείας με στόχο να βελτιώσουν την ποιότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου τους. Είναι φανερό ότι η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας διαμορφώνει την υγεία του ατόμου η οποία είναι απαραίτητη για την απρόσκοπτη λειτουργία της παραγωγικής διαδικασίας και την προώθηση της οικονομικής ανάπτυξης (Χλέτσος, 1999). Η υγεία έχει σημαντική επιρροή στην οικονομική παραγωγικότητα. Οι άνθρωποι με κακή κατάσταση υγείας είναι λιγότερο παραγωγικοί. Η κατάσταση της υγείας επηρεάζει και τις δαπάνες για την υγεία. Στην αντιμετώπιση των οικονομικών οφελών για καλύτερη υγεία θα πρέπει να Το σημερινό πλαίσιο της οικονομίας και της αγοράς εργασίας, θα πρέπει να προσμετρηθούν οι ρυθμίσεις για την κοινωνική ασφάλιση, η ηλικία συνταξιοδότησης και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους.(McKee, et. al., 2012).

Οι κοινωνικοί –οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν στην υγεία αφού επιδρούν στους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, αλληλεπιδρώντας με τα κοινωνικά προνόμια (Παπαγεωργίου, κ.ά., 2013). Σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες για την

υγεία είναι η εκπαίδευση, η κοινωνική δικτύωση, η κοινωνική αλληλεγγύη , το εισόδημα, το φύλο και το πολιτικοοικονομικό περιβάλλον. Επίσης, οι επιπτώσεις των μακροοικονομικών πολιτικών και των πολιτικών απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, προσδιορίζουν τις δυνατότητες που έχουν οι κοινωνικές ομάδες να εξασφαλίζουν καλύτερο επίπεδο υγείας. Ο βαθμός πρόσβασης αποτελεί προσδιοριστικός παράγοντας στις υπηρεσίες υγείας, όπου το ενδιαφέρον

επικεντρώνεται στη χρηματοδότηση και την παροχή φροντίδας υγείας (Οικονόμου, 2013)

Ο παράγοντας που θεωρείται ότι είναι υπεύθυνος για την ύπαρξη ανισοτήτων κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας προκύπτει από το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα το οποίο περικλείει τις ενέργειες που θα πρέπει να κάνει μια πολιτεία για την μπορέσει να έχει ισότητα και αναδιανεμητικότητα στην κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών. Αυτό συμβαίνει διότι ο τρόπος άντλησης των κεφαλαίων αλλά και το πλαίσιο των παροχών αποτελούν ένα περιβάλλον ασφαλιστικής κάλυψης που χαρακτηρίζεται από μεγάλες αποκλίσεις. Σουλιώτης, (2013).

Οι οικονομικές διαδικασίες και οι πολιτικές αποφάσεις δημιουργούν τους πόρους που διατίθενται στα άτομα καθώς και την ποιότητα των δημόσιων υποδομών είτε που απολαμβάνουν είτε δεν απολαμβάνουν τα διαφορετικά κοινωνικά στρώματα (Δημητρακάκη, κ.ά., 2013). Σύμφωνα με μελέτες της Διεθνούς Ένωσης Κοινωνικής Ασφάλισης (International Social Security Association, ISSA) σχετικά την κοινωνική ασφάλιση και της κοινωνική επένδυση, η κοινωνική ασφάλιση μπορεί χωρίς αμφιβολία να χρησιμεύσει ως κινητήρια δύναμη της ανάπτυξης. Έτσι μία καλά δομημένη κοινωνική ασφάλιση παίζει σημαντικό ρόλο –τόσο στις ανεπτυγμένες οικονομίες όσο και στις αναπτυσσόμενες-όταν είναι σε συμφωνία με τη δυναμική της οικονομίας. Damon (2016).

4.2 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής είναι το σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας επηρεάζεται από τις μεταβολές στην κοινωνική πολιτική. Το σύστημα υγείας βοηθάει στην παραγωγή του αγαθού της υγείας. Το αγαθό της υγείας είναι απαραίτητο για την παραγωγή οποιουδήποτε άλλου αγαθού Δικαίος (1999).

-68-

Το σύστημα υγείας περικλείει όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη αλλά και υπηρεσίες που έχουν σχέση με την πρόληψη, αφού όπως έχει επιβεβαιωθεί η υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες . **Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.** Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα : α) το επίπεδο

υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη του, β) την παραγωγή υπηρεσιών υγείας, γ) και τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών(Θεοδώρου, και συν 2001).

Ένα σύστημα υγείας για να εφαρμοστεί και να έχει θετικά αποτελέσματα θα πρέπει να λάβει υπόψη τους κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς, και επιδημιολογικούς παράγοντες της χώρας . Είναι αντικείμενο συνεχούς ανάπτυξης και αλλαγών, όχι μόνο εξαιτίας των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν αλλά και εξαιτίας της προόδου που έχει η τεχνολογία αλλά και των αλλαγών που συμβαίνουν στο πολιτικό, κοινωνικό, πολιτιστικό, αξιακό σύστημα και του σημαντικού ρόλου που έχει η οικονομική κατάσταση που επικρατεί στη χώρα (Θεοδώρου, 2001 κ.ά.).

Οι πιέσεις για δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας αυξάνονται από την συρρίκνωση της κοινωνικής αλληλεγγύης και από τον ανταγωνισμό της παγκοσμιοποίησης με κατάληξη μόνιμων πολιτικών που έχουν σαν στόχο την συγκράτηση του κόστους τα τελευταία χρόνια να μην επαρκούν και πλέον να είναι μονόδρομος η υιοθέτηση πολιτικών περιορισμού του κόστους. Η ανάγκη για τον περιορισμό των δαπανών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία συνθηκών μετάθεσης της ευθύνης για την πληρωμή του κόστους της περίθαλψης στον ίδιο τον ασθενή, είτε άμεσα είτε έμμεσα με την μετάθεση στην οικογένεια της ευθύνης για την φροντίδα των συγγενών τους και την συμπίεση της διάρκειας νοσηλείας Φιλαλήθης (2002).

Αυτό που θέλει προσοχή δεν είναι μόνο συγκράτηση του κόστους του συστήματος υγείας αλλά και να προφυλάσσεται η ισότητα και η ποιότητα. Η σχέση κράτους-αγοράς αποτελεί σημαντικό και καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας. Είναι σε μια βάση συμπληρωματικότητα. Αλλά και με διαχωρισμό των αγοραστών των υπηρεσιών υγείας και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Η συμπληρωματικότητα όμως αυτή δεν πρέπει να έχει σαν αποτέλεσμα την κατάργηση της διάστασης της δωρεάν περίθαλψης Τούντας (2005).

-69-

Δεδομένου ότι οι προϋπολογισμοί έχουν σημαντικές επιδράσεις στην υγειονομική περίθαλψη αυτή θα πρέπει να γίνει προσιτή, επιπλέον θα πρέπει αυτοί που εμπλέκονται να έχουν υπόψη ότι τα συστήματα πρέπει να βασίζονται στην ισότητα και στην αλληλεγγύη. Προκειμένου να υπάρξει ένα βιώσιμο σύστημα το μέλλον των φαρμακευτικών προϊόντων, πρέπει για τους ασθενείς που βρίσκονται σε πραγματική ανάγκη θα πρέπει να υπάρχει η ‘σωστή τιμή’ (Szucs, et. al., 2016

4.3 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Από την δεκαετία του 1970, οι πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές έγιναν αφορμή για την οργάνωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Το κράτος πρόνοια για ν' ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εποχής έπρεπε να αναδιοργανωθεί Έπρεπε λοιπόν ν' αναζητήσει νέα μοντέλα λειτουργίας έτσι ώστε να μπορέσει ανταποκριθεί στις κοινωνικές ανάγκες που είχαν προκύψει τόσο από την ύφεση και την όσο και από την στασιμότητα. Η ανεύρεση νέων μοντέλων αφορούσαν την συνένωση των κοινωνικών και οικονομικών σχέσεων στον τομέα της υγείας αφού είναι ο σημαντικότερος τομέας του κοινωνικού κράτους (ΜΩΡΑΪΤΗΣ Ε. 2003).

Ο ρόλος του υγειονομικού συστήματος που αφορούσε την βελτίωση του επιπέδου υγείας της κοινωνίας αμφισβητήθηκε.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας υπήρξε πρωταρχικό σημείο στις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του συστήματος υγείας έχοντας το ρόλο ενός μηχανισμού ανασυγκρότησης του υγειονομικού συστήματος, πραγματοποιώντας τους κοινωνικούς και οικονομικούς στόχους (Μωραΐτης Ε. 2003)

- ο 1977 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) θεώρησε ότι η υγεία δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μέσο οικονομικής ανάπτυξης, αλλά θα πρέπει να υπάρχει κατεύθυνση σε νέες δράσεις και στόχους. Στην 30^η γενική συνέλευση του 1977 ο ΠΟΥ συγκάλεσε τη διεθνή υγειονομική κοινότητα δίνοντας τον κοινωνικό στόχο «Υγεία για όλους» βασισμένη στην ανάπτυξη συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Δημολιάτης Γ., και συν Αθήνα 2002)
- Το 1979 ο ΠΟΥ και η UNICEF συγκαλεί συνέδριο με συμμετοχή όλων των

κρατών μελών που πραγματοποιήθηκε στην πόλη Alma-Ata της Σοβιετικής Ένωσης. Θέμα του συνεδρίου ήταν η «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Η διακήρυξη της Alma – Ata θέτει τα όρια για την σύγχρονη προσέγγιση της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας. Ο σκοπός της διακήρυξης είναι να συμβάλει στην βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού και στην παγκόσμια ειρήνη. Μιλάει για τα , πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά συμφέροντα που σχετίζονται

με τον τομέα της υγείας και αναποδογυρίζει τη πολιτική κατάσταση της κοινωνίας του σήμερα. Η διακήρυξη της Alma-Ata αλλά και η παγκόσμια στρατηγική «Υγεία για όλους» αποτελούν σε κάθε προσπάθεια ανασυγκρότηση της ΠΦΥ βασικά κείμενα αναφοράς.

- Από την ΠΦΥ ο ασθενής θα πρέπει να διαχειρίζεται ως μια ολοκληρωμένη οντότητα και οι επαγγελματίες που την συγκροτούν πρέπει να δώσουν βαρύτητα στην «ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα». Οι όροι που προαναφέρθηκαν αποτελούν προϋποθέσεις για να εκπληρωθούν οι στόχοι της ΠΦΥ O'Donohue W, Maragakis (2015).
- Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας έχει στόχο τη διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Το άτομο θα πρέπει να απολαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες του στη διάρκεια του χρόνου, ανεξάρτητα από το επίπεδο του συστήματος υγείας που απευθύνεται. Η φροντίδα θα πρέπει να είναι εστιασμένη στον ασθενή θα πρέπει να τον σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενή και της οικογένειας του Institute of Medicine (2001).
- Από το 1979 ως σήμερα ο ΠΟΥ διοργανώνει συνελεύσεις με σκοπό την επιβεβαίωση και να επαληθευτούν των δεσμεύσεων της διεθνούς υγειονομικής κοινότητας. Το 1986 πραγματοποιήθηκε στην Ottawa, το 1988 στην Adelaide, 1991 στο Sundsvall, 1997 στη Jakarta. Το 1998 πραγματοποιήθηκε η 51^η παγκόσμια συνέλευση με σκοπό την αναπροσαρμογή της στρατηγικής «Υγεία για όλους». Η Π.ΦΥ ως αναπόσπαστο κομμάτι του υγειονομικού συστήματος αποτελεί το βασικό μέσο προσέγγισης στις ανάγκες του ατόμου, της οικογένειας και της

Κοινότητας .Ανταποκρινόμενοι σε αυτές τις ανάγκες η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, στο πλαίσιο της γενικότερης μεταρρύθμισης του συστήματος Υγείας στην χώρα μας ,σε συνεργασία και με τον ΠΟΥ, έχει αναλάβει ένα έργο κομβικής σημασίας που αφορά τον εκσυγχρονισμό και την αναβάθμιση των δομών και των πολιτικών Δημόσιας Υγείας στην χώρα μας. Είναι ένα συμμετοχικό και συνεργατικό πρόγραμμα μεταρρύθμισης που στοχεύει στη εξέλιξη της υγείας του ελληνικού πληθυσμού και την γενική κάλυψη των αναγκών υγείας με τρόπο διαρκή

και πάγιο, με ιδιαίτερη έμφαση στις πληθυσμιακές ομάδες που είναι ευάλωτες, οι οποίες είναι αυτές πλήττονται περισσότερο από την κρίση, την ανεργία. Προτεραιότητα δίνεται στην διασφάλιση του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας έτσι ώστε να είναι ισότιμο, καθολικό, βιώσιμο και υψηλής ποιότητας. Η διατήρηση και αναβάθμιση της Υγείας θεωρείται ως θεμελιώδες ανθρώπινο και κοινωνικό δικαίωμα. Δεν είναι μόνο ζήτημα καλών υπηρεσιών περίθαλψης. Είναι ζήτημα ενός συνολικού σχεδιασμού δημόσιων πολιτικών στη βάση της ολοκληρωτικής κάλυψης, και προσέγγισης των προβλημάτων υγείας των ανθρώπων με επιστημονικό τρόπο, της αλλαγής του «κέντρου βάρους» των Συστημάτων Υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, την πρόληψη, την κοινοτική φροντίδα και την μεταρρύθμιση των κοινωνικών προσδιοριστών της αρρώστιας. Ο στόχος της καθολικής υγειονομικής κάλυψης συντονίζεται με το προτεινόμενο όραμα για την "Υγεία 2020" του ΠΟΥ και τους στόχους της "Βιώσιμης Ανάπτυξης το 2030" του ΟΗΕ. Η υγεία, σύμφωνα με το "Υγεία 2020" και τους στόχους της "Βιώσιμης Ανάπτυξης το 2030", συνιστά πολιτική επιλογή για την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία. Το Υπουργείου Υγείας έχει δεσμευθεί και αυτό αποτυπώνεται στο πενταετές Πρόγραμμα Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων με τίτλο: «Ο τομέας της Υγείας στην Ελλάδα πέρα από την λιτότητα: 100 σημεία Δράσης στην κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης» («Σχέδιο 100 δράσεων»), το οποίο περιέχει μια σειρά από δεσμεύσεις με σκοπό την παροχή καθολικής κάλυψης, την ποιοτική φροντίδα υγείας και ποιοτική δημόσια υγεία, τη διαφάνεια, την χωρίς αποκλεισμούς σύγχρονη διακυβέρνηση και τη δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση για την περίθαλψη (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2019-2022) (31/10/20)

-72-

4.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής της οικογένειας, της κοινότητας και του ατόμου με το εθνικό σύστημα υγείας αφού λειτουργεί στο σημείο όπου εργάζονται και ζουν οι άνθρωποι. Συνιστά το πρώτο στοιχείο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος υγειονομικής φροντίδας. Στην ΠΦΥ η συνεχή εκπαίδευση είναι απαραίτητη και αυτό γιατί εμφανίζονται συνεχή προβλήματα υγείας, μεθόδους πρόληψης, προώθηση της ορθής διατροφής, μέτρα υγιεινής, φροντίδα μητέρας παιδιού, τον οικογενειακό

προγραμματισμό, τον εμβολιασμό, την πρόληψη και τον έλεγχο μεταδοτικών νοσημάτων και τοπικών επιδημιών και την πρόσβαση στα βασικά φάρμακα.» (WHO, 1978). Η ΠΦΥ ταυτίζεται με τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(ΠΟΥ) και αυτό για πλήρη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού.

Η ΠΦΥ λοιπόν περιλαμβάνει την αντιμετώπιση τριών ειδών περιστατικών: την άσκηση προληπτικής ιατρικής την διάγνωση, την θεραπεία των αρρώστων, την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (Σιγάλας, 1999). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η ΠΦΥ αφορά την άσκηση ιατρικής πράξης προτού ο ασθενής οδηγηθεί στην εισαγωγή σε νοσοκομειακή μονάδα, αλλά κυρίως για να μην χρειαστεί να νοσηλευτεί.

Ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της κάθε μονάδας ενσωματώνεται στα πλαίσια του κεντρικού υγειονομικού σχεδιασμού, επομένως οι αντικειμενικοί σκοποί οφείλουν να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς του κεντρικού υγειονομικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, να εντάσσονται στο ίδιο πλαίσιο της πολιτικής υγείας. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό, η δυνατότητα προσπέλασης των πολιτών, η συνέχεια του έργου τους και η αποδοχή τους από τους πολίτες (Δίκαιος et al, 1999), σημεία που πρέπει να ακολουθούνται και από τις μονάδες ΠΦΥ. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση, η οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση διαμορφώνουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου και επηρεάζουν την επιλογή του στο κατά πόσο θα χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες ΠΦΥ (Τσελέπη, 1999). Αυτό που έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότεροι χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ηλικιωμένοι και συνταξιούχοι οι οποίοι έχουν χρόνια προβλήματα υγείας, με το

μεγαλύτερο μάλιστα ποσοστό να είναι γυναίκες. (Γεωργούση και συν., 1994, Παπανικολάου και Σιγάλας, 1994, Παυλίδου, 2016, Κατσαούνου, 2017).

Η αγωγή της υγείας είναι μια διαδικασία επικοινωνίας με σκοπό την αύξηση της θετικής υγείας και την πρόληψη της κακής, τόσο των ατόμων όσο και των κοινωνικών ομάδων, μέσα από την επίδραση στις αντιλήψεις και στην κοινωνική συμπεριφορά της κάθε μορφής εξουσίας και της κοινωνίας (Downie et al, 1996). Η αγωγή της υγείας δεν είναι ένα ζήτημα ούτε αποκλειστικά ατομικό ούτε αποκλειστικά κοινωνικό, είναι μια διαδικασία που διαμορφώνεται από πολιτιστικούς παράγοντες, πρότυπα, πολιτικές στο βαθμό που αλληλεπιδρούν με το κάθε άτομο (Naidoo and Wills, 1994). Γι αυτό το λόγο

υπάρχουν τρεις μορφές αγωγής: η αγωγή σχετικά με το σώμα, η ενημέρωση για την πρόσβαση και την ορθή χρήση των υπηρεσιών υγείας και η αγωγή σχετικά με το εθνικό, και τοπικό επίπεδο δομών και διαδικασιών (Draper et al., 1980). Η ΠΦΥ δεν περιλαμβάνει αποκλειστικά τη φροντίδα που απευθύνεται σε φτωχούς πληθυσμούς αναπτυσσόμενων χωρών ή τη φροντίδα αγροτικών πληθυσμών από νοσηλευτές και λειτουργούς παραϊατρικών επαγγελμάτων, ούτε αναφέρεται αποκλειστικά στο πρώτο βήμα επαφής του ατόμου με το σύστημα περίθαλψης (Κυριόπουλος, 1996). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως ΠΦΥ αναλαμβάνει ζητήματα υγιεινής διαβίωσης και ένα συνολικότερο επίπεδο πρόληψης και αντιμετώπισης νοσημάτων ολόκληρου του πληθυσμού (Σολωμός, 1996). Όπως αναφέρει ο ΠΟΥ η ΠΦΥ ορίζεται ως η **ουσιαστική φροντίδα που παρέχεται με βάση μεθόδους κοινωνικά και επιστημονικά αποδεκτές και προσβάσιμες σε όλους τους πολίτες** (Μπένος, 1995). Οι ασθενείς όπως γίνεται αντιληπτό δεν ανταποκρίνονται το ίδιο στα ερεθίσματα που αφορούν την υγεία τους. Υπάρχουν πολλές διαφοροποιήσεις που αφορούν το πώς ερμηνεύουν τα συμπτώματα και τότε θεωρούν ότι χρειάζεται να απευθυνθούν σε κάποιον επαγγελματία υγείας. Οι παράγοντες αυτοί επειδή αναφέρονται σε στοιχεία πολιτισμού και παράδοσης, επηρεάζονται από το κοινωνικό σύνολο και επιδέχονται παρέμβαση από την πολιτεία. Ο βαθμός στον οποίο η πολιτεία παρεμβαίνει στη διαμόρφωση των όρων και των προϋποθέσεων για την πρόσβαση του ασθενή στις δομές υγείας, καθορίζει και την ευκολία ή τη συχνότητα με την οποία τα άτομα θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες.

4.5 Η ΠΦΥ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τον κορμό κάθε σύστημα υγείας σε όλες τις χώρες γεγονός που αποτυπώνεται σε όλα τα κείμενα διεθνών οργανισμών εδώ και 30 τουλάχιστο χρόνια μετά την Αλμά-Ατακ (Πίνακας 2) και αποκτά μεγάλη σημασία με την πάροδο των χρόνων, όπως φαίνεται από τις αναλύσεις φουτουριστών της υγείας (Hancock and Garrett, 1995). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα έχει άλμα ανάπτυξης αλλά στρεβλής, παρ' όλες τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του συστήματος υγείας (Polyzos, Oikonomou and Zilidis, 2008). Αυτό έχει αντίκτυπο συνολικά στο σύστημα υγείας της Ελλάδας γιατί οι πολίτες κατευθύνονται σε

ιδρύματα δευτεροβάθμιας φροντίδας, ενώ θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

Η δημιουργία του ελληνικού συστήματος υγείας ξεκίνησε να τον 19^ο αιώνα. Το 1836 δημιουργήθηκαν τα πρώτα ασφαλιστικά ταμεία. Λόγω των κοινωνικο-οικονομικών αλλά και πολιτικών καταστάσεων είχε αργούς ρυθμούς εξέλιξης. Ο 20^ο αιώνας θα μπορούσε να σήμαινε ένας αιώνας προόδου όσον αναφορά τις μεταρρυθμίσεις για την ΠΦΥ. Δυστυχώς οι κυβερνητικές συντηρητικές εξουσίες που ακολούθησαν, με τις πελατειακές σχέσεις το μετεμφυλιακό κλίμα που δημιουργούσε διχασμούς δεν μπόρεσαν να βοηθήσουν. Ένα ακόμα λάθος της εποχής ήταν η υιοθέτηση ξένων υγειονομικών μοντέλων χωρίς προηγούμενος να αξιολογηθεί εάν αυτό ταιριάζει με τις ανάγκες και την κουλτούρα ελληνικής κοινωνίας (Θεοδώρου Μ, Μητροσύλη Μ. Πάτρα 1999).

«Τα πρώτα νομοσχέδια που για την ΠΦΥ ήταν το 2592/53 και το 3487/55. Έτσι η υπάρξει κέντρων υγείας σε αγροτικές περιοχές και ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού οφείλονται σε αυτούς τους νόμους».

«Οι κοινοτικοί υγειονομικοί σταθμοί σε περιοχές που βρίσκονται απομακρυσμένες περιφέρειες οφείλονται στον νόμο 2592/53 οι οποίοι περιλάμβαναν μικρό αριθμό κλινών». Παρέκκλιση αποτελεί όσο αναφορά την υπόδειξη του υπουργού υγείας Πάτρα «Σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής» όπου εμφανίζεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού (Πάτρας, 1969) και το «προσχέδιο νόμου του Δοξιάδη το

1980 με το οποίο εισάγεται μια πρόωμη μορφή κέντρων υγείας αστικού τύπου» (Δοξιάδης, 1981).

Με τον νόμο του 1397/83 έγινε η πρώτη μεσολάβηση για ενιαία ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Έτσι ιδρύονται «Μονάδες Περίθαλψης», όπου υπήρχε στο «νοσοκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα» (Πιερράκος Γ 2008).

Με στόχο την ύπαρξη εξωνοσοκομειακής περίθαλψης δημιουργούνται 172 κέντρα υγείας «αστικού και μη αστικού χαρακτήρα και περιφερειακά ιατρεία» έτσι ώστε να προσφέρεται εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Δεν υπάρχει όμως πρόληψη παρά μόνο πρωτοβάθμια περίθαλψη και αυτό έγινε το ΕΣΥ μόλις είχε δημιουργηθεί. Η πρόληψη καλύπτοντα από τον ιδιωτικό τομέα. (Ελληνας, 2005). Έγιναν ριζοσπαστικές επιλογές

με τον σχηματισμός ενός ποιο «κοινοποιημένου δημόσιου συστήματος υγείας». Ο όρος «κοινωνικοποίηση αναφέρεται σε μια μορφή εθνικοποίησης μαζί με την κρατικοποίηση και αναφέρεται σε ειδικό τρόπο αφαίρεσης της ιδιοκτησίας όταν ένα αγαθό ή υπηρεσία αποκτά χαρακτήρα δημόσιας υπηρεσίας» (Τάχος, 1993), «με τους πολίτες να ασκούν εξουσία μέσω των κοινωνικών φορέων» (Μητροσύλη, 1999).

Το Σύνταγμα υποστήριζε την κοινωνικοποίηση στον τομέα της υγείας στο σημείο βέβαια που καταμερισμός των μονάδων υγείας μπορούσε να συνυπάρξει με την ατομική ιδιοκτησία (Νικολακοπούλου, 1990). Αλλά τελικά αυτό που ίσχυσε ήταν ένα μοντέλο όπου το επίκεντρο ήταν το νοσοκομείο με αποτέλεσμα την υποβίβαση των κέντρων υγείας. Τα κέντρα υγείας λειτουργούσαν με το να εξαρτώμενα από τα νοσοκομεία. Με αποτέλεσμα να μην είναι ικανοποιημένη οι ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και μάλιστα αυτή η ικανοποίηση να είναι η χαμηλότερη στην Ευρώπη (Abel Smith et al., 1994).

«Ο τότε τύπος οργάνωσης έκρινε ότι η πρόληψη παρέχεται καλύτερα μέσω του φορέα στον οποίο ανήκουν τα κέντρα υγείας και επιτελείται βέλτιστα από υπηρεσίες που τοποθετούνται στο μεταίχμιο του συγκεντρωτικού συστήματος» Τάχος(1993). «Στον ίδιο νόμο εμφανίζεται ο θεσμός του οικογενειακού/γενικού γιατρού, ο οποίος κρίνεται ως το βασικό προσωπικό για τη στελέχωση των κέντρων υγείας, χωρίς παρόλα αυτά να ιδρύεται νέα ειδικότητα με βάση τα διεθνή δεδομένα».

Ο νόμος 1579/1985 συμπλήρωσε τον προηγούμενο. Με αυτόν τον νόμο ιδρύθηκε η

-76-

ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής και ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Οι υπηρεσίες που παρέχει το ΕΚΑΒ ήταν η άμεση βοήθεια σε έκτακτα περιστατικά, και τη διακομιδή των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες υγείας

Ο νόμος 2701/1992 με σκοπό την κάλυψη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιτρέπει στους ιδιωτικούς φορείς να συνάπτουν συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς. Με αυτό η Πρωτοβάθμια Υγεία περιλαμβάνει και την πρόληψη και περίθαλψη και παράλληλα εισάγεται ο κατ' οίκον νοσηλείας.

«Ο νόμος 2194/94στην ουσία ακύρωσε τον παραπάνω νόμο».

«Ο νόμος 2519/1997 επαναφέρει κέντρα υγείας αστικού τύπου και τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού».

«Ο Νόμος 3172του 2003 αποσκοπεί στην οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας». Με το νόμο 2419/1997 (άρθρα 26, 31-33) που

αποτελέσει κατεξοχήν οργανωτικό νόμο των μονάδων υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση θεσμοθετήθηκαν τα αρχικά μέτρα έγινε προσπάθεια ανασχηματισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές περιοχές (Μητροσύλη 2009 από Πιερράκο).

«Ο νόμος 3235/2004 εισάγει και πάλι τον οικογενειακό γιατρό, την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και πλέον οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες. Με τονόμο 3235/2004 γίνεται τομεοποίηση των μονάδων ΠΦΥ» (Μητροσύλη 2009 από Πιερράκο 2008).

«Σύμφωνα με τον νόμο, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οργανώνεται στη βάση ενός μομοιοποιημένου γεωγραφικά συστήματος, μέσα στα όρια της ΔΥ.ΠΕ (Πρώην ΠΕΣΥΠ), που σχεδιάζεται και αποφασίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο της Υγειονομικής Περιφέρειας, στη Βάση των αναγκών υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας, τη διάρθρωση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της περιοχής και τις συγκοινωνιακές συνθήκες. Έχοντας υπόψη κριτήρια που καθορίζουν και την αποκέντρωση, θέλοντας να δημιουργήσουν συνθήκες ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο». (Πιερράκος Γ., 2008)

«Με το νόμο 3370/2005 ιδρύεται το Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) γίνεται με βάση το παραπάνω χρονικό σαφές ότι κατατίθενται νομοσχέδια τα οποία είτε μεταρρυθμίζουν τις ονομασίες των ήδη υπάρχοντων δομών, είτε εμφανίζουν ρυθμίσεις οι οποίες δεν εφαρμόζονται. Ενώ έχουν θεσμοθετηθεί ο οικογενειακός γιατρός, τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, η πολιτική πρόληψης και η

-77-

ηλεκτρονική κάρτα/φάκελος ασθενή πολλαπλές φορές, το μόνο που διαχρονικά από μένει είναι τα κέντρα υγείας μη αστικού ιστού, με την ύπαρξη του θεσμού του αγροτικού γιατρού».

« Με το νόμο Ν.4600/9.3.2019 καταργείται το Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) και στην θέση του ιδρύθηκε με το Ν. 4633/2019 Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) ο οποίος είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ)».

Οι συνέπειες της οικονομικής κρίση που ακολούθησε είχαν σαν αποτέλεσμα τις ακόλουθες αλλαγές στο χώρο της υγείας:

«Την ενοποίηση των πολυϊατρείων του ΙΚΑ και των ασφαλιστικών φορέων υπό τον ΕΟΠΥΥ, μετέπειτα το ΠΕΔΥ και πλέον τα ΤΟΜΥ με το προσωπικό πλέον να βρίσκεται σε καθεστώς αποκλειστικής απασχόλησης».

«Τηθεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής στιγμιογράφησης με βάση τη δραστική ουσία (και όχι την εμπορική ονομασία) και τη σύγχρονη υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10»

« Τη δυνατότητα χρήσης των γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων με αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου επί της αγοράς του σκευάσματος, σε περίπτωση επιλογής του πρωτότυπου».

«Τη θέσπιση των clawback (επιστροφή) και rebate (έκπτωση), δηλαδή η (με αναδρομική ισχύ από το 1991) επιστροφή των δαπανών που υπερέβαιναν ένα όριο με ταυτόχρονη οριζόντια περικοπή επί της αμοιβή ». Παρόλο που θα περίμενε κανείς αυτές οι αλλαγές έχουν θετικές συνέπειες και να διευκόλυνε στον εξορθολογισμό των οικονομικών δεν έγινε έτσι. Αυτό που είχε σαν αποτέλεσμα η δημιουργία μεγαλύτερων επιβαρύνσεων (Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., 2001).

Από το 1983 ως σήμερα το σύστημα ΠΦΥ συνεχώς εξελίσσεται και μεταβάλλεται (Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. 2012).

Ο Νόμος 3172/2003 και ο Νόμος 3235/2004 είχαν σαν στόχο να οργανώσουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας . Ο 3172/2003 προσπάθησε να αναμορφώσει και συστηματοποιήσει των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και ο Νόμος 3235/2004 με θέμα «διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Υγεία». «Βασικό χαρακτηριστικό του πρώτου ήταν η ίδρυση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και των οργάνων αποκέντρωσης.

-78-

Ο δεύτερος νόμος εντάσσει το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και την πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας. Υπάρχει πρόσβαση στις πληροφορίες που προσφέρει ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγεία» . (ΦΕΚ νόμος 3172/197/200, ΦΕΚ νόμος 3235/53/2004)

Λόγο της οικονομικής κρίσης έπρεπε να γίνουν αλλαγές στην ΠΦΥ. Η πρώτη αλλαγή είναι την περίοδο από το 2009 ως το 2011 όπου ιδρύεται ο ΕΟΠΥΥ. «Οι αρμοδιότητες τις πρωτοβάθμιας φροντίδας μεταφέρθηκαν στους Δήμους και στις περιφέρειες». Ν. 3918/2011 , κύριο στόχο αποτελεί η συνεργασία και ο συντονισμός των φορέων που αποτελούν την ΠΦΥ και των περιφερειακών του Ιατρείων του ΕΣΥ, των γιατρών υπάρχων υπηρεσιών υπαίθρου, «παροχής υπηρεσιών υγείας του ΕΟΠΥ», «των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ». (Πιερράκος 2008).

Το 2012 αποτελεί την δεύτερη περίοδο ως τη δημιουργία του ΠΕΔΥ. «Καθιερώθηκε η ολόημερη παροχή ΠΦΥ από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων». (Πετρέλης Μ, Δομάγερ Φ. 2016).

«Νόμος υπ' αριθμ 4486του 2017 ορίζει ως ΠΦΥ ένα ολοκληρωμένο σύστημα υπηρεσιών υγείας εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση της υγείας του ατόμου».

Το 2017 έχουμε την δημιουργία των ΤΟΜΥ τα οποία είναι το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας του ΕΣΥ. Το ΠΕΔΥ και Κέντα Υγείας αποτελούν το επόμενο επίπεδο επαφής με τις υπηρεσίες της ΠΦΥ.

Με την εφαρμογή του Νόμου Ν. 3852/2010 δημιουργούνται ζητήματα συντονισμού. Εμπλέκεται ο ιδιωτικός τομέας με την παροχή νοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης ο οποίος έχει καλύτερα ιατρική τεχνολογία, και αυτό σε συνδυασμό με την αδυναμία του δημόσιου τομέα να παρακολουθήσει την εξέλιξη της τεχνολογίας εκθέτοντας την ΠΦΥ. (Πιερράκος 2008).

Στην Ελλάδα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες με την βοήθεια μεταρρυθμίσεων, για την βελτίωση των συνθηκών της Π.Φ.Υ. Όλα αυτά δεν φαίνονται στην καθημερινότητα και γι' αυτό ο πολίτης στρέφεται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα όπου το κόστος είναι μεγάλο.(Υφαντόπουλος, 2005). «Η απουσία ελέγχου ροής εξετάσεων και φαρμακευτικής κάλυψης και η έλλειψη πρόληψης και οικογενειακού προγραμματισμού επιβαρύνει τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Fortney et al,2005), πολλαπλασιάζοντας το κόστος» (Godager et al, 2012)

-79-

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τη διακήρυξη της Alma-Ata

1	Η ΠΦΥ εξελίσσεται από τα οικονομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά των κρατών και των κοινωνιών. Βασίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων από τις κοινωνικές, ιατρικές και βιοϊατρικές έρευνες, καθώς και την εμπειρία από τη δημόσια υγεία
2	Αντιμετωπίζει ζητήματα υγείας στην κοινότητα. Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
3	Περιλαμβάνει: εκπαίδευση, μεθόδους πρόληψης και έλεγχο των προβλημάτων αυτών. Προωθεί την παροχή τροφής και ορθής διατροφής. Έχει στόχο την παροχή νερού και στέγης. Φροντίδα της μητρότητας, των παιδιών και του οικογενειακού προγραμματισμού. Ανοσοποίηση στα κυριότερα λοιμώδη νοσήματα. Πρόληψη και έλεγχο των νοσημάτων, κατάλληλη θεραπεία.

4	Περιλαμβάνει, κάθε τομέα της εθνικής και κοινωνικής ανάπτυξης (γεωργία, κτηνοτροφία, τρόφιμα, βιομηχανία, εκπαίδευση, πολιτικές στέγασης, δημόσια έργα) Απαιτεί συνεργασία των τομέων αυτών για τις αντίστοιχες δράσεις
5	Προώθηση της κοινοτικής και ατομικής συμμετοχής στο σχεδιασμό, στον προγραμματισμό και στον έλεγχο της ΠΦΥ, κάνοντας χρήση των πόρων
6	Αναπτύσσεται με ενιαία και υποστηρικτικά συστήματα, που οδηγούν στη βελτίωση της υγείας για όλους, δίνοντας προτεραιότητα σε όσους έχουν μεγαλύτερη ανάγκη.
7	Στηρίζεται, σε επαγγελματίες υγείας που έχουν τα κατάλληλα προσόντα για να εργαστούν ως ομάδα και να ανταποκριθούν στις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας.

Πίνακας (2) Πηγή: International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. USSR, 1978

4.6 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ Ο ΣΤΟΧΟΣ Π.Φ.ΥΥΓΕΙΑΣ

Με βάση τις διακηρύξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της Π.Υ.Υ είναι :

1. Η καταγραφή επιδημιολογικών στοιχείων ηλικίας και φύλου καθώς και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό
2. Σταθερή παρακολούθηση και προσδιορισμός των υπηρεσιών που ο ασθενής έχει ανάγκη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας επίσκεψης του στο κέντρο υγείας.
3. Σταθερή καταγραφή παρεχομένων υπηρεσιών προληπτικής ιατρική ώστε να

-80-

εντοπίζονται οι κίνδυνοι υγείας του περιβάλλοντος του ανθρώπου με κύριο στόχο την ενίσχυση και προαγωγή του επιπέδου υγείας του ανθρώπου.

4. Συνεχής καταγραφή των ειδικών αναγκών των ασθενών κατά τη διάρκεια της επίσκεψης ρουτίνας.
5. Εκπαίδευση των πολιτών ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται σε απλά καθημερινά προβλήματα σε σχέση με την υγείας τους.
6. Ύπαρξη ενός συστήματος που να κάνει επαλήθευση των ασθενών αμέσως μετά την καταγραφή του .
7. Εκτός του Ιατρού θα πρέπει να υπάρχει ειδικός επιστήμονας προκειμένου να δίνει κατάλληλες πληροφορίες.
8. Επισκέψεις επικεντρωμένες σε θέματα προληπτικής ιατρικής.

Σύμφωνα με τη Στρατηγική του ΠΟΥ, οι Εθνικές πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν:

9. Σύνδεση δομών της ΠΦΥ με την Κοινότητα έτσι ώστε να μπορεί ο πολίτης να εξυπηρετηθεί στις αποκεντρωμένες δομές. Οι πολιτικές θα πρέπει να είναι τέτοιες ώστε οι τοπικές κοινωνίες να υποστηρίζουν το δίκτυο της ΠΦΥ τόσο στην εξυπηρέτηση στην πρόσβαση των πολιτών, στην πρόληψη αγωγής υγείας, όπως επίσης στην προστασία του περιβάλλοντος και αυτοφροντίδας
10. Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ
11. Οικονομική Υποστήριξη της ΠΦΥ. Πιερράκος (2008)

Η ΠΦΥ θα πρέπει να δίνει έμφαση και στην συνεχείς παρακολούθηση του ασθενή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, αλλά και τους χρονίως πασχόντων που δεν είναι αναγκαία η νοσηλεία στο Νοσοκομείο μιας και περιλαμβάνει όλων των ειδών τις υπηρεσίες ιατρικές-νοσηλευτικές, ακόμα θα πρέπει να περιλαμβάνει τον οικογενειακό προγραμματισμό, προγράμματα εμβολιασμού, οδοντιατρικής φροντίδας .Κύριος σκοπός είναι προλαμβάνει και να αποκαθιστά οποιαδήποτε βλάβη αφορά την υγείας χωρίς να χρειαστεί νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο.

4.7ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

1) Η ηλεκτρονική στιγμιογράφιση

«Τον Οκτώβριο του 2010 που ξεκίνησε πιλοτικά στον ΟΑΕΕ η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και επεκτάθηκε σταδιακά στα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ,

-81-

ΟΠΑΔ, ΟΓΑ - Ιανουάριος 2011, από το Μάρτιο του 2012 στο ΕΤΑΑ και από το Μάιο του 2012 στο ΤΑΥΤΕΚΩ και Οίκο Ναύτου) αποτελεί ένα βασικό εργαλείο της προάσπιση της υγείας των πολιτών. (Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης Α.Ε (Η.ΔΙ.ΚΑ) (www.idika.gr 24/11/2020). Τα οφέλη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αφορούν τόσο τους ασθενείς όσο και τους ιατρούς, φαρμακοποιούς και τα ταμεία. Τους ασθενείς επειδή αποφεύγονται λάθη τα οποία γίνονται από τις κακογραμμένες χειρόγραφες συνταγές , τους ιατρούς λόγω του ότι το σύστημα θα τους παρέχει στοιχεία για την κλινική κατάσταση τους ώστε να διευκολύνεται η σωστή λήψη αποφάσεων στην επιλογή της θεραπείας, και κυρίως, διότι θα μειώσει δραστικά τις κλήσεις που λαμβάνουν σήμερα από τα φαρμακεία ζητώντας διευκρινίσεις για τις χειρόγραφες συνταγές τους. Τα Ταμεία διότι δεν θα είναι δυνατό να υπάρξουν

καταστρατηγήσεις και διασπάθιση πόρων, όπως καταγγέλλεται ότι συμβαίνει σήμερα. Τα ταμεία μπορούν επίσης μέσα από αυτή τη διαδικασία να παρακολουθήσουν με την βοήθεια των στατιστικών αναλύσεων τις τάσεις της συνταγογράφησης, τι γράφουν οι διάφορες ειδικότητες, που γράφονται οι διάφορες κατηγορίες φαρμάκων και να βγουν σημαντικά συμπεράσματα που θα βοηθήσουν τις διοικήσεις να παίρνουν σωστές αποφάσεις για τη βελτίωση του συστήματος και της περίθαλψης. Επίσης τα Φαρμακεία θα απαλλαχτούν από λάθη και την τεράστια γραφειοκρατία που είναι απαραίτητο να κάνουν σήμερα για να υποβάλλουν τις συνταγές στα Ταμεία για να πληρωθούν.

2) Ηλεκτρονικά ραντεβού Από τα μέσα Δεκεμβρίου του 2016 δόθηκε η δυνατότητα να γίνεται δωρεάν κλείσιμο των ραντεβού σε όλες τις μονάδες ΠΕΔΥ και στα περισσότερα Κέντρα υγείας, σε όλους τους πολίτες της χώρας μέσω της υπηρεσίας ηλεκτρονικών ραντεβού e-dapy.

3) «Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας Σύμφωνα με το άρθρο 21 «1) Καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) για όλους τους κατόχους Α.Μ.Κ.Α. και Α.Υ.Π.Α.. 2) Ο Α.Η.Φ.Υ. περιέχει το συνοπτικό ατομικό ιστορικό υγείας, καθώς και τις πληροφορίες της περίπτωσης του άρθρου 3 του ν. 4213/2013. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, καθιερώνεται ενιαίο πρότυπο σχετικά με το περιεχόμενο, τον τρόπο κατάρτισης, την ταυτοποίηση του ατόμου και την πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες του φακέλου, σύμφωνα με τους νόμους 2472/1997 και 3471/2006». Το περιεχόμενο του Α.Η.Φ.Υ. είναι ενιαίο σε εθνικό επίπεδο και υποχρεωτικό. 3) Ο Α.Η.Φ.Υ. συμπληρώνεται από τον οικογενειακό ιατρό

-82-

ή από τους επαγγελματίες υγείας της Το.Μ.Υ Όλες τις πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του ατόμου οι έχουν την υποχρέωση να καταχωρούν στον Α.Η.Φ.Υ. από τους οικογενειακούς, οι άλλους ιατρούς, οι οδοντίατροι και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που είναι πιστοποιημένοι χρήστες του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης .

4) Το.ΜΥ Είναι οι Ομάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας. Βασική τους επιδίωξη θα είναι η προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους. Συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας κατόπιν εισήγησης του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και την σύμφωνη

γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.. Οι Το.Μ.Υ. επανδρώνονται από μία Ομάδα Υγείας και ενεργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης.

– Φροντίζουν για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες και τη συνέχεια στην παροχή φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού.

- Διασφαλίζουν την ασφαλή, ολισθηρή, αποτελεσματική και ποιοτική ανθρωποκεντρική φροντίδα υγείας.

- Βασικός τους στόχος είναι η χορήγηση υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υγείας στον υγιή πληθυσμό, η ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών, με προσοχή στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, καθώς και η χορήγηση υπηρεσιών που άπτονται της δημόσιας υγείας, όπως οι εμβολιασμοί, η κατ' οίκον φροντίδα και άλλες. Προκειμένου να υπάρξει σφαιρική και ολοκληρωμένη φροντίδα του πληθυσμού χρειάζονται γνώσεις που αφορούν την δημόσια υγεία, τον οικογενειακό προγραμματισμό κ.ά. Η αποτελεσματική πρωτοβάθμια δε βασίζεται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη και γι' αυτό πρέπει να παρέχεται από καλά συντονισμένες ομάδες επαγγελματιών υγείας. Αυτές είναι που θα πρέπει να επιτύχουν μια στενή σχέση με την κοινότητα.

Οι ΤοΜΥ θα στελεχωθούν από διεπιστημονική ομάδα έως 12 μελών που θα αποτελείται από: Τέσσερις (4) Γενικούς Γιατρούς ή Παθολόγους

-83-

Ένα (1) Παιδίατρο

Δύο (2) Νοσηλευτές/-τριες

Δύο (2) Επισκέπτες/-τριες Υγείας

Ένα (1) Κοινωνικό/-ή Λειτουργό

Δύο (2) Διοικητικούς/-ές Υπαλλήλους

4.8ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον νόμο 4486/ άρθρο 2 γίνεται εισαγωγή ενός καινούργιου όρου «Ομάδα Υγείας»

Η ομάδα υγείας αποτελείται από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής από νοσηλευτή επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση ένα ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και ένα διοικητικό υπάλληλο. Ως ομάδα υγείας θεωρείται και η «Τοπική Ομάδα υγείας»

Σύμφωνα με τον Posner και Kouzes (1987) έχουν ορίσει την ομάδα υγείας «ως την ομάδα που αποτελείται από πρόσωπα διαφορετικών αντικειμένων τα οποία θα πρέπει να συνεργάζονται ισότιμα για να αποκτήσουν και να αναπτύξουν στόχους οι οποίοι να είναι κοινοί αλλά και να χτίσουν μια σχέση εμπιστοσύνης, για την επιτυχία αυτών των στόχων». Η ομάδα υγείας, κατά την διάρκεια των χρόνων θα πρέπει να ελέγχονται και να εξετάζονται οι λειτουργίες και η ποιότητά της κατά τη διάρκεια των χρόνων και αυτό να γίνεται τακτικά, γιατί διάφοροι παράγοντες που αφορούν την οργάνωση της, προσωπικοί, περιβαλλοντικοί μπορούν να έχουν επίδραση όσον αφορά τη λειτουργία και τις αρμοδιότητες των μελών της αλλά και την δομή της. (Huss, Schiller & Schmidt, 2013) από Καλοκαιρινού Α- Αναγνωστοπούλου (2015)

Οι Naylor και συν. (2010) βάση βιβλιογραφίας ορίζουν την ομάδα υγείας ως εξής: «είναι οι υπηρεσίες υγείας οι οποίες δίνονται στις οικογένειες – κοινότητες ή στα άτομα, από δύο τουλάχιστον επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι σε συνεργασία με ασθενείς και φροντιστές προσανατολίζονται μέσω της συνεργασίας τους, να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας υψηλού επιπέδου.

Οι Mitchell και συν. (2012) θεωρούν ότι κάθε ομάδα υγείας θα πρέπει να πλήρη κάποιες προϋποθέσεις και να χαρακτηρίζεται από πέντε αρχές:

1. Η ομάδα υγείας είναι σημαντικό να συνεργάζονται μεταξύ τους, να έχουν κοινούς στόχους και οι επιστήμονες που αποτελούν μέρος της εξυπηρετώντας τις ανάγκες της κοινότητας.

-84-

2. Οι ρόλοι μέσα στην ομάδα είναι διακριτοί, το κάθε μέλος έχει τον δικό του ρόλο, ευθύνες και συγκεκριμένες δραστηριότητες με σκοπό στην καλύτερη απόδοση της ομάδας και συμβάλλοντας στον καταμερισμό εργασίας.
3. Τα άτομα που αποτελούν την ομάδα έχουν αναπτύσσουν δεσμούς εμπιστοσύνης μεταξύ τους, έτσι υπάρχει μεγαλύτερη και καλύτερη συνεργασία προχωρώντας στην επίτευξη των στόχων τους
4. Η ομάδα προσπαθεί να βελτιώνει συνεχώς την επικοινωνία (με συνέπεια και ειλικρίνεια), έχοντας αλληλοσεβασμό μεταξύ των μελών τους. Επίσης η ομάδα αξιολογεί τακτικά χρονικά διαστήματα την λειτουργία της, με σκοπό να βελτιώσει τις διάφορες διαδικασίες αλλά και την αποτελεσματικότητά της, ικανοποιώντας τις ανάγκες του πελάτη (Choi & Pak 2006). (Καλοκαιρινού Α- Αναγνωστοπούλου 2015)

4.9 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών που έχει εξετάσει την ομαδική εργασία στα πλαίσια της ΠΦΥ όσο αναφορά τα κλινικά αποτελέσματα αποδεικνύεται πολλαπλά οφέλη για το άτομο στην κοινότητα. Μια συστηματική ανασκόπηση της (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009) για τα οφέλη της ομαδικής εργασίας, βεβαίωσε ότι οι παρεμβάσεις από μία διεπιστημονική ομάδα υγείας βελτιώνουν σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα.

Η φροντίδα στην κοινότητα από την ομάδα της ΠΦΥ βοήθησε στη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας του ατόμου. Η έκθεση για την ποιότητα στην υγεία με τίτλο «Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century» που εκδόθηκε το 2001 (Διασχίζοντας το χάσμα της ποιότητας: Ένα νέο σύστημα υγείας για τον 21ο αιώνα), όπου υπάρχουν σαφείς αναφορές στη μεγάλη σημασία της ομαδικής εργασίας, έτσι ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα της ΠΦΥ συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας του ατόμου στην κοινότητα με τους εξής τρόπους

- **Ασφάλεια:** Προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών και αυτό γίνεται μείωση των λαθών από τη φροντίδα

-85-

- **Αποτελεσματικότητα:** Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ορθή κλινική πράξη σύμφωνα με την επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση.
- **Ανθρωποκεντρική φροντίδα:** Κέντρο της φροντίδας στην κοινότητα πρέπει να αποτελεί το άτομο και οι επιλογές του είναι απόλυτα σεβαστές
- **Έγκαιρη φροντίδα:** Η έγκαιρη φροντίδα επιτυγχάνεται με μείωση της αναμονής τόσο για το άτομο, όσο και για όσους συμβάλλουν στη φροντίδα του.
- **Αποδοτικότητα:** Η μείωση της σπατάλης πόρων στα πλαίσια της κοινότητας μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα.
- **Δικαιοσύνη:** Η μείωση των διαφορών στο επίπεδο της υγείας των ασθενών ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εθνικότητας, εισοδήματος κ.λπ. βοηθάει στην δικαιοσύνη, δηλ. στην υγεία για όλους.

Σε γενικές γραμμές τα πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα εξής:

α. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες . Ο άνθρωπος στο επίκεντρο της φροντίδας.

Η λειτουργία της ομάδας στην ΠΦΥ βοηθάει στην βελτίωση όσο αναφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για το άτομο. Ο μεγάλος όγκος των περιστατικών για τον γενικό ιατρό μειώνεται και έτσι αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που μπορούν να εξυπηρετηθούν άμεσα και ταυτόχρονα υπάρχει μείωση στη διάρκεια αναμονής για ένα ραντεβού έτσι προάγεται η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στα πλαίσια της κοινότητας, φέρνοντας τις υπηρεσίες υγείας πιο κοντά στο σπίτι (Hasler, 1994· Marsh, 1991). Η λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ επιτρέπει την επέκταση του φάσματος των υπηρεσιών που είναι διαθέσιμες στα άτομα της κοινότητας. Με αυτόν τον τρόπο η φροντίδα που παρέχεται είναι πιο ολοκληρωμένη και οι υπηρεσίες είναι πιο εύχρηστες για τους ασθενείς. Οι διαφορετικοί επιστήμονες που δραστηριοποιούνται στη ΠΦΥ αναπτύσσουν ένα μοντέλο «εταιρικής» σχέσης. Αυτό το μοντέλο έχει εξετάσει και περιλάβει στο μνημόνιο συνεργασίας του πιθανές δυσκολίες και αμοιβαία οφέλη, ενώ ταυτόχρονα υποβάλλονται προτάσεις για την αποτελεσματικότερη κοινή εργασία στο πλαίσιο της κοινότητας (Association of Community Health Councils for England and Wales, 1997· West Sussex Community Health Councils, 1999)

-86-

β. Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πιο αποτελεσματικό στην κλινική πράξη και πιο αποδοτικές υπηρεσίες υγείας όσον αφορά το κόστος.

Τα πλεονεκτήματα για τα άτομα, όταν λειτουργεί η ομάδα της ΠΦΥ, δύνανται να προκύψουν μέσω των βασικών διαδικασιών της ομάδας, δηλαδή μέσω της συνεργασίας και του συντονισμού (Feiger&Schmitt, 1979). Από τις μετρήσεις που έγιναν όσο αναφορά την φροντίδα από την ομάδα της ΠΦΥ, το όφελος τόσο για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται μαζί όσο και για τον ασθενή ήταν μεγαλύτερο απ' ό,τι ήταν αν ένας επιστήμονας υγείας δούλευε μόνος του. Οι καλύτερες εκβάσεις για τους ασθενείς επιτεύχθηκαν σε ομάδες ΠΦΥ που ακολουθούσαν λιγότερο ιεραρχικό μοντέλο εργασίας (Feiger&Schmitt, 1979). Η πιο αποτελεσματική φροντίδα από την ομάδα της ΠΦΥ για χρόνιες ασθένειες συχνά αποτελείται από επαγγελματίες υγείας έξω από την ομάδα των ατόμων που εργάζονται αυτόνομα (Wagner, 2000). Σε κάποιες μελέτες (Rubenstein et al., 1984· Wood-

Dauphnee et al., 1984) έχει αποδειχτεί ότι οι ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία σε μονάδα γηριατρική από διεπιστημονική ομάδα είχαν χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας. Στα θετικά πλεονεκτήματα της διεπιστημονικής ομαδικής εργασίας σε σχέση με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνονται: η επίβλεψη των δεικτών δημόσιας υγείας, η διαχείριση των χρόνιων

γ. Πιο ικανοποιητικοί ρόλοι για τους επαγγελματίες υγείας και καλύτερη μεθοδολογία στη φροντίδα του ασθενούς. Η ομαδική εργασία έχει σαν αποτέλεσμα στην μείωση του άγχους που συνδέεται με την εργασία, αφού μειώνει τον φόρτο εργασίας των επαγγελματιών υγείας της ΠΦΥ (Borrill et al., 2000· Cott, 1998· Miller et al., 1999). Από έρευνες που έχουν γίνει έχει διαπιστωθεί ότι η ομαδική εργασία στην ΠΦΥ όρισε ως διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας «μια ομάδα ανθρώπων με κοινούς στόχους και με ιδιαίτερη συμβολή από τον καθένα» και τεκμηρίωσε τα σαφή πλεονεκτήματα της ομαδικής εργασίας τόσο σε επίπεδο απόδοσης, όσο και σε επίπεδο ατομικής βελτίωσης (Borrill et al., 2000· Cott, 1998· Miller et al., 1999). Επίσης, η ομαδική εργασία φαίνεται ότι αυξάνει την ικανοποίηση από την εργασία, αυξάνει τη συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων και την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Ακόμα στις ομάδες όπου υπήρχε περισσότερη συλλογική εργασία από τους επαγγελματίες υγείας, υπήρχαν σαφή οφέλη για τους ασθενείς, τους φροντιστές και την ίδια την ομάδα της ΠΦΥ (Borrill et al., 2000· Cott, 1998· Miller et al., 1999).

-87-

Τέλος, αναφέρονται ως πλεονεκτήματα:

- Οι δυνατότητες βελτίωσης και ο καλύτερος προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ.
- Η αποφυγή των επικαλύψεων και του κατακερματισμού των υπηρεσιών υγείας.
- Η ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών βάσεων δεδομένων για την έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων υγείας του ατόμου στα πλαίσια της κοινότητας.
- Η ανάπτυξη βελτιωμένων και πιο αποτελεσματικών σχεδίων για τη βελτίωση της φροντίδας και της υγείας του ατόμου στα πλαίσια της κοινότητας.

Τέλος, αναφέρονται ως πλεονεκτήματα:

- ✓ Οι δυνατότητες βελτίωσης και ο καλύτερος προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας στην ΠΦΥ.
- ✓ Η αποφυγή των επικαλύψεων και του κατακερματισμού των υπηρεσιών υγείας.
- ✓ Η ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών βάσεων δεδομένων για την έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων υγείας του ατόμου στα πλαίσια της κοινότητας.

- ✓ Η ανάπτυξη βελτιωμένων και πιο αποτελεσματικών σχεδίων για τη βελτίωση της φροντίδας και της υγείας του ατόμου στα πλαίσια της κοινότητας.

4.10 Π. Φ.Υ , ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας και κατ' οίκον νοσηλείας αφορά τη συστηματική προσπάθεια που κάνει το σύστημα υγείας να ανταποκριθεί στη δομική αναγκαιότητα της ΠΦΥ για υπηρεσίες περίθαλψης και περίθαλψης που προσφέρονται στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν (και δραστηριοποιούνται). Ο στόχος της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας και κατ' οίκον νοσηλείας είναι προαγωγή, διατήρηση αλλά και η αποκατάσταση της υγείας των ατόμων-ασθενών. Περιορίζοντας όσο δυνατόν περισσότερο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή αρρώστιας και βοηθώντας τους να αυξήσουν το επίπεδο αυτοφροντίδας και ανεξαρτησίας. Ειδικότερα στην κατ' οίκον και μακροχρόνια φροντίδα, οι ρόλοι των ατόμων όπως, των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών, της οικογένειας τροποποιούνται. Κάθε μέλος της ομάδας παίρνει περιοδικά ρόλους

-88-

εκπαιδευτή, εκπαιδευόμενου και συντονιστή στα πλαίσια της συνεργασίας τους, έτσι ώστε ο ασθενής να μεταβεί από τη στοιχειώδη πληροφόρηση στην ενεργητική διαχείριση της ασθένειάς του (Reinhard & Young, 2009).

Η κατ' οίκον φροντίδα υγείας και η κατ' οίκον νοσηλεία έχουν κεντρικό ρόλο στην προσέγγιση αλλά και αντιμετώπιση των προβλημάτων του πληθυσμού, είτε είναι υγιής είτε όχι, αντίστοιχα σε κάθε ηλικία, προωθώντας την αξιοποίηση των άτυπων φροντιστών υγείας, αυτοδιαχείριση και την αυτοφροντίδα (Cowley et al., 2015· Λάγιου, 2013, 2014· Luker et al., 2012). Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες όπως ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία, άτομα με χρόνια νοσήματα να παραμείνουν στο σπίτι τους και να λαμβάνουν κατάλληλη φροντίδα (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014· Κανδυλάκη & Καραγκούνης, 2005). Η φροντίδα είναι ολιστική, εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική, και ο ασθενής/άτομο, ο φροντιστής και η οικογένεια αποτελούν το επίκεντρο και συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων (Cowley et al., 2015· Λάγιου 2013, 2014· Luker et al., 2012). Οι παρεμβάσεις που διενεργούνται αφορούν (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014):

- την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας
- τη θεραπεία και την αποκατάσταση
- τη συμβουλευτική και εκπαίδευση την υποστήριξη του ατόμου, της οικογένειας, του φροντιστή
- την προαγωγή της αυτοφροντίδας και αυτοδιαχείρισης

Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής προσέγγισης των ατόμων/ασθενών που λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα επισημαίνεται στα διαφορετικά μοντέλα διεπιστημονικής ομάδας (σύνθεση, λειτουργία και προσέγγιση) με επιβεβαιωμένη αποτελεσματικότητα με συγκριτικές μελέτες. Τα πλεονεκτήματα αφορούν την αύξηση της ικανοποίησης των ατόμων/ασθενών και των φροντιστών, την αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών και τη μείωση του κόστους που σχετίζεται με τη μείωση των ημερών νοσηλείας σε ιδρύματα (nursing homes) ή νοσοκομεία (Curry & Hollis, 2002)

4.11 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να αποτελέσει τη βάση τους συστήματος υγείας και να συμβάλει στον συντονισμό και την ωρίμανση του, καθώς βρίσκεται μεταξύ της κοινότητας και του ατόμου, μεταξύ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των επόμενων βαθμίδων περίθαλψης, και μεταξύ των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και άλλων ειδικοτήτων.

Ο Θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού έχει αποδειχθεί παγκοσμίως μια εκπαιδευτική βάση πολύ επιτυχημένη ή οποία παρέχει πολύτιμα διδάγματα για την ανάπτυξη παγκοσμίων προγραμμάτων εκπαίδευσης για την υγείας της κοινότητας. Η γρήγορη μετακίνηση των ανθρώπων πέρα από τα σύνορα έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία προβλημάτων τα οποία πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα, για αυτό τον λόγο και η εκπαίδευση στον τομέα της Π.Φ.Υ είναι ένας τομέας που αναπτύσσεται όλο και περισσότερο.

Μέσα σε ένα σύστημα υγείας ο οικογενειακός ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του καθολικά στην κοινότητα όπου εργάζεται ανεξαρτήτως ηλικία, φύλο, φυλής , οικονομική κατάσταση ή άλλων διαφορών μεταξύ της πληθυσμιακής ομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Η Στρατηγική είναι ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που συνδέει τα πλεονεκτήματα (δυνάμεις) της επιχείρησης με τις προκλήσεις (ευκαιρίες) του περιβάλλοντος. Διαμορφώνεται με τρόπο που να εξασφαλίζεται ότι οι βασικοί σκοποί του οργανισμού επιτυγχάνονται μέσω της κατάλληλης δραστηριοποίησής του. Αποτελεί δηλαδή το μέσο επίτευξης των σκοπών, αφορά όλα τα επιμέρους τμήματα της επιχείρησης και καλύπτει όλες τις βασικές όψεις της. Έτσι, η στρατηγική περιλαμβάνει την εξισορρόπηση των δυνάμεων και των αδυναμιών του οργανισμού με τις παρουσιαζόμενες από το περιβάλλον ευκαιρίες και απειλές, ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός της επιχείρησης, ο οποίος τίθεται ανάλογα με τις αξίες, φιλοδοξίες, πιστεύω των στελεχών της.

Κατά τον Kenneth Andres η στρατηγική είναι ένα σχέδιο που περιλαμβάνει στόχους και σκοπούς καθώς και βασικές πολιτικές οι οποίες θα βοηθήσουν στην επίτευξη αυτών των σκοπών και διαμορφώνεται με τρόπο, ώστε να ορίζει τον κλάδο και το είδος της επιχείρησης (Γεωργόπουλος 2006)

Κατά τον Igor Ansoff “ στρατηγική είναι μια κοινή γραμμή μεταξύ των δραστηριοτήτων του οργανισμού και των προϊόντων του ή αγορών του που καθορίζουν τη βασική φύση της επιχειρηματικής δραστηριότητας πριν, τώρα και στο μέλλον “ (Παπαδάκης, 2002)

Ο Alfred Chandler όρισε τη στρατηγική ως “ τον καθορισμό των βασικών μακροχρόνιων στόχων και μιας επιχείρησης και την υιοθέτηση μιας σειράς πράξεων και τον προσδιορισμό των αναγκαίων μέσων για την πραγματοποίηση αυτών των στόχων” (Παπαδάκης, 2002)

Ο Deming (1986), στο βιβλίο του «Out of the crisis» περιγράφει ένα πιθανό χρονικό πλαίσιο 5-7 ετών για επαρκή εφαρμογή της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας μέσω συνεχών μεταβαλλόμενων διαδικασιών σ’ όλο τον οργανισμό. Ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα τα οποία συναντούν οι οργανισμοί είναι η υιοθέτηση καινοτομιών και διαχείριση των αλλαγών. Παπανικολάου Β (2007)

5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Οι δημόσιοι οργανισμοί και τα γραφειοκρατικά τους συστήματα δραστηριοποιούνται σε ένα περιβάλλον προσφοράς και ζήτησης, συχνά όμως η λειτουργική δομή τους χαρακτηρίζεται από αδράνεια και ακαμψία, γεγονός που υποδηλώνει μια νομικίστικη και συντηρητική προσέγγιση. Η ύπαρξη ασαφών και γενικών στόχων δεν ικανοποιεί τις ανάγκες/ απαιτήσεις των πολιτών και δεν επιτρέπει στα θεσμικά όργανα να λειτουργήσουν αποτελεσματικά (Αϊνατζής, 2009). Για το λόγο αυτό αποτελεί επιτακτική ανάγκη οι δημόσιοι οργανισμοί να αναπτύξουν μέτρα επιδόσεων "προσανατολισμένα στα αποτελέσματα με πολιτοκεντρική διάσταση" που θα συνδέονται άμεσα με το Στρατηγικό σχεδιασμό και τον προϋπολογισμό του κράτους .Ως Στρατηγικός σχεδιασμός, σύμφωνα με τον Bryson, χαρακτηρίζεται το εργαλείο διαχείρισης, που επιτρέπει μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα να αναδειχθούν οι

δυνατότητες κατανομής των πόρων για να πετύχει ο δημόσιος οργανισμός την αποστολή του, να ανταποκριθεί, δηλαδή, στο Δημόσιο συμφέρον (2004,σελ. 6-7).Οι τέσσερις κανονιστικές αρχές που τον διέπουν είναι: α)αναγνώριση από τον οργανισμό βασικών περιβαλλοντικών μεταβλητών, β) τεκμηριωμένες αποδείξεις στόχων και αποτελεσμάτων, γ) χρήση ποιοτικών και ποσοτικών μετρήσεων επίδοσης για την πρόοδο και δ) χρήση βρόγχων ανατροφοδότησης για την πληροφόρηση της επαναληπτικής τροποποίησης και εξέλιξης του Στρατηγικού σχεδίου(Bryson, 2004, σελ. 79-81) προβλήματος ή δέσμης προβλημάτων, β) τη συστηματική θεώρηση των εναλλακτικών, που μπορούν να εντοπιστούν με διάφορες μεθόδους και τεχνικές και τη συγκριτική αξιολόγησή τους, γ) την εξειδίκευση, ιεράρχηση και χρονική κλιμάκωση των προς επιδίωξη σκοπών και στόχων, δ) την υλοποίηση των ενδιάμεσων ενεργειών και ε) την αξιολόγηση/ ανατροφοδότηση εκτιμήσεων, συμπερασμάτων και διορθώσεων. Τα βήματα αυτά, ουσιαστικά, θα καθορίζουν την απάντηση των τριών στοιχειωδών ερωτημάτων:

- Που βρισκόμαστε σήμερα
- Που θέλουμε να πάμε
- Πως θα πάμε

-92-

Η απάντηση των τριών ερωτημάτων περιλαμβάνει τις στρατηγικού χαρακτήρα αποφάσεις, ενέργειες και διαδικασίες, που αφορούν και ρυθμίζουν τόσο το σχήμα της εσωτερικής συνοχής και διαφοροποίησης του οργανωτικού πλαισίου, όσο και τη σχέση του οργανισμού με τα συστήματα ή τις οργανώσεις που επικοινωνεί, τη συμπεριφορά των οποίων επηρεάζει, αλλά και επηρεάζεται. (Δεκλερής, σελ. 284-287).

Επομένως, Στρατηγικός σχεδιασμός λογίζεται ως η αποτύπωση ενός έγγραφου δράσης, που περιγράφει συγκεκριμένες διαδικασίες και τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνται για να οικοδομήσουν μια λογική, διαδοχική προσπάθεια για τη διαμόρφωση βήμα προς βήμα της στρατηγικής. Οι διαδικασίες και οι τεχνικές διαμόρφωσης θα πρέπει να δομούνται βάσει των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος του οργανισμού, τις προσδοκίες και τους διαθέσιμους πόρους, οι οποίοι θα προβάλλουν τη "μεγάλη εικόνα" των θεμελιωδών στρατηγικών επιδιώξεων, θα διαμορφώνουν και θα ορίζουν τι είναι ο δημόσιος οργανισμός, τι κάνει και γιατί το κάνει (Bryson, 2004, σελ. 73-78),περιλαμβάνοντας τα παρακάτω βήματα: α) την καταγραφή ή αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης, των αναγκών, των αιτημάτων και την αντιμετώπιση το

5.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ

Ο Στρατηγικός σχεδιασμός, για να αντανακλά την ιδιαίτερη φυσιογνωμία του κάθε οργανισμού, πρέπει να περιλαμβάνει τα παρακάτω: Όραμα (vision statement): αποτυπώνει το μελλοντικό σχήμα του οργανισμού, δηλαδή τον τρόπο εξέλιξής του μακροπρόθεσμα, εκφράζοντας τις βασικές προσδοκίες και την ιδεατή κατάσταση, με τρόπο απλό και κατανοητό, ώστε να μπορεί να κοινοποιηθεί από τη διοίκηση / ηγεσία σε όλα τα μέλη του και να εμπνεύσει προς αυτή την κατεύθυνση. Αποστολή (mission statement): καθοδηγείται από το όραμα και προσδιορίζει το βασικό σκοπό ύπαρξης του οργανισμού. Μια πετυχημένη δήλωση αποστολής θα πρέπει να αποτελεί το σημείο αναφοράς για τις πολιτικές του οργανισμού, διευκρινίζοντας τις ακόλουθες παραμέτρους α) ποια/ ποιες υπηρεσίες προσφέρει ο οργανισμός, β) ποιοι είναι οι αποδέκτες των υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός γ) σε ποια γεωγραφική

-93-

έκταση απευθύνει ο οργανισμός τις υπηρεσίες του (Melcher, Kerzner, 1988 & Berry, 1994, σελ.322-329). Εσωτερικό περιβάλλον: περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία, που προσδιορίζουν την ιδιαίτερη ταυτότητα του οργανισμού. Η δομή, η κουλτούρα, που διαπνέει τους εργαζόμενους, οι πόροι και οι ικανότητες, που υπάρχουν στον οργανισμό, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η επαρκής ή μη επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη του, η επαρκής ή μη στελέχωση, είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά που αποτελούν τα Δυνατά και Αδύναμα σημεία ενός οργανισμού και συνθέτουν μια σταθερή βάση για την ορθή διαμόρφωση της στρατηγικής του (Παπαδάκης, 2012, σελ. 78-81). Εξωτερικό περιβάλλον: το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού είναι απεριόριστο και περιλαμβάνει οτιδήποτε υπάρχει έξω από τα όριά του. Είναι πολυδιάστατο και συχνά είναι δύσκολο να αναλυθεί με ακρίβεια. Η εστίαση συνήθως γίνεται στις διαφαινόμενες τάσεις, που δύναται να επηρεάσουν τη στρατηγική του άμεσα ή έμμεσα. Η ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος επικεντρώνεται στις Ευκαιρίες και Απειλές που αντιμετωπίζει ο οργανισμός εξαιτίας της διάδρασης του με αυτές. Τις Ευκαιρίες και Απειλές τις διακρίνουμε σε: (Παπαδάκης, 2012, σελ. 67-77) οικονομικό, πολιτικό -νομικό, τεχνολογικό, κοινωνικό -πολιτιστικό, δημογραφικό και παγκόσμιο περιβάλλον, στο οποίο ο δημόσιος οργανισμός αποτελεί ένα υποσύνολο. Η

εκτίμηση του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος πραγματοποιείται με ένα βασικό εργαλείο στρατηγικής ανάλυσης, τη μέθοδο S.W.O.T (Strengths - Weaknesses- Opportunities-Threats). Η ανάλυση S.W.O.T. αποτελεί ένα εύχρηστο εργαλείο του Στρατηγικού σχεδιασμού, το οποίο χρησιμοποιείται, όταν ο οργανισμός πρέπει να λάβει μια απόφαση σε σχέση με τους στόχους, που έχει θέσει. Κατά τη εφαρμογή της μεθόδου κατασκευάζεται μια μήτρα με τέσσερα τετράγωνα, στην κορυφή των οποίων τοποθετούνται οι τίτλοι: Δυνάμεις, Αδυναμίες, Ευκαιρίες, Απειλές και θα πρέπει να αναλύονται με όσο το δυνατόν περισσότερο ποσοτικοποιημένο τρόπο.

Η ανάλυση εστιάζει στις στρατηγικές επιλογές, τις οποίες συσχετίζει με τα ενδοδιοικητικά Δυνατά & Αδύναμα σημεία του δημόσιου οργανισμού και τις Ευκαιρίες & Απειλές, οι οποίες διαμορφώνονται στο περιβάλλον δραστηριοποίησής του. Σημαντικό στην παραπάνω ανάλυση είναι η λεπτομερής περιγραφή, ώστε να πληρείται το ακρωνύμιο SMART (Specific-Measurable-Achievable-Realistic-Time Specific), το οποίο βοηθά να επιτευχθούν συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, ρεαλιστικοί,

-94-

και εφικτοί στόχοι, που συσχετίζουν θετικά το Στρατηγικό σχεδιασμό και την οργανωσιακή αποτελεσματικότητα (Obeng & Ugborol, 1991, σελ. 421-423).

Ο προσδιορισμός των ενδοδιοικητικών και εξωτερικών παραγόντων στις τέσσερις μήτρες της SWOT ανάλυσης, δημιουργούν στη συνέχεια τον πίνακα SWOT matrix, ο οποίος αποτυπώνει κάθε δυνατό συνδυασμό δίνοντας συγκεκριμένες κατευθύνσεις, που αρμόζουν καλύτερα στον κάθε οργανισμό.

Μέγιστο -Μέγιστο (S/O). Αυτός ο συνδυασμός υποδεικνύει πως ο κάθε οργανισμός μπορεί να χρησιμοποιεί τις δυνάμεις του για να εκμεταλλευτεί τις ευκαιρίες του περιβάλλοντος του. Μέγιστο -Ελάχιστο (S/T). Αυτός ο συνδυασμός υποδεικνύει με ποιό τρόπο ο οργανισμός μπορεί να αξιοποιήσει τις δυνάμεις του ώστε να ελαχιστοποιήσει τις απειλές από το εξωτερικό περιβάλλον. Ελάχιστο -Μέγιστο (W/O). Αυτός ο συνδυασμός υποδεικνύει πως θα ελαχιστοποιηθούν οι αδυναμίες του οργανισμού αξιοποιώντας τις ευκαιρίες του εξωτερικού περιβάλλοντος. Ελάχιστο - Ελάχιστο (W/T). Αυτός ο συνδυασμός ορίζει την αμυντική στρατηγική ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι εσωτερικές αδυναμίες και οι εξωτερικές απειλές.

5.4 ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας έχουν την υποχρέωση να εξασφαλίζουν το δικαίωμα κάθε πολίτη για υψηλότερο επίπεδο σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας και ευεξίας. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται η υιοθέτηση σύγχρονων πολιτικών δημόσιας υγείας. Προϋπόθεση για να πετύχουν τους στόχους τους είναι:

α) την αποτελεσματική, αποδοτική και βιώσιμη αντιμετώπιση του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου που το διαμορφώνουν, καθώς και

β) την επίτευξη των στόχων της καθολικής πρόσβασης και της άρσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων που επιδεινώνονται λόγω των παγκόσμιων οικονομικών και πολιτικών συγκυριών.

Το παγκοσμιοποιημένο και ταχέως μεταβαλλόμενο διεθνές περιβάλλον δημιουργεί συνεχείς προκλήσεις στο χώρο της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα δε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) οι βασικότερες προκλήσεις που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε είναι η οικονομική κρίση, οι κοινωνικές ανισότητες, η γήρανση του

-95-

πληθυσμού και η υψηλή επίπτωση χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων, οι μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές καθώς και οι σύγχρονες περιβαλλοντικές απειλές, συμπεριλαμβανομένης της κλιματικής αλλαγής. Σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο ορισμό της δημόσιας υγείας που δόθηκε από τους R. Beaglehole και R. Bonita σε άρθρο τους που δημοσιεύτηκε στο Lancet το 2004 "Δημόσια Υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού". Από τον ορισμό προκύπτει ότι η επίτευξη υψηλού επιπέδου δημόσιας υγείας του πληθυσμού απαιτεί πολιτική δέσμευση σε ανώτατο επίπεδο και παρέμβαση στο σύνολο των καθαριστών υγείας, μέσω διατομεακής διυπουργικής συνεργασίας. Ειδικότερα στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, το σύστημα Δημόσιας Υγείας δοκιμάστηκε με μείζονες περικοπές στον προϋπολογισμό που μείωσαν σημαντικά τη δαπάνη για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας την ίδια στιγμή που οι δείκτες φτώχειας αυξήθηκαν σημαντικά. Παράλληλα υπήρξε μια εκτεταμένη είσοδος προσφύγων και μεταναστών, με αυξημένες ανάγκες για υγειονομική φροντίδα αλλά και με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Παρά τις τεράστιες προκλήσεις η Ελλάδα παρέμεινε μια υγειονομικά ασφαλής χώρα. Η δυσκολία έγινε ευκαιρία συνειδητοποίησης ότι οι πολιτικές για τη Δημόσια Υγεία που περιορίζονται σε αποσπασματικές δράσεις προστασίας και περίθαλψης του πληθυσμού δεν επαρκούν. Η κάλυψη των νέων και σύνθετων αναγκών υγείας απαιτεί σύγχρονες

πολιτικές δημόσιας υγείας που να ενσωματώνουν οργανωμένες, συντονισμένες και επιστημονικά τεκμηριωμένες δράσεις, οι οποίες θα στοχεύουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Αναμφισβήτητα οι προκλήσεις είναι πολλές και μεγάλες. Ανταποκρινόμενη σε αυτές τις προκλήσεις η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, στο πλαίσιο της γενικότερης μεταρρύθμισης του συστήματος Υγείας, σε συνεργασία με τον ΠΟΥ, έχει αναλάβει ένα έργο μείζονος και κομβικής σημασίας που αφορά στην αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των δομών και των πολιτικών Δημόσιας Υγείας στην χώρα μας. Πρόκειται για ένα συμμετοχικό και συνεργατικό πρόγραμμα μεταρρύθμισης που στοχεύει στη βελτίωση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού και την καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας κατά τρόπο πάγιο και διαρκή, με ιδιαίτερη έμφαση στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, οι οποίες πλήττονται περισσότερο από την κρίση. Αποτελεί προτεραιότητα η διασφάλιση του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα

-96-

του συστήματος υγείας έτσι ώστε να είναι καθολικό, ισότιμο, βιώσιμο και υψηλής ποιότητας. Η διατήρηση και προαγωγή της Υγείας αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ανθρώπινο και κοινωνικό δικαίωμα. Δεν αποτελεί μόνο ζήτημα καλών υπηρεσιών περίθαλψης. Είναι ζήτημα συνολικού σχεδιασμού δημόσιων πολιτικών στη βάση των αρχών της καθολικής κάλυψης, της ολιστικής και διεπιστημονικής προσέγγισης των προβλημάτων υγείας των ανθρώπων, της αλλαγής του «κέντρου βάρους» των Συστημάτων Υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, την πρόληψη, την κοινοτική φροντίδα και την τροποποίηση των κοινωνικών προσδιοριστών της αρρώστιας. Ο στόχος της καθολικής υγειονομικής κάλυψης εναρμονίζεται με το προτεινόμενο όραμα για την "Υγεία 2020" του ΠΟΥ και τους στόχους της "Βιώσιμης Ανάπτυξης το 2030" του ΟΗΕ. Η υγεία, σύμφωνα με το "Υγεία 2020" και τους στόχους της "Βιώσιμης Ανάπτυξης το 2030", συνιστά καίρια πολιτική επιλογή για την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία. Η δέσμευση του Υπουργείου Υγείας αποτυπώνεται στο πενταετές Πρόγραμμα Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων με τίτλο: «Ο τομέας της Υγείας στην Ελλάδα πέρα από την λιτότητα: 100 σημεία Δράσης στην κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης» («Σχέδιο 100 δράσεων»), το οποίο περιέχει μια σειρά δεσμεύσεων με απώτερο σκοπό την παροχή καθολικής κάλυψης, την ποιοτική φροντίδα υγείας και ποιοτική δημόσια υγεία, τη διαφάνεια, την χωρίς

αποκλεισμούς σύγχρονη διακυβέρνηση και τη δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση για την περίθαλψη. (Υπουργείο Υγείας)

5.5 ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Στο πλαίσιο της ανασυγκρότησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας (ΓΓΔΥ) ανέπτυξε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (ΕΣΔ-ΔΥ). Το ΕΣΔ-ΔΥ υιοθετεί τις βασικές προτεραιότητες του ΠΟΥ για την επίτευξη των βασικών στρατηγικών στόχων που αφορούν στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, στη βελτίωση της υγείας για όλους και στη συμμετοχική διακυβέρνηση για την υγεία. Επιπλέον, αναγνωρίζει την αναγκαιότητα ενίσχυσης των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε μείζονες τομείς - που εμπεριέχονται και στο Σχέδιο Δράσης του Ευρωπαϊκού Γραφείου του ΠΟΥ - όπως η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ και η σύνδεσή της με τη Δημόσια Υγεία, η διαχείριση του μεταναστευτικού

-97-

ρεύματος και η διασφάλιση της υγείας των μεταναστών και των προσφύγων, η διαχείριση των μείζονων παραγόντων κινδύνου που διαμορφώνουν το σύγχρονο νοσολογικό φάσμα (ανεργία, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, συνθήκες εργασίας, φυσικό περιβάλλον, υγιεινή), ο εξορθολογισμός της διοικητικής διάρθρωσης με τη θέσπιση Νομοθεσίας Δημόσιας Υγείας, η έγκαιρη ανταπόκριση σε απειλές δημόσιας υγείας, η ρύθμιση θεμάτων χρηματοδότησης, αποδοτικότητας των πόρων και βιωσιμότητας του συστήματος καθώς και ζητήματα που αφορούν στην ενδυνάμωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών Δημόσιας Υγείας. Τα παραπάνω αναμφισβήτητα προϋποθέτουν αλλαγή νοοτροπίας, ένα νέο επίπεδο αντίληψης που θα εμπεριέχει την λογική της Δημόσιας Υγείας σε όλα τα επίπεδα άσκησης πολιτικής, καθώς και ένα πλαίσιο που θα εμπεριέχει κοινές στρατηγικές, συντονισμό των κοινών δράσεων, ανταλλαγή τεχνογνωσίας και ορθές πρακτικές. Επίσης, όμως απαιτούνται νέα, εξελιγμένα, εργαλεία και μηχανισμοί διαχείρισης και εποπτείας. Το ΕΣΔ-ΔΥ θέτει τους στόχους της ελληνικής πολιτείας για την προστασία και την προαγωγή της υγείας των πολιτών. Σχεδιάστηκε μετά από ανάλυση των διαθέσιμων επιδημιολογικών δεδομένων με τις κατευθύνσεις και τον οραματισμό της πολιτικής και διοικητικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας. Αναπτύχθηκε με την συμβολή διακεκριμένων επιστημόνων και εμπειρογνομόνων από πολλούς φορείς. Σημαντικότερη ήταν η συμβολή της

διημερίδας που συνδιοργανώθηκε από τη Γενική Γραμματεία ΔΥ-Υπουργείο Υγείας και το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ τον Μάρτιο του 2017. Το ΕΣΔ-ΔΥ αποτελεί τον κύριο πυλώνα στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία ενσωματώνοντας επιμέρους δραστηριότητες εθνικών επιτροπών. Αναφέρεται στην αντιμετώπιση μειζόνων νοσολογικών καταστάσεων και μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Διαπνέεται από μια σύγχρονη συμμετοχική αντίληψη για τη διαμόρφωση και άσκηση πολιτικής δημόσιας υγείας, θέτει στόχους -βραχυ-, μέσο-, μακροπρόθεσμους-, περιγράφει δράσεις και παρεμβάσεις για την επίτευξή τους και προσδιορίζει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης που έχουν την αρμοδιότητα και την ευθύνη εποπτείας της πολυτομεακής και διατομεακής εφαρμογής τους. Ελπίζω, και είμαι αισιόδοξος, πως με την ουσιαστική συμβολή του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, το Σχέδιο που εκπονήθηκε από ομάδα επιστημόνων στο πλαίσιο συνεργασίας της ΓΓΔΥ με τον ΠΟΥ, θα αποδώσει

καρπούς στην κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού και της ποιοτικής αναβάθμισης των

-98-

πολιτικών δημόσιας υγείας στη χώρα μας. Αυτό θα επιτευχθεί με την εκπόνηση και υλοποίηση νομοθετικών πρωτοβουλιών, την έκδοση κοινών υπουργικών αποφάσεων αλλά και την εποπτευόμενη εφαρμογή συγκεκριμένων διοικητικών μέτρων που θα διασφαλίζουν την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στη χώρα μας.

5.6 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ιεράρχηση και η υλοποίηση των στρατηγικών στόχων και των προτεραιοτήτων του συστήματος Π/Φ.Υ προϋποθέτει την αξιολόγηση των υπαρχουσών συνθηκών.

Εξετάζοντας τις υπάρχουσες συνθήκες παρατηρούμε υπάρχει ανεπαρκής στελέχωση των μονάδων της Π.Φ.Υ με αποτέλεσμα να μη μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι λειτουργίας τους.

Υπάρχει ανεπαρκής λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των φορέων παροχής Π.Φ.Υ και μεταξύ αυτών του υγειονομικού συστήματος .

Ο ρόλος του Οικογενειακού γιατρού στο σύστημα είναι ασαφής, καθώς επίσης δεν υπάρχει κακή ενημέρωση του κοινού με αποτέλεσμα να μη θεωρείται επιτυχημένος.

Οι μονάδες την Π.Φ.Υ

Η στελέχωση των μονάδων της Π. Φ. Υ είναι ανεπαρκής με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού να μην είναι εφικτό η πραγματοποίηση των στόχων του συστήματος.

Υπάρχει αδυναμία προσαρμογής των μεταρρυθμιστικών προτάσεων στα ελληνικά δεδομένα και στα εγκατεστημένα καταναλωτικά πρότυπα, καθώς στις απαιτήσεις και στις ανάγκες των ασθενών.

Εκτός από τις αδυναμίες σε οργανωτικό επίπεδο υπάρχουν και λειτουργικές αδυναμίες των δομών Π.Φ.Υ.

Αυτές είναι : ελλείψεις στις υλικοτεχνικές υποδομές και στον τεχνολογικό εξοπλισμό, σε ότι αφορά τις μονάδες του δημόσιου τομέα

Αδυναμία κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού σε θέματα Π.Φ.Υ. Υπάρχει αδυναμία σχεδιασμού, οργάνωσης και ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού.

-99-

Λόγω του ότι υπάρχουν διαφορετικές δομές και φορείς που έχουν αναλάβει την παροχή των υπηρεσιών Π.Φ. Υ παρατηρείται διαφορετική ποιότητα παροχών υπηρεσιών.

Τέλος υπάρχει ελλιπής κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και περιορισμένη στο χρόνο που ζητούνται διαθεσιμότητα υπηρεσιών.

Οι στρατηγικοί προτεραιότητες της ΠΦΥ προϋποθέτουν:

Την λειτουργική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ, η οποία θα πρέπει να υποστηρίζεται από ένα αποτελεσματικό διοικητικό πλαίσιο, που θα διασφαλίζει συνθήκες για τις καθημερινές συναλλαγές των πολιτών με τις μονάδες ΠΦΥ. Τη διοικητική διεκπεραίωση των διαδικασιών των μονάδων της ΠΦΥ με όσο το δυνατόν λιγότερο τους επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα της ΠΦΥ. Για τη διασφάλιση της επιτυχούς εφαρμογής της στρατηγικής θα πρέπει να προβλέπεται η οργάνωση ενός ενιαίου συστήματος συντονισμού, διοίκησης και εποπτείας της υλοποίησης του διοικητικού έργου στα πλαίσια της ΠΦΥ. Τέλος, θα πρέπει να προβλέπεται η διασφάλιση της ποιότητας μέσω κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, η τεκμηριωμένη κλινική πράξη και η εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού, και ιδιαίτερα των μελών της ομάδας της ΠΦΥ στην ομαδική εργασία, με στόχο να χτιστεί στο μέλλον μία δυνατή ομάδα ΠΦΥ και μία αποτελεσματική επικοινωνία με την κοινότητα. Συνεπώς, ο ρόλος

της ομάδας της ΠΦΥ είναι πρωταρχικός και καταλυτικός τόσο για τη λειτουργική, όσο και για την οργανωτική ανασυγκρότηση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Υπάρχει επομένως άμεση ανάγκη μεταρρυθμίσεων που θα έχουν στόχο για καλύτερες υπηρεσίες υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο και θα αποσκοπεί στην πρόληψη, αγωγή και προαγωγή της υγείας και στην βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Για το λόγο αυτό η παρούσα πρόταση έχει δομηθεί πάνω σε ορισμένες θεμελιώδεις αρχές και κατευθύνσεις, οι οποίες καθορίζουν την φυσιογνωμία του συστήματος και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της όλης προσπάθειας

Οι αρχές αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Το κράτος ως εγγυητής της ορθής λειτουργίας του συστήματος
2. Ισότητα
3. Συνέχεια της φροντίδας

-100-

4. Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας
5. Ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού

Στρατηγικοί Στόχοι και Προτεραιότητες της Εθνικής Πολιτικής για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΕΣ	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
Οργανωτική Ανασυγκρότηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΓΣ 1. Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού
	ΓΣ 2. Ολοκλήρωση θεσμού οικογενειακού ιατρού
	ΓΣ 3. Δικτύωση φορέων
	ΓΣ 4. Χρηματοδότηση συστήματος ΠΦΥ
Λειτουργική ανασυγκρότηση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	ΓΣ 5. Ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού
	ΓΣ 6. Ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος ΠΦΥ

	ΓΣ 7. Ανάπτυξη πληροφοριακών υποδομών Και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας
	ΓΣ 8. Προβολή συστήματος ΠΦΥ και αναβάθμιση της επικοινωνιακής του πολιτικής

Πίνακας (3)

5.7 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΣ 1 Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι οι συστηματικές και εντατικές προσπάθειες της οργάνωσης με σκοπό τη βελτίωση της παρούσας και της μελλοντικής επίδοσης μέσω αύξηση των ικανοτήτων.

-101-

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα της πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας είναι:

1. Η μη επαρκής κάλυψη των μονάδων της Π.Φ.Υ με ανθρώπινο δυναμικό.
2. Κενές θέσεις στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ειδικά σε παραμεθόριες περιοχές
3. Η Ελλιπής εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού
4. Οι ειδικότερες δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες.

Σκοπός δεν είναι μόνο να αποκτήσουν οι επαγγελματίες υγείας τις κατάλληλες δεξιότητες για την καταστάσεων που προκύπτουν μέσα από το σύστημα ΠΦΥ. Το σημαντικότερο είναι οι εργαζόμενοι του συστήματος της ΠΦΥ να κατανοήσουν το όραμα, την αποστολή και τους σκοπούς του εγχειρήματος αυτού. Δημιουργώντας ένα ικανό προσωπικό που θα αναπτύσσεται διαρκώς παρακολουθώντας τις εξελίξεις, αλλά και ένα προσωπικό που θα συνδέει τους δικούς του στόχους με τους στόχους μιας μονάδας ΠΦΥ. Σε μία εποχή εξελίξεων, νέων συνθηκών η δημιουργία ενός εργατικού δυναμικού που θα νοιάζεται για τους στόχους της ΠΦΥ και να προσπαθεί να βελτιώνεται από άποψη δεξιοτήτων ώστε να γίνει πιο παραγωγική.

Επιμέρους ειδικοί στόχοι είναι:

ΕΣ 1.1 – Η στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ με εκπαιδευμένο προσωπικό το οποίο θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και στους στόχους του συστήματος Π.Φ.Υ

ΕΣ 1.2 – Η διαμόρφωση μιας κοινής, ενιαίας δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών

ΕΣ 1.3 – Η εξασφάλιση της συνέχειας στην προσπάθεια καταγραφής των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

ΕΣ 1.4 – Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ.

ΓΣ 2. Ολοκλήρωση θεσμού οικογενειακού ιατρού

Στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη η κινητήριος δύναμη του συστήματος της ΠΦΥ είναι ο οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός. Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό θεσμό, καθώς μπορεί ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη-ασθενή και τις υγειονομικές υπηρεσίες να αποτελεί το ρυθμιστή των δαπανών υγείας και να αναδειχθεί σε ρυθμιστή του συστήματος Π.Φ.Υ. Ο οικογενειακός ιατρός είναι σε θέση να διαχειριστεί χρόνια νοσήματα και μείζονες παράγοντες κινδύνου, να διεξάγει προσυμπτωματικό και προληπτικό έλεγχο και να παρέχει υπηρεσίες

-102-

θεραπεία και αποκατάστασης.

Επίσης, είναι η μόνη ειδικότητα που μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες εξίσου καλά και στο περιβάλλον του ίδιου του ασθενούς, δηλαδή στο χώρο κατοικίας του (Pereira, 1978). Από το γεγονός, ότι ο οικογενειακός γιατρός βρίσκεται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και την οικογένειά τους και γνωρίζει ως ένα βαθμό τις συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον τους, ως συνέπεια της τακτικής παρακολούθησης και της καλής επικοινωνίας μαζί τους και είναι σε θέση να κατανοεί πληρέστερα τα αίτια της ασθένειας όταν αυτή εκδηλώνεται, αποφεύγοντας τυχόν ιατρικά λάθη που μπορεί να προκύψουν λόγω έλλειψης καλής επικοινωνίας κατά άμεση την προσέλευση για αντιμετώπιση σε κάποιο νοσοκομείο για αντιμετώπιση μη επείγουσών καταστάσεων. Εδώ ακριβώς, έγκειται και η μεγάλη σημασία της τήρησης πλήρους και καλά ενημερωμένου ιατρικού φακέλου απ' τον οικογενειακό γιατρό, ώστε να είναι σε θέση να παρακολουθεί, καθώς και να είναι σε θέση να προτείνει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή στην περίπτωση εκδήλωσης της νόσου, έχοντας μια σφαιρική εικόνα των παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την υγεία του ασθενούς, ανάγκες του κάθε ασθενή, σχετικά με θέματα πρόληψης Το πρότυπο αυτό άσκησης της οικογενειακής ιατρικής παρουσιάζει και μια κοινωνική διάσταση, αφού πληροί τις εκφρασμένες

ανθρωπιστικές ανάγκες στα θέματα υγείας και περίθαλψης και ξαναφέρει την ιατρική πράξη μέσα στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής (Ιωσηφίδης, 1988, αναφέρεται στο Θεοδώρου,1993). Γιατί το άτομο δεν βρίσκεται αποκομμένο από το ευρύτερο τοπικό και κοινωνικό του περιβάλλον, αλλά αντίθετα βρίσκεται σε άμεση αλληλεπίδραση με αυτό, κάτι που πρέπει να γνωρίζει καλά ο γιατρός που θα κληθεί να τον αναλάβει. Ο οικογενειακός γιατρός είναι σε θέση να εκμεταλλευτεί προς όφελος του ασθενούς την καλή σχέση που δημιουργείται ανάμεσά τους, ώστε καθίσταται πάνω από απλός εκτελεστής ιατρικών πράξεων, ένας καλός σύμβουλος που θα παρέχει στον ασθενή του την απαραίτητη καθοδήγηση και θα χαίρει της εμπιστοσύνης του τελευταίου.

Ειδικότερα η υλοποίηση αυτού του γενικού στρατηγικού στόχου θα ικανοποιήσει με τη σειρά της και του ειδικότερους στόχους που είναι:

ΕΣ 2.1 Η απορρόφηση της αναίτιας πολλές φορές ζήτησης για δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία αυξάνει τις υγειονομικές δαπάνες,

ΕΣ 2,2 Η Βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών μέσω της αποφυγής της άσκοπης περιπλάνησης τους στο σύστημα .

-103-

ΓΣ 3. Δικτύωση φορέων.

Η ΠΦΥ θα πρέπει να αποτελεί την αρχή σε μια διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Η επικοινωνία τόσο μεταξύ των μονάδων της ΠΦΥ όσο και μεταξύ των μονάδων δηλ ΠΦΥ, δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και τριτοβάθμιας έχει σαν αποτέλεσμα την καλύτερη συνεργασία σε μια σειρά από υπηρεσίες προς όφελος των ασθενών.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα κενό στη συνέχεια της φροντίδας, ενώ δημιουργούνται και διαφοροποιήσεις στον όγκο και στην ποιότητα των φροντίδων που λαμβάνουν οι χρήστες διαφορετικών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Οι εκτεταμένες αυτές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούν τη βάση μεγάλων ανισοτήτων που εκφράζονται ποσοτικά με την κατά κεφαλή κατανάλωση στην ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη και στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Το πλαίσιο αυτολειτουργίας δεν ευνοεί την παροχή την υπηρεσιών πρόληψης και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας και κοινωνικής φροντίδας ή την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου (integrated) συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που είναι ιατρούμενο σε όλα τα σύγχρονα και αποδοτικά συστήματα υγείας. Για την ανάπτυξη ενός τέτοιου ολοκληρωμένου

συστήματος που θα βελτιώσει και θα αναβαθμίσει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται σήμερα απαιτείται λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των φορέων ΠΦΥ και μονάδων / υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Η δικτύωση στην υγεία μπορεί να αποτελέσει αφετηρία για νέες προκλήσεις και δυνατότητες για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να μπορούν να παρέχουν συμβουλές μέσω της δικτύωσης των μονάδων υγείας. Οι ειδικοί στόχοι που ικανοποιούνται εδώ αναφέρονται παρακάτω:

ΕΣ 3.1 Εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας

ΕΣ 3.2 Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και απαιτήσεις τους. (Σχέδιο Δράσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/operation-planning/action-plans/primary_health_care.pdf).

-104-

ΓΣ 4 Χρηματοδότης συστήματος

Στην ΠΦΥ υπάρχουν τα εξής διαχρονικά προβλήματα:

- Υποχρηματοδότηση της ΠΦΥ
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας κυρίως για την οδοντιατρική περίθαλψη

Για το λόγο αυτό εντοπίζονται οι παρακάτω ειδικοί στόχοι αναφορικά με την χρηματοδότηση του ΠΦΥ:

ΕΣ 4.1 – Ορθολογική κατανομή των δαπανών στο σύστημα στις ΠΦΥ

ΕΣ 4.2- Αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότης.

2.2 Λειτουργική ανασυγκρότηση ΠΦΥ

ΓΣ 5. Ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού

Οι ασθενείς και κατ' επέκταση η κοινωνία, διατηρούν σήμερα βασικές προσδοκίες αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, που εξελικτικά έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών.

Η ανάλυση και η μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι προϋπόθεση για τον επιτυχή σχεδιασμό την ανάπτυξη και την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος ΠΦΥ.

Οι ειδικοί στόχοι εδώ είναι:

ΕΣ 5.1 – Η ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού

ΕΣ 5.2 – Η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος

ΕΣ 5.3 – Η δημιουργία μια επιδημιολογικής βάσης δεδομένων

ΓΣ 6. Ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος ΠΦΥ

Η αναβάθμιση του συστήματος της ΠΦΥ έχει σαν αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που προσφέρονται να είναι αποτελεσματικότερες και αποδοτικότερες. Αυτό αποτελεί συνεχή επιδίωξη της Ελληνικής πολιτείας. Με τον τρόπο αυτό θα ικανοποιηθούν και οι ειδικοί στόχοι που είναι:

ΕΣ 6.1 – Η εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και στην ποιοτική φροντίδα υγείας.

Για να επιτευχθεί αυτό ο στόχος θα πρέπει να υπάρξει εξοπλισμός των μονάδων ΠΦΥ με κατάλληλες πληροφοριακές υποδομές και την εκπαίδευση του προσωπικού για την

-109-

χρήση τους. Οι ειδικοί στόχοι για πού εντοπίζονται είναι:

ΕΣ 7.1 – Βελτίωση της διοικητική ικανότητας των μονάδων ΠΦΥ και

ΕΣ 7.2 – Βελτίωση των καθημερινών συναλλαγών των πολιτών με τις μονάδες ΠΦΥ.

ΓΣ 8. Προβολή συστήματος ΠΦΥ και αναβάθμιση της επικοινωνιακής του πολιτικής.

Για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται η συμμετοχή των ασθενών. Για το λόγο εαυτό είναι απαραίτητο να είναι ενήμεροι για της αλλαγές και το νέο τρόπο λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος. Οι ειδικοί στόχοι είναι

- ΕΣ 8.1 – Εξασφάλιση της συναίνεσης των πολιτών στις νέες μεταρρυθμίσεις
- ΕΣ 8.2 – Η κατανόηση της αναγκαιότητας των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων και η ενεργής συμμετοχή των πολιτών στη φάση των αλλαγών
- ΕΣ 8.3 Η προβολή των θεσμών του οικογενειακού ιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας.

Ειδικοί Στόχοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Α. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	
ΚΑΤΗΦΟΡΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
ΚΠ 2 ΑΝΑΛΥΣΗ-ΜΕΛΕΤΗ	ΕΣ 1.3 Η εξασφάλιση της συνέχειας της προσπάθειας καταγραφής των αναγκών του πληθυσμού
ΚΠ 3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	ΕΣ 1.1 Η στελέχωση των μονάδων που με εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τους στόχους του συστήματος της ΦΠΥ
	ΕΣ 1.2 Η διαμόρφωση μιας κοινής ενιαίας δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών
	ΕΣ 3.2 Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και απαιτήσεις τους.
ΚΠ 4. ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΦΟΡΕΩΝ	ΕΣ 2.1 Η απορρόφηση της αναίτιας πολλές φορές ζήτησης για δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια υγεία η οποία αυξάνει τις υγειονομικές δαπάνες

ΚΠ 4. ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΦΟΡΕΩΝ	ΕΣ 2.2 Η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών μέσω της αποφυγής της άσκοπης περιπλάνησης τους στο σύστημα υγείας
	ΕΣ 3.1 Εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας.
ΚΠ5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΣ 1.4 Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ

Πίνακας (4)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει ευρύτερη σημασία και σχετίζεται με τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό αλλά και τη γενική οργάνωση και λειτουργία μιας μονάδας υγείας, και αφορά θέματα διοικητικά, οργανωτικά και κλινική πρακτική.

Σύμφωνα με τον HARTMANNING το γεγονός ότι βελτιώνεται η λειτουργία μιας ομάδας υγείας δεν σημαίνει ότι θα λάβει ο ασθενής την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση (HARTMANNING., 2006).

Σύμφωνα με το Department of Health, με τον όρο ποιότητα στις μονάδες υγείας εννοείται «η παροχή της καλύτερης και αποτελεσματικότερης περίθαλψης στον ασθενή, εξασφαλίζοντάς του το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα τις παροχές που χρειάζεται στον κατάλληλο δυνατό χρόνο, με το σωστό τρόπο και στο άτομο που το έχει πραγματικά ανάγκη»

Από διοικητική πλευρά υπάρχει διαφορετική προσέγγιση όσο αναφορά την παροχή φροντίδας , ενώ από την πλευρά των ασθενών η εύκολη πρόσβαση σε αυτές η άμεση και ποιοτική εξυπηρέτηση είναι σημαντικά για αυτούς. Επίσης η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μιας μονάδας εξαρτάται από τις διαδικασίες και τη λειτουργία της και σχεδιάζονται με τρόπο ώστε να εκπληρώνουν και να καλύπτου τις απαιτήσεις – ανάγκες των ασθενών (εσωτερικών και εξωτερικών) (ALASSAF, 1996).

Αυτό που θα πρέπει να τονισθεί είναι ότι θεωρείται απαραίτητο οι επαγγελματίες της ομάδας υγείας να δημιουργούν σχέσεις συνεργασίας και εμπιστοσύνης με τον κάθε ασθενή, έτσι ώστε οι προσδοκίες των ασθενών να ικανοποιούνται αποτελεσματικά, δίνοντάς τους ερωτηματολόγια για την ικανοποίησή τους όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες).

Τα ερωτηματολόγια έχουν στόχο να υπάρχει διαρκή βελτίωση της ποιότητας. Με τον όρο διαρκείς βελτίωση εννοούμε την διαδικασία που πρέπει ακολουθείται έτσι ώστε να ελαττωθούν κατά το μέγιστο η διαφοράς-απόκλισης που ενδέχεται να έχουν από τα πρότυπα, πετυχαίνοντας έτσι καλύτερη απόδοση, βελτιώνοντας τις διαδικασίες που ακολουθούνται με κατάλληλες ενέργειες διόρθωσης.

Το επίκεντρο οποιασδήποτε βελτίωσης είναι ο άνθρωπος. Ο κύκλος ποιότητας είναι

-107-

ένα μοντέλο που περιγράφει την συνεχή βελτίωση της ποιότητας και αποτελείται από εννιά βήματα. Τα τρία πρώτα βήματα που προωθούν τη διασφάλιση τη ποιότητας, είναι ο σχεδιασμός, ο προσδιορισμός προτύπων της ποιότητας και η εκπαίδευση του προσωπικού των μονάδων υγείας, επόμενο βήμα ο ποιοτικός έλεγχος και τα υπόλοιπα έξι βήματα αφορούν τη διαδικασία που ακολουθείται έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα, τα αποτελέσματα να είναι ελεγχόμενα και να μην παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις. (Σχεδιασμός και επαναξιολόγηση, Καθορισμός προτύπων, ενημέρωση προσωπικού, ποιοτικός έλεγχος, εντόπιση ευκαιριών βελτίωσης, επιλογή κατά προτεραιότητα, ομάδα υλοποίησης, μελέτη, επιλογή και σχεδιασμός λύσης, και εφαρμογή λύσης (AL-ASSAF, 2004).

Σύμφωνα με τα συστήματα υγείας υπάρχουν κάποιοι βασικοί στόχοι που αφορούν τις διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: (COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, 2001) αποδοτικότητα (efficiency), αποτελεσματικότητα (effectiveness), και τεχνική ικανότητα (technical competence), ασφάλεια (safety), προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility) και λειτουργία τους έχοντας ως βάση τους τον ασθενή (patient-centered healthcare), Συνέχεια της φροντίδας (continuity), καλές διαπροσωπικές σχέσεις του προσωπικού (interpersonal relations) (ARAH OA. 2003). Δεν πρέπει να γίνεται σπατάλη των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, διότι οι απαιτήσεις των ασθενών αυξάνονται συνεχώς, και προκειμένου να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες με την ταυτόχρονη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

6.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών βρίσκεται στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να παρέχουν αποδοτικότερες υπηρεσίες, με ελαχιστοποίηση των ιατρικών λαθών και μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, σύμφωνα με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Ειδικότερα στην ΠΦΥ, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της στην παροχή φροντίδας πρώτης επαφής, εστιασμένης στο άτομο και την οικογένειά του, μακροχρόνια, συντονισμένη και ολιστική,

-108-

προσανατολισμένη στην κοινότητα, αναπτύσσονται όλο και περισσότερα εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, συμβάλλοντας στην θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη των αποφάσεων.

Με τους δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, συγκρίνουμε διάφορα τμήματα μεταξύ τους όσο και τη σχέση μεταξύ αυτών των τμημάτων και των προτύπων λειτουργίας. Αυτό γίνεται πολιτικοποιώντας τα αποτελέσματα, αλλά και ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (εντοπισμός πλεονεκτημάτων και αδυναμιών των τμημάτων). Οι δείκτες ποιότητας είναι οι εξής:

- 1) Οι δείκτες δομής που αφορούν τις κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις και ανθρώπινο δυναμικό, ασφάλεια, προσβασιμότητα, λειτουργία ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού της μονάδας διαρκή εκπαίδευση του προσωπικού, αναλογία προσωπικού/ασθενών. Αυτά τα δεδομένα μπορεί να αποτελούν απαραίτητες συνθήκες προκειμένου να παρέχονται υπηρεσίες υγείας, ωστόσο η πραγματοποίησή τους δεν συνεπάγεται ικανοποιητικά αποτελέσματα (ΚΩΣΤΑΓΙΟΛΑΣ Π, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥΜ. 2008).
- 2) Οι δείκτες διαδικασιών (αναμονή για διάφορες θεραπείες, ακριβές ιστορικό του ασθενή, αναμονή των ασθενών) , ενώ είναι ενδεικτικοί της ποιότητας είναι δύσκολοι στη μέτρησή τους , με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε σε επισφαλή συμπεράσματα.
- 3) Οι δείκτες αποτελέσματος (δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών και ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας , εδώ γίνεται χρήση ερωτηματολογίων όπου καταγράφεται η γνώμη των ασθενών. Αυτοί οι δείκτες συσχετίζονται με

διάφορους άλλους παράγοντες , εκτός της ποιότητας (το αν ένας ασθενής ζήσει από μια ασθένεια εξαρτάται από την ηλικία του, από το κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο, από το χαρακτήρα του και από το εάν συνυπάρχουν και άλλες ασθένειες).

6.3 ΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΦΥ

Οι δείκτες αξιολόγησης της ΠΦΥ αφορούν την ισότητα, την ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες ,την ικανοποίηση τους από αυτές και την ποιότητα της φροντίδας

-109-

(Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού –Αναγνωστοπούλου, 2008). Επίσης έχουμε τους δείκτες κόστους αποτελεσματικότητας και αφορά τη βελτίωση του επιπέδου υγείας της κοινότητας, δείκτης ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, δείκτης που αφορά την οργάνωση και τη διοίκηση των διάφορων ομάδων της ΠΦΥ, δείκτης που αφορά την κτιριακή υποδομή, δείκτης αποδοτικότητας των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, δείκτης επάρκειας τους ανθρώπινου δυναμικού που καλύπτουν τις ΠΦΥ, δείκτες που αφορά την κοινωνική δικαιοσύνη και την καταπολέμηση που σχετίζεται με διακρίσεις ανάμεσα σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Άλλοι δείκτες αξιολόγησης που αφορούν την ΠΦΥ είναι ο χρόνος αναμονής σε μια μονάδα υγείας, ο έλεγχος της στιγμιογράφησης, τις διάφορες παραπομπές σε ειδικευμένους γιατρούς η νοσηλευτικά ιδρύματα, και οι λίστες αναμονής. (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, 2008)

Ως δείκτες ποιότητας μπορούν να οριστούν τα μετρήσιμα στοιχεία των παρεχόμενων υπηρεσιών, για τα οποία είναι σημαντικό να διατίθεται επαρκής τεκμηρίωση και να υπάρχει κοινή αποδοχή ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Οι δείκτες θα πρέπει να είναι: 1) Συγκεκριμένοι, 2) Σχετικοί, 3) Κατανοητοί, 4) Επιτεύξιμοι και 5) Ελεγχόμενοι και αναθεωρούμενοι .

Για να είναι χρήσιμος ένας δείκτης αξιολόγησης, θα πρέπει μεταξύ άλλων: 1) να αποτυπώνει σημαντικές παραμέτρους του επιπέδου υγείας, 2) να συμβάλει στη βελτίωση της φροντίδας υγείας, 3) να συνδέεται με το αποτέλεσμα της φροντίδας, 4) να είναι συγκεκριμένος για τη ΠΦΥ, 5) να αντανακλά διάφορες διαστάσεις της φροντίδας υγείας, 6) να είναι κατανοητός για τους εμπλεκόμενους και 7) να μην επηρεάζεται από τυχαίες διακυμάνσεις και σπάνιες καταστάσεις.

Έτσι, οι δείκτες θα πρέπει να μετρούν την ποιότητα με έναν έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο, με μικρή απόκλιση μεταξύ των ερευνητών, έτσι ώστε να προσφέρονται για

σύγκριση μεταξύ επαγγελματιών υγείας, ιατρείων και οργανισμών⁴, διασφαλίζοντας τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των δεικτών⁵, όπως:

- τη συνάφεια (relevancy), δηλαδή θα πρέπει να είναι συναφής με σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας (αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και αποδοτικότητα),
- την εγκυρότητα (validity) στη βάση της επιστημονικής τεκμηρίωσης και εμπειρίας, εγκυρότητα προσώπου (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και εγκυρότητα πρόβλεψης (predictive validity),

-110-

- την αξιοπιστία (reliability), δηλαδή θα πρέπει να χρησιμοποιεί διαθέσιμες και αξιόπιστες πηγές, τα αποτελέσματα να είναι στατιστικά σημαντικά, να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης (comparability), επανάληψης των ευρημάτων (interrater reliability) και είναι δυνατή η συλλογή των στοιχείων που χρειάζονται,
- την εφικτότητα (feasibility), δηλαδή ο δείκτης θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί, να είναι εύκολα διαθέσιμος και να χρησιμοποιείται με ευκολία,• την ευαισθησία στην αλλαγή (sensitivity to change), δηλαδή ο δείκτης θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να εντοπίζει τις αλλαγές όταν αυτές συμβαίνουν στην ποιότητα της φροντίδας υγείας,
- την αποδεκτότητα (acceptability), δηλαδή θα πρέπει να είναι αποδεκτός τόσο από αυτούς που αξιολογούνται όσο και από αυτούς που αξιολογούν,
- την επαναληψιμότητα (reproducibility), δηλαδή τη δυνατότητα να δημιουργείται ο ίδιος δείκτης κάθε φορά που χρησιμοποιείται η ίδια μέθοδος δημιουργίας. (ιατρική εταιρεία Αθηνών 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η υγεία αποτελεί ένα ευρύτερο πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής και θεωρείται ως ένα από τους κυριότερους τομείς παρέμβαση του κοινωνικού κράτους. Η παρέμβαση έχει στόχο να καταπολεμήσει του πέντε μεγάλους κινδύνους της ανθρωπότητας, οι οποίοι είναι η φτώχεια, ασθένεια, άγνοια, εξαθλίωση και η ανεργία. (W. Beveridge 1942)

Κοινωνική πολιτική στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει επικουρικό χαρακτήρα, καθώς η λειτουργία της κοινότητας επεκτείνεται μέχρι το στάδιο της υποστήριξης και της συμπλήρωσης της δράσης των κρατών – μελών. Αυτό επιβεβαιώνεται από την πολιτική υγείας της κοινότητας, όπου ως πολιτική υγείας μπορεί να οριστεί «το σύνολο των αποφάσεων, των δεσμεύσεων και των μέτρων για τη διατήρηση ή τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και την παροχή φροντίδας υγείας» (Οικονόμου Χ 2004)

Λόγω των προκλήσεων που θέτουν οι δημογραφικές κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές, η Ευρωπαϊκή Ένωση προτείνει ως αντίδοτο τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών προκειμένου να επιτευχθεί η διασφάλιση υψηλής ποιότητας και βιώσιμης υγειονομικής προστασίας.

Η οργάνωση του συστήματος υγείας μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα της Ε.Ε., λόγω των ιδιαίτερων κοινωνικών, οικονομικών πολιτικών και πολιτισμικών συνθηκών που έχει κάθε χώρα. Αυτό που υποστηρίζεται είναι η δυνατότητα να υπάρχει ένα «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο προστασίας της υγείας», το οποίο θα διαφοροποιείται από άλλα μοντέλα, όπως για παράδειγμα των ΗΠΑ. Τα στοιχεία που

οριοθετούν τη διάκριση αυτή είναι η έκταση της πρόσβασης και ο ρόλος του κράτους σε σχέση με την αγορά. Το πρώτο στοιχείο σχετίζεται με την έκταση της πρόσβασης και έγκειται στη διασφάλιση της αρχής της αλληλεγγύης, η οποία ικανοποιεί το κριτήριο της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Το δεύτερο στοιχείο αφορά το ρόλο του κράτους σε σχέση με την αγορά και το εύρος της παρεμβατικής λειτουργίας.

-112-

Αρχές του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού μοντέλου:

- A) Σε μια δεδομένη στιγμή εφαρμόζεται ένα σύστημα σε κάθε εορταζόμενο
- B) Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης μπορούν να εφαρμοστούν – με συγκεκριμένες εξαιρέσεις- σε διαφορετικές χώρες εντός της Ε.Ε
- Γ) το κόστος μοιράζεται αναλογικά σε όλα τα κράτη.

Οι κανονισμοί έχουν τους εξής σκοπούς.

- 1) Την πρόληψη της αντίθεσης των νόμων μεταξύ των κρατών μελών
- 2) Από διαφορετικά κράτη μέλη να υπάρξει ίση μεταχείριση των εργαζομένων
- 3) Από την μετακίνηση των εργαζομένων από το ένα κράτος μέλος στο άλλο δημιουργούνται κενά των φορέων. Στόχος η κάλυψη των κενών του φορέα.
- 4) Πληρωμή των επιδομάτων ανεξάρτητα από τη χώρα στην οποία βρίσκεται ο εργαζόμενος. (Pennings, F. 2001 Introduction to European Social Security Law. London, The Hague, Kluwer Law International. pp. 8-12 από Πιερράκο).

7.2 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΈΝΩΣΗ

Η μελέτη συστημάτων υγείας των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αναδεικνύει την ύπαρξη οριοθετημένων πλαισίων ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, αλλά και μεταξύ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας δομής. Η Σουηδία, στις αρχές της δεκαετίας του 90, υλοποίησε μεταρρυθμιστικό σχέδιο στο σύστημα υγείας: όπου οι μονάδες εντατικής θεραπείας συγκεντρώθηκαν στα μεγάλα νοσοκομειακά συγκροτήματα, και τα μικρότερα νοσοκομειακά συγκροτήματα μετατράπηκαν σε κοινοτικές μονάδες ΠΦΥ, έχοντας την δυνατότητα να παρέχουν βραχεία νοσηλεία και χειρουργεία. Το δυναμικό που κατείχαν ήταν τέσσερεις γενικοί γιατροί. Η αρμοδιότητα της κατανομής των πόρων στηρίζονταν πλέον στα κοινοτικά

συμβούλια (μέσω του τοπικού προϋπολογισμού) με τη λήψη περιορισμένων ενισχύσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το 1994 ορισμένα από τα κοινοτικά συμβούλια θεσμοθέτησαν την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού, το δικαίωμα στην επιλογή του γιατρού αυτού από τον πολίτη και τη δυνατότητα πρόσβασης στον ιδιωτικό τομέα.

Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 διατέθηκαν κονδύλια από την κεντρική κυβέρνηση με στόχο την ανάπτυξη της ΠΦΥ με το βάρος να δίνεται στην προληπτική ιατρική

-113-

και την γηριατρική.

Η τοπική Αυτοδιοίκηση έχει την ευθύνη των παρεχόμενων υπηρεσιών υπο την εποπτεία του Εθνικού συμβουλίου Υγείας και Πρόνοιας το οποίο θέτει κανόνες και παραμέτρους.

Το 81,4% των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι δημόσιες με τον πολίτη να μπορεί να επιλέξει μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα από το 2007 (Vardvar Reford).

Το 2010, το συνολικό κόστος για την φροντίδα των ηλικιωμένων ήταν 10,7 δις με τη Δημόσια δαπάνη (funded by taxes) να καλύπτει το 97% (The Swedish institute (SI))

Παρόλα αυτά η άτακτη και περιορισμένη δομή της ΠΦΥ και οι συνεχείς νομοθετικές αλλαγές οδήγησαν σε διεύρυνση των ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού. (SkudalK., 2010)

Στη Μεγάλη Βρετανία καθιερώνει εθνικό σύστημα υγείας με εθνική νομοθεσία με το διάταγμα 1946/1948, οι υπηρεσίες του οποίου κρατικοποιήθηκαν και η χρηματοδότηση τους ανατέθηκε στο δημόσιο τομέα. Το σύστημα ΠΦΥ ακολουθεί τη φιλοσοφία της προληπτικής ιατρικής, με στόχο την αποφυγή τα περιστατικά να καταλήγουν στα νοσοκομεία. Κατά την ίδια φιλοσοφία ακολουθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού είναι να δίνει συμβουλές, ν' αντιμετωπίζει απλά περιστατικά αλλά και τραυματισμούς. Ο οικογενειακό γιατρός είναι αυτό που διανέμει τους ασθενείς στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές.(Boyle, 2011). Μια σειρά επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένου του νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργούν μαζί με τον οικογενειακό γιατρό. Όλοι οι παραπάνω επαγγελματίες στη Μεγάλη Βρετανία (σε αντίθεση με την Ελλάδα) συμπεριλαμβάνεται στο δυναμικό της ΠΦΥ . Και μάλιστα καλύπτουν είτε το τομέα της ενημέρωσης είτε της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης με τη βοήθεια στο σπίτι. Στο ίδιο τομέα συμπεριλαμβάνονται και οι φυσικοθεραπευτές.«Οι γενικοί γιατροί λειτουργούν εντός

του συστήματος υγείας και της λίστας των ασθενών τους». Λόγω της έλλειψης προσωπικού που υπάρχει στα τελευταία χρόνια , οι ασθενείς να μπορούν να επισκέπτονται τμήματα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου χωρίς την παραπομπής από τον γενικό γιατρό (Busse et al, 2014). Τα ποσοστά ικανοποίησής με βάση το πόσο εύκολα και γρήγορα οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν τον οικογενειακό γιατρό και κατά πόσο αποδίδουν οι φόροι που συνεισφέρουν για την υγεία καταγράφονται από το σύστημα υγείας (Lionis et al, 2009).

-114-

Στην Ιρλανδία υπάρχει σύστημα ΠΦΥ αντίστοιχο με αυτό της Μεγάλης Βρετανίας, με τον οικογενειακό γιατρό στο επίκεντρο. (McDaidetal, 2009).

Το 47% όμως του πληθυσμού δικαιούται πρόσβασης στο σύστημα ΠΦΥ μέσω του δημοσίου. Για το 53% οι παροχές διαφέρουν ανάλογα με το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης. Για ορισμένες ιδιωτικές συμβάσεις ο χρόνος αναμονής είναι ιδιαίτερα μεγάλος, με αποτέλεσμα πρακτικά να μην έχουν πρόσβαση στις δομές (WHO 2017) .
Ακόμα υπάρχει κατ' οίκον ώρες βοήθειας (Home help hours), (συντροφιά. Υπηρεσίες Φροντίδας στο σπίτι. Σύνθετη Οικιακή Φροντίδα) .

Πακέτο Φροντίδας στο σπίτι (home care support package), αφορά σε ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα ή σε εξελθόντες ασθενείς από νοσοκομεία με ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα (με τη μορφή κουπονιού- Voucher).

Επίσης τοπικές υγειονομικές υπηρεσίες, όπως η δημόσια βοήθεια νοσηλείας (Public Health Nursing): με άξονα τα κέντρα Υγείας νοσηλευτές παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών δωρεάν σε ανθρώπους της Τοπικής Κοινωνίας που περιλαμβάνουν επισκέψεις για την υγεία των παιδιών και των επισκέψεων σε σχολεία, επισκέψεις και φροντίδα για του ηλικιωμένους, φροντίδα για την έξοδο από το νοσοκομείο.

Τα παραπάνω προγράμματα λειτουργούν σε συνδυασμό με το Σχέδιο κατ' οίκον νοσηλευτικής υποστήριξης (Nursing Homes Support Scheme: ' A FairDeal') ένα πρόγραμμα χρηματοδοτικής στήριξης για τα άτομα που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα γηροκομείου.

Στην Ολλανδία το σύστημα υγείας της ΠΦΥ δίνει την δυνατότητα στον πολίτη να διαλέξει τον οικογενειακό γιατρό. Η πρόσβαση σε αυτόν μπορεί να γίνει σε διάστημα 15 λεπτών. Υπάρχει πρόγνωση κατά τη διάρκεια της νύχτας ή στις αργίες , υπάρχει η πρόβλεψη για να εξυπηρετήσει των πολιτών από κέντρα οικογενειακών γιατρών. Ο οικογενειακός γιατρός στο σύστημα ΠΦΥ στην Ολλανδία το έχει κυρίαρχο λόγο αφού

χωρίς την παραπομπή του δε μπορεί να υπάρξει παρακολούθηση του ασθενή. « «Από το 2000 μέρος των αρμοδιοτήτων που κατείχαν οι οικογενειακοί γιατροί μεταβιβάστηκε σε μια σειρά άλλων κλάδων, όπως οι φυσιοθεραπευτές και οι νοσηλευτές, οι οποίοι πλέον έχουν αναλάβει κομμάτι της πρόληψης και της συνταγογράφησης. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην παρακολούθηση της εμφάνισης λοιμώξεων, τόσο στον παιδικό όσο και στον ενήλικο πληθυσμό. Αντίστοιχη σημασία δίνεται στην αντιμετώπιση και κάλυψη χρόνιων νοσημάτων από ένα εξειδικευμένο

-115-

δίκτυο γενικών γιατρών».(Schaffer et. al.,2010). Η χρηματοδότηση γίνεται από τρεις πυλώνες, με βασικό τον κρατικό προϋπολογισμό και από κει και πέρα ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες (οι οποίες δεν καλύπτονται από τη βασική υγειονομική κάλυψη) υπάρχει ένα είδος αναλογικής συμμετοχής ιδιωτών και ιδιωτικών ασφαλιστικών. (Who 2017) Η κάλυψη της ΠΦΥ εκτείνεται από τα παιδιά έως τους πρόσφυγες και τους μετανάστες.

Στη Νορβηγία ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί τον πυλώνα του συστήματος πρωτοβάθμιας κάλυψης . Την ευθύνη της λειτουργίας των δομών έχουν οι τοπικές κοινότητες., Έτσι οι τοπικές κοινότητες ανάλογα με τις ανάγκες τους, είτε συνάπτουν συμβάσεις με είτε ιδιώτες, είτε προσλαμβάνουν οικογενειακούς γιατρούς. «Για την παραπομπή στα νοσοκομεία και σε άλλες ειδικότητες οι οικογενειακοί γιατροί είναι υπεύθυνοι επίσης είναι υπεύθυνοι και για την τηλεφωνική παροχή οδηγιών και την εξυπηρέτηση των έκτακτων περιστατικών». (Ringard et al.,2013) Το 2010 πραγματοποιήθηκε έρευνα για την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες ΠΦΥ. «Με βάση την έρευνα πραγματοποιήθηκαν το 2011 νομοθετικές παρεμβάσεις, καθώς σε μερικές περιπτώσεις ο χρόνος αναμονής για την επίσκεψη σε οικογενειακό γιατρό ήταν από δύο έως πέντε ημέρες» (Skudal, 2010).

Στη Δανία η ΠΦΥ στηρίζεται στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού. «Οι τελευταίες νομοθετικές παρεμβάσεις της κυβέρνησης έχουν σαν στόχο να δώσουν κίνητρα στους οικογενειακούς γιατρούς έτσι ώστε να λειτουργούν σε συνεταιρισμούς/ομάδες». Η λειτουργία των οικογενειακών γιατρών και των λοιπών ειδικοτήτων που ασχολούνται με την ΠΦΥ ανήκουν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα. «Το επίκεντρο των προσπαθειών των κυβερνήσεων αφορά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Οι μετανάστες καλύπτονται από την ΠΦΥ, ενώ οι πρόσφυγες - αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο στα τμήματα επειγόντων περιστατικών». (Olejaz et al, 2012).

Στη Γερμανία η τακτική παρακολούθηση παρέχεται από γιατρούς της επιλογής του κάθε πολίτη. Η ασφαλιστικές εισφορές είναι εκείνες που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες. Ο έλεγχος των υπηρεσιών πρόληψης ανήκει στα κρατίδια, Η κεντρική κυβέρνηση κεντρικής κυβέρνησης προσπαθεί να αποκτήσει έλεγχο στις υπηρεσίες ΠΦΥ, προσπάθεια αυτή όμως τελικά δεν τελεσφόρησε. «Το σύστημα ΠΦΥ δεν στηρίζεται στον οικογενειακό γιατρό-gatekeeper, αλλά στην εκτεταμένη πρόληψη

-116-

και παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενειών. Τα επείγοντα περιστατικά καλύπτονται από τους γενικούς γιατρούς στις δομές υγείας, οι οποίοι λειτουργούν μέσω των τηλεφωνικών κέντρων και των ασθενοφόρων, στα οποία είναι χρεωμένοι»(Busse and Blumel 2014).

Στην Ισπανία το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό και στις πολιτικές ελέγχου, καταγραφής και πρόληψης των νοσημάτων. «Η πολιτική του συστήματος αυτού κινείται σε δύο επίπεδα: το ένα επίπεδο είναι η παρέμβαση στον τρόπο ζωής ώστε να μειώνεται η επίδραση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών και το δεύτερο επίπεδο είναι η επιμόρφωση διαφορετικών ομάδων πληθυσμού, ανάλογα με τις ανάγκες και τους κινδύνους που εμφανίζουν. Η μεγαλύτερη σύγκρουση στον τομέα της ΠΦΥ, είναι μεταξύ της κυβέρνησης και των περιφερειών για τον έλεγχο και τη χρηματοδότηση των τοπικών δομών. Οι τελευταίες νομοθετικές παρεμβάσεις προσπαθούν να εναρμονίσουν τις δομές ΠΦΥ με τους στόχους του Π.Ο.Υ.» (Armesto et. al., 2010).

Στη Γαλλία επικρατεί ένα ιδιαίτερο καθεστώς στην ΠΦΥ: ο οικογενειακός γιατρός είναι αυτό που κατανέμει δηλ που είναι υπεύθυνος τους ασθενών στις υπόλοιπες ειδικότητες και στα νοσοκομεία, αλλά ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επισκέπτεται χωρίς να τον παραπέμψει κάποια άλλη ειδικότητα, αφού καλύψει μόνος του ένα μέρος των εξόδων (semi gatekeeping). Οι τοπικοί δήμοι και κοινότητες ασχολούνται με τη διαχείριση του κυρίως τμήματος της πολιτικής υγιεινής όπως τρόφιμα, νερό, περιβάλλον και πρόληψης όπως εμβολιασμοί, καταγραφή μολύνσεων. Το 2004 ξεκίνησε μια προσπάθεια ενοποίησης των υπηρεσιών ΠΦΥ. (Chevreul et al,2010)

Στην Ιταλία η ΠΦΥ είναι υπό την ευθύνη των υγειονομικών περιφερειών. Πρόσφατα έγινε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος πρωτοβάθμιας και αλλαγής από το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού σε ένα άλλο μοντέλο όπου θα υπάρχει μεγαλύτερη

διασύνδεση μεταξύ των επαγγελματιών και υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας. Οι πολίτες μπορούν να έχουν δικαίωμα άμεσης πρόσβαση στον οικογενειακό γιατρό και σε περίπτωση που τον παρακάμψουν είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν κάποιο χρηματικό ποσό. Ένα σημαντικό πρόβλημα στο ιταλικό σύστημα πρωτοβάθμιας κάλυψης είναι ότι υπάρχει γεωγραφική ανισότητα μεταξύ βορρά και νότου, η οποία και προβάλλει κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες του ιταλικού κράτους. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, είτε με είτε χωρίς νόμιμα

-117-

έγγραφα, εντάσσονται κανονικά στο σύστημα της ΠΦΥ (Ferretal, 2014).

Στη Μάλτα από την ετήσια καταγραφή που οργανώνει το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας σύστημα η ΠΦΥ αφορά κατά 70% τον ιδιωτικό τομέα,. Με βάση τις ίδιες καταγραφές γίνεται προσπάθεια να κατανέμονται οι πόροι από τον προϋπολογισμό προς τις επιθυμίες και τις ελλείψεις των πολιτών. Υπάρχουν οχτώ δημόσια κέντρα ΠΦΥ υπεύθυνα, εκτός από τον ιδιωτικό τομέα τόσο για την καταγραφή, την πρόληψη και τα μέτρα υγιεινής, όσο και για την παροχή υπηρεσιών προς τους πολίτες. Ο οικογενειακό γιατρό είναι υπεύθυνος για την κατανομή των πολιτών στο σύστημα (Azzopardi et al., 2016).

Στην Κύπρο το σύστημα της πρωτοβάθμιας πάσχει από την έλλειψη σύνδεσης μεταξύ των δομών που την παρέχουν. « Το σύστημα είναι μεικτό, με συνύπαρξη τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Υπάρχει οικογενειακός γιατρός, χωρίς να υπάρχει διασύνδεση μεταξύ των δομών ή σύστημα παραπομπής (gatekeeping). Παρόλα αυτά οι δομές του συστήματος υγείας είναι σύγχρονες και επαρκώς εξοπλισμένες, γεγονός που αντικατοπτριζόταν σε δύο έρευνες ικανοποίησης που πραγματοποιήθηκαν. Σε τελευταία έρευνα βέβαια ο βαθμός ικανοποίησης παρουσίασε μείωση. Το ποσοστό των ασθενών που επισκέπτεται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο κάποιον ειδικό γιατρό είναι 70%, εκ του οποίου μόλις το 11% είχε επισκεφθεί πρώτα έναν οικογενειακό γιατρό, γεγονός που αντικατοπτρίζει το έλλειμμα διασύνδεσης»(Theodirou et. al.,2012).

Στο Βέλγιο η προσέγγιση στις υπηρεσίες υγείας και τον οικογενειακό γιατρό δεν γίνεται μέσω του δημόσιου, αλλά από τον ιδιωτικό τομέα. Έτσι υπάρχει υπερβολική χρήση των δευτεροβάθμιων δομών, ιδιαίτερα για χρόνια νοσήματα. Επομένως ο οικογενειακό γιατρός εδώ δεν έχει το ρόλο της κατανομής των ασθενών σε άλλες ειδικότητες ή στα νοσοκομεία

Οι πολίτες έχουν ελεύθερη πρόσβαση τόσο στους οικογενειακούς γιατρούς οι οποίοι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, όπως και σε διάφορες άλλες ειδικότητες. Το πλαίσιο της ΠΦΥ δεν είναι ξεκάθαρο, καθώς οι πολίτες για ζητήματα πρωτοβάθμιας κάλυψης μπορούν να αναφερθούν και στις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες, χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού γιατρού. Πρόσφατα έχει λάβει χώρα μεταρρύθμιση για την επέκταση της ημερήσιας λειτουργίας των οικογενειακών γιατρών, με

-118-

σύγχρονη καταγραφή της γνώμης των πολιτών από το κράτος. (Gerke/sand Merkur 2010).

Στην Πορτογαλία από 2006 και μετά μια σειρά κρατικών προγραμμάτων με επίκεντρο την ενημέρωση και την πρόληψη έτσι η ΠΦΥ δεν περιορίζεται στον οικογενειακό γιατρό, Καταρχήν υπάρχει ειδικότητα δημόσιας υγείας, η οποία αποκτάται μετά από 4 χρόνια εργασίας στον τομέα και ασχολείται με την επιδημιολογία και την καταγραφή περιστατικών που αφορούν τη δημόσια υγεία. Το παρατηρητήριο δημόσιας υγείας κινείται στο ίδιο πλαίσιο. Ο πολίτης έχει τη δυνατότητα να ενημερώνεται με ασφαλές και επιστημονικά έγκυρο τρόπο από δύο κρατικές διαδικτυακές σελίδες. Πέρα από τις διαδικτυακές σελίδες, υπάρχει συγκροτημένο πρόγραμμα δημόσιας εκπαίδευσης και ενημέρωσης πάνω στην ΠΦΥ. Ο οικογενειακός γιατρός έχει την ευθύνη να κατανέμει τους ασθενείς μέσα από ένα δίκτυο δομών που περιλαμβάνουν, αγροτικά, περιφερειακά ιατρεία και κέντρα υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές απαντούσαν σε έρευνες που έδειχναν χαμηλό επίπεδο γνώσης γύρω από την πρόληψη (Simoes et al.,2010).

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν υπάρχει στην Αυστρία. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα απεριόριστης πρόσβασης σε όλες τις δομές του εθνικού συστήματος υγείας. Το πρόβλημα του αυστριακού συστήματος είναι η μικρή συμμετοχή του πληθυσμού όσο αναφορά τα προγράμματα του εμβολιασμού. Αυτό το πρόβλημα το Υπουργείο Υγείας προσπάθησε να το αντιμετωπίσει με ένα εκτεταμένο πρόγραμμα παρακολούθησης και καταγραφής των λοιμώξεων, της αντοχής στα αντιβιοτικά και της χρήσης εμβολίων και επίσης με ένα πρόγραμμα ενημέρωσης του πληθυσμού για τον κίνδυνο των λοιμώξεων και τα οφέλη του εμβολιασμού. Η έλλειψη του οικογενειακού γιατρού έχει σαν επακόλουθο την υπερβολική χρήση των νοσοκομείων, λόγω της έλλειψης του οικογενειακού γιατρού (WHO 2017).

Στη Βουλγαρία ο βασικός πάροχος υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος κατανέμει τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές. Το πρόβλημα του συστήματος ΠΦΥ είναι ότι υπάρχει άνιση γεωγραφική κατανομή των οικογενειακών γιατρών και ακόμη υπάρχει δυσκολία της κατ' οίκον νοσηλείας. Αυτό είναι αποτέλεσμα του συνεχώς μειούμενου αριθμού οικογενειακών γιατρών. Οι πολίτες όμως αξιολογούν θετικά την ΠΦΥ. (Dimova et. al., 2007).

Στην Κροατία υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Κύριος ρόλος είναι η παρακολούθηση και παρέμβαση αν χρειασθεί σε οικογένειες. Στο συγκεκριμένο

-120-

σύστημα ΠΦΥ, ο οικογενειακός γιατρός είναι σε θεωρητικό επίπεδο επιφορτισμένος με την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές. Στην πράξη όμως οι περισσότεροι ασθενείς παρακάμπτουν αυτή τη διαδικασία και αυτό γιατί άτυπα δεν εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα. (Vladescu et. al., 2016)

«Στην Τσεχία ενώ υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, δεν έχει το ρόλο της κατανομής στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας, και αυτό γιατί οι ασθενείς είναι ελεύθεροι στο να απευθύνονται σε όποια ειδικότητα και δομή επιθυμούν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των δομών και παρόχων ΠΦΥ είναι ιδιωτική. Έτσι από τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα σε αυξημένο ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών». (WHO 2017)

« Στη Λετονία ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού περιλαμβάνει εξειδικευμένους γενικούς γιατρούς, γυναικολόγους και παιδίατρους, οι οποίοι κατανέμουν και διανέμουν τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας. Υπάρχει εκτεταμένο δίκτυο καταγραφής και παρακολούθησης λοιμώξεων και επιδημιών. Εδώ παρατηρείται ως προς τον οικογενειακό γιατρό βοηθητικά λειτουργεί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο ασχολείται με τμήμα της ΠΦΥ στα αγροτικά ιατρεία. Ακόμη υπάρχει έλεγχος του συστήματος ποιότητας και συχνή αξιολόγηση και του συστήματος από το 2000 και μετά». (Mitenbergs et. al., 2012)

Στην Ουγγαρία η διαχείριση της ΠΦΥ ανήκει στις τοπικές κοινότητες. «Λόγω του συστήματος Shemanko (το σοβιετικό μοντέλο υγείας, με το όνομα του τότε Υπουργού Υγείας, υπήρξε πλήρως κρατικό με ιδιαίτερη έμφαση στα αγροτικά ιατρεία και την ΠΦΥ) σε ιδιαίτερα καλά επίπεδα είναι η δομή και η παιδεία στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε αντίθεση με τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στον οικογενειακό γιατρό το οποίο μετά τις τελευταίες

νομοθετικές αλλαγές έχει αυξανόμενο αριθμό επισκεπτών».(Gaal P., Szigeti S., WHO 2011).

«Το σύστημα ΠΦΥ στη Σλοβενία βασίζεται, στη διαχείριση από την εκάστοτε τοπική κοινότητα και περιλαμβάνει οικογενειακούς γιατρούς, γυναικολόγους, παιδίατρους, φυσιοθεραπευτές και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Το (43%) από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας ανήκουν στις δομές των τοπικών κοινοτήτων. Οι τοπικές κοινότητες περιλαμβάνουν από νοσοκομεία (στα οποία από επαγγελματίες

-121-

πρωτοβάθμιας δουλεύουν οι γυναικολόγοι), κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία.

Στην ΠΦΥ συγκαταλέγεται και η φροντίδα/διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Υπάρχει ένα εκτεταμένο σύστημα καταγραφής και πρόληψης μεταδοτικών ασθενειών. Επωδή υπάρχει εκτεταμένο φαινόμενο μετανάστευσης, υπάρχουν λίγοι γενικοί γιατροί και παιδίατροι για να καλύψουν τις υπηρεσίες ΠΦΥ και γι αυτό το λόγο υπάρχει άσκοπη χρήση των υπόλοιπων ειδικοτήτων»(Smatana M., Pazitny P., WHO 2016).

«Στη Σλοβακία υπάρχει ένα ημιδιωτικοποιημένο σύστημα ΠΦΥ: οι υποθέσεις, πρόληψης, καταγραφής νοσημάτων ,δημόσιας υγιεινής ανήκουν στο δημόσιο, ενώ οι δομές παροχής ΠΦΥ ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα. Κάθε ασφαλιστική εταιρία έχει την υποχρέωση να συνάπτει συμφωνία με έναν οικογενειακό γιατρό, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη κατανομή του ασθενούς στο σύστημα υγείας».(Smatana et al., 2016) Παρόλα αυτά το 74% των ασθενών καθώς αδυνατεί να έχει πρόσβαση στην ΠΦΥ, προσφεύγει στα επείγοντα.

«Στο Λουξεμβούργο η δομή της ΠΦΥ βασίζεται κυρίως στο επίπεδο της πρόληψης. Το βιοτικό επίπεδο του Λουξεμβούργου είναι ιδιαίτερα υψηλό όπως επίσης έχει και υψηλά ποσοστά εμβολιασμού. Αυτό όμως που προβληματίζει είναι η άνοδο των ποσοστών παχυσαρκίας και χρήσης καπνού. Γι' αυτό υπήρξαν μεταρρυθμίσεις που στόχευαν στην αύξηση της ενημέρωσης αλλά και της αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού υπάρχει, χωρίς τον περιορισμό της κατανομής από αυτόν στις υπόλοιπες δομές» (Berthet , 2015).

«Στη Φινλανδία η κεντρική αρχή είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό και την καταγραφή των ζητημάτων πρόληψης, ενώ οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την προσαρμογή και εξειδίκευση των ζητημάτων αυτών στον τοπικό πληθυσμό. Το εμβολιαστικό πλάνο, η παρακολούθηση των λοιμώξεων και τα μέτρα υγιεινής βρίσκονται στις αρμοδιότητες τις κεντρικής αρχής. Η εφαρμογή των πλάνων εμβολιασμού, ο

οικογενειακός προγραμματισμός και ορισμένα μέτρα υγιεινής βρίσκονται στις αρμοδιότητες των τοπικών κοινοτήτων. Δεν υπάρχει οικογενειακός γιατρός, καθώς η χρέωση των ασθενών στις τοπικές κοινότητες δε γίνεται μεμονωμένα σε γιατρούς, αλλά στα κέντρα υγείας. Με γενικούς γιατρούς, παιδίατρους, γυναικολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και με εργαστηριακό εξοπλισμό που συμπεριλαμβάνει μικροβιολογικό και ακτινοδιαγνωστικό έλεγχο στελεχώνονται τα κέντρα υγείας.

-122-

Υπάρχει αλληλοκάλυψη των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων σε επίπεδο διαχείρισης προσωπικού» (Vuorenkoski, 2008).

«Στην Πολωνία το σύστημα ΠΦΥ είναι επιφορτισμένο με την πολιτική υγιεινής και την πρόληψη. Ο στόχος που έχει τεθεί, και εν πολλύς έχει επιτευχθεί στον τομέα της εμβολιαστικής κάλυψης και των λοιμωδών νοσημάτων, είναι η εναρμόνιση της Πολωνίας με τους στόχους του ΠΟΥ. Ο οικογενειακός γιατρός λειτουργεί ως διανομέας στο σύστημα υγείας» (Panteli, 2011).

«Μετά την αυτονομία της Εσθονία υπήρξε η μετάβαση από ένα πλήρως δημόσιο σύστημα υγείας στο οποίο η έμφαση δινόταν στη δευτεροβάθμια κάλυψη, σε ένα σύστημα μεικτό δημόσιου και ιδιωτικού στο οποίο επιχειρείται να δοθεί έμφαση στην ΠΦΥ. Σε αυτό το πλαίσιο, στο επίπεδο της πολιτικής υγείας η έμφαση μεταφέρεται από τον έλεγχο και την καταγραφή, στην πρόληψη και τα μέτρα υγιεινής. Θεσμοθετήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αλλά και της οικογενειακής νοσηλεύτριας, οι οποίοι όμως εργάζονται ως ιδιώτες και με μερική δυνατότητα κατανομής στο σύστημα υγείας» (Lai et al.,2013).

«Στη Λιθουανία το σύστημα ΠΦΥ έχει αναπτυχθεί σε δύο επίπεδα: το κεντρικό και αποκεντρωμένο. Το κεντρικό το οποίο έχει τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία που είναι στην περιοχή ευθύνης τους και το αποκεντρωμένο το οποίο λειτουργεί με ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς. Οι οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν με την ευθύνη της κατανομής στο σύστημα υγείας». (Murauskiene et. al.,2013)

«Στη Ρουμανία το σύστημα ΠΦΥ βασίζεται στους οικογενειακούς γιατρούς. Οι Οικογενειακοί γιατροί είναι αυτοί οι οποίοι κατανέμουν τους ασθενείς στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας. Η μεγαλύτερη πρόκληση του συστήματος είναι η εναρμόνιση των δεικτών της Ρουμανίας με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, καθώς για παράδειγμα ο ρυθμός εμβολιασμών έχει μειωθεί». (WHO 2017)

7.3 ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

7.3.1 ΤΑ ΙΣΧΥΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending Dionne S. Kringos, Wienke Boerma 2013)

Τα ισχυρά συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης θεωρούνται συχνά ως το υπόβαθρο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη, αλλά τα στοιχεία που υποστηρίζουν αυτή την άποψη είναι κάπως περιορισμένα. Αναλύσαμε συγκριτικά δεδομένα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που συλλέχθηκαν το 2009-10 στο πλαίσιο ενός χρηματοδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Ένωση προγράμματος, του Ελέγχου Δραστηριοτήτων Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης για την Ευρώπη.

Η ανάλυσή μας έδειξε ότι η ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη συνδεόταν με καλύτερη δημογραφική υγεία, χαμηλότερα ποσοστά περιττών εισαγωγών σε νοσοκομείο και σχετικά χαμηλότερη κοινωνικό οικονομική ανισότητα, όπως μετράται από έναν δείκτη που συνδέει τα επίπεδα εκπαίδευσης με την αυτοαξιολογούμενη υγεία. Συνολικές δαπάνες υγείας ήταν υψηλότερες σε χώρες με ισχυρότερες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ίσως επειδή η διατήρηση ισχυρών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι δαπανηρή και προωθεί εξελίξεις όπως η αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών. Η συνολική πρωτοβάθμια περίθαλψη συσχετίστηκε επίσης με βραδύτερη αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για την περαιτέρω διερεύνηση αυτών των συσχετισμών, ακόμη και αν τα στοιχεία δείχνουν ότι

η ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ευρώπη συμβάλλει στην επίτευξη σημαντικών στόχων του συστήματος υγείας

-124-

ΘΕΜΑΤΑ

- **Πρωτοβάθμια περίθαλψη**
- **Κόστος και δαπάνες**
- **Ασθμα**
- **Διαβήτης**
- **Ποιότητα περίθαλψης**
- **Ασθένειες**
- **Σύστημα περίθαλψης**
- **Υγεία του πληθυσμού**
- **Πρόσβαση στην περίθαλψη**
- **Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το πρώτο επίπεδο επαγγελματικής περίθαλψης, όπου οι άνθρωποι παρουσιάζουν τα προβλήματα υγείας τους και όπου μπορούν να ικανοποιηθούν οι περισσότερες θεραπευτικές και προληπτικές ανάγκες υγείας. Η ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη θεωρείται ότι συμβάλλει σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υψηλής απόδοσης, πεποίθηση που υποστηρίζεται από στοιχεία σε κάποιο βαθμό. Οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων έχουν εμπιστευτεί αυτά τα στοιχεία και έχουν επενδύσει σε μεταρρυθμίσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως ο νόμος για την οικονομικά προσιτή περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες, καθώς και σε πολλούς καταστατικούς χάρτες και δηλώσεις που έγιναν από μη κυβερνητικές οργανώσεις παγκοσμίως.

Αρκετές μελέτες που συγκρίνουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη διεθνώς και εντός των Ηνωμένων Πολιτειών έχουν παράσχει στοιχεία για τα οφέλη της ισχυρής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, από την άποψη των καλύτερων ευκαιριών για έλεγχο του κόστους, της βελτιωμένης ποιότητας της περίθαλψης, της καλύτερης υγείας του πληθυσμού και της λιγότερης κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία.

Οι μελέτες αυτές κατέδειξαν τις δυνατότητες πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών και των επιδόσεων των συστημάτων υγείας και προτείνουν οδηγίες για περαιτέρω έρευνα.

Το 2009-10, στο πλαίσιο ενός χρηματοδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Ένωση

-125-

προγράμματος, του Ελέγχου Δραστηριοτήτων Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Περίθαλψης για την Ευρώπη, πραγματοποιήσαμε μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για την εξαγωγή εβδομήντα επτά δεικτών. Αυτές μετρούσαν πέντε βασικές διαστάσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης: δομή, πρόσβαση, συντονισμός, εξέλιξη και πληρότητα. Με την στρατηγική αυτή, η μελέτη αποσκοπούσε στην κάλυψη της πολυπλοκότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντιμετωπίζοντάς την ως πολυδιάστατη έννοια.

Τα στοιχεία για τους δείκτες συγκεντρώθηκαν σε τριάντα μία χώρες από τη διεθνή βιβλιογραφία, τις δημοσιεύσεις της κυβέρνησεως, τις στατιστικές βάσεις δεδομένων και τις εθνικές διαβουλεύσεις εμπειρογνομόνων. Για να ποσοτικοποιηθεί η ισχύς των πέντε διαστάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε μια χώρα, τα δεδομένα για κάθε δείκτη μετατράπηκαν σε βαθμολογία που κυμαίνεται από 1 (ασθενής) έως 3 (ισχυρή), 9 εμπνευσμένα από τον James Macinko και την προσέγγιση των συναδέλφων .

Εξετάσαμε τη σχέση σε τριάντα μία ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ της ισχύος των πέντε διαστάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αφενός, και των βασικών δεικτών επιδόσεων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αφετέρου: δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, ποιότητα περίθαλψης που αντιλαμβάνεται ο ασθενής, πιθανή αποφυγή εισαγωγής σε νοσοκομείο και πληθυσμιακή υγεία και κοινωνικοοικονομική ανισότητα.

Συγκεκριμένα, αναζητήσαμε απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις και εξετάσαμε τις σχετικές υποθέσεις.

Πρώτον, είναι οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη χαμηλότερες και η αύξηση των δαπανών βραδύτερη, σε χώρες που έχουν σχετικά ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μετά την προσαρμογή στο εθνικό εισόδημα;

Δεύτερον, είναι η ποιότητα των μη ιατρικών πτυχών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς χαμηλότερη σε χώρες με σχετικά

ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη; Πρόσφατα δημοσιευθείσα έρευνα φαίνεται να δείχνει ότι αυτή η σχέση υπάρχει.

Τρίτον, είναι οι δυνητικά αποφευκτές εισαγωγές σε νοσοκομεία χαμηλότερες σε χώρες με σχετικά ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μετά την προσαρμογή για την συχνότητα της νόσου και τη διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών;

-126-

Τέταρτον, είναι η υγεία του πληθυσμού καλύτερη σε χώρες με σχετικά ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μετά την προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου;

Πέμπτον, είναι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία μικρότερες σε χώρες που έχουν σχετικά ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη, μετά την προσαρμογή για τις ανισότητες στους παράγοντες κινδύνου;

Μετά από ορισμένες βασικές πληροφορίες σχετικά με τις πρόσφατες εξελίξεις στην έρευνα στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αναφέρουμε τα ευρήματά μας παρακάτω.

Πρόσφατη έρευνα σχετικά με τις επιπτώσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Μεγάλα και αυξανόμενα ποσοστά των εθνικών εισοδημάτων δαπανώνται για την υγειονομική περίθαλψη. Τα στοιχεία της δεκαετίας του 1990 δείχνουν ότι οι χώρες με ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη δαπάνησαν λιγότερα και ήταν πιο ικανές από άλλες χώρες να περιορίσουν το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης

Ο Ulf Gerdtham και οι συνάδελφοι του διαπίστωσαν ότι το συνολικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης ήταν γενικά χαμηλότερο σε χώρες όπου η πρωτοβάθμια περίθαλψη εκτελεί μια λειτουργία καταστηματούχου και έτσι οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη μόνο μετά από παραπομπή από έναν επαγγελματία πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η Diana Delnoij και οι συνάδελφοί της παρουσίασαν ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στα οποία οι οικογενειακοί ιατροί εξυπηρετούσαν ως ρυθμιστές ελέγχου σε πιο εξειδικευμένη περίθαλψη είχαν μικρότερη αύξηση στο κόστος περιπατητικής περίθαλψης και στη χρήση υπηρεσιών εξωτερικής περίθαλψης αλλά όχι στο συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης, σε σύγκριση με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με άμεσα προσβάσιμη εξειδικευμένη περίθαλψη.

Από τις μελέτες αυτές μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η λειτουργία του ρυθμιστή ελέγχου, σε συνδυασμό συνήθως με την εγγραφή των ασθενών σε γιατρό

πρωτοβάθμιας περίθαλψης, φαίνεται να είναι βασικό στοιχείο που οδηγεί σε μείωση των δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, οι ασθενείς δεν εκφράζουν την ίδια ικανοποίηση με όλες τις πτυχές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όταν υπάρχει ρυθμιστής ελέγχου.

-127-

Ο Madelon Kroneman και οι συνάδελφοί του έδειξαν ότι οι ασθενείς σε χώρες με σύστημα ρύθμισης έλεγχου ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα των μη ιατρικών πτυχών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως η ευκολία στην απόκτηση ραντεβού ή ωρών αναμονής στο ιατρείο πριν την επίσκεψη στο γιατρό, από ότι οι ασθενείς σε χώρες με άμεσα προσβάσιμους ειδικούς. Ωστόσο, οι διαφορές στην ικανοποίηση για τις μη ιατρικές πτυχές της πρόσβασης δεν σχετίζονταν με τις αξιολογήσεις των ασθενών για την ποιότητα της πραγματικής περίθαλψης που έλαβαν, όπως γρήγορη ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Άλλες μελέτες —κυρίως από τις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου η ρύθμιση ελέγχου έχει περιορισμένη εφαρμογή— αποκάλυψαν άλλα προβλήματα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι μελέτες αυτές επιβεβαίωσαν ότι η περιορισμένη διαθεσιμότητα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες αύξησε τις νοσοκομειακές εισαγωγές που μπορούν να αποφευχθούν. Η εισαγωγή σε νοσοκομείο μπορεί να αποφευχθεί όταν θα μπορούσε να προληφθεί με αποτελεσματική ή προσβάσιμη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο των αποκαλούμενων ευαίσθητων για να μετακινηθούν παθήσεων, όπως άσθμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, μπορεί να αποφευχθεί εάν η διαχείριση γίνεται σωστά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Σε βιβλιογραφικές αξιολογήσεις έχουν εντοπιστεί θετικές συσχετίσεις μεταξύ της προσβασιμότητας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και της καλύτερης υγείας του πληθυσμού. Μελέτες, οι περισσότερες από τις οποίες διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχουν δείξει ότι οι περιοχές με υψηλότερη πυκνότητα ιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά όχι υψηλότερη πυκνότητα ειδικευμένων ιατρών, έχουν υγιέστερο πληθυσμό από τις περιοχές με υψηλότερη πυκνότητα ειδικευμένου ιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπως μετράται από τη συνολική θνησιμότητα και τη θνησιμότητα λόγω αιτίας, το χαμηλό βάρος γέννησης και την αυτο- αξιολογούμενη υγεία.

Ελάχιστα στοιχεία υπάρχουν για τη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής ανισότητας στην υγεία και την ισχύ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αρκετές αμερικανικές μελέτες

δείχνουν ότι η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να μειώσει τις κοινωνικοοικονομικές και φυλετικές ανισότητες στην υγεία. Ωστόσο, το απ

-128-

Αποτελέσματα της μελέτης

Η ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη συνδέθηκε, αντίστοιχα, με υψηλότερα επίπεδα δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και με μειωμένο ρυθμό αύξησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. χαμηλότερα ποσοστά ενδεχόμενης αποφυγής της εισαγωγής στο νοσοκομείο· καλύτερες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού· και χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην αυτοαξιολογούμενη υγεία

Κοινωνικοοικονομική ανισότητα

Οι χώρες με καλύτερη εξέλιξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνδέθηκαν με σημαντικά χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην αυτοαξιολόγηση της υγείας (το ποσοστό μείωσης των ανισοτήτων ήταν -0,52). Το ποσοστό ανισότητας στην κακή αυτοαξιολόγηση της υγείας κυμαινόταν από -0,38 (Ισπανία), τα λιγότερο μορφωμένα άτομα είχαν χειρότερη υγεία) έως 0,44 (Μάλτα· οι πιο μορφωμένοι άνθρωποι είχαν χειρότερη υγεία). Αυτή η πτυχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης — εξέλιξη— ήταν η μοναδική με σημαντική συσχέτιση με την κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην αυτοαξιολογούμενη υγεία

Η κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην συχνότητα του άσθματος ή του διαβήτη δεν έδειξε σημαντική συσχέτιση με την ισχύ της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ανάλυση

Δαπάνες Υγείας Και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Είχαμε υποθέσει ότι οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη είναι χαμηλότερες και αυξάνονται πιο αργά σε χώρες με σχετικά ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η υπόθεση αυτή αποδείχθηκε εν μέρει.

Από το 2000 έως το 2009 οι χώρες με πιο εξελιγμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη παρουσίασαν βραδύτερη αύξηση στις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη σε σχέση με τις χώρες με λιγότερο εξελιγμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αν και το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με τις προσδοκίες μας, άλλα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι οι ισχυρότερες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης των χωρών συνδέονται με

την αύξηση των δαπανών για την υγεία. Οι χώρες με ισχυρότερες δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης προφανώς είχαν υψηλότερες δαπάνες ως σημείο εκκίνησης.

Είναι λογικό όταν οι ασθενείς μπορούν να θεραπευτούν για ένα ευρύτερο φάσμα

-129-

προβλημάτων υγείας εντός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, να παρέχονται λιγότερες ακριβές υπηρεσίες σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης, μειώνοντας τη συνολική αύξηση του κόστους. Ωστόσο, η διατήρηση μιας ισχυρής δομής πρωτοβάθμιας περίθαλψης φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κόστους. Η δημιουργία και η διατήρηση ισχυρών δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να προωθήσει πολιτικές εξέλιξης όπως η αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών, η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η εφαρμογή κατάλληλων οικονομικών μηχανισμών και ένα υγιές εκπαιδευτικό σύστημα για τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Συνιστάται περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ισχύος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Η έρευνα αυτή μπορεί να απαιτήσει την εφαρμογή πιο προηγμένων μεθόδων για τον υπολογισμό των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.

Ποιότητα περίθαλψης όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής

Υποθέσαμε ότι η ποιότητα των μη ιατρικών πτυχών που αναφέρονται από τους ασθενείς στις πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι χαμηλότερη σε χώρες με σχετικά ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη — όπως οι Κάτω Χώρες, η Ισπανία και η Πορτογαλία — σε σύγκριση με χώρες με σχετικά ασθενή πρωτοβάθμια περίθαλψη — όπως η Τουρκία, η Αυστρία και το Λουξεμβούργο. Αυτό δεν επιβεβαιώθηκε, επειδή η ισχύς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν συσχετίστηκε με την αξιολόγηση αυτών των ποιοτικών πτυχών από τους ασθενείς.

Πιθανότατα όταν οι ασθενείς ρωτούνται για την ποιότητα της περίθαλψης που έλαβαν στο ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης τους, τη μεταβλητή που χρησιμοποιείται σε αυτή τη μελέτη συσχετίζουν τον όρο "ποιότητα" με τις ιατρικές πτυχές της περίθαλψης, όχι με τις μη ιατρικές πτυχές. Εάν το επιτρέπει η διαθεσιμότητα δεδομένων, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ των διαφορετικών πτυχών της αντίληψης της ποιότητας της περίθαλψης και της ισχύος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

7.3.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΒΑΛΤΙΚΗΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΟΔΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΗΜΕΡΙΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Αυτή η μελέτη στοχεύει στη σύγκριση της οργάνωσης των συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PC) στην Εσθονία, στη Λετονία και στη Λιθουανία, εστιάζοντας στη δομή και στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών και στη συζήτηση της καταλληλότητας του οργάνου PHAMEU για διεθνή σύγκριση συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Αποτελέσματα: έδειξαν ότι ο συντονισμός των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, του νομοθετικού πλαισίου, της παροχής υπηρεσιών, των απαιτήσεων ποιότητας και των αρχών χρηματοδότησης πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PC) είναι μάλλον παρόμοιος και στις τρεις χώρες της Βαλτικής. Η κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο καταμερισμός του κόστους για ορισμένες υπηρεσίες και η κατάσταση απασχόλησης των οικογενειακών ιατρών διαφέρει ανά χώρα.

Το μέσο PHAMEU (εποπτεύον πρόγραμμα για την δράση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ευρώπη) ήτανε πιο εφαρμόσιμο για την περιγραφή και την σύγκριση της δομής της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ορισμένων πτυχών της διαδικασίας. Οι πληροφορίες για την έκβαση του ασθενούς και την ποιότητα της περίθαλψης δεν ήταν ούτε διαθέσιμες ούτε αρκετά αξιόπιστες.

Συμπέρασμα : Η ανάπτυξη συστημάτων πρωταρχικής περίθαλψης στις χώρες της Βαλτικής ήταν μάλλον παρόμοια, αλλά ορισμένες πτυχές διαφέρουν επίσης μεταξύ των χωρών. Η χρήση ενός μέσου βάση καθιερωμένων στάνταρτ επιτρέπει τη διεθνή σύγκριση, αλλά προϋποθέτει καθιερωμένες διαδικασίες συλλογής δεδομένων σε συγκρίσιμες χώρες.

PHAMEU- Εποπτεύον πρόγραμμα για την δράση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ευρώπη

7.3.3 Η ΔΥΝΑΜΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΜΙΑ ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

«The strength of primary care in Europe an international comparative study»

Στο άρθρο:«The strength of primary care in European international comparative study» (Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil 2013) γίνεται προσπάθεια σύγκρισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο βαθμός Ικανοποίησης αξιολογείται ως εξής :

Strong (3): Ισχυρό,

Medium (2): Μεσαίο και

Weak (1) : Αδύναμο

Country	Primary care governance	Economic conditions primary care	Primary care workforce development	Access to primary care	Continuity of primary care	Coordination of primary care	Comprehensiveness of primary care	Overall primary care system strength
Austria	medium	medium	weak	medium	weak	weak	weak	weak
Belgium	medium	strong	medium	weak	strong	medium	strong	Strong
Bulgaria	medium	weak	weak	weak	medium	weak	strong	weak
Cyprus	weak	weak	weak	weak	medium	weak	weak	weak
Czech Republic	medium	weak	weak	strong	strong	Medium	weak	medium
Denmark	strong	medium	strong	strong	strong	strong	medium	strong
Estonia	strong	weak	medium	medium	strong	medium	medium	strong
Finland	medium	strong	strong	medium	medium	medium	strong	strong
France	medium	medium	medium	weak	medium	medium	strong	medium
Germany	medium	strong	medium	medium	strong	weak	medium	medium
Greece	medium	weak	weak	weak	weak	strong	weak	weak
Hungary	weak	medium	medium	strong	medium	weak	weak	weak
Iceland	weak	weak	weak	medium	strong	weak	medium	Weak
Ireland	weak	weak	strong	weak	strong	weak	medium	Weak
Italy	strong	strong	medium	medium	weak	medium	weak	medium
Latvia	medium	medium	weak	weak	strong	medium	medium	medium
Lithuania	strong	medium	medium	strong	weak	strong	strong	strong
Luxembourg	weak	weak	strong	weak	weak	strong	Medium	weak
Malta	weak	weak	strong	weak	weak	strong	medium	weak
Netherlands	strong	strong	strong	strong	weak	strong	medium	Strong
Norway	strong	weak	medium	medium	medium	weak	strong	medium
Poland	weak	weak	weak	strong	Medium	strong	weak	medium
Portugal	strong	medium	strong	strong	medium	medium	strong	Strong
Romania	strong	strong	medium	medium	medium	weak	weak	Medium
Slovak Republic	weak	medium	weak	medium	strong	weak	weak	Weak
Slovenia	strong	strong	strong	strong	weak	strong	weak	Strong
Spain	strong	strong	strong	strong	strong	strong	strong	Strong
Sweden	medium	medium	medium	medium	weak	strong	strong	medium
Switzerland	weak	medium	strong	weak	medium	medium	medium	medium
Turkey	medium	medium	medium	medium	weak	weak	medium	weak
UK	strong	strong	strong	strong	medium	strong	strong	strong

Πίνακας 5

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Δεν έχουν όλες οι χώρες μία ξεκάθαρη κυβερνητική εικόνα για το μέλλον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στην πλειοψηφία των χωρών, σημαντικές κυβερνητικές λειτουργίες (όπως για παράδειγμα ο καθορισμός προτεραιότητας και ο προγραμματισμός του εφοδιασμού) αποτελούν αντικείμενο αποκέντρωσης υπ' ευθύνη των περιφερειακών ή και τοπικών αρχών. Η ποιότητα της περίθαλψης διασφαλίζεται με τις ελάχιστες προδιαγραφές στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανόμενης της επαγγελματικής εκπαίδευσης, των κλινικών οδηγιών και των δικαιωμάτων του ασθενούς. Κανόνες για τη συνέχιση της ιατρικής εκπαίδευσης είναι συχνά απόντες, και οι κλινικές οδηγίες, που προσδιορίζονται για χρήση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι κυρίως κατασκευάσματα των εξειδικευμένων ιατρών ή των υπουργείων υγείας. Η Διοίκηση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στην Δανία, Εσθονία, Ιταλία, Λιθουανία, Ολλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο αξιολογείται με βαθμό 3 δηλ Strong που δηλώνει ότι σε αυτές τις χώρες είναι δυνατό το σύστημα.

Στην Αυστραλία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Λετονία, Σουηδία και Τουρκία ο βαθμός αξιολόγησης είναι medium δηλ 2 που δηλώνει ότι σε αυτές τις χώρες είναι μέτριο.

Στην Κύπρο, Ουγγαρία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Πολωνία και Δημοκρατία της Σλοβακίας και η Ελβετία ο βαθμός αξιολόγησης είναι weak δηλ Αδύναμο.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Υπάρχει ένα σαφές χάσμα Ανατολής-Δύσης στην Ευρώπη στο σχετικό επίπεδο των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και του εισοδήματος των παρόχων. Το εισόδημα των πρωτογενών παρόχων στην Ανατολική Ευρώπη είναι συχνά πολύ χαμηλότερο από το εισόδημα των ιατρών. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, οι παθολόγοι είναι ανεξάρτητοι επιχειρηματίες που έχουν συμβληθεί με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι αμοιβές για τους γενικούς ιατρούς συχνά συμπληρώνονται από διάφορα οικονομικά κίνητρα που έχουν ως αποτέλεσμα την απόδοση.

Το Βέλγιο, Φιλανδία, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Ρουμανία, Σλοβενία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο ο βαθμός είναι Strong , που δηλώνει ένα δυνατό Οικονομικό Σύστημα στην Π.Φ.Υ

ΗΑυστραλία, Δανία, Γαλλία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Πορτογαλία, Δημοκρατία της Σλοβενίας, Σουηδία, Ελβετία και Τουρκία ο βαθμός αξιολόγησης είναι medium, που δηλώνει ένα μέτριο οικονομικό σύστημα στην Π.Φ.Υ .

Η Βουλγαρία, Κύπρος, Τσεχική Δημοκρατία, Εσθονία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Νορβηγία και Πολωνία ο βαθμός αξιολόγησης είναι Weak δηλ. ότι το Οικονομικό Σύστημα της Π.Φ.Τ. είναι αδύναμο.

Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στις περισσότερες χώρες οι γενικοί γιατροί είναι οι συνήθεις πάροχοι της πρωτοβάθμιας περίθαλψης . Σε ορισμένες χώρες, κάποιες ιατρικές ειδικότητες είναι απευθείας προσβάσιμα καθήκοντα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο δυναμικό είναι η γηραιότητα των εργαζομένων και η ανεπαρκής αντικατάσταση τους που θα έχει ως αποτέλεσμα την πιθανή ανεπάρκεια μέσα στην επόμενη δεκαετία. Κατά μέσο όρο το 1/5 όλων των πτυχιούχων της ιατρικής επιλέγουν να εγγραφούν σε μεταπτυχιακά προγράμματα στην παθολογία. Μόνο οι μισές χώρες διαθέτουν δεδομένα για τις δυνατότητες του εργατικού τους δυναμικού και προβλέπουν σπουδές για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στην Ευρώπη συνηθίζεται οι γενικοί ιατροί περισσότερο από τους νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να οργανώνονται σε εθνικούς συνδέσμους ή συλλόγους.

ΗΔανία, Φιλανδία, Ιρλανδία, Μάλτα, Ολλανδία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ισπανία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο ο βαθμός αξιολόγησης είναι strong.Που δηλώνει ότι το επίπεδο ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού είναι σε δυνατό (strong)

Βέλγιο, Εσθονία, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία, Νορβηγία, Ρουμανία, Σουηδία Τουρκία ο βαθμός αξιολόγησης medium. Που δηλώνει ότι το επίπεδο ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού είναι μέτριο.

Αυστραλία, Βουλγαρία, Κύπρος, Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Ισλανδία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Πολωνία, και Δημοκρατία της Σλοβενίας ο βαθμός αξιολόγησης είναι

Weak. Που δηλώνει ότι το επίπεδο ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού είναι αδύναμο.

-135-

ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Γεωγραφικά, οι Γενικοί Ιατροί είναι άνισοι μοιρασμένοι στις χώρες. Σε σχεδόν τις μισές χώρες, υπάρχουν οικονομικά εμπόδια στο να βλέπεις έναν Γενικό Ιατρό, όπως συχνά ότι οι ασθενείς πρέπει να πληρώνουν μέρος των δαπανών μιας επίσκεψης. Οργανωτικές ρυθμίσεις για τη διευκόλυνση της πρόσβασης αφήνουν άφθονο χώρο για βελτίωση, ιδιαίτερα λαμβάνοντας υπόψη τις διαβουλεύσεις μέσω e-mail και τηλέφωνο, συστήματα ραντεβού, και προσφέροντας συμβουλές γκρούπς ειδικών ασθενών ομάδες. Επίσης, η δυνατότητα επίσκεψης από έναν γενικό γιατρό διαφέρει σημαντικά σε ολόκληρη την Ευρώπη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι οργανωμένοι με διαφορετικούς τρόπους. Αυτές οι υπηρεσίες μπορούν να παράσχουν Γενικοί Ιατροί είτε με την μορφή κυλιόμενου ωραρίου είτε μέσω μεγαλύτερων δομών όπως οι συμπράξεις Γενικών Ιατρών είτε από ειδικές υπηρεσίες στις οποίες οι Γενικοί Ιατροί δεν εμπλέκονται. Σε μερικές χώρες (Κύπρος, Εσθονία, Λετονία και Λιθουανία), νοσοκομείο τα τμήματα έκτακτης ανάγκης (ΜΕΘ υποθέτω) εξακολουθούν να έχουν τη μοναδική ευθύνη για φροντίδα μετά το ωράριο.

Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Ουγγαρία, Λιθουανία, Ολλανδία, Πολωνία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο ο βαθμός αξιολόγηση είναι Strong. Ότι η προσβασιμότητα στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Υγείας είναι σε πολύ υψηλό επίπεδο. Αυστραλία, Εσθονία, Φιλανδία, Γερμανία, Ισλανδία, Ιταλία, Νορβηγία, Ρουμανία, Δημοκρατία της Σλοβενίας και Σουηδία ο βαθμός αξιολόγησης είναι medium. Ότι η προσβασιμότητα στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Υγείας είναι σε μεσαίο επίπεδο Βέλγιο, Βουλγαρία, Κύπρος, Γαλλία, Ελλάδα, Ισλανδία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ελβετία και Τουρκία ο βαθμός αξιολόγησης είναι weak. Ότι η προσβασιμότητα στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Υγείας είναι σε χαμηλό επίπεδο.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Τα συστήματα παραπομπής αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις συντονισμού και εφαρμόζονται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Στις μισές περίπου χώρες, ένα τέτοιο σύστημα είναι υποχρεωτικό για την επίσκεψη σε όλους, ή στους περισσότερους, ειδικούς ιατρούς. Πρόκειται για Βουλγαρία, Εσθονία, Ουγγαρία,

Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, Κάτω Χώρες, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο. Σε 10 χώρες (Δημοκρατία της Τσεχίας, Δανία, Φινλανδία, Γαλλία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ιρλανδία, Μάλτα, Πολωνία, Σλοβακική Δημοκρατία), μια επίσκεψη σε ειδικό ιατρό χωρίς παραπομπή οι οικονομικές επιπτώσεις σε σχέση με τις πληρωμές, δεν πληρώνει ο ασθενής (δεν επιβαρύνεται ο ασθενής). Δεν υπάρχουν εμπόδια για την άμεση επίσκεψη σε ειδικούς ιατρικούς ή είναι χαμηλά στην Αυστρία, τα ο Βέλγιο, την Κύπρο, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο, την Ελβετία και την Τουρκία. Σε σχεδόν τις μισές χώρες, μόνο οι ιατροί γενικής ιατρικής είναι η κυρίαρχη μορφή. Οι γιατροί που εργάζονται σε κοινές πρακτικές έχουν περισσότερες προσωπικές συναντήσεις με συναδέλφους και πιο συχνά προσφέρουν ειδικές κλινικές συνεδρίες από ότι σε αυτές που ασκούνται εξειδικευμένους ιατρούς. Η συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ ιατρών και ειδικών είναι προβληματική σε πολλές χώρες. Γενικά, οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένα καθήκοντα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, αν και υπάρχουν ορισμένες αξιοσημείωτες εξαιρέσεις, για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ισπανία.

ΠΑΛΗΡΕΣ ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Συνολικά, το πιο ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τόσο θεραπευτικό όσο και προληπτικό, προσφέρεται στο Βέλγιο, τη Βουλγαρία, τη Φινλανδία, τη Γαλλία, τη Λιθουανία, τη Νορβηγία, την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι γενικά καλά εξοπλισμένες σε όλη την Ευρώπη. Ο ρόλος των ιατρών ως παρόχων πρωτοβάθμιας φροντίδας αναπτύσσεται καλύτερα σε χώρες με συστήματα παραπομπής. Οι γενικοί γιατροί παρέχουν φροντίδα παρακολούθησης για ένα ευρύτερο πεδίο παθήσεων σε χώρες όπου ιατροί ειδικοτήτων είναι κυρίαρχη. Η συμμετοχή των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην παροχή ιατρικών τεχνικών διαδικασιών είναι οριακή. Οι δραστηριότητες προληπτικής φροντίδας παρέχονται στις περισσότερες χώρες, από μια μεγάλη ποικιλία παρόχων, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι το Βέλγιο, Βουλγαρία, Φινλανδία, Γαλλία, Λιθουανία, Νορβηγία, Πολωνία, Ισπανία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο ο

βαθμός αξιολόγησης είναι Strong. Δήλ. Υπάρχει ένα ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Δανία, Εσθονία, Γερμανία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ελβετία και Τουρκία ο βαθμός αξιολόγησης είναι medium. Δήλ το σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι μέτριο

Ενώ η Αυστραλία, Κύπρος, Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Πολωνία, Ρουμανία και Δημοκρατία της Σλοβενίας ο βαθμός αξιολόγησης είναι Weak. Δήλ το σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι χαμηλό.

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η εγγραφή ασθενών σε ιατρείο Γενικής Ιατρικής είναι επωφελής για τη διατήρηση πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ένα τέτοιο «Σύστημα λίστας» δεν χρησιμοποιείται στην Αυστρία, το Βέλγιο, την Κύπρο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, τη Μάλτα, τη Σουηδία ή την Ελβετία, καθώς οι ασθενείς σε αυτές τις χώρες έχουν ελεύθερη επιλογή για να επισκεφθούν οποιοδήποτε γενικό ιατρό. Ωστόσο ακόμη και σε αυτές τις χώρες, πολλοί άνθρωποι επισκέπτονται συνήθως τον ίδιο γενικό ιατρό. Σχετικά μεγάλες λίστες ασθενών βρίσκονται στην Αυστρία, τη Φινλανδία, τη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες. Λαμβάνονται υπόψη την ενημερωτική και διαπροσωπική διατήρηση της φροντίδας, είναι δυνατό να γίνουν βελτιώσεις. Για παράδειγμα, κατάλληλο λογισμικό και εκπαίδευση για να το χρησιμοποιούν. Οι υπολογιστές σε πρακτικές πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν χρησιμοποιούνται συχνά για εξειδικευμένους σκοπούς, όπως δραστηριότητες πρόληψης και δημόσιας υγείας, ανταλλαγή πληροφοριών με συνομήλικους και τήρηση ιατρικών αρχείων. Οι ασθενείς είναι σχετικά δυσαρεστημένοι με τις δεξιότητες επικοινωνίας των παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τη διάρκεια της εξετάσεις ή ιατρικές συναντήσεις (για παράδειγμα στη Γερμανία, τη Λιθουανία και το Ηνωμένο Βασίλειο). Η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη με τη σχέση που έχουν με τον πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την εξήγηση / ενημέρωση που παρέχεται από αυτόν τον πάροχο σχετικά με τις επιλογές θεραπείας.

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΝΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η έρευνα έχει δείξει ότι οι χώρες τείνουν να έχουν έναν προσανατολισμό στην συνεχή Πρωτοβάθμια Φροντίδα. Φαίνεται ότι οι χώρες που βάζουν σε προτεραιότητα υποστηρικτικές πολιτικές για την πρωτοβάθμια φροντίδα, επενδύουν επίσης περισσότερο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στο ανθρώπινο δυναμικό και ανάποδα. Απροσδόκητα, δεν υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ προσβασιμότητας, περιεκτικότητας, συνέχειας, και συνεργασία των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των χωρών. Αυτή η έρευνα, επίσης δείχνει ότι σχεδόν σε όλες τις χώρες, η πληροφόρηση για την υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμια φροντίδα στο θέμα της περιεκτικότητας υστερούσε.

Επομένως το Βέλγιο, Δανία, Εσθονία, Φιλανδία, Λιθουανία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Σλοβενία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο η συνολική εικόνα της Π.Φ.Υ είναι Strong

Δημοκρατία της Τσεχίας, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Λετονία, Νορβηγία, Πολωνία, Ρουμανία, Σουηδία και Ελβετία η συνολική εικόνα της Π.Φ.Υ είναι mediumδηλ Μέτρια

ΗΑυστραλία, Βουλγαρία, Κύπρος, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισλανδία. Ιρλανδία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Δημοκρατία της Σλοβενίας και Τουρκία η συνολική εικόνα της Π.Φ.Υ είναι weak.

7.3.4 ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΧΡΗΣΤΩΝ ΣΤΑ ΚΡΑΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Σκοπός της έρευνας ήταν η αποτύπωση της ποιότητας της προσφερόμενης περίθαλψης των κρατικών Κέντρων Υγείας (ΚΥ) της Κύπρου. Η εκτίμηση επιχειρήθηκε μέσω ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου, το οποίο αποσκοπεί στη μέτρηση-εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών των ΚΥ. Εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις και προσδιορίστηκαν παράγοντες που επιδρούσαν

στη συνολική ικανοποίηση των χρηστών προκειμένου να τεκμηριωθούν δράσεις και πολιτικές για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Το ποσοστό ικανοποίησης για τις περισσότερες παραμέτρους που διερευνήθηκαν στη μελέτη ήταν σχετικά υψηλό (70%). Φάνηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο μέσο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των αστικών και των αγροτικών ΚΥ, 84,2% και 66,2%, αντίστοιχα, καθώς και στο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των ΚΥ των διαφόρων επαρχιών, με ποσοστά για τη Λεμεσό 41%, την Αμμόχωστο 71,4%, τη Λάρνακα 73,4%, τη Λευκωσία 75,9% και την Πάφο 100%. Από τις παραμέτρους που διερευνήθηκαν, υψηλό βαθμό ικανοποίησης συγκέντρωσαν τα θέματα που συνδέονται με τους επαγγελματίες υγείας, όπως είναι η ευγένεια, οι γνώσεις, ο χρόνος που αφιέρωσαν στον ασθενή κ.ά. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Τα ΚΥ στην Κύπρο παρουσιάζουν υψηλό δείκτη ικανοποίησης, αλλά και προβλήματα τα οποία περισσότερο συνδέονται με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας και λιγότερο με την ίδια την ιατρική επίσκεψη και την κλινική εξέταση. Οι ασθενείς στρέφονται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες αναζητώντας μια σταθερή και προσωπική γνωριμία κυρίως με τον ιατρό τους, γεγονός που παραπέμπει στην αναγκαιότητα υποστήριξης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

7.3.5 ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΟΥΡΚΙΑ (A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey 2011)

Αποτελέσματα

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη μόλις πρόσφατα έγινε επίσημη προτεραιότητα της πολιτικής για την υγεία με την εισαγωγή ενός προγράμματος οικογενειακής ιατρικής. Αν και η προσφορά των οικογενειακών ιατρών (FD) έχει βελτιωθεί, είναι γεωγραφικά άνισα κατανομημένη και εξακολουθούν να υπάρχουν ελλείψεις προσωπικού πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο. Ο συντονισμός της φροντίδας θα μπορούσε να βελτιωθεί και έλειπαν οι μηχανισμοί ποιοτικού ελέγχου. Ωστόσο, οι ασθενείς ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τη θεραπεία από FD.

Συμπεράσματα

Η μελέτη παρέχει μια επισκόπηση της τρέχουσας κατάστασης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Τουρκία για δύο επαρχίες με την προσφάτως καθιερωμένη

οικογενειακή ιατρική, χρησιμοποιώντας μια δομημένη προσέγγιση για την αξιολόγηση των βασικών λειτουργιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της διακυβέρνησης, της χρηματοδότησης, της παραγωγής πόρων, καθώς και των χαρακτηριστικών ενός "καλού" συστήματος παροχής υπηρεσιών (ως προσβάσιμου, ολοκληρωμένου, συντονισμένου και συνεχούς).

7.3.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη συνδέθηκε, αντίστοιχα, με υψηλότερα επίπεδα δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Αλλά και ο μειωμένος ρυθμός αύξησης των δαπανών όσο αναφορά την υγειονομική περίθαλψη καθώς επίσης χαμηλά ποσοστά ενδεχόμενης αποφυγής της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Αποτέλεσμα είναι καλύτερες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού· και χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην αυτοαξιολογούμενη υγεία.

Δεν παρατηρείται σε όλες τις χώρες μια ξεκάθαρη εικόνα για το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σε κάποιες χώρες υπάρχει ένα δυνατό σύστημα Π.Φ.Υ σε άλλες μέτριο και σε άλλες αδύναμο. Το ίδιο παρατηρείται και ως προς τις οικονομικές συνθήκες πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπου υπάρχει χάσμα μεταξύ Ανατολή και Δύσης στην Ευρώπη όσο αφορά τις δαπάνες σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και του εισοδήματος των παρόχων.

Το ίδιο συμβαίνει και ως προς την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της Π.Φ. Υπάρχουν χώρες όπου μόνο το 1/5 όλων των πτυχιούχων της ιατρικής επιλέγουν να εγγραφούν σε μεταπτυχιακά προγράμματα.

Ένα άλλο στοιχείο είναι ότι η επίσκεψης σ' έναν γενικό γιατρό διαφέρει σημαντικά σε ολόκληρη την Ευρώπη. Η προσβασιμότητα διαφέρει. Σε άλλα κράτη μέλη είναι δυνατή, σε άλλα μέτρια και σε άλλα δύσκολη, το ίδιο συμβαίνει και για τον συντονισμό στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

Οι εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι γενικά καλά εξοπλισμένες σε όλη την Ευρώπη. Παρατηρείται ένα ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρόλο αυτό υπάρχει και εδώ διαβάθμιση από χώρα σε χώρα.

Τέλος η έρευνα έδειξε ότι όλες οι χώρες προσανατολίζονται στην ενδυνάμωση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτό που προέκυψε από την έρευνα είναι ότι σχεδόν σε

όλες τις χώρες, η πληροφόρηση για την υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμια φροντίδα στο θέμα της περιεκτικότητας υστερούσε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ΠΦΥ χαρακτηρίζεται ως το πρώτο επίπεδο των πολιτών με το σύστημα υγείας, παρέχοντας την πρωτοβάθμια περίθαλψη . Εκεί που τα άτομα ζουν και εργάζονται αποτελώντας έτσι την αρχή μιας συνεχούς διαδικασίας περίθαλψης και φροντίδας.

Θα πρέπει επίσης να τονισθεί ότι η ΠΦΥ συνδέεται μεταξύ των άλλων , με τη μείωση του αποκλεισμού και των κοινωνικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με βάση τις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών και την ενδυνάμωση της συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας.(Κ. Σουλιώτης 2014)

Καταγράφονται μελέτες για τη σχέση μεταξύ ανάγκης, ζήτησης και, τελικά, χρήσης των υπηρεσιών υγείας της ΠΦΥ και που διερευνούν παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν ή/και επηρεάζουν την καταγεγραμμένη σχέση. Από την έρευνα της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι μελέτες επικεντρώνονται κυρίως στη χρήση των υπηρεσιών, όπως αυτή εκφράζεται από την επαφή (επίσκεψη ή άλλους είδους επαφή) με τον ιατρό τον νοσηλευτή και τον διοικητικό υπάλληλο.

8.2 « Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη» (Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης κ.α 2013)

Παρουσιάζονται συγκριτικά δύο έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε επιλεγμένα νοσοκομεία της Αττικής, με διαφορετικές μεθόδους συλλογής των στοιχείων.

Η πρώτη έρευνα έγινε έρευνα πραγματοποιήθηκε από το ΤΕΙ Αθήνας το «Τμήμα Διοίκησης της Υπηρεσίας Υγείας και Πρόνοιας» και η δεύτερη έγινε από τη «Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του ΥΥ».

Συμπεράσματα

Ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες

Στην πρώτη έρευνα η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των γιατρών αξιολογήθηκαν ως καλές από την ιατρική φροντίδα, όσο αναφορά από τις

υπηρεσίες σε σχέση με την ενημέρωση των ιατρών για την ασθένεια τις οδηγίες για τον τρόπο ζωής τους και την προστασίας τους καθώς επίσης και για την ενημέρωση στην λήψη φαρμάκων. Επίσης υπήρξε ικανοποίηση ευγενική συμπεριφορά των ιατρών αλλά στον τρόπο αντιμετώπισης στα γενικότερα προβλήματα τους σε σχέση με την υγείας.

Στην δεύτερη έρευνα η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αξιολογήθηκαν ως πολύ καλές για την ευγένεια των ιατρών τον σεβασμό την φιλικότητα που έδειξαν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας η ενημέρωση ως προς την πορεία της ασθένειας ενώ καλές αξιολογήθηκε η ψυχολογική υποστήριξη.

Ικανοποίηση από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες

Στην πρώτη έρευνα οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας βαθμολόγησαν από καλές ως πολύ καλές τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Καλές θεώρησαν την περιποίηση και την κατανόηση που έδειξαν στα προβλήματα υγείας αλλά και την ταχύτητα με την οποία εξυπηρετήθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ενώ βαθμολόγησαν με καλές την ευγένεια.

Ενώ στην δεύτερη οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας βαθμολόγησαν ως πολύ καλές την εμπειρία και την ικανότητα των νοσηλευτών, την συμπεριφορά τους που σχετίζεται με την ευγένεια τον σεβασμό στον ασθενή και την φιλικότητα όπως επίσης και την ψυχολογική υποστήριξη.

Ικανοποίηση από τις Διοικητικές υπηρεσίες

Ο βαθμός αξιολόγησης για τις διοικητικές υπηρεσίες στην πρώτη έρευνα είναι καλός όσο αναφορά την ταχύτητα εξυπηρέτησης, την προθυμία, την ευγένεια και την κατανόηση.

Ο βαθμός αξιολόγησης στην δεύτερη έρευνα είναι μάλλον καλός για τις διοικητικές υπηρεσίες όσο αναφορά την ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμό αλλά και για την ταχύτητα εξυπηρέτησης

Και οι δύο έρευνες έδειξαν χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών από τις διοικητικών υπηρεσιών συγκρίνοντας με τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες.

8.3 «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής». (Β. Παπαγιαννοπούλου, Γ. Πιερράκος, Μ. Σαρρής, Γ. Υφαντόπουλος 2008).

Υλικό Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία και το δείγμα ήταν 1000 άτομα. Η μέτρηση έγινε με την χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Τα ερωτηματολόγια απάντησαν οι συνοδοί των παιδιών. Αυτοί θα μπορούσαν να αξιολογήσουν την φροντίδα και τις υπηρεσίες που λαμβάνουν τα παιδιά από το νοσοκομείο.

Αποτελέσματα

Ανταποκρίθηκε το 70% των ερωτηθέντων. Έτσι το συμπέρασμα που προκύπτει από αυτή την έρευνα ότι οι συνοδοί των ασθενών έμειναν ικανοποίηση τους ξεπέρασε τις προσδοκίες τους. Οι ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες αξιολογήθηκαν με πολύ υψηλό βαθμό. Δυστυχώς όμως αυτό που επηρεάζει αρνητικά την εικόνα του νοσοκομείου είναι οι υποδομές του.

8.4 «Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλεω μέσω της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού» (Σ. Σαραντίδου, Σ. Μελά, Α. Πιτσιλίδης 2018)

Υλικό Μέθοδος: Εδώ η έρευνα αποτελείται από δύο διαφορετικά ερωτηματολόγια. Η μία αφορά την άποψη των επαγγελματιών υγείας και του διοικητικού προσωπικού της ΜΥ του ΠΕΔΥ Αιγάλεω, και η άλλη των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Έτσι συλλέχθηκαν 35 ερωτηματολόγια από το προσωπικό και 100 από τους ασθενείς-χρήστες. Πρώτο σκέλος

Επαγγελματίες υγείας και διοικητικό προσωπικό

Αποτελέσματα από τις απαντήσεις του προσωπικού ήταν εξής : το 51,4% έδωσε αρνητική απάντηση για το φόρτος εργασίας ενώ το 48,6% θετική. Το προσωπικό που εργάζεται στις μονάδες υγείας έδωσαν θετική απάντηση και αυτό γιατί υπάρχει «ελλιπής στελέχωση από επαγγελματίες υγείας», δεν υπάρχει αρκετό εξειδικευμένο προσωπικό και ο εξοπλισμός δεν είναι σύγχρονος όλα αυτά σε σχέση με το αυξανόμενο αριθμό ασθενών. Οι ερωτήσεις αφορούσαν «χρονοβόρες διαδικασίες», «πρόβλημα επικοινωνίας με τον ασθενή», «οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν εξυπηρετούν τις ανάγκες του πληθυσμού», «μη ικανοποίηση από τον τρόπο που παρέχονται οι υπηρεσίες», «ελλιπής καθαριότητα» και «συντήρηση των εγκαταστάσεων», καθώς και «δύσκολη πρόσβαση στις εγκαταστάσεις». . Αυτό που έχει επίσης σημασία είναι εάν το σημερινό δημόσιο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδηγεί τους ασθενείς στο ιδιωτικό τομέα. Το 88,6% του προσωπικού είχε θετική απάντηση.

Χρήστες των υπηρεσιών υγείας

Το 52% των χρηστών υπηρεσιών υγείας τόσο με ΜΥ του Αιγάλεω όσο και με το παρόν σύστημα ΠΦΥ θεωρεί ότι οι: «παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας δεν είναι ποιοτικές», και αυτό γιατί οι διαδικασίες είναι χρονοβόρες και υπήρχαν προβλήματα επικοινωνίας ιατρού- ασθενούς. Επομένως οι υπηρεσίες που δίνονται είναι ανεπαρκής και αυτό γιατί δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες τους. Ένα άλλο στοιχείο αρνητικό είναι η καθαριότητα αλλά και η συντήρηση των εγκαταστάσεων. Αρνητικά επίσης αξιολογήθηκαν και η δυσκολία στην πρόσβαση στις εγκαταστάσεις.

Από την άλλη το 48% απάντησε θετικά ως προς τα παραπάνω ερωτήματα δηλ «Ανταποκρίνονται οι υπηρεσίες στις ανάγκες τους», «ταχεία αντιμετώπιση του προβλήματός τους», «εύκολη επικοινωνία με το προσωπικό», «καθαριότητα και συντήρηση των εγκαταστάσεων», «εύκολη πρόσβαση στις εγκαταστάσεις», «επαρκές προσωπικό» κ.ά.

Το 60% των χρηστών των υπηρεσιών υγείας θεωρούν ότι το δημόσιο σύστημα ΠΦΥ τους οδηγεί στον ιδιωτικό τομέα. Και αυτό γιατί θεωρούν ότι στο δημόσιο σύστημα της ΠΦΥ υπάρχει ανεπάρκεια στις υπηρεσίες που παρέχουν στους χρήστες-ασθενείς και ακόμα ότι: «Οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν εξυπηρετούν τις ανάγκες τους», «σπαταλούν αρκετό χρόνο στο δημόσιο σύστημα χωρίς να είναι ικανοποιημένοι», «απρεπής συμπεριφορά προσωπικού», «αβεβαιότητα για την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση» κη συμπεριφορά του προσωπικού θεωρείται απρεπή και η διάγνωση δεν είναι έγκαιρη και έγκυρη. Το υπόλοιπο 40% απάντησε αρνητικά.

8.5«Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας»(Γούλα Α. Λατσού Δ. Νάτσης Χ. κ.α 2019)

Υλικό Μέθοδο: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 7 δημόσια νοσοκομεία της Αττικής. Στην έρευνα από τα 800 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν τελικά απάντησαν 454 ασθενείς-χρήστε, με στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία.

Η έρευνα έδειξε: ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είχαν «μέτριες ή καλές εντυπώσεις για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ». Οι ιατρικές υπηρεσίες είχαν την υψηλότερη βαθμολογία ενώ οι διοικητικές υπηρεσίες την χαμηλότερη. Αυτό όμως που ενδιαφέρει την έρευνα ήταν η ανάπτυξη και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα αποτελέσματα ήταν πολύ θετικά μιας και το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο κατά 96,4% . Το ερωτηματολόγιο επομένως είναι έγκυρο και αξιόπιστο

8.6«Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας

(ΠΕΔΥ)Κιλκίς».(Φρεγγίδου, Π. Γαλάνης, Μ. Ζαφειροπούλου, Γ. Διακουμής, Ρ. Παπαδόπουλο κ .α).

Υλικό :Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 181 άτομα, τα οποία ήταν χρήστες των υπηρεσιών υγείας του ΠΕΔΥ Κιλκίς το τελευταίο έτος. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συμμετοχή ήταν εθελοντική.

Συμπέρασμα

Το 48,6% των ατόμων που πήραν μέρος έρευνα ήταν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ενώ το 28,7% δεν ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας.

Ο τρόπος με τον οποίο κρίνει ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας τις παρεχόμενες υπηρεσίες εξαρτάται από μορφωτικό επίπεδο την κοινωνική και οικονομική κατάσταση τις προσδοκίες του χρήστη ακόμα η κουλτούρα του χρήστη για τον τρόπο που θα πρέπει να λειτουργούν οι δημόσιες υπηρεσίες. Έτσι τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έκριναν αρνητικά το γεγονός ότι δεν υπήρχε οργάνωση στο Πρωτοβάθμιου Εθνικό Δίκτυο Υγείας.

Τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έμεινα περισσότερο ικανοποιημένα από τους ιατρούς, και αυτό γιατί δεν υπήρχε η γνώση για το τι πραγματικά θα έπρεπε να τους προσφέρει ένα σύστημα υγείας.

Ακόμα, η έλλειψη οργάνωσης επηρέασε αρνητικά και την άποψη των χρηστών για την γενικότερη εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών σε αυτή την έρευνα είναι η ηλικίας των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Όσο μεγαλύτερη ηλικία έχουν οι ασθενείς τόσο λιγότερες είναι και οι απαιτήσεις τους. Η συνολική εικόνα του ασθενή για το σύστημα επηρεάζεται από τον χρόνο αναμονής του τόσο για το κλείσιμο του ραντεβού όσο και για να εξετασθεί από τον ιατρό, αλλά και από την συμπεριφορά του ιατρού.

8.7«Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής Ενδεχόμενη μελέτη» (Πιερράκος, Δ. Λατσού, Α. Γούλα, Μ. Σταμούλη, Σ. Δημάκου, Ι. Υφαντόπουλος 2015)

Υλικό Μέθοδος: Δείγμα με εξωτερικοί 454 ασθενείς . Οι 372 επισκέφθηκαν τα πρωινά ιατρεία και 65 τα απογευματινά. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 7

Νοσοκομεία τις Αττικής. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Υπήρχαν και παράλληλα και προσωπικές συνεντεύξεις.

Συμπέρασμα

Ο βαθμός εξυπηρέτησης των υγειονομικών στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας δεν έχει καμία διαφορά ως προς την ποιότητα., μεταξύ πρωινών και απογευματινών ιατρείων. Ακόμα οι εξωτερικοί ασθενείς δεν θέλουν να για της υπηρεσίες υγείας να δώσουν το αντίτιμο που τους ζητείται. Οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να ληφθούν υπόψη σε οπουδήποτε μεταρρύθμιση γίνει για την Π.Φ.Υ

8.8 «Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη»(Πιερράκος Γ. Σαρρής Μ. Σούλης Σ. Γούλα 2013)

Υλικό Μέθοδος Υπάρχουν δύο έρευνες η πρώτη με 457 ερωτηματολόγια από 8 νοσοκομεία τις Αττικής και η δεύτερη με 1.683 στα ίδια σχεδόν νοσοκομεία.

Στην πρώτη η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, και στην δεύτερη η συλλογή έγινε σε κουτί παραπόνων στο ίδιο χρονικό διάστημα.

Συμπεράσματα

Ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας βαθμολόγησαν με βαθμό καλές τις ιατρικές υπηρεσίες στην πρώτη έρευνα. Οι ασθενείς έμεινα ικανοποιημένη από την ενημέρωση σε σχέση με την πορεία της υγείας στους, τα μέτρα προφυλάξεις την συμπεριφορά του ιατρού στην κατανόηση των προβλημάτων υγείας.

Στην δεύτερη ο βαθμός ικανοποίησης είναι πολύ καλές την συμπεριφορά που έχει να κάνει με τον σεβασμό ο έδειξε ο γιατρός, για το πόσο φιλικός ήταν την κατανόηση των προβλημάτων υγείας, την πορεία της υγείας και την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να λάβει αλλά και την όλη στάση του κατά την διάρκεια των ιατρικών εξετάσεων.

Ικανοποίηση από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες

Στην πρώτη έρευνα οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας βαθμολόγησαν με βαθμό από καλές έως πολύ καλές τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Η βαθμολογία αφορούσε την

εξυπηρέτηση, την ευγένεια και την κατανόηση που έδειχναν στα προβλήματα υγείας τους.

Στην δεύτερη έρευνα ο βαθμός ικανοποίησης ήταν πολύ καλές. Ο βαθμός αυτός αντιπροσωπεύει την ευγένεια τον σεβασμό αλλά και την εμπειρία των νοσηλευτών.

Ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες

Στην πρώτη έρευνα ο βαθμός ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες ήταν καλές. Ο βαθμός αυτός σχετίζεται με την ταχύτητα της εξυπηρέτησης και την προθυμία την ευγένεια.

Στην δεύτερη έρευνα ο βαθμός ικανοποίησης ήταν μάλλον καλές για τους ίδιους λόγους δηλ για την ταχύτητα εξυπηρέτησης την ευγένεια και την προθυμία. Το συμπέρασμα τις έρευνα ήταν ότι οι διοικητικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν με χαμηλότερη βαθμολογία και στις δύο έρευνες σε σχέση με τις ιατρικές; Και νοσηλευτικές υπηρεσίες.

8.9 Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική (Ν. Πολύζος, Δ. Μπαρτσώκας Γ. Πιερράκος κα 2005)

Υλικό – Μέθοδος : Η έρευνα έγινε σε δύο νοσοκομεία. Το ένα νοσοκομείο εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικό και το άλλο ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο.

Στο πρώτο δόθηκαν 378 ερωτηματολόγια και στο δεύτερο 412 (εξωτερικών ασθενών).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το αποτέλεσμα από αυτή την έρευνα ότι ο δείκτης ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είναι υψηλός και μάλιστα στον μη κερδοσκοπικό νοσοκομείο τα αποτελέσματα είναι υψηλότερα. Αυτό που είναι επίσης σημαντικό να τονισθεί ότι η ικανοποίηση των χρηστών αυξάνεται όσο πιο οικείο το προσωπικό είναι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η υγεία είναι ένα από τα πιο πολύτιμα αγαθά για τον άνθρωπο όπου διαμορφώνει και την ποιότητα ζωής του. Η υγεία ανήκει σε όλους με βάση την ανθρώπινη αξία τους ως φυσικά και κοινωνικά όντα. Το κράτος οφείλει να πάρει μέτρα για την ίση πρόσβαση στις μονάδες υγείας.

Σύμφωνα με τον Π. Ο. Υ υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας.

Η δημιουργία του ελληνικού συστήματος υγείας ξεκίνησε στην Ελλάδα από τον 19^ο αιώνα. Λόγω των οικονομικών κοινωνικών συνθηκών η ανάπτυξη του Ελληνικού συστήματος υγείας έγινε με αργούς ρυθμούς,

Σήμερα περισσότερο παρά ποτέ υπάρχει ανάγκη μεταρρυθμίσεων οι οποίες έχουν σαν σκοπό την παροχή ενός βιώσιμου συστήματος υγείας το οποίο θα καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών στα θέματα της υγείας.

Για να ανταποκριθεί στις κοινωνικές αυτές ανάγκες που πρόεκυψαν αναζητήθηκαν νέα μοντέλα τα οποία αφορούσαν την συνένωση των κοινωνικών και οικονομικών σχέσεων στον τομέα της υγείας.

Η Π.Φ.Υ αποτέλεσε το πρωταρχικό σημείο στις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις. Η Π.Φ.Υ αποτελεί την πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα υγείας.

Όπως αναφέρει ο ΠΟΥ η ΠΦΥ είναι η ουσιαστική φροντίδα που πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες. Αποτελεί τον πυλώνα κάθε σύγχρονου συστήματος υγείας και αυτό γιατί αγκαλιάζει όλο το φάσμα της προσφοράς υπηρεσιών υγείας από την πρόληψη μέχρι την αποκατάσταση.

Οι κρατικοί και ιδιωτικοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, ανταποκρινόμενοι στην ανάγκη της ικανοποίησης των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών αναπτύσσουν τα σύγχρονα συστήματα Διοίκησης όπως η Διοίκηση ολικής Ποιότητας, με σκοπό την συνεχή βελτίωση, εφαρμόζοντας τα πρότυπα αξιολόγησης και Αυτοαξιολόγησης, Η Διοίκηση Ολικής ποιότητας στην ΠΦΥ επισημαίνει μέσω της έρευνας και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων τα υπάρχοντα προβλήματα και τα επιλύει για την βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και των εργαζομένων.

Παρ' όλες τις προσπάθειες που έχουν γίνει έχει ακόμα την ανάγκη βελτιωτικών κινήσεων.

-150-

Από τις έρευνες που έγιναν παρατηρούμε ότι ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με (α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος, (γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Η ικανοποίηση του ασθενούς εξαρτάται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η

διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά λαμβάνει. Ανάλογα, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη.

Η ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Αυτό που παρατηρείται είναι οι ασθενείς δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό, τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ή η καλή ή κακή άποψη έχει να κάνει με την σχέση του είχε είτε με τον γιατρό είτε με τον νοσηλευτή.

Από τις παραπάνω έρευνες παρατηρήθηκε ακόμα ότι λιγότερο ικανοποιημένοι μένουν από τις Διοικητικές υπηρεσίες. Οι λίστα είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, καθώς επίσης και ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός όπου χρειάζεται βελτιωτικές κινήσεις.

ΞΕΝΗΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ABEL-SMITH, B., J. CALLTORP, M. DIXON, A. DUNNING, R. EVANS, W. HOLLAND, B. JARMAN AND E. MOSSIALOS, Report on the Greek Health Services, εκδ. Pharmetrica S.A., Athens 1994

- AL-ASSAF AF. International health care and the management of quality. In: Schmele JA (ed) Quality management in nursing and healthcare. Delmar Publishers, Albany, New York, 1996)
- AL-ASSAF AF, SHEIKH M. Quality improvement in primary health care. A practical guide. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2004
- ANTONOVSKY, 1979, 1987, βλ.: Scriven, 2010, p. 6).
- ANDERSON, M.R. (1995). Patient Empowrment and the traditional Medical Model. A case of irriconcilable differences? Health Promotion International, 11(1): 11-18. P.
- ARAH OA, KLAZINGA NS, DELNOIJ DM, TEN ASBROEK AH, CUSTERS T. Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. Int J Qual Health Care 2003, 15:377–398)
- ARMESTO R., ABADIA M, DURAN A., HERNANDEZ C., BERNAL C., Health Systems in transition, WHO 2010
- AZZOPARDI N., BUTTIGIEG M., CALLEJA N., MERKUR S., Health Systems in Transition: Malta, WHO 2016
- ARMESTO R., ABADIA M, DURAN A., HERNANDEZ C., BERNAL C., Health Systems in transition, WHO 2010
- Association of Community Health Councils for England and Wales (1997). CHCs making a difference. Health News Briefing.
- BERTHET F., Health Systems in Transition: Luxemburg, WHO 2015
- BEVERIDGE W., Social Insurance and Allied Service, Beveridge Report, London (Majesty’s Stationery Office)1942,
- BORRILL, C.S., CARLETTA, J., DAWSON, J., GARROD, S., REES, A., WEST, M., RICHARDS, A. & SHAPIRO, D. (2001). The effectiveness of health care teams in the National Health Service. Birmingham: University of Aston
- BUSSE R., BLUMEL M., Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies, 2014
- BOYLE S., United Kingdom Health System Review, European Observatory on Health Systems and policies, 2011.

- BRYSON, J. (2004) —Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations| pp. 6-7, 113, 125-127, 140-143 Jossey-Bass.
 - CHOKSHI D, COHEN L. Progress in Primary Care-From Alma-Ata to Astana. Jama 2018 20;320(19):1965-1966
 - CHEVREUL K., BERG K., DURAND I., HERNANDEZ C., Health Systems in Transition: France, WHO 2010
 - COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 2001.
 - DAVIDL. GOETSCHSTANLEYB. DAVIS εκδόσεις Τζιολας2013Διαχείριση Ποιότητας και Οργανωσιακή Αριστεία
 - DAMON,J.,2016. The socio-economic impact of social security. ISSA (International Social Security Association).p.1-36.
 - DIMOVA A., ROBOVA M., MOUTAFOVA E., ATANASOVA E., KOEVA S., PANTELI D., GINNEKEN E., Health Systems in Transition: Bulgaria, WHO 2012
 - DIONNE KRINGOS, WIENKE BOERMA, YANN BOURGUEIL, THOMAS CARTIER, TONI DEDEU, TORALF HASVOLD, ALLEN HUTCHINSON, MARGUS LEMBER, MAREK OLESZCZYK, DANICA ROTAR PAVLIC, IGOR SVAB, PAOLO TEDESCHI, STEFAN WILM, ANDREW WILSON, ADAM WINDAK, JOUKE VAN DER ZEE AND PETER GROENEWEGEN The strength of primary care in Europe: an international comparative study 2013
 - DIONNE S. KRINGOS, WRINGOS BOERMA, JOUKE VAN DER ZEE, AND PETER FROENEWEGR Eurpe'sstong primary care systems are linked to better population health but also to health speading 2013
 - DIONNE S KRIGOS, WIENKE GW BOERMA ERNSR SPAAN& MARTINA PELLNYA snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey 2011
- 153-
- DOWNIE R.S., TANNAHIL C., TANNAHIL A., Health promotion: models and values, εκδ. Oxford University press, Oxford 1996
 - DOWNIE, R/S., TANNAHILL, C. &TANNAHILL A. (1991) (2nded.). Health promotion: models and values. Oxford: Oxford Medical Publications

- DRAPER P., GRIFFITHS J., DENNIS J., POPAY J., Three types of health education, British Medical Journal, 1980
- EVANS, J., & LINDSAY, W. (2008). The Management and Control of Quality, 7th. USA: Thomson, South Western
- Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. USSR1978. Feiger, S. & Schmitt, M. (1979). Collegiality in interdisciplinary health teams: Its measurement and its effects. Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, 13, pp. 217-229.
- GERKEMS S., MERKUR S., Health Systems in Transition: Belgium, WHO, 2010
- GODAGER G, IVERSENT, ALBERT M., Competition, Gatekeeping, and Health Care Access, Working paper, HERO On line Working Paper Series, 2012
- GREEN & TONES (2010, pp. 14-15. Scriven (2010, pp. 6-7) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 2001
- GAÁL P., SZIGETI S., CSERE M., GASKINS M., PANTELI D., Health Systems in Transition: Hungary, WHO 2011
- HARTMANN G. Quality management in radiotherapy. In: Schlegel W, Bortfeld T, Grosu AL (eds) New technologies in radiation oncology. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2006
- HASLER, J. (1994). The primary health care team. London: Royal Society of Medicine Press.
- IFANTI, A.A., ARGYRIOU, A. A. & KALOFONOS, P. H. (2011). Health Promotion Education Politics and Schooling: The Greek Case. Educational Research and Review, 6(10) 671-678)
- FERRE F., DE BELVIS A., VALERIO L., LONGHI S., LAZARE A., FATORE G., RICARDI W., MARESSO A., Health in transition: Italy, WHO 2014
- FEIGER, S. & SCHMITT, M. (1979). Collegiality in interdisciplinary health teams: Its measurement and its effects. Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, 13, pp. 217-229

- HEIZER, J., & RENDER, B. (2008). Principles of Operations Management Pearson Prentice–Hall Upper Saddle River New Jersey.
- Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001
- KOTLER, P. (2003). Marketing Management. Eleventh Edition. New Jersey
- LAI T., HABICHT T., KAHUR K., REINAP M., KIIVET R., VAN GINNEKEN M., Health Systems in Transition: Estonia, WHO 2013
- LIONIS C., SYMVOULAKIS E., MARKAKI A., VARDAVAS C., PAPADAKI M., DANIILIDOU N., SOULIOTIS K., KYRIOPOULOS I., Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 30 July 2009
- LAI T., HABICHT T., KAHUR K., REINAP M., KIIVET R., VAN GINNEKEN M., Health Systems in Transition: Estonia, WHO 2013
- MARSH, G.N. (1991). Caring for larger lists. British Medical Journal, 303, pp. 1312-1316
- MELCHER, B. H. and KERZNER, H., 1988, Strategic Planning: Development and Implementation, Blue Ridge Summit, P.A.: TAB Books
- MURAUŠKIENE L., JANONIENE M., VENIUTE M., VAN GINNEKEN E., KARANIKOLOS M., Health Systems in Transition: Lithuania, WHO 2013
- NAIDOO J., WILLS J., Health promotion. Foundations for practice, εκδ. Bailiere Tindall, Λονδίνο 1994
- PANTELI D., SAGAN A., BUSSE R., Health Systems in Transition: Poland, WHO 2011
- MCDAID D., WILLEY M., MARESCO A., MOSSIALOS E., Health Systems in Transition: Ireland, WHO 2009
- MITCHELL, P., WYNIA, M., GOLDEN, R., MCNELLIS, B., OKUN, S., WEBB, C.E., ROHRBACH, V. & VON KOHORN, I. (2012). Core principles & values of effective team-based health care. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC
- MITENBERGS U., TAUBE M., MISINS J., MIKITIS E., MARTINSONS A., RURANE A., QUENTIN A., Health Systems in Transition: Latvia, WHO 2013

- O'DONOHUE W, MARAGAKIS A. The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary and Behavioral Care: Role in Medical Homes and Chronic Disease Management. Springer; 2015.
- OLEJAZ M., NIELEN A., RUDKJØBING A., BIRK H., KRASNIK A., HERNÁNDEZ C., Health Systems in Transition: Denmark, WHO 2012
- RINGARD A., SAGAN A., SAUNES I., LINDAHL A., Health systems in transition: Norway, WHO 2013
- RUBENSTEIN, L., JOSEPHSON, K., WIELAND, G. et al. (1984). Evaluation of a geriatric evaluation unit. The New England Journal of Medicine, 311, pp. 1664-1670.
- SIMOES J., AUGUSTO G., FRONTEIRA I., HERNANDEZ C., Health Systems in Transition: Portugal, WHO 2017
- SKUDAL K., Common weath Fund 2010: results from a comparative survey among citizens in 11 countries, Oslo, Nationalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010
- SMATANA M., PAŽITNÝ P., KANDILAKI D., LAKTIŠOVÁ M., SEDLÁKOVÁ D., PALUŠKOVÁ M., SPRANGER A., Health Systems in Transition: Slovakia, WHO 2016
- SMITH R.W., More support for practice oriented education, New England Journal of medicine, 1979.
- SCHÄFFER W., KRONEMAN M., BOERMA W., WESTERT G., GINNEKEN W., Netherlands Report, European Observatory on health systems and policies 2010
- THEODOROU M., CHARALAMBUS C., PETROU C., CYLUS J., Health Systems in transition: Cyprus, WHO 2015
- ZWARENSTEIN, M., GOLDMAN, J. & REEVES, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Systematic Reviews, 8(3), CD000072.
- VLADESCU C., SCÎNTEE G., OLSAVSZKY V., HERNÁNDEZ-QUEVEDO C., SAGAN A., health systems in transition: romania, WHO 2016
- VUORENKOSKI L., Health systems in transition: Finland, WHO 2008
- WAGNER, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease. British Medical Journal, 320, pp. 569- 572.

- WECKENMANN, A AKKASOGLU, G. and Werner, T (2015)Quality management-history and trends. The TQM Journal, 27(3), pp 281-293.
- WHO, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- WHO (1984) Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles. Copenhagen: WHO. p.29) και 412)
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO. p1
- WHO, Country Health Profile: Denmark , WHO 2017
- WHO , The world health report 2000. Health systems: improving performance, Geneva 2000
- WHO, Country Health Profile: Austria, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Czech Republic, WHO 2017

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΔΑΜΑΝΤΙΔΟΥ Τ. Παράγοντες που προσδιορίζουν PERIOPERATIVE NURSING (2015), VOLUME 4, ISSUE 3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.2015;4(3) | 119 την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, Επιθεώρηση Υγείας. 2004: 29-31
 - ΑΜΑCONEQΙΑ.Ε Οι Αρχές Της Ποιότητας στον χώρο της Υγείας Αθήνα 2006
 - ΒΡΑΧΑΤΗΣ Δ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές.Νοσηλευτική2012;51(1):10-17.
 - ΓΕΩΡΓΑΚΗ Σ. ΔΩΡΑ, ΚΟΥΡΟΥΠΗ Α. ΚΑΤΕΡΙΝΑ, ΠΟΛΙΤΗΣ Ν. ΣΤΑΥΡΟΣ, ΡΕΚΚΑΣ Μ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Διαχείριση Ολικής Ποιότητας Εκδόσεις Σιδέρης Ι. 2010
 - ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Ε., ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ Α., ΔΡΙΖΗ Λ., ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας υγείας, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 19941
 - ΓΙΩΡΓΟΣ Χ. ΜΠΑΛΤΟΣ, ΙΩΑΝΝΗΣ Γ. ΒΙΔΑΚΗΣ. Έκδοσης Σταμούλη Σεπτέμβριος 2014 Διαχείριση και διασφάλιση ποιότητας πρότυπα πιστοποίησης
 - ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας Εκδόσεις Παπαζήση Αθήνα 2014
 - ΓΟΥΛΑ Α. ΛΑΤΣΟΥ Δ. ΝΑΤΣΗΣ Χ. ΣΑΡΡΗΣ Μ. ΣΟΥΛΗΣ Σ. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2019, 36(1):88-95
 - ΓΟΥΛΑ Α. ΣΑΡΡΗΣ Μ. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν. ΒΟΥΡΛΙΩΤΟΥ Κ. ΝΙΚΟΛΑΔΟΣ Ι. Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2017, 34(1):49-57
 - ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ, Κ. (2005), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη ΑΕΒΕ
- 158-
- ΔΕΚΛΕΡΗΣ, Μ., 1989, Συστηματική Θεωρία, Αθήνα-Κομοτηνή, Εκδόσεις Σάκκουλα

- ΔΗΜΗΤΡΑΚΑΚΗ, Χ. & ΤΟΥΝΤΑΣ, Γ., 2013. Κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στη σημερινή Ευρώπη : Πηγές δεδομένων, αποτελέσματα της ερευνητικής δραστηριότητας και προτεραιότητες της πολιτικής. Στο Χ. Οικονόμου, επιμ. Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισότιμες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. σ.79-102.
- ΔΙΚΑΙΟΣ Κ., ΚΟΥΤΟΥΖΗΣ Μ., ΠΟΛΥΖΟΣ Ν., ΣΙΓΑΛΑΣ Ι., ΧΛΕΤΣΟΣ Μ., Πολιτική Υγείας/ Κοινωνική πολιτική, εκδ. ΕΑΠ , Πάτρα 1999
- ΔΙΚΑΙΟΣ, Κ., 1999. Πολιτική υγείας. Στο Δ. Αγραφιώτης, επιμ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Τόμος Β. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σ.17-96.
- ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ Γ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΛΑΓΓΑΣ Δ, ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Τ. Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο; 2002.
- ΔΩΡΑ ΓΕΩΡΓΑΚΗ, ΣΤΑΥΡΟΣ ΠΟΛΙΤΗΣ, ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΟΥΤΟΥΠΗ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΕΚΚΑΣ Εκδόσεις Σιδέρης 2010 Διαχείριση Ολικής Ποιότητας
- ΈΛΛΗΝΑΣ, Δ., 2013. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας.. Αρθρογραφία, τεύχος 48 τόμος ΙΘ, Ι.Θ.(48), pp. 17-23
- Εφημερίς της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις. Τεύχος πρώτο, Νομός υπ' αριθμών. 3172, Αρ. Φύλλου 197, 2003
- Εφημερίς της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τεύχος πρώτο, Νόμος υπ' αριθ. 3235, Αρ. Φύλλου 53, 2004
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΜΗΤΡΟΣΥΛΗ Μ. Υπηρεσίες υγείας/ Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, Διοικητικές και νομικές διαστάσεις. Τόμος Γ. Πάτρα: ΕΑΠ; 1999.
- ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ., ΜΑΝΤΗ Π., Υγεία και περίθαλψη, εκδόσεις ΕΑΠ, Αθήνα 1999.

- Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογής δημόσιας υγείας σε συνθήκες

- περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2014.
- ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΣΟΥΡΤΖΗ Π. Κοινωνική Νοσηλευτική. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005)
- ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ Ε. (2005): Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη, Τυπωθήτω, Αθήνα)
- ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ Κ., Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε Πρωτοβάθμια Μονάδα Υγείας της Πρέβεζας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2017
- ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1996.
- ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, ΛΥΚΟΥΡΓΟΣ., 2010. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Βήτα
- ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ, Μ., 2002. Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας. Στο Δ. Νιάκας, επιμ. Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σ15-40
- ΜΗΤΡΟΣΥΛΗΜ., ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ, ΕΚΔ. ΕΑΠ, ΠΑΤΡΑ 1999
- ΜΠΕΝΟΣ Α., Ανταγωνισμός ή αλληλεγγύη: η πρόταση της πρωτοβάθμιας υγείας, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1995
- ΜΠΑΛΤΟΣ Χ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΒΙΔΑΚΗΣ Γ. ΙΩΑΝΝΗΣ Διαχείριση και Διασφάλιση Ποιότητας Πρότυπα Πιστοποίησης 2014
- ΜΩΡΑΪΤΗΣ Ε. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΔΔ; 2003
- ΝΙΚΟΛΑΟΣ Π ΜΠΛΕΣΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ: Διοίκηση και έλεγχος της ποιότητας τόμος (2008)
- ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Γ. & ΜΠΙΖΑΣ, Λ., 2013. Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 6(1), σ.12-20.

- ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Β. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. ΣΑΡΡΗΣ Μ. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008 , 25(1) :73-82
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., Τα Οικονομικά της Υγείας –Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα 2005
- ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Β., 2012, Στρατηγική των Επιχειρήσεων Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία, Εκδόσεις Μπένου
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Β., ΣΙΓΑΛΑΣ Ι., Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας, Θεσσαλονίκη 1994
- ΠΑΥΛΙΔΟΥΜ., Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) στην 1η υγειονομική περιφέρεια. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στη μονάδα υγείας Ζωγράφου, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2016
- ΠΕΤΡΕΛΗΣ Μ, ΔΟΜΑΓΕΡ Φ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το βήμα του Ασκληπιού 15(4):365-379 201
- ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. (2008).Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας & Τοπική Κοινωνία. Αθήνα: Παπαζήση
- ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. , Μ. ΣΑΡΡΗΣ, Σ. ΣΟΥΛΗΣ, Α. ΓΟΥΛΑ, Δ. ΛΑΤΣΟΥ, Ι. ΠΑΤΕΡΑΣ, Κ. ΒΟΥΡΛΙΩΤΟΥ, Π. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013.
- ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. ΛΑΤΣΟΥ Δ. ΓΟΥΛΑ Α. ΣΤΑΜΟΥΛΗ Μ. ΔΗΜΑΚΟΥ Σ. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. Ενδεχόμενη μελέτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(5):629-635
- ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ. ΣΑΡΡΗΣ Μ. ΣΟΥΛΗΣ Σ. ΓΟΥΛΑ Α. ΛΑΤΣΟΥ Δ. ΠΑΤΕΡΑΣ Ι. ΒΟΥΡΛΙΩΤΟΥ Κ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΤΟΣ Π. Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(3):316-324

- ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. ΜΠΑΡΤΣΩΚΑΣ Δ. , Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005, 22(3):284-295
- ΣΙΓΑΛΑΣ Ι. , Οργανισμοί και υπηρεσίες Υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
- ΤΣΕΛΕΠΗΧ., Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
- ΣΟΥΡΤΖΗ Π.(1998): Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10(4):179-185.
- Σαρρής Μ (2001): Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, εκδ. Παπαζήση ,Αθήνα)
- ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, ΚΥΡΙΑΚΟΣ., 2013. Αύξηση των δαπανών υγείας και το ελληνικό «παράδοξο» (;) της πολιτικής υγείας. Στο Χ. Οικονόμου, επιμ. Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισότιμες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. σ.125-144
- ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. , (1994), Συμπεράσματα - Προσβλέποντας στην Αναμόρφωση και Σταθεροποίηση του ΕΣΥ . Στο βιβλίο , Μελέτη για το σχεδιάσμά και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας , ΥΥΠΚΑ, Αθήνα
- ΤΑΧΟΣ Α., Ελληνικό διοικητικό δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1993
- ΤΣΙΟΤΡΑΣ, Γ. (2002). Βελτίωση Ποιότητας. Αθήνα : Εκδόσεις
- ΤΣΙΟΤΡΑΣ Κ., (1995) «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας» Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- ΤΟΥΝΤΑΣ Γ.(2000): Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας-Νέα Υγεία, Αθήνα.)
- ΧΛΕΤΣΟΣ, Μ., _ Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και προοπτικές στο Κύκλο διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΟΣ., 2013α. Ανισοτιμίες στην υγεία, Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα. Στο Χ. Οικονόμου, επιμ. Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισότιμες σχέσεις-Χάσματα ευζωίας. Αθήνα: Αλεξάνδρεια. σ.19-55.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Αθήνα (Διόνικος) 2004.
- Διαχείριση και Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας Χρήστος Παρ. Κίτσος Αθήνα 2004

- ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ, Τ., 2002. Τα συστήματα υγείας στο μεταίχμιο : Σκέψεις για τη διοίκηση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στο ξεκίνημα του ΚΑ αιώνα.4^οΠανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο και Επιθεώρηση Υγείας, Κρήτη 24-26 Οκτωβρίου 2002.
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ. κ.ά., 2001. Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

www.idika.gr 24/11/2020(Η.ΔΙ.ΚΑ)

<http://www.edespa-ygeia.gr/el-gr/action-plans/operational-planning-actions-plans#tab-first-lever-health-care> «Σχέδιο Δράσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» 15/11/2020

