



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
&
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ**

“ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΝΕΕΣ ΠΡΟΗΓΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΙΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ”

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ

“Νέες εξελίξεις σε θέματα ποιότητας και αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας”

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Η ΧΡΗΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Σημειώσεις Σεμιναρίου

Δρ Μαρία Καλαφάτη, Ε.Δι.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ 2014



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Η ποιότητα είναι δύσκολο να οριστεί και στην πραγματικότητα αποκτά συγκεκριμένες ιδιότητες μόνο όταν κάποιος προσπαθεί να τη μετρήσει. Παραδοσιακά στο χώρο της υγείας ο ορισμός της ποιότητας βασίζονταν στο ισοζύγιο μεταξύ επιθυμητού και ανεπιθύμητου αποτελέσματος ή στην αύξηση της πιθανότητας ενός θετικού αποτελέσματος και μείωση της πιθανότητας ενός ανεπιθύμητου αποτελέσματος, σύμφωνα με την επικρατούσα ιατρική γνώση. Όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος με τον οποίο η ιατρική και η νοσηλευτική περιγράφονται και οργανώνονται στο συγκεκριμένο χώρο. Η διαφορά των υπηρεσιών υγείας έγκειται στη δυσκολία ορισμού του προϊόντος, στην ποικιλομορφία των ασθενών, στην πολύ-παραγοντική φύση των προβλημάτων, στη διαφορετική εξέλιξη της κατάστασης των ασθενών κτλ. Για αυτό και οι υπηρεσίες υγείας, ύστερα από μια περίοδο αμφισβήτησης, ακολούθησαν με μια χρονική καθυστέρηση. Τα πρώτα τμήματα Διασφάλισης της Ποιότητας στα νοσοκομεία εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1970 στις Η.Π.Α., ενώ η Διοίκηση Ποιότητας εμφανίστηκε λίγο αργότερα, επίσης στις Η.Π.Α., λόγω των αλλαγών στο σύστημα πληρωμής των νοσηλίων (DRG's) που εισήγαγε τον έντονο ανταγωνισμό και την ανάγκη των νοσοκομείων για επιβίωση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΠΛΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

- Εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής για την υγεία σε συνδυασμό με προσπάθεια περιφερειακής ανάπτυξης
- Εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών και ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας
- Θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας

Ο Στόχος 31 του **WHO, (1980) στην εφαρμογή του «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΕΩΣ ΤΟ 2000»** αναφέρει ότι όλα τα κράτη μέλη θα ΕΠΡΕΠΕ στο πλαίσιο των υγειονομικών τους συστημάτων να είχαν εγκαταστήσει μέχρι το 1999, αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων υγείας

ΠΡΟΣΔΟΚΙΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης σε όλους
- Αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας
- Ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής νέων τεχνολογιών με κριτήριο την αποτελεσματικότητα

Για να επιτευχθεί **ΠΕΡΙΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ** θα πρέπει να γίνει με: Αλλαγή των αντιλήψεων περί ΗΘΙΚΗΣ, από τις πιέσεις ασθενών για την εξασφάλιση ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας την αλλαγή της συμπεριφοράς όσων την παρέχουν αλλά και τη Συμμετοχή του χρήστη-καταναλωτή στο κόστος. Επίσης πρέπει να υπάρχει

έλεγχος και περιορισμός του φάσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιβολή ορίων στον προϋπολογισμό μέρους ή του συνόλου των υπηρεσιών, έλεγχος στην απόκτηση εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας, εισαγωγή θετικής και αρνητικής λίστας φαρμάκων, κ.λπ

Οικονομική της υγείας: Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η έκρηξη των δαπανών υγείας και η σπανιότητα των πόρων που απορροφά ο υγειονομικός τομέας, χωρίς την παράλληλη αύξηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνες των συστημάτων υγείας, οδήγησε στην ανάπτυξη ενός νέου επιστημονικού κλάδου των οικονομικών, της οικονομικής της υγείας. **Η οικονομική της υγείας ορίζεται ως** (Pearson, 2002) : η μελέτη του τρόπου κατανομής σπάνιων πόρων μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση της ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας. Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει ακόμη, τον τρόπο δράσης της φροντίδας υγείας και των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία, το κόστος και τα οφέλη, αλλά και την υγεία την ίδια όσον αφορά τον τρόπο διανομής της μεταξύ ατόμων και ομάδων στα πλαίσια μιας κοινωνίας

Δαπάνη υγείας: Η διαχρονική αύξηση τόσο της δαπάνης υγείας συνολικά όσο και των επί μέρους συνθετικών της (νοσοκομειακή, φαρμακευτική δαπάνη) με ρυθμούς υψηλότερους αυτού του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), συγκέντρωσε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας. Η αύξηση της δαπάνης υγείας που σημειώθηκε στο παρελθόν στις αναπτυγμένες χώρες επηρεάστηκε τόσο από τη δημογραφική γήρανση, το διαθέσιμο εισόδημα, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αλλά και από τις σχετικές τιμές των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας, καθώς και την τεχνολογική αλλαγή.

Οι Πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης θεωρούν ως επιτακτική ανάγκη την αποτελεσματικότερη λειτουργία και την περιστολή των δαπανών. Εστιάζουν σε: Μηχανισμούς χρηματοδότησης, στην Υποδομή, στην Ποιότητα και στην Πρόσβαση. Όμως έχουν να αντιμετωπίσουν τους Ανεπαρκείς πόρους αλλά και τα Διαρκώς αυξανόμενα έξοδα

Ένα σύστημα υγείας, μπορεί να εξεταστεί ως:

- **μακροοικονομική μονάδα**, ως το σύστημα υγείας μιας χώρας με τις συνολικές δαπάνες υγείας αλλά και
- **μικροοικονομική μονάδα** δηλαδή ως μονάδα παραγωγής και διανομής υγείας όπως συμβαίνει στα πλαίσια δράσης ενός νοσοκομείου

Βασική θέση κατέχουν οι έννοιες:

- Αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας
- Ισότητα των συστημάτων υγείας αλλά και των μονάδων παραγωγής και
- Διανομή των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τον Pareto η κατανομή των πόρων είναι άριστη όταν είναι δυνατόν να αλλάξουμε την κατανομή τους χωρίς όμως να καλυτερεύσει ή να χειροτερεύσει η θέση κάποιου άλλου ανθρώπου (OHE, 2002). Στον χώρο της υγείας θεωρείται ότι η οικονομική αποδοτικότητα επιτυγχάνεται, όταν οι πόροι κατανέμονται μεταξύ δραστηριοτήτων με τέτοιο τρόπο που το όφελος μεγιστοποιείται

«το όφελος που αποκομίζεται από την επιλογή Χ που κάνουμε είναι τέτοιο που αξίζει να θυσιάσουμε μια άλλη επιλογή Ψ» (Brazier, 2002)

Δαπάνες υγείας. Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. **Είναι σημαντικό να μετρούνται τόσο οι οικονομικές δραστηριότητες ανάλογα με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας** (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Υπάρχουν δύο επίπεδα αποδοτικότητας:

- η **«λειτουργική αποδοτικότητα»** που αφορά την επιλογή μεταξύ διαφορετικών μέσων για την επίτευξη του ίδιου αποτελέσματος, και μπορεί κατά συνέπεια να θεωρηθεί ως η αναζήτηση για αριστοποίηση του αποτελέσματος δεδομένου του επιπέδου των πόρων ή ελαχιστοποίησης του κόστους για ένα δεδομένο αποτέλεσμα
- η **«κατανεμητική αποδοτικότητα»** που αφορά στη διαμόρφωση ενός συστήματος αξιών, που υποδεικνύει σε μεγάλο βαθμό και τον τρόπο ιεράρχησης των υγειονομικών αναγκών

Η λειτουργική αποδοτικότητα ρωτάει: «Ας θεωρήσουμε δεδομένο ότι αξίζει να δράσουμε για ένα θέμα, ποιός είναι ο καλύτερος τρόπος να δράσουμε;»

Η «κατανεμητική αποδοτικότητα» αναρωτιέται: «Αξίζει να δράσουμε;»

Κατηγορίες δαπανών υγείας

- Ιατρικές Δαπάνες, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες
- Νοσοκομειακές Δαπάνες που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α
- Φαρμακευτικές Δαπάνες, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά.
- σχολική ιατρική,
- υγειονομικές υπηρεσίες στρατού,
- ιατρική της εργασίας,
- κατάρτιση,
- πρόληψη,
- έρευνα
- λειτουργικές δαπάνες

Το συνολικό ποσό δαπανών υγείας ενός κράτους είναι το άθροισμα της ιδιωτικής & δημόσιας κατανάλωσης και των δημοσίων & ιδιωτικών επενδύσεων.

- Η **δημόσια κατανάλωση** αναφέρεται στα έξοδα του συστήματος υγείας που καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους
- Η **ιδιωτική κατανάλωση** αφορά τα ίδια έξοδα και τη συμμετοχή στο κόστος από την πλευρά των καταναλωτών-νοικοκυριών (Σούλης, 1998)

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών σημειώθηκαν τρεις κυρίαρχες τάσεις όσον αφορά στις εξελίξεις στην υγεία και τα συστήματα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο:

- Η ραγδαία βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης,
- η ανάδειξη διαφορετικών σε σχέση με το παρελθόν παραγόντων κινδύνου για την υγεία και
- η συνεχής αύξηση της δαπάνης υγείας.

Το Προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση για το σύνολο του πληθυσμού στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ το 2009 ήταν 79,5 έτη, ενώ το 1960 ήταν κατά 11,2 έτη μικρότερο (OECD, 2011)

Αυξητική τάση δαπάνης υγείας. Η εξέλιξη της δαπάνης υγείας διαχρονικά παρουσίασε αυξητική τάση παρά την ύπαρξη περιόδων ύφεσης. Ο Μέσος Ετήσιος Ρυθμός Αύξησης (ΜΕΡΑ) της δαπάνης υγείας (χωρίς να συνυπολογίζεται η φαρμακευτική δαπάνη) σε πραγματικές (αποπληθωρισμένες) τιμές στο σύνολο των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ το διάστημα 1980–2005 ήταν 4,1%, ενώ ο ρυθμός αύξησης μόνο της φαρμακευτικής δαπάνης ανερχόταν στο 5,0% (ΟΟΣΑ, 2008). Το διάστημα 2000–2009 υπήρξε μια περίοδος κατά την οποία ο ΜΕΡΑ της δαπάνης υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 4,8%, υψηλότερος από το ΜΕΡΑ του ΑΕΠ. Το 2010 είναι το έτος κατά το οποίο η μέση κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στον ΟΟΣΑ παύει να αυξάνεται, ως αποτέλεσμα των μέτρων που έχουν ληφθεί σε αρκετές χώρες προς την κατεύθυνση της συγκράτησης ή και της μείωσης της δημόσιας δαπάνης υγείας (Morgan et al, 2013). Η δαπάνη υγείας σημείωσε μικρότερη αύξηση το διάστημα 2009–2010 σε σχέση με τα προηγούμενα έτη σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. Το 2010, η συνολική δαπάνη υγείας αντιστοιχούσε κατά μέσον όρο, στις χώρες της Ευρώπης, στο 9% του ΑΕΠ.4 Το μεγαλύτερο ποσοστό (75%) της εν λόγω δαπάνης καλύπτεται από δημόσιους πόρους (OECD, 2012)

Το καλό επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού συνδέεται αιτιακά με το ύψος των δαπανών υγείας; Αν δηλαδή ένα κράτος διαθέσει περισσότερα χρήματα στην υγεία θα εξασφαλίσει καλύτερο status υγείας για τον πληθυσμό του;

Πως γίνεται όμως σε «φτωχές» χώρες να έχει αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης μέσα στα τελευταία είκοσι χρόνια αν και οι δημόσιες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή είναι μικρότερες από αυτές των ανεπτυγμένων χωρών;

Γενικά γίνεται αποδεκτό ότι: οι οικονομικά εύρωστες χώρες είναι υγιέστερες καθώς διαθέτουν πολλά χρήματα για υγειονομική φροντίδα. Στην κατάσταση υγείας όμως του πληθυσμού επιδρούν θετικά ή αρνητικά παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η διατροφή και η εφαρμογή υγειονομικών μέτρων, πολιτικών και παρεμβάσεων

Ποιοι τελικά είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας;

- Καταναλωτικό πρότυπο στροφή της ζήτησης για ποιοτική παροχή υπηρεσιών (ο πολίτης είναι βασικός χρηματοδότης και αγοραστής)
- Αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου (χρόνιες ασθένειες και νοσήματα που απαιτούν μακροχρόνια περίθαλψη)
- Εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλειας
- Δημογραφικός παράγοντας (Γήρανση πληθυσμού)
- Βιοϊατρική Τεχνολογία (κριτήριο ανταγωνισμού στη ν τιμή, ανταγωνισμού στη τεχνολογία, μεγιστοποίησης της χρησιμότητα)
- Επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες υγείας
- Η παγκοσμιοποίηση και οι επιπτώσεις από τη διάχυτη και ελεύθερη διακίνηση πληροφοριών και πληθυσμών, ιδιαίτερα στην Ευρώπη.
- Οι νέες μορφές εργασίας και τα νέα οικονομικά δεδομένα που είναι διαφορετικά σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες,
- Οι ευέλικτες μορφές εργασίας,
- Οι αλλαγές στην κοινωνική δομή (μονογονεϊκή οικογένεια και εργαζόμενη μητέρα), και
- Οι όλο και αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών σε ότι αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης.

Είναι η νοσηλευτική μια υπηρεσία συνεισφέρει στον οικονομικό σχεδιασμό. Οι προϋπολογισμοί για τη νοσηλευτική περίθαλψη αποτελούν συνήθως το μεγαλύτερο τμήμα των συνολικών δαπανών των φορέων υγειονομικής περίθαλψης. Ο οικονομικός σχεδιασμός δεν είναι διαισθητικός, είναι μια δεξιότητα που διδάσκεται και βελτιώνεται με την πρακτική. Απαιτεί όραμα, δημιουργικότητα, γνώση των πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών δυνάμεων που διαμορφώνουν και επιβάλλεται να αποδίδει οικονομικό σχεδιασμό. Είναι πιο περίπλοκος ό ρόλος των νοσηλευτών προϊστάμενων σήμερα λόγω του διπλού στόχου συγκράτησης του κόστους και παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, τα οποία συνήθως δεν έχουν γραμμική σχέση.

Η συγκράτηση του κόστους (cost containment) αναφέρεται στην αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών η οποία οδηγεί σε έσοδα απαραίτητα για τη συνέχιση της παραγωγικότητας του οργανισμού και τη βιωσιμότητα των περισσότερων οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από την ικανότητά των στελεχών να χρησιμοποιούν τους οικονομικούς πόρους τους κατά τρόπο συνετό.

Ο όρος Οικονομικά αποδοτικός (cost-effective) δεν ταυτίζεται με τον όρο φθηνός.

Σύμφωνα με το American Heritage Dictionary of the English Language, (2005) περιλαμβάνει την έννοια του οικονομικού αναφορικά με τα αγαθά ή τις υπηρεσίες που ελήφθησαν σε σχέση με τα χρήματα που ξοδεύτηκαν, γεγονός που σημαίνει ότι το προϊόν αξίζει την τιμή του. Λαμβάνεται υπόψη η προσδοκώμενη διάρκεια της υπηρεσίας, η ανάγκη για αυτού του είδους υπηρεσία, καθώς και η ύπαρξη άλλων εναλλακτικών

Το κόστος δεν εξισώνεται πάντοτε με την ποιότητα, στην υγειονομική περίθαλψη

Σύμφωνα με τον O'Kane (2006) «το να δαπανά κάποιος μεγαλύτερα ποσά δεν σημαίνει απαραίτητως ότι λαμβάνει περίθαλψη υψηλότερης ποιότητας. Στην πραγματικότητα η μεγαλύτερη δαπάνη χρημάτων συχνά μπορεί να σημαίνει ότι αγοράζονται υπηρεσίες περίθαλψης που δεν είναι απαραίτητες και οι οποίες αφ' ενός δεν έχουν αξία, αφ' ετέρου εκθέτουν τον ασθενή σε κίνδυνο και καταναλώνουν πολύτιμο χρόνο, πόρους και χρήματα, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν πιο αποτελεσματικά»

Καταλογισμός ευθυνών και πρόβλεψη. Σύμφωνα με τον καταλογισμό των ευθυνών (responsibility accountability), τα έσοδα, οι δαπάνες, το ενεργητικό και το παθητικό ενός οργανισμού εμπίπτουν στην ευθύνη κάποιου. Η διαδικασία της πρόβλεψης (forecasting) περιλαμβάνει μία εμπειριστατωμένη εκτίμηση του προϋπολογισμού βάσει δεδομένων.

Ποιος έχει την ευθύνη στις υγειονομικές μονάδες;

Ο Προϊστάμενος πρέπει:

- να συμμετέχει ενεργά στην κατάρτιση του προϋπολογισμού της μονάδας,
- να έχει τον υψηλό επίπεδο ελέγχου στο περιεχόμενο του προϋπολογισμού,
- να λαμβάνει τακτικές αναφορές στοιχείων όπου θα γίνεται σύγκριση μεταξύ των πραγματικών και των προβλεπόμενων δαπανών και
- να θεωρείται υπεύθυνος για τα οικονομικά αποτελέσματα της λειτουργικής μονάδας
- να παρακολουθεί και να αξιολογεί όλες τις πλευρές ελέγχου του προϋπολογισμού μιας μονάδας
- να κοινοποιήσει τους στόχους του, υπό κατάρτιση, προϋπολογισμού στο προσωπικό του

Βασικές αρχές προϋπολογισμού

- Προϋπολογισμός (budget) είναι ένα οικονομικό σχέδιο το οποίο υπολογίζει τις δαπάνες και τα έσοδα για μία προκαθορισμένη μελλοντική χρονική περίοδο (About Inc., 2006). Περιλαμβάνει τις προβλεπόμενες δαπάνες καθώς και τα εισοδήματα για μια χρονική περίοδο.

Η αξία του προϋπολογισμού είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ακρίβεια του. Όσο πιο ακριβές είναι το προσχέδιο του προϋπολογισμού, τόσο καλύτερα μπορεί το ίδρυμα να προγραμματίσει την πλέον αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων του. Η σύνταξη του προϋπολογισμού είναι μια δυναμική διαδικασία. Αποτελεί πρόβλεψη, σχέδιο και όχι κανόνα και απαιτεί ευελιξία, διαρκή αξιολόγηση και αναθεώρηση. Σύμφωνα με τον Barr (2005) η σύνταξη του προϋπολογισμού πρέπει να αντιμετωπίζεται ως συνεχιζόμενη διαδικασία και όχι ως ετήσια άσκηση, καθώς η διαδικασία είναι δυναμική.

Στον προϋπολογισμό, τα έξοδα ταξινομούνται ως:

- σταθερά ή μεταβλητά (*fixed or variable*)
 - *Σταθερά έξοδα (Fixed costs):* Το κόστος που δεν μεταβάλλεται ανάλογα με τον όγκο εργασιών. Παράδειγμα σταθερού κόστους είναι οι πληρωμές υποθηκών ή δανείων

- *Μεταβλητά έξοδα (Variable Costs)*: Το κόστος το οποίο μεταβάλλεται ανάλογα με τον όγκο εργασιών, π.χ. το κόστος μισθοδοσίας
- *ελεγχόμενα ή μη ελεγχόμενα (controllable or non controllable)*
 - *Ελεγχόμενα έξοδα (controllable costs)*: μπορούν να ελεγχθούν ή να τροποποιηθούν από το διευθυντή π.χ. αριθμό και τη σύνθεση του προσωπικού που εργάζεται σε μία ορισμένη βάρδια
 - *Μη ελεγχόμενα έξοδα (non controllable)*: δεν μπορούν να ελεγχθούν ή να τροποποιηθούν από το διευθυντή π.χ. απόσβεση του εξοπλισμού, τον αριθμό και τον τύπο προμηθειών που χρειάζονται οι ασθενείς ή τις υπερωρίες που προκύπτουν σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης
- *Άμεσο Κόστος (Direct Costs)*: Το κόστος που μπορεί να αποδοθεί σε συγκεκριμένη πηγή, όπως φάρμακα ή θεραπείες. Το κόστος συγκεκριμένων αγαθών ή υπηρεσιών που αναγνωρίζεται με σαφήνεια.
- *Έμμεσο Κόστος (Indirect Costs)*: Το κόστος που δεν μπορεί να αποδοθεί άμεσα σε έναν συγκεκριμένο τομέα. Πρόκειται για κόστος το οποίο συνήθως μοιράζεται μεταξύ διαφορετικών τμημάτων. Οι υπηρεσίες καθαριότητας θεωρούνται έμμεσο κόστος.
- *Συνολικό Κόστος (Full Costs)*: Το άθροισμα του άμεσου και έμμεσου κόστους.

Τα βήματα στη διαδικασία του προϋπολογισμού:

- Η αξιολόγηση των αναγκών που πρέπει να καλυφθούν μέσω του προϋπολογισμού
- Η ανάπτυξη ενός σχεδίου π.χ. *προϋπολογισμός οικονομικού έτους (fiscal year budget)*
- Η εφαρμογή. Θα πρέπει να υπάρχει διαρκής παρακολούθηση και ανάλυση, προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση ανεπαρκών ή πλεοναζόντων κεφαλαίων στο τέλος του οικονομικού έτους
- Η αξιολόγηση. Θα πρέπει να επανεξετάζεται ανά τακτά διαστήματα και να τροποποιείται, όπως απαιτείται, καθ' όλη τη διάρκεια του οικονομικού έτους

Είδη προϋπολογισμών. Οι τρεις κύριοι τύποι προϋπολογισμού στους οποίους ο προϊστάμενος συμμετέχει άμεσα, στο πλαίσιο του οικονομικού σχεδιασμού είναι ο Προϋπολογισμοί προσωπικού, ο Προϋπολογισμοί λειτουργίας και ο Προϋπολογισμοί κεφαλαίου

Προϋπολογισμοί προσωπικού. Η μεγαλύτερη δαπάνη του προϋπολογισμού είναι ο *προϋπολογισμός εργατικού δυναμικού ή προσωπικού (personnel budget)*, διότι η υγειονομική φροντίδα είναι εντάσεως εργασίας (*labour intensive*). Προκειμένου να διαχειριστούν τις διακυμάνσεις στον αριθμό και τη βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών, θα πρέπει να χρησιμοποιούν, κατά την πρόβλεψη των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αναγκών σε προσωπικό, ιστορικά δεδομένα σχετικά με τις διακυμάνσεις του αριθμού ασθενών στη μονάδα τους. Περιλαμβάνει τον αριθμό των απασχολούμενων ατόμων, τη σύνθεση του προσωπικού που αναφέρεται στα ποσοστά των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλεύτη, οι οποίοι απασχολούνται για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, τον πραγματικό χρόνο (*actual worked*) *εργασίας* που είναι επίσης γνωστός και ως *παραγωγικός χρόνος (productive time- ή μισθολογική*

δαπάνη-*salary expense*) και το χρόνο κατά τον οποίο ο υπάλληλος δεν εργάζεται αλλά πληρώνεται από τον οργανισμό (*μη παραγωγικός ή επιδοτούμενος χρόνος-non productive or benefit time*)

Προϋπολογισμός Λειτουργίας. Ο προϋπολογισμός λειτουργίας (*operating budget*) περιλαμβάνει τα έξοδα τα οποία μεταβάλλονται ανάλογα με τον όγκο των εργασιών, όπως είναι το κόστος του ηλεκτρισμού, οι επισκευές και η συντήρηση και οι προμήθειες.

Θα πρέπει να είναι γνωστή η σχέση μεταξύ:

- της χρήσης των προμηθειών και της σύνθεσης των ασθενών,
- του ποσοστού πληρότητας,
- των τεχνολογικών απαιτήσεων
- των τύπων των επεμβάσεων που διενεργούνται στη μονάδα

Τρόποι εξοικονόμησης χρημάτων :

- φύλαξη των μη χρησιμοποιημένων προμηθειών από πακέτα ή δίσκους,
- ο περιορισμός των απαρχαιωμένων και αργών μεθόδων καταγραφής,
- η εξάλειψη των μικροκλοπών, καθώς και
- η παρακολούθηση της αλόγιστης χρήσης και παραχώρησης των προμηθειών

Προϋπολογισμός κεφαλαίου. Οι προϋπολογισμοί κεφαλαίου (*capital budget*) σχεδιάζονται για την αγορά κτιρίων ή κυρίως εξοπλισμού, που έχει μεγάλη διάρκεια ζωής (συνήθως άνω των πέντε ετών), δεν χρησιμοποιείται σε καθημερινές επεμβάσεις και είναι ακριβότερος από τις λειτουργικές προμήθειες. Περιλαμβάνουν τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό ή τις σημαντικές αγορές και το βραχυπρόθεσμο οικονομικό προγραμματισμό.

Μέθοδοι σύνταξης προϋπολογισμού

- ο αυξητικός προϋπολογισμός – *incremental budget* (γνωστός και ως προϋπολογισμός με σταθερό ποσοστό αύξησης),
- ο προϋπολογισμός μηδενικής βάσης (*zero-based budget*),
- ο ευέλικτος προϋπολογισμός (*flexible budget*) και
- ο προϋπολογισμός νέων επιδόσεων (*new performance budget*).

Αυξητικός προϋπολογισμός. Η αυξητική (*incremental*) μέθοδος ή αλλιώς μέθοδος σταθερού ποσοστού αύξησης (*flat-percentage increase method*) είναι ο πιο εύκολος τρόπος σύνταξης του προϋπολογισμού. Πολλαπλασιάζοντας τα έξοδα του τρέχοντος έτους με το ποσοστό πληθωρισμού ή το δείκτη τιμών καταναλωτή, γίνεται η εκτίμηση του προϋπολογισμού του επόμενου έτους. Συνήθως αποδεικνύεται αναποτελεσματική μέθοδος από οικονομικής άποψης, καθώς δεν υπάρχει κάποιο κίνητρο για συγκράτηση των εξόδων, ούτε ανάγκη ιεράρχησης προγραμμάτων και υπηρεσιών.

Προϋπολογισμός Μηδενικής Βάσης. Με τη μέθοδο της *μηδενικής βάσης (zero based budgeting)* για τη σύνταξη του προϋπολογισμού οι προϊστάμενοι οφείλουν να αιτιολογούν εκ νέου τα προγράμματα ή τις ανάγκες τους σε κάθε κύκλο προϋπολογισμού. Χρήση ενός *πακέτου αποφάσεων* για τον καθορισμό των

προτεραιοτήτων χρηματοδότησης. Ενθαρρύνεται η συμμετοχική διαχείριση με την παροχή πληροφοριών από συναδέλφους και υφιστάμενους. Βασικά Στοιχεία των Πακέτων Αποφάσεων (decision package) είναι:

- Καταγραφή όλων των τρεχόντων και προτεινόμενων στόχων ή δραστηριοτήτων του τμήματος
- Εναλλακτικά σχέδια για τη διεξαγωγή αυτών των δραστηριοτήτων
- Κόστος κάθε εναλλακτικής
- Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα συνέχισης ή διακοπής μίας δραστηριότητας

Ευέλικτοι προϋπολογισμοί. Οι *ευέλικτοι προϋπολογισμοί (flexible budgets)* είναι προϋπολογισμοί οι οποίοι προσαρμόζονται αυτόματα κατά τη διάρκεια του έτους ανάλογα με διάφορες μεταβλητές όπως είναι ο όγκος εργασιών, το εργασιακό κόστος και οι δαπάνες κεφαλαίου (Barr, 2005). Ένας ευέλικτος προϋπολογισμός υπολογίζει αυτόματα ποια θα είναι τα έξοδα βάσει του υπάρχοντος όγκου εργασιών

Προϋπολογισμός Νέων Επιδόσεων. Ο *προϋπολογισμός νέων επιδόσεων (new performance budgeting)* δίνει έμφαση στις συνέπειες και τα αποτελέσματα, και όχι τόσο στις δραστηριότητες ή την απόδοση. Ο προϊστάμενος συντάσσει τον προϋπολογισμό όπως χρειάζεται για την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και αξιολογεί την επιτυχία του προϋπολογισμού βάσει των αποτελεσμάτων αυτών.

Μέθοδοι συγκράτησης του κόστους(1) Κρίσιμα πρωτόκολλα

- Τα *κρίσιμα πρωτόκολλα [(critical pathways) (γνωστά και ως κλινικά πρωτόκολλα (clinical pathways) ή πρωτόκολλα φροντίδας (care pathways)]* είναι μέθοδος σχεδιασμού, εκτίμησης, εφαρμογής και αξιολόγησης της σχέσης κόστους - αποδοτικότητας στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας. Πρόκειται για σχετικά τυποποιημένες προβλέψεις της προόδου των ασθενών για μία συγκεκριμένη διάγνωση ή διαδικασία. Από τη στιγμή που γνωστοποιείται το κόστος ενός κλινικού πρωτοκόλλου, καθίσταται δυνατή η ανάλυση της σχέσης κόστους - αποδοτικότητας, καθώς και οι σχετικές αποκλίσεις κόστους
- Αποζημίωση υγειονομικής περίθαλψης. Στο παρελθόν, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούσαν τον αυξητικό προϋπολογισμό δίνοντας μικρή ή καθόλου έμφαση στη διαδικασία προϋπολογισμού. Δεδομένου ότι οι ασφαλιστικοί φορείς παρείχαν πλήρη αποζημίωση κυριολεκτικά απεριόριστα, δεν υπήρχαν κίνητρα για εξοικονόμηση χρημάτων και οι οργανισμοί δε θεωρούσαν ότι ήταν απαραίτητο να δικαιολογούν τις χρεώσεις τους.
- Η αποζημίωση βασιζόταν στα έξοδα παροχής υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένου του κέρδους [*αμοιβή ανά υπηρεσία (Fee-For-Service - FFS)*], χωρίς να υπάρχει ανώτερο όριο στο συνολικό ποσό που θα μπορούσε να χρεωθεί. Με το FFS, όσο περισσότερες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσό που χρεώνεται. Επομένως, η αποζημίωση με το FFS ενθαρρύνει τις υπερβολικές θεραπείες πελατών. Το τελικό αποτέλεσμα των ανεξέλεγκτων FFS αποζημιώσεων ήταν η κατακόρυφη αύξηση του κόστους, με τον τομέα υγειονομικής περίθαλψης να

αντιπροσωπεύει ένα ολοένα μεγαλύτερο ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) κάθε χρόνο.

- Τελικά το κράτος άρχισε να θεσπίζει κανονισμούς, οι οποίοι απαιτούν από τους οργανισμούς να δικαιολογούν την ανάγκη παροχής υπηρεσιών και να παρακολουθούν την ποιότητα αυτών.
 - Οι υγειονομικοί φορείς υποχρεώθηκαν για πρώτη φορά να υποβάλλουν προϋπολογισμούς και να αιτιολογούν τα έξοδά τους. Αυτή η νέα μορφή επιτήρησης και η ύπαρξη εξωτερικών ελέγχων είχε τεράστια επίδραση στη βιομηχανία της υγείας.
- Σύστημα προοπτικής αποζημίωσης. Τα συστήματα *ταξινόμησης των ασθενών ανά διάγνωση (Diagnosis Related Groups-DRGs)* ήταν προκαθορισμένα προγράμματα πληρωμής που αντανάκλυσαν το σύννηθες κόστος για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων παθήσεων. Με τα DRGs, τα νοσοκομεία συμμετέχουν στο *σύστημα της προοπτικής αποζημίωσης (PPS – Prospective Payment System)*, όπου λαμβάνουν ένα συγκεκριμένο ποσό για την εισαγωγή κάθε ασθενούς δικαιούχου του ΣΥ, ανεξαρτήτως του πραγματικού κόστους περίθαλψης.
- Διαχειριζόμενη φροντίδα. Η ενσωμάτωση της αποτελεσματικής περίθαλψης, της πρόσβασης και του κόστους περίθαλψης. Η χρήση των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως «θυρωρών» (gate keepers), την εστίαση στην πρόληψη, τη μειωμένη έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη, τη χρήση κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής για τους λειτουργούς υγείας και την επιλεκτική σύναψη συμβάσεων, τη χρήση συνταγολογίων για διαχείριση της φαρμακευτικής περίθαλψης και την εστίαση στη διαρκή παρακολούθηση και βελτίωση της ποιότητας. Επίσης περιλαμβάνει τον «προσδιορισμό της αναγκαιότητας ιατρικών (και χειρουργικών) θεραπειών για νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς, καθώς και εναλλακτικών θεραπειών για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών ή αποκατάστασης» (Alabama Department of Industrial Relations, 2006) και την προ-πιστοποίηση ή προ-εξουσιοδότηση για επιλεγμένες θεραπείες, ταυτόχρονη αναθεώρηση και, όπου είναι απαραίτητο, αναδρομική αναθεώρηση για έκτακτα περιστατικά (Alabama Department of Industrial Relations, 2006).

Έλεγχος του ιατρικού σώματος. Η άνιση σχέση μεταξύ γιατρού ασθενούς, δημιουργεί το φαινόμενο της ασυμμετρίας της πληροφόρησης. Η προκλητή ζήτηση υπηρεσιών από μέρους των ιατρών, ασκούν επιρροή στην προσβασιμότητα των ασθενών και δεν φροντίζουν για την ισότητα παροχής υπηρεσιών υγείας

Έλεγχος του κόστους με: Διαφοροποίηση του τρόπου αμοιβής και έλεγχο του αριθμού των ιατρών

Τρόποι αμοιβής ιατρών (1)

- Αμοιβή κατά πράξη (**fee for service, fee per case**):
- Την αμοιβή με τιμές της αγοράς, κατά την οποία ο καταναλωτής καταβάλλει μια τιμή για την υπηρεσία που λαμβάνει η οποία καθορίζεται από τους γιατρούς βάσει των νόμων της προσφοράς και ζήτησης

- Την αμοιβή με προκαθορισμένες τιμές κατά την οποία καθορίζεται ένας τιμοκατάλογος ανά υπηρεσία υγείας που προσφέρεται. Ο τιμοκατάλογος είναι συνήθως προϊόν διαπραγμάτευσης μεταξύ προμηθευτών και εκπροσώπων των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (Σούλης, 1998)
- **Αμοιβή με πάγιο μισθό (salary payment): αμοιβή σύμφωνα** προσφορά υπηρεσιών για προκαθορισμένο ωράριο.
- **Αμοιβή κατά κεφαλή (Capitation payment)** Αμείβεται, βάσει του αριθμού των ατόμων που εγγράφονται στον κατάλόγο του και με ένα ποσό το οποίο είναι αντικείμενο πρότερης συμφωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασφαλιστικού φορέα
 - ο γιατρός συμμετέχει σε κοινοπραξίες γιατρών που συμβάλλονται με τους χρήστες μεμονωμένα ή ομαδικά μέσω ασφαλιστικών φορέων και αμείβονται ανεξάρτητα από την ποσότητα των προσφερομένων υπηρεσιών κατά κεφαλή εκ των προτέρων με ετήσια συνδρομή

Τρόποι μείωσης των δαπανών

- Προϋπολογισμοί νοσοκομείων
- Έλεγχος φαρμάκων.
- Μείωση κλινών
- Κατευθυντήριες οδηγίες

Η ΧΡΗΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

- **Δομή:** Αφορά σε χαρακτηριστικά των πηγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και έχει εφαρμογή σε ατομικό επίπεδο και σε επίπεδο οργανισμού.
- **Διαδικασίες:** Περιλαμβάνει ότι γίνεται για τον ασθενή, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αναζητά και αποκτά τη φροντίδα υγείας
- **Αποτελέσματα:** Αφορά στην τελική συνολική επίδραση των δομών και των διαδικασιών του συστήματος παροχής φροντίδας, όχι μόνο στην κατάσταση υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά και στους επαγγελματίες και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργούν

	Ασθενείς	Προσωπικό	Περιβάλλον: τμήμα, τομέας, υπηρεσία, διεύθυνση, υγειονομική περιφέρεια
Δομή	1	2	3
Διαδικασίες	4	5	6
Αποτελέσματα	7	8	9

Η ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ γίνεται μέσα από:

- Φάκελος του ασθενούς
- Παρατήρηση
- Συνεντεύξεις
- Ερωτηματολόγια
- Έλεγχος επιλεγμένων περιπτώσεων
- Αναφορές συμβάντων με χρήση ειδικών πρωτοκόλλων

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΔΟΜΗ περιελάμβανε αρχικά την κτιριακή υποδομή, τον εξοπλισμό, την αναλογία και το εκπαιδευτικό επίπεδο του προσωπικού ανά κρεβάτι κ.τ.λ. Στη συνέχεια, έγιναν πολλές προσπάθειες και κατασκευάστηκαν πολλά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε επίπεδο διαδικασιών.

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ περιλαμβάνει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αναζητά και αποκτά τη φροντίδα υγείας π.χ χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που αξιολογούσαν σοβαρές παραλήψεις στη φροντίδα

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Αν και αρχικά υπήρχε μια τάση για μέτρηση μόνο αρνητικών δεικτών αποτελέσματος όπως θνησιμότητα, νόσος, αναπηρία, δυσαρέσκεια, πόνος κτλ σήμερα υπάρχει η τάση για μέτρηση θετικών δεικτών όπως επιβίωση, απουσία επιπλοκών, ψυχολογική κατάσταση κ.τ.λ. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται επίσης στην ικανοποίηση των ασθενών / χρηστών, στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL) και στα σταθμισμένα ποιοτικά χρόνια ζωής (QALYs), το Επίπεδο γνώσεων των ασθενών (π.χ. για την ασθένεια και τη θεραπεία), τα Αποτελέσματα νοσηλευτικής διάγνωσης, η Λειτουργικότητα και ο φόρτος εργασίας για την οικογένεια, τα Επίπεδα stress κ.λπ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ:

- Χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ παρέμβασης - αποτελέσματος
- Συνεισφορά πολλών επαγγελματικών υγείας
- Χαρακτηριστικά ασθενών, επίπεδο αυτονομίας
- Έλλειψη μέτρου σύγκρισης και καθορισμός του επιπέδου υγείας και της ποιότητας
- Έλλειψη κοινού λεξιλογίου, και συλλογής κοινών δεδομένων → NANDA, NMDS, NMMDS ...

Στόχος θα πρέπει να είναι η σύνδεση των αποτελεσμάτων με τις διαδικασίες και το κόστος

Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σήμερα, η ικανοποίηση των ασθενών αναγνωρίζεται ως ένας σημαντικός δείκτης αποτελέσματος της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας. Η ικανοποίηση του ασθενούς δεν είναι μόνο δείκτης, αλλά και ιδιότητα και προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη της ποιότητας της φροντίδας. Αρκετοί ερευνητές έχουν αμφισβητήσει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας έγκυρος δείκτης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Όμως, η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενή, την οποία οι επαγγελματίες πρέπει να δουν σαν πραγματικότητα αφού αποτελεί, εκτός από μέτρο, και στόχο των υπηρεσιών υγείας. Αυτό που μετράει είναι πως ο ασθενής ένιωσε ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική και αυτό γιατί η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς ή του χρήστη υπηρεσιών υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βελτιωθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες.

ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Αξιολόγηση της ποιότητας (δείκτης αποτελέσματος)
- Διόρθωση λαθών, βελτίωση της φροντίδας

- Συμμόρφωση με τη θεραπεία – αυτοθεραπεία
- Αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας
- Λήψη αποφάσεων και αξιολόγηση αλλαγών
- Διοίκηση προσωπικού (αξιολόγηση, επιβράβευση, ενίσχυση ηθικού)
- Προσέλκυση ασθενών - πελατών (μάρκετινγκ)
- Χρήση υπηρεσιών υγείας – διαμόρφωση πολιτικής
- Διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας

ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ υστερούν σε θεωρητικό πλαίσιο καθώς είναι Ερωτηματολόγια που αναπτύσσονται για συγκεκριμένο σκοπό. Πολλές φορές χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια που κατασκευάστηκαν πολλά χρόνια πριν ή σε τελείως διαφορετικά συστήματα και εργασιακά περιβάλλοντα και εμφανίζουν Ελλιπή αξιολόγηση ψυχομετρικών ιδιοτήτων (αξιοπιστίας και εγκυρότητας) Αν και κοινό σημείο όλων των θεωριών ικανοποίησης των ασθενών είναι η αναγνώριση **της σημαντικότητας των προσδοκιών** στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν υπάρχει όμως συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τον **βαθμό και τον τρόπο** με τον οποίο οι ακάλυπτες προσδοκίες **επιδρούν στη συνολική ικανοποίηση** και η σχέση αυτή δεν είναι απαραίτητα αναλογική. Τελικά αυτό που μετρούν είναι οι **Ιδανικές προσδοκίες ή οι Ρεαλιστικές προσδοκίες**.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Ποσοτική – ποιοτική προσέγγιση
- Μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης - μέτρηση από συγκεκριμένες διαστάσεις (περιοχές)
- Άμεση (π.χ. κλίμακες) - έμμεση μέτρηση (αναφορές συμβάντων)
- Συλλογή δεδομένων (εντός ή εκτός νοσοκομείου, συνέντευξη, γραπτό ερωτηματολόγιο, ταχυδρομική αποστολή κ.τ.λ.

ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Έλλειψη επιστημονικών και τεχνικών γνώσεων
- Φυσική και ψυχολογική κατάσταση
- Ταχύτατη εναλλαγή παρεμβάσεων
- Διαφορετικοί στόχοι ασθενών και επαγγελματιών υγείας
- Πολιτισμικές συνήθειες – χαρακτηριστικά ασθενών
- Κοινωνική συμμόρφωση - εξάρτηση από το προσωπικό

Τα κυριότερα σφάλματα που προκύπτουν κατά τη συλλογή δεδομένων είναι:

- Σφάλμα φόβου
- Σφάλμα παράβλεψης

- Σφάλμα δειγματοληψίας
- Σφάλμα παρέμβασης
- Σφάλμα αντίληψης
- Σφάλμα διαδικασίας
- Σφάλμα μη ανταπόκρισης

Για να μειωθεί η πιθανότητα σφαλμάτων πρέπει:

- Να υπάρχει συμμετοχή του προσωπικού στο σχεδιασμό του τρόπου συλλογής των δεδομένων
- Να επιλέγονται για τη συλλογή δεδομένων άτομα εμπιστοσύνης
- Τα πρωτόκολλα συλλογής δεδομένων πρέπει να είναι απλά και κατανοητά
- Να ασκείται έλεγχος
- Να δίνονται κίνητρα σε όσους συμμετέχουν

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ

Χρησιμοποιούνται για:

- α) αναγνώριση προβλημάτων,
- β) ανάλυση προβλημάτων (περιγραφή διαδικασιών και ανεύρεση αιτίων),
- γ) καθορισμό παρεμβάσεων για επίλυση προβλημάτων και
- δ) αξιολόγηση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων.

1. **Ομάδες εστίασης (focus group):** Οι ομάδες εστίασης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αναγνώριση και ανάλυση προβλημάτων, καθώς επίσης και για την αξιολόγηση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων μετά τις παρεμβάσεις για την επίλυσή τους. Την ομάδα είναι δυνατό να αποτελούν ασθενείς, προσωπικό, ειδικοί σε ένα θέμα κτλ. Είναι ένα πολύτιμο εργαλείο συλλογής δεδομένων για την αναγνώριση των προσδοκιών και των αναγκών της ομάδας και της αντίληψής τους για την τρέχουσα κατάσταση, για τη συγκέντρωση ιδεών και ευκαιριών για βελτίωση ή ακόμα και για την ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης π.χ. ένα ερωτηματολόγιο. Κύριο πλεονέκτημα της τεχνικής αυτής θεωρείται το βάθος των πληροφοριών κυρίως λόγω της αλληλεπίδρασης μεταξύ των συμμετεχόντων. Συνήθως συγκεντρώνονται 5-12 άτομα και η διάρκεια της συζήτησης διαρκεί 60-90'. Απαραίτητη είναι η διεύθυνση της συζήτησης από ένα έμπειρο άτομο που να έχει διαπροσωπικές ικανότητες και ανοικτό μυαλό. Πριν τη συνάντηση πρέπει να γίνει η σχετική προετοιμασία (εύρεση κατάλληλου χώρου, διατύπωση σκοπού συνάντησης, κατασκευή οδηγού

ερωτήσεων, δοκιμή). Κατά τη διάρκεια της συνάντησης πρέπει να γίνει ξεκάθαρος ο σκοπός της συνάντησης, να γίνουν οι απαραίτητες συστάσεις και να καθοριστούν οι κανόνες επί της διαδικασίας.

2. Ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις: Χρησιμοποιούνται κύρια για τη μέτρηση κλινικών παραμέτρων, συμπεριφορών, συναισθημάτων, στάσεων και απόψεων και μπορεί να χρησιμοποιηθούν κύρια για την αναγνώριση των προσδοκιών των πελατών/χρηστών όσο και για την αναγνώριση προβλημάτων και τον καθορισμό των παρεμβάσεων για την επίλυσή τους. Μπορούν βέβαια να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους για την ανάλυση προβλημάτων και την αξιολόγηση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων. Οι κυριότερες διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις δύο μεθόδους είναι οι παρακάτω.

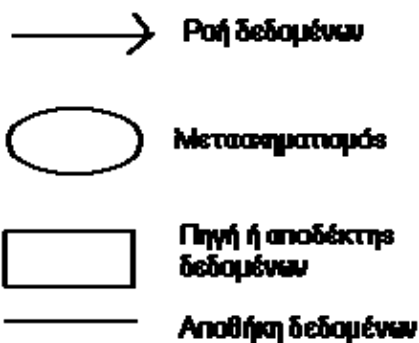
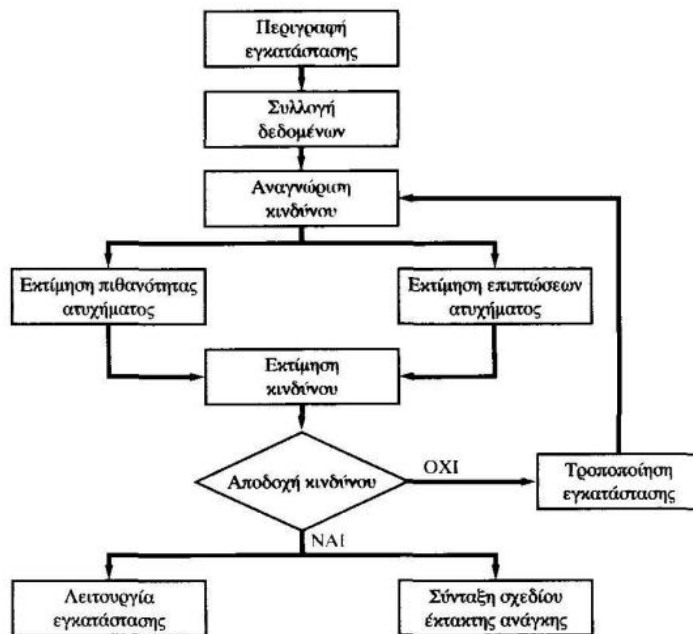
- a. Όσον αφορά στη Συνέντευξη: Υπάρχει προφορική επικοινωνία μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου, μπορεί να είναι δομημένη ή μη, απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις και διαπροσωπικές δεξιότητες από τη μεριά του συντονιστή, γίνεται καταγραφή με γραπτό τρόπο ή με μαγνητόφωνο. Θεωρείτε μια ευέλικτη τεχνική που αποδίδει μεγαλύτερο όγκο πληροφοριών και εξασφαλίζει μεγαλύτερο δείκτη ανταποκρισιμότητας. Σε αυτή μπορούν να συμμετέχουν και όσοι δεν μπορούν ή δεν ξέρουν να διαβάζουν
- b. Όσον αφορά στο Ερωτηματολόγιο: Δεν υπάρχει αλληλεπίδραση με τον ερευνητή και οι ερωτήσεις είναι κοινές για όλους (αποφυγή συστηματικού σφάλματος)

3. Φύλλα ελέγχου (check sheets) και ημερολογιακές καταγραφές (logs): Είναι τεχνικές που διευκολύνουν την καταγραφή δεδομένων που αφορούν απλές παρατηρήσεις γεγονότων και είναι πολύ χρήσιμες τόσο στην αναγνώριση και στην ανάλυση προβλημάτων όσο και στην αξιολόγηση και παρακολούθηση των αλλαγών. Η καταγραφή μπορεί να γίνει αυτόματα (μέσω συστημάτων πληροφορικής ή μετρήσεων κάποιων μηχανημάτων) ή με το χέρι. Για τις μετρήσεις με το χέρι χρειάζεται συνήθως ένα έντυπο καταγραφής το οποίο χρησιμοποιείται για τη συλλογή και καταγραφή δεδομένων.

4. Γραφήματα: Ραβδόγραμμα, κυκλικό διάγραμμα, ιστόγραμμα, διάγραμμα Pareto, στικτόγραμμα, διάγραμμα ελέγχου. Τα γραφήματα μας δίνουν μια απεικόνιση της κατανομής των συχνοτήτων του υπό μελέτη χαρακτηριστικού. Τα δεδομένα μπορεί να προέρχονται από ερωτηματολόγια, ειδικά πρωτόκολλα παρατήρησης ή συλλογής στοιχείων, φύλλα ελέγχου ή ημερολογιακές καταγραφές. Χρησιμεύουν τόσο για την αναγνώριση και την ανάλυση των προβλημάτων όσο και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την παρακολούθηση της κατάστασης.

5. Καταιγισμός ιδεών (brainstorming)

6. **Ονομαστική ομαδική τεχνική:** όπου γίνεται η επιλογή και η ιεράρχηση των λύσεων ισότιμα σε κάθε μέλος της ομάδας, τεχνική Delphi
7. **Ανάλυση πεδίου δυνάμεων, θεωρία αλλαγής του Lewin**
8. **Διάγραμμα ροής (flow chart):** Το διάγραμμα ροής είναι μια αναλυτική απεικόνιση των σταδίων μιας διαδικασίας. Με τη μελέτη του διαγράμματος ροής γίνεται κατανοητή η όλη διαδικασία και είναι δυνατό να αναγνωριστούν πιθανές πηγές προβλημάτων αλλά και να σχεδιαστεί ο σωστός τρόπος εκτέλεσης μιας διαδικασίας. Με άλλα λόγια μπορεί να αφορά στην υφιστάμενη ή στην επιθυμητή κατάσταση.



9. **Διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος (cause and effect diagram):** Το διάγραμμα αιτίας αποτελέσματος απεικονίζουν τις διάφορες αιτίες ενός προβλήματος που

έχουν αναγνωριστεί με άλλες τεχνικές. Είναι αποτέλεσμα ομαδικής απόφασης και κατασκευάζεται από ομάδα ειδικών/εμπλεκόμενων μέσα από συζήτηση και με τη χρησιμοποίηση στοιχείων της αξιολόγησης (φύλλα ελέγχου, διαγραμμάτων) και των τεχνικών του καταϊγισμού ιδεών ή της ονομαστικής ομαδικής τεχνικής κ.τ.λ.). Για την ταξινόμηση συχνά χρησιμοποιούνται οι ακόλουθες πέντε κατηγορίες: Άνθρωπος, Μηχανήματα, Υλικό, Μέθοδος που ονομάζονται και 4Ms (Manpower, Machines, Material, Methods). Για τις υπηρεσίες συχνά χρησιμοποιούνται τα 4 Ps Άνθρωποι, Πολιτικές, Περιβάλλον/Υποδομή, Διαδικασίες (People, Policies, Place or Plant, Procedures). Ανάλογα βέβαια με το πρόβλημα είναι δυνατό να επιλεγούν κάποιες ή ακόμα και διαφορετικές κατηγορίες (π.χ. Πελάτες/Χρήστες, Μετρήσεις, Προμήθειες κτλ.). Δυναμώνει το ομαδικό πνεύμα, βοηθά στη βαθύτερη κατανόηση του προβλήματος και στον καθορισμό των δεδομένων που πρέπει να συλλεχθούν. Το κυριότερο όμως είναι ότι ταξινομεί αντίστοιχα και τα είδη των παρεμβάσεων που πρέπει να γίνουν. Το διάγραμμα αιτίας αποτελέσματος κατασκευάζεται, όπως και το διάγραμμα ροής, από ομάδα ειδικών/εμπλεκόμενων σύμφωνα με τις παραπάνω τεχνικές (καταϊγισμό ιδεών ή ονομαστική ομαδική τεχνική κτλ.).

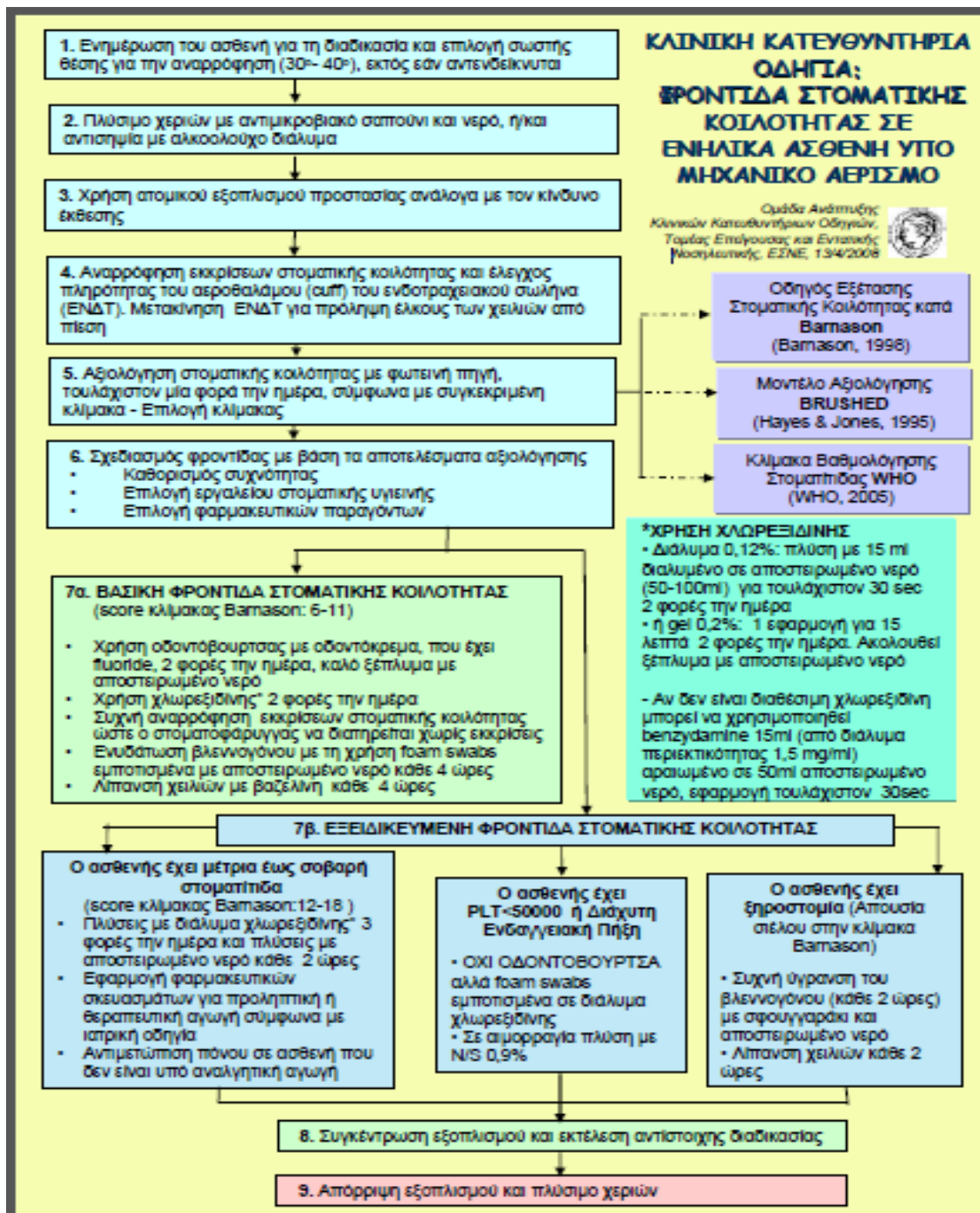


10. Πίνακες λήψης απόφασης

A/A	ΔΙΑΓΩΝΙΖΟΜΕΝΟΣ	ΤΙΜΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΧΩΡΙΣ ΦΠΑ	ΦΠΑ	ΤΙΜΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΦΠΑ
1	ADVANCED ADVERTISING ΑΕ	112.243,91 €	25.816,09 €	138.060,00 €
2	ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΕ	112.243,90 €	25.816,10 €	138.060,00 €
3	ΕΠΤΑΛΟΦΟΣ ΑΒΕΕ	116.775,44 €	21.284,60 €	138.060,04 €
4	ΦΙΛΟΤΥΠΟΝ ΑΒΕΕ	112.243,91 €	25.816,09 €	138.060,00 €
5	NEAdv ANΔΡΕΑΣ ΧΑΛΚΙΑΔΑΚΗΣ	117.900,00 €	27.117,00 €	145.017,00 €
6.	ΒΙΒΛΙΟΣΥΝΕΡΓΑΤΙΚΗ	112.244,00 €	25.816,12 €	138.060,12 €

11. Κλινικά Πρωτόκολλα εργασίας (critical pathways): Είναι ένα κλινικό εργαλείο το οποίο εμφανίστηκε στο χώρο της υγείας στα μέσα της δεκαετίας του 1980 για το συντονισμό της παροχής φροντίδας σε μια συγκεκριμένη και ομοιόμορφη κατηγορία ασθενών με το σχεδιασμό της κατάλληλης (ιδανικής) χρονικής διαδοχής των παρεμβάσεων και τον καθορισμό των αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Είναι ουσιαστικά ένας οδηγός για τη συνήθη θεραπευτική αγωγή, που αναπτύσσεται από μια διεπιστημονική ομάδα, και που έχει ως στόχο την μελέτη των αποκλίσεων (μεταβλητότητας) προκειμένου να έχουμε βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων (μείωση κόστους). Η διεπιστημονική ομάδα καλείται να αξιολογήσει τις αποκλίσεις και να τις αιτιολογήσει για κάθε περίπτωση με βάση τα πιθανά αίτια του ασθενή, του προσωπικού ή των υπηρεσιών γενικότερα. Τα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι με τη χρήση τους μειώνεται η συχνότητα επιπλοκών, αλλά και η μέση διάρκεια νοσηλείας. Έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία κύρια σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, σε καρδιακή σε επεμβάσεις αρθροπλαστικής ισχίου, αφαίρεσης προστάτη κτλ. Η ανάπτυξη ενός κλινικού πρωτοκόλλου εργασίας γίνεται σε τέσσερις φάσεις: α) της εστίασης, β) της ανάλυσης της κατάστασης, γ) του σχεδιασμού του εργαλείου και δ) της εφαρμογής. Οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες εστιάζονται σε ένα κλινικό πρόβλημα ή παρέμβαση και αναφέρονται σε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Στόχοι τους είναι: να αποτελέσουν ένα ευέλικτο εργαλείο παροχής, επαρκούς και κατάλληλης φροντίδας υγείας, (β) να προάγουν την κλινική πρακτική, (γ) να διασφαλίσουν την κλινική αποτελεσματικότητα και (δ) να περιορίσουν την απόκλιση της καθημερινής κλινικής πρακτικής από τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα. Κατά την ανάπτυξη μιας κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας θα πρέπει να αναφέρονται με σαφήνεια το αντικείμενο προσανατολισμού της, οι λεπτομέρειες σχετικά με το επιδημιολογικό υπόβαθρο του πληθυσμού εφαρμογής της, τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των ασθενών στους οποίους θα εφαρμοστεί, καθώς επίσης και τα τμήματα-μονάδες εφαρμογής της

σε ένα νοσοκομείο ή σε άλλο οργανισμό παροχής υπηρεσιών. Επίσης, η οδηγία θα πρέπει να περιέχει μια σειρά πρωτευόντων και δευτερευόντων ερωτημάτων σχετικά με τον πληθυσμό εφαρμογής της, την παρέμβαση, καθώς και τη μέτρηση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, θα πρέπει μετά από την κατάλληλη στρατηγική αναζήτησης της βιβλιογραφίας– να εντοπίζονται οι καταλληλότερες πηγές πληροφόρησης βάσει βαθμολόγησης του επιπέδου εμπιστοσύνης των πληροφοριών και συστάσεων. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα: Προσδιορισμός του αντικείμενου ενδιαφέροντος, Σύσταση ομάδας ανάπτυξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, Συλλογή επιστημονικών δεδομένων, Ανάλυση επιστημονικών δεδομένων, Διατύπωση συστάσεων της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, Πιλοτική εφαρμογή της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, Εφαρμογή και έλεγχος τήρησης της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, Αξιολόγηση της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, Αναθεώρηση και ενημέρωση της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, βάσει νεότερων δεδομένων.



ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ευρωπαϊκές τάσεις απασχόλησης με βάση τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (OSHA) Το εργατικό δυναμικό της Ευρώπης: Γηράσκει, Απαρτίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από γυναίκες, Απασχολείται σε περισσότερες θέσεις προσωρινής και μερικής απασχόλησης, Χρησιμοποιεί όλο και περισσότερο νέες τεχνολογίες

Γιατί μας απασχολεί; Οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους. Αυτό μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία τους αλλά και τη ζωή τους. Επίσης η ιδιομορφία της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και η άμεση σχέση με βιολογικούς κινδύνους λόγω της φύσης της εργασίας τους αλλά και το σύνολο των βλαπτικών παραγόντων που είναι δυνατόν να υπάρχουν στο εργασιακό περιβάλλον καθιστά το ενδιαφέρον για την υγεία και ασφάλεια των υγειονομικών εργαζομένων ζήτημα άμεσης προτεραιότητας. Ο κλάδος της υγείας απασχολεί μεγάλο μέρος του εργατικού δυναμικού της χώρας και αποτελεί σημαντικό τομέα της οικονομικής δραστηριότητας και η επίδραση των παραγόντων στην υγεία των υγειονομικών εργαζομένων έχει έμμεσα σοβαρές συνέπειες στην υγεία και τη ζωή των πολιτών της χώρας που ζητούν υγειονομικές υπηρεσίες

Όροι υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας

Ισότητα στην αμοιβή για ίδια εργασία, στη μεταχείριση δηλαδή «Όλοι οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα σε ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας»
Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης

Για να εξασφαλίσουμε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει: Να υπάρχει διασφάλιση κατά το δυνατό της ασφάλειας, της υγείας και της ευημερίας των εργοδοτούμενων, ύπαρξη ασφαλών εγκαταστάσεων, συστημάτων και μεθόδων εργασίας, χωρίς κινδύνους για την υγεία, παροχή πληροφοριών, εκπαίδευση και επιτήρηση, διατήρηση χώρων εργασίας, μέσων προστασίας και εξόδων σε ασφαλή κατάσταση και χωρίς κινδύνους για την υγεία, διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος εργασίας χωρίς κινδύνους για την υγεία, επαρκής μέριμνα όσον αφορά στις διευθετήσεις για υγεία και ευημερία και εφαρμογή μέτρων και σύσταση επιτροπών ασφάλειας και υγείας στο χώρο εργασίας

ΟΡΙΣΜΟΙ σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.

ΥΓΕΙΑ: «Η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας»

ΑΣΦΑΛΕΙΑ: «Η έλλειψη κινδύνου ή η προστασία από αυτόν»

Η εργασία μπορεί να ασκεί άμεση βλαπτική επίδραση στην υγεία που εκδηλώνεται ως εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια (καρδιαγγειακά νοσήματα, μυοσκελετικές διαταραχές κ.λπ.)

Υπάρχει διαφορά στην εμφάνιση και συχνότητα των επαγγελματικών ασθενειών ανάλογα με την κατηγορία του επαγγέλματος....

Η Υγιεινή της Εργασίας αφορά στην προάσπιση και προαγωγή στον υψηλότερο δυνατό βαθμό της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων σε όλα τα επαγγέλματα

Σκοποί της Υγιεινής της εργασίας (WHO, 1975) είναι: Αναγνώριση και έλεγχος των παραγόντων κινδύνου στο χώρο εργασίας, η Προσαρμογή των σωματικών και

πνευματικών απαιτήσεων της δουλειάς, στις ικανότητες και ανάγκες των εργαζομένων και η Παροχή αποτελεσματικών μέτρων στην προστασία των εργαζομένων

Τι σημαίνει «ασφάλεια»; Ασφάλεια (α + σφάλω)

Τα συστήματα σχεδιάζονται από ανθρώπους για να λειτουργήσουν από ανθρώπους

Ασφάλεια 100% δεν μπορούμε να επιτύχουμε!

Μπορούμε όμως να αυξήσουμε την ασφάλεια του συστήματος;

Η Υγιεινή της Εργασίας στοχεύει (WHO 1975):

- Στην αναγνώριση και τον έλεγχο όλων των χημικών, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων στο χώρο εργασίας, όπου είναι γνωστό ή υπάρχει υποψία ότι είναι επικίνδυνοι για την υγεία των εργαζομένων
- Στην εξασφάλιση ότι οι φυσικές και πνευματικές απαιτήσεις που επιβάλλονται στους εργαζόμενους στο χώρο της εργασίας είναι κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ατομικές ανατομικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές ικανότητες, ανάγκες και περιορισμούς και
- Στην παροχή αποτελεσματικών μέτρων για την προστασία αυτών που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε δύσκολες συνθήκες εργασίας

Εκτός από τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνει κάθε Οργανισμός, κάθε εργαζόμενος έχει υποχρέωση...

- Να εφαρμόζει τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας
- Να χρησιμοποιεί σωστά τις συσκευές, τα εργαλεία, τις επικίνδυνες ουσίες
- Να χρησιμοποιεί τα μέσα ατομικής προστασίας
- Να αναφέρει αμέσως στους υπευθύνους τους κινδύνους
- Να παρακολουθεί σχετικά σεμινάρια

ΠΗΓΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ «Η εγγενής ιδιότητα ή ικανότητα κάποιου στοιχείου (πχ υλικών εργασίας, εξοπλισμού, μεθόδων και πρακτικών εργασίας που ενδέχεται να προκαλέσουν βλάβη)

ΚΙΝΔΥΝΟΣ «Η πιθανότητα να προκληθεί βλάβη υπό τις συνθήκες χρήσης ή/και έκθεσης και η πιθανή έκταση της βλάβης»

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ «Η διαδικασία αξιολόγησης των κινδύνων για την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων που απορρέουν από τις συνθήκες εμφάνισης μιας πηγής κινδύνου στο χώρο εργασίας». Δεν υπάρχει συγκεκριμένη μεθοδολογία, μόνο βασικές αρχές

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΩΝ: Προσδιορισμός των πηγών κινδύνου (χρήση εξοπλισμού, τρόποι εργασίας, έκθεση σε φυσικούς, βιολογικούς και χημικούς παράγοντες αλληλεπίδραση ανθρώπινου παράγοντα, οργάνωση εργασίας) και προσδιορισμός ομάδας εργαζομένων που ενδέχεται να εκτεθούν σε πηγές κινδύνου

Η αξιολόγηση του κινδύνου γίνεται τόσο με ποιοτικές μεθόδους= κρίση, πρότυπα, προδιαγραφές όσο και με ποσοτικές μεθόδους= μαθηματικοί υπολογισμοί όπως η Event Tree Analysis, η πιθανότητα ενδεχόμενης βλάβης: απίθανη, ενδεχόμενη, πιθανή, αναπόφευκτη (εν καιρώ)

Σχεδιασμός Οργάνωση και Λήψη μέτρων με σκοπό την εξάλειψη/πρόληψη/μείωση (ιεραρχικά) κινδύνων ώστε να διασφαλίζεται η προστασία εργαζομένων βάσει

νομοθεσίας, Παρακολούθηση αποτελεσματικότητας μέτρων, Επανεξέταση και Αναθεώρηση βάσει αναγκών

Εργασιακό περιβάλλον: Ο όρος εργασιακό περιβάλλον δεν περιορίζει μόνο τη θέση όπου εκτελείται η εργασία αλλά και το σύνολο καταστάσεων και παραγόντων με τους οποίους μπορούν να επηρεάσουν τη φυσική και ψυχική ισορροπία του κατά τη διάρκεια της εργασίας του ή ως αποτέλεσμα της.

Το Νοσοκομειακό εργασιακό περιβάλλον είναι σύνθετη δομή που χαρακτηρίζεται από: μεγάλη ποικιλία εργασιακών δραστηριοτήτων, υψηλό επίπεδο τεχνολογικών εφαρμογών, καθώς επίσης και από μια σύνθετη οργάνωση εργασίας σαφώς καθορισμένη

Πηγή κινδύνου και κίνδυνος (*Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Υπηρεσία Επίσημης Έκδοσης των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων Λουξεμβούργο 1996*)

- **Πηγή κινδύνου (Hazard)** ορίζεται η εγγενής ιδιότητα ή ικανότητα κάποιου στοιχείου (π.χ. υλικά εργασίας, μέθοδοι και πρακτικές εργασίας κ.λπ) που ενδέχεται να προκαλέσει βλάβη
- **Κίνδυνος (risk)** ορίζεται ως η πιθανότητα να προκληθεί βλάβη στις συνθήκες εργασίας ή έκθεσης και πιθανή έκταση της βλάβης

Επαγγελματικός βλαπτικός παράγοντας στο νοσοκομείο μπορεί να είναι φυσικός, χημικός, βιολογικός, εργονομικός, οργανωτικός, ψυχολογικός, κοινωνικός ή άλλος παράγοντας, και προέρχεται από τα Συστήματα κλιματισμού, τα φωτοτυπικά μηχανήματα, τα μονωτικά υλικά, τα συνθετικά υλικά των επιπλώσεων, οι οθόνες απεικόνισης, ο φωτισμός, τα φάρμακα, τα νοσοκομειακά απόβλητα, τα αιχμηρά εργαλεία, το ηλεκτρικό ρεύμα, η φωτοσύνθεση, η σκόνη του ξύλου κ.λπ

Οι φυσικοί παράγοντες: θόρυβος, υπέρηχοι, laser, μικροκλίμα, υπεριώδης ακτινοβολίες, ραδιοσυχνότητες, ακτινοβολίες, κλ.π

Οι χημικοί παράγοντες: οργανικά οξέα, αιθέρες, εστέρες, αλογονομένοι υδρογονάνθρακες, αλδεΐδες, αναισθητικά, χημειοθεραπευτικά φάρμακα, ραδιοϊσότοπα, απορρυπαντικά, φορμαλδεΐδη, σκιαγραφικές ουσίες κ.λπ)

Οι βιολογικοί παράγοντες: ιοί ηπατίτιδας, ιός AIDS

Άλλοι παράγοντες όπως αλλεργιογόνοι, χειρωνακτική διακίνηση φορτίων, stress

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Ρυθμός εργασίας, αλλαγές βάρδιας, εφημερίες, νυχτερινή εργασία Βία από ασθενείς και συγγενείς, Εργασιακό άγχος (από φροντίδα προσώπων, οργάνωση εργασίας, συναδελφικές σχέσεις κλπ) και η Επαγγελματική Εξουθένωση

Εργατικό ατύχημα (πτώσεις, κοψίματα, τρυπήματα από αιχμηρά αντικείμενα, ηλεκτροπληξία): Είναι το ατύχημα που συμβαίνει στον εργαζόμενο κατά τη διάρκεια της εργασίας ή με αφορμή την εργασία και οφείλεται σε απότομο βίαιο εξωτερικό γεγονός (συμβάν) που προκαλεί πρόσκαιρη ή διαρκή ανικανότητα εργασίας. Είναι αδιάφορος ο χρόνος εκδήλωσης των δυσμενών συνεπειών στην υγεία του εργαζομένου και το αν εκδηλώνονται αμέσως, αργότερα ή σταδιακά. Η καταγραφή, η εποπτεία και η επιτήρηση των εργατικών ατυχημάτων έχει σαν στόχο την πρόληψη. Ο προσδιορισμός των συνθηκών και κατ' επέκταση των παραγόντων που σχετίζονται με το ατύχημα σκοπό

έχουν την αποφυγή και τον περιορισμό των εργατικών ατυχημάτων, τις Παρεμβάσεις στον εργασιακό χώρο, τις Παρεμβάσεις στις παραγωγικές διαδικασίες και την Πρόληψη. Η Πρόληψη στοχεύει στην αποφυγή της εμφάνισης ασθενειών ή βλαβών της υγείας. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό στοχεύει στη διακοπή και στον περιορισμό της εξέλιξής τους, βελτιώνοντας την έκβαση και αποφεύγοντας την εμφάνιση επιπλοκών.

Στην ιατρική της εργασίας η πρόληψη αφορά τη συνολική υγεία των εργαζομένων μέσω της εξάλειψης των επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων με σκοπό την εξάλειψη ή ελάττωση των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών.

Πρωτογενής πρόληψη: Στοχεύει στην ενίσχυση των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τις ασθένειες και τους τραυματισμούς (εμβολιασμός, απολύμανση, υγειονομική εκπαίδευση)

Δευτερογενής πρόληψη: Στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση (προκλινική φάση) των ασθενειών, προκειμένου να διακοπεί η πρόοδός τους στην αρχή (έγκαιρη διάγνωση)

Τριτογενής πρόληψη: Συνιστάται στην παρεμπόδιση οποιασδήποτε επιπλοκής ή μόνιμων δευτερογενών συμπτωμάτων μιας εν εξελίξει παθολογικής κατάστασης στο εργασιακό περιβάλλον.

Υγιεινή και Ασφάλεια στο χώρο εργασίας αφορά: Οργάνωση υπηρεσιών υγιεινής της εργασίας στο χώρο της υγείας, στα Μέτρα προφύλαξης ύποπτων ή επιβεβαιωμένων μεταδοτικών νόσων (εξοπλισμός προσωπικής προστασίας: γάντια, προστατευτικά οφθαλμών, μάσκα, μπλουζα, υγιεινή χεριών. Υποδοχή ασθενών, απολύμανση και αποστείρωση εξοπλισμού. Διαχείριση μολυσματικών νοσοκομειακών αποβλήτων), στα Αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα (AIDS, ηπατίτιδα Β, C) και στους Κίνδυνοι από διενέργεια χημειοθεραπειών (κυτταροστατικά φάρμακα με καρκινογόνες, μεταλλαξιογόνες και τερατογόνες ιδιότητες. Επίσης ασχολείται με τη Μυοσκελετική καταπόνηση (αρχές motion economy για το προσωπικό όταν αυτό στέκεται, κάθεται ή σηκώνει βαριά αντικείμενα), τα Αίτια και μέτρα πρόληψης της οσφυαλγίας και τις Επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου.

Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα του κοινωνικού συνόλου και το τελικό προϊόν είναι η παραγωγή υγείας.

Μέχρι πρόσφατα: «οι επαγγελματίες υγείας ασκούν λειτουργήματα», άρα όχι συνηθισμένη επαγγελματική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα πολύ συχνά, δικαιώματα που απορρέουν από την ισχύουσα εργατική νομοθεσία να παραβλέπονται!!

Σταθμοί στον τομέα ΥΑΕ στην Ελλάδα

- Η έκθεση ΡΙΑCT από την επιτροπή εμπειρογνομένων του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας για τη μελέτη των συνθηκών εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος στην Ελλάδα (1978)
- Η καθιέρωση της ειδικότητας της ιατρικής της εργασίας ως επίσημη ιατρική ειδικότητα το 1986. Η έναρξη της ειδικότητας Ιατρικής της Εργασίας έγινε στην Υγειονομική Σχολή το 1995
- Η δημιουργία μόνιμης Γραμματείας Υγείας και Ασφάλειας στη ΓΣΕΕ το 1991
- Η δημιουργία του Ελληνικού Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ), 1992

- Η σύσταση του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας έγινε μόλις στα τέλη του 1998 (Ν 2639/1998) παρότι ήταν ένα από τα θέματα στα οποία έδωσε προτεραιότητα η έκθεση ΡΙΑCT

Ο εργοδότης έχει υποχρέωση να:

- διαθέτει μια πλήρη εκτίμηση των κινδύνων στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι,
- χαράζει μια στρατηγική πρόληψης για την αντιμετώπισή τους,
- ενημερώνει σχετικά τους εργαζόμενους για τους κινδύνους και για τους τρόπους προστασίας τους απ' αυτούς,
- διαβουλεύεται μαζί τους για την καλύτερη αντιμετώπισή τους,
- Παρέχει όλα τα κατάλληλα μέτρα ατομικής προστασίας
- Μεριμνεί για την επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων, την καταγραφή και αξιολόγηση όλων των δεδομένων της επίβλεψης
- Εφ' όσον υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο για προστασία από κάποιο βιολογικό παράγοντα, οφείλει να προσφέρει τον εμβολιασμό στους εργαζόμενους. Τονίζεται ότι ο εμβολιασμός συμπληρώνει, δεν υποκαθιστά τα υπόλοιπα μέτρα προστασίας και πρόληψης

Νοσηλευτική Υγιεινής της Εργασίας ασχολείται με την:

- Αντιμετώπιση της ασθένειας και του ατυχήματος που οφείλονται ή συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εργασίας
- Προαγωγή της υγείας στο χώρο εργασίας
- Παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων
- Πρόληψη της ασθένειας και του ατυχήματος
- Αγωγή υγείας και συμβουλευτική υγείας
- Έλεγχος και παρακολούθηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία στο περιβάλλον εργασίας
- Προστασία υγείας
- Διοίκηση της υπηρεσίας στα πλαίσια της υγιεινής της εργασίας
- Συμμετοχή στα αρμόδια όργανα του χώρου εργασίας
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση εργαζομένων και στελεχών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας

Το νοσοκομείο ως εργοδότης οφείλει να:

- χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες ΤΑ και ΙΕ. Ο ΙΕ είναι απαραίτητος σε νοσοκομεία που απασχολούν λιγότερους από 50 εργαζομένους, εκτός εάν από την εκτίμηση των κινδύνων δεν καταδειχθεί κίνδυνος για την υγεία ή την ασφάλεια των εργαζομένων από καρκινογόνες ουσίες, βιολογικούς παράγοντες κ.λπ. Το νοσοκομείο μπορεί να επιλέξει μεταξύ των περιπτώσεων ανάθεσης των καθηκόντων ΤΑ και ΙΕ σε εργαζόμενους στο νοσοκομείο, σε άτομα εκτός νοσοκομείου, σε ΕΞΥΠΠ ή σε συνδυασμό αυτών
- Υπάρχει γραπτή εκτίμηση των υφισταμένων κινδύνων κατά την εργασία για την ασφάλεια και υγεία των εργαζομένων και να καθορίζονται τα μέτρα πρόληψης και προστασίας
- Λαμβάνει υπόψη τη γνωμάτευση του ΙΕ πριν την ανάθεση καθηκόντων σε εργαζόμενο
- Παροχή επαρκούς εκπαίδευσης και ενημέρωσης των εργαζομένων προσαρμοσμένη στην εκτίμηση των κινδύνων
- Επικοινωνεί με τους εργαζόμενους και τους εκπροσώπους τους και να επιτρέπει τη συμμετοχή τους σε όλα τα θέματα που άπτονται την ασφάλεια και υγεία κατά την εργασία
- Αναφέρει μέσα σε 24 ώρες όλα τα εργατικά ατυχήματα και να τηρεί αρχεία καταγραφής
- Λαμβάνει όλα τα αναγκαία τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την αντιμετώπιση θεμάτων πρώτων βοηθειών, πυρασφάλειας και κένωσης χώρων

Αν το νοσοκομείο έχει παραβεί τις υποχρεώσεις του, κάθε εργαζόμενος έχει το δικαίωμα που απορρέει από το άρθρο 662 του αστικού κώδικα, ανάλογα με τον κίνδυνο ή τη βλάβη που υφίσταται να απέχει από την εργασία του και να αξιώνει αποζημίωση από τον εργοδότη

Οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο οφείλουν να:

- Εφαρμόζουν τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία τους
- Φροντίζουν για την ασφάλεια και υγεία των άλλων απόμων που επηρεάζονται από τις πράξεις τους ή τις παραλείψεις τους
- Συστήνουν Επιτροπές Υγιεινής και Ασφάλειας Εργασίας (ΕΥΑΕ)
- Προσφεύγουν στον ΙΕ, σε αρμόδια Μονάδα του ΕΣΥ ή του ασφαλιστικού οργανισμού που ανήκουν, ακόμη και για προληπτικούς λόγους, για διάγνωση τυχόν βλάβης της υγείας του σε συνάρτηση με τους κινδύνους, όσον αφορά την ασφάλεια και την υγεία του κατά την εργασία. Οι σχετικές δαπάνες δεν βαρύνουν τον ίδιο τον εργαζόμενο

Ασθένειες των εργαζομένων στα νοσοκομεία

Μυοσκελετικές παθήσεις οδηγούν σε: Συχνότερη αιτία περιορισμού της ικανότητας για εργασία (50-80% στους νοσηλευτές και στο προσωπικό καθαριότητας), Υψηλότερες δαπάνες για αποζημιώσεις, Ιατρικά έξοδα, Απώλεια παραγωγικότητας και σε Αυξημένο απουσιασμός. Αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε μυοσκελετικές παθήσεις: Χειρισμοί κατά τη νοσηλεία και τις εξετάσεις των ασθενών, Χειρονακτική διακίνηση ασθενών, Κοπιαστικές στάσεις σώματος, Επαναληπτικές κινήσεις, Περιορισμός χώρου, Μονότονη εργασία που οδηγεί σε απώλεια ελέγχου, Ατομικά χαρακτηριστικά και γενετικοί παράγοντες και Εξωεργασιακοί κίνδυνοι. Σημαντικά η Εκπαίδευση-πρόγνωση, εργονομία

Επαγγελματικές δερματοπάθειες: Μέση ετήσια επίπτωση στην Ευρώπη 1:1000 εργαζομένους, 20% στο προσωπικό του νοσοκομείου, Χέρια νοσηλευτών και εργαζομένων στην καθαριότητα και την κουζίνα εκτίθενται σε Υγρά (αντισηπτικά, απολυμαντικά), σε Τριβές, σε Ουσίες με ερεθιστική και αλλεργιογόνο δράση (γάντια latex), σε Συντηρητικά, σε Τρόφιμα. Οδηγεί σε Μείωση της ποιότητας ζωής και πρέπει να χρησιμοποιούν ενυδατικής κρέμας μετά την εργασία. Η υπηρεσία θα πρέπει να ενημερώνεται αν υπάρχει Ιστορικό εκζέματος

Άσθμα: Από τα 25 επαγγέλματα με μεγαλύτερη επίπτωση άσθματος, τα 5 συναντάμε στο νοσοκομείο (16% επαγγελματικού άσθματος): νοσηλευτές, τεχνικοί, τεχνολόγοι ιατρικών και διαγνωστικών εργαστηρίων, οδοντίατροι. Αναφέρεται συσχέτιση με εργασίες καθαριότητας, αποστείρωση ιατρικών εργαλείων, πούδρα γαντιών latex, διαχείριση εισπνεόμενων φαρμάκων. Αιτιολογικοί παράγοντες είναι: Latex, Φορμαλδεΰδη, Γλουταραλδεΰδη, Αντισηπτικά, Χλωρίνη

Λοιμώξεις που χαρακτηρίζονται επαγγελματικές είναι:

- Αιματογενώς μεταδιδόμενες όπως Ηπατίτιδα Β (HBV), (6-30% από τρύπημα βελόνας), Ηπατίτιδα C (HCV), (1% από τρύπημα βελόνας), AIDS (HIV), (0,3% από τρύπημα βελόνας), 55-80% τρυπήματα βελόνας και 10-20% κοψίματα και επαφή υγιούς δέρματος ή βλεννογόνων. Σε κίνδυνο βρίσκονται οι εργαζόμενοι που έρχονται σε επαφή με: Μολυσμένους ασθενείς, Αίμα και τα παράγωγά του, Αιμοκάθαρση, Τράπεζες αίματος, Χειρουργοί, Οδοντίατροι Νοσηλευτές και μαίες καθώς και το Προσωπικό καθαριότητας. Επιβάλλεται αλλαγή συμπεριφοράς με εκπαίδευση, ασφαλέστερες συσκευές, μέτρα ατομικής προστασίας και ασφαλέστερες τεχνικές
- Λοιμώξεις διαμέσου της εντερο-στοματικής οδού (εμβολιασμός) 'όπως: Ηπατίτιδα Α μέσω νερού και τροφής. Σε κίνδυνο βρίσκονται οι εργαζόμενοι που έρχονται σε επαφή με: χρόνιους πάσχοντες, άτομα με ειδικές ανάγκες, τον καθαρισμό των κλινοσκεπασμάτων, των αποχετεύσεων, το βοηθητικό προσωπικό, τα τρόφιμα, τα τμήματα λοιμωδών και παιδιατρικά τα εργαστήρια (αναλύσεις κοπράνων)
- **Λοιμώξεις Άμεσης επαφή (αερογενής μεταφορά)** όπως: η **Φυματίωση**-αύξηση των πολυανθεκτικών στη θεραπεία περιπτώσεων και Επιπολασμός σε επαγγελματίες υγείας 1,2%-4%, Πρόληψη με εμβολιασμό BCG και διάγνωση με Mantoux. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν εργαζόμενοι σε Πνευμονολογικά τμήματα, στην Καθαριότητα, το Νοσηλευτικό προσωπικό, το Προσωπικό εργαστηρίων. Σχετίζεται με: Ανεπαρκή αερισμό των θαλάμων (λιγότερο από 2

ανανεώσεις την ώρα), και τη μη χρήση μέσων αναπνευστικής προστασίας. **Ερυθρά**- μετάδοση αερογενώς ή με επαφή (3,5 φορές μεγαλύτερη εμφάνιση σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας από ότι στον γενικό πληθυσμό). Κίνδυνος σε γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία και σε εγκύους για αποβολή ή τερατογένεση. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν εργαζόμενοι σε φροντίδα νεογνών, βρεφών και παιδιών. Σημαντικός ο Εμβολιασμός. **Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο (SARS)**- 800 νεκροί σε λιγότερο από 4 μήνες. Μέτρα άμεσης απομόνωσης με συγκεκριμένο πρωτόκολλο

- **Οι βιολογικοί παράγοντες** κατατάσσονται σε τέσσερις ομάδες κινδύνου, ανάλογα με το βαθμό του κινδύνου μόλυνσης:
 - ο Βιολογικός παράγοντας της ομάδας 1: είναι ο βιολογικός παράγοντας που είναι απίθανο να προκαλέσει ασθένεια στον άνθρωπο.
 - ο Βιολογικός παράγοντας της ομάδας 2: είναι ο παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ασθένεια στον άνθρωπο και θα μπορούσε να προκαλέσει κίνδυνο για τους εργαζόμενους, ενώ δεν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εξαπλωθεί στο κοινωνικό σύνολο. Γενικώς υπάρχει αποτελεσματική προληπτική η θεραπευτική αγωγή.
 - ο Βιολογικός παράγοντας της ομάδας 3: είναι ο παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει ασθένεια στον άνθρωπο και συνιστά σοβαρό κίνδυνο για τους εργαζόμενους. Ενδέχεται να υπάρχει κίνδυνος να διαδοθεί στο κοινωνικό σύνολο, αλλά, γενικώς υπάρχει αποτελεσματική προληπτική η θεραπευτική αγωγή
 - ο Βιολογικός παράγοντας της ομάδας 4: είναι ο παράγοντας που προκαλεί σοβαρή ασθένεια στον άνθρωπο και συνιστά σοβαρό κίνδυνο για τους εργαζόμενους, ενδέχεται να παρουσιάζει σοβαρό κίνδυνο διάδοσης στο κοινωνικό σύνολο και για τον οποίο συνήθως δεν υπάρχει αποτελεσματική προληπτική η θεραπευτική αγωγή

Προφυλάξεις για το υγειονομικό προσωπικό από τους ιούς της ηπατίτιδας Β, C και τον ιό του συνδρόμου της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας. Δεδομένου ότι η συχνότερη αιτία μετάδοσης του ιού είναι ο τραυματισμός με βελόνα ή νυστέρι η κύρια προσπάθεια εστιάζεται στην πρόληψη αυτών των ατυχημάτων. Έτσι απαγορεύεται: Η κάλυψη των χρησιμοποιημένων βελονών με το κάλυμμά τους, διότι αυτή η κίνηση αποτελεί συχνή αιτία αυτοτραυματισμού. Τα αιχμηρά μολυσμένα εργαλεία πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικό δοχείο, ποτέ επάνω στον ασθενή ή σε περιοχές που μπορεί να καλυφθούν με μαλακά υλικά όπως γάζες ή χαρτί. Αν ένα μολυσμένο αιχμηρό εργαλείο, όπως είναι το νυστέρι πρέπει να επαναχρησιμοποιηθεί ,αυτό τοποθετείται σε ειδικό δοχείο, σε απόσταση από άλλα αντικείμενα ή καρφώνεται σε αποστειρωμένο σπόγγο για να είναι εύκολη η σύλληψη του. Η ραφή πρέπει να γίνεται με βελονοκάτοχο και κατά το δέσιμο του κόμβου η μύτη της βελόνας συλλαμβάνεται από το βελονοκάτοχο. Τα αιχμηρά αντικείμενα τα παίρνει από το δίσκο εργαλείων, τα χρησιμοποιεί και τα επανατοποθετεί

σε ασφαλές σημείο κατά προτίμηση το ίδιο άτομο ενώ η παράδοση τέτοιων εργαλείων από χέρι σε χέρι πρέπει να αποφεύγεται. Στην αποφυγή παρομοίων ατυχημάτων συμβάλλει και η συνεχής επικοινωνία των εργαζόμενων με σαφείς οδηγίες ή προειδοποιήσεις στην διάρκεια της επέμβασης. Η μη χρήση εργαλείων ευθύνεται για τραυματισμούς στη διάρκεια ραφής. Η απόρριψη των αιχμηρών εργαλείων πρέπει να γίνεται σε στέρεα δοχεία ενώ τα βιολογικά υγρά σε κλειστές πλαστικές σακούλες. Τα πλαστικά γάντια πρέπει να φοριούνται σε κάθε περίπτωση που χρησιμοποιείται αιχμηρό εργαλείο όχι μόνο για να προστατεύουν από την επαφή σε θέσεις όπου υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος αλλά και για να μειωθεί ο αριθμός των ιών που θα μολύνουν αν το αιχμηρό όργανο διαπεράσει το γάντι και τραυματίσει. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι ιδιαίτερα σε εργώδεις επεμβάσεις, στα γάντια παρατηρούνται μικρές τρύπες, για αυτά αυτά θα πρέπει να αντικαθίστανται ή και να φοριούνται διπλά. Παράλληλα πρέπει να λαμβάνονται και προφυλάξεις τρυπήματος των γαντιών και τραυματισμού από θραύση γυάλινων δοχείων ή από μεταλλικές ενδοπροσθέσεις. Η συλλογή βιολογικών υγρών όπως της χολής ή πύου δεν πρέπει να γίνεται σε ανοικτά δοχεία ούτε γρήγορη εξώθηση τους από σύριγγα διότι μπορεί να εκτιναχθούν σταγονίδια και να μολύνουν τον εκτεθειμένο βλεννογόνο του προσωπικού. Για τη συλλογή κατάλληλο είναι ένα κλειστό κύκλωμα από πλαστικό σάκο και πλαστικούς σωλήνες. Για τον ίδιο λόγο σε περιπτώσεις όπου γίνεται έγχυση υγρών τα οποία αναμιγνύονται με αίμα, όπως στη διάρκεια αγγειογραφίας, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σύριγγες οι οποίες βιδώνουν στο άκρο του καθετήρα. Όσον αφορά την ηπατίτιδα Β η εισπνοή αίματος που έχει αεροποιοηθεί (aerosolized) δεν μεταδίδει τη λοίμωξη. Επίσης ο χώρος νοσηλείας θα πρέπει να διαθέτει συσκευή εμφύσησης αέρος, ώστε να μη χρειασθεί η εφαρμογή τεχνητής αναπνοής με τη τεχνική στόμα με στόμα, σε περίπτωση ανάνηψης. Είναι σημαντικό, σε περίπτωση τραυματισμού το τραύμα να πλένεται αμέσως, αφού εξετασθεί αν υπήρξε έξοδος αίματος, η πλύση να γίνεται με νερό και σαπουνί επί 10 min, η χρήση αντιικών διαλυμάτων δεν συνιστάται. Αν η επαφή αφορά βλεννογόνο, χρησιμοποιείται μόνο νερό η φυσιολογικός ορός. Η περαιτέρω αντιμετώπιση εξαρτάται από το αν ο ασθενής είναι φορέας κάποιου από τα προαναφερθέντα νοσήματα, από την μεταδοτικότητα της νόσου και το είδος της επαφής. Η διαδικασία που θα ακολουθηθεί για ηπατίτιδα C και AIDS θα πρέπει να καθορίζεται υπεύθυνα από εξειδικευμένο προσωπικό αντιμετώπισης νοσοκομειακών λοιμώξεων (NEΛ): Να λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα για ένα χρόνο (κατά τη σεξουαλική επαφή, αποφυγή κυήσεως, γαλουχίας και αιμοδοσίας), να αναφέρει κάθε σύμπτωμα όπως: πυρετός, εξάνθημα, μυϊκοί πόνοι, εύκολη κόπωση, οιδήματα, να έχει τακτική επαφή με τον επαγγελματία υγείας που διαχειρίζεται αυτά τα θέματα για να ενημερώνεται για ότι απορίες έχει. **Επαγγελματικό άγχος (stress) και εξουθένωση (burn out).** Μετά τις μυοσκελετικές παθήσεις η συχνότερη αιτία νοσηρότητας των εργαζομένων. Ευθύνεται για: Αυξημένη συχνότητα και διάρκεια απουσιών, Μειωμένη παραγωγικότητα, Υψηλά ιατρο-φαρμακευτικά κόστη. Το μέσο κόστος αποζημιώσεων εξαιτίας επαγγελματικού άγχους είναι υπερδιπλάσιο του μέσου κόστους των αποζημιώσεων από όλες τις άλλες αιτίες. Εκδηλώνεται ως: Ένταση, Θυμός, Κατάθλιψη, Μειωμένη συγκέντρωση, Ευερεθιστικότητα, Μειωμένη κοινωνικότητα. **Φυσικοί κίνδυνοι –Ακτινοβολία.** Θεωρητικά όλοι οι εργαζόμενοι είναι εκτεθειμένοι και ιδιαίτερα οι ακτινολόγοι, οι οδοντίατροι, οι καρδιολόγοι, οι νοσηλευτές, οι εργαζόμενοι σε χώρους

όπου χρησιμοποιούνται πηγές ακτινοβολίας. Επιπτώσεις από έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία είναι: Ακτινοδερματίτιδα, Απλαστική αναιμία, Μυελοδυσπλαστικά νοσήματα, Πρόωρη γήρανση, Διαταραχές αναπαραγωγής, Νευρολογικές διαταραχές, Καρκινογένεση. Η Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας είναι δημόσια υπηρεσία αρμόδια για θέματα ακτινοπροστασίας των εργαζομένων από ιοντίζουσα ακτινοβολία. Εργαζόμενοι που ασχολούνται με τεχνικές επεμβατικής ακτινολογίας πρέπει να δοσιμετρούνται. Οι κανονισμοί ακτινοπροστασίας που εγκρίθηκαν με Κοινή Υπουργική Απόφαση υπ' αρ. 1014(ΦΟΡ)94, ΦΕΚ 216/Β/6-3-2001 αποσκοπούν στην προστασία από επιβλαβείς επιδράσεις της ιοντίζουσας ακτινοβολίας και επιβάλλουν: κλινικο-εργαστηριακή επίβλεψη του προσωπικού και αρχειοθέτηση των μετρήσεων και Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία όπως: πλήρη αξιοποίηση κάθε υπάρχοντος εξοπλισμού ακτινοπροστασίας (πετάσματα, κολάρα, ποδιές κλπ), ελαχιστοποίηση του χρόνου έκθεσης του προσωπικού, με την έξοδο του από την αίθουσα, και την είσοδό του ξανά, μόνο όταν είναι απαραίτητο για την πορεία της εξέτασης-επέμβασης. Επισήμανση σημείων μέσα στην αίθουσα καθετηριασμών όπου λόγω απόστασης ή παρεμβολής μηχανημάτων εξασφαλίζει μικρότερη έκθεση. Ενημέρωση του Νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο ομαδικά όσο και σε ατομικό επίπεδο κατά την διάρκεια της εργασίας.

Θόρυβος. Ο Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας το 1995, εξέδωσε οδηγίες για επιθυμητά επίπεδα θορύβου σε θαλάμους ασθενούς της τάξης των 35 dB(A). Ο ύπνος αρχίζει να διαταράσσεται σε επίπεδα θορύβου πάνω από 45 dB(A). Η δυνατότητα επικοινωνίας αρχίζει να διαταράσσεται σε επίπεδα θορύβου πάνω 55 dB(A). Τμήματα με συχνότερο θόρυβο είναι οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το Χειρουργείο, τα Παιδιατρικά Τμήματα, τα Μαιευτικά Τμήματα, οι Διάδρομοι και οι Αίθουσες αναμονής. Το 55-60% της έντασης του θορύβου στα νοσοκομεία οφείλεται στις ομιλίες του προσωπικού. **Φυσικοί κίνδυνοι Φωτισμός και αέρας.** Ο φωτισμός πρέπει να είναι λευκός και να έχει ένταση 300-500lux και στις θέσεις εργασίας δεν πρέπει να υπάρχει αντικατοπτρισμός. Η **θερμοκρασία** πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 19-25°C. Επιπτώσεις από υψηλές θερμοκρασίες: Ατονία, Ευερεθιστότητα, Χαμηλή απόδοση στην εργασία, Αδυναμία συγκέντρωσης, Εξάντληση, Θερμοπληξία. Η ταχύτητα αέρος δεν πρέπει να υπερβαίνει το 0.1m/sec και η υγρασία πρέπει να είναι μεταξύ 40-70% με κλιματισμό καθώς και η ανανέωση του αέρα να είναι τουλάχιστον 2 φορές την ώρα (20-40m³ νωπού αέρα ανά άτομο την ώρα). **Χημικοί κίνδυνοι.** Για λιγότερο από τις μισές υπάρχουν θεσμοθετημένα όρια έκθεσης. Απαραίτητο όλες οι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται να έχουν καταγραφεί και να συνοδεύονται κατά την προμήθειά τους με δελτία ασφάλειας (MSDS). Η εκτίμηση της έκθεσης σε χημική ουσία ξεκινά με την αναγνώριση και την αξιολόγηση του κινδύνου που εξαρτάται από την πληροφορία που είναι διαθέσιμη για τη συγκεκριμένη χημική ουσία. **1. Αέρια αναισθησίας.** Ο εξαερισμός στους χώρους των χειρουργείων είναι αποφασιστικής σημασίας. Στα χειρουργεία χωρίς καλό εξαερισμό δημιουργούνται σχεδόν πάντοτε 87% υψηλές συγκεντρώσεις των αερίων που χρησιμοποιούνται στην αναισθησία με αποτέλεσμα την έκθεση των εργαζομένων σε συγκεντρώσεις N₂O μεγαλύτερες των 100 ppm. Η τοξική δράση του N₂O σε πολύ μεγαλύτερες συγκεντρώσεις μπορεί να οδηγήσει σε λευκοπένια ή θρόμβωση. Έκθεση σε αέρια και ατμούς αναισθησίας μπορεί να προκαλέσει: διαταραχές αναπαραγωγής, συγγενείς ανωμαλίες στα έμβρυα εγκύων, διαταραχές ηπατικής

λειτουργίας διαταραχές νεφρικής λειτουργίας και νευρολογικές διαταραχές. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας Ασφάλειας των ΗΠΑ (NIOSH) προτείνει ότι κανένας εργαζόμενος δεν πρέπει να εκτίθεται σε περισσότερο από 2 ppm των αλογόνων αναισθητικών και σε περίπτωση συνύπαρξης πρωτοξειδίου του αζώτου δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 25 ppm.

2. Αντινεοπλασματικά κυτταροστατικά φάρμακα. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν εργαζόμενοι σε: Ογκολογικές κλινικές, Ρευματολογικές κλινικές (επέκταση της χρήσης τους σε μη κακοήθεις ρευματολογικές και ανοσολογικές παθήσεις), Φαρμακοποιοί και βοηθοί τους, Νοσηλευτές, Γιατροί, Βοηθητικό προσωπικό τμημάτων διαχείρισης, Προσωπικό καθαριότητας, Επιδράσεις στην υγεία των εργαζομένων: Καρκινογένεση (κυρίως λευχαιμία), Τοξικές επιδράσεις στο μυελό, στους νεφρούς, στο ήπαρ, στο νευρικό σύστημα και διαταραχές στην ανάπτυξη και την αναπαραγωγή. **3. Έκθεση μέσω εισπνοής ή διαδερμικά κατά την διάρκεια της προετοιμασίας ή χορήγησης.** Μη μετρήσιμα επίπεδα στον αέρα αλλά ανιχνεύσιμα στο δάπεδο και σε χώρους διαχείρισης των φαρμάκων. Για τα αντινεοπλασματικά φάρμακα δεν έχουν θεσμοθετηθεί επιτρεπτά όρια έκθεσης και δείκτες βιολογικής έκθεσης. Η προετοιμασία πρέπει να γίνεται: Από εξειδικευμένο προσωπικό, σε ειδικό θάλαμο ασφάλειας (με νηματική ροή με φίλτρο HEPA), να χρησιμοποιούνται τα ενδεικνυόμενα μέσα προστασίας, να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής, προσοχή στη διασπορά κατά την προετοιμασία, τη μεταφορά, τη χορήγηση και την απόρριψη. **4. Οξειδιο του αιθυλενίου.** Χρησιμοποιείται στην αποστείρωση και κατατάσσεται στα πιθανά καρκινογόνα. Προκαλεί: Διαταραχές στο αναπαραγωγικό σύστημα, Χρωμοσωμικές διαταραχές. Επαναπροσδιορισμός του ορίου έκθεσης από το 5ppm στο 1ppm. **5. Φορμαλδεΰδη.** Άχρωμο, εύφλεκτο αέριο με έντονη ερεθιστική οσμή. Συντηρητικό ιστών και απολυμαντικό. Απορροφάτε μέσω εισπνοής, κατάποσης και διαδερμικά και γρήγορα μεταβολίζεται σε φορμικό οξύ. Δεν ανιχνεύεται άμεσα και αποβάλλεται κυρίως ως CO₂. Χαμηλή έκθεση σχετίζεται με κυτταρογενετικές αλλαγές στα επιθηλιακά κύτταρα του στόματος και στα λεμφοκύτταρα Υπερπλαστικές και δυσπλαστικές αλλοιώσεις στο ρινικό βλεννογόνο. Αλλεργική και ερεθιστική δερματίτιδα- έκζεμα στο δέρμα, τα βλέφαρα, το πρόσωπο, τον τράχηλο κ.λπ. **Λιποδιαλυτοί και Υδατοδιαλυτοί** (υδρογονάνθρακες, εστέρες, κετόνες, αιθέρες, αλδεΰδες κ.λπ) συγκεντρώνονται στο ΚΝΣ και προκαλούν: Υπνηλία, Σύγχυση, Μείωση συγκέντρωσης, Διαταραχή συμπεριφοράς, Ψυχοκοινωνικές διαταραχές, Έλλειψη ενδιαφέροντος, Επιπτώσεις στην επίδοση των ψυχομετρικών τεστ, Σοβαρή εγκεφαλοπάθεια, Προκαλούν δερματίτιδες, Διαταραχές του αναπνευστικού, της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας

«**Χρόνος εργασίας**»: κάθε περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας ο εργαζόμενος ευρίσκεται στην εργασία, στη διάθεση του εργοδότη, και ασκεί τη δραστηριότητα ή τα καθήκοντά του, σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες ή/και πρακτικές

«**Περίοδος ανάπαυσης**»: κάθε περίοδος που δεν είναι χρόνος εργασίας

«**Νυχτερινή περίοδος**»: κάθε περίοδος επτά τουλάχιστον ωρών, όπως ορίζεται από την εθνική νομοθεσία, η οποία πρέπει πάντως να περιλαμβάνει το διάστημα μεταξύ 24.00 και 05.00

«εργαζόμενος τη νύχτα»: α) αφενός, κάθε εργαζόμενος κατά τη νυχτερινή περίοδο επί τρεις τουλάχιστον ώρες του ημερήσιου κανονικού χρόνου εργασίας του και β) αφετέρου, κάθε εργαζόμενος ο οποίος ενδέχεται να πραγματοποιεί κατά τη νυχτερινή περίοδο ένα

ορισμένο τμήμα του ετήσιου χρόνου εργασίας του, το οποίο ορίζεται κατ' επιλογή του οικείου κράτους μέλους i) από την εθνική νομοθεσία, ύστερα από διαβούλευση με τους κοινωνικούς εταίρους ή ii) με συλλογικές συμβάσεις ή με συμφωνίες μεταξύ κοινωνικών εταίρων σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο

«**εργασία κατά βάρδιες**»: κάθε μέθοδος οργάνωσης της ομαδικής εργασίας κατά την οποία οι εργαζόμενοι διαδέχονται ο ένας τον άλλον στις ίδιες θέσεις εργασίας με ορισμένο ρυθμό, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού περιτροπής, η οποία μπορεί να είναι συνεχής ή ασυνεχής, πράγμα το οποίο υποχρεώνει τους εργαζόμενους να επιτελούν μια εργασία σε διαφορετικές ώρες σε μια δεδομένη περίοδο ημερών ή εβδομάδων. «Εργαζόμενος σε βάρδιες» είναι ο κάθε εργαζόμενος με ωράριο που εντάσσεται σε πρόγραμμα εργασίας κατά βάρδιες

«**επαρκής χρόνος ανάπαυσης**»: η πραγματική κατάσταση κατά την οποία οι εργαζόμενοι έχουν τακτικές περιόδους ανάπαυσης, η διάρκεια των οποίων εκφράζεται σε μονάδες χρόνου και οι οποίες είναι επαρκώς μακρές και συνεχείς, ώστε να εξασφαλίζουν ότι οι εργαζόμενοι δεν θα προκαλούν σωματικές βλάβες στους ίδιους, σε συναδέλφους τους ή σε τρίτους και ότι δεν θα βλάπτουν την υγεία τους, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, λόγω κόπωσης ή άτακτων ρυθμών εργασίας.

Το Κυλιόμενο ωράριο εργασίας προκαλεί διαταραχή του βιολογικού ρυθμού των εργαζομένων και δημιουργεί βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις όπως: Διαταραχές ύπνου, Καρδιαγγειακές παθήσεις, Γαστρεντερικές διαταραχές, Επιδείνωση χρόνιων παθήσεων, Διαταραχή κοινωνικής ζωής, Κατάχρηση αλκοόλ, Εργασιακό στρες, Συναισθηματικά προβλήματα

Η Οδηγία 2003/88/ΕΚ ρυθμίζει ειδικότερα θέματα χρόνου εργασίας που αφορούν: τις περιόδους ημερήσιας ανάπαυσης, τα διαλείμματα, την εβδομαδιαία ανάπαυση, τη μέγιστη κατ' εβδομάδα διάρκεια εργασίας, την ετήσια άδεια, τη νυχτερινή εργασία, την εργασία κατά βάρδιες και τους ρυθμούς εργασίας.

Ελάχιστες περίοδοι ανάπαυσης: Ελάχιστος ημερήσιος χρόνος ανάπαυσης (άρθρο 3): Τουλάχιστον ένδεκα (11) συνεχόμενες ώρες

Διαλείμματα εργασίας (άρθρο 4): Όταν ο ημερήσιος χρόνος εργασίας υπερβαίνει τις έξη ώρες, πρέπει να εξασφαλίζεται για κάθε εργαζόμενο χρόνος διαλείμματος. Η διάρκεια του διαλείμματος και οι όροι χορήγησής του καθορίζεται με την συλλογικές συμβάσεις εργασίας ή με την εθνική νομοθεσία.

Εβδομαδιαία ανάπαυση (άρθρο 5): Κάθε εργαζόμενος πρέπει να διαθέτει, ανά περίοδο επτά ημερών, μια ελάχιστη περίοδο συνεχούς ανάπαυσης εικοσιτεσσάρων (24) ωρών, στις οποίες προστίθενται οι ένδεκα ώρες ημερήσιας ανάπαυσης. Αν δικαιολογείται για αντικειμενικούς ή τεχνικούς λόγους ή από τις συνθήκες οργάνωσης της εργασίας, μπορεί να ορίζεται ελάχιστη περίοδος ανάπαυσης 24 ωρών

Μπορεί να ορισθεί μεγαλύτερη περίοδος αναφοράς η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 14 ημέρες (άρθρο 16 α')

Μέγιστη διάρκεια εβδομαδιαίας εργασίας (άρθρο 6)

Ο χρόνος εργασίας δεν πρέπει να υπερβαίνει, ανά επτάήμερο τις 48 ώρες, κατά μέσο όρο, συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών. Μπορεί όμως να ορισθεί μεγαλύτερη περίοδος αναφοράς η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει τους τέσσερις μήνες (άρθρο 16 β'). Οι περίοδοι ετήσιας άδειας με αποδοχές και οι περίοδοι αδειάς ασθενείας δεν

συνεκτιμώνται ή είναι ουδέτερες, όσον αφορά τον υπολογισμό του μέσου όρου (άρθρο 16 β'). Μέγιστη διάρκεια εβδομαδιαίας εργασίας στα κράτη μέλη της ΕΕ *Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound): Στοιχεία από μελέτη του 2002*

Νυκτερινή εργασία. Μέγιστη διάρκεια νυκτερινής εργασίας (άρθρο 8): Ο κανονικός χρόνος νυκτερινής εργασίας δεν πρέπει να υπερβαίνει, κατά μέσον όρο, τις οκτώ ώρες ανά εικοσιτετράωρο. Οι εργαζόμενοι τη νύχτα η εργασία των οποίων ενέχει ιδιαίτερους κινδύνους ή σημαντική σωματική ή πνευματική ένταση δεν πρέπει να εργάζονται περισσότερο από οκτώ ώρες κατά τη διάρκεια εικοσιτετράωρης περιόδου κατά την οποία πραγματοποιούν νυκτερινή εργασία. Η εργασία που ενέχει ιδιαίτερους κινδύνους ή σημαντική σωματική ή πνευματική ένταση ορίζεται από τις εθνικές νομοθεσίες ή/και πρακτικές ή από συλλογικές συμβάσεις ή από συμφωνίες μεταξύ κοινωνικών εταίρων, λαμβανομένων υπόψη των επιπτώσεων και των κινδύνων που συνδέονται με τη νυκτερινή εργασία. Μπορεί να καθορισθεί διαφορετική περίοδος αναφοράς είτε νομοθετικά μετά από διαβούλευση με τους κοινωνικούς εταίρους είτε με συλλογικές συμβάσεις ή συμφωνίες που συνάπτονται σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο μεταξύ κοινωνικών εταίρων (άρθρο 16 γ')

Νυκτερινή εργασία

Ιατρική εξέταση εργαζομένων τη νύχτα:

Πριν αναλάβει ο εργαζόμενος νυκτερινή εργασία έχει δικαίωμα σε δωρεάν ιατρική εξέταση που πρέπει στη συνέχεια να επαναλαμβάνεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα (η δωρεάν ιατρική εξέταση μπορεί να εντάσσεται στο εθνικό σύστημα υγείας)

Υποχρέωση μετάθεσης εργαζομένων τη νύχτα:

Οι εργαζόμενοι τη νύχτα που υποφέρουν από προβλήματα υγείας που αποδεδειγμένως οφείλονται στη νυκτερινή εργασία, πρέπει να μετατίθενται, όποτε είναι δυνατόν, σε θέση ημερήσιας εργασίας για την οποία είναι κατάλληλοι

Οικονομικός Σχεδιασμός

...η παροχή φροντίδας από τους νοσηλευτές γίνεται σε ένα περιβάλλον όπου τα οικονομικά και οι δαπάνες της παροχής φροντίδας υγείας αποτελούν βασικό θέμα συζήτησης και επηρεάζουν τις αποφάσεις.

–Marian C. Turkel

...το πρόβλημα με τον προϋπολογισμό είναι ότι είναι δύσκολο να καλυφθεί μία τρύπα χωρίς να δημιουργηθεί μία άλλη.

– Dan Benett

Σύμφωνα με τον Ο'Kane (2006), «τα νοσοκομεία και το σύστημα υγείας των ΗΠΑ προσπαθούν να διατηρήσουν την ισορροπία τους έναντι των αλληπάλληλων οικονομικών πιέσεων, οι οποίες αφορούν αφ' ενός στην αύξηση των κλινικών δαπανών, αφ' ετέρου στη μείωση των πληρωμών. Οι διοικούντες τις υπηρεσίες υγείας ζουν καθημερινά με τη σκληρή πραγματικότητα αυτών των πιέσεων, ενώ ο ευρύτερος διάλογος πάνω στις πολιτικές της υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να εστιάζει σε γενικότερα θέματα, όπως είναι οι μηχανισμοί χρηματοδότησης, η υποδομή, η ποιότητα και η πρόσβαση» (παρ. 1). Οι ανεπαρκείς πόροι και τα διαρκώς αυξανόμενα έξοδα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν μία σύγχρονη πραγματικότητα για τα συστήματα υγείας όλων των χωρών. Για πρώτη φορά είναι τόσο επιτακτική η ανάγκη για αποτελεσματικότερη

λειτουργία και περιστολή των δαπανών των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

Στο παρελθόν, η νοσηλευτική διοίκηση διαδραμάτιζε ελάσσιον ρόλο στον καθορισμό και την παρακολούθηση της κατανομής πόρων στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών υπηρεσιών ελάμβαναν συνήθως κονδύλια χωρίς ιδιαίτερη σκέψη, ενώ η συμμετοχή τους στη λήψη οικονομικών αποφάσεων ήταν περιορισμένη. Λόγω του ότι η νοσηλευτική θεωρείτο ως μία «υπηρεσία που δεν αποφέρει εισοδήματα», η συνεισφορά της είχε υποτιμηθεί. Κατά τις τελευταίες δύο με τρεις δεκαετίες, ωστόσο, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης άρχισαν να συνειδητοποιούν τη σημασία της συνεισφοράς της νοσηλευτικής στον οικονομικό σχεδιασμό και, με την είσοδο στον 21ο αιώνα, οι διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών αναμένεται να αναλάβουν ρόλο εξειδικευμένων οικονομικών διευθυντών. Ουσιαστικά, οι προϋπολογισμοί για τη νοσηλευτική περίθαλψη αποτελούν συνήθως το μεγαλύτερο τμήμα των συνολικών δαπανών των φορέων υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα η συμμετοχή στον οικονομικό σχεδιασμό να έχει αναγορευθεί σε ένα θεμελιώδες και ισχυρό εργαλείο για τη νοσηλευτική .

Πολλοί προϊστάμενοι θεωρούν τον οικονομικό σχεδιασμό ως τον πιο δύσκολο τύπο προγραμματισμού. Ορισμένοι από αυτούς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον τομέα πρόβλεψης των δαπανών βάσει των τρεχουσών και μελλοντικών αναγκών. Αυτό συνήθως συμβαίνει, όταν ο προϊστάμενος δεν έχει λάβει συστηματική εκπαίδευση ή επιμόρφωση για την κατάρτιση προϋπολογισμού. Πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψιν το γεγονός, ότι ο οικονομικός σχεδιασμός αποτελεί μία δεξιότητα η οποία βελτιώνεται με την πρακτική.

- ❏ Ο οικονομικός σχεδιασμός δεν είναι διαισθητικός. Είναι μια δεξιότητα η οποία διδάσκεται και βελτιώνεται με την πρακτική.

Για τον οικονομικό σχεδιασμό απαιτείται επίσης όραμα, δημιουργικότητα και ενδελεχής γνώση των πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών δυνάμεων οι οποίες διαμορφώνουν την υγειονομική περίθαλψη. Συνεπώς, ο οικονομικός σχεδιασμός πρέπει να περιλαμβάνεται στα προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής, καθώς και στα εκπαιδευτικά προγράμματα διοίκησης. Το παρόν κεφάλαιο πραγματεύεται το ρόλο του ηγέτη-προϊστάμενου στον οικονομικό σχεδιασμό, προσδιορίζει τους τύπους προϋπολογισμών και αναλύει τη διαδικασία κατάρτισής τους. Επίσης, εξετάζονται οι έννοιες της αποζημίωσης στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, με ιδιαίτερη έμφαση στον αντίκτυπο που έχει η ελεγχόμενη περίθαλψη στους σύγχρονους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Οι ηγετικοί ρόλοι και οι διοικητικές λειτουργίες που περιλαμβάνονται στον οικονομικό σχεδιασμό αναφέρονται στο Πλαίσιο 10.1.

ΠΛΑΙΣΙΟ 10.1 Ηγετικοί Ρόλοι και Διοικητικές Λειτουργίες στον Οικονομικό Σχεδιασμό

Ηγετικοί Ρόλοι

1. Ο ηγέτης είναι οραματιστής στην αναγνώριση ή την πρόβλεψη των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αναγκών της μονάδας, εμπνέοντας το δυναμικό και όχι τον αντιδραστικό οικονομικό σχεδιασμό
2. Γνωρίζει τους πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τον οικονομικό σχεδιασμό στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη
3. Επιδεικνύει ελαστικότητα στον καθορισμό των οικονομικών στόχων σε ένα ταχύτατα μεταβαλλόμενο σύστημα

4. Προσδοκά, αναγνωρίζει και επιλύει δημιουργικά τους περιορισμούς του προϋπολογισμού
5. Επηρεάζει και εμπνέει τα μέλη της ομάδας, ώστε να συμμετέχουν ενεργά στο βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο οικονομικό σχεδιασμό
6. Αναγνωρίζει πότε οι οικονομικοί περιορισμοί προκαλούν αδυναμία επίτευξης των στόχων της μονάδας ή του οργανισμού και κοινοποιεί την αντίληψή του αυτή ακολουθώντας τη διοικητική ιεραρχία
7. Διασφαλίζει ότι οι περικοπές των δαπανών δεν θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών


Διοικητικές Λειτουργίες

1. Ο προϊστάμενος αναγνωρίζει τη σημασία και καταρτίζει βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο οικονομικά προγράμματα που αντανακλούν τις ανάγκες της μονάδας
2. Διατυπώνει και τεκμηριώνει με αποτελεσματικό τρόπο τις ανάγκες της μονάδας στα ανώτερα διοικητικά επίπεδα
3. Αξιολογεί το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού στον τομέα της πρόβλεψης, προκειμένου να εντοπίσει τις κινητήριες δυνάμεις και τα εμπόδια του οικονομικού σχεδιασμού
4. Κατέχει γνώσεις προϋπολογισμού και χρησιμοποιεί κατάλληλες τεχνικές για την αποτελεσματική κατάρτισή του
5. Παρέχει στους υφιστάμενους ευκαιρίες συμμετοχής στον οικονομικό προγραμματισμό
6. Συντονίζει τον οικονομικό σχεδιασμό σε επίπεδο μονάδας κατά τρόπο ώστε να είναι σύμφωνος με τους στόχους και τις επιδιώξεις του οργανισμού
7. Αξιολογεί με ακρίβεια τις ανάγκες του προσωπικού με βάση προκαθορισμένα κριτήρια ή ένα καθιερωμένο σύστημα ταξινόμησης των ασθενών
8. Συντονίζει τις πλευρές παρακολούθησης της διαδικασίας ελέγχου του προϋπολογισμού.
9. Διασφαλίζει ότι η τεκμηρίωση της ανάγκης του ασθενούς για παροχή υπηρεσιών και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι σαφείς και πλήρεις, ώστε να διευκολύνεται η αποζημίωση

ΕΞΙΣΟΡΡΟΠΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο οικονομικός σχεδιασμός των φορέων υγειονομικής περίθαλψης καθίσταται πιο περίπλοκος σήμερα λόγω του διπλού στόχου συγκράτησης του κόστους και παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, τα οποία συνήθως δεν έχουν γραμμική σχέση. Η *συγκράτηση του κόστους (cost containment)* αναφέρεται στην αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υπηρεσιών η οποία οδηγεί σε έσοδα απαραίτητα για τη συνέχιση της παραγωγικότητας του οργανισμού. Η συγκράτηση του κόστους είναι ευθύνη κάθε λειτουργού υγειονομικής περίθαλψης και η βιωσιμότητα των περισσότερων οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, σήμερα, εξαρτάται από την ικανότητά τους να χρησιμοποιούν τους οικονομικούς πόρους τους κατά τρόπο συνετό.

Ωστόσο, ο όρος οικονομικά αποδοτικός δεν ταυτίζεται με τον όρο φθηνός. Στο λεξικό, ο ορισμός του *οικονομικά αποδοτικού (cost-effective)* περιλαμβάνει την έννοια του οικονομικού αναφορικά με τα αγαθά ή τις υπηρεσίες που ελήφθησαν σε σχέση με τα χρήματα που ξοδεύτηκαν, γεγονός που σημαίνει ότι το προϊόν αξίζει την τιμή του (American Heritage Dictionary of the English Language, 2005). Στη σχέση κόστους - αποδοτικότητας λαμβάνονται υπ' όψιν παράγοντες, όπως η προσδοκώμενη διάρκεια της υπηρεσίας, η ανάγκη για αυτού του είδους υπηρεσία, καθώς και η ύπαρξη άλλων εναλλακτικών.

 Το κόστος δεν εξισώνεται πάντοτε με την ποιότητα, όσον αφορά στην υγειονομική περίθαλψη.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης το κόστος και η ποιότητα δεν ταυτίζονται πάντα. Σύμφωνα με τον O'Kane (2006), «το να δαπανά κάποιος μεγαλύτερα ποσά δεν σημαίνει απαραίτητως ότι λαμβάνει περίθαλψη υψηλότερης ποιότητας. Στην πραγματικότητα η μεγαλύτερη

δαπάνη χρημάτων συχνά μπορεί να σημαίνει ότι αγοράζονται υπηρεσίες περίθαλψης που δεν είναι απαραίτητες και οι οποίες αφ' ενός δεν έχουν αξία, αφ' ετέρου εκθέτουν τον ασθενή σε κίνδυνο και καταναλώνουν πολύτιμο χρόνο, πόρους και χρήματα, τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν πιο αποτελεσματικά» (παρ. 4). Ο Ο'Κane υποστηρίζει επίσης, ότι «τα υπάρχοντα κίνητρα, τα οποία έχουν εσφαλμένα και ακλόνητα ενσωματωθεί στη δομή του συστήματος αμοιβών επί σειρά ετών, ανταμείβουν τους ιατρούς και τα νοσοκομεία για την παροχή μονάδων περίθαλψης, ανεξάρτητα από την ποιότητα αυτής της περίθαλψης. Για παράδειγμα, υπάρχουν περισσότερες από 100 διαγνωστικές ομάδες, οι οποίες ουσιαστικά καλούνται να πληρώσουν περισσότερο όταν ένας ασθενής προσβάλλεται από ενδονοσοκομειακή λοίμωξη η οποία είναι δυνατό να προληφθεί, όπως είναι ο σταφυλόκοκκος» (παρ. 22).

ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΥΘΥΝΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΗ

Θεμελιώδες στοιχείο του οικονομικού σχεδιασμού είναι ο *καταλογισμός των ευθυνών* (*responsibility accountability*), σύμφωνα με τον οποίο τα έσοδα, οι δαπάνες, το ενεργητικό και το παθητικό ενός οργανισμού εμπίπτουν στην ευθύνη κάποιου. Κατά συνέπεια, το άτομο με το μεγαλύτερο έλεγχο ή επιρροή σε οποιοδήποτε από τα ανωτέρω οικονομικά στοιχεία πρέπει να θεωρείται υπεύθυνο για αυτά. Σε επίπεδο μονάδας, την ευθύνη αυτή φέρει συνήθως ο προϊστάμενος. Αυτό συνεπάγεται, ότι ο προϊστάμενος πρέπει να συμμετέχει ενεργά στην κατάρτιση του προϋπολογισμού της μονάδας, να έχει ένα υψηλό επίπεδο ελέγχου στο περιεχόμενο του προϋπολογισμού, να λαμβάνει τακτικές αναφορές στοιχείων όπου θα γίνεται σύγκριση μεταξύ των πραγματικών και των προβλεπόμενων δαπανών και να θεωρείται υπεύθυνος για τα οικονομικά αποτελέσματα της λειτουργικής μονάδας.

Δεδομένου ότι οι προϊστάμενοι των μονάδων συμμετέχουν στις καθημερινές λειτουργίες και διαπιστώνουν από πρώτο χέρι τη λειτουργικότητα της μονάδας τους, αποκτούν συνήθως εμπειρία στην πρόβλεψη των τάσεων αριθμού των ασθενών, καθώς και στις ανάγκες προμηθειών και εξοπλισμού για τις μονάδες τους. Η διαδικασία της *πρόβλεψης (forecasting)* περιλαμβάνει μία εμπειριστατωμένη εκτίμηση του προϋπολογισμού βάσει δεδομένων.

Ο προϊστάμενος της μονάδας είναι επίσης σε θέση να παρακολουθεί και να αξιολογεί όλες τις πλευρές ελέγχου του προϋπολογισμού μιας μονάδας. Όπως συμβαίνει και σε άλλους τύπους σχεδιασμού, ο προϊστάμενος της μονάδας έχει την ευθύνη για την κοινοποίηση των στόχων του, υπό κατάρτιση, προϋπολογισμού στο προσωπικό. Όσο περισσότερο το προσωπικό κατανοεί τους στόχους του προϋπολογισμού και τα σχέδια που πρέπει να ακολουθηθούν για την υλοποίησή τους, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες της επίτευξης αυτών των στόχων. Δυστυχώς, πολλοί νοσηλευτές δεν γνωρίζουν πολλά για το μοντέλο νοσηλευτικού προϋπολογισμού που χρησιμοποιείται από το σύστημα του νοσοκομείου τους.

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Προϋπολογισμός (budget) είναι ένα οικονομικό σχέδιο το οποίο υπολογίζει τις δαπάνες και τα έσοδα για μία προκαθορισμένη μελλοντική χρονική περίοδο (About Inc., 2006). Με άλλα λόγια, περιλαμβάνει τις προβλεπόμενες δαπάνες καθώς και τα εισοδήματα για μια χρονική περίοδο. Η ακρίβεια υπαγορεύει την αξία του προϋπολογισμού. Όσο πιο ακριβές είναι το προσχέδιο του προϋπολογισμού, τόσο καλύτερα μπορεί το ίδρυμα να προγραμματίσει την πλέον αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων του.



Η αξία του προϋπολογισμού είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ακρίβειά του.

Δεδομένου ότι ο προϋπολογισμός αποτελεί, στην καλύτερη περίπτωση, πρόβλεψη, σχέδιο και όχι κανόνα, ο οικονομικός σχεδιασμός απαιτεί ευελιξία, διαρκή αξιολόγηση και αναθεώρηση. Πράγματι, ο Barr (2005) υποστηρίζει, ότι η σύνταξη του προϋπολογισμού πρέπει να αντιμετωπίζεται ως συνεχιζόμενη διαδικασία και όχι ως ετήσια άσκηση, καθώς η διαδικασία είναι δυναμική. Στον προϋπολογισμό, τα έξοδα ταξινομούνται ως σταθερά ή μεταβλητά (*fixed or variable*) και ως ελεγχόμενα ή μη ελεγχόμενα (*controllable or non controllable*), αντίστοιχα. Σε αντίθεση με τα *μεταβλητά* έξοδα, τα *σταθερά* έξοδα δεν μεταβάλλονται ανάλογα με τον όγκο των εργασιών. Στα παραδείγματα σταθερών εξόδων θα μπορούσε να περιλαμβάνεται η πληρωμή μιας υποθήκης ή ο μισθός ενός διοικητή, ενώ τα μεταβλητά έξοδα θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν το μισθολόγιο των ωρομίσθιων υπαλλήλων και το κόστος προμηθειών.

Τα *ελεγχόμενα* έξοδα μπορούν να ελεγχθούν ή να τροποποιηθούν από το διευθυντή, πράγμα το οποίο δεν ισχύει για τα *μη ελεγχόμενα* έξοδα. Για παράδειγμα, ο προϊστάμενος της μονάδας μπορεί να ελέγξει τον αριθμό και τη σύνθεση του προσωπικού που εργάζεται σε μία ορισμένη βάρδια. Ωστόσο, δεν μπορεί να ελέγξει την απόσβεση του εξοπλισμού, τον αριθμό και τον τύπο προμηθειών που χρειάζονται οι ασθενείς ή τις υπερωρίες που προκύπτουν σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Μία λίστα της οικονομικής ορολογίας που πρέπει να γνωρίζει ένας προϊστάμενος παρατίθεται στο Πλαίσιο 10.2.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.1

Θα Δεχόσασταν Αυτό το Δώρο;

Ένας από τους ογκολόγους της μονάδας σας (ο Dr. Sam Jones) προσφέρθηκε να σας δώσει το παλιό του φωτοτυπικό μηχάνημα, καθώς το γραφείο του πρόκειται να αγοράσει ένα καινούριο. Ως όρο αποδοχής θέτει την προϋπόθεση, όλοι οι ογκολόγοι και οι ακτινολόγοι να μπορούν να το χρησιμοποιούν χωρίς χρέωση.

● ΕΡΓΑΣΙΑ:

1. Αιτιολογήστε την αποδοχή ή την απόρριψη του δώρου. Τι επηρέασε την απόφασή σας;
2. Ποια είναι τα σταθερά και ποια τα μεταβλητά έξοδα;
3. Ποια είναι τα ελεγχόμενα και ποια τα μη ελεγχόμενα έξοδα;
4. Τι έλεγχο θα έχετε εσείς, ως προϊστάμενος της μονάδας, στο φωτοτυπικό;

ΠΛΑΙΣΙΟ 10.2 Οικονομική Ορολογία

Δείκτης Βαρύτητας (Acuity Index) – Σταθμισμένη στατιστική μέτρηση που αναφέρεται στη σοβαρότητα της πάθησης των ασθενών για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται με βάση τη βαρύτητα της πάθησης, συνήθως σε μία από τέσσερις κατηγορίες. Ο δείκτης βαρύτητας καθορίζεται μέσω του υπολογισμού του συνόλου των σοβαρών παθήσεων και της διαίρεσής του με τον αριθμό των ασθενών.

Ενεργητικό (Assets) – Οι οικονομικοί πόροι που λαμβάνει ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι οι εισπρακτέοι λογαριασμοί.

Βασικά Δεδομένα (Baseline Data) – Πληροφορίες από το ιστορικό σχετικά με τα ποσά που ξοδεύτηκαν, το βαθμό βαρύτητας, τον αριθμό ασθενών, τους πόρους που χρειάστηκαν, τις ώρες περίθαλψης, κλπ. Αυτές οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται ως βάση πάνω στην οποία θα προβλεφθούν οι μελλοντικές ανάγκες.

Σημείο Ισοροπημένου Προϋπολογισμού (Break-Even Point) – Το σημείο στο οποίο τα έσοδα καλύπτουν τα έξοδα. Οι περισσότεροι υγειονομικοί οργανισμοί έχουν υψηλά σταθερά έξοδα. Δεδομένου ότι τα

σταθερά έξοδα ανά μονάδα, σε ένα μοντέλο που δεν στηρίζεται σε κατά κεφαλήν πληρωμές, μειώνονται ανάλογα με τον όγκο εργασιών, τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης που λειτουργούν με αυτό το μοντέλο, πρέπει να διατηρούν έναν αρκετά μεγάλο όγκο εργασιών, ώστε να μειώνονται τα έξοδα της μονάδας.

Κατά Κεφαλήν Αμοιβή (Capitation) – Ένα προτιμολογημένο σύστημα πληρωμής το οποίο πληρώνει τα προγράμματα υγείας ή τους λειτουργούς με ένα πάγιο ποσό μηνιαίως ανά εγγεγραμμένο άτομο, για ένα καθορισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας, ανεξαρτήτως του αριθμού των υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται.

Ομαδοποίηση Ασθενών (Case Mix) – Τύποι ασθενών που εξυπηρετούνται από έναν φορέα. Η ομαδοποίηση των ασθενών ενός νοσοκομείου συνήθως γίνεται μέσω μεταβλητών που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως είναι η διάγνωση, τα προσωπικά χαρακτηριστικά, και οι τύποι θεραπείας.

Εισροή Χρημάτων (Cash Flow) – Ο ρυθμός με τον οποίο γίνεται είσπραξη και καταμερισμός των χρημάτων.

Ελεγχόμενα Κόστη (Controllable Costs) – Έξοδα τα οποία μπορούν να ελεγχθούν ή τα οποία ποικίλλουν. Για παράδειγμα, ο αριθμός του απασχολούμενου προσωπικού, το επίπεδο των απαιτούμενων δεξιοτήτων, τα επίπεδα των μισθών, και η ποιότητα των υλικών.

Λόγος κόστους οφέλους (Cost-Benefit Ratio) – Αριθμητική σχέση μεταξύ της αξίας μίας δραστηριότητας ή διαδικασίας, σε όρους οφέλους, και της αξίας του κόστους της συγκεκριμένης δραστηριότητας ή διαδικασίας. Το ποσοστό ανταποδοτικότητας κόστους εκφράζεται με κλάσμα.

Κέντρο Κόστους (Cost Center) – Η μικρότερη λειτουργική μονάδα για την οποία μπορεί να υπάρξει έλεγχος του κόστους και καταλογισμός της σχετικής ευθύνης. Μία νοσηλευτική μονάδα θεωρείται συνήθως κέντρο κόστους, αλλά ενδέχεται να υπάρχουν και άλλα κέντρα κόστους στο εσωτερικό μιας μονάδας (το ορθοπεδικό τμήμα θεωρείται ένα κέντρο κόστους, αλλά και η αίθουσα γύψου θεωρείται συχνά ένα ξεχωριστό κέντρο κόστους εντός του ορθοπεδικού τμήματος).

Ομάδες που Σχετίζονται με τη Διάγνωση (Diagnosis-Related Groups, DRGs) - Προτιμολογημένο σύστημα πληρωμής που χρησιμοποιείται από το πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης Medicare (ΗΠΑ) για τον καθορισμό του ποσού πληρωμής για τη νοσηλεία ενός ασθενούς, βάσει της διάγνωσης εισαγωγής. Κάθε DRG αντιπροσωπεύει έναν συγκεκριμένο τύπο περιστατικού για τον οποίο το πρόγραμμα Medicare παρέχει ενιαία χρηματική αποζημίωση. Αυτό το προκαθορισμένο ποσό ενδέχεται, στην πραγματικότητα, να είναι μεγαλύτερο ή μικρότερο από το κόστος της θεραπείας ενός ασθενούς σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Άμεσο Κόστος (Direct Costs) – Το κόστος που μπορεί να αποδοθεί σε συγκεκριμένη πηγή, όπως φάρμακα ή θεραπείες. Το κόστος συγκεκριμένων αγαθών ή υπηρεσιών που αναγνωρίζεται με σαφήνεια.

Σύστημα Αμοιβής ανά Υπηρεσία (Fee-For-Service System, FFS) – Σύστημα αποζημίωσης, όπου οι ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώνουν τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης μετά από την παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών.

Σταθερός Προϋπολογισμός (Fixed Budget) – Είδος προϋπολογισμού που βασίζεται σε ένα σταθερό, ετήσιο επίπεδο όγκου εργασιών, όπως είναι ο αριθμός των ασθενών – ημερών ή ο αριθμός των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν, ώστε να προκύψει το ετήσιο σύνολο του προϋπολογισμού. Στη συνέχεια, τα σύνολα αυτά διαιρούνται διά του 12 για να βρεθεί ο μηνιαίος μέσος όρος. Ο σταθερός προϋπολογισμός δεν κάνει προβλέψεις για τυχόν μηνιαίες ή εποχικές αποκλίσεις.

Σταθερό Κόστος (Fixed Costs) – Το κόστος που δεν μεταβάλλεται ανάλογα με τον όγκο εργασιών. Παράδειγμα σταθερού κόστους είναι οι πληρωμές υποθηκών ή δανείων.

Κερδοσκοπικός Οργανισμός (For-profit organization) – Οργανισμός στον οποίο οι χρηματοδότες έχουν μερίδιο ιδιοκτησίας. Αυτοί οι χρηματοδότες έχουν μετοχές στον κερδοσκοπικό οργανισμό και λαμβάνουν μερίσματα από το ποσό που απομένει μετά την αφαίρεση από τα εισερχόμενα ποσά του κόστους των αγαθών και της άσκησης των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων.

Συνολικό Κόστος (Full Costs) – Το άθροισμα του άμεσου και έμμεσου κόστους.

Ισοδύναμο Πλήρους Απασχόλησης, ΙΠΑ (Full-Time Equivalent, FTE) – Ο αριθμός των προγραμματιζόμενων ωρών εργασίας ενός υπαλλήλου πλήρους απασχόλησης σε εβδομαδιαία βάση. Για παράδειγμα, 1.0 ΙΠΑ = πέντε ημέρες οκτάωρης απασχόλησης που ισοδυναμούν με 40 ώρες απασχόλησης την εβδομάδα. Το ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης (ΙΠΑ) μπορεί να διαιρεθεί με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, δύο υπάλληλοι μερικής απασχόλησης, ο καθένας από τους οποίους εργάζεται 20 ώρες την εβδομάδα, θα ισοδυναμούσαν με 1 ΙΠΑ. Στην περίπτωση μίας θέσης που απαιτεί κάλυψη για περισσότερες από 5 ημέρες ή 40 ώρες την εβδομάδα, το ΙΠΑ θα ήταν μεγαλύτερο από 1.0 για τη συγκεκριμένη θέση. Εάν υποθέσουμε ότι για μία θέση απαιτούνται 7 ημέρες εργασίας ή 56 ώρες αντίστοιχα, αυτό συνεπάγεται ότι η συγκεκριμένη θέση έχει ανάγκη από κάλυψη ΙΠΑ 1.4 (56 ώρες διά του 40 = 1.4). Αυτό σημαίνει ότι χρειάζονται περισσότερα από ένα άτομα για την πλήρωση των θέσεων ΙΠΑ, για μία περίοδο 7 ημερών.

Οργανισμός Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organization, HMO) – Ιστορικά αναφέρεται σε έναν οργανισμό στον οποίο η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης έχει ανατεθεί σε εθελοντικά εγγεγραμμένα μέλη, με αντάλλαγμα ένα προκαθορισμένο χρηματικό ποσό ανά άτομο και ανά μήνα. Συχνά αναφέρεται και ως Οργανισμός Διαχειριζόμενης Φροντίδας (MCO – Managed Care Organization).

Ώρες ανά ασθενή - ημέρα (Hours per patient-day, HPPD) – Οι ώρες νοσηλευτικής περίθαλψης που παρέχονται σε έναν ασθενή σε ημερήσια βάση, από νοσηλευτικό προσωπικό διαφόρων επιπέδων. Οι HPPD προκύπτουν από τη διαίρεση των συνολικών ωρών παραγωγής δια του αριθμού των ασθενών.

Έμμεσο Κόστος (Indirect Costs)– Το κόστος που δεν μπορεί να αποδοθεί άμεσα σε έναν συγκεκριμένο τομέα. Πρόκειται για κόστος το οποίο συνήθως μοιράζεται μεταξύ διαφορετικών τμημάτων. Οι υπηρεσίες καθαριότητας θεωρούνται έμμεσο κόστος.

Διαχειριζόμενη Φροντίδα (Managed Care) – Όρος ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία σειρά από σχέδια υγειονομικής περίθαλψης τα οποία στοχεύουν στη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους δικαιούχους, διατηρώντας παράλληλα υψηλό το επίπεδο ποιότητας της περίθαλψης.

Medicaid – Ομοσπονδιακό - κρατικό πρόγραμμα των ΗΠΑ που χρηματοδοτεί τις ιατρικές υπηρεσίες για λογαριασμό συγκεκριμένων ομάδων ατόμων με χαμηλό εισόδημα. Κατά κανόνα, τα άτομα αυτά δεν καλύπτονται από την Κοινωνική Ασφάλιση. Συγκεκριμένες ομάδες ατόμων (π.χ. ηλικιωμένοι, τυφλοί, ανάπηροι, μέλη οικογενειών με εξαρτημένα παιδιά, έγκυες) καλύπτονται επίσης από το πρόγραμμα αυτό στην περίπτωση που το εισόδημα και οι πόροι τους είναι ιδιαίτερα περιορισμένα.

Medicare – Εθνικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας, εγκεκριμένο από το Άρθρο 18 του Νόμου περί Κοινωνικής Ασφάλισης των ΗΠΑ, το οποίο παρέχει οφέλη σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Η κάλυψη του προγράμματος Medicare περιλαμβάνει επίσης συγκεκριμένες ομάδες ατόμων, ανεξαρτήτως ηλικίας, που πάσχουν από εκφυλιστικές ή χρόνιες ασθένειες, όπως είναι οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται τακτικά σε αιμοκάθαρση.

Μη Ελεγχόμενο Κόστος (Non-controllable Costs) – Έμμεσο κόστος το οποίο συνήθως δεν μπορεί να ελεγχθεί ή να τροποποιηθεί. Σε αυτά περιλαμβάνονται το ενοίκιο, ο φωτισμός και η απόσβεση του εξοπλισμού.

Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός (Not-for-profit Organization) – Πρόκειται για τύπο οργανισμού ο οποίος χρηματοδοτείται από διάφορες πηγές, με τη διαφορά ότι οι χρηματοδότες του δεν έχουν μερίδιο

ιδιοκτησίας. Τα κέρδη ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού συνήθως διοχετεύονται πάλι στον οργανισμό με σκοπό την επέκταση ή την απόκτηση κεφαλαίου.

Λειτουργικά Έξοδα (Operating Expenses) – Τα καθημερινά έξοδα που απαιτούνται για τη διατήρηση ενός νοσοκομείου ή ενός ιδρύματος υγειονομικής περίθαλψης.

Σύστημα Ταξινόμησης των Ασθενών (Patient Classification System) – Μέθοδος κατηγοριοποίησης των ασθενών. Κάθε σύστημα χρησιμοποιεί διαφορετικά κριτήρια. Στον τομέα της νοσηλευτικής, οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται βάσει της βαρύτητας της πάθησής τους.

Οργανισμός Προτιμώμενου Φορέα (Preferred Provider Organization, PPO) – Πρόγραμμα χρηματοδότησης και παροχής υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει μία ομάδα φορέων, όπως είναι οι ιατροί και τα νοσοκομεία, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις για την παροχή υπηρεσιών με αμοιβή ανά υπηρεσία. Αυτό παρέχει οικονομικά κίνητρα στους καταναλωτές, ώστε να χρησιμοποιούν μία ομάδα φορέων της επιλογής τους και να πληρώνουν λιγότερο για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Οι ασφαλιστικές εταιρείες υπόσχονται συνήθως στον PPO τη διασφάλιση ενός συγκεκριμένου όγκου ασθενών και μίας άμεσης πληρωμής με αντάλλαγμα την έκπτωση επί των αμοιβών τους.

Ώρες Παραγωγής (Production Hours) – Ο συνολικός χρόνος εργασίας που περιλαμβάνει το τακτικό ωράριο, τις υπερωρίες και το προσωρινό ωράριο. Είναι γνωστές και ως πραγματικές ώρες εργασίας.

Προτιμολογημένο Σύστημα Πληρωμής (Prospective Payment System, PPS) – Ένα νοσοκομειακό σύστημα πληρωμής με προκαθορισμένο ποσό αποζημίωσης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Έσοδο (Revenue) – Η πηγή εισοδήματος ή η αμοιβή για την παροχή υπηρεσιών σε έναν ασθενή.

Σύνθεση Προσωπικού (Staffing Mix) – Το ποσοστό των νοσηλευτών, των βοηθών νοσηλευτή και των ανειδίκευτων εργαζομένων (π.χ. σε μία βάρδια κάποιας μονάδας ενδέχεται να απασχολούνται 40 % νοσηλευτές, 40% βοηθού νοσηλευτή και 20% άλλα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού). Οι πολιτικές σύνθεσης του προσωπικού των νοσοκομείων ποικίλλουν.

Σύστημα Πληρωμής Μέσω Τρίτων (Third-Party Payment System) – Σύστημα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, στο οποίο οι φορείς προσφέρουν υπηρεσίες στους ασθενείς και τα έξοδα καλύπτονται από ένα τρίτο μέρος ή έναν μεσάζοντα, που συνήθως είναι μία ασφαλιστική εταιρεία ή μία κρατική υπηρεσία.

Δείκτης της τάσης αποχώρησης του προσωπικού (Turnover Ratio) – Το ποσοστό των υπαλλήλων που εγκαταλείπουν την εργασία τους για λόγους

πέραν του θανάτου ή της συνταξιοδότησης. Το ποσοστό αυτό υπολογίζεται με διαίρεση του αριθμού των υπαλλήλων που αποχωρούν δια του αριθμού των εργαζομένων που απασχολούνται στη μονάδα κατά τη διάρκεια του έτους και στη συνέχεια πολλαπλασιάζοντας τον αριθμό που προκύπτει με το 100.

Μεταβλητό Κόστος (Variable Costs) – Κόστος το οποίο μεταβάλλεται ανάλογα με τον όγκο εργασιών, π.χ. το κόστος μισθοδοσίας.

Μονάδες Φόρτου Εργασίας (Workload Units) – Στη νοσηλευτική, ο φόρτος εργασίας ισοδυναμεί με τις ημέρες νοσηλείας. Σε ορισμένους τομείς ωστόσο, οι μονάδες φόρτου εργασίας μπορεί να αναφέρονται στον αριθμό διαδικασιών, εξετάσεων, επισκέψεων ασθενών, ενέσεων, κλπ.


ΒΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Η νοσηλευτική διαδικασία παρέχει ένα μοντέλο των βημάτων που ακολουθούνται στο σχεδιασμό του προϋπολογισμού:

1. Το πρώτο βήμα είναι η αξιολόγηση των αναγκών που πρέπει να καλυφθούν μέσω του προϋπολογισμού. Γενικότερα, ο προσδιορισμός τους πρέπει να αντικατοπτρίζει τη συνεισφορά όλων των επιπέδων της ιεραρχίας του οργανισμού, καθώς ο προγραμματισμός προϋπολογισμού είναι πιο αποτελεσματικός όταν το σύνολο του προσωπικού που κάνει χρήση των πόρων, συμμετέχει στη διαδικασία. Στη συνέχεια, μπορεί να γίνει συμψηφισμός των αναγκών της μονάδας από απόψεως εργατικού δυναμικού, εξοπλισμού και λειτουργικών εξόδων, προκειμένου να καθοριστεί ο προϋπολογισμός του οργανισμού.
2. Το δεύτερο βήμα είναι η ανάπτυξη ενός σχεδίου. Το σχέδιο του προϋπολογισμού μπορεί να αναπτυχθεί με ποικίλους τρόπους. Ένας κύκλος προϋπολογισμού που ορίζεται για διάστημα 12 μηνών ονομάζεται *προϋπολογισμός οικονομικού έτους (fiscal year budget)*. Αυτό το οικονομικό έτος, το οποίο μπορεί να συμπίπτει ή όχι με το ημερολογιακό έτος, διαιρείται στη συνέχεια σε τέσσερα τμήματα ή

υποδιαιρείται σε μηνιαίες ή εξαμηνιαίες περιόδους. Οι περισσότεροι προϋπολογισμοί αναπτύσσονται για περίοδο ενός έτους, αλλά ενδέχεται να γίνει και *διαρκής προϋπολογισμός (perpetual budget)* σε μία σταθερή βάση κάθε μήνα, ούτως ώστε τα μελλοντικά στοιχεία του προϋπολογισμού 12 μηνών να είναι πάντα διαθέσιμα.

Η επιλογή του ιδανικού χρονικού πλαισίου για την κατάρτιση του προϋπολογισμού έχει ιδιαίτερη σημασία. Όταν ο προϋπολογισμός έχει μεγάλο χρονικό ορίζοντα, είναι πιθανότερο να υπάρξουν σφάλματα. Όταν ο προϋπολογισμός δεν διέπεται από διορατικότητα, η αντιστάθμιση σε περίπτωση μη αναμενόμενης εμφάνισης μεγάλων εξόδων ή αγοράς κεφαλαιουχικού εξοπλισμού μπορεί να είναι δύσκολη.

 Ένας προϋπολογισμός που προβλέπει σε μεγάλο βάθος χρόνου παρουσιάζει μεγαλύτερες πιθανότητες για λάθη.

3. Το τρίτο βήμα είναι η εφαρμογή. Σε αυτό το βήμα, υπάρχει διαρκής παρακολούθηση και ανάλυση, προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση ανεπαρκών ή πλεοναζόντων κεφαλαίων στο τέλος του οικονομικού έτους. Στους περισσότερους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, μηνιαίες καταστάσεις περιγράφουν τον προβλεπόμενο προϋπολογισμό κάθε τμήματος και τις αποκλίσεις από αυτόν τον προϋπολογισμό. Ορισμένοι προϊστάμενοι προβαίνουν σε τεχνητή διόγκωση του προϋπολογισμού του τμήματός τους ως μέτρο προστασίας έναντι περικοπών του προϋπολογισμού από υψηλότερο επίπεδο διοίκησης. Εάν αρκετά τμήματα ακολουθήσουν αυτήν την επισφαλή πρακτική, ο συνολικός προϋπολογισμός του ιδρύματος

μπορεί να αποδειχθεί αναποτελεσματικός. Όταν υπάρχει ένδειξη σημαντικής αλλαγής στον προϋπολογισμό, η όλη διαδικασία σύνταξης του προϋπολογισμού πρέπει να επαναληφθεί. Οι προϊστάμενοι ανωτέρου επιπέδου οφείλουν να παρακολουθούν και να διορθώνουν τις όποιες μη ρεαλιστικές προβλέψεις του προϋπολογισμού προτού αυτός τεθεί σε εφαρμογή.

4. Το τελευταίο βήμα είναι η αξιολόγηση. Ο προϋπολογισμός πρέπει να επανεξετάζεται ανά τακτά διαστήματα και να τροποποιείται, όπως απαιτείται, καθ' όλη τη διάρκεια του οικονομικού έτους. Κάθε προϊστάμενος μονάδας θεωρείται υπεύθυνος για τις αποκλίσεις από τον προϋπολογισμό στη μονάδα του. Στις περισσότερες μονάδες, κάποιες αλλαγές στον προϋπολογισμό είναι αναμενόμενες. Ωστόσο, οι μεγάλες αποκλίσεις πρέπει να εξετάζονται για τα πιθανά αίτια και να λαμβάνουν χώρα διορθωτικές ενέργειες, όπου χρειάζεται.

ΕΙΔΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

Οι τρεις κύριοι τύποι προϋπολογισμού στους οποίους ο προϊστάμενος συμμετέχει άμεσα, στο πλαίσιο του οικονομικού σχεδιασμού, είναι οι προϋπολογισμοί προσωπικού, λειτουργίας και κεφαλαίου.

Προϋπολογισμός Προσωπικού

Η μεγαλύτερη δαπάνη του προϋπολογισμού είναι ο *προϋπολογισμός εργατικού δυναμικού* ή *προσωπικού* (*personnel budget*), διότι η υγειονομική φροντίδα είναι *εντάσεως εργασίας* (*labour intensive*). Προκειμένου να διαχειριστούν τις διακυμάνσεις στον αριθμό και τη βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών, οι διοικητές πρέπει να χρησιμοποιούν, κατά την πρόβλεψη των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αναγκών σε

προσωπικό, ιστορικά δεδομένα σχετικά με τις διακυμάνσεις του αριθμού ασθενών στη μονάδα τους. Επιπλέον, ένας διοικητής πρέπει να παρακολουθεί στενά τον προϋπολογισμό του προσωπικού προκειμένου να αποτρέψει να υπάρξει έλλειμμα ή πλεόνασμα προσωπικού. Όταν παρατηρείται μείωση των ημερών νοσηλείας ή του όγκου εργασιών, οι διοικητές πρέπει να μειώνουν το κόστος του προσωπικού ανάλογα με τη μείωση του όγκου εργασιών.

Πέρα από τον αριθμό των απασχολούμενων ατόμων, ο προϊστάμενος πρέπει να έχει γνώση και της σύνθεσης του προσωπικού. Η σύνθεση του προσωπικού αναφέρεται στα ποσοστά των νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτή, οι οποίοι απασχολούνται για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο προϊστάμενος πρέπει επίσης να έχει γνώση της βαρύτητας της κατάστασης των ασθενών, ώστε να καθίσταται δυνατή η παροχή της πλέον οικονομικής παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία θα καλύπτει τις ανάγκες τους.

Αν και η στελέχωση συζητείται στην Ενότητα V, σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμη μία σύντομη περιγραφή του τρόπου με τον οποίο εκφράζονται στον προϋπολογισμό προσωπικού οι ανάγκες σε προσωπικό. Η στελέχωση του προσωπικού βασίζεται σε προκαθορισμένα *κριτήρια*. Αυτά τα κριτήρια μπορεί να είναι οι ώρες ανά ημέρα νοσηλείας (στα νοσοκομεία), οι επισκέψεις ανά μήνα (υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον) ή τα λεπτά ανά περίπτωση (χειρουργείο). Καθώς ο αριθμός ασθενών, η συχνότητα επισκέψεων ή τα περιστατικά ανά ημέρα δεν είναι ποτέ σταθερά, ο διοικητής πρέπει να είναι έτοιμος να αλλάξει το προσωπικό όταν ο όγκος εργασιών αυξάνεται ή μειώνεται. Ορισμένες φορές ο πληθυσμός και ο τύπος των περιστατικών μεταβάλλονται, έτσι ώστε το ισχύον κριτήριο να μην είναι πλέον κατάλληλο. Για παράδειγμα, μία αίθουσα χειρουργείου στην οποία

λαμβάνουν χώρα επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς θα χρειαστεί περισσότερο νοσηλευτικό χρόνο ανά περιστατικό. Συνεπώς, το κριτήριο (λεπτά νοσηλευτικής περίθαλψη ανά περιστατικό) θα χρειαστεί να προσαρμοστεί αντίστοιχα. Κανονικά, τα κριτήρια προσαρμόζονται προς τα πάνω ή προς τα κάτω μία φορά ετησίως, αλλά το προσωπικό προσαρμόζεται καθημερινά ανάλογα με τον όγκο εργασιών.

Ο συνήθης τύπος που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό των *ωρών νοσηλευτικής φροντίδας (NCH, Nursing Care Hours) ανά ασθενή-ημέρα (PPD, per patient-day)* βρίσκεται στην Εικόνα 10-1. Ο προϊστάμενος μίας μονάδας σε ίδρυμα επείγουσας περίθαλψης θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει αυτόν τον τύπο για να υπολογίσει τις καθημερινές ανάγκες σε προσωπικό. Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε ότι οι προβλεπόμενες ώρες νοσηλευτικής φροντίδας είναι 6 NCH/PPD. Υπολογίζετε το ποσοστό NCH/PPD για σήμερα, 31 Ιανουαρίου. Τα μεσάνυχτα θα είναι 1^η Φεβρουαρίου. Ο συνολικός αριθμός τα μεσάνυχτα είναι 25 ασθενείς. Ελέγχοντας τη σύνθεση του προσωπικού, ανακαλύπτετε τις ακόλουθες πληροφορίες:

Βάρδια	Προσωπικό εν Υπηρεσία	Ώρες Εργασίας
11 μμ. (30/1) - 7 πμ. (31/1) (τη χθεσινή νύχτα)	2 νοσηλευτές 2 βοηθοί νοσηλευτή	8 ώρες έκαστος 8 ώρες έκαστος
7 πμ. – 3 μμ.	3 νοσηλευτές 3 βοηθοί νοσηλευτή 1 βοηθός θαλάμου	8 ώρες έκαστος 8 ώρες έκαστος 8 ώρες
3 μμ. - 11μ.μ.	2 νοσηλευτές 3 βοηθοί νοσηλευτή 1 υπάλληλος θαλάμου	8 ώρες 8 ώρες έκαστος 8 ώρες
11 μμ. (31/1) – 7 πμ. (1/2) (τη χθεσινή νύχτα)	2 νοσηλευτές 3 βοηθοί νοσηλευτή	8 ώρες έκαστος 8 ώρες έκαστος

Ιδανικά, θα μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε το διάστημα από τα μεσάνυχτα της μίας ημέρας έως τα μεσάνυχτα της επομένης για να υπολογίσετε το ποσοστό NCH/ PPD για την 31^η Ιανουαρίου, αλλά οι περισσότεροι υπολογισμοί που αφορούν στο προσωπικό και βασίζονται στις καθιερωμένες οκτάωρες βάρδιες, ξεκινούν στις 11 μμ. και τελειώνουν στις 11μμ. της επόμενης νύχτας. Σε αυτήν την περίπτωση λοιπόν, θα μπορούσαμε να υπολογίσουμε τις NCH/PPD για την 31^η Ιανουαρίου χρησιμοποιώντας αριθμητικά δεδομένα από τη βάρδια των 11 μμ. – 7 πμ. της προηγούμενης νύχτας και των βαρδιών 7 πμ. – 3μ.μ. και 3 μμ. – 11 μμ. της σημερινής ημέρας. Το πρώτο βήμα αυτής της διαδικασίας περιλαμβάνει τον υπολογισμό των συνολικών ωρών νοσηλευτικής περίθαλψης ενός 24ώρου (συμπεριλαμβανομένων των ωρών του βοηθού θαλάμου). Ο υπολογισμός αυτός μπορεί να γίνει πολλαπλασιάζοντας το συνολικό αριθμό του προσωπικού που εργάζεται σε κάθε βάρδια, με τις ώρες τις οποίες καθένας εργάστηκε στη βάρδιά του. Στη συνέχεια, προστίθενται τα σύνολα από κάθε βάρδια για να προκύψει ο συνολικός αριθμός των ωρών νοσηλευτικής φροντίδας όλων των βαρδιών ή του 24ώρου.

Προηγούμενο βράδυ:	11 μμ. – 7 πμ., 4 άτομα προσωπικό X 8 ώρες έκαστο	= 32 ώρες
Σήμερα:	7 πμ. – 3 μμ., 7 άτομα προσωπικό X 8 ώρες έκαστο	= 56 ώρες
Σήμερα:	3 μμ. – 11 μμ., 6 άτομα προσωπικό X 8 ώρες έκαστο	= 48 ώρες
		= 136 ώρες

$$\text{NCH/PPD} = \frac{\text{Νοσηλευτικές ώρες εργασίας στο 24ωρο}}{\text{Αριθμός ασθενών}}$$

Εικόνα 10.1 Καθορισμένος τύπος υπολογισμού των νοσηλευτικών ωρών ανά ημέρα νοσηλείας

Οι ώρες νοσηλευτικής περίθαλψης σε ένα 24ωρο είναι 136.

Το δεύτερο βήμα στον υπολογισμό του ποσοστού NCH/PPD είναι η διαίρεση των ωρών νοσηλευτικής περίθαλψης ενός 24ώρου δια του αριθμού των ασθενών. Ο συνολικός αριθμός σε αυτήν την περίπτωση είναι 25 ασθενείς. Συνεπώς, $136 \text{ διὰ του } 25 = 5,44$.

Το ποσοστό NCH/PPD για την 31^η Ιανουαρίου ήταν 5,44, το οποίο είναι μικρότερο του προβλεπόμενου ποσοστού που ήταν 6.0. Θα μπορούσαν βέβαια να προστεθούν 14 επιπλέον ώρες νοσηλευτικής περίθαλψης στις επόμενες 24 ώρες, ούτως ώστε να διατηρηθεί το προβλεπόμενο κριτήριο ωρών νοσηλευτικής περίθαλψης. Ωστόσο, ο προϊστάμενος της μονάδας πρέπει να θυμάται ότι το κριτήριο είναι ευέλικτο και ότι το επίπεδο βαρύτητας των ασθενών και η σύνθεση του προσωπικού μπορεί να απαιτήσουν την αύξηση του προσωπικού για την 1^η Φεβρουαρίου, σε σχέση με αυτό που προβλέπεται από το υπάρχον ποσοστό NCH/PPD.

Ο προϋπολογισμός προσωπικού περιλαμβάνει τον πραγματικό χρόνο (*actual worked*) εργασίας (που είναι επίσης γνωστός και ως παραγωγικός χρόνος –*productive time*- ή μισθολογική δαπάνη-*salary expense*) και το χρόνο κατά τον οποίο ο υπάλληλος δεν εργάζεται αλλά πληρώνεται από τον οργανισμό (μη παραγωγικός ή επιδοτούμενος χρόνος-*nonproductive or benefit time*). Ο μη παραγωγικός χρόνος περιλαμβάνει το κόστος των επιδομάτων, τον προσανατολισμό του νέου υπαλλήλου, τον κύκλο εργασιών του υπαλλήλου, το χρόνο αναρρωτικής άδειας ή άδειας διακοπών και το χρόνο εκπαίδευσης. Για παράδειγμα, η μέση βάρδια των 8,5 ωρών περιλαμβάνει ένα ημίωρο διάλειμμα για γεύμα και δύο 15λεπτα διαλείμματα. Έτσι, κάθε υπάλληλος θα εργασθεί 7,5 παραγωγικές ώρες και θα έχει 1 ώρα μη παραγωγικού χρόνου.

Υπολογισμός του Ποσοστού NCH/PPD

Υπολογίστε το ποσοστό NCH/PPD, εάν ο αριθμός των ασθενών τα μεσάνυχτα παρέμεινε ο ίδιος με αυτόν της προηγούμενης σελίδας, με τη διαφορά ότι πρέπει να χρησιμοποιήσετε τους κάτωθι αριθμούς ωρών εργασίας:

12 μεσάνυχτα – 12 μεσημέρι	2 νοσηλευτές 3 βοηθοί νοσηλευτή 1 βοηθός θαλάμου	12 ώρες έκαστος 12 ώρες έκαστος 5 ώρες
12 μεσημέρι – 12 μεσάνυχτα	3 νοσηλευτές 3 βοηθοί νοσηλευτή 1 βοηθός θαλάμου	12 ώρες έκαστος 12 ώρες έκαστος 12 ώρες

Τώρα, υπολογίστε το ποσοστό NCH/PPD εάν απασχολήθηκε το εξής προσωπικό:

12 μεσάνυχτα – 12 μεσημέρι	3 νοσηλευτές 1 βοηθός νοσηλευτή	12 ώρες έκαστος 12 ώρες
12 μεσημέρι – 12 μεσάνυχτα	2 νοσηλευτές 1 βοηθός νοσηλευτή 1 βοηθός θαλάμου	12 ώρες έκαστος 12 ώρες 4 ώρες

Προϋπολογισμός Λειτουργίας

Ο προϋπολογισμός λειτουργίας (*operating budget*) αποτελεί το δεύτερο τομέα δαπανών στον οποίο συμμετέχουν όλοι οι προϊστάμενοι. Ο προϋπολογισμός λειτουργίας περιλαμβάνει τα έξοδα τα οποία μεταβάλλονται ανάλογα με τον όγκο των εργασιών, όπως είναι το κόστος του ηλεκτρισμού, οι επισκευές και η συντήρηση και οι προμήθειες. Ενώ τα έξοδα του προσωπικού κυριαρχούν στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, τα έξοδα για τις προμήθειες έρχονται αμέσως μετά.

Αμέσως μετά τα έξοδα προσωπικού, οι *προμήθειες (supplies)* είναι η δεύτερη σημαντικότερη συνιστώσα του νοσοκομειακού προϋπολογισμού.

Οι αποτελεσματικοί προϊστάμενοι μονάδας πρέπει να είναι ενήμεροι για τα είδη και τις ποσότητες προμηθειών που χρησιμοποιούνται στη μονάδα τους. Πρέπει επίσης να κατανοούν τη σχέση μεταξύ της χρήσης των προμηθειών και της σύνθεσης των ασθενών, του ποσοστού πληρότητας, των τεχνολογικών απαιτήσεων και των τύπων των επεμβάσεων που διενεργούνται στη μονάδα. Η φύλαξη των μη χρησιμοποιημένων προμηθειών από πακέτα ή δίσκους, ο περιορισμός των απαρχαιωμένων και αργών μεθόδων καταγραφής, η εξάλειψη των μικροκλοπών, καθώς και η παρακολούθηση της αλόγιστης χρήσης και παραχώρησης των προμηθειών, αποτελούν πιθανούς τρόπους εξοικονόμησης χρημάτων. Άλλοι τρόποι περιορισμού του κόστους των προμηθειών είναι η χρήση ενοικιαζόμενου αντί ιδιόκτητου εξοπλισμού, η αποθήκευση των προϊόντων μόλις παραληφθούν και η έγκαιρη καταγραφή των ελλείψεων αποθεμάτων. Οι *έγκαιρες παραγγελίες* αποτελούν διαδικασία όπου τα προϊόντα παραδίδονται στον οργανισμό από τους προμηθευτές μόνο όταν υπάρχει ανάγκη και ακριβώς αμέσως πριν την ώρα που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.3

Εξαφάνιση Προμηθειών

Είστε προϊστάμενος μονάδας σε νοσοκομείο επείγουσας περίθαλψης. Γνωρίζετε ότι κάποια άτομα από το προσωπικό φεύγουν στο τέλος της βάρδιας έχοντας ξεχάσει στις τσέπες τους προμήθειες του νοσοκομείου. Θυμάστε πόσο συχνά τύχαινε και εσείς, ως νοσηλεύτης, να πάρετε κατά λάθος ρολά αυτοκόλλητης ταινίας, σύριγγες, φακούς τύπου στυλό και

μπουκαλάκια με λοσιόν. Συνήθως θυμόσασαν να επιστρέψετε τα αντικείμενα αυτά, αλλά όχι πάντα.

Πρόσφατα, όμως, ο προϋπολογισμός σας έχει παρουσιάσει μία δραματική και πρωτοφανή αύξηση προμηθειών που λείπουν, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται γάζες, πιεσόμετρα, στηθοσκόπια, χειρουργικά εργαλεία και σετ προσωπικής υγιεινής. Παρά το γεγονός ότι αυτή η αύξηση αντιπροσωπεύει μόνο ένα μέρος του συνολικού λειτουργικού προϋπολογισμού σας, κρίνεται σκόπιμο να εντοπίσετε ποιοι τα χρησιμοποιούν. Ένας έλεγχος των διαγραμμάτων των ασθενών και των χρεώσεων αποκαλύπτει ότι αυτά τα είδη δεν χρησιμοποιήθηκαν για την περίθαλψη των ασθενών.

Όταν ζητάτε μία εξήγηση από τους νοσηλευτές, αυτοί σας αποκαλύπτουν ότι κάποιοι υπάλληλοι έχουν παραδεχθεί ανοιχτά ότι θεωρούν την υπεξαίρεση μικρών ιατρικών ειδών μία αναμενόμενη πρόσθετη απολαβή του επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές της μονάδας σας δεν θεωρούν ότι το πρόβλημα έχει λάβει σοβαρές διαστάσεις και δεν είναι σε θέση να τεκμηριώσουν αντικειμενικά ποιοι υπάλληλοι εμπλέκονται σε αυτήν τη δραστηριότητα. Από την πλευρά τους, σας προτείνουν να ζητήσετε από όλους τους υπαλλήλους να καταγράψουν πότε βλέπουν άλλους υπαλλήλους να παίρνουν προμήθειες και στη συνέχεια να προωθούν ανώνυμα αυτές τις πληροφορίες σε εσάς.

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Καθώς οι προμήθειες αποτελούν ένα μεγάλο μέρος του λειτουργικού προϋπολογισμού, θεωρείτε ότι πρέπει να προβείτε σε κάποιες ενέργειες. Πρέπει να καθορίσετε ποιες θα είναι αυτές. Αναλύστε τις ενέργειές σας ως προς τις επιθυμητές και ανεπιθύμητες επιπτώσεις στους υπαλλήλους που εμπλέκονται σε αυτήν τη δραστηριότητα και σε εκείνους που δεν εμπλέκονται. Το ποσό της οικονομικής χρέωσης αποτελεί στην προκειμένη περίπτωση σημαντικό παράγοντα; Αξίζει η κατανάλωση του χρόνου και ενέργειας που θα απαιτηθούν για την εξάλειψη αυτού του προβλήματος;

Προϋπολογισμός Κεφαλαίου

Ο τρίτος τύπος προϋπολογισμού που χρησιμοποιείται από τους προϊστάμενους είναι ο *προϋπολογισμός κεφαλαίου (capital budget)*. Οι προϋπολογισμοί κεφαλαίου σχεδιάζονται για την αγορά κτιρίων ή κυρίως εξοπλισμού, όπου περιλαμβάνεται εξοπλισμός που έχει μεγάλη διάρκεια

ζωής (συνήθως άνω των πέντε (5) ετών), δεν χρησιμοποιείται σε καθημερινές επεμβάσεις και είναι ακριβότερος από τις λειτουργικές προμήθειες. Οι προϋπολογισμοί κεφαλαίου περιλαμβάνουν τον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό ή τις σημαντικές αγορές και το βραχυπρόθεσμο οικονομικό προγραμματισμό. Το στοιχείο των μακροπρόθεσμων σημαντικών αγορών σκιαγραφεί τη μελλοντική αντικατάσταση και την επέκταση του οργανισμού η οποία θα υπερβαίνει το ένα (1) έτος. Παραδείγματα αυτών των τύπων βασικών εξόδων θα μπορούσαν να είναι η αγορά ενός τομογράφου εκπομπής ποζιτρονίων ή η ανακαίνιση μιας μεγάλης πτέρυγας νοσοκομείου. Το βραχυπρόθεσμο στοιχείο του προϋπολογισμού κεφαλαίου περιλαμβάνει την αγορά εξοπλισμού εντός του ετήσιου κύκλου προϋπολογισμού, όπως είναι τα συστήματα φωτεινής ειδοποίησης, οι νοσοκομειακές κλίνες και τα καρότσια νοσηλείας.

Συχνά, ο σχεδιασμός του κύριου εξοπλισμού απαιτεί, η αξία του εξοπλισμού να υπερβαίνει ένα ορισμένο χρηματικό ποσό. Το ποσό αυτό ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων ιδρυμάτων, αλλά συνήθως κυμαίνεται μεταξύ \$1.000 - \$5.000. Οι προϊστάμενοι συνήθως καλούνται να συμπληρώσουν ειδικά έντυπα αίτησης εξοπλισμού, είτε σε ετήσια είτε σε εξαμηνιαία βάση, προκειμένου να αιτιολογήσουν το αίτημά τους.

Ο Barr (2005) προειδοποιεί, ότι πολλοί υγειονομικοί οργανισμοί υποτιμούν το κόστος του κυρίως εξοπλισμού, καθώς εξετάζουν μόνο την αρχική τιμή αγοράς χωρίς να συνυπολογίζουν το κόστος της εφαρμογής, εγκατάστασης, συντήρησης και των απαραίτητων τεχνικών βελτιώσεων. Αυτές και άλλες «βόμβες του προϋπολογισμού» αναφέρονται στο Πλαίσιο 10.3.

ΠΛΑΙΣΙΟ 10.3 Οι βόμβες του προϋπολογισμού

- Η δύσκολη διαδικασία εκτίμησης του προϋπολογισμού για το επόμενο έτος, χωρίς αυτή να αξιοποιείται ποτέ.
- Η στήριξη στα νούμερα του προϋπολογισμού του τρέχοντος έτους ως σημείο εκκίνησης για τον προϋπολογισμό του επόμενου έτους.
- Η αγνόηση ή υποτίμηση του κόστους που σχετίζεται με τις κύριες δαπάνες.
- Η αγνόηση της μείωσης του αριθμού των ασθενών, με την ελπίδα ότι η τάση αυτή θα είναι προσωρινή.
- Η αδυναμία αποταμίευσης επαρκών χρηματικών ποσών για απροσδόκητες κύριες δαπάνες.

Πηγή: Adapted from Barr, P. (2005). Flexing your budget: Experts urge hospitals, systems to trade in their traditional budgeting process for a more dynamic and versatile model. *Modern Healthcare*, 35(37), 24, 26.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ

Η διαδικασία σύνταξης του προϋπολογισμού ταξινομείται συνήθως ανάλογα με το πόσο συχνά γίνεται και με τη βάση πάνω στην οποία λαμβάνει χώρα. Οι τέσσερις συνηθέστερες μέθοδοι σύνταξης του προϋπολογισμού είναι ο αυξητικός προϋπολογισμός – *incremental budget* (γνωστός και ως προϋπολογισμός με σταθερό ποσοστό αύξησης), ο προϋπολογισμός μηδενικής βάσης (*zero-based budget*), ο ευέλικτος προϋπολογισμός (*flexible budget*) και ο προϋπολογισμός νέων επιδόσεων (*new performance budget*).

Αυξητικός Προϋπολογισμός

Η *αυξητική (incremental)* μέθοδος ή αλλιώς *μέθοδος σταθερού ποσοστού αύξησης* (*flat-percentage increase method*) είναι ο πιο εύκολος τρόπος σύνταξης του προϋπολογισμού. Πολλαπλασιάζοντας τα έξοδα του τρέχοντος έτους με έναν συγκεκριμένο αριθμό, ο οποίος είναι συνήθως το

ποσοστό πληθωρισμού ή ο δείκτης τιμών καταναλωτή, γίνεται η εκτίμηση του προϋπολογισμού του επόμενου έτους. Παρά το γεγονός ότι αυτή η μέθοδος είναι απλή, γρήγορη και δεν απαιτεί ιδιαίτερη εξειδίκευση από πλευράς διοικητή στην κατάρτιση του προϋπολογισμού, συνήθως αποδεικνύεται αναποτελεσματική από οικονομικής άποψης, καθώς δεν υπάρχει κάποιο κίνητρο για συγκράτηση των εξόδων, ούτε ανάγκη ιεράρχησης προγραμμάτων και υπηρεσιών. Ο Wilkes, σύμβουλος διοίκησης και οικονομικών υγείας, υποστηρίζει ότι οι περισσότεροι (νοσοκομειακοί) προϋπολογισμοί χρησιμοποιούν «ιστορικά δεδομένα» για να καθορίσουν τις ανάγκες προϋπολογισμού τους, που σημαίνει ότι οι επικεφαλής των τμημάτων κοιτάζουν απλώς τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους και προσθέτουν ένα σταθερό ποσοστό στα νούμερα (Barr, 2005).

Προϋπολογισμός Μηδενικής Βάσης

Αντιθέτως, οι διοικητές που ακολουθούν τη μέθοδο της *μηδενικής βάσης* (*zero based budgeting*) για τη σύνταξη του προϋπολογισμού οφείλουν να αιτιολογούν εκ νέου τα προγράμματα ή τις ανάγκες τους σε κάθε κύκλο προϋπολογισμού. Η συγκεκριμένη μέθοδος δεν προϋποθέτει αυτομάτως ότι ένα πρόγραμμα το οποίο χρηματοδοτήθηκε στο παρελθόν, πρέπει να εξακολουθήσει να χρηματοδοτείται. Κατά συνέπεια, η συγκεκριμένη διαδικασία σύνταξης προϋπολογισμού προϋποθέτει πολύ εντατική εργασία από τους επικεφαλής των νοσηλευτικών μονάδων. Η χρήση ενός *πακέτου αποφάσεων* για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων χρηματοδότησης αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του προϋπολογισμού μηδενικής βάσης. Τα στοιχεία-κλειδιά των πακέτων αποφάσεων παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 10.4.

Ακολουθεί ένα παράδειγμα πακέτου αποφάσεων για την εφαρμογή ενός προγράμματος υποχρεωτικού εμβολιασμού για ηπατίτιδα Β σε μία σχολή νοσηλευτικής.

Στόχος: Όλοι οι φοιτητές της νοσηλευτικής πρέπει να υποβληθούν σε μία σειρά εμβολιασμών κατά της ηπατίτιδας Β.

Κινητήριες δυνάμεις: Η ηπατίτιδα Β αποτελεί μία σοβαρή ασθένεια με σημαντική θνησιμότητα. Ο Οργανισμός Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (OSHA – Occupational Safety and Health Association) επισημαίνει την αναγκαιότητα του εμβολιασμού των εργαζομένων στον τομέα της υγείας (συμπεριλαμβανομένων των φοιτητών της νοσηλευτικής), οι οποίοι αναμένεται, λογικά, να εκτεθούν σε αίμα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Ο εμβολιασμός θα ελαττώσει σημαντικά τον κίνδυνο προσβολής από τη νόσο. Η υπάρχουσα σειρά εμβολίων έχει αποδειχθεί ότι έχει λίγες σοβαρές παρενέργειες. Η νοσηλευτική σχολή κινδυνεύει να θεωρηθεί υπεύθυνη, σε περίπτωση που δεν ακολουθήσει τις συστάσεις για εμβολιασμό όλων των ομάδων υψηλού κινδύνου.

Περιοριστικές δυνάμεις: Η σειρά των εμβολίων κοστίζει \$175 ανά φοιτητή. Κάποιοι φοιτητές δεν επιθυμούν να εμβολιαστούν και θεωρούν ότι ο εξαναγκασμός να το κάνουν αποτελεί παραβίαση της ελεύθερης βούλησής τους. Δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα εάν η σχολή φέρει ευθύνη σε περίπτωση που ένας φοιτητής έχει κάποια καταστροφική παρενέργεια από τον εμβολιασμό.

Εναλλακτική 1: Απαιτήστε τον εμβολιασμό. Καθώς η νοσηλευτική σχολή δεν είναι σε θέση να πληρώσει το κόστος των εμβολιασμών, πρέπει να υποχρεώσετε τους φοιτητές να πληρώσουν για αυτό.

Πλεονέκτημα: Η σχολή δεν θα επωμιστεί το κόστος. Όλοι οι φοιτητές θα εμβολιαστούν.

Μειονέκτημα: Πολλοί από τους φοιτητές δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στο κόστος του εμβολιασμού και θεωρούν ότι μία τέτοια απαίτηση παραβιάζει το δικαίωμά τους να ελέγχουν τις επιλογές που αφορούν στο σώμα τους.

Εναλλακτική 2: Μην απαιτήσετε τον εμβολιασμό.

Πλεονέκτημα: Δεν υπάρχει οικονομική επιβάρυνση για κανέναν. Οι φοιτητές μπορούν να αποφασίσουν εάν επιθυμούν να εμβολιαστούν, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την προστασία της υγείας τους.

Μειονέκτημα: Κάποιοι φοιτητές νοσηλευτικής θα μείνουν απροστάτευτοι έναντι της ηπατίτιδας Β, ενώ δουλεύουν σε ένα κλινικό περιβάλλον υψηλού κινδύνου.

Εναλλακτική 3: Απαιτήστε την πραγματοποίηση των εμβολιασμών, αλλά μοιράσετε το κόστος μεταξύ της σχολής και του φοιτητή.

Πλεονέκτημα: Μειωμένο κόστος για τους φοιτητές. Όλοι οι φοιτητές θα εμβολιαστούν.

Μειονέκτημα: Κόστος και περιορισμένη επιλογή.

Τα πακέτα αποφάσεων και ο προϋπολογισμός μηδενικής βάσης έχουν πλεονεκτήματα, διότι αναγκάζουν τους διοικητές να θέτουν προτεραιότητες και να χρησιμοποιούν τους πόρους πιο αποτελεσματικά. Αυτή η ιδιαίτερως χρονοβόρα και σύνθετη μέθοδος ενθαρρύνει επίσης τη συμμετοχική διαχείριση, καθώς οι πληροφορίες από συναδέλφους και υφιστάμενους είναι απαραίτητη για την επαρκή ανάλυση και ιεράρχηση των δραστηριοτήτων κάθε μονάδας.

ΠΛΑΙΣΙΟ 10.4 Βασικά Στοιχεία των Πακέτων Αποφάσεων στον Προϋπολογισμό Μηδενικής Βάσης

1. Καταγραφή όλων των τρεχόντων και προτεινόμενων στόχων ή δραστηριοτήτων του τμήματος
2. Εναλλακτικά σχέδια για τη διεξαγωγή αυτών των δραστηριοτήτων
3. Κόστος κάθε εναλλακτικής
4. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα συνέχισης ή διακοπής μίας δραστηριότητας

Ανάπτυξη ενός Πακέτου Αποφάσεων

Βάσει του παρακάτω στόχου, αναπτύξτε ένα πακέτο αποφάσεων το οποίο θα σας βοηθήσει στον καθορισμό των οικονομικών προτεραιοτήτων.

Στόχος: Η αξιόπιστη, οικονομική και εύκολη μετακίνηση από και προς τη νοσηλευτική σχολή, εντός 3 μηνών.

Πρόσθετες Πληροφορίες: Αυτήν τη στιγμή δεν έχετε αυτοκίνητο και βασίζεστε στα μέσα μαζικής μεταφοράς, τα οποία είναι οικονομικά και αξιόπιστα, αλλά όχι ιδιαίτερα βολικά. Οι οικονομικοί σας πόροι είναι επί του παρόντος περιορισμένοι, αν και θα μπορούσατε να πάρετε ένα δάνειο αυτοκινήτου, εάν οι γονείς σας ήταν πρόθυμοι να το συνυπογράψουν. Η πολιτική της νοσηλευτικής σχολής στην οποία φοιτάτε, υπαγορεύει ότι πρέπει να διαθέτετε αυτοκίνητο για να μπορείτε να μετακινείστε από και προς τις κλινικές υπηρεσίες που βρίσκονται μακριά από την άμεση περιοχή. Παράλληλα όμως γνωρίζετε, ότι η συγκεκριμένη πολιτική δεν ενισχύεται, και ότι κάποιοι σπουδαστές κάνουν ομαδική χρήση ΙΧ αυτοκινήτων για τις κλινικές τους εργασίες.

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Αναφέρετε τουλάχιστον τρεις εναλλακτικές που θα εξυπηρετήσουν το στόχο σας. Επιλέξτε την καλύτερη εναλλακτική με βάση τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που αναγνωρίζετε. Μπορείτε να εμπλουτίσετε τις πληροφορίες που παρουσιάζονται στην περίπτωση, ώστε να διευκολυνθεί η διαδικασία επίλυσης του προβλήματος.

Ευέλικτος Προϋπολογισμός

Οι *ευέλικτοι προϋπολογισμοί (flexible budgets)* είναι προϋπολογισμοί οι οποίοι προσαρμόζονται αυτόματα κατά τη διάρκεια του έτους ανάλογα με διάφορες μεταβλητές όπως είναι ο όγκος εργασιών, το εργασιακό κόστος και οι δαπάνες κεφαλαίου (Barr, 2005). Ένας ευέλικτος προϋπολογισμός υπολογίζει αυτόματα ποια θα είναι τα έξοδα βάσει του υπάρχοντος όγκου εργασιών. Συνεπώς, τα έξοδα μπορούν να κατανεμηθούν βάσει του όγκου. Ο Barr υποστηρίζει ότι, ενώ «δεν αποτελούν μία καινούρια έννοια, οι

ευέλικτοι προϋπολογισμοί άρχισαν να εφαρμόζονται περισσότερο τα τελευταία 10 χρόνια» (παρ. 7). Αυτό συμβαίνει επειδή οι περισσότεροι φορείς υγειονομικής περίθαλψης έρχονται αντιμέτωποι με τις ταχέως μεταβαλλόμενες ανάγκες σε προσωπικό, οι οποίες είναι δύσκολο να προβλεφθούν, παρά τη χρήση εργαλείων πρόβλεψης από το ιστορικό. Ο ευέλικτος προϋπολογισμός «μπορεί να σχεδιαστεί ώστε να εντοπίζονται ταχέως τέτοιες αποκλίσεις, όπου υπάρχουν, και να δημιουργείται μία καλύτερη εικόνα της τρέχουσας οικονομικής κατάστασης και μία πιο ρεαλιστική προοπτική» (παρ. 15).


Προϋπολογισμός Νέων Επιδόσεων

Ο προϋπολογισμός νέων επιδόσεων (*new performance budgeting*), ο οποίος αποτελεί την τέταρτη μέθοδο σύνταξης προϋπολογισμού, δίνει έμφαση στις συνέπειες και τα αποτελέσματα, και όχι τόσο στις δραστηριότητες ή την απόδοση. Συνεπώς, στην προκειμένη περίπτωση ο προϊστάμενος συντάσσει τον προϋπολογισμό όπως χρειάζεται για την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και αξιολογεί την επιτυχία του προϋπολογισμού βάσει των αποτελεσμάτων αυτών. Για παράδειγμα, μία υπηρεσία νοσηλείας κατ' οίκον θα μπορούσε να προσδιορίσει και στη συνέχεια να μετρήσει μία συγκεκριμένη έκβαση για μία ομάδα, όπως οι διαβητικοί ασθενείς, ως μέσο κατάρτισης και αιτιολόγησης προϋπολογισμού.

ΚΡΙΣΙΜΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ

Τα κρίσιμα πρωτόκολλα [(critical pathways) (γνωστά και ως κλινικά πρωτόκολλα (clinical pathways) ή πρωτόκολλα φροντίδας (care pathways))] είναι μέθοδος σχεδιασμού, εκτίμησης, εφαρμογής και αξιολόγησης της σχέσης κόστους - αποδοτικότητας στον τομέα της παροχής φροντίδας

υγείας. Πρόκειται για σχετικά τυποποιημένες προβλέψεις της προόδου των ασθενών για μία συγκεκριμένη διάγνωση ή διαδικασία. Για παράδειγμα, ένα κρίσιμο πρωτόκολλο για μία ορισμένη διάγνωση θα μπορούσε να υποδείξει μία μέση διάρκεια νοσηλείας (Average Length of Stay - ALOS) 4 ημερών, με την πραγματοποίηση συγκεκριμένων παρεμβάσεων σύμφωνα με συγκεκριμένα σημεία του πρωτοκόλλου (όπως συμβαίνει και στα διαγράμματα PERT, βλέπε Κεφάλαιο 1). Σε περίπτωση που η πρόοδος του ασθενούς διαφέρει από το κρίσιμο πρωτόκολλο, καθίσταται απαραίτητη μία *ανάλυση αποκλίσεων* (variance analysis).

 Τα κρίσιμα πρωτόκολλα είναι προκαθορισμένες πορείες προόδου που θα έπρεπε να διαγράψουν οι ασθενείς μετά την εισαγωγή τους για ορισμένη διάγνωση ή μετά από συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση.

Τα κρίσιμα πρωτόκολλα, τα οποία αναπτύχθηκαν για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1980 ως εργαλείο μείωσης της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο, με έμφαση στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (Goldszer και συν., 2004), αποτελούν επίσης χρήσιμο εργαλείο παρακολούθησης της ποιότητας περίθαλψης. Από τη στιγμή που γνωστοποιείται το κόστος ενός κλινικού πρωτοκόλλου, καθίσταται δυνατή η ανάλυση της σχέσης κόστους - αποδοτικότητας, καθώς και οι σχετικές αποκλίσεις κόστους. Μέσω της χρήσης δεδομένων κλινικής και οικονομικής απόκλισης, μπορούν να ληφθούν αποφάσεις για τροποποίηση του πρωτοκόλλου, με προβλέψεις τόσο των κλινικών όσο και των οικονομικών αποτελεσμάτων.

Το πλεονέκτημα των κρίσιμων πρωτοκόλλων είναι ότι παρέχουν κάποια μέσα τυποποίησης της νοσηλείας ασθενών με παρόμοιες διαγνώσεις.

Το αδύναμο σημείο τους, ωστόσο, συνίσταται στις δυσκολίες που συνεπάγονται κατά την αιτιολόγηση και την αποδοχή των εύλογων διαφοροποιήσεων μεταξύ των ξεχωριστών ασθενών που παρεκκλίνουν από αυτά τα μονοπάτια. Η καταγραφή των κρίσιμων πρωτοκόλλων προϋποθέτει, επίσης, επιπλέον γραφική εργασία και χρήση διαδικασιών αναθεώρησης σε ένα σύστημα το οποίο είναι ήδη επιβαρυνόμενο με διοικητικά έξοδα. Οι προκλήσεις, αλλά και η αποκόμιση γνώσεων από την εφαρμογή των κρίσιμων πρωτοκόλλων σε ένα νοσοκομείο της Βοστώνης αναλύονται στην παράγραφο Εξετάζοντας τις Ενδείξεις 10.1.

ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ 10.1

Πηγή: Goldszer, R.C., Rutherford, A., Banks, P., Zou, K.H., Curley, M. Brita Rossi, P., et al. (2004, March). Implementing clinical pathways for patients admitted to a medical service: Lessons learned. *Critical Pathways in Cardiology*, 3(1), 35-41. Retrieved October 18, 2006, from <http://www.brighamandwomens.org/gms/News/GoldszerEtAl.pdf>.

Αυτό το άρθρο περιγράφει την κατάρτιση δύο πρωτοκόλλων για ασθενείς που εισήχθησαν για ιατρικές υπηρεσίες στο Νοσοκομείο Brigham and Women's στη Βοστόνη, Μασσαχουσέττη, στις αρχές του 2003. Το ένα ήταν σχέδιο κλινικής περίθαλψης (CCP – Clinical Care Plan) προς χρήση για όλους τους ασθενείς και το άλλο ήταν ένα Πρωτόκολλο Παγκρεατίτιδας (PP – Pancreatitis Pathway) για ασθενείς που εισήχθησαν με οξεία παγκρεατίτιδα. Τα πρωτόκολλα, που αναπτύχθηκαν από ομάδες στις οποίες περιλαμβάνονταν θεράποντες ιατροί (ειδικοί παθολόγοι και γαστρεντερολόγοι), διοικητικοί υπάλληλοι, νοσηλευτές και συντονιστές περίθαλψης, παρείχαν τυπωμένα κριτήρια περίθαλψης και ένα μηχανισμό για καθημερινή καταγραφή των πολυτομεακών εργασιών.

Πολλοί ιατροί και νοσηλευτές παρείχαν πληροφορίες μετά την υλοποίηση των πρωτοκόλλων. Πολλές ήταν κρίσιμες και προκάλεσαν ανησυχίες. Οι ηγέτες των προγραμμάτων, η ομάδα καθοδήγησης και οι επικεφαλής των νοσηλευτών συζήτησαν αυτές τις ανησυχίες και έκαναν αλλαγές στα πρωτόκολλα, βασιζόμενοι στις πληροφορίες αυτές. Εν τούτοις, η προσδοκία τους είναι να συνεχίσουν τη χρήση των CCPs σε όλο το

νοσοκομείο και για όλους τους ασθενείς. Τα μαθήματα που προέκυψαν από την εμπειρία ήταν τα εξής:


1. Η υποστήριξη της ανώτερης ηγεσίας είναι σημαντική.
2. Πρέπει να υπάρχει υποστήριξη ιατρών και νοσηλευτών.
3. Όλοι οι μέτοχοι οφείλουν να συμμετέχουν στην ανάπτυξη των πρωτοκόλλων.
4. Η καταγραφή των νοσηλευτικών εργασιών βελτιώθηκε ως αποτέλεσμα της χρήσης των πρωτοκόλλων.
5. Οι ιατροί χρειάζονται συνεχή ενθάρρυνση και εκπαίδευση σχετικά με την αξία των πρωτοκόλλων.
6. Υπάρχει σημαντικός φόρτος εργασίας στη χρήση των πρωτοκόλλων από τους συντονιστές των μονάδων σε μια παθολογική – χειρουργική μονάδα.
7. Πρέπει να υπάρχει συνεχής ανατροφοδότηση προς τους χρήστες.
8. Οι προσαρμογές και οι συνεχείς ανατροφοδοτήσεις από τους χρήστες βελτιώνουν το προϊόν.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Στο παρελθόν, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούσαν τον αυξητικό προϋπολογισμό δίνοντας μικρή ή καθόλου έμφαση στη διαδικασία προϋπολογισμού. Δεδομένου ότι οι ασφαλιστικοί φορείς παρείχαν πλήρη αποζημίωση κυριολεκτικά απεριόριστα, δεν υπήρχαν κίνητρα για εξοικονόμηση χρημάτων και οι οργανισμοί δε θεωρούσαν ότι ήταν απαραίτητο να δικαιολογούν τις χρεώσεις τους. Η αποζημίωση βασιζόταν στα έξοδα παροχής υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένου του κέρδους [*αμοιβή ανά υπηρεσία (Fee-For-Service - FFS)*], χωρίς να υπάρχει ανώτερο όριο στο συνολικό ποσό που θα μπορούσε να χρεωθεί. Πράγματι, με το FFS, όσο περισσότερες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσό που χρεώνεται. Επομένως, η αποζημίωση με το FFS ενθαρρύνει τις υπερβολικές θεραπείες πελατών.

Το τελικό αποτέλεσμα των ανεξέλεγκτων FFS αποζημιώσεων ήταν η κατακόρυφη αύξηση του κόστους, με τον τομέα υγειονομικής περίθαλψης

να αντιπροσωπεύει ένα ολοένα μεγαλύτερο ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) κάθε χρόνο. Επί του παρόντος, οι ΗΠΑ δαπανούν το μεγαλύτερο μέρος του ΑΕΠ στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης περισσότερο από κάθε άλλη χώρα (Cowen, 2006) – 15 % σε σύγκριση με το 8% άλλων ανεπτυγμένων χωρών. Οι δαπάνες για την υγεία στις ΗΠΑ ανέρχονται στα \$ 7,129 κατά κεφαλήν, δηλαδή το διπλάσιο από το μέσο όρο μίας βιομηχανικής χώρας. Επιπλέον, σύμφωνα με μία πρόσφατη αναφορά του *Ταμείου της Κοινοπολιτείας* (Commonwealth Fund), το κόστος διοίκησης της περίθαλψης στις ΗΠΑ είναι υψηλό, καθώς 31 σεντς κάθε δολαρίου από τη νοσηλεία κάθε ασθενούς πηγαίνουν στη διοίκηση και από αυτά μεγάλο ποσοστό είναι κέρδος (Whitney, 2006).

 **Οι ΗΠΑ δαπανούν μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ τους στον τομέα υγείας από οποιαδήποτε άλλη χώρα στον κόσμο.**

MEDICARE ΚΑΙ MEDICAID

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ κατέστη βασικός ασφαλιστικός φορέας υγειονομικής περίθαλψης με την έλευση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid στα μέσα της δεκαετίας του 1960. Το *Medicare* είναι ένα ομοσπονδιακά χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης για ηλικιωμένους (άνω των 65 ετών) και για ειδικές ομάδες ατόμων ανεξαρτήτως ηλικίας, τα οποία πάσχουν από εκφυλιστικές ή χρόνιες ασθένειες. Προς το παρόν, το Medicare παρέχει κάλυψη για είδη και υπηρεσίες σε περισσότερους από 43 εκατομμύρια δικαιούχους (Κέντρα Υπηρεσιών Medicare και Medicaid [CMMS – Centers for Medicare and Medicaid Services], 2006α). Το Medicare A είναι ένα νοσοκομειακό πρόγραμμα ασφάλισης. Το Medicare B είναι το συμπληρωματικό

πρόγραμμα ιατρικής ασφάλισης που πληρώνει για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (συμπεριλαμβανομένων εργαστηριακών και ακτινολογικών υπηρεσιών) και τις υπηρεσίες ιατρών (ή άλλων λειτουργών πρωτοβάθμιας περίθαλψης). Το Medicare C (το οποίο είναι γνωστό και ως Medicare Advantage) παρέχει στους ασθενείς περισσότερες επιλογές συμμετοχής στα προγράμματα ελεγχόμενης περίθαλψης. Και το πιο πρόσφατο, το Medicare D, το οποίο τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου του 2006, παρέχει τη δυνατότητα στους ασθενείς του προγράμματος Medicare να αποκτήσουν κάλυψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.


Το *Medicaid* είναι ένα ομοσπονδιακό-κρατικό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης που προορίζεται κυρίως για τους άπορους. Το Medicaid καλύπτει σήμερα 59 εκατομμύρια Αμερικανούς πολίτες – 1 στους 6– σύμφωνα με την Εθνική Ένωση Λειτουργών Κρατικού Προϋπολογισμού. Καλύπτει το 37 % όλων των γεννήσεων στις ΗΠΑ, συμβάλλει στην κάλυψη των δαπανών για πάνω από το 60% όλων των ασθενών σε διάφορα θεραπευτήρια και αντιστοιχεί στο 22% των κρατικών δαπανών (Supersize Me, 2006). Και τα δύο προγράμματα συντονίζονται από τα CMMS.

Με τη θέσπιση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid και την αποζημίωση των FFS, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης εκτινάχθηκε στα ύψη. Ως αποτέλεσμα, το κράτος άρχισε να θεσπίζει κανονισμούς, οι οποίοι απαιτούν από τους οργανισμούς να δικαιολογούν την ανάγκη παροχής υπηρεσιών και να παρακολουθούν την ποιότητα αυτών. Οι υγειονομικοί φορείς υποχρεώθηκαν για πρώτη φορά να υποβάλλουν προϋπολογισμούς και να αιτιολογούν τα έξοδά τους. Αυτή η νέα μορφή επιτήρησης και η ύπαρξη εξωτερικών ελέγχων είχε τεράστια επίδραση στη βιομηχανία της υγείας.

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ

Η εμφάνιση της ταξινόμησης των ασθενών ανά διάγνωση (Diagnosis Related Groups-DRGs) στις αρχές της δεκαετίας του 1980, κατέστησε ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη παρακολούθησης της συγκράτησης του κόστους. Τα DRGs ήταν προκαθορισμένα προγράμματα πληρωμής που αντανακλούσαν το σύνηθες κόστος για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων παθήσεων των ασθενών. Η πρώτη έκδοση των DRGs περιελάμβανε 383 κατηγορίες. Αυτήν τη στιγμή υπάρχουν περίπου 550 DRGs ή «γραμμές προϊόντων».

Με τα DRGs, τα νοσοκομεία συμμετέχουν στο σύστημα της προοπτικής αποζημίωσης (PPS – Prospective Payment System), όπου λαμβάνουν ένα συγκεκριμένο ποσό για την εισαγωγή κάθε ασθενούς δικαιούχου του Medicare, ανεξαρτήτως του πραγματικού κόστους περίθαλψης. Εξάιρεση αποτελούν οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι φορείς μπορούν να αποδείξουν ότι η κατάσταση ενός ασθενούς είναι *ιδιάζουσα*, με την έννοια ότι το κόστος παροχής περίθαλψης για το συγκεκριμένο ασθενή δικαιολογεί την επιπλέον δαπάνη. Τα PPS και οι συνακόλουθες προσπάθειες συγκράτησης του κόστους οδηγούν στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας των περισσότερων ασθενών.

 Ως αποτέλεσμα των συστημάτων προοπτικής αποζημίωσης (PPS) και της ανάγκης συγκράτησης των δαπανών, η διάρκεια νοσηλείας για τις περισσότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία έχει μειωθεί.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι τα πρότυπα ποιότητας έχουν υποβαθμιστεί και ότι οι ασθενείς παίρνουν εξιτήριο πρόωρα. Είναι ευθύνη του προϊσταμένου νοσηλευτή να αντιλαμβάνεται τότε η συγκράτηση του

κόστους επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών να αναλαμβάνει δράση, έτσι ώστε να εγγυάται ένα ελάχιστο στάνταρ περίθαλψης. Στο Κεφάλαιο 23 αναλύεται περαιτέρω το PPS και ο αντίκτυπός του στον έλεγχο της ποιότητας.

Το κράτος και πάλι επηρέασε σε βάθος τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ το 1997, με το *Νόμο περί Ισορροπημένου Προϋπολογισμού* (Balanced Budget Act - BBA). Αυτός ο νόμος περιελάμβανε πολυάριθμα μέτρα συγκράτησης του κόστους, όπως μειώσεις στις πληρωμές των φορέων για τους συμμετέχοντες στο παραδοσιακό σύστημα αμοιβών ανά πράξη (FFS) του Medicare. Ο όγκος των αποταμιεύσεων προέκυψε από τον περιορισμό των ποσοστών αύξησης στις πληρωμές των νοσοκομείων και των ιατρών. Μία δεύτερη σημαντική πηγή αποταμίευσης προήλθε από την αναδιάρθρωση των μεθόδων πληρωμής των νοσοκομείων αποκατάστασης, των υπηρεσιών παροχής περίθαλψης κατ' οίκον, των εγκαταστάσεων εξειδικευμένης νοσηλευτικής περίθαλψης και των υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών. Επιπροσθέτως, ο *Νόμος περί Ισορροπημένου Προϋπολογισμού* (BBA) ενέκρινε για πρώτη φορά τις πληρωμές των επαγγελματιών νοσηλευτών για παρεχόμενες υπηρεσίες Medicare στο 85% του καταλόγου αμοιβών των ιατρών.

Πρέπει να επισημανθεί η διαρκώς αυξανόμενη επιρροή της ομοσπονδιακής κυβέρνησης στον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η υγειονομική περίθαλψη στις ΗΠΑ. Αυτή η χρηματοδότηση συνοδεύεται από αύξηση των κανονισμών για τα ιδρύματα περίθαλψης αυτών των ασθενών και ένα σύστημα που ανταμείβει τη συγκράτηση του κόστους. Τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν οικονομική κρίση, καθώς προσπαθούν να καλύψουν τις απεριόριστες ανάγκες και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με μία περιορισμένη οικονομική αποζημίωση. Ο

ανταγωνισμός είναι εντονότερος, τα επίπεδα αποζημιώσεων έχουν μειωθεί, ενώ οι έλεγχοι χρήσης έχουν αυξηθεί. Επιπλέον, οι ταχέως μεταβαλλόμενες πολιτικές ομοσπονδιακών και πολιτειακών αποζημιώσεων καθιστούν τον μακροπρόθεσμο οικονομικό προγραμματισμό και σχεδιασμό πολύ δύσκολο για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

ΤΟ ΚΙΝΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Από το 1990 περίπου, η διαχειριζόμενη φροντίδα υπήρξε ο μοναδικός κυρίαρχος παράγοντας στη θεμελιώδη αναμόρφωση της παροχής υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ» (Shi & Singh, 2005, σελ. 197). Στις αρχές του αιώνα μας, περίπου 1 εκατομμύριο Αμερικανοί συμμετείχαν σε κάποια μορφή διαχειριζόμενης φροντίδας. «Το 2002, το 95% των Αμερικανών που ελάμβαναν παροχές υγείας από τους εργοδότες τους, ήταν εγγεγραμμένοι σε προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας, σε σύγκριση με μόνο 27% το 1988» (σελ.202).

Στην ευρύτερη έννοιά του, ο όρος *διαχειριζόμενη φροντίδα (managed care)* αναφέρεται σε ένα σύστημα το οποίο προσπαθεί να ενσωματώσει την αποτελεσματική περίθαλψη, την πρόσβαση και το κόστος περίθαλψης. Οι Shi και Singh υποστηρίζουν ότι πρόκειται για έναν «μηχανισμό παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, στον οποίο ένας μεμονωμένος οργανισμός αναλαμβάνει τη διαχείριση της χρηματοδότησης, της ασφάλισης, της παροχής και της πληρωμής» (σελ 198). Στους κοινούς παρονομαστές της ελεγχόμενης περίθαλψης συμπεριλαμβάνονται η χρήση των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως «θυρωρών» (gate keepers), η εστίαση στην πρόληψη, η μειωμένη έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη, η χρήση κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής για τους λειτουργούς υγείας και η *επιλεκτική σύναψη συμβάσεων*

((όπου οι φορείς συμφωνούν να μειώσουν τα επίπεδα αποζημίωσης με αντάλλαγμα συμβάσεις πληθυσμού ασθενών). Η διαχειριζόμενη φροντίδα χρησιμοποιεί συνήθως συνταγολόγια για διαχείριση της φαρμακευτικής περίθαλψης και εστιάζει στη διαρκή παρακολούθηση και βελτίωση της ποιότητας.

Η *αναθεώρηση χρήσης* (utilization review) είναι άλλο ένα συχνό συστατικό στοιχείο της διαχειριζόμενης φροντίδας. *Αναθεώρηση χρήσης* είναι ο «προσδιορισμός της αναγκαιότητας ιατρικών (και χειρουργικών) θεραπειών για νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς, καθώς και εναλλακτικών θεραπειών για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών ή αποκατάστασης» (Alabama Department of Industrial Relations, 2006, παρ. 3). Περιλαμβάνει προ-πιστοποίηση ή προ-εξουσιοδότηση για επιλεγμένες θεραπείες, ταυτόχρονη αναθεώρηση και, όπου είναι απαραίτητο, αναδρομική αναθεώρηση για έκτακτα περιστατικά (Alabama Department of Industrial Relations, 2006).

Ένα ακόμη σύνηθες χαρακτηριστικό της διαχειριζόμενης φροντίδας είναι η *κατά κεφαλήν αμοιβή* (*capitation*), όπου οι επαγγελματίες υγείας (π.χ. οικογενειακός γιατρός) λαμβάνουν μία σταθερή μηνιαία αμοιβή, ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες που χρησιμοποιήθηκαν από τον ασθενή στη διάρκεια του μήνα. Όταν το κόστος της παρεχόμενης περίθαλψης ενός ατόμου είναι μικρότερο από την κατά κεφαλήν αμοιβή, ο φορέας έχει κέρδος. Στην περίπτωση όμως που το κόστος είναι μεγαλύτερο από το καταβληθέν ποσό, ο φορέας υφίσταται απώλεια. Στόχος, επομένως, των φορέων που λειτουργούν με βάση την κατά κεφαλήν πληρωμή, είναι να διαπιστώνουν κατά πόσον οι ασθενείς λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες ώστε να παραμένουν υγιείς και να περιορίζουν την άσκοπη χρήση των υπηρεσιών περίθαλψης. Οι επικριτές του συστήματος της κατά κεφαλήν

πληρωμής υποστηρίζουν, ότι η συγκεκριμένη στρατηγική αποζημίωσης οδηγεί σε ανεπαρκή θεραπεία των ασθενών. Μία σύνοψη των χαρακτηριστικών της ελεγχόμενης περίθαλψης παρατίθεται στο Πλαίσιο 10.5.

ΠΛΑΙΣΙΟ 10.5 Η Διαχειριζόμενη Φροντίδα με μια Ματιά

- Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα εναλλακτικών τρόπων χρηματοδότησης που εστιάζει στη διαχείριση του κόστους και της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης μέσω:
 - Της χρήσης καταλόγων επιλεγμένων συμβεβλημένων φορέων
 - Του περιορισμού παροχών σε εγγεγραμμένα μέλη τα οποία χρησιμοποιούν μη συμβεβλημένους φορείς
 - Της εφαρμογής ενός συστήματος εξουσιοδότησης
 - Της εστίασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και λιγότερο στους ειδικούς ιατρούς και στις υπηρεσίες νοσηλείας
 - Της έμφασης στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη
 - Της στήριξης σε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής για τους φορείς
 - Της τακτικής αναθεώρησης της χρήσης των πόρων υγειονομικής περίθαλψης
 - Της συνεχούς παρακολούθησης και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- Οι ασθενείς έχουν περιορισμένες δυνατότητες επιλογής όσον αφορά στους φορείς στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν και τις υπηρεσίες στις οποίες μπορούν να έχουν πρόσβαση, με αντάλλαγμα τη μικρή συμμετοχή στο κόστος και την απουσία ακάλυπτων ποσών.
- Οι οργανισμοί διαχειριζόμενης φροντίδας συχνά κάνουν χρήση των λεγόμενων *θυρωρών* (gatekeepers) πρωτοβάθμιας περίθαλψης ώστε:
 - Να είναι σίγουροι ότι οι υπηρεσίες που ζητήθηκαν από τον φορέα είναι απαραίτητες και κατάλληλες
 - Να διασφαλίζουν ότι παρέχεται η κατάλληλη περίθαλψη στους ασθενείς σε εξωνοσοκομειακά περιβάλλοντα, όταν αυτό είναι εφικτό
 - Να κατανέμουν τη περίθαλψη με σειρές προτεραιότητας ή χρόνους αναμονής για εξουσιοδοτήσεις

- Να ενθαρρύνουν τους φορείς να ακολουθούν περισσότερο τυποποιημένα πρωτόκολλα περίθαλψης και κλινικές κατευθυντήριες γραμμές για θεραπεία
- Η διαχειριζόμενη φροντίδα βασίζεται στην έννοια της *κατά κεφαλήν πληρωμής* (capitation), κατά την οποία οι φορείς λαμβάνουν μία σταθερή μηνιαία αμοιβή, ανεξάρτητα από τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται από τον ασθενή κατά τη διάρκεια του μήνα. Αυτό ενθαρρύνει την ανεπαρκή παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς τα πιθανά κέρδη ελαττώνονται όσο αυξάνει η παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών.

Τύποι Οργανισμών Διαχειριζόμενης Φροντίδας

Ένας από τους συνηθέστερους τύπους Οργανισμών Διαχειριζόμενης Φροντίδας (Managed Care Organizations - MCO) είναι οι *Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας* (Health Maintenance Organizations - HMO). Ένας HMO είναι συλλογικό σώμα χρηματοδοτούμενο από τα ασφάλιστρα. Οι ιατροί και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας των HMO ασκούν την ιατρική εντός συγκεκριμένων οικονομικών, γεωγραφικών και επαγγελματικών ορίων σε άτομα και οικογένειες που έχουν εγγραφεί σε αυτούς.

Ο *Νόμος Περί Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας* που θεσπίστηκε το 1973, ενέκρινε τη δαπάνη 375 εκατομμυρίων δολαρίων σε μία πενταετία για ίδρυση και αξιολόγηση των HMO σε διάφορες κοινότητες ανά τη χώρα. Αν και οι HMO εμφανίστηκαν αρχικά ως μία εναλλακτική λύση των παραδοσιακών προγραμμάτων υγειονομικής ασφάλισης, κάποιες από τις μεγαλύτερες αμερικανικές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, συμπεριλαμβανομένης της Blue Cross & Blue Shield και της Aetna, προέβησαν στην ίδρυση HMO, διατηρώντας παράλληλα τα παραδοσιακά τους προγράμματα αποζημίωσης.

Συζητώντας για τους HMO, είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι υπάρχουν διάφοροι τύποι HMO με ποικίλα προγράμματα, στα οποία είναι δυνατό να εγγραφούν τα μέλη τους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα

αποτελούν οι ΗΜΟ (α) *προσωπικού* (staff), (β) *ενώσεων ανεξάρτητων ιατρών* (Independent Practice Association - IPA), (γ) *ομάδων* (groups), και (δ) *δικτύου* (network). Στους *ΗΜΟ προσωπικού* οι ιατροί παίρνουν μισθό και ελέγχονται άμεσα από τους ΗΜΟ. Στους *ΗΜΟ ενώσεων ανεξάρτητων ιατρών*, ο ΗΜΟ συμβάλλεται με ομάδα ιατρών μέσω ενός διαμεσολαβητή, προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες στα μέλη του. Στον *ΗΜΟ ομάδων*, ο ΗΜΟ συμβάλλεται απευθείας με μία ομάδα ανεξάρτητων ιατρών. Στους *ΗΜΟ δικτύου*, ο ΗΜΟ συμβάλλεται με περισσότερες ανεξάρτητες ομάδες ιατρών.

Τα είδη προγραμμάτων που διατίθενται από τους ΗΜΟ συνήθως ποικίλλουν ανάλογα με το βαθμό επιλογής φορέων των εγγεγραμμένων μελών. Δύο τέτοια προγράμματα περιλαμβάνουν τις επιλογές του *σημείου παροχής υπηρεσιών* (Point- Of- Service - POS) και των *οργανισμών αποκλειστικού φορέα* (Exclusive Provider Organizations - EPO). Στα προγράμματα POS, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα, την ώρα παροχής της υπηρεσίας, να επιλέξει λειτουργό εκτός του δικτύου, αλλά πληρώνει υψηλότερα ασφάλιστρα και *συμμετοχή* (χρήματα που πληρώνουν οι εγγεγραμμένοι όταν τους παρέχεται η υπηρεσία) εξαιτίας αυτής της ευελιξίας. Στην επιλογή EPO, τα εγγεγραμμένα μέλη οφείλουν να αναζητήσουν περίθαλψη μέσα από τους επιλεγμένους φορείς των ΗΜΟ ή να πληρώσουν οι ίδιοι ολόκληρη τη δαπάνη.

Ένας ακόμη διαδεδομένος τύπος ΜCO είναι ο *οργανισμός προτιμώμενου φορέα* (Preferred Provider Organization - PPO). Οι PPOs παρέχουν υπηρεσίες βάσει του συστήματος της αμοιβής ανά υπηρεσία, αλλά δίνουν οικονομικά κίνητρα στους καταναλωτές (μικρότερες χρεώσεις) σε περίπτωση που απευθυνθούν στον προτιμώμενο φορέα. Οι φορείς, από την

άλλη μεριά, επωφελούνται από τη συμμετοχή τους σε έναν PPO, καθώς αυτός τους εξασφαλίζει επαρκή αριθμό ασθενών.


Διαχειριζόμενη Φροντίδα των Προγραμμάτων Medicare και Medicaid

Ενώ παλαιότερα οι ασθενείς που συμμετείχαν στα προγράμματα Medicare και Medicaid συνήθως αποκλείονταν από τη διαχειριζόμενη φροντίδα βάσει του *θεσμού της ελεύθερης επιλογής ιατρού* (free choice of physician rule), οι περιορισμοί αυτοί άρθηκαν στη διάρκεια των δεκαετιών 1970 και 1980. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς απέκτησαν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε ιδιωτικούς HMOs και σε άλλα προγράμματα ελεγχόμενης περίθαλψης μέσω του *Medicare Part C* (παλαιότερα γνωστό ως Medicare + Choice και σήμερα ως Medicare Advantage). Η ένταξη ενός ασθενούς στο πρόγραμμα Medicare Advantage προϋποθέτει τη συμμετοχή του στα προγράμματα Medicare Part A και Part B. Το σύστημα πληρωμής αυτών των προγραμμάτων (το οποίο τέθηκε σε ισχύ το 1982) προοριζόταν να είναι προοπτικό και ο HMO διακινδύνευε την παροχή όλων των προνομίων με αντάλλαγμα την κατά κεφαλήν πληρωμή.

Οι MCOs λαμβάνουν αποζημίωση για επιλέξιμους ασθενείς του Medicare βάσει ενός τύπου που καθιερώθηκε από τα CMMS, ο οποίος λαμβάνει υπ' όψιν την ηλικία, το φύλο, τη γεωγραφική περιοχή και το μέσο κόστος ανά ασθενή σε μία συγκεκριμένη ηλικία. Στη συνέχεια, το κράτος λαμβάνει μία έκπτωση 5% και παραχωρεί το υπόλοιπο στον MCO.

Ο *BBA του 1997*, επέκτεινε το ρόλο των ιδιωτικών προγραμμάτων του Medicare + Choice, ώστε να συμπεριλάβει τους PPOs, τους *Οργανισμούς που Χρηματοδοτούνται από τους Φορείς* (Provider-Sponsored Organizations - PSOs, τα προγράμματα *Ιδιωτικής Αμοιβής ανά Υπηρεσία* (Private Fee-For-Service - PFFS), και τους *Λογαριασμούς Ιατρικών Αποταμιεύσεων* (Medical

Savings Accounts - MSA), σε συνδυασμό με ασφαλιστικά προγράμματα υψηλών παρακρατήσεων. Οι επιλογές ιδιωτικών προγραμμάτων προσφέρθηκαν αρχικά σε επίπεδο κομητείας (Henry J. Kaiser Family Foundation, 2005). Τα CMMS είναι σήμερα οι βασικοί αγοραστές της διαχειριζόμενης φροντίδας στις ΗΠΑ.

 Τα CMMS είναι σήμερα οι μεγαλύτεροι αγοραστές της διαχειριζόμενης φροντίδας στη χώρα.

Από το σύνολο των εγγεγραμμένων στο πρόγραμμα Medicaid το 2004 στις ΗΠΑ, περίπου το 60% των δικαιούχων λαμβάνει τις παροχές του προγράμματος μέσω διαχειριζόμενης φροντίδας (CMMS, 2006b). Επιπλέον, σε όλες τις πολιτείες πλην της Alaska, του New Hampshire και του Wyoming, το σύνολο ή ένα μέρος των ατόμων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα Medicaid, είναι εγγεγραμμένα σε έναν MCO. Από έρευνα του Πανεπιστημίου της California, στην οποία έγινε σύγκριση του συστήματος αμοιβής ανά υπηρεσία με τη διαχειριζόμενη φροντίδα ασθενών του Medi-Cal (πρόγραμμα της California – αντίστοιχο του Medicaid), προέκυψε ότι η διαχειριζόμενη φροντίδα αποτελεί καλύτερο σύστημα για βελτίωση της πρόσβασης και των εκβάσεων της υγείας (California HealthCare Foundation, 2004).

ΥΠΕΡΜΑΧΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΚΡΙΤΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι υπέρμαχοι της διαχειριζόμενης φροντίδας υποστηρίζουν ότι τα προπληρωμένα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτά που προσφέρονται από τους HMOs, μειώνουν το κόστος των υπηρεσιών

περίθαλψης, παρέχουν ευρύτερο φάσμα παροχών στους ασθενείς συγκριτικά με το παραδοσιακό μοντέλο αμοιβής ανά υπηρεσία, μεταθέτουν κατάλληλα την παροχή περίθαλψης από το νοσοκομείο σε εξωνοσοκομειακά περιβάλλοντα, συμβάλλουν στην αύξηση της παραγωγικότητας των ιατρών και παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των συμμετεχόντων σε αυτά. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από έρευνα που διεξήχθη από τους Deb, Li, Trivedi και Zimmer (2006), η οποία έδειξε ότι ένα άτομο που συμμετέχει σε πρόγραμμα HMO, έχει τη δυνατότητα δύο περισσότερων επισκέψεων σε έναν ιατρό και 0.1 περισσότερων επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ανά έτος, από ό,τι θα είχε σε περίπτωση που συμμετείχε σε πρόγραμμα μη διαχειριζόμενης φροντίδας.

Οι επικριτές, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι η συμμετοχή στους MCOs μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια των σχέσεων ιατρών-ασθενών, στον περιορισμό των διαθέσιμων επιλογών ιατρών, σε χαμηλότερο επίπεδο συνέχειας στην περίθαλψη, στον περιορισμό της αυτονομίας των ιατρών, σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής για τις υπηρεσίες υγείας και στη σύγχυση των καταναλωτών όσον αφορά στους κανόνες που πρέπει να τηρηθούν. Ένα σύνηθες παράπονο που ακούγεται από εγγεγραμμένους σε προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας συνίσταται στο γεγονός, ότι οι υπηρεσίες πρέπει να λαμβάνουν εκ των προτέρων έγκριση ή εξουσιοδότηση από έναν ιατρό που εκτελεί χρέη «θυρωρού», ή ότι απαιτείται δεύτερη ιατρική γνώμηση πριν από χειρουργική επέμβαση. Παρά το γεγονός ότι αυτή η έλλειψη αυτονομίας γίνεται δύσκολα αποδεκτή από τους καταναλωτές οι οποίοι έχουν εξοικειωθεί με το σύστημα αμοιβής ανά υπηρεσία με τους λίγους περιορισμούς στην επιλογή και την πρόσβαση, αυτοί οι περιορισμοί στη χρήση είναι απαραίτητοι λόγω της ύπαρξης ηθικού κινδύνου (*moral hazard*), της πιθανότητας δηλαδή ο ασφαλισμένος να κάνει κατάχρηση των

παρεχόμενων υπηρεσιών μόνο και μόνο επειδή η ασφάλεια καλύπτει το κόστος τους. Επειδή η συμμετοχή στο κόστος είναι συνήθως χαμηλή για τους ασθενείς σε προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας, οι ηθικοί κίνδυνοι αυξάνουν.

Οι ηθικοί κίνδυνοι αναφέρονται στην τάση των ασφαλισμένων ασθενών να χρησιμοποιούν τις ιατρικές υπηρεσίες πέραν του αναγκαίου, επειδή η ασφάλισή τους καλύπτει το κόστος.

Άλλη μια άποψη που περιπλέκει την αποζημίωση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω PPS, HMO και PPO, είναι ότι επιβάλλεται η σαφής και κατανοητή τεκμηρίωση της ανάγκης των υπηρεσιών και των πραγματικών υπηρεσιών που παρέχονται. Η παροχή των υπηρεσιών δεν εγγυάται πλέον την αποζημίωση. Επομένως, η οικονομική ευθύνη των νοσηλευτών υπερβαίνει το σχεδιασμό και την υλοποίηση. Περιλαμβάνει την υπεύθυνη καταγραφή και κοινοποίηση των δραστηριοτήτων.

Η παροχή των υπηρεσιών δεν εγγυάται πλέον την αποζημίωση.

Η πιο σημαντική ίσως ανησυχία σχετικά με την εξέλιξη της διαχειριζόμενης φροντίδας στις ΗΠΑ συνίσταται στη μεταβολή των σχέσεων μεταξύ ασφαλιστικών φορέων, ιατρών, νοσηλευτών και ασθενών. Δεν έχει εξακριβωθεί ακόμα η πλήρης επίδραση που μπορεί να έχει στην κλινική κρίση η εξάρτηση των μισθών ιατρών και νοσηλευτών από επιδόματα, κίνητρα και κυρώσεις που έχουν σχεδιαστεί για περιορισμό της χρήσης υπηρεσιών και πόρων και, παράλληλα, για αύξηση του κέρδους.

Επομένως, η ανάγκη να έχει κάθε άτομο επίγνωση των αξιών που διέπουν την επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική του δεν υπήρξε ποτέ μεγαλύτερη.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.5

Παροχή Περίθαλψης με Περιορισμένη Αποζημίωση

Είστε προϊστάμενος σε μία υπηρεσία παροχής περίθαλψης κατ' οίκον. Ένας από τους ηλικιωμένους ασθενείς σας πάσχει από διαβήτη τύπου I. Δεν έχει καμία στήριξη από την οικογένειά του. Μιλάει ελάχιστα Αγγλικά και δεν έχει πλήρη επίγνωση της ασθένειάς του. Ζει μόνος του. Η αποζημίωσή σας από μία κρατική υπηρεσία αντιστοιχεί σε \$90 ανά επίσκεψη. Δεδομένου ότι ο συγκεκριμένος κύριος έχει ανάγκη από εντατική περίθαλψη, διαπιστώνετε ότι το πραγματικό κόστος για την υπηρεσία σας ανέρχεται στα \$130 ανά επίσκεψη. Ποιος θα είναι ο αντίκτυπος για την υπηρεσία σας σε περίπτωση που πραγματοποιούνται δύο επισκέψεις εβδομαδιαίως σε αυτόν τον κύριο επί 3 μήνες; Πώς μπορείτε να αναπληρώσετε τα απολεσθέντα έσοδα; Πώς μπορείτε να μειώσετε το κόστος κάθε επίσκεψης καλύπτοντας παράλληλα τις ανάγκες του ασθενούς σας;

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η διαχειριζόμενη φροντίδα εξακολουθεί να αλλάζει το πρόσωπο της υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ. Οι Abbott και Keller (2006) υποστηρίζουν ότι οι συμβάσεις διαχειριζόμενης φροντίδας αντιστοιχούν στο 30% - 70% των εσόδων ενός νοσοκομείου. Δεδομένου ότι τα περισσότερα νοσοκομεία συμβάλλονται με πολλούς πληρωτές, και κάθε πληρωτής έχει συνάψει συμβόλαιο για καθένα από τα υπάρχοντα προϊόντα, οι όροι και τα ποσοστά αποζημίωσης ποικίλλουν εξαιρετικά. Τα νοσοκομεία μπορούν να έχουν από 50 έως 150 μεμονωμένες ενεργές συμβάσεις σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή (Abbott & Keller, 2006).

Αυτή η πολυπλοκότητα των συμβάσεων και η χρήση μελλοντικών αποζημιώσεων καθιστά ακόμα δυσκολότερη για τους φορείς την πρόβλεψη

των πιθανών εσόδων, και στη συνέχεια τον υπολογισμό και τη συλλογή των αποζημιώσεων για τις παρασχεθείσες υπηρεσίες. Πράγματι, κάποιοι επικριτές της διαχειριζόμενης φροντίδας υποστηρίζουν, ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης επωμίζονται τώρα μεγαλύτερο μέρος οικονομικού κινδύνου για το κόστος της περίθαλψης από ό,τι οι ασφαλιστικοί φορείς. Οι D'Cruz και Welter (2005) υποστηρίζουν, ότι ο έλεγχος των εμπορικών πληρωμών θα αποτελέσει την κύρια σημαντική δραστηριότητα για πολλά νοσοκομεία στο άμεσο μέλλον, καθώς το 8%-14% των εμπορικών εσόδων δεν συλλέγεται (ανεπαρκείς πληρωμές από πλευράς φορέων). Αν και η διαχειριζόμενη φροντίδα αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο της υγειονομικής περίθαλψης, οι σύγχρονες τάσεις δείχνουν μία μείωση της συμμετοχής σε αυτήν.

Οι σύγχρονες τάσεις δείχνουν ότι η συμμετοχή σε προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας (τόσο από καταναλωτές όσο και από φορείς) μειώνεται, αν και εξακολουθεί να αποτελεί κύριο παράγοντα ο οποίος επηρεάζει τη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη.

Η μείωση αυτή συνέβη εν μέρει διότι τα προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας δεν είναι πλέον τόσο λιγότερο ακριβά, ώστε να μπορούν να τα αγοράζουν οι καταναλωτές και να τα παρέχουν οι ασφαλιστικοί φορείς. Επιπλέον, οι φορείς έχουν απογοητευθεί σε μεγάλο βαθμό από τις περιορισμένες και καθυστερημένες αποζημιώσεις για παρασχεθείσες υπηρεσίες, καθώς και από την ανάγκη αιτιολόγησης της παροχής υπηρεσιών που ζητήθηκαν. Αυτό το φαινόμενο αναφέρεται ως *αντίδραση στη διαχειριζόμενη φροντίδα (managed care backlash)*. Το

Κέντρο Μελέτης των Αλλαγών στο Σύστημα Υγείας, το οποίο βασίζεται σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις με περισσότερους από 6.000 ιατρούς, διαπίστωσε ότι το ποσοστό των ιατρών στις ΗΠΑ οι οποίοι δεν συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα διαχειριζόμενης φροντίδας αυξήθηκε, από 9.2% που ήταν το διάστημα 2000-2002, σε 11.5% την περίοδο 2004-2005 (Managed by Whom?, 2006).

Η διαχειριζόμενη φροντίδα δεν πρόκειται να καταργηθεί – τουλάχιστον όχι στο άμεσο μέλλον. Ωστόσο, θα εξακολουθεί να υφίσταται αλλαγές. «Σύμφωνα με κάποιους, η διαχειριζόμενη φροντίδα και οι στρατηγικές της εξελίσσονται. Σύμφωνα με άλλους, η διαχειριζόμενη φροντίδα πεθαίνει» (American Psychiatric Association, 2003, παρ. 1). Σε κάθε περίπτωση, οι περισσότεροι συμφωνούν, ότι η διαχειριζόμενη φροντίδα και η παροχή υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ θα αποκτήσει εντελώς διαφορετική μορφή στο μέλλον. Σίγουρα, κατά την εξέταση των ορόσημων στις αποζημιώσεις υγειονομικής περίθαλψης τα τελευταία 75 χρόνια (Πλαίσιο 10.6), μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι έχουν συντελεσθεί δραματικές αλλαγές σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και ότι η διαχειριζόμενη φροντίδα αποτελεί ένα ακόμη σύστημα αποζημίωσης το οποίο άλλαξε το πρόσωπο της υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ.

Για την περίθαλψη και την κατάλληλη υποστήριξη των ασθενών τους στον 21^ο αιώνα, όλοι οι νοσηλευτές χρειάζεται να κατανοούν τουλάχιστον τα βασικά σχετικά με τις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης. Χρειάζεται, επίσης, να γνωρίζουν τους τρόπους με τους οποίους οι στρατηγικές αποζημίωσης επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την πρακτική τους. Μόνον τότε το νοσηλευτικό προσωπικό θα είναι σε θέση να συμμετέχει ενεργά σε έναν οικονομικό σχεδιασμό δυναμικό και με όραμα, ο οποίος απαιτείται για την επιβίωση στην υπάρχουσα αγορά υγειονομικής περίθαλψης.

ΠΛΑΙΣΙΟ 10.6 Ορόσημα της Αμερικανικής Υγειονομικής Περίθαλψης: 75 Χρόνια Αποζημιώσεων

1929 Ιδρύεται στο Los Angeles ο πρώτος HMO, η Κλινική Ross-Loos.

1929 Ίδρυση του ιδρύματος Blue Cross, όταν το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Baylor συμφώνησε να προσφέρει σε 1.500 δασκάλους έως και 21 μέρες νοσοκομειακής περίθαλψης έναντι \$6.00 ετησίως.

1935 Θέσπιση του Νόμου Περί Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο νόμος αρχικά προέβλεπε την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για τις πολιτείες που επέλεγαν εθελοντικά να συμμετάσχουν, ωστόσο η Αμερικανική Ιατρική Ένωση τέθηκε εναντίον του με αποτέλεσμα να καταργηθούν οι διατάξεις περί ασφάλισης της υγείας.

1942 Προτάθηκε στο Κογκρέσο το πρώτο νομοσχέδιο εθνικής εμβέλειας για νοσοκομειακή ασφάλιση, το οποίο όμως τελικά δεν ψηφίστηκε.

1946 Ο νόμος Hill Burton προήγαγε την ανάπτυξη και ανακαίνιση των νοσοκομείων μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Ενέκρινε τη χορήγηση 75 εκατομμυρίων δολαρίων για 5 έτη για βοήθεια στην κατασκευή νοσοκομείων.

1965 Θέσπιση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid στο πλαίσιο του προγράμματος εθνικής μεταρρύθμισης Great Society του Lyndon B. Johnson. Κατέληξε σε 50% αύξηση του αριθμού ιατρικών σχολών στις ΗΠΑ.

1972 Το Κογκρέσο προχωρά στην ίδρυση των Οργανισμών Αξιολόγησης Επαγγελματικών Προτύπων (PSROs – Professional Standards Review Organizations), με στόχο την αποτροπή της κατάχρησης νοσοκομειακών ή άλλων υπηρεσιών των προγραμμάτων Medicare και Medicaid από τους ασθενείς.

1973 Ο Νόμος Περί Διατήρησης της Υγείας ενέκρινε τη χορήγηση 375 εκατομμυρίων δολαρίων εντός 5 ετών για την ίδρυση και αξιολόγηση HMOs σε διάφορες κοινότητες ανά τη χώρα.

1974 Ο Νόμος περί Εθνικού Σχεδιασμού δημιούργησε ένα σύστημα πολιτειακών και τοπικών υπηρεσιών σχεδιασμού υγείας που υποστηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό από ομοσπονδιακά κονδύλια. Αυτό δημιούργησε τις Υπηρεσίες Συστημάτων Υγείας (HSAs – Health Systems Agencies) για την απογραφή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης κάθε κοινότητας και την έκδοση των Πιστοποιητικών Ανάγκης.

1974 Ψηφίστηκε ο Νόμος περί Συνταξιοδοτικού Εισοδήματος και Ασφάλισης της Εργασίας (ERISA – Employment Retirement Income and Security Act) προλαμβάνοντας γενικά τις πολιτειακές ρυθμίσεις για τα προγράμματα παροχών στους αυτασφάλιστους εργαζομένους.

1983 Καθιερώνεται το σύστημα των DRGs, μέσω του οποίου έγινε η μετάβαση από ένα σύστημα αναδρομικής επιστροφής των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης σε ένα σύστημα ριζοκίνδυνης προοπτικής αποζημίωσης.

1986 Θεσπίστηκε ο Νόμος COBRA του 1986. Έδινε τη δυνατότητα σε υπαλλήλους που είχαν απολυθεί ή που δεν δικαιούνταν κάλυψη λόγω μειωμένων ωρών εργασίας, να αγοράσουν πακέτα ομαδικής ασφαλιστικής κάλυψης για τους ίδιους αλλά και για τις οικογένειές τους για περιορισμένο χρονικό διάστημα (έως και 60 ημέρες για να αποφασίσουν).

1988 Θέσπιση του Νόμου Medicare περί Κάλυψης Καταστροφών (Medicare Catastrophic Coverage Act - MCCA), ο οποίος επέκτεινε σημαντικά τις παροχές του προγράμματος Medicare, καλύπτοντας μέρος των εξόδων για φάρμακα και ιατρούς.

1989 Το σύστημα πληρωμής των ιατρών της Medicare αντικαταστάθηκε σταδιακά από μία Κλίμακα Σχετικής Αξίας με Βάση τους Πόρους (Resource-Based Relative Value Scale - RBRVS), που θα έμπαινε σε εφαρμογή το 1992.

1993 Ο Πρόεδρος William J. Clinton εισήγαγε το Νόμο Ασφάλειας της Υγείας που διασφάλιζε την καθολική πρόσβαση όλων των Αμερικανών πολιτών. Ο νόμος δεν ψηφίστηκε.

1996 Θέσπιση του Νόμου Περί Διαθεσιμότητας και Υπευθυνότητας Ασφάλειας Υγείας (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA). Δημιούργησε το MSAs και απαίτησε από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών να καθιερώσει εθνικά πρότυπα για τις ηλεκτρονικές συναλλαγές υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και εθνικές ταυτότητες για τους φορείς, τα προγράμματα υγείας και τους εργοδότες. Επίσης, επικεντρώθηκε στην ασφάλεια και το απόρρητο των δεδομένων υγείας.

1997 Το ένα τέταρτο περίπου των Αμερικανών πολιτών και 6 εκατομμύρια δικαιούχων του προγράμματος Medicare εγγράφηκαν σε οργανισμούς HMO. Ο Νόμος Ισορροπημένου Προϋπολογισμού έδωσε στις πολιτείες τη δυνατότητα να εφαρμόζουν προγράμματα διαχειριζόμενης φροντίδας, χωρίς ομοσπονδιακές παραιτήσεις από δικαιώματα.

1999 Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αντιστοιχούν στο 15% του ΑΕΠ των ΗΠΑ, ενώ τα ετήσια έξοδα υγειονομικής περίθαλψης υπερβαίνουν

το 1 τρισεκατομμύριο δολάρια. Περίπου 37 εκατομμύρια Αμερικανών δεν είναι ασφαλισμένοι, ενώ 50-70 εκατομμύρια δεν έχουν επαρκή ασφάλιση.

2001 Οι Αμερικανοί πολίτες πραγματοποιούν πάνω από 1 δισεκατομμύριο επισκέψεις σε ιατρούς, έχουν εκατοντάδες εκατομμύρια επαφές με άλλους λειτουργούς υγείας και δαπανούν πάνω από 170 εκατομμύρια ημέρες σε νοσοκομεία εντατικής περίθαλψης (Bodenheimer & Grumbach, 2005). Πάνω από 1,5 εκατομμύριο ηλικιωμένοι ασθενείς, εγγεγραμμένοι σε κάποιον ΗΜΟ του Medicare, αναγκάστηκαν να αναζητήσουν νέους ασφαλιστικούς διακανονισμούς, καθώς οι ΗΜΟ στους οποίους συμμετείχαν αποσύρθηκαν από το πρόγραμμα Medicare λόγω της απώλειας χρημάτων από τους εγγεγραμμένους στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Αυξημένη απογοήτευση σημειώθηκε στον τομέα της διαχειριζόμενης φροντίδας.

2003 Θέσπιση του Νόμου Περί Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων, Βελτίωσης και Εκσυγχρονισμού του Medicare του 2003, ο οποίος παρείχε ένα προαιρετικό πρόγραμμα κάλυψης συνταγογραφούμενων φαρμάκων στο πλαίσιο του προγράμματος Medicare. Επίσης, συμπεριλάμβανε μία διάταξη, σύμφωνα με την οποία οι αμερικανοί πολίτες μπορούσαν να διατηρούν αποταμιευτικούς λογαριασμούς υγείας απαλλαγμένους από φόρους (Shi & Singh, 2005).

2005 Υπάρχουν «187,4 εκατομμύρια Αμερικανοί που έχουν ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη υγείας, 35,2 εκατομμύρια δικαιούχοι του προγράμματος Medicare και 31,5 εκατομμύρια δικαιούχοι του Medicaid. Οι ασφάλειες υγείας διατίθενται από 1.000 περίπου υγειονομικές ασφαλιστικές εταιρείες καθώς και από 70 προγράμματα του Blue Cross & Blue Shield. Ο τομέας διαχειριζόμενης φροντίδας περιλαμβάνει κατά προσέγγιση 540 αδειοδοτημένους ΗΜΟs και 925 ΡΡΟs» (Shi & Singh, 2005, σελ.3).

ΕΝΣΩΜΑΤΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΗΓΕΤΙΚΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ

Οι διοικούντες οφείλουν να κατανοούν τον οικονομικό σχεδιασμό, να έχουν επίγνωση των υποχρεώσεών τους σε σχέση με τον προϋπολογισμό και να είναι αποτελεσματικοί στην υλοποίηση των στόχων του οργανισμού. Η ικανότητα πρόβλεψης των οικονομικών αναγκών λαμβάνοντας υπ' όψιν τις οικονομικές, κοινωνικές και νομοθετικές συνθήκες αποτελεί διοικητική λειτουργία υψηλού επιπέδου. Οι διοικούντες πρέπει επίσης να είναι σε θέση

να εκφράζουν τις ανάγκες της μονάδας τους μέσω του οικονομικού προγραμματισμού, προκειμένου να εξασφαλίζουν επάρκεια σε νοσηλευτικό προσωπικό, προμήθειες και εξοπλισμό. Τέλος, οι διοικούντες πρέπει να επιδεικνύουν επιδεξιότητα στον τομέα παρακολούθησης του ελέγχου του προϋπολογισμού.

Οι ηγετικές δεξιότητες δίνουν τη δυνατότητα στον προϊστάμενο να συμπεριλάβει όλους τους μετόχους στη διαδικασία σύνταξης του προϋπολογισμού. Άλλες ηγετικές δεξιότητες που θεωρούνται απαραίτητες για τον οικονομικό σχεδιασμό είναι η ευελιξία, η δημιουργικότητα και η διορατικότητα για μελλοντικές ανάγκες. Ο ικανός ηγέτης είναι σε θέση να προβλέπει τους πιθανούς περιορισμούς του προϋπολογισμού και να δρα προληπτικά. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί διοικητές που επιτρέπουν στους περιορισμούς του προϋπολογισμού να καθοδηγούν τις ενέργειές τους. Σε μία εποχή ανεπαρκών οικονομικών πόρων, ο ηγέτης πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευρηματικότητα στην εξεύρεση εναλλακτικών λύσεων για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Ο έμπειρος ηγέτης, όμως, εξασφαλίζει επίσης ότι η συγκράτηση του κόστους δεν πρόκειται να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον, οι ηγέτες είναι κατηγορηματικοί και σαφείς άνθρωποι που διασφαλίζουν ότι ο προϋπολογισμός του τμήματός τους θα εισακουσθεί από τους ανώτερους. Επειδή οι ηγέτες είναι σε θέση να προσδιορίζουν τις ανάγκες του προϋπολογισμού της μονάδας τους κατά έναν αποφασιστικό, επαγγελματικό και δυναμικό τρόπο, συνήθως επιτυγχάνουν ίση κατανομή των πόρων για τη μονάδα τους.

 **Σημεία- Κλειδιά**

- Ο *οικονομικός σχεδιασμός* (fiscal planning), όπως ισχύει για όλους τους τύπους σχεδιασμού, είναι δεξιότητα που μαθαίνεται και βελτιώνεται με την εξάσκηση.
- Ιστορικά, η νοσηλευτική διοίκηση διαδραμάτιζε περιορισμένο ρόλο στη διαδικασία κατανομής των πόρων στους υγειονομικούς οργανισμούς.
- Ο *προϋπολογισμός προσωπικού – εργατικού δυναμικού* (personnel-workforce budget) αντιστοιχεί συχνά στην πλειονότητα των εξόδων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι *εντατική απασχόληση* (labor intensive).
- Οι προϋπολογισμοί προσωπικού περιλαμβάνουν τον πραγματικό χρόνο εργασίας [*παραγωγικός χρόνος ή μισθολογική δαπάνη* (productive time or salary expense)] και το χρόνο κατά τον οποίο ο υπάλληλος δεν εργάζεται, αλλά πληρώνεται από τον οργανισμό [*μη παραγωγικός ή επιδοτούμενος χρόνος* (nonproductive or benefit time)].
- Ένας *προϋπολογισμός* (budget) μπορεί να αποτελέσει στην καλύτερη περίπτωση μία πρόβλεψη. Πρόκειται για σχέδιο και όχι για κανόνα. Επομένως, ο προϋπολογισμός πρέπει να είναι ευέλικτος και να υπόκειται σε διαρκή αξιολόγηση και αναθεώρηση.
- Ένας προϋπολογισμός ο οποίος περιλαμβάνει προβλέψεις για το μακροπρόθεσμο μέλλον έχει περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει σφάλματα. Σε περίπτωση βραχυπρόθεσμου προϋπολογισμού, η αποζημίωση για μη αναμενόμενα μεγάλα έξοδα ή αγορές κύριου εξοπλισμού μπορεί να είναι δύσκολη.
- Το επιθυμητό αποτέλεσμα του οικονομικού προγραμματισμού συνίσταται στη μεγιστοποίηση της χρήσης των πόρων, έτσι ώστε να μπορούν να ικανοποιηθούν οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες

ανάγκες του οργανισμού. Η αξία του για το ίδρυμα σχετίζεται άμεσα με το βαθμό της ακρίβειάς του.

- Ο *προϋπολογισμός λειτουργίας* (operating budget) αντανakλά τα έξοδα τα οποία κινούνται ανοδικά ή καθοδικά με έναν προκαθορισμένο τρόπο, ώστε να διαφαίνεται η μεταβολή του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Οι *προϋπολογισμοί κεφαλαίου* (capital budgets) σχεδιάζονται για την αγορά κτιρίων ή βασικού εξοπλισμού. Αυτός συνήθως έχει μεγάλη διάρκεια ζωής (μεγαλύτερη της 5ετίας), δεν χρησιμοποιείται σε καθημερινή βάση, και είναι πιο ακριβός από τις λειτουργικές προμήθειες.
- Οι διοικούντες καλούνται να αιτιολογήσουν εκ νέου το πρόγραμμα ή τις ανάγκες τους σε κάθε κύκλο προϋπολογισμού, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της *μηδενικής βάσης* (zero-based budgeting). Η χρήση ενός *πακέτου αποφάσεων* (decision package) για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων χρηματοδότησης αποτελεί ένα βασικό χαρακτηριστικό του προϋπολογισμού μηδενικής βάσης.
- Με την εμφάνιση της πολιτειακής και ομοσπονδιακής αποζημίωσης της υγειονομικής περίθαλψης τη δεκαετία του 1960, οι φορείς αναγκάστηκαν να υποβάλλουν προϋπολογισμούς και έξοδα στους πληρωτές, τα οποία αντανakλούσαν με μεγαλύτερη ακρίβεια το πραγματικό τους κόστος για την παροχή αυτών των υπηρεσιών.
- Με την καθιέρωση των DRGs, τα νοσοκομεία εντάχθηκαν στο σύστημα PPS μέσω του οποίου ελάμβαναν ένα προκαθορισμένο ποσό για κάθε εισαγωγή ασθενούς του προγράμματος Medicare, ανεξάρτητα από το πραγματικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Εξαιρέση αποτελούν τα περιστατικά κατά τα οποία ο φορέας μπορεί να αποδείξει

ότι η κατάσταση ενός ασθενούς είναι *ιδιάζουσα* (outlier), με την έννοια ότι το κόστος της παροχής περίθαλψης στο συγκεκριμένο ασθενή δικαιολογεί επιπλέον πληρωμή.

- Στις βασικές αρχές της διαχειριζόμενης φροντίδας συμπεριλαμβάνεται ο ρόλος των φορέων πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας ως *θυρωρών* (gatekeepers), η εστίαση στην πρόληψη, ο περιορισμός της νοσοκομειακής περίθαλψης εσωτερικών ασθενών, η χρήση κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής για τους φορείς, η επιλεκτική σύναψη συμβάσεων, η κατά κεφαλήν πληρωμή, η αναθεώρηση της χρήσης, η χρήση συνταγολογίων για τη διαχείριση της φαρμακευτικής περίθαλψης και η διαρκής παρακολούθηση και βελτίωση της ποιότητας.
- Οι τύποι των προγραμμάτων που διατίθενται από τους HMOs συνήθως ποικίλλουν ανάλογα με τις δυνατότητες επιλογής του φορέα που έχουν οι συμμετέχοντες σε αυτά.
- Η ελεγχόμενη περίθαλψη επέφερε αλλαγές στις σχέσεις μεταξύ ασφαλιστών, ιατρών, νοσηλευτών και ασθενών, με τους λειτουργούς να πρέπει σήμερα να αναλαμβάνουν ρόλο διαμεσολαβητή για τον ασθενή και για την κατανομή των πόρων για λογαριασμό ασφαλιστικών φορέων, νοσοκομείων ή συγκεκριμένων προγραμμάτων επαγγελματικής πρακτικής.
- Η παροχή υπηρεσιών δεν συνεπάγεται πλέον εγγυημένη αποζημίωση. Η σαφής και πλήρης τεκμηρίωση της ανάγκης για παροχή υπηρεσιών και των υπηρεσιών που όντως παρέχονται, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποζημίωση.

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Πώς Επηρεάζει η Πολιτική την Απόφασή σας;

Είστε ο προϊστάμενος νυκτερινής βάρδιας σε ένα μικρό, ιδιωτικό επαρχιακό νοσοκομείο. Στο πλαίσιο του ρόλου σας ως προϊσταμένου, είστε υπεύθυνος για τη στελέχωση της επόμενης βάρδιας και για τον εντοπισμό και επίλυση όλων των προβλημάτων που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε επίπεδο μονάδας.

Λόγω των αλλαγών στη νομοθεσία και της μείωσης των επιστροφών των ομοσπονδιακών κονδυλίων στο ίδρυμά σας τα τελευταία χρόνια, το νοσοκομείο ανέπτυξε μία πολιτική, σύμφωνα με την οποία επείγουσα περίθαλψη θα παρέχεται σε άπορους ασθενείς (ασθενείς που δεν μπορούν να πληρώσουν για τις υπηρεσίες) μόνο σε περίπτωση που ο ασθενής έχει ανάγκη από άμεση ιατρική παρέμβαση και δεν είναι σε θέση να μεταφερθεί σε κάποιο άλλο κοινοτικό ίδρυμα, το οποίο απέχει περίπου 30 λεπτά.

Απόψε, λαμβάνετε μία κλήση να προσέλθετε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για να διαχειριστείτε «το παράπονο ενός ασθενούς». Όταν καταφθάνετε βλέπετε μία γυναίκα ισπανικής καταγωγής, γύρω στα 25, η οποία λογομαχεί έντονα με τον προϊστάμενο νοσηλευτή και τον ιατρό του τμήματος. Όταν παρεμβαίνετε, η ασθενής συστήνεται ως Teresa Garcia και εξηγεί «Συνέβη κάτι στον πατέρα μου και δεν δέχονται να τον βοηθήσουν, επειδή δεν μπορούμε να πληρώσουμε. Λένε ότι πρέπει να πάμε στο κοινοτικό νοσοκομείο, ωστόσο η περίθαλψη εκεί δεν είναι το ίδιο καλή. Εάν είχαμε τα χρήματα, θα ήσασταν πρόθυμοι να κάνετε κάτι.» Ο προϊστάμενος νοσηλευτής παρεμβαίνει λέγοντας «Ο πατέρας της Teresa άρχισε να κάνει εμετό πριν από περίπου 2 ώρες και έχασε τις αισθήσεις του πριν από 45 λεπτά, μετά από 14 ώρες ακατάπαυστης κατανάλωσης αλκοόλ». Ο ιατρός των επειγόντων προσθέτει «Το επίπεδο αλκοόλης στο αίμα του κυρίου Garcia είναι 0.25 (2,5 φορές μεγαλύτερο από το επιτρεπτό όριο βάσει του οποίου κάποιος χαρακτηρίζεται μεθυσμένος) και η εξέταση που του έκανα έδειξε ότι ο άνθρωπος αυτός είναι μεθυσμένος και απλά χρειάζεται ύπνο για να συνέλθει. Άλλωστε, έχω ξαναδεί τον κύριο Garcia στα επείγοντα και πάντα για τον ίδιο λόγο. Εάν έχει ανάγκη από περαιτέρω περίθαλψη, αυτή πρέπει να του παρασχεθεί στο κοινοτικό νοσοκομείο.»

Η Teresa επιμένει στις εκκλήσεις της υποστηρίζοντας ότι «η κατάσταση είναι διαφορετική αυτή τη φορά» και ότι το νοσοκομείο πρέπει να κάνει περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης του πατέρα της. Ενστικτωδώς νιώθει ότι κάτι πολύ άσχημο θα συμβεί στον πατέρα της εάν δεν λάβει άμεσα την απαραίτητη περίθαλψη. Ο υπεύθυνος ιατρός

εξανίσταται ακόμα περισσότερο με αυτό το σχόλιο και σας δηλώνει «Δεν πρόκειται να χαράμισω το χρόνο και την ενέργειά μου για κάποιον ο οποίος είναι μεθυσμένος και αρνούμαι να προχωρήσω σε πιο ακριβές εργαστηριακές εξετάσεις ή ακτινογραφίες για αυτόν τον ασθενή. Εάν θέλετε να κάνετε κάτι παραπάνω πρέπει να το αναθέσετε σε κάποιον άλλο». Στη συνέχεια, επιστρέφει στο ιατρείο όπου περιμένουν άλλοι ασθενείς. Ο νοσηλευτής του τμήματος επειγόντων περιστατικών στρέφεται σε εσάς για να του πείτε τι πρέπει να κάνει.

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Πώς θα χειριστείτε τη συγκεκριμένη κατάσταση; Θα ήταν πιο εύκολη η απόφασή σας εάν δεν υπήρχαν περιορισμοί στην κατανομή των πόρων; Τι προέχει για εσάς περισσότερο, το συμφέρον του ασθενούς ή της υπηρεσίας;

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.7

Σταθμίζοντας τις Επιλογές στις Δαπάνες του Προϋπολογισμού

Ένας από τους στόχους σας ως προϊστάμενου μιας μονάδας εντατικής νοσηλείας είναι να προετοιμάσετε όλους τους νοσηλευτές για να λάβουν πιστοποίηση στον τομέα της Εξειδικευμένης Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης. Προς το παρόν, έχετε πέντε νοσηλευτές που χρειάζονται αυτήν την πιστοποίηση. Μπορείτε να προσλάβετε κάποιον εκπαιδευτή για το σκοπό αυτό και να νοικιάσετε έναν χώρο για \$800. Όμως, το κόστος θα αφαιρεθεί από τον προϋπολογισμό της μονάδας για εκπαίδευση και μετακινήσεις, πράγμα το οποίο θα δημιουργήσει έλλειμμα για το υπόλοιπο του οικονομικού έτους. Θα είναι επίσης μία χρονοβόρα διαδικασία, καθώς πρέπει να συντονίσετε την προετοιμασία και αναπαραγωγή του απαιτούμενου εκπαιδευτικού υλικού και επιπλέον να προβείτε σε διακανονισμούς για τον ενοικιαζόμενο χώρο. Παράλληλα, ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα πιστοποίησης πρόκειται να λάβει χώρα στο άμεσο μέλλον σε μία μεγάλη πόλη που απέχει περίπου 150 μίλια από το νοσοκομείο. Το κόστος ανά συμμετέχοντα θα είναι \$200. Συν τοις άλλοις, θα υπάρχουν και επιπλέον έξοδα μετακίνησης και στέγασης.

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Καλείστε να λάβετε αρκετές αποφάσεις. Πρέπει το εκπαιδευτικό σεμινάριο να λάβει χώρα τοπικά; Εάν ναι, πώς θα το οργανώσετε; Σκοπεύετε να απαιτήσετε από το προσωπικό να λάβει τη συγκεκριμένη πιστοποίηση ή απλά θα τους συστήσετε να το κάνουν; Εάν είναι απαραίτητο, θα επωμιστεί η μονάδα το κόστος της πιστοποίησης; Προτίθεστε να καταβάλετε στους νοσηλευτές το ωρομίσθιο που τους

αναλογεί για την παρακολούθηση του σεμιναρίου σε τακτικά προγραμματισμένες ώρες εργασίας; Μπορεί η συγκεκριμένη πιστοποίηση να αποδειχθεί οικονομικά αποδοτική; Χρησιμοποιήστε ομαδικές διαδικασίες για να λάβετε την απόφασή σας.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.8

Πώς Θα Αντιμετωπίσετε τους Νέους Περιορισμούς στον Προϋπολογισμό;

Είστε ο διευθυντής μίας τοπικής υπηρεσίας που παρέχει περίθαλψη σε άρρωστα και υγιή ηλικιωμένα άτομα. Χρηματοδοτείστε από μία ιδιωτική εταιρεία η οποία απαιτεί τη χορήγηση δημοτικών και πολιτειακών κονδυλίων. Σήμερα λάβατε μία επιστολή από την πολιτεία, σύμφωνα με την οποία η πολιτειακή χρηματοδότηση θα μειωθεί κατά \$35.000, αρχίζοντας μετά από δύο εβδομάδες, όταν ξεκινά το δημοσιονομικό έτος. Αυτό συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση της ιδιωτικής χρηματοδότησης κατά \$35.000 και μία συνολική απώλεια εσόδων της τάξης των \$70.000. Αυτήν την περίοδο είναι αδύνατο να αναζητήσετε εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης.

Κατά την εξέταση του προϋπολογισμού της υπηρεσίας σας, παρατηρείτε ότι, όπως συμβαίνει και σε πολλές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ο προϋπολογισμός σας χαρακτηρίζεται από υψηλό αριθμό απασχολουμένων. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το γεγονός ότι ένα ποσοστό της τάξης του 80% και άνω του προϋπολογισμού σας αντιστοιχεί σε έξοδα προσωπικού, καταλήγεται ότι οι περικοπές πρέπει να γίνουν από τον προϋπολογισμό του προσωπικού. Πιθανώς να χρειαστεί να μειώσετε τον αριθμό των ασθενών που εξυπηρετείτε, αν δεν επιθυμείτε πραγματικά να το κάνετε. Συζητάτε εν συντομία το συγκεκριμένο ζήτημα με το προσωπικό σας και παρατηρείτε, ότι κανένας δεν είναι πρόθυμος να μειώσει εθελοντικά τις ώρες εργασίας του και κανένας δεν προτίθεται να αποχωρήσει από την εργασία του στο άμεσο μέλλον.

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Με βάση τη σύντομη περιγραφή της θέσης σας και της θέσης καθενός από του πέντε υπαλλήλους σας, που δίδεται παρακάτω, πρέπει να αποφασίσετε πώς θα αντιμετωπίσετε τους νέους περιορισμούς στον προϋπολογισμό. Ποιο είναι το σκεπτικό για την απόφασή σας; Ποια απόφαση θεωρείτε ότι θα έχει το μικρότερο αντίκτυπο στην υπηρεσία και στους υπαλλήλους της; Η διαδικασία της ομαδικής λήψης αποφάσεων ενδείκνυται για θέματα οικονομικού χαρακτήρα όπως αυτό; Είναι δυνατόν να ληφθεί μία παρόμοια οικονομική απόφαση χωρίς αξιολογικές κρίσεις;

Η θέση σας είναι διευθυντής έργου. Ο ρόλος σας είναι να συντονίζετε τις καθημερινές δραστηριότητες της υπηρεσίας σας. Επίσης, συμμετέχετε στο μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, ενώ αφιερώνετε μεγάλο μέρος του χρόνου σας στη διασφάλιση της μελλοντικής χρηματοδότησης, έτσι ώστε η υπηρεσία να εξακολουθεί να λειτουργεί. Ως διευθυντής έργου, έχετε την εξουσία να προσλαμβάνετε και να απολύετε υπαλλήλους. Είστε 30 ετών και διαθέτετε master στη νοσηλευτική και τη διοίκηση υγείας. Αγαπάτε τη δουλειά σας και θεωρείτε ότι τα έχετε καταφέρει αρκετά καλά από τη στιγμή που ξεκινήσατε, πριν από 4 χρόνια. Το ετήσιο εισόδημά σας ως υπαλλήλου πλήρους απασχόλησης είναι \$80.000.

Ο υπάλληλος #1 είναι η κ^α Potter. Η κ^α Potter εργάζεται στην υπηρεσία από την ίδρυσή της, δηλαδή επί 7 χρόνια. Είναι νοσηλεύτρια με 30 χρόνια εμπειρίας με γηριατρικό πληθυσμό στους τομείς της κοινοτικής νοσηλευτικής καθώς και άσκηση ιδιωτικού έργου. Σκοπεύει να αποσυρθεί σε 7 χρόνια και να ταξιδέψει με τον εύπορο σύζυγό της. Η κ^α Potter διαθέτει μεγάλη εμπειρία την οποία μπορεί να μεταδώσει και στο υπόλοιπο προσωπικό, αν και υπάρχουν στιγμές κατά τις οποίες θεωρείτε ότι επισκιάζει την εξουσία σας, λόγω της εμπειρίας της και του νεαρού της ηλικίας σας. Το ετήσιο εισόδημά της ως υπαλλήλου πλήρους απασχόλησης είναι \$65.000.

Ο υπάλληλος #2 είναι ο κ^{ος} Boone. Ο κ^{ος} Boone έχει πτυχίο στη νοσηλευτική, τη διαιτολογία και τη διαχείριση τροφίμων και ποτών. Ως νοσηλεύτρια και πτυχιούχος διαιτολόγος διαθέτει μοναδική τεχνογνωσία και εξειδίκευση η οποία είναι απαραίτητη όταν προκύπτουν περιστατικά ατόμων με χρόνιες παθήσεις ή ηλικιωμένων με ανεπαρκή σίτιση. Τους τελευταίους 6 μήνες κατά τους οποίους εργάζεται στην υπηρεσία σας έχει αποδείξει ότι είναι ένα αξιόπιστο, συμπαθές και αξιοσέβαστο μέλος του προσωπικού. Το ετήσιο εισόδημα του ως υπαλλήλου πλήρους απασχόλησης είναι \$55.000.

Ο υπάλληλος #3 είναι η δεσποινίς Barns. Η δεσποινίς Barns ασκεί καθήκοντα υπαλλήλου υποδοχής και γραμματέως στην υπηρεσία. Πέρα από τις παραδοσιακές αρμοδιότητες γραμματειακής υποστήριξης, όπως είναι η δακτυλογράφηση, η αρχειοθέτηση και η μεταγραφή υπαγορεύσεων, διαχειρίζεται τις εισερχόμενες κλήσεις και ενημερώνει τα άτομα που έρχονται στην υπηρεσία για πληροφορίες. Η αποτελεσματικότητά της είναι εξαιρετικά σημαντική για τη λειτουργία της υπηρεσίας. Το ετήσιο εισόδημά της ως υπαλλήλου πλήρους απασχόλησης είναι \$26.000.

Ο υπάλληλος #4 είναι η κ^α Lake. Η κ^α Lake είναι βοηθός νοσηλεύτρια με 15 χρόνια εμπειρίας σε διάφορες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένη στις ανάγκες των ασθενών. Παρά το γεγονός

ότι οι πρακτικές νοσηλευτικές της δεξιότητες είναι επίσης καλές, συνήθως ασχολείται με ηλικιωμένους ασθενείς που χρειάζονται συντροφιά και συναισθηματική στήριξη. Είναι πολύ καλή επίσης στην εκπαίδευση των ασθενών λόγω της εξαιρετικών επικοινωνιακών της δεξιοτήτων. Υπάρχουν πολλοί ασθενείς σας που ζητούν να τη δουν προσωπικά. Είναι μια ανύπαντρη μητέρα, που φροντίζει τα έξι παιδιά της και γνωρίζετε πολύ καλά ότι αντιμετωπίζει μεγάλες οικονομικές δυσκολίες. Το ετήσιο εισόδημά της ως υπαλλήλου πλήρους απασχόλησης είναι \$48.000.

Ο υπάλληλος #5 είναι η κ^α Long. Η κ^α Long εκτελεί χρέη «βοηθού ηλικιωμένων ατόμων». Έχει λάβει την ανάλογη εκπαίδευση, ωστόσο ο πρωταρχικός της ρόλος στην υπηρεσία είναι να παράσχει βοήθεια στους ηλικιωμένους στο μπάνιο, την προετοιμασία του γεύματος, την οδήγηση και τα ψώνια. Ο χρόνος που αφιερώνει η κυρία Long στην παροχή βασικής περίθαλψης συνέβαλε στη μείωση του μέσου χρόνου επίσκεψης για κάθε ένα από τα μέλη του προσωπικού σας κατά 30%. Είναι χήρα και μέσω του επαγγέλματός της καλύπτει τις κοινωνικές της ανάγκες, καθώς και τις ανάγκες αυτοεκτίμησής της. Από οικονομικής άποψης, οι πόροι της είναι επαρκείς και τα χρήματα που κερδίζει δεν αποτελούν κίνητρο για εργασία. Η κυρία Long εργάζεται 3 ημέρες την εβδομάδα και το ετήσιο εισόδημά της ανέρχεται στις \$23.000.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.9

Καθορισμός, Ιεράρχηση και Επιλογή των Στόχων του Προγράμματος

Η Jane είναι προϊσταμένη ενός μικρού προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει την εκπαίδευση των εσωτερικών καρδιολογικών ασθενών και ένα επί μέρους πρόγραμμα ασκήσεων αποκατάστασης για εξωτερικούς ασθενείς. Λόγω των περιορισμένων πληρωμών αποζημίωσης από τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές για την εκπαίδευση των ασθενών, δεν υπάρχει άμεση επιβάρυνση για την εκπαίδευση των εσωτερικών ασθενών. Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα εξωτερικών ασθενών καταβάλλουν το ποσό των \$180 μηνιαίως για να παρακολουθήσουν τρεις συνεδρίες διάρκειας μίας ώρας εβδομαδιαίως, ωστόσο τα παραγόμενα έσοδα από το συγκεκριμένο πρόγραμμα εξακολουθούν να αφήνουν ένα συνολικό έλλειμμα στον προϋπολογισμό, της τάξης των \$4.800 δολαρίων ανά μήνα.

Σήμερα η Jane καλείται στο γραφείο του αναπληρωτή διοικητή, προκειμένου να συζητήσουν για τον προϋπολογισμό του προσεχούς έτους. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης, ο αναπληρωτής διοικητής λέει ότι το νοσοκομείο αντιμετωπίζει σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, λόγω της

εφαρμογής του συστήματος DRGs και της, ως εκ τούτου, προοπτικής αποζημίωσης. Υποστηρίζει ότι το πρόγραμμα πρέπει να γίνει αυτοδύναμο το επόμενο οικονομικό έτος, διαφορετικά πρέπει να διακοπεί η παροχή υπηρεσιών. Επιστρέφοντας στο γραφείο της, η Jane αποφασίζει να κάνει μία λίστα με τις εναλλακτικές λύσεις για την επίλυση του προβλήματος και να αναλύσει κάθε μία από αυτές με βάση τους κινητήριους και περιοριστικούς παράγοντες. Αυτές οι εναλλακτικές περιλαμβάνουν:

1. *Τη χρέωση για την εκπαίδευση των εσωτερικών ασθενών.* Αυτό θα μπορούσε να μειώσει το έλλειμμα του προϋπολογισμού, αλλά οι ασθενείς θα έπρεπε να επωμιστούν το κόστος. (Συνέπεια: Μόνο οι ασθενείς με επαρκείς οικονομικούς πόρους θα επέλεγαν να λάβουν τη σημαντική αυτή εκπαίδευση.)
2. *Τη μείωση του προσωπικού.* Προς το παρόν, το προσωπικό απαρτίζεται από τρεις υπαλλήλους και θα ήταν αδύνατο να διατηρηθεί το ίδιο επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε περίπτωση που μειωνόταν το προσωπικό.
3. *Τη μείωση ή τον περιορισμό των υπηρεσιών.* Το πρόγραμμα εκπαίδευσης εσωτερικών ασθενών ή τα εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε εξωτερικούς ασθενείς θα μπορούσαν να καταργηθούν. Ωστόσο, και τα δύο από τα παραπάνω θεωρούνται σημαντικά μέρη του προγράμματος.
4. *Την αύξηση της χρέωσης του προγράμματος για τους εξωτερικούς ασθενείς.* Αυτό θα μπορούσε εύκολα να οδηγήσει σε μείωση της συμμετοχής στο πρόγραμμα, καθώς πολλοί συμμετέχοντες σε αυτό δεν διαθέτουν τη σχετική ασφαλιστική κάλυψη.

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Ορίστε τουλάχιστον πέντε προγραμματικούς στόχους και ιεραρχήστε τους, όπως θα κάνατε εάν ήσασταν στη θέση της Jane. Βάσει των προτεραιοτήτων που έχετε θέσει, ποια εναλλακτική θα επιλέγατε; Αιτιολογήστε την επιλογή σας.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.10

Αντιμετώπιση Αντικρουόμενων Αξιών

Είστε ανύπαντρη μητέρα δύο παιδιών κάτω των 5 ετών και αυτήν τη στιγμή εργάζεστε ως βοηθός νοσηλεύτη σε μια παιδιατρική κλινική. Αγαπάτε το επάγγελμά σας, αλλά ο μακροπρόθεσμος επαγγελματικός σας στόχος είναι να γίνετε νοσηλεύτρια παιδιατρικού τμήματος και για το λόγο αυτό παρακολουθείτε μειωμένες ώρες μαθημάτων με στόχο να εγγραφείτε στο πτυχιακό πρόγραμμα το φθινόπωρο. Η αίτηση που έχετε υποβάλει έγινε

αποδεκτή και δεν αναμένεται άλλος κύκλος αιτήσεων για τα επόμενα τρία χρόνια. Το πρόσφατο διαζύγιό σας και η ανάθεση της αποκλειστικής κηδεμονίας των παιδιών σε εσάς, σας ανάγκασαν να αναθεωρήσετε τα σχέδιά σας.

Περιοριστικές Δυνάμεις: Αρχικά σκοπεύατε να μειώσετε τις ώρες εργασίας σας, ώστε να έχετε περισσότερο χρόνο για την παρακολούθηση των μαθημάτων και τη μελέτη, ωστόσο αυτό δεν είναι εφικτό τώρα εξαιτίας των οικονομικών σας δυσκολιών. Αντιλαμβάνεστε, επίσης, ότι τα έξοδα εκπαίδευσης θα επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό σας, ακόμα και σε περίπτωση που συνεχίσετε να εργάζεστε με πλήρη απασχόληση. Δεν έχετε διερευνήσει τις δυνατότητες υποτροφιών ή δανείων και έχετε χάσει την προθεσμία για το προσεχές φθινόπωρο. Συν τοις άλλοις, δεν έχετε ξεπεράσει ακόμα το άγχος και τις ενοχές για το γεγονός ότι πρέπει να αφήνετε τα μικρά σας παιδιά μόνα τους για ακόμα μεγαλύτερο διάστημα από ό,τι τώρα.

Κινητήριες Δυνάμεις: Παράλληλα, γνωρίζετε ότι η λήψη πιστοποίησης για την ειδικότητα της Παιδιατρικής Νοσηλεύτριας, συνεπάγεται και σημαντική αύξηση του μισθού σας, γεγονός που θα σας δώσει τη δυνατότητα να εξασφαλίσετε περισσότερους πόρους για το μέλλον των παιδιών σας, πράγμα που υπό άλλες συνθήκες θα ήταν ανέφικτο. Επίσης, γνωρίζετε ότι, αν και δεν είστε δυσαρεστημένη με την τρέχουσα απασχόλησή σας, έχετε πολλές ικανότητες που δεν έχετε αξιοποιήσει, και ότι οι πιθανότητες να εξακολουθήσετε να αντλείτε ικανοποίηση από το επάγγελμά σας σε βάθος χρόνου είναι μικρές.

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Ο οικονομικός σχεδιασμός προϋποθέτει πάντα ιεράρχηση, η οποία συνήθως καθορίζεται με βάση τις προσωπικές αξίες κάθε ατόμου. Η διαδικασία της ιεράρχησης γίνεται ακόμα πιο δύσκολη όταν οι αξίες αυτές αλληλοσυγκρούονται. Προσδιορίστε τις αξίες που εμπλέκονται στη συγκεκριμένη περίπτωση. Αναπτύξτε ένα σχέδιο το οποίο θα αντιμετωπίζει αυτές τις αντικρουόμενες αξίες και θα έχει τα πλέον επιθυμητά αποτελέσματα.

ΑΣΚΗΣΗ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ 10.11

Πώς θα Αλλάζατε το συγκεκριμένο Προϋπολογισμό;

Σήμερα, την 1^η Απριλίου, λάβατε το ακόλουθο έντυπο προϋπολογισμού. Οι νοσηλεύτές σας ζητούν έναν επιπλέον νοσηλευτή σε κάθε βάρδια, καθώς η βαρύτητα των παθήσεων των ασθενών έχει αυξηθεί δραματικά στη διάρκεια των τελευταίων 2 ετών. Ο Δρ Robb ζήτησε δύο νέα μηχανήματα συνεχούς κίνησης των άκρων για τους μετεγχειρητικούς ορθοπεδικούς ασθενείς της

μονάδας σας, τα οποία κοστίζουν \$3.000 έκαστο. Επιπλέον, επιθυμείτε να συμμετάσχετε σε ένα εθνικό συνέδριο ορθοπαιδικής στη Νέα Υόρκη τον Αύγουστο, το οποίο εκτιμάται ότι θα κοστίσει \$1.500. Τα έξοδα εγγραφής είναι \$350 και η προθεσμία λήγει τώρα.

	Ετήσιος Προϋπολογισμός	Έξοδα μέχρι το Μάρτιο	Έξοδα μέχρι Σήμερα*	Ποσό που Υπολείπεται
Προσωπικό	300.000	25.000	175.000	125.000
Υπερωρίες	50.000	3.800	50.000	0
Προμήθειες	18.000	1.500	13.500	4.500
Ταξίδια (προσωπικό)	2.200	0	1.700	500
Εξοπλισμός	5.000	0	5.000	0
Ανάπτυξη προσωπικού (προσωπικό)	1.000	200	800	200

*Το οικονομικό έτος αρχίζει την 1^η Ιουλίου

● **ΕΡΓΑΣΙΑ:** Πώς θα αντιμετωπίσετε αυτές τις αιτήσεις σύμφωνα με το έντυπο του προϋπολογισμού; Ποιες δαπάνες πρέπει να διαφοροποιηθούν κατά το νέο οικονομικό έτος; Σε ποιους τομείς του προϋπολογισμού οι προβλέψεις σας ήταν περισσότερο ακριβείς; Σε ποιους περισσότερο ανακριβείς; Ποιοι παράγοντες ενδέχεται να επηρέασαν αυτές τις ανακρίβειες; Ήταν αυτοί οι παράγοντες ελεγχόμενοι ή προβλέψιμοι;

Κεφάλαιο 2°

Προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας

2.1. Η έννοια και οι ορισμοί της ποιότητας

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

Η ποιότητα είναι έννοια υποκειμενική και δυναμική ως προς το περιεχόμενό της. Τροποποιείται και διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο κάθε φορά εντάσσεται (για παράδειγμα, διαφορετικά γίνεται αντιληπτή η «ποιότητα» στα προϊόντα και διαφορετικά στις υπηρεσίες), όπως και από το βαθμό στον οποίο εκφράζει τις πραγματικές ανάγκες των πελατών οι οποίες συνδέονται με χρονικές αλλά και χωρικές παραμέτρους (Casson, 1992). Για παράδειγμα, οι απαιτήσεις ποιότητας ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μια μικρή αγροτική περιοχή διαφέρουν από τις ανάγκες μιας αστικής περιοχής, ενώ διαφοροποίηση υπάρχει και με την πάροδο του χρόνου. Οι διαφοροποιήσεις αυτής της μορφής στην ποιότητα τείνουν να αυξάνονται κυρίως λόγω:

- του εντεινόμενου ανταγωνισμού και της κυριαρχίας των πελατών στις αγορές, γεγονός το οποίο οδηγεί στην εξειδίκευση προϊόντων και υπηρεσιών, έτσι ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες επιμέρους τμημάτων της αγοράς,

- της ραγδαίας εισαγωγής κάθε μορφής νέων τεχνολογιών στις παραγωγικές διαδικασίες, στις διαδικασίες διανομής και προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών και
- της σημαντικής αναπροσαρμογής του τρόπου με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πληροφορία στα συστήματα διοίκησης της ποιότητας και συνολικά της σταδιακής μετάβασης σε οικονομίες και κοινωνίες που βασίζονται στην πληροφορία και στη γνώση.

Τα σύνθετα συστήματα διοίκησης της ποιότητας, τα οποία αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχουν επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από το έργο μιας ομάδας Αμερικανών και Ιαπώνων επιστημόνων που είναι γνωστοί ως οι «γκουρού»¹ της ποιότητας. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Ishikawa και Taguchi, το έργο των οποίων θα συνοψισθεί σε επόμενες παραγράφους.

Ο ορισμός της ποιότητας έχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη/χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στη φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και για αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη. Ένας διεθνώς αποδεκτός γενικός ορισμός της έννοιας της ποιότητας προέρχεται από το διεθνή οργανισμό τυποποίησης και ενσωματώνει αρκετές από τις τρέχουσες προσεγγίσεις και ιδιαίτερα αυτές που συνδέονται με τις προσδοκίες και τις ανάγκες των πελατών (ΕΛΟΤ EN ISO 9000:2000): Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που καλύπτουν τις προσδοκίες και ικανοποιούν τις πραγματικές (εκφρασμένες ή συνεπαγόμενες) ανάγκες των χρηστών.

Ο Πίνακας 2.1 παρουσιάζει ορισμένους από τους πιο γνωστούς και αποδεκτούς ορισμούς της έννοιας «ποιότητα». Η ποιότητα, σύμφωνα με τους Reeves & Bednar (1994), έχει «προσεγγισθεί» ως i. Αριστεία (Excellence), ii. Αξία (Value), iii. Συμμόρφωση με Προδιαγραφές (Conformance to specifications) και iv. Κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών (Meeting Customer Expectations). Πέραν των παραπάνω, αρκετοί συγγραφείς επιχειρήσαν να δώσουν ένα γενικό ορισμό της ποιότητας, για παράδειγμα, ο Δερβιτσιώτης (2001) προτείνει τον ακόλουθο ορισμό:

¹ Ο Δερβιτσιώτης (2001), θεωρεί τους «γκουρού» της ποιότητας ως τους πλέον διακεκριμένους ειδικούς σε ζητήματα ποιότητας.

Πίνακας 2.1: Σύνοψη ορισμένων αποδεκτών και γνωστών ορισμών της έννοιας «ποιότητα» με δυνατότητα εφαρμογής σε προϊόντα και υπηρεσίες.

Ερευνητής	Ορισμός
Crosby	Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η συμμόρφωση με τις απαιτήσεις /προδιαγραφές του.
Taguchi	Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η πρόκληση ελάχιστων απωλειών στο κοινωνικό σύνολο από τη στιγμή που το προϊόν διατίθεται στην κατανάλωση.
Juran	Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η καταλληλότητά του για χρήση.
Feigenbaum	Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι σύνθετο άθροισμα των χαρακτηριστικών του μάρκετινγκ, της μηχανικής, της παραγωγής και της συντήρησης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, μέσω των οποίων το προϊόν ή η υπηρεσία, όταν αποδοθούν σε χρήση, θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του πελάτη.
Deming	Η ποιότητα για ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι η προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία του σε χαμηλό κόστος και η καταλληλότητά του για την αγορά.

«η ποιότητα για ένα είδος (προϊόν / υπηρεσία) είναι η προσφερόμενη στον πελάτη αξία για τη συνολική διάρκεια χρήσης του προϊόντος / υπηρεσίας, σε σχέση με το συνολικό οικονομικό και ψυχολογικό κόστος για τον κύκλο ζωής του είδους». Ακόμα, όπως θα δούμε και σε επόμενες παραγράφους, άλλοι ερευνητές ορίζουν διαφορετικά την έννοια της «ποιότητας» σύμφωνα με τις ανάγκες της έρευνάς τους (για παράδειγμα, στο πλαίσιο σχεδιασμών μάρκετινγκ, ειδικά για τις υπηρεσίες υγείας κ.ά.)

Οι πλέον πρόσφατες προσεγγίσεις (για παράδειγμα, η δημοκρατική προσέγγιση, *democratic approach*) διευρύνουν τις όψεις της ποιότητας από την κλασική-επιστημονική προσέγγιση, η οποία εμπεριέχει μόνο τον πελάτη και τον παραγωγό, εμπλέκοντας και το σύνολο των κοινωνικών και οικονομικών εταίρων (*stakeholders*). Σε αυτή την περίπτωση, η ποιότητα γίνεται αντιληπτή ως το «μέτρο» (*measure*) των συμφωνημένων (*consensus*) στόχων (Pfeffer & Coote, 1996), που έχουν τεθεί στη φάση του σχεδιασμού προϊόντων ή υπηρεσιών, για να καλύψουν το «συμφέρον» του συνόλου των εμπλεκόμενων μερών (Kilpatrick & Martinez, 1995). Για παράδειγμα, η έννοια της ποιότητας ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ένα μεγάλο νοσοκομείο, διευρύνεται πέραν της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, σε ζητήματα όπως η υγιεινή και η ασφάλεια των εργαζομένων, η μόλυνση του περιβάλλοντος από τη μη ενδεδειγμένη διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων, την κατασπατάληση ενεργειακών πόρων κ.ά.

Οι γενικοί ορισμοί οι οποίοι εδόθησαν παραπάνω, έχουν ως στόχο να αποσαφηνίσουν την έννοια «ποιότητα», σε προϊόντα και σε υπηρεσίες. Στην περίπτωση όμως του τομέα των υπηρεσιών, στον οποίο εμπίπτουν και οι υπηρεσίες υγείας, προκύπτουν επιπρόσθετες δυσκολίες κυρίως λόγω των ιδιοτυπιών του, σύμφωνα με τα ακόλουθα (Wilkinson & Willmott, 1994: Open University, 2001):

- Οι υπηρεσίες αποτελούν άυλα αγαθά: η άυλη μορφή των υπηρεσιών σε κάποιες περιπτώσεις δεν επιτρέπει τον εκ των προτέρων (a priori) λεπτομερή σχεδιασμό συγκεκριμένων χαρακτηριστικών.
- Οι υπηρεσίες καταναλώνονται κατά τη στιγμή την οποία δημιουργούνται και δεν μπορούν να αποθηκευθούν, γεγονός που καθιστά σχεδόν αδύνατη τη διόρθωση μη συμμορφώσεων μετά την παροχή τους. Οι πελάτες πολλές φορές αποτελούν μέρος της υπηρεσίας, δηλαδή η παραγωγή και η παροχή υπηρεσιών είναι δύσκολο να διαχωριστούν σε χρόνο και χώρο.
- Στα προϊόντα, η ανταλλαγή τυπικά περιλαμβάνει μεταβίβαση ιδιοκτησίας, οπότε μπορούν να γίνουν απογραφές ώστε να προσδιοριστούν και να ικανοποιηθούν οι διακυμάνσεις της ζήτησης. Λόγω της άυλης φύσης των υπηρεσιών, η πλεονάζουσα ζήτηση δεν απογράφεται «αποθηκευόμενη» αλλά μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση δεικτών, όπως για παράδειγμα οι λίστες αναμονής στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ενός γενικού νοσοκομείου.
- Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών είναι αναγκασμένοι να διεκπεραιώνουν συνήθως μεγάλο όγκο συναλλαγών, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα λάθους

Πέραν των παραπάνω, για τη μέτρηση της ποιότητας, συχνά γίνεται αναφορά στις «διαστάσεις της ποιότητας», οι οποίες αποτελούν μεθοδολογικές προσεγγίσεις για την ομαδοποίηση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ποιότητας, προϊόντων ή υπηρεσιών. Ο Garvin (1988) προσδιόρισε οκτώ διαστάσεις ποιότητας για τα προϊόντα:

1. Απόδοση (Performance, βασικά λειτουργικά χαρακτηριστικά του προϊόντος).
2. Χαρακτηριστικά (Features, δευτερεύοντα χαρακτηριστικά).
3. Αξιοπιστία (Reliability, πιθανότητα μη εμφάνισης βλάβης σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο υπό ορισμένες συνθήκες χρήσης).
4. Συμμόρφωση (Conformance, βαθμός εκπλήρωσης προκαθορισμένων προτύπων).
5. Διάρκεια (Durability, χρήση ενός προϊόντος πριν τη φυσική φθορά του ή πριν την αντικατάστασή του).

6. Λειτουργική κατάσταση (Serviceability, ικανότητα επιδιόρθωσης).
7. Αισθητική (Aesthetics, αισθητικά χαρακτηριστικά).
8. Αντιληφθείσα Ποιότητα (Perceived quality, αξιολόγηση της ποιότητας ως προς την εικόνα, τη διαφήμιση ή το εμπορικό σήμα).

Η πολυσημία της ποιότητας μπορεί να στηριχθεί και σε άλλες, ανάλογες με αυτή του Garvin, προσεγγίσεις.² Η έρευνα αποδεικνύει ότι ο βαθμός σημαντικότητας που αποδίδεται σε κάθε διάσταση ή χαρακτηριστικό ποιότητας, για διαφορετικά προϊόντα ή υπηρεσίες, μπορεί να διαφέρει σημαντικά. Για παράδειγμα, σε ό,τι αφορά στην ποιότητα στα προϊόντα, μπορεί η διάσταση των «λειτουργικών» χαρακτηριστικών του προϊόντος και η διάσταση της «αξιοπιστίας» να είναι σημαντικότερες από άλλες, όπως π.χ. τα αισθητικά χαρακτηριστικά. Μια άλλη διάκριση των διαστάσεων της ποιότητας, ειδικά για τον τομέα των υπηρεσιών, αφορά στις διαστάσεις οι οποίες σχετίζονται με α) τα απτά χαρακτηριστικά (φυσικό περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας), β) την αξιοπιστία (απόδοση προβαλλόμενη στον χρόνο), γ) την ανταπόκριση (προθυμία παροχής υπηρεσιών), δ) την ευγένεια κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών και ε) την επικοινωνία. Οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των πελατών από μια υπηρεσία είναι δύσκολο να αναγνωρισθούν και να μετρηθούν, γιατί ο κάθε χρήστης παρουσιάζει ιδιαίτερες ανάγκες. Υπό αυτή την έννοια, η ποιότητα στις υπηρεσίες «αντιλαμβάνεται» ότι ο κάθε άνθρωπος είναι σημαντικός και έχει ιδιαίτερες ανάγκες. Η τελευταία αυτή διαπίστωση είναι σημαντική για την παροχή σύνθετων και ευαίσθητων υπηρεσιών όπως αυτές της υγείας.

² Μια τέτοια προσέγγιση αφορά σε οκτώ διαφορετικές διαστάσεις για προϊόντα και υπηρεσίες, οι οποίες μπορεί να θεωρούνται ανεξάρτητες και αυτοδύναμες (Δερβιτσιώτης, 2001): 1. Βασικά χαρακτηριστικά απόδοσης 2. Δευτερεύοντα χαρακτηριστικά 3. Αξιοπιστία 4. Ποιότητα παραγωγής 5. Αναμενόμενη διάρκεια ζωής 6. Ποιότητα εξυπηρέτησης μετά την πώληση 7. Αισθητικά χαρακτηριστικά και 8. Υποκειμενική αντίληψη, η οποία συνδέεται μεταξύ άλλων με τη φήμη ενός οργανισμού. Αντίστοιχα, ο Τσιότρας (2002) έθεσε επτά διαφορετικές διαστάσεις ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ως ακολούθως: 1. Λειτουργικά Χαρακτηριστικά (πρωτεύοντα και δευτερεύοντα μετρήσιμα και αντικειμενικά χαρακτηριστικά απόδοσης) 2. Αξιοπιστία και ανθεκτικότητα (πιθανότητα εμφάνισης βλαβών κατά τη χρήση κάτω από κανονικές συνθήκες λειτουργίας) 3. Συμμόρφωση με προδιαγραφές (ποιότητα παραγωγικής διαδικασίας) 4. Διάρκεια ζωής και επισκευασιμότητα (αξιοπιστία και χρόνος προληπτικών αντικαταστάσεων) 5. Εξυπηρέτηση πριν και μετά την πώληση (τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται το προσωπικό) 6. Αισθητική και εμφάνιση και 7. Υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας (σχετίζεται με την ανεπαρκή πληροφόρηση του καταναλωτή για συγκεκριμένα προϊόντα ή υπηρεσίες).

2.2. Σύνοψη της ιστορίας της ποιότητας

Η ποιότητα συνδέεται με την ιστορία του ανθρώπου και των δραστηριοτήτων του. Επιμέρους σύνθετες έννοιες, οι οποίες σχετίζονται με την επιστημονική προσέγγιση για την ποιότητα, όπως για παράδειγμα η τυποποίηση και τα πρότυπα, έχουν τις ρίζες τους στην αρχαιότητα. Για παράδειγμα, η γνησιότητα και η σύνθεση του χρυσού ελέγχονταν με τη μέθοδο της «Λυδίας λίθου». Η δοκιμή αυτή στηριζόταν στη σύγκριση του κίτρινου χρώματος ανάμεσα στο ίχνος που άφηνε μετά από τριβή ένα χρυσό αντικείμενο άγνωστης σύνθεσης πάνω στη μαύρη σκληρή επιφάνεια της λυδίας λίθου και στα ίχνη που άφηναν μια σειρά από χρυσά πρότυπα γνωστής σύνθεσης. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 1893 ανακαλύφθηκε στην Ελευσίνα επιγραφή, η οποία χρονολογείται στα τέλη του 4ου π.Χ. αιώνα και αναφέρεται σε ένα σύνολο προδιαγραφών για την κατασκευή μπρούντζινων συνδέσμων για τη σύνδεση των κιόνων της Φιλώνειας Στοάς (Τσιμή, 2003). Κατά τη διάρκεια του 20^{ού} αιώνα, η ποιότητα εξελίχθηκε σταδιακά από την επιθεώρηση και τον έλεγχο, στη διασφάλιση και, τελικά, στη διοίκηση ολικής ποιότητας (Τσιότρας, 2002). Η κάθε μία από τις προαναφερθείσες έννοιες διευρύνει την προγενέστερη προσέγγιση, μεταβαίνοντας σε συνθετότερες διευθετήσεις (Σχήμα 2.1). Οι προσεγγίσεις για την επιθεώρηση και τον έλεγχο της ποιότητας σχετίζονται περισσότερο με τη διόρθωση προβλημάτων ποιότητας, ενώ τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας σχετίζονται με την πρόληψη προβλημάτων ποιότητας και, τέλος, η διοίκηση ολικής ποιότητας με τη συνεχή βελτίωση.



Σχήμα 2-1 Η εξέλιξη θεωριών και προσεγγίσεων της ποιότητας (πηγή: Τσιότρας, 2002).

2.2.1. Η επιθεώρηση (*inspection*) και ο έλεγχος (*control*) της ποιότητας

Με την ωρίμανση των διαδικασιών μαζικής παραγωγής προϊόντων, έχει αναπτυχθεί επιστημονικά και εισαχθεί η επιθεώρηση (*inspection*) και ο έλεγχος ποιότητας (*quality control*) αφορώντας, κατά κύριο λόγο, την εξέταση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και λειτουργιών των προϊόντων μετά την παραγωγή τους. Η επιθεώρηση (*inspection*) περιλαμβάνει ενέργειες όπως μέτρηση, εξέταση, δοκιμή ενός ή περισσότερων χαρακτηριστικών του τελικού προϊόντος και σύγκρισή τους με καθορισμένες προδιαγραφές για τον προσδιορισμό της ποιότητας (*conformity*) (ISO 8402:1986). Ο έλεγχος αποτελεί το μέσο για τη «μέτρηση» της ποιότητας και το πρώτο βήμα για τη διασφάλισή της.

- Ως έλεγχος θα μπορούσε να ορισθεί το σύνολο των ενεργειών που εξασφαλίζουν την παρακολούθηση και αξιολόγηση των λειτουργιών, συμπεριφορών αλλά και αποτελεσμάτων όλων των συντελεστών της παραγωγής.

Ο A.V. Feigenbaum (Feigenbaum, 1991) εισήγαγε την έννοια του «Ελέγχου Ολικής Ποιότητας» (Total Quality Control) και περιέγραψε την ανάγκη για ισχυρή δομή του συστήματος της ποιότητας. Ο έλεγχος ποιότητας εντοπίζει ελαττώματα και προβλήματα μετά την παροχή της υπηρεσίας, τότε δηλαδή που η επανόρθωση κοστίζει πολύ περισσότερο και είναι δυσκολότερη, γιατί το κόστος κατασκευής του ελαττωματικού προϊόντος ή υπηρεσίας έχει ήδη καταβληθεί. Ο έλεγχος ποιότητας είναι όλες οι λειτουργικές (*operational*) και τεχνικές ενέργειες που χρησιμοποιούνται για εκπλήρωση των προδιαγραφών ποιότητας (ISO 8402:1986), συμπεριλαμβανομένης και της μέτρησης και ρύθμισης των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος βάσει καθορισμένων απαιτήσεων (Τσιότρας, 2002).

Βεβαίως, είναι γεγονός ότι κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί και επιφυλάξεις αναφορικά με τους τρόπους άσκησης του ελέγχου και για ορισμένες από τις επίσημες τεχνικές του. Σύμφωνα με τον Pentland, για παράδειγμα ο έλεγχος, εάν δεν εφαρμοστεί ορθά, είναι δυνατόν να δημιουργήσει μία κουλτούρα καχυποψίας. «Οδεύουμε προς μία κοινωνία που μετράμε τα πάντα, αλλά δεν εμπιστευόμαστε τίποτε» δηλώνει χαρακτηριστικά (Pentland, 2000). Ο ίδιος αναφέρει ότι η τυφλή προσήλωση στις μετρήσεις και εξαγωγές δεικτών μπορεί να είναι επικίνδυνη, αφού οι επαγγελματίες υγείας ενδιαφέρονται περισσότερο για την εξαγωγή του σωστού δείκτη παρά για την παροχή της σωστής φροντίδας.

Επίσης, σύμφωνα με τον Power, δεν είναι τα πάντα μετρήσιμα. Η εξαγωγή δεικτών για μη μετρήσιμες διαστάσεις της φροντίδας είναι επίπονη και μπορεί να

οδηγήσει σε λανθασμένα συμπεράσματα (Power, 1997). Ένας άλλος κίνδυνος που εγκυμονεί από την άσκηση λανθασμένων τεχνικών ελέγχου, είναι η υποκατάσταση της εμπιστοσύνης με μία ψευδαίσθηση ελέγχου. Για παράδειγμα, όσον αφορά στην άσκηση της νοσηλευτικής επιστήμης, η τυφλή προσήλωση στις μετρήσεις μπορεί να οδηγήσει σε «αμυντική νοσηλευτική» με αποτέλεσμα την απόσπαση της προσοχής από την ολιστική φροντίδα του ασθενή προς την έμφαση στη δημιουργία των σωστών δεικτών (Wiener & Kayser-Jones, 1989). Τέλος, ο Wiener (2004) αναρωτιέται: *Μετράμε ότι είναι σημαντικό ή απλώς ονομάζουμε σημαντικό ότι είναι μετρήσιμο;* Παρά τις παραπάνω επιφυλάξεις ωστόσο, είναι βέβαιο ότι η επίσημη και λεπτομερής καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας, η εξαγωγή δεικτών καθώς και ο καθορισμός προτύπων για τη σύγκριση της απόδοσης είναι απαραίτητα στοιχεία και ο ρόλος τους στη λειτουργία της διοίκησης είναι αναμφισβήτητος (Καϊτελίδου και συν., 2006).

Ο Δερβιτσιώτης (2001) θέτει τέσσερις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος ελέγχου ποιότητας:

1. Γνώση στόχων ελέγχου ποιότητας.
2. Γνώση της ικανότητας και απόδοσης της διαδικασίας (βάσει συγκεκριμένων προδιαγραφών).
3. Προσαρμογή της διαδικασίας (όταν η απόδοσή της δεν είναι μέσα στα όρια που προβλέπουν οι στόχοι ποιότητας).
4. Ανάθεση ευθύνης ελέγχου (η ανάθεση συσχετίζεται με την αντίστοιχη εκχώρηση αρμοδιοτήτων στους υπευθύνους για την άσκηση ελέγχου).

Το σύστημα ελέγχου ποιότητας μπορεί να στοχεύει στον άμεσο έλεγχο της παραγωγικής διαδικασίας ή μπορεί να στοχεύει στην αποδοχή ή απόρριψη βάσει δειγματοληψίας. Παρά το γεγονός ότι ο έλεγχος της ποιότητας αποτελεί προσέγγιση με ήδη μισό αιώνα ζωής, δεν πρέπει να θεωρείται ως δεδομένη η εφαρμογή του, είναι δε πολλές οι περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υφίσταται έλεγχος της ποιότητας, ή εάν υφίσταται, δεν είναι αποτελεσματικός. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποτελεί συνέπεια της ελλιπούς οργάνωσης και εκχώρησης ευθυνών ελέγχου στον οργανισμό. Οι αποφάσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη διαδικασίας ελέγχου ποιότητας είναι οι ακόλουθες (Δερβιτσιώτης, 2001):

- α. Τι θα ελέγχουμε.
- β. Ποιοι θα είναι οι στόχοι ποιότητας.
 - β.1 Οι στόχοι ποιότητας πρέπει να είναι νόμιμοι.
 - β.2 Οι στόχοι ποιότητας πρέπει να είναι μετρήσιμοι.
 - β.3 Οι στόχοι ποιότητας πρέπει να είναι εφικτοί.

β.4 Οι στόχοι ποιότητας πρέπει να είναι δίκαιοι.

γ. Πώς θα γίνεται ο έλεγχος.

δ. Πότε θα γίνεται ο έλεγχος.

δ.1 Έλεγχος πριν από την έναρξη της παραγωγής.

δ.2 Έλεγχος κατά τη διάρκεια της παραγωγής.

δ.3 Έλεγχος μετά την ολοκλήρωση της παραγωγής.

ε. Πού θα γίνεται ο έλεγχος.

στ. Καθορισμός κριτηρίου απόδοσης συστήματος ελέγχου ποιότητας (σε αρκετές περιπτώσεις ένα κριτήριο είναι το κόστος που σχετίζεται με την έλλειψη ποιότητας, το οποίο αναλύεται παρακάτω).

2.2.2. Η διασφάλιση ποιότητας (quality assurance)

Η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance) είναι απλή (Evans & Lindsay, 1996) «αντί να ελέγχονται τα προϊόντα ή οι παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι αρκετό να επιβεβαιωθεί ότι ο παραγωγός είναι ενδεδειγμένα οργανωμένος». Αποτελεί, δηλαδή, τη συνειδητή μετατόπιση των δραστηριοτήτων από τον έλεγχο της ποιότητας και τη διόρθωση, στην πρόληψη εμφάνισης μη συμμορφώσεων, ελαττωματικών προϊόντων και αποκλίσεων από προδιαγεγραμμένα χαρακτηριστικά. Η «υπόθεση» στην οποία βασίζεται η διασφάλιση της ποιότητας σύμφωνα με τον Feigenbaum είναι η εξής (Feigenbaum, 1991): Εάν οι διαδικασίες (παραγωγής & ελέγχου) είναι σωστά ορισμένες, εάν τα συστήματα και η τεκμηρίωση που τα συνοδεύει είναι επακριβώς καθορισμένα, οι χρήστες γνωρίζουν ότι το προϊόν ή η υπηρεσία που προμηθεύονται είναι πολύ πιθανό να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις τους, όπως αυτές δηλώνονται στις προδιαγραφές του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Αυτή είναι η έννοια της «Διασφάλισης Ποιότητας».

Η διασφάλιση της ποιότητας ορίζεται ως το (ISO 8402:1986) «σύνολο προγραμματισμένων (planned) και συστηματικών (systematic) ενεργειών και διαδικασιών, που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές» (Τσιότρας, 2002). Παρότι θα γίνει αναφορά αναλυτικά στα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας και τα πρότυπα βάσει των οποίων επιτυγχάνεται η ανάπτυξη ενός συστήματος διασφάλισης της ποιότητας, ενδεικτικά αναφέρονται ορισμένοι λόγοι για την ανάπτυξη των συστημάτων διασφάλισης:

- Επιβεβαιώνουν την ικανότητα ενός οργανισμού να παράγει υπηρεσίες σύμφωνα με αποδεκτά επαγγελματικά πρότυπα και με αποδεκτό τρόπο (Huder, 1996).

- Βοηθούν στον καθορισμό χαρακτηριστικών ποιότητας του τελικού προϊόντος ή υπηρεσίας, των παραγόντων που συνεισφέρουν σε αυτά τα χαρακτηριστικά και των διαδικασιών για τη μέτρηση και τον έλεγχο αυτών των χαρακτηριστικών (Evans & Lindsay, 1996).
- Περιλαμβάνουν όλα τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για να προστατεύσουν, να εδραιώσουν και να βελτιώσουν την ποιότητα (Donabedian, 1992).

Η διασφάλιση ποιότητας αποτελεί ένα διοικητικό σύστημα το οποίο «εγγυάται» στον ίδιο τον οργανισμό και τους πελάτες του, την ποιότητα των εργασιών που προσφέρονται (Καλοκαιρινού, 1994). Η διασφάλιση ποιότητας συνδέεται με την παραγωγικότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα, εξασφαλίζοντας ότι οι διαδικασίες θα γίνουν σωστά από την πρώτη φορά και κάθε φορά, αναθέτοντας την ευθύνη σε όλα τα άτομα του οργανισμού. Σύμφωνα με τον Black (1992), η διασφάλιση ποιότητας έχει τρεις σημαντικές διαστάσεις:

1. τη συνεχή φύση της (οι στρατηγικές για βελτίωση της ποιότητας δεν βασίζονται σε μεμονωμένα γεγονότα),
2. τους διαφορετικούς τρόπους μέτρησης της ποιότητας (για παράδειγμα, σύμφωνα με την προσέγγιση του Donabedian, η ποιότητα μπορεί να μετρηθεί σε σχέση με τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα) και
3. τη διαφοροποίηση μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών προσεγγίσεων επιθώρησης συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η διασφάλιση της ποιότητας στοχεύει στην πρόληψη (prevention) των μη συμμορφώσεων με την κατάλληλη ανάπτυξη, εφαρμογή και έλεγχο ενός πλέγματος διαδικασιών, για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων ποιότητας. Για παράδειγμα, ενώ ένα σύστημα ελέγχου στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου θα λάμβανε μετρήσεις σχετικά με τις ροές εισερχομένων εξωτερικών ασθενών, τη λειτουργική διαθεσιμότητα των πόρων και τους χρόνους αναμονής και διενέργειας εξετάσεων κ.ά., ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας θα περιελάμβανε τις διαδικασίες προγραμματισμού των ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία, της παρακολούθησης διενέργειας εξετάσεων, της κάλυψης των επειγόντων περιστατικών κ.ά. Στη δεύτερη περίπτωση, μέσω των διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας, θα γινόταν προσπάθεια να βελτιωθούν οι δείκτες ποιότητας, για παράδειγμα να μειωθούν οι χρόνοι αναμονής των ασθενών κ.ά. Κατά συνέπεια, στη διασφάλιση της ποιότητας δεν φτάνει απλώς να εντοπίζουμε κάποιο πρόβλημα ποιότητας, αλλά είναι απαραίτητο να προλαμβάνουμε το πρόβλημα πριν δημιουργηθεί, διότι έτσι μόνο μπορεί να επιτευχθεί η συνεχής βελτίωση. Τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνουν τη χρήση συγκεκριμένων εργαλείων του ελέγχου ποιότητας, του στατιστικού ελέγχου διαδικασιών, για την

πρόληψη και τον περιορισμό των αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν απόκλιση των προϊόντων από τις προκαθορισμένες προδιαγραφές.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος για την ανάπτυξη συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας ή/και την εφαρμογή διεθνών προτύπων ποιότητας. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι απουσιάζουν εμπειρικές έρευνες για τις επιπτώσεις εφαρμογής των προτύπων στους διάφορους τομείς της οικονομίας, στις διαφορετικές βιομηχανίες και στις διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Ένα σύστημα διασφάλισης της ποιότητας για μία ελληνική επιχείρηση, σύμφωνα με τους Tsiotra & Gotzamani (1996), αυξάνει την ικανότητα διείσδυσης της στην αγορά, βελτιώνει την ικανότητα της επιχείρησης να παρέχει εμπιστοσύνη στους πελάτες της, ενισχύει τη διοίκησή της με την καθιέρωση προσδιορισμένων στόχων και διευκολύνει την επικοινωνία. Οι ίδιοι συγγραφείς, όμως, αναδεικνύουν και προβλήματα κατά την εγκατάσταση των συστημάτων ποιότητας που προκύπτουν από παγιωμένες εσφαλμένες αντιλήψεις για την ποιότητα, αυξημένες απαιτήσεις για ομαδική εργασία, αντίσταση στις οργανωτικές αλλαγές, έλλειψη καταρτισμένων στελεχών καθώς και αυξημένο κόστος εγκατάστασης και συντήρησης των εν λόγω συστημάτων.

Οι Tsiotras & Gotzamani (2001) δηλώνουν ότι ενδεχόμενη αποτυχία ευρείας διείσδυσης του συστήματος ISO 9000 στην ελληνική αγορά αφορά στην αδυναμία ή/και στην απροθυμία των ελληνικών επιχειρήσεων για τη σωστή εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας. Συνολικά, είναι περιορισμένος ο αριθμός των εμπειρικών ερευνών που αφορούν στην εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας σε διάφορους τομείς της ελληνικής οικονομίας συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγείας. Επισημαίνεται ότι επιχειρήσεις και οργανισμοί προερχόμενοι από διαφορετικούς τομείς της οικονομίας, δεν αντιμετωπίζουν με τον ίδιο τρόπο τη διοίκηση της ποιότητας μέσω των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν ομοιότητες.

2.2.3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management)

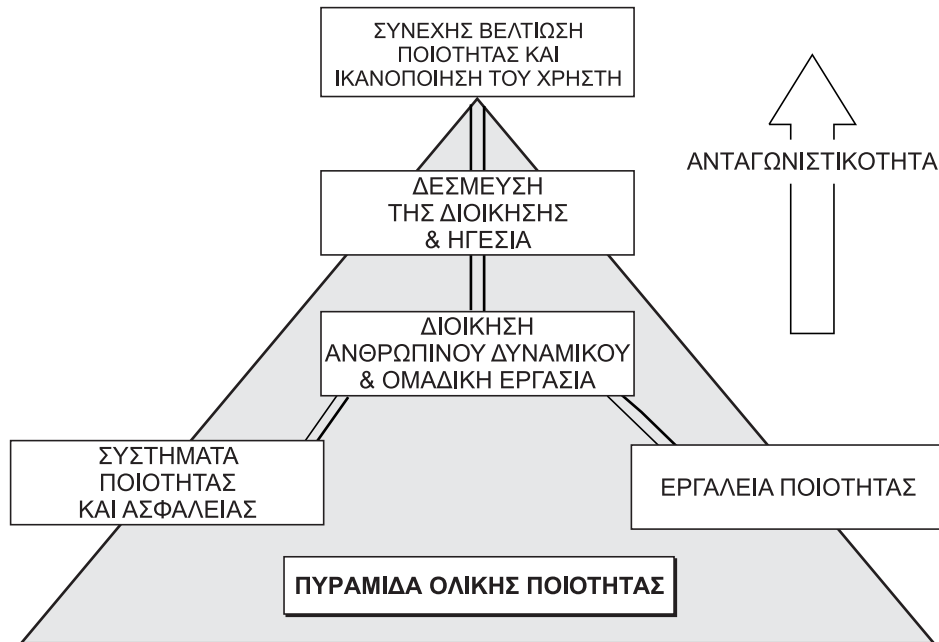
Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί φιλοσοφία διοίκησης με στόχο τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ευελιξίας, της ανταγωνιστικότητας και της ικανοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πελατών (Δερβιτσιώτης, 2001), με την ενεργοποίηση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού (Τσιότρας, 2002). Ως «εξωτερικοί πελάτες» νοούνται οι τελικοί αποδέκτες, καταναλωτές και χρήστες των προϊόντων και υπηρεσιών, ενώ ως «εσωτερικοί πελάτες» νοούνται τα διοικητικά στελέχη, οι εργαζόμενοι και οι οργανωσιακές οντότητες μέσα στον οργανισμό (Δερβιτσιώτης, 2001). Η ΔΟΠ αποτελεί «ομπρέλα» σύγχρονων μεθοδολογιών της διοικητικής επιστήμης και γίνεται αντιληπτή επιστημονικά ως μια από τις πλέον σύγχρονες τάσεις της διοικητικής επιστήμης.

- Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ορίζεται στο Βρετανικό πρότυπο BS 7850 ως «η φιλοσοφία διοίκησης και οι επιχειρηματικές εκείνες πρακτικές που στοχεύουν στην αξιοποίηση των ανθρωπινων πόρων και τη χρησιμοποίηση των υλικών ενός οργανισμού με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο, ώστε να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί στόχοι του».

Στον πυρήνα της η ιδέα είναι απλή και αφορά στο γεγονός ότι κάθε τμήμα του οργανισμού έχει πελάτες, είτε εσωτερικούς είτε εξωτερικούς, και ότι κάθε προμηθευτής (εσωτερικός ή εξωτερικός) πρέπει να γνωρίζει ποιες είναι οι απαιτήσεις του πελάτη του και να του παρέχονται τα αναγκαία μέσα και πόροι για να τις ικανοποιήσει. Η εφαρμογή μιας τέτοιας στρατηγικής απαιτεί ως κύρια προϋπόθεση τη μακροχρόνια έμπρακτη δέσμευση της διοίκησης.

Οι επιμέρους τεχνικές και προσεγγίσεις, οι οποίες πλαισιώνουν ένα πρόγραμμα ολικής ποιότητας, δεν είναι δύσκολο να αναπτυχθούν, ενώ πολλές αφορούν στις καθημερινές δραστηριότητες. Από την άλλη πλευρά όμως, η σύνθεση όλων αυτών είναι πολυδιάστατη ώστε να διαμορφωθεί μια κουλτούρα βασισμένη στις αρχές της ολικής ποιότητας. Η ολική ποιότητα ενσωματώνεται στις διοικητικές και επιχειρησιακές στρατηγικές, γίνεται τρόπος ζωής και εντάσσεται στο όραμα του οργανισμού τις πραγματικές ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η ΔΟΠ βασίζεται στην ομαδική εργασία και στη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων μερών (Κέφης, 2005). Επιπρόσθετα, η εφαρμογή προγράμματος διοίκησης ολικής ποιότητας έχει αυξημένες απαιτήσεις ως προς την ανάπτυξη πολιτικών για την κάλυψη πληροφορικών συστημάτων (Μπλάνας, 2005). Μια σύγχρονη ερευνητική προσέγγιση αφορά στην ανάπτυξη ειδικών πολιτικών για την πληροφόρηση ως αναπόσπαστο τμήμα της εφαρμογής προγραμμάτων διοίκησης ολικής ποιότητας σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας (Kostagiolas, 2006).

Ένα πρόγραμμα ΔΟΠ περιλαμβάνει τη σταδιακή αναδιοργάνωση ολόκληρης της επιχείρησης, σε κάθε τμήμα, κάθε δραστηριότητα και την ενεργοποίηση κάθε στελέχους. Η πυραμίδα ολικής ποιότητας (Σχήμα 2-2) έχει στη βάση της τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας για τις μονάδες παραγωγής υπηρεσιών υγείας και τα εργαλεία ποιότητας. Η φιλοσοφία, οι ιδέες και τα πιθανά οφέλη από την ολική ποιότητα, σε θεωρητικό τουλάχιστον επίπεδο, είναι πλέον γνωστά. Ωστόσο, η διαπίστωση ή/και η διερεύνηση αυτών των πλεονεκτημάτων από την εφαρμογή αντίστοιχων προγραμμάτων ΔΟΠ είναι δύσκολη. Η διασφάλιση της ποιότητας μέσω διεθνών προτύπων μπορεί να βοηθάει, αλλά δεν αποτελεί αναγκαίο και ικανό παράγοντα για την ανάπτυξη ενός προγράμματος ΔΟΠ. Ο «δρόμος» προς την ολική ποιότητα δεν είναι μοναδικός και κατά καιρούς έχουν παρουσιαστεί αρκε-



Σχήμα 2-2 Η πυραμίδα της διοίκησης ολικής ποιότητας (πηγή: Χλωμούδης & Κωσταγιόλας, 2004).

τές προσεγγίσεις (για παράδειγμα, Ghobadian & Gallear, 1997: Huq & Stolen, 1998: Gunasekaran et al, 1998: Yusof & Aspinwall, 2000).

Η ΔΟΠ μπορεί να αποτελέσει βασική στρατηγική για έναν οργανισμό όταν συντρέχουν λόγοι, όπως (Δερβιτσιώτης, 2001) α) έντονα ανταγωνιστική διεθνής αγορά, β) αδυναμία άλλων γνωστών συμβατικών προσεγγίσεων για τη διασφάλιση της ποιότητας και γ) αναποτελεσματικές διαδικασίες οργάνωσης και διοίκησης και έλλειψη διοικητικής κουλτούρας για τη βελτίωσή της.

Στην εφαρμογή προγραμμάτων ΔΟΠ τέσσερις κύριες διαδικασίες μπορεί να θεωρηθούν ως θεμελιώδεις (Κωσταγιόλας & Μποχώρης, 2003): 1. διαδικασία παροχής προκαθορισμένης ποιότητας 2. βελτίωσης ποιότητας 3. διοίκηση διαδικασιών ποιότητας και 4. δια-λειτουργική διοίκηση διαδικασιών. Στη διαδικασία παροχής προκαθορισμένης ποιότητας δίνεται έμφαση στην καταγραφή των αναγκών και στη μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών, στη δημιουργία αυτοδιοικούμενων ομάδων με ενεργό ρόλο στον οργανισμό καθώς και στον εντοπισμό των ευκαιριών για βελτιώσεις. Η αρχική αυτή διαδικασία ενσωματώνει την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διασφάλισης ποιότητας.

Σε μία διαδικασία για τη βελτίωση της ποιότητας, προκειμένου να διευκολυνθεί η συμμετοχή όλων των εργαζόμενων και κάθε ομάδας, γίνεται επιλογή των ευ-

καιριών βελτίωσης για έναν οργανισμό (προβλήματα με τη μεγαλύτερη προτεραιότητα), εντοπίζονται οι κύριες αιτίες προβλημάτων, επιλέγεται η κατάλληλη λύση, σχεδιάζεται η εφαρμογή της επιλεγμένης λύσης και εκτιμάται η αποτελεσματικότητα της βελτίωσης από τους πελάτες.

Τα εργαλεία ανάλυσης και οι τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την υποστήριξη της συμμετοχής όλων των εργαζομένων στη διαδικασία περιλαμβάνουν α) καταγισμό ιδεών, β) ανάλυση αιτίου-αποτελέσματος, γ) μελέτη ικανότητας της παραγωγικής διαδικασίας, δ) στατιστικός έλεγχος ποιότητας, ε) διαγράμματα ροής, στ) συγκριτική αξιολόγηση των ανταγωνιστών κ.ά. Η «δυναμικότητα» της διαδικασίας γίνεται αντιληπτή στην πράξη, όταν εφαρμόζεται από όλες τις ομάδες μέσα στον οργανισμό, σε συνδυασμό με τις τεχνικές και τα εργαλεία ανάλυσης. Η διοίκηση διαδικασιών ποιότητας στοχεύει στην εφαρμογή της διοίκησης ολικής ποιότητας στο σύνολο του οργανισμού, στη συμμετοχή όλων των εργαζομένων σε ομάδες έργου για διενέργεια βελτιώσεων και σε βελτιώσεις σύμφωνες με τις απαιτήσεις των πελατών. Τέλος, η δια-λειτουργική διοίκηση διαδικασιών στοχεύει στη γνωστοποίηση των βελτιώσεων των διαδικασιών προς όλους και στη διοίκηση των αλλαγών στο πλαίσιο των μεταβολών στο επιχειρησιακό περιβάλλον.

2.3. Οι «γκουρού» της ποιότητας

2.3.1. W. E. Deming

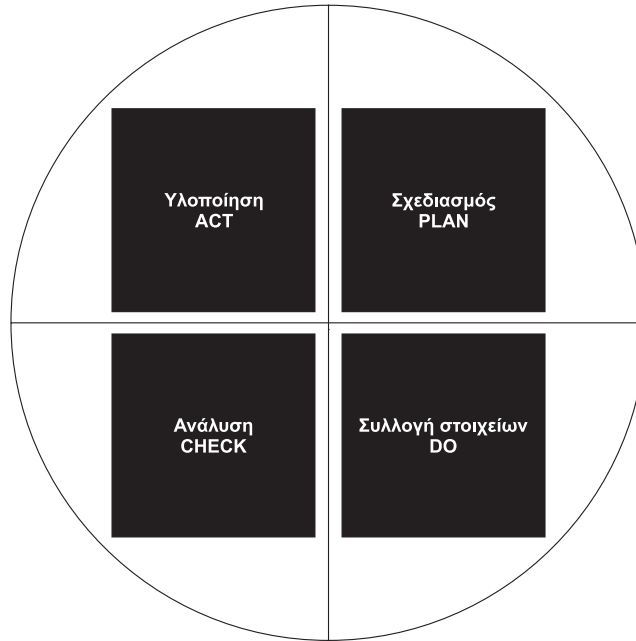
Στον E. Deming οφείλεται η «επανάσταση» στην Ιαπωνική βιομηχανία (αύξηση του επιπέδου της ποιότητας και παραγωγικότητας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950), γεγονός το οποίο έχει αναγνωριστεί διεθνώς στην οικονομία και βιομηχανία. Στη θεωρία του συμπεριλαμβάνεται η δέσμευση στην ποιότητα και η προσεκτική άντληση πληροφοριών σχετιζόμενων με τις ανάγκες των πελατών (Huber, 1996). Η προσέγγιση του Deming (Deming, 1986) συνοψίζεται σε δεκατέσσερα σημεία, τα οποία εφόσον εφαρμοστούν, οδηγούν στη ΔΟΠ και έχουν καθολική, σύμφωνα με τον Deming, εφαρμογή είτε πρόκειται για τον τομέα των υπηρεσιών είτε για τη μεταποίηση, σε μικρές, μεσαίες και μεγάλες επιχειρήσεις (Open University, 2003):

1. Ανάπτυξη ενός σταθερού σκοπού για τη βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, για τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας και την αύξηση των θέσεων εργασίας.
2. Υιοθέτηση της νέας φιλοσοφίας για τη βελτίωση ποιότητας, χωρίς την ανοχή του παρελθόντος σε προβλήματα ποιότητας.

3. Διακοπή της εξάρτησης από την επιθεώρηση (inspection) της ποιότητας, αλλά παροχή στατιστικά τεκμηριωμένων στοιχείων για την ποιότητα.
4. Βελτίωση της ποιότητας των προμηθευόμενων ειδών και αποφυγή της διαπραγμάτευσης των προϊόντων με βάση τις τιμές.
5. Συνεχής βελτίωση του συστήματος παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών, έτσι ώστε συνεχώς να βελτιώνεται η παραγωγικότητα και να μειώνεται το κόστος παραγωγής.
6. Καθιέρωση της εσωτερικής εκπαίδευσης και κατάρτισης για όλους τους εργαζόμενους με σύγχρονες μεθόδους.
7. Καθιέρωση σύγχρονων μεθόδων επιθεώρησης στην εργασία, με έμφαση στην παροχή βοήθειας προς τους εργαζόμενους, έτσι ώστε να βελτιώνουν την εργασία τους. Η βελτίωση της ποιότητας αυτόματα θα βελτιώσει την παραγωγικότητα.
8. Απομάκρυνση του φόβου, ο οποίος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα βελτιώσεων, έτσι ώστε ο κάθε εργαζόμενος να εργάζεται αποτελεσματικά για τον οργανισμό.
9. Κατάργηση των φραγμών μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού όλων των ειδικοτήτων και διαφορετικών τμημάτων.
10. Κατάργηση των σλόγκανς, προτροπών και στόχων μηδενικών σφαλμάτων προς το προσωπικό χωρίς την παράλληλη παροχή των μέσων και των τρόπων για την επίτευξη των βελτιώσεων.
11. Εξάλειψη των αριθμητικών ποσοστών και στόχων για τους εργαζόμενους κάθε βαθμίδας.
12. Άρση των εμποδίων που στερούν την περηφάνια από τον εργαζόμενο.
13. Καθιέρωση προγραμμάτων εκπαίδευσης και αυτο-βελτίωσης.
14. Ανάληψη δράσης από όλους και ιδιαίτερα από τη διοίκηση, για την πραγματοποίηση της αλλαγής στο πλαίσιο εφαρμογής των παραπάνω 13 σημείων.

Η θεωρία του Deming για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας σχηματοποιείται μέσω του κύκλου PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT) (Σχήμα 2-3):

1. Σχεδιάζω (plan) για την πλήρη επίτευξη των επιθυμητών και ρεαλιστικών επιπέδων ποιότητας.
2. Πραγματοποιώ (do) εφαρμόζοντας τους παραπάνω σχεδιασμούς.
3. Ελέγχω (check) ως προς την επίτευξη των στόχων.
4. Δρω (act) όταν απαιτείται διορθωτική παρέμβαση.



Σχήμα 2-3 Ο κύκλος συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας PDCA.

Ο Deming έδωσε ιδιαίτερη σημασία στην εκπαίδευση των εργαζομένων, και μετέπειτα εισήγαγε το σύστημα «βαθιάς γνώσης» (Deming, 1993), στο οποίο περιγράφει τρεις ουσιαστικές περιοχές γνωστικής ενσωμάτωσης πληροφοριών 1. τη διευθυντική 2. την κοινωνική και 3. την τεχνική / στατιστική.

Συνολικά, ο Deming μέσα από αυτό το πλαίσιο υποστηρίζει ότι η σύγχρονη διευθυντική διάσταση στη «νέα» οικονομία, απαιτεί διαφορετικές προσεγγίσεις από αυτές των προηγούμενων εποχών (McNary, 1997). Σύγχρονες προσεγγίσεις για τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας επεκτείνουν την αρχική προσέγγιση και εισάγουν την Ολική Μάθηση Ποιότητας (Total Quality Learning) στις επιχειρήσεις (Linderman et al., 2004). Η Ολική Μάθηση Ποιότητας στοχεύει στη μείωση της απόστασης μεταξύ του «γνωρίζω» και του «πράττω» ενδυναμώνοντας λειτουργίες διαχείρισης γνώσης (Pfeffer & Coote, 1996). Παράλληλα, ο Deming το 1993 αναθεώρησε τον κύκλο ποιότητας, βάζοντας στη θέση του Check - Ελέγχω το Study - Μελετώ, διαμορφώνοντας το PDSA (Plan-Do-Study-Act). Η βελτίωση της ποιότητας είναι μια συνεχής διαδικασία. Οι συγκρίσεις γίνονται περιοδικά για να ελέγχονται τα αποτελέσματα των αλλαγών. Εάν η παρεχόμενη υπηρεσία είναι παράλληλα ή παραπάνω από την επιθυμητή, τότε το πρότυπο μπορεί να αλλαχθεί ώστε να καθορίζει ένα βελτιωμένο επίπεδο υπηρεσίας. Αυτά τα βασικά βήματα επαναλαμβάνονται με κυκλικό τρόπο και φαίνονται σαν ένα ελατήριο, δηλαδή βασικοί κύ-

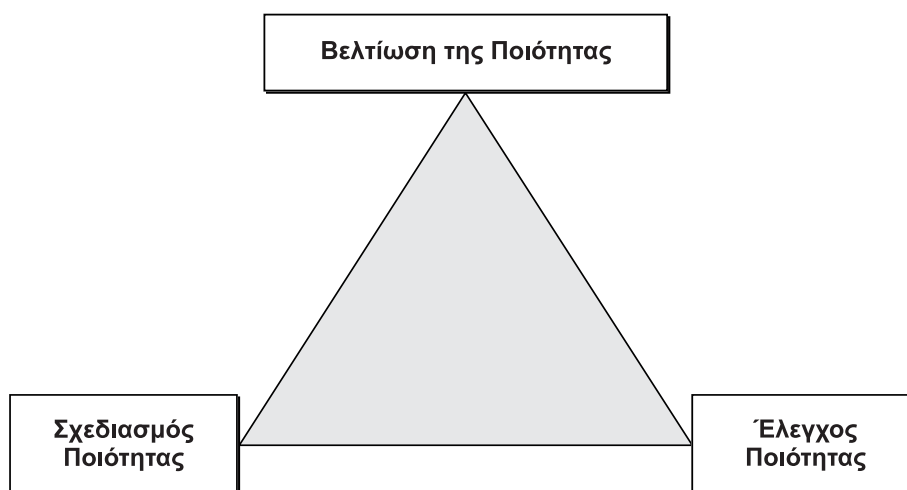
κλοι ποιότητας που επαναλαμβάνονται και βελτιώνονται συνεχώς (Wright & Writtigton, 1992).

2.3.2. J.M. Juran

Ο Juran στη δεκαετία του '50 δίδασκε τη σημασία της ποιότητας, κυρίως στην Ιαπωνία. Ο Juran διεύρυνε τη συζήτηση για την ποιότητα από τις τεχνικές ελέγχου, σε διοικητικές πτυχές. Εφαλτήριο για αυτή την αναζήτηση αποτελούσε η οργανωσιακή διεύθυνση των μεγάλων επιχειρήσεων κατά τη βιομηχανική και μεταβιομηχανική περίοδο καθώς και η διάκριση των ενεργειών σχεδιασμού της βιομηχανικής παραγωγής από αυτές (Kruger, 2001). Ο Juran θεωρεί ότι η διοίκηση της ποιότητας, για να αποτελεί προτεραιότητα σε έναν οργανισμό, πρέπει να συνδέεται με την ανώτατη διοίκηση. Η δέσμευση της διοίκησης μπορεί να γίνεται εμφανής με μια σειρά τρόπων συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων (Juran, 1988):

- α. Καθορισμός συμβουλίου ποιότητας.
- β. Καθορισμός πολιτικής ποιότητας.
- γ. Καθορισμός στόχων ποιότητας.
- δ. Παροχή αναγκαίων πόρων για την επίτευξη των στόχων ποιότητας.

Η τριλογία του Juran αναφέρεται σε τρεις διαδικασίες με τις οποίες η διοίκηση διατηρεί και βελτιώνει την ποιότητα (Σχήμα 2-4):



Σχήμα 2-4 Η τριλογία βελτίωσης της ποιότητας του Juran.

1. Σχεδιασμός ποιότητας (ταυτότητα των πελατών, δειρεύση των αναγκών τους, ανάπτυξη προϊόντων για τις ανάγκες των πελατών, ανάπτυξη των αντίστοιχων διαδικασιών, προετοιμασία για την επίτευξη των στόχων).
2. Έλεγχος ποιότητας (εκτίμηση της πραγματικής απόδοσης και λήψη διορθωτικών ενεργειών σε περίπτωση διαφοράς).
3. Βελτίωση ποιότητας (δημιουργία αναγκαίας δομής, αναγνώριση των βημάτων βελτίωσης, ανάπτυξη ομάδας για κάθε θέμα, παροχή πόρων, κινήτρων και εκπαίδευσης στις ομάδες).

2.3.3. P. B. Crosby

Ο Crosby δίνει έμφαση στα συστήματα βελτίωσης και στην αναγκαιότητα του στατιστικού ποιοτικού ελέγχου. Η εργασία του Crosby αναγνωρίζεται διεθνώς από φράσεις, τις οποίες εισήγαγε ο ίδιος προσπαθώντας να συνοψίσει τη φιλοσοφία του: “Quality is Free”, “Right first time” και “Zero defects”. Ο Crosby εισήγαγε τις παρακάτω τέσσερις απόλυτες θέσεις (Crosby, 1979: Δερβιτσιώτης, 2001):

Πρώτη Απόλυτη Θέση: Η έννοια της ποιότητας ορίζεται ως η συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι στο πόσο καλό είναι κάτι.

Δεύτερη Απόλυτη Θέση: Η ποιότητα επιτυγχάνεται με την πρόληψη μη συμμορφώσεων και όχι με τον έλεγχο και την επιθεώρηση μετά την παραγωγή.

Τρίτη Απόλυτη Θέση: Ο σκοπός και το πρότυπο για την επίτευξη της ποιότητας θα πρέπει να είναι η μηδενική ανοχή στις μη συμμορφώσεις και όχι κάποιο επίπεδο αποδεκτής ποιότητας.

Τέταρτη Απόλυτη Θέση: Η μέτρηση και η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να γίνεται με βάση το κόστος της μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι σε δείκτες.

Ως προς την τελευταία απόλυτη θέση, ανέπτυξε τον κανόνα 1-10-100, όπου σημαίνει ότι το κόστος που προκύπτει από τη μη συμμόρφωση είναι ανάλογο με το σημείο και τη χρονική στιγμή που το σύστημα ανιχνεύει και διορθώνει τη μη συμμόρφωση. Αν το πρόβλημα ποιότητας γίνει αντιληπτό και διορθωθεί τη στιγμή που δημιουργείται, τότε το κόστος θα είναι ίσο με το 1% του συνολικού κόστους του προϊόντος στην περίπτωση που αυτό έφτανε στον πελάτη. Αντίστοιχα αν το λάθος γίνει αντιληπτό μετά την παραγωγή αλλά πριν την αποστολή του προς τους πελάτες, το κόστος θα ανέρχεται σε 10%, ενώ στην περίπτωση που το λάθος γίνει αντιληπτό όταν το προϊόν φτάσει στον πελάτη τότε έχουμε 100% του κόστους (Ζάβλανος, 2006).

Ο Crosby καθιέρωσε ένα πρόγραμμα δεκατεσσάρων σημείων για τη βελτίωση της ποιότητας (Open University, 2003):

1. Δέσμευση της διοίκησης
2. Καθορισμός ομάδας βελτίωσης της ποιότητας με αντιπροσώπους από όλες τις διευθύνσεις της επιχείρησης.
3. Εφαρμογή διοίκησης της ποιότητας σε όλη την επιχείρηση.
4. Εκτίμηση του κόστους ποιότητας.
5. Αφύπνιση για τα ζητήματα της ποιότητας από όλους τους εργαζόμενους.
6. Εκκίνηση διορθωτικών ενεργειών.
7. Καθορισμός μιας ad hoc επιτροπής για το πρόγραμμα μηδενικών μη συμμορφώσεων.
8. Εκπαίδευση επιθεωρητών (supervisor) και εργαζομένων.
9. Ημέρα μηδενικών σφαλμάτων για την αλλαγή νοοτροπίας.
10. Καθορισμός στόχων ποιότητας εργαζομένων.
11. Η απαλοιφή σφαλμάτων πρέπει να έπεται της συλλογής προβλημάτων ποιότητας.
12. Καθορισμός προγράμματος επιβράβευσης εργαζομένων.
13. Συχνές συγκλήσεις μελών βελτίωσης της ποιότητας και επικεφαλής ομάδων ποιότητας.
14. Επανάληψη των σημείων του προγράμματος βελτίωσης, “Do it All over Again”.

Ο Crosby ανέπτυξε ένα δείκτη ωριμότητας επτά σταδίων προς την Αριστεία και έξι διαφορετικών λειτουργιών μιας επιχείρησης, –Πίνακας Ωριμότητας Λειτουργίας Ποιότητας του Crosby, Crosby Quality Function Maturity Grid–ώστε να δώσει τη δυνατότητα (Open University, 2003: Κωσταγιόλας & Μποχώρης, 2003): α) Υπολογισμού του τρέχοντος κόστους ποιότητας και προβολής του σε πραγματικές αξίες β) Καθορισμού της προόδου στην πορεία προς τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας γ) Συνειδητοποίησης της ποιότητας, βάσει του πίνακα ωριμότητας από το στάδιο της αφύπνισης.

Ο Πίνακας 2-2 που ακολουθεί, αποτελεί τον «Πίνακα Ωριμότητας Λειτουργίας Ποιότητας» του Crosby και παρέχει τα διακριτά στάδια (1^η στήλη του πίνακα) προς την πορεία εφαρμογής προγράμματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Τα στάδια σχολιάζονται στις στήλες από 2 έως 7, αντίστοιχα, σε συνάρτηση με τις δράσεις για την ποιότητα, τη διοίκηση διαδικασιών, τα αποτελέσματα, τους πελάτες, τους προμηθευτές και τη διοίκηση.

Πίνακας 2-2 Πίνακας Ωριμότητας Λειτουργίας Ποιότητας του Crosby

Δράσεις Ποιότητας	Διαδικασίες	Αποτελέσματα	Πελάτες	Προμηθευτές	Διοίκηση
1. Συμβατική προσέγγιση Ανατίθενται σε ειδικούς ποιότητας. Ad hoc επίλυση προβλημάτων. Η ποιότητα αποτελεί τεχνικής φύσεως ζήτημα. Ορίζεται το «Αποδεκτό Επίπεδο Ποιότητας».	Επιθεώρηση και διόρθωση λαθών. Παρακολούθηση Διαδικασιών. Ευθύνη του τμήματος Ποιότητας.	Ελεγχόμενα επίπεδα ποιότητας με υψηλό κόστος.	Συμβάσεις με βάση το «Αποδεκτό Επίπεδο Ποιότητας». Ad hoc μέριμνα για τα παράπονα των πελατών.	Συμβάσεις με βάση το «Αποδεκτό Επίπεδο Ποιότητας». Ad hoc μέριμνα για παράπονα.	Η ποιότητα δεν αποτελεί διοικητικό ζήτημα.
2. Εισαγωγή Προγράμματος CWC³ Η διοίκηση αναλαμβάνει την ευθύνη των δράσεων ποιότητας. Υποστήριξη από ειδικούς διαφορετικών ειδικοτήτων. Σχεδιασμός βελτιώσεων. Εμπλοκή προσωπικού.	Πειραματισμός με νέες διαδικασίες. Εκπαίδευση επί των διαδικασιών. Υποκίνηση για την εφαρμογή τους.	Τμηματικές βελτιώσεις με προσανατολισμό στον πελάτη. Το κόστος παραμένει υψηλό.	Οι πελάτες-χρηστές προϊόντων ή/και υπηρεσιών γίνονται ανηλεπτοί ως σημαντικοί και έχουν το βασικό λόγο.	Εμπλοκή μερικών προμηθευτών κυρίως προϊόντων. Η μέριμνα των προμηθευτών αφορά στην επιθεώρηση ελαττωματικών παρτίδων.	Οδηγεί σε μέριμνα για την ποιότητα με κύριο προσανατολισμό στα αποτελέσματα και με αυξανόμενο προσανατολισμό στις διεργασίες.
3. Έλεγχος Διεργασιών Καθοδηγείται από τη διοίκηση. Οι ειδικοί μεταφέρουν την τεχνολογία σε όλο το προσωπικό. Συστηματική βελτίωση με μικρά βήματα. Καθορισμένες οι απαιτήσεις των πελατών.	Συστήματα πρόληψης σφαλμάτων. Έλεγχος διαδικασιών. Ανάλυση Αιτιών-Αποτελεσμάτων. Ανατροφοδότηση αποτελεσμάτων.	Έλεγχος εξερχόμενων με σημαντικό έλεγχο του κόστους.	Οι απαιτήσεις των χρηστών είναι καθοριστικές. Οι πελάτες γνωρίζουν τι να περιμένουν. Οι συμφωνίες, συμβόλαια και δεσμεύσεις τηρούνται.	Περισσότερες και καλύτερες συμφωνίες με προμηθευτές συμπεριλαμβανομένων και οργανισμών παροχής υπηρεσιών. Κοινές δραστηριότητες ποιότητας με προμηθευτές. Μείωση ανάγκης για έλεγχο εισροών.	Διεργασιοκεντρική διοίκηση. Παρέχει τους απαραίτητους για την ποιότητα πόρους. Θέτει στόχους και ελέγχει την πρόοδο/αποτελέσματα. Επηρεάζει τα πρότυπα και τις αξίες.

3 Company-wide Quality Improvement Program, Δια-τμηματικό Πρόγραμμα Βελτίωσης της Ποιότητας

Πηγή: τροποποίηση από Open University, 2003³

Δράσεις Ποιότητας	Διαδικασίες	Αποτελέσματα	Πελάτες	Προμηθευτές	Διοίκηση
4. Βελτιώσεις Η ποιότητα αποτελεί πρωταρχική προτεραιότητα. Κάμία έκπτωση στην ποιότητα. Μερική ανανέωση της προσέγγισης για συνεχή βελτίωση.	Ο σχεδιασμός βελτίωσης ενσωματώνεται στη συνολική επιχειρησιακή λειτουργία. Βελτίωση διεργασιών. Ανατροφοδότηση από πελάτες.	Διαχείριση βελτίωσης αποτελεσμάτων με έλεγχο. Σημαντική συνεισφορά στη βελτίωση της ανταγωνιστικής θέσης στην αγορά.	Συμβόλεια με βάση μακροπρόθεσμες συμφωνίες για την ποιότητα. Εστίαση και σε άλλα τμήματα της επιχειρησιακής λειτουργίας.	Πλήρης συνεργασία μεταξύ κατασκευαστών-προμηθευτών και σχεδιαστών-παραγωγών. Επιθεώρηση. Μακροπρόθεσμες συμβασιακές σχέσεις και σχέδια βελτίωσης.	Έλεγχος επιχειρησιακών διαδικασιών και συσχέτιση στόχων ποιότητας σε συνάρτηση με την αγορά.
5. CWCΙ εφαρμογή Συστηματική προσέγγιση για το σύνολο της επιχειρησιακής λειτουργίας. Ικανότητα συμμετοχής όλου του προσωπικού. «Ικανοποίηση τελικού χρήστη».	Σχεδιασμός βελτίωσης ολοκληρωμένος στην επιχειρησιακή λειτουργία. Οι προτεραιότητες βασίζονται στις απαιτήσεις της αγοράς. Ορίζονται επικοινωνία.	Σημαντική βελτίωση των εσωτερικών διαδικασιών σε όλη την επιχειρησιακή λειτουργία, η οποία οδηγεί στην αύξηση της ανταγωνιστικής θέσης και ικανότητας.	Σύνδεση πελατών με δραστηριότητες βελτίωσης της ποιότητας για το σύνολο της επιχειρησιακής λειτουργίας.	Οι προμηθευτές αποτελούν τμήμα του συστήματος. Διαχείριση της πληροφορίας από την αγορά. Οι προμηθευτές αντιδρούν ευέλικτα στις νέες απαιτήσεις. Πλήρης αμοιβαία εμπιστοσύνη.	Άμεση διοίκηση εναρμονισμένη με τις εξελίξεις της αγοράς. Μέτρηση της συνολικής απόδοσης. Περιορισμένη παρέμβαση σε ζητήματα λειτουργικά.
6. Στρατηγική εγκατάσταση Η διαδικασία βελτίωσης αγγίζει το σημείο χωρίς επιστροφή. Σφαιρικός προσανατολισμός. Αριστεία σε όλες τις πτυχές της επιχειρησιακής λειτουργίας.	Ο στρατηγικός επιχειρησιακός σχεδιασμός ολοκληρώνεται στην επιχειρησιακή λειτουργία και εφαρμόζεται στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.	Εξαιρετική ανταγωνιστική τοποθέτηση στην αγορά.	Σαφήνεια για το σύνολο των σχέσεων και των συσχέτισεων με τους πελάτες. Σχέσεις μεταξύ πελατών (co-customer relations).	Οι προμηθευτές εμπλέκονται στο στρατηγικό σχεδιασμό της επιχείρησης γεγονός που καθοδηγεί τις επενδύσεις τους.	Επικεντρώνεται σε θέματα επιχειρησιακού στρατηγικού σχεδιασμού. Πλήρης εμπιστοσύνη στη λειτουργική διαδικασία.
7. Αριστεία Άμεση ανταπόκριση στις διαφοροποιήσεις των αναγκών των πελατών. Αριστεία.	Επιχειρησιακά σενάρια κατευθύνουν τη διαδικασία ανανέωσης.	Διατήρηση εξαιρετικής ανταγωνιστικής τοποθέτησης στην αγορά	Σαφήνεια για το σύνολο των σχέσεων και των συσχέτισεων των πελατών σε προγράμματα καινοτομίας.	Οι προμηθευτές προτείνουν για την κάλυψη μελλοντικών αναγκών.	Επικεντρώνεται σε ζητήματα καινοτομίας και ανάπτυξης.

2.3.4. A.V. Feigenbaum

Ο Feigenbaum εισήγαγε την έννοια του ολικού ελέγχου ποιότητας (Feigenbaum, 1983), ως μια δια-επιχειρησιακή δραστηριότητα, και πρωτοστάτησε στην αντίληψη ότι η ποιότητα πρέπει να αντιμετωπισθεί από τη διοίκηση με συστηματικό τρόπο. Η επιστημονική συμβολή του Feigenbaum έχει επιπροσθέτως δύο κατευθύνσεις (Kruger, 2001): 1. Η ποιότητα αποτελεί υπευθυνότητα όλων των εργαζομένων και 2. το κόστος έλλειψης ποιότητας οφείλει να ερευνηθεί, να κατηγοριοποιηθεί και να συνδεθεί με τις ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας. Σύμφωνα με την άποψη του Feigenbaum, ο έλεγχος ποιότητας αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα από τον ρυθμό παραγωγής και ο κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα και υποχρέωση να εμπλακεί ακόμα και διακόπτοντας τη γραμμή παραγωγής, εφόσον διαπιστώσει κάποιο πρόβλημα ποιότητας (Τσιότρας, 2002).

2.3.5. K. Ishikawa

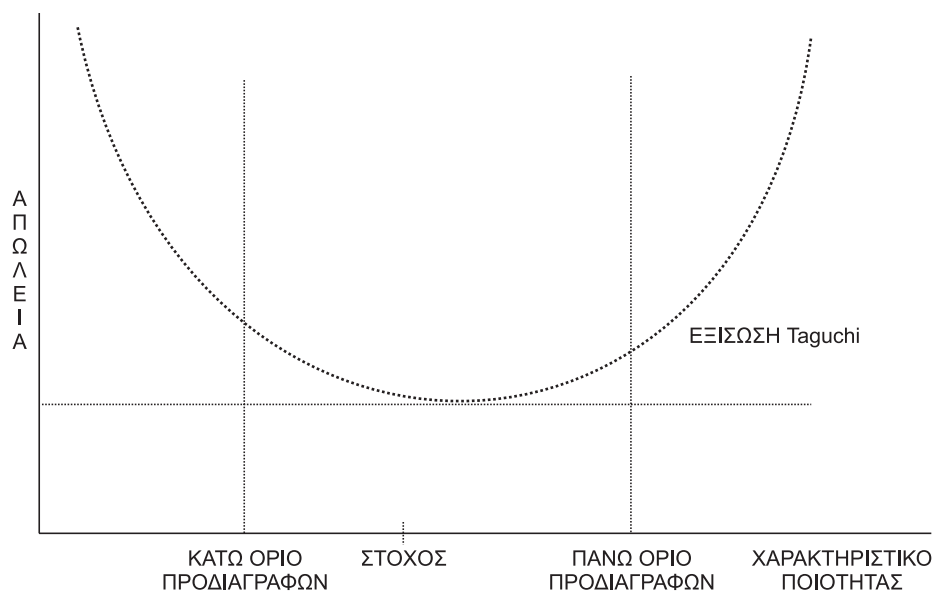
Ο Ishikawa είναι γνωστός για την ανάπτυξη των κύκλων ποιότητας στην Ιαπωνία κατά τη δεκαετία του 1950, για την εισαγωγή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εργαζομένων, για την ανάπτυξη της αλυσίδας ποιότητας καθώς και την ανάπτυξη των διαγραμμάτων «αιτίου – αποτελέσματος» ή «ψαροκόκκαλου». Ο Ishikawa χαρακτηριστικά αναφέρει ότι «η Ποιότητα ξεκινά με εκπαίδευση και τελειώνει με εκπαίδευση»⁴. Ειδικότερα, οι κύκλοι ποιότητας αποτελούν εθελοντικές ομάδες όπου συμμετέχουν από έξι έως οκτώ εργαζόμενοι, οι οποίοι συναντούνται τακτικά για να διαμορφώνουν προτάσεις βελτίωσης των επιχειρησιακών διαδικασιών (Ishikawa, 1989).

2.3.6. G. Taguchi

Ο Taguchi, όπως και οι προαναφερθέντες διακεκριμένοι ειδικοί της ποιότητας, έδωσε έμφαση στην ανάγκη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση του κόστους. Ίσως όμως να ήταν ο μόνος, ο οποίος εστίασε στην ανάγκη για μείωση της μεταβλητότητας μέσω της βελτιστοποίησης της παραγωγικής διαδικασίας (Open University, 2003). Υπό αυτή την έννοια, ο Taguchi εστίασε σε ένα είδος ελέγχου, ο οποίος προηγείται της παραγωγικής διαδικασίας (εφαρμόζεται στη φάση του σχεδιασμού προϊόντων και υπηρεσιών καθώς και στη φάση σχεδιασμού της παραγωγικής διαδικασίας).

⁴ Company – wide Quality Improvement Program, Δια-τμηματικό Πρόγραμμα Βελτίωσης της Ποιότητας.

Ο Taguchi όρισε την ποιότητα (Πίνακας 2-1) στο πλαίσιο της ελαχιστοποίησης των απωλειών, από τη στιγμή χρήσης του προϊόντος. Ως απώλειες μπορούν, για παράδειγμα, να θεωρηθούν οι καθυστερήσεις, τα λάθη, οι επιδιορθώσεις, οι επικαλύψεις καθηκόντων, η κακή επικοινωνία κ.ά. (Τσιότρας, 2002). Για την ποσοτικοποίηση των απωλειών, χρησιμοποιεί μια εξίσωση για την σύνδεση των αποκλίσεων από τις προδιαγραφές, σε συνάρτηση με τη μείωση των απωλειών και τη βελτίωση της ποιότητας. Όπως φαίνεται στο Σχήμα 2-5, η μείωση των αποκλίσεων από τις τιμές στόχους σύμφωνα με τις προδιαγραφές, οδηγεί σε μείωση των απωλειών.

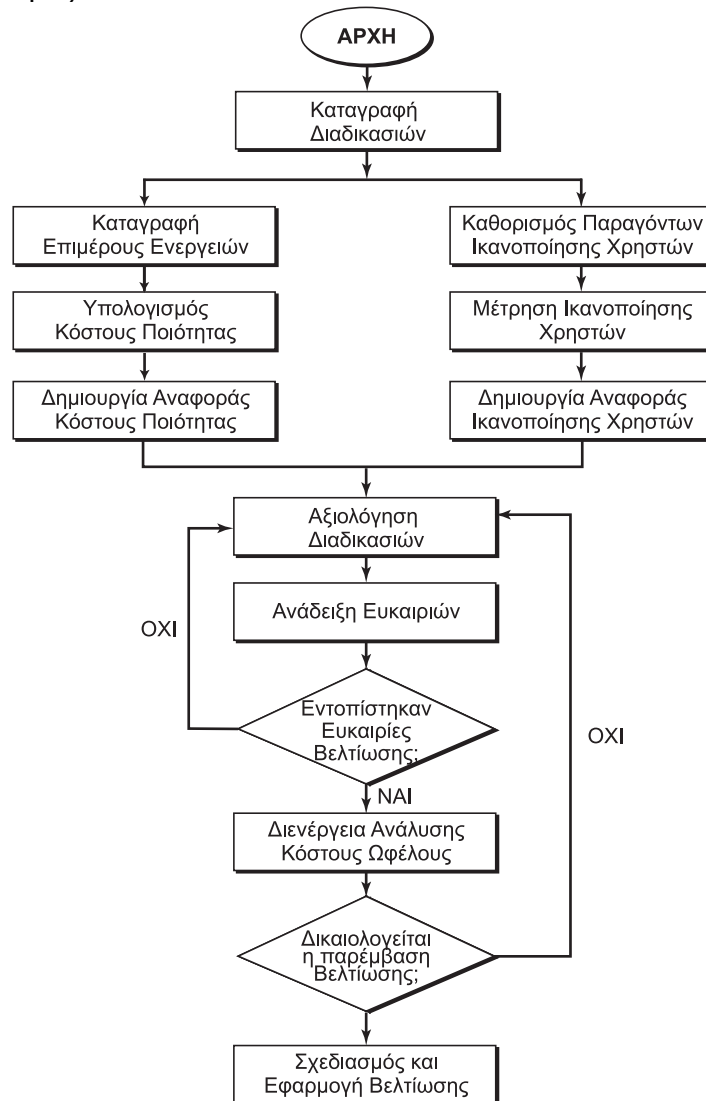


Σχήμα 2-5 Η συνάρτηση απώλειας του Taguchi

2.4. Οικονομικά της ποιότητας

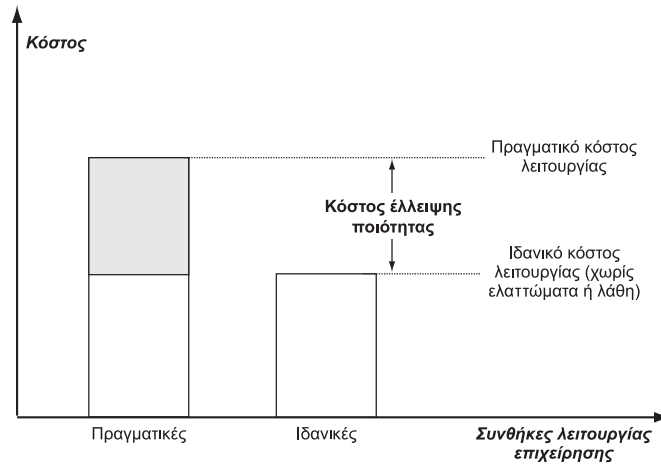
Η φράση που συχνά διατυπώνεται από μη ειδικούς της ποιότητας είναι ότι «...η ποιότητα έχει υψηλό κόστος ...» και αποτελεί λανθασμένη προσέγγιση (Δερβιτσιώτης, 2001). Μπορεί βέβαια να αντικαθίει η φράση ότι «... η ποιότητα αξίζει ...». Τα οικονομικά της ποιότητας μεταξύ άλλων αφορούν στην ανάλυση επιμέρους κατηγοριών κόστους ποιότητας, συνδεδεμένων με ενέργειες βελτίωσής της. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ανάλυση του κόστους της ποιότητας αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για τη διοίκηση της ποιότητας και λειτουργεί ως α) μέθοδος εκτίμησης της αποτελεσματικότητας και β) μέσο εντοπισμού ευκαιριών εξοικονόμησης πόρων. Στο πλαίσιο κατηγοριών κόστους διαμορφώνονται υπο-κατηγορίες, η επίδραση των οποίων εντοπίζεται στις ιδιαίτερες συνθήκες των μονάδων παρα-

γωγής. Μια τέτοια θεωρητική προσέγγιση των οικονομικών της ποιότητας παρέχεται στα αναθεωρημένα βρετανικά πρότυπα BS 6143⁵ Μέρη 1 & 2 «οδηγός οικονομικών της ποιότητας» και στην Τεχνική Οδηγία PD ISO/TR 10014:1998 Guidelines for managing the economics of quality. Το Σχήμα 2-6 παρέχει την αλληλουχία των διακριτών βασικών βημάτων για τη σύνδεση βελτιώσεων στις διεργασίες και κόστους ποιότητας.



Σχήμα 2-6 Μεθοδολογία διαχείρισης των οικονομικών της ποιότητας κατά το πρότυπο BS 6143 «Οδηγός οικονομικών της ποιότητας».

⁵ BS 6143-1: 1992 Guide to the economics of quality — Part 1: Process cost model & BS 6143-2: 1990 Guide to the economics of quality — Part 2: Prevention, appraisal and failure model.



Σχήμα 2-7 Ορισμός του κόστους ποιότητας (πηγή: Δερβιτσιώτης, 2001)

Στα οικονομικά της ποιότητας βασική παράμετρο αποτελεί το κόστος της ποιότητας (ή κόστος έλλειψης ποιότητας). Σημαντικό είναι να γίνει από την αρχή κατανοητό ότι το κόστος της ποιότητας, σύμφωνα με τον Crosby (1979), είναι αυτό που θα απέφυγε ο οργανισμός ή η επιχείρηση εάν κάθε προϊόν ή κάθε διεργασία εκτελείται άψογα από την πρώτη φορά (Σχήμα 2-7). Ένας άλλος ορισμός για το κόστος ποιότητας προέρχεται από το πρότυπο BS 6143-2 και είναι «το κόστος εξασφάλισης και διασφάλισης της ποιότητας όπως επίσης και οι απώλειες που εμφανίζονται όταν δεν υπάρχει ποιότητα».

Η παραδοσιακή προσέγγιση υπολογίζει το κόστος ποιότητας (ΚΠ) ως το άθροισμα του κόστους συμμόρφωσης (ΚΣ) και του κόστους μη συμμόρφωσης (ΚΜΣ).

$$\text{ΚΠ} = \text{ΚΣ} + \text{ΚΜΣ} \quad (2.1)$$

Στη σχέση 1, το ΚΣ αποτελεί το κόστος της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών σύμφωνα με τις προδιαγραφές και το ΚΜΣ αποτελεί το κόστος αποτυχίας συμμόρφωσης με τις προδιαγραφές για οποιοδήποτε λόγο. Οι βασικές κατηγορίες του κόστους ποιότητας είναι τέσσερις (δύο για το ΚΣ και δύο για το ΚΜΣ) και έχουν ως ακολούθως⁶:

1. Κόστος Συμμόρφωσης

- α) Κόστος πρόληψης (κόστος κάθε ενέργειας που στοχεύει στη διερεύνηση, πρόληψη ή μείωση προβλημάτων ποιότητας).

⁶ Ένας κατάλογος πιθανών πηγών κόστους ποιότητας παρέχεται στο Παράρτημα Α του προτύπου BS 6143-2 (1990).

- Κόστος Σχεδιασμού Ποιότητας (κόστος τεκμηρίωσης «Εγχειριδίου Ποιότητας και Διαδικασιών»).
 - Κόστος Ελέγχου Συστήματος Ποιότητας (κόστος που σχετίζεται με εσωτερικούς ελέγχους κ.ά.).
 - Κόστος Ρύθμισης (κόστος ρύθμισης μηχανημάτων ελέγχου).
 - Κόστος Αναφορών Ποιότητας (κόστος σύνοψης και επικοινωνίας των σχετικών με την ποιότητα πληροφοριών στον οργανισμό).
 - Κόστος Ανθρώπινου Δυναμικού (κόστος εκπαίδευσης εργαζομένων για την ποιότητα).
- β) Κόστος αξιολόγησης (του επιπέδου ποιότητας που έχει επιτευχθεί και κόστος ελέγχου καταλληλότητας προκειμένου να διασφαλιστεί η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές και τα κριτήρια απόδοσης).
- Κόστος Ελέγχου Ποιότητας.
 - Κόστος Καταστροφικών και μη Καταστροφικών ελέγχων (κόστος αναλωσίμων που καταστρέφονται εξαιτίας του ελέγχου, που δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε εργαστήρια καθώς και τα έξοδα για τη διενέργεια ελέγχων σε εξωτερικά εργαστήρια).
 - Κόστος Συντήρησης εξοπλισμού.
 - Κόστος Συλλογής Πληροφοριών και Ανάλυσης (κόστος λειτουργίας πληροφοριακού συστήματος για τη διασφάλιση διαρκούς ροής δεδομένων σχετικά με την απόδοση της ποιότητας).

2. Κόστος Μη Συμμόρφωσης

- γ) Εσωτερικό κόστος μη συμμόρφωσης:
- Κόστος αποτυχίας παραγωγής υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις προδιαγραφές, το οποίο θα εξέλιπε αν υπήρχε η δυνατότητα παραγωγής χωρίς προβλήματα.
 - Κόστος Επανελέγχου.
 - Κόστος από την αναγκαστική μη διαθεσιμότητα συντελεστών παραγωγής και την εξαιτίας αυτής υπο-λειτουργία.
 - Κόστος αντικατάστασης.
 - Αποθήκευση / Διατήρηση αποθεμάτων σε αποθήκες και το φαρμακείο.
 - Κόστος χρήσης πόρων που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση και επίλυση των αιτιών των ελαττωματικών.
- δ) Εξωτερικό κόστος μη συμμόρφωσης

- Κόστος αποτυχίας (κόστος εξαιτίας της αποτυχίας επίτευξης του απαιτούμενου επιπέδου ποιότητας).
- Παράπονα (κόστος αντιμετώπισης παραπόνων).
- Αστική ευθύνη (κόστος δικαστικών διεκδικήσεων εξαιτίας προβλημάτων με την υπηρεσία υγείας).

3. Κόστος Διαφυγόντος Κέρδους ή Εσόδων: Το κόστος αυτό είναι δύσκολο να κατηγοριοποιηθεί, περισσότερο δύσκολο δε να μετρηθεί. Το κόστος διαφυγόντος κέρδους ή εσόδων μπορεί να περιλαμβάνει α) ακυρώσεις χρήσης της υπηρεσίας, β) απώλεια μελλοντικής χρήσης της υπηρεσίας και γ) απώλεια φήμης.

Παραδείγματα για την εκτίμηση του ΚΠ δεν είναι δύσκολο να εξαχθούν και παρέχονται σε αρκετά εγχειρίδια και βιβλία για την ποιότητα στην ελληνική βιβλιογραφία⁷. Ακόμα, όπως μπορεί εύκολα να γίνει κατανοητό, το ΚΠ καθώς και η κατανομή του στις διαφορετικές κατηγορίες κόστους, διαφοροποιείται ανάλογα με το βαθμό ωριμότητας ενός σχεδιασμού για τη βελτίωση της ποιότητας (Laszlo, 1997). Διαφορετικές κατηγοριοποιήσεις του κόστους ποιότητας έχουν επίσης προταθεί στη βιβλιογραφία και όλες παρουσιάζουν ενδιαφέρον, διότι τελικά, η εκτίμηση του κόστους της ποιότητας δεν αποτελεί ευκαιριακή ενέργεια αλλά πρέπει να αποτελεί προγραμματισμένη δραστηριότητα ενταγμένη στο συνολικό σύστημα κοστολόγησης (Dahlgaard et al. 1998).

Ειδικότερα για τις υπηρεσίες υγείας, μεταξύ άλλων, οι Al-Assaff & Schmele (1993) παρέχουν στοιχεία για το κόστος ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, οι Raney et al (2003) υποστηρίζουν ότι οι επενδύσεις για την ποιότητα αποδεικνύονται οικονομικά συμφέρουσες, ενώ οι Geraedts & Montenarie (2001) παρέχουν στοιχεία για τη μείωση του κόστους σε τμήμα απεικόνισης, πυρηνικής ιατρικής και ακτινοθεραπείας του Πανεπιστημίου της Ουτρέχτης, μετά από την εφαρμογή συστήματος διασφάλισης της ποιότητας.

Η επιστημονική έρευνα με άξονα τα οικονομικά της ποιότητας και η εκτίμηση του κόστους ποιότητας αποτελεί σημαντική και επίκαιρη ερευνητική κατεύθυνση. Δεν είναι πολλές οι προσπάθειες θεωρητικής ή εμπειρικής προσέγγισης του κόστους της ποιότητας για μονάδες υγείας ή/και τμήματα νοσοκομείων στην Ελλάδα (αλλά και διεθνώς). Για παράδειγμα, ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάπτυξη περιπτώσιολογικών μελετών εκτίμησης του κόστους της ποιότητας, ο συνδυασμός μεθόδων κοστολόγησης, όπως η Activity Based Costing (ABC,) με μεθόδους εκτίμησης του κόστους ποιότητας, η διαμόρφωση κατηγοριοποιήσεων κόστους συμμόρφωσης και κόστους μη συμμόρφωσης, η οποία τελικά θα διευκο-

⁷ Ενδεικτικά, στο Δερβιτσιώτης (2001) και αναλυτικότερα παραδείγματα στο Τζιόγιος (2000) ειδικό εγχειρίδιο «Διασφάλιση της Ποιότητας: Το Κόστος της Ποιότητας», Τόμος Δ, ΕΑΠ.

λύνει την κοστολόγηση στον χώρο του νοσοκομείου και θα ενταχθεί σε συνολικότερο σύστημα κοστολόγησης.

2.5. Εννοιολογικές προσεγγίσεις για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί δύσκολη ως προς την προσέγγισή της έννοια. Η επιστημονική αναζήτηση προϋποθέτει ένα πλαίσιο αναφοράς για την ποιότητα το οποίο πρέπει να συμφωνεί με τις πραγματικές και συνεπαγόμενες ανάγκες διαφορετικών ομάδων εμπλεκομένων. Η διεθνής επιστημονική κοινότητα στην προσπάθειά της να αποδώσει τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας έχει ακολουθήσει αρκετές διαφορετικές εννοιολογικές προσεγγίσεις. Ορισμένες από τις προσεγγίσεις διαμορφώνονται ως *εξειδικεύσεις γενικότερων προσεγγίσεων*, ενώ κάποιες άλλες είναι *ειδικές για τις υπηρεσίες υγείας*. Τις δεύτερες δεν τις συναντάμε σε άλλα γνωστικά αντικείμενα. Ο κάθε ορισμός, εξειδικευμένος ή ειδικός, κρύβει μια φιλοσοφία για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, η οποία με τη σειρά της διαμορφώνει πολιτικές, αξίες και τελικά επενδύσεις παρεμβάσεων στην καθημερινότητα των πολιτών.

Οι ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εκφράζουν επίσης και τη «θέση» που η κάθε ομάδα (επιστημονική, επαγγελματιών, χρηστών, κοινωνικών φορέων) καταλαμβάνει στην τρέχουσα αντίληψη για την ιεράρχηση της «συνεισφοράς» στην παραγωγή ή/και παροχή υπηρεσιών υγείας των διαφορετικών ομάδων. Για παράδειγμα, μια ιατροκεντρική αντίληψη μπορεί να θεωρεί ότι, για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, ο μόνος υπεύθυνος είναι ο ιατρός, και κατά συνέπεια εντοπίζει την ποιότητα στη διεξαγωγή ιατρικών πράξεων. Σε αυτή την περίπτωση, η επιλογή ιατρού είναι η σημαντικότερη επιλογή για τον χρήστη, ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Με βάση τις σύγχρονες τάσεις, οι ορισμοί για την ποιότητα εμπεριέχουν το σύνολο των ιατρικών – νοσηλευτικών – διοικητικών (και άλλων) υπηρεσιών και διεργασιών, οι οποίες συνθέτουν τις υπηρεσίες υγείας.

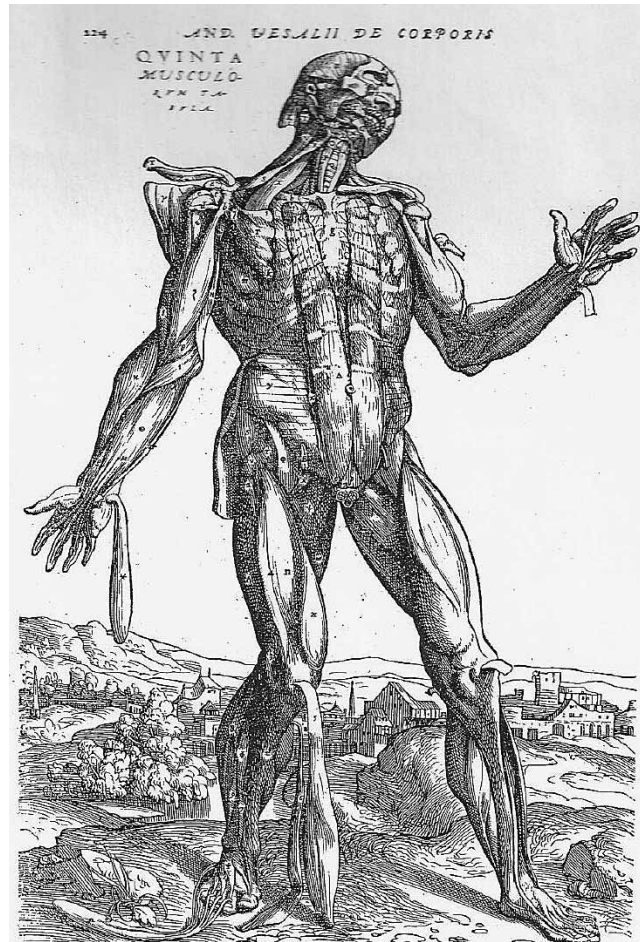
Ο ορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας διακρίνεται ανάλογα εάν οι υπηρεσίες παρέχονται από τον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα. Οι χρήστες των υπηρεσιών έχουν διαφορετικές προσδοκίες και δίνουν ιδιαίτερη σημασία σε διαφορετικά χαρακτηριστικά της ποιότητας. Στο δημόσιο τομέα των υπηρεσιών υγείας, για παράδειγμα, οι ξενοδοχειακές υποδομές δεν είναι τόσο σημαντικές όσο η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες ή/και η ανταπόκριση του δημόσιου συστήματος υγείας στις πραγματικές του ανάγκες. Το ίδιο όμως συμβαίνει και στην περίπτωση που διαφοροποιούνται άλλες εξωτερικές παράμετροι. Σε μια νησιωτική υγειονομική περιφέρεια, για παράδειγμα, λόγω της ιδιαίτερης γεωμορφολο-

γίας, η ποιότητα ορίζεται διαφορετικά από ό,τι σε ένα μεγάλο αστικό κέντρο.

Η ποιότητα σίγουρα αποτελεί σύνθετη έννοια. Ο κάθε ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να εκφράζει όλα τα παραπάνω, αλλά και να είναι αρκετά ειδικός ώστε να παραπέμπει σε συγκεκριμένες μεθοδολογίες για την υλοποίηση της ποιότητας (ανάπτυξη συστημάτων ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας) και να έχει τη δυνατότητα μέτρησής της. Το τελευταίο σημείο είναι ιδιαίτερα κρίσιμο για τις υπηρεσίες υγείας και εκφράζει την έλλειψη δυνατότητας διεξαγωγής αντικειμενικών μετρήσεων για το σύνολο όλων όσα συμβαίνουν κατά την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών υγείας στο ιατρονοσηλευτικό, κατά κύριο λόγο, τμήμα της. Έτσι, πολλές προσεγγίσεις για την ποιότητα επιχειρούν να μετρήσουν χαρακτηριστικά (χρόνους, νοσηλευτικές και ιατρικές αποφάσεις, ποσότητες χορηγήσεων κ.ά.) τα οποία με τρόπο αδιάψευστο (επιστημονικά ελεγμένο) οδηγούν σε συγκεκριμένα και προβλέψιμα αποτελέσματα. Αυτά τα χαρακτηριστικά αφορούν στην ανεξάρτητης αποτελεσματικότητας παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Μια σύγχρονη τάση για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την τεκμηριωμένη παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων, η οποία επιχειρεί μέσω συγκεκριμένων οδηγιών να κατευθύνει το προσωπικό εφόσον πληρούνται συγκεκριμένες συνθήκες. Η τεκμηριωμένη ιατρική (και νοσηλευτική) διευρύνεται ανάλογα με την επιστημονική αναζήτηση για αντικειμενικές διαδικασίες ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Σε αυτό έχει συμβάλει σημαντικά η πληροφορική της υγείας και το διαδίκτυο. Ας μην ξεχνάμε ότι η ποιότητα τελικά οφείλει να ορισθεί για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία ως μετρήσιμη έννοια (Shewhart, 1931). Οι παρακάτω παράγραφοι, οι οποίοι δεν έχουν ως στόχο να είναι εξαντλητικές ως προς την απαρίθμηση διαφορετικών προσεγγίσεων, παρέχουν βασικά στοιχεία για την ιστορία του κινήματος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και βασικούς ειδικούς ορισμούς της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

2.5.1. Συνοπτική ιστορική αναδρομή του κινήματος για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξυπηρετεί μια πραγματική και διαχρονική ανάγκη του ανθρώπου, ως μια προσπάθεια συνολικής βελτίωσης της ποιότητας της ζωής. Ως εκ τούτου αποτελεί επίκαιρο ζήτημα καθ' όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας και της ιστορίας της ιατρικής με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα έργα του Ιπποκράτη, του ιατροφιλόσοφου Γαληνού (Πεφάνης, 2004) κ.ά. Με το έργο του Vesalius (Εικόνα 2-1) σηματοδοτείται η απαρχή της συστηματοποίησης και της καταγραφής της ιατρικής γνώσης και ταυτόχρονα του ολοένα αυξανόμενου ενδιαφέροντος για τις επιστήμες του ανθρώπου. Είναι άλλωστε χαρακτηριστικό ότι το έργο αυτό εκδόθηκε την ίδια χρονιά με το *De revolutionibus orbium caelestium* του Κοπέρνικου, που σημαίνει τις απαρχές της Επιστημονικής Επανά-



Εικόνα 2-1 Andrea Vesalius, *De humanis corporis fabbrica*, 1543.

στασης (Γαβρόγλου, 2004). Όσον αφορά στην ιατρική, η μελέτη του ανθρώπινου σώματος, η έκδοση έργων και η γενίκευση των ανατομών οδήγησαν στην περαιτέρω ιατρική πρόοδο, η οποία σταδιακά βελτίωσε την ποιότητα ζωής.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν έμμεσες αναφορές στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και άμεσες για αρκετές πτυχές της ποιότητας (όπως για παράδειγμα, στη σχέση ιατρού με ασθενή ή/και σε επιστημονικές ιατρικές μεθόδους), η επιστημονική διερεύνηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας φαίνεται ότι ξεκινά από το 1860, όταν η Florence Nightingale, που έθεσε τις βάσεις της νοσηλευτικής επιστήμης, βοήθησε στην εδραίωση των προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας, δημιουργώντας ένα ενιαίο σύστημα για τη συλλογή και την εκτίμηση των στατιστικών δεδομένων νοσοκομείων. Το 1914 ο E. A. Codman μελέτησε τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας και το 1917 το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών

(American College of Surgeons) κατάρτισε το Πρόγραμμα Τυποποίησης Νοσοκομείων (Hospital Standardization Program) (Merry & Crago, 200). Με βάση το συγκεκριμένο πρόγραμμα, αρχικά έγινε επιθεώρηση σε 692 νοσοκομεία από τα οποία εγκρίθηκε μόνο το 12.9%, ενώ μέχρι το 1950 είχε εγκριθεί το 94.6%. Από το 1920 μέχρι το 1940 δεν υπήρξε μεγάλη πρόοδος στη διασφάλιση ποιότητας, ενώ από το 1940–1960 αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον για τα θέματα ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Graham, 1995).

Το 1953 δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ η Κοινή Αρχή Διαπίστευσης Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) με αποστολή να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το δημόσιο τομέα. Ανέπτυξε πρότυπα ποιότητας σε συνεργασία με επαγγελματίες υγείας και παρακίνησε τους οργανισμούς υγείας να τα ακολουθήσουν μέσω της πιστοποίησης. Τα πρότυπα αναφέρονταν με γενικούς όρους στην αξιολόγηση και τη βελτίωση ποιότητας, αλλά δεν πρότειναν συγκεκριμένες μεθοδολογίες για τις δραστηριότητές τους. Τα νοσοκομεία έκαναν ανασκοπήσεις για την παρατηρούμενη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Dominguez, 1993). Στην Ευρώπη η ενασχόληση με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δημιουργήθηκε κυρίως λόγω του αυξανόμενου κόστους των υπηρεσιών υγείας (Οικονομοπούλου, 1995). Στη δεκαετία του 1970 πολλές ευρωπαϊκές χώρες αναμόρφωσαν το σύστημα υγείας τους και έγιναν προσπάθειες για τη ένταξη συστημάτων διασφάλισης ποιότητας (Λιαρόπουλος, 2007). Το 1980 το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) υιοθέτησε μια περιφερειακή στρατηγική θέτοντας 38 στόχους στα κράτη-μέλη για την προώθηση της υγείας στην Ευρώπη. Ειδικότερα, οι 31ος και 38ος στόχοι αναφέρονται στη διασφάλιση ποιότητας και συγκεκριμένα αναφέρουν (Π.Ο.Υ., 1980):

31ος: «Ως το 1990 όλα τα κράτη-μέλη θα πρέπει να έχουν εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς που να εξασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων στα πλαίσια των ιδιαίτερων συστημάτων τους.»

38ος: «Πριν από το 1990 όλα τα κράτη-μέλη θα πρέπει να έχουν θεσπίσει έναν επίσημο μηχανισμό συστηματικής αξιολόγησης της καταλληλότητας χρησιμοποίησης των τεχνολογιών στην υγεία, της αποτελεσματικότητας, ικανότητας και αποδοχής τους, καθώς και των ανταποκρίσεών τους στις εθνικές πολιτικές υγείας και τους οικονομικούς περιορισμούς, σύμφωνα με όσα προδιαγράφουν σε εθνικό επίπεδο οι πολιτικές υγείας και οι οικονομικοί περιορισμοί.»

2.5.2. Ορίζοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει αναδειχθεί ως υψηλή προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής (Κυριόπουλος και συν, 2003). Αυτό είχε ως συνέπεια την καθιέρωση ορισμών για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας με επίσημο τρόπο στα διαφορετικά κράτη στην Ευρώπη. Ο Πίνακας 2-3 παρουσιάζει μια σειρά επίσημων ορισμών για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίοι κατά μείζονα λόγο προέρχονται ως εξειδικεύσεις των γενικών ορισμών των προγενεστέρων παραγράφων του κεφαλαίου. Πρέπει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα μέχρι σήμερα δεν έχει καθιερωθεί ένας ανάλογος, επίσημος ορισμός για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Πέραν των γενικών ορισμών που έχουν παρατεθεί για την ποιότητα, η βιβλιογραφία παρουσιάζει μια σειρά σημαντικών ορισμών ειδικών για τις υπηρεσίες υγείας, κάποιον εκ των οποίων αναφέρονται ακολούθως.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση» (IOM, 1990; OECD, 2004b). Σύμφωνα με τον Donabedian (1988), η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνίσταται σε δύο διαστάσεις: την τεχνική ποιότητα (technical quality) και τη διαπροσωπική ποιότητα (interpersonal). Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής αυτών των στρατηγικών. Κατά συνέπεια, η επιτυχία της τεχνικής ποιότητας είναι ανάλογη με τη δυνατότητα να επιτευχθούν οι μέγιστες δυνατές βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας σύμφωνα με τις τεχνολογικές υποδομές και τη διαθέσιμη τεχνογνωσία. Υπό αυτήν την έννοια, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ανάλογη της αποτελεσματικότητάς τους αλλά και της ασφάλειας που τις χαρακτηρίζει. Η διαπροσωπική σχέση είναι το δεύτερο συστατικό της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και αποτελεί μια ζωτικής σημασίας παράμετρο. Μέσω της διαπροσωπικής σχέσης, ο ασθενής μεταφέρει πληροφορίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας (Donabedian, 1988). Τα χρόνια νοσήματα, δηλαδή νοσήματα φθοράς, αποκατάστασης αλλά και των θανατηφόρων ασθενειών, απαιτούν αυξημένη συνεργασία από το ίδιο το άτομο είτε για την πρόληψη είτε για τη νοσηλεία. Για την επίτευξη αυτής της συνεργασίας, είναι απαραίτητο να υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ του χρήστη των υπηρεσιών και του επαγγελματία υγείας καθώς και συμμετοχή, ως συνέπεια της κατάλληλης ενημέρωσης του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν (Donabedian, 1988).

Πίνακας 2-3 Επίσημοι ορισμοί της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας διαφορετικών κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Χώρα	Επίσημος ορισμός της Ποιότητας
Αυστρία	Στο Νόμο για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (BGBl Nr. 801/1993, §5b) ορίζεται η ποιότητα ως προς τις διαστάσεις: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Επιστημονική / τεχνική (επίπεδο της επιστημονικής γνώσης στην ιατρική, τη νοσηλευτική και την τεχνολογία). ▪ Διαπροσωπική (συμμόρφωση των ιατρικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων με τις αξίες, τα δικαιώματα καθώς και τις ανάγκες των ασθενών). ▪ Οικονομική (οι τεθέντες σκοποί επιτεύχθηκαν με αποδοτική χρήση των πόρων).
Βέλγιο	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των αναγκαίων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών /υπηρεσίας που το καθιστούν ικανό να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες (άτομο ή κοινότητα).
Γαλλία	Η ποιότητα ορίζεται ⁹ ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος /υπηρεσίας που το καθιστούν ικανό να ικανοποιεί εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες.
Γερμανία	Η ποιότητα και η αποδοτικότητα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων πρέπει να συναντούν το γενικό επίπεδο ιατρικής γνώσης και ανάπτυξης (SGB V §2 (1) sentence 3 + § 70 (1) + § 137 sentences 1 & 2).
Δανία	Ο ορισμός της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας στη Δανία εμπεριέχεται στην «Εθνική Στρατηγική για τη βελτίωση ποιότητας στον τομέα υγείας» (National Strategy for Quality Improvement in the Health Sector) που δημοσιεύθηκε από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health) το 1993. Η στρατηγική προβλέπει την Επιτροπή για τη Βελτίωση της Ποιότητας (Committee for Quality Improvement), που αντιπροσωπεύει το Υπουργείο Υγείας (Health Department), το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health), το Σύνδεσμο των περιφερειακών συμβουλίων (Association of County Councils), την Ένωση νοσοκομείων Κοπεγχάγης (Copenhagen Hospital Co – operation), τον Εθνικό Σύνδεσμο Τοπικών Αρχών (National Association of Local Authorities) και άλλες ιατρικές οργανώσεις και συνδέσμους καθώς και ερευνητικά κέντρα.
Ελβετία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας δομής, μιας διαδικασίας, ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που το/την καθιστούν κατάλληλο/η για την εκπλήρωση των παρόντων απαιτήσεων (Manual for Quality Management in Swiss Hospitals (Leitfaden zum Qualitätsmanagement im Schweizerischen Krankenhaus) VESKA Training Centre, Aarau)
Ιρλανδία¹⁰	Ο καθορισμός της πολιτικής που αφορά στη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ιρλανδία αποτελεί τμήμα των εργασιών του Υπουργείου Υγείας (Department of Health) και των οκτώ τοπικών Συμβουλίων Υγείας (Regional Health Boards) που έχουν την ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας.
Ισπανία	Η ποιότητα ορίζεται ως εγγύηση ότι όλες οι πλευρές της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου εκτελούνται επαρκώς, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των προσδοκιών του χρήστη και της επίτευξης υψηλού επιπέδου ικανοποίησής του.
Λουξεμβούργο	Δεν υπάρχει, προς το παρόν, επίσημος ορισμός της ποιότητας στο Λουξεμβούργο. Ωστόσο, ο Σύνδεσμος Νοσοκομείων (Hospital Association), στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών του νοσοκομείου που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν εκφρασμένες και συνεπαγόμενες ανάγκες των χρηστών και να επιτυγχάνουν ένα προσδιορισμένο όριο Αριστείας».
Μεγάλη Βρετανία	Η ποιότητα ορίζεται ως η αδιάλειπτη ολική διεργασία φροντίδας, η οποία αναπτύχθηκε με ασθενοκεντρική οπτική και παρέχει μετρήσιμα αποτελέσματα σύμφωνα με τις εφαρμόζομενες τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές.
Ολλανδία	Η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η φροντίδα ή η υπηρεσία με χαρακτηριστικά που ικανοποιούν ειδικές απαιτήσεις σύμφωνα με το τρέχον επίπεδο γνώσης και τους διαθέσιμους πόρους, καλύπτει τις προσδοκίες των ασθενών για οφέλη, μεγιστοποιώντας την ελαχιστοποίηση των κινδύνων υγείας και της ποιότητας της ζωής.
Πορτογαλία	Δεν υπάρχει επίσημος ορισμός της ποιότητας της φροντίδας αλλά χρησιμοποιείται ο ορισμός του Donabedian, π.χ. «η φροντίδα που παρέχει μέγιστη ευεξία και ικανοποίηση».
Σουηδία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων και συνεπαγόμενων αναγκών (ISO 8402:1994).
Φιλανδία	Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων και συνεπαγόμενων αναγκών (ISO 8402:1994).

⁹ Ο ορισμός είναι γενικός, αλλά εφαρμόζεται και στον τομέα των υπηρεσιών υγείας.

¹⁰ Δεν υπάρχει εθνικό ή τοπικό συμβούλιο με ειδική αρμοδιότητα για τον καθορισμό της ποιότητας.

Μια ακόμη διεθνώς αποδεκτή προσέγγιση για τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, εμπεριέχει έξι διαστάσεις χαρακτηριστικών της υπηρεσίας υγείας (Maxwell, 1984):

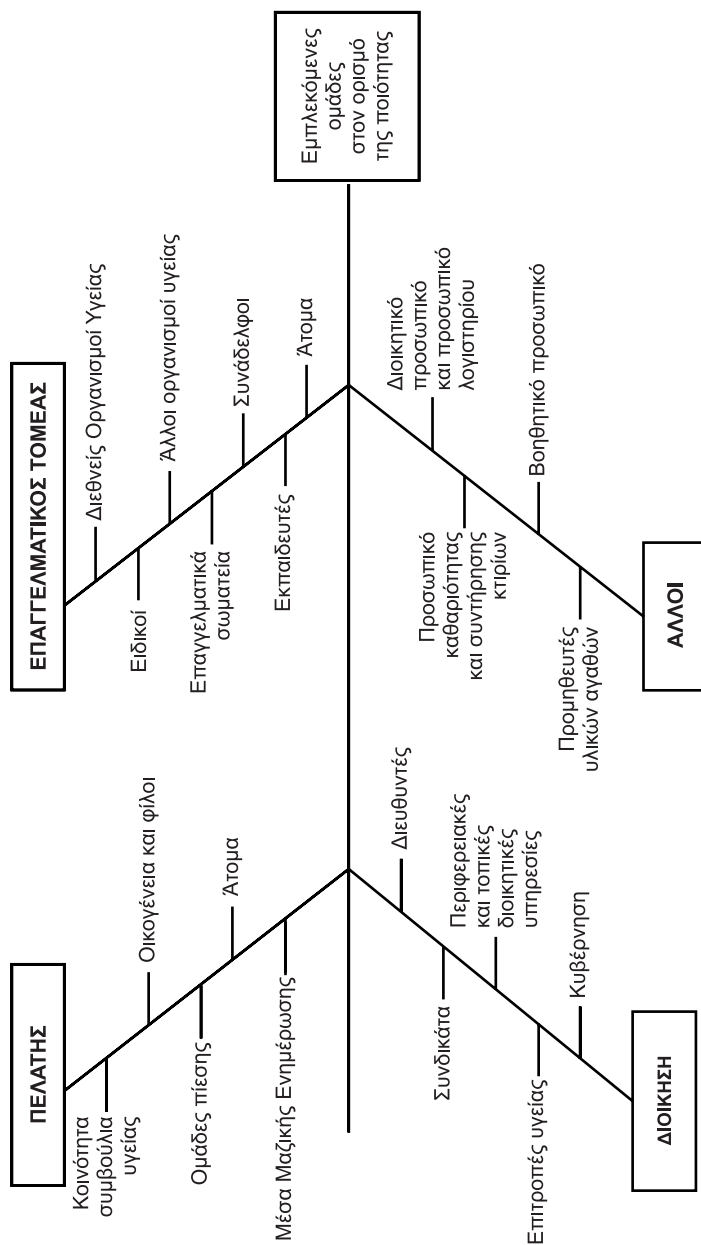
1. Πρόσβαση
2. Ισότητα
3. Συνάφεια με τις ανάγκες
4. Κοινωνική αποδοχή¹¹
5. Αποδοτικότητα
6. Αποτελεσματικότητα

Οι διαφορετικές διαστάσεις της φροντίδας υγείας ορίζονται με διαφορετικούς τρόπους από διαφορετικές ομάδες των εμπλεκόμενων μερών με τις υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, ενώ η τεχνική ποιότητα αφορά στο επιστημονικό προσωπικό, η πρόσβαση αφορά κυρίως στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Κατά συνέπεια, μια σφαιρική άποψη για την ποιότητα απαιτεί συνδυασμό όλων των διαστάσεων, μαζί με το κόστος (Maxwell, 1992). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφορά σε κάθε έναν που εμπλέκεται στη διαδικασία παραγωγής, παροχής και κατανάλωσης.

Το Σχήμα 2-8 παρέχει τις βασικές ομάδες που έχουν άμεση σχέση με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Wright & Writtington, 1992). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί να οριστεί με ενιαίο τρόπο από την πλευρά των τριών βασικών εμπλεκόμενων μερών (Σχήμα 2-8): 1. τον χρήστη (φυσικό ή νομικό πρόσωπο) των υπηρεσιών υγείας, 2. τον επαγγελματία υγείας (όλων των κατηγοριών και ειδικοτήτων) και 3. την ανώτατη διοίκηση (συλλογικά όργανα, ρυθμιστικοί οργανισμοί και παραγωγοί στρατηγικών αποφάσεων). Στο πλαίσιο της προαναφερθείσας προσέγγισης, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δύναται να ορισθεί ως ακολούθως (Κωσταγιόλας και συν., 2006):

- Ποιότητα από την πλευρά του χρήστη
Το σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας που παρέχει στον χρήστη τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη και προσδοκά τη δεδομένη χρονική στιγμή στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.
- Ποιότητα από την πλευρά του επαγγελματία υγείας
Η αντίληψη του επαγγελματία υγείας αναφορικά με τον βαθμό ικανοποίησης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας και αναφορικά με τον βαθμό που το προσωπικό συμμετέχει στην ανάπτυξη και εφαρμόζει ενδεδειγμένα τις διαδικασίες που θεωρούνται οι αναγκαίες για αυτό το σκοπό.

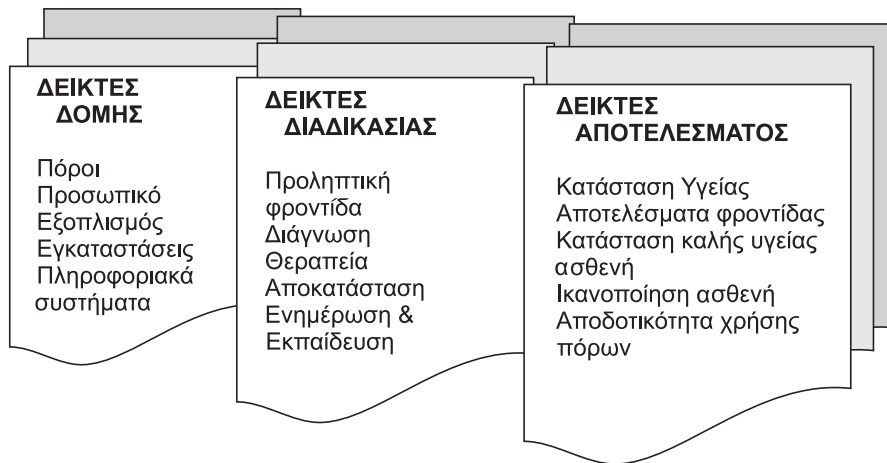
¹¹ Κάλυψη των προσδοκιών των χρηστών.



Σχήμα 2-8 Ποιους αφορά η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (πηγή: Wright & Writtington, 1992).

- Ποιότητα από την πλευρά της διοίκησης
Ο αποτελεσματικός και αποδοτικός τρόπος χρήσης των διαθέσιμων πόρων για την ικανοποίηση των πραγματικών (εκφρασμένων και συνεπαγόμενων) αναγκών του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, μέσα στα όρια που θέτουν ανώτερες ρυθμιστικές αρχές.

Μια ακόμα σημαντική ειδική προσέγγιση (Donabedian, 1988) για τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αφορά στην διάκριση του ορισμού της ποιότητας, όχι ως προς τις διαφορετικές ομάδες εμπλεκομένων, αλλά ως προς τρεις κύριες διαστάσεις (Σχήμα 2-9):



Σχήμα 2-9 Οι διαστάσεις της ποιότητας στο μοντέλο του Donabedian (πηγή: WHO, 1999).

- Ποιότητα Δομής
Χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένων των υλικών πόρων (όπως εγκαταστάσεις και ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός), των ανθρωπίνων πόρων (ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό κ.ά.) και του οργανισμού (όπως πτυχές της δομικής και λειτουργικής οργάνωσης, μέθοδοι αξιολόγησης, συστήματα αμοιβών και παροχών, συστήματα πληροφόρησης και επικοινωνίας κ.ά.).
- Ποιότητα Διαδικασίας
Τεκμηρίωση της παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας για το σύνολο των δραστηριοτήτων και διεργασιών στο νοσοκομείο.

- **Ποιότητα Αποτελέσματος**

Συνέπειες της παροχής των υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και συνολικά στον πληθυσμό συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας.

Η εφαρμογή ενός συστήματος διασφάλισης της ποιότητας περιλαμβάνει, αρχικά, τη φάση ελέγχου, κατά την οποία δημιουργούνται κριτήρια σύμφωνα με τα οποία θα μετρηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, στη συνέχεια ακολουθεί ο καθορισμός προτύπων, η αξιολόγηση και στο τέλος λαμβάνει χώρα η ανάπτυξη του συστήματος ποιότητας (Νιάκας, 1992). Η διαδικασία αναγνώρισης των αναγκών των χρηστών και του καθορισμού προτύπων απαιτεί την εμπλοκή όλων των εργαζομένων σε μια μονάδα υγείας (Giebing, 1992). Οι παραπάνω ειδικοί ορισμοί της ποιότητας επιχειρούν επιπροσθέτως τη διευθέτηση των συγκρούσεων μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών (Wright & Writtington, 1992) συνδυάζοντας και δημοσιοποιώντας τους επιμέρους κώδικες καθηκόντων (Code of Conduct) και αναπτύσσουν την αίσθηση αυτονομίας και υπευθυνότητας μεταξύ των επαγγελματιών, την επικοινωνία και τις ηθικές αμφίπλευρες υποχρεώσεις.

