ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Η Εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης σε Γενικό Νοσοκομείο της 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της

ΣΤΕΛΛΑΣ ΚΟΡΟΥΛΗ

Επιβλέποντες:

Κυριάκος Σουλιώτης
Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Βασιλική Καπάκη
Δρ. Πολιτικής Υγείας
Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Επιστ. Συνεργάτης Ινστιτούτου Πολιτικής Υγείας

Αθήνα, Νοέμβριος 2018

NATIONAL AND CAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL SCHOOL
POST GRADUATE STUDIES PROGRAM
“DESIGN AND MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES”

The Implemenation of Common Assessment Framework in General Hospital of 2nd Y.PE. of Peireus & Aegean

BACHELOR’S THESIS

Of

STELLA KOROULI

Supervisors:

Kyriakos Souliotis
Associate Professor of Health Policy, School of Social and Political Sciences, University of Peloponnese
Deputy Director, LSE Enterprise – Health Technologies Science Team

Vassiliki Kapaki
Dr of Health Policy
Postdoctoral Researcher of University of Peloponnese
Fellow Researcher of Health Policy Institute

Athens, November 2018

Αφιερώνεται στα παιδιά μου, Παναγιώτη και Χρυσούλα, με την ευχή και την προτροπή μου να επενδύουν πάντα στη ζωή τους στο ήθος και τη γνώση

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά

- *Τους επιβλέποντές μου, Αναπληρωτή Καθηγητή κύριο Κυριάκο Σουλιώτη και τη Δρ. Βασιλική Καπάκη για την αδιάκοπη ενθάρρυνση και καθοδήγηση,*

- *Την κυρία Αδαμαντία Εγγλεζοπούλου, Προϊσταμένη του Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» για τη συνεχή βοήθεια και το ειλικρινές ενδιαφέρον,*

- *Το προσωπικό του Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, καθώς και τη Διοίκηση στο Νοσοκομείο όπου εκπονήθηκε η εργασία, για την ευκαιρία να αποτελέσω μέλος της διεπιστημονικής ομάδας εκπόνησης της έρευνας και τη φιλική συνεργασία,*

- *Τον κύριο Πέτρο Γαλάνη, Επιστημονικό Συνεργάτη του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για την καθοδήγηση ως προς τη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας,*

- *Όλους τους Καθηγητές του μεταπτυχιακού, οι οποίοι μας μετέφεραν τις πλούσιες γνώσεις και εμπειρία τους, ο καθένας μέσα από το δικό του πεδίο δραστηριοποίησης, μας ενέπνευσαν και μας έκαναν να οραματιστούμε ένα καλύτερο αύριο,*

- *Τους Καθηγητές μου στη Φαρμακευτική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών κύριο Παναγιώτη Μαράκο και κυρία Νικολαΐδα Πουλή, για την πολύ ζεστή αγκαλιά τους όλα τα χρόνια &*

- *Την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους μου για την κατανόηση, την υπομονή και την αμέριστη συμπαράσταση*

Περίληψη

Θεωρητικό Υπόβαθρο:

Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) είναι ένα εύχρηστο και δωρεάν εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) για την αυτοαξιολόγηση των Δημόσιων Οργανισμών, με σκοπό να βελτιώσουν τη διοικητική τους ικανότητα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

Το ΚΠΑ αποτελεί μια ολιστική ανάλυση της οργανωτικής απόδοσης, προσεγγίζοντάς την από διαφορετικές οπτικές ταυτόχρονα.

Η εφαρμογή του ΚΠΑ στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη.

Σκοπός:

Σκοπός της εργασίας είναι η εφαρμογή του ΚΠΑ στο Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) Γενικού Νοσοκομείου της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου, ώστε να αξιολογηθεί η υφιστάμενη διοικητική λειτουργία και επιχειρησιακή του απόδοση.

Η σύνταξη της έκθεσης αξιολόγησης και ο καθορισμός βελτιωτικών δράσεων που θα προέκυπταν από τον προσδιορισμό των αδύνατων σημείων της διοίκησης και της οργάνωσης του επιλεγμένου τμήματος δεν αποτελεί μέρος της παρούσας εργασίας. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου θα καθορίσει τις δράσεις αυτές εσωτερικά.

Υλικό/ Μεθοδολογία:

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα που διεξήχθη την περίοδο από τον Μάιο έως τον Οκτώβριο 2018 στα ΤΕΙ του συγκεκριμένου Νοσοκομείου με βάση τον Οδηγό Εφαρμογής του ΚΠΑ και τη χρήση της αναθεωρημένης το έτος 2013 έκδοσης του ερωτηματολογίου του ΚΠΑ στα ελληνικά.

Αποτελέσματα:

Για κάθε κριτήριο του ΚΠΑ υπολογίστηκαν οι βαθμολογίες από την πλευρά του προσωπικού, των πολιτών και των κοινωνικών φορέων, αλλά και της Ομάδας Έργου βάσει της διαθέσιμης τεκμηρίωσης, εξάγοντας αποτελέσματα για το επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας του υπό αξιολόγηση τμήματος.

Συμπεράσματα:

Το ΚΠΑ αποτελεί μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση οργάνωσης και διοίκησης ενός Δημόσιου Οργανισμού. Η εφαρμογή του μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των υγειονομικών. Για να μπορέσουν οι Δημόσιες Οργανώσεις να μυηθούν στην κουλτούρα αριστείας και τις αρχές ΔΟΠ, χρειάζεται οργανωμένη, ολοκληρωμένη, συχεχιζόμενη και συνειδητή προσπάθεια της Ηγεσίας, αλλά και όλων των εργαζόμενων.

Λέξεις Κλειδιά: Αυτο-αξιολόγηση Δημόσιων Νοσοκομείων, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης

Abstract

Theoretical background:

The Common Assessment Framework (CAF) is a useful and given for granted Total Quality Management (TQM) tool for the self-assessment of Public Organizations aiming at improving their administrative capacity and services.

CAF constitutes a holistic analysis of the organizational performance, approaching it from different perspectives simultaneously.

CAF implementation in the health sector in Greece is limited.

Aim:

Aim of the study is the CAF implementation in the Outpatient Practices of a General Hospital of 2nd Y.PE. of Peireus & Aegean, in order for its administrative function and business performance be assessed.

The preparation of the assessment report and the definition of improvement actions that would arise from the identification of the weak points of the administration and the structure of the chosen department does not make part of the study. The Management of the Hospital will define these actions internally.

Material/ Methodology:

This is a quantitative study conducted the period from May to October 2018 in the Outpatient Practices of the specific Hospital based on the CAF Implementation Guide and the revised on year 2013 version of the CAF questionnaire in Greek.

Results:

For each CAF criterion the ratings from the side of the staff, the citizens and the social stakeholders, as well as the Project Team, based on the available documentation, were measured, exporting results for the level of competence and effectiveness of the evaluated Department.

Conclusions:

CAF constitutes an anthropocentric approach of the structure and management of a Public Organization. Its implementation can contribute to the improvement of the quality of public services, including the health ones. For the Public Organizations to be initiated into the culture of excellence and TQM principles, organized, integrated, continuous and conscious effort is needed from the Leadership, as well as all employees.

Keywords: Self-assessment of Public Hospitals, Common Assessment Framework

Συντομογραφίες στα Ελληνικά

ΔΔΥΕΠ	Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΚΕΚ	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΚΠΑ	Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΟΤΑ	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Υ.ΠΕ.	Υγειονομική Περιφέρεια

Συντομογραφίες στα Αγγλικά

CAF	Common Assessment Framework
EFQM	European Foundation Quality Management
EIPA	European Institute of Public Administration
EUPAN	European Public Administration Network
ISO	International Organization for Standartization
KPI	Key Performance Indicator
TQM	Total Quality Management
PDCA	Plan Do Check Act
PES	Public Employment Services

Ευρετήριο Κεφαλαίων

Α' Μέρος: Θεωρητικό Υπόβαθρο 7

1. Εισαγωγή 7

2. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Παροχή Υπηρεσιών Υγείας 13

2.1 Ορισμοί για την Ποιότητα 13

2.2 Ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας 15

2.3 Η έννοια της Ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα 16

2.4 Μεταβαλλόμενες έννοιες Ποιότητας στον Ιδιωτικό Τομέα- Ιστορική αναδρομή 18

2.4.1 Επιθεώρηση 19
2.4.2 Έλεγχος Ποιότητας και Στατιστική Θεωρία 19
2.4.3 Η Ποιότητα στην Ιαπωνία 20
2.4.4 Ολική Ποιότητα 21
2.4.5 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) 21
2.4.6 Βραβεία Ποιότητας και Πρότυπα Αριστείας 22
2.4.7 Επιχειρηματική Αριστεία 25

2.5 Προϋποθέσεις και συνθήκες για την εφαρμογή ΔΟΠ 27

2.6 Στρατηγικές ΔΟΠ 33

2.7 Ωφέλειες από τη ΔΟΠ 34

2.8 Εμπόδια στην εφαρμογή ΔΟΠ 35

2.9 Σύγκριση ΔΟΠ με πρότυπα ISO 9000 36

2.10 Μεταβαλλόμενες έννοιες ΔΟΠ στον Δημόσιο Τομέα- Ιστορική αναδρομή 39

2.11 Διαφορετικά παραδείγματα ΔΟΠ στη Δημόσια Διοίκηση 42

2.12 Δυσκολίες στην εφαρμογή ΔΟΠ σε Δημόσιους Οργανισμούς 47

2.13 Η Εφαρμογή ΔΟΠ στους Δημόσιους Οργανισμούς Υγείας 49

2.14 Δυσκολίες στην Εφαρμογή ΔΟΠ στους Οργανισμούς Υπηρεσιών Υγείας του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα 60

2.15 Εφαρμογή ΔΟΠ ειδικότερα σε Νοσοκομεία του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα 62

3. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Διοίκησης Ολικής Ποιότητας- European Foundation Quality of Management (EFQM) 66

3.1 Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία 66

3.2 Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award). 66

3.3 Το Πρότυπο του EFQM 67

3.4 Συστατικά μέρη Προτύπου EFQM 69

3.5 Η λογική RADAR του Προτύπου EFQM 74

3.6 Επίπεδα Αριστείας του Προτύπου EFQM 78

4. Κλινική Διακυβέρνηση 80

4.1 Εισαγωγή- Ιστορική Αναδρομή 80
4.2 Στοιχεία της Κλινικής Διακυβέρνησης 81
4.3 Σύγκριση των αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης και του Προτύπου EFQM 85
4.3.1 Οι Αρχές πίσω από την Κλινική Διακυβέρνηση και το Πρότυπο EFQM 85
4.3.2 Κριτήρια Ενεργοποιητές του Προτύπου EFQM.....86
4.4 Συζήτηση και συμπεράσματα σχετικά με τη σύγκριση των αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης και του Προτύπου EFQM 95

5. Η Εφαρμογή του προτύπου EFQM διεθνώς στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας.....97

6. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης.....105
6.1 Εισαγωγή.....105
6.2 Προέλευση και εξέλιξη του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης.....106
6.3 Σκοπός του Προτύπου ΚΠΑ 108
6.4 Δομή του Προτύπου ΚΠΑ 109
6.5 Αλληλένδετες λειτουργίες στα πλαίσια του Προτύπου ΚΠΑ 113
6.6 Κοινές Ευρωπαϊκές αξίες του Δημόσιου Τομέα 114
6.7 Η σπουδαιότητα της τεκμηρίωσης και των μετρήσεων για το ΚΠΑ 115
6.8 Κοινή διοικητική γλώσσα και γλωσσάριο του ΚΠΑ 115
6.9 Ο ρόλος του συστήματος αξιολόγησης στο ΚΠΑ.....116
6.10 Υποστήριξη στη χρήση του ΚΠΑ 116
6.11 Η διαδικασία εξωτερικής ανατροφοδότησης του ΚΠΑ 117
6.12 Πλεονεκτήματα του Προτύπου ΚΠΑ.....118

7. Η εφαρμογή του ΚΠΑ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....120
7.1 Η εφαρμογή του ΚΠΑ σε νοσηλευτική υπηρεσία ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής της Ελλάδας.....121
7.2 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Ελληνικού επαρχιακού Νοσοκομείου.....122
7.3 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ελληνικού επαρχιακού Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου 123
7.4 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στη Νοσηλευτική Διεύθυνση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης 123
7.5 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στη Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) 125

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....127

8. Σχεδιασμός παρούσας ερευνητικής εργασίας.....127
8.1 Στόχοι και αντικειμενικοί σκοποί της έρευνας.....127
8.2 Σχεδιασμός έρευνας 127

8.3 Μεθοδολογία 130

8.4 Διαχείριση δεδομένων και στατιστική ανάλυση 131

9. Αποτελέσματα Έρευνας 132

9.1 Συμμετοχή στη Διαδικασία Αξιολόγησης του Προσωπικού του Νοσοκομείου όπου εκπονήθηκε η έρευνα 132

9.2 Διανομή και αριθμός ερωτηματολογίων 132

9.3 Βαθμολογία ανά κριτήριο 133

9.3.1 Κριτήριο Προϋποθέσεων 1: Ηγεσία 134

9.3.2 Κριτήριο Προϋποθέσεων 2: Στρατηγική και Προγραμματισμός 139

9.3.3 Κριτήριο Προϋποθέσεων 3: Ανθρώπινο Δυναμικό 143

9.3.5 Κριτήριο Προϋποθέσεων 5: Διαδικασίες 152

9.3.6 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 6: Αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/ασθενή/λήπτη υπηρεσιών υγείας 155

9.3.7 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 7: Αποτελέσματα για το Ανθρώπινο Δυναμικό 157

Υποκριτήριο 7.1 157

9.3.8 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 8: Αποτελέσματα σχετικά με την Κοινωνία 161

9.3.9 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 9: Κύρια Αποτελέσματα 162

Μέση βαθμολογία των κριτηρίων και υποκριτηρίων 164

10. Συζήτηση- Συμπεράσματα 173

10.1 Σχολιασμός αποτελεσμάτων 173

10.2 Δυσκολίες κατά την εφαρμογή του ΚΠΑ στο Νοσοκομείο εκπόνησης της έρευνας 174

10.2 Περιορισμοί της έρευνας 177

10.4 Συνεισφορά της μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα 178

10.5 Συμπεράσματα 180

11. Βιβλιογραφία 182

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 198

1. Ερωτηματολόγιο για το προσωπικό των ΤΕΙ 198

2. Ερωτηματολόγιο για τους Πολίτες 218

3. Ερωτηματολόγιο για τους Κοινωνικούς Φορείς 219

Ευρετήριο Εικόνων

Εικόνα 1: Ο Κύκλος Βελτίωσης Deming (Plan- Do- Check- Act, PDCA) 14
Εικόνα 2: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) 27
Εικόνα 3: Συστατικά Στοιχεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) 29
Εικόνα 4: Τα Κριτήρια του Προτύπου EFQM.....72
Εικόνα 5: Κριτήρια Αποτελεσμάτων του Προτύπου EFQM (Βασικές Ομάδες Εταίρων) 74
Εικόνα 6: Η Λογική RADAR (Results- Approaches- Deploy-Assess & Refine) του Προτύπου EFQM 76
Εικόνα 7: Αξιολόγηση των Κριτηρίων «Ενεργοποιητών» του Προτύπου EFQM 77
Εικόνα 8: Αξιολόγηση των Κριτηρίων Αποτελεσμάτων του Προτύπου EFQM.....78
Εικόνα 9: Στοιχεία Κλινικής Διακυβέρνησης.....81
Εικόνα 10: Το Μοντέλο του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ).....111
Εικόνα 11: Γραφική παράσταση βαθμολογιών των κριτηρίων του ΚΠΑ 171
Εικόνα 12: Μέση Βαθμολογία όλων των κριτηρίων του ΚΠΑ συγκριτικά με τη μέση τιμή των Κριτηρίων- Προϋποθέσεων και των Κριτηρίων- Αποτελεσμάτων 172
Εικόνα 13: Ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων ανά Κριτήριο ΚΠΑ 172

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Η Εξέλιξη των Εννοιών Ποιότητας στον Ιδιωτικό Τομέα 26
Πίνακας 2: Διαφορετικά Παραδείγματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στη Δημόσια Διοίκηση.....42
Πίνακας 3: Σύγκριση Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) με Παραδοσιακές Προσεγγίσεις Διοίκησης.....50
Πίνακας 4: Η Εξέλιξη του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ) 108
Πίνακας 5: Τα Κριτήρια του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ).....112
Πίνακας 6: Σύνθεση Ομάδας Έργου του Νοσοκομείου εκπόνησης της έρευνας.....132
Πίνακας 7: Ερωτηματολόγια που ελήφθησαν συμπληρωμένα κατά την εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στο Νοσοκομείο εκπόνησης της έρευνας.....133
Πίνακας 8: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.1 135
Πίνακας 9: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....135
Πίνακας 10: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.2 136
Πίνακας 11: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.2 και Σχετική Τεκμηρίωση.....136
Πίνακας 12: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.3 137
Πίνακας 13: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.3 και Σχετική Τεκμηρίωση.....137
Πίνακας 14: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.4 138
Πίνακας 15: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.2 και Σχετική Τεκμηρίωση.....138
Πίνακας 16: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.1 139
Πίνακας 17: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....139

Πίνακας 18: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.2 140
Πίνακας 19: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.2 και Σχετική Τεκμηρίωση.....140
Πίνακας 20: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.3 141
Πίνακας 21: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.3 και Σχετική Τεκμηρίωση.....141
Πίνακας 22: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.4 142
Πίνακας 23: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.4 και Σχετική Τεκμηρίωση.....142
Πίνακας 24: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 3.1 143
Πίνακας 25: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 3.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....143
Πίνακας 26: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 3.2 144
Πίνακας 27: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 3.2 και Σχετική Τεκμηρίωση.....144
Πίνακας 28: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 3.3 145
Πίνακας 29: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 3.3 και Σχετική Τεκμηρίωση.....145
Πίνακας 30: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.1 146
Πίνακας 31: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....146
Πίνακας 32: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.2 147
Πίνακας 33: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.2 και Σχετική Τεκμηρίωση.....147
Πίνακας 34: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.3 148
Πίνακας 35: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.3 και Σχετική Τεκμηρίωση.....148
Πίνακας 36: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.4 149
Πίνακας 37: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.4 και Σχετική Τεκμηρίωση.....149
Πίνακας 38: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.5 150
Πίνακας 39: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.5 και Σχετική Τεκμηρίωση.....150
Πίνακας 40: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.6 151
Πίνακας 41: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.6 και Σχετική Τεκμηρίωση.....152
Πίνακας 42: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 5.1 153
Πίνακας 43: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 5.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....153
Πίνακας 44: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 5.2 154
Πίνακας 45: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 5.2 και Σχετική Τεκμηρίωση.....154
Πίνακας 46: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 5.3 155
Πίνακας 47: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 5.3 και Σχετική Τεκμηρίωση.....155
Πίνακας 48: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 6.1 156
Πίνακας 49: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 6.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....156
Πίνακας 50: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 6.2 157
Πίνακας 51: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 6.2 και Σχετική Τεκμηρίωση.....157
Πίνακας 52: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 7.1 158
Πίνακας 53: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 7.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....158

Πίνακας 54: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 7.2 160
Πίνακας 55: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 7.2 και Σχετική Τεκμηρίωση 160
Πίνακας 56: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 8.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....161
Πίνακας 57: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 8.2 και Σχετική Τεκμηρίωση 162
Πίνακας 58: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 9.1 162
Πίνακας 59: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 9.1 και Σχετική Τεκμηρίωση.....162
Πίνακας 60: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 9.2 163
Πίνακας 61: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 9.2 και Σχετική Τεκμηρίωση 164
Πίνακας 62: Βαθμολογία των 9 Κριτηρίων και των 28 Υποκριτηρίων του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ) Σχετικά με τη Διοικητική Απόδοση των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) του Νοσοκομείου εκπόνησης της εργασίας.....164
Πίνακας 63: Ποσοστά απαντήσεων που ελήφθησαν σε κάθε βαθμολογική κατηγορία για κάθε υποερώτημα όλων των υποκριτηρίων.....166

Α' Μέρος: Θεωρητικό Υπόβαθρο

1. Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν την ταχύτερα αναπτυσσόμενη κατηγορία υπηρεσιών τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και τις υπό ανάπτυξη χώρες επηρεάζοντας παράλληλα την ευζωία των ανθρώπων (Dehnavieh *et al.*, 2012) και για τον λόγο αυτό λαμβάνουν μεγάλη προσοχή παγκοσμίως (Lee and Roberts, 2012).

Τις τελευταίες δεκαετίες οι περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν το αυξανόμενο κόστος των συστημάτων υγείας, φαινόμενο το οποίο είναι στενά συνδεδεμένο με τους παρακάτω παράγοντες (Μυλωνά *et al.*, 2016):

- δημογραφικούς (μετατόπιση της ηλικιακής πυραμίδας προς τα πάνω και γενική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης),
- επιδημιολογικούς (αύξηση των χρόνιων και εκφυλιστικών παθήσεων),
- κοινωνικοοικονομικούς (ανάπτυξη και διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, εξελίξεις στη διαγνωστική και θεραπευτική, αυξητική τάση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας) &
- τον όγκο και την αξία των υπηρεσιών υγείας.

Υπό το πρίσμα αυτό η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ένας από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες στο πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής τους και πώς οι προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αλλάζουν, αλλά και γιατί ενδυναμώνονται ο ρόλος των τελευταίων και το δικαίωμά τους στη διαφάνεια των διαδικασιών και στην επιλογή φροντίδας, παρόχου υγείας και στη διαφάνεια των διαδικασιών.

Καθώς η ποιότητα της φροντίδας αποτελεί πρώτη προτεραιότητα, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας καταβάλλουν συνεχώς προσπάθεια για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και την αύξηση της επιχειρηματικής τους απόδοσης, βάζοντας στο επίκεντρο των δραστηριοτήτων και στο κέντρο λήψης των αποφάσεων τους ενδυναμωμένους ασθενείς.

Ο στόχος των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας είναι να επιτύχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ποιότητας στη φροντίδα με τους διαθέσιμους ή ακόμα και με περιορισμένους πόρους, όπως ιατρικό εξοπλισμό, ανθρώπινο δυναμικό και οικονομικούς πόρους (μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας) (Moeller, 2001) (Nabitz, Klazinga and Walburg, 2000).

Στις μέρες μας, οι πολίτες- χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν πρόσβαση σε ευρύ φάσμα προϊόντων και υπηρεσιών που παρέχονται με συνέπεια από οργανισμούς υγείας του Ιδιωτικού Τομέα και αναμένουν παρόμοιο επίπεδο υπηρεσιών από Δημόσιους Οργανισμούς.

Σε όλο τον κόσμο ο τομέας της Δημόσιας Διοίκησης, συμπεριλαμβανομένης της Δημόσιας Υγείας, αντιμετωπίζει πολλαπλές πιέσεις για καινοτομία, βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, αλλά και μείωση των απαιτήσεων στους φορολογούμενους, με παράλληλη διατήρηση του όγκου και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν στο κοινό (Brignall and Modell, 2000).

Οι κυβερνήσεις χρειάζεται για αυτόν τον λόγο να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και απαιτήσεις της κοινωνίας και να ανασυγκροτούν τους Δημόσιους Οργανισμούς με σκοπό να παρέχουν καλύτερες, γρηγορότερες και περισσότερες υπηρεσίες. Η ποιότητα, η ποσότητα και η ταχύτητα δεν αποτελούν, ωστόσο τις μόνες νέες δεξιότητες που απαιτούν οι κοινωνίες από τις κυβερνήσεις τους. Οι κυβερνήσεις χρειάζεται να ανταποκριθούν στον ίδιο βαθμό στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις με το να παρέχουν νέες λύσεις (OECD, 2008) (OECD, 2000) και με την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης προς αυτές.

Λόγω όλων αυτών των προκλήσεων και αλλαγών, ο Δημόσιος Τομέας συνολικά αποτελεί αντικείμενο μεγάλων μεταρρυθμίσεων (Pollitt and Buckaert, 2004). Στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως δεν υπάρχει ομοιογένεια στις Διοικήσεις των διαφόρων Δημόσιων Οργανισμών, δεν υπάρχει ομοιογένεια ούτε στις διαδικασίες αναδιαμόρφωσής τους. Ωστόσο, όλες αυτές οι προσπάθειες χαρακτηρίζονται από κάτι κοινό, το οποίο είναι η εισαγωγή νέων αρχών και πρακτικών που υπαγορεύει η Νέα Δημόσια Διοίκηση. Υπό το πρίσμα αυτό υπάρχει αυξανόμενη εστίαση στην αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, διαφάνεια, λογοδοσία, ενημέρωση για την παροχή της δημόσιας υπηρεσίας και τον ρόλο των πολιτών/ πελατών.

Προς την κατεύθυνση αυτή, με το πρόγραμμά της Europe 2020, η Ευρώπη έχει διαμορφώσει τη στρατηγική της για τα επόμενα χρόνια, ώστε να στρέψει την οικονομία της προς έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Απασχόλησης (Public Employment Services, PES) παίζουν κεντρικό ρόλο στην αλλαγή αυτή με την υποστήριξη υψηλών επιπέδων απασχόλησης, παραγωγικότητας και κοινωνικής συνοχής. Επομένως, η οργανωτική ανάπτυξη, η συνεχής βελτίωση, η μάθηση και η καινοτομία χρειάζεται να είναι στις πρώτες προτεραιότητες όλων των οργανισμών PES, ώστε να μπορέσουν να γίνουν οργανισμοί υψηλής απόδοσης και αρκετά ώριμοι να αντιμετωπίσουν τις σύγχρονες προκλήσεις και απαιτήσεις.

Η καινοτομία και η συνεχής βελτίωση θα πρέπει να καταλήγουν είτε σε βελτιώσεις στην παροχή προϊόντων και υπηρεσιών είτε σε βελτιώσεις των πολιτικών και του κρατικού μηχανισμού και είναι δυνατό να καθοδηγούνται από διαφορετικές πηγές, όπως διάφορες πολιτικές, τον ίδιο τον οργανισμό, διάφορους επαγγελματίες και, ακόμα, τους χρήστες. Η

κύρια πρόκληση είναι ότι οι οργανισμοί πρέπει να είναι ανοιχτοί και να ανταποκρίνονται σε όλα αυτά τα ερεθίσματα.

Το πώς οι οργανισμοί PES μαθαίνουν, μεταξύ των άλλων, από διάφορους δείκτες, έρευνες, συγκριτικές αξιολογήσεις και τη γνώμη του προσωπικού, αλλά και το πώς χρησιμοποιούν όλη αυτή την πληροφόρηση για την οργανωτική τους ανάπτυξη έχει υπάρξει αντικείμενο έρευνας από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία έρευνα έχει καταλήξει στα ακόλουθα βασικά σημεία (European *et al.*, 2013):

1. Αρκετοί πλέον οργανισμοί PES έχουν προχωρήσει από την μέτρηση της απόδοσης στη διοίκηση της απόδοσης και σε μία ώριμη χρήση των πληροφοριών απόδοσης, οι οποίες δε χρησιμοποιούνται πια για λόγους ελέγχου και λογοδοσίας, αλλά για σκοπούς μάθησης και διοίκησης,
2. Πέρα από την προσοχή που δίνεται στη συμμετοχή του «εξωτερικού κόσμου», όπως οι εξωτερικοί εταίροι και οι πελάτες, το προσωπικό των οργανισμών PES παίζει επίσης σημαντικό ρόλο, η γνώμη του οποίου λαμβάνεται τακτικά υπόψη. Ακόμα, οι υπάλληλοι αυτοί συμμετέχουν και σε κάποιες περιπτώσεις εκπαιδεύονται για να μπορούν να βρίσκουν καινοτόμες λύσεις,
3. Η μεγάλη μελλοντική πρόκληση για τους οργανισμούς PES είναι ότι πρέπει να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στο ευρύτερο πλαίσιο της αγοράς εργασίας, καθώς η απόδοση δεν σταματά στα οργανωτικά όρια και η καινοτομία και οι βελτιώσεις χρειάζεται να αναπτύσσονται προς διαφορετικές κατευθύνσεις και να γίνονται γνωστές σε όλο το δίκτυο της αγοράς εργασίας &
4. Τέλος, χρειάζεται να δίνεται συνεχής προσοχή στην ηγεσία αναφορικά με την οργανωτική ανάπτυξη και πιο συγκεκριμένα στην ηγεσία που ενεργοποιεί μια κουλτούρα καινοτομίας στους οργανισμούς PES.

Στη χώρα μας, στο πλαίσιο της εφαρμογής Συστήματος Διοίκησης με Στόχους (στοχοθεσία), σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4369/2016, από το Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης (τέως Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης) συστήνεται ισχυρά, χωρίς να είναι υποχρεωτική, η χρήση του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ), ως εύχρηστου και χαμηλού κόστους εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) για την αυτο-αξιολόγηση των Δημόσιων Οργανώσεων με σκοπό να βελτιώσουν τη διοικητική τους ικανότητα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους πολίτες. Το ΚΠΑ εισήχθη από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Δημόσιας Διοίκησης (European Public Administration Network-EUPAN) (*European Institute of Public Administration, CAF Self-Assessment e-Tool*, no date), ως μέσο διαχείρισης της ποιότητας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, σχεδιάστηκε ειδικά για τον Δημόσιο Τομέα

και αναπτύχθηκε από τον ίδιο τον Δημόσιο Τομέα (*Ministry of the Interior and Administrative Reconstruction, Quality and Efficiency*, no date).

Συγκεκριμένα, ανάλογα με την αποστολή της κάθε Υπηρεσίας, στο πλαίσιο της θεσμικής υποχρέωσης για στοχοθεσία και βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, πρέπει να υλοποιηθούν δράσεις για την απλούστευση των διαδικασιών και την καταπολέμηση της γραφειοκρατίας και της κακοδιαχείρισης, όπως η εφαρμογή νέων τεχνολογιών και συστημάτων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, η εφαρμογή του ΚΠΑ κ.α.

Αναφορικά με τη χρήση του ΚΠΑ στο χώρο της υγείας, υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές για την εφαρμογή του σε ευρωπαϊκές χώρες σε μονάδες οξείας νοσηλείας (Powell, 2013), Υγειονομικούς Φορείς και Φορείς Κοινωνικής Φροντίδας (Waring *et al.*, 2014).

Στην ελληνική βιβλιογραφία, όπως παρουσιάζεται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια στη συνέχεια της εργασίας, αναφέρεται η εφαρμογή του ΚΠΑ για την αξιολόγηση της διοικητικής λειτουργίας και απόδοσης α) της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής (Ευκαρπίδης, 2016), β) της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) άλλου επαρχιακού Νοσοκομείου με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας υγείας (Τρικάλων, 2016), γ) των ΤΕΙ (*Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης*, no date) και δ) της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης (Κώτσιος, 2015) δύο άλλων επαρχιακών Νοσοκομείων, καθώς και ε) της Διεύθυνσης Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) (Βανδήρας, 2010).

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η εφαρμογή του ΚΠΑ στο Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) Γενικού Νοσοκομείου της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου, ώστε να αξιολογηθεί η υφιστάμενη διοικητική λειτουργία και επιχειρησιακή του απόδοση.

Για λόγους εμπιστευτικότητας η ταυτότητα του συγκεκριμένου Γενικού Νοσοκομείου παραμένει προστατευμένη

Η σύνταξη της έκθεσης αξιολόγησης και ο καθορισμός βελτιωτικών δράσεων που θα προέκυπταν από τον προσδιορισμό των αδύνατων σημείων της διοίκησης και της οργάνωσης του επιλεγμένου τμήματος του Νοσοκομείου δεν αποτελεί μέρος της παρούσας εργασίας. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου θα καθορίσει τις δράσεις αυτές εσωτερικά.

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην καλύτερη παρακολούθηση και κατανόηση των δυσκολιών που σχετίζονται με την εφαρμογή του ΚΠΑ σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο, υπερθεματίζοντας επί των βασικών προϋποθέσεων που πρέπει να ισχύουν αδιάλειπτα στο εσωτερικό ενός Οργανισμού για την επιτυχημένη εφαρμογή.

Ως προς την οργάνωση του κειμένου, για τη διευκόλυνση του αναγνώστη, τα ακόλουθα κεφάλαια της εργασίας περιλαμβάνουν συνοπτικά τα ακόλουθα:

- Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται γενικές θεωρητικές γνώσεις σχετικά με τη ΔΟΠ. Ξεκινώντας από τους ορισμούς της ποιότητας και μια ιστορική αναδρομή των μεταβαλλόμενων εννοιών ΔΟΠ και Επιχειρηματικής Αριστείας στον Ιδιωτικό Τομέα, το κεφάλαιο περιγράφει τις βασικές προϋποθέσεις για την εφαρμογή ΔΟΠ, τις στρατηγικές ΔΟΠ, τις ωφέλειες από την εφαρμογή, αλλά και τις δυσκολίες στην εφαρμογή της. Ειδική μνεία γίνεται στη σύγκριση ΔΟΠ με πρότυπα ISO, τα οποία απαντώνται συχνά στον χώρο της υγείας, με σκοπό να αποκτήσει ο αναγνώστης μια καλή εικόνα των ομοιοτήτων και διαφορών των δύο αυτών διαφορετικών προσεγγίσεων ποιότητας. Ακόμα δίνεται έμφαση στην εφαρμογή ΔΟΠ στον Δημόσιο Τομέα. Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή των μεταβαλλόμενων εννοιών ΔΟΠ στο Δημόσιο Τομέα και παρουσιάζονται διαφορετικά παραδείγματα ΔΟΠ που έχουν σήμερα εφαρμογή στη Δημόσια Διοίκηση, όπως και οι δυσκολίες της εφαρμογής ΔΟΠ στους Δημόσιους Οργανισμούς. Το κεφάλαιο εστιάζει στη συνέχεια στην εφαρμογή ΔΟΠ σε Δημόσιους Οργανισμούς Υγείας, στις δυσκολίες στην εφαρμογή ΔΟΠ σε Οργανισμούς Υγείας τόσο Δημόσιους όσο και Ιδιωτικούς και ολοκληρώνεται με την εφαρμογή της ΔΟΠ ειδικά σε Νοσοκομεία, Δημόσια και Ιδιωτικά.
- Στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζονται οι πτυχές του προτύπου της Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM, το οποίο αποτελεί το πλέον διαδεδομένο πρότυπο επιχειρηματικής αριστείας στην Ευρώπη, εν χρήσει από πολλούς οργανισμούς υπηρεσιών υγείας τόσο του Ιδιωτικού όσο και του Δημόσιου Τομέα.
- Στο Κεφάλαιο 4 περιγράφεται η ιστορική διαδρομή της Κλινικής Διακυβέρνησης, η οποία έχει ειδική εφαρμογή για τους οργανισμούς των Εθνικών Συστημάτων Υγείας ως ένα πλαίσιο μέσω του οποίου μπορεί να διασφαλιστεί συνεχής βελτίωση ποιότητας υπηρεσιών, προάσπιση υψηλών προτύπων φροντίδας και περιβάλλον αριστείας στην κλινική φροντίδα. Έπειτα από τον ορισμό και την ιστορική διαδρομή της Κλινικής Διακυβέρνησης πραγματοποιείται σύγκριση των επιμέρους στοιχείων της με τα στοιχεία του προτύπου EFQM.
- Στο Κεφάλαιο 5 παρατίθεται βιβλιογραφικές πληροφορίες από την εφαρμογή του προτύπου EFQM σε διεθνές επίπεδο.
- Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζεται το ΚΠΑ, το οποίο είναι εμπνευσμένο από το πρότυπο EFQM, βασίζεται στις αρχές και τη φιλοσοφία της ΔΟΠ και, γενικότερα, του Δημόσιου Management και, όπως προαναφέρθηκε, σχεδιάστηκε ειδικά για τον Δημόσιο Τομέα και αναπτύχθηκε από τον ίδιο τον Δημόσιο Τομέα.
- Το Κεφάλαιο 7 παραθέτει βιβλιογραφικές πληροφορίες από την εφαρμογή του ΚΠΑ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

- Στο Κεφάλαιο 8 παρουσιάζονται ο σκοπός της παρούσας μελέτης, ο σχεδιαμός και η μεθοδολογία της.
- Στο Κεφάλαιο 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εφαρμογής του ΚΠΑ στα ΤΕΙ του Νοσοκομείου εκπόνησης της εργασίας.
- Στο Κεφάλαιο 10 γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων και των περιορισμών της έρευνας, με εστίαση στις δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διάρκειά της, στην ερευνητική συνεισφορά και τα συμπεράσματά της.

2. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

2.1 Ορισμοί για την Ποιότητα

Η ποιότητα είναι μια έννοια δύσκολη στην απόδοση, γιατί έχει διαφορετικές σημασίες για διαφορετικούς ανθρώπους.

Για παράδειγμα, η αντιληπτή ποιότητα ορίζεται ως η κρίση των καταναλωτών για τη συνολική αριστεία ή ανωτερότητα ή αξία μιας οντότητας (Rowley and Aldridge, 1998) (Zeithaml, 1988).

Η αντιληπτή ποιότητα είναι μια μορφή στάσης που σχετίζεται, αν και δεν είναι η ίδια, με την ικανοποίηση και προκύπτει από μία σύγκριση των προσδοκιών με τις αντιλήψεις για την απόδοση. Είναι διαφορετική από την αντικειμενική ποιότητα, που περιλαμβάνει αντικειμενικά χαρακτηριστικά μιας οντότητας (Rowley and Aldridge, 1998).

Οι ορισμοί που υπάρχουν για την ποιότητα έχουν κατηγοριοποιηθεί ως εξής (Reeves and Bednar, 1994):

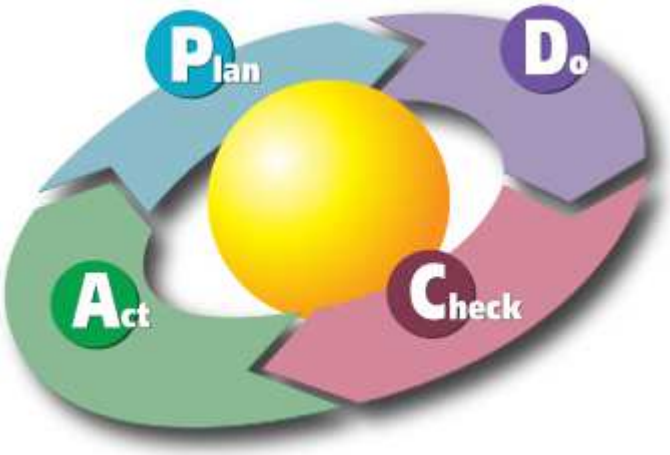
1. Η ποιότητα ως αριστεία,
2. Η ποιότητα ως αξία,
3. Η ποιότητα ως συμμόρφωση με τις προδιαγραφές &
4. Η ποιότητα ως ικανοποίηση και/ ή υπερκάλυψη των προσδοκιών των πελατών

Η ποιότητα ως αριστεία και ως ικανοποίηση και/ ή υπερκάλυψη των προσδοκιών των πελατών είναι περισσότερο υποκειμενικές έννοιες, είναι δυσκολότερο να μετρηθούν, να γίνει η διαχείρισή τους και να τεθούν σε εφαρμογή, ιδιαιτέρως σε οργανισμούς υπηρεσιών. Η ποιότητα ως αξία (για χρήματα) και ως συμμόρφωση με τις προδιαγραφές είναι πιο αντικειμενικές έννοιες, είναι ευκολότερες στη διαχείριση και προσφορότερες για μετρήσιμα/ συγκρίσιμα προϊόντα ή υπηρεσίες.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (ISO), η «Ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους» (*International Organization for Standardization*, no date). Έχουν αναπτυχθεί περισσότερα από 14000 διεθνή πρότυπα ISO και μεταξύ των οποίων η σειρά προτύπων ISO 9000, η οποία περιλαμβάνει πρότυπα που αφορούν στην δημιουργία, ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων ποιότητας για οργανισμούς

κάθε τύπου. Το πρότυπο ISO 9001:2008 είναι έντονα εστιασμένο στο στόχο της συνεχούς βελτίωσης και συνολικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας ενός οργανισμού, έτσι ώστε να υπηρετούνται οι ανάγκες και οι προσδοκίες των ενδιαφερόμενων μερών με τον καλύτερο τρόπο. Το πρότυπο αυτό βασίζεται στη συνεχή εφαρμογή ενός κύκλου βελτίωσης (Κύκλος του Deming), που αποτελείται από τέσσερα διακριτά στάδια, τον Προγραμματισμό-Plan, την Εκτέλεση-Do, τον Έλεγχο-Check και την Ανάδραση-Act, PDCA (**Εικόνα 1):**

Εικόνα 1: Ο Κύκλος Βελτίωσης Deming (Plan- Do- Check- Act, PDCA)



Πηγή (*Wikipedia- PDCA*, no date)

Σχετικά με την ποιότητα στις Δημόσιες Υπηρεσίες, αυτή ορίζεται ως η ικανοποίηση των αναγκών εκείνων που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για την υπηρεσία, εντός των απαιτήσεων του υψηλότερου επιπέδου, με τους υπάρχοντες πόρους και στο χαμηλότερο κόστος (Øvretveit, 2007).

Ο ορισμός αυτός δεν είναι αρκετός για να δώσει μία λεπτομερή κατανόηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας στις Δημόσιες Υπηρεσίες.

Ο ΟΟΣΑ έχει επιχειρήσει να συνοψίσει τα στοιχεία της ποιότητας στα πλαίσια ης παροχής Δημόσιων Υπηρεσιών, όπως έγκαιρη παροχή υπηρεσιών, προσβασιμότητα, καταλληλότητα, ακρίβεια, ισότητα, νομιμότητα, τα οποία εκφράζουν αξίες κατά τη συνδιαλλαγή ως μέρος της σχέσης μεταξύ του παρόχου και του πελάτη. Οι αξίες αυτές διαφέρουν από χώρα σε χώρα σε συνάρτηση με τα αντίστοιχα πολιτιστικά και πολιτικά υπόβαθρα (Shand, 1996).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, δεν υπάρχει ένας παγκόσμιος ορισμός για την ποιότητα και διαφορετικοί ορισμοί είναι κατάλληλοι κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Διαφαίνεται ακόμα πως η έννοια της ποιότητας μπορεί να ερμηνευτεί με δύο διαφορετικούς τρόπους, τόσο από την πλευρά του καταναλωτή/ πελάτη όσο και από την πλευρά του παραγωγού/ παρόχου. Μέσα από την πρώτη οπτική η ποιότητα προσδιορίζεται από το βαθμό που το προϊόν ή η υπηρεσία ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του, ενώ από τη δεύτερη οπτική,

καθορίζεται από την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφωθεί με τις προδιαγραφές που έχουν επιλεχθεί αρχικά από τον παραγωγό/ πάροχο. Σε κάθε περίπτωση η σπουδαιότητα της ποιότητας είναι εξίσου σημαντική τόσο για τον πελάτη όσο και για τον οργανισμό.

Στο πέρασμα του χρόνου η ποιότητα έχει εξελιχθεί από την παραδοσιακή εσωτερική οπτική σε μία οπτική που είναι περισσότερο πελατο-κεντρική στοχεύοντας στην ικανοποίηση ή υπερκάλυψη των προσδοκιών του πελάτη. Η υιοθέτηση αυτής της οπτικής της ποιότητας δεν ακυρώνει την ανάγκη να συνεχίζεται η παροχή προϊόντων και υπηρεσιών με αξιοπιστία ή σύμφωνα με τις προδιαγραφές. Υπονοεί, ωστόσο, ότι τα προϊόντα χρειάζεται να προσφέρουν στους πελάτες προστιθέμενη αξία (Williams, Griffin and Attaway, 2001).

2.2 Ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας

Η υπηρεσία είναι μια διαδικασία αποτελούμενη από μια σειρά περισσότερων ή λιγότερων άυλων ενεργειών, οι οποίες συνήθως λαμβάνουν χώρα κατά την αλληλεπίδραση μεταξύ πελάτη και εκπροσώπου της επιχείρησης και των φυσικών πηγών ή αγαθών ή συστημάτων του παρόχου της υπηρεσίας (Grönroos, 2000). Εξαιτίας της άυλης αυτής υπόστασής τους, οι υπηρεσίες δε μπορούν να σχεδιαστούν, να μετρηθούν, να ελεγχθούν και να πιστοποιηθούν ως κατάλληλες προς πώληση με ακρίβεια, καθώς δεν αποτελούνται από χειροπιαστά χαρακτηριστικά (Bitran and Lojo, 1993). Ακόμα, η απόδοσή τους ποικίλλει από επιχείρηση σε επιχείρηση, από πελάτη σε πελάτη και από ημέρα σε ημέρα, καθιστώντας με αυτόν τον τρόπο κάθε υπηρεσία μοναδική (Deming, 1982). Η παροχή υπηρεσιών, ιδιαιτέρως στο χώρο της υγείας, διαφοροποιείται αισθητά από την παραγωγή αγαθών και υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά τους που χρήζουν ιδιαίτερης αναφοράς, οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα ακόλουθα (Δίκαιος *et al.*, 1999):

- Μεταξύ της παραγωγής και της διάθεσης των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος,
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας, με έντονη προσωπική φύση και όχι κεφαλαίου, όπως η μεταποίηση,
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη, μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του,
- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση,

- Οι υπηρεσίες είναι εξειδικευμένες και θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και τις απαιτήσεις του,
- Αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας, με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας,
- Η αναγκαιότητα για αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας,
- Η αναγκαιότητα για αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των διαταραχών της υγείας,
- Η αναγκαιότητα για γενικότερη θετική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας,
- Η αναγκαιότητα για μειωμένη γραφειοκρατία, αναφορικά με την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας,
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη, κατανόηση, ευγένεια και φροντίδα,
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των Νοσοκομειακών Μονάδων &
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενούς, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την κατάσταση της υγείας του, τον καθιστά αδύναμο να εκτιμήσει το βαθμό σοβαρότητας.

2.3 Η έννοια της Ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι μια αρκετά πιο πολυδιάστατη έννοια σε σχέση με τον χώρο της βιομηχανίας και άρχισε να εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα τέλη της δεκαετίας του 1960. Βασικοί παράγοντες που συντέλεσαν σε αυτή την εμφάνιση ήταν η επιταχυνόμενη αύξηση της ιατροφαρμακευτικής τεχνολογίας και των δημόσιων επενδύσεων σε ιατροτεχνολογικές καινοτομίες, η γενική αύξηση του κόστους θεραπείας, η συνεχιζόμενη εξειδίκευση της ιατρικής εκπαίδευσης και πρακτικής και, επιπρόσθετα, η δημοσιονομική κρίση των βιομηχανικών χωρών κατά την έναρξη της παγκοσμιοποίησης. Μέχρι τότε τα ζητήματα ποιότητας των ιατρικών πράξεων και της ιατρικής δεοντολογίας ήταν σχεδόν στην αποκλειστική δικαιοδοσία του ιατρικού κλάδου (Κυριόπουλος *et al.*, 2003).

Ο Donabedian ήταν από τους πρώτους ερευνητές που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στον χώρο της υγείας, υποστηρίζοντας ότι πρέπει να δοθεί έμφαση στη μετατόπιση της ενασχόλησης από την αξιολόγηση της ποιότητας στην κατανόηση της διαδικασίας της ιατρικής φροντίδας (Donabedian, 1966) .

Η ποιότητα στην υγειονομική φροντίδα αποτελεί το μέτρο στο οποίο οι Υπηρεσίες Υγείας για τους μεμονωμένους ασθενείς και τον συνολικό πληθυσμό αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιδιωκόμενων υγειονομικών εκβάσεων (Rockville, 2017). Η ποιότητα στη

φροντίδα υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο λεγόμενο «σιδηρούν τρίγωνο της φροντίδας υγείας», το οποίο καθορίζει τις πολύπλοκες σχέσεις μεταξύ ποιότητας, κόστους και προσβασιμότητας στη φροντίδα υγείας εντός μίας κοινότητας (Carroll, no date). Οι ερευνητές μετρούν την ποιότητα στην υγειονομική φροντίδα για τον εντοπισμό οποιοδήποτε προβλημάτων μπορεί να σχετίζονται με την υπερβολική χρήση, την υπο-χρησιμοποίηση ή κατάχρηση των υγειονομικών πόρων (Chassin and Galvin, 1998).

Υπάρχουν διαφορετικοί ορισμοί για την ποιότητα από διαφορετικούς φορείς και σε διαφορετικές χρονικές περιόδους (Harteloh, 2003). Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) το 1999 επισημοποίησε έξι τομείς για τη μέτρηση και περιγραφή της ποιότητας στη φροντίδα υγείας (Institute of Medicine, 2001)https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_quality - cite_note-:0-4:

1. Ασφαλής: αποφυγή βλάβης στους ασθενείς από τη φροντίδα που σκοπό έχει να τους βοηθήσει,
2. Αποτελεσματική: αποφυγή της υπερβολικής και κακής χρήσης της φροντίδας,
3. Ασθενο-κεντρική: παροχή φροντίδας που είναι εξατομικευμένη στις ανάγκες ενός ασθενή,
4. Έγκαιρη: μείωση των χρόνων αναμονής και επιβλαβών καθυστερήσεων για τους ασθενείς και τους παρόχους υγείας,
5. Αποδοτική: αποφυγή απωλειών σε εξοπλισμό, προμήθειες, ιδέες και ενέργεια &
6. Δίκαιη: παροχή φροντίδας που δεν μεταβάλλεται λόγω πολύπλοκων προσωπικών χαρακτηριστικών.

Αν και είναι ζωτικής σημασίας για τον καθορισμό της επίδρασης των παρεμβάσεων των Υπηρεσιών Υγείας, η μέτρηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας θέτει κάποιες προκλήσεις λόγων του περιορισμένου αριθμού εκβάσεων που είναι μετρήσιμες (Rockville, 2011). Τα μέτρα δομής (structural measures) περιγράφουν την ικανότητα των παρόχων να δίνουν υψηλής ποιότητας φροντίδα, τα μέτρα διαδικασίας (process measures) περιγράφουν τις ενέργειες που λαμβάνονται για τη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας της κοινότητας και τα μέτρα έκβασης (outcome measures) περιγράφουν τον αντίκτυπο μιας υγειονομικής παρέμβασης (Rockville, 2011).

Η αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας μπορεί να πραγματοποιηθεί σε δύο διαφορετικά επίπεδα, σε αυτό του μεμονωμένου ασθενή και σε αυτό των πληθυσμών. Στο πρώτο επίπεδο ή μικρο-επίπεδο, η αξιολόγηση εστιάζει στις υπηρεσίες στο σημείο παροχής και συνεπαγόμενων επιδράσεών τους. Στο δεύτερο επίπεδο ή μακρο-επίπεδο, η

αξιολόγηση περιλαμβάνει δείκτες, όπως το προσδόκιμο ζωής, τα ποσοστά θνησιμότητας, επίπτωσης και επιπολασμού συγκεκριμένων καταστάσεων υγείας (Shi and Singh, 2015).

2.4 Μεταβαλλόμενες έννοιες Ποιότητας στον Ιδιωτικό Τομέα- Ιστορική αναδρομή

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) έχει τις ρίζες της στον Ιδιωτικό Τομέα, όπως αρκετές από τις κρατικές μεταρρυθμίσεις. Έτσι, θα ήταν χρήσιμο να μελετηθεί η ιστορία της ΔΟΠ στον Ιδιωτικό Τομέα για να αναδειχθούν καλύτερα η δυναμική και οι περιορισμοί της. Όπως δείχνει ο **Πίνακας 1**, η ΔΟΠ αποτελεί στο παρόν την τελευταία φάση στην εξέλιξη των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στον Ιδιωτικό Τομέα. Καθώς, οι περιβαλλοντικές συνθήκες αλλάζουν αδιάκοπα, θεωρείται απίθανο να αποτελέσει την τελική απάντηση για τη διαχείριση ποιότητας και σταδιακά θα υπάρξει η ανάγκη για μια νέα προσέγγιση στη διαχείριση ποιότητας (Elke Löffler, 2001).

Οι ρίζες της ΔΟΠ μπορούν να εντοπιστούν στις αρχές του 1920 όταν η στατιστική θεωρία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στον έλεγχο ποιότητας προϊόντων. Αυτή η έννοια αναπτύχθηκε περαιτέρω στην Ιαπωνία τη δεκαετία του 1940, καθοδηγούμενη από Αμερικάνους, όπως ο Deming, ο Juran και ο Feigenbaum. Η εστίαση διευρύνθηκε από την ποιότητα των προϊόντων στην ποιότητα όλων των θεμάτων μέσα σε κάποιο οργανισμό και αυτό αποτέλεσε την αρχή για τη ΔΟΠ.

Η παρακάτω πορεία δείχνει την ιστορία της ΔΟΠ, από την επιθεώρηση στην Επιχειρηματική Αριστεία (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date):

1. Επιθεώρηση (Inspection),
2. Έλεγχος Ποιότητας και Στατιστική Θεωρία (Quality Control and Statistical Theory),
3. Η Ποιότητα στην Ιαπωνία,
4. Ολική Ποιότητα (Total Quality),
5. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management),
6. Βραβεία Ποιότητας και Πρότυπα Αριστείας (Quality Awards and Excellence Models) &
7. Επιχειρηματική Αριστεία

Στη συνέχεια παρουσιάζονται βασικές γνώσεις για καθένα από τα προαναφερθέντα στάδια.

2.4.1 Επιθεώρηση

Η επιθεώρηση περιλαμβάνει μέτρηση, εξέταση και δοκιμή προϊόντων, διαδικασιών και υπηρεσιών έναντι συγκεκριμένων απαιτήσεων για να διαπιστωθεί η συμμόρφωσή τους (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date).

Η χρήση της επιθεώρησης έχει καταδειχθεί σε όλη την ιστορία της οργανωμένης παραγωγής. Στα τέλη του Μεσαίωνα ειδικά μέτρα λαμβάνονταν για να ελεγχθεί η δουλειά των μαθητευόμενων και των τεχνιτών, ώστε να προφυλάσσονται οι συντεχνίες έναντι αξιώσεων για πρόχειρη ή πλαστή εργασία. Στα νεότερα χρόνια της βιομηχανοποίησης, η επιθεώρηση χρησιμοποιήθηκε για να αποφασίζεται αν η δουλειά ενός εργάτη ή ένα προϊόν ικανοποιούσε τις απαιτήσεις και, επομένως, αν ήταν αποδεκτά. Δεν γινόταν με συστηματικό τρόπο, αλλά λειτουργούσε καλά όταν ο όγκος της παραγωγής ήταν σε λογικά χαμηλά επίπεδα. Ωστόσο, καθώς οι οργανισμοί γίνονταν ολοένα και μεγαλύτεροι, έγινε εμφανής η ανάγκη για περισσότερο αποτελεσματικές λειτουργίες.

Το 1911 ο Frederick W. Taylor βοήθησε στην ικανοποίηση αυτής της ανάγκης. Εξέδωσε τις «Αρχές της Επιστημονικής Διοίκησης», οι οποίες παρείχαν το πλαίσιο για την αποτελεσματική χρήση των ανθρώπων σε βιομηχανικούς οργανισμούς. Μία από τις έννοιες του Taylor ήταν οι σαφώς καθορισμένες εργασίες επιτελούμενες σε τυποποιημένες συνθήκες. Η επιθεώρηση ήταν μία από αυτές τις εργασίες και αποσκοπούσε να διασφαλίσει ότι κανένα ελαττωματικό προϊόν δεν έφευγε από το εργοστάσιο ή το εργαστήριο. Η επιθεώρηση εστιαζόταν στο προϊόν και την ανίχνευση προβλημάτων σε αυτό, περιελάμβανε τη δοκιμή κάθε τεμαχίου για τη διασφάλιση της συμμόρφωσής του με τις προδιαγραφές του προϊόντος, επιτελούνταν στο τέλος της παραγωγής διαδικασίας και βασιζόταν σε ειδικά εκπαιδευμένους επιθεωρητές.

Αυτό το κίνημα οδήγησε στη διαμόρφωση ενός ξεχωριστού τμήματος επιθεώρησης. Μία σημαντική νέα ιδέα που αναδύθηκε από το νέο αυτό τμήμα ήταν η πρόληψη των ελαττωμάτων, η οποία οδήγησε στον έλεγχο ποιότητας.

Η επιθεώρηση συνέχισε να έχει σημαντικό ρόλο στις μοντέρνες πρακτικές ποιότητας. Παρόλα αυτά, δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως η λύση για όλα τα προβλήματα ποιότητας, αλλά είναι περισσότερο ένα εργαλείο μέσα σε ένα ευρύτερο πεδίο.

2.4.2 Έλεγχος Ποιότητας και Στατιστική Θεωρία

Ο έλεγχος ποιότητας εισήχθη για την ανίχνευση και αποκατάσταση προβλημάτων στη φάση της παραγωγικής γραμμής για να προλάβει την παραγωγή ελαττωματικών προϊόντων (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date). Η στατιστική θεωρία έπαιξε σημαντικό ρόλο στην περιοχή αυτή. Τη δεκαετία του 1920 ο Dr W. Shewhart ανέπτυξε την εφαρμογή στατιστικών μεθόδων για τη διαχείριση της ποιότητας. Δημιούργησε το πρώτο σύγχρονο διάγραμμα ελέγχου (control chart) και απέδειξε ότι η παρέκκλιση στην παραγωγική διαδικασία οδηγεί σε παρέκκλιση στο προϊόν. Επομένως, η εξάλειψη των παρεκκλίσεων στη διαδικασία οδηγεί σε καλή τυποποίηση των τελικών προϊόντων.

Ο στατιστικός έλεγχος ποιότητας εστιάζει στο προϊόν και την ανίχνευση και έλεγχο προβλημάτων ποιότητας, περιλαμβάνει τη δοκιμή δειγμάτων και εξάγει στατιστικά συμπεράσματα για τη συμμόρφωση όλων των προϊόντων, πραγματοποιείται σε στάδια κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παραγωγής, ενώ βασίζεται σε εκπαιδευμένο προσωπικό της παραγωγής και επαγγελματίες ποιοτικού ελέγχου.

Η εργασία του Shewhart αναπτύχθηκε αργότερα από τους Deming, Dodge και Roming. Ωστόσο, οι βιομηχανικές εταιρίες δεν αξιοποίησαν στο έπακρο αυτές τις τεχνικές νωρίτερα από τα τέλη της δεκαετίας του 1940.

2.4.3 Η Ποιότητα στην Ιαπωνία

Τη δεκαετία του 1940 τα Ιαπωνικά προϊόντα αντιμετωπίζονταν ως φθηνές και κακές απομιμήσεις (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date). Οι ηγέτες της Ιαπωνικής βιομηχανίας αναγνώρισαν αυτό το πρόβλημα και στόχευσαν στη δημιουργία καινοτόμων και υψηλής ποιότητας προϊόντων. Προσκάλεσαν αρκετούς «γκουρού» της ποιότητας, όπως τον Deming, τον Juran και τον Feigenbaum για να τους μάθουν πώς να επιτύχουν αυτό το σκοπό.

Ο Deming πρότεινε ότι θα μπορούσαν να επιτύχουν το στόχο τους σε πέντε χρόνια και οι Ιάπωνες ακολούθησαν τις συμβουλές τόσο του ίδιου όσο και των άλλων «γκουρού».

Τη δεκαετία του 1950 ο έλεγχος και η διαχείριση ποιότητας αναπτύχθηκαν γρήγορα και έγιναν κύριο θέμα της Ιαπωνικής Διοίκησης. Η ιδέα της ποιότητας δε σταμάτησε στο επίπεδο της διαχείρισης. Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ξεκίνησαν οι λεγόμενοι Κύκλοι Ποιότητας. Ένας Κύκλος Ποιότητας αποτελούνταν από μία ομάδα εθελοντών εργαζόμενων που συναντιούνταν και συζητούσαν θέματα για να βελτιώσουν πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος και έκαναν παρουσιάσεις των ιδεών τους στη Διοίκηση.

Ένα «υποπροϊόν» των Κύκλων Ποιότητας ήταν η κινητοποίηση των υπαλλήλων. Οι εργαζόμενοι αισθάνονταν ότι συμμετείχαν και ακούγονταν. Ένα άλλο «υποπροϊόν» ήταν η

ιδέα της βελτίωσης, όχι μόνο της ποιότητας των προϊόντων, αλλά ακόμα οποιασδήποτε πτυχής των θεμάτων του οργανισμού. Αυτό πιθανά ήταν η αρχή της ιδέας της ολικής ποιότητας.

2.4.4 Ολική Ποιότητα

Ο όρος Ολική Ποιότητα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε ένα άρθρο από τον Feigenbaum στην πρώτη διεθνή διάσκεψη για τον έλεγχο ποιότητας στο Τόκυο το 1969. Ο όρος αναφερόταν σε ευρύτερα θέματα εντός ενός οργανισμού (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date).

Ο Ishikawa συζήτησε επίσης τον «έλεγχο ολικής ποιότητας» στην Ιαπωνία, ο οποίος είναι διαφορετικός από τη δυτική ιδέα της ολικής ποιότητας. Σύμφωνα με την εξήγησή του, σημαίνει «έλεγχος ποιότητας σε όλη την εταιρία» που περιλαμβάνει τον έλεγχο ποιότητας από όλους τους υπαλλήλους, από την Ανώτερη Διοίκηση έως τους εργαζόμενους.

2.4.5 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)

Τη δεκαετία του 1980 και 1990 μία νέα φάση ξεκίνησε για τον έλεγχο και διαχείριση της ποιότητας. Αυτή έγινε γνωστή ως ΔΟΠ. Έχοντας παρακολουθήσει την επιτυχία της Ιαπωνίας με τα ζητήματα ποιότητας, οι δυτικές εταιρίες ξεκίνησαν να εισάγουν τις δικές τους πρωτοβουλίες ποιότητας. Η ΔΟΠ, αναπτυσσόμενη ως μία γενική φράση για ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών, προγραμμάτων και τεχνικών εστιασμένων στην ποιότητα, έγινε το κέντρο της εστίασης του δυτικού κινήματος ποιότητας (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date).

Η ΔΟΠ είναι η διαχείριση των πρωτοβουλιών και προγραμμάτων που στοχεύουν στην επίτευξη παράδοσης ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών. Αρκετές μελέτες έχουν επιχειρήσει να διαπιστώσουν τις βασικές αρχές της ΔΟΠ. Μεταξύ αυτών, ο Agus (Agus, 2005) ο Beer (Beer, 2003), οι Douglas και Judge (T Douglas and Judge, 2001) και ο Mann (Mann and Kehoe, 1994) αποπειράθηκαν να διαπιστώσουν τις βασικές αρχές αυτές, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- **Συμμετοχή της ομάδας ανώτερης Διοίκησης:**

Η Ανώτερη Διοίκηση θα πρέπει να ενεργεί ως ο κύριος οδηγός της ΔΟΠ και να δημιουργεί ένα περιβάλλον που εξασφαλίζει την επιτυχία,

- **Εκπαίδευση για την ΔΟΠ:**

Οι υπάλληλοι θα πρέπει να είναι συνεχώς και ικανοποιητικά εκπαιδευμένοι πάνω στις μεθόδους και έννοιες της ποιότητας.

- **Εστίαση στον πελάτη:**

Η διαχείριση των χαρακτηριστικών του προϊόντος τα οποία συμβάλλουν στην αξία του, που με τη σειρά της οδηγεί σε ικανοποίηση του πελάτη, πρέπει να γίνει μέσα σε ένα σύστημα προσανατολισμένο στην ποιότητα.

- **Διοίκηση βασισμένη σε πραγματικά στοιχεία:**

Οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται στη βάση πραγματικών στοιχείων, τα οποία θα πρέπει να υποστηρίζονται από μέτρηση της απόδοσης, όπου αυτό είναι εφικτό.

- **Χρήση μεθόδων ΔΟΠ:**

Η χρήση των κατάλληλων εργαλείων και τεχνικών εξασφαλίζει ότι οι μη-συμμορφώσεις διαπιστώνονται, μετρούνται και αντιμετωπίζονται με συνεπή τρόπο.

- **Συνεχής βελτίωση των διαδικασιών:**

Οι οργανισμοί θα πρέπει να εργάζονται συνεχώς προς το να κάνουν τα πράγματα σωστά την πρώτη φορά, κάθε φορά.

- **Ανάπτυξη ομαδικής νοοτροπίας:**

Όλοι οι υπάλληλοι θα πρέπει να εκπαιδεύονται να δουλεύουν μαζί σε ένα περιβάλλον που καλλιεργεί την ατομική πρωτοβουλία.

- **Συμμετοχή και ενδυνάμωση των υπαλλήλων:**

Οι υπάλληλοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται να δρουν προληπτικά στη διαπίστωση και αντιμετώπιση προβλημάτων σχετιζόμενων με την ποιότητα.

Η εργασία που έγινε τη δεκαετία του 1980 για τη διαπίστωση των βασικών αρχών της ΔΟΠ οδήγησε στο να γίνουν αυτές οι θεμελιώδεις αρχές ή οι κεντρικές έννοιες όλων των βασικών προτύπων Επιχειρηματικής Αριστείας.

2.4.6 Βραβεία Ποιότητας και Πρότυπα Αριστείας

Το 1988 έγινε ένα σημαντικό βήμα σχετικά με τη διαχείριση της ποιότητας με τη θέσπιση του βραβείου Baldrige στις Ηνωμένες Πολιτείες (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date). Το πρότυπο στο οποίο το βραβείο βασιζόταν εκπροσωπούσε το πρώτο σαφώς καθορισμένο και διεθνώς αναγνωρισμένο πρότυπο ΔΟΠ. Το πρότυπο αυτό αναπτύχθηκε από την κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών για να ενθαρρύνει τις εταιρίες να το υιοθετήσουν και να βελτιώσουν την ανταγωνιστικότητά τους.

Σε απάντηση αυτού, ένα παρόμοιο πρότυπο αναπτύχθηκε το 1992 από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Διαχείρισης Ποιότητας (European Foundation of Quality Management, EFQM). Το πρότυπο Αριστείας EFQM αποτελεί το πλαίσιο για το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας.

Ο κύριος σκοπός των βραβείων αυτών είναι να ενθαρρύνουν περισσότερες εταιρίες να υιοθετούν αρχές διαχείρισης ποιότητας. Αυτά τα πρότυπα είναι πρακτικά εργαλεία, καθώς βοηθούν τους οργανισμούς να μετρήσουν πού βρίσκονται τώρα και πού θέλουν να πάνε στο μέλλον (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date). Τα πρότυπα βοηθούν ακόμα τους οργανισμούς να δημιουργήσουν ένα σχέδιο για να μειώσουν το χάσμα ανάμεσα στις δύο αυτές καταστάσεις.

Από τη δεκαετία του 1990 έχει υπάρξει γενική πτώση των αιτήσεων για βράβευση. Ωστόσο, υπάρχει αυξανόμενη τάση για τους οργανισμούς να εφαρμόζουν αυτά τα πρότυπα και να ενσωματώνουν τις αρχές και πρακτικές τους στις καθημερινές τους λειτουργίες (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date).

Υπάρχουν αρκετά πρότυπα Αριστείας σε όλο τον κόσμο. Ενώ υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ τους, τα πρότυπα αυτά είναι σημαντικά παρόμοια. Τα πλέον κοινά περιλαμβάνουν (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date):

1. Baldrige (MBNQA), το οποίο χρησιμοποιείται σε περισσότερες από 25 χώρες συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και της Νέας Ζηλανδίας,
2. Singapore Quality Award Model, το οποίο χρησιμοποιείται στην Σιγκαπούρη,
3. Japan Quality Award Model, το οποίο χρησιμοποιείται στην Ιαπωνία,
4. Canadian Business Excellence Model, το οποίο χρησιμοποιείται στον Καναδά,
5. Australian Business Excellence Framework (ABEF), το οποίο χρησιμοποιείται στην Αυστραλία &
6. European Foundation for Quality Management (EFQM), το οποίο χρησιμοποιείται σε όλη την Ευρώπη.

Κάποιες άλλες δημοφιλείς ολοκληρωμένες συλλογές αποδεδειγμένων πρακτικών που υποστηρίζονται τα τελευταία 70 χρόνια περιλαμβάνουν τις World Competitive Manufacturing, Just In Time, Best Practice, Six Sigma, Agile, Business Improvement, Process Improvement, Business Transformation και Lean Thinking. Και αυτές οι συλλογές αλληλεπικαλύπτονται σε σημαντικό βαθμό μεταξύ τους και ταιριάζουν μέσα στον ευρύτερο όρο της Αριστείας (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date).

Όλα αυτά τα ενεργά εθνικά πλαίσια/ πρότυπα έχουν έναν κοινό πυρήνα. Αυτός συνοψίζεται σε 5 λογικά Προαπαιτούμενα, τα οποία μπορούν να απομνημονευτούν εύκολα, έχουν ως οδηγό την Εστίαση στον Πελάτη τόσο για τους εσωτερικούς όσο και για τους

εξωτερικούς πελάτες (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date) και είναι τα ακόλουθα:

1. Κοινή Στρατηγική Κατεύθυνση (Shared Strategic Direction),
2. Σχεδιασμός Διαδικασιών & Βελτίωση (Process Design & Improvement),
3. Μέτρηση απόδοσης & Ανατροφοδότηση (Performance Measurement & Feedback),
4. Καταγραφή Γνώσης & Επιρροή (Knowledge Capture & Leverage) &
5. Ηγεσία & Διαχείριση Αλλαγής (Leadership & Management of Change).

Γενικά, τα πρότυπα αριστείας έχουν αναπτυχθεί από εθνικούς φορείς ως βάση για προγράμματα βράβευσης. Για τους περισσότερους από τους φορείς αυτούς, τα βραβεία αυτά καθαυτά είναι δευτερεύουσας σημασίας σε σχέση με την ευρεία εξάπλωση των εννοιών της Αριστείας, οι οποίες τελικά οδηγούν σε βελτιωμένη εθνική οικονομική απόδοση.

Συχνά τα προγράμματα βράβευσης λειτουργούν σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο για να αναγνωρίσουν και να γιορτάσουν την επίτευξη όλων των επιπέδων οργανωτικής ωριμότητας. Είναι μέσα από τα προγράμματα αυτά που ένας οργανισμός μπορεί να αξιολογήσει και να ισχυριστεί δικαιολογημένα ότι λειτουργεί σε επίπεδα απόδοσης παγκόσμιας κλάσης. Τα βραβεία δίνονται σε εκείνους τους οργανισμούς που έχουν αξιολογηθεί ως «εξαιρετικοί» μέσω μίας ενδελεχούς διαδικασίας βράβευσης που χρησιμοποιεί ανεξάρτητες ομάδες αξιολογητών.

Εκτός από τη βελτιωμένη οικονομική απόδοση, οι χρήστες του προτύπου EFQM, για παράδειγμα, το εφαρμόζουν για τους ακόλουθους σκοπούς (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date):

- Αυτο-αξιολόγηση,
- Διαμόρφωση πολιτικής,
- Καθορισμό οράματος,
- Διαχείριση έργων,
- Διαχείριση προμηθευτών,
- Διαχείριση συγχωνεύσεων κ.ά.

Όταν χρησιμοποιούνται ως βάση για την ενίσχυση της κουλτούρας βελτίωσης ενός οργανισμού, τα κριτήρια των προτύπων σε μεγάλο βαθμό διοχετεύουν και ενθαρρύνουν τη χρήση καλών πρακτικών σε περιοχές όπου η επίδρασή τους θα είναι η πλέον ευνοϊκή για την απόδοση. Όταν χρησιμοποιούνται απλά για αυτο-αξιολόγηση, τα κριτήρια μπορούν να αναγνωρίσουν καθαρά τόσο δυνατές όσο και αδύναμες περιοχές της πρακτικής διαχείρισης,

έτσι ώστε εργαλεία, όπως η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking), να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανεύρεση καλών πρακτικών που θα διευκολύνουν το γεφύρωμα των οποιοδήποτε χασμάτων. Αυτές οι μείζονος σημασίας συνδέσεις μεταξύ προτύπων Αριστείας, καλών πρακτικών και συγκριτικής αξιολόγησης είναι ουσιώδεις για την επιτυχία των προτύπων ως εργαλείων συνεχούς βελτίωσης.

2.4.7 Επιχειρηματική Αριστεία

Τα πρότυπα ΔΟΠ συχνά αναφέρονται και ως πρότυπα Επιχειρηματικής Αριστείας, όπως και η ίδια η ΔΟΠ αναφέρεται συχνά ως Επιχειρηματική Αριστεία. Αυτό γίνεται για να υπάρξει διάκριση μεταξύ της «νέας ΔΟΠ» από την παλαιότερη εργασία πάνω στη ΔΟΠ (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date).

Τη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 υπήρχε σύγχυση ως προς τι ήταν η ΔΟΠ. Αυτό οφειλόταν στο ότι οποιοδήποτε πρόγραμμα επιχειρηματικής βελτίωσης και αν υπήρχε, χαρακτηριζόταν ως ΔΟΠ, με αποτέλεσμα το όνομα ΔΟΠ να χάσει την ισχύ του.

Η Επιχειρηματική Αριστεία είναι πραγματικά το ίδιο με τη ΔΟΠ, αλλά με μία προσέγγιση που είναι σαφέστερα καθορισμένη.

Η Επιχειρηματική Αριστεία περιγράφεται συχνά ως οι εξαιρετικές πρακτικές στη διοίκηση ενός οργανισμού και στην επίτευξη αποτελεσμάτων, οι οποίες πρακτικές βασίζονται όλες σε μία σειρά θεμελιωδών εννοιών ή αξιών (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date).

Ο επίσημος ορισμός της αναφέρεται σε μία ολοκληρωμένη συλλογή αποδεδειγμένων πρακτικών για το πώς μία επιχείρηση θα έπρεπε να λειτουργεί για να γίνει η καλύτερη που θα μπορούσε.

Η Επιχειρηματική Αριστεία έχει εφαρμογή σε όλες τις επιχειρήσεις είτε είναι ιδιωτικές ή δημόσιες, κερδοσκοπικές ή μη, μικρές ή μεγάλες και έχει ως αποτέλεσμα ουσιώδεις βελτιώσεις της παραγωγικότητας (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date).

Η έρευνα υποδεικνύει ότι οι οργανισμοί με προσέγγιση Επιχειρηματικής Αριστείας αποκτούν σημαντικά πλεονεκτήματα. Πέρα από τη βελτίωση των οικονομικών δεικτών, άλλα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν τη βελτιωμένη καινοτομία και την παραγωγή ιδεών, την ικανοποίηση των πελατών, την οργανωτική ανάπτυξη, την ικανοποίηση και συμμετοχή των εργαζόμενων, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία των

παραγόμενων προϊόντων (*BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence*, no date).

Οι πραγματικά άριστοι οργανισμοί παγκόσμιας εμβέλειας επιδεικνύουν συγκεκριμένες πρότυπες συμπεριφορές που περιλαμβάνουν: μία και ολοκληρωμένη στρατηγική βελτίωσης, συνειδητή εστίαση στη χρησιμοποίηση μιας συλλογής βασικών αρχών διοίκησης για την καθοδήγηση της συμπεριφοράς στον οργανισμό τους, ενεργητική διοίκηση της απόδοσης, τη σύνδεση των ανταμοιβών με την απόδοση του οργανισμού για όλους τους υπαλλήλους, τη συγκριτική αξιολόγησή τους έναντι άλλων κορυφαίων εταιριών και η υιοθέτηση αντίστοιχων στοιχείων στρατηγικής, απόδοσης και ανταμοιβών με αποτελεσματικό και λογικό τρόπο (Samson and Challis, 1999).

Πίνακας 1: Η Εξέλιξη των Εννοιών Ποιότητας στον Ιδιωτικό Τομέα

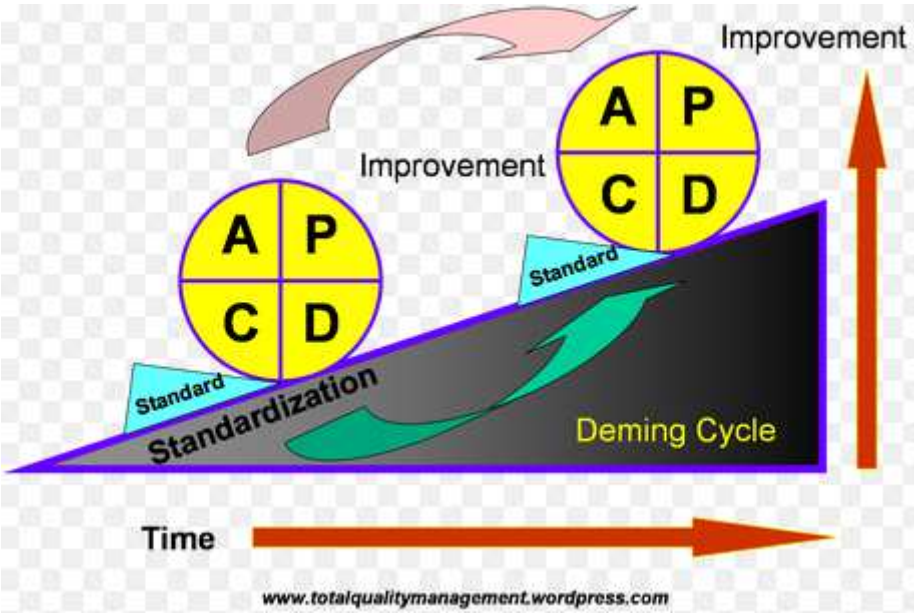
Χρονική Περίοδος	**1945-1949**	**1949 – 1951**	**1951 – Τέλη 1960**	**Τέλη 1960-1980**	**1981 - Σήμερα**
Ορισμός ποιότητας	Συμμόρφωση με τεχνικές προδιαγραφές και πρότυπα	Συμμόρφωση με τεχνικές προδιαγραφές και πρότυπα	Καταλληλότητα προς χρήση	Συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη	Επίτευξη μέγιστης ικανοποίησης του πελάτη
Σύστημα διαχείρισης ποιότητας	Επιθεώρηση ποιότητας	Στατιστικός έλεγχος ποιότητας	Συστημικά προσανατολισμένη διασφάλιση ποιότητας	Έλεγχος ποιότητας στο εύρος όλου του οργανισμού	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
Παράμετρος του συστήματος διαχείρισης ποιότητας	Τελικό προϊόν	Τελικό προϊόν	Διαδικασία παραγωγής	Ανάγκες πελάτη	Προσδοκίες πελάτη
Εργαλεία διαχείρισης	Τυποποίηση	Στατιστικές μέθοδοι	Ανάλυση των βαθύτερων αιτιών	Ανάπτυξη τμημάτων ποιότητας	Συνεχής βελτίωση
Εποχή	Εποχή βασικών αναγκών	Εποχή βασικών αναγκών	Εποχή ανάπτυξης	Εποχή ποιότητας	Εποχή ποιότητας
Τεχνολογική αλλαγή	Μαζική παραγωγή	Μαζική παραγωγή (Φορντισμός)	Μικροί κύκλοι ζωής προϊόντων	Οικονομία υπηρεσίας	Οικονομία υπηρεσίας
Είδη αγορών	Αγορές πωλητών	Αγορές πωλητών	Αγορές αγοραστών	Ικανοποιημένες και παγκοσμιοποιημένες αγορές	Ικανοποιημένες και παγκοσμιοποιημένες αγορές
Είδη αγαθών	Αναζήτηση προϊόντων	Αναζήτηση προϊόντων	Αγαθά εμπειρίας	Αγαθά εμπειρίας	Αγαθά εμπειρίας
Οπτική για την ποιότητα	Προσανατολισμός στον παραγωγό (εσωτερικά)	Προσανατολισμός στον παραγωγό (εσωτερικά)	Προσανατολισμός στον πελάτη (εξωτερικά)	Προσανατολισμός στον παραγωγό και στον πελάτη (εσωτερικά και εξωτερικά)	Προσανατολισμός στον παραγωγό, τον προμηθευτή, τον πελάτη και τον ανταγωνιστή
Μέτρηση ποιότητας	Αντικειμενική έννοια	Αντικειμενική έννοια	Υποκειμενική έννοια	Υποκειμενική έννοια	Αντικειμενική και υποκειμενική έννοια
Αξιολόγηση ποιότητας	Αξιολόγηση από τρίτο μέρος	Αξιολόγηση από τρίτο μέρος	Αξιολόγηση από τρίτο μέρος	Αυτο-αξιολόγηση	Αυτο-αξιολόγηση
Χρονική διάσταση	Στατική	Στατική	Δυναμική	Δυναμική	Δυναμική

Πηγή: (Elke Löffler, 2001)

2.5 Προϋποθέσεις και συνθήκες για την εφαρμογή ΔΟΠ

Σε σύνδεση με τα προηγούμενα στοιχεία, η ΔΟΠ είναι ένας πρακτικός τρόπος για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και απόδοσης ενός οργανισμού. Αποτελεί μία μέθοδο για την εναρμόνιση και εστίαση σε κοινό στόχο όλων των μεμονωμένων δράσεων σε έναν οργανισμό, παρέχοντας μία κοινή δομή τόσο στα ανώτερα στελέχη όσο και τους κατώτερους υπαλλήλους για τη συνεχή βελτίωση του οργανισμού. Η ΔΟΠ δε θα πρέπει να θεωρείται ως τελικός προορισμός, αλλά ως ένα αέναο ταξίδι προς την αδιάκοπη βελτίωση (Mansir and Schacht, 1989). Ο όρος ΔΟΠ καθορίζει ακόμα την πολιτική ποιότητας και τις μεθόδους ενός οργανισμού (**Εικόνα 2**).

Εικόνα 2: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)



Πηγή: (*Total Quality Management- WordPress- Deming Cycle- The Wheel of Continuous Improvement*, 2009)

Η διαδικασία προγραμματισμού και εφαρμογής ενός συστήματος ΔΟΠ είναι μια δύσκολη διαδικασία και δεν υπάρχει ενιαία λύση για κάθε επιχείρηση. Κάθε οργανισμός είναι μοναδικός σε κουλτούρα, πρακτικές διοίκησης και διαδικασίες για την παράδοση υπηρεσιών και προϊόντων. Υπό το πρίσμα αυτό, οι στρατηγικές διαχείρισης ποιότητας θα διαφέρουν από οργανισμό σε οργανισμό. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποια κρίσιμα συστατικά που πρέπει να υπάρχουν σε κάθε δομή ΔΟΠ (*ASQ- THE GLOBAL VOICE OF QUALITY- TOTAL*

QUALITY MANAGEMENT IMPLEMENTATION AND SYSTEMS, 2018) και που είναι καθοριστικά, ώστε να λεχθεί ότι μία Διοίκηση είναι πραγματικά δεσμευμένη σε ένα πρόγραμμα ΔΟΠ. Κάποια από τα συστατικά αυτά παρουσιάζονται αμέσως παρακάτω (*ASQ- THE GLOBAL VOICE OF QUALITY- TOTAL QUALITY MANAGEMENT IMPLEMENTATION AND SYSTEMS*, 2018):

1. Ένα πρόγραμμα ΔΟΠ θα πρέπει να αναπτύσσεται βασισμένο στην εταιρική κουλτούρα, την ικανοποίηση των πελατών και συστήματα διαχείρισης ποιότητας,
2. Η Διοίκηση θα πρέπει να μάθει σχετικά και να συμφωνεί να δεσμευτεί με τη ΔΟΠ όταν η ΔΟΠ αποτελεί μία από τις στρατηγικές του οργανισμού,
3. Η Διοίκηση αναγνωρίζει τις βασικές αξίες και αρχές που θα χρησιμοποιηθούν για τη ΔΟΠ και τις επικοινωνεί σε κάθε εργαζόμενο,
4. Ο οργανισμός εξακριβώνει τις απαιτήσεις των πελατών, καθιστώντας τις προτεραιότητα και ευθυγραμμίζει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες για την ικανοποίηση αυτών των απαιτήσεων,
5. Η Διοίκηση χαρτογραφεί τις κρίσιμες διαδικασίες σε όλο το εύρος του οργανισμού μέσω των οποίων ικανοποιούνται οι ανάγκες των πελατών,
6. Αξιολογείται η πρόοδος του σχεδίου ΔΟΠ, το οποίο αναθεωρείται όπως κρίνεται απαραίτητο &
7. Η ενημέρωση των εργαζόμενων αναφορικά με τη ΔΟΠ θα πρέπει να μετράται περιοδικά και θα πρέπει να υπάρχει κάποια διαδικασία επιβράβευσης για την αναγνώριση εκείνων των εργαζόμενων που εφαρμόζουν το σχέδιο ΔΟΠ (Talib and Rahman, 2015).

Αφού η Διοίκηση έχει μελετήσει τα κρίσιμα συστατικά της εφαρμογής ΔΟΠ θα πρέπει να ελέγξει ακόμα βαθύτερα στα υπόλοιπα στοιχεία που απαιτούνται για την εφαρμογή.

Η ΔΟΠ είναι μία περιγραφή της κουλτούρας, της στάσης και της οργάνωσης μιας εταιρίας που πασχίζει να παράσχει στους πελάτες της με προϊόντα και υπηρεσίες που ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Η κουλτούρα απαιτεί ποιότητα σε όλες τις πτυχές των δραστηριοτήτων της εταιρίας, με τις διαδικασίες να πραγματοποιούνται σωστά την πρώτη φορά και τα ελαττώματα και τις σπατάλες να απομακρύνονται από κάθε εργασία.

Για την επιτυχή εφαρμογή ΔΟΠ ένας οργανισμός θα πρέπει να επικεντρωθεί στα ακόλουθα 8 βασικά στοιχεία στο εσωτερικό του (Talib and Rahman, 2015) :

- Ηθική (Ethics),
- Ακεραιότητα (Integrity),
- Εμπιστοσύνη (Trust),

- Εκπαίδευση (Training),
- Ομαδική εργασία (Teamwork),
- Ηγεσία (Leadership),
- Αναγνώριση (Recognition) &
- Επικοινωνία (Communication).

Η ΔΟΠ απαιτεί τη βοήθεια των παραπάνω 8 βασικών στοιχείων, τα οποία μπορούν να χωριστούν σε 4 ομάδες, ανάλογα με τη λειτουργία τους (Shethna, 2016). Οι ομάδες αυτές είναι (**Εικόνα 3**):

1. Τα «Θεμέλια», που περιλαμβάνουν την Ηθική, την Ακεραιότητα και την Εμπιστοσύνη,
2. Τα «Τούβλα Οικοδόμησης», που περιλαμβάνουν την Εκπαίδευση, την Ομαδική εργασία και την Ηγεσία,
3. Τη «Συνδετική ουσία», που περιλαμβάνει την Επικοινωνία &
4. Τη «Σκεπή», που περιλαμβάνει την Αναγνώριση.

Εικόνα 3: Συστατικά Στοιχεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)

Πηγή (Shethna, 2016)

1. «Θεμέλια»

Η ΔΟΠ χτίζεται σε θεμέλια ηθικής, ακεραιότητας και εμπιστοσύνης, καλλιεργώντας ανοιχτή διάθεση, ειλικρίνεια, δικαιοσύνη και συμμετοχή όλων. Αυτό είναι βασικής σημασίας για την αξιοποίηση της απόλυτης δυναμικής της ΔΟΠ. Αν και τα τρία αυτά συστατικά στοιχεία συμπορεύονται, το καθένα έχει να προσθέσει κάτι διαφορετικό στην έννοια της ΔΟΠ (Shethna, 2016):

- **Ηθική:** πρόκειται για την πρακτική που ασχολείται με το καλό και το κακό σε οποιαδήποτε κατάσταση και αποτελεί ένα διπλής όψης θέμα που εκπροσωπείται τόσο από την ηθική του οργανισμού όσο και από την προσωπική ηθική. Η ηθική του οργανισμού εγκαθιστά έναν κώδικα δεοντολογίας που περιγράφει όλες τις γενικές κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθούν οι εργαζόμενοι κατά την εκτέλεση της εργασίας τους. Η προσωπική ηθική περιλαμβάνει το προσωπικό σωστό ή λάθος.
- **Ακεραιότητα:** υπονοεί την τιμιότητα, το ήθος, τις αξίες, τη δικαιοσύνη και την προσκόλληση στην ειλικρίνεια. Το χαρακτηριστικό είναι τι αναμένουν οι πελάτες, τόσο εσωτερικοί όσο και εξωτερικοί, αλλά και τι αξίζουν να λάβουν. Με έλλειψη ακεραιότητας δεν μπορεί να λειτουργήσει η ΔΟΠ.
- **Εμπιστοσύνη:** αποτελεί προϊόν της ακεραιότητας και της ηθικής συμπεριφοράς. Χωρίς εμπιστοσύνη, δε μπορεί να θεμελιωθεί το πλαίσιο της ΔΟΠ. Η εμπιστοσύνη καλλιεργεί πλήρη συμμετοχή όλων των μελών. Επιτρέπει ενδυνάμωση που ενθαρρύνει την υπερηφάνεια της ιδιοκτησίας, της εργασίας και τη δέσμευση και, ακόμα, επιτρέπει τη λήψη αποφάσεων στα κατάλληλα επίπεδα του οργανισμού και καλλιεργεί την προσωπική ανάληψη ρίσκου για τη συνεχή βελτίωση, βοηθώντας να διασφαλιστεί ότι οι μετρήσεις εστιάζονται στη βελτίωση των διαδικασιών και όχι για να επιπλήξουν τους ανθρώπους. Η εμπιστοσύνη είναι ουσιώδης για τη διασφάλιση της ικανοποίησης των πελατών και χτίζει το συνεργατικό περιβάλλον που είναι βασικό για τη ΔΟΠ.

2. «Τούβλα οικοδόμησης»

Στη γερή βάση της ηθικής, της ακεραιότητας και της εμπιστοσύνης, τα «τούβλα οικοδόμησης τοποθετούνται για να αγγιχτεί η οροφή της αναγνώρισης. Όπως προαναφέρθηκε, εδώ περιλαμβάνονται τα ακόλουθα (Shethna, 2016):

- **Εκπαίδευση:** η οποία είναι πολύ σημαντική, ώστε οι υπάλληλοι να είναι πολύ παραγωγικοί. Οι επόπτες των εργαζομένων είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την εφαρμογή ΔΟΠ εντός των τμημάτων τους και την εκπαίδευση των υπαλλήλων τους στη φιλοσοφία ΔΟΠ. Η εκπαίδευση που χρειάζονται οι υπάλληλοι είναι οι διαπροσωπικές δεξιότητες, η ικανότητα λειτουργίας σε ομάδα, η λήψη αποφάσεων, η ανάλυση της απόδοσης διαχείρισης εργασίας, τα οικονομικά της επιχείρησης και άλλες τεχνικές δεξιότητες. Κατά τη διάρκεια της δημιουργίας και μορφοποίησης ΔΟΠ, οι εργαζόμενοι εκπαιδεύονται, ώστε να γίνουν αποδοτικοί υπάλληλοι για τον οργανισμό.

- **Ομαδική εργασία:** για να είναι επιτυχημένη η επιχείρηση, η ομαδική εργασία είναι ένα ακόμα βασικό συστατικό της ΔΟΠ. Με τη χρήση των ομάδων, η επιχείρηση θα βρει γρηγορότερες και καλύτερες λύσεις στα διάφορα προβλήματα. Οι ομάδες θα παράσχουν περισσότερο σταθερές βελτιώσεις των διαδικασιών και των δραστηριοτήτων. Στις ομάδες, οι άνθρωποι αισθάνονται περισσότερο άνετοι να αναφέρουν προβλήματα που ενδεχομένως συμβαίνουν και μπορούν να έχουν βοήθεια από συνεργάτες τους στην εύρεση μιας λύσης.
- **Ηγεσία:** πρόκειται ίσως για το πιο σημαντικό στοιχείο στη ΔΟΠ και εμφανίζεται παντού στον οργανισμό. Η ηγεσία στη ΔΟΠ απαιτεί ο διευθυντής/ διαχειριστής να παρέχει ένα εμπνευσμένο όραμα, να δίνει στρατηγικές κατευθύνσεις που είναι καλά κατανοητές από όλους, να ενσταλάζει αξίες και να καθοδηγεί τους υφιστάμενούς του. Για να είναι επιτυχημένη η ΔΟΠ για την επιχείρηση, ο επιβλέπων θα πρέπει να είναι δεσμευμένος να καθοδηγεί τους υπαλλήλους του. Ένας επιβλέπων πρέπει όχι μόνο να κατανοεί τη ΔΟΠ, αλλά και να πιστεύει σε αυτή και να επιδεικνύει την πεποίθηση και τη δέσμευσή του μέσω καθημερινών πρακτικών ΔΟΠ. Ο επιβλέπων πρέπει να διασφαλίζει ότι οι στρατηγικές, φιλοσοφίες, αξίες και στόχοι επικοινωνούνται προς τα κάτω σε όλο τον οργανισμό, ώστε να παρέχουν εστίαση, διαφάνεια και κατεύθυνση. Ένα βασικό σημείο είναι ότι η ΔΟΠ χρειάζεται να εισαχθεί και υποστηριχθεί από την Ανώτατη Διοίκηση. Η δέσμευση και η προσωπική συμμετοχή απαιτείται από την Ανώτατη Διοίκηση στη δημιουργία και ανάπτυξη ξεκάθαρων αξιών και σκοπών ποιότητας σε συνέπεια με τους αντικειμενικούς σκοπούς της εταιρίας, όπως και στη δημιουργία και ανάπτυξη καλώς καθορισμένων συστημάτων, μεθόδων και μέτρων απόδοσης για την επίτευξη αυτών των σκοπών.

3. «Συνδετική ουσία»

- **Επικοινωνία:** η οποία ενώνει τα πάντα μαζί. Ξεκινώντας από τα θεμέλια προς την οροφή του «οικοδομήματος» της ΔΟΠ, τα πάντα ενώνονται από τη δυνατή «συνδετική ουσία» της επικοινωνίας, η οποία λειτουργεί ως ένας ζωτικός σύνδεσμος μεταξύ όλων των στοιχείων της ΔΟΠ. Η επικοινωνία σημαίνει μία κοινή κατανόηση των ιδεών μεταξύ του πομπού και του δέκτη. Η επιτυχία της ΔΟΠ απαιτεί επικοινωνία με και μεταξύ όλων των μελών του οργανισμού, τους προμηθευτές και τους πελάτες. Οι επιβλέποντες πρέπει να κρατούν ανοιχτά όλα τα κανάλια επικοινωνίας μέσω των οποίων οι εργαζόμενοι μπορούν να στείλουν και να λάβουν πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία της ΔΟΠ. Η επικοινωνία συνδυασμένη με την ανταλλαγή των σωστών πληροφοριών είναι ζωτικής σημασίας. Για να είναι αξιόπιστη η επικοινωνία το μήνυμα θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο και ο δέκτης να το

ερμηνεύει με τον τρόπο που επιδιώκει ο πομπός. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί η επικοινωνία εντός ενός οργανισμού. Κάποια παραδείγματα είναι τα ακόλουθα (Shethna, 2016):

- **Επικοινωνία προς τα κάτω:** πρόκειται για την κυρίαρχη μορφή επικοινωνίας σε έναν οργανισμό. Οι παρουσιάσεις και οι συζητήσεις ανήκουν κατά βάση σε αυτή την κατηγορία. Με αυτόν τον τρόπο επικοινωνίας οι επιβλέποντες έχουν τη δυνατότητα να αποσαφηνίσουν στους υπαλλήλους τους θέματα σχετικά με τη ΔΟΠ.
- **Επικοινωνία προς τα πάνω:** με αυτόν τον τρόπο επικοινωνίας τα κατώτερα επίπεδα υπαλλήλων έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν προτάσεις στην Ανώτερη Διοίκηση για τα αποτελέσματα της ΔΟΠ. Καθώς οι υπάλληλοι παρέχουν πληροφορίες και εποικοδομητική κριτική, οι επιβλέποντες πρέπει να ακούν προσεκτικά για να διορθώσουν καταστάσεις που ανακύπτουν μέσω της χρήσης ΔΟΠ. Αυτό δημιουργεί ένα επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ των επιβλεπόντων και των υπαλλήλων.
- **Αμφίπλευρη επικοινωνία:** Αυτός ο τύπος επικοινωνίας είναι σημαντικός, γιατί καταργεί τα εμπόδια μεταξύ των τμημάτων και επιτρέπει την αντιμετώπιση των πελατών και προμηθευτών με περισσότερο επαγγελματικό τρόπο.

4. «Οροφή»

- **Αναγνώριση:** η αναγνώριση είναι το τελευταίο και τελικό στοιχείο σε όλο το σύστημα. Θα πρέπει να παρέχεται τόσο για προτάσεις όσο και επιτεύγματα για ομάδες και μεμονωμένα άτομα. Οι εργαζόμενοι πασχίζουν να λάβουν αναγνώριση τόσο για τους ίδιους όσο και τις ομάδες τους. Διερευνώντας και αναγνωρίζοντας τους συνεισφέροντες είναι η πλέον σημαντική εργασία για έναν επιβλέποντα. Καθώς οι άνθρωποι αναγνωρίζονται, μπορούν να υπάρξουν τεράστιες αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, την παραγωγικότητα, την ποιότητα και το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλουν για να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους. Η αναγνώριση έχει την καλύτερη μορφή της όταν έρχεται αμέσως μετά μια ενέργεια που έχει εκτελέσει ο εργαζόμενος. Η αναγνώριση μπορεί να γίνει με διαφορετικούς τρόπους, σε διαφορετικά μέρη και διαφορετικές στιγμές (London and Higgot, 1997):

  - **Τρόποι:** μπορεί να πρόκειται για μια προσωπική επιστολή από την Ανώτερη Διοίκηση, όπως και για κάποια γιορτή, απονομή τιμητικής πλάκας ή τρόπαιου κλπ.

- **Μέρη:** οι υπάλληλοι με καλές επιδόσεις μπορούν να αναγνωριστούν μπροστά σε άλλα τμήματα, σε επιτροπές αξιολόγησης απόδοσης ή μπροστά στην Ανώτατη Διοίκηση.
- **Χρόνος:** η αναγνώριση μπορεί να λάβει χώρα οποιαδήποτε στιγμή, όπως σε κάποια συνάντηση των υπαλλήλων, ετήσιες απονομές βραβείων κλπ.

Συνοψίζοντας, τα 8 αυτά στοιχεία είναι βασικά για τη διασφάλιση της επιτυχίας της ΔΟΠ σε έναν οργανισμό και ο επιβλέπων έχει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξή τους στο εργασιακό περιβάλλον. Χωρίς τα συγκεκριμένα στοιχεία, οι ξεχωριστές οντότητες της εταιρίας δε θα μπορέσουν να εφαρμόσουν τη ΔΟΠ αποτελεσματικά. Είναι ξεκάθαρο από τα παραπάνω ότι η ΔΟΠ χωρίς την ύπαρξη ακεραιότητας, ηθικής και εμπιστοσύνης θα ήταν ανολοκλήρωτη. Η εκπαίδευση είναι βασική για να δημιουργήσει ο οργανισμός ένα περιβάλλον ΔΟΠ. Η ηγεσία και η ομαδική εργασία συμπορεύονται. Η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων, των επιβλεπόντων και των εργαζομένων δημιουργεί εμπόδιο στην όλη διαδικασία της ΔΟΠ. Τελευταίο, αλλά εξίσου σημαντικό, η αναγνώριση θα πρέπει να δίνεται στους ανθρώπους που συνεισέφεραν στην ολοκλήρωση μιας εργασίας. Επομένως, η καθοδήγηση του προσωπικού παραδείγματος, η εκπαίδευση του προσωπικού για την παροχή ποιοτικών προϊόντων, η δημιουργία περιβάλλοντος όπου δεν υπάρχει φόβος για την ανταλλαγή γνώσεων και η απόδοση επαίνων αποτελούν κοινές πρακτικές ενός επιτυχημένου οργανισμού ΔΟΠ (Shethna, 2016).

2.6 Στρατηγικές ΔΟΠ

Από τη στιγμή που η εταιρία αναγνωρίζει την επιθυμία της να ακολουθήσει πορεία ΔΟΠ, θα πρέπει να καθορίσει τη στρατηγική της. Επειδή κάθε οργανισμός είναι μοναδικός δεν υπάρχει μία ή ένας συγκεκριμένος συνδυασμός προσεγγίσεων που να είναι κατάλληλοι.

Ένα πλάνο διαχείρισης ποιότητας μπορεί να αλλάζει από οργανισμό σε οργανισμό. Γενικά, υπάρχουν 5 στρατηγικές για την ανάπτυξη μιας διαδικασίας ΔΟΠ, οι οποίες είναι η προσέγγιση των Στοιχείων ΔΟΠ, η προσέγγιση «Guru», η προσέγγιση του Οργανωτικού Προτύπου, η προσέγγιση της Ιαπωνικής Ολικής Ποιότητας και η προσέγγιση των Κριτηρίων Βράβευσης, για τις οποίες βασικές πληροφορίες παρουσιάζονται στη συνέχεια (Mansir and Schacht, 1989):

1. **Η προσέγγιση των Στοιχείων ΔΟΠ (TQM Element approach):** η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιήθηκε εκτεταμένα στις αρχές της δεκαετίας του 1980, καθώς οι εταιρίες προσπαθούσαν να εφαρμόσουν μέρη της ΔΟΠ ενώ εξοικειώνονταν με αυτά. Η

προσέγγιση των Στοιχείων ΔΟΠ χρησιμοποιεί βασικές διαδικασίες της επιχείρησης ως εργαλεία της ΔΟΠ για να επιφέρει βελτιώσεις.

2. **Η προσέγγιση «Guru» (Guru approach):** η συγκεκριμένη προσέγγιση εξασκεί τα διδάγματα του William Edwards Deming ως ένα οδηγό για την εφαρμογή προγράμματος ΔΟΠ. Η εν λόγω προσέγγιση μπορεί να είναι αποτελεσματική στο να καθορίσει τις πιθανές ανεπάρκειες του οργανισμού, ο οποίος, σε αυτή την περίπτωση, λαμβάνει κατάλληλα μέτρα για να τις εξαλείψει.
3. **Η προσέγγιση του Οργανωτικού Προτύπου (Organization Model approach):** η προσέγγιση αυτή αποτελείται από τους κύκλους ποιότητας, τη στατιστική διαδικασία ελέγχου, τις μεθόδους Taguchi και την ανάπτυξη τμήματος ποιότητας (Mansir and Schacht, 1989). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, μεμονωμένα άτομα ή ομάδες επισκέπτονται οργανισμούς που έχουν επιδείξει ηγετικό ρόλο στη ΔΟΠ και καθορίζουν τις διαδικασίες και τους λόγους επιτυχίας τους. Στη συνέχεια ενσωματώνουν αυτές τις ιδέες με τις δικές τους για να αναπτύξουν ένα οργανωτικό πρότυπο προσαρμοσμένο στις ανάγκες του δικού τους οργανισμού.
4. **Η προσέγγιση της Ιαπωνικής Ολικής Ποιότητας (Japanese Total Quality approach):** σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή γίνεται επιθεώρηση της λεπτομερούς εφαρμογής των τεχνικών και στρατηγικών που χρησιμοποιούνται από τις τιμημένες με το Βραβείο Deming εταιρίες, βάσει της εμπειρίας των οποίων αναπτύσσεται ένα μακρόχρονο σχέδιο για εσωτερική χρήση.
5. **Η προσέγγιση των Κριτηρίων Βράβευσης (Award Criteria Approach):** στην περίπτωση αυτή ένας οργανισμός χρησιμοποιεί τα κριτήρια βραβείων, όπως το Βραβείο Deming, το Βραβείο European Quality ή το Βραβείο Ποιότητας Malcolm Baldrige, για να διαπιστώσει περιοχές προς βελτίωση. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, η εφαρμογή ΔΟΠ εστιάζει στην ικανοποίηση συγκεκριμένων κριτηρίων βράβευσης. Αν και υπάρχει επιχειρηματολογία εναντίον αυτής της πρακτικής, κάποιοι οργανισμοί τη χρησιμοποιούν και μπορεί να επιφέρει βελτίωση.

2.7 Ωφέλειες από τη ΔΟΠ

Μέσα από όλα τα βήματα και στρατηγικές για την εφαρμογή ΔΟΠ σε μία επιχείρηση θα πρέπει να τίθεται η ερώτηση σχετικά με το ποιες είναι οι ωφέλειες. Αν και υπάρχουν αρκετά πλεονεκτήματα μεταξύ των διαφορετικών οργανισμών, παρατίθενται κάποια από αυτά μέσα από τις γενικότερες κατηγορίες (Shethna, 2016):

- **Μείωση κόστους:** όταν εφαρμόζεται με συνέπεια, σε βάθος χρόνου, η ΔΟΠ μπορεί να μειώσει τα κόστη ενός οργανισμού, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις άχρηστων

προϊόντων και επανακατεργασιών. Καθώς αυτές οι μειώσεις κόστους αντανακλούν στα τελικά κέρδη, μπορεί να υπάρξει σημαντική αύξηση της κερδοφορίας.

- **Ικανοποίηση πελατών:** καθώς η εταιρία έχει καλύτερα προϊόντα και υπηρεσίες και οι αλληλεπιδράσεις της με τους πελάτες είναι σχετικά απαλλαγμένη από σφάλματα, θα πρέπει να υπάρχουν λιγότερα παράπονα από τους τελευταίους. Τα μειωμένα παράπονα μπορεί ακόμα να συνεπάγονται λιγότερους πόρους για την παροχή υπηρεσιών. Υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης πελατών μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο μερίδιο αγοράς, αφού οι υπάρχοντες πελάτες ενεργούν προς όφελος της εταιρίας για να φέρουν περισσότερους πελάτες.
- **Μείωση ελαττωμάτων:** η ΔΟΠ δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη βελτίωση της ποιότητας μέσω μιας διαδικασίας από το να επιθεωρεί την ποιότητα σε μια διαδικασία. Αυτό όχι μόνο μειώνει τον χρόνο που χρειάζεται για τη διόρθωση λαθών, αλλά καθιστά λιγότερο αναγκαία την εμπλοκή ομάδας από το προσωπικό διασφάλισης ποιότητας.
- **Ηθικό:** Η συνεχής και αποδεδειγμένη επιτυχία της ΔΟΠ και, συγκεκριμένα η συμμετοχή των υπαλλήλων σε αυτή την επιτυχία, μπορεί να οδηγήσει σε εμφανή βελτίωση του ηθικού των εργαζομένων, το οποίο με τη σειρά του μειώνει τις αποχωρήσεις των υπαλλήλων και τις αφίξεις νέων και, επομένως, μειώνει το κόστος πρόσληψης και εκπαίδευσης νέων εργαζομένων.

2.8 Εμπόδια στην εφαρμογή ΔΟΠ

Παράλληλα με τις ωφέλειες, υπάρχουν εμπόδια στην εφαρμογή της ΔΟΠ. Αρκετές βιομηχανίες υπηρεσιών έχουν συναντήσει δυσκολία στην επιτυχή εφαρμογή ΔΟΠ. Σύμφωνα με ειδικούς ποιότητας υπάρχουν κάποια εμπόδια, όπως τα παρακάτω (*ASQ- THE GLOBAL VOICE OF QUALITY- TOTAL QUALITY MANAGEMENT IMPLEMENTATION AND SYSTEMS*, 2018):

- Διαχειριστικά προβλήματα,
- Προβλήματα σχετικά με ανθρώπινους παράγοντες,
- Οργανωτικά προβλήματα,
- Έλλειψη επικοινωνίας,
- Έλλειψη δέσμευσης της Ανώτατης Διοίκησης,
- Αντίσταση των εργαζόμενων στην αλλαγή,
- Έλλειψη συντονισμού μεταξύ των τμημάτων &

- Αυξημένο ποσοστό αποχωρήσεων και νέων προσλήψεων σε επίπεδο διοικητικών στελεχών

Η ΔΟΠ απαιτεί σημαντικό όγκο εκπαίδευσης για όλους τους εργαζόμενους που εμπλέκονται σε αυτή. Η εκπαίδευση μπορεί να αποσπάσει τους ανθρώπους από τα τακτικά τους καθήκοντα, κάτι που μπορεί να έχει τελικά αρνητική επίδραση στο κόστος. Επιπρόσθετα, αφού η ΔΟΠ τείνει να καταλήγει σε συνεχιζόμενη σειρά μικρών αλλαγών, είναι πιθανό να προκαλέσει δυσμενείς αντιδράσεις που προτιμούν την υπάρχουσα κατάσταση ή αισθάνονται ότι χάνουν τη δουλειά τους εξαιτίας της ΔΟΠ. Η ΔΟΠ έχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα σε περιβάλλον που τυγχάνει της πλήρους υποστήριξης της ανώτατης Διοίκησης, εφαρμόζεται από ομάδες ατόμων και εστιάζει συνεχώς στη βελτίωση της διαδικασίας, αποτρέποντας την εμφάνιση σφαλμάτων.

2.9 Σύγκριση ΔΟΠ με πρότυπα ISO 9000

Με το πέρασμα του χρόνου η ΔΟΠ εξελίχθηκε και υποστηρίζεται ότι δημιούργησε μια σχέση με το πρότυπο του ISO (International Organization of Standardization).

Όταν άρχισε να εφαρμόζεται η τυποποίηση της διαχείρισης ποιότητας κατά τη διάρκεια του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου, διαπιστώθηκε ότι τα οχήματα, πυρομαχικά και οι εν χρήσει μονάδες μέτρησης δεν ήταν παντού τα ίδια. Ο στρατός υιοθέτησε έναν τυποποιημένο τρόπο να φτιάχνει αντικείμενα και σύντομα οι βιομηχανίες αναγνώρισαν και οι ίδιες τα πλεονεκτήματα της τυποποίησης. Παρόλα αυτά, τα κοινά πρότυπα εστίαζαν κυρίως στα έτοιμα προϊόντα και όχι στην ίδια τη διαδικασία. Οι εταιρίες ήταν σε σύγχυση με τα διαφορετικά πρότυπα στις διαφορετικές χώρες (Martínez-Costa and Martinez-Lorente, 2004).

Το 1987 ιδρύθηκε ο οργανισμός International Organization of Standardization και αναπτύχθηκε ένα νέο πρότυπο. Τον καιρό εκείνο η Ευρωπαϊκή Κοινότητα αποτελούνταν από 12 κράτη μέλη και η σύστασή της έγινε με τον σκοπό της δημιουργίας ενιαίας αγοράς, ελεύθερης από τους περιορισμούς του εμπορίου. Για την εμπορική διακίνηση όλων των προϊόντων και υπηρεσιών έπρεπε να υπάρχει διασφάλιση ότι πληρούσαν κάποιες προδιαγραφές είτε είχαν παραχθεί σε κάποιο ευρωπαϊκό κράτος είτε σε κάποιο μη ευρωπαϊκό, όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στην Ιαπωνία ή αλλού. Αντικειμενικός σκοπός του οργανισμού ήταν η προώθηση της δημιουργίας των προτύπων, η δοκιμή και η πιστοποίηση, ώστε να ενθαρρυνθεί το παγκόσμιο εμπόριο αγαθών και υπηρεσιών.

Αυτό οδήγησε στη δημιουργία των Προτύπων Ποιότητας ISO 9000, τα οποία δεν είναι πρότυπα σχετιζόμενα με προϊόντα (*ISO- International Organization for Standartization-*

About ISO, no date). Στην πράξη δεν έχουν να κάνουν σε τίποτα με την ποιότητα των προϊόντων. Είναι πρότυπα διαδικασιών που εστιάζουν στα συστήματα που παράγουν τα προϊόντα. Με άλλα λόγια, τα πρότυπα είναι κατευθυντήριες οδηγίες για τον σχεδιασμό, παραγωγή, πώληση και συντήρηση ενός προϊόντος. Τα πρότυπα απαιτούν οι επιχειρήσεις να τεκμηριώνουν τα σχέδια, τις προδιαγραφές, τις διαδικασίες, τις δραστηριότητές τους κ.ο.κ.

Τα πρότυπα ISO 9000 δημιουργήθηκαν για να αυξήσουν το επίπεδο ποιότητας και αξιοπιστίας των προϊόντων παράλληλα με την παραγωγικότητα και την ασφάλεια. Οι εταιρίες που υιοθετούν τα πρότυπα ISO 9000 πρέπει να συμμορφωθούν με την ικανοποίηση 20 στοιχείων, τα οποία εστιάζουν στις εσωτερικές διαδικασίες, ιδιαίτερα της παραγωγής, της διοίκησης και της τεχνικής υποστήριξης (*ISO- International Organization for Standartization- About ISO*, no date).

Το πρότυπο χωρίζεται σε 8 ενότητες, που καλύπτουν τα ακόλουθα:

Ενότητες 1 έως 3: καλύπτουν το Πεδίο Εφαρμογής, Παραπομπές και Όρους/ Ορισμούς,

Ενότητα 4: Τρόπος τεκμηρίωσης ενός συστήματος διαχείρισης και ελέγχου ποιότητας,

Ενότητα 5: Καθορισμός δέσμευσης και υπευθυνοτήτων της ανώτερης Διοίκησης & Δεδομένα που πρέπει να συλλέγει το σύστημα διαχείρισης,

Ενότητα 6: Διαχείριση πόρων,

Ενότητα 7: Έλεγχος των παραγόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων του σχεδιασμού και της παραγωγής τους &

Ενότητα 8: Μέτρηση και παρακολούθηση των διαδικασιών που αφορούν στα προϊόντα, αλλά και τη διαχείριση. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από δοκιμές, επιθεωρήσεις και διακριβώσεις.

Με απλά λόγια, το ISO καταπιάνεται με το «Πες Αυτό Που Κάνεις, Κάνε Αυτό Που Λες». Τα εταιρικά τμήματα καθορίζουν τους σκοπούς, το πεδίο εφαρμογή της δουλειάς τους και πώς εκτελούν τις εργασίες τους με το στόχο της συνεχούς βελτίωσης της ικανοποίησης των πελατών. Οι εταιρίες που λαμβάνουν την πιστοποίησή τους ορίζουν τους υπαλλήλους τους εκείνους που θα γίνουν επιθεωρητές για να διενεργήσουν εσωτερικούς ελέγχους του προγράμματος. Σε προκαθορισμένα χρονικά διαστήματα αυτοί οι επιθεωρητές θα ελέγξουν τα τμήματα για να διασφαλίσουν ότι ακολουθούν τις συμφωνημένες πολιτικές και διαδικασίες. Αν ο επιθεωρητής ανακαλύψει περιοχές μη συμμόρφωσης, θα προχωρήσουν σε κάποια διορθωτική ενέργεια με κατάλληλη παρακολούθηση μέχρι να επιτευχθεί η άρση της μη συμμόρφωσης.

Οι επιθεωρητές μπορούν ακόμα να ανακαλύψουν περιοχές προς βελτίωση ή να καταρτίσουν ένα πλάνο πρόληψης (preventive action). Ένα τέτοιο πλάνο διαπιστώνει πεδία

ευκαιριών για την πρόληψη ενός προβλήματος ή για να κάνει μια διαδικασία ακόμα πιο αποτελεσματική και αποδοτική (*Quality Magazine- Dispelling the Myths of ISO 9001*, 2008).

Τόσο η ΔΟΠ όσο και το ISO 9000 είναι εξίσου σημαντικά εάν ένας οργανισμός αναζητά να γίνει παγκόσμιας κλάσης. Ωστόσο, πρόκειται για δύο αρκετά διαφορετικά πράγματα κατά βάση.

Αν και η ΔΟΠ προηγήθηκε ως μέθοδος για τις επιχειρήσεις για τη βελτίωση των κερδών και τη συνέχισή τους, η συμμόρφωση με τα πρότυπα του ISO 9000 είναι το πρώτο πράγμα που μια εταιρία θα πρέπει να λάβει υπόψη για να βελτιώσει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί. Αυτό θα πρέπει να συμβεί, γιατί η ΔΟΠ εστιάζεται στις αιτίες των ποιοτικών προβλημάτων και την εξάλειψή τους. Η κυρίαρχη ιδέα είναι ότι με την ανάμιξη όλων στην επίλυση ποιοτικών προβλημάτων, τελικά όλα τα προβλήματα θα διορθώνονται και η ποιότητα της εταιρίας θα βελτιώνεται όλο και περισσότερο. Ένα μειονέκτημα της ΔΟΠ είναι ότι βασίζεται σε παρελθοντικά δεδομένα. Αυτό σημαίνει ότι έχει περισσότερο χαρακτήρα αντίδρασης και όχι πρόληψης.

Με την εφαρμογή των προτύπων ISO 9000 στα συστήματα του οργανισμού, μπορούν να αντιμετωπιστούν όλα τα προβλήματα ποιότητας σε όποια περιοχή και αν εμφανιστούν. Αυτό γίνεται με το να απαιτείται από τη Διοίκηση να καθορίσει τα πιθανά προβλήματα και να εφαρμόσει κατάλληλες πρακτικές πρόληψης. Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του ISO 9000 είναι η «αυτο-αστυνόμευση», κάτι που δεν κάνει η ΔΟΠ. Επιπρόσθετα, προκειμένου να συντηρηθεί η πιστοποίηση, η Διοίκηση πρέπει να είναι σε θέση να υποδείξει ότι τα προβλήματα ποιότητας αντιμετωπίζονται και επιλύονται καθώς συμβαίνουν. Η ΔΟΠ έχει μια ιστορία που εξασθενεί με το πέρασμα του χρόνου. Ενώ τα πρότυπα ISO 9000 απαιτούν τεκμηρίωση και φύλαξη αρχείων, δεν υπάρχει τέτοια απαίτηση για τη ΔΟΠ. Ως επακόλουθο, οι βελτιώσεις συχνά ξεχνιούνται, καθώς νέοι άνθρωποι, νέα προϊόντα και νέα διευθυντικά στελέχη έρχονται και φεύγουν. Η τυπική εφαρμογή της ΔΟΠ στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην ηγεσία ενός «πρωταθλητή». Όταν ο «πρωταθλητής» φεύγει, το ίδιο συμβαίνει και με το πρόγραμμα ΔΟΠ. Αντίθετα με τα πρότυπα ISO 9000, τα οποία απαιτούν τακτικές επιθεωρήσεις από εξωτερικό μέρος.

Αν και μέσα από τις διαφορές αυτές μπορεί να φαίνεται ότι τα πρότυπα ISO 9000 είναι ανώτερα, έχουν τα δικά τους μειονεκτήματα. Εάν οι ιδιοκτήτες ή η Ανώτερη Διοίκηση δεν κατανοούν καλά τη διαδικασία πιστοποίησης ISO 9000 και τα πρότυπά της, τότε η εφαρμογή θα μπορούσε να είναι απλώς σπατάλη χρόνου και χρήματος. Ένα ακόμα αρνητικό στοιχείο είναι η ποσότητα της τεκμηρίωσης που απαιτείται για την υποστήριξη του προγράμματος. Το ISO μπορεί να γίνει μια εργασία βαριάς ενασχόλησης με έγγραφα. Έχει ακόμα σημειωθεί ότι οι καλές επιχειρηματικές αποφάσεις θα μπορούσαν να χαθούν, αφού ο όγκος των απαιτήσεων για τεκμηρίωση επανακατευθύνει τις προτεραιότητες. Το ISO 9000 μπορεί να αποβεί μια νωθρή προσέγγιση διαδοχικών βημάτων που κατά βάση επιβραδύνει τη διαδικασία λήψης

αποφάσεων. Επιπρόσθετα, το κόστος για την πιστοποίηση μπορεί να είναι αρκετά μεγάλο. Όσο λιγότερη υποστήριξη παρέχεται για την εφαρμογή, τόσο περισσότερος χρόνος χρειάζεται. Κάποιες μικρότερες επιχειρήσεις χρειάζονται διάστημα 6 μηνών για την πιστοποίηση, ωστόσο θα μπορούσαν να χρειαστούν διάστημα έως και 18 μήνες. Ο χρόνος και η προσπάθεια που αναλώνονται, παράλληλα με το κόστος της πιστοποίησης, μπορούν να κοστίσουν ένα σημαντικά μεγάλο ποσό. Επομένως, ο χρόνος και το κόστος της πιστοποίησης σημαίνει συχνά ότι η επιστροφή της επένδυσης δε συμβαίνει αμέσως (Bishop, 2015).

Οι οργανισμοί που ενσωματώνουν τα πρότυπα ISO 9000 και/ ή ΔΟΠ έχει αποδειχτεί συχνά ότι λειτουργούν καλύτερα, έχουν λιγότερα προβλήματα και λιγότερη σπατάλη. Αυτό οδηγεί σε περισσότερο ευχαριστημένους πελάτες, κάτι που ευνοεί την επιχειρηματικότητα και τα κέρδη.

Αν και αρκετοί θεωρούν τη ΔΟΠ ξεπερασμένη, οι οργανισμοί εξακολουθούν να αναζητούν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μέσω βελτιωμένης ποιότητας και ικανοποιημένων πελατών. Ισχυρή ένδειξη για τη συνεχιζόμενη συνάφεια της διαχείρισης ποιότητας στις επιχειρήσεις που ανταγωνίζονται στην παγκόσμια αγορά ήταν η αναθεώρηση των προτύπων ποιότητας της οικογένειας ISO 9000 (*Quality Magazine- Dispelling the Myths of ISO 9001*, 2008). Η έκδοση 2000 του ISO 9000 (ISO 9000: 2000) αντιπροσωπεύει μια μετατόπιση από τη διασφάλιση ποιότητας στη διοίκηση ποιότητας, μια σημαντική αλλαγή στην προσέγγιση της ποιότητας από μία εντελώς βασισμένη στη συμμόρφωση σε μία νέα προσέγγιση που περιλαμβάνει την αξιολόγηση των τεχνικών διαχείρισης. Επιπλέον, η εισαγωγή των περιβαλλοντικών προτύπων ISO 14000 εισήχθησαν σε απάντηση των συνεχιζόμενων περιβαλλοντικών ανησυχιών σε όλο το βιομηχανικό χώρο. Έχει αναφερθεί για την αλλαγή αυτή ότι μετατοπίζει το πρότυπο από ένα τεχνικό- πρακτικό εργαλείο σε ένα εργαλείο διοίκησης.

2.10 Μεταβαλλόμενες έννοιες ΔΟΠ στον Δημόσιο Τομέα- Ιστορική αναδρομή

Αν και η ΔΟΠ είναι ένα νέο σύστημα διαχείρισης ποιότητας για τον Δημόσιο Τομέα, αυτό δε σημαίνει ότι η Δημόσια Διοίκηση δεν ήταν προσανατολισμένη στην ποιότητα προηγουμένως. Η ποιότητα ανέκαθεν έπαιξε ρόλο στη Δημόσια Διοίκηση, ίσως σιωπηρά κάποιες φορές, με νοήματα που επίσης άλλαξαν με το πέρασμα του χρόνου.

Διακρίνονται τρεις φάσεις στην εξέλιξη της ποιότητας στον Δημόσιο Τομέα (Beltrami and Maresca, 1992):

- Η ποιότητα με την έννοια των κανόνων και διαδικασιών,
- Η ποιότητα με την έννοια της αποτελεσματικότητας &

- Η ποιότητα με την έννοια της ικανοποίησης των πελατών

Στην πρώτη περίπτωση, η ποιότητα σημαίνει την απουσία αυθαιρεσίας ή την έκφραση ορθότητας με τυπικό και θετικό τρόπο. Ο ορισμός αυτός δεν συμπεριλαμβάνει τον χρήστη ή πελάτη και αντιστοιχεί στην πρώιμη αντίληψη για την ποιότητα, που αντιστοιχούσε στην τεχνική συμμόρφωση στις προδιαγραφές της βιομηχανίας.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960, όταν η Διοίκηση μέσω στόχων άρχισε να γίνεται δημοφιλής στη Δημόσια Διοίκηση, άλλαξε και η απόχρωση της ποιότητας. Ο νέος ορισμός της εξακολουθούσε να περιλαμβάνει την απουσία λαθών, αλλά άρχισε να τη συνδέει με τον σκοπό που το τελικό προϊόν ή η τελική υπηρεσία θα υπηρετούσε. Το ισοδύναμο αυτού του ορισμού είναι ο ορισμός του Juran, «καταλληλότητα προς χρήση» («fitness for use»).

Στις αρχές του 1980, ο Δημόσιος Τομέας στη Βόρεια Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη δανείστηκε την έννοια της «Ολικής Ποιότητας» από το Ιδιωτικό Τομέα, καθιστώντας την ικανοποίηση ή ακόμα και την ευχαρίστηση του πελάτη (customer delight) το σημείο αναφοράς για τον βαθμό επίτευξης της ποιότητας. Στο σημείο αυτό χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι δεν εφάρμοσαν όλες οι Δυτικές χώρες την ίδια έννοια της ποιότητας στον Δημόσιο Τομέα. Αν και μέχρι σήμερα οι περισσότερες Δημόσιες Υπηρεσίες είναι εξοικειωμένες με την επιχειρηματική έννοια της ποιότητας, σε πολλές χώρες ακόμα η Δημόσια Διοίκηση περιορίζει το εύρος της ποιότητας στη συμμόρφωση με τον νόμο, κάτι που χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τις χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης με παράδοση διοικητικού δικαίου.

Αποτελεί πεδίο αντιπαραθέσεων το αν οι έννοιες της ποιότητας από τον Ιδιωτικό Τομέα μπορούν να μεταφερθούν στον Δημόσιο με ουσιαστικό τρόπο. Αν και υποστηρίζεται από κάποιους ότι οι μεγάλες ιδιωτικές εταιρίες και οι μεγάλες Δημόσιες Αρχές αντιμετωπίζουν του ίδιου είδους γραφειοκρατικά προβλήματα, υπάρχει και η αντίθετη άποψη, ότι ο Ιδιωτικός και ο Δημόσιος Τομέας λειτουργούν κάτω από διαφορετικές συνθήκες (Halachmi and Bouckaert, 1995).

Στις περισσότερες Δυτικές χώρες αυτή η διχοτόμηση μεταξύ Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα δεν υφίσταται πλέον σε σημαντικό βαθμό. Σαν συνέπεια των υπεργολαβιών, οι δημόσιες υπηρεσίες παρέχονται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς και μη-κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Επιπλέον, έχει δημιουργηθεί ένας μεγάλος αριθμός οργανισμών με μικτή μορφή ιδιωτικής και δημόσιας ιδιοκτησίας μέσω προγραμμάτων διοικητικού εκσυγχρονισμού, στο πνεύμα της Νέας Δημόσιας Διοίκησης. Επομένως, τα όρια μεταξύ του Ιδιωτικού, του Δημόσιου και του Μη-Κυβερνητικού Τομέα γίνονται ολοένα και πιο ασαφή.

Δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ότι η ενσωμάτωση στον Δημόσιο Τομέα των εννοιών της διαχείρισης ποιότητας που είναι προσανατολισμένες στις επιχειρήσεις δεν εγείρει προβλήματα (Swiss, 1992). Δύο είναι τα κυριότερα από αυτά:

Το πρώτο σχετίζεται με τη φύση των υπηρεσιών συγκριτικά με τις ιδιότητες των αγαθών. Οι ρίζες των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας βρίσκονται στον βιομηχανικό κόσμο της παραγωγής αγαθών. Αντίθετα, ο Δημόσιος Τομέας παράγει κατά κύριο λόγο υπηρεσίες είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω υπεργολάβων. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας για την αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας αγαθών είναι ανεπαρκή για την αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών (Zeithaml, Parasuraman and Berrry, 1990) εξαιτίας των ακόλουθων τριών λόγων:

- Οι υπηρεσίες είναι άυλες και δεν μπορούν να τεθούν υπό ειδικές προδιαγραφές παραγωγής,
- Οι υπηρεσίες υψηλής έντασης εργασίας είναι ετερογενείς &
- Η παραγωγή και κατανάλωση αρκετών υπηρεσιών δεν μπορούν να διαχωριστούν.

Τα παραπάνω έχουν εκτεταμένες συνέπειες για τις έννοιες του ποιοτικού ελέγχου και της διαχείρισης ποιότητας. Για παράδειγμα, στη βιομηχανία παραγωγής, η ποιότητα πρέπει να τεθεί ως στόχος σε πολύ πρώιμα στάδια της παραγωγικής διαδικασίας, παρά να προστεθεί στα όψιμα στάδιά της. Αντίθετα, στην περίπτωση των υπηρεσιών, η παραγωγή και η κατανάλωσή τους συχνά συμπίπτουν. Η διαχείριση της ποιότητας για τις υπηρεσίες εστιάζεται στην εμφάνιση και τη συμπεριφορά του ατόμου που την παρέχει, όπως και στην εμφάνιση και συμπεριφορά του πελάτη. Για παράδειγμα, η λήψη σωστού ιατρικού ιστορικού απαιτεί τη συμπλήρωση φιλικής προς τον χρήστη φόρμας και αποτελεσματική συμβουλή από κάποιον επαγγελματία υγείας, όπως και ορθή παροχή πληροφοριών από τον ασθενή.

Το δεύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στο ότι οι έννοιες της ποιότητας που είναι προσανατολισμένες στις επιχειρήσεις εφαρμόζονται καλύτερα σε δημόσιες υπηρεσίες που λειτουργούν σε συνθήκες αγοράς. Ακόμα, η ΔΟΠ λειτουργεί καλύτερα σε Δημόσιες Αρχές που παρέχουν υπηρεσίες με κάποιο βαθμό πίεσης από την αγορά, όπως οι Τοπικές Αρχές. Ωστόσο, για τα Υπουργεία και άλλες Αρχές με ισχυρή εστίαση στη χάραξη πολιτικής είναι δυσκολότερο να λειτουργήσουν στη βάση της ΔΟΠ.

Τα κίνητρα για τη θεμελίωση της ΔΟΠ στις Δημόσιες Υπηρεσίες προέρχεται από τα μεσαία διευθυντικά στελέχη παρά από τους πελάτες ή ευκαιρίες της αγοράς. Η ΔΟΠ θεωρείται ως μέσο βελτίωσης της εξωτερικής εικόνας της Δημόσιας Υπηρεσίας, μέσο βελτίωσης εσωτερικών προβλημάτων ή προώθησης της καριέρας των ατόμων που εμπλέκονται στην αλλαγή. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν η χαμηλή δέσμευση μιας μέσης

Διοίκησης που παρουσιάζει υψηλό ποσοστό αποχωρήσεων και νέων προσλήψεων θα μπορούσε να αποτελέσει μοχλό πίεσης για τη διατήρηση της κινητοποίησης των υπαλλήλων για την ολική ποιότητα στη υπηρεσία.

2.11 Διαφορετικά παραδείγματα ΔΟΠ στη Δημόσια Διοίκηση

Η ΔΟΠ έγινε γνωστή στον Δημόσιο Τομέα όταν έγιναν δημοφιλείς οι ιδέες της Νέας Δημόσιας Διοίκησης (ΝΔΔ) στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Περιλαμβάνοντας στοιχεία ΔΟΠ, η ΝΔΔ επιδιώκει να παρέχει περισσότερο αποδοτικούς μηχανισμούς για την παροχή αγαθών και υπηρεσιών και την αύξηση της απόδοσης του κράτους (Kelly, 1998).

Η ΝΔΔ και η ΔΟΠ θεωρούνται ίδιες για τον λόγο ότι μοιράζονται αρκετά χαρακτηριστικά **(Πίνακας 2)**.

Πίνακας 2: Διαφορετικά Παραδείγματα Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) στη Δημόσια Διοίκηση

Νέα Δημόσια Διοίκηση	**Διοίκηση Ολικής Ποιότητας**	**«Μεταρρυθμισμένη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας»**
Κοντά στους πελάτες της (Pollitt and Buckaert, 2004)	Προσανατολισμός στον πελάτη (Van der Wiele and Brown, 1997)	Όχι μόνο το άμεσο πελατολόγιο, αλλά όλοι οι πολίτες (Swiss, 1992): ο φορολογούμενος είναι ο απόλυτος καθοριστής της ποιότητας και της ποσότητας (Löffler, 1999)
Καθοδήγηση από την απόδοση (στόχοι, πρότυπα), όχι δέσμευση από κανόνες (Pollitt and Buckaert, 2004), μεγαλύτερη έμφαση στους ελέγχους εκβάσεων (Hood, 1991)	Η ποιότητα απαιτεί συνεχή βελτίωση των εκβάσεων, όπως και των εισερχομένων και των διαδικασιών (Löffler, 1999), κρίσιμη είναι η διαχείριση της ροής διαδικασίας (Krane, 2001)	Έμφαση στη Διαχείριση του Ανθρώπινου Δυναμικού αντί της διαχείρισης της διαδικασίας (Löffler, 1999), στόχοι και μετρήσεις εκβάσεων (Swiss, 1992)
Χρήση συστημάτων σχετικά με την απόδοση για την ανακοίνωση κενών θέσεων, την επιλογή, την προαγωγή και τη μισθοδοσία του προσωπικού (Pollitt and Buckaert, 2004)	Η διαχείριση της απόδοσης πρέπει να συνυπολογίσει τόσο «προσωπικούς παράγοντες» όσο και «οργανωτικούς/ συστημικούς» (Yong and Wilkinson, 2001)	Η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ μπορεί να αποτελεί το πρώτο βήμα για την εισαγωγή της διαχείρισης απόδοσης (Swiss, 1992), η εξωτερική κινητοποίηση (προσωπική βράβευση) είναι σημαντική στις χαμηλά αμοιβόμενες θέσεις (Löffler, 1999)
Δέσμευση στη διαρκή βελτίωση της ποιότητας (στόχοι,	Διαρκής βελτίωση (Hill and Wilkinson, 1995), κύκλος Plan-	Καθορισμός δεικτών ποιότητας ανάλογα με το είδος της

πρότυπα) (Pollitt and Buckaert, 2004)	Do-Check-Act (Krane, 2001)	δημόσιας υπηρεσίας για τη δημιουργία κοινής κατανόησης για την ποιότητα, συμμετοχή υπαλλήλων (Löffler, 1999) και δημιουργία συνεχούς βελτίωση (Swiss, 1992)
Καθορισμός στόχων, δεικτών επιτυχίας, κατά προτίμηση σε ποσοτικούς στόχους (Hood, 1991), επιθεώρηση της απόδοσης (Gruening, 2001), αυστηρός έλεγχος κόστους (Pollitt and Buckaert, 2004)	Ποιοτικά δεδομένα και αναφορά (Krane, 2001), μέτρηση και ανατροφοδότηση για το κόστος ποιότητας και τις αντιδράσεις των πελατών (Van der Wiele and Brown, 1997), χρήση (ποσοτικών) τεχνικών διαχείρισης ποιότητας και εργαλείων για τη βελτίωση της απόδοσης των διαδικασιών (Van der Wiele and Brown, 1997)	Εστίαση στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας εξαιτίας των περιορισμένων πόρων (Löffler, 1999), ποσοτική καταγραφή της ποιότητας προϊόντος και των αντιδράσεων των πελατών (Swiss, 1992)
Ενδυνάμωση του προσωπικού στα πιο χαμηλά επίπεδα, ώστε να είναι ευέλικτο και καινοτόμο (Pollitt and Buckaert, 2004)	Συμμετοχή και ομαδική εργασία (όλοι έχουν ευθύνη για την ποιότητα) (Van der Wiele and Brown, 1997)	Ενδυνάμωση υπαλλήλων (Swiss, 1992)
Απομάκρυνση από την ηθική δημόσιας διοίκησης «στρατιωτικού τύπου», μεγαλύτερη ευελιξία στην πρόσληψη και την επιβράβευση (Hood, 1991), αλλαγή τρόπου διοίκηση (Gruening, 2001)	Αλλαγή κουλτούρας (Van der Wiele and Brown, 1997), θετικές στάσεις εργασίας των υπαλλήλων (Krane, 2001)	Κουλτούρα περισσότερο προσανατολισμένη στην ποιότητα σε σχέση με την παραδοσιακή δημόσια διοίκηση, αν και η ποιότητα δεν είναι η μόνη παράμετρος της αριστείας (Löffler, 1999)
Ενεργός, ορατός έλεγχος, στη διακριτική ευχέρεια του οργανισμού μέσω προγραμματισμού της απόδοσης και συμβολαίων (Hood, 1991), στρατηγικός προγραμματισμός και διαχείριση (Gruening, 2001)	Προγραμματισμός και οργάνωση (Van der Wiele and Brown, 1997)	-
Διαχείριση προσωπικού (κίνητρα) (Gruening, 2001)	Μάθηση και εκπαίδευση (Van der Wiele and Brown, 1997)	Έμφαση στη Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού αντί της διαχείρισης διαδικασίας (Löffler, 1999)
Ελευθερία στη διαχείριση (Gruening, 2001)	Δέσμευση και ηγεσία από την Ανώτερη Διοίκηση (Krane, 2001)	-
Αποκεντροποίηση και διάσπαση των παλαιότερων «μονολιθικών» μονάδων για τη δημιουργία «διαχειρίσιμων» μονάδων (Hood, 1991), ο ανταγωνισμός μεταξύ των δημόσιων οργανισμών ως κλειδί για τη μείωση του κόστους και καλύτερα πρότυπα (Hood, 1991)	Ανάπτυξη μίας μόνο κυρίαρχης κουλτούρας του οργανισμού για τη βελτίωση των ποσοστών συμμετοχής και τη δέσμευση των υπαλλήλων και για τη διευκόλυνση του οργανισμού να γίνει περισσότερο ανταγωνιστικός (Dawson, 1995), συνεργασία με εταίρους (εσωτερικούς και εξωτερικούς πελάτες, προμηθευτές) (Hood, 1991)	Η ετερογένεια προσωποποιημένων υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αύξηση των επιλογών (Löffler, 1999)

Πηγή (Elke Löffler, 2001)

Καταρχήν, ο προσανατολισμός στον πελάτη είναι σημαντικός τόσο στη ΝΔΔ όσο και τη ΔΟΠ. Η «μεταρρυθισμένη» ΔΟΠ υποστηρίζει ότι χρειάζεται προσοχή στον καθορισμό των πελατών και των προσδοκιών και ότι χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη τα ενδιαφέροντα όλων των εταίρων, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών, του κοινού και των ομολόγων. Όμως, κατά γενική αρχή, η διαφοροποίηση της «βάσης των πελατών» είναι κατανοητή ακόμα και όταν λαμβάνεται υπόψη το πολιτικό περιβάλλον.

Δεύτερον, τόσο η ΝΔΔ όσο και η ΔΟΠ επιδιώκουν να μετρούν την απόδοση και να εγκαθιστούν πρότυπα και στόχους. Η διαφορά έγκειται στο ότι η κλασσική ΔΟΠ δίνει προτεραιότητα στην απόδοση των διαδικασιών πέρα από τη βελτίωση των εκβάσεων, ενώ η ΝΔΔ εστιάζει πρωταρχικά στις εκβάσεις. Η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ δίνει έμφαση στους στόχους και τις μετρήσεις εκβάσεων (Swiss, 1992), αλλά και στη Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού αντί της διαχείρισης διαδικασίας (Löffler, 1999), όντας έτσι περισσότερο κοντά στη ΝΔΔ από ότι στην κλασσική ΔΟΠ. Η ανάπτυξη κατάλληλων κριτηρίων απόδοσης είναι δύσκολη, μα εφικτή στην περίπτωση κάποιων υπηρεσιών, όπως στις υπηρεσίες που έχουν βραχυπρόθεσμες συνέπειες και η χρήση ατομικών βραβείων συνιστάται στις θέσεις δημόσιων υπηρεσιών χαμηλού προφίλ (Löffler, 1999).

Τόσο η ΝΔΔ όσο και η ΔΟΠ στοχεύουν να καθιστούν τα πρότυπα όλο και υψηλότερα. Με αυτό τον τρόπο, εγκαθιστούν στόχους και παρατηρούν την πρόοδο μέσω επιθεώρησης της απόδοσης και αναφοράς δεδομένων ποιότητας. Παρόμοια, η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ συμπεριλαμβάνει όλους τους υπαλλήλους στον καθορισμό των χαρακτηριστικών ποιότητας για τη δημιουργία δέσμευσης στη συνεχή βελτίωση μεταξύ των δημόσιων λειτουργών. Η ποσοτική καταγραφή της ποιότητας των προϊόντων ή υπηρεσιών, όπως και των αντιδράσεων των πελατών, είναι κάποια ακόμα από τα χαρακτηριστικά της «μεταρρυθμισμένης» ΔΟΠ.

Και οι τρεις προσεγγίσεις αποσκοπούν στη μείωση του κόστους. Ωστόσο, το ερώτημα του κόστους στη ΔΟΠ θα μπορούσε να ταυτίζεται με την αναζήτηση της καλύτερης σχέσης μεταξύ ποιότητας και κόστους προς όφελος των πελατών και όχι απαραίτητα την πλέον οικονομική επιλογή. Ο αυστηρός έλεγχος του κόστους χαρακτηρίζει προηγούμενες φάσεις της ΔΟΠ, όπως για παράδειγμα τη διαχείριση της ποιότητας.

Στη συνέχεια, η ενδυνάμωση των υπαλλήλων εξασκείται στο πλαίσιο της ΝΔΔ και της «μεταρρυθμισμένης» ΔΟΠ, αλλά και στις «μαλακές» εκδόσεις της ΔΟΠ (συμμετοχή μέσω δια-τμηματικών ομάδων, κύκλοι ποιότητας).

Η αλλαγή κουλτούρας παρουσιάζεται τόσο στη ΝΔΔ όσο και τη ΔΟΠ, αν και η τελευταία δίνει μεγαλύτερη έμφαση και παρουσιάζει την τάση να δημιουργεί κεντρικούς οργανισμούς μέσω ομοιομορφίας κουλτούρας. Η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ δε δίνει σημασία στη συνέχεια

της κουλτούρας (Swiss, 1992), αλλά αναγνωρίζει την ανάγκη για μια κουλτούρα με εντονότερο προσανατολισμό στην ποιότητα σε σχέση με την παραδοσιακή δημόσια διοίκηση.

Ο προγραμματισμός και η οργάνωση αποτελούν τυπικά στοιχεία και για τη ΝΔΔ και για τη ΔΟΠ, αφού η μέτρηση της απόδοσης προϋποθέτει να τεθούν στόχοι. Στην περίπτωση της ΔΟΠ ο έλεγχος των οργανισμών μπορεί να είναι σιωπηλός αναζητώντας συναίνεση από τους υπαλλήλους και ελέγχοντας τις ενέργειές τους μέσω ομοιόμορφης κουλτούρας. Η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ δεν δίνει σημασία στο στοιχείο του προγραμματισμού.

Τέλος, η Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού ή η διαχείριση του προσωπικού αναφέρεται και στις τρεις ιδεολογίες, οι οποίες χρησιμοποιούν επιβραβεύσεις, όχι απαραίτητα οικονομικής φύσης. Ένα παράδειγμα, είναι η επιβράβευση με κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης. Η ΔΟΠ δίνει μεγάλη σημασία στην ανάγκη για ενδελεχή εκπαίδευση, αντίθετα με τη ΝΔΔ και τη «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ. Επιπλέον, η ΔΟΠ αναδεικνύει πιο καθαρά τον ρόλο των διευθυντικών στελεχών στην κατάκτηση των στόχων, καθώς τα διευθυντικά στελέχη πρέπει να είναι ηγέτες στη βελτίωση της απόδοσης του οργανισμού και να αποτελούν πρότυπα για τους υπαλλήλους.

Συνοπτικά, τα μείζονα συστατικά της ΝΔΔ, συγκεκριμένα ο προσανατολισμός στον πελάτη, η αυξημένη διοικητική ελευθερία στη διαχείριση πόρων και προσωπικού, η μέτρηση της απόδοσης, η επένδυση σε ανθρώπινους και τεχνολογικούς πόρους και η δεκτικότητα στον ανταγωνισμό (Löffler, 1999) εκπροσωπούνται, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, σε μία από τις εκδόσεις της ΔΟΠ ή της «μεταρρυθμισμένης» ΔΟΠ.

Όπως αποκαλύπτει η ανάλυση, η ΝΔΔ και η ΔΟΠ έχουν ακόμα κάποια αποκλίνοντα χαρακτηριστικά. Μία τέτοια διαφορά είναι ότι η ΔΟΠ, ιδιαίτερα οι «σκληρές» εκδοχές της, εστιάζει σχετικά περισσότερο στις διαδικασίες, ενώ η ΝΔΔ εστιάζει στις εκβάσεις. Ο έλεγχος των διαδικασιών είναι για να εξασφαλίζει ομοιόμορφη έκβαση εντός του πλαισίου των απαιτούμενων προτύπων απόδοσης.

Χρειάζεται, όμως, να αναγνωριστεί ότι, όπως στην περίπτωση των υπηρεσιών, θα μπορούσε να είναι δύσκολο να τυποποιηθούν οι εκβάσεις και, επομένως, οι διαδικασίες είναι υπό παρακολούθηση. Ένας τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι να παρασχεθεί εκτεταμένη εκπαίδευση και επιμόρφωση και να δημιουργηθεί κουλτούρα ποιότητας, κάτι το οποίο είναι λιγότερο σημαντικό για τη ΝΔΔ. Στη ΔΟΠ για να βελτιωθεί η δέσμευση των υπαλλήλων και να διευκολυνθεί ο οργανισμός να γίνει περισσότερο ανταγωνιστικός χρειάζεται η ανάπτυξη μίας μόνο κυρίαρχης οργανωτικής κουλτούρας (Dawson, 1995), καθώς η ΔΟΠ ευνοεί τη συνεργασία μεταξύ των μονάδων και των εταίρων του οργανισμού. Αντίθετα, η ΝΔΔ ευνοεί τον ανταγωνισμό μεταξύ των τμημάτων ως βασικό στοιχείο για τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της απόδοσης (Hood, 1991). Μια επιπρόσθετη διαφορά είναι ότι η Ανώτερη Διοίκηση δεν είναι τόσο κρίσιμη για τη ΝΔΔ όσο είναι για τη ΔΟΠ. Η ΝΔΔ παρέχει ελευθερία διοίκησης, αλλά δεν υπογραμμίζει τη σημασία της διευθυντικής δέσμευσης.

Γενικά, η ΝΔΔ και η ΔΟΠ έχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, ενώ η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ δίνει σε κάποιο βαθμό τη δυνατότητα εφαρμογής των ιδεών της ΝΔΔ στους Δημόσιους Οργανισμούς.

Υπό το πρίσμα αυτό η ΔΟΠ παρέχει ένα συστηματικό και ποσοτικοποιημένο σκεπτικό για τη ΝΔΔ του κράτους, η οποία και λειτουργεί καλύτερα και κοστίζει λιγότερο (Mathiasen, 1999). Οι «μαλακές» εκδόσεις της ΔΟΠ έχουν περισσότερα κοινά με τη ΝΔΔ, χάρη στην έμφαση στη διαχείριση απόδοσης και τις πρακτικές Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων, σε σχέση με τις «σκληρές» εκδόσεις της ΔΟΠ, οι οποίες εστιάζουν περισσότερο στις διαδικασίες.

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι διαφορετικές εκδόσεις της ΔΟΠ ταιριάζουν καλύτερα σε διαφορετικές συνθήκες, καθώς, παρά τις ομοιότητες, υπάρχουν σημαντικές διαφορές που αναδεικνύουν τα γραφειοκρατικά χαρακτηριστικά της ΔΟΠ, όπως η σημασία των διαδικασιών και της εντατικής εκπαίδευσης.

Συμπερασματικά, η γενική απάντηση που δίνεται στο ερώτημα πώς η ΔΟΠ μπορεί να υπηρετήσει διαφορετικούς τομείς της Δημόσιας Διοίκησης είναι ότι κατά βάση η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ μπορεί να εφαρμοστεί στους Δημόσιους Οργανισμούς.

Ο συγκεκριμένος τρόπος για την εφαρμογή ΔΟΠ σε έναν Δημόσιο Οργανισμό εξαρτάται από το βαθμό των «δημόσιων σχέσεων» που τον χαρακτηρίζει. Για τους οργανισμούς με υψηλό βαθμό «δημόσιων σχέσεων» (απόδοση του αγγλικού όρου «publicness», όπως περιγράφεται αναλυτικότερα στην παράγραφο 2.12) είναι δυσκολότερο να υιοθετήσουν τις «μαλακές» προσεγγίσεις της διοίκησης, όπως η παρακίνηση, η ενδυνάμωση των υπαλλήλων και η επιχειρηματική στάση προς την επίλυση προβλημάτων. Οι οργανισμοί με χαμηλό βαθμό «δημόσιων σχέσεων» δεν έχουν την τάση να βασίζονται σε λεπτομερείς κανόνες. Επιπλέον, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής στους Δημόσιους Οργανισμούς πρέπει να είναι ενήμεροι για τις σχέσεις μεταξύ των παραδειγμάτων της Δημόσιας Διοίκησης που επηρεάζουν τους οργανισμούς, αλλά και για τις φιλοσοφίες ή εργαλεία διοίκησης που υπάρχουν, έτσι ώστε να μπορούν να επιλέγουν την πλέον πρόσφορη προσέγγιση για τον οργανισμό τους.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση της ΔΟΠ σε σχέση με τη ΝΔΔ και την παραδοσιακή Δημόσια Διοίκηση, κάποιες εκδόσεις της ΔΟΠ είναι σημαντικά παρόμοιες με το γραφειοκρατικό πρότυπο. Για παράδειγμα, η ΔΟΠ ως διαχείριση συστημάτων και το γραφειοκρατικό πρότυπο του Weber (Sager and Rosser, 2009) περιέχουν τα ίδιες βασικές αρχές. Αν και η εφαρμογή της ΔΟΠ στον Δημόσιο Τομέα συνήθως συνδέεται με τις ιδέες της ΝΔΔ, μοιράζεται αρκετές όμοιες αρχές με την παραδοσιακή Δημόσια Διοίκηση, δηλαδή με τη γραφειοκρατία. Χρειάζεται να συνυπολογιστούν πολλοί διαφορετικοί παράγοντες όταν πρόκειται να εφαρμοστεί η ΔΟΠ σε κάποιο Δημόσιο Οργανισμό, γιατί δε θα πρέπει να

αγνοούνται οι αντίστοιχες βασικές αξίες του και οι διαφοροποιήσεις στο βαθμό των «δημόσιων σχέσεων».

Ήδη μέσα από την ποικιλία ορισμών για την ποιότητα φαίνεται η ποικιλία στρατηγικών που μπορούν να ακολουθηθούν για τη βελτίωση της απόδοσης των οργανισμών. Διαφορετικοί άνθρωποι επιλέγουν διαφορετικές προσεγγίσεις για να υλοποιήσουν είτε διαφορετικές φιλοσοφίες είτε διαφορετικές πρακτικές διαχείρισης ποιότητας. Οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων οφείλουν να έχουν ξεκαθαρίσει πώς και με ποιες συνέπειες θα καταστήσουν τη ΔΟΠ λειτουργική για την πραγματικότητα του δικού τους οργανισμού.

Απαραίτητη προϋπόθεση για βελτιωτικές πρωτοβουλίες στον Δημόσιο Τομέα αποτελούν η λεπτομερής ανάλυση του περιβάλλοντός του και η γνώση των υπαρχουσών φιλοσοφιών και τεχνικών διοίκησης.

Η καλή κατανόηση των συνδέσεων μεταξύ των διαφορετικών παραδειγμάτων της Δημόσιας Διοίκησης και της ΔΟΠ μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη εφαρμογή των διαφόρων πολιτικών και, έτσι, σε αποτελεσματικότερο κρατικό μηχανισμό.

2.12 Δυσκολίες στην εφαρμογή ΔΟΠ σε Δημόσιους Οργανισμούς

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται κίνδυνοι από την μη κριτική υιοθέτηση πρακτικών διαχείρισης ποιότητας που εφαρμόζονται στον Ιδιωτικό Τομέα (Hazlett and Hill, 2000) (Radin and Coffee, 1993) (Swiss, 1992) (Walsh, 1991). Ακόμα, έχει υποστηριχθεί ότι η ορθολογική ΔΟΠ έχει προσαρμοστεί λανθασμένα στο περιβάλλον του κράτους, με τα μεγαλύτερα προβλήματα να αποτελούν η ανεπαρκής τροποποίηση για τις υπηρεσίες (η παροχή υπηρεσιών είναι συνήθως δυσκολότερη στη διαχείριση από την παραγωγή προϊόντων), η δυσκολία στον καθορισμό των πελατών, η ακατάλληλη εστίαση στα εισερχόμενα και τις διαδικασίες (προβλήματα μέτρησης), καθώς και η κρατική κουλτούρα (Swiss, 1992).

Άλλοι ερευνητές έχουν αναδείξει τα χαρακτηριστικά που εμποδίζουν την άσκηση ΔΟΠ στον Δημόσιο Τομέα, τα οποία είναι: η κουλτούρα του Δημόσιου Τομέα, η έλλειψη καθαρής εστίασης στον πελάτη, η έλλειψη ενημέρωσης για τις στρατηγικές κατευθύνσεις του οργανισμού, η ύπαρξη πάρα πολλών διαδικασιών και πολλών στόχων, η απομόνωση των ανθρώπων στα τμήματά τους, η γενική πεποίθηση ότι το προσωπικό είναι εργασιακά επιβαρυμένο αν και υποαμοιβόμενο και η κυριαρχία των εταίρων (Hazlett and Hill, 2000).

Σύμφωνα με άλλες εργασίες, αναφέρονται ως συγχυτικά χαρακτηριστικά η αβεβαιότητα στους στόχους και η απειλή της αποδιοργάνωσης των δραστηριοτήτων εξαιτίας αλλαγών στο πολιτικό περιβάλλον, η πολλαπλότητα των μηχανισμών λογοδοσίας, που οδηγεί σε έλλειψη καθαρής εστίασης στον πελάτη, καθώς και το γεγονός ότι οι κρατικές ενέργειες μπορούν να

ερμηνευτούν ποικιλοτρόπως, ενώ η ΔΟΠ προϋποθέτει ότι ένας οργανισμός δημιουργείται για να παράγει κάτι που είναι απόλυτα καθορισμένο (Radin and Coffee, 1993).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι υπάρχουν ουσιαστικές δυσχέρειες στη χρήση της ιδεολογίας της ΔΟΠ και την εφαρμογή των πρακτικών της σε Δημόσιους Οργανισμούς. Μεταξύ των άλλων, οι εταίροι, το πολιτικό σύστημα, οι θεσμικές ρυθμίσεις και η κουλτούρα αποτελούν το περιβάλλον ενός Δημόσιου Οργανισμού και το πλαίσιο αυτό εισάγει χαρακτηριστικά που πρέπει να γίνουν σεβαστά για το Δημόσιο Οργανισμό ως εκ των ουκ άνευ προϋπόθεση για τον μετασχηματισμό του οργανισμού πάνω στην κατεύθυνση της ΔΟΠ (Madsen, 1995).

Η έννοια που περιγράφει την φύση των απρόσμενων γεγονότων που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι Δημόσιοι Οργανισμοί θα μπορούσε να ονομαστεί ως «δημόσιες σχέσεις», ως απόδοση του πρωτότυπου όρου «publicness» στη διεθνή βιβλιογραφία, όπως προαναφέρθηκε στην παράγραφο 2.11 (Boyne, 2002) (E Löffler, 2001) (Haque, 2001).

Ο όρος «δημόσιες σχέσεις» έχει οριστεί ως η προσκόλληση του οργανισμού στις αξίες του Δημόσιου Τομέα, όπως η πρέπουσα εστίαση στη διαδικασία, η λογοδοσία και η κοινωνική πρόνοια. Οργανισμοί με υψηλό βαθμό «δημόσιων σχέσεων» διαφέρουν από εκείνους με χαμηλό. Οι πρώτοι διέπονται από σύνθετες δραστηριότητες, σύνθετο επαγγελματικό προσανατολισμό, αρκετούς διαφορετικούς εταίρους, αντικρουόμενες περιβαλλοντικές απαιτήσεις και χαμηλή διοικητική αυτονομία, ενώ για τους δεύτερους ισχύουν τα αντίθετα (Haque, 2001). Φαίνεται λογικό να αναμένεται ότι οι δεύτεροι προσφέρονται αμεσότερα για την εφαρμογή νέων ιδεών, συμπεριλαμβανομένης της ΔΟΠ. Για τους οργανισμούς της πρώτης κατηγορίας είναι δυσκολότερο να υιοθετηθούν διοικητικές παρεμβάσεις. Πάνω σε αυτό αναφέρεται ότι Δημόσιοι Φορείς με υψηλό βαθμό «δημόσιων σχέσεων» δεν ενδιαφέρονται να εφαρμόσουν τη ΔΟΠ και να λάβουν μέρος σε διαγωνισμούς βραβείων ποιότητας (E Löffler, 2001).

Από την άλλη πλευρά, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω εμπόδια, η τροποποιημένη ή «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ, όπως έχει χαρακτηριστεί (Swiss, 1992), θα μπορούσε να συμβάλλει στη βελτίωση της απόδοσης των Δημόσιων Οργανισμών. Η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ **(Πίνακας 2)** εστιάζει στην ανατροφοδότηση από τον πελάτη, στην παρακολούθηση της απόδοσης, τη συνεχή βελτίωση και τη συμμετοχή του εργαζόμενου (Swiss, 1992). Με το ίδιο σκεπτικό αναφέρεται ακόμα ότι η ΔΟΠ είναι ωφέλιμη για τον Δημόσιο Τομέα εφόσον προσαρμόζεται στις ειδικές απαιτήσεις της αντίστοιχης παροχής υπηρεσιών (Löffler, 1999).

Και πάλι, οι Δημόσιοι Θεσμοί είναι αρκετά διαφορετικοί, ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί η «μεταρρυθμισμένη» ΔΟΠ σε όλους τους τομείς, γιατί ο βαθμός των «δημόσιων σχέσεων» ενδεχομένως διαφέρει σημαντικά μεταξύ τους.

2.13 Η Εφαρμογή ΔΟΠ στους Δημόσιους Οργανισμούς Υγείας

Η ΔΟΠ παρέχει στους Δημόσιους Οργανισμούς Υγείας μία μοναδική ευκαιρία να υιοθετήσουν ένα ισχυρό εργαλείο για την ενδυνάμωση της διοίκησής τους, αποτελώντας πρόκληση για τους διοικητές στον χώρο της Δημόσιας Υγείας (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

Τα πρότυπα στην πρακτική των Δημόσιων Οργανισμών Υγείας δίνουν παραδοσιακά έμφαση στις εκβάσεις υγείας, στην ευελιξία που δίνεται στις διαφορετικές κοινότητες να ορίσουν δικούς τους στόχους και στον ρόλο της κυβέρνησης ως υπολειμματικού εγγυητή, ο οποίος είναι υπεύθυνος να διασφαλίσει ότι παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης. Η διαδικασία αξιολόγησης ενός οργανισμού παρέχει ένα πλαίσιο για την ανάπτυξη και διατήρηση της ικανότητας να καταρτιστεί ένα σχέδιο υγείας για την κοινότητα. Για να διασφαλιστεί ότι οι προγραμματικοί στόχοι επιτυγχάνονται οι Μονάδες Υγείας έχουν παραδοσιακά βασιστεί σε ένα σύστημα προτύπων απόδοσης και μεθόδων διασφάλισης ποιότητας. Αν και οι προσπάθειες προς την κατεύθυνση αυτή είναι αναγκαίες, δεν είναι αρκετές για να ανταποκριθούν στις σύγχρονες προκλήσεις. Αντί να βασίζεται στα παραδοσιακά πρότυπα απόδοσης και μεθόδους διασφάλισης ποιότητας, η ΔΟΠ παρέχει ένα μέσο συνεχούς βελτίωσης των διαδικασιών και βελτίωσης της απόδοσης του οργανισμούς εντός ενός μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

Η ΔΟΠ εστιάζει στις διαδικασίες της εργασίας και στην εφαρμογή αναλυτικών και συμπεριφοριστικών τεχνικών για τη βελτίωση των διαδικασιών αυτών. Για παράδειγμα, μια ομάδα νοσηλευτικού και εργαστηριακού προσωπικού μπορεί να επιλέξει μία διαδικασία προς βελτίωση, όπως οι καθυστερημένες παραδόσεις των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων. Με τη χρήση μιας σειράς διαγραμμάτων ροής, μπορεί να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα βήματα που περιλαμβάνονται στη διαδικασία και τους παράγοντες που συμβάλλουν στις καθυστερήσεις. Πάνω στα ευρήματα αυτά, η ομάδα μπορεί να είναι σε θέση να προσδιορίσει και να δοκιμάσει βήματα για την ελαχιστοποίηση του χρόνου παράδοσης των αποτελεσμάτων, την παρακολούθησή τους και τη συνεχή βελτίωση όλης της διαδικασίας (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992). Στην περίπτωση αυτή, η ΔΟΠ αποτελεί μια ουσιώδη πρόκληση για τη χρήση εσωτερικών προτύπων απόδοσης για να επιτύχει στόχους σχετιζόμενους με τη Δημόσια Υγεία (Deming, 1986) (Juran, 1988). Αν και η χρήση τέτοιων προτύπων μπορεί να αποτελέσει ένα σημείο εκκίνησης για τη ΔΟΠ, η συνεχής διοίκηση ποιότητας υπερβαίνει τη συμμόρφωση με τα πρότυπα διαχείρισης. Η ΔΟΠ περιλαμβάνει τη συστηματική ανάλυση της εργασίας που επιτελεί ο οργανισμός, με έμφαση στην οριζόντια ολοκλήρωση των υπηρεσιών σε όλο το φάσμα των προγραμματικών περιοχών. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή, για παράδειγμα, στον εντοπισμό και μείωση των διακυμάνσεων στην

εργασιακή απόδοση των διατμηματικών ομάδων ή των φυσικών ομάδων εργασίας. Η βελτίωση βασίζεται τόσο στην έκβαση όσο και τη διαδικασία. Ένας οργανισμός θα πρέπει να βελτιώνει σε αέναη βάση την ικανότητά του για επίλυση των προβλημάτων, χρησιμοποιώντας πρότυπα απόδοσης ως μοχλό στη διαδικασία συνεχούς βελτίωσής του (Hayes, Wheelright and Clark, 1988).

Η ΔΟΠ απαιτεί η αλλαγή να βασίζεται στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών, πελατών και του υγειονομικού προσωπικού που συμμετέχει σε ολόκληρη την εργασιακή διαδικασία και πιθανά σε όλο το εύρος των προγραμματικών περιοχών. Η ΔΟΠ απαιτεί ουσιαστική συμμετοχή σε όλα τα επίπεδα του προσωπικού. Συγκεκριμένα, η ΔΟΠ απαιτεί γρήγορη και προσεκτική ανταπόκριση από την Ανώτερη Διοίκηση στις προτάσεις του συμμετέχοντος προσωπικού.

Η ΔΟΠ απαιτεί όλο το προσωπικό να αντιλαμβάνεται ξεκάθαρα τις εργασιακές διαδικασίες και τη σχέση τους με το ευρύτερο σύστημα. Η ΔΟΠ απαιτεί τη χρήση αυστηρής ανάλυσης των διαδικασιών και αξιολόγησης όλων των υπό εξέλιξη δραστηριοτήτων, όπως και την αναγνώριση και την εφαρμογή υποκείμενων ψυχο-κοινωνικών αρχών που επηρεάζουν τα άτομα και τις ομάδες εντός του οργανισμού. Η ΔΟΠ απαιτεί την αποδοχή της θεμελιώδους παραδοχής ότι τα περισσότερα προβλήματα που απαντώνται στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας δεν είναι το αποτέλεσμα σφαλμάτων μεμονωμένων ατόμων, αλλά των αδυναμιών του συστήματος, εντός του οποίου πρέπει να λειτουργήσει όλο το προσωπικό για να αποδίδει ικανοποιητικά.

Ο πελάτης στη ΔΟΠ δεν είναι μόνο η κοινότητα ή τα άτομα στα οποία απευθύνονται οι υπηρεσίες, αλλά οι πολλοί χρήστες του παραγόμενου προϊόντος της υπηρεσίας, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων υγείας εντός του ίδιου του οργανισμού. Το κριτήριο δεν είναι το αν η εργασία ικανοποιεί ή όχι κάποια πρότυπα διαχείρισης της απόδοσης, αλλά το αν ο χρήστης- που συχνά είναι ένα μέλος διαφορετικού επαγγέλματος, μια ομάδα υπαλλήλων της υπηρεσίας ή ακόμα ένας υπάλληλος διαφορετικής δημόσιας ή ιδιωτικής υπηρεσίας υγείας- μένει ικανοποιημένος από το πόσο έγκαιρα προσφέρεται η υπηρεσία και από τη χρησιμότητά της. Η διοικητική πρόκληση δεν είναι η επίδειξη συμμόρφωσης με καθορισμένα πρότυπα (Melcher *et al.*, 1990), αλλά η αφιέρωση χρόνου και προσπάθειας στη διευκόλυνση και διασφάλιση συνεχούς βελτίωσης των πολλών συγγενικών διαδικασιών που αποτελούν την εργασία του τμήματος.

Για να αποδοθεί σωστά η δυναμική της ΔΟΠ στη Δημόσια Υγεία, ο παρακάτω πίνακας (**Πίνακας 3**) αντιπαραθέτει τη ΔΟΠ με τις παραδοσιακές προσεγγίσεις διοίκησης οι οποίες χρησιμοποιούν πρότυπα απόδοσης, με επιδίωξη να φωτίσει τις ουσιώδεις ομοιότητες και διαφορές:

Πίνακας 3: Σύγκριση Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) με Παραδοσιακές Προσεγγίσεις Διοίκησης

Παραδοσιακά πρότυπα	Πρότυπο ΔΟΠ
1. Νομική ή επαγγελματική εξουσία	1. Συλλογική και διαχειριστική υπευθυνότητα
2. Εξειδικευμένη ευθύνη	2. Ευθύνη για τη διαδικασία
3. Διοικητική εξουσία	3. Συμμετοχή
4. Ικανοποίηση προτύπων	4. Ικανοποίηση προσδοκιών για τη διαδικασία και την απόδοση
5. Μεγαλύτερος ορίζοντας προγραμματισμού	5. Μικρότερος ορίζοντας προγραμματισμού
6. Διασφάλιση ποιότητας	6. Συνεχής βελτίωση

Πηγή (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992)

1. **Νομική και επαγγελματική εξουσία έναντι της Συλλογικής και διαχειριστικής υπευθυνότητας:**

   Ένα τυπικό τμήμα Δημόσιου Οργανισμού Υγείας αντιπροσωπεύει ένα μίγμα νομικής και επαγγελματικής εξουσίας. Δραστηριότητες όπως η απολύμανση στους χώρους εστίασης, η διασφάλιση αποθεμάτων καθαρού νερού και ο έλεγχος επιδημιών καθοδηγούνται από τη νομική εξουσία. Άλλες δραστηριότητες, όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός και η προγεννητική φροντίδα, αποτελούν ιατρικές υπηρεσίες, που χαρακτηρίζονται από επαγγελματική αυτονομία και έλεγχο. Τόσο οι νομικές όσο και οι επαγγελματικές διαδικασίες ελέγχου συνδυάζονται για να διασφαλίσουν την ενίσχυση των προτύπων απόδοσης για τους υπαλλήλους και αποτελούν την ιδανική βάση για βελτίωση. Για παράδειγμα, η διαδικασία της επιθεώρησης απολύμανσης μπορεί να διέπεται από διακυμάνσεις και περιττά έξοδα και, στο βαθμό που γίνεται πλήρως κατανοητή, παρέχει μία ευκαιρία βελτίωσης της αποδοτικότητάς της και της ικανοποίησης των πελατών.

   Το πρότυπο της ΔΟΠ εστιάζει στο σύστημα, με έμφαση στη συλλογική διαχειριστική υπευθυνότητα και όχι μόνο στη νομική και επαγγελματική εξουσία. Η ΔΟΠ κάνει την παραδοχή ότι το σύστημα είναι η πρωταρχική πηγή προβλημάτων, επομένως, με την καλύτερη κατανόηση του συστήματος, δίνονται ευκαιρίες βελτίωσης των υπηρεσιών. Η ΔΟΠ εστιάζει στην εργασιακή διαδικασία και όχι στον μεμονωμένο υπάλληλο. Ο αντικειμενικός σκοπός της δεν είναι να βασιστεί αποκλειστικά στη νομική και επαγγελματική εξουσία, αλλά να προκαλέσει τη

διατμηματική ομάδα εργασίας που συμμετέχει στη διαδικασία να αναλάβει την ιδιοκτησία αυτής, καθώς και την ευθύνη της συνεχούς της βελτίωσης. Το πλέον εξειδικευμένο προσωπικό για τη βελτίωση της διαδικασίας είναι αυτό που συμμετέχει επί του παρόντος στη διαδικασία. Υπό το πρίσμα αυτό, η διαδικασία είναι εννοιολογικά συμβατή με την παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας μέσω μιας διεπιστημονικής ομάδας (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

2. Εξειδικευμένη ευθύνη έναντι Ευθύνης για τη διαδικασία:

Οι επαγγελματίες υγείας του Δημόσιου Τομέα παραδοσιακά αναμένουν αυτονομία στην εκτέλεση της εργασίας τους. Όσο υπάρχει μία λογική προσέγγιση του προτύπου, η αυτονομία τους συχνά διασφαλίζεται. Ωστόσο, οι έντονες ανάγκες για εξειδίκευση σε συνδυασμό με με την προσωπική αυτονομία, τμηματοποιούν την εργασιακή διαδικασία. Οι επαγγελματικές ομάδες, όπως υστηρίζεται από συγκεκριμένα πρότυπα, αναλαμβάνουν την ιδιοκτησία ενός μόνο μέρους της εργασιακής διαδικασίας και καμία ομάδα δεν ορίζεται συνολικά υπεύθυνη για τη συνολική διαδικασία.

Υπό την προσέγγιση των προτύπων απόδοσης οι μεμονωμένοι επαγγελματίες προσπαθούν να βελτιστοποιήσουν το μέρος της διαδικασίας που τους αναλογεί, συχνά με περιορισμένη γνώση του συστήματος εντός του οποίου λειτουργεί το δικό τους κομμάτι. Αν μεμονωμένοι πάροχοι έχουν στην ιδιοκτησία τους μέρη μόνο της διαδικασίας, τότε μόνο αυτά είναι σε θέση να βελτιώσουν. Για παράδειγμα, νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να επιχειρήσει να μειώσει τον χρόνο αναμονής για τις μητέρες και τα βρέφη σε μια κλινική. Όμως, καθώς συμμετέχουν μόνο σε ένα μέρος της διαδικασίας, ακόμα και αν αυτό είναι σημαντικό, οποιαδήποτε μονομερής αλλαγή μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα και αντίσταση από το διοικητικό, το εργαστηριακό και ίσως λοιπό προσωπικό, τα άτομα του οποίου δεν έχουν συμμετάσχει στην προσπάθεια μείωσης του χρόνου αναμονής.

Η ΔΟΠ απαιτεί η βελτίωση να είναι υπευθυνότητα όλων όσων εμπλέκονται σε μία διαδικασία. Έτσι, η ΔΟΠ αποτελεί μια πρόκληση για την επαγγελματική αυτονομία και ζητά ευθύνη για τη συνολική εργασιακή διαδικασία. Η ευθύνη αυτή με τη σειρά της απαιτεί η αλλαγή στη διαδικασία να είναι υπευθυνότητα όλου του προσωπικού, δίνοντας έτσι έμφαση στη βελτίωση της διαδικασίας από ότι στη εξειδικευμένη ευθύνη (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

3. Διοικητική εξουσία έναντι Συμμετοχής:

Εντός ενός συστήματος προτύπων απόδοσης, τα επιχειρησιακά πρότυπα είναι πιθανό να τεθούν από κάποιο εξωτερικό σώμα διαπίστευσης και να εφαρμοστούν από την διοικητική εξουσία. Αντίθετα, η ΔΟΠ εστιάζει στις διεπιστημονικές ομάδες που δουλεύουν πάνω στους αντικειμενικούς στόχους που έχουν θέσει οι πελάτες, οι οποίοι μπορεί να είναι επαγγελματίες της Δημόσιας Υγείας, ασφαλιστικοί φορείς, ασθενείς ή συγγενείς τους. Με τη χρήση διεπιστημονικών ομάδων, η ΔΟΠ καθιστά τους εργαζόμενους και τους προϊσταμένους τους υπεύθυνους για την ποιότητα και όχι διαχειριστές επιφορτισμένους να παρακολουθούν τα πρότυπα.

Η διατήρηση της ποιότητας δεν συνιστά πλέον την καταγραφή του ονόματος και την τιμωρία όσων έπραξαν σφάλμα ή παρέκκλιναν από το πρότυπο. Η διατήρηση της ποιότητας ταυτίζεται με τον καθορισμό προσδοκιών για την απόδοση που είναι εφικτές στην τοπική πραγματικότητα, την υποστήριξη των εργαζομένων να παρακολουθούν τη δική τους απόδοση και την ενδυνάμωσή τους να προχωρούν στις σωστές ενέργειες. Για παράδειγμα, κανονισμοί χρηματοδότησης μπορεί να απαιτούν τη λειτουργία μιας κλινικής δύο φορές την εβδομάδα για τέσσερις ώρες, ενώ η προτίμηση των ασθενών είναι να λειτουργεί δύο φορές την εβδομάδα για τρεις ώρες κάθε φορά και να παραμένει ανοιχτή το Σάββατο το πρωί για τις δύο υπολειπόμενες ώρες. Επομένως, η εμφανής πρόκληση είναι το αντίστοιχο τμήμα υγείας να ανταποκριθεί και να γίνει πελατο-κεντρικό και όχι απλώς ένας οργανισμός που καθοδηγείται από τους κανόνες (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

4. Ικανοποίηση προτύπων έναντι Ικανοποίησης προσδοκιών για τη διαδικασία και την απόδοση:

Η προσέγγιση των προτύπων απόδοσης έχει εφαρμογή σε ένα ευρύ φάσμα περιοχών παροχής υπηρεσιών. Αν ένα πρότυπο ικανοποιείται, τότε μπορεί να διοχετευθεί προσπάθεια στην ικανοποίηση άλλου προτύπου. Τα πρότυπα είναι ανώνυμα, δυνητικά επιτακτικά και συχνά αποτελούν ισχυρό μοχλό για χρηματοδότηση. Τα πρότυπα συχνά αναπτύσσονται περαιτέρω από τον ευρύτερο επαγγελματικό κύκλο, από άλλες υπηρεσίες και από νομικές πηγές. Η ικανοποίηση ενός νέου προτύπου μπορεί να απαιτεί νέους πόρους. Καθώς αυτά τα πρότυπα επιβάλλονται από εξωτερικά μέρη, επισείουν το βάρος της απαίτησης μεγαλύτερων πόρων από προσωπικό που δε σχετίζεται με την υπηρεσία.

Αυτό δεν ισχύει με τη ΔΟΠ, η οποία απαιτεί η υπηρεσία να αναλάβει την ευθύνη για τα δικά της πρότυπα και για την εφαρμογή τους. Η ανωνυμία αίρεται. Η υπηρεσία πρέπει να είναι σαφής σχετικά με το ισχύον ιστορικό απόδοσης και να δεσμευτεί στη συνεχή βελτίωση. Για παράδειγμα, τοπικοί κανονισμοί μπορεί να απαιτούν να γίνονται δύο προσπάθειες επικοινωνίας με ασθενή της οποίας το τεστ Παπανικολάου

επιβεβαιώνεται ως θετικό. Το προσωπικό της υπηρεσίας μπορεί να αποφασίσει να βελτιώσει τη διαδικασία κοινοποίησης και να χρησιμοποιήσει στατιστική και ανάλυση διαδικασίας για να ωθήσει το προσωπικό να αυξήσει το ποσοστό της επιτυχούς ενημέρωσης. Στην περίπτωση αυτή η διαδικασία βελτίωσης δεν καθοδηγείται από εξωτερική επιβολή προτύπων, αλλά από τη δυναμική διαδικασία της ομαδικής προσπάθειας.

Η συγκριτική αξιολόγηση περιλαμβάνει τη σύγκριση των τωρινών δραστηριοτήτων και εκβάσεων έναντι των καλύτερων από τον ανταγωνισμό, έχοντας ως ιδέα την ανάπτυξη ενός προϊόντος ή διαδικασίας που είναι καλύτερη από τα αντίστοιχα του ανταγωνισμού. Το ζήτημα δεν είναι πόσο καλά παρέχει μια υπηρεσία ο οργανισμός σε σχέση με αντίστοιχους άλλους, αλλά πώς η υπηρεσία παρέχεται εντός άλλων προτύπων σε σύγκριση με έναν συγκεκριμένο οργανισμό. Αν και ο ανταγωνισμός μπορεί να μην αποτελεί λειτουργικό όρο για τους Δημόσιους Οργανισμούς Υγείας, υπάρχουν ομοειδείς οργανισμοί για να γίνουν συγκρίσεις.

Η στήριξη σε ομολόγους για ένα πρότυπο συνεπάγεται ότι τι πρότυπο αλλάζει αμέσως μόλις ένας από αυτούς επιτυγχάνει υψηλότερο επίπεδο απόδοσης. Ένα από τα μαθήματα διοίκησης που ελήφθησαν από τους Ιάπωνες είναι ότι οι διαφορετικές και υψηλότερες προσδοκίες μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα. Οι συγκριτικές αξιολογήσεις δεν είναι απαραίτητο να προέρχονται από στενούς ομολόγους. Έτσι, για παράδειγμα, ο στόχος της μείωσης των κλινικών ουρών αναμονής μπορεί να επιτευχθεί με βάση τη συγκριτική αξιολόγηση με μία τοπική τράπεζα ή ένα εστιατόριο, παρά με μία άλλη συνοριακή κλινική. Αυτό αλλάζει την οπτική του προσωπικού από το «Δεν είμαστε χειρότεροι από άλλους» σε μία κουλτούρα σκέψης «Πόσο καλοί μπορούμε να γίνουμε» (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

5. Μεγαλύτερος ορίζοντας προγραμματισμού έναντι Μικρότερου ορίζοντα προγραμματισμού:

Η ΔΟΠ μπορεί να βοηθήσει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ στρατηγικής και απόδοσης. Τα πρότυπα ενδείκνυνται περισσότερο για μακροπρόθεσμο παρά για βραχυπρόθεσμο σχεδιασμό, κάτι που τα καθιστά δύσκολα για συσχετίσεις με καθημερινά θέματα της λειτουργίας του οργανισμού. Η ΔΟΠ, από την άλλη πλευρά, είναι μια εσωτερικά προσανατολισμένη, από τη βάση προς την κορυφή, προσέγγιση που στοχεύει σε δράσεις μιας σύντομης χρονικής περιόδου. Αυτή η προσέγγιση απαιτεί ταχεία ανατροφοδότηση στην ομάδα που κάνει τις εισηγήσεις, έτσι ώστε να υποστηριχτεί και να διατηρηθεί η κινητοποίησή της. Καθώς πραγματοποιούνται οι βελτιώσεις, τα μέλη του προσωπικού εγείρουν έρευνα για νέες πηγές βελτίωσης στα

πλαίσια της διαδικασίας συνεχούς βελτίωσης (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

6. **Διασφάλιση ποιότητας έναντι συνεχούς βελτίωσης:**

Σε έναν κόσμο προτύπων η διασφάλιση ποιότητας είναι το όχημα της αναδρομικής παρατήρησης παρεκκλίσεων από ένα πρότυπο. Η διασφάλιση ποιότητας στηρίζεται σε μεθόδους που έχουν μετρήσιμα αποτελέσματα και θέτουν υπευθυνότητες σε άτομα. Τα πρότυπα είτε ικανοποιούνται είτε όχι.

Η ΔΟΠ είναι μια διαφορετική προσέγγιση ποιότητας. Απαιτεί εστίαση στο σύστημα ως πηγή σφάλματος και δίνει έμφαση στο γεγονός ότι η βελτίωση του συστήματος είναι αναπόσπαστο μέρος των εργασιακών καθηκόντων όλου του προσωπικού, όχι μόνο της Διοίκησης ή του καθορισμένου προσωπικού Διασφάλισης Ποιότητας (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

Ο πελάτης στη ΔΟΠ δεν είναι μόνο η κοινότητα ή τα άτομα στα οποία απευθύνονται οι υπηρεσίες, αλλά οι πολλοί χρήστες του παραγόμενου προϊόντος της υπηρεσίας, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων.

Η απόλυτη επιτυχία της ΔΟΠ στη Δημόσια Υγεία εξαρτάται από την ικανότητα των λειτουργών, διευθυντικών στελεχών, επαγγελματιών και επιβλεπόντων ομάδων της να ενσωματώνουν τις δύο προσεγγίσεις, αυτή των καθορισμένων προτύπων από την κοινότητα για τις εκβάσεις υγείας και αυτή της ΔΟΠ για τη βελτίωση των διαδικασιών, ώστε να επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η επιτυχία θα κριθεί από την ικανότητα αντιμετώπισης των ακόλουθων προκλήσεων (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992):

1. **Επαναπροσδιορισμός του ρόλου της ηγεσίας:**

Η επίτευξη μέσω της ΔΟΠ των εκβάσεων υγείας για την κοινότητα απαιτεί τα διοικητικά στελέχη να μπορούν να λειτουργούν τόσο κατακόρυφα όσο και οριζόντια μέσα στον οργανισμό τους. Στην οριζόντια διεύθυνση, το κέντρο προσοχής πρέπει να είναι στις εργασιακές διαδικασίες που περιλαμβάνουν υπηρεσιακές ομάδες σε όλο το εύρος των προγραμματικών περιοχών από ότι σε αυτές εντός συγκεκριμένων προγραμματικών περιοχών. Κάποια βασικά πιστοποιητικά και τεχνική γνώση είναι απαραίτητα για τα διοικητικά στελέχη, αλλά όχι αρκετά. Η Διοίκηση πρέπει να γίνει υπεύθυνη για τις εργασιακές διαδικασίες που διαπερνούν τις προγραμματικές περιοχές. Αυτό απαιτεί μια κοινή αίσθηση αποστολής και οράματος, όπως και δεξιότητες στην επιδημιολογία, στη διαχείριση οργανωτικών αλλαγών και χρήση ανάλυσης διαδικασίας. Η Διοίκηση, συγκεκριμένα η Ανώτερη, πρέπει να αναλάβει άμεση ευθύνη και να συμμετάσχει στην εκπαίδευση και στις δραστηριότητες ανάπτυξης δεξιοτήτων.

Διοικητική αλλαγή απαιτείται και στις κατακόρυφες σχέσεις μέσα στον οργανισμό. Τα στελέχη της Ανώτερης Διοίκησης θα έχουν να λαμβάνουν λιγότερες αποφάσεις, ωστόσο θα είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση της ανάπτυξης ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος και να διευκολύνουν τις αλλαγές που απαιτούνται για την ανακατανομή των πόρων που είναι απαραίτητοι για μια διαδικασία. Η μέση Διοίκηση θα έχει την ευθύνη της παρακολούθησης και την έγκριση των αλλαγών επί της διαδικασίας, όπως συστήνεται από τις διεπιστημονικές ομάδες βελτίωσης. Τα διοικητικά στελέχη πρώτης γραμμής θα έχουν μεγαλύτερη εξουσία λήψης αποφάσεων. Αυτή η εξουσία θα πρέπει να ασκείται περισσότερο μέσω συναινετικής διαδικασίας (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

2. Καθορισμός μιας υποστηρικτικής εταιρικής κουλτούρας:

Στον χώρο της υγείας υπάρχει μια τάση προσήλωσης στα μεγάλα επιτεύγματα, τις γρήγορες λύσεις και τα χρυσά πρότυπα. Αν και μέσω της ΔΟΠ περιστασιακά προκύπτουν σημαντικές τομές, η φιλοσοφία της είναι αυτή της αέναης αλλαγής και της εργασίας με τα μέσα που είναι διαθέσιμα, αλλά με πολύ υψηλές προσδοκίες. Αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι οι Δυτικότεροι Ευρωπαίοι (Kaizen, 1986) εστιάζουν στην απόδοση, ενώ οι Ανατολικότεροι ενδιαφέρονται τόσο για τη διαδικασία όσο και την απόδοση. Άλλοι ερευνητές προτείνουν επιπρόσθετα (Kilmann and Kilmann, 1989) ότι η αλλαγή απαιτεί διάχυτες τροποποιήσεις στη δομή, τα συστήματα επιβράβευσης, τη φιλοσοφία του εκπαιδευτικού συστήματος, τις διοικητικές δεξιότητες και τις στρατηγικές ανάπτυξης ομάδων.

Συγκεκριμένα, ένας Οργανισμός Υγείας απαιτεί μια κουλτούρα που υποστηρίζει τη συνεχή βελτίωση σε όλες τις διαδικασίες βάσει των οποίων πραγματοποιεί τα προγράμματά του και αλληλεπιδρά με τους πελάτες του, συμπεριλαμβανομένης της αδιάκοπης βελτίωσης των προτύπων, της χρήσης και της αξίας τους. Αυτό σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι και τα διοικητικά στελέχη γνωρίζουν και αποδέχονται το σημείο εκκίνησής τους και εστιάζουν στο πώς θα βελτιωθούν για να επιτύχουν ένα βραχυπρόθεσμο στόχο, ακολουθούμενο από έναν άλλο κ.ο.κ. Αυτό σημαίνει ακόμα ότι επιθυμούν να αξιολογηθούν για τον βαθμό βελτίωσης παρά για το αν η βελτίωση άγγιξε ή όχι ένα συγκεκριμένο επίπεδο εντός ενός προτύπου και το διατήρησε. Φαίνεται καθαρά ότι η επικρατούσα κουλτούρα θα πρέπει να στηρίζει την ευελιξία και δημιουργικότητα που απαιτούνται για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων σε βάθος χρόνου (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

3. Επαναπροσδιορισμός των μηχανισμών εποπτείας και των κανονισμών:

Οι Δημόσιοι Οργανισμοί Υγείας διέπονται από μηχανισμούς εποπτείας και η αποστολή, οι στόχοι και οι αντικειμενικοί τους σκοποί επηρεάζονται ισχυρά από κανονιστικές απαιτήσεις. Επομένως, είναι σημαντικό όλοι αυτοί οι μηχανισμοί εποπτείας και οι κανονισμοί να

ειπεισέλθουν στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης. Οι ομάδες εποπτείας και οι κανονιστικές αρχές θα πρέπει να πειστούν για την αξία της διαδικασίας στην οποία γίνεται μέτρηση του ισχύοντος επιπέδου απόδοσης και παρέχονται οι απαιτούμενοι πόροι για την επίτευξη ενός βελτιωμένου επιπέδου απόδοσης στα πλαίσια της συνεχούς αναζήτησης ποιότητας. Τα τμήματα των Δημόσιων Οργανισμών Υγείας θα πρέπει να λάβουν μεγαλύτερη χρηματοδοτική ευχέρεια. Οι διεπιστημονικές ομάδες βελτίωσης ποιότητας χάνουν γρήγορα το ενδιαφέρον τους αν οι ιδέες τους δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν εξαιτίας αυστηρών περιορισμών στον προϋπολογισμό.

Ο σκοπός, η διαδικασία και τα αποτελέσματα των κανονισμών θα πρέπει να επανεξεταστούν για να αξιολογήσουν της επίδρασή τους στα τμήματα υγείας που συμμετέχουν στη ΔΟΠ. Όλα τα εμπλεκόμενα μέρη θα πρέπει να δουλεύουν πολύ κοντά και να υποστηρίζουν τον πειραματισμό στη μορφή έργων που είναι πολύ προσεκτικά και συνεχώς αξιολογούμενα. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναπτυχθούν συνεργασίες μεταξύ της βιομηχανίας και άλλων παρόχων υγείας που εφαρμόζουν ήδη ΔΟΠ. Τέτοιες συνεργασίες θα πρέπει να επηρεάζουν τα σχετικά νομοθετικά- κανονιστικά όργανα για την υποστήριξη διευκολυντικών ενεργειών (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

4. Καταγραφή μιας αλληλουχίας στόχων:

Η εφαρμογή της ΔΟΠ απαιτεί μια αλληλουχία στόχων που αναμένονται να επιτευχθούν στη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Η αναζήτηση επιπρόσθετων πόρων υπό τον φόβο πιθανής αποτυχίας και απώλειας χρημάτων δεν είναι αποδεκτή. Στην πράξη η προσέγγιση αυτή είναι απελευθερωτική μακροπρόθεσμα και εξετάζει αν η Διοίκηση έχει την πρωτοβουλία να θέτει τους σχετικούς στόχους και μπορεί να λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο οργανισμός της, πέρα από την απλή συμμόρφωση με εξωτερικώς επιβαλλόμενα πρότυπα. Αντίθετα, η ΔΟΠ απαιτεί τον καθορισμό μιας σειράς στόχων που υποστηρίζουν τον διάλογο σχετικά με την εξισορρόπηση σε χρόνο και άλλους πόρους κι εστιάζει την προσοχή στη μείωση του κόστους με τη βελτίωση της συνολικής εργασιακής διαδικασίας (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

5. Καθοδήγηση από την κορυφή της διαδικασίας συγκριτικής αξιολόγησης:

Η μεγαλύτερη πρόκληση είναι η διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης. Συχνά οι επαγγελματίες θεωρούν ότι οι οργανισμοί στους οποίους εκπαιδεύτηκαν κι εργάζονται είναι οι καλύτεροι Δεν αντιλαμβάνονται τις καθημερινές δραστηριότητες που επιτελούν με όρους διαδικασίας και είναι διστακτικοί να συλλέξουν και να αναλύσουν δεδομένα της διαδικασίας. Διστάζουν ακόμα να μάθουν από το τι κάνουν άλλοι άνθρωποι σε πολύ διαφορετικούς τομείς. Η Ανώτερη Διοίκηση θα πρέπει να αποτελέσει παράδειγμα ηγεσίας με το να υποδείξει ότι, παρά τις διαφορές, υπάρχουν πολλά να μάθουν από τις ομοιότητες. Για παράδειγμα, μπορεί

να είναι δύσκολο για τους επαγγελματίες υγείας του Δημόσιου Τομέα να πειστούν να ακολουθήσουν τον τρόπο που μία ιδιωτική εταιρία ψυχαγωγίας διαχειρίζεται τις ουρές αναμονής, χωρίς να αισθανθούν ότι το επάγγελμά τους απαξιώνεται, αλλά υπάρχουν αρκετά καλά παραδείγματα πώς άλλοι τύποι κλινικών διαχειρίζονται τους χρόνους αναμονής, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για σύγκριση. Οι ιδιωτικές κλινικές, τα τοπικά νοσοκομεία και άλλοι οργανισμοί υπηρεσιών σε πολίτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια της συγκριτικής αξιολόγησης (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

6. Δημιουργία ευελιξίας στην παροχή πόρων:

Η αποτελεσματική εφαρμογή της ΔΟΠ μπορεί να διακυβευτεί σοβαρά αν δεν υπάρχουν καθόλου πόροι να υποστηρίξουν τη διαδικασία βελτίωσης. Ενώ η βελτίωση των διαδικασιών δημιουργεί ένα πλεόνασμα πόρων με τη μείωση των απωλειών, αρχικά μπορεί να απαιτηθούν πόροι, ώστε να στηθεί εξαρχής μια αξιόπιστη βελτιωτική διαδικασία. Καθώς η διοίκηση δε γνωρίζει εκ των προτέρων όλες τις συστάσεις που θα γίνουν, οι πόροι που θα απαιτηθούν δε μπορούν να ενταχθούν όλοι στον προϋπολογισμό και κατά την πορεία των βελτιωτικών δράσεων ίσως χρειαστούν κάποια αποθέματα πόρων, μη αρχικά υπολογισμένων, ώστε να επιταχυνθεί η εφαρμογή. Η αποτυχία παροχής των πόρων αυτών θα εγγυηθεί την αποτυχία του προγράμματος. Η διασφάλιση ευελιξίας στην παροχή πόρων αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση στην εφαρμογή ΔΟΠ στους Δημόσιους Οργανισμούς Υγείας (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

7. Ενδυνάμωση του προσωπικού να λύνει προβλήματα:

Πολλοί επαγγελματίες υγείας του Δημόσιου Τομέα έχουν μάθει να μην επιχειρούν κάτι διαφορετικό έξω από τις δικές τους περιοχές ευθύνης. Ικανοποιούνται είτε με το να αγνοούν τα προβλήματα είτε με το να πιστεύουν ότι αυτά αποτελούν ευθύνη άλλων μέσα στον οργανισμό. Η ΔΟΠ απαιτεί οι επαγγελματίες να αναλαμβάνουν την άμεση ευθύνη για τη διαπίστωση και επίλυση των προβλημάτων. Αυτό περιλαμβάνει την τεκμηρίωση των διαδικασιών εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της καταγραφής ποιες είναι αυτές οι διαδικασίες, ποιοι είναι οι στόχοι τους και πώς πραγματικά επιτελούνται. Επιπλέον, απαιτείται να γίνει κατανοητό πώς η εργασία μιας ομάδας σχετίζεται και επηρεάζει την εργασία μιας άλλης, αλλά και τη χρήση αυτής της γνώσης για να συλλεχθούν και να αναλυθούν δεδομένα και βάσει αυτών να γίνουν προτάσεις βελτίωσης της εργασιακής διαδικασίας. Οι άνθρωποι χρειάζεται να προσπεράσουν οποιουσδήποτε φραγμούς σχετίζονται με την ισχύουσα κατάσταση. Η Διοίκηση χρειάζεται να δίνει γρήγορη ανατροφοδότηση για τις προτάσεις που προκύπτουν για τη βελτίωση των λειτουργιών. Αν και καθεμία από τις ενέργειες αυτές απαιτεί ωριμότητα εκ μέρους όσουν συμμετέχουν, χρειάζεται ακόμα να γίνει επανασχεδιασμός των διαδικασιών και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος μάθησης που θα

στηρίζει τη γνώση για τους πελάτες και τις διαδικασίες μέσω στατιστικής και επιστημονικής σκέψης. Η σημασία τόσο της χρήσης στατιστικής όσο και της επιστημονικής σκέψης είναι στοιχεία που έχουν γίνει αποδεκτά στην πρακτική της Δημόσιας Υγείας. Η πρόκληση είναι τα εργαλεία αυτά να αποτελέσουν και καθημερινότητα των εργασιακών διαδικασιών και εκβάσεων στα τμήματα υγείας, αντί να χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για εντοπισμό προβλημάτων και προσαρμογές διαδικασιών όσον αφορά στην ευρύτερη κοινότητα (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

8. Αποφυγή του συνδρόμου των βέλτιστων πρακτικών:

Ενώ η χρήση της ΔΟΠ στη Δημόσια Υγεία απαιτεί συγκριτική αξιολόγηση, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες που εργάζονται στο χώρο της να αποφεύγουν να υιοθετούν έναν τρόπο σκέψης προσανατολισμένο στις βέλτιστες πρακτικές. Η βέλτιστη πρακτική δεν μπορεί να υπάρξει ανεξάρτητα από τις ανάγκες των πελατών και των πόρων των οργανισμών. Για παράδειγμα, στη βιομηχανία, οι ανταγωνιστικές εταιρίες συχνά έχουν επιτυχείς εκβάσεις χρησιμοποιώντας εντυπωσιακά διαφορετικές προσεγγίσεις. Το κοινό τους σημείο είναι ότι αναπτύσσουν καινοτόμους τρόπους για να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των πελατών τους με δεδομένους τους πόρους τους. Οι βέλτιστες πρακτικές δε θα πρέπει να ακολουθούνται χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι στρατηγικές απαιτήσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η πρόκληση είναι να διευρυνθεί το πλήθος των εναλλακτικών προσεγγίσεων από τις οποίες μπορεί να επιλέξει η Διοίκηση και όχι να επιλεγεί μια προσέγγιση για να χρησιμοποιηθεί από τον οποιονδήποτε και για οτιδήποτε (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

9. Ορισμός ρεαλιστικών χρονικών προσδοκιών:

Η επιτυχής ενσωμάτωση της ΔΟΠ απαιτεί μια ρεαλιστική εκτίμηση του χρόνου που απαιτείται για την εφαρμογή της και για την παρακολούθησή του. Η διαδικασία της εφαρμογής και της θεσμοθέτησής της, ακόμα και σε ένα μικρό τμήμα, θα χρειαστεί κάποια χρόνια. Αυτό που δεν είναι γνωστό είναι αν θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ολόκληρος ο οργανισμός σαν μια οντότητα ή αν θα πρέπει να επιλεγούν για αρχή συγκεκριμένες διαδικασίες ευκολότερα υπαγόμενες σε αλλαγή σε μικρότερα τμήματα του οργανισμού. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζονται λιγότεροι πόροι και αν το εγχείρημα στεφθεί με επιτυχία, θα επηρεάσει θετικά και τα υπόλοιπα τμήματα του οργανισμού. Παρόλα αυτά, οι αλλαγές στάσης στην κορυφή της διοίκησης έχουν τόσο κριτική σημασία που η αποτυχία χρήσης της ΔΟΠ σε όλο τον οργανισμό μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την εφαρμογή της σε περιορισμένο εύρος τμημάτων.

Ακόμα και όταν η ΔΟΠ θεωρείται εφαρμοσμένη, η Διοίκηση πρέπει διαρκώς να παρακολουθεί την χρήση της, ώστε να διασφαλίσει την θεσμοθέτησή της σε όλο τον οργανισμό (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

10. Δράση της διοίκησης ως προτύπου για τη διαρκή βελτίωση:

Η Διοίκηση χρειάζεται να αποτελέσει το υπόδειγμα για όλο τον οργανισμό, ώστε να μην υπάρχουν ασυνέπειες μεταξύ λόγων και πράξεων. Η Ανώτερη Διοίκηση πρέπει να ασκήσει ηγεσία και να χρησιμοποιεί διαρκώς τις διαδικασίες στα πλαίσια της συνολικής λειτουργίας του οργανισμού (Kaluzny, McLaughlin and Simpson, 1992).

2.14 Δυσκολίες στην Εφαρμογή ΔΟΠ στους Οργανισμούς Υπηρεσιών Υγείας του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Αρκετοί οργανισμοί υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επιτυχή εφαρμογή της ΔΟΠ. Η κατανόηση των παραγόντων που εμποδίζουν την εφαρμογή αυτή είναι σημαντική, γιατί θα βοηθήσει τα ανώτερα στελέχη των οργανισμών υγείας να αναπτύξουν αποτελεσματικότερες στρατηγικές για την επιτυχή εφαρμογή ΔΟΠ στους οργανισμούς τους.

Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Mosadeghrad, 2013) αναδεικνύει τους κυριότερους από τους παράγοντες αυτούς:

Η εφαρμογή και ο αντίκτυπος της ΔΟΠ εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα των ανώτερων στελεχών να υιοθετούν και να προσαρμόζουν τις αρχές και τις ιδέες της σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον σχετικό με την υγεία. Οι ανεπιτυχείς προσπάθειες για την εφαρμογή της ΔΟΠ σε οργανισμούς υγείας μπορούν καταρχήν να αποδοθούν σε ισχυρά διαμερισματοποιημένες, γραφειοκρατικές και ιεραρχικές οργανωτικές δομές, επαγγελματική αυτονομία, εντάσεις μεταξύ των ανώτερων στελεχών και του λοιπού προσωπικού, όπως και στις δυσκολίες στην αξιολόγηση των διαδικασιών και εκβάσεων που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας.

Άλλα εμπόδια στην επιτυχία της ΔΟΠ περιλαμβάνουν την ελλιπή δέσμευση και συμμετοχή όχι μόνο των ανώτερων στελεχών, αλλά και όλων των υπόλοιπων υπαλλήλων στην εφαρμογή της ΔΟΠ, την αδύναμη ηγεσία και διαχείριση, την έλλειψη μιας κουλτούρας που είναι προσανατολισμένη στην ποιότητα, την ανεπαρκή εκπαίδευση, αλλά και τους μη επαρκείς πόρους.

Αρκετές μελέτες σχετικές με τον χώρο της υγείας (2) δείχνουν ότι η εκτέλεση ενός πλήθους δραστηριοτήτων που περιγράφονται ως πρακτικές ΔΟΠ είναι πιθανόν να αυξάνουν την ποιότητα ων εκβάσεων τόσο για τους πελάτες όσο και τους ίδιους τους εργαζόμενους (Dean and Bowen, 1994). Για παράδειγμα, τα κριτήρια ποιότητας Baldrige εστιάζουν στην

ηγεσία, τον στρατηγικό προγραμματισμό της ποιότητας, την κατανόηση του πελάτη, τη μέτρηση της απόδοσης, τη διαχείριση της πληροφορίας, την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, την ποιότητα των διαδικασιών και τη μέτρηση των επιχειρησιακών αποτελεσμάτων (Shortell *et al.*, 1995) (Dean and Bowen, 1994). Η ΔΟΠ απαιτεί την εγκαθίδρυση εσωτερικών διαδικασιών που είναι σε συμφωνία με μία καλώς εγκατεστημένη Διοίκηση και σύγχρονες θεωρίες οργάνωσης και μπορεί να επηρεάσει τις πτυχές εκείνες της εργασιακής απόδοσης που σχετίζονται τόσο με τα συστήματα όσο και με τα υποκείμενα (Dean and Bowen, 1994) (Waldman, 1994).

Ακόμα σε έναν αριθμό νοσοκομείων έχει διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της ΔΟΠ και της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας με την απόδοση (Shortell *et al.*, 1995). Στην αντίστοιχη μελέτη διαφάνηκε ότι όταν το μέγεθος του νοσοκομείου είναι υπό έλεγχο, η εφαρμογή της ΔΟΠ προέβλεπε με θετικό τρόπο την επίδραση στους ανθρώπινους πόρους και τις εκβάσεις των ασθενών, όπως και περίπου το ένα τρίτο του νοσοκομειακού κόστους για μία μέση διάρκεια νοσηλείας για έξι σχετικά μεγάλου κόστους και όγκου θεραπευτικές διαδικασίες.

Διαφορετική μελέτη (TJ Douglas and Judge, 2001) έχει διερευνήσει σε δείγμα νοσοκομείων τη σχέση της εφαρμογής ΔΟΠ με ένα σύνθετο μέτρο οικονομικής απόδοσης και τη βαθμολογία στην πλέον πρόσφατη επιθεώρηση από εξωτερική αρχή κάθε νοσοκομείου από αυτά. Με σταθερά το μέγεθος και το καθεστώς ιδιοκτησίας, η εφαρμογή της ΔΟΠ ήταν θετικά σχετιζόμενη τόσο με οικονομικά όσο και με μέτρα διαπίστευσης.

Τέλος, άλλη μελέτη (Werner, Bradlaw and Asch, 2008) τεκμηριώνει ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες σε συγκεκριμένα μέτρα ποιότητας εντός των νοσοκομείων μπορεί ακόμα να υποδεικνύουν υψηλότερη απόδοση σε σχετικές, αν και που δεν έχουν μετρηθεί, πτυχές της φροντίδας ασθενούς.

Ειδικότερες μελέτες που αφορούν κέντρα θεραπείας από κατάχρηση ουσιών καταλήγουν επίσης ότι η εφαρμογή ΔΟΠ μπορεί να προωθήσει υψηλότερα επίπεδα απόδοσης (Ford *et al.*, 2007) (Milne, Blum and Roman, 2000). Σε μία από τις μελέτες αυτές (Ford *et al.*, 2007) εντοπίστηκαν αρκετά προβλήματα σχετιζόμενα με διαδικασίες εισαγωγής σε ένα δείγμα περισσότερων από τριακόσια κέντρα θεραπείας από κατάχρηση ουσιών. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η τακτική συλλογή δεδομένων ανατροφοδότησης από τους ασθενείς ήταν ουσιώδης για να εντοπίσει και να διορθώσει το προσωπικό του κέντρου διάφορα λειτουργικά προβλήματα. Σε παλαιότερη μελέτη από την προαναφερόμενη (Milne, Blum and Roman, 2000) βρέθηκε ότι, με σταθερά διάφορα χαρακτηριστικά του οργανισμού, η εφαρμογή της ΔΟΠ ήταν θετικά σχετιζόμενη με έναν δείκτη μέτρησης ολοκληρωμένων υπηρεσιών ενός δείγματος τετρακοσίων πενήντα ιδιωτικών κέντρων θεραπείας από κατάχρηση ουσιών.

Σε νεότερη μελέτη από τις προηγούμενες (Fields and Roman, 2010), η οποία βασίστηκε σε μεγάλο δείγμα ιδιωτικών και δημόσιων κέντρων, εξετάστηκαν όχι μόνο οργανωσιακά χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εφαρμογή ΔΟΠ από κέντρα θεραπείας από

κατάχρηση ουσιών, αλλά επιπλέον η σχέση της ΔΟΠ με δύο αναγνωρισμένους παράγοντες ποιότητας αγωγής. Στη μελέτη αυτή, με σταθερά διάφορα χαρακτηριστικά του οργανισμού, τα μέτρα ΔΟΠ είχαν θετική σχέση με όλα τα μέτρα έκβασης. Η ΔΟΠ σχετιζόταν ισχυρότερα με την έκταση στην οποία ένα κέντρο θεραπείας παρείχε ολοκληρωμένη φροντίδα, συμβάλλοντας στο 7% της συνολικής διακύμανσης. Για ολοκληρωμένη φροντίδα, η διαχείριση ποιότητας συμβάλλει στο ένα τέταρτο της συνολικής διακύμανσης που επεξηγείται στα προγνωστικά μοντέλα. Οι πρακτικές διαχείρισης ποιότητας εξηγούν μόνο ένα πρόσθετο 2% της συνολικής διακύμανσης στη χρήση θεραπευτικών προσεγγίσεων που βασίζονται στην τεκμηρίωση ή περίπου το ένα όγδοο της συνολικής διακύμανσης που επεξηγείται στα προγνωστικά μοντέλα. Αν και δεν είναι εφικτό να ανιχνεύσουμε αλληλουχίες αποφάσεων ή σχέσεις αιτίου-αιτιατού εντός των συγχρονικών (cross-sectional) δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη, τα αποτελέσματα συμβαδίζουν με τις θεμελιώδεις αρχές της διοικητικής θεωρίας ως προς τη διαχείριση ποιότητας. Η ΔΟΠ είναι μία σειρά διαδικασιών που εστιάζουν στη συλλογή και χρήση των σχετικών δεδομένων, ώστε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τις μεθόδους και στρατηγικές λειτουργίας, οι οποίες με τη σειρά τους αυξάνουν την αξία των υπηρεσιών και των παρεχόμενων προϊόντων. Η ΔΟΠ βασίζεται ακόμα στη συμμετοχή του προσωπικού σε όλο το εύρος του οργανισμού για τη βελτίωση των υπηρεσιών. Στην τελευταία ανάλυση (Fields and Roman, 2010) οι θετικές συσχετίσεις των αποφάσεων βάσει δεδομένων και της εκπαίδευσης του προσωπικού με την παροχή περισσότερο ολοκληρωμένης φροντίδας μπορεί να υποδεικνύει ότι τα δεδομένα που λαμβάνονται και χρησιμοποιούνται από ένα κέντρο θεραπείας τοπικά υποστηρίζουν τις προειδοποιήσεις προς την ηγεσία ότι η υψηλής ποιότητας φροντίδα θα πρέπει να ικανοποιεί όλο το εύρος των αναγκών των ασθενών που μπορεί να συμπίπτουν με την κατάχρηση ουσιών.

2.15 Εφαρμογή ΔΟΠ ειδικότερα σε Νοσοκομεία του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Το Νοσοκομείο θα πρέπει να αποτελεί ένα περιβάλλον ίασης, όπως και ένα υγιές και ασφαλές περιβάλλον εργασίας. Δε θα πρέπει να επιφέρει οποιαδήποτε βλάβη στον εξωτερικό κόσμο και θα πρέπει τόσο να συνεισφέρει στην φροντίδα υγείας της κοινότητας όσο και να είναι μια πηγή φροντίδας για την τελευταία (Arasli, 2004).

Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί ερευνητές που πιστεύουν ότι έχει δοθεί ανεπαρκής προσοχή στα θέματα αυτά από τη βιομηχανία υπηρεσιών υγείας (Hancock, 1999). Για τον λόγο αυτό τα Νοσοκομεία θα πρέπει να επανεξετάσουν τον τρόπο λειτουργίας τους και να προσθέσουν αξία στις διαδικασίες ποιότητας. Μία από τις προτεινόμενες προσεγγίσεις για να επιτευχθεί καλύτερο επίπεδο ποιότητας για τα διαφορετικά ενδιαφερόμενα μέρη και τους διαφορετικούς

θεσμούς είναι η εφαρμογή ΔΟΠ, η οποία μπορεί να οριστεί ως η ικανοποίηση των κοινωνικών εταίρων, όπως οι ασθενείς, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι προμηθευτές. Η εφαρμογή της ΔΟΠ επιτυγχάνεται τόσο με την αντιμετώπιση τεχνικών θεμάτων, για παράδειγμα αποτελεσματικό προγραμματισμό, σχεδιασμό πολιτικών και στρατηγικών, αλλά και παραγόντων που έχουν να κάνουν με ανθρώπους και συμπεριφορές (Arasli, 2002).

Η προσέγγιση της ΔΟΠ προκαλεί πρόκληση για τις παραδοσιακές πρακτικές διοίκησης και τις αυστηρές ιεραρχικές δομές των Νοσοκομείων, καθώς ελαχιστοποιεί τα επίπεδα διοίκησης, ενδυναμώνει τους υπαλλήλους, καταρρίπτει τους φραγμούς επικοινωνίας και καλλιεργεί τη δημιουργικότητα στον χώρο εργασίας (Hamilton, 1993). Η προσέγγιση της ΔΟΠ έχει ακόμα να διαφυλάξει την ευημερία όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των ιατρών και όλου του υπόλοιπου προσωπικού. Με την εφαρμογή της ΔΟΠ τα Νοσοκομεία μπορούν να γίνουν ένας χώρος προαγωγής της υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, τα Νοσοκομεία θα εστιάζουν εσωτερικά στη δημιουργία ενός φυσικού, ψυχικού και κοινωνικού περιβάλλοντος που είναι καλό τόσο για τους ασθενείς όσο και για το προσωπικό, ενώ εξωτερικά θα επικεντρώνονται στην προαγωγή της υγείας και ευημερίας της κοινότητας, αλλά και στη μείωση των εξόδων (Ovretveit, 2000).

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, η εφαρμογή της φιλοσοφίας της ΔΟΠ μέσω συμβουλευτικών εταιριών μπορεί να κοστίσει ένα σημαντικά μεγάλο χρηματικό ποσό, ιδιαίτερα για τους μικρούς και μεσαίους οργανισμούς (Atchison, 1992). Σε αντιστάθμιση αυτού, υπάρχουν βιβλιογραφικές έρευνες που έχουν επιχειρήσει να σχεδιάσουν απλές, λογικές και γρήγορες εφαρμογές ενός προτύπου ΔΟΠ το οποίο μπορεί να τροποποιηθεί εύκολα ανάλογα με τις υφιστάμενες συνθήκες των υπηρεσιών υγείας (Arasli, 2004).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα ιδρύματα, συμπεριλαμβανομένων των Νοσοκομείων, προσπαθούν να βελτιώσουν την ποιότητα μέσω της γνώμης των πελατών. Έχουν υπάρξει αρκετές απόπειρες να αξιολογηθούν οι αντιλήψεις των πελατών σχετικά με την αγωγή και τη φροντίδα που έλαβαν (Larrabee and Bolden, 2001) (Yvonne and Paul, 1999) (Lynn and McMillen, 1999) (Cleary, 1999).

Η διαρκής βελτίωση ως συστατικό της ΔΟΠ έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στον επιχειρηματικό κόσμο. Η συνεχής βελτίωση βασίζεται κυρίως στο επίπεδο ικανοποίησης του πελάτη, η μέτρηση της οποίας οδηγεί στην αριστεία της επιχειρησιακής απόδοσης (Gorst, Kanji and Wallace, 1998). Το συστατικό αυτό επιτρέπει στις υπηρεσίες υγείας να μετατοπίσουν την εστίασή τους από την ασθένεια στην πρόληψη και την ευημερία της κοινότητας και από τους ανεξάρτητους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας στο σύστημα υγείας (Lynn and McMillen, 1999).

Το επίπεδο της ικανοποίησης των πελατών λειτουργεί ως σήμα για τη λήψη προληπτικών ενεργειών προς την κατεύθυνση της επίτευξης θετικών αποτελεσμάτων που θα ικανοποιήσουν τις προσδοκίες των πελατών (Gorst, Kanji and Wallace, 1998). Συνεπώς, η

προσφορά ολικής ποιότητας στους ασθενείς απαιτεί μια πλουραλιστική προσέγγιση και τη συλλογή συστηματικής ανατροφοδότησης από την κοινή γνώμη και μάλιστα από άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων, καθώς η ποιότητα έχει διαφορετικά νοήματα για διαφορετικούς ανθρώπους (Stitchler and Weiss, 2000). Τα ζητήματα που απασχολούν του ασθενείς ενδέχεται να διαφέρουν στα διαφορετικά Νοσοκομεία. Είναι ενδιαφέρον ότι αρκετές μελέτες έχουν καταλήξει ότι οι πάροχοι και οι ασθενείς (Larrabee and Bolden, 2001) (Lynn and McMillen, 1999) προσθέτουν διαστάσεις στη μέτρηση της ποιότητας στα Νοσοκομεία. Υπό αυτή την οπτική, η κοινή γνώμη διαδραματίζει ζωτικό ρόλο, καθώς δίνει τη δυνατότητα στους παρόχους να λάβουν γνώση για τα προβλήματα και τα χαρακτηριστικά ποιότητας από την πλευρά των ασθενών.

Στα πλαίσια δημοσιευμένης μελέτης έγινε προσπάθεια αξιολόγησης των πεποιθήσεων του κοινού σχετικά με προσεγγίσεις ποιότητας και την εφαρμογή τους σε Νοσοκομεία του Βόρειου Τμήματος της Κύπρου. Ο πρωταρχικός σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις αντίστοιχες υπηρεσίες και να καθοριστεί αν υπήρχαν τρόποι να αυξηθεί ακόμα περισσότερο η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υπό το πρίσμα της ΔΟΠ. Ο δεύτερος σκοπός της μελέτης ήταν να γίνει μια συγκριτική ανάλυση των Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων του Βόρειου Τμήματος της Κύπρου, ώστε να γίνουν κατανοητές οι προτιμήσεις της τοπικής κοινότητας σχετικά με τα δυνατά και αδύνατα σημεία των διαδικασιών και πρακτικών τους, όπως και τα υπάρχοντα προβλήματα και υφιστάμενες προκλήσεις (Arasli, 2004).

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης (Arasli, 2004) έδειξαν ότι τα Νοσοκομεία, ιδιαιτέρως τα Δημόσια, δεν δίνουν επαρκή προσοχή στην ικανοποίηση των πελατών και οι παραδοσιακές, αντιδραστικές, πολιτικές τους έχουν ακολουθήσει αυτή την τάση επί μακρόν. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παραπόνων από ασθενείς, γιατρούς, άλλους παρόχους υπηρεσιών και χρήστες στα Δημόσια Νοσοκομεία. Η μελέτη κατέληξε ακόμα ότι ο Δημόσιος Τομέας είναι σε πολύ δυσμενέστερη θέση συγκριτικά με τον Ιδιωτικό αναφορικά με τις πρακτικές ολικής ποιότητας και ότι για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων, θα έπρεπε να ληφθούν οι ακόλουθες ενέργειες:

- Καθορισμός μιας ξεκάθαρης, λεπτομερούς και συγκεκριμένης πολιτικής σε κεντρικό επίπεδο,
- Αλλαγή στο νομοθετικό σύστημα των Δημόσιων Νοσοκομείων προς την κατεύθυνση της διαχειριστικής και διοικητικής ευελιξίας στα μεμονωμένα Νοσοκομεία,

- Ορισμός αρμόδιων και ικανών διοικητών που θα εμπλέξουν το προσωπικό σε προγράμματα ποιότητας (Roberts, 1993) και θα συμβάλλουν επιτυχώς σε αλλαγές των Νοσοκομειακών πολιτικών,
- Εκτεταμένη χρήση καλά σχεδιασμένων πληροφοριακών συστημάτων,
- Ικανοποίηση των αναγκών των εργαζόμενων,
- Παρακίνηση του Νοσοκομείου να βρει τους δικούς του τρόπους για τη βελτίωση της ολικής ποιότητας &
- Μελέτη της φιλοσοφίας της ΔΟΠ, η οποία θα πρέπει να γίνει η βάση της αλλαγής στα Δημόσια Νοσοκομεία, δημιουργώντας ένα σύστημα αξιολόγησης τους τελικού προϊόντος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

✳

3. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Διοίκησης Ολικής Ποιότητας- European Foundation Quality of Management (EFQM)

3.1 Δέσμευση στην Επιχειρηματική Αριστεία

Όπως έχει προαναφερθεί στο Κεφάλαιο 2, η Επιχειρηματική Αριστεία περιγράφεται συχνά ως οι εξαιρετικές πρακτικές στη διοίκηση ενός οργανισμού και στην επίτευξη αποτελεσμάτων, οι οποίες πρακτικές βασίζονται όλες σε μία σειρά θεμελιωδών εννοιών ή αξιών (*Business Excellence Tools- Business Excellence*, 2018).

Ο σύγχρονος παγκόσμιος ορισμός για την Επιχειρηματική Αριστεία αναφέρεται σε μία ολοκληρωμένη συλλογή αποδεδειγμένων πρακτικών για το πώς μία επιχείρηση θα έπρεπε να λειτουργεί για να γίνει η καλύτερη που θα μπορούσε.

Η Επιχειρηματική Αριστεία έχει εφαρμογή σε όλες τις επιχειρήσεις είτε είναι ιδιωτικές ή δημόσιες, κερδοσκοπικές ή μη, μικρές ή μεγάλες και έχει ως αποτέλεσμα ουσιώδεις βελτιώσεις της παραγωγικότητας (*My Business Excellence*, no date).

Η έρευνα υποδεικνύει ότι οι οργανισμοί με προσέγγιση Επιχειρηματικής Αριστείας αποκτούν σημαντικά πλεονεκτήματα. Πέρα από τη βελτίωση των οικονομικών δεικτών, άλλα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν τη βελτιωμένη καινοτομία και την παραγωγή ιδεών, την ικανοποίηση των πελατών, την οργανωτική ανάπτυξη, την ικανοποίηση και συμμετοχή των εργαζόμενων, την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα και την αξιοπιστία των παραγόμενων προϊόντων (*BPIR Business Performance Improvement Resource- Business Excellence*, 2018).

3.2 Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας (European Quality Award).

Το 1992 θεσπίστηκε από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Διαχείριση της Ποιότητας (European Foundation for Quality Management) το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας. Το βραβείο αυτό δίνεται σε οργανισμούς που μπορούν να επιδείξουν αριστεία στη διαχείριση της ποιότητάς τους, καθώς και ότι η προσέγγισή τους ως προς τη ΔΟΠ έχει συμβάλλει στην

ικανοποίηση των πελατών, των υπαλλήλων και άλλων εταίρων (‘Oxford University Press, Oxford Reference- European Quality Award’, no date). Αν και υπήρχαν παρόμοια βραβεία, όπως το βραβείο Baldrige στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ή το Deming στην Ιαπωνία, όπως προαναφέρεται στο Κεφάλαιο 2, αυτά στηρίζονταν σε διαφορετικές κουλτούρες και κρίθηκε αναγκαίο να υπάρξει κάτι που θα ήταν αμιγώς Ευρωπαϊκό (Dibley, 2004).

Το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας βασίζεται στο πρότυπο αριστείας EFQM και τις βασικές αρχές αριστείας, βοηθώντας στην περαιτέρω προώθηση και χρήση τους. Το βραβείο δίνει τη δυνατότητα να εντοπιστούν οργανισμοί πρότυπα τόσο συνολικά όσο και σε επιμέρους κριτήρια ή έννοιές του. Αυτοί οι οργανισμοί πρότυπα στη συνέχεια μοιράζονται τις καλές πρακτικές τους με άλλους οργανισμούς με διάφορους τρόπους, λειτουργώντας ως δείκτες συγκριτικής αξιολόγησης (Dibley, 2004).

Με την πρόοδο του χρόνου το Ευρωπαϊκό Βραβείο Ποιότητας εξελίχθηκε, εισάγοντας διαφορετικούς τύπους αναγνώρισης και κατηγορίες και έχουν αποτελέσει τη θεμέλια βάση για πολλά άλλα είδη βραβείων στην Ευρώπη, όπως τα Εθνικά Βραβεία Ποιότητας (Dibley, 2004).

Η τελετή Βραβείων Αριστείας EFQM πραγματοποιείται σε ετήσια βάση από τον οργανισμό EFQM. Τα βραβεία αυτά είναι σχεδιασμένα να αναγνωρίζουν τους οργανισμούς που έχουν πετύχει ένα εξαιρετικό επίπεδο βιώσιμης αριστείας, με βάση αξιολόγηση ως προς τα κριτήρια του προτύπου.

3.3 Το Πρότυπο του EFQM

Σύμφωνα με το πρότυπο Επιχειρηματικής Αριστείας EQFM, η Επιχειρηματική Αριστεία αναφέρεται σε «Εξαιρετικές πρακτικές στη διαχείριση του οργανισμού και την επίτευξη αποτελεσμάτων, οι οποίες βασίζονται σε μία συλλογή 8 θεμελιωδών εννοιών», οι οποίες είναι (*BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality*, no date) (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date):

1. Προσανατολισμός στα αποτελέσματα,
2. Εστίαση στον πελάτη,
3. Ηγεσία και σταθερότητα του σκοπού,
4. Διαχείριση διαδικασιών και γεγονότων,
5. Ανάπτυξη και συμμετοχή ανθρώπινου δυναμικού,
6. Συνεχής μάθηση,
7. Καινοτομία και βελτίωση &
8. Ανάπτυξη συνεταιρισμών και κοινωνική ευθύνη

Το 1988 14 εκπρόσωποι Ευρωπαϊκών πολυεθνικών εταιριών, όπως η British Telecom, Volkswagen και Phillips, δημιούργησαν το EFQM. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ποιότητα υποστήριξαν την πρωτοβουλία. Τα ιδρυτικά μέλη ανέπτυξαν ένα πολυδιάστατο πρότυπο διαχείρισης της ποιότητας, το πρότυπο EFQM και εισήγαν την αρχή της αυτο-αξιολόγησης και το Πρόγραμμα Βράβευσης Ευρωπαϊκής Ποιότητας. Σύμφωνα με το Ίδρυμα, η διαχείριση ποιότητας θα πρέπει να εστιάζει σε όλες τις δραστηριότητες, σε όλα τα επίπεδα ενός οργανισμού και θα πρέπει να είναι μία συνεχής διαδικασία για τη βελτίωσης της απόδοσης. Η ουσία της προσέγγισης είναι ότι η απόδοση θα πρέπει να ικανοποιεί τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των εταίρων. Αυτή η περιγραφή της διαχείρισης ποιότητας είναι άμεσα σχετιζόμενη με τη φιλοσοφία της διαχείρισης ολικής ποιότητας και επιχειρηματική αριστεία και εξηγείται περαιτέρω στις θεμελιώδεις έννοιες του προτύπου EFQM (Nabitz, Klazinga and Walburg, 2000).

Ανεξάρτητα από τον τομέα, το μέγεθος, τη δομή ή την ωριμότητά τους, οι οργανισμοί χρειάζονται να εγκαταστήσουν κατάλληλα συστήματα διαχείρισης για να είναι επιτυχημένοι. Το πρότυπο EFQM είναι ένα εργαλείο για να βοηθήσει τους οργανισμούς προς την κατεύθυνση αυτή με την μέτρηση του πού βρίσκονται πάνω στο μονοπάτι της αριστείας ή, διαφορετικά, το επίπεδο αριστείας στο οποίο βρίσκονται, την κατανόηση των κενών και την ενεργοποίηση λύσεων (*Wikipedia The Free Encyclopedia- EFQM*, no date). Το πρότυπο βοηθάει ακόμα να διασφαλιστεί ότι οι επιχειρηματικές αποφάσεις ενσωματώνουν τις ανάγκες όλων των φορέων και ότι είναι ευθυγραμμισμένες με τους στόχους του οργανισμού.

Το πρότυπο EFQM λειτουργεί ως κοινή αναφορά. Παρέχει στους χρήστες του ένα σύνολο εργαλείων βελτίωσης της απόδοσης, ώστε εκείνοι να επιτύχουν και να διατηρήσουν της επιχειρηματική τους επιτυχία.

Γίνεται τακτική ανασκόπηση του προτύπου, ώστε να συμπεριλάβει νέες ιδέες, έννοιες και γνώση. Η τελευταία αναθεώρηση του προτύπου εκδόθηκε το 2013.

Το πρότυπο EFQM χρησιμοποιείται για την απόκτηση πλήρους άποψης της απόδοσης του οργανισμού και την κατανόηση των σχέσεων αιτίας και αποτελέσματος μεταξύ του τι κάνουν οι οργανισμοί και τι αποτελέσματα δρέπουν.

Το πρότυπο είναι σε χρήση από περίπου 30.000 οργανισμούς σε όλη την Ευρώπη. Στα πρόσφατα χρόνια όλο και περισσότερες χώρες το εφαρμόζουν, ειδικά στη Μέση Ανατολή και τη Νότια Αμερική (*Wikipedia The Free Encyclopedia- EFQM*, no date) .

Όλοι οι Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί, τόσο στον Δημόσιο όσο και τον Ιδιωτικό Τομέα, αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις. Η αυξανόμενη πίεση να ανταγωνιστούν μεταξύ τους στην παγκόσμια σκηνή με περιορισμένους πόρους συνεπάγεται ότι πρέπει όλοι να συνεργαστούν για να διασφαλίσουν τη μελλοντική ευημερία και την ευημερία των επόμενων γενεών. Το πρότυπο EFQM παρέχει το πλαίσιο που ενθαρρύνει τη συνεργασία και την καινοτομία που απαιτούνται για τη διασφάλιση ότι ο στόχος αυτός θα επιτευχθεί.

Μελέτες που έχουν γίνει έχουν ασχοληθεί με τη συσχέτιση ανάμεσα στην υιοθέτηση ολιστικών προτύπων Επιχειρηματικής Αριστείας, όπως το EFQM, και τα βελτιωμένα εταιρικά αποτελέσματα. Η πλειοψηφία αυτών των μελετών δείχνουν θετική σύνδεση. Μία από τις πιο λεπτομερείς από τις μελέτες αυτές πραγματοποιήθηκε στο Ινστιτούτο Τεχνολογίας της Γεωργίας της Πολιτείας Ατλάντα και το Κολλέγιο William and Marry της Πολιτείας Βιρτζίνια των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (*Wikipedia The Free Encyclopedia-EFQM*, no date).

Σημασία έχουν οι διαφορετικοί τρόποι χρήσης του προτύπου:

- Χρησιμοποιούμενο ως στρατηγικό εργαλείο αξιολόγησης, το πρότυπο μπορεί να προσφέρει μία ολιστική άποψη ενός οργανισμού, επισημαίνοντας τα δυνατά του σημεία και αναδεικνύοντας ευκαιρίες βελτίωσης,
- Με τη χρήση του ως εργαλείο συγκριτικής αξιολόγησης, το πρότυπο είναι σε θέση να δείξει πώς ένας οργανισμός συγκρίνεται με τους ανταγωνιστές του και άλλους κορυφαίους οργανισμούς &
- Με τη χρήση του ως εργαλείο διαχείρισης, μπορεί να βοηθήσει να οριστούν οι στόχοι απόδοσης και ικανοτήτων του οργανισμού (EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action, no date)

Βασική φιλοσοφία του προτύπου είναι πως για να διασφαλιστεί βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη, χρειάζεται να είναι ικανοποιημένοι οι πελάτες. Για να γίνει αυτό, χρειάζεται να αναπτυχθούν και να παραδοθούν προϊόντα και υπηρεσίες που να προσθέτουν αξία για αυτούς. Επιπλέον, χρειάζεται να παραδίνονται άριστες υπηρεσίες για τη μεγιστοποίηση της παραμονής των υπαλλήλων, της αφοσίωσής τους και της εταιρικής φήμης.

3.4 Συστατικά μέρη Προτύπου EFQM

Το πρότυπο αποτελείται από τρία συστατικά μέρη (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date):

- 8 βασικές αξίες (core values) ή βασικές αρχές διαχείρισης (key management principles) οι οποίες οδηγούν σε βιώσιμη επιτυχία,
- 9 κριτήρια, τα οποία διαχωρίζονται σε 5 κριτήρια «Ενεργοποιητές» (Enablers) και 4 κριτήρια αποτελεσμάτων &
- Τη λογική RADAR, που αποτελεί τον συνεχή κύκλο βελτίωσης που χρησιμοποιεί το πρότυπο

Αναλυτικότερα για καθένα από τα τρία συστατικά μέρη του προτύπου παραθέτονται οι ακόλουθες πληροφορίες:

- **Οι 8 βασικές αξίες ή βασικές αρχές διαχείρισης του προτύπου EFQM είναι οι ακόλουθες:**

1. **Προστιθέμενη αξία για τους πελάτες:**

Οι άριστοι οργανισμοί προσθέτουν αξία με συνέπεια για τους πελάτες με το να κατανοούν, να προλαμβάνουν και να ικανοποιούν τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις ευκαιρίες.

2. **Δημιουργία βιώσιμου μέλλοντος:**

Οι άριστοι οργανισμοί έχουν θετικό αντίκτυπο στον κόσμο γύρω τους με το να βελτιώνουν την απόδοσή τους και ταυτόχρονα να προάγουν τις οικονομικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες εντός των κοινοτήτων στις οποίες δραστηριοποιούνται.

3. **Ανάπτυξη ικανοτήτων:**

Οι άριστοι οργανισμοί βελτιώνουν τις ικανότητές τους με το να διαχειρίζονται αποτελεσματικά την αλλαγή εντός και εκτός των συνόρων του οργανισμού.

4. **Αξιοποίηση της δημιουργικότητας και καινοτομίας:**

Οι άριστοι οργανισμοί δημιουργούν αυξημένη αξία και επίπεδα απόδοσης μέσω συνεχούς βελτίωσης και συστηματικής καινοτομίας με την αξιοποίηση της δημιουργικότητας των εταίρων τους.

5. **Ηγεσία με όραμα, έμπνευση και ακεραιότητα:**

Οι άριστοι οργανισμοί έχουν ηγέτες που διαμορφώνουν το μέλλον και το κάνουν να συμβεί, δρώντας ως πρότυπα ρόλου ως προς τις αξίες και την ηθική.

6. **Διαχείριση με ευελιξία:**

Οι άριστοι οργανισμοί είναι ευρέως αναγνωρισμένοι για την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν και να απαντούν αποτελεσματικά και αποδοτικά τόσο στις ευκαιρίες όσο και τις απειλές.

7. **Επιτυχία μέσω του ταλέντου των ανθρώπων:**

Οι άριστοι οργανισμοί εκτιμούν τους ανθρώπους τους και δημιουργούν κουλτούρα ενδυνάμωσής τους για την επίτευξη στόχων τόσο του οργανισμού όσο και προσωπικούς τους.

8. **Διατήρηση εξαιρετικών αποτελεσμάτων:**

Οι άριστοι οργανισμοί επιτυγχάνουν εξαιρετικά αποτελέσματα που ικανοποιούν τόσο τις μεσοπρόθεσμες όσο και τις μακροπρόθεσμες ανάγκες όλων των εταίρων τους, στο πλαίσιο του περιβάλλοντος δραστηριοποίησής τους.

Οι παραπάνω 8 βασικές αξίες του προτύπου αποτελούν τη βάση για το δεύτερο συστατικό του μέρος, που είναι τα κριτήριά του.

- **Τα εννέα κριτήρια του προτύπου EFQM είναι τα ακόλουθα (Εικόνα 4):**

Κριτήρια «Ενεργοποιητές»

1. Ηγεσία (Leadership),
2. Άνθρωποι (People),
3. Στρατηγική (Strategy),
4. Συνεργασίες και Πόροι (Partnerships and Resources) &
5. Διαδικασίες, Προϊόντα και Υπηρεσίες (Processes, Products and Services)

Κριτήρια Αποτελεσμάτων

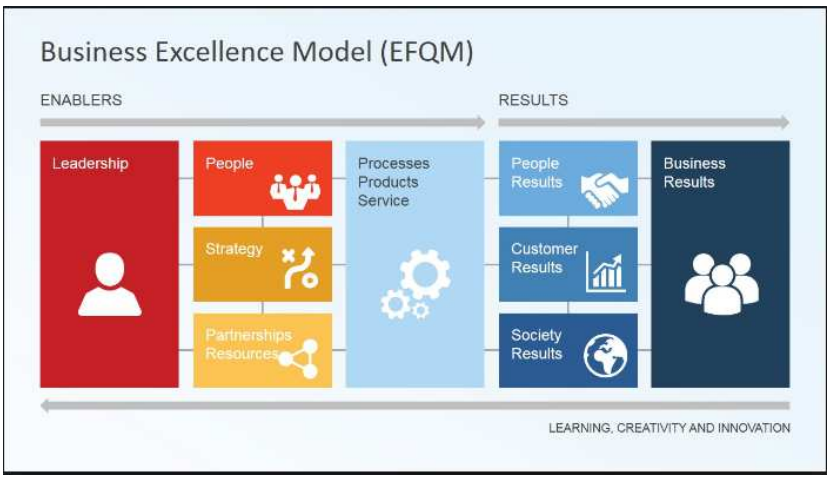
9. Αποτελέσματα ανθρώπων (People Results),
10. Αποτελέσματα πελατών (Customer Results),
11. Αποτελέσματα για την κοινωνία (Society Results) &
12. Εταιρικά αποτελέσματα (Business Results)

Τα κριτήρια «Ενεργοποιητές» καλύπτουν τι κάνει ένας οργανισμός και πώς ή, με άλλα λόγια, είναι όσα χρειάζεται να κάνει ο οργανισμός για να αναπτύξει και να εφαρμόσει τη στρατηγική του, ενώ τα κριτήρια αποτελεσμάτων καλύπτουν τι επιτυγχάνει ο οργανισμός.

Για την επίτευξη βιώσιμης επιτυχίας, ένας οργανισμός χρειάζεται ισχυρή ηγεσία και ξεκάθαρη στρατηγική κατεύθυνση. Χρειάζεται να αναπτύξει και να βελτιώσει τους ανθρώπους, τις συνεργασίες και τις διαδικασίες του, ώστε να παραδώσει προϊόντα και υπηρεσίες που προσθέτουν αξία στους πελάτες. Αυτά τα στοιχεία είναι που αποτελούν τα κριτήρια «Ενεργοποιητές» του προτύπου EFQM. Αν οι σωστοί «Ενεργοποιητές» τεθούν αποτελεσματικά σε εφαρμογή, ένας οργανισμός θα επιτύχει τα αποτελέσματα που αυτός και οι εταίροι του αναμένουν.

Τα βέλη στο **Εικόνα 4** δίνουν έμφαση στη δυναμική φύση του προτύπου, δείχνοντας ότι η μάθηση, η δημιουργικότητα και η καινοτομία βοηθούν να βελτιωθούν τα κριτήρια «Ενεργοποιητές», τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε βελτιωμένα αποτελέσματα.

Εικόνα 4: Τα Κριτήρια του Προτύπου EFQM



Πηγή (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date)

Καθένα από τα παραπάνω 9 κριτήρια έχει έναν ορισμό, που εξηγεί με γενικό τρόπο το νόημα του κριτηρίου.

Για την περαιτέρω ανάπτυξη του γενικού ορισμού του, κάθε κριτήριο υποστηρίζεται από έναν αριθμό επιμέρους κριτηρίων. Τα επιμέρους αυτά κριτήρια είναι δηλώσεις (statements) που περιγράφουν με περισσότερα παραδείγματα τι, τυπικά, μπορεί κάποιος να συναντήσει στους άριστους οργανισμούς και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διάρκεια μιας αξιολόγησης.

Τελικά, κάτω από κάθε επιμέρους κριτήριο υπάρχουν σημεία-οδηγοί. Πολλά από αυτά τα σημεία-οδηγούς συνδέονται άμεσα με τις βασικές αξίες του προτύπου. Η χρήση αυτών των σημείων-οδηγών δεν είναι υποχρεωτική. Η χρήση τους προορίζεται για την παροχή παραδειγμάτων που θα βοηθήσουν στην ερμηνεία κάθε επιμέρους κριτηρίου.

Στη συνέχεια παραθέτονται οι γενικοί ορισμοί για καθένα από τα 9 κριτήρια:

1. **Ηγεσία (Leadership):**

   Οι άριστοι οργανισμοί έχουν ηγέτες που διαμορφώνουν το μέλλον και το κάνουν να συμβεί, δρώντας ως πρότυπα ρόλου από την άποψη των αξιών και της ηθικής και εμπνέοντας εμπιστοσύνη σε κάθε στιγμή. Είναι ευέλικτοι, διευκολύνοντας τον οργανισμό να προλαμβάνει καταστάσεις και να παραδίδει αποτελέσματα εγκαίρως, διασφαλίζοντας τη συνεχιζόμενη επιτυχία του οργανισμού.

2. **Στρατηγική (Strategy):**

Οι άριστοι οργανισμοί εφαρμόζουν την Αποστολή και το Όραμά τους με το αναπτύσσουν στρατηγική που είναι εστιασμένοι στους εταίρους. Οι πολιτικές, τα σχέδια, οι στόχοι και οι διαδικασίες αναπτύσσονται για να υπηρετήσουν τη στρατηγική.

3. **Άνθρωποι (People):**

   Οι άριστοι οργανισμοί εκτιμούν τους ανθρώπους τους και δημιουργούν μία κουλτούρα που επιτρέπει την αμοιβαία ευεργετική επίτευξη επιχειρηματικών και προσωπικών στόχων. Αναπτύσσουν τις ικανότητες των ανθρώπων τους και προωθούν τη δικαιοσύνη και την ισότητα. Νοιάζονται, επικοινωνούν, επιβραβεύουν και αναγνωρίζουν με έναν τρόπο που κινητοποιεί τους ανθρώπους, οικοδομεί δέσμευση και τους διευκολύνει να χρησιμοποιήσουν τις δεξιότητες και τη γνώση προς όφελος του οργανισμού.

4. **Συνεργασίες και Πόροι (Partnerships and Resources):**

   Οι άριστοι οργανισμοί σχεδιάζουν και διαχειρίζονται τις εξωτερικές συνεργασίες, τους προμηθευτές και τους εσωτερικούς πόρους με σκοπό να υποστηρίξουν τη στρατηγική τους, τις πολιτικές τους και την αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών. Διασφαλίζουν ότι διαχειρίζονται αποτελεσματικά τον περιβαλλοντικό και κοινωνικό τους αντίκτυπο.

5. **Διαδικασίες, Προϊόντα και Υπηρεσίες (Processes, Products and Services):**

   Οι άριστοι οργανισμοί σχεδιάζουν, διαχειρίζονται και βελτιώνουν τις διαδικασίες, τα προϊόντα και τις υπηρεσίες τους για να δημιουργήσουν αυξανόμενη αξία για τους πελάτες και άλλους εταίρους.

6. **Αποτελέσματα ανθρώπων (People Results):**

   Οι άριστοι οργανισμοί επιτυγχάνουν και διατηρούν εξαιρετικά αποτελέσματα που ικανοποιούν ή υπερβαίνουν τις ανάγκες και προσδοκίες των ανθρώπων (υπαλλήλων) τους.

7. **Αποτελέσματα πελατών (Customer Results):**

   Οι άριστοι οργανισμοί επιτυγχάνουν και διατηρούν εξαιρετικά αποτελέσματα που ικανοποιούν ή υπερβαίνουν τις προσδοκίες των πελατών τους.

8. **Αποτελέσματα για την κοινωνία (Society Results):**

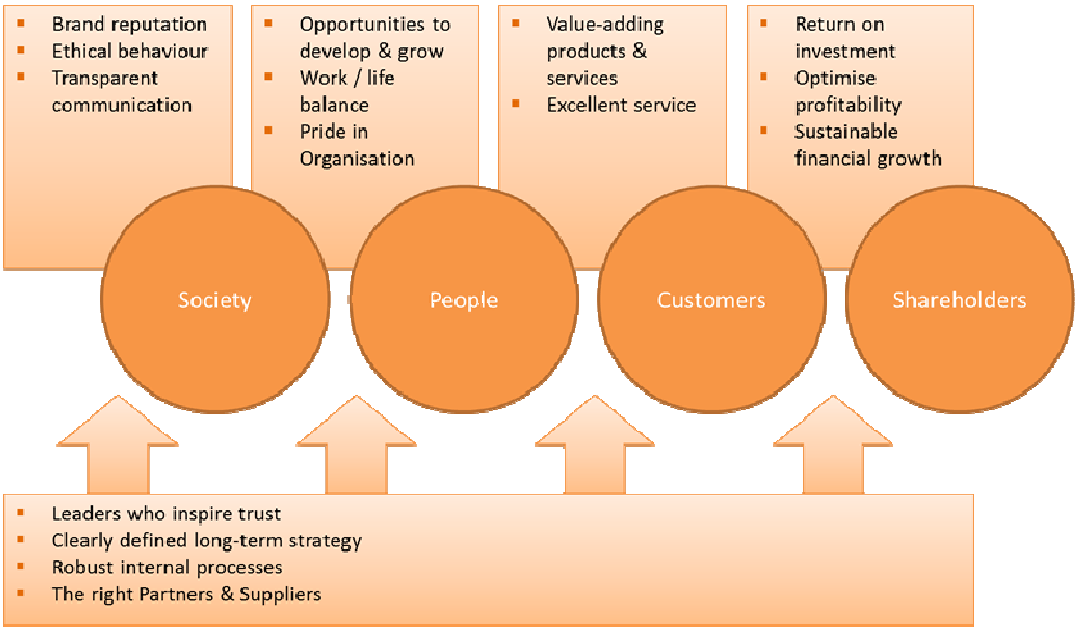
   Οι άριστοι οργανισμοί επιτυγχάνουν και διατηρούν εξαιρετικά αποτελέσματα που ικανοποιούν ή υπερβαίνουν τις ανάγκες και προσδοκίες των σχετικών εταίρων εντός της κοινωνίας.

9. **Επιχειρηματικά αποτελέσματα (Business Results):**

   Οι άριστοι οργανισμοί επιτυγχάνουν και διατηρούν εξαιρετικά αποτελέσματα που ικανοποιούν ή υπερβαίνουν τις ανάγκες και προσδοκίες των επιχειρηματικών εταίρων τους.

Τα 4 κριτήρια αποτελεσμάτων εστιάζουν στο τι είναι σημαντικό για τις 4 βασικές ομάδες εταίρων, που είναι οι Άνθρωποι, οι Πελάτες, η Κοινωνία και η Επιχείρηση (**Εικόνα 5**).

Εικόνα 5: Κριτήρια Αποτελεσμάτων του Προτύπου EFQM (Βασικές Ομάδες Εταίρων)



Πηγή (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date)

Στην απλουστευμένη μορφή του, το πρότυπο είναι ένα διάγραμμα αιτίας και αποτελέσματος (cause and effect diagram). Αν ο οργανισμός επιθυμεί ένα διαφορετικό αποτέλεσμα, χρειάζεται να αλλάξει κάτι από όσα κάνει στο εσωτερικό του. Με τον τρόπο αυτό το πρότυπο βοηθάει στη συνειδητοποίηση του ρόλου που κάθε κομμάτι του οργανισμού χρειάζεται να διαδραματίσει στην αποτελεσματική εφαρμογή της στρατηγικής του είτε πρόκειται για κάποια μικρομεσαία επιχείρηση, ένα σχολείο ή έναν διεθνή οργανισμό.

Καθώς αυτό που θεωρείται ως εξαιρετικό στο παρόν ενδέχεται να είναι μόνο επαρκές στο μέλλον, υπάρχει ένας βρόχος συνεχούς βελτίωσης, που ανατροφοδοτεί διαρκώς τη μάθηση από όλα τα αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν και ο οποίος χρησιμοποιεί δημιουργικότητα και καινοτομία για να προστεθεί μεγαλύτερη αξία για όλους τους εταίρους.

3.5 Η λογική RADAR του Προτύπου EFQM

Η λογική RADAR (Results, Approaches, Deploy, Assess & Refine) προήλθε αρχικά από τον κύκλο ποιότητας του Deming (Plan-Do-Check-Act) και αναλύεται στους ακόλουθους πυλώνες (*Wikipedia The Free Encyclopedia- EFQM*, no date):

- Καθορισμός των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων στα πλαίσια της στρατηγικής,
- Σχεδιασμός και ανάπτυξη ενός συνόλου προσεγγίσεων για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων στο παρόν και το μέλλον,
- Ανάπτυξη των προσεγγίσεων με συστηματικό τρόπο για να διασφαλιστεί η εφαρμογή &
- Αξιολόγηση και βελτίωση των ανεπτυγμένων προσεγγίσεων βάσει παρακολούθησης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν, καθώς και συνεχής μάθηση

Η λογική RADAR αποτελεί ένα δυναμικό πλαίσιο αξιολόγησης και ισχυρής διαχείρισης εργαλείο που παρέχει μία δομημένη προσέγγιση για την εξέταση της απόδοσης ενός οργανισμού.

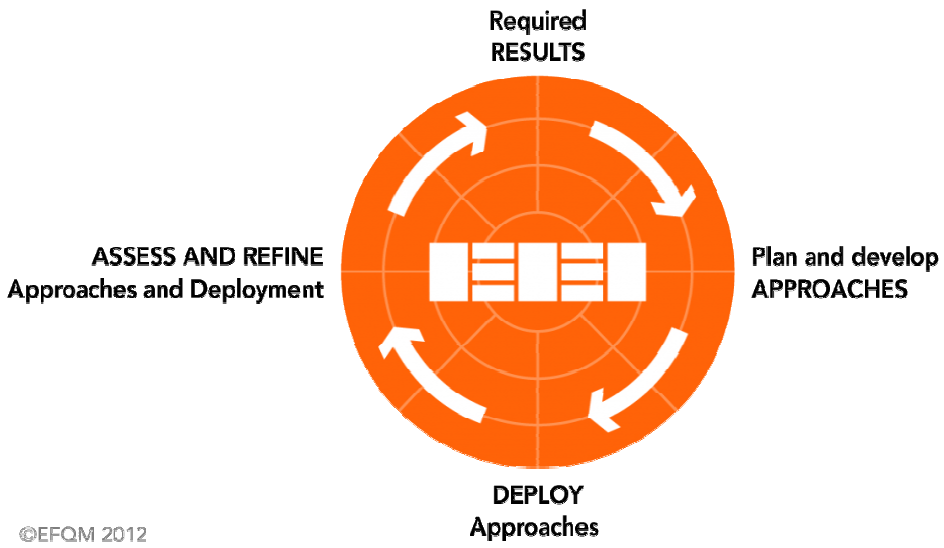
Στο υψηλότερο επίπεδο, η λογική RADAR αναφέρει ότι ένας οργανισμός χρειάζεται να:

- Καθορίζει τα Αποτελέσματα που σκοπεύει να επιτύχει ως μέρος της στρατηγικής τους («Τι προσπαθούμε να επιτύχουμε;»),
- Σχεδιάζει και αναπτύσσει μία ολοκληρωμένη συλλογή από γερές Προσεγγίσεις για να παραδώσει τα αποτελέσματα τόσο τώρα όσο και στο μέλλον («Πώς προσπαθούμε να επιτύχουμε τα Αποτελέσματα;»),
- Αναπτύσσει τις Προσεγγίσεις με συστηματικό τρόπο για να διασφαλίσει την εφαρμογή («Πώς/ Πού/ Πότε εφαρμόστηκε κάτι;») &
- Αξιολογεί και βελτιστοποιεί τις ανεπτυγμένες προσεγγίσεις βάσει παρακολούθησης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί και των εν εξελίξει δραστηριοτήτων μάθησης («Πώς μετράμε αν κάτι λειτουργεί; Τι έχουμε μάθει και ποιες βελτιώσεις μπορούν να γίνουν;»)

Το RADAR είναι ένα απλό, αλλά ισχυρό εργαλείο διαχείρισης που μπορεί να εφαρμοστεί με διαφορετικούς τρόπους στη συνεχή βελτίωση (**Εικόνα 6**):

- Αξιολογώντας την ωριμότητα των προσεγγίσεων που έχουν εφαρμοστεί,
- Αξιολογώντας την αριστεία των αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί &
- Βοηθώντας στη διαμόρφωση βελτιωτικών έργων

Εικόνα 6: Η Λογική RADAR (Results- Approaches- Deploy-Assess & Refine) του Προτύπου EFQM



Πηγή (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date)

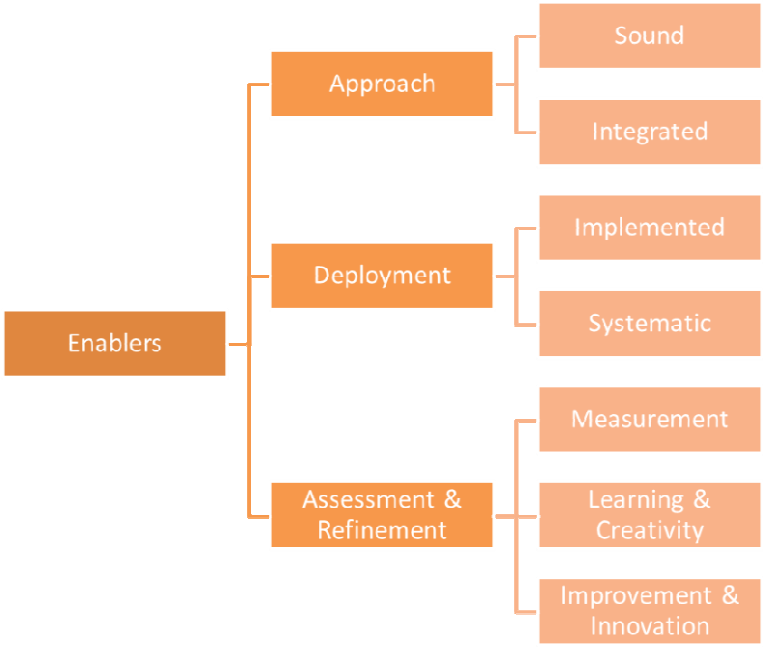
Τα στοιχεία του RADAR μπορούν να αναλυθούν σε μία σειρά χαρακτηριστικών που περιέχουν οδηγίες για το τι αναμένεται από τον οργανισμό να επιδείξει.

Αξιολόγηση «Ενεργοποιητών»

Για την αξιολόγηση των «Ενεργοποιητών», εξετάζονται οι προσεγγίσεις που υιοθετήθηκαν, πώς αναπτύχθηκαν και πώς ο οργανισμός αξιολογεί και βελτιστοποιεί την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητά του διαχρονικά. Με πρακτικούς όρους, αυτό σημαίνει ότι εξετάζονται (**Εικόνα 7**):

- Στέρεες και ολοκληρωμένες προσεγγίσεις που υποστηρίζουν την επίτευξη της στρατηγικής του οργανισμού,
- Δομημένη ανάπτυξη εντός όλων των σχετικών περιοχών του οργανισμού που επιτρέπει να εφαρμοστούν βελτιστοποιήσεις σε κατάλληλα χρονικά διαστήματα,
- Διενέργεια μετρήσεων, ώστε ο οργανισμός να μπορεί να καταλάβει πόσο καλά λειτουργεί μια προσέγγιση και πόσο αποτελεσματικά έχει εφαρμοστεί,
- Ανάληψη δραστηριοτήτων μάθησης για την εντόπιση εναλλακτικών ή νέων τρόπων εργασίας &
- Εφαρμογή βελτιώσεων ως αποτέλεσμα των μετρήσεων και της μάθησης

Εικόνα 7: Αξιολόγηση των Κριτηρίων «Ενεργοποιητών» του Προτύπου EFQM



Πηγή (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date)

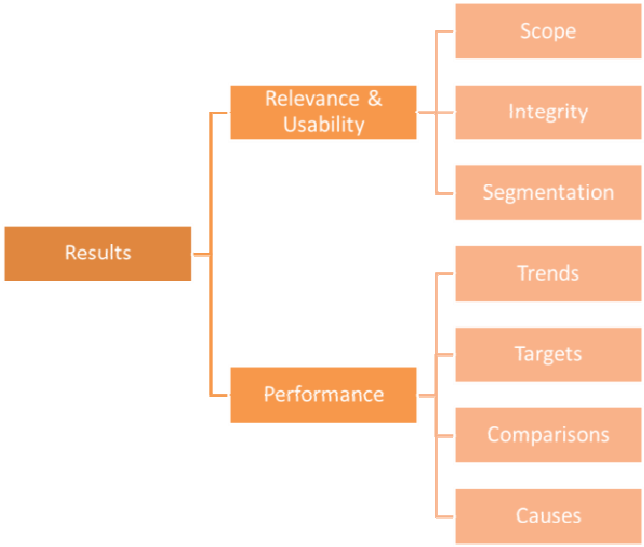
Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων

Όταν αξιολογούνται τα Αποτελέσματα, πρώτα εξετάζεται η σχετικότητά τους με τη στρατηγική του οργανισμού και πόσο χρήσιμα είναι στην ανασκόπηση της προόδου έναντι των ακόλουθων βασικών στόχων και στη συνέχεια η απόδοση των ίδιων των αποτελεσμάτων. Με πρακτικούς όρους εξετάζονται (**Εικόνα 8**):

- Αποτελέσματα που δείχνουν καθαρά πώς ο οργανισμός προοδεύει έναντι των βασικών στρατηγικών του για το συγκεκριμένο κριτήριο,
- Αξιόπιστα δεδομένα που μπορούν να τμηματοποιηθούν για να δώσουν μία καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει σε σχέση με διαφορετικές ομάδες εταίρων, προϊόντων ή διαδικασιών,
- Θετικές τάσεις για περίοδο τριετίας,
- Οι Στόχοι, οι οποίοι είναι κατάλληλοι για τους στρατηγικούς σκοπούς, να επιτυγχάνονται,
- Κατάλληλες συγκρίσεις και ορισμός σημείων αναφοράς για την τοποθέτηση των αποτελεσμάτων σε πλαίσιο εντός του περιβάλλοντος λειτουργίας του οργανισμού &

- Αποδείξεις για το ότι ο οργανισμός κατανοεί τα υποκείμενα στοιχεία που οδηγούν τα αποτελέσματα και τα διαχειρίζονται αποτελεσματικά για να διασφαλίσουν ότι τα επίπεδα απόδοσης θα διατηρηθούν και στο μέλλον

Εικόνα 8: Αξιολόγηση των Κριτηρίων Αποτελεσμάτων του Προτύπου EFQM



Πηγή (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date)

3.6 Επίπεδα Αριστείας του Προτύπου EFQM

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση του προτύπου EFQM χρειάζεται να γίνει αναφορά και στα επίπεδα αριστείας που αυτό προβλέπει (*EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action*, no date).

Τα επίπεδα αριστείας του προτύπου είναι ένα διεθνές πρόγραμμα αναγνώρισης που διευκολύνει τους οργανισμούς να βελτιώσουν την απόδοσή τους, στα πλαίσια του οποίου ο οργανισμός αξιολογείται έναντι των κριτηρίων του προτύπου.

Αντίθετα από άλλες αξιολογήσεις, η διαδικασία περιλαμβάνει μία ολοκληρωμένη άποψη του οργανισμού με έμφαση στον ρόλο της διαρκούς βελτίωσης στη δημιουργία διαχρονικής επιτυχίας.

Τα διαφορετικά επίπεδα αριστείας κάνουν το πρόγραμμα ευέλικτο, ώστε οι οργανισμοί να μπορούν να κάνουν αίτηση οποιαδήποτε στιγμή ανεξάρτητα από το μέγεθος ή τον τομέα τους ή αν ακόμα και κάποιο μεμονωμένο τμήμα του οργανισμού ενδιαφέρεται να αξιολογηθεί.

Το συγκεκριμένο επίπεδο αριστείας για το οποίο κάποιος οργανισμός μπορεί να κάνει αίτηση εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως δεδομένα απόδοσης, καθώς και την ηλικία του οργανισμού.

Διαφορετικά επίπεδα αριστείας είναι τα ακόλουθα:

1. **C2E Αξιολόγηση (C2E Project Validation or Assessment)**

Αυτό το επίπεδο απευθύνεται σε οργανισμούς που είναι νέοι ως προς τη διαρκή βελτίωση,

2. **Αναγνωρισμένοι για Αριστεία- R4E 3, 4, 5 Αστέρια (Recognised for Excellence- R4E 3, 4, 5 Star)**

Αυτό το επίπεδο απευθύνεται σε οργανισμούς με περισσότερη εμπειρία στη διαρκή βελτίωση,

3. **Αριστεία 600 (Excellence 600)**

Για οργανισμούς που συγκεντρώνουν πάνω από 600 βαθμούς, αυτό το βραβείο δείχνει πως ο οργανισμός αποδίδει σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα &

4. **Βραβείο Αριστείας του Ηνωμένου Βασιλείου (UK Excellence Award)**

Αυτό το βραβείο αποτελεί το υψηλότερο επίπεδο αριστείας που ένας οργανισμός μπορεί να επιτύχει στο Ηνωμένο Βασίλειο. Απονέμεται σε οργανισμούς που είναι σε θέση να επιδείξουν συνεπή και βιώσιμη υψηλή απόδοση.

4. Κλινική Διακυβέρνηση

4.1 Εισαγωγή- Ιστορική Αναδρομή

Η Κλινική Διακυβέρνηση (Clinical Governance) είναι μια συστηματική προσέγγιση για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών σε Εθνικά Συστήματα Υγείας. Η Κλινική Διακυβέρνηση έγινε μεγάλης σημασίας για τη φροντίδα υγείας μετά το ιατρικό σκάνδαλο στο Bristol (Bristol heart scandal) το 1995, κατά το οποίο ένας αναισθησιολόγος αποκάλυψε το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας για τις παιδιατρικές εγχειρήσεις καρδιάς στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Bristol Royal Infirmary. Η Κλινική Διακυβέρνηση αρχικά αναπτύχθηκε από το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και ο πλέον γνωστός επίσημος ορισμός της έχει ως εξής (*Wikipedia The Free Encyclopedia- Clinical Governance*, no date):

- Ένα πλαίσιο μέσω του οποίου οι οργανισμοί των Εθνικών Συστημάτων Υγείας είναι υπόλογοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και η προάσπιση υψηλών προτύπων φροντίδας με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο ανθεί η αριστεία στην κλινική φροντίδα (Scally and Donaldson, 1998).

Αυτός ο ορισμός στοχεύει να ενσωματώσει τρία βασικά στοιχεία: αναγνωρίσιμα υψηλά πρότυπα φροντίδας, διαφάνεια στην ευθύνη και λογοδοσία για αυτά τα πρότυπα, καθώς και μία συνεχή δυναμική βελτίωση.

Η ιδέα αυτή έχει αρκετούς παραλληλισμούς με την ευρύτερα γνωστή επιχειρηματική αριστεία, υπό την έννοια ότι διευθετεί τη δομή, τα συστήματα και τις διαδικασίες για να διασφαλίσει ποιότητα, λογοδοσία και κατάλληλη διοίκηση των λειτουργιών και της παροχής υπηρεσιών ενός οργανισμού. Παρόλα αυτά, η κλινική αριστεία εφαρμόζεται μόνο στους οργανισμούς υγείας και κοινωνικής φροντίδας και μόνο σε εκείνα τα πεδία των οργανισμών αυτών που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Δεν αφορά στις άλλες διαδικασίες των οργανισμών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η ιδέα της «ολοκληρωμένης διακυβέρνησης» έχει προκύψει για να αναφερθεί στις υποχρεώσεις των οργανισμών υγείας τόσο για επιχειρηματική διακυβέρνηση όσο και για κλινική διακυβέρνηση.

Πριν το 1999, οι κύριες νομοθετημένες ευθύνες των Συμβουλίων Οικονομικής Παρακολούθησης (Trust Boards) του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου ήταν η κατάλληλη οικονομική διαχείριση του οργανισμού και ένα αποδεκτό επίπεδο ασφάλειας ασθενών. Τα Συμβούλια Οικονομικής Παρακολούθησης δεν είχαν νομοθετημένη

ευθύνη να διασφαλίσουν ένα συγκεκριμένο επίπεδο ποιότητας. Η διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας γινόταν αντιληπτή ως ευθύνη των σχετικών κλινικών ειδικοτήτων. Το 1999 τα απέκτησαν τη νομική ευθύνη για την ποιότητα της φροντίδας στον ίδιο βαθμό με τις υπόλοιπες υπό το νόμο ευθύνες τους. Η Κλινική Διακυβέρνηση είναι ο τρόπος με τον οποίο αποφορτίζεται αυτή η ευθύνη.

Η Κλινική Διακυβέρνηση δεν απαιτεί κάποια συγκεκριμένη δομή, σύστημα ή διαδικασία για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, παρά μόνο ότι αυτή την καθορισμένη ευθύνη πρέπει να υπάρχει σε επίπεδο των Συμβουλίων Οικονομικής Παρακολούθησης και ότι κάθε τέτοιο Συμβούλιο πρέπει να ετοιμάζει μια ετήσια έκθεση για την Κλινική Διακυβέρνηση για να κάνει αναφορά για την ποιότητα της φροντίδας και τη διατήρησή της. Πέρα από αυτό το Συμβούλιο Οικονομικής Παρακολούθησης και τα διάφορα κλινικά τμήματά του είναι υποχρεωμένα να ερμηνεύουν τις αρχές της Κλινικής Διακυβέρνησης σε τοπικές κατάλληλες δομές, διαδικασίες, ρόλους και ευθύνες.

4.2 Στοιχεία της Κλινικής Διακυβέρνησης

Η Κλινική Διακυβέρνηση είναι μια σύνθεση από διαδικασίες βελτίωσης υπηρεσιών που ρυθμίζονται από μία μόνη ιδεολογία και αποτελείται κατ' ελάχιστο από τα συστατικά στοιχεία που απεικονίζονται στην ακόλουθη εικόνα (**Εικόνα 9**):

Εικόνα 9: Στοιχεία Κλινικής Διακυβέρνησης

Πηγή (*Wikipedia The Free Encyclopedia- Clinical Governance*, no date)

1. Εκπαίδευση (Education & Training)

Δεν θεωρείται πλέον αποδεκτό για τους κλινικούς να απέχουν από τη συνεχή εκπαίδευση μετά την ειδίκευσή τους, καθώς μεγάλο μέρος της γνώσης που αποκτάται κατά τις εκπαιδεύσεις γίνεται ξεπερασμένη γρήγορα. Στα Συμβούλια Οικονομικής Παρακολούθησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου η συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη (Continuing Professional Development, CPD) των κλινικών είναι κοινή ευθύνη των Συμβουλίων Οικονομικής Παρακολούθησης και των κλινικών (Scally and Donaldson, 1998).

2. Κλινικός Έλεγχος (Clinical Audit)

Ο Κλινικός Έλεγχος είναι η επισκόπηση της κλινικής απόδοσης, η βελτιστοποίηση της κλινικής πρακτικής και η μέτρηση της απόδοσης έναντι συμφωνημένων προτύπων- μία κυκλική διαδικασία της βελτίωσης ποιότητας της κλινικής φροντίδας. Στην κάθε μορφή του, ο έλεγχος έχει υπάρξει μέρος της καλής κλινικής πρακτικής για πολλές γενιές. Ενώ ο κλινικός έλεγχος έχει υπάρξει απαίτηση για τους εργαζόμενους στα Συμβούλια Οικονομικής Παρακολούθησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχει μόνο ενθαρρυνθεί, εκεί όπου ο χρόνος για την επιθεώρηση έχει να ανταγωνιστεί άλλες προτεραιότητες (Scally and Donaldson, 1998).

3. Κλινική Αποτελεσματικότητα (Clinical Effectiveness)

Η Κλινική Αποτελεσματικότητα είναι ένα μέτρο της έκτασης στην οποία λειτουργεί μία συγκεκριμένη παρέμβαση. Το μέτρο αυτό είναι χρήσιμο από μόνο του, αλλά οι αποφάσεις βελτιώνονται με το να λαμβάνονται επιπρόσθετοι παράγοντες υπόψη, όπως αν η παρέμβαση είναι κατάλληλη και αν προσθέτει αξία για το χρηματικό ποσό που κοστίζει. Στις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας η κλινική πρακτική χρειάζεται να βελτιστοποιηθεί υπό το φως της αναδυόμενης ανάγκης για τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα, αλλά θα πρέπει κιόλας να λάβει υπόψη θέματα αποδοτικότητας και ασφάλειας από την οπτική των μεμονωμένων ασθενών και των φροντιστών τους στην ευρύτερη κοινότητα (Scally and Donaldson, 1998).

4. Έρευνα & Ανάπτυξη (Research & Development)

Μία καλή επαγγελματική πρακτική επιδιώκει πάντα να αλλάζει υπό το φως της νέας γνώσης που γενά η έρευνα. Το ενδιάμεσο χρονικό διάστημα για την εισαγωγή των αλλαγών μπορεί να είναι αρκετά μεγάλο. Για τη μείωση αυτού του χρονικού διαστήματος και της σχετιζόμενης νοσηρότητας χρειάζεται να δοθεί έμφαση όχι μόνο στη διεξαγωγή της έρευνας, αλλά και στη χρήση και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της. Τεχνικές, όπως η κριτική

αξιολόγηση της βιβλιογραφίας, η διαχείριση έργων και η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών, πρωτοκόλλων και εφαρμογή στρατηγικών είναι εργαλεία για την προώθηση της εφαρμογής των ερευνητικών πρακτικών (Scally and Donaldson, 1998).

5. Διαφάνεια (Openness)

Η φτωχή απόδοση και οι φτωχές πρακτικές ευδοκιμούν συχνά πίσω από κλειστές πόρτες. Οι διαδικασίες που είναι διαφανείς/ ανοιχτές σε δημόσιο λεπτομερή έλεγχο, με κάθε σεβασμό προς τους μεμονωμένους ασθενείς και την εμπιστευτικότητα ως προς τους επαγγελματίες υγείας και που μπορούν να αιτιολογηθούν ανοιχτά, αποτελούν βασικό μέρος της διασφάλισης ποιότητας. Οι ανοιχτές ακροάσεις και συζητήσεις σχετικά με προβλήματα Κλινικής Διακυβέρνησης θα πρέπει να αποτελεί χαρακτηριστικό του πλαισίου.

Οποιοσδήποτε οργανισμός παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα πρέπει να επιδεικνύει ότι ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Η υγεία απαιτεί αξιολόγηση και κατανόηση των προβλημάτων και οι προσδοκίες της κοινότητας απαιτούν τη συνεργασία μεταξύ των οργανισμών των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, των τμημάτων Δημόσιας Υγείας, των τοπικών Αρχών και των υγειονομικών συμβουλίων της κοινότητας.

Το σύστημα της Κλινικής Διακυβέρνησης φέρνει κοντά όλους τους φορείς που επιδιώκουν να προωθήσουν την ποιότητα φροντίδας (Scally and Donaldson, 1998).

6. Διαχείριση Κινδύνου (Risk Management)

Η Διαχείριση Κινδύνου περιλαμβάνει τη θεώρηση των ακόλουθων συστατικών (Scally and Donaldson, 1998) (Fischer and Ferlie, 2013) (Fischer, 2012):

- **Κινδύνους για τους ασθενείς:** η συμμόρφωση με νόμους μπορεί να βοηθήσει την ελαχιστοποίηση των κινδύνων για τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, οι κίνδυνοι για τους ασθενείς μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με το να διασφαλιστεί ότι τα συστήματα ελέγχονται τακτικά, όπως για παράδειγμα μέσω επιθεώρησης και της μάθησης από τα παράπονα. Τα ιατρικά ηθικά πρότυπα αποτελούν και αυτά βασικό παράγοντα για τη διατήρηση της ασφάλειας και ευζωίας των ασθενών.
- **Κινδύνους για τους επαγγελματίες υγείας:** είναι απαραίτητο να διασφαλίζεται ότι οι επαγγελματίες υγείας ανοσοποιούνται έναντι μολυσματικών ασθενειών, ότι εργάζονται σε ένα ασφαλές περιβάλλον (για παράδειγμα, ασφάλεια στις μονάδες οξείας ψυχικής υγείας, προώθηση μιας κουλτούρας μη παρενοχλήσεων) και ότι κρατούνται ενημερωμένοι για σημαντικά στοιχεία της διασφάλισης ποιότητας. Ακόμα είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να παραμένουν ενημερωμένοι σχετικά με κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν περιπτώσεις πυρκαγιάς και βασικής

υποστήριξης της ζωής, μέσω προγραμμάτων που επαναλαμβάνονται ετησίως ή σε άλλα χρονικά διαστήματα, ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του κινδύνου.

- **Κινδύνους για τους οργανισμούς:** η φτωχή ποιότητα είναι απειλή για κάθε οργανισμό. Πέραν της μείωσης των κινδύνων για τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, οι οργανισμοί χρειάζεται να μειώνουν τους κινδύνους για αυτούς τους ίδιους με το να διασφαλίζουν υψηλής ποιότητας πρακτικές εργοδοσίας (όπως, για παράδειγμα, διαδικασίες εντοπισμού ταλαντούχων υπαλλήλων, αξιολογήσεις ατομικών και ομαδικών αποδόσεων), ασφαλές περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων και της ιδιωτικότητας, όπως και καλά σχεδιασμένες πολιτικές στη συμμετοχή του κοινού.

Η εξισορρόπηση των παραπάνω κινδύνων μπορεί να είναι ένα ιδανικό δύσκολα επιτεύξιμο στην πράξη. Έρευνα από τον Fischer και τους συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης έχει δείξει ότι οι εντάσεις μεταξύ «πρώτης τάξης» κινδύνων (βάσει της κλινικής φροντίδας) και «δεύτερης τάξης κινδύνων» (βάσει της φήμης του οργανισμού) μπορούν να οδηγήσουν σε μη επιδιωκόμενες αντιφάσεις, σύγκρουση και μπορούν ακόμα να επισπεύσουν κρίση στον οργανισμό (Fischer, 2012).

7. Διαχείριση Πληροφοριών (Information Management)

Η διαχείριση πληροφοριών στον χώρο της υγείας περιλαμβάνει την κατάλληλη συλλογή αρχείων ασθενών (όπως δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά και κλινικά στοιχεία), διαχείριση και χρήση της πληροφορίας εντός των υγειονομικών συστημάτων με αποτελεσματικό τρόπο για να ανιχνευθούν προβλήματα υγείας, καθορισμό προτεραιοτήτων, αναγνώριση καινοτόμων λύσεων και κατανομή πόρων για τη βελτίωση των εκβάσεων υγείας.

Η Κλινική Διακυβέρνηση χρειάζεται συνηγόρους για να λειτουργήσει πλήρως αποτελεσματικά ως συστηματική προσέγγιση για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας σε ένα σύστημα υγείας. Απαιτεί ακόμα συστήματα και ανθρώπους για να την προωθήσουν και να την αναπτύξουν.

Για παράδειγμα, η Κλινική Διακυβέρνηση έχει βρει υποστηρικτές εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου. Ο μη κυβερνητικός οργανισμός διαπίστευσης νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο Trent Accreditation Scheme στήριξε το σύστημά του στην Κλινική Διακυβέρνηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και το εφάρμοσε σε νοσοκομεία στον Χονγκ Κονγκ και τη Μάλτα. Επίσης, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας και της Ισπανίας έχουν υιοθετηθεί αρκετά στοιχεία Κλινικής Διακυβέρνησης (*Wikipedia The Free Encyclopedia- Trent Accreditation Scheme*, no date) (Garattini and Padula, 2017) (Hague, 2013).

4.3 Σύγκριση των αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης και του Προτύπου EFQM

Τον Δεκέμβριο 1997 η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου επισημοποίησε το όραμά της για το Εθνικό Σύστημα Υγείας τους να γίνει το καλύτερο Εθνικό Σύστημα Υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Σε συμφωνία με το όραμα αυτό εκδόθηκαν αρκετά έγγραφα με συμβουλευτικό και καθοδηγητικό χαρακτήρα, ένα από τα οποία ήταν και η «Κλινική Διακυβέρνηση στο νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας» (Hattemer-Apostel, 2001). Αυτό το συγκεκριμένο έγγραφο περιέγραφε τις αρχές και το προτεινόμενο πλαίσιο για την εφαρμογή της Κλινικής Διακυβέρνησης. Ωστόσο, το έγγραφο αυτό συνιστούσε στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας να δημιουργήσουν μηχανισμούς για την παροχή Κλινικής Διακυβέρνησης.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές που εξετάζουν τις ομοιότητες των αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης και του προτύπου EFQM και συνιστούν το τελευταίο ως κατάλληλο εργαλείο για τη διασφάλιση της πρώτης (Jackson, 2000) (Hattemer-Apostel, 2001).

4.3.1 Οι Αρχές πίσω από την Κλινική Διακυβέρνηση και το Πρότυπο EFQM

Με όρους οργανωτικής κουλτούρας, η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου επιθυμεί η ποιότητα να γίνει η κινητήριος δύναμη πίσω από κάθε λήψη απόφασης σε οποιοδήποτε επίπεδο υπηρεσίας και θέλει όλοι όσοι εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας τους να λαμβάνουν ευθύνη για τη βελτίωση της ποιότητας. Ακριβώς σε αυτήν την περιοχή της ποιότητας είναι που ταυτίζονται η Κλινική Διακυβέρνηση και το πρότυπο EFQM. Συγκεκριμένα, το πρότυπο EFQM σχεδιάστηκε βάση της αντίληψης ότι η ποιότητα είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη επιχειρηματικής αριστείας και πάνω σε αυτό το πρότυπο χρησιμεύει ως πρακτικό εργαλείο για να αξιολογήσουν οι οργανισμοί σε ποιο σημείο βρίσκονται πάνω στο μονοπάτι της αριστείας. Τόσο κατά τις αρχές της Κλινικής Διακυβέρνησης όσο και κατά τις αρχές του προτύπου EFQM η ποιότητα δε συμβαίνει ταχέως. Κατά την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, θα χρειάζονταν τουλάχιστον 10 χρόνια για την απόκτηση μιας κουλτούρας που θα περιελάμβανε τα πολλά χαρακτηριστικά της ποιότητας. Ομοίως, η χρήση του προτύπου EFQM από κάποιον οργανισμό υποδηλώνει ότι ο οργανισμός αυτός πρέπει να έχει αποδεχτεί την έννοια της ποιότητας τουλάχιστον για μία πενταετία προτού είναι σε θέση να καταδείξει βιώσιμες και θετικές τάσεις στα αποτελέσματά τους, κάτι που είναι απαίτηση για να θεωρηθεί άριστος (Hattemer-Apostel, 2001).

4.3.2 Κριτήρια Ενεργοποιητές του Προτύπου EFQM

4.3.2.1. Ηγεσία

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι για να είναι επιτυχείς οι προσπάθειες στον δρόμο της ποιότητας η δέσμευση της ανώτατης διοίκησης σε αυτή θα πρέπει να είναι «εμμονική» (Oakland, 1991). Ωστόσο, αυτό δεν αποτελεί τη μόνη απαίτηση από τους ηγέτες του οργανισμού. Χρειάζεται ακόμα μια γερή βάση διοικητικών/ ηγετικών δεξιοτήτων από την πλευρά τους. Σε ό,τι αφορά στην Κλινική Διακυβέρνηση οι ηγέτες πρέπει να επιδεικνύουν:

- Δεξιότητα να εντάσσουν, να συμπεριλαμβάνουν στις δραστηριότητες του οργανισμού τους και να κρατούν ενημερωμένους τους περισσότερους δυνατούς υπαλλήλους (inclusivity),
- Δέσμευση από την κορυφή, που συνεπάγεται ελεύθερη πρόσβαση του προσωπικού στον επικεφαλής του οργανισμού και την αντίστοιχη Διοικητική Επιτροπή όταν παρουσιάζονται προβλήματα προς επίλυση,
- Καλές εξωτερικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων και άλλων οργανισμών υγείας,
- Σταθερότητα σκοπού, ώστε να μην υπάρχουν αποκλίσεις από τις εθνικές προτεραιότητες,
- Πρόοδο, με το να έχουν διαθέσιμη την κατάλληλη τεκμηρίωση για να καταδείξουν τη θέση του οργανισμού σε σχέση με την Κλινική Διακυβέρνηση &
- Καλή επικοινωνία, με όλους τους εσωτερικούς και εξωτερικούς εταίρους.

Τα παραπάνω φανερώνουν ότι τα ηγετικά στελέχη ενός οργανισμού χρειάζονται δεξιότητες σε όλες τις αναφερθείσες περιοχές για να διασφαλίσουν επιτυχώς τα απαραίτητα χαρακτηριστικά οργανωτικής κουλτούρας.

Το πρότυπο EFQM αποδίδει το 10% του βαθμολογικού συνολικού βάρους στην ηγεσία. Για την απόκτηση άριστης κατάστασης, οι οργανισμοί πρέπει να είναι σε θέση να επιδείξουν ότι εφαρμόζουν τις αρχές του προτύπου (σχεδιασμός και ανάπτυξη, εφαρμογή, αξιολόγηση και ανασκόπηση προσεγγίσεων) στα ακόλουθα 4 υπο-κριτήρια:

- Οι ηγέτες αναπτύσσουν την αποστολή, το όραμα και τις αξίες και αποτελούν παραδείγματα προς μίμηση μίας κουλτούρας αριστείας,
- Οι ηγέτες είναι προσωπικά αναμεμιγμένοι στη διασφάλιση του ότι το σύστημα διαχείρισης του οργανισμού αναπτύσσεται, εφαρμόζεται και συνεχώς βελτιώνεται,

- Οι ηγέτες αναμιγνύονται με τους πελάτες, τους συνεργάτες και άλλους κοινωνικούς εταίρους, όπως οι ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας, η κυβέρνηση και οι μη κυβερνητικοί οργανισμοί &
- Οι ηγέτες κινητοποιούν, υποστηρίζουν και αναγνωρίζουν τους ανθρώπους του οργανισμού.

Τα παραπάνω υπο-κριτήρια σε σύγκριση με την περιγραφή των χαρακτηριστικών της Κλινικής Διακυβέρνησης φανερώνουν ότι η τελευταία δεν εξειδικεύει πώς οι ηγέτες θα πρέπει να καταδείξουν ότι εκτιμούν τους ανθρώπους του οργανισμού τους. Όμως, όμοια με το πρότυπο EFQM, η Κλινική Διακυβέρνηση υποστηρίζει την αρχή της ένταξης (inclusivity) και τη δέσμευση, αλλά σε αντίθεση με αυτό δεν απαιτεί οι οργανισμοί να σχεδιάζουν, να εφαρμόζουν, να αξιολογούν και να επισκοπούν τις προσεγγίσεις τους στην κατεύθυνση της κινητοποίησης, υποστήριξης και αναγνώρισης των ανθρώπων. Αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι δεν απαιτούνται ιδιαίτερες δεξιότητες για να δείξουμε στους ανθρώπους ότι αξίζουν, αρκεί μια ικανότητα να συμπεριφερόμαστε σε κάθε άτομο ως ξεχωριστό και εκτιμώμενο για όσα προσφέρει (Stewart, 1995).

Παρόλα αυτά είναι εύκολο να παρερμηνευτεί το τόσο σημαντικό στοιχείο της ηγεσίας, όπως περιγράφηκε στην κατευθυντήρια οδηγία της Κλινικής Διακυβέρνησης για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, σύμφωνα με το οποίο φαίνεται να απαιτούνται ιδιαίτερες δεξιότητες και προσοχή για την επιβράβευση των εργαζομένων και το αίσθημά τους ότι εκτιμώνται.

Αυτό ισχύει αν γίνει παραδεκτό ότι τυγχάνει προσοχής ό,τι μπορεί να μετρηθεί, επομένως το να υποδειχθεί μια αστοχία στην αναγνώριση των ατόμων σημαίνει ότι υπάρχει κίνδυνος να μην αναγνωρίζονται σωστά οι άνθρωποι.

Σχετικά με τις ηγετικές δεξιότητες που περιγράφηκαν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, όπως καλές εξωτερικές σχέσεις και καλή επικοινωνία, αυτά τα στοιχεία βρίσκονται στα υπο-κριτήρια «Άνθρωποι» και «Συνεργασίες και Πόροι» του προτύπου EFQM.

Επιπρόσθετα, η «Σταθερότητα του σκοπού» και η «Επίδειξη προόδου» είναι ενσωματωμένες στη λογική RADAR του πρότυπου. Έτσι, διαφαίνεται ότι το πρότυπο EFQM είναι πλήρως εξοπλισμένο για να ικανοποιεί τα ηγετικά χαρακτηριστικά που περιγράφονται στην κατευθυντήρια οδηγία της Κλινικής Διακυβέρνησης για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.

4.3.2.2. Πολιτικές και Στρατηγική

Έχει αναφερθεί ότι με τον σχεδιασμό μιας στρατηγικής από την άποψη της ποιότητας, ο οργανισμός είναι εμφατικά προσανατολισμένος προς την ικανοποίηση των πελατών (Walburg, 1996). Η κατευθυντήρια οδηγία για την Κλινική Διακυβέρνηση φαίνεται αδιαμφισβήτητα ότι αναπτύχθηκε έχοντας κατά νου τον τελικό πελάτη και άλλους εταίρους.

Κάποιες από τις βασικές αρχές των πολιτικών που αφορούν στην Κλινική Διακυβέρνηση προορίζονται να:

- Βοηθούν το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου να βελτιώνει συνεχώς τα συνολικά πρότυπα της κλινικής φροντίδας, με παράλληλη μείωση των παρεκκλίσεων στις διάφορες εκβάσεις των υπηρεσιών και την πρόσβαση σε αυτές,
- Διασφαλίζουν ότι οι κλινικές αποφάσεις βασίζονται στην πλέον σύγχρονη τεκμηρίωση,
- Διασφαλίζουν ότι τα Συμβούλια Οικονομικής Παρακολούθησης αναπτύσσουν και διατηρούν τρόπους για την παρακολούθηση και βελτίωση της ποιότητας της κλινικής φροντίδας &
- Ενσωματώνουν αποτελεσματικές γνώσεις από υπηρεσίες αιχμής.

Παραδείγματα πάνω σε αυτό (Hattemer-Apostel, 2001) θα περιελάμβαναν τη συγκριτική αξιολόγηση με άλλους οργανισμούς Εθνικών Συστημάτων Υγείας που θεωρούνται οι καλύτεροι για συγκεκριμένες κλινικές εκβάσεις και για τις στρατηγικές που εφαρμόζουν για τη μείωση του χρόνου αναμονής των εξωτερικών ασθενών.

Σχετικά με τα υπο-κριτήρια που αφορούν στις Πολιτικές και Στρατηγική, το πρότυπο EFQM απαιτεί από τους οργανισμούς να αυτο-αξιολογηθούν ως ακολούθως:

- Οι Πολιτικές και Στρατηγική βασίζονται στις τωρινές και μελλοντικές ανάγκες και προσδοκίες των εταίρων,
- Οι Πολιτικές και Στρατηγική βασίζονται σε πληροφορίες από μετρήσεις απόδοσης, έρευνα, μάθηση και δημιουργικές δραστηριότητες- παράδειγμα πάνω σε αυτό θα αποτελούσε μία κλινική αλλαγή που θα έπρεπε να επιτελεστεί λόγω της παρουσίας νέας τεχνολογίας και των αποδεδειγμένων πλεονεκτημάτων της,
- Οι Πολιτικές και Στρατηγική αναπτύσσονται, επισκοπούνται και ενημερώνονται,
- Οι Πολιτικές και Στρατηγική εφαρμόζονται μέσω ενός πλαισίου βασικών διαδικασιών. Σε αυτές μπορεί να περιλαμβάνονται η ταυτοποίηση των διαδικασιών

εκείνων για την επίτευξη των πολιτικών και της στρατηγικής του οργανισμού και ο καθορισμός των υπεύθυνων ατόμων για το σκοπό αυτό &

- Οι Πολιτικές και Στρατηγική επικοινωνούνται στους βασικούς εταίρους και εφαρμόζονται στον οργανισμό.

Ως προς τις ομοιότητες μεταξύ της Κλινικής Διακυβέρνησης και του προτύπου EFQM στην περιοχή αυτή και οι δύο έννοιες βασίζονται στη μάθηση, τη μέτρηση της απόδοσης, τη χρήση επικαιροποιημένων πληροφοριών, τη γνώση και την πρόβλεψη των αναγκών και προσδοκιών των πελατών. Επιπλέον, όταν πρόκειται να εφαρμοστεί συστηματικά το πρότυπο EFQM σε όλο τον οργανισμό, φαίνεται ότι το πρότυπο παρέχει το πλαίσιο που διασφαλίζει ότι ο καθένας που εργάζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας παίρνει την ευθύνη του για τη βελτίωση της ποιότητας, κάτι που είναι ζωτικής σημασίας συστατικό για την Κλινική Διακυβέρνηση και την ποιότητα συνολικά.

4.3.2.3. Άνθρωποι

Οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας χρειάζεται να σχεδιάζουν ξεχωριστές στρατηγικές ανθρώπινων πόρων που θα υποστηρίξουν την Κλινική Διακυβέρνηση και θα μεγιστοποιήσουν τη συνεισφορά του προσωπικού. Σε συμφωνία με αυτή την απαίτηση, εκδόθηκε ένα ακόμα κυβερνητικό έγγραφο υπό τον τίτλο «Δουλεύοντας μαζί» («Working Together»), το οποίο ταυτοποιούσε συγκεκριμένες προτεινόμενες ενέργειες από το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Hattemer-Apostel, 2001).

Για παράδειγμα οι οργανισμοί Εθνικών Συστημάτων Υγείας πρέπει να:

- Έχουν ετήσιο σχέδιο εργατικού δυναμικού,
- Έχουν σχέδια εκπαίδευσης και ανάπτυξης για την πλειοψηφία του υγειονομικού τους προσωπικού,
- Επιδεικνύουν ετήσιες βελτιώσεις στη διατήρηση του προσωπικού και στα ποσοστά των απουσιών λόγω ασθένειας,
- Έχουν αναπτύξει και ελέγξει μηχανισμούς για τη συμμετοχή του προσωπικού στον σχεδιασμό και παροχή υγειονομικής φροντίδας,
- Πραγματοποιούν ετησίως έρευνα για τις στάσεις του προσωπικού όσον αφορά στην ποιότητα του εργασιακού βίου τους,
- Έχουν σε εφαρμογή συστήματα για την καταγραφή και παρακολούθηση των εργατικών ατυχημάτων και της βίας έναντι του προσωπικού,
- Να έχουν προγράμματα εισαγωγικών εκπαιδεύσεων και να συμφωνούν σε βελτιώσεις, με ειδική μνεία στην εκπαίδευση των ιατρών &

- Διαθέτουν Υπηρεσίες Επαγγελματικής Υγείας και σχετική συμβουλευτική για όλους τους υπαλλήλους

Ο παραπάνω κατάλογος δεν είναι εξαντλητικός.

Υπάρχουν ενδείξεις εναρμόνισης μεταξύ του εγγράφου «Δουλεύοντας μαζί» και της λογικής RADAR του προτύπου EFQM, καθώς κάποιες από τις παραπάνω ενέργειες σχετίζονται με τα επιθυμητά αποτελέσματα, όπως και με κάποιες από τις επιθυμητές προσεγγίσεις για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, η επίδειξη ετήσιων βελτιώσεων στη διατήρηση του προσωπικού και τις απουσίες τους λόγω ασθένειας είναι ένα αποτέλεσμα, ενώ η διαθεσιμότητα Υπηρεσιών Επαγγελματικής Υγείας και τα καλά προγράμματα εισαγωγικών εκπαιδεύσεων είναι κριτήρια- ενεργοποιητές, που μπορούν να επηρεάσουν θετικά αυτές τις περιοχές αποτελεσμάτων. Επίσης, το πρότυπο EFQM ενθαρρύνει τους οργανισμούς να ταυτοποιούν και να βελτιώνουν διαρκώς τις αντιλήψεις των ανθρώπων τους και να μην στηρίζονται μόνο σε ενδείξεις ικανοποίησης του προσωπικού, όπως τα ποσοστά αποχωρήσεων και νέων προσλήψεων και απουσιών λόγω ασθένειας (Hattemer-Apostel, 2001).

Στο πρότυπο EFQM σχετικά με τα κριτήρια-ενεργοποιητές που αφορούν στους «Ανθρώπους» χρειάζεται να γίνει αυτο-αξιολόγηση ως ακολούθως:

- Οι ανθρώπινοι πόροι σχεδιάζονται, διαχειρίζονται και βελτιώνονται,
- Η γνώση και οι δεξιότητες των ανθρώπων αναγνωρίζονται, αναπτύσσονται και διατηρούνται,
- Οι άνθρωποι συμμετέχουν και ενδυναμώνονται,
- Οι άνθρωποι και ο οργανισμός βρίσκονται σε διάλογο &
- Οι άνθρωποι επιβραβεύονται, αναγνωρίζονται και τυγχάνουν φροντίδας

Ακόμα, το πρότυπο EFQM ενθαρρύνει τους οργανισμούς να συγκρίνουν την απόδοσή τους με την απόδοση άλλων οργανισμών, όχι απαραίτητα εντός του ίδιου κλάδου, οι οποίοι θεωρούνται άριστοι και να προσπαθούν συνεχώς να επιτύχουν την ίδια υψηλή απόδοση. Αντίθετα, το έγγραφο «Δουλεύοντας Μαζί» ενθαρρύνει τους οργανισμούς υγείας να συγκρίνονται και να πραγματοποιούν βελτιώσεις με άλλους οργανισμούς υγείας, οι οποίοι δεν είναι απαραίτητα άριστοι. Το συγκεκριμένο στοιχείο αποτελεί επιπρόσθετη απόδειξη ότι το πρότυπο είναι δομημένο έτσι, ώστε να μπορεί υποστηρίξει αποτελεσματικά την Κλινική Διακυβέρνηση (Hattemer-Apostel, 2001).

4.3.2.4. Συνεργασίες και Πόροι

Η ανάπτυξη και διατήρηση δυνατών επαγγελματικών σχέσεων είναι μεγάλης σημασίας για την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου. Για παράδειγμα, η Λευκή Βίβλος «Το νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας, μοντέρνο, αξιόπιστο» ("The new NHS modern. Dependable") (Hattemer-Apostel, 2001) επιβεβαιώνει ότι, πέρα από τον κεντρικό έλεγχο και μία εσωτερική αγορά, υπάρχει ένας ακόμα τρόπος διοίκησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ο οποίος αφορά σε ένα «σύστημα βασισμένο στις συνεργασίες και καθοδηγούμενο από την απόδοση».

Ωστόσο, το στοιχείο της απόδοσης σχετίζεται κυρίως με τις συνολικές εκβάσεις του οργανισμού, παρά με τη μέτρηση του αντίκτυπου της όποιας μεμονωμένης συνεργασίας. Η Λευκή Βίβλος αυτή υποστηρίζει ότι η επίτευξη της ποιότητας βασίζεται σε μία θετική προσέγγιση συνεργασίας, αντίθετα με προγενέστερες πρωτοβουλίες που δημιουργούσαν ανταγωνισμό αντί συνεργασίας.

Σχετικά με τους πόρους, η κυβέρνηση υποσχέθηκε ότι τα εθνικά κόστη αναφοράς (προσέγγιση κατά την οποία οι οργανισμοί που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας υποβάλλουν τα εξατομικευμένα κόστη τους για συγκεκριμένες θεραπείες στο αρμόδιο σώμα) θα καταρτίζονται για να επιτραπεί στα Συμβούλια Οικονομικής Παρακολούθησης να αξιολογούν συγκριτικά την απόδοσή τους.

Η πρωτοβουλία αναπτύχθηκε για να δώσει ακόμα μεγαλύτερη ώθηση στη συνεχή βελτίωση, αλλά και να ενδυναμώσει το μήνυμα ότι αποδοτικότητα και ποιότητα συμβαδίζουν απόλυτα.

Πέρα από τους οικονομικούς πόρους, η κυβέρνηση υποστήριξε ότι «η αξιοποίηση της γνώσης και της εμπειρίας του προσωπικού που παρέχουν την υπηρεσία» θα αποτελούσε ακρογωνιαίο λίθο της βελτίωσης ποιότητας. Ομοίως, η μετατροπή της γνώσης από την έρευνα σε πληροφορίες σχετικές με τις κλινικές ειδικότητες θα ήταν επίσης σημαντική (Hattemer-Apostel, 2001).

Τα υπο-κριτήρια του προτύπου EFQM για τις Συνεργασίες και Πόρους απαιτούν από τους οργανισμούς να αυτο-αξιολογήσουν:

- Πώς διαχειρίζονται τις εξωτερικές συνεργασίες,
- Πώς διαχειρίζονται τα οικονομικά,
- Πώς διαχειρίζονται τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και τα υλικά &
- Πώς διαχειρίζονται την πληροφορία και τη γνώση

Σε σύγκριση με τις προτεραιότητες της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου, το πρότυπο EFQM και πάλι φαίνεται παραπάνω από επαρκές, ειδικά γιατί ο αντίκτυπος των

μεμονωμένων συνεργασιών στις συνολικές εκβάσεις του οργανισμού θα σχεδιαστούν, μετρηθούν, ελεγχθούν και βελτιωθούν εντός του πλαισίου της «άριστης απόδοσης». Ακόμα περισσότερο, η διαχείριση των οικονομικών, της τεχνολογίας, των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού, των υλικών, της πληροφορίας και της γνώσης θα υπόκειται στην ίδια ενδελεχή διαδικασία, υποστηρίζοντας με αυτό τον τρόπο μια οργανωτική κουλτούρα στην οποία η διαρκής βελτίωση αποτελεί τον κανόνα (Hattemer-Apostel, 2001).

4.3.2.5. Διαδικασίες

Σύμφωνα με την εκτελεστική επιτροπή του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, ο κοινός σύνδεσμος μεταξύ της Κλινικής Διακυβέρνησης και της διασφάλισης ελέγχων είναι η διαχείριση κινδύνων. Επιπρόσθετα, η διαχείριση κινδύνων ορίζεται ως «η κουλτούρα, διαδικασίες και δομές που κατευθύνονται προς αποτελεσματική διαχείριση των πιθανών ευκαιριών και δυσμενών συμβάντων». Συγκεκριμένα, οι οργανισμοί των Εθνικών Συστημάτων Υγείας χρειάζεται να διαχειριστούν κινδύνους που σχετίζονται τόσο με κλινικές όσο και με μη κλινικές πτυχές της παροχής φροντίδας υγείας (Hattemer-Apostel, 2001).

Σχετικά με τις κλινικές πτυχές, ένας συγκεκριμένος σκοπός της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι η πρώιμη αναγνώριση των προβλημάτων που έχουν να κάνουν με φτωχή κλινική απόδοση. Επομένως, η ανάγκη να εφαρμοστούν διαυγείς μηχανισμοί για την ταυτοποίηση και διαχείριση κλινικών επαγγελματιών με φτωχή απόδοση είναι μεγάλη. Σε εθνικό επίπεδο προάγεται ή αναπτύσσεται ένας αριθμός προτύπων για να υποστηρίξουν την Κλινική Διακυβέρνηση. Παρόλα αυτά, υπάρχει ένας «κίνδυνος» με το να υπάρξει συμφωνία σε κοινά εθνικά και τοπικά πρότυπα, καθώς αυτό θα μπορούσε να καταπνίξει την καινοτομία και, ακόμα περισσότερο, να απομακρύνει τη συνεχή βελτίωση σε οργανισμούς που διαθέτουν τα συγκεκριμένα πρότυπα. Για παράδειγμα, αν ένα εθνικό πρότυπο για τις ουρές αναμονής εξωτερικών ασθενών είναι 13 εβδομάδες, ο οργανισμός που το ικανοποιεί, μπορεί να μην προσπαθήσει να το μειώσει περαιτέρω. Επιπλέον, τα εθνικά πρότυπα μπορεί να μην είναι σε πλήρη συμφωνία με τοπικές ανάγκες και ίσως και να στρέφουν την προσοχή των ανθρώπων από την ταυτοποίηση προτύπων που θα ήταν καταλληλότερα για τον τοπικό πληθυσμό.

Σχετικά με το πρότυπο EFQM, δεν είναι τυχαίο που τα κριτήρια των Διαδικασιών φέρουν το μεγαλύτερο ποσοστιαίο βάρος (14%) από τα 5 συνολικά κριτήρια- ενεργοποιητές, ιδιαίτερα αφού η επίτευξη της αριστείας εξαρτάται από στέρεες διαδικασίες που επισκοπούνται τακτικά και επικαιροποιούνται σε συμφωνία με τις προσδοκίες και τις εμπειρίες των πελατών (Hattemer-Apostel, 2001).

Τα υπο-κριτήρια για τις Διαδικασίες του προτύπου απαιτούν οι οργανισμοί να αυτο-αξιολογηθούν ως ακολούθως:

- Οι διαδικασίες σχεδιάζονται και η διαχείρισή τους γίνεται με συστηματικό τρόπο,
- Οι διαδικασίες βελτιώνονται όπως χρειάζεται, χρησιμοποιώντας καινοτομία, συμπεριλαμβανομένων ιδεών από το προσωπικό και/ ή τους πελάτες, με σκοπό να ικανοποιήσουν πλήρως και να δημιουργήσουν αυξανόμενη αξία για τους πελάτες και άλλους εταίρους &
- Τα προϊόντα και οι υπηρεσίες διαχειρίζονται και βελτιώνονται

Μπορεί να φανεί από τα παραπάνω ότι υπάρχει εστίαση στην εφαρμογή καινοτομίας στην πλήρη ικανοποίηση των αναγκών των πελατών και λοιπών εταίρων, στοιχείο το οποίο δηλώνει ότι η προσέγγιση είναι ανώτερη αυτής του καθορισμού των προτύπων, ειδικά όταν έχει σχολιαστεί προηγουμένως ότι τα εθνικώς συμφωνημένα πρότυπα θα μπορούσαν να καταπνίξουν την καινοτομία και την ταυτοποίηση των κατάλληλων τοπικών πρωτοβουλιών βελτίωσης.

Επίσης, όταν εφαρμόζεται η λογική RADAR στα παραπάνω κριτήρια, αναδύεται ένα ισχυρό σύστημα από τη διαχείριση και βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού. Για παράδειγμα, αν ένα τμήμα έπρεπε να αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο μονοπάτι φροντίδας για μία συγκεκριμένη ομάδα ασθενών θα έπρεπε να: καθορίσει τα επιθυμητά Αποτελέσματα (ικανοποίηση ασθενών, περισσότερο αποδοτική χρήση πόρων), σχεδιάσει μία Προσέγγιση για να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (το ολοκληρωμένο μονοπάτι φροντίδας), αναπτύξει την προσέγγιση (διασφάλιση ότι όλοι όσοι χρειάζεται να ακολουθούν το μονοπάτι το κάνουν) & αξιολόγηση και επισκόπηση της προσέγγισης (έλεγχος αν το μονοπάτι είναι η σωστή προσέγγιση για τα απαιτούμενα αποτελέσματα και ότι εφαρμόζεται όπως προοριζόταν αρχικά).

Ένα ακόμα στοιχείο που αναδύεται από τη Λευκή Βίβλο «Το νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας, μοντέρνο, αξιόπιστο» είναι μία έντονη τάση για την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών. Η απόδειξη σε αυτό υπάρχει στα ακόλουθα αποσπάσματα από τη Λευκή Βίβλο (Hattemer-Apostel, 2001):

- «το Εθνικό Σύστημα Υγείας πρέπει να ανταλλάσσει βέλτιστες πρακτικές και να απομακρύνει την φτωχή απόδοση, έτσι ώστε οι ασθενείς να έχουν μία εγγύηση της αριστείας»,
- «ειδική έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη συγκριτική αξιολόγηση και την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών» &
- «η Κυβέρνηση θα διαδώσει τις βέλτιστες πρακτικές και θα οδηγήσει την κλινική σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας με αρκετούς τρόπους»

Το πρότυπο EFQM υποστηρίζει ότι οι άριστοι οργανισμοί συγκρίνονται ευνοϊκά με εκείνους που θεωρούνται οι καλύτεροι στο είδος τους. Σχετικά με τον χώρο της υγείας ένα παράδειγμα θα ήταν ότι ένας συγκεκριμένος οργανισμός υγείας ή ειδικότητα (όπως χειρουργείο ή φαρμακείο) θα μπορούσε να επιδείξει ότι η απόδοσή του συγκρίνεται ευνοϊκά με εκείνους που θεωρούνται οι καλύτεροι στον αντίστοιχο χώρο. Για να επιτευχθεί αυτό, η συγκριτική αξιολόγηση είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό του προτύπου EFQM.

Με όλα τα παραπάνω ως δεδομένα, το πρότυπο EFQM μπορεί για άλλη μια φορά να ειδωθεί ως ένα κατάλληλο πλαίσιο για την παροχή Κλινικής Διακυβέρνησης.

4.3.2.6. Αποτελέσματα

Σχετικά με τα αποτελέσματα, ο σκοπός της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι να:

- Βελτιώσει την υγεία των ανθρώπων,
- Κάνει τις υπηρεσίες γρήγορες και βολικές για χρήση των ανθρώπων,
- Βελτιώσει τη συνέπεια των υπηρεσιών,
- Καταργήσει τα εμπόδια μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας &
- Εκσυγχρονίσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Για την επίτευξη όλων αυτών των αποτελεσμάτων/ ωφελειών, χρειάζεται να εφαρμοστεί αξιολόγηση απόδοσης σε όλες τις περιοχές της κλινικής φροντίδας.

Ωστόσο, η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου αναγνωρίζει ότι «ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η μέτρηση της αποδοτικότητας επηρεάζει άμεσα το πώς ενεργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας» και ότι «οι λάθος μετρήσεις παράγουν τα λάθος αποτελέσματα».

Σε σύμπνοια με αυτό το σκεπτικό η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου εγκαινίασε το νέο Πλαίσιο Απόδοσης (Performance Framework), το οποίο δημιουργήθηκε για να εστιάσει σε περισσότερο γενικά μέτρα, όπως: βελτίωση της υγείας, δικαιότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες, εκβάσεις φροντίδας και εμπειρίες ασθενών/ φροντιστών. Μία σημαντική πτυχή του πλαισίου αξιολόγησης είναι ότι η ποιότητα των δεδομένων που συλλέγονται πρέπει να είναι υψηλών προτύπων, καθώς ημιτελή και/ ή ανεπαρκή δεδομένα τείνουν να αποσπούν το υγειονομικό προσωπικό από το να στρέφουν τις προσπάθειές τους προς τη συνεχή βελτίωση.

Παράδειγμα για αυτό θα αποτελούσε η περίπτωση στην οποία υπάρχουν κλινικές εκβάσεις που είναι χειρότερες σε ένα νοσοκομείο σε σχέση με κάποιο άλλο, αλλά ο λόγος πίσω από αυτό είναι η διαφορετική κατανομή ασθενών (patient mix), παρά η φτωχή νοσοκομειακή απόδοση. Για παράδειγμα, ο υψηλός επιπολασμός καπνίσματος σε μία περιοχή της χώρας

μπορεί να επηρεάσει τις καρδιακές εκβάσεις. Σε αυτό το υποθετικό σενάριο, οι κλινικοί μπορεί να χρειαστεί να αναλώσουν τις προσπάθειές τους στην ερμηνεία των δεδομένων σε βάρος των προσπαθειών τους για συνεχή βελτίωση.

Σε ό,τι αφορά στο πρότυπο EFQM μπορεί να θεωρηθεί ότι ένας οργανισμός αναμένεται να επιτύχει άριστα αποτελέσματα στα μέτρα που επιθυμούν οι πελάτες τους, οι άνθρωποί τους και η κοινωνία, επιπρόσθετα στις βελτιώσεις στους δείκτες απόδοσης. Τα μέτρα αυτά σχετίζονται με τις απόψεις των πελατών, των υπαλλήλων και της κοινωνίας. Στην κοινωνία περιλαμβάνονται όλοι οι άνθρωποι που επηρεάζονται ή πιστεύουν ότι επηρεάζονται από τον οργανισμό και είναι διαφορετικοί από τους υπαλλήλους, τους πελάτες και τους εταίρους. Οι δείκτες απόδοσης για τους πελάτες, τους υπαλλήλους και την κοινωνία αποτελούν τα εσωτερικά οργανωτικά μέτρα που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση, την κατανόηση και τη βελτίωση της απόδοσης.

Επιπρόσθετα στους πελάτες, τους υπαλλήλους και την κοινωνία, το πρότυπο EFQM περιλαμβάνει ένα τέταρτο κριτήριο σχετικά με τα αποτελέσματα, που είναι γνωστό ως «Αποτελέσματα Βασικής Απόδοσης» (Key Performance Results). Το κριτήριο αυτό φέρει τη μεγαλύτερη βαθμολογική βαρύτητα από τα υπόλοιπα κριτήρια αποτελεσμάτων (15%) και καλύπτει τόσο οικονομικές όσο και μη οικονομικές πτυχές του οργανισμού, αλλά και στρατηγικές και επιχειρηματικές. Ακριβώς σε αυτό το σημείο εντοπίζεται η συσχέτιση με τα στοιχεία της Κλινικής Διακυβέρνησης. Επομένως, διαφαίνεται ότι τα 4 κριτήρια αποτελεσμάτων του προτύπου EFQM ικανοποιούν με το παραπάνω τις απαιτήσεις της Κλινικής Διακυβέρνησης, ειδικά όταν οι οργανισμοί δεν ενθαρρύνονται μόνο να επιδεικνύουν βιώσιμη συνεχή βελτίωση, αλλά και βελτιώνουν το επίπεδό τους ως παγκόσμιας κλάσης οργανισμοί είτε ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είτε είναι εξωτερικοί σε αυτό (Hattemer-Apostel, 2001).

4.4 Συζήτηση και συμπεράσματα σχετικά με τη σύγκριση των αρχών της Κλινικής Διακυβέρνησης και του Προτύπου EFQM

Μια κουλτούρα ποιότητας μπορεί να χαρακτηριστεί από την αποδεδειγμένη δέσμευση από την Ανώτερη Διοίκηση, από το ότι ο καθένας αναγνωρίζει την ευθύνη του ως προς την ποιότητα, από καλή επικοινωνία και από ένα περιβάλλον όπου το προσωπικό αισθάνεται ότι έχει αξία και αναγνωρίζεται (Crosby, 1980). Κάποια επιπλέον χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν την ομαδική εργασία (Martínez-Lorente, Dewhurst and Dale, 1998), την ενδυνάμωση και την εστίαση στη συνεχή βελτίωση προς όφελος του πελάτη (Brannan, 1998). Πολύ βασικά για την απόκτηση κουλτούρας ασφάλειας είναι η μέτρηση της απόδοσης και η αναγνώριση ότι η ποιότητα δεν μπορεί να επιτευχθεί από μία δραστηριότητα εφάπαξ.

Χρειάζεται χρόνος (Crosby, 1980) και μία αλληλουχία προοδευτικών συνεχών βελτιωτικών προσπαθειών. Δεδομένου ότι η επίτευξη της αριστείας σχετικά με το πρότυπο EFQM υπονοεί ότι ένας οργανισμός πρέπει να επιδείξει όλα τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, το πρότυπο είναι ιδανικό για την υποστήριξη οργανισμών στην αναζήτηση της κουλτούρας ποιότητας.

Επιπρόσθετα, αν ένας οργανισμός επιθυμεί να τοποθετήσει την ποιότητα στο επίκεντρο της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, τότε η ποιότητα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ως μια επιπρόσθετη πρωτοβουλία (Martínez-Lorente, Dewhurst and Dale, 1998). Ένα από τα βασικότερα δυνατά σημεία του προτύπου EFQM είναι η ικανότητά του να ενσωματώνει αρκετά άλλα πλαίσια ποιότητας που ίσως χρησιμοποιούνται ήδη από τον οργανισμό. Για ππαράδειγμα τα πρότυπα ISO, ακόμα και τα νεότερα, ταιριάζουν τόσο στις διαδικασίες όσο και τα αποτελέσματα βασικής απόδοσης του προτύπου EFQM. Έτσι, καταδεικνύεται ότι με τη χρήση της αυτο-αξιολόγησης το πρότυπο EFQM είναι καθόλα εξοπλισμένο αν υποστηρίξει έναν οργανισμό στην διαδικασία καθορισμού των δυνατών και αδύνατων σημείων του σε σχέση με τα εθνικά πρότυπα, τις τοπικές ανάγκες και της παγκόσμιας κλάσης επίδοση.

Σύμφωνα με όλα αυτά, το πρότυπο EFQM είναι σε θέση να υποστηρίξει την εφαρμογή της Κλινικής Διακυβέρνησης μέσα σε ένα περιβάλλον μέτρησης της απόδοσης και συνεχούς βελτίωσης, στο οποίο η ποιότητα αποτελεί το κέντρο προσοχής του οργανισμού και καθοδηγεί όλες τις αποφάσεις. Τα χαρακτηριστικά του προτύπου EFQM που υποστηρίζουν σθεναρά την Κλινική Διακυβέρνηση είναι ο καθορισμός στόχων, η ανάπτυξη και χρήση πληροφοριακών συστημάτων, η σύγκριση της απόδοσης έναντι στόχων και άλλων οργανισμών παγκόσμιας κλάσης, η συμμετοχή πελατών και άλλων εταίρων και η ανάπτυξη των υπαλλήλων για να επιτύχουν την αριστεία του οργανισμού.

Ακόμα, το πρότυπο EFQM διασφαλίζει ότι οι οργανισμοί αξιολογούν και αναπτύσσουν τους ηγέτες τους, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των πελατών και εταίρων και να υποστηριχτούν, παρακινηθούν και αναγνωριστούν οι υπάλληλοι.

Πέρα από τα ανωτέρω, το πρότυπο είναι σε θέση να ενσωματώνει έναν αριθμό άλλων πρωτοβουλιών και πλαισίων πιστοποίησης που είναι ήδη εν χρήσει από τον οργανισμό.

Επιπρόσθετες ομοιότητες μεταξύ των αρχών του προτύπου EFQM και της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι η εστίασή τους στις συνεργασίες, η καλή χρήση πόρων, η πλήρης συμμετοχή, καθώς όλοι είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα, η δια βίου μάθηση και η συνεχής βελτίωση.

Συμπερασματικά, το πρότυπο EFQM είναι ειδικό για την εξασφάλιση αλλαγής κουλτούρας η οποία ασπάζεται τη ΔΟΠ και, επομένως, προτείνεται ως μηχανισμός για την ικανοποίηση των απαιτήσεων της Κλινικής Διακυβέρνησης (Hattemer-Apostel, 2001).

5. Η Εφαρμογή του προτύπου EFQM διεθνώς στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας

Οι οργανισμοί Υπηρεσιών Υγείας είναι σύνθετοι και πολυδιάστατοι οργανισμοί με υψηλή ευθύνη απέναντι στη Δημόσια Υγεία. Στον σύγχρονο κόσμο που διάγει με επιταχυνόμενο ρυθμό τεχνολογικές, πολιτιστικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές, οι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας οφείλουν να υιοθετήσουν κατάλληλες οργανωτικές πολιτικές βελτίωσης, ώστε να μπορέσουν να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους, ενώ θα διατηρούν μία οικονομικά βιώσιμη ανάπτυξη (Dehnavieh *et al.*, 2012).

Το πρότυπο EFQM έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από Ευρωπαϊκούς οργανισμούς υπηρεσιών υγείας για την αυτο-αξιολόγησή τους ως προς την ποιότητα, συμπεριλαμβανομένου του Δημόσιου Τομέα Υγείας (Yousefinezhadi *et al.*, 2015) (Gené-Badia *et al.*, 2001) (Parente and Loureiro, 1998). Νοσοκομεία, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, κέντρα οξείας νοσηλείας, κλινικές αποκατάστασης, κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και εξειδικευμένων υπηρεσιών έχουν χρησιμοποιήσει αυτή την προσέγγιση (Nabitz, Klazinga and Walburg, 2000).

Αν και έχει υπάρξει αντιπαράθεση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά του (Levett, 2005) (Carol *et al.*, 2003), το πρότυπο EFQM καθίσταται μία από τις πλέον συνιστώμενες μεθόδους και κατευθυντήριες οδηγίες για τη δημιουργία και διατήρηση κλινικών υπηρεσιών καλής ποιότητας.

Το πρότυπο έχει εφαρμοσθεί επιτυχώς σε διαφορετικές πτυχές της νοσοκομειακής απόδοσης και υπάρχουν στη βιβλιογραφία εργασίες που το έχουν αξιολογήσει στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα των εργασιών αυτών (Yousefinezhadi *et al.*, 2015) δείχνουν ότι η χρήση του προτύπου στα νοσοκομεία συνδέεται με βελτίωση στο ποσοστό ικανοποίησης στις κλινικές εξωτερικών ασθενών και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, μείωση στη μέση διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία οξείας φροντίδας, μειωμένες καθυστερήσεις στη λίστα αναμονής, μείωση στις επείγουσες επανεισαγωγές, μείωση στο ποσοστό των μη προγραμματισμένων επιστροφών, βελτίωση της αυτοπεποίθησης, των ικανοτήτων και της διατήρησης του πρόσφατα ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και μείωση του αριθμού του πρόσφατα ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού που εγκαταλείπουν την εργασία τους μέσα στους πρώτους 18 μήνες. Επιπρόσθετα, η χρήση του προτύπου έχει σχετιστεί με μείωση του επιπολασμού των ασθενών που προσέρχονται με επεισόδιο λοίμωξης, μείωση των περιστατικών αστοχιών ιατρικού εξοπλισμού (μηδενικές αστοχίες), βελτίωση της απόδοσης των εξωτερικών προμηθευτών, τήρηση των πρωτοκόλλων στο 97% των περιπτώσεων, την ανίχνευση περιστατικών που σχετίζονται με φαρμακευτική αγωγή, βελτίωση στις διαδικασίες

εισαγωγής, αύξηση της ασφάλειας των ασθενών, βελτίωση των πολιτικών και του ρυθμού διαχείρισης, μείωση του κόστους για ιατρικά αγαθά και εργαστηριακές υπηρεσίες, μείωση της θνησιμότητας εντός 32 ημερών για όλες τις επεμβάσεις, αλλά και συνεχή αύξηση στην επιστροφή των ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της ικανοποίησης των συνεργαζόμενων καρδιολόγων.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η προσέγγιση EFQM παρέχει ένα ευρύτερο πλαίσιο για αξιολόγηση και βελτίωση της ποιότητας συγκριτικά με το Αμερικάνικο Εθνικό Βραβείο Ποιότητας Malcolm Baldrige στις Ηνωμένες Πολιτείες ή το Βραβείο Deming στην Ιαπωνία (Nabitz, Klazinga and Walburg, 2000). Τεκμηριωμένες αναφορές στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία υποστηρίζουν την ιδέα ότι το πρότυπο EFQM είναι εφαρμόσιμο στον χώρο της υγείας και ότι η χρήση του μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών τους και την ποιότητά τους γενικά (Marques *et al.*, 2011) (Nabitz, Klazinga and Walburg, 2000) (Arcelay *et al.*, 1999) (Mira *et al.*, 1998) (Jackson and Bircher, 2002) (Jackson, 1999) (Gené-Badia *et al.*, 2001).

Σε αρκετές δημοσιεύσεις η προσέγγιση EFQM αναφέρεται ως νέο και υποσχόμενο συνολικά εννοιολογικό πλαίσιο (Nabitz, Klazinga and Walburg, 2000). Αρκετοί οργανισμοί πειραματίζονται και διενεργούν πιλοτικά προγράμματα για τη χρήση του προτύπου EFQM στην πράξη. Ωστόσο, έως τώρα υπάρχουν λίγες μόνο δημοσιεύσεις σχετικά με το πρότυπο στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία. Υπάρχουν απόπειρες να συγκριθούν και να ενσωματωθούν οι διαφορετικές προσεγγίσεις και πρότυπα, αλλά δεν έχει υπάρξει επίσημη πρόταση (Donahue, 1998). Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι το πρότυπο EFQM παρέχει ένα ευρύτερο και περισσότερο γενικό πλαίσιο από τις πλέον παραδοσιακές προσεγγίσεις στο χώρο της υγείας. Με το να είναι γενικό δεν υπεισέρχεται σε συγκεκριμένα πρότυπα-standards και συγκεκριμένους κανόνες και ευθυγραμμίζεται εννοιολογικά με τις ιδέες που διατύπωσε ο Donabedian (Donabedian and Arbor, 1980), ο οποίος εξέτασε τον χώρο των υπηρεσιών υγείας ως ένα σύνολο και διέκρινε μεταξύ δομής, διαδικασίας και έκβασης ποιότητας. Οι διαστάσεις δομής, διαδικασίας και έκβασης ταιριάζουν καλά με το πρότυπο EFQM.

Σε σχεδόν όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες η προσέγγιση EFQM χρησιμοποιείται από οργανισμούς υπηρεσιών υγείας για αυτο-αξιολόγηση (Nabitz, Klazinga and Walburg, 2000). Ωστόσο, μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία υπάρχει Εθνικό Ινστιτούτο που στηρίζει επισήμως την πρακτική εργασία. Το Βρετανικό Ίδρυμα Ποιότητας έχει εκδόσει και προσαρμόσει τα κριτήρια EFQM για τις υπηρεσίες υγείας (*Health Interpretation of the Business Excellence Model*, 1998) και το Ολλανδικό Ινστιτούτο Ποιότητας έχει αναπτύξει ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες για τις υπηρεσίες υγείας που υποστηρίζονται από το Υπουργείο Υγείας (*Instituut Nederlandse Kwaliteit- Guidelines for Self-assessment of Healthcare Organizations (in Dutch)*, 1999). Άλλες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν επίσης βραβεία ποιότητας, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι άμεσα σχετιζόμενα με την

προσέγγιση EFQM. Για παράδειγμα, στη Σουηδία το Ινστιτούτο för Kvalitetsuitveckling ακολουθεί μία προσέγγιση στενά σχετιζόμενη με το Βραβείο Malcolm Baldrige με 7 κριτήρια (*Institutet for Kvalitetsutveckling-Quality Development Leadership: Criteria and Guidelines*, 1999). Συχνά οι μεγαλύτεροι οργανισμοί υπηρεσιών υγείας αναπτύσσουν τα δικά τους εργαλεία, τα προσαρμόζουν στα κριτήρια και υποκριτήρια του EFQM, πειραματίζονται και εφαρμόζουν τη δική τους προσέγγιση απευθείας στο πεδίο. Αυτός ο τρόπος δουλειάς είναι σε συμμόρφωση με τη μη-προδιαγραφική φιλοσοφία του EFQM. Η έμφαση δίνεται στη βελτίωση και την αριστεία του οργανισμού και όχι στη μέτρηση και την τυποποίηση. Αρκετοί οργανισμοί και οι διοικητές τους ελκύονται από αυτή την πρακτική προσέγγιση. Αυτή η πραγματική θεώρηση υπονοεί, ωστόσο, ότι πολλές δράσεις ποιότητας των οργανισμών υγείας δεν είναι επισήμως τεκμηριωμένες και δημοσιευμένες στην επιστημονική βιβλιογραφία. Έχουν γίνει προσπάθειες συλλογής παραδειγμάτων μέσω βιβλιογραφικών αναζητήσεων, πρακτικά συνεδρίων και την ομάδα εργασίας του EFQM για τις υπηρεσίες υγείας (EFQM Healthcare Working Group). Οι δημοσιεύσεις που έχουν βρεθεί δεν καλύπτουν όλο το πεδίο και, συνεπώς, οι σύντομες περιγραφές που ακολουθούν έχουν έναν χαρακτήρα που είναι περισσότερο ανεπίσημος:

- Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχουν αρκετοί σύνδεσμοι και οργανισμοί υπηρεσιών υγείας που χρησιμοποιούν την προσέγγιση EFQM ως πλαίσιο ποιότητας ή για αυτο-αξιολόγηση. Η παρακάτω λίστα δεν είναι εξαντλητική, αλλά ενδεικτική:
  - Τα Νοσοκομεία Salford Royal Hospitals στο Manchester (*Salford Royal Hospital- Annual Report 1996–1997*, 1998), που υποστηρίζεται από το Πανεπιστήμιο του Salford, χρησιμοποιεί την προσέγγιση EFQM ως πλαίσιο για τη διαχείριση ποιότητας και την εκπαίδευση,
  - Ο σύνδεσμος Lifecare Trust στο Surrey (Semple, 1998), ένας οργανισμός υπηρεσιών υγείας για ανθρώπους με μαθησιακές δυσκολίες, χρησιμοποιεί το πρότυπο EFQM για να ενσωματώσει και ευθυγραμμίσει τις δράσεις βελτίωσης,
  - Τα Νοσοκομεία Royal Bolton Hospitals (Naylor, 1999) διενήργησαν αξιολόγηση με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου και διαπίστωσαν ενέργειες που μπορούσαν να κάνουν για να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την απόδοσή τους &
  - Ο Σύνδεσμος της Κοινότητας Community Health NHS Trust στο Wakefield (Pitt, 1999) διενήργησε με μία ομάδα αυτο-αξιολόγησης μία συνολική αξιολόγηση και χρησιμοποίησε τα αποτελέσματα για τον προγραμματισμό της επιχείρησης

- Στη Σκανδιναβία υπάρχουν δύο δράσεις που θα πρέπει να αναφερθούν:
  - Το Νοσοκομείο στο Tromsö (Oydvin, 1998) της Νορβηγίας πραγματοποίησε περίπου 60 αυτοαξιολογήσεις με νοσοκομειακές ομάδες και προχώρησε στον ανασχεδιασμό των διαδικασιών. Επίσης κέρδισαν το Νορβηγικό Εθνικό Βραβείο Ποιότητας &
  - Ο Φινλανδικός Σύνδεσμος Τοπικών και Περιφερειακών Αρχών (Holma, 1998) ανέπτυξε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο για τις μονάδες και τις μικρές ομάδες που χρησιμοποιείται σε 200 υπηρεσίες. Αυτή η μέθοδος αποδείχτηκε απλή, γρήγορη και οικονομική. Η εμπειρία είναι θετική, καθώς όλοι οι υπάλληλοι είναι δεσμευμένοι και κινητοποιημένοι για τη διαχείριση ποιότητας.
- Στη Γερμανία οι πρώτοι οργανισμοί Υπηρεσιών Υγείας που χρησιμοποίησαν το πρότυπο EFQM ήταν οι Deutsche Herz Zentrum στο Μόναχο και Asklepios Klinik στο Triberg (Moeller, 1997a). Τα πρόσφατα χρόνια το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης (Moeller, 1997b) και οι Υπηρεσίες του Asklepios (Paeger, 1998) διοργανώνουν ετήσια συνέδρια ποιότητας όπου παρουσιάζουν περιστατικά της χρήσης του προτύπου EFQM σε νοσοκομεία οξείας νοσηλείας, εργαστήρια και υπηρεσίες αποκατάστασης. Έχει ακόμα ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι ένα δίκτυο ιδιωτικών κλινικών (Scheibe, 1997) χρησιμοποιεί το πρότυπο EFQM για να αξιολογήσει και να βελτιώσει την ποιότητα. Αρκετές εξειδικευμένες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του εθισμού στο Αμβούργο, τη Φρανκφούρτη και το Nordrhein-Westfalen (Pursche, 1998) χρησιμοποιούν το εργαλείο αυτο-αξιολόγησης για να αναπτύξουν μία πολιτική ποιότητας και να διαπιστώσουν βελτιωτικές δράσεις.
- Στο Βερολίνο ένας μεγάλος οίκος για ηλικιωμένους, Max Burger Zentrum (Breilinger-O'Reilly, 1999) εισήγαγε το πρότυπο EFQM και πραγματοποίησε αυτο-αξιολόγηση με 24 μέλη της ανώτερης διοίκησης.
- Στην Ελβετία και την Αυστρία αρκετές υπηρεσίες υγείας είναι στο στάδιο του προσανατολισμού ή επαναπροσδιορισμού της πολιτικής ποιότητάς τους και εξετάζουν το πρότυπο EFQM ως πλαίσιο. Δύο παραδείγματα είναι τα ακόλουθα:
  - Ένα οδοντιατρείο στη Βασιλεία (Harr, no date) που χρησιμοποιεί την αυτο-αξιολόγηση για να βελτιώσει την απόδοση και την αριστεία και
  - Ένα περιφερειακό κέντρο ψυχικής φροντίδας στο Innsbruck (Stuehlinger, no date) που ευθυγραμμίζει την ποιότητα διαχείρισής του με τα 9 κριτήρια του EFQM.
- Στη Γαλλία ο προσανατολισμός είναι κυρίως στο εθνικό πρόγραμμα διαπίστευσης του οργανισμού Agence Nationale d' Accreditation et d' Evaluation en Santé, αλλά

υπάρχουν κάποιες εξειδικευμένες μονάδες που εξετάζουν μία προσέγγιση επιχειρηματικής αριστείας (Duvauferrier *et al.*, 1999).

- Στη νοτιότερη Ευρώπη υπάρχει ένα μεγάλο πιλοτικό πρόγραμμα στο Basque Country Public Health Service που ασχολείται με το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το πρότυπο EFQM σε περιφερική κλίμακα (Arcelay *et al.*, 1999). 12 Νοσοκομεία και 12 περιφερικά κέντρα υπηρεσιών υγείας, με ένα σύνολο 22.000 υπαλλήλων, διεξήγαν αυτοαξιολογήσεις για να εισάγουν τη διαχείριση ποιότητας σε μεγάλη κλίμακα. Οι Βασκικές υπηρεσίες υγείας υποστηρίζονται από το Βασκικό Ίδρυμα για την Προώθηση της Ποιότητας. Αυτό το περιφερικό πρόγραμμα δείχνει καλά ότι το γενικό πρότυπο για τη διαχείριση ποιότητας μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα στον τομέα της υγείας (Olivierie, 1999) (Parente and Loureiro, 1998).

Αξίζει να αναφερθεί ξανά ότι οι παραπάνω περιπτώσεις και δράσεις που έχουν αναφερθεί δεν είναι εξαντλητικές. Ωστόσο, αναδεικνύουν μία τάση πολλών οργανισμών να αναλαμβάνουν δική τους ευθύνη για τη διαχείριση ποιότητας, να χρησιμοποιούν το γενικό πρότυπο EFQM και να προσαρμόζουν τα υποκριτήρια στις δικές τους ανάγκες. Η πρακτική αυτή δεν αντιβαίνει στις αρχές του προτύπου, καθώς οι απαιτούμενες εργασίες δεν κατευθύνονται ούτε μορφοποιούνται από κάποιο Ευρωπαϊκό οργανισμό, αλλά είναι μια εξελικτική διαδικασία. Σε αυτή τη διαδικασία η Ομάδα Εργασίας του EFQM για τον Τομέα της Υγείας (EFQM Health Care Working Group), η οποία δημιουργήθηκε το 1998 από το Πανεπιστήμιο της Χαϊδελβέργης, έχει ένα ρόλο διευκολυντή (*European Foundation for Quality Management. Healthcare working group, Strategic directions*, 1999).

Εκτός των Ευρωπαϊκών και όλων των υπόλοιπων ανεπτυγμένων χωρών, υπάρχουν λίγες αναφορές για προσπάθειες υιοθέτησης στις αναπτυσσόμενες χώρες στον χώρο της υγείας προτύπων όπως το EFQM. Από τις χώρες αυτές το Ιράν έχει πάρει τη σημαντική πρωτοβουλία να ενθαρρύνει τους οργανισμούς του να βελτιώσουν την ποιότητά τους με την εφαρμογή του Ιρανικού Εθνικού Βραβείου Ποιότητας (Iran National Quality Award, INQA). Το πρότυπο αυτό χρησιμοποιήθηκε το 2007 για την αξιολόγηση της διαχείρισης ποιότητας στο Κεντρικό Νοσοκομείο της Εθνικής Ιρανικής Εταιρίας Πετρελαίου (Qamary, Nasiri pour and Karimi, 2010). Καθώς το INQA αποτελεί την Περσική εκδοχή του EFQM, μπορεί να είναι αναμενόμενο τα μελλοντικά πρότυπα βελτίωσης ποιότητας των οργανισμών υπηρεσιών υγείας να προσανατολιστούν ακόμα περισσότερο στο EFQM (Amiran, 2005).

Στο Ιράν η σημασία της αξιολόγησης και της βελτίωσης ποιότητας με τη χρήση καθορισμένων προτύπων τυγχάνει αυξανόμενης αναγνώρισης στον υγειονομικό τομέα. Ενώ κάποια νοσοκομεία έχουν ήδη χρησιμοποιήσει σε εθελοντική βάση το πρότυπο EFQM (‘SELF-ASSESSMENT BASED ON EFQM EXCELLENCE MODEL IN AHVAZ SELECTED HOSPITALS’, 2018) (Etemadian *et al.*, 2007) (R, Dehnavieh, Hekmat and Daie,

2004) (Dehnavieh, Rahmani and Yazdani, no date), αυτή η τάση απέκτησε περισσότερη ώθηση κατόπιν της υποστήριξης που έλαβε από το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας σχετικά με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (A, Sayari and Maftoun, 2001). Παρά τις αρχικές προσπάθειες, όμως, η γνώση και οι δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή προτύπων επιχειρηματικής αριστείας στους Ιρανικούς οργανισμούς υπηρεσιών υγείας είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο και η ανάπτυξη του κλάδου απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών υγείας, τα ανώτατα διοικητικά στελέχη των οργανισμών υπηρεσιών υγείας και τους ακαδημαϊκούς ερευνητές.

Έτσι, σε συνέχεια άλλων προσπαθειών να αξιολογηθεί η διαχείριση ποιότητας σε δομές υγείας (‘SELF-ASSESSMENT BASED ON EFQM EXCELLENCE MODEL IN AHVAZ SELECTED HOSPITALS’, 2018) (Qamary, Nasiri pour and Karimi, 2010) (Etemadian *et al.*, 2007) (R, Dehnavieh, Hekmat and Daie, 2004) (Dehnavieh, Rahmani and Yazdani, no date), έγινε προσπάθεια να αξιολογηθεί η ποιότητα βάσει του προτύπου EFQM στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία του Kerman, στο Νότιο Ιράν. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη αυτή, η οποία ήταν περιγραφική συγχρονική, συγκρίθηκαν με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών τόσο στο Ιράν όσο και σε άλλες χώρες, για να εξαχθούν ομοιότητες και διαφορές. Υπάρχει η πεποίθηση ότι η συσσώρευση τέτοιων μελετών μπορεί σταδιακά να συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας εθνικής άποψης για τη διαχείριση ποιότητας στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας και να παράσχει αυξανόμενες πληροφορίες σχετικά με τα δυνατά σημεία και τη δυναμικότητα βελτίωσης των Ιρανικών νοσοκομείων.

Η καινοτομία του προτύπου EFQM έγκειται στο ότι είναι παράλληλα τόσο γενικό όσο και συνοπτικό, με υψηλό επίπεδο εγκυρότητας για τους χρήστες που είναι συνηθισμένοι να εννοιολογικοποιούν τους οργανισμούς με όρους δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα, σχετίζεται περισσότερο με θεωρίες οργανωτικής αλλαγής, διαχείρισης γνώσης και καινοτομίας, παρά με θεωρίες μηχανικής και δόμησης των οργανισμών. Για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας που πρέπει να ξεκινήσουν την ανάπτυξη των συστημάτων ποιότητάς τους μπορεί να σχετιστεί εύκολα με υπάρχουσες πρακτικές και δεν είναι τόσο σύνθετο όπως τα λεπτομερή σχήματα πιστοποίησης. Ακόμα η προσέγγιση είναι ελκυστική, γιατί η αυτο-αξιολόγηση είναι νέα και προσφέρει μια εύκολη αρχή. Η Διοίκηση ενός οργανισμού μπορεί να τη δοκιμάσει χωρίς να κάνει σημαντική επένδυση και αν επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα, τα ηγετικά στελέχη μπορούν να αποφασίσουν αν θα συνεχίσουν να το χρησιμοποιούν. Σε σύγκριση με άλλα πρότυπα, όπως το ISO ή η διαπίστευση, η αυτο-αξιολόγηση και η εγκυρότητά της αποτελούν καθαρά πλεονεκτήματα της προσέγγισης EFQM, που υποστηρίζουν σθεναρά τη διάχυσή του.

Με το να είναι εθελοντικό, η απόφαση της εφαρμογής του δεν είναι αναγκαστική για έναν οργανισμό, αλλά μπορεί να παρθεί όταν θεωρείται κατάλληλη. Έτσι, η χρονική στιγμή της εφαρμογής είναι υπό τον έλεγχο των οργανισμών υπηρεσιών υγείας και μία εξωτερική

επιθεώρηση μπορεί να προγραμματιστεί σε χρόνο που θεωρείται υποστηρικτικός για την εσωτερική ανάπτυξη.

Μία πρόβλεψη που μπορεί να γίνει είναι ότι όσο το πρότυπο EFQM διατηρεί την αξιοπιστία του, βάσει της εγκυρότητας των εννοιών και της κατασκευής του, αλλά και την αξιοπιστία των συγγραφέων του, θα συνεχίζει να διαχέεται στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας.

Η προσέγγιση EFQM δεν αντιπροσωπεύει μία κυβερνητική πρωτοβουλία ή πρωτοβουλία που προέρχεται από χρηματοδότες. Αυτό τοποθετεί την προσέγγιση, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, σε ένα καθεστώς «εκτός προσδοκιών», το οποίο μπορεί να είναι ωφέλιμο όταν, ως μέρος των προσανατολισμένων στην αγορά μεταρρυθμίσεων, οι σχέσεις εξουσίας μεταξύ κυβέρνησης, χρηματοδοτών και παρόχων μεταβάλλονται. Είναι μια νέα ευκαιρία για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας οι οποίοι πρέπει να προχωρήσουν με τη διαχείριση ποιότητας, αλλά δεν επιθυμούν να υποβληθούν σε άμεση εξωτερική επιθεώρηση και έλεγχο από την κυβέρνηση. Παρά τη φήμη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, που υποστήριξε το πρότυπο, η σχετική ουδετερότητα του τελευταίου το καθιστά αξιόπιστη προσέγγιση στην ιδιαίτερα πολιτικοποιημένη αρένα των μηχανισμών λογοδοσίας στην υγειονομική περίθαλψη.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά που εξηγούν τη δημοτικότητα του προτύπου EFQM για τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας της δυτικότερης Ευρώπης είναι παράλληλα και τα αδύναμα σημεία του. Αν και η προσέγγιση είναι ωφέλιμη σε πρωτοβουλίες διαχείρισης ποιότητας που μόλις ξεκινούν και προσφέρει έδαφος σύγκρισης με οργανισμούς υπηρεσιών υγείας σε άλλους τομείς στην κοινωνία, δεν είναι αρκετά ειδικό για να απευθυνθεί σε όλες τις περιοχές που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.

Υπάρχει η πεποίθηση ότι δεν θα υποκαταστήσει ποτέ τις εξειδικευμένες προσεγγίσεις στον χώρο των Νοσοκομείων και των επαγγελματιών που διασφαλίζουν την ποιότητα του κλινικού περιεχομένου της φροντίδας υγείας. Ωστόσο, αν χρησιμοποιηθεί σωστά, το πρότυπο EFQM μπορεί να προσφέρει ένα γενικό εννοιολογικό πλαίσιο για πρωτοβουλίες διαχείρισης ποιότητας που είναι αποδεκτές για διαφορετικές ομάδες στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας, της διοίκησης και των αυξανόμενων σε αριθμό τεχνικών και υποστηρικτικών ειδικοτήτων. Είναι, όμως απαραίτητο το πρότυπο EFQM να αξιολογηθεί με περισσότερο συστηματικό και ενδελεχή τρόπο από όσο έχει γίνει όσο σήμερα. Τα διερευνητικά δεδομένα που έχουν συλλεχτεί θα πρέπει να συμπληρωθούν με συστηματικά συλλεγμένα εμπειρικά δεδομένα μέσω έρευνας αξιολόγησης και, όπου είναι εφικτό, με αποτελέσματα από πειραματική έρευνα. Μόνο σε αυτή την περίπτωση θα υπάρχει η δυνατότητα κατάληξης αν η δημοτικότητα του προτύπου EFQM δε βασίζεται μόνο σε υποκειμενική κρίση, αλλά και πάνω σε τεκμηρίωση.

Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμοί στην αναζήτηση των αποτελεσμάτων της χρήσης του προτύπου EFQM για την αξιολόγηση της νοσοκομειακής απόδοσης (Yousefinezhadi *et al.*,

2015). Οι περισσότερες μελέτες της βιβλιογραφίας περιλαμβάνουν νοσοκομεία που είχαν χρησιμοποιήσει το πρότυπο και ανέφεραν ότι αυτό θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά, χωρίς όμως να αξιολογούν την απόδοσή τους ή που παρουσιάζουν μόνο μία αυτο-αξιολόγηση αντί να οργανώνουν και να σχεδιάζουν ειδικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα του προτύπου από τις πρώτες βασικές του αρχές. Πολλά από τα πρότυπα διαχείρισης ποιότητας απαιτούν τη συλλογή αξιοσημείωτων δεδομένων και το προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται πώς να εφαρμόζει το πρότυπο. Τα περισσότερα πρότυπα επίσης απαιτούν ένα βαθμό στατιστικής ανάλυσης. Όπως είναι φανερό, αν η χρήση αυτών των προτύπων μπορεί να επιφέρει σημαντική εξοικονόμηση κόστους, υπάρχει ένας καλός λόγος για την επένδυση στην εκπαίδευση του προσωπικού και την τεχνολογία, η οποία θα υποστηρίξει προς την κατεύθυνση αυτή.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται περιορισμένες μελέτες με ημι-πειραματικό σχεδιασμό που παρουσιάζουν εκβάσεις πριν και μετά την εφαρμογή του προτύπου EFQM, επομένως τα αποτελέσματά τους είναι περισσότερο αξιόπιστα από εκείνα μελετών με σχεδιασμό επισκόπησης ή παρατήρησης. Στις μελέτες παρατήρησης, δεν ήταν εφικτό να συσχετιστεί η πρόοδος των εκβάσεων με τη χρήση του προτύπου. Από την άλλη πλευρά, στις επισκοπήσεις, τα αποτελέσματα θα μπορούσε να είναι υποκειμενικά.

Προκειμένου να αναφερθούν τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη χρήση του προτύπου EFQM χρειάζονται μελέτες με λεπτομερή και χαμηλού ρίσκου μεθοδολογία ή σχεδιασμό. Απαιτούνται τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες ή, τουλάχιστον, μελέτες με σχεδιασμό μη τυχαιοποιημένων χρονολογικών σειρών για να καταδείξουν πραγματικά τις σημαντικές εκβάσεις και πιθανούς κινδύνους από τη χρήση του προτύπου.

Συνοψίζοντας, γενικά υπάρχει έλλειψη σε μία υψηλής ποιότητας και ισχύος εμπειρικής τεκμηρίωσης σχετικά με τα αποτελέσματα του προτύπου EFQM στην απόδοση των νοσοκομείων και την ποιότητα της φροντίδας υγείας που παρέχουν. Τα περιορισμένα στοιχεία που υπάρχουν δείχνουν, ωστόσο, ότι η εφαρμογή του προτύπου θα μπορούσε να βελτιώσει την απόδοση των νοσοκομείων, όμως τα αποτελέσματα δεν μπορούν να προβλεφθούν με μεγάλη βεβαιότητα και τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά στοιχεία θα πρέπει να ερμηνευτούν και να χρησιμοποιηθούν με επιφύλαξη.

6. Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης

6.1 Εισαγωγή

Το ΚΠΑ ανήκει στα εργαλεία της ΔΟΠ και χρησιμοποιείται στην Ευρώπη από το έτος 2000 για να βοηθήσει τις Δημόσιες Οργανώσεις να χρησιμοποιήσουν τεχνικές ΔΟΠ, με απλό και οικονομικό τρόπο, βελτιώνοντας τη διοικητική τους ικανότητα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους σε πολίτες και άλλες επιχειρήσεις.

Το ΚΠΑ αποτελεί μια ολιστική ανάλυση ενός οργανισμού προσεγγίζοντάς τον από διαφορετικές οπτικές ταυτόχρονα και εκτιμώντας τα αποτελέσματα που επιφέρει αυτός ως σύνολο ή οι επιμέρους τομείς του (υπηρεσίες), ως προς την οργανωτική απόδοση, τους πολίτες/ πελάτες και την κοινωνία (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date). Με το να είναι κοινό για όλους τους Οργανισμούς του Δημόσιου Τομέα διασφαλίζεται η συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων μεταξύ ομοειδών υπηρεσιών.

Το εργαλείο αυτό εισήχθη από το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Δημόσιας Διοίκησης (European Public Administration Network- EUPAN) και βασίζεται στις αρχές και τη φιλοσοφία της ΔΟΠ και του Δημόσιου Management, γενικότερα. Είναι εμπνευσμένο από το Πρότυπο Αριστείας EFQM) με το οποίο μοιράζεται τα ίδια 9 κριτήρια. Το εργαλείο διατίθεται δωρεάν.

Σύμφωνα με βασικές ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες όλες οι διαδικασίες των Δημόσιων Οργανισμών πρέπει να εντάσσονται σε ένα σύστημα ποιότητας και, επομένως, η εφαρμογή του ΚΠΑ, συμπληρωματικά με τη χρήση άλλων συστημάτων και εργαλείων ποιότητας, τίθεται ως ζήτημα άμεσης προτεραιότητας για τη διοικητική ανασυγκρότηση και τη βελτίωση του Δημόσιου Τομέα.

Η ουσία της αξιοποίησης του ΚΠΑ είναι η διαρκής διοικητική βελτίωση μέσω κατάλληλα σχεδιασμένων δράσεων/ έργων ή μέτρων. Το ΚΠΑ αποτελεί μια πλήρη μελέτη της δομής και της λειτουργίας μιας Δημόσιας Οργάνωσης σε ένα καθορισμένο χρονικό σημείο. Η διαδικασία αυτο-αξιολόγησης βασίζεται σε πραγματικά στοιχεία και αιτιολογημένες/ τεκμηριωμένες απόψεις, για κάθε εξεταζόμενο θέμα/κριτήριο και υποκριτήριο και μπορεί να υλοποιηθεί από τους ίδιους τους υπαλλήλους της Δημόσιας Υπηρεσίας, χωρίς την υποστήριξη από εξωτερικούς συνεργάτες.

Η εφαρμογή του ΚΠΑ είναι μια συνεχιζόμενη διαδικασία, καθώς τα πορίσματα της αξιολόγησης οδηγούν στην εκπόνηση σχεδίου δράσεων βελτίωσης της διοικητικής λειτουργίας, οι οποίες κατόπιν της υλοποίησής τους επαναξιολογούνται με βάση το ΚΠΑ ξανά, προκειμένου να επιτευχθεί συνεχής διοικητική βελτίωση.

Το ΚΠΑ μπορεί να εφαρμοστεί είτε στο σύνολο ενός Δημόσιου Οργανισμού είτε σε ορισμένες μονάδες του, αλλά πάντα ως ενιαίο εργαλείο και ποτέ αποσμασματικά, με την επιλεκτική εφαρμογή ορισμένων κριτηρίων και υποκριτηρίων.

6.2 Προέλευση και εξέλιξη του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης

Η Δημόσια Διοίκηση σε όλη την Ευρώπη, σήμερα περισσότερο από ποτέ, καλείται από την κοινωνία να αποδείξει και να βελτιώσει την προστιθέμενη αξία που φέρει ως προς τη διατήρηση και την περαιτέρω ανάπτυξη της κοινωνικής ευημερίας. Σε καιρούς κοινωνικο-οικονομικής κρίσης και λιτότητας, η αποτελεσματικότητα της δημόσιας πολιτικής, η επιχειρησιακή επάρκεια και η ποιότητα των Δημοσίων Υπηρεσιών αποτελούν ζωτικής σημασίας παράγοντες που καθορίζουν την ανταπόκριση στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών και των επιχειρήσεων (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

Στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι Δημόσιες Διοικήσεις προσπαθούν να ανταποκριθούν σε αυτές τις απαιτήσεις της κοινωνίας και έχουν αναλάβει πολλές προσπάθειες για την εφαρμογή νέων τεχνικών και μεθόδων, με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της οικονομικής και κοινωνικής ευθύνης τους. Οι προσπάθειες αυτές έχουν βασιστεί σε διαφορετικές προσεγγίσεις και έχουν υλοποιηθεί σε όλους τους τύπους των Δημόσιων Οργανισμών και σε όλους τους τομείς δημόσιας ευθύνης, σε ευρωπαϊκό, εθνικό, ομοσπονδιακό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρέασε τα αποτελέσματα αυτών των πρωτοβουλιών αποτέλεσε η έλλειψη μιας συνεκτικής και βιώσιμης προσέγγισης της υλοποίησής τους (Μιχαλόπουλος, Πολυκράτης and Δημητρίου, 2017).

Το 1998 από συζητήσεις μεταξύ των Γενικών Διευθυντών Δημόσιας Διοίκησης των Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης εντός του Ευρωπαϊκού Δικτύου EUPAN προέκυψε η ανάγκη για ένα κοινό Ευρωπαϊκό πλαίσιο ποιότητας που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε όλο το εύρος του Δημόσιου Τομέα ως εργαλείο αυτο-αξιολόγησης. Ως συνέπεια αυτού, αποφασίστηκε ότι αυτό το πλαίσιο ποιότητας θα έπρεπε να αναπτυχθεί από κοινού υπό την αιγίδα της επιτροπής Innovative Public Services Group (IPSG), μία ανεπίσημη ομάδα εργασίας από ειδικούς σε εθνικό επίπεδο, η οποία εγκαθιδρύθηκε από τους Γενικούς Διευθυντές του Δικτύου EUPAN.

Η πρώτη έκδοση του ΚΠΑ αναπτύχθηκε το 1998 και 1999 από την επιτροπή IPSG με την υποστήριξη του Ιδρύματος EFQM, την Ακαδημία Speyer, η οποία θέσπισε το ομώνυμο βραβείο ποιότητας για τον Δημόσιο Τομέα στις γερμανόφωνες Ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Δημόσιας Διοίκησης (European Institute of Public Administration, EIPA) (Engel, 2002).

Το πρότυπο ΚΠΑ τέθηκε σε εφαρμογή το 2000 στο 1^{ο} Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ποιότητας στη Λισαβώνα. Το 2001 δημιουργήθηκε στο EIPA στο Μάαστριχτ της Ολλανδίας το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πόρων ΚΠΑ (European CAF Resource Center), ώστε να λειτουργήσει ως ένα κέντρο εξειδίκευσης για την εφαρμογή του ΚΠΑ, να παράσχει εκπαίδευση και συμβουλευτικές υπηρεσίες, να υποστηρίξει τα Κράτη Μέλη στη διάδοση και την περαιτέρω ανάπτυξη του ΚΠΑ, όπως αναφέρεται με περισσότερη λεπτομέρεια στην παράγραφο παράγραφο 6.10.

Τα πρώτα 2 χρόνια εφαρμογής του ΚΠΑ αξιολογήθηκαν από μελέτη πάνω στη χρήση του. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδήγησαν στη βελτιωμένη έκδοση ΚΠΑ 2002, η οποία παρουσιάστηκε στο 2^{ο} Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ποιότητας στη Δανία. Το 2005 νέα μελέτη για τη χρήση του ΚΠΑ κατέδειξε έναν αριθμό περιοχών που έχρηζαν περαιτέρω βελτίωσης, όπως η αύξηση της συνεκτικότητας και απλούστευσης του προτύπου, αύξηση της φιλικότητας προς τον χρήστη με τη βελτίωση των παραδειγμάτων και του ειδικού λεξιλογίου, ανάπτυξη ενός καλύτερα συντονισμένου συστήματος βαθμολόγησης για συγκεκριμένους χρήστες και διεύρυνση της προσέγγισης ποιότητας με κατευθυντήριες οδηγίες για τη βελτίωση σχεδίων δράσης, αλλά και οδηγίες για συγκριτική μάθηση (bench learning). Έτσι, το ΚΠΑ βελτιώθηκε για δεύτερη φορά το 2006 και η νέα του έκδοση, ΚΠΑ 2006, παρουσιάστηκε στο 4^{ο} Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ποιότητας στη Φινλανδία. Το 2009 και 2010 ακολούθησε η εγκαθίδρυση μια διαδικασίας εξωτερικής ανατροφοδότησης επί της χρήσης του ΚΠΑ, αλλά και μία εξειδικευμένη έκδοσή του για τον τομέα της εκπαίδευσης, αντίστοιχα (Staes *et al.*, 2011).

Η πλέον πρόσφατη έκδοση του ΚΠΑ είναι του έτους 2013, με την ενσωμάτωση αλλαγών που προέκυψαν από πληροφορίες και παρατηρήσεις που συγκεντρώθηκαν από 400 χρήστες του προτύπου και από τους εθνικούς ανταποκριτές του στα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με αυτή την αναθεώρηση το πρότυπο ενισχύθηκε σημαντικά σε σχέση με τις προηγούμενες εκδόσεις, ώστε να υποστηρίξει αποτελεσματικότερα τη λειτουργία του Δημόσιου Τομέα, με στόχο το όφελος όλων των εταίρων του γενικά και ειδικότερα των πολιτών (Μιχαλόπουλος, Πολυκράτης and Δημητρίου, 2017). Πιο συγκεκριμένα, έννοιες όπως ο προσανατολισμός των χρηστών, η δημόσια απόδοση, η καινοτομία, η δεοντολογία, η αποτελεσματική συνεργασία με άλλες οργανώσεις και η κοινωνική ευθύνη έχουν αναπτυχθεί σε βάθος δημιουργώντας νέες ευκαιρίες για περαιτέρω ανάπτυξη των οργανώσεων του Δημόσιου Τομέα (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015) (**Πίνακας 4**).

Πίνακας 4: Η Εξέλιξη του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ)

Έτος	Γεγονός
1998	Συμφωνία για την ανάπτυξη του ΚΠΑ εντός του Δικτύου EUPAN (European Public Administration Network)
2000	Εφαρμογή του ΚΠΑ
2001	Δημιουργία του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πόρων ΚΠΑ στο Ινστιτούτο EIPA (European Institute of Public Administration) – Μάαστριχτ
2002	Πρώτη αναθεώρηση του προτύπου: Εφαρμογή του ΚΠΑ 2002
2006	Δεύτερη αναθεώρηση του προτύπου: Εφαρμογή του ΚΠΑ 2006
2009	Εφαρμογή διαδικασίας εξωτερικής ανατροφοδότησης
2010	Έκδοση ΚΠΑ εξειδικευμένη για την εκπαίδευση
2013	Τρίτη αναθεώρηση του προτύπου: Εφαρμογή του ΚΠΑ 2013

Ως προς τη διάδοση του εργαλείου, επί του παρόντος το ΚΠΑ τυγχάνει εφαρμογής σε 59 Ευρωπαϊκές χώρες, με ένα σύνολο 3.989 καταχωρημένων χρηστών (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date).

6.3 Σκοπός του Προτύπου ΚΠΑ

Το ΚΠΑ φιλοδοξεί να αποτελέσει τον καταλύτη για μια ολοκληρωμένη διαδικασία βελτίωσης στο πλαίσιο μιας Δημόσιας Οργάνωσης και έχει 5 βασικούς σκοπούς (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date) (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015):

1. Να εισάγει τους Δημόσιους Οργανισμούς στην κουλτούρα αριστείας και στις αρχές της ΔΟΠ,
2. Να τους οδηγήσει προοδευτικά σε έναν ολοκληρωμένο κύκλο ποιότητας, ο οποίος αποτελείται από τα στάδια του Κύκλου του Deming (PDCA),
3. Να διευκολύνει την αυτο-αξιολόγηση ενός Δημόσιου Οργανισμού για να τον βοηθήσει να διαγνώσει τα αδύναμα σημεία του και να προχωρήσει σε βελτιωτικές ενέργειες,
4. Να ενεργήσει ως γέφυρα μεταξύ των διάφορων προτύπων που χρησιμοποιούνται στη διαχείριση ποιότητας στον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό Τομέα &

5. Να διευκολύνει τη συγκριτική μάθηση (bench learning) μεταξύ των οργανισμών του Δημόσιου Τομέα.

Οι οργανώσεις που ξεκινούν να εφαρμόζουν το ΚΠΑ φιλοδοξούν να επιτύχουν την άριστη απόδοση και επιθυμούν να εισάγουν στην οργάνωση μια νοοτροπία αριστείας. Η αποτελεσματική χρήση του ΚΠΑ θα πρέπει να οδηγήσει στην περαιτέρω ανάπτυξη αυτής της κουλτούρας και σκέψης εντός της οργάνωσης σε σύντομο χρονικό διάστημα.

6.4 Δομή του Προτύπου ΚΠΑ

Σύμφωνα με το ΚΠΑ, τα άριστα αποτελέσματα ως προς την οργανωτική απόδοση, τους πολίτες/ πελάτες και την κοινωνία εξαρτώνται από την ηγεσία, η οποία καθοδηγεί τη στρατηγική, τον προγραμματισμό/ σχεδιασμό, το ανθρώπινο δυναμικό, τις συνεργασίες, τους πόρους, καθώς και τις διοικητικές διαδικασίες.

Το ΚΠΑ βασίζεται σε 8 βασικές αρχές, τις λεγόμενες «Αρχές Αριστείας». Οι αρχές αυτές κάνουν τη διαφορά ανάμεσα στην παραδοσιακή γραφειοκρατική Δημόσια Οργάνωση και σε εκείνη που είναι προσανατολισμένη στην Ολική Ποιότητα (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

Οι Αρχές Αριστείας είναι οι ακόλουθες (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015) (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date):

1. **Προσανατολισμός στα αποτελέσματα:**

   Η οργάνωση επικεντρώνεται στα αποτελέσματα, τα οποία είναι προς όφελος όλων των ενδιαφερομένων (Δημόσιες Αρχές, πολίτες/ πελάτες, συνεργάτες και ανθρώπινο δυναμικό της Οργάνωσης) σε συνάρτηση με τους στόχους που έχει θέσει.

2. **Εστίαση στον πολίτη/ πελάτη:**

   Η οργάνωση επικεντρώνεται στις ανάγκες τόσο των υφιστάμενων όσο και των δυνητικών πολιτών/ πελατών, προωθώντας την ενεργό συμμετοχή τους στην ανάπτυξη των προϊόντων και των υπηρεσιών της οργάνωσης και στη βελτίωση της απόδοσής της.

3. **Ηγεσία και σταθερότητα ως προς τον σκοπό:**

   Αυτή η αρχή συνδυάζει την ηγεσία που έχει όραμα και έμπνευση και τον σκοπό που παραμένει σταθερός σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Η ηγεσία καθιερώνει με σαφήνεια την αποστολή, το όραμα και τις αξίες. Παράλληλα, δημιουργεί και διατηρεί το εσωτερικό περιβάλλον στο οποίο το ανθρώπινο δυναμικό έχει τη δυνατότητα να συμμετάσχει πλήρως στην υλοποίηση των στόχων της οργάνωσης.

4. **Διαχείριση μέσω διαδικασιών και γεγονότων:**

Σύμφωνα με την αρχή αυτή το επιθυμητό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται πιο ουσιαστικά όταν οι σχετικοί πόροι και οι δραστηριότητες αντιμετωπίζονται ως διαδικασία και οι αποτελεσματικές αποφάσεις βασίζονται στην ανάλυση των δεδομένων και των πληροφοριών.

5. **Ανάπτυξη και συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού:**

Το ανθρώπινο δυναμικό σε όλα τα επίπεδα αποτελεί την πεμπτουσία της οργάνωσης. Η πλήρης συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού επιτρέπει την πλήρη αξιοποίηση των ικανοτήτων του προς όφελος της οργάνωσης. Η συνεισφορά των εργαζόμενων θα πρέπει να μεγιστοποιείται μέσω της ανάπτυξης και συμμετοχής, καθώς και μέσω της δημιουργίας ενός εργασιακού περιβάλλοντος που θα διέπεται από κοινές αξίες και κλίμα εμπιστοσύνης, διαφάνειας, ενδυνάμωσης και αναγνώρισης.

6. **Συνεχής μάθηση, καινοτομία και βελτίωση:**

Η αριστεία αποτελεί πρόκληση για το ισχύον καθεστώς και ενεργοποιεί την αλλαγή μέσα από τη συνεχή μάθηση, προκειμένου να δημιουργηθούν ευκαιρίες βελτίωσης. Επομένως, η συνεχής βελτίωση θα πρέπει να αποτελεί μόνιμο στόχο της οργάνωσης.

7. **Ανάπτυξη συνεργασιών:**

Οι οργανώσεις του Δημόσιου Τομέα χρειάζονται και άλλες Δημόσιες Οργανώσεις για να πετύχουν τους στόχους τους. Κατά συνέπεια, θα πρέπει να αναπτύσσουν και να διατηρούν συνεργασίες που φέρουν προστιθέμενη αξία. Η οργάνωση και οι προμηθευτές της διέπονται από σχέση αλληλεξάρτησης. Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύσσεται μια αμοιβαία επωφελής σχέση, η οποία ενισχύει την ικανότητα των δύο μερών να δημιουργούν προστιθέμενη αξία.

8. **Εταιρική κοινωνική ευθύνη:**

Οι Δημόσιες Οργανώσεις πρέπει να αναλάβουν το κομμάτι της κοινωνικής ευθύνης που τους αναλογεί. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να σέβονται την οικολογική βιωσιμότητα και να προσπαθούν να ανταποκριθούν στις μεγάλες προσδοκίες και τις απαιτήσεις της τοπικής και παγκόσμιας κοινότητας.

Οι παραπάνω Αρχές Αριστείας έχουν ενσωματωθεί στη δομή του προτύπου ΚΠΑ. Παράλληλα, η συνεχής βελτίωση βάσει των 9 κριτηρίων του, τα οποία παρουσιάζονται στη συνέχεια, θα οδηγήσει την οργάνωση σε ένα υψηλό επίπεδο ωριμότητας σε βάθος χρόνου.

Κάθε μια αρχή αποτελείται από 4 επίπεδα ωριμότητας, τα οποία καθορίζουν την πορεία μιας οργάνωσης προς την αριστεία.

Το ΚΠΑ έχει 9 κριτήρια που αντιπροσωπεύουν τις κύριες πτυχές που χρειάζονται να ληφθούν υπόψη στην ανάλυση οποιουδήποτε οργανισμού. Υπάρχουν 5 κριτήρια-ενεργοποιητές (Ηγεσία, Στρατηγική & Προγραμματισμός, Άνθρωποι, Συνεργασίες & Πόροι και Διαδικασίες) και 4 κριτήρια αποτελεσμάτων (Αποτελέσματα προσανατολισμένα στον Πολίτη/ Πελάτη, Αποτελέσματα για τους Ανθρώπους, Αποτελέσματα για την Κοινωνία και Αποτελέσματα Βασικής Απόδοσης) (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date). Τα κριτήρια- ενεργοποιητές καλύπτουν αυτό που επιτελεί ο οργανισμός, ενώ τα κριτήρια των αποτελεσμάτων αυτό που επιτυγχάνει. Με τη διεξαγωγή αυτο-αξιολόγησης οι Δημόσιοι Οργανισμοί μπορούν να εντοπίσουν στη λειτουργία τους, αλλά και στην επιδίωξή τους για τα επιθυμητά αποτελέσματα, περιοχές προς βελτίωση (Tomazevic, Seljak and Aristovnik, 2014) (**Εικόνα 10**).

Εικόνα 10: Το Μοντέλο του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ)

Πηγή (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015)

Τα 9 κριτήρια του προτύπου διακρίνονται περαιτέρω σε 28 υποκριτήρια, τα οποία αναγνωρίζουν τα κύρια προβλήματα που χρειάζεται να διευθετηθούν όταν αξιολογείται ένας Δημόσιος Οργανισμός. Καθένα από τα υποκριτήρια αυτά επεξηγείται από μία σειρά παραδειγμάτων που διευκρινίζουν το περιεχόμενό του (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date). Στα παραδείγματα αυτά αποτυπώνεται ένας μεγάλος αριθμός καλών πρακτικών από όλη την Ευρώπη. Παρά το γεγονός ότι δεν αφορούν όλα τα κριτήρια το σύνολο των οργανώσεων, πολλά από αυτά χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής κατά τη διάρκεια της αυτο-αξιολόγησης. Η ενσωμάτωση των συμπερασμάτων από την αξιολόγηση των

κριτηρίων των Προϋποθέσεων και των Αποτελεσμάτων στις διοικητικές πρακτικές αποτελεί τον αέναο κύκλο της καινοτομίας και της μάθησης, που συνοδεύει τις οργανώσεις στην πορεία τους προς την αριστεία (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

Κάθε οργάνωση έχει την ελευθερία να εφαρμόσει το ΚΠΑ προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητές της και σε εξαιρετικές περιστάσεις. Εντούτοις, συνιστάται η εφαρμογή της δομής του προτύπου με τα 9 κριτήρια και τα 28 υποκριτήρια ως έχουν, ώστε να εφαρμοστεί όλη η διαδικασία σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που δίνονται. Η ανάλυση του περιεχομένου των 9 κριτηρίων και των 28 υποκριτηρίων του ΚΠΑ γίνεται με τον ακόλουθο Πίνακα (**Πίνακας 5**):

Πίνακας 5: Τα Κριτήρια του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ)

1ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΗΓΕΣΙΑ	Αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο οι επί κεφαλής και οι διοικητές διαμορφώνουν την αποστολή ενός Δημόσιου Οργανισμού (Δ.Ο.), διευκολύνουν την επίτευξή της και συμβάλλουν στην πραγματοποίηση του οράματος. Διερευνάται μέσα από 4 υποκριτήρια.
Υποκριτήριο 1.1	Να δώσει η ηγεσία μια σαφή κατεύθυνση του Δ.Ο. αναπτύσσοντας όραμα, αποστολή και αξίες.
Υποκριτήριο 1.2	Τι κάνει η ηγεσία για να αναπτύξει και εφαρμόσει σύστημα διοίκησης απόδοσης και αλλαγές.
Υποκριτήριο 1.3	Τι κάνει η ηγεσία για να υποκινήσει και υποστηρίξει τους υπαλλήλους και να δράσει ως πρότυπο ρόλου.
Υποκριτήριο 1.4	Πώς η ηγεσία διαχειρίζεται τις σχέσεις με τους πολιτικούς και τις άλλες ομάδες συμφερόντων, ώστε να εξασφαλιστούν οι κοινές ευθύνες.
2ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ & ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΌΣ	Αξιολογεί τον τρόπο που ο Οργανισμός υλοποιεί την αποστολή του μέσω μιας συγκεκριμένης στρατηγικής προσανατολισμένης προς τις ομάδες συμφερόντων και με την υποστήριξη δημόσιων πολιτικών, προγραμμάτων, διαδικασιών κ.λ.π. Διερευνάται μέσα από 4 υποκριτήρια.
Υποκριτήριο 2.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να συλλέξει πληροφορίες σχετικές με τις τωρινές ή τις μελλοντικές ανάγκες των εμπλεκόμενων στη λειτουργία του.
Υποκριτήριο 2.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύξει, αναθεωρήσει και επικαιροποιήσει τη στρατηγική και τον προγραμματισμό λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των εμπλεκόμενων στη λειτουργία του και τους διαθέσιμους πόρους.
Υποκριτήριο 2.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να εφαρμόσει τη στρατηγική και τον προγραμματισμό σε όλη την οργάνωση.
Υποκριτήριο 2.4	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να σχεδιάσει, εφαρμόσει και επικαιροποιήσει το πρόγραμμα για τον εκσυγχρονισμό και την καινοτομία.
3ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	Αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο ένας Δ.Ο. διαχειρίζεται και αναπτύσσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του προσωπικού του. Διερευνάται μέσα από 3 υποκριτήρια.
Υποκριτήριο 3.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να προγραμματίσει, διοικήσει και βελτιώσει το ανθρώπινο δυναμικό με διαφάνεια σε σχέση με τη στρατηγική και τον προγραμματισμό του.
Υποκριτήριο 3.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να προσδιορίσει, αναπτύξει και χρησιμοποιήσει τις ικανότητες των υπαλλήλων εναρμονίζοντας τους ατομικούς στόχους με αυτούς της οργάνωσης.
Υποκριτήριο 3.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να ενεργοποιήσει μέσω της ανάπτυξης ανοικτού διαλόγου και της ενδυνάμωσής του.
4ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	Αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο ο Δ.Ο. σχεδιάζει και διαχειρίζεται τις εξωτερικές του συνεργασίες και τους εσωτερικούς πόρους του προκειμένου να υποστηρίξει την πολιτική και στρατηγική του και την αποτελεσματική λειτουργία των διαδικασιών του. Διερευνάται μέσα από 6 υποκριτήρια.

Υποκριτήριο 4.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει και να υλοποιεί βασικές σχέσεις συνεργασίας.
Υποκριτήριο 4.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει και να εφαρμόζει τις συνεργασίες με τους πολίτες/ πελάτες.
Υποκριτήριο 4.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται τα οικονομικά.
Υποκριτήριο 4.4	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται την πληροφορία και τη γνώση.
Υποκριτήριο 4.5	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται την τεχνολογία.
Υποκριτήριο 4.6	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να διαχειρίζεται τις εγκαταστάσεις του.
5ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΩΝ	Αξιολογεί τον τρόπο που ο Δ.Ο. διαχειρίζεται και βελτιώνει τις διαδικασίες για να υποστηρίξει τη στρατηγική του και να ικανοποιήσει τους πελάτες/ πολίτες του.
Υποκριτήριο 5.1	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να προσδιορίζει, σχεδιάζει και βελτιώνει τις διαδικασίες του συνεχώς.
Υποκριτήριο 5.2	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει και παρέχει υπηρεσίες και προϊόντα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/ πελάτη.
Υποκριτήριο 5.3	Τι κάνει ο Δ.Ο. για να αναπτύσσει καινοτόμες διαδικασίες με τη συμμετοχή των πολιτών.
6ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ	Αξιολογεί τα αποτελέσματα του Δ.Ο. σχετικά με την ικανοποίηση των εξωτερικών και εσωτερικών πελατών του. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια.
Υποκριτήριο 6.1	Αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης των πολιτών/ πελατών.
Υποκριτήριο 6.2	Δείκτες που αφορούν μετρήσεις για τους πολίτες/ πελάτες.
7ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	Αξιολογεί τα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ο Δ.Ο. σε σχέση με την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια.
Υποκριτήριο 7.1	Αποτελέσματα μέτρησης της ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού και της υποκίνησης.
Υποκριτήριο 7.2	Δείκτες αποτελεσματικότητας ανθρώπινου δυναμικού.
8ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	Μελετά τι επιτυγχάνει ο Δ.Ο. για την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών της κοινωνίας για θέματα όπως η ποιότητα ζωής, η διατήρηση των παγκόσμιων πόρων κ.ά. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια.
Υποκριτήριο 8.1	Ποια αποτελέσματα έχει επιτύχει ο Δ.Ο. για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κοινωνίας σε σχέση με τα αποτελέσματα κοινωνικών μετρήσεων όπως τα αντιλαμβάνονται οι εμπλεκόμενοι πολίτες.
Υποκριτήριο 8.2	Ποια αποτελέσματα έχει επιτύχει ο Δ.Ο. για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της κοινωνίας σε σχέση με δείκτες κοινωνικής απόδοσης καθιερωμένοι από τη δημόσια οργάνωση.
9ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ: ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΙΔΟΣΗΣ	Μελετά τι επιτυγχάνει ο Δ.Ο. σε σχέση με τη θεσμοθετημένη εντολή του και τους στόχους του τους προκαθορισμένους, καθώς και σε σχέση με την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών όσων έχουν οικονομικό συμφέρον ή συμμετέχουν στο δημόσιο οργανισμό. Διερευνάται μέσα από 2 υποκριτήρια.
Υποκριτήριο 9.1	Εξωτερικά αποτελέσματα. Εκροές- αποτελέσματα σε σχέση με τους στόχους.
Υποκριτήριο 9.2	Εσωτερικά αποτελέσματα.

Πηγή (Ευκαρπίδης, 2016)

6.5 Αλληλένδετες λειτουργίες στα πλαίσια του Προτύπου ΚΠΑ

Η ολιστική προσέγγιση βάσεις της ΔΟΠ και του ΚΠΑ δε σημαίνει μόνο ότι αξιολογούνται προσεκτικά οι λειτουργίες της Δημόσιας Οργάνωσης, αλλά επίσης ότι όλα τα συστατικά

στοιχεία της οργάνωσης αλληλεξαρτώνται μεταξύ τους. Ένας διαχωρισμός θα μπορούσε να γίνει μεταξύ:

- Της σχέσης αιτίου- αποτελέσματος, δηλαδή μεταξύ του αριστερού τμήματος του προτύπου (προϋποθέσεις- αιτίες) και του δεξιού τμήματος (αποτελέσματα- συνέπειες) στην **Εικόνα 10** &
- Της ολιστικής σχέσης μεταξύ των αιτιών (προϋποθέσεων)

Η διασύνδεση μεταξύ του αριστερού και του δεξιού τμήματος του προτύπου έγκειται στη σχέση αιτίου- αποτελέσματος μεταξύ των Προϋποθέσεων (αιτιών) και των Αποτελεσμάτων (συνεπειών), καθώς επίσης και στην αλληλεπίδραση από το τελευταίο προς το πρώτο (**Εικόνα 10**). Η επαλήθευση των διασυνδέσεων αιτίου- αποτελέσματος είναι θεμελιώδους σημασίας για την αυτο-αξιολόγηση, στο πλαίσιο της οποίας η οργάνωση πρέπει πάντοτε να ελέγχει τη συνέπεια μεταξύ ενός δεδομένου αποτελέσματος ή μιας σειράς ομοιογενών αποτελεσμάτων και της τεκμηρίωσης που έχει προκύψει από τα σχετικά κριτήρια και υποκριτήρια που αφορούν στις προϋποθέσεις. Η συνέπεια αυτού του τύπου είναι μερικές φορές δύσκολο να επαληθευτεί από τη στιγμή που, εξαιτίας του ολιστικού χαρακτήρα της οργάνωσης, οι διαφορετικές αιτίες (Προϋποθέσεις) αλληλεπιδρούν μεταξύ τους κατά την παραγωγή Αποτελεσμάτων. Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη κατάλληλης ανάδρασης από τα εμφανιζόμενα αποτελέσματα που εμφανίζονται στο δεξιό τμήμα και αντιστοιχούν στο ανάλογο τμήμα της αριστερής στήλης, θα πρέπει να επαληθευτεί κατά την αξιολόγηση.

Από τη στιγμή που η ποιότητα των αποτελεσμάτων καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο και την ένταση των σχέσεων μεταξύ των Προϋποθέσεων, αυτό το είδος σχέσης πρέπει να ερευνηθεί κατά την αυτο-αξιολόγηση. Στην πραγματικότητα η ένταση των σχέσεων ποικίλλει μεταξύ των διαφορετικών οργανώσεων και η φύση των εν λόγων σχέσεων καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της οργάνωσης.

Οι σχέσεις προφανώς δεν περιορίζονται στο επίπεδο των κριτηρίων. Αρκετά συχνά ουσιώδεις αλληλεπιδράσεις- σχέσεις διαμορφώνονται στο επίπεδο των υποκριτηρίων.

6.6 Κοινές Ευρωπαϊκές αξίες του Δημόσιου Τομέα

Το ΚΠΑ είναι ειδικά σχεδιασμένο για τον Δημόσιο Τομέα και αυτό είναι το σημείο που το διαφοροποιεί από το πρότυπο EFQM.

Όπως έχει διαφανεί από προηγούμενα κεφάλαια, η Δημόσια Διοίκηση και η ποιότητα στον Δημόσιο Τομέα παρουσιάζουν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τον Ιδιωτικό

Τομέα, προϋποθέτοντας κάποιες βασικές συνθήκες, κοινές για την Ευρωπαϊκή κοινωνικο-πολιτική και διοικητική νοοτροπία (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date).

Αυτές οι βασικές συνθήκες είναι η νομιμότητα (δημοκρατική και κοινοβουλευτική), το κράτος δικαίου και η δεοντολογία βάσει κοινών αξιών και αρχών, όπως είναι η διαφάνεια, η λογοδοσία, η συμμετοχή, η διαφορετικότητα, η ισότητα, η κοινωνική δικαιοσύνη, η αλληλεγγύη, η συνεργασία και οι σχέσεις με τους εταίρους (*EIPA- Common Assessment Framework*, no date). Όλα τα προηγούμενα συνιστούν στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση.

Αν και το ΚΠΑ επικεντρώνεται κυρίως στην αξιολόγηση της απόδοσης της διοίκησης και στον προσδιορισμό των οργανωσιακών αιτιών που καθιστούν δυνατή τη βελτίωση, ο απώτερος στόχος είναι να συμβάλλει στη χρηστή διακυβέρνηση.

6.7 Η σπουδαιότητα της τεκμηρίωσης και των μετρήσεων για το ΚΠΑ

Η αυτο-αξιολόγηση και η βελτίωση των Δημόσιων Οργανώσεων καθίσταται πολύ δύσκολη χωρίς αξιόπιστη πληροφόρηση για τις διαφορετικές λειτουργίες της Δημόσιας Οργάνωσης. Το ΚΠΑ ενισχύει τις Δημόσιες Οργανώσεις ως προς τη συλλογή και τη χρήση πληροφοριών, αλλά πολύ συχνά αυτές οι πληροφορίες δεν είναι διαθέσιμες σε μια πρώτη αυτο-αξιολόγηση. Για αυτό το λόγο το ΚΠΑ αντιμετωπίζεται συχνά ως μέτρηση που ξεκινά από μηδενική βάση. Υποδεικνύει τις σημαντικές περιοχές για την έναρξη της μέτρησης. Όσο περισσότερο μια Διοίκηση βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης τόσο περισσότερο θα συλλέγει και θα διαχειρίζεται την πληροφορία με συστηματικό και προοδευτικό τρόπο και στο εσωτερικό και στο εξωτερικό περιβάλλον (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

6.8 Κοινή διοικητική γλώσσα και γλωσσάριο του ΚΠΑ

Πολλές Δημόσιες Οργανώσεις αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανόηση της ορολογίας του Management. Το ΚΠΑ δημιουργεί μια κοινή γλώσσα που επιτρέπει στο προσωπικό και την ηγεσία μιας οργάνωσης να συζητούν μεταξύ τους οργανωσιακά θέματα με εποικοδομητικό τρόπο. Μέσω αυτής της απλής και κατανοητής γλώσσας από όλους τους δημόσιους υπαλλήλους, προωθείται ο διάλογος και η συγκριτική μάθηση μεταξύ των Δημόσιων Διοικήσεων σε ευρωπαϊκό επίπεδο (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

6.9 Ο ρόλος του συστήματος αξιολόγησης στο ΚΠΑ

Αν και ο εντοπισμός των δυνατών και αδύνατων σημείων και των σχετικών δράσεων βελτίωσης αποτελούν τα πιο σημαντικά αποτελέσματα της αυτο-αξιολόγησης, το σύστημα βαθμολόγησης του ΚΠΑ έχει μια ιδιαίτερη λειτουργία. Παρόλα αυτά, δε θα πρέπει να δίνεται έμφαση σε αυτό (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

Η βαθμολόγηση κάθε κριτηρίου και υποκριτηρίου του προτύπου ΚΠΑ έχει 4 κύριους στόχους:

1. Να δώσει μια ένδειξη για την κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσει η Δημόσια Οργάνωση ως προς τις δράσεις βελτίωσης,
2. Να μετρήσει την πρόοδο της Δημόσιας Οργάνωσης,
3. Να εντοπίσει τις καλές πρακτικές, όπως αυτές προσδιορίζονται από την υψηλή βαθμολογία για τις Προϋποθέσεις και τα Αποτελέσματα &
4. Να βοηθήσει στην ανεύρεση των κατάλληλων εταίρων από τους οποίους η Δημόσια Οργάνωση μπορεί να πάρει μαθήματα.

6.10 Υποστήριξη στη χρήση του ΚΠΑ

Το 2001 με απόφαση των αρμόδιων Γενικών Διευθυντών για τη Δημόσια Διοίκηση συστάθηκε ένα δίκτυο εθνικών αντιπροσώπων για το ΚΠΑ, καθώς και το Κέντρο CAF Resource Center, όπως έχει προαναφερθεί. Το δίκτυο είναι υπεύθυνο σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την ανάπτυξη και την παρακολούθηση του προτύπου. Επίσης μελετά νέα εργαλεία και στρατηγικές για τη διάδοση του ΚΠΑ. Το Κέντρο CAF Resource Center λειτουργεί στο EIPA στο Μάαστριχτ της Ολλανδίας και είναι υπεύθυνο για τον συντονισμό του δικτύου, ενώ διαχειρίζεται την ιστοσελίδα του ΚΠΑ. Ο δικτυακός τόπος του ΚΠΑ αποτελεί το σημείο εκκίνησης, αλλά και το σημείο πρόσβασης σε κάθε είδους πληροφορία για το ΚΠΑ, αλλά και σε συναφή θέματα ΔΟΠ.

Στα κράτη- μέλη οι εθνικοί αντιπρόσωποι αναπτύσσουν τις κατάλληλες πρωτοβουλίες για την ενθάρρυνση και την υποστήριξη της χρήσης του προτύπου στις χώρες τους, ενώ οι δραστηριότητες του Κέντρου ποικίλλουν από τη δημιουργία εθνικών κέντρων διαχείρισης δεδομένων έως την κατασκευή εξειδικευμένων δικτυακών τόπων, από εθνικά ή περιφερειακά έργα ή προγράμματα έως εθνικά βραβεία ή συνέδρια ποιότητας βασισμένα στο πρότυπο ΚΠΑ (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

6.11 Η διαδικασία εξωτερικής ανατροφοδότησης του ΚΠΑ

Προκειμένου οι Δημόσιες Οργανώσεις να εφαρμόζουν το ΚΠΑ, να βλέπουν τα αποτελέσματα των προσπαθειών τους και να λαμβάνουν ανατροφοδότηση, το ΚΠΑ προσφέρει μια διαδικασία που παρέχει ανατροφοδότηση σχετικά με την εισαγωγή της συνολικής διαχείρισης της ποιότητας με το ΚΠΑ, η οποία προέρχεται από το εξωτερικό περιβάλλον της οργάνωσης. Η διαδικασία αυτή εξωτερικής ανατροφοδότησης, που εφαρμόζεται σε εθελοντική βάση, έχει ως στόχο να υποστηρίξει ακόμα περισσότερο τους χρήστες του ΚΠΑ στην πορεία της προς την ποιότητα, καθιστώντας τις προσπάθειές τους ορατές εντός και εκτός της οργάνωσης. Σχετίζεται όχι μόνο με τη διαδικασία αυτο-αξιολόγησης, η οποία βασίζεται στις αρχές της αριστείας, αλλά και με τη γενικότερη πορεία που έχουν επιλέξει οι οργανώσεις για την επίτευξη της αριστείας σε βάθος χρόνου.

Η διαδικασία εξωτερικής ανατροφοδότησης αποσκοπεί στην επίτευξη των ακόλουθων στόχων:

1. Να στηρίξει την ποιότητα της εφαρμογής του ΚΠΑ και την επίδραση στην οργάνωση,
2. Να ερευνήσει αν η οργάνωση υιοθετεί τις αξίες της ΔΟΠ, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής του ΚΠΑ,
3. Να στηρίξει και να ενδυναμώσει το αίσθημα ενθουσιασμού για συνεχή βελτίωση στο εσωτερικό της οργάνωσης,
4. Να προωθήσει την αξιολόγηση από παρόμοιες οργανώσεις και τη συγκριτική μάθηση,
5. Να ανταμείψει τις οργανώσεις που έχουν ξεκινήσει την πορεία τους προς τη συνεχή βελτίωση για την επίτευξη αριστείας με αποτελεσματικό τρόπο, χωρίς να κρίνεται το επίπεδο αριστείας στο οποίο έχουν φτάσει &
6. Να διευκολύνει τη συμμετοχή των χρηστών του ΚΠΑ στα επίπεδα αριστείας του προτύπου EFQM

Η διαδικασία εξωτερικής ανατροφοδότησης βασίζεται πάνω στους εξής 3 πυλώνες:

- Πυλώνας 1: Διαδικασία αυτο-αξιολόγησης,
- Πυλώνας 2: Διαδικασία δράσεων βελτίωσης &
- Πυλώνας 3: Ωριμότητα της οργάνωσης ως προς τη ΔΟΠ

Στις οργανώσεις που έχουν χρησιμοποιήσει το ΚΠΑ με αποτελεσματικό τρόπο είναι δυνατό να απονεμηθεί ο τίτλος «Αποτελεσματικός χρήστης του ΚΠΑ», ο οποίος ισχύει για 2 έτη. Η διαδικασία εξωτερικής ανατροφοδότησης του ΚΠΑ και ο παραπάνω τίτλος τελούν υπό την ευθύνη των κρατών- μελών, τα οποία δημιουργούν τις πρακτικές λεπτομέρειες με

βάση ένα κοινά συμφωνημένο πλαίσιο, αλλά σύμφωνα με δικό τους ρυθμό. Οι οργανώσεις που επιθυμούν να υποβάλλουν αίτηση για τον παραπάνω τίτλο πρέπει να ενημερώνονται εκ των προτέρων για την ύπαρξη αυτής της δυνατότητας στις χώρες τους (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015).

6.12 Πλεονεκτήματα του Προτύπου ΚΠΑ

Το Κ.Π.Α. χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα πλεονεκτήματα (Μιχαλόπουλος, Πολυκράτης and Δημητρίου, 2017):

1. Αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης της διαφορετικότητας των διοικητικών συστημάτων των κρατών- μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, θέτοντας κοινά κριτήρια και ενιαία μέθοδο αξιολόγησης, ώστε τα συμπεράσματά της να είναι συγκρίσιμα, κοινώς αποδεκτά και αξιοποιήσιμα, προκειμένου να σχεδιασθούν κοινές πολιτικές αν και όταν οι συνθήκες το επιτρέψουν,
2. Επιτρέπει την ανάπτυξη επαφών, επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των φορέων της Δημόσιας Διοίκησης των κρατών- μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και την ανταλλαγή εμπειριών για ζητήματα διοικητικής οργάνωσης και λειτουργίας,
3. Δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την υλοποίηση του σχεδίου καθιέρωσης του Ευρωπαϊκού Βραβείου Ποιότητας στη Δημόσια Διοίκηση,
4. Συμβάλλει σημαντικά στην εισαγωγή της φιλοσοφίας και των εννοιών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας και του Δημόσιου Management γενικότερα, στις Δημόσιες Οργανώσεις.
5. Ενισχύει τη συμμετοχή του προσωπικού μίας Δημόσιας Οργάνωσης στη διαδικασία αξιολόγησης της λειτουργίας της, αφού στην ουσία πρόκειται περί μιας μεθόδου αυτο-αξιολόγησης,
6. Αποτελεί μια πλήρη μελέτη της δομής και λειτουργίας μια Δημόσιας Οργάνωσης σε ένα καθορισμένο χρονικό σημείο. Η διαδικασία αυτο-αξιολόγησης είναι βασισμένη σε πραγματικά στοιχεία και αιτιολογημένες κρίσεις για κάθε θέμα που εξετάζει και μπορεί να υλοποιηθεί από τους ίδιους τους υπαλλήλους της Δημόσιας Οργάνωσης, χωρίς την προσφυγή σε εξωτερικούς συνεργάτες,
7. Η εφαρμογή του είναι μια συνεχόμενη διαδικασία, αφού τα πορίσματα της αξιολόγησης οδηγούν στην εκπόνηση σχεδίου δράσεων βελτίωσης της διοικητικής λειτουργίας, οι οποίες, αφού υλοποιηθούν, επαναξιολογούνται με βάση και πάλι το ΚΠΑ, προκειμένου να υπάρξει συνεχής διοικητική βελτίωση,

8. Το ΚΠΑ δεν αφορά στην αξιολόγηση της ουσίας των δημοσίων πολιτικών που εφαρμόζει μία Δημόσια Οργάνωση, αλλά στη διοικητική λειτουργία της, η οποία αξιολογείται.

9. Το ΚΠΑ δε συνδέεται με κανέναν τρόπο με την αξιολόγηση του προσωπικού της Δημόσιας Διοίκησης σε οποιοδήποτε ιεραρχικό επίπεδο ευθύνης &

10. Το ΚΠΑ μπορεί να εφαρμοστεί είτε στο σύνολο μίας Δημόσιας Οργάνωσης είτε σε ορισμένες μονάδες της, αλλά πάντα ολοκληρωμένο ως ενιαίο σύστημα και όχι αποσπασματικά με την επιλεκτική εφαρμογή ορισμένων κριτηρίων – υποκριτηρίων.

Συνοψίζοντας τις ανωτέρω παρατηρήσεις για το ΚΠΑ, η εφαρμογή του προτείνεται στις Δημόσιες Οργανώσεις, προκειμένου αυτές να χρησιμοποιούν ένα διοικητικό εργαλείο για τη βελτίωση της διοικητικής τους ικανότητας, το οποίο κατέχουν και δεν χρειάζεται να προστρέχουν απαραιτήτως σε εξωτερικές πηγές για την εφαρμογή κάποιας παρόμοιας ολοκληρωμένης μεθοδολογίας.

✳

7. Η εφαρμογή του ΚΠΑ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Η εφαρμογή του ΚΠΑ για την Ελλάδα έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία, καθώς αποτελεί βασικό τμήμα των ενεργειών που προβλέπονται στο Σχέδιο Δράσης για τη Στοχοθεσία και την Ποιότητα 2015-2016, το οποίο συντάχθηκε για να ικανοποιήσει το Θεματικό Στόχο 11 της Προγραμματικής Περιόδου 2014-2020 «Ενίσχυση της θεσμικής ικανότητας των δημόσιων υπηρεσιών και των φορέων, καθώς και της αποτελεσματικής δημόσιας διοίκησης» (*Επιχειρησιακό Πρόγραμμα 'Μεταρρύθμιση Δημόσιου Τομέα 2014-2020'*, 2014).

Το Σχέδιο Δράσης για τη Στοχοθεσία και την Ποιότητα 2015-2016 εγκρίθηκε το Μάιο 2015 από τον Αναπληρωτή Υπουργό Διοικητικής Ανασυγκρότησης (τέως Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης) και, μεταξύ των άλλων, περιλαμβάνει ενέργειες που αφορούν στην εφαρμογή του ΚΠΑ σε υπηρεσίες όλων των Υπουργείων εντός του 2016, ώστε να ξεκινήσει η σταδιακή υιοθέτηση συστημάτων διαχείρισης ποιότητας σε όλο το εύρος του Δημόσιου Τομέα (*Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2016*, 2016).

Με την ευκαιρία της έκδοσης του αναθεωρημένου ΚΠΑ, αλλά και του Οδηγού Εφαρμογής του, στην Ελλάδα το Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης (τέως Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης) έχει εκδώσει σχετικές οδηγίες που επισημαίνουν τα κρίσιμα σημεία για την επιτυχή εφαρμογή του ΚΠΑ από τις Δημόσιες Υπηρεσίες (Δημητρίου and Άρχοντας, 2015) (Μιχαλόπουλος, Πολυκράτης and Δημητρίου, 2017).

Όπως προκύπτει από την επισκόπηση δημοσιευμένων εργασιών, η εφαρμογή του ΚΠΑ στον χώρο της υγείας στην Ελλάδα είναι περιορισμένη.

Στην ελληνική βιβλιογραφία αναφέρεται η εφαρμογή του για την αξιολόγηση της διοικητικής λειτουργίας και απόδοσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής (Ευκαρπίδης, 2016), στη ΜΕΘ άλλου επαρχιακού Νοσοκομείου με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας υγείας (Τρικάλων, 2016), στα ΤΕΙ (*Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης*, no date) και τη Νοσηλευτική Διεύθυνση (Κώτσιος, 2015) δύο άλλων επαρχιακών Νοσοκομείων της Ελλάδας, καθώς και στην Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Βανδήρας, 2010).

7.1 Η εφαρμογή του ΚΠΑ σε νοσηλευτική υπηρεσία ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής της Ελλάδας

Η εφαρμογή του ΚΠΑ στην περίπτωση αυτή αφορά σε κλινικό περιβάλλον, όμως το αντικείμενο αξιολόγησης είναι διαφορετικό από αυτό με το οποίο θα ασχοληθεί η παρούσα ερευνητική εργασία.

Στη συγκεκριμένη μελέτη έγινε αξιολόγηση της διοικητικής και επιχειρησιακής λειτουργίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Σύρου το έτος 2013 (Ευκαρπίδης, 2016) με τα κριτήρια που θέτει το ΚΠΑ και οι βαθμολογίες κυμάνθηκαν στα κριτήρια από 30,4 έως 57,36. Καταγράφηκαν τέσσερα κριτήρια στα οποία η υπηρεσία αξιολογήθηκε με ικανοποιητικό βαθμό άνω του μέσου όρου, καθώς και πέντε κριτήρια στα οποία η βαθμολογία της αξιολόγησης δεν ήταν ικανοποιητική. Με αυτό τον τρόπο αναδείχθηκαν τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της υπηρεσίας, τα οποία έπρεπε να τύχουν της κατάλληλης επεξεργασίας και σχεδιασμού για τη βελτίωσή της.

Αναφορικά με τον τρόπο που αποτυπώθηκε η εφαρμογή της ηγεσίας στην υπηρεσία, αποδόθηκε μία ικανοποιητική εικόνα σε όλα τα υποκριτήρια, κάτι που σύμφωνα με τον οδηγό εφαρμογής δηλώνει την ικανοποίηση για κάποιες δραστηριότητες και το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας.

Η ίδια απάντηση δόθηκε και για τα κριτήρια που αφορούν α) τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, β) την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υπηρεσίας που επιφέρει στην κοινωνία, καθώς και γ) τα κύρια αποτελέσματα που επιτυγχάνει. Οι βαθμολογίες 57,36- 50,07- 53,97 και 53,98 αντίστοιχα για καθένα από τα παραπάνω κριτήρια, παρά το γεγονός ότι είναι άνω του μέσου όρου, τονίζουν την ανάγκη εφαρμογής του επιχειρησιακού πλάνου βελτίωσης των κριτηρίων με βάση τις βαθμολογίες του κάθε ερωτήματος των υποκριτηρίων. Με αυτή την έννοια, τα ερωτήματα των υποκριτηρίων εκλαμβάνονται ως δείκτες απόδοσης και η βαθμολογία που το καθένα εισπράττει αποτελεί τη βάση του επιχειρησιακού πλάνου βελτίωσης μέχρι την επόμενη εφαρμογή του ΚΠΑ.

Στον αντίποδα, οι απαντήσεις που σχετίζονται με τα κριτήρια α) της στρατηγικής και του προγραμματισμού, β) της επίδρασης των συνεργασιών και των πόρων, γ) της διοίκησης των διαδικασιών και αλλαγών, δ) της αξιολόγησης από τους πολίτες των υπηρεσιών που τους προσφέρονται, καθώς και ε) της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνει η υπηρεσία στο ανθρώπινο δυναμικό της, αποδίδουν μία μη επαρκή εικόνα σε όλα τα υποκριτήρια, κάτι που σύμφωνα με τον οδηγό εφαρμογής δηλώνει τη σχετική ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητάς της.

Οι βαθμολογίες 44,1- 41,18- 30,04- 49,18 και 42,13, αντίστοιχα για κάθε ένα από τα ανωτέρω κριτήρια, τα οποία βρίσκονται κάτω του μέσου όρου, προσδιορίζουν τις άμεσες

προτεραιότητες βελτίωσης των συγκεκριμένων αξιολογούμενων πεδίων μέσω του σχετικού με τα αποτελέσματα επιχειρησιακού πλάνου που έχει εκπονηθεί.

Η συγκεκριμένη μελέτη ήταν η πρώτη στην Ελλάδα που αξιολόγησε τη διοικητική απόδοση νοσηλευτικής υπηρεσίας Δημόσιου Νοσοκομείου στο σύνολό της και, ως εκ τούτου, δεν υπήρχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα για τη σύγκριση της βαθμολογίας σε ομοειδή και εντός του ίδιου συστήματος υγείας νοσοκομεία.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα βιβλιογραφικά στοιχεία για την επανάληψη της αυτο-αξιολόγησης με τη χρήση του ίδιου εργαλείου στην ίδια υπηρεσία.

7.2 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Ελληνικού επαρχιακού Νοσοκομείου

Στην εργασία αυτή το ΚΠΑ εφαρμόστηκε στη ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων (Τρικάλων, 2016).

Στο υλικό της μελέτης, εκτός από το ερωτηματολόγιο του ΚΠΑ, συμπεριλήφθηκαν και άλλα ειδικά ερωτηματολόγια, όπως το ερωτηματολόγιο FS-ICU 24 για τη μέτρηση ικανοποίησης της οικογένειας του ασθενούς, το ερωτηματολόγιο TISS 28, για τη μέτρηση της νοσηλευτικής φροντίδας και το ερωτηματολόγιο BURN-OUT, που μετρά το επίπεδο κόπωσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Από την ανάλυση αυτών των ερωτηματολογίων προέκυψαν γενικοί δείκτες για τη Διοίκηση του Νοσοκομείου συνολικά, αλλά και ειδικοί δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας για τη ΜΕΘ.

Σύμφωνα με την μέχρι τότε βιβλιογραφία, επρόκειτο για το πρώτο πρωτόκολλο εφαρμογής ΚΠΑ προσαρμοσμένο σε ΜΕΘ με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς και της ποιότητας εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην ΜΕΘ, όπως και την ύπαρξη ασφάλειας και υγιεινής στον χώρο εργασίας και τη δημιουργία ενός περισσότερο φιλικού περιβάλλοντος προς τους συγγενείς των ασθενών. Στα αποτελέσματα του ΚΠΑ προς τον ασθενή ως πολίτη- πελάτη έγινε προσπάθεια εύρεσης γενικών δεικτών, όπως γενικά ο αριθμός παραπομπών ανά έτος που φτάνουν στον Συνήγορο του Πολίτη σε σχέση με τις υπόλοιπες δημόσιες υπηρεσίες, αλλά και ειδικών δεικτών, όπως Mortality Rate- MR, SRU-cost, Length of Stay, Family Sastisfaction, Adjusted Quality of Life, Avoidance of Post-Traumatic Stress. Ακόμα έγινε προσπάθεια εξαγωγής ενός συνδυασμού στατιστικών αποτελεσμάτων του τμήματος, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης κόστους, για τον καθορισμό επίτευξης των στόχων του τμήματος.

Βασικός στόχος της εφαρμογής του ΚΠΑ στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων του τμήματος και των συνεργαζόμενων κλινικών σχετικά με τα πρωτόκολλα και τη στρατηγική ελαχιστοποίησης των λοιμώξεων, ώστε να υπάρχει καταγραφή, πιστή εφαρμογή, συνεχής έλεγχος και αναθεώρηση των ιατρικών- νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, όπως και ενίσχυση των εφαρμογών του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών.

Η εφαρμογή του ΚΠΑ και στην περίπτωση αυτή αφορά σε κλινικό περιβάλλον, όμως το αντικείμενο αξιολόγησης είναι διαφορετικό από αυτό με το οποίο ασχολείται η παρούσα ερευνητική εργασία.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα βιβλιογραφικά στοιχεία για την επανάληψη της αυτο-αξιολόγησης με τη χρήση του ίδιου εργαλείου στην ίδια υπηρεσία.

7.3 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ελληνικού επαρχιακού Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου

Στη συγκεκριμένη εργασία το ΚΠΑ εφαρμόστηκε πιλοτικά στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ το 2012, εντός 3 μηνών (*Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης*, no date).

Μέσα από την καταγραφή και ανάλυση του υλικού τεκμηρίωσης αποτυπώθηκαν τα θετικά και αρνητικά σημεία λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου. Προτάθηκαν μέτρα βελτίωσης και στη συνέχεια άρχισε η υλοποίησή τους η οποία παρακολουθήθηκε από την συσταθείσα Επιτροπή Ελέγχου Προόδου, χωρίς καμία επιπλέον οικονομική επιβάρυνση για την Υπηρεσία από την εφαρμογή τους.

Στην περίπτωση αυτή η εφαρμογή του ΚΠΑ αφορά σε κλινικό περιβάλλον και το αντικείμενο αξιολόγησης είναι το ίδιο με αυτό με το οποίο ασχολείται η παρούσα ερευνητική εργασία.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα λεπτομερέστερα δεδομένα σχετικά με τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της μελέτης ούτε και βιβλιογραφικά στοιχεία για την επανάληψη της αυτο-αξιολόγησης με τη χρήση του ίδιου εργαλείου στην ίδια υπηρεσία.

7.4 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στη Νοσηλευτική Διεύθυνση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η καταγραφή και αποτύπωση των υφιστάμενων διοικητικών και επιχειρησιακών διαδικασιών στη Νοσηλευτική Διεύθυνση του Ψυχιατρικού

Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, με απώτερο στόχο την εκτίμηση της διοικητικής απόδοσης και την εξοικείωση των στελεχών και των εργαζομένων στη Νοσηλευτική Υπηρεσία με τις αρχές και την έννοια της ποιότητας μέσω της άτυπης περιορισμένης εφαρμογής του ΚΠΑ και της αυτο-αξιολόγησης (Κώτσιος, 2015). Ως επιμέρους στόχος τέθηκε η ανάδειξη του ΚΠΑ ως εργαλείου που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο χώρο της υγείας για την αξιολόγηση της διοικητικής λειτουργίας και τη σύνταξη μέτρων βελτίωσης της υφιστάμενης κατάστασης και των διοικητικών διεργασιών.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του ΚΠΑ, αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε άτυπη εξατομικευμένη ενημέρωση της Νοσηλευτικής Διοίκησης έως και το επίπεδο των προϊστάμενων τομέων. Η έρευνα με τη μορφή συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά στις δομές του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης σε χρονικό διάστημα δύο περίπου εβδομάδων. Συνολικά έγιναν δέκα συνεντεύξεις και συμπληρώθηκε ανάλογος αριθμός ερωτηματολογίων. Στο τελευταίο στάδιο της έρευνας, μετά την κωδικοποίηση της βαθμολογίας, έγινε η σύνταξη της έκθεσης αξιολόγησης, με τις ανάλογες βελτιωτικές προτάσεις, προκειμένου να ληφθούν οι απαραίτητες αποφάσεις για την εφαρμογή των διορθωτικών μέτρων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας κρίθηκε αναγκαία η βελτίωση βασικών διοικητικών εργαλείων, με σκοπό τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης όλων των εμπλεκομένων. Η επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με τη λειτουργία της διοίκησης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, όπως ο σαφής καθορισμός στόχων, η συμβολή του ανθρώπινου δυναμικού στην επίτευξη των στόχων και η καταγραφή καθημερινών οργανωτικών διαδικασιών, θα μπορούσαν να επιλυθούν με ανάληψη πρωτοβουλιών εκ μέρους της Διοίκησης εντός του υπάρχοντος νομικού πλαισίου. Η υιοθέτηση κουλτούρας στοχοθεσίας και βασικών αρχών ποιότητας, με παράλληλη σύσταση ομάδας έργου, για πλήρη εφαρμογή του ΚΠΑ, όπως προβλέπεται από τη Δημόσια Διοίκηση, θα βοηθούσε τη Νοσηλευτική Υπηρεσία να εντοπίσει σε ευρύ φάσμα περιοχές που με κατάλληλη προσαρμογή οργανωτικών διεργασιών θα οδηγήσουν στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και την ικανοποίηση των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών.

Η εφαρμογή του ΚΠΑ και στην περίπτωση αυτή αφορά σε κλινικό περιβάλλον, όμως το αντικείμενο αξιολόγησης είναι διαφορετικό από αυτό με το οποίο ασχολείται η παρούσα ερευνητική εργασία.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα λεπτομερέστερα δεδομένα σχετικά με τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της μελέτης ούτε και βιβλιογραφικά στοιχεία για την επανάληψη της αυτο-αξιολόγησης με τη χρήση του ίδιου εργαλείου στην ίδια υπηρεσία.

7.5 Η εφαρμογή του ΚΠΑ στη Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ)

Η συγκεκριμένη εργασία ασχολείται με την κριτική παρουσίαση της εφαρμογής του ΚΠΑ μέσα από την ελληνική εμπειρία της απονομής βραβείων ποιότητας σε Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ΟΤΑ (Βανδήρας, 2010).

Μεταξύ των άλλων παρουσιάζεται η εφαρμογή του ΚΠΑ στη Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων του ΕΟΦ, για την οποία αποσπάστηκε το 1^{ο} Εθνικό Βραβείο Ποιότητας Δημόσιων Υπηρεσιών το 2007.

Ο ΕΟΦ είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) του Υπουργείου Υγείας με κύριο σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας, καθώς και τη διασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος γενικότερα στο χώρο του φαρμάκου και άλλων συναφών προϊόντων, με την εξασφάλιση επαρκούς κυκλοφορίας ελεγμένων και ποιοτικώς άριστων προϊόντων, με την προώθηση και ανάπτυξη της τεχνολογίας και της έρευνας στον ίδιο χώρο και την παροχή πληροφοριών προς κάθε ενδιαφερόμενο για τα αντικείμενα αρμοδιότητας του.

Η Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών Ελέγχου Προϊόντων (Δ.Δ.Υ.Ε.Π.) του ΕΟΦ έχει την ευθύνη της παροχής διοικητικής υποστήριξης προς τις Διευθύνσεις Φαρμακευτικών Μελετών & Έρευνας, Αξιολόγησης Προϊόντων, Εργαστηρίων και Ελέγχου Παραγωγής & Κυκλοφορίας προϊόντων, καθώς και της έκδοσης όλων των αποφάσεων έγκρισης ή/ και απόρριψης των φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης.

Ο ΕΟΦ εφάρμοσε το ΚΠΑ στην ανωτέρω Διεύθυνσή του. Η εφαρμογή πραγματοποιήθηκε από οκταμελή ομάδα αυτο-αξιολόγησης χωρίς εξωτερική βοήθεια. Για κάθε κριτήριο του ΚΠΑ προσδιορίστηκαν βελτιωτικές δράσεις, καθώς και χρονοδιάγραμμα εφαρμογής, προβλεπόμενο κόστος και προσδοκώμενο αποτέλεσμα ανά βελτιωτική δράση. Ο μέσος όρος των εννέα κριτηρίων του ΚΠΑ. ανήλθε σε 59, ενώ η βαθμολογία σε κάθε κριτήριο ήταν η ακόλουθη:

Κριτήριο	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Βαθμολογία	73	70	65	57	66	69	51	62	51

Η Δ.Δ.Υ.Ε.Π. του ΕΟΦ είχε αναπτύξει και εφάρμοζε σύστημα διαχείρισης της ποιότητας σύμφωνα με τις απαιτήσεις του διεθνούς προτύπου ISO 9001:2000. Είχε καθορίσει μία Πολιτική Ποιότητας που υλοποιούνταν μέσω του Συστήματος Διαχείρισης της Ποιότητας και το οποίο ανταποκρινόταν στις απαιτήσεις του προαναφερθέντος διεθνούς προτύπου και στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας της, καλύπτοντας όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της. Ο

υπεύθυνος διαχείρισης ποιότητας είχε τη συνολική ευθύνη για τη λειτουργία, την τήρηση και τη συνεχή βελτίωση του Συστήματος Ποιότητας, ώστε αυτό να ανταποκρίνεται στην Πολιτική Ποιότητας. Τέλος, στη Διεύθυνση αυτή του ΕΟΦ προγραμματίζονταν και εκτελούνταν εσωτερικές επιθεωρήσεις ποιότητας, ώστε να επαληθεύεται η ορθή και αποτελεσματική εφαρμογή των διαδικασιών της.

Σχετικά με τη δραστηριοποίηση του Οργανισμού στον τομέα της ποιότητας, επισημαίνεται επίσης ότι ο ΕΟΦ συμμετείχε στο σύστημα συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ των Εθνικών Οργανισμών Φαρμάκων των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Benchmarking of European Medicine Agencies – BEMA), το οποίο δημιουργήθηκε στο πλαίσιο της αξιολόγησης της ποιότητας των εργασιών που εκτελούνται από τους οργανισμούς αυτούς. Στο πλαίσιο της συμμετοχής του αυτής, ο ΕΟΦ είχε την ευκαιρία να αξιολογήσει καινοτόμες προσεγγίσεις και να εντοπίσει αποτελεσματικές, αποδοτικές και καινοτόμες μεθόδους, οι οποίες επιτρέπουν την ενίσχυση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση των διοικητικών λειτουργιών των μονάδων του.

Η καλύτερη πρακτική που αναδείχτηκε από τη βράβευση του ΕΟΦ και η οποία παρουσιάστηκε στο 5ο Συνέδριο Ποιότητας (Παρίσι, 20–22/10/2008) ήταν η ανάπτυξη ενός ηλεκτρονικού συστήματος καθορισμού συναντήσεων (ραντεβού) μέσω διαδικτύου, με υπαλλήλους της Διεύθυνσης, για διεκπεραίωση υποθέσεων σχετικών με το αντικείμενό της. Το σύστημα αυτό αποσκοπούσε στην ενίσχυση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει ο Οργανισμός και η συγκεκριμένη Διεύθυνση στους πελάτες της (εταιρείες φαρμακευτικών προϊόντων).

Μέσω της υλοποίησης του ηλεκτρονικού αυτού συστήματος καθορισμού συναντήσεων, η Δ.Δ.Υ.Ε.Π. του ΕΟΦ κατέστη ικανή να αντιμετωπίσει την αυξανόμενη πίεση σχετικά με την αξιοποίηση των πόρων, καθώς και να ανταποκριθεί στις προκλήσεις του προσανατολισμού προς προσεγγίσεις περισσότερο εστιασμένες στον πελάτη.

Αν και ο χώρος εφαρμογής του ΚΠΑ στην περίπτωση αυτή δεν είναι ο κλινικός, είναι σημαντική η αναφορά για τον χώρο της Δημόσιας Υγείας στη χώρα και αποκαλύπτει μια κουλτούρα για τις Ελληνικές Υγειονομικές Αρχές, με προσανατολισμό στη συνεχή βελτίωση και αριστεία.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα βιβλιογραφικά στοιχεία για την επανάληψη της αυτο-αξιολόγησης με τη χρήση του ίδιου εργαλείου στην ίδια υπηρεσία.

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

8. Σχεδιασμός παρούσας ερευνητικής εργασίας

8.1 Στόχοι και αντικειμενικοί σκοποί της έρευνας

Στα πλαίσια των βασικών επιδιώξεων του Νοσοκομείου για συνεχή προσπάθεια βελτίωσης των πρακτικών λειτουργίας του για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στόχος της ερευνητικής εργασίας ήταν η μέτρηση του υφιστάμενου διοικητικού και επιχειρησιακού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ενός Γενικού Νοσοκομείου της 2^{ης} Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου.

Η σύνταξη της έκθεσης αξιολόγησης και ο καθορισμός βελτιωτικών δράσεων που θα προέκυπταν από τον προσδιορισμό των αδύνατων σημείων της διοίκησης και της οργάνωσης του επιλεγμένου τμήματος του Νοσοκομείου δεν αποτελεί μέρος της παρούσας εργασίας. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου θα καθορίσει τις δράσεις αυτές εσωτερικά.

Για λόγους εμπιστευτικότητας η ταυτότητα του συγκεκριμένου Γενικού Νοσοκομείου παραμένει προστατευμένη.

8.2 Σχεδιασμός έρευνας

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα που διεξήχθη το χρονικό διάστημα από τον Μάιο έως τον Οκτώβριο 2018 στο συγκεκριμένο Γενικό Νοσοκομείο με τη χρήση της αναθεωρημένης το έτος 2013 έκδοσης του ερωτηματολογίου του ΚΠΑ (**Πίνακας 4**):

1. Κριτήριο 1: Ηγεσία,
2. Κριτήριο 2: Στρατηγική και Προγραμματισμός,
3. Κριτήριο 3: Ανθρώπινο Δυναμικό,
4. Κριτήριο 4: Συνεργασίες και πόροι,
5. Κριτήριο 5: Διαδικασίες,
6. Κριτήριο 6: Αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/ πελάτη,
7. Κριτήριο 7: Αποτελέσματα για το ανθρώπινο δυναμικό,
8. Κριτήριο 8: Αποτελέσματα σχετικά με την κοινωνία &

9. Κριτήριο 9: Κύρια αποτελέσματα.

Η βαθμομολογία των απαντήσεων σε όλα τα υποκριτήρια έγινε βάσει της ακόλουθης κλίμακας (απλός τρόπος βαθμολόγησης μέσω ΚΠΑ):

1. Βαθμός 0-10 της κλίμακας δηλώνει απουσία οποιασδήποτε ικανοποίησης για κάποια δραστηριότητα και την πλήρη ανεπάρκεια και αναποτελεσματικότητά της. Αντιστοιχεί στο «ΚΑΘΟΛΟΥ-0»,
2. Βαθμός 11-30 δηλώνει την ελάχιστη ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα για το χαμηλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας. Αντιστοιχεί στο «ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ-1»,
3. Βαθμός 31-50 δηλώνει τη σχετική ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας. Αντιστοιχεί στο «ΛΙΓΟ-2»,
4. Βαθμός 51-70 δηλώνει την ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας. Αντιστοιχεί στο «ΠΟΛΥ-3»,
5. Βαθμός 71-90 δηλώνει τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης για κάποια δραστηριότητα και το πολύ καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας. Αντιστοιχεί στο «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ-4» &
6. Βαθμός 91-100 δηλώνει την απόλυτη ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το άριστο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας. Αντιστοιχεί στο «ΑΠΟΛΥΤΑ-5».

Την Ομάδα Έργου αποτέλεσαν στελέχη του Νοσοκομείου και η συγγράφουσα μεταπτυχιακή φοιτήτρια. Η σύνθεση της ομάδας καθορίστηκε με κριτήριο την καλύτερη δυνατή εκπροσώπηση της κάθε κατηγορίας εργαζομένων, στο σύνολο των εργαζομένων του Νοσοκομείου, αλλά και την εθελοντική επιθυμία για συμμετοχή. Τα μέλη της ομάδας αυτής είχαν τις αρμοδιότητες που προκύπτουν από τον Οδηγό Εφαρμογής του ΚΠΑ (Μιχαλόπουλος, Πολυκράτης and Δημητρίου, 2017).

Το ΚΠΑ εκτός από την αυτο-αξιολόγηση από το εμπλεκόμενο προσωπικό του υπό αξιολόγηση οργανισμού, προβλέπει επιπλέον την αξιολόγηση από τους ίδιους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (ερωτήματα υποκριτηρίου 6.1, σχετικά με τα αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης πολιτών) και από κοινωνικούς φορείς (ερωτήματα υποκριτηρίων 8.1. και 8.2, σχετικά με τα αποτελέσματα των μετρήσεων για την κοινωνία).

Για το σκοπό αυτό διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια στο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων των ΤΕΙ του συγκεκριμένου Νοσοκομείου, σε ασθενείς με τυχαιοποιημένο τρόπο και στους κοινωνικούς εταίρους που επέλεξε η Ομάδα Έργου.

Η Ομάδα Έργου συναποφάσισε για τις λεπτομέρειες της δειγματοληψίας:

- Ως προς το προσωπικό, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε όλες τις ειδικότητες εργαζομένων του υπό αξιολόγηση τμήματος, συμπεριλαμβανομένης της Διοίκησης,
- Ως προς τους πολίτες, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν με τυχαιοποιημένο τρόπο στους ασθενείς που προσέρχονταν για εξέταση στα ΤΕΙ του Νοσοκομείου &
- Ως προς τους κοινωνικούς φορείς, τα ερωτηματολόγια απεστάλησαν στους κοινωνικούς εταίρους με τους οποίους το υπό αξιολόγηση τμήμα είχε συνεργασία στο παρελθόν (π.χ. Πυροσβεστική Υπηρεσία, Αεροδρόμιο, Σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, αντίστοιχος Δήμος και αντίστοιχη Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Ελλάδας, ΔΥΠΕ)

Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από όλους του εμπλεκόμενους πραγματοποιήθηκε σε διάστημα 8 εβδομάδων, από Ιούλιο έως και Σεπτέμβριο 2018.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από την πλευρά του προσωπικού του υπό αξιολόγηση τμήματος συλλέχθηκαν εντός κυτίων τοποθετημένων σε συγκεκριμένα σημεία του Νοσοκομείου, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν με τυχαιοποιημένο τρόπο στους πολίτες/ ασθενείς που προσέρχονταν στα ΤΕΙ πρόσωπο με πρόσωπο. Η ομάδα έργου συνέλεγε αμέσως τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από τους ασθενείς, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις, για ειδικές ομάδες ασθενών, όπως ηλικιωμένους, αλλοδαπούς και αναλφάβητους, γίνονταν προφορικές συνεντεύξεις για την άμεση συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τα ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν ελέγχθηκαν ως προς την πληρότητα της συμπλήρωσής τους και έγινε η επεξεργασία τους.

Το υλικό τεκμηρίωσης, που συνοδεύει την περιγραφή της λειτουργίας της Δημόσιας Οργάνωσης στην τελική έκθεση αξιολόγησης, είναι απαραίτητο για τη διαπίστωση κατά αντικειμενικό τρόπο της αντιστοίχισης της περιγραφής με την πραγματική κατάσταση της Δημόσιας Οργάνωσης. Το υλικό τεκμηρίωσης αποτελείται γενικά από Νόμους, Προεδρικά Διατάγματα, Κανονιστικές Αποφάσεις της Διοίκησης, διοικητικά έγγραφα, αποφάσεις συλλογικών διοικητικών οργάνων, επίσημα στατιστικά στοιχεία ή αποτελέσματα ερευνών, άλλο έντυπο υλικό ή υλικό σε ηλεκτρονική μορφή, ηλεκτρονικές βάσεις πληροφοριακών δεδομένων στο διαδίκτυο ή σε εσωτερικό δίκτυο, με κοινό χαρακτηριστικό όλων τη συσχέτιση που έχουν με την οργάνωση και λειτουργία της Δημόσιας Οργάνωσης, αλλά και με τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων της. Το υλικό τεκμηρίωσης διακρίνεται σε:

- Υλικό διάγνωσης της υπάρχουσας κατάστασης της Δημόσιας Οργάνωσης και αναφέρεται στα Κριτήρια των προϋποθέσεων της αποτελεσματικής λειτουργίας (Κριτήρια 1-5) &
- Υλικό προσδιορισμού των αποτελεσμάτων της δραστηριότητας της Δημόσιας Οργάνωσης, που αναφέρεται στα Κριτήρια των αποτελεσμάτων (Κριτήρια 6-9)

Με βάση το διαθέσιμο υλικό τεκμηρίωσης που συνέλεξε η Ομάδα Έργου στα πλαίσια της παρούσας έρευνας συμπλήρωσε και η ίδια το ερωτηματολόγιο, δίνοντας έναν βαθμό σε κάθε ερώτησή του με συναινετική διαδικασία.

Η μέση βαθμολογία των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από το προσωπικό των ΤΕΙ, τους πολίτες και τους κοινωνικούς φορείς αποτέλεσε την βαθμολογία για την πραγματική κατάσταση του υπό αξιολόγηση τμήματος, ενώ η βαθμολογία από την Ομάδα Έργου τη βαθμολογία που αντιστοιχεί στην περιγραφή του.

Οι οποιεσδήποτε διαφορές ανάμεσα στις δύο αυτές βαθμολογίες για κάθε κριτήριο-υποκριτήριο θα πρέπει να τεκμηριωθούν στην έκθεση αξιολόγησης και να οδηγήσουν στις κατάλληλες ενέργειες στο τελικό πλάνο βελτιωτικών δράσεων.

8.3 Μεθοδολογία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μετά τη λήψη άδειας από το Επιστημονικό Συμβούλιο και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

Η οργάνωση και η συλλογή των δεδομένων ακολούθησε την αλληλουχία βημάτων που ορίζονται στον Οδηγό Εφαρμογής του ΚΠΑ, Ε' έκδοση (Μιχαλόπουλος, Πολυκράτης and Δημητρίου, 2017), ο οποίος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο του ΚΠΑ, το Εγχειρίδιο ΚΠΑ «Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης 2013- βελτιώνοντας τις δημόσιες οργανώσεις μέσω της αυτο-αξιολόγησης», αλλά και τις «Οδηγίες για τη Σύσταση και Λειτουργία της Ομάδας Αυτο-αξιολόγησης και το ρόλο του Προέδρου» (Εγκύκλιος με Αριθμ. Πρωτ.: ΔΙΠΑ/Φ.1/οικ.9537) (*Οδηγίες για τη Σύσταση και Λειτουργία της Ομάδας Αυτο-αξιολόγησης και το ρόλο του Προέδρου*, 2007).

Αδρά και σχηματικά τα βήματα της διαδικασίας ακολούθησαν τις παρακάτω φάσεις:

1. Λήψη απόφασης για την εκπόνηση της έρευνας με τη δέσμευση της Διοίκησης του Νοσοκομείου
2. Ορισμός Ομάδας Έργου/ Ομάδας Αυτοαξιολόγησης
3. Επιλογή πεδίου εφαρμογής του ΚΠΑ

4. Ενημέρωση/ Εκπαίδευση του αρμόδιου προσωπικού του Νοσοκομείου από την Ομάδα Έργου,
5. Προσαρμογή γενικού ερωτηματολογίου ΚΠΑ
6. Προσδιορισμός εμπλεκομένων για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων
7. Διανομή, συγκέντρωση και επεξεργασία ερωτηματολογίων &
8. Συλλογή τεκμηρίωσης και βαθμολογία Ομάδας Έργου

Η συγγραφή της έκθεσης αυτοαξιολόγησης, με την ενσωμάτωση των στοιχείων τεκμηρίωσης και η τελική σύνταξη της έκθεσης μέτρων βελτίωσης δεν καλύπτεται από την παρούσα εργασία. Αυτές οι ενέργειες θα πραγματοποιηθούν σε δεύτερο χρόνο εσωτερικά. Με βάση τα τελικά πορίσματα η Διοίκηση του Νοσοκομείου θα καθορίσει εσωτερικά το πλάνο των βελτιωτικών της δράσεων.

Σύμφωνα με τις αρχές του ΚΠΑ προβλέπεται η επανάληψη της έρευνας να γίνει μετά από δύο χρόνια τουλάχιστον, προκειμένου να διαπιστωθούν τα αποτελέσματα της εφαρμογής του.

8.4 Διαχείριση δεδομένων και στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθησαν πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια λογιστικών φύλλων Microsoft Excel.

9. Αποτελέσματα Έρευνας

9.1 Συμμετοχή στη Διαδικασία Αξιολόγησης του Προσωπικού του Νοσοκομείου όπου εκπονήθηκε η έρευνα

Μετά την έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου της παρούσας εργασίας από το Διοικητικό και Επιστημονικό Συμβούλιο του συγκεκριμένου Γενικού Νοσοκομείου, ορίστηκε η Ομάδα Έργου και αναρτήθηκε σχετική ενημέρωση στην ιστοσελίδα του Νοσοκομείου για την έναρξη του έργου της εφαρμογής του ΚΠΑ.

Οι ειδικότητες και ο αντίστοιχος αριθμός των ατόμων που συμμετείχε στην Ομάδα Έργου παρουσιάζονται στον **Πίνακα 6**:

Πίνακας 6: Σύνθεση Ομάδας Έργου του Νοσοκομείου εκπόνησης της έρευνας

Προσωπικό του Νοσοκομείου που έλαβε μέρος στην Ομάδα Έργου	
Νοσηλευτικό Προσωπικό	**3**
Ιατρικό Προσωπικό	**1**
Επιχειρησιακοί Ερευνητές	**1**
Διοικητικοί- Οικονομικοί Υπάλληλοι	**1**
Τεχνολόγοι Ιατρικών Οργάνων/ Τεχνολόγοι Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων	**2**
Άλλοι (συγγράφουσα μεταπτυχιακή φοιτήτρια)	**1**
ΣΥΝΟΛΟ	**9**

9.2 Διανομή και αριθμός ερωτηματολογίων

Στον Πίνακα που ακολουθεί (**Πίνακας 7**) παρουσιάζονται οι αριθμοί των ερωτηματολογίων που ελήφθησαν συμπληρωμένα από το προσωπικό των ΤΕΙ και τη Διοίκηση του οργανισμού, από τους πολίτες και από τους κοινωνικούς φορείς και αναφέρεται το αντίστοιχο ποσοστό συμπλήρωσης/ συμμετοχής από την κάθε κατηγορία συμμετεχόντων:

Πίνακας 7: Ερωτηματολόγια που ελήφθησαν συμπληρωμένα κατά την εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στο Νοσοκομείο εκπόνησης της έρευνας

Ερωτηματολόγια από το προσωπικό των ΤΕΙ και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου		
Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν	**Αριθμός ερωτηματολογίων που επιστράφηκαν συμπληρωμένα**	**Ποσοστό συμπλήρωσης/ συμμετοχής**
156	40	25,6%
Ερωτηματολόγια από τους πολίτες		
Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν	**Αριθμός ερωτηματολογίων που επιστράφηκαν συμπληρωμένα**	**Ποσοστό συμπλήρωσης/ συμμετοχής**
119	119	100%
Ερωτηματολόγια από τους κοινωνικούς φορείς		
Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν	**Αριθμός ερωτηματολογίων που επιστράφηκαν συμπληρωμένα**	**Ποσοστό συμπλήρωσης/ συμμετοχής**
12	1	8,3%
Συνολικά Ερωτηματολόγια		
Συνολικός αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν	**Συνολικός αριθμός ερωτηματολογίων που επιστράφηκαν συμπληρωμένα**	**Συνολικό ποσοστό συμπλήρωσης/ συμμετοχής**
287	160	55,7%

9.3 Βαθμολογία ανά κριτήριο

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ανά κριτήριο και επιμέρους υποκριτήριο, έτσι όπως αυτά κωδικοποιήθηκαν μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων από το προσωπικό των ΤΕΙ, τους πολίτες και την Ομάδα Έργου.

Για κάθε υποκριτήριο παρατίθενται δύο ξεχωριστοί πίνακες:

- Ο πρώτος πίνακας παρουσιάζει τις τυπικές αποκλίσεις και τις μέσες τιμές δείγματος των επιμέρους υποερωτημάτων κάθε υποκριτηρίου. Για συντομία τα υποερωτήματα αυτά δεν παρουσιάζονται αναλυτικά, δίνεται μόνο ο αριθμός

τους. Ο αναγνώστης μπορεί να βρει την αναλυτική περιγραφή τους στο υπόδειγμα του ερωτηματολογίου που περιλαμβάνεται στο Παράρτημα της εργασίας,

- Ο δεύτερος πίνακας παρουσιάζει τη μέση βαθμολογία που δόθηκε από το προσωπικό και τους πολίτες, την αντίστοιχη βαθμολογία μέσω συναινετικής βαθμολογίας από την Ομάδα Έργου και το σχετικό υλικό τεκμηρίωσης που εκείνη συνέλεξε

Η Ομάδα Έργου έδωσε βαθμολογία σε όλες τις ερωτήσεις πλην εκείνων που αφορούν στα υποκριτήρια 6.1 (σχετικά με τα αποτελέσματα ως προς τους πολίτες) και 8.1 & 8.2 (σχετικά με τα αποτελέσματα ως προς τους κοινωνικούς φορείς).

Σχετικά με το Κριτήριο 8 (υποκριτήρια 8.1 & 8.2), δεν έχει δοθεί καμία βαθμολογία, καθώς από τους κοινωνικούς φορείς ελήφθη συμπληρωμένο μόνο ένα ερωτηματολόγιο, οπότε από τη στατιστική σκοπιά αυτό δεν συμπεριλήφθηκε στην ανάλυση των δεδομένων.

9.3.1 Κριτήριο Προϋποθέσεων 1: Ηγεσία

«Σε αυτό το κριτήριο Ηγεσία ορίζεται η Ανώτατη Διοίκηση (Διοικητής και Αναπληρωτής Διοικητής) και οι Διευθυντές των 4 Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

Το κριτήριο 1 εστιάζει στη συμπεριφορά της Διοίκησης του Νοσοκομείου να δημιουργήσει ένα περιβάλλον όπου οι υπάλληλοι μπορούν να επιτύχουν βέλτιστες αποδόσεις και να διασφαλίσει τη λειτουργία ενός κατάλληλου μηχανισμού καθοδήγησης.»

Υποκριτήριο 1.1

«Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση, για να Δώσει μια σαφή κατεύθυνση στο Νοσοκομείο, αναπτύσσοντας την αποστολή, το όραμα και τις αξίες της»

Το Υποκριτήριο 1.1 περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 8**:

Πίνακας 8: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.1

Υποερώτημα	**1.1.1**	**1.1.2**	**1.1.3**	**1.1.4**	**1.1.5**	**1.1.6**
STDEV	1.1	1.1	1.0	1.2	1.3	1.3
Μ.Τ.	2.6	2.5	2.5	2.5	2.3	2.4

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 1.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 9**:

Πίνακας 9: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 1.1	2.5
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Ανάρτηση site του οράματος και της αποστολής, Επιχειρησιακό Σχέδιο, Άτυπο πλαίσιο αξιών και συμπεριφοράς, Συμμετοχή Τομέων στο Επιχειρησιακό Σχέδιο, Πρακτικά Διοικητικού Συμβουλίου, Πρακτικά Συναντήσεων με ομάδες προσωπικού και Σωματείο

Υποκριτήριο 1.2

«Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση, για την Οργάνωση, την Απόδοση και τη Συνεχή Βελτίωση του Νοσοκομείου»

Το Υποκριτήριο 1.2 περιλαμβάνει 8 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 10**:

Πίνακας 10: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.2

Υποερώτημα	**1.2.1**	**1.2.2**	**1.2.3**	**1.2.4**	**1.2.5**	**1.2.6**	**1.2.7**	**1.2.8**
STDEV	1.2	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2	1.3	1.3
Μ.Τ.	2.7	2.8	2.4	2.4	2.7	3.0	2.3	2.1

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 1.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 11**:

Πίνακας 11: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 1.2	2.6
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.6
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Επιχειρησιακό Σχέδιο, Πρακτικά Διοικητικού Συμβουλίου, SWOT ανάλυση, Αρχεία Γραφείου ληπτών υπηρεσιών υγείας, Πράξεις Διοικητή ορισμού Διεπιστημονικών Ομάδων, Αρχεία Γραφείου ληπτών υπηρεσιών υγείας- δράσεις μετά τις παρατηρήσεις των πολιτών , Αρχείο Τμήματος και Επιτροπής Ποιότητας για παρακολούθηση διαδικασίων, Μετρήσεις δεικτών ικανοποίησης , Έγγραφα για επέκταση και βελτίωση των τεχνολογιών, Αποφάσεις Διοικητικού Συμβουλίου, Δαπάνες, Χρήση του ΚΠΑ, Ανάπτυξη συστημάτων ποιότητας (διαπίστευση Εργαστηρίων ISO 15189, HACCP), Προσκλήσεις σε συναντήσεις

Υποκριτήριο 1.3

«Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση για να υποκινήσει και να υποστηρίξει τους υπαλλήλους και να λειτουργήσει ως πρότυπο»

Το Υποκριτήριο 1.3 περιλαμβάνει 9 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 12**:

Πίνακας 12: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.3

Υποερώτημα	**1.3.1**	**1.3.2**	**1.3.3**	**1.3.4**	**1.3.5**	**1.3.6**	**1.3.7**	**1.3.8**	**1.3.9**
STDEV	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.2	1.2	1.2
Μ.Τ	2.5	2.2.	2.1	1.9	2.1	2.1	2.7	2.2	2.0

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 1.3 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 13**:

Πίνακας 13: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.3 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 1.3	2.2
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.7
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Έγγραφα προς Κεντρική Διοίκηση, Ιδρύματα και φορείς για στήριξη με σκοπό την επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου, Πρακτικά ΔΣ, Πρακτικά συναντήσεων για ανάπτυξη τμημάτων (πχ Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Χειρουργεία), Εύφημος μνεία, Ρεπό στο προσωπικό, Πράξεις Διοικητή ορισμού ρόλων, Έγγραφα για χρηματοδότηση από ΕΣΠΑ, Αποφάσεις Διοικητικού Συμβουλίου, Δαπάνες, Αρχεία Τμήματος Εκπαίδευσης, Αποφάσεις για αιτήματα εργαζομένων σε αλλαγή ωραρίου , αλλαγή τμήματος &

	άδειες άνευ αποδοχών, Απολογισμός δράσεων νοσοκομείου σε δημόσια συνάντηση, Αξιολόγηση εργαζομένων

Υποκριτήριο 1.4

«Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση, για να Διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις σχέσεις με την πολιτική ηγεσία και τους άλλους εμπλεκόμενους (επικεφαλής των δημόσιων οργανώσεων»

Το Υποκριτήριο 1.4 περιλαμβάνει 8 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 14**:

Πίνακας 14: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 1.4

Υποερώτημα	**1.4.1**	**1.4.2**	**1.4.3**	**1.4.4**	**1.4.5**	**1.4.6**	**1.4.7**	**1.4.8**
STDEV	1.2	1.2	1.2	1.1	1.1	1.4	1.3	1.3
Μ.Τ	2.5	2.6	2.3	2.7	2.0	2.2	2.1	2.3

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 1.4 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον Πίνακα 15:

Πίνακας 15: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 1.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 1.4	2.4
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.4
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Αλληλογραφία με ΔΥΠΕ, υπουργείο και με Μη Κυβερνητικές οργανώσεις από Γραφείο Διοικητή, Πρακτικά Διοικητικού Συμβουλίου, Εγκρίσεις στρατηγικής από Κεντρική Διοίκηση, Έγγραφα επικοινωνίας με Δήμους της περιοχής,

	Δελτία τύπου, Προβολή μέσω ιστοσελίδας

9.3.2 Κριτήριο Προϋποθέσεων 2: Στρατηγική και Προγραμματισμός

Υποκριτήριο 2.1

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Συλλέξει πληροφορίες για τις παρούσες και τις μελλοντικές ανάγκες των εμπλεκομένων, καθώς και πληροφορίες σχετικές με τη διοίκηση»

Το Υποκριτήριο 2.1 περιλαμβάνει 3 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 16**:

Πίνακας 16: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.1

Υποερώτημα	**2.1.1**	**2.1.2**	**2.1.3**
STDEV	1.2	1.3	1.3
Μ.Τ.	2.4	2.3	2.2

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 2.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 17**:

Πίνακας 17: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 2.1	2.3
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.3
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Υλοποίηση αποφάσεων ΔΥΠΕ και Κεντρική Διοίκησης, Πρακτικά συναντήσεων των τεσσάρων Διευθύνσεων με Διοικητή, Πρακτικά Διοικητικού Συμβουλίου, SWOT Ανάλυση

Υποκριτήριο 2.2

«Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση για να Αναπτύξει την στρατηγική και τον προγραμματισμό λαμβάνοντας υπόψη τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί»

Το Υποκριτήριο 2.2 περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 18**:

Πίνακας 18: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.2

Υποερώτημα	**2.2.1**	**2.2.2**	**2.2.3**	**2.2.4**	**2.2.5**	**2.2.6**
STDEV	1.2	1.3	1.2	1.2	1.3	1.2
Μ.Τ.	2.3	2.2	2.1	2.2	2.4	2.2

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 2.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 19**:

Πίνακας 19: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 2.2	2.2
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.2
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Επιχειρησιακό Σχέδιο και κοινοποίησή του στη ΔΥΠΕ, Ισολογισμοί, Δείκτες αποδοτικότητας Νοσοκομείου, Αξιολογήσεις προσωπικού, Παράπονα, Επιβραβεύσεις πολιτών από αρχείο Γραφείου Ληπτών Υπηρεσιών, Διαφορά προυπολογισμού και αναγκών για επίτευξη στόχων (Τροποποιήσεις προυπολογισμού από Διοικητικό Συμβούλιο), Συνεργασίες και δράσεις με Οργανώσεις Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες

Υποκριτήριο 2.3

«Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση για να Διαδώσει και να εφαρμόσει τη στρατηγική και τον προγραμματισμό σε όλο το Νοσοκομείο και να την αναθεωρεί σε τακτική βάση»

Το Υποκριτήριο 2.3 περιλαμβάνει 5 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 20**:

Πίνακας 20: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.3

Υποερώτημα	**2.3.1**	**2.3.2**	**2.3.3**	**2.3.4**	**2.3.5**
STDEV	1.4	1.3	1.1	1.1	1.1
Μ.Τ.	2.2	2.0	2.1	2.2	2.1

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 2.3 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 21**:

Πίνακας 21: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.3 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 2.3	2.1
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.2
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Εξάμηνος απολογισμός δράσεων προς Κεντρική Διοίκηση, Ανάρτηση στοιχείων στο διαδίκτυο, Αποφάσεις Διοικητικού Συμβουλίου, Πράξεις Ανάθεσης

Υποκριτήριο 2.4

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Σχεδιάσει, εφαρμόσει και επικαιροποιήσει το πρόγραμμα για την καινοτομία και την αλλαγή»

Το Υποκριτήριο 2.4 περιλαμβάνει 5 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 22**:

Πίνακας 22: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 2.4

Υποερώτημα	**2.4.1**	**2.4.2**	**2.4.3**	**2.4.4**	**2.4.5**
STDEV	1.4	1.5	1.4	1.2	1.2
Μ.Τ.	2.0	2.1	2.1	2.5	2.8

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 2.4 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 23**:

Πίνακας 23: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 2.4 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 2.4	2.3
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.6
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Μελέτες και σχεδιασμός για εξοπλισμό για αυτονομία του Νοσοκομείου από εξωτερικούς προμηθευτές (πχ διαχείριση ιατρικών αποβλήτων), SWOT Ανάλυση, Εκπόνηση μελετών και προτάσεων προς Κεντρική Διοίκηση και προσπάθεια εξασφάλισης πόρων (πχ μελέτη ενεργειακής αυτονομίας), Περιορισμένοι προϋπολογισμοί, προσπάθεια εξεύρεσης πόρων από άλλες πηγές (έγγραφα Γραφείο Διοικητή), Διαύγεια

9.3.3 Κριτήριο Προϋποθέσεων 3: Ανθρώπινο Δυναμικό

Υποκριτήριο 3.1

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Προγραμματίσει, διοικήσει και βελτιώσει το ανθρώπινο δυναμικό με διαφάνεια σε συνάρτηση με τη στρατηγική και τον προγραμματισμό της»

Το Υποκριτήριο 3.1 περιλαμβάνει 7 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 24**:

Πίνακας 24: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 3.1

Υποερώτημα	**3.1.1**	**3.1.2**	**3.1.3**	**3.1.4**	**3.1.5**	**3.1.6**	**3.1.7**
STDEV	1.2	1.2	1.3	1.1	1.1	1.2	1.2
Μ.Τ.	2.3	2.3	1.8	2.1	2.2	2.0	2.3

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 3.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 25**:

Πίνακας 25: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 3.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 3.1	2.1
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.4
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Αιτήματα επικουρικού προσωπικού και προσλήψεων, Εγκρίσεις ευέλικτου ωραρίου και αιτημάτων αδειών (Νοσηλευτική Υπηρεσία, Γραφείο Προσωπικού), Τήρηση Νομοθεσίας για κρίσεις προϊσταμένων (Μοριοδότηση), Ανάρτηση πινάκων (Διαφάνεια), Αξιολογήσεις προσωπικού και δυνατότητα ενστάσεων (Αρχείο Γραφείο

	προσωπικού), Μετακινήσεις και ενίσχυση προσωπικού, Προσλήψεις μέσω ΑΣΕΠ επικουρικού προσωπικού, Γραπτές περιγραφές θέσεων εργασίας από αναπτυξη συστήματος ποιότητας ISO 9001, Καρτέλες εκπαίδευσης προσωπικού στο τμήμα από ανάπτυξη συστήματος ποιότητας ISO 9001 , Τμήμα Εκπαίδευσης

Υποκριτήριο 3.2

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Προσδιορίσει, αναπτύξει και χρησιμοποιήσει τις ικανότητες των υπαλλήλων εναρμονίζοντας τις ατομικές επιδιώξεις με τους σκοπούς του Νοσοκομείου»

Το Υποκριτήριο 3.2 περιλαμβάνει 8 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 26**:

Πίνακας 26: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 3.2

Υποερώτημα	**3.2.1**	**3.2.2**	**3.2.3**	**3.2.4**	**3.2.5**	**3.2.6**	**3.2.7**	**3.2.8**
STDEV	1.3	1.2	1.1	1.0	1.1	1.0	1.1	1.3
Μ.Τ.	1.9	2.1	2.0	3.0	2.5	2.3	2.0	1.9

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 3.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 27**:

Πίνακας 27: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 3.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 3.2	2.2
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	2.4
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Τοποθετήσεις απο Νοσηλευτική ή Διοικητική Υπηρεσία με βάσει τις

	αξιολογήσεις, Προγράμματα Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης (ΙΝΕΠ) Προσωπικού, Προτάσεις Προισταμένων και Διευθυντών για την ανάγκη εκπαίδευσης των εργαζομένων

Υποκριτήριο 3.3

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Ενεργοποιήσει τη συμμετοχή του προσωπικού μέσω της ανάπτυξης του ανοικτού διαλόγου και της ενίσχυσης του προσωπικού προκειμένου να ενισχυθεί η ευημερία του»

Το Υποκριτήριο 3.3 περιλαμβάνει 7 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 28**:

Πίνακας 28: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 3.3

Υποερώτημα	**3.3.1**	**3.3.2**	**3.3.3**	**3.3.4**	**3.3.5**	**3.3.6**	**3.3.7**
STDEV	1.2	1.1	1.2	1.1	1.3	1.3	1.4
Μ.Τ.	2.4	2.2	2.0	2.1	2.1	2.4	1.6

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 3.3 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 29**:

Πίνακας 29: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 3.3 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 3.3	2.1
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.0
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Πρακτικά συναντήσεων Διοίκησης με σωματείο εργαζομένων, Ανακοινώσεις σωματείου μετά την επικοινωνία με την Διοίκηση, Εισηγήσεις Προϊσταμένων

	και Διευθυντών προς Επιστημονικό Συμβούλιο, Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας και Διοικητή, Ευέλικτο ωράριο εργασίας, Έγκριση αδειών, Τοποθετήσεις σε λιγότερο απαιτητικά πόστα, Επιπλέον ρεπό προσωπικού ως επιβράβευση (Αρχείο Τμήματος / Τμήμα Προσωπικού)

9.3.4 Κριτήριο Προϋποθέσεων 4: Συνεργασίες και Πόροι

Υποκριτήριο 4.1

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Αναπτύξει και να διαχειριστεί συνεργασίες με άλλους ομοειδείς φορείς»

Το Υποκριτήριο 4.1 περιλαμβάνει 8 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 30**:

Πίνακας 30: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.1

Υποερώτημα	**4.1.1**	**4.1.2**	**4.1.3**	**4.1.4**	**4.1.5**	**4.1.6**	**4.1.7**	**4.1.8**
STDEV	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	1.3	1.2	1.3
Μ.Τ.	2.0	2.0	2.1	2.1	1.9	1.9	2.9	2.0

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 4.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 31**:

Πίνακας 31: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 4.1	2.1
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	1.4
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Προγράμματα εξέτασης ειδικών ομάδων

	φορεων (ομάδες αθλητών, εργαζόμενοι σε βιομηχανίες), Πρακτικά Διοικητικού Συμβουλίου, Δελτία τύπου, Ευχαριστήριες επιστολές από φορείς, Αλλαγές τοποθετήσεων προσωπικού με βάση τις ανάγκες (Τμήμα Προσωπικού)

Υποκριτήριο 4.2

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Αναπτύξει και να εφαρμόσει συνεργασίες με τους πολίτες/ασθενείς»

Το Υποκριτήριο 4.2 περιλαμβάνει 5 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 32**:

Πίνακας 32: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.2

Υποερώτημα	**4.2.1**	**4.2.2**	**4.2.3**	**4.2.4**	**4.2.5**
STDEV	1.4	1.2	1.3	1.4	1.2
Μ.Τ.	1.7	2.5	2.1	2.0	1.8

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 4.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 33**:

Πίνακας 33: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 4.2	2.0
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	4.0
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Ερωτηματολόγια ικανοποίησης (Τμήμα Ποιότητας), Αξιολογήσεις παρατηρήσεων- παραπόνων (Γραφείο Ληπτών υπηρεσιών Υγείας), Διαδικτυακή πύλη Νοσοκομείου,

	Μετρήσεις παραγωγικότητας και σύγκριση των τάσεων αυτής ανά έτος

Υποκριτήριο 4.3

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Διαχειρίζεται τα οικονομικά»

Το Υποκριτήριο 4.3 περιλαμβάνει 9 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 34**:

Πίνακας 34: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.3

Υποερώτημα	**4.3.1**	**4.3.2**	**4.3.3**	**4.3.4**	**4.3.5**	**4.3.6**	**4.3.7**	**4.3.8**	**4.3.9**
STDEV	1.1	1.4	1.3	1.2	1.2	1.2	1.2	1.5	1.3
Μ.Τ.	2.6	2.7	2.7	2.4	2.4	2.2	2.2	2.4	2.1

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 4.3 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 35**:

Πίνακας 35: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.3 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 4.3	2.4
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	4.0
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Ετήσιος ισολογισμός, Ενημέρωση-έγκριση για έσοδα- έξοδα από Διοικητικό Συμβούλιο, Ανάρτηση Διαύγεια, Δείκτες αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου, Μελέτη συγκριτικών στοιχείων προηγούμενων ετών, Πιστώσεις σε Κωδικούς Αριθμούς Εξόδου, Διπλογραφικό σύστημα, Κέντρα κόστους, Στόχευση σε λογιστική αναλυτική, Εγκρίσεις

	Διοικητικού Συμβουλίου, Παρέδρου και ΔΥΠΕ, Έλεγχος δαπανών από ΔΥΠΕ και Κεντρική Διοίκηση, Μελέτες κόστους οφέλους για την παροχή υπηρεσιών καθαριότητας/ ασφάλειας/ εστίασης από το νοσοκομείο και όχι από ανάθεση σε τρίτους, Μελέτη βελτίωσης των χειρουργείων, Αιτήματα για τροποποιήσεις προϋπολογισμού

Υποκριτήριο 4.4

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Διαχειρίζεται την πληροφορία και τη γνώση»

Το Υποκριτήριο 4.4 περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 36**:

Πίνακας 36: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.4

Υποερώτημα	**4.4.1**	**4.4.2**	**4.4.3**	**4.4.4**	**4.4..5**	**4.4.6**
STDEV	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.3
Μ.Τ.	2.5	2.4	2.1	2.3	2.5	1.7

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 4.4 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 37**:

Πίνακας 37: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.4 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 4.4	2.2
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.0
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Κείμενη νομοθεσία, Οργανισμός

	Νοσοκομείου, Κανονισμός λειτουργείας Νοσοκομείου, Έγγραφα των Διευθυντών Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας, Εγχειρίδιο Ποιότητας, Συνεργασία εργαζομένων σε κάθε πόστο/ κυκλική απασχόληση σε πόστα εργασίας/ προγραμματα υπηρεσιών

Υποκριτήριο 4.5

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Διαχειρίζεται την τεχνολογία»

Το Υποκριτήριο 4.5 περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 38**:

Πίνακας 38: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.5

Υποερώτημα	**4.5.1**	**4.5.2**	**4.5.3**	**4.5.4**	**4.5.5**	**4.5.6**
STDEV	1.2	1.2	1.3	1.2	1.2	1.1
Μ.Τ.	2.5	2.4	2.5	2.5	2.2	2.2

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 4.5 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 39**:

Πίνακας 39: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.5 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 4.5	2.4
ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.2
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Ηλεκτρονικά συστήματα καταγραφής/ ραντεβού/ αρχείου/ κίνησης ιατρείων, Πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων/ αρχείων/ ασφαλιστικού φορέα,

	ηλεκτρονικές διευθύνσεις εργαζομένων από τμήμα μηχανοργάνωσης, Δυνατότητα επικοινωνίας του πολίτη με τις Πληροφορίες του Νοσοκομείου σε καθημερινή 24ωρη βάση (Υπέυθυνο Τμήμα: Γραφείο Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας), Μείωση έντασης εργασίας-αύξηση παραγωγικότητας (αύξηση εξυπηρετούμενων πολιτών), Ανακύκλωση συσκευών, Διαδικασία απόσυρσης, Κανονισμός Διαχείρισης Ιατρικών Αποβλήτων

Υποκριτήριο 4.6

«Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να Διαχειρίζεται τις εγκαταστάσεις του (υποδομές ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των πολιτών/ ασθενών και να υποστηρίζονται οι συνθήκες εργασία του προσωπικού)»

Το Υποκριτήριο 4.6 περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 40**:

Πίνακας 40: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 4.6

Υποερώτημα	**4.6.1**	**4.6.2**	**4.6.3**	**4.6.4**	**4.6.5**	**4.6.6**
STDEV	1.3	1.2	1.2	1.1	1.2	1.2
Μ.Τ.	2.2	3.3	2.3	2.3	2.7	2.5

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 4.6 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 41**:

Πίνακας 41: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 4.6 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 4.6	2.5
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	4.5
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Επιτήρηση χώρων από την ομάδα εργασίας (φωτογραφίες), Συζήτηση με εργαζόμενους, εκτιμήσεις στον τομέα αυτών από τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης (Τμήμα Ποιότητας), Αναφορές βλάβης προς τεχνική υπηρεσία και τμήμα μηχανοργάνωσης, Πρόγραμμα λειτουργίας των Εξωτερικών Ιατρείων, Ωράρια λειτουργίας κάθε ειδικότητας για απόλυτη εκμετάλλευση των χώρων, Κανονισμός Διαχείρισης Ιατρικών Αποβλήτων

9.3.5 Κριτήριο Προϋποθέσεων 5: Διαδικασίες

Υποκριτήριο 5.1

«Σκεφτείτε τι κάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων για να Προσδιορίζει, σχεδιάζει, διαχειρίζεται και εισάγει καινοτομίες στις διαδικασίες σε συνεχή βάση, εμπλέκοντας τα ενδιαφερόμενα μέρη»

Το Υποκριτήριο 5.1 περιλαμβάνει 10 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 42**:

Πίνακας 42: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 5.1

Υποερώτημα	**5.1.1**	**5.1.2**	**5.1.3**	**5.1.4**	**5.1.5**	**5.1.6**	**5.1.7**	**5.1.8**	**5.1.9**	**5.1.10**
STDEV	1.0	1.0	1.1	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2
Μ.Τ.	2.4	2.4	2.2	2.4	2.3	2.2	2.2	2.3	1.8	1.9

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 5.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 43**:

Πίνακας 43: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 5.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 5.1	2.2
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	2.5
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Γραπτή αναφορά από Τμήμα Ποιότητας μετά τον έλεγχο διαδικασίας, Χρήση Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης, Ενημερωτικό υλικό στη διαδικτυακή πύλη του Νοσοκομείου, Έρευνες ικανοποίησης από Τμήμα Ποιότητας, Κείμενη Νομοθεσία, Δείκτες αποδοτικότητας τμήματος Εξωτερικών Ιατρείων

Υποκριτήριο 5.2

«Σκεφτείτε τι κάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων για να Αναπτύσσει και παρέχει υπηρεσίες προσανατολισμένες προς τον πολίτη/ασθενή»

Το Υποκριτήριο 5.2 περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 44**:

Πίνακας 44: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 5.2

Υποερώτημα	**5.2.1**	**5.2.2**	**5.2.3**	**5.2.4**	**5.2.5**	**5.2.6**
STDEV	1.2	1.3	1.4	1.4	1.2	1.3
Μ.Τ.	1.6	1.5	1.7	2.3	2.2	2.7

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 5.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 45**:

Πίνακας 45: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 5.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 5.2	2.0
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.8
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Έρευνες ικανοποίσης του Τμήματος Ποιότητας, Διερεύνηση παραπόνων και αιτημάτων από Γραφείο Δικαιωμάτων, Αρχείο τηλεφωνικών επικοινωνιών σε έκτατες ακυρώσεις ραντεβού, Διαδικτυακή πύλη Νοσοκομείου, Ενημέρωση μέσω του ειδικού τηλεφωνικού κέντρου για λειτουργία ιατρείων, Εξαμηνιαίος απολογισμός από Γραφείο Δικαιωμάτων

Υποκριτήριο 5.3

«Σκεφτείτε τι κάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων για να Συντονίζει τις διαδικασίες στο σύνολο του Τμήματος και με άλλα σχετικά Τμήματα»

Το Υποκριτήριο 5.3 περιλαμβάνει 5 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 46**:

Πίνακας 46: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 5.3

Υποερώτημα	**5.3.1**	**5.3.2**	**5.3.3**	**5.3.4**	**5.3.5**
STDEV	1.2	1.4	1.3	1.3	1.3
M.T.	2.1	2.0	2.0	1.9	2.1

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 5.3 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 47**:

Πίνακας 47: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 5.3 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 5.3	2.0
ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.2
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Εκπροσώπηση πολιτών και εργαζομένων στο Διοικητικό Συμβούλιο, Συνεργασίες συλλόγων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες με Γραφείο Δικαιωμάτων/ Διαχείριση χρηστών Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες από Γραφείο Δικαιωμάτων, Ηλεκτρονική διασύνδεση, Διεπιστημονικές συνεργασίες υπηρεσιών

9.3.6 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 6: Αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/ασθενή/λήπτη υπηρεσιών υγείας

Υποκριτήριο 6.1- ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΟΛΙΤΕΣ-ΑΣΘΕΝΕΙΣ

«Μελετήστε ποια αποτελέσματα πετυχαίνει το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας, μέσω των αποτελεσμάτων των μετρήσεων της αντίληψης που έχετε για το Τμήμα»

Το Υποκριτήριο 6.1 περιλαμβάνει 10 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 48**:

Πίνακας 48: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 6.1

Υποερώτημα	**6.1.1**	**6.1.2**	**6.1.3**	**6.1.4**	**6.1.5**
STDEV	1.3	1.2	1.2	1.5	1.4
Μ.Τ.	3.3	3.2	3.1	3.1	3.1

Υποερώτημα	**6.1.6**	**6.1.7**	**6.1.8**	**6.1.9**	**6.1.10**
STDEV	1.4	1.3	1.2	1.3	1.4
Μ.Τ.	2.8	3.1	3.4	3.2	2.6

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 6.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 49**:

Πίνακας 49: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 6.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 6.1	3.2
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	Η Ομάδα Έργου δεν βαθμολόγησε αυτό το κριτήριο
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Δεν έχει εφαρμογή

Υποκριτήριο 6.2

«Μελετήστε ποια αποτελέσματα έχει επιτύχει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες των πολιτών/ασθενών, μέσω των αποτελεσμάτων των μετρήσεων της απόδοσης του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων»

Το Υποκριτήριο 6.2 περιλαμβάνει 9 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 50**:

Πίνακας 50: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 6.2

Υποερώτημα	6.2.1	6.2.2	6.2.3	6.2.4	6.2.5	6.2.6	6.2.7	6.2.8	6.2.9
STDEV	1.0	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.4	1.2
Μ.Τ.	2.5	2.4	2.2	2.0	2.2	2.2	2.6	2.3	2.4

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 6.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 51**:

Πίνακας 51: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 6.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 6.2	2.3
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.1
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Τεκμηρίωση από Τμήμα Ποιότητας και Γραφείο Δικαιωμάτων, Εκπροσώπηση πολιτών στο Διοικητικό Συμβούλιο, Αλληλογραφία Αναπληρωτή Διοικητή, Ανακλήσεις ή τροποποιήσεις αποφάσεων του τρόπου λειτουργίας των Εξωτερικών Ιατρείων και των ωραρίων τους, Ερευνες ικανοποίησης χρηστών από Τμήμα Ποιότητας, Διαδικτυακή πύλη Νοσοκομείου, Αναρτημένες ανακοινώσεις

9.3.7 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 7: Αποτελέσματα για το Ανθρώπινο Δυναμικό

Υποκριτήριο 7.1

«Μελετήστε τι έχει επιτύχει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ανθρώπινου δυναμικού μέσω των αποτελεσμάτων της μέτρησης της αντίληψης του ανθρώπινου δυναμικού για την οργάνωση»

Το Υποκριτήριο 7.1 περιλαμβάνει 19 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 52**:

Πίνακας 52: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 7.1

Υποερώτημα	**7.1.1**	**7.1.2**	**7.1.3**	**7.1.4**	**7.1.5**
STDEV	1.0	1.2	1.2	1.1	1.0
Μ.Τ.	2.9	1.9	2.5	2.5	2.9

Υποερώτημα	**7.1.6**	**7.1.7**	**7.1.8**	**7.1.9**	**7.1.10**
STDEV	1.2	1.2	1.2	1.2	1.1
Μ.Τ.	2.8	2.1	2.4	2.7	2.6

Υποερώτημα	**7.1.11**	**7.1.12**	**7.1.13**	**7.1.14**	**7.1.15**
STDEV	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3
Μ.Τ.	2.7	2.4	2.6	2.7	2.7

Υποερώτημα	**7.1.16**	**7.1.17**	**7.1.18**	**7.1.19**
STDEV	1.3	1.2	1.2	1.2
Μ.Τ.	2.8	2.5	2.3	2.4

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 7.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 53**:

Πίνακας 53: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 7.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 7.1	2.5
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.6
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Θετικές εκτιμήσεις σε διερεύνηση γνώμης άλλων τμημάτων από Ομάδα εργασίας του ΚΠΑ, Πρακτικά συναντήσεων προϊσταμένων με Διοικηση, Νόμοι που διέπουν λειτουργία Εθνικού Συστήματος

	Υγείας, Υπαλληλικός κώδικας, Εκπαιδευικές συναντήσεις Ινστιτούτο Επιμόρφωσης/ ΙΝΕΠ (Τμήμα Εκπαίδευσης), Προγράμματα υπηρεσιών, Μέτρηση δεικτών αποτελεσματικότητας (χρόνοι αναμονής για κλείσιμο ραντεβού), Αρχείο αναφορών δυσλειτουργιών, Ανάπτυξη συστήματος ποιότητας/ διατήρηση αρχείων/ καθολική χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων, Κοινή επισκόπηση χώρου από την ομάδα εργασίας, Έγκριση επιθυμητών προγραμμάτων εργασίας και αιτούμενων αδειών (βιβλίο επιθυμιών προγράμματος), Ευέλικτο ωράριο/ μικρός αριθμός νυχτερινών βαρδιών, Υπερωριακή απασχόληση όταν δεν έχει ολοκληρωθεί μια ιατρική πράξη (πχ ενδοσκόπηση), Αναφορές Ιατρών Εργασίας και Τεχνικού Ασφαλείας, Ίσος αριθμός βαρδιών (Πρόγραμμα εργασίας)/ κατανομή πόστων/ αρχείο εκπαιδεύσεων, Προγράμματα εκπαίδευσης (Τμήμα μηχανοργάνωσης, Τμήμα Εκπαίδευσης)

Υποκριτήριο 7.2

«Μελετήστε τι έχει επιτύχει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες του ανθρώπινου δυναμικού μέσω Δεικτών αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού»

Το Υποκριτήριο 7.2 περιλαμβάνει 11 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 54**:

Πίνακας 54: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 7.2

Υποερώτημα	**7.2.1**	**7.2.2**	**7.2.3**	**7.2.4**	**7.2.5**
STDEV	1.7	1.3	1.1	1.2	1.0
Μ.Τ.	2.4	1.9	2.3	2.2	2.9

1ποερώτημα	**7.2.6**	**7.2.7**	**7.2.8**	**7.2.9**	**7.2.10**	**7.2.11**
STDEV	1.0	0.8	1.1	0.9	1.2	1.3
Μ.Τ.	2.4	3.2	2.6	2.2	2.0	2.1

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 7.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 55**:

Πίνακας 55: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 7.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 7.2	2.4
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	2.9
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Αρχείο τμήματος προσωπικού, Αρχείο Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας, Δείκτες Τμήματος (Αρχείο Διοικητή), Πλειοψηφία των διαδικασιών που σχετίζονται με την καταγραφή των ασθενών γίνεται με ηλεκτρονικά συστήματα/ υπαρχουν όμως και φυσικά αρχεία εντός των ιατρείων, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης/ ΙΝΕΠ/ Εκπαιδεύσεις ιατρών σε νέα αντικείμενα για ανάπτυξη αντίστοιχων ιατρείων, Αρχείο παραπόνων/ γραπτές αναφορές, Προγράμματα εργασίας-αναφορές προϊσταμένων

9.3.8 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 8: Αποτελέσματα σχετικά με την Κοινωνία

Υποκριτήριο 8.1- ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

«Σκεφτείτε τι επιτυγχάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου σχετικά με την κοινωνική ευθύνη του, μέσω των αποτελεσμάτων των Μετρήσεων Αντίληψης»

Καθώς το υποκριτήριο αυτό συμπληρώθηκε μόνο από έναν κοινωνικό φορέα, οι αντίστοιχες απαντήσεις δεν έχουν συμπεριληφθεί στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Όπως και για το Υποκριτήριο 6.1, έτσι και για το Υποκριτήριο 8.1 η Ομάδα Έργου δεν έδωσε δική της βαθμολογία βάσει συγκεκριμένης τεκμηρίωσης. (**Πίνακας 56**):

Πίνακας 56: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 8.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	Η Ομάδα Έργου δεν βαθμολόγησε αυτό το κριτήριο
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Δεν έχει εφαρμογή

Υποκριτήριο 8.2- ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

«Σκεφτείτε τι επιτυγχάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου σχετικά με την κοινωνική ευθύνη του, μέσω των αποτελεσμάτων των μετρήσεων απόδοσης σχετικά με την κοινωνία»

Καθώς το υποκριτήριο αυτό συμπληρώθηκε μόνο από έναν κοινωνικό φορέα, οι αντίστοιχες απαντήσεις δεν έχουν συμπεριληφθεί στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Όπως και για τα Υποκριτήρια 6.1 και 8.1, έτσι και για το Υποκριτήριο 8.2 η Ομάδα Έργου δεν έδωσε δική της βαθμολογία βάσει συγκεκριμένης τεκμηρίωσης (**Πίνακας 57)**:

Πίνακας 57: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 8.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	Η Ομάδα Έργου δεν βαθμολόγησε αυτό το κριτήριο
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Δεν έχει εφαρμογή

9.3.9 Κριτήριο Αποτελεσμάτων 9: Κύρια Αποτελέσματα

Υποκριτήριο 9.1

«Αποτίμηση των αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, σε σχέση με τις εξωτερικές επιδόσεις: εκροές και αποτελέσματα σε στόχους»

Το Υποκριτήριο 9.1 περιλαμβάνει 6 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 58**:

Πίνακας 58: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 9.1

Υποερώτημα	**9.1.1**	**9.1.2**	**9.1.3**	**9.1.4**	**9.1.5**	**9.1.6**
STDEV	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.8
Μ.Τ.	3.3	2.9	2.9	2.9	3.1	3.2

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 9.1 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 59**:

Πίνακας 59: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 9.1 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 9.1	3.1
ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	3.5
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Δείκτες παραγωγικότητας (Αρχείο Διοίκησης), Στοιχεία οικονομικής υπηρεσίας, Ηλεκτρονικά αρχεία

	ασθενών/ αύξηση του αριθμού των εξεταζομένων/ μείωση χρόνου εξέτασης/ μείωση χρόνου αναμονής για ραντεβού (Δείκτες)

Υποκριτήριο 9.2

«Αποτίμηση των αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, σε σχέση με τις εσωτερικές επιδόσεις: επίπεδο της αποδοτικότητας»

Το Υποκριτήριο 9.2 περιλαμβάνει 15 υποερωτήματα με τις τυπικές αποκλίσεις (STDEV) και μέσες τιμές (Μ.Τ.) που αναγράφονται στον **Πίνακα 60**:

Πίνακας 60: Τυπικές Αποκλίσεις και Μέσες Τιμές Υποερωτημάτων Υποκριτηρίου 9.2

Υποερώτημα	**9.2.1**	**9.2.2**	**9.2.3**	**9.2.4**	**9.2.5**
STDEV	1.2	0.9	1.1	1.2	1.2
Μ.Τ.	2.4	2.8	2.5	2.6	3.2

Υποερώτημα	**9.2.6**	**9.2.7**	**9.2.8**	**9.2.9**	**9.2.10**
STDEV	0.9	1.1	1.3	1.3	1.2
Μ.Τ.	2.8	2.7	2.3	2.3	2.8

Υποερώτημα	**9.2.11**	**9.2.12**	**9.2.13**	**9.2.14**	**9.2.15**
STDEV	1.1	1.2	1.1	1.4	1.4
Μ.Τ.	2.9	2.8	3.1	2.7	2.6

Η μέση βαθμολογία του Υποκριτηρίου 9.2 και η σχετική τεκμηρίωση παρουσιάζονται στον **Πίνακα 61**:

Πίνακας 61: Βαθμολογία Υποκριτηρίου 9.2 και Σχετική Τεκμηρίωση

ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΡΙΤΗΡΙΟΥ 9.2	2.7
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΟΥ	2.7
ΥΛΙΚΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ	Πρακτικά συναντήσεων Διοίκησης/ Διευθυντών/ Προϊσταμένων, Αναφορές δυσλειτουργειών (Αρχείο Τμήματος), Βελτίωση δεικτών (Αρχείο Διοίκησης), Δείκτες παραγωγικότητας (Αρχείο Διοίκησης), Ικανοποίηση αιτημάτων προμηθειών (τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων, Τμήμα Προμηθειών), Χρηματοδότηση του Νοσοκομείου, Ισολογισμός/ Στοιχεία Οικονομικής Υπηρεσίας, Ανάπτυξη Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας- δεν έχει πιστοποιηθεί, Ανάκληση / τροποποίηση αποφάσεων, Συστηματική μετρηση δεικτών

Μέση βαθμολογία των κριτηρίων και υποκριτηρίων

Στον Πίνακα που ακολουθεί (**Πίνακας 62**) παρουσιάζεται η μέση βαθμολογία των 9 κριτηρίων και των 28 υποκριτηρίων του ΚΠΑ σχετικά με τη διοικητική απόδοση των ΤΕΙ, όπως προέκυψε από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων του προσωπικού των ΤΕΙ και των πολιτών. Για κάθε κριτήριο- υποκριτήριο εντός παρένθεσης παρατίθεται συγκριτικά η αντίστοιχη βαθμολογία της Ομάδας Έργου. Όπως έχει προαναφερθεί η Ομάδα Έργου δεν έχει δώσει βαθμολογία μόνο για τα υποκριτήρια 6.1, 8.1 & 8.2:

Πίνακας 62: Βαθμολογία των 9 Κριτηρίων και των 28 Υποκριτηρίων του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης (ΚΠΑ) Σχετικά με τη Διοικητική Απόδοση των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) του Νοσοκομείου εκπόνησης της εργασίας

1ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΗΓΕΣΙΑ	
Υποκριτήριο 1.1	2.5 (3)
Υποκριτήριο 1.2	2.6 (3.6)
Υποκριτήριο 1.3	2.2 (3.7)
Υποκριτήριο 1.4	2.4 (3.4)

Συνολική μέση βαθμολογία 1ου κριτηρίου	**2.4 (3.4)**
2ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	
Υποκριτήριο 2.1	2.3 (3.3)
Υποκριτήριο 2.2	2.2 (3.2)
Υποκριτήριο 2.3	2.1 (3.2)
Υποκριτήριο 2.4	2.3 (3.6)
Συνολική μέση βαθμολογία 2ου κριτηρίου	**2.2 (3.3)**
3Ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	
Υποκριτήριο 3.1	2.1 (3.4)
Υποκριτήριο 3.2	2.2 (2.4)
Υποκριτήριο 3.3	2.1 (3.0)
Συνολική μέση βαθμολογία 3ου κριτηρίου	**2.2 (2.9)**
4ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΡΟΙ	
Υποκριτήριο 4.1	2.1 (1.4)
Υποκριτήριο 4.2	2.0 (4.0)
Υποκριτήριο 4.3	2.4 (4.0)
Υποκριτήριο 4.4	2.2 (3.0)
Υποκριτήριο 4.5	2.4 (3.2)
Υποκριτήριο 4.6	2.5 (4.5)
Συνολική μέση βαθμολογία 4ου κριτηρίου	**2.3 (3.35)**

5ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ	
Υποκριτήριο 5.1	2.2 (2.5)
Υποκριτήριο 5.2	2.0 (3.8)
Υποκριτήριο 5.3	2.0 (3.2)
Συνολική μέση βαθμολογία 5ου κριτηρίου	**2.1 (3.2)**
6ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΠΟΛΙΤΗ	
Υποκριτήριο 6.1	3.1
Υποκριτήριο 6.2	2.3 (3.1)
Συνολική μέση βαθμολογία 6ου κριτηρίου	**2.7 (3.1)**
7ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ	
Υποκριτήριο 7.1	2.5 (3.6)
Υποκριτήριο 7.2	2.4 (2.9)
Συνολική μέση βαθμολογία 7ου κριτηρίου	**2.5 (3.25)**
8ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	

Υποκριτήριο 8.1	Καθώς το κριτήριο αυτό συμπληρώθηκε μόνο από έναν κοινωνικό φορέα, οι αντίστοιχες απαντήσεις δεν έχουν συμπεριληφθεί στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων και δεν είναι δυνατή η εξαγωγή μέσης βαθμολογίας από την πλευρά των κοινωνικών εταίρων
Υποκριτήριο 8.2	
Συνολική μέση βαθμολογία 8ου κριτηρίου	
9ο ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΙΔΟΣΗΣ	
Υποκριτήριο 9.1	3.1 (3.5)
Υποκριτήριο 9.2	2.7 (2.7)
Συνολική μέση βαθμολογία 9ου κριτηρίου	**2.9 (3.1)**
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΜΕΣΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ *(ΕΞΑΙΡΕΙΤΑΙ ΤΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ 8)*	**2.1 (3.2)**

Μόνο για τα ερωτηματολόγια που ελήφθησαν από το προσωπικό του υπό αξιολόγηση τμήματος και τους πολίτες, ο παρακάτω πίνακας (**Πίνακας 63**) παρουσιάζει για κάθε υποερώτημα όλων των υποκριτηρίων τα ποσοστά των απαντήσεων που ελήφθησαν σε κάθε βαθμολογική κατηγορία (από τη βαθμολογική κατηγορία 0 έως και τη βαθμολογική κατηγορία 5):

Πίνακας 63: Ποσοστά απαντήσεων που ελήφθησαν σε κάθε βαθμολογική κατηγορία για κάθε υποερώτημα όλων των υποκριτηρίων

	Σύνολο απαντήσεων	**Καθόλου (0)**		**Πολύ λίγο (1)**		**Λίγο (2)**		**Πολύ (3)**		**Πάρα πολύ (4)**		**Απόλυτα (5)**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1.1.1	**40**	1	**2.5**	4	**10**	13	**32.5**	15	**37.5**	**5**	**12.5**	**2**	**5**
1.1.2	**40**	2	**5**	4	**10**	13	**32.5**	15	**37.5**	**5**	**12.5**	**1**	**2.5**
1.1.3	**40**	1	**2.5**	4	**10**	15	**37.5**	13	**32.5**	**7**	**17.5**	**0**	**0**
1.1.4	**40**	3	**7.5**	6	**15**	9	**22.5**	14	**35**	**7**	**17.5**	**1**	**2.5**
1.1.5	**40**	4	**10**	5	**12.5**	15	**37.5**	10	**25**	**4**	**10**	**2**	**5**
1.1.6	**40**	3	**7.5**	7	**17.5**	11	**27.5**	10	**25**	**8**	**20**	**1**	**2.5**
1.2.1	**40**	2	**5**	3	**7.5**	12	**30**	12	**30**	**9**	**22.5**	**2**	**5**
1.2.2	**40**	1	**2.5**	4	**10**	11	**27.5**	13	**32.5**	**8**	**20**	**3**	**7.5**
1.2.3	**40**	2	**5**	3	**7.5**	20	**50**	7	**17.5**	**7**	**17.5**	**1**	**2.5**
1.2.4	**40**	3	**7.5**	6	**15**	9	**22.5**	16	**40**	**5**	**12.5**	**1**	**2.5**
1.2.5	**40**	0	**0**	9	**22.5**	9	**22.5**	11	**27.5**	**8**	**20**	**3**	**7.5**
1.2.6	**39**	0	**0**	5	**12.8**	8	**20.5**	12	**30.8**	**11**	**28.2**	**3**	**7.7**
1.2.7	**39**	4	**10.3**	8	**20.5**	9	**23.1**	9	**23.1**	**9**	**23.1**	**0**	**0**
1.2.8	**40**	5	**12.5**	9	**22.5**	9	**22.5**	11	**27.5**	**5**	**12.5**	**1**	**2.5**
1.3.1	**40**	2	**5**	10	**25**	9	**22.5**	10	**25**	**5**	**12.5**	**4**	**10**
1.3.2	**40**	2	**5**	7	**17.5**	19	**47.5**	7	**17.5**	**3**	**7.5**	**2**	**5**

1.3.3	40	7	17.5	5	12.5	13	32.5	9	22.5	4	10	2	5
1.3.4	40	8	20	9	22.5	10	25	7	17.5	4	10	2	5
1.3.5	39	5	12.8	10	25.6	10	25.6	6	15.4	6	15.4	2	5.1
1.3.6	39	4	10.3	10	25.6	9	23.1	11	28.2	3	7.7	2	5.1
1.3.7	40	2	5	5	12.5	11	27.5	10	25	11	27.5	1	2.5
1.3.8	40	3	7.5	9	22.5	13	32.5	11	27.5	2	5	2	5
1.3.9	40	4	10	10	25	14	35	8	20	2	5	2	5
1.4.1	39	2	5.1	7	17.9	8	20.5	12	30.8	10	25.6	0	0
1.4.2	39	2	5.1	6	15.4	6	15.4	17	43.6	7	17.9	1	2.6
1.4.3	38	1	2.6	11	28.9	10	26.3	7	18.4	9	23.7	0	0
1.4.4	38	0	0	5	13.2	13	34.2	11	28.9	7	18.4	2	5.3
1.4.5	37	4	10.8	8	21.6	11	29.7	11	29.7	3	8.1	0	0
1.4.6	37	5	13.5	7	18.9	8	21.6	9	24.3	8	21.6	0	0
1.4.7	39	5	12.8	7	17.9	12	30.8	9	23.1	5	12.8	1	2.6
1.4.8	38	4	10.5	7	18.4	9	23.7	10	26.3	7	18.4	1	2.6
2.1.1	37	2	5.4	8	21.6	7	18.9	14	37.8	5	13.5	1	2.7
2.1.2	39	4	10.3	8	20.5	5	12.8	18	46.2	3	7.7	1	2.6
2.1.3	39	3	7.7	11	28.2	7	17.9	12	30.8	5	12.8	1	2.6
2.2.1	39	1	2.6	11	28.2	8	20.5	13	33.3	5	12.8	1	2.6
2.2.2	39	2	5.1	14	35.9	6	15.4	11	28.2	5	12.8	1	2.6
2.2.3	39	3	7.7	11	28.2	8	20.5	13	33.3	4	10.3	0	0
2.2.4	40	4	10	11	27.5	8	20	12	30	4	10	1	2.5
2.2.5	40	3	7.5	6	15	12	30	10	25	8	20	1	2.5
2.2.6	38	3	7.9	10	26.3	7	18.4	13	34.2	5	13.2	0	0
2.3.1	40	5	12.5	8	20	8	20	13	32.5	4	10	2	5
2.3.2	40	5	12.5	10	25	11	27.5	9	22.5	3	7.5	2	5
2.3.3	39	5	12.8	6	15.4	13	33.3	11	28.2	2	5.1	2	5.1
2.3.4	38	5	13.2	6	15.8	11	28.9	10	26.3	5	13.2	1	2.6
2.3.5	40	6	15	5	12.5	15	37.5	11	27.5	1	2.5	2	5
2.4.1	40	6	15	10	25	9	22.5	9	22.5	4	10	2	5
2.4.2	39	7	17.9	8	20.5	10	25.6	6	15.4	6	15.4	2	5.1
2.4.3	39	6	15.4	7	17.9	12	30.8	8	20.5	4	10.3	2	5.1
2.4.4	39	3	7.7	5	12.8	11	28.2	12	30.8	7	17.9	1	2.6
2.4.5	39	2	5.1	3	7.7	10	25.6	11	28.2	12	30.8	1	2.6
3.1.1	39	2	5.1	10	25.6	9	23.1	11	28.2	7	17.9	0	0
3.1.2	40	3	7.5	8	20	11	27.5	12	30	6	15	0	0
3.1.3	38	6	15.8	12	31.6	9	23.7	7	18.4	3	7.9	1	2.6
3.1.4	40	4	10	8	20	13	32.5	11	27.5	4	10	0	0
3.1.5	40	2	5	11	27.5	9	22.5	15	37.5	2	5	1	2.5
3.1.6	40	4	10	13	32.5	7	17.5	12	30	4	10	0	0
3.1.7	39	1	2.6	12	30.8	7	17.9	12	30.8	6	15.4	1	2.6
3.2.1	39	4	10.3	12	30.8	11	28.2	7	17.9	4	10.3	1	2.6
3.2.2	40	3	7.5	12	30	12	30	9	22.5	4	10	1	2.5
3.2.3	39	2	5.1	12	30.8	12	30.8	9	23.1	4	10.3	0	0
3.2.4	39	0	0	3	7.7	10	25.6	12	30.8	13	33.3	1	2.6

3.2.5	39	1	2.6	6	15.4	15	38.5	8	20.5	8	20.5	1	2.6
3.2.6	34	1	2.9	6	17.6	13	38.2	9	26.5	5	14.7	0	0
3.2.7	40	5	12.5	7	17.5	14	35	11	27.5	3	7.5	0	0
3.2.8	40	8	20	5	12.5	13	32.5	10	25	4	10	0	0
3.3.1	39	3	7.7	5	12.8	14	35.9	10	25.6	6	15.4	1	2.6
3.3.2	31	2	6.5	7	22.6	12	38.7	7	22.6	4	12.9	0	0
3.3.3	38	4	10.5	6	15.8	14	36.8	10	26.3	4	10.5	0	0
3.3.4	38	4	10.5	6	15.8	14	36.8	10	26.3	4	10.5	0	0
3.3.5	25	2	8	7	28	6	24	7	28	2	8	1	4
3.3.6	39	3	7.7	9	23.1	6	15.4	14	35.9	6	15.4	1	2.6
3.2.7	40	10	25	12	30	7	17.5	6	15	5	12.5	0	0
4.1.1	40	2	5	6	15	14	35	13	32.5	2	5	0	0
4.1.2	30	3	10	7	23.3	9	30	9	30	2	6.7	0	0
4.1.3	27	2	7.4	7	25.9	7	25.9	8	29.6	3	11.1	0	0
4.1.4	32	5	15.6	4	12.5	12	37.5	7	21.9	3	9.4	1	3.1
4.1.5	26	7	26.9	3	11.5	5	19.2	8	30.8	3	11.5	0	0
4.1.6	30	6	20	5	16.7	6	20	11	36.7	2	6.7	0	0
4.1.7	29	0	0	6	20.7	7	24.1	6	20.7	9	31.0	2	6.9
4.1.8	31	5	16.1	6	19.4	8	25.8	9	29.0	2	6.5	1	3.2
4.2.1	40	10	25	8	20	10	25	9	22.5	1	2.5	2	5
4.2.2	39	1	2.6	6	15.4	15	38.5	8	20.5	6	15.4	3	7.7
4.2.3	39	5	12.8	8	20.5	13	33.3	6	15.4	6	15.4	1	2.6
4.2.4	39	5	12.8	10	25.6	11	28.2	9	23.1	0	0	4	10.3
4.2.5	40	6	15	10	25	15	37.5	5	12.5	3	7.5	1	2.5
4.3.1	40	0	0	9	22.5	10	25	12	30	8	20	1	2.5
4.3.2	40	1	2.5	8	20	10	25	9	22.5	6	15	6	15
4.3.3	40	1	2.5	7	17.5	10	25	10	25	9	22.5	3	7.5
4.3.4	39	1	2.6	8	20.5	14	35.9	7	17.9	7	17.9	2	5.1
4.3.5	39	0	0	11	28.2	10	25.6	10	25.6	6	15.4	2	5.1
4.3.6	38	2	5.3	9	23.7	10	26.3	11	28.9	6	15.8	0	0
4.3.7	37	3	8.1	9	24.3	8	21.6	13	35.1	3	8.1	1	2.7
4.3.8	39	4	10.3	8	20.5	7	17.9	8	20.5	10	25.6	2	5.1
4.3.9	38	4	10.5	10	26.3	10	26.3	7	18.4	7	18.4	0	0
4.4.1	39	1	2.6	9	23.1	12	30.8	8	20.5	6	15.4	3	7.7
4.4.2	39	1	2.6	9	23.1	15	38.5	5	12.8	6	15.4	3	7.7
4.4.3	38	2	5.3	11	28.9	12	31.6	8	21.1	3	7.9	2	5.3
4.4.4	40	2	5	10	25	12	30	8	20	7	17.5	1	2.5
4.4.5	39	3	7.7	2	5.1	14	35.9	12	30.8	7	17.9	1	2.6
4.4.6	39	9	23.1	9	23.1	11	28.2	5	12.8	5	12.8	0	0
4.5.1	40	2	5	6	15	12	30	13	32.5	5	12.5	2	5
4.5.2	40	2	5	8	20	11	27.5	13	32.5	5	12.5	1	2.5
4.5.3	39	3	7.7	5	12.8	13	33.3	7	17.9	10	25.6	1	2.6
4.5.4	40	2	5	6	15	10	25	15	37.5	5	12.5	2	5
4.5.5	39	5	12.8	5	12.8	12	30.8	12	30.8	5	12.8	0	0
4.5.6	39	4	10.3	5	12.8	15	38.5	10	25.6	5	12.8	0	0

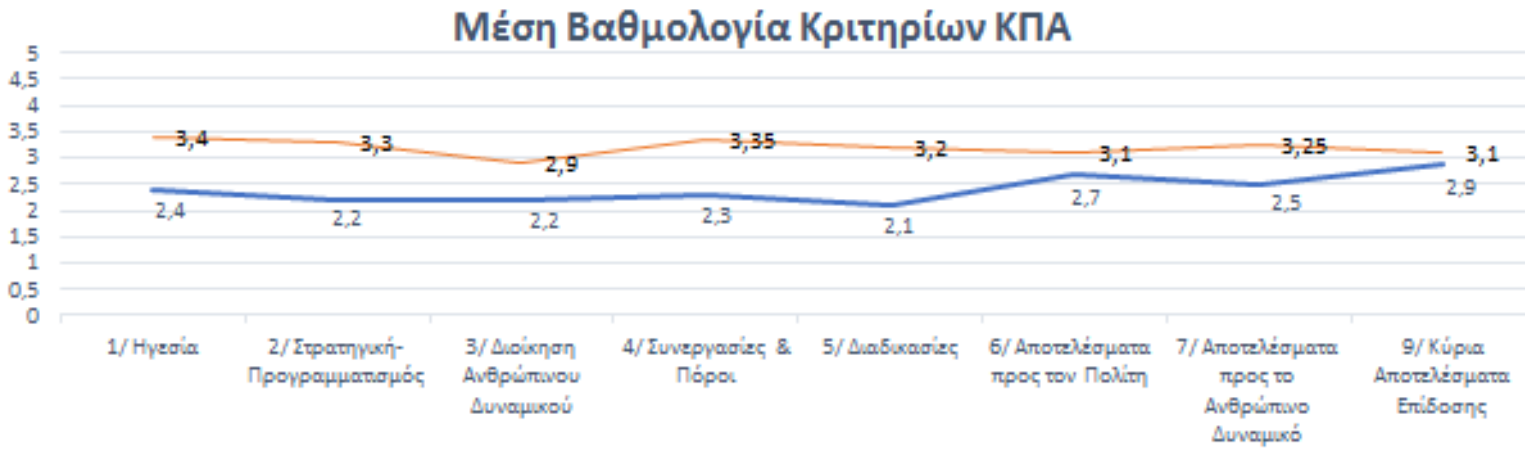
4.6.1	**39**	4	**10.3**	8	**20.5**	10	**25.6**	13	**33.3**	**2**	**5.1**	**2**	**5.1**
4.6.2	**40**	0	**0**	4	**10**	6	**15**	14	**35**	**8**	**20**	**8**	**20**
4.6.3	**39**	4	**10.3**	4	**10.3**	14	**35.9**	12	**30.8**	**3**	**7.7**	**2**	**5.1**
4.6.4	**39**	3	**7.7**	4	**10.3**	14	**35.9**	14	**35.9**	**3**	**7.7**	**1**	**2.6**
4.6.5	**39**	1	**2.6**	5	**12.8**	12	**30.8**	12	**30.8**	**6**	**15.4**	**3**	**7.7**
4.6.6	**39**	1	**2.6**	7	**17.9**	13	**33.3**	10	**25.6**	**6**	**15.4**	**2**	**5.1**
5.1.1	**39**	1	**2.6**	6	**15.4**	15	**38.5**	12	**30.8**	**5**	**12.8**	**0**	**0**
5.1.2	**39**	2	**5.1**	5	**12.8**	14	**35.9**	13	**33.3**	**5**	**12.8**	**0**	**0**
5.1.3	**39**	2	**5.1**	7	**17.9**	17	**43.6**	8	**20.5**	**4**	**10.3**	**1**	**2.6**
5.1.4	**39**	2	**5.1**	3	**7.7**	17	**43.6**	14	**35.9**	**2**	**5.1**	**1**	**2.6**
5.1.5	**39**	2	**5.1**	6	**15.4**	17	**43.6**	9	**23.1**	**4**	**10.3**	**1**	**2.6**
5.1.6	**38**	2	**5.3**	9	**23.7**	11	**28.9**	12	**31.6**	**3**	**7.9**	**1**	**2.6**
5.1.7	**33**	2	**6.1**	6	**18.2**	11	**33.3**	12	**36.4**	**1**	**3.0**	**1**	**3.0**
5.1.8	**37**	2	**5.4**	8	**21.6**	10	**27.0**	13	**35.1**	**3**	**8.1**	**1**	**2.7**
5.1.9	**38**	6	**15.8**	9	**23.7**	12	**31.6**	10	**26.3**	**1**	**2.6**	**0**	**0**
5.1.10	**38**	6	**15.8**	8	**21.1**	12	**31.6**	10	**26.3**	**1**	**2.6**	**1**	**2.6**
5.2.1	**40**	10	**25.0**	7	**17.5**	15	**37.5**	6	**15.0**	**1**	**2.5**	**1**	**2.5**
5.2.2	**39**	11	**28.2**	9	**23.1**	11	**28.2**	6	**15.4**	**1**	**2.6**	**1**	**2.6**
5.2.3	**40**	9	**22.5**	12	**30.0**	8	**20.0**	7	**17.5**	**3**	**7.5**	**1**	**2.5**
5.2.4	**39**	4	**10.3**	9	**23.1**	7	**17.9**	11	**28.2**	**7**	**17.9**	**1**	**2.6**
5.2.5	**37**	2	**5.4**	9	**24.3**	11	**29.7**	10	**27.0**	**4**	**10.8**	**1**	**2.7**
5.2.6	**39**	1	**2.6**	7	**17.9**	10	**25.6**	9	**23.1**	**9**	**23.1**	**3**	**7.7**
5.3.1	**38**	3	**7.9**	10	**26.3**	11	**28.9**	11	**28.9**	**1**	**2.6**	**2**	**5.3**
5.3.2	**38**	7	**18.4**	8	**21.1**	7	**18.4**	11	**28.9**	**4**	**10.5**	**1**	**2.6**
5.3.3	**39**	6	**15.4**	9	**23.1**	9	**23.1**	11	**28.2**	**3**	**7.7**	**1**	**2.6**
5.3.4	**39**	6	**15.4**	11	**28.2**	8	**20.5**	10	**25.6**	**3**	**7.7**	**1**	**2.6**
5.3.5	**39**	5	**12.8**	9	**23.1**	9	**23.1**	11	**28.2**	**4**	**10.3**	**1**	**2.6**
6.1.1	**114**	3	**2.6**	7	**6.1**	15	**13.2**	38	**33.3**	**8**	**24.6**	**23**	**20.2**
6.1.2	**85**	0	**0.0**	9	**10.6**	14	**16.5**	28	**32.9**	**1**	**24.7**	**13**	**15.3**
6.1.3	**115**	2	**1.7**	8	**7.0**	25	**21.7**	36	**31.3**	**9**	**25.2**	**15**	**13.0**
6.1.4	**117**	8	**6.8**	11	**9.4**	20	**17.1**	25	**21.4**	**0**	**25.6**	**23**	**19.7**
6.1.5	**118**	7	**5.9**	11	**9.3**	21	**17.8**	33	**28.0**	**2**	**18.6**	**24**	**20.3**
6.1.6	**107**	8	**7.5**	10	**25.0**	25	**23.4**	31	**29.0**	**5**	**14.0**	**18**	**16.8**
6.1.7	**114**	2	**1.8**	11	**9.6**	21	**18.4**	36	**31.6**	**5**	**21.9**	**19**	**16.7**
6.1.8	**116**	1	**0.9**	5	**4.3**	20	**17.2**	38	**32.8**	**8**	**24.1**	**24**	**20.7**
6.1.9	**116**	4	**3.4**	8	**6.9**	19	**16.4**	32	**27.6**	**3**	**28.4**	**20**	**17.2**
6.1.10	**115**	1	**0.9**	31	**27.0**	27	**23.5**	27	**23.5**	**5**	**13.0**	**14**	**12.2**
6.2.1	**35**	1	**2.9**	3	**8.6**	14	**40.0**	4	**11.4**	**2**	**5.7**	**1**	**2.9**
6.2.2	**35**	3	**8.6**	5	**14.3**	10	**28.6**	11	**31.4**	**5**	**14.3**	**1**	**2.9**
6.2.3	**35**	1	**2.9**	9	**25.7**	9	**25.7**	11	**31.4**	**4**	**11.4**	**1**	**2.9**
6.2.4	**35**	3	**8.6**	8	**22.9**	9	**25.7**	11	**31.4**	**3**	**8.6**	**1**	**2.9**
6.2.5	**35**	4	**11.4**	7	**20.0**	13	**37.1**	7	**20.0**	**3**	**8.6**	**1**	**2.9**

6.2.6	35	3	8.6	6	17.1	14	40.0	5	14.3	6	17.1	1	2.9
6.2.7	34	2	5.9	5	14.7	10	29.4	7	20.6	8	23.5	2	5.9
6.2.8	35	3	8.6	9	25.7	7	20.0	10	28.6	4	11.4	2	5.7
6.2.9	34	2	5.9	6	17.6	10	29.4	9	26.5	6	17.6	1	2.9
7.1.1	36	0	0.0	3	8.3	9	25.0	15	41.7	7	19.4	2	5.6
7.1.2	36	5	13.9	8	22.2	13	36.1	7	19.4	2	5.6	1	2.8
7.1.3	35	3	8.6	3	8.6	10	28.6	13	37.1	5	14.3	1	2.9
7.1.4	35	1	2.9	6	17.1	11	31.4	10	28.6	6	17.1	1	2.9
7.1.5	36	0	0.0	2	5.6	13	36.1	10	27.8	10	27.8	1	2.8
7.1.6	34	1	2.9	2	5.9	14	41.2	6	17.6	9	26.5	2	5.9
7.1.7	36	2	5.6	11	30.6	11	30.6	8	22.2	2	5.6	2	5.6
7.1.8	36	1	2.8	10	27.8	9	25.0	8	22.2	7	19.4	1	2.8
7.1.9	35	1	2.9	5	14.3	9	25.7	11	31.4	7	20.0	2	5.7
7.1.10	36	0	0.0	5	13.9	13	36.1	12	33.3	4	11.1	2	5.6
7.1.11	35	0	0.0	7	20.0	9	25.7	11	31.4	5	14.3	3	8.6
7.1.12	36	1	2.8	7	19.4	15	41.7	6	16.7	5	13.9	2	5.6
7.1.13	36	0	0.0	8	22.2	10	27.8	8	22.2	8	22.2	2	5.6
7.1.14	33	1	3.0	3	9.1	12	36.4	9	27.3	6	18.2	2	6.1
7.1.15	35	1	2.9	6	17.1	7	20.0	12	34.3	6	17.1	3	8.6
7.1.16	36	2	5.6	5	13.9	7	19.4	11	30.6	8	22.2	3	8.3
7.1.17	35	1	2.9	7	20.0	10	28.6	9	25.7	7	20.0	1	2.9
7.1.18	36	2	5.6	6	16.7	13	36.1	9	25.0	5	13.9	1	2.8
7.1.19	36	3	8.3	6	16.7	9	25.0	12	33.3	5	13.9	1	2.8
7.2.1	33	6	18.2	4	12.1	8	24.2	6	18.2	3	9.1	6	18.2
7.2.2	34	6	17.6	9	26.5	7	20.6	8	23.5	4	11.8	0	0.0
7.2.3	34	2	5.9	6	17.6	12	35.3	9	26.5	5	14.7	0	0.0
7.2.4	32	5	15.6	0	0.0	13	40.6	11	34.4	3	9.4	0	0.0
7.2.5	34	0	0.0	4	11.8	6	17.6	16	47.1	7	20.6	1	2.9
7.2.6	34	1	2.9	4	11.8	14	41.2	10	29.4	4	11.8	1	2.9
7.2.7	33	0	0.0	0	0.0	6	18.2	17	51.5	9	27.3	1	3.0
7.2.8	34	1	2.9	3	8.8	11	32.4	13	38.2	4	11.8	2	5.9
7.2.9	33	2	6.1	3	9.1	17	51.5	9	27.3	2	6.1	0	0.0
7.2.10	34	2	5.9	13	38.2	7	20.6	8	23.5	3	8.8	1	2.9
7.2.11	34	3	8.8	10	29.4	8	23.5	6	17.6	7	20.6	0	0.0
9.1.1	34	1	2.9	0	0.0	1	2.9	24	70.6	3	8.8	5	14.7
9.1.2	34	1	2.9	1	2.9	7	20.6	18	52.9	5	14.7	2	5.9
9.1.3	33	1	3.0	0	0.0	9	27.3	15	45.5	6	18.2	2	6.1
9.1.4	33	1	3.0	1	3.0	9	27.3	11	33.3	11	33.3	0	0.0
9.1.5	31	1	3.2	0	0.0	6	19.4	14	45.2	9	29.0	1	3.2
9.1.6	32	0	0.0	0	0.0	6	18.8	15	46.9	9	28.1	2	6.3
9.2.1	34	2	5.9	5	14.7	11	32.4	9	26.5	6	17.6	1	2.9
9.2.2	35	0	0.0	3	8.6	9	25.7	16	45.7	6	17.1	1	2.9
9.2.3	35	1	2.9	5	14.3	11	31.4	11	31.4	6	17.1	1	2.9
9.2.4	34	0	0.0	6	17.6	11	32.4	9	26.5	6	17.6	2	5.9
9.2.5	34	0	0.0	3	8.8	8	23.5	8	23.5	10	29.4	5	14.7

9.2.6	**35**	0	**0.0**	2	**5.7**	12	**34.3**	15	**42.9**	**4**	**11.4**	**2**	**5.7**
9.2.7	**33**	1	**3.0**	3	**9.1**	10	**30.3**	12	**36.4**	**5**	**15.2**	**2**	**6.1**
9.2.8	**35**	5	**14.3**	3	**8.6**	12	**34.3**	9	**25.7**	**5**	**14.3**	**1**	**2.9**
9.2.9	**33**	4	**12.1**	4	**12.1**	10	**30.3**	8	**24.2**	**6**	**18.2**	**1**	**3.0**
9.2.10	**32**	1	**3.1**	4	**12.5**	6	**18.8**	12	**37.5**	**8**	**25.0**	**1**	**3.1**
9.2.11	**33**	1	**3.0**	3	**9.1**	6	**18.2**	11	**33.3**	**11**	**33.3**	**1**	**3.0**
9.2.12	**33**	1	**3.0**	5	**15.2**	6	**18.2**	11	**33.3**	**8**	**24.2**	**2**	**6.1**
9.2.13	**34**	0	**0.0**	3	**8.8**	7	**20.6**	10	**29.4**	**12**	**35.3**	**2**	**5.9**
9.2.14	**34**	3	**8.8**	3	**8.8**	8	**23.5**	9	**26.5**	**9**	**26.5**	**2**	**5.9**
9.2.15	**34**	4	**11.8**	3	**8.8**	9	**26.5**	6	**17.6**	**11**	**32.4**	**1**	**2.9**

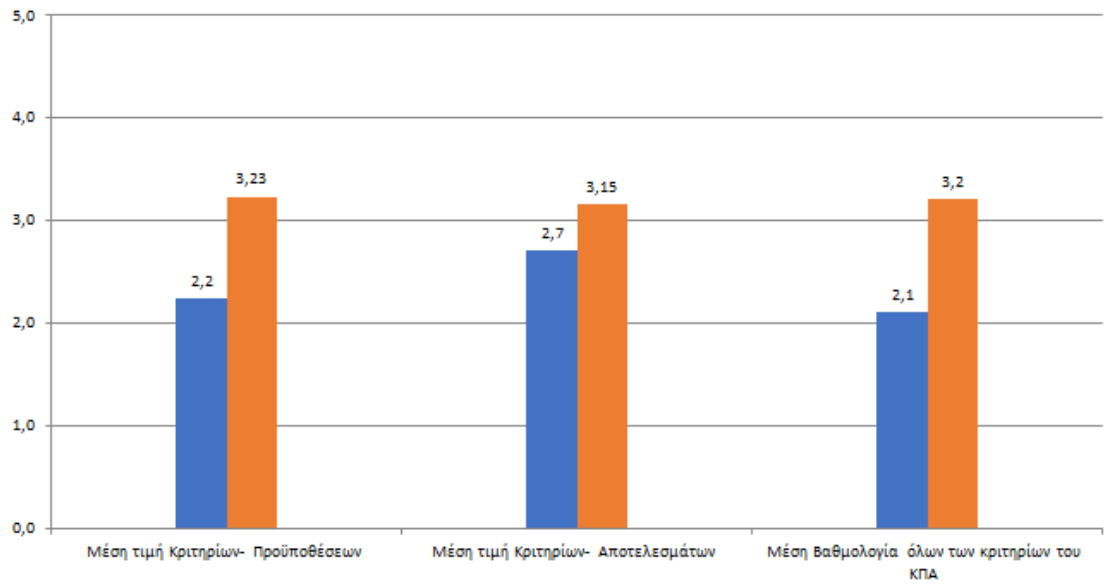
Στην παρακάτω εικόνα (**Εικόνα 11**) παρουσιάζεται η γραφική παράσταση των βαθμολογιών των κριτηρίων του ΚΠΑ. Με μπλε γραμμή αναπαριστάται η βαθμολογία που προέκυψε από το προσωπικό του υπό αξιολόγηση τμήματος και τους πολίτες, ενώ με κόκκινη γραμμή η βαθμολογία της Ομάδας Έργου με βάση τη διαθέσιμη τεκμηρίωση:

Εικόνα 11: Γραφική παράσταση βαθμολογιών των κριτηρίων του ΚΠΑ



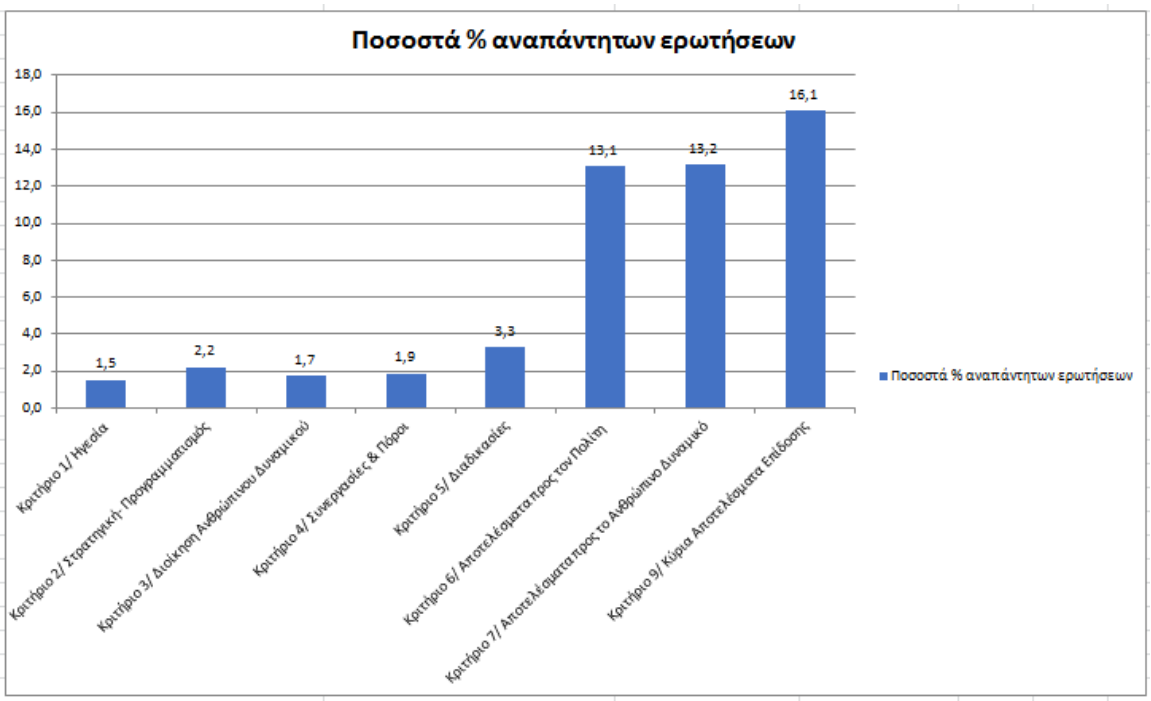
Στην **Εικόνα 12** παρουσιάζεται γραφικά η συνολική μέση βαθμολογία όλων των κριτηρίων του ΚΠΑ, συγκριτικά με τη μέση τιμή των Κριτηρίων- Προϋποθέσεων και των Κριτηρίων- Αποτελεσμάτων. Με το μπλε χρώμα αναπαριστώνται οι βαθμολογίες που προέκυψα από το προσωπικό του υπό αξιολόγηση τμήματος και τους πολίτες, ενώ με το κόκκινο χρώμα η βαθμολογία της Ομάδας Έργου με βάση τη διαθέσιμη τεκμηρίωση:

Εικόνα 12: Μέση Βαθμολογία όλων των κριτηρίων του ΚΠΑ συγκριτικά με τη μέση τιμή των Κριτηρίων- Προϋποθέσεων και των Κριτηρίων- Αποτελεσμάτων



Για τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από το προσωπικό και τους πολίτες, στην **Εικόνα 13** παρουσιάζονται γραφικά τα ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων ανά κριτήριο ΚΠΑ:

Εικόνα 13: Ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων ανά Κριτήριο ΚΠΑ



10. Συζήτηση- Συμπεράσματα

10.1 Σχολιασμός αποτελεσμάτων

Όπως προκύπτει από τα προηγούμενα, με βάση τη βαθμολογία από το προσωπικό των ΤΕΙ του υπό έρευνα Νοσοκομείου και τους πολίτες, όλα τα κριτήρια του ΚΠΑ στο υπό έρευνα Νοσοκομείο βρίσκονται στη Βαθμολογική Κλίμακα 2- «ΛΙΓΟ» , που αντιστοιχεί στον Βαθμό 31-50 και δηλώνει σχετική ικανοποίηση για τις αντίστοιχες δραστηριότητες. Με βάση τη βαθμολογία που έδωσε η Ομάδα Έργου βάσει της υπάρχουσας τεκμηρίωσης όλα τα κριτήρια βρίσκονται στη Βαθμολογική Κλίμακα 3- «ΠΟΛΥ», που αντιστοιχεί στο Βαθμό 51-70 και δηλώνει ικανοποίηση για τις αντίστοιχες δραστηριότητες (**Εικόνα 11**).

Από τη βαθμολογία του προσωπικού και των πολιτών, τη μικρότερη βαθμολογία από όλα τα κριτήρια συγκέντρωσε το Κριτήριο 5- Διαδικασίες (2.1) και τη μεγαλύτερη το Κριτήριο 9- Κύρια Αποτελέσματα Επίδοσης (2.9) (**Εικόνα 11**).

Με βάση τη βαθμολογία της Ομάδας Έργου, τη μικρότερη βαθμολογία έλαβε το Κριτήριο 3- Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (2.9) και τη μεγαλύτερη το Κριτήριο 4- Συνεργασίες & Πόροι (3.35) (**Εικόνα 11**).

Με βάση τη βαθμολογία του προσωπικού και των πολιτών, αξίζει να σημειωθεί η διαφορά στις μέσες βαθμολογίες των Κριτηρίων- Προϋποθέσεων (Κριτήρια 1-5) και των Κριτηρίων Αποτελεσμάτων (Κριτήρια 6-9), οι οποίες είναι 2.2 και 2.7, αντίστοιχα (**Εικόνα 12**). Το αποτέλεσμα αυτό δηλώνει πως ο Οργανισμός πετυχαίνει συγκριτικά καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τις προϋποθέσεις που συντρέχουν. Η ερμηνεία αυτή θα πρέπει ωστόσο να διατυπωθεί συγκρατημένα, καθώς δεν πρέπει να παραλείπεται πως στη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων για τα Κριτήρια Αποτελεσμάτων δεν έχει συμπεριληφθεί το Κριτήριο 8- Αποτελέσματα σχετικά με την Κοινωνία, αφού το κριτήριο αυτό συμπληρώθηκε μόνο από έναν κοινωνικό φορέα, επομένως οι αντίστοιχες απαντήσεις δεν έχουν συμπεριληφθεί στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων. Ακόμα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα Κριτήρια Αποτελεσμάτων 6- Αποτελέσματα προσανατολισμένα στον Πολίτη/ Ασθενή/ Λήπτη Υπηρεσιών Υγείας, 7- Αποτελέσματα για το Ανθρώπινο Δυναμικό και 9- Κύρια Αποτελέσματα σημείωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά αναπάντητων ερωτήσεων (**Εικόνα 13**), κάτι που αποτελεί περιοριστικό παράγοντα και πρέπει να συνυπολογιστεί στην ερμηνεία του παραπάνω αποτελέσματος.

Με βάση τη βαθμολογία της Ομάδας Έργου, αξίζει να σημειωθεί η ισορροπία μεταξύ των μέσων βαθμολογιών των Κριτηρίων- Προϋποθέσεων (3.23) και των Κριτηρίων- Αποτελεσμάτων (3.15), που δηλώνει ότι με βάση τη διαθέσιμη τεκμηρίωση τα αποτελέσματα

που επιτυγχάνει το τμήμα των ΤΕΙ είναι ανάλογα με τις ισχύουσες προϋποθέσεις (**Εικόνα 12**).

Συνολικά, το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης για το υπό μελέτη τμήμα του συγκεκριμένου Νοσοκομείου λαμβάνει (**Εικόνα 12**):

- Μέση βαθμολογία 2.1 από την πλευρά του προσωπικού και των πολιτών, οπτική που και υποδηλώνει το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας του τμήματος των ΤΕΙ
- Μέση βαθμολογία 3.2 από την πλευρά της Ομάδας Έργου, οπτική που υποδηλώνει το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας του τμήματος των ΤΕΙ

Η Ομάδα Έργου στην έκθεση αξιολόγησης θα πρέπει να λάβει υπόψη τη διαφορά στις δύο αυτές οπτικές, να την ερμηνεύσει και να προσπαθήσει να τη γεφυρώσει με τον κατάλληλο προγραμματισμό βελτιωτικών δράσεων.

Από το προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα αρκετά ερωτηματολόγια ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα. Μεγαλύτερο ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων σημειώθηκε στα Κριτήρια Αποτελεσμάτων 6- Αποτελέσματα προσανατολισμένα στον Πολίτη/ Ασθενή/ Λήπτη Υπηρεσιών Υγείας, 7- Αποτελέσματα για το Ανθρώπινο Δυναμικό και 9- Κύρια Αποτελέσματα (**Εικόνα 13**). Ίσως αυτό το εύρημα να αποτελεί μια ένδειξη ότι τα ερωτηματολόγια θα μπορούσαν να είχαν διαμορφωθεί καταλληλότερα, ώστε να είναι πιο απλοποιημένες οι έννοιες στα αντίστοιχα ερωτήματα ή ότι χρειάζεται καλύτερη επικοινωνία εντός του οργανισμού, ώστε όλο το προσωπικό να είναι ενημερωμένο για τις κύριες εξωτερικές επιδόσεις, τις εκροές και τα αποτελέσματα σε στόχους του Οργανισμού.

10.2 Δυσκολίες κατά την εφαρμογή του ΚΠΑ στο Νοσοκομείο εκπόνησης της έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας σημειώθηκαν οι ακόλουθες δυσκολίες στην εφαρμογή του ΚΠΑ:

Καταρχήν, καθώς δεν υπήρχε προηγούμενη σχετική εμπειρία, έπρεπε όλα τα μέλη της Ομάδας Έργου να εξοικειωθούν με προσωπική μελέτη με τις αρχές και τη φιλοσοφία του ΚΠΑ, ώστε να μπορέσουν στη συνέχεια να μεταδώσουν την αξία της εφαρμογής του στη Διοίκηση του Νοσοκομείου και κατ' επέκταση σε όλον τον Οργανισμό. Σε αυτό βοήθησε η πρώτη γενική συνάντηση- εκπαίδευση του προσωπικού του Νοσοκομείου, στο οποίο παραβρέθηκε η Διοίκηση του Οργανισμού και υπογράμμισε τη σημασία του εγχειρήματος.

Περνώντας από τη θεωρία στην πράξη, τα μέλη της Ομάδας Έργου έπρεπε να εξοικειωθούν στη συνέχεια με τη γλώσσα και τις έννοιες του Γενικού Ερωτηματολογίου

ΚΠΑ, να το κατανοήσουν, να το ερμηνεύσουν με κοινό τρόπο και να αρχίσουν να το προσαρμόζουν λεκτικά στην πραγματικότητα και τις ανάγκες του προς αξιολόγηση τμήματος των ΤΕΙ. Η διαδικασία προσαρμογής του ερωτηματολογίου αποδείχτηκε αρκετά χρονοβόρα ως στάδιο της συνολικής εφαρμογής του ΚΠΑ, καθώς τα διαφορετικά μέλη της Ομάδας Έργου είχαν αφενός διαφορετική διοικητική εμπειρία και αφετέρου διαφορετικό τρόπο ερμηνείας ανάλογα με τη θέση ευθύνης τους στον Οργανισμό. Ωστόσο, η πολυφωνία αυτή οδήγησε στη σύνθεση όλων των επιμέρους οπτικών, ώστε να διασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην οριστικοποίηση ενός ερωτηματολογίου που θα ήταν εύστοχο, κατανοητό και θα μπορούσε να συμπληρωθεί εύκολα τόσο από το προσωπικό των ΤΕΙ όσο και τους πολίτες και τους κοινωνικούς εταίρους.

Μια ακόμα δυσκολία ήταν ο συντονισμός μιας μεγάλης διεπιστημονικής ομάδας και ο καθορισμός τακτικών συναντήσεων τόσο μεταξύ των μελών της Ομάδας Έργου όσο και των συναντήσεων- εκπαιδεύσεων του υπόλοιπου προσωπικού του Νοσοκομείου από την Ομάδα Έργου. Καθώς όλες οι σχετικές εργασίες πραγματοποιούνταν εντός του εργασιακού ωραρίου του Νοσοκομείου, έπρεπε η επιλογή των συναντήσεων να γίνεται πολύ προσεκτικά, για να μην υπάρχει παρεμβολή με τις Γενικές Εφημερίες και άλλες προγραμματισμένες υποχρεώσεις, ενώ μέσα στο έντονο περιβάλλον εργασίας του Νοσοκομείου δεν ήταν λίγες οι φορές που κάποιο μέλος απουσίαζε ή έπρεπε να αποχωρήσει εκτάκτως και, για αυτόν τον λόγο, χρειαζόταν να ενημερωθεί σχετικά με την εξέλιξη του έργου σε δεύτερο χρόνο.

Μία επιπρόσθετη δυσκολία κατά την εκπόνηση της μελέτης ήταν ότι κατά τη διάρκειά της άλλαξε η σύνθεση τόσο της Ομάδας Έργου όσο και της Διοίκησης, με την αποχώρηση συγκεκριμένων ατόμων. Η μείωση των μελών της Ομάδας Έργου δυσχέρανε τις εργασίες που είχαν να επιτελέσουν οι εναπομείναντες, ενώ η αλλαγή στην ομάδα Διοίκησης αποτέλεσε έναν προσωρινό παράγοντα ανησυχίας ως προς την απρόσκοπτη υποστήριξη του διαβήματος από την πλευρά της ηγεσίας του Οργανισμού.

Πολύ καλό συντονισμό χρειάστηκε και η διανομή των τελικών ερωτηματολογίων προς όλους τους εμπλεκόμενους. Στο στάδιο αυτό έπρεπε να διασφαλιστεί ότι:

- Όλο το προσωπικό των ΤΕΙ θα λάμβανε από ένα ερωτηματολόγιο και ότι θα μπορούσε να το επιστρέψει διατηρώντας ανωνυμία,
- Το προσωπικό των ΤΕΙ θα μπορούσε να έχει ελεύθερη επικοινωνία με τα άτομα της Ομάδας Έργου καθ' όλο το διάστημα συμπλήρωσης για να επιλύει οποιεσδήποτε απορίες του και να επιτυγχάνεται σωστή και ομοιόμορφη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων,

- Οι πολίτες θα είχαν τη δυνατότητα να επιλύσουν οποιαδήποτε απορία είχαν κατά τη συμπλήρωση του δικού τους ερωτηματολογίου με τη βοήθεια αρμόδιου προσωπικού του Νοσοκομείου &
- Οι κοινωνικοί φορείς θα λάμβαναν ονομαστικά το δικό τους ερωτηματολόγιο λόγω παλαιότερης ή σε εξέλιξη συνεργασίας με το Νοσοκομείο, αλλά θα είχαν και εκείνοι τη δυνατότητα να το επιστρέψουν ανώνυμα

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στο προσωπικό των ΤΕΙ ήταν και τα ογκοδέστερα, με έναν αριθμό σελίδων γύρω στις είκοσι, ενώ τα ερωτηματολόγια προς τους πολίτες και τους κοινωνικούς φορείς αποτελούνταν το καθένα από δύο και τρεις σελίδες, αντίστοιχα.

Ο όγκος σελίδων των ερωτηματολογίων προς τους υπαλλήλους του προς αξιολόγηση τμήματος θα μπορούσε να θεωρηθεί ανασταλτικός παράγοντας για τη συμπλήρωσή τους, λαμβάνοντας υπόψη τις έντονες συνθήκες εργασίας στο Νοσοκομείο και τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής. Για την εξασφάλιση της δέσμευσης των περισσότερων δυνατών υπαλλήλων η Ομάδα Έργου αναγνώρισε ανοιχτά εκ των προτέρων τη συγκεκριμένη δυσκολία και διατήρησε ανοιχτή επικοινωνία με τους ενδιαφερόμενους σε όλα τα στάδια της εφαρμογής. Παράλληλα, η Διοίκηση του Οργανισμού προσπάθησε να έχει διακριτική παρουσία σε όλες τις φάσεις της έρευνας, υπογραμμίζοντας επανειλημμένα τη σπουδαιότητα της εφαρμογής του ΚΠΑ και συνδέοντάς τη με τη στρατηγική και το όραμα του Νοσοκομείου. Δίνοντας τον τόνο προς την κατεύθυνση αυτή το προσωπικό της Διοίκησης ανταποκρίθηκε στην έρευνα με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου του ΚΠΑ.

Παρόλα αυτά, σε όλη τη διάρκεια της μελέτης σημειώθηκε δυσκολία από την πλευρά του προσωπικού του υπό αξιολόγηση τμήματος του Νοσοκομείου να κατανοήσει την έννοια της διοικητικής αυτο-αξιολόγησης στα πλαίσια του ΚΠΑ και να τη διαχωρίσει από την προσωπική αξιολόγηση για συγκεκριμένους υπαλλήλους στα πλαίσια των επαγγελματικής τους επίδοσης. Αυτός ενδεχομένως να ήταν ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που συνετέλεσε στη χαμηλή ανταπόκριση του προσωπικού στην έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο του ΚΠΑ δεν δίνει ως δυνατότητα απάντησης το «Δεν Ξέρω/ Δεν απαντώ» και, όπως διαμορφώθηκε, δε διέθετε ανοιχτά πεδία απαντήσεων, ώστε κάποιος να προσθέσει λεκτικά σχόλια. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά φάνηκε να δυσκολεύουν τόσο το προσωπικό όσο και τους πολίτες στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων τους. Η δυσκολία αυτή διατυπώθηκε τόσο προφορικά, π.χ. κατά τις συνεντεύξεις με πολίτες, όσο και γραπτά πάνω σε ερωτηματολόγια. Αυτό δείχνει ότι η δομή του ερωτηματολογίου του ΚΠΑ θα μπορούσε να είχε γίνει περισσότερο φιλική προς τους χρήστες και σχεδιασμένη έτσι, ώστε να αποτυπώνει το επίπεδο γνώσης και την άποψή τους με μεγαλύτερη διαφάνεια και αποτελεσματικότητα. Ιδιαιτέρως για κάποιο πεδίο ελεύθερου κειμένου, οι χρήστες θα

μπορούσαν εκεί να κάνουν εύγλωττα σχόλια για το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ή για άλλα διοικητικά ζητήματα, υποστηρίζοντας τις αντίστοιχες βαθμολογίες τους, βοηθώντας τον Οργανισμό να κατανοήσει βαθύτερες δυσλειτουργίες του, αλλά και προτείνοντας καινοτόμες βελτιωτικές δράσεις σε επιμέρους περιοχές. Χρειάζεται να αναφερθεί πάνω σε αυτό ότι ο Οδηγός Εφαρμογής του ΚΠΑ (Μιχαλόπουλος, Πολυκράτης and Δημητρίου, 2017) προβλέπει ότι αν και γενικά οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο δεν χρειάζονται αιτιολογία, η Ομάδα Έργου έχει το δικαίωμα να συμπεριλάβει σε αυτό ανοιχτές ερωτήσεις. Ωστόσο, η προσθήκη τέτοιων ερωτήσεων θα πρέπει να γίνεται με προσοχή, γιατί η επεξεργασία των ερωτηματολογίων στην περίπτωση αυτή γίνεται εξαιρετκά δύσκολη, καθώς οι απαντήσεις μπορούν να διακρίνονται από μεγάλο βαθμό ανομοιογένειας και υποκειμενικότητας.

10.2 Περιορισμοί της έρευνας

Συνοψίζοντας, από τα όσα έχουν προαναφερθεί, οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης αφορούν στα ακόλουθα:

1. Χαμηλό ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα από το προσωπικό του υπό αξιολόγηση τμήματος και πολύ χαμηλή συμμετοχή από τους κοινωνικούς φορείς με τους οποίους έχει υπάρξει συνεργασία, με αποτέλεσμα το χαμηλό ποσοστό συνολικής συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων του ΚΠΑ (**Πίνακας 7**). Το αποτέλεσμα αυτό τονίζει την προσπάθεια που θα πρέπει να γίνει για να επικοινωνείται η αξία του ΚΠΑ προς όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αλλά και της πολύ καλής οργάνωσης που χρειάζεται καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της εφαρμογής του ΚΠΑ σε έναν οργανισμό, π.χ. ενδιάμεσες υπενθυμίσεις προς τους συμμετέχοντες. Επιπλέον, όσον αφορά το υγειονομικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα, το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής μπορεί να ερμηνευθεί και ως η ποσοτική έκφραση μιας πεποίθησης εκ μέρους του ότι δεν χωρούν διοικητικές παράμετροι στο κλινικό έργο και ότι το κλινικό έργο αυτό καθ' αυτό είναι η πρώτη τους προτεραιότητα.
2. Από το προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα αρκετά ερωτηματολόγια ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα. Μεγαλύτερο ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων σημειώθηκε στα Κριτήρια Αποτελεσμάτων 6- Αποτελέσματα προσανατολισμένα στον Πολίτη- Ασθενή/ Λήπτη Υπηρεσιών Υγείας, 7- Αποτελέσματα για το Ανθρώπινο Δυναμικό και 9- Κύρια Αποτελέσματα (**Εικόνα 13**). Όπως προαναέρθηκε, ίσως αυτό το εύρημα να αποτελεί μια ένδειξη ότι τα ερωτηματολόγια θα μπορούσαν να είχαν διαμορφωθεί

καταλληλότερα, ώστε να είναι πιο απλοποιημένες οι έννοιες στα αντίστοιχα ερωτήματα ή ότι χρειάζεται καλύτερη επικοινωνία εντός του οργανισμού, ώστε όλο το προσωπικό να είναι ενημερωμένο για τις κύριες εξωτερικές επιδόσεις, τις εκροές και τα αποτελέσματα σε στόχους του Οργανισμού.

3. Η χρονική διάρκεια της έρευνας ήταν από τον Μάιο έως και τον Οκτώβριο 2018, ενώ η διανομή και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε σε διάστημα 8 εβδομάδων από τον Ιούλιο έως και τον Σεπτέμβριο 2018. Το διάστημα διανομής και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων συνέπεσε χρονικά με το διάστημα των καλοκαιρινών διακοπών τόσο για το προσωπικό των ΤΕΙ όσο και για τους πολίτες, με αποτέλεσμα να αποδυναμωθεί η συμμετοχή στην έρευνα.

10.4 Συνεισφορά της μελέτης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην καλύτερη παρακολούθηση και κατανόηση των δυσκολιών που σχετίζονται με την εφαρμογή του ΚΠΑ σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο, υπερθεματίζοντας επί των βασικών προϋποθέσεων που πρέπει να ισχύουν αδιάλειπτα στο εσωτερικό ενός Οργανισμού για την επιτυχημένη εφαρμογή.

Οι βασικές αυτές προϋποθέσεις δεν είναι άλλες από τις 8 Αρχές Αριστείας που προαναφέρθηκαν για το ΚΠΑ στο Κεφάλαιο 6:

1. **Προσανατολισμός στα αποτελέσματα:**

   Η οργάνωση πρέπει να επικεντρώνεται στα αποτελέσματα, προς όφελος όλων των ενδιαφερομένων (Δημόσιες Αρχές, πολίτες/ πελάτες, συνεργάτες και ανθρώπινο δυναμικό της Οργάνωσης) σε συνάρτηση με τους στόχους που έχει θέσει. Όμως, θα πρέπει οι στόχοι αυτοί και τα αναμενόμενα αποτελέσματα να επικοινωνούνται με ομοιομορφία και σαφήνεια στο εσωτερικό της και όλοι οι υπάλληλοί της να έχουν μια ξεκάθαρη εικόνα για το πού βρίσκεται, τι επιτυγχάνει και προς τα πού οδεύει ολόκληρος οργανισμός.

2. **Εστίαση στον πολίτη/ πελάτη:**

   Η οργάνωση επικεντρώνεται στις ανάγκες τόσο των υφιστάμενων όσο και των δυνητικών πολιτών/ πελατών, προωθώντας την ενεργό συμμετοχή τους στην ανάπτυξη των προϊόντων και των υπηρεσιών της οργάνωσης και στη βελτίωση της απόδοσής της. Για να επιτευχθεί αυτό, η οργάνωση θα πρέπει να αξιολογήσει με μεγάλη προσοχή τα αποτελέσματα του Κριτήριου 6 (Αποτελέσματα ως προς τους πολίτες/ ασθενείς) και μέσα από αυτά να προσπαθήσει να αφουγκραστεί και να ανταποκριθεί στις ανάγκες που εκφράζουν οι ίδιοι οι λήπτες των υπηρεσιών υγείας.

3. Ηγεσία και σταθερότητα ως προς τον σκοπό:

Ο ρόλος της ηγεσίας, είτε εκφρασμένης στα πρόσωπα των ατόμων της Διοίκησης ενός οργανισμού είτε εκφρασμένης στα πρόσωπα των ατόμων της Ομάδας Έργου για την εφαρμογή του ΚΠΑ, είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχή εφαρμογή του εργαλείου.

Η Διοίκηση του οργανισμού θα εμπνεύσει για το όραμα και τον σταθερό σκοπό όλης της οργάνωσης και θα παράσχει οποιαδήποτε δυνατή υποστήριξη για την εφαρμογή του ΚΠΑ.

Εξίσου σημαντικός είναι ο ηγετικός ρόλος που θα πρέπει να επιδείξει ολόκληρη η Ομάδα Έργου για να οργανώσει, να συντονίσει, να παρακολουθήσει την έρευνα, εκπαιδεύοντας συνεχώς όλους τους εμπλεκόμενους και μένοντας σε συνεχή επικοινωνία μαζί τους, αλλά και με τη Διοίκηση, για την υπερπήδηση οποιωνδήποτε εμποδίων.

4. Διαχείριση μέσω διαδικασιών και γεγονότων:

Σύμφωνα με την αρχή αυτή το επιθυμητό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται πιο ουσιαστικά όταν οι σχετικοί πόροι και οι δραστηριότητες αντιμετωπίζονται ως διαδικασία και οι αποτελεσματικές αποφάσεις βασίζονται στην ανάλυση των δεδομένων και των πληροφοριών. Είναι πολύ σημαντικό οι υπάλληλοι του οργανισμού να έχουν ενστερνιστεί αυτή τη λογική τεκμηρίωσης και να εργάζονται με τρόπο που το παραγόμενο έργο τους να μπορεί, στο μέτρο του εφικτού, να μετράται και να αποτιμάται ποσοτικά.

5. Ανάπτυξη και συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού:

Το ανθρώπινο δυναμικό σε όλα τα επίπεδα αποτελεί την πεμπτουσία της οργάνωσης. Η πλήρης συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού επιτρέπει την πλήρη αξιοποίηση των ικανοτήτων του προς όφελος της οργάνωσης. Η συνεισφορά των εργαζόμενων θα πρέπει να μεγιστοποιείται μέσω της ανάπτυξης και συμμετοχής, καθώς και μέσω της δημιουργίας ενός εργασιακού περιβάλλοντος που θα διέπεται από κοινές αξίες και κλίμα εμπιστοσύνης, διαφάνειας, ενδυνάμωσης και αναγνώρισης.

Προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να απομακρύνεται άμεσα από τον οργανισμό οποιοσδήποτε παράγοντας υπονομεύει την εμπιστοσύνη και την πλήρη συμμετοχή των εργαζόμενων στην εφαρμογή του ΚΠΑ.

6. Συνεχής μάθηση, καινοτομία και βελτίωση:

Η αριστεία αποτελεί πρόκληση για το ισχύον καθεστώς και ενεργοποιεί την αλλαγή μέσα από τη συνεχή μάθηση, προκειμένου να δημιουργηθούν ευκαιρίες βελτίωσης. Επομένως, η συνεχής βελτίωση θα πρέπει να αποτελεί μόνιμο στόχο της οργάνωσης.

Η ανάγκη της συνεχούς μάθησης και εκπαίδευσης υπογραμμίζεται ιδιαίτερα και κατά την εφαρμογή του ΚΠΑ. Το ΚΠΑ είναι ένα αρκετά δύσκολο εργαλείο για εργαζόμενους που δεν έχουν εξοικειωθεί με τη λογική λειτουργίας του και τη διοικητική του γλώσσα. Ενδεχομένως, για την ορθή εφαρμογή του να χρειάζονται διαφορετικές συναντήσεις της Ομάδας Αυτο-αξιολόγησης με το προσωπικό για την παρουσίαση του εργαλείου, της μεθοδολογίας του, των φάσεων έρευνας που θα πρέπει να περάσει ο οργανισμός, του ρόλου του κάθε εμπλεκόμενου, αλλά και να επιλύονται άμεσα οι οποιεσδήποτε απορίες.

7. Ανάπτυξη συνεργασιών:

Οι οργανισμοίτου Δημόσιου Τομέα χρειάζονται και άλλους Δημόσιους Οργανισμούς για να πετύχουν τους στόχους τους.

Είναι ζωτικής σημασίας οι υπάλληλοι του οργανισμού να έχουν μια καθαρή εικόνα των υφιστάμενων συνεργασιών του οργανισμού τους και να ενθαρρύνονται να διατηρούν και να δημιουργούν συνεργασίες που θα προσθέτουν αξία για το σύνολο του Οργανισμού τους.

8. Εταιρική κοινωνική ευθύνη:

Οι Δημόσιοι Οργανισμοίπρέπει να αναλάβουν το κομμάτι της κοινωνικής ευθύνης που τους αναλογεί. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να σέβονται την οικολογική βιωσιμότητα και να προσπαθούν να ανταποκριθούν στις μεγάλες προσδοκίες και τις απαιτήσεις της τοπικής και παγκόσμιας κοινότητας.

Για την επιτυχή εφαρμογή του ΚΠΑ είναι πολύ σημαντικό οι κοινωνικοί φορείς που είχαν συνεργασία με το υπό αξιολόγηση τμήμα να ενημερώνονται ορθά για το ΚΠΑ, να γνωρίζουν για τη σημασία της συμβολής τους στο έργο αυτό και να ανταποκρίνονται έγκαιρα στην έρευνα.

Με βάση τα παραπάνω προτείνεται το υπό έρευνα Νοσοκομείο να λάβει όλες τις απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες και να επαναλάβει την έρευνα, εντός ενός χρόνου ιδανικά, στοχεύοντας σε ένα υψηλό ποσοστό συμμετοχής, η οποία θα της δώσει μια περισσότερο καθαρή εκτίμηση για το επίπεδο της διοικητικής και οργανωτικής της ωριμότητας.

10.5 Συμπεράσματα

Η εφαρμογή του ΚΠΑ μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, στην καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος, καθώς και στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ηγεσίας, με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση όλων

όσων συμμετέχουν στην αλυσίδα της φροντίδα υγείας. Το ΚΠΑ αποτελεί μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση οργάνωσης και διοίκησης ενός Δημόσιου Οργανισμού Υγείας.

Για να μπορέσουν οι Δημόσιοι Οργανισμοί να μυηθούν στην κουλτούρα αριστείας και τις αρχέςΔΟΠ, χρειάζεται οργανωμένη, ολοκληρωμένη, συχεχιζόμενη και συνειδητή προσπάθεια της Ηγεσίας, αλλά και όλων των εργαζόμενων.

Οποιαδήποτε εμπόδια κατά την πρώτη προσπάθεια εφαρμογής του ΚΠΑ σε έναν Οργανισμό δε θα πρέπει να τον αποθαρρύνουν να συνεχίσει τη διαδρομή του στον χάρτη αυτοβελτίωσης που έχει ορίσει.

✳

11. Βιβλιογραφία

A, Sayari, A. and Maftoun, M. (2001) *Ministry of Health and Medical Education (MOHME) Performance*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education.

Agus, A. (2005) 'The Structural Linkages between TQM, Product Quality Performance and Business Performance: Preliminary Empirical Study in Electronic Companies', *Singapore Management Review*, 27(1), pp. 87–107.

Amiran, H. (2005) *Step By Step Guide Of Excellence On The Basis Of EFQM & INQA, Volume 3*. Moshaverin keyfiyat Saz Press.

Arasli, H. (2002) 'Diagnosing whether nothern Cyprus hotels are ready for TQM: an empirical analysis', *Total Quality Management*, 13(3), pp. 347–364.

Arasli, H. (2004) '"No more tears!" A local TQM formula for health promotion', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), pp. 135–145. doi: 10.1108/09526860410532775.

Arcelay, A. *et al.* (1999) 'Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(2), pp. 54–59.

ASQ- THE GLOBAL VOICE OF QUALITY- TOTAL QUALITY MANAGEMENT IMPLEMENTATION AND SYSTEMS (2018). Available at: http://asq.org/learn-about-quality/total-quality-management/overview/implementing-tqm.html.

Atchison, T. (1992) 'TQM: the questionable movement?', *Healthcare Financial Management*, 46(3), pp. 15–16.

Beer, M. (2003) 'Why Total Quality Management Programmes Do Not Persist: The Role of Management Quality and Implications for Leading a TQM Transformation', *Decision Sciences*, 34(4), pp. 623–642.

Beltrami, G. and Maresca, E. S. (1992) 'From quality control to total quality management', *Microchemical Journal*. doi: 10.1016/0026-265X(92)90090-P.

Bishop, B. (2015) *Linkedin- ISO 9000 is a company's guidepost for quality; TQM helps*. Available at: https://www.linkedin.com/pulse/iso-9000-companys-guidepost-quality-tqm-helps-from-bruce-schiopu.

Bitran, G. . and Lojo, M. (1993) ‘A framework for analyzing service operations’, *European Management Journal*, 11(3), pp. 271–282.

Boyne, G. A. (2002) ‘PUBLIC AND PRIVATE MANAGEMENT: WHAT’S THE DIFFERENCE?: EBSCOhost’, *Journal of Management Studies*, (January 2002). Available at: https://vpn2.iscte.pt/+CSCO+00756767633A2F2F6A726F2E6E2E726F667062756266672E70627A++/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7185013d-d482-494d-bd96-de5e59cf6772%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4212.

BPIR Business Performance Improvement Resource- Business Excellence (2018). Available at: http://www.bpir.com/business-excellence-bpir.com/menu-id-73/expert-opinion.html.

BPIR Business Performance Improvement Resource-What Is Business Excellence (no date). Available at: http://www.bpir.com/business-excellence-bpir.com/menu-id-69.html.

BPIR Business Performance Improvement Resource Core Concepts-History of Quality (no date). Available at: http://www.bpir.com/total-quality-management-history-of-tqm-and-business-excellence-bpir.com.html.

Brannan, K. (1998) ‘Total quality in health care’, *Hospital Material Management Quarterly*, 19(4), pp. 1–8.

Breilinger-O’Reilly, R. (1999) *Continuous Quality Improvement with EFQM (in German)*. Berlin: Max Buerger Zentrum.

Brignall, S. and Modell, S. (2000) ‘An Institutional Perspective on Performance Measurement and Management in the New Public Sector’, *Management Accounting Research*, 11(3), pp. 281–306.

Business Excellence Tools- Business Excellence (2018). Available at: http://www.businessexcellencetools.com/business-excellence/.

Carol, G. *et al.* (2003) ‘Implementing the EFQM excellence model in a local authority’, *Managerial Auditing Journal*, 18(2), pp. 122–127.

Carroll, A. (no date) *JAMA Forum — The “Iron Triangle” of Health Care: Access, Cost, and Quality*. Available at: https://newsatjama.jama.com/2012/10/03/jama-forum-the-iron-triangle-of-health-care-access-cost-and-quality/.

Chassin, M. and Galvin, R. (1998) ‘The Urgent Need to Improve Health Care Quality.

Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality.', *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 280(11), pp. 1000–1005.

Cleary, P. (1999) 'The increasing importance of patient survey', *British Medical Journal*, 319(7212), p. 720.

Crosby, P. (1980) *Quality is Free: The art of making quality*. New York: Mentor Books Penguin.

Dawson, R. (1995) 'Evaluation of training in local government: A typology of trainers', *Journal of Management Development*, 14(7), pp. 36–47.

Dean, J. and Bowen, D. (1994) 'Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice through Theory Development', *The Academy of Management Review*, 19(3), pp. 392–418. doi: 10.12691/ajie-1-3-2.

Dehnavieh, R. *et al.* (2012) 'EFQM-based Self-assessment of Quality Management in Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences', *International Journal of Hospital Research*, 1(1), pp. 57–64.

Dehnavieh, R., Rahmani, R. and Yazdani, F. (no date) 'Self Assessment based on EFQM in Hazrat Rasoul Hospital', in *5th Confer-ence of Health care administration Students*. Tabriz, p. 2006.

Deming, W. (1986) *Out of the Crises*. Cambridge MA: Massachussets Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.

Deming, W. . (1982) *Quality, Productivity and Competitive Position*. Cambridge, MA: MIT Press;

Dibley, D. (2004) *EFQM Excellence Model and the European Quality Award*.

Donabedian, A. (1966) 'Evaluating the quality of medical care.', *The Milbank quarterly*, 44(No. 3, Pt. 2), pp. 166–203. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Donabedian, A. and Arbor, A. (1980) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol 1- The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. MI: Health Administration Press.

Donahue, K. (1998) 'ISO, EFQM, Baldridge and Healthcare Accreditation. A Comparison', in Paeger, A. (ed.) *Healthcare of Tomorrow (in German)*. Kronberg: Asklepios,

pp. 169–180.

Douglas, T. and Judge, W. (2001) ‘Total quality management implementation and competitive advantage: the role of structural control and exploration’, *Academy of Management Journal*, 44(1), pp. 158–169. doi: 10.12691/jbms-2-6-1.

Douglas, T. and Judge, W. (2001) ‘Total Quality Management Implementation and Competitive Advantage: The Role of Structural Control and Exploration’, *Academy of Management Journal*, 44(1), pp. 158–169.

Duvauferrier, R. *et al.* (1999) ‘Comparison of accreditation procedures, ISO 9000 certification and Total Qualityevaluation. Personnal experience and application for the management of quality assuranceprotocols in a radiology department’, *Journal de Radiologie*, 80(4), pp. 363–7. doi: JR-04-1999-80-4-0221-0363-101019-ART4.

EFQM Leading Excellence-EFQM Model in Action (no date). Available at: http://www.efqm.org/efqm-model/efqm-model-in-action-0.

EIPA- Common Assessment Framework (no date). Available at: https://www.eipa.eu/portfolio/european-caf-resource-centre/.

Engel, C. (2002) ‘Common Assessment Framework: the state of affairs’, *Eipascope*, pp. 35–39. Available at: http://aei.pitt.edu/865/.

Etemadian, M. *et al.* (2007) *Hospital Excellence Way Based on EFQM Model*. Tehran: Vajhe Pardaz.

European Foundation for Quality Management. Healthcare working group, Strategic directions (1999). Brussels: EFQM Representative Office.

European Institute of Public Administration, CAF Self-Assessment e-Tool (no date). Available at: https://archive.eipa.eu/en/pages/show/&tid=72.

European, T. *et al.* (2013) ‘Making the business case for Public Employment Services’, (September).

Fields, D. and Roman, P. M. (2010) ‘Total quality management and performance in substance abuse treatment centers’, *Health Services Research*, 45(6 PART 1), pp. 1630–1650. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01152.x.

Fischer, M. D. (2012) ‘Organizational turbulence, trouble and trauma: Theorizing the

collapse of a mental health setting', *Organization Studies*, 33(9), pp. 1153–1173. Available at: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0170840612448155.

Fischer, M. and Ferlie, E. (2013) 'Resisting hybridisation between modes of clinical risk management: Contradiction, contest, and the production of intractable conflict', *Accounting, Organizations and Society*, 38(1), pp. 30–49.

Ford, J. *et al.* (2007) 'Process Improvement Needs in Substance Abuse Treatment: Admissions Walk-through Results', *Journal of substance abuse treatment*, 33(4), pp. 379–389. doi: 10.1109/TMI.2012.2196707.Separate.

Garattini, L. and Padula, A. (2017) 'Clinical Governance in Italy: "Made in England" for Import?', *Applied Health Economics and Health Policy*. Springer International Publishing, 15(5), pp. 541–544. doi: 10.1007/s40258-017-0328-8.

Gené-Badia, J. *et al.* (2001) 'The EFQM excellence model is useful for primary health care teams.', *Family practice*, 18(4), pp. 407–409. doi: 10.1093/fampra/18.4.407.

Gorst, J., Kanji, G. and Wallace, W. (1998) 'Providing customer satisfaction', *Total Quality Management*, 9(4/5), pp. 100–103.

Grönroos, C. (2000) *Service Management and Marketing: customer relationship management approach*. UK: John Wiley & Sons.

Gruening, G. (2001) 'Origin and theoretical basis of New Public Management', *International Public Management Journal*, 4(1), pp. 1–25.

Hague, T. (2013) 'How can SPAIN Manage Patient Safety Programs despite The Current Crisis?', (June).

Halachmi, A. and Bouckaert, G. (1995) *Public Productivity through Quality and Strategic Management*. Netherlands: IOS Press, International Institute of Administrative Sciences.

Hamilton, J. (1993) 'Toppling the power of the pyramid Team-based restructuring for TQM, patient-centered care', *Hospitals*, 67(1), pp. 38–41.

Hancock, T. (1999) 'Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century', *Leadership in Health Services*, 12(2), pp. 8–19.

Haque, S. H. (2001) 'The the Diminishing Publicness Current of Public Service under Mode of Governance', *Public Administration Review*, 61(1), pp. 65–82.

Harr, J. (no date) *Total Quality Management in Dentistry*. Basel.

Harteloh, P. (2003) 'The Meaning of Quality in Health Care: A Conceptual Analysis', *Health Care Analysis*, 11(3), pp. 259–267.

Hattemer-Apostel, R. (2001) 'Exploring the suitability of the European Foundation for Quality Management (EFQM) excellence model as a framework for delivering clinical governance in the UK National Health Service', *Quality Assurance Journal*, 5(1), pp. 19–31. doi: 10.1002/qaj.117.

Hayes, R., Wheelright, S. and Clark, K. (1988) *Dynamic manufacturing*. The Free Press New York: The Free Press New York.

Hazlett, S. and Hill, F. (2000) 'Policy and practice: An investigation of organizational change for service quality in the public sector in Northern Ireland', *Total Quality Management*, 11(4), pp. 515–520.

Health Interpretation of the Business Excellence Model (1998). London: British Quality Foundation.

Hill, S. and Wilkinson, A. (1995) 'In search of TQM', *Employee Relations*, 17(3), pp. 8–25.

Holma, T. (1998) *Method for Self-assessment and Quality Management in a Work Unit*. Helsinki: The Association of Finnish Local and Regional Authorities.

Hood, C. (1991) 'A PUBLIC MANAGEMENT FOR ALL SEASONS ?', *Public Administration*, 69(1), pp. 3–20.

Institute of Medicine (2001) 'Crossing the quality chasm: a new health system for the 21th century', *Iom*, (March), pp. 1–8. doi: 10.17226/10027.

Institutet for Kvalitetsutveckling-Quality Development Leadership: Criteria and Guidelines (1999). Goteborg: Landstings Forbundet.

Instituut Nederlandse Kwaliteit- Guidelines for Self-assessment of Healthcare Organizations (in Dutch) (1999). Den Bosch: INK.

International Organization for Standardization (no date). Available at: www.iso.org.

ISO- International Organization for Standartization- About ISO (no date). Available at:

https://www.iso.org/about-us.html.

Jackson, S. (1999) ‘Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS’, *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 12(6), pp. 244–253.

Jackson, S. (2000) ‘Clinical governance using a business excellence model’, *British Journal of Midwifery*, 8(10), pp. 645–651.

Jackson, S. and Bircher, R. (2002) ‘Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model’, *Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(6), pp. 255–267.

Juran, J. (1988) *Juran on planning for quality*. NY: The Free Press New York.

Kaizen, M. (1986) *The Key to Japan’s Competitive Success*. New York NY: McGraw-Hill Publishing Co.

Kaluzny, A. D., McLaughlin, C. P. and Simpson, K. (1992) ‘Applying total quality management concepts to public health organizations.’, *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 107(3), pp. 257–64. Available at: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1403644&tool=pmcentrez&rendertype=abstract.

Kelly, R. (1998) ‘An inclusive democratic polity, representative bureacracies and the new public management’, *Public Administration Review*, 58(3), pp. 201–208. doi: 10.2307/976560.

Kilmann, R. and Kilmann, I. (1989) *The Jossey-Bass management series. Managing beyond the quick fix: A completely integrated program for creating and maintaining organizational success*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

Krane, D. (2001) ‘Disorderly Progress on the Frontiers of Policy Evaluation’, *International Journal of Public Administration*, 24(1), pp. 95–123. doi: 10.1081/PAD-100000090.

Larrabee, J. H. and Bolden, L. V (2001) ‘Defining patient-perceived quality of nursing care’, *Journal of nursing care quality*, 16(1), pp. 34–60.

Lee, G. and Roberts, L. (2012) ‘Healthcare burden of in-hospital gout’, *Internal Medicine*

Journal, 42(11), pp. 1261–1263. doi: 10.1111/j.1445-5994.2012.02747.x.

Levett, J. (2005) 'Implementing an ISO 9001 quality management system in a multispecialty clinic', *Physician Executive*, 31(6), pp. 46–51.

Löffler, E. (1999) *The Modernization of The Public Sector in An International Comparative Perspective- Implementation Strategies in Germany, Great Britain and the United States*. Speyerer.

Löffler, E. (2001) 'Defining Quality in Public Administration: Working Group on Better Quality Administration for the Public Building Quality Administration for the Public in Central and Eastern Europe', *NISPAcee Conference*, pp. 2–15. Available at: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/nispacee/unpan005013.pdf.

Löffler, E. (2001) 'Quality awards as a public sector benchmarking concept in OECD member countries: some guidelines for quality award organizers', *Public Administration and Development*, 21(1), pp. 27–40.

London, C. and Higgot, K. (1997) 'An employee reward and recognition process', *The TQM Magazine*, 9(5), pp. 328–335.

Lynn, M. R. and McMillen, B. J. (1999) 'Do nurses know what patients think is important in nursing care?', *Journal of Nursing Care Quality*, 13(5), pp. 65–74. doi: 10.1097/00001786-199906000-00008.

Madsen, O. (1995) 'Public Enterprise and Total Quality Management', *Total Quality Management*, 6(165–174).

Mann, R. and Kehoe, D. (1994) 'The Quality Improvement Activities of TQM', *Quality World Technical Supplement*, 1(1), pp. 44–56.

Mansir, B. E. and Schacht, N. R. (1989) *Total Quality Management- A Guide To Implementation*. Bethesda, Maryland: Logistics Management Institute.

Marques, A. I. *et al.* (2011) 'Evaluation of physical activity programmes for elderly people - A descriptive study using the EFQM' criteria', *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd, 11(1), p. 123. doi: 10.1186/1471-2458-11-123.

Martínez-Costa, M. and Martinez-Lorente, A. R. (2004) 'Comparison of TQM and ISO 9000 Effects in Company Performance: An Empirical Study in Spanish Companies', *Second World Conference on POM and 15th Annual POM Conference, Cancun, Mexico*, 113(1), pp.

1–32. Available at: http://search.proquest.com/docview/199017754?accountid=10297%5Cnhttp://sfx.cranfield.ac.uk/cranfield?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:abiglobal&atitle=Simultaneous+consideration+of+TQM+and+ISO+9000+o.

Martínez-Lorente, A. R., Dewhurst, F. and Dale, B. G. (1998) 'Total quality management: Origins and evolution of the term', *TQM Magazine*, 10(5), pp. 378–386. doi: 10.1108/09544789810231261.

Mathiasen, D. (1999) 'The New Public Management and Its Critics', *International Journal of Public Management*, 2(1), pp. 90–111.

Melcher, A. *et al.* (1990) 'Standard-Maintaining and Continuous-Improvement Systems: Experiences and Comparisons.', *Interfaces*, 20(3), pp. 24–40. doi: 10.1287/inte.20.3.24.

Milne, S., Blum, T. and Roman, P. (2000) 'Quality Management in a Health Care Setting: A Study of Substance Abuse Treatment Centers', *Advances in the Management of Organizational Quality*, 5(1), pp. 215–248.

Ministry of the Interior and Administrative Reconstruction, Quality and Efficiency (no date). Available at: http://www.minadmin.gov.gr/?cat=64.

Mira, J. *et al.* (1998) 'Application of the European improvement model to healthcare: benefits and limitations', *Revista Calidad Asistencial*, 13, pp. 92–97.

Moeller, J. (1997a) *Total Quality Management, Quo vadis? (in German)*. Heidelberg: Klinikum der Universitat.

Moeller, J. (1997b) *Total Quality Mangement: Implementation through Cooperation (in German)*. Heidelberg: Klinikum der Universitat.

Moeller, J. (2001) 'The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care', *International Journal for Quality in Health Care*, 13(1), pp. 45–49. doi: 10.1093/intqhc/13.1.45.

Mosadeghrad, A. (2013) 'Obstacles to TQM success in health care systems', *International journal of health care quality assurance*, 26(2), pp. 147–173.

My Business Excellence (no date). Available at: https://mybusinessexcellence.com/.

Nabitz, U. D. O., Klazinga, N. and Walburg, J. A. N. (2000) 'The EFQM excellence model : European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care', 12(3), pp. 191–201.

Naylor, G. (1999) 'Using the Business Excellence Model to develop a strategy for healthcare organization', *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 12(2–3), p. 37.

Oakland, J. (1991) *Total Quality Management*. Butterworth-Heinemann.

OECD (2000) 'Annual Report 2000', p. 122. doi: http://dx.doi.org/10.1787/annrep-2000-en.

OECD (2008) 'National innovation systems', *International Journal of Entrepreneurship and Innovation Management*, 8(1), p. 74. doi: 10.1504/IJEIM.2008.018615.

Olivierie, M. (1999) *Introducting the EFQM Model in Hospitals (in Italian)*. Milan: Galgano.

Ovretveit, J. (2000) 'Total Quality Management in European healthcare', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), pp. 74–79.

Øvretveit, J. (2007) *Public Service Quality Improvement- The Oxford Handbook of Public Management*. Edited by E. Ferlie, L. E. Lynn, and C. Pollitt. OXFORD UNIVERSITY PRESS. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199226443.003.0024.

'Oxford University Press, Oxford Reference- European Quality Award' (no date).

Oydvin, T. (1998) *Using the EFQM Model for Self-assessement of Hospital Wards (in Norwegian)*. Tromso: Acute Hospital.

Paeger, A. (1998) *Healthcare of Tomorrow (in German)*. Kronberg: Asklepios.

Parente, S. and Loureiro, R. (1998) 'Gestão da qualidade em saúde. O modelo da European Foundation for Quality Management.', *Acta médica portuguesa*, 11(11), pp. 979–988. doi: 10021798.

Pitt, D. (1999) 'Improving performance through self-assessment', *nternational journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 12(2–3), pp. 45–53.

Pollitt, C. and Buckaert, G. (2004) *Public University Press Management Reform: A Comparative Analysis*. 2nd edn. New York: OXFORD UNIVERSITY PRESS.

Powell, J. (2013) 'Use of the common assessment framework in an acute setting', *rsing children and young people*, 25(5), pp. 24–28.

Pursche, C. (1998) *Quality Management in Outpatient Addiction Services (in German)*. Muenster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Qamary, M., Nasiri pour, A. and Karimi, I. (2010) 'The Self-Assessment Results, Based on Iran National Quality Award in Central Hospital of Oil Industry- 1385', *Journal of Health Administration*, 13(39), pp. 55–64.

Quality Magazine- Dispelling the Myths of ISO 9001 (2008). Available at: https://www.qualitymag.com/gdpr-policy?url=https%3A%2F%2Fwww.qualitymag.com%2Farticles%2F85512-dispelling-the-myths-of-iso-9001.

R, Dehnavieh, R., Hekmat, S. and Daie, N. (2004) 'Self assessment Based on EFQM in Hashemi nejhad Hospital', in *International Conference of Quality Managers*. Tehran.

Radin, B. and Coffee, J. (1993) 'A Critique of TQM: Problems of Implementations in the Public Sector', *Public Administration Quarterly*, 17(1), pp. 42–54.

Reeves, C. and Bednar, D. (1994) 'Defining quality: alternatives and implications', *Academy of Management*, 19(3), pp. 419–445.

Roberts, I. (1993) 'Quality management in health care environments', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 6(2), pp. 25–35.

Rockville, M. (2011) *Agency for Healthcare Research and Quality, Types of Quality Measures*. Available at: https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/talkingquality/create/types.html.

Rockville, M. (2017) *Understanding Quality Measurement, Agency for Healthcare Research and Quality*. Available at: http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chtoolbx/understand/index.html.

Rowley, J. and Aldridge, S. (1998) 'Measuring customer satisfaction in higher education', *Quality Assurance in Education*, 6(4), pp. 197–204.

Sager, F. and Rosser, C. (2009) 'Weber, Wilson, and Hegel: Theories of Modern Bureaucracy', *Public Administration Review*, 69(6), pp. 1136–1147. doi: 10.1111/j.1540-6210.2009.02071.x.

Salford Royal Hospital- Annual Report 1996–1997 (1998). Manchester.

Samson, D. and Challis, D. (1999) *Patterns of excellence: The new principles of corporate success*. United Kingdom: Financial Times/Prentice Hall.

Scally, G. and Donaldson, L. J. (1998) 'Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England', *BMJ : British Medical Journal*, 317, pp. 61–65. doi: 10.1136/bmj.317.7150.61.

Scheibe, H. (1997) 'Implementation of the EFQM approach for out-patient setting', in Moeller, J., Bach, A., and Samtag, H. (eds) *Total Quality Management, Quo vadis? (in German)*. Heidelberg: Klinikum der Universitat.

'SELF-ASSESSMENT BASED ON EFQM EXCELLENCE MODEL IN AHVAZ SELECTED HOSPITALS' (2018), 8(2), pp. 1–9.

Semple, I. (1998) *Ensuring Customer Satisfaction for Adults with Learning Disabilities*. Caterham: Lifecare NHS Trust.

Shand, D. A. (1996) *Responsive government: service quality initiatives*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Shethna, J. (2016) *EDUCBA- The 8 Crucial TQM Elements for TQM's Success - You Must Know*. Available at: https://www.educba.com/the-8-crucial-tqm-elements/.

Shi, L. and Singh, D. (2015) *Delivering Health Care in America: A Systems Approach*. 6th edn. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Shortell, S. M. *et al.* (1995) 'Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation.', *Health services research*, 30(2), pp. 377–401. doi: 10.1111/1468-0009.00107.

Staes, P. *et al.* (2011) 'Five Years of CAF 2006 : From Adolescence to Maturity – What Next ?', p. 160. Available at: http://www.eipa.eu/files/File/CAF/CAF Study 2011_v5_2,3 MB.pdf.

Stewart, R. (1995) *Leading the NHS A Practical Guide*. 2nd edn. Basingstoke, UK:

Macmillan Business Press Limited.

Stitchler, J. and Weiss, M. (2000) ‘Through the eyes of the beholder: multiple perspectives on quality in women’s health care’, *Quality Management in Health Care*, 8(4), pp. 1–13.

Stuehlinger, K. (no date) *EFQM in Mental Health Units (in German)*. Innsbruck.

Swiss, J. (1992) ‘Adapting Total Quality Management (TQM) to Government’, *Public Administration Review*, 4(52), pp. 356–362. doi: 10.2307/3110395.

Talib, F. and Rahman, Z. (2015) ‘Identification and prioritization of barriers to total quality management implementation in service industry: An analytic hierarchy process approach’, *TQM Journal*, 27(5), pp. 591–615. doi: 10.1108/TQM-11-2013-0122.

Tomazevic, N., Seljak, J. and Aristovnik, A. (2014) ‘The impact of CAF enablers on job satisfaction: the case of the Slovenian law enforcement agency’, *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(11–12), pp. 1336–1351.

Total Quality Management- WordPress- Deming Cycle- The Wheel of Continuous Improvement (2009). Available at: https://totalqualitymanagement.wordpress.com/2009/02/25/deming-cycle-the-wheel-of-continuous-improvement/.

Walburg, J. (1996) *Integrale kwaliteit in de Gezondheidszorg*. The Netherlands: Kluwer BedrijfsInformatie BV Deventer.

Waldman, D. A. (1994) ‘The contributions of total quality management to a theory of work performance’, *Academy of Management Reviews*, 19(3), pp. 510–536. doi: 10.5465/AMR.1994.9412271811.

Walsh, K. (1991) ‘Quality and Public Services’, *Public Administration*, 69(4), pp. 503–514.

Waring, J. *et al.* (2014) *An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to ‘safe’ hospital discharge, Health Services and Delivery Research*. Southampton (UK): Health Services and Delivery Research. doi: 10.3310/hsdr02290.

Werner, R., Bradlaw, E. and Asch, D. (2008) ‘Does Hospital Performance on Process Measures Directly Measure High Quality Care or Is It a Marker of Unmeasure Care?’, *Health*

Services Research, 43(5), pp. 1464–1484.

Van der Wiele, T. and Brown, A. (1997) 'Insights into TQM and downsizing in large organizations', *Benchmarking for Quality Management & Technology*, 4(3), pp. 202–212.

Wikipedia- PDCA (no date). Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/PDCA.

Wikipedia The Free Encyclopedia- Clinical Governance (no date). Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Clinical_governance.

Wikipedia The Free Encyclopedia- EFQM (no date). Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/EFQM.

Wikipedia The Free Encyclopedia- Trent Accreditation Scheme (no date). Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Trent_Accreditation_Scheme.

Williams, M., Griffin, M. and Attaway, J. (2001) 'Observations on Quality: The Principles of Quality', *Risk Management*, 1(1), pp. 51–52.

Yong, J. and Wilkinson, A. (2001) 'Rethinking Total Quality Management', *Total Quality Management*, 12(2), pp. 247–258.

Yousefinezhadi, T. *et al.* (2015) 'The Effect of ISO 9001 and the EFQM Model on Improving Hospital Performance: A Systematic Review', *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(12). doi: 10.5812/ircmj.23010.

Yvonne, W. and Paul, C. (1999) 'A simple method of evaluating patients' perceptions of their treatment and care', *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63(6), pp. 401–412.

Zeithaml (1988) 'Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence', *Journal of Marketing*, 52(July), pp. 2–22.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. and Berrry, L. (1990) *Delivering quality service : balancing customer perceptions and expectations*. London: The Free Press New York.

Βανδήρας, Σ. (2010) *ΤΟ ΚΟΙΝΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΒΡΑΒΕΙΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ Ο.Τ.Α. ΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ*. Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Δημητρίου, Ι. and Άρχοντας, Ν. (2015) *Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ) Βελτιώνοντας τις δημόσιες οργανώσεις μέσω της αυτο - αξιολόγησης*. ΚΠΑ 2013. Αθήνα:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ.

Δίκαιος, Κ. *et al.* (1999) *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Εκδόσεις Ε. Πάτρα.

Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2016 (2016). Συμβούλιο Οικονομικών Εμπειρογνωμόνων του Υπουργείου Οικονομικών, Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, Υπουργείο Πολιτισμού, Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Παραγωγικής Ανασυγκρότησης Περιβάλλοντος και Ενέργειας, Υπουργείο Ο.

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα 'Μεταρρύθμιση Δημόσιου Τομέα 2014-2020' (2014). ΕΣΠΑ.

Ευκαρπίδης, Α. (2016) 'Η εφαρμογή του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης στην αξιολόγηση της διοικητικής λειτουργίας και απόδοσης νοσηλευτικής υπηρεσίας: η περίπτωση ενός Γενικού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής', *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(3), pp. 34–43.

Κυριόπουλος, Γ. *et al.* (2003) *Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.pdf*. Θεμέλιο.

Κώτσιος, Χ. (2015) *Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ (ΚΠΑ) ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Μιχαλόπουλος, Ν., Πολυκράτης, Δ. and Δημητρίου, Ι. (2017) *ΟΔΗΓΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ*. Ε' Έκδοση. Αθήνα: ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ.

Μυλωνά, Κ. *et al.* (2016) *Διαχείριση και αξιολόγηση της φαρμακευτικής καινοτομίας στην Ελλάδα Μια προσέγγιση πολιτικής οικονομίας της υγείας*. Αθήνα: Καστανιώτης.

Οδηγίες για τη Σύσταση και Λειτουργία της Ομάδας Αυτοαξιολόγησης και το ρόλο του Προέδρου (2007) *ΔΙΠΑ/Φ.1/οικ.9537*. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ.

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (no date). Available at: http://www.ahepahosp.gr/koino-plaisio-axiologisis.asp.

Τρικάλων, Μ. Ε. Θ. Γ. Ν. (2016) 'Πρωτόκολλο εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, ενός εργαλείου ποιότητας για τους δημόσιους οργανισμούς, στην ΜΕΘ του ΓΝΤρικάλων, με σκοπό την βελτίωση παροχών υγείας', *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*, 14, pp. 3–14.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παραθέτονται τα ερωτηματολόγια του ΚΠΑ όπως διαμορφώθηκαν για το Νοσοκομείο εκπόνησης της έρευνας και διανεμήθηκαν στις αντίστοιχες κατηγορίες χρηστών:

1. Ερωτηματολόγιο για το προσωπικό των ΤΕΙ

Ερωτηματολόγιο Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

ΦΥΛΛΟ: □ ΑΝΔΡΑΣ □ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ : □ ΔΙΟΙΚΗΣΗ □ ΙΑΤΡΙΚ Η □ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ □ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ □ ΤΕΧΝΙΚΗ

ΗΛΙΚΙΑ: □18 - 25 ετών □ 25 - 35 ετών □ 36 – 45 ετών □ 46 - 55 ετών □56 και άνω

ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: □ ΜΟΝΙΜΟΣ □ ΕΚΤΑΚΤΟΣ (ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟΣ, ΙΔΑΧ, ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ, κ.λπ.)

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:□ΥΕ □ΔΕ □ΤΕ □ΠΕ □ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ □ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: □ 0-9 □ 10-20 □ άνω των 20

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Τα κριτήρια 1 – 5 σχετίζονται με τις διοικητικές πρακτικές του Νοσοκομείου (Διοίκηση, Υπηρεσίες, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία), τις λεγόμενες **ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ λειτουργίας** του. Οι προϋποθέσεις αυτές καθορίζουν το τι κάνει το Νοσοκομείο και πώς προσεγγίζει το έργο του, ώστε να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Κατάλογος Ερωτήσεων							
Κριτήριο 1: Ηγεσία *(Σε αυτό το κριτήριο Ηγεσία ορίζεται η ανώτατη Διοίκηση (Διοικητής και Αναπληρωτής Διοικητής) και οι Διευθυντές των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Το κριτήριο 1 εστιάζει στη συμπεριφορά της Διοίκησης του Νοσοκομείου να δημιουργήσει ένα περιβάλλον όπου οι υπάλληλοι μπορούν να επιτύχουν βέλτιστες αποδόσεις και να διασφαλίσει τη λειτουργία ενός κατάλληλου μηχανισμού καθοδήγησης.							
<u>Υποκριτήριο 1.1</u> Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση, για να **Δώσει μια σαφή κατεύθυνση στο Νοσοκομείο, αναπτύσσοντας την αποστολή, το όραμα και τις αξίες της**							
Α/Α	**Ερώτηση**	**Απάντηση**					
		Καθόλου	**(0)**				
		Πολύ Λίγο	**(1)**				
		Λίγο	**(2)**				
		Πολύ	**(3)**				
		Πάρα Πολύ	**(4)**				
		Απόλυτα	**(5)**				
1*	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση έχει προσδιορίσει την αποστολή της (ποιοι είναι οι στόχοι μας), το όραμα της (που θέλουμε να πάμε) με τη συμμετοχή και των άλλων εμπλεκόμενων φορέων στη λειτουργία της καθώς και των υπαλλήλων της;	0	1	2	3	4	5

2*	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση έχει καθορίσει τους στρατηγικούς στόχους και την εξειδίκευση τους σε επιχειρησιακούς στόχους και επίσης έχει διασφαλίσει την κοινοποίηση τους στους υπαλλήλους της και στους άλλους μετόχους	0	1	2	3	4	5
3*	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση έχει καθορίσει πλαίσιο αξιών και συμπεριφοράς των υπαλλήλων της;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση δημιουργεί σχέσεις εμπιστοσύνης και συνθήκες αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των εμπλεκομένων κατά τον καθορισμό του οράματος, των αξιών, των στρατηγικών και επιχειρησιακών στόχων;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό αναθεωρεί περιοδικά η Διοίκηση την αποστολή, το όραμα, τις αξίες, τους στρατηγικούς και επιχειρησιακούς στόχους, βάσει των αλλαγών του επιχειρησιακού περιβάλλοντος;	0	1	2	3	4	5
6*	Σε ποιο βαθμό επιλύονται τυχόν συγκρούσεις συμφερόντων με την παροχή των κατάλληλων οδηγιών ή παρεμβάσεων και γενικά με τη βελτίωση της επικοινωνίας με όλους τους υπαλλήλους καθώς και με άλλους εμπλεκόμενους φορείς στη λειτουργία της δημόσιας διοίκησης;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 1.2 Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση, **για την Οργάνωση, την Απόδοση και τη Συνεχή Βελτίωση* του Νοσοκομείου**

Α/Α	**Ερώτηση**	**Απάντηση**					
		Καθόλου	**(0)**				
		Πολύ Λίγο	**(1)**				
		Λίγο	**(2)**				
		Πολύ	**(3)**				
		Πάρα Πολύ	**(4)**				
		Απόλυτα	**(5)**				
1	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση αναπτύσσει ένα σύστημα διοίκησης διαδικασιών που να λαμβάνει υπόψη το στρατηγικό* σχεδιασμό του Νοσοκομείου, καθώς και τις ανάγκες των εμπλεκόμενων στην λειτουργία του;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση εντοπίζει τις ανάγκες για αλλαγές στη δομή και στις ακολουθούμενες διοικητικές διαδικασίες ώστε να εξυπηρετείται η υλοποίηση των στόχων της;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό οι σκοποί και οι στόχοι της Διοίκησης προσδιορίζονται με συμφωνία μεταξύ των εμπλεκομένων, σύμφωνα με τις διαφοροποιημένες ανάγκες των πολιτών/ασθενών (ληπτών Υπηρεσιών Υγείας);	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό το πλαίσιο και περιβάλλον λειτουργίας της Διοίκησης, ευνοεί την ομαδική εργασία και τη διοίκηση έργων (projects);	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό η δραστηριότητα της Διοίκησης, είναι προσανατολισμένη στο να ικανοποιεί τις προσδοκίες και τις διαφοροποιημένες ανάγκες των προσώπων ή φορέων, που εξυπηρετούνται από αυτήν;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό οι Τεχνολογίες Πληροφορικής & Επικοινωνιών (ΤΠΕ) συμβάλλουν στην άσκηση του εποπτικού ρόλου ή και στη βελτίωση των δυνατοτήτων ελέγχου και παρακολούθησης της λειτουργίας από την Διοίκηση;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται σύστημα Διοίκησης Ολικής	0	1	2	3	4	5

	Ποιότητας (Κ.Π.Α., I.S.O.) ή ισορροπημένης βαθμολόγησης (Business Balanced Scorecard) ή μέτρησης της αποδοτικότητας της λειτουργίας του Νοσοκομείου (π.χ. προβλέψεις Ν.3230/2004 και Ν.4369/2016)						
8	Σε ποιο βαθμό αναγνωρίζονται, οριοθετούνται και κοινοποιούνται στο προσωπικό και στους εμπλεκόμενους στη λειτουργία του Νοσοκομείου, οι ανάγκες για αναδιοργάνωση και αλλαγή;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 1.3 Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση, για να **υποκινήσει* και να υποστηρίξει τους υπαλλήλους και να λειτουργήσει ως πρότυπο**							
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό η δραστηριότητα της Διοίκησης, λειτουργεί ως παράδειγμα δράσης για το προσωπικό, σύμφωνα με τις αξίες και τους στόχους του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση, επανακαθορίζει τη στάση της, ανάλογα με τις συστάσεις και προτάσεις των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό ενημερώνεται το προσωπικό για σημαντικά θέματα που απασχολούν το Νοσοκομείο;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό υποστηρίζεται, αναγνωρίζεται και επιβραβεύεται τόσο η ατομική όσο και η ομαδική δράση, καθώς και οι προσπάθειες των υπαλλήλων, για την πραγματοποίηση των στόχων του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση ενθαρρύνει και δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την κατανομή καθηκόντων και την εκχώρηση αρμοδιοτήτων και ευθυνών προς τους υπαλλήλους;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό η Διοίκηση δεσμεύεται να προωθήσει μια νοοτροπία καινοτομίας για συνεχή οργανωτική βελτίωση με τη συμμετοχή των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό παρακολουθούν οι υπάλληλοι επιμορφωτικές δράσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας του Νοσοκομείου και την ανάπτυξη των προσωπικών δεξιοτήτων τους;	0	1	2	3	4	5
8	Με ποιο βαθμό επάρκειας αντιμετωπίζονται από την Διοίκηση, οι ατομικές ανάγκες των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό επιτυγχάνεται η ανατροφοδότηση των εργαζομένων του Νοσοκομείου, με σκοπό τη βελτίωση των ατομικών και ομαδικών αποδόσεων τους;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 1.4 Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση, για να **Διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις σχέσεις με την πολιτική ηγεσία και τους άλλους εμπλεκόμενους (επικεφαλής των δημόσιων οργανώσεων).**			
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	
		Καθόλου	(0)
		Πολύ Λίγο	(1)
		Λίγο	(2)
		Πολύ	(3)
		Πάρα Πολύ	(4)

		Απόλυτα		(5)			
1	Σε ποιο βαθμό παρέχεται βοήθεια στην πολιτική ηγεσία για τον καθορισμό των δημόσιων πολιτικών που σχετίζονται με το Νοσοκομείο;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό πραγματοποιούνται επαφές με την πολιτική ηγεσία, ώστε να υλοποιείται ανάλογα η διαδικασία σχεδιασμού και εφαρμογής της στοχοθεσίας;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό αναπτύσσονται και διατηρούνται πάγιες ή τακτικές συνεργασίες με πολίτες, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, άλλες Δημόσιες Οργανώσεις κτλ;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό υπάρχει η συμμετοχή της πολιτικής ηγεσίας και εμπλεκομένων φορέων στην ανάπτυξη του Συστήματος Διοίκησης του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό προσδιορίζονται οι σημαντικότερες υφιστάμενες και μελλοντικές ανάγκες των εμπλεκόμενων και ενημερώνονται σχετικά οι εργαζόμενοι στο Νοσοκομείο;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό σχεδιάζεται και υλοποιείται πολιτική για την ενίσχυση του ενδιαφέροντος του Νοσοκομείου για τα κοινά;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό επιδιώκεται η δημόσια καταξίωση και αναγνώριση των παρεχόμενων υπηρεσιών από το κοινό, μέσω της ανάπτυξης εκστρατειών προβολής της δραστηριότητας και των υπηρεσιών που προσφέρει;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό υπάρχει συμμετοχή υπηρεσιακών παραγόντων σε επαγγελματικές ενώσεις, αντιπροσωπευτικούς οργανισμούς και ομάδες συμφερόντων;	0	1	2	3	4	5

Κριτήριο 2 Στρατηγική και Προγραμματισμός*

<u>Υποκριτήριο 2.1</u> Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Συλλέξει πληροφορίες για τις παρούσες και τις μελλοντικές ανάγκες των εμπλεκομένων, καθώς και πληροφορίες σχετικές με τη διοίκηση***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό αναγνωρίζονται και καταγράφονται οι εμπλεκόμενοι στη λειτουργία του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό συγκεντρώνονται και αναλύονται συστηματικά πληροφορίες για τις ανάγκες και προσδοκίες των εμπλεκομένων φορέων στη λειτουργία του Νοσοκομείου, αλλά και για γενικότερες εξελίξεις (πολιτικο - νομικές, κοινωνικο – πολιτιστικές, περιβαλλοντολογικές, οικονομικές, τεχνολογικές και δημογραφικές εξελίξεις);	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό το Νοσοκομείο αξιολογεί (και με κριτήρια κινδύνων-ευκαιριών) συστηματικά πληροφορίες, σχετικά με τις ανάγκες των εμπλεκόμενων φορέων στη λειτουργία του;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 2.2 Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση για να **Αναπτύξει την στρατηγική* και τον προγραμματισμό λαμβάνοντας υπόψη τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί**							
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιό βαθμό μετατρέπεται η αποστολή και το όραμα της Διοίκησης σε στρατηγικούς και επιχειρησιακούς στόχους καθώς και δράσεις με βάση την ανάλυση κινδύνου;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό αξιολογείται και αναθεωρείται η λειτουργία του Νοσοκομείου με εφαρμογή κριτηρίων κινδύνων και ευκαιριών και με αναγνώριση και παρακολούθηση των κρίσιμων παραγόντων λειτουργίας;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό επιδιώκεται η συμμετοχή των εμπλεκομένων φορέων στη λειτουργία του Νοσοκομείου, κατά την ανάπτυξη του στρατηγικού σχεδιασμού λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό αξιολογούνται τα ασκούμενα από τους υπαλλήλους καθήκοντα σε σχέση με τα παραγόμενα αποτελέσματα και τις επιπτώσεις τους;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό υπάρχει εξισορρόπηση μεταξύ διατιθέμενων πόρων για την ικανοποίηση μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων προτεραιοτήτων και πιέσεων από την πλευρά των εμπλεκομένων φορέων στη λειτουργία του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αναπτύσσεται πολιτική για την κοινωνική ευθύνη και ενσωμάτωση στη στρατηγική και τον προγραμματισμό του Νοσοκομείου;*	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 2.3 Σκεφτείτε τι κάνει η Διοίκηση για να **Διαδώσει και να εφαρμόσει τη στρατηγική και τον προγραμματισμό σε όλο το Νοσοκομείο και να την αναθεωρεί σε τακτική βάση**							
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό ο στρατηγικός προγραμματισμός εφαρμόζεται μέσα από τον καθορισμό προτεραιοτήτων και χρονοδιαγραμμάτων καθώς και τον σχεδιασμό διαδικασιών και έργων;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό εφαρμόζονται συστηματικά μέθοδοι μέτρησης, παρακολούθησης και αξιολόγησης της απόδοσης σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό οι στρατηγικοί και οι επιχειρησιακοί στόχοι	0	1	2	3	4	5

	υλοποιούνται με συστηματικό σχεδιασμό και ανάθεση ευθυνών και καθηκόντων στις αρμόδιες υπηρεσιακές μονάδες και στους εργαζόμενους;						
4	Σε ποιο βαθμό η εφαρμοζόμενη επικοινωνιακή πολιτική επιτυγχάνει τη διάδοση των στόχων, των σχεδίων και των καθηκόντων σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό αξιολογείται η ανάγκη για την αναθεώρηση του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού καθώς και για την αναδιοργάνωση του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 2.4 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Σχεδιάσει, εφαρμόσει και επικαιροποιήσει το πρόγραμμα για την καινοτομία και την αλλαγή**

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό αναπτύσσεται η εφαρμογή μιας νέας οργανωτικής κουλτούρας για καινοτομία με έμφαση στην επιμόρφωση, στη συγκριτική μέτρηση ικανοτήτων και επιδόσεων και στα εργαστήρια μάθησης;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό παρακολουθούνται συστηματικά οι ανάγκες για αλλαγή και προσαρμογή στις απαιτήσεις του επιχειρησιακού περιβάλλοντος, και σχεδιάζονται οι ανάλογες δράσεις σε συνεργασία με τους εμπλεκόμενους φορείς στη λειτουργία του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται κάποιο σύστημα διοίκησης αλλαγών και καινοτομιών; *	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό εξασφαλίζονται οι απαραίτητοι πόροι για την υλοποίηση των αλλαγών που σχεδιάζονται;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό προωθείται η χρήση εργαλείων της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να ενισχυθεί η διαφάνεια και η αλληλεπίδραση οργάνωσης πολίτη/ασθενή;	0	1	2	3	4	5

Κριτήριο 3 Ανθρώπινο Δυναμικό

Υποκριτήριο 3.1 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Προγραμματίσει, διοικήσει και βελτιώσει το ανθρώπινο δυναμικό με διαφάνεια σε συνάρτηση με τη στρατηγική και τον προγραμματισμό της***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	
		Καθόλου	(0)
		Πολύ Λίγο	(1)
		Λίγο	(2)
		Πολύ	(3)

		Πάρα Πολύ		(4)			
		Απόλυτα		(5)			
1	Σε ποιο βαθμό αναλύονται οι υφιστάμενες και οι μελλοντικές ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των εμπλεκόμενων στη λειτουργία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό η πολιτική για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού λαμβάνει υπόψη μελλοντικές αρμοδιότητες και κοινωνικά κριτήρια; (π.χ. ευέλικτο ωράριο εργασίας, άδεια πατρότητας και μητρότητας, εκπαιδευτικές άδειες, ίσες ευκαιρίες, απασχόληση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, κ.λπ.).	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό εφαρμόζονται αντικειμενικά κριτήρια σχετικά με τις προσλήψεις, προαγωγές, αμοιβές, επιβραβεύσεις και κατανομή διοικητικών λειτουργιών;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό διασφαλίζεται η επάρκεια του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού ώστε να επιτυγχάνεται η αποστολή των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και η εξισορρόπηση καθηκόντων και αρμοδιοτήτων;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό τα κριτήρια για την πρόσληψη ανθρώπινου δυναμικού αλλά και για τις ανταμοιβές, προαγωγές και εξασφαλίζουν ίση και δίκαιη αντιμετώπιση;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό χρησιμοποιούνται περιγράμματα θέσεων εργασίας για την πρόσληψη και την εξέλιξη των υπαλλήλων των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό παρέχεται η απαραίτητη κατάρτιση και το απαραίτητο πλαίσιο εργασίας στο ανθρώπινο δυναμικό που ασχολείται με την ανάπτυξη και τη λειτουργία υπηρεσιών ηλεκτρονικής διακυβέρνησης και υπηρεσιών δικτύου;	0	1	2	3	4	5

<u>Υποκριτήριο 3.2</u> Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Προσδιορίσει, αναπτύξει και χρησιμοποιήσει τις ικανότητες των υπαλλήλων εναρμονίζοντας τις ατομικές επιδιώξεις με τους σκοπούς του Νοσοκομείου**							
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου		(0)			
		Πολύ Λίγο		(1)			
		Λίγο		(2)			
		Πολύ		(3)			
		Πάρα Πολύ		(4)			
		Απόλυτα		(5)			
1	Σε ποιο βαθμό αναγνωρίζονται οι απαιτούμενες ικανότητες, γνώσεις και δεξιότητες σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό δημιουργείται συμφωνημένη πολιτική ανάπτυξης δεξιοτήτων σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη ειδικές περιπτώσεις;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό επιδιώκεται η διαμόρφωση σύγχρονων προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης των εργαζομένων στο Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, με βάση τις υπάρχουσες και τις μελλοντικές υπηρεσιακές και ατομικές ανάγκες του προσωπικού;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό οι παλαιότεροι υπάλληλοι ή/και προϊστάμενοι του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων βοηθούν ή καθοδηγούν τους νεότερους για την αποτελεσματική εκπλήρωση των καθηκόντων τους;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό προωθείται η εσωτερική (εντός του Νοσοκομείου) ή η εξωτερική (σε άλλους φορείς) κινητικότητα των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό χρησιμοποιούνται σύγχρονες μέθοδοι	0	1	2	3	4	5

	επιμόρφωσης; (με χρήση πολυμέσων, κατάρτιση στο χώρο εργασίας, ηλεκτρονική μάθηση, μέσα κοινωνικής δικτύωσης)						
7	Σε ποιο βαθμό παρακολουθούνται οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες σε σχέση με το κόστος αλλά και το όφελος που προκύπτει;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό εξετάζεται η αναγκαιότητα προώθησης της γυναικείας σταδιοδρομίας και η διαμόρφωση των απαραίτητων σχεδίων;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 3.3 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Ενεργοποιήσει τη συμμετοχή του προσωπικού μέσω της ανάπτυξης του ανοικτού διαλόγου και της ενίσχυσης του προσωπικού προκειμένου να ενισχυθεί η ευημερία του***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό επικρατεί στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία κλίμα ανοικτής επικοινωνίας και διαλόγου καθώς και ενθάρρυνσης της ομαδικής εργασίας;	0	1	2	3	4	5
2	Πραγματοποιούνται συσκέψεις της Διοίκησης του Νοσοκομείου με υπαλλήλους και τους εκπροσώπους τους στα συνδικαλιστικά τους όργανα και αν ναι σε ποιο βαθμό κρίνονται τα αποτελέσματα τους ως σημαντικά στην προσπάθεια οργανωτικής βελτίωσης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για την υποβολή και προώθηση εισηγήσεων, πρωτοβουλιών, προτάσεων των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό οι στόχοι του Τμήματος και οι δείκτες μέτρησής τους, προσδιορίζονται με συμφωνία μεταξύ προϊσταμένων - υφισταμένων;	0	1	2	3	4	5
5	Αν διεξάγονται έρευνες ικανοποίησης του προσωπικού του Νοσοκομείου, σε ποιο βαθμό είναι αυτό ικανοποιημένο από τις συνθήκες εργασίας του;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό δίνεται έμφαση στις ανάγκες των κοινωνικά μειονεκτούντων εργαζομένων και των ΑμεΑ;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό σχεδιάζεται και εφαρμόζεται πολιτική για μη μισθολογικές παροχές και επιβραβεύσεις στους υπαλλήλους;	0	1	2	3	4	5

Κριτήριο 4 Συνεργασίες και πόροι*

Υποκριτήριο 4.1 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Αναπτύξει και να διαχειριστεί συνεργασίες με άλλους ομοειδείς φορείς***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	

		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό προσδιορίζεται η σημασία των στρατηγικών συνεργασιών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, με τους βασικούς συνεργάτες αυτής (προμηθευτές, άλλες υπηρεσίες, προϊστάμενες αρχές κ.α.);	0	1	2	3	4	5
2	Δημιουργούνται εξειδικευμένες συνεργασίες για την υλοποίηση συγκεκριμένου έργου και την ανάπτυξη και εφαρμογή κοινών projects με άλλα Τμήματα (αντίστοιχα) του Δημοσίου;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
3	Ελέγχονται τα αποτελέσματα των συνεργασιών αυτών και αν ναι σε πιο βαθμό αξιολογούνται ως ικανοποιητικά;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό είναι ξεκάθαρες οι ευθύνες και οι αρμοδιότητες κάθε πλευράς στην ανάπτυξη συνεργασιών;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
5	Δημιουργούνται και διαμορφώνονται κατά περίπτωση μακροχρόνιες συνεργασίες του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και λοιπούς φορείς;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
6	Λαμβάνεται υπόψη ο κοινωνικός αντίκτυπος στην ανάπτυξη και διαχείριση συνεργασιών (πχ κοινωνική, οικονομική και περιβαλλοντική επίπτωση των παρεχόμενων υπηρεσιών;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό επιδρά στη βελτίωση της διοικητικής ικανότητας του τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων η αξιοποίηση των δυνατοτήτων που απορρέουν από την τοποθέτηση του προσωπικού σε θέσεις εργασίας;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5
8	Ενθαρρύνεται η ανταλλαγή καλών πρακτικών και τη χρήση συγκριτικής μάθησης και συγκριτικής αξιολόγησης μεταξύ του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και των δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων που αποτελούν τους βασικούς συνεργάτες της και αν ναι κατά πόσο αυτή η διαδικασία κρίνεται αποτελεσματική;	Αν ΝΑΙ, σημειώστε σε ποιο βαθμό					
		Αν ΟΧΙ, προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση					
		0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 4.2 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Αναπτύξει και να εφαρμόσει συνεργασίες με τους πολίτες/ασθενείς***			
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	

		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό η δράση του Νοσοκομείου ενθαρρύνει την ενεργό και οργανωμένη συμμετοχή (συμβουλευτικά όργανα, σφυγμομετρήσεις σε διάφορα θέματα κτλ) των πολιτών/ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την λειτουργία του;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία είναι ανοικτά σε προτάσεις ή σε παράπονα των πολιτών και δημιουργούν τους κατάλληλους μηχανισμούς (ερωτηματολόγια, έρευνες κοινού, συμβουλευτικά όργανα με συμμετοχή πολιτών κτλ) για τη διαχείριση τους;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό υπάρχει οργανωμένη πολιτική ενημέρωσης-πληροφόρησης των πολιτών/ασθενών;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται η διαφανής διοικητική δραστηριότητα του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (π.χ. με τη δημοσίευση ετήσιων αναφορών για τη λειτουργία του, με ανακοινώση στο διαδίκτυο κτλ);	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό προσδιορίζεται ο ρόλος των πολιτών/ασθενών ως συν-παραγωγοί και συν-αξιολογητές των παρεχόμενων υπηρεσιών;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 4.3 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Διαχειρίζεται τα οικονομικά***							
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό υπάρχει σύνδεση μεταξύ της χρήσης των οικονομικών πόρων και των στρατηγικών στόχων του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται η διαφανής οικονομική διαχείριση, στο πλαίσιο της λειτουργίας του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται η αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό εισάγονται καινοτόμα συστήματα οικονομικού προγραμματισμού (πολλαπλοί ετήσιοι προϋπολογισμοί, πρόγραμμα για τους προϋπολογισμούς έργων, οικονομική διαχείριση σε επίπεδο έργου, προϋπολογισμός ανά μονάδα και όχι Κ.Α.Ε.,κτλ);	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό ελέγχεται συστηματικά το κόστος παροχής των υπηρεσιών προς το κοινό;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό η οικονομική διαχείριση είναι αποκεντρωμένη στις καθ' ύλην οργανικές μονάδες του Νοσοκομείου με παράλληλο κεντρικά επιτηρούμενο έλεγχο των	0	1	2	3	4	5

	δαπανών;						
7	Σε ποιο βαθμό οι αποφάσεις που ενέχουν κόστος αναλύονται στη λογική κόστους-οφέλους;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό πραγματοποιείται ανάλυση των πιθανών κινδύνων και ευκαιριών των οικονομικών αποφάσεων;	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό ενσωματώνονται στον προϋπολογισμό δεδομένα απόδοσης όπως πληροφορίες για τους στόχους παραγωγής και αποτελέσματος;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 4.4 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Διαχειρίζεται την πληροφορία και τη γνώση***							
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό παρακολουθούνται συστηματικά οι εξελίξεις (π.χ. νομοθεσία, νομολογία, επιστήμη) που είναι απαραίτητες για την υποβοήθηση της αποτελεσματικής λειτουργίας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και την επίτευξη των στρατηγικών και επιχειρησιακών στόχων της;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται η αποτελεσματική χρήση της πληροφορίας-ενημέρωσης που έχει το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων από το εξωτερικό του περιβάλλον;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό παρακολουθείται τακτικά και αξιολογείται η διαθεσιμότητα της πληροφορίας και η γνώση και εναρμονίζεται με το στρατηγικό προγραμματισμό του Νοσοκομείου, καθώς και με τις τρέχουσες και τις μελλοντικές ανάγκες των ενδιαφερομένων μερών;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό λειτουργούν αποτελεσματικά, εσωτερικοί δίαυλοι ενημέρωσης και διάδοσης της διοικητικής πληροφόρησης, για να εξασφαλίζεται η πρόσβαση των υπαλλήλων στη διοικητική γνώση που είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των καθηκόντων τους (εσωτερικό δίκτυο, ενημερωτικό δελτίο, εσωτερικό έντυπο κλπ);	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό οι διοικητικές πληροφορίες που παρέχει το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων είναι έγκυρες και παρουσιάζονται με φιλικό προς τον χρήστη τους τρόπο (π.χ. καθοδήγηση, εξάσκηση, εγχειρίδια);	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται ότι οι γνώσεις των υπαλλήλων παραμένουν στο Νοσοκομείο, ακόμη κι αν αποχωρήσουν από αυτό;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 4.5 Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Διαχειρίζεται την τεχνολογία**			
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	
		Καθόλου	(0)
		Πολύ Λίγο	(1)
		Λίγο	(2)
		Πολύ	(3)

		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό εφαρμόζεται μια ολοκληρωμένη πολιτική εισαγωγής των νέων και καινοτόμων Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας (ΤΠΕ) σε όλες τις διαστάσεις της λειτουργίας του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό χρησιμοποιούνται οι σύγχρονες τεχνολογίες στην καθημερινή λειτουργία (π.χ. πρόσβαση σε Βάσεις Δεδομένων, εξ αποστάσεως εκπαίδευση κτλ);	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων επικοινωνεί με τους εμπλεκόμενους φορείς στη λειτουργία του με τη χρήση σύγχρονων τεχνολογιών (π.χ. διαδίκτυο, ασύρματα δίκτυα, εσωτερικό δίκτυο κτλ);	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό η χρήση των ΤΠΕ συμβάλλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες/ασθενείς;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό παρακολουθείται και αξιολογείται το κόστος των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται με τη χρησιμοποιούμενη τεχνολογία;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αντιμετωπίζεται ο κοινωνικο-οικονομικός και περιβαλλοντικός αντίκτυπος των ΤΠΕ (π.χ. διαχείριση αποβλήτων ηλεκτρονικού εξοπλισμού (εκτυπωτές, οθόνες), μειωμένη προσβασιμότητα χρηστών χωρίς εξοικείωση με την τεχνολογία);	0	1	2	3	4	5

<u>Υποκριτήριο 4.6</u> Σκεφτείτε τι κάνει το Νοσοκομείο για να **Διαχειρίζεται τις εγκαταστάσεις του (υποδομές ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες των πολιτών/ασθενών και να υποστηρίζονται οι συνθήκες εργασίας του προσωπικού).**

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό οι υποδομές του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων εξασφαλίζουν κλίμα ανοικτής επικοινωνίας και διαλόγου καθώς και ενθάρρυνσης της ομαδικής εργασίας (π.χ. ανοιχτοί χώροι γραφείων αντί για ατομικά γραφεία);	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό η τοποθεσία που βρίσκεται το κτίριο στο οποίο στεγάζεται το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, διευκολύνει την πρόσβαση των υπαλλήλων του, αλλά και όσων έρχονται σε επαφή με αυτό; (π.χ. πρόσβαση των ατόμων με ειδικές ανάγκες στους χώρους στάθμευσης,κτλ.).	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό εξασφαλίζεται ένα περιβάλλον εργασίας που είναι ασφαλές, αποδοτικό και βοηθά στην καλύτερη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, αξιοποιώντας ανάλογα τους διατιθέμενος χώρους και τον υπάρχοντα εξοπλισμό;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό η χρήση και η συντήρηση των εγκαταστάσεων, του τεχνικού εξοπλισμού, των μεταφορικών μέσων και των ενεργειακών πόρων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων είναι αποδοτική, αποτελεσματική και συντελεί στην υλοποίηση των στόχων του και στην ικανοποίηση των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιητική η κτιριακή υποδομή	0	1	2	3	4	5

	όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών πρόσβασης των υπαλλήλων και των εξυπηρετούμενων από το Νοσοκομείο; (προβλέψεις ΑΜΕΑ, χώροι στάθμευσης, εσωτερικοί χώροι για ειδικές δραστηριότητες όπως καπνιστήριο, άθληση, κτλ)						
6	Σε ποιο βαθμό υπάρχει ολοκληρωμένη πολιτική του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων για τη διαχείριση των υποδομών του, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης αποβλήτων;	0	1	2	3	4	5

Κριτήριο 5 Διαδικασίες

Υποκριτήριο 5.1 Σκεφτείτε τι κάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων για να **Προσδιορίζει, σχεδιάζει, διαχειρίζεται και εισάγει καινοτομίες στις διαδικασίες σε συνεχή βάση, εμπλέκοντας τα ενδιαφερόμενα μέρη***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό ο προσδιορισμός, η περιγραφή, ανάλυση και αξιολόγηση των βασικών διοικητικών διαδικασιών - λειτουργιών του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων είναι συνεχής (σε διαρκή βάση) και επαρκής;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό ανατίθεται η διαχείριση συγκεκριμένων διαδικασιών- λειτουργιών σε καθορισμένους υπαλλήλους και κατά πόσο αυτοί συμμετέχουν στη διαδικασία σχεδιασμού τους; (δηλαδή τα πρόσωπα που ελέγχουν όλα τα στάδια της διαδικασίας)	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό η κατανομή των πόρων (άνθρωποι, εξοπλισμός, χρηματοδότηση κτλ) στις διαδικασίες - λειτουργίες, γίνεται ανάλογα με την συμβολή τους στην επίτευξη των στρατηγικών στόχων;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό πραγματοποιούνται αλλαγές στο κανονιστικό μέρος των διαδικασιών – λειτουργιών του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, ώστε να επιτυγχάνεται η απλούστευση των διαδικασιών σε τακτική βάση;(π.χ. αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο);	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό υπάρχουν δείκτες μέτρησης για την παρακολούθηση, αξιολόγηση, και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των διοικητικών διαδικασιών του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (π.χ. πληροφοριακό υλικό για πολίτες/ασθενείς, συνεργασίες, κ.λπ.);	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αξιολογείται η επιρροή των εφαρμογών διαδικτύου και ηλεκτρονικής διακυβέρνησης στις διαδικασίες του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό λαμβάνονται υπόψη οι αλλαγές του εξωτερικού περιβάλλοντος και των στόχων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων κατά την αξιολόγηση-αναθεώρηση των βασικών διοικητικών διαδικασιών - λειτουργιών;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό αξιολογούνται και αναθεωρούνται οι διαδικασίες βάσει της αποδοτικότητάς τους; (Η έννοια της αποδοτικότητας των νοσοκομείων σχετίζεται με την ορθολογική κατανομή και διαχείριση των περιορισμένων πόρων, για την παραγωγή υπηρεσιών υγείας-επίτευξη στόχων)	0	1	2	3	4	5

9	Σε ποιο βαθμό υπάρχει αξιοποίηση των καινοτομιών άλλων αντίστοιχων Τμημάτων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για τη βελτίωση των διοικητικών διαδικασιών-λειτουργιών; (Η εισαγωγή καινοτόμων διαδικασιών που βασίζονται σε μια διαδικασία συγκριτικής μάθησης σε τακτικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο, με ιδιαίτερη έμφαση στα εμπόδια προώθησης της καινοτομίας και στους απαραίτητους πόρους)	0	1	2	3	4	5
10	Σε ποιο βαθμό αναλύονται και αντιμετωπίζονται οι παράγοντες που αποτελούν εμπόδιο στην ανάπτυξη καινοτομιών;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 5.2 Σκεφτείτε τι κάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων για να **Αναπτύσσει και παρέχει υπηρεσίες προσανατολισμένες προς τον πολίτη/ασθενή***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό συμμετέχουν οι πολίτες/ασθενείς στον σχεδιασμό και στη βελτίωση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών (π.χ. με τη χρήση μέσων όπως έρευνες/ αιτημάτων που σχετίζονται με την καταλληλότητα των υπηρεσιών, κ.λπ.);	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό συμμετέχουν οι πολίτες/ασθενείς και άλλοι εμπλεκόμενοι στη διαμόρφωση των προτύπων ποιότητας ώστε να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό συμμετέχουν οι πολίτες/ασθενείς και άλλοι εμπλεκόμενοι στην ανάπτυξη και στον σχεδιασμό των διαύλων και μεθόδων επικοινωνίας τους με το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (διαδραστική επικοινωνία, διάλογος, ενδιαφέρον);	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό διατίθεται η κατάλληλη και αξιόπιστη πληροφόρηση με στόχο την εξυπηρέτηση και υποβοήθηση των πολιτών/ασθενών (έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες, μέριμνα για αλλαγές και έγκαιρη επικαιροποίηση πληροφοριακού υλικού);	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό είναι εύκολα προσβάσιμες στο κοινό οι παρεχόμενες υπηρεσίες (π.χ. διάθεση μέσω του διαδικτύου, έντυπο υλικό, αφίσες, φυλλάδια, διευρυμένο ωράριο κ.τλ);	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό υπάρχει και λειτουργεί αποτελεσματικά, Σύστημα διαχείρισης παραπόνων πολιτών, για τυχόν δυσλειτουργίες του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας);	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 5.3 Σκεφτείτε τι κάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων για να **Συντονίζει τις διαδικασίες στο σύνολο του Τμήματος και με άλλα σχετικά Τμήματα***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	
		Καθόλου	(0)
		Πολύ Λίγο	(1)
		Λίγο	(2)
		Πολύ	(3)
		Πάρα Πολύ	(4)
		Απόλυτα	(5)

1	Σε ποιο βαθμό προσδιορίζονται οι εμπλεκόμενοι με το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, με τους οποίους αναπτύσσεται συνεργάζεται στην παροχή υπηρεσιών προς τους πολίτες/ασθενείς;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό επιτυγχάνεται ο συντονισμός και η σύνδεση των διαδικασιών με τους βασικούς εμπλεκόμενους και τις ΜΚΟ;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό διευκολύνεται η ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και των εμπλεκόμενων στην αλυσίδα παροχής υπηρεσιών; (Η ανάπτυξη ενός κοινού συστήματος με τους εταίρους στην αλυσίδα παροχής υπηρεσιών υγείας, για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής δεδομένων).	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό υλοποιείται η δημιουργία ομάδων εργασίας από τους εμπλεκόμενους/συνεργαζόμενους για την αντιμετώπιση προβλημάτων και για να μάθουν για τον καλύτερο συντονισμό των διαδικασιών; (π.χ. κοινές υπηρεσίες και ανάπτυξη κοινής διαδικασίας μεταξύ των διαφορετικών μονάδων).	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό αναπτύσσεται μια νοοτροπία διάχυσης της πληροφορίας και της γνώσης εντός του Νοσοκομείου, συντονίζοντας τις διαδικασίες στο σύνολο του Νοσοκομείου ή αναπτύσσοντας διατμηματικές διαδικασίες;	0	1	2	3	4	5

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Από το κριτήριο 6 και στο εξής, η εστίαση της αξιολόγησης μετατοπίζεται από τις Προϋποθέσεις στα **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**. Στα 3 πρώτα κριτήρια των αποτελεσμάτων μετράμε την αντίληψη για το Νοσοκομείο: τι σκέφτονται για τον τρόπο λειτουργίας της οι εργαζόμενοι σε αυτήν, οι πολίτες/ασθενείς και η κοινωνία. Διαθέτουμε επίσης εσωτερικούς δείκτες απόδοσης που δείχνουν κατά πόσο έχουμε πετύχει τους στόχους που έχουμε θέσει για τον εαυτό μας – τα αποτελέσματα.

Κριτήριο 6 Αποτελέσματα προσανατολισμένα προς τον πολίτη/ασθενή/λήπτη υπηρεσιών υγείας*
Υποκριτήριο 6.1 Μελετήστε ποια αποτελέσματα πετυχαίνει το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες των πολιτών/ασθενών/ληπτών υπηρεσιών υγείας, μέσω των αποτελεσμάτων τω**ν μετρήσεων της αντίληψης των πολιτών/ασθενών/ληπτών υπηρεσιών υγείας, για το Τμήμα** **ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΕΣ/ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

| Υποκριτήριο 6.2 Μελετήστε ποια αποτελέσματα έχει επιτύχει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες των πολιτών/ασθενών, μέσω των αποτελεσμάτων τ**ων μετρήσεων της απόδοσης του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό υπάρχουν μετρήσεις βάσει δεικτών για θέματα που αφορούν στην εικόνα του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων προς το κοινό; (π.χ. αριθμός παραπόνων πολιτών, επίπεδο ικανοποίησης -	0	1	2	3	4	5

	εμπιστοσύνης των πολιτών/ασθενών για την εικόνα του Τμήματος, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, ο χρόνος αναμονής των πολιτών για την εξυπηρέτησή τους, απαιτούμενος χρόνος για τη διεκπεραίωση των υποθέσεών τους, επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού, θέματα επικοινωνίας και διαχείρισης κοινού, δείκτες για ειδικές κατηγορίες όπως φύλο, ηλικία, ΑΜΕΑ, τιμή κόστους των υπηρεσιών)						
2	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι βρίσκεται το επίπεδο του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε θέματα που αφορούν στη συμμετοχή των εμπλεκομένων φορέων στη λειτουργία του (πολίτες, άλλες Υπηρεσίες, επιχειρήσεις κτλ) στη διαδικασία σχεδιασμού και της παροχής διοικητικών υπηρεσιών καθώς και σχετικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό υπάρχουν μετρήσεις βάσει δεικτών για την αξιοποίηση προτάσεων των πολιτών/ασθενών για οργανωτικές βελτιώσεις;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό υπάρχουν μετρήσεις βάσει δεικτών για την αποτελεσματικότητα της χρήσης νέων και καινοτόμων μεθόδων, στην διαδικασία διεκπεραίωσης υποθέσεων πολιτών/ασθενών;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό έχουν προβλεφθεί πολιτικές για την παρακολούθηση συμμόρφωσης με δημοσιευμένα πρότυπα υπηρεσιών;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό βάσει μετρήσιμων στοιχείων διαπιστώνεται η ύπαρξη σφαλμάτων που οδηγούν στην επανεξέταση υποθέσεων και στην ανάκληση αποφάσεων;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ως ικανοποιητική την προσπάθεια για τη βελτίωση της διαθεσιμότητας, ακρίβειας και διαφάνειας της πληροφόρησης που παρέχει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, προς τους πολίτες/ασθενείς που συναλλάσσονται με αυτό;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι οι χρησιμοποιούμενοι δίαυλοι επικοινωνίας ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες των πολιτών/ασθενών;	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι βρίσκεται το επίπεδο της διαθεσιμότητας και της ακρίβειας των παρεχόμενων πληροφοριών;	0	1	2	3	4	5

Κριτήριο 7 Αποτελέσματα για το ανθρώπινο δυναμικό

Υποκριτήριο 7.1 Μελετήστε τι έχει επιτύχει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ανθρώπινου δυναμικού μέσω τ**ων αποτελεσμάτων της μέτρησης της αντίληψης του ανθρώπινου δυναμικού για την οργάνωση***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	
		Καθόλου	(0)
		Πολύ Λίγο	(1)
		Λίγο	(2)
		Πολύ	(3)
		Πάρα Πολύ	(4)
		Απόλυτα	(5)

1	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ικανοποιητική τη συνολική απόδοση του Τμήματος των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, σε σχέση με το ευρύτερο περιβάλλον του Νοσοκομείου, εντός του οποίου λειτουργεί;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ικανοποιητική τη συμμετοχή τω πολιτών/ασθενών στη λήψη αποφάσεων για το όραμα, την αποστολή και τις αξίες του Νοσοκομείου;	0	1	2	3	4	5

3	Σε ποιο βαθμό γνωρίζουν οι υπάλληλοι του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων τους στόχους της λειτουργίας ;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ικανοποιητικό το επίπεδο ενημέρωσης του προσωπικού για πιθανές συγκρούσεις συμφερόντων και την τήρηση της δεοντολογίας;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιητικός ο καταμερισμός αρμοδιοτήτων μεταξύ των υπαλλήλων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ως αποτελεσματικό τον τρόπο διοίκησης του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι επιβραβεύονται οι ατομικές και ομαδικές προσπάθειες των υπαλλήλων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων από το Νοσοκομείο;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητικούς τους εσωτερικούς μηχανισμούς διαλόγου-επικοινωνίας στο πλαίσιο της λειτουργίας του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε αποτελεσματικές τις διοικητικές διαδικασίες που ακολουθεί το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων στην καθημερινή της λειτουργία;	0	1	2	3	4	5
10	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητικές τις προσπάθειες διοικητικού εκσυγχρονισμού που καταβάλλει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιητικός ο χώρος στέγασης του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και το περιβάλλον εργασίας σε αυτό;	0	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό διευκολύνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων τους υπαλλήλους του, στην προσπάθεια αντιμετώπισης προσωπικών προβλημάτων;	0	1	2	3	4	5
13	Σε ποιο βαθμό το ωράριο λειτουργίας του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων διευκολύνει την ικανοποίηση των προσωπικών και οικογενειακών αναγκών των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
14	Σε ποιο βαθμό η πέραν του κανονικού ωραρίου εργασία σε ειδικές περιστάσεις, γίνεται όχι καταναγκαστικά, αλλά με την συναίνεση και την προθυμία των υπαλλήλων;	0	1	2	3	4	5
15	Σε ποιο βαθμό το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων αντιμετωπίζει αποτελεσματικά θέματα όπως η άνεση, η υγιεινή και η ασφάλεια στους χώρους εργασίας;	0	1	2	3	4	5
16	Σε ποιο βαθμό το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων μεταχειρίζεται τους υπαλλήλους με βάση την αρχή της ισότητας;	0	1	2	3	4	5
17	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ως ουσιαστικό μέσο υποκίνησης, τη συμμετοχή των υπαλλήλων, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για θέματα αποτελεσματικής λειτουργίας του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
18	Σε ποιο βαθμό το ισχύον σύστημα αξιολόγησης προσωπικού αποτελεί μέσο υποκίνησης του ανθρώπινου δυναμικού και βοηθά την προσπάθεια αποτελεσματικής λειτουργίας του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
19	Σε ποιο βαθμό το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων αναπτύσσει συστηματικά τις δυνατότητες, γνώσεις και δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού σε	0	1	2	3	4	5

	σχέση και με τους στόχους που τίθενται; (π.χ. ανάπτυξη δεξιοτήτων πληροφορικής σε συνδυασμό με το στόχο για την αύξηση των ηλεκτρονικά παρεχόμενων υπηρεσιών)						

Υποκριτήριο 7.2 Μελετήστε τι έχει επιτύχει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες του ανθρώπινου δυναμικού μέσω **Δεικτών αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού***

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου		(0)			
		Πολύ Λίγο		(1)			
		Λίγο		(2)			
		Πολύ		(3)			
		Πάρα Πολύ		(4)			
		Απόλυτα		(5)			
1	Σε ποιο βαθμό καταγράφονται αδικαιολόγητες απουσίες του προσωπικού από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι το προσωπικό του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων υποπίπτει σε σφάλματα σχετικά με την υπηρεσιακή του συμπεριφορά;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων υποβάλλει παράπονα για υπηρεσιακά θέματα;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό η απόδοση του προσωπικού του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων μετριέται με τη χρήση δεικτών;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ως επαρκή τη χρήση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών από το προσωπικό του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (χρήση e-mail, λογισμικό επεξεργασίας κειμένου, λογισμικό για την καταγραφή των ασθενών, κ.λπ.);	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αξιολογούνται συστηματικά τομείς όπως η ανάπτυξη δεξιοτήτων του προσωπικού του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων; (π.χ. ποσοστό συμμετοχής σε προγράμματα κατάρτισης, αποτελεσματικότητα της επένδυσης στην επιμόρφωση κ.λπ.)	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό το προσωπικό του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ανταποκρίνεται επαρκώς στις ανάγκες των πολιτών με τους οποίους συναλλάσσεται; (συμπεριφορά προς τον πολίτη)	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό κρίνετε επαρκή την εναλλαγή καθηκόντων μέσα στο Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων; (εναλλαγή προσωπικού σε θέσεις εργασίας/ εσωτερική κινητικότητα, ώστε να γνωρίζουν όλοι τη ροή των εργασιών)	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό υπάρχει πολιτική υποκίνησης με τη χρήση δεικτών για το προσωπικό; (αριθμός προτάσεων για καινοτομία, συμμετοχή σε ομάδες εργασίας, κ.λπ.)	0	1	2	3	4	5
10	Σε ποιο βαθμό καταγράφονται οι συγκρούσεις συμφερόντων μεταξύ υπαλλήλων ή ομάδων εντός του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων; (π.χ. ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας)	0	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ικανοποιητική την εθελοντική συμμετοχή σε δραστηριότητες κοινωνικής ευθύνης που προωθεί το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5

Κριτήριο 8 Αποτελέσματα σχετικά με την κοινωνία
Υποκριτήριο 8.1 Σκεφτείτε τι επιτυγχάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, σχετικά με την κοινωνική ευθύνη της, μέσω των αποτελεσμάτων των **Μετρήσεων Αντίληψης**
Υποκριτήριο 8.2 Σκεφτείτε τι επιτυγχάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, σχετικά με την κοινωνική ευθύνη της, μέσω των αποτελεσμάτων των **μετρήσεων απόδοσης σχετικά με την κοινωνία** **ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ**

Κριτήριο 9 Κύρια αποτελέσματα							
Υποκριτήριο 9.1 Αποτίμηση των αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, σε σχέση με **τις εξωτερικές επιδόσεις: εκροές και αποτελέσματα σε στόχους***							
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου	(0)				
		Πολύ Λίγο	(1)				
		Λίγο	(2)				
		Πολύ	(3)				
		Πάρα Πολύ	(4)				
		Απόλυτα	(5)				
1	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ως αποτελεσματική τη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, δηλαδή σε ποιο βαθμό επιτυγχάνει τους στόχους που έχουν τεθεί;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι βελτιώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες/ασθενείς/λήπτες υπηρεσιών υγείας, με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία μετρήσεων;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε αποδοτική τη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων; (επίτευξη στόχων με το χαμηλότερο δυνατό κόστος)	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε αποτελεσματικούς τους οικονομικούς ελέγχους (εσωτερικούς ή εξωτερικούς) που διενεργούνται στο Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό κρίνετε θετικά τα αποτελέσματα συγκριτικών μετρήσεων με άλλα αντίστοιχα Τμήματα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό η εφαρμογή καινοτομιών στις παρεχόμενες υπηρεσίες συμβάλλει στη βελτίωση των εκροών- αποτελεσμάτων του του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 9.2 Αποτίμηση των αποτελεσμάτων που έχουν επιτευχθεί από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, σε σχέση με **τις εσωτερικές επιδόσεις: επίπεδο της αποδοτικότητας***			
Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση	
		Καθόλου	(0)
		Πολύ Λίγο	(1)
		Λίγο	(2)
		Πολύ	(3)
		Πάρα Πολύ	(4)
		Απόλυτα	(5)

1	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητική τη συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων πλευρών στη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι μένουν ικανοποιημένοι οι εμπλεκόμενοι φορείς ως προς τη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, από την γενικότερη δραστηριότητά του;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε αποτελεσματική τη δημιουργία συνεργασιών του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων με τρίτους (άλλα Δημόσια αντίστοιχα Τμήματα, ιδιώτες, κοινωνικούς φορείς);	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε επιτυχημένη την πολιτική για τη διοικητική βελτίωση και την εισαγωγή καινοτομιών στις παρεχόμενες, από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, υπηρεσίες;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι έχει συμβάλει η εισαγωγή των νέων τεχνολογικών εφαρμογών της πληροφορικής και της επικοινωνίας, στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της λειτουργίας του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων; (απλούστευση διαδικασιών, λιγότερη γραφειοκρατία)	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητική την αποδοτικότητα των υφιστάμενων διαδικασιών - λειτουργιών του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι εκτελείται επιτυχώς ο προϋπολογισμός του Νοσοκομείου για το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων βασίζεται για τη λειτουργία του, σε ίδια έσοδα και πηγές χρηματοδότησης από την κοστολόγηση των παρεχόμενων από αυτήν υπηρεσιών;	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό το Νοσοκομείο ικανοποιεί τις οικονομικές απαιτήσεις των εμπλεκομένων φορέων (αμοιβές στο προσωπικό, κοστολόγηση προϊόντων σε πολίτες/ασθενείς, αμοιβές προμηθευτών - συνεργατών κτλ) στη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
10	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε αποτελεσματική τη διαχείριση των πόρων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε αποτελεσματικές τις διαδικασίες οικονομικού ελέγχου που ακολουθούνται από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό κρίνετε θετική τη συμμετοχή του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, καθώς και την ανάπτυξη και πιστοποίηση των πολιτικών και προτύπων ποιότητας; (συμμετοχή σε διαδικασίες εγκατάστασης Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας, κ.λπ.)	0	1	2	3	4	5
13	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι ο τρόπος λειτουργίας του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων συμβάλλει στην ορθολογική διαχείριση των οικονομικών πόρων;	0	1	2	3	4	5
14	Σε ποιο βαθμό ανταποκρίνεται η Διοίκηση στα αποτελέσματα των μετρήσεων των εσωτερικών επιδόσεων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
15	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητικές τις μετρήσεις των επιθεωρήσεων και των ελέγχων για τη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την πολύτιμη συνεργασία σας. Η προσπάθεια για την διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών μας είναι συνυφασμένη και με τη συνεργασία σας.

Η Ομάδα έργου θα προβεί στην καταγραφή της βαθμολογίας στα κριτήρια και στα υποκριτήρια, για να εξαχθούν πληροφορίες για τα πεδία που απαιτούνται δράσεις βελτίωσης και να εκπονηθεί Σχέδιο Βελτίωσης.

*Οι αστερίσκοι παραπέμπουν στο έντυπο **Όρων – Διευκρινήσεων**. Εάν επιθυμείτε διευκρινίσεις, επικοινωνήστε με την Ομάδα Έργου.*

2. Ερωτηματολόγιο για τους Πολίτες

Ερωτηματολόγιο

Το Νοσοκομείο επιθυμεί να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα **Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία**.

Θεωρώντας ότι εσείς, ως πολίτες/ασθενείς, **<u>είστε οι πιο σημαντικοί κριτές των παρεχόμενων υπηρεσιών</u>**, σας παρακαλούμε να μελετήσετε τις πιο κάτω ερωτήσεις και να μας βαθμολογήσετε ανάλογα. Ο χρόνος που θα απαιτηθεί από εσάς (ή κάποιο συγγενή ή φίλο) να το συμπληρώσετε θα είναι μικρός, αλλά **<u>η συμμετοχή σας στην προσπάθειά μας θα είναι μεγάλη και πολύτιμη.</u>**

<u>Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα</u> και σας παρακαλούμε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο να το ρίξετε στο ειδικό κυτίο συλλογής που βρίσκεται στην είσοδο των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων.

Για καλύτερη κατανόηση και αποσαφήνιση των ερωτημάτων απευθυνθείτε στο Τμήμα Γραμματείας Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και ζητήστε να μιλήσετε με την Προϊσταμένη του κα Καραλέξη Αικατερίνη ή την Προϊσταμένη του Τμήματος Ποιότητας κα Καραΐσκου Αγγελική.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΥ

ΦΥΛΛΟ ☐ΑΝΔΡΑΣ ☐ΓΥΝΑΙΚΑ

ΗΛΙΚΙΑ ☐18 - 25 ετών ☐ 25 - 35 ετών ☐ 36 – 45 ετών ☐ 46 - 55 ετών ☐56 και άνω

ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ☐ 1^{Η} ΦΟΡΑ ☐ 2^{Η} ΦΟΡΑ ☐ ΑΝΩ ΑΠΟ 3 ΦΟΡΕΣ

Μελετήστε ποια αποτελέσματα πετυχαίνει το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις προσδοκίες σας, μέσω των αποτελεσμάτων των μετρήσεων της αντίληψης που έχετε για το Τμήμα							
Α/Α	**Ερώτηση**	**Απάντηση**					
		Καθόλου				**(0)**	
		Πολύ Λίγο				**(1)**	
		Λίγο				**(2)**	
		Πολύ				**(3)**	
		Πάρα Πολύ				**(4)**	
		Απόλυτα				**(5)**	
1	Σε ποιο βαθμό κρίνετε την ανταπόκριση στις προσδοκίες και στις ανάγκες σας, από το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ως φιλική και δίκαιη;	0	1	2	3	4	5

	(*φιλικότητα, ισότιμη μεταχείριση, σαφήνεια πληροφοριών, προθυμία εργαζομένων να ακούσουν, υποδοχή,* κ.λπ.)						
2	Σε ποιο βαθμό κρίνετε τη δραστηριότητα του Τμήματος των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ευέλικτη στην αντιμετώπιση μεμονωμένων προβλημάτων;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις προληπτικές ενέργειες του Τμήματος των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για να ανταποκριθεί στις ανάγκες σας (*επίπεδο οργάνωσης του Τμήματος για καλύτερη εξυπηρέτηση*);	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι η συμμετοχή σας στον σχεδιασμό της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών συμβάλλει στην ποιοτική αναβάθμισή τους; (π.χ. *λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες σας;*)	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε εύκολη την πρόσβαση στο Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων; (Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, χώροι στάθμευσης, χώροι αναμονής πολιτών, ειδικές προβλέψεις Α.Μ.Ε.Α.)	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό είναι εύκολη η πρόσβαση στις υπηρεσίες που σας παρέχονται; (Π.χ. παρέχονται υπηρεσίες με μεθόδους ηλεκτρονικής εξυπηρέτησης μέσω του διαδικτύου-υποβολή αιτήσεων, κ.λπ.)	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό κρίνονται ως ποιοτικές, επίκαιρες και έγκυρες οι πληροφορίες που παρέχει το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (με κάθε διαθέσιμο μέσο), για διοικητικές υποθέσεις που σας αφορούν; (*ανάρτηση οδηγιών και πληροφοριακού υλικού για τον πολίτη/ασθενή στο site*, κ.λπ.)	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό κρίνετε αξιόπιστες τις συμβουλές που παρέχει το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, στο πλαίσιο της διαδικασίας ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και διοικητικής υποστήριξης; (*ποιότητα, αξιοπιστία, χρόνος διεκπεραίωσης/παρεχόμενος χρόνος, ποιότητα συμβουλών που παρέχονται, κ.λπ.*)	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό ανταποκρίνεται το Τμήμα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων στην παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τις εκάστοτε διαφορετικές ανάγκες; (*διαφορετική αντιμετώπιση ανάλογα με την εξατομικευμένη και διαφορετική ανάγκη π.χ. φύλο, ηλικία, υπηκοότητα, ευπαθείς ομάδες, κ.λπ.*)	0	1	2	3	4	5
10	Σε ποιο βαθμό διενεργούνται έρευνες γνώμης/ικανοποίησης, για την οργάνωση και τις παρεχόμενες υπηρεσίες;	0	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την πολύτιμη συνεργασία σας. Η προσπάθεια για την διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών μας είναι συνυφασμένη και με τη συνεργασία σας.

3. Ερωτηματολόγιο για τους Κοινωνικούς Φορείς

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
για ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

Υποκριτήριο 8.1 Σκεφτείτε τι επιτυγχάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου, σχετικά με την κοινωνική ευθύνη του, μέσω των αποτελεσμάτων των **Μετρήσεων Αντίληψης**

Οι μετρήσεις αντίληψης επικεντρώνονται στην αντίληψη της κοινότητας, για τις επιδόσεις των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων από εμπλεκόμενους εκτός Νοσοκομείου. Η μέτρηση της αντίληψης συνιστά ένδειξη της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών και περιβαλλοντικών στρατηγικών. Περιλαμβάνει την οπτική γωνία για τη διαφάνεια, τον αντίκτυπο για την ποιότητα ζωής και την ποιότητα της δημοκρατίας, την οπτική για τη δεοντολογία ως προς την υποστήριξη των πολιτών/ασθενών, την προσέγγιση και τα αποτελέσματα για τα κοινωνικά και περιβαλλοντικά θέματα.

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου		(0)			
		Πολύ Λίγο		(1)			
		Λίγο		(2)			
		Πολύ		(3)			
		Πάρα Πολύ		(4)			
		Απόλυτα		(5)			
1	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι το κοινό ενημερώνεται για συμβολή του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών της περιοχής εντός της οποίας δραστηριοποιείται; (π.χ. πρόγραμμα προαγωγής υγείας, δράσεις για ευπαθείς ομάδες, κ.λπ.)	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό κρίνετε τη δημόσια εικόνα του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ως θετική;	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ικανοποιητικά τα αποτελέσματα των επαφών και της συνεργασίας του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς;	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητικές τις αλλαγές που επέρχονται στη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, ως αποτέλεσμα της προσπάθειας ανταπόκρισης στις μεταβολές του κοινωνικού περιβάλλοντος;	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι επηρεάζει θετικά η λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, την οικονομία της περιοχής εντός της οποίας δραστηριοποιείται; (*π.χ. δημιουργία/προσέλκυση μικρών επιχειρηματικών δραστηριοτήτων που έχουν χωροταξική εγγύτητα, δημιουργία δημόσιων δρόμων ή μέσων μαζικής μεταφοράς που εξυπηρετούν και τους υφιστάμενους οικονομικά δρώντες*).	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι επηρεάζει θετικά η λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων την κοινωνία της περιοχής εντός της οποίας δραστηριοποιείται, λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα της δημοκρατικής συμμετοχής των πολιτών;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητική την υποστήριξη των Α.Μ.Ε.Α. από το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων;	0	1	2	3	4	5
8	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητική τη λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για την προστασία του περιβάλλοντος; (*προσπάθειες εξοικονόμησης ενέργειας, χρήση εναλλακτικών πηγών ενέργειας, διαχείριση αποβλήτων, συμμόρφωση σε περιβαλλοντικές προδιαγραφές, κ.τ.λ.*)	0	1	2	3	4	5
9	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η λειτουργία του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων είναι ανοικτή σε τρίτους και διαφανής; (*π.χ. τήρηση αρχών/αξιών όπως*	0	1	2	3	4	5

	ισότητα, συνέχεια, κ.λπ.)						
10	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ικανοποιητική τη δημοσιογραφική κάλυψη των δραστηριοτήτων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων από τα Μ.Μ.Ε.;	0	1	2	3	4	5

Υποκριτήριο 8.2 Σκεφτείτε τι επιτυγχάνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου, σχετικά με την κοινωνική ευθύνη του, μέσω των αποτελεσμάτων των **μετρήσεων απόδοσης σχετικά με την κοινωνία**

Οι μετρήσεις απόδοσης εστιάζουν στα μέτρα που χρησιμοποιούνται από το Νοσοκομείο για να ελέγξει, να κατανοήσει, να προβλέψει και να βελτιώσει τις επιδόσεις σχετικά με την κοινωνική του ευθύνη. Θα πρέπει να δοθεί μια σαφής ένδειξη της αποτελεσματικότητας των προσεγγίσεων του Νοσοκομείου, για τα κοινωνικά θέματα. Οι μετρήσεις απόδοσης μπορούν να εξετάζουν τη δεοντολογία, τις πρωτοβουλίες και τα αποτελέσματα της πρόληψης των κινδύνων για την υγεία, τις πρωτοβουλίες για την ανταλλαγή γνώσεων, τις πρωτοβουλίες για τη διατήρηση των πόρων και τη μείωση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων κ.λπ.

Α/Α	Ερώτηση	Απάντηση					
		Καθόλου			(0)		
		Πολύ Λίγο			(1)		
		Λίγο			(2)		
		Πολύ			(3)		
		Πάρα Πολύ			(4)		
		Απόλυτα			(5)		
1	Σε ποιο βαθμό κρίνονται ως ικανοποιητικές οι σχέσεις με άλλα (αντίστοιχα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων) Τμήματα και κοινωνικούς φορείς, αρμόδιες αρχές, κ.λπ;	0	1	2	3	4	5
2	Σε ποιο βαθμό κρίνονται ως ικανοποιητικές οι προσπάθειες που καταβάλλει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ευπαθών ομάδων πληθυσμού; (*συμβολή Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στις ευπαθείς ομάδες, κοινωνική υπηρεσία, κ.λπ.*)	0	1	2	3	4	5
3	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ικανοποιητική την κάλυψη των θεμάτων του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων από τα Μ.Μ.Ε.; (έχει αναφερθεί η ίδια ερώτηση πιο πάνω πεδίο 10)	0	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ικανοποιητική την συμβολή του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων στον σχεδιασμό, στη χρηματοδότηση και στην υλοποίηση διεθνών προγραμμάτων και στη συμμετοχή των εργαζομένων σε φιλανθρωπικές δραστηριότητες	0	1	2	3	4	5
5	Σε ποιο βαθμό ενθαρρύνει το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων τους υπαλλήλους του, αλλά και τους πολίτες/ασθενείς, που έρχονται σε επαφή με αυτό να ασχολούνται με κοινωνικά ζητήματα και να δραστηριοποιούνται στο χώρο της κοινωνίας των πολιτών/ασθενών;	0	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε παραγωγική την ανταλλαγή γνώσης και εμπειριών του Τμήματος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων με κοινωνικούς φορείς;	0	1	2	3	4	5
7	Σε ποιο βαθμό το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων αναλαμβάνει πρωτοβουλίες πρόληψης κινδύνων υγείας και ατυχημάτων, για τους υπαλλήλους , αλλά και	0	1	2	3	4	5

	για τους πολίτες/ασθενείς με τους οποίους συναλλάσσεται; (λήψη προληπτικών μέτρων έναντι κινδύνων, καταπολέμηση καπνίσματος, συνεργασία με «φίλιες» δυνάμεις στην αντιμετώπιση Εκτάκτων Αναγκών, παρεμβάσεις Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων, κ.λπ.)						
8	Σε ποιο βαθμό το Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων έχει εκπονήσει/σχεδιάσει δράσεις για τη διαχείριση των πόρων και για την προστασία του περιβάλλοντος (ανακύκλωση, περιβαλλοντικά πρότυπα, ενέργεια κτλ);	0	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την πολύτιμη συνεργασία σας. Η προσπάθεια για την διαρκή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών μας είναι συνυφασμένη και με τη συνεργασία σας.

✳