

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΓΙΑ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΙΙΙ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ

(Π.Μ.Σ. - Ο.ΔΙ.Μ.)

**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ (BENCHMARKING)
ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Β.Α.ΑΙΓΑΙΟΥ - ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΥΡΑΝΙΑ ΤΩΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΑΣΠΡΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΧΙΟΣ 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΓΙΑ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥΣ

(Π.Μ.Σ. - Ο.ΔΙ.Μ.)

**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΙΙΙ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΥΡΑΝΙΑ ΤΩΡΑ

**ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ
(BENCHMARKING) ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ
Β.Α.ΑΙΓΑΙΟΥ - ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

Τριμελής επιτροπή

Επιβλέπων: Ασπρίδης Γεώργιος

Καθηγητής: Δρ. Δούνιας Γεώργιος

Καθηγητής: Δρ.Χριστοφάκης Εμμανουήλ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε όλο τον κόσμο, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δέχονται αυξανόμενη πίεση για βελτίωση της απόδοσης, ελέγχοντας το κόστος, χωρίς να διακυβεύεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η πρόσβαση σε αυτά έχοντας να αντιμετωπίσουν τα δημογραφικά στοιχεία ενός γερασμένου πληθυσμού, σταθερές αυξήσεις σε χρόνιες και σοβαρές ασθένειες και αυξανόμενη ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες με πιο εντατική θεραπεία για πολλούς ασθενείς.

Αυτό έγινε ιδιαίτερα σημαντικό μετά το ξέσπασμα της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, η οποία οδήγησε σε αυστηρότερους δημόσιους προϋπολογισμούς που επηρέασαν επίσης την υγειονομική περίθαλψη. Τον Μάιο του 2010 τέθηκε σε εφαρμογή "Το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα".

Το μνημόνιο μεταξύ Ελλάδας, ΔΝΤ και ΕΕ δίνει έμφαση στην εφαρμογή εκτεταμένων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και περικοπών δαπανών, προκειμένου να αποκατασταθεί η ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας και να μειωθεί το υφιστάμενο δημοσιονομικό έλλειμμα. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας από τους κύριους τομείς όπου έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση, λαμβάνοντας υπόψη τη σημαντική αύξηση των δαπανών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία.

Η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) είναι μια πολύτιμη τεχνική για γρήγορη ανύψωση της απόδοσης ενός οργανισμού. Μια συνεχής πρωτοβουλία σύγκρισης βασικών δεικτών απόδοσης, δομών, διεργασιών και βέλτιστων πρακτικών. Η δραστηριότητά της δεν αφορά μόνο την πρακτική έλεγχου προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτή επιτυγχάνει τα απαιτούμενα μετρήσιμα αποτελέσματα, αλλά υποστηρίζει την ανοιχτή σύγκριση και κοινή χρήση για τη συνεχή βελτίωση και ανάπτυξη.

Το benchmarking έχει πολλά να προσφέρει και έχει ή θα έπρεπε να έχει σημαντική θέση σε όλα τα συστήματα υγείας. Βέβαια, όπως κάθε διαχειριστικό εργαλείο, έχει και αυτό κάποιες προϋποθέσεις επιτυχίας και κάποιες αστοχίες.

Δεν αποτελεί πανάκεια για κάθε πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας οργανισμός και ούτε θα έπρεπε να αντιμετωπίζεται με αυτόν τον τρόπο.

Η εφαρμογή πολιτικών τέτοιων, όπως η συγκριτική αξιολόγηση, η διαχείριση βέλτιστων πρακτικών και οι πρωτοποριακές εφαρμογές πληροφοριών και συστημάτων βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι επιτυχημένα αποδεδειγμένα εργαλεία βελτίωσης της απόδοσης που επιτρέπουν στα νοσοκομεία, τις κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα αλλά και τα ιατρεία να επιτύχουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας κλινικής παραγωγής, να συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας των ασθενών, στη μείωση του κόστους των δαπανών για την υγεία, στην ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα, στη θεραπεία σοβαρών ασθενειών, στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά και των διοικούντων να επιτύχουν κλινική αριστεία και αποδοτικότητα κόστους.

Οι διεθνείς συγκρίσεις μεταξύ νοσοκομείων που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες σε διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν μεγάλες δυνατότητες για την επίτευξη αποτελεσμάτων σε ποιότητα ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών, αποτελεσματικές δομές εργασίας, διαδικασίες αγοράς και εφοδιαστικής αλυσίδας, διαχείρισης, τεχνικών κλπ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί το τελευταίο στάδιο ολοκλήρωσης του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οικονομική και Διοίκηση για Μηχανικούς» της κατεύθυνσης «Διοίκηση και Οικονομία Δημοσίων Οργανισμών και Φορέων». Νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω ειλικρινά τον καθηγητή μου και επιβλέποντα κ. Ασπρίδη Γεώργιο για την ανεκτίμητη βοήθεια και καθοδήγηση που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας και της εμπιστοσύνης που μου έδειξε στην εν λόγω προσπάθεια από την πρώτη στιγμή της συνεργασίας μας. Μου δόθηκε η ευκαιρία να αποτυπώσω την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης στα νοσοκομεία του Β.Α.Αιγαίου, μέσα από ένα θέμα που χαρακτηρίζεται από πρωτοτυπία όσον αφορά την έρευνά του. Εκτός των άλλων, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα άλλα δύο μέλη της επιτροπής, κύριο Δούνια και κύριο Χριστοφάκη για την τιμητική αποδοχή της συμμετοχής τους στη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία.

Επίσης το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων του Β.Α.Αιγαίου που παρόλη την πίεση λόγω της πανδημίας βρήκαν λίγο χρόνο για να συμπληρώσουν το απαιτητικό ερωτηματολόγιο της έρευνάς μου.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Νιώθω την ανάγκη να μοιραστώ τη χαρά μου και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους συνοδοιπόρους και φάρους της ζωής μου, τον σύζυγό μου Σωτήρη, τα παιδιά μου Νικόλα και Σοφία αλλά και τους γονείς μου και την αδερφή μου, που υποστήριξαν την επιλογή μου, στάθηκαν δίπλα μου και με παρότρυναν να συμμετάσχω στο συγκεκριμένο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών πιστεύοντας ότι ο συγκεκριμένος τίτλος σπουδών θα αποτελέσει σημαντικό θεμέλιο λίθο για τη μετέπειτα πορεία μου στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα γενικότερα.

Είμαι συγγραφέας αυτής της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας και κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων ή ιδεών, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά, ειδικά για τη συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία.

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	4
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
ABSTRACT.....	12
Εισαγωγή.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
1.1.Ορισμοί συγκριτικής αξιολόγησης	15
1.2. Η συγκριτικής προτυποποίηση στον τομέα της υγείας.....	18
1.3. Τύποι Συγκριτικής Αξιολόγησης στην υγειονομική περίθαλψη.....	18
1.4. Πλεονεκτήματα από τη χρήση του benchmarking στις υπηρεσίες υγείας	21
1.5. Ποια νοσοκομεία χρησιμοποιούν συγκριτική αξιολόγηση	23
1.6. Οι εφαρμογές του benchmarking στα ελληνικά νοσοκομεία	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	27
2.1. Η σπουδαιότητα της ποιότητας και της αποδοτικότητας στον Τομέα της Υγείας	27
2.2. Κρίσιμοι Παράγοντες Επιτυχίας - Critical Success Factors (CSF)	29
2.3. Βασικοί Δείκτες Απόδοσης - Key Performance Indicators (KPIs).....	30
2.4. Η διαφορά CSF και KPIs	35
2.5. Έρευνες και μελέτες για τη χρήση των CSF και KPIs.....	35
2.6. Η Έννοια των Βέλτιστων Πρακτικών (Best Practices)	38
2.7. Ανάλυση Βέλτιστων Πρακτικών Ηλεκτρονικής Υγείας σε χώρες της Ε.Ε.....	39
2.8. Βέλτιστες πρακτικές στον κλάδο υγείας στην Ελλάδα	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ	47
3.1. Εθνικό σύστημα υγείας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.....	47
3.2. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα	51
3.3. Υπάρχουσα κατάσταση στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	55
4.1. Το ερωτηματολόγιο	63
4.2. Η σύνταξη, ο σχεδιασμός, η επεξεργασία του ερωτηματολογίου	64
4.3. Πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	59
5.1. Ερευνητική Προσέγγιση Benchmarking σε Μονάδες Υγείας του Β.Α.Αιγαίου	59
5.2. Περιγραφικά Στατιστικά	59
5.3. Ανάλυση των ΚΡΙ's	64
5.5. Ανάλυση ανοικτού τύπου ερωτήσεων 3 ^{ης} ενότητας ερωτηματολογίου	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ– ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	106
Οι γενικεύσεις της έρευνας	106
Οι περιορισμοί της έρευνας	109
Προτάσεις	111
Οι μελλοντικές έρευνες	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	114
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	120

Πίνακες

Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση του benchmarking στον τομέα της υγείας (Ellis)	19
Πίνακας 2: Πλεονεκτήματα benchmarking (Zairi, 1994)	22
Πίνακας 3: 12 χαρακτηριστικά αποδοτικών ΚΡΙs	33
Πίνακας 4: Ελληνικά Νοσοκομεία ανά Περιφερειακή Ενότητα (Στατιστική Αρχή)	49
Πίνακας 5: Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου	54
Πίνακας 6: Αριθμός των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας και στις Το.Μ.Υ. στην Υγειονομική Περιφέρεια της 2ης ΥΠΕ (ΕΣΥ, 2020)	54
Πίνακας 7: Σημαντικότητα κάθε ΚΡΙ	67
Πίνακας 8: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των ΚΡΙ με την οικογενειακή κατάσταση	77
Πίνακας 9: Στατιστική σημαντικότητα οικογενειακής κατάστασης και του ΚΡΙ23	77
Πίνακας 10: Στατιστική σημαντικότητα οικογενειακής κατάστασης και του ΚΡΙ37	77
Πίνακας 11: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των ΚΡΙ με το αν έχετε παιδιά	79
Πίνακας 10: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των ΚΡΙ με το πόσα παιδιά έχουν οι ερωτώμενοι	80
Πίνακας 12: Στατιστική σημαντικότητα του πλήθους των παιδιών και του ΚΡΙ 19	81
Πίνακας 13: Στατιστική σημαντικότητα του πλήθους των παιδιών και του ΚΡΙ 37	81
Πίνακας 14: Στατιστική σημαντικότητα του πλήθους των παιδιών και του ΚΡΙ 38	81
Πίνακας 15: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των ΚΡΙ με το μορφωτικό επίπεδο	83
Πίνακας 16: Στατιστική σημαντικότητα του μορφωτικού επιπέδου και του ΚΡΙ 20	83
Πίνακας 17: Στατιστική σημαντικότητα του μορφωτικού επιπέδου και του ΚΡΙ 46	84
Πίνακας 18: Στατιστική σημαντικότητα του μορφωτικού επιπέδου και του ΚΡΙ 47	84
Πίνακας 19: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των ΚΡΙ με το αν εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ο ερωτώμενος	86
Πίνακας 20: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των ΚΡΙ με την υπηρεσία απασχόλησης	87
Πίνακας 21: Στατιστική σημαντικότητα της υπηρεσίας απασχόλησης και του ΚΡΙ 53	88
Πίνακας 22: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των ΚΡΙ με το φύλο	89

Πίνακας 23: Φύλο (Εικόνα 1 Παραρτήματος 2)	89
Πίνακας 24: Ηλικία	91
Πίνακας 25: Οικογενειακή κατάσταση (Εικόνα 2 Παραρτήματος 2).....	91
Πίνακας 26: Έχει παιδιά ο ερωτώμενος; (Εικόνα 3 Παραρτήματος 2)	92
Πίνακας 27: Πόσα παιδιά έχει ο ερωτώμενος (Εικόνα 4 Παραρτήματος 2)	92
Πίνακας 28: Μορφωτικό επίπεδο ερωτώμενου (Εικόνα 5 Παραρτήματος 2)	93
Πίνακας 29: Εργασία στο Δημόσιο ή ιδιωτικό Τομέα (Εικόνα 6 Παραρτήματος 2).....	93
Πίνακας 30: Χρόνια Προϋπηρεσίας	95
Πίνακας 31: Υπηρεσία Απασχόλησης	96
Πίνακας 32: Θέση στην Ιεραρχία	96
Πίνακας 33: Πλήθος υφισταμένων.....	97
Πίνακας 34 : Τι επιδιώκουν με τη συγκριτική αξιολόγηση;.....	99
Πίνακας 35: Με ποιον θέλετε να συγκριθείτε;	100
Πίνακας 36: Βέλτιστες Πρακτικές ερωτώμενων	101
Πίνακας 37: Καινοτόμες πρακτικές ερωτώμενων	104
Πίνακας 38: Καινοτόμα πρακτική ερωτώμενων.....	105

Εικόνες

Εικόνα 1: Τομείς που μπορεί να εφαρμοστεί το benchmarking	16
Εικόνα 2: Διαδικασία Γενικού Benchmarking.....	17
Εικόνα 3: Κύκλος KPI.....	32
Εικόνα 4: Η σχέση μεταξύ CSF & KPIs	36
Εικόνα 5: Π.Β.Αιγαίου	52
Εικόνα 6: Τα νοσοκομεία στην Π.Β.Αιγαίου	52
Εικόνα 7: Φύλο	59
Εικόνα 8: Ηλικία ερωτωμένου	60
Εικόνα 9: Φύλο	60
Εικόνα 10: Εάν έχει παιδιά ο ερωτώμενος.....	60
Εικόνα 11: Πλήθος παιδιών ερωτώμενου	61
Εικόνα 12: Μορφωτικό επίπεδο ερωτώμενου	61
Εικόνα 13: Εάν εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ο ερωτώμενος	62
Εικόνα 14: Υπηρεσία απασχόλησης ερωτώμενου	62
Εικόνα 15: Χρόνια προυπηρεσίας ερωτώμενου	63
Εικόνα 16: Θέση στην ιεραρχία που κατέχει ο ερωτώμενος	63
Εικόνα 17: Πόσους υφιστάμενους έχει ο ερωτώμενος	64
Εικόνα 18: Γνωρίζετε τι είναι η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking);	98
Εικόνα 19: Γνωρίζετε τι είναι το Παρατηρητήριο Καινοτομίας;	102
Εικόνα 20: Έχετε καταθέσει κάποια καινοτόμα πρακτική του φορέά σας;	103
Εικόνα 21: Θεωρείτε ότι εφαρμόζετε κάποια καινοτόμα πρακτική;.....	104

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΑΔΕ	Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων
ΑΔΠ	Αρχή Διασφάλισης και Πιστοποίησης της Ποιότητας στην Ανώτατη Εκπαίδευση
2 ^η ΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΓΝ	Γενικό Νοσοκομείο
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΣΕΥΥΠ	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤοΜΥ	Τοπικές Ομάδες Υγείας
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΕΠΥ	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
ΣΕΥΥΠ	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
ICT	Information and Communications Technology
SMS	Simulation and Management System
BSC	Balanced Scorecard
PRINCE	Project In Controlled Environment Version

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μέσω της παρούσας εργασίας καταγράφονται οι προσπάθειες των φορέων και παρόχων υγείας να υιοθετήσουν την τεχνική benchmarking (συγκριτικής προτυποποίησης) στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού τους και να αναζητήσουν βέλτιστες πρακτικές που επικρατούν στον κλάδο υγείας με στόχο την επίτευξη της άριστης απόδοσης. Κύριο μέλημα όλων είναι η εξεύρεση ανταγωνιστικών στόχων που θα τους βοηθήσουν να εντοπίσουν τις αδυναμίες τους, «τα κενά απόδοσης του οργανισμού τους», προωθώντας τον πειραματισμό νέων μέσων ποιοτικής βελτίωσης, μέσω της χάραξης και εφαρμογής δομημένων δράσεων για τη διόρθωσή τους.

Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής εξαρτάται από παράγοντες όπως ο προσανατολισμός του οργανισμού, ο δημόσιος ή ιδιωτικός χαρακτήρας του και ο κλάδος, ο τομέας που είναι ανεπαρκής και χρειάζεται βελτίωση. Η μέτρηση της απόδοσης μέσω ποιοτικών δεικτών KPIs και CSF είναι πολύτιμος οδηγός διότι με τα στοιχεία που προκύπτουν από τις συγκρίσεις τομέων και υπηρεσιών ανάμεσα σε οργανισμούς επιτυγχάνεται καλύτερη κατανομή πόρων. Συμβάλει στην ορθή λήψη αποφάσεων. Διευκολύνει την άσκηση διοίκησης, καθώς παρέχει σαφή βάση σχεδιασμού και ελέγχου. Βοηθά στην παροχή καλύτερων υπηρεσιών προς τους πολίτες των οργανισμών δημοσίου τομέα.

Το κλειδί της επιτυχίας είναι η ορθή επιλογή των δεικτών μέτρησης της απόδοσης και ποιότητας, από τα μεσαία και ανώτερα διευθυντικά στελέχη των οργανισμών, ώστε αυτοί να αντικατοπτρίζουν τη στρατηγική και τους στόχους του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα, ανά περίπτωση.

Η εισήγηση διακρίνεται σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος αρχικά αναλύεται η έννοια της συγκριτικής αξιολόγησης – προτυποποίησης και ειδικότερα στον τομέα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, οι τύποι και τα οφέλη που προκύπτουν από αυτήν καθώς και κάποια παραδείγματα εφαρμογών της στον κλάδο της υγείας και τα νοσοκομεία.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά στη σπουδαιότητα της ποιότητας, στους δείκτες απόδοσης, στους κρίσιμους παράγοντες επιτυχίας CSF και στους βασικούς δείκτες απόδοσης KPIs και τονίζεται η διαφορά τους.

Αναλύεται η έννοια των βέλτιστων πρακτικών του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και παρουσιάζονται οι καλές πρακτικές της ηλεκτρονικής υγείας και μη σε χώρες της Ε.Ε. καθώς και οι επιπτώσεις της συγκριτικής αξιολόγησης στο σύστημα υγείας, στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Στο τρίτο μέρος ακολουθεί μία παρουσίαση του Εθνικού και Ιδιωτικού Συστήματος Υγείας της χώρας μας και συγκεκριμενοποιούνται κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των μονάδων υγείας της Υγειονομικής Περιφέρειας του Βορείου Αιγαίου, στην οποία έλαβε χώρα και η έρευνα, η οποία θα παρουσιασθεί και διεξήχθη σε στελέχη δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων αλλά και ιατρείων.

Η έρευνα φιλοδοξεί να αναδείξει τη μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης και τα οφέλη της στον κλάδο υγείας, να προβάλλει κάποιες εφαρμοσμένες καλές πρακτικές που έχουν επιφέρει σημαντική ωφέλεια σε μονάδες υγείας της Ευρώπης.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν σχετικά με την εξοικείωσή τους με τη συγκριτική ανάλυση και τις καλές πρακτικές είναι ιδιαίτερα σημαντικά και η όποια αξιοποίησή τους θα συμβάλλει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των παθολογιών, στη βελτίωση διαδικασιών και μεθόδων και ιατρείων, στην αύξηση της διοικητικής και οικονομικής αποδοτικότητας, της υιοθέτησης καλών πρακτικών και της διάδοσης της καινοτομίας. Όπως διαπιστώθηκε οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να επικεντρωθούν σε ένα μικρό αριθμό KPIs, τα οποία είναι κρίσιμα για τη βιωσιμότητα της επιχείρησης/ του φορέα, την ικανοποίηση των ασθενών και τους στόχους της ανώτερης διοίκησης. Η υιοθέτηση καλών πρακτικών θα επιφέρει δυνατά αποτελέσματα σε μικρότερο χρόνο και με το ελάχιστο δυνατό κόστος στο φορέα εφαρμογής.

Λέξεις κλειδιά: συγκριτική προτυποποίηση-αξιολόγηση, βασικοί δείκτες απόδοσης, Κρίσιμοι Παράγοντες Επιτυχίας, βέλτιστες πρακτικές, καινοτομία, υγεία, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς & Αιγαίου (2η Υ.ΠΕ.)

ABSTRACT

Through this work the efforts of health organization and providers are recorded to adopt the technique of benchmarking (comparative standardization) in the context of their modernization and to seek best practices that prevail in the health sector in order to achieve excellent performance. Everyone's main concern is to find competing goals that will help them identify their weaknesses, "their performance gaps", promoting the experimentation of new means of quality improvement, through the design and implementation of structured actions to correct them.

The choice of the appropriate technique depends on factors such as the orientation of the organization, its public or private character and the industry, the sector that is insufficient and needs improvement. Measuring the performance through quality indicators KPIs and CSFs is a valuable guide because data from comparisons of sectors and services between organizations achieve better resource allocation. It contributes to the right decision making. It facilitates the exercise of management, as it provides a clear basis for planning and control. It also helps to provide better services to the citizens of public sector organizations.

The key to success is the correct choice of performance and quality metrics by the middle and senior management of organizations, so that they reflect the strategy and goals of the public or private sector, on a case-by-case basis.

The presentation is divided into three parts. The first part first analyzes the concept of benchmarking - in particular in the field of health and healthcare, the types and benefits that result from it as well as some examples of its applications in the health sector and hospitals.

The second part refers to the importance of quality, performance indicators, critical success factors CSF and key performance indicators KPIs and emphasizes their difference.

The concept of best practices of the private and public sector is analyzed and the good practices of e-health and not in EU countries are presented. as well as the effects of benchmarking on the health system, public and private hospitals.

The third part presents the National and Private Health System of our country and it specifies some special characteristics of the health units of the Health Region of the North Aegean, in which the research took place, which will be presented to the executives and private hospitals and to doctors' offices.

The research aims to highlight the method of benchmarking and its benefits in the health sector, to highlight some applied good practices that have brought significant benefits to health units in Europe.

The conclusions that emerge regarding their familiarity with comparative analysis and good practices are particularly important and any use of them will contribute substantially to the treatment of pathologies, to the improvement of procedures and methods and clinics, to the increase of administrative and financial efficiency, to the adoption of good practices and dissemination of innovation.

It has been found that health organizations need to focus on a small number of KPIs, which are critical to business / entity viability, patient satisfaction, and senior management goals. The adoption of good practices will bring strong results in less time and at the lowest possible cost to the implementing body.

Keywords: Benchmarking, Key Performance Indicators (KPIs), Critical Success Factors (CSF), Best Practices, innovation, health, National Health System, North Aegean Region, Health Region of Piraeus & Aegean (2nd Ministry of Health).

Εισαγωγή

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως και ιδιαίτερα στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν την πρόκληση αύξησης του κόστους λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των πιο εξελιγμένων θεραπειών (ΟΟΣΑ, 2015; Saltman & Figueras, 1997, WHO, 2010). Ταυτόχρονα, οι ασθενείς απαιτούν φροντίδα υψηλής ποιότητας με το χαμηλότερο κόστος. Οι πρωτοβουλίες βελτίωσης των διαδικασιών αποτελούν αναγκαιότητα για την υγειονομική περίθαλψη. Η εξέλιξη των συστημάτων υγείας συνδυάζεται με την αυξημένη ανάγκη για επίτευξη υψηλού επιπέδου ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και προϊόντων και στην αναγκαιότητα να επιτευχθούν βέλτιστοι στόχοι. Το benchmarking στον κλάδο υγείας βρίσκει εφαρμογές τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Η χρήση του πλέον αποτελεί αναγκαιότητα σε όλα τα επίπεδα (ιδιωτικό, δημόσιο, εθνικό επίπεδο).

Μελέτες, έχουν δείξει ότι η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) είναι μια από τις πιο εφαρμοσμένες διαχειριστικές προσεγγίσεις σε νοσοκομεία (van Lent et al., 2012; Yasin, Zimmerer, Miller, & Zimmerer, 2002). Ωστόσο, οι αναμενόμενοι στόχοι απέχουν πολύ από την υλοποίηση και τα νοσοκομεία αφήνονται στην εμπειρία και την κρίση τους, στην επιλογή μιας προσέγγισης βελτίωσης (van Lent et al., 2012; Volland, Fügener, Schoenfelder, & Brunner, 2016). Επομένως, υπάρχει ανάγκη για αυστηρότερες μελέτες σχετικά με τον επανασχεδιασμό των διαδικασιών στην υγειονομική περίθαλψη (Elkhuizen, Limburg, Bakker, & Klazinga, 2006), ιδιαίτερα όσον αφορά τον τρόπο επιλογής κατάλληλων πρακτικών διαχείρισης βέλτιστων πρακτικών για εφαρμογή (Sousa & Voss, 2008; Volland et al, 2016).

Το benchmarking στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας, ένα από τα πιο σύγχρονα διοικητικά εργαλεία πραγματεύεται η παρούσα διπλωματική εργασία. Σκοπός αποτελεί η μελέτη της χρήσης του σε μονάδες υγείας του Βορειοανατολικού Αιγαίου καθώς και οι βέλτιστες πρακτικές που εφαρμόζονται.

Η μεθοδολογία που ακολουθείται βασίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία, σε επιστημονικά άρθρα, σε δημοσιευμένες μελέτες για την εφαρμογή του benchmarking στον κλάδο υγείας ξένων οργανισμών και φορέων και σε κάποιες παρουσιάσεις καλών πρακτικών που ακολουθούνται σε νοσηλευτικά ιδρύματα του εξωτερικού αλλά και της χώρας μας. Τα συμπεράσματα βασίζονται στην έρευνα μέσω σχετικού ερωτηματολογίου που έγινε για τους σκοπούς της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

1.1.Ορισμοί συγκριτικής αξιολόγησης

Ο Παπαδάκης (2012) αναφέρει ότι είναι η συνεχής και συστηματική σύγκριση μιας ή περισσοτέρων επιχειρησιακών στρατηγικών, λειτουργιών, διαδικασιών ή πρακτικών με αυτές των καλύτερων ανταγωνιστών ή αυτών των επιχειρήσεων που θεωρούνται «άριστες» στο συγκεκριμένο αντικείμενο (Καϊτελίδου, 2015).

Ο Καλογερίδης (2017) ότι αποτελεί τη διαδικασία σύγκρισης μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού σε σχέση με μία επιχείρηση που είναι πρωτοπόρος στον κλάδο τόσο από άποψη απόδοσης όσο και σε σχέση με τη γενικότερη λειτουργία της. Η σύγκριση μπορεί να γίνει στο σύνολο της επιχείρησης ή μπορεί να επικεντρωθεί σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι της. Η σύγκριση αυτή περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό μετρήσιμων παραμέτρων που επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία του (Χατζηανδρέου, 2017).

Το Αμερικάνικο Κέντρο Παραγωγικότητας και Ποιότητας (APQC) την ορίζει ως «τη διαδικασία βελτίωσης της απόδοσης μέσω της συνεχούς ταυτοποίησης, κατανόησης και προσαρμογής εξαιρετικών πρακτικών και διαδικασιών που βρίσκονται εντός και εκτός του οργανισμού και υλοποίηση των αποτελεσμάτων της» (Γκουτζιούλη, 2014).

Η Κοινή Επιτροπή ορίζει τη συγκριτική αξιολόγηση ως μια συστηματική, βασισμένη σε δεδομένα διαδικασία συνεχούς βελτίωσης που περιλαμβάνει εσωτερική και / ή εξωτερική σύγκριση της απόδοσης για την αναγνώριση, επίτευξη και διατήρηση βέλτιστων πρακτικών. Απαιτεί τη μέτρηση και την αξιολόγηση δεδομένων για τον καθορισμό ενός επιπέδου στόχου ή ενός κριτηρίου αναφοράς για την αξιολόγηση της τρέχουσας απόδοσης με παρόμοια δεδομένα που συλλέγονται από άλλους οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων των εγκαταστάσεων βέλτιστης πρακτικής (Wind, A.WH van Harten, 2017).

Οι μελέτες συγκριτικής αξιολόγησης είναι ευπαθείς και ευαίσθητες στο χρόνο. Αυτό που είναι ένα πρότυπο αριστείας σήμερα μπορεί να είναι η αναμενόμενη απόδοση του αύριο. Η βελτίωση είναι μια συνεχής διαδικασία και η συγκριτική αξιολόγηση πρέπει να θεωρείται ως μέρος αυτής

της διαδικασίας. Ως αποτέλεσμα, αν και διαφορετικοί συγγραφείς έχουν ορίσει τη συγκριτική αξιολόγηση με διαφορετικούς τρόπους, όλοι αυτοί οι ορισμοί έχουν ένα κοινό θέμα το οποίο είναι: η συνεχής και διαρκής μέτρηση και βελτίωση της απόδοσης ενός οργανισμού έναντι των καλύτερων στον κλάδο για τη λήψη πληροφοριών σχετικά με νέες μεθόδους εργασίας ή πρακτικές σε άλλες οργανώσεις (Γκουτζιούλη, 2014).

1.2. Η συγκριτική προτυποποίηση στον τομέα της υγείας



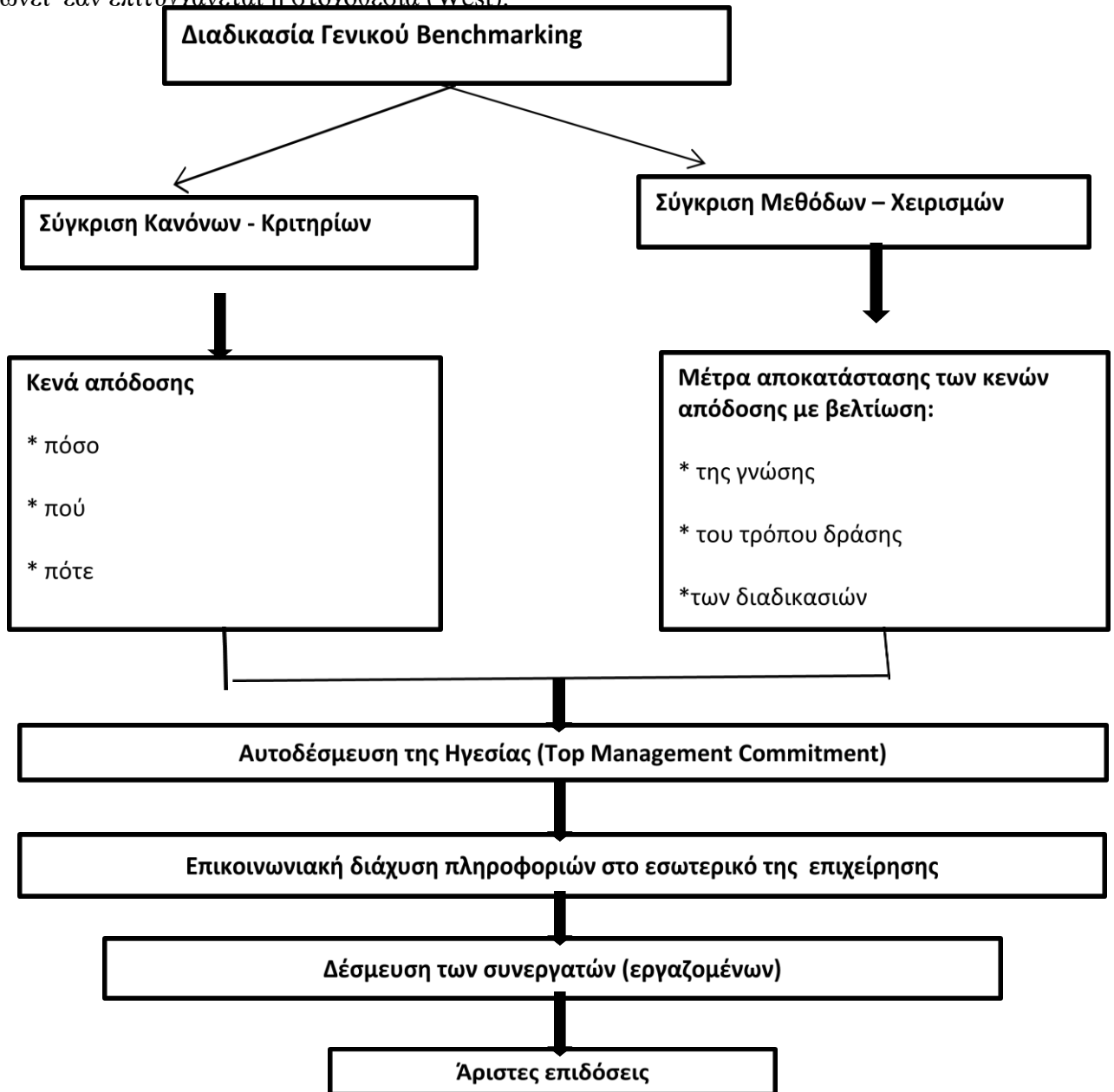
Εικόνα 1: Τομείς που μπορεί να εφαρμοστεί το benchmarking

Επειδή τα τελευταία χρόνια ασκήθηκαν πιέσεις στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τόσο για τη βελτίωση της απόδοσης όσο και για την ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς αναζητούνταν λύσεις γι' αυτές τις βελτιώσεις. Έτσι έγινε η εισαγωγή της συγκριτικής προτυποποίησης στον κλάδο (Γκουτζιούλη, 2014).

Όπως περιγράφουν οι Ettorchi-Tardy, Levif και Michel (2012) αποτελεί απαίτηση για τη βελτίωση της απόδοσης στον κλάδο υγείας. Αυτό βέβαια οφείλεται σε τρεις βασικούς παράγοντες: 1) την επιτακτική ανάγκη να ελεγχθεί το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, 2) την ανάγκη για τη διαχείριση του κινδύνου και της ποιότητας της περίθαλψης και 3) την ανάγκη να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των ασθενών. Αυτοί οι τρεις παράγοντες στάθηκαν οι αιτίες για την ανάπτυξη πολλών εθνικών και διεθνών προγραμμάτων για την ανάπτυξη δεικτών απόδοσης, την εφαρμογή τους στις μονάδες υγείας και την σύγκριση της απόδοσης μεταξύ τους (Γκουτζιούλη, 2014).

Επιπλέον στόχος του benchmarking στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας. Η ποιότητα της περίθαλψης, της ασφάλειας των ασθενών και της ικανοποίησης των ασθενών χρειάζονται βελτιώσεις. Η διαδικασία περιλαμβάνει την εξέταση

προτύπων, βέλτιστων πρακτικών και πρακτικών, τα οποία θα είναι βασισμένα σε αποδεικτικά στοιχεία. Οι εργαζόμενοι μπορούν να έχουν ατομικούς στόχους που θα συμβάλλουν στην επίτευξη ενός οργανωτικού στόχου ή στη βελτίωση ενός χώρου εργασίας. Η διοίκηση οφείλει όταν εφαρμόζονται νέες πρακτικές να βρίσκει τρόπους μέτρησης της προόδου ώστε να διαπιστώνει εάν επιτυγχάνεται η στοχοθεσία (West).



Εικόνα 2: Διαδικασία Γενικού Benchmarking (Πηγή: Κ.Τερζίδης «Συγκριτική Διοίκηση Benchmarking»)

Από τον 17^ο αιώνα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είχαν ήδη ακολουθηθεί παρόμοιες πρακτικές, όπως η σύγκριση των δεικτών των αποτελεσμάτων της υγείας των ασθενών, για τη σύγκριση των ποσοστών θνησιμότητας στα νοσοκομεία (Brailletal,2008). Η αξιοποίηση της συγκριτικής προτυποποίησης ως δομημένης μεθόδου ξεκίνησε μόλις στα μέσα της δεκαετίας του '90 (Μπεκιαρούδη, 2019).

Το 1990 υπό τις απαιτήσεις της Μικτής Επιτροπής Διαπίστευσης Οργανισμών Υγείας (JCAHO) στις Ηνωμένες Πολιτείες εφαρμόστηκε η συγκριτική προτυποποίηση για πρώτη φορά στον τομέα της υγείας. Την καθόρισε ως εργαλείο μέτρησης για την παρακολούθηση της διακυβέρνησης, της διαχείρισης και των κλινικών και λογιστικών διαδικασιών ((Μπεκιαρούδη, 2019).

Να σημειώσουμε στο σημείο αυτό ότι η έννοια αλλά και το περιεχόμενο της πρακτικής της συγκριτικής προτυποποίησης έχει μεταβληθεί σημαντικά με την πάροδο των ετών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Το benchmarking όταν εφαρμόστηκε αρχικά ήταν στην ουσία η σύγκριση των αποτελεσμάτων απόδοσης για τον εντοπισμό των ανισοτήτων. Στη συνέχεια επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει την ανάλυση των διεργασιών και των παραγόντων επιτυχίας για την παραγωγή υψηλότερων επιπέδων απόδοσης. Οι πιο πρόσφατες τροποποιήσεις στην έννοια της συγκριτικής προτυποποίησης σχετίζονται με την ανάγκη να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των ασθενών (Μπεκιαρούδη, 2019).

1.3. Τύποι Συγκριτικής Αξιολόγησης στην υγειονομική περίθαλψη

Στόχος του benchmarking είναι να δώσει φωνή στα ποιοτικά πρότυπα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης υιοθετώντας μια διαδικασία συγκριτικής αξιολόγησης, βρίσκουν και προσδιορίζουν τις δυνάμεις και τις αδυναμίες τους επιτρέποντάς τους να καταστρώνουν σχέδια δράσης για βελτίωση. Στην υγειονομική περίθαλψη υπάρχουν πολλά ενδιαφερόμενα μέρη (ιδιωτικά νοσοκομεία, δημόσια νοσοκομεία, ερευνητικοί οργανισμοί, υπουργεία κτλ.), τα οποία μέσω του benchmarking μπορούν να ωφεληθούν από έργα ποιότητας και ασφάλειας. Υπάρχουν ειδικά οφέλη που συνδέονται με κάθε τύπο συγκριτικής αξιολόγησης (West).

Απώτερος στόχος όταν χρησιμοποιείται η συγκριτική αξιολόγηση είναι η βελτίωση των διεθνών προτύπων και η αύξηση της παρεχόμενης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Η επίτευξη αυτών διασφαλίζει και την επιτυχία χρήσης της (Γκουτζιούλη, 2014).

Ο Ellis (1995, 1997, 2004) κατηγοριοποίησε το benchmarking στον τομέα της υγείας ως εξής:

Performance Benchmarking	Περιγράφοντας τη δραστηριότητα σύγκρισης των επιπέδων λειτουργίας επισημαίνονται τα αντίστοιχα κενά.
Process Benchmarking	Εδώ αναγνωρίζονται τα βασικά αίτια που οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα αποδοτικότητας.
Patient Experience Benchmarking	Εδώ επικεντρώνεται στις προσδοκίες των ασθενών και στο βαθμό ικανοποίησής τους.
Competitive Benchmarking	Εδώ χρησιμοποιούνται μετρήσεις αποδοτικότητας ενός οργανισμού υγείας για σύγκριση με τους άμεσους ανταγωνιστές του.
Comparative Benchmarking	Εδώ επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο παρόμοιες λειτουργικές δραστηριότητες πραγματοποιούνται από διαφορετικούς οργανισμούς.
Collaborative Benchmarking	Εδώ περιλαμβάνεται ο διαμοιρασμός της γνώσης για μια συγκεκριμένη δραστηριότητα, με στόχο τη συνολική βελτίωση όλων των μερών.
Clinical Practice Benchmarking	Είναι η πιο συχνή μορφή συγκριτικής αξιολόγησης καθώς περιλαμβάνει δομική σύγκριση και εύρεση καλύτερων πρακτικών σε επίπεδο κλινικής φροντίδας.

Πίνακας 1 : Κατηγοριοποίηση του benchmarking στον τομέα της υγείας (Πηγή: Γκουτζιούλη, Ο., 2014. *To Benchmarking στις Υπηρεσίες Υγείας*. Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη).

Στην υγειονομική περίθαλψη εφαρμόζονται συχνά κι αυτοί οι τύποι συγκριτικής αξιολόγησης:

- **Η Εσωτερική συγκριτική αξιολόγηση**, η οποία λαμβάνει χώρα όταν ένας οργανισμός συγκρίνει λειτουργίες εντός των οργανωτικών δομών του, εξετάζοντας κάθε περιοχή και αξιολογώντας εάν πληρούνται πρότυπα και στόχοι που έχουν τεθεί γι' αυτούς και τον τρόπο που γίνεται αυτό. Για παράδειγμα, εάν ένα νοσοκομείο θέλει να βελτιώσει τις πρακτικές πλύσης και απολύμανσης για την πρόληψη λοιμώξεων, μπορεί να χρησιμοποιήσει εσωτερική συγκριτική αξιολόγηση για να προβεί σε αξιολόγηση των τρεχουσών πρακτικών σε κάθε τμήμα και έπειτα να θέσει στόχους για 100% συμμόρφωση στην υγιεινή των χεριών σε όλο το νοσοκομείο(West).
- **Η Ανταγωνιστική συγκριτική αξιολόγηση**, η οποία συμβαίνει όταν ένας οργανισμός αναλύει μια άλλη διαδικασία οργάνωσης ή παρόμοια υπηρεσία/οργανισμό/φορέα και συγκρίνει τους στόχους ή τα αποτελέσματα του οργανισμού με το δικό του. Οι συγκριτικοί οργανισμοί είναι οι καλύτεροι άμεσοι ανταγωνιστές. Για παράδειγμα, ένα νοσοκομείο που επιθυμεί να βελτιώσει την ικανοποίηση του ασθενούς μπορεί να συγκρίνει πόσο χρόνο οι ασθενείς περιμένουν σε αίθουσες έκτακτης ανάγκης – επειγόντων περιστατικών του, πριν δουν έναν γιατρό, με το μέσο όρο που οι ασθενείς περιμένουν σε αίθουσες επειγόντων περιστατικών άλλων νοσοκομείων έκτακτης ανάγκης πριν δουν έναν γιατρό(West).
- **Η λειτουργική συγκριτική αξιολόγηση** είναι η σύγκριση παρόμοιων διαδικασιών εντός των λειτουργιών, αλλά μπορεί να περιλαμβάνει οργανισμούς από τις ίδιες ή διαφορετικές βιομηχανίες.
- **Η γενική συγκριτική αξιολόγηση**, η οποία περιλαμβάνει τη σύγκριση καινοτόμων και υποδειγματικών διαδικασιών εργασίας (Neely, 2013).

Όλοι οι φορείς προτού μπουν στη διαδικασία εφαρμογής της συγκριτικής αξιολόγησης πρέπει να θέτουν το ερώτημα: «Γιατί να προβώ σε συγκριτική αξιολόγηση;» Μόνο όταν θέτει κάποιος αυτό το ερώτημα είναι δυνατόν να προσδιοριστεί ποια μορφή συγκριτικής αξιολόγησης είναι η

πιο κατάλληλη γι' αυτόν. Διάφοροι συγγραφείς έχουν δημιουργήσει κάποιο πλαίσιο συγκριτικής αξιολόγησης, κατηγοριοποιώντας διαφορετικές μορφές συγκριτικής αξιολόγησης.

Η κλασική διάκριση γίνεται μεταξύ των επιδόσεων συγκριτικής αξιολόγησης και των χαρακτηριστικών πρακτικής συγκριτικής αξιολόγησης σε αυτά τα πλαίσια (Trosa & Williams, 1996), αλλά στη συνέχεια εισάγονται επιπλέον μορφές συγκριτικής αξιολόγησης (Francis & Holloway, 2007). Ο Camp (1989) στο αρχικό του έργο, για παράδειγμα, διακρίνει μεταξύ εσωτερικής, ανταγωνιστικής, λειτουργικής και γενικής συγκριτικής αξιολόγησης.

1.4. Πλεονεκτήματα από τη χρήση του benchmarking στις υπηρεσίες υγείας

Κύριος αντικειμενικός στόχος του benchmarking αποτελεί η απόκτηση και η διατήρηση της υπεροχής απόδοσης κάθε οργανισμού. Αυτό βέβαια προϋποθέτει αλλαγή και βελτίωση σε προϊόντα, διαδικασίες και υπηρεσίες (Γκουτζιούλη, 2014).

Για να το πετύχει αυτό και να καταφέρει να μετρήσει – ποσοτικοποιήσει αλλά και να διατηρήσει αυτές τις αλλαγές πρέπει να υιοθετήσει συστήματα ποιότητας καθώς και να δημιουργήσει τα κατάλληλα κανάλια επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του εκάστοτε οργανισμού που θα του επιτρέπουν την ανταλλαγή απόψεων και κριτικών (Γκουτζιούλη, 2014) .

Οι μελέτες περίπτωσης και τα ολοένα και περισσότερο θετικά αποτελέσματα της εφαρμογής του benchmarking το καθιστούν άκρως αναγκαίο (Γκουτζιούλη, 2014).

Ένας από τους πρώτους θεωρητικούς ερευνητές του benchmarking ο Zairi M. (1994) στην μελέτη του οργάνωσε τα πλεονεκτήματα από την εφαρμογή της τεχνικής σε:

Λειτουργικά Πλεονεκτήματα	Πλεονεκτήματα υιοθέτησης νέας κουλτούρας	Οικονομικά οφέλη
Εξοικονόμηση χρόνου και πόρων	Μέσω της συνεχούς μάθησης σε όλο τον οργανισμό που την εφαρμόζει επιφέρει αλλαγή και εξέλιξη.	Μεγάλη εξοικονόμηση πόρων.
Ωθηση προς την πρωτότυπη σκέψη , η οποία πολλές φορές	Προωθεί μια κουλτούρα η οποία είναι προσανατολισμένη	Μείωση κόστους, αύξηση παραγωγικότητας, μείωση του

είναι πολύ διαφορετική από τη συνηθισμένη πορεία σκέψης του οργανισμού	στον πελάτη υπενθυμίζοντας συνεχώς στους εργαζομένους ότι οφείλουν να λαμβάνουν υπόψιν τους και να συμπεριλάβουν σε κρίσιμες διαδικασίες τις επιθυμίες τους.	κύκλου παραγωγής.
Ωθηση για προσεκτική εξέταση των διαδικασιών και λειτουργιών που παρουσιάζονται, τα οποία βοηθούν να αναγνωριστούν τα λάθη και να διορθωθούν.	Μειώνονται αισθητά οι σκεπτικοί απέναντι στις αλλαγές. Όταν αποδεικνύονται εφαρμοσμένες και πετυχημένες διαδικασίες.	
Επιτάχυνση της αλλαγής και της ανακατασκευής με τη χρήση δοκιμασμένων και αποδεδειγμένων μεθόδων. Έτσι πείθονται κι αυτοί που αμφισβητούν την εφαρμογή των αλλαγών στο εσωτερικό του οργανισμού. Καλλιεργείται έτσι το αίσθημα της βεβαιότητας ότι όταν διαπιστωθεί κάποιο κενό είναι εύκολο άμεσα να διορθωθεί μέσω των απαιτούμενων αλλαγών.		
Βοηθά τον οργανισμό να επικεντρωθεί εξωτερικά, να ανιχνεύει τις ευκαιρίες και να αναγνωρίζει πιθανές απειλές.		
Ωθεί στον καθορισμό υψηλότερων στόχων και στην αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών για την επίτευξη του επιθυμητού στόχου και αποτελέσματος.		

Πίνακας 2: Πλεονεκτήματα benchmarking (Πηγή: Γκουτζιούλη, Ο., 2014. *Το Benchmarking στις Υπηρεσίες Υγείας*. Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη).

1.5. Ποια νοσοκομεία χρησιμοποιούν συγκριτική αξιολόγηση

Οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται στον κλάδο της υγείας ακολουθούν το μοντέλο της αναπροσαρμογής των προτύπων αναφοράς. Η διαφοροποίηση των οργανισμών από χώρα σε χώρα αναγκάζει τις επιχειρήσεις να μεταβάλλουν κάποια βήματα δράσης, προσθέτοντας ή αφαιρώντας κάποια. Οι βασικοί παράγοντες διαμόρφωσης κάθε μοντέλου είναι το σύστημα υγείας κάθε χώρας, ο τρόπος λειτουργίας του, οι ελευθερίες και οι δεσμεύσεις που αυτό θέτει (Γκουτζιούλη, 2014).

Η αναγνώριση για την υιοθέτηση νέων επιστημονικών μεθόδων και η χρήση εργαλείων ελέγχου της ποιότητας βρίσκει εφαρμογές σε πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα. Γι' αυτό πολλές χώρες ήδη εφαρμόζουν την τεχνική της συγκριτικής αξιολόγησης σε εθνικό επίπεδο (Γκουτζιούλη, 2014).

Ανάλογα με το σύστημα υγείας της κάθε χώρας, τίθενται λειτουργίες που χρήζουν βελτιώσεων και χρησιμοποιώντας την εσωτερική πληροφόρηση όλων των κρατικών μονάδων του κλάδου διαμορφώνονται τα κατάλληλα μοντέλα σύγκρισης (Γκουτζιούλη, 2014).

Η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία έχουν πλέον τις δικές τους βάσεις δεδομένων που μπορούν να χρησιμοποιούν τα νοσοκομειακά ιδρύματα τους ως μέτρο σύγκρισης (Γκουτζιούλη, 2014).

Οι βάσεις αυτές περιλαμβάνουν τόσο κλινικά αποτελέσματα όσο και διοικητικά και οικονομικά στοιχεία σύγκρισης. Τα αποτελέσματα της τεχνικής είναι πολύ θετικά και η εφαρμογή της αυξάνεται εκθετικά επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα των ερευνών (Γκουτζιούλη, 2014).

Η συγκριτική αξιολόγηση φαίνεται να έχει αναπτυχθεί περισσότερο σε νοσοκομεία οφθαλμών, σε τμήματα επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομεία ειδικότητας ογκολογίας και σε παιδιατρικές κλινικές. Ορισμένες μελέτες έδειξαν πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα βελτίωσης.

Το benchmarking ως εργαλείο ποιότητας μπορεί να βελτιώσει τις νοσοκομειακές διαδικασίες, αν και σύμφωνα με τους Van Lent et al, η συγκριτική αξιολόγηση ως εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας στα νοσοκομεία δεν περιγράφεται καλά και πιθανώς δεν έχει αναπτυχθεί καλά. Ο εντοπισμός ουσιαστικών μέτρων που μπορούν να αποτυπώσουν την ποιότητα της περίθαλψης στις διαφορετικές διαστάσεις της παραμένει μια πρόκληση (Κοεμτζή, 2008).

Στον κλάδο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης συναντάμε ανά τον κόσμο πολλές εφαρμογές του benchmarking σε πολλούς τομείς. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικές από αυτές:

- ***Σε κέντρα θεραπείας καρκίνου μαστού***

Στη Γερμανία δημιουργήθηκε ένα εθνικό δίκτυο κέντρων θεραπείας μαστού και καθορίστηκαν οι κατάλληλοι δείκτες ποιότητας για τη φροντίδα των πασχόντων. Η απόδοση των κέντρων αυτών αξιολογήθηκε από αυτούς τους δείκτες (Μπεκιαρούδη, 2019).

- ***Στην περίθαλψη ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου (έρευνα Chung et al, 2010)***

Εδώ αναπτύχθηκαν μέτρα απόδοσης για την περίθαλψή τους. Συμμετείχαν 18 νοσοκομεία και 5.585 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς. Τέθηκαν 17 δείκτες απόδοσης. Ακοκουθήθηκαν 3 στάδια για τη διαδικασία. Τα αποτελέσματα έδειχναν ότι 5 από αυτούς τους 17 δείκτες λειτουργούσαν καλά στα νοσοκομεία αυτά και η απόδοση ήταν μεταβλητή για πολλούς από αυτούς, δείχνοντας ότι η ποιότητα της φροντίδας του καρκίνου του παχέος εντέρου εξακολουθεί να έχει περιθώρια βελτίωσης (Μπεκιαρούδη, 2019).

- ***Σε οργανισμούς ψυχικής υγείας (έρευνα Hermann et al, 2006)***

Προσδιορίστηκαν ποιοτικοί δείκτες. Συμμετείχαν 6 χώρες (Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Καναδάς, Αυστραλία, Δανία, ΗΠΑ) και ένας Διεθνής Οργανισμός (ESQH: Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Ποιότητα στην υγεία). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ των οργανώσεων σε πολλούς από τους δείκτες (Μπεκιαρούδη, 2019).

- ***Σε εθνικά συστήματα Υγείας***

Στη Δανία δημιουργήθηκε το 2009 το εθνικό σχέδιο ανάπτυξης δεικτών. Κλινικοί ιατροί δημιούργησαν δείκτες ποιότητας για τη διαχείριση ασθενειών. Στόχος του έργου: α) η τεκμηρίωση και ενίσχυση της ποιότητας της φροντίδας προς όφελος του ασθενούς και β) η διεξαγωγή διαδικασιών benchmarking μέσω τακτικών διαλόγων, μέσω της υπηρεσίας συλλογής δεικτών και των εκπροσώπων της κάθε περιφέρειας της χώρας, σχετικά με τα αποτελέσματα των δεικτών (Μπεκιαρούδη, 2019).

- *Σε παιδιατρικές μονάδες*

Το 2000 σε 27 Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας στη Β.Δ.Αγγλία εφαρμόστηκε το benchmarking για την αξιοποίηση διαθέσιμων στοιχείων για την πρακτική άσκηση (Μπεκιαρούδη, 2019).

1.6. Οι εφαρμογές του benchmarking στα ελληνικά νοσοκομεία

Η συγκριτική αξιολόγηση και η σύγκριση της απόδοσης επιτρέπει την αξιολόγηση της σχετικής αποτελεσματικότητας των διαφόρων οργανωτικών μονάδων. Είναι σαφές ότι υπάρχουν προκλήσεις οργανωτικής συγκρισιμότητας. Οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε πολύ πυκνοκατοικημένες περιοχές είναι πραγματικά συγκρίσιμες με αυτές που προσφέρονται σε περισσότερες αγροτικές περιοχές. Μπορούν να ελεγχθούν οι συνήθειες διατροφής και άσκησης διαφορετικών πληθυσμών έτσι ώστε οι οργανωτικές μονάδες που συγκρίνονται να ανταγωνίζονται σε ίσους όρους ανταγωνισμού. Ωστόσο, αν υποθεθεί ότι αυτές οι προκλήσεις μπορούν να ξεπεραστούν, τότε η γνώση της απόδοσης επένδυσης που επιτυγχάνεται από διαφορετικά νοσοκομεία ή/και χειρουργικές επεμβάσεις γιατρού είναι πολύτιμες πληροφορίες.

Το να δίνεται η δυνατότητα π.χ. σε ένα νοσοκομείο Α να μπορεί να αντιληφθεί ότι το νοσοκομείο Β διεξάγει τρεις φορές περισσότερες πράξεις με το ίδιο επίπεδο πόρων είναι εξαιρετικά χρήσιμο.

Επομένως, δεν πρέπει να υποτιμάται η αξία της απόδοσης αξιολόγησης αλλά φυσικά το ερώτημα που πρέπει να υποβάλει το νοσοκομείο Α στο παραπάνω παράδειγμα είναι πώς μπορεί το νοσοκομείο Β να διεξάγει τρεις φορές περισσότερες πράξεις με το ίδιο επίπεδο πόρων;

Τι πληροφορίες μπορούμε να αντλήσουμε από το νοσοκομείο Β και τι πρέπει να κάνουμε διαφορετικά; Για να δοθούν απαντήσεις το νοσοκομείο Α πρέπει να κατανοήσει τις πρακτικές του νοσοκομείου Β – εξ' ου και την αξία της πρακτικής συγκριτικής αξιολόγησης (Neely, 2013).

Έτσι όπως έχουν διαμορφωθεί ο κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στην Ελλάδα σήμερα, η οικονομική σταθερότητα, οι βέλτιστες πρακτικές και η επίτευξη βελτιωμένων αποτελεσμάτων με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και τη μέγιστη απόδοση είναι σκοπός κάθε ιδιωτικού και δημόσιου οργανισμού. Αποτελεί αυτοσκοπό σε κάθε επιχείρηση που επιθυμεί να καλύψει τα

όποια κενά εμφάνισε κατά την οικονομική κρίση αλλά και να διατηρηθεί στις κρίσιμες αυτές περιόδους ζωντανή (Μπεκιαρούδη, 2019).

Τα αυξημένα κόστη φροντίδας και ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών ταλανίζουν τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα κι αυτό αποτυπώνεται από το πλήθος καταγγελιών που γίνονται από ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία (Μπεκιαρούδη, 2019).

Η κατασπατάληση πόρων σε ανθρώπινο δυναμικό και σε αναλώσιμα αποτελεί πλήγμα στον εθνικό προϋπολογισμό. Το γεγονός όμως ότι δεν υπάρχει ένα σταθερό σύστημα υγείας αυτή τη στιγμή σε συνδυασμό με τη γενικότερη αβεβαιότητα καθιστά αναγκαία την εξεύρεση μιας λύσης (Μπεκιαρούδη, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

2.1. Η σπουδαιότητα της ποιότητας και της αποδοτικότητας στον Τομέα της Υγείας

Για να γίνει κατανοητή η συγκριτική αξιολόγηση στον τομέα υγείας, απαιτείται αρχικά να ερμηνευθεί η έννοια της ποιότητας στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των διαδικασιών βελτίωσης της ποιότητας (Μπεκιαρούδη, 2019).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής το 1990 (IOM) έχει διατυπώσει τον εξής ορισμό: «η ποιότητα συνίσταται στο βαθμό, στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις (Μπεκιαρούδη, 2019)».

Μια σημαντική συνιστώσα της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης αποτελεί η ασφάλεια των ασθενών. Μέχρι σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολλές πρακτικές για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και για την αποφυγή σφαλμάτων, στο πλαίσιο της βελτίωσης των διαδικασιών της υγειονομικής περίθαλψης (Μπεκιαρούδη, 2019).

Για να επέλθει η αποτελεσματικότητα, η οποία είναι αποτέλεσμα της ποιότητας της φροντίδας πρέπει να εφαρμοστούν οι "καλύτερες" γνώσεις και πρακτικές που έχουν προκύψει από την έρευνα και την κλινική εμπειρία. Να επιτευχθούν βέλτιστες διεργασίες και αποτελέσματα για την περίθαλψη των ασθενών (Μπεκιαρούδη, 2019).

Η βελτίωση της συνολικής εμπειρίας των νοσηλευόμενων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Μπεκιαρούδη, 2019).

Η σύνδεση της ιατρικής και η υιοθέτηση καλών πρακτικών με στοιχεία της επιστημονικής έρευνας (evidence based practice) και ανάπτυξης συμβάλουν στη μεγιστοποίηση της ποιότητας (Μπεκιαρούδη, 2019).

Η βελτίωση της ποιότητας (Quality improvement) απαιτεί συστηματικές και συνεχείς ενέργειες ώστε να επιτευχθεί μετρήσιμη βελτίωση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και στην

κατάσταση της υγείας των στοχευόμενων ομάδων ασθενών. Για να έχουμε όμως βελτιώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κάθε οργανισμός θα πρέπει να κατανοήσει το δικό του σύστημα παρεχόμενων υπηρεσιών και τις βασικές διαδικασίες, στις οποίες θέλει να επέλθουν βελτιώσεις (Μπεκιαρούδη, 2019).

Για τη βελτίωση της ποιότητας εξετάζονται οι εισροές, οι εκροές, οι διαδικασίες και τα αποτελέσματα που χρειάζονται βελτίωση ποιότητας. Οι εισροές μπορεί να περιλαμβάνουν τους ανθρώπους, τον εξοπλισμό, τα υλικά, τις πληροφορίες, την τεχνολογία, κ.α., ενώ τα αποτελέσματα μπορεί να αναφέρονται στην παράδοση των υπηρεσιών υγείας, στην τελική κατάσταση της υγείας των ασθενών μετά από τη λήψη της υγειονομικής περίθαλψης, στην αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας των ασθενών, στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και άλλα (Μπεκιαρούδη, 2019).

Η έννοια της αποδοτικότητας ορίζεται ως η παροχή της βέλτιστης φροντίδας στους ασθενείς και όχι της μέγιστης, επειδή τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν με ένα συγκεκριμένο επίπεδο οικονομικών πόρων. Η αποδοτικότητα αναφέρεται πρακτικά στην αποφυγή της υπερβολικής χρήσης των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης ή της κακής χρήσης, δηλαδή στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους όσους θα μπορούσαν να επωφεληθούν, και την αποφυγή παροχής υπηρεσιών σε αυτούς που δεν είναι πιθανό να ωφεληθούν (Μπεκιαρούδη, 2019).

Η μέτρηση της απόδοσης είναι μέγιστης σημασίας για έναν οργανισμό. Το Balanced Scorecard (BSC) είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα μέτρησης απόδοσης, το οποίο βασίζεται ουσιαστικά στην ικανότητά του να δεσμεύει τα οργανωτικά μέλη σε έναν κοινό στόχο και σε ενέργειες που κάνουν οι άνθρωποι ώστε να λειτουργήσει σε οργανισμούς. Η μέτρηση της απόδοσης σε έναν οργανισμό αλλάζει τις οργανωτικές πρακτικές και την ανεξαρτησία μεταξύ αυτών (Zakaria, 2014).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης έχουν αναπτύξει δείκτες ποιότητας για να ενθαρρύνουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ανά τον κόσμο και να βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας.

Άλλα συστήματα υγείας έχουν υιοθετήσει δείκτες απόδοσης ως εργαλεία για τη βελτίωση της

ποιότητας και άλλα πάλι όχι (Μπεκιαρούδη, 2019).

2.2. Κρίσιμοι Παράγοντες Επιτυχίας - Critical Success Factors (CSF)

Οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας είναι ένας μικρός αριθμός παραγόντων, χαρακτηριστικών ή συνθηκών που έχουν άμεση και σημαντική επίδραση στην αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα ή βιωσιμότητα ενός έργου ή προγράμματος. Βοηθούν τους διαχειριστές των έργων να εστιάσουν σε σημεία που είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία του έργου. Τα Critical Success Factors (οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας) παρουσιάστηκαν από τον R. Daniel, 1961 (άρθρο με τίτλο «*Managing information crisis*»).

Ο J. Rockart (1979) όρισε τα CSF ως τον περιορισμένο αριθμό τομέων, όπου τα αποτελέσματα, εάν είναι ικανοποιητικά, θα εξασφαλίσουν ανταγωνιστική απόδοση για την εκάστοτε οργάνωση. Αποτελούν βασικές περιοχές όπου τα δεδομένα είναι αναγκαία να είναι σωστά για να αναπτυχθεί η επιχείρηση. Εάν τα αποτελέσματα σε αυτούς τους τομείς δεν είναι επαρκή, οι προσπάθειες της οργάνωσης για τη συγκεκριμένη περίοδο θα είναι κατώτερες από τις επιθυμητές.

Σύμφωνα με τον ορισμό της PRINCE 2 (Projects In Controlled Environment Version 2 - Διαχείριση Έργου σε Ελεγχόμενο Περιβάλλον) οι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας είναι «στοιχεία ενός έργου που είναι κρίσιμα για το έργο που επιτυγχάνει την αποστολή ή το στόχο του». Αποτελούν καθορισμένα στοιχεία, τα οποία παρακολουθούνται με βασικούς δείκτες απόδοσης (KPIs).

Τα KPIs βοηθούν να αντιληφθεί ο διαχειριστής εάν χρησιμοποιούνται σωστά όλα τα στοιχεία. Οι CSF ορίζουν τα πράγματα που απαιτεί το παραδοτέο και τους παράγοντες που το ορίζουν τελικά επιτυχημένο. Συμβάλλουν να εστιάσει στα στοιχεία που είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία του έργου. Επίσης μπορούν να προβλέψουν προβλήματα όπως έλλειψη υποστήριξης, κακή κάλυψη και ανέφικτους προϋπολογισμούς. Αναφέρονται στις αιτίες της επιτυχίας. Αποτελούν το αποτέλεσμα της αποστολής και των στρατηγικών στόχων ενός οργανισμού.

Οι Κρίσιμοι Παράγοντες Επιτυχίας (ΚΠΕ) για τη συγκριτική προτυποποίηση στις μονάδες υγείας περιλαμβάνουν:

- Τη συμμετοχή των εργαζομένων σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού.
- Τους στόχους και τις δεσμεύσεις της ανώτερης διοίκησης για την εφαρμογή του έργου.
- Σχεδιασμό, διαχείριση έργων, συμμετοχή ομάδων εργασίας.
- Εξασφάλιση απαιτούμενων πόρων.
- Συναντήσεις εργασίας για την αξιολόγηση του έργου.
- Δημιουργία φόρουμ επικοινωνίας εμπλεκομένων για ανταλλαγή πληροφοριών.
- Διαμόρφωση κουλτούρας εμπλεκομένων.
- Άντληση διδαγμάτων από άλλα παρόμοια έργα (Μπεκιαρούδη, 2019).

2.3. Βασικοί Δείκτες Απόδοσης - Key Performance Indicators (KPIs)

Οι Βασικοί Δείκτες Απόδοσης - KPIs αποτελούν ποσοτικές, συγκεκριμένες μετρήσεις της απόδοσης ενός ατόμου ή οργανισμού σε ένα συγκεκριμένο τομέα(-είς) δραστηριότητας επιτυγχάνοντας τους στρατηγικούς στόχους του. Σκοπός τους είναι να παρέχουν ποσοτικές μετρήσεις στοιχείων που η εταιρεία ή ο φορέας έχει προσδιορίσει ως σημαντικά για τους οργανωτικούς και επιχειρηματικούς μακροπρόθεσμους στόχους και ως σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας. Μόλις προσδιοριστούν και αναλυθούν καταλλήλως, οι ΒΔΑ μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέσο κατανόησης και βελτίωσης της απόδοσης και της συνολικής επιτυχίας του οργανισμού. Αποτελούν λοιπόν εργαλεία που υπολογίζουν τις επιδόσεις προσώπων και δραστηριοτήτων εντός του φορέα οργάνωσης. Αντιπροσωπεύουν ένα σύνολο μέτρων που εστιάζουν σε εκείνες τις πτυχές της οργανωτικής απόδοσης που είναι πιο κρίσιμες για την τρέχουσα ή μελλοντική επιτυχία του οργανισμού (Parmenter, 2010).

Τα KPIs χρησιμοποιούνται στον κατασκευαστικό κλάδο, στη συντήρηση, στη διαχείριση ρίσκου, στην ασφάλεια, στην ποιότητα, στις πωλήσεις, στην προώθηση προϊόντων και υπηρεσιών, στο IT, στη διαχείριση της εφοδιαστικής αλυσίδας, στα νοσοκομεία και σε άλλους τομείς (Κονταράς, 2015).

Όταν αποφασιστεί η χρήση κάποιων από αυτούς τους δείκτες, θα πρέπει να αποσαφηνιστεί πόσοι από αυτούς χρειάζονται, πόσο συχνά θα υπολογίζονται, τι θα υπολογίζουν, πόσο πολύπλοκοι θα είναι, ποιος θα είναι υπεύθυνος για τον κάθε δείκτη και τέλος εάν θα χρησιμοποιούνται οι δείκτες αυτοί σαν αναφορές (Κονταράς, 2015).

Τα μεσαία και ανώτερα διευθυντικά στελέχη των επιχειρήσεων χρησιμοποιούν τους βασικούς δείκτες απόδοσης, οι οποίοι στοχεύουν στην καλύτερη κατανόηση των λειτουργιών της επιχείρησης και την άσκηση αποτελεσματικού ελέγχου. Η επιτυχία είναι συνυφασμένη με την επίτευξη των στόχων και την ικανοποίηση όλων των συμμετεχόντων. Σε μια επιχείρηση παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να αξιολογηθούν οι ώρες απασχόλησης για κάθε έργο, το ποσοστό πληρότητας των κλινών των νοσοκομείων, ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας και άλλα.

Για την ανάπτυξη των κατάλληλων δεικτών KPIs είναι απαραίτητο να καθορισθούν οι σχετικές διαδικασίες, η στοχοθεσία, η απλότητα, να καταγραφούν οι αποκλίσεις από τους προκαθορισμένους στόχους και η ανατροφοδότηση. Τα KPIs ποσοτικοποιούν και μετρούν τους στόχους και υπολογίζουν τη στρατηγική απόδοση του οργανισμού (Kylili κ.ά., 2016, Lindberg κ.ά., 2015).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Wayne Eckerson “ Ένας KPI αποτελεί ένα μέτρο για να υπολογίζεται πόσο καλά ένας οργανισμός ή ένα άτομο εκτελεί μία λειτουργική, τακτική ή στρατηγική δραστηριότητα, η οποία είναι κρίσιμη τόσο για την παρούσα όσο και για τη μελλοντική επιτυχία του οργανισμού”. Οι βασικοί δείκτες απόδοσης (KPIs) αποτελούν στιγμιότυπα, στα οποία διακρίνεται πως προοδεύει ένα έργο έναντι προδιαγεγραμμένων στόχων (Κονταράς, 2015).

Η επιλογή του σωστού αριθμού δεικτών επιτρέπει ώστε να λαμβάνονται οι καλύτερες αποφάσεις, να βελτιώνεται η απόδοση ενός έργου, να εντοπίζονται ταχύτερα οι προβληματικές περιοχές και να βελτιώνονται οι σχέσεις πελατών – αναδόχου (Κονταράς, 2015).

Ο κανόνας «SMART» χρησιμοποιείται για τον καλύτερο εντοπισμό των δεικτών (Κονταράς, 2015).

Κάθε δείκτης θα πρέπει να πληρεί τα εξής κριτήρια.

Πρέπει να είναι δηλαδή:

S: Specific and simple, να έχει δηλαδή συγκεκριμένο σκοπό και να είναι απλός.

M: Measurable, να είναι μετρήσιμος.

A: Attainable- Achievable, να είναι εφικτός – επιτεύξιμος.

R:Realistic - Relevant, να είναι ρεαλιστικός και σχετικός με την επιτυχία της εταιρείας.

T:Time-Based, οι μετρήσεις και τα αποτελέσματα του να αναφέρονται σε καθορισμένη χρονική περίοδο, η οποία να ταυτίζεται με την περίοδο για την οποία έχουν προκαθοριστεί οι στόχοι.



Εικόνα 3: Κύκλος KPI

Για να χρησιμοποιηθεί σωστά ένας KPI πρέπει να ακολουθούνται κάποιες γενικές αρχές, όπως:

- Πρέπει να είναι συμφωνημένοι εξ αρχής και να αντανακλούν την επιτυχία του έργου.
- Να αναδεικνύουν την πρόοδο του έργου έναντι των στόχων που έχουν τεθεί.
- Σκοπός τους οφείλει να είναι η μέτρηση στοιχείων άμεσα σχετικών με την απόδοση.
- Πρέπει να επιδεικνύουν πόσο κοντά βρισκόμαστε στον στόχο, αλλά όχι πώς να φτάσουμε εκεί (Κονταράς, 2015).

Στον παρακάτω πίνακα διακρίνονται τα 12 χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει ένας δείκτης κατά τον Wayne Eckerson (2006).

1	Να είναι ευθυγραμμισμένος με τη στρατηγική και τους στόχους που ακολουθούνται.
2	Να ανήκει σε κάποιο άτομο ή σε κάποια ομάδα που είναι υπεύθυνο-οι για το αποτέλεσμα του.

3	Να προβλέπει καθώς μετράει κάποια αξία.
4	Να αποφέρει αξιοποιήσιμα δεδομένα.
5	Να είναι περιορισμένος να επικεντρώνεται σε λίγες δραστηριότητες μεγάλης αξίας και όχι να τους αναλώνουν σε πολλά πράγματα.
6	Να είναι ευκολονόητος, να μη βασίζεται σε πολύπλοκα δεδομένα.
7	Να είναι ισορροπημένος και αλληλένδετος με τους υπόλοιπους δείκτες.
8	Να ενεργοποιεί θετικές αλλαγές.
9	Να είναι τυποποιημένος έτσι ώστε να ενσωματώνεται εύκολα.
10	Να είναι εντός πλαισίων.
11	Να είναι συνδεδεμένος με κίνητρα.
12	Να επανεξετάζεται και να ανανεώνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα

Πίνακας 3: 12 χαρακτηριστικά αποδοτικών KPIs (Πηγή: Κονταράς, Δ,2015. Μελέτη Ανάπτυξης ολιστικών δεικτών απόδοσης (KPIs) έργων. Εξέταση μελέτης περίπτωσης επαναλανσαρίσματος προϊόντος πολυεθνικής εταιρείας". Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστημίου Πειραιώς, Αθήνα.

Ο διαχωρισμός των KPIs μπορεί να γίνει με βάση τον τομέα ή την ομάδα που ανήκουν. Επί της ουσίας κατηγοριοποιούνται με δύο τρόπους (Κονταράς, 2015):

1) Ανάλογα με το τι σκοπεύουν να υποδείξουν:

Quantitative KPIs: Αυτά έχουν τη μορφή αριθμών

Practical KPIs: Αυτά συνδέουν τις διάφορες διαδικασίες μίας εταιρίας ή ενός οργανισμού

Directional KPIs: Αυτά υποδεικνύουν εάν κάτι πάει καλά ή όχι

Actionable KPIs: Αυτά που υποδεικνύουν εάν απαιτείται κάποια αλλαγή

Financial KPIs: Με αυτά μετριέται η απόδοση (Κονταράς, 2015)

2) Ανάλογα με τη χρονική στιγμή στην οποία αναφέρονται:

Lagging KPIs: Αυτά μετράνε την απόδοση σε κάτι που έχει ήδη συμβεί

Diagnostic KPIs: Αυτά μετράνε την παρούσα απόδοση

Leading KPIs: Αυτά μετράνε τη μελλοντική απόδοση (Κονταράς, 2015)

Η διαδικασία για να εντοπιστεί ένας δείκτης ή ακόμα και μία ομάδα δεικτών, είναι σχετικά εύκολη υπόθεση. Το δύσκολο είναι να εντοπιστεί ο σωστός δείκτης. Οι δείκτες πρέπει να μας παρέχουν κάποιες σημαντικές πληροφορίες όπως το που βρισκόμαστε σήμερα, που θα τελειώσει το έργο μας, που θα έπρεπε να τελειώσουμε και τέλος πως θα μπορέσουμε να φτάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα έχοντας τις μικρότερες δυνατές συνέπειες όσον αφορά το κόστος και την ποιότητα. Το πόσο σημαντικός είναι ένας δείκτης δεν μπορεί να το καταλάβουν όλα τα μέλη μίας ομάδας. Πολλά μεγέθη μετριώνται αλλά δεν είναι το κλειδί για την επιτυχία ενός έργου. Τα KPIs αποτελούν βασικές μετρήσεις και όχι κάτι απλό (Κονταράς, 2015).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι πρέπει να επικεντρωνόμαστε και να επιλέγουμε έναν μικρό αριθμό δεικτών έτσι ώστε όλοι να μπορούν να τους κατανοήσουν. Μεγάλος αριθμός δεικτών μπορεί να αποσπάσει την προσοχή της ομάδας από αυτό που είναι πραγματικά σημαντικό. Η παρακολούθηση της απόδοσης του έργου προϋποθέτει καλές μετρήσεις ώστε να επιτευχθεί ο τελικός στόχος. Κακές μετρήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε κακές αποφάσεις. Όταν δημιουργείται ένας δείκτης, πρέπει πάντα να ορίζονται ο στόχος και τα όρια του (Κονταράς, 2015).

Οι δείκτες KPIs είναι εργαλεία που υπολογίζουν τις επιδόσεις προσώπων και δραστηριοτήτων εντός του φορέα οργάνωσης με σκοπό πάντοτε την επίτευξη των στρατηγικών στόχων της

επιχείρησης. Αναφέρονται στις επιπτώσεις της επιτυχίας και διαφέρουν από οργανισμό σε οργανισμό.

2.4. Η διαφορά CSF και KPIs

Τα CSF δεν είναι KPIs, αλλά είναι ζωτικής σημασίας για έναν επιτυχημένο στρατηγικό σχεδιασμό της οργάνωσης. Τα κυριότερα είδη CSF είναι τα βιομηχανικά, τα περιβαλλοντολογικά, τα στρατηγικά και τέλος τα προσωρινά, τα οποία προκύπτουν από τις εσωτερικές αλλαγές των επιχειρήσεων. Είναι τα στοιχεία εκείνα όπου η οργάνωση μπορεί να αποδώσει αποδοτικά ώστε να είναι επιτυχημένη. Τα KPIs είναι πιο αναλυτικά και πιο ποσοτικοποιημένα από τα CSF (Rockart, 1979).



Εικόνα 4 : Η σχέση μεταξύ CSF & KPIs (Πηγή: Ανακοίνωση συνεδρίου του Διοικ. Επιμελητηρίου Ελλάδας με θέμα: « Το σύγχρονο επιτελικό κράτος: Νέες τάσεις και προοπτικές» Ασπρίδη, Γ., Παπαηλία, Θ., Γρηγορίου, Ι., 2020. *Η εφαρμογή των CSF και των KPIs στον στρατηγικό σχεδιασμό της οργανωσιακής απόδοσης της Δημόσιας Διοίκησης.*

2.5. Έρευνες και μελέτες από τη χρήση των CSF και KPIs

Σχετικά με την προηγούμενη εμπειρία και χρήση των CSF και KPIs στην έρευνα στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι στη Σερβία από το 2008 η Κυβέρνηση μελετούσε ένα πρόγραμμα που θα διαμόρφωνε τα κατάλληλα KPIs που θα συνέβαλαν στην αξιολόγηση του ανθρώπινου δυναμικού και των δομών, μέσω της διοίκησης της απόδοσης, των δημοσίων οργανισμών και επιχειρήσεων και ειδικά σε θέματα που αφορούσαν το οικονομικό πρόγραμμα του Κράτους. Η εφαρμογή των KPIs ήταν σε πιλοτικό πρόγραμμα ώστε να αναπτυχθεί η απόδοση και η παραγωγικότητα των δημοσίων υπηρεσιών (OECD, 2013).

Η μελέτη της Zakaria (2014) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ενσωμάτωση των KPIs σε μια οργάνωση, έναν φορέα, μπορεί να είναι ακόμη πιο αποτελεσματική μέσω ενός προγράμματος οργανωσιακής αλλαγής.

Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι δείκτες όπως αυτοί μπορούν να ενσωματωθούν ως μέρος των οργανωτικών αλλαγών (συχνές συναντήσεις μελών των τμημάτων του οργανισμού, ομαδική εργασία, επικοινωνία, συγχωνεύσεις τμημάτων, εκπαίδευση προσωπικού, κτλ.) και δραστηριοτήτων μέσω παρεμβάσεων στην κουλτούρα των οργανώσεων. Η σπουδαιότητα των KPIs (λογιστικά μέτρα) για έναν οργανισμό οφείλεται αποκλειστικά στον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός τα κινητοποιεί ή τα ενσωματώνει ως μέρος των καθημερινών δραστηριοτήτων του.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση μελετών περίπτωσης των Raafat George Saade και Harshjot Nijher (2015) που στόχο είχαν να μελετήσουν τους CSF στην υλοποίηση πόρων (Enterprise Resource Planning – ERP) του εταιρικού προγραμματισμού επιχειρήσεων προβήκαν σε ενοποίηση των CSF.

Ο Liu (2011) μελέτησε την επίδραση των CSF στη διαχείριση γνώσεων ERP, στην απόδοση της ανώτερης διοίκησης, στη βιομηχανία υψηλής τεχνολογίας στην Ταϊβάν και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η υποστήριξη από ανώτερους διευθυντές και ένα σωστό όραμα, η ανακατασκευή και η σωστή διαχείριση έργων, οι κατάλληλοι σύμβουλοι και προμηθευτές λογισμικού, οι καλύτεροι υπάλληλοι για μία εργασία και η κατάλληλη κατάρτιση είναι μερικοί από τους CSF στον τομέα εφαρμογής ERP.

Οι Supramaniam and Kurpusamy (2011) πραγματοποίησαν μια ανάλυση της εφαρμογής ERP σε εταιρίες της Μαλαισίας και ομαδοποίησαν τους CSF σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες, δηλαδή διαχείριση γνώσης, επιχειρηματική διαδικασία και μελέτη απαιτήσεων και διαχείριση έργων και επικοινωνιών. Έτσι η έρευνα έχει δείξει μια τάση να κινείται προς τον προσδιορισμό των CSF στις αναδυόμενες οικονομίες.

Η έρευνα των Lindberg κ.ά. (2015), ανέδειξε τη σημασία των KPIs ως σημαντικό παράγοντα ελέγχου της απόδοσης των βιομηχανιών. Μπορούν να συμβάλουν στον εμπλουτισμό της αξιολόγησης. Ενδεικτικά αναφέρουν ότι η συγκριτική αξιολόγηση μπορεί να αποτελέσει δείκτη της οργανωσιακής απόδοσης, να συμβάλει στην εσωτερική διεργασία και στον περαιτέρω εμπλουτισμό των δεικτών.

Ο Noori (2015) στην έρευνά του ανέδειξε την επίδραση των CSF στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων και απέδειξε τη σύνδεση μεταξύ των CSF και της αποτελεσματικότητας μέσω του μοντέλου SEM.

Η έρευνα των Riexinger κ.ά., (2015) ανέδειξε τη βιώσιμη και αειφόρο ανάπτυξη στο πλαίσιο των δεικτών και τη συμβολή τους στην οικονομική αποδοτικότητα των οργανισμών.

Η έρευνα των Kylili, Fokaides και Jimenez (2015) έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητα των KPIs στην αξιολόγηση του επιπέδου βιωσιμότητας των έργων ανακαίνισης κτιρίων και προσδιορίζει τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα KPIs. Η ερευνητική κοινότητα επικεντρώνεται στην ανάπτυξη ενός βιώσιμου περιβαλλοντικού δείκτη κτιρίων, ο οποίος βασίζεται σε δείκτες απόδοσης όπως τα δομικά υλικά, η ενέργεια, η χρήση, η διαδικασία κατασκευής και η διαχείριση των αποβλήτων.

Η μελέτη των Tolonen, Shahmarichatghieh, Harkonen and Haapasalo (2015) αναλύει τους στόχους του Product Portfolio Management (Διαχείριση χαρτοφυλακίου προϊόντων) και τα KPIs κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής και επιχειρεί να αναπτύξει ένα πλαίσιο διαχείρισης επιδόσεων PPM που θα επέτρεπε τη διαχείριση της βιώσιμης ανανέωσης χαρτοφυλακίου προϊόντων κατά μέσο όρο ολόκληρου του κύκλου ζωής των προϊόντων με βάση στρατηγικά, τακτικά και λειτουργικά μέτρα απόδοσης.

Σύμφωνα με μια νέα μελέτη συγκριτικής αξιολόγησης ανάπτυξης προϊόντων (Cooperetal, 2004), υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιτυχίας των επιχειρηματικών αποτελεσμάτων και της συστηματικής χρήσης στόχων διαχείρισης χαρτοφυλακίου προϊόντων και βασικών δεικτών απόδοσης.

Μέσα από την έρευνα των Bai, Qiao, Liu, Zhang και Xu (2015) δημιουργήθηκε ένα σενάριο εφαρμογής για να αποδειχτεί η δυνατότητα εφαρμογής του συστήματος και τα οφέλη KPIs και SMS (Simulation And Management System) σχετικά με την υποστήριξη μηχανικής και βελτιστοποίησης για το σχεδιασμό και τη συντήρηση οικολογικά αποδοτικών συστημάτων παραγωγής. Το σενάριο εφαρμογής έδειξε μια βελτιστοποιημένη αξιολόγηση των KPIs για συστήματα παραγωγής έντασης ενέργειας, τα αντικείμενα και τις διαδικασίες παραγωγής τους.

Η έρευνα των Muriana κ.ά. (2016) που πραγματοποιήθηκε σε οργανισμούς υγείας, απέδειξε ότι η χρήση των δεικτών KPIs αποτελεί ένα μέρος της συνολικής αξιολόγησης. Τα κυριότερα κριτήρια αφορούν τη διαδικασία, τα κόστη και τα συνολικά αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα η έρευνα των Επιτροπάκη και Γερακάρη (2014) απέδειξε ότι υπάρχουν τρεις βασικές κατηγορίες δεικτών που μπορεί να χρησιμοποιήσει μια οργάνωση για να υπολογίσει τη δράση της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού στη γενικότερη στρατηγική του. Πιο συγκεκριμένα αυτοί οι δείκτες αφορούν την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα και τους δείκτες της ευρύτερης επίπτωσης. Οι κυριότερες προτάσεις τους αφορούσαν την εφαρμογή των κατάλληλα ποσοτικά και ποιοτικά δεικτών στην εκάστοτε οργάνωση, τη συνεργατική προσέγγιση, την εκπαίδευση των εργαζομένων στους δείκτες, την ανατροφοδότηση των δεικτών και τέλος τη σύνδεση των συγκεκριμένων δεικτών με δράσεις της οργάνωσης.

Επίσης, η ΑΑΔΕ χρησιμοποιεί δείκτες KPIs για την παρακολούθηση της φορολογικής και τελωνειακής διοίκησης αλλά και για το ληξιπρόθεσμο υπόλοιπο οφειλών προς το Κράτος. Η ΑΔΙΠ με τη σειρά της προτείνει τη διαμόρφωση ενός συστήματος μέτρησης της απόδοσης μέσω των KPIs, τα οποία θα στηρίζονται στον καθορισμό των στόχων και των αναγκαίων χρονοδιαγραμμάτων και εντέλει στη διερεύνηση περαιτέρω πηγών χρηματοδότησης.

Σύμφωνα με τα προηγούμενα, οι κυριότεροι δείκτες μέτρησης της διοικητικής και οικονομικής αποδοτικότητας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη δημόσια διοίκηση, ως βέλτιστες πρακτικές από τον ιδιωτικό τομέα, είναι η παρακολούθηση, η κατανόηση, η πρόβλεψη και η βελτίωση του τρόπου λειτουργίας και απόδοσης της εκάστοτε οργάνωσης (Υπ. Εσωτερικών, 2015).

2.6. Η Έννοια των Βέλτιστων Πρακτικών (Best Practices)

Η ορολογία «καλή πρακτική» υποδηλώνει μία δοκιμασμένη διαδικασία ή δράση που έχει πρακτικά αποδείξει ότι είναι περισσότερο αποτελεσματική από κάποια άλλη, όταν εφαρμόζεται υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Οι καλές πρακτικές παρέχουν συμβουλές, οδηγίες, τεχνικές ή μεθοδολογίες των οποίων η εφαρμογή μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ασφάλεια και

αξιοπιστία και κατ'επέκταση σε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι «βέλτιστες πρακτικές» στην υγεία απαιτούν να γίνεται αναζήτηση και να εφαρμόζονται μέθοδοι και διαδικασίες που εξασφαλίζουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα που μπορούν να επιτευχθούν στο μικρότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Στον τομέα της ιατρικής η εξεύρεση της πιο έγκυρης, κατάλληλης, αποδοτικής και αποτελεσματικής μεθόδου δεν είναι ούτε προφανής ούτε εύκολη υπόθεση. Απαιτεί διαδικασίες συνεχούς αξιολόγησης των σημερινών επιστημονικών γνώσεων και των νέων επιστημονικών δεδομένων. Ενδεικτικά παραδείγματα βέλτιστων πρακτικών και στρατηγικών συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας χρησιμοποιούνται τόσο στη χώρα μας όσο και σε άλλες χώρες της Ευρώπης και του κόσμου ευρύτερα.

2.7. Ανάλυση Βέλτιστων Πρακτικών Ηλεκτρονικής Υγείας σε χώρες της Ε.Ε.

Οι εφαρμογές Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) στο χώρο της υγείας επιδρούν σημαντικά στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μονάδων υγείας καθώς και στη βέλτιστη δόμηση και οργανωτική διάρθρωσή τους, διευκολύνοντας το έργο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των διοικητικών υπαλλήλων και επιτυγχάνοντας ταυτόχρονη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών (Κονταράς, 2015). Οι ΤΠΕ αποτελούν την ενοποίηση των δικτύων πληροφορίας, ώστε να επιτευχθεί ο μέγιστος βαθμός συνεργασίας, διασύνδεσης και διαλειτουργικότητας των διαφόρων τομέων της υγείας (Ερημίτης, 2014).

Μέσα στο περιβάλλον του eEurope τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. ανέλαβαν πρωτοβουλία να προχωρήσουν σε ανταλλαγή εμπειριών πάνω στη χρήση εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας. Η ανάδειξη των πιο αποτελεσματικών λύσεων και στοιχείων ehealth ήταν που εισήγαγε τον όρο «Βέλτιστες Πρακτικές Ηλεκτρονικής Υγείας». Η ανταλλαγή ιδεών έγινε εφικτή μέσα από το πρώτο Συνέδριο Ηλεκτρονικής Υγείας που έλαβε χώρα στις Βρυξέλλες, στις 22 και 23 Μαΐου 2003. Παρουσιάστηκαν και βραβεύθηκαν βέλτιστες πρακτικές από όλες τις χώρες της Ε.Ε., ενώ το Συνέδριο επαναλήφθηκε στις 5 και 6 Μαΐου του 2004 στο Κορκ της Ιρλανδίας (Ερημίτης, 2014).

Στο χώρο της υγείας η εισαγωγή των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη, καθώς πρόκειται για έναν πολύ σημαντικό τομέα, που αφορά την ίδια την ανθρώπινη ζωή. Ο όρος «ηλεκτρονική υγεία» (e-health) υποδηλώνει την εφαρμογή των πληροφοριακών και επικοινωνιακών τεχνολογιών στο σύνολο των λειτουργιών που επηρεάζουν την υγεία των πολιτών και ειδικότερα αναφέρεται στην περίθαλψη των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την υγεία και στο εμπόριο ιατροφαρμακευτικών προϊόντων. Οι εφαρμογές ηλεκτρονικής υγείας, που αναλύονται διεξοδικά, περιλαμβάνουν ένα εύρος λύσεων και πεδίων, όπως τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, την τηλε-ιατρική και την τηλε-υγεία, τα Πληροφοριακά Συστήματα Νοσοκομείων, συστήματα προγραμματισμού, έξυπνες κάρτες, ιστοτόπους με θέματα σχετικά με την υγεία κ.ά (Ερημίτης, 2014).

Η Ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις της σύγχρονης εποχής στον τομέα της υγείας, η οποία επηρεάζει τόσο τη δημόσια υγεία όσο και τα δημόσια οικονομικά. Αυτό αφορά την παραγωγή, τη διανομή και τον έλεγχο των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών με τη χρήση ΤΠΕ κατά τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των πληροφοριών. Από όλους τους γιατρούς στα 149 νοσοκομεία της χώρας, 10.000 είναι ήδη στο σύστημα και 2.500 έχουν πιστοποιηθεί. Από τα 220 Κέντρα Υγείας της χώρας, 3.000 γιατροί βρίσκονται στο σύστημα και 2.000 είναι πιστοποιημένοι. Ο στόχος να συνδεθεί η ηλεκτρονική συνταγή με συστήματα πληροφορικής επιτέλους πραγματοποιήθηκε.

2.8. Βέλτιστες πρακτικές στον κλάδο υγείας στην Ελλάδα

Το Υπουργείο Εσωτερικών συμμετέχοντας ενεργά στο Δίκτυο των Μονάδων Καινοτομίας του ΟΟΣΑ και θέλοντας να συμβάλει στην καινοτομία του Δημοσίου Τομέα έχει δημιουργήσει το Παρατηρητήριο Καινοτομίας για την Ελληνική Δημόσια Διοίκηση, παρέχοντας τις παρακάτω λειτουργικότητες¹:

¹ <https://innovation.gov.gr/innovobserv/>

ΑΠΟΘΕΤΗΡΙΟ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΩΝ

Αυτό στοχεύει στην ανάδειξη και διαμοίραση καινοτομιών των δημοσίων οργανώσεων οι οποίες θα αποτελέσουν πηγή έμπνευσης και εργαλεία επαναχρησιμοποίησης σε εθνικό επίπεδο αλλά και στην προβολή τους σε διεθνή συνέδρια και τον ΟΟΣΑ².

ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ

Οι καινοτόμες δημόσιες οργανώσεις αποτελούν τους πρωτοπόρους στη διαμοίραση της γνώσης και της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει συνεισφέροντας τις καινοτομίες τους στο Δίκτυο Καινοτομίας³.

ΔΙΚΤΥΟ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ

Εκεί υπάρχει συνεργασία και δικτύωση για την από κοινού αντιμετώπιση των προκλήσεων και βελτίωση της δράσης των δημοσίων οργανώσεων⁴.

Ένα μεγάλο ποσοστό της καινοτομίας στοχεύει στη βελτίωση ή τη δημιουργία νέων υπηρεσιών καθώς και στην ενίσχυση των διαδικασιών. Αυξητική τάση παρουσιάζει η ανάπτυξη καινοτομιών, οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση της συλλογής, επεξεργασίας και χρήσης των δεδομένων για την υποστήριξη αποφάσεων.

Το πεδίο πολιτικής, στο οποίο οι δημόσιες οργανώσεις επικεντρώνονται προκειμένου να σχεδιάσουν καινοτόμες ενέργειες, σε μεγάλο ποσοστό είναι αυτό της **δημόσιας διοίκησης** (διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, ανασχεδιασμός εσωτερικών διαδικασιών, βελτίωση οργάνωσης, χρήση νέας τεχνολογίας), ενώ σημαντικό μερίδιο κατέχει το πεδίο της **υγείας** (18,6%) και της **κοινωνικής πρόνοιας** (16,28%). Στον κλάδο της υγείας στη χώρα μας έχουν κατατεθεί οκτώ καινοτόμες ιδέες στο αποθετήριο, τις οποίες παραθέτουμε:

² <https://innovation.gov.gr/innovobserv/>

³ <https://innovation.gov.gr/innovobserv/>

⁴ <https://innovation.gov.gr/innovobserv/>

ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΙΔΕΕΣ ΑΠΟΘΕΤΗΡΙΟΥ

Ψηφιακή αποθήκευση εικόνων Μποδοσάκειου Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας

Με γνώμονα τη βελτίωση της ποιότητας παροχών υπηρεσιών υγείας, τον εξορθολογισμό των δαπανών του νοσοκομείου αλλά και την προστασία του περιβάλλοντος, η χρήση των φιλμ για την αποτύπωση των απεικονιστικών αποτελεσμάτων καταργήθηκε για τους εξωτερικούς ασθενείς των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών. Τα αποτελέσματα των απεικονιστικών εξετάσεων διοχετεύονται ηλεκτρονικά μέσω του εσωτερικού δικτύου δεδομένων στους Η/Υ των ιατρείων για τη διάγνωση τους από το ιατρικό προσωπικό, ενώ παράλληλα χορηγείται στους ασθενείς «αυτοεκτελούμενο» CD με την αποτύπωση των απεικονιστικών εξετάσεων τους προς ίδια χρήση⁵.

Η ψηφιακή αποτύπωση και αποστολή των εξετάσεων διενεργείται με τη χρήση διεθνούς πιστοποιημένου προτύπου ISO 12052:2006 στην πληροφορική της υγείας για την ψηφιακή απεικόνιση και επικοινωνία στην Ιατρική - DICOM, διατηρώντας ιστορικότητα αποτελεσμάτων σε κατάλληλο σύστημα αρχειοθέτησης εικόνων και επικοινωνίας.

Επίσης επετεύχθη α) η κεντρική αποθήκευση όλων των απεικονιστικών εξετάσεων (ακτινογραφίες, αξονικές, μαστογραφίες, υπέρηχοι κτλ) σε δικτυακό σύστημα PACS (Picture Archiving and Communication System), β) η ηλεκτρονική διοχέτευση των αξονικών τομογραφιών, με μέσο όρο 800 εικόνων ανά εξέταση, μέσω του εσωτερικού δικτύου δεδομένων στους Η/Υ, των ιατρείων για τη προβολή τους από το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό πέραν των ακτινολόγων και γ) η εξωτερική πρόσβαση στις απεικονιστικές εξετάσεις μέσω ασφαλών διαδικτυακών συνδέσεων από τρίτοβάθμιες εξειδικευμένες - πανεπιστημιακές - κλινικές των μεγάλων αστικών κέντρων για εξειδικευμένες γνωματεύσεις, όποτε θεωρηθεί απαραίτητο, στα πλαίσια υπηρεσιών τηλεϊατρικής⁶.

⁵ www.mpodosakeio.gr

⁶ <https://innovation.gov.gr/innovationscat/dicom/>

GOLIVE – Ανακοίνωση των χρόνων αναμονής Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών Νοσοκομείου Παπαγεωργίου

Η διαδικτυακή πλατφόρμα με την επωνυμία Go-Live, για την ανάρτηση των χρόνων αναμονής του τμήματος των επειγόντων περιστατικών στο διαδίκτυο σε πραγματικό χρόνο, αποτελεί το «συνεκτικό δεσμό» ανάμεσα στον ασθενή που δυνητικά θα επισκεφθεί το αντίστοιχο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών⁷.

Υποδομές διαμοιρασμού δικτύου & μηχανοργάνωσης Μαμάτσειου-Μποδοσάκειου Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης

Υψηλή διαθεσιμότητα κεντρικής μηχανοργάνωσης, εφαρμογών, εικονικών μηχανών και δικτύου. Δημιουργήθηκαν εφεδρικές υποδομές διαμοιρασμού των υπηρεσιών δικτύου και μηχανοργάνωσης για τη διασφάλιση της επιχειρησιακής συνέχειας και της αδιάλειπτης λειτουργίας των μηχανογραφημένων υπηρεσιών υγείας.

Αυτό με τη σειρά εξασφαλίζει τη συνέχεια στην ποιότητα και ταχύτητα στην προσφορά υπηρεσιών της υγείας⁸.

Εφαρμογές ανοικτού κώδικα ακτινολογικού τμήματος Μαμάτσειου - Μποδοσάκειου Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης

Εγκατάσταση εφαρμογών ανοικτού κώδικα για τη διακίνηση και αποθήκευση εικόνων DICOM του ακτινολογικού τμήματος. Το Τμήμα Βιοϊατρικής του Νοσοκομείου Κοζάνης σε συνεργασία με το Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής εγκατέστησε εφαρμογή ανοικτού κώδικα για διακίνηση, αρχειοθέτηση και αποθήκευση εικόνων DICOM του ακτινολογικού τμήματος. Συγκεκριμένα, εγκαταστάθηκε σταθμός εργασίας στο ακτινολογικό με διαγνωστική οθόνη για ψηφιακή απεικόνιση ακτινογραφιών με σκοπό τη διάγνωση χωρίς εκτύπωση φιλμ και επιπλέον εγκαταστάθηκε το απαραίτητο λογισμικό στα τμήματα Παθολογικής Κλινικής, Χειρουργικής

⁷<https://innovation.gov.gr/innovationscat/golive-hosp-papageorgiou/>

⁸<https://innovation.gov.gr/innovationscat/network-sharing/>

Κλινικής, Καρδιολογικής Κλινικής, Ορθοπαιδικής Κλινικής, στο Πνευμονολογικό Εξωτερικό Ιατρείο, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, ώστε μέσω διασύνδεσης να αποστέλλονται οι εικόνες στους ιατρούς.

Επόμενες ενέργειες αφορούν στην τοποθέτηση φυσικών εξυπηρετητών (Servers) αποκλειστικά για αποθήκευση εικόνων DICOM. Επιπλέον, η καινοτομία εφαρμόζεται ήδη στον αξονικό και τον μαγνητικό τομογράφο για διακίνηση, αποθήκευση και αρχειοθέτηση εξετάσεων⁹.

Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς

Η 2η ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου έχει στην αρμοδιότητα της περίπου 300 μονάδες υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Πολυδύναμα Ιατρεία κλπ). Στην παρούσα φάση εγκαταστάθηκε εξοπλισμός τηλεϊατρικής σε 42 μονάδες αρμοδιότητάς της, συν ένας σταθμός στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ)¹⁰.

Περιλαμβάνει 30 Σταθμούς με ιατρικά εργαλεία σε απομακρυσμένα σημεία: από τα Κύθηρα μέχρι το Καστελόριζο και μέχρι τη Λήμνο και τις Οινούσες (Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία), 12 Σταθμούς σε Νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ και 1 στο ΕΚΕΠΥ. Το έργο στηρίζεται στο δημόσιο δίκτυο δεδομένων ΣΥΖΕΥΞΙΣ. Η αρχιτεκτονική του, στηρίζεται στη λογική του δικτύου και κάθε μονάδα τηλεϊατρικής αποτελεί έναν κόμβο στο «δίκτυο». Κάθε σημείο επικοινωνεί με ένα ή περισσότερα άλλα σημεία ανεξάρτητα από την κατάσταση και τη χρήση του υπολοίπου δικτύου. Το Κέντρο Δεδομένων φιλοξενείται στην ΚτΠ.Α.Ε. Έχει ανοικτή και επεκτάσιμη αρχιτεκτονική και μπορεί να προσφέρει πολλές διαφορετικές λειτουργίες με την ίδια υποδομή, όπως: ενίσχυση ρόλου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, εκπαίδευση Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και γενικού πληθυσμού των περιοχών που είναι εγκατεστημένοι οι Σταθμοί Τηλεϊατρικής καθώς και υποστήριξη για κάλυψη διοικητικών αναγκών¹¹.

⁹<https://innovation.gov.gr/innovationscat/coding-radiology/>

¹⁰ <https://www.2dype.gov.gr/>

¹¹<https://innovation.gov.gr/innovationscat/remote-health/>

Διασύνδεση μαγνητικού τομογράφου με το PACS του Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας

Αποστολή ιατρικών εικόνων των μαγνητικών εξετάσεων των εσωτερικών ασθενών του φορέα Πτολεμαΐδας όπου διακομίζονται στον φορέα Κοζάνης για την υλοποίηση της μαγνητικής εξέτασης. Οι εξετάσεις αποστέλλονται διαδικτυακά με ασφαλή σύνδεση από τον μαγνητικό του φορέα Κοζάνης στο - opensource - σύστημα αρχειοθέτησης και διανομής ιατρικών εικόνων του φορέα Πτολεμαΐδας το οποίο έχει αναπτυχθεί με ίδιους πόρους μέσα από το τμήμα Πληροφορικής του φορέα Πτολεμαΐδας.

Στην υλοποίηση της διασύνδεσης συμμετείχαν το Τμήμα Πληροφορικής του φορέα Πτολεμαΐδας και η εξωτερική τεχνική υποστήριξη του μαγνητικού του φορέα Κοζάνης¹².

Διαδραστική απεικόνιση δεικτών λειτουργίας Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Η «ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ» αποτελεί καινοτόμο πρόταση στον τομέα διαχείρισης/υποστήριξης των μονάδων υγείας και της ανάπτυξης των επιχειρησιακών δυνατοτήτων εκάστοτε φορέα. Βασίζεται στη χρήση σύγχρονων ψηφιακών εφαρμογών στους άξονες της:

- «Προσωποποιημένης» (self-service) ανάλυσης δεδομένων,
- Παροχής επιχειρηματικής πληροφόρησης (business intelligence) βάσει της οργανωτικής διάρθρωσης και δομής του φορέα.
- Ανάπτυξης δεξιοτήτων σχετικά με την επεξεργασία & ανάλυση των δεδομένων.
- Απεικόνισης της πληροφορίας (data visualization) με ταυτόχρονη δυνατότητα αλληλεπίδρασης προσδίδοντας πολλαπλά οφέλη σε θέματα οργάνωσης, εξοικονόμησης πόρων και περιβαλλοντικού προσανατολισμού.

¹²<https://innovation.gov.gr/innovationscat/pacs-connect/>

Με τη «ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ» παρέχεται η δυνατότητα της ποιοτικής, συνδυαστικής και συγκριτικής ανάλυσης & παρουσίασης μεγάλου πλήθους δεδομένων από πολλαπλά σημεία:

- Οποιαδήποτε ηλεκτρονική συσκευή (ηλεκτρονικό υπολογιστή, tablet, smartphone)
- Οποιοδήποτε χρήστη (διεύθυνση του φορέα, επαγγελματία υγείας, πολίτη)
- Οποιαδήποτε χρονική στιγμή επιθυμεί¹³.

eΡαντεβού Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας

In-house εφαρμογή σχεδιασμένη και αναπτυγμένη από ίδιους ανθρώπινους πόρους με πρωτοβουλία του τμήματος Πληροφορικής & Οργάνωσης του Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας.

Η εφαρμογή δίνει τη δυνατότητα δημιουργίας ηλεκτρονικών ραντεβού από τους πολίτες και διαχείρισης τους στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του ΓΝ Πτολεμαΐδας. Είναι σε λειτουργία όλο το 24ωρο και λαμβάνει υπόψη αργίες, άδειες ιατρών και όριο επισκέψεων.

Αναπτύχθηκε το 2015 και βραβεύτηκε σε πανελλήνιο συνέδριο για το management υπηρεσιών υγείας το 2016¹⁴.

¹³<https://innovation.gov.gr/innovationscat/psych-hospital/>

¹⁴<https://innovation.gov.gr/innovationscat/eappoint-ptolem-general-hosp/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Εθνικό σύστημα υγείας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας θεμελιώθηκε νομοθετικά με το νόμο 1397/83. Βάσει του 1ου άρθρου του συγκεκριμένου νόμου «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση» (Αλεξιάδης, 2003). Το Σύνταγμα στο άρθρο 21§ 3Σ ορίζει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών αυτό όμως δεν σημαίνει ότι αποκλείεται η ιδιωτική πρωτοβουλία στο χώρο της υγείας. Διάφορες είναι οι διατάξεις που συμπληρώνουν, τροποποιούν ή βελτιώνουν τον αρχικό νόμο (Μισσίρα, Μ-Ε., 2018).

Η νομοθετική ρύθμιση υπ' αριθμόν 2889/2001 θεσμοθετεί την περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ στα λεγόμενα «Περιφερειακά Συστήματα Υγείας» (Πε.Σ.Υ.) τα οποία στη συνέχεια μετασηματίστηκαν σε «Διοικητικές Υγειονομικές Υπηρεσίες» (Δ.Υ.ΠΕ) σύμφωνα με τον νόμο 3329/05. Η Ελλάδα είναι χωρισμένη σε 13 Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες δημιουργούνται Περιφερειακές Διευθύνσεις ως Αποκεντρωμένες Διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας (Μισσίρα, Μ-Ε., 2018).

Η Περιφερειακή Διεύθυνση Π.Φ.Υ. υπάγεται απευθείας στο Υπουργείο Υγείας και είναι το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) , συστάθηκε με το νόμο 2920/01 και άρχισε να λειτουργεί στις 19/09/2002. Αποστολή του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας ή εποπτείας του Υπουργείου Υγείας, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων, με κύριο σκοπό τη βελτίωση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας (Μισσίρα, Μ-Ε., 2018).

Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. διαρθρώνεται οργανωτικά στους τομείς (Μισσίρα, Μ-Ε., 2018):

1.Υγειονομικού-Φαρμακευτικού Ελέγχου

2.Διοικητικού-Οικονομικού Ελέγχου

3.Ελέγχου Φορέα Πρόνοιας

4.Μονάδας Διοικητικής Υποστήριξης

5.Περιφερειακών Γραφείων

Η επικράτεια, σύμφωνα με το Νόμο 3527/2007, διαιρέθηκε στις ακόλουθες 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.)¹⁵:

την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής

την 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου

την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας

την 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης

την 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας

την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας

την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

που προέκυψαν με συγχώνευση των δεκαεπτά παλαιών Υγειονομικών Περιφερειών του Νόμου 3329/2005. Η Ελλάδα διαθέτει 149 Νοσοκομεία. Ανά Περιφέρεια έχουν ως εξής:

Αττική	55
Θεσσαλονίκη	12
Κεντρική Μακεδονία	9
Στερεά Ελλάδα	9
Θεσσαλία	6
Κρήτη	9

¹⁵ www.2dype.gr

Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	8
Δυτική Μακεδονία	5
Ήπειρο	5
Βόρειο Αιγαίο	5
Δυτική Ελλάδα	7
Πελοπόννησο	7
Ιόνια Νησιά	5
Νότιο Αιγαίο	8

Πίνακας 4: Ελληνικά Νοσοκομεία ανά Περιφερειακή Ενότητα (Πηγή: Προσωπική επεξεργασία δεδομένων που αντλήθηκαν από στατιστική Αρχή, 2020).

Μετά τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ¹⁶.

Η 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, στην οποία ανήκει και το δείγμα της έρευνας της παρούσας διπλωματικής εργασίας, προέκυψε από τη συγχώνευση, δια απορροφήσεως, της Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, της Α΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου και της Β΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου, από την Γ΄ Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, έχει έδρα τον Πειραιά και ασκεί το σύνολο των αρμοδιοτήτων των πρώην Υγειονομικών Περιφερειών Γ΄ Αττικής, Βορείου Αιγαίου, Α΄ Νοτίου Αιγαίου και Β΄ Νοτίου Αιγαίου¹⁷.

Η 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου (2η Υ.ΠΕ.) εποπτεύει (23) Νοσοκομεία του ΕΣΥ και (270) δομές της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), ήτοι:

- 49 Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.),

¹⁶ www.statistics.gr

¹⁷ www.2dype.gr

- 6 Κέντρα Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.),
- 20 Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.),
- 37 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.),
- 129 Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.),
- 16 Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.),
- 9 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.),
- 4 Κέντρα Προστασίας Μάνας και Παιδιού (Κ.Π.Μ.Π.)¹⁸.

Επιπλέον προσφέρεται ΑΜΕΣΗ ενημέρωση σχετικά με Προκηρύξεις Θέσεων Προσωπικού, Διαγωνισμούς Προμηθειών, Επιστημονικές Εκδηλώσεις, Εκπαιδευτικά και Ερευνητικά προγράμματα κλπ. Πρωταρχικός στόχος της Διοίκησης είναι η διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας των εποπτευόμενων Μονάδων Υγείας αλλά ταυτόχρονα και η αναβάθμιση τους, με απώτερο σκοπό την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες-ασθενείς. Τούτο επιτυγχάνεται μέσω του συντονισμού, του διαρκούς ελέγχου αλλά και του σχεδιασμού κατάλληλων δράσεων, σε συνεργασία και υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας¹⁹.

Στην Ελλάδα ο κλάδος της Υγείας χωρίζεται σε δύο κύριους τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης (Μισσίρα, Μ-Ε., 2018):

Στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη, στην οποία παρέχονται υπηρεσίες τέτοιες, οι οποίες δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Παρέχεται στα αγροτικά ιατρεία και τους υγειονομικούς σταθμούς καθώς και στα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στις μέρες μας ασκείται κυρίως από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (πρώην ΙΚΑ – νυν e- ΕΦΚΑ/ ΠΕΔΥ – ΕΟΠΥΥ), τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, την ιδιωτική πρωτοβουλία και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

¹⁸ Πηγή: Έκθεση Πεπραγμένων 2018-Μάιος 2019 Υπουργείου Υγείας Διοίκησης 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιών και Αιγαίου.

¹⁹ www.2dype.gr

Η ιδιωτική πρωτοβουλία εμπλέκεται στο τομέα αυτό με τους εξής τρόπους:

- Μικροβιολογικά εργαστήρια, λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας με περιορισμένες δυνατότητες.
- Διαγνωστικά κέντρα που προσφέρουν διαγνωστικές υπηρεσίες.
- Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες με σύγχρονο εξοπλισμό και ουσιαστικά αποτελούν πλήρη διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν ως τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων.

Στην Δευτεροβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε Κλινικές ή Νοσοκομεία και παρέχονται με τις εξής μορφές θεραπευτηρίων (Μισσίρα, Μ-Ε., 2018):

- Δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος.
- Ολιγάριθμα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος.
- Ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% περίπου.

3.2. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας αντιμετωπίζουν την πρόκληση της αύξησης του κόστους λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των πιο εξελιγμένων θεραπειών (ΟΟΣΑ, 2015; Saltman & Figueras, 1997; WHO, 2010). Ταυτόχρονα, οι ασθενείς απαιτούν φροντίδα υψηλής ποιότητας με χαμηλότερα έξοδα. Ως αποτέλεσμα, οι πρωτοβουλίες βελτίωσης των διαδικασιών έχουν παρατηρήσει αύξηση στην υγειονομική περίθαλψη.

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η πρόσβαση σε αυτά απαιτεί βελτίωση της απόδοσης. Ιδιαίτερος στην εποχή μας μετά την πρόσφατη οικονομική κρίση, η οποία οδήγησε σε αυστηρότερους δημόσιους προϋπολογισμούς που επηρέασαν σημαντικά την υγειονομική περίθαλψη.

Τον Μάιο του 2010 τέθηκε σε εφαρμογή όπως προαναφέραμε "Το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα" . Το μνημόνιο μεταξύ Ελλάδας, ΔΝΤ και ΕΕ τονίζει την αναγκαιότητα εφαρμογής εκτεταμένων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων ακόμη και περικοπών δαπανών. Η εφαρμογή αυτή των πολιτικών προγραμμάτων έχει σημαντική επίδραση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα.

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει διαρκώς σοβαρά προβλήματα που αφορούν θέματα οργάνωσης, χρηματοδότησης αλλά και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.



Εικόνα 5: Π.Β.Αιγαίου (Πηγή: Διαδίκτυο)

3.3. Υπάρχουσα κατάσταση στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου



Εικόνα 6: Τα νοσοκομεία στην Π.Β.Αιγαίου (Πηγή: Διαδίκτυο).

Οι μέχρι και σήμερα επενδύσεις και σημαντικές τομές που έχουν γίνει σε εθνικό αλλά και περιφερειακό επίπεδο αποσκοπούν στην άμβλυση ενός από τα σημαντικότερα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: την ύπαρξη μεγάλων ανισοτήτων στην Περιφέρεια, όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χωροταξική τους κατανομή, ιδιαίτερα σε βάρος του αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού²⁰.

Στο υφιστάμενο καθεστώς του τομέα «Υγεία - Πρόνοια» της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, η αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας παρέχεται σήμερα στις εξής περιφερειακές δομές:

Νοσοκομεία, Κλινικές, Κέντρα Υγείας, Μονάδες Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία, Τοπικά Ιατρεία, Κέντρα άμεσης Βοήθειας, Δομές Ψυχικής Υγείας/Υγιεινής, Δομές Δημόσιας Υγείας και Κέντρα Απεξάρτησης καθώς και σε ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια, κλινικές και διαγνωστικά κέντρα.

Όνομασία (Άλλη ονομασία)	Περιοχή	Έτος ίδρυσης
Γενικό Νοσοκομείο Χίου "Σκυλίτσειο"	Χίος	1983 (1886)
Πολυκλινική ΕΛΕΥΘΩ, ΑΡΓΥΡΟΥΔΗ Α.Ε.	Χίος	1980
Κλινική «Η Ζωοδόχος Πηγή» Β. ΜΙΣΑΗΛΙΔΟΥ ΚΑΙ ΣΙΑ Ο.Ε.	Χίος	2014
Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης "Βοστάνειο"	Μυτιλήνη	1953 (1935)
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου	Μύρινα Λήμνου	1987 (1937)
Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Ικαρίας "Πανικάριον"	Άγιος Κήρυκος Ικαρίας	1987 (1959)

²⁰ www.ygeia.pronoia.gr

Γενικό Νοσοκομείο Σάμου "Άγιος Παντελεήμων"	Σάμος	1948 (1877)
---	-------	-------------

Πίνακας 5: Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου (Πηγή: Προσωπική επεξεργασία δεδομένων που αντλήθηκαν από το διαδίκτυο, 2020).

Σύμφωνα με έρευνα της Στατιστικής Αρχής (2020) τα λιγότερα Κέντρα Υγείας βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο. Είναι μόλις 7. Εντυχώς στο νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρείται μία αύξηση το 2019 κατά 15,9%. Επίσης και στο λοιπό προσωπικό κατά 12,6% συγκριτικά με το 2018.

Ο αριθμός των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας και στις ΤΟ.Μ.Υ. στην Υγειονομική Περιφέρεια 2ηςΥΠΕ, στην οποία ανήκει και η Π.Β.Αιγαίου για το έτος 2019²¹ ήταν ελαφρώς αυξημένος από προηγούμενες χρονιές (ΕΣΥ, 2020).

Υγειονομικές Περιφέρειες	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων	Σύνολα Υ.Π.Ε.
ΥΠΕ 2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου)	762	666	737	2.165

Πίνακας 6: Αριθμός των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας και στις Το.Μ.Υ. στηνΥγειονομική Περιφέρεια της 2ηςΥΠΕ (Πηγή: Προσωπική επεξεργασία δεδομένων που αντλήθηκαν από στατιστική Αρχή, 2020).

²¹www.statistics.gr (Δεν περιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στα Τοπικά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Το ερωτηματολόγιο

Σε αυτό το κεφάλαιο θα περιγραφεί η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των ερωτηματολογίων. Η κατασκευή ενός ερωτηματολογίου για μία διπλωματική εργασία γίνεται στο πλαίσιο εκπόνησης μιας συγκεκριμένης έρευνας που διεξάγεται προκειμένου να διερευνηθεί ένα συγκεκριμένο θέμα - ζήτημα. Ευθυγραμμίζεται κι εναρμονίζεται λοιπόν απόλυτα με τους σκοπούς της έρευνας. Φυσικά και το περιεχόμενο του εναρμονίζεται πλήρως σε αυτούς. Η ευθυγράμμιση αυτή είναι σημαντική διότι αυτή καθορίζει την πληρότητα και την επάρκεια των δεδομένων που θα συλλεχθούν όπως επίσης και τους σκοπούς της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο λοιπόν αποτελεί χρηστικό ερευνητικό μέσο διότι συγκεντρώνει σημαντικό αριθμό πληροφοριών, οι οποίες καταγράφονται συνοπτικά απαντώνται σε μικρό χρονικό διάστημα. Η οργάνωση και ανάλυσή τους διεξάφεται σχετικά εύκολα.

Τα ερωτηματολόγια απευθύνεται σε πολλά υποκείμενα. Η αποστολή τους γίνεται ταχυδρομικώς, είτε ιδιοχείρως. Υπάρχει πλέον και η δυνατότητα να σταλεί και να συμπληρωθεί ηλεκτρονικά (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου). (Δημητρόπουλος, 2004).

Προτού σχεδιαστεί ένα ερωτηματολόγιο απαιτείται να προσδιοριστεί ο σκοπός ή οι σκοποί της έρευνας.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία και πριν σχεδιαστεί το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο προηγήθηκε σχετική έρευνα, η οποία είχε στόχο να ερευνηθεί εάν έχουν γίνει αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα σε παρόμοια θεματολογία και να αποτελέσουν πρότυπα μελέτης.

Εμφανίζονται αρκετά πλεονεκτήματα στη συγκεκριμένη μέθοδο συλλογής δεδομένων, όπως η ευκολία των απαντήσεων (*τυποποιημένες και κλειστές απαντήσεις*), η εξοικονόμηση χαρτιού, η ταχύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, το χαμηλό κόστος, χρήσιμα πρωτογενή δεδομένα, πολλοί εξεταζόμενοι, λίγα έξοδα, στοιχεία από πολλά άτομα, εξέταση ατόμων σε απομακρυσμένες περιοχές και άλλα.

Τα μειονεκτήματα αυτού του τύπου ερωτηματολογίου είναι ότι επηρεάζει τον ερωτώμενο να απαντήσει με συγκεκριμένο τρόπο χωρίς να υπάρχουν αποσαφηνίσεις στις ερωτήσεις, η

αδυναμία ελέγχου της μοναδικότητας της κάθε απάντησης, καθώς και ότι από τη διάταξη των απαντήσεων δεν αποτυπώνεται η ιδιοσυγκρασία του κάθε ερωτώμενου. Συνήθως απαντά με ταχύτητα, μετά από πρόχειρη ανάγνωση των ερωτήσεων, πιστεύοντας ότι λίγο πολύ όλες οι απαντήσεις κινούνται στην ίδια κατεύθυνση (Field, 2016, Saunders, etal, 2015, Babbie, 2011). Υπάρχει και ο κίνδυνος κάποια ερώτηση να ερμηνευθεί διαφορετικά από τον συμμετέχοντα.

Το ερωτηματολόγιο που συνοδεύει τη μελέτη μας με τίτλο «ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ (BENCHMARKING) ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΒΟΡΕΙΟ-ΑΝΑΤΟΛΙΚΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ (Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία)–ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ/ΙΑΤΡΕΙΩΝ» αρχικά απεστάλη στη Δ/ση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης της 2^η ΔΥΠΕ Πειραιώς & Νήσων για έγκριση. Απευθύνεται σε μεσαία και ανώτερα στελέχη, τα οποία προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου μέσω της εφαρμογής google forms. Τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν από γραπτές πληροφορίες που αφορούσε τη φύση και το σκοπό της έρευνας καθώς και τη διασφάλιση της τήρησης της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας όλων των προσωπικών πληροφοριών. Η συλλογή των πληροφοριών από τις απαντήσεις χρησιμοποιούνται μόνο για την εξαγωγή συμπερασμάτων της παρούσας έρευνας.

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.
- Την τήρηση του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Τη μη ύπαρξη οικονομικής ή άλλου είδους επιβάρυνσης για τα Κέντρα Υγείας και τις ΤΟΜΥ.
- Τη μη παρακώλυση της λειτουργίας του Κέντρου Υγείας και των ΤΟΜΥ.
- Την εξ' αποστάσεως διανομή ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκεκριμένη έρευνα παρατίθεται στο Παράρτημα στο τέλος της διπλωματικής εργασίας.

4.2. Η σύνταξη, ο σχεδιασμός, η επεξεργασία του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε τρεις βασικές ενότητες. Αρχικά γίνεται μία μικρή εισαγωγή για το θέμα της έρευνας. Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων: εξετάζεται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των μελών της οικογενείας του, το μορφωτικό του επίπεδο, η εργασία του στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, η υπηρεσία απασχόλησής του, τα χρόνια προϋπηρεσίας του, η θέση στην ιεραρχία που κατέχει, με στόχο πάντα να κωδικοποιούνται πιο εύκολα και να μη χάνεται χρόνος στην επεξεργασία τους.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει τους βασικούς δείκτες απόδοσης (KPIs), τους οποίους καλούνται να αναδείξουν οι ερωτώμενοι ότι θεωρούν ως τους πλέον σημαντικούς για κάθε έναν από τους τομείς στρατηγικού σχεδιασμού που θέλουν να επιτύχουν βελτιώσεις μέσα από την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης και να τους κατατάξουν με σειρά σπουδαιότητας από το 1- 30.

Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει πέντε ανοιχτές ερωτήσεις για να διευκρινισθούν θέματα που αφορούν τη συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) στον κλάδο υγείας του Β.Α.Αιγαίου, τις βέλτιστες πρακτικές που τυχόν εφαρμόζονται από τους ερωτώμενους και την επαφή με το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών και τις καινοτόμες πρακτικές του. Στόχος να καταγραφεί η προσωπική άποψη και θέση των ερωτώμενων, ώστε να αντλήσουμε καλές πρακτικές από αυτούς και να μπορέσουμε να διεξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για την έρευνά μας.

Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του λογισμικού IBM του SPSS.

4.3. Πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο

Στους συμμετέχοντες στην έρευνα τονίστηκε ότι θα διατηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα και ότι οι απαντήσεις θα χρησιμεύσουν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Το ερωτηματολόγιο στηρίζεται στην έρευνα του S. Grigoriou (2020), από τον οποίο και λάβαμε ειδική γραπτή άδεια να το χρησιμοποιήσουμε, μετά από επικοινωνία με τον επιβλέποντα καθηγητή και το οποίο αναφέρεται στις κατασκευαστικές εταιρείες. Εμείς εδώ το προσαρμόσαμε στις ανάγκες του κλάδου υγείας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αποσκοπούσαν στο :

- Να οριοθετήσουν τα κυριότερα κριτήρια των KPIs που δύναται να χρησιμοποιηθούν στη διοίκηση των μονάδων υγείας του δείγματος για την αξιολόγηση επίτευξης των στόχων των οργανωτικών μονάδων και την επίτευξη βελτιώσεων.
- Να προσδιορίσουν την έννοια της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και τι θεωρούν ότι μπορούν να βελτιώσουν μέσα από την εφαρμογή της.
- Να αναδείξουν τον τομέα με τον οποίο θα σύγκριναν το φορέα, την επιχείρησή τους οι ερωτώμενοι.
- Να γίνει αναφορά στις βέλτιστες πρακτικές που μπορεί να εφαρμόζουν στην εργασία τους.
- Να ελεγχθεί εάν γνωρίζουν το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού και Καινοτομίας και αν έχουν καταθέσει κάποια καινοτόμα πρακτική του φορέα τους.

Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε μεσαία και ανώτερα στελέχη των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, διαγνωστικών κέντρων και ιατρείων των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων και ιατρείων του Β.Α.Αιγαίου, τα οποία ασκούν διοίκηση και διαχειρίζονται πόρους και μέσα, έχουν εμπειρία από τη διαδικασία της αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού, την εφαρμογή καλών πρακτικών και καινοτομιών, συμβάλλοντας στον οργανωτικό και στρατηγικό σχεδιασμό της υπηρεσίας – επιχείρησής τους και της οργάνωσής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Ερευνητική Προσέγγιση Benchmarking σε Μονάδες Υγείας του Β.Α.Αιγαίου

Η διεξαγωγή της έρευνας - μελέτης περίπτωσης πραγματοποιήθηκε την περίοδο Δεκεμβρίου 2020 – Ιανουαρίου 2021. Εστάλησαν ερωτηματολόγια σε 175 ερωτώμενους, εκ των οποίων ανταποκρίθηκαν και το συμπλήρωσαν ηλεκτρονικά 51 από αυτούς.

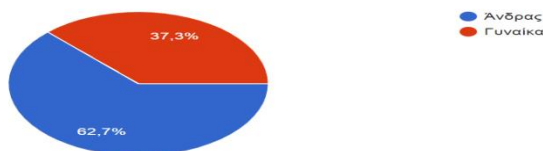
Το δείγμα αποτελείται από προσωπικό (διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό) από πέντε Περιφερειακά Νοσοκομεία του Βορειο- Ανατολικού Αιγαίου (Γ.Ν.Χίου «Σκυλίτσειο», Γ.Ν.Μυτιλήνης «Βοστάνειο», Γ.Ν. Σάμου «Άγιος Παντελεήμων», Γ.Ν. –Κ.Υ. Ικαρίας, Γ.Ν. – Κ.Υ. Λήμνου), από 2 ΤΟΜΥ (Χίου και Λέσβου), από 10 Κέντρα Υγείας του Β.Α.Αιγαίου (Κ.Υ.Πυργίου, Κ.Υ.Χίου, Κ.Υ. Μυτιλήνης –Κ.Υ.Αντισσας, Κ.Υ. Πλωμαρίου, Κ.Υ.Καλλονής, Κ.Υ. Πολυχνίτου, Κ.Ψ.Υ.Σάμου, Κ.Υ.Καρλαβασίου, Κ.Υ.Σάμου, Κ.Υ.Ευδήλου) και από διάφορων ειδικοτήτων ιατρούς, οι οποίοι διατηρούν ιδιωτικά ιατρικά διαγνωστικά κέντρα, κλινικές και ιατρεία.

Υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα, διαμορφώθηκαν διαγράμματα, οι έλεγχοι υποθέσεων, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων για την περιγραφή των μεταβλητών ως προς μία μεταβλητή στόχο.

5.2. Περιγραφικά Στατιστικά

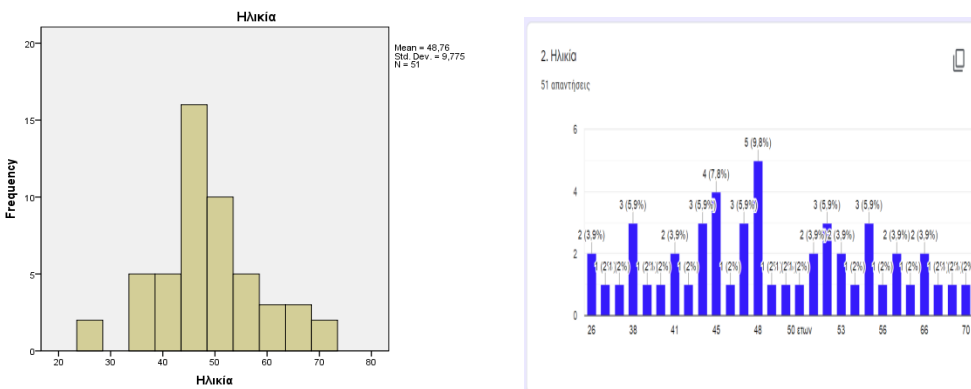
Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο
51 απαντήσεις



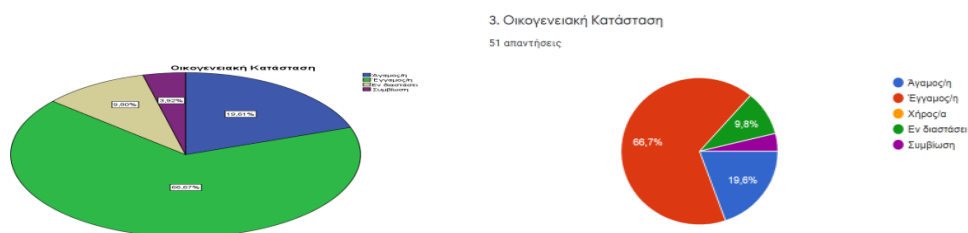
Εικόνα 7: Φύλο

Στο σύνολο των 51 ατόμων του δείγματος (βλέπε πίνακα 18), το δείγμα αποτελείται κυρίως από άνδρες αφού το 63% που απάντησε είναι άνδρες (32) και το 37% είναι γυναίκες (19). Αυτό υποδηλώνει ότι οι άνδρες έχουν περισσότερο χρόνο να διαθέσουν και εκδηλώνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την έρευνα. Οι γυναίκες επιλέγουν ίσως να αφιερώνουν τον λιγοστό χρόνο τους σε πιο παραγωγικές δραστηριότητες (βλέπε πίνακα 23).



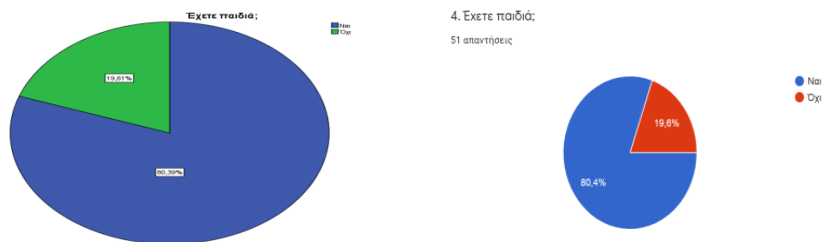
Εικόνα 8: Ηλικία ερωτωμένων

Ερωτήθηκαν άτομα από όλες τις ηλικιακές κατηγορίες με ελάχιστη ηλικία τα 26 έτη και μέγιστη ηλικία τα 70 έτη. Κατά μέσο όρο ερωτήθηκαν άτομα που βρίσκονται σε ώριμη ηλικία μεταξύ 35-45 ετών και εργάζονται ώστε να μπορούν να εκφέρουν κατάλληλη γνώμη (βλέπε πίνακα 24).



Εικόνα 9 : Οικογενειακή κατάσταση

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία των ατόμων λόγω της ηλικίας τους ήταν έγγαμοι με ποσοστό 67%. Το 20% του δείγματος ήταν άγαμοι και υπήρχε και ένα 10% εν διαστάσει και ένα 4% σε συμβίωση(βλέπε πίνακα 25).



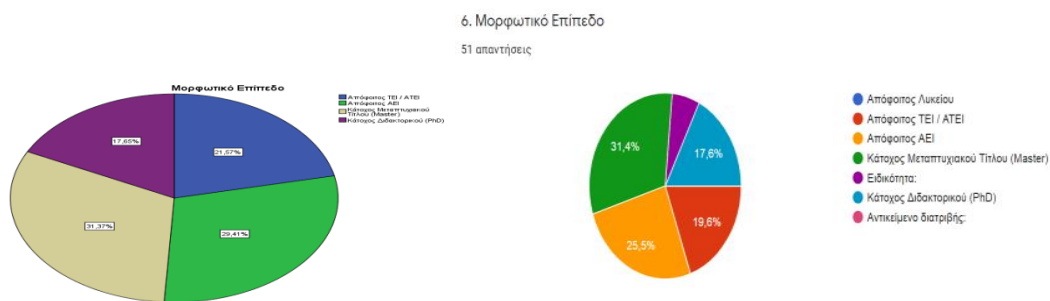
Εικόνα 10 : Εάν έχει παιδιά ο ερωτώμενος

Δεδομένου ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι έγγαμα άτομα, έχουν και παιδιά με ποσοστό 80% (βλέπε πίνακα 26).



Εικόνα 11 : Πλήθος παιδιών ερωτώμενου

Αναφορικά με το πλήθος των παιδιών, το 20% δεν έχει παιδιά, και το 51% έχει δυο παιδιά ενώ το 17% έχει ένα παιδί. Παρατηρούμε ότι κατά μέσο όρο οι ελληνικές οικογένειες κάνουν από 1 μέχρι 2 παιδιά (βλέπε πίνακα 27).



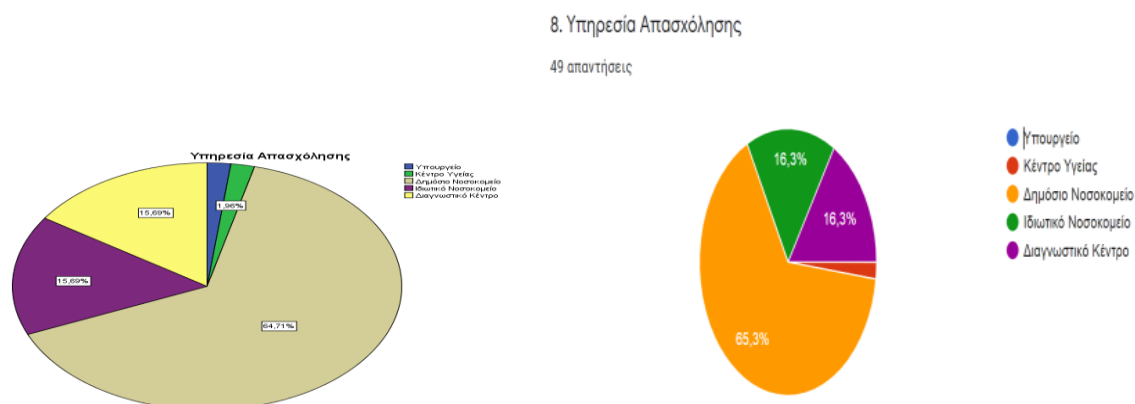
Εικόνα 12: Μορφωτικό επίπεδο ερωτώμενου

Το δείγμα έχει υψηλό μορφωτικό επίπεδο αφού το 30% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, το 31% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και το 22% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΤΕΙ. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 18% είναι κάτοχος διδακτορικού(βλέπε πίνακα 28). Γενικά διακρίνεται ότι γίνεται μεγάλη επένδυση στην εκπαίδευση ώστε τα άτομα να έχουν μια συνεχώς ανοδική επαγγελματική πορεία προχωρώντας στην ιεραρχία. Η πλειοψηφία των στελεχών που συμμετείχαν λοιπόν έχουν ανώτερη μόρφωση.

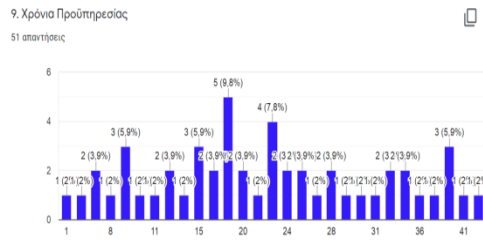


Εικόνα 13: Εάν εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ο ερωτώμενος

Σχετικά με το επάγγελμα τους, το 67% εργάζεται στο δημόσιο τομέα ενώ μόνο το 33% εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Πιο αναλυτικά, το 65% εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο, το 16% σε ιδιωτικό νοσοκομείο και το 16% σε διαγνωστικό κέντρο. Υπάρχει και ένα 2% που εργάζεται σε Κέντρο Υγείας και σε Υπουργείο (βλέπε πίνακα 29).



Εικόνα 14 : Υπηρεσία απασχόλησης ερωτώμενου



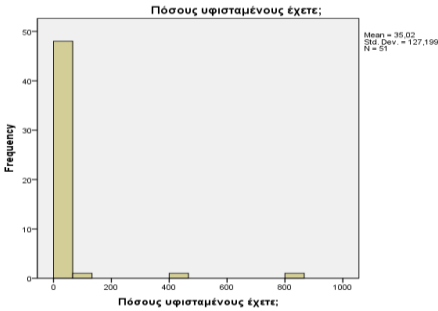
Εικόνα 15 : Χρόνια προϋπηρεσίας ερωτώμενου

Κατά μέσο όρο, οι ερωτηθέντες έχουν πάνω από 10 έτη προϋπηρεσίας και κυρίως μεταξύ 15-20 έτη. Συνεπώς γνωρίζουν αρκετά το αντικείμενο εργασίας τους, το οποίο είναι εξειδικευμένο και τις απαιτήσεις της θέσης τους. Τα ελάχιστα έτη προϋπηρεσίας είναι το ένα έτος και τα μέγιστα έτη τα 49 έτη (βλέπε πίνακα 30).



Εικόνα 16: Θέση στην ιεραρχία που κατέχει ο ερωτώμενος

Τέλος σχετικά με την ιεραρχική θέση, το 28% είναι ιδιώτες/ ιδιοκτήτες είτε προϊστάμενοι τμήματος. Το 20% είναι εργαζόμενοι και το 18% είναι διευθυντές. Τέλος υπάρχει και ένα 8% που είναι διοικητές. Είναι πολύ σημαντικό για την έρευνα ότι συμμετείχαν και 3 στους 5 διοικητές από τα Νοσοκομεία του Β.Α.Αιγαίου (βλέπε πίνακα 31). Ανταποκρίθηκαν οι περισσότεροι από αυτούς. Η γνώμη της Διοίκησης είναι ιδιαίτερα σημαντική για την παρούσα έρευνα.



Εικόνα 17: Πόσους υφισταμένους έχει ο ερωτώμενος

Ο αριθμός των υφισταμένων του κάθε ερωτώμενου εξαρτάται από το είδος της εργασίας του και τη θέση του στην ιεραρχία (βλέπε πίνακα 32). Κατά μέσο όρο υπάρχουν 30-35 υφισταμένοι. Ο ελάχιστος αριθμός υφισταμένων είναι ένας και ο μέγιστος 800 (βλέπε πίνακα 33).

5.3. Ανάλυση των KPI's

Από τον πίνακα που ακολουθεί παρατηρείται η σημαντικότητα των KPI's με βάση την ιεράρχηση των ερωτηθέντων. Όπως φαίνεται από τους μέσους όρους οι πέντε σημαντικότεροι KPI's είναι ο σχεδιασμός της οργάνωσης, το κόστος, το συνολικό κόστος, η παραγωγικότητα οργάνωσης και η αποφυγή λαθών και τα ελαττώματα.

Οι τρεις από τους πέντε βασικούς δείκτες απόδοσης αφορούν κόστη διαχείρισης. Οι άλλοι δύο αφορούν τον κύκλο εργασιών – κέρδη και θέματα υγιεινής και ασφάλειας. Τα νοσοκομεία του Β.Α.Αιγαίου ως φαίνεται δίνουν μεγάλη σημασία στη μέτρηση των κόστων και στο σχεδιασμό της οργάνωσης καθώς επίσης και στην παραγωγικότητα της οργάνωσης. Η μέτρηση των λαθών και των ελαττωμάτων είναι ιδιαίτερος σημαντική καθώς συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητάς τους.

Αναλυτικότερα θα λέγαμε ότι ο σχεδιασμός οργάνωσης είναι ιδιαίτερα σημαντικός γιατί αποτελεί κυρίαρχο χαρακτηριστικό στη σύγχρονη οικονομία κάθε φορέα. Η δομή και η οργάνωση είναι αυτά που καθορίζουν και επηρεάζουν τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων υγείας, τη δυναμική να αξιοποιούν τους πόρους τους αλλά και την ικανότητα να προσαρμόζονται στο κοινωνικό περιβάλλον. Η δομική διάρθρωση των οργανισμών, που

προκύπτει από τη λειτουργία του οργανωτικού σχεδιασμού, επηρεάζουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά τους. Οπότε είναι λογικό τα θέματα που σχετίζονται με την οργάνωση και ειδικότερα με τον οργανωτικό σχεδιασμό να βρίσκονται στο επίκεντρο της οργανωτικής θεωρίας και πρακτικής των παρόχων υγείας του Β.Α.Αιγαίου.

Τα *κόστη* και πιο συγκεκριμένα η κοστολόγηση εντοπίζονται, εκτιμώνται και αξιολογούνται ώστε να προσφέρουν ωφέλεια στον οργανισμό και κερδοφορία και να μην κατανατούν ζημιόγωνα γι' αυτόν. Η μέτρηση της οικονομικής επίδοσης ενός οργανισμού γίνεται για να υπάρχει πραγματική και σαφής εικόνα των δραστηριοτήτων που επιτελεί. Τα *κόστη* αναλαμβάνονται σύμφωνα με τα έργα που υλοποιούνται και τους πόρους που αυτά απαιτούν. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η διαχείριση του κόστους κάθε έργου που υλοποιείται ώστε οι οργανισμοί να μπορούν να διασφαλίζουν ότι κινούνται εντός προϋπολογισμού ώστε να λαμβάνουν έγκαιρη προειδοποίηση εάν διαπιστωθεί ότι υπάρχουν υπερβάσεις κόστους. Σε αυτή την περίπτωση υλοποιείται επαναδιαπραγμάτευση συμβάσεων έργων. Ο τρόπος διαχείρισης των έργων σ' έναν οργανισμό μπορεί να αλλάξει άρδην εάν διαπιστωθεί κατασπατάληση δαπανών μέσα από τη μέτρησή τους. Στόχος κάθε οργανισμού είναι τα *κόστη* να είναι διαχειρίσιμα και να μπορούν να διαφυλάττουν κι ένα ποσοστό κέρδους.

Η *παραγωγικότητα* αποτελεί μία από βασικές επιδιώξεις μίας επιχείρησης, ενός οργανισμού (άλλες: αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, ανταγωνιστικότητα). Με αυτήν μετράται ο αριθμός των μονάδων των τελικών προϊόντων, που παράχθηκαν προς τον αριθμό των εργαζομένων ή τον αριθμό των ωρών που απασχολήθηκαν (εργατοώρες). Αποτελεί σημαντικό μέγεθος σύγκρισης. Η οργάνωση αφορά τον καταμερισμό της βασικής λειτουργίας της επιχείρησης ή του οργανισμού σε επιμέρους εργασίες μεταξύ Διευθύνσεων, Τμημάτων, Ομάδων εργασίας και ατόμων, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να υλοποιούνται επιτυχώς οι αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι του. Γι' αυτό κι είναι ιδιαίτερα σημαντική για όλους τους ερωτώμενους.

Η *αποφυγή λαθών* και η *ορθή διαχείριση των ελαττωμάτων* είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον κλάδο υγείας και κυρίως για τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ο κάθε νοσηλευτής, γιατρός ή διοικητικό προσωπικό χρειάζεται να γνωρίζει τους τύπους των λαθών που μπορεί να προκύψουν κατά την καθημερινή του πρακτική, να κατανοήσει τις συνέπειες και τις αιτίες τους και να προσπαθήσει να τα αντιμετωπίσει αλλά και να τα προλάβει με βασικό στόχο την ασφάλεια των ασθενών. Οι κλινικές και το γενικότερο διαχειριστικό σύστημα των νοσοκομείων απαιτεί

αναβάθμιση και οργάνωση με τον κατάλληλο αριθμό νοσηλευτών και με ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα και τεχνολογίες για την καταγραφή των λαθών με σκοπό την αντιμετώπιση και εξάλειψή τους. Μέσω της ορθής φαρμακευτικής χορήγησης και μείωσης των λαθών, ενισχύεται η ασφάλεια και η ποιότητα φροντίδας του ασθενή, αλλά και η ομαλή λειτουργία και συνεργασία των νοσοκομείων και των ατόμων που εργάζονται σε αυτά. Γι' αυτό και είναι τόσο σημαντική η αποφυγή τους.

KPI's	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	1,43
KPI1 – Κόστος	2,46
KPI3 – Συνολικό κόστος	2,75
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	2,86
KPI14 – Ελαττώματα	3
KPI5 – Χορηγίες	3,5
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	4
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	4,33
KPI8 – Παραγωγικότητα	4,33
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	4,33
KPI11 – Αμοιβές	4,71
KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	4,75
KPI16 – Εκπαίδευση	4,86
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	5,06
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	5,44
KPI22 – Επικοινωνία	6
KPI18 – Ατέλειες	6,06
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	6,3
KPI20 – Συνεργασία	6,57
KPI21 – Ασφάλεια	6,83
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	6,86
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	6,89
KPI17 – Έλεγχοι	7,33
KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	7,63
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	7,89
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	7,89
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	8
KPI37–Διαχείριση διαφορετικότητας και Πολυπολιτισμικότητας	8,25
KPI40 –Στοχοθεσία	8,33
KPI38 – Παρακίνηση	8,52
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	8,75
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	8,79
KPI33 – Προβλεψιμότητα	9
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	9,17

KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	9,17
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	9,5
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	9,53
KPI30 – Χρόνος	10
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	10,42
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	10,75
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	11
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	11,21
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	12,65
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	13,23
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	13,38
KPI44 – Προσόντα	14,14
KPI45 – Καινοτομία και γνώση	14,89
KPI51 – Επιθεώρηση	15,18
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	15,62
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	15,92
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	16,45
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	17,94
KPI53 – Απόδοση εργασίας	18,28
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	19,08
KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	19,6
KPI50 – Ωράριο εργασίας	19,71
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	19,81
KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	20
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	21,69
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	22,38
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	24,33
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	-

Πίνακας 7: Σημαντικότητα κάθε KPI

Σχετικά με τον πρώτο KPI που αφορά το κόστος, το 84% τον θεώρησε ως παράγοντα 1^{ης} προτεραιότητας και το 8% είτε ως 10^η είτε ως 11^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δεύτερο KPI που αφορά το σχεδιασμό οργάνωσης, το 57% τον θεώρησε ως παράγοντα 1^{ης} προτεραιότητας και το 43% ως 2^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τρίτο KPI που αφορά το συνολικό κόστος, το 42% τον θεώρησε ως παράγοντα 1^{ης} προτεραιότητας, το 25% ως 2^η προτεραιότητα, το 17% ως 3^η προτεραιότητα και το 8% είτε ως 4^η είτε ως 12^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τέταρτο ΚΡΙ που αφορά την παραγωγικότητα οργάνωσης και την αποφυγή λαθών, το 52% τον θεώρησε ως παράγοντα 2^{ης} προτεραιότητας, το 14% είτε ως 1^η είτε ως 3^η προτεραιότητα, το 10% ως 4^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 5^η είτε ως 13^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πέμπτο ΚΡΙ που αφορά τις χορηγίες, το 50% τον θεώρησε είτε ως 2^η είτε ως 5^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον έκτο ΚΡΙ που αφορά την επιστροφή των επενδύσεων, το 50% τον θεώρησε ως παράγοντα 3^{ης} προτεραιότητας και το 17% είτε ως 4^η είτε ως 6^η είτε ως 7^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον έβδομο ΚΡΙ που αφορά την πρόβλεψη κερδοφορίας, το 43% τον θεώρησε ως παράγοντα 3^{ης} προτεραιότητας, το 28% ως 5^η προτεραιότητα και το 14% είτε ως 2^η είτε ως 7^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον όγδοο ΚΡΙ που αφορά την παραγωγικότητα, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 3^{ης} προτεραιότητας, το 22% ως 4^η προτεραιότητα, το 17% ως 6^η προτεραιότητα, το 11% ως 1^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 8^η είτε ως 2^η ως 14^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον ένατο ΚΡΙ που αφορά την οργανωσιακή αποδοτικότητα, το 19% τον θεώρησε ως παράγοντα είτε 2^{ης}, είτε 3^{ης} είτε 4^{ης} προτεραιότητα, το 13% είτε 5^η είτε 7^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 6^η είτε 9^η είτε 15^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο ΚΡΙ που αφορά τον ανασχεδιασμό του προγράμματος, το 33% τον θεώρησε είτε ως 1^η είτε ως 4^η είτε ως 8^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον ενδέκατο ΚΡΙ που αφορά τις αμοιβές, το 29% τον θεώρησε ως παράγοντα 3^{ης} προτεραιότητας και το 14% είτε ως 1^η είτε ως 4^η είτε ως 5^η είτε ως 7^η είτε ως 10^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δωδέκατο ΚΡΙ που αφορά τη διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 4^{ης} προτεραιότητας, το 17% είτε ως 1^η είτε ως 5^η προτεραιότητα και το 8% είτε ως 3^η, είτε ως 6^η είτε ως 8^η είτε ως 12^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο τρίτο ΚΡΙ που αφορά τα οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 5^{ης} προτεραιότητας, το 22% ως 9^η προτεραιότητα και το 11% είτε ως 1^η είτε ως 4^η είτε ως 8^η είτε ως 16^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο τέταρτο ΚΡΙ που αφορά τα ελαττώματα, το 56% τον θεώρησε ως παράγοντα 2^{ης} προτεραιότητας, το 22% ως 1^η προτεραιότητα και το 11% είτε ως 4^η είτε ως 11^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο πέμπτο ΚΡΙ που αφορά την διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 5^{ης} προτεραιότητας, το 22% ως 6^η προτεραιότητα και το 11% είτε ως 2^η είτε ως 3^η είτε ως 7^η είτε ως 10^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο έκτο ΚΡΙ που αφορά την εκπαίδευση, το 24% τον θεώρησε ως παράγοντα 6^{ης} προτεραιότητας, το 14% είτε ως 3^η είτε ως 4^η είτε ως 5^η προτεραιότητα, το 10% ως 2^η προτεραιότητα, το 7% είτε ως 1^η είτε ως 8^η προτεραιότητα και το 3% είτε ως 7^η είτε ως 9^η είτε ως 11^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο έβδομο ΚΡΙ που αφορά τους ελέγχους, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 7^{ης} προτεραιότητας, το 22% ως 4^η προτεραιότητα και το 11% είτε ως 3^η είτε ως 6^η είτε ως 11^η είτε ως 17^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο όγδοο ΚΡΙ που αφορά τις ατέλειες, το 18% τον θεώρησε ως παράγοντα 4^{ης}, είτε 5^{ης} είτε 7^{ης} προτεραιότητας, το 12% ως 8^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 2^η είτε ως 3^η είτε ως 6^η είτε ως 10^η είτε ως 12^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον δέκατο ένατο ΚΡΙ που αφορά την παροχή πληροφοριών, το 19% τον θεώρησε ως παράγοντα 5^{ης} είτε 8^{ης} προτεραιότητας, το 14% ως 3^η προτεραιότητα, το 10% είτε ως 4^η είτε ως 6^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 1^η είτε ως 7^η είτε ως 9^η είτε ως 13^η είτε ως 15^η είτε ως 18^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό ΚΡΙ που αφορά την συνεργασία, το 21% τον θεώρησε ως παράγοντα 5^{ης} είτε 9^{ης} προτεραιότητας, το 14% είτε ως 3^η είτε ως 7^η προτεραιότητα και το 7% είτε ως 2^η είτε ως 6^η είτε ως 8^η είτε ως 14^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό πρώτο ΚΡΙ που αφορά την ασφάλεια, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 6^{ης} προτεραιότητας, το 17% ως 8^η προτεραιότητα, το 11% είτε ως 4^η είτε ως 7^η είτε ως 9^η είτε ως 10^η προτεραιότητα και το 6% ως 3^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό δεύτερο ΚΡΙ που αφορά την επικοινωνία, το 50% τον θεώρησε ως παράγοντα 5^{ης} είτε 7^{ης} προτεραιότητας.

Σχετικά με τον εικοστό τρίτο ΚΡΙ που αφορά την αλλαγή σκοπών, το 28% τον θεώρησε ως παράγοντα 7^{ης} προτεραιότητας, το 17% ως 10^η προτεραιότητα, το 11% είτε ως 5^η είτε ως 8^η είτε ως 9^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 1^η είτε ως 6^η είτε 11^η είτε ως 15^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό τέταρτο ΚΡΙ που αφορά την παροχή κινήτρων, το 30% τον θεώρησε ως παράγοντα 9^{ης} προτεραιότητας, το 20% τον θεώρησε ως παράγοντα 2^{ης} είτε 7^{ης} προτεραιότητας και το 10% είτε ως 4^η είτε ως 6^η είτε ως 8^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό πέμπτο ΚΡΙ που αφορά την θέληση για αλλαγή, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 8^{ης} προτεραιότητας και το 17% είτε ως 6^η είτε ως 10^η είτε ως 11^η είτε ως 12^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό έκτο ΚΡΙ που αφορά την κρίσιμη διαδρομή, το 50% τον θεώρησε ως παράγοντα 10^{ης} προτεραιότητας και το 25% είτε ως 4^η είτε ως 8^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό έβδομο ΚΡΙ που αφορά τις τροποποιήσεις στο έργο, το 50% τον θεώρησε ως παράγοντα 8^{ης} είτε 11^{ης} προτεραιότητας.

Σχετικά με τον εικοστό όγδοο ΚΡΙ που αφορά τις ημερομηνίες πρόσβασης, το 30% τον θεώρησε ως παράγοντα 9^{ης} προτεραιότητας, το 18% είτε ως 8^η είτε ως 12^η προτεραιότητα, το 12% ως 11^η προτεραιότητα και 6% είτε ως 5^η είτε ως 7^η είτε ως 10^η είτε ως 13^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εικοστό ένατο ΚΡΙ που αφορά τους στόχους που επιτεύχθηκαν, το 22% τον θεώρησε ως παράγοντα 6^{ης} είτε 8^{ης} είτε 9^{ης} είτε 10^{ης} προτεραιότητας και το 11% ως 5^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό ΚΡΙ που αφορά τον χρόνο, το 50% τον θεώρησε ως παράγοντα 11^{ης} προτεραιότητας και το 17% είτε ως 6^η είτε ως 7^η είτε ως 14^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό πρώτο ΚΡΙ που αφορά τον χρονικό ορίζοντα, το 17% τον θεώρησε ως παράγοντα 7^{ης} είτε 10^{ης} είτε 13^{ης} προτεραιότητας και το 8% είτε ως 1^η είτε ως 4^η είτε ως 8^η είτε ως 11^η είτε ως 12^η είτε ως 14^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό δεύτερο ΚΡΙ που αφορά την πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού, το 13% τον θεώρησε ως παράγοντα 2^{ης} είτε 4^{ης} είτε 6^{ης} είτε 7^{ης} είτε 9^{ης} είτε 10^{ης} είτε 11^{ης} είτε 12^{ης} προτεραιότητας.

Σχετικά με τον τριακοστό τρίτο ΚΡΙ που αφορά την προβλεψιμότητα, το 50% τον θεώρησε ως παράγοντα 11^{ης} προτεραιότητας και το 25% είτε ως 2^η είτε ως 12^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό τέταρτο ΚΡΙ που αφορά τον χρόνο, το 25% τον θεώρησε ως παράγοντα 7^{ης} είτε 11^{ης} προτεραιότητας, το 17% ως 12^η προτεραιότητα και το 8% είτε ως 1^η είτε ως 5^η είτε ως 6^η είτε ως 15^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό πέμπτο ΚΡΙ που αφορά τον αριθμό των εργαζομένων, το 33% τον θεώρησε ως παράγοντα 12^{ης} προτεραιότητας, το 22% ως 13^η προτεραιότητα και το 11% είτε ως 3^η είτε ως 8^η είτε ως 10^η είτε ως 16^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό έκτο ΚΡΙ που αφορά την διαχείριση ρίσκου, το 50% τον θεώρησε ως παράγοντα 13^{ης} προτεραιότητας και το 25% είτε ως 8^η είτε ως 9^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό έβδομο ΚΡΙ που αφορά τη διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας, το 19% τον θεώρησε ως παράγοντα είτε 2^{ης} είτε 14^{ης} προτεραιότητας, το 13% είτε ως 3^η είτε ως 9^η είτε ως 12^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 5^η είτε ως 8^η είτε ως 10^η είτε ως 13^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό όγδοο ΚΡΙ που αφορά την παρακίνηση, το 19% τον θεώρησε ως παράγοντα 4^{ης} προτεραιότητας, το 14% είτε ως 9^η είτε ως 10^η είτε ως 13^η προτεραιότητα, το 10% είτε ως 3^η είτε ως 12^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 2^η είτε ως 8^η είτε ως 11^η είτε ως 16^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τριακοστό ένατο ΚΡΙ που αφορά την αναγνωρισιμότητα, το 15% τον θεώρησε ως παράγοντα 5^{ης} είτε 9^{ης} προτεραιότητας, το 11% ως 10^η είτε ως 11^η είτε ως 14^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 1^η είτε ως 2^η είτε ως 6^η είτε ως 7^η είτε ως 8^η είτε ως 15^η είτε ως 16^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό ΚΡΙ που αφορά την στοχοθεσία, το 17% τον θεώρησε ως παράγοντα 1^{ης} είτε 13^{ης} προτεραιότητας, το 11% είτε ως 6^η είτε ως 10^η είτε ως 11^η

προτεραιότητα και το 6% είτε ως 6^η είτε ως 3^η είτε ως 4^η είτε ως 5^η είτε ως 12^η είτε ως 14^η είτε ως 16^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό πρώτο ΚΡΙ που αφορά την ικανοποίηση των εργαζομένων, το 29% τον θεώρησε ως παράγοντα 14^{ης} προτεραιότητας, το 14% είτε ως 11^η είτε ως 12^η προτεραιότητα και το 7% είτε ως 4^η είτε ως 6^η είτε ως 7^η είτε ως 10^η είτε ως 13^η είτε ως 15^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό δεύτερο ΚΡΙ που αφορά την οργανωσιακή ανάπτυξη, το 26% τον θεώρησε ως παράγοντα 15^{ης} προτεραιότητας, το 13% ως 1^η προτεραιότητα, το 10% ως 12^η προτεραιότητα, το 7% είτε ως 10^η είτε ως 11^η είτε ως 13^η είτε ως 14^η είτε ως 17^η προτεραιότητα και το 3% είτε ως 2^η είτε ως 3^η είτε ως 5^η είτε ως 6^η είτε ως 8^η είτε ως 9^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό τρίτο ΚΡΙ που αφορά την εφαρμογή νέων τεχνολογιών, το 21% τον θεώρησε ως παράγοντα 13^{ης} προτεραιότητας, το 13% ως 12^η προτεραιότητα, το 9% είτε ως 14^η είτε ως 15^η είτε ως 16^η είτε ως 17^η είτε ως 18^η προτεραιότητα και το 4% είτε ως 3^η είτε ως 5^η είτε ως 6^η είτε ως 7^η είτε ως 9^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό τέταρτο ΚΡΙ που αφορά τα προσόντα, το 22% τον θεώρησε ως παράγοντα 16^{ης} προτεραιότητας, το 14% ως 17^η προτεραιότητα, το 9% είτε ως 7^η είτε ως 13^η είτε ως 14^η είτε ως 19^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 6^η είτε ως 8^η είτε ως 9^η είτε ως 11^η είτε ως 15^η είτε ως 25^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό πέμπτο ΚΡΙ που αφορά την καινοτομία και τη γνώση, το 22% τον θεώρησε ως παράγοντα 16^{ης} προτεραιότητας, το 17% ως 17^η προτεραιότητα, το 11% είτε ως 14^η είτε ως 15^η είτε ως 18^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 7^η είτε ως 8^η είτε ως 11^η είτε ως 13^η είτε ως 20^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό έκτο ΚΡΙ που αφορά την εκπαίδευση και ανταμοιβή, το 14% τον θεώρησε ως παράγοντα 8^{ης} είτε 16^{ης} είτε ως 18^{ης} προτεραιότητας, το 9% ως 4^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 3^η είτε ως 7^η είτε ως 9^η είτε ως 10^η είτε ως 13^η είτε ως 14^η είτε ως 15^η είτε ως 17^η είτε ως 19^η είτε ως 24^η είτε ως 26^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό έβδομο ΚΡΙ που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών, το 19% τον θεώρησε ως παράγοντα 17^{ης} είτε 19^{ης} προτεραιότητας, το 10% είτε ως 5^η είτε ως 9^η είτε ως

14^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 10^η είτε ως 12^η είτε ως 15^η είτε ως 18^η είτε ως 20^η είτε ως 26^η είτε ως 27^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό όγδοο ΚΡΙ που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση), το 21% τον θεώρησε ως παράγοντα 10^{ης} προτεραιότητας, το 13% είτε ως 18^η είτε ως 20^η προτεραιότητα, το 8% είτε ως 15^η είτε ως 17^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 2^η είτε ως 4^η είτε ως 6^η είτε ως 9^η είτε ως 11^η είτε ως 12^η είτε ως 14^η είτε ως 16^η είτε ως 19^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον τεσσαρακοστό ένατο ΚΡΙ που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες), το 25% τον θεώρησε ως παράγοντα 13^{ης} προτεραιότητας, το 17% είτε ως 19^η είτε ως 20^η προτεραιότητα και το 8% είτε ως 3^η είτε ως 15^η είτε ως 17^η είτε ως 18^η είτε ως 21^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πενήκοστο ΚΡΙ που αφορά το ωράριο εργασίας, το 29% τον θεώρησε ως παράγοντα 20^{ης} είτε ως 22^{ης} προτεραιότητας και το 14% είτε ως 15^η είτε ως 18^η είτε ως 21^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πενήκοστο πρώτο ΚΡΙ που αφορά την επιθεώρηση, το 18% τον θεώρησε ως παράγοντα 16^{ης} είτε ως 21^{ης} προτεραιότητας και το 9% είτε ως 5^η είτε ως 8^η είτε ως 9^η είτε ως 11^η είτε ως 18^η είτε ως 19^η είτε ως 23^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πενήκοστο δεύτερο ΚΡΙ που αφορά την κουλτούρα ασφαλείας, το 14% τον θεώρησε ως παράγοντα 22^{ης} προτεραιότητας, το 9% είτε ως 14^η είτε ως 17^η είτε ως 19^η είτε ως 21^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 2^η είτε ως 4^η είτε ως 6^η είτε ως 10^η είτε ως 11^η είτε ως 15^η είτε ως 16^η είτε ως 18^η είτε 20^η είτε ως 24^η είτε ως 28^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πενήκοστο τρίτο ΚΡΙ που αφορά την απόδοση εργασίας, το 17% τον θεώρησε ως παράγοντα 11^{ης} και 17^{ης} προτεραιότητας, το 11% είτε ως 12^η είτε ως 19^η είτε ως 20^η είτε ως 21^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 23^η είτε ως 24^η είτε ως 25^η είτε ως 29^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πενήκοστο τέταρτο ΚΡΙ που αφορά την ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων, το 19% τον θεώρησε ως παράγοντα 23^{ης} προτεραιότητας, το 13% είτε ως 18^η είτε ως 21^η είτε ως 22^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 10^η είτε ως 12^η είτε ως 13^η είτε ως 14^η είτε ως 24^η είτε ως 26^η είτε ως 27^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πεντηκοστό πέμπτο ΚΡΙ που αφορά την οργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων, το 23% τον θεώρησε ως παράγοντα 20^{ης} και 22^{ης} προτεραιότητας, το 15% ως 25^η προτεραιότητα και το 8% είτε ως 11^η είτε ως 21^η είτε ως 23^η είτε ως 24^η είτε ως 27^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πεντηκοστό έκτο ΚΡΙ που αφορά την συμμετοχή σε κοινές δράσεις, το 38% τον θεώρησε ως παράγοντα 23^{ης} προτεραιότητας, το 25% ως 21^η προτεραιότητα και το 13% είτε ως 18^η είτε ως 24^η είτε ως 26^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πεντηκοστό έβδομο ΚΡΙ που αφορά την σύγκριση οικονομικών μεγεθών, το 17% τον θεώρησε ως παράγοντα 19^{ης} και 24^{ης} προτεραιότητας, το 11% είτε ως 14^η είτε ως 18^η είτε ως 22^η προτεραιότητα και το 6% είτε ως 10^η είτε ως 12^η είτε ως 21^η είτε ως 25^η είτε ως 27^η είτε ως 28^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πεντηκοστό όγδοο ΚΡΙ που αφορά την ανάπτυξη συνεργιών, το 12% τον θεώρησε ως παράγοντα 11^{ης} , 15^{ης} και 20^{ης} προτεραιότητας και το 6% είτε ως 2^η είτε ως 6^η είτε ως 12^η είτε ως 16^η είτε ως 19^η είτε ως 22^η είτε ως 30^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον πεντηκοστό ένατο ΚΡΙ που αφορά τον στρατηγικό σχεδιασμό, το 14% τον θεώρησε ως παράγοντα 20^{ης} , 21^{ης} και 26^{ης} προτεραιότητας και το 7% είτε ως 9^η είτε ως 12^η είτε ως 13^η είτε ως 15^η είτε ως 17^η είτε ως 18^η είτε ως 23^η είτε ως 24^η είτε ως 29^η προτεραιότητα.

Σχετικά με τον εξηκοστό ΚΡΙ που αφορά την επιλογή μορφής εργασίας, το 13% τον θεώρησε ως παράγοντα 15^{ης} και 23^{ης} προτεραιότητας, το 8% είτε ως 12^η είτε ως 14^η είτε ως 21^η είτε ως 22^η είτε ως 25^η είτε ως 27^η είτε ως 29^η προτεραιότητα και το 5% είτε ως 2^η είτε ως 11^η είτε ως 13^η είτε ως 18^η προτεραιότητα.

Τέλος σχετικά με τον εξηκοστό πρώτο ΚΡΙ που αφορά την επιχειρησιακή επικοινωνία, το 22% τον θεώρησε ως παράγοντα 26^{ης}, 28^η και 30^{ης} προτεραιότητας και το 11% είτε ως 10^η είτε ως 19^η είτε ως 22^η προτεραιότητα.

Τον εξηκοστό δεύτερο ΚΡΙ που αφορά την επανάληψη εργασιών δεν τον επέλεξε κανείς ερωτώμενος ως σημαντικό.

5.4. Έλεγχος συσχετίσεων

Ο έλεγχος συσχετίσεων ή έλεγχος chisquare χρησιμοποιείται για να εξετάσει την ύπαρξη ή όχι σχέσης μεταξύ δυο ανεξάρτητων μεταβλητών. Στην παρούσα εργασία εξετάστηκε η συσχέτιση κάθε ενός KPI με όλα τα δημογραφικά στοιχεία για να διερευνηθεί η ύπαρξη κάποιας σχέσης. Λόγω της κατανομής των δεδομένων, για την πραγματοποίηση της παρούσας ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος chisquare Monte Carlo, για διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Οι υποθέσεις που εξετάζονται σε κάθε συσχέτιση είναι οι ακόλουθες:

H₀: Οι δυο κατηγορικές μεταβλητές μεταξύ τους δεν έχουν κάποια σχέση/ Είναι ανεξάρτητες

H₁: Οι δυο κατηγορικές μεταβλητές μεταξύ τους συσχετίζονται

Κριτήριο Απόρριψης της μηδενικής υπόθεσης είναι ότι απορρίπτω την H₀ και άρα δέχομαι την H₁ αν το sig(ή p-value) είναι μικρότερο του 0,05.

Βάσει των παραπάνω για να συσχετίζονται οι μεταβλητές θα πρέπει το sig να είναι μικρότερο του 0,05.

Παρακάτω ακολουθούν αναλυτικά τα αποτελέσματα όλων των συσχετίσεων προκειμένου να αναλυθούν οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, όπου αυτές υπάρχουν.

Αρχικά, εξετάστηκε η σχέση του κάθε KPI με την οικογενειακή κατάσταση, όπου βρέθηκαν δυο στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

KPI's	SIG
KPI1 – Κόστος	0,705
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	0,745
KPI3 – Συνολικό κόστος	0,952
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	0,687
KPI5 – Χορηγίες	--
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	0,695
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	0,619
KPI8 – Παραγωγικότητα	0,926
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	0,802
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	0,159
KPI11 – Αμοιβές	0,525
KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	0,566
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	0,560

KPI14 – Ελαττώματα	0,646
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	0,276
KPI16 – Εκπαίδευσης	0,613
KPI17 – Έλεγχοι	0,745
KPI18 – Ατέλειες	0,386
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	0,341
KPI20 – Συνεργασία	0,358
KPI21 – Ασφάλεια	0,273
KPI22 – Επικοινωνία	0,317
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	0,048
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	0,878
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	0,980
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	0,480
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	--
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	0,402
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	0,340
KPI30 – Χρόνος	0,980
KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	0,980
KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	0,467
KPI33 – Προβλεψιμότητα	0,335
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	0,863
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	0,189
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	0,333
KPI37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας	0,047
KPI38 – Παρακίνηση	0,965
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	0,714
KPI40 –Στοχοθεσία	0,577
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	0,638
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	0,845
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	0,263
KPI44 – Προσόντα	0,242
KPI45 – Καινοτομία και γνώση	0,521
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	0,466
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	0,411
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	0,531
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	0,724
KPI50 – Ωράριο εργασίας	0,422
KPI51 – Επιθεώρηση	0,675
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	0,277
KPI53 – Απόδοση εργασίας	0,738
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	0,900
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	0,737
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	0,087
KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	0,946
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	0,392

KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	0,877
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	0,932
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	0,098
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	--

Πίνακας 8: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των KPI με την οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση επιδρά στην επιλογή του KPI 23 που αφορά την αλλαγή σκοπών (sigFisher's=0,048<0,05) και στην επιλογή του KPI 37 που αφορά την διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας (sigFisher's=0,047<0,05).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	38,077 ^a	24	,034	,052 ^b	,048	,056			
Likelihood Ratio	25,228	24	,393	,048 ^b	,043	,052			
Fisher's Exact Test	32,412			,048 ^b	,043	,052			
Linear-by-Linear Association	3,035 ^c	1	,081	,095 ^b	,089	,101	,053 ^b	,049	,057
N of Valid Cases	18								

a. 36 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c. The standardized statistic is 1,742.

Πίνακας 9: Στατιστική σημαντικότητα οικογενειακής κατάστασης και του KPI23

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	24,867 ^a	16	,072	,029 ^b	,026	,032			
Likelihood Ratio	26,174	16	,052	,047 ^b	,043	,051			
Fisher's Exact Test	19,221			,047 ^b	,043	,051			
Linear-by-Linear Association	,875 ^c	1	,350	,382 ^b	,372	,391	,196 ^b	,188	,203
N of Valid Cases	16								

a. 27 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.

c. The standardized statistic is -,936.

Πίνακας 10: Στατιστική σημαντικότητα οικογενειακής κατάστασης και του KPI 37

Έπειτα, εξετάστηκε η σχέση του κάθε KPI με το αν έχουν ή όχι παιδιά οι ερωτώμενοι, όπου δεν βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

KPI's	SIG
KPI1 – Κόστος	0,419
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	0,538
KPI3 – Συνολικό κόστος	0,426
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	0,620
KPI5 – Χορηγίες	--
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	0,869
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	0,704
KPI8 – Παραγωγικότητα	0,679
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	0,787
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	0,907
KPI11 – Αμοιβές	0,523
KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	0,332
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	0,980
KPI14 – Ελαττώματα	0,218
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	0,837
KPI16 – Εκπαίδευσης	0,467
KPI17 – Έλεγχοι	0,935
KPI18 – Ατέλειες	0,174
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	0,080
KPI20 – Συνεργασία	0,261
KPI21 – Ασφάλεια	0,084
KPI22 – Επικοινωνία	0,98
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	0,637
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	0,399
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	--
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	0,970
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	--
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	0,130
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	0,112
KPI30 – Χρόνος	0,890
KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	--
KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	0,88
KPI33 – Προβλεψιμότητα	0,335
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	0,862
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	0,525
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	0,333
KPI37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας	0,097
KPI38 – Παρακίνηση	0,7
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	0,518
KPI40 – Στοχοθεσία	0,174
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	0,527
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	0,826
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	0,389
KPI44 – Προσόντα	0,236

KPI45 – Καινοτομία και γνώση	0,446
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	0,844
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	0,684
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	0,533
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	0,425
KPI50 – Ωράριο εργασίας	0,429
KPI51 – Επιθεώρηση	0,637
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	0,137
KPI53 – Απόδοση εργασίας	0,392
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	0,753
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	0,738
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	0,09
KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	0,935
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	0,734
KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	0,750
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	0,939
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	0,332
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	--

Πίνακας 11: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των KPI με το αν έχετε παιδιά

Μετά, εξετάστηκε η σχέση του κάθε KPI με το πόσα παιδιά έχουν οι ερωτώμενοι και βρέθηκαν τρεις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

KPI's	SIG
KPI1 – Κόστος	0,806
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	0,187
KPI3 – Συνολικό κόστος	0,759
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	0,695
KPI5 – Χορηγίες	--
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	0,989
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	0,946
KPI8 – Παραγωγικότητα	0,177
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	0,168
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	0,679
KPI11 – Αμοιβές	0,795
KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	0,556
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	0,888
KPI14 – Ελαττώματα	0,269
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	0,753
KPI16 – Εκπαίδευσης	0,451
KPI17 – Έλεγχοι	0,917
KPI18 – Ατέλειες	0,225
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	0,035
KPI20 – Συνεργασία	0,846

KPI21 – Ασφάλεια	0,791
KPI22 – Επικοινωνία	0,879
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	0,595
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	0,655
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	0,207
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	0,989
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	--
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	0,561
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	0,878
KPI30 – Χρόνος	0,610
KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	0,786
KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	0,733
KPI33 – Προβλεψιμότητα	0,335
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	0,847
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	0,322
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	0,166
KPI37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας	0,024
KPI38 – Παρακίνηση	0,021
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	0,887
KPI40 –Στοχοθεσία	0,963
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	0,549
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	0,266
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	0,789
KPI44 – Προσόντα	0,232
KPI45 – Καινοτομία και γνώση	0,950
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	0,178
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	0,335
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	0,133
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	0,191
KPI50 – Ωράριο εργασίας	0,804
KPI51 – Επιθεώρηση	0,756
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	0,573
KPI53 – Απόδοση εργασίας	0,621
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	0,713
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	0,286
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	0,133
KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	0,978
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	0,897
KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	0,376
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	0,776
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	0,730
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	--

Πίνακας 12: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των KPI με το πόσα παιδιά έχουν οι ερωτώμενοι

Το πλήθος των παιδιών των ερωτώμενων επιδρά στην επιλογή του KPI 19 που αφορά την παροχή πληροφοριών ($\text{sigFisher}'s=0,035<0,05$), στην επιλογή του KPI 37 που αφορά την διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας ($\text{sigFisher}'s=0,024<0,05$) και στην επιλογή του KPI 38 που αφορά στην παρακίνηση ($\text{sigFisher}'s=0,021<0,05$).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	61,250 ^a	40	,017	,039 ^b	,035	,043			
Likelihood Ratio	33,812	40	,744	,035 ^b	,031	,038			
Fisher's Exact Test	56,946			,035 ^b	,031	,038			
Linear-by-Linear Association	,670 ^c	1	,413	,442 ^b	,432	,451	,229 ^b	,221	,238
N of Valid Cases	21								

a. 55 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.
 b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.
 c. The standardized statistic is -,819.

Πίνακας 13: Στατιστική σημαντικότητα του πλήθους των παιδιών και του KPI 19

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	51,533 ^a	32	,016	,012 ^b	,010	,014			
Likelihood Ratio	32,766	32	,429	,024 ^b	,021	,027			
Fisher's Exact Test	43,540			,024 ^b	,021	,027			
Linear-by-Linear Association	3,904 ^c	1	,048	,048 ^b	,044	,052	,023 ^b	,020	,026
N of Valid Cases	16								

a. 45 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.
 b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.
 c. The standardized statistic is 1,976.

Πίνακας 14: Στατιστική σημαντικότητα του πλήθους των παιδιών και του KPI 37

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	43,514 ^a	27	,023	,011 ^b	,009	,013			
Likelihood Ratio	33,455	27	,182	,021 ^b	,018	,023			
Fisher's Exact Test	33,042			,021 ^b	,018	,024			
Linear-by-Linear Association	4,933 ^c	1	,026	,020 ^b	,017	,023	,012 ^b	,010	,014
N of Valid Cases	21								

a. 40 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.
 b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.
 c. The standardized statistic is -2,221.

Πίνακας 15: Στατιστική σημαντικότητα του πλήθους των παιδιών και του KPI 38

Επίσης, εξετάστηκε η σχέση του κάθε KPI με το μορφωτικό επίπεδο και βρέθηκαν τρεις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

KPI's	SIG
KPI1 – Κόστος	0,364
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	0,883
KPI3 – Συνολικό κόστος	0,934
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	0,843
KPI5 – Χορηγίες	0,317
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	0,729
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	0,323
KPI8 – Παραγωγικότητα	0,790
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	0,852
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	--
KPI11 – Αμοιβές	0,380
KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	0,167
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	0,989
KPI14 – Ελαττώματα	0,216
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	0,679
KPI16 – Εκπαίδευσης	0,205
KPI17 – Έλεγχοι	0,879
KPI18 – Ατέλειες	0,934
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	0,337
KPI20 – Συνεργασία	0,021
KPI21 – Ασφάλεια	0,170
KPI22 – Επικοινωνία	--
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	0,383
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	0,596
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	0,505
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	0,831
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	0,989
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	0,505
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	0,323
KPI30 – Χρόνος	0,707
KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	0,476
KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	0,921
KPI33 – Προβλεψιμότητα	0,504
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	0,880
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	0,825
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	0,834
KPI37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας	0,481
KPI38 – Παρακίνηση	0,380
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	0,970
KPI40 – Στοχοθεσία	0,384
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	0,519
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	0,922
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	0,961

KPI44 – Προσόντα	0,152
KPI45 – Καινοτομία και γνώση	0,093
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	0,020
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	0,048
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	0,328
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	0,689
KPI50 – Ωράριο εργασίας	0,559
KPI51 – Επιθεώρηση	0,957
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	0,880
KPI53 – Απόδοση εργασίας	0,693
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	0,777
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	0,882
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	0,787
KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	0,628
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	0,366
KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	0,113
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	0,166
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	0,081
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	--

Πίνακας 16: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των KPI με το μορφωτικό επίπεδο

Το μορφωτικό επίπεδο επιδρά στην επιλογή του KPI 20 που αφορά τη συνεργασία ($\text{sigFisher}'s=0,021<0,05$), στην επιλογή του KPI 46 που αφορά την εκπαίδευση και την ανταμοιβή ($\text{sigFisher}'s=0,020<0,05$) και στην επιλογή του KPI 47 που αφορά στην ικανοποίηση ασθενών ($\text{sigFisher}'s=0,048<0,05$).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	32,317 ^a	21	,054	,014 ^b	,012	,016			
Likelihood Ratio	30,753	21	,078	,021 ^b	,018	,024			
Fisher's Exact Test	24,850			,021 ^b	,018	,024			
Linear-by-Linear Association	4,834 ^c	1	,028	,022 ^b	,019	,025	,014 ^b	,012	,017
N of Valid Cases	14								

a. 32 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.
b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.
c. The standardized statistic is 2,199.

Πίνακας 17: Στατιστική σημαντικότητα του μορφωτικού επιπέδου και του KPI 20

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	52,708 ^a	42	,124	,024 ^b	,021	,027			
Likelihood Ratio	49,689	42	,194	,020 ^b	,017	,023			
Fisher's Exact Test	45,093			,020 ^b	,017	,023			
Linear-by-Linear Association	1,736 ^c	1	,188	,197 ^b	,190	,205	,102 ^b	,096	,108
N of Valid Cases	22								

a. 60 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.
 b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.
 c. The standardized statistic is 1,317.

Πίνακας 18: Στατιστική σημαντικότητα του μορφωτικού επιπέδου και του KPI 46

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	40,906 ^a	33	,162	,105 ^b	,099	,111			
Likelihood Ratio	40,873	33	,163	,053 ^b	,049	,057			
Fisher's Exact Test	36,105			,048 ^b	,044	,053			
Linear-by-Linear Association	3,016 ^c	1	,082	,085 ^b	,079	,090	,044 ^b	,040	,048
N of Valid Cases	21								

a. 48 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.
 b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.
 c. The standardized statistic is 1,737.

Πίνακας 19: Στατιστική σημαντικότητα του μορφωτικού επιπέδου και του KPI 47

Επίσης, εξετάστηκε η σχέση του κάθε KPI με το αν οι ερωτώμενοι εργάζονται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

KPI's	SIG
KPI1 – Κόστος	0,538
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	0,977
KPI3 – Συνολικό κόστος	0,612
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	0,625
KPI5 – Χορηγίες	--
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	0,803
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	0,886
KPI8 – Παραγωγικότητα	0,643
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	0,787
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	--
KPI11 – Αμοιβές	0,523

KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	0,358
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	0,986
KPI14 – Ελαττώματα	0,756
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	0,671
KPI16 – Εκπαίδευσης	0,247
KPI17 – Έλεγχοι	0,647
KPI18 – Ατέλειες	0,951
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	0,804
KPI20 – Συνεργασία	0,819
KPI21 – Ασφάλεια	0,397
KPI22 – Επικοινωνία	--
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	0,423
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	0,899
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	0,475
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	0,756
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	0,897
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	0,970
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	0,898
KPI30 – Χρόνος	0,865
KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	0,818
KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	0,767
KPI33 – Προβλεψιμότητα	0,503
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	0,487
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	0,827
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	0,856
KPI37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας	0,665
KPI38 – Παρακίνηση	0,555
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	0,663
KPI40 –Στοχοθεσία	0,481
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	0,753
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	0,840
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	0,866
KPI44 – Προσόντα	0,538
KPI45 – Καινοτομία και γνώση	0,960
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	0,567
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	0,772
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	0,678
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	0,949
KPI50 – Ωράριο εργασίας	0,802
KPI51 – Επιθεώρηση	0,239
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	0,290
KPI53 – Απόδοση εργασίας	0,150
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	0,990
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	0,338
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	0,784

KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	0,714
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	0,606
KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	0,482
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	0,680
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	0,907
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	--

Πίνακας 20: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των KPI με το αν εργάζεται στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ο ερωτώμενος

Επιπλέον, εξετάστηκε η σχέση του κάθε KPI με την υπηρεσία απασχόλησης και βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

KPI's	SIG
KPI1 – Κόστος	0,642
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	0,494
KPI3 – Συνολικό κόστος	0,757
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	0,905
KPI5 – Χορηγίες	--
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	0,802
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	0,889
KPI8 – Παραγωγικότητα	0,970
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	0,905
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	0,907
KPI11 – Αμοιβές	0,512
KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	0,358
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	0,806
KPI14 – Ελαττώματα	0,721
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	0,859
KPI16 – Εκπαίδευση	0,804
KPI17 – Έλεγχοι	0,645
KPI18 – Ατέλειες	0,846
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	0,443
KPI20 – Συνεργασία	0,733
KPI21 – Ασφάλεια	0,194
KPI22 – Επικοινωνία	0,875
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	0,774
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	0,835
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	0,207
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	0,756
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	0,876
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	0,585
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	0,678
KPI30 – Χρόνος	0,887
KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	0,707

KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	0,876
KPI33 – Προβλεψιμότητα	0,503
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	0,428
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	0,954
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	0,832
KPI37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας	0,436
KPI38 – Παρακίνηση	0,413
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	0,730
KPI40 – Στοχοθεσία	0,743
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	0,591
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	0,820
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	0,844
KPI44 – Προσόντα	0,635
KPI45 – Καινοτομία και γνώση	0,994
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	0,229
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	0,707
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	0,958
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	0,912
KPI50 – Ωράριο εργασίας	0,082
KPI51 – Επιθεώρηση	0,546
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	0,471
KPI53 – Απόδοση εργασίας	0,049
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	0,912
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	0,788
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	0,698
KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	0,984
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	0,643
KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	0,716
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	0,464
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	0,735
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	--

Πίνακας 21: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των KPI με την υπηρεσία απασχόλησης

Η υπηρεσία απασχόλησης επιδρά στην επιλογή του KPI 53 που αφορά την απόδοση εργασίας (sigFisher's=0,049<0,05).

Chi-Square Tests									
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Sig.	95% Confidence Interval		Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	28,091 ^a	18	,061	,024 ^b	,021	,027			
Likelihood Ratio	27,026	18	,079	,049 ^b	,045	,054			
Fisher's Exact Test	21,117			,049 ^b	,045	,054			
Linear-by-Linear Association	,570 ^c	1	,450	,466 ^b	,456	,475	,245 ^b	,236	,253
N of Valid Cases	18								

a. 30 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.
b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 605580418.
c. The standardized statistic is -,755.

Πίνακας 22: Στατιστική σημαντικότητα της υπηρεσίας απασχόλησης και του KPI 53

Τέλος, εξετάστηκε η σχέση του κάθε KPI με το φύλο και δεν βρέθηκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

KPI's	SIG
KPI1 – Κόστος	0,298
KPI2 – Σχεδιασμός οργάνωσης	0,209
KPI3 – Συνολικό κόστος	0,333
KPI4 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών	0,190
KPI5 – Χορηγίες	--
KPI6 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI)	0,497
KPI7 – Πρόβλεψη κερδοφορίας	0,798
KPI8 – Παραγωγικότητα	0,746
KPI9 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα	0,974
KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος	0,907
KPI11 – Αμοιβές	0,987
KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές	0,271
KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι	0,413
KPI14 – Ελαττώματα	0,527
KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού	0,166
KPI16 – Εκπαίδευσης	0,216
KPI17 – Έλεγχοι	0,529
KPI18 – Ατέλειες	0,476
KPI19 – Παροχή πληροφοριών	0,209
KPI20 – Συνεργασία	0,143
KPI21 – Ασφάλεια	0,118
KPI22 – Επικοινωνία	0,378
KPI23 – Αλλαγή σκοπών	0,955
KPI24 – Παροχή Κινήτρων	0,373
KPI25 – Θέληση για αλλαγή	0,462
KPI26 – Κρίσιμη διαδρομή	--
KPI27 – Τροποποιήσεις στο έργο	0,654
KPI28 – Ημερομηνίες πρόσβασης	0,389
KPI29 – Στόχοι που επετεύχθησαν	0,753
KPI30 – Χρόνος	0,503
KPI31 – Χρονικός ορίζοντας	0,654
KPI32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού	0,342
KPI33 – Προβλεψιμότητα	0,665
KPI34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών	0,800
KPI35 – Αριθμός εργαζομένων	0,453
KPI36 – Διαχείριση ρίσκου	--
KPI37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας	0,077

KPI38 – Παρακίνηση	0,798
KPI39 – Αναγνωρισιμότητα	0,694
KPI40 –Στοχοθεσία	0,606
KPI41 – Ικανοποίηση εργαζομένων	0,853
KPI42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη	0,707
KPI43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών	0,193
KPI44 – Προσόντα	0,379
KPI45 – Καινοτομία και γνώση	0,815
KPI46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή	0,864
KPI47 – Ικανοποίηση ασθενών	0,972
KPI48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη συνολική απόδοση)	0,580
KPI49 – Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)	0,789
KPI50 – Ωράριο εργασίας	0,653
KPI51 – Επιθεώρηση	0,243
KPI52 – Κουλτούρα ασφάλειας	0,966
KPI53 – Απόδοση εργασίας	0,687
KPI54 – Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων	0,542
KPI55 – Οργάνωση Project/ σεμιναρίων, διαλέξεων	0,302
KPI56 – Συμμετοχή σε κοινές δράσεις	0,568
KPI57 – Σύγκριση οικονομικών μεγεθών	0,280
KPI58 – Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών	0,606
KPI59 – Στρατηγικός Σχεδιασμός	0,107
KPI60 – Επιλογή μορφής εργασίας	0,288
KPI61 – Επιχειρησιακή Επικοινωνία	0,134
KPI62 – Επανάληψη εργασιών	--

Πίνακας23: Στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων των KPI με το φύλο

Φύλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	32	62,7	62,7	100,0
Γυναίκα	19	37,3	37,3	37,3
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 24: Φύλο (Εικόνα 1 Παραρτήματος 2)

Ηλικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26	2	3,9	3,9	3,9
	34	1	2,0	2,0	5,9
	36	1	2,0	2,0	7,8
	38	3	5,9	5,9	13,7
	39	1	2,0	2,0	15,7
	40	1	2,0	2,0	17,6
	41	2	3,9	3,9	21,6
	42	1	2,0	2,0	23,5
	44	3	5,9	5,9	29,4
	45	4	7,8	7,8	37,3
	46	1	2,0	2,0	39,2
	47	3	5,9	5,9	45,1
	48	5	9,8	9,8	54,9
	49	1	2,0	2,0	56,9
	50	2	3,9	3,9	60,8
	51	2	3,9	3,9	64,7
	52	3	5,9	5,9	70,6
	53	2	3,9	3,9	74,5
	54	1	2,0	2,0	76,5

55	3	5,9	5,9	82,4
56	1	2,0	2,0	84,3
60	2	3,9	3,9	88,2
62	1	2,0	2,0	90,2
66	2	3,9	3,9	94,1
68	1	2,0	2,0	96,1
69	1	2,0	2,0	98,0
70	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 25: Ηλικία

Οικογενειακή Κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άγαμος/η	10	19,6	19,6	19,6
Έγγαμος/η	34	66,7	66,7	86,3
Εν διαστάσει	5	9,8	9,8	96,1
Συμβίωση	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 26: Οικογενειακή κατάσταση (Εικόνα 2 Παραρτήματος 2)

Έχετε παιδιά;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	41	80,4	80,4	80,4
	Όχι	10	19,6	19,6	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 27: Έχει παιδιά ο ερωτώμενος; (Εικόνα 3 Παραρτήματος 2)

Πόσα παιδιά έχει ο ερωτώμενος;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 παιδί	9	17,6	17,6	17,6
	2 παιδιά	26	51,0	51,0	68,6
	3 παιδιά	5	9,8	9,8	78,4
	Περισσότερο από 3 παιδιά	1	2,0	2,0	80,4
	Κανένα	10	19,6	19,6	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 28: Πόσα παιδιά έχει ο ερωτώμενος (Εικόνα 4 Παραρτήματος 2)

Μορφωτικό Επίπεδο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Απόφοιτος ΤΕΙ / ΑΤΕΙ	11	21,6	21,6	21,6
Απόφοιτος ΑΕΙ	15	29,4	29,4	51,0
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου (Master)	16	31,4	31,4	82,4
Κάτοχος Διδακτορικού (PhD)	9	17,6	17,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 29: Μορφωτικό επίπεδο ερωτώμενου (Εικόνα 5 Παραρτήματος 2)

Εργάζεστε στον Δημόσιο ή στον ιδιωτικό Τομέα;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημόσιο Τομέα	34	66,7	66,7	66,7
Ιδιωτικό Τομέα	17	33,3	33,3	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 30: Εργασία στο Δημόσιο ή ιδιωτικό Τομέα (Εικόνα 6 Παραρτήματος 2)

Χρόνια Προϋπηρεσίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	2,0	2,0	2,0
2	1	2,0	2,0	3,9
3	1	2,0	2,0	5,9
4	2	3,9	3,9	9,8
8	1	2,0	2,0	11,8
10	4	7,8	7,8	19,6
11	1	2,0	2,0	21,6
12	2	3,9	3,9	25,5
14	1	2,0	2,0	27,5
15	3	5,9	5,9	33,3
17	2	3,9	3,9	37,3
18	5	9,8	9,8	47,1
20	2	3,9	3,9	51,0
21	1	2,0	2,0	52,9
22	4	7,8	7,8	60,8
24	2	3,9	3,9	64,7
25	2	3,9	3,9	68,6
26	1	2,0	2,0	70,6

28	2	3,9	3,9	74,5
29	1	2,0	2,0	76,5
31	1	2,0	2,0	78,4
33	2	3,9	3,9	82,4
34	2	3,9	3,9	86,3
36	1	2,0	2,0	88,2
37	1	2,0	2,0	90,2
40	3	5,9	5,9	96,1
41	1	2,0	2,0	98,0
49	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 31: Χρόνια Προϋπηρεσίας

Υπηρεσία Απασχόλησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υπουργείο	1	2,0	2,0	2,0
Κέντρο Υγείας	1	2,0	2,0	3,9
Δημόσιο Νοσοκομείο	33	64,7	64,7	68,6
Ιδιωτικό Νοσοκομείο	8	15,7	15,7	84,3

Διαγνωστικό Κέντρο	8	15,7	15,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας32: Υπηρεσία Απασχόλησης

Σημειώστε τη θέση που κατέχετε στην Ιεραρχία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διοικητής	4	7,8	7,8	7,8
Διευθυντής	9	17,6	17,6	25,5
Ιδιώτης/Ιδιοκτήτης	14	27,5	27,5	52,9
Προϊστάμενος Τμήματος	14	27,5	27,5	80,4
Υπάλληλος/Εργαζόμενος	10	19,6	19,6	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Πίνακας 33: Θέση στην Ιεραρχία

Πόσους υφισταμένους έχετε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	11	21,6	21,6	21,6
1	5	9,8	9,8	31,4
2	12	23,5	23,5	54,9
3	5	9,8	9,8	64,7
4	2	3,9	3,9	68,6
5	1	2,0	2,0	70,6

8	1	2,0	2,0	72,5
10	1	2,0	2,0	74,5
14	1	2,0	2,0	76,5
16	1	2,0	2,0	78,4
19	1	2,0	2,0	80,4
20	1	2,0	2,0	82,4
32	1	2,0	2,0	84,3
33	1	2,0	2,0	86,3
40	1	2,0	2,0	88,2
48	1	2,0	2,0	90,2
59	1	2,0	2,0	92,2
60	1	2,0	2,0	94,1
120	1	2,0	2,0	96,1
450	1	2,0	2,0	98,0
800	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

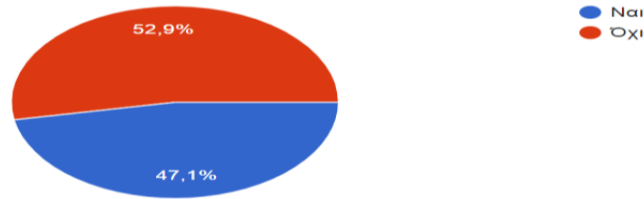
Πίνακας 34: Πλήθος υφισταμένων

5.5. Ανάλυση ανοικτού τύπου ερωτήσεων 3^{ης} ενότητας ερωτηματολογίου

Στην ερώτηση 1 της ενότητας αυτής οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν μονολεκτικά εάν γνωρίζουν τι είναι η συγκριτική αξιολόγηση;

1.Γνωρίζετε τι είναι η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking):

51 απαντήσεις



Εικόνα 18: Γνωρίζετε τι είναι η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking);

27 άτομα απάντησαν ότι γνωρίζουν (ποσοστό 52,9%) και 24 άτομα ότι δεν την γνωρίζουν (ποσοστό 47,1%). Λίγο περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες στην έρευνα γνωρίζουν την τεχνική βελτιστοποίησης της απόδοσης του οργανισμού τους.

Αυτοί που απάντησαν θετικά στην ερώτηση 1 καλούνταν να περιγράψουν σύντομα τι επιδιώκουν να βελτιώσουν μέσα από την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης;

6 από τους ερωτώμενους δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα.

Οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι επιδιώκουν :

Την αποδοτικότητα/τον πολλαπλασιασμό της απόδοσης των εργαζομένων, της επιχείρησης, των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με μεγάλα κέντρα
Την αύξηση της αποτελεσματικότητας και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών
Παραγωγικότητα
Σύγκριση απόδοσης ομοειδών φορέων
Ασφάλεια και οργάνωση της επιχείρησης
Τη βελτίωση του Τμήματος - εργαστηρίου σε επίπεδο εργαστηρίου επαρχιακών νοσοκομείων σε αξιοπιστία αποτελεσμάτων (αποδοτικότητα)
Ακολουθώ τις στρατηγικές των καλύτερων και μέσα από τη συγκριτική αξιολόγησή τους προσπαθώ να ξεπεράσω και να ηγηθώ εγώ στον κλάδο
Καλύτερη αξιολόγηση των πτυχών λειτουργίας μιας επιχείρησης με μέτρο σύγκρισης την καλύτερη πρακτική, προκειμένου να υιοθετηθεί και να πάει ένα βήμα μπροστά η επιχείρηση
Δεν προσπαθώ να συγκριθώ με άλλους συναδέλφους. Προσπαθώ να είμαι όσο καλύτερος και αποδοτικός γίνεται
Παρακολουθώ καλές πρακτικές και προσπαθώ να βελτιώνω το ιατρείο μου
Τη λειτουργία και αξιοπιστία

Βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
Την ευκολότερη επίτευξη των στόχων της εργασίας μου
Την ανέλιξη των άξιων εργαζομένων
Πρακτική, επιδόσεις, αξιολόγηση
Μέσα από την τεχνική της εκμάθησης, από τον καλύτερο στους υπόλοιπους επιδιώκω την οικονομία. Μέσα από τη σύγκριση και αξιολόγηση με άλλους τομείς και κλάδους
Η εκτέλεση της παραγωγικότητας και απόδοσης μέσω βελτίωσης των τεχνικών
Ικανοποίηση των ασθενών
Καλύτερες παροχές υγείας για όλους
Αναβάθμιση του φορέα
Αναζήτηση καλύτερων πρακτικών κατά την εκτέλεση των καθηκόντων αποκατάστασης βλαβών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και συνεχούς ενημέρωσης για τις νέες τεχνολογίες στον κλάδο, με σκοπό την εύρεση του βέλτιστου συνδυασμού κόστους και ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας

Πίνακας 35 : Τι επιδιώκουν με τη συγκριτική αξιολόγηση;

Από τις απαντήσεις που λάβαμε παρατηρείται ότι οι περισσότεροι συμφωνούν και επιδιώκουν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα, την αποτελεσματικότητα, την παραγωγικότητα, την ποιότητα και τη βέλτιστη παροχή των υπηρεσιών τους γεγονός που αποδεικνύει ότι κατέχουν καλά τη μέθοδο benchmarking. Αυτό είναι λογικό καθώς εντοπίζουν τις αδυναμίες τους - τα κενά απόδοσής τους και μέσα από τη διαδικασία της συγκριτικής προτυποποίησης και εφαρμόζοντας δομημένες δράσεις, καλές πρακτικές και νέα μέσα να αποσκοπούν στην ποιοτική βελτίωση και διόρθωσή τους.

Στην ερώτηση 2 καλούνταν να απαντήσουν σε ποιο τομέα θα ήθελαν να συγκριθούν και με ποιον θα σύγκριναν τον φορέα/τμήμα τους.

8 από τους ερωτώμενους απάντησαν αρνητικά. 4 δεν απάντησαν καθόλου. 4 απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν. 2 από αυτούς απάντησαν ότι δεν θα ήθελαν να συγκριθούν με κανέναν. 1 απάντησε ότι δεν υπάρχει απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση για το επάγγελμά του. 5 από αυτούς απάντησαν ότι θα ήθελαν στον τομέα της υγείας γενικά και 2 συγκεκριμένα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι υπόλοιποι απάντησαν ότι ήθελαν να συγκριθούν:

Σε αποδοτικότητα
Στον τομέα των νέων τεχνολογιών με αντίστοιχο φορέα υγείας ίδιας δυναμικότητας
Θα συγκρινόμουν με κάποιο φορέα που αποδεδειγμένα έχει εφαρμόσει με επιτυχία τις μεταβολές
Γνώση αντικειμένου του έργου, με ομοειδές τμήμα
Με αντίστοιχα τμήματα
Με ομοειδή Περιφερειακά Νοσοκομεία της Ελλάδας και του εξωτερικού για ανταλλαγή γνώσης
Δεν είναι σκοπός η συγκρισιμότητα αλλά μόνο η bythebook εφαρμογή της επιστήμης και της εργασίας
Αξιοπιστία αποτελεσμάτων
Με αντίστοιχη υπηρεσία της Ευρώπης
Με άλλο αντίστοιχο νοσοκομείο
Στον τομέα της καινοτομίας και πιο συγκεκριμένα με μία εκ των κορυφαίων startups εταιριών
Αποδοτικότητα, ικανοποίηση ασθενών
Με άλλο αντίστοιχο νοσοκομείο
Στον τομέα της υγείας, με περιφερειακά νοσοκομεία
Με πρακτικές νοσοκομείων του εξωτερικού όσον αφορά τη διαλογή
Εργαστηριακό τομέα, διαγνωστικά εργαστήρια
Καινοτομία και ικανοποίηση ασθενών
Με αντίστοιχη κλινική του ΕΣΥ ή Ιδιωτικού Νοσοκομείου
Στον τομέα της συνέπειας, της εργατικότητας, της επικοινωνίας
Με ιδιωτικά ιατρεία
Με αντίστοιχα Πανεπιστημιακά Τμήματα
Στον τομέα της Διοίκησης και Οργάνωσης
Στα μηχανήματα
Στην εξυπηρέτηση πελατών
Στο νοσηλευτικό τομέα
Στην παραγωγή
Στον οικονομικό τομέα
Στην οργανωτική απόδοση
Στον ιδιωτικό τομέα
Στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, με ανάλογα τμήματα μεγαλύτερων νοσοκομείων
Με αντίστοιχο νοσοκομείο
Να συγκριθώ στην ποιότητα με τον ιδιωτικό τομέα
Με τον τομέα της νοσηλευτικής τέχνης. Θα συγκρινόμουν με την πρωτοβάθμια περίθαλψη
Θα συγκρινόμουν με ένα άλλο Κέντρο υγείας
Τεχνογνωσία
Αποτελεσματικότητα
Στον χρόνο απόκρισης στις βλάβες, χρόνος αποκατάστασης βλαβών, εύρεση βέλτιστης λύσης με κριτήριο κόστος-ποιότητα παροχής υπηρεσιών, χρόνος εκτός λειτουργίας ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Σύγκριση με αντίστοιχο τμήμα νοσοκομείου κάλυψης αντίστοιχου αριθμού κλινών

Πίνακας 36: Με ποιον θέλετε να συγκριθείτε;

Από το μωσαϊκό των απαντήσεων βλέπουμε ότι το δείγμα της έρευνάς μας έχει εξειδικευμένο αντικείμενο απασχόλησης. Συνήθως υπάρχει η επιθυμία σύγκρισης με ομοειδή τμήματα άλλων νοσοκομείων στην Ελλάδα αλλά και την Ευρώπη, που παρέχουν κοινές υπηρεσίες, Περιφερειακών και μη νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποσκοπώντας στην ανταλλαγή πολύτιμων γνώσεων και εμπειριών με στόχο την από κοινού αναβάθμιση των υπηρεσιών τους.

Στην 3^η ερώτηση «Θεωρείτε ότι εφαρμόζετε βέλτιστες πρακτικές στην εργασία σας; Εάν ναι περιγράψτε την». 1 από τους ερωτώμενους δεν απάντησε καθόλου, 23 απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν καλές πρακτικές και 1 ότι έχει περιθώρια βελτίωσης.

Οι υπόλοιποι που απάντησαν θετικά ανέφεραν ότι εφαρμόζουν τις εξής βέλτιστες πρακτικές:

Υιοθέτηση νέων τεχνολογιών – Χρήση ηλεκτρονικών μέσων
Σε περιπτώσεις παροχής νοσηλείας
Εξάλειψη γραφειοκρατίας, επίλυση χρόνιων θεμάτων
Προσπάθεια εξυπηρέτησης των πολιτών παρακάμπτοντας το δυνατόν τη γραφειοκρατία
Κορυφή τεχνολογίας και επιστημοσύνης σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα
Αποτελεσματική ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας
Κατάργηση εκτύπωσης χαρτιού
Διαχείριση λίστας αναμονής χειρουργείων, μείωση αριθμών μέσου όρου νοσηλείας, μείωση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στην ορθοπεδική
Προσπαθώ να βελτιώσω όσο μπορώ με νέα δεδομένα, σύγχρονες μεθόδους, πράγμα όχι εφικτό λόγω έλλειψης πόρων, ειδικά τώρα στην πανδημία
Καλή επικοινωνιακή σχέση. Προσπάθεια για τις μέγιστες παροχές
Συνεχής επιμόρφωση στον κλάδο μου και συνεχής προσπάθεια για εφαρμογή της
Εφαρμόζουμε σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους
Πρόγραμμα επικοινωνίας. Συνεχής εκμάθηση
Αξιολόγηση, επιμορφώσεις, κίνητρα
Συνθήκες ακτινοπροστασίας, ασφάλειας
Χρόνος ραντεβού, τιμή και εξυπηρέτηση ασθενών
Συνεχής εκμάθηση και βελτίωση γνώσεων
Καθορισμός διαδικασιών, έλεγχος και εφαρμογή ηλεκτρονικής διακίνησης πληροφοριών
Γνώση – προσόντα, συνεχή εκπαίδευση, νέες τεχνολογίες, εμπιστοσύνη-ικανοποίηση ασθενών
Ελαχιστοποίηση αεροδιακομιδών ασθενών σε σχέση με το παρελθόν, όπου δεν υπήρχε νευροχειρουργικό τμήμα
Ενσυναίσθηση εργαζόμενου – κίνητρα
Ενημέρωση μέσω συνεδρίων και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
Υπευθυνότητα

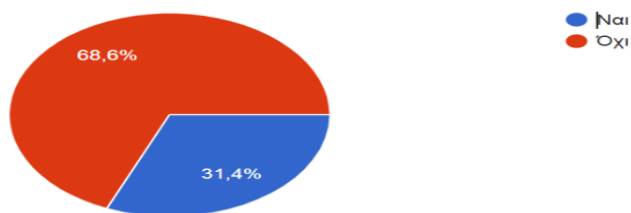
Πίνακας 37: Βέλτιστες Πρακτικές ερωτώμενων

Παρατηρούμε να γίνεται αναφορά στην αναζήτηση βέλτιστων πρακτικών στα πλαίσια του κάθε οργανωσιακού περιβάλλοντος που ανήκει ο κάθε ερωτώμενος. Οι δοκιμασμένες διαδικασίες, οι αποτελεσματικές δράσεις υιοθετούνται καθώς οι τεχνικές, η εφαρμογή τους, η μεθοδολογία τους μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ασφάλεια, αξιοπιστία, βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, σε μικρότερο δυνατό χρόνο και με μικρότερο κόστος καθώς και αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Η χρήση νέων τεχνολογιών και ηλεκτρονικών μέσων και η εξάλειψη της γραφειοκρατίας κυριαρχούν στις απαντήσεις.

Στην 4^η ερώτηση καλούνταν να απαντήσουν εάν γνωρίζουν τι είναι το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού και Καινοτομίας.

4. Γνωρίζετε τι είναι το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών της Δ/σης Στρατηγικού Σχεδιασμού και Καινοτομίας (<https://innovation.gov.gr>):

51 απαντήσεις



Εικόνα 19 : Γνωρίζετε τι είναι το Παρατηρητήριο Καινοτομίας;

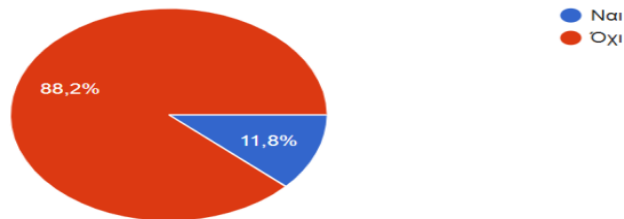
16 από τους ερωτώμενους απάντησαν ότι γνωρίζουν (ποσοστό μόλις 31,4%) και 35 (παραπάνω από διπλάσιο αριθμό) από αυτούς ότι δεν γνωρίζουν (ποσοστό 68,6%) τι είναι το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού και Καινοτομίας, κάτι το οποίο δείχνει ότι είναι ένας άγνωστος θεσμός για τις δημόσιες κυρίως ιατρικές δομές που μελετάμε εδώ. Παρόλο που το Υπουργείο Εσωτερικών έχει δημιουργήσει το Παρατηρητήριο Καινοτομίας για όλη την ευρύτερη ελληνική δημόσια διοίκηση με στόχο την ανάδειξη και διαμοίραση καινοτομιών των δημόσιων οργανισμών, με σκοπό να

αποτελέσουν πηγή έμπνευσης και εργαλεία επαναχρησιμοποίησης για διάδοση γνώσεων και εμπειριών.

Έχοντας ως γνώμονα τη δικτύωση και συνεργασία για τη βελτίωση των υπηρεσιών και των οργανισμών αλλά και την αντιμετώπιση των προκλήσεων της εποχής, φαίνεται ότι δεν έχει επιτύχει το στόχο του. Απαιτείται μεγαλύτερη ενημέρωση των φορέων του δημοσίου, αλλά και του ιδιωτικού τομέα και πολλές προωθητικές ενέργειες από το Υπουργείο Υγείας, ώστε να γνωρίσουν οι φορείς του ευρύτερου δημοσίου τομέα αυτές τις καινοτομίες, τα οφέλη τους και να λειτουργήσουν ως τρόπος παρακίνησης και να τις χρησιμοποιήσουν και στο δικό τους φορέα. Είναι μία ευκαιρία να αναδείξουν και τις δικές τους καινοτόμες ιδέες.

Στην 5^η ερώτηση οι ερωτώμενοι έπρεπε να αναφέρουν εάν έχουν καταθέσει κάποια καινοτόμα πρακτική του φορέα τους.

5. Έχετε καταθέσει κάποια καινοτόμα πρακτική του φορέα σας;
51 απαντήσεις



Εικόνα 20 : Έχετε καταθέσει κάποια καινοτόμα πρακτική του φορέα σας;

45 από τους ερωτώμενους απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 88,2%), 1 ανέφερε ότι λόγω απορρήτου δεν αναφέρει την καινοτόμα πρακτική που εφαρμόζει και μόλις 5 έδωσαν θετικές απαντήσεις (ποσοστό 11,8%), οι οποίες είναι οι εξής:

Άμεση ικανοποίηση αιτημάτων
Ηλεκτρονική ενημέρωση υφισταμένων
Τρόπο διαλογής στην πανδημία, διαφορετικοί χώροι αναμονής, αυστηρή λήψη ιστορικού

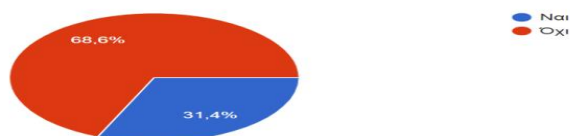
και ζωτικών σημείων στην είσοδο του νοσοκομείου, πριν έρθει οποιοδήποτε περιστατικό στο ΤΕΠ
Αλλαγή τρόπου λειτουργίας
Κίνητρα, υλοποίηση στόχων, αμοιβή

Πίνακας 38: Καινοτόμες πρακτικές ερωτώμενων

Παρατηρούμε ότι υπάρχει σχετικά μεγάλη εσωστρέφεια των στελεχών των δημόσιων αλλά και ιδιωτικών νοσοκομείων και ιατρείων στο Β.Α.Αιγαίο. Ελάχιστοι (μόλις 5) είναι εξοικειωμένοι με την έννοια της καινοτομίας, της καινοτόμου πρακτικής και την εφαρμόζουν για να εξελίξουν την εργασία τους. Στον τομέα της Υγείας μπορούν να αντλήσουν ιδέες από το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών για υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς, για νοσοκομειακές υπηρεσίες, για υπηρεσίες δημόσιας υγείας, για συνεργασίες στην υγεία κτλ., αλλά δεν το έχουν αντιληφθεί γιατί απλά δεν το γνωρίζουν.

Στην 6^η ερώτηση οι ερωτώμενοι καλούνταν να αναφέρουν εάν θεωρούν ότι εφαρμόζουν κάποια καινοτόμα πρακτική και καλούνταν να την περιγράψουν.

Γενικότερα θεωρείτε ότι εφαρμόζετε κάποια καινοτόμα πρακτική που νομίζετε ότι εάν την εφαρμόζαν κι άλλοι θα συνέβαλε στην αύξηση της αποδοτικότητας σε βασικούς τομείς αρμοδιοτήτων τους, στην αποτελεσματικότητα και στην παροχή καλύτερων υπηρεσιών;
51 απαντήσεις



Εικόνα 21: Θεωρείτε ότι εφαρμόζετε κάποια καινοτόμα πρακτική;

34 από τους ερωτώμενους απάντησαν αρνητικά, ότι δεν εφαρμόζουν κάποια καινοτόμα πρακτική (68,6%) και 17 απάντησαν θετικά (31,4%) ότι εφαρμόζουν.

Συνοψίζουμε τις καλές πρακτικές που αναφέρθηκαν:

Web εφαρμογές ιατρικού φακέλου – Διασυνδέσεις με τρίτους φορείς
Άμεση ικανοποίηση αιτημάτων – Στενή επικοινωνία με όμοια τμήματα και ανταλλαγή εμπειριών

Προσπαθώ άμεσα να παρεμβαίνω και να βρίσκω λύση σε όποιο πρόβλημα προκύπτει, επιδιώκοντας καλύτερη συνεργασία
Υπάρχουν καινοτόμες εφαρμογές σε πολλούς τομείς της πολυκλινικής από ηλεκτρονικά συστήματα μέχρι πυρασφάλεια, πόρτες, πατώματα κτλ.
Εφαρμογή εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου και πιστοποίηση τουλάχιστον κατά ISO 9001
Ολιστική προσέγγιση χωρίς προκαταλήψεις και στερεότυπα σε πρόσφυγες – μετανάστες
Τοποθέτηση μηχανήματος στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία που να δίνει αριθμό προτεραιότητας
Ηλεκτρονική ενημέρωση υφισταμένων
Γρήγορη διακίνηση περιστατικών στα εξωτερικά ιατρεία
Brainstorming
Έλεγχος – Αποτελέσματα
Εφαρμόζουμε καινοτόμες μεθόδους με νέες ιατρικές τεχνολογίες και υλικά, εκμεταλλευόμενοι κατά το δυνατό τις οικονομικές δυνατότητες της νοσοκομειακής μονάδας, προς ωφέλεια των ασθενών
Ψηφιοποίηση εργαστηρίου
Υπερσύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός – Άμεση, ποιοτική εξυπηρέτηση πελατών
Κίνητρα – Απόδοση επαίνων – Ηθική ενδυνάμωση
Επικοινωνία σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας, κάθετα και οριζόντια
Αλληλοεπίδραση με τον ασθενή και κάλυψη των αναγκών του

Πίνακας 39: Καινοτόμα πρακτική ερωτώμενων

Παρόλο που κι εδώ το ποσοστό όσων εφαρμόζουν κάποια καινοτόμα πρακτική είναι μικρό, παρατηρούμε ότι στόχος όλων είναι η επιτάχυνση διαδικασιών, ο εκσυγχρονισμός, ο μετασχηματισμός, η αλλαγή, η απλούστευση, η βελτίωση, μέσα από τις τεχνολογικές υποδομές στις διαδικασίες – μεθοδολογίες που εφαρμόζουν, στον τρόπο οργάνωσης που έχουν υιοθετήσει για να διασφαλίζουν χρόνο και ποιότητα στις υπηρεσίες που παρέχουν, εξασφαλίζοντας πάντα οικονομικά και λειτουργικά αποτελέσματα στο φορέα τους. Είναι ενθαρρυντικό για τον κλάδο υγείας ότι υπάρχουν πάντοτε και οι εκσυγχρονιστές, αυτοί που εργάζονται με πάθος, ευρυματικότητα προσπαθώντας να βελτιώσουν την εργασία τους προσδίδοντάς της ποιοτικά κριτήρια και οι οποίοι συμβάλλουν στην έρευνα και την ανάπτυξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ– ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας χρειάζεται σύγχρονες μεθόδους διαχείρισης ώστε να λειτουργήσει με ορθολογικά πρότυπα. Να μπορέσει δηλαδή μέσα από οργανωτικές, διοικητικές και διαχειριστικές παρεμβάσεις αλλά με το ίδιο ποσοστό δαπανών να προσφέρει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες Υγείας στον έλληνα πολίτη. Τα τελευταία χρόνια έχει επιδείξει μια ιδιαίτερη ικανότητα να επανασχεδιάζει τις δομές και τις λειτουργίες με ιδιαίτερη ευελιξία. Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της φροντίδας υγείας, τόσο στην Πρωτοβάθμια, όσο και στη Δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι αναγκαία όσο ποτέ. Η ψηφιοποίηση έγχαρτων διαδικασιών όλου του ΕΣΥ, που δίνουν τη δυνατότητα άμεσης παρακολούθησης της κατάστασης των απλών κλινών, των ΜΕΘ, των αποθηκών κτλ²², η άυλη συνταγογράφηση, η τηλεκπαίδευση, η τηλεργασία, η ανακατανομή των πόρων, η ομαδική εργασία (team-work), η συνεργασία, ανοίγουν το δρόμο ώστε να επιτευχθεί βελτίωση στην εξυπηρέτηση τόσο των πολιτών όσο και των εργαζομένων.

Οι γενικεύσεις της έρευνας

Όπως φάνηκε κι από τις απαντήσεις των ερωτώμενων οι εφαρμογές Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) στο χώρο της υγείας επιδρούν σημαντικά στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των μονάδων υγείας καθώς και στη βέλτιστη δόμηση και οργανωτική διάρθρωσή τους, διευκολύνοντας το έργο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των διοικητικών υπαλλήλων, επιτυγχάνοντας ταυτόχρονη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και του χρόνου εκτέλεσης του παραγόμενου έργου. Ο όρος «ηλεκτρονική υγεία» (e-health) καθιερώνεται όλο και περισσότερο μέσα από εφαρμογές όπως ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, τα Πληροφοριακά Συστήματα, τα συστήματα προγραμματισμού, οι έξυπνες κάρτες, κτλ (Ερημίτης, Ν., 2014).

Ο ιδιωτικός τομέας της υγείας, ο οποίος ακροβατεί μεταξύ της επιβίωσης και της αναστολής και της μετακίνησης των ασθενών από τον ιδιωτικό τομέα στο Δημόσιο πρέπει να γίνει

²² www.innovation.gr

ανταγωνιστικός, προσιτός σε ποιότητα και οικονομία έχοντας ως γνώμονα ότι αλλάζει το μίγμα των ασθενών. Πρέπει για να είναι βιώσιμος να προσελκύσει ξένους ασθενείς και να ανανεώνει διαρκώς τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό του. Οι γιατροί πρέπει να είναι προσαρμοσμένοι στην πρόοδο της επιστήμης τους, ενσωματώνοντας στη λειτουργία τους νέες θεραπευτικές μεθόδους και σύγχρονα μέσα γιατί η ιατρική εξελίσσεται ραγδαία. Και φυσικά ενσωματώνοντας την επανάσταση της πληροφορικής μετατρέποντας τις ιδιωτικές κλινικές, όπως γίνεται σε όλη την Ευρώπη, σε smart hospitals. Και φυσικά επιδεικνύοντας εξωστρέφεια (Σαραφιάνης, 2017).

Οι «βέλτιστες πρακτικές» στην υγεία συνιστούν αναζήτηση και εφαρμογή μεθόδων και διαδικασιών που εξασφαλίζουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στον ελάχιστο χρόνο και με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) είναι αυτή που βοηθά τη διοίκηση να διαμορφώσει τις πολιτικές αυτές που θα τη βοηθήσουν να καταστεί βιώσιμη, αποτελεσματική, προσαρμοσμένη στα οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα της χώρας. Οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις για υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης, επίτευξης υψηλών επιδόσεων, μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας και της ποιότητας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα επιβάλλουν την εφαρμογή καινοτομίας, προσαρμοστικότητας, υιοθέτησης καλών πρακτικών, μέτρηση βασικών δεικτών ποιότητας.

Η αποτελεσματικότητα από τη χρήση των KPIs σε έναν οργανισμό αποδεικνύεται και στην παρούσα έρευνα καθώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα ελέγχου της απόδοσης. Οι υπεύθυνοι οργάνωσης υγειονομικής περίθαλψης αλλά και διοίκησης πρέπει να καταλάβουν ποιες μετρήσεις δεικτών είναι σημαντικές γι' αυτούς και να καθορίσουν σημεία αναφοράς γι' αυτά τα μέτρα. Όσο λιγότεροι και πιο στοχευμένοι θα είναι οι δείκτες, τόσο πιο ακριβή θα είναι τα αποτελέσματα των μετρήσεων. Για την ανάπτυξη των κατάλληλων δεικτών είναι απαραίτητο να καθορισθούν οι σχετικές διαδικασίες, η στοχοθεσία, να καταγραφούν οι αποκλίσεις από τους προκαθορισμένους στόχους και να υπάρξει ανατροφοδότηση.

Από την επεξεργασία των απαντήσεων των ερωτηματολογίων σχετικά με τη σημαντικότητά των ποιοτικών δεικτών, οι πέντε βασικότεροι από αυτούς είναι: α) Ο σχεδιασμός οργάνωσης, β) το

κόστος, γ) το συνολικό κόστος, δ) η παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών και ε) τα ελαττώματα. Οι τρεις από αυτούς αφορούν κόστη διαχείρισης. Οι άλλοι δύο αφορούν τον κύκλο εργασιών – κέρδη και θέματα υγιεινής και ασφάλειας. Τα στελέχη των νοσοκομείων του Β.Α.Αιγαίου ως φαίνεται δίνουν μεγάλη σημασία στην ποσοτικοποίηση του κόστους και στο σχεδιασμό της οργάνωσης καθώς επίσης και στην παραγωγικότητα της οργάνωσης. Η μέτρηση των λαθών και των ελαττωμάτων είναι ιδιαίτερος σημαντική καθώς συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητάς τους.

Από τις απαντήσεις της τρίτης ενότητας του ερωτηματολογίου συμπεραίνουμε ότι οι τεχνικές benchmarking που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες είναι α) η εσωτερική συγκριτική αξιολόγηση, όπου τα στελέχη αναζητούν βέλτιστες πρακτικές στα πλαίσια του δικού τους οργανωσιακού περιβάλλοντος, β) η εξωτερική συγκριτική αξιολόγηση, όπου υιοθετούν πρωτοπόρες ιδέες από άλλα νοσοκομεία και ιατρεία με κύριο στόχο την ανταλλαγή πολύτιμων γνώσεων και εμπειριών. Η χάραξη στρατηγικής στη διοικητική κουλτούρα του δημοσίου επιτυγχάνεται μέσα από τη συνεργασία φορέων που παράγουν κοινές υπηρεσίες, όπως π.χ. κεντρικών και τοπικών υπηρεσιών υγείας με στόχο την από κοινού αναβάθμιση των υπηρεσιών τους.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής εξαρτάται από παράγοντες όπως ο προσανατολισμός του οργανισμού, ο δημόσιος ή ιδιωτικός χαρακτήρας του και ο χώρος όπου εμφανίζονται οι ανεπάρκειες. Εμπερικλείει πολλά πλεονεκτήματα και δεδομένης της σωστής υλοποίησης της, θα μπορούσε ν' αποτελέσει χρήσιμο οδηγό όχι μόνο για τους ιδιωτικούς αλλά και για τους δημόσιους φορείς.

Το γεγονός ότι μόνο 1/3 του δείγματος της έρευνας απάντησε ότι γνωρίζει τι είναι το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού και Καινοτομίας υποδηλώνει ότι είναι ένας άγνωστος διαδικτυακός τόπος αλλά και θεσμός για τις δημόσιες κυρίως ιατρικές δομές που μελετάμε εδώ. Παρόλο που στόχος του Υπουργείου Εσωτερικών είναι η ανάδειξη και διαμοίραση καινοτομιών μεταξύ των δημόσιων οργανισμών όλης της ευρύτερης ελληνικής δημόσιας διοίκησης και σκοπός να αποτελέσουν οι καινοτομίες που παρουσιάζονται εκεί πηγή έμπνευσης και εργαλεία επαναχρησιμοποίησης για

διάδοση γνώσεων και εμπειριών καθώς και εξοικονόμησης πόρων και μέσων δεν έχει καταφέρει να φθάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Από την έρευνα παρατηρήθηκε επίσης η εσωστρέφεια των στελεχών των δημόσιων αλλά και ιδιωτικών νοσοκομείων και ιατρείων στο Β.Α.Αιγαίο. Ελάχιστοι είναι εξοικειωμένοι με την έννοια της καινοτομίας, της καινοτόμου πρακτικής, την οποία εφαρμόζουν για να εξελίξουν την εργασία τους.

Η επόμενη μέρα θα πρέπει να περιλαμβάνει διασύνδεση με τους φορείς ανοιχτής καινοτομίας, απλούστευσης περαιτέρω των διοικητικών διαδικασιών, βελτίωση της θέσης της χώρας στους διεθνείς δείκτες ψηφιακού μετασχηματισμού και καινοτομίας, εξομάλυνσης των οργανωτικών δομών, εισαγωγής συστήματος επιβράβευσης για την καινοτομία²³. Ο εκσυγχρονισμός, η επιτάχυνση, ο μετασχηματισμός, η αλλαγή, η βελτίωση είναι μονόδρομος. Απαιτείται η παροχή υπηρεσιών υγείας προσαρμοσμένες στις ισχύουσες οικονομικές συνθήκες που θα της δίνει την ικανότητα για να κάνει ακριβείς διαγνώσεις και πετυχημένες επεμβάσεις, όπου και όταν αυτό απαιτηθεί.

Οι περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα ανέδειξε ότι η έννοια της συγκριτικής αξιολόγησης παρόλο που φαίνεται ότι είναι γνωστή στα περισσότερα στελέχη του δείγματός μας, δεν χρησιμοποιείται ευρύτερα στα νοσοκομεία του Β.Α.Αιγαίου. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η ενημέρωση όλων των στελεχών (διοικητικού, νοσηλευτικού, ιατρικού προσωπικού) για τη συμβολή της μεθόδου της συγκριτικής αξιολόγησης στον κλάδο υγείας και της χρήσης δεικτών μέτρησης της ποιότητας (KPIs). Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω του Υπουργείου Υγείας αλλά και του Παρατηρητηρίου Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών, το οποίο δεν ήταν γνωστό στους συμμετέχοντες στην έρευνα. Πρέπει μέσω προωθητικών ενεργειών να γίνει ευρέως γνωστός ο ρόλος του και να αξιοποιηθούν παραγωγικά οι βέλτιστες πρακτικές που παρουσιάζονται από διάφορους φορείς του δημόσιου τομέα.

Η επιτυχία κάθε προσπάθειας απαιτεί και την επιτυχή εφαρμογή πολιτικών για τη βελτίωση της

²³ www.innovation.gr

αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων. Οι διευθυντές των νοσοκομείων αλλά πρωτίστως το Υπουργείο Υγείας και οι Υγειονομικές Περιφέρειες έχουν έναν κεντρικό ρόλο πάνω σε αυτό. Η επίτευξη υψηλού επιπέδου διοικητικής αποτελεσματικότητας είναι ζωτικής σημασίας.

Σύμφωνα με τους Chilingerian και Sherman (1997) μπορούν να εξομοιωθούν με την παραγωγή νοσηλευτικής φροντίδας, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και προγραμμάτων θεραπείας ικανοποιητικής ποιότητας, χρησιμοποιώντας τους λιγότερους πόρους. Σε αυτό το πλαίσιο, οι διευθύνσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων πρέπει να καθορίσουν και να εφαρμόσουν τις κατάλληλες πολιτικές ώστε να ελέγχουν την εργασία, τις ιατρικές προμήθειες και όλες τις δαπάνες που σχετίζονται με τη νοσηλευτική, την εντατική περίθαλψη, την επείγουσα περίθαλψη και τις βοηθητικές υπηρεσίες, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στους ασθενείς.

Επίσης απαραίτητη είναι η επιμόρφωση των στελεχών σε θέματα πρακτικής εφαρμογής της μεθόδου της συγκριτικής αξιολόγησης και μέτρησης των βασικών δεικτών απόδοσης KPIs. Η εκπαίδευση των ανώτερων διοικητικών οργάνων στο benchmarking βοηθά στο να μπορέσουν να κατανοήσουν και να ασπαστούν τα οφέλη από τη χρήση του. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να μεταδώσουν καλύτερα την ανάγκη της αλλαγής. Είναι σημαντικό να μετατραπούν τα νοσοκομεία σε οργανισμούς μάθησης²⁴.

Η διοικητική εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι συνεχής. Να σταματήσει το χάσμα ανάμεσα στις αντιλήψεις των διοικητικών που αδυνατούν να κατανοήσουν και να ενσωματώσουν σωστά τις ανάγκες και στους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, που κάνουν αλόγιστη χρήση εργατοωρών, αναλωσίμων, εξετάσεων λόγω έλλειψης πρόσβασης σε διεθνή πρωτόκολλα και έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης (Γκουτζιούλη, 2014).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε μια μικρή κλίμακα, δηλαδή το εξεταζόμενο δείγμα ήταν αρκετά μικρό. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι το θέμα της έρευνας ήταν εξειδικευμένο για τα Περιφερειακά Νοσοκομεία του δείγματός μας. Η περίοδος που εστάλησαν τα ερωτηματολόγια ήταν εν μέσω Πανδημίας Covid-19, κατά την οποία απαγορευόταν

²⁴ www.tovima.gr

οποιαδήποτε κατ' ιδίαν επαφή με τους ερωτώμενους. Επίσης οι αυξημένες υποχρεώσεις του διοικητικού, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ήταν τέτοιες που ίσως να μην τους άφηνε περιθώριο να ασχοληθούν με ένα απαιτητικό ερωτηματολόγιο που πραγματεύεται ένα εξειδικευμένο θέμα. Ακόμη δεν δόθηκε μεγάλο περιθώριο χρόνου για τη συμπλήρωσή του. Μόλις ένας μήνας. Βέβαια δεν πρέπει να μας αφήνει αδιάφορους και το γεγονός ότι ίσως οι ερωτώμενοι να παρανόησαν τον τίτλο της εργασίας και να συνδύασαν το εργαλείο της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) με την αξιολόγηση που προωθείται στο Δημόσιο Τομέα για τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης και να μην ήθελαν να συμμετέχουν μόνο και μόνο από φόβο, μήπως με αυτόν τον τρόπο επικροτούν την γρηγορότερη καθιέρωσή της καθώς απαιτεί τη μέτρηση της απόδοσης και την υιοθέτηση αλλαγών και νοοτροπίας. Η αξιολόγηση στον δημόσιο τομέα είναι μια παρεξηγημένη έννοια. Αποτελεί «απαγορευμένη» λέξη για τους δημοσίους υπαλλήλους. Η διοίκηση μέσω στόχων θα συμβάλλει στη δημιουργία οργανωσιακής κουλτούρας στο δημόσιο τομέα και θα εξασφαλίσει ποιότητα στη λειτουργία των υπηρεσιών. Η σημαντικότητα της στήριξης της διαδικασίας αξιολόγησης της απόδοσης από τη Διοίκηση των Δημοσίων Νοσοκομείων είναι μονόδρομος καθώς η έλλειψή της οδηγεί αναπόφευκτα σε αποτυχία της όλης διαδικασίας. Ο κλάδος υγείας δεν έχει κάτι να φοβηθεί με την αξιολόγηση, καθώς τα στελέχη της είναι εξειδικευμένα σε σύγκριση με το προσωπικό του ευρύτερου δημοσίου τομέα.

Ας μην ξεχνάμε ότι η εφαρμογή μιας οργανωσιακής αλλαγής βάσει των αρχών του Change Management, προαπαιτεί τη διαμόρφωση των κατάλληλων προϋποθέσεων και υποδομών. Αυτό όμως προαπαιτεί αλλαγή αντιλήψεων, αξιών, προθέσεων και συμπεριφορών των ατόμων που δραστηριοποιούνται σε έναν οργανισμό. Δεν είναι εύκολη υπόθεση η αλλαγή καθώς συνίσταται σε μια εξαιρετικά επίπονη, πολυεπίπεδη αλλά και κρίσιμη διαδικασία από την οποία θα κριθεί η βιωσιμότητα ενός οργανισμού (Σεζένιας, 2020).

Προτάσεις

Η Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς & Αιγαίου (2η Υ.ΠΕ.)²⁵, στην οποία ανήκουν τα νοσοκομεία της Π.Β.Αιγαίου αλλά και το Υπουργείο Υγείας μέσα από την

²⁵ www.2dype.gr

υιοθέτηση της τεχνικής benchmarking και την καθιέρωση ποσοτικών μετρήσεων βασικών δεικτών απόδοσης στα νοσηλευτικά ιδρύματα αρμοδιότητάς τους, θα συμβάλλουν στον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων με κύριο στόχο πάντα τη βελτίωση της απόδοσης και την επίτευξη αποτελεσμάτων ποιότητας της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, της οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών και διαχείρισης, επιτυγχάνοντας υψηλότερο επίπεδο κλινικής παραγωγής, συμβάλλοντας στην καλύτερευση της υγείας των ασθενών, στη μείωση του κόστους των δαπανών για την υγεία, στην ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα, στη θεραπεία σοβαρών ασθενειών, στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά και των διοικούντων να επιτύχουν κλινική αριστεία και αποδοτικότητα κόστους.

Οι αλλαγές που θα επιτευχθούν θα έχουν πρωτίστως οικονομικά και λειτουργικά αποτελέσματα τόσο για την Περιφέρεια, όσο και για το Υπουργείο Υγείας καθώς θα επιφέρουν:

- Απλούστευση στις διοικητικές υπηρεσίες
- Διασύνδεση με φορείς ανοιχτής καινοτομίας
- Εξομάλυνση οργανωτικών δομών
- Βελτίωση θέσης της χώρας στους διεθνείς δείκτες
- Συμβολή στον ψηφιακό μετασχηματισμό και στην καινοτομία
- Μεγιστοποίηση αποτελεσματικότητας – αποδοτικότητας – παραγωγικότητας – ποιότητας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Οι μελλοντικές έρευνες

Πολλοί από τους συμμετέχοντες δεν γνώριζαν τη μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) και την ιδιαίτερη σημασία της και πολλοί από αυτούς που εστάλη το ερωτηματολόγιο δεν ανταποκρίθηκαν και δεν το συμπλήρωσαν. Ως εκ τούτου, κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιηθεί έρευνα μεγαλύτερης κλίμακας, η οποία θα περιλαμβάνει δείγμα από όλα τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας μας. Θα ήταν εξίσου ενδιαφέρον να συμμετέχουν και ιδιωτικά ιατρεία και διαγνωστικά κέντρα και να μελετηθούν ιδιαίτερα οι καλές

πρακτικές που αυτά εφαρμόζουν. Τέτοια έρευνα θα απαιτούσε αρκετό χρόνο για τη συλλογή των δεδομένων. Το δείγμα του ερωτηματολογίου θα πρέπει να είναι ικανοποιητικό και σε τέτοιο αριθμό ώστε να μπορεί να αποτυπώνει την τάση του δείγματος στις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί οφείλει να έχει τέτοια δομή ώστε να μην υπάρχουν ερωτήσεις ανοικτού τύπου, για την επίτευξη ακριβέστερων συμπερασμάτων.

Γενικά, πρόκειται για ένα θέμα που είναι δύσκολο να προσεγγιστεί (*για παράδειγμα δεν υπάρχει εκτεταμένη ελληνική βιβλιογραφία*). Τα συμπεράσματα που θα προκύψουν όμως θα είναι ιδιαίτερα σημαντικά και η όποια αξιοποίησή τους θα συμβάλλει ουσιαστικά στην αναβάθμιση της ποιότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στην αξιοποίηση πόρων και διαθέσιμου εργατικού δυναμικού καθώς θα επιφέρει οικονομικά και λειτουργικά αποτελέσματα.

Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι με την εφαρμογή προτύπων συγκριτικής αξιολόγησης μπορούν να επέλθουν αλλαγές τόσο σε οικονομικά αποτελέσματα όσο και σε λειτουργικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με την επικρατούσα κατάσταση συμπεραίνουμε ότι θα βοηθήσει την περαιτέρω ανάπτυξη η καταγραφή των λειτουργιών των νοσοκομειακών μονάδων και η σύγκριση με δεδομένα από άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας αλλά και του εξωτερικού που αποτελούν τον πρωτοπόρο του κλάδου τους (Γκουτζιούλη, 2014).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Ασπρίδης, Γ., Παπαηλίας, Θ., Γρηγορίου, Ι., (2020). *Η εφαρμογή των CSF και των KPIs στον στρατηγικό σχεδιασμό της οργανωσιακής απόδοσης της Δημόσιας Διοίκησης*. Ανακοίνωση υποψήφιας διδάκτορος Γρηγορίου, Ι. στο συνέδριο του Διοικ. Επιμελητηρίου Ελλάδας με θέμα: « Το σύγχρονο επιτελικό κράτος: Νέες τάσεις και προοπτικές».
2. Γκουτζιούλη, Ο., (2014). *Το Benchmarking στις Υπηρεσίες Υγείας*. Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη.
3. Επιτροπάκη, Ολ., και Γερακάρη, Ελ., (2014). *Μελέτη / οδηγός εφαρμογής και ανάλυσης δεικτών ανθρώπινου δυναμικού*. Αθήνα.
4. Ερμηίτης, Ν., (2014), Εργασία – Μελέτη Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης: «*Βέλτιστες Πρακτικές Ηλεκτρονικής Υγείας*», Αθήνα.
5. Καϊτελίδου, Δ. *Η μέτρηση της Απόδοσης στον Τομέα της Υγείας*. Παρουσίαση ppt. Αθήνα.
6. Καλογερίδης, Ν., (2017). *Benchmarking*. Αθήνα.
7. Κονταράς, Δ. (2015). *Μελέτη Ανάπτυξης ολιστικών δεικτών απόδοσης (KPIs) έργων. Εξέταση μελέτης περίπτωσης επαναλανσαρίσματος προϊόντος πολυεθνικής εταιρείας*”. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστημίου Πειραιώς. Αθήνα.
8. Μαυρομιχάλη, Κ., (2011). Μελέτη Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης: «*Η αξιολόγηση της απόδοσης του δημοσίου υπαλλήλου και η σύνδεσή της με την αμοιβή*». Αθήνα.
9. Μισσίρα, Μ.Ε., (2018). *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις μακρο-οικονομικές μεταβλητές του εθνικού συστήματος υγείας*». Μεταπτυχιακή Εργασία Παν/μίου Πειραιώς. Πειραιάς.
10. Μπεκιαρούδη, Ε. (2019). *Συγκριτική Προτυποποίηση στον Τομέα της Υγείας “Benchmarking”*. Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη.
11. Μπούρη, Β. (2019). *Διερευνώντας τα Νοσηλευτικά λάθη στη χορήγηση φαρμάκων στο Νοσοκομειακό Περιβάλλον*. Ιωάννινα.
12. Παπαδάκης, Β., (2012). *Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία*. Αθήνα: Μπένος.
13. Παπαλεξανδρή, Ν., και Μπουραντάς, Δ., (2016). *Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού*. Αθήνα: Μπένος.
14. Ρωσσίδης Ι., Ασπρίδης Γ. (2017). *Διαχείριση Γνώσης*, Αθήνα: Σταμούλης.

15. Σεζένιας, Β., (2020). *Ανασχεδιασμός Επιχειρησιακών Διεργασιών στο Δημόσιο Τομέα. Διερεύνηση της προοπτικής εφαρμογής του Business Process Reengineering στο Σκυλίτσειο Γ.Ν.Χίου*. Μεταπτυχιακή εργασία ΠΜΣ ΟΔΙΜ Παν/μίου Αιγαίου. Χίος.
16. Σαΐτης, Χ. (1992). *Οργάνωση και διοίκηση της εκπαίδευσης – θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Λιβάνη.
17. Σιγάλας, Ι. (1999), *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα.
18. Σπανού, Κ., (2018). *Μεταρρυθμίσεις στη δημόσια διοίκηση στη διάρκεια της κρίσης. Επισκόπηση/Περιγραφή/Αποτίμηση*. Αθήνα : Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής.
19. Στάθης, Γ. (2000), *Διάλογοι για το νοσοκομειακό management*, Τα πρακτικά του 1ου Πανελληνίου επιστημονικού συνεδρίου νοσοκομειακού management, Αθήνα: Mediforce.
20. Τσιγκάκη Κ., Ρωσσίδης Ι., Ασπρίδης Γ. (2017), «*Η σύμπραξη της Διοίκησης Αλλαγών στην προσπάθεια ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας των διοικητικών μεταρρυθμίσεων*», 4ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ένωσης Ελλήνων Δημοσιολόγων. Ρόδος.
21. Υπουργείο Υγείας, Εθνικό Συμβούλιο Υγείας: *Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022*. Αθήνα.
22. Χατζηανδρέου, Α., (2017). Η σχέση μεταξύ των διαδικασιών της Διοίκησης Ανθρώπινων Πόρων και της εργασιακής διαφθοράς. Η περίπτωση των Δημόσιων Οργανισμών στην Ελλάδα. Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Θεσσαλονίκη.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Bailie, R., Bailie, J., Larkins, S., & Broughton, E. (2017). *Continuous Quality improvement (CQi)—advancing Understanding of design, application, impact, and Evaluation of CQi approaches*. *Frontiers in public health*.
2. Bench Can <http://www.oeci.eu/Benchcan> (2013).
3. Bendell, T., Boulter, L., Goodstadt, P. (1993). *Benchmarking for Competitive Advantage*, 2nd ed., Pitman Publishing, London.
4. Bogan, C. E., & English, M. J. (1994). *Benchmarking for best practices: Winning through innovative adaptation* (Vol. 1). New York.
5. Bonnet, F., Salignac, S., & Marty, J. (2008, March). *Vous avez dit benchmarking? In Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier Masson.
6. Buttell, P., Hendler, R., & Daley, J. (2008). *Quality in healthcare: concepts and practice. The business of healthcare*.

- 7.Chilingerian, Jon A., and Sherman, H. David (1997).*DEA and Primary Care Physician Report Cards: Deriving Preferred Practice Cones From Managed Care Service Concepts and Operating Strategies,*” Annals of Operations Research, Special Issue in Honor of Abraham Charnes.
- 8.Davis, R. I. and Davis, R. A. (1994). *How to prepare For and Conduct a Benchmark Project Us Department of Defence.*
- 9.Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A. M. (2005). *A 2020 vision of patientcentered primary care. Journal of general internal medicine.*
- 10.Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.*
- 11.Economou, C. et al. (2017). *Greece: Health System Review, Health Systems in Transition, in press.*
- 12.Ellershaw J, Gambles M, McGinchley T. *Benchmarking: a useful tool for informing and improving care of the dying? Support Care Cancer* (2008).
- 13.Ellis, J. (2000). *Sharing the evidence: clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care. Journal of advanced nursing.*
- 14.European Commission (2011). *Benchmarking in Health Care. Joint Commission Resources.*
- 15.Foley, A.*Types Of Benchmarking In Healthcare (& The Benefits Of Each.* <https://www.clearpointstrategy.com/4-types-of-benchmarking-in-healthcare-benefits-of-each/>.
- 16.Francis, G. and Holloway, J. (2007). *What have we learned? Themes from the literature on best-practice benchmarking, International Journal of Management Reviews.*
- 17.Grigoriou, S., (2020). *Senior Project Controller. A balanced scorecard for projectized organizations. An empirical study from the construction industry. Διδακτορική Διατριβή που εκπονείται στο University of Staffordshire, M. Βρετανία.*
- 18.Grossbart, S. R., & Agrawal, J. (2012). *Conceptualization and definitions of quality. Health care quality: the clinician’s primer. ACPE, Sydney Olympic Park Google Scholar.*
- 19.Hardie-Boys, N., Carter, M., Barnes, C., Matheson, D., McDonald, E., & Davies, P. (2013). *Evaluation Of The Northern Territory Continuous Quality Improvement (Cqi) Investment Strategy. Evaluation.*
- 20.Hughes, R. G. (2008). *Tools and strategies for quality improvement and patient safety.*
- 21.Jackson, T. *Healthcare Benchmarking: Who Should You Compare Against Your Organization?*<https://www.clearpointstrategy.com/healthcare-benchmarking-who-should-you-compare-against-your-organization/>.
- 22.Kaitelidou, D.et al. (2016). *The Impact of the Economic Crisis on thw Hospital Sector and the Efficiency of Greek Public Hospitals. European Kournal of Business and Social Sciences, Vol. 4.*

23. Kazley, A. S., & Ozcan, Y. A. (2008). *Do hospitals with electronic medical records (EMRs) provide higher quality care? An examination of three clinical conditions*. Medical Care Research and Review.
24. Kylili, A., Fokaides, P., Lopez Jimenez, P.A. *Key Performance Indicators (KPIs) approach in buildings, renovation for the sustainability of the built environment: A review*.
25. Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., et al (2009). *Transforming healthcare: a safety imperative*. Qual Saf Health Care.
26. Liu, P.L., (2011). *Empirical study on influence of critical success factors on ERP knowledge management on management performance in high-tech industries in Taiwan*, Expert Systems with Applications, Vol. 38.
27. Matykiewicz L, Ashton D. *Essence of Care benchmarking: putting it into practice (2005)*.
28. Neely, A. (2013). *Benchmarking: Lessons and Implications for Health Systems* (έκθεση-αναφορά υπό του καθηγητή Peter Smith, Imperial College για το Περιφερειακό Γραφείο της Ευρώπης).
29. O'Neill, S. M., Hempel, S., Lim, Y. W., Danz, M. S., Foy, R., Suttorp, M. J., & Rubenstein, L. V. (2011). *Identifying continuous quality improvement publications: what makes an improvement intervention 'CQI'?*. *BMJ quality & safety*.
30. Porter ME, Teisberg EO, (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
31. Raafat George Saade, Harshjot Nijher (2015). *Critical success factors in enterprise resource planning implementation*, A review of case studies.
32. Riexinger, G., Holtewert, P., Bruns, A., Wahren, S., Tran, K., Bauernhansl, T. (2015). *KPI-focused Simulation and Management System for Eco-Efficient Design of Energy –Intensive Production Systems*.
33. Schneider JE, Miller TR, Ohsfeldt RL, Morrisey MA, Zelner BA, Li P. (2008). *The Economics of Specialty Hospitals*. Med Care Res Rev.
34. Supramaniam, M. and Kuppusamy, M. (2011). *Investigating the critical factors in implementing enterprise resource planning system in Malaysian business firms*, The Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries (EJISDC).
35. Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). *Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare*. *BMJ Qual Saf*, 23(4).
36. Tolonen, A., Shahmarichatghieh, M., Harkonen, J., Haapasalo, H., *Product portfolio management – Targets and key performance indicators for product portfolio renewal over life cycle*. (2015).

37. Trosa, S. and Williams, S. (1996). *Benchmarking in public sector performance management, in OECD, Performance Management in Government*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD Occasional Papers, no. 9).
38. Tricco, A. C., Antony, J., Ivers, N. M., Ashoor, H. M., Khan, P. A., Blondal, E. & Straus, S. E. (2014). *Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and metaanalysis*. Canadian Medical Association Journal.
39. Van Lent W, De Beer R, Van Harten W. International benchmarking of specialty hospitals. *A series of case studies on comprehensive cancer centres*. BMC Health Serv Res. 2010;10:253.
40. Varkey, P., Reller, M. K., & Resar, R. K. (2007, June). *Basics of quality improvement in health care*. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 82). Elsevier.
41. Von Eiff, W. (2015). *International benchmarking and best practice management: in search of health care and hospital excellence*. In *International Best Practices in Health Care Management*. Emerald Group Publishing Limited.
42. Wakefield, M. K. (2008). *The quality chasm series: Implications for nursing*.
43. Wayne W. Eckerson, *Performance Dashboards: Measuring, Monitoring and Managing Your Business*, Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2006.
44. Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). *Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review*. *Annals of internal medicine*.
45. West, K. *Benchmarking in Healthcare: Definition, Types & Benefits*. <https://study.com/academy/lesson/benchmarking-in-healthcare-definition-types-benefits.html>.
46. Zairi, M. (1994). *Benchmarking: The Best Tool for Measuring Competitiveness. Benchmarking for Quality Management & Technology*.
47. Zairi, M., Leonard, P. *Practical Benchmarking* (1994). *The Complete Guide*. London: Chapman & Hall.
48. Zakaria, Z., *A cultural approach of embedding KPIs into organizational practices* (2014), 933, 942-944.

Πηγές που προέρχονται από το διαδίκτυο

1. West, K. <https://study.com/academy/lesson/benchmarking-in-healthcare-definition-types-benefits.html>.
2. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/419460/Country-Health-Profile-2019-Greece.pdf.

3.OECD and World Health organization (acting as the host organization for, and of the European Observatory on Health Systems and Policies. (2017, 2019). State of Health in the E.U. Profile of Health in Greece.

4.https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

5.<https://m.naftemporiki.gr/story/1242048/anaptuksiaki-othisi-me-sumprakseis-idiotikou-dimosiou-tomea-ugeias>

6.[https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/-](https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/)

7.http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/strategic-planning/periferiakes_anisotites.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΙΓΑΙΟΥ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΓΙΑ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΙΙΙ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΦΟΡΕΩΝ

(Π.Μ.Σ. – Ο.Δ.Ι.Μ.)

ΘΕΜΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ (BENCHMARKING) ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΟΥ Β.Α.ΑΙΓΑΙΟΥ – ΒΕΛΤΙΣΤΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΟΥΡΑΝΙΑ ΤΩΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΑΣΠΙΡΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διανέμεται στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής διατριβής της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Ουρανίας Τώρα με τίτλο «Εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) σε μονάδες υγείας του Β.Α.Αιγαίου, δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας παροχής υγείας – Βέλτιστες Πρακτικές Νοσοκομείων/ Ιατρείων. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να καταμετρήσουμε τους τομείς που εφαρμόζετε τη μέθοδο της συγκριτικής αξιολόγησης και αν η χρήση της βελτιώνει την υπάρχουσα κατάσταση της εργασίας σας. Σε περίπτωση που δεν την εφαρμόζετε θα ήταν ενδιαφέρον να μελετήσουμε σε ποιο τομέα θα θέλατε να την εφαρμόσετε; Εξετάζονται ποιοι είναι οι σημαντικότεροι δείκτες (KPIs) που πρέπει να αξιολογηθούν σε κάθε τομέα δράσης σας που κρίνετε ότι χρειάζεται βελτίωση. Η συλλογή των πληροφοριών από τις απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την εξαγωγή συμπερασμάτων της παρούσας έρευνας.

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται δεξιά από κάθε απάντηση.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../2020

A/A:.....

ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Διαβάζοντας το πίνακα που ακολουθεί προσπαθήστε να αναδείξετε ποια από τα παρακάτω KPIs’ θα θεωρούσατε ως τα πλέον σημαντικά για κάθε έναν από τους τομείς στρατηγικού σχεδιασμού που θέλετε να επιτύχετε βελτιώσεις μέσα από την εφαρμογή της συγκριτικής αξιολόγησης; (παρακαλώ να κατατάξετε τα KPIs με σειρά σπουδαιότητας για εσάς, πχ. 1,2,3, κτλ).

ΚΡΙΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ (CRITICAL SUCCESS FACTORS)	ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (KEY PERFORMANCE INDICATORS)
ΚΟΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	<input type="checkbox"/> KPI01 – Κόστος <input type="checkbox"/> KPI02 – Σχεδιασμός οργάνωσης <input type="checkbox"/> KPI03 – Συνολικό κόστος
ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΚΕΡΔΗ	<input type="checkbox"/> KPI04 – Παραγωγικότητα οργάνωσης, αποφυγή λαθών <input type="checkbox"/> KPI05 – Χορηγίες
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/> KPI06 – Επιστροφή επενδύσεων (ROI) <input type="checkbox"/> KPI07 – Πρόβλεψη κερδοφορίας
ΑΥΞΗΣΗ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	<input type="checkbox"/> KPI08 – Παραγωγικότητα <input type="checkbox"/> KPI09 – Οργανωσιακή αποδοτικότητα
ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ	<input type="checkbox"/> KPI10 – Ανασχεδιασμός προγράμματος <input type="checkbox"/> KPI11 – Αμοιβές <input type="checkbox"/> KPI12 – Διαχείριση κόστους μετά τις αλλαγές <input type="checkbox"/> KPI13 – Οικονομικά προβλήματα που διευθετήθηκαν ή όχι
ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	<input type="checkbox"/> KPI14 – Ελαττώματα <input type="checkbox"/> KPI15 – Διαχείριση κατασκευών και σχεδιασμού (CDM) <input type="checkbox"/> KPI16 – Εκπαίδευσης
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	<input type="checkbox"/> KPI17 – Έλεγχοι <input type="checkbox"/> KPI18 – Ατέλειες <input type="checkbox"/> KPI19 – Παροχή πληροφοριών
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	<input type="checkbox"/> KPI20 – Συνεργασία

ΚΡΙΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ (CRITICAL SUCCESS FACTORS)	ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (KEY PERFORMANCE INDICATORS)
	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ21 – Ασφάλεια <input type="checkbox"/> ΚΡΙ22 – Επικοινωνία
ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ – ΒΕΛΤΙΩΣΕΙΣ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ23 – Αλλαγή σκοπών <input type="checkbox"/> ΚΡΙ24 – Παροχή κινήτρων <input type="checkbox"/> ΚΡΙ25 – Θέληση για αλλαγή
ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΙΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ26 – Κρίσιμη διαδρομή <input type="checkbox"/> ΚΡΙ27 – Τροποποιήσεις στο έργο <input type="checkbox"/> ΚΡΙ28 – Ημερομηνίες πρόσβασης
ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΑΛΥΤΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ29 – Στόχοι που επετεύχθησαν <input type="checkbox"/> ΚΡΙ30 – Χρόνος <input type="checkbox"/> ΚΡΙ31 – Χρονικός ορίζοντας
ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΧΡΟΝΟΥ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ32 – Πρόβλεψη χρόνου σχεδιασμού <input type="checkbox"/> ΚΡΙ33 – Προβλεψιμότητα <input type="checkbox"/> ΚΡΙ34 – Χρόνος διόρθωσης λαθών
ΑΥΞΗΣΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΡΩΝ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ35 – Αριθμός εργαζομένων <input type="checkbox"/> ΚΡΙ36 – Διαχείριση ρίσκου <input type="checkbox"/> ΚΡΙ37 – Διαχείριση διαφορετικότητας και πολυπολιτισμικότητας
ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ38 – Παρακίνηση <input type="checkbox"/> ΚΡΙ39 – Αναγνωρισιμότητα <input type="checkbox"/> ΚΡΙ40 – Στοχοθεσία
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ41 – Ικανοποίηση εργαζομένων <input type="checkbox"/> ΚΡΙ42 – Οργανωσιακή ανάπτυξη <input type="checkbox"/> ΚΡΙ43 – Εφαρμογή νέων τεχνολογιών
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ44 – Προσόντα <input type="checkbox"/> ΚΡΙ45 – Καινοτομία και γνώση <input type="checkbox"/> ΚΡΙ46 – Εκπαίδευση και Ανταμοιβή
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	<input type="checkbox"/> ΚΡΙ47 – Ικανοποίηση ασθενών <input type="checkbox"/> ΚΡΙ48 – Ικανοποίηση ασθενών (με αναφορά στη

ΚΡΙΣΙΜΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ (CRITICAL SUCCESS FACTORS)	ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ (KEY PERFORMANCE INDICATORS)
	συνολική απόδοση) <input type="checkbox"/> KPI49–Ικανοποίηση ασθενών (με εξειδίκευση στις υπηρεσίες)
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	<input type="checkbox"/> KPI50 –Ωράριο εργασίας <input type="checkbox"/> KPI51–Επιθεώρηση <input type="checkbox"/> KPI52–Κουλτούρα ασφάλειας
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ	<input type="checkbox"/> KPI53–Απόδοση εργασίας <input type="checkbox"/> KPI54–Ανάπτυξη εργασιακών ικανοτήτων
ΥΠΑΡΞΗ ΟΜΑΔΙΚΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	<input type="checkbox"/> KPI55–Οργάνωση Project/σεμιναρίων, διαλέξεων <input type="checkbox"/> KPI56–Συμμετοχή σε κοινές δράσεις
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΛΛΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ/ΑΛΛΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	<input type="checkbox"/> KPI57–Σύγκριση οικονομικών μεγεθών <input type="checkbox"/> KPI58–Ανάπτυξη συνεργειών-συνεργασιών
ΕΥΕΛΙΞΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΕΥΕΛΙΞΙΑ ΩΡΑΡΙΟΥ	<input type="checkbox"/> KPI59–Στρατηγικός Σχεδιασμός <input type="checkbox"/> KPI60–Επιλογή μορφής εργασίας
ΟΜΑΔΙΚΟ ΠΝΕΥΜΑ	<input type="checkbox"/> KPI61–Επιχειρησιακή Επικοινωνία <input type="checkbox"/> KPI62–Επανάληψη εργασιών

ΕΝΟΤΗΤΑ 3

1. Γνωρίζετε τι είναι η συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking); ΝΑΙ ΟΧΙ

Σε περίπτωση που απαντήσατε ΝΑΙ μπορείτε να περιγράψετε σύντομα τι επιδιώκετε να βελτιώσετε μέσα από την εφαρμογή του;

2. Σε ποιο τομέα θα θέλατε να συγκριθείτε και με ποιον θα συγκρίνατε τον φορέα/τμήμα σας;

3. Θεωρείτε ότι εφαρμόζετε βέλτιστες πρακτικές στην εργασία σας;

Σε περίπτωση που απαντήσατε ΝΑΙ μπορείτε να τις περιγράψετε σύντομα;

4. Γνωρίζετε τι είναι το Παρατηρητήριο Καινοτομίας του Υπουργείου Εσωτερικών της Δ/σης Στρατηγικού Σχεδιασμού και καινοτομίας (<https://innovation.gov.gr>);

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Έχετε καταθέσει κάποια καινοτόμα πρακτική του φορέα σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σε περίπτωση που απαντήσατε ΝΑΙ μπορείτε να την περιγράψετε σύντομα;

6) Θεωρείτε ότι εφαρμόζετε κάποια καινοτόμα πρακτική; Θα μας την περιγράψετε;

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο που μου αφιερώσατε!

