

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα

Γώγος Β. Χρήστος

Νοσηλεύτης Τ.Ε., Ορθοπαιδικό Τμήμα Γ.Ν. Νάουσας, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΣΔΥ, Φυσικοθεραπευτής Τ.Ε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σημερινό ελληνικό νοσοκομείο, ενταγμένο σε ένα σύνθετο σύστημα υγείας, υποχρεούται στην παροχή ενός διαφοροποιούμενου φάσματος υπηρεσιών υγείας. Το αυξημένο κόστος, η "στενότητα" πόρων και η συνεχώς αυξημένη ζήτηση και απαιτήσεις για ποιότητα, επιβάλλουν την υιοθέτηση ενός συστήματος διοίκησης-διαχείρισης, αφενός για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και των μεταβολών, αφετέρου για την επίτευξη των τιθέμενων στόχων. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση επιχειρεί να κάνει μια κριτική ανάλυση της άσκησης της διοίκησης στα ελληνικά νοσοκομεία, μέσα από την ελληνική κυρίως πραγματικότητα και βιβλιογραφία.

Λέξεις κλειδιά: Διοίκηση, προγραμματισμός, δημόσιο νοσοκομείο, ανθρώπινο δυναμικό.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

*Γώγος Χρήστος,
Λίλια 7 Απ. Πάυλος,
Ημαθία ΤΚ 59033
E-mail: christosgogos@hotmail.com
Κιν. 6932209626*



Management in public and private hospital in Greece

Gogos Christos

RN, Orthopedics Department, General Hospital of Naoussa, MSc (c) in Health Services Management, Physiotherapist

ABSTRACT

The current Greek hospital, included in a complex system of health, is compelled in the benefit of differentiated spectrum of health services. The increased cost, the closeness of resources and the continuously increased demands and requirements for quality, impose the adoption of an administration-management system, on one side for the confrontation of challenges and changes, on the other for the achievement of placed objectives. The present literature review attempts to analyze the processes of Greek hospital's management, thru Greek environment.

Keywords: Management, planning, public hospital, human resources.

CORRESPONDING AUTHOR

*Gogos Christos,
5 Lilia Street Ap. Paulos,
Imathia 59033
E-mail: christosgogos@hotmail.com
Tel. 6932209626*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επισήμανση της δυσλειτουργίας, από διάφορους μελετητές, του δημόσιου νοσοκομείου κυρίως λόγω του ελλείμματος αποτελεσματικής διαχείρισης^{1,2,3} δεν άφησε εντελώς αδιάφορη την κεντρική εξουσία. Από το 1983 ως το 2001, στους νόμους για την Υγεία υπήρχε η αναφορά τίτλων για τους ασκούντες διοίκηση στα νοσοκομεία (Γεν. Διευθυντές, Συντονιστές κλπ). Το 2001⁴, γίνεται προσπάθεια εισαγωγής του επαγγελματικού μάνατζμεντ στη διοίκηση των νοσοκομείων, με το θεσμό των Διοικητών, οι οποίοι επιλέγονταν από την

Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. Ο θεσμός διατηρήθηκε και στο Ν.3329/2005 με κάποιες αλλαγές.⁵

Με αφορμή την εισαγωγή του μάνατζμεντ, μοιραία έρχεται στο προσκήνιο το ζήτημα της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται. Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας και η συνεχής εξέλιξη των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας έχουν μετατρέψει τα νοσοκομεία σε πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς. Παράλληλα

με τη φροντίδα και περίθαλψη, παρέχουν στους ασθενείς και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (διαμονή, εστίαση, ιματισμό, καθαριότητα) γεγονός που καθιστά πιο πολύπλοκη τη λειτουργία τους λόγω των ετερόκλητων κλάδων δραστηριότητας.⁶

Η Διοίκηση, στοχεύει στο συντονισμό των υλικών και ανθρώπινων πόρων ώστε να επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Δεδομένου ότι για την επίτευξη τούτου δεν αρκεί μόνο η ικανότητα των εργαζομένων, αλλά χρειάζεται και η διάθεσή τους, για να αποδώσουν έργο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η Διοίκηση καλείται να διαμορφώσει συνθήκες μέσα στις οποίες οι εργαζόμενοι αξιοποιούν τα προσόντα που διαθέτουν.⁷

Ωστόσο και με τους δύο νόμους (2889/2001 και 3329/2005), η φύση των οργανισμών δεν έχει αλλάξει και συνεχίζουν τη λειτουργία τους ως Ν.Π.Δ.Δ, ισχύοντος βεβαίως και του δημοσιοϋπαλληλικού κώδικα. Εξ αρχής γίνεται αντιληπτός ο περιορισμός της δικαιοδοσίας του εκάστοτε Διοικητή καθώς και των άλλων στελεχών που ασκούν διοίκηση, στη διαχείριση ανθρώπων και υλικών. Η διανομή των πόρων εντός των νοσοκομειακών μονάδων, απαιτεί εφαρμογή σχεδιασμού-προγραμματισμού, ο οποίος είναι άκρως σημαντικός για την αποτελεσματική

διοίκηση, καθώς αποτελεί το πρώτο και βασικότερο στάδιό της.⁸

2. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

2.1 Η παρούσα κατάσταση

Ανάμεσα στους ποικίλους τρόπους διοίκησης ενός οργανισμού, η συνηθέστερη επιλογή στην Ελλάδα, σε ό,τι αφορά τα νοσοκομεία, είναι ο κάθετος και ιεραρχικός, όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται προς τα κάτω για εφαρμογή⁹. Τα τμήματα και οι υπηρεσίες είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους και το καθένα εστιάζεται στις δικές του αρμοδιότητες, που πολλές φορές δεν είναι πλήρως διατυπωμένες. Ιδιαίτερα στον τομέα ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών υπάρχει απαίτηση αυξημένης παραγωγής και παροχής παραπέμποντας στην κλασική προσέγγιση της διοίκησης των αρχών του 20^{ου} αιώνα.

Οι υπεύθυνοι του όποιου σχεδιασμού ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των αναγκών, ενώ οι γιατροί θέλουν να προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες που απαιτεί η ζήτηση.¹⁰ Υπό αυτές τις συνθήκες ευνοείται ένας επιμερισμός εξουσίας, όχι μόνο με βάση τη θέση που έχει κανείς στην ιεραρχική κλίμακα, αλλά και με την ισχύ που απορρέει από την επαγγελματική του θέση, ώστε



παράλληλα με την εκτελεστική εξουσία να ασκείται και μια επαγγελματική εξουσία.

Υιοθετούνται αρχές και μέθοδοι εργασίας, υπερισχύοντας η εμπειρική τακτική και όχι η τεκμηριωμένη γνώση. Απουσιάζει συνήθως η μέριμνα για ποιοτική εργασία (πχ εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων, έλεγχος νοσοκομειακών λοιμώξεων κτλ.), χωρίς προβληματισμό για την ποιότητα του "προϊόντος".¹¹

Η ανάπτυξη του προσωπικού δεν υλοποιείται, καθώς η διαδικασία πρόσληψης μέσω ΑΣΕΠ, εξασφαλίζει την αντικειμενικότητα όχι όμως και την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού. Οι διοικούντες, ως εσωτερικοί φορείς αλλαγών,¹² αγνοούν τη λειτουργία του συστήματος στο σύνολό του και επικεντρώνονται κυρίως στο διαχειριστικό – οικονομικό κομμάτι, αδιαφορώντας για το κλινικό έργο. Μοιραία αναπτύσσονται δυνάμεις αντίστασης (λογικές και συναισθηματικές) στις αλλαγές που επιχειρούνται και οι εργαζόμενοι απομονώνονται¹³. Οπότε η διοίκηση, σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση, καθίσταται αναποτελεσματική, εφόσον, ως φορέας αλλαγών αδυνατεί να δει ολόκληρο το σύστημα και καθίσταται τελικά δημιουργός αντιστάσεων στις αλλαγές που απαιτούνται για τη βελτίωση του οργανισμού.

Σε οποιοδήποτε επίπεδο διοίκησης, οι ασκούντες αυτήν, ανεξάρτητα από τις διαθέσιμες δυνατότητες και ικανότητες να δημιουργούν στρατηγικές, έχουν δύναμη απέναντι στους ανθρώπους και τις καταστάσεις. Θεωρούν σημαντική την προσωπική ευτυχία και καταξίωση και διαμορφώνουν μια κουλτούρα εξουσίας όπου οι αποφάσεις είναι κυρίως αποτέλεσμα πολιτικών πιέσεων και όχι λογικών συμπερασμάτων. Επιχειρησιακή έρευνα, προγραμματισμός και κυρίως αξιολόγηση, εφαρμόζεται κυρίως κεντρικά.^{14,15}

2.2 Προτάσεις για βελτίωση

Στα πλαίσια του ευρύτερου προβληματισμού για το καλύτερο και αποδοτικότερο μοντέλο διοίκησης που θα μπορούσε να εφαρμοσθεί στα πλαίσια του μικρόκοσμου του νοσοκομείου, θεωρείται πως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι μια φιλοσοφία που μπορεί να δώσει απάντηση στο αίτημα ορθολογικότερης διαχείρισης. Εφαρμόζει ποσοτικές μεθόδους και διαχειρίζεται τους ανθρώπινους πόρους με στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και όλων των διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα.¹⁶

Ένα σύστημα νοσοκομειακού μάνατζμεντ είναι δυνατόν να κατευθυνθεί από το πρότυπο "Διοίκηση Ολικής Ποιότητας" όπως προτρέπει και από την Επιτροπή

Πιστοποίησης Φορέων Υγειονομικής Περιθαλψής Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), προσδιορίζοντας αρχικά τι θέλουν οι ασθενείς, με έμφαση στην ποιότητα και όχι μόνο στο κόστος.¹⁷

2.2.1 Άσκηση διοίκησης

Η ηγεσία, όχι μόνο η διοικητική αλλά και η κλινική, ακολουθεί τις αρχές βελτίωσης της ποιότητας στην παροχή φροντίδας και την παροχή των άλλων υπηρεσιών.¹⁵

Η κουλτούρα του οργανισμού αλλάζει από “κουλτούρα εξουσίας” σε “επιτελική κουλτούρα”. Η διοίκηση είναι στην αρμοδιότητα των υψηλά ισταμένων αποκεντρώνοντας την προσοχή από τις μεταξύ των εργαζομένων αντιπαραθέσεις, και επικεντρώνοντάς την στους τιθέμενους στόχους και τα καθήκοντα του καθενός.^{18,19} Ωστόσο, η ανάλυση εργασίας αυτή καθαυτή δεν είναι αρκετή, αν δεν υφίσταται και ένα δυνατό οργανωτικό κλίμα που παγιοποιεί το ομαδικό πνεύμα και την κλινική ηγεσία.

2.2.2 Η συμμετοχή των εργαζομένων

Η ανάληψη πρωτοβουλιών υποστηρίζεται, επιδιώκεται και δεν διώκεται. Οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να επιλύουν ομαδικά τα προβλήματα σε όλα τα επίπεδα.^{20,21}

Αναγνωρίζεται η προσφορά του εργαζόμενου και δημιουργείται η αίσθηση σημαντικότητας του έργου του. Στοιχείο που οδηγεί σε ανύψωση του φρονήματος των εργαζομένων αναβαθμίζοντας την ποιότητα της εργασίας τους μέσω μιας πολιτικής κινήτρων.²² Η μέριμνα για την ικανοποίηση των φιλοδοξιών και αναγκών των εργαζομένων είναι διαρκής. Η εστίαση μιας τέτοιας ηγεσίας είναι να μετασχηματίσει την οργάνωση, βελτιώνοντας την επιχειρησιακή φιλοσοφία του νοσοκομείου συμπεριλαμβάνοντας στη διαδικασία αυτή όλους τους πόρους.

2.2.3 Η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών

Οι στόχοι του οργανισμού θα πρέπει να είναι και στόχοι των εργαζομένων για απόδοση ποιοτικού έργου. Η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού στους τομείς αρμοδιότητάς τους, στοχεύει προς αυτή την κατεύθυνση.²³ Η ανάπτυξη του προσωπικού ακολουθεί την εκπαίδευση σε σημείο που η Υπηρεσία επωφελείται από τις ανάγκες των εργαζομένων για επιτεύγματα.²⁴

2.2.4 Η ικανοποίηση πελατών

Στις νοσοκομειακές μονάδες οι “πελάτες” δεν είναι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, που κάθε φορά αποτελούν μέρος της σχέσης παραγωγού και χρήστη. Κατανοώντας οι εργαζόμενοι τις ανάγκες των εσωτερικών “πελατών”(π.χ ανάγκες



νοσηλευτικού προσωπικού για ματισμό και καθαριότητα) διευκολύνεται η διαδικασία βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρουν.²⁵

3. Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

3.1 Στόχοι των δημόσιων νοσοκομείων

Λόγω της ιδιομορφίας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρέχουν φροντίδα και περίθαλψη όλων των μορφών. Παράλληλα είναι επιφορτισμένα με την ευθύνη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την έρευνα. Το δημόσιο νοσοκομείο ως επιμέρους τμήμα του συστήματος υγείας, καλείται να συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας, ικανοποιώντας την κοινωνική του ευθύνη (προάσπιση της υγείας ως “δημόσιου αγαθού”) και τη δημοσιονομική του σταθερότητα.²⁶

3.2 Οικονομικοί πόροι

Από άποψη εισροής πόρων, χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Παρέχοντας κατεξοχήν κοινωνικό έργο απαιτείται να είναι προσπελάσιμο από όλους (άνεργους, ανασφάλιστους κτλ). Επομένως η επιβίωση του πρέπει να είναι εγγυημένη.²⁷

Ο σύγχρονος κόσμος δεν αποδέχεται την πλήρη λειτουργία των μηχανισμών της αγοράς σε ότι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η επιβολή του “κλειστού νοσηλίου”, που προσδιορίζεται χαμηλότερα από το πραγματικό κόστος, συσσωρεύει ελλείμματα στα νοσηλευτικά ιδρύματα⁶, καθώς εκτιμάται πως το κόστος που καταβάλλουν - και μάλιστα αναδρομικά - οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, περιορίζεται στο ¼ του πραγματικού.²⁸

3.3 Κτιριακές εγκαταστάσεις

Εξαιρουμένων κάποιων ελάχιστων σύγχρονων νοσοκομείων, τα περισσότερα λειτουργούν σε παλιά κτίρια, ανεπαρκώς συντηρημένα με απαράδεκτη χωροθέτηση. Κατάσταση που ενοχοποιείται για την κακοδιαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων.²⁹ Οποιαδήποτε προσπάθεια της Διοίκησης για βελτίωση της κτιριακής υποδομής προσκρούει στην ακαταλληλότητα ή στην πλήρη έλλειψη χώρου. Συνήθως σε ότι αφορά σε επενδύσεις τέτοιου είδους, δεν προηγείται ανάλυση κοινωνικού οφέλους και κόστους, αλλά επικρατούν πολιτικές σκοπιμότητες.⁶

3.4 Ανθρώπινοι πόροι

Η νομική μορφή των νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ, απαγορεύει την εφαρμογή πολιτικής κινήτρων εντός του οργανισμού τους.³⁰ Ισχύει το δημοσιοϋπαλληλικό καθεστώς, με

συνέπειες στην ταχύτητα, την ποιότητα και την αξιολόγηση του παραγόμενου έργου. Τα απαρχαιωμένα συστήματα αξιολόγησης, οι υποκειμενικές κρίσεις και το ενιαίο μισθολόγιο είναι ενδεικτικά της απαξίωσης και απομάκρυνσης από κάθε στόχο.^{21,31} Παράλληλα η έλλειψη καθηκοντολογίου διαιωνίζει την ασάφεια που υπάρχει στον προσδιορισμό των υποχρεώσεων και αρμοδιοτήτων. Δημιουργούνται συγκρούσεις και αντιπαλότητες με αντίκτυπο στην ποιότητα της εργασίας και την αποτελεσματικότητα.¹¹

4. ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στην Ελλάδα παράλληλα με τα δημόσια, λειτουργούν και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, προκειμένου να αυξάνονται οι δυνατότητες των πολιτών για επιλογή προμηθευτών υγείας και για ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές.³² Θεωρητικά, ο κοινός στόχος τους είναι να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της αρρώστιας και στην προστασία της υγείας.

Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των αναγκών των προσερχομένων σε αυτά αποβλέποντας σε μια κοινωνική πολιτική πλήρους ισότητας. Ενώ στα ιδιωτικά κυρίαρχος στόχος είναι το κέρδος, οι ευνοϊκοί όροι σύναψης συμβάσεων

με τα ασφαλιστικά ταμεία, οι δημόσιες σχέσεις, η προβολή και η ελαχιστοποίηση του κόστους.³³ Με γνώμονα τον κεντρικό πυρήνα “καθορισμός στόχων – επιλογή μεθόδων προσέγγισης”, η υλοποίηση του σχεδιασμού, για την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, ακολουθεί διαδικασίες και στάδια.

4.1 Αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης / επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων

Το νοσοκομείο αξιολογεί τις αδυναμίες του στο πλαίσιο των χαρακτηριστικών που το διακρίνουν.³⁴ Προκειμένου για το δημόσιο νοσοκομείο συλλέγονται και επεξεργάζονται στοιχεία για τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, τις αδυναμίες παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών με βάση το νοσολογικό προφίλ, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης κπλ.

Η ανάπτυξη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων αποφασίζεται, με γνώμονα, την απόδοση της επένδυσης, γι' αυτό και σχεδιάζεται η ανάλογη χωροταξική υποδομή, μακριά από τις δυσπρόσιτες περιοχές³³ και τις δομές επικοινωνίας με τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη των εξόδων, ώστε να γίνει πρόβλεψη πιθανών μελλοντικών συμβαμάτων.³⁵ Αξιολογούνται επίσης οι χρόνοι συγκοινωνίας, οι αποστάσεις από το



νοσοκομείο, το κόστος μεταφοράς και γενικά η προσβασιμότητα.³⁶

4.2 Εκπόνηση τεχνικο-οικονομικής μελέτης

Εξετάζεται η επάρκεια των ανθρώπων και των υλικών σε σχέση με τους τιθέμενους στόχους. Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν σχεδιαστεί με βάση τις ανάγκες του μόνιμου πληθυσμού³⁷ χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η μεγαλύτερη κίνησή τους για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (καλοκαιρινή περίοδος σε τουριστικές περιοχές), όπου θα χρειαστεί αναγκαστικά επιπλέον προσωπικό (Ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, νοσηλεύτες, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό προσωπικό). Επίσης σε επίπεδο κτιριακής υποδομής πιθανόν να απαιτείται διαμόρφωση χώρων. Το σύστημα προμηθειών στο δημόσιο νοσοκομείο είναι πολύπλοκο και εκτεταμένο.³⁸ Αντίθετα οι ιδιωτικές μονάδες υλοποιούν τις κτιριακές υποδομές που χρειάζονται με πιο συνοπτικές διαδικασίες καθώς αποβλέπουν στην αύξηση εσόδων από την αύξηση των “πελατών”.

Οι προσλήψεις εργαζομένων, ακόμα και συμβασιούχων, απαιτούν διαδικασίες που είναι ιδιαίτερες χρονοβόρες στο δημόσιο. Επιπροσθέτως εκτός από την πρόβλεψη του απαραίτητου προσωπικού, υπάρχει και η ανάγκη επιλογής του κατάλληλου

προσωπικού. Η “ανάλυση εργασίας” ως διαδικασία χαρακτηριστικών του εργαζόμενου³⁹ η χρήση βιογραφικού ή η συνέντευξη μπορεί να εφαρμοσθεί στη διαδικασία επιλογής και πρόσληψης μόνο στον ιδιωτικό τομέα.

4.5 Εφαρμογή του προγραμματισμού

Αναφορικά στα δημόσια νοσοκομεία, μπορεί να υπάρχει χρονική απόσταση μεταξύ της απόφασης για υλοποίηση και της υλοποίησης (Υπουργείο – ΔΥΠΕ – Νοσοκομείο). Αξίζει να αναφερθεί πως επιχειρησιακά σχέδια επί μέρους υγειονομικών μονάδων του Α΄ και Β΄ ΠΕΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας που εγκρίθηκαν, είτε δεν υλοποιήθηκαν είτε δεν υπήρξε έλεγχος των αποτελεσμάτων και αξιολόγησης των επιπτώσεών.⁴⁰

Σε αντίθεση, σ’ ένα ιδιωτικό νοσηλευτήριο οι αποφάσεις λαμβάνονται από ένα Διοικητικό Συμβούλιο, σε συντομότερο χρονικό διάστημα και οι απαραίτητες εργασίες ξεκινούν άμεσα. Βέβαια οι δομές που θα δημιουργηθούν σ’ ένα δημόσιο νοσοκομείο θα διατηρηθούν σε βάθος χρόνου, ενώ σε κάποιο ιδιωτικό, δεδομένου ότι η διοίκηση σχετίζεται όχι μόνο με την υπάρχουσα παροχή υπηρεσιών αλλά και με το εκτιμώμενο επίπεδο των μελλοντικών αναγκών, δύναται να ξεκινήσει ένας νέος κύκλος σχεδιασμών.

4.6 Αξιολόγηση του προγραμματισμού

Υπολογίζοντας το κόστος και το όφελος, προβλέπονται διαδικασίες συγκέντρωσης στοιχείων, κίνησης πληρωμών, αποζημιώσεων. Το λογιστικό σύστημα του δημόσιου νοσοκομείου βασίζεται σε απλή καταγραφή εσόδων και εξόδων, σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα που γίνεται ανάλυση με βάση την χρονική περίοδο των εξόδων και εσόδων. Διαδικασία που δημιουργεί ταμειακά προβλήματα στα δημόσια νοσοκομεία που δεν εφαρμόζουν το διπλογραφικό σύστημα παρά την καθιέρωσή του Π.Δ 146 ΦΕΚ 122^Α 21/5/2003.²⁷

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, παρατηρούνται περιορισμοί από το ιδιότυπο διοικητικό μοντέλο που εφαρμόζουν σε σημαντικά θέματα πολιτικής προμηθειών, διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευση, υποκίνηση, ανάπτυξη), σύλληψης, σχεδιασμού και υλοποίησης ενός συναινετικού σχεδίου δράσης. Ο προγραμματισμός, στην καλύτερη περίπτωση παρουσιάζει δυσλειτουργίες και ελλείψεις στα επιμέρους συστατικά στοιχεία του (κριτήρια για τη λήψη αποφάσεων, μελέτη εναλλακτικών δυνατοτήτων, υιοθέτηση κατάλληλης μεθοδολογίας) και στην χειρότερη, απουσιάζει από τα δημόσια νοσηλευτήρια, καθιστώντας τα δυσκίνητα.

Τα νοσοκομεία είναι ο θεσμικός πυρήνας κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως οργανισμοί, περιλαμβάνουν μονάδες, δημιουργούν ομάδες, επιλέγουν προμηθευτές και επιλέγονται από ασθενείς-πελάτες Σε σταθερή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον αυτός ο οργανισμός, δέχεται ακατέργαστα υλικά και παρέχει υπηρεσίες. Η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού και οι υψηλές προσδοκίες των πολιτών αυξάνουν ολοένα τη ζήτηση ποιοτικά βελτιωμένων υπηρεσιών.

Η ηγεσία και τα ανώτερα στελέχη της διοίκησης διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας. Ως εκ τούτου είναι ζωτικής σημασίας να υπάρχει μια ηγεσία με όραμα που με στρατηγικό σχεδιασμό συνδέει όλες τις ομάδες συμμετεχόντων προκειμένου να βελτιωθεί η παρεχόμενη φροντίδα υγείας και η ικανοποίηση των εργαζομένων, κατά τη διαχείριση της οργανωτικής διαδικασίας του νοσοκομείου.

Είναι αναγκαίο το νοσοκομείο να αποδίδει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών συγκρατώντας το κόστος και τις δαπάνες. Αυτό θα το καταστούσε περισσότερο ανταγωνιστικό στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Τα νοσοκομεία πρέπει να συνδυάσουν τις στρατηγικές που ικανοποιούν καλύτερα τις



ανάγκες τους σε σχέση με το περιβάλλον τους.

Είναι αναγκαίο να ακολουθήσουν προσπάθειες, αποκέντρωσης του μοντέλου διοίκησης ώστε οι υγειονομικές μονάδες να καταστούν πιο ευέλικτες με δυνατότητες σχεδίων δράσης, ενδυνάμωσης του ανθρώπινου δυναμικού, δικτύωσης με τα στρατηγικά τμήματα του ιδιαίτερου περιβάλλοντος και εισαγωγής μιας μετασχηματισμένης διοικητικής νοοτροπίας, από όλα τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου σε ότι αφορά τον επαναπροσδιορισμό χειρισμών στον άνθρωπο-εργαζόμενο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τυλάκη, Π. Το ζήτημα της αποτελεσματικότητας του Δημόσιου Τομέα και ειδικότερα των δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας* 1991, 2(2):58-60.
2. Σιγάλας, Ι. Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης; *Επιθεώρηση Υγείας* 1994, 5(5):60-64.
3. Στάθης, Γ. Το μέλλον των ελληνικών νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας* 1996, 7(1): 7-10.
4. Νόμος 2889/2001, ΦΕΚ 37^A /2-3-2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.
5. Καραπούλιος, Δ. Ν.3329/05: Ο εκσυγχρονισμός στη Διοίκηση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα. *Επιθεώρηση Υγείας* 2005, 16(97):37-41.
6. Στάθης, Γ. Η απουσία «επιχειρησιακών εργαλείων» από τα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 2004, 15(88):9-12.
7. Μπουραντάς, Δ. Μάνατζμεντ, Οργανωτική θεωρία και Συμπεριφορά. Αθήνα, 1992.
8. Σιγάλας, Ι., Κουτούζης, Μ. Ο Σχεδιασμός – Προγραμματισμός σε έναν Οργανισμό. Στο Δικαίος, Κ και συν. (eds), Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, σελ.113-140. Πάτρα, ΕΑΠ, 1999.
9. Πολύζος, Ν. και συν. Η Κοινοτική Προσέγγιση στη Διοίκηση των Οργανισμών. Στο Καραποστόλη, Ν (ed.). Το κόστος της Ψυχοθεραπείας. Οικονομική και Λειτουργική Αξιολόγηση μιας Ημερήσιας Ψυχοθεραπευτικής Μονάδας, σελ. 53-57. Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις, 2004,.
10. Clarke, M. Planning and analysis of healthcare systems. London, Pion Limited, 1984.
11. Πολύζος, Ν, Μπαλασοπούλου, Α, Δουλή, Α. Πολιτισμικές αντιλήψεις των Διοικητικών στελεχών των Ελληνικών Νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας* 1991, 2(1):52-56.
12. Ζαβλάνου, Μ. Οργάνωση και Διοίκηση. Αθήνα, Έλλην, 1996.

13. Haffer, A. Facilitate change: choosing the approach strategy. *Journal of Nursing Administration* 1986, 16:18-22.
14. Handy, C. *Gods of management: the changing word of organizations*. London, Souvenir Press, 1985.
15. Μπακάλης, Ν, Μπατσολάκη, Μ. Χαρακτηριστικά σχεδιασμού ενός οργανισμού. Εφαρμογή σε νοσηλευτικό ίδρυμα. *Νοσηλευτική* 2006, 45(1):59-67.
16. Mellum, M. TQM: steps to success. *Hospitals* 1990, 64(23):42-44.
17. Yesdi H, Johnson J, Godiwalla S. Managing hospitals in dynamic environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1997, 10(5):202-207.
18. Μεγαλακάκη, Α, Χατζοπούλου, Μ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. *Νοσηλευτική* 2001, 40(1):34-40.
19. Μουτζόπουλος, Ν (1996). Η υπεροχή της ποιότητας. Αθήνα, Πανεπιστημιακές σημειώσεις.
20. Οικονομάκης, Μ, Παπαδόπουλος, Α, Φρυδάς. Είναι αναγκαία μια πολιτική Ανθρωπίνων Πόρων για το Νοσηλευτικό Προσωπικό των Νοσοκομείων στη Βάση των Θεωριών Υποκίνησης. Στο Νιάκας, Δ (ed.), *Υπηρεσίες Υγείας, Management και Τεχνολογία*, σελ. 11-125. Αθήνα, Mediforce, 2004.
21. Ευροτύρη-Κουφίδου, Σ. Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων, Αθήνα, Ανίκουλα, 2001.
22. McDonald, J. Επιτυχημένη διαχείριση ποιότητας. Αθήνα, ANNUBIS, 1994.
23. Druker, P. *To Management στην πράξη*. Αθήνα, Κλειδάριθμος, 1996.
24. Fleming, S, Bopp, K, Anderson, K. Spreading the good news of TQM. Faith, conversion and commitment. *Healthcare management review* 1996, 18(4): 29-33.
25. Zouko, V. Η διαδικασία του στρατηγικού management στα νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 2001, 12(72): 17-21.
26. Έλληνας, Δ. Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία Ομοιότητες και Διαφορές. *Επιθεώρηση Υγείας* 2004, 25(87):17-21.
27. Μόσιαλος, Η., Θεοδώρου, Μ. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Στο Νιάκας, Δ. (ed.), *Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας* σελ. 25-48. Αθήνα, Mediforce, 2003.
28. Θεοδώρου, Μ, Σαρρής. Μ, Σούλης, Σ. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα, Παπαζήση, 2001.
29. Μόσιαλος, Η. Οι ασθενείς του ΕΣΥ δεν θεραπεύονται με παυσίπονα. *Επιθεώρηση Υγείας* 2003, 14(80):37-39.
30. Λιαρόπουλος, Λ. Η Αγορά Στελεχών και τα Δημόσια Νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας* 2001, 12(69):58.
31. Τούντας, Γ. Τα συστήματα υγείας στον 21^ο αιώνα. *Ιατρική* 2001, 79(3):215-217.
32. Γείτονα, Μ. Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. *Περιφερειακές*



- ανισότητες στην υγεία. Ιατρική 2001, 79(3): 259-267.
33. Τούντας, Γ. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(1):72-83.
34. Καριώτης, Π. Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοιατρική Τεχνολογία. Αθήνα, Euroclinica, 1992.
35. Ellencweig, AY. Analyzing health systems: A modular approach. Oxford, Oxford University Press, 1992.
36. Ζηλίδης, Χ. Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Θεσ/νίκη, University Studio Press, 1995.
37. Μπουρσανίδης, Χ, Μπαλασοπούλου, Α, Κυριόπουλος, Γ. Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα Ροών, Λειτουργικών Διαδικασιών, Προϋπολογισμού. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1992, 1(4): 23-42.
38. Mc Cormick, F. Job task analysis. In Dunnette, MD (ed.), Handbook of organizational psychology, pp. 23-48. Chicago, Rand & McNally, 1974.
39. Μπαϊρακτάρης, Κ, Κωσταγιόλας, Π, Πλατής, Χ. Πτυχές και ζητήματα για τον Προγραμματισμό στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας 2006, 17(9):16-20.
40. Calvert, JR. Relative Performance. In Billing, D (ed.), Indicators of Performance. Surrey society for research into higher education pp. 38-59. Surrey, University of Surrey, Guilford, 1980.