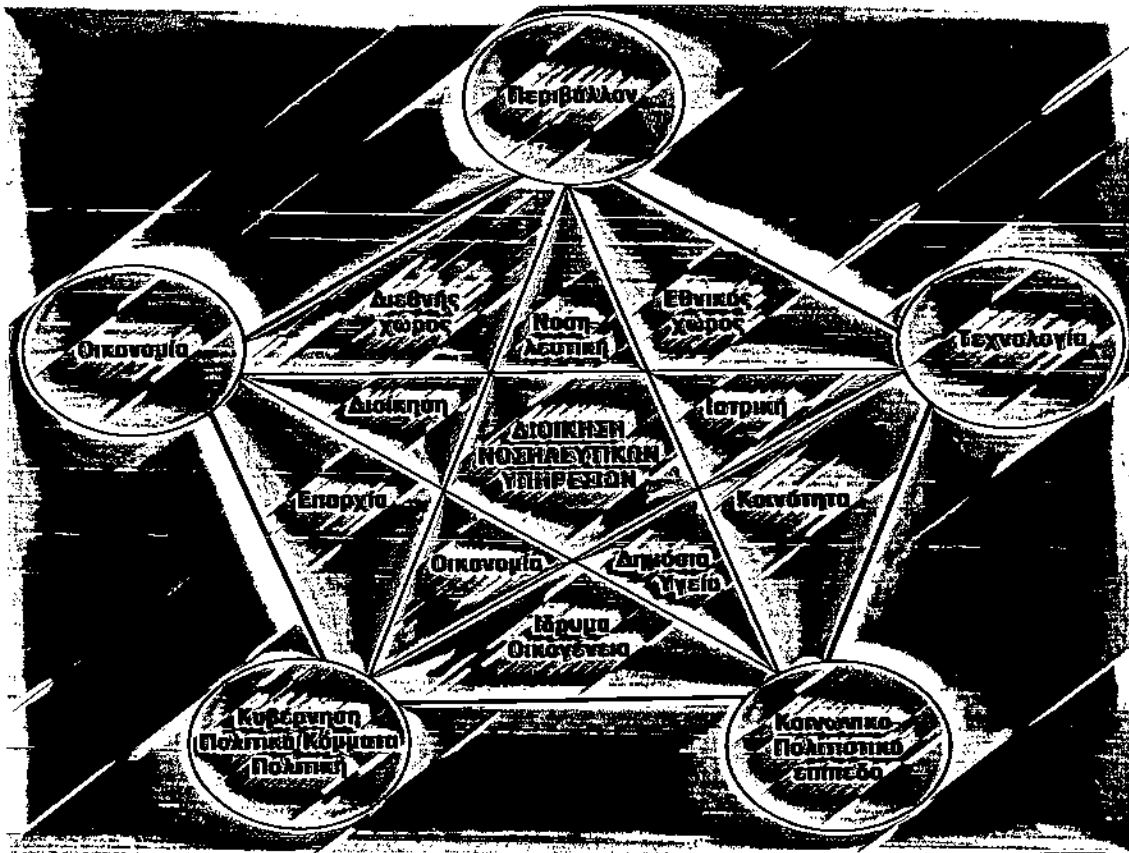


Α.Τ.Ε.Ι
ΠΑΤΡΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΜΙΑ ΜΑΤΙΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ
ΠΡΟΚΟΠΗΣ Ι.ΚΑΛΙΟΤΣΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
DR.ΜΑΡΙΑ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2005



Αφιερωμένο στη μνήμη του πατέρα μου...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

6912

Σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 Η διοίκηση στην αρχαιότητα.....	8
1.2 Η διοίκηση στη κλασσική Ελλάδα.....	10
1.3 Η διοίκηση στο Βυζάντιο.....	13
1.4 Σύγχρονη εποχή.....	17
1.4.1 Η ιστορική αναδρομή της νομοθετικής οργάνωσης.....	19
1.4.2 Α΄ φάση:1827-1922.....	20
1.4.3 Β΄ φάση:1922-1952.....	21
1.4.4 Γ΄ φάση:1953-1982.....	21
1.4.5 Δ΄ φάση:1982-σήμερα.....	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

2.1 Γενικά.....	26
2.2 Ελλάδα και κοινωνικοοικονομικό σύστημα.....	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ε.Σ.Υ.

3.1 Αρχές του νόμου του Ε.Σ.Υ.....	32
3.2 Οργάνωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.....	34
3.3 Νοσοκομειακή περίθαλψη.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

4.1 Εισαγωγή.....	39
4.2 Χαρακτηριστικά γνωρίσματα δομής.....	40
4.3 Ανάγκη για οργάνωση και οργανωτική διαρθρωσή.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΟΜΗ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

5.1 Εισαγωγή.....	47
-------------------	----

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

5.2 Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.....	48
5.3 Όργανα διοίκησης.....	55
5.3.1 Διοικητικό συμβούλιο νοσοκομείου.....	55
5.3.2 Αρμοδιότητες του Δ.Σ. του νοσοκομείου.....	57
5.3.3 Γενικός διευθυντής.....	60
5.3.4 Διοικητικός διευθυντής.....	61
5.3.5 διοικητικά στελέχη.....	62
5.4 Αρμοδιότητες υπηρεσιών και τμημάτων.....	63
5.5 Χρηματοδότηση δημόσιων νοσοκομείων.....	70
5.6 Λογιστικό σχέδιο δημόσιων νοσοκομείων.....	73
5.7 Προυπολογισμός νοσοκομείων.....	75
5.8 Πληροφορικό σύστημα νοσοκομείων.....	78
5.9 Προσωπικό νοσοκομείων.....	80
5.10 Παλαιά και νέα προβλήματα του Ε.Σ.Υ.....	83
5.11 Ανάγκη για αναμόρφωση.....	87
5.12 προτάσεις ξένων εμπειρογνομών.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: MANAGEMENT

6.1 Εισαγωγή.....	99
6.2 Έννοια management και εξέλιξη της διοίκησης.....	100
6.3 Διευκρίνιση ζητημάτων σχετικά με το management.....	106
6.4 Management νοσοκομείου.....	108
6.5 Το σύστημα νοσοκομείο/περιβάλλον.....	112
6.5.1 Κοινωνικός σκοπός του νοσοκομείου.....	112
6.5.2 Ανάλυση περιβάλλοντος του νοσοκομείου.....	113
6.5.3 Ανάλυση του νοσοκομείου.....	114
6.5.4 Κατάσταση εκκίνησης.....	115
6.5.5 Σύστημα στόχων του νοσοκομείου.....	116
6.6 Το μοντέλο του νοσοκομειακού management.....	119
6.7 Έλληνες managers νοσοκομείων και ενωμένη Ευρώπη.....	123
6.8 Μεταφορά εμπειριών management από άλλο σύστημα υγείας.....	127
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	145
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	177

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πολυδιάστατος ρόλος του νοσηλεύτη και η πληθώρα των αρμοδιοτήτων του απαιτούν σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και το σημαντικότερο προσωπική καλλιέργεια και ακεραιότητα χαρακτήρα.

Τεράστια είναι η προσφορά και η δράση του νοσηλευτή με βαθειά συνείδηση της ευθύνης στην παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας στους ασθενείς.

Για την εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας θεσπίστηκαν γραπτοί κανονισμοί και διαδικασίες στα σύγχρονα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης τα οποία καλούμεθα να υπηρετήσουμε.

Η αξία «ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ» της Π.Ο.Υ μας καλεί σε μακροχρόνια και επίπονη προσπάθεια προκειμένου να εξασφαλίσουμε επιτυχία στην συνέχεια.

«Η υγεία δεν έχει τιμή...έχει κόστος και η αξία της είναι ανεκτίμητη»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιστήμη και ο κλάδος της Διοίκησης παρουσιάζει μεγάλη πρόοδο κυρίως στον επιχειρησιακό χώρο. Δε συμβαίνει όμως το ίδιο και με τη νοσηλευτική διοίκηση, παρόλο το αυξανόμενο ενδιαφέρον που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια διεθνώς. Αυτό οφείλεται στους ειδικούς και πολυσύνθετους παράγοντες που εμπλέκονται στον τομέα της Υγείας και της Νοσηλευτικής, όπου την προτεραιότητα έχει ο Ασθενής - Άνθρωπος με τις προσωπικές και μοναδικές ανάγκες του. Ανάγκες οι οποίες δεν μπορούν και δεν πρέπει να μπουν σε απόλυτα προκαθορισμένες διοικητικές γραμμές.

Η εκπαίδευση στη νοσηλευτική διοίκηση θεωρείτο σαν μη αναγκαία, ιδιαίτερα στις δεκαετίες του '60 και '70 με τη μεγάλη άνθηση των κλινικών νοσηλευτικών ερευνών. Σήμερα η εκπαίδευση στη διοίκηση αρχίζει και πάλι να παίρνει το κύρος της και να γίνεται αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής. Και μόνο από τις δηλώσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και τη διαμόρφωση πολιτικής, θεωρείται απαραίτητη η αναβάθμιση και η εκπαίδευση στη νοσηλευτική διοίκηση για να επιτευχθεί ο στόχος Υγεία για όλους το 2000.

Πιστεύουμε, ότι η μελέτη και η άσκηση Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών από τα νέα στελέχη θα έχει πάντοτε ανθρωποκεντρική προσέγγιση και θα αποβλέπει στην ποιοτική βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Ο δε υπηρετούμενος άνθρωπος-άρρωστος και άνθρωπος - εργαζόμενος θα εκλαμβάνεται σαν μοναδική, ανεπανάληπτη, αναντικατάστατη και ασύγκριτη ύπαρξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Θεωρείται απαραίτητη η μελέτη της ιστορίας μιας επιστήμης ή ενός κλάδου, γιατί πάντοτε το παρόν συνδέεται με το παρελθόν, όπως είναι αναπόσπαστο και από το μέλλον. Κατ' αυτόν τον τρόπο αποδεικνύεται η συνέχεια και δίνεται η αρμόζουσα σημασία στη σύγχρονη πραγματικότητα.

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή της διοίκησης και ιδιαίτερα της διοίκησης νοσηλευτικών ιδρυμάτων και υπηρεσιών από την Αρχαιότητα, την κλασική Ελλάδα και το Βυζάντιο.¹

1.1 Η διοίκηση στην αρχαιότητα

Οι σύγχρονες παραδεκτές θεωρίες διοίκησης ακολούθησαν μια εξελικτική τροχιά που έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα, ίσως στην περίοδο του Αιγυπτιακού, Μεσοποταμιακού, Μινωικού και Μυκηναϊκού πολιτισμού (3500 - 3000 π.Χ). Επιγραφές που βρέθηκαν στην περιοχή της Αιγύπτου και Μεσοποταμίας παρουσιάζουν άτομα εργαζόμενα ρυθμικά υπό την επίβλεψη οδηγού με συνοδία μουσικής αυλιστών. Εξ άλλου τα θαυμάσια δημιουργήματα, οι πυραμίδες της Αιγύπτου, οι κρεμαστοί κήποι της Βαβυλώνας, ο ναός του Σολομώντος, τα ανάκτορα της Κνωσσού και των Μυκηνών, αποτελούν τεκμήρια ύπαρξης οργανωμένης διοίκησης. Ειδικότερα ο Μινωικός και Μυκηναϊκός πολιτισμός παρουσιάζουν πολλά παραδείγματα εφαρμογής των αρχών καταμερισμού της εργασίας, της εξειδίκευσης των τεχνικών καθώς και ειδικές

εφαρμογές γνώσεων υγιεινής, όπως ύδρευσης και αποχέτευσης.²

Ιδιαίτερη αναφορά για τη διοίκηση γίνεται στην Παλαιά Διαθήκη και συγκεκριμένα ο Μωυσής γράφει (Δευτερονόμιο α', 15):

«Καί έλαβον έξ υμών άνδρας σοφούς καί επιστήμονας καί συνεχούς καί κατέστησα αυτούς ήγείσθαι έφ' υμών χιλιάρχους καί έκατοντάρχους καί πεντηκοντάρχους καί δεκάρχους καί γραμματεϊς.

Οι ερμηνείες των πρώτων αιγυπτιακών παπύρων που χρονολογούνται από το 1300 π.Χ. δείχνουν την αναγνώριση της σημασίας της οργάνωσης και της διοίκησης στις γραφειοκρατικές καταστάσεις της αρχαιότητας. Στον αρχαίο Ελληνικό πολιτισμό συναντώνται σαφώς καθοριζόμενες ορισμένες αρχές ή κανόνες της διοικητικής, καθώς και η συστηματική προσπάθεια μεγιστοποίησης της παραγωγής με την καθιέρωση ενιαίων μεθόδων εργασίας.²

Στην αρχαία Ελλάδα, πολύ προ της εμφάνισης των Ασκληπιείων, αναφέρεται ότι λειτουργούσαν οργανωμένα νοσοκομεία, όπως του Αμφιάρεως στο Μαυροδήλεσι του Ωρωπού, του Τροφωνίου κοντά στη Λειβαδιά και του Τιθόρεως στην πόλη της Φωκίδας, παρ'όλο που ο επικρατέστερος τρόπος νοσηλείας κατά την αρχαιότητα ήταν η κατ' οίκον περίθαλψη - μια σύγχρονη τάση της υγειονομικής περίθαλψης.

Στην Ιλιάδα και την Οδύσσεια του Ομήρου παρουσιάζονται πολλές αρχές διοίκησης και μάλιστα ο Οδυσσέας εμφανίζεται να επιβιώνει λόγω της ικανότητας του να παίρνει θαρραλέες και ευφυείς αποφάσεις. Ο συστηματικός

τρόπος περίθαλψης των τραυματιών κατά τον Τρωικό πόλεμο αποδεικνύει ύπαρξη οργανωτικών και διοικητικών αρχών στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, με την ύπαρξη μονίμων χειρουργείων «κλισίας» στα πεδία των μαχών και ειδικών φορειών μεταφοράς ασθενών, «φοράδαν»

1.2 Η διοίκηση στην κλασική Ελλάδα

Στα κείμενα των κλασικών Ελλήνων συγγραφέων διατυπώνονται διάφορες οργανωτικές αρχές σε γνωμικά γεμάτα από σπουδαίες έννοιες, όπως: «αρχή το ήμισυ του παντός», «χρόνου φείδου», «λόγησαι προ του έργου», «βουλεύου μεν βραδέως, επιτελεί δε ταχέως τα δόξαντα» και «μέτρον άριστον». Ειδικότερα, ο Ξενοφών (445 - 360 π.Χ.) στα έργα του διαχωρίζει την πνευματική από τη σωματική εργασία και πραγματεύεται την αξιολόγηση ανάλογα με τα υπάρχοντα προσόντα, ένα σύστημα που θα ζήλευαν πολλοί ακόμα και σήμερα. Επίσης αναφέρει και υπαίθρια οργανωμένα στρατιωτικά νοσοκομεία στα οποία νοσηλεύοντο και εχθροί ακόμα τραυματίες χωρίς διάκριση. Και ο Πλούταρχος περιγράφει επί πλέον και δημόσια νοσοκομεία για τους στρατιώτες²

Ο Αριστοτέλης (384-332 π.Χ.) στα «Ηθικά Νικομάχεια» και «Πολιτικά» αναφέρεται σε θέματα «μηχανογράφησης» γι' αυτό και θεωρείται πατέρας της μηχανογράφησης και των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Εξ άλλου αναφέρεται στις βασικές αρχές των ανθρώπινων σχέσεων με τη γνωστή γνώμη του: «ο άνθρωπος δεν είναι οικονομικό όν αλλά κοινωνικό». Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι στο στρατό του Μεγάλου Αλεξάνδρου, μαθητού του Αριστοτέλη, συναντάται ίσως κατά τρόπο άτυπο η αρχή του επιτελείου στην οργανωτική δομή. Στην

«Πολιτεία» του Πλάτωνος αναφέρεται το θέμα της εξειδίκευσης της εργασίας και η σημασία της στην εν γένει οικονομία της κοινωνίας.

Στους «Διάλογους» του Πλάτωνος ο Σωκράτης τονίζει σε πολλά σημεία τη σημασία της χρηστής διοίκησης για το κράτος. Αναφέρει ότι οι δημόσιοι λειτουργοί πρέπει να επιλέγονται σύμφωνα με τις ικανότητες που επιδεικνύουν στη διαχείριση και τη διοίκηση των ιδιωτικών τους υποθέσεων και επιχειρήσεων. Γιατί και «αυτοί που εκτελούν δημόσιες υπηρεσίες χρησιμοποιούν ανθρώπους, οι οποίοι δε διαφέρουν από εκείνους που χρησιμοποιούν ιδιωτικές επιχειρήσεις. Επομένως, αυτοί μεν που γνωρίζουν πώς να τους χρησιμοποιούν ασκούν με φρόνηση τα ιδιωτικά ή δημόσια πράγματα, ενώ αυτοί που δε γνωρίζουν θα αποτύχουν στη διοίκηση και των δυο.^{1,2}

Η διοίκηση στο χώρο της υγείας έχει βαθιές ρίζες και άνθηση στην κλασική Ελλάδα και ειδικότερα στα Ασκληπιεία, τους πρώτους αυτούς «Ναούς - Θεραπευτήρια». Τα Ασκληπιεία υπερέβαιναν τα 300 σε όλη την Ελλάδα και τα περισσότερα υπήρχαν στην Πελοπόννησο. Τα ονομαστότερα ήταν της Τρίκης Θεσσαλίας και τα αρχαιότερα της Επιδαύρου και της Κω

Είναι αξιοθαύμαστη η τελεία οργάνωση των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων κυρίως από τον Ε' π.Χ. αιώνα. Τα Ασκληπιεία χτιζόταν σε μέρη με ωραιότατη θέα, κοντά σε ιαματικές πηγές κάτω από υγιεινότερες συνθήκες - παράγοντες που τόσο απουσιάζουν από τις σημερινές περιβαλλοντικές συνθήκες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.²

Το Ασκληπιείο της Επιδαύρου, το περιφημότερο όλων, ανήκε στην κατηγορία των πανθεραπευτηρίων. Με τις ανασκαφές της Ελληνικής Αρχαιολογικής Εταιρείας από τον Π. Καββαδία, που άρχισαν το 1881 και τελείωσαν το 1928, ήλθαν σε φως ερείπια όλων των οικοδομημάτων του Ασκληπιείου: το θέατρο, τα προπύλαια, ο ναός ή ιερό με το θησαυρό, το στάδιο, το άβατο ή κατακλιντήριο, η θόλος, το παλαιό ιερό, ο οίκος των ιερέων, το γυμναστήριο, το λουτρό, η βιβλιοθήκη, το υπόγειο, ο μεγάλος ξενώνας κ.ά.²

Το **άβατο** ή κατακλιντήριο, μακρά Ιωνική στοά που χωριζόταν με διπλούς κίονες σε δυο τμήματα ανδρών και γυναικών, αποτελούσε νοσηλευτική μονάδα. Τα ερείπια του κτιρίου αυτού παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αποτελούν το αρχαιότερο γνωστό υπόδειγμα νοσοκομειακού τμήματος. Ήταν εξοπλισμένο με στρώματα, λυχνίες, τραπέζια, βωμούς, πιθανόν και με παραπετάσματα. Οι άρρωστοι έφερναν και δικά τους κλινοσκεπάσματα. Ο ιστορικός Caton αναφέρει ότι τα μεγάλα τετράγωνα κτίρια με τα πολλά μικρά μοναχικά δωμάτια, τα ερείπια των οποίων βρέθηκαν με τις ανασκαφές, χρησιμοποιούντο για τη μεταφορά των βαρέως πασχόντων ασθενών από το άβατο ή και όσων βρισκόταν σε ανάρρωση.Σ' αυτά τα κτίρια μπορούσαν να νοσηλεύονται 400 έως 500 ασθενείς.

Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το άβατο ήταν κυρίως Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας με τη σύγχρονη νοσηλευτική ορολογία. Ακόμα, η όλη χωροταξική διαρρύθμιση του Ασκληπιείου ακολουθούσε τις αρχές της σταδιακής φροντίδας των ασθενών (Progressive Patient Care), σύστημα που διατυπώθηκε και εφαρμόστηκε στη δεκαετία του '60 στις ΗΠΑ.

Από τις ανευρεθείσες επιγραφές και άλλες γραπτές πηγές υπάρχουν πλέον πληροφορίες και για τὸ προσωπικό του Ασκληπιείου. Την επιστημονική διεύθυνση είχε ο πρωθιερέας ή μέγας ιερέυς (διευθυντής), ο κύριος γνώστης της ιατρικής τέχνης. Ο πρωθιερέας διηύθυνε το Ασκληπιείο, εξέταζε προσεκτικά τους πάσχοντες, καθόριζε ανάλογη ατομική θεραπεία με τη βοήθεια του ουροφόρου, βοηθού του πρωθιερέα, και νοσηλευτών, των ιερομνημόνων. Στην κατηγορία των ιερομνημόνων ανήκαν και οι θεραπευτές, όπως μαλάκτες, υδροθεραπευτές κ.ά. Επίσης υπήρχαν και οι θεράποντες, δηλαδή πρακτικοί νοσηλευτές, στην τάξη των ζαχάρων ή νακόρων. Επομένως ο τομέας της νοσηλευτικής περίθαλψης ήταν οργανωμένος στα Ασκληπιεία, όπως και η προηγμένη ιατρική.^{2,3}

Αυτό όμως που κυρίως κληροδότησε το κλασικό Ελληνικό πνεύμα στις επιστήμες υγείας είναι οι υψηλές αξίες της ζωής και κυρίως η θεώρηση του ανθρώπου ως όλου, που διέπουν και σήμερα τη φιλοσοφία τους. Οι με κάθε μέσο και τρόπο εκφραζόμενες σύγχρονες απόψεις για ολοκληρωμένη και ανθρωπιστική φροντίδα υγείας, που αποτελούν τον κύριο στόχο της διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών, πηγάζουν από τη νοσηλευτική της κλασικής Ελλάδος.

1.3 Η διοίκηση στο Βυζάντιο

Με την εμφάνιση του Χριστιανισμού και την κυριαρχούσα διδασκαλία του για την αγάπη προς τον πλησίον, η φροντίδα των ασθενών τοποθετείται σε άλλη σφαίρα και αποκτά προτεραιότητα μεταξύ των αναγκών της κοινωνίας. Η οργανωμένη περίθαλψη και η διοίκηση νοσηλευτικών και προνοιακών ιδρυμάτων

εμφανίζεται εντυπωσιακά κατά τη Βυζαντινή περίοδο (330-1453 μ.Χ.).

Στη διαχρονική εξέλιξη της φιλανθρωπικής Χριστιανικής δράσης διαμορφώθηκε η έννοια και η μορφή των Νοσοκομείων. Στην αρχική τους μορφοποίηση τα νοσοκομεία προσδιορίστηκαν σαν κατοικίες δυστυχισμένων ανίκανων ή φτωχών, που στη συνέχεια εξελίχθηκαν σε χώρους υποδοχής ασθενών ή φτωχών ταξιδιωτών, έτσι ώστε τα ιδρύματα αυτά να ονομαστούν «Ξενώνες» ή «Ξενοδοχεία». Η ορολογία αυτή επιβίωσε στον Ελληνικό χώρο μέχρι και τις αρχές του 19ου αιώνα.²

Εκείνο το οποίο ιδιαίτερα χαρακτηρίζει τη Βυζαντινή περίοδο είναι η κοινωνική πρόνοια για τη νόσο, το γήρας, την κήση και λοχεία, τη βρεφοκομία και παιδοκομία. Η μέριμνα των Βυζαντινών για τους πάσχοντες και απόρους συνιστά μοναδικό παράδειγμα όχι μόνο για τη μεσαιωνική περίοδο, αλλά και για την όλη ιστορία του ανθρώπου και του πολιτισμού. Οι απειράριθμοι ξενώνες (νοσοκομεία), τα γηροκομεία, λεπροκομεία, λεχοκομεία (μαιευτήρια), βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, αποτελούν πρότυπα ιδρύματα, στα οποία όχι μόνο περιθάλποντο οι πάσχοντες, αλλά επί πλέον καλλιεργείτο και διδάσκετο η ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη. Η εξέλιξη δε των νοσοκομείων συνδέεται στενά με την ιστορική ανέλιξη της ιατρικής και νοσηλευτικής καθώς και των κοινωνιών, μέσα στις οποίες αναπτύχθηκαν και διαμορφώθηκαν.²

Τα νοσοκομεία του Βυζαντίου ήταν τόσο οργανωμένα, ώστε πράγματι μπορούν να παραβληθούν με τα σύγχρονα. Όσοι μελετούν τη Βυζαντινή ιστορία, μένουν έκπληκτοι μπροστά στα αναρίθμητα ευαγή ιδρύματα της Βυζαντινής

αυτοκρατορίας. Μόνο στην Κωνσταντινούπολη υπήρχαν 40 νοσοκομεία. Τα κυριότερα νοσοκομεία του Βυζαντίου ήταν: ο Ξένων του Σαμψών η Βασιλειάδα στην Καππαδοκία, η οποία ιδρύθηκε από τον Μ. Βασίλειο και περιλάμβανε μεγάλο συγκρότημα νοσοκομείων, πτωχοκομείων, λεπροκομείων και άλλων ιδρυμάτων ο Ξένων της Μονής Κοσμοσωτείρος ο Ξένων της Μονής του Παντοκράτορος της Αγίας Ειρήνης κ.ά.

Η νοσηλεία ως επί το πλείστον εξασκείτο από μοναχούς, άνδρες και γυναίκες, γιατί τα νοσοκομεία βρισκόταν κυρίως στην περιοχή των μοναστηριών.

Η νοσοκομειακή πολιτική των Βυζαντινών, με τη δημιουργία ξενώνων - νοσοκομείων σε μεγάλα μοναστήρια, είχε φτάσει στον 12ο αιώνα, επί εποχής του Ιωάννη Β' Κομνηνού (1118-1143), με την ίδρυση μεγάλου νοσοκομείου στη Μονή Παντοκράτορος της Κωνσταντινούπολης, σε πολύ μεγάλη ακμή. Ο Ξένων της Μονής του Παντοκράτορος ήταν ένα από τα τελειότερα νοσοκομεία του Βυζαντίου και αποτελείτο από τα εξής ιδρύματα: Το τρικλινάριο για τους ασθενείς μοναχούς, τον κυρίως ξενώνα 50 κλινών, το γηροκομείο 24 κλινών, το ψυχιατρείο και το εξωτερικό ιατρείο. Ο ίδιος ο Αυτοκράτωρ συνέταξε το ΤΥΠΙΚΟΝ του νοσοκομείου, δηλαδή τον εσωτερικό κανονισμό του Ξενώνος, που διασώζεται μέχρι σήμερα.

Ακολουθούν στη συνέχεια αποσπάσματα από το Τυπικό σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία του ξενώνα - νοσοκομείου: «Επί δε και ξενών αφωρίσθη παρά της βασιλείας μου, έχειν οφείλων ανακεκλιμένους αρρώστους πενήκοντα, βούλομαι και διατυπώ κλίνας μεν είναι τσαύτας εις ανάπαυσιν των αρρώστων» (905).

Τα 50 κρεβάτια διατίθεντο ως εξής: 10 χειρουργικά, 8 οφθαλμολογικά, 12 γυναικολογικά και τα υπόλοιπα για άλλες παθήσεις. Ο ξενώνας ήταν διηρημένος σε πέντε ορδίνους (τμήματα): οφθαλμολογικό, χειρουργικό, δυο γενικά παθολογικά και ένα γυναικολογικό. «Πέντε όρδινοι ταις τοιαύταις πενήκοντα κλίναις αφωρίσθησαν...» (937). Περιγράφεται ακόμη και ο εξοπλισμός κλίνης. «Εκάστη κλίνη εχέτω τζόλιον εν, πλωτόν μετά προσκεφαλαίου και εφά-πλωμα, κατά δε τον χειμώνα και λουσνίκια δύο... Πάρεξ δέ των τοιούτων κρεββάτων, και έτεραι κλίμαι αφορισθήσονται περισσαί έξ, έχουσαι πλωτά κατά το μέσον τετραπημένα, λόγω των μή δυναμένων όλως μετακινείσθαι ή διά το των νοσημάτων οξύ ή δια την της δυνάμεως άκραν ασθένειαν ή πολλάκις και διά το των επισυμβαι-νόντων τραυμάτων επώδυνον» (915-920). Τα σύγχρονα μέσα νοσηλείας, δηλαδή, έχουν την αρχήν τους σε παλαιότερες εποχές, όπως τα ειδικά εξαρτήματα κρεβατιών για τους κλινήριους ασθενείς.

Εξ άλλου, αναφέρονται λεπτομερώς τα καθήκοντα του επιβλέποντα τους ασθενείς και το προσωπικά. «... Τας κλίνας απάσας περιελεύσεται εκάστη ημέρα και ερωτήσει των αρρώστων έκαστον, όπως τε ιατρευεται και ει μετά της προσηκούσης επιμελείας και σπουδής εκδουλεύεται παρά των εις τούτο τεταγμένων... επιτηρήσει δε και το διδόμενον τοις αρρώστοις ψωμίον και ει τι άλλο τούτοις ημερησίως τετύπεται δίδοσθαι...» (965-975). Οι πριμμικήριοι, δηλαδή οι διευθυντές, είχαν μόνη εργασία την επίβλεψη. Για το λόγο αυτό «ουδέ όρδινον οφείλει έχειν, ως μόνης, της επιτηρήσεως αντί παντός έργου τούτω ανακειμένης».

Εκτός από τους ιατρούς υπήρχε και νοσηλευτής, ο οποίος όχι μόνο φρόντιζε

τους εσωτερικούς ασθενείς, αλλά και τους «έξωθεν αρρώστους». Φαίνεται ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ήταν συντονιστικός - διοικητικός, που με τη σύγχρονη θέση αντιστοιχεί σε διευθυντή - προϊστάμενο νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Χαρακτηριστικές είναι οι προτροπές του αυτοκράτορα προς όλους τους εργαζομένους στον ξενώνα για τη νοσηλεία των ασθενών, οι οποίες εκφράζουν και το βυζαντινό πνεύμα. «Κοινώς δε ταύτην την παραγγελίαν προς πάντας ποιούμεθα, τους τε ιατρούς και τους επιτηροῦντας αυτούς και τους υπουργούς και τους λοιπούς, ως αν προς αυτόν αποβλέπωσιν άπαντες τον Παντοκράτορα και μη καταφρονώσι της των αρρώστων επιμελούς επισκέψεως, ειδότες οπόσον έχει τον μισθόν η τοιαύτη εργασία, προσηκόντως γινομένη, και οίον αύθις επάγει τον κίνδυνον, καταφρονουμένη και του προσήκοντος αποπίπτουσα... Ούτω γουν άπαντες περί τους τοιούτους αδελφούς ημών διατεθησόμεθα, ως τον ακοίμητον οφθαλμόν του θεού λαθείν μη δυνάμενοι και το εμπεισείν εις χείρας εκείνου μετά πολλής της φρίκης υφορώμενοι» (985-995).

Στο ανωτέρω ΤΥΠΙΚΟΝ παρατηρούμε την υποδειγματική οργάνωση του νοσηλευτικού εκείνου ιδρύματος. Οι αρχές της οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων καθώς και, επίβλεψης του προσωπικού εμφανίζονται — κατά τρόπο εντυπωσιακό. Αναλυόμενες υπό το πρίσμα της επιστήμης της διοίκησης παρουσιάζονται υπερσύγχρονες.

1.4 Σύγχρονη Εποχή

Το 1936, ο διάσημος ιστορικός της Ιατρικής Henry Sigerist, δήλωσε ότι μόνο στα μέσα του 19ου αιώνα τα νοσοκομεία έγιναν παραπάνω από τόποι για φτωχούς και εγκαταλελειμμένους. Οι μέχρι τότε οργανισμοί δεν πληρούσαν τα κριτήρια της επιστημονικής ιατρικής και παρέμεναν πτωχοκομεία που παρείχαν και στοιχειώδεις νοσηλευτικές φροντίδες. Εξάλλου, ο Paul Starr, εξετάζοντας την ιστορία των αμερικάνικων νοσοκομείων, δήλωσε ότι τα νοσοκομεία και η ιατρική κινήθηκαν σε εντελώς ξεχωριστές φάσεις το 19ο αιώνα.²

Πράγματι, τότε η ιατρική συνδέεται στενά με τις φυσικές επιστήμες και την κλινική παρατήρηση καθώς και την κλινική διδασκαλία. Τα νοσοκομεία έγιναν όχι μόνο τόπος εργασίας και τα εργαστήρια των γιατρών αλλά και ο χώρος επιρροής τους. Χάρη στην εισαγωγή της αναισθησίας και της ασηψίας ξεκίνησε η ανάπτυξη της χειρουργικής, ο Roentgen παρουσίασε το 1895 την πρώτη συσκευή ακτινών X, ενώ στα 1900 εμφανίζονται οι ομάδες αίματος.

Δεν πρέπει όμως να παραβλέψουμε και μία άλλη διάσταση' αυτήν της εκβιομηχάνισης και της εμφάνισης της εργατικής τάξης. Ο άρρωστος εργάτης πρέπει να γίνει γρήγορα καλά για να επανέλθει στην παραγωγική διαδικασία. Έτσι εξηγείται από μία άποψη το ενδιαφέρον της αστικής τάξης για τα νοσοκομεία και δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό η επικράτηση της «μηχανιστικής» αντίληψης για τη νόσο, που αντιμετωπίζει την αρρώστια ξεχωριστά από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, αντίληψη που επικράτησε μέχρι πρόσφατα.

Η διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και η εξέλιξη τους, ακολούθησε την ιστορική πορεία της χώρας από την απελευθέρωση της από

τους Τούρκους μέχρι σήμερα. Ο χαρακτήρας τους και ο προσανατολισμός τους καθορίστηκε από τις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες που σφράγισαν την κάθε ιστορική περίοδο.^{1,2}

Το πρώτο νοσοκομείο στην ελεύθερη Ελλάδα, λειτούργησε το 1827. Είναι το Βαρδάκειο και πρώτο νοσοκομείο Σύρου, που έγινε με έρανο μεταξύ των ευπόρων κατοίκων του νησιού. Η πράξη αυτή βρήκε πολλούς μιμητές και πολλά νοσοκομεία έγιναν και σε άλλες πόλεις. Ο Καποδίστριας εισήγαγε το θεσμό των Δημογεροντιών -Κοινότητες' σε αυτές, μεταξύ άλλων, ανέθεσε την κατασκευή ιδρυμάτων κοινωνικής αντίληψης και νοσοκομείων από έσοδα που προέρχονταν από την τοπική φορολογία. Το 1836, επί βασιλείας Όθωνος, ιδρύεται στην Αθήνα το πρώτο νοσοκομείο, από τον δήμαρχο Α. Πετράκη, το Δημοτικό - Πολιτικό Νοσοκομείο η «Ελπίς».

Το 1834 ιδρύεται το γνωστό ιατροσυνέδριο ΚΕΣΥ, υπεύθυνο για την εξέταση των ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και μαιών καθώς και τη μελέτη της υγιεινής. Το 1843 αποφοιτεί ο πρώτος έλληνας γιατρός, ο Αν. Γούδας. Η ίδρυση των νοσοκομείων με ιδιωτική πρωτοβουλία συνεχίζεται. Έτσι ιδρύονται δημοτικά νοσοκομεία σε πολλές πόλεις και στην Αθήνα εμφανίζονται τα μεγάλα νοσοκομεία που υπάρχουν και σήμερα, Ευαγγελισμός (1880), Δρομοκαΐτειο (1887), Αιγηνίτειο (1875), ΕΕΣ (1887) κ.ά. Στην ανέγερση αυτών συνέβαλαν εθνικοί ευεργέτες.²

Το 1918 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής, το οποίο ανέλαβε την περίθαλψη των θυμάτων και αναπήρων πολέμου, των οικογενειών των στρατευμένων και

φτώχων κοινωνικ

Αλληλοβοήθειας, σχε
ήταν να φροντίζουν ι
έξαρση) θεσπίζοντας

Ο τελευταίος μά
«Ιατροσυνέδριο» (18

Πολύ αργότερα

Παγκοσμίου Πολέμου

Περίθαλψης, το οποίο

Υγιεινής και Κοινωνικ

1.4.3 Β' Φάση: 19

Την περίοδο αι

καθοριστική, αφού δη

με 2.630 κλίνες. Όμα

αφορούσε τη δημιουργ

εργάτες του ιδιωτικού

965/1937 έδωσε τις βά

περίθαλψης στην Ελλά

Το τιμολόγιο νε

έγκριση γίνεται από το

κρατική επιχορήγηση,

δήμων, τις κληρονομίε

των προσφύγων. Αρκετά νοσοκομεία ιδρύονται για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλούνται από τη μαζική έλευση προσφύγων, ανάμεσα τους στο Προσφυγικό στην Αθήνα (1922) και το Κεντρικό στη Θεσσαλονίκη (1922).

1.4.1 Η Ιστορική Αναδρομή της Νομοθετικής Οργάνωσης

Η ωρίμανση³ και εξέλιξη του τομέα, της υγείας στην Ελλάδα, συμπίπτει με την αντίστοιχη πορεία του ίδιου του ελληνικού κράτους. Όμως ο υγειονομικός τομέας δεν αναπτύχθηκε τόσο όσο θα έπρεπε σε οργανωτικό και πολιτικό επίπεδο. Η μεταρρυθμιστική του φάση αρχίζει από το 1974 και ολοκληρώνεται το 1983 με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. Θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε τέσσερις φάσεις -σταθμούς για την υγειονομική περίθαλψη με βάση τις νομοθετικές ρυθμίσεις που έγιναν. Έτσι:³

1.4.2 Α' Φάση: 1827- 1922

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την έλλειψη πρωτοβουλίας του νεοσύστατου κράτους για να δημιουργηθούν και να αναπτυχθούν νοσηλευτικά ιδρύματα. Έτσι τα πρώτα νοσοκομεία ήταν δημιούργημα της φιλανθρωπικής δραστηριότητας ιδιωτών καθώς δήμων και κοινοτήτων. Το πρώτο νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1827 στη Σύρο, το 1836 το Δημοτικό νοσοκομείο «Ελπίς» στην Αθήνα, το 1884 ο «Ευαγγελισμός», το 1875 το «Τζάνειο» κ.ά. Τα νοσοκομεία αυτά ήταν μικρής δύναμης και δέχονταν κυρίως ανθρώπους άπορους και των

φτωχών κοινωνικών στρωμάτων. Παράλληλα, ιδρύονται τα Ταμεία Αλληλοβοήθειας, σχεδόν σε όλους τους επαγγελματικούς κλάδους. Ο στόχος τους ήταν να φροντίζουν και να αντιμετωπίζουν τα λοιμώδη νοσήματα (που ήταν σε έξαρση) θεσπίζοντας την «Ιατρική Αστυνομία» και τον υγειονομικό κανονισμό. Ο τελευταίος μάλιστα, διαμόρφωσε τους κανόνες του από το «Ιατροσυνέδριο» (1833) που έδινε συμβουλευτικές οδηγίες.

Πολύ αργότερα, οι πρόσφυγες των Βαλκανικών πολέμων και του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, το 1917, αποκαταστάθηκαν από το πρόσκαιρο Υπουργείο Περιθαλψής, το οποίο πέντε χρόνια αργότερα αλλάζει όνομα και γίνεται Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας (Ν. 2882/1922)³

1.4.3 Β' Φάση: 1922- 1952

Την περίοδο αυτή η παρέμβαση του κράτους είναι αποτελεσματική και καθοριστική, αφού δημιουργούνται, γενικά, ειδικά και στρατιωτικά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες. Όμως η μεγαλύτερη αλλαγή έγινε με το Ν. 6298/1934 και αφορούσε τη δημιουργία του Ι.Κ.Α. για να καλύψουν όλους τους υπαλλήλους και εργάτες του ιδιωτικού τομέα. Δύο χρόνια αργότερα, ο αναγκαστικός νόμος Α.Ν. 965/1937 έδωσε τις βάσεις και τα θεμέλια για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Το τιμολόγιο νοσηλίων ορίζεται από το Δ.Σ. των νοσοκομείων και η έγκριση γίνεται από το Υπουργείο Υγιεινής, ενώ τα έσοδα προέρχονται από την κρατική επιχορήγηση, τις πληρωμές των ασθενών, τις επιχορηγήσεις των δήμων, τις κληρονομίες και προσόδους περιουσίας. Το 1940 λειτουργούσαν 117

νοσοκομεία με 16.000 κλίνες και ο ιδιωτικός τομέας επιπλέον 2.300 κλίνες. Αργότερα, με τον Α.Ν. 2769/1941 ιδρύθηκαν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για να αντιμετωπισθούν οι έκτακτες και μεγάλες ανάγκες του πολέμου, από τα οποία αρκετά έμειναν και μετά τη λήξη του. Όμως η Γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος έφεραν μεγάλες καταστροφές τόσο στον εξοπλισμό όσο και στην υποδομή τους.³

1.4.4 Γ Φάση: 1953- 1982

Το διάστημα αυτό ο νόμος Ν. 2592/1953 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντίληψης» ετοίμασε το έδαφος για την επιστημονική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, οι υγειονομικές περιφέρειες αναλαμβάνουν αρμοδιότητες και μέσω αυτών τα Νομαρχιακά Συμβούλια Υγείας. Το Περιφερειακό Συμβούλιο Ιατρικής Αντίληψης δίνει γνώμες για τις υγειονομικές ανάγκες της περιφέρειας, με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα και τον εξοπλισμό των νοσοκομείων καθώς εγκρίνει τον προϋπολογισμό του, το ύψος των νοσηλίων, τους διορισμούς, τις προαγωγές και απολύσεις του προσωπικού. Την τελική επίβλεψη έχει το Κεντρικό Συμβούλιο και το Υπουργείο.

Οι υπηρεσίες διοικούνται από τον Διοικητικό Διευθυντή, ο οποίος είναι γιατρός ή διοικητικό στέλεχος με πανεπιστημιακές γνώσεις, η νοσηλευτική υπηρεσία από την Διευθύνουσα Αδελφή και την Υποδιευθύνουσα και η ιατρική από τριμελές επιστημονικό συμβούλιο που είναι κατά κύριο λόγο διευθυντές κλινικών.

Τα νοσοκομεία λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) και ιδιωτικά. Οι πόροι τους

προέρχονται από τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών, τους εύπορους ασθενείς και τα υποβαλλόμενα νοσήλια για τους απόρους από το κράτος και τους δήμους όπως κι από δωρεές ή κληρονομίες.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η μη παρέμβαση του κράτους στα νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ. για τον καθορισμό των νοσηλίων, έδειξε ότι δεν υπάρχουν ελλείμματα, αφού την πολιτική και την όλη πορεία του νοσοκομείου την καθορίζουν οι ίδιοι. Όμως, με το Π.Δ. 957/79 καθιερώθηκε το κλειστό νοσήλιο που ανέτρεψε την ισορροπία του νοσοκομειακού προϋπολογισμού, δηλαδή η τεράστια διαφορά μεταξύ κλειστού νοσηλίου και πραγματικού κόστους ημερήσιας νοσηλείας που δημιουργήθηκε εμφάνισε ελλείμματα (στο νοσοκομειακό προϋπολογισμό).

Λίγα χρόνια πριν το 1961 (Ν. 4169/61) δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό (51% του συνολικού πληθυσμού). Ταυτόχρονα αναπτύσσεται η ασφάλιση υγείας για τους υπαλλήλους του δημοσίου και των τραπεζών.^{2,3}

1.4.5 Δ' Φάση: 1983-σήμερα

Δημιουργείται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) καθώς και το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) το οποίο όμως δεν εφαρμόστηκε ποτέ, άρα δεν υπήρξε αποκεντρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ο ρόλος των Διευθύνσεων Υγιεινής των Νομαρχιών ήταν υποτυπώδης και οι αρμοδιότητες τους αφορούν τις επιχορηγήσεις του κρατικού προϋπολογισμού, άρα η διοίκηση του υγειονομικού συστήματος είναι ευθύνη του

Υπουργείου Υγείας.

Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα - Ν.Π.Ι.Δ. (δημοσίου χαρακτήρα) και τα νοσοκομεία εντάχθηκαν στο κλειστό νοσήλιο, έγιναν όλα Ν.Π.Δ.Δ. και εντάχθηκαν στο Ε.Σ.Υ.-Το σοβαρότερο όμως θέμα είναι η ολοκληρωμένη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., που ενώ όριζε με το νόμο 1397/1983 απασχόληση στα δημόσια νοσοκομεία και αυστηρή απαγόρευση άσκησης ιδιωτικής ιατρικής δεν εφαρμόστηκε ποτέ, παρά την αύξηση των μισθών τους. Αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας είναι η παραοικονομία που δημιουργεί άλλα προβλήματα στο χώρο της υγείας, ενώ παράλληλα οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι από το Σύστημα Υγείας. Βέβαια, υπήρξαν προστριβές μεταξύ γιατρών Ε.Σ.Υ. και Πανεπιστημιακών γιατρών, επειδή στους τελευταίους δεν απαγορεύτηκε η άσκηση ιδιωτικής ιατρικής. Το 1992, με το Ν. 2071/92, η τότε κυβέρνηση έδωσε την ευκαιρία στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. να επιλέξουν ή αποκλειστική απασχόληση ή μερική, οπότε η μερική απασχόληση θα έχει χαμηλότερη αμοιβή και δυνατότητα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Το 1994 με το νόμο Ν. 2194/94 επανέρχεται η ολοκληρωτική απασχόληση των γιατρών.

Ο νόμος του 1992 προέβλεπε τη δημιουργία Κεντρικού Συμβουλίου για την αξιοποίηση των δωρεών και κληροδοτημάτων για όλη την περιουσία (ποτέ δεν εφαρμόστηκε), επίσης, ένα σύστημα με αντικειμενικά κριτήρια για τον υπολογισμό του προϋπολογισμού επειδή όμως δεν υπήρχε οργανωμένη μηχανογράφηση λογιστικής δεν εφαρμόστηκε ούτε αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

2.1. Γενικά

Είναι αναμφίβολο το γεγονός ότι η πορεία της οικονομίας και της κοινωνικής δομής είτε είναι αρνητική, είτε θετική έχει αντίκτυπο στην απλή και καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Η ίδια η ζωή τους, η υγεία τους, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως δημογραφικοί και γεωγραφικοί επηρεάζονται άμεσα από την οικονομική εξέλιξη της χώρας τους.³

Αφού η οικονομία, είναι αυτή που προσδιορίζει αν μια χώρα είναι αναπτυσσόμενη ή αναπτυγμένη, επομένως από αυτή εξαρτώνται και καθορίζονται το επίπεδο πολιτισμού, το επίπεδο εξέλιξης, το επίπεδο εκπαίδευσης καθώς και το επίπεδο υγείας.

Ιδιαίτερα το τελευταίο και πιο συγκεκριμένα το υγειονομικό σύστημα, είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένο με την οικονομική εξέλιξη της χώρας, δηλαδή απορροφάται μέρος του Α.Ε.Π. για δαπάνες στο χώρο της υγείας (όπως και σε άλλους χώρους). Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι όσο πιο πολλά χρήματα απορροφώνται και ξοδεύονται θα 'χουν σαν αποτέλεσμα και αποτελεσματική βελτίωση στην υγεία.⁴

Ενδεικτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι υπάρχουν σαφώς χώρες με υψηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης που έχουν αρνητική σχέση μεταξύ βρεφικής θνησιμότητας και Α.Ε.Π., η οποία μειώνεται αρκετά κι από άλλους

παράγοντες συνδεδεμένους με την καλή οικονομία όπως μόρφωση, τρόπο ζωής, διατροφή κ.ά. Σε αντίθεση με χώρες λιγότερο αναπτυγμένες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας.

~~Αυτό που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι ότι τα τελευταία χρόνια σχεδόν~~
όλες οι χώρες παρουσιάζουν προβλήματα στην οικονομία και αυτό φαίνεται από το ότι μειώνονται τα εισοδήματα, μειώνονται ή σταθεροποιούνται οι υγειονομικές δαπάνες άρα είναι επιτακτική ανάγκη να αναθεωρηθεί η υπάρχουσα κατάσταση και να γίνουν ουσιαστικές μεταβολές στον υγειονομικό τομέα. Και αυτό γιατί από διάφορες μελέτες που έγιναν στον τομέα της οικονομικής της υγείας προέκυψε ότι: Υπάρχουν σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες στους δείκτες υγείας. Υψηλή συγκέντρωση νοσοκομειακών κρεβατιών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.⁵

Ουσιαστικές διαφορές στην ασφαλιστική κάλυψη για νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μεταξύ ασφαλιστικών οργανισμών. Η ανισότητα ως προς την νοσοκομειακή περίθαλψη φαίνεται μικρότερη σε σχέση με την εξωνοσοκομειακή γιατί οι περισσότεροι ασφαλιστικοί φορείς φρόντισαν να καλύψουν τις στοιχειώδεις νοσοκομειακές ανάγκες χωρίς να ανταπεξέλθουν

επαρκώς στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Ουσιαστικές διαφορές στις ασφαλιστικές παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων. Μεγάλες ⁷ ανισότητες μεταξύ επαγγελματικών κατηγοριών στους δείκτες νοσηρότητας.

Πιο⁸ συγκεκριμένα, θα λέγαμε ότι από μελέτες προέκυψε ότι τεχνίτες, εργάτες και γεωργοί εξαιτίας του εργασιακού τους περιβάλλοντος έχουν αυξημένες πιθανότητες για λοιμώξεις, ατυχήματα και ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος, ενώ τα κυκλοφορικά νοσήματα που συνδέονται με το stress και την ψυχολογική ένταση είναι συχνότερα στους διευθυντές και τα ανώτερα διοικητικά στελέχη του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα.⁶

Γι' αυτό η Π.Ο.Υ. κατευθύνεται προς τη δημιουργία συστημάτων υγείας που να 'ναι προσιτά σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, σε όλες τις απαιτήσεις και ανάγκες των ανθρώπων. Απαραίτητη επομένως προϋπόθεση είναι να υπάρχει μία σωστή βάση οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης.

2.2. Ελλάδα και Κοινωνικοοικονομικό Σύστημα

Βέβαια⁹, με μεγάλο ενδιαφέρον προκαλεί η δική μας χώρα' ποια είναι η σχέση της με το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό σύστημα.

Η Ελλάδα, με τη σπουδαία γεωγραφική θέση της, το κατεξοχήν ιστορικό παρελθόν της, έγινε μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης μόλις το 1981 και έλαβε σημαντικούς οικονομικούς πόρους για τον εκσυγχρονισμό των οικονομικών και κοινωνικών συστημάτων και την ανάπτυξη ενιαίας οικονομικής πολιτικής.

Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες αποδείχθηκε ότι η Ελλάδα ενώ λαμβάνει καθαρό ποσό 3 δις ECU's ετησίως από τον ευρωπαϊκό πολιτισμό δεν κατάφερε να δημιουργήσει το κατάλληλο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Στους περισσότερους δείκτες η ελληνική οικονομία δεν συμβαδίζει με τις αντίστοιχες των ευρωπαϊκών χωρών δηλαδή αποκλίνει κατά πολύ' επομένως, η κάθε ελληνική κυβέρνηση αντιμετωπίζει το τεράστιο αυτό πρόβλημα, της ανακατανομής των πόρων και της δημιουργίας μιας αποφασιστικής και καθοριστικής πολιτικής γραμμής έτσι ώστε να μειωθεί (αν όχι να καταπολεμηθεί) ο δείκτης πληθωρισμού και να στρατηγηθεί ανοδικά η αρνητική πορεία της οικονομίας μας. Η συνθήκη του Μάαστριχτ. επέβαλε την επίλυση των όποιων οικονομικών προβλημάτων, άρα η Ελλάδα οφείλει να βελτιώσει το «οικονομικό παρουσιαστικό» της στην Ευρωπαϊκή Ένωση, να δώσει τέλος στο δημόσιο χρέος και στον πληθωρισμό.⁷

Το κατά κεφαλή εισόδημα στην Ελλάδα πριν την είσοδο της στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 58% του μέσου Ευρωπαϊκού όρου ενώ το 1990 έπεσε στο 51%. Όμως το δημόσιο έλλειμμα, το δημόσιο χρέος και ο δείκτης πληθωρισμού ήταν τα υψηλότερα σε σχέση με τα άλλα κράτη - μέλη. Βέβαια, χώρες όπως Ισπανία και Πορτογαλία παρά το ότι μπήκαν αργότερα (στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα) κατάφεραν να μειώσουν τις αποκλίσεις τους.

Όταν μιλάμε για δημόσιο έλλειμμα εννοούμε ότι η αύξηση των δημοσίων εξόδων ξεπερνάει κατά πολύ τις εισπράξεις από φόρους. Αυτό συνέβη σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες χωρίς να ναι παρήγορο, όταν παρακολουθούμε το ελληνικό αυξανόμενο δημόσιο έλλειμμα, την ανεργία που την αντιπροσωπεύει τουλάχιστον το 10% του εργατικού δυναμικού

Παρατηρούμε δηλαδή σοβαρότατα δημοσιονομικά προβλήματα για τα

οποία αν δεν υπάρξουν ολοκληρωτικές και πλήρεις αλλαγές σε πολλές επίπεδα, αυτά θα επεκταθούν και θα μεταδοθούν σε άλλους χώρους. Χαρακτηριστικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι στη δεκαετία του '80 οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν με τρόπο που δεν προέβλεπαν τα δημόσια έσοδα κι έτσι δεν μπορούσε να γίνει σωστός έλεγχος και αποτελεσματική διαχείριση. Οι τότε κυβερνήσεις οραματίζονταν την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης και διπλασιασμό των συντάξεων του αγροτικού πληθυσμού. Γίνανε κάποιες αλλαγές, όμως τέτοιοι κοινωνικοί στόχοι δεν έχουν καρποφόρα αποτελέσματα όταν δεν υπάρχει το κατάλληλο «έδαφος», η κατάλληλη υποδομή, όταν οι οικονομικές δραστηριότητες είναι περιορισμένες, όταν δεν υπάρχουν δημόσιοι πόροι και τέλος όταν δεν γίνεται δημόσια διαχείριση.^{6,7}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Ε.Σ.Υ.

ΣΤΟ προηγούμενο κεφάλαιο μιλήσαμε για τη σχέση της υγείας με το κοινωνικοοικονομικό σύστημα και κάναμε μία προσέγγιση στο Ελληνικό Κοινωνικοοικονομικό Σύστημα. Μέσα σ' αυτό υπάρχει και λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Για το λόγο αυτό είναι ανάγκη να προσδιορίσουμε πιο αναλυτικά τους στόχους και τις υπηρεσίες που προσφέρει.⁹

3.1. Αρχές Του Νόμου Ε.Σ.Υ.

Ο Καθηγητής B. Abel Smith, προσδιόρισε τους βασικούς στόχους που αφορούν: Δικαίωμα στις υπηρεσίες υγείας όλοι οι πολίτες. Δίκαιη κατανομή υπηρεσιών στις γεωγραφικές περιφέρειες. Ουσιαστικός έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών.

Βέβαια, το κόστος δεν προβλεπόταν στους στόχους του Ε.Σ.Υ., γιατί οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα δεν ήταν σίγουρες για το πού κυμαίνονταν (σε πρώτη φάση) και γιατί το κύριο πρόβλημα ήταν ο επαναπροσδιορισμός ισορροπίας μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.¹⁰

— Οι αρχές του νόμου του Ε.Σ.Υ. αναφέρονται ως εξής:

- Κρατική ευθύνη - μέριμνα για την παροχή υπηρεσιών. Αυτό δηλώνει καθαρά, ότι το κράτος είναι' ο προμηθευτής των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή η παροχή να

γίνεται μόνο από τα νοσοκομεία και καθόλου από τον ιδιωτικό χώρο, δηλαδή παύει η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών. Αυτών όμως που ήδη υπάρχουν για να κλείσουν έθεσε το κράτος με την παρέμβαση του, την χαμηλή τιμή των νοσηλίων ή τελικώς αγοράστηκαν από το κράτος και έγιναν δημόσια.

- Ίση κατανομή υπηρεσιών υγείας.
- Επαρκής κάλυψη στους πολίτες, χωρίς διάκριση με κριτήρια όπως φύλο, ηλικία.
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών.
- Έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, δηλαδή ανάπτυξη του οικογενειακού γιατρού και των Κέντρων Υγείας.
- Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.¹¹

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι οι παραπάνω αρχές για να εφαρμοστούν απαραίτητη προϋπόθεση ήταν να γίνουν προκαταρκτικά βήματα τουλάχιστον στην περίοδο 1983-1988 που δεν ολοκληρώθηκαν ακόμα.

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία έπρεπε να αυξηθούν μεταξύ 4,5% και 5% του Α.Ε.Π., αύξηση στο μισθολόγιο των γιατρών Ε.Σ.Υ., επενδυτική αύξηση, δημιουργία νέων νοσοκομείων με σύγχρονο εξοπλισμό και τεχνολογία, καθώς μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού.¹²

Αυτά τα θέματα αποδεικνύουν τη σοβαρότητα τους, γι' αυτό και κυριάρχησαν σ' αυτή την χρονική περίοδο (1983-1992).

3.2. Οργάνωση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος

Μεγάλο¹⁴ ενδιαφέρον παρουσιάζει ο σκελετός του ελληνικού συστήματος υγείας.

Παρατηρούμε τους ανθρώπους, τον συνολικό πληθυσμό που όταν νοσεί μεταβάλλεται σε ασθενείς (σε κάποια χρονική στιγμή)' Κυβέρνηση και ασφαλιστικοί οργανισμοί εντοπίζονται στην κορυφή που συγκεντρώνουν τους φόρους και εισφορές από τους εργοδότες και εργαζομένους - ασφαλισμένους αντίστοιχα. Στα δεξιά προσέχουμε τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας, που απευθύνουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς.

Φαίνεται καθαρά ότι κυβέρνηση και οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης έχουν την αποκλειστικότητα στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, ταμεία όπως το Ι.Κ.Α. χρηματοδοτούνται από τους εργοδότες και εργαζόμενους και ο Ο.Γ.Α. από τη γενική φορολογία δηλαδή συνδυάζουν το μοντέλο των Bismarck και Beveridge.¹³

Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε την ιδιωτική ασφάλιση που αντιπροσωπεύει ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού και τελευταία αυξάνεται αρκετά, αφού αποτελεί μεγάλο μέρος των πληρωμών στις υπηρεσίες υγείας άρα «καταλαμβάνει» ουσιαστικό κομμάτι του συστήματος υγείας.

Οι παραγωγοί των υπηρεσιών υγείας είναι τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, ιδιωτικές κλινικές, ιδιώτες γιατροί εξειδικευμένοι που έχουν σύμβαση με τα ασφαλιστικά ταμεία ή ιδιώτες που λαμβάνουν αμοιβή απευθείας από τους ασθενείς.¹³

Γενικά¹³ θα λέγαμε ότι ύστερα από εκτιμήσεις που έγιναν έδειξαν ότι τελικά η Ελλάδα απορροφά το 5,3% επί του Α.Ε.Π. το οποίο δεν είναι ειλικρινές, γιατί οι δαπάνες υγείας φτάνουν το 8% του Α.Ε.Π. Εκπληξη προκαλεί το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας που φτάνουν το 30%.

Τέλος η Ελλάδα είναι η χώρα των πολλών γιατρών όταν υπάρχει ένας γιατρός για λιγότερο από 300 κατοίκους αλλά δεν υπάρχει ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, αφού έχουμε την αναλογία 2 νοσηλεύτριες / τές ανά τρεις γιατρούς.

3.3. Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Όπως γνωρίζουμε η Δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά καθώς και αυτά που ανήκουν στις Ένοπλες Δυνάμεις.

Τη δεκαετία του '80 ο αριθμός των νοσοκομείων και κλινών μειώθηκε, αφού με την θεμελίωση του Ε.Σ.Υ. το 1983 απαγορεύτηκε η ίδρυση κάθε νοσοκομείου με κερδοσκοπικό χαρακτήρα και γιατί είχε καθιερωθεί το χαμηλό ημερομίσθιο σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία οπότε αναγκάστηκαν να κλείσουν ή να γίνουν δημόσια.¹⁴

Όσο για τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν αποκλειστική απασχόληση στα νοσοκομεία χωρίς να 'χουν τη δυνατότητα να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία' απαγορεύσεις χωρίς εφαρμογή, γιατί λειτουργούν παράνομα ιδιωτικά ιατρεία. Ανησυχία και ζητήματα ηθικής δημιουργούνται από τη συμπεριφορά των γιατρών να λαμβάνουν τα γνωστά «φακελάκια», τις ανεπίσημες πληρωμές τους, είτε γιατί οι ίδιοι οι γιατροί το ζητούν, είτε γιατί οι

ασθενείς αισθάνονται ότι μ' αυτόν τον τρόπο θα 'χουν καλύτερη αντιμετώπιση, προσοχή και ίσως αποτελέσματα. Αυτό αποτελεί μία μορφή παραοικονομίας και η πρώτη αντιμετώπιση της έγινε στον πρόσφατο νόμο του 1994 που καθιέρωσε αυστηρές κυρώσεις σε όσους αμείβονταν παράνομα.

Τέλος στη δεκαετία του '80 εξαπλώθηκαν τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για την παροχή υψηλής τεχνολογίας υπηρεσίες για τις οποίες δεν υπήρχε έλεγχος ως προς την ποιότητα τους. Με αυτά τα κέντρα συνεργάζονται αρκετοί γιατροί του Ι.Κ.Α. ή των δημοσίων νοσοκομείων και κατά κάποιο τρόπο κατευθύνουν τους ασθενείς για επιπλέον εξετάσεις δημιουργώντας έτσι την προκλητή ζήτηση.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

4.1. Εισαγωγή

Στα προηγούμενα κεφάλαια μιλήσαμε για το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό σύστημα, στα πλαίσια του οποίου υπάρχει και βιώνει το Νοσοκομείο η βασικότερη πηγή παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Πριν «μπούμε» και αναλύσουμε τη σημερινή δομή του Νοσοκομείου, είναι ανάγκη να εξηγήσουμε και να ερμηνεύσουμε τις έννοιες της οργάνωσης και οργανωτικής δομής.

Το μεγαλύτερο ίσως μειονέκτημα της υπερβολικής εξειδίκευσης που χαρακτηρίζει την εποχή μας, είναι ότι αργά ή γρήγορα κάθε ειδικότητα τείνει να δημιουργήσει μια δική της ιδιωτική διάλεκτο. Το γεγονός αυτό είναι ίσως αναπόφευκτο γιατί στη διάλεκτο αυτή εκφράζονται σύντομα και με σαφήνεια οι διάφορες θεμελιώδεις έννοιες της ειδικότητας.¹⁵

Τελικά η διάλεκτος θα παίζει το ρόλο της ταυτότητας' έτσι ώστε όποιος τη χρησιμοποιεί θα εμφανίζεται και θα 'ναι γνώστης του θέματος.

Έτσι ο τίτλος: «Η οργανωτικής της Διοικήσεως των Νοσοκομείων» δείχνει να καθορίζει το περιεχόμενο του. Προσδιορίζει μάλιστα τη σοβαρότητα του αντικειμένου, διότι το Νοσοκομείο αποτελεί μία σπουδαία επιχείρηση, εφόσον ο στόχος του είναι η παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης και απευθύνεται προς όλους τους ανθρώπους για τα θέματα της υγείας.

Ένα ¹⁷ από τα πιο πολύπλοκα και λεπτά θέματα που συντείνουν στη σωστή παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης είναι και η οργανωτική δομή του

νοσοκομείου. Το να περιμένουμε ότι μεμονωμένα άτομα όσο εξειδικευμένα κι αν είναι το καθένα τους, είναι σε θέση να εξασφαλίσουν την αναγκαία συνεργασία μεταξύ τους και να επιδείξουν την ανάλογη συμπεριφορά είναι σαν να προκαλούμε το χάος.

Ερχόμαστε να αναγνωρίσουμε την ανάγκη για ομαδική εργασία στην παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης που σήμερα έγινε πιο έντονη από ό,τι στο παρελθόν. Κάθε πρόοδος στην βιοεπιστήμη, στην υγειοτεχνολογία και κάθε βήμα στην υγειονομική, επιφέρει την νέα τάξη σχέσεων στο νοσοκομείο, την δική του επίδραση στην διοργανωτική του σύσταση.¹⁶

Κι αυτά κάνουν δύσκολη τη διατήρηση των προτύπων οργάνωσης των Νοσοκομείων.

Βέβαια¹⁸ η συμπεριφορά του κάθε ατόμου στην οργανωτική δομή του νοσοκομείου δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από τα πράγματα που πηγάζουν από τους κανόνες των βιοεπιστημών και της υγειοτεχνολογίας, ούτε από τις εντολές που διαμορφώνονται από τις υγειοθεραπευτικές ανάγκες του ασθενούς.

Δεν συμβαίνει να τηρούν ούτε τους σκοπούς του νοσοκομείου, ούτε τις επιδιώξεις της κοινότητας.

4.2. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της δομής

Είναι γνωστό ότι κάθε επιχείρηση για να πετύχει τον αντικειμενικό της συνδυάσει τους συντελεστές παραγωγής (φύση, κεφάλαιο, εργασία και επιχειρηματικότητα) κατά τον άριστο δυνατό τρόπο με σκοπό την μείωση του συνολικού κόστους παραγωγής, την εξασφάλιση της καλύτερης ποιότητας του προϊόντος και αποκόμιση μεγαλύτερης ωφέλειας.

Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται ένα σχέδιο ανάπτυξης ή πιο σωστά «η δομή» της οργάνωσης.

Δομή εννοούμε το σύστημα μετασχηματισμού που διέπεται από νόμους και το οποίο διατηρείται και ενισχύεται από αυτούς τους μετασχηματισμούς χωρίς την προσφυγή σε εξωτερικά στοιχεία. Αποτελείται κατά κύριο λόγο από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ολότητας, του μετασχηματισμού και της αυτορρύθμισης που είναι αλληλένδετα μεταξύ τους.¹⁷

Έτσι τα διάφορα στοιχεία της επιχείρησης που είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους και βρίσκονται κάτω από τους ίδιους νόμους δείχνουν ότι δεν μπορούμε να απομονώσουμε και να κάνουμε ένα τμήμα ανεξάρτητο, χωρίς να μην είναι ενταγμένο στους γενικούς κανόνες της οργάνωσης. Σαφώς το κάθε τμήμα έχει τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά δεν μπορούν να ξεχωριστούν, γιατί προκαλεί τη διάσπαση της ολότητας.

Βέβαια, κάθε επιχείρηση για να πετύχει τους στόχους της, χρειάζεται να διαφοροποιεί κάποιες ενέργειες, να κάνει δηλαδή ένα μικρό μετασχηματισμό

στην πορεία υλοποίησης χωρίς να απομακρύνεται από τη συγκεκριμένη γραμμή πολιτικής στόχων.

Τέλος, στο θέμα της αυτορρύθμισης εννοείται η πληροφόρηση σε όλους τους χώρους του περιβάλλοντος της επιχείρησης.

Επίσης, πολλές φορές χρησιμοποιείται ο όρος μορφή αντί δομή, όταν πρόκειται για μία οργανωτική διάταξη.¹⁷

4.3. Η ανάγκη για οργάνωση και οργανωτική διάρθρωση

Η οργάνωση είναι αναγκαία για την πιο απλή δραστηριότητα, γιατί έτσι πετυχαίνουμε τους στόχους μας. Δηλαδή κάνοντας μία οργάνωση έχουμε και επιδιώκουμε αποτέλεσμα, αφού προηγουμένως κάνουμε ανάλογες ενέργειες. Τι εννοούμε όμως οργάνωση και τι οργανωτική διάρθρωση.

Οργάνωση είναι η συστηματική τεχνική με σκοπό την αποτελεσματική εκπλήρωση των στόχων της ή ο αποτελεσματικός συνδυασμός των συντελεστών παραγωγής (φύση, κεφάλαιο, ανθρώπινοι πόροι και επιχειρηματικότητα).

Οργανωτική διάρθρωση, εννοούμε όλες τις σχέσεις μεταξύ ατόμων, διαδικασιών και μεθόδων εργασίας προσδιορισμού των τεχνικών μέσων καθώς και ένα κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο αναφέρεται.¹⁸

Βέβαια μέσα στα πλαίσια της οργανωτικής διάρθρωσης, υπάρχουν βασικά στοιχεία που είναι τα εξής:

- Τα άτομα και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους.
- Τα μέσα που διαθέτει η οργάνωση όπως η εγκατάσταση, εξοπλισμός κ.ά.
- Οι διάφορες διοικητικές μονάδες - τμήματα που συγκροτούν την οργάνωση.

- Καθήκοντα, υποχρεώσεις και σχέσεις που αναπτύσσονται.
- Ο χρόνος που διαθέτει κάθε εργαζόμενος και ο χρόνος που ορίζει η επιχείρηση για τη δημιουργία και παραγωγή κάποιας ενέργειας - δραστηριότητας.

Αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να γνωρίζουμε ότι η οργάνωση είναι αναγκαία, γιατί αν δεν υπάρξει αξιοποίηση των στοιχείων τότε θα 'χουμε υπο - οργάνωση ή υπέρ - οργάνωση' που και στις δύο περιπτώσεις δεν έχουμε αποτέλεσμα, δηλαδή θα αντιμετωπίσουμε αύξηση του κόστους παραγωγής, χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών - αγαθών, κακή εντύπωση στους πελάτες (ασθενείς).¹⁸

Άρα είναι υποχρεωτική και αναγκαία η οργανωτική διάρθρωση για τους εξής λόγους:

- Ο ανθρώπινος παράγοντας: ο πιο σημαντικός και ουσιαστικός παράγοντας έχει ανάγκη να αξιοποιηθεί, τοποθετώντας κάθε άτομο στην αντίστοιχη θέση, εκεί που μπορεί να προσφέρει και να παράγει.
- Οι σωστές σχέσεις, η καλή συνεργασία συμβάλλουν στην έκβαση του αποτελέσματος με καλές συνθήκες.
- Όταν δεν υπάρχει οργάνωση, η επιχείρηση οδηγείται σε αδιέξοδα.
- Η ύπαρξη οργάνωσης καθορίζει τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του υπαλλήλου.
- Μειώνεται ο χρόνος της όλης διαδικασίας παροχής υπηρεσιών.
- Εξασφαλίζεται η προμήθεια και ο απαραίτητος εξοπλισμός.

- Εξασφαλίζονται οι υπηρεσίες προς τους πελάτες.¹⁹

Η ανάγκη για οργανωτική διάρθρωση δεν εξασφαλίζει ότι δεν θα υπάρξουν προβλήματα' κάθε οργάνωση έχει τα δικά της προβλήματα είτε ως προς την υλοποίηση των σκοπών, είτε προς την όχι ξεκάθαρη διάκριση των καθηκόντων, είτε προβλήματα που αφορούν τον χώρο και τα μέσα εργασίας, είτε με την κατανομή των ανθρώπων στις θέσεις που τους αρμόζουν, είτε προβλήματα και αδυναμίες των Διοικητικών στελεχών να σχεδιάζουν και να προγραμματίζουν σωστά, είτε γιατί δεν μπορούν να εκχωρούν εξουσία, είτε γιατί δεν υπάρχει εξουσία συνοδευόμενη από την ευθύνη, είτε γιατί δεν υπάρχει εκτίμηση των βοηθητικών τμημάτων, αντίθετα επικρατεί μία υποτίμηση τέλος γιατί εμφανίζονται προγράμματα υπεροργάνωσης με στόχο τη μεγιστοποίηση του αποτελέσματος που δεν ανταποκρίνονται ούτε στην επιχείρηση ούτε στην πραγματικότητα.²⁰

Τέλος θα μπορούσαμε να δώσουμε ακόμη έναν ορισμό της οργάνωσης με βάση τα παραπάνω.

Οργάνωση είναι η όλη διαδικασία με την οποία η συνολική εργασία διαιρείται σε επιμέρους καθήκοντα, κατανέμεται σε διαφορετικούς ανθρώπους, ελέγχονται οι δραστηριότητες των ανθρώπων και συνδέονται οι διάφορες εργασίες μεταξύ τους κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτυγχάνονται οι σκοποί του οργανισμού (επιχείρησης). Βέβαια η λειτουργία της οργάνωσης ασχολείται με τον καταμερισμό των εργασιών, δηλαδή ποιες δουλειές πρέπει να γίνουν για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και ποιοι θα αναλάβουν να τις

εκτελέσουν. Η εξειδίκευση των εργασιών γίνεται για την αποτελεσματική ανάθεση σε διαφορετικά πρόσωπα.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

5.1. Εισαγωγή

Η διαπίστωση της σημερινής κατάστασης των ελληνικών νοσοκομείων, δείχνει πόσο πρόχειρα αντιμετωπίστηκαν και με πόση αμέλεια κάλυψαν τις βασικές ανάγκες. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι ισχύει για όλα τα νοσοκομεία, αφού τα Πανεπιστημιακά των Πατρών, Ιωαννίνων και Ηρακλείου ξεχωρίζουν σε πολλά σημεία.

Τα περισσότερα νοσοκομεία στεγάζονται σε παλαιά κτίρια, τα οποία δεν είναι τα ιδανικά, αφού προορίζονται για άλλες χρήσεις.

Η έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού, φαίνεται καθαρά στην άνιση κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας παρά την ίδρυση με το Ν. 1579/85 Διεύθυνσης Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στο Υπουργείο Υγείας.²²

Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης οδηγεί στη μη αποτελεσματικότητα και δεν βοηθά την οικονομική αποδοτικότητα. Το ανθρώπινο δυναμικό αριθμητικά είναι μεγαλύτερο σε σχέση με άλλες εποχές, όμως δεν επαρκεί. Αυτό αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, που τα τελευταία 4 χρόνια «ακινητοποιήθηκαν» οι προσλήψεις.

Όσον αφορά την επιμόρφωση του προσωπικού, δεν υπάρχουν ούτε κίνητρα, ούτε προγράμματα. Το νέο νομοσχέδιο όμως Ν. 2195/94 αντιμετωπίζει την επιθυμία για μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των υπαλλήλων με τη δημιουργία ειδικής επιτροπής και Διεύθυνσης στο

Υπουργείο, η οποία θα χρηματοδοτηθεί από τους πόρους του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για όλα τα επαγγέλματα υγείας.

5.2. Τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Όλα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.¹² είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και περιλαμβάνουν στα πλαίσια τους το επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο με διετή θητεία. Το Δ.Σ. αποτελείται από:

- Τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και δύο μέλη με επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία διορισμένα από τον Υπουργό.
- Τον εκπρόσωπο των γιατρών του νοσοκομείου.
- Τον εκπρόσωπο των εργαζομένων του νοσοκομείου.
- Τον εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της περιοχής που ανήκει το νοσοκομείο.²³

Οι Πρόεδροι και Αντιπρόεδροι λαμβάνουν μισθό για νοσοκομεία άνω των 300 κλινών 200.000 δρχ.

Όσον αφορά τον συντονισμό και την εποπτεία των νοσοκομείων, δημοσίων και ιδιωτικών, υπήρξαν δύο νόμοι οι: Ν. 1397/83 και Ν. 2071/92, που προέβλεπαν να γίνονται (ο συντονισμός και η εποπτεία) από την Περιφερειακή Διεύθυνση Υγείας, τελικά όμως ο έλεγχος ασκείται από το Υπουργείο Υγείας και μόνο η έγκριση του προϋπολογισμού και οι προσλήψεις ανήκουν στη Διεύθυνση Υγιεινής των Νομαρχιών.

Είναι ανάγκη να πούμε ότι το Ελληνικό Διοικητικό Δίκαιο έχει επηρεαστεί από το Γαλλικό, οπότε ισχύουν τα ίδια σχεδόν πράγματα, ως προς το βαθμό αυτοδιοίκησης και τα μέσα ελέγχου δηλαδή τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας δεν λειτούργησαν ποτέ ενώ η Νομαρχιακή Διοίκηση δεν επεμβαίνει ανάμεσα στο Υπουργείο και το Νοσοκομείο (εκτός από τον προϋπολογισμό και τις προσλήψεις).²³

Επίσης η θέση του Συντονιστή, του Γενικού Διευθυντή (Ν. 1397/83 και Ν. 2071/92 αντίστοιχα) ενώ θεωρείται αναγκαία έγινε η σύσταση του με το Π.Δ. 259/ΦΕΚ 112/ 30.6.93 στα 29 μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας με μισθό 700.000 δρχ. (ο μέσος μηνιαίος μισθός των γιατρών είναι 350.000 δρχ. και για το υπόλοιπο προσωπικό 160.000 δρχ.) δεν προκηρύχθηκαν ποτέ.

Το 1986 δημιουργήθηκε το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων με το οποίο συντάχθηκαν και οι οργανισμοί των νοσοκομείων.

Έτσι, με βάση το Π.Δ. 87/1986 οι Υπηρεσίες των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

διακρίνονται σε:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική

Αργότερα, με το Ν. 2071/92 προστέθηκε και η Τεχνική Υπηρεσία η οποία δεν εφαρμόστηκε ποτέ.

Α. Ιατρική Υπηρεσία

Διακρίνεται στους εξής τομείς:

- α) Παθολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής

Η δύναμη των κλινών του κάθε τομέα εξαρτάται από την συνολική δύναμη κλινών του νοσοκομείου.²⁴

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά' γενικά όσα έχουν τουλάχιστον δύο τομείς: παθολογικό και χειρουργικό ενώ ειδικά αυτά που διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μία ειδικότητα. Πιο συγκεκριμένα θα λέγαμε:

Στα γενικά Νοσοκομεία:

- Παθολογικός τομέας μέχρι 60% της συνολικής δύναμης.
- Χειρουργικός τομέας μέχρι 60% της συνολικής δύναμης.
- Ψυχιατρικός τομέας μέχρι 10% της συνολικής

δύναμης.

Στα Ειδικά Νοσοκομεία:

- Ο τομέας κύριας ειδικότητας μέχρι 65-90% της συνολικής δύναμης.
- Ένας ή περισσότεροι τομείς με αντίστοιχη αναλογία

Γενικών Νοσοκομείων.

Ο κάθε τομέας έχει τμήματα ειδικότητας και ειδικές μονάδες που υπάγονται οργανικά στα τμήματα.²⁵

Στην Ιατρική Υπηρεσία υπάγεται το επιστημονικό προσωπικό (βιολόγοι, χημικοί, φαρμακοποιοί κ.λπ.) ενώ το φαρμακευτικό έγινε ανεξάρτητο με το Ν. 2071/92.

Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργούν εξωτερικά, τακτικά ιατρεία που δέχονται ασθενείς με προγραμματισμένα ραντεβού και εξωτερικά ιατρεία εφημερίας ως τμήματα επειγόντων περιστατικών τις ημέρες που εφημερεύει.

Τα εξωτερικά ιατρεία, τακτικά και εφημερίας, λειτουργούν με γιατρούς αντίστοιχων ειδικοτήτων που προσφέρουν τις υπηρεσίες εκ περιτροπής. Ο νόμος Ν. 2071/92 αναφέρεται στη σύσταση αυτοτελών τομέων επείγουσας και εντατικής ιατρικής, το οποίο δεν λειτούργησε σε κανένα νοσοκομείο. Η λειτουργία ενός τέτοιου τμήματος είναι πολύ σημαντική και απαραίτητη.

Η Ιατρική Υπηρεσία διοικείται από πενταμελή Επιστημονική Επιτροπή που εκλέγεται από τους ειδικευμένους και ειδικευόμενους γιατρούς των νοσοκομείων. Κέντρων Υγείας και περιφερειακών ιατρείων καθώς και των επιστημόνων της υπηρεσίας αυτής.

Αποτελείται από δύο Διευθυντές, έναν Επιμελητή Α', έναν Επιμελητή Β' και έναν ειδικευόμενο. Η θητεία είναι διετής και εγκρίνεται από το Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

Στις συνεδριάσεις της Επιτροπής συμμετέχουν και οι Διευθυντές τομέων χωρίς δικαίωμα ψήφου.

Η Επιστημονική Επιτροπή εκφράζει γνώμη για θέματα λειτουργίας του Νοσοκομείου σχετικά με την Ιατρική Υπηρεσία, εξοπλισμού, συντονισμού και ελέγχου στη μετεκπαίδευση των γιατρών καθώς και τη χορήγηση πιστοποιητικών άσκησης ειδικοτήτων.^{24,25}

Στα Γενικά ή στα Ειδικά Νοσοκομεία υπάρχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, εργαστήρια ή άλλες μονάδες που ανήκουν στον αντίστοιχο τομέα και στελεχώνονται από πανεπιστημιακό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Η δύναμη της Πανεπιστημιακής Κλινικής δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 45 κλίνες και ανήκει στον έλεγχο των αρμοδίων οργάνων των νοσοκομείων.

Τέλος, πάλι με το Ν. 2071/92 συστήνεται Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο δεν εφαρμόστηκε αντίστοιχα στα νοσοκομεία.

Β. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Αποτελεί Διεύθυνση που διαρθρώνεται σε τομείς και τμήματα αντίστοιχα της Ιατρικής Υπηρεσίας. Η Διευθύνουσα Αδελφή και οι προϊστάμενοι - ες των τομέων και τμημάτων διορίζονται κάθε τρία χρόνια από το Δ.Σ. και το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του νοσοκομείου σε σχέση με τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα. Το κάθε τμήμα καλύπτει 20 έως 45 κλίνες.

Υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο η Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται

από: (α) Τον / την Διευθυντή / τρία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως Πρόεδρο, (β) έναν Προϊστάμενο / η τμήματος κάθε τομέα, (γ) έναν διπλωματούχο τμήματος κάθε τομέα. Τα μέλη εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία και προτείνουν ή γνωμοδοτούν για κάθε θέμα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Όμως η Επιτροπή αυτή δεν έχει μεγάλη επιρροή όπως η Επιτροπή των γιατρών,

Γ. Διοικητική Υπηρεσία

Ανάλογα με τη δύναμη των κλινών υπάρχει η Διεύθυνση η οποία διακρίνεται σε Υποδιευθύνσεις και Τμήματα. Τα πρόσωπα όπως ο Διευθυντής, ο Υποδιευθυντής και οι Προϊστάμενοι των Τμημάτων και γραφείων ορίζονται από το Δ.Σ. και το Υ.Σ. με τριετή θητεία. Οι απολαβές τους (οι επιπλέον) δεν αποτελούν κίνητρο για να αυξήσουν την αποδοτικότητα τους, αφού κυμαίνονται από 3.000 έως 15.000 δρχ.

Ενώ οι νοσηλεύτριες / τες και τα παραϊατρικά επαγγέλματα (ορισμένα) παίρνουν ανθυγιεινό επίδομα 8.000 δρχ. που δεν είναι μεγάλο σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας τους.^{24,25}

Ο αριθμός των θέσεων προσωπικού στα νοσοκομεία ορίζεται με ποσοστά ως εξής:

1. 6-15% η Ιατρική Υπηρεσία
2. 35 - 45% η Νοσηλευτική Υπηρεσία
3. 35 - 40% η Διοικητική Υπηρεσία

Σε σχέση με τη συνολική δαπάνη των κλινών του νοσοκομείου πολλαπλασιάζονται με συντελεστή:

1. Για τα Γενικά Νοσοκομεία 2-3
2. Για τα Ειδικά Νοσοκομεία 1,8 - 2,8
3. Για τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία 0,5 - 2

ΣΤΟ Π.Δ. 87/86 (ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων) και στους επιμέρους Οργανισμούς των Νοσοκομείων περιγράφονται οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, τα προσόντα διορισμού των υπαλλήλων και η στελέχωση του νοσοκομείου.

Πέρα όμως από αυτό εμφανίζονται κάποια προβλήματα, γιατί τελικά δεν υπάρχει ξεκάθαρη περιγραφή των καθηκόντων και της θέσης εργασίας. Έπειτα το γεγονός ότι δεν υπάρχουν κίνητρα παραγωγικότητας όπως επίσης οι πειθαρχικές ποινές είναι σπάνιες από τα συμβούλια, γιατί και αυτές είναι αναγκαίες. Τέλος η έλλειψη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και παραγόμενου έργου γενικά. Είναι ανάγκη όμως να προσδιορίσουμε τις δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας στις εξής κατηγορίες:

- Συντονισμός λειτουργιών των άλλων υπηρεσιών.
- Υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών.
- Διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας.
- Φροντίδα αυτοδύναμης λειτουργίας και ανάπτυξης του νοσοκομείου.
- Εκπαίδευση στελεχών της διοικητικής υπηρεσίας' σε θέματα διοίκησης και διαχείρισης.

- Εκπαίδευση στελεχών όλου του νοσοκομείου σε θέματα που αφορούν τη σύγχρονη οργάνωση και διοίκηση.²⁵

5.3. Όργανα Διοίκησης

Η Πολιτεία στηρίζεται και εμπιστεύεται τη διοίκηση του Νοσοκομείου στο συλλογικό όργανο του Διοικητικού Συμβουλίου (Δ.Σ.).

Η ευθύνη για τον συντονισμό των υπηρεσιών βρίσκεται στα χέρια του διοικητικού διευθυντή ως εκτελεστικό όργανο ενώ συμβουλές παίρνει από το συμβουλευτικό όργανο της Επιστημονικής Επιτροπής.

5.3.1. Διοικητικό Συμβούλιο Νοσοκομείου

Όπως αναφέραμε τα διοικητικά συμβούλια είναι επταμελή με διετή θητεία και αποτελούνται:

1. Από τέσσερα (4) πρόσωπα με επιστημονική κατάρτιση και σχετική εμπειρία που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
2. Από έναν (1) εκπρόσωπο των ιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας που εκλέγεται απ' αυτούς.
3. Από έναν (1) εκπρόσωπο των υπολοίπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, κάτοχο μέσης σχολής που εκλέγεται απ' αυτούς.
4. Από έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής που ανήκει το νοσοκομείο, που ορίζεται από την Τοπική Ένωση Δήμων

και Κοινοτήτων Ελλάδος (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.)²⁶.

Το κάθε μέλος έχει αναπληρωτές' η θητεία των τακτικών και αναπληρωματικών είναι διετής και συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Από τον ίδιο ορίζεται ο Πρόεδρος και Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου. Βέβαια, αν για κάποιο" και οποιοδήποτε λόγο χρειαστεί, μπορεί κάποιο μέλος του Δ.Σ. να αντικατασταθεί για την υπόλοιπη θητεία και μέχρι τον ορισμό του αντικαταστάτη το συμβούλιο λειτουργεί με τα άλλα (υπόλοιπα) μέλη.

Ο νόμος Ν. 2519/21-8-1997 (πρόσφατος νόμος) έχει τροποποιήσει κάποια πράγματα όσον αφορά τη σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου ως εξής:

- Στο Δ.Σ. συμπεριλαμβάνεται και ο Γενικός Διευθυντής του Νοσοκομείου, ο οποίος αν δεν έχει διοριστεί, ορίζεται από τον Υπουργό ως μέλος, πτυχιούχος Α.Ε.Ι, ή Τ.Ε.Ι, με τα απαραίτητα προσόντα.
- Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζεται από τον Υπουργό ύστερα από τη γνώμη της Βουλής των Ελλήνων. Ο Πρόεδρος πρέπει να 'ναι κάτοχος πτυχίου Α.Ε.Ι, με πείρα, γνώσεις και ικανότητες σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης.

Όσον αφορά στα Νομαρχιακά νοσοκομεία, τα διοικητικά συμβούλια έχουν τις εξής τροποποιήσεις:

- Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζεται από τον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο, ύστερα από γνώμη του περιφερειακού Συμβουλίου. Ο Πρόεδρος πρέπει να 'ναι πτυχιούχος Α.Ε.Ι.,

με πείρα και ικανότητα.

- Δύο μέλη, ορίζονται από τον Γενικό Γραμματέα της αντίστοιχης Περιφέρειας και ένας από τους δύο, ως αντιπρόεδρος πτυχιούχος Α.Ε.Ι, ή Τ.Ε.Ι.
- Τέλος, συμπεριλαμβάνεται και ο Γενικός Διευθυντής(εάν υπάρχει).²⁶

5.3.2. Αρμοδιότητες του Δ.Σ. του Νοσοκομείου

Οι νόμοι 2592/53, 699/77, 1397/83 και 2519/97 προσδιορίζουν τις αρμοδιότητες του Δ.Σ. ως εξής:

(1) Διοικητικά - Οργανωτικά θέματα

- Προτάσεις για την αναμόρφωση, τροποποίηση και συμπλήρωση του οργανισμού του ιδρύματος στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας.
- Λαμβάνονται όλες οι αναγκαίες αποφάσεις για να συμπληρωθούν οι σκοποί και οι στόχοι του νοσοκομείου σε σχέση πάντα με τη γενικότερη πολιτική της υγείας η σωστή - αρμονική λειτουργία του Νοσοκομείου για να ανταποκρίνεται στην κοινωνική αποστολή του.

(2) Οικονομικά - Διαχειριστικά θέματα

- Η κινητή και ακίνητη περιουσία διαχειρίζεται από το Δ.Σ. του νοσοκομείου.
- Ψηφίζεται ο προϋπολογισμός και γίνονται οι αναγκαίες τροποποιήσεις. Έπειτα υποβάλλονται για έγκριση στο νομαρχιακό συμβούλιο.
- Ψηφίζεται ο ισολογισμός και ο απολογισμός και υποβάλλονται με έκθεση για την οικονομική κατάσταση του ιδρύματος στον αρμόδιο του

νομαρχιακού συμβουλίου για έγκριση.

- Οποιαδήποτε ανέγερση ή κατεδάφιση οικοδομήματος αποφασίζεται από το Δ.Σ. Κάθε αγορά ή πώληση ακινήτου, χρεογράφου, σύναψη κάθε δανείου, δωρεές κλπ.
- Αναθέτει σύνταξη τεχνικών μελετών σε μηχανικούς και αρχιτέκτονες (ιδιώτες), ύστερα από έγκριση του νομαρχιακού συμβουλίου, όταν αδυνατεί η υπηρεσία του Υπουργείου.
- Τέλος, αποφασίζει για την εκποίηση κινητών και ακινήτων περιουσιακών στοιχείων του νοσοκομείου και να τα επενδύσει πιο αποδοτικά καθώς να χαρακτηρίσει το παλαιό υλικό ως άχρηστο.²⁶

(3) Θέματα Προσωπικού

- Διορισμοί
 - ◆ Προτείνει το διορισμό του διοικητικού διευθυντή και της διευθύντριας της νοσηλευτικής υπηρεσίας.
 - ◆ Αποφασίζει να προσληφθούν σύμβουλοι όταν προβλέπονται από τις διατάξεις.
 - ◆ Αποφασίζει την προκήρυξη θέσεων γιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.
 - ◆ Διορίζει το νόμιμο προσωπικό εκτός των γιατρών του Ε.Σ.Υ.
- Μεταβολές υπηρεσιακής κατάστασης - Μετακινήσεις

Προσλαμβάνει μετά από πρόταση του διευθυντή, προσωρινό προσωπικό.

 - ◆ Εγκρίνει τις μετακινήσεις του προσωπικού που κάνει η διεύθυνση

εντός του νοσοκομείου.

- ◆ Μετατάσσει, προάγει, εντάσσει, απολύει το μόνιμο προσωπικό εκτός του δ. διευθυντή και της διευθύντριας της νοσηλευτικής υπηρεσίας.
- ◆ Εγκρίνει τα υπερωριακής απασχόλησης προγράμματα, αφού γίνει η εισήγηση του Γενικού Διευθυντή του νοσοκομείου και συγκροτείται επιτροπή για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου.

■ Άσκηση Πειθαρχικής Εξουσίας

- ◆ Άσκει πειθαρχική εξουσία στο προσωπικό του νοσοκομείου. Ενώ για τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. η πειθαρχική εξουσία ασκείται από το περιφερειακό συμβούλιο καθώς και το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο υγείας.

(4) Εκπροσώπηση του Νοσοκομείου

- Ο πρόεδρος του Δ.Σ. εκπροσωπεί το νοσοκομείο σε κάθε διοικητική και άλλη αρχή, στις διάφορες συναλλαγές ενώ όταν απουσιάζει αυτός, την εκπροσώπηση την έχει ο αντιπρόεδρος ή κάποιος σύμβουλος που ορίζεται από το Δ.Σ.
- Το Δ.Σ. αποφασίζει για το αν πρέπει να γίνουν (όταν χρειάζεται) αγωγές, δίκες και κάθε εξώδικη πράξη διορίζοντας πληρεξούσιο δικηγόρο.^{26,27}

5.3.3. Γενικός Διευθυντής

Με βάση τους νόμους Ν. 2071/1992 και 2519/1997 κάθε Γενικό Νοσοκομείο Ε.Σ.Υ. περιλαμβάνει θέση Γενικού Διευθυντού.

Για τη θέση Γενικού Διευθυντού, απαιτείται πτυχίο Α.Ε.Ι, με εμπειρία και ικανότητες σε θέματα διοίκησης - management και οργάνωσης. Έτσι δεν μπορούν να επιλεγούν οι υπάλληλοι του νοσοκομείου για Γενικοί Διευθυντές.

Ο Γενικός Διευθυντής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, η θητεία είναι 5 χρόνια, που μπορεί να ανανεώνεται.

Οι αρμοδιότητες είναι οι ακόλουθες:

- Προϊσταται σε όλες τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων που ανήκουν σ' αυτό.
- Είναι μέλος του Δ.Σ. του νοσοκομείου.
- Ασκεί ιεραρχικό έλεγχο σε όλο το προσωπικό.
- Τα θέματα του Δ.Σ. τα εισηγείται ο Γενικός Διευθυντής ενώ ταυτόχρονα φροντίζει και έχει την ευθύνη για την εφαρμογή των αποφάσεων του Δ.Σ.
- Φροντίζει για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του νοσοκομείου.
- Φροντίζει για το σχηματισμό του επιχειρησιακού σχεδιασμού και την υλοποίησή του.
- Φροντίζει για την εκτέλεση του προγράμματος προμηθειών του Νοσοκομείου σε σχέση με τις αποφάσεις του Δ.Σ.
- Τέλος, μεριμνά για την απόδοση της λειτουργίας του Νοσοκομείου τόσο ως

προς την ποιότητα όσο και ως προς την ποσότητα.

Επίσης, ο Ν. 2190/1994 θέτει ότι ο Γενικός Διευθυντής μπορεί να διοριστεί πρόεδρος του ειδικού υπηρεσιακού συμβουλίου.²⁷

5.3.4. Διοικητικός Διευθυντής

Με βάση τη νομοθεσία, ο Διοικητικός Διευθυντής είναι υπεύθυνος για την όλη λειτουργία των κρατικών νοσοκομείων, κάνοντας τις εισηγήσεις στο Δ.Σ. και εκτελώντας τις αποφάσεις του Δ.Σ.

Είναι ανάγκη να τονίσουμε ότι κανένας νόμος, ούτε νομοθετικό διάταγμα δεν προσδιορίζει τι πρέπει να κατέχει ο Διοικητικός Διευθυντής για να συντονίσει το δύσκολο έργο του νοσοκομείου. Αυτά που αναφέρονται είναι γενικά, που αφορούν την ικανότητα, το ήθος, τίτλους σπουδών που κρίνονται από το διοικητικό συμβούλιο.

Δηλαδή η διοίκηση των νοσοκομείων δεν γίνεται από άτομα εξειδικευμένα, πράγμα που δείχνει ότι δεν αντιμετωπίζεται σοβαρά από το κράτος.²⁸

5.3.5. Τα Διοικητικά Στελέχη

Μελετώντας ένα νοσοκομείο προσεκτικά, μπορούμε να δούμε ότι η απόδοση του, η βελτίωση του εξαρτάται από όλα τα στελέχη που το απαρτίζουν.

Όμως αν εξετάσουμε τη στελέχωση των διοικητικών υπηρεσιών θα δούμε ότι από τους 2.253 διοικητικούς υπαλλήλους της χώρας μας, οι 1.089

ανήκουν στην Α κατηγορία και οι 4.164 στη Β' κατηγορία. (Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε., Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής, 1985)

Η Α' κατηγορία αποτελείται από πτυχιούχους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ενώ η Β' κατηγορία όλους τους αποφοίτους της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Άρα, το μεγαλύτερο ποσοστό (που ανήκει στη Β' κατηγορία) έχει χαμηλό επίπεδο κατάρτισης, χωρίς να υπάρχει κάποιο πρόγραμμα για την εξειδίκευση τους.

Τέλος μπορούμε να πούμε ότι ορίζεται μία θέση συντονιστή για πέντε χρόνια α¹ ή β¹ βαθμού της ειδικής κατηγορίας θέσεων.

Έτσι διορίζονται άτομα πτυχιούχοι ανώτατης σχολής, με πείρα στη διοίκηση ή μετεκπαίδευση σε οργανωτικά θέματα νοσοκομείου' με καθήκοντα πλέον διοικητικού προϊσταμένου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, δηλαδή συντονίζει το έργο τους. Επίσης το Δ.Σ. μπορεί να του αναθέσει και αρμοδιότητες.^{27,28}

5.4. Αρμοδιότητες Υπηρεσιών και Τμημάτων

Οι αρμοδιότητες των Υπηρεσιών και των Τμημάτων ασκούνται με βάση τον κανονισμό της εσωτερικής λειτουργίας του νοσοκομείου, αφού δεν έχει εκδοθεί απόφαση από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Έτσι έχουμε ως εξής:

Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Προώθηση και προαγωγή της υγείας. Έρευνα και Εκπαίδευση.
2. Παροχή υπηρεσιών υγείας, προγραμματισμός αυτών και έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αρμοδιότητες Φαρμακευτικού Τμήματος

1. Ευθύνεται για τις προμήθειες, τη διατήρηση τους, την ταξινόμηση και Παρασκευή ιδιοσκευασμάτων.
2. Ελέγχει, χορηγεί, διανέμει και διαχειρίζεται το φαρμακευτικό και λοιπό υλικό αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ.
3. Έχει την ευθύνη του επιστημονικού ελέγχου του συνταγολογίου, να εκτελεί κάθε συνταγή και να ελέγχει τις συνταγές που εκτελούνται.

Αρμοδιότητες Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Παροχή νοσηλείας στους αρρώστους με βάση τη νοσηλευτική καθώς και τις συμβουλές των γιατρών.
2. Προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής.
3. Εκπαίδευση της νοσηλευτικής και έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών νοσηλευτικής.

Τμήμα Προσωπικού

1. Επιμελείται κάθε θέμα που αφορά την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού των νοσοκομείων και κέντρων υγείας (που ονήκουν σ' αυτό).
2. Εποπτεία και έλεγχος του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου και κέντρων υγείας.
3. Καταγράφονται οι ανάγκες σε προσωπικό και προωθούνται σχετικές εισηγήσεις για να ικανοποιηθούν.
4. Φυλάσσονται ως αρχές όλοι οι υπηρεσιακοί φάκελοι των υπαλλήλων.
5. Χορηγούν πιστοποιητικά υπηρεσιακής κατάστασης (όταν ζητηθούν).
6. Ενημερώνουν το προσωπικό για θέματα υπηρεσιακής κατάστασης και εξέλιξης με τους σχετικούς νόμους.
7. Ενημερώνουν το γραφείο μισθοδοσίας για κάθε υπερωριακή απασχόληση των υπαλλήλων.
8. Εγκρίνονται τα προγράμματα υπερωριακής απασχόλησης του προσωπικού.

Τμήμα Γραμματείας

1. Ρυθμίζει κάθε θέμα που σχετίζεται με την οργάνωση της γραμματειακής υποστήριξης του νοσοκομείου.
2. Τηρεί το γενικό πρωτόκολλο.
3. Διακινεί την αλληλογραφία και αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα που προκύπτει, στο έργο του νοσοκομείου.
4. Τηρεί γραμματειακή υποστήριξη σε όλα τα κλινικά και εργαστηριακά τμήματα.
5. Καταρτίζει προγράμματα εργασίας στους επιμελητές για ό,τι έχει σχέση με αλληλογραφία εντός και εκτός νοσοκομείου.
6. Τακτοποιεί και παράγει κάθε έγγραφο των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Τμήμα Κίνησης Αρρώστων

1. Εκδίδει εισιτήρια για την εισαγωγή των αρρώστων καθώς και τα εξιτήρια' τηρεί επίσης κατάλογο αναμονής εισαγωγής.
2. Τηρεί βιβλίο κενών κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή του με βάση τον κατάλογο αναμονής.
3. Επιμελείται όλη τη λογιστική παρακολούθηση που αφορά τους νοσηλευόμενους, τις δαπάνες νοσηλείας και εκδίδει δελτία παροχής υπηρεσιών.
4. Τηρεί βιβλίο ασθενών, οπότε δίνει ανάλογες πληροφορίες.
5. Κρατά όλα τα στατιστικά στοιχεία νοσηλευτικής κίνησης.
6. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους, ύστερα από σχετική αίτηση.

7. Ενημερώνει τους ασθενείς για το επισκεπτήριο, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.

Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων

1. Ευθύνεται για γραμματειακή στήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.
2. Υποδέχεται και εξυπηρετεί τους αρρώστους.
3. Τηρεί βιβλία κίνησης εξωτερικών ιατρείων.
4. Ρυθμίζει την προσέλευση τους καθώς και την επανεξέταση τους με προσυνεννόηση.
5. Χορηγεί πιστοποιητικά στους ασθενείς, ύστερα από αίτηση.
6. Ενημερώνει για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.
7. Φυλάσσει και ενημερώνει κάθε φορά τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων.
8. Συνεργάζεται με τα κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία σε ό,τι αφορά την υπηρεσία αυτή για τη σωστή παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Τμήμα ή Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας

1. Φροντίζει να συμπαρασταθεί στους νοσηλευόμενους σε κάθε κοινωνικό πρόβλημα.
2. Ψάχνει να εντοπίσει τα αίτια των προβλημάτων.
3. Προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά προβλήματα.
4. Συνεργάζεται με τα κέντρα υγείας για την έκβαση παρόμοιων θεμάτων.
5. Συμμετέχει σε προγράμματα για την κατ' οίκον νοσηλεία.

6. Συνεργάζεται και με άλλους φορείς που έχουν σχέση με την κοινωνική πολιτική στην περιοχή που ανήκει το νοσοκομείο.

Τμήμα Οικονομικό

1. Τηρεί όλα τα οικονομικά στοιχεία.
2. Ελέγχει το κόστος για να αξιολογήσει όλα τα δεδομένα του προϋπολογισμού.
3. Ενημερώνει τη Διεύθυνση για την όλη πορεία της οικονομίας καθώς και προτάσεις για τυχόν αποκλίσεις.
4. Κάνει οποιαδήποτε σύμβαση και την παρακολουθεί για το αν τηρείται σωστά.
5. Επεξεργάζεται όλα τα στοιχεία και καταρτίζει τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων και κέντρων υγείας.
6. Τακτοποιεί το σύνολο των δαπανών καθώς και την εκκαθάριση των αποδοχών των υπαλλήλων (νοσοκομείου και Κέντρων Υγείας).
7. Προμηθεύεται και διαχειρίζεται υλικά και εφόδια για τη λειτουργία του νοσοκομείου και Κέντρων Υγείας.
8. Τηρεί όλα τα λογιστικά βιβλία και εισπράττει τα έσοδα του Νοσοκομείου.
9. Τακτοποιεί τους ισολογισμούς και απολογισμούς νοσοκομείου και Κέντρων Υγείας.
10. Διαφυλάττει την περιουσία του νοσοκομείου.

Τμήμα Πληροφορικής-Οργάνωσης

1. Φροντίζει και έχει ευθύνη για την όλη μηχανογράφηση.
2. Επεξεργάζεται όλα τα μηχανογραφικά στατιστικά στοιχεία.
3. Μεταφέρει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες του νοσοκομείου προς το Υπουργείο Υγείας και σε κάθε αρμόδιο φορέα.
4. Φροντίζει να χρησιμοποιούνται σωστά όλα τα μέσα πληροφορικής.
5. Υποστηρίζει κάθε τμήμα που έχει ανάγκη κατά τη χρήση των μέσων πληροφορικής.
6. Καταγράφει κάθε ανάγκη και εισηγείται για να ικανοποιηθούν τα αιτήματα.

Τμήμα Διατροφής

1. Διαμορφώνει τα διατροφικά σχήματα των ασθενών και του προσωπικού.
2. Ενημερώνει όλους τους ασθενείς για την διαιτητική τους αγωγή.
3. Φροντίζει για όλες τις δραστηριότητες όλων όσων απασχολούνται με τα τρόφιμα από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωση τους.
4. Παρακολουθείται και ελέγχεται όλη η διαδικασία από την παρασκευή της τροφής μέχρι την διανομή της για την τήρηση των κανόνων υγιεινής σε συνεργασία με τους επόπτες δημόσιας υγείας.
5. Καταγράφονται όλες οι ανάγκες και γίνονται οι σχετικές εισηγήσεις για την ικανοποίηση αυτών.
6. Ευθύνεται για την παραλαβή και συντήρηση των τροφίμων.

7. Ευθύνεται για τη σωστή χρήση του εξοπλισμού του τμήματος.

Τμήμα Τεχνικού

1. Φροντίζει για τον προγραμματισμό και την εκτέλεση έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και βελτίωσης των κτιρίων και εγκαταστάσεων και εισηγείται ανάλογα.
2. Προμηθεύεται τον απαραίτητο εξοπλισμό.
3. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεση τους.
4. Φροντίζει για το πρόγραμμα εργασίας του προσωπικού του και για τις άδειες.
5. Έχει ευθύνη για τη λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, παροχής αερίων, παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία καθώς και για τον τεχνολογικό εξοπλισμό και των οχημάτων (ασθενοφόρων).

Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

1. Ευθύνεται για τη σωστή χρήση του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού.
2. Οργανώνει την τεχνική υποστήριξη.
3. Καταγράφει τις ανάγκες και προωθεί με ανάλογες εισηγήσεις για την ικανοποίησή τους.
4. Φροντίζει να εκπαιδεύει σωστά τους χρήστες για τον τρόπο χρήσης των ιατρικών μηχανημάτων.
5. Παρακολουθεί κάθε σύμβαση που αφορά τον εξοπλισμό.

Γραφείο Επιστάσεως

1. Κάθε θέμα σχετικό με την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου.
2. Φροντίζει για το όλο περιβάλλον του νοσοκομειακού χώρου.

Γραφείο Ιματισμού

1. Φροντίζει για τη διαφύλαξη, διανομή και επιδιόρθωση του ιματισμού του προσωπικού του νοσοκομείου.
2. Η καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του νοσοκομείου.
3. Εξυπηρετεί τους νοσηλευόμενους για τα θέματα ιματισμού.

Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών (τεχνολόγων)

Όλες οι δραστηριότητες των Τεχνολόγων των ιατρικών εργαστηρίων, χειριστών - εμφανιοτών, εργοθεραπευτών και φυσιοθεραπευτών εντάσσονται σ' αυτό το τμήμα. Οι ευθύνες τους αφορούν:

1. Ευθύνη για την κατάλληλη κατανομή του προσωπικού στα εργαστηριακά τμήματα.
2. Καταγραφή προβλημάτων και αναγκών και γίνονται οι σχετικές εισηγήσεις.³⁰

5.5. Χρηματοδότηση Δημοσίων Νοσοκομείων

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρηματοδότηση των Νοσοκομείων και πώς αυτή εξελίχθηκε. Έτσι στη δεκαετία του 70 τα Νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν

από την κοινωνική ασφάλιση ενώ το κόστος είχε ένα ρυθμιστικό ρόλο, δηλαδή οι ασφαλιστικοί φορείς καταβάλλουν ποσά με βάση το ημερήσιο νοσήλιο και όποτε υπήρχε ανάγκη για να συμπληρωθεί ο νοσοκομειακός προϋπολογισμός συνέβαλε το κράτος.

Το 1979 με το Π.Δ. 957/79 καθιερώνεται το κλειστό νοσήλιο με το οποίο αλλάζει το σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Όμως δεν υπολογίζονται οι συντελεστές που διαμορφώνουν το κόστος όπως: το είδος της ασθένειας, το πόσο σοβαρή είναι, ο ίδιος ο ασθενής (ηλικία και φύλο) καθώς οι υπηρεσίες που παρέχονται ως προς την ποιότητα και την ποσότητα. Άρα η τιμή του ημερήσιου κόστους νοσηλείας δεν φθάνει την πραγματική του τιμή αλλά πολύ πιο κάτω από το ημερήσιο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Έτσι με αυτές τις χαμηλές τιμές λειτουργούν οι ασφαλιστικοί φορείς που εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους τους.

Η όλη αυτή κίνηση που αποτελεί βασική πολιτική γραμμή των κυβερνήσεων αποσκοπεί στην επίτευξη ισορροπίας των προϋπολογισμών των τομέων, διατηρώντας σε χαμηλά επίπεδα τους δείκτες τιμών καταναλωτή και τον πληθωρισμό και μειώνοντας τον ιδιωτικό τομέα υγείας.³¹

Συνέπεια αυτής της πολιτικής ήταν να δημιουργηθούν ελλείμματα στους προϋπολογισμούς και ανάγκη για κρατική επιχορήγηση. Για το λόγο αυτό αποτελεί και την βασική πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Έτσι χαρακτηριστικά δείχνουμε ότι:

- 1981 ποσοστό επιχορήγησης 45,5%

- 1992 ποσοστό επιχορήγησης 78,1% και πτώση των νοσηλίων από τους

διάφορους ασφαλιστικούς φορείς από 38,9% το 1981 σε 8,3% το 1992.

Θα καταλήγαμε επομένως στο συμπέρασμα ότι το 74% του κόστους λειτουργίας (του νοσοκομείου) καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, το 13% από τα ασφαλιστικά ταμεία και το υπόλοιπο από διάφορες πηγές.

Το 1992 η τότε κυβέρνηση έκανε σημαντικές αυξήσεις στο κλειστό νοσήλιο που είναι σε μεγάλη απόσταση από την πραγματικότητα. Έτσι το νοσήλιο της Γ' θέσης ήταν:

Γ' θέση

- 1991 2.480
- 1992 8.000
- 1993 15.000

οπότε η κρατική επιχορήγηση μειώθηκε στο 70% και αυξήθηκαν τα έσοδα από τα

ταμεία σε 17%.

Πέρα όμως από τις δωρεές, κληρονομίες και περιουσίες, πρόσφατα τα νοσοκομεία έχουν τις άμεσες εισπράξεις από τους ίδιους τους ασθενείς, που στοιχίζουν 5.000 δρχ. για την εισαγωγή του (στο Νοσοκομείο) και 1.000 δρχ. για κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία.

Πάντως μ' αυτό το σύστημα, οι δαπάνες συνεχώς μεγαλώνουν, τα νοσοκομεία ζητούν ολοένα επιχορηγήσεις και τελικά το κόστος της

νοσοκομειακής περίθαλψης δεν παραμένει σε σταθερά επίπεδα.

Η διαδικασία επιχορήγησης ξεκινά από το Νοσοκομείο το οποίο ζητά κάθε Σεπτέμβριο και μέσω των Νομαρχιών και του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους τα λαμβάνει' ενώ το Υπουργείο Υγείας μέσω του προϋπολογισμού δημοσίων επενδύσεων χρηματοδοτεί για τις επενδύσεις (επενδύσεις που αφορούν τη βελτίωση των εγκαταστάσεων, εξοπλισμό).

Στην τιμή του κλειστού νοσηλίου, συμβάλλει το Υπουργείο Εμπορίου για να προσδιορίσει τις τιμές στα αγαθά και στις υπηρεσίες, τις προμήθειες δηλαδή του νοσοκομείου κάνοντας κάθε χρόνο πρόγραμμα για τις προμήθειες με διαγωνισμούς για υγειονομικό υλικό (καθετήρες, γάζες, φίλτρα), γραφική ύλη. Επίσης από αυτό (το Υπουργείο Εμπορίου) εξαρτάται και εγκρίνεται τελικά ή όχι η αγορά μηχανημάτων δύο εκατομμυρίων και άνω μέσω της Διεύθυνσης Βιοϊατρικής Τεχνολογίας του Υπουργείου Υγείας.^{30,31}

Όλα τα Νοσοκομεία απορροφούν το 51% των συνολικών δαπανών υγείας (3,8% του Α.Ε.Π.) και το 64% των Δημοσίων δαπανών. Αναλυτικά έχουμε:

- Η μισθοδοσία καλύπτει το 55% των εξόδων.
- Προμήθειες υλικού, φάρμακα, τρόφιμα 26%.
- Επενδύσεις 4%.
- Λειτουργικά έξοδα 3%.
- Λοιπά έξοδα 12%.

5.6. Το Λογιστικό Σχέδιο των Δημοσίων Νοσοκομείων

Το Υπουργείο Οικονομικών μέσω του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους εξέδωσε το 1982 τον «Κώδικα κατάταξης εσόδων και εξόδων» που χρησιμοποιείται απ' όλα τα Ν.Π.Δ.Δ. για την ομοιόμορφη καταγραφή των εσόδων και των δαπανών τους. Ο κώδικας αυτός, χρησιμοποιεί κωδικούς αριθμούς (Κ.Α.Ε.) που είναι επικεφαλείς ομάδων εσόδων - εξόδων και είναι δυνατόν να εμπλουτισθεί με νέους κωδικούς μέσα στις υποομάδες - λογαριασμούς. Έτσι αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των Ν.Π.Δ.Δ. για την ορθή οικονομική διαχείριση τους.

Η κάθε Νομαρχία στην οποία ανήκει το νοσοκομείο, όταν καταρτίζει τον προϋπολογισμό (κάθε χρόνο) του επόμενου έτους ενημερώνει με έγγραφο το Υπουργείο Οικονομικών - Γενικό Λογιστήριο του Κράτους για να τακτοποιήσει, να συμπληρώσει και να τροποποιήσει τον κώδικα κατάταξης των εσόδων και εξόδων του προϋπολογισμού των Ν.Π.Δ.Δ. Έτσι το νοσοκομείο ως Ν.Π.Δ.Δ. χρησιμοποιεί τον κώδικα και μ' αυτόν τους ανάλογους λογαριασμούς (ΚΑΕ).

Συγκρίνοντας τα έσοδα και έξοδα όπως αναφέραμε και προηγουμένως φαίνεται ότι το σύνολο των δαπανών προσωπικού και οι προμήθειες των νοσοκομείων καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια καλύπτουν τα τρόφιμα, φάρμακα και λειτουργικές δαπάνες (μισθώματα, μεταφορικά, ηλεκτρικό, νερό, τηλέφωνο, καθαριότητα

κ.λπ.). Ο στόχος του Υ.Υ.Π.Κ.Α. (για το 1995) ήταν η χρηματοδότηση μόνο των εξόδων για μισθούς ενώ τα υπόλοιπα θα καλύπτονται από τα νοσήλια και άλλα έσοδα. Εδώ πρέπει να πούμε ότι το δημόσιο λογιστικό δεν ασχολείται με τον καταμερισμό του κόστους σε άμεσο, έμμεσο, σταθερό ή μεταβλητό και πολύ περισσότερο με το κόστος του κάθε τμήματος.³²

Ένα τμήμα δαπανών εξοπλισμού - εγκαταστάσεων καλύπτεται από τις δημόσιες επενδύσεις (περίπου το 50%).

Η αδιαλλαξία και το γραφειοκρατικό σύστημα στο δημόσιο λογιστικό που βασίζεται στις νομικές διατάξεις χωρίς να υπάρχει ουσία, επιτείνεται από τη μορφή του ελέγχου που είναι κατασταλτικός και προληπτικός.

Αυτός ο έλεγχος εφαρμόζεται από Παρέδρους του Ελεγκτικού Συνεδρίου οι οποίοι ενώ έχουν γνώσεις νομικές και οικονομικές δεν γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες των Υπηρεσιών Υγείας' το αποτέλεσμα είναι να υπάρχουν καθυστερήσεις στις πληρωμές και να συγκρούονται τα στελέχη του νοσοκομείου.

Έτσι θα λέγαμε το ότι δεν υπάρχει ικανοποιητική εκπαίδευση και γνώση των Παρέδρων σε σχέση με το ρόλο τους και το ότι συχνά γίνονται μεταβολές στη διοίκηση κάνουν δύσκολη τη σύνταξη του προϋπολογισμού με ετήσια αντιαναπτυξιακή για το νοσοκομείο και πληκτική για τους συντάκτες διαδικασία.

5.7. Ο Προϋπολογισμός των Νοσοκομείων

Η σύνταξη του προϋπολογισμού γίνεται ιστορικά με βάση την προηγούμενη χρήση, τις ενδείξεις των αναγκών του νοσοκομείου και τις εκτιμήσεις για τις αυξήσεις της επόμενης χρήσης.

Ο νόμος 2071/92, προέβλεπε προϋπολογισμούς μηδενικής βάσης αλλά δεν εφαρμόστηκε, γιατί απαιτεί μια προετοιμασία (προηγούμενος).

Όμως θα λέγαμε, ότι παγκοσμίως, οι προϋπολογισμοί με βάση τη δραστηριότητα του νοσοκομείου (κατά περίπτωση, ασθένεια, ασθενή) είναι δύσκολο να βασισθεί στο ισχύον λογιστικό σύστημα.³³

Το μεγάλο μειονέκτημα στη σύνταξη των προϋπολογισμών είναι η αδυναμία παρακολούθησης της κατανάλωσης παρά μόνο των αγορών των συγκεκριμένων κωδικών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Νοσοκομείο Αγία Σοφία να εφαρμόσει αναλυτική λογιστική και κοστολόγηση παράλληλα με το δημόσιο λογιστικό.

Άλλο μειονέκτημα, είναι ότι δεν προηγείται αντίστοιχος νοσοκομειακός προϋπολογισμός ή δεν συγχρονίζεται με αυτόν της Νομαρχίας. Έτσι δεν εκτιμώνται σωστά οι ανάγκες. Επίσης δεν υπάρχει συμμετοχή και ενδιαφέρον από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στον σχηματισμό του οικονομικού σχεδίου' οπότε δημιουργείται πρόβλημα στην παρακολούθησή του.³³

Το αποτέλεσμα είναι ο προϋπολογισμός να ναι μία διοικητική πράξη και όχι ένα ολοκληρωμένο χρηματοοικονομικό σχέδιο.

Πάντως για τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι άγνωστο το σύστημα προϋπολογισμού επάνω σε σχεδιασμό - προγραμματισμό με αποτύπωση των στόχων και των μέτρων.

Η κατάρτιση του προϋπολογισμού είναι ευθύνη της Υποδιεύθυνσης ή του Οικονομικού τμήματος του νοσοκομείου, αλλά αναλαμβάνει ένας υπάλληλος την περίοδο του φθινοπώρου με βάση τον προηγούμενο. Απλά αναπροσαρμόζει τα διάφορα ποσά σε σχέση με τον αναμενόμενο πληθωρισμό.

Βέβαια δεν υπάρχει μετρήσιμος στόχος για νέα έσοδα ή για πλεόνασμα του προϋπολογισμού (έννοιες που συναντώνται σε άλλες χώρες). Αφού ολοκληρώνεται ο προϋπολογισμός, γίνεται η εισηγητική έκθεση και μαζί με τους πίνακες εσόδων και εξόδων εγκρίνονται από το Δ.Σ. του νοσοκομείου.

Όταν καταρτίζεται ο προϋπολογισμός εμφανίζονται προβλήματα διαχείρισης και ελέγχου στους λογαριασμούς, αφού τα έσοδα και έξοδα των νοσοκομείων αποκλίνουν από τα προϋπολογιζόμενα. Το βασικό είναι ότι δεν υπάρχει πραγματικός έλεγχος που να γίνεται στα λογιστικά συστήματα δηλαδή διπλογραφικό, ενιαίο, λογιστικό σχέδιο, ο οποίος όμως δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί με μονογραφικό λογιστικό τρόπο παρακολούθησης.

Όταν γίνεται ο απολογισμός μπορεί να καταγραφούν έσοδα από το προηγούμενο οικονομικό έτος, δηλαδή κάποιοι ασθενείς που νοσηλεύονται μία συγκεκριμένη χρονιά τα νοσήλια να εισπράττονται την επόμενη' αυτό μπορεί να

Γίνει και με τα έξοδα. Έτσι θεωρούνται απολογιστέα έξοδα τα χρήματα που πληρώθηκαν για αγορές υλικού και δεν καταναλώθηκαν.³⁴

Μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι δεν υπάρχουν κριτήρια παραγόμενου έργου και χρηματοδότηση των νοσοκομειακών προϋπολογισμών. Οπότε τα νοσοκομεία οδηγούνται σε μεγέθυνση των ελλειμμάτων τους και κάθε έλεγχος του κόστους είναι δύσκολος.

Ένας τακτικός υπάλληλος του Δημοσίου που εργάζεται στη Διεύθυνση Οικονομικών της Νομαρχίας (δεν υπάρχει νομαρχιακή ή περιφερειακή διαχειριστική ομάδα υγειονομικής περίθαλψης) προσπαθεί να ασκήσει έλεγχο στον προϋπολογισμό μιας μεγάλης επιχείρησης όπως το νοσοκομείο.

Η περικοπή του υποβληθέντος προϋπολογισμού, μπορεί να αποφασισθεί σε κεντρικό επίπεδο χωρίς να υπάρχει εκτίμηση αναγκών ή ουσιαστική διαπραγμάτευση. Η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων αξιολόγησης σε σχέση με το μέγεθος και την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών δεν έχουν εφαρμοστεί ακόμα. Τέλος η έννοια της οικονομίας κλίμακος που μετρά την αποδοτικότητα της νοσοκομειακής μονάδας είναι γνωστή μόνο σε ακαδημαϊκό χώρο.

5.8. Πληροφορικό Σύστημα Νοσοκομείου

Το 1974 ιδρύθηκε το Κέντρο Ηλεκτρονικού Υπολογιστή Κοινωνικών Υπηρεσιών (Κ.Η.Υ.Κ.Υ.) και λειτουργεί ως Ν.Π.Ι.Δ. Αναλαμβάνει

τις δουλειές, μηχανογραφημένων πακέτων των ασφαλιστικών ταμείων όπως Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α^{33,34}

Στο Υ.Υ.Π.ΚΑ λειτουργεί Διεύθυνση Πληροφορικής που συντονίζει τη μηχανοργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Η μηχανογράφηση του Υπουργείου είναι σε πρωτόγονη κατάσταση με εξαίρεση το τμήμα πληροφορικής του Κ.Ε.Σ.Υ. που επεξεργάζεται τα στατιστικά στοιχεία των νοσοκομείων και κέντρων υγείας και εξέδωσε για πρώτη φορά την «Επετηρίδα Υγείας» του 1992 μέσα από το πρόγραμμα «Ίπποκράτης».

Οι πρώτες προσπάθειες μηχανοργάνωσης στις διοικητικές και οικονομικές λειτουργίες έγιναν στο τέλος της δεκαετίας του 70 στο νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» και στον «Ευαγγελισμό» και εφάρμοζαν το διπλογραφικό σύστημα. Με το Ν. 1397/83 και την ένταξη αρκετών νοσοκομείων στο Ε.Σ.Υ., τη μηχανοργάνωση της μισθοδοσίας την ανέλαβε το Κ.Η.Υ.Κ.Υ.

Η πρώτη προσπάθεια μελέτης και παρουσίασης πληροφορικού συστήματος νοσοκομείου τύπου Α (διοικητική και οικονομική λειτουργία) έγινε το 1985 από το Υ.Υ.Π.ΚΑ, αφήνοντας για αργότερα την εφαρμογή τύπου Β (ιατρικός φάκελος ασθενή). Όλο αυτό το πρόγραμμα εγκρίθηκε από τα Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για χρηματοδότηση. Η εφαρμογή αφορούσε 15 νοσοκομεία - πιλότους της χώρας, μεταξύ αυτών τα δύο που αναφέραμε.

Την επίβλεψη του λογισμικού ανέλαβε το Κ.Η.Υ.Κ.Υ. σε συνεργασία με ιδιωτικές εταιρείες κάνοντας ενιαιοποίηση εντύπων που θα χρησιμοποιούσαν

τα νοσοκομεία. Ο εξοπλισμός αυτός έχει αγορασθεί από τα 15 νοσοκομεία αλλά δεν χρησιμοποιείται πλήρως.³⁵

Σημασία έχει ότι εκτός από τα νοσοκομεία Παίδων και Ευαγγελισμού δεν υπάρχει ολοκληρωμένο πληροφορικό σύστημα νοσοκομείου στην διοικητική λειτουργία και στον ιατρικό φάκελο ασθενή. Βέβαια υπάρχουν ορισμένα που έχουν αναπτύξει τα δικά τους δίκτυα διοικητικών εφαρμογών όπως το Κρατικό του Πειραιά, Μεταξά, ΑΧΕΠΑ, Ιπποκράτειο, Παίδων Πεντέλης.

Το Κ.Η.Υ.Κ.Υ. μαζί με ιδιωτικές εταιρείες ανέλαβε (τελευταία) το software με ταυτόχρονη ανάπτυξη της κάρτας υγείας που θα 'χει κάθε πολίτης με τον αριθμό μητρώου του και θα ενημερώνεται κάθε φορά που κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας.

Τέλος η Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το τμήμα στατιστικής του Υ.Π.Κ.Α. που ανήκει στην Ε.Σ.Υ.Ε. συλλέγουν στατιστικά στοιχεία νοσηλευτικής και οικονομικής κίνησης καθώς στοιχεία από το προσωπικό των νοσοκομείων. Η επεξεργασία των στοιχείων αυτών θεωρείται απαραίτητη και αναγκαία.

5.9. Το Προσωπικό των Νοσοκομείων

Είναι αναμφίβολο το γεγονός ότι τα συστήματα υγείας, βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ανθρώπινους πόρους που θεωρούνται εντάσεως εργασίας ενώ σε άλλους τομείς της βιομηχανικής παραγωγής θεωρούνται εντάσεως κεφαλαίου. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό ως

συντελεστής εργασίας αποτελεί τη σημαντικότερη και μεγαλύτερη εισροή, αφού απορροφά τους περισσότερους οικονομικούς πόρους. Δίκαια λοιπόν αποτελεί το θεμέλιο για να αναπτυχθούν μέθοδοι αποτελεσματικότητας και αποδοτικότερης χρήσης των πόρων σ' ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Ο Baker (1980) πιστεύει ότι χρειάζονται περισσότερα χρόνια για να εκπαιδευτεί ένας γιατρός από ό,τι για να κτισθεί ένα νοσοκομείο. Επίσης οι ανθρωπίνι πόροι, απορροφούν το 60% του προϋπολογισμού των μονάδων υγείας. Αν γίνει όμως σωστή διαχείριση, οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και τα άλλα επαγγέλματα υγείας μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και την όλη απόδοση του έργου τους.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε αύξηση του ιατρικού προσωπικού των ελληνικών νοσοκομείων. Ο συνολικός αριθμός νοσοκομειακών γιατρών αυξήθηκε κατά 50% περίπου. Αυτή όμως η αύξηση είναι πολύ μεγάλη αν αναλογισθούμε τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών που έχει μειωθεί.

Οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες διπλασιάστηκαν και η απασχόληση στα νοσοκομεία αυξήθηκε κατά 60% περίπου.³⁵

Εντύπωση προκαλεί η διαφορά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα η αναλογία είναι η εξής:

Για τα δημόσια: ένας (1) γιατρός ανά δύο κλίνες, μία νοσηλεύτρια και ένας απασχολούμενος από το υπόλοιπο προσωπικό για κάθε κλίνη. Για τα ιδιωτικά: ένας (1) γιατρός ανά πέντε (5) κλίνες, μία νοσηλεύτρια ανά τρεις και ένας από το υπόλοιπο προσωπικό για κάθε τέσσερις κλίνες.

Βέβαια, πρέπει να επισημάνουμε ότι τα νοσοκομεία στον ιδιωτικό φορέα δεν τοποθετούν στο μόνιμο προσωπικό τους γιατρούς τους, γιατί τους θεωρούν εξωτερικούς συνεργάτες σε συγκεκριμένες επεμβάσεις και ασθενείς. Δημιουργείται, όμως το πρόβλημα ως προς την ποιότητα παροχής υπηρεσιών εξαιτίας του μικρού μεγέθους των ιδιωτικών κλινικών.

Εντύπωση προκαλούν η κατανομή των νοσοκομειακών γιατρών και του προσωπικού στις περιφέρειες.

Η Απική, η Κ. Μακεδονία, η Ήπειρος, η Δ. Ελλάδα, η Κρήτη δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα σε σχέση με τα Νησιά, τη Δ. Μακεδονία, τη Θράκη, τη Στερεά Ελλάδα και την Πελοπόννησο (εκτός Αχαΐας).

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό, παρατηρείται άνιση κατανομή' όμως με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. το 1983 υπάρχει βελτίωση τόσο ως προς το ιατρικό όσο και ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στα στρατιωτικά νοσοκομεία, στο 66% των κλινών της Αττικής, απασχολείται το 83% του ιατρικού προσωπικού των στρατιωτικών Νοσοκομείων. Η αναλογία 1 γιατρός ανά 2 κλίνες στην Αττική είναι η ίδια με την αντιστοιχία του Ε.Σ.Υ. και μειώνεται στην υπόλοιπη Ελλάδα που έχει ελλείψεις ιατρικού προσωπικού στα στρατιωτικά νοσοκομεία και στη Θεσσαλονίκη.

Όσον αφορά την αμοιβή τους, αυτή είναι σύμφωνα με το ενιαίο μισθολόγιο που ισχύει με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. και τις προσαυξήσεις από την Α.Τ.Α. που καλύπτει κατά κάποιο τρόπο τον πληθωρισμό. Βέβαια, οι γιατροί,

παραπονιούνται ότι οι μισθοί είναι χαμηλοί και δεν μπορούν να αποτελέσουν κίνητρο για να αυξηθεί η παραγωγικότητα. Έτσι παρατηρείται και το φαινόμενο της παραοικονομίας με τις αντιηθικές και αντιδεοντολογικές συναλλαγές που είναι τα «φακελάκια». Το υπόλοιπο προσωπικό ακολουθεί το ενιαίο μισθολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων το οποίο είναι κι αυτό χωρίς κίνητρα για την απόδοση των εργαζομένων.

Τέλος θα λέγαμε ότι δεν υπάρχει αξιολόγηση, που να αφορά κρίση, επανάκριση ή προαγωγή του κάθε επαγγελματία της υγείας.

5.10. Παλαιά και νέα προβλήματα του Ε.Σ.Υ.

Στα 10 χρόνια λειτουργίας του Ε.Σ.Υ., δεν έχει γίνει καμία συνολική αποτίμηση, γιατί δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα, γιατί δεν υπάρχει θεωρητική και επιστημονική βάση για το σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας ούτε επιστημονική κοινότητα για να οργανώσει συστηματικές μελέτες αξιολόγησης. (Υπάρχουν όμως κάποιες μελέτες από μεμονωμένους επιστήμονες που δίνουν αρκετές πληροφορίες).

Από τα κυριότερα προβλήματα όπως είπαμε και προηγουμένως είναι ότι — δεν υπάρχει ενιαία και συγκροτημένη πολιτική υγείας, δηλαδή προβλήματα που υπήρχαν πριν την εισαγωγή του Ε.Σ.Υ. υπάρχουν και σήμερα γιατί οι επεμβάσεις που ήταν να γίνουν δεν έγιναν και όσες άρχισαν διακόπηκαν.

Μπορούμε να αναφέρουμε μερικά από αυτά τα προβλήματα κυρίως στην οργάνωση και διοίκηση του συστήματος καθώς την ισότητα, την

αποτελεσματικότητα και την ποιότητα παροχής του συστήματος.

1. Προβλήματα Ανάπτυξης και Οργάνωσης του Συστήματος

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι υποανάπτυκτη παρά το ότι υπάρχουν και λειτουργούν τα Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές. Το αποτέλεσμα είναι να εμφανίζεται η ανεξέλεγκτη ροή ασθενών τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα με άνιση κατανομή και χρήση των πόρων. Οι κυβερνήσεις δεν πέτυχαν να αναπτύξουν το θεσμό του Γενικού Οικογενειακού γιατρού οπότε δεν υπάρχει «φίλτρο» στο σύστημα που να παραπέμπει τους ασθενείς και τελικά αυτοί (οι ασθενείς) να αυτοπαραπέμπονται ανεξέλεγκτα με άλλες αρνητικές συνέπειες στην παρακολούθηση των ασθενών. Ο προγραμματισμός, η διοίκηση και διαχείριση του συστήματος υπερσυγκεντρώνεται και παραμένουν λειτουργίες του Υπουργείου Υγείας. Η ανάπτυξη των περιφερειακών και νομαρχιακών συμβουλίων υγείας δεν υλοποιήθηκαν ποτέ. Έτσι συνεχίζονται οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, αφού δεν υπάρχει η αντιπροσώπευση στη διοίκηση ούτε το management σε τοπικό επίπεδο για να κατευθύνει και να καθορίσει τις ανάγκες υγείας. Δεν υπάρχουν μέθοδοι σχεδιασμού και διοίκησης στα Νοσοκομεία. Ο θεσμός του γενικού μάνατζερ δεν οργανώθηκε ούτε θεσπίστηκε ποτέ. Οι Πρόεδροι των Δ.Σ. εκλέγονται με πολιτικά κριτήρια και επιρροές από την τοπική κοινωνία, χωρίς να έχουν γνώση του αντικειμένου που αναλαμβάνουν.

Τέλος, δεν υπάρχει ορθή κατανομή των οικονομικών πόρων. Δεν υπήρξε ποτέ μία συγκεκριμένη διαδικασία που να κατανέμει τους πόρους με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού.³⁴

2. Προβλήματα Ισότητας

■ Στη διάρκεια του 1980, είχαμε κάποιες βελτιώσεις ως προς την κατανομή και τη χρήση των πόρων γεωγραφικά και περιφερειακά αλλά δεν παύουν να υπάρχουν ως προβλήματα. Στο πρόβλημα αυτό αν προστεθεί και το ότι δεν γίνεται βαθειά ανάλυση των αναγκών υγείας τότε θα εντοπίσουμε την πραγματική ανισότητα που υπάρχει.

Θα λέγαμε ότι τα προγράμματα για την πρόληψη και βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού είναι περιορισμένα και δεν αναπτύχθηκαν για ομάδες πληθυσμού όπως ηλικιωμένοι, άνεργοι, άτομα με ειδικές ανάγκες κ.λπ.

Τέλος, ανισότητα παρατηρείται ως προς την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας

λόγω της ύπαρξης πολλών και διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων. Αφού αρκετοί κλάδοι ασφαλιστικών ταμείων διατηρήθηκαν παρέχονται διαφορετικά επίπεδα περίθαλψης.

3. Προβλήματα Αποτελεσματικότητας

Πρέπει να πούμε, ότι η Ελλάδα σύμφωνα με διεθνείς συγκρίσεις ενώ έχει χαμηλό επίπεδο δαπανών υγείας έχει καλούς δείκτες υγείας όπως το προσδόκιμο επιβίωσης και η βρεφική θνησιμότητα. Στις δαπάνες υγείας δεν περιλαμβάνονται οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες και η παραοικονομία στον τομέα της υγείας.

■ Στο θέμα της χρηματοδότησης, θα λέγαμε ότι αυτός (η χρηματοδότηση) προκύπτει με βάση τις ανάγκες χωρίς να 'χει προηγουμένως προϋπολογισμό που θα βοηθούσε στον έλεγχο του κόστους' και υπάρχει αναποτελεσματικότητα γιατί δεν έχουμε έλεγχο κόστους ούτε στη ζήτηση, ούτε στην προσφορά.

Στα νοσοκομεία, δεν υπάρχει σφαιρικός προϋπολογισμός (global budget) οπότε δεν μπορεί να ναι αποτελεσματική η διαχείριση των οικονομικών πόρων εξάλλου, το λογιστικό σύστημα είναι ανεπαρκές, η γραφειοκρατία έντονη, η ιατρική τεχνολογία δεν αξιολογείται και ο κρατικός μηχανισμός χρηματοδότησης χρονοβόρος.³⁴

Σε τέτοια δεδομένα κινείται η πολιτική τιμολογίου των νοσοκομείων (για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους ασφαλισμένους των δημόσιων ταμείων). Τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν (τα νοσοκομεία) συγκεκριμένο ποσό ανά ημέρα νοσηλείας για να καλύψει το κόστος του νοσοκομείου μαζί με τις επιπρόσθετες χρεώσεις για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες το νοσοκομείο' όμως το νοσήλιο που καταβάλλεται είναι πολύ μικρότερο του πραγματικού. Έτσι είναι ανάγκη να καθιερωθεί ένα σύστημα πληρωμών και

τιμολόγησης των ιατρικών πράξεων που να διαπραγματεύεται μεταξύ του νοσοκομείου (προμηθευτής) και των ασφαλιστικών ταμείων ή όταν θα δημιουργηθεί ενιαίος φορέας (αγοραστής).

4. Η Ποιότητα της Φροντίδας

Για τα ελληνικά δεδομένα το στοιχείο της φροντίδας είναι ελλιπές, δεν γίνονται έλεγχοι κλινικών των ιατρικών πράξεων. Οπότε τέτοια προγράμματα που να αφορούν έλεγχο σε συνδυασμό με πληροφορικό σύστημα για τήρηση ιατρικών φακέλων των ασθενών είναι αναγκαία.

5.11. Ανάγκη για Αναμόρφωση

Α. Βασικοί σκοποί και αρχές

Στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας και τις οργανωτικές αδυναμίες μπορούμε να θέσουμε τις προτεινόμενες επεμβάσεις όπως:

- Κοινωνική Αλληλεγγύη

Όλο το σύστημα υγείας πρέπει να προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη για να καλύψει τις απαραίτητες υπηρεσίες σε όλο τον πληθυσμό.

- Ισότητα

Απαραίτητη είναι η διασφάλιση ισότητας παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας' για να μπορούν οι πολίτες να 'χουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και οι υπηρεσίες θα χρηματοδοτούνται από όλο τον πληθυσμό

ανάλογα με το εισόδημα τους.

- Αποδοτικότητα

Θα πρέπει (το σύστημα) να αποδίδει σε σχέση με τους πόρους που κατανέμονται στα επίπεδα φροντίδας.

- Δομή και Οργάνωση του Συστήματος

Ανάγκη, το σύστημα να αναδιοργανωθεί σε μία βάση πιο ευέλικτη και η βελτίωση της διοίκησης να 'ναι ο κύριος στόχος.

- Δημόσια Υγεία

Ανάγκη για ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, προαγωγής αυτής και εκπαίδευση.

B. Ουσιαστικές και Καθοριστικές Κατευθύνσεις για την Αναμόρφωση

- Οργανωμένη Χρηματοδότηση

Πηγή της χρηματοδότησης πρέπει να θεωρηθεί και να εφαρμοστεί η αναλογία γενικής φορολογίας και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Ως προς τη διοίκηση και διαχείριση του τρόπου χρηματοδότησης να δημιουργηθεί ενιαίος εθνικός ασφαλιστικός φορέας. Σκοπός του θα 'ναι να συγκεντρώνει πόρους από εισφορές και να υπάρχει γενική φορολογία' να διαπραγματεύεται τις τιμές με τους προμηθευτές και να κατανέμει τους οικονομικούς πόρους σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Τέλος, να γίνονται κεφαλαιουχικές επενδύσεις στα νοσοκομεία και να εισάγεται υψηλή τεχνολογία.

- Αποκέντρωση, Διοίκηση και Προγραμματισμός

Ανάγκη ύπαρξης της αποκεντρωμένης διοίκησης και του προγραμματισμού. Να υπάρχουν περιφερειακά και τοπικά συμβούλια υγείας που να ευθύνονται για τη σύνδεση των μονάδων υγείας του δεύτερου και τρίτου βαθμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Διοικητική μεταρρύθμιση σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο' ανάγκη εισαγωγής του θεσμού του γενικού διευθυντή. Για την καλύτερη διοίκηση και διαχείριση του συστήματος υγείας χρειάζονται θεσμοί και όργανα όπως το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, η Εθνική Επιτροπή Υγείας, ο Διευθυντής Δημόσιας Υγείας, Μονάδα για το Σχεδιασμό της Πολιτικής Υγείας, Διεύθυνση Πληροφορικών Συστημάτων και Μηχανοργάνωσης, Μονάδα Αξιολόγησης της Ιατρικής Τεχνολογίας και διάφορα άλλα τμήματα και διευθύνσεις.

Τέλος, το νοσοκομείο μπορεί και πρέπει να αποτελέσει την αυτόνομη μονάδα του οργανισμού.

- Αναθεώρηση των Όρων Απασχόλησης Ιατρικού και Λοιπού Προσωπικού

Πρέπει να αναθεωρηθεί ο θεσμός για την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση του ιατρικού προσωπικού με ταυτόχρονη ανάπτυξη κινήτρων και δεικτών παραγωγικότητας. Να αλλάξει ο τρόπος αμοιβής τους (νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού). Να ληφθεί υπόψη ο μεγάλος αριθμός

των γιατρών και ο μικρός αριθμός των νοσηλευτών / τριών. Τέλος, να υπάρχει εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και επιμορφωτικά συνέδρια, σεμινάρια όλων των επαγγελματιών υγείας.

- **Εισαγωγή του Οικογενειακού Γιατρού**

Θα αποτελέσει μεγάλη μεταρρύθμιση αν εισαχθεί ο οικογενειακός γιατρός καθώς η ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας και στις αστικές περιοχές και όχι μόνο στις αγροτικές.

5.12. Προτάσεις από ξένους εμπειρογνώμονες

Παράλληλα με τις δικές μας προτάσεις καταθέτουμε και τις προτάσεις της Επιτροπής ξένων εμπειρογνομόνων που παρουσιάζουν αρκετό ενδιαφέρον.

- **Προσδιορισμός Γεωγραφικών Περιφερειών**

Ο καθορισμός των γεωγραφικών και υγειονομικών περιφερειών σε σχέση πρώτα με τον πληθυσμό αλλά και με παράγοντες όπως συγκοινωνίες και υγειονομική υποδομή κ.λπ.

Θα λέγαμε όμως ότι οι σημερινές νομαρχίες είναι πολύ μικρές για να αποτελέσουν περιφέρειες.

- **Η σπουδαιότητα και ο ρόλος των Περιφερειών και Περιφερειακών Φορέων**

Οι αρμοδιότητες, πρέπει να μεταφερθούν στην περιφέρεια (από το κέντρο). Η δημιουργία Ενοποιημένου Ταμείου Υγείας βοηθά τη χρηματοδότηση (των νοσοκομείων) να γίνεται από τους περιφερειακούς φορείς που (αυτοί) αποφασίζουν από ποιους και τι είδους υπηρεσίες θα αγοράζουν.

Αυτοί (οι περιφερειακοί φορείς) θα λογοδοτούν στο κέντρο για το σχεδιασμό της πολιτικής υγείας, την κατανομή των πόρων και την αποτίμηση της απόδοσης του συστήματος υγείας στις περιφέρειες. Γίνεται επίσης πρόταση, να τοποθετηθεί ένας ελεγκτής ανά περιφέρεια από τον Υπουργό Υγείας για πέντε (5) χρόνια που θα αντιμετωπίζει τα παράπονα του κοινού.

- Περιφερειακοί Φορείς

Τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια (ΠΥΣ) ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, υπόλογα στο ενοποιημένο ταμείο θα ελέγχουν τους περιφερειακούς φορείς, (διάγραμμα 5.9.)

- Χρηματοδότηση των Νοσοκομείων

Η χρηματοδότηση να γίνεται από τα περιφερειακά όργανα του Ενιαίου Φορέα Υγείας με ενιαίο προϋπολογισμό και συγκεκριμένους στόχους για αποδοτικότητα.

- Νομική Υπόσταση του Νοσοκομείου

Τα νοσοκομεία, αποκτούν νομική υπόσταση, γίνονται ανώνυμες εταιρείες, με 99% των μετοχών στο κράτος και 1% στην τοπική αυτοδιοίκηση.

- Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου

Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων πρέπει να αποτελούνται από μέλη με κοινωνική επιφάνεια, ικανότητες και γνώσεις ενώ το προσωπικό δεν πρέπει να συμμετέχει με δικαίωμα ψήφου.

- Οι λειτουργίες του Δ.Σ. του Νοσοκομείου

Αυτές πρέπει να αφορούν:

1. Σχεδιασμό της πολιτικής του νοσοκομείου.
2. Επιλογή υπηρεσιών που θα παρέχονται.
3. Παρακολούθηση της απόδοσης του νοσοκομείου.
4. Μεταβίβαση εκτελεστικών αρμοδιοτήτων στο Γενικό Διευθυντή.
5. Δημιουργία μηχανισμών για τη συμμετοχή του προσωπικού στην όλη λειτουργία του νοσοκομείου.

- Ο Γενικός Διευθυντής του Νοσοκομείου

Ανάγκη για διορισμό Γενικού Διευθυντή με πλήρη απασχόληση, αρμοδιότητες ουσιαστικές και θα λογοδοτεί στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

- Λογοδοσία των Νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία λογοδοτούν στα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια (ΠΥΣ) τα οποία με τη σειρά τους λογοδοτούν στο Ενοποιημένο Ταμείο.

- Ιατρικό Προσωπικό Νοσοκομειακής Περίθαλψης

Η συμβουλευτική επιτροπή θα εκλέγεται από το ιατρικό προσωπικό και θα αντικαταστεί την επιστημονική επιτροπή.

Ενώ για τις θέσεις εργασίας και τον έλεγχο πρέπει να υπάρχουν οι εξής αρχές:

- ◆ Προκήρυξη (των θέσεων) με ανοιχτή διαδικασία.
- ◆ Ο κάθε γιατρός για την απόδοση του να αξιολογείται.
- ◆ Αξιολόγηση σε συνδυασμό με κίνητρα και κυρώσεις όταν χρειάζεται.
- ◆ Παραγωγή με βάση την απόδοση και την ικανότητα, ενώ όσοι

κρίνονται

για ανεπάρκεια ικανοτήτων να απομακρύνονται. Οι προσλήψεις και οι προαγωγές να γίνονται από ειδικές επιτροπές που θα προεδρεύει ο Πρόεδρος του Δ.Σ. και θα συμμετέχει κάποιος εκπρόσωπος των γιατρών. Οι επιτροπές αυτές θα προέρχονται από εξωτερικούς κριτές και θα επιλέγονται από ιατρούς της ειδικότητας και όχι από τα νοσοκομεία.³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 MANAGEMENT

6.1. Εισαγωγή

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, προκύπτει ότι η ανταπόκριση του Συστήματος Υγείας, αλλά και των Ελληνικών Νοσοκομείων (συγκεκριμένα) στα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να πληρούν οι Υπηρεσίες Υγείας δεν είναι ικανοποιητικές, αφού η χωροθέτησή τους δεν είναι πάντα η καλύτερη δυνατή και οι κτιριακές εγκαταστάσεις παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις. Ο εξοπλισμός δεν καλύπτει όλες τις σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές απαιτήσεις. Επίσης το ανθρώπινο δυναμικό δεν είναι επαρκές σε όλους τους κλάδους ενώ οι συγκεκριμένες συνθήκες κάτω από τις οποίες καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του, το αναγκάζουν να μην είναι αποτελεσματικό στον αναγκαίο βαθμό.³⁶

Θα λέγαμε επομένως ότι το Υγειονομικό Σύστημα στην Ελλάδα περνά κρίση. Αυτό που καλούμαστε εμείς να κάνουμε είναι να κατανοήσουμε τα προβλήματα δίνοντας τα αξιολογικά τη σημασία τους και βέβαια να περάσουμε τη φάση των διαπιστώσεων και να θέσουμε προτάσεις δημιουργώντας αντιπαραθέσεις' αυτό είναι καλό και αναγκαίο, γιατί μέσα από τις αντιθέσεις δημιουργούνται οι συνθέσεις και δίνουμε λύσεις σωστές.

Αν στα πιο πάνω προβλήματα, προσθέσουμε την κρίση της υπερκοστολόγησής, την κρίση της ποιότητας στο ξενοδοχειακό, επίπεδο καθώς και

στο επίπεδο ετοιμότητας του Συστήματος να παρέχει τις υπηρεσίες θεωρείται επιτακτική η ανάγκη της αναζήτησης αλλά και εφαρμογής ορθολογικής διοίκησης και διαχείρισης των Ελληνικών Νοσοκομείων. Δηλαδή να γίνει η **εισαγωγή του management στα Νοσοκομεία.**

Έτσι στα πλαίσια του Νοσοκομείου μέσα στον οργανισμό του, για να 'ναι αποτελεσματικός πρέπει να μπορεί να κάνει αξιολόγηση. Είτε αξιολόγηση των ανθρώπων, του προσωπικού, είτε του προϊόντος δηλαδή των εκροών του Νοσοκομείου. Όμως αξιολόγηση χωρίς μηχανοργάνωση δεν γίνεται, όπως και χωρίς μηχανοργάνωση δεν μπορεί να εφαρμοστεί ένα δημιουργικό λογιστικό σύστημα για να ξεφύγουμε απ' τη γραφειοκρατική νοοτροπία.³⁷

Αυτά, όμως προϋποθέτουν λειτουργική ευελιξία, πράγμα που δεν μπορεί να γίνει με το καθεστώς του Ν.Π.Δ.Δ., άρα πρέπει να μετατραπούν τα νοσηλευτικά ιδρύματα σε κρατικές ανώνυμες εταιρείες.

Έτσι θα μπορεί να υπάρξει η νομική δυνατότητα εφαρμογής των αρχών του επιστημονικού **management.**

6.2. Έννοια του Management και η εξέλιξη της Διοίκησης

Η παραγωγή και η διανομή στον υγειονομικό τομέα εξαρτάται από το ανθρώπινο δυναμικό, που θεωρείται ο σημαντικότερος συντελεστής παραγωγής στον τομέα υγείας.

Είναι γνωστό, ότι η επένδυση στην εκπαίδευση και γενικότερα στη διαχείριση του ανθρώπινου Κεφαλαίου σε όλους τους παραγωγικούς τομείς,

ιδιαίτερα στον υγειονομικό, φέρνει εξαιρετικά αποτελέσματα. Η επιπρόσθετη ιδιαιτερότητα του υγειονομικού τομέα έγκειται στο ότι αποτελεί κατά προτεραιότητα σύστημα έντασης εργασίας και υψηλού καταμερισμού αυτής με αποτέλεσμα να απαιτεί ορθολογική διαχείριση δηλαδή σωστό management.

Τι σημαίνει όμως ο σύγχρονος όρος management;^{36,37}

Σημαίνει επίτευξη κάποιων στόχων, έπειτα από συλλογική προσπάθεια πολλών ατόμων. Ο παραδοσιακός όρος του management άφηνε κάθε πρωτοβουλία στον manager, ο οποίος ήταν υπεύθυνος για τον σχεδιασμό και προγραμματισμό, την οργάνωση και στελέχωση, την καθοδήγηση και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων.

Σήμερα όμως τα πράγματα έχουν αλλάξει' δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συλλογική προσπάθεια, γιατί αποδείχθηκε πως ανάλογα με τον τρόπο χειρισμού του ανθρώπινου δυναμικού εξαρτάται η επιτυχία του εφαρμοζόμενου management και επομένως η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα της κάθε επιχείρησης.

Σήμερα εξαιτίας της πολυπλοκότητας του υγειονομικού τομέα, απαιτείται η εισαγωγή σύγχρονων προσώπων οργάνωσης και διαχείρισης τα οποία μέχρι πριν τα χρησιμοποιούσε αποκλειστικά ο ιδιωτικός τομέας. Η διεθνής εμπειρία έχει υιοθετήσει μοντέλα management στον υγειονομικό τομέα που θα μπορούσαν να ζηλέψουν ιδιωτικές επιχειρήσεις.

Απόδειξη αυτής της άποψης - θέσης αποτελεί η εγκατάλειψη του ιεραρχικού, παραδοσιακού management στον υγειονομικό τομέα σε αρκετές

βιομηχανικές χώρες και η υιοθέτηση νέων μοντέλων που εφαρμόζονται σε ανταγωνιστικές επιχειρήσεις.

ΣΤΟ ιεραρχικό management, ο manager χρησιμοποιεί την εξουσία του και παίρνει μόνος του τις αποφάσεις χωρίς να συμμετέχουν οι εργαζόμενοι στη λήψη αποφάσεων.

Ο νέος όμως τύπος management αναφέρεται στο συμμετοχικό τρόπο διοίκησης και διαχείρισης. Αυτό ο όρος (συμμετοχικό management) δηλώνει μία ολόκληρη τυπική και μακροχρόνια διαδικασία, μέσα από την οποία οι εργαζόμενοι λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, τους παρέχεται η ευκαιρία να διαδραματίσουν ουσιαστικό ρόλο σε θέματα που αφορούν το έργο τους. Συμμετέχουν στον καθορισμό των στόχων της συλλογικής προσπάθειας, στον προσδιορισμό των επιμέρους προβλημάτων και εναλλακτικών τρόπων επίλυσης, στη λήψη αποφάσεων για το γενικότερο έργο, στη μεθόδευση της λειτουργίας της επιχείρησης και την προσαρμογή της στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.³⁷

Να διευκρινίσουμε όμως ότι όσον αφορά το συμμετοχικό management δεν εννοούμε «συνδιοίκηση» και δεν απλοποιεί το ρόλο του manager, αντίθετα γίνεται συντονιστής στη συλλογική προσπάθεια, καλλιεργεί το πνεύμα της ομαδικής εργασίας, τη συλλογικότητα και ενθαρρύνει την επικοινωνία. Υποχρέωση του είναι να μεθοδεύει τη ροή των πληροφοριών σε όλα τα μέλη ομάδας, να συγκεντρώνει και να διοχετεύει στους εργαζομένους στοιχεία σχετικά με το εκτελούμενο έργο - πρόβλημα. Έτσι αυτοί να εκφράζουν άνετα τη γνώμη

τους και ο manager να αναζητά συνειδητά, γιατί στο συμμετοχικό management ο σύγχρονος manager πρέπει να ενεργεί σαν πρώτος μεταξύ ίσων.³⁸

Πολλοί¹⁷ επώνυμοι του management όπως ο Rensis Likert και ο καθηγητής William Ouchi, αποδέχονται την προτεραιότητα της συμμετοχικής αυτής διαδικασίας σε όλα τα παραγωγικά στάδια μιας επιχείρησης σαν ένα αποτελεσματικό μέσο αξιοποίησης των δυνατοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού της και για την αποδοτική και αποτελεσματική πραγματοποίηση των επιδιωκόμενων στόχων.

Ο συγκεντρωτισμός στη διοίκηση, ο οποίος διεπόταν από το αυταρχικό - ιεραρχικό management αντικαταστάθηκε σήμερα στα νοσοκομεία των Δυτικο-ευρωπαϊκών χωρών από τη συμμετοχική διοίκηση με την εφαρμογή του σύγχρονου management της Διοίκησης με Στόχους. Η συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων στο Νοσοκομείο, προϋποθέτει την ενημέρωση και συναίνεση τους στις αρχές Διοίκησης με Στόχους.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η Μ. Βρετανία, η οποία παραχώρησε στους επαγγελματίες General Managers κίνητρα για τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, στον προγραμματισμό, στον προϋπολογιστικό έλεγχο, στη διαχείριση των πόρων και τη συμμετοχή τους στη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών με παροχή κινήτρων ώστε να επιδιώκουν κλινικά αξιολόγηση ορισμένων τεχνικών σε συνδυασμό με την οικονομική αξιολόγηση των εφαρμοσμένων προϋπολογιστικών μεθόδων.^{38,39}

Μία σειρά μεταρρυθμίσεων που έγιναν το 1989 στη Μ. Βρετανία,

στέφθηκε με επιτυχία στη δημιουργία εσωτερικής αγοράς παρέχοντας κίνητρα για ανταγωνισμό στις Διοικητικές Περιφέρειες διατηρώντας και ενδυναμώνοντας το θεσμό του General Manager. Με αυτό το μοντέλο, δηλαδή της εσωτερικής αγοράς, παρέχεται στους General Managers σε εθνικό και τοπικό επίπεδο καθώς και στο επίπεδο υπηρεσίας μεγαλύτερη ελευθερία διαχείρισης και ουσιαστική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Έχουν τη δυνατότητα να επιχειρούν ανανεώσεις στις τεχνικές του management με δική τους πρωτοβουλία.

Ταυτόχρονα στη Γαλλία, εγκαταλείπεται ο συγκεντρωτισμός της διοίκησης του νοσοκομείου και εισάγεται το σύγχρονο management, η Διοίκηση με Στόχους με προτεραιότητα στο νοσοκομειακό χώρο.

Η οργανωτική δομή του νοσοκομείου αλλάζει για να εφαρμοστεί η αποκεντρωμένη διαχείριση, χαρακτηριστικό του συμμετοχικού management. Δίνεται η δυνατότητα συμμετοχής στους υπεύθυνους τμημάτων, στους γιατρούς, στους νοσηλευτές, διοικητικούς στη λήψη αποφάσεων, στην προϋπολογιστική διαδικασία και επομένως στη διοίκηση - διαχείριση του νοσοκομείου.³⁹

Σήμερα, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, οι προϋποθέσεις για την επιτυχία εφαρμογής σύγχρονων τρόπων οργάνωσης, **διοίκησης και διαχείρισης** στα νοσοκομεία είναι οι τρεις (3) ακόλουθες:

- Η ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και συνεργασία των συμμετεχόντων πάνω στις νέες οικονομικές και διοικητικές δομές.
- Η ύπαρξη ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου συστήματος μηχανοργάνωσης και πληροφόρησης. ..
- Η επιμόρφωση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού πάνω στις σύγχρονες και επικρατούσες μεθόδους διοίκησης και διαχείρισης των νοσοκομείων.

Αυτές οι τρεις προϋποθέσεις αποτελούν την αφετηρία, για να εφαρμοστεί οποιοδήποτε μοντέλο management στο νοσοκομείο.⁴⁰

Στη χώρα μας, από τις 3 παραπάνω προϋποθέσεις, ισχύει η τρίτη, που αφορά την επιμόρφωση του προσωπικού και στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι απόφοιτοι της Υ.Σ.Α. και τα στελέχη του υγειονομικού τομέα της χώρας μας.

Από τη μία πλευρά, θεωρείται δεδομένο, ότι αυτά τα άτομα έχουν την επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία να διοικήσουν, από την άλλη η πολιτεία δεν συμπαραστέκεται στο έργο τους. Αφού τους αναθέτει τη διοίκηση νοσοκομείων, η οποία ορίζεται από το νομικό πλαίσιο του Ν.Δ. 2592/53, το Π.Δ. 957/79 περί κλειστού νοσηλίου, τον Ν. 1397/83 του Ε.Σ.Υ. και το πρόσφατο Ν.Δ. 87/86 για ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων, νόμοι που απέχουν από τη διεθνή πραγματικότητα κυρίως όμως δεν περιέχουν καμία αναφορά στα σύγχρονα πρότυπα διοίκησης και διαχείρισης.⁴⁰

6.3. Διευκρίνιση ζητημάτων σχετικά με την εισαγωγή του management στο Νοσοκομείο

Είναι ανάγκη να διευκρινίσουμε ορισμένα θέματα που σχετίζονται με την εισαγωγή του Management στα νοσοκομεία. • **Η εισαγωγή του Management είναι Αναγκαία**

Η εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων διοίκησης και διαχείρισης των κρατικών Νοσοκομείων δεν είναι αίτημα ή απαίτηση κάποιων φιλόδοξων στελεχών μη ιατρών, όπως διατείνονται ορισμένα, ενσυνείδητα. Συγκεκριμένα, στις ανεπίσημες συζητήσεις τους πολιτικό - συνδικαλιστικά στελέχη του ιατρικού χώρου δηλώνουν ότι το «management σημαίνει κατανομή εξουσίας, δηλαδή παραχώρηση από τους ιατρούς σε μη ιατρούς αρμοδιότητες που ανήκουν (μέχρι σήμερα) σε ιατρικά χέρια».

Στην πραγματικότητα, το management μπορεί να ασκηθεί από οποιονδήποτε έχει την ανάλογη ικανότητα, ανεξάρτητα της Πανεπιστημιακής παιδείας του (ιατρικής, νοσηλευτικής, οικονομικής, διοικητικής ή θεολογικής) αρκεί να 'χει μετεκπαιδευθεί στη Διοίκηση και να 'χει επαφή με τις συναφείς επιστήμες (αν η Διοίκηση δεν αποτελεί τη βασική του σπουδή).⁴¹

Η όλη υπόθεση δεν είναι η ανακατανομή της εξουσίας στο νοσοκομείο, αλλά η ορθολογική διαχείριση των υγειονομικών πόρων (αυτών που έχουν κατασπαταληθεί). "- Μόνον, έτσι θα διασωθεί η δημόσια υπόσταση του υγειονομικού μας συστήματος, γιατί πρόκειται για ιστορική αναγκαιότητα και όχι για συντεχνιακή αντιπαράθεση που υποστηρίζουν αυτοί που επιθυμούν να

διατηρηθεί το σημερινό καθεστώς.

- **To Management δεν είναι Μονοπρόσωπη Υπόθεση**

Η εισαγωγή του θεσμού του Γενικού Διευθυντή (Manager) στα νοσοκομεία ως παρέμβαση δεν πρόκειται να οδηγήσει στην εφαρμογή μεθόδων αποτελεσματικής διοίκησης. Αντίθετα οδηγεί στην διακωμώδηση μιας επιστήμης και πρακτικής, που έχει δώσει εντυπωσιακά αποτελέσματα όπου κι αν εφαρμόστηκε στον κόσμο, εκτός της Ελλάδας.

Το να αλλάξει η νοοτροπία, το αναπτυξιακό νεύρο, που απαιτείται για την ανόρθωση των Νοσοκομείων μας, προϋποθέτουν την παρουσία μίας ομάδας κρούσης, που θα παραδειγματίσει, θα υποκινήσει και θα δραστηριοποιήσει το σύνολο του νοσοκομειακού δυναμικού. Χωρίς, αυτή την ομάδα στελεχών διαφόρων ειδικοτήτων δεν θα υπάρξει εξυγίανση.⁴¹

- **To Management απαιτεί κατάλληλα «εργαλεία»**

Είναι γνωστό, ότι όπως η χειρουργική δεν ασκείται χωρίς νυστέρι, έτσι δεν ασκείται Διοίκηση χωρίς τις κατάλληλες ευέλικτες πολιτικές: 1) υποκίνησης και ομαλής προσωπικού. 2) προμηθειών, 3) κοστολόγηση και τιμολόγηση υπηρεσιών. Έτσι, τα αποτελέσματα που αναμένονται από μία παρέμβαση είναι ασήμαντα, όταν πρόκειται για οργανισμούς με νομικά πλαίσια

— N.Π.Δ.Δ.

- **To Management δεν «εισάγεται» αυτούσιο**

Κατά την εφαρμογή του management δεν μπορούν να αγνοηθούν οι πολιτισμικές συνήθειες ενός λαού. και να επιβληθούν ξένα πρότυπα που

εφαρμόζονται σε άλλους λαούς, με άλλη κουλτούρα. Άρα η εισαγωγή ξένων managers στα νοσοκομεία μας, είναι ανεδαφική.

- **Το Νοσοκομειακό management είναι ιδιόμορφο**

Ο υγειονομικός τομέας, από οικονομολογικής πλευράς, έχει αρκετές ιδιαιτερότητες που δεν υπάρχουν σε καμία οικονομική δραστηριότητα και καθορίζουν το είδος του κατάλληλου τρόπου διοίκησης. Επομένως ο Manager βιομηχανίας, εμπορίου, τουρισμού που δεν είναι συνηθισμένος στις διαδικασίες ενός μη κερδοσκοπικού τομέα, έχει ανάγκη ενός χρονικού διαστήματος για προσαρμογή, γιατί δεν είναι κατάλληλος για τον υγειονομικό τομέα. Άρα η αναζήτηση πρέπει να γίνει (Διοικητικών Στελεχών) μέσα στο υγειονομικό σύστημα.⁴¹

- **Ένα ενδιαφέρον Ανθρώπινο Δυναμικό**

Είναι αλήθεια ότι, το Ελληνικό Ε.Σ.Υ. δεν διαθέτει έτοιμους Διοικητές Νοσοκομείων. Ωστόσο, στα κρατικά Νοσοκομεία υπάρχουν Διοικητικοί, Οικονομικοί, Επιστήμονες, που θα μπορούσαν να εξελιχτούν σε Managers Νοσοκομείου, αν τους δοθούν τα ανάλογα κίνητρα δραστηριοποίησης και οι ευκαιρίες για επιμόρφωση και προσαρμογή στα νέα δεδομένα.

6.4. Management Νοσοκομείου

Το νοσοκομείο χαρακτηρίζεται σαν κοινωνικό ίδρυμα με προορισμό την εκπλήρωση συγκεκριμένου σκοπού. Ο όρος «σκοπός» περιλαμβάνει όλο το φάσμα των υπηρεσιών που παρέχει το νοσοκομείο ή οφείλει να παρέχει στην κοινωνία. Αυτές οι υπηρεσίες πρέπει να ικανοποιούν συγκεκριμένες κοινωνικές

ανάγκες. Άρα το νοσοκομείο δεν αποτελεί αυτοσκοπό και δεν πρέπει να αναπτύσσει δυναμικές χωρίς στόχους, αντίθετα πρέπει να προσαρμόζεται στις εκάστοτε κοινωνικές αλλαγές και ανάγκες.

Είναι επομένως ευθύνη και αντικείμενο του management μίας νοσοκομειακής μονάδας η εξασφάλιση εκείνων των δομών και η ενεργοποίηση εκείνων των δραστηριοτήτων που ικανοποιούν τις κοινωνικές ανάγκες. Άρα θα λέγαμε ότι το management του νοσοκομείου περιλαμβάνει δύο αλληλένδετα συστήματα: (1) Αυτό καθ' αυτό το νοσοκομείο και (2) το περιβάλλον του. Αντικείμενο του management είναι να επιδρά στα δύο αυτά συστήματα με τέτοιο τρόπο, ώστε να καθίσταται δυνατή η εκπλήρωση του σκοπού των νοσοκομείων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.^{41,42}

Τόσο όμως το νοσοκομείο, όσο και το περιβάλλον του είναι δύο ιδιαίτερα και πολύπλοκα συστήματα, το καθένα από τα οποία αποτελείται από μέρη που επιδρούν εξαιρετικά πολύπλοκα. Τέτοια συστήματα, καθορίζονται από ιατρικά, τεχνολογικά, οικονομικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και πολιτικά μεγέθη που είναι ασταθή και δύσκολα επιτρέπουν προβλέψεις. Αυτό σημαίνει ότι τα συστήματα εφαρμόζονται με ποικιλότητα στη συμπεριφορά τους και είναι δυνατόν να λειτουργούν, τόσο αυτά όσο και τα μέρη τους, σε μία πλειάδα από διαφορετικές καταστάσεις.

Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αδύνατον να ασκείται management βασισμένο σε εμπειρικές μεθόδους. Βέβαια, είναι αδύνατη η ακριβής πρόβλεψη της συμπεριφοράς των νοσοκομειακών μονάδων και με δεδομένη αυτή την

άποψη, το management πρέπει να επηρεάζει το νοσοκομείο με τέτοιο τρόπο, ώστε αυτό να τείνει στην εκπλήρωση του σκοπού του, χωρίς να εκλείπει και η ικανότητα προσαρμογής του για να αντιμετωπίσει απρόβλεπτα ή επερχόμενα προβλήματα και καταστάσεις.^{41,42}

Με τον όρο «management» εννοούμε όλες τις διεργασίες **διαμόρφωσης**, καθοδήγησης και μετεξέλιξης των ανοικτών κοινωνικών συστημάτων (νοσοκομεία) για την επίτευξη κάποιου συγκεκριμένου σκοπού.

Διαμόρφωση, εννοούμε τον καθορισμό των μελλοντικών δομών του νοσοκομείου. Ποια ιατρικά τμήματα πρέπει να περιλαμβάνει στο μέλλον το νοσοκομείο και πώς πρέπει αυτά να 'ναι διαρθρωμένα από οργανωτική άποψη; Με ποιον τρόπο θα διασφαλιστεί η συνεργασία των διαφόρων κλινικών π.χ. με τα χειρουργεία, τη μονάδα εντατικής θεραπείας και το ακτινολογικό τμήμα, το μικροβιολογικό και το κυτταρολογικό;

Πάντως, επειδή το νοσοκομείο ως κοινωνικό σύστημα είναι αρκετά πολύπλοκο, οι σχετικές διεργασίες διαμόρφωσης έχουν χαρακτήρα μακροπρόθεσμο.

Βραχυπρόθεσμα, το management νοσοκομείου αφορά την «καθοδήγηση» του νοσοκομείου σαν ολότητα αλλά και των διαφόρων τμημάτων του, ούτως ώστε να επιτυγχάνεται ο σκοπός του. Με τον όρο καθοδήγηση, εννοείται ο επηρεασμός συγκεκριμένων λειτουργιών ενός νοσοκομείου για την εκπλήρωση σκοπών. Επειδή οι λειτουργίες αυτές διεκπεραιώνονται από ανθρώπους, ο

επηρεασμός που αναφέραμε αφορά τους εργαζόμενους και το αντικείμενο εργασίας τους.⁴²

Επομένως, η διαχείριση του προσωπικού σ' ένα νοσοκομείο αποτελεί βασικής σημασίας αντικείμενο του management. Απαιτείται ο καθορισμός της συμπεριφοράς κάθε εργαζομένου έναντι των ασθενών και εξασφάλιση αρμονικών σχέσεων μεταξύ εργαζομένων. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων, που εγγυώνται την επίτευξη του σκοπού ώστε οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν τι αναμένεται από αυτούς.

Με την εισαγωγή της παραμέτρου «χρόνος» στη διαδικασία του management υποδηλώνεται έμμεσα ότι η διαμόρφωση και η καθοδήγηση του νοσοκομείου δεν έχουν επιτακτικό χαρακτήρα. Οι νοσοκομειακές δομές και λειτουργίες προσαρμόζονται συνεχώς στις μεταβολές του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Αυτός ο χαρακτήρας της συνεχούς προσαρμογής και μετεξέλιξης των δομών και λειτουργιών υποδηλώνει το καθήκον του management νοσοκομείου.

Από αυτό, φαίνεται ότι πολλά από τα καθημερινά προβλήματα που υπάρχουν στο νοσοκομείο όπως η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ νοσοκομειακών τμημάτων ή μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, του ιατρικού και της διοίκησης, εκπηγάζουν από τις κακές διαπροσωπικές σχέσεις, την ελλιπή αναγνώριση στο προσωπικό, τις δύσκολες προσωπικότητες.

Το ότι δεν υπάρχει καθοδήγηση στο νοσοκομείο, ανεπαρκείς μηχανισμοί επικοινωνίας μπορούν να προκαλέσουν διαμάχες και αυτά δεν προάγουν την

επίτευξη σκοπού. Για να αποφεύγονται τέτοιου είδους ανεπιθύμητες καταστάσεις σ' αυτόν το σύνθετο οργανισμό έντασης εργασίας και διαχείρισης (όπως το νοσοκομείο) κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή ενός συγκεκριμένου μοντέλου management.

6.5. Το σύστημα «Νοσοκομείο / Περιβάλλον»

Για το management του νοσοκομείου, που αποτελεί παράδειγμα κοινωνικού συστήματος, προτείνεται ένα μοντέλο βασισμένο στο σύστημα «νοσοκομείο / περιβάλλον». Για να αναπτύξουμε και να κατανοήσουμε αυτό το μοντέλο χρειάζεται να κατανοήσουμε πληροφορίες μέσα από αναλύσεις όπως:

- κοινωνικού σκοπού του νοσοκομείου
- περιβάλλοντος νοσοκομείου
- του ίδιου του νοσοκομείου, δηλαδή της εξέλιξης της παρούσας κατάστασης του.⁴²

6.5.1. Ο κοινωνικός σκοπός του νοσοκομείου

Ο σκοπός του συστήματος υγείας, είναι να διαφυλάξει, να προάγει και να αποκαταστήσει την υγεία. Μέσα στο σύστημα υγείας, το νοσοκομείο έχει συγκεκριμένη αποστολή, οπότε η ανάλυση του σκοπού του νοσοκομείου έχει σημασία και αποτελεί το θεμέλιο στο οποίο βασίζεται όλο το σύστημα διοίκησης του.

Ο σκοπός του νοσοκομείου καθορίζεται από τη σχετική νομοθεσία

(νομοθεσία νοσοκομείων, διατάγματα για την οργάνωση των νοσοκομείων) και τους κανονισμούς λειτουργίας των νοσοκομείων. Ο τύπος και το περιεχόμενο του σκοπού διαφέρει από ίδρυμα σε ίδρυμα (με βάση τη νομική μορφή και τον τρόπο χρηματοδότησης). Κατά κανόνα, επιδιώκεται από το Υπουργείο Υγείας η διασφάλιση μίας εξισορροπημένης κλειστής νοσοκομειακής περίθαλψης με την έκδοση αντίστοιχων οδηγιών που προδιαγράφουν για κάθε νοσοκομειακή μονάδα τον τύπο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τον πληθυσμό / περιοχή αναφοράς του. Βέβαια, συχνά παρατηρούνται διαφοροποιήσεις με οδηγό το επιδιωκόμενο από την κεντρική εξουσία επίπεδο περίθαλψης. Όμως, δεν επηρεάζεται μόνον ο σκοπός του νοσοκομείου, αλλά και το περιβάλλον του το οποίο επιβάλλει στο νοσοκομείο κάποιες απαιτήσεις.⁴²

6.5.2. Ανάλυση περιβάλλοντος του νοσοκομείου

Εδώ, εννοείται²⁵ η πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων σ' ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον και εκτίμηση των επιπτώσεων τους σ' ένα νοσοκομείο. Η διαδικασία αυτή είναι δύσκολη, γιατί οι σχετικές πληροφορίες είναι ελλιπείς και υπό αμφισβήτηση. Ο στόχος όμως, δεν πρέπει να περιορίζεται στην απόκτηση πληροφοριών, αλλά στην απομόνωση κρίσιμων παραγόντων και εκτίμηση επιπτώσεων για το συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Η κοινωνική διάσταση περιλαμβάνει όλα τα δημογραφικά και επιδημιολογικά μεγέθη, τις πολιτικές, πολιτιστικές και κοινωνιολογικοψυχολογικές τάσεις, δηλαδή όλα αυτά που επηρεάζουν το νοσοκομείο διαρκώς. Παράλληλα το

νοσοκομείο, εξαρτάται από μεγέθη όπως οικονομικής διάστασης, δηλαδή οικονομικής ανάπτυξης. Η τρίτη διάσταση του περιβάλλοντος αφορά την βιοϊατρική τεχνολογία η οποία επηρεάζει και καθορίζει σε υψηλό βαθμό το νοσοκομειακό δίκτυο μιας χώρας. Επίσης και η οικολογική διάσταση, έχει σημαντική θέση, εξαιτίας της επιδίωξης της ορθολογικής χρήσης των πόρων από τα νοσοκομεία σε συνδυασμό με την απαίτηση μείωσης της μόλυνσης του περιβάλλοντος.

Εκτός από τις παραπάνω τέσσερις διαστάσεις του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, πρέπει να αναλύονται και οι ομάδες, φορείς, ιδρύματα, οργανισμοί που βρίσκονται σε άμεση σχέση "μ" αυτό και να προβάλλουν συγκεκριμένες απαιτήσεις. Πρόκειται για τους ενεργούς και δυνητικούς ασθενείς, το ιατρικό σώμα, τα υπόλοιπα νοσοκομεία, τις μονάδες προνοσοκομειακής παροχής υπηρεσιών υγείας, τις επιστημονικές εταιρείες στο χώρο της υγείας, το κράτος, τους φορείς ασφάλισης και χρηματοδότησης, τους προμηθευτές και κατασκευαστές βιοϊατρικής τεχνολογίας.^{41,42}

6.5.3. Ανάλυση Νοσοκομείου

Στόχος της ανάλυσης ενός συγκεκριμένου νοσοκομείου είναι να εξακριβώσουμε την μέχρι τώρα εξέλιξη του και παρούσα κατάσταση του. Η συλλογή των πληροφοριών αυτών, αποτελεί τη βάση για αντικειμενική αξιολόγηση της «κατάστασης εκκίνησης» δηλαδή του τελικού καταλόγου πλεονεκτημάτων και αδυναμιών του νοσοκομείου. Το συνηθισμένο πρόβλημα

κατά τη φάση της ανάλυσης ενός νοσοκομείου, έγκειται στο ότι ενώ υφίστανται πολλά δεδομένα, αυτά δεν είναι μετασχηματισμένα στις κατάλληλες μορφές για να συνιστούν απαραίτητες για τη φάση αυτή πληροφορίες. Συνεπώς δεν είναι εύκολο να γίνονται κρίσεις και συγκρίσεις.

Το πρόβλημα αυτό μπορεί να αντιμετωπισθεί οριστικά εάν εφαρμοσθεί στην πράξη, με τη βοήθεια της πληροφορικής, ένα σύστημα δεικτών νοσοκομειακής λειτουργίας, το οποίο θα συναρτούσε τα διοικητικά με τα ιατρικά δεδομένα, θα μετρούσε επιτυχώς το νοσοκομειακό προϊόν και θα περιελάμβανε προτυπο-ποιημένους δείκτες νοσοκομειακής λειτουργίας.⁴³

6.5.4. Κατάσταση Εκκίνησης

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων του σκοπού, του περιβάλλοντος αλλά και του ίδιου του νοσοκομείου, συνδυάζονται για να καθορισθεί η κατάσταση εκκίνησης για την εξέλιξη του νοσοκομείου ή μεμονωμένων τμημάτων (κλινικών του).

Το κατάλληλο εργαλείο για την ανάλυση περιβάλλοντος είναι ο κατάλογος ευκαιριών και απειλών και για την ανάλυση του νοσοκομείου ο κατάλογος των πλεονεκτημάτων και αδυναμιών του. Οι ευκαιρίες και οι απειλές για το νοσοκομείο πηγάζουν από το περιβάλλον του αλλά και από την συμπεριφορά των διαφόρων ενδιαφερομένων ομάδων και φορέων, οι οποίοι μπορούν να επιδρούν τόσο στον σκοπό, όσο και στους στόχους του νοσοκομείου. Για παράδειγμα, η γήρανση του πληθυσμού μίας γεωγραφικής περιοχής, μπορεί να

απαιτεί τη μεταβολή του σκοπού (φάσμα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας) και συνεπώς των στόχων του νοσοκομείου που έχει σαν περιοχή αναφοράς τη γεωγραφική αυτή περιοχή. Η κατάσταση αυτή πρέπει να εκτιμηθεί και να οδηγήσει στη λήψη νέων μέτρων και απόρριψη παλαιών μέτρων.

Για την εξακρίβωση των πλεονεκτημάτων και των αδυναμιών ενός νοσοκομείου απαιτείται αξιολόγηση των δεδομένων που αφορούν το παρελθόν και προέρχονται από την ανάλυση του νοσοκομείου. Τα σημεία εκκίνησης για τη μελλοντική διαμόρφωση (του νοσοκομείου) καθώς και οι βάσεις για τη διεύθυνση του νοσοκομείου προκύπτουν, από συγκρίσεις με προηγούμενες ισοδύναμες καταστάσεις, με γενικώς αποδεκτά πρότυπα και με δείκτες που βασίζονται στον πληθυσμό εξυπηρέτησης (του νοσοκομείου).⁴³

6.5.5. Σύστημα στόχων του νοσοκομείου

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του νοσοκομείου, του νοσηλευτικού περιβάλλοντος και το σύνολο πλεονεκτημάτων και αδυναμιών τους, των ευκαιριών και των απειλών, συνδυάζονται ώστε να επιτελούνται προγνώσεις για το μέλλον του νοσοκομείου. Οι προγνώσεις αυτές και η αντιπαραβολή τους με τον σκοπό του νοσοκομείου και τις κρατούσες κοινωνικές αξίες δημιουργούν τη βάση για τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά τη διαμόρφωση και τη μετεξέλιξη του νοσοκομείου (μακροπρόθεσμοι στόχοι). Η διεργασία αυτή αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση του νοσοκομειακού management. Οι στόχοι του νοσοκομείου δεν πρέπει να περιορίζονται απλά και μόνο στον

οικονομικό τομέα, αλλά να αφορούν:

- την απόδοση του νοσοκομείου
- την οικονομία του νοσοκομείου
- το ευρύτερο κοινωνικό όφελος (κοινωνικοί / ανθρωπιστικοί στόχοι).

Οι στόχοι της απόδοσης δείχνουν τις μελλοντικά επιδιωκόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες. Αφορούν κυρίως τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά και τους υπόλοιπους νοσοκομειακούς τομείς. Οι στόχοι αυτοί σε επίπεδο νοσοκομείου, αφορούν π.χ. τον πληθυσμό εξυπηρέτησης, τις αντιμετωπιζόμενες ασθένειες, τον αριθμό των εξυπηρετούμενων ασθενών κ.λπ. Οι στόχοι πρέπει να εξειδικεύονται και να συγκεκριμενοποιούνται για τις διάφορες κλινικές (νοσοκομειακά Τμήματα).^{41,42,43}

Τα διατιθέμενα μέσα διαχωρίζονται ως εξής:

1. Προσωπικό
2. Κτηριολογικές εγκαταστάσεις
3. Βιοϊατρικές και ηλεκτρομηχανολογικός εξοπλισμός
4. Αναλώσιμα υλικά.

Ιδιαίτερη προσοχή, πρέπει να αποδίδεται στη διαχείριση του προσωπικού δεδομένου ότι οι σχετικές νοσοκομειακές δαπάνες ανέρχονται στο 60-80% των συνολικών δαπανών και επομένως επηρεάζουν έντονα την οικονομική διάσταση της νοσοκομειακής λειτουργίας.

Με τον καθορισμό των στρατηγικών, ορίζονται οι γενικοί τρόποι δράσης για την επίτευξη των στόχων απόδοσης και τη διασφάλιση των

απαιτούμενων πόρων.

Σε αντίθεση με τα μεγέθη απόδοση τα οποία αφορούν συγκεκριμένες υλικές οντότητες, τα οικονομικά μεγέθη σχετίζονται με τα χρηματοοικονομικά του νοσοκομείου και επιδρούν κυριαρχικά στην εξέλιξη του. Κάθε νοσοκομείο, ανεξάρτητα από τη νομική του μορφή και το βαθμό αυτονομίας του, αποτελεί σε κρατικό επίπεδο οικονομική μονάδα. Οι οικονομικοί στόχοι αφορούν τη ρευστότητα, το οικονομικό όφελος και την οικονομικότητα, δηλαδή τη σχέση εισροών και εκροών μίας νοσοκομειακής μονάδας.

Οι κοινωνικοί στόχοι ενός νοσοκομείου ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες:

- στην ένταξη του νοσοκομείου μέσα στην κοινωνία
- στη συμπεριφορά του νοσοκομείου προς τους εργαζόμενους σ' αυτό.

Δηλαδή, μπορούμε να διακρίνουμε, μία «εξωτερική» και μία «εσωτερική» κοινωνική προβληματική. Στους εξωτερικούς κοινωνικούς στόχους περιλαμβάνονται και αυτοί που αφορούν θέματα εργασιακής απασχόλησης, εκπαιδευτικών δυνατοτήτων κ.λπ.

Στους εσωτερικούς, θέματα αναγνώρισης, προστασίας, προαγωγής των εργαζομένων. Για την υλοποίηση αυτών των στόχων χρειάζονται κυρίως οικονομικοί και ανθρώπινοι πόροι.

6.6. Το μοντέλο του νοσοκομειακού management

Το μοντέλο management ενός νοσοκομείου δομείται από τις εξής τέσσερις

(4) αλληλεπιδρώσες συνιστώσες:

- Το σύστημα νοσοκομειακού management.
- Το σύστημα οργάνωσης.
- Τη μεθοδολογία διοίκησης.
- Το ανθρώπινο δυναμικό (στελέχη και εργαζόμενοι).

Το σύστημα management

Το σύστημα νοσοκομειακού management τριών βαθμίδων, χρησιμεύει σαν βάση για κάθε ανάλυση. Στο επίπεδο κάθε μίας βαθμίδας λαμβάνονται αποφάσεις με διαφορετική βαρύτητα και χρονική διάρκεια ισχύος. Η κατώτερη βαθμίδα εκπροσωπεί το επιχειρησιακό management και αφορά την καθημερινή πρακτική, τη χρήση των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται (κατανομή κλινών, εκμετάλλευση χειρουργικών αιθουσών κ.λπ.) ισχύουν για βραχύ χρονικό διάστημα και τα διατιθέμενα μέσα θεωρούνται ότι είναι δεδομένα. Ο καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων, πρέπει να 'νά1*η υπάρχουσα ροή των ασθενών. Σφάλματα σ' αυτή τη διοικητική βαθμίδα επιφέρουν κινδύνους για τους ασθενείς, μείωση της οικονομικότητας ή επιδείνωση του εργασιακού κλίματος.

Η λειτουργία του σχεδιασμού έχει μακροπρόθεσμο χαρακτήρα. Σ' αυτή τη διοικητική βαθμίδα οι διατιθέμενοι πόροι θεωρούνται μεταβλητοί. Τα πλάνα

που σχεδιάζονται, μετουσιώνονται αργότερα μέσα από το επιχειρησιακό management σε πράξη. Με σημείο εκκίνησης τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται, δημιουργούνται αντίστοιχα οργανωτικά πρότυπα με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα τα οποία θα πρέπει να 'ναι συμβατά και αλληλοϋποστηριζόμενα. Τα χρονοδιαγράμματα μπορεί να αναφέρονται σε διάφορους χρονικούς ορίζοντες, συνήθως όμως έχουν ετήσια διάρκεια και βασίζονται στον προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

ΣΤΟ ανώτατο επίπεδο management λαμβάνονται αποφάσεις μακροχρόνιας ισχύος, όπως αυτές αναφέρονται στο σύστημα Νοσοκομείο / Περιβάλλον και διευκρινίζονται στη μήτρα των στόχων, μέσων και διαδικασιών. Σε αντίθεση με τη βαθμίδα του σχεδιασμού, οι αποφάσεις εδώ δεν αναφέρονται σ' έναν συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα ή ένα μόνο οργανωτικό πρότυπο, αλλά έχουν γενική ισχύ. Πρέπει όμως να ελέγχονται και να επαναπροσδιορίζονται - προσαρμόζονται τακτικά.

Το σύστημα οργάνωσης

Η δεύτερη συνιστώσα του νοσοκομειακού management είναι το σύστημα οργάνωσης του, το οποίο καθορίζει σε γενικές γραμμές και όχι λεπτομερώς την όλη νοσοκομειακή οργάνωση. Η διαδικασία διαμόρφωσης τυπικών οργανωτικών δομών εκκινεί από τις υπάρχουσες νοσοκομειακές δομές οι οποίες κατά βάση, ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- **Επιχειρησιακές δομές:** περιλαμβάνουν τις σχετικά μεγάλες και αυτόνομες οργανωτικές δομές του νοσοκομείου οι οποίες επιτελούν συγκεκριμένες λειτουργίες, π.χ. χειρουργικός τομέας, παθολογικός τομέας κ.λπ.⁴⁴
- **Κεντρικές υπηρεσίες:** εξυπηρετούν πολλά ή και όλα τα νοσοκομειακά υποσυστήματα π.χ. ακτινολογικό τμήμα, εργαστήρια, διεύθυνση κ.λπ.
- **Διεύθυνση του νοσοκομείου:** είναι το όργανο, που ιεραρχικά βρίσκεται στην κορυφή της όλης νοσοκομειακής δομής και ασκεί τη γενική διοίκηση.

Όταν δημιουργούνται τυπικές οργανωτικές δομές, που καθορίζουν πρώτα την κατανομή των καθηκόντων και τη διοικητική ιεραρχία, τίθεται η βασική προβληματική για το ποιες λειτουργικές μονάδες του νοσοκομείου πρέπει να υφίστανται. Με άλλα λόγια, πρόκειται για μία διαφοροποίηση των μονάδων παροχής ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών η οποία καθορίζει και το βαθμό εξειδίκευσης του νοσοκομείου. Παράλληλα πρέπει να αποφασισθεί το είδος και η έκταση των απαιτούμενων κεντρικών υπηρεσιών. Στη συνέχεια επιλύεται το πρόβλημα επάνδρωσης της διοίκησης του νοσοκομείου. Η βασική δομή του νοσοκομείου, εξαρτάται από το σκοπό και το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας. Μετά τη διαδικασία διαφοροποίησης σε διάφορα, λειτουργικά, σχετικά αυτόνομα νοσοκομειακά τμήματα, θα πρέπει σε δεύτερη φάση να ορισθούν οι σχέσεις και οι διασυνδέσεις μεταξύ τους¹ έχουμε δηλαδή τη φάση ολοκλήρωσης του όλου νοσοκομειακού συγκροτήματος.

Η διοικητική μεθοδολογία

Η συνιστώσα, αυτή του μοντέλου management ενός νοσοκομείου, αφορά τον τρόπο άσκησης των λειτουργιών του management στην πράξη. Με τον όρο «διοικητική μεθοδολογία», εννοούμε όλες τις διαδικασίες που έχουν σαν σκοπό να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των managers προκειμένου αυτοί να πετύχουν τα ποθητά αποτελέσματα. Δεδομένου ότι τα στελέχη διοίκησης του νοσοκομείου είναι αφενός οι πνευματικοί εργάτες που λύνουν διανοητικά τα διάφορα προβλήματα προκειμένου να λάβουν κάποιες αποφάσεις, αφετέρου καθοδηγούν και ελέγχουν τους εργαζόμενους, διαχωρίζουμε σε μεθόδους:

- επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων
- καθοδήγησης και ελέγχου των εργαζομένων.

Τα στελέχη και οι εργαζόμενοι

Η τελευταία συνιστώσα του management ενός νοσοκομείου αφορά το στελεχιακό δυναμικό του και τους εργαζόμενους και ασχολείται με το πρόβλημα της εξεύρεσης και αξιοποίησης των αναγκαίων για την επίτευξη του σκοπού του νοσοκομείου ανθρώπινων πόρων.

Από ποσοτική άποψη, απαιτείται ο καθορισμός των μελλοντικών απαιτούμενων διοικητικών στελεχών και υπόλοιπων εργαζομένων. Μεγαλύτερη όμως σημασία έχει η ποιοτική διάσταση, δηλαδή ο καθορισμός των απαιτήσεων, προσόντων του ανθρώπινου δυναμικού. Στο

νοσοκομείο, περισσότερο από κάθε άλλο εργασιακό περιβάλλον απαιτείται ο συντονισμός πολλών διαφορετικών επαγγελματιών. Ένα άλλο καθήκον στον τομέα αυτό έγκειται στην ανάπτυξη στόχων και οδηγιών για τη συνεχή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του προσωπικού.

6.7. Έλληνες Managers Νοσοκομείων και Ενωμένη Ευρώπη

Η Ευρώπη δεν είναι μόνο νομολογία και διορθωτικές παρεμβάσεις. Είναι πάνω από όλα «τάσεις» συνυφασμένες με μία γενικότερη κοινωνική αντίληψη που επιζητεί τη συνεχή ανανέωση με την προσαρμογή στα εκάστοτε πολιτικοοικονομικά δεδομένα.

Ενωμένη Ευρώπη σημαίνει συνεργασία στο χώρο της ιατρικής έρευνας, συνέχης διακίνηση ιδεών, συνέχης παρέμβαση Διεθνών Οργανισμών και Κέντρων Πληροφόρησης προς όλες τις πλευρές, που δεν μας επιτρέπουν να παραμείνουμε σε στενές αντιλήψεις ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πρέπει όμως να επιχειρήσουμε με πρωτοβουλίες που μας δίνουν δυνατότητες συμπόρευσης με την Ευρωπαϊκή εξέλιξη. Καλούμαστε λοιπόν να ανταποκριθούμε στις προκλήσεις των καιρών, έχοντας επίγνωση των χρόνιων οξυμένων προβλημάτων που μας βαρύνουν.

Ποια είναι αυτά τα προβλήματα;

1. Η οργάνωση του συστήματος Δημόσιας Υγείας, είναι σε πολλά σημεία της απαρχαιωμένη και βασίζεται περισσότερο σε παραδοσιακή και ίσως σε

συναισθηματική υποδομή, παρά σε ορθολογικούς υπολογισμούς. Υποβαθμισμένα έως ανύπαρκτα συστήματα υγειονομικής πληροφόρησης τα οποία εξασφαλίζουν τις πληροφορίες που απαιτούνται για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η Ενωμένη όμως Ευρώπη απαιτεί νοσοκομεία με:

- Σύγχρονο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας που εξασφαλίζει σωστή αξιοποίηση των πόρων και καλύτερες ανθρώπινες φροντίδες για κάθε ασθενή που τις χρειάζεται.
- Διοικητικά Συμβούλια με την απαιτούμενη ελευθερία δράσης.
- Σύγχρονους μηχανισμούς χρηματοδότησης.
- Νέα διοικητική διάρθρωση με ανάθεση της ευθύνης για τη λήψη και την εκτέλεση αποφάσεων σε εξειδικευμένους managers.

2. Υποβαθμισμένοι και ανύπαρκτοι σε ορισμένες περιπτώσεις κλάδοι και επιστήμονες υγείας εκτός ιατρικής: Αγνοια του κόσμου αλλά κυρίως υπεύθυνων φορέων, για τη σημασία αυτών των επαγγελμάτων στη χάραξη μίας σωστής πολιτικής υγείας. Και αυτό το συναντάμε κατά κύριο λόγο στο χώρο της Διοίκησης των Υπηρεσιών Υγείας.⁴⁵

Η Ενωμένη Ευρώπη όμως απαιτεί καταρτισμένους επαγγελματίες με:

— εκπαίδευση που ανταποκρίνεται στις ανάγκες της αγοράς, αμοιβές που συνδέονται με το παραγόμενο έργο, δυνατότητα συνεχούς επιμόρφωσης στη διάρκεια της καριέρας, ενημέρωση για εθνικές και διεθνείς τάσεις και εξελίξεις, δυνατότητα εφαρμογής νέων μεθόδων εργασίας που υπαγορεύει η

τεχνολογική εξέλιξη, πρόσληψη με αξιοκρατικά και μόνο κριτήρια, κίνητρα (μετεκπαιδευτικές άδειες, bonus κ.λπ.), ισότιμη συμμετοχή.

Ένα βασικό ερώτημα που γεννιέται είναι ότι γιατί ενώ συζητιέται από χρόνια η εισαγωγή του επιστημονικού management στον υγειονομικό χώρο, το Ιατρικό Σώμα είναι αρνητικό στην παρουσία των Managers στα Νοσοκομεία, που προωθείται από όλα τα νομοσχέδια των τελευταίων ετών. Για να απαντήσουμε στο συγκεκριμένο ερώτημα, μπορούμε να δώσουμε κάποιες ερωτήσεις που έχουν προφανή απάντηση (δηλαδή το ίδιο Ιατρικό σώμα).

- Ποιος ευθύνεται για την παραβίαση της όποιας λύσης στα εξωτερικά ιατρεία και χειρουργεία;
- Ποιος εγκρίνει τη σκοπιμότητα; Ποιος συντάσσει τις προδιαγραφές για την προμήθεια μηχανημάτων; Ποιος επιλέγει τελικά τους διαγωνισμούς; Ποιος περιθωριοποιεί τα όποια μηχανήματα, μετά την ολοκλήρωση προσωπικών εργασιών
- Ποιος συνταγογραφεί σωρηδόν αντιβιοτικά τρίτης γενιάς για απλούστατες χειρουργικές επεμβάσεις;
- Ποιος διαχειρίζεται τα κρεβάτια της εφημερίας, που κλείνουν πριν καν ανοίξει, αφήνοντας στο έλεος του Θεού κυριολεκτικά τα πραγματικά επείγοντα περιστατικά;
- Ποιος ευθύνεται για την παρουσία μόνο ειδικευομένων γιατρών στα εξωτερικά ιατρεία;

Είναι προφανές ότι στο χώρο της υγείας καταστρατηγείται βασική αρχή

της διοίκησης, δηλαδή ότι κάποιος δεν μπορεί να 'ναι ελεγκτής και ελεγχόμενος ταυτόχρονα.

Σήμερα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η διοίκηση απαιτεί σύγχρονες μεθόδους και πάνω από όλα ειδικούς για κάθε θέμα. Όπως είναι αδιανόητο να εμπιστευθεί κανείς έναν οικονομολόγο για μία επέμβαση έτσι πώς μπορεί να εμπιστευθεί κανείς σ' έναν πολύ καλό γιατρό το management ενός νοσοκομείου με 34 δις προϋπολογισμό.

Βέβαια η εφαρμογή του management ως μέσο πολιτικής, δεν περιορίζεται στη θεσμοθέτηση θέσεων Γενικών Διευθυντών στα νοσοκομεία. Αντίθετα απαιτεί εξεύρεση όλων εκείνων των μέσων πολιτικής που αξιοποιούν τον χαρακτήρα του συστήματος υγείας, τη χρηματοδότηση και τον τρόπο οργάνωσης της προσφοράς, τις συνθήκες της αγοράς εργασίας και την κοινωνική - οικονομική αξία των παρεχόμενων υπηρεσιών της κάθε μονάδας. Μόνο έτσι θα υπάρξει ισορροπία, σε ένα μικτό και ετεροβαρές σύστημα, το οποίο για χρόνια ενδιαφέρεται για τη μια πλευρά του νομίματος, η οποία δεν είναι άλλη από τη δημόσια παροχή των υπηρεσιών και τους λειτουργούς της. Είναι καιρός να αντιμετωπιστεί και η άλλη όψη του νομίματος που είναι οι χρηματοδότες - χρήστες και οι ιδιώτες - παραγωγοί των υπηρεσιών υγείας.⁴⁶

6.8. Μεταφορά Εμπειριών Management από ένα

άλλο σύστημα Υγείας

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η προσωπική εμπειρία έξι Ελλήνων ειδικών, ύστερα από πρόσκληση του Βρετανικού Συμβουλίου για το Αγγλικό Σύστημα Υγείας, με σκοπό να ανταλλάξουν απόψεις προσανατολίζοντας τις συζητήσεις τους στο management των υπηρεσιών.

Η ομάδα των ειδικών αποτελούνταν από τους κ. Γ. Παπαστρατή (Πρόεδρο Γεν. Κρατικού Αθηνών), Γ. Στάθη (Πρόεδρο του Τζανείου), Ι. Σιγάλα (Δ/ντή ΑΧΕΠΑ), Π. Γιανναλάτο (Δ/ντή Ψυχιατρικής Υγείας ΥΥΠΚΑ), Ν. Πολύζο και Μ. Θεοδώρου (Ομάδα Σχεδιασμού ΥΥΠΚΑ). Επισκέφθηκαν το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας, μία μονάδα διαχείρισης Προμηθειών και τέσσερα (4) Νοσοκομεία. Ήταν μία από τις μεγάλες διαδικασίες ανάπτυξης του management στις υπηρεσίες υγείας, που ο Έλληνας Υπουργός Υγείας είχε οραματισθεί και ο καθηγητής Σισσούρας με την ομάδα σχεδιασμού έχει διεκπεραιώσει. Ο Κ. Σισσούρας έχει δηλώσει ότι: «η ανάπτυξη διοικητικών εμπειριών δεν περνάει μόνο μέσα από εκπαιδευτικές διαδικασίες, αλλά με πρακτική και συμμετοχή στις πραγματικές καταστάσεις διοίκησης υπηρεσιών υγείας. Γι'αυτό καθένας πρέπει να επιμένει σε τέτοιου είδους προσπάθειες κατάρτισης και σε αποστολές και άλλων στελεχών των υπηρεσιών μας στο εξωτερικό.

Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη δικαιωμάτων των ασθενών το Ε.Σ.Υ. (N.H.S.) της Αγγλίας προσφέρει υπηρεσίες υγείας στον πολίτη - ασθενή

και βρίσκεται στο κέντρο του συστήματος, καταγράφει τις απόψεις και τις ανάγκες του, θέτει σαφείς προδιαγραφές ποιότητας στις υπηρεσίες και παρέχει υπηρεσίες με βάση αυτές τις προδιαγραφές που καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Οι Βρετανοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι το N.H.S. προσφέρει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, χωρίς άμεση επιβάρυνση του χρήστη, με βάση κριτήρια αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας που διασφαλίζονται από τη λειτουργία μίας ιδιότυπης «εσωτερικής αγοράς» με στοιχεία διευθυνόμενου ανταγωνισμού.

Η βασική μεταρρύθμιση του 1991 οδήγησε στο διαχωρισμό της προσφοράς από τη ζήτηση. Από τη μεριά των προμηθευτών το 80-90% των Νοσοκομείων, από διαχειριζόμενες μονάδες των Περιφερειακών Διοικήσεων, μεταβλήθηκαν σε 430 NHS Trusts (κρατικές ανώνυμες εταιρείες) και κατά μέσο όρο περιλαμβάνουν 2-5 νοσοκομειακές μονάδες. Απ' την άλλη μεριά, μόνο το 1/4 (8.500 στους 35.000) των οικογενειακών γιατρών μεταβλήθηκαν σε οικογενειακούς γιατρούς που διαχειρίζονται δικό τους προϋπολογισμό και εργάζονται σε group practice. Στα σχέδια της τότε κυβέρνησης των Συντηρητικών ήταν η επέκταση του group practice με αντιρρήσεις από το εργατικό κόμμα αλλά και από μία μερίδα του πληθυσμού, ειδικά των φτωχών περιοχών.

Το αγγλικό Υπουργείο Υγείας είναι διαχωρισμένο σε δύο μεγάλα μέρη: το Τμήμα (π.χ. Γενική Γραμματεία) Σχεδιασμού, στρατηγικής πολιτικής νομοθεσίας, ελέγχου, δημοσίων σχέσεων κ.λπ. (Λονδίνο), όπου βρίσκεται ο

Υπουργός Υγείας και το Τμήμα Διοίκησης και Διαχείρισης του Συστήματος (Ληντζ) όπου προϊσταται ο NHS Executive. Άλλη σημαντική καινοτομία είναι η αλλαγή του ρόλου των περιφερειακών (regions) και των νομαρχιακών (districts) διοικήσεων υγείας. Οι περιφερειακές διοικήσεις ουσιαστικά καταργούνται και μεταβάλλονται σε 8 περιφερειακά γραφεία που παρακολουθούν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού, ενημερώνουν το Υπουργείο Υγείας και κατανέμουν απευθείας τους πόρους στην πιο κάτω βαθμίδα διοίκησης.

Τον Απρίλιο του 1996, οι νομαρχιακές διοικήσεις υγείας (DHA) περιορίστηκαν, όσον αφορά τον αριθμό (80-90) και το κυριότερο ενοποιήθηκαν με τις διοικήσεις των οικογενειακών γιατρών (FHSA) αποτελώντας μία και ενιαία διοίκηση. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι το πληθυσμιακό μέγεθος ενός DHA είναι περίπου ίδιο, με το αντίστοιχο περιφερειακό της Ελλάδας (250-750 χιλ. κάτοικοι), ενώ η ενοποίηση με την Π.Φ.Υ. (η οποία θα λειτουργεί ως ξεχωριστή «διεύθυνση» μέσα στο DHA) αποτελεί καλό παράδειγμα και για την ελληνική πραγματικότητα. Τα DHA και οι οικογενειακοί γιατροί (κυρίως αυτοί με αυτοδύναμο προϋπολογισμό) εκφράζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες μέσα από τις ανάγκες του πληθυσμού και αγοράζουν υπηρεσίες από τους προμηθευτές. Ο ρόλος του DHA είναι η καταγραφή των αναγκών του πληθυσμού, η εξέταση των προτεραιοτήτων, οι στόχοι με βάση τους διαθέσιμους πόρους, η ποιότητα των υπηρεσιών και η παρακολούθηση της δραστηριότητας των προμηθευτών (κυρίως νοσοκομείων) με βάση τις συμβάσεις που

υπογράφονται μεταξύ τους. Η πρόληψη, η προαγωγή και γενικότερα η δημόσια υγεία συμπληρώνουν τη στοχοθέτηση. Ο γενικότερος σκοπός των αλλαγών που αναφέρθηκαν αποβλέπει στο να λαμβάνονται αποφάσεις αγοράς και παροχής υπηρεσιών όσο το δυνατόν πιο κοντά στον ασθενή μέσα σ' ένα πλαίσιο τοπικών στρατηγικών υγείας με βάση τρεις προϋποθέσεις:

- υποστήριξη του DHA και των GPs και
- προώθηση ελέγχου των υπηρεσιών.

Τα DHAs και τα NHS Trusts έχουν την ίδια περίπου σύνθεση μελών. Πέντε (5) μέλη (συμπεριλαμβανομένου και του Προέδρου) διορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και είναι πρόσωπα με επιστημονική και κοινωνική εμπέλεια που πιθανό να 'χουν επίσης κάποια σχέση με το κόμμα που κυβερνά. Ο Γενικός ή Εκτελεστικός Διευθυντής διορίζεται από τον NHS Executive (μετά από πρόταση του DHA ή του Trust) για τρία τουλάχιστον χρόνια, συμμετέχει ως μέλος στο διοικητικό συμβούλιο, το οποίο διορίζει με εισήγηση του Chief Executive τα υπόλοιπα πέντε (5) μέλη που είναι διευθυντές - managers των υπηρεσιών του DHA ή του Trust αντίστοιχα, συνήθως όχι γιατροί. Τα DHAs περιλαμβάνουν διευθύνσεις προσωπικού, ανάπτυξης και εκπαίδευσης, πρόληψης και προαγωγής της υγείας και δημόσιας υγείας (περιλαμβανομένων και επιδημιολογικών μελετών) με προσωπικό περίπου τα 100 άτομα.

Στα Νοσοκομεία (NHS Trusts) η δομή ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση του Νοσοκομείου. Η Ιατρική Υπηρεσία διοικείται από τον Δ/ντή κλινικών υπηρεσιών και σε δεύτερο επίπεδο από τους Διευθυντές managers

των τομέων ή των τμημάτων που μπορεί να μην είναι γιατροί (π.χ. Royal Free - Hospital), όσον αφορά τις οργανωτικές - οικονομικές αρμοδιότητες. Σε άλλα νοσοκομεία (King's College) τοποθετείται Δ/ντής για τις κλινικές υπηρεσίες και Δ/ντής για τις διαγνωστικές (εργαστηριακές) και υποστηρικτικές (συντήρηση - ξενοδοχειακή υποδομή) υπηρεσίες. Σε κάθε περίπτωση ο γιατρός - Δ/ντής (consultant) ανά τμήμα ή ομάδες - επιτροπές (που μπορεί να εκλέγονται από τους ειδικευμένους γιατρούς) είναι υπεύθυνοι για την επιστημονική - ιατρική λειτουργία του Νοσοκομείου (εισαγωγές - εξιτήρια - θεραπεία - χειρουργεία - λίστες κ.λπ.). Ο κάθε ασθενής είναι «χρεωμένος» σ' έναν consultant (και μια ειδικευμένη νοσηλεύτρια), ο οποίος με το επιτελείο του (επιμελητές - senior doctors και ειδικευόμενοι - junior doctors) είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία του αλλά και τη συνεργασία με τον οικογενειακό γιατρό (GP) του ασθενή.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διοικείται από τη Διευθύνουσα συνεπικουρούμενη από τις προϊσταμένες των τμημάτων (senior nurses) που είναι απαραίτητα απόφοιτες Πανεπιστημίου (3ετούς ή 4ετούς) με ειδίκευση (ενός χρόνου) σε μία από τις 100 περίπου ειδικότητες νοσηλευτικής. Επιπλέον έχουν την υποχρέωση να εκπαιδευτούν σε εξάμηνα ή ετήσια σεμινάρια διοίκησης και οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας με ευθύνη του Νοσοκομείου και κατόπιν αναλαμβάνουν θέσεις στην ιεραρχία. Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές - τριες (3ετούς - 4ετούς εκπαίδευσης, πλέον της ειδικότητας) αποτελούν την πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού συνεπικουρούμενοι - ες από βοηθητικό νοσηλευτικό που εκπαιδεύεται 1-2 χρόνια στο Νοσοκομείο σε

πρακτικά θέματα, αφού καταργήθηκαν οι αντίστοιχες με τις δικές μας νοσοκομειακές σχολές - διετούς φοίτησης, επειδή δεν ήταν αποδοτικές στη σχέση κόστους - οφέλους.

Ο αριθμός των υπολοίπων τμημάτων ποικίλει ανάλογα με το νοσοκομείο.

Σε κάθε περίπτωση είναι βασική η ύπαρξη Δ/νσεων οικονομικών, τεχνικών και ξενοδοχειακών υπηρεσιών, στρατηγικού σχεδιασμού και ανάπτυξης προγραμμάτων, εκπαίδευσης και ανθρώπινων πόρων, ανάπτυξης και προώθησης υπηρεσιών, ποιότητας και ιατρικού ελέγχου, πληροφορικής κ.λπ. Έτσι, δημιουργείται μία στρατιά διοικητικών στελεχών (managers) οι οποίοι, στα πλαίσια της βελτίωσης, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών, προσπαθούν να ισορροπήσουν μεταξύ των γιατρών και του ειδικευμένου επιστημονικού και νοσηλευτικού προσωπικού από τη μία μεριά και των υπεύθυνων για τη χάραξη πολιτικής και στρατηγικής από την άλλη. Αν προστεθεί ότι οι μισθοί των παραπάνω είναι αρκετά υψηλοί (Δ/ντές consultants και Γενικοί Δ/ντές - Chief Executives από 50-100.000 λίρες, μεσαία στελέχη 30-60 χιλ. λίρες) η μεγάλη μάζα του προσωπικού (ειδικευόμενοι, νοσηλεύτριες και λοιπό προσωπικό περίπου 15-20.000 λίρες κατά μέσο όρο) νιώθει αδικημένη, αν ληφθεί υπόψη ότι αυτοί κυρίως θίγονται από πολιτικές κλεισίματος των νοσοκομείων και μείωσης του προσωπικού.

Δύο από τα κυριότερα «μπολιάσματα» στη διαχείριση των βρετανικών υπηρεσιών υγείας είναι η εισαγωγή του ελέγχου της ποιότητας και ενός οικονομικού -λογιστικού συστήματος που επιτρέπει το σαφή καθορισμό

στόχων, με βάση μετρήσιμα αποτελέσματα που συνεχώς αξιολογούνται.

Ξεκινώντας από το τελευταίο, πρέπει πρώτα να σημειωθεί ότι η κατανομή των πόρων από το Υπουργείο μέσω των DHA γίνεται χωριστά για τις κλινικές υπηρεσίες, την έρευνα και την εκπαίδευση, τις επενδύσεις και τους οικογενειακούς γιατρούς. Τα Νοσοκομεία - trusts έχουν την υποχρέωση να υποβάλλουν ετήσιο οικονομικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό με αναλυτική καταγραφή εσόδων και εξόδων με στόχο να 'χουν πλεόνασμα 6% μέσα στα οικονομικά όρια (χρηματοδότηση, δανεισμούς) που θέτουν οι αρχές και η αγορά χρήματος στην οποία μπορούν να προσφύγουν για άντληση κεφαλαίων. Τα έσοδα των Νοσοκομείων - Trusts, ανάλογα με την πηγή, κατανέμονται σε έσοδα από συμβάσεις με τον κύριο αγοραστή (DHA), άλλες συμβάσεις με άλλους αγοραστές (DHAs, GP - fundholders κ.λπ.), εισόδημα εκτός συμβάσεων από άλλους αγοραστές δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα (μικρό ποσοστό). Από την άλλη μεριά, οι δαπάνες κατανέμονται (ανά τμήμα) σε κόστος προσωπικού, υπόλοιπο κόστος (non staff), αποσβέσεις, τόκοι και μερίσματα. Το σημαντικό εδώ είναι ότι η επιμέρους κοστολόγηση γίνεται ανά δραστηριότητα με βάση συστήματα κατηγοριοποίησης ασθενών, χωρίς κι εδώ να εκλείψουν προβλήματα αντίστοιχα τα DRG's (κατηγοριοποίηση, διάρκεια νοσηλείας κ.λπ.). Πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε τρίμηνο υποβάλλονται απολογιστικές εκθέσεις προς τις αρχές - αγοραστές.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών είναι μια συνεχής αγωνία των managers, αφού στην ποιότητα αλλά και στις τιμές βασίζεται ο «ανταγωνισμός»

των NHS - Trusts. Το ετήσιο ενημερωτικό φυλλάδιο του Freeman Group of Hospitals -NHS Trust σημειώνει: «όλοι οι αγοραστές που συνάπτουν συμβάσεις μαζί μας μπορούν να εξασφαλίζουν τα ακόλουθα standards: πρόσβαση στις υπηρεσίες με μειωμένους χρόνους αναμονής (12 μήνες) σε σχέση με το «Patients Character» (18 μήνες) για τα μη επείγοντα, χρόνος αναμονής 5 ημερών για ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία και αναμονή μέχρι 30' έξω από το ιατρείο, έγγραφη ενημέρωση του GP εντός 10 ημερών για την εισαγωγή και τη θεραπεία, πρόσβαση σε υπηρεσίες μίας ημέρας νοσηλείας, εξασφάλιση θεραπείας από προσωπικό με υψηλή εξειδίκευση, εμπιστευτικότητα και συνεχή ενημέρωση του ασθενούς και των συγγενών, αξιολόγηση των παραπόνων κ.λπ. Έτσι λοιπόν εξασφαλίζεται ένα πλαίσιο τεχνικών εξειδικεύσεων (δείκτες, standards, τεχνικές προδιαγραφές στις συμβάσεις, εκπαίδευση προσωπικού) και φροντίδας του πελάτη - ασθενή (χάρτης δικαιωμάτων, πρόσβαση, ενημέρωση, έρευνες, ικανοποίηση του χρήστη, δημοσιοποίηση αποτελεσμάτων)».

Μία άλλη σημαντική ρύθμιση του αγγλικού NHS είναι ο διαχωρισμός της χώρας σε 6 μεγάλες Περιφέρειες (με πληθυσμό περίπου όσο όλη η Ελλάδα) και η δημιουργία μεγάλων αποθηκών για την προμήθεια κάθε είδους υλικού (τρόφιμο, υγειονομικό υλικό, αναλώσιμα αλλά και μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας) στις υπηρεσίες υγείας. Τα Νοσοκομεία, στη μεγάλη τους πλειοψηφία, προτιμούν την αγορά προϊόντων των από τα λεγόμενα NHS Supplies Divisions (π.χ. Central στο Derby) επειδή εξασφαλίζουν χαμηλότερες

τιμές από εκείνες της αγοράς και για τα ίδια προϊόντα. Τα Νοσοκομεία επιβαρύνονται μ' ένα μέρος του διοικητικού κόστους (μεταφορές, διαχείριση, κ.λπ.) αλλά εξοικονομούν χρήματα από την κατάργηση των αποθηκών τους και τη μείωση του διοικητικού κόστους από τη διακίνηση των προμηθειών τους. Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι η μορφολογία του γεωγραφικού χώρου και η θέση των NHS Supplies είναι τέτοια, ώστε η πρόσβαση από τις «αποθήκες» στα νοσοκομεία να ναι σχετικά εύκολη και ο προγραμματισμός των παραλαβών ικανοποιητικός, ώστε να μη δημιουργεί προβλήματα εφοδιασμού των υπηρεσιών.

Κάνοντας μία μικρή αναφορά στην παιδιατρική δευτεροβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να σημειωθεί ότι η τάση τουλάχιστον στο Λονδίνο (Queen Elizabeth Hospital) είναι ο περιορισμός των κλινών σε αυτοδύναμα παιδιατρικά νοσοκομεία, με παράλληλη μεταφορά των δραστηριοτήτων τους σε μεγάλα γενικά νοσοκομεία, πράγμα που δεν μπορεί ακόμα να αξιολογηθεί αν και εκεί υπάρχουν αντιδράσεις.

Όσον αφορά τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση αν και προχώρησε το κλείσιμο των ψυχιατρικών ασύλων και η αποασυλοποίηση με γοργό ρυθμό, δεν έμεινε χωρίς πρόβλημα. Η επανένταξη των ασθενών στην κοινωνία, είτε σε κοινοτικές υπηρεσίες είτε σε οικογένειες (συγγενείς ή ανάδοχες) είναι μερικά από αυτά. Η υπερκάλυψη των κλινών στα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων οδήγησε στην άνθηση του ιδιωτικού τομέα, σε νοσηλεία χρόνιων περιστατικών και στην αύξηση του κόστους που ήταν ένας από τους λόγους της Βρετανικής

μεταρρύθμισης σε αντιδιαστολή με την Ιταλική (π.χ. Τεργέστη) όπου το πείραμα περιβλήθηκε περισσότερο από στοιχεία κοινωνικού εκδημοκρατισμού.

Σχετικά με τη λειτουργία των οικογενειακών γιατρών, πρέπει να τονισθεί η εμπιστοσύνη του πληθυσμού τα τελευταία 50 χρόνια στο θεσμό, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι γενικά έγινε αποδεκτή η νέα προσπάθεια των GP fundholders οι οποίοι σε ένα μικρό ποσοστό (20-30%) αγοράζουν και υπηρεσίες από τα Νοσοκομεία για λογαριασμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους. Παρόλα αυτά η εισαγωγή στοιχείων management (μηχανογραφημένοι φάκελοι ασθενών, πρόσληψη managers, ποιοτικά κριτήρια, συμβάσεις κ.λπ.) βοήθησε στην ανάπτυξη του θεσμού.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι διεθνώς οι μεταφορές ιδεών και πρακτικών είναι χρήσιμες από ένα σύστημα υγείας σ' ένα άλλο. Είναι όμως καμία φορά και επικίνδυνες αν δεν συνδυασθούν με προσεκτική διαμόρφωση στις εσωτερικές δομές ενός συστήματος και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά ενός λαού. Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας με την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού (π.χ. Αγγλία, Σουηδία κ.ά.) έχουν τραβήξει την προσοχή και μεταφέρονται σ' όλη την Ευρώπη από τους επαγγελματίες της υγείας και τους πολιτικούς. Οι διαφωνίες είναι πολλές και θεμιτές. Η είσοδος όμως των αρχών του management κρίνεται επιτακτική από όλους. Η Ελλάδα δεν έχει την πολυτέλεια να περιμένει. Δίπλα στο νέο θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο που φαίνεται ότι θα δημιουργηθεί πρέπει να συνυπάρξει μία

επαγγελματική κουλτούρα που θα διασφαλίζει τα παραπάνω.

Απαραίτητες ενέργειες είναι η εκπαίδευση και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σε συνδυασμό με την αξιοκρατική αξιολόγηση του. Η «επίθεση management» και η σταθερή διοικητική κουλτούρα πρέπει να αρχίσουν αμέσως.

Ο Chris Ham (BMJ, 14/1/95) υποστήριξε πως για να μεταφέρει τις παραπάνω διεργασίες στην πράξη χρειάζεται να δημιουργήσει μία κουλτούρα στην οποία οι νέες πολιτικές θα συνδυασθούν με την προετοιμασία για την εφαρμογή τους. Αυτό μπορεί να προκαλέσει διαφορές στην ιδεολογική σκέψη, αλλά τελικά οι ανάγκες διαμόρφωσης πολιτικής πρέπει να βαδίσουν μαζί με την ιατρική γνώση σ' ένα μελλοντικό NHS. Οι επιστήμονες του ιατρικού - νοσηλευτικού χώρου αλληλοσυνδέονται και συμπληρώνονται με συστήματα και εκπαίδευση στις συμπεριφορικές επιστήμες. Όμως το Βρετανικό Ε.Σ.Υ. δεν στερείται προβλημάτων. Η δημιουργία των εσωτερικών αγορών έφερε τα εμπόδια πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες της ίδιας ποιότητας και αύξησε τα διοικητικά κόστη (11%). Οι άνθρωποι που δουλεύουν στο NHS ζουν κάτω από μία αβεβαιότητα για το μέλλον τους και πολλές φορές ωραιοποιούν την πραγματικότητα, αναζητώντας τα λόγια του John Milton: «η αλήθεια έχει περισσότερες από μία όψεις, δώστε μου τη δυνατότητα να γνωρίζω και να επιχειρηματολογώ ελεύθερα». ^{42,43,44,45}

Παρόλα αυτά, βασιζόμενοι στον αλτρουισμό τους και στην επαγγελματική τους ισορροπία, προσπαθούν να προσφέρουν στον ασθενή άνθρωπο υψηλής

ποιότητας υπηρεσίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από όσα αναφέρθηκαν σ' αυτή την εργασία προκύπτει ότι η ανταπόκριση των ελληνικών Νοσοκομείων στα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να πληρούν οι υπηρεσίες Υγείας δεν είναι ικανοποιητική, αφού εντοπίζουμε:

1. Κτηριακή υποδομή, που είναι αποτέλεσμα σταδιακής και εξελικτικής διαδικασίας η οποία όμως δεν πληρεί συχνά τις λειτουργικές προδιαγραφές και προτεραιότητες.
2. Εξοπλισμό ανισοβαρή, από πλευράς μεγεθών, χρόνου κατασκευής – απόκτησης και αναγκών συντήρησης.
3. Ανθρώπινο δυναμικό ανισότιμα εκπαιδευμένο και προσαρμοσμένο στην ιστορική εξέλιξη του κάθε Νοσοκομείου.
4. Θεσμικό πλαίσιο απαρχαιωμένο, με ασφυκτικό έλεγχο του δημόσιου λογιστικού, δύσκαμπτους κανόνες και αλληλοσυγκρουόμενες πρακτικές, με ιδιαίτερη έξαρση της γραφειοκρατίας.
5. Μόνιμες καταστάσεις σύγχυσης, όσον αφορά τους ρόλους και αρμοδιότητες των εκάστοτε Διοικήσεων και Διευθύνσεων.
6. Μη συμμετοχή τους στον προσδιορισμό οποιουδήποτε στόχου σε μικροεπίπεδο Νοσοκομείου, όπως και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, σχετικών με την υλοποίησή τους.
7. Συγκρούσεις μεταξύ των τριών Υπηρεσιών (Ιατρικής, Νοσηλευτικής Διοικητικής) ως αποτέλεσμα της πολυδιάστατης διεύθυνσης του χώρου

υπάρχει σήμερα.

8. Μη συμμετοχή των ιεραρχικά υπευθύνων στην επιλογή, αλλά και εξέλιξη των συνεργατών τους, αφού τόσο η επιλογή, όσο και η εξέλιξη τους γίνεται σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπει το δημοσιούπαλληλικό καθεστώς, που ισχύει σήμερα.
9. Αδυναμία, αντικειμενική, κατάρτισης και εκτέλεσης πραγματικού και «βέβαιου» προϋπολογισμού αφού το ύψος της χρηματοδότησης του Νοσοκομείου, είναι γνωστό μόνο στο τέλος της οικονομικής χρήσης.
10. Συγκρούσεις και αντιθέσεις, που είναι συνυφασμένες με την ασάφεια των καθηκόντων και υποχρεώσεων των εργαζομένων, αφού δεν υπάρχει ακόμη σαφές καθηκοντολόγιο.
11. Παντελή έλλειψη κινήτρων για τους ίδιους και τους συνεργάτες τους αλλά και έλλειψη οποιουδήποτε συστήματος αποτίμησης - αξιολόγησης του έργου τους.

Είναι θα λέγαμε γι' αυτούς τους λόγους, επιτακτική η ανάγκη για αναδιάρθρωση και εκσυγχρονισμό της οργάνωσης και διαχείρισης των Νοσοκομείων με την εφαρμογή επιστημονικού management, που αποτελεί σήμερα και τη μόνη δυνατή παρέμβαση, ώστε να καταστεί αποδοτική και αποτελεσματική η λειτουργία τους. Είναι πλέον αναγκαία μία πολυεπίπεδη αναδιάρθρωση και για να 'χει επιτυχία επιβάλλεται:

- Ο καθορισμός, σε κεντρικό επίπεδο, σαφούς και συγκεκριμένης πολιτικής υγείας, την οποία θα κληθούν να εφαρμόσουν τα

Νοσοκομεία, στο μέτρο που τους αφορά, με βάση συγκεκριμένο ετήσιο προγραμματισμό των δραστηριοτήτων τους.

- η αλλαγή του σημερινού νομικού και θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των Ελληνικών Νοσοκομείων, κατά τρόπο όμως που αφενός δεν θα στερεί από αυτά τον δημόσιο χαρακτήρα και αφετέρου θα επιτρέπει την διοικητική και διαχειριστική τους ευελιξία.
- η αποκατάσταση του ενιαίου management των Νοσοκομείων με την ανάθεση της διοίκησης - διαχείρισης τους σε ικανούς managers, που η επιλογή τους όμως θα γίνει αποκλειστικά με κριτήρια επαγγελματικά και στους οποίους θα δοθούν ουσιαστικά κίνητρα για την επίτευξη αποτελεσμάτων.
- ο περιορισμός των αρμοδιοτήτων των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων αποκλειστικά και μόνο στη λήψη αποφάσεων εφαρμογής πολιτικής υγείας, αποκλειόμενης οποιασδήποτε δυνατότητας παρέμβασης τους στην άσκηση του management.
- η ευαισθητοποίηση των γιατρών, νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας ως προς το κόστος των ιατρικών πράξεων και φαρμακευτικών αγωγών, γεγονός που προϋποθέτει αφενός τη σωστή πληροφόρηση τους και αφετέρου τη συνειδητοποίηση από μέρους τους του σημαντικού τους ρόλου ως συνδιαχειριστών.
- η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης, ως ουσιαστικής παραμέτρου της διαδικασίας λήψης αποφάσεων τόσο για τα

θέματα διοίκησης -διαχείρισης, όσο και για θέματα ιατρικής παρέμβασης.

- η θέσπιση κινήτρων τόσο για το προσωπικό, όσο και για το ίδιο το Νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας, αλλά και το ποιοτικό επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών.

Ο αναγκαίος αυτός μετασχηματισμός, απαιτεί ένα κοινά αποδεκτό ενιαίο πλαίσιο, μια σχεδιασμένη διαχρονική εξελικτική πορεία και παράλληλα άμεση έναρξη εφαρμογής σε Νοσοκομεία ή Υπηρεσίες Υγείας - πιλότους.

Τα χρονικά περιθώρια δεν παρέχουν την πολυτέλεια της αναβολής ή Της παρέλκυσης.

1. Νόμος 2071/92²

Άρθρο 47 Τα δικαιώματα του

νοσοκομειακού ασθενούς

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάσταση του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που

είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπος του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφαση του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεση του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμα του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισης σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συμβούλιο με επωνυμία «Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας».

2. Σκοπός του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας είναι:

α) Η συμβολή στη χάραξη της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επί ζητημάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, η γνωμοδότηση επί όλων των αναφερόμενων ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και η γνωμοδότηση προς άρση των διαφωνιών σε δευτεροβάθμιο επίπεδο των τοπικών επιτροπών ιατρικής ηθικής, όταν αυτές λειτουργήσουν.

β) Η δημιουργία «Κέντρου Ιατρικής Ηθικής» που θα εδρεύει στην Αθήνα και σε χώρο νοσοκομείου ν.π.δ.δ., που θα καθοριστεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το Κέντρο Ιατρικής Ηθικής θα συλλέγει βιβλιογραφικά και άλλα στοιχεία σε ειδική προς τούτο βιβλιοθήκη προς ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων. Θα οργανώνει ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, που θα απευθύνονται στα επαγγέλματα υγείας και σε συγγενείς επιστήμες. Θα εντείνει τη συνεργασία με παρόμοια κέντρα και παρόμοιες δραστηριότητες των χωρών της Ε.Ο.Κ., του συμβουλίου της Ευρώπης και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

3. Η συγκρότηση του Συμβουλίου ενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από επιστήμονες διακριθέντες στον τομέα της υγείας, νομικούς, θρη

σκευτικούς λειτουργούς και γενικώς από πρόσωπα αναγνωρισμένου επιστημονικού κύρους. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα περί της λειτουργίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά τη γνώμη του διοικητικού συμβουλίου των νοσοκομείων, των ιδιωτικών κλινικών και του Εθνικού Συμβουλίου Ηθικής και Επιστημών Υγείας συνιστώνται στα νοσοκομεία ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ., καθώς και στις ιδιωτικές κλινικές, τοπικές επιτροπές ηθικής των επιστημών υγείας, με έργο τη γνωμοδότηση επί θεμάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας προς το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής, καθώς και τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

5. Οι τοπικές επιτροπές θα είναι πενταμελείς με τριετή θητεία, θα αποτελούνται δε από επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας, οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με το αντικείμενο. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θα ρυθμισθεί οποιαδήποτε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στη συγκρότηση και λειτουργία των τοπικών επιτροπών.

6. Τυχόν δαπάνες που θα προκύψουν για τα λειτουργικά έξοδα του Κέντρου Ιατρικής Ηθικής θα βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο θα εγκατασταθεί το κέντρο αυτό.

Άρθρο 62 Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του

Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας συντάσσεται και εκδίδεται ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

2. Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας καθορίζονται οι κανόνες δεοντολογίας, που πρέπει να διέπουν το ιατρικό και οδοντιατρικό λειτούργημα, οι σχέσεις μεταξύ των λειτουργών της υγείας και οι σχέσεις αυτών με τους ασθενείς.

3. Από της εκδόσεως του προεδρικού διατάγματος της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, καταργείται κάθε διάταξη που ρυθμίζει τα της ιατρικής δεοντολογίας.

Άρθρο 114

Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας και δεοντολογίας επισκεπτών υγείας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., συντάσσεται και εκδίδεται κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας και κώδικας δεοντολογίας επισκεπτών υγείας.

2. Οι κανόνες που πρέπει να διέπουν το νοσηλευτικό λειτούργημα και αυτό των επισκεπτών υγείας, οι σχέσεις με τους ασθενείς, τους ιατρούς και λοιπό προσωπικό που συνεργάζεται η νοσηλευτική υπηρεσία, καθώς και οι επισκέπτες υγείας καθορίζονται με τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και τον κώδικα δεοντολογίας των επισκεπτών υγείας.

Άρθρο 115

Νοσηλευτική επιτροπή

1. Σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή (ΝΟ.Ε.), η οποία είναι το συμβουλευτικό όργανο της νοσηλευτικής υπηρεσίας σε θέματα που αφορούν το σχεδιασμό και λήψη αποφάσεως για τα νοσηλευτικά θέματα.

2. Η ΝΟ.Ε. αποτελείται από: α) Το διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως πρόεδρο, β) έναν (1) προϊστάμενο τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα, γ) έναν (1) νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα.

3. Τα μέλη των περ. β) και γ) της προηγούμενης παραγράφου εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό της Π.Ε. και Τ.Ε. κατηγορίας σε αντίστοιχες με τη θέση που κατέχουν, θέσεις της ΝΟ.Ε. Δικαίωμα -ψήφου έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών που υπηρετεί με οποιαδήποτε σχέση εργασίας στο νοσηλευτικό ίδρυμα. Η ψηφοφορία των μελών της Ε.Ν.Ε. γίνεται κατά τομέα.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία εκλογής των μελών της ΝΟ.Ε., η ιτυγκρότηση σε σώμα, η λειτουργία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά εν γένει τη ΝΟ.Ε.

2. Κριτήρια νοσηλευτικών υπηρεσιών²

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία:

1. Κάνει γνωστό το «πιστεύω» της, ανακοινώνει τους αντικειμενικούς σκοπούς της, οι οποίοι εκφράζουν τους σκοπούς του ιδρύματος και κατευθύνει το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας.

2. Έχει την ευθύνη και την εξουσία για την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας μέσα στο ίδρυμα.

3. Συμμετέχει στο σχεδιασμό και στις αποφάσεις που λαμβάνονται, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τη φροντίδα των αρρώστων.

4. Σχεδιάζει τη λειτουργική δομή του τομέα και καθορίζει τις σχέσεις του προσωπικού.

5. Επιχορηγείται με τα απαραίτητα κεφάλαια για την εκτέλεση υπηρεσιακών προγραμμάτων.

6. Προάγει την ασφαλή και θεραπευτικά αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα, μέσω της εφαρμογής των καθορισμένων κριτηρίων στη άσκηση.

7. Έχει σαφώς καθορίσει τις ευθύνες της στο σχεδιασμό αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών του ιδρύματος.

8. Έχει καθορίσει και γραπτά διατυπώσει την τακτική, που ακολουθεί σε ό,τι αφορά τη δημιουργική εξέλιξη και προαγωγή του νοσηλευτικού προσωπικού, με σκοπό τη δημιουργία κινήτρων για την προσέλευση νοσηλευτών με προσόντα και την εξασφάλιση μονιμότητας.

9. Παρέχει εκπαιδευτικά προγράμματα και κατάλληλες ευκαιρίες για την επαγγελματική εξέλιξη του προσωπικού.

10. Συμμετέχει ενεργά στα εκπαιδευτικά προγράμματα, που πραγματοποιούνται μέσα στο ίδρυμα και επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών, το περιβάλλον τους ή το νοσηλευτικό προσωπικό.

11. Κάνει συνεχή αξιολόγηση στη διοίκηση, την επίβλεψη και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων.

12. Συμμετέχει στον καθορισμό μεθόδων χρησιμοποίησης των ευκολιών, που παρέχει το ίδρυμα για μελέτες και έρευνα που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών, το περιβάλλον τους και το προσωπικό.

13. Δημιουργεί ευκαιρίες και προωθεί την έρευνα στη διοίκηση, την επίβλεψη και τη νοσηλευτική άσκηση.

14. Παρέχει όλες τις ευκολίες, εφόδια και τον εξοπλισμό που απαιτούνται, προκειμένου να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί σκοποί και οι στόχοι της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

15. Συμμετέχει στο σχεδιασμό για την εισαγωγή νέων προγραμμάτων νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών, καθώς και την ανάπτυξη άλλων υπηρεσιών, που έχουν σχέση με την ομαλή και αποδοτική λειτουργία της υπηρεσίας.

16. Προσυπογράφει κοινή συμφωνία με το αντίστοιχο εκπαιδευτικό ίδρυμα για την άσκηση φοιτητών/σπουδαστών νοσηλευτικής, με σκοπό την κατοχύρωση της ευθύνης και ασφάλεια των αρρώστων.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 1

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει γνωστοποιήσει τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές και καθορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς, που εκφράζουν τους σκοπούς και του ιδρύματος και κατευθύνουν το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τη διατύπωση, κριτική και αναθεώρηση βασικών αρχών, καθώς και των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

β. Οι αντικειμενικοί σκοποί και οι βασικές αρχές που διατυπώθηκαν

γίνονται γνωστές σε όλα τα μέλη της νοσηλευτικής υπηρεσίας και των άλλων υπηρεσιών του ιδρύματος.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία χρησιμοποιεί τους αντικειμενικούς σκοπούς και τη φιλοσοφία της σαν βάση για τη λήψη αποφάσεων.

δ. Η εκτελεστική επιτροπή της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι εξουσιοδοτημένη να επεκτείνει τους αντικειμενικούς σκοπούς του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 2

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει την αρμοδιότητα, την ευθύνη και την εξουσία για την οργάνωση και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας στο ίδρυμα.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι ενήμερη για την ποιοτική και ποσοτική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς.

β. Τα προγράμματα της νοσηλευτικής φροντίδας αναπτύσσονται, συνεχίζονται ή επεκτείνονται σύμφωνα με την επάρκεια νοσηλευτών και άλλου νοσηλευτικού προσωπικού ως και των τεχνικών μέσων.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποφασίζει για την επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το διορισμό την προαγωγή και την απόλυση από την υπηρεσία.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 3

Η νοσηλευτική υπηρεσία συμμετέχει στο σχεδιασμό και στις αποφάσεις που λαμβάνονται στο ίδρυμα, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία της και τη φροντίδα των αρρώστων.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Οι νοσηλευτές υπηρετούν σαν μέλη ειδικών επιτροπών στο ίδρυμα και στην κοινότητα.

β. Η νοσηλευτική υπηρεσία καθορίζει σχέδιο επικοινωνίας με τις άλλες

υπηρεσίες του ιδρύματος ως και με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες του ιδρύματος για την προγραμματισμένη και συντονισμένη αντιμετώπιση των αναγκών των αρρώστων.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 4

Η νοσηλευτική υπηρεσία καθορίζεται οργανωτική και λειτουργική της δομή καθώς και τις σχέσεις του προσωπικού.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η νοσηλευτική υπηρεσία διευθύνεται από νοσηλευτή με ειδικά διοικητικά και νοσηλευτικά προσόντα, όπως ακριβώς καθορίζονται από αντίστοιχη νομοθεσία, τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τον οργανισμό του ιδρύματος.

β. Τα καθήκοντα και τα ειδικά προσόντα για το άλλο νοσηλευτικό προσωπικό είναι επίσης καθορισμένα και περιγράφονται στον εσωτερικό κανονισμό της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

γ. Οι ευθύνες του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σαφώς καθορισμένες και αναγνωρισμένες.

δ. Ο κανονισμός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ενσωματωμένος στον οργανισμό του ιδρύματος, που προβλέπει επάρκεια προσωπικού, ώστε να εξασφαλίζει την ποιοτική νοσηλευτική και θεραπευτική φροντίδα των αρρώστων.

ε. Η οργάνωση προβλέπει το διορισμό καταλλήλου νοσηλευτικού προσωπικού.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 5

Η νοσηλευτική υπηρεσία επιδοτείται με τα απαραίτητα κεφάλαια για την εκτέλεση του νοσηλευτικού της προγράμματος. Παράγοντες αξιολόγησης

α. Ο διευθυντής των νοσηλευτικών υπηρεσιών προετοιμάζει τον οικονομικό προϋπολογισμό για τις διάφορες δαπάνες του νοσηλευτικού τομέα, που

αποτελεί μέρος του προϋπολογισμού του ιδρύματος.

β. Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας χρησιμεύουν σαν βάση κατάρτισης του προϋπολογισμού.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία καταγράφει τις οικονομικές της δαπάνες, οι οποίες αναθεωρούνται και αναλύονται κάθε χρόνο.

δ. Οι άμεσες ανάγκες της νοσηλευτικής υπηρεσίας για το προσωπικό, υλικό και εξοπλισμό καθορίζονται και εκτιμούνται με οικονομικούς όρους.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 6

Με την εφαρμογή των καθορισμένων κριτηρίων της νοσηλευτικής, εξασφαλίζεται η συνεχής βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Οι νοσηλευτές μελετούν και αναθεωρούν τα προγράμματα της νοσηλευτικής φροντίδας, όταν το κρίνουν απαραίτητο.

β. Ο νοσηλευτής προγραμματίζει, επιβλέπει και αξιολογεί τη νοσηλευτική φροντίδα κάθε αρρώστου.

γ. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς συντονίζεται με την καθορισμένη θεραπευτική αγωγή.

δ. Οι εθνικές και θρησκευτικές διαφορές των ασθενών αναγνωρίζονται στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας και δεν επιτρέπονται οι διακρίσεις στη νοσηλεία τους, εξ αιτίας φυλής, χρώματος ή κοινωνικής θέσης.

ε. Κατά το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, μελετάται και λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη η ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού.

στ. Ο νοσηλευτής αναθέτοντας τη νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να έχει υπόψη τις ανάγκες κάθε αρρώστου, τη δυνατότητα ποιοτικής και ποσοτικής απόδοσης κάθε ατόμου καθώς και την επάρκεια του υπάρχοντος προσωπικού.

ζ. Ο νοσηλευτής παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς, που οι ανάγκες τους απαιτούν ειδικές γνώσεις, κρίση και δεξιότητες.

η. Η λεπτομερής, ακριβής και με σαφήνεια καταγραφή των νοσηλευτι-

κών παρατηρήσεων δίνει μια πλήρη εικόνα της πορείας του αρρώστου, διαγράφει το σχέδιο της νοσηλείας, συμβάλλει δε στην ασφαλή και αποτελεσματική συνέχιση της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του.

θ. Η νοσηλευτική υπηρεσία προνοεί για την επίβλεψη, βοήθεια και υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, που ασχολείται με το σχεδιασμό και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 7

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει σαφώς καθορίσει τις ευθύνες της στο σχεδιασμό εκτάκτων αναγκών του ιδρύματος.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η νοσηλευτική υπηρεσία αναλαμβάνει ευθύνη για την αποτελεσματική εκτέλεση των φάσεων του σχεδίου που επηρεάζει τις υπηρεσίες της.

β. Κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πληροφορημένο σχετικά με το σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών του ιδρύματος.

γ. Κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι καλά πληροφορημένο, κατέχει τις ανάλογες γνώσεις και δεξιότητες, ώστε σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης να διαθέτει την απαιτούμενη ετοιμότητα.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 8

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει γραπτά καθορίσει την πολιτική της που αφορά στο προσωπικό και επιδιώκει την προσέλκυση ειδικευμένου προσωπικού, τη δημιουργία κινήτρων, με σκοπό την εξασφάλιση και διατήρηση σταθερότητας της στελέχωσης των υπηρεσιών.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η επιλογή, ο διορισμός, η μονιμοποίηση και η προαγωγή του νέου προσωπικού γίνεται βάσει των ατομικών προσόντων και ικανοτήτων, αδιακρίτως φυλής, δόγματος ή χρώματος.

β. Το νέο προσωπικό προσανατολίζεται ως προς τη φιλοσοφία, τους

σκοπούς και την πολιτική του ιδρύματος και της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

γ. Η οικονομική αμοιβή του νοσηλευτικού προσθετικού είναι ανάλογη με τα προσόντα, τη θέση και τη συγκριτική ευθύνη στο ίδρυμα.

δ. Τηρείται η καθορισμένη διαδικασία ασφάλισης του νοσηλευτικού προσωπικού και απαιτείται άδεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ο κανονισμός εργασίας και πολιτικής του ιδρύματος δίνεται σε κάθε μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού.

στ. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στον καθορισμό πολιτικής που αφορά το προσωπικό του ιδρύματος.

ζ. Η νοσηλευτική υπηρεσία συμμετέχει στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή και προώθηση του προγράμματος παρακολούθησης υγείας των εργαζομένων.

η. Οι φάκελοι που τηρούνται από τη νοσηλευτική υπηρεσία, συντονίζονται με εκείνους της υπηρεσίας προσωπικού.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 9

Η νοσηλευτική υπηρεσία οργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα και κατάλληλες ευκαιρίες για την επιμόρφωση του προσωπικού. Παράγοντες αξιολόγησης

α. Εκπαιδευτικά προγράμματα οργανώνονται για το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό να το καταστήσουν ικανό να αποκτήσει απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες και να το βοηθήσουν να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του ιδρύματος.

β. Για τα προγράμματα επιμόρφωσης του προσωπικού χρησιμοποιούνται διάφορες πηγές εντός και εκτός του ιδρύματος.

γ. Για κατάρτιση ή ανάληψη μεγαλύτερων ευθυνών στο νοσηλευτικό τομέα, επιλέγονται και ενθαρρύνονται νέα μέλη του προσωπικού.

δ. Προκαταβολικά καταρτίζονται σχέδια για την προετοιμασία προσωπικού, που έχει επιλεγεί για να ασχοληθεί ειδικά με την αναθεώρηση και εκπόνηση νέων προγραμμάτων.

ε. Μέλη του προσωπικού με δυνατότητες εξέλιξης ενθαρρύνονται να

αναπτύξουν επαγγελματικά ενδιαφέροντα και δεξιότητες.

στ. Το ίδρυμα διαθέτει βιβλιοθήκη με σύγχρονα βιβλία και περιοδικά, το δε προσωπικό παροτρύνεται να τα χρησιμοποιεί.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 10

Η νοσηλευτική υπηρεσία ενεργά υποστηρίζει την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών, το περιβάλλον τους ή το νοσηλευτικό προσωπικό.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η ευθύνη του νοσηλευτή για την ευημερία των ασθενών, που είναι υπό την επίβλεψη του, αναγνωρίζεται από τα άτομα που ρυθμίζουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα.

β. Οι προϋποθέσεις παροχής υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας εξασφαλίζονται για όλους τους ασθενείς, ώση να αποφεύγονται ανεπιθύμητες επιπτώσεις.

γ. Ο αριθμός και το είδος των ατόμων που χρησιμοποιούν τις κλινικές μονάδες για εκπαιδευτικούς σκοπούς παραμένουν σε λογικά όρια.

δ. Τα μέσα που παρέχονται στα άτομα που χρησιμοποιούν τις κλινικές μονάδες για εκπαιδευτικούς σκοπούς καθορίζονται εκ των προτέρων.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 11

Η νοσηλευτική υπηρεσία συνάπτει γραπτή συμφωνία με εκπαιδευτικά ιδρύματα για τη χρήση των κλινικών ευκολιών του ιδρύματος από φοιτητές της νοσηλευτικής, η οποία διασφαλίζει τους αρρώστους και την ευημερία τους.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την κατεύθυνση και τον συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών.

β. Το εκπαιδευτικό ίδρυμα είναι υπεύθυνο για τις εμπειρίες μάθησης των φοιτητών και την κλινική τους άσκηση.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία και το εκπαιδευτικό ίδρυμα συνεργάζονται

για την τοποθέτηση των φοιτητών.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 12

Η νοσηλευτική υπηρεσία συμμετέχει στο σχηματισμό πολιτικής, που κατευθύνει τη χρησιμοποίηση των παρεχομένων ευκολιών του ιδρύματος για μελέτες και έρευνα που μπορεί να επηρεάσουν τη φροντίδα των ασθενών, το περιβάλλον τους και το προσωπικό.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Η νοσηλευτική υπηρεσία ενημερώνει εκ των προτέρων το προσωπικό και τον ασθενή για τη μελέτη και την έρευνα που πρόκειται να πραγματοποιηθεί.

β. Ο διευθυντής νοσηλευτικών υπηρεσιών και ο υπεύθυνος έρευνας συσκέπτονται από κοινού για το σχεδιασμό και τη λειτουργία του προγράμματος που επηρεάζει τη φροντίδα των ασθενών, το περιβάλλον τους ή το νοσηλευτικό προσωπικό.

γ. Οι νομικές επιπτώσεις της μελέτης και της έρευνας που περιλαμβάνουν ασθενείς και προσωπικό λαμβάνονται υπόψη στο σχηματισμό της πολιτικής.

δ. Τα σημαντικά ευρήματα των μελετών και της έρευνας ανακοινώνονται στη νοσηλευτική υπηρεσία.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 13

Η νοσηλευτική υπηρεσία εισηγείται και προωθεί μελέτες, ενθαρρύνει την έρευνα στη διοίκηση, επίβλεψη και τη νοσηλευτική πράξη. Παράγοντες αξιολόγησης

α. Το νοσηλευτικό προσωπικό συμβάλλει (Κην εξείρεση κατάλληλων πεδίων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για μελέτες και έρευνα.

β. Η εξέλιξη των μελετών και τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας είναι στη διάθεση του καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού για να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα.

γ. Η νοσηλευτική υπηρεσία ενσωματώνει εφαρμόσιμα ερευνητικά ευ-

ρήματα στις δικές της ανάγκες.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 14

Όλες οι τεχνικές ευκολίες, το υλικό και ο εξοπλισμός παρέχονται, ώστε να υλοποιούνται οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας και η ποιοτική φροντίδα των αρρώστων.

Παράγοντες αξιολογικής

α. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στο σχεδιασμό νέων εγκαταστάσεων ή στη διαμόρφωση υπαρχόντων χώρων και κτιρίων.

β. Οι νοσηλευτές μελετούν με διοικητικούς προϊσταμένους και με το προσωπικό συντήρησης την επάρκεια των μέσων της νοσηλευτικής φροντίδας.

γ. Αποτελεσματικά μέτρα λαμβάνονται για τη διασφάλιση και διατήρηση μηχανημάτων, υλικού και των άλλων τεχνολογικών μέσων.

δ. Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την ενημέρωση της στις νέες τεχνολογικές προόδους, σχετικά με τον εξοπλισμό, εργαλεία, μηχανήματα και άλλα μέσα που δημοσιεύονται σε περιοδικά ή επιδεικνύονται σε συνέδρια.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 15

Η νοσηλευτική υπηρεσία συμμετέχει στην αναθεώρηση και το σχεδιασμό νέων προγραμμάτων φροντίδας των ασθενών και στην προέκταση των υπηρεσιών που την επηρεάζουν.

Παράγοντες αξιολόγησης

α. Στη νοσηλευτική υπηρεσία οι ανάγκες για προσωπικό εκτιμούνται εκ των προτέρων και τα προσόντα του προσωπικού είναι καθορισμένα.

β. Για κάθε καινούργια θέση υπάρχει περιγραφή καθηκόντων.

γ. Το σχέδιο οργάνωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες.

δ. Για το νέο προσωπικό λειτουργεί πρόγραμμα προσανατολισμού.

ε. Η γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνεται υπόψη για το υλικό και τον εξοπλισμό που χρειάζεται σε κάθε νέα φάση της λειτουργίας του

ιδρύματος.

ΚΡΙΤΗΡΙΟ 16

Η νοσηλευτική υπηρεσία συνέχεια αξιολογεί και αναθεωρεί τις μεθόδους διοίκησης, επίβλεψης και νοσηλευτικής φροντίδας.

Το Κοινωφελές Ίδρυμα ΩΝΑΣΕΙΟ

Είναι ανάγκη σ' αυτό το σημείο να καταθέσουμε τη δομή του Ωνασείου, κοινωφελούς ιδρύματος και στο τέλος να κάνουμε μία σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία.

Το Ωνάσειο ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) με την επωνυμία «Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο» έχει οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια και λειτουργεί με βάση τις αρχές της ιδιωτικής οικονομίας. Το Ωνάσειο, είναι κοινωφελές και τα όποια κέρδη μπορεί να 'χει, διατίθενται για την ανανέωση και τον εκσυγχρονισμό του ιατρικού και λοιπού εξοπλισμού. Βρίσκεται υπό την εποπτεία του Κράτους, ασκούμενη από τον Υπουργό Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Ο σκοπός του είναι να παρέχει υπηρεσίες νοσηλείας στον τομέα καρδιολογίας και καρδιοχειρουργικής και όλες τις δραστηριότητες (συναφείς) που περιλαμβάνονται στην αποστολή ενός σύγχρονου καρδιοχειρουργικού κέντρου. Επίσης, να πραγματοποιεί έρευνες, να σχεδιάζει, να προγραμματίζει και να εκτελεί ερευνητικά προγράμματα στην καρδιολογία και καρδιοχειρουργική για λογαριασμό του ιδίου και για άλλους, σε συνεργασία με φορείς της Ελλάδας και του εξωτερικού. Να οργανώνει κάθε είδους διεθνών συναντήσεων, συνδιασκέψεων, συνεδρίων και σεμιναρίων σε συνεργασία με άλλους φορείς ημεδαπής ή αλλοδαπής χώρας. Καθώς επίσης, να συλλέγει και να αξιοποιεί επιστημονικές πληροφορίες και μέσα από μεθόδους της σύγχρονης πληροφορικής, να αξιοποιεί αυτές, σε συνεργασία με αντίστοιχες

τράπεζες πληροφοριών που λειτουργούν στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Όσον αφορά, τους πόρους του Ωνασείου αυτοί είναι:

- Τα ημερήσια νοσήλια και οι εισπράξεις από τις σχετικές με το αντικείμενο του ιατρικές πράξεις.
- Κληρονομίες, κληροδοσίες, δωρεές και επιχορηγήσεις από τρίτους όπως πρόσοδοι από αυτές.
- Τόκοι από καταθέσεις σε τράπεζες ή άλλους πιστωτικούς οργανισμούς.
- Έσοδα από συνέδρια, ανακοινώσεις, δημοσιεύσεις.
- Έσοδα από δραστηριότητες που αναπτύσσονται για την εξυπηρέτηση του προσωπικού, των νοσηλευομένων και επισκεπτών (όπως εκμετάλλευση ή ενοίκια από κυλικεία, εστιατόριο, ανθοπωλείο, είδη δώρων κ.λπ.).
- Έσοδα από εκποίηση παλαιών μηχανημάτων, επίπλων, σκευών και κάθε είδους άχρηστου υλικού.
- Επιχορήγηση από το Δημόσιο, που θα καθορίζεται, εκάστοτε με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η εποπτεία και ο έλεγχος ασκείται από τον Υπουργό Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και περιλαμβάνει:

- Τον διορισμό της διοίκησης (όπως θα δούμε παρακάτω).
- Την έγκριση του απολογισμού και

- Την άσκηση διαχειριστικού ελέγχου.

Κάθε χρόνο γίνεται έλεγχος της οικονομικής διαχείρισης του Κέντρου του προηγούμενου χρόνου από δύο ορκωτούς λογιστές που ορίζονται από το Σώμα Ορκωτών Ελεγκτών μετά από αίτηση του Κέντρου. Η έκθεση του πορίσματος του ελέγχου κοινοποιείται στον εποπτεύοντα υπουργό σ' έναν μήνα από την υποβολή της στο Κέντρο. Ο υπουργός δύναται, οποτεδήποτε να διαπράξει έκτακτο έλεγχο οικονομικής διαχείρισης του Κέντρου. Οι δαπάνες ελέγχου βαρύνουν το Κέντρο.

Τα όργανα της διοίκησης του Ωνάσειου, είναι το διοικητικό Συμβούλιο, ο Πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου και ο Γενικός Διευθυντής αυτού.

Το Ωνάσειο διοικείται από 7μελές διοικητικό συμβούλιο (Δ.Σ.) που αποτελείται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και 5 μέλη από τα οποία το ένα υποδεικνύεται από το ίδρυμα «Ωνάσης».

Τα μέλη του Δ.Σ. με τους αναπληρωτές τους διορίζονται με τριετή θητεία, με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Μ' αυτή την απόφαση ορίζονται ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος.

Αυτοί, είναι πάντοτε καταξιωμένα και αναγνωρισμένα πρόσωπα της οικονομικής και επιστημονικής ζωής του τόπου ή της δημόσιας διοίκησης, τα δε μέλη του θα αποτελούνται από καθηγητές πανεπιστημίου ή άλλα εξέχοντα πρόσωπα της επιστημονικής, οικονομικής και κοινωνικής ζωής της χώρας, που μπορούν με τις γνώσεις και την πείρα, να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην επίτευξη των

σκοπών του Κέντρου.

Ο διορισμός νέου μέλους κατά τη διάρκεια της θητείας του Δ.Σ., λόγω κενώσεως θέσεως από οποιαδήποτε αιτία, γίνεται για το μέχρι της λήξεως της θητείας των λοιπών μελών χρόνο. Σε περίπτωση κενώσεως θέσεων μελών και μέχρι να διορισθούν νέα μέλη, το Δ.Σ. εξακολουθεί να λειτουργεί νόμιμα, εφόσον παραμένουν τουλάχιστον τέσσερα από τα ορισθέντα μέλη του, συμπεριλαμβανομένου του Προέδρου ή Αντιπροέδρου.

Η ιδιότητα μέλους του Δ.Σ. είναι ασυμβίβαστη με την ιδιότητα μέλους παρεμφερούς ιδρύματος δημοσίου ή ιδιωτικού, προμηθευτή ή εργολάβου του Ωνάσειου. Επίσης μέλη του Δ.Σ. δεν μπορούν να 'ναι μετακλητοί δημόσιοι υπάλληλοι ή πρόσωπα που συνδέονται μεταξύ τους με συγγένεια έως τρίτου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας.

Τα μέλη του Δ.Σ. και ο Πρόεδρος δεν δικαιούνται μισθό, μόνο αποζημίωση, το ύψος της οποίας καθορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας Π. κ' Κ.Α. και βαρύνουν το κέντρο.

Το Δ.Σ. βρίσκεται σε απαρτία όταν τα παρόντα μέλη είναι περισσότερα από τα απόντα. Μεταξύ των παρόντων, πρέπει υποχρεωτικά να 'ναι ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος.

Οι αρμοδιότητες του διοικητικού συμβουλίου είναι οι εξής:

1. Χαράσσει τη γενική πολιτική επιστημονικής δραστηριότητας του Ωνάσειου.
2. Καταρτίζει και αναπροσαρμόζει το πρόγραμμα δράσης του Ωνασειού και καθορίζει τα απαραίτητα για την πραγματοποίησή αυτού μέτρα.

3. Εγκρίνει την ανάληψη εκτέλεσης από το Ωνάσειο ερευνητικών προγραμμάτων, την οργάνωση διεθνών συναντήσεων, συνδιασκέψεων, συνεδρίων, διαλέξεων και επιστημονικών ανακοινώσεων.
4. Καθορίζει το εκάστοτε ύψος του ημερήσιου νοσηλίου, εγκρίνει τον προϋπολογισμό και απολογισμό και ενημερώνει σχετικά τον Υπουργό Υγείας Π. κ' Κ.Α.
5. Αποφασίζει για τη διενέργεια, πάσης φύσεως προμηθειών καθώς και τον τρόπο διαχείρισης κάθε φύσεως έσοδα και έξοδα και περιουσιακών στοιχείων του Κέντρου και γενικά για όλα τα θέματα.

Ο Πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου έχει τις εξής αρμοδιότητες:

1. Συγκαλεί σε συνεδριάσεις το Δ.Σ. τακτικά δύο φορές το μήνα και έκτακτα όταν το ζητήσουν τουλάχιστον τρία μέλη του' καθορίζει τα θέματα της ημερήσιας διάταξης και διευθύνει τις συνεδριάσεις αυτού.
2. Εκπροσωπεί το Ωνάσειο, στις μετά τρίτων σχέσεις και συναλλαγές, επίσης εκπροσωπεί δικαστικά και εξωδίκως, δικαιούμενος να αναθέτει την εκπροσώπηση αυτού για συγκεκριμένη υπόθεση στον αντιπρόεδρο ή μέλος του Δ.Σ.
3. Μπορεί όσες φορές κρίνει σκόπιμο να ζητεί τη γνώμη του Δ.Σ. για κάθε θέμα αρμοδιότητας αυτού ή του Γενικού Διευθυντού μετά από πρόταση τού.
4. Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές από το επιστημονικό και λοιπό προσωπικό του Ωνάσειου για τη μελέτη, εισήγηση ή παροχή

γνωμοδοτήσεων σε θέματα που ανάγονται στην δραστηριότητα του Κέντρου.

5. Υπογράφει μετά από απόφαση του Δ.Σ. συμβάσεις εκτέλεσης ερευνητικών προγραμμάτων και ερευνών για την επίτευξη των σκοπών του Κέντρου.
6. Προσλαμβάνει με σύμβαση εργασίας ή έργου και απολύει το ιατρικό προσωπικό, μετά από προηγούμενη απόφαση του Δ.Σ.

Τέλος:

1. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. με απόφαση του, που ανακαλείται οποτεδήποτε, μπορεί να αναθέσει σε μέλη του Δ.Σ. την άσκηση ορισμένων αρμοδιοτήτων, που αναφέρονται στην απόφαση.
2. Όταν ο Πρόεδρος απουσιάζει ή κωλύεται, τον αναπληρώνει σε όλες τις δραστηριότητες και εξουσίες ο αντιπρόεδρος και αν δεν υπάρχει ή έχει κάποιο πρόβλημα και αυτός, τότε (τον αναπληρώνει) ένα μέλος που ορίζεται από τον Πρόεδρο.

Ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή υπάρχει και λειτουργεί στο Ωνάσειο, του οποίου την σπουδαιότητα και αναγκαιότητα, μιλάμε αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο. Έτσι ο Γενικός Διευθυντής του Ωνασείου, προσλαμβάνεται με σύμβαση ορισμένου χρόνου για τέσσερα (4) έτη με απόφαση του Δ.Σ.

Ο Γενικός Διευθυντής είναι εκτελεστικό όργανο των αποφάσεων του Δ.Σ. του Ωνασείου. Παρίσταται χωρίς δικαίωμα ψήφου στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. και εισηγείται τα θέματα που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Μεριμνά για

την εκτέλεση των αποφάσεων του Δ.Σ., των νόμων και κανονισμών, λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την καλή λειτουργία του Κέντρου και έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες και όσες άλλες του αναθέσουν ο Πρόεδρος ή το Δ.Σ.

Ειδικότερα ο Γενικός Διευθυντής:

- Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του Κέντρου εκτός του ιατρικού προσωπικού, εποπτεύει και ελέγχει αυτές και λαμβάνει τα κατά την κρίση του μέτρα για την εφαρμογή των κείμενων διατάξεων.
- Προσλαμβάνει και απολύει το πάσης φύσεως προσωπικό του Κέντρου, μετά από προηγούμενη απόφαση του Δ.Σ.
- Ασκεί πειθαρχική εξουσία, στο προσωπικό εκτός του ιατρικού, έχοντας τη δυνατότητα να επιβάλλει τις προβλεπόμενες ποινές.
- Προβαίνει στην εκποίηση ή καταστροφή του άχρηστου και ακατάλληλου για χρήση και διάθεση υλικού μετά από απόφαση του Δ.Σ.
- Έχει την εποπτεία, έλεγχο και ευθύνη της λειτουργίας των καταστημάτων, που αναπτύσσονται στο Ωνάσειο για την εξυπηρέτηση του προσωπικού και των επισκεπτών τους.

Τέλος, ο Γενικός Διευθυντής, πρέπει να 'ναι διπλωματούχος ανώτατου εκπαιδευτικού ιδρύματος, ημεδαπής ή αλλοδαπής, να 'χει ασκήσει διοίκηση στο Δημόσιο ή τον Ιδιωτικό τομέα και να γνωρίζει άριστα την αγγλική γλώσσα (τουλάχιστον).

Για το Προσωπικό και την Οργάνωση αυτού, μπορούμε να αναφέρουμε τα εξής:

1. Με αποφάσεις του Δ.Σ., καθορίζεται ο αριθμός, οι κατηγορίες, οι ειδικότητες και τα προσόντα όλου του προς πρόσληψη προσωπικού.
2. Η πρόσληψη και η απόλυση του ιατρικού προσωπικού, γίνεται με αποφάσεις του Δ.Σ., μετά από εισήγηση του Προέδρου και του λοιπού προσωπικού με απόφαση του Γενικού Διευθυντή.
3. Η χρονική διάρκεια εργασίας, οι αποδοχές και άλλες παροχές, τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα όλων των προσλαμβανομένων στο Ωνάσειο, καθορίζονται με συμβάσεις, που υπογράφονται απ' αυτούς και τον Πρόεδρο του Δ.Σ. ή τον Γενικό Διευθυντή (κατά περίπτωση).

Για την εξυπηρέτηση έκτακτων αναγκών και εφόσον το προσωπικό του Ωνασείου δεν επαρκεί ή δεν διαθέτει την απαιτούμενη ειδικευση, με απόφαση του Δ.Σ. μπορεί να ανατεθεί σε επιστήμονες ή άλλους ειδικούς, με συμβάσεις, η εκτέλεση συγκεκριμένου έργου. Με τις συμβάσεις αυτές καθορίζεται το έργο, ο χρόνος απόδοσης και το ύψος αμοιβής.

5. Με αποφάσεις του Δ.Σ., μπορεί να αποστέλλεται το πάσης φύσεως προσωπικό του Ωνασείου προς μετεκπαίδευση ή εξειδίκευση σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα ή παρεμφερή κέντρα ή άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα του εσωτερικού ή εξωτερικού. Με τις ίδιες αποφάσεις καθορίζεται το είδος της εξειδίκευσης ή μετεκπαίδευσης, η χρονική διάρκεια και οι αποζημιώσεις τους.

Το Ωνάσειο, απαλλάσσεται από κάθε δημόσιο, δημοτικό, κοινοτικό και

δικαστικό τέλος ή άλλο άμεσο ή έμμεσο φόρο, εκτός από το φόρο προστιθέμενης αξίας, εισφορά υπέρ τρίτων, δικαίωμα ή κράτηση και γενικά απολαύνει όλων των δασμολογικών ατελειών και φορολογικών απαλλαγών και ευεργετημάτων, που ισχύουν εκάστοτε για τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Στις απαλλαγές αυτές δεν συμπεριλαμβάνονται οι εισφορές υπέρ ασφαλιστικών ταμείων κύριας και επικουρικής ασφάλισης.

Τέλος, με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Ωνασείου που καταρτίζεται από το Δ.Σ. και θα εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας ρυθμίζονται ειδικότερα τα πιο κάτω θέματα:

- Στη δημιουργία, τη διάρθρωση και τον τρόπο λειτουργίας των διαφόρων ιατρικών, διοικητικών και λοιπών υπηρεσιών.
- Την υπηρεσιακή κατάσταση, τις υποχρεώσεις, τον πειθαρχικό έλεγχο και την πειθαρχική εξουσία για όλο το προσωπικό.
- Τις προμήθειες και
- Κάθε άλλη λεπτομέρεια που δεν προβλέπεται από το νόμο και είναι απαραίτητη για την επίτευξη των σκοπών του Κέντρου.

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

Η διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας, η οποία μας ενδιαφέρει άμεσα αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τέσσερα (4) τμήματα και ένα (1) αυτοτελές γραφείο:

Τμήμα Διοικητικού Τμήμα Οικονομικού Τμήμα Τεχνικού Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας Αυτοτελές Γραφείο Νομικού Συμβούλου, υπαγόμενο στο Δ.Σ.

του Κέντρου.

ΣΤΟ τμήμα Διοικητικού υπάγονται τα εξής γραφεία:

- Γραφείο Προσωπικού
- Γραφείο Οργάνωσης και Πληροφορικών Συστημάτων
- Γραφείο Γραμματείας
- Γραφείο Ιατρικών Αρχείων
- Γραφείο Ασφάλειας
- Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Γραφείο Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων
- Γραφείο Εκπαίδευση και Ποιοτικού Ελέγχου
- Γραφείο Επιμέλειας Κτιρίου

ΣΤΟ τμήμα Οικονομικού υπάγονται τα εξής γραφεία:

- Γραφείο Λογιστηρίου
- Γραφείο Κίνησης και Υποδοχής Ασθενών
- Γραφείο Διαχείρισης Υλικού
- Γραφείο Διατροφής
- Γραφείο Ιματισμού και Πλυντηρίου
- Φαρμακείο

Όσον αφορά τις αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας, αναφέρω μόνον αυτές που δεν υπάρχουν στα κρατικά και δημόσια Νοσοκομεία. Έτσι:

- Γραφείο Οργάνωσης και Πληροφορικών Συστημάτων

Στις αρμοδιότητες αυτού του γραφείου εμπίπτουν:

1. Η οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης του Κέντρου και η επεξεργασία και τήρηση μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων.
2. Η παροχή υποστήριξης σε θέματα πληροφορικής όλων των τμημάτων του Κέντρου και η ανάπτυξη εξειδικευμένων πληροφορικών συστημάτων.
3. Η παροχή και διακίνηση πληροφοριών στις Υπηρεσίες του Κέντρου, στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και άλλους αρμόδιους φορείς.

- Γραφείο Ιατρικών Αρχείων

Το γραφείο αυτό έχει την ευθύνη της δημιουργίας, ενημέρωσης, φύλαξης και διανομής στους αρμοδίως ενδιαφερομένους, των Ιατρικών Φακέλων όλων των ασθενών (νοσηλευθέντων, νοσηλευομένων και εξωτερικών). Επίσης έχει την ευθύνη της χορήγησης αντιγράφων των Ιατρικών Φακέλων στους νοσηλευθέντες.

- Γραφείο Ασφαλείας

Το γραφείο αυτό επωμίζεται την ευθύνη της τήρησης της τάξης και της ασφάλειας του προσωπικού και των νοσηλευομένων ασθενών, καθώς και της φύλαξης του κτιρίου και πάσης φύσεως εξοπλισμού. Στις ευθύνες του γραφείου αυτού, εντάσσεται και η πυρασφάλεια.

- Γραφείο Δημοσίων και Διεθνών Σχέσεων

Το γραφείο αυτό έχει την ευθύνη:

1. Της προβολής της ερευνητικής και εκπαιδευτικής δραστηριότητας καθώς

και των επιστημονικών και νοσηλευτικών επιτευγμάτων του Κέντρου.

2. Της επικοινωνίας με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.
3. Της υποστήριξης διοργάνωσης εξειδικευμένων συνεδρίων / σεμιναρίων και ανάπτυξης δεσμών συνεργασίας με διεθνή Νοσηλευτικά και Ερευνητικά Κέντρα.

- Γραφείο Εκπαίδευσης και Ποιοτικού Ελέγχου

Αυτό, έχει την ευθύνη για:

1. Την οργάνωση και τον συντονισμό των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων όλων των Υπηρεσιών του Κέντρου.
2. Την σύνταξη προδιαγραφών για Ιατρικές και Νοσηλευτικές Πράξεις.
3. Την σύνταξη και παρακολούθηση εφαρμογής διαδικασιών που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια του προσωπικού, την ασφάλεια του κτιρίου και την πυρασφάλεια.

- Γραφείο Επιμέλειας Κτιρίου

Στις αρμοδιότητες του γραφείου αυτού, εντάσσονται οι δραστηριότητες της καθαριότητας και της καλής εμφάνισης του Κέντρου και της εποπτείας των γενικών εργασιών και των μεταφορών.

- Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Το τμήμα αυτό έχει την ευθύνη:

1. Της ορθολογικής χρήσης, της ομαλής λειτουργίας και της οργανωμένης τεχνολογικής υποστήριξης των μηχανημάτων ιατρικού εξοπλισμού του Κέντρου.

2. Του ποιοτικού ελέγχου, της ασφαλούς λειτουργίας, των μηχανημάτων ιατρικών εξοπλισμού και της εφαρμογής των διεθνών κανόνων ασφαλείας και προστασίας των ασθενών και του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένης της ακτινοπροστασίας.
3. Της παρακολούθησης των τεχνολογικών εξελίξεων στη Βιοϊατρική Τεχνολογία και της μελέτης ένταξης στο Κέντρο.
4. Της εισήγησης προμήθειας νέου ιατρικού εξοπλισμού και ανανέωσης του υπάρχοντος, της σύνταξης των σχετικών προδιαγραφών και της μελέτης, σύναψης και επίβλεψης συμβολαίων συντήρησης μηχανημάτων ιατρικού εξοπλισμού.
5. Της τεχνολογικής υποστήριξης των ερευνητικών προγραμμάτων.
6. Της ενημέρωσης και εκπαίδευση του προσωπικού του Κέντρου για θέματα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Ιατρικής, Φυσικής, Ακτινοπροστασίας και Ασφάλειας προσωπικού.

Τέλος να προσθέσουμε ότι στην Ιατρική Υπηρεσία του Κέντρου συνιστάται και λειτουργεί η μόνιμη Επιτροπή Ιατρικής Δεοντολογίας και Ηθικής Κλινικών Ερευνών. Έργο της επιτροπής αυτής είναι αφενός μεν η παρακολούθηση και εξέταση κάθε πληροφορίας ή καταγγελίας σχετικά με αντιδεοντολογική συμπεριφορά μελών του Ιατρικού προσωπικού και η υποβολή σχετικών εκθέσεων / πορισμάτων προς το Δ.Σ.

του Κέντρου, αφετέρου δε η εξέταση των προτεινόμενων πρωτοκόλλων κλινικών ερευνών, σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες ρυθμίσεις και διατάξεις.

Η σύνθεση και ο τρόπος λειτουργίας της επιτροπής καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Κέντρου.

Επίσης για την εξυπηρέτηση εκτάκτων αναγκών, το Δ.Σ. του Κέντρου δύναται με αποφάσεις του, να συνεργάζεται με Πανεπιστημιακές Κλινικές ή Εργαστήρια, να αναθέτει ή να προσλαμβάνει, επιστήμονες ή άλλους ειδικούς με ειδικές συμβάσεις, ορισμένου χρόνου ή έργου, για την παροχή υπηρεσιών ορισμένου τομέως ή την εκτέλεση συγκεκριμένων έργων αντίστοιχα.

Ακόμα, με αποφάσεις του, το Δ.Σ. (του Κέντρου), μπορεί να επιλέγει και να κρίνει διακεκριμένους Έλληνες και ξένους επιστήμονες ως Αμισθους Επιστημονικούς Συμβούλους του Ωνάσειου Κέντρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Κων/νου Ε.Κούρτη** *Ο ανθρώπινος παράγων στη Δημόσια Διοίκηση*
w.w.w.yperg.gr 14/8/2005
2. **Βασιλικής Λανάρα** *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών εκδ.Λανάρα Αθήνα*
2004
3. **Γρ.Παπανίκος και Γιαν.Πολιάς** *Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων*
w.w.w.yperth.gr 12/8/2005
4. **Παντελή Ν. Βέκιου**.*Προτάσεις για καλύτερη Διοίκηση και Οργάνωση*
(Management) υπηρεσιών υγείας του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία»
Παντελή Ν. Βέκιου w.w.w.yperg.gr 19/8/2005
5. **Αναστ. Μαιτζόγλου** *Marketing στο Νοσοκομείο w.w.w.mednet.gr*
22/6/2005
6. **Καριώτης Σ. Πασχάλης**.*Management Υπηρεσιών Υγείας και*
Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Euroclinica w.w.w euroclinic.gr 15/4/2005
7. **Γ. Κυριόπουλος** *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα w.w.w.economy.gr*
5/5/2005
8. **Γ. Κυριόπουλος** *Οικονομία και πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας*
w.w.w.economy.gr 18/3/2005
9. **Γ. Υφαντόπουλος** *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα.*
Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις w.w.w.economyfor.gr 5/5/2005
10. *Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην*
κρίση. European Institute of social security. Οι υπηρεσίες υγείας:
οργάνωση – διοίκηση - προγραμματισμός, Αθήνα 1990.

- 11. Γεωρ. Πιπερόπουλος** *Ποιοτικοί κύκλοι, σαν μέσα επικοινωνίας και παραγωγικότητας στο προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων* εκδ.Λίτσας
Αθήνα 2003
- 12. Ευαγγ. Ιωαν. Ρίζος** *Το νοσοκομείο και ο εκσυγχρονισμός του* εκδ Βήτα
Αθήνα 2000
- 13. Ευαγγ. Ιωαν. Ρίζος** *Τα νοσοκομεία στην Ελλάδα με γυμνό μάτι* εκδ Βήτα
Αθήνα 2000
- 14. Ιωάννου Ευτυχιάκου** *Στοιχεία Οργανωτικής Διοίκησης Νοσοκομείων*
w.w.w.yperg.gr 6/7/2005
- 15. Βασ. Κουλούρης** *Το management των φορέων κοινωνικής ασφάλισης υγείας* w.w.w.yperth.gr 4/4/2005
- 16. Melanie McEwen, Evelyn M. Wills** *Νοσηλευτικές θεωρίες* εκδ. Βήτα
Αθήνα 2004
- 17. Γιάννης Κ. Χολέβας** *Οργάνωση και διοίκηση (management)* εκδ. interbooks
Αθήνα 1995
- 18. Πέτρος Α. Παπαγεωργίου** *Εισαγωγή στο διεθνές management*
εκδ. Α. Σταμούλης 1990
- 19. Δ. Μπουραντά Ν. Παπαλεξανδρή** *Εισαγωγή στη διοίκηση επιχειρήσεων*
εκδ. Ευαγγ. Μπένου Αθήνα 1998
- 20. Σγγάλας Γ.** *Η συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα στα οικονομικά και το management του νοσοκομειακού τομέα* *Ιατρικό Βήμα* τ. 24 2/1992 σελ. 31-35.

- 21. Γιωρ. Στάθης** *Η διοίκηση - διαχείριση των Ελληνικών Νοσοκομείων σήμερα και η κρίση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα Πρακτικά Ημερίδας: «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα» 29/3/1996 Θεσσαλονίκη.*
- 22. Χρ.Οικονομοπούλου** *Νέοι managers Νοσοκομείων και Ενωμένη Ευρώπη Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur. Ευρωπαϊκή Ένωση νέων managers υγείας.*
- 23. Γεωρ. Στάθης** *«Σχετικά με τους managers» Επιθεώρηση Υγείας, Τ. 8. Τευχ. 47 7-8/97.*
- 24. Κατανίδης Με.** *«Η κρίσιμη παρέμβαση στη Νοσοκομειακή Λειτουργία», Περιοδικό Επιθ. Υγείας 3-4/1994.*
- 25. Κατανίδης Με** *«Ο φόβος του Νοσοκομείου» Περιοδικό Επιθ. Υγείας 9-10/1991.*
- 26. Γ.Στάθης** *«Στάσεις Χρηστών Υγείας ως προς τη Νοσοκομειακή Φροντίδα» Περιοδικό Επιθ. Υγείας 9-10/1993.*
- 27. Κατανίδης Με.** *«Απόψεις αρρώστων για το Π.Γ. Νοσοκομείο Γ. Χατζηκώστα» Περιοδικό Επιθ.Υγείας 3-4-1993.*
- 28. Γεώ.Τσαλίκης** *«Ο ρόλος των Νοσοκομείων στα μεταβαλλόμενα συστήματα Υπηρεσιών Υγείας»Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας 1-2/1995.*
- 29. Γεωρ. Τσαλίκης** *«Το νοσοκομείο σαν σύστημα: Θεωρία και Ανάλυση» 5/6/1992.*

30. Γεωρ. Στάθης «Για τη Λειτουργική Ανάκαυψη των Νοσοκομείων», *Επιθ. Υγείας* 5-6/1990.
31. Γεωρ. Στάθης «Απαιτούνται νέα νοσοκομεία ή κάτι άλλο;» *Περ. Επιθ. Υγείας* 1-2/1994.
32. Ιωακ. Σιγαλας «Αρμοδιότητες των Διοικητ. Συμβουλίων των Νοσοκομείων» *Περ. Επιθ. Υγείας* 1-2/1993.
33. Ιωακ. Σιγαλας «Ο Εκσυγχρονισμός των Ελληνικών Νοσοκομείων απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της υγειονομικής μεταρρύθμισης» *Περιοδικό Επιθ. Υγείας* 1-2/1997.
34. Κονδύλης Α. «Για μία Καλύτερη Οργάνωση Νοσοκομείου Ε.Σ.Υ.» *Επιθ. Υγείας* 5-6/1994.
35. Robbins S.P.: *Management: Concepts and Applications*, ed. 2. Englewood Cliffs, Ng Prentice - Hall, 1988, p. 16.
36. Charns M.P., Schaefer M.J.: *Health Care Organizations: A Model for Management*. Englewood Cliffs, Prentice - Hall, 1983, p. 11.
37. Katz R.L.: *Skills of an effective administrator*. *Harvard Business Review*, September - October 1974, pp. 99-100.
38. Mintzberg H.: *The managers job: fdklore and fact*. *Harvard Business Review*, July - August, 1975, pp. 49-61.
39. Longest B.B. Jr.: *Hospital Services: An empirical analysis of their quality - cost relationship*. *Hospital and Health Services Administration*, Falal 1978, pp. 20-35.

- 40. Scott W.R., Flood A.B.:** *Costs and quality of hospital care: a review of the literature. Medical Care Review, Winter 1984, pp. 213-261 and Scott W.R.Shortell S.M.: Organizational performance: managing for efficiency and effectiveness, in Shortell S.M., Kaluzny A.D. (eds.)» Health Care Management:A text in Organizaion Theory and Behavior, ed. 2. New York, Wiley, 1988, pp.418-457.*
- 41. Pfeller J. Sabancik G.S.:** *The Extremal Control of Organizations: A Resource Dependence Respective. New York, Harpes and Raw Pub.. 1978.*
- 42. Mintzberg H.:** *Strategy - making in three models, California Management Review, 1973: 26-44.*
- 43. Blake R. and J.Moyton** *Le deux Dimension du management Editions des organizations Paris 2000*
- 44. Daft R.** *Organization theory and design West Publishing 1993*
- 45. Cherighton D.** *The Management of Human Resources Prentice Hall 1995*

