



# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση του Ρόλου του Μάνατζερ στο Ελληνικό Σύστημα  
Υγείας δεδομένης της Οικονομικής Κρίσης: Η περίπτωση μελέτης Γενικού  
Νοσοκομείου Αθηνών.

ΌΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Δημήτριος Μιχαλάκης

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ. Βασίλειος Ραφτόπουλος

Ιανουάριος, 2018

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

## **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

Διερεύνηση του Ρόλου του Μάνατζερ στο Ελληνικό Σύστημα  
Υγείας δεδομένης της Οικονομικής Κρίσης : Η περίπτωση μελέτης  
Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

## **ΌΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ**

Δημήτριος Μιχαλάκης

## **ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

Δρ. Βασίλειος Ραφτόπουλος

Ιανουάριος, 2018

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες .....	1
Ελληνική Περίληψη .....	2
Αγγλική Περίληψη.....	4
Συνομογραφίες.....	6
Πίνακες – Διαγράμματα.....	9
Περιεχόμενα.....	10

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της Διπλωματικής Διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή του Μεταπτυχιακού Τμήματος της Διοίκησης των Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο για την πολύτιμη βοήθεια, τη συμπαράσταση αλλά και την καθοδήγηση του για την εκπόνηση της παρούσας Διπλωματικής Διατριβής.

Παράλληλα, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς τον Θεσμό του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Είναι μοναδική η ευκαιρία που μου δόθηκε να διευρύνω τις γνώσεις μου και να αποκτήσω έναν Μεταπτυχιακό Τίτλο με την μικρότερη επιβάρυνση όχι μόνο στην οικογενειακή μου ζωή καθώς επίσης και στις επαγγελματικές μου υποχρεώσεις οι οποίες κατέστησαν δύσκολη την παρακολούθηση ενός συμβατού Πανεπιστημιακού Προγράμματος.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος της Διοίκησης Μονάδων Υγείας για τις θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις που απέκτησα κατά τη διάρκεια της φοίτησης μου.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου για την ψυχική αλλά και ηθική συμπαράσταση της καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Στους Γονείς μου

*Παναγιώτη & Μαρία*

Στην Αδερφή μου

*Εόη*

## Περίληψη

Στις σύγχρονες κοινωνίες, στον 21ο αιώνα, οι πολίτες αναζητούν σε όλους τους τομείς της κοινωνικής δραστηριότητας, νέους δρόμους, οι οποίοι θα οδηγήσουν στην επίλυση των σημερινών τους προβλημάτων αλλά και στην οικοδόμηση ενός καλύτερου μέλλοντος. Η εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα των πολιτών και είναι άρρηκτα δεμένη με τα βασικά δικαιώματα τους για επαρκή και υγιεινή τροφή, αξιοπρεπή διαβίωση και ασφαλή εργασία. Συνεπώς, η Υγεία βρίσκεται στο επίκεντρο του παγκόσμιου ενδιαφέροντος όλων των πολιτών και είναι ένα πεδίο μιας συνεχούς και αδιάλειπτης έρευνας με σκοπό την βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των πολιτών.

Στα πλαίσια της συνεχούς και αδιάλειπτης έρευνας με στόχο την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας των πολιτών, η επιστημονική κοινότητα υιοθετεί νέους θεσμούς, αναπτύσσει νέες πρωτοποριακές μεθόδους και σύγχρονες τεχνολογικές καινοτομίες. Ο Θεσμός του Manager αποτελεί μια από τις καινοτόμες πρακτικές που χρησιμοποιούνται στην Διοίκηση και Οργάνωση των Μονάδων Υγείας των σύγχρονων κρατών με στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Οι Montana και Charnon (2002) επισημαίνουν ότι το Management ως Επιστήμη είναι « η εργασία με άλλους και μέσω άλλων για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης αλλά και των μελών της».

Ο **σκοπός** της παρούσας Διπλωματικής Διατριβής είναι η Διερεύνηση του ρόλου του Μάνατζερ στη Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ( Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα και οι προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσει έτσι ώστε οι Μονάδες Υγείας ( Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Τοπικές Μονάδες Υγείας ) να λειτουργήσουν όσο πιο αποτελεσματικά μπορούν, παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους πολίτες της ελληνικής επικράτειας. Η μεθοδολογική προσέγγιση του θέματος της διατριβής λόγω του θεωρητικού του υπόβαθρου, πραγματοποιήθηκε κυρίως μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με κύριο μέσο αναζήτησης, το διαδίκτυο, μέσω των κύριων μηχανών της αναζήτησης για ηλεκτρονικά συγγράμματα, επιστημονικά άρθρα αλλά και μελέτες σε επιστημονικά περιοδικά. Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν συγγράμματα που ήταν διαθέσιμα κατά την διάρκεια της παρακολούθησης των θεματικών ενοτήτων του μεταπτυχιακού προγράμματος αλλά και επιστημονικά άρθρα άμεσα διαθέσιμα

Δημήτριος Μιχαλάκης 2/194

από την Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη του Ανοιχτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ολοκληρώνοντας, στα πλαίσια της εκπόνησης της παρούσας Διπλωματικής Διατριβής, πραγματοποιείται η Μελέτη της Περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών με σκοπό να αναδειχθεί ο ρόλος που διαδραματίζει ο Manager στην Οργάνωση και στην Λειτουργία του Νοσοκομείου. Μέσα από την Μελέτη της Περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, αναδεικνύεται ο ρόλος του Manager στην Οργάνωση αλλά και στη Λειτουργία των Νοσοκομείων αλλά και των Μονάδων Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας μιας και συμβάλλει στον Προγραμματισμό, στην Λήψη των Αποφάσεων, στην Εκχώρηση των Αρμοδιοτήτων στα Τμήματα και στις Κλινικές του Νοσοκομείου, στην Οικονομική Λειτουργία και στην ικανοποίηση των κριτηρίων της Ποιότητας, της Ισότητας και της Αποδοτικότητας στην παροχή των Υπηρεσιών Υγείας.

Λέξεις Κλειδιά : Manager, Σύστημα Υγείας, Ποιότητα, Ισότητα, Αποδοτικότητα

# Summary

In modern societies, in the 21st Century, citizens are looking for new ways in areas of their social activity to solve their current problems and build a better future for them. Ensuring an adequate level of health, is one of the basic rights of citizens and it is inherently tied with them basic rights for adequate and healthy food, a dignified standard of living and safe job. As a result, Health is located at the heart of global interest and it is a field of continuous and uninterrupted research with the aim of improving the mental and the physical health of people.

In the context of the continuous and the uninterrupted research to ensure a satisfactory level of health in citizens, the scientific community adopts new institutions, new innovative methods and modern technology innovations. The Institution of Manager is one innovative practice which is used in the Management and Organization of Modern Health Care Units of modern states with a view to provide quality health services to citizens. According to Montana and Charnov (2002), Management as a Science is “The work with others and through others to achieve not only the goals of the Business but also of its members”.

The **aim** of this Diplomatic Dissertation is the investigation of the role of the Manager in the Operation of the National Health System in Greece (E. S. Y.) in Greece and the challenges he must face so as Health Care Units (Hospitals, Health Centers and Local Health Units) operate as much as effectively they can, by providing a substantial number of health services to Greek Citizens. The methodological approach of the subject of this dissertation, due to its theoretical background, was approached from a bibliographic review primarily by exploring the Web, by way of open search engines, for electronic books, scientific articles and finally, studies in scientific journals. Finally, available scientific books from the monitoring of the Postgraduate Courses of this Graduate Program and available scientific articles from the Electronic Library of the Open University of Cyprus were used for this dissertation.

In Conclusion, in the context of this Diplomatic Dissertation, a case study of General Hospital of Athens is examined to emphasize the role that Manager plays in the Organization and the Operation of the Hospital.

Finally, the goal is to highlight the role of the Manager in the Organization as well as in the Operation of Hospitals and Health Care Units of the National Health System. Through the Case Study, it turns out that Manager plays a key role in Programming, in Decision Making, in the Assignment of Competencies for Hospital Departments and Clinics and finally, in the Economic Operation and the Satisfaction of the criteria of Quality, Equality and Efficiency in the provision of Health Services.

Keywords: Manager, Health System, Quality, Equality, Efficiency



# Συντομογραφίες

Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Α.Μ.Ε.Α.	Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες
Α.Σ.Α.Ν.	Ανώτατη Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων.
Α.Σ.Ε.Π.	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
Δ.Δ.Δ.Υ.	Διεύθυνση Διαχείρισης Δημόσιου Υλικού
Δ.Ν.Τ.	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
Δ.Υ.Υ.Ε	Δημοσιονομική Υπηρεσία Εποπτείας και Ελέγχου
Δ.Υ.Π.Ε.	Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Ε.Κ.Ε.Π.Υ.	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
Ε.Κ.Τ.	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
Ε.Ο.Κ.Φ.	Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Ο.Φ.	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
Ε.Σ.Δ.Υ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης
Ε.Σ.Π.Α.	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
Ε.Σ.Υ.Δ.Υ.	Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η.Φ.Υ.	Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ι.Ν.Ε.	Ινστιτούτο Εργασίας
Κ.Ε.Ε.Λ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
Κ.Ε.Ν.	Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο
Κ.Ε.Π.Ε.	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
Κ.Ε.Π.Ι.Χ.Σ.Ο.Τ.Υ	Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας
Κ.Ε.Σ.Υ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Κ.Μ.Α.	Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας
Μ.Ε.Θ.	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Μ.Κ.Ο.	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
Ν.Α.Τ.	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
Ν.Δ.	Νέα Δημοκρατία
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικός Ασφαλίσεων
Ο.Δ.Δ.Υ	Οργανισμός Διαχείρισης Δημόσιου Υλικού
Ο.Δ.Ι.Π.Υ	Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας
Ο.Κ.Α.Ν.Α	Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών
Ο.Π.Α.Δ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ο.Τ.Α.	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

ΠΑ.Σ.Ο.Κ.	Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα
Π.Δ	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Ε.Δ.Υ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Π.Ε.Σ.Υ	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
Π.Ε.Σ.Υ.Π.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Σ.Ε.Β.	Σύνδεσμος Ελλήνων Βιομηχανιών
Σ.Ε.Υ.Υ.Π.	Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας
Τ.Ε.Β.Ε	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος
Τ.Ε.Π.	Ταμείο Επειγόντων Περιστατικών
Τ.Ο.Μ.Υ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
Τ.Υ.Δ. Κ.Υ	Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
Φ.Π.Α	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
Φ.Ε.Κ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως
AR- D.R.G.	Australian Refined Diagnostic Related Groups
D.R.G. S.	Diagnostic Related Groups
D.L.R.	Deutsche Forschungsanstalt für Luft-Und Raumfahrt (German Aerospace Research Establishment).
E.S.A.	European Space Agency
I.C.D.	International Classification of Diseases
I.C.P.C.	International Classification of Primary Care
I.S.O.	International Organization for Standardization
S.W.O. T	Strengths Weaknesses Opportunities Threats (Analysis)
W.H.O.	World Health Organization

# **Κατάλογος Πινάκων και Διαγραμμάτων**

## **Πίνακες**

- 4.1. Ιατρική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.....89
- 4.2. Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....103
- 4.3. S.W.O.T. Ανάλυση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....107

## **Διαγράμματα**

- 4.1. Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....84
- 4.2 . Προγραμματισμός και Λήψη - Αποφάσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
.....133
- 4.3 Εκχώρηση των Αρμοδιοτήτων σε Τμήμα / Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο  
Αθηνών .....136

# **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

<b>1. Το Management και οι Υπηρεσίες Υγείας.....</b>	<b>1</b>
1.1. Ιστορική Εξέλιξη και Βασικές Θεωρίες του Management.....	13
1.2. Ο Ορισμός του Management.....	18
1.3. Η Εφαρμογή του Management και η Αγορά Υπηρεσιών Υγείας.....	19

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

<b>2. Οι Λειτουργίες του Management και οι Υπηρεσίες Υγείας.....</b>	<b>21</b>
2.1 Ο Προγραμματισμός – Σχεδιασμός (Planning).....	22
2.2. Η Οργάνωση (Organizing).....	26
2.3. Η Διοίκηση – Καθοδήγηση (Leading) του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	29
2.3.1. Ο Προγραμματισμός του Ανθρώπινου Δυναμικού (Καθήκοντα).....	30
2.3.2. Η Προσέλκυση και η Επιλογή του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	32
2.3.3. Η Εκπαίδευση και η Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	33
2.3.4. Η Αξιολόγηση της Απόδοσης του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	34
2.3.5. Η Ηγεσία και η Καθοδήγηση του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	37
2.3.6. Η Παρακίνηση - Υποκίνηση του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	42
2.3.7. Η Επικοινωνία και η Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	48
2.4. Ο Έλεγχος (Controlling).....	53

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

<b>3. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα .....</b>	<b>56</b>
3.1 Εισαγωγή στην Έννοια και στις Μορφές των Συστημάτων Υγείας.....	57
3.2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ( Ε.Σ.Υ )στην Ελλάδα.....	60
3.2.1. Θεσμοθέτηση και Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	60
3.2.2. Η Υφιστάμενη Κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	74
3.3. Αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Προκλήσεις για τις Ελληνικές Κυβερνήσεις .....	77

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

<b>4. Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και ο Manager .....</b>	<b>79.</b>
4.1. Γενικά Στοιχεία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	80
4.1.1. Ιστορική Εξέλιξη του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών από την ίδρυση του μέχρι σήμερα .....	80
4.1.2. Ταυτότητα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	83
4.1.3. Αποστολή και Ρόλος του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	85
4.2. Οργανωτική Δομή του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	86
4.2.1. Όργανα Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	86
4.2.2. Οργανωτική Διάρθρωση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	88
4.2.3. Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	103

4.3 Ανάλυση SWOT του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .....	105
4.3.1 Δυνατά Σημεία (Strengths).....	108
4.3.2 Αδυναμίες (Weaknesses).....	112
4.3.3 Ευκαιρίες (Opportunities).....	115
4.3.4 Κίνδυνοι - Απειλές (Threats) .....	124
4.4 Ο Μάνατζερ και το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών .....	129
4.4.1 Ο Μάνατζερ και ο Προγραμματισμός - Λήψη Αποφάσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών .....	129
4.4.2 Ο Μάνατζερ και η Οργάνωση - Λειτουργία στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.....	134
4.4.3 Οικονομική Διαχείριση και το Τρίπτυχο του Επιτυχημένου Μάνατζερ: « Ισότητα – Αποτελεσματικότητα – Αποδοτικότητα ».....	141

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

<b>5. Συζήτηση – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις.....</b>	<b>155</b>
---	------------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>164</b>
--------------------------	------------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>172</b>
-------------------------	------------

# **ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

## **1. Το Management και οι Υπηρεσίες Υγείας**

Στο πρώτο κεφάλαιο που υποδιαιρείται σε τρεις ενότητες, γίνεται στην πρώτη ενότητα μια παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης αλλά και των βασικών θεωριών του Management. Στην συνέχεια, στη δεύτερη ενότητα, παρουσιάζονται διάφοροι ορισμοί και προκύπτει ο γενικά αποδεκτός ορισμός του Management. Κλείνοντας, στην τρίτη και τελευταία ενότητας μελετάται η αναγκαιότητα της ύπαρξης του Management στον χώρο των Υπηρεσιών Υγείας.

### **1.1. Ιστορική Εξέλιξη και Βασικές Θεωρίες του Management.**

Το Management ως έννοια θεμελιώνεται κυρίως από τον 19ο αιώνα και έπειτα. Ωστόσο, τα πρώτα δείγματα της οργάνωσης και της διοίκησης έχουν εμφανιστεί από την Αρχαιότητα.

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), Πολύζο (2014) αλλά και την Sullivan (2016), χαρακτηριστικά παραδείγματα μιας πρώιμης μορφής Management διακρίνονται αρχικά στους πολιτισμούς των Σουμερίων (Διοικητικό Σύστημα με ένα εξελιγμένο σύστημα φορολόγησης που είχε ως αποτέλεσμα οι Σουμέριοι Ιερείς να εισπράττουν αρκετά σημαντικές ποσότητες προϊόντων και εισοδημάτων) αλλά και των Αιγυπτίων (Η ανέγερση και η κατασκευή των πυραμίδων απασχόλησε αρκετούς σχεδιαστές και μια δύναμη περίπου 100.000 ανδρών). Στην συνέχεια, στον Αρχαίο Ελληνικό Πολιτισμό (Στοιχεία της Οργάνωσης, της Παραγωγής και της Διοίκησης της Κοινωνίας σε έργα των Ξενοφώντα, Πλάτωνα, Ομήρου αλλά και του Αριστοτέλη, η κατασκευή των μεγαλόπρεπων μνημείων (Παρθενώνας), τα Ανάκτορα της Φαιστού και της Κνωσού με τα οργανωμένα λογιστικά συστήματα της διαχείρισης του πλούτου και των αποθεμάτων). Έπειτα, στην Αλεξανδρινή Περίοδο (η Διοίκηση καθώς και ο Έλεγχος της τεράστιας Αυτοκρατορίας του Μεγάλου Αλεξάνδρου με τα « Επιτελεία » γνωστά ως « Σώματα Αξιοματικών » στα οποία ο κάθε αξιωματικός επιτελούσε μια συγκεκριμένη λειτουργία) αλλά και στην Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία



(Ανάπτυξη Διοικητικών Μεθόδων για την αποτελεσματική Οργάνωση και Διοίκηση της). Κλείνοντας, στον Κινέζικο Πολιτισμό (Ανέγερση και Κατασκευή του Μεγάλου Σινικού Τείχους).

Αν και τα πρώτα δείγματα μιας μορφής του Management παρατηρούνται στην Αρχαιότητα, ως επιστήμη αρχίζει να αναπτύσσεται από το 1500 και μετά. Σύμφωνα την Sullivan (2016), ο Μακιαβέλλι το 1500 και ο Adam Smith το 1700 διατύπωσαν στα έργα τους βασικές αρχές της σύγχρονης διοίκησης όπως είναι η « εξειδίκευση » (specialization) αλλά και η « ανάλυση εργασίας » (division of labor). Στην συνέχεια, τα πρώτα κείμενα για το Management χρονολογούνται στην αρχή της Βιομηχανικής Επανάστασης, τον 18ο αιώνα στην Αγγλία ή οποία με γρήγορο ρυθμό εξαπλώνεται στην υπόλοιπη Ευρώπη αλλά και στην Αμερική. Ο 19ο αιώνας είναι η περίοδος που η παραγωγή πλησιάζει την ζήτηση και σύντομα την ξεπερνάει. Επομένως, η μαζική παραγωγή η οποία απαιτεί νέες οικονομικές αγορές για να διοχετευθεί αλλά και ο χαρακτήρας του εργατικού δυναμικού που μεταβάλλεται, οδηγούν στην ανάγκη της χρησιμοποίησης εξειδικευμένων στελεχών αλλά και στην κατανόηση του θεωρητικού υποβάθρου του Management με στόχο την απαραίτητη προσαρμογή όλων των επιχειρήσεων στην νέα πραγματικότητα.

Έτσι μια από τις πρώτες θεωρητικές προσεγγίσεις σχετικά με το Management, είναι το Επιστημονικό Μάνατζμεντ (Scientific Management) το οποίο αναπτύσσεται από μηχανικούς, επιστήμονες αλλά και εν ενεργεία στελέχη οι οποίοι ενδιαφέρονται για την βελτίωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων (Μπούκης,1993). Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002) οι κυριότεροι εκφραστές του Επιστημονικού Μάνατζμεντ είναι οι ακόλουθοι :

**α) Ο Frederick W.Taylor** (Ιδρυτής του Επιστημονικού Management), ο οποίος αφού μελέτησε πολλές εργασίες, τις διαχώρισε στη συνέχεια σε μικρότερα τμήματα και τέλος, καθόρισε τον αποδοτικότερο τρόπο εκτέλεσης τους που είναι ο « **μοναδικός σωστός και επιστημονικά καθορισμένος τρόπος** ».

**β) Ο Henry Gantt** ( Πρωτοπόρος στον Χρονικό Προγραμματισμό καθώς και στην Αμοιβή των Εργαζομένων) εισήγαγε το διάγραμμα χρονικού προγραμματισμού της εργασίας και υποστήριξε ότι οι εργαζόμενοι γίνονται περισσότερο παραγωγικοί

όταν υπάρχει κίνητρο επιστημονικά καθορισμένο το οποίο να οδηγεί στην υπέρβαση της παραγωγής. Στην ουσία, καθόρισε ένα επιπλέον επίδομα εργασίας για τους εργατές, εστιάζοντας στην υποκίνηση τους από αυτό.

γ) Οι **Frank και Lilian M. Gilbreth** (Πρωτεργάτες των Μελετών της Κίνησης για την βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων). Ο Frank Gilbreth καθιέρωσε ένα σύστημα ταξινόμησης δεκαοχτώ κινήσεων που παρατηρούνται στην εκπόνηση των εργασιών και χρησιμοποίησε την ταξινόμηση αυτή για την ανάλυση των ενεργειών των εργατών. Η Lilian M. Gilbreth εφάρμοσε τις τεχνικές του επιστημονικού management στο νοικοκυριό της αποδεικνύοντας την ορθότητα του συστήματος ταξινόμησης των κινήσεων.

δ) Ο **Henry Fayol** (Πατέρας της Θεωρίας της Διαχείρισης) ο οποίος εστίασε το ενδιαφέρον του στο Management ολόκληρης της Επιχείρησης, ορίζοντας τις βασικές λειτουργίες του Management (Προγραμματισμός, Οργάνωση, Διεύθυνση, Έλεγχος) καθώς επίσης, παρουσίασε 14 βασικές αρχές του Management οι οποίες μπορούν να αποκτηθούν με εκπαίδευση ([Παράρτημα 1](#)).

Στην συνέχεια, μια νέα θεωρητική προσέγγιση που αναπτύσσεται σχετικά με το Management είναι η Σχολή της Συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την Πετρίδου (1998), η προσέγγιση που απορρέει από την Σχολή αυτή, εστιάζεται κυρίως στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, των ανθρώπινων αναγκών καθώς επίσης και των στάσεων στις ανθρώπινες οργανώσεις. Τονίζει δε, ότι το αποτελεσματικό μάνατζμεντ προκύπτει κυρίως από την κατανόηση της συμπεριφοράς του εργαζομένου. Κύριοι εκφραστές της θεωρητικής προσέγγισης της Σχολής της Συμπεριφοράς είναι οι ακόλουθοι:

α) Η **Mary Parker Follet** (Πρωτοπόρος στην Επίλυση των Συγκρούσεων). Σύμφωνα με την Follet (2014), οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο διακρίνονται σε εκείνες που μπορούν να αντιμετωπιστούν εποικοδομητικά και μη εποικοδομητικά. Οι τρόποι αντιμετώπισης των συγκρούσεων είναι η επικράτηση, ο συμβιβασμός και η ολοκλήρωση. Σύμφωνα με την Πετρίδου (1998), η Mary Parker Follet εστιάζεται στην σημασία που έχουν τα εργασιακά σύνολα και στα ερεθίσματα που δέχεται ο εργαζόμενος μέσα στην εργασιακή ομάδα που ανήκει και τα οποία επηρεάζουν την

εργασιακή του συμπεριφορά.

**β) Ο Κοινωνιολόγος Elton Mayo** (Μελέτες Hawthorne) και ο ιδρυτής του Κινήματος των Ανθρώπινων Σχέσεων ανακάλυψε ότι οι ειδικοί που προσπαθούν να αυξήσουν την αποδοτικότητα των εργαζομένων θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν την ανθρώπινη διάσταση της εργασίας. Μέσα από τα πειράματα Hawthorne (1927-1932) στο Harvard, ο Mayo και οι Συνεργάτες του κατέληξαν στο ακόλουθο συμπέρασμα : Η παραγωγικότητα της εργασίας σχετίζεται τόσο με κοινωνικούς όσο και ψυχολογικούς παράγοντες όσο και με την ίδια την εργασία. Ο αυτοσεβασμός της προσωπικότητας των εργαζομένων είναι αυτός που σε συνδυασμό με τις εργασιακές συνθήκες επιφέρει αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των εργαζομένων

**γ) ο Abraham Maslow** που διατύπωσε την θεωρία ιεράρχησης των αναγκών στην οποία υποστήριξε ότι υπάρχουν πέντε επίπεδα αναγκών, από τα οποία εξαρτάται η ανθρώπινη συμπεριφορά. Αυτά τα ταξινομήσε ιεραρχικά από τα πιο βασικά αλλά και πρωτόγονα, μέχρι τα πιο πολιτισμένα και ώριμα. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), ο Maslow κατηγοριοποιεί τις ανάγκες ως εξής:

**1) Φυσιολογικές Ανάγκες:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες που συνδέονται με την ύπαρξη του ανθρώπου ως βιολογικού οργανισμού, δηλαδή το νερό, το οξυγόνο, η τροφή, η ένδυση και η υγεία.

**2) Ανάγκες Ασφάλειας ή Σιγουριάς:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει κυρίως τις ανάγκες που συνδέονται με την ασφάλεια του ατόμου απέναντι στους κινδύνους του περιβάλλοντος του (για παράδειγμα, ανεργία, ατυχήματα, κακή οικονομική συγκυρία). Επομένως, βασικές επιδιώξεις του ανθρώπου είναι να αποκτήσει μόνιμη απασχόληση, ικανοποιητική σύνταξη και σταθερή κατοικία.

**3) Κοινωνικές Ανάγκες:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει κυρίως τις ανάγκες του ανθρώπου να ανήκει σε μια ή περισσότερες κοινωνικές ομάδες, να γίνεται αποδεκτός από αυτές, να αναπτύσσει φιλικές σχέσεις, να προσφέρει και να κερδίζει αγάπη και στοργή.

**4) Ανάγκες Αναγνώρισης:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες του ανθρώπου για αναγνώριση από τους άλλους, για κύρος, φήμη, εκτίμηση, σεβασμό αλλά και άσκηση δύναμης ή επιρροής σε άλλους και αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση.

**5) Ανάγκες Ολοκλήρωσης:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες που έχει ο άνθρωπος να γίνει αυτό που θέλει. Να πραγματοποιήσει με άλλα λόγια τα όνειρα, τα οράματα και τις προσδοκίες του και να φτάσει στον ιδανικό για αυτόν εαυτό.

**δ) Ο Chester Barnard** ο οποίος επισήμανε ότι η συλλογική προσπάθεια είναι το κλειδί για την επιτυχία και την αποτελεσματικότητα της επιχείρησης. Παράλληλα, διατύπωσε την θεωρία αποδοχής της εξουσίας, σύμφωνα με την οποία οι εργαζόμενοι καθορίζουν αν μια εντολή της διοίκησης είναι λογική και αποδεκτή. Με άλλα λόγια, η αποτελεσματικότητα του Management εξαρτάται από την αποδοχή της νομιμοποίησης της από τους εργαζόμενους.

**ε) Τέλος, σημαντικός εκπρόσωπος της Σχολής της Συμπεριφοράς είναι ο Douglas Mc Gregor.** Μαζί με τους συναδέλφους του υποστήριξε την σημασία των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων των εργαζομένων και εισήγαγε την Θεωρία Y που επηρέασε την Θεωρία και την Πρακτική του Management μιας και εν αντιθέσει με την παραδοσιακή Θεωρία X εισήχθησαν καινούργιοι σχεδιασμοί στην εργασία που κέντρισαν τον ενδιαφέρον των εργαζομένων, προήγαγαν την ατομική ανάπτυξη και βελτίωσαν την αποδοτικότητα της εργασίας, διευκολύνοντας την παραγωγικότητα (παράρτημα 2).

Ολοκληρώνοντας, τέσσερις Θεωρίες για το Μάνατζμεντ είναι α) η Θεωρία της Περιβαλλοντικής Προσαρμογής (Η οργανωτική απόδοση μπορεί να ενισχυθεί με την προσαρμογή ενός οργανισμού στο περιβάλλον του), β) η Θεωρία του Χάους (Πρέπει να δημιουργηθούν ευέλικτες μορφές οργάνωσης που θα προσαρμόζονται στις συνεχείς αλλαγές του περιβάλλοντος), γ) η Θεωρία της Πολυπλοκότητας (Οι ξαφνικές μεταβολές στο περιβάλλον της οργάνωσης απαιτούν την εξέταση κάθε πτυχής του προβλήματος και τη λήψη των συντονισμένων ενεργειών για την αντιμετώπιση του προβλήματος) και δ) η Θεωρία του Ιαπωνικού Μάνατζμεντ ( Στρέφει την προσοχή στην ομαδική συναίνεση και επίτευξη και ενσωματώνεται σε δύο τεχνικές του Management : α) Την Ποιότητα στον Εργασιακό Βίο (Quality of Work life Approach) και β) Τους Κύκλους Ποιότητας (Total Quality Management) που είναι περισσότερο γνωστές ως Συμμετοχικό Μάνατζμεντ.

## 1.2. Ορισμός του Management

Το Management αν και έχει τις απαρχές του στην Αρχαιότητα, ουσιαστικά ως έννοια αναπτύσσεται και καθιερώνεται χωρίς αντιδράσεις στην παγκόσμια οικονομία τον 20ο αιώνα. Ετυμολογικά, η ρίζα του Management προέρχεται από την γαλλική λέξη ménage που σημαίνει νοικοκυριό. Κατά περιόδους, έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί για την έννοια και το περιεχόμενο του Management. Ορισμένοι συγγραφείς αλλά και ακαδημαϊκοί τον ταυτίζουν με την Διοίκηση, άλλοι με την Διεύθυνση, άλλοι με την Ηγεσία, άλλοι με την Διαχείριση και τέλος, άλλοι με την Οργάνωση.

Σύμφωνα με τον Χολέβα (1995), ο Peter Drucker διατύπωσε τον ακόλουθο ορισμό για το περιεχόμενο του Management : « Το Management σημαίνει εκτέλεση της εργασίας μέσω άλλων ή ότι κάποιος διευθύνει την εργασία των άλλων ». Ακόμα, οι Paul Hersey και Kenneth Blanchard (1988) ορίζουν το Management ως « μια εργασία που πραγματοποιείται με άτομα και διαμέσου ατόμων και ομάδων για την εκπλήρωση των σκοπών ενός οργανισμού». Παράλληλα, ο Richard Daft (2013) ορίζει με τη σειρά του το Management ως εξής «Η εκπλήρωση των σκοπών του οργανισμού μέσω των λειτουργιών του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου των πηγών του οργανισμού ».Ένας ακόμη ορισμός, διατυπώνεται από τους Robbins και Coulter (2011), « Το Management είναι η διαδικασία σύμφωνα με την οποία τα άτομα συνεργάζονται μεταξύ τους στο χώρο της εργασίας τους με τελικό στόχο την αποτελεσματική ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων τους». Τέλος, σύμφωνα με τον ορισμό του Paul James (1996), το Management είναι «ένα σύνολο δραστηριοτήτων (συμπεριλαμβανομένου του Προγραμματισμού, της Λήψης των Αποφάσεων, της Οργάνωσης, της Ηγεσίας αλλά και του Ελέγχου) οι οποίες αφορούν τους πόρους ενός οργανισμού και αποσκοπούν κυρίως στην επίτευξη στόχων του κατά τρόπο αποτελεσματικό και αποδοτικό ».

Συμπερασματικά, οι Montana και Charnov (2002) ορίζουν το Management ως ακολούθως « **Το Management είναι η εργασία με άλλους και μέσω άλλων για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης αλλά και των μελών της**». Παράλληλα, ο Μπουραντάς (2015) αναφέρει ότι η αποτελεσματική και η αποδοτική αξιοποίηση των υλικών αλλά και των άυλων πόρων δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς την άσκηση μιας

αποτελεσματικής Οργάνωσης και Διοίκησης και του Management. Σύμφωνα με τη Διεθνή και Ελληνική Βιβλιογραφία, οι Βασικές Λειτουργίες του Management είναι ο Προγραμματισμός (Planning), η Οργάνωση (Organizing), η Διοίκηση των Ανθρώπων (Leading) και ο Έλεγχος (Controlling).

### **1.3. Η Εφαρμογή του Μάνατζμεντ και οι Υπηρεσίες**

#### **Υγείας**

Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, η επιστήμη του Management αναπτύσσεται και εξελίσσεται με γοργό ρυθμό. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η χρησιμότητα καθώς επίσης και η εφαρμογή του Management είναι εμφανής σε κάθε είδους οργάνωση όπως είναι οι επιχειρήσεις, τα σχολεία, τα νοσοκομεία, οι δημόσιοι οργανισμοί. Η χρησιμότητα καθώς επίσης και η αναγκαιότητα της εφαρμογής του Management στις οργανώσεις διαμορφώνεται με βάση τους στόχους, την μορφή και τον προορισμό που έχει καθεμία τους.

Τα τελευταία χρόνια, το Management εφαρμόζεται όλο και περισσότερο στις υπηρεσίες υγείας είτε στον Δημόσιο είτε στον Ιδιωτικό Τομέα. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ, 1946), που τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948, η Υγεία είναι « μια κατάσταση πλήρους, σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή μιας αναπηρίας ». Η φύση του αγαθού Υγείας αλλά και οι ιδιαιτερότητες της αγοράς της Υγείας καθιστούν ιδιαίτερα απαιτητική την Οργάνωση, την Λειτουργία αλλά και την Διοίκηση των Μονάδων Υγείας. Οι βασικές ιδιαιτερότητες της αγοράς του αγαθού Υγείας είναι οι ακόλουθες:

**α) Η αυξημένη παρέμβαση του Κράτους:** Η παρέμβαση της Πολιτείας στους μηχανισμούς παράγωγης και διανομής των υπηρεσιών υγείας, στην κατανομή των πόρων, στον τρόπο της χρηματοδότησης τους, είναι φυσικό να επηρεάζει την Οργάνωση, την Λειτουργία και την Διοίκηση των Μονάδων Υγείας.

**β) Η αδυναμία του πάσχοντα να λάβει ο ίδιος αποφάσεις:** Ο ασθενής δεν έχει τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις και πληροφορίες για την έκταση και το είδος των υπηρεσιών υγείας που χρειάζεται την στιγμή της νοσηλείας του. Πολλές φορές, ο πάσχων δεν είναι σε θέση να διαμορφώσει άποψη για τις δυνατότητες αλλά και τις ικανότητες του γιατρού. Συνεπώς, ο πάσχων βρίσκεται σε πλήρη αδυναμία να

αποφασίσει και εκχωρεί το δικαίωμα της απόφασης για την θεραπεία που θα ακολουθήσει στον προμηθευτή - παραγωγό των υπηρεσιών υγείας που είναι ο γιατρός.

**γ) Η ένταση της εργασίας:** Η λειτουργία κάθε μονάδας παροχής υπηρεσιών της υγείας βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον συντελεστή εργασία και διακρίνεται από τον υψηλό καταμερισμό εργασίας. Στο χώρο της υγείας, ο κύριος συντελεστής της εργασίας είναι το ανθρώπινο δυναμικό.

**δ) Η ένταση της οργάνωσης και διαχείρισης :** Αν εξαιρέσει κανείς τα απλά ιατρεία, οι Μονάδες Υγείας ( Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) αποτελούν σύνθετους, πολύπλοκους και συνεχώς, εξελισσόμενους οργανισμούς.

**ε) Ο τρόπος του επιμερισμού της εξουσίας και της ευθύνης:** Οι Μονάδες Υγείας αποτελούν ιδιότυπους οργανισμούς στους οποίους η εξουσία και η ευθύνη επιμερίζονται στα διάφορα στελέχη όχι μόνο με βάση τη θέση τους στην ιεραρχία αλλά επίσης και με βάση το κύρος και την ισχύ που έχουν οι διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών της υγείας που εργάζονται σε αυτές (για παράδειγμα, οι Γιατροί).

Η αναγκαιότητα εισαγωγής και εφαρμογής του Management στον χώρο της Υγείας είναι προφανής σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των ιδιαιτεροτήτων που υπάρχουν στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, σύμφωνα με τους Θανασά και Χαραλάμπους (2016) αλλά και τον Μανιαδάκη (2005) η ανάπτυξη της βιομετρικής τεχνολογίας αλλά και της βιογενετικής οδήγησαν στον εκσυγχρονισμό των Μονάδων Υγείας και στην σταδιακά μετατροπή τους από το Γραφειοκρατικό Μοντέλο Διοίκησης στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας που έχει ως επίκεντρο την ασφάλεια του ασθενούς και την όσο το δυνατό καλύτερη ποιότητα παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Επομένως, ο Μάνατζερ πρέπει να αναπτύξει εκείνο το οργανωτικό πρότυπο, το οποίο θα οδηγήσει στην παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας από τη Μονάδα Υγείας προς τους πολίτες. Παράλληλα, ο Μάνατζερ πρέπει να διαχειριστεί αποδοτικά και αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους στη Μονάδα Υγείας και να αξιοποιήσει με τον καλύτερο τρόπο το ιατρικό, νοσηλευτικό αλλά και το διοικητικό προσωπικό που τη στελεχώνει.

Σε γενικές γραμμές, η ποιότητα αλλά και η αποδοτικότητα είναι δύο έννοιες που συνυπάρχουν στον χώρο της υγείας και για να επιτευχθούν, θεωρείται αναγκαία η ύπαρξη ικανής και συγχρόνως αποτελεσματικής Διοίκησης στις Μονάδες Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία και Τοπικές Μονάδες Υγείας). Επιγραμματικά, ο πρώην Υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος σε μια αναφορά του για την αναγκαιότητα ύπαρξης του Management στον χώρο της υγείας και ιδίως στα Νοσοκομεία, επισημαίνει :« Πρέπει τα Νοσοκομεία να αποκτήσουν καινούργια διοίκηση γιατί οι καιροί αλλάζουν και η τεχνολογία εξελίσσεται. Γιατί οι ανάγκες και οι προσδοκίες των πολιτών αλλά και των ασθενών πολλαπλασιάζονται. Σήμερα είναι η εποχή της διοίκησης και της λήψης αποφάσεων που βασίζεται στην τεκμηριωμένη γνώση. Ιδιαίτερα όταν αναφερόμαστε σε μεγάλους οργανισμούς όπως τα Νοσοκομεία με αυξημένη πολυπλοκότητα, με αντικρουόμενα συμφέροντα και με προϋπολογισμού πολλών δις. Αυτή η ανάγκη για την αποτελεσματική διοίκηση στο Σύστημα Υγείας και στο Νοσοκομείο είναι πλέον μονόδρομος. Η αποτελεσματική διοίκηση σε ένα Δημόσιο ή Ιδιωτικό Νοσοκομείο είναι το αποτέλεσμα καθώς επίσης και η συνισταμένη πολλών παραγόντων. Συνήθως έχουμε καλά αποτελέσματα, εκεί όπου υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες Management και ευνοϊκό περιβάλλον διοίκησης» (Αλέκος Παπαδόπουλος, 2000).

## **ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **2. Οι Λειτουργίες του Management και οι Υπηρεσίες Υγείας**

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάστηκε ο γενικά αποδεκτός ορισμός του Management ο οποίος είναι ο ακόλουθος: « Το Management είναι η εργασία μαζί με άλλους και μέσω άλλων για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης αλλά και των μελών της». Ακόμα, ο Μπουραντάς (2015) τονίζει ότι ο Manager είναι εκείνος που πρέπει να εκπονήσει ένα οργανωτικό πρότυπο ή σχέδιο για να αξιοποιηθούν με αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο, οι υλικοί και οι άυλοι πόροι της οργάνωσης. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015) και τον Πολύζο (2014), ο Manager καλείται να επιτελέσει τις ακόλουθες τέσσερις βασικές λειτουργίες:



- Ο Προγραμματισμός (Planning)
- Η Οργάνωση (Organizing)
- Η Διοίκηση ή Διεύθυνση των Ανθρώπων (Leading)
- Ο Έλεγχος (Controlling)

Στον παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζονται αναλυτικά οι βασικές λειτουργίες που επιτελεί ο Μάνατζερ και παρουσιάζεται η εφαρμογή τους στον χώρο των Υπηρεσιών Υγείας.

## **2.1. Ο Προγραμματισμός – Σχεδιασμός (Planning)**

Η πρώτη και σημαντικότερη δραστηριότητα του Manager σε μια Οργάνωση είναι ο Προγραμματισμός. Κατά τους Montana και Charnov (2002), ως λειτουργία, ο Προγραμματισμός είναι η διαδικασία κατά την οποία η οργάνωση επιλέγει τον ιδανικό προορισμό για αυτήν για το μέλλον, διατυπώνει τους εναλλακτικούς τρόπους δράσης για να φτάσει σε αυτόν τον προορισμό και επιλέγει μια συγκεκριμένη πορεία για την επίτευξη των επιλεγμένων στόχων. Ακόμα, ο Μπουραντάς (2015) επισημαίνει ότι ο προγραμματισμός είναι πολύ σημαντικός και χρήσιμος γιατί α) οι αποφάσεις και οι δράσεις της οργάνωσης στηρίζονται στην συστηματική μελέτη και στην ανάλυση των δεδομένων του περιβάλλοντος, στις τεκμηριωμένες προβλέψεις αλλά και στα ποσοτικά μεγέθη και β) είναι η λειτουργία μέσα από την οποία επιτυγχάνεται ο συντονισμός των λειτουργιών και των στελεχών της οργάνωσης, αφού υπάρχει κοινή γνώση αλλά και κατανόηση για το τι, το πώς, το πότε αλλά και με ποια μέσα η επιχείρηση και η κάθε μονάδα αυτής οφείλει να επιτύχει».

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002) αλλά και τον Πολύζο (2014), ο **Προγραμματισμός** σε μια Οργάνωση ή Επιχείρηση διακρίνεται σε τρεις μορφές :

- **Στρατηγικός Προγραμματισμός**
- **Μακροπρόθεσμος Προγραμματισμός**
- **Λειτουργικός Προγραμματισμός**

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), ο Στρατηγικός Προγραμματισμός είναι εκείνη η διαδικασία με την οποία η οργάνωση προσπαθεί να απαντήσει στα ακόλουθα βασικά ερωτήματα :

- Που Είμαστε (Situation Analysis ) ;
- Που Θέλουμε να πάμε (Strategy Formulation);
- Πως θα πάμε εκεί που θέλουμε (Strategy Implementation and Control);

Παρόμοια, ο Μπουραντάς (2015) ορίζει τον Στρατηγικό Προγραμματισμό ως τη διαδικασία μέσω της οποίας η οργάνωση διαμορφώνει α) την αποστολή της, β) το όραμα της, γ) τους μακροπρόθεσμους στόχους και δ) τις στρατηγικές της. Αναλυτικά, η αποστολή είναι ο σκοπός της οργάνωσης και απαντά σε βασικά ερωτήματα σχετικά με την φύση και την ύπαρξη της οργάνωσης όπως είναι τα ακόλουθα :

- Σε ποιον επιχειρηματικό τομέα δραστηριοποιείται η οργάνωση;
- Ποια είναι η οργάνωση; Ποιος ο βασικός λόγος ύπαρξης της;

Στην συνέχεια, το όραμα εκφράζει τις προσδοκίες αλλά και τα όνειρα των μελών της οργάνωσης για το μέλλον της. Με άλλα λόγια, το όραμα εκφράζει τις προσδοκίες των ομάδων εντός της οργάνωσης (Μέτοχοι και Εργαζόμενοι) και εκτός αυτής (Πελάτες, Προμηθευτές, Κοινωνία). Κλείνοντας, το όραμα απαντά σε τρία βασικά ερωτήματα σχετικά με την οργάνωση :

- Ποια η ιδανική εικόνα της οργάνωσης στο μέλλον;
- Ποια τα ιδανικά που θέλει να επιτύχει η οργάνωση;
- Ποια τα στοιχεία για τα οποία η οργάνωση θα νιώθει υπερήφανη;

Τέλος, κάθε οργάνωση ακολουθεί στρατηγικές για να ανταποκριθεί στην αποστολή της. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), τα τέσσερα σημεία που αποτελούν βασικό περιεχόμενο της κάθε στρατηγικής είναι :

- **Οι Μακροπρόθεσμοι Στόχοι :** Τα τελικά αποτελέσματα τα οποία η οργάνωση επιθυμεί να επιτύχει μακροπρόθεσμα ( για παράδειγμα, η θέση στην αγορά),
- **Το Εύρος των Δραστηριοτήτων:** Οι επιχειρηματικές δραστηριότητες της οργάνωσης καθορίζονται με βάση α) την γεωγραφική περιοχή όπου αναπτύσσει την δραστηριότητα της η οργάνωση - επιχείρηση , β) τα προϊόντα τα οποία προσφέρει στα συγκεκριμένα τμήματα της αγοράς,

γ) τον βιομηχανικό κλάδο που η οργάνωση δραστηριοποιείται και δ) τον βαθμό της κάθετης ολοκλήρωσης με την έννοια των δραστηριοτήτων τις οποίες η οργάνωση υλοποιεί στο εσωτερικό της ή εξωτερικεύει με τους προμηθευτές.

- **Τα Ανταγωνιστικά Πλεονεκτήματα:** Είναι τα στοιχεία εκείνα για τα οποία οι πελάτες θα προτιμήσουν τελικά τα προϊόντα της επιχείρησης-οργάνωσης έναντι των ανταγωνιστών.
- **Η Λογική:** Εκφράζει τις υποθέσεις - παραδοχές και τις σχέσεις αιτίου – αιτιατού που εξηγούν το γιατί και πως οι στρατηγικές επιλογές θα επιτύχουν τους μακροπρόθεσμους στόχους. Παράλληλα, μέσω της λογικής εκφράζεται ο τρόπος με τον οποίον τόσο η κατανομή των πόρων όσο και ο συνδυασμός όλων των δραστηριοτήτων θα οδηγήσουν σε ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα.

Κλείνοντας, οι Montana και Charnov (2002) επισημαίνουν ότι ο Στρατηγικός Προγραμματισμός είναι μια διαδικασία με χρονικό πλαίσιο συνήθως πάνω από πέντε χρόνια, στην οποία συμμετέχουν ανώτατα στελέχη του Διοικητικού Συμβουλίου και είναι απαραίτητη η αξιολόγηση πολλών μεταβλητών οι οποίες είναι σχετικές είτε με το εσωτερικό είτε με το εξωτερικό περιβάλλον της οργάνωσης κατά την υλοποίησή του. Η Δήλωση Αποστολής όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ορίζει τον βασικό σκοπό της οργάνωσης και τους τομείς στους οποίους αυτή θα δραστηριοποιηθεί.

Έπειτα, η Δεύτερη Μορφή του Προγραμματισμού είναι ο Μακροπρόθεσμος Προγραμματισμός που είναι μια διαδικασία με χρονικό πλαίσιο από ένα έως πέντε χρόνια και ο Μάνατζερ καλείται να οριοθετήσει τα κύρια στοιχεία της οικονομικής δραστηριότητας της οργάνωσης. Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), ο Μακροπρόθεσμος Προγραμματισμός είναι η λειτουργία στην οποία συμμετέχουν τα ανώτατα στελέχη που πήραν μέρος στον Στρατηγικό Προγραμματισμό και οι Γενικοί Διευθυντές των επιμέρους τομέων της οργάνωσης. Κλείνοντας, ο Μακροπρόθεσμος Προγραμματισμός καταλήγει στην διατύπωση ενός προγράμματος με γραπτές οδηγίες οι οποίες περιλαμβάνουν τους βασικούς τομείς της επιχειρηματικής δραστηριότητας, τους οικονομικούς αντικειμενικούς στόχους όπως είναι η αύξηση των πωλήσεων και των κερδών, οι ευκαιρίες στην αγορά, οι ερωτήσεις για το προσωπικό αλλά και την

δυνατότητα εκτέλεσης του προγράμματος, η χρήση των υλικών πόρων ανάλογα με τους στόχους για την εκτέλεση του προγράμματος και τέλος, η παροδική αναθεώρηση του προγράμματος τουλάχιστον κάθε δυο χρόνια ανάλογα με τις απρόβλεπτες αλλαγές (για παράδειγμα, κάποια αλλαγή στην Νομοθεσία ή μια νέα εμφάνιση ενός ανταγωνιστικού προϊόντος).

Ολοκληρώνοντας, η τρίτη μορφή του προγραμματισμού είναι ο Λειτουργικός Προγραμματισμός. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), ο Λειτουργικός ή με άλλα λόγια ο Επιχειρησιακός Προγραμματισμός αφορά «τη βραχυπρόθεσμη αλλά και τη μεσοπρόθεσμη δράση της επιχείρησης ή του οργανισμού, η οποία συγκεκριμενοποιεί τους στόχους, τις ενέργειες αλλά και τα μέσα τα οποία υλοποιούν τις στρατηγικές σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα». Ακόμα, οι Montana και Charnov (2002) τονίζουν ότι ο Λειτουργικός Προγραμματισμός είναι μια διαδικασία με χρονικό πλαίσιο ενός έτους ή και λιγότερου όπου συμμετέχουν οι Γενικοί Διευθυντές αλλά και τα Στελέχη από κάθε επιμέρους μονάδα ή διεύθυνση της Οργάνωσης. Παράλληλα, ο Λειτουργικός Προγραμματισμός περιλαμβάνει συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα, εργασίες αλλά και μετρήσιμους στόχους.

Τέλος, η ανάπτυξη των Προγραμμάτων Δράσης (Περιλαμβάνουν τις ενέργειες και τα μέσα που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων οι οποίοι έχουν τεθεί στους επιμέρους τομείς μιας επιχείρησης όπως είναι τα Προγράμματα των Πωλήσεων ή του Μάρκετινγκ) αλλά και η διαμόρφωση του Προϋπολογισμού (Η οικονομική έκφραση των Προγραμμάτων Δράσης που περιλαμβάνει τα έσοδα, τις δαπάνες, τα κέρδη, τα απαιτούμενα κεφάλαια και τα οικονομικά μεγέθη που συνδέονται με την υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων σε όλες τις επιχειρησιακές λειτουργίες) αποτελούν βασικά κομμάτια του Λειτουργικού Προγραμματισμού.

Συμπερασματικά, ο Προγραμματισμός είναι σημαντικός για τις επιχειρήσεις και ειδικότερα, είναι καθοριστικός στον χώρο της Υγείας. Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), ο Προγραμματισμός εξασφαλίζει την παραγωγή ποιοτικών υπηρεσιών της υγείας στον σωστό χρόνο, στο σωστό μέρος και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Παράλληλα, εξασφαλίζει την ισορροπία με επιμέρους κοινωνικές υπηρεσίες και δημόσια αγαθά. Τα σημαντικότερα οφέλη που προκύπτουν από την Λειτουργία του Προγραμματισμού σε μια Μονάδα Υγείας είναι τα ακόλουθα

- 1) Η δημιουργία ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος στο εσωτερικό και στο εξωτερικό περιβάλλον της Μονάδας Υγείας.
- 2) Η βελτίωση των λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων της Μονάδας Υγείας.
- 3) Η μείωση της αβεβαιότητας, της πολυπλοκότητας και της αλληλεξάρτησης της Μονάδας Υγείας και τέλος,
- 4) Η δημιουργία μιας νέας συμπεριφοράς που θα συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα της διοίκησης αλλά και στην ικανοποίηση του προσωπικού και των χρηστών των υπηρεσιών τις οποίες προσφέρει η Μονάδα Υγείας.

## **2.2.Η Οργάνωση (Organizing)**

Μετά τον Προγραμματισμό που παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα, η δεύτερη δραστηριότητα που ασκεί ο Manager σε μια Οργάνωση είναι η οργανωτική λειτουργία. Σύμφωνα με τον J. Schermerhorn (2010), η Οργάνωση είναι η διαδικασία τακτοποίησης ανθρώπων και άλλων πόρων για την επίτευξη ενός σκοπού. Αντίστοιχα, οι Gray και Smeltzer (1989) επισημαίνουν ότι η Οργάνωση αφορά την λειτουργία ή την αρχή η οποία καθορίζει τον ρόλο που θα έχει κάθε εργαζόμενος στον οργανισμό καθώς επίσης και τους κανόνες στο πλαίσιο των οποίων θα διεκπεριώνεται. Κλείνοντας, η οργανωτική λειτουργία είναι μια από τις πιο σημαντικές λειτουργίες ενός Διοικητικού Στελέχους (Manager) αφού εστιάζεται στον καταμερισμό της εργασίας μεταξύ των ομάδων ή των ατόμων και στον συντονισμό των ενεργειών τους με βασικό σκοπό την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού. (Τζωρτζάκης Κ & Τζωρτζάκη Α, 2007).

Επιγραμματικά, σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), **η Οργάνωση ορίζεται ως « η Διαδικασία με την οποία το σύνολο των εργασιών οι οποίες απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων της οργάνωσης-επιχείρησης ταξινομούνται σε επιμέρους καθήκοντα και κατανέμονται στα κατάλληλα στελέχη στα οποία στην συνέχεια, αναθέτονται οι σχετικές ευθύνες και διατίθενται οι κατάλληλοι πόροι ».**

Παράλληλα, με βάση τον παραπάνω ορισμό, η Οργάνωση βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές οι οποίες εισήχθησαν από τους Θεωρητικούς του Επιστημονικού Management, Taylor και Fayol και είναι οι ακόλουθες:

**1) Η Αρχή της Ενότητας της Διοίκησης (Unity of Command) :** Σύμφωνα αυτή την αρχή, κάθε υφιστάμενος έχει έναν προϊστάμενο από τον οποίο δέχεται όλες τις εντολές.

**2) Η Αρχή της Εξαίρεσης (Exception Principle) :** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, οι αποφάσεις για θέματα της ρουτίνας στην οργάνωση λαμβάνονται από τους Manager Μεσαίου Επιπέδου ενώ αντίστοιχα, οι Manager του Ανωτέρου Επιπέδου διαχειρίζονται τα σημαντικά επιχειρησιακά προγράμματα.

**3) Η Αρχή του Πεδίου Ελέγχου (Span of Control) :** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, κάθε προϊστάμενος πρέπει να έχει περιορισμένο αριθμό υφισταμένων ώστε να μπορεί να τους συντονίζει και να τους ελέγχει αποτελεσματικά.

**4) Η Αρχή της Ιεραρχικής Κλίμακας (Scalar Principle) :** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, σε καθεμία οργάνωση πρέπει να υπάρχει μια ξεκάθαρη ιεραρχική κλίμακα (πυραμίδα) από την κορυφή μέχρι την βάση, με σαφή καθορισμό εξουσίας και ευθύνης (αρχή του προκαθορισμού εξουσίας και της ευθύνης) των μελών της ιεραρχίας σε κάθε επίπεδο.

**5) Η Αρχή της Τμηματοποίησης (Departmentation) :** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, οι δραστηριότητες σε τομείς ή τμήματα ομοειδών έργων κατανέμονται με κριτήρια τον καταμερισμό του έργου και την εξειδίκευση των ατόμων - εργαζομένων.

**6) Η Αρχή της Αποκέντρωσης (Decentralization) :** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, η υπερσυγκέντρωση των αρμοδιοτήτων στις ανώτερες βαθμίδες πρέπει να αποφεύγεται και να εξασφαλίζεται η εκχώρηση αρμοδιοτήτων στους υφισταμένους (αρχή της οργάνωσης)

**7) Η Αρχή του Καθορισμού των Αντικειμενικών Σκοπών (Objective Principles):** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, κάθε εργασία πρέπει να έχει έναν σκοπό. Με άλλα λόγια, πρέπει να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία που να δικαιολογεί απόλυτα την ύπαρξη της συγκεκριμένης εργασίας.

**8) Η Αρχή του Ορισμού (Definition):** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, πρέπει να υπάρχει γραπτή περιγραφή και ανάλυση για όλες τις θέσεις σε κάθε επίπεδο της οργάνωσης αναφορικά με τους σκοπούς, τον συντονισμό, την ιεραρχία, την εξουσία και

την ευθύνη (Περιγραφή Εργασίας / Job Description).

**9) Η Αρχή του Συντονισμού (Coordination):** Σύμφωνα με αυτή την αρχή, κάθε εργασία πρέπει να έχει σαφώς καθορισμένους τρόπους επικοινωνίας.

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), τα βασικά βήματα τα οποία ακολουθεί η Οργάνωση είναι : α) Η Συμφωνία για την Εργασία η οποία θα πρέπει να πραγματοποιηθεί ( Ενότητα Σκοπού), β) Ο Καθορισμός των Καθηκόντων που πρέπει να εκτελεστούν για την επιτυχή ολοκλήρωση της εργασίας (Ανάλυση της Εργασίας), γ) ο Προσδιορισμός των Κατηγοριών του Προσωπικού ( Στελέχωση και Εμπειρία για την εκτέλεση της εργασίας) και δ) η Κατασκευή Οργανωτικής Δομής ( Οργανόγραμμα το οποίο παρουσιάζει την βασική διάρθρωση της οργάνωσης, δηλαδή μια διαγραμματική απεικόνιση των διευθύνσεων, των τμημάτων που υπάρχουν σε ένα οργανισμό και μέσω του οποίου εξασφαλίζεται η αποτελεσματική ομαδική εργασία και η ροή πληροφοριών σχετικά με αυτή).

Συμπερασματικά, η Οργάνωση είναι μια από τις σημαντικότερες λειτουργίες που επιτελεί ο Manager και η αναγκαιότητα της είναι εμφανής, όχι μόνο στον χώρο των επιχειρήσεων αλλά και στις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Σύμφωνα με τους Σαρρή, Χρυσάκη και Σούλη (2007), χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Παραδοσιακού Νοσοκομείου που στην σύγχρονη εποχή εισέρχεται σε μια μορφή μετασχηματισμού της λειτουργίας του σε περιβάλλον επιχείρησης, Παράλληλα, η βιοιατρική τεχνολογία συνεχώς εξελίσσεται και ο καταμερισμός της εργασίας τείνει να διαφοροποιηθεί ποσοτικά και ποιοτικά μιας και το προσωπικό του νοσοκομείου εμπλουτίζεται συνεχώς με νέες επαγγελματικές ειδικότητες αλλά και εξειδικεύσεις. Επομένως, είναι απαραίτητο το νοσοκομείο να ακολουθήσει μεθόδους οργάνωσης και διοίκησης με βάση τα στάδια της παραγωγικής διαδικασίας.

Συνήθως, σε ένα Νοσοκομείο η μέθοδος της οργανωτικής δομής η οποία χρησιμοποιείται είναι η τμηματοποίηση των ανά κατηγορία ιατρικών ειδικοτήτων. Με άλλα λόγια, ένας πάσχων «τμηματοποιείται» ή «επιμερίζεται» ανάλογα με την πάθηση του και παράλληλα, «αποπροσωποποιείται» αποδεχόμενος έναν αριθμό που αντιστοιχεί στο κρεβάτι ή στον θάλαμο που νοσηλεύεται. Σε γενικές γραμμές, είναι αναγκαία η διαμόρφωση της Οργάνωσης του Νοσοκομείου και κατ' επέκταση των

Μονάδων Υγείας σε εκείνες τις μορφές οι οποίες ενθαρρύνουν την συμμετοχή των εργαζομένων σε ομάδες εργασίες και αίρουν τις συνθήκες αποπροσωποποίησης της εργασίας με απώτερο στόχο την αναβάθμιση του σημαντικότερου συντελεστή της παραγωγής των υπηρεσιών υγείας του ανθρωπίνου δυναμικού και τον περιορισμό των συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και της εργασιακής νευρώσης του προσωπικού που είναι ορατά σήμερα στα Νοσοκομεία αλλά και στις Μονάδες Υγείας.

### **2.3. Η Διοίκηση - Καθοδήγηση των Ανθρώπων (Leading)**

Μετά από την οργανωτική λειτουργία, ο Manager μέσα σε μια Οργάνωση είναι υπεύθυνος για την Διοίκηση ή Καθοδήγηση του Ανθρώπινου Δυναμικού. Ο Μπουραντάς (2015) επισημαίνει ότι **η Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού** είναι η Λειτουργία του Manager που επηρεάζει την συμπεριφορά του ανθρώπινου παράγοντα (για παράδειγμα, η ηγεσία, η παρακίνηση αλλά και η επικοινωνία είναι μορφές αυτής της συμπεριφοράς) έτσι ώστε το άτομο, είτε από μόνο του είτε σε αποτελεσματική ομαδική συνεργασία να έχει τη διάθεση και την ικανότητα να συμβάλλει περισσότερο αποτελεσματικά στην υλοποίηση των στόχων που έχει θέσει η Οργάνωση.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Dressler (2012), η Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού περιλαμβάνει πρακτικές και πολιτικές που περιλαμβάνουν την διεξαγωγή αναλύσεως της εργασίας (καθορισμός της φύσης της εργασίας), τον σχεδιασμό των αναγκών σε εργατικό δυναμικό και την προσέλκυση υποψήφιων εργαζομένων, την επιλογή των υποψήφιων εργαζομένων, την παροχή των κατευθύνσεων αλλά και την εκπαίδευση των εργαζομένων, την αξιολόγηση της απόδοσης, την διαχείριση μισθών και ημερομισθίων, την παροχή κινήτρων και προσφορών και τέλος, την επικοινωνία (συνεντεύξεις, συμβουλευτική, εμπέδωση πειθαρχίας).

Συγκριτικά με τις επιχειρήσεις και τους άλλους οργανισμούς, η οργάνωση αλλά και η λειτουργία των Μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει αρκετές ιδιαιτερότητες. Κατά τον Σιγάλα (1999), στα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ο υψηλός βαθμός καταμερισμού εργασίας, η ανάγκη για διαρκή εξέλιξη και η πολυεπίπεδη δομή τους. Οι κλάδοι που συγκροτούν την δομή τους, δηλαδή το ιατρικό, το νοσηλευτικό, το διοικητικό αλλά και το τεχνικό



προσωπικό έχουν διαφορετική εκπαίδευση, οικονομική και κοινωνική κατάσταση. Ακόμα, η διαφοροποίηση που προκαλείται από την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας και οι διαφορές σχετικά με το δικαίωμα λήψης των αποφάσεων αλλά και των πρωτοβουλιών δημιουργεί δυσκολίες στην διοίκηση.

Τέλος, οι Κελέση-Σταυροπούλου Ν. Μάρθα και Σταυροπούλου Κ. Ματίνα (2010) υποστηρίζουν ότι στις Υπηρεσίες Υγείας το Διοικητικό Έργο εστιάζεται στην αξιοποίηση του Ανθρώπινου Δυναμικού. Σε γενικές γραμμές, οι κύριες αρμοδιότητες της Διοίκησης του Ανθρώπινου Δυναμικού (Human Resource Management) είναι :

- **Ο Προγραμματισμός του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Μονάδα Υγείας.**
- **Η Προσέλκυση και η Επιλογή του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Μονάδα Υγείας.**
- **Η Εκπαίδευση και Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Μονάδα Υγείας.**
- **Η Αξιολόγηση της Απόδοσης του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Μονάδα Υγείας.**
- **Η Ηγεσία και η Καθοδήγηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Μονάδα Υγείας.**
- **Η Παρακίνηση - Υποκίνηση του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Μονάδα Υγείας.**
- **Η Δημιουργία ενός Συστήματος Αποτελεσματικής Επικοινωνίας στην Μονάδα Υγείας.**

### **2.3.1. Ο Προγραμματισμός του Ανθρώπινου Δυναμικού (Καθήκοντα)**

Σύμφωνα, με τον Πολύζο (2014), ο Προγραμματισμός είναι η διαδικασία με την οποία κάθε οργανισμός διασφαλίζει την ποσότητα καθώς επίσης και την ποιότητα των ανθρώπινων πόρων, με το μικρότερο δυνατό μισθολογικό κόστος καθώς και τις καλύτερες κατανομές. Στις Μονάδες Υγείας, στον Προγραμματισμό περιλαμβάνεται

η Ανάλυση της Εργασίας με βασικά εργαλεία το Οργανόγραμμα, τον Κανονισμό του Οργανισμού και τον Ορισμό των Καθηκόντων για την εργασία (Job Description). Σύμφωνα με τους Noe et al. (2003), ο Προγραμματισμός σε μια Μονάδα Υγείας περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

- Μελέτη του γενικότερου στρατηγικού σχεδιασμού της Μονάδας Υγείας.
- Ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος με έμφαση στις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, τις πολιτικές και νομικές αποφάσεις, τις συνθήκες της απασχόλησης και ανεργίας, τα στατιστικά στοιχεία του πληθυσμού και το εκπαιδευτικό σύστημα.
- Ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος με έμφαση στην ετήσια πρόβλεψη ζήτησης και προσφοράς των θέσεων εργασίας αλλά και στις εκτιμήσεις των στελεχών της υπηρεσίας του ανθρώπινου δυναμικού για αποχωρήσεις (για παράδειγμα, συνταξιοδοτήσεις, παραιτήσεις, απολύσεις καθώς επίσης και κινητικότητες) αλλά και ανάγκες για προσλήψεις.
- Κατάρτιση επιχειρησιακών σχεδίων δράσης για τις πιθανές προσλήψεις, την αναδιοργάνωση των θέσεων εργασίας, την ανάπτυξη, την απόδοση και την εκπαίδευση του προσωπικού.
- Παρακολούθηση και Αξιολόγηση του Προγραμματισμού και των Σχεδίων Δράσης με ποσοτικά αλλά και ποιοτικά στοιχεία όπως είναι ο Δείκτης των Αποχωρήσεων, ο Δείκτης Σταθερότητας και τέλος, η Ανάλυση Διάρκειας της Απασχόλησης.

Σχετικά με τον ορισμό καθηκόντων αλλά και την ανάλυση της εργασίας σε μια Μονάδα Υγείας ο Πολύζος (2014) παρουσιάζει τις ακόλουθες βασικές μεθόδους οι οποίες χρησιμοποιούνται:

- Η Παρατήρηση των Στελεχών της Μονάδας Υγείας (Σταθερή αλλά πολλές φορές και Δειγματοληπτική).
- Το Ημερολόγιο του Εργαζόμενου (Καταγραφή για Ορισμένο Χρόνο).
- Η Συνέντευξη του Εργαζόμενου που λαμβάνεται από Αναλυτή.
- Το Ερωτηματολόγιο ( Προϊστάμενων και Υφιστάμενων).
- Οι Μελέτες και οι Ποσοτικοί Μέθοδοι Ανάλυσης (Χρησιμοποίηση του Ηλεκτρονικού Υπολογιστή για την πραγματοποίηση προσομοιώσεων).

- Η Προδιαγραφή και Τελική Περιγραφή της Εργασίας (Περιλαμβάνει την ταυτότητα της εργασίας, την περίληψη της εργασίας με τον σκοπό και τους βασικούς στόχους, τα καθήκοντα της θέσης, τα πρότυπα απόδοσης με την χρήση δεικτών, τις συνθήκες της εργασίας, τα όρια της εξουσίας και τη σταδιοδρομία).

Σε γενικές γραμμές, ο Πολύζος (2014) επισημαίνει ότι στον τομέα της υγείας είναι απολύτως αναγκαία η γνώση του διαθέσιμου ανθρώπινου δυναμικού όλων των επαγγελματιών υγείας σε μια χώρα καθώς επίσης και η απασχολησιμότητα τους για να καθοριστεί η ανάλογη ζήτηση και η προσφορά τους στον τομέα της εκπαίδευσης και της παροχής υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό όχι μόνο με τα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα (ζήτηση) αλλά επίσης και τα δεδομένα υπηρεσιών υγείας και ανάπτυξης Φαρμάκου (Προσφορά). Τέλος, θεωρείται αναγκαία η χρήση Δεικτών Υγείας για την μέτρηση της Ποιότητας, Αποδοτικότητας και Αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Υγείας.

### **2.3.2. Η Προσέλκυση και η Επιλογή του Ανθρώπινου Δυναμικού**

Σύμφωνα με τον Πολύζο(2014) μια από τις βασικές λειτουργίες της Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού είναι η Προσέλκυση (Recruitment) του Προσωπικού η οποία είναι η διαδικασία εντοπισμού και πρόσκλησης των κατάλληλων ανθρώπων αλλά και επαγγελματιών για την κάλυψη των κενών θέσεων. Η διαδικασία αυτή ακολουθεί το στάδιο του Προγραμματισμού καθώς και της Ανάλυσης της Εργασίας και γίνεται με την παροχή των κατάλληλων πληροφοριών βάσει της περιγραφής της Εργασίας (Job Description) καθώς και της γνωστοποίησης της θέσης στις κατάλληλες πηγές με δύο τρόπους, είτε μέσα από εσωτερικές πηγές όπως είναι οι πίνακες των ανακοινώσεων, οι βάσεις των δεδομένων, οι προαγωγές ή μετακινήσεις και οι συστάσεις των νυν εργαζομένων, είτε μέσα από εξωτερικές πηγές όπως είναι τα Ανώτερα και Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, οι Επαγγελματικές Σχολές, οι Επαγγελματικές Ενώσεις; και τα Εργατικά Σωματεία, τα Γραφεία Ευρέσεως Απασχόλησης ή Επιλογής Στελεχών του Ανθρώπινου Δυναμικού, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, οι Ανταγωνίστριες Επιχειρήσεις, η Διοργάνωση των Ημερίδων Καριέρας και τέλος, σύγχρονες μέθοδοι όπως η χρήση του Διαδικτύου.

Σε γενικές γραμμές, η Διαδικασία της Επιλογής Προσωπικού είναι μια πολύ σημαντική δραστηριότητα αφού η κατάληξη της είτε καλή είτε κακή ακολουθεί για καιρό τον οργανισμό. Στην Ελλάδα, στον τομέα της Υγείας, στον Δημόσιο Τομέα η επιλογή του προσωπικού γίνεται με κριτήρια τα τυπικά προσόντα μέσω του Α.Σ.Ε.Π. (Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού) ενώ στον Ιδιωτικό Τομέα γίνεται μέσα από διάφορα στάδια όπως είναι η αξιολόγηση των βιογραφικών για τη θέση εργασίας που προκηρύσσεται, η δομημένη ή μη δομημένη συνέντευξη με τους υποψηφίους για τη θέση εργασίας και τέλος μέσω άλλων δοκιμασιών όπως οι εξετάσεις ή τα τεστ έτσι ώστε να αξιολογηθούν οι υποψήφιοι και να βαθμολογηθούν ώστε να επιλεγθούν από τα αρμόδια όργανα (για παράδειγμα, τον Διευθυντή ή Προϊστάμενο του Προσωπικού) εκείνοι με την υψηλότερη βαθμολογία αλλά και όλα τα απαιτούμενα προσόντα για τη θέση στη Μονάδα Υγείας.

### **2.3.3. Η Εκπαίδευση και η Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού**

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), η εκπαίδευση όπως επίσης και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι ένα αναγκαίο διοικητικό εργαλείο στην προσπάθεια των οργανισμών να ανταποκριθούν στο έντονο και μεταβαλλόμενο ανταγωνιστικό περιβάλλον. Ακόμα, ο Mondy (2011) αναφέρει τα ακόλουθα οφέλη που αποκτούν οι οργανισμοί από την εκπαίδευση και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των εργαζομένων :

- α) την αύξηση της παραγωγικότητας σε ατομικό, ομαδικό και οργανωτικό επίπεδο, β) την ανύψωση του ηθικού αλλά και της αποτελεσματικότητας του προσωπικού, γ) την περιορισμένη ανάγκη επίβλεψης η οποία οδηγεί στην ενδυνάμωση των εργαζομένων και στην δημιουργία ευελιξίας των οργανισμών, δ) την αύξηση της ασφάλειας και τη μείωση του αριθμού των εργατικών ατυχημάτων, ε) την ενίσχυση της ελκυστικότητας των οργανισμών καθώς η παροχή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που εμπλουτίζει τις γνώσεις και δεξιότητες των εργαζομένων οδηγεί σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και αυξάνει την απασχολησιμότητα τους, ζ) την ανάπτυξη της αφοσίωσης καθώς επίσης και της υποκίνησης των εργαζομένων και τέλος, η) την ανάπτυξη κουλτούρας στους οργανισμούς με βασικά της χαρακτηριστικά την συνεχή μάθηση και την βελτίωση της απόδοσης.

Κλείνοντας, σύμφωνα με τον Πολύζο (2014) τα ανωτέρω οφέλη μέσα στους

οργανισμούς προκύπτουν από μια εκπαιδευτική διαδικασία με τα ακόλουθα στάδια :

- Εντοπισμός των εκπαιδευτικών αναγκών και αναλυτικός σχεδιασμός εκείνων των προγραμμάτων που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες και πραγματικές ανάγκες των εργαζομένων. Στα προγράμματα εκπαίδευσης, πρέπει να προσδιορίζεται το περιεχόμενο με σαφήνεια, ο χώρος και ο χρόνος υλοποίησής τους και οι στόχοι της εκπαιδευτικής διαδικασίας.
- Επιλογή των μεθόδων εκπαίδευσης που διακρίνονται σε εκείνες που σχετίζονται με την εκπαίδευση μέσα στη θέση εργασίας (η επίδειξη αλλά και η εκπαίδευση μέσω της καθοδήγησης, η εκπαίδευση μέσω του μέντορα, η εναλλαγή και ο εμπλουτισμός των θέσεων εργασίας είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα) και με την εκπαίδευση εκτός της θέσεως της εργασίας (για παράδειγμα, οι διαλέξεις, τα σεμινάρια, η μελέτη περιπτώσεων, τα επιχειρηματικά παίγνια, η αναπαράσταση ρόλων και οι προσομοιώσεις).
- Εφαρμογή και αξιολόγηση της εκπαίδευσης κατά την οποία θα πρέπει να υλοποιηθούν όλα τα εκπαιδευτικά προγράμματα σύμφωνα με ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα και να ελεγχθεί η διαδικασία αλλά και να αξιολογηθεί η επίτευξη των στόχων των προγραμμάτων.

#### **2.3.4. Η Αξιολόγηση της Απόδοσης του Ανθρώπινου Δυναμικού**

Σε μια Οργάνωση, μια σημαντική λειτουργία της Διοίκησης του Ανθρώπινου Δυναμικού είναι η αξιολόγηση της απόδοσης του προσωπικού. Ο Πολύζος (2014) επισημαίνει ότι η αξιολόγηση της απόδοσης ως όρος αναφέρεται στο επίσημο σύστημα της αξιολόγησης της ατομικής ή ομαδικής εργασιακής απόδοσης και είναι σπουδαία γιατί η υλοποίηση αλλά και τα αποτελέσματα της συνδέονται άρρηκτα με τις υπόλοιπες πολιτικές της Διοίκησης του Ανθρώπινου Δυναμικού. Μέσα από την Διαδικασία της Αξιολόγησης η Διοίκηση είναι σε θέση να εντοπίσει τις ανάγκες οι οποίες πρέπει να καλυφθούν αλλά και το προσωπικό το οποίο χρειάζεται για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Παράλληλα, η μη εκπλήρωση των καθηκόντων από τους εργαζόμενους με βάση τα πρότυπα απόδοσης της εργασίας που έχουν οριστεί, μπορεί να επιφέρει σημαντικές αλλαγές τόσο στην πολιτική της στελέχωσης όσο και στην επιλογή. Τέλος, η πολιτική των ανταμοιβών προς τους εργαζόμενους σχετίζεται

με την αξιολόγηση αφού αρκετά συστήματα ανταμοιβών παρέχονται με βάση την εργασιακή απόδοση. Κλείνοντας, η αποτελεσματική αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων εξομαλύνει τις πιθανές συγκρούσεις που θα εμφανιστούν στον χώρο της εργασίας και συγχρόνως ενδυναμώνει τις θετικές εργασιακές σχέσεις. Γενικότερα, στο πλαίσιο της Οργάνωσης, η Διαδικασία Αξιολόγησης του Ανθρώπινου Δυναμικού ακολουθεί τέσσερα βασικά στάδια:

**1) Προσδιορισμός των Στόχων της Διαδικασίας της Αξιολόγησης:** Οι στόχοι της Αξιολόγησης θα πρέπει να ταιριάζουν με τους στόχους της Οργάνωσης. Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), οι στόχοι μιας Οργάνωσης διακρίνονται κυρίως σε α) γενικούς ή πρωτεύοντες, β) ειδικούς ή δευτερεύοντες, γ) κοινωνικούς και σε δ) οικονομικούς - επιχειρηματικούς. Όλοι οι στόχοι, γενικοί ή ειδικοί διακρίνονται σε ποσοτικούς που μετρούνται με κριτήριο το « πόσο πολύ » και σε ποιοτικούς που μετριοούνται με κριτήριο το « πόσο καλά».

Παράλληλα, μια άλλη ταξινόμηση των στόχων της οργάνωσης γίνεται από τον Anthony (1965) ο οποίος διακρίνει τρεις κατηγορίες οργανωτικών στόχων: α) τους Στρατηγικούς, β) τους Τακτικούς και γ) τους Λειτουργικούς. Αναλυτικά, οι Στρατηγικοί Στόχοι είναι αυτοί που καλύπτουν όλες τις κινήσεις της Οργάνωσης, καθορίζουν τις γενικές επιδιώξεις της, στηρίζουν τη χάραξη και την διαμόρφωση της βασικής πολιτικής της. Στην συνέχεια, οι Τακτικοί Στόχοι είναι οι στόχοι που εξειδικεύουν τους στρατηγικούς στόχους και διακρίνονται από λεπτομέρεια αλλά και ανάλυση μιας και αναφέρονται σε τομείς ή τμήματα της επιχείρησης. Τέλος, οι Λειτουργικοί Στόχοι είναι εκείνοι οι στόχοι που εξειδικεύουν τους τακτικούς και καθορίζουν τι πρέπει να επιτευχθεί (το αντικείμενο της εργασίας), από ποιόν (ο εργαζόμενος) και πότε (η χρονική περίοδος).

**2) Προσδιορισμός των Κριτηρίων της Απόδοσης :** Στο συγκεκριμένο στάδιο, προσδιορίζονται τα κριτήρια με βάση τα οποία θα αξιολογηθεί το ανθρώπινο δυναμικό. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι ενημερώνονται λεπτομερώς για τα κριτήρια αυτά ώστε να τα κατανοήσουν καλύτερα. Συνεπώς, οι αντικειμενικοί στόχοι που υλοποιούνται σε μια οργάνωση θα πρέπει να εμφανίζουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Να είναι καθορισμένοι και διατυπωμένοι με απόλυτη σαφήνεια.
- Να διατυπώνονται γραπτώς.
- Να είναι εφικτοί, δηλαδή πραγματοποιήσιμοι.
- Να μπορούν να μετρηθούν ποσοτικά ( μετρήσιμοι).
- Να έχουν ενότητα.
- Να λαμβάνουν υπόψη τους περιοριστικούς παράγοντες
- Να βασίζονται σε μελέτη και έρευνα.
- Να είναι « συνεπείς » μεταξύ τους.
- Να βρίσκονται σε ισορροπία και αρμονία μεταξύ τους.
- Να έχουν ιεράρχηση μεταξύ τους.
- Να παρουσιάζουν ελαστικότητα.
- Να γίνονται αποδεκτοί.
- Να προϋποθέτουν την συμμετοχή του συνόλου των υπευθύνων για την κατάρτιση και εφαρμογή των προγραμμάτων.

**3) Η Παρακολούθηση της Εκτέλεσης της Εργασίας :** Στο συγκεκριμένο στάδιο, παρακολουθείται η εκτέλεση της εργασίας και αξιολογείται με βάση τα πρότυπα που έχουν τεθεί.

**4) Η Ανατροφοδότηση και η Συζήτηση των Αποτελεσμάτων με τους Εργαζομένους :** Σε αυτό το στάδιο, ο προϊστάμενος συζητά τα αποτελέσματα με τους εργαζομένους και αποφασίζουν από κοινού για τις διορθωτικές ενέργειες που είναι αναγκαίες για την βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων.

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση είναι σημαντική και στην Υγεία μιας και α) επιτρέπει στους εργαζόμενους να κατανοήσουν τι αναμένει η Μονάδα Υγείας από αυτούς, β) καλλιεργεί την επικοινωνία μεταξύ προϊστάμενων και υφιστάμενων και γ) καταδεικνύει τις ελλείψεις και αδυναμίες για να ληφθούν τα αναγκαία μέτρα για την καταπολέμηση τους. Παράλληλα, μέσω της διαδικασίας της αξιολόγησης εντοπίζεται το προσωπικό που πρέπει να εκπαιδευτεί και να καταρτιστεί περαιτέρω για την υλοποίηση της εργασίας. Κλείνοντας, η αξιολόγηση παρέχει την βάση για ένα δίκαιο σύστημα ανταμοιβών και επιβραβεύσεων και συμβάλει στην βελτίωση της απόδοσης στο σύνολο της Μονάδας Υγείας.

### **2.3.5. Η Ηγεσία και η Καθοδήγηση του Ανθρωπίνου Δυναμικού**

Καταλυτική Λειτουργία του Ανθρώπινου Δυναμικού σε μια Οργάνωση είναι ο ρόλος της Ηγεσίας. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), η **Ηγεσία** μπορεί να οριστεί ως « η διαδικασία επηρεασμού των στάσεων και της συμπεριφοράς μιας μικρής ή μεγάλης, τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (τον ηγέτη) με τέτοιο τρόπο, ώστε εθελοντικά, πρόθυμα αλλά και μέσα από την κατάλληλη συνεργασία να προσπαθούν να υλοποιήσουν τους στόχους που απορρέουν από την αποστολή της ομάδας, με την μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα ».

Παράλληλα, σχετικά με την έννοια της Ηγεσίας, έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις, σημαντικότερες εκ των οποίων είναι η Γενετική Θεωρία ,η Θεωρία των Χαρακτηριστικών της Ηγεσίας, η Θεωρία της Συμπεριφοράς και οι Θεωρίες της Περιστασιακής Ηγεσίας. Η Γενετική Θεωρία ερμηνεύει την Ηγεσία ως κληρονομική ικανότητα και έχει βασική εφαρμογή στους βασιλικούς οίκους σε όλη την Ευρωπαϊκή Ιστορία (ο Βασιλιάς είναι ο Ηγέτης και το χάρισμα του κληρονομείται μόνο στα παιδιά των βασιλικών οίκων). Στην συνέχεια, η θεωρία αυτή ξεπεράστηκε με την ραγδαία άνοδο της Βιομηχανικής Επανάστασης και αναπτύχθηκε η Θεωρία των Ηγετικών Χαρακτηριστικών η οποία παρουσιάζει τον Ηγέτη ως το άτομο που εμφανίζει χαρακτηριστικά όπως είναι η εξαιρετική ευφυΐα, η επιβλητική εμφάνιση, η ικανότητα της υποκίνησης των άλλων, η αποτελεσματικότητα στην επικοινωνία, η αυτοπεποίθηση, η ανάγκη για επιτυχία, η αποφασιστικότητα και η επιθυμία του να δημιουργεί(Montana & Charnov, 2002).

Τρίτη Θεωρητική Προσέγγιση για την έννοια της Ηγεσίας είναι η Θεωρία της Συμπεριφοράς η οποία επικεντρώνεται στο άτομο και όχι στην εργασία. Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), η Θεωρία της Συμπεριφοράς επικεντρώνεται σε δυο διαστάσεις της Ηγεσίας :

- Τον Προσανατολισμό στην Εργασία : Οι ενέργειες που κάνει ο Ηγέτης για να ολοκληρώσει ένα έργο όπως είναι α) η ανάθεση της εργασίας, β) η οργάνωση της, γ) η επίβλεψη και δ) η αξιολόγηση της απόδοσης του εργαζόμενου) και
- Τον Προσανατολισμό στον Εργαζόμενο : Οι ενέργειες τις οποίες κάνει ο Ηγέτης για να συνεργαστεί αλλά και να πλησιάζει τους υφιστάμενους του



όπως είναι το μέγεθος και το είδος του ενδιαφέροντος το οποίο δείχνει σε αυτούς.

Παράλληλα, η Θεωρία της Συμπεριφοράς τονίζει ότι η ηγεσία διδάσκεται, θα πρέπει να είναι ευέλικτη και δεν υπάρχει ένας μοναδικός σωστός τύπος ηγεσίας. Πολύ σημαντική συμβολή στην Θεωρία της Συμπεριφοράς που αποτελεί ακόμα και σήμερα ένα ισχυρό εργαλείο στον χώρο των οργανώσεων είναι η εργασία των Robert Blake και Jane Mouton γνωστή ως «Διοικητική Σχάρα».

Στην Θεωρία της Διοικητικής Σχάρας εισάγεται τυπολογία που βασίζεται σε δυο διαστάσεις : α) Τον Προσανατολισμό / το Ενδιαφέρον του Ηγέτη για την επίτευξη των στόχων που σχετίζονται άμεσα με την παραγωγή (Concerne for Production) και β) Τον Προσανατολισμό του Ηγέτη για τον ανθρώπινο παράγοντα της οργάνωσης (Concerne for People). Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), με βάση τις δύο διαστάσεις οι Blake και Mouton ορίζουν πέντε αντιπροσωπευτικά Στυλ Ηγεσίας:

- Το Στυλ 1,9 (Η Διοίκηση Λέσχης ή Το Συναδελφικό Μάνατζμεντ):

Ο Ηγέτης εστιάζεται στον ανθρώπινο παράγοντα (Η ικανοποίηση των αναγκών των μελών της οργάνωσης προσδιορίζει άμεσα την υλοποίηση των στόχων της. Στόχος η δημιουργία συνθηκών που οδηγούν στην ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων, της παρακίνησης και της ικανοποίησης των ατόμων).

- Το Στυλ 9,1 ( Η Διοίκηση των Καθηκόντων ή περισσότερο γνωστό ως Απολυταρχικό Management)

Ο Ηγέτης ενδιαφέρεται για τις υψηλές αποδόσεις στην παραγωγή (Οι προσπάθειες επικεντρώνονται στους μη ανθρώπινους παράγοντες, για παράδειγμα, στις τεχνικές, στις διαδικασίες, στα μέσα, στον έλεγχο με ελάχιστο ενδιαφέρον στις ανάγκες των εργαζομένων).

- Το Στυλ 1,1 ( Η Χρεωκοπημένη Διοίκηση ή Το Αδιάφορο/Ανεύθυνο Μάνατζμεντ):

Ο Ηγέτης εκφράζει ελάχιστο ενδιαφέρον για τους ανθρώπους και την παραγωγή (Δυσκολία διατήρησης της θέσης του αφού δεν στηρίζεται σε ανθρώπους και παραγόμενα προϊόντα).

➤ Το Στυλ 9,9 ( Η Διοίκηση Ομάδας ή Το Δημοκρατικό Μάνατζμεντ):

Ο Ηγέτης χρησιμοποιεί και τις δυο διαστάσεις της σχάρας μιας και ενδιαφέρεται για τον ανθρώπινο παράγοντα και για την παραγωγή. Θεωρείται το πιο αποτελεσματικό στυλ σύμφωνα με τους συγγραφείς μιας και ο Ηγέτης αναπτύσσει ενέργειες οι οποίες εξασφαλίζουν την ικανοποίηση των ατόμων αλλά και την υλοποίηση του έργου.

➤ Το Στυλ 5,5 ( Ενδιάμεση Διοίκηση ή Το Μάνατζμεντ του Ανθρώπου):

Ο Ηγέτης προσανατολίζεται είτε στον ανθρώπινο παράγοντα, είτε στην παραγωγή. Με άλλα λόγια, ο Ηγέτης επιλέγει την μέση οδό.

Τελευταία προσέγγιση για την Ηγεσία είναι η Περιστασιακή Θεωρία. η οποία είναι μια σύνθετη θεωρία η οποία εξετάζει τους τύπους της ηγεσίας, τις ικανότητες, τις δεξιότητες και τις ανάγκες ανάλογα με την περίπτωση. Σύμφωνα με τους Montana και Charpon (2002), η Περιστασιακή Θεωρία είναι επίσης γνωστή και ως η Θεωρία της Εξάρτησης επειδή η αποτελεσματικότητα ενός ηγέτη να ασκεί επιρροή στο ανθρώπινο δυναμικό εξαρτάται από τις ανάγκες της κάθε περίπτωσης, Η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας σε μια οργάνωση επηρεάζεται από τέσσερις διαφορετικές πλευρές :

**1) Τα Προσωπικά Χαρακτηριστικά** τα οποία αναφέρονται στις διοικητικές ικανότητες οι οποίες περιλαμβάνουν τις ατομικές ανάγκες, τις διαπροσωπικές και τις τεχνικές δεξιότητες, την υποκίνηση για επιτυχία, την προηγούμενη εμπειρία καθώς και την αξία που αποδίδει το στέλεχος στις ανταμοιβές οι οποίες προσφέρονται από την επιχείρηση - οργάνωση.

**2) Ο Χαρακτήρας της Εργασίας** που αναφέρεται στην σαφήνεια του στόχου της εργασίας και στις προκλήσεις που πρέπει να προκύπτουν από την φύση αυτής με στόχο την καλύτερη απόδοση του εργαζομένου. Γενικά, η αποτελεσματική ηγεσία προσαρμόζεται έντονα στις περιπτώσεις της ομαδικής εργασίας.

**3) Ο Χαρακτήρας της Οργάνωσης** που αναφέρεται στις πολιτικές και στους

κανόνες της οργάνωσης που επηρεάζουν το εύρος της ηγεσίας ενός στελέχους. Για παράδειγμα, αν το προσωπικό μιας επιχείρησης ή οργάνωσης είναι σε έντονο βαθμό συνδικαλισμένο τότε είναι αρκετά πιθανό οι συλλογικές συμβάσεις με τα σωματεία να καθορίζουν τον περιορισμό των επιλογών ενός στελέχους και να επιδρούν στην αποτελεσματικότητα της ηγεσίας.

**4) Τα Χαρακτηριστικά των Εργαζομένων** που αναφέρονται κυρίως στις προσωπικότητες, στις αξίες, στις ανάγκες αλλά και στις προηγούμενες εμπειρίες οι οποίες επηρεάζουν τις επιλογές και συνεπώς την αποτελεσματικότητα του τρόπου άσκησης της ηγεσίας. Ένα από τα καθήκοντα της αποτελεσματικής ηγεσίας είναι η κατανόηση των αναγκών των εργαζομένων και η παροχή ανταμοιβών με δυνατότητα υποκίνησης στην εργασία τους.

Σημαντικά παραδείγματα των περιστασιακών θεωριών είναι το Μοντέλο της Εξάρτησης του Fiedler αλλά και η Θεωρία της Διαδρομής - Στόχου που εστιάζεται στην αποτελεσματικότητα της ηγεσίας. Ο Μπουραντάς (2015) επισημαίνει ότι το Μοντέλο Εξάρτησης του Fiedler περιγράφει ότι η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά στοιχεία τα οποία συνθέτουν την κατάσταση που η ηγεσία λαμβάνει χώρα. Οι μεταβλητές οι οποίες συνθέτουν την κατάσταση της οργάνωσης είναι :

**α) Οι Σχέσεις των Ηγετών -Μελών :** Αναφέρονται στον βαθμό εκατέρωθεν εμπιστοσύνης, του σεβασμού αλλά και της φιλίας που υπάρχει μεταξύ του ηγέτη και των μελών της Οργάνωσης και αξιολογούνται σε μια κλίμακα από «φτωχές» μέχρι «καλές».

**β) Η Δομή των Καθόντων :** Η επιρροή και η αποτελεσματικότητα του ηγέτη είναι μεγαλύτερη όταν τα καθήκοντα των μελών της οργάνωσης είναι σαφώς καθορισμένα και προγραμματισμένα ενώ η επιρροή γίνεται δυσκολότερη όταν τα καθήκοντα των μελών της Οργάνωσης είναι αδόμητα και συγκεχυμένα.

**γ) Η Δύναμη της Θέσης :** Η Δύναμη του Ηγέτη προκύπτει από την θέση του στην οργάνωση: Όσο μεγαλύτερη είναι η δύναμη τιμωρίας ή ανταμοιβής αλλά και η νομιμοποιημένη δύναμη που διαθέτει ο Ηγέτης τόσο μεγαλύτερη είναι η δύναμη του να επηρεάζει τα μέλη της ομάδας.

Ολοκληρώνοντας, σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002) η Θεωρία Διαδρομής - Στόχου για την Αποτελεσματικότητα της Ηγεσίας διατυπώθηκε από τους Marin G. Evans και Robert J. House και εξετάζει τρεις σημαντικούς παράγοντες της υποκίνησης του εργαζόμενου: α) την εκπλήρωση της εργασίας (προσδοκία), β) την ανταμοιβή που προσφέρεται η οποία πρέπει να είναι ανάλογη της εργασίας (συμβολή) και γ) τις ανταμοιβές που έχουν σημασία για τον εργαζόμενο (ουσία). Παράλληλα, η υποκίνηση του εργαζομένου επηρεάζεται από την συμπεριφορά του Ηγέτη – Manager η οποία κατατάσσεται σε τέσσερις κατηγορίες : α) η Συμπεριφορά της Συμβολής, β) η Συμπεριφορά της Υποστήριξης, γ) η Συμπεριφορά της Συμμετοχής και τέλος, δ) η Συμπεριφορά της Επίτευξης).

Γεννιέται όμως τώρα το ερώτημα για την σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην Ηγεσία και στο Μάνατζμεντ. Σύμφωνα με τις διάφορες απόψεις που έχουν διατυπωθεί στην Βιβλιογραφία, η Ηγεσία και το Μάνατζμεντ είναι δυο αλληλοσυμπληρούμενες έννοιες. Με άλλα λόγια, ένα άτομο μπορεί να ασκεί ταυτόχρονα το Μάνατζμεντ αλλά και να είναι Ηγέτης, Ωστόσο, σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015) υπάρχουν διαφορές μεταξύ Μάνατζερ και Ηγέτη (Παράρτημα 3). Σε γενικές γραμμές, ο Ηγέτης είναι εκείνο το άτομο που δημιουργεί όραμα, κερδίζει την εμπιστοσύνη, την αφοσίωση αλλά και την πρόθυμη συμμετοχή των ατόμων για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων στόχων της οργάνωσης ενώ ο Μάνατζερ χρησιμοποιεί νόμιμη εξουσία, δίνει οδηγίες, ανταμείβει ή τιμωρεί, δίνει έμφαση στις διαδικασίες, ελέγχει και επιδιώκει την άμεση επίτευξη των στόχων.

Τέλος, στον χώρο της Υγείας, η Ηγεσία είναι σημαντική για την παροχή των Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας μιας και οι Ηγέτες είναι εκείνοι που δημιουργούν το όραμα μέσα στην Μονάδα Υγείας, υιοθετούν την κατάλληλη στρατηγική, καθοδηγούν και εκπαιδεύουν με ηθικές αξίες και επιστημονικότητα την ομάδα τους, εμπνέουν το σεβασμό και εμπιστοσύνη, αναπτύσσουν πρωτοβουλίες για την ομαδική επίλυση των προβλημάτων και συμβάλλουν στην αποτελεσματική λειτουργία των τμημάτων της Μονάδας Υγείας. Συμπερασματικά, η ικανότητα προσαρμογής στις εξελίξεις και η γνώση του έργου της Μονάδας Υγείας καθιστούν τον Ηγέτη της αποτελεσματικό στην υλοποίηση των βασικών στόχων της Μονάδας Υγείας (Πρεβύζη Ευαγγελία & Κάλλια Θωμά, 2012).

### 2.3.6. Η Παρακίνηση - Υποκίνηση του Ανθρώπινου Δυναμικού

Βασική Λειτουργία της Διοίκησης του Ανθρώπινου Δυναμικού είναι η Παρακίνηση - Υποκίνηση του Προσωπικού. Η **Παρακίνηση** μπορεί να οριστεί ως « **μια διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων των εργαζομένων με τελικό σκοπό την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού**» (Ο ορισμός των Μάρκοβιτς Γιάννη και Μοναστηρίδου Σοφία, 2011). Παράλληλα, ο Μπουραντάς (2015) τονίζει ότι η **Παρακίνηση** είναι « **η εσωτερική διαδικασία ώθησης της συμπεριφοράς του ανθρώπου προς τους στόχους των οποίων η υλοποίηση έχει ως συνέπεια την ικανοποίηση των αναγκών του**».

Σχετικά με την έννοια της παρακίνησης των εργαζομένων σε μια οργάνωση έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις που διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες: Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα υποδείγματα που παρουσιάζουν **το Περιεχόμενο της Παρακίνησης** (τι είναι αυτό που παρακινεί τους ανθρώπους για να εργαστούν) .Στην κατηγορία αυτή υπάγονται θεωρητικά υποδείγματα όπως η Θεωρία της Ιεράρχησης των Αναγκών του Abraham Maslow, η Θεωρία των Δύο Παραγόντων (Υγιεινή ή Διατήρηση και Παρακίνηση ή Κίνητρα) του Frederick Herzberg και τέλος, η Θεωρία ERG του Clayton Paul Alderfer ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα υποδείγματα που προσπαθούν να προσδιορίσουν **τη Διαδικασία της Παρακίνησης** σημαντικότερα εκ των οποίων είναι η Θεωρία Προσδοκίας του Victor Vroom, το Υπόδειγμα των Lyman Porter και Edward Lawler και η Θεωρία της Δικαιοσύνης του John Stacey Adams. Τέλος, ακόμα μια σημαντική θεωρία για την παρακίνηση είναι η Θεωρία των Ανθρώπινων Κινήτρων του David McClelland.

Σχετικά με την πρώτη κατηγορία, η πρώτη σημαντική θεωρία της παρακίνησης είναι η Θεωρία των Αναγκών του Abraham Maslow.Ο Abraham Maslow διερεύνησε τις ανάγκες του ανθρώπου και την παρακίνητική τους δύναμη και τις ταξινόμησε με μορφή πυραμίδας (παράρτημα) στις ακόλουθες πέντε κατηγορίες:

- **Φυσιολογικές Ανάγκες:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες που συνδέονται με την ύπαρξη του ανθρώπου ως βιολογικού οργανισμού, δηλαδή το οξυγόνο, το νερό, η τροφή, η ένδυση και η υγείας.

- **Ανάγκες Ασφάλειας ή Σιγουριάς :** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες που συνδέονται με την ασφάλεια του ατόμου απέναντι στους κινδύνους του περιβάλλοντος του (για παράδειγμα, η ανεργία, τα ατυχήματα, η κακή οικονομική συγκυρία). Επομένως, ο άνθρωπος επιδιώκει να αποκτήσει μια μόνιμη απασχόληση, μια ικανοποιητική σύνταξη και μια σταθερή κατοικία.
- **Κοινωνικές Ανάγκες :** Η συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες του ανθρώπου να ανήκει σε μια ή περισσότερες κοινωνικές ομάδες και να γίνεται αποδεκτός από αυτές, να αναπτύσσει φιλικές σχέσεις, να προσφέρει και να κερδίζει αγάπη και στοργή.
- **Ανάγκες Αναγνώρισης:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες του ανθρώπου για την αναγνώριση από τους άλλους, για κύρος, φήμη, για εκτίμηση, για σεβασμό, για άσκηση δύναμης ή επιρροής σε άλλους και αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση.
- **Ανάγκες Ολοκλήρωσης:** Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει τις ανάγκες που έχει ο άνθρωπος να γίνει αυτό που θέλει. Να πραγματοποιήσει με άλλα λόγια τα όνειρα, τα οράματα και τις προσδοκίες του και να φτάσει στον ιδανικό για αυτόν εαυτό.

Μέσα από αυτή την ταξινόμηση των αναγκών, ο Abraham Maslow καταλήγει σε τρεις βασικές προτάσεις για να εξηγήσει την ανθρώπινη συμπεριφορά:

- Ο άνθρωπος προσπαθεί συνεχώς να ικανοποιήσει καλύτερα τις ανάγκες του σε όλη του τη ζωή.
- Η παρακινητική δύναμη των αναγκών είναι αντίστροφη του βαθμού της ικανοποίησής τους. Μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ανάγκη οδηγεί σε μικρότερη παρακίνηση του ατόμου. Όταν η ανάγκη του ατόμου ικανοποιηθεί πλήρως, τότε δεν παράγει την ικανοποίηση και τότε μια άλλη ανάγκη παίρνει την θέση της.
- Οι ανθρώπινες ανάγκες είναι ιεραρχικά δομημένες σύμφωνα με την προτεραιότητα για ικανοποίηση. Όταν μια κατηγορία των αναγκών ικανοποιηθεί, τότε η επόμενη θα πάρει την θέση της. Ο άνθρωπος προσπαθεί να ικανοποιήσει πρώτα τις φυσιολογικές ανάγκες και

στη συνέχεια τις υπόλοιπες.

Η Δεύτερη Θεωρία της Παρακίνησης είναι η Θεωρία των Δύο Παραγόντων του Frederick Herzberg. Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), ο Herzberg επικέντρωσε την προσοχή του στα αίτια της παρακίνησης που σχετίζονται με την εργασία και την ολοκλήρωση της ενώ αντίθετα, ο Maslow είχε ενδιαφερθεί για τα αίτια της παρακίνησης στη ζωή με την γενική έννοια. Μέσα από συνεχείς έρευνες σε διάφορους εργαζομένους, κατέληξε σε δύο σημαντικές κατηγορίες παραγόντων :

**1) Παράγοντες Υγιεινής ή Διατήρησης :** Οι Παράγοντες της Υγιεινής ή της Διατήρησης δεν παρακινούν τους εργαζόμενους για την αύξηση της απόδοσης τους. Απλά, εμποδίζουν την εμφάνιση συναισθημάτων δυσαρέσκειας στους εργαζόμενους και διατηρούν την απόδοσή τους σε αποδεκτό επίπεδο (Παράγοντες Διατήρησης). Σε αυτούς τους παράγοντες οι οποίοι αφορούν κυρίως το περιβάλλον της επιχείρησης, περιλαμβάνονται η πολιτική της επιχείρησης, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι συνθήκες εργασίας, η κοινωνική θέση, η ασφάλεια της απασχόλησης και ο μισθός.

**2) Παράγοντες Παρακίνησης ή Κίνητρα :** Οι παράγοντες Παρακίνησης ή Κίνητρα είναι οι μόνοι που μπορούν να « παράγουν » παρακίνηση και να οδηγήσουν στην αύξηση της απόδοσης των εργαζομένων. Σε αυτούς τους παράγοντες οι οποίοι αφορούν την ίδια τη δουλειά αλλά και το άτομο, περιλαμβάνονται τα επιτεύγματα στον χώρο της εργασίας, η αναγνώριση των εργαζομένων, η ευθύνη, η προαγωγή, οι δυνατότητες ανάπτυξης και τα ίδια τα καθήκοντα ( ενδιαφέρον, σημαντικότητα και δυσκολία).

Συμπερασματικά, η Θεωρία του Frederick Herzberg είναι μια προέκταση της Θεωρίας του Abraham Maslow και υποστηρίζει ότι οι βασικές ανάγκες επιβίωσης και ασφάλειας του Maslow λειτουργούν στον χώρο της εργασίας ως αντικίνητρα ενώ οι ανάγκες της αναγνώρισης και ολοκλήρωσης των ανωτέρω επιπέδων λειτουργούν ως κίνητρα.

Τέλος, η τρίτη θεωρία που υπάγεται στην πρώτη κατηγορία των θεωριών της παρακίνησης είναι η Θεωρία ERG του Clayton Paul Alderfer. Στην Θεωρητική του Προσέγγιση ο Alderfer προσπαθεί να αναπτύξει τις Θεωρίες του Maslow αλλά και του Herzberg. Προχωρεί στην ταξινόμηση των αναγκών του ατόμου στις ακόλουθες

τρεις κατηγορίες:

- **Υπαρξιακές Ανάγκες :** Ουσιαστικά, πρόκειται για τις δύο πρώτες κατηγορίες αναγκών του Maslow που έχουν σχέση με την ύπαρξη του ανθρώπου (Φυσιολογικές και Ανάγκες Ασφαλείας).
- **Ανάγκες Σχέσεων :** Ουσιαστικά, περιλαμβάνει αυτές τις ανάγκες που αναφέρονται στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις.
- **Ανάγκες Ανάπτυξης:** Ουσιαστικά, περιλαμβάνει τις ανάγκες του που αναφέρονται στην επιθυμία του ανθρώπου για ανάπτυξη.

Επιγραμματικά, ο Alderfer στην Θεωρία του ERG υποστηρίζει ότι : α) Υπάρχει μια συνεχής σειρά των αναγκών χωρίς να είναι σημαντική η ιεράρχηση τους, β) Δεν είναι αναγκαίο να ικανοποιηθεί πρώτα μια κατώτερη κατηγορία αναγκών έτσι ώστε να παίξει βασικό ρόλο παρακίνησης στην ανώτερη κατηγορία και γ) όταν υπάρξουν όλες εκείνες οι ευκαιρίες που ικανοποιούν μια κατηγορία αναγκών τότε η ένταση τους θα αυξηθεί.

Στη συνέχεια, στην δεύτερη κατηγορία των Θεωριών Παρακίνησης οι οποίες σχετίζονται με την Διαδικασία, οι σημαντικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις είναι η Θεωρία Προσδοκίας του Vroom, το Υπόδειγμα των Porter και Lawler και η Θεωρία της Δικαιοσύνης του Adams. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015) και τους Montana και Charnov (2002) ο Victor Vroom αναπτύσσει την Θεωρία των Προσδοκιών η οποία βασίζεται σε τρεις υποθέσεις :

- Οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται αν το επίπεδο της απόδοσης τους στην Επιχείρηση - Οργάνωση συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με τις εξωτερικές και εσωτερικές ανταμοιβές τους. Σύμφωνα με τον Vroom οι εξωτερικές ανταμοιβές προσδιορίζονται από εξωτερικούς παράγοντες και λειτουργούν ως μέσο για την απόκτηση άλλων αξιών (για παράδειγμα, το χρήμα) ενώ οι εσωτερικές ανταμοιβές είναι αυτές που έχουν αξία και προσδιορίζονται από το ίδιο το άτομο ( για παράδειγμα, το αίσθημα επιτυχίας).
- Οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται αν έχουν την δυνατότητα να φτάσουν στο προσδοκώμενο επίπεδο απόδοσης.



- Οι εργαζόμενοι αισθάνονται αν οι προσφερόμενες ανταμοιβές από την Επιχείρηση - Οργάνωση έχουν αξία γι' αυτούς.

Με βάση αυτές τις υποθέσεις, ο Victor Vroom υποστηρίζει στη Θεωρία του ότι ο εργαζόμενος παρακινείται όταν πιστεύει ότι μια αύξηση των προσπαθειών του θα οδηγήσει στην αύξηση της απόδοσης του, που με την σειρά της θα οδηγήσει στην απόκτηση των ανταμοιβών που έχουν αξία για τον ίδιο. Συνεπώς, η Παρακίνηση είναι συνάρτηση δύο παραγόντων α) Της προσδοκίας που έχει ο εργαζόμενος ότι η αύξηση των προσπαθειών του θα οδηγήσει στην αύξηση της απόδοσης του η οποία θα οδηγήσει στην αύξηση των ανταμοιβών του και β) της έντασης της επιθυμίας την οποία έχει ο εργαζόμενος για την αύξηση των ανταμοιβών.

Στην συνέχεια, η Δεύτερη Θεωρητική Προσέγγιση είναι το Υπόδειγμα των Porter και Lawler. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), το Θεωρητικό Υπόδειγμα των Lyman Porter και Edward Lawler στηρίζεται σε τέσσερις μεταβλητές:

**1) Η Προσπάθεια** που καταβάλλει ο εργαζόμενος είναι η εξωτερίκευση της παρακίνησης. Η παρακίνηση εξαρτάται από την πιθανή σχέση μεταξύ προσπάθειας, απόδοσης και ανταμοιβών αλλά και από την αξία των πιθανών ανταμοιβών για τον εργαζόμενο.

**2) Η Απόδοση** του Εργαζομένου εκτός από την Παρακίνηση, εξαρτάται από τις ικανότητες του και τα χαρακτηριστικά του, τον ρόλο που αντιλαμβάνεται ότι έχει και τα μέσα που η οργάνωση του παρέχει.

**3) Οι Ανταμοιβές** που απολαμβάνει ο Εργαζόμενος από την Επιχείρηση ή την Οργάνωση είναι αποτέλεσμα της απόδοσης του. Διακρίνονται στις Εσωτερικές (Παράγοντες Υγιεινής) και στις Εξωτερικές ( Παράγοντες Κίνητρα του Herzberg).

**4) Η Ικανοποίηση** του εργαζόμενου προσδιορίζεται από τις ανταμοιβές και από το πόσο δίκαιες τις αντιλαμβάνεται ο εργαζόμενος σε σύγκριση με εκείνες που καταβάλλει η Επιχείρηση - Οργάνωση στους εργαζόμενους για αντίστοιχες εργασίες και αποδόσεις.

Συμπερασματικά, η σπουδαιότητα του μοντέλου των Porter - Lawler έγκειται στο γεγονός ότι συνδέει την παρακίνηση με την απόδοση αλλά και την ικανοποίηση.

Η Επιχείρηση - Οργάνωση πρέπει να αναπτύσσει μια πολιτική ανταμοιβών η οποία θα ωθήσει τους εργαζόμενους στην αύξηση της προσπάθειας και της απόδοσης τους, Παράλληλα, τα καθήκοντα των εργαζομένων θα πρέπει να έχουν καθοριστεί και να είναι σαφή ώστε με την κατάλληλη επικοινωνία να γίνονται εύκολα αντιληπτά. Τέλος, η πολιτική η οποία θα αναπτυχθεί σχετικά με τις ανταμοιβές θα πρέπει να δημιουργεί το αίσθημα του δικαίου στους εργαζόμενους (ανταμοιβές με βάση την προσφερόμενη εργασία).

Τέλος, η τρίτη θεωρητική προσέγγιση για την έννοια της Παρακίνησης είναι η Θεωρία της Δικαιοσύνης του Paul Stacey Adams. Σύμφωνα με τους Montana και Charvon (2002), η Θεωρία της Δικαιοσύνης έχει ως κεντρική της ιδέα την έντονη επιθυμία για δικαιοσύνη που εμφανίζεται μόνο όταν γίνει αντιληπτή κάποια αδικία ή ανισότητα από τον εργαζόμενο σχετικά με την απόδοση και τις αμοιβές τις οποίες λαμβάνει για μια εργασία και τις συγκρίνει με παρόμοια εργασία που υλοποίησαν οι άλλοι εργαζόμενοι. Άρα, η αντίληψη της δικαιοσύνης επηρεάζεται, αφενός από την σύγκριση της ανταμοιβής του εργαζομένου με την προσωπική συμμετοχή του στην προσπάθεια, την εκπαίδευση, την εμπειρία, τις ικανότητες, την ιεραρχική του θέση και την αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών της εργασίας, αφετέρου από την σύγκριση του μισθού και των ανταμοιβών με άλλους εργαζόμενους.

Κλείνοντας, μια Θεωρητική Προσέγγιση για την Παρακίνηση είναι η Θεωρία των Ανθρώπινων Κινήτρων του David McClelland σύμφωνα με την οποία το άτομο κατά την διάρκεια της εξέλιξης του στο κοινωνικό περιβάλλον αποκτά τρεις βασικές ανάγκες - επιτεύγματα οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

**1) Η Ανάγκη για Επιτεύγματα:** Αναφέρεται στην επιθυμία του ατόμου να έχει υψηλή απόδοση στην εργασία του και να πραγματοποιεί επιτυχίες χάρη στην προσπάθεια του στα πλαίσια ανταγωνισμού με άλλους εργαζόμενους.

**2) Η Ανάγκη για Εξουσία:** Αναφέρεται στην επιθυμία του ατόμου να ασκεί επιρροή σε άλλα άτομα. Επομένως, το άτομο επιθυμεί να έχει υφιστάμενους, να τους διευθύνει και να επηρεάζει την συμπεριφορά τους.

**3) Η Ανάγκη για Συναδελφικότητα:** Αναφέρεται στην επιθυμία και στην επιδίωξη του ατόμου να δημιουργήσει φιλικές σχέσεις και να ενταχθεί σε μια η και

περισσότερες κοινωνικές ομάδες και να γίνει αποδεκτό από αυτές.

Συμπερασματικά, ο McClelland υποστηρίζει ότι οι τρεις ανάγκες παρακινούν το άτομο ανάλογα με την ένταση που τις χαρακτηρίζει. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), ο McClelland θεωρεί πιο σημαντική την ανάγκη για επιτεύγματα διότι αυτή προσδιορίζει τις προσπάθειες των επιχειρηματικών αλλά και ανώτερων διοικητικών στελεχών με αποτέλεσμα την ισχυρή οικονομική ανάπτυξη των κρατών. Κλείνοντας αυτήν την ενότητα, η παρακίνηση είναι σημαντική στον χώρο της υγείας μιας και οι ανταμοιβές ενδυναμώνουν ψυχολογικά τους εργαζόμενους (Gkorezis & Petridou, 2011). Παράλληλα, σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), η πληροφόρηση, η εργασιακή ασφάλεια και η αναγνώριση επηρεάζουν θετικά την ψυχολογική ενδυνάμωση τους. Τέλος, η Επικοινωνία που θα αναλυθεί αμέσως μετά διαδραματίζει και αυτή έναν κομβικό ρόλο μέσα σε μια Μονάδα Υγείας.

### **2.3.7. Η Επικοινωνία και η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού**

Τελευταία πολύ σημαντική έννοια στην Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού είναι η Επικοινωνία. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015) η **Επικοινωνία** μπορεί να οριστεί είτε ως « η διαδικασία με την οποία μεταβιβάζονται πληροφορίες, σκέψεις αλλά και νοήματα από έναν άνθρωπο σε άλλον », είτε ως « η διαδικασία με την οποία ένας πομπός Α (άτομο ή μια ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις συναισθήματα, ιδέες και ενέργεια, σε ένα δέκτη Β ( άτομο, ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση των ιδεών, των πράξεων, των συναισθημάτων, της ενέργειας και στο τέλος, να επηρεάσει την κατάσταση του και τη συμπεριφορά του».

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), η επικοινωνία εμφανίζει δυο διαφορετικές διαστάσεις στην Οργάνωση: α) Την Οργανωτική Διάσταση που αφορά τον τρόπο με τον οποίο η οργανωτική δομή προωθεί ή εμποδίζει την αποτελεσματική επικοινωνία και β) Τη Διαπροσωπική Διάσταση η οποία αναφέρεται στον βαθμό της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας ως λειτουργίας της βασικής διαδικασίας της επικοινωνίας ανάμεσα σε δυο άτομα.

Αναφορικά με την Οργανωτική Διάσταση της Επικοινωνίας, ο Μπουραντάς

(2015) επισημαίνει ότι οι στόχοι της οργάνωσης υλοποιούνται αποτελεσματικά μόνο όταν υπάρχει ένα αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνίας. Είναι αναγκαίο συνεπώς να υπάρχει αμφίδρομη ροή πληροφοριών από τα ανώτερα προς τα κατώτερα κλιμάκια της Διοικητικής Ιεραρχίας και αντίστροφα έτσι ώστε να υπάρχει η συνεργασία αλλά και ο συντονισμός για την επίτευξη των στόχων της οργάνωσης. Συνήθως, η επικοινωνία που αναπτύσσεται στους οργανισμούς, διακρίνεται σε τρεις μορφές: α) την από πάνω προς τα κάτω, β) την από κάτω προς τα πάνω και γ) την οριζόντια και διαγώνια επικοινωνία.

Αναλυτικά, η από πάνω προς τα κάτω επικοινωνία είναι η παραδοσιακή μορφή της επικοινωνίας που αρχίζει από τα ανώτερα κλιμάκια και καταλήγει στα κατώτερα χωρίς την αντίστροφη λειτουργία. Πρόκειται, κυρίως για την μεταβίβαση των μηνυμάτων από τους ανώτερους στους κατώτερους με την μορφή των γραπτών διαταγών, οδηγιών, παρατηρήσεων αλλά και ανακοινώσεων σχετικά με τον ορισμό των καθηκόντων και την εκτέλεση τους. Ωστόσο, αυτή η μορφή επικοινωνίας συχνά εμφανίζει σημαντικά προβλήματα στις οργανώσεις - επιχειρήσεις. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), ένα σημαντικό πρόβλημα της εν λόγω επικοινωνίας είναι ότι οι υφιστάμενοι δεν έχουν την ευκαιρία να στείλουν μηνύματα σχετικά με τα προβλήματα που υπάρχουν στην εργασία τους, πιθανές ιδέες για την βελτίωση της παραγωγικότητας καθώς και να επισημάνουν τις προσωπικές τους ανάγκες. Συνεπώς, οι εργαζόμενοι αισθάνονται δυσαρεστημένοι σε μεγάλο βαθμό και δεν παράγουν την βέλτιστη εργασία. Παράλληλα, ένα δεύτερο σημαντικό πρόβλημα το οποίο προκύπτει από αυτή την μορφή επικοινωνίας είναι το γεγονός ότι τα μηνύματα τα οποία στέλνονται από πάνω προς τα κάτω αρκετές φορές αλλοιώνονται σημαντικά και έτσι οι υφιστάμενοι δεν μπορούν να τα κατανοήσουν με αποτέλεσμα να φοβούνται για πιθανή αποτυχία στα καθήκοντα τους η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία στην επίτευξη των στόχων της οργάνωσης.

Στη συνέχεια, η δεύτερη μορφή επικοινωνίας είναι η από κάτω προς τα πάνω. Με άλλα λόγια, αυτή η μορφή επικοινωνίας ξεκινάει από τα κατώτερα επίπεδα και στο τέλος, καταλήγει στα ανώτερα. Η σημασία αυτής της μορφής επικοινωνίας προκύπτει από το γεγονός ότι συμπληρώνει την πρώτη μορφή επικοινωνίας από τα

ανώτερα στα κατώτερα κλιμάκια . Επομένως, αφενός οι υφιστάμενοι αποκτούν την δυνατότητα να μεταβιβάσουν αυτά που θέλουν στους προϊστάμενους αποκτώντας ικανοποίηση και αφετέρου οι προϊστάμενοι μπορούν να ελέγξουν την τύχη των δικών τους μηνυμάτων και να αποκτήσουν πλήρη γνώση της κατάστασης στην οποία προϊστανται. Βασικά μέσα της συγκεκριμένης μορφής επικοινωνίας είναι οι τακτικές συναντήσεις προϊσταμένων -υφισταμένων, οι επιστολές, τα κουτιά των παραπόνων, τα διάφορα έντυπα καθώς επίσης και τα εταιρικά συνέδρια.

Τέλος, η τρίτη μορφή της οργανωτικής επικοινωνίας είναι η οριζόντια και η διαγώνια επικοινωνία. Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), η οριζόντια επικοινωνία αφορά διαφορετικά άτομα ή τμήματα που ανήκουν στο ίδιο οργανωτικό επίπεδο ενώ η διαγώνια επικοινωνία αφορά συνήθως δυο διαφορετικά οργανωτικά επίπεδα. Τόσο η οριζόντια όσο και η διαγώνια επικοινωνία εμφανίζουν ορισμένα πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Στα πλεονεκτήματα συγκαταλέγονται η διακίνηση των πληροφοριών πιο γρήγορα από τις παραδοσιακές μεθόδους και η σύνδεση των ομάδων που διαφορετικά θα έπρεπε να επικοινωνούν με τον αργό και συνηθισμένο τρόπο ή να μην επικοινωνούν καθόλου. Επιπλέον, εργαζόμενοι με διαφορετικές γνώσεις που ανήκουν σε διαφορετικά τμήματα της οργάνωσης μπορούν να συμβάλλουν στην επίλυση των προβλημάτων οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο στην καλύτερη χρήση των πόρων μέσα στην οργάνωση. Αντίθετα τα κύρια μειονεκτήματα αυτών των μορφών επικοινωνίας είναι ότι παρεμβάλλονται στην ρουτίνα της οργάνωσης και είναι αδύνατον να ελεγχθούν από αυτή. Πολλές φορές, αναπτύσσεται κλίμα ανταγωνισμού στα διάφορα τμήματα της οργάνωσης που ευνοεί την μυστικότητα και οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες στον συντονισμό αλλά και στην συνεργασία των τμημάτων.

Στην συνέχεια, η δεύτερη διάσταση της επικοινωνίας είναι η Διαπροσωπική Διάσταση. Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002) αλλά και τον Μπουραντά (2015), η διαδικασία που αναπτύσσεται στο συγκεκριμένο μοντέλο της επικοινωνίας αρχίζει όταν ένας πομπός ή μια πηγή (άτομο ή ομάδα) επιθυμεί να μεταβιβάσει μια πληροφορία ή μια σκέψη. Αμέσως μετά, ακολουθεί η φάση της κωδικοποίησης κατά την οποία ο πομπός κωδικοποιεί την πληροφορία που θέλει να μεταβιβάσει με την χρήση ενός κώδικα λέξεων, συμβόλων, κινήσεων σχηματίζοντας ένα μήνυμα. Έπειτα, το μήνυμα αυτό φιλτράρεται από τον αποστολέα και μεταδίδεται. Αυτή η μετάδοση

Δημήτριος Μιχαλάκης 50/194

του μηνύματος που γίνεται μέσω καναλιών επηρεάζεται τις περισσότερες φορές, από τους ατμοσφαιρικούς παράγοντες που λέγονται παράσιτα τα οποία παραμορφώνουν το μήνυμα προτού φτάσει στον προορισμό του. Στο τέλος, το μήνυμα μεταβιβάζεται στον δέκτη ο οποίος αρχικά το φιλτράρει ξανά, στην συνέχεια το αποκωδικοποιεί και στο τέλος προσπαθεί να κατανοήσει αυτό που επιθυμούσε ο πομπός να του μεταβιβάσει.

Αρκετά συχνά, προκύπτουν εμπόδια στην επικοινωνία κατά την μεταβίβαση ενός μηνύματος από τον πομπό στον δέκτη. Αρχικά, αυτά τα εμπόδια μπορεί πιθανώς να οφείλονται στην υπερφόρτωση αλλά και στην πολυπλοκότητα των μηνυμάτων. Η υπερφόρτωση συχνά παρατηρείται όταν λαμβάνονται πολλά μηνύματα ταυτόχρονα και υπάρχει κίνδυνος να παραμορφωθούν κατά την φάση της αποκωδικοποίησης. Ο Μπουραντάς (2015) τονίζει ότι οι συνέπειες που προκύπτουν από την υπερφόρτωση των μηνυμάτων είναι η αδυναμία του ανθρώπου να συλλάβει και να επεξεργαστεί ένα μέρος αυτών, η λανθασμένη και καθυστερημένη επεξεργασία των πληροφοριών και τέλος, η επιλεκτική σύλληψη αλλά και η αποφυγή πληροφοριών. Παράλληλα, η πολυπλοκότητα παρατηρείται όταν τα μηνύματα είναι σύνθετα σχετικά με τη δομή τους. Σύμφωνα με τους Montana και Charpon (2002), η κατάτμηση των μηνυμάτων μπορεί να διευκολύνει την διαδικασία της αποκωδικοποίησης του μηνύματος από τον παραλήπτη.

Επίσης, εμπόδια στην επικοινωνία μπορούν να προκύψουν από την ύπαρξη των ατομικών μηχανισμών διαστρέβλωσης όπως είναι η έλλειψη της προσοχής που οφείλεται στην διαφορά ταχύτητας ανάμεσα στην ομιλία του αποστολέα αλλά και στην κατανόηση από τον ακροατή - δέκτη, η βιαστική αξιολόγηση του μηνύματος όπου ο δέκτης λόγω της απροσεξίας ή έλλειψης ενδιαφέροντος αξιολογεί βιαστικά το μήνυμα και απαντά στον πομπό πριν ακόμα ολοκληρωθεί η αποκωδικοποίηση του, η έλλειψη ενός κοινού κώδικα της επικοινωνίας (λέξεις, σύμβολα, κινήσεις) όπου παρατηρείται το φαινόμενο να δίνονται διαφορετικές ερμηνείες στη χρήση μιας λέξης ή ενός όρου από τον πομπό και τον δέκτη του μηνύματος. Κλείνοντας, ένα ακόμη εμπόδιο στην επικοινωνία προκύπτει όταν υπάρχουν ψυχολογικοί μηχανισμοί παραμόρφωσης που επιδρούν αρνητικά στη διαπροσωπική επικοινωνία ανάμεσα στον πομπό και στον δέκτη. Τέτοιοι μηχανισμοί είναι :

**α) Ο Ορθολογισμός** όπου το ίδιο άτομο αιτιολογεί συμπεριφορές και σκέψεις τις οποίες υποσυνείδητα γνωρίζει ότι είναι αδικαιολόγητες, πράγμα το οποίο οδηγεί στη διαστρέβλωση στην επικοινωνία μεταξύ πομπού και δέκτη και,

**β) Η Άρνηση** όπου το άτομο δεν παραδέχεται τα συναισθήματα του ή ακόμα και τις απόψεις του όταν έχει δεχτεί κάποια πρόκληση. Για παράδειγμα, ο υφιστάμενος που εξέφρασε κάποια άποψη σε ένα ανώτατο στέλεχος μπορεί να την αρνηθεί όταν τον προκαλέσουν κάποιοι άλλοι εργαζόμενοι. Αυτό οδηγεί σε σύγχυση και περιορισμένη έως κακή επικοινωνία μεταξύ πομπού και δέκτη.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα σε έναν πομπό και έναν δέκτη προκύπτει σε μια Οργάνωση ή Μονάδα Υγείας όταν :

- Τα μηνύματα στην επικοινωνία διακρίνονται από απλότητα, σαφήνεια, πληρότητα, περιεκτικότητα και ορθότητα.
- Χρησιμοποιούνται λέξεις οι οποίες ανήκουν σε κοινό λεξιλόγιο και είναι κατανοητές από τον αποδέκτη του μηνύματος με τον οποίο επικοινωνεί ο αποστολέας

Παράλληλά, είναι αναγκαίο να χρησιμοποιείται το κατάλληλο λεξιλόγιο για κάθε περίπτωση.

- Δίνεται αρκετός διαθέσιμος χρόνος στον αποδέκτη του μηνύματος για να αποκωδικοποιήσει το μήνυμα. Παράλληλα, την ίδια στιγμή, πρέπει να γίνει και η αναπληροφόρηση του μηνύματος έτσι ώστε ο πομπός να είναι απόλυτα σίγουρος ότι ο δέκτης έλαβε σωστά το μήνυμα.
- Η επικοινωνία μεταξύ του πομπού και του δέκτη γίνεται αργά και χωρίς βιασύνη έτσι ώστε το μήνυμα να ληφθεί σωστά από τον δέκτη και η επικοινωνία να είναι αποτελεσματική.
- Υπάρχει αποτελεσματική ικανότητα ακοής των κατώτερων στελεχών από τα ανώτερα στελέχη. Η αποτελεσματική ακοή μπορεί να είναι είτε Παθητική (Σωστή Σύλληψη, Επεξεργασία αλλά και Ερμηνεία από τον Δέκτη των Μηνυμάτων τα οποία στέλνει ο Πομπός) είτε Ενεργητική (Συνίσταται στην προσπάθεια του δέκτη να βοηθήσει τον πομπό να εκφράσει και να μεταβιβάσει με σωστό τρόπο αυτό το οποίο επιθυμεί και περιλαμβάνει την προσπάθεια του δέκτη να κατανοήσει αλλά και

να αισθανθεί το μήνυμα και από την πλευρά του πομπού.

- Η επικοινωνία που έχει μακροπρόθεσμη σημασία, όπως τα μηνύματα που σχετίζονται με πρότυπα απόδοσης, καταχωρείται σε γραπτά αρχεία έτσι ώστε το άτομο να είναι σε θέση να ανατρέχει σε αυτά όταν δημιουργούνται διαφωνίες σχετικά με το νόημα κάποιου μηνύματος.

## **2.4. Ο Έλεγχος (Controlling)**

Τελευταία βασική λειτουργία που επιτελεί ο Μάνατζερ σε μια οργάνωση είναι ο Έλεγχος. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), ο Έλεγχος μπορεί να οριστεί ως « **το σύνολο όλων των ενεργειών ή των δραστηριοτήτων οι οποίες εξασφαλίζουν την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των λειτουργιών, των συμπεριφορών και των αποτελεσμάτων όλων των συντελεστών της οργάνωσης με τελικό σκοπό την επίτευξη αποτελεσματικής λειτουργίας της** ». Σύμφωνα, με αυτόν τον ορισμό, ο έλεγχος ασκείται στις λειτουργίες και τις συμπεριφορές οι οποίες λαμβάνουν χώρα στα πλαίσια της οργάνωσης και στα αποτελέσματα που προκύπτουν από αυτές που προσδιορίζονται κατά την λειτουργία του προγραμματισμού. Η διαδικασία του ελέγχου εφαρμόζεται σε όλους τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης και συνίσταται στα ακόλουθα πέντε βασικά στάδια :

**1) Καθορισμός των Προτύπων Απόδοσης :** Σύμφωνα με τους Montana και Charnon (2002), τα Πρότυπα Απόδοσης είναι αφενός οι γενικοί στόχοι του οργανισμού αλλά και αφετέρου οι δευτερεύοντες στόχοι των μονάδων του, οι οποίοι διατυπώνονται με σαφείς αλλά και μετρήσιμους στόχους της απόδοσης. Για παράδειγμα, τα πρότυπα απόδοσης μπορεί να περιγράφουν τις ποσότητες και ποιότητες των πρώτων υλών που προμηθεύεται η οργάνωση στο χρόνο. το επιθυμητό ποσοστό των ελαττωματικών προϊόντων, το κόστος παραγωγής, τα επιθυμητά κέρδη, την συμπεριφορά προς τους πελάτες.

**2) Παρακολούθηση - Αξιολόγηση - Μέτρηση :** Στη συνέχεια, σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), οι λειτουργίες, οι συμπεριφορές, οι καταστάσεις καθώς επίσης και τα αποτελέσματα παρακολουθούνται, αξιολογούνται και μετριοούνται ώστε τα στελέχη της οργάνωσης να γνωρίζουν αυτό που ακριβώς συμβαίνει στα πλαίσια της οργάνωσης.



**3) Σύγκριση Συμπεριφορών και Αποτελεσμάτων με τα Πρότυπα :** Σε αυτό το στάδιο η Οργάνωση έχοντας καθορίσει τα Πρότυπα της Απόδοσης, δηλαδή όλες τις επιθυμητές καταστάσεις, συμπεριφορές, λειτουργίες καθώς και τα αποτελέσματα και έχει αξιολογήσει ή μετρήσει αυτά που πραγματικά συμβαίνουν ή έχουν ήδη συμβεί, προχωρά σε σύγκριση μεταξύ αυτών με σκοπό να διαπιστωθεί ο βαθμός στον οποίο έχουν επιτευχθεί οι στόχοι που έχουν τεθεί. Αυτή η σύγκριση επιτρέπει τον εντοπισμό των πιθανών αποκλίσεων μεταξύ του επιθυμητού στόχου και του στόχου ο οποίος έχει πραγματοποιηθεί ή μεταξύ στόχων και αποτελεσμάτων.

**4) Ανάλυση των Αποκλίσεων και Εντοπισμός των Αιτιών :** Οι αποκλίσεις στους στόχους και στα αποτελέσματα αναλύονται με σκοπό να εντοπιστούν τα αίτια που τις προκαλούν.

**5) Διόρθωση των Αποκλίσεων :** Σε αυτό το τελευταίο στάδιο, αποφασίζονται και τίθενται σε εφαρμογή μέτρα που αφορούν τη διόρθωση των αποκλίσεων μέσω της εξάλειψης των αιτιών που τις προκαλούν.

Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), τα βασικά συστήματα ελέγχου τα οποία χρησιμοποιούνται σε μια Οργάνωση είναι οι Προϋπολογισμοί αλλά και οι Εκθέσεις, τα Συστήματα του Οικονομικού Ελέγχου, τα Συστήματα Ελέγχου Παραγωγής, τα Συστήματα Ελέγχου του Μάρκετινγκ και τα Συστήματα Ελέγχου του Προσωπικού.

Αναλυτικότερα, οι Προϋπολογισμοί περιγράφουν ποσοτικά ( η χρήση όλων των οικονομικών μεγεθών) τις μελλοντικές δραστηριότητες των διάφορων μερών ή και των τμημάτων της Οργάνωσης σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και οι Απολογιστικές Εκθέσεις των Δραστηριοτήτων οι οποίες γίνονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα και συγκρίνονται με αυτούς και επιτρέπουν στα στελέχη της οργάνωσης να εντοπίσουν τις πιθανές αποκλίσεις. Στην συνέχεια, τα Συστήματα του Οικονομικού Ελέγχου τα οποία περιλαμβάνουν Δείκτες για τον έλεγχο των οικονομικών μεγεθών της Οργάνωσης (για παράδειγμα, ο Δείκτης της Αποδοτικότητας, ο Δείκτης της Ρευστότητας) αλλά και τα Συστήματα Ελέγχου της Παραγωγής περιλαμβάνουν τα συστήματα που διευκολύνουν τη μέτρηση και την παρακολούθηση μεγεθών και λειτουργιών που συνδέονται με αυτή όπως είναι τα αποθέματα, η ποιότητα, η συντήρηση των μηχανών, η ροή των υλικών (για παράδειγμα, το Διάγραμμα του Gantt Materials Requirements Planning). Έπειτα, τα Συστήματα Ελέγχου του Μάρκετινγκ

Δημήτριος Μιχαλάκης 54/194

περιλαμβάνουν μια σειρά από δείκτες που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της εμπορικής λειτουργίας της οργάνωσης και αφορούν κυρίως τις πωλήσεις, τους πωλητές, το μερίδιο της αγοράς, τα ποσοστά κέρδους και τα κόστη πωλήσεων. Τέλος, τα Συστήματα του Ελέγχου που εφαρμόζονται στο Προσωπικό είναι κυρίως τα Συστήματα που ελέγχουν τα διάφορα χαρακτηριστικά του προσωπικού σχετικά με την εργασία του (οι Προσπάθειες, οι Συμπεριφορές, η Απόδοση, ο Χρόνος Παρουσίας του).

Σε γενικές γραμμές, σε μια Μονάδα Υγείας πρέπει να επιλέγονται οι μέθοδοι και οι τεχνικές ελέγχου των συμπεριφορών που ταιριάζουν καλύτερα στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της και έτσι να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα του ελέγχου.

Σύμφωνα με τον Άγγελο Παπαδόπουλο (2015), ο αποτελεσματικός έλεγχος πρέπει να διακρίνεται από τα παρακάτω χαρακτηριστικά :

- **Καθορισμός Εφικτών Προτύπων Απόδοσης**
- **Προσανατολισμός προς την Αιτία και όχι προς το Λάθος**
- **Ελαστικότητα και Προσαρμοστικότητα σε Οποιαδήποτε Μεταβολή.**
- **Συμμετοχή των Εργαζομένων στον Καθορισμό των Προτύπων.**
- **Ανάληψη Ευθύνης σε Περίπτωση Αποκλίσεων**
- **Διενέργεια του Ελέγχου από Κατάλληλα Πρόσωπα με Εμπειρία, Γνώσεις και Αντικειμενική Κρίση.**
- **Εστίαση στα Κρίσιμα και Σημαντικά Σημεία της Οργάνωσης.**
- **Έμφαση στις Εξαιρέσεις ( Εντοπισμός Πιθανών Αποκλίσεων).**
- **Προσαρμογή στην Οργανωτική Δομή της Επιχείρησης και στις Ανάγκες των Στελεχών.**

Συμπερασματικά, ο Έλεγχος είναι αναγκαίος σε μια Οργάνωση. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), οι λόγοι που τον καθιστούν αναγκαίο είναι οι ακόλουθοι:

Ο Καθορισμός των στόχων και των τρόπων επίτευξης τους βασίζεται σε προβλέψεις και παραδοχές σχετικά με το μέλλον που σπάνια συμπίπτουν με την πραγματικότητα. Συνεπώς, είναι αναγκαία η παρακολούθηση όλων των δεδομένων στα οποία στηρίζονται τα προγράμματα ώστε να γίνει η προσαρμογή στην τρέχουσα πραγματικότητα.

- Ο Έλεγχος είναι αναγκαίος γιατί τα άτομα - μέλη της οργάνωσης έχουν αντιλήψεις, ανάγκες και διαθέσεις με συνέπεια να αναπτύσσουν συμπεριφορές που δεν είναι συμβατές με τους στόχους, τις πολιτικές και τις επιδιώξεις της οργάνωσης.
- Ο Έλεγχος είναι αναγκαίος για τον εντοπισμό λαθών, των αδυναμιών και των προβλημάτων τα οποία όταν συσσωρεύονται, δημιουργούν έντονες και δυσάρεστες καταστάσεις και αποτελέσματα.
- Ο Έλεγχος είναι απαραίτητος για την επίτευξη του συντονισμού αλλά και της συνοχής μέσα στην πολύπλοκη ( Μεγάλος αριθμός των ατόμων, των υλικών, των πληροφοριών, των ενεργειών) Οργάνωση.
- Η Μέτρηση και η Αξιολόγηση που αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του Ελέγχου είναι αναγκαία για την δημιουργία αισθήματος επιτυχίας που αποτελεί ανάγκη για πολλά άτομα.

## **ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **3.Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα**

Στο παρόν κεφάλαιο που υποδιαιρείται σε τρεις ενότητες γίνεται στην Πρώτη Ενότητα μια παρουσίαση του όρου Σύστημα Υγείας και των Μορφών του. Έπειτα, στη Δεύτερη Ενότητα παρουσιάζονται οι Βασικές Μεταρρυθμίσεις οι οποίες διαμορφώσαν τη δομή του Εθνικού Συστήματος της Υγείας και τέλος, μια Σύντομη Παρουσίαση της Υφιστάμενης Κατάστασης του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ολοκληρώνοντας, στην Τρίτη Ενότητα γίνεται μια Αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και διατυπώνονται τα Προβλήματα καθώς επίσης και οι Προκλήσεις τις οποίες καλούνται να αντιμετωπίσουν οι Ελληνικές Κυβερνήσεις την τρέχουσα περίοδο της Δημοσιονομικής Κρίσης.

### **3.1. Εισαγωγή στην Έννοια και στις Μορφές των Συστημάτων Υγείας**

Στην σύγχρονη εποχή, θεωρείται αναγκαία η ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και οργάνωσης η οποία θα συνεισφέρει στην υλοποίηση της πολιτικής της υγείας και θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της. Η συγκεκριμένη δομή και η οργάνωση στο χώρο της Υγείας είναι το Σύστημα Υγείας. Ο Τούντας (2008) αναφέρει ότι το Σύστημα Υγείας διαμορφώνεται σε ένα συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό αλλά και πολιτισμικό πλαίσιο. Συνεπώς, είναι προφανές ότι με το πέρασμα από εποχή σε εποχή τα Συστήματα Υγείας εξελίσσονται και αλλάζουν, άλλοτε με μοχλό τις επιλογές του κράτους και της πολιτική εξουσίας και άλλοτε κάτω από την επίδραση κοινωνικών διεργασιών και επιστημονικών - τεχνολογικών επιτευγμάτων.

Σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011), το Σύστημα Υγείας είναι « ένα σύνολο από επιμέρους υποσυστήματα που βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος, που είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού ». Ο Λιαρόπουλος (2007) ορίζει το Σύστημα Υγείας ως εξής: « Ο συγκεκριμένος τρόπος της οργάνωσης και της διοικήσεως των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, ο οποίος μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης της υγείας του συνολικού πληθυσμού στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας». Τα βασικά οργανωτικά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την μορφή ενός Συστήματος Υγείας είναι ο βαθμός της ισοτιμίας, η έκταση της κάλυψης, το είδος των υπηρεσιών, η σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η ελευθερία των επιλογών και η αποτελεσματικότητα αλλά και η αποδοτικότητα συστήματος.

Παράλληλα, σύμφωνα με τον Τούντα (2008), τα Συστήματα της Υγείας με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης τους, διακρίνονται σε τρεις βασικές μορφές :

1) Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς,

2) Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ή Υπόδειγμα του Bismarck το οποίο χαρακτηρίζεται κυρίως από τις αρχές της οργάνωσης και της διοίκησης ενός

κοινωνικού και ασφαλιστικού συστήματος.

**3) Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ή Υπόδειγμα του Beveridge** που βασίζεται στην φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και στην καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας ( Η υγεία ως το κοινωνικό δικαίωμα).

Αναλυτικότερα, το Φιλελεύθερο Σύστημα της Υγείας βασίζεται στο αξίωμα του Laissez – Faire (Υφαντόπουλος, 2006). Με άλλα λόγια, οι αρχές της ζήτησης και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας βασίζονται κυρίως στην πλήρη ελευθερία της οικονομικής επιλογής των καταναλωτών (ασθενείς) και των παραγωγών της υγείας (γιατροί). Επομένως, σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011), το Φιλελεύθερο Σύστημα της Υγείας εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού που θα τον θεραπεύσει και στο γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής του. Επιπλέον, οι τιμές καθορίζονται από τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Κλείνοντας, η βασική χρηματοδότηση του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας προέρχεται κυρίως από πόρους από την ιδιωτική ασφάλιση και σε μικρότερο βαθμό από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές

Σύμφωνα με τον Τούντα (2008), στα κύρια πλεονεκτήματα του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας περιλαμβάνονται η ελευθερία του γιατρού και του ασθενή καθώς και η διασφάλιση υψηλής ποιότητας μέσω του ανταγωνισμού. Από την άλλη πλευρά, στα βασικά μειονεκτήματα του Φιλελεύθερου Συστήματος περιλαμβάνονται η ύπαρξη των κοινωνικών ανισοτήτων, η αυξημένη προσφορά και η μεγάλη ζήτηση των ιατρικών υπηρεσιών και όπως είναι αναμενόμενο, οι μεγάλες δαπάνες υγείας. Ολοκληρώνοντας, το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα εφαρμογής του Φιλελεύθερου Συστήματος είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής όπου το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας ανήκει στον ιδιωτικό τομέα και ειδικότερα σε κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς φορείς της ασφάλισης και σε εταιρείες « οργανωμένης » φροντίδας (γνωστά ως Managed Care). Τέλος, το κράτος καλύπτει μόνο τους φτωχούς και ηλικιωμένους με τις υπηρεσίες υγείας να παρέχονται μέσω των προγραμμάτων Medicaid αλλά και Medicare.

Στην συνέχεια, το Μεικτό Σύστημα Υγείας ή Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης, είναι περισσότερο γνωστό ως Υπόδειγμα του Bismarck αφού ο ίδιος θέσπισε το πρώτο Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης στη Γερμανία (1880). Το

Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης στηρίζει την ύπαρξη του στα πολλά διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία τα οποία συγκροτούνται με βάση τις ομοειδείς κοινωνικές - επαγγελματικές ομάδες του πληθυσμού. Σύμφωνα με τους Υφαντόπουλο (2006) και Τούντα (2008) το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργοδοτών αλλά και των εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία και χαρακτηρίζεται από την υποχρεωτική ασφάλιση καθώς επίσης και από τις αρχές της συναίνεσης, της συλλογικότητας και της αλληλεγγύης. Παράλληλα, τα ασφαλιστικά ταμεία διακρίνονται από μια σχετική αυτονομία που περιορίζει σε κάποιο βαθμό την έντονη κρατική παρέμβαση και οι υπηρεσίες υγείας είναι κυρίως δημόσιες ή ιδιωτικές. Κλείνοντας, οι γιατροί είναι συνήθως ελεύθεροι επαγγελματίες.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011), στα πλεονεκτήματα του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνονται η αυξημένη αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του οι οποίες είναι βασικές αρχές που το διαφοροποιούν σε σχέση με το Φιλελεύθερο Σύστημα της Υγείας καθώς επίσης και η διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου υγείας σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Αντίθετα, στα μειονεκτήματα του Συστήματος της Κοινωνικής Ασφάλισης περιλαμβάνονται η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας και η διαφοροποίηση των παροχών από άτομο σε άτομο ανάλογα με το ταμείο της ασφάλισης του καθενός. Ολοκληρώνοντας, μόνο οι επαγγελματίες ασφαλιζονται στο σύστημα αυτό. Χαρακτηριστικά παραδείγματα των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης συναντά κανείς σε χώρες όπως είναι η Γερμανία και η Γαλλία.

Τέλος, το Εθνικό Σύστημα Υγείας ή Υπόδειγμα του Beveridge χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης αλλά και έμμεσης φορολογίας και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού με κοινό φάσμα παροχών. Παράλληλα, στο Εθνικό Σύστημα της Υγείας γίνεται ένας διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε Πρωτοβάθμιο, Δευτεροβάθμιο και Τριτοβάθμιο Επίπεδο. Τέλος, οι ιατρικές υπηρεσίες ανήκουν στο κράτος και οι γιατροί είναι κατά κανόνα έμμισθοι υπάλληλοι του συστήματος.

Σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011), στα πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιλαμβάνεται η ενίσχυση του ατομικού δικαιώματος για την κάλυψη των αναγκών της υγείας του πληθυσμού, η εξασφάλιση της δίκαιας κατανομής των πόρων,

ο έλεγχος των δαπανών που προκύπτει από την αποτελεσματική διαχείριση λόγω της ενιαίας και κεντρικής χρηματοδότησης, η προτεραιότητα στις υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας, η καλή συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του ιατρικού προσωπικού λόγω του περιορισμένου ανταγωνισμού και τέλος η καλή διαπροσωπική σχέση που έχει αναπτυχθεί μεταξύ του γιατρού και του ασθενή. Από την άλλη πλευρά, στα μειονεκτήματα περιλαμβάνεται η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας, η εμφάνιση της λίστας αναμονής στα νοσοκομεία για τις χειρουργικές επεμβάσεις, η περιορισμένη επιλογή του ιατρού και νοσοκομείου από τον ασθενή και η απουσία των αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα οι οποίοι θα μπορούσαν να προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και τέλος, το μάνατζμεντ.

Παραδείγματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχουν εφαρμοστεί με ολοκληρωτικό τρόπο στις χώρες με κομμουνιστικά καθεστώτα (για παράδειγμα, Μοντέλο Semashko, πρώην Σοβιετική Ένωση) και με την μορφή του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Μεγάλη Βρετανία), του Βορρά (Σουηδία) αλλά και του Νότο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα).

## **3.2. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας Στην Ελλάδα**

### **3.2.1. Θεσμοθέτηση και Μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας.**

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006), η Δεκαετία του 1980 αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη στον τομέα των Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία. Οι εκλογές του 1981 αναδεικνύουν το Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα ( ΠΑ.ΣΟΚ) στην εξουσία και μια βασική προτεραιότητα της νέας κυβέρνησης είναι η αναδιοργάνωση του Συστήματος Υγείας. Ως την πρώτη νομοθετική πρωτοβουλία σχετικά με τις Υπηρεσίες Υγείας, η νέα κυβέρνηση φέρνει στην Βουλή όπου και ψηφίζεται, τον Νόμο 1278 / 1982 ο οποίος είχε ως βασική πρόταση την σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) το οποίο έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα και προτείνει στον Υπουργό της Υγείας, τα Μέτρα για την διαδικασία του Προγραμματισμού, την Παρακολούθηση αλλά και την Αξιολόγηση των προγραμμάτων καθώς επίσης και τον συντονισμό και τον έλεγχο των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) .

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006) και τον Οικονόμου (2004), το 1983 είναι το έτος που αποτελεί σταθμό για τις Μεταρρυθμίσεις για την Υγεία στην Ελλάδα  
Δημήτριος Μιχαλάκης

μας και στις 7 Οκτωβρίου ψηφίζεται ο Νόμος 1397 / 1983 « Περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας » με τον οποίο θεσμοθετείται το Εθνικό Σύστημα Υγείας ( Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα. Στο άρθρο 1 του Νόμου 1397 / 1983 καταγράφεται ξεκάθαρα ο Δημόσιος Χαρακτήρας του Συστήματος Υγείας υποστηρίζοντας ότι η παροχή φροντίδας υγείας, είναι ισότιμη σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής τους κατάστασης και υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Οι βασικοί κατευθυντήριοι άξονες του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι οι παρακάτω:

**1) Αποκέντρωση του Συστήματος Υγείας:** Η κατανομή των πόρων γίνεται ανάλογα με τις γεωγραφικές ανάγκες.

**2) Κοινωνικός Έλεγχος του Συστήματος Υγείας :** η Συμμετοχή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των Συνδικαλιστικών και των Επιστημονικών Οργανώσεων στον Προγραμματισμό.

**3) Λειτουργία του Ιατρού στο Σύστημα:** Θεσπίζεται ένα νέο Πρότυπο του Ιατρού, ο ιατρός του Εθνικού Συστήματος Υγείας ο οποίος λειτουργεί στη μορφή της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στην Πρωτοβάθμια, στην Δευτεροβάθμια και στην Τριτοβάθμια Περίθαλψη. Κανένας ιατρός του Εθνικού Συστήματος Υγείας ( Ε.Σ.Υ.) δεν μπορεί να ασκήσει ελεύθερο επάγγελμα και δεν επιτρέπεται η συμμετοχή στις ιδιωτικές κλινικές ή εταιρείες.

**4) Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης :** Δημιουργία των Κέντρων Υγείας που θα καλύπτουν τις ανάγκες του αγροτικού και του αστικού πληθυσμού.

**5) Ενιαίο Πλαίσιο της Λειτουργίας των Υπηρεσιών Υγείας :** Την κεντρική ευθύνη για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας έχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ο περιφερειακός προγραμματισμός γίνεται από τις οκτώ - δέκα (8-10) περιφέρειες όπου υπάρχουν τα ανάλογα διοικητικά και ερευνητικά όργανα για την επίλυση των περιφερειακών προβλημάτων.

Σε γενικές γραμμές, με την ψήφιση του Νόμου 1397/1983 η χώρα διαιρέθηκε σε επιμέρους υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα των Περιφερειών συστάθηκε το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ) ως ένα όργανο γνωμοδοτικό, εποπτικό αλλά και άσκησης του ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος. Παράλληλα, τα Νοσοκομεία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και απαγορεύτηκε η ίδρυση αλλά και η επέκταση των ιδιωτικών κλινικών (Οικονόμου, 2004). Ακόμα, τα Γενικά Νοσοκομεία διακρίθηκαν στα Περιφερειακά τα οποία διέθεταν το σύνολο των

Δημήτριος Μιχαλάκης



ειδικοτήτων και παρείχαν την ιατρική εκπαίδευση και στα Νομαρχιακά που κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού του κάθε Νομού. Τέλος, καθιερώθηκε ο Θεσμός του Νοσοκομειακού Γιατρού με τρία βασικά χαρακτηριστικά : α) Την Μονιμότητα, β) την Πλήρη αλλά και Αποκλειστική Απασχόληση ενώ παράλληλα, ιδρύθηκαν τα Κέντρα Υγείας.

Η Θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας ( Ε.Σ.Υ.) το 1983 θεωρείται μια από τις πιο σημαντικές κοινωνικές μεταρρυθμίσεις στην Μεταπολεμική Ελλάδα. Ωστόσο, υπήρχαν αρκετά σημεία τα οποία δημιούργησαν διαχρονικά, οργανωτικές και διοικητικές αντιφάσεις οι οποίες ήταν αντίθετες με την γενικότερη φιλοσοφία και την ιδεολογία των Μεταρρυθμίσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ως συνέπεια, η διαγραφή και η καταψήφιση του άρθρου 16 για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων που καθόριζε το βασικό πλαίσιο της χρηματοδότησης του συστήματος οδήγησε στην ανάπτυξη των ανισοτήτων από πλευράς χρηματοδότησης των ταμείων λόγω διαφορών στις εισφορές και στις παροχές. Παράλληλα, αναπτύχθηκε διόγκωση Ελλειμάτων στα Δημόσια Νοσοκομεία και συγχρόνως, εξάρτηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό αλλά και κάποια φαινόμενα παραοικονομίας (για παράδειγμα, το περιβόητο « φακελάκι ») στον ιατρικό τομέα. Τέλος, δημιουργήθηκαν Ιδιωτικά Μονοπώλια στην Υγεία με την ίδρυση μεγάλων ιδιωτικών κλινικών με υψηλό νοσήλιο και πολλά κέρδη αλλά και αρκετά διαγνωστικά κέντρα τα οποία προσέφεραν υπηρεσίες που ακόμη και σήμερα δεν έχουν ελεγχθεί για την ποιότητα τους.

Στην δεκαετία του 1990, η πολιτική κατάσταση στην Ελλάδα αλλάζει. Μετά από τις αλλεπάλληλες εκλογικές αναμετρήσεις και τις Κυβερνήσεις Συνεργασίας οι οποίες προκύπτουν (Νέα Δημοκρατία - Συνασπισμός της Αριστεράς,1989) αλλά και (Κυβέρνηση της Εθνικής Ενότητας με τον Ζολώτα,1989), τον Μάρτιο του 1990, η Νέα Δημοκρατία θα κερδίσει τις εκλογές με πλειοψηφία. Την περίοδο εκείνη, στον τομέα της υγείας ψηφίζεται ο Νόμος 2071 / 1992 « για τον Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος Υγείας » με τον οποίο επιδιώκεται αλλαγή στη φιλοσοφία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η έννοια της αποκλειστικής ευθύνης του κράτους στην παροχή και στη χρηματοδότηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας η οποία αναπτύχθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), αντικαθίσταται από την ελευθερία

στην επιλογή καθώς και τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Ο πολίτης έχει τη δυνατότητα να προσφύγει στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα και να κάνει χρήση του ατομικού του βιβλιαρίου υγείας. Σε γενικές γραμμές, ο Νόμος 2071 / 1992 προέβλεπε την υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στις Νομαρχίες, έδινε την δυνατότητα στους Γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης αλλά και της μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση της ιδιωτικής πρακτικής, την ολική απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και τη δυνατότητα ίδρυσης κλινικών, την ελευθερία της επιλογής του γιατρού και του νοσηλευτικού ιδρύματος από τους πολίτες αλλά και τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με τα ιδιωτικά νοσοκομεία και τα διαγνωστικά κέντρα.

Το 1993 πραγματοποιείται αλλαγή του πολιτικού σκηνικού και το Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα ( ΠΑ.ΣΟΚ) επανέρχεται στην εξουσία. Στον τομέα της υγείας, πραγματοποιείται μια σημαντική μεταρρύθμιση με την ψήφιση του Νόμου 2194 / 1994 ο οποίος αποβλέπει στην αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα που θα πρέπει να έχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και επαναφέρει σε ισχύ τις διατάξεις του Νόμου 1397 / 1983 σε σχέση με τα Κέντρα Υγείας τα οποία τα μετατρέπει εκ νέου σε αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων και το εργασιακό καθεστώς των γιατρών οι οποίοι αποκτούν εκ νέου την μορφή της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Την επομένη τριετία, ξεκινάει ένας έντονος διάλογος για τις αλλαγές που απαιτούνται στον χώρο της υγείας και υποβάλλονται αρχικά, μια Έκθεση το 1994 για τις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα από μια Ειδική Επιτροπή Ξένων Εμπειρογνομόνων με Πρόεδρο τον Καθηγητή Brian Abel Smith, στην συνέχεια δύο Σχέδια για τις αλλαγές οι οποίες απαιτούνται στο Εθνικό Σύστημα της Υγείας (Σχέδιο Δημήτρη Κρεμαστινού το 1995 και Σχέδιο Αναστάσιου Πεπονή και Φραγκλίνου Παπαδέλη το 1996) και τέλος, ψηφίζεται ο Νόμος 2519 / 1997 σχετικά με « Την Ανάπτυξη και Τον Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

Αναλυτικά, η Έκθεση για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας που υποβλήθηκε από την Ειδική Επιτροπή Ξένων Εμπειρογνομόνων (1994), περιλάμβανε ενδιαφέρουσες προτάσεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας όπως ήταν η σύσταση ενιαίου φορέα υγείας, η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η δημιουργία των υγειονομικών συμβουλίων σε κάθε περιφέρεια (Περιφερειακά Συμβούλια) η δημιουργία της θετικής λίστας φαρμάκων και ο προσδιορισμός των φαρμάκων που δεν χρειάζονται ιατρική

συνταγή, η εκπαίδευση του διοικητικού και υγειονομικού προσωπικού, η ενίσχυση της Δημόσιας Υγείας και η εισαγωγή του θεσμού του γενικού διευθυντή στα νοσοκομεία. Σε γενικές γραμμές, οι προτάσεις αυτές της επιτροπής είχαν θετικό αντίκτυπο σε όλες τις πολιτικές παρατάξεις του Κοινοβουλίου.

Στην συνέχεια, ο Υπουργός Υγείας Δημήτρης Κρεμαστινός λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις της Έκθεσης της Επιτροπής Ξένων Εμπειρογνομόνων, διατυπώνει το 1995 ένα Σχέδιο για τις Αναγκαίες Μεταρρυθμίσεις οι οποίες έπρεπε να υλοποιηθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2004), οι Βασικές Προτάσεις του Σχεδίου Κρεμαστινού (1995) ήταν η δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας αλλά και περιφερειακών συμβουλίων, η εφαρμογή των σφαιρικών προϋπολογισμών, η αλλαγή στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων, η εισαγωγή του θεσμού του γενικού οικογενειακού γιατρού, η έμφαση στην πρόληψη αλλά και στην ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας, η σύνταξη της θετικής λίστας φαρμάκων και η υιοθέτηση των τιμών αναφοράς, η συνεχόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρωπίνου δυναμικού στο χώρο της υγείας και τέλος, η εφαρμογή μέτρων ποιοτικού ελέγχου όπως η σύσταση επιτροπών αξιολόγησης στα νοσοκομεία και ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Αξιολόγησης.

Ωστόσο, οι προτάσεις του Κρεμαστινού δεν υλοποιήθηκαν εξαιτίας αλλαγών στο Κυβερνητικό Σχήμα και στη θέση του Υπουργού Υγείας. Τον Ιανουάριο του 1996, Υπουργός της Υγείας ορίζεται ο Αναστάσιος Πεπονής και Υφυπουργός της Υγείας ο Φραγκλίνος Παπαδέλης και καταθέτουν ένα νέο Σχέδιο το οποίο είναι περισσότερο μετριοπαθές σε σχέση με το Σχέδιο του Κρεμαστινού και περιλαμβάνει νέες σημαντικές προτάσεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας όπως είναι η εφαρμογή των περιφερειακών σφαιρικών προϋπολογισμών, η κοστολόγηση των υπηρεσιών των νοσοκομείων με βάση το τμήμα ή την περίπτωση, η ενθάρρυνση των ασφαλιστικών ταμείων για την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η αναβάθμιση των ΤΕΠ (Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών), η ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Ελέγχου της Ποιότητας και τέλος, ο εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών. Όμως η προκήρυξη των Βουλευτικών Εκλογών τον Σεπτέμβριο του 1996 και η αλλαγή του Υπουργού της Υγείας ( Κώστας Γείτονας) δεν επιτρέπει την υλοποίηση ούτε και αυτού του σχεδίου.

Στην συνέχεια, το 1997 ψηφίζεται ο Νόμος 2519 / 1997 για την « Ανάπτυξη

και τον Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας.». Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2004), τα βασικά σημεία αυτού του Νόμου αφορούσαν τα Δικαιώματα των Ασθενών, τις Υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας, την Αξιολόγηση των Υπηρεσιών της Υγείας, την Οργάνωση αλλά και τη Διαχείριση του Εθνικού Συστήματος της Υγείας, τη Διοίκηση αλλά και Χρηματοδότηση των Νοσοκομείων, τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες και τέλος, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σε γενικές γραμμές, ο Νόμος 2519/1997 προέβλεπε τη σύσταση μιας ειδικής υπηρεσίας για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών στο Υπουργείο Υγείας, την ίδρυση των επιτροπών στα Νοσοκομεία για τα δικαιώματα των ασθενών καθώς επίσης και την σύσταση επιτροπής βιοηθικής και δεοντολογίας.

Ένας άλλος τομέας στον οποίο δόθηκε έμφαση στον Νόμο 2519/1997 ήταν η Δημόσια Υγεία όπου προβλεπόταν η λειτουργία των περιφερειακών εργαστηρίων της Δημόσιας Υγείας και η σύσταση Επιστημονικού Συμβουλίου με γνωμοδοτικό κυρίως χαρακτήρα, η Διεύθυνση Σχολικής Υγιεινής καθώς επίσης και τα περιφερειακά γραφεία σχολικής υγείας. Παράλληλα, ο Νόμος προέβλεπε την ίδρυση του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας των Υπηρεσιών για την αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας και την ίδρυση της Γενικής Διεύθυνσης των Υπηρεσιών Υγείας, του Συμβουλίου του Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας για την καλύτερη οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η βελτίωση της διοίκησης και της χρηματοδότησης των νοσοκομείων θα επιτυγχανόταν με τον διορισμό Γενικών Διευθυντών (Manager) και την εισαγωγή των σφαιρικών προϋπολογισμών και των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων των ασθενειών. Στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, ο κύριος στόχος ήταν η καλύτερη οργάνωση των Μονάδων Αποκατάστασης στα Νοσοκομεία, η ανάπτυξη της Κατ' Οίκον Νοσηλείας και τέλος, η λειτουργία των Απογευματινών Ιατρείων στα Νοσοκομεία.

Τέλος, μια σημαντική πρόβλεψη του νόμου ήταν η θεσμοθέτηση του γενικού γιατρού και ο συντονισμός της λειτουργίας των διάφορων δομών μέσω των δικτύων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όπως και με τις προηγούμενες μεταρρυθμίσεις, οι καινοτόμες διατάξεις που εισήγαγε ο Νόμος 2519 / 1997 δυστυχώς δεν εφαρμόστηκαν. Οι προτάσεις για τον συντονισμό και την ενιαία δράση των υπηρεσιών της υγείας, οι αλλαγές στη διοίκηση αλλά και στην χρηματοδότηση των

νοσοκομείων και η λειτουργία των δικτύων πρωτοβάθμιας υγείας δεν υλοποιήθηκαν. Έτσι, τέθηκε εκ νέου ζήτημα για νέες Μεταρρυθμίσεις στην Υγεία και στη νέα δεκαετία (2000 -2010).

Στις αρχές της νέας δεκαετίας (2000-2010), πραγματοποιείται μια νέα εκλογική αναμέτρηση και πρώτο κόμμα αναδεικνύεται το Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα με πρωθυπουργό τον Κώστα Σημίτη. Την ίδια περίοδο στο Υπουργείο Υγείας, μετά από πολλά χρόνια πνέει ένας άνεμος για την υλοποίηση νέων και ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων που έχουν επίκεντρο τον διοικητικό και οικονομικό μετασχηματισμό των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006), η βασική ιδεολογία η οποία εκφράζεται από τον Υπουργό της Υγείας Αλέκο Παπαδόπουλο είναι ο εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ. ( Εθνικό Σύστημα Υγείας ) με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας οι οποίες παρέχονται στον πολίτη αλλά και μια ουσιαστική αναμόρφωση του ιδιωτικού τομέα για την πάταξη των μονοπωλίων.

Τον Ιούλιο του 2000, ο Υπουργός της Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος έδωσε στη δημοσιότητα το Σχέδιο της Μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος της Υγείας Υγεία για τον Πολίτη ». Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2004), βασικός στόχος του νέου σχεδίου ήταν η μετεξέλιξη της μορφής του Εθνικού Συστήματος Υγείας ( Ε.Σ.Υ) σε ένα σύγχρονο αλλά και αποτελεσματικό σύστημα υγείας το οποίο θα ανταποκρινόταν με τον καλύτερο τρόπο στις ανάγκες των πολιτών παρέχοντας τις υπηρεσίες της πρόληψης, της φροντίδας αλλά και της περίθαλψης. Ειδικότερα, οι στόχοι του Σχεδίου « Υγεία για τον Πολίτη » ήταν οι ακόλουθοι :

- 1) Έμφαση στην Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας.
- 2) Ισότιμη Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας.
- 3) Διασφάλιση του Δημόσιου Χαρακτήρα του ΕΣΥ.
- 4) Διοικητική Αποκέντρωση και Περιφερειακή Ανάπτυξη του ΕΣΥ.
- 5) Αναδιοργάνωση της Διοίκησης και της Λειτουργίας των Νοσοκομείων.
- 6) Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- 7) Αναβάθμιση του Ανθρώπινου Δυναμικού στον Υγειονομικό Τομέα.
- 8) Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας.
- 9) Ορθολογική Κατανομή των Ανθρώπινων, Οικονομικών και Υλικών Πόρων.
- 10) Έλεγχος στην παροχή των Δημόσιων και Ιδιωτικών Υπηρεσιών της Υγείας.
- 11) Άσκηση Τεκμηριωμένης Ιατρικής και Πολιτικής της Υγείας.

Σε γενικές γραμμές, στο Σχέδιο «Υγεία για τον Πολίτη » υπήρχαν 200 σημεία προτάσεις (παράρτημα 4α) για τις αλλαγές που ήταν αναγκαίες να γίνουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στις προτάσεις του Σχεδίου Παπαδόπουλου διατυπώθηκαν κριτικές από τους κοινωνικούς εταίρους, τα πολιτικά κόμματα και την επιστημονική κοινότητα (παράρτημα 4β). Το χρονοδιάγραμμα που έθεσε το υπουργείο για την ολοκλήρωση του νομοθετικού πλαισίου μέχρι το τέλος του 2001 δεν τηρήθηκε. Στη συνέχεια, μέχρι το 2004 υλοποιήθηκαν οι ακόλουθες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις :

**1) Νόμος 2889 / 2001 με Θέμα:« Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας ».** Με το Νόμο αυτό, α) Συστάθηκαν 17 Περιφερειακά Συστήματα της Υγείας ( Στο Νόμο υπάρχει πρόβλεψη των Γεωγραφικών Ορίων, της Οργάνωσης, της Διοίκησης και των Πηγών της Χρηματοδότησης τους), β) Προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο Ίδρυσης, Διοίκησης και Οργάνωσης των Δημοσίων Νοσοκομείων (Διάρθρωση της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και της Λειτουργίας των Απογευματινών Ιατρείων) και γ) Ρυθμίζονται οι Εργασιακές Σχέσεις των Γιατρών του Ε.Σ.Υ. ( Εθνικού Συστήματος Υγείας).

**2) Νόμος 2920/2001 με Θέμα : « Σώμα Επιθεωρητών των Υπηρεσιών της Υγείας και της Πρόνοιας ( Σ.Ε.Υ.Υ.Π ) και άλλες διατάξεις ».** Με το Νόμο αυτό, δημιουργήθηκε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το Σώμα των Επιθεωρητών των Υπηρεσιών της Υγείας και της Πρόνοιας ( Σ.Ε.Υ.Υ.Π) με αρμοδιότητα τη διενέργεια συστηματικών ελέγχων, ερευνών και επιθεωρήσεων σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς του Υπουργείου Υγείας και των υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών φορέων με απώτερο σκοπό την βελτίωση της αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

**3) Νόμος 2955 / 2001 με Θέμα: « Προμήθειες Νοσοκομείων και των λοιπών Μονάδων Υγείας των ΠΕΣΥ».** Μέσω αυτού του Νόμου ρυθμίζεται η Διαδικασία Προμηθειών των Νοσοκομείων καθώς επίσης και των Κέντρων της Υγείας των ΠΕΣΥ (Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας).

**4) Νόμος 3106 / 2003 με Θέμα: « Αναδιοργάνωση στο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες επιμέρους διατάξεις ».** Μέσω αυτού του Νόμου αναδιοργανώνονται οι Υπηρεσίες της Πρόνοιας. Δημιουργούνται τα Περιφερειακά Συστήματα της Υγείας και της Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) που περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΟΚΦ) και βασική αρμοδιότητα

τους είναι η παροχή των υπηρεσιών της πρόνοιας σε επίπεδο Περιφέρειας.

**5) Νόμος 3172 / 2003 με Θέμα : « Οργάνωση και ο Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις».** Μέσω του Νόμου, προβλέπεται η Σύσταση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας ως γνωμοδοτικού αλλά και ως συμβουλευτικού οργάνου αλλά και της Γενικής Διεύθυνσης της Δημόσιας Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, η Αναβάθμιση των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και της Πρόνοιας των Περιφερειών, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης αλλά και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, η Ρύθμιση των Θεμάτων Προσωπικού και της Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία και η Σύνταξη του Χάρτη Υγείας.

**6) Νόμος 3204 / 2003 με Θέμα : « Τροποποίηση αλλά και Συμπλήρωση της Νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ρυθμίσεις άλλων Θεμάτων της Αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας».** Στον Νόμο περιλαμβάνονται διατάξεις οι οποίες αφορούν τον διορισμό και την αξιολόγηση των γιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τον ΕΟΦ ( Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων), των Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών, τον ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών), το ΚΕΕΛ (Το Κέντρο Ελέγχου των Ειδικών Λοιμώξεων και το ΕΚΑΒ ( Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας)

**7) Νόμος 3235 / 2004 με Θέμα : « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας »** Με το Νόμο αυτό, για πρώτη φορά εισάγονται καινοτομίες στην Υγεία και ρυθμίζονται θέματα που αφορούν την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την καθιέρωση του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού, την Ηλεκτρονική Κάρτα της Υγείας και τέλος, την λειτουργική υπαγωγή όλων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην εποπτεία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ).

**8) Νόμος 3252 /2004 με Θέμα : « Σύσταση της Ένωσης των Νοσηλευτών -Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις ».** Με τον αυτόν τον Νόμο, ιδρύεται η Ένωση των Νοσηλευτών Ελλάδας και ορίζονται οι προϋποθέσεις για την άσκηση του επαγγέλματος του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας. Παράλληλα, συγκροτούνται και τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής των Γιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Από το 2004 μέχρι το 2009, η πολιτική κατάσταση στην χώρα έχει αλλάξει και στις εκλογές που διεξάγονται πρώτη έρχεται η Νέα Δημοκρατία. Στον χώρο της υγείας, πραγματοποιούνται δυο σημαντικές μεταρρυθμίσεις, ο **Νόμος 3329/2005 « Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις »** από τον Δημήτριο Μιχαλάκη

Υπουργό Υγείας Νικήτα Κακλαμάνη και ο **Νόμος 3527/2007** « Κύρωση Συμβάσεων υπέρ των Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις » από τον Υπουργό Υγείας Δημήτρη Αβραμόπουλο. Σύμφωνα με την Κουρέα - Κρεμαστινού Τζένη (2010), ο **Νόμος 3329 / 2005** επέφερε σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας με την σύσταση των Διοικήσεων Υγειονομικής Περίθαλψης (ΔΥΠΕ) οι οποίες αντικατέστησαν τα ΠΕΣΥΠ και έχουν ως βασικές τους αρμοδιότητες τον προγραμματισμό, τον συντονισμό, την εποπτεία και τον έλεγχο της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης Με αυτόν τον Νόμο, ορίζονται ως φορείς των υπηρεσιών υγείας τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες της Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης και τέλος, τα Λοιπά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου του Δημοσίου Τομέα που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Αντίστοιχα, με τον **Νόμο 3527 / 2007** η Ελληνική Επικράτεια διαιρείται σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠ) με 7 αντίστοιχες ΔΥΠΕ. Με αυτόν τον νόμο, όργανα διοίκησης της κάθε ΔΥΠΕ είναι α) ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και β) Δύο Υποδιοικητές. Επίσης, ο Διοικητής και οι Υποδιοικητές εργάζονται σε καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν διετή θητεία. Τέλος, με άρθρο του ίδιου νόμου, το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου του Τομέα της Υγείας ( ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ) μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), το οποίο υπάγεται απευθείας στον Υπουργό.

Στην συνέχεια, το 2007 ξεσπάει η Διεθνής Χρηματοπιστωτική Κρίση σε τομείς της πραγματικής οικονομίας της διεθνούς κοινότητας. Χαρακτηριστικό της κρίσης του 2007 και της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης του 2008, είναι η έλλειψη ρευστότητας. Σημαντικό πλήγμα δέχονται διάφοροι τομείς της οικονομίας όπως είναι ο τραπεζικός, ο ασφαλιστικός, ο κτηματομεσιτικός, οι αυτοκινητοβιομηχανίες και σε γενικές γραμμές ένας μεγάλος αριθμός επιχειρήσεων. Η Ελλάδα όπως και οι υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες επηρεάζεται από την οικονομική κρίση η οποία γίνεται εμφανής σε όλα τα μεγέθη της ελληνικής οικονομίας από το 2008 και μετά [«Μείωση



των Εσόδων του ελληνικού κράτους από 41.6 δισεκατομμύρια ευρώ σε 39,2 δισεκατομμύρια ευρώ , απώλειες στις βιομηχανικές παραγγελίες κατά 10%,, μείωση της κατανάλωσης, των εξαγωγών και της παραγωγικής δραστηριότητας, πάγωμα στον κατασκευαστικό κλάδο, απώλεια θέσεων εργασίας και έξαρση της ανεργίας » (Wikipedia, 2008)].

Από το 2009 όμως, η εθνική οικονομία ξέφυγε από τα κριτήρια και τους κανόνες λειτουργίας της Οικονομικής και Νομισματικής Ένωσης Η αδυναμία της Ελλάδας να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές και ο ορατός κίνδυνος της χρεωκοπίας οδηγεί τη Σοσιαλιστική Κυβέρνηση που μόλις έχει συσταθεί να προχωρήσει στην σύναψη των «Μνημονίων της Κατανόησης » με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο τον Μάιο του 2010 και τον Φεβρουάριο του 2012. Το αντίτιμο που η Ελλάδα ανέλαβε να καταβάλει για την χρηματοδότηση από όλα τα άλλα Κράτη - Μέλη και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο με στόχο την δημοσιονομική και την οικονομική ανασυγκρότηση της, είναι ένα μείγμα πολιτικής λιτότητας και μεταρρυθμίσεων όλων των δημοσίων πολιτικών έως σήμερα (2017) οι οποίες αποβλέπουν σε μεγάλες περιστολές των δημοσίων δαπανών.

Από το 2010 μέχρι το 2017 στα χρόνια όπου εφαρμόζονται οι πολιτικές που έχουν συμφωνηθεί στα πλαίσια των « Μνημονίων Κατανόησης », έχουν υλοποιηθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αρκετές μεταρρυθμίσεις που έχουν ως στόχο την αλλαγή της δομής του αλλά και το δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του. Οι νομοθετικές παρεμβάσεις που έχουν γίνει σχετικά με το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι οι ακόλουθες:

**1) Νόμος 3852 / 2010 με Θέμα : « Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης».** Με αυτόν τον Νόμο πραγματοποιείται μεταφορά των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης από τις Δ.Υ.Π.Ε στους Δήμους με έμφαση στις Μονάδες της Πρωτοβάθμιας Υγείας. ( Μετατάξεις του Προσωπικού, των Οργανικών Θέσεων και των Υπηρεσιών). Παράλληλα, οι Δήμοι αποκτούν τη δυνατότητα να υλοποιήσουν α) Προγράμματα Δημόσιας Υγιεινής που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας ή από άλλο υπουργείο, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας Προϋπολογισμό του αντίστοιχου Υπουργείου, β) Έκτακτα Προγράμματα για τη Δημόσια Υγεία τα οποία

εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση καθώς και γ) Προγράμματα της Δημόσιας Υγείας τα οποία χρηματοδοτούνται από τους πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κλείνοντας, στους Δήμους αναθέτονται σημαντικές αρμοδιότητες όπως η οργάνωση της διενέργειας των εμβολιασμών, η τήρηση των κανόνων υγιεινής των Δημόσιων και Ιδιωτικών Σχολείων και ο ορισμός των ιατρών για την εξέταση των επαγγελματιών και των εργαζομένων στα καταστήματα του υγειονομικού ενδιαφέροντος για τη χορήγηση βιβλιαρίων υγείας.

**2) Νόμος 3868 / 2010 με Θέμα : « Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ».** Στο Νόμο αυτό περιλαμβάνονται σημαντικές διατάξεις σχετικές με την ολόημερη λειτουργία των Νοσοκομείων ( Διοίκηση, Οργάνωση, Χρηματοδότηση), την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού στις Μονάδες Υγείας του Εθνικού Συστήματος της Υγείας καθώς επίσης και θέματα που αφορούν το Νοσηλευτικό και Λοιπό Προσωπικό. Παράλληλα, υπάρχουν διατάξεις σχετικές με τη λειτουργία και τη διοίκηση φορέων που βρίσκονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τον πολίτη (Το Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη στα Νοσοκομεία, Το Συμβούλιο της Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας στους Δήμους, Το Συμβούλιο του Προγραμματισμού και Κοινωνικής Φροντίδας στις Περιφέρειες και το Μητρώο του Εθελοντισμού ), διατάξεις για την Πρόνοια και τους Φορείς της, μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και διατάξεις για την ψυχική υγείας και η σύσταση της Επιτροπής Ιοντιζουσών και μη Ιοντιζουσών Ακτινοβολιών αλλά και του Εθνικού Συμβουλίου της Δημόσιας Υγείας ( ΕΣΥΔΥ).

**3) Νόμος 3918/2011 με Θέμα : « Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και Άλλες Διατάξεις ».** Με αυτόν τον νόμο πραγματοποιείται μια σημαντική μεταρρύθμιση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Σύμφωνα με τον Χλέτσο (2015), ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) προέκυψε από την συνένωση των επτά μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, NAT) με βασικό σκοπό να προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας (Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας) σε περισσότερους από εννιά εκατομμύρια πολίτες. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας προσφέρει παροχές σε είδος και σε χρήμα. Την περίοδο αυτή, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής των Υπηρεσιών Υγείας

Δημήτριος Μιχαλάκης 71/194

απορροφά τις υγειονομικές μονάδες του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και λειτουργεί ταυτόχρονα ως αγοραστής αλλά και ως πάροχος των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, έχει δικούς του γιατρούς (ιατρικό προσωπικό που εργάζεται στις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ) και δικτυώνεται με γιατρούς που αμείβονται κατά πράξη. Σε γενικές γραμμές, αν και η δημιουργία του ΕΟΠΠΥ αποτελεί φιλόδοξο εγχείρημα που αποσκοπεί στην παροχή ενιαίων υπηρεσιών της υγείας, στην πραγματικότητα φαίνεται να έχει δημιουργηθεί αρκετά πρόχειρα χωρίς να υπάρχει μια σοβαρή αναλογιστική μελέτη για τη βιωσιμότητα του αφού καλείται να καλύψει τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων χωρίς να υπάρχει η ανάλογη χρηματοδότηση και με έναν Προϋπολογισμό που αναδεικνύεται ανεπαρκής για τις υποχρεώσεις που έχει. Παράλληλα, δεν υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα για τα έσοδα του οργανισμού (δηλαδή τις ασφαλιστικές εισφορές εργοδοτών αλλά και των εργαζομένων) αφού πιστοποιούνται και εισπράττονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία στη συνέχεια μεταφέρουν στον οργανισμό σε μεταγενέστερο χρόνο το ποσό που αναλογεί στις εισφορές στον κλάδο της υγείας.

**4) Νόμος 4238 / 2014 με Θέμα : « Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο της Υγείας, αλλαγή Σκοπού ΕΟΠΥΥ και Λοιπές Διατάξεις »** Με αυτό τον νόμο, ύστερα από την απαίτηση της Τρόικα αλλάζει η φυσιογνωμία και ο ρόλος του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ο οποίος παραμένει πλέον μόνο αγοραστής των υπηρεσιών υγείας τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή του βασικού ρόλου του ΕΟΠΥΥ σηματοδοτεί την αλλαγή στον τρόπο της λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και την σημαντική αναβάθμιση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα ο οποίος προσπαθεί να υποκαταστήσει τον Δημόσιο Τομέα. Ο Νιάκας (2013), επισημαίνει ότι η αλλαγή της φυσιογνωμίας του ΕΟΠΠΥ σηματοδοτεί μια προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και η αλλαγή της φυσιογνωμίας του μόνο σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί: στην συγκέντρωση των πόρων μόνο σε ένα φορέα, στην καλύτερη και ορθολογικότερη διαχείριση των χρημάτων - δαπανών και στην προσπάθεια να επιτευχθεί η αύξηση των χρηματοδοτικών πόρων.

**5) Νόμος 4486 / 2017 με Θέμα : « Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».** Στο νόμο αυτό περιλαμβάνονται διατάξεις σχετικά με

Δημήτριος Μιχαλάκης 72/194

την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται πλέον από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) που αντικαθιστούν τα Πρωτοβάθμια Εθνικά Δίκτυα Υγείας (ΠΕΔΥ), από τα Κέντρα Υγείας, από τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία). Σύμφωνα με τον Υπουργό Υγείας Ανδρέα Ξανθό « οι άξονες στους οποίους βασίζεται η νέα νομοθετική μεταρρύθμιση είναι η καθολική κάλυψη, η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και η οικονομική προστασία. Παράλληλα, αυτή η νέα νομοθετική μεταρρύθμιση έρχεται ως στρατηγική απάντηση στην κρίση του ελληνικού συστήματος υγείας και υπηρετεί τον στόχο για την στήριξη της πρόληψης. Τέλος, με την νέα δομή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αντιμετωπίζεται η αυξανόμενη και παθητική ιδιωτικοποίηση στον χώρο της υγείας» (www. Reporter.gr, 2017).

6) Κατά την περίοδο των Μνημονίων Κατανόησης, οι Ελληνικές Κυβερνήσεις εφαρμόζουν πολιτικές με βασικό στόχο να επιτύχουν την Δημοσιονομική Προσαρμογή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσω του περιορισμού των υπέρογκων δαπανών και της αύξησης των εσόδων. Έτσι λαμβάνονται μέτρα που συμβάλλουν στον περιορισμό των δαπανών του Συστήματος Υγείας, όπως η Θεσμοθέτηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΦΕΚ 1702 / β / 2011) τα οποία αποτελούν ένα νέο τρόπο αποζημίωσης των νοσηλίων των Δημόσιων Νοσοκομείων και η ανάπτυξη νέου Συστήματος Προμηθειών στο χώρο της υγείας ( Νόμος 3918 / 2011). Παράλληλα, αναπτύσσεται ένα πληροφοριακό σύστημα στον ΕΟΠΠΥ με την παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών στους πολίτες και τη σύνδεση με τους παρόχους υγείας μέσω των εφαρμογών e - ΔΑΠΥ και e - Prescription.

Επιπλέον, οι ελληνικές κυβερνήσεις λαμβάνουν μέτρα που συμβάλλουν στην αύξηση των εσόδων όπως είναι η Θεσμοθέτηση του Clawback (όπου καθορίζεται η ανώτατη μηνιαία δαπάνη του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας για τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι οφείλουν να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που ξεπερνούν αυτό το ανώτατο ποσό) αλλά και η θεσμοθέτηση του Rebate (υποχρεωτική έκπτωση στο τιμολόγιο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας στους οποίους περιλαμβάνονται επίσης και οι φαρμακοποιοί), καθώς επίσης και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των φαρμάκων τα οποία παρέχονται με συνταγή γιατρού.

Τέλος, λαμβάνονται μέτρα για την αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στις  
Δημήτριος Μιχαλάκης

υπηρεσίες υγείας ( η Θεσμοθέτηση του Health Voucher το οποίο χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ και παρέχει το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με εισόδημα περίπου στα 15.000 ευρώ ετησίως είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ) και για την νοσοκομειακής και φαρμακευτική κάλυψη των ανασφαλιστών ( ΦΕΚ 1465 / 2014 και 1753 / 2014).

### **3.2.3. Η Υφιστάμενη Κατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα « Μεικτό Σύστημα ». Ο Οικονόμου (2004) επισημαίνει ότι ο όρος «Μεικτό Σύστημα» προκύπτει από τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Με άλλα λόγια, η παροχή και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών του ελληνικού συστήματος υγείας βασίζεται στον συνδυασμό των στοιχείων των εθνικών συστημάτων τύπου Beveridge και των συστημάτων της κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck. Ακόμα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας εμφανίζει ένα ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. Με βάση τον ιδρυτικό του Νόμο 1397 / 1983, οι βασικοί στόχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας ) είναι η ισότιμη παροχή αλλά και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Σε γενικές γραμμές, ο Χλέτσος (2011), αναφέρει ως βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα τα ακόλουθα :

1) Αποτελεί ένα Μεικτό Σύστημα Υγείας με στοιχεία από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Beveridge) και του Κοινωνικού Συστήματος Ασφάλισης (Bismarck). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως « Μεικτό » γιατί η χρηματοδότηση του γίνεται από την γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση καθώς επίσης και από τις αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες.

2) Το Υπουργείο Υγείας είναι ο αποκλειστικός υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα. Βασική του αποστολή είναι « η προάσπιση, η προστασία και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών Δημοσίας Υγείας, της διασφάλισης της καθολικής και

ισότιμης πρόσβασης στην παροχή των ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών της υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς επίσης και η ρύθμιση της λειτουργίας και η άσκηση εποπτείας στους Φορείς της Υγειονομικής Φροντίδας του Ιδιωτικού Τομέα» ( Υπουργείο Υγείας, πρόσβαση στο Π.Δ, 121/9/10/2017, άρθρο 1 στην ιστοσελίδα <http://www.moh.gov.gr/> στις 25/12/2017). Σε γενικές γραμμές, το Υπουργείο Υγείας επιτελεί 4 βασικές αρμοδιότητες ([παράρτημα 5α](#)) και αποτελείται από διάφορες υπηρεσίες, γραμματείες και διευθύνσεις ([παράρτημα 5β](#))

**3)** Οι Υπηρεσίες Υγείας του Εθνικού Συστήματος της Υγείας (Ε.Σ.Υ.) υπάγονται διοικητικά στις Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Π.Ε.) οι οποίες έχουν συσταθεί με σκοπό τον προγραμματισμό, τον συντονισμό, την εποπτεία και τον έλεγχο της λειτουργίας των φορέων του Υπουργείου Υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Πρώην Ιατροκοινωνικά Ιατρεία, Μονάδες της Κοινωνικής Φροντίδας) στα όρια των συγκεκριμένων περιφερειών.. Επιπλέον, υποβάλλουν στον Υπουργό Υγείας προτάσεις και μέτρα που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της περιφέρειας η οποία βρίσκεται υπό την εποπτεία τους. Τέλος, οι Υγειονομικές Περιφέρειες ελέγχουν την εφαρμογή της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας

**4)** Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς (ΕΟΠΠΥ), από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ), από τα Κέντρα Υγείας αλλά και από τους Ιδιώτες Γιατρούς, από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων, από τα Περιφερειακά Ιατρεία και από τα Τοπικά Ιατρεία. Παράλληλα, σημαντικός φορέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι το ΕΚΑΒ (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) το οποίο παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα στους πολίτες καθώς και τη μεταφορά τους στις μονάδες παροχής των υπηρεσιών υγείας με ιδιότητα μέσα όπως ασθενοφόρα, μοτοσυκλέτες, κινητές μονάδες και αεροπορικά μέσα.

**5)** Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως : α) από τα Δημόσια Νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, β) από τα Δημόσια Νοσοκομεία εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Στρατιωτικά Νοσοκομεία

και Νοσοκομεία Ασφαλιστικών Φορέων όπως του Ιδρύματος Κοινωνικής Ασφάλισης) και Νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης) και γ) τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και οι Κλινικές που λειτουργούν ως Κερδοσκοπικές Μονάδες. Τα Νοσοκομεία διακρίνονται σε Γενικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες και σε Ειδικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε μια θεραπευτική κατηγορία.

**6)** Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις αλλά και εξοπλισμό, παρέχεται από τις Πανεπιστημιακές Κλινικές οι οποίες διαθέτουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και το εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, υπηρεσίες της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται και σε αρκετά Γενικά Νοσοκομεία της Περιφέρειας Σε γενικές γραμμές οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας είναι οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που έχουν ως σκοπό, την μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών, την προαγωγή της Ιατρικής Έρευνας, την μόνιμη και δια βίου εκπαίδευση των Γιατρών και των Επαγγελματιών Υγείας και τέλος, τον Ποιοτικό Έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο Επίπεδο Υπηρεσιών Υγείας ( Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

**7)** Οι αμοιβές των νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών με βάση την υπηρεσία που προσφέρουν. Οι Νοσοκομειακοί Ιατροί λαμβάνουν βασικό μισθό και ένα ειδικό επίδομα της νοσοκομειακής απασχόλησης, απόδοσης και ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού έργου αλλά και το επίδομα της βιβλιοθήκης ( πάγια αποζημίωση για συμμετοχή σε σεμινάρια και ενημέρωση της βιβλιοθήκης). Ο βασικός μισθός και τα επιδόματα διαφοροποιούνται ανάλογα τον βαθμό που κατέχουν οι γιατροί ( παράρτημα 6 ). Αντίστοιχα, οι ιδιώτες ιατροί λαμβάνουν αποζημίωση για κάθε ιατρική υπηρεσία που παρέχουν και η πληρωμή γίνεται είτε άμεσα με καταβολή του ποσού από τον ίδιο τον ασθενή είτε έμμεσα με την καταβολή της αμοιβής για κάθε πράξη από τον ασφαλιστικό φορέα ( Συμβεβλημένοι Ιατροί του ΕΟΠΠΥ).

**8)** Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από τις πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών. Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2004), στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα, ο Γενικός Προϋπολογισμός του κράτους με το Δημήτριος Μιχαλάκης

ποσοστό 63,1% είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης των ελληνικών νοσοκομείων. Ακόμα, τα Ταμεία της Κοινωνικής Ασφάλισης χρηματοδοτούν τις Δημόσιες Δαπάνες σε ποσοστό 36.9%. Η κυριότερη πηγή των εσόδων των ασφαλιστικών φορέων είναι οι εισφορές εργοδοτών και ασφαλισμένων, το ποσοστό των οποίων διαφέρει μεταξύ των Ταμείων. Τέλος, ο Σουλιώτης (2000), επισημαίνει ότι οι ιδιωτικές πληρωμές αφορούν τις αμοιβές των ιδιωτών γιατρών αλλά και των διαγνωστικών κέντρων που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή, την θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, την διαφορά που προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν οι ασθενείς στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και στα ποσά που εγκρίνονται από τους ασφαλιστικούς φορείς και τέλος, στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες με σκοπό την ασφάλιση υγείας.

### **3.3. Αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Προκλήσεις για τις Ελληνικές Κυβερνήσεις.**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δημιουργήθηκε με τον Νόμο 1397/1983 με βασικό σκοπό την ισότιμη παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας σε όλο τον ελληνικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011), το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει μια σειρά από πλεονεκτήματα και από μειονεκτήματα. Στα Πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιλαμβάνονται τα ακόλουθα :

- Ισότιμη Παροχή και Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας.
- Πλήρης Κάλυψη του Πληθυσμού.
- Έμφαση στη Νοσοκομειακή Φροντίδα Υγείας.
- Περιορισμένη Συμμετοχή των Πολιτών στο Κόστος.
- Ανάπτυξη Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Αντίθετα, στα Μειονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας περιλαμβάνονται τα ακόλουθα :

- Υψηλές Δαπάνες Υγείας.
- Χαμηλή Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Περιορισμένη Ελευθερία Επιλογής Ιατρού από τους Ασθενείς.
- Προβλήματα των Γεωγραφικών και των Οικονομικών Ανισοτήτων αλλά



και Πολυδιάσπαση των Φορέων και Έλλειψη Συντονισμού.

- Ατυπες Πληρωμές, Προβλήματα Ηθικής κατά την Άσκηση του Ιατρικού Επαγγέλματος, Πληθώρα Ιατρών και Έλλειψη Άλλων Επαγγελματιών της Υγείας και Λίστες Αναμονής.

Παράλληλα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι ελληνικές κυβερνήσεις γιατί θέτουν σε κίνδυνο την ίδια του την υπόσταση και την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Τα προβλήματα που μπορεί να διακρίνει κανείς στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αφορούν α) Τα Δημοσιονομικά Χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας, β) Τον Τρόπο της Λειτουργίας του (με άλλα λόγια, τον βαθμό της αποτελεσματικότητας του) και γ) Τον Βαθμό της Ικανοποίησης που αποκομίζει ο μέσος Έλληνας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011), υπάρχουν διάφορα προβλήματα σχετικά με τη δημοσιονομική λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που είναι αναγκαίο να επιλυθούν έτσι ώστε να επιτευχθεί η βιωσιμότητα του συστήματος μελλοντικά. Στα προβλήματα αυτά, περιλαμβάνονται ο τρόπος της χρέωσης των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών ( οι χρεώσεις είναι πολύ χαμηλότερες από τα πραγματικά κόστη), οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας και τέλος, η μείωση των εσόδων που οφείλεται στην εισφοροδιαφυγή και στην αδήλωτη εργασία. Σε γενικές γραμμές, αυτά τα προβλήματα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας έχουν οδηγήσει στην εμφάνιση σε μεγάλο βαθμό των σημαντικών Δημοσιονομικών Έλλειμμάτων στον χώρο της υγείας.

Παράλληλα, το δεύτερο σημαντικό πρόβλημα στο Εθνικό Σύστημα της Υγείας αφορά τον τρόπο λειτουργίας του. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από έντονη αναποτελεσματικότητα. Με άλλα λόγια, δεν διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος της παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι υψηλότερο σε σχέση με αυτό που θα έπρεπε να υπάρχει, εξαιτίας της αυξημένης γραφειοκρατίας.

Τέλος, το τρίτο πρόβλημα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας σχετίζεται με το Βαθμό της Ικανοποίησης των Πολιτών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας. Ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις δυσαρμονίες που αναφέρθηκαν παραπάνω στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παράλληλα, τα λάθη τα οποία συμβαίνουν στις ιατρικές επεμβάσεις [ Σύμφωνα με τη Βελώνη (

Ιατρικά Λάθη και Άλλες Ιστορίες 04/02/2015, πρόσβαση στην ιστοσελίδα <http://fractalart.gr/iatrika-lathi-ke-alles-istories/> , 14/12/2017) τα ιατρικά λάθη στην Ελλάδα φτάνουν περίπου τα 6.000 ετησίως ] καθώς και ορισμένες έκνομες μέθοδοι οι οποίες εφαρμόζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας (για παράδειγμα, το φακελάκι στους γιατρούς) δικαιολογούν την έντονη δυσαρέσκεια των πολιτών από τους Φορείς της Δημόσιας Υγείας και τη «αναγκαία» στροφή τους στον ιδιωτικό τομέα για την θεραπεία των προβλημάτων υγείας που τους απασχολούν.

## **ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **4.Το Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών και ο Manager.**

Στο κεφάλαιο αυτό, το οποίο υποδιαιρείται σε τέσσερις επιμέρους ενότητες, παρουσιάζεται το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών το οποίο χρησιμοποιείται ως Μελέτη Περίπτωσης μέσα από την οποία αναδεικνύεται ο ρόλος αλλά και η συμβολή του Manager στη Λειτουργία των Νοσοκομείων. Στην Πρώτη Ενότητα που διαιρείται σε τρία μικρότερα κεφάλαια παρουσιάζεται η εξέλιξη του Νοσοκομείου από την ημέρα της ίδρυσης του μέχρι και σήμερα, η ταυτότητα αλλά και τα βασικά στοιχεία τα οποία το απαρτίζουν και τέλος, η αποστολή καθώς επίσης και ο ρόλος του Νοσοκομείου. Στην συνέχεια, στην Δεύτερη Ενότητα η οποία διαιρείται σε τρία κεφάλαια παρουσιάζεται η Οργανωτική Δομή του Νοσοκομείου (Οι Διοικητικές Λειτουργίες, η Οργανωτική Διάρθρωση και το Ανθρώπινο Δυναμικό). Έπειτα, στην Τρίτη Ενότητα παρουσιάζεται μια Ανάλυση SWOT του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (Δυνατά Σημεία, Αδυναμίες, Ευκαιρίες και Κίνδυνοι - Απειλές). Τέλος, στην Τέταρτη Ενότητα παρουσιάζεται ο ρόλος που μπορεί να επιτελέσει ο Manager στο Νοσοκομείο και χρησιμοποιούνται παραδείγματα για να αναδειχθεί ο ρόλος του που είναι κομβικός για την επίτευξη της Αποστολής του Νοσοκομείου για της Παροχής Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας.

## **4.1. Γενικά Στοιχεία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.**

### **4.1.1 Ιστορική Εξέλιξη και Πορεία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών από την Ίδρυση του έως Σήμερα.**

Το «Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών» είναι ένα Νοσοκομείο με ξεχωριστή παρουσία και δράση 70 χρόνων στον συνεχή αγώνα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στην Ελλάδα.

Στις απαρχές της δεκαετίας του 1930, την περίοδο διακυβέρνησης της Ελλάδας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο γίνεται η πρώτη σημαντική προσπάθεια για την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας, δίνεται βασική προτεραιότητα στη δημιουργία ενός Νοσοκομείου με κύριο σκοπό τη νοσηλεία των αρρώστων κυρίως των κατοίκων της Αθήνας χωρίς οικονομικές διακρίσεις. Μετά από αλληπάλληλες συσκέψεις των Καθηγητών της Ιατρικής Σχολής και της Συγκλήτου αποφασίστηκε το Πανεπιστημιακό Περίπτερο στο Γουδί το οποίο προοριζόταν για την δημιουργία Εργαστηρίου Μικροβιολογίας και Υγιεινής, να μετατραπεί σε Νοσοκομείο και να στεγαστούν σε αυτό η Α΄ Παθολογική αλλά και η Α΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η επιλογή της τοποθεσίας για την ίδρυση του Νοσοκομείου έγινε με κριτήριο το γεγονός ότι βρισκόταν μακριά από το κέντρο της πόλης σε υγιεινό περιβάλλον χωρίς θορύβους,

Στην συνέχεια, το 1933 μετά από την διεξαγωγή των Βουλευτικών Εκλογών, Πρώτο Κόμμα στην Ελλάδα αναδεικνύεται η Ενωμένη Αντιπολίτευση ( Συνασπισμός των Κομμάτων στον οποίο ηγείται το Λαϊκό Κόμμα) και Πρωθυπουργός της Ελλάδας ορκίζεται ο Παναγής Τσαλδάρης ο οποίος συμφωνεί με την πρόταση των καθηγητών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών να ιδρυθεί ένα Νοσοκομείο για τους άπορους πολίτες. Στην συμφωνία που υπήρξε ανάμεσα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και στην Ελληνική Κυβέρνηση αποφασίστηκε το Υπουργείο Υγιεινής και Αντιλήψεως να αναλάβει την κάλυψη των δαπανών για τις μεταβολές που θα γινόταν στο Νοσοκομείο ( πιθανώς οικοδομικές μετατροπές αλλά και νέες εγκαταστάσεις για το Νοσοκομείο), τα έξοδα για την νοσηλεία έως και 300 ασθενών στο Νοσοκομείο και την καταβολή της μισθοδοσία όλου του προσωπικού εκτός του ιατρικού.

Στην συνέχεια, επί Προεδρίας της Δημοκρατίας από τον Αλέξανδρο Ζαΐμη,

στις 2 Σεπτεμβρίου του 1933, ψηφίστηκε ο Νόμος 5746 / 1933 από τη Βουλή καθώς και τη Γερουσία για την ίδρυση και την οργάνωση του Νοσοκομείου με το όνομα « Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών » το οποίο υπαγόταν στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως και αποτελούσε Νομικό Πρόσωπο του Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.). Βασικός σκοπός του Νοσοκομείου κατά την περίοδο της ίδρυσης του ήταν « Η Νοσηλεία των πασχόντων απόρων από τα κοινά νοσήματα και η Εκπαίδευση των ιατρών, των φοιτητών της Ιατρικής Σχολής και των νοσοκόμων » (Πρόσβαση στην Ιστοσελίδα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών <http://www.laiko.gr/> στις 17/9/2017).

Στην αρχική του μορφή, το Νοσοκομείο αποτελούνταν από ένα ημιυπόγειο, ένα ισόγειο και δυο ορόφους. Παράλληλα, οι διοικητικές υπηρεσίες, το φαρμακείο και η αποθήκη τροφίμων εγκαταστάθηκαν στο ημιυπόγειο και στο ισόγειο αντίστοιχα. Στον 1<sup>ο</sup> όροφο εγκαταστάθηκε η Α Παθολογική Κλινική και το Αμφιθέατρο. Στον 2<sup>ο</sup> όροφο εγκαταστάθηκε η Α Χειρουργική Κλινική και τα Χειρουργεία με την αποστείρωση. Η λειτουργία της Α Παθολογικής Κλινικής άρχισε τον Οκτώβριο του 1933 με Διευθυντή τον Καθηγητή Σπύρο Λιβιεράτο με δυναμικότητα περίπου 100 κλινών. Η λειτουργία της Α' Χειρουργικής Κλινικής άρχισε τον Ιούνιο του 1934 με Διευθυντή τον Καθηγητή Μιχάλη Γερουλάνο με δυναμικότητα 28 κλινών. Στα πλαίσια της συνεργασίας των δυο κλινικών, οι ασθενείς της Χειρουργικής Κλινικής μπορούσαν να πραγματοποιήσουν τις εξετάσεις στα εργαστήρια της Παθολογικής Κλινικής. Παράλληλα, μέχρι το 1940 υπήρξε μεγάλη δυσχέρεια στην ανεύρεση χώρου για τη στέγαση και τη λειτουργία του ακτινολογικού εργαστηρίου και έτσι, οι ασθενείς εξυπηρετούνταν κυρίως από τα ακτινολογικά εργαστήρια άλλων Νοσοκομείων (για παράδειγμα, του Δημοτικού Νοσοκομείου ή του Ευαγγελισμού). Κατά την περίοδο της γερμανικής κατοχής, το Νοσοκομείο επιτάχθηκε από τους Γερμανούς και οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μεταφέρθηκαν σε άλλες δομές.

Σε γενικές γραμμές, οι νέες κλινικές, τα νέα τμήματα και τα νέα εργαστήρια τα οποία λειτούργησαν στο Νοσοκομείο από το 1948 έως το 1960 ήταν τα ακόλουθα :

- Ακτινολογικό Εργαστήριο
- Οφθαλμολογική, Ωτορινολαρυγγολογική και Καρδιολογική Κλινική
- Γυναικολογική Κλινική
- Αιμοδοσία

- Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
- Ουρολογική Κλινική
- Ορθοπαιδική Κλινική
- Αποστείρωση.

Από το 1960 λειτούργησαν περισσότερες καινούργιες Κλινικές αλλά και νέα

Τμήματα :

- Αιμοδυναμικό Εργαστήριο
- Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική
- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
- Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας
- Τμήμα Μεταμοσχεύσεως Νεφρού και Χειρουργικής Νεφροπαθών
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- Αλλεργιολογικό Τμήμα
- Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
- Νεφρολογική Κλινική
- Τμήμα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης
- Μονάδα Εμφραγμάτων
- Τμήμα Ασθενών με Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας
- Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και Διοικητική Διεύθυνση

Από το 1952 έως το 1980 λειτούργησαν στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών διάφορες Σχολές. Αναλυτικά, από το 1952 έως το 1958 άρχισε να λειτουργεί η « Ανωτέρα Σχολή Φυσιοθεραπευτών» και από το 1954 έως το 1969 λειτούργησε και η Σχολή των Βοηθών Νοσοκόμων ( Αποφοίτηση 703 Νοσοκόμων). Παράλληλα, από το 1969 έως το 1980, λειτούργησε εντός του Νοσοκομείου, η Ανωτέρα Σχολή των Αδελφών Νοσοκόμων (ΑΣΑΝ) του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών «Βασιλεύς Παύλος» η οποία ήταν Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και υπαγόταν στο Υπουργείο των Κοινωνικών Υπηρεσιών. Τέλος, το 1980 αγοράστηκε από το Νοσοκομείο το πρώην Μαιευτήριο « Μητέρα» επί της οδού Σεβαστουπόλεως 16 το οποίο χρησιμοποιήθηκε αρχικά για τη στέγαση της ΑΣΑΝ του Λαϊκού Νοσοκομείου και αργότερα ως οίκημα των Αδελφών Νοσοκόμων του Νοσοκομείου. Σήμερα, στο κτίριο στεγάζονται κυρίως Τμήματα, Εργαστήρια, Ιατρεία αλλά και η Κλινική μιας Ημέρας Νοσηλείας.

#### **4.1.2. Ταυτότητα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών**

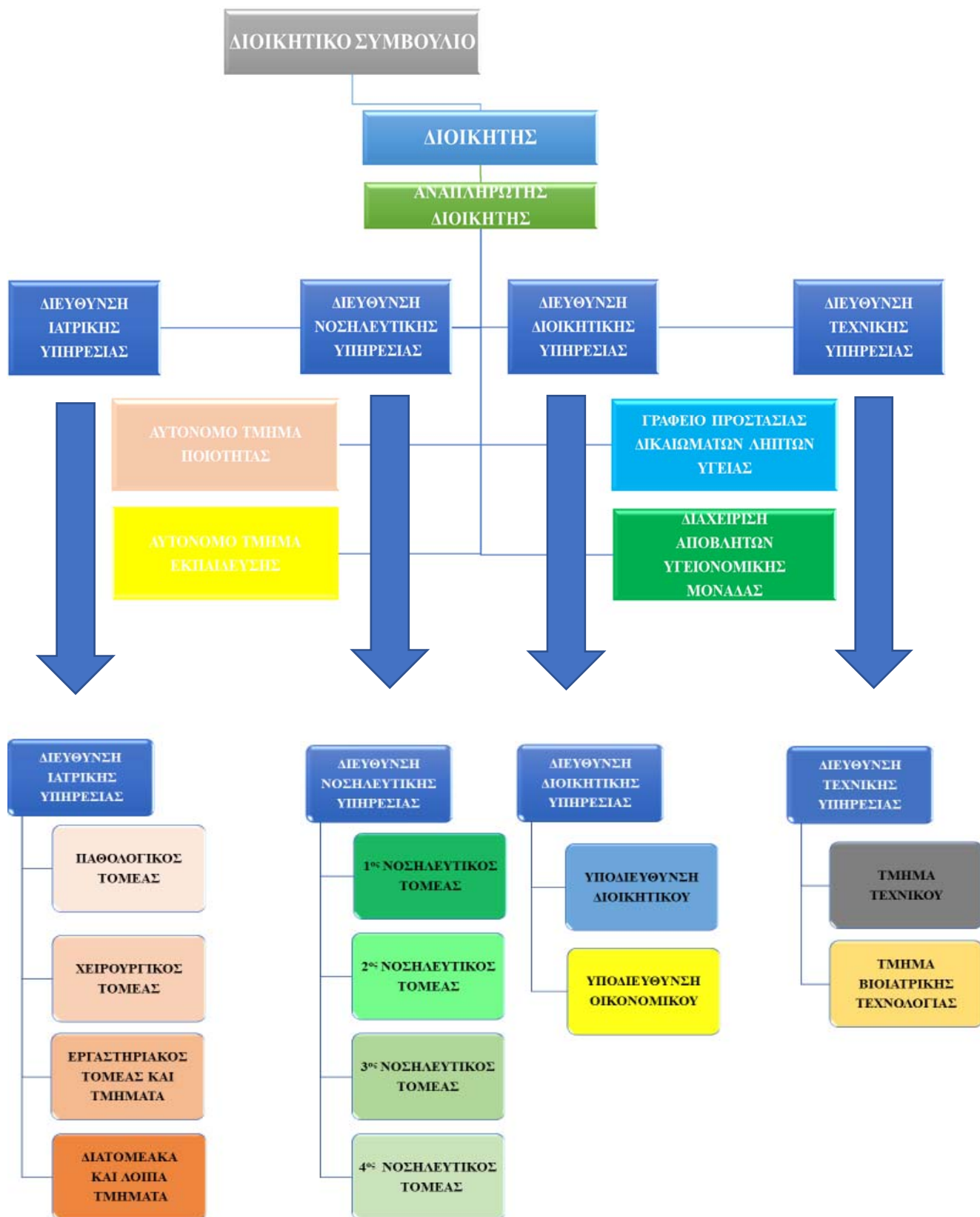
Σύμφωνα με το Φύλλο της Ελληνικής Κυβερνήσεως (ΦΕΚ Β 698 /28/03/2013) το Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών υπάγεται στις διατάξεις του Νομοθετικού Διατάγματος (ΝΔ) 2592 / 53 « Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης » (ΦΕΚ 254 / Α) και σύμφωνα με το άρθρο 7 του Νόμου 3329/2005 ( ΦΕΚ 81 Α'), όπως αυτό έχει τροποποιηθεί και ισχύει, αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής ( 1<sup>η</sup> Υ.Π.Ε.).

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών έχει ως έδρα την Αθήνα καθώς και δική του στρογγυλή σφραγίδα που αποτελείται από τρεις επάλληλους ομόκεντρους κύκλους ως εξής:

- A) Εσωτερικός Κύκλος : Έμβλημα της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- B) Ενδιάμεσος Κύκλος : Διοίκηση 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής - Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών « Λαϊκό ».
- Γ) Εξωτερικός Κύκλος : Ελληνική Δημοκρατία.

Η συνολική δύναμη κλινών του νοσοκομείου ορίζεται σε πεντακόσιες ογδόντα (580) οργανικές κλίνες. Τέλος, με βάση το ΦΕΚ Β 698/ 28/03/2013, την υπουργική απόφαση 13/1- 5/2/1987 και τον Νόμο 2519/1997, άρθρο 18 (ΦΕΚ 165/21.8.1997 τ. Α') το Νοσοκομείο ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου αποτελείται από τέσσερις Υπηρεσίες ( Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική - Οικονομική, Τεχνική), δύο Αυτοτελή Τμήματα (Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης), και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης των Πολιτών. Στη συνέχεια, παρατηρώντας το Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών « Λαϊκό » που ακολουθεί, προκύπτει η διαπίστωση ότι καθεμιά από τις τέσσερις Υπηρεσίες, τα Αυτοτελή Τμήματα και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη έχουν την δική τους ιεραρχική δομή αλλά και συγκρότηση. Οι Υπηρεσίες ( Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική, Τεχνική) υπάγονται στον Διοικητή και κατ' επέκταση στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου. Τέλος, τα Αυτοτελή Τμήματα αλλά και το Ειδικό Γραφείο της Υποστήριξης των Πολιτών υπάγονται στον Αναπληρωτή Διοικητή.

## 4.1. Οργανόγραμμα Του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών



### **4.1.3. Αποστολή και Ρόλος του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .**

Σκοποί του Νοσοκομείου είναι :

1) Η παροχή Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον πληθυσμό της ευθύνης της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Υγειονομικές Περιφέρειες. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτως από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση με βάση τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος της Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

2) Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση αλλά και η επιμόρφωση των ιατρών, των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Επιπλέον, βασικό μέρος της εκπαιδευτικής λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών είναι η εκπαίδευση των φοιτητών των ιατρικών τμημάτων του Πανεπιστημίου Αθηνών και των φοιτητών άλλων συναφών τμημάτων.

3) Η ανάπτυξη και η προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Σε αυτή την κατεύθυνση, το Νοσοκομείο εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και με διεθνείς οργανισμούς αλλά και επιστημονικά αλλά και ερευνητικά κέντρα.

4) Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα αλλά και τις υπόλοιπες μονάδες της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και την αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε θέματα εφαρμογής εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων για την μελέτη και αξιολόγηση των θεμάτων που αφορούν το χώρο της υγείας στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια.

5) Η εφαρμογή των νέων μεθόδων και των μορφών περίθαλψης με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.

6) Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους οι οποίοι τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, την 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής και το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Σε γενικές γραμμές, στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών το Ανθρώπινο Δυναμικό του κάνει τη διαφορά! Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών διαθέτει επιστημονικό προσωπικό υψηλού επιπέδου και επικεντρώνεται στην εκπαίδευση των αυριανών



ιατρών αλλά και στην βελτίωση των υποδομών, του ιατρικού αλλά και του τεχνολογικού εξοπλισμού με τελικό στόχο να καταστεί το κορυφαίο νοσοκομείο στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ( Μήνυμα της Διοίκησης, στην ιστοσελίδα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, <http://www.laiko.gr/>, πρόσβαση 14/10/2017).

## **4.2. Οργανωτική Δομή του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών.**

### **4.2.1. Όργανα Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.**

Σύμφωνα με Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως (ΦΕΚ) Β 698/ 28/3/2013 αλλά και τη Διαδικτυακή Ιστοσελίδα του Νοσοκομείου ( <http://www.laiko.gr/>), τα Όργανα της Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών είναι τα ακόλουθα: Α) Το Διοικητικό Συμβούλιο, Β) Ο Διοικητής και Γ) Ο Αναπληρωτής Διοικητής.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών αποτελείται από 7 μέλη ( Τον Διοικητή του Νοσοκομείου ο οποίος είναι ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου, τον Αναπληρωτή Διοικητή με την Αναπληρώτρια του, την Διευθύντρια της Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, έναν Εκπρόσωπο των ιατρών αλλά και των ειδικευόμενων ιατρών που υπηρετούν στον Νοσοκομείο και τον Αναπληρωτή του, έναν Εκπρόσωπο του λοιπού προσωπικού, πλην των γιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τον Αναπληρωτή του και τέλος, τρία μέλη με τους αναπληρωτές τους που έχουν οριστεί από τον Υπουργό της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης). Τέλος, η θητεία των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου είναι διετής.

Η Γούλα (2007), αναφέρει ότι στις αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου υπάγεται η έγκριση του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης καθώς και του επιχειρησιακού σχεδίου αντιμετώπισης των μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου, των προτάσεων για την επέκταση του Νοσοκομείου (για παράδειγμα η Δημιουργία ή Συγχώνευση Τμημάτων), των θεμάτων που αφορούν το Νοσοκομείο ως Οργανισμό (ο Ετήσιος Προγραμματισμός των πιθανών προσλήψεων, ο Συνολικός Προϋπολογισμός, ο Ετήσιος Προϋπολογισμός των Εφημεριών, το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών), της χρηματοδότησης για τα νέα έργα τα οποία θα πρέπει να πραγματοποιηθούν, των προτάσεων για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων και την αποδοχή Δωρεών από το Νοσοκομείο, την Ετήσια Έκθεση των Πεπραγμένων

και την χορήγηση της πάσης φύσεων εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού αλλά και του υπόλοιπου προσωπικού.

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου έχει διοριστεί από το Υπουργείο Υγείας και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο. Παράλληλα, ο Διοικητής προΐσταται του Συνόλου των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου και σε αυτόν, υπάγονται το Επιστημονικό Συμβούλιο και η Επιτροπή Λοιμώξεων. Σύμφωνα με την Σούλα (2007) οι αρμοδιότητες του Διοικητή του Νοσοκομείου είναι οι ακόλουθες :

- Η οργάνωση, ο συντονισμός, ο έλεγχος και η εύρυθμη λειτουργία όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.
- Η επεξεργασία και η αξιολόγηση όλων των προτάσεων και των αιτημάτων των Υπηρεσιών και του Προσωπικού.
- Η υποβολή προς έγκριση στο Διοικητή της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας ( 1η Υ.Π.Ε.), της επαναπροκήρυξης των θέσεων των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Η τοποθέτηση των Προϊσταμένων των Τμημάτων αλλά και των Γραφείων του Νοσοκομείου καθώς και οι μετακινήσεις του προσωπικού μέσα στα διοικητικά όρια της ευθύνης του.
- Η παρακολούθηση σε μηνιαία βάση αλλά και η ορθή εκτέλεση του Ετήσιου Προϋπολογισμού.
- Η εκπροσώπηση του Νοσοκομείου σε Δικαστικά Θέματα.
- Η συγκρότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου
- Η εκτέλεση όλων των αρμοδιοτήτων που του ανατίθεται από τον Διοικητή της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας ( 1η Υ.Π.Ε).

Ολοκληρώνοντας, ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου είναι το τρίτο Διοικητικό Όργανο και υπάγονται σε αυτόν τα Αυτόνομα Τμήματα της Εκπαίδευσης, του Ελέγχου Ποιότητας, το Γραφείο της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας και η Διαχείριση των Αποβλήτων της Υγειονομικής Μονάδας.

Στις κύριες αρμοδιότητες του Αναπληρωτή Διοικητή περιλαμβάνονται οι ακόλουθες:

- Ο συντονισμός των θεμάτων της πληροφορικής και της μηχανογράφησης.
- Η παρακολούθηση των θεμάτων έρευνας και εκπαίδευσης του ιατρικού νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού.

- Η πιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Ο συντονισμός των θεμάτων που σχετίζονται με την υγιεινή αλλά και την ασφάλεια των εργαζομένων.
- Η μέριμνα για τη σύνταξη του ετήσιου προγράμματος των εφημεριών και των μηναίων προγραμμάτων τους μετά από εισήγηση των διευθυντών και των αντίστοιχων υπηρεσιών.
- Η παρακολούθηση αλλά και ο έλεγχος της λίστας αναμονής των ασθενών και ο καθορισμός των κριτηρίων διάθεσης των κλινών στις θέσεις Α και Β.
- Η απόφαση για την κατανομή των χειρουργικών τραπεζιών μετά από την εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και τέλος,
- Η εισήγηση για την οικονομική ενίσχυση και τη διοικητική υποστήριξη των χρηματοδοτούμενων ερευνητικών προγραμμάτων από τους φορείς εκτός Νοσοκομείου στο Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

#### **4.2.2 Οργανωτική Διάρθρωση του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών**

Σύμφωνα με την Γούλα (2007) όλοι οι οργανισμοί ανάλογα με το μέγεθος τους, αποτελούνται από Διευθύνσεις, Τομείς, Τμήματα και Αυτοτελείς Μονάδες. Με βάση το Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως ΦΕΚ Β 698/28/03/2013, την Υπουργική Απόφαση 13/1- 5/2/1987 και το Νόμο 2519 / 1997, άρθρο 18 (ΦΕΚ 165/21.8.1997 τ. Α') σχετικά με την αναμόρφωση του οργανισμού του νοσοκομείου, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών απαρτίζεται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες, τα Αυτοτελή Τμήματα αλλά και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη.

**1) Ιατρική Υπηρεσία** : Η Ιατρική Υπηρεσία είναι ο πρώτος πυλώνας της επιχειρησιακής λειτουργίας ενός Νοσοκομείου. Η Ιατρική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών διαρθρώνεται σε τέσσερις βασικούς τομείς σε κάθε ένα από τους οποίους περιλαμβάνονται Τμήματα κατά Ειδικότητα, Ειδικές Μονάδες αλλά και Πανεπιστημιακές Κλινικές :

## Πίνακας 4.1

Ιατρική Υπηρεσία στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (2017)

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ( ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ )			
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ( 200 ΚΛΙΝΕΣ )	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ( 350 ΚΛΙΝΕΣ)	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΚΑΙ ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ( 30 ΚΛΙΝΕΣ)
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	2 <sup>ο</sup> ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
Α' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΤΜΗΜΑ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ	ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΩΡΛ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΤΜΗΜΑ ΠΥΡΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ	
ΜΟΝΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	
ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΤΜΗΜΑ	
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ		ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ			

Πηγή : <http://www.laiko.gr/>, πρόσβαση στις 22/9/2017

Οι αρμοδιότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών είναι οι ακόλουθες ( άρθρο 9 ΦΕΚ Β 698/28/03/2013 ) :

- Η Παροχή των Υπηρεσιών Υγείας.
- Η Προώθηση και Προαγωγή της Υγείας.
- Η Εκπαίδευση του Προσωπικού που στελεχώνει την Ιατρική Υπηρεσία.
- Ο Προγραμματισμός και ο Έλεγχος των Παρεχόμενων Υπηρεσιών της Υγείας.

- Η Κατάρτιση Πρωτοκόλλων για την Παροχή και την Ανάπτυξη των Ιατρικών Υπηρεσιών από Διεύθυνση, τους Τομείς και τα Τμήματα.
- Η Οργάνωση και Προώθηση της Έρευνας.
- Η Συνεργασία με τις Υπόλοιπες Υπηρεσίες του Νοσοκομείου για τη συνεχή βελτίωση των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.
- Η Εποπτεία της Εφημερίας και της Αποτελεσματικής Λειτουργίας των Νοσοκομειακών Κλινών και η Επιστημονική Εποπτεία της Λειτουργίας των Εξωτερικών Ιατρείων, του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και των Χειρουργείων.
- Ο Προγραμματισμός και η Εισήγηση για τη Χορήγηση των Αδειών στο Προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- Η Ενημέρωση και η Τήρηση Φακέλων Νοσηλείας των Ασθενών.
- Η Εποπτεία της Νοσοκομειακής Βιβλιοθήκης.

**2) Νοσηλευτική Υπηρεσία** : Η Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι ο Δεύτερος Πυλώνας στήριξης της επιχειρησιακής λειτουργίας του Νοσοκομείου. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών διαρθρώνεται στους τέσσερις τομείς που ακολουθούν, οι οποίοι περιλαμβάνουν επιμέρους τμήματα :

- **1<sup>ος</sup> Νοσηλευτικός Τομέας** : Διαρθρώνεται σε οκτώ (8) Τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- **2<sup>ος</sup> Νοσηλευτικός Τομέας** : Διαρθρώνεται σε οκτώ ( 8) Τμήματα που καλύπτουν τον Χειρουργικό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας αλλά και τα Χειρουργεία.
- **3<sup>ος</sup> Νοσηλευτικός Τομέας** : Διαρθρώνεται σε επτά (7) Τμήματα που καλύπτουν τον Εργαστηριακό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας
- **4<sup>ος</sup> Νοσηλευτικός Τομέας** : Διαρθρώνεται σε επτά (7) Τμήματα που καλύπτουν τα Δια τομεακά Τμήματα και τα Εξωτερικά Ιατρεία.

Οι αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών είναι οι ακόλουθες (άρθρο 10 ΦΕΚ Β 698/28/03/2013) :

- Παροχή της Νοσηλευτικής Φροντίδας στους ασθενείς σύμφωνα με τους Κανόνες και τα Διδάγματα της Νοσηλευτικής Επιστήμης στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων ιατρών σε κάθε περίπτωση

- Προώθηση και Προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης (Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, Επιμόρφωση και Έρευνα στον Τομέα της Νοσηλευτικής Επιστήμης).
- Προγραμματισμός και Έλεγχος του Προσωπικού και των Παρεχόμενων Υπηρεσιών.
- Τήρηση των Αρχών Λειτουργίας του Νοσοκομείου όπως έχουν καθοριστεί από τους Νόμους, τα Προεδρικά Διατάγματα, τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Νοσοκομείου και τις αποφάσεις του Διοικητού.
- Συνεργασία με τις Υπόλοιπες Υπηρεσίες του Νοσοκομείου.
- Ο Διαχειριστικός Έλεγχος ( καταγραφή εισροών πάσης φύσεως υλικών και φαρμάκων, διάθεση αλλά και κατανάλωση αυτών) των νοσηλευτικών τμημάτων.
- Η ευθύνη της ενημέρωσης, της τήρησης και της φύλαξης από κοινού με την Ιατρική Υπηρεσία των φακέλων της νοσηλείας των ασθενών.
- Η οργάνωση, ο προγραμματισμός αλλά και η εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων.

**3) Διοικητική Υπηρεσία:** Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί τον τρίτο πυλώνα στήριξης της επιχειρησιακής λειτουργίας ενός Νοσοκομείου. Η Διοικητική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών διαρθρώνεται σε δύο υποδιευθύνσεις οι οποίες περιλαμβάνουν επιμέρους τμήματα:

**A) Υποδιεύθυνση του Διοικητικού:** Περιλαμβάνει τα Τμήματα Διαχείρισης του Ανθρωπίνου Δυναμικού, της Γραμματείας του Νοσοκομείου αλλά και της Γραμματείας των Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών και της Κίνησης των Ασθενών.

**B) Υποδιεύθυνση του Οικονομικού:** Περιλαμβάνει κυρίως τα Τμήματα του Οικονομικού, των Προμηθειών και της Επιστάσιας – Ιματισμού.

Οι αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών κατανέμονται με βάση το εκάστοτε τμήμα και είναι οι ακόλουθες (άρθρο 11 ΦΕΚ Β 698 / 28/03/2013):

**A) Υποδιεύθυνση Διοικητικού του Νοσοκομείου**

**1) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού του Νοσοκομείου :**

- Φροντίζει για τη βέλτιστη διοίκηση και την ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού.
- Χειρίζεται κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του Προσωπικού του Νοσοκομείου.
- Έχει την ευθύνη της τήρησης αρχείου των εργαζομένων στο Νοσοκομείο το οποίο θα πρέπει να περιλαμβάνει τις συνταξιοδοτήσεις, τις απολύσεις και τις προσλήψεις του προσωπικού.
- Έχει την ευθύνη για την τήρηση αλλά και την φύλαξη του προσωπικού μητρώου όλων των υπαλλήλων.
- Έχει την ευθύνη της τήρησης του αρχείου για τις βάρδιες, τις άδειες, τις εφημερίες, τις υπερωρίες συνολικά του προσωπικού και την έγκριση τους σε συνεργασία με τις αντίστοιχες διευθύνσεις.
- Έχει την ευθύνη για τον διοικητικό έλεγχο των αδειών τις οποίες παίρνει το προσωπικό του Νοσοκομείου.
- Καταρτίζει και Παρακολουθεί Προγράμματα σχετικά με την Εκπαίδευση, την Επιμόρφωση του Προσωπικού αλλά και την Έρευνα σε συνεργασία με το αρμόδιο τμήμα.

## **2) Τμήμα Γραμματείας του Νοσοκομείου :**

- Έχει την ευθύνη για την γραμματειακή υποστήριξη όλων των ιατρικών και των νοσηλευτικών τμημάτων αλλά και μονάδων του Νοσοκομείου.
- Έχει την ευθύνη της παροχής των πληροφοριών γενικής φύσεως προς το κοινό και τους ασθενείς.
- Είναι υπεύθυνο για την διατήρηση του αρχείου, την τήρηση γενικού πρωτοκόλλου και την διακίνηση της αλληλογραφίας (γραπτής αλλά και ηλεκτρονικής).
- Βεβαιώνει το γνήσιο της υπογραφής και επικυρώνει αντίγραφα.
- Φροντίζει για κάθε θέμα σχετικό με την οργάνωση της γραμματειακής υποστήριξης, σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, τη τήρηση αλλά και την επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων, τη παροχή και τη διακίνηση των πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στην 1η Υ.Π.Ε., στο Υπουργείο της

Υγείας και στους υπόλοιπους αρμόδιους φορείς, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων για τη διεκπεραίωση του έργου του Νοσοκομείου.

### **3) Τμήμα Γραμματείας των Εξωτερικών Ιατρείων και των Επειγόντων**

#### **Περιστατικών του Νοσοκομείου:**

- Έχει την ευθύνη κυρίως για την γραμματειακή υποστήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων και των επειγόντων περιστατικών.
- Φροντίζει, μετά την υποδοχή και την καθοδήγηση των ασθενών από το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του Ειδικού Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη, για την εξυπηρέτηση των πολιτών.
- Τηρεί τα αρχεία των βιβλίων κίνησης των εξωτερικών ιατρείων αλλά και των επειγόντων περιστατικών των οποίων την ευθύνη τήρησης έχει το προσωπικό των τμημάτων που εξετάζει τους ασθενείς. Ρυθμίζει τη σειρά της προσέλευσης των ασθενών και προγραμματίζει την αναγκαία επανεξέτασή τους σε συνεννόηση με τους γιατρούς.
- Χορηγεί σε συνεργασία με την Ιατρική Υπηρεσία τα πιστοποιητικά στους ενδιαφερόμενους μετά από την υποβολή σχετικής αίτησής τους.
- Φροντίζει για την είσπραξη των ανάλογων εσόδων.
- Βεβαιώνει το γνήσιο της υπογραφής και επικυρώνει αντίγραφα.

#### **4) Τμήμα Κίνησης των Ασθενών του Νοσοκομείου:**

- Φροντίζει για την έκδοση των εισιτηρίων και των εξιτηρίων των ασθενών μετά από την έγγραφη εντολή του ιατρού του αντίστοιχου τμήματος και την τήρηση καταλόγου αναμονής και εισαγωγής.
- Τηρεί αρχείο σχετικά με τις διαθέσιμες κενές κλίνες σύμφωνα με στοιχεία τα οποία προσκομίζονται από τις προϊστάμενες των Κλινικών μετά από τον έλεγχο της ιεραρχίας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και αμέσως μετά ενημερώνει τους ασθενείς για την εισαγωγή τους σύμφωνα με τη σειρά που υπάρχει στον κατάλογο της αναμονής.
- Φροντίζει για την παρακολούθηση μέσω των υπηρεσιών του Λογιστηρίου του λογαριασμού ο οποίος πραγματοποιείται από τους νοσηλευόμενους, τη χρέωση των δαπανών νοσηλείας σύμφωνα με τα



παραστατικά τα οποία κατατίθενται από τα ιατρικά τμήματα και το Φαρμακείο και τέλος, την έκδοση των δελτίων παροχής των υπηρεσιών υγείας καθώς και των λοιπών παραστατικών στοιχείων.

- Χορηγεί σε συνεργασία με την Ιατρική Υπηρεσία τα πιστοποιητικά στους ενδιαφερόμενους μετά από υποβολή της σχετικής αίτησης τους.
- Φροντίζει για την είσπραξη των ανάλογων εσόδων.
- Έχει την ευθύνη της φύλαξης αλλά και της σωστής αρχειοθέτησης των ιατρικών φακέλων όλων των ασθενών.

## **B) Υποδιεύθυνση Οικονομικού του Νοσοκομείου**

### **1)Τμήμα Οικονομικού του Νοσοκομείου:**

Στις αρμοδιότητες του Τμήματος Οικονομικού περιλαμβάνονται κυρίως οι ακόλουθες :

- Όλες οι Λογιστικές Δραστηριότητες (Τήρηση της Φορολογικής Νομοθεσίας, Παρακολούθηση των Παγίων και των Αποσβέσεων).
- Η Είσπραξη των Ληξιπρόθεσμων Χρεών του Νοσοκομείου.
- Η Διατήρηση των αποδεικτικών στοιχείων της Πιστωτικής Πολιτικής του Νοσοκομείου.
- Η Διαχείριση των Χρημάτων του Νοσοκομείου.
- Η Έκδοση των Περιοδικών Αναφορών της Ταμιακής Ρευστότητας του Νοσοκομείου, τα Ισοζύγια Εσόδων, Εξόδων και Υλικών.
- Οι Οικονομικές Συναλλαγές με τις Τράπεζες, τα Ασφαλιστικά Ταμεία αλλά και τους προμηθευτές ( οι πληρωμές, οι εισπράξεις αλλά και η έκδοση των Επιταγών).
- Η Προετοιμασία της Μισθοδοσίας του Προσωπικού, η Έκδοση αλλά και ο Έλεγχος των Καταστάσεων Μισθοδοσίας.
- Η Σύνταξη του Οικονομικού Σχεδιασμού συμπεριλαμβανομένου και του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου, ο έλεγχος της παρακολούθησης του και ο Απολογισμός κατά μήνα και κατά έτος.
- Η Κοστολόγηση ανά ιατρική πράξη, η Σύνταξη και Παρακολούθηση των Τμηματικών Προϋπολογισμών.
- Ο Έλεγχος των Αναλώσεων και των Αποθεμάτων των Αναλώσιμων

Υλικών και των Φαρμάκων.

- Η Έκδοση των Μηναίων Αναφορών σχετικά με τα οικονομικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν το Νοσοκομείο.
- Η Σύνταξη Εκθέσεων με το λειτουργικό απολογισμό του νοσοκομείου αλλά και η εκπόνηση των Μελετών Επενδύσεων (οικονομικό μέρος).

## **2) Τμήμα των Προμηθειών του Νοσοκομείου:**

Στις αρμοδιότητες του Τμήματος των Προμηθειών περιλαμβάνονται κυρίως οι ακόλουθες:

- Η Παρακολούθηση των προμηθειών καθώς επίσης του αναλώσιμου και μη υλικού, σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία, η Σύνταξη του Ενιαίου Προγράμματος που αφορά τις Προμήθειες, η Οργάνωση και η Λειτουργία των Αποθηκών του Νοσοκομείου με υγειονομικά, γενικά αλλά και τεχνικά υλικά.
- Η Διεξαγωγή των Περιοδικών και των Ετήσιων απογραφών, η Παραλαβή και η Χρέωση κάθε Αναλώσιμου και Μη Υλικού.

## **3) Τμήμα Επιστασίας - Ιματισμού του Νοσοκομείου :**

Στις αρμοδιότητες του Τμήματος των Προμηθειών περιλαμβάνονται κυρίως οι ακόλουθες:

- Μεριμνά για τον Καθαρισμό, τον Ευπρεπισμό και την Καλή Εμφάνιση του Νοσοκομείου.
- Έχει την ευθύνη για την εκτέλεση των γενικών εργασιών αλλά και των μεταφορών εντός και εκτός του Νοσοκομείου.
- Έχει την ευθύνη του Τηλεφωνικού Κέντρου του Νοσοκομείου.
- Έχει την ευθύνη της Ασφάλειας του Προσωπικού, των Επισκεπτών αλλά και όσων νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο, και της φύλαξης των κτιρίων, και του πάσης φύσεως εξοπλισμού του Νοσοκομείου.
- Μεριμνά για την εξασφάλιση και τη συντήρηση του αναγκαίου ιματισμού για τις ανάγκες του Νοσοκομείου.
- Ευθύνεται για τη διαχείριση, τον καθαρισμό, την συντήρηση αλλά και την ανανέωση του ιματισμού, των στολών του προσωπικού, του συνόλου των κλινοσκεπασμάτων και για τη φύλαξη, την επιδιόρθωση και τη διανομή

τους.

#### **4) Τεχνική Υπηρεσία :**

Η Τεχνική Υπηρεσία αποτελεί τον τέταρτο πυλώνα στον οποίο στηρίζεται η επιχειρησιακή λειτουργία του Νοσοκομείου λόγω της πολυπλοκότητας που υπάρχει στις τεχνολογικές εφαρμογές. Η Τεχνική Υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών « Λαϊκό » διαρθρώνεται σε δύο Τμήματα :

##### **A) Το Τμήμα Τεχνικού**

##### **B) Το Τμήμα της Βιοιαρτικής Τεχνολογίας.**

##### **A) Τμήμα Τεχνικού του Νοσοκομείου :**

Στις αρμοδιότητες του Τμήματος Τεχνικού του Νοσοκομείου ( άρθρο 11 ΦΕΚ Β 698 /28/03/2013): περιλαμβάνονται κυρίως οι ακόλουθες:

- Επιμελείται τη συντήρηση και τις επισκευές των οικοδομικών στοιχείων των κτιρίων του νοσοκομείου και τον κάθε μορφής ξενοδοχειακού τύπου εξοπλισμό του νοσοκομείου, καταβάλλοντας ιδιαίτερη φροντίδα για την εξασφάλιση όλων των απαραίτητων διευκολύνσεων της προσβασιμότητας των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ).
- Έχει την ευθύνη της συντήρησης του περιβάλλοντος χώρου είτε των περιοχών με φύτευση είτε των χώρων στάθμευσης φροντίζοντας για την εξασφάλιση της προσβασιμότητας των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ).
- Διατηρεί πλήρες αρχείο των κλειδιών και αναπαράγει τον απαιτούμενο αριθμό ύστερα από έγκριση των αρμοδίων οργάνων.
- Καταρτίζει τις Μελέτες για την εκτέλεση των έργων, επιβλέπει την ορθή εκτέλεσή τους, σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις, και έχει την ευθύνη για την παραλαβή τους.
- Συντάσσει και ενημερώνει κατ' έτος τον σχεδιασμό της επέκτασης και της αναβάθμισης της τεχνικής υποδομής αλλά και του εξοπλισμού του Νοσοκομείου. Στη συνέχεια, υποβάλει τα στοιχεία στην Υποδιεύθυνση Οικονομικού για να ληφθούν υπόψιν για την κατάρτιση του Ετήσιου Προϋπολογισμού και του Σχεδίου Ανάπτυξης του Νοσοκομείου.
- Έχει την ευθύνη της εκτέλεσης των έργων ανάπτυξης, συντήρησης και διαρκούς βελτίωσης των μηχανολογικών, ηλεκτρικών αλλά και ψυκτικών

εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου και της προμήθειας του απαραίτητου εξοπλισμού και των υλικών.

- Έχει την ευθύνη για την λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής των αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά, την λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων με ομαλό τρόπο και χωρίς προβλήματα.
- Επιμελείται την καλή λειτουργία, τις επισκευές αλλά και τη συντήρηση του τηλεφωνικού κέντρου καθώς επίσης και των τηλεφωνικών συσκευών, των μεγαφωνικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων της παραγωγής αλλά και της διανομής του τηλεοπτικού σήματος, των εγκαταστάσεων της ενδοεπικοινωνίας και κλήσης του προσωπικού, των εγκαταστάσεων του τηλεχειρισμού και ελέγχου του φωτισμού και της πυρασφάλειας.
- Επιμελείται την καλή λειτουργία και την συντήρηση των εφεδρικών γεννητριών του Νοσοκομείου.
- Επιμελείται και συντηρεί τις εγκαταστάσεις των γειώσεων αλλά και του αλεξικέρανου. Φροντίζει για την αποτελεσματική και ομαλή λειτουργία των συστημάτων πυρανίχνευσης και πυρασφάλειας.
- Παρακολουθεί και ελέγχει την ομαλή διανομή ηλεκτρικής ενέργειας στο Νοσοκομείο σε 24ωρη βάση.
- Έχει την ευθύνη της συντήρησης των οχημάτων του Νοσοκομείου.
- Είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή της ενεργειακής πολιτικής την οποία ακολουθεί το Νοσοκομείο. Παράλληλα, παρακολουθεί τις καταναλώσεις της ενέργειας αλλά και των καυσίμων και συντάσσει τις μελέτες για την βελτιστοποίηση της απόδοσης των ενεργειακών συστημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

### **B) Τμήμα της Βιοιατρικής Τεχνολογίας του Νοσοκομείου**

Στις αρμοδιότητες του Τμήματος Βιοιατρικής Τεχνολογίας του Νοσοκομείου ( άρθρο 11 ΦΕΚ Β 698/28/03/2013): περιλαμβάνονται κυρίως οι ακόλουθες:

- Έχει την ευθύνη για την ορθολογική χρήση και την ομαλή λειτουργία της τεχνικής υποστήριξης του ιατρικού εξοπλισμού του Νοσοκομείου και των αναλωσίμων γι' αυτόν υλικών.
- Έχει την ευθύνη για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών με βάση

διεθνή πρότυπα και κανόνες ασφάλειας.

- Έχει την ευθύνη για τη διασφάλιση της ασφαλούς αλλά και αποδοτικής λειτουργίας των μηχανημάτων αλλά και για την εφαρμογή των διεθνών κανόνων ασφάλειας και προστασίας των πασχόντων και του προσωπικού συμπεριλαμβανομένης και της ακτινοθεραπείας.
- Έχει την ευθύνη για τη διενέργεια της προληπτικής και επισκευαστικής συντήρησης των μηχανημάτων του ιατρικού εξοπλισμού, τη σύνταξη και την επίβλεψη τήρησης των συμβολαίων συντήρησης.
- Έχει την ευθύνη για την παρακολούθηση των τεχνολογικών εξελίξεων στη Βιοϊατρική Τεχνολογία και τη Μελέτη Ένταξης τους στο Νοσοκομείο.
- Έχει την ευθύνη για την εισήγηση της προμήθειας νέου εξοπλισμού καθώς και την ανανέωση του υπάρχοντος.
- Έχει την ευθύνη για τη διαχείριση αλλά και τη διερεύνηση των δυσμενών περιστατικών που σχετίζονται με τον ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό.
- Έχει την ευθύνη για την ενημέρωση και την εκπαίδευση του προσωπικού του Νοσοκομείου στην ασφαλή και αποδοτική λειτουργία του ιατρικού αλλά και τεχνολογικού εξοπλισμού και την επιμόρφωση του προσωπικού του Τμήματος σε θέματα συντήρησης των ιατρικών μηχανημάτων.
- Έχει την ευθύνη για την καταγραφή, την αρχειοθέτηση και την συνεχή παρακολούθηση του εξοπλισμού και την τεχνολογική υποστήριξη των ανάλογων ερευνητικών προγραμμάτων.

Κλείνοντας, υπάρχουν δυο Αυτοτελή Τμήματα στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών « Λαϊκό » ( Το Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής και το Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης) και τέλος, το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη.

#### **Α) Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής του Νοσοκομείου :**

Στις αρμοδιότητες του Αυτοτελούς Τμήματος Οργάνωσης και Πληροφορικής ( άρθρο 12 ΦΕΚ Β 698/28/03/2013): περιλαμβάνονται κυρίως οι ακόλουθες:

- Ο χειρισμός των θεμάτων της οργάνωσης των υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

- Η μελέτη, η υπόδειξη και η παρακολούθηση της εφαρμογής των μέτρων για την απλούστευση των γραφειοκρατικών τύπων και των διαδικασιών αλλά και την κατάργηση των περιττών διατυπώσεων, σε συνεργασία με τις Υπηρεσίες του Νοσοκομείου με το αρμόδιο αντικείμενο, καθώς και η εφαρμογή συστήματος διοίκησης με στόχους καθώς επίσης και η μέτρηση της αποδοτικότητας.
- Η εγκατάσταση κάθε νέας εφαρμογής της πληροφορικής και η έναρξη της λειτουργίας της.
- Η διαχείριση της κάθε εφαρμογής από συστηματικής και λειτουργικής πλευράς.
- Η εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού του νοσοκομείου σε θέματα των συστημάτων της πληροφορικής και η αποτελεσματική εκμετάλλευση των συστημάτων πληροφορικής.
- Η συνεχής παρακολούθηση των νέων τεχνολογιών αλλά και η αξιολόγηση της δυνατότητας αξιοποίησής τους από το Νοσοκομείο.
- Οι Περιοδικές και Ετήσιες Εκθέσεις Λειτουργίας.
- Η διαχείριση και λειτουργία του πληροφορικού εξοπλισμού καθώς και η βελτιστοποίηση της αξιοποίησης του εξοπλισμού σε συνάρτηση και με τις εφαρμογές οι οποίες λειτουργούν σε κάθε τμήμα του εξοπλισμού.
- Η εγκατάσταση και συντήρηση του τοπικού ή του ευρύτερου δικτύου των υπολογιστών.
- Η διαχείριση της πρόσβασης των χρηστών στο δίκτυο.
- Η διαχείριση της επικοινωνίας του εσωτερικού δικτύου με εξωτερικά δίκτυα.
- Η προστασία του δικτύου και η αριστοποίηση των πόρων του δικτύου (για παράδειγμα, των δίσκων).
- Η διαχείριση της απόδοσης του δικτύου και τη σχεδίαση της επέκτασης του δικτύου.
- Η κατάρτιση των μελετών αλλά και των τεχνικών προδιαγραφών για την προμήθεια εξοπλισμού της πληροφορικής ( για παράδειγμα, H/Y, S/W, SYSTEM S/W ).

- Αναπτύσσει περιορισμένες σε έκταση εφαρμογές για:
  - α) Την επέκταση της λειτουργικότητας του δικτύου και των επιμέρους υποσυστημάτων της ιατρικής και διοικητικής υπηρεσίας,
  - β) Την προσαρμογή ειδικών πακέτων λογισμικού, για τις περιορισμένες σε έκταση εφαρμογές.
  - γ) Την παρακολούθηση των Δεικτών της Ιατρονοσηλευτικής, Διοικητική και Οικονομικής λειτουργίας του νοσοκομείου.
  - δ) Την Πρόσβαση στο Διαδίκτυο.
- Καταρτίζει το Στρατηγικό Πλάνο της Πληροφορικής έχοντας ως βάση τους γενικότερους στρατηγικούς στόχους του Νοσοκομείου, αλλά και τις ειδικότερες λειτουργικές ανάγκες του.
- Παρακολουθεί την υλοποίηση του Στρατηγικού Πλάνου και ενημερώνεται για την πορεία των έργων πληροφορικής, των τυχόν προβλημάτων ή των πιθανών καθυστερήσεων καθώς επίσης και για τις πιθανές αποκλίσεις από τον αρχικά προβλεπόμενο προϋπολογισμό των έργων.
- Υποβάλλει και δέχεται προτάσεις προς και από, τα αρμόδια τμήματα για την εκπόνηση μελετών και την παρακολούθηση των διαδικασιών οι οποίες σχετίζονται με την εγκατάσταση στο Νοσοκομείο των νέων συστημάτων της Πληροφορικής.
- Είναι υπεύθυνο για τη λήψη αλλά και τη συλλογή πληροφοριών από τα επιμέρους υποσυστήματα του νοσοκομείου για την Διοίκηση αλλά και την Ιατρική Υπηρεσία.

**Β) Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου της Ποιότητας, της Έρευνας αλλά και της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου:**

Στις αρμοδιότητες του Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (άρθρο 13 ΦΕΚ Β 698/28/03/2013) περιλαμβάνονται κυρίως οι ακόλουθες:

- Η προώθηση και η παρακολούθηση της υλοποίησης της Πολιτικής της Ποιότητας, όπως έχει καθοριστεί από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου σε ένα ολοκληρωμένο Σύστημα Ποιότητας το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει: α) Την αναλυτική περιγραφή των δραστηριοτήτων του Νοσοκομείου και των διαδικασιών που τις διέπουν, β) Τον έλεγχο της καλής λειτουργίας των

δραστηριοτήτων αλλά και της τήρησης των διαδικασιών. Οι δραστηριότητες και οι διαδικασίες θα πρέπει διαρκώς να ελέγχονται σε σχέση με την τήρηση τους αλλά και τον βαθμό αποτελεσματικότητάς τους γ) Την τεκμηρίωση και την τήρηση αρχείου Δεικτών αλλά και όλων των ανωτέρω.

- Η εφαρμογή της Πολιτικής Ποιότητας έχει άμεση σχέση με τους σκοπούς του Νοσοκομείου καθώς και με τις ανάγκες αλλά και τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Αναλυτικά, οι αρμοδιότητες του Τμήματος Ποιότητας είναι οι εξής:

α) Η διαρκής ενημέρωση και αναθεώρηση του τύπου των εγγράφων, ο καθορισμός τυποποίησης για μορφές των εγγράφων ειδικών χρήσεων ( ο φάκελος του πάσχοντος, τα εσωτερικά σημειώματα, οι παρουσιάσεις, οι επιστολές προς Δημόσιες Υπηρεσίες), ενδεχομένως και με λογότυπο του Νοσοκομείου.

β) Η διεξαγωγή των εσωτερικών επιθεωρήσεων με σκοπό τη καταγραφή των αποκλίσεων ή μη συμμόρφωσης με το Σύστημα της Ποιότητας.

γ) Η εκπόνηση της πολιτικής και η τήρηση των κανόνων που αφορούν την υγιεινή και την ασφάλεια των εργαζομένων αλλά και των ασθενών που νοσηλεύονται σε συνεργασία με την Ιατρική και Τεχνική Υπηρεσία.

δ) Ο έλεγχος σε συνεργασία με τις αρμόδιες διευθύνσεις για τα απόβλητα και τα απορρίμματα του Νοσοκομείου με τελικό στόχο την προστασία του περιβάλλοντος.

ε) Η εισήγηση μέτρων για την βελτίωση των χώρων εργασίας.

στ) Η πρόληψη και η ανάπτυξη της ευαισθησίας σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των πληροφοριών του νοσοκομείου.

ζ) Η ευθύνη της παρακολούθησης της αποτελεσματικότητας του Συστήματος των Δεικτών Διοίκησης Διαχείριση του νοσοκομείου, η υποβολή των προτάσεων για τη βελτίωση των υπαρχόντων ή και την εισαγωγή νέων εργαλείων της διαχείρισης, ο σχεδιασμός καθώς και η παρακολούθηση των δεικτών της αποτελεσματικότητας οι οποίοι επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών, η υποβολή των προτάσεων για τη βελτίωση ή και για τον



σχεδιασμό νέων υπηρεσιών εξυπηρέτησής των.

η) Η ευθύνη της καταγραφής και παρακολούθησης της λειτουργίας των δραστηριοτήτων καθώς και η ευθύνη για την διαρκή βελτίωση καθώς και εξέλιξη τους σε συνεργασία και με τα αρμόδια τμήματα.

θ) Η διαρκής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών της υγείας από το Νοσοκομείο, για λογαριασμό των πασχόντων. Στις κύριες αρμοδιότητες του είναι η αποδοχή και αξιολόγηση των παραπόνων των πασχόντων, καθώς επίσης και ο σχεδιασμός των ερωτηματολογίων και ερευνών ικανοποίησης, σε συνεργασία με όλες τις αρμόδιες υπηρεσίες αλλά και το Ειδικό Γραφείο της Υποστήριξης του Πολίτη.

ι) Η συνεργασία με τα κατά περίπτωση αρμόδια τμήματα αλλά και το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη για την αποτελεσματική αλλά και τη γρήγορη ανταπόκριση στα παράπονα των πολιτών που σχετίζονται με παροχή υπηρεσιών από το Νοσοκομείο.

ια) Η μέριμνα ώστε να διασφαλίζεται η Πιστοποίηση με βάση τα Διεθνή Πρότυπα, όσον το δυνατόν περισσότερων υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

ιβ) Η κατάρτιση, σε ετήσια βάση ενός προγράμματος σχετικά με τα ερευνητικά προγράμματα και πρωτόκολλα, καθώς επίσης και η παρακολούθηση της υλοποίησης τους.

ιγ) Η ευθύνη της οργάνωσης αλλά και της διοικητικής υποστήριξης όλων των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων του Νοσοκομείου.

ιδ) Η εκπόνηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλο το προσωπικό του Νοσοκομείου.

ιε) Η ευθύνη της υλοποίησης αλλά και της παρακολούθησης των προγραμμάτων της έρευνας και της εκπαίδευσης, που επιχορηγούνται από Ελληνικές ή Διεθνείς Πηγές.

ιστ) Η ευθύνη της Αξιολόγησης των Προγραμμάτων της Έρευνας και της Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου. Εκπονεί τις διαδικασίες για τον εντοπισμό των αναγκών της εκπαίδευσης του προσωπικού όλων των βαθμίδων, για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την παρεχόμενη εκπαίδευση, καθώς και της τήρησης του σχετικού αρχείου των ερευνητικών προγραμμάτων καθώς επίσης και των εκπαιδευτικών σεμιναρίων.

ιζ) Η ευθύνη της παρακολούθησης σε στενή συνεργασία με την Ιατρική Υπηρεσία, του αρχείου των εγκεκριμένων κλινικών δοκιμών και των ερευνητικών πρωτοκόλλων.

#### **Γ) Το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη του Νοσοκομείου:**

Το Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη οργανώνεται και λειτουργεί με βάση τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 3868 / 2010 και τις σχετικές εγκυκλίους ή τις αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας και είναι το αρμόδιο τμήμα για την υποδοχή, την καθοδήγηση, την υποβοήθηση και την πληροφόρηση των πασχόντων που εισέρχονται στο Νοσοκομείο και των συνοδών τους με στόχο την άμεση και σωστή εξυπηρέτησή τους καθώς και για την τήρηση των Κανόνων της Λειτουργίας του Νοσοκομείου.

#### **4.2.3. Το Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.**

Το Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών κατατάσσεται ως εξής:

Πίνακας 4.2

*Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (2015)*

<b>ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ</b>			
	<b>ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ</b>	<b>ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ</b>	<b>ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ</b>
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ( ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ)</b>	476	339	137
<b>ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)</b>	255	165	165
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	736	497	239
<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	190	118	73
<b>ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ</b>	36	22	14
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1693</b>	<b>1141</b>	<b>555</b>

**Πηγή : Υπηρεσία Ανθρώπινου Δυναμικού του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών  
(Οκτώβριος, 2015)**

Αναλυτικά, στην Ιατρική Υπηρεσία, σε σύνολο των 476 οργανικών θέσεων ιατρικού και ειδικευόμενου ιατρικού προσωπικού υπηρετούν 339 ιατροί και αρκετό ειδικευόμενο προσωπικό με τις ακόλουθες ειδικότητες ( Παθολόγοι, Γενικοί Ιατροί Οδοντίατροι, Αλλεργιολόγοι, Αιματολόγοι, Καρδιολόγοι, Ορθοπαιδικοί, Νευρολόγοι, Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι, Πνευμονολόγοι – Φυματιολόγοι, Ενδοκρινολόγοι, ιατροί με ειδίκευση στην Πυρηνική Ιατρική, Γαστρεντερολόγοι, Ουρολόγοι, Κυτταρολόγοι και τέλος, Αναισθησιολόγοι) και υπάρχουν 137 θέσεις που δεν έχουν καλυφθεί.

Παράλληλα, στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών υπάρχει και το λοιπό προσωπικό στην Ιατρική Υπηρεσία ( Φαρμακοποιοί, Φυσικοί, Χημικοί – Βιοχημικοί -Βιολόγοι, Κοινωνικής Εργασίας, Ψυχολόγοι, Διαιτολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Φυσικοθεραπευτές, Εργαζόμενοι με ειδικότητα στα Ιατρικά Εργαστήρια, Τεχνολόγοι Τροφίμων, Ραδιοακτινολόγοι, Παρασκευαστές, Χειρουργοί Ιατρικών Συσκευών και Βοηθί Φαρμακείου) το οποίο υπολογίζεται σε σύνολο των 255 οργανικών θέσεων. Ωστόσο, το Σύνολο του Προσωπικού που υπηρετεί στις θέσεις είναι 165 άτομα και υπάρχουν 92 θέσεις που δεν έχουν καλυφθεί.

Στην συνέχεια, στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, σε σύνολο 736 οργανικών θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού υπηρετούν 497 εργαζόμενοι ( Νοσηλευτές / Νοσηλεύτριες, Μαιές, Βοηθί Νοσηλευτικής και Βοηθί Υγειονομικού Προσωπικού) και υπάρχουν 239 θέσεις κενές. Ακόμα, στη Διοικητική Υπηρεσία σε σύνολο 190 οργανικών θέσεων διοικητικού προσωπικού υπηρετούν 118 εργαζόμενοι (Διοικητικού - Οικονομικού, Πληροφορικής, Στατιστικής, Λογιστικής, Βιβλιοθηκονομίας, Υπάλληλοι Διοίκησης του Νοσοκομείου, Διοικητικών Γραμματέων, Τηλεφωνητών, Μαγείρων, Προσωπικό Ασφαλείας, Εργάτες, Προσωπικό Εστίασης και Καθαριότητας, Νομικό Τμήμα) και υπάρχουν 73 κενές θέσεις. Τέλος, στη Τεχνική Υπηρεσία σε σύνολο 36 οργανικών θέσεων τεχνικού προσωπικού υπηρετούν 22 εργαζόμενοι (Μηχανικοί, Τεχνικοί, Τεχνολογικών Εφαρμογών Μηχανικοί) και οι κενές θέσεις υπολογίζονται στις 14.

Σε γενικές γραμμές, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και των Μνημονίων « Κατανόησης » υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στο Ανθρώπινο Δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (Περίπου 560 κενές Θέσεις στο Σύνολο). Ωστόσο, το Προσωπικό του Νοσοκομείου εξακολουθεί να εργάζεται με αυταπάρνηση αλλά και ανιδιοτέλεια και δείχνει την απαιτούμενη ευαισθησία στις

επιθυμίες αλλά και στις ανάγκες των αρρώστων και των συγγενών τους . Στόχος του Ανθρώπινου Δυναμικού των Τμημάτων και των Κλινικών είναι η άμεση εξυπηρέτηση και η ικανοποίηση των πολιτών μέσα από τις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας οι οποίες τους παρέχονται. Ακόμα, κρίνεται αναγκαία στο μέλλον όταν υπάρξει η κατάλληλη χρηματοδότηση, η επιλογή αλλά και πρόσληψη του προσωπικού μέσω του Ανώτατου Συμβουλίου Προσωπικού ( Α Σ.Ε.Π) έτσι ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του Νοσοκομείου που διογκώνονται μιας και πλέον ο αριθμός των πασχόντων (ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ) οι οποίοι προσέρχονται σε αυτό για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, αυξάνεται.

### **4.3.Ανάλυση Swot του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.**

Στα προηγούμενα κεφάλαια, πραγματοποιήθηκε μια αναλυτική παρουσίαση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών η οποία επικεντρώθηκε στην περιγραφή της πορείας εξέλιξης του Νοσοκομείου από την ίδρυση του έως σήμερα αλλά και στην παρουσίαση της σημερινής εικόνας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών με έμφαση στον ρόλο και στην αποστολή του Νοσοκομείου αλλά και στην ανάλυση της Οργανωτικής Δομής του. Στο παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζεται μια Αξιολόγηση της Λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών με τη χρήση της Μεθόδου SWOT (Strengths – Weaknesses – Opportunities - Threats) η οποία θα λειτουργήσει ως βάση για την χάραξη της νέας στρατηγικής του Νοσοκομείου προσανατολισμένης στους μελλοντικούς σκοπούς και στόχους,

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), η Μέθοδος SWOT είναι « μια τεχνική του προσωρινού προγραμματισμού η οποία αξιολογεί τα Δυνατά Σημεία, τις Αδυναμίες, τις Ευκαιρίες και τους Κινδύνους-Απειλές μιας Εταιρείας, με τη βοήθεια των δεδομένων που συλλέγονται από συνεντεύξεις με επιλεγμένα στελέχη . Ο Πολύζος (2014) επισημαίνει ότι η ανάλυση (SWOT) των Δυνατών και Αδύνατων Σημείων, των Ευκαιριών και των Κινδύνων - Απειλών για μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό λειτουργεί ως η βάση πάνω στην οποία θα αναπτυχθεί η μελλοντική στρατηγική του. Αναλυτικότερα κατά τον Πολύζο (2014) σε ένα Νοσοκομείο :

Ως **Δυνατά Σημεία - Πλεονεκτήματα (Strengths)** θεωρούνται όλα τα ισχυρά σημεία του Νοσοκομείου ίσως και το συγκριτικό του πλεονέκτημα, τα οποία θα πρέπει να αξιοποιηθούν και να καταβληθεί κάθε προσπάθεια διατήρησής τους.

Ως **Αδύνατα Σημεία - Μειονεκτήματα (Weaknesses)** θεωρούνται όλα τα αδύναμα σημεία του Νοσοκομείου για τα οποία θα πρέπει να ληφθούν απαραίτητα μέτρα βελτίωσης ή περιορισμού τους.

Ως **Ευκαιρίες ( Opportunities)** θεωρούνται οι παράγοντες ή τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος τα οποία θα πρέπει το Νοσοκομείο να εκμεταλλευθεί και να αξιοποιήσει μέσα από τη νέα του στρατηγική, για την επίτευξη της αποστολής του.

Ως **Κίνδυνοι (Threats)** θεωρούνται οι παράγοντες ή στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος που θα πρέπει να ανησυχήσουν το Νοσοκομείο και είναι πιθανό να οδηγήσουν σε απόκλιση από την αποστολή του αν δεν ενεργοποιηθούν οι μηχανισμοί αντιμετώπισης τους

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η Ανάλυση Swot του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών . Στον Πίνακα της Ανάλυσης Swot αποτυπώνονται τα Δυνατά Σημεία και τα Αδύνατα Σημεία του Νοσοκομείου, οι Ευκαιρίες στις οποίες μπορεί να επενδύσει και οι Απειλές που μπορούν να οδηγήσουν σε λειτουργικά αλλά και οργανωτικά προβλήματα του Νοσοκομείου. Ασφαλώς, το Νοσοκομείο πρέπει να προβάλλει τα Δυνατά του Σημεία, να βελτιώσει τα Αδύναμα του Σημεία, να εκμεταλλευτεί τις ευκαιρίες και να περιορίσει τις απειλές. Έτσι, θα καταστεί το Κορυφαίο Νοσοκομείο στην παροχή Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας και θα είναι σε θέση να εξυπηρετήσει όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της οικονομικής αλλά και κοινωνικής τους κατάστασης.

Πίνακας 4.3

*S.W.O.T. Ανάλυση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών*

**S**

### **Strengths (Δυνατά Σημεία)**

- Κύρος, Φήμη, Αξιοπιστία.
- Εξειδικευμένες Υπηρεσίες Υγείας
- Συστημική Προσέγγιση στη Διοίκηση και στην Οργάνωση (Χρήση Διαδικασιών Ποιότητας)
- Σύγχρονες Εγκαταστάσεις (Κτίρια) και Τεχνολογικός Εξοπλισμός
- Προγράμματα Έρευνας και Εκπαίδευσης
- Ικανοποίηση του Προσωπικού

**W**

### **Weaknesses (Αδύνατα Σημεία)**

- Οικονομικό Έλλειμμα
- Πεπαλαιωμένη Βιοιατρική Τεχνολογία
- Αδυναμία πλήρους αξιοποίησης των παραγωγικών δυνατοτήτων και μεγαλύτερων εσόδων
- Υψηλό Κόστος Λειτουργίας
- Έλλειψη Χώρων και Υλικών
- Κακό εργασιακό κλίμα

**O**

### **Opportunities (Ευκαιρίες)**

- Συμμετοχή του Νοσοκομείου στην 1<sup>η</sup> Υ.Π.Ε.
- Διεύρυνση της Αγοράς
- Χρηματοδότηση Επενδύσεων
- Πρόγραμμα της Χωροταξικής Ανασυγκρότησης
- Πρόγραμμα της Ποιότητας – Πιστοποίηση / Διαπίστευση / Κύκλοι Ποιότητας
- Πληροφορική - Τηλεϊατρική
- Ρύθμιση των Ελλειμμάτων
- Διοίκηση και Οργάνωση ως το Πρότυπο για τα Δημόσια Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

**T**

### **Threat (Απειλές)**

- Δυσμενής Οικονομική Κατάσταση
- Υψηλή Διείσδυση – Διεύρυνση του Ιδιωτικού Τομέα
- Μεταβολές / Ελλείψεις του Προσωπικού
- Δίκτυο Προμηθευτών (Με Χρέη)
- Αλλαγή Τεχνολογίας
- Αύξηση της Νοσηρότητας και των απαιτήσεων των ασθενών στη ευρύτερη περιοχή ευθύνης του Νοσοκομείου
- Γραφειοκρατία

Πηγή: <http://www.laiko.gr/>, (2017) και Πολύζος (2014)

### **4.3.1. Δυνατά Σημεία (Strengths)**

**Κύρος, Φήμη και Αξιοπιστία :** Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών βρίσκεται σε κοντινή τοποθεσία ( Περιοχή Γουδί, Δήμος Ζωγράφου) με το Κέντρο της Αθήνας. Συνεπώς, η πρόσβαση είναι άμεση είτε μέσω του Μετρό ( Σταθμοί του Μετρό : Αμπελόκηποι, Κατεχάκη αλλά και Πανόρμου βρίσκονται σε κοντινή απόσταση στο Νοσοκομείο), είτε μέσω των Λεωφορείων ή Τρόλεϊ. Ακόμα, το Νοσοκομείο βρίσκεται πάρα πολύ κοντά σε κεντρικούς οδικούς άξονες του Νομού Αττικής (Για παράδειγμα, η Περιφερειακή Οδός του Υμηττού, η Λεωφόρος Μεσογείων, η Λεωφόρος Κατεχάκη, αλλά και η Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας) με αποτέλεσμα να διευκολύνεται η άμεση και ταχύτατη πρόσβαση μέσω αυτοκινήτου όχι μόνο από τους πολίτες αλλά από τους επισκέπτες του Νομού Αττικής, Τέλος, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών βρίσκεται κοντά στο Διεθνές Αεροδρόμιο Ελευθέριος Βενιζέλος καθώς επίσης και στο Λιμάνι του Πειραιά πράγμα το οποίο οδηγεί στην ανάπτυξη των διαπεριφερειακών ροών (Πολλά Τακτικά καθώς επίσης και έκτακτα Περιστατικά προέρχονται από την Υπόλοιπη Ελλάδα). Επομένως, η μεγάλη φήμη καθώς και οι αξιόπιστες υπηρεσίες της υγείας που παρέχονται από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών στους πολίτες εντός αλλά και εκτός του Νομού Αττικής αναδεικνύουν τον κυρίαρχο ρόλο που κατέχει στην συνείδηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

**Εξειδικευμένες Υπηρεσίες Υγείας :** Στην συνέχεια, ένα από τα Δυνατά Σημεία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών« είναι η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών της υγείας από το έμπειρο ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό ( οι μεταμοσχεύσεις των νεφροπαθών, οι εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις οι οποίες παρέχονται στους πάσχοντες κα η χρήση της ρομποτικής χειρουργικής είναι μερικά μόνο από τα παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών υγείας). Παράλληλα, η ύπαρξη των πρωτοποριακών τμημάτων (για παράδειγμα, η Μονάδα Εμφραγμάτων, η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, το Κέντρο της Μεσογειακής Αναιμίας, το Αιματολογικό Τμήμα, το Τμήμα της Πυρηνικής Ιατρικής) σε συνδυασμό με το εξειδικευμένο προσωπικό έχουν οδηγήσει στην αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

**Συστημική Προσέγγιση στη Διοίκηση και στην Οργάνωση του Νοσοκομείου.**  
**(Χρήση των Διαδικασιών Ποιότητας) :**

Ένα από τα Δυνατά σημεία του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών είναι οι Ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας που προσφέρει οι οποίες βασίζονται στα Διεθνή Πρότυπα Πιστοποίησης Ποιοτικού Ελέγχου. Στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών βασικός υπεύθυνος του Συστήματος Διασφάλισης της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας είναι ο Διοικητής του Νοσοκομείου που εισηγείται τους στόχους της Ποιότητας, παρακινεί το Προσωπικό, ασκεί έλεγχο και τέλος, επιβραβεύει ή διορθώνει την εργασία του. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο στην διασφάλιση της Ποιότητας των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου διαδραματίζει ο Αναπληρωτής Διοικητής, το Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου της Ποιότητας, της Έρευνας και της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου και τέλος, οι Διευθυντές των Υπηρεσιών και Τμημάτων καθώς και τα εντεταλμένα στελέχη για την Ποιότητα ( Επιτροπές των Λοιμώξεων, των Φαρμάκων, της Θνητότητας και της Νοσηρότητας, των Πρακτικών Χειρουργείων, των Ιατρικών Φακέλων, της Διαχείρισής του Αίματος). Τέλος, υπάρχει το Εγχειρίδιο της Ποιότητας το οποίο περιλαμβάνει τις δεσμεύσεις για όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με τη διασφάλιση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας του Νοσοκομείου.

Σε γενικές γραμμές, στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών εφαρμόζεται ο Ποιοτικός Έλεγχος των Υπηρεσιών της Υγείας. Σύμφωνα με τον Wolper (2001), ο Ποιοτικός Έλεγχος αναφέρεται « στην παρακολούθηση συγκεκριμένης διαδικασίας και στην καταγραφή τυχόν αποκλίσεων από τα αναμενόμενα. Επιπλέον, ο Ποιοτικός Έλεγχος είναι εμφανής στη παρακολούθηση του εξοπλισμού και των διαδικασιών. Η διαδικασία του Ποιοτικού Ελέγχου απαιτεί την τήρηση των αρχείων ελέγχων και της παρακολούθησης. Αυτά θα πρέπει να είναι διαθέσιμα σε έναν εξωτερικό ρυθμιστικό φορέα ή φορέα πιστοποίησης. Για παράδειγμα, ένας πάσχοντας μπορεί να χρησιμοποιεί το γλυκόμετρο (μια συσκευή ανίχνευσης του επιπέδου της γλυκόζης στο αίμα) τρεις φορές την ημέρα ενώ από την άλλη πλευρά ένας νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιεί το γλυκόμετρο, δυο ή τρεις φορές την ημέρα σε 25 πάσχοντες. Στην περίπτωση που το γλυκόμετρο δεν έχει ελεγχθεί και ρυθμιστεί, οι ενδείξεις του μπορεί να παρεκκλίνουν σημαντικά από τις πραγματικές τιμές, με αποτέλεσμα η θεραπεία να είναι εσφαλμένη. Συμπερασματικά, η παρακολούθηση της ρύθμισης μιας Δημήτριος Μιχαλάκης 109/194



τέτοιας συσκευής είναι ένα παράδειγμα ποιοτικού ελέγχου».

Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών , ο Ποιοτικός Έλεγχος διεξάγεται με βάση τα Διεθνή Πρότυπα της Πιστοποίησης ISO 9001 : 2000 και ISO 15189 : 2007 (Παράρτημα 7α). Συγκεκριμένα, τα Τμήματα του Νοσοκομείου τα οποία έχουν πιστοποιηθεί είναι τα εξής:

1. Το Κέντρο Μεσογειακής Αναιμίας (Κ.Μ.Α.) - Μονάδα Προγεννητικής Διάγνωσης, είναι πιστοποιημένο κατά το πρότυπο ISO 9001:2000.
2. Η Κεντρική Αποστείρωση είναι πιστοποιημένη κατά το πρότυπο ISO 9001:2000.
3. Το Κέντρο της Αιμοδοσίας είναι πιστοποιημένο κατά το πρότυπο ISO 9001 : 2000.
4. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ( Μ..Ε.Θ ) βρίσκεται σε διαδικασία της πιστοποίησης κατά το πρότυπο ISO 9001 : 2000.
5. Το Βιοχημικό Τμήμα βρίσκεται σε διαδικασία της πιστοποίησης, κατά το πρότυπο: ISO 15189 : 2007.
6. Το Τμήμα της Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας βρίσκεται σε διαδικασία πιστοποίησης κατά το πρότυπο: ISO 15189 : 2007.

Ακόμα, ο Φορέας της Πιστοποίησης του Κέντρου της Μεσογειακής Αναιμίας – Προγεννητικής Διάγνωσης, του Κέντρου της Αιμοδοσίας καθώς και της Κεντρικής Αποστείρωσης είναι η Εταιρεία TUV AUSTRIA HELLAS. Κλείνοντας, θα πρέπει να επισημανθεί ότι εφαρμόζεται Σύστημα Μέτρησης της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, ο Φορέας που εφαρμόζει αυτό το Σύστημα Μέτρησης της Ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι η Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη.

**Σύγχρονες Εγκαταστάσεις και Τεχνολογικός Εξοπλισμός:** Ένα από τα δυνατά σημεία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών είναι οι κτιριακές του εγκαταστάσεις και ο τεχνολογικός εξοπλισμός του. Συγκεκριμένα, το Νοσοκομείο διαθέτει 580 κλίνες και τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί νέες υποδομές για την κάλυψη των

κτιριακών αναγκών του. Σύμφωνα με τα στοιχεία της 1<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε για τον Λειτουργικό Εκσυγχρονισμό των Δομών και των Υποδομών με στόχο τη Διασφάλιση και Προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στα Νοσοκομεία (2014) στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών :

α) Δημιουργήθηκαν καινούργιες υποδομές για την στέγαση 4 νέων κλινικών (Αιματολογική, Γυναικολογική, Ωτορινολαρυγγολογική, Οφθαλμολογική Κλινική).

β) Έχουν ανακαινιστεί 2 κλινικές ( Α Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ορθοπεδική Κλινική). Επίσης, ανακαινίστηκε το Κτιριακό Συγκρότημα που ανήκει στο Νοσοκομείο, στην Οδό Σεβαστουπόλεως ( Ισόγειο, Υπόγειο και 4<sup>ος</sup> Όροφος).

γ) Έχουν εγκατασταθεί δύο Νέοι Ανελκυστήρες στο Νοσοκομείο.

δ) Έχουν ενεργοποιηθεί δύο ακόμα κρεβάτια στη Μονάδα της Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ).

ε) Έγινε η Προμήθεια ενός Μηχανήματος Ρομποτικής ( Νέος Τεχνολογικός Εξοπλισμός)

**Προγράμματα Έρευνας και Εκπαίδευσης** : Ακόμα, αρκετά σημαντικός είναι ο ρόλος του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών στην Έρευνα αλλά και στα Εκπαιδευτικά Προγράμματα: Υπάρχει το Γραφείο της Εκπαίδευσης και το Γραφείο της Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο τα οποία λειτουργούν από κοινού και παρέχουν τα προγράμματα κατάρτισης στο Προσωπικό του Νοσοκομείου καθώς και εκπαιδευτικά σεμινάρια. Ταυτόχρονα, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών επιδεικνύει πλούσιο ερευνητικό έργο με πολλά στελέχη του να συμμετέχουν ενεργά σε ελληνικά και διεθνή συνέδρια, προβαίνοντας σε δημοσιεύσεις στον ελληνικό και διεθνή επιστημονικό τύπο.

**Ικανοποίηση του Προσωπικού** : Κλείνοντας, ένα δυνατό στοιχείο για το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών μπορεί να προκύψει από την ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με τους Palaiologou et al (2006), τα Νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο αποτελούν τον σημαντικότερο πυλώνα σε ένα πολύ

αποτελεσματικό Σύστημα Υγείας με τους γιατρούς αλλά και τους νοσηλευτές να παρέχουν κρίσιμη περίθαλψη μέσα σε αυτά. Η επαγγελματική ικανοποίηση καθώς και η παρακίνηση συντελούν στην αύξηση των επιδόσεων των εργαζομένων και οι οργανισμοί υγείας μπορούν να προβούν σε αρκετές ενέργειες για την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, με επίκεντρο την παροχή κινήτρων όχι μόνο στο υφιστάμενο αλλά και στο μελλοντικό προσωπικό. Σύμφωνα με τους Kontodimoroulo et all (2009), το κίνητρο είναι μια εσωτερική κινητήρια δύναμη που δεν επηρεάζεται εύκολα από τους εξωτερικούς παράγοντες, ωστόσο ο Manager μπορεί μέσω των κινήτρων να ικανοποιήσει τους εργαζομένους με αποτέλεσμα να παρακινηθούν. Βέβαια, αυτή η διαδικασία είναι μια από τις πιο περίπλοκες που έχει να εκτελέσει η Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, καθώς η ικανοποίηση των εργαζομένων επηρεάζεται από οικονομικούς και μη παράγοντες και ως εκ τούτου τα κίνητρα των εργαζομένων μεταβάλλονται συνεχώς. Ωστόσο, η Παρακίνηση και η Θέσπιση Κινήτρων θεωρείται απαραίτητη γιατί το Προσωπικό του Νοσοκομείου θα εργάζεται με μεγαλύτερη όρεξη και θα αφοσιωθεί στα καθήκοντα του με αποτέλεσμα την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, διατηρώντας το κύρος και τη φήμη του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

#### **4.3.2. Αδυναμίες (Weaknesses)**

**Το Οικονομικό Έλλειμμα :** Μια από τις αδυναμίες που παρουσιάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι το Οικονομικό Έλλειμμα. Με βάση τα στοιχεία του Νοσοκομείου που υπάρχουν διαθέσιμα στη Διαύγεια (Ισολογισμοί 2011 έως 2016), από το 2011 περίοδο στην οποία η χώρα έχει συνάψει τα Μνημόνια Κατανόησης μέχρι το 2015 τα καθαρά αποτελέσματα χρήσης εμφανίζουν είτε κέρδη ( αυξημένα ή μειωμένα), είτε ζημιές ( μικρής ή και μεγάλης έκτασης ). Αναλυτικά, με βάση τα Στοιχεία των Ισολογισμών το 2011 παρουσιάστηκαν ζημιές στο Νοσοκομείο υπολογισμένες σε 7.151.602,62 €. Στη συνέχεια, το 2012, το Νοσοκομείο εμφάνισε αυξημένα κέρδη υπολογισμένα στα 13.488.366,17 €. Έπειτα, από το 2013 έως και το 2015 τα κέρδη του Νοσοκομείου μειώνονται συνεχώς με αποτέλεσμα να καταλήξουν σε έντονες ζημιές ( Τα κέρδη το 2013 υπολογίζονται στα 6.858.424,76 €, το 2014 στα 1.164.061,06 € και το 2015 εμφανίζονται ζημιές υπολογισμένες στα - 20.919.816,90 € ). Σε γενικές γραμμές, τα Κέρδη του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών μειώνονται με αποτέλεσμα το 2015 να υπάρχει μεγάλο οικονομικό έλλειμμα το οποίο

Δημήτριος Μιχαλάκης 112/194

μειώνεται σε μεγάλο βαθμό το 2016 ( υπολογίζονται στα - 4.605.537,38 €, οι Ζημίες στο Νοσοκομείο ) πράγμα που οφείλεται στη σφιχτή οικονομική πολιτική την οποία ακολουθεί η Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών με άμεσο στόχο τον περιορισμό του Ελλείμματος.

**Πεπαλαιωμένη Βιοιατρική Τεχνολογία :** Έπειτα, μια δεύτερη αδυναμία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών« είναι η Πεπαλαιωμένη Βιοιατρική του Τεχνολογία. Σύμφωνα με τον Τούντα (2008), ο Παγκόσμιος Οργανισμός της Υγείας ( Π.Ο.Υ.) έχει ταξινομήσει την Βιοιατρική Τεχνολογία ανάλογα, με τον προορισμό ή τον τρόπο χρήσης της ως ακολούθως :

1) Θεραπευτικές Τεχνολογίες :

- Διάγνωση ( για παράδειγμα, Διαγνωστική Ιατρική Απεικόνιση).
- Θεραπεία ( για παράδειγμα, Εξωσωματική Λιθοτριψία).
- Αποκατάσταση ( για παράδειγμα, Τεχνητά Μέλη).

2) Προληπτικές Τεχνολογίες :

- Πρωτοβάθμια Πρόληψη ( για παράδειγμα, Αντικαπνιστικές Μέθοδοι).
- Δευτεροβάθμια Πρόληψη ( Διαλογή για τον Καρκίνο του Μαστού).

3) Προαγωγικές Τεχνολογίες :

- Η κατηγορία αυτή δεν έχει ακόμη αναπτυχθεί.

Ειδικότερα, οι ιατρικές συσκευές είτε θεραπευτικής, είτε προληπτικής τεχνολογίας μπορούν να ταξινομηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Συσκευές Επείγουσας Ιατρικής για την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών (για παράδειγμα, τα Μηχανήματα Μηχανικής Αναπνοής).
- Συσκευές της αιμοκάθαρσης και των εκχύσεων (για παράδειγμα, τα Μηχανήματα Εξωνεφρικής Κάθαρσης).
- Διαγνωστικές Συσκευές της Ηλεκτροιατρικής (για παράδειγμα, το Ηλεκτροκαρδιογράφημα).
- Συστήματα Απεικόνισης και Ακτινοδιαγνωστικής (για παράδειγμα, ο Αξονικός Τομογράφος).
- Συσκευές Θεραπείας (για παράδειγμα, τα Μηχανήματα του Λείζερ)
- Εργαστηριακές Συσκευές (για παράδειγμα, ο Δονητής Αμαλγάματος).

Συμπερασματικά, η Βιοιατρική Τεχνολογία είναι πεπαλαιωμένη στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και η Διοίκηση πρέπει να προχωρήσει άμεσα στην ανανέωση

ανανέωση της. Αν και γίνονται προσπάθειες στον τομέα αυτό (Αγορά Μηχανήματος της Ρομποτικής), θα πρέπει να αναζητηθούν οικονομικοί πόροι είτε μέσω του ΕΣΠΑ 2014-2020, είτε μέσω των Χορηγιών, είτε μέσω του Κρατικού Προϋπολογισμού για την αγορά του σύγχρονου εξοπλισμού βιοιατρικής τεχνολογίας έτσι ώστε η χρήση του νέου εξοπλισμού να οδηγήσει στην προσφορά ποιοτικότερων Υπηρεσιών Υγείας απέναντι στους Πολίτες.

**Αδυναμία της πλήρους αξιοποίησης των παραγωγικών δυνατοτήτων και των μεγαλύτερων εσόδων του Νοσοκομείου :**

Ακόμα, μια τρίτη αδυναμία του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών είναι η αδυναμία της πλήρους αξιοποίησης των παραγωγικών δυνατοτήτων και των μεγαλύτερων εσόδων του Νοσοκομείου. Για παράδειγμα, η λειτουργία ορισμένων τμημάτων του Νοσοκομείου είναι ελλιπής κυρίως λόγω έλλειψης των ειδικοτήτων ή νοσηλευτικού προσωπικού αν και υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός αλλά και η αυξημένη ζήτηση από τους Πολίτες. Η Κατερίνα Παπαευθυμίου (2016) επισημαίνει ότι για παράδειγμα, στην Χειρουργική Κλινική με 45 ασθενείς υπάρχουν διαθέσιμοι μόνο 8 νοσηλευτές για να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα, αριθμός ο οποίος φυσικά δεν επαρκεί. Τέλος, στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ( Μ.Ε.Θ.) υπάρχουν αρκετά κρεβάτια κλειστά λόγω της έλλειψης Προσωπικού

**Υψηλό Κόστος στη Λειτουργία του Νοσοκομείου :**

Παράλληλα, μια ακόμα αδυναμία στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι το υψηλό κόστος στη λειτουργία του. Το υψηλό κόστος στη Λειτουργία του Νοσοκομείου προκύπτει αφενός, από την επιθυμία των πολιτών να προβούν σε Διαγνωστικές Εξετάσεις που έχουν μεγαλύτερο κόστος για να λάβουν Ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας και αφετέρου, από την αγορά των Αναλώσιμων Υλικών με αυξημένες τιμές επειδή οι προμηθευτές γνωρίζοντας ότι θα καθυστερήσει η καταβολή των πληρωμών ( μερικές φορές φτάνει τον ένα χρόνο ), συμπεριλαμβάνουν στην τιμή πώλησης των υλικών και τους τόκους για το διάστημα αυτό, εξαιτίας της καθυστέρησης στην είσπραξη των εσόδων του Γενικού νοσοκομείου Αθηνών από τα ασφαλιστικά ταμεία ( Εφημερίδα τα Νέα, 2007, στην ιστοσελίδα <http://www.tanea.gr/relatedarticles/article/48782/?iid=2>). Τέλος, το υψηλό κόστος προκύπτει και από το γεγονός ότι υπάρχουν περιπτώσεις που οι γιατροί ζητούν « φακελάκι » από τους πάσχοντες για να προσφέρουν την καλύτερη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ( Για παράδειγμα, η σύλληψη του Αγγειοχειρουργού το 2012 αποτυπώνει την κατάσταση που επικρατεί εν μέρει στο Γενικό Νοσοκομείο

Αθηνών, Ιστοσελίδα του Τηλεοπτικού και Ραδιοφωνικού Σταθμού Σκαι στο <http://www.skai.gr/news/greece/article/196161/sunelifthi-aggeioheirourgios-tou-laikou-gia-dorodokia/> , 29/02/2012) η οποία σαφώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί για να περιοριστεί το Υψηλό Λειτουργικό Κόστος και τα Φαινόμενα της Διαφθοράς στο Νοσοκομείο.

**Χωροταξικές Ελλείψεις και Ελλείψεις Υλικών:** Στις αδυναμίες του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών περιλαμβάνονται οι ελλείψεις σε χώρους (κτιριακές υποδομές που δεν επαρκούν για να καλύψουν την αυξημένη ζήτηση των Υπηρεσιών Υγείας του Νοσοκομείου από τους πολίτες) καθώς και οι ελλείψεις σε υλικά απαραίτητα για την πραγματοποίηση εξετάσεων αλλά και των χειρουργείων (αυξημένος χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των χειρουργείων). Γενικά, οι Κτιριακές Υποδομές του Νοσοκομείου δεν επαρκούν και το πρόβλημα γίνεται εντονότερο κυρίως τις ημέρες των Εφημεριών του Νοσοκομείου (Στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών ( Τ.Ε.Π.) αλλά και στην Παθολογική Κλινική η έλλειψη κλινών οδηγεί στις τοποθετήσεις των ασθενών σε άλλες Κλινικές του Νοσοκομείου, για παράδειγμα στην ΩΡΛ Κλινική ή πολλές φορές και στην τοποθέτηση ράντζων).

**Κακό Εργασιακό Κλίμα :** Τέλος, μια από τις αδυναμίες που υπάρχει στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και γενικά, στα Δημόσια Νοσοκομεία είναι το κακό εργασιακό κλίμα. Οι συγκρούσεις που προκύπτουν μεταξύ του Ιατρικού και του Νοσηλευτικού Προσωπικού για την μέθοδο θεραπείας που θα ακολουθηθεί (ιδίως στα Χειρουργεία), η σωματική αλλά και ψυχική καταπόνηση, το εργασιακό στρες, οι αναπόφευκτες εντάσεις με τους συγγενείς των πασχόντων, ο μεγάλος όγκος εργασίας. είναι χαρακτηριστικά που συναντά κανείς κάθε μέρα στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών . Ωστόσο, μέσα σε αυτό το εργασιακό κλίμα, οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου επιδεικνύουν αυταπάρνηση και ζήλο στα καθήκοντα τους, παρέχοντας τις άριστες Ποιοτικά Υπηρεσίες Υγείας χάρη στις οποίες έχει εδραιωθεί η Φήμη και το Κύρος του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

#### **4.3.3. Ευκαιρίες (Opportunities)**

**Συμμετογή στην 1η Υ.Π.Ε :** Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ανήκει στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος και αποτελεί μια αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη μονάδα με οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια. Στο πλαίσιο αυτό, οι βασικοί στρατηγικοί στόχοι του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών πρέπει να κινούνται στην

κατεύθυνση των στόχων της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας, όπως αυτοί ορίζονται από την πολιτική που αυτή ασκεί. Η 1η Υγειονομική Περιφέρεια έχει ως αρμοδιότητες την υποβολή εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη αλλά και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της συγκεκριμένης περιφέρειας. Επιπλέον, μέσα από τις κλινικές έρευνες αλλά και τα έργα που έχουν πραγματοποιηθεί στα Νοσοκομεία, έχει στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επομένως, συμμετέχοντας στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια ( 1η Υ.Π.Ε )η Διοίκηση του Νοσοκομείου είναι σε θέση να διαμορφώσει ένα επιχειρηματικό και στρατηγικό σχέδιο μέσω του οποίου θα επιτραπεί η ανάπτυξη του Management, η αξιοποίηση αλλά και η προβολή των Δυνατών Σημείων του Νοσοκομείου.

#### **Διεύρυνση της Αγοράς του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών :**

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών θα πρέπει να διευρύνει την αγορά στην οποία παρέχει τις υπηρεσίες του. Αναλυτικά, μπορεί να συνεργαστεί με τα Νοσοκομεία και τις Κλινικές στην Ελλάδα αλλά και στο Εξωτερικό. Παράλληλα, μπορούν να αναπτυχθούν συνεργασίες μεταξύ του Προσωπικού του Νοσοκομείου ( Ιατρών και Νοσηλευτών) με το Προσωπικό Κλινικών και Νοσοκομείων σε όλο τον κόσμο. Η Ακαδημαϊκή Έρευνα με την συνεργασία της Ιατρικής Ομάδας του Νοσοκομείου με άλλα Νοσοκομεία είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Ακόμα, η Χωροταξική Ανασυγκρότηση (Δημιουργία των Υποδομών, Ανακαίνιση Κτιρίων, Κλινικών και Τμημάτων) μπορεί να προσελκύσει μεγάλο αριθμό επισκεπτών στο Νοσοκομείο. Νέες εγκαταστάσεις στα Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία και η αγορά Νέου Στόλου των Ασθενοφόρων μπορούν να καταστήσουν το Νοσοκομείο Πόλο Έλξης για την παροχή Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας, Τέλος, η ανάπτυξη καλών σχέσεων και η συνεργασία με τους Προμηθευτές περιορίζει τα Έλλείμματα και δημιουργεί μια πολύ καλή εικόνα του Νοσοκομείου σε παγκόσμιο επίπεδο.

Σαφέστατα, με τη χρήση των Συστημάτων της Πιστοποίησης όπως το Temos (παράρτημα 7β), το Νοσοκομείο μπορεί να εξασφαλίσει Ποιοτικές Υπηρεσίες Υγείας και να καλύψει τις απαιτήσεις των πολιτών και ενδιαφερόμενων τον Ιατρικό Τουρισμό, Ο Ιατρικός Τουρισμός είναι από τις ταχύτατα αναπτυσσόμενες υπηρεσίες στον κόσμο. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα καταγράφονται 14,5 εκατομμύρια αφίξεις τουριστών από όλο τον κόσμο αναδεικνύοντας έτσι τη δυνατότητα προβολής του Ιατρικού Τουρισμού ως μιας νέας αναπτυσσόμενης υπηρεσίας. Στόχος είναι η

προσέλκυση των Τουριστών και η ενίσχυση της εικόνας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών με στόχο την ανάδειξη του ως το κορυφαίο Νοσοκομείο στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

### **Χρηματοδότηση των Επενδύσεων :**

Η Χρηματοδότηση των Επενδύσεων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών μπορεί να προέλθει μέσω των παρακάτω πηγών ανάλογα με τη περίπτωση :

#### **1) ΕΣΠΑ 2014-2010 ( Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης ) για την Υγεία :**

Το Πρόγραμμα έχει 4 βασικούς στόχους ( Ιστοσελίδα Ευρωπαϊκής Ένωσης, [https://ec.europa.eu/health/programme/policy\\_el](https://ec.europa.eu/health/programme/policy_el) ) οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι:

- Προαγωγή της Υγείας, Πρόληψη των Νόσων και Διαμόρφωση Συνθηκών. κατάλληλων για υγιεινούς τρόπους ζωής με βάση την αρχή « η υγεία σε όλες τις πολιτικές.
- Προστασία των Πολιτών της Ένωσης από σοβαρές διασυνοριακές απειλές κατά της υγείας.
- Συμβολή σε καινοτόμα, αποδοτικά και βιώσιμα Συστήματα Υγείας
- Διευκόλυνση της πρόσβασης των πολιτών της Ένωσης σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.

Στα πλαίσια των πολιτικών για την ενθάρρυνση της Καινοτομίας αλλά και της βελτίωσης της Ποιότητας της Νοσοκομειακής Περίθαλψης, το Νοσοκομείο μπορεί να λάβει χρηματοδότηση για την δημιουργία των Κλινικών Εργαστηρίων για τη μέτρηση της Ποιότητας, για την εισαγωγή του Ιατρικού Φάκελου, για τον εκσυγχρονισμό του Δικτύου Επικοινωνίας εντός του Νοσοκομείου ( Ψηφιακή Εποχή της Επικοινωνίας) αλλά και την εισαγωγή της Τεχνολογίας του Γραμμικού Κώδικα (barcode) για την ενίσχυση της ασφάλειας αλλά και τον εκσυγχρονισμό της υλικοτεχνικής μέριμνας του ( Επιτυγχάνεται η ακρίβεια των αποθεμάτων, η συνολική επιχειρησιακή απόδοση, η ιχνηλασιμότητα και η ορατότητα υλικών και φαρμάκων



άμεσης ανάλωσης).

## **2) Μίσθωση (Leasing) του Ιατρικού Εξοπλισμού :**

Σύμφωνα με τους Βασιλείου και Ηρειώτη (2015), η Μίσθωση (Leasing) είναι « μια νομική σύμβαση ανάμεσα σε δυο μέρη, όπου ο ιδιοκτήτης ενός περιουσιακού στοιχείου [ο εκμισθωτής ( lessor)] παραχωρεί σε κάποιον άλλο[τον μισθωτή ( lessee)] το αποκλειστικό δικαίωμα της χρήσης του περιουσιακού στοιχείου, συνήθως για μια προσυμφωνημένη χρονική περίοδο, έναντι προσυμφωνημένων περιοδικών πληρωμών (μισθωμάτων)» . Με άλλα λόγια, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών μπορεί αντί της αγοράς νέων μηχανημάτων, να προχωρήσει στην εκμίσθωση μηχανημάτων και του ιατρικού εξοπλισμού από τις επιχειρήσεις οι οποίες τα πωλούν και να αποφύγει την επιβάρυνση του Προϋπολογισμού η οποία θα ήταν κατά πολύ μεγαλύτερη στην περίπτωση αγοράς των μηχανημάτων και του ιατρικού εξοπλισμού.

## **3)Χορηγίες προς το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών :**

Στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών μπορεί να δημιουργηθεί μια Επιτροπή Διαχείρισης Χορηγιών της οποίας βασική αποστολή θα είναι η σύναψη των συμφωνιών για χορηγίες προς το Νοσοκομείο από Επιχειρήσεις στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό καθώς επίσης και από Ιδρύματα στην Ελλάδα αλλά και στο Εξωτερικό ( για παράδειγμα, Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος, Ίδρυμα Ωνάση). Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να χρηματοδοτηθεί η κατασκευή νέων τμημάτων, κλινικών αλλά και η αγορά νέου ιατρικού εξοπλισμού.

## **4)Χρηματοδότηση με βάση ένα Προαποφασισμένο Νοσήλιο για καθεμιά εισαγωγή η περίπτωση ( per case payment ), που συνήθως διαφοροποιείται με τη διάγνωση ( για παράδειγμα, Diagnostic Related Groups – DRGs) :**

Σύμφωνα με τους Schreyoegg et al (2006) τα Diagnostic Related Groups – DRGs είναι Συστήματα Βασισμένα σε Κάθε Περίπτωση ( Case Based ), τα οποία και αποσκοπούν στην κατηγοριοποίηση της παρέμβασης εντός του Νοσοκομείου με τον διαχωρισμό των ασθενών σε ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες και στοχεύοντας στην παρακολούθηση της ποιότητας και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και των απαιτούμενων και αναλωθέντων πόρων. Ακόμα, οι Kobel et al (2011), επισημαίνουν ότι το Σύστημα DRG είναι ένα σύστημα ταξινόμησης ασθενών (Patient Classification

System ) που έχει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά : 1) Συλλογή των Δεδομένων από τις Νοσοκομειακές Εξαγωγές των Ασθενών σε τακτική βάση που αφορούν τον ασθενή, τη θεραπεία αλλά και τα χαρακτηριστικά του παρόχου και χρησιμοποιούνται για την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε 2) ένα διαχειρίσιμο αριθμό ομάδων, οι οποίες θα πρέπει να είναι 3) κλινικά ουσιώδεις και 4) οικονομικά ανομοιογενείς .

Στην Ελλάδα, στα Δημόσια Νοσοκομεία όπως και στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών χρησιμοποιείται ένα Σύστημα DRGs , τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια ( Κ.Ε.Ν.) τα οποία εισήχθησαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας με την Κοινή Υπουργική Απόφαση ( 4α / οικ.85649 / 27-7-11) τα οποία έχοντας ως βάση τα AR – DRGs κατατάσσουν τους ασθενείς βάσει: 1) Της διάγνωσης (αρχική Διάγνωση μέσω ICD -10 και τελική διάγνωση μέσω Κ.Ε.Ν), 2) Των υπηρεσιών οι οποίες λαμβάνονται, συμπεριλαμβανομένων της διάρκειας νοσηλείας της ανάγκης ή όχι μιας χειρουργικής επέμβασης και άλλων ιδιαιτεροτήτων, 3) των επιπλοκών οι οποίες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (ειδικά DRGs), 4) των συνυπαρχουσών παθήσεων μέσω των ιατρικών εξετάσεων ( ICPC – 2) και τέλος, 5) της ηλικίας και του φύλου του ασθενούς. (Μανδάλου, 2013). Στόχος της εισαγωγής του Συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων ( Κ.Ε.Ν.) στο Νοσοκομείο είναι ο περιορισμός του υψηλού κόστους στη Λειτουργία του Νοσοκομείου που προκύπτει από τη συχνή διεξαγωγή εξετάσεων και η εξοικονόμηση χρηματικών πόρων για την αναδιοργάνωση των βασικών υποδομών και λειτουργιών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .

### **Πρόγραμμα της Χωροταξικής Ανασυγκρότησης του Νοσοκομείου :**

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών χαρακτηρίζεται από την έλλειψη του χώρου που είναι εμφανής ιδίως στις ημέρες της Εφημερίας. Συνεπώς, η Διοίκηση θα πρέπει να προχωρήσει σε ένα πρόγραμμα χωροταξικής ανασυγκρότησης το οποίο θα πρέπει να περιλαμβάνει την επέκταση των κτιριακών εγκαταστάσεων στο μέτρο του δυνατού, την δημιουργία μεγαλύτερων τμημάτων για όλες τις ιατρικές ειδικότητες (ειδικότερα η επέκταση της Παθολογικής και της Χειρουργική Κλινικής κρίνεται αναγκαία όπως επίσης και η ενίσχυση με Κλίνες για να καλυφθεί η μεγάλη ζήτηση που υπάρχει για την παροχή υπηρεσιών υγείας στις Ημέρες της Εφημερίας) και τέλος, την δημιουργία νέων Χώρων Στάθμευσης για το Προσωπικό και για την διευκόλυνση των Ατόμων με Δημήτριος Μιχαλάκης

Ειδικές Ανάγκες ( Α.Μ.Ε.Α ) και των συγγενών τους,

### **Πρόγραμμα της Ποιότητας – Διαπίστευση – Κύκλοι Ποιότητας :**

Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, η Διοίκηση μπορεί να υποβάλλει ένα επιχειρηματικό σχέδιο επέκτασης των συστημάτων πιστοποίησης και του ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου στο σύνολο των Τμημάτων αλλά και των Κλινικών του Νοσοκομείου. Παράλληλα, μπορεί να εισηγηθεί την εφαρμογή ενός Συστήματος της Διαπίστευσης. Η **Διαπίστευση** είναι η επίσημη αναγνώριση από έναν αρμόδιο αναγνωρισμένο φορέα ο οποίος ονομάζεται Οργανισμός της Διαπίστευσης (Accreditation Body), ότι ένας άλλος οργανισμός ( για παράδειγμα, φορέας / εταιρεία πιστοποίησης, ελέγχου, επαλήθευσης, ή εργαστήριο μετρήσεων και δοκιμών) έχει την ικανότητα να παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες ή λειτουργίες ( μερικά παραδείγματα τέτοιων υπηρεσιών είναι η έκδοση των πιστοποιητικών συμμόρφωσης, η έκδοση των εκθέσεων του ελέγχου ή/και δοκιμών και η έκδοση των εκθέσεων επαλήθευσης ). Σε γενικές γραμμές, σύμφωνα με τον Σύνδεσμο των Ελληνικών Επιχειρήσεων και των Βιομηχανιών ( <http://www.sev.org.gr/> ) και την Hellas Cert ( Ελληνική Ένωση των Διαπιστευμένων Φορέων Επιθεώρησης και Πιστοποίησης, <http://www.hellascert.gr/> Ορισμός της Διαπίστευσης, 2017) η Διαπίστευση είναι πολύ σημαντική γιατί βεβαιώνει την τεχνική επάρκεια, την αξιοπιστία καθώς και την καταλληλότητα των οργανισμών που διαπιστεύει έτσι ώστε οι επιχειρήσεις πιστοποίησης να εξασκούν με αξιοπιστία για λογαριασμό τους τις Δραστηριότητες της Πιστοποίησης των Τεχνικών Ελέγχων και των Δοκιμών.

Τέλος, μπορούν να αναπτυχθούν οι Κύκλοι Ποιότητας στα Τμήματα και στις Κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών . Οι Κύκλοι Ποιότητας είναι « μια δραστηριότητα ελέγχου της ποιότητας και αφορούν αποκλειστικά το ανθρώπινο δυναμικό ενός Νοσοκομείου. Συμβάλλουν στην επίτευξη της αρμονικής συνεργασίας μεταξύ του Προσωπικού του Νοσοκομείου, με πλήρη κατανόηση των ευθυνών τόσο από την πλευρά των Ιατρών, των Νοσηλευτών αλλά και των Διοικητικών Στελεχών. Συστήνονται έτσι επιτροπές οι οποίες όταν εντοπίσουν ένα πρόβλημα, το αναλύουν και στη συνέχεια προτείνουν στην Διοίκηση μια πιθανή λύση του. Η Διοίκηση από την πλευρά της, αξιολογεί την πιθανή λύση, καταφεύγοντας ή όχι στην εφαρμογή της. Συνήθως επιλέγεται ένα πρόβλημα το οποίο σχετίζεται με τον έλεγχο της ποιότητας ή

την παραγωγικότητα για να γίνει το αντικείμενο συζήτησης στο εσωτερικό του κύκλου. Τέλος ο πρωταρχικός σκοπός των Κύκλων Ποιότητας είναι η λήψη των αποφάσεων και πρωτοβουλιών και η ανάληψη ευθυνών».(Τζωρτζάκη Α & Τζωρτζάκης Κ,2007).

### **Επένδυση στην Πληροφορική και στην Τηλεϊατρική**

Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών η Διοίκηση έχει προχωρήσει σε μια διαδικασία αναδιοργάνωσης των Συστημάτων της Πληροφορικής με στόχο την εισαγωγή του Νοσοκομείου στη νέα ψηφιακή εποχή. Πράγματι, η εγκατάσταση του συστήματος μηχανογράφησης και πληροφορικής ολοκληρώθηκε επιτυχώς το 2012 με αποτέλεσμα το Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών διαθέτει ένα σύγχρονο Δίκτυο Πληροφορικής σε όλους τους χώρους με άμεση πρόσβαση στο Διαδίκτυο. Παράλληλα, μα βάση τα στοιχεία της 1η Υγειονομικής Περιφέρειας για το 2014, στον Τομέα της Πληροφορικής πραγματοποιήθηκαν τα ακόλουθα :

- Ηλεκτρονική Διασύνδεση Κλινικών και Εργαστηρίων.
- Ηλεκτρονική Παραγγελία και Λήψη Εργαστηριακών Εξετάσεων.
- Ηλεκτρονική Διασύνδεση των Εργαστηρίων του Κτιρίου της Σεβαστουπόλεως με τις Κλινικές του Νοσοκομείου.
- Διασύνδεση Αιμοδοσίας με τις Κλινικές.
- Κάρτα των Χρόνιων Ασθενών.
- Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση .
- Ηλεκτρονική Κοστολόγηση των Χειρουργικών Επεμβάσεων.

Τέλος, στις αρχές του 2018 έχει προγραμματιστεί η πιλοτική εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου των πασχόντων που θα περιλαμβάνει το ιστορικό του ασθενή (τις εξετάσεις που έχει κάνει, τα φάρμακα που έχει λάβει και τις Μονάδες Υγείας που έχει επισκεφθεί). Η χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου των πασχόντων γίνεται με στόχο να αξιολογηθούν οι κίνδυνοι για κάθε πάσχοντα, να διευκολυνθεί η παροχή φροντίδας σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, να εκτιμηθεί ο βαθμός της ικανοποίησης του ασθενούς, να δημιουργηθούν σχέδια περίθαλψης, να ενισχυθεί η πρόληψη και η υποστήριξη της νοσηλευτικής φροντίδας και τέλος, να υπάρξει τεκμηρίωση όλων των

παρεχόμενων υπηρεσιών ( φαρμακευτική αλλά και θεραπευτική αγωγή). Σε γενικές γραμμές, ο ηλεκτρονικός φάκελος θα χρησιμοποιηθεί από το Νοσοκομείο για τη διαχείριση της φροντίδας των πασχόντων αλλά και για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Παράλληλα, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών μπορεί να επενδύσει στη Τηλεϊατρική και στην επέκτασή της σε όλα τα Τμήματα και τις Κλινικές. Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό της Υγείας (<https://healthinformationsys.wordpress.com/>, 2012) η Τηλεϊατρική είναι « Η παροχή ιατρικής περίθαλψης – σε περιπτώσεις που η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας – από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της Υγείας χρησιμοποιώντας τις τεχνολογίες των πληροφοριών και επικοινωνιών για την ανταλλαγή της έγκυρης πληροφορίας για τη διάγνωση, αγωγή και πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και εκτίμηση, όπως και τη συνεχή εκπαίδευση των λειτουργιών Υγείας, αλλά και για όλα αυτά που βρίσκονται στο πεδίο ενδιαφέροντος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της κοινωνίας». Παράλληλα, οι στόχοι ενός Συστήματος της Τηλεϊατρικής είναι οι ακόλουθοι :

- Μεταφορά της Πληροφορίας, όχι του Πάσχοντα.
- Καλύτερη Πληροφόρηση προς τους Πάσχοντες.
- Ιατρική Εμπειρογνωμοσύνη, διαθέσιμη σε όλους, ανεξάρτητα από την τοποθεσία του πάσχοντα.
- Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα των υπηρεσιών της ιατρικής περίθαλψης.
- Γρηγορότερες και ασφαλέστερες αποφάσεις για θεραπεία (Μεταφορά ιατρικών εικόνων και εύκολη πρόσβαση στον Ιατρικό Φάκελο).

Στην Ελλάδα, η Τηλεϊατρική έχει καθιερωθεί με τον Νόμο 3984/27- 6 - 2011(άρθρο 66, παράγραφος 16) όπου αναφέρεται ότι οι Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής παρέχονται με τη συγκατάθεση του πάσχοντα ή των συγγενών του και αποκλειστική ευθύνη έχει ο θεράπων ιατρός που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Επίσης, οι Υπηρεσίες της Τηλεϊατρικής παρέχονται συμβουλευτικά και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικά. Στις Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής περιλαμβάνονται η Τηλεσυμβουλευτική,

η Τηλεδιαχείριση, η Τηλεμετρία-Τηλεπαρακολούθηση, η Τηλεϊατρική για Επείγοντα Περιστατικά, η Τηλεκπαίδευση και η Τηλεψυχιατρική . Όλες αυτές οι Υπηρεσίες της Τηλεϊατρικής μπορούν να αναπτυχθούν στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών εφόσον υπάρχει η κατάλληλη χρηματοδότηση. Έτσι, θα αναβαθμιστούν σε μεγάλο βαθμό οι παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας του Νοσοκομείου και θα αποτελέσει πόλο έλξης των Πολιτών.

### **Ρύθμιση των Ελλειμμάτων**

Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών όπως και τα υπόλοιπα Δημόσια Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ( Ε. Σ. Υ.), βρίσκεται αντιμέτωπο με διογκωμένα ελλείμματα εξαιτίας της τρέχουσας οικονομικής κρίσης αλλά και του κουρέματος των ασφαλιστικών ταμείων. Στο Νοσοκομείο δημιουργούνται Ελλείμματα εξαιτίας της Κακοδιαχείρισης των Προϋπολογισμών του, των Φαινομένων της Προκλητής Ζήτησης των Υπηρεσιών Υγείας από τους ιατρούς και εξαιτίας της έλλειψης εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης και των προϋπολογισμών. Παράλληλα, στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών παρατηρούνται φαινόμενα όπως η Μεγάλη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, η Έντονη Ζήτηση των Διαγνωστικών Εξετάσεων Υψηλού Κόστους από τους ασθενείς και το Υψηλό Κόστος Αναλώσιμων Υλικών με αυξημένες τιμές από τους προμηθευτές τα οποία δημιουργούν Ελλείμματα.

Η Διοίκηση του Νοσοκομείου θα πρέπει να αντιμετωπίσει τα ελλείμματα έτσι ώστε το Νοσοκομείο να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Πράγματι, η ρύθμιση των Ελλειμμάτων στα Δημόσια Νοσοκομεία αλλά και στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών « γίνεται στα χρόνια της Οικονομικής Κρίσης μέσω της περιστολής των δαπανών σε αναλώσιμα υλικά, της αντικατάστασης των Φαρμάκων με Γενόσημα με χαμηλότερη τιμή και των σφιχτών προϋπολογισμών. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι τρόποι ρύθμισης του Ελλείματος και της συγκράτησης των Δαπανών όπως είναι η αναπροσαρμογή της συμμετοχής του ασφαλισμένου με βάση το εισόδημα ( στόχος είναι η αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος των εξετάσεων που σημειώνονται σημαντικές υπερβάσεις με στόχο να περιοριστούν οι σπατάλες ) και η καθιέρωση μηχανισμού ελέγχου των τιμών των φαρμάκων και των αναλώσιμων υλικών που θα έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων αλλά και τον περιορισμό των ελλειμμάτων.

## **Διοίκηση και Οργάνωση ως το πρότυπο για τα Δημόσια Νοσοκομεία.**

Η εφαρμογή του Ν. 2889/2001 στο χώρο της Υγείας, επέφερε καινοτομίες και σημαντικές αλλαγές στην οργανωτική δομή των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., μεταξύ των οποίων και η αντικατάσταση των Προέδρων από Διοικητές με σημαντικότερη εμπειρία στα Θέματα της Διοίκησης, οι οποίοι υποχρεούνται να συνάψουν για τις Υπηρεσίες Υγείας που εποπτεύουν ένα συμβόλαιο αποδοτικότητας με συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν. Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών η χρησιμοποίηση του Νοσοκομειακού Management και των σύγχρονων μεθόδων Διοίκησης και Οργάνωσης αναμένεται να μειώσει σημαντικά τα γραφειοκρατικά προβλήματα και να συμβάλλει αποφασιστικά στην παροχή Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας και στην βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των Νοσοκομείων. Βασικός Στόχος της Διοίκησης - Management του Νοσοκομείου είναι να καταστεί το Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών ως το κορυφαίο Νοσοκομείο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και οι σύγχρονες μέθοδοι της Διοίκησης και της Οργάνωσης να λειτουργήσουν ως πρότυπα για τα υπόλοιπα Δημόσια Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ( Ε.Σ.Υ.)

### **4.3.4. Απειλές (Threats)**

#### **Δυσμενής Οικονομική Κατάσταση**

Η πρώτη απειλή που πρέπει να αντιμετωπίσει το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι η Δυσμενής Οικονομική Κατάσταση η οποία επικρατεί στην Ελλάδα. Είναι γεγονός, ότι από το 2010 όπου η Ελλάδα έχει υπογράψει το Πρώτο Μνημόνιο Κατανόησης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ( Δ.Ν.Τ.) και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα ( Ε.Κ.Τ.) μέχρι και σήμερα, η Δημοσιονομική Πολιτική περιλαμβάνει Μέτρα Λιτότητας. Τα Μέτρα Λιτότητας προκαλούν αρκετές αντιδράσεις στους Έλληνες Πολίτες μιας και περιλαμβάνουν υψηλούς φόρους και περικοπές στις δαπάνες με στόχο να μειωθεί το κρατικό έλλειμμα. Χαρακτηριστικές συνέπειες των Μέτρων Λιτότητας είναι η μείωση των μισθών και των συντάξεων, η περικοπή των Δημόσιων Δαπανών του Κοινωνικού Χαρακτήρα, η αύξηση του ορίου της συνταξιοδότησης και η αύξηση της Ανεργίας με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών.

Σαφέστατα, κατά την περίοδο της Οικονομικής Κρίσης, ο χώρος της Υγείας δεν θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστος. Οι πολιτικές που ακολουθούνται από το 2010 μέχρι και σήμερα, έχουν δημοσιονομικό χαρακτήρα και οι μεταρρυθμίσεις που

πραγματοποιούνται έχουν ως κύριο στόχο την περικοπή των δαπανών, την μείωση των Ελλειμμάτων των Νοσοκομείων (Η εφαρμογή Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων ( Κ.Ε.Ν.) και του Συστήματος Διπλογραφικού Λογιστικού Ελέγχου των χρήσεων στα Νοσοκομεία με την δημοσίευση των ελεγμένων ισολογισμών είναι τα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση) και την καλύτερη διαχείριση των προμηθειών και των φαρμάκων (Η εφαρμογή ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η νέα νομοθεσία σχετικά με το θεσμικό πλαίσιο των προμηθειών και η βελτίωση των μηχανισμών της τιμολόγησης και κοστολόγησης είναι βήματα προς αυτή την κατεύθυνση). Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών οι επιπτώσεις των Μνημονιακών Πολιτικών είναι οι ακόλουθες

- Σφιχτοί Προϋπολογισμοί (Υποχρηματοδότηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό).
- Ελλείψεις στο Προσωπικό (Ιατρικό, Νοσηλευτικό, Διοικητικό).
- Ελλείψεις στα Αναλώσιμα Υλικά (Γάζες, Βαμβάκι, Σύριγγες).
- Ελλείψεις στα Φάρμακα (Αντιρετροικά και Ογκολογικά ).
- Αυξημένη Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας (Ασφαλισμένοι αλλά και Ανασφάλιστοι Πολίτες).
- Μεγάλες Λίστες Αναμονής στα Χειρουργεία.
- Πολύωρη Αναμονή στα Εξωτερικά Ιατρεία ιδιαίτερα τις Ημέρες των Εφημεριών.

### **Υψηλή Διείσδυση – Διεύρυνση του Ιδιωτικού Τομέα**

Στην συνέχεια, μια απειλή που αντιμετωπίζει το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι η διεύρυνση του ιδιωτικού τομέα στην αγορά των Υπηρεσιών Υγείας. Η διεύρυνση του ιδιωτικού τομέα τόσο στο πεδίο των Διαγνωστικών Εξετάσεων όσο και στον πεδίο της Δευτεροβάθμιας αλλά και Τριτοβάθμιας Περίθαλψης έχει αυξήσει τον ανταγωνισμό με τα Δημόσια Νοσοκομεία δεδομένου της συνεχούς αύξησης των απαιτήσεων των ασθενών για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, αν και η επιπλέον χρέωση στις παρεχόμενες ιδιωτικές υπηρεσίες αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην περίοδο της Οικονομικής Κρίσης, ο προηγμένος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στον ιδιωτικό τομέα καθώς και το υψηλό επίπεδο του κτιριακού και εξοπλισμού έχει οδηγήσει σε σημαντική στροφή των μεσαίων αλλά και των υψηλών εισοδηματικών στρωμάτων στον ιδιωτικό τομέα. Είναι προφανές, ότι η συνεχής ανάπτυξη των Μεγάλων Ιδιωτικών Κλινικών και των Διαγνωστικών Κέντρων με



σημαντικά κεφάλαια αλλά και τεχνογνωσία μπορεί να οδηγήσει στον περιορισμό της αγοράς του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .

### **Μεταβολές / Ελλείψεις του Προσωπικού**

Σημαντική απειλή για το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι οι συνεχείς μεταβολές στο προσωπικό. Οι ελλείψεις στο Νοσοκομείο είναι εμφανείς ιδιαίτερα στην Παθολογική και Χειρουργική Κλινική ( Ελλείψεις Νοσηλευτικού και Ιατρικού Προσωπικού) . Ειδικά, τις ημέρες των εφημεριών όπου η ζήτηση σε παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι μεγάλη, η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδηγεί σε πολύωρη αναμονή των πασχόντων στα Εξωτερικά Ιατρεία και στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών. Η καθυστέρηση που παρατηρείται στις Μόνιμες Προσλήψεις του Προσωπικού στον χώρο της υγείας λόγω των πολιτικών που ακολουθούνται με βάση τις κατευθύνσεις που απορρέουν από τα Μνημόνια για τον περιορισμό των μεγάλων ελλειμμάτων στα Νοσοκομεία οδηγεί στην εν μέρει αποδυνάμωση της λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Όμως, η αυταπάρνηση και ο ζήλος του προσωπικού για την προσφορά υπηρεσιών υγείας αναδεικνύει τον κύριο ρόλο που διαδραματίζει αυτό ακόμα και σε αυτή την δύσκολη περίοδο της οικονομικής κρίσης.

### **Δίκτυο Προμηθευτών του Νοσοκομείου (Με Χρέη)**

Μια απειλή που αντιμετωπίζει το Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών όπως και τα υπόλοιπα Δημόσια Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ είναι τα αυξημένα χρέη απέναντι στους Προμηθευτές των Αναλώσιμων Υλικών και των Φαρμάκων. Με βάση στοιχεία από τον Ισολογισμό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (2016), είναι εμφανές ότι η διαχείριση των χρεών είναι καλύτερη απέναντι στους προμηθευτές (μείωση των χρεών από 40.365.803,06 € το 2015 σε 30.004.870,92 € το 2016 ). Αυτό οφείλεται στη καλύτερη διαχείριση του Προϋπολογισμού (μείωση των δαπανών και αγορά των αναγκαίων ποσοτήτων), στην χρήση του Γραμμωτού Κώδικα στα υλικά και στα φάρμακα, στην επιβολή του clawback (Η χρηματική αποζημίωση από τις Εταιρείες σε περίπτωση που τα φάρμακα ή τα υλικά τα οποία προμηθεύτηκε το Νοσοκομείο από αυτές προκαλέσουν ζημίες στους πάσχοντες ή είναι ακατάλληλα) και τέλος, στην επιβολή του rebate ( Κάθε θεσμοθετημένη και ακούσια έκπτωση την οποία « δίνουν » οι Εταιρείες που προμηθεύουν Φάρμακα ή Υλικά στο Νοσοκομείο επειδή έχουν πωλήσει περισσότερες ποσότητες). Σε γενικές γραμμές, η αποπληρωμή των Προμηθευτών στο Δημήτριος Μιχαλάκης

Νοσοκομείο γίνεται άμεσα (6 μήνες το πολύ) πράγμα το οποίο σημαίνει ότι η οικονομική πολιτική που ακολουθεί η Διοίκηση αποδίδει καρπούς και το Νοσοκομείο έχει καταστεί αξιόπιστο απέναντι στους Προμηθευτές.

### **Αλλαγή της Τεχνολογίας**

Στην σύγχρονη εποχή, η εξέλιξη της τεχνολογίας αποτελεί ένα ενθαρρυντικό στοιχείο για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όμως το συγκριτικό πλεονέκτημα αυτό, μπορεί να αποτελέσει σοβαρό κίνδυνο για το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών εφόσον δεν θέσει ως πρώτη προτεραιότητα την διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου επενδυτικού προγράμματος με βασικό στόχο τον εκσυγχρονισμό και τη διαρκή ανανέωση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Συμπερασματικά, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών θα πρέπει να βελτιώσει τις υλικοτεχνικές υποδομές με τέτοιο τρόπο ώστε να αντέξουν μέσα στο πέρασμα του χρόνου και να εναρμονιστεί με τις καινοτομίες που επιτάσσει η σύγχρονη τεχνολογία.

### **Αύξηση της Νοσηρότητας αλλά και των Απαιτήσεων των Ασθενών στη ευρύτερη Περιοχή Ευθύνης του Νοσοκομείου**

Τα τελευταία χρόνια, οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην υγεία των πολιτών είναι σημαντικές. Στην ευρύτερη περιοχή ευθύνης του Νοσοκομείου όπως και στην υπόλοιπη Ελληνική Επικράτεια, παρατηρείται η επιδείνωση της ψυχικής υγείας ιδιαίτερα για τα κατώτερα στρώματα, η λήψη μειωμένης ιατρικής περίθαλψης ειδικά για τους ανέργους και τους συνταξιούχους, οι δυσκολίες στην πρόσβαση στη φαρμακευτική περίθαλψη, η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και τέλος ,η οικονομική επιβάρυνση όλων των εισοδηματικών κατηγοριών ( Γεωργακόπουλος 2016).

Παράλληλα, σύμφωνα με τον Κυριόπουλο (2017) οι κοινωνικοί παράγοντες της κρίσης ( η ανεργία, η φτώχεια αλλά και η μείωση του εισοδήματος) φαίνεται ότι συμβάλλουν στην αύξηση του άγχους, της κατάθλιψης, του αυτοκτονικού ιδεασμού, τις ισχαιμικής καρδιοπάθειας αλλά και άλλων νοσημάτων.

Συμπερασματικά, εκτός από την αύξηση της Νοσηρότητας, τα Δημόσια Νοσοκομεία συμπεριλαμβανομένου και του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν την υψηλή ζήτηση για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας η οποία προκύπτει από το γεγονός οι πολίτες έχοντας πρόσβαση στο διαδίκτυο, αποκτούν γνώση για τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους και τις εξειδικευμένες εξετάσεις και

« απαιτούν » καλύτερη ιατρική και συγχρόνως νοσοκομειακή περίθαλψη. Για να μπορέσει το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών να ανταποκριθεί αφενός στις επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης και αφετέρου στις « απαιτήσεις » των πολιτών, θα πρέπει να λάβει μεγαλύτερη κρατική χρηματοδότηση για να μπορέσει να εκσυγχρονίσει τις υποδομές και τον υλικοτεχνικό του εξοπλισμό. Παράλληλα, είναι απαραίτητη η πρόσληψη νέου προσωπικού και η διαμόρφωση ενός επιχειρηματικού σχεδίου για την ομαλή και απρόσκοπτη λειτουργία του Νοσοκομείου.

### **Γραφειοκρατία**

Τέλος, μια απειλή για το σύνολο των Δημοσίων Νοσοκομείων αλλά και για το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι οι γραφειοκρατικές διαδικασίες που παραπέμπουν στη διεκπεραίωση της διοικητικής εργασίας με ένα σχολαστικό τρόπο και συγχρόνως προσκολλημένο στην τυπολατρία με αποτέλεσμα να καθυστερεί η παροχή των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και να υφίστανται ταλαιπωρία. Ιδιαίτερα, τις ημέρες των εφημεριών, η γραφειοκρατική διαδικασία που ακολουθείται για την εξυπηρέτηση των πολιτών είναι αρκετά χρονοβόρα με αποτέλεσμα οι πολίτες να περιμένουν πολλές ώρες στην αναμονή για να λάβουν τις υπηρεσίες την νοσηλευτικής φροντίδας και την ιατρική γνώμάτευση για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Ασφαλώς , η χρήση ενός ανεπτυγμένου συστήματος μηχανογράφησης αλλά και η εξοικείωση των εργαζομένων στην χρήση των υπολογιστικών συστημάτων μπορεί να βοηθήσει στην απλούστευση των διαδικασιών και στον δραστικό περιορισμό της γραφειοκρατίας στο Νοσοκομείο. Κλείνοντας, πρέπει να επισημανθεί ότι η γραφειοκρατία λειτουργεί και ως εμπόδιο στις πιθανές επενδύσεις που θέλει να κάνει το Νοσοκομείο σε υποδομές και εξοπλισμό. Γι' αυτό ο Διοικητής καλείται να ακολουθήσει σύγχρονους μεθόδους στη Διοίκηση αλλά και στην Οργάνωση του Νοσοκομείου (Management) με σκοπό την εξάλειψη όλων των χρονοβόρων αλλά και πολύπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση των Δυνατών Σημείων, των Αδυναμιών, των Ευκαιριών αλλά και των Απειλών που αντιμετωπίζει το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών , έφτασε η στιγμή να εξεταστεί η συμβολή αλλά και ο ρόλος του Μάνατζερ στη καλύτερη λειτουργία του νοσοκομείου με στόχο την επίτευξη υψηλών ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

## **4.4. Ο Μάνατζερ και το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών .**

Αναμφισβήτητα, ο ρόλος του Διοικητή - Μάνατζερ είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την ομαλή αλλά και την απρόσκοπτη λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών . Ο Διοικητής - Μάνατζερ συμμετέχει στον Προγραμματισμό αλλά και στη Διαδικασία Λήψης Αποφάσεων του Νοσοκομείου, στον Οργανωτικό και Λειτουργικό Σχεδιασμό των Τμημάτων και των Κλινικών του Νοσοκομείου ( Εκχώρηση Αρμοδιοτήτων, Καθορισμός των Προτύπων Απόδοσης και Αξιολόγηση του Προσωπικού), στη Συνεχή Παρακολούθηση αλλά και στην Ορθή Εκτέλεση του Προϋπολογισμού και τέλος, στην Εφαρμογή Μεθόδων και Τεχνικών της Ποιότητας με στόχο την επίτευξη της μέγιστης Παραγωγικότητας και Αποτελεσματικότητας στη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας του Νοσοκομείου. Κλειδί για την επίτευξη της παραγωγικότητας καθώς επίσης και της αποτελεσματικότητας του Νοσοκομείου είναι η αποδοτική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων του (Αποδοτικότητα).

### **4.4.1. Ο Manager και ο Προγραμματισμός - Λήψη Αποφάσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.**

Αρχικά, ο Διοικητής - Μάνατζερ συμμετέχει στον Προγραμματισμό αλλά και στη Διαδικασία Λήψης Αποφάσεων του Νοσοκομείου. Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014) Προγραμματισμός είναι η διαδικασία κατά την οποία προσδιορίζονται οι σκοποί και οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν, αυτοί από τους οποίους πρέπει να γίνουν, πότε πρέπει να γίνουν, με ποιες μεθόδους και τι κόστος, έτσι ώστε να πραγματοποιηθούν οι σκοποί της επιχείρησης (Νοσοκομείο). Τρεις είναι οι βασικές μορφές του Προγραμματισμού:

- Ο Στρατηγικός ( Αναφέρεται στην αποστολή του Νοσοκομείου και το χρονικό του πλαίσιο είναι πάνω από 5 χρόνια),
- Ο Μακροπρόθεσμος ( Αναφέρεται σε συγκεκριμένους τρόπους μέσω των οποίων θα επιτευχθεί η αποστολή του Νοσοκομείου και εξετάζει διάφορες μεταβλητές όπως οι συνθήκες αγοράς, οι οικονομικοί και αντικειμενικοί στόχοι και οι πόροι που είναι αναγκαίοι για την επίτευξη της αποστολής. Το χρονικό του πλαίσιο είναι 1 έως 5 χρόνια).

- Ο Λειτουργικός (Περιλαμβάνει συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα καθώς επίσης, εργασίες και μετρήσιμους στόχους. Συνήθως, είναι ο καθημερινός προγραμματισμός και το χρονικό του πλαίσιο συνήθως είναι 1 έτος).

Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ένα παράδειγμα του Στρατηγικού Προγραμματισμού είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της οικονομικής και κοινωνικής τους κατάστασης, ένα παράδειγμα του Μακροπρόθεσμου Προγραμματισμού είναι η παροχή ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης στους ανασφάλιστους πολίτες μέσα στα επόμενα 3 χρόνια παράλληλα με την περίθαλψη η οποία προσφέρεται στους ασφαλισμένους του Εθνικού Οργανισμού Υπηρεσιών Υγείας και ένα παράδειγμα Λειτουργικού Προγραμματισμού είναι η τοποθέτηση σύγχρονων και εξελιγμένων υπολογιστών σε όλα τα Τμήματα και τις Κλινικές του Νοσοκομείου μέσα σε 3 μήνες με στόχο την καλύτερη επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και την προσαρμογή στη νέα ψηφιακή εποχή.

Παράλληλα, μέσα στα επόμενα χρόνια ο Διοικητής-Μάνατζερ είναι αναγκαίο να διαμορφώσει το Επιχειρηματικό Σχέδιο του Νοσοκομείου το οποίο σύμφωνα με τον Πολύζο (2014) θα πρέπει να στοχεύει στον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας και της οργάνωσης των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, στην διοικητική αναδιάρθρωση, στην οικονομική εξυγίανση και καλύτερη απόδοση του και τέλος, στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο πλαίσιο ενός συστήματος ελέγχου και μέτρησης των αποτελεσμάτων (outcomes). Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), ένα ολοκληρωμένο, συνεκτικό και λειτουργικό Επιχειρησιακό Σχέδιο πρέπει να:

- Εντοπίζει τα Δυνατά – Αδύναμα Σημεία στο εσωτερικό περιβάλλον του Νοσοκομείου και τις Ευκαιρίες – Απειλές στο εξωτερικό περιβάλλον.
- Αναπτύσσει Συγκεκριμένους, Μετρήσιμους, αλλά και Ρεαλιστικούς Στρατηγικούς Στόχους.
- Καθορίζει αναλυτικά τους τρόπους με τους οποίους θα επιτευχθούν οι Στόχοι (Σχέδιο Δράσης).
- Ορίζει τα άτομα που είναι κατάλληλα για να αναλύσουν το Σχέδιο και είναι σε θέση να πείσουν το Ανθρώπινο Δυναμικό του Νοσοκομείου να συμμετέχει ενεργά στην διαμόρφωση και υλοποίηση των στόχων.

- Προβλέπει το Οικονομικό, Ποιοτικό και Κοινωνικό Αποτέλεσμα από την υλοποίηση του και καθορίζονται με σαφήνεια οι παράγοντες οι οποίοι έχουν οδηγήσει σε αυτό.
- Συνοδεύεται από ένα Σύστημα Ελέγχου, έγκυρο, αξιόπιστο και ευέλικτο που βασίζεται στην ακριβή και έγκυρη πληροφόρηση και στον έλεγχο των κρίσιμων σημείων.

Κλείνοντας, ο Διοικητής – Μάνατζερ πρέπει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη Λήψη των Αποφάσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών. Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014) και τον Μπουραντά (2015), η Διαδικασία Λήψης μιας Απόφασης περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα :

- Εντοπισμός Προβλήματος – Ευκαιρίας – Επιθυμίας
- Ορισμός Προβλήματος (Αίτια – Στόχοι – Περιορισμοί)
- Συγκέντρωση / Ανάπτυξη Εναλλακτικών Λύσεων
- Συγκριτική Αξιολόγηση των Λύσεων
- Απόρριψη των Λύσεων που εμφανώς μειονεκτούν
- Επιλογή της Βέλτιστης Λύσης
- Έλεγχος της Ορθότητας της Επιλογής
- Εφαρμογή της Καλύτερης Λύσης

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), τρεις είναι οι τρόποι που μπορεί να λάβει μια απόφαση ο Μάνατζερ : 1) Ο Μάνατζερ να προσπαθήσει να αποφύγει τα προβλήματα, μειώνοντας τον κίνδυνο και συγχρόνως, εξαλείφοντας την αβεβαιότητα με τη διατήρηση των υπαρχουσών συνθηκών και την αποφυγή των περαιτέρω αλλαγών στη Μονάδα Υγείας, 2) Ο Μάνατζερ να επιδιώξει να λύσει το πρόβλημα τη στιγμή που αυτό θα εμφανιστεί, υπολογίζοντας και τις συνθήκες αβεβαιότητας και κινδύνου στη Μονάδα Υγείας και να προχωρήσει σε αλλαγές μόνο όταν διαπιστώσει ότι είναι αναγκαίες και η εφαρμογή τους θα βελτιώσει τη λειτουργία της Μονάδας Υγείας.3) Ο Μάνατζερ να αναζητήσει τα πιθανά προβλήματα και να επιδιώξει την λύση τους πριν την εμφάνιση τους, με τον προγραμματισμό σχεδίων και μελλοντικών ενεργειών για κάθε ενδεχόμενο. Επιπλέον, ο συγκεκριμένος μάνατζερ δέχεται την ύπαρξη μεγαλύτερου κινδύνου και αβεβαιότητας. Επομένως, βασικό καθήκον του Διοικητή - Μάνατζερ στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών είναι να

να επιλέξει τον τρόπο λήψης αποφάσεων που είναι περισσότερο αποτελεσματικός για το Νοσοκομείο.

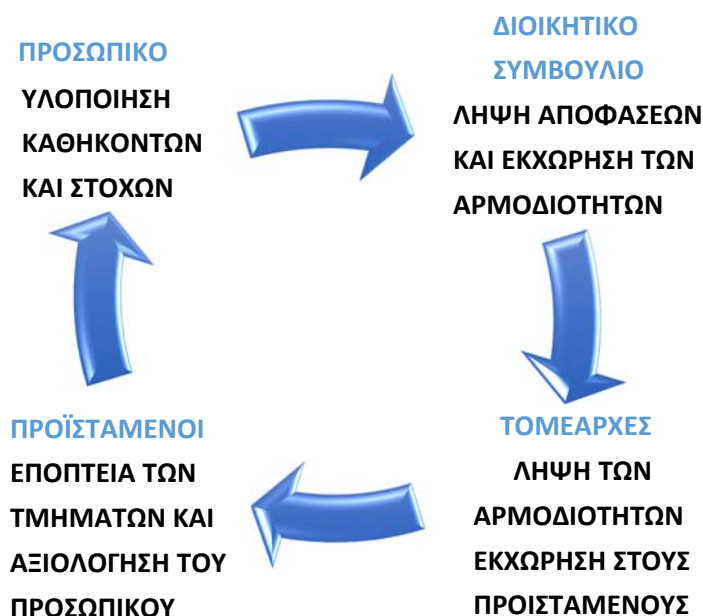
Σύμφωνα με τον Πολύζο (2014), ο Μάνατζερ θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι ο χώρος των Νοσοκομείων είναι εξαιρετικά πολύπλοκος και παρατηρούνται όλα τα είδη αποφάσεων καθώς τα στελέχη και οι λειτουργοί του καλούνται να αποφασίσουν υπό όλες τις πιθανές συνθήκες, ιδίως δε σε συνθήκες αβεβαιότητας και συγκρούσεων. Σαφέστατα, η λήψη των αποφάσεων είναι διαφορετική στα Μεσαία και στα Ανώτερα επίπεδα, στους γιατρούς αλλά και στο υπόλοιπο ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Στα Μεσαία αλλά και Ανώτερα επίπεδα, οι αποφάσεις έχουν συντονιστικό χαρακτήρα ( Καθοδήγηση – Έλεγχος ) και συνήθως υλοποιούνται με την εξειδίκευση οδηγίων με τη χρήση των τεχνικών της αριστοποίησης ( Το πρόβλημα εκφράζεται με μαθηματικούς όρους αλλά και μαθηματικά μοντέλα, όπως οι βάρδιες προσωπικού / scheduling, η διαχείριση αποθεμάτων / inventory theory, η διαχείριση σειρών αναμονής / queueing theory και η διαχείριση χρόνου τεχνικών έργων / critical path analysis). Η χρήση των τεχνικών αυτών βοηθά στη εξεύρεση της άριστης επιλογής αλλά και στην ανάπτυξη καλού κλίματος επικοινωνίας με τους υφιστάμενους και τους προϊστάμενους.

Στη συνέχεια, οι αποφάσεις τις οποίες λαμβάνουν οι γιατροί διαφέρουν από τις υπόλοιπες αποφάσεις στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Οι αποφάσεις των γιατρών σε ένα Νοσοκομείο αφορούν είτε την διαδικασία εκτέλεσης καθημερινών ιατρικών πράξεων, είτε την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, είτε τέλος, την αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών. Σαφέστατα, οι αποφάσεις των γιατρών υπόκεινται στους κανόνες της ειδικής επιστημονική ιατρικής γνώσης, στην αυτονομία των γιατρών οι οποίοι έχουν προσωπική αντίληψη της εικόνας του πάσχοντα και τέλος, χαρακτηρίζονται από υψηλή βεβαιότητα. Επομένως, εξαιτίας της αβεβαιότητας, η χρήση των τεχνικών της ενδεχομενικής ανάλυσης (decision trees, utility theory) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη λήψη των αποφάσεων σχετικά με τα προβλήματα - ερωτήματα για τις ασθένειες από τους γιατρούς. Τέλος, στην καθημερινή ρουτίνα του ιατρικού και νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού παρατηρούνται εμπλοκές σε θέματα διαχειριστικά και με άλλους επαγγελματίες (για παράδειγμα, η διαχείριση κλινών). Άρα, είναι προφανές ότι υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις και το φαινόμενο των συγκρούσεων είναι ορατό και συνεπώς, είναι απαραίτητο κατά την

λήψη των αποφάσεων που υπάγονται είτε στο μεσαίο είτε στο ανώτερο επίπεδο να αναλύονται προσεκτικά οι λειτουργίες και να καθορίζονται κριτήρια που θα πρέπει να ικανοποιηθούν έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η αλληλοκατανόηση, η δέσμευση και η συμφωνία από όλα τα μέρη.

Συμπερασματικά, στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, η Διαδικασία Λήψης Αποφάσεων είναι κυκλική. Το Διοικητικό Συμβούλιο στο οποίο συμμετέχει ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής, λαμβάνει αποφάσεις που εκχωρούνται στους Τομείς και έπειτα, οι Τομείς τις ανακοινώνουν στους Προϊστάμενους. Οι Προϊστάμενοι έχουν ως βασικές αρμοδιότητες την ανάθεση των καθηκόντων στο Προσωπικό, την Αξιολόγησή του και τέλος, την εποπτεία των Τμημάτων. Τέλος, το Προσωπικό πρέπει να υλοποιήσει τα καθήκοντα του με βάση τους στόχους οι οποίοι έχουν τεθεί ανά Τμήμα ή Κλινική. Στο παρακάτω Διάγραμμα 4.2. περιγράφεται αυτή η Κυκλική Διαδικασία Προγραμματισμού – Λήψης Αποφάσεων που είναι ζωτική και απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου.

#### **4.2. Προγραμματισμός – Λήψη Αποφάσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών**



Μέσα σε ένα μεταβαλλόμενο οικονομικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται η Ελλάδα (Οικονομική Κρίση) όπου η χρηματοδότηση της Δημόσιας Υγείας συνεχώς



μειώνεται, ο Διοικητής - Μάνατζερ του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών καλείται να εξασφαλίσει την αποτελεσματική του λειτουργία με την διατύπωση και εφαρμογή ενός Επιχειρηματικού Σχεδίου στο οποίο θα αποτυπώνονται ξεκάθαρα οι βασικοί στόχοι του Νοσοκομείου, και θα περιγράφεται αναλυτικά η οργάνωση και η λειτουργία του Νοσοκομείου με τελικό στόχο την παροχή των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

#### **4.4.2. Ο Manager και η Οργάνωση – Λειτουργία στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.**

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Διοικητή - Μάνατζερ στην Οργάνωση και στη Λειτουργία των Τμημάτων και Κλινικών του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Κατά τον Πολύζο (2014), η Οργάνωση σε ένα Νοσοκομείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα εκφράζεται συνήθως με ένα Οργανόγραμμα όπου απεικονίζονται με μορφή διαγράμματος οι Διευθύνσεις, οι Τομείς και τα Τμήματα τα οποία υπάρχουν στο Νοσοκομείο. Παράλληλα, σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015), το Οργανόγραμμα αποτελεί τη γραπτή και τη σχηματική παρουσίαση των αποφάσεων που ελήφθησαν στα πλαίσια του οργανωτικού σχεδιασμού. Ουσιαστικά, το Οργανόγραμμα είναι Διάγραμμα μέσω του οποίου γίνονται ορατά στους εργαζόμενους :

- Τα Κύρια και Βοηθητικά Τμήματα μιας Επιχείρησης ή ενός Οργανισμού.
- Οι Θέσεις Εργασίας και οι Τίτλοι αυτών.
- Οι Γραμμές Εξουσίας ( Ποιος είναι Προϊστάμενος ή Υφιστάμενος ποιου).
- Η Θέση του Κάθε Εργαζόμενου στην Οργανωτική Δομή.
- Η Φύση της Εργασίας του Κάθε Εργαζόμενου.
- Το Επίπεδο της Ιεραρχίας.
- Οι Βασικές Ροές Πληροφοριών.

Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικά στοιχεία για την Επιχείρηση ή τον Οργανισμό που δεν γίνονται άμεσα ορατά από το Οργανόγραμμα. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015) τέτοια είναι:

- Το Περιεχόμενο της Κάθε Θέσης Εργασίας (Καθήκοντα, Ευθύνες και Εξουσία).
- Οι Άτυπες Σχέσεις και οι Ομάδες της Οργάνωσης

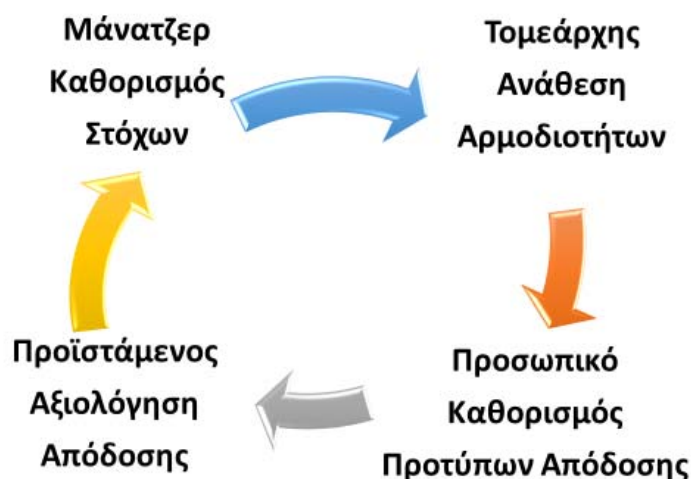
- Η Δύναμη της Κάθε Θέσης Εργασίας και του Κατόχου της.
- Οι Μηχανισμοί Συντονισμού ή Ολοκλήρωση εκτός των Γραμμών της Εξουσίας.

Συνεπώς, το Οργανόγραμμα χρησιμοποιείται από τον Manager για να μπορεί να προσδιορίσει την εξουσία, τα καθήκοντα και τις ευθύνες του θα πρέπει να αναλάβει το προσωπικό με στόχο να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί στόχοι του οργανισμού. Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ο Διοικητής – Μάνατζερ διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην Εκχώρηση των Αρμοδιοτήτων του Προσωπικού στις Κλινικές και στα Τμήματα του Νοσοκομείου καθώς και στον καθορισμό των Προτύπων Απόδοσης με τα οποία αξιολογείται κατά πόσο έχουν επιτευχθεί οι στόχοι τους οποίους έχει θέσει η Διοίκηση και από τους οποίους εξαρτάται η ομαλή λειτουργία του Νοσοκομείου

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), η Εκχώρηση Αρμοδιοτήτων (Delegation) είναι « η Εργασία που εκτελεί ένα διοικητικό στέλεχος για να εμπιστευθεί ευθύνες και δικαιοδοσία σε άλλους, καθιστώντας τους υπεύθυνους με τελικό σκοπό να υπάρξουν αποτελέσματα ». Η διαδικασία της εκχώρησης των αρμοδιοτήτων λειτουργεί ως εξής : Αρχικά, ο Μάνατζερ καθορίζει τους αντικειμενικούς στόχους (δηλαδή, κάποια αποτελέσματα) που πρέπει να επιτύχει μέχρι το τέλος της περιόδου Προϋπολογισμού. Στη συνέχεια, αναθέτει τις αρμοδιότητες (καθήκοντα τα οποία πρέπει να εκτελεστούν) στους Τομάρχες, μαζί με την ανάλογη εξουσιοδότηση. Αμέσως μετά, ο Διευθυντής του Τμήματος διατυπώνει τα Πρότυπα Απόδοσης σε συνεργασία με τους υπαλλήλους (οι συνθήκες που θα πρέπει να επικρατούν όταν μια εργασία ολοκληρωθεί σωστά). Τέλος, η Διαδικασία ολοκληρώνεται με την αξιολόγηση του Προσωπικού του Νοσοκομείου από τους Προϊστάμενους, την βαθμολόγηση του σε σχέση με τα Πρότυπα της Απόδοσης που έχουν συμφωνηθεί και την αναπληροφόρηση που οδηγεί στην αρχή του επόμενου κύκλου μιας και η Διαδικασία ξεκινάει εκ νέου όπως φαίνεται και στο ακόλουθο σχήμα( Montana και Charnov, 2002) :

### 4.3. Εκχώρηση των Αρμοδιοτήτων σε Τμήμα / Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

#### Κυκλικό Διάγραμμα



Κατά την εκχώρηση των καθηκόντων και κατ' επέκταση των αρμοδιοτήτων στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ο Διοικητής -Μάνατζερ θα πρέπει να επιλέξει μια τεχνική εκχώρησης αρμοδιοτήτων ανάλογα με την κατάσταση που επικρατεί στο Νοσοκομείο. Κατά τους Montana και Charnon (2002), οι Τεχνικές της Εκχώρησης Αρμοδιοτήτων είναι οι ακόλουθες :

1) Ο Καθορισμός των Αρμοδιοτήτων αλλά και των Εξουσιοδοτήσεων του Προσωπικού που είναι απαραίτητες για την υλοποίηση των στόχων οι οποίοι έχουν οριστεί από τους Προϊσταμένους των Κλινικών και Τμημάτων του Νοσοκομείου. Στην περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, αν σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, ο Διοικητής - Μάνατζερ αντιληφθεί ότι το προσωπικό δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στα καθήκοντα του, θα πρέπει να σχεδιάσει και να εφαρμόσει μια πολιτική με στόχο την βελτίωση των δυνατοτήτων του Προσωπικού ( Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η Μέθοδος της Αξιολόγησης). Έπειτα, εκχωρεί την πολιτική αυτή με την μορφή των αρμοδιοτήτων και εξουσιοδοτεί τους Τομεάρχες οι οποίοι δίνουν τις κατευθύνσεις και τις οδηγίες στους Διευθυντές των Τμημάτων ή των Κλινικών

Δημήτριος Μιχαλάκης

με την μορφή των αρμοδιοτήτων και εξουσιοδοτεί τους Τομεάρχες οι οποίοι δίνουν τις κατευθύνσεις και τις οδηγίες στους Διευθυντές των Τμημάτων ή των Κλινικών για την Διαδικασία Αξιολόγησης του Προσωπικού. Στην συνέχεια, οι Διευθυντές ενημερώνουν τους Προϊστάμενους των Τμημάτων και των Κλινικών, οι οποίοι θα πρέπει α) Να προχωρήσουν σε συνεντεύξεις με τους εργαζόμενους των Τμημάτων ή Κλινικών για να αναζητηθούν οι λόγοι για τον οποίους δεν ανταποκρίνονται στα καθήκοντα τους σωστά και β) Να συνεργαστούν με τους εργαζόμενους έτσι ώστε να οργανώσουν το Έντυπο του Προγραμματισμού στο οποίο να αναφέρονται ρητά και γραπτώς, οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του προσωπικού των Τμημάτων και των Κλινικών οι οποίες πρέπει να συμβαδίζουν με τους οριοθετημένους στόχους. Έτσι, η συνεργασία αυτή θα οδηγήσει σε κλίμα αμοιβαίας υποστήριξης αλλά και αποτελεσματικών εργασιακών σχέσεων μεταξύ των Υφιστάμενων αλλά και των Προϊστάμενων των Κλινικών ή των Τμημάτων.

2) Η Βαθμολόγηση της Απόδοσης του Προσωπικού του Νοσοκομείου το οποίο από τη στιγμή που θα κατανοήσει το αντικείμενο της εργασίας του, θα πρέπει να ενημερωθεί για τον τρόπο με τον οποίο αξιολογείται η απόδοση του. Ο Διοικητής – Μάνατζερ του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών θα πρέπει να καθιερώσει ένα Σύστημα με αντικειμενικούς στόχους και μια διαδικασία περιοδικών εκθέσεων προόδου για την επίτευξη αυτών των στόχων. Πράγματι, στο Νοσοκομείο υπάρχουν οι Ετήσιες Εκθέσεις Αξιολόγησης του Προσωπικού (παράρτημα 8) μέσω των οποίων αξιολογείται η απόδοση του Προσωπικού με βάση τους στόχους που ορίζονται σε κάθε Τμήμα ή Κλινική του Νοσοκομείου στα πλαίσια της Οργάνωσης αλλά και της Λειτουργίας του.

3) Η Τεχνική της Επίγνωσης των Περιορισμών σύμφωνα με την οποία οι Προϊστάμενοι των Τμημάτων ή των Κλινικών του Νοσοκομείου θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζουν ποιοι από τους υπάλληλους από το υπάρχον προσωπικό είναι πρόθυμοι να αναλάβουν πρόσθετες αρμοδιότητες και ευθύνες. Πολλές φορές όμως, τα κίνητρα διαφοροποιούνται και πολλοί υπάλληλοι δυσκολεύονται ή αποφεύγουν να αναλάβουν πρόσθετες ευθύνες και περισσότερες αρμοδιότητες γιατί δεν μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτές. Συνεπώς, οι Προϊστάμενοι πρέπει να αντιληφθούν τις αρμοδιότητες στις οποίες το Προσωπικό μπορεί να ανταποκριθεί και να βοηθήσουν

τους εργαζόμενους να αξιοποιήσουν καλύτερα τις ικανότητες τους έτσι ώστε στο μέλλον να αποκτήσουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες ευθύνες.

Τέλος, στα πλαίσια της εκχώρησης αρμοδιοτήτων από τον Μάνατζερ και τους Τομάρχεις, Διευθυντές και Προϊστάμενους των Κλινικών ή Τμημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών καθορίζονται Πρότυπα Απόδοσης για την επίτευξη των στόχων που έχουν καθοριστεί από τον Διοικητή – Μάνατζερ. Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), τα Πρότυπα Απόδοσης θεωρούνται ως « οι προτάσεις των αναμενόμενων αποτελεσμάτων από μια δραστηριότητα όταν αυτή ολοκληρωθεί με επιτυχία ». Τα Πρότυπα Απόδοσης διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες : α) Στα Αντικειμενικά και β) Στα Υποκειμενικά. Τα Αντικειμενικά Πρότυπα βασίζονται σε μετρήσιμα αποτελέσματα και περιλαμβάνουν τα Καθοριζόμενα, τα Ιστορικά και τα Συγκριτικά Πρότυπα Απόδοσης των οποίων οι Τρόποι Έκφρασης είναι ο Θετικός, ο Αρνητικός αλλά και ο Αποκλειστικός Τρόπος. Αντίθετα, τα Υποκειμενικά Πρότυπα βασίζονται περισσότερο στις προσωπικές εκτιμήσεις των στελεχών και όχι τόσο σε μετρήσιμα αποτελέσματα. Τέλος, τα Πρότυπα Απόδοσης τα οποία καθορίζονται από τους Προϊσταμένους των Τμημάτων ή των Κλινικών θα πρέπει να ικανοποιούν τέσσερα βασικά κριτήρια :

- Να αφορούν μια και μοναδική αρμοδιότητα,
- Να είναι συγκεκριμένα,
- Να έχουν μια ημερομηνία ως στόχο ολοκλήρωσης
- Να είναι εφικτά

Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών 3 παραδείγματα Προτύπων Απόδοσης που μπορούν να εφαρμοστούν είναι τα ακόλουθα :

1) Στο Τμήμα της Αιμοδοσίας για παράδειγμα, το Νοσηλευτικό Προσωπικό του Τμήματος μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των αιμοδοτών που εξυπηρετεί κάθε ημέρα για να μην υπάρχει καθυστέρηση στις Μεταγγίσεις των Πασχόντων αλλά και να πραγματοποιούνται πιο άμεσα πολλά από τα χειρουργεία. Ο στόχος θα πρέπει να επιτευχθεί μέχρι τον Μάρτιο του 2018. Η μέτρηση απόδοσης του Προσωπικού γίνεται μέσω της μέτρησης των φιαλών του αίματος που παίρνει κάθε Νοσηλευτής ή κάθε

Νοσηλεύτρια. Αρμόδιος για τον έλεγχο της εφαρμογής του στόχου θα είναι ο Προϊστάμενος του Τμήματος.

2) Να μειωθεί ο χρόνος αναμονής στην εξυπηρέτηση των ιατρικών ραντεβού. Στην ουσία, αυτό θα σημαίνει την καλύτερη διαχείριση του χρόνου και την αύξηση του αριθμού των ραντεβού που εξυπηρετούνται από τους γιατρούς. Κάθε εβδομάδα να γίνεται καταμέτρηση και καταχώρηση των ραντεβού τα οποία θα εξυπηρετεί ο κάθε γιατρός σε μια λίστα και να παραδίδεται μαζί με μια εβδομαδιαία έκθεση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει ο γιατρός στον Προϊστάμενο του Τμήματος ή της Κλινικής. Στην συνέχεια, θα πρέπει να καταχωρείται ο αριθμός των ραντεβού στις βάσεις των δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή τις οποίες θα διατηρεί το Γραφείο Κίνησης των Ασθενών.

3) Εκπαίδευση και Έλεγχος του Νοσηλευτικού Προσωπικού ( ιατρικού και παραϊατρικού) και του Προσωπικού Καθαριότητας στην συγκέντρωση των διαφόρων κατηγοριών των αποβλήτων (Οικιακού Τύπου και Προβληματικά). Τα Νοσοκομειακά Απόβλητα Οικιακού Τύπου διοχετεύονται στους Χώρους Υγειονομικής Ταφής των αστικών απορριμμάτων και δεν δημιουργούν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Αντίθετα, τα Προβληματικά Απόβλητα παρουσιάζουν σοβαρούς κινδύνους σε ό,τι αφορά την Προστασία του Περιβάλλοντος και διακρίνονται σε Μολυσματικά αλλά και Ειδικά Προβληματικά. Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών μπορεί να γίνεται μια μηνιαία μέτρηση του συνόλου των αποβλήτων (Το βάρος σε kg στα Μολυσματικά Απόβλητα ήδη μετριέται στο Λαϊκό) έτσι ώστε να περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό η χρήση τους και να μειωθούν ο αριθμός σε σακούλες που πληρώνει το Νοσοκομείο σε Εταιρεία Αποτέφρωσης των Υλικών. Έτσι, η καλύτερη διαχείριση των υλικών θα οδηγήσει στην εξασφάλιση οικονομικών πόρων για τις υπόλοιπες λειτουργίες του Νοσοκομείου.

Ολοκληρώνοντας εκτός από την Οργάνωση, σημαντικός είναι ο ρόλος του Διοικητή - Μάνατζερ στη Λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών. Ο Διοικητής - Μάνατζερ αποφασίζει με το Διοικητικό Συμβούλιο για τις αλλαγές οι οποίες πρέπει να γίνουν στις υποδομές του Νοσοκομείου. Ο Τούντας (2008), τονίζει ότι ο Λειτουργικός Σχεδιασμός των χώρων του Νοσοκομείου επιτρέπει την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων οι οποίες συνθέτουν τις λειτουργίες του ( ιατρική, ερευνητική,

εκπαιδευτική, ξενοδοχειακή, διοικητική, οικονομική και τεχνική). Ο αριθμός κλινών που θα πρέπει να διαθέτει κάθε Τμήμα του Νοσοκομείου σε σχέση με τη επιφάνεια του χώρου, ο χώρος σε τετραγωνικά μέτρα που αναλογεί σε κάθε κλίνη, η απόσταση που έχει ο χώρος νοσηλείας κάθε κλινικής από τους θαλάμους της νοσηλείας ασθενών της, η κατάλληλη χωροθέτηση των γραφείων, του χώρου διανομής φαγητού και των αποθηκών αλλά και η χωροθέτηση των τμημάτων του Νοσοκομείου με κριτήριο την ελαχιστοποίηση των διαδρομών αποτελούν τους παραμέτρους οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική λειτουργία του Νοσοκομείου. Οι Thompson και Goldin (1975) επισημαίνουν ότι ο Manager ενός Νοσοκομείου και συνεπώς, και του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών θα πρέπει να προχωρήσει σε ένα Λειτουργικό Σχεδιασμό ο οποίος θα εξασφαλίζει την ταχύτητα αλλά και την ομαλότητα κατά την ανάπτυξη όλων των δραστηριοτήτων του Νοσοκομείου, παρέχοντας παράλληλα, τη δυνατότητα « επικοινωνίας » μεταξύ των επιμέρους δραστηριοτήτων και επιτρέποντας την συνεχή ροή πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την λήψη των αποφάσεων.

Τέλος, σύμφωνα με τους Hammer και Chabby (1993), μέσα στα πλαίσια του Λειτουργικού Σχεδιασμού εντάσσεται και ο « επανασχεδιασμός » (Re-engineering) της Νοσοκομειακής Λειτουργίας από τον Διοικητή – Μάνατζερ με βασικό σκοπό να αντιμετωπιστούν οι οργανωτικές ανεπάρκειες σε κρίσιμους τομείς, όπως οι περιττές διαδικασίες στις διαγνωστικές εξετάσεις, η απασχόληση του προσωπικού σε αρκετά δευτερεύοντα καθήκοντα, η έντονη συγκέντρωση των εισροών εντάσεως κεφαλαίου, η υπερβολική εξειδίκευση του προσωπικού, η καθυστερημένη εφαρμογή ή ακύρωση των κλινικών πρωτοκόλλων, η ανεπαρκής επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφοριών. Σε γενικές γραμμές, ο όρος « επανασχεδιασμός » αναφέρεται στη θεμελιακή και στη ριζική αναθεώρηση των επιχειρησιακών δραστηριοτήτων, με στόχο να επιτευχθούν θεαματικές βελτιώσεις στους βασικούς συντελεστές απόδοσης όπως είναι το κόστος, η ποιότητα, η εξυπηρέτηση και η ταχύτητα. Επομένως, ο Διοικητής μέσα από την Οργάνωση και τον Λειτουργικό Σχεδιασμό, μπορεί να επιτύχει την αύξηση της παραγωγικότητας του Προσωπικού αλλά και της αποδοτικότητας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών

#### **4.4.3.Οικονομική Διαχείριση και το Τρίπτυχο του Επιτυχημένου**

#### **Μάνατζερ : Παραγωγικότητα - Αποτελεσματικότητα – Αποδοτικότητα**

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση μετασχηματισμού της λειτουργία του παραδοσιακού νοσοκομείου σε περιβάλλον επιχείρησης. Σύμφωνα με τους Σαρρή, Χρυσάκη και Σούλη (2003), το Νοσοκομείο στο πλαίσιο της νέας πραγματικότητας του εκσυγχρονισμού και της ανάπτυξης στις Υπηρεσίες Υγείας, λειτουργεί ως Επιχείρηση. Μια επιχείρηση που έχει δανειστεί στοιχεία από τις επιχειρήσεις της ελεύθερης αγοράς και καλείται να ισορροπήσει ανάμεσα σε δύο πόλους: α) Στον Θεραπευτικό Πόλο που στηρίζεται στην ιδέα ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και β) Στον Επιχειρησιακό Πόλο που στηρίζεται την ιδέα ότι η υγεία είναι ταυτόχρονα και ένα οικονομικό αγαθό. Στα πλαίσια αυτά, ο Διοικητής – Μάνατζερ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε θέματα που σχετίζονται με την οικονομική διαχείριση του Νοσοκομείου.

Στην περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου των Αθηνών όπως και στα υπόλοιπα Δημόσια Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ο Διοικητής - Μάνατζερ είναι εκείνος που παρακολουθεί σε μηνιαία βάση τον Προϋπολογισμό και μεριμνά για την ορθή εφαρμογή του. Σύμφωνα με τον Πολύζο (2007) και τους Montana και Charon (2002), ο Προϋπολογισμός είναι « μια τυποποιημένη (συνήθως ετήσια) δήλωση των στόχων ενός οργανισμού, οι οποίοι εκφράζονται με οικονομικούς όρους» .Αναφέρεται στις μελλοντικές προβλέψεις για τα έσοδα, τα έξοδα και τα αναμενόμενα οικονομικά οφέλη ( ή ζημιές) του επόμενου έτους ή επόμενων ετών. Τα Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) και κατ' επέκταση το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών συντάσσουν τους προϋπολογισμούς τους με βάση το Δημόσιο Λογιστικό.

Σύμφωνα με τον Πολύζο (2007), το Δημόσιο Λογιστικό αποτελεί στην ουσία τον προτυποποιημένο τρόπο λογιστικής παρακολούθησης της οικονομικής λειτουργίας που εφαρμόζεται σε όλους τους Δημόσιους Φορείς, με τις διαφορετικές εξειδικεύσεις [Υπουργεία, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), Οργανισμούς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ)]. Βασίζεται στην « Απλογραφική Διατύπωση των Εγγραφών » στο Ημερολόγιο Ταμείου, με διαχωρισμό σε Έσοδα και Έξοδα. Στην συνέχεια, γίνεται η διάκριση των εγγραφών αυτών στο « Καθολικό » ( Ημερολόγιο των Εσόδων – Εξόδων του Νοσοκομείου). Κάθε εγγραφή στηρίζεται σε



αιτιολογία η οποία αν και αναγράφεται περιληπτικά, δείχνει με σαφήνεια τη φύση της πράξης. Σε γενικές γραμμές, μέσω του Δημόσιου Λογιστικού γίνεται μια καταγραφή της διαχείρισης των χρημάτων τα οποία έχει στην κατοχή της, η Διοίκηση του Νοσοκομείου. Παράλληλα, με βάση το Δημόσιο Λογιστικό, η κατάρτιση του Προϋπολογισμού των Νομικών Προσώπων του Δημοσίου Δικαίου ( Ν.Π.Δ.Δ.) και κάθε Δημόσιου Φορέα (Νοσοκομεία) στηρίζεται στην τήρηση των βασικών αρχών :

- Της Ενότητας
- Της Ακρίβειας και Σαφήνειας
- Της Καθολικότητας
- Της Περιοδικότητας
- Της Δημοσιότητας
- Της Προηγούμενης Εξουσιοδότησης

Στο Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών , υπεύθυνη για την σύνταξη του οικονομικού σχεδιασμού, συμπεριλαμβανομένου του Προϋπολογισμού αλλά και του Απολογισμού είναι η Υποδιεύθυνση Οικονομικού. Ο Πολύζος (2007) επισημαίνει ότι ο Προϋπολογισμός περιλαμβάνει δύο βασικές κατηγορίες οικονομικών δεδομένων: Τα Έσοδα και τα Έξοδα. Αυτά ομαδοποιούνται σε επιμέρους κατηγορίες και επιπλέον, αναλύονται σε λογαριασμούς τεσσάρων επιπέδων (Πρωτοβάθμιοι, Δευτεροβάθμιοι, Τριτοβάθμιοι, Τεταρτοβάθμιοι), σύμφωνα με τον Κώδικα Κατάταξης των Εσόδων – Εξόδων και το Π.Δ.( Προεδρικό Διάταγμα) 146/04. Σε γενικές γραμμές, οι ομάδες των λογαριασμών διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες

- **ΈΣΟΔΑ**

#### **Α. ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ**

- **Για Δαπάνες Μισθοδοσίας** (Αναφέρονται κυρίως στην κάλυψη της μισθοδοσίας επικουρικών γιατρών σε παραμεθόριες περιοχές ή στις ανάγκες όπως τις εκτιμά το Υπουργείο Υγείας).
- **Για Λειτουργικές Δαπάνες** (Αναφέρονται στην κάλυψη των δαπανών της αιμοδοσίας και της νοσηλείας των απόρων και των ανασφαλιστών),
- **Έκτακτες Ειδικές Επιχορηγήσεις** (Αναφέρονται σε επιχορηγήσεις για την αντιμετώπιση ειδικών θεμάτων (για παράδειγμα, η ρύθμιση

των χρεών του Νοσοκομείου).

- **Μέσω του Προγράμματος Δημόσιων Επενδύσεων** (Αναφέρονται σε επιχορηγήσεις για την υλοποίηση του Προγράμματος των Δημόσιων Επενδύσεων)

## **B. ΑΠΟ ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ**

- **Από Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας** (Αναφέρονται στην κύρια επιχειρηματική δραστηριότητα του Νοσοκομείου).
- **Από Πώληση Αγαθών ή Άχρηστου Υλικού** (Η πώληση και η εκποίηση του υλικού γίνεται υποχρεωτικά μέσω της Διεύθυνσης Διαχείρισης Δημόσιου Υλικού ( Δ.Δ.Δ.Υ πρώην Ο.Δ.Δ.Υ).
- **Από Εκμισθώσεις** (Αναφέρονται στα έσοδα επί της κινητής και ακίνητης περιουσίας).
- **Από Κινητές Αξίες** (Αναφέρονται στα Ομόλογα).
- **Από την Υπόλοιπη Επιχειρηματική Δραστηριότητα** (Αναφέρονται στην απευθείας διαχείριση του κυλικείου, του ανθοπωλείου και του parking)

## **Γ. ΑΠΟ ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ**

- **Τόκοι Τραπεζών** (Αναφέρεται στον εκτοκισμό στους ταμειακούς λογαριασμούς διαχείρισης διαθέσιμων κεφαλαίων που τηρεί το Νοσοκομείο σε εμπορικές τράπεζες).
- **Επιστροφές Χρημάτων από Διάφορες Πηγές.**

## **Δ. ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΜΕΝΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ**

- **Κρατήσεις Υπέρ Τρίτων.**
- **ΞΕΟΔΑ**

### **A. ΔΑΠΑΝΕΣ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ**

- Δεν εμφανίζονται κατά τον Προϋπολογισμό και στην υλοποίηση του, διότι παρακολουθούνται και εκκαθαρίζονται από τα Υπουργεία της Υγείας και των Οικονομικών. Εξαίρεση αποτελούν οι δαπάνες της μισθοδοσίας των επικουρικών γιατρών και του λοιπού επικουρικού

προσωπικού, το επίδομα των Πανεπιστημιακών Γιατρών

## **B. ΛΕΙΤΟΤΡΓΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**

- **Πρώτες Ύλεις** ( Φάρμακα, Υγειονομικό, Αντιδραστήρια, Προσθετικά Υλικά).
- **Αναλώσιμα Υλικά** (Τρόφιμα, Ιματισμός, Καύσιμα, Αναλώσιμα των Μηχανημάτων και Ανταλλακτικά Παγίων Περιουσιακών Στοιχείων).
- **Γενικά Έξοδα Λειτουργίας** (Φωτισμός, Ύδρευση, Γραφική ύλη).

## **Γ. ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ**

- **Για Κεφαλαιουχικά Αγαθά (πάγια) από Ίδια Έσοδα** (Δηλαδή, τα έσοδα από νοσήλια και λοιπή επιχειρηματική δραστηριότητα).
- **Για Κτιριακό Εξοπλισμό και Εγκαταστάσεις**, μέσω επιχορήγησης από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας.
- **Για Κτιριακό Εξοπλισμό και Εγκαταστάσεις**, μέσω επιχορήγησης από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων.
- **Για Έξοδα Λειτουργίας Εξειδικευμένων Δομών ή Επενδύσεις**, μέσω επιχορήγησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση.

## **Δ. ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**

- **Επισκευές και Συντηρήσεις.**
- **Μισθώματα** ( Μισθώσεις χώρων για την ανάπτυξη των δράσεων που αφορούν την κύρια δραστηριότητα του Νοσοκομείου).
- **Δαπάνες Καθαριότητας.**
- **Αμοιβές σε Ελεύθερους Επαγγελματίες** ( Συγκεκριμένες Υπηρεσίες).
- **Δαπάνες Φύλαξης των Χώρων.**

## **Ε. ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΜΕΝΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ**

- **Απόδοση των Κρατήσεων υπέρ Τρίτων**

Σε γενικές γραμμές, ο Προϋπολογισμός κάθε έτους καταρτίζεται με μια σειρά από συγκεκριμένα βήματα (παράρτημα 9) και κατατίθεται από το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών για έγκριση στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια, στο Υπουργείο Υγείας αλλά και στην Υπηρεσία του Δημοσιονομικού Ελέγχου (Γενικό Λογιστήριο του Κράτους,

Υπουργείο Οικονομικών). Η κατάρτιση του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου συμπίπτει με την κατάρτιση και του Ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών προκειμένου να προσδιοριστεί το κόστος των απαιτούμενων προμηθειών για το επόμενο έτος ενώ θα συνεκτιμηθεί στον Προϋπολογισμό η πρόβλεψη των υπηρεσιών τις οποίες θα πρέπει να καταναλώσει το Νοσοκομείο για τη λειτουργία του. Σύμφωνα με τις οδηγίες που έχει δώσει το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, τα έξοδα του κάθε έτους δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τα έσοδα, δηλαδή ο Προϋπολογισμός πρέπει να είναι ισοσκελισμένος.

Παράλληλα, στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών όπως και στα υπόλοιπα Νοσοκομεία, καταρτίζεται χωριστά ο Προϋπολογισμός Μισθοδοσίας, ο Απολογισμός – Ισολογισμός και το Πρόγραμμα των Προμηθειών. Αναλυτικά, ο Προϋπολογισμός της Μισθοδοσίας περιλαμβάνει τις τακτικές αποδοχές των διαφορετικών κατηγοριών των εργαζομένων στο Νοσοκομείο, που είναι μόνιμοι ή αορίστου χρόνου. Αντίθετα, στην κατάρτιση του Προϋπολογισμού Μισθοδοσίας δεν συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες που σχετίζονται με τις πρόσθετες αποδοχές ( για παράδειγμα, οι εφημερίες γιατρών, οι υπερωρίες, τα νυχτερινά, τα εξαιρέσιμα, οι υπερωρίες του προσωπικού Ιδιωτικού Δικαίου Αορίστου Χρόνου), με την αμοιβή της αποζημίωσης των μελών αλλά και γραμματέων των επιτροπών που λειτουργούν στο Νοσοκομείο και με τις τακτικές αποδοχές των επικουρικών γιατρών και του λοιπού επικουρικού προσωπικού. Τέλος μετά την κατάρτιση του , ο Προϋπολογισμός, αποστέλλεται από το Νοσοκομείο στο Υπουργείο Υγείας, στο τελευταίο τρίμηνο του προηγούμενου έτους που αυτός αφορά και συμπεριλαμβάνεται στις Δαπάνες του Προϋπολογισμού τις οποίες καταρτίζει το Υπουργείο.

Στην συνέχεια, ο Απολογισμός των Εσόδων -Εξόδων κάθε έτους, σύμφωνα με το Δημόσιο Λογιστικό απεικονίζει τα αποτελέσματα εκτέλεσης του Προϋπολογισμού του αντίστοιχου έτους. Όμως, αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι ο Απολογισμός δεν απεικονίζει την οικονομική κατάσταση του Νοσοκομείου και αυτό συμβαίνει γιατί δεν παρουσιάζει την αποτίμηση της περιουσίας (πάγια στοιχεία και αποθέματα), καθώς και στοιχεία απαιτήσεων ( από τα ασφαλιστικά ταμεία) αλλά και υποχρεώσεων προς τους προμηθευτές-τρίτους. Ωστόσο, ο Απολογισμός συνοδεύεται από τις απαιτήσεις και τις υποχρεώσεις προκειμένου να δίνεται μια πρώτη εικόνα της οικονομικής θέσης (θετική ή αρνητική διαφορά μεταξύ απαιτήσεων και υποχρεώσεων) του Νοσοκομείου. Ακόμα, ο Απολογισμός πρέπει να συνοδεύεται

από τον προσδιορισμό των διαφυγόντων εσόδων του Νοσοκομείου από την παροχή των υπηρεσιών υγείας σε απόρους και στους ανασφάλιστους και από τον προσδιορισμό της δαπάνης με την οποία επιφορτίζεται το Νοσοκομείο για την άσκηση της κοινωνικής πολιτικής. Κλείνοντας, ο Ισολογισμός της χρηματικής διαχείρισης απεικονίζει τις πραγματικές ροές σε Έσοδα και σε Έξοδα όπως αυτές πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του έτους.

Συμπερασματικά, κάθε χρόνο είναι απαραίτητο να γίνεται η συγκριτική ανάλυση του Προϋπολογισμού και του Απολογισμού, των οργανικών εσόδων και των εξόδων, του οικονομικού αποτελέσματος, της ετήσιας επιχορήγησης και των δεικτών κόστους, έτσι ώστε να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της επίτευξης των στόχων που έχουν τεθεί από τον Διοικητή Μάνατζερ και να είναι εφικτή η αιτιολόγηση και η διόρθωση τυχών αποκλίσεων. Ειδική αναφορά θα πρέπει να γίνεται στην εξέλιξη των ακόλουθων μεγεθών :

- Των Ληξιπρόθεσμων Απαιτήσεων και Υποχρεώσεων και των Ελλειμμάτων
- Των Αλληλόχρεων Λογαριασμών με Λοιπούς Δημόσιους Οργανισμούς (για παράδειγμα, τα Ασφαλιστικά Ταμεία).
- Του ύψους στο οποίο διαμορφώνεται στο κλείσιμο του έτους το ταμειακό υπόλοιπο, σε περίπτωση που παρουσιάζεται μεγάλο ταμειακό υπόλοιπο και ανεξόφλητες υποχρεώσεις.

Κομβικό σημείο για την οικονομική λειτουργία του Νοσοκομείου, αποτελεί η Διαχείριση των Προμηθειών, Σύμφωνα με τον Πολύζο ( 2007), η αλυσίδα εφοδιασμού του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών έχει ως βασικούς εμπλεκόμενους φορείς

- Εξωτερικούς Προμηθευτές
- Τμήμα των Προμηθειών
- Εσωτερικούς Πελάτες ( άλλα τμήματα) και χρήστες (ασθενείς)

Η διασύνδεση των ανωτέρω φορέων γίνεται μέσω της σχετικής νομοθεσίας και των συστημάτων πληροφορικής. Για να επιτύχει τον στόχο της αποτελεσματικότητας – αποδοτικότητας ο Διοικητής - Μάνατζερ θα πρέπει να εξετάζει σε κάθε περίπτωση την τιμή ( κόστος προμηθειών), το προϊόν ( ποιότητα) και την οργάνωση (logistics)

και να αξιολογούνται κάποιοι δείκτες ( για παράδειγμα, ο χρόνος της διαδικασίας της παραγγελίας, ο χρόνος της παράδοσης στον τελικό χρήστη μετά την παραγγελία και η ικανοποίηση από την χρήση των υλικών).

Στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών όπως και στα υπόλοιπα Δημόσια Νοσοκομεία, το Τμήμα Προμηθειών ακολουθεί συγκεκριμένες διαδικασίες με βάση το ισχύον νομικό πλαίσιο. Στις διαδικασίες αυτές, περιλαμβάνονται η Διαδικασία της Προμήθειας των Υλικών μέσω Πρόχειρου Μειοδοτικού Διαγωνισμού, η Διαδικασία της Προμήθειας Υλικών ή Υπηρεσιών με Απευθείας Ανάθεση και η Διαδικασία της Προμήθειας Υλικών ή Υπηρεσιών με Διαπραγμάτευση. Αναλυτικά, η Διαδικασία της Προμήθειας των Υλικών μέσω Πρόχειρου Μειοδοτικού Διαγωνισμού ακολουθείται εξής βήματα :

- Το Τμήμα ή Κλινική που διαπιστώνει την έλλειψη ενός υλικού και συνεπώς, θεωρεί αναγκαία την προμήθεια του συντάσσει τεκμηριωμένο αίτημα προς το Τμήμα Διαχείρισης Υλικού.
- Το Τμήμα Διαχείρισης Υλικού αφού διαπιστώσει ότι τα αιτούμενα υλικά δεν υπάρχουν στην αποθήκη συντάσσει αίτηση προμήθειας προς το Τμήμα Προμηθειών με το είδος, τις προδιαγραφές, την ποσότητα καθώς και την πιθανή αξία του υλικού.
- Το Τμήμα Προμηθειών με εισήγηση του προς την Διοίκηση προτείνει την έγκριση της διενέργειας του Πρόχειρου Μειοδοτικού Διαγωνισμού για τα απαιτούμενα είδη με την προϋπόθεση ότι η δαπάνη που θα γίνει, δεν θα πρέπει να ξεπερνά τα 45.000 €.
- Η Διοίκηση με απόφαση της καθορίζει την ημερομηνία και την ώρα της διενέργειας του διαγωνισμού, τις ημερομηνίες και ώρες παραλαβής της διακήρυξης από τους ενδιαφερόμενους, τα μέσα που θα δημοσιευτεί η προκήρυξη και τα Μέλη της Επιτροπής Αξιολόγησης των Προσφορών.
- Το Τμήμα Προμηθειών στέλνει για δημοσίευση στον ημερήσιο τύπο την περίληψη της προκήρυξης στον ημερήσιο τύπο για να ενημερωθούν οι άμεσα ενδιαφερόμενοι.
- Έπειτα, γίνεται η συγκέντρωση των προσφορών των προμηθευτών και η παράδοση τους στα μέλη της επιτροπής την ημέρα διενέργειας του διαγωνισμού. Η Επιτροπή Αξιολόγησης έχει ως βασικές αρμοδιότητες:

- Την αποσφράγιση των προσφορών και τον έλεγχο των δικαιολογητικών συμμετοχής ( Συντάσσεται η κατάσταση των συμμετεχόντων και στη συνέχεια απορρίπτονται όσοι δεν πληρούν τους όρους συμμετοχής),
- Την αποσφράγιση των τεχνικών και οικονομικών προσφορών και την αξιολόγηση τους,
- Την σύνταξη του Πρακτικού Αξιολόγησης.
- Το Πρακτικό Αξιολόγησης υποβάλλεται στη Διοίκηση για έγκριση και Κατοχύρωση του Διαγωνισμού. Το Τμήμα Προμηθειών κοινοποιεί στους Προμηθευτές την κατακυρωτική απόφαση με την οποία τους γνωστοποιεί ποια είδη πρέπει να προμηθεύσουν το Νοσοκομείο και τους προσκαλεί να υπογράψουν την σχετική σύμβαση. Η Διαδικασία ολοκληρώνεται με την υλοποίηση της σύμβασης και της προμήθειας του υλικού από το Τμήμα Διαχείρισης του Υλικού. Παρόμοια Διαδικασία ( περισσότερο επίπονη) ακολουθείται και στους διαγωνισμούς άνω των 45.000€.

Στην συνέχεια, στην Διαδικασία Προμήθειας των Υλικών ή Υπηρεσιών με την απευθείας ανάθεση ακολουθείται παρόμοια διαδικασία με αυτή του Μειοδοτικού Διαγωνισμού με την διαφορά ότι είναι άμεση και γρήγορη (Η έλλειψη του υλικού οδηγεί σε άμεση παραγγελία του) αφού επιλέγεται ένας προμηθευτής με τον οποίο συνεργάζεται το Νοσοκομείο. Τέλος, το Τμήμα των Προμηθειών καταφεύγει στη Διαδικασία Προμήθειας Υλικών ή Υπηρεσιών με Διαπραγμάτευση μόνο όταν :

α) Οι προσφορές στην ανοιχτή και κλειστή διαδικασία δεν τηρήσουν τους όρους της διακήρυξης και β) Όταν το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο με βάση τις διατάξεις « περί κανόνων της συμμετοχής σε διαγωνισμούς » αλλά και « των κριτηρίων της επιλογής των προμηθευτών και της κατακύρωσης συμβάσεων» δεν κάνει δεκτές κάποιες συγκεκριμένες προσφορές.

Συμπερασματικά, τα βασικά αντικείμενα εφοδιασμού του Νοσοκομείου είναι τα φάρμακα, το υγειονομικό υλικό και τα είδη της διατροφής, που αποτελούν τις πρώτες ύλες στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Τέλος, η διαδικασία η οποία ακολουθείται για την κατάρτιση του Προϋπολογισμού των Προμηθειών ακολουθεί συγκεκριμένα βήματα ([Παράρτημα 9](#)) και είναι πολύ σημαντική για την απρόσκοπτη και αποτελεσματική λειτουργία του Νοσοκομείου.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα ενότητα και για τον ρόλο που διαδραματίζει ο Δημήτριος Μιχαλάκης

Διοικητής - Μάνατζερ στη Λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, πρέπει να επισημανθεί ότι η επιτυχία του ρόλου του θα πρέπει να αποτυπώνεται στον βαθμό της ικανοποίησης των τριών βασικών κριτηρίων που είναι κομβικά για την αξιολόγηση της λειτουργίας του Νοσοκομείου : 1) Ισότητα, 2) Αποτελεσματικότητα, και τέλος, 3) Αποδοτικότητα.

Σύμφωνα με τους Τούντα και Οικονόμου (2007), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την Ισότητα στην υγεία ως « την ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους». Παράλληλα, ορισμένοι ερευνητές (Κυριόπουλος, Γεωργούση κ. συν,1999) ορίζουν την Ισότητα ως τη δυνατότητα για την ισότιμη πρόσβαση, την ίση χρήση των υπηρεσιών υγείας αλλά και την ίδια ποιότητα φροντίδας των ασθενών ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων. Κάποιοι επιστήμονες (Cumpner, 1991) υποστηρίζουν ότι η Ισότητα θα πρέπει να επεκτείνεται και σε άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ( για παράδειγμα, οι Συνθήκες Διαβίωσης).

Παράλληλα, η Ισότητα αποτελείται από δυο διαστάσεις : α) Την Οριζόντια και β) Την Κάθετη. Η Οριζόντια Ισότητα επιτυγχάνεται με την ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών (για παράδειγμα, ίδιες αναλογίες των ιατρών ανά 1000 κατοίκους) και με την ισότιμη πρόσβαση ( για παράδειγμα, οι ίδιες αποστάσεις από τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ) και την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού. Τελικός στόχος είναι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία με τη σύγκλιση των Δεικτών Υγείας σε γεωγραφικό ή πληθυσμιακό επίπεδο. Από την άλλη πλευρά, η Κάθετη Ισότητα αναγνωρίζει την ανάγκη αντιμετώπισης του πληθυσμού με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες που παρουσιάζει, γεγονός που οδηγεί σε διαφορετική κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις επιμέρους ανάγκες. Τέλος, η κάθετη ισότητα προβλέπει προοδευτική χρηματοδότηση η οποία βασίζεται στην οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη.

Στην Ελλάδα της Οικονομικής Κρίσης υπάρχουν πολλές οικονομικές αλλά και κοινωνικές ανισότητες στην χρήση των υπηρεσιών υγείας. Πολλές φορές, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα (άνεργα ή ανασφάλιστα) δυσκολεύονται να λάβουν την αναγκαία ιατρική περίθαλψη η οποία απαιτείται για την υγεία τους. Συνεπώς, ο Διοικητής - Manager θα πρέπει να διαμορφώσει την Λειτουργία του Νοσοκομείου με κριτήριο την ισότιμη πρόσβαση στους πολίτες που είναι ασφαλισμένοι αλλά πολύ περισσότερο σε εκείνους που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθούν

Δημήτριος Μιχαλάκης



στις δαπάνες για την ιατρική τους περίθαλψη.

Το δεύτερο κριτήριο για την αξιολόγηση του ρόλου του Διοικητή – Μάνατζερ στο Νοσοκομείο είναι η Αποτελεσματικότητα του Νοσοκομείου. Σύμφωνα με τη Γούλα (2007), η Αποτελεσματικότητα είναι η σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων που θέτει ο προγραμματισμός των ιατρικών φροντίδων αλλά και των στόχων οι οποίοι επιτεύχθηκαν τελικά από την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων και διαδικασιών. Επομένως, η αποτελεσματικότητα εκφράζει το βαθμό επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων. Σύμφωνα με τους Τούντα και Οικονόμου (2007) οι στόχοι άπτονται πολλών πεδίων (για παράδειγμα, ποιότητα, ισότητα, προσβασιμότητα) και συνεπώς, ο όρος που χρησιμοποιείται, αναφέρεται κυρίως στην κλινική αποτελεσματικότητα, δηλαδή στο βαθμό επίτευξης των στόχων με τα αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού. Γενικά, η καλύτερη μέθοδος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας ενός Νοσοκομείου ή ενός συστήματος υγείας είναι μέσω της χρήσης μετρήσεων τελικών αποτελεσμάτων υγείας (για παράδειγμα, η Θνητότητα, η Θνησιμότητα, η Ποιότητα Ζωής), μέθοδος που πολλές φορές δεν είναι εφαρμόσιμη. Γι' αυτό τον λόγο η αποτελεσματικότητα ενός Νοσοκομείου συχνά αποτιμάται έμμεσα, μετρώντας συνήθως την αποτελεσματικότητα επιμέρους ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας ή με βάση την ποιότητα και την ποσότητα των ενδιάμεσων διαδικασιών (για παράδειγμα, οι χειρουργικές πράξεις) στο βαθμό που αυτές αποτελούν μέτρο των τελικών αποτελεσμάτων στην υγεία.

Τέλος, το τρίτο κριτήριο για την αξιολόγηση του ρόλου του Διοικητή – Μάνατζερ στο Νοσοκομείο είναι η Αποδοτικότητα του Νοσοκομείου. Η Γούλα (2007) ορίζει την Αποδοτικότητα είναι η σχέση μεταξύ των αποτελεσμάτων εκροών / εισροών, δηλαδή με ποια οικονομική επιβάρυνση, με ποιους χρηματοδοτούμενους πόρους αλλά και με ποια ποσότητα των παραγωγικών συντελεστών προσεγγίζονται τα αποτελέσματα που έχουν επιτευχθεί. Συνεπώς, ο Διοικητής- Μάνατζερ μέσω της αποδοτικότητας αξιολογεί τα αποτελέσματα του Νοσοκομείου σε σχέση με τους οικονομικούς, υλικούς αλλά και ανθρώπινους πόρους που χρησιμοποιούνται. Η αποδοτικότητα θεωρείται μέγιστη όταν μια δεδομένη ποσότητα προϊόντος παράγεται με το ελάχιστο δυνατό κόστος και στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ή όταν με δεδομένο το κόστος παράγεται η μέγιστη ποσότητα προϊόντος. Στενά συνυφασμένη έννοια με την αποδοτικότητα, είναι η παραγωγικότητα (productivity), που υπολογίζει το πηλίκο των αποτελεσμάτων προς τις εισροές που εκφράζονται με ανθρωποώρες, Δημήτριος Μιχαλάκης

δίνοντας έμφαση στην αξία της ανθρώπινης εργασίας ως συντελεστή παραγωγής. Τέλος, η αποδοτικότητα συνήθως εκφράζεται με τον λόγο εκροών / εισροών, όπου οι εκροές είναι είτε ενδιάμεσες, είτε τελικές και οι εισροές μετριούνται είτε σε φυσικές μονάδες, είτε μετατρέπονται σε χρηματικές μονάδες και αναφέρονται ως κόστος, Για παράδειγμα, κατά την Αξιολόγηση ενός Δημόσιου Νοσοκομείου, στις εισροές συμπεριλαμβάνονται το άμεσο κόστος λειτουργίας, το ανθρώπινο δυναμικό, οι διαθέσιμες κλίνες, στις ενδιάμεσες εκροές συνήθως συμπεριλαμβάνεται ο αριθμός των χειρουργικών ή εργαστηριακών πράξεων και ο αριθμός των νοσηλευθέντων και στις τελικές εκροές η Βελτίωση των Δεικτών Νοσηρότητας και Θνησιμότητας.

Συμπερασματικά η επίτευξη των τριών βασικών κριτηρίων, της Ισότητας, της Αποτελεσματικότητας και της Αποδοτικότητας αποδεικνύεται κατά την Διαδικασία της Αξιολόγησης των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου όπου ο Διοικητής – Μάνατζερ μπορεί να διαπιστώσει αν το Σύνολο των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου ανταποκρίνεται στους στόχους που έχουν τεθεί. Στην Διαδικασία της Αξιολόγησης χρησιμοποιούνται Δείκτες Υγείας. Σύμφωνα με την Κλινική Μελέτη που δημοσιεύτηκε τον Ιούλιο του 2014 με τίτλο « Αξιολόγηση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού στα χρόνια της Οικονομικής Κρίσης » οι Δείκτες Υγείας χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της υγειονομικής κατάστασης και για τον εντοπισμό των βασικών προβλημάτων της υγείας του πληθυσμού με σκοπό την ανάληψη στρατηγικών παρέμβασης από τα κράτη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των κύριων προβλημάτων υγείας. Σύμφωνα με την Κουρέα - Κρεμαστινού Τζένη (2010), « οι Δείκτες Υγείας είναι ένα κλάσμα το οποίο αποτελείται από τρεις κυρίως συνιστώσες: (έναν αριθμητή που είναι ο αριθμός των ατόμων του πληθυσμού που μας ενδιαφέρει, έναν παρονομαστή που είναι ο συνολικός αριθμός των ατόμων του πληθυσμού που μελετάται και τέλος, μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο που συνέβησαν τα γεγονότα). Ολοκληρώνοντας, οι Δείκτες της Υγείας πολλαπλασιάζονται επί 100 ή 1000 ή 100.000 έτσι ώστε να εκφράζονται με βάση τον πληθυσμό».

Παράλληλα, οι Δείκτες Υγείας διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες : 1) Δείκτες Θετικής Υγείας και 2) Δείκτες Αρνητικής Υγείας. Οι Δείκτες Θετικής Υγείας υποδιαιρούνται σε : α) Αντικειμενικούς (Δείκτης Γεννητικότητας, Δείκτης της Ολικής Γονιμότητας, Προσδόκιμο Επιβίωσης) και β) Υποκειμενικούς (Ευεξία του Ατόμου, Ποιότητα Ζωής). Αντίστοιχα, οι Δείκτες Αρνητικής Υγείας περιλαμβάνουν α) τους Δείκτες Θνησιμότητας όπου αποτυπώνεται ο αριθμός αλλά και οι αιτίες των θανάτων του Δημήτριος Μιχαλάκης

Πληθυσμού και β) τους Δείκτες της Νοσηρότητας όπου αποτυπώνεται ο αριθμός του νοσηλευόμενου πληθυσμού και οι αιτίες της νοσηλείας του. Κατά την Κουρέα - Κρεμαστινού Τζένη (2010), οι Δείκτες της Θνησιμότητας διακρίνονται σε :α) Αδρούς (Σύνολο του Πληθυσμού μιας γεωγραφικής περιοχής), β) Ειδικούς (αριθμός των γεγονότων που συνέβησαν σε μια υποομάδα του Πληθυσμού) και γ) Αναλογικούς (αναλογία περιπτώσεων, αναλογία για παράδειγμα ενός νοσήματος στο σύνολο των περιπτώσεων των νοσημάτων). Αντίστοιχα, οι Δείκτες της Νοσηρότητας διακρίνονται σε : α) Δείκτες Επιπολασμού ( Εκφράζεται η συχνότητα μιας καταστάσεως σε μια ορισμένη χρονική στιγμή ή χρονική περίοδο) και τους β) Δείκτες της Επιπτώσεως ( Εκφράζεται η συχνότητα με την οποία εξελίσσεται ένα γεγονός σε μια χρονική περίοδο ορισμένης διάρκειας, συνήθως ετήσια ή μηνιαία). Ακόμα, υπάρχουν και άλλες κατηγορίες Δεικτών, όπως οι Προτυποποιημένοι Δείκτες Θνησιμότητας, οι Δείκτες που απεικονίζουν τους Απευκταίους Θανάτους και τέλος, ο Δείκτης Daly (Εκφράζει τα χαμένα χρόνια ζωής ενός ατόμου από τον πρόωρο θάνατο και τα χρόνια ζωής με ανικανότητα) και ο Δείκτης Hale (Εκφράζει τα υγιή χρόνια ζωής που μπορεί να ζήσει ένα άτομο).

Στην περίπτωση του Νοσοκομείου εκτός από τους ανωτέρω δείκτες, οι βασικοί Δείκτες Αξιολόγησης είναι οι Δείκτες Εισροών και Επάρκειας και οι Δείκτες Εκροών, Λειτουργικότητας και Παραγωγικότητας. Αναλυτικά, σύμφωνα με τον Πολύζο (2014) κάθε μια κατηγορία Δεικτών μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες κατηγορίες ως εξής :

#### **Δείκτες Εισροών και Επάρκειας**

##### **A) Ανθρώπινοι Πόροι**

- Σύνολο Απασχολούμενων Ανά Κλίνη
- Σύνολο Ιατρικού Προσωπικού Ανά Κλίνη
- Σύνολο Νοσηλευτικού Προσωπικού Ανά Κλίνη
- Σύνολο Διοικητικού Προσωπικού Ανά Κλίνη
- Σύνολο Τεχνικού Προσωπικού Ανά Κλίνη
- Σύνολο Λοιπού Προσωπικού Ανά Κλίνη

##### **B) Υλικοί Πόροι**

- Αριθμός Γενικών Κλινών Συνολικά και Ανά Τμήμα

- Αριθμός Ειδικών Κλινών Συνολικά και Ανά Τμήμα
- Αριθμός Κλινών Μονάδας Εντατικής Θεραπείας
- Αριθμός Αξονικών και Μαγνητικών Τομογράφων
- Μονάδες Τεχνητού Νεφρού
- Μικροβιολογικοί Ηλεκτρονικοί Αναλυτές
- Αριθμός Λοιπών Συσκευών Υψηλής Τεχνολογίας

### **Γ) Οικονομικοί Πόροι**

- Συνολικό Κόστος του Νοσοκομείου
- Σταθερό - Μεταβλητό Κόστος / Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου
- Μέσο και Οριακό Κόστος Ανά Ασθενή
- Μέσο Κόστος Ανά Ημέρα Νοσηλείας
- Μέσο Κόστος Υγειονομικού Υλικού, Φαρμάκου, Εργαστηριακών Εξετάσεων, Γενικών Εξόδων Ανά Ασθενή
- Κόστος Αναλωσίμων / Συνολικό Κόστος Νοσοκομείου

### **Δ) Άλλοι Δείκτες**

- Λίστες Αναμονής Ανά Ιατρική Ειδικότητα ή Ανά Κατηγορία Νόσου
- Διακομιδές προς Άλλα Νοσοκομεία

## **Δείκτες Εκροών, Λειτουργικότητας και Παραγωγικότητας**

### **A) Απλοί (Λειτουργικοί) Δείκτες**

- Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας
- Αριθμός Εισαγωγών / Νοσηλευθέντων
- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
- Μέση Κάλυψη Κλινών ( % )
- Ρυθμός Εισροής Ασθενών
- Διάστημα Εναλλαγής Κλινών

### **B) Δείκτες Αποτελεσματικότητας**

- Ποσοστό Μείωσης Χημειοθεραπειών
- Ποσοστό Μείωσης Επαναλαμβανόμενων Εισαγωγών
- Ποσοστό Μείωσης Θνητότητας Ανά Κατηγορία Νόσου

- Ποσοστό Μείωσης Θνητότητας Ανά Είδος Χειρουργικής Επέμβασης
- Ποσοστό Μείωσης Νοσοκομειακών Λοιμώξεων
- Ποσοστό Μείωσης Πρώιμης Νεογνικής Θνησιμότητας
- Ποσοστό Μείωσης Λανθασμένων Διαγνώσεων
- Ποσοστό Μείωσης Παραπόνων

#### Γ) Δείκτες Αποδοτικότητας

- Σχέση μεταξύ Εισροών / Αποτελέσματος και Εκροών
- Ανά Κλινική
- Ανά Κατηγορία Νόσου
- Ανά Ιατρική Πράξη
- Ανά Χρησιμοποιούμενο Μηχάνημα
- Αριθμός Χειρουργικών Επεμβάσεων Ανά Γιατρό ή Ανά Νοσηλεύτη.

Ολοκληρώνοντας, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο Διοικητής Μάνατζερ του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών εκτός από την Αξιολόγηση μέσω των Δεικτών Υγείας, θα πρέπει να αναπτύξει περισσότερο τις Διαδικασίες της Ποιότητας στο Νοσοκομείο. Η έννοια της Ποιότητας άλλοτε χρησιμοποιείται ως το κριτήριο που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησης των πασχόντων και άλλοτε ως ευρύτερο κριτήριο συνολικής απόδοσης το οποίο περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και την επιστημονική αρτιότητα και ασφάλεια των διαδικασιών φροντίδας. Συνεπώς, στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών η Διοίκηση θα πρέπει να είναι σε θέση να καταρτίσει ένα Επιχειρηματικό Σχέδιο επέκτασης των συστημάτων της πιστοποίησης και του ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου στο σύνολο των Τμημάτων αλλά και των Κλινικών του Νοσοκομείου. Τέλος, μπορεί να εισηγηθεί την εφαρμογή ενός Συστήματος Διαπίστευσης αλλά και των Συστημάτων της Πιστοποίησης.

Συμπερασματικά, ο Διοικητής – Μάνατζερ μέσω της χρήσης των Δεικτών Υγείας στην Αξιολόγηση της Λειτουργίας του Νοσοκομείου, θα αντιληφθεί εάν οι Υπηρεσίες και το Προσωπικό του Νοσοκομείου είναι προσηλωμένοι στους στόχους που έχει προκαθορίσει η Διοίκηση. Παράλληλα, ο Μάνατζερ θα είναι σε θέση να αντιληφθεί αν το Νοσοκομείο έχει αυξήσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα προηγούμενα έτη ( αποδοτικότητα ), αν προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε

όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της οικονομική και κοινωνική κατάσταση (ισότητα) όπως διατυπώνεται στην αποστολή του και αν οι υπηρεσίες υγείας του θεραπεύουν ένα μεγάλο αριθμό ασθενών (αποτελεσματικότητα). Τέλος, το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών δεν θα πρέπει να παραβλέψει να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας έτσι ώστε να καταστεί ένα από τα Κορυφαία Νοσοκομεία στην Ελλάδα και Διεθνώς.

## **ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **5.Συμπεράσματα-Συζήτηση- Εισηγήσεις**

Στην παρούσα Διπλωματική Διατριβή, μελετήθηκε η σημασία και ο ρόλος του Management στον χώρο της Υγείας. Αναλυτικότερα, ο γενικά αποδεκτός ορισμός του Management είναι ο ακόλουθος: « Το Management είναι η εργασία μαζί με άλλους και μέσω των άλλων για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης αλλά και των μελών της». Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2015) ο Μάνατζερ καλείται να επιτελέσει τις ακόλουθες τέσσερις βασικές λειτουργίες:

- 1) Ο Προγραμματισμός (Planning)
- 2) Η Οργάνωση (Organizing)
- 3) Η Διοίκηση ή Διεύθυνση των Ανθρώπων (Leading)
- 4) Ο Έλεγχος (Controlling)

Τα τελευταία χρόνια, το Management βρίσκει εφαρμογή και στην Υγεία είτε στον Δημόσιο είτε στον Ιδιωτικό Τομέα. Στην Ελλάδα, εξαιτίας της καθυστερημένης Θεσμοθέτησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (1983) και της συνεχούς πολιτικής αστάθειας μέχρι το 2000, ο θεσμός του Μάνατζερ εισάγεται στην Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη για πρώτη φορά το 2001 με Υπουργό της Υγείας τον Αλέκο Παπαδόπουλο. Έκτοτε, γίνονται σοβαρές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες με στόχο να αντιμετωπιστούν όλες οι Παθογένειες που χαρακτηρίζουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας από την ίδρυση του το 1984 μέχρι το σήμερα (Περίοδος της Οικονομικής Κρίσης και της Ύφεσης). Τα Βασικά Προβλήματα και οι Προκλήσεις που αντιμετωπίζει το Ε.Σ.Υ. εντοπίζονται στα Οικονομικά – Δημοσιονομικά

Χαρακτηριστικά του, στον Βαθμό της Αναποτελεσματικότητας του και τέλος, στον Χαμηλό Βαθμό της Ικανοποίησης των Πολιτών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας.

Ακόμα, στην παρούσα Διπλωματική Διατριβή χρησιμοποιήθηκε ως Μελέτη Περίπτωσης για τον Ρόλο και τη Συμβολή του Manager στον χώρο της Υγείας και κυρίως στην Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη ( Νοσοκομεία), ένα Γενικό Νοσοκομείο των Αθηνών. Αναλυτικά, ο Διοικητής–Manager συμμετέχει στον Προγραμματισμό, στην Λήψη των Αποφάσεων, στην Εκχώρηση των Αρμοδιοτήτων και στον Καθορισμό των Προτύπων Απόδοσης , στον Λειτουργικό Σχεδιασμό του Νοσοκομείου και τέλος, στην Οικονομική του Λειτουργία. Στόχος του Ρόλου αλλά και των ενεργειών του Manager στο χώρο της Υγείας είναι η επίτευξη των κριτηρίων της Ισότητας ( Ισότιμη Πρόσβαση στην Υγεία για όλους τους Πολίτες ανεξαρτήτως της οικονομικής και κοινωνικής τους κατάστασης) , της Αποδοτικότητας αλλά και της Αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Υγείας που προσφέρει το Νοσοκομείο.

Σε γενικές γραμμές, η προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού προϋποθέτει την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο οφείλει να παρέχει δωρεάν και ισότιμες υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες. Οι Χρόνιες Παθολογίες του Συστήματος ( Η έλλειψη του σχεδιασμού, η ανεπαρκής διοίκηση, η υποβαθμισμένη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και η υποχρηματοδότηση) καθώς και η επιπρόσθετη έλλειψη υλικών, οικονομικών και ανθρώπινων πόρων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και των σφικτών δημοσιονομικών πολιτικών που ακολουθούν οι ελληνικές κυβερνήσεις καθιστούν τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξαιρετικά προβληματική. Το γεγονός αυτό έχει άμεσες επιπτώσεις στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού και ιδιαίτερος των φτωχότερων κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των προκλήσεων έχουν υποβληθεί σημαντικές προτάσεις από το Ινστιτούτο της Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2016), προτάσεις – εισηγήσεις που απηχούν και τις σκέψεις του συγγραφέα της παρούσας Διπλωματικής Διατριβής :

**1) Διαμόρφωση Εθνικής Πολιτικής Υγείας η οποία θα βασίζεται στις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού και θα δίνεται η έμφαση στα Βασικά Νοσολογικά Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ελληνικός πληθυσμός.** Η Εθνική

Πολιτική Υγείας έχοντας λάβει την απαραίτητη Διακομματική Στήριξη, θα πρέπει να επικεντρωθεί στο σχεδιασμό των αναγκαίων διαρθρωτικών αλλαγών, στο προγραμματισμό της βέλτιστης κατανομής των διαθέσιμων πόρων και στην ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης για κάθε Έλληνα Πολίτη στα πλαίσια των στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το 2020 ( ΕΣΠΑ Για την Υγεία, 2014-2020). Τέλος, η Εθνική Πολιτική Υγείας θα πρέπει να θέτει μεσοπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους οι οποίοι να εκφράζονται ποσοτικά ώστε να αξιολογείται η διαδικασία επίτευξης τους και το τελικό αποτέλεσμα.

**2) Ενίσχυση της Χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ώστε Δημόσιες Δαπάνες Υγείας να αντιστοιχούν τουλάχιστον στο 6% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος ( Α.Ε.Π. ) από 5% περίπου που είναι σήμερα.** Η ενίσχυση της χρηματοδότησης θα πρέπει να προέλθει από νέες δημοσιονομικές ρυθμίσεις, λόγω της μεγάλης ανεργίας ( 20,5 % το 2017, Στοιχεία στην ιστοσελίδα της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας <http://www.statistics.gr/> , πρόσβαση στις 5-12-2017) και της γενικότερης αδυναμίας της κοινωνικής ασφάλισης να συνεισφέρει όπως είχε συμβεί στο παρελθόν το 25 - 30% των Δημοσίων Δαπανών. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού είναι αναγκαίες οι ακόλουθες πολιτικές :

- Σταθερή Δέσμευση για Χρηματοδότηση του Τομέα της Υγείας με το ποσό της τάξης του 6% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.). Κρίνεται απαραίτητη η κατανομή του ποσού αυτού σε περιφερειακή βάση καθώς και η «πριμοδότηση» της τήρησης των περιφερειακών προϋπολογισμών. Αν υπάρχουν διαπεριφερειακές ροές, οι πόροι θα πρέπει να μεταβιβάζονται αναλόγως.
- Διεύρυνση της Χρηματοδοτικής Βάσης με διαρθρωτικές αλλαγές αλλά και εναλλακτικές πηγές όπως ο υπολογισμός των ασφαλιστικών εισφορών με πρόσθετο κριτήριο την προστιθέμενη αξία.
- Εκλογίκευση του Χρηματοδοτικού Μοντέλου με την άμεση επιτάχυνση των χρηματοδοτικών ροών (από το Υπουργείο των Οικονομικών προς τους κύριους φορείς του Υπουργείου Υγείας, δηλαδή τον Εθνικό Οργανισμό της Παροχής των Υπηρεσιών Υγείας και το Εθνικό Σύστημα Υγείας) αλλά και τη σταδιακή μετάβαση σε ένα υπόδειγμα με βασική πηγή τη Φορολογία [ Μελέτες όπως για τη « Εθνική Ασφάλιση Υγείας »



(Λιαρόπουλος, 2011) προβλέπουν την σταδιακή κατάργηση των ασφαλιστικών εισφορών και την αντικατάστασή τους από φόρους που θα προκύψουν λόγω της αύξησης του εισοδήματος, αύξησης της κατανάλωσης καθώς και της επαγγελματικής δραστηριότητας ] .

- Εισαγωγή της μακροοικονομικής πολιτικής του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας (Φ.Π.Α.), σε περιορισμένη έκταση για να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό η φορολόγηση της κατανάλωσης, γεγονός το οποίο δυσχεραίνει την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας. Στην ουσία, πρόκειται για αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από τα έσοδα του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας, με την μετακύλιση ενός τμήματος της χρηματοδότησης της ασφάλισης από τις εισφορές της υγείας προς την κατανάλωση. Τέλος, θα πρέπει να καθοριστεί ένα μέρος του υφιστάμενου Φόρου Προστιθέμενης Αξίας ως έμμεσου φόρου για την κοινωνική ασφάλιση.
- Αύξηση των φόρων σε ανθυγιεινά προϊόντα καπνού, οινοπνεύματος και των « μη υγιεινών τροφών », οι οποίοι θα διατεθούν για τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας.
- Εισαγωγή Σφαιρικών - Κλειστών Προϋπολογισμών ανά περιοχή ευθύνης (Περιφέρεια, Νομός, Δήμος ) και κατανομή των υφιστάμενων πόρων ανά περιοχή, ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε περιοχής.
- Αποζημίωση των Μονάδων Υγείας με βάση την Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και όχι μόνο του όγκου.
- Επαναφορά του « εισιτηρίου » για όλες τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας με απαλλαγή όμως των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού ( Άνεργοι, Χρόνιοι Πάσχοντες, Χαμηλά Κοινωνικά Στρώματα).

**3) Μετατροπή του Εθνικού Συστήματος Υγείας από Δημόσια Υπηρεσία με χαρακτηριστικά κακοδιοίκησης σε ένα Σύγχρονο Δημόσιο Οργανισμό με έναν Νέο Νόμο « Επανίδρυσης », γεγονός το οποίο θα αυξήσει την Αποτελεσματικότητα και την Αποδοτικότητα του Συστήματος. Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει να υλοποιηθούν τα ακόλουθα :**

- Δημιουργία Κεντρικού Οργάνου Συντονισμού, Ελέγχου και Αξιολόγησης

του Εθνικού Συστήματος της Υγείας και Θεσμοθέτηση της Θέσης Γενικού Διευθυντή του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται με την χρήση πολλών παραγόντων και να περιλαμβάνει υποδομές, υπηρεσίες και προσωπικό.

- Επιλογή Διοικήσεων στα Νοσοκομεία μέσω του Ανώτατου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού ( Α.Σ.Ε.Π.) με βάση συγκεκριμένα επιστημονικά και τεχνολογικά προσόντα. Κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων Management προκειμένου τα Νοσοκομεία να μετατραπούν σε αποτελεσματικές επιχειρησιακές μονάδες.
- Δημιουργία νέων Οργανισμών ανά Υγειονομική Περιφέρεια οι οποίες θα πρέπει να έχουν διευρυμένες αρμοδιότητες με στόχους την καλύτερη στελέχωση των δομών και την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών.
- Επανασχεδιασμός των Νοσοκομειακών Κλινικών και των Εργαστηρίων, στο πλαίσιο των νέων Περιφερειακών Οργανισμών, ώστε να γίνουν οι αναγκαίες αναδιαρθρώσεις, με συγχωνεύσεις – ενοποιήσεις Μονάδων και την ορθολογική ανακατανομή τους αλλά και με τη δημιουργία των Νοσοκομείων και Κλινικών Αναφοράς για Εξειδικευμένα Νοσήματα, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του Πληθυσμού της κάθε Περιφέρειας.
- Ενίσχυση του Επιτελικού Ρόλου των Υγειονομικών Περιφερειών στο Σχεδιασμό, στον Συντονισμό, στον Έλεγχο, στην Αξιολόγηση και στην Κατανομή του Προϋπολογισμού σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια.
- Δημιουργία Μονάδων Χρόνιων Νοσημάτων με την συμμετοχή του ιατρικού προσωπικού διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας. Οι Μονάδες αυτές θα μπορούν να στεγάζονται σε Νοσοκομεία ή Μονάδες Υγείας.
- Ενίσχυση του « Ηγετικού » Ρόλου του Ιατρικού Προσωπικού, με αύξηση των αρμοδιοτήτων στον Διευθυντή – Συντονιστή για τη διαχείριση του Κλινικού ή Εργαστηριακού Προϋπολογισμού, τις Προσλήψεις αλλά και το Κλινικό ή Εργαστηριακό Έργο.
- Επέκταση της Ηλεκτρονικής Υγείας ( e – Health) σε όλους τους τομείς και δημιουργία της Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας για κάθε πολίτη, η οποία θα

με την μορφή των αρμοδιοτήτων και εξουσιοδοτεί τους Τομάρχες οι οποίοι δίνουν τις κατευθύνσεις και τις οδηγίες στους Διευθυντές των Τμημάτων ή των Κλινικών στηρίζεται στον Ενιαίο Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας ( Η.Φ.Υ.) στο πλαίσιο Δημήτριος Μιχαλάκης ενός ολοκληρωμένου προγράμματος της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

- Διαμόρφωση ενός Βασικού Πακέτου Παροχών το οποίο θα περιλαμβάνει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τη Νοσοκομειακή Περίθαλψη και την Πρόληψη. Οι παροχές των υπηρεσιών υγείας θα παρέχονται σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα για κάθε ιατρική πράξη.
- Εφαρμογή νέου Μισθολογίου στο Ιατρικό Προσωπικό, όπου οι αμοιβές του θα καθορίζονται από τη θέση ευθύνης και την απόδοση των Μονάδων τους.
- Ένταξη του Ιδιωτικού Τομέα στον Ευρύτερο Σχεδιασμό για την Υγεία στο πλαίσιο κοινών κανόνων με τις Δημόσιες Δομές αλλά και συγκεκριμένων θεσμικών ρυθμίσεων που θα προάγουν την συμπληρωματικότητα και τη συνεργασία, ιδιαίτερα σε περιοχές ή τομείς όπου υπάρχει ανεπάρκεια από τον Δημόσιο Τομέα.
- Εφαρμογή του Νέου Συστήματος Ιατρικής Εκπαίδευσης στη βάση των προτάσεων που είχαν διατυπωθεί από την αρμόδια επιτροπή του ΚΕΣΥ (2013-2014).
- Αύξηση της Ενεργής Συμμετοχής των Πολιτών στα Κέντρα Αποφάσεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Δημιουργία των Θεσμών Κοινωνικού Ελέγχου με τη συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια με τελικό στόχο το Δημόσιο Σύστημα Υγείας να θέσει στο «επίκεντρο» τον Πάσχοντα.

Τέλος, αναφορικά με τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν στα Νοσοκομεία και κατ' επέκταση στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, ο Τομέας Νοσοκομειακής Περίθαλψης του Ινστιτούτο Επιστημονικών Ερευνών του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου έχει διατυπώσει 18 ενδιαφέροντα σημεία ( Πρόταση του Ιατρικού Συλλόγου στην Ηλεκτρονική Ιστοσελίδα του Σταθμού Αθήνα 9,84 στην Διεύθυνση <http://www.athina984.gr/2017/03/16/pis-18-protasis-gia-ton-anaschediasmo-tou-dimosiou-systimatos-ygias/> , πρόσβαση στις 11/12/2017) :

#### 1) Διασφάλιση Ισότιμης Πρόσβασης αλλά και Παροχής Υψηλού Επίπεδο

Υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους πολίτες.

2) Συζήτηση για τον χαρακτήρα της νομικής μορφής ορισμένων Νοσοκομείων (για παράδειγμα, « Νομικά Πρόσωπα Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα » τα οποία εποπτεύονται από το Κράτος) και άμεση διασφάλιση των εργασιακών δικαιωμάτων των ήδη υπηρετούντων εργαζομένων.

3) Πρόβλεψη μιας ειδικής διαδικασίας της επιλογής Διοικήσεων του συνόλου των Νοσοκομείων (ενδεχομένως, με τη συμμετοχή και του Ανώτατου Συμβουλίου Επιλογής του Προσωπικού), με τεχνοκρατικά κριτήρια και αδιάβλητο τρόπο, καθώς και αποκλεισμό των πολιτικών παρεμβάσεων

4) Μηχανοργάνωση των Νοσοκομείων με την λειτουργία ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων συμβατών μεταξύ τους. Τα Νοσοκομεία να είναι ικανά να παρακολουθούν την κίνηση των ασθενών σε πραγματικό χρόνο (online) και να εφαρμόζουν διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπευτικά πρωτόκολλα και κοστολόγηση αυτών. Επιπλέον, η ανάπτυξη του Ηλεκτρονικού Συστήματος της Παραγγελίας των Φαρμάκων, των Αντιδραστηρίων και των λοιπών υλικών και των επιμέρους των αναλώσεων αυτών. Υποχρεωτική Δημοσίευση των Ισολογισμών καθώς επίσης και των Αποτελεσμάτων Χρήσης και των λειτουργικών Στοιχείων όλων των Υπηρεσιών

5) Ηλεκτρονικός Φάκελος ( Ιατρικός Φάκελος όλων των πολιτών στον οποίο θα περιλαμβάνονται οι επαφές με τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τις δομές του Ιδιωτικού Τομέα με τρόπο που να διασφαλίζονται όλα τα προσωπικά δεδομένα και το ιατρικό απόρρητο.

6) Ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη με την λεπτομερή αποτύπωση των υπάρχουσών δομών, του ανθρώπινου δυναμικού και της υλικοτεχνικής υποδομής σε σχέση με τις ανάγκες του πληθυσμού.

7) Με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας και την εξοικονόμηση πόρων κρίνονται απαραίτητες οι ακόλουθες μεταρρυθμίσεις :

- Αναδιάταξη των Μονάδων Υγείας
- Συνδιοίκηση των Νοσοκομείων.

- Συνένωση Ομοειδών Τμημάτων Μονάδων και Εργαστηρίων εντός του ίδιου Νοσοκομείου.
- Μετατροπή των Μικρών ( Γενικών Νοσοκομείων - Κέντρων Υγείας) σε Μονάδες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή Βραχείας αλλά και Εξειδικευμένης Νοσηλείας ή του Ειδικού Σκοπού οι οποίες θα είναι λειτουργικά συνδεδεμένες μέσω του Νοσοκομείου Αναφοράς.
- Ίδρυση Νέων Νοσοκομείων όπου είναι απαραίτητο ( για παράδειγμα, το Νοσοκομείο Παίδων στη Βόρεια Ελλάδα).
- Ορθολογική Κατανομή του Προσωπικού και των άλλων πόρων στη βάση των Λειτουργικών Δεικτών.

**8)** Λειτουργία αρκετών επιλεγμένων Νοσοκομείων ως εξειδικευμένα κέντρα αναφοράς σε ειδικά θέματα ( Τα Καρδιοχειρουργικά, τα Μεταμοσχευτικά, αλλά και τα Παιδοκαρδιολογικά, είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα).

**9)** Λειτουργία Ειδικών Νοσοκομείων Περίθαλψης των Χρονίως Πασχόντων, των Κέντρων της Αποκατάστασης, των Κέντρων της Αντιμετώπισης των Ασθενών Τελικού Σταδίου τα οποία θα είναι συνδεδεμένα με ομάδα Νοσοκομείων.

**10)** Συγκρότηση Ανεξαρτήτων Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών ( ΤΕΠ ) με την οργανωτική και διοικητική αυτοτέλεια ανά Νοσοκομείο ή ανά Ομάδα των Νοσοκομείων που γειτνιάζουν με τη θεσμοθέτηση της εξειδίκευσης της Επείγουσας Ιατρικής. Σταδιακή Αλλαγή του Συστήματος των Εφημεριών με στόχο τη λειτουργία των ΤΕΠ των μεγάλων πόλεων σε καθημερινή 24ώρη βάση.

**11)** Ομοειδής Αποζημίωση των Νοσοκομείων και των Ιδιωτικών Κλινικών με βάση τα Διεθνώς Θεσμοθετημένα DRGS ( Diagnostic Related Groups) γνωστά ως Ομοιογενείς Διαγνωστικές Ομάδες, τα οποία θα επικαιροποιούνται σε ετήσια βάση.

**12)** Θέσπιση της Μόνιμης Διαδικασίας Περιοδικής Αξιολόγησης του Ιατρικού Δυναμικού και των άλλων Επαγγελματιών Υγείας των Νοσοκομείων, με βάση τα Διεθνώς Ισχύοντα Πρωτόκολλα Αξιολόγησης. Θέσπιση των κινήτρων με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας.

**13)** Υιοθέτηση του Ετήσιου Κλινικού Προϋπολογισμού ανά Τμήμα και της Ευθύνης Διαχείρισης του από τους Διευθυντές του Εκάστοτε Τμήματος.

**14)** Επέκταση του Θεσμού της Ολοήμερης Λειτουργίας των Νοσοκομείων στις Διαγνωστικές και Επεμβατικές Πράξεις και στα Χειρουργεία. Θεσμοθέτηση του Δικαιώματος του Ασθενή να επιλέγει τον Θεράποντα Ιατρό με Διάφανη Διαδικασία.

**15)** Σύναψη Συμβάσεων των Νοσοκομείων με τις Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες Ελλάδος και Εξωτερικού.

**16)** Παροχή Ειδικών Κινήτρων ( για παράδειγμα, οικονομική εξέλιξη) σε γιατρούς και νοσηλευτές που υπηρετούν σε άγονες και απομακρυσμένες περιοχές.

**17)** Παροχή στις Δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας της δυνατότητας να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς, μετά από αυστηρή αξιολόγηση και με αμοιβές που θα καθορίζονται από το κράτος με στόχο να καλύπτουν επιτακτικές ανάγκες εφόσον το επιβάλλουν οι συνθήκες.

**18)** Θεσμοθέτηση της Δυνατότητας Πρόσληψης σε συγκεκριμένο χρονικό Διάστημα και όταν το επιβάλλουν οι περιστάσεις του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού για την αναπλήρωση προσωπικού που βρίσκεται σε άδεια ή ασθενεί ή έχει συνταξιοδοτηθεί μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία της κανονικής πρόσληψης.

.

# **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **Ελληνόγλωσση**

### **Βιβλία :**

Βασιλείου Δημήτριος, Ηρειώτης Νικόλαος (2015). Χρηματοοικονομική Διοίκηση : Θεωρία και Πρακτική . Rosili, Αθήνα.

Γούλα Β. Ασπασία (2007). Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου. Δεύτερη Έκδοση, Παπαζήσης, Αθήνα.

Κουρέα - Κρεμαστινού, Τζένη (2010). Δημόσια Υγεία, Θεωρία - Πράξη - Πολιτικές. Δεύτερη Έκδοση, Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ε., Γείτονα Μ., (1999). Τα Οικονομικά της Υγείας από το Α ως το Ω. Εξάντας, Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Λ.Λ (2007) . Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Τόμος Α. Βήτα, Αθήνα.

Μπούκης Σώτος Δ., Σ.Μ. (1993). Βασικό Μάνατζμεντ και Διαπροσωπικές Σχέσεις. Δεύτερη Έκδοση, Ο.Π.Ε./ Ι.Ε.Σ, Αθήνα.

Μπουραντάς Δημήτριος Κ. (2015). Μάνατζμεντ, Πλήρες Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες Προσεγγίσεις & Μέθοδοι, Διοικητικές & Ηγετικές Ικανότητες, 2<sup>η</sup> Έκδοση, Ε.Μπένου, Αθήνα.

Οικονόμου Χαράλαμπος (2004). Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Διόνικος, Αθήνα.

Πετρίδου Ευγενία, Ε.Π. (1998). Διοίκηση-Μάνατζμεντ : Μια Εισαγωγική προσέγγιση. Ζυγός, Θεσσαλονίκη.

Πολύζος Νικόλαος Μ. (2014). Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας Κριτική, Αθήνα.

Πολύζος Νικόλαος Μ. (2007). Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας. Διόνικος, Αθήνα.

Σιγάλας Ιωάννης (1999). Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Τούντας Γιάννης (2008). Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα Υγείας , Σχεδιασμός-Οργάνωση - Αξιολόγηση, Ποιότητα, Διοίκηση, Οικονομικά, Ασφάλιση Υγείας, Νέες Τεχνολογίες, Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Οδυσσέας, Αθήνα.

Τζωρτζάκης Κωστας , Τζωρτζάκη Αλεξία - Μαίρη (2007). Οργάνωση και Διοίκηση Το Management της Νέας Εποχής. Rosili, Αθήνα,

Χλέτσος Μιχάλης (2011). Οικονομικά της Υγείας. Πατάκη, Αθήνα

Χολέβας Γιάννης Κ., Σ.Τ. (1995). Οργάνωση και Διοίκηση (Management). Πρώτη Έκδοση, Interbooks, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γιάννης Ν. (2006). Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική. Τυπωθήτω - Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα.

### **Άρθρα – Μελέτες – Διπλωματικές Εργασίες – Εκπαιδευτικές Σημειώσεις**

Γεωργακόπουλος (2016) : Η Υγεία των Ελλήνων και η Κρίση - Έρευνα. Ανάκτηση 24/9/2017 από <https://www.portaloiax.gr/index.php/68-oi-arithmoi/1514-i-ygeia-ton-ellinon-kai-i-krisi-mia-erevna>

Θανασάς Ι, Χαραλάμπους Μ..(2016). Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Επιστημονικά Χρονικά 21(2): 158-17.

Κελέση-Σταυροπούλου Ν. Μάρθα , Σταυροπούλου Κ. Ματίνα (2010). Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στον Υγειονομικό Τομέα. Βήμα του Ασκληπιού 9 : 3

Κυριόπουλος Γιαννης (2017). Οικονομική Κρίση και Υγεία. Ανάκτηση 20/9/2017 από [http://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-\\_12559\\_b\\_17514242.html](http://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-_12559_b_17514242.html)

Λιαρόπουλος (2011). Μελέτη για την Εθνική Ασφάλιση Υγείας. Αθήνα.

Μανιαδάκης Νικόλαος (2005). Τα Οικονομικά της Υγείας από την Οπτική του Μάνατζερ. Αρχείο σε μορφή Pdf , διαθέσιμο στο Διαδίκτυο.

Μανδάλου (2013). Η Εισαγωγή του Συστήματος Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών ( KEN – DRG ) στα Ελληνικά Νοσοκομεία : Η Διεθνής Εφαρμογή και η Ελληνική Πραγματικότητα

Μανιού Μαρία, Ιακωβίδου Ελισάβετ (2009). Η σημερινή εικόνα των Δημοσίων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Βήμα του Ασκληπιού 8 : 4.



Μάρκοβιτς Γιάννης , Μοναστηρίδου Σοφία (2011). Παρακίνηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού και πλαίσιο ρεαλιστικών κινήτρων σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο. Βήμα Ασκληπιού 10 : 4 .

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (2017). 18 Προτάσεις για τον Ανασχεδιασμό του Δημόσιου Συστήματος Υγείας. Ανάκτηση από την ιστοσελίδα του Αθήνα 984 [.http://www.athina984.gr/2017/03/16/pis-18-protasis-gia-ton-anaschediasmo-tou-dimosiou-systimatos-ygias/](http://www.athina984.gr/2017/03/16/pis-18-protasis-gia-ton-anaschediasmo-tou-dimosiou-systimatos-ygias/)

Παπαδόπουλος Άγγελος (2015). Σημειώσεις στη Θεματική Ενότητα Βασικές Αρχές της Διοίκησης και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας. Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Παπαδόπουλος Αλέκος (2000). Τι απαιτεί η εφαρμογή του Management/Νέα Αντίληψη στα Νοσοκομεία. Ανάκτηση από την Προσωπική Ιστοσελίδα του πρώην Υπουργού Υγείας Αλέκου Παπαδόπουλου στην ακόλουθη διαδικτυακή διεύθυνση <http://www.apapadopoulos.gr/main/press/okt00/okt00.html#AYPIANH / 7>

Παπαευθυμίου Κατερίνα (2016). Γιατροί και Νοσηλευτές εκπέμπουν sos για τις Ελλείψεις στο Λαϊκό. Ανάκτηση 20/7/2017 από την ιστοσελίδα ιατρικού ενδιαφέροντος <http://www.docmed.gr/giatri-ke-nosileftes-ekpempoun-sos-gia-tis-ellipsis-sto-laiko/>

Πρεβύζη Ευαγγελία Ι., Κάλλια Θωμαή (2012). Ηγεσία και παρακίνηση: Σημαντικές έννοιες στην νοσηλευτική . Βήμα του Ασκληπιού 11 : 1.

Σαρρής, Χρυσάκη και Σούλης (2003). Το Νοσοκομείο Επιχείρηση. Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών 3 : 31-52

Σουλιώτης (2000). Η Χρηματοδότηση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Τούντας Γ. και Οικονόμου Ν.Α (2007). Αξιολόγηση των Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Οικονομικά της Υγείας. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, 24(1) : 7-21.

Τούντας Γιάννης, Βαρδαβάς Κωνσταντίνος, Γιαννοπούλου Κατερίνα, Γώτη Γεωργία, Καντζανού Μαρία, Καστανιώτη Κατερίνα , Μαυριδόγλου Γεώργιος, Μεράκου Κούλα, Μπαρμπούνη Αναστασία, Μάλλα Κατερίνα, Παπαδοπούλου Νατάσα, Παπαχρήστου Στάθης, Πελέκη Θεοδοσία, Πετρούλια Ιωάννα ,Πολύζο

Νίκος, Σουλιώτης Κυριάκος, Σχορετσανίτη Σωτηρία , Φερεκίδου Ελίζα , Φιλιππίδης Φίλιππος (2016). Βελτιώνοντας το Σύστημα Υγείας. Ανάκτηση 24/9/2017 από <https://www.dianeosis.org/2016/03/greek-health-proposals/> Ιστοσελίδα Διανέοσις , Αθήνα.

Χλέτσος Μιχάλης (2015). Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες την Εποχή της Κρίσης. Ανάκτηση 24/9/2017 από την Ιστοσελίδα για την Ποιότητα στην Υγεία <http://www.qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

### **Ξενογλώσση**

Anthony Robert (1965). Planning and Control Systems: A Framework for Analysis, Harvard University Press, Boston.

Cumper GE (1991). The evaluation of national health systems. Oxford Medical Publications, Oxford

Daft Richard (2013). Management 11<sup>th</sup> Edition. Cengage Learning, United States of America.

Dressler Gary (2012). Human Resource Management. Prentice Hall, United States of America

Follet Parker Mary (2014). Dynamic Administration. The Collected Papers of Mary Parker Follet. Roulledge, United States of America.

Gkorezis, P. Petridou, E. ( 2011). The Impact of Rewards on Empowering Public Nurses. Health Services Management Research, ch 24 p.p 55-59.

Gray, E.R, Smeltzer, L.R. (1989). Management : The Competitive Edge. Mcmillan, New York.

Hammer M., Champy j.(1993). Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution, Harper Business, New York.

Hersey Paul, Kenneth Blanchard (1988). Management of Organizational Behavior, 5<sup>th</sup> edition pp. 169 -201, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

James Paul, J.P. (1996) Total Quality Management. Prentice Hall, United States of America.

- Kobel C., Thuilliez J., Bellanger M., Pfeiffer, K.P (2011). DRG Systems and Similar Patient Classification Systems in Europe. In: Busse R., Geissler, A., Quentin W., Wiley M. (eds). *Diagnosis Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals* (p.p 65-76). Open University Press, England.
- Kontodimopoulos, N., Paleologou, V. & Niakas, D. (2009). Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. *BMC Health Services Research*, vol. 9, no. 164, pp. 1-11
- Mondy, R.W (2011). *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*, Τζιόλα, Αθήνα.
- Niakas Dimitrios (2013). *Greek Fiscal Crisis and the effects on Health Care System*. Ανάκτηση στις 23/8/2017 από την ιστοσελίδα εκπαιδευτικού ενδιαφέροντος.  
[https://www.researchgate.net/profile/Dimitris\\_Niakas/publication/281148778\\_Greek\\_financial\\_crisis\\_and\\_the\\_effects\\_on\\_health\\_care\\_system/links/55d88aaf08ae9d65948f911b/Greek-financial-crisis-and-the-effects-on-health-care-system.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dimitris_Niakas/publication/281148778_Greek_financial_crisis_and_the_effects_on_health_care_system/links/55d88aaf08ae9d65948f911b/Greek-financial-crisis-and-the-effects-on-health-care-system.pdf)
- Noe R., Hollenbeck J., Gerhart, B., Wright P. (2003), *Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων- Ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Paleologou, V., Kontodimopoulos, N., Stamouli, A., Aletras, V. & Niakas, D. (2006). Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. *BMC Health Services Research*, vol. 6, no. 1, pp. 118.
- Robbins Stephen P, Coulter Mary (2011). *Management 11<sup>th</sup> Edition*, Pearson, United States of America.
- Schermerhorn J. (2010). *Management*, John Wiley & Sons, New York.
- Schreyoegg J., Stargardt T, Tiemann O., Busse R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European Countries. *Health Care Management Science*, 9: 215-23.
- Sullivan Eleanor J. (2016). *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*, Όγδοη Έκδοση, Μ. Γκιούρδας, Αθήνα.
- Thompson JD, Goldin G. (1975). *The Hospital: A Social and Architecture History*. Yale University Press, New Haven.
- Wolper (2001). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. Mediforce, Αθήνα.

**NΟΜΟΘΕΣΙΑ (Διαθέσιμη στα Συγγράμματα και στις Ιστοσελίδες του Εθνικού Τυπογραφείου [www.et.gr](http://www.et.gr) και του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών [www.laiko.gr](http://www.laiko.gr) .**

Νόμος 1278/1982 ο οποίος είχε ως βασική πρόταση την σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) το οποίο έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα και προτείνει στον Υπουργό της Υγείας, τα Μέτρα για την διαδικασία του Προγραμματισμού, την Παρακολούθηση αλλά και την Αξιολόγηση των προγραμμάτων καθώς επίσης και τον συντονισμό και τον έλεγχο των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) .

Νόμος 1397 / 1983 « Περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας ».

Νόμος 2071 / 1992 « για τον Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος Υγείας.

Νόμος 2194 / 1994 « Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Άλλες Διατάξεις.

Νόμος 2519 / 1997 σχετικά με « Την Ανάπτυξη και Τον Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

Νόμος 2889 / 2001 με Θέμα : « Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Νόμος 2920/2001 με Θέμα : « Σώμα Επιθεωρητών των Υπηρεσιών της Υγείας και της Πρόνοιας ( Σ.Ε.Υ.Υ.Π ) και άλλες διατάξεις ».

Νόμος 2955 / 2001 με Θέμα : « Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών Μονάδων Υγείας των ΠΕΣΥ

Νόμος 3106 / 2003 με Θέμα : « Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος της Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις ».

Νόμος 3172 / 2003 με Θέμα : « Οργάνωση και ο Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις

Νόμος 3204 / 2003 με Θέμα : « Τροποποίηση και Συμπλήρωση της Νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ρυθμίσεις άλλων Θεμάτων της Αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Νόμος 3235 / 2004 με Θέμα : « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ».

Νόμος 3252 /2004 με Θέμα : « Σύσταση της Ένωσης των Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις ».

Νόμος 3329/2005 « Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και

λοιπές διατάξεις»

Νόμος 3527/2007 « Κύρωση Συμβάσεων υπέρ των Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις »

Νόμος 3852 / 2010 με Θέμα : « Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης

Νόμος 3868 / 2010 με Θέμα : « Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Λοιπές διατάξεις και αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

Νόμος 3918 / 2011 με Θέμα : « Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και Άλλες Διατάξεις

Νόμος 4238 / 2014 με Θέμα : « Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο της Υγείας, αλλαγή Σκοπού ΕΟΠΥΥ και Λοιπές Διατάξεις

Νόμος 4486 / 2017 με Θέμα : « Μεταρρύθμιση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».

Νόμος 5746 / 1933 : Ίδρυση και Οργάνωση του Νοσοκομείου με το όνομα « Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών.

ΦΕΚ 1702 / β / 1/8/ 2011 : « Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ».

ΦΕΚ 1465 / 2014 : « Κριτήρια Πρόσβασης Ανασφαλιστών στην Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη».

ΦΕΚ 1753 / 2014: « Πρόσβαση στο Σύστημα Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης».

ΦΕΚ Β 698/ 28/3/2013 : « Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών».

## Δικτυακοί Τόποι

Ιστοσελίδα της Wikipedia : [https://en.wikipedia.org/wiki/Main\\_Page](https://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page)

Ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου : <http://www.et.gr/>

Ιστοσελίδα του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών : [www.laiko.gr](http://www.laiko.gr)

Ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας : <http://www.moh.gov.gr/>

Ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης : [https://europa.eu/european-union/index\\_el](https://europa.eu/european-union/index_el)

Ιστοσελίδα του Ραδιοτηλεοπτικού Σταθμού Σκai : <http://www.skai.gr/>

Ιστοσελίδα της Εφημερίδας τα Νέα : <http://www.tanea.gr/>

Ιστοσελίδα του Συνδέσμου Ελλήνων Βιομηχάνων : <http://www.sev.org.gr/>

Ιστοσελίδα της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας : <http://www.statistics.gr/>

Ιστοσελίδα της Ελληνικής Ένωσης Διαπιστευμένων Φορέων Επιθεώρησης και Πιστοποίησης : <http://www.hellascert.gr/>

Ιστοσελίδα για την Ποιότητα στην Υγεία : <http://www.qualityinhealth.gr/>

Ιστοσελίδα της Εταιρείας Κύκλος Ποιότητας : <http://www.q1c.gr/>

Ιστοσελίδα Ειδησεογραφική : <http://www.reporter.gr/>

Ιστοσελίδα Ειδησεογραφική : <http://www.huffingtonpost.gr/>

Ιστοσελίδα Ειδησεογραφική : <https://www.portaloiax.gr/index.php>

Ιστοσελίδα Ειδησεογραφική : <http://www.enikonomia.gr/>

Ιστοσελίδα Εκπαιδευτική : <http://fractalart.gr/>

Ιστοσελίδα Ιατρικού Περιεχομένου : <http://www.docmed.gr/>

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## Παράρτημα 1

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), οι 14 Αρχές του Management κατά τον Fayol είναι οι ακόλουθες:

1) Καταμερισμός Εργασίας : Η εργασία διαχωρίζεται σε βασικά επιμέρους μέρη και στη συνέχεια, κατανέμεται σε μεμονωμένους εργαζόμενους ή ομάδες εργασίας οι οποίες μπορεί να έχουν ειδικευτεί σε αυτά, με αποτέλεσμα να προκύπτει η λεγόμενη εξειδίκευση εργασίας (work specialization).

2) Εξουσιοδότηση : Εξουσιοδότηση είναι το νόμιμο δικαίωμα της άσκησης εξουσίας μέσα στην επιχείρηση ώστε να επιτυγχάνεται η υπακοή των εργαζομένων. Είναι στενά συνδεδεμένη με την αρμοδιότητα (responsibility), δηλαδή την ευθύνη που προκύπτει από τη χρήση της εξουσιοδότησης.

3) Πειθαρχία : Είναι η επιβολή τιμωρίας για παράλειψη δράσης σύμφωνα με τις επιθυμίες εκείνων που κατέχουν νόμιμη εξουσιοδότηση μέσα στον οργανισμό.

4) Ενότητα Διοίκησης : Κάθε εργαζόμενος πρέπει να δέχεται εντολές από ένα μόνο Manager. Πρόκειται για μια απλοποιημένη αντίληψη μια επιχείρησης η οποία εξασφαλίζει την ελαχιστοποίηση των συγκρούσεων αλλά και προάγει τη σαφήνεια στην επικοινωνία.

5) Ενότητα Κατεύθυνσης : Ολόκληρη η επιχείρηση θα πρέπει να έχει έναν κοινό στόχο και να προσπαθεί να τον επιτυγχάνει σε όλες τις δραστηριότητες της.

6) Ατομική Υπακοή : Οι στόχοι και τα συμφέροντα της επιχείρησης είναι σημαντικότερα και προηγούνται σε σχέση με τους προσωπικούς στόχους και τα συμφέροντα του ατόμου.

7) Ανταμοιβή : Κάθε εργαζόμενος πρέπει να αμείβεται σύμφωνα με γενικούς κανόνες που εφαρμόζονται για όλους. Στον υπολογισμό των ποσών και των ειδών της αμοιβής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι εξής παράγοντες : το κόστος διαβίωσης, το γενικό οικονομικό κλίμα και οι συγκεκριμένες επιχειρηματικές συνθήκες, τα προσόντα του εργαζόμενου, η προσφορά και η ζήτηση για τους εργαζόμενους και τα επίπεδα της παραγωγικότητας που επιτυγχάνονται.

8) Συγκεντρωτισμός : Η σημασία των υφισταμένων μειώνεται σε μεγάλο

βαθμό καθώς η επιχειρησιακή εξουσία αλλά και η ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεων συγκεντρώνεται στους διευθυντές. Οι Manager είναι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων και δίνουν λόγο γι' αυτές. Στους υφιστάμενους θα πρέπει να εκχωρείται η απαιτούμενη αρμοδιότητα για την εκτέλεση της εργασίας που τους ανατέθηκε

9) Διοικητική Κλίμακα Ιεραρχίας : Οι Manager μιας εταιρείας ή οργάνωσης είναι οργανωμένοι σε μια κλιμακωτή ή ιεραρχική αλυσίδα διοίκησης. Η εξουσιοδότηση και η αρμοδιότητα εκχωρούνται από την κορυφή προς τη βάση της ιεραρχικής κλίμακας και μειώνονται όσο κατέρχεται κανείς την κλίμακα της ιεραρχίας. Τα κατώτερα στελέχη έχουν αρμοδιότητα να ενημερώνουν τους ανωτέρους τους στην κλίμακα της ιεραρχίας σχετικά με τρέχουσες πληροφορίες για την ολοκλήρωση των καθηκόντων.

10) Τάξη : Οι πόροι μιας επιχείρησης - πρώτες ύλες και εργαζόμενοι - πρέπει να βρίσκονται στη σωστή θέση, στο σωστό τόπο και χρόνο. Έτσι εξασφαλίζεται η μέγιστη αποδοτικότητα.

11) Ισότητα : Οι εργαζόμενοι πρέπει να αισθάνονται ότι έχουν ίση και δίκαιη μεταχείριση. Το αίσθημα δικαιοσύνης επιτυγχάνεται με οργανωτικούς κανόνες που εφαρμόζονται με συνέπεια σε όλους τους εργαζόμενους.

12) Σταθερότητα του Προσωπικού : Οι επιτυχημένες επιχειρήσεις κρατούν τους καλούς Manager κάτι που πρέπει να αποτελεί στόχο για μια επιχείρηση. Το ικανό και επιτυχημένο προσωπικό αποτελεί ζωτικό πόρο για μια επιχείρηση, η στάση της οποίας θα πρέπει να ενθαρρύνει τη μακροπρόθεσμη δέσμευση του στελέχους μαζί της.

13) Πρωτοβουλία : Η διοίκηση πρέπει να ενθαρρύνει την ατομική πρωτοβουλία των εργαζομένων, η οποία ορίζεται ως η εργασιακή προσπάθεια η οποία καταβάλλεται από τους ίδιους τους εργαζομένους για το καλό της επιχείρησης.

14) Ομαδικό Πνεύμα : Η διοίκηση πρέπει να προσπαθεί να ενθαρρύνει τα κοινά ενδιαφέροντα και την εναρμόνιση, ώστε να επιτυγχάνονται οι καλές σχέσεις ανάμεσα στους εργαζόμενους.



## Παράρτημα 2

Σύμφωνα με τους Montana και Charnov (2002), ο Mc Gregory διακρίνει τις Θεωρίες του Taylor και Mayo σε δύο κατηγορίες : Θεωρίες X και Θεωρίες Y με ξεχωριστά χαρακτηριστικά η καθεμιά :

<u>Θεωρία X</u>	<u>Θεωρία Y</u>
Στους ανθρώπους δεν αρέσει να εργάζονται και αν μπορούσαν, θα το απέφευγαν.	Οι εργαζόμενοι δεν αποφεύγουν τη δουλειά από τη φύση τους και ανταποκρίνονται στις καλές συνθήκες και πολιτικές εργασίας
Επειδή στους ανθρώπους δεν αρέσει να εργάζονται, θα πρέπει να εξαναγκάζονται, να απειλούνται, να επηρεάζονται, να καθοδηγούνται και να ελέγχονται.	Οι άνθρωποι αυτοπαρακινούνται και οδηγούνται οι ίδιοι στην επίτευξη των στόχων της επιχείρησης για τους οποίους δεσμεύονται προσωπικά.
Ο μέσος άνθρωπος αναζητά ασφάλεια, έχει συνήθως μικρές φιλοδοξίες και αποφεύγει τις ευθύνες. Οι εργαζόμενοι πρέπει να καθοδηγούνται και στην ουσία, προτιμούν να τους λένε τι να κάνουν.	Ο μέσος άνθρωπος μπορεί να μάθει να αναλαμβάνει ευθύνες.
Ελάχιστοι άνθρωποι είναι πραγματικά δημιουργικοί	Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να γίνουν δημιουργικοί, να ενεργούν έξυπνα και να έχουν φαντασία.
Οι περιορισμένες πνευματικές ικανότητες των κοινών εργαζομένων αξιοποιούνται κατάλληλα με το σύγχρονο σχεδιασμό εργασίας.	Οι ατομικές ικανότητες του μέσου εργαζόμενου δεν αξιοποιούνται εντελώς στο σύγχρονο βιομηχανικό περιβάλλον.

### Παράρτημα 3

Σύμφωνα με τον Μουραντά (2015 , σελ. 374), οι διαφορές Μάνατζερ και Ηγέτη απεικονίζονται στον ακόλουθο πίνακα:

<b>MANAGER - ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ</b>	<b>ΗΓΕΤΗΣ</b>
Διορίζεται.	Αναδεικνύεται.
Χρησιμοποιεί νόμιμη « δοτή » δύναμη (εξουσία).	Χρησιμοποιεί προσωπική δύναμη.
Δίνει οδηγίες - εντολές, ανταμοιβές – ευκαιρίες.	Περνά όραμα, εμπνέει, πείθει.
Ελέγχει.	Κερδίζει Εμπιστοσύνη.
Δίνει έμφαση στις διαδικασίες, στα συστήματα και στη λογική – μυαλό.	Δίνει έμφαση στους ανθρώπους, στα συναισθήματα – καρδιά.
Κινείται σε προκαθορισμένα - τυπικά πλαίσια.	Ανοίγει ορίζοντες, διευρύνει τα πλαίσια.
Δέχεται και διαχειρίζεται την κατεστημένη κατάσταση (status quo).	Προκαλεί το κατεστημένο, κάνει αλλαγές, καινοτομεί.
Αποδέχεται την πραγματικότητα.	Ερευνά την πραγματικότητα.
Βραχυπρόθεσμη προοπτική.	Μακροπρόθεσμη προοπτική.
Κάνει τα πράγματα σωστά.	Κάνει τα σωστά πράγματα.

### Παράρτημα 4

Α) Σύμφωνα με τον Οικονόμου (2004, σελ. 207-210), οι προτάσεις του « Σχεδίου Μεταρρύθμισης : Υγεία για τον Πολίτη » που δόθηκε στην δημοσιότητα τον Ιούλιο του 2000 από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ήταν οι ακόλουθες :

- **Η Συγκρότηση του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας ( Π.Ε.Σ.Υ.)** : Σε κάθε διοικητική περιφέρεια της χώρας προβλεπόταν η συγκρότηση του Π.Ε.Σ.Υ στο οποίο θα υπαγόταν όλες οι υγειονομικές μονάδες του Εθνικού

- Συστήματος Υγείας της συγκεκριμένης περιφέρειας. Οι βασικές λειτουργίες κάθε Π.Ε.Σ.Υ. θα ήταν α) η άσκηση της πολιτικής υγείας στην Περιφέρεια, β) η έγκριση, ο έλεγχος αλλά και η εκτέλεση των προϋπολογισμών των Μονάδων Υγείας, γ) η αξιολόγηση του παραγόμενου έργου των Μονάδων Υγείας, δ) η εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη της περιφέρειας και ε) η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.
- **Η Συγκρότηση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας ( ΟΔΠΥ) :**  
Ο Οργανισμός θα συγκροτούνταν στα πλαίσια των περιφερειών της χώρας και την εποπτεία θα ασκούσαν σε αυτόν, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Υπουργείο Εργασίας - Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Παράλληλα, ο ΟΔΠΥ θα ήταν υπεύθυνος για τη συγκέντρωση και τη διαχείριση των πόρων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών ( ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ) και σε εθελοντική βάση και των υπολοίπων φορέων και κλάδων ασφάλισης υγείας. Οι παροχές της υγείας θα εξακολουθούσαν να παρέχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Εκτός από τα ασφαλιστικά ταμεία, οι πόροι του ΟΔΠΥ θα προερχόταν και από την κρατική επιχορήγηση. Επιπρόσθετα, η κατανομή των πόρων στα περιφερειακά του τμήματα θα γινόταν από τον ΟΔΠΥ με βάση δημογραφικά, επιδημιολογικά καθώς επίσης και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Τέλος, ο ΟΔΠΥ θα είχε τη δυνατότητα να αγοράζει υπηρεσίες υγείας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και από τον ιδιωτικό τομέα με κριτήρια ποιότητας και κόστους.
- **Μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:** Οι κυριότερες Μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα ήταν οι ακόλουθες: α) Η Ίδρυση των Αστικών Κέντρων Υγείας, β) Η Θέσπιση του Θεσμού του Προσωπικού Γιατρού και της Νοσηλεύτριας Π.Φ.Υ, γ) Η Δημιουργία σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. της Τηλεφωνικής Υπηρεσίας Υγείας, της Υπηρεσίας Διαχείρισης των Χρονίων Ασθενών, της Υπηρεσίας Νοσηλείας στο Σπίτι, των Νοσοκομείων Ημέρας, των Μονάδων της Αποκατάστασης και των Υπηρεσιών Τηλειατρικής και τέλος, δ) Η σταδιακή ομογενοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με τη διαμόρφωση ενιαίας δέσμης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας,
- **Μεταρρυθμίσεις στα Νοσοκομεία :** Σε γενικές γραμμές, προβλεπόταν α) η μετατροπή των Νοσοκομείων σε αυτοτελείς, αποκεντρωμένες μονάδες του Π.Ε.Σ.Υ. , β) η Διοίκηση των Νοσοκομείων από το Διοικητή (Manager) και

το Συντονιστικό Συμβούλιο Διοίκησης, γ) η κατάρτιση νέων οργανισμών και κανονισμών των Νοσοκομείων και η συγκρότηση νέων τμημάτων αλλά και υπηρεσιών, όπως το τμήμα ποιοτικού ελέγχου ή το τμήμα κοστολόγησης, δ) η ενιαία μηχανοργάνωση αλλά και η κωδικοποίηση όλων των υπηρεσιών των Νοσοκομείων, ε) η κατάρτιση των κλειστών προϋπολογισμών ανά τομέα ή κλινική καθώς και εργαστήριο, ζ) η δημιουργία σε κάθε Νοσοκομείο μιας υπηρεσίας υποδοχής ασθενών και ενός τμήματος επειγόντων περιστατικών και η παροχή δυνατότητας σε όσα Νοσοκομεία μπορούν, της λειτουργίας απογευματινών ιατρείων και τέλος, η) η δυνατότητα παροχής αλλά και της περίθαλψης σε ασφαλισμένους των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών και σε ιδιώτες υψηλών εισοδημάτων με ειδικές τιμές.

➤ **Μεταρρυθμίσεις για το Ανθρώπινο Δυναμικό στο χώρο της Υγείας :**

Οι Βασικές Μεταρρυθμίσεις για το Ανθρώπινο Δυναμικό περιελάμβαναν α) την αποδέσμευση του πτυχίου της ιατρικής από την αγορά εργασίας αλλά και την καθιέρωση εξετάσεων για την έναρξη της ειδικότητας και ταυτοχρόνως, την κατάργηση της επετηρίδας, β) την υποχρέωση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, εντός εξαμήνου να εισηγηθεί τον αναγκαίο αριθμό γιατρών με βάση την ειδικότητα, νομό και περιφέρεια, με χρονικό ορίζοντα 5 ετών, γ) τη θέσπιση των ειδικών κινήτρων για τις ειδικότητες στις οποίες παρατηρείται ανεπάρκεια (για παράδειγμα, η γενική ιατρική), δ) την κάλυψη μέχρι το 2003 όλων των κενών θέσεων των κατηγοριών του προσωπικού στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, ε) την θέσπιση των κινήτρων για μεταπτυχιακές σπουδές των επιστημόνων υγείας, ζ) την καθιέρωση συνεχούς εκπαίδευσης όλων των γιατρών, η) την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, θ) την απαγόρευση των Πανεπιστημιακών Γιατρών να έχουν ιδιωτικό ιατρείο ή να παρέχουν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα, ι) την παροχή δυνατότητας στους γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας με βαθμό Επιμελητή Α αλλά και στους Πανεπιστημιακούς Γιατρούς να προσφέρουν έργα σε ιδιωτική βάση στη Μονάδα που υπηρετούν.

➤ **Μέτρα για την Εθνική Πολιτική της Υγείας :** α) Αναβάθμιση του Κεντρικού Συμβουλίου της Υγείας ( Κ.Ε..Σ.Υ.) ως οργάνου διαμόρφωσης εθνικών στόχων υγείας και γνωμοδότησης για κρίσιμα θέματα πολιτικής υγείας, β) Σύνδεση Πολιτικών Πρόνοιας και Υγείας σε θέματα της πρόληψης

- και της κοινωνικής Φροντίδας, γ) Εκπόνηση σε Εθνικό αλλά και σε Περιφερειακό Επίπεδο του Υγειονομικού Χάρτη, δ) Θέσπιση της Χάρτας Δικαιωμάτων του Ασθενούς, ε )Κατάρτιση από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συγκεκριμένων καθώς επίσης και σαφών Προγραμμάτων Ιατρικής Κάλυψης, ε) Ενθάρρυνση του Εθελοντισμού αλλά και των Μ.Κ.Ο (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις), ζ) Ανάπτυξη έως το 2001 μιας Διαδικτυακής Πύλης και Δημιουργία σε κάθε Μονάδα Υγείας των Κόμβων του Διαδικτύου, η) Υλοποίηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης (Με έμφαση κυρίως στην Αποασυλοποίηση), θ) Εφαρμογή των Κλινικών και Οικονομικών Κριτηρίων για την ένταξη Φαρμάκων στον Κατάλογο Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων, ι) Ενίσχυση του ρόλου της Επιτροπής Φαρμακοεπαγρύπνησης, του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου ( Ε.Ο.Φ.) και Εισαγωγή έως τις αρχές του 2001 του Νοσοκομειακού Συνταγολογίου, κ) Καθιέρωση μέχρι και το 2002 των νέων Διαγνωστικών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων, λ) Καθορισμός Κλειστού Αριθμού Μηχανημάτων κατά Περιφέρεια για την ορθολογική διαχείριση της Βιοιατρικής Τεχνολογίας, μ) Δημιουργία του νέου Θεσμικού Πλαισίου για τη λειτουργία του Ιδιωτικού Τομέα ( Έλεγχος της Ανεξέλεγκτης Δράσης του) και τέλος, ν) Ίδρυση του Εθνικού Κέντρου της Ογκολογίας και του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας.
- **Μεταρρυθμίσεις στη Δημόσια Υγεία :** Προβλεπόταν α) η Θέσπιση μέσα στο 2001 του νέου θεσμικού πλαισίου για τη Δημόσια Υγεία, β) η Σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Διεύθυνσης Δημοσίας Υγείας και Πρόληψης, γ) η Δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημοσίας Υγείας και Περιφερειακών Συμβουλίων Δημοσίας Υγείας και δ) η Λειτουργία σε κάθε Περιφέρεια του Εργαστηρίου Δημοσίας Υγείας ως Περιφερειακής Μονάδας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημοσίας Υγείας.
- **Αναμόρφωση του Υπουργείου Υγείας** και μετατροπή του σε ένα επιτελικό όργανο στρατηγικού σχεδιασμού, εκτίμησης αναγκών, προγραμματισμού και ελέγχου πολιτικής υγείας και πρόνοιας : Προβλεπόταν α) η Συγκρότηση των επιτελικών υπηρεσιών σε επίπεδο Διεύθυνσης και Γενικών Διευθύνσεων και η μεταφορά των εκτελεστικών αρμοδιοτήτων στο γενικό γραμματέα της Περιφέρειας, β) η Συγκρότηση της Γενικής Διεύθυνσης του Ε..Σ.Υ. για τον συντονισμό των Π.Ε.Σ.Υ. , γ) η Συγκρότηση Γενικής Διεύθυνσης Δημοσίας

- Υγείας και Πρόληψης και της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας για τη χάραξη πολιτικής και το συντονισμό των αντίστοιχων υπηρεσιών και δ) η Σύσταση Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας για τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό Τομέα.

**B)** Σύμφωνα με τον Οικονόμου ( 2004, σελ. 210-212), η κριτική η οποία ασκήθηκε στην προτεινόμενη μεταρρύθμιση για την Υγεία για τον Πολίτη (2000) από κοινωνικούς εταίρους, τα πολιτικά κόμματα και την επιστημονική κοινότητα περιλαμβάνει τα ακόλουθα σημεία :

Σχετικά με τους κοινωνικούς εταίρους, το συνδικαλιστικό κίνημα μέσω του επιστημονικού του φορέα ( I.N.E. ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ) αν και συμφωνούσε με τους στόχους της μεταρρύθμισης, διατύπωσε εντούτοις ενστάσεις για το γεγονός ότι δεν παρουσιαζόταν συγκεκριμένα μέτρα πολιτικής για την επίτευξη των στόχων και των προτεινόμενων παρεμβάσεων. Ακόμα, απουσίαζαν οι απαραίτητες οικονομοτεχνικές μελέτες προσδιορισμού του κόστους των αλλαγών αλλά και της αριθμητικής προσέγγισης των πηγών χρηματοδότησης του κόστους αυτού. Επιπλέον, δεν δινόταν απαντήσεις σε κρίσιμα ζητήματα της πολιτικής υγείας, όπως α) η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, β) ο ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και η δυνατότητα ανταπόκρισης των δημόσιων νοσοκομείων στη με αμοιβή περίθαλψη των εύπορων πολιτών και γ) ο ποσοτικός προσδιορισμός της χρηματοδότησης και η αναλογική κατανομή των πηγών της χρηματοδότησης καθώς και ο βαθμός συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού. Ολοκληρώνοντας, δεν προσδιοριζόταν με σαφήνεια εάν στη Διοίκηση των ΠΕΣΥ θα περιλαμβάνονταν οι εκπρόσωποι των Κοινωνικών Φορέων της Υγείας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για να εξασφαλιστεί η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και να αποφευχθεί η εξάρτηση των ΠΕΣΥ από τον εκάστοτε κυβερνητικό σχεδιασμό. Τέλος, το Συνδικαλιστικό Κίνημα εξέφρασε ενστάσεις αναφορικά με την λειτουργία του ΟΔΙΠΥ. Τα αυξημένα τιμολόγια με τα οποία θα καλούνταν να αγοράζουν υπηρεσίες από το Εθνικό Σύστημα Υγείας οι φορείς και οι κλάδοι της ασφάλισης υγείας οι οποίοι δεν θα μεταβίβαζαν τους πόρους τους στον ΟΔΙΠΥ συνιστούσαν έναν εκβιαστικό εξαναγκασμό για την ένταξη τους στον ΟΔΙΠΥ. Από την άλλη πλευρά, δεν προσδιοριζόταν το είδος αλλά και η έκταση της διαφοροποίησης των τιμολογίων τα οποία θα δημιουργούνταν καθώς επίσης και τα κριτήρια της ποιότητας και του

κόστους σύμφωνα με τα οποία ο ΟΔΠΥ θα αγόραζε υπηρεσίες υγείας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και τον Ιδιωτικό Τομέα. Προβληματική, θα ήταν η μετατροπή των Πολυιατρείων του ΙΚΑ σε αστικά κέντρα υγείας αλλά και η ένταξη τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εξαιτίας κυρίως του γεγονότος ότι αυτά αποτελούν περιουσία του ΙΚΑ που ανήκει στους ασφαλισμένους του. Τέλος, κατά το συνδικαλιστικό κίνημα, η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων θα οδηγούσε στην αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Αναφορικά, με τα πολιτικά κόμματα, αξίζει να γίνει αναφορά στη θέση της Νέας Δημοκρατίας σύμφωνα με την οποία εντοπίζονται 12 σημαντικά λάθη στο Σχέδιο του Υπουργείου :

- Το Σχέδιο είναι γενικόλογο, χωρίς να αιτιολογείται η αναγκαιότητα εφαρμογής των επιμέρους προτάσεων και χωρίς να προσδιορίζονται τα επιθυμητά αποτελέσματα.
- Δεν αναφέρονται ο τρόπος και οι τεχνικές λεπτομέρειες εφαρμογής των νέων θεσμών.
- Δεν έχει γίνει οικονομοτεχνική μελέτη.
- Η διοίκηση των ΠΕΣΥ είναι υπουργοκεντρική, χωρίς να προβλέπεται η συμμετοχή των κοινωνικών εταίρων και της τοπικής αυτοδιοίκησης.
- Σε σχέση με τον ΟΔΠΥ, δεν προσδιορίζονται τα κριτήρια ποιότητας και κόστους με βάση τα οποία θα αγοράζει υπηρεσίες από το Εθνικό Σύστημα της Υγείας και τον Ιδιωτικό Τομέα. Αναγκαία θεωρείται η βελτίωση της αποδοτικότητας του Δημοσίου Τομέα για να καταστεί ανταγωνιστικός απέναντι στον ιδιωτικό τομέα.
- Η λειτουργία των ιδιωτικών απογευματινών ιατρείων στα Δημόσια Νοσοκομεία θα οδηγήσει στην αύξηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.
- Υπάρχει έλλειψη ικανών στελεχών για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης.
- Ο χρονικός ορίζοντας των 6,5 ετών για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης είναι πολύ μεγάλος, γεγονός το οποίο καθιστά αναγκαία την εξασφάλιση ευρύτερης πολιτικής συναίνεσης.
- Η έκταση του κοινωνικού διαλόγου ήταν περιορισμένη, αφού δεν υπήρξε θεσμοθετημένος εθνικός διάλογος, με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα και συγκεκριμένα θέματα προς συζήτηση.

- Το Σχέδιο διαπνέεται από αντιατρικό πνεύμα.
- Η αλλαγή της Σύνθεσης του ΚΕΣΥ με διορισμό επτά νέων προσώπων από τον Υπουργό, το καθιστά εντολοδόχο όργανο της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας.
- Δεν προβλέπονται ρυθμίσεις για την οδοντιατρική φροντίδα.

Τέλος, αναφορικά με την επιστημονική κοινότητα, η κριτική της εστιάζεται κυρίως στην αναντιστοιχία των στόχων και του υπάρχοντος δυναμικού στελεχών, στην απουσία της στράτευσης σε ένα κοινό όραμα, στην έλλειψη του δημοκρατικού ελέγχου και της εμπλοκής των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, στην ασάφεια ως προς τις πηγές και τα κριτήρια κατανομής των υγειονομικών πόρων, στην ιδιωτικοποίηση των βοηθητικών υπηρεσιών των Νοσοκομείων και στην εισαγωγή των στοιχείων της αγοράς ως μηχανισμών ελέγχου του κόστους και διασφάλισης της ποιότητας

## **Παράρτημα 5**

**A)** Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Προεδρικού Διατάγματος 121 στις 9/10/2017, οι βασικές αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας είναι οι ακόλουθες:

1. Η εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου. 2. Η ενημέρωση των Μελών του Ελληνικού Κοινοβουλίου. 3. Η συνεχής εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στα Κράτη του Εξωτερικού, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου. 4. Η συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, τις Δημόσιες Υπηρεσίες και τους Οργανισμούς με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.

**B)** Σύμφωνα με το άρθρο 3 του Προεδρικού Διατάγματος 121 στις 9/10/2017, οι Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας διαρθρώνονται ως εξής :

### **1. Υπηρεσίες Υπουργείου :**

- α) Πολιτικά Γραφεία Υπουργού και Αναπληρωτή Υπουργού
- β) Γραφεία Γενικών Γραμματέων
- γ) Γραφείο Αναπληρωτή Γενικού Γραμματέα



## **2. Υπηρεσίες υπαγόμενες απευθείας στον Υπουργό :**

- α) Διεύθυνση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης, Διοικητικής αλλά και Γραμματειακής Υποστήριξης Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας ( ΚΕΣΥ).
- β) Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας ( ΕΚΕΠΥ) – Διεύθυνση ΕΚΕΠΥ.
- γ) Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας ( Σ.Ε.Υ.Υ.Π.).
- δ) Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού
- ε) Αυτοτελές Τμήμα Εποπτείας, Ανάπτυξης και Λειτουργίας Ε.Ο.Π.Π.Υ.
- στ) Εθνική Σχολή Δημοσίας Υγείας ( Ε.Σ.Δ.Υ.)

## **3. Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας :**

α) Στη Γενική Γραμματεία του Υπουργείου Υγείας υφίσταται η θέση του Διοικητικού Γραμματέα με βάση το άρθρο 6 του Νόμου 4369/2016 ο οποίος υπάγεται στον Υπουργό. Ο Διοικητικός Γραμματέας του Υπουργείου είναι ο επικεφαλής της διοικητικής ιεραρχίας και είναι αποκλειστικά υπεύθυνος για την εκτέλεση και τη διοικητική εφαρμογή της πολιτικής των Υπηρεσιών που προΐσταται, όπως αυτή καθορίζεται από την Κυβέρνηση καθώς και τα όργανα της. Στον Διοικητικό Γραμματέα υπάγονται το Αυτοτελές Τμήμα Νομοθετικής Πρωτοβουλίας, Κοινοβουλευτικού Ελέγχου και Κωδικοποίησης καθώς επίσης, και η Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου.

β) Η Γενική Γραμματεία του Υπουργείου της Υγείας αποτελείται από τις ακόλουθες υπηρεσίες :

1. Γραφείο του Διοικητικού Γραμματέα το οποίο στελεχώνεται από τους Υπαλλήλους του Υπουργείου και επικουρεί το Διοικητικό Γραμματέα στην άσκηση των καθηκόντων του
2. Γενική Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών και Τεχνικής Υποστήριξης.
3. Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών.
4. Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.
5. Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας.
6. Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Υγειονομικής Περιφέρειας.

#### **4. Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας :**

α) Στη Γενική Γραμματεία της Δημόσιας Υγείας υφίσταται θέση του Τομεακού Γραμματέα με βάση το άρθρο 6 του Νόμου 4369 / 2016 η οποία υπάγεται στον Υπουργό. Ο Τομεακός Γραμματέας είναι ο επικεφαλής της διοικητικής ιεραρχίας της Γενικής Γραμματείας της Δημόσιας Υγείας και υπεύθυνος για την εκτέλεση και τη διοικητική εφαρμογή της πολιτικής των Υπηρεσιών που προΐσταται, όπως καθορίζεται από την Κυβέρνηση και τα όργανα της

β) Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας αποτελείται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες

**1) Γραφείο Τομεακού Γραμματέα** το οποίο στελεχώνεται από υπαλλήλους του Υπουργείου και συνεπικουρεί τον Τομεακό Γραμματέα στην άσκηση καθηκόντων του.

**2) Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής** Αναπληρωτής Διοικητικός Γραμματέας : Στο Υπουργείο Υγείας υφίσταται θέση του Αναπληρωτή Διοικητικού Γραμματέα του άρθρου 6 του Νόμου 4369/2016 η οποία υπάγεται στον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας. Ο Αναπληρωτής Διοικητικός Γραμματέας είναι ο κύριος επικεφαλής της διοικητικής ιεραρχίας και αποκλειστικά υπεύθυνος για την εκτέλεση και τη διοικητική εφαρμογή της πολιτικής των Υπηρεσιών που προΐσταται, όπως αυτή καθορίζεται από την Κυβέρνηση και τα όργανά της.

**5. Τέλος, στο Υπουργείο της Υγείας σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις περιλαμβάνονται:** α) Γραφείο Νομικού Συμβούλου του τομέα Υγείας, β) Γραφείο Τύπου και Δημοσίων Σχέσεων γ) Δημοσιονομική Υπηρεσία της Εποπτείας και Ελέγχου (ΔΥΕΕ) και δ) Υπηρεσία Επιτρόπου Ελεγκτικού Συνεδρίου

## Παράρτημα 6

Σύμφωνα με την Διαδικτυακή Ιστοσελίδα *Ενικονομία* στις 22/05/2017 στο σύνδεσμο(<http://www.enikonomia.gr/my-money/153814,to-neo-misthologio-ton-nosokomeiakon-giatron-analytikoi-pinakes.html> ) οι Μισθοί και οι Αμοιβές των Νοσοκομειακών Γιατρών για το έτος 2017 είναι οι ακόλουθες:

### ΝΕΟΙ ΜΙΣΘΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017

<b>Βαθμός</b>	<b>Βασικός *</b>	<b>Νοσοκομειακό Επίδομα</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Συντονιστής Διευθυντής – Καθηγητής Πανεπιστημίου</b>	1.903 €	340 €	2.243 €
<b>Διευθυντής- Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου</b>	1.808 €	340 €	2.148 €
<b>Επιμελητής Α΄ - Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου</b>	1.722 €	295 €	2.017 €
<b>Επιμελητής Β΄ - Λέκτορας</b>	1.484 €	280 €	1.764 €
<b>Ειδικευόμενος</b>	1,199 €	230 €	1.429 €

### ΝΕΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΦΗΜΕΡΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ 2017 ΣΕ Ευρώ (€)

<b>Βαθμός</b>	<b>Ωρομίσθιο</b>	<b>17ωρη</b>	<b>24ωρη</b>
<b>Συντονιστής Διευθυντής – Καθηγητής Πανεπιστημίου</b>	7,42 €	126 €	178 €
<b>Διευθυντής- Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου</b>	7,05 €	120 €	169 €
<b>Επιμελητής Α΄ - Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου</b>	6,73 €	114 €	162 €
<b>Επιμελητής Β΄ - Λέκτορας</b>	5,88 €	100 €	141 €
<b>Ειδικευόμενος</b>	4,48 €	76 €	108 €

\* Στον Βασικό Μισθό ενσωματώνεται από το 2017, το Επίδομα της Βιβλιοθήκης

## **Παράρτημα 7**

### **Διεθνή Συστήματα Πιστοποίησης**

#### **A) Πρότυπο Πιστοποίησης ISO 9001: 2000**

Σύμφωνα με τον Μαυροειδή ( άρθρο στην ιστοσελίδα ιατρικού ενδιαφέροντος, <http://www.iatrikionline.gr/> ) το Πρότυπο Πιστοποίησης ISO 9001 : 2000 αφορά σε επιχειρήσεις και οργανισμούς του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα που ασχολούνται με το σχεδιασμό, την παραγωγή ή την παροχή, την εγκατάσταση και την υποστήριξη προϊόντων ή / και υπηρεσιών. Η εφαρμογή του Προτύπου ISO 9001 : 2000 σε έναν οργανισμό υγείας, είτε Νοσοκομείο, είτε σε Μονάδα ή Εργαστήριο του, οδηγεί στην πιστοποίηση του που αναγνωρίζεται παγκοσμίως. Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι απαιτήσεις του προτύπου δεν αναφέρονται στο επιστημονικό, ιατρικό και νοσηλευτικό μέρος των διαδικασιών του συστήματος, αλλά στο διοικητικό και οργανωτικό Το κομμάτι αυτό αποτελεί βασικό αντικείμενο των Κατευθυντηρίων Οδηγιών (Practice Guidelines) και αποτελεί την συμπληρωματική ενέργεια για την ολοκληρωμένη και αποδοτική εφαρμογή ενός συστήματος ISO 9001 : 2000.

Παράλληλα, οι κύριες απαιτήσεις του Προτύπου ISO 9001:2000 αφορούν απαιτήσεις για την Υπευθυνότητα της Διοίκησης, τη Διαχείριση Πόρων, τη Παροχή Υπηρεσιών (διαχειριστικές και λειτουργικές διαδικασίες και τη Μέτρηση, Ανάλυση και Βελτίωση του Συστήματος Διαχείρισης. Ακόμα, το Πρότυπο ISO 9001 : 2000 δίνει μεγαλύτερη έμφαση στα ανώτατα στελέχη του Οργανισμού που καλούνται να συμμετέχουν περισσότερο στο Σύστημα Διοίκησης Ποιότητας μέσω πολιτικής και στρατηγικής. ανάπτυξης στόχων και σχεδιασμού, κατανομής πόρων και ικανοποίησης πελατών ( Δείκτες Μέτρησης Ικανοποίησης).

Συμπερασματικά, η εφαρμογή του Προτύπου ISO 9000 : 2000 επιφέρει αρκετά πλεονεκτήματα τόσο στο Εσωτερικό όσο και στο Εξωτερικό Περιβάλλον ενός Οργανισμού ή μιας Μονάδας Υγείας. Αναλυτικά στο Εσωτερικό Περιβάλλον, τα Πλεονεκτήματα είναι τα ακόλουθα :

- Βοηθάει στην αποσαφήνιση αλλά και στον καθορισμό των ευθυνών και των λειτουργικών κανόνων, μειώνοντας στο ελάχιστο τον αυτοσχεδιασμό από την πλευρά των εργαζομένων.
- Παρέχει σαφείς οδηγίες στο σύνολο του Προσωπικού του Οργανισμού, μέσω των προσεχτικά τεκμηριωμένων διαδικασιών. Με αυτόν τον τρόπο, διασφαλίζεται η ομοιόμορφη και επαρκής επικοινωνία και συγχρόνως, ο αποτελεσματικός έλεγχος όλων των διαδικασιών, ακόμη και σε εκείνες τις περιπτώσεις που το προσωπικό μετακινείται σε διαφορετικές θέσεις στην εργασία ή σε περιπτώσεις πρόσληψης καινούργιων εργαζομένων.
- Προσφέρει μια ορθολογική και συστηματική προσέγγιση στην διαχείριση των πόρων, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπινων πόρων.
- Η ευαισθησία του Προσωπικού σε Θέματα Ποιότητας αυξάνεται, αφού όλοι μαζί δουλεύουν με κοινό όραμα και σαφείς οδηγίες εργασίας.
- Βελτίωση των σχέσεων μεταξύ διαφορετικών τμημάτων και αποσαφήνιση των αορίστων διατμηματικών καθηκόντων.
- Αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων εξαιτίας της συστηματικής προσέγγισης των εργασιακών λειτουργιών.
- Μείωση της αστάθειας και βελτίωση της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας λόγω τυποποίησης διαδικασιών.
- Η εφαρμογή του Προτύπου ISO 9000 : 2000 αλλά και συνολικά αυτής της σειράς Προτύπων είναι το ορθολογικότερο και σταθερότερο υπόβαθρο για κάθε οργανισμό που έχει ως στόχο την ανάπτυξη ενός Συστήματος Ολικής Ποιότητας. Η Ολική Ποιότητα αναφέρεται ουσιαστικά στη διοίκηση και στη βελτίωση των διαδικασιών του οργανισμού με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη, εργαζόμενου αλλά και του κοινωνικού συνόλου μέσω της βέλτιστης κατανομής των πόρων, της διοίκησης του προσωπικού αλλά και της αποτελεσματικής της στρατηγικής, της πολιτικής και της ηγεσίας, έτσι ώστε τα επιχειρηματικά αποτελέσματα να είναι τα καλύτερα δυνατά (Ορισμός του Ευρωπαϊκού Μοντέλου Ολικής Ποιότητας).

Αντίστοιχα, στο Εξωτερικό Περιβάλλον, τα Πλεονεκτήματα από την εφαρμογή του Προτύπου είναι τα ακόλουθα:

- Η σταθερή παροχή ποιοτικών υπηρεσιών δημιουργεί ικανοποίηση στους άμεσους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στους υπόλοιπους κοινωνικούς εταίρους (συγγενείς, πολίτες, άλλοι οργανισμοί).
- Προσφέρει ένα ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Τουριστικοί οδηγοί προβάλλουν τους πιστοποιημένους οργανισμούς για την προσέλκυση του τουρισμού.
- Βελτιώνει την αξιοπιστία, τη φήμη και την εμπιστοσύνη στις Υπηρεσίες Υγείας.
- Διευκολύνει τις Σχέσεις Προμηθευτή – Νοσοκομείου.
- Μειώνει το κόστος των αστοχιών.
- Προβολή του Οργανισμού από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

### **Πρότυπο Πιστοποίησης ISO 15189 : 2007**

Σύμφωνα με την διαδικτυακή ιστοσελίδα της Εταιρείας Κύκλοι της Ποιότητας ( [http://www.qlc.gr/?section=1813&language=el\\_GR](http://www.qlc.gr/?section=1813&language=el_GR) ), το Πρότυπο Πιστοποίησης ISO 15189: 2007 είναι ένα διεθνές πρότυπο το οποίο εκπονήθηκε από το Διεθνή Οργανισμό Πιστοποίησης (ISO) στο οποίο καθορίζονται οι γενικές απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιούν τα εργαστήρια κλινικών δοκιμών έτσι ώστε να διατηρούν ένα σύστημα διαχείρισης ποιότητας, να διασφαλίζουν την τεχνική τους επάρκεια και να παρέχουν αξιόπιστα αποτελέσματα. Το Πρότυπο ISO 15189 : 2007 βασίζεται στα Πρότυπα ISO/ IEC 17025 και ISO 9001.

Παράλληλα, το Πρότυπο Πιστοποίησης ISO 15189 : 2007 μπορεί να εφαρμοσθεί από όλα τα εργαστήρια κλινικών δοκιμών (ιδιωτικού ή δημόσιου χαρακτήρα) τα οποία εξετάζουν ανθρώπινα δείγματα ανεξάρτητα από το μέγεθος, τον αριθμό των εργαζομένων και το είδος των δοκιμών που εκτελούν. Ακόμα, η υλοποίηση αλλά και η εφαρμογή του Προτύπου Πιστοποίησης ISO 15189 : 2007 ακολουθεί τις εξής φάσεις:

- Προσδιορισμός των Εξειδικευμένων Κριτηρίων και των Κατευθυντήριων Οδηγιών που αφορούν τα κλινικά εργαστήρια.
- Αξιολόγηση των Εγκαταστάσεων αλλά και του Εξοπλισμού που διαθέτει το Εργαστήριο καθώς και των πρακτικών που ακολουθεί για την εκτέλεση των δοκιμών σε σχέση με τις απαιτήσεις του προτύπου.

- Προσδιορισμός του τρόπου διόρθωσης των ενδεχόμενων αποκλίσεων οι οποίες θα προκύψουν από την αξιολόγηση.
- Αναθεώρηση των υφιστάμενων διαδικασιών και αρχείων στις περιπτώσεις όπου υπάρχει απόκλιση από τις απαιτήσεις του προτύπου και εισαγωγή των νέων διαδικασιών και αρχείων στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει πλήρης έλλειψη.
- Εκπαίδευση Προσωπικού στις απαιτήσεις του Συστήματος.
- Εφαρμογή του Συστήματος.
- Ανασκόπηση και Τροποποίηση του Συστήματος αν κρίνεται απαραίτητο.
- Διεξαγωγή εσωτερικής επιθεώρησης.

Τέλος, ένα ή περισσότερα εργαστήρια του Νοσοκομείου ή της Μονάδας Υγείας που επιλέγουν τη Διαπίστευση με βάση το Πρότυπο ISO 15189: 2007, αποκομίζουν σημαντικά πλεονεκτήματα όπως :

- Διασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των αποτελεσμάτων.
- Επίσημη αναγνώριση για την υλοποίηση κλινικών δοκιμών με τεκμηριωμένη επάρκεια και αμεροληψία.
- Βελτίωση της εσωτερικής οργάνωσης αλλά και της αποτελεσματικότητας των διεργασιών.
- Αύξηση της εμπιστοσύνης του πολίτη στα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών.
- Ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας του εργαστηρίου στο χώρο των υπηρεσιών υγείας.
- Διευκόλυνση της συνεργασίας μεταξύ εργαστηρίων και άλλων φορέων για την ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσης.
- Ευαισθητοποίηση του προσωπικού για τη σπουδαιότητα των εργασιών τις οποίες εκτελεί.

## **B) Σύστημα Πιστοποίησης Ιατρικών Υπηρεσιών Temos**

Σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα της Εταιρείας Πιστοποίησης Temos GmbH ( <http://temos-aegean.info/ins/δικτύωση-αγοράς/> ), το Σύστημα Πιστοποίησης Temos αποτελεί το Μοναδικό Σύστημα της Πιστοποίησης των Ιατρικών Υπηρεσιών παγκοσμίως, που εστιάζει στη Διαχείριση του Διεθνή Ασθενή ( International Patient )

Δημήτριος Μιχαλάκης 188/194

και τον Ιατρικό Τουρισμό (Medical Tourism). Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την Προέλευση του Συστήματος Πιστοποίησης (η Γερμανία είναι η πατρίδα όλων των Συστημάτων Διασφάλισης της Ποιότητας και των Φορέων της Πιστοποίησης), την απαιτούμενη διάρκεια (4-6 μήνες για την ολοκλήρωση της Πιστοποίησης) αλλά και το εξαιρετικό ανταγωνιστικό κόστος των υπηρεσιών της καθιστά την Πιστοποίηση Temos εκτός συναγωνισμού.

Έχοντας ξεκινήσει να εφαρμόζεται από το 2006, το Σύστημα Πιστοποίησης Temos έχει ως βασικό στόχο την αναβάθμιση της Διαχείρισης Διεθνών Ασθενών σε Νοσοκομεία, Κλινικές και άλλους παρόχους υγείας σε όλο τον κόσμο. Παράλληλα, έχει αναπτυχθεί με την υποστήριξη κορυφαίων Ευρωπαϊκών Εταιρειών Ασφάλισης Υγείας, των εταιρειών Medical Tourism Facilitators αλλά και Assistance Companies, την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία του Διαστήματος (ESA) καθώς και το Γερμανικό Κέντρο της Αεροδιαστημικής (DLR). Κλείνοντας, το Σύστημα της Πιστοποίησης Temos καθοδηγείται από μια Διεθνή Επιτροπή Ηγετών στο χώρο υγείας από όλο τον κόσμο και λειτουργεί συμπληρωματικά με άλλα συστήματα ποιότητας (για παράδειγμα, ISO 9001, Joint Commission Accreditation, Accreditation Canada).

Συμπερασματικά, οι υγειονομικές δομές οι οποίες έχουν πιστοποιηθεί με βάση το Σύστημα Ποιότητας Temos εκπληρώνουν πλήρως τις απαιτήσεις των διεθνών αλλά και συνεργαζόμενων με αυτές, ασφαλιστικών εταιρειών όπως και των εταιρειών που ασχολούνται με την διεκπεραίωση των ασφαλιστικών υποθέσεων και τιμολογήσεων (auditing companies). Υιοθετώντας την Κοινοτική Οδηγία για την Διασυνοριακή Φροντίδα και την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας ( ‘Application of patients rights ’ in cross border health care’ 24/EU/2011), το Σύστημα Πιστοποίησης Temos είναι μια ασθενοκεντρική και στοχευμένη στην ποιότητα, πηγή γνώσης για τους παρόχους της υγειονομικής περίθαλψης που έχει ως πυρήνα του την προώθηση και την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών (best practices) και τη διασφάλιση των ασθενών. Οι κατηγορίες των Προτύπων Πιστοποίησης κατά Temos που χρησιμοποιούνται διεθνώς είναι :

1) Για τα Νοσοκομεία: Quality in International Patient Care Excellence in Medical Tourism.

2) Για τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Quality in International Patient Care.

3) Για τις Οδοντιατρικές Μονάδες: Quality in International Dental Care

4) Για τα Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης : Quality in International



## **Παράρτημα 8**

### **Ετήσια Έκθεση Αξιολόγησης του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών .**

Η Ετήσια Έκθεση Αξιολόγησης του Προσωπικού του Νοσοκομείου έχει την ακόλουθη δομή:

Α) Στοιχεία Αξιολογούμενου ( Ονοματεπώνυμο, Πατρώνυμο Κατηγορία & Κλάδος , Βαθμός, Τίτλος Θέσης του Εργαζομένου.

Β) Τίτλοι Σπουδών – Μετεκπαίδευση – Επιμόρφωση.

Γ) Συνοπτική Περιγραφή του Έργου που Πραγματοποιήθηκε :

[Συμπληρώνεται από τον Εργαζόμενο ( Περιγράφονται οι Δραστηριότητες αλλά και τα Αποτελέσματα που πέτυχε καθώς επίσης και εκείνες που ανατέθηκαν πέρα από τα καθήκοντα του)]. Αναλυτικά, στο συγκεκριμένο Τμήμα της Έκθεσης της Αξιολόγησης, δίνεται από τον εργαζόμενο μια συνοπτική περιγραφή του έργου του και παράλληλα, παρουσιάζονται οι Δημοσιεύσεις στις οποίες έχει προβεί ( Μελέτες, Άρθρα, Προτάσεις) και οι Βραβεύσεις που έχει λάβει. Τέλος, ο εργαζόμενος μπορεί να αναφέρει τυχόν δυσχέρειες ή προβλήματα που αντιμετώπισε κατά την διάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων του.

Δ) Αξιολόγηση του Εργαζόμενου του Νοσοκομείου με βάση ορισμένα κριτήρια:

#### **1) Γνώση του Αντικειμένου :**

- Επαγγελματική Επάρκεια ( Θεωρητική Κατάρτιση, Ειδικές Γνώσεις και Εμπειρία).
- Ικανότητα Εφαρμογής των Γνώσεων και της Εμπειρίας κατά την Εκτέλεση των Καθηκόντων του.
- Σφαιρική γνώση του Αντικειμένου του Φορέα ( Κλινική ή Τμήμα).

#### **2) Διοικητικές Ικανότητες :**

- Ικανότητα του Εργαζόμενου να προγραμματίζει, να οργανώνει, να συντονίζει και να ελέγχει τις εργασίες της Μονάδας του.

- Ικανότητα του Εργαζομένου να επικοινωνεί, να καθοδηγεί, να ενημερώνει, να παρακινεί τους υπόλοιπους εργαζόμενους και να αναπτύσσει τις επαγγελματικές τους δυνατότητες.
- Ικανότητα Αντικειμενικής Αξιολόγησης.
- Ικανότητα Δημιουργίας Ομαδικού Πνεύματος.
- Ικανότητα Λήψης Αποτελεσματικών Αποφάσεων και Αντιμετώπισης Έκτακτων Περιστατικών.

### **3) Ενδιαφέρον και Δημιουργικότητα :**

- Ενδιαφέρον και Αφοσίωση στην Εργασία
- Πρωτοβουλία – Καινοτομία ( Εκπόνηση των Μελετών / Άρθρων / Προτάσεων και Βράβευση Τέτοιων Εργασιών).
- Ανάλυση Ευθυνών.

### **4) Υπηρεσιακές Σχέσεις και Συμπεριφορά :**

- Συμπεριφορά προς τους Πολίτες – Εξυπηρέτηση του Κοινού.
- Συμπεριφορά και Συνεργασία με Συναδέλφους και Άλλες Υπηρεσίες.

### **5) Αποτελεσματικότητα :**

- Ικανότητα Θέσης και Επίτευξης Στόχων
- Ποιότητα και Ποσότητα Εργασίας.
- Εξοικονόμηση πόρων ( Οικονομικών, Εργασίας, Χρόνου, Υλικών Μέσων)

Ε) Αξιολόγηση των Εξαιρετικών Επιδόσεων του Εργαζομένου από τον Πρώτο Αξιολογητή καθώς και από μια Ειδική Επιτροπή Αξιολόγησης.

ΣΤ) Μέτρα για την Βελτίωση της Απόδοσης του Εργαζομένου που Αξιολογείται

Ζ) Συνέντευξη του Εργαζομένου ( Πραγματοποιείται κυρίως πριν από την αξιολόγηση, κατά την κρίση του Αξιολογητή και εφόσον ζητηθεί από τον Αξιολογούμενο).

Η) Παρατηρήσεις Δεύτερου Αξιολογητή

Θ) Πίνακας Αξιολόγησης του Εργαζομένου (Βαθμολογία του Εργαζομένου από δύο Αξιολογητές και τον Επιθεωρητή του Τμήματος).

Ι) Αποτελέσματα Κρίσης Ειδικής Επιτροπής Αξιολόγησης

ΙΑ) Αποτελέσματα Ενστάσεων εάν προκύψουν.

## **Παράρτημα 9**

### **Βήματα για την κατάρτιση του Προϋπολογισμού σε ένα Νοσοκομείο**

(Πολύζος, 2007) :

1) Πρόβλεψη των Εσόδων του επόμενου έτους, μέσω των τμημάτων ( αρκετά δυσεύρετο στο Δημόσιο). Ο κάθε Διευθυντής οφείλει να προβλέψει το παραγόμενο έργο της κλινικής του για το επόμενο έτος, αφού αυτό θα προσδιορίσει τα συνολικά προϋπολογισθέντα έσοδα, τα οποία στη συνέχεια, θα συσχετιστούν με τις αντίστοιχες ανά έτος δαπάνες ( α. σφαιρικός - κλειστός - συνολικός προϋπολογισμός, β. τμηματικός προϋπολογισμός και γ. σύγκριση όλων αυτών με τον απολογισμό). Με βάση το παραγόμενο έργο, οι υπηρεσίες θα τιμολογηθούν με βάση την υπάρχουσα νομοθεσία (κλειστό νοσήλιο, ενοποιημένο, ανοικτό νοσήλιο και τιμολόγηση ιατρικών πράξεων για τους εξωτερικούς ασθενείς).

2) Η επεξεργασία τηρούμενων στοιχείων για την παρακολούθηση κάθε είδους και κατηγορίας υλικού από το Γραφείο Διαχειρίσεων Υλικού ( καταστάσεις – ισοζύγια ανά είδος), όσον αφορά τις ποσοτικές αναλώσεις αναλώσεις του προηγούμενου χρονικού διαστήματος ( τρίμηνο, εξάμηνο, έτος) ανά είδος, από την οικονομική υπηρεσία.

3) Η συλλογή πραγματικών απολογιστικών στοιχείων κατανάλωσης από την προηγούμενη και την τρέχουσα περίοδο, με βάση τις αναλώσεις ανά τμήμα και τη λειτουργία της Μονάδας ( προσδιορισμός μέσης συχνότητας ανάλωσης ανά μήνα, έτος κ.λπ.).

4) Η διάθεση αυτών των αναλυτικών καταστάσεων ανά είδος σε όλες τις κλινικές και τα τμήματα, για τον έλεγχο τους από τους υπεύθυνους προϊστάμενους των κλινικών τμημάτων και την τροποποίηση αυτών ( όπου κρίνεται απαραίτητο) με ανάλογη και πλήρη αιτιολόγηση των αιτημάτων που θα ακολουθήσουν.

5) Η συλλογή προτάσεων από τους Διευθυντές των Κλινικών και των Τμημάτων, σε σχέση με τις ανάγκες ειδών που δεν εμφανίζονται στα απολογιστικά στοιχεία της προηγούμενης περιόδου. Τα αιτήματα των Διευθυντών των Κλινικών πρέπει να έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα, δηλαδή ο Προϊστάμενος καθεμιάς από τις Κλινικές πρέπει να παρακολουθεί διαχρονικά στη διάρκεια του έτους και να συγκρίνει με τις προβλέψεις του τις αναλώσεις των υλικών που αιτείται.

6) Ο καθορισμός χρονικών προθεσμιών, από τη Διοίκηση της Μονάδας, για κάθε επιμέρους στάδιο που περιγράφεται πιο πάνω, η παρακολούθηση της τήρησης αυτών των προθεσμιών και η χρήση της δικαιοδοσίας της Διοίκησης για την επιβολή ποινών όπου παρατηρείται εκπρόθεσμη διαδικασία.

7) Η τελική επεξεργασία των αιτημάτων του κάθε Τμήματος από την Οικονομική Υπηρεσία (διαχείριση υλικού) και ο συσχετισμός των στοιχείων με το παραγόμενο έργο κάθε Τμήματος ( Νοσηλευτικοί Δείκτες).

8) Πριν από την διαμόρφωση των τελικών προτάσεων για το Ετήσιο Πρόγραμμα Προμηθειών και των προβλεπόμενων πιστώσεων εξόδων στον Προϋπολογισμό, θα πρέπει η Οικονομική Υπηρεσία να λαμβάνει υπόψη τα πραγματικά αποθέματα των υλικών στους κεντρικούς διαχειριστικούς χώρους - αποθήκες και στις υπό – αποθήκες που λειτουργούν στο Νοσοκομείο .

9) Παράλληλα, η Οικονομική Υπηρεσία θα πρέπει να συγκεντρώσει αλλά και να συμπεριλάβει στην κατάρτιση του Προϋπολογισμού την πρόβλεψη για την υλοποίηση δαπανών κεφαλαιουχικού και επενδυτικού χαρακτήρα, καθώς και να προσδιορίσει την πηγή χρηματοδότησης αυτών μέσω α) του Προγράμματος Δημόσιων Επενδύσεων, β) της Επιχορήγησης από τον Προϋπολογισμό του Υπουργείου της Υγείας, γ) των Ιδίων Εσόδων και δ) των Δωρεών. Η ενσωμάτωση κάθε μορφής επιχορήγησης προϋποθέτει την έκδοση Υπουργικής Απόφασης ή σχετικού Ενημερωτικού Εγγράφου.

10) Τέλος, μετά την αποτίμηση τους, οι προτάσεις των Υπηρεσιών αλλά και των Τμημάτων εντάσσονται στην κατάρτιση του Ετήσιου Προγράμματος των Προμηθειών καθώς και του Προϋπολογισμού για το επόμενο έτος. Ο Προϋπολογισμός απαρτίζεται από αναλυτικούς και συγκεντρωτικούς πίνακες όπου περιγράφονται και απεικονίζονται όλοι οι κωδικοί εσόδων - εξόδων του Δημοσίου Λογιστικού και αποτυπώνονται το ύψος των πιστώσεων κατά το τρέχον έτος, η απολογιστική κίνηση των κωδικών εσόδων – εξόδων κατά το προηγούμενο έτος και τέλος, η πρόβλεψη των πιστώσεων οι οποίες απαιτούνται για το επόμενο έτος. Η διαμόρφωση των πινάκων αυτών στηρίζεται σε λεπτομερείς οδηγίες του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο οι εποπτεύοντες φορείς αποκτούν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν τη διαχρονική διαμόρφωση των πιστώσεων με βάση τον κωδικό εισόδου και εξόδου και να εκτιμήσουν τις ανάγκες του Νοσοκομείου για το επόμενο έτος.

11) Ο Προϋπολογισμός υποβάλλεται, με όλα τα προαναφερόμενα ως συνημμένα και με αναλυτική εισηγητική έκθεση της οικονομικής υπηρεσίας στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, προκειμένου να λάβει γνώση για την προβλεπόμενη, κατά το επόμενο έτος, λειτουργία της Μονάδας και να εγκρίνει την υλοποίηση του









