

Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βασίλης Π.Περλέγκος
Πτυχίο Διοίκησης Επιχειρήσεων Πανεπιστημίου Αιγαίου

Υποβληθείσα για το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα στη Διοίκηση των
Επιχειρήσεων

Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων

Πανεπιστήμιο Πειραιώς
2004

PAXH

Βασίλης Π.Περλέγκος ΜΔΕ 2005

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	II
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	III
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	1
1.1.Ορισμός της Υγείας	1
1.2.Ειδικά χαρακτηριστικά υγειονομικής περίθαλψης	
1.3.Συστημική και σύστημα υγείας	9
1.4.Η συστημική θεώρηση του φαινομένου της υγείας	10
1.5.Συστήματα Υγείας στο εξωτερικό και στην Ελλάδα	11
Βιβλιογραφία	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	13
2.1.Η νοσοκομειακή οργάνωση σαν σύστημα	13
2.2.Διοίκηση Νοσοκομείου	18
2.3.Το σύστημα «Νοσοκομείο/Περιβάλλον»	22
2.3.1.Το σύστημα στόχων του νοσοκομείου	25
2.4.Η Στρατηγική Διοίκηση στα Νοσοκομεία	29
2.5.1.Ορισμοί-Βασικές Έννοιες	30
2.5.2.Ο ρόλος της στρατηγικής διοίκησης στο σύστημα της υγειονομικής φροντίδας	31
Βιβλιογραφία	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	34
3.1.Οργάνωση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος	34
3.1.1.Γενικά χαρακτηριστικά	34
3.1.2.Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	37
3.2.Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	39

3.2.1.Γενικά Στοιχεία	39
3.3.Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη	42
3.3.1.Γενική Εικόνα	42
3.3.2.Διοίκηση-Οργάνωση Ελληνικών Νοσοκομείων	45
3.4.Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα	64
3.5.Η Αγορά Εργασίας στην Ελλάδα	70
3.5.1.Ιατρικό Δυναμικό	70
3.5.2.Οδοντιατρικό Δυναμικό	76
3.5.3.Νοσηλευτικό Δυναμικό	78
3.5.4.Λοιπό Προσωπικό	82
3.6.Προτάσεις	88
Βιβλιογραφία	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	92
4.1.Ανθρώπινο Δυναμικό	92
4.1.1.Ανθρώπινο Κεφάλαιο	92
4.1.2.Εισαγωγή στη Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων	96
4.2.Η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων στον Τομέα της Υγείας	99
4.2.1.Εισαγωγή	99
4.2.2.Το παράδοξο που αντιμετωπίζει ο Τομέας της Υγείας	100
4.2.3.Περιβαλλοντικές Τάσεις που επηρεάζουν τον Τομέα της Υγείας	101
4.2.4.Κύριες λειτουργίες προσωπικού στις μονάδες Υγείας	102
4.2.5.Κύκλος ζωής, στρατηγική και διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού μονάδων υγείας	108
4.3. Διεθνείς τάσεις και εξελίξεις	112
4.3.1.Δημογραφικά Δεδομένα των Επαγγελματιών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	112
Βιβλιογραφία	120
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΕΡΕΥΝΑ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	121
5.1. Μεθοδολογία Έρευνας	121
5.2.Ανάλυση Στοιχείων	123
5.2.1.Δημογραφικά Στοιχεία	124
5.2.2.Τίτλος Υπευθύνου Προσωπικού και άλλα καθήκοντα	126
5.2.3. Χαρακτηριστικά καριέρας και θέσης Υπευθύνου Προσωπικού	128
5.2.4.Θέση της Υπηρεσίας Προσωπικού στο Οργανόγραμμα και ρόλος στην Οικονομική Μονάδα	131
5.2.5.Σχέση της Διοίκησης Προσωπικού με τη Στρατηγική Διοίκηση	135
5.2.6.Η λειτουργία της Υπηρεσίας Προσωπικού και του Υπευθύνου Υπηρεσίας Προσωπικού	136
5.2.7.Εκπαίδευση Υπευθύνων Προσωπικού	141
5.3.Συμπεράσματα	145
Βιβλιογραφία	148

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΣΥΖΗΤΗΣΗ 149

Βιβλιογραφία 153

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 154

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

I

Επιθυμώ κατά κύριο λόγο να ευχαριστήσω τον Καθηγητή κ. Χ.Κανελλόπουλο, για τη χορήγηση του ερωτηματολογίου, τις υποδείξεις και την επίβλεψη, καθώς επίσης τον Καθηγητή κ. Λ.Χυτήρη και τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Ν.Γεωργόπουλο, για τις παρατηρήσεις, τα σχόλια και τις προτάσεις τους για τη βελτίωση της εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, κ. Τ.Λέβητ και την επιστημονικό συνεργάτη κ. Ελ.Πετσετάκη, για τις συμβουλές τους και την για την παροχή βιβλιογραφικού υλικού, όπως επίσης και τον κ. Σ.Χατζηχαραλάμπους, κοινωνιολόγο και υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας για τις προτάσεις και συμβουλές του.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

II

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά περιφέρεια(1999)	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2 Διοικητικές Ικανότητες που απαιτούνται για τον Ιατρό-Επικεφαλής Προσωπικού	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3 Ιατρικό Δυναμικό και αναλογία κατοίκων προς ιατρικό δυναμικό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα στην Ελλάδα το έτος 1992	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4 Ιατρικό δυναμικό κατά γεωγραφικά διαμερίσματα το 1999	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5 Ιατρικό Δυναμικό κατά ειδικότητα το 1999	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6 Οδοντιατρικό δυναμικό και αναλογία κατοίκων προς οδοντίατρο στην Ελλάδα κατά γεωγραφικό διαμέρισμα	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7 Νοσηλευτικό δυναμικό που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας σύμφωνα με την εκπαίδευση του(1999)	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.8 Λοιπά Επαγγέλματα Υγείας(1997)	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 Αναλογία γιατρών ανά 10.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης (12) κατά τα έτη 1970, 1975, 1980, 1985, 1990	115
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 Αναλογία οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους στις χώρες τις Ευρώπης κατά τα έτη 1970,1975,1980,1985,1990	117
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 Αναλογία νοσηλευτικού δυναμικού με εκπαίδευση τουλάχιστον δύο ετών ανά 10.000 κατοίκους στις χώρες τις Ευρώπης κατά τα έτη 1970, 1975, 1980, 1985, 1990	119
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1 Σύνθεση ιδιωτικών κλινικών και δημοσίων νοσοκομείων του δείγματος αναφορικά με τον αριθμό των εργαζομένων	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2 Λοιπά Θέματα Ενασχόλησης Υπευθύνων	127

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3 Έτη προϋπηρεσίας υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας (ιδιωτικές και δημόσιες)	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4 Έτη προϋπηρεσίας υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις ιδιωτικές μονάδες υγείας	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5 Εργασιακό υπόβαθρο υπευθύνων προσωπικού στις μονάδες υγείας, με διάκριση σε ιδιωτικές και δημόσιες	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.6 Αριθμός ατόμων που στελεχώνουν το τμήμα προσωπικού σε Ιδιωτικά και Δημόσια θεραπευτήρια	132
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.7 Κόστος προσωπικού ως ποσοστό επί του συνολικού κόστους διάθεσης υγειονομικών υπηρεσιών από ιδιωτικά και δημόσια θεραπευτήρια	134
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.8 Αρμόδιος για θέματα προσλήψεων σε ιδιωτικά και δημόσια θεραπευτήρια	140
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.9 Προπτυχιακές Ειδικεύσεις των υπευθύνων προσωπικού στις μονάδες υγείας	142
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.10 Προσόντα υπευθύνων στις Υπηρεσίες Προσωπικού στα Νοσοκομεία	143
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.11 Μεταπτυχιακές ειδικεύσεις υπευθύνων προσωπικού στις Υπηρεσίες Υγείας	143
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.12 Επιπλέον προσόντα υπευθύνων υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ	144

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

III

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1 Τα πέντε βασικά τμήματα ενός οργανισμού κατά Mintzberg Προσαρμογή στο περιβάλλον και δομή του νοσοκομείου	15
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2 Ιδεατό σχήμα νοσοκομείου σύμφωνα με τον Mintzberg	18
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3 Μοντέλο διοίκησης νοσοκομείου	22
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.4 Συνοπτική ανάλυση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος	26
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.5 Το σύστημα «Νοσοκομείο-Περιβάλλον»	29
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	36
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2 Η Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	41
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3 Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4 Καταμερισμός χρόνου κατά Δραστηριότητα ανά Επίπεδο Δράσης στη Νοσηλευτική Υπηρεσία	58
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5 Οργανόγραμμα Διοικητικής Υπηρεσίας	60
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6 Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Ε.Σ.Υ.	61
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.7.Οργανόγραμμα Ιδιωτικής Κλινικής	62
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.8 Υπόδειγμα ανώτερης οργανωτικής δομής του νοσοκομείου	63
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.9 Συνολική Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα	65
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.10 Συνολικές Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας(%ΑΕΠ) στην Ελλάδα (1960-1989) δις δρχ	67

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.11 Σύνθεση των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα	67
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.12 Δαπάνες ασφαλιστικών οργανισμών στην Ελλάδα	68
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.13 Η διάρθρωση των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα	68
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.14 Η διάρθρωση των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α	69
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.15 Δημόσιες δαπάνες χωρών ΟΟΣΑ	69
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.16 Εξέλιξη του ιατρικού δυναμικού σε όλη τη χώρα και κατά διαμερίσματα (1981-90)	73
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.17.Εξέλιξη του νοσηλευτικού δυναμικού που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας σύμφωνα με την εκπαίδευση του(1981-90)	80
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.18 Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα (1997)	87
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.19 Οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ(1992)	87
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1 Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους στην υφήλιο	113
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1 Σύνθεση ανδρών-γυναικών υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας	125
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2 Οικογενειακή κατάσταση υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας	125
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3.Σύνθεση ηλικιών στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας	126
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4 Έτη προϋπηρεσίας υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας	128
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.5 Προπτυχιακές ειδικεύσεις των υπευθύνων προσωπικού στις μονάδες υγείας	142

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής και διερευνητικής μελέτης αναφορικά με τη διοίκηση των μονάδων υγείας στο διεθνή, αλλά κυρίως στον Ελλαδικό χώρο με έμφαση να δίδεται, στη διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων στον τομέα της υγείας. Η επιλογή του ανθρώπινου δυναμικού ως σημείο εμβάθυνσης κάθε άλλο παρά τυχαία είναι, μιας και έχει αναγνωριστεί, τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και σε πρακτικές μελέτες, ότι αποτελεί το κύριο κλειδί της βελτίωσης και περαιτέρω ανάπτυξης των υγειονομικών ιδρυμάτων. Η σύνθεση και δομή της εργασίας έχουν οργανωθεί με σκοπό την ευρύτερη και όσο το δυνατό πληρέστερη περιγραφή και εμβάθυνση. Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας παρουσιάζει μια προσπάθεια ορισμού της υγείας και περιγραφής της υγειονομικής περίθαλψης που έχει γίνει από τον Παγκόσμιο Οργανισμό της Υγείας και από επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί με την υγεία. Επίσης, εξετάζεται η υγεία ως σύστημα και ερευνώνται οι αλληλεπιδράσεις και τα υποσυστήματα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο εισερχόμαστε στη μελέτη των κύριων στοιχείων που απαρτίζουν τους βασικούς άξονες της διοίκησης και οργάνωσης της υγειονομικής μονάδας. Εκεί συναντούμε γενικά στοιχεία διοίκησης που ενυπάρχουν σε όλους τους οργανισμούς αλλά και στοιχεία που συνιστούν την ιδιομορφία της νοσοκομειακής διοίκησης, όπως ο κοινωνικός χαρακτήρας της υγειονομικής περίθαλψης.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται εξ'ολοκλήρου με τη δομή, οργάνωση και διοίκηση των μονάδων υγείας στη χώρα μας, με έμφαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και στο προσωπικό που υπηρετεί σε αυτή. Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας σχετίζεται άμεσα με τη διοίκηση των νοσοκομείων, σε αντίθεση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που σχετίζεται κυριότερα με την πρόληψη και την

πολιτική υγείας. Αν και η σημαντικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει υπογραμμιστεί στα τελευταία έτη, η εκτενής ανάλυση αυτής επεκτείνεται πέρα από τα όρια της εν λόγω εργασίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται σε διεξοδικό βαθμό οι ανθρώπινοι πόροι στην υγεία. Αναλύονται οι γενικοί κανόνες διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, οι διεθνείς τάσεις και εξελίξεις, ο σχεδιασμός και τα επαγγέλματα υγείας. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο αναλύονται τα πορίσματα της έρευνας για τους υπεύθυνους προσωπικού στις μονάδες υγείας, ολοκληρώνοντας έτσι τη μελέτη στα θέματα διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας. Πρέπει να σημειώσουμε ότι οι αναφορές σε ανθρώπινο δυναμικό ενυπάρχουν καθόλη την εργασία, μιας και οι άνθρωποι πόροι είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διοίκησης, κυρίως οσονοφορά τα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία, απλά στο τελευταίο κεφάλαιο έχουμε τη διεξοδική ανάλυση του ανθρώπινου δυναμικού. Ευχόμαστε η εργασία αυτή να αποτελέσει εφαλτήριο για περαιτέρω μελέτη και έρευνα πάνω στα θέματα των διοικητικών επιστημών της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

1.1.Ορισμός της Υγείας

Ο O.D. Heggade¹ έχει ορίσει την υγεία ως «την κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχολογικής και πνευματικής ευρωστίας και όχι απλώς την έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας». Αναφέρει επίσης ότι «Η Υγεία δεν είναι απλά η έλλειψη ασθένειας, αποτελεί την θετική αντιμετώπιση απέναντι στη ζωή και την χαρούμενη αντιμετώπιση της ευθύνης που η ζωή υποχρεώνει τα άτομα»

Ο Victor Fuchs², οικονομολόγος της υγείας, αναφέρει ότι: «Η Υγεία μπορεί να εκφραστεί βάσει κριτηρίων όπως προσδοκίες σε θέματα εργασίας, ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη, ή ικανότητα εκτέλεσης μιας ποικιλίας προσωπικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων»

Η έννοια της υγείας έχει φυσικές, πνευματικές και κοινωνικές διαστάσεις. Έτσι, με την ανάπτυξη των επιστημών της υγείας και την βελτίωση της τεχνολογίας η ικανότητα των επιστημόνων της υγειονομικής κοινότητας να αντεπεξέλθει στη θεραπεία ασθενειών

¹ Βασισμένο στις απόψεις του: Heggade, O., *"Hospital Management"*, Mohit Publications, New Delhi, σελ.1

² Βασισμένο στις απόψεις του: Heggade, O., *"Hospital Management"*, Mohit Publications, New Delhi, σελ.1

αυξήθηκε δραματικά. Εντούτοις, η γοργή ανάπτυξη νέων ασθενειών επισκίασε την εξάπλωση της γνώσης και της προσαρμοστικότητας των επιστημών της υγείας³.

Ο William A. Glaster⁴ υπογραμμίζει ότι: «Η Υγειονομική Περίθαλψη είναι η εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης και των τεχνικών για την επίλυση φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων του ατόμου. Για έναν γιατρό, η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί τον κύριο κορμό της διαγνωστικής και θεραπευτικής θεωρίας και πρακτικής για την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών. Ο κοινωνικός επιστήμονας, από την άλλη μεριά, προσδιορίζει την υγειονομική περίθαλψη ως ένα σύστημα κοινωνικών ιδρυμάτων σε ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Από τη στιγμή που η περίθαλψη προσφέρεται από ειδικευμένο προσωπικό, παρουσιάζονται στον κοινωνικό επιστήμονα πολλά προβλήματα σχετικά με τα κοινωνιολογικά ζητήματα αναφορικά με τα επαγγέλματα υγείας». Επιπλέον έχει υποδείξει ότι: «Τα ιδρύματα υγείας δεν μπορούν να υπάρχουν εκτός αγοράς. Τα ανθρωπολογικά στοιχεία που υπάρχουν υποδεικνύουν την παγκοσμιότητα των φυσικών και ψυχολογικών δυσλειτουργιών των εν δυνάμει ασθενών ανά τον κόσμο. Ανεξάρτητα αν ανήκει στις δυτικές κοινωνίες ή σε κάποια άλλη αναπτυσσόμενη χώρα, το άτομο έχει υπόψη του τη δυσκολία να αντεπεξέλθει στον κοινωνικό του ρόλο. Όμως, η απόφαση για τις θεραπευτικές πρακτικές και η επιλογή φαρμάκων ποικίλει ανάλογα με το κοινωνικό σύστημα και τη θέση του ατόμου στο κάθε κοινωνικό σύστημα».

³ Βασισμένο στις απόψεις του: Heggade, O., *"Hospital Management"*, Mohit Publications, New Delhi, σελ.1

⁴ Βασισμένο στις απόψεις του: Heggade, O., *"Hospital Management"*, Mohit Publications, New Delhi, σελ.2

Όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη ο O.Heggade αναφέρει ότι: «Η Υγειονομική περίθαλψη, παρόλο που γενικά προσδιορίζεται ως ένα καταναλωτικό αγαθό, έφτασε σε σημείο να έχει ειδική θέση ανάμεσα στο μεγάλο εύρος των καταναλωτικών προϊόντων και υπηρεσιών. Η θέση αυτή επηρεάζει τους σχετιζόμενους οργανισμούς, τους πόρους και τη χρηματοδότησή τους. Επομένως, η υγειονομική περίθαλψη σχετίζεται άμεσα με πολλούς ψυχολογικούς παράγοντες καθώς και με την υγεία και την ίδια τη ζωή του ανθρώπου. Ο άνθρωπος συσχετίζει την περίθαλψη με την αντιμετώπιση της ασθένειας και την ανακούφιση από τον πόνο. Επομένως, από τη στιγμή που η ζωή δε θεωρείται βέβαια αγαθό πολυτελείας, αλλά κάτι αναγκαίο το ίδιο συμβαίνει και με την έννοια της περίθαλψης. Ως συνέπεια των παραπάνω, υπάρχει η πεποίθηση ότι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που πρέπει να προσφέρεται σε ένα άτομο(για τη διατήρηση στη ζωή ή για την ανακούφιση από τον πόνο) δε σχετίζεται με το εισόδημα του ατόμου και την αγοραστική του δύναμη. Εντούτοις η πραγματικότητα βρίσκεται σε μεγάλη απόκλιση από την προηγούμενη διατύπωση και άποψη⁵».

Γενικότερα παρατηρούμε ότι οι απόψεις των επιστημόνων που έχουν ασχοληθεί με την υγεία ταυτίζονται στο σημείο ότι το αγαθό υγεία αποτελεί κάτι πολύ περισσότερο από την έλλειψη ασθένειας, αλλά αποτελεί την κατάσταση ευεξίας και δυναμικής που επιτρέπει στα άτομα να είναι εύρωστα, τόσο σωματικά και πνευματικά, έτσι ώστε να έχουν τη δυνατότητα να αντεπεξέλθουν με αισιοδοξία στις απαιτήσεις και ευθύνες της σύγχρονης ζωής.

⁵Βασισμένο στις απόψεις του: Heggade, O., *"Hospital Management"*, Mohit Publications, New Delhi, σελ.2

Από τη στιγμή που η ανάπτυξη της τεχνολογίας και των ιατρικών επιστημών, κυρίως από το 1960 και μετά όπου η ανθρωπότητα είχε συνέλθει σε μεγάλο βαθμό από τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, επέτρεψε σε ένα μεγάλο μέρος του κόσμου να έχει τη δυνατότητα της θεραπείας από μεγάλο μέρος ασθενειών που μέχρι τότε δεν μπορούσαν να θεραπευτούν, η υγεία άρχισε να αναλύεται από την οπτική των κοινωνικών επιστημών.

Οι κοινωνιολογικές και οικονομικές προσεγγίσεις της υγείας, έδωσαν τη δυνατότητα μελέτης της υγείας ως ένα φαινόμενο με πολλές κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις και αλληλεπιδράσεις με το ευρύτερο περιβάλλον. Για παράδειγμα μπορούμε να φανταστούμε τις οικονομικές επιδράσεις στο εισόδημα ενός ατόμου και την ευρύτερη οικονομία, στην περίπτωση της ασθένειας και κατά συνέπεια αδυναμία εργασίας ενός ατόμου. Η συστημική ανάλυση⁶ προέρχεται από την κοινωνιολογία της οργάνωσης και μας επιτρέπει να μελετούμε την υγεία ως ένα κοινωνικό και οικονομικό σύστημα, καθώς και τις αλληλεπιδράσεις της με το περιβάλλον.

1.2. Ειδικά χαρακτηριστικά υγειονομικής περίθαλψης

Η υγειονομική περίθαλψη ουσιαστικά αποτελεί το σύνολο των διαδικασιών και τεχνικών (ιατρικών, νοσηλευτικών κ.α.) που απαιτούνται έτσι ώστε το άτομο να περάσει από τη φάση της ασθένειας στη φάση της υγείας. Η φροντίδα υγείας, όπως

⁶ Η συστημική προσέγγιση της υγείας αναλύεται πιο διεξοδικά στο 2^ο Κεφάλαιο

αλλιώς θα μπορούσαμε να ονομάσουμε την υγειονομική περίθαλψη, διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, όταν σχετίζεται με την προληπτική ιατρική και τις γενικότερη προληπτική αγωγή υγείας και σε δευτεροβάθμια όταν σχετίζεται με τη νοσηλεία στα διάφορα υγειονομικά ιδρύματα. Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται κυρίως στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και στους νοσηλευτικούς οργανισμούς που διαθέτουν υψηλή τεχνολογία.

Κάποια σημαντικά αλλά και μοναδικά χαρακτηριστικά της υγείας ή και των υγειονομικών υπηρεσιών περιλαμβάνουν τα εξής στοιχεία⁷ :

1.Αδυναμία πρόβλεψης της ανάγκης

Η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί σε μεγάλο βαθμό να προβλεφθεί από τα άτομα, αφού και η ίδια η ασθένεια δε μπορεί να προβλεφθεί. Επομένως, από τη στιγμή που η ασθένεια δε μπορεί να προβλεφθεί, δε μπορούν με ευκολία τα άτομα να υπολογίσουν τις απαιτούμενες δαπάνες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η πληρωμή των δαπανών αυτών μετά την πάροδο κάποιου χρόνου (post payment) θα μπορούσε να αποτελέσει μια εφικτή, ικανοποιητική λύση στο πρόβλημα και σε αυτήν όμως την περίπτωση εμφανίζονται δυσκολίες. Μερικές από αυτές είναι :

⁷ Βασισμένο στις απόψεις του: Heggade, O., “Hospital Management”, Mohit Publications, New Delhi, σελ.2-4

i) Η ασθένεια επηρεάζει τόσο τη βραχυχρόνια όσο και τη μακροχρόνιο αγοραστική δύναμη του ατόμου κάνοντας την πληρωμή δύσκολή, ίσως ακατόρθωτη.

ii) το άτομο θεωρεί ότι δεν έχει μια συνεχόμενη απολαβή των ωφελειών από την υγειονομική υπηρεσία που του προσφέρεται, σε σχέση με τις ωφέλειες που απολαμβάνει από τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά.

iii) Η υπηρεσία που προσφέρεται από τον οργανισμό δε μπορεί να επιστραφεί σε περίπτωση αδυναμίας πληρωμής.

2. Η Εξωτερίκευση της Ιατρικής Φροντίδας

Με τον όρο αυτό εννοούμε ότι τα θετικά ή αρνητικά στοιχεία της περίθαλψης διαχέονται σε περισσότερα από ένα άτομα. Για παράδειγμα, οι μεταδιδόμενες ασθένειες. Για το λόγο αυτό, στην περίπτωση των κρατικών υπηρεσιών υγείας, το κράτος γίνεται ο κύριος φορέας παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών αυτών.

3.Επενδύσεις στην Υγεία

Οι υπηρεσίες υγείας θεωρούνται τόσο καταναλωτικά όσο και παραγωγικά αγαθά. Η περίθαλψη είναι καταναλωτικό αγαθό όσο ικανοποιεί την ανάγκη των ανθρώπων για επιβίωση και μακροζωία και επενδυτικό αγαθό διότι ενισχύει την

παραγωγικότητα και τα προσοδοφόρα έτη εργασίας μέσω της καλής υγείας. Για το λόγο αυτό, οι δαπάνες υγείας μπορούν να θεωρηθούν και επένδυση.

4.Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Μια σημαντική διάκριση μεταξύ της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και άλλων υπηρεσιών είναι η σχετική ανικανότητα των καταναλωτών να αξιολογήσουν την ποιότητα της υπηρεσίας που λαμβάνουν. Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι λάθη που θα γίνουν από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να έχουν σοβαρά και μη αναστρέψιμα αποτελέσματα. Αλλά ακόμη και εκ των υστέρων, η αξιολόγηση είναι δύσκολη και βασίζεται και σε εξωτερικούς παράγοντες. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, υπογράφονται συμβόλαια όπου εξασφαλίζεται ένα ελάχιστο επίπεδο προσφερόμενων υπηρεσιών και ικανοποίησης. Οι οικονομικές συνέπειες αυτού είναι η τεχνητή και μη αναγκαία συμπίεση της προσφοράς, με αποτέλεσμα την αύξηση των τιμών και τα εισοδήματα των ιατρών να μην αντεπεξέρχονται στην βελτίωση της ποιότητας της υπηρεσίας.

Όλα αυτά τα παραπάνω χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης έχουν οδηγήσει σε α)αυξημένη κρατική παρέμβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας κυρίως στη δημόσια υγεία και β)την ανάδειξη ενός ισχυρού και κυρίαρχου ιδιωτικού τομέα υγείας στην παραγωγή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Τρεις βασικές επιλογές καθορίζουν την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Η πρώτη επιλογή είναι ο καθορισμός των ποσών που θα διατεθούν στην υγεία και

στις υγειονομικές υπηρεσίες και η σύνθεση αυτών των υπηρεσιών. Η δεύτερη επιλογή περιλαμβάνει την επιλογή των άριστων μεθόδων για την παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών. Οι επιλογές αυτές πρέπει να γίνονται με γνώμονα τον ορθολογικό συνδυασμό της ποσότητας του χρησιμοποιούμενου κεφαλαίου και εξοπλισμού, με τον κατάλληλο τύπο και ποσότητα χρησιμοποιούμενου εργατικού δυναμικού. Η τρίτη επιλογή σχετίζεται με την επιλογή των μεθόδων κατανομής των υπηρεσιών υγείας ανά τον πληθυσμό. Οι δύο πρώτες επιλογές σχετίζονται με την έννοια της οικονομικής αποδοτικότητας, η τρίτη με την δικαιοσύνη στην χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία κατανοούμε ότι η φύση και ο χαρακτήρας της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως όταν αντιμετωπίζονται ως οικονομικά αγαθά δεν είναι και τόσο ευκρινής. Αυτό συμβαίνει γιατί ενώ η υγεία είναι αδιαμφισβήτητο αγαθό για όλους τους ανθρώπους, οι δαπάνες που αναγκάζονται τα άτομα πολλές φορές να καταβάλλουν για την παροχή των αναγκαίων υγειονομικών υπηρεσιών έτσι ώστε να αποκτήσουν ξανά την υγεία τους, δείχνει ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι οικονομικό, κάθε άλλο παρά ελεύθερο αγαθό.

Υπάρχουν πολλές χώρες στον κόσμο που η υγεία θεωρείται αμιγώς οικονομικό αγαθό(π.χ. Η.Π.Α.), αφού οι ιατρικές και φαρμακευτικές δαπάνες καλύπτονται στο μεγαλύτερο ποσοστό από την ιδιωτική δαπάνη. Υπάρχουν βέβαια και άλλα κράτη

(π.χ. Σουηδία) όπου οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης καλύπτονται από κρατικούς φορείς.

1.3. Συστημική και σύστημα υγείας

Η συστημική μεθοδολογία αποτελεί μια μακροσκοπική και ολιστική επιστημονική προσέγγιση των διαφόρων σύγχρονων προβλημάτων.

Στα πλαίσια της συστημικής θεωρίας, σύστημα είναι ένα ενιαίο σύνολο που αποτελείται από αλληλένδετα μέρη, δηλαδή από στοιχεία που έχουν διασυνδέσεις, αλληλεξαρτήσεις και αλληλεπιδράσεις. Το σύστημα υγείας σχετίζεται με ένα ή περισσότερα συστήματα που ανήκουν στο κοινωνικό υπερόςστημα, το οποίο αποτελείται από περισσότερα κοινωνικά συστήματα που έχουν να κάνουν με εκφάνσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς(πολιτικό, οικονομικό, πολιτισμικό κ.ο.κ.). Το οικονομικό σύστημα υγείας μπορεί να διακριθεί σε δύο κατηγορίες: στην οικονομία της υγείας και στην ιατρική οικονομία. Η μελέτη των οικονομικών φαινομένων της υγείας περιλαμβάνει δραστηριότητες που περιλαμβάνουν παραγωγή και κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών, διαχείριση και υγειονομική οργάνωση και διοίκηση και κατάρτιση ιατρικού προσωπικού και τεχνικής και επιστημονικής έρευνας.⁸

⁸Βασισμένο στις απόψεις του: Μάρδα, Γ., «Οργανωτική και οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», «Το Οικονομικό», Αθήνα 1993, σελ.48-49

1.4. Η συστημική θεώρηση του φαινομένου της υγείας

Μελετώντας την εννοιολογική σημασία του συστήματος υγείας μπορούμε να διακρίνουμε προβλήματα στην κατανόηση και ερμηνεία, μιας και η μελέτη του συστήματος έχει μια διεπιστημονική διάσταση που προέρχεται από το συνδυασμό πολυσύνθετων στοιχείων(ιατρικών, κοινωνιολογικών, οικονομικών κτλ)

Σύμφωνα με τον καθηγητή Emile Levy, το σύστημα υγείας διακρίνεται σε υγειονομικό σύστημα και σε σύστημα φροντίδων (ή περίθαλψης). Ο ίδιος καθηγητής διακρίνει περαιτέρω τρία υποσυστήματα⁹:

- Ο γύρος των καταστάσεων της ασθένειας: Είναι το πέρασμα από μια κατάσταση στην άλλη. Το άτομο δεσμεύεται μέσα σε μια διαδικασία που το οδηγεί από μια κατάσταση Χ σε μια άλλη κατάσταση Υ.
- Οι υπηρεσίες υγειονομικής παραγωγής: Αυτό το υποσύστημα σχετίζεται με την παραγωγή ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών. Αφορά αφενός τους παραγωγικούς συντελεστές (εξοπλισμός, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό κ.τ.λ.) και αφετέρου την παραγωγική διαδικασία.
- Οι μηχανισμοί κάλυψης: Το υποσύστημα αυτό αφορά την κοινωνική ασφάλεια, τα ταμεία αλληλοβοήθειας κ.τ.λ.

⁹Βασισμένο στις απόψεις του: Μάρδα, Γ., «Οργανωτική και οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», «Το Οικονομικό», Αθήνα 1993, σελ.48-49

Η θεώρηση της υγείας και των υγειονομικών υπηρεσιών ως συστήματα και η μελέτη τους βάσει της συστημικής ανάλυσης μας βοηθάει στην κατανόηση και των νοσοκομειακών οργανισμών ως συστήματα με αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον τους. Αυτό είναι αρκετά σημαντικό, γιατί η συστημική προσέγγιση, όπως θα δούμε και στο επόμενο κεφάλαιο αποτελεί μια ολοκληρωμένη, μακροσκοπική μελέτη που μας επιτρέπει, σε επαρκέστερο βαθμό από τις άλλες θεωρίες της διοίκησης, να εξετάσουμε τη λειτουργία των οργανισμών υγείας και τις αλληλεπιδράσεις αυτών με το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον τους.

1.5. Συστήματα υγείας στο εξωτερικό και την Ελλάδα

Τα διάφορα συστήματα υγείας που λειτουργούν στον κόσμο, διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό και είναι δύσκολο να βρούμε κάποια κοινά σημεία αναφοράς για περαιτέρω σύγκριση και αυτό γιατί το κάθε σύστημα υγείας υπόκειται σε ξεχωριστές ιδιαιτερότητες, που οφείλονται στις διαφορετικές πολιτιστικές, κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, τόσο στην εξέλιξη του συστήματος, όσο και στα θέματα ανθρώπινου δυναμικού. Τα κράτη μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) προσανατολίζονται στην απομάκρυνση από την ιδέα της περίθαλψης με κέντρο το νοσοκομείο και έμφαση στην φροντίδα από την κοινότητα. Στη χώρα μας από το 1983 ισχύει το Εθνικό Σύστημα Υγείας που βασική του φιλοσοφία είναι η κοινωνικοποίηση της υγείας. Τρεις βασικές συνθήκες¹⁰ συνυπάρχουν σε όλα σχεδόν τα συστήματα υγείας ανά

¹⁰ Βασισμένο στις απόψεις του: Μάρδα, Γ., «Οργανωτική και οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», «Το Οικονομικό», Αθήνα 1993, σελ.54

τον κόσμο:

- § Ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους απασχόλησης.
- § Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας.
- § Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Βιβλιογραφία

Heggade, O., *“Hospital Management”*, Mohit Publications, New Delhi, σελ.1-9

Μάρδας, Γ., *«Οργανωτική και οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης»*,
«Το Οικονομικό», Αθήνα, 1993, σελ.48-54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1.Η Νοσοκομειακή Οργάνωση ως Σύστημα

Η επιστήμη της διοίκησης έχει παρουσιάσει διαφορετικές σχολές μελέτης της οργάνωσης και λειτουργίας των επιχειρήσεων. Οι τρεις βασικότερες είναι οι εξής τρεις: αυτή της επιστημονικής διοίκησης(ταύλορισμός ή μηχανιστική διοίκηση), αυτής της ανάλυσης των ανθρώπινων σχέσεων, καθώς και αυτή της συστημικής προσέγγισης. Η συστημική προσέγγιση αποτελεί μια πιο μακροσκοπική ανάλυση που επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων, μέσω μελέτης των δεδομένων αλληλεπιδρώντων στοιχείων.

Με τη συστημική προσέγγιση της υγείας ασχοληθήκαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Στην παρούσα ενότητα του κεφαλαίου αυτού θα μελετήσουμε πιο συγκεκριμένα τους νοσοκομειακούς οργανισμούς ως συστήματα και τις αλληλεπιδράσεις αυτών με το περιβάλλον τους.

Η συστημική θεώρηση χρησιμοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό στην ερμηνεία και ανάλυση της διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, κυρίως ίσως επειδή οι κλασικές θεωρίες της διοίκησης δεν έδωσαν τις σωστές, κατά τους ειδικούς

ερμηνείες.

Ένας νοσοκομειακός οργανισμός θεωρείται ως ένα ανοικτό σύστημα με την έννοια ότι η ύπαρξη του είναι συνυφασμένη με την συνεχή αλληλεπίδραση αυτού με το περιβάλλον. Στο Σχήμα 3.1 ο Mintzberg¹¹ αποτυπώνει τα πέντε κυρίως τμήματα, τα οποία απαρτίζουν το σύστημα του νοσοκομείου. Στο σχήμα του Mintzberg μπορούμε να θεωρήσουμε ότι τα στοιχεία που απαρτίζουν το νοσοκομείο συνθέτουν ένα σύνολο το οποίο ανταποκρίνεται στην θεώρηση του οργανισμού αυτού σύμφωνα με τις αρχές της συστημικής προσέγγισης.

Τα πέντε κύρια υποσυστήματα από τα οποία αποτελείται το σύστημα νοσοκομείο είναι¹²:

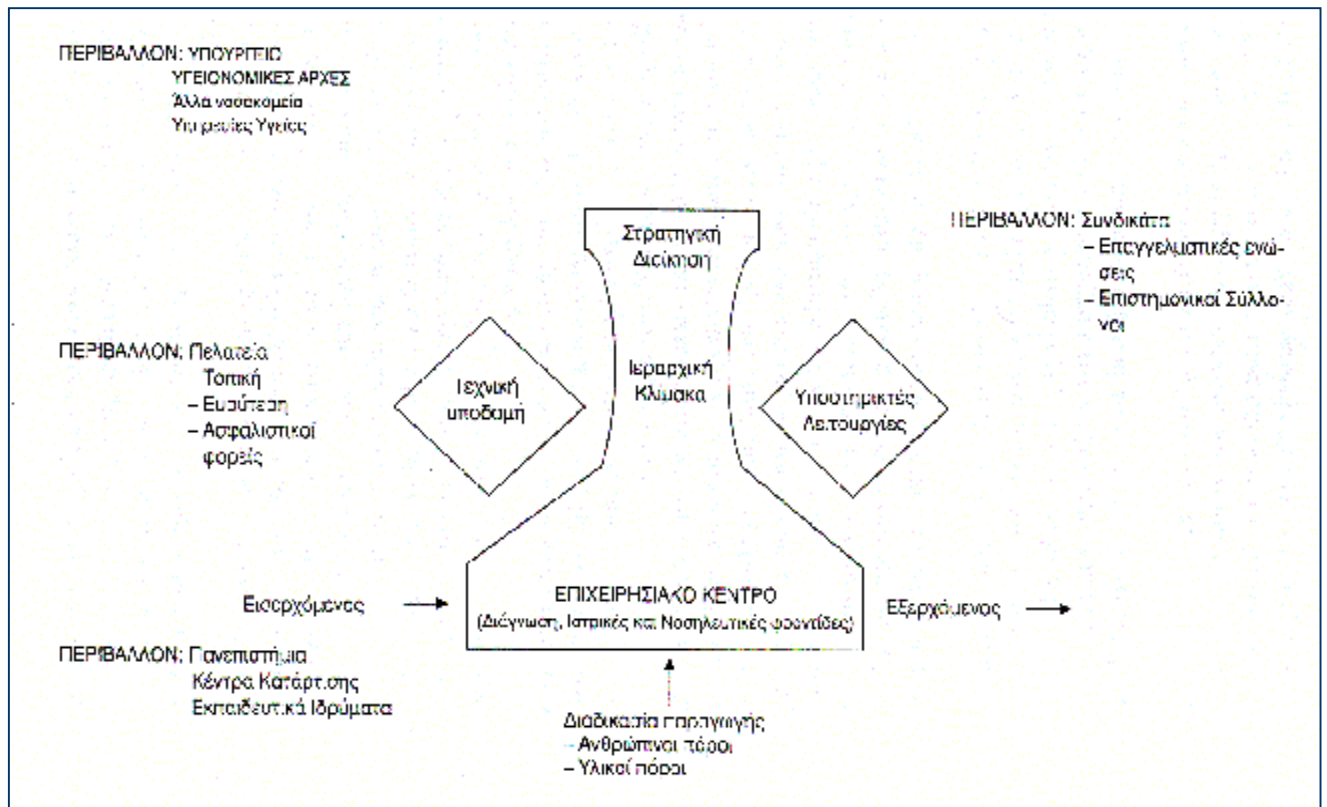
α) Το «Επιχειρησιακό Κέντρο» το οποίο είναι ο λόγος ύπαρξης του νοσοκομειακού οργανισμού και η κύρια ευθύνη του νοσοκομείου είναι η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στους ασθενείς του. Οι ασθενείς έρχονται, κατά κύριο λόγο, σε επαφή με αυτό το επιχειρησιακό κέντρο είτε μέσω των νοσηλευτικών τμημάτων, είτε μέσω των εξωτερικών ιατρείων.

β) Η «Στρατηγική Διοίκηση» της οποίας κύριο έργο είναι να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες ώστε ο οργανισμός να εκπληρώνει την αποστολή του, κατά τον πλέον

¹¹ Βασισμένο στις απόψεις του: Σούλη, Σ., «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Β' Έκδοση, Αθήνα 1999, σελ. 235-238

¹² Βασισμένο στις απόψεις του: Σούλη, Σ., «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Β' Έκδοση, Αθήνα 1999, σελ. 235-238

αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο. Στο επίπεδο αυτό, κατά κύριο λόγο, επιτελείται ο στρατηγικός σχεδιασμός με σκοπό την ανάπτυξη του οργανισμού.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1. Τα πέντε βασικά τμήματα ενός οργανισμού κατά Mintzberg. Προσαρμογή στο περιβάλλον και δομή του νοσοκομείου
 Πηγή: Σούλης, Οικονομική της Υγείας, Αθήνα 1999, σελ.236

γ) Η «Ιεραρχική κλίμακα» περιλαμβάνει τα διοικητικά στελέχη, σε όλα τα άλλα επίπεδα, τα οποία έχουν ένα ρόλο συντονισμού και επιτήρησης, αναφορικά με την εκτέλεση των αποφάσεων, την εξασφάλιση της κάθετης και οριζόντιας επικοινωνίας και της υλοποίησης της γενικότερης στρατηγικής σε συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές.

δ) Η «Τεχνική Υποδομή» περιλαμβάνει άτομα τα οποία εργάζονται μέσα από τον

καθορισμό προτύπων και πρωτοκόλλων, διαδικασίες κλινικής εκπαίδευσης, θέματα προτυποποίησης της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών και ζητήματα τεχνολογικής ανάπτυξης.

ε)Τέλος, οι «Υποστηρικτικές Λειτουργίες», π.χ. επιστασία, σίτιση, υπάγονται στην υπηρεσία του Επιχειρησιακού Κέντρου και υποστηρίζουν, άμεσα ή έμμεσα, την πραγματοποίηση της αποστολής ολόκληρου του οργανισμού.

Στο σχήμα 2.2 προσπαθούμε να συνθέσουμε και να προσαρμόσουμε το θεωρητικό υπόδειγμα στην πραγματική δομή του νοσοκομείου. Σύμφωνα με το διάγραμμα αυτό το «Επιχειρησιακό Κέντρο», σύμφωνα με το προηγούμενο σχήμα αναλύεται στο σύνολο των παραγωγικών διαδικασιών του νοσοκομειακού ιδρύματος έτσι ώστε να παρέχεται κάποια ροή υπηρεσιών (υποδοχή, διάγνωση, φροντίδα, θεραπεία, αποκατάσταση), έτσι ώστε ο ασθενής να εξέλθει από το νοσοκομείο αποθεραπευμένος. Με τις υπηρεσίες αυτές σχετίζονται κάποιες συγκεκριμένες διαδικασίες, όπως πρόληψη, εκπαίδευση, έρευνα.

Οι διαδικασίες αυτές ελέγχονται από τα διοικητικά στελέχη που έχουν συντονιστικό και διεκπεραιωτικό ρόλο και αποτελούν την «Ιεραρχική Δομή», σύμφωνα με το διάγραμμα 2.1.

Τα ανώτερα στελέχη, δηλαδή το Διοικητικό Συμβούλιο, Ο Γενικός Διευθυντής και οι λοιποί Διευθυντές αναλαμβάνουν το μακρόπνοο στρατηγικό σχεδιασμό καθώς και

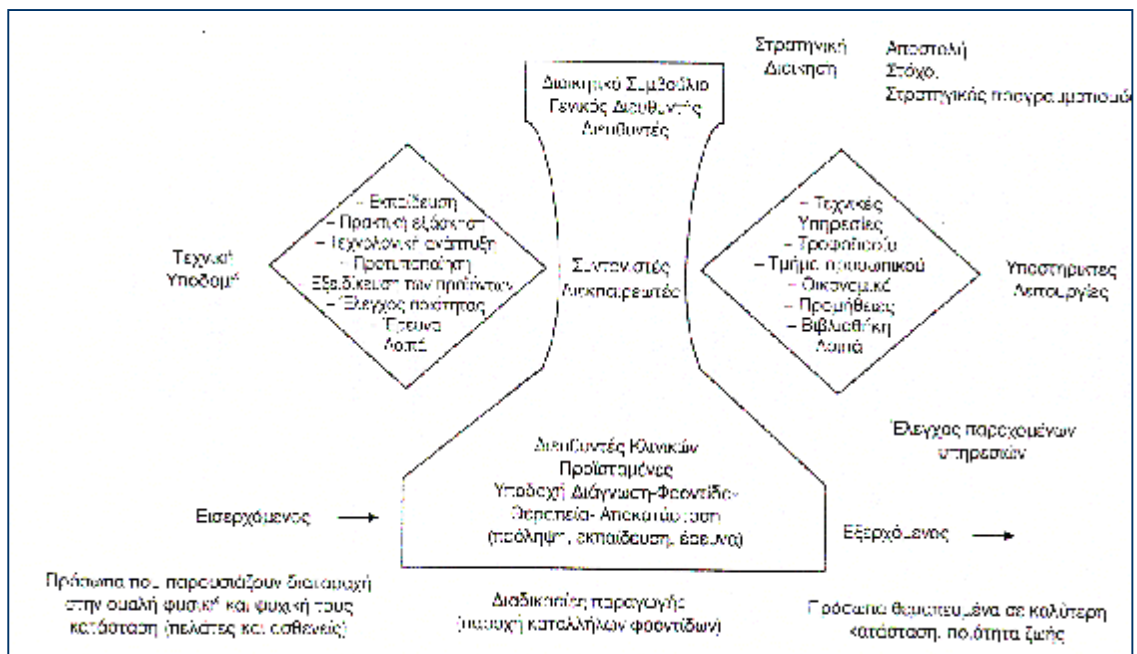
τον καθορισμό της αποστολής και των στόχων του νοσοκομείου. Κύρια διαφορά του στόχου του νοσοκομείου σε σχέση με τους άλλους οργανισμούς και επιχειρήσεις, είναι η ύπαρξη του κοινωνικού σκοπού του νοσοκομείου απέναντι στους ασθενείς.

Η «Τεχνική Υποδομή» μπορούμε να πούμε ότι σχετίζεται, άμεσα ή έμμεσα με την οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου, καθώς και με το ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης. Περιλαμβάνονται, όπως είπαμε, θέματα εκπαίδευσης, τεχνολογικής ανάπτυξης, προτυποποίησης κ.ο.κ.

Οι «Υποστηρικτικές Λειτουργίες» περιλαμβάνουν τις τεχνικές υπηρεσίες, την τροφοδοσία, το τμήμα προσωπικού, οικονομική διαχείριση κ.α.

Η ιδιόμορφη αυτή δομή του νοσοκομειακού οργανισμού είναι, για πολλούς μελετητές, η κύρια αιτία του γεγονότος ότι οι κλασικές μέθοδοι διοίκησης των επιχειρήσεων δεν έχουν καταφέρει σε επαρκή βαθμό να αναπτυχθούν μέσα στο περιβάλλον των νοσοκομειακών οργανισμών, ενώ η χρησιμοποίησή τους στην πράξη αποδεικνύεται ανεπαρκής, αναποτελεσματική και ανεφάρμοστη. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ένας έντονος προβληματισμός αναφορικά με τους προσανατολισμούς και τις προοπτικές του συστήματος υγείας, ο οποίος όμως επικεντρώνεται κυρίως στα οικονομικά του υγειονομικού τομέα και λιγότερο στις διοικητικές λειτουργίες, οι οποίες χαρακτηρίζουν τις μονάδες υγείας¹³.

¹³ Ββασισμένο στις απόψεις του: Σούλη, Σ., «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Β' Έκδοση, Αθήνα, 1999, σελ. 238



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2.Ιδεατό σχήμα νοσοκομείου σύμφωνα με τον Mintzberg
 Πηγή:Σούλης, Οικονομική της Υγείας, 1999,σελ.239

2.2. Διοίκηση Νοσοκομείου

Η διοίκηση ενός νοσοκομειακού οργανισμού είναι μια πολύπλοκη, πολυδιάστατη διαδικασία, θα λέγαμε για τρεις λόγους:

α)Το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι πολυδιάστατο. Περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς όπως ασφαλιστικοί οργανισμοί, πανεπιστήμια, Υπουργείο Υγείας κ.α.(άμεσο περιβάλλον). Το έμμεσο περιβάλλον αποτελείται από το οικονομικό περιβάλλον, πολιτικό, κοινωνικό κ.ο.κ.

β) Το νοσοκομείο είναι ένας οργανισμός εντάσεως εργασίας και ένας εργασιακός χώρος που αποτελείται από πολλά διαφορετικά επαγγέλματα. Σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα συναντούμε πολλές διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματιών όπως γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό, παραϊατρικό προσωπικό, ειδικοί βιοϊατρικής τεχνολογίας κ.α. Βάσει αυτού του γεγονότος, κατανοούμε ότι οι διαδικασίες σχεδιασμού, οργάνωσης, διεύθυνσης και ελέγχου ενός οργανισμού με τόσο ανομοιογενές ανθρώπινο δυναμικό δυσχεραίνουν σε έντονο βαθμό τη λήψη των αποφάσεων. Η διαδικασία λήψης των αποφάσεων είναι πιο δύσκολη για τα ανώτερα στελέχη, που πρέπει να λαμβάνουν μακροχρόνιες αποφάσεις στρατηγικού σχεδιασμού.

γ) Οι νοσοκομειακοί οργανισμοί χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία.(π.χ. αξονικός τομογράφος). Η ύπαρξη τεχνολογικής υποδομής υψηλού επιπέδου δημιουργεί περιορισμούς αναφορικά με τη δομή και την οργάνωση του οργανισμού(χωροθέτηση των ειδικών μηχανημάτων, προσαρμογή στο οργανόγραμμα π.χ. μονάδας τεχνητού νεφρού κ.α.). Σημαντικότερο όμως είναι το ζήτημα της επιλογής του καταλληλότερου και αρτιότερα εκπαιδευμένου προσωπικού που θα είναι σε θέση να χειριστεί τον εξοπλισμό αυτό.

Το νοσοκομείο χαρακτηρίζεται σαν κοινωνικό ίδρυμα έχοντας ως προορισμό την εκπλήρωση συγκεκριμένου σκοπού, ο οποίος είναι το σύνολο υπηρεσιών που το νοσοκομείο παρέχει ή οφείλει να παρέχει στο κοινωνικό σύνολο. Άρα, το

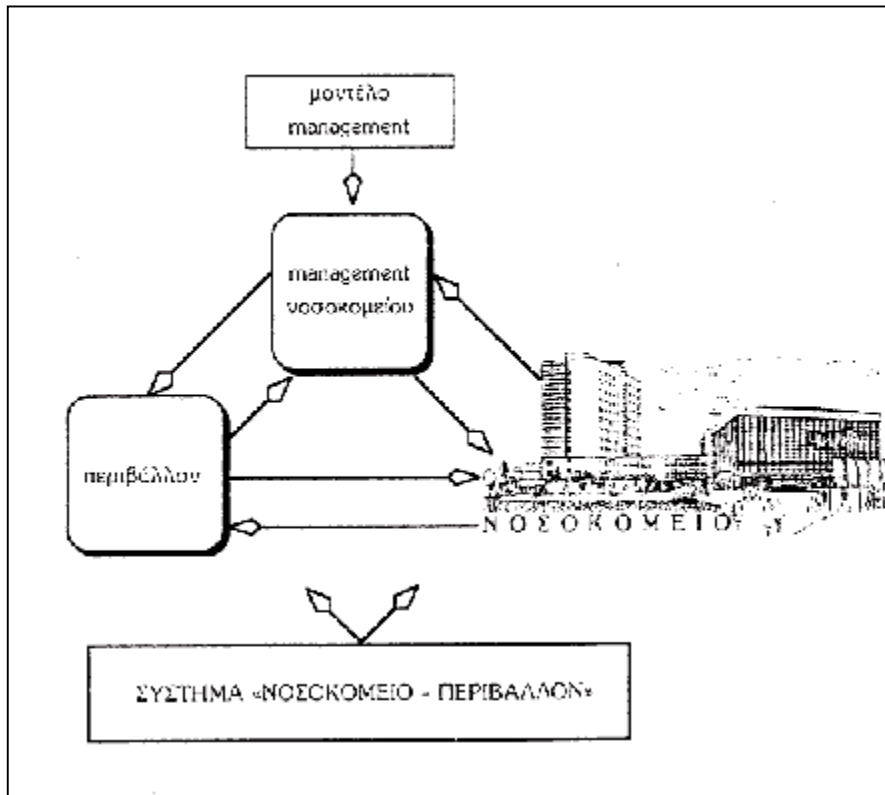
νοσοκομείο δεν λειτουργεί ως οργανισμός ανεξάρτητος από το κοινωνικό σύνολο. Αντίθετα, πρέπει να θέτει στόχους και να προσαρμόζεται στις εκάστοτε κοινωνικές ανάγκες. Κατ'αυτόν τον τρόπο αποτελεί ευθύνη και αντικείμενο της διοίκησης του νοσοκομείου η εξασφάλιση των δραστηριοτήτων που ικανοποιούν στο βέλτιστο δυνατό βαθμό τις επικρατούσες κοινωνικές ανάγκες. Βάσει αυτών κατανοούμε ότι η διοίκηση του νοσοκομείου(και των μονάδων υγείας γενικότερα) σχετίζεται με δύο συστήματα που αλληλεπιδρούν α)το νοσοκομείο και β)το περιβάλλον του. Αντικειμενικός σκοπός της διοίκησης είναι να επεμβαίνει στα δύο αυτά συστήματα έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η εκπλήρωση του σκοπού των μονάδων υγείας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Το νοσοκομείο και το περιβάλλον του είναι δύο εξαιρετικά πολύπλοκα συστήματα, το καθένα από το οποίο αποτελείται από υποσυστήματα που αλληλεπιδρούν με πολύπλοκο τρόπο μεταξύ τους. Τα υποσυστήματα αυτά επηρεάζονται από πληθώρα συνιστωσών, όπως θέματα ιατρικά, τεχνολογικά, οικονομικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, πολιτικά και η αστάθεια και η ποικιλότητα που εμφανίζουν, δημιουργούν δυσκολίες στην πρόβλεψη μελλοντικών καταστάσεων. Από τα παραπάνω κατανοούμε ότι α) είναι σχεδόν αδύνατο να ασκηθεί διοίκηση με εμπειρικές μεθόδους και β) είναι κατά κανόνα αδύνατη η ακριβής πρόβλεψη της συμπεριφοράς των νοσοκομείων. Επομένως η διοίκηση, πρέπει να επηρεάζει το νοσοκομείο κατά τέτοιο τρόπο ώστε να τείνει στην εκπλήρωση του σκοπού του χωρίς να εκλείπει η ικανότητα της προσαρμογής του στις απρόβλεπτες καταστάσεις και ενδεχόμενα προβλήματα που είναι δυνατόν να παρουσιαστούν¹⁴.

¹⁴Βασισμένο στις απόψεις του: Καρίωτη, Π., «*Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία*», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις euroclinica, Αθήνα 1992, σελ.131

Βραχυπρόθεσμα, η διοίκηση του νοσοκομείου αφορά την καθοδήγηση του νοσοκομείου ως ολότητα αλλά και των επιμέρους τμημάτων δηλαδή τον επηρεασμό των συγκεκριμένων λειτουργιών για την επίτευξη του σκοπού. Η διοίκηση προσωπικού σε ένα νοσοκομείο είναι βασικής σημασίας αντικείμενο της διοίκησης, από τη στιγμή που οι κύριες λειτουργίες επιτελούνται από ανθρώπους. Απαιτείται λοιπόν αφενός ο καθορισμός της συμπεριφοράς του εργαζομένου απέναντι στους ασθενείς και αφετέρου η εξασφάλιση αρμονικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων. Βασική προϋπόθεση είναι οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν τι απαιτείται από αυτούς, μέσω ενός πλαισίου καθορισμού συγκεκριμένων στόχων που εγγυώνται την επίτευξη του σκοπού του οργανισμού. Μακροπρόθεσμα, η διοίκηση του νοσοκομείου προσανατολίζεται σε διαδικασίες σχεδιασμού και καθορισμού των μελλοντικών δομών όπως π.χ. η μελλοντική διάρθρωση του νοσοκομείου, συνεργασία τμημάτων κ.α.¹⁵

Το διάγραμμα 2.3 αναπαριστά την αλληλεπίδραση των συστημάτων που σχετίζονται με τη διαδικασία λήψης διοικητικών αποφάσεων στο νοσοκομείο. Το μοντέλο διοίκησης του νοσοκομείου καθορίζει τις διοικητικές διαδικασίες στο νοσοκομείο και αυτό έρχεται σε επαφή με το α) περιβάλλον του νοσοκομείου β) με το ίδιο το νοσοκομείο. Μέσα από αυτό το σύστημα αλληλεπιδράσεων πηγάζουν τα αναγκαία για τη λήψη αποφάσεων στοιχεία.

¹⁵ Βασισμένο στις απόψεις του: Καρίωτη, Π., «*Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία*», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις euroclinica, Αθήνα 1992, σελ.132



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.3.Μοντέλο διοίκησης νοσοκομείου

Πηγή: Καριώτης, Management Υπηρεσιών Υγείας&Βιοϊατρική Τεχνολογία, 1992, σελ.132

2.3.Το σύστημα «Νοσοκομείο/Περιβάλλον»

Για το διοίκηση του νοσοκομείου, που αποτελεί τυπικό παράδειγμα κοινωνικού συστήματος, προτείνεται το μοντέλο που περιγράφεται στο σχήμα 2.4 που βασίζεται στο σύστημα που ονομάζουμε «νοσοκομείο/περιβάλλον». Για την ανάπτυξη και κατανόηση του μοντέλου αυτού είναι προαπαιτούμενες κάποιες βασικές πληροφορίες, οι οποίες συλλέγονται μέσω ανάλυσης¹⁶:

¹⁶Η ανάλυση βασίζεται στον Καριώτη, Π., «Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις euroclinica, σελ.133-135

α)Του κοινωνικού σκοπού του νοσοκομείου

Ο σκοπός ενός νοσοκομείου, μέσα στο σύστημα υγείας, είναι η διαφύλαξη, η προαγωγή και όταν απαιτείται η αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Η ανάλυση αυτή του (κοινωνικού) σκοπού του νοσοκομείου έχει πρωταρχική σημασία και αποτελεί θεμέλιο στο οποίο βασίζεται όλο το διοικητικό σύστημα του. Σε γενικές γραμμές ο σκοπός του νοσοκομείου καθορίζεται από διατάγματα και νομοθεσίες που προέρχονται από το Υπουργείο Υγείας.

β)Του περιβάλλοντος του νοσοκομείου

Με τον όρο αυτόν εννοούμε το πλήθος των διαφορετικών διαστάσεων του περιβάλλοντος που αλληλεπιδρούν στο νοσοκομείο. Η διοίκηση του νοσοκομείου αντλεί στοιχεία από το περιβάλλον έτσι ώστε να τα χρησιμοποιήσει κατάλληλα στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων. Η άντληση στοιχείων από το περιβάλλον είναι μια δύσκολη διαδικασία, λόγω της μεγάλης μεταβλητότητας. Το ευρύτερο περιβάλλον του νοσοκομείου περιλαμβάνει:

- Το κοινωνικό περιβάλλον. Περιλαμβάνει όλα τα επιδημιολογικά και δημογραφικά μεγέθη, καθώς και τις κοινωνιολογικές και ψυχολογικές τάσεις.
- Το οικονομικό περιβάλλον. Περιλαμβάνει θέματα οικονομικής ανάπτυξης, δομής της οικονομίας κ.α.
- Το επίπεδο βιοϊατρικής τεχνολογίας.

- Οικολογική διάσταση του περιβάλλοντος. Σχετίζεται με την ορθολογική χρήση των πόρων έτσι ώστε να περιοριστεί όσο το δυνατό η μόλυνση του περιβάλλοντος.

Εκτός από τις τέσσερις διαστάσεις αυτές το άμεσο περιβάλλον του νοσοκομείου περιλαμβάνει και ομάδες, φορείς, οργανισμούς και ιδρύματα που οι επιδράσεις τους πρέπει να αναλυθούν. Πρόκειται κυρίως για ασφαλιστικούς και χρηματοδοτικούς φορείς, κατασκευαστές μηχανημάτων βιοϊατρικής τεχνολογίας, το κράτος, επιστημονικές εταιρίες στον τομέα της υγείας καθώς και για σημερινούς και δυνητικούς ασθενείς. Από την ανάλυση αυτή προέρχονται οι ευκαιρίες και οι απειλές (opportunities and threats) του νοσοκομείου από το περιβάλλον.

γ)Ανάλυση του νοσοκομείου

Η ανάλυση του νοσοκομείου περιλαμβάνει την ανάλυση και την αξιολόγηση δεδομένων της μέχρι τώρα εξέλιξης και της παρούσας κατάστασης της νοσοκομειακής μονάδας. Ένα σύννηθες πρόβλημα κατά τη φάση ανάλυσης ενός νοσοκομείου έγκειται στο ότι ενώ υπάρχουν πολλά δεδομένα, αυτά δεν είναι μετασχηματισμένα στις κατάλληλες μορφές ώστε να συνιστούν απαραίτητες για τη φάση αυτή πληροφορίες. Η κατάλληλη εφαρμογή πληροφοριακών συστημάτων και προτυποποιημένων δεικτών μπορεί να αποτελέσει μια λύση για το πρόβλημα αυτό. Η ανάλυση του νοσοκομείου μας οδηγεί στις δυνάμεις και αδυναμίες του νοσοκομείου (strengths and weaknesses)

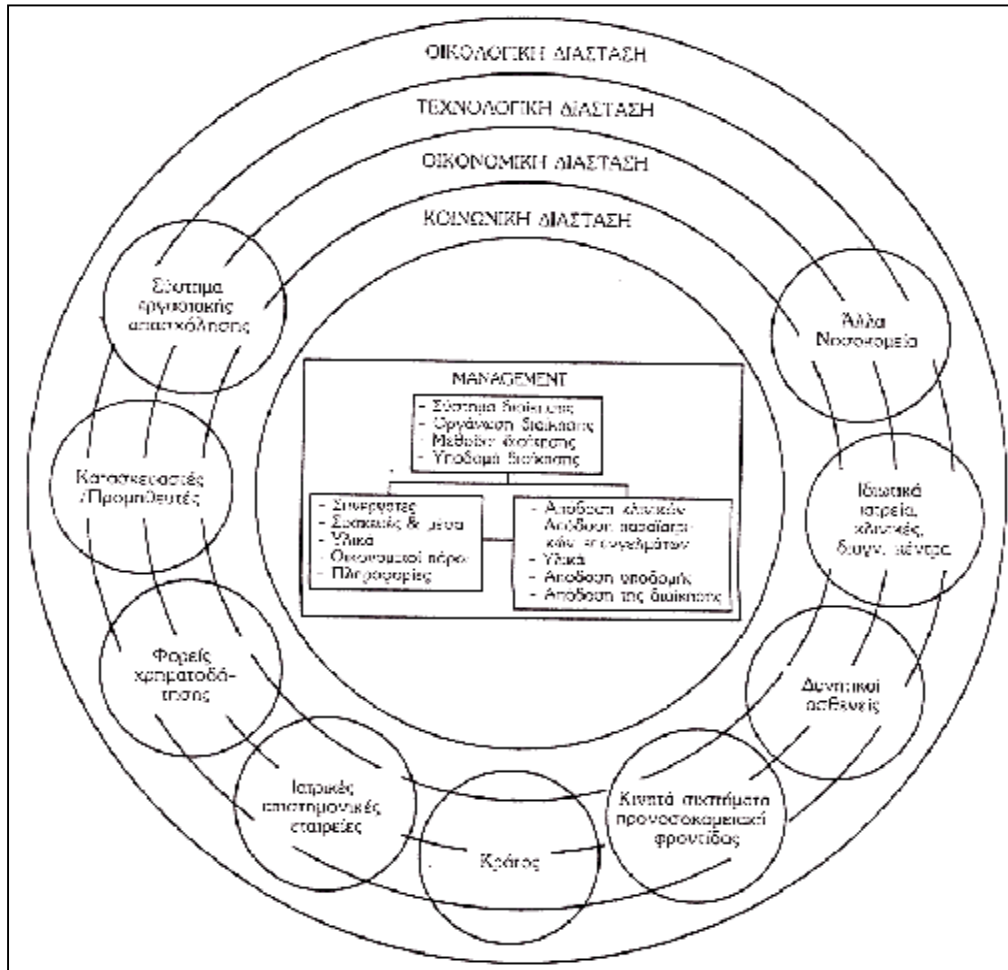
Στην επόμενη φάση συνδυάζονται οι απειλές και οι ευκαιρίες, που εκπηγάζουν από το περιβάλλον και οι δυνάμεις και αδυναμίες που προέρχονται από την ανάλυση του ίδιου του νοσοκομειακού οργανισμού, έτσι ώστε να μπορούν να καθοριστούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι του οργανισμού.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η ποικιλότητα και η συνθετότητα του νοσοκομειακού περιβάλλοντος από τη μια(αφού παρατηρούμε την ύπαρξη στοιχείων του περιβάλλοντος που δεν απαντώνται σε άλλους οργανισμούς εκτός από τα νοσοκομεία και αυξάνουν την μεταβλητότητα) και η αντικειμενική δυσκολία διαχείρισης των νοσοκομειακών δεδομένων (ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών, κ.α.), ιδίως χωρίς την εκτεταμένη χρήση της πληροφορικής και των πληροφοριακών συστημάτων, δυσχεραίνουν σαφώς τη λήψη αποφάσεων, που όπως προαναφέρθηκε είναι σχεδόν αδύνατον να γίνει με εμπειρικές μεθόδους.

2.3.1. Το σύστημα στόχων του νοσοκομείου

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης του νοσοκομείου, του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, καθώς και το σύνολο των πλεονεκτημάτων και αδυναμιών τους, των ευκαιριών και των απειλών(SWOT analysis), συνδυάζονται με τρόπο έτσι ώστε να επιτελούνται προγνώσεις για τη μελλοντική κατάσταση της νοσοκομειακής μονάδας. Οι προγνώσεις αυτές, σε συνδυασμό με τον σκοπό του νοσοκομείου και τις κοινωνικές αξίες που επικρατούν, δημιουργούν τη βάση για τη λήψη αποφάσεων σε σχέση με τους μακροπρόθεσμους στόχους που έχουν

τεθεί(Διάγραμμα 2.5). Οι στόχοι του νοσοκομείου δεν πρέπει να περιορίζονται απλά και μόνο στα οικονομικά ζητήματα, αλλά θα πρέπει να αφορούν¹⁷:



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.4. Συνοπτική ανάλυση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος
 Πηγή: Καριώτης, *Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία*, 1992, σελ.136

- § την *αποδοτικότητα* του νοσοκομείου
- § την *οικονομικότητα* του νοσοκομείου
- § το ευρύτερο *κοινωνικό όφελος* (κοινωνικοί και ανθρωπιστικοί στόχοι)

¹⁷ Βασισμένο στις απόψεις του: Καριώτη, Π., «*Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία*», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις euroclinica, σελ.137

Για την αποτελεσματική λήψη αποφάσεων δεν αρκεί μόνον ο καθορισμός των τελικών στόχων ενός νοσοκομείου, αλλά και τα απαραίτητα για την επίτευξή τους μέσα, στρατηγικές και διαδικασίες. Οι στόχοι της απόδοσης αφορούν κυρίως τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά και τους υπόλοιπους νοσοκομειακούς τομείς και σχετίζονται, ως επί το πλείστον με θέματα όπως πληθυσμός εξυπηρέτησης, αντιμετωπιζόμενες ασθένειες, αριθμός των εξυπηρετούμενων ασθενών, κ.ο.κ. Οι στόχοι πρέπει να συγκεκριμενοποιούνται για τις διάφορες κλινικές (νοσοκομειακά τμήματα). Τα διατιθέμενα μέσα¹⁸ διαχωρίζονται ως εξής:

- ανθρώπινοι πόροι
- κτιριακές εγκαταστάσεις
- βιοϊατρικός, ηλεκτρολογικός και μηχανολογικός εξοπλισμός
- αναλώσιμα υλικά

Ιδιαίτερα σημαντικός φαίνεται να είναι ο παράγοντας ανθρώπινοι πόροι, από τη στιγμή που οι σχετικές νοσοκομειακές δαπάνες ανέρχονται σήμερα πολλές φορές στο 60%, η ακόμη το 80% των συνολικών δαπανών και συνεπώς επηρεάζουν έντονα τα οικονομικά δεδομένα της νοσοκομειακής λειτουργίας. Με τον καθορισμό των στρατηγικών ορίζονται οι γενικοί τρόποι δράσης, για την επίτευξη των στόχων απόδοσης, καθώς και διασφάλισης των απαιτούμενων πόρων. Αντίθετα με τα μεγέθη απόδοσης που σχετίζονται κατά κύριο λόγο με τη διαχείριση των υλικών, τα οικονομικά μεγέθη σχετίζονται με τα χρηματοοικονομικά στοιχεία του νοσοκομείου

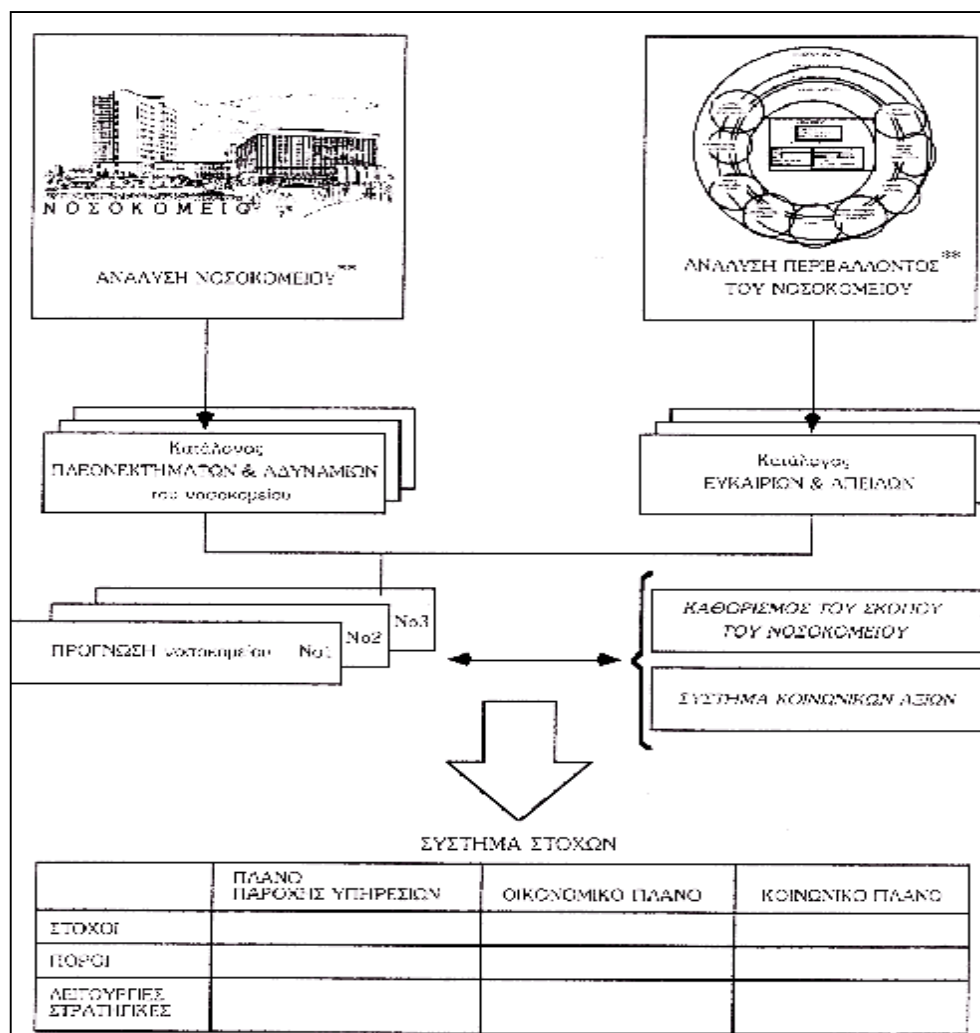
¹⁸Η ανάλυση βασίζεται στις απόψεις του: Καρίωτη, Π., «*Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία*», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις euroclinica, σελ.138

και επιδρούν δυναμικά στην εξέλιξή του, διότι κάθε νοσοκομείο, ανεξάρτητα από τη νομική του μορφή και το βαθμό αυτονομίας του, αποτελεί μια οικονομική μονάδα.

Οι οικονομικοί στόχοι αφορούν : α) τη ρευστότητα β) το οικονομικό όφελός και γ) τη σχέση εισροών και εκροών μιας νοσοκομειακής μονάδας.

Οι κοινωνικοί στόχοι ενός νοσοκομείου ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: α) στην ένταξη ενός νοσοκομείου μες στην κοινωνία, και β) στην συμπεριφορά του νοσοκομείου προς τους εργαζόμενους σε αυτό. Δημιουργείται δηλαδή μια διπλή στοχοθεσία όσον αφορά τους κοινωνικούς στόχους, με τους «εξωτερικούς» κοινωνικούς στόχους να περιλαμβάνουν, μεταξύ των άλλων, θέματα εργασιακής απασχόλησης, εκπαιδευτικών δυνατοτήτων, κ.α., ενώ με τους «εσωτερικούς» να περιλαμβάνουν, θέματα αναγνώρισης, προστασίας και προαγωγής των εργαζομένων.

Η υλοποίηση όλων των στόχων που έχουν τεθεί από τη διοίκηση προϋποθέτει κυρίως τη διάθεση των αναγκαίων οικονομικών και ανθρώπινων πόρων.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.5. Το σύστημα «Νοσοκομείο-Περιβάλλον»

Πηγή: Καριώτης, Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία, 1992, σελ.134

**SWOT ανάλυση (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)

2.4. Η Στρατηγική Διοίκηση στα Νοσοκομεία

Η στρατηγική διοίκηση είναι αναγκαία για τα νοσοκομεία όπως και για κάθε άλλο οργανισμό για την επίτευξη της αποτελεσματικής λήψης αποφάσεων και για την προσαρμογή στο σύγχρονο μεταβαλλόμενο και ανταγωνιστικό περιβάλλον.

2.4.1.Ορισμοί-Βασικές Έννοιες

Παρόλο ότι η έννοια της στρατηγικής είναι πολύ καλά γνωστή στο τομέα της στρατιωτικής επιστήμης για πολλούς αιώνες τώρα, η στρατηγική των οργανώσεων αποτέλεσε ένα θέμα ευρύτερου ενδιαφέροντος μόλις στον 20ό αιώνα. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της στρατηγικής διοίκησης αλλά για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης, ο πιο κατάλληλος είναι ο ορισμός/περιγραφή του Howard Elock¹⁹: «Το στρατηγικό μάνατζμεντ ασχολείται βασικά με δυο κατηγορίες δραστηριοτήτων. Η πρώτη είναι η δημιουργία στρατηγικών επιλογών, βάζοντας τις κατευθύνσεις προς τις οποίες θέλει να κινηθεί η οργάνωση στο μέλλον. Και η δεύτερη είναι η στρατηγική υλοποίησης, εξασφαλίζοντας ότι η οργάνωση διαθέτει τις κατάλληλες δομές, διαδικασίες και κουλτούρα για να υλοποιήσει τις πολιτικές που προδιαγράφονται από τις στρατηγικές επιλογές που έχουν κάνει οι διοικητές της».

Στο πλαίσιο των ορισμών αυτών, ο όρος «στρατηγική» αναφέρεται στα μέσα με τα οποία η οργάνωση ανταποκρίνεται στους στόχους της. Οι στόχοι είναι οι επιθυμητές καταστάσεις της οργάνωσης σε μια προσδιορισμένη χρονική περίοδο. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της υγειονομικής φροντίδας, ο στόχος θα ήταν να μειώσει την εμφάνιση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών από 10% σε 5% μέσα σε 5 χρόνια, ενώ η στρατηγική θα περιλάμβανε όλες τις προσπάθειες και

¹⁹ Βασισμένο στις απόψεις του: Howard, E., “*Strategic management*”. In Famham D, Horton S, editors “*managing the new Public Services*” 2nd ed., MacMillan Press, 1996, p.49

τις δραστηριότητες που οδηγούν σ' αυτό το στόχο.

Οι στόχοι εδράζονται στους σκοπούς και στην αποστολή της κάθε οργάνωσης. Οι σκοποί της οργάνωσης είναι και ο λόγος της ύπαρξής της. Η αποστολή προσδιορίζει τους μακροπρόθεσμους στόχους της οργάνωσης. Αποτελεί τη πυξίδα μιας οργάνωσης, τόσο σε συλλογικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Η αποστολή απαντά σε βασικές ερωτήσεις, όπως είναι ποιοι είμαστε, ποιοι είναι οι πελάτες μας και τι κάνουμε. Ένα καλό παράδειγμα μιας "δήλωσης αποστολής" της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης είναι η εξής τριπλή εξήγηση²⁰:

- Η εκπαίδευση των γιατρών
- Η αναζήτηση της νέας γνώσης
- Η φροντίδα των ασθενών

2.4.2. Ο ρόλος της στρατηγικής διοίκησης στο σύστημα της υγειονομικής φροντίδας

Το σύστημα υγειονομικής φροντίδας αποτελείται από πολλά συστατικά στοιχεία τα οποία στη συνέχεια συντονίζονται για τη βελτίωση και την ευημερία των ατόμων και της κοινωνίας. Το γεγονός αυτό καθιστά το νοσοκομειακό οργανισμό ευάλωτο σε πολιτικές συνιστώσες, κυρίως αναφορικά με τα δημόσια νοσοκομεία, αφού η

²⁰ Βασισμένο στις απόψεις του: Ζουκο, V., «*Η διαδικασία του Στρατηγικού Management στα Νοσοκομεία*», *Επιθεώρηση Υγείας*, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2001,σελ.15

πολιτική και η διαχείριση αυτών είναι στα χέρια της κάθε κυβέρνησης. Έτσι λοιπόν περιορίζεται ο ρόλος των υπευθύνων στα νοσοκομεία.

Γενικά η αποτελεσματική στρατηγική και πολιτική²¹:

- Φέρνει κοντύτερα τους εργαζόμενους και τους μάνατζερ σε μια προσπάθεια να επιδιώξουν κοινούς στόχους
- Βελτιώνει την κάθετη και οριζόντια επικοινωνία μέσα στο νοσοκομείο
- Βοηθά τα διάφορα τμήματα να ασκήσουν κάποια επιρροή στη διαδικασία της στρατηγικής ανάπτυξης του νοσοκομείου και στην στρατηγική υλοποίησης
- Βελτιώνει τον συντονισμό μεταξύ των ιατρικών και μη ιατρικών (διοικητικών) τμημάτων και βοηθά σε μια καλύτερη αντίληψη της αποστολής του καθενός
- Βοηθά τους μάνατζερ των νοσοκομείων να αντιληφθούν
- Ως παρούσες και να προλαμβάνουν τις μελλοντικές τάσεις και να προετοιμάζουν το νοσοκομείο για το μέλλον

Η διαδικασία της στρατηγικής διοίκησης δεν αποτελεί βέβαια πανάκεια για τον οργανισμό ούτε προσφέρει πάντοτε τα παραπάνω οφέλη. Αποτελεί περισσότερο προσέγγιση διοίκησης του νοσοκομείου. Η διαδικασία του στρατηγικής διοίκησης πρέπει να βοηθά τα στελέχη να αναγνωρίζουν τα βασικά προβλήματα και να

²¹Βασισμένο στις απόψεις του Ζουκο, V., «*Η διαδικασία του Στρατηγικού Management στα Νοσοκομεία*», *Επιθεώρηση Υγείας*, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2001, σελ.15

εστιάζουν σε μακροπρόθεσμα συνεργικά αποτελέσματα όπως βελτίωση ποιότητας, συγκράτηση κόστους, σαφείς πολιτικές ανθρώπινου δυναμικού.

Βιβλιογραφία

Σούλης, Σ., «*Οικονομική της Υγείας*», Εκδόσεις Παπαζήση, Β' Έκδοση, Αθήνα 1999, σελ. 235-238

Καρίωτης, Π., «*Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία*», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις euroclinica, σελ.138

Ζουκο, V., «*Η διαδικασία του Στρατηγικού Management στα Νοσοκομεία*», Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2001, σελ.11-15

Howard, E., "*Strategic management*". In Farnham D, Horton S, editors "managing the new Public Services" 2nd ed., MacMillan Press, 1996, p.49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

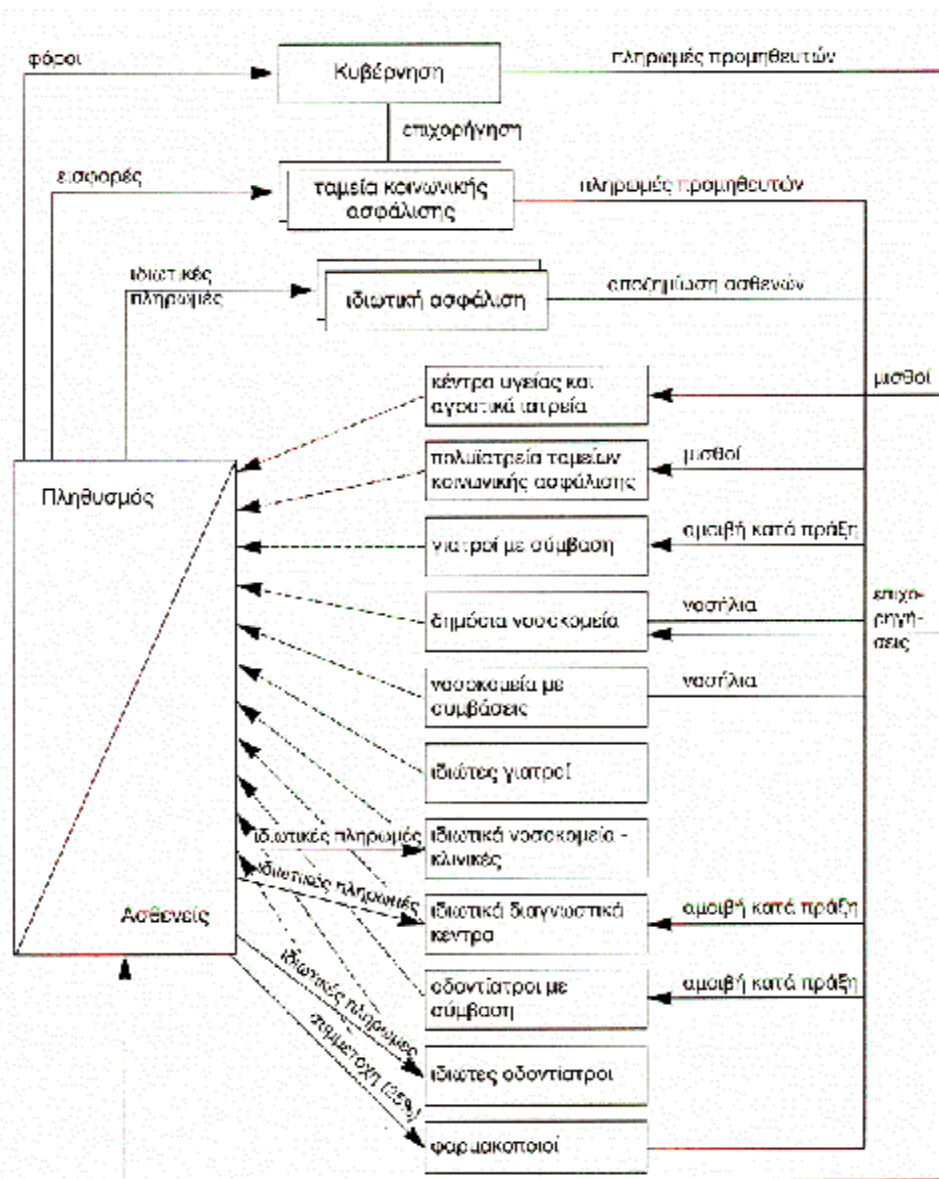
3.1. Οργάνωση του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος

3.1.1. Γενικά Χαρακτηριστικά

Το Διάγραμμα 3.1 περιγράφει τη δομή του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Σύμφωνα με περιγραφή των Θεοδώρου κ.α.²² (1994) παρατηρούμε ότι: «Στο αριστερό μέρος του διαγράμματος εμφανίζεται ο συνολικός πληθυσμός, μέρος του οποίου μετατρέπεται σε ασθενείς κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Στην κορυφή βρίσκονται η κεντρική κυβέρνηση που συλλέγει τους φόρους και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί (κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση) που συλλέγουν τις εισφορές από τους εργοδότες και τους ασφαλισμένους. Στο δεξιό μέρος αναφέρονται οι προμηθευτές-παραγωγοί των υπηρεσιών υγείας. Οι συνεχόμενες γραμμές αντιπροσωπεύουν τις οικονομικές ροές και οι διακεκομμένες τη ροή υπηρεσιών. Οι κύριοι χρηματοδότες των υπηρεσιών υγείας είναι η κυβέρνηση και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης. Τα περισσότερα ταμεία (και ιδιαίτερα το ΙΚΑ) χρηματοδοτούνται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων.

²² Απόσπασμα από: Θεοδώρου, Μ., κ.α., «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούνιος 1994, σελ.63-65

Ταμεία όπως ο ΟΓΑ χρηματοδοτούνται κυρίως από τη γενική φορολογία. Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει μόνο ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού, (κυρίως για νοσοκομειακές υπηρεσίες) το οποίο όμως αυξάνεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Στην πραγματικότητα όμως οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν ένα σημαντικό μέρος των συνολικών πληρωμών υγείας προς τους προμηθευτές υγείας. Συνεπώς το εθελοντικό πρότυπο ιδιωτικής χρηματοδότησης και παροχής υγείας χαρακτηρίζει ένα μεγάλο μέρος του συστήματος. Οι παραγωγοί-προμηθευτές μπορεί να ανήκουν στο δημόσιο όπως είναι: τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης υπάρχουν προμηθευτές με συμβάσεις όπως: ειδικευμένοι γιατροί, νοσοκομεία και κλινικές ιδιοκτησίας των ασφαλιστικών οργανισμών ή ιδιώτες υπό το καθεστώς των συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία. Τέλος, ανεξάρτητοι ιδιώτες γιατροί και νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες και πληρώνονται κατ' ευθείαν από τους καταναλωτές-ασθενείς. Η Ελλάδα παρουσιάζει έναν από τους υψηλότερους δείκτες γιατρών ανά κάτοικο μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Έτσι έχουμε ένα γιατρό για λιγότερους από 300 κατοίκους. Παρά την ύπαρξη πληθώρας γιατρών, υπάρχει έλλειψη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Η αναλογία τους είναι δύο νοσηλευτές/τριες για κάθε τρεις γιατρούς. Η μεγάλη πλειοψηφία των Ελλήνων γιατρών είναι γιατροί ειδικοτήτων και όχι γενικοί γιατροί. Οι μισοί από αυτούς απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα και κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας».



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας
 Πηγή : Θεοδώρου, κ.α., Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, 1994, σελ.64

3.1.2. Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο νόμο 2889/01 για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ., αποφασίστηκε η ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας(Πε.Σ.Υ.). Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές.

Έτσι σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύθηκε ΝΠΔΔ με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας» που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας περιφέρειας(Σχέδιο Μεταρρύθμισης, «Υγεία για τον Πολίτη»),.

Τα όργανα διοίκησης του Πε.Σ.Υ²³. είναι:

α) το Διοικητικό Συμβούλιο,

β) ο Πρόεδρος του Δ.Σ του Πε.Σ.Υ., ο οποίος είναι και γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. είναι εννεαμελές και αποτελείται από:

²³ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889,2 Μαρτίου 2001,Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1080-1083

- i. Τέσσερα (4) πρόσωπα, με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα που ορίζονται με τους αναπληρωτές τους, τρία (3) από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ένα (1) από τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας,
- ii. Έναν (1) εκπρόσωπο της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης,
- iii. Τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.,
- iv. Στις Περιφέρειες του Πε.Σ.Υ., που υπάρχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, ένα (1) μέλος προτείνεται ως εκπρόσωπος του Ιατρικού Τμήματος, μαζί με τον αναπληρωτή του με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος.
- v. Έναν (1) εκπρόσωπο των Ιατρών Ε.Σ.Υ, που υπηρετεί στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.
- vi. Έναν εκπρόσωπο των λοιπών, πλην των ιατρών εργαζομένων, που υπηρετεί στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.

Οι κύριες αρμοδιότητες του Πε.Σ.Υ.²⁴ είναι σε γενικές γραμμές η χάραξη περιφερειακής πολιτικής υγείας, έλεγχος της αποδοτικότητας με ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες, έλεγχος και έγκριση προϋπολογισμών, αναδιάρθρωση της

²⁴ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889, 2 Μαρτίου 2001.,Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1080-1083

παραγωγής μέσω συγχωνεύσεων, μεταφορών ή κατάργηση μονάδων και δημιουργία νέων, λογιστική προτυποποίηση με την εισαγωγή Ενιαίου Λογιστικού Σχεδίου κ.ο.κ. Αναφορικά με τα θέματα προσωπικού έχουμε τις αποφάσεις για μετακινήσεις προσωπικού ανά την Περιφέρεια βάσει των αναγκών, κάλυψη κενών θέσεων μες στα πλαίσια του προϋπολογισμού, υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και εποπτεία επιτροπών αξιολόγησης, εξέλιξης και προσλήψεων.

3.2.Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

3.2.1.Γενικά Στοιχεία

Σύμφωνα με τους Θεοδώρου, κ.α.,(1994) «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας²⁵, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές πρέπει να παρέχεται, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου 1397/83, από τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία (Π.Ι.). Ο νόμος αυτός, που στη μεγαλύτερη του έκταση ισχύει και σήμερα, έθεσε για πρώτη φορά τα θεμέλια για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ειδικότερα, για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προέβλεπε τη δημιουργία ικανού αριθμού Κ.Υ. και Περιφερειακών Ιατρείων, που θα κάλυπταν τις ανάγκες υγείας όλων των πολιτών, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές. Σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα ανεγέρθηκαν και εξοπλίστηκαν σχεδόν όλα τα προβλεπόμενα από το νόμο Κ.Υ. μη αστικού τύπου και σήμερα με τη λειτουργία τους βελτίωσαν κατά πολύ την κατάσταση στις αγροτικές περιοχές. Στις αστικές περιοχές αντίθετα, οι προβλέψεις του νόμου δεν υλοποιήθηκαν, τουλάχιστον όσο

²⁵ Βάσει κειμένου των: Θεοδώρου, Μ., κ.α. «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούνιος 1994, σελ.63-65

αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τη δημιουργία Κ.Υ., με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών».

Μια γενική εικόνα όλων των φορέων που προσφέρουν σήμερα υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.2.

Με βάση το χρηματοδοτικό κριτήριο, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα προσφέρονται σήμερα από τους εξής φορείς²⁶:

1. Το **Κράτος**. Περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δηλαδή τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Περιλαμβάνονται και Περιφερειακά Ιατρεία τα οποία προήλθαν από τη μετονομασία των Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών, για τις αγροτικές περιοχές και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα.

2. Τους **Ασφαλιστικούς Οργανισμούς**, μέσω των Πολυϊατρείων κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και με συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα υπόλοιπα Ταμεία.

3. Την **Τοπική Αυτοδιοίκηση**, που προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από πολύ μικρό αριθμό Δημοτικών

²⁶Βασίζεται σε απόψεις των : Θεοδώρου, Μ. ,κ.α., «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούνιος 1994, σελ.97

Ιατρείων.

4. Τον **Ιδιωτικό Τομέα**, που αποτελεί σημαντικό τμήμα του ευρύτερου τομέα υγείας στη χώρα. Μεγάλο μέρος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι συμβεβλημένο με ασφαλιστικά ταμεία.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2.Η Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα
Πηγή : Θεοδώρου, κ.α, Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, 1994, σελ.96

Δυστυχώς η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αντιμετωπίζει πολλά σοβαρά προβλήματα όπως πολυκερματισμός υψηλού βαθμού στο σύστημα, σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και αδυναμία ανταπόκρισης στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης, μεγάλη έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, μεγάλες ελλείψεις στη στελέχωση των Κ.Υ. και των πολυϊατρείων του ΙΚΑ σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος κ.α.

3.3.Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη

3.3.1. Γενική Εικόνα

Η Νοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται από²⁷:

- 1) τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ (119 γενικά και ειδικά νοσοκομεία, 27.848 κλίνες και 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία με 5.951 κλίνες) (1992),
- 2) τα δημόσια Νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ(13 Στρατιωτικά, 5 του ΙΚΑ, 3 μη κερδοσκοπικά και 6 λοιπά) (1992)
- 3) τα ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κλινικές (209 Γενικά -11.060 κλίνες και 40 Ψυχιατρικά - 4.219 κλίνες) (1990).

²⁷ Απόσπασμα από: Θεοδώρου, Μ., κ.α. , «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούνιος 1994, σελ.97

Σύμφωνα με τους Θεοδώρου κ.α.²⁸(1994) παρατηρώντας το Διάγραμμα 3.3 «φαίνεται ότι στα μη ψυχιατρικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, η μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) είναι 5,9 ημέρες και η κάλυψη των κλινών 69%, ενώ στα αντίστοιχα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές η ΜΔΝ φτάνει τις 8,05 ημέρες και η κάλυψη το 47%. Φαίνεται ότι οι ιδιωτικές κυρίως κλινικές υπολείπονται (χαμηλή κάλυψη κλινών), έχοντας μάλιστα μεγαλύτερη ΜΔΝ από τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα. Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ το 1983 σε συνδυασμό με τη χαμηλή ημερήσια αποζημίωση (κλειστό νοσήλιο) από τα ταμεία της Κοινωνικής Ασφάλισης ώθησε ένα μεγάλο αριθμό ιδιωτικών μονάδων να εγκαταλείψουν την αγορά υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία χρόνια, ενώ μερικά ιδιωτικά νοσοκομεία παρέχουν υγειονομική φροντίδα πιο υψηλών προδιαγραφών, το μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα αποτελείται από ιδιωτικές κλινικές των 20-30 κλινών με σχετικά φτωχή υποδομή και στελέχωση. Τη στιγμή που στα νοσοκομεία του ΕΣΥ η αναλογία των γιατρών είναι 1 προς 2 κλίνες και των νοσηλευτριών 1 ανά κάθε κλίνη, στον ιδιωτικό τομέα η αναλογία είναι μόλις 1 γιατρός ανά 5 κλίνες και 1 νοσηλεύτρια ανά 3 κλίνες. Η έλλειψη κάθε προϋπολογιστικού ελέγχου και η απουσία ενός σύγχρονου συστήματος νοσοκομειακής χρηματοδότησης δεν εξασφαλίζουν τα κατάλληλα κίνητρα στους γιατρούς, τις νοσηλεύτριες και τους διοικητικούς για να αναπτύξουν διαδικασίες στη βάση κόστος-αποδοτικότητα. Το νοσήλιο είναι κατά πολύ χαμηλότερο από το μέσο ημερήσιο κόστος. Έτσι, οι πληρωμές των ταμείων υγείας αποτελούσαν το 1992 μόνο το 13% των προϋπολογισμών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ενώ οι

²⁸ Απόσπασμα από: Θεοδώρου, Μ., κ.α., «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούλιος 1994, σελ.97

επιχορηγήσεις από το κράτος έφθαναν στο 74% των συνολικών εσόδων. Το σύστημα λογιστικής κωδικοποίησης είναι απαρχαιωμένο ενώ μηχανογραφικά συστήματα υπάρχουν σε πολύ λίγα νοσοκομεία. Το 55% των δαπανών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ αφορά μισθούς από τους οποίους το 40% δίδεται στους νοσοκομειακούς γιατρούς. Ένα άλλο 26% δαπανάται για προμήθειες υλικών, τροφίμων και φαρμάκων. Αναφερόμενοι στην πολιτική προμηθειών του νοσοκομείου, το Υπουργείο Εμπορίου κάθε χρόνο εγκρίνει το ενιαίο πρόγραμμα προμηθειών (ΕΠΠ) για τα αναλώσιμα υλικά κάθε νοσοκομείου και κατόπιν η διοίκηση του νοσοκομείου αναλαμβάνει την περαιτέρω ευθύνη. Οι επενδύσεις για νέα τεχνολογία συνήθως εγκρίνονται από το Υπουργείο Υγείας(Δ/ση Βιοϊατρικής Τεχνολογίας) και το Υπουργείο Εμπορίου και κάθε νοσοκομείο είναι υπεύθυνο για τις αγορές μετά από μειοδοτικούς διαγωνισμούς. Οι γιατροί προσλαμβάνονται μετά από κρίσεις ειδικών συμβουλίων (ΣΚΕΟΠΝΙ) και επανακρίνονται με τη συμπλήρωση της 10ετίας (1995). Μετά την κατάργηση της μερικής απασχόλησης, που έτσι κι αλλιώς χρησιμοποιήθηκε από ελάχιστους γιατρούς, οι γιατροί του ΕΣΥ είναι και πάλι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, υποχρεούνται να προσφέρουν καθημερινή 8ωρη εργασία πλέον των εφημεριών (μέσος όρος 8/μήνα) και να μη διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο. Το υπόλοιπο προσωπικό των Νοσοκομείων του ΕΣΥ προσλαμβάνεται και αμείβεται όπως όλοι οι δημόσιοι υπάλληλοι. Σημείο αναφοράς και για τα δύο μέρη είναι η ανυπαρξία πολιτικής κινήτρων που θα βελτίωναν την αποδοτικότητα του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομειακού Τομέα του ΕΣΥ».

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.

Αριθμός θεραπευτηρίων και κλινών κατά περιφέρεια (1999)

	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ	ΚΛΙΝΕΣ
Γενικό Σύνολο	339	51.404
Αθήνα	110	23.066
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	27	2.226
Πελοπόννησος	34	3.463
Ιόνιοι Νήσοι	8	949
Ήπειρος	8	1.447
Θεσσαλία	36	2.740
Μακεδονία	74	11.561
Θράκη	8	977
Νησιά Αιγαίου	14	1.986
Κρήτη	20	2.989

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 2002, Αθήνα 2003, σελ.128

Με το νόμο 2889/2001 η διάκριση των νοσοκομείων σε Νομαρχιακά, Περιφερειακά και Πανεπιστημιακά καταργείται και εφεξής χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τα Γενικά και τα Ειδικά.

3.3.2. Διοίκηση-Οργάνωση Ελληνικών Νοσοκομείων

Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες²⁹:

- α) Ιατρική,
- β) Νοσηλευτική,
- γ) Διοικητική – Οικονομική και
- δ) Τεχνική -Ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

²⁹ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889,2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1091

Στον Οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα οργάνωσης και Πληροφορικής που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του Νοσοκομείου. Σε νοσοκομείο με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνίσταται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου όπως και το τμήμα προμηθειών.

Τα όργανα της διοίκησης νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. είναι τα εξής³⁰ :

- 1.Το Συμβούλιο Διοίκησης
- 2.Ο Διοικητής

Το Συμβούλιο Διοίκησης(Σ.Δ.) συγκροτείται από³¹:

- Τον Διοικητή του νοσοκομείου(manager), ως Πρόεδρο
- Τον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας
- Τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- Τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου

Οι αρμοδιότητες του Σ.Δ. είναι γνωμοδοτικές ως προς το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. για θέματα που αφορούν την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου καθώς και την

³⁰ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889,2 Μαρτίου 2001.,Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1088

³¹Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889,2 Μαρτίου 2001,Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1088

ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων του νοσοκομείου, έτσι ώστε να υπάρχει σύμπτωση και με τον κοινωνικό σκοπό αυτού. Επίσης, το Σ.Δ. γνωμοδοτεί για θέματα προϋπολογισμού, για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη της υλικοτεχνικής υποδομής(θέματα εκτέλεσης έργων διαρρύθμισης, επισκευών, βελτίωσης και αναβάθμισης). Περιλαμβάνονται ακόμη αποφάσεις για την προμήθεια ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού και θέματα για την αποδοχή κληροδοτημάτων και για τη διάθεση μη χρησιμοποιούμενου υλικού. Τέλος, προτείνεται η αναμόρφωση, συμπλήρωση και τροποποίηση του οργανισμού του νοσοκομείου καθώς και η σύσταση θέσεων προσωπικού. Ο Διοικητής προεδρεύει στο Σ.Δ., συντάσσει και υποβάλλει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του νοσοκομείου, προΐσταται όλων των υπηρεσιών ασκώντας ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο, είναι αρμόδιος για θέματα προϋπολογισμού, καθώς και για θέματα απασχόλησης και προσωπικού(π.χ. προγράμματα υπερωριών, σύσταση επιτροπών εργασίας). Γενικότερα, ο Διοικητής του νοσοκομείου επωμίζεται την ευθύνη οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, καθώς και κάθε άλλης αρμοδιότητας που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου. Μεταξύ του Πε.Σ.Υ. και των Διοικητών Νοσοκομείων θα υπογράφεται συμβόλαιο αποδοτικότητας με συγκεκριμένες υποχρεώσεις επίτευξης στόχων³².

Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνίσταται Επιστημονικό Συμβούλιο που

³² Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889, 2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1088-1089

αποτελείται από έξι ιατρούς, έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας μη ιατρό, και έναν νοσηλευτή. Το Επιστημονικό Συμβούλιο έχει αρμοδιότητες σχετικά με την εισήγηση επιστημονικών θεμάτων λειτουργίας, το συντονισμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εκδηλώσεων και για θέματα ηθικής και δεοντολογίας.³³

α. Ιατρική Υπηρεσία

Στην Ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται οι ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων, ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας. Στην Ιατρική Υπηρεσία προϊστάται ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Ο Διευθυντής μπορεί και να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής σε νοσοκομεία που είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές. Οι αρμοδιότητες του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας είναι συντονιστικές ως προς το έργο των τομέων και τμημάτων και εισηγητικό στο Διοικητή ως προς το πρόγραμμα των ιατρείων, των εφημερίων και των ωραρίων. Επίσης, επιλαμβάνεται επί όλων των ενδεχόμενων θεμάτων δυσλειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας³⁴.

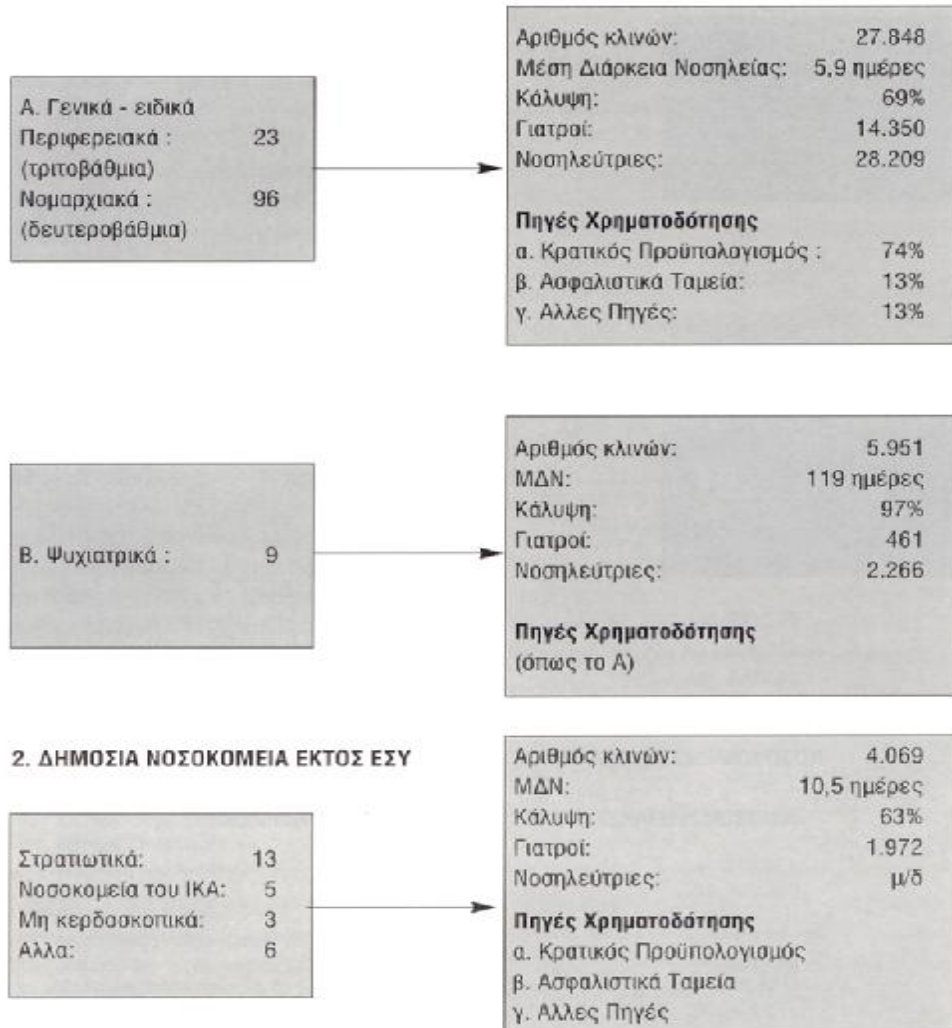
³³ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889, 2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1090

³⁴ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889, 2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1091

Οι βασικοί τομείς διάρθρωσης της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι :

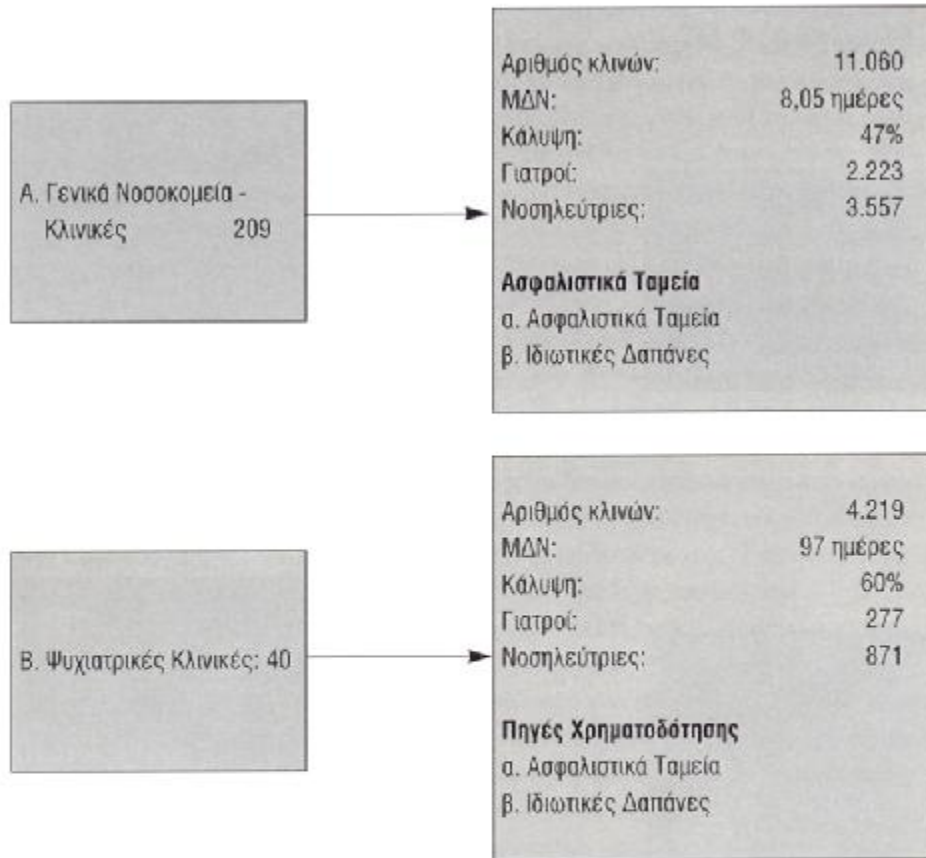
- Παθολογικός
- Χειρουργικός
- Εργαστηριακός
- Ψυχικής Υγείας

1. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΣΥ



(Συνεχίζεται)

3. ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ (μη ψυχιατρικά) 3.9 / 1.000 κατοίκους

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΕΣ (σύνολο) 5 / 1.000 κατοίκους

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3. Δευτεροβάθμια-Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Πηγή : Θεοδώρου, κ.α., Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, 1994, σελ.143-144

Η δύναμη των κλινών κάθε τομέα ορίζεται σε σχέση με τη συνολική δύναμη κλινών του νοσοκομείου. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά χαρακτηρίζονται όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς: παθολογικό και χειρουργικό. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Πιο συγκεκριμένα³⁵:

α) Στα Γενικά Νοσοκομεία:

1. Παθολογικός Τομέας μέχρι 60% της συνολικής δύναμης
2. Χειρουργικός Τομέας μέχρι 60% της συνολικής δύναμης
3. Ψυχιατρικός Τομέας μέχρι 10% της συνολικής δύναμης

β) Στα Ειδικά Νοσοκομεία:

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

Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες είναι δυνατόν να συνιστώνται περισσότεροι από ένας Παθολογικοί, Χειρουργικοί ή Εργαστηριακοί τομείς καθώς και τομείς όπως Παιδιατρικός, Απεικόνισης, Επείγουσας Ιατρικής, Εντατικής Ιατρικής, Κοινωνικής Ιατρικής ή άλλοι ειδικοί τομείς. Κάθε τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών που όμως δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 200 κλίνες. Σε κάθε τομέα προϊστάται ο Διευθυντής του τομέα(τομεάρχης). Ως Διευθυντής του

³⁵ Απόσπασμα από: Θεοδώρου, Μ., κ.α., «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούλιος, 1994,σελ.15

τομέα ορίζεται ιατρός Διευθυντής ο οποίος έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από το Επιστημονικό Συμβούλιο. Αρμοδιότητες του είναι η εποπτεία και ο έλεγχος στην εφαρμογή εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων, κατάρτιση και εισήγηση του προϋπολογισμού του τομέα, διαμόρφωση προτάσεων στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για το πρόγραμμα των εκπαιδευτικών αδειών, του προσωπικού του τομέα, αποφάσεις σχετικά με την κατανομή των χειρουργικών τραπεζών και αξιολόγηση του προσωπικού του τομέα που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία. Για την υποβοήθηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και των Διευθυντών των τομέων στην άσκηση των αρμοδιοτήτων τους διατίθεται από τη Διεύθυνση Διοικητικού το απαραίτητο προσωπικό. Σε κάθε τμήμα προϊστάται ιατρός Διευθυντής ή άλλος επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας με το βαθμό του Διευθυντή και είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία του τμήματος. Οι αρμοδιότητες του είναι συντονισμός της λειτουργίας του προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού) που εργάζεται στο τμήμα, σύνταξη του προϋπολογισμού εντός πλαισίων του προϋπολογισμού του τομέα, σύνταξη ετήσιας, απολογιστικής έκθεσης αναφορικά με τα πεπραγμένα του τμήματος, έλεγχος του ωραρίου και αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού καθώς και εποπτεία της εφαρμογής των εκπαιδευτικών προγραμμάτων³⁶.

Γενικά η αυξανόμενη συνθετότητα της διοίκησης νοσοκομείων και οι αλλαγές στο ρόλο του ιατρικού προσωπικού υποδεικνύουν ότι η ηγεσία στο ιατρικό προσωπικό είναι βασικής σημασίας. Ο πίνακας 3.2 περιλαμβάνει τις κυριότερες ικανότητες που

³⁶ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889,2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1092

πρέπει να διαθέτει ο γιατρός επικεφαλής προσωπικού, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα.

Γενικά η προσέγγιση της διοίκησης όσον αφορά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος πρέπει να βασίζεται α) στον προσδιορισμό των διοικητικών γνώσεων και προσόντων που απαιτούνται για τους γιατρούς από προπτυχιακό έως διευθυντικό επίπεδο, β) σχεδιασμός και ανάπτυξη μιας βασικής στρατηγικής εκπαίδευσης πάνω σε θέματα διοίκησης σε μια συγκεκριμένη περιοχή για το ιατρικό προσωπικό, γ) Καθορισμός ενός μακρόπνοου εκπαιδευτικού και αναπτυξιακού προγράμματος διοίκησης για ιατρούς.³⁷

Οι κύριοι στόχοι της διοικητικής ανάπτυξης των γιατρών αποσκοπεί στα να τους βοηθήσει: α) να επιτύχουν υψηλότερα επίπεδα ιατρικής φροντίδας β) να επηρεάσουν τις διοικητικές πολιτικές γ) να επιτύχουν αποτελεσματική διοίκηση στα τμήματα και στις υπηρεσίες που διοικούν και δ) να εμφυσήσουν φιλοδοξία στους γιατρούς για καριέρα στη διοίκηση³⁸

³⁷ Βάσιμμένο στις απόψεις των: Gatrell, J., White, T., "Doctors and management-a model for change." Health Manpower Management, Volume 23, Number 1, 1997, MCB University Press, σελ.31

³⁸ Βάσιμμένο στις απόψεις των: Walker, R., Morgan, and P., «Involving doctors in management. A survey of the management career needs of selected doctors in NHS Wales», Journal of Management in Medicine, Vol.10, No1, 1996, MCB, University Press, σελ.33

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2

Διοικητικές Ικανότητες που απαιτούνται για τον Ιατρό-Επικεφαλής Προσωπικού

ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΣΑΝ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΑΠΟΛΥΤΑ ΑΝΑΓΚΑΙΟΥ
Ακρόαση	98,5
Αντικειμενικότητα	95,4
Επικοινωνία	95,4
Λήψη Αποφάσεων	89,2
Διευκόλυνση της Ανταλλαγής Ιδεών	89,2
Προέδρευση Συνεδριάσεων	87,7
Ικανότητα εργασίας κάτω από στρες	87,3
Συνεργασία με τη Διοίκηση	84,6
Συνεργασία με το ΔΣ	84,6
Επίλυση προβλημάτων	84,3
Επίλυση συγκρούσεων	83,0
Δημιουργία κλίματος συναίνεσης	81,3
Προσδιορισμός σκοπών/στόχων	78,5
Ικανότητα διαχείρισης αβέβαιων καταστάσεων	78,5
Ικανότητα διαπραγμάτευσης	78,2
Ανάληψη πρωτοβουλιών	75,3

Πηγή: Williams, Ewell, Επιθεώρηση Υγείας, 1997, σελ.24

β. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Προϊστάμενος στη Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μετά από επιλογή από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο το οποίο λειτουργεί ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο³⁹.

³⁹ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889, 2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001 σελ.1093

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς, που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι οι Τομεάρχες, που ορίζονται από το Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων των τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία ασχολείται με τη διοίκηση τριών ομάδων⁴⁰:

- Τους ασθενείς σαν σύνολο
- Τους νοσηλευτές που εργάζονται μέσα σε ένα σύστημα
- Τον οργανισμό παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών

Οι βασικές λειτουργίες της διοίκησης αναφορικά με τη νοσηλευτική υπηρεσία είναι⁴¹:

Προγραμματισμός-Σχεδιασμός. Σχετίζεται με:

- Προσδιορισμό μεθόδων νοσηλείας
- Διαδικασίες και κανονισμούς των Νοσηλευτικών φροντίδων
- Προϋπολογισμό νοσηλευτικού προσωπικού και λειτουργικό προϋπολογισμό (εξοπλισμός, υλικά)

⁴⁰ Βασισμένο στις απόψεις της: Δαληγγάρου-Βιλαέτη, Ολ., «Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management. Τα Πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συμβουλίου», MediForce, Αθήνα, Μάιος 2001, σελ.347

⁴¹ Βασισμένο στις απόψεις της: Δαληγγάρου-Βιλαέτη, Ολ., «Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management. Τα Πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συμβουλίου», MediForce, Αθήνα, Μάιος 2001, σελ.348-353

Οργάνωση. Σημαίνει καταμερισμό έργου και προσπάθεια περιορισμού σπατάλης χρόνου, χρήματος, ανθρωπίνων δυνάμεων. Αναφορικά με τον τύπο της οργάνωσης η πιο ευέλικτη είναι η κυκλική και όχι η κάθετη όπως συνήθιζε να θεωρείται στο παρελθόν, αφού η κυκλική επιτρέπει καλύτερη ενημέρωση, επικοινωνία και πιο ευέλικτη κάλυψη των αναγκών του νοσηλευτικού έργου.

Στελέχωση. Η κατάλληλη στελέχωση των νοσοκομείων είναι δύσκολό και πολύπλοκο έργο που εξαρτάται από παράγοντες πολιτικής υγείας, οικονομικούς, δημογραφικούς, τεχνολογικούς κ.α. Απαιτείται η τοποθέτηση σωστού αριθμού ατόμων με τις κατάλληλες δεξιότητες, στις σωστές θέσεις, στο σωστό χρόνο και τη σωστή υποκίνηση καθώς όμως και την κατάλληλη ωριμότητα (ψυχολογία συμπεριφοράς). Η επαγγελματική ικανοποίηση του ατόμου είναι βασικό στοιχείο για την ατομική και ομαδική αποτελεσματικότητα.

Διεύθυνση-συντονισμός-ηγεσία. Οι τρεις πλέον επιθυμητές ικανότητες αυτών που εξασκούν διοίκηση είναι οι δεξιότητες επικοινωνίας, οι διαπροσωπικές δεξιότητες και η πρωτοβουλία. Η επιτυχία της Ηγεσίας καθορίζεται επίσης και από παρακάτω παράγοντες:

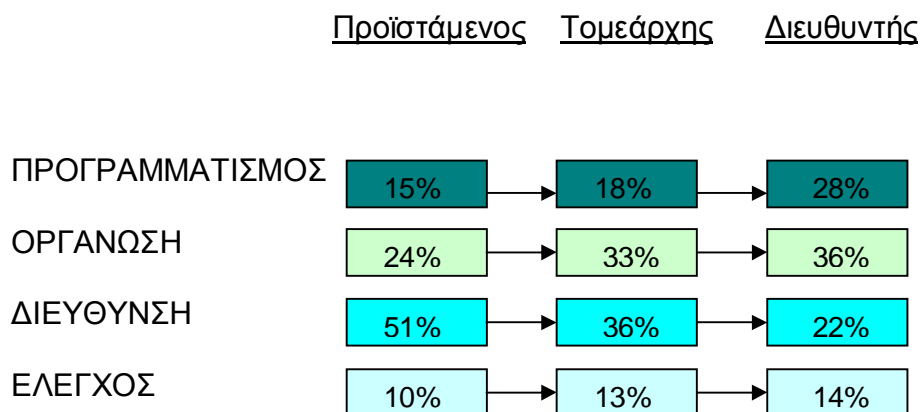
- Η αποτελεσματική επικοινωνία. Μηνύματα με σαφήνεια και αλήθεια.
- Η εκπαίδευση και κυρίως η συνεχιζόμενη εκπαίδευση υποκινεί το προσωπικό να αποδίδει καλύτερα αποκτώντας υψηλότερο ηθικό και να αισθάνεται αξιόλογο στέλεχος-μέλος στον οργανισμό, διότι η διοίκηση

εμπιστεύεται τις ικανότητές του και επενδύει σε αυτόν.

- Μέθοδοι οργάνωσης νοσηλευτικής εργασίας (κατά ασθενή μέθοδος - ΜΕΘ, κατά εργασία μέθοδος, Ομαδική νοσηλευτική, Πρωτοβάθμια νοσηλευτική, Προσωπική φροντίδα, case management).
- Η υποκίνηση του προσωπικού και τα κίνητρα.

Έλεγχος-αξιολόγηση. Είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τους προκαθορισμένους σκοπούς, η επίτευξη των στόχων και η λήψη των διορθωτικών μέτρων αν χρειάζονται. Απαιτεί την καθιέρωση κριτηρίων, προτύπων, δυνατότητα μέτρησης της εκτέλεσης της εργασίας, απολογισμό αποτελεσμάτων. Δεν αρκεί να γραφούν οι διαδικασίες και οι κανονισμοί των Νοσηλευτικών πράξεων, οι οδηγίες ή τα πρωτόκολλα, πρέπει να εφαρμοσθεί μέθοδος της αξιολόγησης και ο επαναπροσδιορισμός με στόχο την βελτίωση της εργασίας. Πρέπει να επισημανθεί ότι η αποτελεσματική εφαρμογή των παραπάνω λειτουργιών διοίκησης(στη συγκεκριμένη περίπτωση αφορά κυρίως τον ανθρώπινο παράγοντα) είναι εξίσου σημαντική και για τις άλλες δυο κύριες οργανωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες (ιατρική και διοικητική), αποκτά όμως ακόμα μεγαλύτερη σημασία εδώ, αφού η νοσηλευτική υπηρεσία απαιτεί το 40% του λειτουργικού προϋπολογισμού στα νοσοκομεία και απασχολεί το μεγαλύτερο σε ποσοστό προσωπικό από κάθε άλλη υπηρεσία, 35-40%⁴²

⁴² Βασισμένο στις απόψεις της: Δαληγγάρου-Βιλαέτη ,Ολ., «Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management. Τα Πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συμβουλίου», MediForce, Αθήνα, Μάιος 2001, σελ.350



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.4. Καταμερισμός χρόνου κατά Δραστηριότητα ανά Επίπεδο Δράσης στη Νοσηλευτική Υπηρεσία

Πηγή : Δαληγγάρου-Βιλαέτη, πρακτικά ζητήματα Νοσοκομειακού Management, 2001, σελ.350

γ. Διοικητική Υπηρεσία

Αποτελεί Διεύθυνση που διαρθρώνεται σε Υποδιευθύνσεις και Τμήματα. Ο Διευθυντής της Διοικητικής και της Τεχνικής υπηρεσίας καθώς και ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Πληροφορικής των νοσοκομείων προέρχεται από τους υπαλλήλους όλων των μονάδων του οικείου Πε.Σ.Υ. που ανήκουν στους κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι μπορούν να προϊstanται κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου στη Διοικητική ή την Τεχνική Υπηρεσία ή τη Διεύθυνση Πληροφορικής και έχουν τα νόμιμα προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή⁴³.

Στο Διάγραμμα 3.6 βλέπουμε ένα οργανόγραμμα ενός κρατικού νοσοκομείου

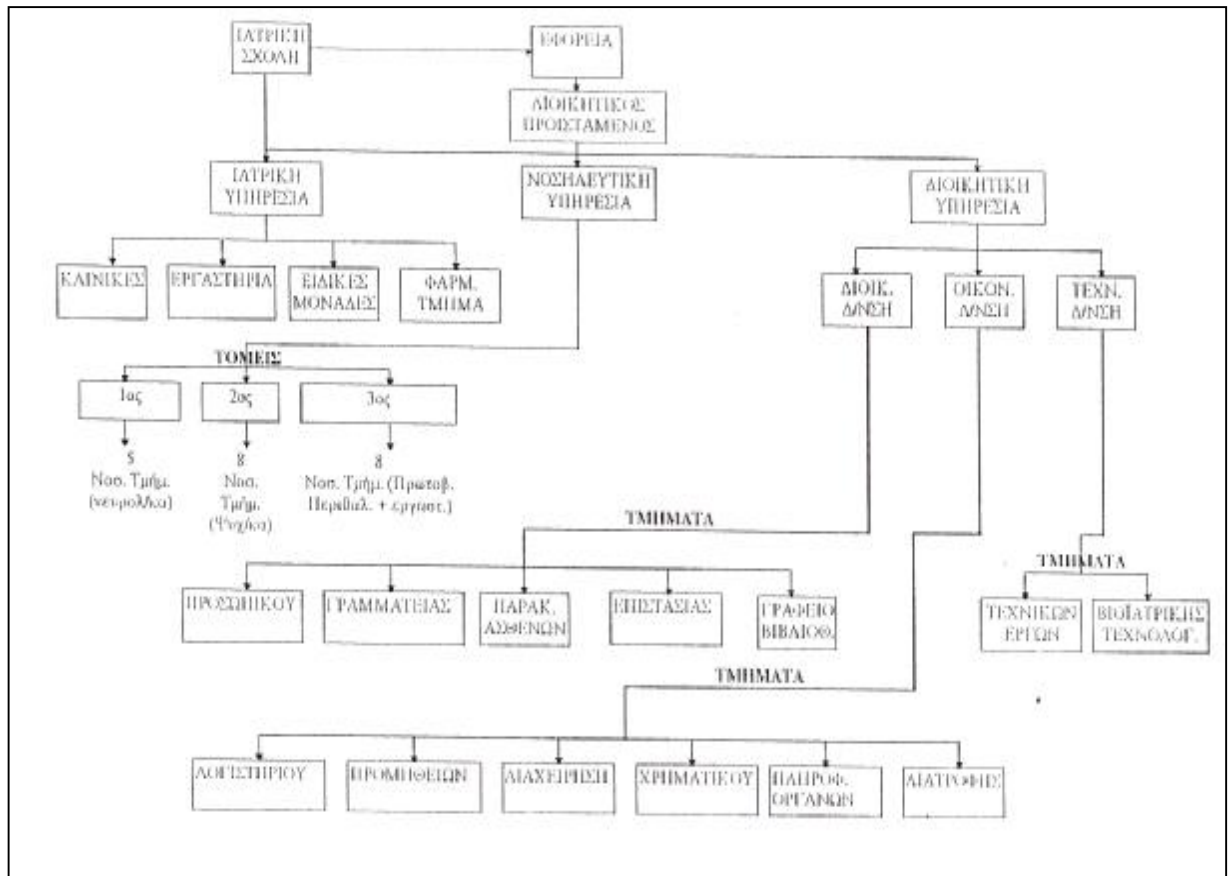
⁴³Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889, 2 Μαρτίου 2001. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1091

ενταγμένου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και στο Διάγραμμα 3.7 το οργανόγραμμα ενός ιδιωτικού νοσηλευτικού ιδρύματος. Εξετάζοντας τα δύο οργανογράμματα παρατηρούμε ότι οι τρεις κύριες διευθύνσεις, ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική ενυπάρχουν και στα δυο διαγράμματα μόνο που στην ιδιωτική κλινική η ιατρική υπηρεσία ενσωματώνεται στη Διεύθυνση Λειτουργιών. Βέβαια ανάμεσα στα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα είτε ιδιωτικού είτε δημοσίου δικαίου υπάρχουν διαφορές που σχετίζονται με την οργανωτική δομή. Οι κύριες διαφορές αφορούν τα περισσότερα εξειδικευμένα τμήματα από πλευράς ιδιωτικής κλινικής στις ίδιες υπηρεσίες. Κυρίως θα πρέπει να προσέξουμε την ύπαρξη συνάφειας που υπάρχει στο οργανόγραμμα της κλινικής με το οργανόγραμμα μιας άλλης ιδιωτικής εταιρίας, καθώς και οι κλινικές ως ιδιωτικού δικαίου επιχειρήσεις λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Για παράδειγμα, η ύπαρξη διεύθυνσης μάρκετινγκ, μηχανογράφησης και τμημάτων για επενδύσεις και μετοχές.

Το Διάγραμμα 3.8 αποτελεί ένα ενδεικτικό οργανωτικό σχήμα για τα ελληνικά νοσοκομεία για βελτίωση της αποδοτικότητας. Εντούτοις, τόσο στις ιδιωτικές κλινικές όσο και στα νοσοκομεία όσον αφορά την Ελλάδα πάντα) υπάρχουν τόσο υλικοτεχνικές ελλείψεις όσο και ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και αυτό είναι κάτι που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Το ζήτημα λειτουργίας των δημοσίων νοσοκομείων με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας και της αποδοτικότητας έχει συζητηθεί από τους αρμόδιους σε αρκετά εκτενή βαθμό.

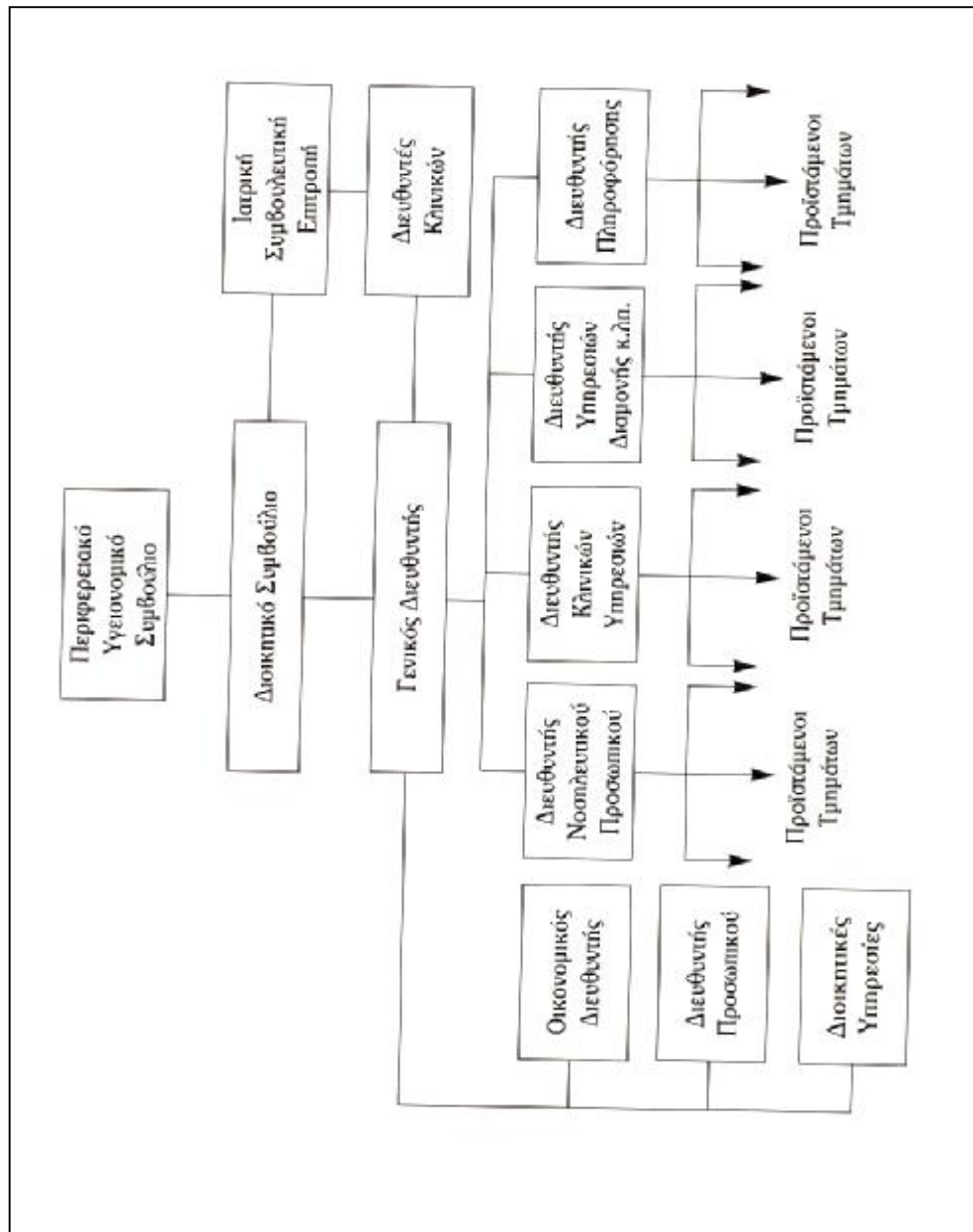


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.5.Οργανόγραμμα Διοικητικής Υπηρεσίας
 Πηγή : Θεοδώρου, κ.α. ,Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας,1994,σελ.153



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.6.Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Ε.Σ.Υ.

Πηγή : Αρχεία Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.8.Υπόδειγμα ανώτερης οργανωτικής δομής του νοσοκομείου

Πηγή: Abel-Smith, κ.α., Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομώνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, 1994, σελ.169

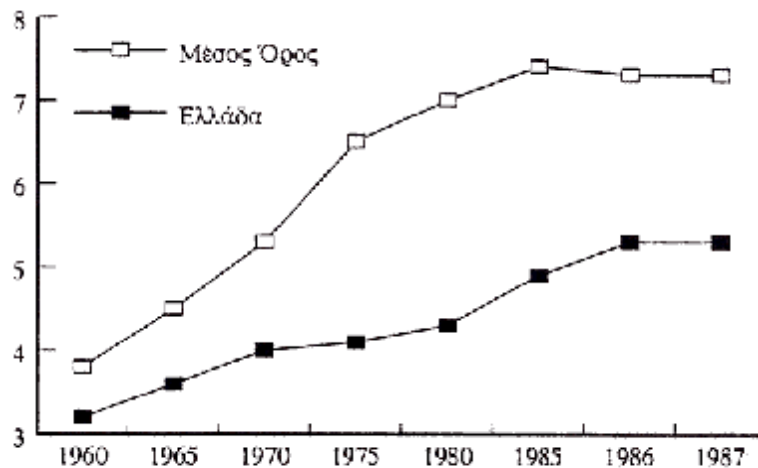
3.4.Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα

Διεθνείς συγκρίσεις δείχνουν ότι η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλές δαπάνες για την υγεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ το σύνολο των δαπανών για την υγεία φθάνει το 5,3% του ΑΕΠ, 70% του οποίου αποτελεί δημόσιες δαπάνες. Αυτό όμως, δεν παρουσιάζει την πραγματική εικόνα των δαπανών υγείας στην Ελλάδα που όπως φαίνεται οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου στο 8% του Α.Ε.Π. Η Ελλάδα παρουσιάζει υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας, που φθάνει το 30% περίπου των συνολικών δαπανών για το 1991. Το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών κατανέμεται σε υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες φαίνεται να έχουν αυξηθεί σημαντικά ακόμη και μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ(1994)⁴⁴.

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία εξακολουθούν να αυξάνονται με ρυθμό μεγαλύτερο από τον αντίστοιχο ρυθμό αύξησης του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος στις χώρες του ΟΟΣΑ στη δεκαετία του '80. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.9 η συνολική δαπάνη στα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ από 3,8 του ΑΕΠ ανήλθε σε 7,5% από το 1960 έως το 1989. Στο ίδιο διάστημα η ιδιωτική δαπάνη υγείας ως ποσοστό του συνόλου των δαπανών υγείας, κυμάνθηκε από 37,1 % το 1960, σε 24,1% το 1987, ενώ στην Ελλάδα τα αντίστοιχα μεγέθη σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία διαμορφώθηκαν σε 24,7% το 1987. Παρά τις σοβαρότατες

⁴⁴ Απόσπασμα από: Θεοδώρου, Μ., κ.α., « Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούνιος 1994, σελ.64-65

δυσχέρειες που παρουσιάζονται στην προσπάθεια διαχρονικής ή/και διακρατικής σύγκρισης των δεδομένων, είναι βέβαιο ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατέχουν σημαντικό βάρος στη συνολική εθνική δαπάνη στη χώρα μας.



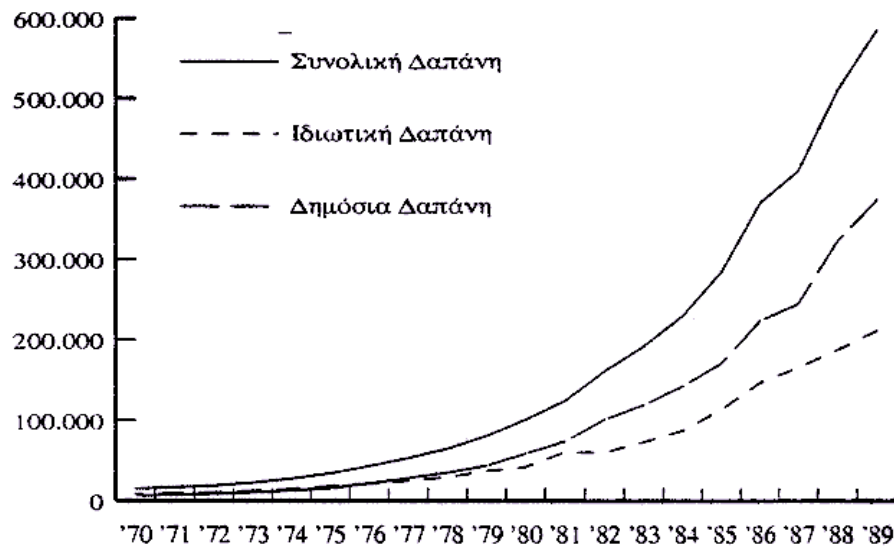
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.9.Συνολική Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ και στην Ελλάδα

Πηγή: Κυριόπουλος, Νιάκας, Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας,1997,σελ.158

Την αντίστοιχη περίοδο στην Ελλάδα παρουσιάζεται μια εντελώς διαφορετική εξέλιξη. Οι δαπάνες υγείας αυξάνονται με σταθερούς ετήσιους ρυθμούς ώστε το 1984 αποτελούν το 7% του ΑΕΠ. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη σταθερή άνοδο των δημοσίων δαπανών υγείας, οι οποίες το ίδιο έτος ανέρχονται στο 63% των συνολικών δαπανών υγείας ή στο 4,2% του ΑΕΠ. Οι μελλοντικές τάσεις που διαγράφονται είναι καθαρά αυξητικές, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ότι η Ελλάδα δαπανά σήμερα για τον υγειονομικό τομέα περίπου το ίδιο ποσοστό του ΑΕΠ με το αντίστοιχο των περισσότερων χωρών του ΟΟΣΑ. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας και αποτελεί όμως ένα παράδοξο

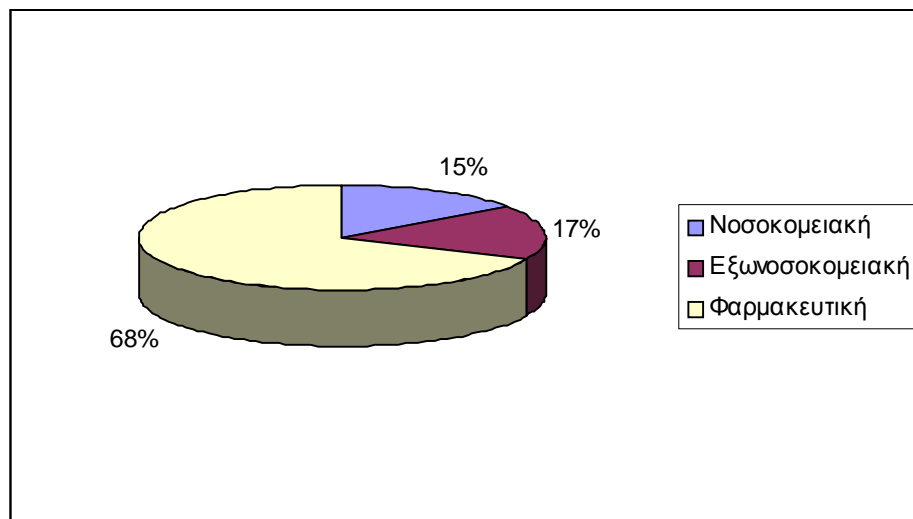
φαινόμενο σε σχέση με τις αντίστοιχες διεθνείς εξελίξεις. Όπως ήδη έχει επισημανθεί οι υψηλοί ρυθμοί αύξησης των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, πραγματοποιήθηκαν σε χρονικές περιόδους υψηλών ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης και ευνοϊκού οικονομικού κλίματος. Αντίθετα στη χώρα μας συνέβη ακριβώς το αντίστροφο, δηλαδή η αύξηση των δαπανών υγείας και ιδιαίτερα των δημοσίων δαπανών πραγματοποιείται σε περιόδους ύφεσης και οικονομικής στασιμότητας της ελληνικής οικονομίας. Η συνολική δαπάνη για την υγεία παρουσιάζει αυξητικές τάσεις την περίοδο 1970-1989 ως ποσοστό του ΑΕΠ. Ειδικότερα η δημόσια δαπάνη υγείας μετά το 1975 και κυρίως μετά το 1980 κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, ενώ η ιδιωτική δαπάνη παραμένει σταθερά υψηλή, με ελαφρά κάμψη την περίοδο 1980-1985, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.10. Από τα στοιχεία αυτά είναι έκδηλο ότι παρά τη σημαντική αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, η ιδιωτική δαπάνη παραμένει υψηλή⁴⁵.

⁴⁵ Απόσπασμα από: Κυριόπουλο, Γ., Νιάκα, Δ., «Θέματά Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 1994, σελ. 158-163



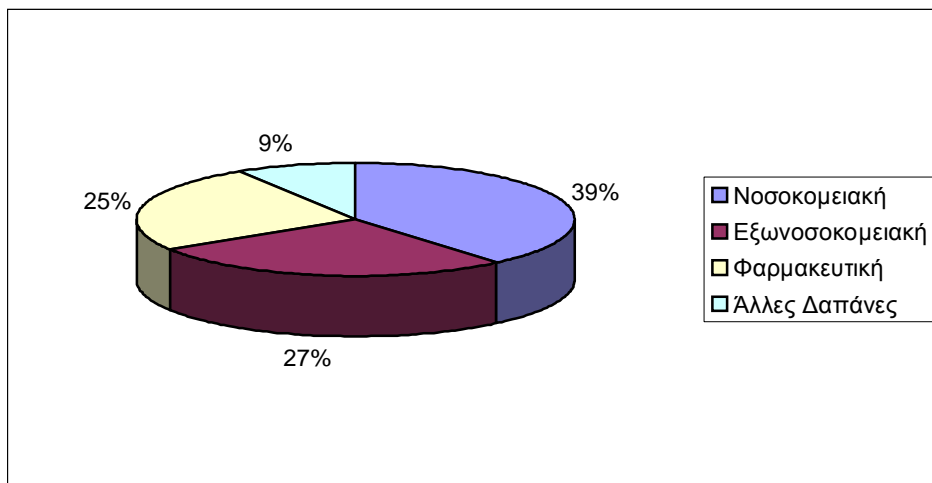
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.10.Συνολικές Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας(%ΑΕΠ) στην Ελλάδα (1960-1989) δισ δρχ.

Πηγή:Κυριόπουλος, Νιάκας, Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας,1994,σελ.161

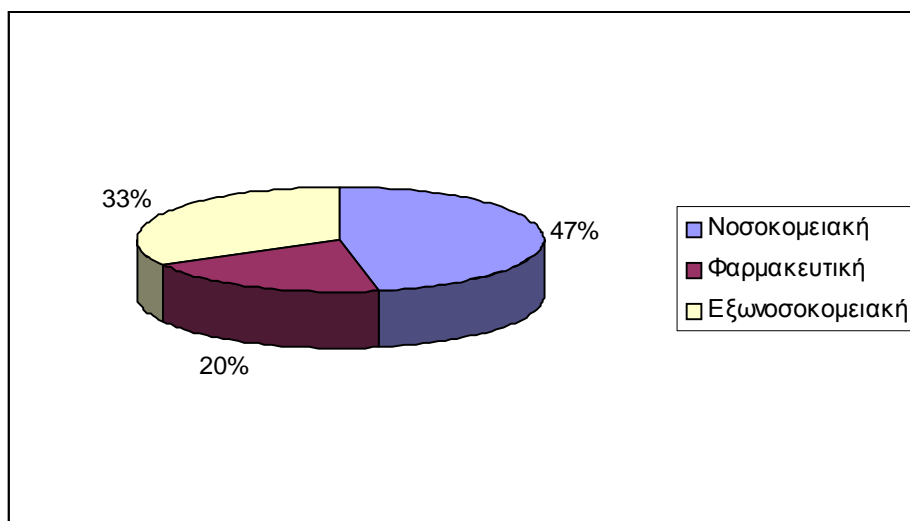


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.11.Σύνθεση των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα

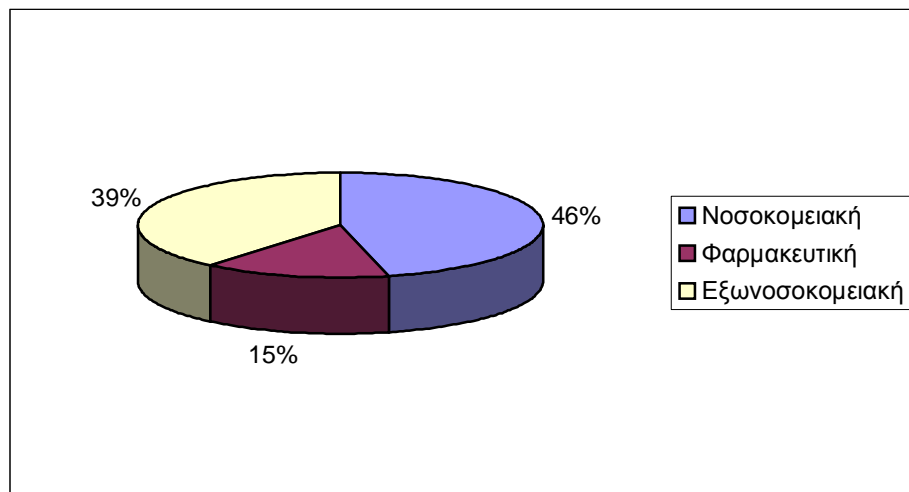
Πηγή: Σούλης, Οικονομική της Υγείας, 1999,σελ.169



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.12. Δαπάνες ασφαλιστικών οργανισμών στην Ελλάδα
 Πηγή : Σούλης, Οικονομική της Υγείας, 1999, σελ.169

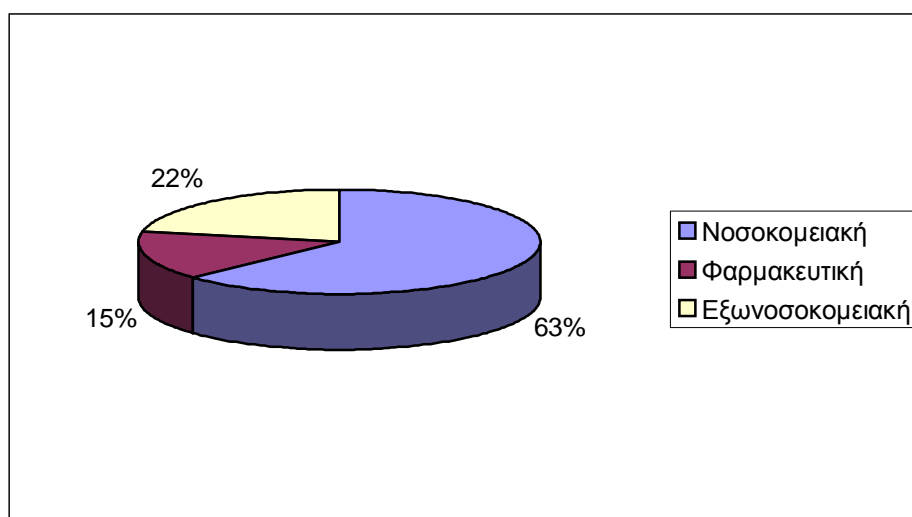


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.13. Η διάρθρωση των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα
 Πηγή : Σούλης, Οικονομική της Υγείας, 1999, σελ.170



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.14. Η διάρθρωση των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α

Πηγή : Σούλης, Οικονομική της Υγείας, 1999, σελ.170



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.15. Δημόσιες δαπάνες χωρών ΟΟΣΑ

Πηγή : Σούλης, Οικονομική της Υγείας, Αθήνα 1999, σελ.170

3.5.Η Αγορά Εργασίας στην Ελλάδα

3.5.1.Ιατρικό Δυναμικό

Το Ιατρικό προσωπικό αποτελεί το 22% περίπου του συνόλου των εργαζομένων στην υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, το 1999 στα ιδιωτικά και δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας υπηρετούσαν 22.698 ιατροί, αριθμός ο οποίος αντιστοιχεί στο 50% περίπου του συνόλου των ιατρών σε όλη την Ελλάδα.

Το 1992, σύμφωνα με προσωρινά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων, το ιατρικό δυναμικό της χώρας ανέρχονταν σε 38.738 άτομα και αναλογούσε 1 γιατρός σε 267 κατοίκους, ενώ το 1990 η αναλογία ήταν 1 γιατρός προς 295 κατοίκους. Το 1991, στα νοσοκομεία όλης της χώρας υπηρετούσαν 18.390 ιατροί. Η αναλογία ήταν 1 γιατρός προς 558 κατοίκους, η οποία θεωρείται ικανοποιητική συγκρινόμενη με τους αντίστοιχους δείκτες άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Αντίθετα η αναλογία παρουσιάζεται χαμηλή αν υπολογιστεί ο συνολικός αριθμός των γιατρών προς τον πληθυσμό. Μελέτες που έγιναν, έχουν δείξει ότι η ύπαρξη μεγάλου αριθμού γιατρών δεν μπορεί μεμονωμένα να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αντίθετα είναι δυνατόν να υποκρύπτει ανταγωνισμό, υπέρμετρο καταμερισμό της εργασίας, προκλητή ζήτηση και άχρηστη συνταγογραφία για υπηρεσίες υγείας, κυρίως από την υπερβολική συγκέντρωσή τους στα μεγάλα αστικά κέντρα. Στη χώρα μας, η αναλογία του ιατρικού δυναμικού προς τον πληθυσμό, υπερκαλύπτει έντονες ανισότητες μεταξύ

των γεωγραφικών διαμερισμάτων, με συνέπεια τη διατήρηση και διεύρυνση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων, στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. Η αναλογία κατοίκων ανά γιατρό ανέρχεται στα 267 άτομα για το σύνολο της χώρας. Η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη έχουν τη χαμηλότερη αναλογία (155 και 163 κατοίκους ανά γιατρό αντίστοιχα) . Η υψηλότερη αναλογία παρουσιάζεται στη λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια και στα Νησιά του Αιγαίου (715 και 577 αντίστοιχα). Το 1990 στα 163 Κέντρα Υγείας υπηρετούσαν 1.990 γιατροί, ενώ από τους 18.390 γιατρούς που στελέχωναν τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι 10.047 υπηρετούσαν στην Αθήνα και οι 4.028 στη Μακεδονία. Το 1990 σε σχέση με το 1981, αυξήθηκε ο αριθμός των γιατρών που στελεχώνουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Έτσι από 12.350 γιατρούς που υπηρετούσαν στο ΕΣΥ το 1981, αυξήθηκαν σε 18.287 το 1990. Η αύξηση σε απόλυτο μέγεθος ήταν 48% το 1990 σε σχέση με το 1981. Η αύξηση ήταν θεαματική στις περιφέρειες που λειτουργούν Ιατρικές Σχολές και πανεπιστημιακές κλινικές (Πελοπόννησος 76,3%, Ήπειρος 153,8%, Κρήτη 153,0%), ενώ ήταν μικρότερη στη Θράκη 31,9%, στην Περιφέρεια της Πρωτεύουσας 37% και στη Μακεδονία 54,9%⁴⁶. Στην Ελλάδα, περίπου το 50% εξασκεί το ιατρικό επάγγελμα στην Αττική και το 25% στις μεγάλες πόλεις⁴⁷.

Ο περιορισμός του ιατρικού πληθωρισμού και ο έλεγχος της ιατρικής δημογραφίας

⁴⁶ Απόσπασμα από: Ανδριώτη, Δ, «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994, σελ.77

⁴⁷Βασισμένο στις απόψεις των: Beazoglou ,Tr., κ.α., "Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System", Exandas, 1998, σελ.77

είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που σχετίζεται κατά κύριο λόγο α)με την εκπαίδευση και β)με τους παράγοντες εξισορρόπησης της αγοράς εκπαίδευσης και της αγοράς εργασίας⁴⁸.

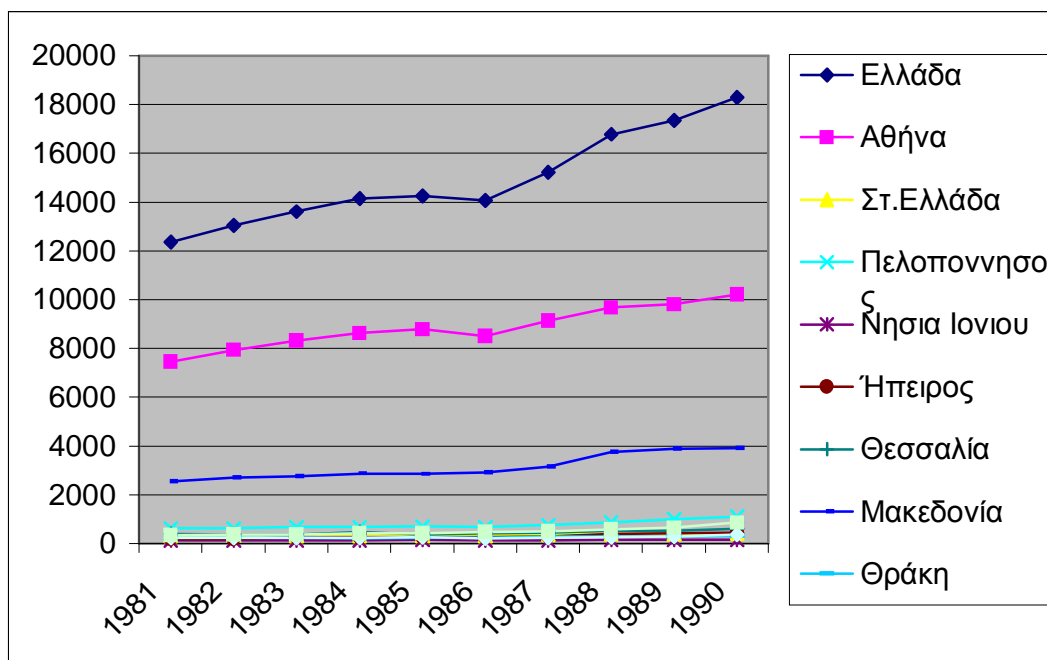
ΠΙΝΑΚΑΣ 3.3

Ιατρικό Δυναμικό και αναλογία κατοίκων προς ιατρικό δυναμικό κατά γεωγραφικό διαμέρισμα στην Ελλάδα το έτος 1992

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΙΑΤΡΟΙ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ
Γενικό Σύνολο	38.738	267
Αθήνα	19.861	155
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	1763	715
Πελοπόννησος	2.775	392
Ιόνιοι Νήσοι	428	453
Ήπειρος	945	360
Θεσσαλία	1521	483
Μακεδονία	2.461	524
Θεσσαλονίκη	5.793	163
Θράκη	702	481
Νησιά Αιγαίου	791	577
Κρήτη	1.698	318

Πηγή :Ανδριώτη, Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα, 1994, σελ.80

⁴⁸ Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Αρ., «Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 1997, σελ.36-37



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.16.Εξέλιξη του ιατρικού δυναμικού σε όλη τη χώρα και κατά διαμερίσματα (1981-90)

Πηγή:Ανδριώτη, Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα,1994,σελ.83

Για το λόγο αυτό προτείνεται μια μακροπρόθεσμη πολιτική υγείας η οποία να καθορίζει τον αριθμό εισακτέων στις ιατρικές σχολές και τον αριθμό των ατόμων που ασκούν το ιατρικό επάγγελμα⁴⁹.

Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 3.4, το 1999 το σύνολο του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα έφτανε τα 46.124 άτομα, με το 46% περίπου αυτών να είναι συγκεντρωμένο στην πρωτεύουσα. Παρατηρούμε, λοιπόν, μια συνεχή αύξηση του αριθμού των ιατρών σε όλη την Ελλάδα, κυρίως όμως στην πρωτεύουσα και στα μεγάλα αστικά κέντρα, κάτι που δημιουργεί έντονα προβλήματα στην

⁴⁹ Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Αρ., «Ενιαίος Φορέας Υγείας :Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία», 1997, σελ.36-37

επαγγελματική αποκατάσταση των ιατρών, αλλά και στην εύρυθμη λειτουργία των υγειονομικών ιδρυμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4

Ιατρικό δυναμικό κατά γεωγραφικά διαμερίσματα το 1999

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ
Γενικό Σύνολο	46.124
Αθήνα	21.168
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	2.661
Πελοπόννησος	3.567
Ιόνιοι Νήσοι	633
Ήπειρος	1.386
Θεσσαλία	2.040
Μακεδονία	9.875
Θράκη	1.033
Νησιά Αιγαίου	1.284
Κρήτη	2.477

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 2002, Αθήνα 2003, σελ.136

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.5
Ιατρικό Δυναμικό κατά ειδικότητα το 1999

ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΤΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ
Σύνολο	46.124
Χωρίς Ειδικότητα	15.004
Παθολόγοι	3.589
Γυναικολόγοι	2.219
Χειρουργοί	1.939
Χειρουργοί Θώρακα	20
Νευρολόγοι/Ψυχίατροι	1.807
Καρδιολόγοι	2.243
Ορθοπεδικοί	1.501
Φυματιολόγοι/Πνευμονολόγοι	872
Ουρολόγοι	656
Γαστρεντερολόγοι	404
Δερματολόγοι	712
Ενδοκρινολόγοι	333
Νεφρολόγοι	314
Πυρηνικής Ιατρικής	203
Οφθαλμίατροι	1.448
Ωτορινολαρυγγολόγοι	892
Μικροβιολόγοι/Αιματολόγοι	3.361
Ακτινολόγοι	1.644
Παθολογοανατομοί/Κυτταρολόγοι	719
Αναισθησιολόγοι	1.412
Ιατροδικαστές	31
Νευροχειρουργοί/Πλαστικής Χειρουργικής	413
Χειρουργοί Παιδων	146
Ρευματολόγοι	191
Λοιπών ειδικοτήτων	432
Γενικής Ιατρικής	701
Οδοντίατροι	12.152

Πηγή: ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 2002, Αθήνα 2003, σελ.137

3.5.2. Το Οδοντιατρικό Δυναμικό

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, το 1999 υπήρχαν 12.152 οδοντίατροι στην Ελλάδα.

Η αισθητή μείωση κάποιων ασθενειών και η ανάγκη για παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών υψηλότερου βαθμού εξειδίκευσης, συντέλεσε στη μείωση της ζήτησης για οδοντιατρικές υπηρεσίες και στην ανάγκη μείωσης των οδοντιάτρων στις ανεπτυγμένες χώρες. Η Ελλάδα παρουσιάζει το ίδιο φαινόμενο, όπως και στην περίπτωση του ιατρικού δυναμικού, υψηλής προσφοράς οδοντιατρικών υπηρεσιών και υπερβολικής και άνιση συγκέντρωσης του δυναμικού στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Από τη μελέτη του Πίνακα 3.6 παρατηρούμε ότι, αν και η αναλογία είναι 993 κάτοικοι ανά οδοντίατρο για το σύνολο της χώρας, η πλειοψηφία του οδοντιατρικού σώματος είναι συγκεντρωμένη στα μεγάλα αστικά κέντρα Αθήνα και Θεσσαλονίκη και η αναλογία κατοίκων προς οδοντίατρο είναι 585 και 751 αντίστοιχα, ενώ στις τελευταίες θέσεις από πλευράς οδοντιατρικής κάλυψης του πληθυσμού βρίσκονται τα Νησιά του Ιονίου και η Λοιπή Στερεά και Εύβοια με 2.106 και 1.830 κατοίκους ανά οδοντίατρο αντίστοιχα.⁵⁰

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες καθώς και η γεωγραφική μορφολογία της χώρας

⁵⁰ Βασισμένο σε απόψεις της: Ανδριώτη, Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994, σελ.83-89

συντείνουν στην πλημμελή κάλυψη του πληθυσμού με οδοντιατρικές υπηρεσίες, ενώ εμπειρικές έρευνες έδειξαν ότι διαγράφεται ανεργία για τους νέους κυρίως οδοντιάτρους. Το πρόβλημα πληθωρισμού των οδοντιάτρων, το οποίο πολλές φορές τείνει να είναι δυσανάλογο με τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, υπάρχει σε όλη την Ευρώπη. Εντούτοις στην Ελλάδα η έλλειψη παρεμβατικών μέτρων περιορισμού των οδοντιάτρων εντείνει το πρόβλημα⁵¹.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.6

Οδοντιατρικό δυναμικό και αναλογία κατοίκων προς οδοντίατρο στην Ελλάδα κατά γεωγραφικό διαμέρισμα

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ
Γενικό Σύνολο	10403	993
Αθήνα	5256	585
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	665	1830
Πελοπόννησος	689	1578
Νησιά Ιονίου	92	2106
Ήπειρος	236	144
Θεσσαλία	557	1319
Μακεδονία	821	1570
Θεσσαλονίκη	1260	751
Θράκη	188	1798
Νησιά Αιγαίου	254	1798
Κρήτη	385	1403

Πηγή: Ανδριώτη, Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα, 1994, σελ.88

⁵¹ Βασισμένο στις απόψεις του: Γεωρναμίλης, Αρ., «Η Ανάπτυξη του Οδοντιατρικού Δυναμικού», Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 1996, σελ.36(220)

3.5.3. Το Νοσηλευτικό Δυναμικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το 41% του συνόλου των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας και ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών/τριών ανέρχεται σε 35.575 άτομα, σύμφωνα με στοιχεία του 1999.

Η ανάπτυξη του νοσηλευτικού δυναμικού αποτελεί μέρος της γενικής πολιτικής βελτίωσης της αποδοτικότητας όσον αφορά το κόστος. Επίσης η νοσηλευτική κατευθύνεται πλέον από τη δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια και προληπτική παροχή υπηρεσιών⁵²

Η νοσηλευτική διαφέρει από την ιατρική κυρίως στο ότι έχει μικρή κοινωνική και πολιτική επιρροή. Στη χώρα μας η νοσηλεία παρέχεται από μια μεγάλη κατηγορία διαφορετικά εκπαιδευμένου δυναμικού. Στατιστικά άρχισαν να τηρούνται στατιστικά στοιχεία αναφορικά με τους νοσηλευτές από το 1988, σύμφωνα με τα επίπεδα της εκπαίδευσης και αναφέρονται στο νοσηλευτικό δυναμικό που υπηρετεί στα νοσοκομεία όλης της χώρας, ενώ δεν τηρούνται ανάλογα στοιχεία για το νοσηλευτικό δυναμικό που απασχολείται στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και στις υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας, με αποτέλεσμα να μην είναι γνωστή η σύνθεση του νοσηλευτικού δυναμικού κατά κατηγορία υπηρεσιών όπως π.χ.

⁵² World Health Organization, "European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary", Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996, σελ.10-11

Πρωτοβάθμια περίθαλψη, γενική νοσηλεία, ΜΕΘ, γηριατρική νοσηλευτική, κ.λ.π⁵³.

Το 1999, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, στα νοσοκομεία όλης της χώρας υπηρετούσαν 2.199 Μαιευτές/μαίες, 362 νοσηλευτές/τριες πανεπιστημιακού επιπέδου, 12.854 νοσηλευτές/τριες απόφοιτοι των ΤΕΙ η εκπαίδευση των οποίων είχε διάρκεια τέσσερα έτη, 15.181 νοσηλευτές/τριες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 4.979 νοσηλευτές/τριες υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

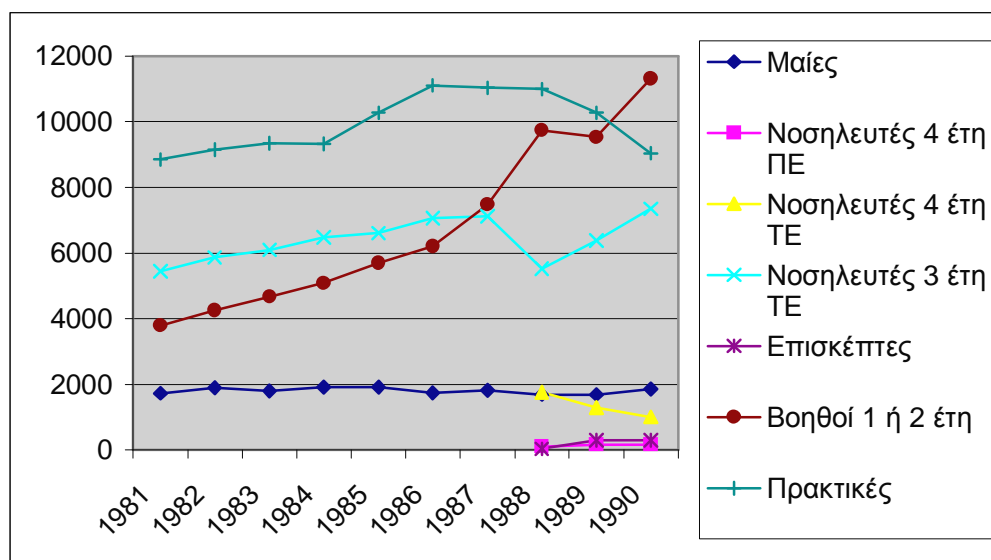
Η αναλογία των νοσηλευτών/τριών, συμπεριλαμβανομένων και των μαιευτών/μαιών και των επισκεπτών/τριών υγείας προς τους κατοίκους ήταν, το 1992, 1:945 και 1:460 κάτοίκους αν προστεθούν οι νοσηλευτές διαιτούς διάρκειας και θεωρείται ανεπαρκής συγκρινόμενη με τους αντίστοιχους δείκτες άλλων Ευρωπαϊκών χωρών με ανεπτυγμένα συστήματα περίθαλψης⁵⁴.

Το 80% του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 10% στα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι υπόλοιποι στα κέντρα υγείας στο ΙΚΑ κ.α. Σε σύνολο απασχολούμενου νοσηλευτικού προσωπικού περίπου 40.000, οι κενές οργανικές θέσεις το 1995 ήταν 20.000. Πριν ή μετά την αποφοίτηση το 50% περίπου των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα λόγω χαμηλών αποδοχών

⁵³ Απόσπασμα από :Ανδριώτη, Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994, σελ.92-93

⁵⁴ Απόσπασμα από :Ανδριώτη, Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994, σελ.94-95

της κακής ποιότητας της εκπαίδευσης και των δυσμενών συνθηκών εργασίας⁵⁵.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.17.Εξέλιξη του νοσηλευτικού δυναμικού που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας σύμφωνα με την εκπαίδευση του(1981-90)

Πηγή: Ανδριώτη, Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα, 1994, σελ.94

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.7

Νοσηλευτικό δυναμικό που υπηρετεί στα δημόσια και ιδιωτικά θεραπευτήρια της χώρας σύμφωνα με την εκπαίδευση του(1999)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Γενικό σύνολο	35.575	100,00%
Μαιές	2.199	6,18%
Νοσηλευτές 4 έτη ΠΕ	362	1,02%
Νοσηλευτές 4 έτη ΤΕ	12.854	36,13%
Νοσηλευτές ΔΕ	15.181	42,67%
Νοσηλευτές ΥΕ	4.979	14,00%

Πηγή:ΕΣΥΕ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 2002,Αθήνα 2003,σελ.127

⁵⁵ Βάσει απόψεων των: Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., «Η Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000 ,17(6), σελ. 630

Διαχρονικά, ο αριθμός των πτυχιούχων νοσηλευτών/τριών αυξάνει με βραδύ ρυθμό, παρά την ίδρυση αρκετών νέων σχολών νοσηλευτικής, ενώ ο αριθμός των βοηθών αυξάνει με ταχύτερο ρυθμό. Αναφορικά με τις πρακτικές αδελφές παρατηρείται μια αύξηση του αριθμού μέχρι το 1986. Στη συνέχεια, όμως, υπάρχει μια συνεχής μείωση, γεγονός που πιθανόν οφείλεται και στο ότι οι θέσεις τους είναι προσωποπαγείς και θα καταργηθούν με την πάροδο του χρόνου. Ο μεγάλος αριθμός των πρακτικών που υπηρετεί στα ελληνικά νοσοκομεία, οφείλεται στην έλλειψη εκπαιδευμένων νοσηλευτών/τριών αναγνωρισμένου τίτλου σπουδών. Αναφορικά με τον αριθμό των μαιών, οι οποίες μπορούν να απασχολούνται και σε θέσεις νοσηλευτών/τριών και ο οποίος αριθμός μπορεί να θεωρηθεί σχετικά ακριβής αφού περιλαμβάνει μόνο τους διπλωματούχους μαιευτές/μαίες, παρατηρείται μια αυξομείωση από χρόνο σε χρόνο⁵⁶.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα καθήκοντα των νοσηλευτικών ειδικοτήτων δεν είναι νομοθετημένα και ότι ο τίτλος του ειδικού νοσηλευτή δεν απαλλάσσει τον κάτοχό του από την παροχή γενικών νοσηλευτικών υπηρεσιών για πέντε χρόνια. Αναφορικά με τη νοσηλευτική κάλυψη η μείωση των νοσοκομειακών κλινών και η αύξηση έστω και με βραδείς ρυθμούς του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησε στην βελτίωση του δείκτη κλίνες/νοσηλευτικό δυναμικό. Εντούτοις, παρόλη την αύξηση του νοσηλευτικού δυναμικού, η αναλογία κυρίως των διπλωματούχων είναι μικρή, γεγονός που επισημαίνει την χαμηλή ποιότητα

⁵⁶ Βάσει απόψεων της: Ανδριώτη, Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994, σελ.96-97

παρεχόμενης περίθαλψης στη χώρα μας και την άμεση ανάγκη για τον προγραμματισμό της εκπαίδευσης και την απασχόληση νέων διπλωματούχων επαγγελματιών νοσηλευτικής. Η φύση της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και το παρεχόμενο έργο του, προϋποθέτει την ύπαρξη αρκετά μεγάλου αριθμού νοσηλευτών/τριών, οι οποίοι θα έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις απαιτήσεις του πληθυσμού για την παροχή ποιοτικών φροντίδων υγείας⁵⁷.

3.5.4 Λοιπό Προσωπικό

α. Διοικητικό Προσωπικό

Το λοιπό προσωπικό αποτελεί το 37% των συνολικών εργαζομένων στο χώρο της υγείας και ο αριθμός του ανέρχεται σε 36.258 άτομα. Το διοικητικό προσωπικό αποτελεί το 8% περίπου των συνολικών εργαζομένων στην υγεία και ο αριθμός του ανέρχεται σε 8.273 άτομα.

Το 1997, σύμφωνα με την ΕΣΥΕ, σ' όλα τα νοσοκομεία της χώρας υπηρετούσαν 1.198 διοικητικοί υπάλληλοι πανεπιστημιακού επιπέδου, 793 πτυχιούχοι των ΤΕΙ και 6.282 απόφοιτοι Λυκείου. Παρατηρούμε δηλαδή, ότι το 1997 ο αριθμός των

⁵⁷ Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, «Οικονομικά και Υγεία. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1989, σελ.334-337

απόφοιτων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που ασχολήθηκαν με διοικητικά θέματα στις μονάδες υγείας, ήταν περίπου πενταπλάσιος από τον αντίστοιχο αριθμό των αποφοίτων πανεπιστημιακών ιδρυμάτων.

Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημίων δεν ήταν ιδιαίτερα πρόθυμοι να εργαστούν σε νοσοκομεία και οφείλεται στο ότι ως απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης μπορούσαν με μεγαλύτερη ευκολία να απασχοληθούν σε άλλου είδους επιχειρήσεις, την ίδια στιγμή που τα νοσοκομεία δεν αποτελούσαν ιδιαίτερα ελκυστική επαγγελματική πρόταση. Η έλλειψη επίσης πανεπιστημιακών κύκλων σπουδών για πολιτική και διοίκηση υγείας δεν έδινε τη δυνατότητα για γνώσεις πάνω σε παρεμφερείς με την υγεία δυνατότητες απασχόλησης. Αυτό όμως άλλαξε όταν η ανεργία άρχισε να χτυπά την πόρτα των πτυχιούχων. Η κατανομή του διοικητικού προσωπικού, ανεξαρτήτως εκπαίδευσης, κατά γεωγραφική περιοχή είναι ανάλογη με το ιατρικό προσωπικό. Συγκεκριμένα το 50% απασχολείται στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής, το 13% στη Μακεδονία (συμπεριλαμβανομένης και της Θεσσαλονίκης) και το υπόλοιπο 37% απασχολείται στην υπόλοιπη Ελλάδα. Έντονη ανισοκατανομή μπορεί να παρατηρηθεί και σχετικά με την εκπαίδευση, σε συνάρτηση με τη γεωγραφική περιοχή. Έτσι το 60% των απόφοιτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εργάζονται στην Αττική, το 20% στην Μακεδονία και το άλλο 20% στην υπόλοιπη Ελλάδα. Το ακριβώς αντίστροφο ισχύει για τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης⁵⁸.

⁵⁸ Βασισμένο στις απόψεις των Beazoglou, Tr., κ.α., *"Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System"*, Exandas, 1998, σελ.79-80

β. Τεχνικό Προσωπικό

Το μεγαλύτερο μέρος του τεχνικού προσωπικού, πιο συγκεκριμένα το 54%, εργάζεται στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Όσον αφορά την γεωγραφική κατανομή του τεχνικού προσωπικού ανά την Ελλάδα παρατηρούμε την ίδια τάση, δηλαδή το πιο εξειδικευμένο προσωπικό εργάζεται στην περιοχή κοντά στην πρωτεύουσα, ενώ άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και εξειδίκευσης στις άλλες περιοχές⁵⁹.

Έτσι, για το 1997, έχουν καταγραφεί 277 υπάλληλοι που απασχολούνταν στον τομέα της πληροφορικής, 4.313 απασχολούνταν στον τεχνικό τομέα και 6.287 απασχολούνταν ως παραϊατρικό προσωπικό. Εκτός από τις πιο πάνω αναφερόμενες κατηγορίες ανθρώπινου δυναμικού στα ελληνικά νοσοκομεία υπηρετούν και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων και βοηθητικό προσωπικό.

Στον Πίνακα 3.8 παρατηρούμε τα λοιπά επαγγέλματα υγείας και τον αριθμό των ατόμων που απασχολούνται σε κάθε τομέα.

Το πρώτο πρόβλημα που διαφαίνεται, όσον αφορά κυρίως τη διοικητική υπηρεσία, είναι η χαμηλή κάλυψη των θέσεων προϊσταμένων. Ενώ τα νοσοκομεία έπρεπε να είχαν 1.211 προϊστάμενους διευθύνσεων, υποδιευθύνσεων και τμημάτων,

⁵⁹ Βασισμένο στις απόψεις των: Beazoglou, Tr., κ.α., *"Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System"*, Exandas, 1998, σελ.80-81

καταγράφηκαν μόνο 829 (68% κάλυψη), με μεγάλες διακυμάνσεις στην κατανομή (π.χ. όλες οι θέσεις των οικονομικών υποδιευθυντών είναι καλυμμένες, το 72% των προϊστάμενων τμημάτων γενικά και μόλις το 52% των υποδιευθυντών τεχνικών υπηρεσιών). Αναλυτικότερα, παρουσιάζεται τρομακτική έλλειψη στους τμηματάρχες πληροφορικής (κάλυψη 15%) και βιοϊατρικής τεχνολογίας (κάλυψη 24%). Υπάρχει ακόμα έλλειψη στους προϊσταμένους τεχνικών τμημάτων (κάλυψη 46%) και διατροφής (κάλυψη 65%), ενώ τα τμήματα προσωπικού και οικονομικού είναι επαρκώς καλυμμένα. Πιο μικρές ελλείψεις παρουσιάζουν τα άλλα τμήματα (γραμματείας, γραμματείας εξωτερικών ιατρείων και κίνησης ασθενών, κάλυψη 82%).⁶⁰

Γενικότερα οι ανάγκες σε επαγγέλματα υγείας θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής⁶¹:

1) Ιατρικό προσωπικό

- Επαγγελματίες στη Δημόσια Υγεία
- Επαγγελματίες στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ειδικότερα γενικοί ιατροί
- Επαγγελματίες στην Υψηλή Τεχνολογία(μεταμοσχεύσεις οργάνων και ειδικοί στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία)

⁶⁰ Απόσπασμα από: Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., «*Η Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000, 17(6), σελ. 635

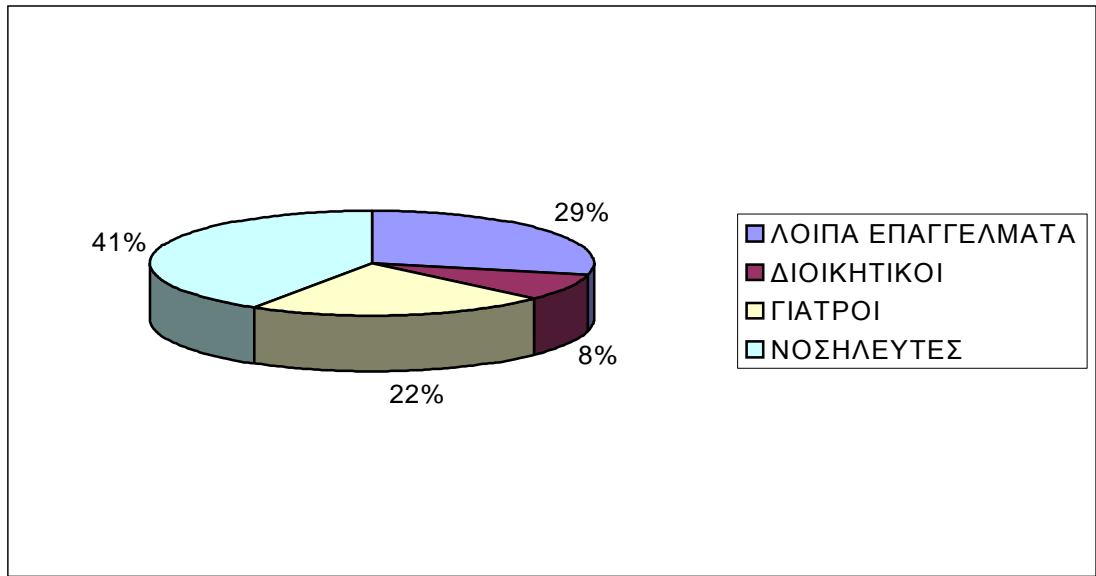
⁶¹ Απόσπασμα από: Λέβεντ, Τ., κ.α., «*Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης*», Λειτουργικό πρόγραμμα «Υγεία», Αθήνα 1994, σελ.97-98

2) Νοσηλευτικό Προσωπικό

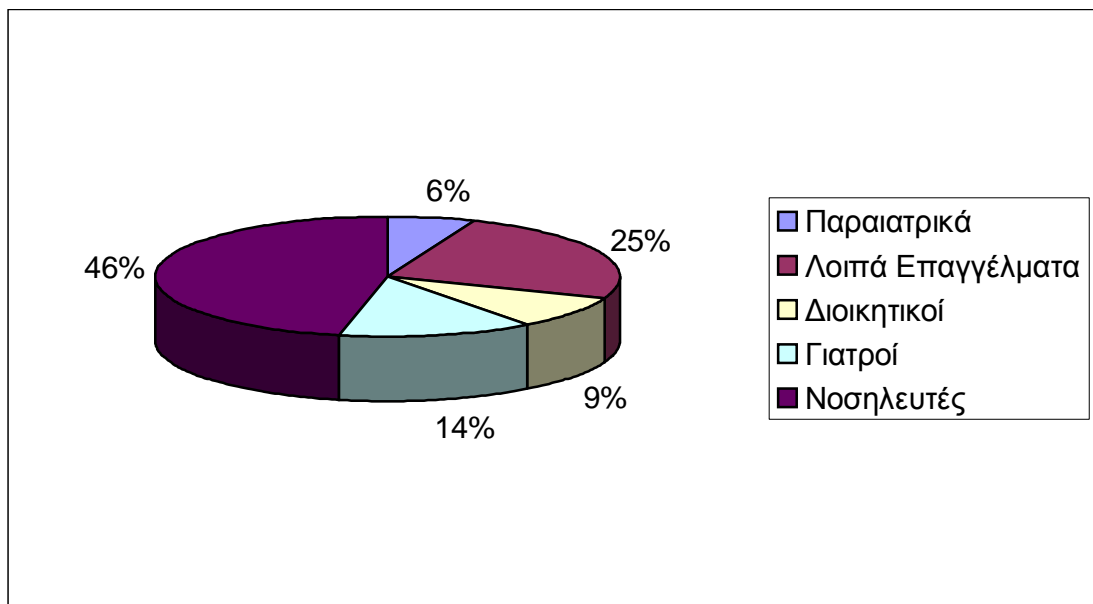
- Νοσηλευτές ειδικοί για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Νοσηλευτές ειδικοί για τη συμμετοχή τους σε ομάδες που χρησιμοποιούν υψηλή τεχνολογία(ομάδες μεταμόσχευσης, μονάδες εντατικής θεραπείας)
- Νοσηλευτές ειδικοί για τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας

3) Λοιπό Προσωπικό

- Τεχνικοί-Συντηρητές Μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας
- Χειριστές εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας
- Προσωπικό απαραίτητο για τις ομάδες υψηλής τεχνολογίας
- Διοικητικό προσωπικό, μάντζερ υγείας
- Προγραμματιστές των Υπηρεσιών Υγείας
- Οικονομολόγοι της Υγείας
- Ειδικοί πληροφορικής για τον Υγειονομικό τομέα
- Ερευνητές των υπηρεσιών υγείας



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.18 Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα (1997)



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.19.Οι εργαζόμενοι στο ΕΣΥ(1992)

Πηγή : Σισσούρας, Υφαντόπουλος, Report on the organization and management of Health Services in Greece, 1994, σελ.175

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.8
Λοιπά Επαγγέλματα Υγείας(1997)

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Διοικητικό	8.273
Φαρμακείων	627
Ειδικό	818
Παραϊατρικό	6.287
Κοινωνικής Μέριμνας	466
Πληροφορικής	277
Τεχνικό	4.313
Διατροφικής Μέριμνας	4.943
Διοικητικής Μέριμνας	10.254
ΣΥΝΟΛΟ	36.258

ΕΣΥΕ, Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Στατιστικής 1997, Αθήνα, 2001, σελ.28

3.6.Προτάσεις

Όπως έχει αναφερθεί από εμπειρογνώμονες σε θέματα υγείας, το ανθρώπινο δυναμικό στις μονάδες υγείας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εύρυθμη λειτουργία των υγειονομικών ιδρυμάτων. Πιο συγκεκριμένα, η ύπαρξη υπερβολικά μεγάλου αριθμού ιατρών σε συνδυασμό με τις τεράστιες ελλείψεις του συστήματος υγείας σε νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί μείζον πρόβλημα για τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, προτείνεται η δημιουργία κινήτρων για αποκέντρωση του ιατρικού δυναμικού και στελέχωση ημιαστικών και αγροτικών περιοχών, όπου υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις σε ιατρικό δυναμικό σε

αντίθεση με την πρωτεύουσα και τα μεγάλα αστικά κέντρα όπου υπάρχει υπερπροσφορά. Επίσης, κρίνεται αναγκαία μια πολιτική υγείας η οποία θα καθορίζει τον αριθμό των εισακτέων στις ιατρικές σχολές.

Αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, προτείνεται η δημιουργία κινήτρων(π.χ. μισθολογικά κίνητρα) έτσι ώστε να μην εγκαταλείπεται το επάγγελμα και να παροτρύνεται η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση. Η εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού σε τομείς υγείας που κρίνονται σημαντικοί(όπως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή θέματα χειρισμού σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού) πρέπει να αρχίζει από προπτυχιακό επίπεδο, έτσι ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει άμεσα στις τρέχουσες ανάγκες υγείας, όταν βγει στην αγορά εργασίας. Επίσης, παράλληλα με τις προσλήψεις εξειδικευμένου και πανεπιστημιακής εκπαίδευσής νοσηλευτικού προσωπικού, πρέπει να υπάρξει αντίστοιχη μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση και μείωση του μη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού(π.χ. συνταξιοδοτήσεις κλπ).

Εκτός από το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να επισημανθούν οι ανάγκες σε διοικητικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό κυρίως σε ειδικότητες όπως τεχνολόγοι-τεχνικοί, ειδικοί πληροφορικής, ειδικοί σε θέματα διοίκησης και οικονομικών της υγείας κτλ. Παράλληλα με τις αναγκαίες προσλήψεις που θα γίνουν για την κάλυψη των αντίστοιχων θέσεων, πιστεύουμε ότι θα ήταν αναγκαία και η διενέργεια σεμιναρίων επαγγελματικής κατάρτισης πάνω σε θέματα βιοτεχνολογίας, βιοστατιστικής, οικονομικών, ιατρικής τεχνολογίας, νοσοκομειακής

διοίκησης κ.α. Η εκπαίδευση αυτού του τύπου μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

Θεοδώρου, Μ., κ.α., «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούνιος 1994, σελ.95-102

Sissouras, Ar., Yfantopoulos, J., "Report on the Organization and the Management of Health Services in Greece", Αθήνα, Απρίλιος 1994,σελ.16-21

Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικής Ανάπτυξης, « Υγεία: Μελέτη Ομάδας Εργασίας», ΚΕΠΕ, Αθήνα, 1976, σελ.341-350

Θεοδώρου, Μ., κ.α., ο.π., σελ.141-154

Υπουργείο Υγείας, Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη», Συνοπτική Παρουσίαση, Αθήνα, Ιούλιος 2000, 1-23

Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘΜΟ 2889,2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001, σελ.1079-1093

Williams, J., Ewell, C., «Η Διοίκηση του Ιατρικού Νοσοκομειακού Προσωπικού», Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1997,σελ.24-25

Gatrell, J., White, T., "Doctors and management-a model for change." Health Manpower Management, Volume 23, Number 1, 1997, MCB University Press, σελ.31-35

Walker, R., Morgan, and P., «Involving doctors in management. A survey of the management career needs of selected doctors in NHS Wales», Journal of Management in Medicine, Vol.10, No1, 1996, MCB, University Press, σελ.33-35

Δαληγγάρου-Βιλαέτη ,Ολ., «Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management. Τα Πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συμβουλίου», MediForce, Αθήνα, Μάιος 2001, σελ.347-353

«ΙΑΣΩ», Απολογισμός Χρήσης 2001, σελ.23

Αρχεία νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς», «Οργανόγραμμα», 2002

Ανδριώτη, Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994, σελ. 72-99

Abel Smith, B., κ.α. , «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας», Φαρματρικά, Αθήνα, 1994, σελ.169

Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., «Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών και Υγείας, 1994, σελ. 158-163

ΕΣΥΕ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 2002», Αθήνα, 2003, σελ.13-39

ΕΣΥΕ, «Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1997», Αθήνα, 2001,σελ.128-136

Υπουργείο Υγείας, «Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη Του Ιατρικού Δυναμικού», Αθήνα, 1995, σελ.84-90

Γεωρνταμίλης, Αρ., «Η Ανάπτυξη του Οδοντιατρικού Δυναμικού», Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 1996,σελ.35(219)-38(222)

Λέβητ, Τ., κ.α., «Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης», Λειτουργικό πρόγραμμα «Υγεία», Αθήνα 1994, σελ.93-98

Beazoglou, Tr., κ.α., “Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System”, Exandas, 1998, σελ.77-83

Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, «Οικονομικά και Υγεία. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα 1989, σελ.334-337

World Health Organization, “European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary”, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996, σελ.10-11

Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Αρ. «Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη», Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία,σελ.36-38

Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., «Η Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000, 17(6), σελ. 627-639

Λέβητ, Τ., κ.α., «Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης», Λειτουργικό πρόγραμμα «Υγεία», Αθήνα 1994, σελ.97-98

<http://www.yyp.gr/index.html>.-Ηλεκτρονική Διεύθυνση της Ιστοσελίδας του Υπουργείου Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1.ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

4.1.1. Ανθρώπινο κεφάλαιο⁶²

Η μελέτη του ανθρώπινου κεφαλαίου προέκυψε από την αδυναμία των κλασικών οικονομικών θεωριών να ερμηνεύσουν την μεταπολεμική οικονομική ανάπτυξη ορισμένων χωρών, με βάση μόνο τις αυξήσεις του φυσικού κεφαλαίου(γη, κτίρια, κεφαλαιουχικός εξοπλισμός). Η νεοκλασική και η μαλθουσιανή θεωρία απέτυχαν να δώσουν απάντηση στο υπόδειγμα της δυναμικής ανάπτυξης, επειδή αγνόησαν τη σχέση μεταξύ πληθυσμού και οικονομίας, υπερτονίζοντας τη σπουδαιότητα του φυσικού κεφαλαίου.

Η σχέση μεταξύ γεννητικότητας και επενδύσεων στην εκπαίδευση και την εξειδίκευση θεωρείται πολύ σημαντική για το σχηματισμό του ανθρώπινου κεφαλαίου. Βάσει λοιπόν των παραπάνω εκτιμήθηκε ότι στον πλούτο των εθνών συμβάλλει εκτός από το φυσικό κεφάλαιο και η συσσώρευση ανθρωπίνου κεφαλαίου με τη μορφή της εξάπλωσης της επιστημονικής και τεχνολογικής

⁶² Βασισμένο σε απόψεις της: Ανδριώτη, Δ., «*Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*», Εξάντας, 1998,σελ. 21-37

γνώσης. Ο πλούτος της γνώσης αυξάνει την παραγωγικότητα και τις άλλες εισροές στη παραγωγική διαδικασία εφόσον ενσωματώνεται στο ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο συνεισφέρει στο σχηματισμό των εκροών της παραγωγής.

Η αύξηση του εισοδήματος στις Η.Π.Α. αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που οφείλεται στο συντελεστή εργασία και ιδιαίτερα στη συμβολή της εκπαίδευσης του εργατικού δυναμικού. Η απόδειξη της συσχέτισης μεταξύ επενδύσεων σε ανθρώπινο δυναμικό και της ευημερίας των εθνών είναι στην εποχή μας αρκετά ισχυρή. Οι οικονομολόγοι του Σικάγο χρησιμοποιούν το επιχείρημα ότι αφού στο ανθρώπινο δυναμικό έχει ενσωματωθεί γνώση και δεξιότητες και η οικονομική ανάπτυξη εξαρτάται από τα επιτεύγματα της τεχνολογίας και την επιστημονική γνώση, επομένως η ανάπτυξη προϋποθέτει τη συσσώρευση ανθρωπίνου κεφαλαίου. Τα οικονομικά επιτεύγματα των χωρών της Άπω Ανατολής, όπως της Ιαπωνίας και της Ταϊβάν και άλλων ασιατικών χωρών αναδεικνύουν την σημαντικότητα της επένδυσης στον ανθρώπινο παράγοντα.

Η ανάδειξη του ανθρωπίνου κεφαλαίου σε καθοριστικής σημασίας παράγοντα για την βελτίωση των οικονομιών των χωρών ανά την υφήλιο έστειψε το ενδιαφέρον των ειδικών στη μελέτη της ανάγκης για αξιολόγηση της βελτίωσης της ποιότητας των ανθρωπίνων πόρων. Η βελτίωση του εργατικού δυναμικού εξαρτάται από τρεις παράγοντες *α)την εκπαίδευση, β)την υγεία και γ)την παιδική μέριμνα.*

Όσον αφορά την εκπαίδευση η συσχέτιση είναι περισσότερο εμφανής, με

αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση της αξίας της εκπαίδευσης τόσο σε θεωρητικό επίπεδο όσο και σε πρακτικό και τεχνικό, στο επίπεδο της εργασίας. Αντίθετα, αναφορικά με την υγεία και την παιδική μέριμνα τα αποτελέσματα συσχέτισης ήταν πενιχρά, λόγω μεθοδολογικών κυρίως προβλημάτων που οδηγούνται όμως σε επίλυση.

Τα τελευταία τριάντα χρόνια έχουν εκπονηθεί πολλές μελέτες για θέματα ανθρώπινου παράγοντα καθώς και εκπαίδευσης αυτού, όπως η μελέτη του Denison το 1985 που μελετώντας τα δεδομένα στις Η.Π.Α. από το 1929 ως το 1982, διαπίστωσε ότι κατά τη διάρκεια των ετών αυτών η εκπαίδευση συνέβαλε κατά ένα τέταρτο στην αύξηση του εισοδήματος ανά κάτοικο. Βάσει παρεμφερούς μελέτης το εισόδημα βρέθηκε ευθέως ανάλογο των ετών εκπαίδευσης, η οποία θεωρείται ότι συμβάλλει θετικά εκτός από τη βελτίωση του εισοδήματος στην επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική άνοδο.

Η βελτίωση του ανθρώπινου παράγοντα βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με την υγεία και την εκπαίδευση. Το ενδιαφέρον που εμφανίζουν οι διάφορες χώρες για το σχηματισμό του ανθρωπίνου κεφαλαίου ως παράγοντα οικονομικής ευημερίας, αποδεικνύεται από τις δημόσιες δαπάνες για τους τομείς αυτούς σε σχέση με άλλους τομείς της οικονομίας.

Η βελτίωση του συντελεστή εργασία βασίζεται στην εκπαίδευση του εργαζομένου, μέσω της απόκτησης δεξιοτήτων και εξειδίκευσης πάνω στο αντικείμενο της εργασίας. Το ίδιο συμβαίνει και με την υγεία, καθώς έλλειψη υγείας σημαίνει

απουσία του ατόμου από την εργασία του με συνέπεια απώλεια εισροών στην παραγωγική διαδικασία. Επίσης υπάρχει εκτός από το χαμένο ωρομίσθιο, η απώλεια χρόνου και χρημάτων για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η επένδυση σε ιατρικές φροντίδες συντελεί στον περιορισμό της απώλειας εισοδήματος και άμεσου και έμμεσου κόστους, για τον ασθενή και τους συγγενείς, αλλά και στη αποφυγή της δυσάρεστης ψυχολογικής κατάστασης που δημιουργείται λόγω της ασθένειας.

Όπως προαναφέρθηκε το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι συνυφασμένο με τον άνθρωπο, την εκπαίδευση και την υγεία του. Διακρίνονται τρεις τύποι επένδυσης σε ανθρώπινο κεφάλαιο α)εκείνη που αποσκοπεί σε μεγαλύτερο κέρδος β)αυτή που αποσκοπεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση και γ) η επένδυση που αποσκοπεί και στα δύο. Επομένως οι φροντίδες υγείας αποτελούν το μέσον για καλύτερη υγεία και υψηλότερα κέρδη μέσω αυτής.

Ο Grossman το 1972 διατύπωσε μια υπόθεση η οποία κατόπιν κρίθηκε πολύτιμη για το ζήτημα της συμβολής της υγείας στο σχηματισμό ανθρωπίνου κεφαλαίου. Ισχυρίστηκε ότι στο άτομο υπάρχει ένα αρχικό απόθεμα υγείας το οποίο πρέπει να διατηρηθεί ώστε να του δοθεί ο κατάλληλος χρόνος για παραγωγή. Οι ιατρικές φροντίδες που χρησιμοποιούνται για την απόκτηση του αρχικού επιπέδου υγείας που θα επιτρέψει το άτομο να διαθέσει μελλοντικά το χρόνο του για παραγωγή αγαθών θεωρούνται επένδυση και χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω δημοσίων δαπανών.

Επομένως, οι δημόσιες δαπάνες που απορροφούν σημαντικό μερίδιο από το Α.Ε.Π. των αναπτυγμένων αλλά και των αναπτυσσόμενων χωρών βοηθούν στη διατήρηση αυτού του επιπέδου υγείας που είναι ενσωματωμένο στον άνθρωπο. Οι δαπάνες με τις οποίες χρηματοδοτούνται προγράμματα βασικής εκπαίδευσης και δημόσιας υγείας αναμένεται ότι θα αποσβεστούν αφού βελτιωθεί η αποδοτικότητα και παραγωγικότητα της εργασίας.

4.1.2.Εισαγωγή στη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων⁶³

Η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων ασχολείται με την στρατολόγηση, επιλογή, ανάπτυξη, αξιοποίηση και προσαρμογή των ανθρώπινων πόρων στους οργανισμούς, επιχειρήσεις ή υπηρεσίες. Η υπηρεσία προσωπικού υφίσταται σε όλους τους οργανισμούς, ανεξάρτητα αν υπάρχει τμήμα με αυτό το όνομα, καθώς οι διαδικασίες της στρατολόγησης, της επιλογής της ανάπτυξης και αξιοποίησης συναντώνται σε όλους τους οργανισμούς ανεξάρτητα από το μέγεθος τους.

Η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού διαφέρει από τις άλλες υπηρεσίες με την έννοια ότι θέματα προσλήψεων, απολύσεων, καθοδήγησης, εποπτείας, προαγωγών, μεταθέσεων, διαχείρισης παραπόνων, υποκίνησης, καθηκοντολογίου, αξιολόγησης κ.α. που ενυπάρχουν σε όλες τις υπηρεσίες (οικονομική υπηρεσία, τμήμα παραγωγής κ.ο.κ.) αποτελούν θέματα ανθρώπινου δυναμικού. Επομένως, η διοίκηση προσωπικού ασχολείται με τον οργανισμό στο σύνολο. Έτσι μπορούμε

⁶³ Βασισμένο στις απόψεις του: Κανελλόπουλου, Χ., «Διοίκηση Προσωπικού», Αθήνα, 1991, σελ.17-34

να συμπεράνουμε ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι περισσότερες επιχειρήσεις (προβλήματα κόστους, ποιότητας, παραγωγικότητας) σχετίζονται άμεσα και δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν ανεξάρτητα από τις λειτουργίες προσωπικού.

Οι κύριες λειτουργίες της Υπηρεσίας Προσωπικού είναι :

Πρόσληψη. Αποτελεί την επιλογή και εγκατάσταση προσώπων στον οργανισμό. Η ευθύνη για την ενέργεια αυτή καταλογίζεται στον αρμόδιο προϊστάμενο, ο οποίος καθορίζει και τα αναγκαία προσόντα που πρέπει να πληροί ο υποψήφιος. Η υπηρεσία προσωπικού καθορίζει τις πηγές άντλησης προσωπικού και το σύστημα επιλογής.

Μεταθέσεις, προαγωγές, διακοπή εργασίας. Στα καθήκοντα αυτά το τμήμα προσωπικού έχει συντονιστικό ρόλο. Συνήθως η απόφαση για τα παραπάνω γίνεται από το τμήμα προσωπικού και του τμήματος που σχετίζεται με τις λειτουργίες αυτές, η κύρια ευθύνη όμως ανήκει στο δεύτερο.

Εκπαίδευση και ανάπτυξη προσωπικού. Αυτή γίνεται από τον αρμόδιο προϊστάμενο, ή από ειδικά εξουσιοδοτημένο υπάλληλο που παίζει το ρόλο του διδάσκοντα.

Πολιτική Μισθών και ημερομισθίων. Η υπηρεσία προσωπικού σε συνεργασία με τα γραμμικά στελέχη εισάγει ένα σύστημα αξιολόγησης έργου/θέσεως και η ανώτατη διοίκηση καθορίζει μια ειδική δομή αμοιβών καθώς και τα ανώτερα και κατώτερα μισθολογικά επίπεδα.

Υγεία και πρόληψη ατυχημάτων. Ένα τυπικό πρόγραμμα υγείας των εργαζόμενων περιλαμβάνει τα εξής: ιατρική εξέταση πριν την πρόσληψη, περιοδική εξέταση των εργαζομένων σε ανθυγιεινά έργα, λειτουργία πρόχειρου φαρμακείου, πρώτες βοήθειες, μαθήματα υγιεινής και έλεγχος και προφύλαξη από εργατικά ατυχήματα.

Πειθαρχικά μέτρα και απολύσεις. Πειθαρχία σημαίνει α)εκπαίδευση που διορθώνει, δηλαδή απόκτηση ορθής συμπεριφοράς βάσει της πίστης σε προκαθορισμένους κανόνες διαγωγής και β)τιμωρία αυτών που παραβαίνουν τους κανόνες αυτούς.

Ωφελήματα και εξυπηρετήσεις προς τους εργαζομένους. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι συντάξεις, καταβολή δανείων, αποζημιώσεις ασθένειας και ανεργίας, κοινωνικά και ψυχαγωγικά προγράμματα.

Προγραμματισμός ανθρώπινου δυναμικού(Manpower planning). Είναι μία πρόσφατη σχετικά λειτουργία που έχει να κάνει με την εξασφάλιση στον οργανισμό των εργαζομένων με τα κατάλληλα προσόντα. Η λειτουργία αυτή γίνεται κυρίως

από την ανώτατη διοίκηση συνήθως όμως παράλληλα με ειδικούς από την υπηρεσία προσωπικού. Εξετάζονται σημαντικά ζητήματα όπως έλεγχος ικανοτήτων και εμπειρίας, πρόβλεψη αναγκών σε προσωπικό ανάλογα με την παραγωγή, ανάλυση αγοράς εργασίας και κατάστρωση προγραμμάτων για αντιμετώπιση ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό κυρίως σε ότι αφορά το επιστημονικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό.

Στη συνέχεια θα μελετήσουμε τη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων ειδικά στον τομέα της υγείας και το σχεδιασμό και τις πολιτικές που προβλέπονται σε διεθνές και εγχώριο επίπεδο.

4.2.Η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων στον Τομέα της Υγείας

4.2.1.Εισαγωγή

Οι υπηρεσίες υγείας, από επιχειρησιακή άποψη, όπως και όλος ο τομέας των υπηρεσιών είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό εντάσεως εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό λοιπόν είναι καθοριστικός παράγων λειτουργίας του, απορροφώντας 60-70% των δαπανών που διατίθενται⁶⁴.

Η άμεση επαφή των εργαζομένων στον τομέα της υγείας με τους ασθενείς ή γενικά

⁶⁴ Υπουργείο Υγείας&Πρόνοιας, «Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη Του Ιατρικού Δυναμικού», Αθήνα 1995, σελ.84

τους άλλους πελάτες υπογραμμίζει τη σημαντικότητα του παράγοντα εργαζόμενος και χαρακτηριστικά διοίκησης αυτού. Για την παροχή της υγειονομικής υπηρεσίας δεν απαιτείται μόνο ικανότητα, αλλά υπεύθυνη προσέγγιση και συμπόνια προς τον ασθενή⁶⁵.

Έτσι λοιπόν η αλληλεπίδραση των πελατών και των επαγγελματιών υγείας αποτελεί βασικό συστατικό πρόβλεψης για τις υγειονομικές υπηρεσίες. Η ύπαρξη σε έντονο βαθμό του ανθρώπινου παράγοντα αυξάνει την μεταβλητότητα στη διοίκηση. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η αποτελεσματική διοίκηση προσωπικού στις μονάδες υγείας απαιτεί από τους ειδικούς την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόδοση των εργαζομένων.

4.2.2. Το παράδοξο που αντιμετωπίζει ο τομέας της Υγείας

Τα τελευταία χρόνια επιτελέστηκαν ριζικές αλλαγές στη βιομηχανία της υγειονομικής περίθαλψης. Υπήρξε όντως ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για εντονότερη συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες λήψεως των αποφάσεων και στη βελτίωση του επιπέδου ψυχολογικής ταύτισης με τον οργανισμό. Νέες αντιλήψεις και τακτικές όπως Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) και Κύκλοι Ποιότητας (Quality Circles) εφαρμόζονται και έννοιες όπως η αξία της κουλτούρας της επιχείρησης ως κλειδί για την αύξηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας ερευνώνται. Από την άλλη πλευρά, η

⁶⁵ Βασισμένο σε απόψεις των: Schulz, R, Johnson, Al., *“Management of Hospitals and Health Services, Strategic Issues and Performance”*, Mosby Third Edition, 1990, σελ.261-262

οικονομική στενότητα και η περιορισμένη ρευστότητα των οργανισμών αυτών έχουν αυξήσει την προτεραιότητα τους σε θέματα όπως διατήρηση του μεριδίου αγοράς, αύξηση της αποδοτικότητας και μεγιστοποίηση των χρηματικών εισροών. Η προσήλωση των υγειονομικών υπηρεσιών στη βελτίωση της χρηματοοικονομικής αποδοτικότητας οδήγησε σε ενέργειες όπως απόλυση προσωπικού, περικοπές σε δαπάνες ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού, καθυστέρηση καταβολής αυξήσεων κ.α. Τέτοιες στρατηγικές, που σε μεγάλο βαθμό έχουν βραχυχρόνιο, ευκαιριακό χαρακτήρα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ανάπτυξης του προσωπικού που ασχολείται με τον τομέα της υγείας. Κάτω από αυτό το πρίσμα θα ερευνήσουμε τις παραμέτρους που συσχετίζονται με το συγκεκριμένο τομέα⁶⁶.

4.2.3. Περιβαλλοντικές Τάσεις που επηρεάζουν τον Τομέα της Υγείας⁶⁷

Αλλαγές στο επιχειρηματικό περιβάλλον που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες και τις τάσεις στο εργατικό δυναμικό των υπηρεσιών υγείας πρέπει να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό ανθρώπινου δυναμικού. Για παράδειγμα δεν μπορούμε αυθαίρετα να υποθέσουμε ότι θα υπάρχει στην αγορά εργασίας διαθέσιμο ειδικό προσωπικό όταν ξεκινά ή διευρύνεται η διάθεση κάποιων υπηρεσιών και για το λόγο αυτό πρέπει να αφιερώνεται επαρκής χρόνος για στρατολόγηση και

⁶⁶ Βασισμένο σε απόψεις των: Siddiqui, J., Kleiner, B., "Human resource management in the health care industry", Health Manpower Management, Volume 24, Number 4, MCB University Press, 1998, σελ.143

⁶⁷ Βασισμένο σε απόψεις των: Siddiqui, J., Kleiner, B., "Human resource management in the health care industry", Health Manpower Management, Volume 24, Number 4, MCB University Press, 1998, σελ.144

εκπαίδευση.

Όταν η ζήτηση για κάποιες υπηρεσίες περιορίζεται ή σταματάει, τακτικές όπως επανεκπαίδευση του προσωπικού μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντί μεθόδων όπως π.χ. απόλυση. Η προσεκτική παρακολούθηση του εξωτερικού περιβάλλοντος μπορεί να εξασφαλίσει στο δυναμικό του οργανισμού ένα βέλτιστο επίπεδο μεγέθους, δεξιοτήτων και εμπειρίας, μειώνοντας παράλληλα το φαινόμενο πλεονασμάτων ή ελλείψεων στο προσωπικό.

4.2.4.Κύριες λειτουργίες προσωπικού στις μονάδες υγείας⁶⁸

Παρακάτω αναλύονται κάποιες από τις σημαντικότερες λειτουργίες προσωπικού στις μονάδες υγείας, η επιτυχημένη εφαρμογή των οποίων συντελεί στην πραγμάτωση των στόχων, όχι μόνο της υπηρεσίας προσωπικού, αλλά και ολόκληρου του οργανισμού υγείας.

Στρατολόγηση

Η στρατολόγηση προσωπικού παίζει έναν δυναμικό ρόλο στην υποβοήθηση του οργανισμού υγείας να παραμείνει προσαρμόσιμος και ανταγωνιστικός. Για το λόγο αυτό οι μονάδες υγείας πρέπει να έχουν συνεχή εισροή δυναμικού, καθώς νέες ειδικότητες και υπηρεσίες ανακαλύπτονται και προστίθενται στις ήδη υπάρχουσες.

⁶⁸Βασισμένο σε απόψεις των: Siddiqui, J., Kleiner, B., "Human resource management in the health care industry", *Health Manpower Management*, Volume 24, Number 4, σελ.144

Η στρατολόγηση απαιτείται ακόμη και σε περιόδους περιορισμένης ανάπτυξης, ακόμη και ύφεσης, καθώς εργαζόμενοι με εξειδικευμένα προσόντα και εκπαίδευση που αποχωρούν πρέπει να αντικαθίστανται. Οι εργαζόμενοι που μόλις έχουν αποκτήσει την επαγγελματική εκπαίδευση αποτελούν την πηγή απόκτησης νέων μεθόδων και τεχνικών για τον οργανισμό και βοηθούν στην διατήρηση της ανταγωνιστικότητας. Η στρατολόγηση από το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού είναι επιβεβλημένη, όταν δεν υφίστανται άτομα με τα διοικητικά και επαγγελματικά προσόντα εντός αυτού.

Επιλογή και Τοποθέτηση

Η επιλογή και η τοποθέτηση είναι μέρος της διαδικασίας στρατολόγησης. Οι κατάλληλοι μέθοδοι θα πρέπει να έχουν στοιχειοθετηθεί έτσι ώστε να επιλεχθούν τα πλέον κατάλληλα άτομα για τον οργανισμό υγείας. Η σωστή εφαρμογή της οργανωσιακής στρατηγικής απαιτεί η διοίκηση να έχει επισταμένη γνώση των απαιτήσεων των θέσεως εργασίας και των αναγκαίων προσόντων των υποψηφίων. Αυτό είναι αρκετά δύσκολο στην περίπτωση που έχουμε να κάνουμε με στελέχωση νέων, μη-παραδοσιακών θέσεων εργασίας, σαν και αυτές που δημιουργούνται αρκετά συχνά στον υγειονομικό τομέα.

Εκπαίδευση και Ανάπτυξη

Η επένδυση του οργανισμού υγείας στο ανθρώπινο δυναμικό μέσω μιας σωστά

οργανωμένης εκπαιδευτικής λειτουργίας και ανάπτυξης αποτελεί σίγουρο μακροχρόνιο όφελος, τόσο για τις ιδιωτικές όσο και για τις δημόσιες μονάδες υγείας. Αυτό βέβαια συμβαίνει γιατί η βελτίωση του ανθρώπινου παράγοντα που επιτυγχάνεται μέσα από τα προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης, μεταλαμπαδεύεται στον ίδιο τον οργανισμό μέσω υψηλότερης εξειδίκευσης και ανταγωνιστικότητας. Οι τεχνολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στις υπηρεσίες υγείας απαιτούν την εντονότερη εξειδίκευση από πλευράς των επαγγελματιών υγείας. Τα υγειονομικά ιδρύματα πρέπει να αναπτύσσουν μηχανισμούς προσαρμογής στον ανταγωνισμό του σήμερα και οι παροχείς των ιατρικών υπηρεσιών μες τον οργανισμό πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τους παράγοντες που προκαλούν τις αλλαγές αυτές και για τους ρόλους που πρέπει να παίξουν, έτσι ώστε η διοίκηση να μπορεί να αντεπεξέλθει.

Αξιολόγηση Απόδοσης

Η αξιολόγηση απόδοσης αποτελεί εργαλείο συστηματικής εκτίμησης της αποδοτικότητας του εργαζομένου. Για την επίτευξη της μέτρησης του βαθμού εκπλήρωσης των εργασιακών απαιτήσεων απαιτείται η ύπαρξη έγκυρων και αξιόπιστων κριτηρίων αξιολόγησης των εργαζομένων. Στην περίπτωση που ο εργαζόμενος εκπληρώνει τα κριτήρια αυτά, λαμβάνεται υπόψη από την ηγεσία ως υποψήφιος για προαγωγή. Εκτός από αυτό, τα συστήματα αξιολόγησης χρησιμεύουν και ως εργαλείο καθορισμού εργασιακών πεδίων, πάνω στα οποία απαιτείται περισσότερη εκπαίδευση και ανάπτυξη. Το σωστά σχεδιασμένο

σύστημα αξιολόγησης αποτελεί κύριο μέσο στρατηγικού σχεδιασμού γιατί μεταφράζει τους στόχους της ανώτερης διοίκησης, σε απαιτούμενη εργασιακή συμπεριφορά από τα άτομα. Η διοίκηση πρέπει να καθορίσει τις απαραίτητες δραστηριότητες που οδηγούν στην επίτευξη της αποστολής (mission) του οργανισμού και να τις μετατρέψει σε κριτήρια αξιολόγησης.

Μισθολογική Διαχείριση

Τα συστήματα μισθοδοσίας σε έναν οργανισμό μπορούν να επηρεάσουν τη στρατηγική κατεύθυνση σε πολλά επίπεδα. Πρώτον, η ικανότητα μίας επιχείρησης να προσελκύσει και να κρατήσει ευσυνείδητους εργαζομένους εξαρτάται εν μέρει από το είδος και το επίπεδο των αμοιβών. Δεύτερον, το επίπεδο αμοιβών μπορεί να ευνοήσει την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, υποκινώντας τους εργαζομένους ενός οργανισμού. Τρίτον, τα συστήματα αμοιβών συνεισφέρουν στην οργανωσιακή κουλτούρα και ενισχύουν την οργανωτική δομή.

Οι διευθυντές των υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην επεξεργασία των μισθολογικών συστημάτων, λόγω της υψηλής ανομοιομορφίας προσωπικού που εργάζεται στα νοσοκομειακά ιδρύματα. Η ετερογένεια που επικρατεί απαιτεί την ανάπτυξη ειδικών μεθόδων αμοιβών για τα διαφορετικά επαγγέλματα υγείας. Η ποικιλότητα αυτή πρέπει να συνυπολογιστεί και με την παροχή ευρύτερων υγειονομικών υπηρεσιών στα υγειονομικά ιδρύματα, πράγμα που αναγκάζει τα στελέχη να είναι ανοικτά σε νέες απόψεις και προσεγγίσεις.

Εργασιακές Σχέσεις

Η διατήρηση της διοικητικής ευελιξίας είναι κρίσιμης σημασίας ζήτημα για τη μακροχρόνια προσαρμοστικότητα και επιβίωση των οργανισμών υγείας, ειδικά στη σημερινή εποχή που τα δεδομένα μεταβάλλονται με ταχύτερους ρυθμούς. Επομένως, η ανάπτυξη θετικών σχέσεων ανάμεσα σε διοίκηση και εργαζομένους αναγάζεται σε σημαντικό παράγοντα για τη στρατηγική διοίκηση ανθρώπινων πόρων, μιας και στην περίπτωση που οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν υπάρχει ενδιαφέρον από την πλευρά της διοίκησης προς αυτούς αρχίζει κάποια αντιπαράθεση που ενδεχομένως να μπλοκάρει τους στόχους της διοίκησης. Έτσι η διοίκηση μπορεί π.χ. να συμφωνήσει με τα εργατικά συνδικάτα κάποιοι εργαζόμενοι που έχουν απολυθεί ή έχει τερματιστεί η σύμβαση εργασίας τους να μεταφερθούν σε ανάλογες θέσεις ή οι ήδη εργαζόμενοι να προσληφθούν πρώτοι εάν δημιουργηθούν ανάλογες θέσεις στον δικό τους τομέα. Γενικά η ύπαρξη αρμονικών σχέσεων σύμπνοιας μεταξύ διοίκησης-εργαζομένων συντελεί στον περιορισμό σημαντικών δαπανών και καθυστερήσεων.

Τα υψηλά επίπεδα απολύσεων συντελούν τόσο στη μείωση της ποιότητας, όσο και στη δημιουργία άμεσου (αντικατάσταση) αλλά και έμμεσου κόστους(εντονότερο άγχος στο υπάρχον προσωπικό και αυξημένος χρόνος εκπαίδευσης στους νέους εργαζομένους⁶⁹).

⁶⁹ Βασισμένο σε απόψεις του: Flanagan, H. "What chance a caring management culture?" Health Manpower Management, Volume 23, Number 5, 1997, MCB University Press, σελ.187

Παρακάτω προτείνονται κάποιοι μέθοδοι οι οποίοι μπορούν να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν από τους υπεύθυνους προσωπικού των μονάδων υγείας, έτσι ώστε να επιτευχθεί, εάν γίνει σωστή και μέσα στα πλαίσια της στρατηγικής διοίκησης του οργανισμού εφαρμογή, η βελτίωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων.⁷⁰

Σχεδιασμός διαδικασιών εργασίας

Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός εργασίας στις μονάδες υγείας πρέπει να διασφαλίζει ότι η προσέγγιση που υιοθετήθηκε στη διαδικασία σχεδιασμού παρέχει βέλτιστη αποδοτικότητα προσωπικού και είναι πλήρως εναρμονισμένη με τις οδηγίες της στρατηγικής διοίκησης. Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός σχετίζεται με την αναγνώριση των ικανοτήτων του κάθε ατόμου ξεχωριστά και της ομάδας εργασίας ως σύνολο, καθώς και με τη διασφάλιση της αυτονομίας των μελών της ομάδας αναφορικά με την επίλυση προβλημάτων και με την ανάληψη πρωτοβουλιών. Σχετίζεται ακόμη με την ανάπτυξη των κατάλληλων μεθόδων ανταμοιβών των ομάδων εργασίας που είναι εναρμονισμένες με την κουλτούρα της επιχείρησης και φέρνουν καλλίτερα αποτελέσματα, καθώς και με μέτρα που διασφαλίζουν την βελτίωση της συνολικής αποδοτικότητας της ομάδας εργασίας.

⁷⁰ Βάσει απόψεων του: Zairi M., "Building human resources capability in health care: a global analysis of best practice-part III", *Health Manpower Management*, Volume 24, Number 5, 1998, pp.166-169

Υποκίνηση Προσωπικού

Η επιτυχημένη διαδικασία υποκίνησης προσωπικού σχετίζεται με τη χρησιμοποίηση μεθόδων μέτρησης του βαθμού υποκίνησης και ικανοποίησης του προσωπικού, τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, όταν αυτή κρίνεται αναγκαία, καθώς και με την διαχείριση των θεμάτων της υγιεινής και ασφάλειας του προσωπικού. Είναι σημαντικό για τον οργανισμό να θέσει τους παράγοντες της υγιεινής και ασφάλειας του προσωπικού ως κύριο μέλημα της διοίκησης, έτσι ώστε μέσω αυτών των παραγόντων το προσωπικό να οδηγηθεί σε μεγαλύτερη παραγωγικότητα. Κύριος σκοπός της διοίκησης αναφορικά με την υποκίνηση του προσωπικού είναι η εκτίμηση, σε τακτά χρονικά διαστήματα, του βαθμού της υποκίνησης και ικανοποίησης του προσωπικού στον οργανισμό μέσα στα πλαίσια συνεχούς βελτίωσης και αναβάθμισης του εργασιακού περιβάλλοντος.

4.2.5.Κύκλος ζωής, στρατηγική και διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού μονάδων υγείας⁷¹

Οι οργανισμοί υγείας όπως και οι άλλοι οργανισμοί διέρχονται από πέντε στάδια αναφορικά με τον κύκλο ζωής τους. Τα στάδια αυτά περιλαμβάνουν τη διαμόρφωση, ανάπτυξη, ωριμότητα, αντιστρέψιμη κάθοδο και οριστική πτώση. Παρακάτω μελετούμε περιληπτικά τις φάσεις αυτές που διέρχονται οι υπηρεσίες

⁷¹ Βασισμένο σε απόψεις των: Siddiqui, J., Kleiner, B. "Human resource management in the health care industry", *Health Manpower Management*, Volume 24, Number 4, MCB University, 1998, σελ.145-146

υγείας και πως ενεργούν αναφορικά με θέματα σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού.

Φάση διαμόρφωσης

Στη φάση αυτή επειδή υπάρχει υψηλό το ρίσκο της αποτυχίας η έμφασή δίδεται στο βραχυχρόνιο επίπεδο. Υπάρχει ελάχιστος ή και καθόλου σχεδιασμός ανθρώπινου δυναμικού και ο σχεδιασμός σε θέματα καριέρας(career planning) είναι άτυπος καθώς οι δυνατότητες σταδιοδρομίας αναπτύσσονται μόνες τους καθώς ο οργανισμός αναπτύσσεται. Στη φάση αυτή ο οργανισμός υγείας δίνει έμφαση στη πρόσληψη σε στελέχη μάρκετινγκ για την ανάπτυξη νέων αγορών και σε ιατρικό προσωπικό για την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών στις αγορές αυτές. Αφού στελεχωθούν αυτοί οι τομείς, αρχίζουν οι προσλήψεις για άλλα επαγγέλματα και για διοικητικό προσωπικό.

Φάση Ανάπτυξης

Στη φάση της ανάπτυξης η έμφαση δίνεται στον μακροχρόνιο σχεδιασμό. Έτσι χρησιμοποιούνται πληροφοριακά συστήματα για θέματα εργασίας που δίνουν έμφαση στη στελέχωση και στην εσωτερική στρατολόγηση. Τα προγράμματα συνταξιοδότησης παρέχουν αρκετή ευελιξία έτσι ώστε να δοθούν κίνητρα στους πιο παραγωγικούς και έμπειρους εργαζομένους ανεξαρτήτως ηλικίας. Παρέχονται ευρύτερες υγειονομικές υπηρεσίες(υπηρεσίες πρόνοιας, φροντίδα σε άτομα τρίτης

ηλικίας κ.τ.λ.) και γι'αυτό προτιμείται προσωπικό με ευρύτητα γνώσεων και δεξιοτήτων. Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στη φάση αυτή στοχεύει στην ανάπτυξη προσωπικού μέσω εκπαίδευσης, στελέχωσης και καθοδήγησης.

Φάση Ωρίμανσης

Στη φάση αυτή το σύστημα ανθρωπίνων πόρων του οργανισμού θεσμοθετείται και τυποποιείται. Η έμφαση δίνεται στην ομαδική εργασία (teamwork). Η επιτυχία στη φάση αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από εκσυγχρονισμένα συστήματα αξιολόγησης και αμοιβών προσωπικού έτσι ώστε να μετρηθεί και να επιβραβευτεί η αποδοτικότητα των εργαζομένων. Ο ρόλος των γιατρών εξετάζεται εκτενέστερά πάνω στο ζήτημα της συνεισφοράς τους στα έσοδα. Ο ρόλος του μάρκετινγκ αυξάνεται και ειδικοί πάνω σε αυτά τα θέματα προσλαμβάνονται ακόμη και από άλλους τομείς της αγοράς.

Φάση Αντιστρέψιμης Καθόδου

Κατά τη φάση αυτή, ο σχεδιασμός ανθρώπινου δυναμικού ταυτίζεται με τη στρατηγική αντιστροφής της καθόδου. Η έντονη εξειδίκευση στα επαγγέλματα υγείας δίνει τη σειρά της σε εργασίες ευρύτερου περιεχομένου. Η τάση πολλών οργανισμών να προωθούν την πρόωρη συνταξιοδότηση οδηγεί στο να αποσύρονται έμπειροι και καταξιωμένοι εργαζόμενοι που απαιτούνται για μελλοντική ανάπτυξη. Μια καλύτερη στρατηγική είναι η εξέταση κάποιων

εναλλακτικών σεναρίων σε θέματα εργασίας, όπως μερική απασχόληση, συνταξιοδότηση ανά φάσεις κ.α.

Μερικές από τις στρατηγικές που έχουν εφαρμόσει νοσοκομεία που έχουν βρεθεί στη φάση αυτή είναι περιορισμός των μη-αποδοτικών κλινικών, παροχή νέων διευκολύνσεων και υπηρεσιών και διάφοροι τύποι συμβουλευτικών υπηρεσιών. Η αποτυχία ενός εργαζομένου στη φάση αυτή αντιστοιχεί πολλές φορές και με την απόλυση του, ενώ η καλή απόδοση επιβραβεύεται με υψηλότερες από το κανονικό αποδοχές.

Φάση της Οριστικής Καθόδου

Στην περίπτωση που ο οργανισμός βρίσκεται σε πορεία μη αντιστρέψιμης πτώσης, δίδεται έμφαση στη συστηματική περικοπή του εργατικού δυναμικού και στην αναδιάταξη σε άλλους τομείς του οργανισμού στην περίπτωση που η πτώση αφορά ξεχωριστό τμήμα. Υπάρχει ελάχιστος ή μηδενικός σχεδιασμός εργασίας, εκπαίδευση ή γενικότερη διοικητική μέριμνα αφού δεν υπάρχουν μελλοντικές ευκαιρίες για τον οργανισμό ή την υπηρεσιακή μονάδα. Οι οργανισμοί υγείας σε τέτοιες περιπτώσεις ψάχνουν να βρουν κάποιον αγοραστή στον οποίο μπορούν να πωληθούν και γίνονται σχέδια για την σταδιακή μείωση προσωπικού και τη μετάθεση τους.

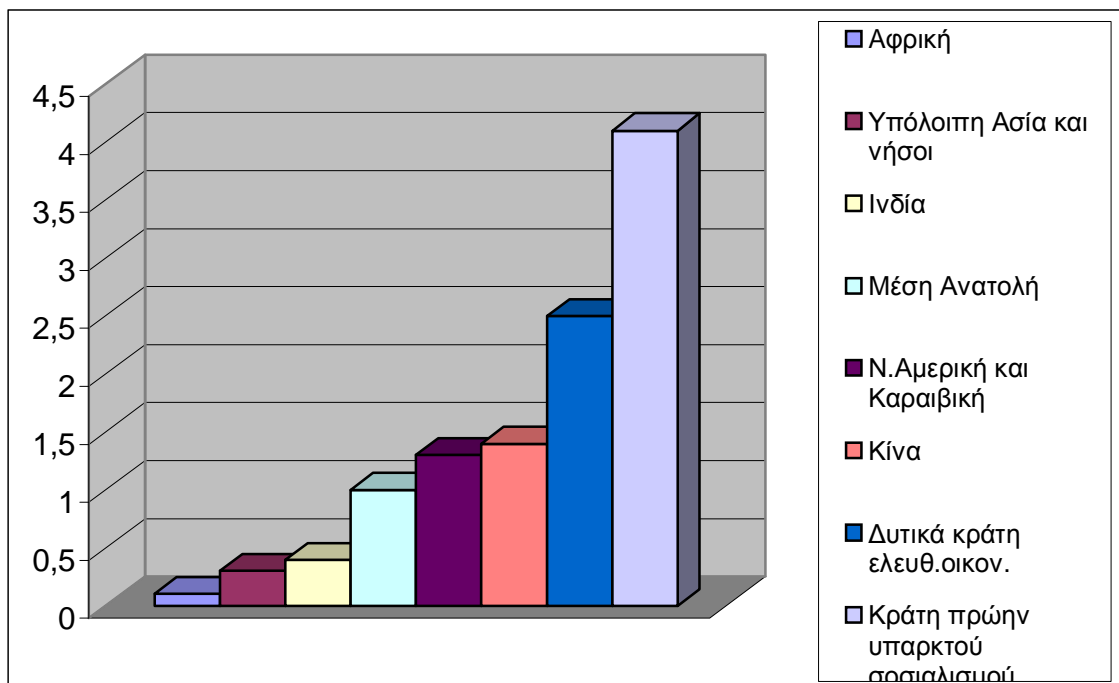
4.3. Διεθνείς τάσεις και εξελίξεις

4.3.1. Δημογραφικά δεδομένα των επαγγελματιών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Α.Γιατροί

Αναφορικά με το Ιατρικό σώμα, το 1970 η Γερμανία κατείχε την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρώπης με 16,43 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους, η Ελλάδα τη δεύτερη με 16,22 γιατρούς, ενώ η Πορτογαλία και η Ιταλία βρίσκονταν στις τελευταίες θέσεις με 9,67 και 7,82 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα. Το 1980 το Βέλγιο κατείχε την πρώτη θέση με 24,92 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους, ενώ η χώρα μας τη δεύτερη με 24,34 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους. Στις τελευταίες θέσεις βρίσκονταν το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιταλία με 12,20 και 12,01 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα. Το 1990 παρουσιάζεται παρόμοια κατάσταση με αυτήν του 1985. Η Ισπανία, το Βέλγιο και η Ελλάδα ήταν στις τρεις πρώτες θέσεις με 38,17, 34,30 και 34,03 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα. Στις τελευταίες θέσεις παρέμεναν το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιταλία με 14,1 και 13,11 γιατρούς ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα⁷²(Πίνακας 4.1).

⁷² Απόσπασμα από: Ανδριώτη, Δ., «Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Εξάντας, 1998, σελ.54-55



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1. Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους στην υφήλιο
 Πηγή : World Development Report, Investing in Health World Development Indicators, 1993, σελ.140

Το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης της αναλογίας ιατρών ανά 10.000 άτομα διαχρονικά, από το 1980 ως το 1990, το διαθέτουν η Ισπανία και το Βέλγιο με 40% και 38% ποσοστό αύξησης αντίστοιχα και ακολουθούν Γαλλία, Γερμανία με 31% και Ελλάδα με 28% . Το χαμηλότερο ποσοστό αύξησης το διαθέτουν η Ιταλία με 8% και η Ιρλανδία με 12%. Γενικότερα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις όσον αφορά τις αναλογίες γιατρών, αλλά και τους ρυθμούς αύξησης του ιατρικού δυναμικού ανά δεκαετίες.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία(2003) φέρνουν την Ελλάδα δεύτερη στη λίστα με τους περισσότερους ιατρούς, με 434 γιατρούς ανά 100.000 άτομα. Στη πρώτη θέση βρίσκεται η Ιταλία με 567. Πρέπει όμως να επισημανθεί ότι παρόλη την πληθώρα

ιατρών, υπάρχουν ειδικότητες όπως π.χ. οικογενειακοί γιατροί, που παρατηρούνται ελλείψεις⁷³.

Τα δύο γεγονότα αυτά εντείνουν το πρόβλημα της ανεργίας των νέων γιατρών. Η υπερπροσφορά ιατρικών υπηρεσιών στα νοσηλευτικά ιδρύματα, σε συνδυασμό με την ελλιπή στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από ειδικούς άλλων επαγγελμάτων(κυρίως νοσηλευτικό προσωπικό) δημιουργεί έντονες ανισορροπίες στην εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών υγείας. Ο ιατρικός «πληθωρισμός» εντείνεται ακόμη περισσότερο από την εισαγωγή, στις εγχώριες ιατρικές σχολές, Ελλήνων φοιτητών ιατρικής που μετεγγράφονται από πανεπιστήμια της Ανατολικής κυρίως Ευρώπης.

Από ότι φαίνεται η τάση της εποχής για περισσότερη εξειδίκευση συντελεί στην δυσκολία εύρεσης εργασίας των νέων γιατρών, ενώ αντίθετα η τάση για ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συντελεί στη ζήτηση επαγγελματιών γιατρών με γενικότερου εύρους δυνατότητες όπως π.χ. γενικού γιατρού. Πρέπει να συνυπολογιστεί ακόμη το γεγονός της εξαιρετικά δαπανηρής ιατρικής εκπαίδευσης και της επένδυσης σε χρόνο των υποψηφίων γιατρών χωρίς προσδοκία απόσβεσης. Τέλος, για τη χώρα μας θα πρέπει να επισημανθεί η άνιση γεωγραφική κατανομή του ιατρικού δυναμικού και η υπερπροσφορά του στα μεγάλα αστικά κέντρα, γεγονός που επιτείνει τα ήδη αναφερθέντα προβλήματα.

⁷³ Βασισμένο σε απόψεις της: Τσώλη, Θ., «Ο έλληνας ασθενής στην εντατική της Ε.Ε.», Εφημερίδα Το Βήμα, 1/1/2003, σελ 8

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1

Αναλογία γιατρών ανά 10.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης (12) κατά τα έτη 1970, 1975, 1980, 1985, 1990

	1970	1975	1980	1985	1990
Βέλγιο	15,43	18,89	24,92	30,43	34,30
Δανία	14,61	18,57	21,74	25,37	27,78
Γαλλία	12,84	15,36	20,05	23,2	26,81
Γερμανία	16,43	19,20	22,65	26,37	30,87
Ελλάδα	16,22	20,36	24,34	29,3	34,03
Ιρλανδία	12,08	11,83	13,05	16,25	14,91
Ιταλία	7,82	10,20	12,01	12,08	13,11
Λουξεμβούργο	11,29	12,59	17,01	18,07	20,26
Ολλανδία	12,49	16,02	19,07	22,22	25,07
Πορτογαλία	9,67	12,71	19,69	25,35	28,42
Ισπανία	13,14	15,35	23,07	33,06	38,17
Ην. Βασίλειο			12,20	13,23	14,11

Πηγή : Ανδριώτη, Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, 1998, σελ.55

B. Οδοντίατροι

Αναφορικά με τους οδοντίατρους, το 1970 την πρώτη και δεύτερη θέση κατείχε η Γερμανία και η Ελλάδα με 5,14 και 5,00 οδοντίατρους ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα. Στις τελευταίες θέσεις βρίσκονταν η Ισπανία και η Πορτογαλία με 1,00 και 0,56 οδοντίατρους ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα. Το 1980 η Ελλάδα ήταν στην πρώτη θέση με 7,96 οδοντίατρους και η Γαλλία στη δεύτερη με 5,75 οδοντίατρους ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα. Στις τελευταίες θέσεις βρίσκονταν η Πορτογαλία και η Ισπανία με 1,10 και 1,06 οδοντίατρους ανά 10.000 κατοίκους

αντίστοιχα. Το 1990 η Ελλάδα εξακολουθεί να κρατά την πρώτη θέση με 9,54 οδοντίατρους ανά 10.000 κατοίκους, ενώ το Βέλγιο τη δεύτερη με 7,14. Η Ισπανία και η Πορτογαλία βρίσκονταν στις τελευταίες θέσεις με 2,66 και 1,71 οδοντίατρους ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα⁷⁴.

Γενικά η προσφορά των οδοντιάτρων ακολουθεί αύξουσα πορεία τα τελευταία χρόνια με μεγάλες διακυμάνσεις στην αναλογία οδοντιάτρων προς κατοίκους μεταξύ χωρών με διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης. Πρέπει να σημειωθεί ότι η άσκηση της οδοντιατρικής έως και τη δεκαετία του '40 περιελάμβανε στοματικές ασθένειες που έχουν μειωθεί αισθητά, με αποτέλεσμα τη μείωση των υπηρεσιών κατά κεφαλή. Τα τελευταία χρόνια ζητούνται από τον πληθυσμό λιγότερες υπηρεσίες και περισσότερο εξειδικευμένες οδοντιατρικές τεχνικές. Ειδικά στη χώρα μας η αναλογία οδοντιάτρων διπλασιάστηκε σε διάστημα 20 ετών, ενώ έχουν αρχίσει να διαφαίνονται σημαντικές μεταβολές στα πρότυπα των στοματικών νόσων και συνακολούθως στις ανάγκες των ατόμων για οδοντιατρική φροντίδα, οι οποίες στρέφονται στην ανάγκη της πρόληψης και παροχής εξειδικευμένων φροντίδων προς τους ασθενείς. Διαγράφεται επίσης προοπτική συλλογικής άσκησης του επαγγέλματος καθώς και εκπαίδευσης και απασχόλησης έμπειρού βοηθητικού οδοντιατρικού προσωπικού⁷⁵.

⁷⁴ Απόσπασμα από: Ανδριώτη, Δ., «Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Εξάντας, 1998, σελ.55-56

⁷⁵ Βασισμένο στις απόψεις του: Γεωρναμίλη, Αρ., «Η Ανάπτυξη του Οδοντιατρικού Δυναμικού», Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 1996, σελ.37(221)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2

Αναλογία οδοντιάτρων ανά 10.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης κατά τα έτη 1970, 1975, 1980, 1985, 1990

	1970	1975	1980	1985	1990
Βέλγιο	2,82	2,74	4,36	6,3	7,14
Δανία	0	4,58	4,53	4,9	5,18
Γαλλία	4,05	4,95	5,75	6,33	6,69
Γερμανία	5,14	5,14	5,4	6,04	6,6
Ελλάδα	5	6,55	7,96	8,39	9,54
Ιρλανδία	0	0	3,04	3,3	3,55
Λουξεμβούργο	3,12	3,06	3,59	4,58	5,24
Ολλανδία	2,58	3,27	4,02	4,91	5,29
Πορτογαλία	0,56	1,23	1,1	1,31	1,71
Ισπανία	1	0,97	1,06	1,34	2,66
Ην. Βασίλειο			3,13	3,51	3,67

Πηγή : Ανδριώτη, Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, 1998, σελ.57

Πρέπει να σημειώσουμε ότι ενώ οι τάσεις αύξησης του οδοντιατρικού δυναμικού συμπίπτουν με τις αυξητικές τάσεις του ιατρικού δυναμικού, η σημερινή εποχή απαιτεί οδοντιατρικό δυναμικό με μεγαλύτερο βαθμό εξειδίκευσης, σε αντίθεση με τις απαιτήσεις για παροχή ιατρικών γνώσεων πιο γενικού, λιγότερο εξειδικευμένου περιεχομένου.

Γ. Νοσηλευτικό Προσωπικό

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 4.3, το 1970 την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατείχε η Ιρλανδία με 65,37 άτομα ανά 10.000 κατοίκους,

ενώ στη δεύτερη θέση ήταν η Γαλλία με 29,83. Στις τελευταίες θέσεις βρίσκονταν η Πορτογαλία και η Ισπανία με 15,40 και 7,97 αντίστοιχα. Το 1980 την πρώτη θέση κατείχε το Βέλγιο με 56,31 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους. Τη δεύτερη θέση κατείχε η Δανία με 50,74, ενώ στις τελευταίες θέσεις βρίσκονταν η χώρα μας και η Πορτογαλία με 24,47 και 22,55 αντίστοιχα. Το 1990 την πρώτη θέση κατείχε η Ιρλανδία με 66,02 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού ανά 10.000 κατοίκους, τη δεύτερη το Βέλγιο με 64,14, ενώ η Ελλάδα και η Πορτογαλία βρίσκονταν στις τελευταίες θέσεις με 34,31 και 27,84 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού αντίστοιχα.

Τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση νοσηλευτικού δυναμικού από 1980 ως 1990 παρουσιάζει η Ελλάδα και η Δανία με 29% και 21% αντίστοιχα και τα μικρότερα ποσοστά αύξησης παρουσιάζει η Ιταλία και το Βέλγιο με 7% και 13% αντίστοιχα.

Το γεγονός ότι παρατηρήθηκε το υψηλότερο ποσοστό αύξησης νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα είναι θετικό, σε συνδυασμό όμως με τα χαμηλά ποσοστά που προϋπήρχαν σε σχέση με τις άλλες χώρες τις Ε.Ε. και τις αυξανόμενες ανάγκες για νοσηλευτικό προσωπικό, υπογραμμίζει την ανάγκη για πληρέστερη κάλυψη της ζήτησης των εγχώριων νοσηλευτικών αναγκών που υπερβαίνει την προσφορά⁷⁶.

⁷⁶ Απόσπασμα από: Ανδριώτη, Δ., «Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Εξάντας, 1998,σελ.55-56

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3

Αναλογία νοσηλευτικού δυναμικού με εκπαίδευση τουλάχιστον δύο ετών ανά 10.000 κατοίκους στις χώρες της Ευρώπης κατά τα έτη 1970, 1975, 1980, 1985, 1990

	1970	1975	1980	1985	1990
Βέλγιο	0	39,95	56,31	58,34	64,41
Δανία	0	0	50,74	58,45	64,03
Γαλλία	29,83	34,25	46,3	53,34	53,67
Γερμανία	23,68	33,53	40,37	46,69	50,69
Ελλάδα	18,29	21,05	24,47	24,66	34,31
Ιρλανδία	65,37	61,3	0	71,36	66,02
Ιταλία	20,75	32,94	40,94	42,1	43,81
Πορτογαλία	15,4	21,28	22,55	25,58	27,84
Ισπανία	7,97	10,01	33,52	37,3	40,68
Ην. Βασίλειο			35,14	41,35	42,48

Πηγή :Ανδριώτη,Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα,1998,σελ.62

Ο ρυθμός αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού εξαρτάται από την οργάνωση του συστήματος υγείας και η δυνατότητα απορρόφησης νέων νοσηλευτών δεν προέρχεται από τη ζήτηση νοσηλευτικών υπηρεσιών όσο από την ικανότητα του συστήματος να τους απορροφήσει. Σε πολλές χώρες παρατηρούνται διαρροές στο νοσηλευτικό δυναμικό, ενώ άλλες εκπαιδεύουν μεγαλύτερο αριθμό από αυτόν που μπορεί το σύστημα υγείας να απορροφήσει. Η αναλογία των νοσηλευτών/τριων της χώρας μας κρίνεται ανεπαρκής σε σχέση με αντίστοιχους δείκτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ανεπτυγμένα συστήματα περίθαλψης⁷⁷.

⁷⁷ Απόσπασμα από:Ανδριώτη, Δ., «Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Εξάντας, 1998, σελ.63

Στις αρχές του 2003, η χώρα μας παρουσιάζει τη χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών ανά 100.000 πληθυσμό σε σχέση με τις άλλες 15 χώρες-μέλη της Ε.Ε. με 257 νοσηλευτές ανά 100.000 ανθρώπους. Το νούμερο είναι πραγματικά πολύ χαμηλό αν συλλογιστούμε ότι στη Φινλανδία, που έχει τον υψηλότερο δείκτη, η αναλογία είναι 2.179 νοσηλευτές ανά 100.000 άτομα⁷⁸.

Βιβλιογραφία

Ανδριώτη, Δ., «*Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*», Εξάντας, 1998,σελ.21-37

Ανδριώτη, Δ., ο.π.,σελ.54-63

Flanagan, H. “*What chance a caring management culture?*”, Health Manpower Management, Volume 23, Number 5, 1997, MCB University Press

Siddiqui, J., Kleiner, B., “*Human resource management in the health care industry*”, Health Manpower Management, Volume 24, Number 4, MCB University Press, 1998, σελ.143-147

Κανελλόπουλος, Χ., «*Διοίκηση Προσωπικού*», Αθήνα,1991,σελ.17-34

Schulz, R, Johnson, Al., “*Management of Hospitals and Health Services, Strategic Issues and Performance*”, Mosby Third Edition, 1990, σελ.261-262

Τσώλη, Θ., «*Ο έλληνας ασθενής στην εντατική της Ε.Ε.*» Εφημερίδα Το Βήμα, 1/1/2003, σελ.8

⁷⁸ Βασισμένο στις απόψεις της: Τσώλη, Θ., «*Ο έλληνας ασθενής στην εντατική της Ε.Ε.*» Εφημερίδα Το Βήμα, 1/1/2003, σελ.8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΕΥΝΑ ΥΠΕΥΘΥΝΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Ολοκληρώνοντας την μελέτη πάνω στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε στους υπευθύνους του προσωπικού στον τομέα της υγείας, έτσι ώστε να έχουμε μια εμπειριστατωμένη και ολοκληρωμένη άποψη τόσο για το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού όσο και για τη στρατηγική και πολιτική των ανθρώπινων πόρων που εφαρμόζεται σήμερα. Το έκτο κεφάλαιο αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας και είναι φυσική συνέχεια του προηγούμενου κεφαλαίου. Με αυτό τον τρόπο ολοκληρώνεται η μελέτη της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στις δημόσιες και ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες παροχής δευτεροβάθμιας περίθαλψης(μονάδες που παρέχουν νοσηλεία και θεραπεία).

5.1. Μεθοδολογία Έρευνας

Για τις ανάγκες της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία απαντήθηκαν από υπεύθυνους προσωπικού, δημοσίων και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Παρακάτω καταγράφονται κάποια πορίσματα (στα οποία βέβαια υπάρχει και η περίπτωση του στατιστικού λάθους) αναφορικά με το προφίλ

των υπευθύνων και τις πολιτικές που εφαρμόζονται για τα θέματα του προσωπικού.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν περιείχαν 51 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου που έχουν κατανεμηθεί σε πέντε ομάδες ερωτήσεων(βλ. Παράρτημα 2). Πιο συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια περιείχαν ερωτήσεις που αφορούσαν τα εξής :

1. Τα χαρακτηριστικά της επιχειρήσεως (του νοσοκομείου/κλινικής)
2. Διευκρίνιση Υπευθύνου Προσωπικού
3. Χαρακτηριστικά καριέρας και θέσης Υπευθύνου Προσωπικού
4. Θέση της Υπηρεσίας Προσωπικού στο Οργανόγραμμα και ρόλος στην Οικονομική Μονάδα
5. Σχέση της Διοίκησης Προσωπικού με τη Στρατηγική Διοίκηση
6. Λειτουργία της Υπηρεσίας Προσωπικού και του Υπευθύνου της Υπηρεσίας Προσωπικού
7. Δημογραφικά στοιχεία

Σύμφωνα με τον κλειστό τύπο των ερωτήσεων οι απαντήσεις καθορίζονται από πριν και ο ερωτώμενος δεσμεύεται να επιλέξει από τις προτεινόμενες απαντήσεις που είναι διαθέσιμες. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα μας διότι μας παρέχουν τα εξής πλεονεκτήματα⁷⁹:

⁷⁹Βασισμένο στις απόψεις του Javeau, Cl., «*Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο*», Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα, 1996, σελ.96-97

α) Είναι ο τύπος των ερωτήσεων που προσφέρεται καλύτερα για στατιστική ανάλυση και ανίχνευση, χωρίς να αφήνει περιθώρια για διφορούμενες απαντήσεις.

β) Αποτελούν εύκολα κατανοητές ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν με ευκολία (αρκεί να σημειώσει ο ερωτώμενος ένα σταυρό ή ένα (x) στην απάντηση που επιλέγει).

Εκτός από όλα αυτά οι κλειστές ερωτήσεις μπορούμε να πούμε ότι ελαχιστοποιούν και τον αναγκαίο χρόνο που απαιτείται για την απάντηση μιας ερώτησης. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν αξιολογήθηκαν και ταξινομήθηκαν βάσει της συχνότητας εμφάνισής τους.

5.2. Ανάλυση Στοιχείων

Στην έρευνα συμμετείχαν 14 νοσηλευτικά ιδρύματα στην περιοχή των Αθηνών, εκ των οποίων 8 νοσοκομεία και 6 ιδιωτικές κλινικές. Από το σύνολο των ιδρυμάτων αυτών είχαμε ένα Νευροψυχιατρικό ίδρυμα (Αιγινήτειο) και δύο Γυναικολογικά (Έλενα Βενιζέλου, Λητώ), ενώ τα υπόλοιπα ιδρύματα παρέχουν νοσηλεία και θεραπεία γενικού χαρακτήρα. Τα νοσοκομεία και οι κλινικές επιλέχθηκαν βάσει του αριθμού κλινών τους. Επιλέχθηκαν νοσηλευτικές μονάδες με περισσότερες από 80 κλίνες έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ένα δείγμα από μονάδες που έχουν έναν σχετικά υψηλό όγκο δραστηριοτήτων. Αυτό συμβαίνει γιατί όσο υψηλότερος είναι ο όγκος

δραστηριοτήτων τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες για την ύπαρξη μιας σωστά δομημένης υπηρεσίας προσωπικού στις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας.

Αναφορικά με τη σύνθεση των ιδιωτικών κλινικών, το 20% του δείγματος απασχολεί 51-100 εργαζομένους, 20% από 101-200 εργαζομένους, το 40% 201-500 εργαζομένους και ένα 20% απασχολεί 501-1000 εργαζομένους. Για τη σύνθεση των δημοσίων ιδρυμάτων αντίστοιχα το 22% αυτών απασχολεί 201-500 εργαζομένους, το 11% 501-1000 και το υπόλοιπο 66% του δείγματος απασχολεί περισσότερους από 1000 εργαζομένους.

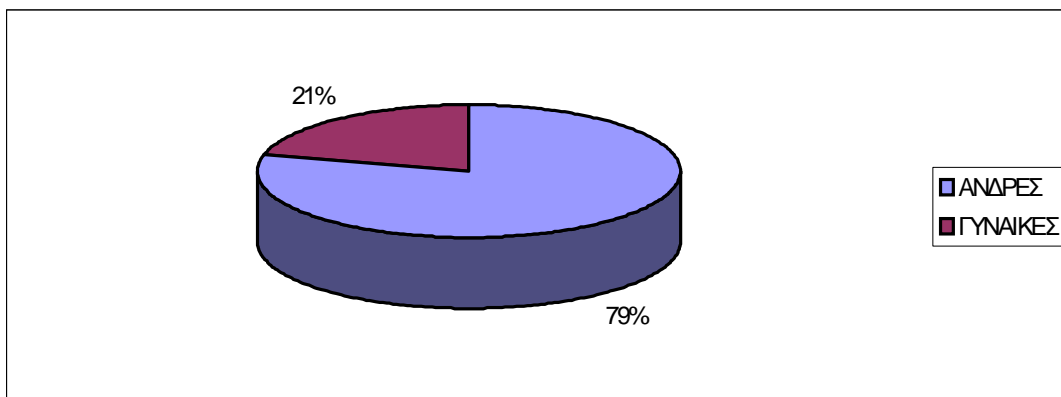
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1

Σύνθεση ιδιωτικών κλινικών και δημοσίων νοσοκομείων του δείγματος αναφορικά με τον αριθμό των εργαζομένων

	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΔΗΜΟΣΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ
51-100	20%	----
101- 200	20%	----
201- 500	40%	22%
501-1000	20%	12%
>1000	----	66%

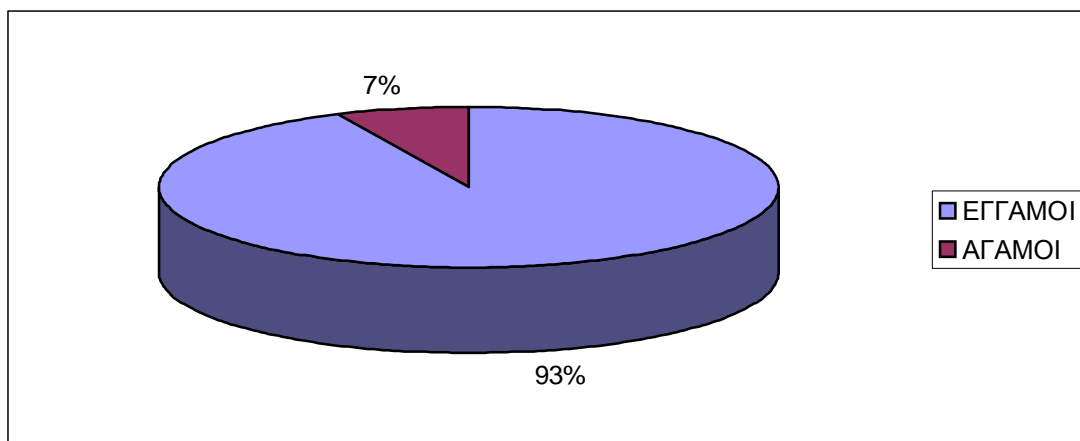
5.2.1.Δημογραφικά στοιχεία

Οι υπεύθυνοι προσωπικού είναι στην πλειονότητα τους άνδρες. Πιο συγκεκριμένα, το 79% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το 21% γυναίκες. Το παρακάτω σχήμα μας απεικονίζει διαγραμματικά τη σύνθεση ανδρών-γυναικών στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας.



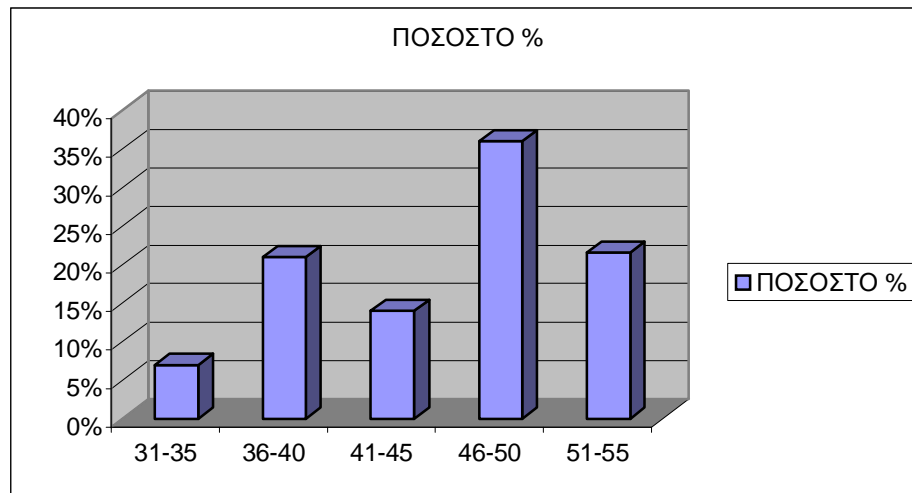
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1.Σύνθεση ανδρών-γυναικών υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας

Η συντριπτική πλειοψηφία των υπευθύνων είναι έγγαμοι με παιδιά. Πιο συγκεκριμένα το 93% των ερωτηθέντων έχουν σύζυγο και παιδιά, ενώ το 7% δεν έχει. Ακολουθεί η διαγραμματική απεικόνιση της θεώρησης:



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.2.Οικογενειακή κατάσταση υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει τη σύνθεση των ηλικιών των υπευθύνων για θέματα προσωπικού:



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.3.Σύνθεση ηλικιών υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας

Όπως προκύπτει από το πιο πάνω διάγραμμα το 7% των υπευθύνων βρίσκεται στην ηλικία 31-35 ετών, το 21% στην ηλικία 36-40 ετών, το 14% στην ηλικία 41-45 ετών, το 36% στην ηλικία 46-50 ετών και το 22% στην ηλικία 51-55 ετών. Επομένως, το μεγαλύτερο ποσοστό(58%) των υπευθύνων βρίσκεται ηλικιακά στη δεκαετία των 46-55 ετών.

5.2.2.Τίτλος του Υπεύθυνου Προσωπικού και άλλα καθήκοντα

Στα νοσηλευτικά ιδρύματα και κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία ο υπεύθυνος προσωπικού φέρει τον τίτλο «Διοικητικός Διευθυντής» ή «Διευθυντής Διοικητικού». Στις κλινικές, όπως και στις μη νοσηλευτικές επιχειρήσεις ο υπεύθυνος για θέματα προσωπικού περιγράφεται ως «Διευθυντής Ανθρωπίνων Πόρων» ή «Διευθυντής Προσωπικού». Όσοι υπεύθυνοι δεν ασχολούνται μόνο με θέματα προσωπικού έχουν αναφέρει ότι ασχολούνται επίσης με οικονομικά και εμπορικά θέματα καθώς

και με δημόσιες σχέσεις. Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των υπευθύνων που ασχολείται με θέματα ανθρωπίνων πόρων, το 72% των ερωτηθέντων απάντησε ότι ασχολείται, έκτος από θέματα προσωπικού, με οικονομικά θέματα, ένα 29% με εμπορικά θέματα, όπως επίσης ένα 29% ασχολείται με διοικητικά θέματα. Σε αρκετά μικρότερο βαθμό αναφέρεται η ενασχόληση με ζητήματα παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών (περίπου 7%). Αποκλειστικά και μόνο με θέματα προσωπικού ασχολείται το 21% περίπου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2

Λοιπά Θέματα Ενασχόλησης Υπευθύνων

ΘΕΜΑΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Οικονομικά	72%
Εμπορικά	29%
Διοικητικά	29%
Νοσοκομειακών Υπηρεσιών	7%

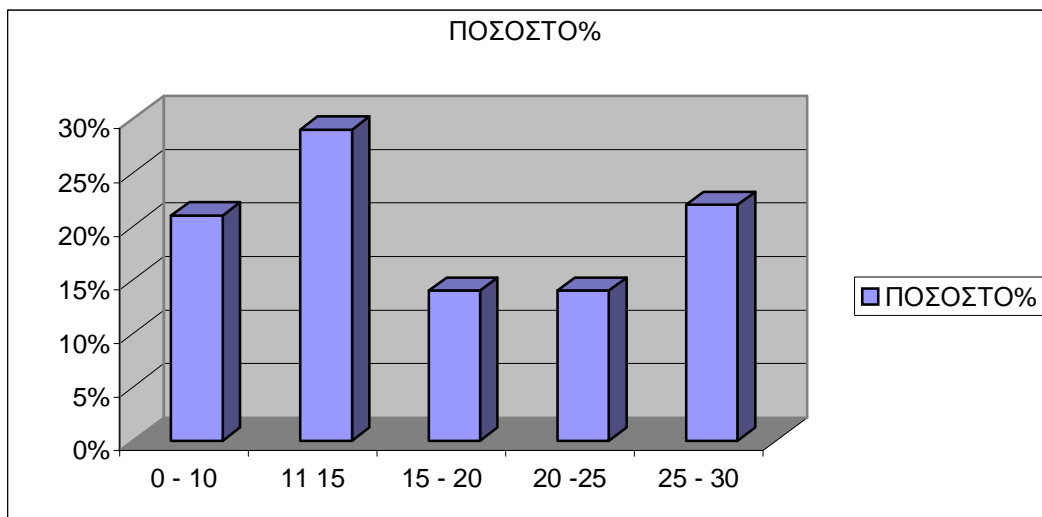
Ένα μεγάλο μέρος των υπεύθυνων προσωπικού στο χώρο της υγείας, από ότι φαίνεται με βάση τις απαντήσεις, δεν έχει παράλληλες απασχολήσεις (περίπου 49%). Τα στελέχη που έχουν εξωνοσοκομειακές δραστηριότητες ανέφεραν κυρίως την εισήγηση σεμιναρίων, σε ποσοστό περίπου 29% και σε μικρότερο βαθμό, περίπου 22%, αναφέρθηκε η συγγραφή βιβλίων ή άρθρων.

Γενικότερα αναφορικά με τη συγγραφή βιβλίων και συγγραμμάτων πάνω σε θέματα υγείας(οικονομικά της υγείας, θέματα διοίκησης μονάδων υγείας, πολιτική υγείας κ.ο.κ.) παρατηρούμε ότι έχει γίνει κατά κύριο λόγο από άτομα που εργάζονται ή έχουν εργαστεί ως στελέχη σε υγειονομικές μονάδες. Εκτός από την εισήγηση σεμιναρίων και τη συγγραφή βιβλίων, αναφέρθηκε και η συμμετοχή σε διοίκηση Ενώσεων ή Εξωεπιχειρησιακών Οργανώσεων και η ενεργός συμμετοχή

σε πολιτικό κόμμα σε ποσοστό 14% περίπου.

5.2.3.Χαρακτηριστικά καριέρας και θέσης Υπεύθυνου Προσωπικού

Το παρακάτω διάγραμμα (5.4) αναπαριστά σε ποσοστιαία μορφή τα έτη προϋπηρεσίας των υπευθύνων προσωπικού :



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.4. Έτη προϋπηρεσίας υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 5.3, μέχρι 10 έτη προϋπηρεσίας έχει το 21 % των στελεχών-υπευθύνων προσωπικού στις μονάδες υγείας, από 11 ως 15 έτη έχει το 29%, από 15 ως 20 έτη έχει το 14%, από 20 ως 25 έτη το 14% και από 25 ως 30 έτη το 22%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3

Έτη προϋπηρεσίας υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις μονάδες υγείας (ιδιωτικές και δημόσιες).

ΕΤΗ ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0 - 10	21%
11-15	29%
15-20	14%
20-25	14%
25-30	22%

Πιο συγκεκριμένα στις ιδιωτικές κλινικές, όπως διαφαίνεται και από τον παρακάτω πίνακα, το 20% των υπευθύνων προσωπικού έχουν έως 10 έτη προϋπηρεσίας, το 60% έχουν 10-20 έτη προϋπηρεσίας και ένα 20% ερωτηθέντων έχει παραπάνω από 20 έτη προϋπηρεσία. Αντιθέτως, όλοι οι ερωτηθέντες που εργάζονται στα δημόσια ιδρύματα έχουν όλοι (100%) πάνω από 20 έτη προϋπηρεσία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4

Έτη προϋπηρεσίας υπευθύνων στις υπηρεσίες προσωπικού στις ιδιωτικές μονάδες υγείας.

ΕΤΗ ΠΡΟΥΨΗΡΕΣΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0 - 10	20%
11-20	60%
>20	20%

Ο μέσος όρος ετών προϋπηρεσίας των υπευθύνων είναι 18 έτη. Τα στελέχη στις μονάδες υγείας έχουν κατά μέσο όρο περίπου 14 έτη προϋπηρεσίας σε υπηρεσίες προσωπικού γενικά.

Αναφορικά με το ζήτημα του εργασιακού υπόβαθρου των υπευθύνων προσωπικού παρατηρούμε τα εξής: Για τις ιδιωτικές κλινικές, το 20% εργαζόταν στην ίδια

επιχείρηση και στο ίδιο τμήμα, ένα 20% έχει εργαστεί στην ίδια επιχείρηση αλλά σε τέσσερα διαφορετικά τμήματα και ένα 60% έχει εργαστεί σε διαφορετικό κλάδο, οργανισμό και τμήμα. Αντίστοιχα, για τις δημόσιες επιχειρήσεις το 11% έχει εργαστεί στον ίδιο οργανισμό αλλά σε 2 ή 3 διαφορετικά τμήματα, το 56% έχει εργαστεί στην ίδια επιχείρηση αλλά σε 4 τουλάχιστον διαφορετικά τμήματα, ένα 22% έχει εργαστεί στον ίδιο κλάδο αλλά σε διαφορετικό οργανισμό και τμήμα, ενώ ένα 11% έχει προϋπηρεσία σε οργανισμό διαφορετικού κλάδου και σε διαφορετικό τμήμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5

Εργασιακό υπόβαθρο Υπευθύνων Προσωπικού στις μονάδες υγείας, με διάκριση σε ιδιωτικές και δημόσιες

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	ΤΥΠΟΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	
	Ιδιωτικές	Δημόσιες
Ίδιος Οργανισμός, Ίδιο Τμήμα	20%	-
Ίδιος Οργανισμός, 2-3 διαφορετικά τμήματα	-	11%
Ίδιος Οργανισμός, περισσότερα από 4 διαφορετικά τμήματα	20%	56%
Διαφορετικός Οργανισμός, ίδιο τμήμα και κλάδος	-	-
Διαφορετικός Οργανισμός & τμήμα, ίδιος κλάδος	-	22%
Διαφορετικός Οργανισμός, τμήμα και κλάδος	60%	11%

Από τον προηγούμενο πίνακα παρατηρούμε ότι η προϋπηρεσία των υπευθύνων του δημοσίου τομέα πηγάζει από τον ίδιο οργανισμό, σε ποσοστό 67%. Αντίθετα, η προϋπηρεσία των υπευθύνων του ιδιωτικού τομέα προέρχεται, σε ποσοστό 60% από διαφορετικούς οργανισμούς από αυτόν που εργάζονται την παρούσα περίοδο. Παρατηρείται, δηλαδή, μεγαλύτερη κινητικότητα όσον αφορά την προϋπηρεσία και τις παλαιότερες θέσεις εργασίας των υπευθύνων των ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

5.2.4.Θέση της Υπηρεσίας Προσωπικού στο Οργανόγραμμα και ρόλος στην Οικονομική Μονάδα

Όπως διαφαίνεται και στο οργανόγραμμα δημόσιου νοσοκομείου (σελ.73), με θέματα προσωπικού ασχολείται ένα τμήμα της επιχείρησης και δεν υπάρχει αυτούσια διεύθυνση που να απασχολείται εξ'ολοκλήρου με θέματα ανθρωπίνων πόρων.

Αντίθετα στα οργανογράμματα των μεγάλων ιδιωτικών κλινικών υπάρχει διεύθυνση ανθρωπίνων πόρων που ασχολείται αποκλειστικά με θέματα ανθρωπίνων πόρων (σελ.74). Εντούτοις, αυτό το γεγονός δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι ισχύει γενικά σε όλες τις κλινικές διότι παρόλο που δεν έχουμε επακριβή στοιχεία στα χέρια μας μπορούμε να υποθέσουμε ότι μικρές κλινικές (20-40 κλινών) περιορισμένου εύρους και όγκου νοσηλευτικών δραστηριοτήτων δεν διαθέτουν διεύθυνση ανθρωπίνων πόρων. Είναι μάλιστα πολύ πιθανόν οι αποφάσεις πάνω σε θέματα προσωπικού να λαμβάνονται αποκλειστικά και μόνο από τον Διευθυντή (ο οποίος μπορεί να είναι και ιδιοκτήτης) της κλινικής που προφανώς λαμβάνει αποφάσεις και για άλλες κατηγορίες θεμάτων(οικονομικά, διοικητικά κ.α.). Υποθέτουμε, λοιπόν, ότι ο Διευθυντής της μικρής ιδιωτικής κλινικής δεν έχει κάποια εξειδικευμένη γνώση πάνω σε θέματα προσωπικού (π.χ. μπορεί να είναι γιατρός και ενδεχομένως να μην έχει τις κατάλληλες, ακαδημαϊκές ή πρακτικές, γνώσεις διοίκησης).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, στις ιδιωτικές κλινικές ο άμεσος

προϊστάμενος των ερωτηθέντων είναι κατά 80% ο Διευθύνων Σύμβουλος και κατά 20% ο Γενικός Διευθυντής. Αντίστοιχα, στα τα δημόσια νοσοκομεία ο άμεσος προϊστάμενος είναι ο διοικητής του νοσοκομείου.

Το προσωπικό που ασχολείται αποκλειστικά με θέματα ανθρώπινου δυναμικού είναι κατά μέσο όρο 6 άτομα, εκ των οποίων τα περισσότερα είναι γυναίκες (περίπου 65%). Πτυχίο πανεπιστημίου (όσον αφορά τους υπάλληλους στις υπηρεσίες ανθρωπίνων πόρων) έχει περίπου το 47%. Δεν αναφέρθηκαν υπάλληλοι στην υπηρεσία προσωπικού με μεταπτυχιακές σπουδές.

Αναφορικά με το ζήτημα του αριθμού των ατόμων που στελεχώνουν το τμήμα ανθρωπίνων πόρων, ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει κάποιες σχετικές πληροφορίες, με διάκριση των υγειονομικών ιδρυμάτων σε ιδιωτικά και δημόσια:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.6

Αριθμός ατόμων που στελεχώνουν το τμήμα Προσωπικού σε Ιδιωτικά και Δημόσια Θεραπευτήρια

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	ΤΥΠΟΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	
	Ιδιωτικές	Δημόσιες
1- 3	40%	-
4 - 6	60%	37.5%
7 - 9	-	25%
10 - 12	-	25%
13 - 15	-	12.5%

Το κόστος ανθρώπινου δυναμικού, σύμφωνα με τα απολογιστικά δεδομένα και τις εκτιμήσεις των υπευθύνων, κυμαίνεται για όλους τους νοσηλευτικούς οργανισμούς από 45-60% του συνολικού κόστους παραγωγής. Εντούτοις για το μεγαλύτερο

μέρος των υγειονομικών ιδρυμάτων (περίπου για το 70% αυτών) το κόστος που απορροφάται από τους νοσοκομειακούς οργανισμούς αποτελεί το 60% κατά προσέγγιση του συνολικού κόστους των οργανισμών υγείας. Το ποσοστό αυτό ισχύει προσεγγιστικά τόσο για τα δημόσια νοσοκομεία, όσο και για τις ιδιωτικές κλινικές.

Το συνολικό κόστος περιλαμβάνει, για το σύνολο των ιδιωτικών και δημόσιων υγειονομικών μονάδων, τους ετήσιους μισθούς, τις εργοδοτικές εισφορές, τα επιδόματα, πριμ, μπόνους καθώς και το κόστος των συμπληρωματικών παροχών. Προκύπτει συνεπώς, ότι οι δαπάνες για θέματα που αφορούν τους ανθρώπινους πόρους στα νοσηλευτικά ιδρύματα απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων τους. Αυτό μας οδηγεί στα εξής συμπεράσματα:

1. Τα νοσοκομεία είναι οργανισμοί εντάσεως εργασίας. Επομένως, η σημαντικότητα της ποσοτικής και ποιοτικής διάστασης των ανθρωπίνων πόρων στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι πολύ υψηλή, ίσως και περισσότερο από αυτή σε σχέση με άλλους οργανισμούς.
2. Η ανάγκη για ρευστότητα στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι πολύ υψηλή, γιατί αφενός μεν οι δαπάνες για το προσωπικό κυμαίνονται σε πολύ υψηλά επίπεδα, αφετέρου δε το νοσοκομείο χρησιμοποιεί (σε σχέση βέβαια πάντα και με τον όγκο δραστηριοτήτων του) μηχανολογικό εξοπλισμό υψηλού επιπέδου βιοϊατρικής τεχνολογίας ο οποίος βέβαια είναι πολύ δαπανηρός.

Επιπλέον, πρέπει να συνυπολογίσουμε, για τις μεγάλες νοσηλευτικές μονάδες κυρίως, τις υψηλές δαπάνες για τροφοδοσία, συντήρηση κτιριακών εγκαταστάσεων και αποσβέσεις, αναλώσιμα υλικά κ.α. Το γεγονός ότι υπάρχουν κρατικοί νοσοκομειακοί φορείς με ελλειμματικό προϋπολογισμό, επιβεβαιώνει τη θεώρηση της υψηλής ανάγκης ρευστότητας.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει στοιχεία αναφορικά με το κόστος που αφιερώνουν οι ιδιωτικοί και δημόσιοι οργανισμοί υγείας για θέματα προσωπικού, ως ποσοστό στο συνολικό κόστος διάθεσης ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.7

Κόστος προσωπικού ως ποσοστό(%) επί του συνολικού κόστους διάθεσης υγειονομικών υπηρεσιών από ιδιωτικά και δημόσια θεραπευτήρια

ΚΟΣΤΟΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ(%)ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΤΥΠΟΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	
	Ιδιωτικές	Δημόσιες
21% - 25%	-	-
26% - 30%	60%	-
31% - 35%	-	-
36% - 40%	20%	-
41% - 45%	-	-
46% - 50%	-	25%
51% - 55%	-	-
56% - 60%	20%	50%
61% - 65%	-	25%

5.2.5.Σχέση της Διοίκησης Προσωπικού με τη Στρατηγική Διοίκηση

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της Διοίκησης Προσωπικού και της Στρατηγικής Διοίκησης δεν μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν σαφή στοιχεία που να μπορούν με βεβαιότητα να προσδιορίσουν την συσχέτιση και αλληλεπίδραση τους. Δεν μπορούμε, με άλλα λόγια, να πούμε με βεβαιότητα το πώς συμμετέχει ο Υπεύθυνος Προσωπικού στο σχεδιασμό μια μακροχρόνιας στρατηγικής, όπως επίσης δεν μπορούμε εύκολα να προσδιορίσουμε το βαθμό που η στρατηγική διοίκηση λαμβάνει υπόψη της τα θέματα των ανθρωπίνων πόρων στη χάραξη μιας μακρόπνοης στρατηγικής.

Διακηρυγμένη αποστολή (mission statement) υπάρχει σε λίγες σχετικά ιδιωτικές κλινικές, σε ποσοστό που περίπου φτάνει το 15%. Άτυπα βέβαια, ο σκοπός των ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων (όπως και των δημοσίων) διατυπώνεται ως η προαγωγή του επιπέδου της δημόσιας υγείας. Σε όλα νοσοκομεία του ΕΣΥ, υπάρχει γραπτή διακηρυγμένη αποστολή που καθορίζεται πάντα από την υπάρχουσα νομοθεσία και ορίζεται ως ο «σκοπός» των νοσοκομείων.

Ο σκοπός των νοσοκομείων του ΕΣΥ, λοιπόν, καθορίζεται σε γενικές γραμμές (χωρίς σειρά σπουδαιότητας) ως: α) Η εκπαίδευση προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών καθώς και εκπαίδευση των σπουδαστών των σχολών επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, β) Η ειδίκευση γιατρών και άλλων λειτουργών υγείας και η συνεχής εκπαίδευση αυτών, γ) Η ανάπτυξη και η προαγωγή της

έρευνας και δ) Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα⁸⁰.

Γενικά τόσο στα ιδιωτικά αλλά κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό η οργανωτική δομή και λειτουργία τους βάσει του εκάστοτε νόμου που έχει ψηφιστεί για την υγεία (ο πιο πρόσφατος είναι του 2001), σύμφωνα με τους κανόνες του διοικητικού δικαίου. Γραπτές πολιτικές προσωπικού, που να είναι γνωστοποιημένες πέρα από την Υπηρεσία Προσωπικού και στα λειτουργικά/γραμμικά στελέχη, δεν υπάρχουν, όπως επίσης δεν υπάρχει και στρατηγική που να έχει γνωστοποιηθεί σε όλη την ιεραρχία για να αποτελέσει την καθοδηγητική κατεύθυνση (πυξίδα) των εργαζομένων.

5.2.6. Η λειτουργία της Υπηρεσίας Προσωπικού και του Υπευθύνου της Υπηρεσίας Προσωπικού

Όπως προαναφέρθηκε, τα στελέχη που ασχολούνται είτε μερικώς είτε εξ' ολοκλήρου με θέματα προσωπικού, παρουσιάζουν αναφορικά με την ενασχόληση τους αποκλειστικά με θέματα προσωπικού, εύρος απασχόλησης από 20-100%. Εντούτοις, το 85% των ερωτηθέντων ασχολείται με θέματα προσωπικού τουλάχιστον το 60% του χρόνου του. Επομένως, κατά μέσο όρο, το ποσοστό που αφιερώνεται από τα στελέχη αυτά σε αμιγώς θέματα προσωπικού είναι περίπου 75%, ενώ ένα 21% ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με θέματα προσωπικού (το

⁸⁰ Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2519, 21 Αυγούστου 1997, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», 1997, σελ.6430

100% του εργασιακού χρόνου αφιερώνεται σε θέματα προσωπικού)

Ο κυριότερος στόχος της Υπηρεσίας Προσωπικού στα νοσηλευτικά ιδρύματα, όπως διαφαίνεται από την έρευνα, είναι η υποβοήθηση των όποιων στόχων της διοίκησης. Ακολουθούν η δημιουργία καλού κλίματος μέσα στην επιχείρηση και η τήρηση πολιτικών και διαδικασιών διοίκησης προσωπικού της επιχείρησης. Όπως προαναφέρθηκε, για τα δημόσια νοσοκομεία, οι στόχοι του νοσοκομείου και οι κατευθυντήριες γραμμές τήρησης πολιτικών γενικής διοίκησης και διοίκησης προσωπικού και κυρίως ο σκοπός του νοσοκομείου καθορίζεται από τη νομοθεσία. Αντίθετα για τις ιδιωτικές κλινικές, η ανώτερη διοίκηση αποφασίζει για αυτά τα θέματα διοικητικής πολιτικής.

Στο επόμενο επίπεδο σημαντικότητας κατατάσσονται: α) η συμβολή στην οικονομικότερη δυνατή λειτουργία της επιχείρησης από απόψεως ποσοστού του κόστους εργασίας στο συνολικό κόστος λειτουργίας και β) η αύξηση της παραγωγικότητας εργατοϋπαλληλικού προσωπικού και υπευθύνων. Η τελευταία άποψη ενισχύει και τη θεώρηση που είχε αναφερθεί πιο πριν, ότι ένα κύριο μέλημα των υπευθύνων σε θέματα προσωπικού, όπως και όλου του νοσοκομειακού οργανισμού, αφορά την εξοικονόμηση πόρων, λόγω των υψηλών δαπανών της νοσοκομειακής μονάδας.

Οι κύριες δραστηριότητες με τις οποίες ασχολείται η υπηρεσία προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία είναι η αξιολόγηση θέσεων εργασίας, οι προαγωγές, οι

μεταθέσεις και η εκπαίδευση του προσωπικού. Ορισμένες δραστηριότητες της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων όπως επιλογή και πρόσληψη, γίνονται από το Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού (Α.Σ.Ε.Π.) και όχι από τα ανώτερα διοικητικά στελέχη, όπως γίνεται στα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Οι δραστηριότητες για θέματα προσωπικού που αναφέρθηκαν ότι εφαρμόζονται ευρύτερα από τα στελέχη στα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα είναι η επιλογή, η πρόσληψη, η αξιολόγηση θέσεων εργασίας η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων και οι εργασιακές σχέσεις. Γενικά, ως προς την κατανομή του χρόνου τους σε ημερήσια βάση, τα στελέχη τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημοσίου τομέα σε υγειονομικές υπηρεσίες, δήλωσαν ότι το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους κατανέμεται στη διεκπεραίωση καθημερινών εργασιών και σε οργανωτικές διαδικασίες και μικρότερο μέρος του χρόνου τους αφιερώνεται στην εκπαίδευση.

Στην ερώτηση που σχετίζεται με τα κύρια θέματα που ο Υπεύθυνος Προσωπικού αφιερώνει περισσότερο χρόνο, παρατηρείται σχετική ανομοιογένεια στις απαντήσεις των υπευθύνων, τόσο στα ιδιωτικά όσο και στα δημόσια ιδρύματα υγείας. Από ότι μπορούμε να συμπεράνουμε βάσει των απαντήσεων, τα στελέχη των δημοσίων ιδρυμάτων φαίνεται ότι θεωρούν σημαντικότερα θέματα διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, κατά σειρά σημαντικότητας, την τήρηση των πολιτικών προσωπικού/εσωτερικού κανονισμού, το σύστημα οικονομικών αμοιβών (μισθοί/ημερομίσθια, επιδόματα, μπόνους κτλ), την εργατική νομοθεσία, την οργανωσιακή ανάπτυξη (θέματα που συνδέονται με την οργανωσιακή κουλτούρα,

το κλίμα, όπως και τις δομές και λειτουργία της επιχείρησης) και τις προαγωγές και μεταθέσεις.

Η υγιεινή και η ασφάλεια εργασίας, όπως έχει παρατηρηθεί από τα στελέχη των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων είναι ένας σημαντικός παράγοντας εύρυθμης λειτουργίας του νοσοκομειακού οργανισμού, καθώς ένα μεγάλο μέρος του δυναμικού του νοσοκομείου, ίσως και το μεγαλύτερο (κυρίως γιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό δυναμικό) έρχεται σε επαφή με ασθενείς και άρα με διαφορετικού τύπου ασθένειες.

Τα θέματα για τα οποία τα στελέχη δημοσίων οργανισμών υγείας αφιερώνουν περισσότερο χρόνο είναι, με σειρά προτεραιότητας, η τήρηση πολιτικών προσωπικού/εσωτερικού κανονισμού, η εργατική νομοθεσία, η υγιεινή και ασφάλεια, οι προαγωγές και μεταθέσεις, οι εργασιακές σχέσεις με το σωματείο και γενικά διοικητικά θέματα.

Όσον αφορά τα θέματα τα οποία τα στελέχη των ιδιωτικών νοσηλευτικών οργανισμών θεωρούν ως σημαντικότερα, αναφέρθηκαν, με σειρά σημαντικότητας, η επιλογή και πρόσληψη προσωπικού, τα συστήματα οικονομικών αμοιβών (μισθοί, επιδόματα κλπ), εκπαίδευση και ανάπτυξη προσωπικού και υπευθύνων, διαδικασία επιλογής δυναμικού, εργασιακές σχέσεις κ.α. Περισσότερο χρόνο ξοδεύουν, όπως αναφέρουν, για προσλήψεις, προαγωγές, έλεγχο κόστους προσωπικού, μύηση νεοεισερχόμενων, υγιεινή και ασφάλεια.

Αρμόδιο, σε μεγάλο ποσοστό, για την πρόσληψη ανωτέρων στελεχών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι το Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού (ΑΣΕΠ). Στις ιδιωτικές κλινικές την αρμοδιότητα αυτή την κατέχουν το Δ.Σ. και ο Γενικός Διευθυντής ή ο Διευθύνων Σύμβουλος σε μεγαλύτερο ποσοστό (περίπου 75%) και ο Επικεφαλής της Διεύθυνσης και ο Υπεύθυνος Τμήματος κατά δεύτερο λόγο (25%). Στα δημόσια νοσοκομεία το ποσοστό είναι 55% για το Δ.Σ. και 45% για το Α.Σ.Ε.Π.

Στον επόμενο πίνακα διατυπώνεται αυτή ακριβώς η θεώρηση:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.8

Αρμόδιος για θέματα προσλήψεων σε ιδιωτικά και δημόσια θεραπευτήρια

ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ	ΤΥΠΟΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	
	Ιδιωτικές	Δημόσιες
Δ.Σ. ή Πρόεδρος	80%	55%
Γεν.Δ/ντης ή Δ/νων Σύμβουλος	20%	-
Α.Σ.Ε.Π.	-	45%

Οι κύριες διαφορές στην λειτουργία ανθρωπίνων πόρων ανάμεσα σε ιδιωτικά και δημόσια θεραπευτήρια επικεντρώνονται σε δύο άξονες:

1. Οι διαδικασίες τήρησης, εφαρμογής και ανάπτυξης θεμάτων προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία βασίζονται κυρίως στην τήρηση εσωτερικού κανονισμού και εφαρμογή του νομοθετικού πλαισίου, όπως επίσης και στις εργασιακές σχέσεις. Αντίθετα, στα ιδιωτικά νοσοκομεία δίνεται έμφαση σε θέματα όπως διαδικασίες επιλογής και στρατολόγησης, μύηση

νεοεισερχομένων, καθώς και σε θέματα όπως η αύξηση της παραγωγικότητας, ο περιορισμός του κόστους κ.α.

2. Κάποιες από τις σπουδαιότερες λειτουργίες της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, η επιλογή και η πρόσληψη, στα κρατικά νοσοκομεία δεν γίνονται από την υπηρεσία προσωπικού του νοσοκομείου, αλλά από έναν εξωτερικό φορέα, το Α.Σ.Ε.Π. και δημιουργούνται κάποια προβλήματα που θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

Οι παράγοντες, σύμφωνα με τα στελέχη, που οδηγούν συχνότερα στην ιεραρχική εξέλιξη ενός στελέχους της Διοίκησης Προσωπικού στις μονάδες υγείας είναι η αφοσίωση στην επιχείρηση και τον προϊστάμενο, οι καλές δημόσιες σχέσεις, η συνεχής επιμόρφωση, η ακεραιότητα του χαρακτήρα, οι κοινωνικές δεξιότητες, οι καλές σχέσεις με τους συνδικαλιστές και η γνώση της σχετικής νομοθεσίας.

5.2.7. Εκπαίδευση Υπευθύνων Προσωπικού

Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης όλοι οι ερωτηθέντες (το 100%), ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και πιο συγκεκριμένα όλοι είχαν πτυχίο πανεπιστημίου. Αναφορικά με την τριτοβάθμια εκπαίδευση τους παρατηρούνται ειδικεύσεις στη διοίκηση επιχειρήσεων και κυρίως στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, στα οικονομικά, τα νομικά και τις κοινωνικές επιστήμες. Πιο συγκεκριμένα, το 43% των ερωτηθέντων έχει πτυχίο θεωρητικών επιστημών (νομικής και κοινωνικών

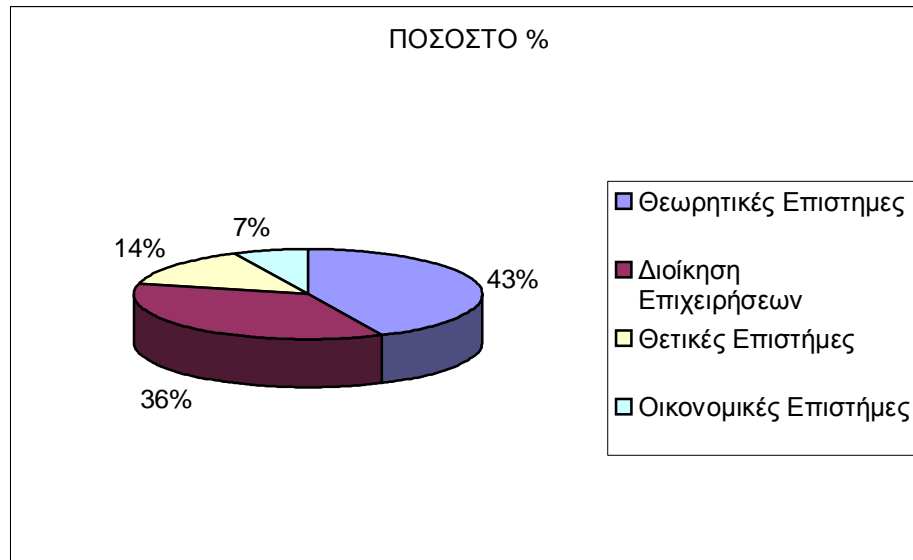
επιστημών), το 36% πτυχίο διοίκησης επιχειρήσεων, το 14% πτυχίο θετικών επιστημών και το 7% οικονομικών επιστημών, όπως βλέπουμε και στον Πίνακα 5.2. που ακολουθεί:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.9

Προπτυχιακές Ειδικεύσεις των υπευθύνων προσωπικού στις μονάδες υγείας

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Θεωρητικές Επιστήμες	43%
Διοίκηση Επιχειρήσεων	36%
Θετικές Επιστήμες	14%
Οικονομικές Επιστήμες	7%

Το Σχήμα 5.5 παρουσιάζει τη διαγραμματική απεικόνιση των δεδομένων:



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.5. Προπτυχιακές ειδικεύσεις των υπευθύνων προσωπικού στις μονάδες υγείας

Ο Πίνακας 5.10, που ακολουθεί, δείχνει σε ποσοστιαία μορφή την εκπαίδευση των υπευθύνων που διακρίνεται σε: πανεπιστημιακή (ΠΕ), τεχνολογική (ΤΕ),

δευτεροβάθμια (ΔΕ), καθώς και το ποσοστό κάλυψης των αντίστοιχων θέσεων, σύμφωνα με έρευνα των Πολύζο-Υφαντόπουλο (2000).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.10

Προσόντα υπευθύνων προσωπικού στις Υπηρεσίες Προσωπικού στα Νοσοκομεία

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	% ΠΕ	% ΤΕ	% ΔΕ	% ΚΑΛΥΨΗ
Διοικητικοί Διευθυντές	80	-	20	96
Υποδιευθ. Διοικητικού	74	-	26	90
Τμήμα Προσωπικού	47	8	45	90

Πηγή :Πολύζος, Υφαντόπουλος, Η ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2000, σελ.636

Το ποσοστό των υπευθύνων που κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο ανέρχεται περίπου στο 43%.Ο Πίνακας 5.11 μας παρουσιάζει τις μεταπτυχιακές εξειδικεύσεις των κατόχων του αντίστοιχου τίτλου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.11

Μεταπτυχιακές ειδικεύσεις υπευθύνων προσωπικού στις Υπηρεσίες Υγείας

ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Διοίκηση Μονάδων Υγείας	68%
Διοίκηση Επιχειρήσεων (Μ.Β.Α)	16%
Θετικές Επιστήμες	16%

Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά δυο στους τρεις περίπου υπευθύνους που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο, έχουν ειδικευτεί στη διοίκηση μονάδων υγείας (68%). Ένα 16% έχει μεταπτυχιακές σπουδές γενικά στη διοίκηση επιχειρήσεων(Μ.Β.Α.) και ένα υπόλοιπο 16% σε θετικές επιστήμες. Μεταπτυχιακό τίτλο κατέχουν κυρίως τα νεώτερα σε ηλικία στελέχη (35-45 ετών).

Είναι χαρακτηριστικό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από τα στελέχη που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές στη διοίκηση μονάδων υγείας, έχει αποκτήσει το μεταπτυχιακό του τίτλο από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ). Επιπλέον, τα περισσότερα στελέχη κατέχουν επάρκεια σε μια τουλάχιστον ξένη γλώσσα (κυρίως αγγλικά ή γαλλικά). Πιο συγκεκριμένα το 86% μιλάει αγγλικά και ένα 21% μιλάει αγγλικά και γαλλικά.

Όπως προαναφέρθηκε τα διοικητικά στελέχη των υπηρεσιών υγείας δεν διαθέτουν μεγάλο ποσοστό χρόνου για ενημέρωση. Πάντως, η όποια ενημέρωση προέρχεται από σεμιναριακή επιμόρφωση και ανάγνωση περιοδικών και βιβλίων. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν τα εξής περιοδικά: Δημόσιος Τομέας, Υπηρεσίες Υγείας, Διοικητικό Δίκαιο, Εργατική Νομοθεσία, Επιθεώρηση Υγείας, Harvard Business Review, Journal of American Hospital Associations και έρευνες πάνω σε θέματα Ανθρωπίνων Πόρων. Ο Πίνακας 5.12 παρουσιάζει τα επιπλέον προσόντα των υπευθύνων (MSc, PhD, ΕΣΔΥ) που υπηρετούν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, σύμφωνα με τους Πολύζο-Υφαντόπουλο (2000).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.12

Επιπλέον προσόντα υπευθύνων προσωπικού υπηρετούντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	% ΕΣΔΥ	% MSC	% PHD
Διοικητικοί Διευθυντές	10,6	26,1	10,5
Υποδιευθ. Διοικητικού	6,5	8,7	8,7
Λοιποί ΠΕ Διοικητικού	61,8	47,8	26,3

Πηγή :Πολύζος, Υφαντόπουλος, Η ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, 2000, σελ.637

Ως καλύτερα εξειδικευμένα μεταπτυχιακά που σύμφωνα με τη γνώμη των υπευθύνων προσφέρουν κατάλληλες γνώσεις πάνω σε θέματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού αναφέρθηκαν η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, το Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών και το Πανεπιστήμιο Πειραιά. Τέλος, αναφορικά με την εξέλιξη της σπουδαιότητας της υπηρεσίας προσωπικού και τη μελλοντική ζήτηση εξειδικευμένων ατόμων σε θέματα προσωπικού, η γενική εκτίμηση είναι ότι θα κινηθεί σε υψηλότερα ή πολύ υψηλότερα επίπεδα στο μέλλον.

5.3.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τελειώνοντας την ανάλυση των δεδομένων, βάσει των απαντήσεων των στελεχών-υπεύθυνων για θέματα προσωπικού στις μονάδες υγείας, προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα. Γενικά η διοίκηση ανθρωπίνων πόρων στις μονάδες υγείας, από την ανάλυση των δεδομένων, φαίνεται ότι δεν έχει αναπτυχθεί στο εύρος που θα έπρεπε.

Μελετώντας την εφαρμογή των θεμάτων διοίκησης ανθρωπίνων πόρων στα δημόσια νοσοκομεία, παρατηρούμε την αδυναμία άσκησης από την υπηρεσία ανθρωπίνων πόρων, ενός ευρέως φάσματος υπηρεσιών προσωπικού, λόγω του θεσμικού πλαισίου διοίκησης. Κύριο και σημαντικότερο, κατά τη γνώμη μας, παράδειγμα αποτελεί η επιλογή και πρόσληψη προσωπικού μέσω Α.Σ.Ε.Π. Ο συγκεκριμένος φορέας εξετάζει, ενδεχομένως, την πληρότητα κάποιων

ακαδημαϊκών και γνωστικών κριτηρίων των υποψηφίων, δεν μπορεί όμως να διερευνήσει καίρια προσόντα που σχετίζονται με την ικανότητα του υποψηφίου να αντεπεξέλθει στις ανάγκες του οργανισμού υγείας όπως ικανότητα λήψης απόφασης σε καταστάσεις πίεσης χρόνου, συνεργασίας με διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, ικανότητα ανάλυσης στοιχείων διαφορετικής φύσης (ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών), εξοικείωση με υψηλή τεχνολογία και άλλων στοιχείων και προσόντων απαραίτητων για εργασία σε νοσηλευτικό οργανισμό.

Αναφορικά με τον τρόπο επιλογής υποψηφίων θα προτείναμε να ακολουθηθεί για τους νοσηλευτικούς οργανισμούς, είτε ιδιωτικούς είτε δημόσιους, σύστημα επιλογής που θα βασίζεται σε συνέντευξη και γραπτές εξετάσεις μικρής διάρκειας που θα εξετάζουν, το χαρακτήρα και την ομαδικότητα του ατόμου, τη γνώση πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο, την αναλυτική ικανότητα κ.ο.κ. Για παράδειγμα, για μια θέση ειδικού βιοϊατρικής τεχνολογίας θα μπορούσαν να εξεταστούν ζητήματα όπως αναγκαίες γνώσεις της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ενημέρωση πάνω στην εξέλιξη της εν λόγω επιστήμης, ικανότητα επίλυσης καθημερινών προβλημάτων, ικανότητα συνεργασίας με διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες (π.χ. νοσηλευτές) κ.α. Κατά την ίδια λογική για την πρόσληψη ενός διοικητικού στελέχους θα μπορούσαν να εξεταστούν ζητήματα όπως ικανότητα συνεργασίας με άλλες επαγγελματικές ομάδες, δυνατότητα λήψης απόφασης σε γοργά μεταβαλλόμενο περιβάλλον, ηγετική ικανότητα κ.α. Τα στοιχεία θα πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα με την περιγραφή θέσης και τις ανάγκες του οργανισμού, κάτι που δυστυχώς δεν γίνεται ακόμη, τουλάχιστον σε μεγάλο βαθμό στις ελληνικές

υπηρεσίες υγείας.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι ότι σε πολλά νοσοκομειακά ιδρύματα, δεν υπάρχει διεύθυνση ανθρωπίνων πόρων παρά μόνον τμήμα ενασχολούμενό με θέματα προσωπικού. Αυτό ισχύει σε πολλά μεγάλα νοσοκομεία, ενώ σε πολλές μικρές ιδιωτικές κλινικές γνωρίζουμε ότι δεν υπάρχει καθόλου υπηρεσία προσωπικού. Είναι εύκολο να καταλάβουμε ότι σε έναν οργανισμό εντάσεως εργασίας όπως το νοσοκομείο, που το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών απορροφάται από το ανθρώπινο δυναμικό και που σε αυτόν εργάζονται (και συνεργάζονται) πολλές διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματιών η ύπαρξη αυτούσιας διεύθυνσης προσωπικού, που θα συντονίζει και θα προσαρμόζει τον ανθρώπινο παράγοντα στα νοσοκομειακά προβλήματα, είναι μάλλον αναγκαία.

Ο βασικός σκοπός των ιδιωτικών και των δημοσίων υγειονομικών ιδρυμάτων είναι η προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η επίτευξη, όμως, του στόχου αυτού απαιτεί υψηλές δαπάνες (μισθολογικές δαπάνες, δαπάνες αγοράς και συντήρησης εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας, κ.α.) και για το λόγο αυτό ο προσανατολισμός των διοικητικών αποφάσεων στις μονάδες υγείας, παρόλο που όπως έχουμε υπογραμμίσει είναι εντάσεως εργασίας, εστιάζεται κυρίως στην επίτευξη υψηλής οικονομικής αποδοτικότητας, στον περιορισμό του κόστους, στη βελτίωση της ρευστότητας κ.λ.π. και λιγότερο στην αποτελεσματική διοίκηση του ανθρώπινου παράγοντα. Θα ήταν προτιμότερό, ίσως, για τις ελληνικές μονάδες υγείας να επενδύσουν περισσότερο στους ανθρώπινους πόρους, ως μακρόπνοη

επενδυτική λύση, παρά να προσανατολίζονται μονομερώς σε βραχυχρόνιους χρηματοοικονομικούς στόχους.

Η ενδυνάμωση και ενίσχυση των αρμοδιοτήτων της υπηρεσίας προσωπικού θα πρέπει να αποτελέσει τον κύριο άξονα για τη βελτίωση της ποιότητας της σύνθεσης των ανθρώπινων πόρων στις μονάδες υγείας.

Βιβλιογραφία

Javeau, Cl., «*Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο*», Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα, 1996, σελ.96-97

Πολύζος, Υφαντόπουλος, «*Η ανάπτυξη του ανθρωπίνου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000, σελ.637

Υπουργείο Υγείας, «*NΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2519, 21 Αυγούστου 1997, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*», 1997, σελ.6430

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Γνωρίζοντας την πολυτιμότητα του αγαθού της υγείας και την ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου, είναι εύκολο να κατανοήσουμε, αφενός τη σημαντικότητα της ύπαρξης σωστά δομημένου υγειονομικού συστήματος (ανεξάρτητα από το αν ο φορέας είναι ιδιωτικός ή δημόσιος) και αφετέρου την ιδιορρυθμία στη λειτουργία, την οργάνωση και τη διοίκηση των μονάδων υγείας. Η σημαντικότητα της αποτελεσματικής διοίκησης μονάδων υγείας στην προαγωγή και αναβάθμιση του συστήματος υγείας έχει διερευνηθεί και υπογραμμιστεί κυρίως κατά τις δυο τελευταίες δεκαετίες τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου, έτσι ώστε η διοίκηση μονάδων υγείας και οι ανθρώπινοι πόροι στην υγεία να διδάσκονται ως κύκλοι σπουδών σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο.

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες υγείας έχουν υποστεί ηχηρή κριτική για την υποβαθμισμένη ποιότητα υπηρεσιών, την ελλιπή στελέχωση, την ανεπάρκεια νοσοκομειακής κάλυψης της ελληνικής επαρχίας, την έλλειψη του σχεδιασμού προσωπικού κ.α. Πιστεύουμε ότι το ανθρώπινο δυναμικό, ιδίως στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί κλειδί για την βελτίωση της δομής του υγειονομικού συστήματος και την παροχή υψηλότερου επιπέδου υπηρεσιών.

Η έρευνα για τις ανάγκες στο στελεχειακό δυναμικό της υγείας είναι απαραίτητη

προϋπόθεση για βελτίωση και ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα η επαρκέστερη στελέχωση των υπηρεσιών με νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και η εκπαίδευση και στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με νέα επαγγέλματα (προσωπικό πληροφορικής, πανεπιστημιακού επιπέδου διοικητικό και τεχνικό προσωπικό κ.α.), πιθανόν να αποτελέσουν ένα πρώτο σημαντικό βήμα για μια επιτυχημένη αναδιάρθρωση, από τη στιγμή που η χώρα μας βρίσκεται στις πρώτες θέσεις της Ευρώπης αναφορικά με τον πληθυσμό γιατρών και οδοντιάτρων, ενώ υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτές αλλά και σε πολλές άλλες ειδικότητες (π.χ. πληροφορική υγείας).⁸¹

Ο δημοσιοϋπαλληλικός χαρακτήρας εργασίας στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, όπως έχει υποστηριχθεί από εμπειρογνώμονες στα θέματα της υγείας, αποτελεί κύριο τροχοπέδη στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς η μονιμότητα κάνει τους εργαζομένους αδιάφορους σε θέματα παραγωγικότητας και η προαγωγή είναι συχνά ζήτημα αρχαιότητας ή εύνοιας. Έχει υποστηριχθεί ότι για την αποδοτική λειτουργία ενός υγειονομικού οργανισμού πρέπει⁸²:

- Οι θέσεις να προκηρύσσονται με ανοικτή διαδικασία και να καλύπτονται με ανταγωνιστικά κριτήρια.

⁸¹ Εκτενέστερη ανάλυση για τις ανάγκες εργατικού δυναμικού σε επαγγέλματα υγείας από: Λέβεντ, Τ., κ.α., «*Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης*», Λειτουργικό πρόγραμμα «Υγεία», Αθήνα, 1994

⁸² Βάσει απόψεων των: Abel Smith, B., κ.α., «*Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομένων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*», Φαρμετρικά, Αθήνα, 1994, σελ.81

- Η απόδοση των μελών του προσωπικού σε ολόκληρη τη διοικητική ιεραρχία να υπόκειται σε αξιολόγηση. (Υπάρχουν πολλά συστήματα αξιολόγησης, από τα οποία θα μπορούσε να γίνει επιλογή και προσαρμογή στις τοπικές συνθήκες).
- Η αξιολόγηση να συνοδεύεται από κίνητρα και κυρώσεις.
- Η προαγωγή να βασίζεται στην αποδεδειγμένη απόδοση και ικανότητα. Όσοι, παρά την παροχή των κατάλληλων ευκαιριών εκπαίδευσης, αποδεικνύονται ανεπαρκείς, θα πρέπει να απομακρύνονται από τη θέση τους.

Έτσι, θα πρέπει να εξεταστεί κατά πόσο είναι ορθή η διατήρηση της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων και κατά πόσο θα μπορούσε να εφαρμοστεί ένα ειδικό καθεστώς απασχόλησης όπως π.χ. αυτό στο Ηνωμένο Βασίλειο όπου το προσωπικό του ΕΣΥ δεν φέρει την δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα και υπόκειται σε ειδικό καθεστώς απασχόλησης σχετικά με την αμοιβή, τη συνταξιοδότηση, τις συμβάσεις εργασίας. Η διοίκηση προσωπικού δεν είναι ορθά ανεπτυγμένη στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία και θέση Διευθυντή Προσωπικού δεν υπάρχει. Η θέσπιση θέσης Διευθυντή Προσωπικού, ο οποίος θα διαθέτει τη δική του διοικητική υποστήριξη και θα αποτελεί μέρος της ανώτατης διοίκησης, αποτελεί ιδανική εξέλιξη⁸³

⁸³ Βασισμένο σε απόψεις των: Abel Smith, B., κ.α., «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας», Φαρμακευτικά, Αθήνα 1994, σελ.81

Σύμφωνα με το μοντέλο των «τριών σταδίων», για την ποιοτική και ποσοτική ανανέωση του ανθρώπινου δυναμικού απαιτείται: α) ολοκλήρωση των σχεδίων εφαρμογής ανάπτυξης υπηρεσιών υγείας και ανθρώπινου δυναμικού β) περιορισμός της εγχώριας παραγωγής και εισαγωγής νέου ανθρώπινου δυναμικού με βάση υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες γ) Μείωση της υπάρχουσας προσφοράς σε ορισμένες ειδικότητες καθώς και εξέταση του επαγγελματικού επαναπροσανατολισμού της⁸⁴.

Η θέσπιση καθηκοντολογίου και περιγραφής θέσης ενδεχομένως θα βοηθήσει στην ξεκαθάριση της έννοιας της ευθύνης του καθενός. Η ενιαιοποίηση του θεσμικού πλαισίου και η μερική αυτονομία των νοσοκομείων ως αυτοδύναμων μονάδων θα δώσει αναπτυξιακό χαρακτήρα στις προσπάθειες προσωπικού και διοικούντων. Μελλοντικά, η ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου στην υγεία θα λαμβάνει υπόψη τις κοινωνικοοικονομικές και επιδημιολογικές διαστάσεις σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, με κύριους άξονες την ισότητα (π.χ. στην κατανομή) και την αποδοτικότητα (π.χ. παραγωγικότητα ή αποτελεσματικότητα). Η νέα γενιά των υπευθύνων θα πρέπει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας ανθρώπινα, σύγχρονα, επιστημονικά και πιο αποτελεσματικά⁸⁵.

Η σωστή εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, ως κυρίαρχο στοιχείο βελτίωσης

⁸⁴ Βασισμένο σε απόψεις των: Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., «*Η Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6), 2000, σελ. 638

⁸⁵ Βασισμένο σε απόψεις των: Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., «*Η Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6), 2000, σελ. 638

των υπηρεσιών υγείας, η περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υγείας (και όχι η αστικοκεντρική προσέγγιση και προσήλωση στην πρωτεύουσα) καθώς και η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (προληπτική υγειονομική φροντίδα) είναι τα βασικά κομβικά στοιχεία για τον ορθό σχεδιασμό της υγείας τον 21^ο αιώνα, τόσο στο εγχώριο αλλά και στο διεθνές επίπεδο.

Βιβλιογραφία

Abel Smith, B., κ.α., «*Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*», Φαρμακευτικά, Αθήνα 1994, σελ.80-82

Abel Smith, B., κ.α., ο.π., σελ.85-90

Πολύζος, Ν.,Υφαντόπουλος, Ι., «*Η Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6), 2000, σελ. 627-639

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδριώτη, Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994
2. Ανδριώτη, Δ., «Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Εξάντας, 1998
3. Αρχεία νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς», «Οργανόγραμμα», 2002
4. Γεωρνταμίλης, Αρ., «Η Ανάπτυξη του Οδοντιατρικού Δυναμικού», Επιθεώρηση Υγείας, Ιούλιος-Αύγουστος 1996
5. Δαληγγάρου-Βιλαέτη, Ολ., «Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management. Τα Πρακτικά του 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συμβουλίου», MediForce, Αθήνα, Μάιος 2001
6. Έκθεση Ομάδας Εργασίας, «Πρόγραμμα Περιφερειακής Ανάπτυξης. Περιφερειακοποίηση των Υπηρεσιών», Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα, Δεκέμβριος 1979
7. ΕΣΥΕ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος 2002», Αθήνα, 2003
8. ΕΣΥΕ, «Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής 1997», Αθήνα, 2001
9. Θεοδώρου, Μ., κ.α., «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, Ιούνιος 1994
10. «ΙΑΣΩ», «Απολογισμός χρήσης 2001», 2001
11. Κανελλόπουλος, Χ., «Διοίκηση Προσωπικού», Αθήνα, 1991
12. Καριώτης, Π., «Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις euroclinica, Αθήνα, 1992
13. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, «Οικονομικά και Υγεία. Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα, 1989
14. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικής Ανάπτυξης, «Υγεία: Μελέτη Ομάδας Εργασίας», ΚΕΠΕ, Αθήνα, 1976
15. Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ., «Θέματά Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 1994
16. Λέβεντ, Τ., κ.α., «Ανάγκες Εργατικού Δυναμικού Επαγγελματιών Υγείας και Οργάνωση Ανάλογης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης», Λειτουργικό πρόγραμμα «Υγεία», Αθήνα, 1994
17. Μάρδας, Γ., «Οργανωτική και οικονομική του Συστήματος κοινωνικής Διοίκησης», «Το Οικονομικό», Αθήνα, 1993
18. Πολύζος, Ν., Υφαντόπουλος, Ι., «Η Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6), 2000
19. Σούλης, Σ., «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Β' Έκδοση, Αθήνα, 1999

20. Τσώλη ,Θ., «Ο έλληνας ασθενής στην εντατική της Ε.Ε.», Εφημερίδα «Το Βήμα», 1/1/2003
21. Υπουργείο Υγείας, «Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη Του Ιατρικού Δυναμικού», Αθήνα, 1995
22. Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2519, 21 Αυγούστου 1997, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», 1997
23. Υπουργείο Υγείας, «ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜΟ 2889, 2 Μαρτίου 2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», 2001
24. Υπουργείο Υγείας, Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη, Συνοπτική Παρουσίαση», Αθήνα, Ιούλιος 2000

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abel Smith, B., κ.α., «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας», Φαρμακικά, Αθήνα, 1994
2. Beazoglou, Tr., κ.α., "Human Resources Supply and Cost Containment in the Health System", Exandas, 1998
3. Flanagan, H. "What chance a caring management culture?", Health Manpower Management, Volume 23, Number 5, 1997, MCB University Press
4. Gatrell, J., White, T., "Doctors and management-a model for change", Health Manpower Management, Volume 23, Number 1, 1997, MCB University Press
5. Heggade, O., "Hospital Management", Mohit Publications, New Delhi, 2000
6. Howard, E., "Strategic management". In Farnham D, Horton S, editors "managing the new Public Services", 2nd ed., MacMillan Press, 1996
7. Javeau, Cl., «Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο», Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα, 1996
8. Schulz, R., Johnson, Al., "Management of Hospitals and Health Services. Strategic Issues and Performance", Mosby Third Edition, 1990
9. Siddiqui, J., Kleiner, B., "Human resource management in the health care industry", Health Manpower Management, Volume 24, Number 4, MCB University Press, 1998
10. Sissouras, Ar., Yfantopoulos, J., "Report on the Organization and the Management of Health Services in Greece", Αθήνα, Απρίλιος 1994
11. Walker, R., Morgan, P., "Involving doctors in management. A survey of the management career needs of selected doctors in NHS Wales", Journal of Management in Medicine, Vol.10, No1, 1996, MCB, University Press
12. Williams, J., Ewell, C., «Η Διοίκηση του Ιατρικού Νοσοκομειακού Προσωπικού», Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1997
13. World Development Report, "Investing in Health World Development Indicators", Oxford University Press, 1993
14. World Health Organization, "European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary", Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996
15. World Health Organization, "Health Care Systems in Transition", Greece, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996
16. Zairi, M., "Building human resources capability in health care: a global analysis of best practice-part III", Health Manpower Management, Volume 24, Number 5, 1998
17. Zouko, V., «Η διαδικασία του Στρατηγικού Management στα Νοσοκομεία», Επιθεώρηση Υγείας, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2001

Websites

<http://www.ygyg.gr/index.html>.-Ηλεκτρονική Διεύθυνση της Ιστοσελίδας του Υπουργείου Υγείας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ
ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ

ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ

ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ

Γ.ΓΕΝΗΜΑΤΑΣ

ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ

ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ

ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ

ΗΡΑ

ΙΑΣΩ

ΚΑΤ

ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΛΗΤΩ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Υποστηρικτικές Υποστηρικτικές