

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΧΟΥΝΤΑΛΑ

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ.
ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης.

Πειραιάς 2007

PANAGIOTA XOYNTALA

MANAGEMENT SYSTEM OF HOSPITAL INSTITUTIONS.
MODERNIZATION AND DECISION MAKING

Graduate Thesis for the Degree “Master in Health Management”

Pireus 2007

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΧΟΥΝΤΑΛΑ

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ.
ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.

Επόπτης: κ. Μωραΐτης Ευάγγελος
Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής στο Β' Πε. Σ. Υ. Π. Αττικής

Μελέτη για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πραγματοποιώντας την παρούσα διπλωματική εργασία άτομα και οργανισμοί στάθηκαν αρωγοί σε αυτή μου την προσπάθεια.

Αρχικά πολλές ευχαριστίες στην ομάδα εκπόνησης των πρακτικών εργασιών και αναθέσεων οι οποίες αποτέλεσαν κίνητρο προβληματισμού, συζητήσεων και ταιριάσματος πολλών και ποικίλων απόψεων και ιδεών αλλά και αφορμή να περάσουμε τόσα ευχάριστα και ανέμελα απογεύματα. Ήτοι (και αλφαβητικά): Καραγκούνη Ιωάννα, Κατσούρη Ερασμία, Μαραυγάκη Ευαγγελία, Μπάστα Ανδριαννή.

Πολλές και ξεχωριστές οι ευχαριστίες μου στην από το ξεκίνημα των φοιτητικών μας χρόνων έως και σήμερα σύμμαχο, φίλη και συνοδοιπόρο Ελίνα Χλούπη.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω και τους υπαλλήλους των παρακάτω βιβλιοθηκών: Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Γ. Ν. Α. "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ".

Την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία.

Στον κ. Μωραΐτη θερμές και ειλικρινείς οι ευχαριστίες που με παρότρυνε να αναλάβω και να αναλύσω αυτό το θέμα αλλά και στάθηκε αρωγός για τη διεκπεραίωσή του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι επικεντρωμένη στο σύστημα διοίκησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και στους τρόπους λήψης αποφάσεων.

Το σύστημα διοίκησης των νοσοκομείων καθορίζεται από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Μέσω της εργασίας αυτής θα γίνει προσπάθεια να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα: Ποιος είναι ο ρόλος του μάνατζερ ενός νοσοκομείου; Ποιος είναι ο ρόλος του διοικητικού συμβουλίου; Ποιες βελτιώσεις επέφεραν τα διάφορα διατάγματα και οι νομοθετικές προσπάθειες; Ποιες μεταρρυθμίσεις υλοποιήθηκαν στη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων;

Θα γίνει μία ιστορική αναδρομή στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, αναφορά στο ν.2592/1953, ν.1397/1983, ν.965/1937, νομοθετικές αλλαγές της δεκαετίας του 1990, καθώς και στις αλλαγές που επήλθαν κατά τα τελευταία χρόνια.

Έπειτα θα επιχειρηθεί η ανάλυση του όρου λήψης αποφάσεων, (διαδικασία λήψης αποφάσεων, περιγραφή των σταδίων της λήψης), μία περιγραφή των μοντέλων λήψης μίας απόφασης και του ρόλου της διοικητικής επιστήμης.

Επίσης θα γίνει αναφορά σε ενδεικτικό πρόβλημα το οποίο μπορεί ν' αντιμετωπιστεί στον τομέα της υγείας και πως θεωρείται απαραίτητη η αναγκαιότητα της λήψης μιας απόφασης.

Στη συνέχεια σκιαγραφείται η οργανωτική δομή των νοσοκομείων αλλά και τα εμπόδια που δυσχεραίνουν τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων.

Στο τελευταίο κομμάτι της εργασίας γίνεται μία κριτική προσέγγιση των συστημάτων διοίκησης, σκιαγράφηση του σύγχρονου μοντέλου διοίκησης με ταυτόχρονη αναφορά στην αναγκαιότητα του ανασχεδιασμού και της αναδιοργάνωσης των διαδικασιών μιας νοσοκομειακής μονάδας.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: σύστημα διοίκησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, τρόπος λήψης αποφάσεων, μάνατζερ, γενικός διευθυντής, νοσοκομειακή μονάδα, διαδικασία λήψης αποφάσεων, περιγραφή σταδίων λήψης αποφάσεων, σύγχρονο μοντέλο διοίκησης.

SUMMARY

This essay is focus firstly on the system of management for hospital institutions secondly on the ways of decision making

The management system of hospitals is usually determined from political leadership of the Ministry of Health. Through this essay an effort will de done in order to be answered the following questions: Who is the role of a hospital manager? Who is the role of the hospital board? Which improvements have been done by the laws and decrees? Which reformations have been done at the management of hospital units?

Then it follows a historic retrospect on the field of health services, a reference to the law 2592/1953, 1397/1983, 965/1937, the constitutional changes on the decade of 90's and the last few years. Then there will be an effort to be analyzed the meaning of the expression decision making (procedure of decision making, description of the steps of decision making,) a description of the models of decision making and the role of management science.

After that, is outline the organizational structure of hospitals and the obstacles which made difficult the procedure of decision making.

At the last part of the assignment, there is a critical approach of the management systems, an outline of modern management model and at the same time a reference at the necessity of the planning and reorganization of the procedures of a hospital unit.

KEY-WORDS : management system of hospital institutions, decision making, manager, general director, hospital unit, decision making procedure, modern management model, description of the steps of decision making.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

1.1. Το διοικητικό σύστημα μέχρι το 1990.....	1
1.1.1 Αποτύπωση συγκεκριμένης χρονικής περιόδου.....	1
1.1.2 Τα πρώτα συστήματα υγείας.....	3
1.2. Χρονική Περίοδος Β' :1922- 1945.....	4
1.2.1 Οι μεταρρυθμίσεις του Ν. 965/1937.....	4
1.3. Χρονική Περίοδος Γ: 1945-1974.....	5
1.3.1. Οι μεταρρυθμίσεις του Δ.Ν.2592/1953.....	5
1.4. Ο ρόλος του νομου 1397/1983.....	7
1.5. Η δεκαετία του 1990.....	8
1.5.1. Ο νόμος 2071/1992.....	9
1.5.2. Ο νόμος 2519/1997.....	9
1.6. Η δεκαετία του 2000.....	10
1.6.1. Ο νόμος 2889/2001.....	10
1.6.2. Ο νόμος 3329/2005.....	11
1.7. Γενικοί διευθυντές και συμβούλια.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.....18

2.1. Η μεθοδολογία της διαδικασίας λήψης αποφάσεων.....	21
2.2. Τα μοντέλα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.....	25
2.3. Εφαρμογή Διαδικασίας λήψης αποφάσεων και διοικητικής επιστήμης. Η περίπτωση της διαχείρισης αίματος στη Νέα Υόρκη.....	27
2.4. Η περίπτωση του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΕΙΔΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....37

3.1. Είδη Διοίκησης των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.....	37
3.2. Η οργανωτική Δομή και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διοίκηση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ.....48

4.1. Αρχές που πρέπει να διέπουν το διοικητικό σύστημα των νοσοκομείων.....	49
4.2. Σύγχρονο Μοντέλο Δοίκησης	50
4.2.1. Πλαίσιο Αρχών σύγχρονης Διοίκησης	51
4.3. Η έννοια του ανασχεδιασμού των επιχειρησιακών διεργασιών.....	52
4.3.1. Κύρια χαρακτηριστικά του ανασχεδιασμού των επιχειρησιακών διεργασιών...53	
4.3.2. Μεθολογία ανασχεδιασμού επιχειρησιακών διεργασιών.....	54
4.3.3. Συνέπειες ανασχεδιασμού επιχειρησιακών διεργασιών.....	55
4.4. Προτεινόμενα Μοντέλα.....	56
4.4.1 Επιχειρησιακός – Στρατηγικός Σχεδιασμός	56
4.4.2 Μοντέλο Διοικητικής αποδοτικότητας –Αποτελεσματικότητας.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....61

Βιβλιογραφία.....	67
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	67
Ξένη Βιβλιογραφία.....	70
Διαδίκτυο.....	72

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Ν. Δ. : Νομικό Διάταγμα

Β. Δ. : Βουλευτικό Διάταγμα

Ε.Σ.Υ. : Εθνικό σύστημα Υγείας

ΠΕ. Σ. Υ.: Περιφερειακά Συστήματα Υγείας

Δ.Υ. ΠΕ : Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας

Ω.Κ.Κ : Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Κ. Α. Ε. : Κωδικός Αριθμός Εξόδων

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

1.1 Το διοικητικό σύστημα μέχρι το 1930

Η κατάσταση που επικρατούσε στην Ελλάδα μετά την απελευθέρωση από τον τουρκικό ζυγό και τη σύσταση του ελληνικού κράτους ήταν χαώδης τόσο όσον αφορά τα οικονομικά όσο και τα διοικητικά θέματα.

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, η νοσοκομειακή περίθαλψη βρισκόταν σε πρωτόγονη κατάσταση και ο πληθυσμός νοσηλευόταν υπό άθλιες συνθήκες σε νοσοκομεία τα οποία δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν προσωρινά μέσα σε ερειπωμένα στρατιωτικά κτίρια (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Παρά τις προσπάθειες του Ιωάννη Καποδίστρια, η οικονομική κατάσταση και οι δυσκολίες που αντιμετώπιζε το νεοσύστατο Ελληνικό κράτος δεν επέτρεψαν στον πολιτικό αυτό να παρέμβει δυναμικά στον τομέα της υγείας

Το πρώτο νοσοκομείο ανεγέρθηκε και λειτούργησε στη Σύρο το 1827 και ονομάζονταν «Βαρδάκειον και Πρώιον Νοσοκομείον Σύρου», από εισφορές των εύπορων κατοίκων του νησιού αλλά και από εισφορές προσφύγων, οι οποίοι είχαν έρθει στο νησί από διάφορα νησιά και κυρίως από τη Μικρά Ασία. Το νοσοκομείο αυτό πρέπει να επισημανθεί ότι διοικούνταν από το Αδελφάτο.

Την ίδια χρονική περίοδο πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι η ανέγερση νέων νοσοκομείων υλοποιήθηκε με την οικονομική βοήθεια που προσέφεραν εύποροι πολίτες, οι οποίες χαρακτηρίστηκαν ως εθνικοί ευεργέτες. (Σκούρης 1991)

1.1.1. Αποτύπωση συγκεκριμένης χρονικής περιόδου

Αυτό που πρέπει πάντως να επισημανθεί είναι ότι πέρα από την προσπάθεια του καθεστώτος του Όθωνα για το χώρο της υγείας, κυρίως η ανασυγκρότηση του συγκεκριμένου χώρου έγινε με τη βοήθεια φιλανθρωπικών σωματείων, οργανώσεων, ευεργετών και δημοτικών οργανισμών. Συνέπεια βέβαια της συγκεκριμένης στάσης ήταν η διοίκηση των νοσοκομείων να περιέλθει κυρίως στα χέρια ιδιωτών, με αποτέλεσμα ο έλεγχος της λειτουργίας και της διοίκησής τους να μην ασκείται από το κράτος, που είχε

αναλάβει την προσπάθεια της εθνικής ανασυγκρότησης επιστρατεύοντας τις δυνάμεις του για την πραγματοποίηση έργων σε τομείς όπως η άμυνα και η διοίκηση (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Η έλλειψη κρατικής αρωγής τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ήταν εμφανής στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα η εικόνα που παρουσίαζαν τα λιγοστά νοσοκομεία που είχαν ιδρυθεί να είναι τραγική, ενώ οι μόνοι που συνέφεραν για τη συντήρηση των νοσοκομείων ήταν οι ιδιώτες, οι δήμοι και τα μοναστήρια. (Τάχος 1985)

Οι βασικότερες αιτίες της απουσίας της κρατικής υποστήριξης συμπεριλαμβάνονται στα εξής:

- πλήρης οικονομική αδυναμία του νεοσύστατου κράτους να αναλάβει την κάλυψη ακόμα και στοιχειωδών αναγκών του τομέα υγείας
- παντελής απουσία ικανών διοικητικών στελεχών
- κυριαρχία πνεύματος ευθυνοφοβίας στα όργανα του κράτους, τα οποία λόγω των ελάχιστων γνώσεων που κατείχαν και των κομματικών διώξεων τις οποίες υφίσταντο, αισθάνονταν ανασφάλεια όταν ασκούσαν το έργο τους και δεν ήταν σε θέση να αναλάβουν καμία πρωτοβουλία
- αναδιοργάνωση βασικών τομέων του κράτους, όπως της άμυνας, της διοίκησης, της εξωτερικής πολιτικής για τους οποίους το κράτος επιστράτευσε όλες τις δυνάμεις του, ενώ άφησε σε δεύτερη μοίρα άλλους τομείς, όπως αυτός της υγείας, με την δικαιολογία ότι η υγεία είναι υπόθεση όλων και όχι μόνο του κράτους (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Αποτέλεσμα πάντως πρωτοβουλιών που ανέλαβαν διάφοροι φορείς ήταν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο μέχρι το 1930 να ιδρυθούν :

- δεκαπέντε δημοτικά γενικά νοσοκομεία
- οκτώ γενικά νοσοκομεία αγαθοεργού ιδιωτικής πρωτοβουλίας
- δεκατέσσερα κρατικά ειδικά νοσοκομεία και
- ένα ειδικό νοσοκομείο ιδιωτικής πρωτοβουλίας

1.1.2 Τα πρώτα συστήματα διοίκησης

Τα διοικητικά όργανα κάθε νοσοκομείου καθορίζονται από το ιδρυτικό του διάταγμα, αφού τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο όχι μόνο δεν έχει θεσπιστεί από την πολιτεία ένα νομικό πλαίσιο οργάνωσης και διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, αλλά δεν υπήρχε και αρμόδιο υπουργείο. Πιο συγκεκριμένα τα θέματα τα οποία ενέπιπταν στη δημόσια υγεία, είχαν υπαχθεί στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Εσωτερικών, στο οποίο είχε συσταθεί Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Αντίληψης. Συνεπώς ο τρόπος διοίκησης κάθε νοσοκομείου καθορίζονταν από την ιδρυτική του διάταξη.

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι όλα τα δημοτικά νοσοκομεία της περιόδου αυτής διοικούνται από «αδελφάτο», στο οποίο μετέχει ως πρόεδρος ο δήμαρχος της περιοχής στην οποία εδρεύει το νοσοκομείο, εν αντιθέσει με τα νοσοκομεία αγαθοεργού ιδιωτικής πρωτοβουλίας που διοικούνται είτε από Εφορεία είτε από Διοικητικά Συμβούλια. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Δημοτικού Νοσοκομείου ο Άγιος Δημήτριος, στη Θεσσαλονίκη. (Πολυζωΐδης, 1990)

- Τα κρατικά νοσοκομεία της περιόδου αυτής (π.χ. Κρατικό Νοσοκομείων Αφροδισίων Νόσων Θεσσαλονίκης) διοικούνταν από Εφορεία, σύμφωνα με το Ν.Δ. της 26-7-1925, η οποία είχε την έδρα της στο κατάστημα της Νομαρχίας.

Το 1915 δημοσιεύεται ο κανονισμός λειτουργίας του Ιατροσυνεδρίου, του μοναδικού συγκροτημένου την εποχή εκείνη οργάνου στον τομέα της υγείας, στο οποίο είχαν ανατεθεί όπως είναι γνωστό ουσιαστικές αρμοδιότητες για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Τη δεδομένη όμως χρονική περίοδο και με την έλευση και αποκατάσταση των προσφύγων που εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα μετά τους Βαλκανικούς Πολέμους και κατά τη διάρκεια του Α' Παγκόσμιου Πολέμου, το ελληνικό κράτος αναγκάζεται να καταφύγει στη λήψη μιας σειράς μέτρων, όπως είναι :

- η ίδρυση Ανώτατης Διεύθυνσης Περίθαλψης
- η ίδρυση του προσωρινού Υπουργείου Περίθαλψης, που αντικαθιστά την προαναφερθείσα Ανώτατη Διεύθυνση Περίθαλψης και πρόκειται να μετεξελιχθεί

στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας (σύμφωνα με το νόμο 2882/1922)

- ο διορισμός σημαντικού αριθμού γιατρών, φαρμακοποιών και μαιών στις περιοχές εγκατάστασης των προσφύγων
- η οργάνωση ορισμένου αριθμού ιατρείων
- η μετατροπή του Ιατροσυνεδρίου σε Ανώτερο Υγειονομικό Συμβούλιο ((Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Νέα προσπάθεια καταβάλλεται από την πολιτεία όταν με το Ν.Δ. 13-12-1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αντίληψης, το οποίο όμως παρά το γεγονός ότι εξέδωσε σειρά νομοθετικών μέτρων για την αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας και τις αρμοδιότητες των τμημάτων και των στελεχών, καταργείται περίπου για έξι μήνες, και στη συνέχεια επανασυστήνεται, διαχωρίζεται σε υπουργείο και υφυπουργείο και τελικά ακολουθεί η συνένωση για να αποτελέσει πλέον το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης (Μαστρογιάννης, 1960).

1.2 Χρονική περίοδος Β 1922-1945

Την περίοδο αυτή χαρακτηρίζει ο υψηλός πληθωρισμός, η μεγάλη ανεργία καθώς και η οικονομική ύφεση. Συνδυαστικά με την οικονομική κρίση και εξαθλίωση του πληθυσμού αλλά και με το μεταναστευτικό κύμα των προσφύγων από τη Μικρά Ασία το 1922, αναγκάζει την κυβέρνηση να διαθέσει οικονομικούς πόρους για τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και κατοικίας και όχι για την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης υγειονομικής πολιτικής (Ζηλίδης 1988).

Η ίδρυση για πρώτη φορά ενός ξεχωριστού υπουργείου που θα διαχειρίζεται όλα τα θέματα υγείας αποτέλεσε σημαντικό σταθμό την περίοδο αυτή. Έτσι το 1922 με το νόμο 2882 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και αντίληψης και τον ίδιο χρόνο με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι υποχρεωτικοί κανόνες για τη σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών. Με το νόμο 6298 του 1934 ιδρύεται Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.)

1.2.1 Οι μεταρρυθμίσεις του Ν. 965/1937

Η περίοδος της δεκαετίας του '30 στον τομέα της υγείας σηματοδοτείται από την έκδοση του Ν. 965/1937 «περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων», ο οποίος ήρθε να τερματίσει τη χαώδη κατάσταση που επικρατούσε στο χώρο της υγείας και να δώσει ελπίδες στον πληθυσμό της χώρας που δεινοπαθούσε από διάφορες ασθένειες (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο νόμο, τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας θα αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, θα βρίσκονται υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης και θα διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, τα οποία θα είναι αντιπροσωπευτικά και θα είναι είτε επταμελή είτε πενταμελή (Αλεξιάδης, 1994).

Τα νοσοκομεία που υπάγονται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας θα διοικούνται από επταμελή διοικητικά συμβούλια, με μέλη προερχόμενα από τον ευρύτερο χώρο της ελληνικής πραγματικότητας και όχι αποκλειστικά από το χώρο της υγείας.

Τα νοσοκομεία που υπάγονται στην περιφέρεια της υπόλοιπης χώρας θα διοικούνται από πενταμελή διοικητικά συμβούλια τα οποία και πάλι αποτελούν μέλη ο ρόλος των οποίων αποπνέει από το κοινωνικό γίνεσθαι και επικρατείν της εποχής.

Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο Α. Ν. η θητεία όλων των μελών των διοικητικών συμβούλων είναι τετραετής και υπάρχει η διαδικασία της εκλογής, ενώ όπως ήδη αναφέρθηκε θεσπίζεται ο ρόλος του κυβερνητικού επιτρόπου που εκπροσωπεί την κυβέρνηση, χωρίς όμως δικαίωμα ψήφου. Οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων είναι ενισχυμένες, με δικαίωμα ρύθμισης τιμολογίων νοσηλείας και λοιπών πράξεων, ενώ ταυτόχρονα έχουν τη δυνατότητα σύνταξης καταστατικού οργανισμού διοίκησης, οικονομικής διαχείρισης και εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας. Γενικότερα πάντως παρατηρείται ότι με αυτό τον τρόπο καταργούνται όλα τα μέχρι πρότινος διορισμένα συμβούλια εφορειών ή αδελφάτων (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

1.3 Χρονική περίοδος Γ 1945-1974

1.3.1. Οι μεταρρυθμίσεις του Ν.Δ. 2592/1953

Το 1953 εκδόθηκε το Ν.Δ. 2592 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», το οποίο χαρακτηρίστηκε από πολλούς ως το πλέον σημαντικό νομοθέτημα στο χώρο της υγείας από τη σύσταση του ελληνικού κράτους, καθώς υπάρχει πλέον διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και σύσταση ειδικών περιφερειακών υπηρεσιών του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας.

Στόχος των δράσεων του συγκεκριμένου διατάγματος είναι μεταξύ άλλων ο προγραμματισμός σε θέματα παροχής ιατρικής αντίληψης, η οργάνωση, η παρακολούθηση και ο έλεγχος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. (Παυλόπουλος 1986)

Για τη διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων το συγκεκριμένο Ν.Δ. αναφέρει ότι τα νοσηλευτικά ιδρύματα θα διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, των οποίων όμως η σύνθεση θα διαφέρει ανάλογα με τον αριθμό των κλινών. Πιο συγκεκριμένα τα νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 200 κλίνες θα διοικούνται από επταμελή διοικητικά συμβούλια, ενώ τα νοσοκομεία άνω των 200 κλινών θα διοικούνται από εννιαμελή διοικητικά συμβούλια. Η θητεία των μελών είναι τετραετής ενώ είναι εφικτή και η ανανέωσή τους που γίνεται τμηματικά ανά διετία και διενεργείται με κλήρο. Το αξίωμα των μελών του διοικητικού συμβουλίου ενός νοσηλευτικού ιδρύματος είναι τιμητικό (Αλεξιάδης, 1994).

Το 1954 εκδόθηκε το Β.Δ. 11/1954, το οποίο αφορούσε τις αρμοδιότητες και τον τρόπο λειτουργίας των διοικητικών συμβουλίων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σύμφωνα με το οποίο θεσπιζόταν ένα νομικό πλαίσιο σύστασης και λειτουργίας των συλλογικών οργάνων. Με αυτό τον τρόπο επιλύθηκαν βασικά πρακτικά προβλήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ενώ ταυτόχρονα ενισχύθηκε η θέση των συλλογικών οργάνων έναντι του διευθυντή του νοσοκομείου, όσον αφορά τις αρμοδιότητες.

Το Ν.Δ. 3796/1954 που αφορούσε τη σύνθεση των συλλογικών οργάνων, τροποποιήθηκε με το Ν.Δ. 1380/1973, σύμφωνα με το οποίο δεν ίσχυε πλέον η διάκριση των νοσοκομείων με βάση τον αριθμό των κλινών τους, ενώ η τετραετής θητεία μετατράπηκε σε τριετή.

Γενικότερα πάντως κατά την τριακονταετία 1950-1980 παρατηρούνται αρκετές νομοθετικές προσπάθειες με στόχο τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση της λειτουργίας των διοικητικών οργάνων και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, χωρίς όμως να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τη συγκρότηση μιας ευέλικτης, αποφασιστικής διοίκησης, που να χαρακτηρίζεται από ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων. Αντίθετα διαιωνίστηκε μια κατάσταση όπου το συλλογικό όργανο παρέμεινε δύσκαμπτο και αντιπαραγωγικό, δέσμιος της εκάστοτε πολιτικής εξουσίας, αποτελώντας τη βασική τροχοπέδη στη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, γεγονός που παρεμπόδιζε οποιαδήποτε προσπάθεια για ανάληψη πρωτοβουλιών (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1994).

1.4 Ο ρόλος του νόμου 1397/1983

Με την ψήφιση του νόμου 1397/1983 πραγματοποιείται μία σημαντική αλλαγή στο νομοθετικό πλαίσιο του συστήματος υγείας. Κύριος στόχος της συγκεκριμένης νομοθετικής προσπάθειας ήταν η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα και η ισότιμη παροχή υπηρεσιών περίθαλψης σε όλους τους πολίτες με αποκλειστική ευθύνη του κράτους.

Ο συγκεκριμένος νόμος είναι ο πρώτος που ορίζει ότι ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου προΐσταται όλων των υπηρεσιών, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσοκομείο ενώπιον κάθε αρχής και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου. Επίσης για πρώτη φορά θεσπίζεται ο ρόλος του συντονιστή του νοσοκομείου με πενταετή θητεία, που ασκεί καθήκοντα διοικητικού προϊστάμενου (Κυριόπουλος, 1989).

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι με τις νέες νομοθετικές ρυθμίσεις ο ρόλος των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων αναβαθμίζεται και εκχωρούνται σε αυτά αυξημένες αρμοδιότητες, έτσι ώστε να έχουν την ευθύνη για τη διοίκηση, την οργάνωση και τη λειτουργία των νοσοκομείων, καθώς και για την υλοποίηση του προγράμματος που θα διαμορφώνεται από κεντρικά συμβούλια υγείας και θα ελέγχεται από το περιφερειακό συμβούλιο υγείας. Έτσι τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων είναι οι φορείς που θα έχουν την αποκλειστική ευθύνη του τρόπου παροχής όλου του συστήματος υπηρεσιών, όσον αφορά στην πρόληψη, στη διάγνωση και στη θεραπεία της ασθένειας και στην αποκατάσταση της υγείας (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1994, Κυριόπουλος, 1989).

Στο πλαίσιο της αναβάθμισης του ρόλου των διοικητικών οργάνων των νοσηλευτικών μονάδων εφαρμόζεται για πρώτη φορά ο κοινωνικός έλεγχος των φορέων υγείας, επομένως και των διοικητικών συμβουλίων. Έτσι, για πρώτη φορά συμμετέχουν στα διοικητικά συμβούλια εκπρόσωπος του ιατρικού προσωπικού καθώς και εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων στο χώρο της υγείας.

Επιπλέον πρέπει να επισημανθεί ότι στην εισηγητική έκθεση του νόμου του 1983 παρατηρείται ότι:

- εκχωρούνται ουσιαστικές αρμοδιότητες στα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων,
- ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου είναι πλέον προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών, ενώ ο διοικητικός διευθυντής είναι μόνο διευθυντής κάποιων υπηρεσιών

- ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου θα μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με πλήρη απασχόληση, με στόχο την αποτελεσματική άσκηση των αρμοδιοτήτων τους,
- τα διοικητικά συμβούλια καλούνται να ασχολούνται περισσότερο με τη διεύθυνση του νοσοκομείου, παρά με τη διοίκησή του (Βουλή των Ελλήνων, 1983).

Όπως γίνεται κατανοητό με τις συγκεκριμένες νομοθετικές ρυθμίσεις έχει ενισχυθεί σημαντικά ο θεσμός των διοικητικών συμβουλίων, στα οποία έχουν παραχωρηθεί ενισχυμένες αρμοδιότητες, με κυρίαρχο στόχο την επιτυχημένη εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η προσπάθεια της αναβάθμισης του συστήματος υγείας έγινε με γνώμονα την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών και των λειτουργιών και με βάση την αρχή του Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με την οποία η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό, στο οποίο όλοι έχουν ισότιμη πρόσβαση.

Γενικότερα πάντως πολλά ήταν τα εμπόδια που συνάντησε η καινοτόμος αυτή προσπάθεια, μεταξύ των οποίων η ακαμψία των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται σε σχετική ομιλία του Γιώργου Γεννηματά «μεταξύ των πολλών προβλημάτων που είχε να επιλύσει η εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. ήταν και η ακαμψία των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων, στα οποία αφενός μεν δώσαμε κοινωνικό πρόσωπο με τη συμμετοχή σε αυτά εκπροσώπων διαφόρων κοινωνικών φορέων και αφετέρου τα καταστήσαμε πιο δυναμικά και ευέλικτα με την ανασυγκρότηση του νομικού τους πλαισίου. Όμως στην πορεία του χρόνου διέπραξαν ένα λάθος. Νόμιζαν ότι μπορούν παράλληλα με το κύριο έργο τους, που είναι η διοίκηση του νοσοκομείου, να κάνουν και διεύθυνση και έτσι απομακρύνθηκαν από τη στρατηγική, ασχολήθηκαν με καθημερινά ζητήματα, που είναι η δουλειά του μάντζερ, του συντονιστή. Αυτό θα έπρεπε να διορθωθεί» (Διεθνές Συμπόσιο Υγείας, 1990).

1.5 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1990

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας αυτής αρχίζει να υποχωρεί σταδιακά το κλίμα του έντονου κρατισμού και της μονολιθικότητας, που κυριάρχησαν κατά τον σχεδιασμό και τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. και αρχίζουν να εισάγονται στη δημόσια συζήτηση αλλά και σε νόμους μερικές φορές θέματα που συνδέονται την ποιότητα

παροχής υπηρεσιών , την αποτελεσματική διοίκηση, τον έλεγχο των δαπανών υγείας και τον εσωτερικό ανταγωνισμό.(Βουλή των Ελλήνων 1992).

Τρία είναι τα πλέον αξιοπρόσεκτα γεγονότα σε όρους πολιτικής και υγείας την περίοδο αυτή , η ψήφιση του νόμου 2071/92 , οι προτάσεις ξένων εμπειρογνομόνων και το Νομοσχέδιο Κρεμαστινού (1995) και η ψήφιση του Νόμου 2519/97.

1.5.1. Ο Νόμος 2071/1992

Τη δεκαετία του 1990 ψηφίστηκε ο νόμος 2071/1992, με τον οποίο επιδιώκονταν ο εκσυγχρονισμός και η αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης νομοθετικής προσπάθειας αποτελεί το γεγονός ότι ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων λαμβάνουν πλέον μηνιαία αποζημίωση, ενώ τα υπόλοιπα μέλη των διοικητικών συμβουλίων λαμβάνουν αποζημίωση ανά συνεδρίαση.

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 55 του Ν. 2071/1992 ο γενικός διευθυντής προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου, εισηγείται στις συνεδριάσεις τα θέματα που τίθενται προς συζήτηση και μεριμνά για υλοποίηση των αποφάσεων που λαμβάνονται. (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1994).

Αυτό το οποίο όμως πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι το γεγονός ότι αντί στην κορυφή τα διοικητικής ιεραρχίας να βρίσκεται άτομο με εξειδικευμένες γνώσεις, προερχόμενο από την υπαλληλική ιεραρχία, τη θέση αυτή κατέχει εξω -υπηρεσιακό άτομο, συνήθως από το χώρο της πολιτικής, που συχνά δεν διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για τη διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Σιγάλας, 1994).

Θέματα διαφάνειας όπως γίνεται κατανοητό δημιουργούνται συχνά σε έναν χώρο τόσο σημαντικό όσο και ιδιότυπο όπως αυτός της υγείας. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε ότι η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό, το πολυτιμότερο για το άτομο. Παρόλα αυτά ο τομέας της υγείας παρουσιάζει συχνά δυσκολίες στη διαχείριση του, καθώς προκύπτουν θέματα οικονομικά, οργανωτικά, διαχείρισης προσωπικού, συνδικαλιστικά, τεχνικά, διοικητικά. (Βογκάς 1978)

1.5.2. Ο Νόμος 2519/1997

Όσον αφορά πάντως το θέμα της διαφάνειας και της εμπλοκής πολιτικών συμφερόντων στην επιλογή και τη στελέχωση των υψηλόβαθμων θέσεων, γίνονται διάφορες προσπάθειες για την αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων. Πιο

συγκεκριμένα ο νόμος 2519/1997 ψηφίζεται πέντε χρόνια μετά τον 2071/1992 και αφορά στην ανάπτυξη και στον εκσυγχρονισμό της υγείας, με αναφορά στο σύστημα διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, τα διοικητικά συμβούλια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι πλέον επταμελή, ενώ και ο γενικός διευθυντής συμμετέχει σε αυτά. Αυτό που είναι επίσης πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι η επιλογή των προέδρων των διοικητικών συμβουλίων στα περιφερειακά και ειδικά νοσοκομεία υλοποιείται με γνωμάτευση ειδικής επιτροπής της Βουλής, ενώ στα νομαρχιακά νοσοκομεία κατόπιν γνωμάτευσης του οικείου περιφερειακού συμβουλίου, με βάση αξιοκρατικά κριτήρια (τα οποία αφορούν στην πείρα, στις γνώσεις και στην επιστημονική κατάρτιση).

Βάσει του 2519/1997 ο Γενικός διευθυντής αναλαμβάνει καθήκοντα έπειτα από προκήρυξη με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ενώ οι αρμοδιότητές του ποικίλουν και καθώς προΐσταται όλων των υπηρεσιών

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι τα άτομα που ορίζουν τους προαναφερθέντες προέδρου των διοικητικών συμβουλίων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων λαμβάνουν και την ευθύνη της απόφασής τους.

Ο συγκεκριμένος νόμος πάντως διαφοροποίησε το θεσμό του γενικού διευθυντή, σε σχέση με τον 2071/1992, δεδομένου ότι δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση των οικονομικών, την κατάρτιση και εισήγηση του Προϋπολογισμού του Νοσοκομείου και την εκτέλεση του, τον επιχειρησιακό σχεδιασμό και την υλοποίηση του, την εκπόνηση του προγράμματος προμηθειών του νοσοκομείου καθώς και την εν γένει αποτελεσματική, ποιοτική και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών του νοσοκομείου, με ξεχωριστές αρμοδιότητες που ορίζονται απευθείας από το νόμο (Αλεξιάδης 1994 & Σιγάλας, 1994).

1.6 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 2000

1.6.1 Νόμος 2889/01

Το Μάρτιο του 2001 και έπειτα από εξάμηνο διάλογο ψηφίστηκε ο νόμος 2889, ίσως ο σημαντικότερος έπειτα από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ. Είναι η πρώτη φορά από το 1983 που όχι μόνο νομοθετούνται μεγάλες αλλαγές αλλά αρχίζει αμέσως και η υλοποίησή τους. Συνοπτικά οι ουσιαστικότερες προβλέψεις του συμπεριλαμβάνουν την αποκέντρωση του συστήματος με τη δημιουργία των ΠΕ. Σ. Υ. στα οποία εκχωρούνται

συγκεκριμένες αρμοδιότητες, τη δημιουργία δομών και περιβάλλοντος αποτελεσματικής διοίκηση στα νοσοκομεία όπως η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου, η πρόσληψη συμβούλων διοίκησης και το σημαντικότερο η διοίκηση του νοσοκομείου ασκείται πλέον από επαγγελματία, που επιλέγεται έπειτα από προκήρυξη, διορίζεται με πενταετή θητεία και υπογράφει συμβόλαιο αποδοτικότητας. Επιπλέον δημιουργείται μηχανισμός επιτροπών και ομάδων διοίκησης έργων για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων (Θεόδωρου 1996 & Εφημερίς της Κυβερνήσεως αρ. φύλλου 37).

1.6.2 Ο νόμος 3329/05

Με το νόμο αυτό ουσιαστικά τροποποιείται ο 2889/01. Τα Πε.Σ. Υ. μετονομάζονται σε Δ.Υ. ΠΕ., ενώ όσον αφορά το διοικητικό μέρος καταργείται η θέση του αναπληρωτή – διοικητή (προέδρου). Το διοικητικό Συμβούλιο των Δ.Υ. ΠΕ. είναι επταμελές και αποτελείται από τον Διοικητή της Δ. Υ. ΠΕ. ως πρόεδρο, τρία πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα, έναν εκπρόσωπο της περιφέρειας, ένα μέλος του Ιατρικού Τμήματος της Περιφέρειας, ένα μέλος των εργαζομένων στις Δ.Υ.ΠΕ. μαζί με τον αναπληρωτή του.

Τα Νοσοκομεία αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.ΣΥΠ μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας. Επιπλέον η θητεία Διοικητών Υποδιοικητών από 5 σε 2 έτη και κατάργηση δημόσιων διαγωνισμών πρόσληψης τους, αλλά και αξιολόγησης τους. Τα όργανα διοίκησης των Νοσοκομείων αποτελούν Το Διοικητικό Συμβούλιο και οι ο Διοικητής. Το Διοικητικό Συμβούλιο είναι επταμελές για νοσοκομεία μέχρι 399 κλίνες, εννιαμελές για νοσοκομεία με 400 κλίνες και άνω και αποτελείται από τον διοικητή του νοσοκομείου ως πρόεδρο του Δ.Σ. τρία μέλη για τα νοσοκομεία έως 399 κλίνες, 4 για νοσοκομεία με κλίνες άνω των 400, τον αναπληρωτή διοικητή του νοσοκομείου με αναπληρωτή του τον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, έναν εκπρόσωπο των γιατρών, το διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού.

Ο συγκεκριμένος νόμος δεν επιφέρει αλλαγές επί της ουσίας, τουλάχιστον στο μέρος που αφορά τους τρόπους διοίκησης των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

1.7 Γενικοί Διευθυντές και Διοικητικά Συμβούλια

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί που λειτουργούν με τη μορφή των Ν.Π.Δ.Δ., ενώ η διοίκησή τους ασκείται από το διοικητικό συμβούλιο, το οποίο είναι η ανώτατη αρχή αποφασιστικής αρμοδιότητας του νομικού προσώπου (Αλεξιάδης 1994 & Σιγάλας, 1994).

Κυρίαρχο χαρακτηριστικό των διοικητικών συμβουλίων είναι η έντονη πολιτικοποίησή τους. Ο θεσμός των διοικητικών συμβουλίων από τη στιγμή της θέσπισής του μέχρι τη δεκαετία του 1980 ήταν περισσότερο τυπικός και λιγότερο ουσιαστικός, διότι δεν του είχαν παραχωρηθεί ουσιαστικές αρμοδιότητες. Με τη συγκεκριμένη νομοθετική προσπάθεια ο ρόλος των διοικητικών συμβουλίων αναβαθμίστηκε, ο πρόεδρος του Δ.Σ. έγινε και προϊστάμενος των υπηρεσιών, ενώ γενικότερα υποβαθμίστηκε ο υπηρεσιακός παράγοντας. Τα διοικητικά συμβούλια με τον αναβαθμισμένο ρόλο τους επηρέασαν τόσο θετικά όσο και αρνητικά τη λειτουργία των νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα :

- συνέβαλαν στον εκσυγχρονισμό των μονάδων υγείας, προσφέροντας σημαντικό ποιοτικό και ποσοτικό έργο, ενώ ταυτόχρονα
- προξένησαν ζημιά στα υπηρεσιακά στελέχη, αφού πολλές φορές οι υπηρεσίες κατέληγαν να είναι απογυμνωμένες από εξειδικευμένα στελέχη (Αλεξιάδης, 1994).

Καθοριστικός για το ρόλο και τις αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων ήταν ο νόμος 2071/1992, σύμφωνα με τον οποίο δρομολογούνται ουσιαστικές αλλαγές στον τομέα της διοίκησης των νοσηλευτικών μονάδων. Πιο συγκεκριμένα καθιερώνεται ο θεσμός του γενικού διευθυντή, ο οποίος είναι φυσικός προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών και έχει τριετή θητεία. Όπως γίνεται εμφανές, η πολιτεία συνειδητοποίησε ότι ο υπηρεσιακός παράγοντας δεν μπορούσε να συνεχίσει να είναι παραγκωνισμένος και να θυσιάζεται στο βωμό των κομματικών συμφερόντων (Τάχος, 1996, Αλεξιάδης, 1996).

Γενικότερα πάντως πρέπει να σημειωθεί ότι τα διοικητικά συμβούλια των νοσηλευτικών μονάδων είναι υποχρεωμένα να εφαρμόζουν την καθορισμένη πολιτική του Υπουργείου Υγείας, με αποτέλεσμα συχνά να δημιουργούνται προστριβές λόγω διαφορετικών αντιλήψεων ή ακόμα και απόρριψης αιτημάτων των νοσηλευτικών μονάδων. (Θεοδώρου κ.α. 2002)

Οι ορισμένες φορές κακοί χειρισμοί των διοικητικών συμβουλίων μπορούν να αποδοθούν σε παράγοντες όπως:

- το πεπαλαιωμένο διοικητικό μοντέλο
- η πολιτικοποίηση του θεσμού
- η πολιτική εξουσία λόγω της σύνθεσης του μοντέλου διοίκησης και του τρόπου διορισμού των μελών της
- η έλλειψη νομικού πλαισίου αρμοδιοτήτων
- η υφιστάμενη –εδώ και πολλές δεκαετίες- ριζική αντίθεση θέσεων και απόψεων μεταξύ διοίκησης και υπηρεσιακών στελεχών του νοσοκομείου
- η εποπτεία που ασκείται από το Υπουργείο Υγείας.
- η έλλειψη διοικητικού πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών του νοσοκομείου (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1994).

Επιχειρώντας κάποιος μία σύγκριση ανάμεσα στις αρμοδιότητες του διοικητικού συμβουλίου ενός νοσοκομείου και του διοικητή για να καταστήσει σαφές το πλαίσιο των καθηκόντων τους, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το διοικητικό συμβούλιο έχει τις εξής αρμοδιότητες:

Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας προς τελική έγκριση και ένταξη του στο επιχειρησιακό σχέδιο της Υγειονομικής Περιφέρειας

- Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς τελική έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει την ανέγερση, επέκταση, αναδιάταξη και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει τον οργανισμό του Νοσοκομείου και τις τροποποιήσεις του και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας

- Εγκρίνει το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων του Νοσοκομείου και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών του Νοσοκομείου, καθώς και τις τροποποιήσεις του και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά Κ. Α. Ε προϋπολογισμού για ποσό άνω των 15.000 ευρώ και μέχρι 45.000 ευρώ ετησίως
- Εισηγείται τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά Κ. Α. Ε. προϋπολογισμού για ποσά άνω των 45.000 ευρώ ετησίως στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει τον ετήσιο προϋπολογισμό της δαπάνης που αφορά στις εφημερίες του ιατρικού προσωπικού και την υπερωριακή απασχόληση και εργασία κατά τις νυκτερινές ώρες και εξαιρέσιμες ημέρες του λοιπού προσωπικού και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία αποστέλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εγκρίνει τις προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου και υποβάλλει στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας εισήγηση για την εκποίηση τους
- Εγκρίνει τη χορήγηση πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις
- Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του Νοσοκομείου.

Ο διοικητής του νοσηλευτικού ιδρύματος, αντίθετα, έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού, ελέγχου και εύρυθμης λειτουργίας όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου
- Εκπονεί και ενημερώνει σε μηνιαία βάση το χάρτη υγείας του Νοσοκομείου και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου
- Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών και το υποβάλλει στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου
- Εισηγείται στο Δ.Σ. τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου
- Εισηγείται στο Δ.Σ. την ανέγερση, επέκταση, αναδιάταξη και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου
- Επεξεργάζεται τον οργανισμό και άλλα θεσμικά κείμενα του Νοσοκομείου και τα υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου
- Επεξεργάζεται και αξιολογεί όλες τις προτάσεις και αιτήματα των Υπηρεσιών και του προσωπικού και τα υποβάλλει στα αρμόδια όργανα
- Εισηγείται στο Δ.Σ. το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων του Νοσοκομείου
- Υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας την επαναπροκήρυξη θέσεων ιατρών του Ε.Σ.Υ. και την παράταση παραμονής ειδικευόμενων ιατρών
- Αποφασίζει για τις μετακινήσεις προσωπικού εντός των διοικητικών ορίων της ευθύνης του
- Υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας πρόταση πρόσληψης επικουρικού προσωπικού για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών
- Αποφασίζει την τοποθέτηση των Προϊσταμένων των Τμημάτων και Γραφείων του Νοσοκομείου
- Αναθέτει προσωρινά καθήκοντα Προϊσταμένου Διεύθυνσης, Υποδιεύθυνσης και Τομέα μέχρι την πλήρωση των θέσεων αυτών
- Εισηγείται στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου τον προϋπολογισμό του φορέα, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους

- Εισηγείται στο Δ.Σ. το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών του φορέα, καθώς και τις τροποποιήσεις του
- Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού μέχρι 15.000 ευρώ ετησίως
- Εισηγείται στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά τον προϋπολογισμό για ποσά άνω των 15.000 ευρώ ετησίως
- Παρακολουθεί και ελέγχει σε μηνιαία βάση την ορθή εκτέλεση του προϋπολογισμού και την εν γένει οικονομική λειτουργία του φορέα του
- Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία υποβάλλει στο Δ.Σ. και στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και τριμηνιαία έκθεση την οποία υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας
- Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για το σχεδιασμό και διαχείριση διαφόρων προγραμμάτων δράσης του Νοσοκομείου
- Υποβάλλει στο Δ.Σ. προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου, καθώς επίσης και την εκποίηση τους
- Εκπροσωπεί το Νοσοκομείο δικαστικώς και εξωδίκως, καθώς και έναντι τρίτων και δύναται να εκχωρεί τη νόμιμη εκπροσώπηση των μονάδων ευθύνης του στον Αναπληρωτή Διοικητή και να διορίζει πληρεξούσιους δικηγόρους
- Συγκαλεί το Δ.Σ. του Νοσοκομείου, προεδρεύει στις συνεδριάσεις του και συντάσσει την ημερήσια διάταξη
- Προΐσταται όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο των φορέων ευθύνης του
- Μπορεί να μεταβιβάζει με πράξη του στον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου και σε ιεραρχικά υφιστάμενα του όργανα την εξουσία να υπογράφουν με εντολή του, πράξεις ή άλλα έγγραφα της αρμοδιότητας του και να ασκούν συγκεκριμένες αρμοδιότητες του
- Αποφασίζει για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού

- Εισηγείται στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας για τη διάθεση σε άλλους φορείς του μη χρησιμοποιούμενου υλικού του νοσοκομείου
- Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου
- Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που του αναθέτει το Δ.Σ. του Νοσοκομείου και, με αποφάσεις του, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας (Δημολιάτης κ.α. 2002).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Η διαδικασία λήψης των αποφάσεων αποτελεί κομβικό σημείο στη λειτουργία του προγραμματισμού. Είναι μία διαδικασία επιλογής διαφόρων τρόπων δράσης, μια σειρά ενεργειών με τις οποίες το μάνατζμεντ προωθεί θέματα και επιλύει επιχειρησιακά προβλήματα.

Με τον όρο απόφαση νοείται η διαδικασία που καθορίζει την κατάσταση εκείνη που επιθυμούν να δημιουργήσουν όσοι παίρνουν μέρος στις αποφάσεις κινούμενοι μέσα σε ένα πλαίσιο συγκεκριμένων δυνατών επιλογών. Στη θεωρία των παιγνίων ο όρος απόφαση χρησιμοποιείται ως συνώνυμο του όρου επιλογή ή του όρου στρατηγική (Βαρβαρούσης, 1998). Η απόφαση όμως ουσιαστικά είναι η επιλογή ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες εναλλακτικές. Η αναγκαιότητα λήψης μιας απόφασης προκύπτει από την απόσταση που υπάρχει μεταξύ μιας υφιστάμενης και μιας επιθυμητής κατάστασης, ενώ οι εναλλακτικές αναφέρονται στον τρόπο, την πορεία, τις ενέργειες, τα μέσα, το χρόνο, κ.α. μέσω των οποίων η υφιστάμενη κατάσταση θα οδηγηθεί στην επιθυμητή που θα γίνει υφιστάμενη (Μπουραντάς, 2002).

Η λήψη αποφάσεων μπορεί να αποτελεί μία διαδικασία ρουτίνας. Η σημασία της όμως είναι γενικώς αναγνωρισμένη. Όσοι διοικούν ανθρώπους εξάλλου πρέπει εξ ορισμού να μπορούν να αποφασίζουν (Drucker, 2001).

Η λήψη αποφάσεων αποτελεί στην πραγματικότητα μια διανοητική διεργασία η οποία προηγείται της δράσης του ατόμου ή της οργάνωσης. Συνήθως όμως προσλαμβάνει και πολιτική διάσταση, με την έννοια ότι κάθε απόφαση διαταράσσει ισορροπίες συμφερόντων, αξιολογείται από κάθε άτομο ή ομάδα διαφορετικά, ανάλογα με το σύστημα αξιών, τις πεποιθήσεις, τα πιστεύω, τα ήθη και τα έθιμα, τις ανάγκες, το επίπεδο γνώσεων και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, προσωπικά χαρακτηριστικά.

Η συστηματική διεργασία της λήψης των αποφάσεων στηρίζεται σε δύο βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις :

- στο *κλασικό μοντέλο του οικονομικού ανθρώπου*, όπου ο μάνατζερ γνωρίζει άριστα όλες τις εναλλακτικές λύσεις και συνέπειες αποφασίζοντας ορθολογικά και μεγιστοποιώντας τα επιθυμητά αποτελέσματα και

- στο ρεαλιστικό μοντέλο του διοικητικού ανθρώπου όπου ο μάνατζερ γνωρίζει ότι ο κόσμος όπως τον έχει στο μυαλό του είναι μια προσέγγιση του πραγματικού κόσμου και ότι οι αποφάσεις του είναι ικανοποιητικές.(Στάθης 1994)

Σύμφωνα με την πρώτη θεωρητική προσέγγιση, η οποία αναπτύχθηκε πριν από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και επηρεάστηκε σημαντικά από την κυρίαρχη οικονομική σκέψη που βασίζεται στον ορθολογισμό, επικρατούν οι παρακάτω βασικές θεωρήσεις :

- το στέλεχος διαθέτει πλήρη πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση μέσα στην οποία θα ληφθεί η απόφαση, καθώς και όλες τις πληροφορίες για τις δυνατές εναλλακτικές
- το στέλεχος διαθέτει ορθολογική σκέψη και λειτουργία σε ό,τι αφορά την ιεράρχηση των εναλλακτικών ανάλογα με την αξία τους
- το στέλεχος κάνει την επιλογή ανάμεσα στις εναλλακτικές με μοναδικό κριτήριο τη μεγιστοποίηση των οικονομικών ωφελειών (Μπουραντάς, 2002).

Σύμφωνα με τη δεύτερη θεωρητική προσέγγιση αντικρούονται οι συνθήκες της πλήρους πληροφόρησης. Στη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση ιδιαίτερη είναι η συνεισφορά του Simon, ο οποίος εισήγαγε την έννοια του περιορισμένου ορθολογισμού του ατόμου, που περιορίζεται από τις αξίες του, τις ανάγκες του, τις συνήθειές του καθώς και τις υποσυνείδητες αντιδράσεις του. Επίσης έχει εισαχθεί η έννοια της ικανοποιητικής απόφασης, σύμφωνα με την οποία το άτομο σταματάει τη διαδικασία λήψης μιας απόφασης, όταν κρίνει ότι έχει αγγίξει ένα ικανοποιητικό επίπεδο, χωρίς να συνεχίζει να επιδιώκει τη βέλτιστη λύση (Πραστάκος, 2002).

Η διαδικασία λήψης των αποφάσεων καθορίζεται από τα εξής στάδια:

- ορισμός του προβλήματος
- κατανόηση της αναγκαιότητας λήψης απόφασης
- ανάλυση υπαρχόντων δεδομένων και προσπάθεια ανεύρεσης νέων
- ανάλυση σχετικών εναλλακτικών λύσεων
- επιλογή της πλέον υλοποιήσιμης και αποτελεσματικής λύσης

- εκτέλεση της απόφασης
- αξιολόγηση και ανατροφοδότηση (Κέφης, 2005).

Δύο είναι οι κύριες κατηγορίες των αποφάσεων : οι προγραμματισμένες και οι απρογραμματίστες. Πιο συγκεκριμένα οι *προγραμματισμένες* αφορούν στο μακροχρόνιο σχεδιασμό και προγραμματισμό, στην οργάνωση της δράσης, στις στρατηγικές επιλογές. Οι αποφάσεις λαμβάνονται σε συνθήκες βεβαιότητας και κατόπιν αναλυτικής και ολιστικής προσέγγισης. Οι *απρογραμματίστες* αποφάσεις ουσιαστικά είναι οι σπασμωδικές κινήσεις των στελεχών που οφείλονται κυρίως στις συνεχείς αλλαγές του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού και παρέχουν τη δυνατότητα στα στελέχη να αναδείξουν τις αναλυτικές τους ικανότητες και την προσαρμοστικότητά τους στο συνεχές εναλλασσόμενο περιβάλλον.

Τα επίπεδα λήψης των αποφάσεων σε έναν οργανισμό είναι :

- το στρατηγικό επίπεδο
- το διοικητικό επίπεδο και
- το λειτουργικό επίπεδο

Στο *στρατηγικό* επίπεδο εντάσσονται οι αποφάσεις που αφορούν στο στρατηγικό σχεδιασμό του οργανισμού, στην εκπόνηση των στρατηγικών σχεδίων, στο σχεδιασμό του προϊόντος, στη χρήση της κατάλληλης τεχνολογίας και τεχνογνωσίας. Το *δεύτερο επίπεδο* αναφέρεται στους τρόπους υλοποίησης των αποφάσεων του προηγούμενου επιπέδου και αφορά στις αποφάσεις που σχετίζονται με την προώθηση των προϊόντων και υπηρεσιών, τη διαφήμιση, τη διανομή και την υποστήριξη. Τέλος, στο *λειτουργικό επίπεδο* εντάσσονται οι αποφάσεις που αφορούν στις καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού και λαμβάνονται από τα κατώτερα στελέχη. (Παπανικολάου 1995)

Αναφορικά με τα στάδια λήψης μιας απόφασης με στόχο την ορθολογική λήψη, συνήθως ακολουθούνται τα ακόλουθα στάδια :

- Ορισμός και διάγνωση του προβλήματος. Στο στάδιο αυτό επιδιώκεται η κατανόηση του προβλήματος
- Παρουσίαση εναλλακτικών λύσεων. Στο συγκεκριμένο στάδιο γίνεται παρουσίαση και καταγραφή των εναλλακτικών λύσεων.

- Ανάλυση των λύσεων και επιλογή της άριστης. Τα τέσσερα βασικά κριτήρια για την επιλογή της καλύτερης λύσης είναι η στάθμιση του κινδύνου που αξιολογεί κάθε διαφορετική λύση ως προς τα αναμενόμενα οφέλη, η οικονομία προσπάθειας (δηλαδή ποια από τις πιθανές δράσεις θα δώσει τα καλύτερα αποτελέσματα με τη λιγότερη δυνατή προσπάθεια και τους ελάχιστους πόρους), ο χρόνος και οι ανθρώπινοι πόροι που θα αναλάβουν την εφαρμογή της λύσης (Drucker, 2001).
- Εφαρμογή της πλέον κατάλληλης λύσης και παράλληλα έλεγχος της διαδικασίας εφαρμογής για τη διαπίστωση εκ μέρους των στελεχών ότι όλα εξελίσσονται βάσει του προγράμματος (Drucker, 2001).

Οι βασικοί περιορισμοί στην άσκηση του μάνατζμεντ και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι χρονικοί. Κύρια χαρακτηριστικά πάντως μίας απόφασης είναι ότι πρέπει να είναι κατάλληλη, αποδεκτή, εφικτή και ανθεκτική. Ουσιαστικά πρέπει να είναι η πλέον κατάλληλη για τη δεδομένη φάση, να είναι αποδεκτή από τους εμπλεκόμενους, να πραγματοποιηθεί εντός των περιορισμών του μάνατζμεντ και να επιδιωχθεί να παραμείνει σταθερή και υλοποιήσιμη μέχρι το τέλος. (Μπουραντάς 2002)

2.1 Η Μεθοδολογία της Διαδικασίας Λήψης Αποφάσεων

Η βασική μεθοδολογία της διαδικασίας λήψης αποφάσεων ακολουθεί τα εξής πέντε στάδια:

- Εντοπισμός και Ανάλυση του προβλήματος
- Διατύπωση των στόχων
- Σχεδιασμός του συστήματος
- Υλοποίηση της λύσης
- Παρακολούθηση και βελτίωση της λειτουργίας (,Πολύζος 1999)

Η προαναφερθείσα γενικευμένη μεθοδολογία μπορεί να διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση, όσον αφορά στην έμφαση και στη δυσκολία του κάθε σταδίου, ανάλογα με το επείγον της κάθε περίπτωσης, τη διαθεσιμότητα των απαραίτητων δεδομένων, το διαθέσιμο χρόνο, τη σημασία που έχει στον οργανισμό η συγκεκριμένη απόφαση. Γενικά

όμως πρέπει να σημειωθεί ότι τα στάδια παραμένουν ίδια και η μεθοδολογία ισχύει για την επίλυση μεγάλου εύρους προβλημάτων. (Watson 1994)

Στη διάρκεια του εντοπισμού και της ανάλυσης του προβλήματος, οι κυρίαρχες πηγές για την πληροφόρηση των στελεχών είναι τα συστήματα και οι διαδικασίες πληροφόρησης, καθώς και η άτυπη γνώση των θεμάτων που έχουν οι ίδιοι για την αγορά, τους πελάτες, τους συνεργάτες, τον ανταγωνισμό. Οι δύο αυτές πηγές σχετίζονται με τη λεγόμενη *Διαχείριση της Επιχειρησιακής Γνώσης* (Πραστάκος, 2002). Το συγκεκριμένο στάδιο αποτελεί ουσιαστικά και το σημείο εκκίνησης, για να εντοπιστεί το πρόβλημα. Ο εντοπισμός του προβλήματος αποτελεί τη σύλληψη του ερεθίσματος του περιβάλλοντος από το άτομο για τη λήψη απόφασης και δράσης.

Έχοντας εντοπίσει το πρόβλημα τα στελέχη προχωρούν σε αποτύπωση και ανάλυση του συστήματος (επιχείρηση, τμήματος, κλπ.). Η συγκεκριμένη φάση είναι πολύ σημαντική, καθώς ουσιαστικά πραγματοποιείται ακτινογραφία της επιχείρησης / φορέα και προσδιορίζονται οι αιτίες του προβλήματος –διαδικασία για την οποία είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός επιχειρησιακού μοντέλου.

Συνήθως, οι διαστάσεις που χαρακτηρίζουν τη λειτουργία ενός οργανισμού είναι οι ακόλουθες:

- Η οργανωτική δομή του οργανισμού
- Οι διαδικασίες που έχουν καθιερωθεί, είτε κύριες είτε υποστηρικτικές
- Η στρατηγική που ακολουθείται, δηλαδή στόχοι και επιχειρησιακά σχέδια σε θέματα όπως αυτά του μάρκετινγκ, επενδύσεων, στρατηγικών συνεργασιών
- Το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού και η πολιτική που ακολουθείται σε αυτά τα θέματα
- Η τεχνολογική υποδομή του οργανισμού, η ευθυγράμμιση των συστημάτων πληροφορικής με τη στρατηγική και τις διαδικασίες (Pierce 1996)

Συνεπώς, η διαδικασία της αποτύπωσης και ανάλυσης του συστήματος ανάλογα με τη φύση του προβλήματος μπορεί να περιλαμβάνει επιμέρους εργασίες, όπως:

- Προσδιορισμό της δομής του συστήματος
- Καταγραφή του τρόπου λειτουργίας των διαδικασιών, καταγραφή των πληροφοριακών συστημάτων και διαδικασιών

- Εντοπισμό της στρατηγικής και των επιχειρησιακών στόχων, μελέτη του ανταγωνισμού
- Προσδιορισμό της κουλτούρας, του κλίματος, θεμάτων που αφορούν το ανθρώπινο δυναμικό (Πραστάκος, 2003).

Η συγκεκριμένη διαδικασία βοηθάει στην αποτύπωση των προβλημάτων, των μεταβλητών του συστήματος, των παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν την τελική απόφαση, των περιορισμών που επιβάλλονται, νέων ιδεών και στρατηγικών που μπορεί να βελτιώσουν την παρούσα κατάσταση. (Robbins 1995)

Η καταγραφή και η ανάλυση ενός υπάρχοντος συστήματος υλοποιείται από βήματα που μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Συνεντεύξεις
- Έρευνα μέσω ερωτηματολογίων
- Καταγραφή της οργάνωσης και των διαδικασιών
- Μέτρηση και αξιολόγηση βασικών δεικτών που αφορούν την αποδοτικότητα των διαδικασιών σε σχέση με στόχους, ανταγωνισμό, μέτρα σύγκρισης
- Συλλογή και ανάλυση στοιχείων από διάφορα τμήματα του οργάνωσης (Robbins 2000)

Στη διαδικασία της διατύπωσης των στόχων, οι στόχοι της επιχείρησης πρέπει να είναι πολυδιάστατοι, δηλαδή να περιλαμβάνουν περισσότερα του ενός κριτήρια. Μία μέθοδος που ενσωματώνει τη φιλοσοφία των πολυδιάστατων στόχων είναι η *Ισορροπημένη Στοχοθεσία* (Balanced Scorecard), η οποία εφαρμόζεται παγκοσμίως και περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες κριτηρίων, που είναι:

- Χρηματοοικονομικά μεγέθη
- Πελάτης
- Εσωτερική οργάνωση και αποτελεσματικότητα διαδικασιών
- Οργανωσιακή γνώση, ικανότητα καινοτομίας και λοιπές κύριες ικανότητες της επιχείρησης (Παπαδάκης, 2002).

Μετά τη διαδικασία της στοχοθεσίας, κάθε φορέας πρέπει να προχωρήσει στο σχεδιασμό του συστήματος, σε μία οριοθέτηση ουσιαστικά της προτεινόμενης λύσης. Στη διαδικασία του σχεδιασμού ο φορέας θα πρέπει να στηριχθεί στα αποτελέσματα της ανάλυσης, στη γνώση της αγοράς και του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης. Επίσης θα πρέπει να αξιοποιηθούν προτάσεις και λύσεις που σχετίζονται με την οργάνωση, τη λειτουργία, τη στρατηγική. Σε πολλές περιπτώσεις το βασικό εργαλείο για τον αρχικό σχεδιασμό είναι η ικανότητα καινοτομίας. Το συγκεκριμένο στάδιο αποτελεί το κύριο αντικείμενο της Επιχειρησιακής Έρευνας, με κυρίαρχο στόχο να εκφραστεί το υπό μελέτη σύστημα σε μία απλουστευμένη αναπαράσταση, έτσι ώστε να μελετηθεί και να αναλυθεί η επίδραση των διάφορων στρατηγικών στους στόχους που τέθηκαν. (Hospital committee of the E.U 1993)

Η διαδικασία διατύπωσης και επίλυσης ενός μοντέλου χωρίζεται στις ακόλουθες φάσεις:

- Προσδιορισμός της κατηγορίας του μοντέλου που θα χρησιμοποιηθεί
- Διατύπωση λογικών υποθέσεων που απλουστεύουν το πρόβλημα
- Διατύπωση μαθηματικών σχέσεων, που εκφράζουν τις σχέσεις μεταξύ των συντελεστών του συστήματος, των στόχων, του περιβάλλοντος.
- Επιβεβαίωση του μοντέλου με δοκιμαστική χρήση
- Επίλυση του μοντέλου χρησιμοποιώντας το κατάλληλο πακέτο Η/Υ (Gordon 1999)

Στο στάδιο της υλοποίησης της λύσης συνήθως προϋποτίθεται ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη των κατάλληλων συστημάτων, οργανωτικές αλλαγές και θέματα διαχείρισης αλλαγών, αλλαγές σε θέματα στρατηγικής. Ιδιαίτερη βαρύτητα στη διάρκεια της υλοποίησης της λύσης πρέπει να δοθεί σε παράγοντες όπως:

- Αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον
- Αντικειμενικές δυσκολίες που προκύπτουν από παραλείψεις ή λάθη
- Δυσκολίες που μπορεί να σχετίζονται με την αντίδραση στην αλλαγή (Eccles 1996)

Η ύπαρξη εμποδίων και δυσκολιών στη διαδικασία λήψης μιας απόφασης απαιτεί τη συνειδητοποίηση και την παραδοχή της ύπαρξής τους, καθώς και την προσπάθεια εξάλειψής τους με άσκηση και σωστή χρήση του μυαλού και των εναλλακτικών λύσεων που έχουν σχεδιαστεί. Τα εμπόδια μπορεί να σχετίζονται τόσο με το εξωτερικό και το εσωτερικό περιβάλλον του φορέα, όσο και με τα ίδια τα στελέχη που καλούνται να λάβουν μια απόφαση. Πιο συγκεκριμένα παρόμοια εμπόδια μπορεί να αφορούν :

- Τη μονοδιάστατη σκέψη
- Τους τεχνητούς αυτοπεριορισμούς
- Τα στερεότυπα την έλλειψη δημιουργικότητας

Τέλος, στη διαδικασία της παρακολούθησης της απόδοσης, είναι αυτονόητο ότι το σύστημα παρακολούθησης της απόδοσης θα πρέπει να μετρά την απόδοση με βάση τους στόχους που έχουν τεθεί και να διαθέτει τη δυνατότητα να εντοπίζει την πηγή των αποκλίσεων εύκολα. Η παρακολούθηση της απόδοσης της απόδοσης ενός συστήματος γίνεται μέσα από τα συστήματα πληροφορικής του οργανισμού. Η πλέον βασική τεχνολογία που χρησιμοποιείται είναι τα συστήματα επιχειρησιακής νοημοσύνης. (Certo 1995, 2000)

2.2 Τα μοντέλα στη λήψη αποφάσεων

Η έννοια του μοντέλου είναι καθοριστική στη διοικητική επιστήμη. Με την έννοια μοντέλο νοείται η απεικόνιση του πραγματικού συστήματος που πρόκειται να αναλυθεί και απεικονίζει τα ουσιώδη χαρακτηριστικά του συστήματος. Ένα μοντέλο βοηθάει στη λήψη μιας περίπλοκης απόφασης, καθοδηγώντας τον αναλυτή στη δόμηση του προβλήματος, στον προσδιορισμό της άριστης ή μιας αποδεκτής λύσης, πριν την εφαρμόσει στο πραγματικό σύστημα (Πραστάκος, 2000).

Οι αποφάσεις μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες : στις βασικές και στις αποφάσεις κλάδου εφαρμογής. Οι βασικές αποφάσεις σχετίζονται με την κατανομή επιχειρησιακών πόρων, την ιεράρχηση εναλλακτικών επιλογών με πολλαπλά κριτήρια, τη χάραξη στρατηγικής υπό αβεβαιότητα, τη διαχείριση επιχειρηματικού κινδύνου, το σχεδιασμό των επιχειρησιακών διαδικασιών. Οι αποφάσεις του κλάδου εφαρμογής σχετίζονται με το μάρκετινγκ, την παραγωγή, τις προμήθειες, τα δίκτυα και τις

μεταφορές, την εφοδιαστική αλυσίδα, τα χρηματοοικονομικά, τους ανθρώπινους πόρους και τον οργανωτικού ανασχεδιασμό (Μπουραντάς, 2002).

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα της διοικητικής επιστήμης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε βασικές επιχειρησιακές αποφάσεις.

Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση της κατανομής επιχειρησιακών πόρων μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- ο μαθηματικός προγραμματισμός,
- οι ευρεστικές μέθοδοι,
- τα δέντρα των αποφάσεων,
- η προσομοίωση.

Στην περίπτωση της επιλογής ή τα ιεράρχησης εναλλακτικών επιλογών με πολλαπλά κριτήρια μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- η πολυκριτήρια ανάλυση,
- ο ακέραιος προγραμματισμός,
- τα δέντρα των αποφάσεων και
- η προσομοίωση.

Στην διαδικασία της χάραξης στρατηγικής υπό αβεβαιότητα μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- τα δέντρα των αποφάσεων,
- η θεωρία των πιθανοτήτων και
- η προσομοίωση.

Στη διαχείριση των επιχειρηματικών κινδύνων μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- τα δέντρα των αποφάσεων,
- οι στοχαστικές διαδικασίες και
- η προσομοίωση.

Τέλος, στην ανάλυση και τη βελτίωση των διαδικασιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- η προσομοίωση,
- ο αθέριαιος προγραμματισμός και
- οι γραμμές αναμονής (Πραστάκος, 2002)

2.3 Εφαρμογή Διαδικασίας Λήψης Αποφάσεων και Διοικητικής Επιστήμης. Η περίπτωση της διαχείρισης αίματος στη Νέα Υόρκη

Είται γεγονός ότι η διοικητική επιστήμη και η διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορούν να έχουν ευρεία εφαρμογή σε κάθε σύγχρονη επιχείρηση και οργανισμό και να συνεισφέρουν σχεδόν σε όλους τους επιχειρηματικούς κλάδους, τους τομείς ενός οργανισμού, τις λειτουργίες διοίκησης και τα περισσότερα οργανωτικά επίπεδα. (Miller, Miser 1998, 1980)

Τα οφέλη αυτής της εφαρμογής σχετίζονται με:

- αύξηση του μεριδίου της αγοράς
- βελτίωση της ποιότητας
- διοίκηση αλλαγών
- εντοπισμός περισσότερων εναλλακτικών και αποτίμηση των λύσεων και των επιπτώσεών τους
- ικανοποιητικότερος έλεγχος
- μείωση του επιχειρησιακού κινδύνου
- προσαρμογή στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις του περιβάλλοντος
- μεγαλύτερη ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού

Η διαδικασία της λήψης των αποφάσεων και η διοικητική επιστήμη βρίσκουν εφαρμογές στις καθημερινές απαιτήσεις και στα προβλήματα που αντιμετωπίζει κάθε οργανισμός.

Αξίζει στο σημείο αυτό να γίνει μία σύντομη αναφορά στην περίπτωση της διαχείρισης αίματος των Νοσοκομειακών Τραπεζών στην Αμερική (Πραστάκος, 2002), για να καταδειχθεί η σημασία της σωστής λήψης αποφάσεων και η διαδικασία που ακολουθείται σε έναν τομέα τόσο σημαντικό όπως αυτός της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για τη διαχείριση αίματος στην περιοχή της Μητροπολιτικής Νέας Υόρκης (Prastacos & Brodheim, 1980), ένα πρόγραμμα δηλαδή το οποίο είναι το μεγαλύτερο στον κόσμο και καλύπτει ανάγκες αίματος για περίπου είκοσι εκατομμύρια ανθρώπους. Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα εντάσσονται ποικίλες δραστηριότητες, όπως είναι οι ερευνητικές, επιμορφωτικά προγράμματα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, διατήρηση βάσης δεδομένων για αιμοδότες, προσέλκυση αιμοδοτών, εξορμήσεις και συλλογή αίματος από τοπικά κέντρα αιμοδοσίας, εργαστηριακές εξετάσεις, επεξεργασία αίματος για παραγωγή παραγώγων, διανομή αίματος στα περίπου 270 νοσοκομεία της περιοχής. Στη Νέα Υόρκη η αιμοδοσία είναι σε εθελοντική βάση και το πρόβλημα της διαχείρισης του αίματος είναι πολύ οξύ, καθώς παρατηρούνταν φαινόμενα :

- έλλειψης απαραίτητου αίματος σε νοσοκομεία που χρειάζονταν να πραγματοποιήσουν μεταγγίσεις
- ανάγκης αχρήστευσης ποσοστού που άγγιζε το 20% της συνολικής ποσότητας του αίματος, καθώς δεν χρησιμοποιούνταν για μετάγγιση εντός των 21 ημερών

Το πρόβλημα συνεπώς που αντιμετώπιζαν οι υπεύθυνοι του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν η μειωμένη διαθεσιμότητα αίματος, ενώ στόχος ήταν να επιτύχουν τη μεγιστοποίηση της διαθεσιμότητας και στα 262 νοσοκομεία. Για τη σωστή λήψης απόφασης έγινε ανάλυση του συστήματος και διαπιστώθηκε ότι η πολυπλοκότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζονταν οφείλεται:

- στην περιορισμένη διάρκεια ζωής του αίματος
- στην αλλοίωση της χρησιμότητάς του κατά τη διάρκεια της ζωής του
- στην αβεβαιότητα που υπάρχει για τη συλλογή του αίματος στα τοπικά κέντρα αιμοδοσίας
- στις διακυμάνσεις των απαιτήσεων και του τρόπου χρήσης αίματος και προϊόντων στις επιμέρους τράπεζες αίματος

Αποτέλεσμα αυτής της πολυπλοκότητας ήταν οι τράπεζες αίματος να προσπαθούν να έχουν το απόθεμά τους σε τέτοιο σημείο που η καθεμία έκρινε απαραίτητο, στην προσπάθεια διεκπεραίωσης αυτών των παραγγελιών από το τοπικό κέντρο αιμοδοσίας

που διατηρούσε όμως και αυτό απόθεμα στις αποθήκες του και στις υψηλές παραγγελίες εκ μέρους των τραπεζών αίματος που έκαναν παραγγελίες μεγαλύτερες των αναγκών τους. Στόχος τους ήταν η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, χωρίς όμως να λαμβάνεται υπόψη η χαμηλή αξιοποίηση του αίματος (Πραστάκος, 2002).

Στο πλαίσιο του καθορισμού της σωστής διαδικασίας λήψης αποφάσεων καθορίστηκε ο στόχος ο οποίος ήταν η καλύτερη διαχείριση του αίματος, καθώς και δύο δείκτες που εκφράζουν την αποτελεσματικότητα της εφοδιαστικής διαχείρισης: του δείκτη διαθεσιμότητας (ο οποίος εκφράζεται ως το ποσοστό των ημερών όταν το απόθεμα επαρκεί για την κάλυψη της ζήτησης) και του δείκτη αξιοποίησης (που είναι το ποσοστό των προμηθειών που τελικά χρησιμοποιούνται). Παράλληλος στόχος ήταν η μεγιστοποίηση των συγκεκριμένων δεικτών, καθώς και η όσο το δυνατόν μικρότερη ηλικία του αίματος.

Στο πλαίσιο του συστήματος που σχεδιάστηκε επιδιώχθηκε να εισαχθεί η εγκατάσταση ενός κεντρικού συστήματος λήψης αποφάσεων για τη διανομή του αίματος, σύστημα επιστροφής και αναδιανομής του αίματος (blood rotation) και σύστημα προγραμματισμένων αποστολών διανομής στις τράπεζες αίματος. Στο μοντέλο απόφασης που δημιουργήθηκε οι ερευνητές προσπάθησαν μεταφράζεται η ζήτηση και η χρήση του αίματος σε δείκτες διαθεσιμότητας και αξιοποίησης σαν συνάρτηση της στρατηγικής που εφαρμόζει το τοπικό κέντρο για τη διανομή και διαχείριση του αίματος και της αντίστοιχης στρατηγικής που έχει η τράπεζα αίματος για το διαθέσιμο απόθεμα. Σύμφωνα με τους μελετητές η πολιτική που ελαχιστοποιεί το συνολικό αναμενόμενο κόστος έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- μεγιστοποιεί το δείκτη αξιοποίησης και το δείκτη διαθεσιμότητα
- καταμερίζει τις διαθέσιμες μονάδες κατακράτησης έτσι ώστε να εξισώνονται οι δείκτες αξιοποίησης ανάμεσα σε όλες τις τράπεζες αίματος και καταμερίζει όλες τις διαθέσιμες μονάδες εναλλαγής έτσι ώστε να εξισώνονται οι δείκτες διαθεσιμότητας, με αποτέλεσμα να προσδίδεται ένας χαρακτήρας ίσης μεταχείρισης

Το τελικό μοντέλο διατυπώθηκε σαν ένα μοντέλο μαθηματικού προγραμματισμού, με στόχο την ελαχιστοποίηση των απαιτήσεων συλλογής αίματος, κάτω από τους

περιορισμούς ισότητας των δεικτών αξιοποίησης και διαθεσιμότητας μεταξύ των τραπεζών αίματος στους δείκτες στόχους.

Η υλοποίηση της στρατηγικής αντιμετώπιστηκε με ιδιαίτερη ευαισθησία, γιατί σχετίζονταν με ένα ευαίσθητο αγαθό. Η προτεινόμενη στρατηγική εφαρμόστηκε αρχικά σε πιλοτική βάση και στη συνέχεια σε ολόκληρη την περιοχή της Νέας Υόρκης. Τα αποτελέσματα από την υλοποίηση της συγκεκριμένης στρατηγικής δείχνουν ότι το ποσοστό του αχρηστεύσιμου αίματος μειώθηκε από 21% σε 4%, γεγονός που καταδεικνύει ότι ο δείκτης αξιοποίησης βελτιώθηκε κατά 80%, ενώ τα κόστη μεταφοράς και διάθεσης μειώθηκαν κατά 64%.

2.4 Η περίπτωση του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου

Με δεδομένο όσα προαναφέρθηκαν για τα συστήματα και τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, κρίθηκε σκόπιμη η παρουσίαση της οργανωτικής δομής ενός Νοσηλευτικού Ιδρύματος έτσι ώστε να αποτυπωθεί με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο το οργανόγραμμα, η πυραμίδα διοίκησης και οι λειτουργίες των τμημάτων του συγκεκριμένου ιδρύματος, όπως και να εντοπιστούν πιθανά εμπόδια στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για να προταθούν ικανοποιητικές λύσεις. Η επιλογή του συγκεκριμένου Ιδρύματος έγινε από στοιχεία προσβάσιμα μέσω του διαδικτυακού τόπου του ιδρύματος (www.onasseio.gr)

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (Ω.Κ.Κ) είναι νοσοκομείο εξειδικευμένο σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Σχεδιάστηκε, κατασκευάστηκε και εξοπλήστηκε με χρήματα που διέθεσε προς το σκοπό αυτό το Κοινωφελές Ίδρυμα «Αλέξανδρος Ωνάσης». Το 1992 παραχωρήθηκε από το Ίδρυμα στο δημόσιο υπό τη μορφή δωρεάς και έκτοτε τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από το οποίο διορίζεται η Διοίκηση, εγκρίνεται ο απολογισμός και ασκείται διαχειριστικός έλεγχος. Τα όργανα διοίκησης, σύμφωνα με τον Ιδρυτικό Νόμο 2012/1992 του Κέντρου είναι το Διοικητικό Συμβούλιο (επταμελές το οποίο διορίζεται από το Υπουργείο Υγείας και στο οποίο αναλογεί μια θέση μέλους για την εκπροσώπηση του Κοινωφελούς Ιδρύματος Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης), ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και ο Γενικός Διευθυντής. Το ΩΚΚ λειτουργεί ως μη κερδοσκοπικό κοινωφελές Ίδρυμα υπό τη μορφή Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.).

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο απαρτίζεται από 3 ισότιμες αυτοτελείς υπηρεσίες: Την Ιατρική, Τη Νοσηλευτική Και Τη Διοικητική Και Οικονομική των οποίων προΐσταται ο Γενικός Διευθυντής.

Η Ιατρική Υπηρεσία απαρτίζεται από τα εξής τμήματα:

∅ Καρδιοχειρουργικός Τομέας που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Α' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα
2. Β' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα
3. Γ' Καρδιοχειρουργικό Τμήμα
4. Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών
5. Καρδιοχειρουργική Μονάδα εντατικής Θεραπείας
6. Παιδοκαρδιολογική – Παιδοκαρδιοχειρουργική Μ.Ε.Θ.

∅ Καρδιολογικός Τομέας που απαρτίζεται από τα ακόλουθα τμήματα:

1. Α' Καρδιολογικό Τμήμα
2. Β' Καρδιολογικό Τμήμα
3. Παιδοκαρδιολογικό Τμήμα
4. Παιδοκαρδιολογική – Παιδοκαρδιοχειρουργική Μ.Ε.Θ

∅ Αναισθησιολογικός Τομέας

∅ Εργαστηριακός Τομέας

1. Κεντρικά Εργαστήρια (Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Ορολογικό)
2. Ενιαίο Τμήμα Αιματολογικό Πήξης / Αιμόστασης και Σταθμός Αιμοδοσίας
3. Εργαστήρια Μοριακής Ανοσοπαθολογίας – Ιστοσυμβατότητας
4. Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
5. Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης
6. πνευμονολογικό Εργαστήριο
7. Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής

∅ Εξωτερικά Ιατρεία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η μελέτη της οργάνωσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας έγινε έπειτα από μελέτη παρόμοιων νοσοκομείων του εξωτερικού που διαθέτουν σημαντική εμπειρία. Η

στελέχωση του Νοσηλευτικού προσωπικού για την κάθε θέση εργασίας έγινε βάσει διεθνών δεικτών ενώ θεσπίστηκε ειδικό καθηκοντολόγιο για κάθε κατηγορία Νοσηλευτικού Προσωπικού που τηρείται αυστηρά.

Η διάρθρωσή της περιορίζεται σε μικρό και ευέλικτο σχήμα με τη Διευθύντρια της Νοσηλευτικής υπηρεσίας, τους Προϊσταμένους του κάθε τμήματος και το λοιπό Νοσηλευτικό Προσωπικό υπό αυτούς.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία καθιέρωσε καινούργιους ρόλους –θεσμούς όπως: Κλινικού Εκπαιδευτή, Νοσηλευτή Επικοινωνίας (μεταξύ ασθενούς και ιατρικής υπηρεσίας), Νοσηλευτή Σύνδεσμο Ελέγχου Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων Των Τμημάτων, Συντονίστρια Μεταμοσχεύσεων, Νοσηλευτή Ποιότητας, Νοσηλευτή Εργασίας.

Τέλος, η **Διοικητική & Οικονομική Υπηρεσία** διαρθρώνεται στα εξής τμήματα:

1. Ανθρωπίνου Δυναμικού (διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού. Εκπαίδευσης, γραμματείας τηλεφωνικού κέντρου, βιβλιοθήκης)
2. Γραφείο διασφάλισης ποιότητας
3. Γραφείο Εκπαίδευσης
4. Γραφείο Νομικού Συμβούλου
5. Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
6. Τμήμα Οργάνωσης & Πληροφοριακών Συστημάτων
7. Τμήμα Τεχνικού (Γραφείο Ηλεκτρομηχανολογικών Εγκαταστάσεων, Γραφείο Κτιριακών Εγκαταστάσεων, Γραφείο Επιμέλειας Ιματισμού Και Πλυντηρίων Και Γραφείο Ασφαλείας)
8. Γραφείο Διατροφής
9. Οικονομικό Τμήμα (γραφείο λογιστηρίου, γραφείο προμηθειών-διαχείρισης υλικών, γραφείο κίνησης, υποδοχής ασθενών, λογιστηρίου ασθενών και ασθενοφόρων)
10. Γραφείο Δημοσίων Σχέσεων
11. Γραφείο Ιατρικών Αρχείων

Για την υποστήριξη του σκοπού του νοσοκομείου και την εκπλήρωση του ρόλου του, καθίσταται απαραίτητη η ανάλυση και η λειτουργία των ιδιαίτερων συστημάτων που έχουν αναπτυχθεί για το σκοπό αυτό και η λειτουργία των οποίων καθιστά διεξοδικότερη την λήψη αποφάσεων στα διάφορα σημεία της διοικητικής πυραμίδας. Πιο συγκεκριμένα ο έλεγχος και η διαχείριση των πόρων (ανθρώπινων, υλικών, χρηματικών,

άυλων και οργανωτικών) του νοσοκομείου είναι απαραίτητα στοιχεία, προκειμένου να καταστεί αποτελεσματικότερη η αξιοποίησή τους στην προοπτική της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών.

Ø Σύστημα προγραμματισμού, οργάνωση και ελέγχου της παροχής των υπηρεσιών.

Στο ΩΚΚ υπάρχει ένα πλήρες μηχανογραφημένο σύστημα παρακολούθησης και καταγραφής των παρερχομένων υπηρεσιών υγείας πλήρως υποστηριζόμενο από αξιόπιστη πληροφοριακή υποδομή αλλά και καταμερισμένο με τρόπο τέτοιο ώστε να καλύπτει τις ανάγκες και τα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν όχι σε μια υπηρεσία, σε δύο ή και σε όλες ταυτόχρονα.

Ø Διαχείρισης υλικών και αποθεμάτων (φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού)

Η σημασία που έχει η διαχείριση του φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού για τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα του είναι δεδομένη και προφανής. Αποτελεί από τα σημαντικότερα κόστη λειτουργίας του νοσοκομείου και η ομαλή ροή τους εξασφαλίζουν σε σημαντικό βαθμό την επιτυχία και την εκπλήρωση του σκοπού του.

Ø Ποιοτικού ελέγχου υλικών, προϊόντων και υπηρεσιών

Η ανάπτυξη και λειτουργία ενός συστήματος ελέγχου ποιότητας, αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου και τη συνεχή παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Ποιοτικός έλεγχος με τη στενή έννοια του όρου, δηλαδή λήψη δειγμάτων ανά τακτικά διαστήματα και ανάλυσή τους, πραγματοποιείται. Επιπλέον στο Νοσοκομείο δραστηριοποιείται Επιτροπή Ποιότητας η οποία διεξάγει διεξοδικούς ελέγχους ποιότητας σε όλα τα τμήματα που απαρτίζουν τις υπηρεσίες του ιδρύματος.

Ø Αξιοπιστίας και συντήρησης τεχνοπαραγωγικού εξοπλισμού.

Στο ΩΚΚ υφίσταται αυτοματοποιημένο σύστημα παρακολούθησης και προγραμματισμού συντήρησης μηχανολογικού εξοπλισμού. Το Γραφείο Ηλεκτρομηχανολογικών Εγκαταστάσεων έχει την πλήρη ευθύνη συντήρησης και λειτουργίας όλων των ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος.

Ø **Συστήματα προγραμματισμού, παροχής, οργάνωσης και ελέγχου εκτέλεσης διαδικασιών**

Πρόκειται για το σύστημα διαχειριστικού ελέγχου που επιτρέπει την οργάνωση ενός αποτελεσματικού συστήματος διοίκησης, που θα στηρίζεται στο στρατηγικό σχεδιασμό, στον καθορισμό στόχων και στην αξιολόγηση της επίτευξής τους. Στην κατεύθυνση αυτή τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος είναι:

- F Σαφής καθορισμός του ρόλου και των αρμοδιοτήτων του καθενός.
- F Ολική συμμετοχή στη βάση του στρατηγικού σχεδιασμού.
- F Συνεχής διάλογος και ανταλλαγή εμπειριών στη βάση της εκπλήρωσης του σχεδιασμού και της συνεχούς και ολικής ροής της πληροφορίας στο εσωτερικό του οργανισμού.
- F Επεξεργασία των στόχων, κατά «κέντρο ευθύνης» μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας και σε συνάφεια με τις γενικότερες στρατηγικές επιδιώξεις του νοσοκομείου.
- F Διάθεση των αναγκαίων μέσων για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί, αφήνοντας στους υπεύθυνους τη δυνατότητα επιλογών για την καλύτερη χρήση των διατιθέμενων μέσων.

Ø **Συστήματα ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών**

Το γραφείο Δημοσίων σχέσεων είναι αυτό που διαχειρίζεται τις επαφές με το κοινό για τα διάφορα αιτήματα ή για την υποβολή παραπόνων και καταγγελιών. Επιπλέον στο Νοσοκομείο απασχολείται ψυχολόγος, ώστε να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη τόσο στους ασθενείς όσο και στους συγγενείς αυτών. Η πρόσβαση στον ψυχολόγο είναι εύκολη και άμεση.

Ø **Συστήματα αναλυτικής λογιστικής και κοστολόγησης**

Η αναλυτική λογιστική και η ανάπτυξη της κοστολόγησης συμβάλλει άμεσα στην απευθείας εκτίμηση της σχέσης του κόστους και των παραγόμενων ποσοτήτων και ταυτόχρονα επιτρέπει τον καθορισμό μιας συνάρτησης παραγωγής, η οποία θα επιτρέψει με δεδομένες τις τιμές των εισροών, να οριστούν οι άριστες συνθήκες διαφορετικών υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η μελέτη των συνθηκών αριστοποίησης στις μεταβολές των δαπανών. Ταυτόχρονα, επιτρέπει την ακριβή παρακολούθηση της διαμόρφωσης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε μέσα από αυτήν να καθοριστούν ρεαλιστικοί και αντικειμενικοί στόχοι περιορισμού του.

Ø Συστήματα παρακολούθησης προμηθευτών και ασθενών

Η ανάπτυξη συστημάτων δυναμικής παρακολούθησης προμηθευτών και ασθενών αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την εξασφάλιση της εύρυθμης και αποτελεσματικής λειτουργίας του νοσοκομείου. Ειδικότερα, η παρακολούθηση της εφοδιαστικής αλυσίδας και των προμηθευτών, συμβάλλει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στον προγραμματισμό των προμηθειών, ώστε να μην εμφανίζονται ελλείψεις και παράλληλα σε συνδυασμό με την ανάπτυξη συστημάτων ελέγχου ποιότητας να επιτευχθεί σταθερή ποιότητα στις προμήθειες. Ενώ, η παρακολούθηση των ασθενών θα επιτρέψει την αναλυτική καταγραφή της πορείας της υγείας τους, από τη στιγμή της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο και ταυτόχρονα δίνει τη δυνατότητα τήρησης καρτέλας ασθενούς και τη χρήση της στο μέλλον, για αποτελεσματικότερη εκπλήρωση του σκοπού του νοσοκομείου.

Ø Ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα διοίκησης (σύστημα συλλογής κλινικών πληροφοριών κτλ).

Το ΩΚΚ διαθέτει Τμήμα οργάνωσης & Πληροφοριακών συστημάτων το οποίο υπεύθυνα και με ακρίβεια διακινεί τις πληροφορίες προς όλους τους χρήστες στη μορφή και το χρόνο που τη χρειάζονται για την εργασία τους. Επιπλέον παρέχει τη Διοίκηση με όλη την απαιτούμενη επεξεργασμένη πληροφόρηση για την αποτελεσματική λήψη αποφάσεων και επεξεργάζεται στατιστικά δεδομένα με περιοδική έκδοση των στοιχείων δραστηριότητας του Κέντρου.

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο αποτελεί πρότυπο μοντέλο τόσο οργανωσιακής όσο και διοικητικής λειτουργίας καθώς είναι ένα νοσηλευτικό ίδρυμα με μικρό και ευέλικτο σχήμα, ασχολούμενου με υπηρεσίες που αφορούν συγκεκριμένη μερίδα ασθενών δηλαδή αυτούς με καρδιοχειρουργικά προβλήματα, ενώ δίνει βάση και εφαρμόζει σχεδιασμούς και ενέργειες στοχευμένες, με επιμονή στην ποιότητα την τεχνολογία και την εκπαίδευση. Επιπλέον αποτελεί μοντέλο για την άσκηση οποιασδήποτε μορφής διοίκησης και κυρίως στην προτυποποίηση της οργάνωσης και των οργανογραμμάτων, της εσωτερικής λειτουργίας και του εσωτερικού κανονισμού – καθηκοντολογίου, του κανονισμού προμηθειών, της δημιουργίας διαδικασιών κλινικό-νοσηλευτικής λειτουργίας, του εκσυγχρονισμού της οικονομικής διαχείρισης και της

διαχείρισης των ανθρωπίνων πόρων, της πληροφορικής και της στατιστικής, την αξιολόγησης της τεχνολογίας και των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΕΙΔΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Είδη διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Η διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όπως και κάθε διοικητική διαδικασία συμπεριλαμβάνει πέντε βασικές λειτουργίες, το σχεδιασμό – προγραμματισμό που έχει σα στόχο τον καθορισμό των αντικειμενικών στόχων , της συλλογικής δραστηριότητας και τα μέσα επίτευξής τους. Την οργάνωση, λειτουργία που αποτελείται από τους τρόπους με τους οποίους καθορίζεται η δομή ενός οργανισμού και μεταβιβάζεται η εξουσία και η ευθύνη (εκχώρηση αρμοδιοτήτων). Η διεύθυνση που καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οι μάνατζερ καθοδηγούν τους εργαζομένους (λειτουργία επηρεασμού του ανθρωπίνου παράγοντα, ηγεσία, εμπύχωση, ενθάρρυνση, υποκίνηση, καθοδήγηση). Ο συντονισμός, η λειτουργία που αναπτύσσει σχέσεις μεταξύ όλων των μεμονωμένων προσπαθειών με στόχο την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Και τέλος τον έλεγχο, η λειτουργία με την οποία διασφαλίζεται η αξιολόγηση της απόδοσης σε σχέση με τον προγραμματισμό και τους στόχους. (Πολύζος 1998).

Το μάνατζμεντ που εκτελεί το κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα έχει ως βασική αρχή την αποτελεσματική επίτευξη των στόχων μέσα από τους ανθρώπινους πόρους, την τεχνολογία και τα υλικά, τους οικονομικούς πόρους αλλά και τις πληροφοριακές γνώσεις.(Πολύζος 1999).

Ο Anderson (1968) υποστηρίζει τη διερεύνηση του μάνατζμεντ στα νοσοκομεία ως εναλλακτικό στόχο βελτίωσης της (οικονομικής) αποδοτικότητάς τους και δικαιολογεί το άγχος των οικονομολόγων εξαιτίας της υποτυπώδους ανάπτυξής του. Κομβικό σημείο στην αναζήτηση διοικητικής αποδοτικότητας στα νοσοκομεία θεωρείται η έλλειψη παιδείας και κινήτρων των «διαχειριστών» (μάνατζερ) των νοσοκομείων ιδιαίτερα των δημοσίων, για αποτελεσματική διοίκηση και διαχείριση των πόρων (Πολύζος 1999).

Προκειμένου να διοικηθεί μία νοσηλευτική μονάδα αποτελεσματικά η διοίκησή της καλείται να επιλέξει ανάμεσα στα δύο κυρίαρχα είδη διοίκησης τα οποία και τείνουν να βρίσκουν πρακτική εφαρμογή στα σημερινά ελληνικά δεδομένα: το συγκεντρωτικό

και το αποκεντρωτικό σύστημα διοίκησης. Στα δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα το σύστημα διοίκησης συνήθως προκύπτει από το θεσμικό πλαίσιο (Young 1994).

Ο συγκεντρωτικός τρόπος διοίκησης βασίζεται στο αξίωμα ότι το προσωπικό δεν μπορεί να καθοδηγείται και να ενεργεί μόνο του, δεν είναι ουσιαστικά άξιο εμπιστοσύνης. Η παραδοχή αυτή οδηγεί στην άρνηση μεταβίβασης αρμοδιοτήτων, στη συσσώρευση περιορισμών που αποθαρρύνουν την ανάληψη πρωτοβουλιών και εμποδίζουν την έννοια της δημιουργίας. (Black, Porter 2000)

Κύρια χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου στυλ διοίκησης είναι:

- ο αυταρχικός σχεδιασμός
- η συγκεντρωτική εξουσία για όλες τις αποφάσεις
- η περιορισμένη και ελεγχόμενη πληροφόρηση
- η πυραμιδική και ανελαστική διάρθρωση
- η ύπαρξη κανόνων, η υπακοή, η συμβατικότητα και η στασιμότητα
- ο προληπτικός και αρνητικό-ενισχυτικός έλεγχος (Κονταράτος, 1990)

Το συγκεντρωτικό στυλ διοίκησης εφαρμόζεται επειδή συχνά επικρατεί η εσφαλμένη εντύπωση ότι οι εργαζόμενοι είναι ανίκανοι για μάθηση, σκέψη και δράση. Η δυσπιστία των προϊσταμένων προς τους υφιστάμενους, τους οποίους θεωρούν ακατάλληλους και των υφιστάμενων προς τους προϊστάμενους τους οποίους θεωρούν αυταρχικούς, συνεπάγεται μια σειρά αρνητικά επακόλουθα όπως είναι:

- η απομάκρυνση του κέντρου λήψης αποφάσεων από το πεδίο δράσης
- ο πολλαπλασιασμός του προληπτικού ελέγχου
- η γενίκευση του θεσμού παραγωγής κατ' αρχαιότητα
- η ιεράρχηση της εξουσίας κατά τρόπο που να παρεμποδίζονται τόσο η οριζόντια όσο και η κάθετη επικοινωνία (Drucker, 2001).

Συνέπεια του συγκεντρωτικού τρόπου διοίκησης είναι η ύπαρξη κλίματος δυσπιστίας και καχυποψίας, η έλλειψη εμπιστοσύνης των υφιστάμενων προς τη διοίκηση και αντίστροφα, η μειωμένη παραγωγικότητα, η έλλειψη ανάληψης πρωτοβουλιών. (Drucker 1985)

Ο αποκεντρωτικός τρόπος διοίκησης βασίζεται στην παραδοχή ότι το προσωπικό του φορέα διαθέτει όλες τις απαραίτητες δεξιότητες και είναι ικανό να λαμβάνει αποφάσεις και άξιο εμπιστοσύνης. Η συγκεκριμένη νοοτροπία οδηγεί στη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων από την πλευρά των προϊσταμένων στους υφισταμένους τους, στην ενθάρρυνση ανάληψης πρωτοβουλιών, στην ενθάρρυνση λήψης αποφάσεων και των ευθυνών τους. (Sotiropoulos 1998)

Κύρια χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου στυλ διοίκησης είναι:

- ο συμμετοχικός και οραματικός σχεδιασμός
- η συγκεντρωτική εξουσία για στρατηγικές αποφάσεις και η αποκεντρωτική για τακτικές αποφάσεις
- η ελεύθερη πληροφόρηση
- η αμφίδρομη και διαλογική επικοινωνία
- η πυραμιδική με οριζόντιες διασταυρώσεις και ελαστική διάρθρωση (ενθαρρύνοντας έτσι τη δημιουργία άτυπων ομάδων έργου για την επίλυση προβλημάτων)
- η ανάληψη πρωτοβουλιών, η δημιουργικότητα
- ο απολογιστικός και θετικό-ενισχυτικός έλεγχος. Γίνεται δηλαδή λόγος για αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μετά την ολοκλήρωση των ενεργειών, που υποβοηθάει την αυτοπραγμάτωση ως μέσο ενεργοποίησης του προσωπικού. (Κονταράτος, 1990)

Σύμφωνα με τη σύγχρονη διοικητική επιστήμη η πιο σημαντική πλουτοπαραγωγική πηγή μιας χώρας δεν είναι ούτε οι φυσικοί πόροι, ούτε οι εγκαταστάσεις και τα μηχανήματα που διαθέτει. Είναι ο ανθρώπινο δυναμικό, τόσο από πλευράς ικανότητας, όσο και από πλευράς νοοτροπίας. (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Έχοντας όμως ως στόχο την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, το πρώτο βήμα για την επίτευξή του είναι η ενθάρρυνση λήψη πρωτοβουλιών. Συνεπώς, άμεση προϋπόθεση είναι

- η εδραίωση κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στα στελέχη,
- η ύπαρξη αξιοκρατικών συνθηκών

- η ύπαρξη κατάλληλων ικανοτήτων και δεξιοτήτων από πλευράς στελεχών που να δικαιολογούν αυτή την εκχώρηση αρμοδιοτήτων και να μπορούν στη συνέχεια να λάβουν τις κατάλληλες αποφάσεις
- η ύπαρξη θετικής διάθεσης από πλευράς των στελεχών να ανταποκριθούν στις ανάγκες της θέσης τους ως μέντορες των νέων στελεχών

Η ηγετική ικανότητα και το πρόγραμμα mentoring, όπως και οι απαραίτητες γνώσεις για να ανταπεξέλθουν οι υφιστάμενοι στις ανάγκες της λήψης αποφάσεων, δεν είναι ικανότητες που αναπτύσσονται στιγμιαία. Αντίθετα εξελίσσονται στο πλαίσιο εκπαιδευτικών προγραμμάτων και συνεχούς επιμόρφωσης. Χρόνο όμως απαιτείται και για την εδραίωση του κλίματος εμπιστοσύνης και αξιοκρατίας – συνθήκες, οι οποίες είναι απαραίτητο να απορρέουν από κλίμα το οποίο έχει προωθεί από τα ανώτατα διοικητικά στελέχη και οπωσδήποτε να αποδεικνύονται στην καθημερινότητα. (Stretton, Orchard 1994)

Συμπερασματικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το συγκεντρωτικό στυλ διοίκησης σχετίζεται με :

- τη συγκέντρωση της εξουσίας
- τον αυταρχικό σχεδιασμό και
- τον προληπτικό έλεγχο

Αντίθετα, το αποκεντρωτικό στυλ διοίκησης σχετίζεται με :

- τον απολογιστικό έλεγχο
- την ανάληψη πρωτοβουλιών
- την ανάπτυξη πολλαπλών δραστηριοτήτων
- την εκχώρηση αρμοδιοτήτων (χωρίς βέβαια να σημαίνει αυτό ότι τα ανώτατα διοικητικά στελέχη δεν έχουν την γενικότερη εποπτεία)
- την αξιοποίηση στελεχών (Cameron, Quinn 1997)

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι αν και ο αποκεντρωτικός τρόπος διοίκησης είναι ο τρόπος που εμπνέει ουσιαστικά τους υφισταμένους να λάβουν αποφάσεις και να αναπτύξουν τη δημιουργικότητά τους και την ανάληψη πρωτοβουλιών, εντούτοις

προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένων συνθηκών τόσο από την πλευρά των υφισταμένων όσο και από την πλευρά των προϊσταμένων. (Blanchard, John, Alan 1990)

3.2 Η οργανωτική δομή και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

Το σύστημα διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από την καθιέρωσή του μέχρι σήμερα έχει παρουσιάσει αρκετά και σημαντικά προβλήματα, τα οποία οφείλονται σε πολλούς παράγοντες.

Το management αποτελεί σήμερα έναν από τους πιο εξελιγμένους κλάδους των οικονομικών και κοινωνικών επιστημών. Σε αυτό βοήθησε και η ανάπτυξη της θεωρίας των συστημάτων και της επιχειρησιακής έρευνας. Η σύγχρονη σχολή έχει εμποτισθεί από τη συστημική θεωρία την κυβερνητική όπου άνθρωποι, ομάδες έργου, δομές, στόχοι, περιβάλλον και αποτελέσματα αλληλοεξαρτώνται (Biazzo 1998).

Με βάση τη συστημική θεωρία και ανάλυση (βλ. Koontz & O' Donnel 1980) δύναται γενικότερα αν υιοθετηθεί ότι το σύστημα υγείας είναι ένα ανοικτό σύστημα με πολλά υποσυστήματα (χρηματοδότηση, παροχή υπηρεσιών, νοσοκομειακή περίθαλψη, κ.α.). Σύμφωνα και με αυτή τη θεώρηση, πρέπει αν τονιστεί ότι η ιδιομορφία στη διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αντιμετωπίζει δυσκολίες καθώς συντρέχουν συνδυαστικά τα εξής: η έλλειψη γνώσης ή αδυναμία διαχείρισης της γνώσης, η φύση του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος (γνώση, νομιμοποίηση, δύναμη επιβολής κλπ.), οργανωτική εσωτερική πολυπλοκότητα, εξωτερικές επιδράσεις (κυβέρνηση, ασφαλιστικά ταμεία, επαγγελματικές ενώσεις, ασθενείς κλπ.).

Ο Drucker σημειώνει ότι *«Όπως ένα καλό Σύνταγμα δεν εγγυάται τη δημιουργία καλών Προέδρων, καλών νόμων, ηθικής κοινωνίας κ.ο.κ., έτσι και η οργανωτική διάρθρωση από μόνη της δε δύναται να τελέσει στην επίτευξη της άριστης απόδοσης»*. Για αυτό η εσωτερική οργανωτική σύνθεση και η ανθρώπινη συμπεριφορά, αλλά και εξωτερικοί παράγοντες παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Η οργανωτική σύνθεση κάθε οργανισμού ποικίλει ανάλογα με μια σειρά από χαρακτηριστικά όπως ο χαρακτήρας του οργανισμού προς τα έξω (ιδιοκτησία, ηγεσία, χαρακτήρας της εξειδίκευσης στην αγορά, σχέσεις προς τρίτους κλπ., καθώς επίσης και η ποιοτική διαφοροποίηση των συντελεστών παραγωγής.

Τα σύγχρονα Νοσοκομεία αποτελούν πολυσύνθετους οργανισμούς με δική τους προτυποποίηση, που πολλές φορές δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ενιαία. Η

αποτελεσματική εκπλήρωση των οργανωτικών σκοπών ενός νοσοκομείου προϋποθέτει την αξιολόγηση και βελτίωση της σχέσης εισροών-εκροών, με τη διοικητική έννοια.

Η οργανωτική θεωρία αναφέρεται και στον τρόπο διαφοροποίησης, τυποποίησης, υποδειματοποίησης και ολοκλήρωσης της διοικητικής συμπεριφοράς. Κανείς, όμως, δεν θεωρεί πανάκεια την από πριν επιβαλλόμενη δομή για να αριστοποιηθεί η (διοικητική) αποδοτικότητα. Στόχος είναι η αλληλεξάρτηση ελέγχου και απόδοσης να αποτελέσει εργαλείο στρατηγικής ενός οργανισμού (νοσοκομείου), και γενικότερης αξιολόγησης του συστήματος (Πολύζος 1998)

Όμως, πρέπει να συνεκτιμηθεί ότι στα νοσοκομειακά δρώμενα διεθνώς ισχύουν δυο βασικά επιχειρήματα, που από μόνα τους δημιουργούν αντιθέσεις και δυσκολίες στην εφαρμογή των παραπάνω αρχών , η υπεύθυνη διοίκηση σημαίνει ότι όλα τα τμήματα και ο κάθε απασχολούμενος στο νοσοκομείο ανταποκρίνονται σε μετρήσιμο ποιοτικά και ποσοτικά έργα που έχει καθορισθεί με προσυμφωνημένα κριτήρια και στόχους για να μετεφρασθεί σε αποτέλεσμα. Επιπλέον υπάρχει και η αξεπέραστη δυσκολία στην προσπάθεια για δημιουργία ή βελτίωση σταθερών κριτηρίων διοίκησης και αξιολόγησης συνιστά το γεγονός ότι στην πλειοψηφία των ΕΣΥ έχει σχεδόν παγιωθεί η τακτική του ιατρικού επαγγέλματος.

Στην Ελλάδα υπάρχει αναγκαιότητα για το πρώτο μεταξύ των προαναφερθέντων, αλλά την ίδια στιγμή εξακολουθεί να ισχύει το δεύτερο. Παράλληλα, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το σύγχρονο νοσοκομείο είναι χώρος για εξειδικευμένες επιστημονικές ομάδες με διατομεακό χαρακτήρα στη συνεργασία και τη συμμετοχή των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας.

Ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία ο κύριος δείκτης μέτρησης και αξιολόγησης της αποδοτικότητας της οργάνωσης είναι το κέρδος, στα δημοσίου χαρακτήρα νοσοκομεία δίδεται έμφαση στα μετρήσιμα κάθε φορά αποτελέσματα και την αξιολόγηση της τυπικής και άτυπης δομής. Κάθε δημόσιος οργανισμός πρέπει αν λαμβάνει υπ' όψιν του περιορισμούς, όπως είναι κοινωνικοί η και ποιοτικοί στόχοι που ίσως δεν ισχύουν στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος λειτουργεί κυρίως με κερδοσκοπικούς σκοπούς. Ένα πλέγμα δημόσιων οργανισμών και κοινωνικών φορέων επιδρούν στις αποφάσεις των δημοσίων, κυρίως νοσοκομείων των οποίων η μέτρηση των αποτελεσμάτων είναι πιο πολύπλοκη. Επίσης μεγάλης σημασίας είναι και ο ρόλος του πολιτικού ελέγχου που επιδρά και στο παραγόμενο έργο. Εξωτερικά τα νοσοκομεία διαφέρουν στο βαθμό που εξαρτώνται από τις αποφάσεις του «κέντρου» ή του τοπικού αντιπροσώπου του (ασφαλιστικός φορέας, περιφέρεια, νομαρχία κ.α.).

Επιπροσθέτως η σύγκριση των οργανωτικών δομών διαφόρων νοσοκομείων πρέπει να λαμβάνει υπό όψιν της μεταβλητές όπως είναι το μέγεθος, μετρήσιμο π. χ σε κλίνες η στο είδος των παρεμβάσεων που διενεργεί, η θέση (γεωγραφική) , η συγκεκριμένη αγορά , ο πληθυσμός που εξυπηρετεί . η επίπτωση είναι σημαντική για τη μέτρηση του τελικού προϊόντος του νοσοκομείου.

Αξίζει επιπλέον να αναφερθεί το ότι η ποικιλία των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένα νοσοκομείο, δημιουργεί την πολυπλοκότητα των διαφορετικών ικανοτήτων που έχουν οι κάθε είδους εισροές τους. Επίσης είναι εμφανής η αβεβαιότητα στον καθορισμό των εκροών του σε σχέση με τις εισροές και κατ' επέκταση η αξιολόγηση της οργανωσιακής και διοικητικής λειτουργίας του.

Άλλη μια επέκταση της ιδιομορφίας των διοικητικών σχημάτων ενός νοσοκομείου είναι το γεγονός ότι εσωτερικά η δομή τους είναι πολυεπίπεδη και οι άνθρωποι (γιατροί, νοσηλευτές κλπ.) που την απαρτίζουν είναι ποικιλόμορφα διαφορετικοί σε εκπαίδευση κοινωνικό η οικονομικό ή και προσωπικό status. Αυτό αντανakλάται και στις ιεραρχικές δομές οι οποίες τείνουν να επικαλύπτονται από την εξουσία των κυρίαρχων σε βάρος των ασθενέστερων επαγγελματικά τάξεων η και ατόμων. Όσο διαφέρει ο βαθμός εξειδίκευσης (οριζόντια διαφοροποίηση) και όσο πιο πολλοί και διαφοροποιημένοι σε αυτόν τον τομέα είναι οι εργαζόμενοι (κάθετη διαφοροποίηση), τόσο η δομή της εξουσίας πολυδιασπάται και η μέτρηση των οποίων αποτελεσμάτων καθίσταται όλο και πιο δύσκολη. Η δύναμη και η επίδραση των επαγγελματικών οργανώσεων, επίσης διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και πολλές φορές αντικαθιστά την πιθανή έλλειψη των προηγούμενων στοιχείων. Το αποτέλεσμα έχει ήδη επηρεασθεί ποιοτικά και είναι και πιο δύσκολο να μεταφερθεί σε «μονάδες μέτρησης»

Είναι αυτονόητο ότι η πολιτική διοίκησης των μονάδων υγείας πρέπει να διαμορφώνεται και να εκφράζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση , μέσω του Υπουργείου Υγείας. Στη Ελλάδα αυτό δεν συμβαίνει απόλυτα, αφού πλην του καθ' ύλη υπουργείου, ευθύνες στον τομέα υγείας έχουν και άλλα υπουργεία, πιο συγκεκριμένα αυτά της απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Εθνικής άμυνας, Ανάπτυξης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Οικονομικών και Εμπορικής Ναυτιλίας. Αν και δεν αποτελεί φυόμενο μόνο της χώρας μας στην Ελλάδα συχνά δεν υπάρχει ο αναγκαίος συντονισμός, με αποτέλεσμα η οποία πολιτική υγείας να κατακερματίζεται, αλληλοαναιρείται και να αλληλουποσκάπτεται.

Στη διαμόρφωση πολιτικής Υγείας, συνεπώς και στα θέματα της άσκησης διοίκησης, ρόλο έχουν ακόμη τα ασφαλιστικά ταμεία, τα συνδικάτα, οι επαγγελματικές ενώσεις κυρίως

των γιατρών, η επιστημονική κοινότητα, ο ιδιωτικός τομέας, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, εθελοντικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί ακόμη και η εκκλησία της Ελλάδος. Μερικοί μάλιστα από τους παράγοντες αυτούς έπαιξαν καθοριστικό ρόλο, εμποδίζοντας, καθυστερώντας ή και στηρίζοντας τις μεταρρυθμίσεις (Μουζέλης 2003).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την οργανωτική δομή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων εκτός από τους προϊσταμένους των υπηρεσιών του ιδρύματος, υπήρχε ο διοικητικός διευθυντής, ενώ παράλληλα υπήρχε και το διοικητικό συμβούλιο. Σύμφωνα με το άρθρο 10 του Ν.Δ. 2592/1953, ο διοικητής του νοσοκομείου είχε καθοριστικές αρμοδιότητες για τη λειτουργία του ιδρύματος, οι οποίες σε ορισμένες περιπτώσεις υπερέβαιναν και τις αρμοδιότητες του διοικητικού συμβουλίου. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη διάταξη το διοικητικό συμβούλιο δεν προϊστάται των υπηρεσιών του νοσοκομείου και έτσι υπεύθυνος για την εύρυθμη λειτουργία όλων των υπηρεσιών του ιδρύματος έναντι του διοικητικού συμβουλίου είναι ο διοικητικός διευθυντής. Προκύπτει συνεπώς ότι ο διοικητικός διευθυντής ασκούσε ουσιαστικά καθήκοντα γενικά διευθυντή, καθώς βρισκόταν στην κορυφή της υπαλληλικής ιεραρχίας του νομικού προσώπου (άρα ο ίδιος ήταν προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου). (Πετρίδου 2001)

Η ουσιαστική αλλαγή του συστήματος υγείας και η διαφοροποίηση του οργανωτικού ιεραρχικού πλαισίου της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με την πολυδιάσπαση των υπηρεσιών και την υποβάθμιση του υπηρεσιακού παράγοντα, άλλαξαν την κατάσταση στο χώρο της υγείας. Με τις διατάξεις των άρθρων 9 και 10 του νόμου 1397/1983 καθιερώνεται για πρώτη φορά ο θεσμός του έμμισθου προέδρου και αντιπροέδρου του διοικητικού συμβουλίου, εκχωρούνται ουσιαστικές αρμοδιότητες στα όργανα αυτά, ενώ παράλληλα επέρχεται σταδιακή αναβάθμιση του εξουπηρεσιακού παράγοντα του νοσοκομείου. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου γίνεται προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών στη θέση του μέχρι πρότινος διοικητικού διευθυντή, ο οποίος υποβιβάστηκε σε διευθυντή μιας μόνο υπηρεσίας – έχει ήδη προβλεφθεί η σύσταση τριών ισότιμων υπηρεσιών, οι οποίες είναι η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική διεύθυνση. (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Το συγκεκριμένο γεγονός ενώ έχει θεωρηθεί ότι υποβαθμίζει τον υπηρεσιακό παράγοντα, εμπερικλείει και θετική προσέγγιση καθώς με τη ρύθμιση αυτή υπάρχει υπεύθυνος αποκλειστικά για τις συγκεκριμένες διοικητικές θέσεις ενώ το γεγονός του ότι οι θέσεις είναι έμμισθες το καταδεικνύει σαφώς. Όσον αφορά τις υπηρεσίες ορθώς και διαχωρίστηκαν καθώς πλέον η κάθε μια έχει τον Διευθυντή εξουσιοδοτημένο της με συγκεκριμένα διοικητικά καθήκοντα και υπευθυνότητες

Με το νόμο 2889/2001 και με την μετέπειτα προσαρμογή του με το Νόμο 3229/05 ο Διοικητής βρίσκεται στη κορυφή της διοικητικής πυραμίδας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ο οποίος είναι και πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου την πλειοψηφία του οποίου ορίζει ο Υπουργός και αποτελείται από τα μέλη των Διευθύνσεων των Νοσοκομείων ενώ ορίζονται και δυο σύμβουλοι οργάνωσης (μάνατζερ).

Όσον αφορά τον τρόπο λειτουργίας του διοικητικού συμβουλίου και τις σχέσεις του με τα διοικητικά στελέχη του νοσοκομείου, συχνά παρατηρείται από διάφορους μελετητές κλίμα έντονης καχυποψίας, τριβών και εντάσεων. Το κλίμα αυτό προκαλείται από παράγοντες όπως είναι ο κομματισμός, η έλλειψη οργανωτικής δομής, το πρόβλημα των προτεραιοτήτων, η νοοτροπία των διοικούντων και των διοικούμενων, η άσκηση διευθυντικών καθηκόντων από τη διοίκηση, καθώς και το συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης (Αλεξιάδης, 1994).

Ο κομματισμός αφορά ίσως ένα από τα σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας, με δεδομένο ότι αλλαγή στην πολιτική ηγεσία των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα σημαίνει και αυτόματη αλλαγή στις πολιτικές κατευθύνσεις και οδηγίες που έχουν δοθεί από την πολιτεία, πιθανή ακύρωση της υπάρχουσας νομοθεσίας, αλλαγή προσώπων. Η άσκηση διοίκησης επηρεασμένη από πολιτικά κριτήρια όχι μόνο δυσχεραίνει τις προσπάθειες για καινοτομία και αναδιοργάνωση των συστημάτων, αλλά υπονομεύει και τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και αποτελεί τροχοπέδη σε κάθε αλλαγή στο σύστημα. (Θεοδώρου, Μητροσύλη 1999)

Είναι προφανές ότι η διαμόρφωση της εκάστοτε πολιτικής υγείας επηρεάζεται από πολιτικές, κομματικές και εκλογικές σκοπιμότητες. Ότι ακόμη η ασυνέχεια στην πολιτική, αλλά και οι αντιπαλότητες των κομμάτων οδηγούν σε πολιτικές τύπου «ράβε-ξήλωνε», καθυστερώντας έτσι ή κυρώνοντας κάθε σοβαρή προσπάθεια αλλαγών που θίγει κατεστημένα συμφέροντα, συμπεριφορές και πρακτικές ενός συστήματος υγείας. (Θεοδώρου, Μητροσύλη 1999).

Η έλλειψη οργανωτικής δομής είναι ένα εξίσου σοβαρό θέμα, το οποίο ίσως δεν έχει αντιμετωπισθεί ακόμα με αίσθημα ευθύνης, με συνέπεια τη δημιουργία κλίματος ανασφάλειας μεταξύ των διοικητικών στελεχών που συχνά ενεργούν εμπειρικά (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999). Αυτό αποδίδεται στην αδυναμία υλοποίησης των ορισθέντων μέσα από τους κώδικες διοικητικής διαδικασίας που οροθετούν για το κάθε στέλεχος τις αρμοδιότητές του, τον τρόπο με τον οποίο θα ενεργεί, την πορεία ενεργειών που θα ακολουθεί. Επιπλέον αυτό οφείλεται στην έλλειψη υψηλόβαθμων στελεχών από τη δημόσια διοίκηση. Η ασυνέχεια στην πολιτική υγείας καθώς οι μεταρρυθμίσεις για να

σχεδιαστούν, να ψηφιστούν σε νόμο και να υλοποιηθούν απαιτούν μεγάλο χρόνο και βέβαια συνέχιση της ίδιας πολιτικής. Αυτό όμως δύσκολα διασφαλίζεται στη χώρα μας λόγω των συνεχών αλλαγών στο Υπουργείο Υγείας. Οι υπουργοί Υγείας θεωρούν ότι είναι πιο ωφέλιμο πολιτικά να ετοιμάσουν έναν καινούργιο νόμο, αντί να προσπαθήσουν να εφαρμόσουν το νόμο του προηγούμενου υπουργού (Θεοδώρου 2006).

Το πρόβλημα των προτεραιοτήτων αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα μεταξύ της διοίκησης και των στελεχών. Πιο συγκεκριμένα στην πορεία επίλυσης ή διαδικασίας λήψης αποφάσεων για πρόβλημα το οποίο έχει προκύψει συχνά ανακύπτει πρόβλημα σχετικά με το βαθμό προτεραιότητας που πρέπει να δοθεί σε αυτό. Κύρια αιτία για το γεγονός αυτό είναι ότι η διοίκηση και τα στελέχη εκτιμούν κάτω από διαφορετική οπτική γωνία τη σοβαρότητα ενός θέματος.

Η νοοτροπία διοικούντων και διοικουμένων δημιουργεί αρνητικό κλίμα ανάμεσα στις μεταξύ τους σχέσεις. Η διοίκηση επιδιώκει να εφαρμόσει τις αποφάσεις της στο πλαίσιο ενός ευρύτερου προγραμματισμού, οι οποίες όμως μπορεί να μην γίνονται αποδεκτές από το σύνολο των εργαζομένων.

Η άσκηση διευθυντικών καθηκόντων από τη διοίκηση προέκυψε κυρίως μετά την εφαρμογή του νόμου 1397/1983, με τον οποίο εκχωρήθηκαν σημαντικές αρμοδιότητες στα διοικητικά συμβούλια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Αν και στη συγκεκριμένη διάταξη ασκήθηκε κριτική και υπήρξε και νομοθετική ρύθμιση με το νόμο 2071/1992, εντούτοις συχνά οι διοικήσεις των νοσοκομείων παρεμβαίνουν στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Ο ρόλος των γιατρών καθώς είναι γνωστή η σύγκρουση που υφίσταται τα τελευταία χρόνια μεταξύ των γιατρών του ΕΣΥ και των Πανεπιστημιακών γιατρών. Οι δεύτεροι με μεγάλη δύναμη και επιρροή σε κυβέρνηση και κόμματα, θεωρούνται από τους πρώτους ως προνομιούχοι, αφού διατήρησαν μέχρι πρόσφατα το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου. Συγχρόνως διεκδικούν τον λιγότερο δυνατό έλεγχο, επικαλούμενοι την ακαδημαϊκή ελευθερία, ενώ όλοι καταλαμβάνουν διευθυντικές θέσεις στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία, περιορίζοντας τις δυνατότητες εξέλιξης των γιατρών του ΕΣΥ. (Κουσκουβέλης 1999)

Το συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης αποτελεί ένα σύνθητες φαινόμενο στα νοσηλευτικά ιδρύματα, στην προσπάθεια των διοικήσεων να ελέγξουν τη λειτουργία του συνόλου του ιδρύματος.

Σε αυτό το σημείο επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι στον τομέα της υγείας και πολύ περισσότερο στη διοίκηση των νοσηλευτικών μονάδων δεν εμπλέκονται μόνο τα

προαναφερθέντα εμπόδια για την αποτελεσματική διοίκηση. Πιο συγκεκριμένα, τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα παρά το γεγονός ότι διοικούνται από διοικητικά συμβούλια ή managers, εντούτοις πρέπει να επισημανθεί ότι οι αρμοδιότητές τους δεν είναι τόσο ευρείς, όσο πιθανώς θα έπρεπε ή τόσο ελαστικές, που να μην δυσχεραίνεται η διαδικασία της λήψης αποφάσεων.

Ενδεικτικά αναφέρεται η διαδικασία προσλήψεων ανθρώπινου δυναμικού, που στα δημόσια νοσοκομεία πραγματοποιείται με τη βοήθεια δημόσιων διαγωνισμών του Α.Σ.Ε.Π., χωρίς δηλαδή οι διευθυντές να έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν οι ίδιοι το προσωπικό που επιθυμούν να στελεχώσει το νοσοκομείο, βάσει των προσόντων που έχουν θέσει..

Η ανάγκη για αυξημένους οικονομικούς πόρους αποτελεί ένα σοβαρό εμπόδιο για την ορθολογική άσκηση διοίκησης. Το ευρύτερο σύστημα υγείας χρηματοδοτείται σήμερα κατά 40% από ιδιωτικές πληρωμές. Σε ένα καλύτερα οργανωμένο σύστημα διοίκησης αυτό υψηλό ποσοστό θα πρέπει αν περιοριστεί περίπου στο μισό , όσο δηλαδή είναι κατά μέσο όρο και στις άλλες χώρες της Ε.Ε.

Προϋπόθεση της αποτελεσματικής ανταπόκρισης των νοσοκομείων στη βασική αποστολή τους δηλαδή, στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η ουσιαστική αποδέσμευσή τους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς και η υιοθέτηση διοικητικών μεθόδων τέτοιων οι οποίες θα αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις και τα προβλήματα με συντονισμένες προσπάθειες βάσει στόχων σχεδίων και ελέγχων.(Κιόχος 1992)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ

Μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα αλλά και γεγονότα που παρουσιάζονται συχνά στα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποδεικνύουν ότι όσον αφορά το διοικητικό σύστημα των νοσοκομείων απαιτείται η εκ βάθρων αλλαγή του και η αντικατάστασή του με ένα ευέλικτο σχήμα, με ένα σύγχρονο και αποδοτικό μοντέλο διοίκησης, το οποίο θα είναι απαλλαγμένο από τα μειονεκτήματα του παρελθόντος και θα ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του παρόντος και του μέλλοντος.

Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποτελεί μία φυσική αναγκαιότητα σήμερα. Αυτό όμως που είναι ιδιαίτερα σημαντικό είναι και πρέπει να τονιστεί είναι το γεγονός ότι η διοίκηση θα πρέπει να μην συνδέεται και να απομακρυνθεί από μικροκομματικά συμφέροντα και πολιτικές ιδεολογίες. Με αυτό τον τρόπο θα αποτελεί μία ομπρέλα που ουσιαστικά θα αγκαλιάζει όλους τους υπαλλήλους και θα τους καλεί να συμμετέχουν όλοι στον απώτερο στόχο τους, που είναι αποτελεσματική εξυπηρέτηση των πολιτών.

Τι νοείται όμως με τον όρο εκσυγχρονισμό; Ο εκσυγχρονισμός είναι η βελτίωση των συνθηκών οργάνωσης και λειτουργίας ενός διοικητικού συστήματος, η οποία επέρχεται διαμέσου της ανανέωσης ορισμένων βασικών αρχών-λειτουργιών, στις οποίες στηρίζεται το σύστημα διοίκησης. Είναι δηλαδή η μετάβαση της διοίκησης των νοσοκομείων από το παλιό στο νέο, από την προβληματική στην εύρυθμη λειτουργία (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Στόχος του εκσυγχρονισμού είναι η καθιέρωση νέων δεδομένων στην άσκηση της διοίκησης, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η εφαρμογή ενός σύγχρονου μοντέλου διοίκησης στα νοσοκομεία, απαλλαγμένου από τις προκαταλήψεις και τις αδυναμίες του παρελθόντος, μία από τις οποίες ήταν και τα διοικητικά συμβούλια, που επί δεκαετίες αποτελούσαν ανασταλτικό παράγοντα για τη λειτουργία των νοσοκομείων (Τάχος 1996 & Αλεξιάδης, Περιστερά, 1997).

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι ο εκσυγχρονισμός νοείται σαν ένα μεταρρυθμιστικό σχήμα, απαλλαγμένο από έννοιες του παρελθόντος, με επιθυμία ανανέωσης και διόρθωσης λαθών. Είναι μία διαρκής παρέμβαση των αρμόδιων φορέων, μία συνεχής προσπάθεια, η οποία αποσκοπεί στην εξέλιξη, στη βελτίωση και στην αύξηση της αποδοτικότητας.

Είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο ότι στο σύγχρονο νοσοκομείο σήμερα υπάρχει, ιδιαίτερα εάν αναλογιστεί κάποιος ότι η λειτουργία του διέπεται από:

- νέα συστήματα πληροφορικής
- μεθόδους προηγμένης τεχνολογίας, όπως είναι η τηλε-ιατρική
- εφαρμογή μέτρων διαφάνειας
- εφαρμογή προγραμμάτων συστηματικής εκπαίδευσης και επιμόρφωσης (Κέφης 1998)

Τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά όμως δεν σημαίνουν ότι δεν πρέπει να επιδιωχθεί η περαιτέρω προσπάθεια βελτίωσης, ιδιαίτερα εάν αναλογιστεί κάποιος την έννοια της αξιολόγησης, την έννοια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, την έννοια της επιλογής του προσωπικού, την παρακίνηση του ανθρώπινου δυναμικού, έτσι ώστε να επιδιωχθεί η μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς του, όπως επίσης δεν σημαίνουν ότι δεν πρέπει να διέπουν το διοικητικό σύστημα και συγκεκριμένες αρχές διοίκησης, οι οποίες ουσιαστικά να πλαισιώνουν τους σκοπούς που έχουν τεθεί. (Τάχος 1985)

4.1 Αρχές που πρέπει να διέπουν το διοικητικό σύστημα των νοσοκομείων

Οι βασικές αρχές που διέπουν τη νόμιμη υπόσταση του διοικητικού συστήματος των νοσοκομείων διακρίνονται σε γενικές και ειδικές.

Στις γενικές αρχές συμπεριλαμβάνονται η αρχή της νομιμότητας, της αμεροληψίας, της πολιτικής ουδετερότητας και της δημοσιότητας.

Πιο συγκεκριμένα, η αρχή της *νομιμότητας* κατευθύνει τις ενέργειες των οργάνων του κράτους δικαίου. Επιδιώκονται οι κρατικές σκοπιμότητες μόνο όταν και όπως ορίζει ο νόμος. Με αυτό τον τρόπο τηρούνται οι κανόνες δικαίου. Βασικό γνώρισμα του κράτους δικαίου είναι ότι καθορίζει τους κανόνες δικαίου βάσει των οποίων δρουν τα όργανά του, αλλά παράλληλα αυτοπεριορίζεται από τους κανόνες τους οποίους έχει θέσει (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Βασική αρχή του διοικητικού δικαίου αποτελεί η αρχή της *αμεροληψίας*, η οποία και είναι εφαρμογή της αρχής της ισότητας των πολιτών έναντι του νόμου, υπό την έννοια ότι η ισότητα τους καλύπτει και απέναντι στους εφαρμοστές του νόμου. Σύμφωνα με την αρχή της αμεροληψίας τα όργανα του κράτους επιβάλλεται να αποφεύγουν ενέργειες που

την αντιστρατεύονται, προκειμένου να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία της διοίκησης (Μακρυδημήτρης, 1990).

Σύμφωνα με την αρχή της *πολιτικής ουδετερότητας* τα όργανα του κράτους οφείλουν να απέχουν από κάθε ενεργό πολιτική δραστηριότητα κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, ενώ σύμφωνα με την αρχή της *δημοσιότητας* τα όργανα του κράτους υποχρεούνται να προβαίνουν στη δημόσια ανακοίνωση στοιχείων και ενεργειών τα οποία απορρέουν από τη δραστηριότητά τους, με σκοπό τη διαφάνεια της δράσης κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους (Τάχος, 1986 & Κανελλόπουλος, 1990).

Στις *ειδικές αρχές* συμπεριλαμβάνονται η αρχή της *νόμιμης συγκρότησης*, η αρχή της *νόμιμης σύνθεσης*, η αρχή της *μυστικότητας των συνεδριάσεων*, η αρχή της *εξαίρεσης μέλους από το συλλογικό όργανο*.

Σύμφωνα με την αρχή της νόμιμης συγκρότησης το συλλογικό όργανο της διοίκησης έχει νόμιμη υπόσταση εφόσον συγκροτήθηκε νόμιμα, ενώ η αρχή της νόμιμης σύνθεσης αναφέρεται σε ότι προηγείται της λειτουργίας του συλλογικού οργάνου διοίκησης του νοσοκομείου και απαιτείται να υπάρχει σε όλες τις συνεδριάσεις. Συνεπώς ενώ η νόμιμη συγκρότηση αναφέρεται στην υπόσταση του συλλογικού οργάνου, η νόμιμη σύνθεση αναφέρεται στη λειτουργία του (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με την αρχή της *μυστικότητας των συνεδριάσεων* τα συλλογικά όργανα λειτουργούν κατά κανόνα μυστικά. Έτσι, οι συνεδριάσεις των διοικητικών συμβουλίων δεν είναι δημόσιες και η αρχή της δημοσιότητας εφαρμόζεται κατ' εξαίρεση.

Τέλος, σύμφωνα με την αρχή της *εξαίρεσης του μέλους από το συλλογικό όργανο*, το συλλογικό όργανο δεν μπορεί να συνεδριάσει νόμιμα εάν υπάρχει λόγος εξαίρεσης μέλους του κατ' εφαρμογή των αρχών της χρηστής διοίκησης-αμεροληψίας, η οποία άλλωστε αποτελεί και εκδήλωση της αμεροληψίας της δημόσιας διοίκησης. (Τάχος 1985)

Όλες οι προαναφερθείσες αρχές διοίκησης συμβάλλουν όχι μόνο στον εκσυγχρονισμό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αλλά αποβλέπουν στη νόμιμη λειτουργία της διοίκησής τους και στην προστασία τόσο όσων διοικούν όσο και των υφισταμένων τους.

4.2 Σύγχρονο μοντέλο διοίκησης

Ένα σύγχρονο μοντέλο διοίκησης πρέπει να είναι ευέλικτο, να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις του κοινού αλλά και στους γρήγορους ρυθμούς της σύγχρονης εποχής, να έχει τη δυνατότητα να δίνει γρήγορα αποτελεσματικές λύσεις, χωρίς να σταματάει στη γραφειοκρατία του δημοσίου, να διακρίνεται από άριστη συνεργασία διοικούντων και υφισταμένων. Ποιο σύστημα όμως μπορεί να χαρακτηρίζεται από όλα τα

προαναφερθέντα γνωρίσματα και ταυτόχρονα να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις ενός τόσο ιδιόμορφου χώρου, όπως είναι αυτός της υγείας; (θεοδώρου, Μητροσύλη 1999)

Στο παρελθόν, αλλά ακόμα και σήμερα γίνονται διάφορες προσπάθειες για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα του χώρου της υγείας, αν και η αποσπασματική αντιμετώπιση και επίλυσή τους οδήγησε σε μία συχνά τραγική και μη αναστρέψιμη κατάσταση (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Στο πλαίσιο της προσπάθειας επίλυσης των διοικητικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν οι νοσηλευτικές μονάδες η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας θέσπισε το θεσμό του συντονιστή, ενώ αργότερα καθιερώθηκε ο θεσμός του γενικού διευθυντή, χωρίς όμως κανένας από τους δύο θεσμούς να λειτουργήσει αποτελεσματικά μέχρι σήμερα (Αλεξιάδης, 1994).

Για να σχεδιαστεί συνεπώς ένα νέο σύστημα διοίκησης με ευέλικτες και αποτελεσματικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων, θα πρέπει να υπάρχει η επιτυχής λειτουργική συνύπαρξη του διοικητικού συμβουλίου και του γενικού διευθυντή. Η συνύπαρξη αυτή θα πρέπει να σημάνει την απουσία κομματικών συμφερόντων, την θετική διάθεση, τη χάραξη νέας κοινής στρατηγικής. Κύρια χαρακτηριστικά του νέου τρόπου διοίκησης θα πρέπει να είναι η επέκταση του θεσμού της διαφάνειας στο διορισμό του διοικητικού συμβουλίου, η καθιέρωση πλαισίου αρχών σύγχρονης διοίκησης, η καθιέρωση αρχών διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, ο ανασχεδιασμός των επιχειρησιακών διεργασιών. (Μουζέλης Ν. 2003)

4.2.1. Πλαίσιο αρχών σύγχρονης διοίκησης

Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στην καθιέρωση πλαισίου αρχών σύγχρονης διοίκησης και στον ανασχεδιασμό των επιχειρησιακών διεργασιών. Οι αρχές που μπορεί να περιλαμβάνονται στο πλαίσιο της σύγχρονης διοίκησης μπορεί να είναι οι ακόλουθες:

- Η αρχή της πρόβλεψης. Ουσιαστικά γίνεται λόγος για τη μελέτη των συνεπειών μπορεί να έχουν διάφορα οικονομικά γεγονότα στον φορέα και η πρόβλεψη των αρνητικών αποτελεσμάτων.
- Η αρχή της κατάστρωσης σχεδίου και προγράμματος. Στην παρούσα αρχή γίνεται λόγος για τον προγραμματισμό των δράσεων και τον σχεδιασμό τέτοιων κινήσεων, που να αποφέρουν θετικά αποτελέσματα στο φορέα.

- Η αρχή των διακριτών ρόλων μεταξύ των οργάνων της διοίκησης. Ουσιαστικά γίνεται λόγος για διαχωρισμό των ρόλων μεταξύ μάνατζερ και διοικητικών συμβουλίων.
- Η αρχή της ατομικής ευθύνης. Κάθε στέλεχος είναι υπεύθυνο και υπόλογο για τις ενέργειές του.
- Η αρχή της εκχώρησης εξουσιών. Όταν εκχωρείται εξουσία, εκχωρείται και η αντίστοιχη ευθύνη και η αρμοδιότητα για την ολοκλήρωση του έργου.
- Η αρχή της πλήρους ενημέρωσης του προσωπικού. Η παρούσα αρχή κάνει λόγο για το ρόλο της επικοινωνίας μέσα στο φορέα.
- Η αρχή της αξιολόγησης του προσωπικού.
- Η άσκηση απολογιστικού ελέγχου (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

4.3 Η έννοια του ανασχεδιασμού των επιχειρησιακών διεργασιών

Η υγεία είναι ένα ιδιαίτερο αγαθό, το οποίο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στις ζωές όλων των ανθρώπων. Είναι ιδιωτικό ή κοινωνικό αγαθό; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό υπήρξε σημείο διαμάχης μεταξύ των οικονομολόγων της υγείας, με αποτέλεσμα τη δημιουργία δύο σχολών. Εκπρόσωποι της πρώτης σχολής είναι μεταξύ άλλων οι Lee, Wiseman καθώς και το Ινστιτούτο Οικονομικών Υποθέσεων, ενώ στη δεύτερη σχολή ανήκουν οι Williams, Culyer, Maynard, κ.α.

Σε όποια σχολή όμως και να ανήκει κάποιος είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η έννοια της υγείας είναι ιδιαίτερη, ότι η υγεία είναι ένα αγαθό με χαρακτηριστικά όπως η ισότιμη πρόσβαση όλων, η ασύμμετρη πληροφόρηση, η προκλητή ζήτηση, οι μονοπωλιακές τάσεις. Έχοντας υπόψη λοιπόν όλα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υγείας, των διαφορετικών τρόπων διοίκησης, των εμποδίων που συχνά προκύπτουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, πολλά στελέχη υιοθετούν την έννοια του ανασχεδιασμού των επιχειρησιακών διεργασιών, με απώτερο στόχο την μεγαλύτερη ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, την αύξηση της αποδοτικότητας, την αύξηση των κερδών, την ποιοτική εξυπηρέτηση, την αντιμετώπιση των εμποδίων που δυσχεραίνουν την ομαλή λειτουργία μιας νοσηλευτικής μονάδας.

Με τον όρο **ανασχεδιασμό επιχειρησιακών διεργασιών** νοείται η θεμελιώδης αναθεώρηση και η ριζική επανασχεδίαση των επιχειρησιακών διεργασιών και λειτουργιών, με σκοπό την επίτευξη υψηλών επιδόσεων στο κόστος, στην ποιότητα, στην

ταχύτητα και στην εξυπηρέτηση των πελατών. Κρίσιμες έννοιες του ορισμού αυτού είναι η εκ βάθρων/ριζική αναδιάρθρωση των επιχειρησιακών διεργασιών και όχι οι μικρές βελτιωτικές αλλαγές ή μικροεπεμβάσεις και επιφανειακές αλλαγές (Μπουραντάς, 2002).

4.3.1. Κύρια χαρακτηριστικά του ανασχεδιασμού των επιχειρησιακών διεργασιών

Τα κύρια χαρακτηριστικά του ανασχεδιασμού των επιχειρησιακών διεργασιών είναι τα εξής:

- Οριζόντια ολοκλήρωση διεργασιών. Το παρόν χαρακτηριστικό σχετίζεται με την ενοποίηση πολλών καθηκόντων σε μία θέση ή ομάδα εργασίας με κύριο στόχο την αποφυγή λαθών.
- Κάθετη ολοκλήρωση διεργασιών. Στην κάθετη ολοκλήρωση διεργασιών η λήψη αποφάσεων γίνεται αναπόσπαστο μέρος της διεργασίας στα πλαίσια της οποίας οι ίδιοι οι εργαζόμενοι λαμβάνουν τις αποφάσεις που αφορούν σε αυτή.
- Απλούστευση διεργασιών. Στον ανασχεδιασμό οι αποφάσεις πρέπει να είναι απλές, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις ποιότητας, ευελιξίας και χαμηλού κόστους.
- Φυσική σειρά. Η διεργασία εκτελείται με φυσική σειρά. Εγκαταλείπεται δηλαδή η παραδοσιακά αυστηρή γραμμική διαδοχή στα βήματα εκτέλεσης μιας διεργασίας και η ακολουθία εργασιών σχηματίζεται ανάλογα με το τι πρέπει να γίνει.
- Ένας υπεύθυνος- ένα σημείο επαφής. Ο συγκεκριμένος υπεύθυνος είναι το άτομο που έχει πρόσβαση σε όλα τα συστήματα πληροφοριών, σε όλες τις διαδικασίες και συμπεριφέρεται στον πελάτη σαν να ήταν ο μοναδικός υπεύθυνος της διεργασίας.
- Πολλαπλές παραλλαγές. Οι σύνηθες παραδοσιακές διαδικασίες είναι πολύπλοκες, ενώ μια διαδικασία με πολλαπλές παραλλαγές είναι απλή.
- Μείωση εποπτείας και ελέγχων. Οι ανασχεδιασμένες διαδικασίες χρησιμοποιούν τον έλεγχο όσο είναι οικονομικά λογικό, με αποτέλεσμα τη μείωση των εξόδων και των λοιπών προβλημάτων, που οι συνεχείς έλεγχοι συνεπάγονται (Robbins & Coulter, 1999, Μπουραντάς, 2002).

4.3.2. Μεθοδολογία ανασχεδιασμού επιχειρησιακών διεργασιών

Σύμφωνα με τη συστημική προσέγγιση των Geary και Alan, ο ανασχεδιασμός των επιχειρησιακών διεργασιών υλοποιείται σε πέντε βασικά στάδια:

1^ο Στάδιο: Το σχέδιο ανασχεδιασμού

- Καθορισμός στρατηγικής
- Ανάπτυξη διεργασιών για επίτευξη στρατηγικής
- Προσδιορισμός δραστηριοτήτων που μπορεί να επιφέρουν τη μέγιστη συνεισφορά των δραστηριοτήτων και του κόστους
- Ανάπτυξη σχεδίου αναδιοργάνωσης διεργασιών που να συμπεριλαμβάνουν απαντήσεις στο που είμαστε τώρα, που θέλουμε να πάμε, πώς θα πάμε, τι, ποιος και πότε.

2^ο Στάδιο: Ορισμός του έργου

- Καθορισμός ηγετικής ομάδας
- Καθορισμός ομάδας σχεδιασμού
- Καθορισμός υποστηρικτικής ομάδας
- Καθορισμός στόχων
- Καθορισμός υποθέσεων και περιορισμού, ευκαιριών και απειλών
- Καθορισμός χρονικών ορίων και περιορισμών

3^ο Στάδιο: Ανάλυση & Σχεδιασμός Διαδικασίας

- Αποτύπωση διεργασίας
- Επισήμανση δυσκολιών, προβλημάτων, περιορισμών
- Ανάλυση αιτιών δυσκολιών, προβλημάτων, περιορισμών
- Σχεδιασμός πορείας και σημείων μέτρησης της νέας διαδικασίας
- Ανάπτυξη συνόλου προτάσεων, με βαρύτητα σε ανάλυση κόστους-οφέλους, κόστους-αποτελεσματικότητας.

4^ο Στάδιο: Υλοποίηση

- Υλοποίηση
- Καθορισμός ομάδων που συμμετέχουν, χρονοδιαγράμματος, αναγκών εκπαίδευσης και επικοινωνίας

- Εκτίμηση αντίστασης και αντίδρασης σε αλλαγή

5^ο Στάδιο: Διαχείριση Διαδικασίας

- Ανάπτυξη τεχνικών διασφάλισης παρακολούθησης
- Αξιολόγηση
- Διορθωτικές κινήσεις (Κωστούλας 2002)

4.3.3. Συνέπειες ανασχεδιασμού επιχειρησιακών διεργασιών

Ο ανασχεδιασμός των επιχειρησιακών διεργασιών επιφέρει σημαντικές συνέπειες σε όλες τις επιχειρήσεις και τους φορείς, καθώς και οργανωτικές και διοικητικές αλλαγές απαραίτητες για την επίτευξη των καθορισμένων στόχων. Τέτοιες αλλαγές σχετίζονται με:

- Επανακαθορισμό περιεχομένου θέσεων εργασίας
- Τροποποίηση οργανωτικών δομών
- Τροποποίηση αξιών και πιστεύω εργαζομένων, οργανωσιακής κουλτούρας
- Εισαγωγή εννοιών coaching, mentoring στα πιστεύω Του ιδρύματος και τροποποίηση της σχέσης υφισταμένου-προϊσταμένου
- Εστίαση δεικτών απόδοσης, αμοιβών, κινήτρων σε αντικειμενικά, μετρήσιμα αποτελέσματα. (Αλεξιάδης, Περιστέρα 1997)

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι ο ανασχεδιασμός επιχειρησιακών διεργασιών στοχεύει σε ευρύτερες αλλαγές που σχετίζονται με θέσεις εργασίας, επιχειρησιακές διεργασίες, συστήματα διοίκησης και ηγεσίας, επιχειρησιακή κουλτούρα.

Καθοριστική σημασία συνεπώς στη διαδικασία του ανασχεδιασμού διαδραματίζει και η συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού του φορέα, καθώς και η διοίκηση της αλλαγής, με δεδομένο ότι πολλά στελέχη και πολλοί εργαζόμενοι αντιδρούν στην αλλαγή λόγω φοβίας ότι θα χάσουν τα κεκτημένα τους. Είναι συνεπώς στη διακριτική ευχέρεια των υπευθύνων να πείσουν για τα θετικά αποτελέσματα που θα αναμένονται από τη διαδικασία της αλλαγής (Αλεξιάδης, Περιστέρα 1997).

4.4 Προτεινόμενα Μοντέλα

4.4.1 Επιχειρησιακός – Στρατηγικός Σχεδιασμός

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η εφαρμογή του Επιχειρησιακού σχεδιασμού στις Περιφερειακές Δομές του ΕΣΥ και στις μονάδες του (π.χ. νοσοκομείο) αποτελεί πρωτοποριακό βήμα θετικής εξέλιξης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Σε αντίθεση με άλλες χώρες η Ελλάδα παρουσίασε χρονική υστέρηση στην εφαρμογή ενός τέτοιου σχεδίου, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση των δυσλειτουργιών στη Διοίκηση και Οργάνωση στον χώρο της Υγείας. Σκοπός των οργανισμών στο χώρο της Υγείας είναι να παράγουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη με ένα αυστηρό κοινωνικό οικονομικό πλαίσιο. Το στρατηγικό και Επιχειρησιακό σχέδιο παρόλο που περιλαμβάνει διαφορετικούς σκοπούς και στόχους ανάλογα με την ταυτότητα του κάθε οργανισμού, κυμαίνεται σε μια κοινή βάση όσον αφορά το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον.

Η κατάρτιση του Στρατηγικού και επιχειρησιακού Σχεδίου του Νοσοκομείου προϋποθέτει: σαφή προσδιορισμό όλων των δομών τμημάτων, ένα έγκυρο σύστημα συλλογής και διαχείρισης πληροφοριών, κατάλληλη διαχείριση ανθρωπίνου δυναμικού. Για να καταρτιστεί ένα στρατηγικό-επιχειρησιακό σχέδιο, θα πρέπει να ακολουθήσουν τα παρακάτω βήματα:

1. *Εισαγωγή-Γενικά Στοιχεία Νοσοκομειακής Μονάδας*

2. *Ανάλυση Εσωτερικού Περιβάλλοντος:*

Διάγνωση του εσωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου: προμήθειες, διανομή των υπηρεσιών, οικονομική και διοικητική λειτουργία, πόροι ανθρώπινοι, οικονομικοί, υλικοί, τεχνολογικοί, καθώς και συστημάτων, οργανωτικής δομής, συστημάτων παρακολούθησης, εσωτερικής επικοινωνίας, ελέγχου ποιότητας, συστημάτων μέτρησης ικανοποίησης ασθενών

3. *Ανάλυση Εξωτερικού Περιβάλλοντος – Αγοράς υπηρεσιών υγείας:* εντοπισμός των τάσεων αλλά και πιθανών εξελίξεων που επηρεάζουν ή πρόκειται να επηρεάσουν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Ως εξωτερικό περιβάλλον νοούνται τα ακόλουθα:

Επιδημιολογικοί παράγοντες, νοσηρότητα, δημογραφικά μεγέθη της περιοχής, θεσμικό κανονιστικό περιβάλλον, κοινωνικό πολιτιστικό περιβάλλον, οικολογικές διαστάσεις, οικονομικά μεγέθη, ανάπτυξη βιοϊατρικής τεχνολογίας, ο ανταγωνισμός

4. *Αξιολόγηση Λειτουργίας Του Νοσοκομείου*: η ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου καθώς και της αγοράς υπηρεσιών υγεία, δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης της καταλληλότητας της επιλεχθείσας στρατηγικής (ανάλυση Swot). Με την ολοκλήρωση της ανάλυσης μπορεί να καθοριστεί η ταυτότητα του οργανισμού.

5. *Καθορισμός Στόχων, Ανάπτυξη Στρατηγικής*: η σύνθεση όλων των παραπάνω θα επιφέρει τη διαμόρφωση της νέας στρατηγικής για το νοσηλευτικό ίδρυμα, που πρέπει να έχει συνοχή και συνάφεια με τη γενική στρατηγική του περιφερειακού συστήματος υγείας. Στόχοι της νέας στρατηγικής είναι ο τεχνολογικός εξοπλισμός, η ανάπτυξη νέων δραστηριοτήτων, η ποσοστιαία μείωση των ελλειμμάτων, η ποσοστιαία αύξηση των παροχών φροντίδας υγείας στους ασθενείς, η βελτίωση των δεικτών παραγωγικότητας, ποιότητας, αποδοτικότητας κλπ.

B. Επιχειρησιακός Σχεδιασμός

6. *Ανάπτυξη Σχεδίων Δράσης*: αποτελεί τον πυρήνα του επιχειρησιακού σχεδίου καθώς στο στάδιο αυτό καθορίζονται οι επιμέρους στόχοι, οι ενέργειες και οι δράσεις που πρέπει να αναληφθούν για τη επίτευξη των στόχων και οι απαιτούμενοι για τη χρηματοδότησή τους πόροι. Περιλαμβάνει, τον προσδιορισμό του χρόνου πραγματοποίησης τους, τα μέσα και τις ενέργειες που προορίζονται για κάθε συγκεκριμένο στόχο, την αποτίμηση του κόστους πραγματοποίησης των στόχων αυτών καθώς και τον καθορισμό των εσωτερικών διαδικασιών παρακολούθησης και ελέγχου της πραγματοποίησης των στόχων αυτών

7. *Πρόβλεψη Αποτελεσμάτων Επιχειρησιακού Σχεδίου*: ουσιαστικά είναι ο ετήσιος ισολογισμός του ιδρύματος, πιο συγκεκριμένα, οι πηγές και οι χρήσεις πόρων, το ταμειακό πρόγραμμα, οι νοσηλευτικοί δείκτες, δείκτες αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας ενώ κρίσιμη είναι η ανάλυση ευαισθησίας αποτελεσμάτων, λόγω της μεταβλητότητας των στοιχείων εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος. Επίσης στο στάδιο αυτό οφείλουν να διερευνώνται οι κρίσιμοι παράμετροι του συστήματος που να μεταβληθούν θα επηρεάσουν τα αποτελέσματα.

8. *Έλεγχος - Διαδικασία Παρακολούθησης Σχεδίου Δράσης*: πρέπει να υφίστανται οι προϋποθέσεις ενός συστήματος ελέγχου, ο συντονισμός μεταξύ των ομάδων καθώς και η υπαρκτή και πλήρης διαδικασία και τεχνικές ελέγχου.

Σημαντικό μέρος τη ανωτέρω ανάλυσης είτε σε εθνικό, είτε σε εθνικό, είτε σε περιφερειακό επίπεδο πρέπει αν διατίθεται στις έννοιες και στην πρακτική της αξιολόγησης των κάθε φορά αποτελεσμάτων , καθώς και στον έλεγχο των διαδικασιών που έχουν οροθετηθεί στα κάθε μορφής σχέδια δράσης . Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η διαμόρφωση ενός επενδυτικού προγράμματος με τις διάφορες κατηγορίες ή σχέδια επενδύσεων. Η λήψη μιας τέτοιας απόφασης περιλαμβάνει την πρόβλεψη της αγοράς ή των υπηρεσιών υγείας, τον λεπτομερή προγραμματισμό με ιεράρχηση αναγκών και προτεραιότητες και τη οργάνωση- διεύθυνση εκτέλεσης των σχεδίων δράσης. Η αξιολόγηση και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων πρέπει να βασισθεί στην ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών, την ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και εξειδικευμένων υπηρεσιών στη βελτίωση των νοσηλευτικών και οικονομικών δεικτών καθώς και την βελτίωση ικανοποίησης του χρήστη και ποιότητας φροντίδας υγείας.(Πολύζος 1999)

Βασική προϋπόθεση στην παρακολούθηση των σχεδίων δράσης αποτελεί το σύστημα ελέγχου τους σε δυο βασικά τομείς, α. συνεχής παρακολούθηση και έλεγχος των βασικών σημείων του σχεδίου και β. μετρησιμότητα. Η ανάπτυξη συστήματος ελέγχου, επίσης, περιλαμβάνει σχεδιασμό των οργάνων - μέσων παρακολούθησης της προόδου κάθε σχεδίου δράσης, καθώς και τη διόρθωση των παρεκκλίσεων. Τέλος η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα κάθε δράσης , τεκμαίρεται από την ύπαρξη και αξιολόγηση ανάλογων δεικτών (Πολύζος 1999).

Στόχος της εφαρμογής ορθολογικού μανάτζμεντ στα νοσηλευτικά ιδρύματα θα πρέπει να είναι, η διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος (ιατρονοσηλευτικού) εκσυγχρονισμού της λειτουργίας και οργάνωσης των υπηρεσιών με στόχο την ανταγωνιστικότητα και την κερδοφορία, η διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος διοικητικής αναδιάρθρωσης, η διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος οικονομικής εξυγίανσης και απόδοσης και η διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα στα πλαίσια ενός συστήματος Ελέγχου και Μέτρησης των αποτελεσμάτων (outcomes).(Abel-Smith B. 1994)

Ένα ολοκληρωμένο συνεκτικό και λειτουργικό επιχειρησιακό στρατηγικό σχέδιο θα πρέπει να εντοπίζει τις δυνάμεις – αδυναμίες στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού

και τις ευκαιρίες – απειλές από το εξωτερικό περιβάλλον, να αναπτύσσει συνολικούς στρατηγικούς στόχους για τον οργανισμό, συγκεκριμένους μετρήσιμους και ρεαλιστικούς που να είναι ικανοί να μετατραπούν σε συγκεκριμένους επιχειρησιακούς επιμέρους στόχους για κάθε διαφορετικό επίπεδο του οργανισμού.

Επιπλέον θα πρέπει να καθορίζει αναλυτικά τους τρόπους με τους οποίους θα επιτευχθούν οι στόχοι (πρόγραμμα δράσης) κάνοντας τον επιμερισμό κάθε στόχου, καθορίζοντας υπευθυνότητες για κάθε στόχο, καταδεικνύοντας δράσεις και ενέργειες προγραμματίζοντας τα χρονικά περιθώρια έναρξης και λήξης, καθορίζοντας τα κρίσιμα σημεία (milestones) και τέλος προσδιορίζοντας τις πηγές και τους τρόπους εξεύρεσης των απαιτούμενων πόρων. (Abel-Smith B. 1994)

Εξίσου σημαντική είναι και η ανάγκη να ορίζει τα κατάλληλα άτομα ή ομάδες εργασίας που θα αναλάβουν να αναλύσουν μέρη του σχεδίου και να εμπλέκει το σύνολο του ανθρωπίνου δυναμικού μέσω μιας συμμετοχικής διαδικασίας στη διαμόρφωση και τη υλοποίηση των τελικών στόχων ενώ θα πρέπει να οδηγεί και στην ανάληψη δεσμεύσεων των διαφορετικών επιπέδων και τμημάτων διοίκησης σε ότι αφορά την υλοποίηση των στόχων.

Τα επιχειρησιακό – στρατηγικό σχέδιο θα πρέπει να προβλέπει το οικονομικό, ποιοτικό και κοινωνικό αποτέλεσμα από την υλοποίηση του σχεδίου καθορίζοντας με σαφήνεια όλες τις υποθέσεις που έχουν αντίκτυπο σε όλο το τελικό αποτέλεσμα ενώ τέλος θα πρέπει απαραίτητα να συνοδεύεται από ένα σύστημα ελέγχου έγκυρο και αξιόπιστο, το οποίο θα πρέπει να είναι ευέλικτο, βασισμένο στην ακριβή και έγκαιρη πληροφόρηση.

4.4.2 Μοντέλο Διοικητικής Αποδοτικότητας –Αποτελεσματικότητας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 1992) μελλοντικά η «διοικητική πρόκληση» ως βασικό εργαλείο των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων προτείνει χειρισμούς στα εξής πλαίσια

- διοίκηση με πολιτισμικά στοιχεία, αρχές και αξίες για το ανθρώπινο δυναμικό και τους χρήστες υπηρεσιών, στα πλαίσια νέας δημόσιας διοίκησης με έμφαση τη μετρήσιμη αξιολόγηση των πόρων, του έργου και των αποτελεσμάτων
- νέες ευέλικτες διοικητικές δομές βασισμένες και σε πρότυπα του ιδιωτικού τομέα

- αποτελεσματικές τεχνικές διοίκησης : διοίκηση με στόχους, επικοινωνία, διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, στρατηγικός σχεδιασμός, επιστημονική διοίκηση και διασφάλιση της ποιότητας
- κατάλληλες υποδομές που θα καθιστούν τις υπηρεσίες «ανταγωνιστικές» (Koontz, Donell 1980)

Η διοικητική πρόκληση έχει αυξανόμενο ρυθμό στις υπηρεσίες υγείας, γιατί κυρίως διογκώθηκε το ενδιαφέρον όλων και ιδιαίτερα των μη ιατρών (χρηματοδότες, πολίτες, άλλα επαγγέλματα υγείας), στον έλεγχο του αποτελέσματος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Συνολικά έχει σα στόχο

- Û την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας
- Û την εξασφάλιση της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών από την πλευρά του κράτους ή των ασφαλιστικών ταμείων
- Û την ανθρώπινη και ποιοτική εξυπηρέτηση του ασθενή με τελικό σκοπό την ικανοποίηση του (Abel – Smith B.1994)

Συνοπτικά το μοντέλο το οποίο προτείνεται για τη διασφάλιση της διοικητικής αποδοτικότητας – αποτελεσματικότητας βάσει και των παραπάνω στόχων έγκειται στο γεγονός ότι η διοίκηση του νοσοκομείου λαμβάνοντας υπόψη τις επιρροές από το εξωτερικό περιβάλλον , θέτει και ορίζει τους στόχους της με γνώμονα και το κοινωνικό όφελος αλλά και την ωφελιμότητα του ιδρύματος. Έπειτα για ο μετασχηματισμός των εισροών του ιδρύματος σε εκροές (εκροές δεν είναι μόνο η αποχώρηση του ασθενούς από το νοσοκομείο, αλλά η διάρκεια νοσηλείας ποιοτικά και ποσοτικά διευθετημένη, οι ενδιάμεσες υπηρεσίες και η αξιολόγηση τους, το επίπεδο υγείας και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, το κόστος κλπ.) γίνεται βάσει κριτηρίων και προτύπων τα οποία στηρίζονται σε γνώσεις δεξιότητες, πόρους και τεχνικές. Οι διαδικασίες που θα χρησιμοποιηθούν από το νοσηλευτικό ίδρυμα θα πρέπει αναμφίβολα να στηρίζονται σε ομάδες εργασίας οι οποίες θα συμπεριλαμβάνουν μέλη από όλες τις βαθμίδες έτσι ώστε να προβαίνουν πάντοτε σε ενέργειες οι οποίες θα προκύπτουν από τη σφαιρική μελέτη και αντιμετώπιση των προβλημάτων. Οι εκροές θα πρέπει να είναι μετρήσιμες, να στοιχειοθετούν δείκτες μετρήσεως αποτελεσμάτων με στόχο την αξιολόγηση της και συνεπώς την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών, που αποτελεί άλλωστε και τον απώτερο στόχο των υπηρεσιών υγείας (Πολύζος 1999, Θεοδώρου 1996)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έννοια της αναποτελεσματικότητας της δημόσιας διοίκησης αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα όταν σχετίζεται με τον τομέα των υπηρεσιών υγείας, που αφορά σημαντικά αγαθά όπως είναι η ζωή και η υγεία των πολιτών. Βασικές συνιστώσες του συγκεκριμένου προβλήματος είναι :

- Το επίπεδο εκπαίδευσης και τα κριτήρια πρόσληψης του προσωπικού
- Η έλλειψη κινήτρων
- Η απουσία της αξιολόγησης

Ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/1983) κατέστησε τα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα που επιχορηγούνταν άμεσα ή έμμεσα από ελληνικό δημόσιο Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, προσδίδοντας σε αυτά τη νομική υπόσταση της αποκεντρωμένης δημόσιας υπηρεσίας, ενώ με το νόμο 2889/2001 τα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας. Σήμερα πλέον έχει επανέλθει το προ του 2889/01 καθεστώς.

Κύρια χαρακτηριστικά των νοσηλευτικών μονάδων, όπως αυτά καταδεικνύονται και από πολλούς επιστήμονες (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) οι οποίοι απασχολούνται στα ελληνικά νοσοκομεία είναι:

- Το ακατάλληλο νομικό πλαίσιο
- Η απουσία τιμολογιακής πολιτικής
- Η απουσία αξιολόγησης νοσοκομειακών επενδύσεων
- Η απαρχαιωμένη λογιστική και διαχειριστική λειτουργία

Ουσιαστικά δηλαδή τα νοσηλευτικά ιδρύματα χαρακτηρίζονται ως επιχειρήσεις, οι οποίες παρέχουν στους ασθενείς εκτός από τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού και ξενοδοχειακές υπηρεσίες, δηλαδή διαμονή, διατροφή, ιματισμό, καθαριότητα.

Ιδιαίτερη όμως παρατηρείται και στις μεθόδους αποζημίωσης, με δεδομένο ότι τα δημόσια νοσοκομεία διατηρούν μία ενιαία τιμολόγηση που καθορίζεται από την κυβέρνηση, ενώ ταυτόχρονα τα αναγκαία ποσά για τις αμοιβές προσωπικού

καταβάλλονται απευθείας από το δημόσιο ταμείο, χωρίς να καταγράφονται στους ετήσιους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

Ταυτόχρονα, πρέπει να επισημανθεί ότι η αναλογία των νοσοκομειακών κλινών προς τον πληθυσμό είναι μεγαλύτερη στην Ελλάδα από πολλές αναπτυγμένες χώρες. Κύρια φαινόμενα η χαμηλή πληρότητα των νοσοκομείων της περιφέρειας και η προκλητή ζήτηση διαγνωστικών εξετάσεων που υπονομεύει τη δυνατότητα των ασφαλιστικών φορέων να ανταποκρίνονται στην κάλυψη του κόστους υπαρκτών αναγκών φροντίδας υγείας.

Τα σύγχρονα δημόσια νοσοκομεία είναι επιχειρησιακές μονάδες υψηλής τεχνολογίας και ανάλογου κόστους και θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι πρέπει να λειτουργούν και υπό το αντίστοιχο καθεστώς, για να μπορούν να ανταπεξέρχονται ποιοτικά και ποσοτικά στις απαιτήσεις των πελατών. Στο καθεστώς αυτό εντάσσεται και η ημιτελής εισαγωγή του θεσμού των managers, στους οποίους όμως δεν δόθηκε η δυνατότητα να πραγματοποιήσουν τομές στο σύστημα, αφού ουσιαστικά κλήθηκαν να διοικήσουν μαζί με τους υφισταμένους τους, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ελεύθερα τους άμεσους συνεργάτες τους, να μπορούν να δώσουν κίνητρα, να διαπραγματευθούν τιμές, να εφαρμόσουν διαδικασίες λήψης αποφάσεων, οι οποίες δεν θα εμποδίζονται από μικροκομματικά συμφέροντα, από πολιτικές διαμάχες, από συνδικαλιστικές αμφισβητήσεις.

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι είναι άμεση η ανάγκη τροποποίησης ορισμένων χαρακτηριστικών του στυλ διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δεδομένου ότι πρέπει να υπάρχει λειτουργική ευελιξία, η οποία να παρέχει δυνατότητα τιμολογιακών διαπραγματεύσεων, συνεργασίας με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες σε προνομιακές τιμές, απασχόληση συμβούλων. Με μικρές αλλά και μεγάλες τροποποιήσεις στόχος είναι να αλλάξει η αρνητική άποψη που έχει σχηματίσει ο ευρύτερος πληθυσμός για τις δημόσιες μονάδες παροχής υγείας. Αυτό αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια. Ενδεικτικά αναφέρονται μέτρα όπως είναι η τροποποίηση του οργανογράμματος των κρατικών νοσοκομείων, η βαρύτητα στην *ξενοδοχειακή δομή*, οργάνωση και λειτουργία, ο καθορισμός εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας.

Στον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας ο οποίος έγκειται στην κείμενη νομοθεσία θα πρέπει να ορίζει σωστά και ακριβοδίκαια κάθε φορά και πάντοτε βέβαια βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας το πλέγμα των εργασιακών σχέσεων, όπως αυτό αποτυπώνεται από Συλλογικές Συμβάσεις, αποφάσεις Διαιτητικών οργάνων, Διεθνείς Συμβάσεις κ.λ.π.

Δεν θα κάνει αναφορές σε συγκεκριμένα άτομα αλλά σε θέσεις εργασίας, λειτουργικές οντότητες ή/και θεσμικά όργανα του Νοσοκομείου. Κατά συνέπεια, δεν θα επιτρέπει την επικάλυψη αρμοδιοτήτων αλλά παράλληλα δεν θα απαγορεύει την πολλαπλή ιδιότητα (ή αρμοδιότητα) συγκεκριμένων στελεχών προς όφελος της ομαλότερης και αποδοτικότερης λειτουργίας του Νοσοκομείου. Σκοπός του θα είναι:

- Να προσδιορίσει (σε αδρές γραμμές) τον τρόπο λειτουργίας του Νοσοκομείου
- Να προσδιορίσει τα πλαίσια δραστηριοτήτων της κάθε λειτουργικής οντότητας και θεσμικού οργάνου.
- Να διευκολύνει την διάκριση στους ρόλους στην εσωτερική ιεραρχία του Νοσοκομείου.
- Να γίνεται αναφορά στην κατανομή του ανθρώπινου Δυναμικού ανά Τμήμα, Διεύθυνση ή/και υπηρεσία κάθε κατηγορίας και ειδικότητας στελεχών και ανεξάρτητα του τρόπου απασχόλησης (έννομη σχέση) στο Νοσοκομείο.
- Να αναπτύσσονται συγκεκριμένα καθηκοντολογία (και περιγραφές θέσεων) ανά θέση εργασίας ανά λειτουργική οντότητα, τα οποία επιτρέπουν την δυνατότητα επιλογής προσωπικού και καλύτερης αξιοποίησης των στελεχών του Νοσοκομείου.
- Να γίνεται σαφής αναφορά σε ανάγκες αλλά και στους τρόπους της συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού
- Να γίνεται αναφορά στον τρόπο χρήσης και συμπλήρωσης των βασικών εντύπων του Νοσοκομείου όπως οι ισχύουσες διατάξεις προσδιορίζουν καθώς και ορίζονται αρμοδιότητες για τον έλεγχο, την έγκριση και την αρχειοθέτηση.
- Να γίνεται αναφορά στον τρόπο εφαρμογής διαδικασιών (πχ. διαδικασία πειθαρχικού ελέγχου, προμήθειες κα) οι οποίες προκύπτουν από το νομικό πλαίσιο λειτουργίας του Νοσοκομείου.
- Να αναπτύσσονται σε αδρές γραμμές οι γενικές διατάξεις λειτουργίας του Νοσοκομείου, οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν ως το γενικό πλαίσιο πολιτικής της ανώτατης διοίκησης του Νοσοκομείου για την παροχή των υπηρεσιών υγείας.
- Να αναπτύσσονται οι γενικές αρχές, δεοντολογία και πλαίσιο ηθικής όπως προκύπτουν από τις ισχύουσες διατάξεις (και επιτρεπόμενες εξειδικεύσεις για συγκεκριμένες λειτουργικές οντότητες) των υποχρεώσεων και των δικαιωμάτων των Εσωτερικών και των Εξωτερικών Ασθενών του Νοσοκομείου.

Αξιοποιώντας τις εμπειρίες από όλες τις προηγούμενες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες πρέπει να προχωρήσουμε στην αναθεώρηση ορισμένων στοιχείων της πολιτικής για τα νοσοκομεία, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της προσφοράς υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες διασφαλίζοντας τη ευχέρεια στην πρόσβαση, ισότιμη φροντίδα και ορθολογική διαχείριση των δημόσιων πόρων (Πολύζος 1999)

Στοιχεία μιας αναθεωρημένης πολιτικής υγείας για τα νοσοκομεία είναι τα εξής:

- § Η γεωγραφική κατανομή και το μέγεθος των νοσηλευτικών ιδρυμάτων θα πρέπει να προσδιορίζονται σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού. Σήμερα τα νοσοκομεία παρουσιάζουν υπερσυγκέντρωση σε ορισμένες περιοχές αφήνοντας πληθυσμούς άλλων περιοχών με ανεπαρκή κάλυψη η και δυσχερή πρόσβαση. /συνεπώς θα πρέπει αν διαμορφωθεί νέος χάρτης προσφοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες της σημερινής κοινωνίας, μια νέα κατανομή των υπηρεσιών που θα διασφαλίζει την πληρότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματική διαχείριση των νοσοκομείων
- § Ο επιχειρησιακός σχεδιασμός με σύγχρονα πρότυπα πρέπει να γίνεται εφικτός για τις νέες επιχειρησιακές μονάδες, δεδομένου ότι πρέπει αν υπάγονται σε συγκεκριμένο νομικό καθεστώς. Ο επιχειρησιακός σχεδιασμός καθίσταται ρεαλιστικός αλλά και συνεπής προς τους αντίστοιχους Σχεδιασμούς Περιφερειακών Διοικήσεων που ασκούν και τον άμεσο έλεγχο.
- § Η επίτευξη αποτελεσματικής διαχείρισης, η εφαρμογή σύγχρονων προτύπων οργάνωσης, η ευελιξία στη λειτουργία και ασφαλώς η ουσιαστική κοινωνική λογοδοσία και αξιολόγηση των υπεύθυνων διοικήσεων των νοσοκομείων οδηγεί στην αναθεώρηση του νομικού καθεστώτος που υπάγονται. Εφόσον σταθεροποιηθούν σε αυτόνομα πρόσωπα η μετατραπούν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου θα πρέπει αν δεσμεύονται από συμβάσεις με τις Δ.Υ.ΠΕ. η και με το ενοποιημένο Ταμείο εφόσον αυτό δημιουργηθεί με κάποιο άλλο τρόπο. Με ενιαίο σύστημα κριτηρίων χρηματοδότησης και με καθιέρωση κοινωνικής λογοδοσίας ενισχύεται η διαφάνεια και η αντικειμενική αξιολόγηση των διοικήσεων των νοσοκομείων
- § Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων θα καθορίζεται από το εκάστοτε νοσήλιο και από τον εγκεκριμένο συνολικό (προοπτικό – σφαιρικό)

προϋπολογισμό του. Πρέπει αν υιοθετηθούν νέα πρότυπα για τη σύνταξη του Προϋπολογισμού με επιμερισμένες δαπάνες ανά κλινική, τμήμα κλπ. Υπό το νέο νομικό καθεστώς και τις συμβατικές δεσμεύσεις των διοικήσεων, των διευθυντών και των προϊσταμένων γίνεται εφικτή η εφαρμογή ενός συστήματος άμεσου διαχειριστικού ελέγχου. Επιπλέον τίθενται σε εφαρμογή συστήματα όπως αυτών γραμμικών κωδικών για την παρακολούθηση των εργαστηριακών εξετάσεων και της χορήγηση φαρμάκων, η ηλεκτρονική διαχείριση των αποθεμάτων, το μητρώο προμηθευτών, το μητρώο παγίων κλπ.

§ Σύμφωνα με την προτεινόμενη νέα διοικητική δομή, τα νοσοκομεία θα έχουν δυο βασικούς τομείς(διοικήσεις/ υπερδιευθύνσεις), τον Ιατρό - νοσηλευτικό και τον Διοικητικό- Οικονομικό –Τεχνικό, προκειμένου να αποτραπεί η ασάφεια ή η υπερκάλυψη αρμοδιοτήτων, η διάχυση και η δυσκολία εντοπισμού της ευθύνης, οι αντιφάσεις στην υλοποίηση των σχεδιασμών (προτείνεται η ύπαρξη 2 αντίστοιχων στελεχών – αναπληρωτών του Διοικητή ή Γενικού Διευθυντή, που οι τρεις θα συμμετέχουν στο Διοικητικό Συμβούλιο, στην επιλογή του έχει λόγο ο Διοικητής, ενώ προσλαμβάνονται και αξιολογούνται με αντίστοιχο τρόπο. Ολιγομελή Διοικητικά Συμβούλια (επταμελή) με τέσσερα μέλη executives(διευθυντές, Ιατρικής ή Νοσηλευτικής ή Διοικητικής Υπηρεσίας και τρία non-executives (εκπρόσωποι του Υπουργείου, εργαζομένων του νοσοκομείου, της περιφέρειας ή νομαρχίας).

§ Ανάλογο καθεστώς συμβάσεων ορισμένου χρόνου πρέπει να προβλέπεται και για τους διευθυντές και προϊστάμενους που θα περιλαμβάνουν σύστημα κινήτρων- αντικινήτρων για τη βελτίωση της απόδοσής τους και την αποτελεσματική διαχείριση των διαθεσίμων πόρων. Επίσης θα πρέπει αν εξετασθεί και ειδικό μισθολόγιο για το ΕΣΥ με διαβάθμιση προσόντων και κινήτρων απόδοσης

§ Απαραίτητη κρίνεται και η παρουσία ενός ενιαίου συστήματος αρχών και κριτηρίων ποιότητας. Για την αποτελεσματική λειτουργία της κάθε αυτόνομης μονάδας αλλά και την παρακολούθηση και αξιολόγηση τους, με ακριβείς και αξιόπιστους δείκτες αποδοτικότητας τίθεται σε λειτουργία ηλεκτρονικό δίκτυο άμεσης συλλογής και επεξεργασίας στοιχείων που παρέχουν την ευχέρεια συγκρίσεων, ενδο - νοσοκομειακών αλλά και δια

νοσοκομειακών. Μέσω της δυνατότητας αυτής διευκολύνεται η έγκαιρη λήψη διορθωτικών πρωτοβουλιών ή και μέτρων. Τα ως άνω βασίζονται στην ολοκλήρωση των πληροφοριακών συστημάτων ανά Δ.Υ.ΠΕ. και στην εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων ή συστημάτων ελέγχου και διαχείρισης ποιότητας(με τελικό σκοπό την πιστοποίηση των Υπηρεσιών) με παράλληλες έρευνες ικανοποίησης ασθενών και προσωπικού.

Γίνεται συνεπώς κατανοητό ότι για να επιτευχθεί η αποτελεσματική **λήψη αποφάσεων** σε έναν τόσο «ευαίσθητο» τομέα όσο είναι αυτός της υγείας και της διοίκησης των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, απαιτείται πολιτική βούληση, *διακομματική συναίνεση και μεταρρυθμιστικές αλλαγές*, οι οποίες όμως να διατηρηθούν για μακροχρόνιο διάστημα, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο απώτερος στόχος της μεταρρύθμισης που δεν είναι άλλος από τη **βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας**.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- 1) Αλεξιάδης Α.Δ., Σιγάλας Ι. (1999) Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές, Πάτρα, εκδόσεις ΕΑΠ.
- 2) Αλεξιάδης Α.Δ., Περιστερά Β, (1997) “Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα στη δημόσια διοίκηση”, , Διοικητική Ενημέρωση, τεύχος 7
- 3) Αλεξιάδης Α.Δ., Περιστερά Β, (1997) “Ο θεσμός των γενικών διευθύνσεων”, Επιθεώρηση Δημοσίου Διοικητικού Δικαίου, τόμος 41, τεύχος 3
- 4) Αλεξιάδης Α.Δ., Περιστερά Β, (1997) «Η έννοια του εκσυγχρονισμού στη δημόσια διοίκηση», Δημόσιος Τομέας, τεύχος 133.
- 5) Αλεξιάδης, Α.Δ. Το νομικό πλαίσιο ιδρύσεως και λειτουργίας των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων Ν.Δ.2592/1953 και 1397/1983, (1994), Θεσ/νίκη εκδόσεις Μ. Δημόπουλου
- 6) Αλεξιάδης Α.Δ. «Διοίκηση νοσοκομείου. Διοικητικά Συμβούλια ή γενικοί διευθυντές;», Επιθεώρηση Δημοσίου Διοικητικού Δικαίου, τεύχος 149, 1994, σ.197-208,
- 7) Αλεξιάδης Α.Δ. «Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.», (1991)ΕΑΔΔ, τόμος 35, τεύχος 2,.
- 8) Αλεξιάδης, Α.Δ. «Η οργάνωση των κρατικών νοσοκομείων», Γαληνός, τεύχος 3, 1988.
- 9) Αλετράς Β. Η αποδοτικότητα των Νοσοκομείων του ΕΣΥ. Προτάσεις για τη χάραξη Πολιτικής. (1998) Ανακοίνωση στο 7^ο συμπόσιο Φυσιολογικής και Φυσικοθεραπείας που διεξήχθη στην Κεφαλονιά στις 2-5 Σεπτεμβρίου 1997.
- 10) Αναστόπουλος Ι., Τα Ν.Π.Δ.Δ.-Ελληνικό κράτος, (1991) Αθήνα, εκδόσεις Μαθιουδάκη
- 11) Βαρβαρούσης Π. Στρατηγική των παιγνίων, (1998)Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση.
- 12) Βογκάς Ν. Διοίκηση νοσοκομείου (1978)Αθήνα
- 13) Βουλή των Ελλήνων, Εισηγητική έκθεση του Ν. 1397/1983.
- 14) Βουλή των Ελλήνων, Εισηγητική έκθεση του Ν. 2071/1992.

- 15) Δαγτόγλου Π. Η αρχή της αμεροληψίας της δημόσιας διοικήσεως. Η εξαίρεση διοικητικών λειτουργιών 91962) Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλα.
- 16) Διεθνές Συμπόσιο Υγείας, «Τα συστήματα υγείας και η πρόκληση της Ευρώπης μετά το 1992» (1990)οργάνωση εφημερίδα τα Νέα.
- 17) Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαληθής Τ. (2002) Η Δημόσια Υγεία Στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.
- 18) Δουμουλάκης Γ., Πολύζος Ν., Χρυσοχοϊδης Γ., (2000) Οικονομική και χρηματοδοτική Διοίκηση-Διαχείριση Νοσοκομείων, εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα
- 19) Drucker P.F.(2001) Το μάνατζμεντ στην πράξη, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα
- 20) Επιστημονική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας, (2004) Το νομικό-οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας των δημοσίων νοσοκομείων, Αθήνα
- 21) Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ., (1999), Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες Και Προκλήσεις Τόμος Γ΄, Δομή Και Λειτουργία Του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα
- 22) Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2002), Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση 2002, Αθήνα
- 23) Κανελλόπουλος Χ., Κατσούλας Ε. (1992) Μάνατζμεντ-Αποτελεσματική διοίκηση, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα
- 24) Καπούλας Ζ. (1958) «Ακτινογραφία της ελληνικής δημόσιας διοίκησης», Δημόσιος Τομέας, τεύχος 122
- 25) Κέφης Β. Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ. Βασικές αρχές για σύγχρονες οικονομικές μονάδες, (2005) Αθήνα, εκδόσεις Κριτική.
- 26) Κέφης Β. «Η νέα τάση στη διοίκηση των επιχειρήσεων. Ανασχεδιασμός επιχειρησιακών διαδικασιών», (1998) Περιοδικό Δημόσιος Τομέας.
- 27) Κιόχος Π., Παπανικολάου Γ., Κιόχος Α. Ανάλυση και Έλεγχος Επιχειρησιακών Στρατηγικών, (1992), Αθήνα, Εκδόσεις Interbooks
- 28) Κονταράτος Α. Η τέχνη της διοίκησης των επιχειρήσεων, (1990), Αθήνα, εκδόσεις ΕΛΚΕΠΑ
- 29) Κουσκουβέλης Η. Λήψη αποφάσεων-κρίση-διαπραγμάτευση: θεωρία και πράξη, (1999) Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.
- 30) Koontz H., Donnell C., Οργάνωση Και Διοίκηση Μια Συστημική Και Ενδεχόμενη Ανάλυση Των Διοικητικών Λειτουργιών, (1980), Αθήνα , εκδόσεις Παπαζήσης
- 31) Κυριόπουλος Ι. «Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το παρόν και το μέλλον», πρακτικά σεμιναρίου διοίκησης υπηρεσιών υγείας-οικονομικών της υγείας, Μάρτιος 1989.

- 32) Κωστούλας Γ.Ι., (2002) Επάγγελμα Μάνατζερ, Αθήνα
- 33) Μακρυδημήτρης Α. Μαθήματα διοικητικής επιστήμης,(1986), Αθήνα, εκδόσεις Σάκουλα
- 34) Μακρυδημήτρης, Α, Μιχαλόπουλος Ν. Εκθέσεις εμπειρογνομόνων για τη Δημόσια Διοίκηση 1980-1988, (2000) Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης
- 35) Μαστρογιάννης Ι. Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδος, (1960) Αθήνα
- 36) Μουζέλης Ν. Γιατί αποτυγχάνουν οι μεταρρυθμίσεις; Το Βήμα. 26/06/2003
- 37) Μπουραντάς Δ. Management. Θεωρητικό υπόβαθρο και σύγχρονες πρακτικές,(2002), Αθήνα, εκδόσεις Μπένου
- 38) Παπαδάκης Β.Μ. Στρατηγική των επιχειρήσεων: Ελληνική και Διεθνής εμπειρία, τόμος Α', (2002), Αθήνα, εκδόσεις Μπένου.
- 39) Παπανικολάου Β. «Η εφαρμογή των κύκλων ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία δημιουργεί ευκαιρίες για τη διοίκηση και το προσωπικό», Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 10, τεύχος 5, 1995.
- 40) Παυλόπουλος Π. «Το πλαίσιο λειτουργίας των συλλογικών διοικητικών οργάνων», NOB, τόμος 34, τεύχος 10, 1986.
- 41) Πετρίδου Ε. Διοίκηση-Μάνατζμεντ: Μια εισαγωγική προσέγγιση, (2001) Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ζυγός
- 42) Πολυζωΐδης Στ. Μισός αιώνας με τον ιατρικό κόσμο της Θεσσαλονίκης, (1990), Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Παπαγεωργίου
- 43) Πραστάκος Γ. Διοικητική Επιστήμη στην Πράξη. Εφαρμογές στη σύγχρονη επιχείρηση, (2002) Αθήνα, εκδόσεις Σταμούλης
- 44) Πραστάκος Γ. Διοικητική επιστήμη: λήψη επιχειρησιακών αποφάσεων στην κοινωνία της πληροφορίας, (2003), Αθήνα, εκδόσεις Σταμούλης.
- 45) Πολύζος Ν., «Αποδοτικότητα Των Νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.Gs), (1999), Αθήνα, Τ.Υ.Π.Ε.Τ
- 46) Σκουρής Β. Διοικητικό δικονομικό δίκαιο, (1991), Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλα
- 47) Στάθης Γ. «Απαιτούνται νέα νοσοκομεία ή κάτι άλλο;», Επιθεώρηση Υγείας, τεύχος 26, 1994.
- 48) Τάχος Α. Διοικητικό οικονομικό δίκαιο, (1996), Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλα.
- 49) Τάχος Α. Διοικητική επιστήμη, (1985) Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλα
- 50) Τάχος Α. Κανόνες ιδρύσεως και λειτουργίας των συλλογικών οργάνων διοικήσεως, (1985)Επιθεώρηση Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλα

- 51) Τριανταφύλλου Τ. «Η εξέλιξις της κρατικής υγειονομικής υπηρεσίας της Ελλάδος και η σημερινή θέσις αυτής», Αρχαία Υγιεινής, 1950.
- 52) Φιλαλήθης Τ. «Η κοινωνική αναγκαιότητα για σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», Ιατρικό Βήμα, τεύχος 3, 1984.
- 53) Φλογαΐτης Σ. Το ελληνικό διοικητικό σύστημα, (1987), Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλα

Ξένη Βιβλιογραφία

- 54) Anthony R.N., Young D.W. Management control in nonprofit organizations, (1994), Irwin Professional Publications, Burr Ridge.
- 55) Abel – Smith B., 1994 An Introduction to Health policy, Planning and Financing, London and NY, Longman
- 56) Biazzo s. “A critical examination of the business process re-engineering phenomenon”, (1998), International Journal of Operations and Production Management, Vol. 18
- 57) Black S., Porter L. ,(2000), Management, Prentice Hall
- 58) Blanchard K., John C., Alan R. The 3 keys to empowerment, (1999), Berrett-Koehler
- 59) Brodheim E., Prastacos G.P. “The Long Island blood distribution system as a prototype for regional blood management”, (1979), Interfaces, Vol. 9, 5.
- 60) Cameron K.S., Quinn R.E. Diagnosing and changing organizational culture, (1997), Jossey Bass
- 61) Certo, S.C., Modern Management, (2000), Prentice Hall.
- 62) Certo S.C., Paul Peters S., Strategic Management. Concepts and Applications, R., (1995), Irwin Inc.
- 63) Dearlove D., Key management decisions: tools and techniques of the executive decision maker, (1998) London, Pearson Education.
- 64) Drucker P.F., “The discipline of innovation”, Harvard Business Review, (1985), May-June
- 65) Eccles T. Succeeding with change, (1996), McGraw Hill
- 66) Gordon S. Organizational Behavior, (1999), Prentice Hall.
- 67) Hospital Committee of the European Community, (1993), Hospital Services in the E.C
- 68) Kotter J., Leading change,(1996), Harvard Business School Press

- 69) Magnanelli R., Klein M., The re-engineering handbook. A step by step guide to business transformation, (1994), London, American Management Association, London.
- 70) Miller A., Strategic Management, (1998), McGraw Hill
- 71) Miser H., "Operations Research and System Analysis", Science, Vol. 209, 4452, 1980.
- 72) Mossialos et al., Funding Health Care: Options for Europe, (2004), Patra, Open University Press
- 73) Mossialos E., Citizens and health care systems: main results from a Euro barometer survey, European Commission, Employment & social affairs, (1998), Luxembourg
- 74) Peters T., Thriving in chaos. Handbook for management revolution, (1988), New York, Perennial Library
- 75) Pierce J., Donham R., Managing, (1996), Scott Foreman, Little
- 76) Pitts R.A., Lei D., Strategic Management. Building and Sustaining competitive advantage, (1996), West Publishing Company
- 77) Prastacos G. P., "Allocation of a perishable product inventory", (1981), Operations Research, vol. 29, 2
- 78) Prastacos G.P., Brodheim E. P., "PBDS, A decision support system for regional blood distribution", Management Science, (1980), Vol. 26, 5
- 79) Robbins S., Management today, (2000), Prentice Hall
- 80) Robbins S.P., DeCenzo D.A. Fundamentals of management. Essential concepts and applications, (1995), New Jersey, Prentice Hall.
- 81) Shani A., Lau J., Behavior in organization, (2000), Irwin McGraw Hill
- 82) Shortell S.M., Morrison E.M., Friedman B., (1992), Strategic choices for America's hospitals, San Francisco, Jossey-Bass Publishers
- 83) Sotiropoulos D., populism and bureaucracy: The Case of Greece under PASOK 1981-1989, (1998), London, University of Notre Damme Press
- 84) Stretton H., Orchard L., Public Goods, Public Enterprise, Public Choice, (1994) Palgrave Macmillan
- 85) Tragakes E. -Polyzos N., "The Evolution of Health Care in Greece. starting a course of change", (1998), *The International Journal of Health Planning and Management*, 13
- 86) Watson G., Business Systems Engineering: Managing Breakthrough Changes for Productivity and Profit, (1994), John Wiley and Sons.

Διαδίκτυο

www.onasseio.gr

www.kev.gov.gr

www.who.com

Πανεπιστήμιο Πειραιώς