



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΒΑΣΑΛΟΣ ΜΑΡΚΟΣ

**ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ**

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΒΑΣΑΛΟΣ ΜΑΡΚΟΣ

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΤΤΙΚΗ

Επιβλέπων Καθηγητής : Πολλάλης Ιωάννης

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2010

*“Δεν μπορούμε να λύσουμε προβλήματα χρησιμοποιώντας
τον ίδιο τρόπο σκέψης που χρησιμοποιήσαμε
όταν τα δημιουργήσαμε”*

Albert Einstein

Ευχαριστίες

Για την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και πρωτίστως τον Καθηγητή κ. Πολλάλη Ιωάννη για την πολύτιμη βοήθεια, καθοδήγηση, εμπιστοσύνη και έμπνευση που μου πρόσφερε, τόσο κατά την εκπόνηση της εργασίας όσο και κατά τη διάρκεια του συνόλου των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Επιπλέον, επιθυμώ να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Λέκτορα κ. Βοζίκη Αθανάσιο, χωρίς το συγγραφικό υλικό που μου παραχώρησε θα ήταν αδύνατη η διεκπεραίωση του θεωρητικού μέρους της μελέτης μου. Επίσης, σημαντική ήταν η συμβολή των συμφοιτητών μου για την διεκπεραίωση του ερευνητικού μέρους της μελέτης μου. Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου και τους κοντινούς μου ανθρώπους για την αμέριστη κατανόηση και υποστήριξη τους σε αυτήν την ιδιαίτερα απαιτητική περίοδο της ζωής μου.

Περίληψη

Όπως είναι γνωστό, η Ελλάδα είναι μια χώρα που έχει από τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας παγκοσμίως. Ο κλάδος των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας γνωρίζει μεγάλη άνθηση τα τελευταία χρόνια και συμβάλει ουσιαστικά στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της χώρας μας. Η περιοχή του λεκανοπεδίου Αττικής παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκέντρωση ιδιωτικών νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων και των μαιευτηρίων. Στην εργασία αυτή, θα γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης των λειτουργικών προβλημάτων διοίκησης των μονάδων αυτών. Η εργασία αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναλύονται οι ιδιαιτερότητες που συναντάμε στην οργάνωση των ιδιωτικών νοσοκομείων, η εικόνα της ελληνικής αγοράς των ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων και τα προβλήματα που συναντάμε στη διοικητική τους λειτουργία. Στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζεται μία έρευνα για τα προβλήματα διοίκησης των ιδιωτικών νοσοκομείων στην περιοχή της Αττικής. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθυνόταν αποκλειστικά σε στελέχη ιδιωτικών νοσοκομείων της Αττικής. Η δομή του ερωτηματολογίου έγινε με βάση τις κύριες διοικητικές λειτουργίες που συναντάμε σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Εν συνεχεία, αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας μέσω της περιγραφικής στατιστικής. Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας λαμβάνοντας υπόψιν και τα δύο μέρη της. Όπως είναι γνωστό, ο μόνος τρόπος για να βελτιωθεί κάτι είναι να εντοπιστούν οι αδυναμίες του και να διορθωθούν. Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον των ιδιωτικών νοσοκομείων, με την ραγδαία εξέλιξη του κλάδου, οι αλλαγές οφείλουν να είναι τρόπος ζωής για τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Αυτή η διπλωματική εργασία εντοπίζει ποιες θα πρέπει να είναι αυτές οι αλλαγές και προτείνει τρόπους υλοποίησής τους.

Λέξεις Κλειδιά:

Προβλήματα διοίκησης, Ιδιωτικά νοσοκομεία, Αττική, Διοικητική λειτουργία, Οργάνωση, Προγραμματισμός, Επικοινωνία, Λειτουργικότητα, Έλεγχος, Υγειονομική φροντίδα, Υπηρεσίες υγείας, Πηγές προβλημάτων

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management” University of Piraeus- TEI of Piraeus, Greece.

Abstract

Title: “**Operational management problems of private hospitals in Attica**”

By: Markos Vasalos

Supervisor: Dr. Yannis A. Pollalis

As it is known, Greece is a country that has one of the highest private health expenditures worldwide. The private health service units have flourished in recent years and contributes substantially to meet the needs of our country's population. The region of Attica has the largest concentration of private hospitals, including maternity clinics. In this paper, we make an effort to approach the operational management problems of these units. The work consists of two parts. The first section analyzes the specific features found in the organization of private hospitals, the image of the Greek market of private hospitals and the problems encountered in the administrative function. The second part presents a survey on the management problems of private hospitals in the region of Attica. The method used for research is the questionnaire, which addressed only to executives of private hospitals in Athens. The structure of the questionnaire was based on the main administrative functions found in a private hospital. Then, the survey results are analyzed by descriptive statistics. Finally, conclusions of the work are presented taking into account both parties. As is known, the only way to improve something is to identify its weaknesses and correct them. In today's competitive environment of private hospitals, with the rapid development of this industry, changes must be a way of life for hospital administration. This thesis identifies what should be these changes and suggests ways of implementing them.

Key words:

Management problems, Private hospitals, Attica, Administrative function, Organization, Planning, Communication, Functionality, Check, Healthcare, Health Services, Sources of problems

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Κατάλογος Σχημάτων.....	10
Κατάλογος Διαγραμμάτων	11
Κατάλογος Πινάκων.....	13
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
1.1 Η Εξέλιξη των συστημάτων υγείας	15
1.2 Η οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων	24
1.2.1 Η Διάρθρωση του Νοσοκομείου.....	26
1.2.2 Όργανα Διοίκησης.....	27
1.2.3 Ένα σύγχρονο μοντέλο διοικητικού έργου των στελεχών	31
1.3 Ρόλοι και λειτουργίες των διοικητικών στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας	32
1.4 Ο ρόλος και η λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων μέσα σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας	36
1.4.1 Περιγραφή του Ανταγωνισμού	36
1.4.2 Ανάλυση της ανταγωνιστικής θέσης.....	37
1.4.3 Συμπεριφορά καταναλωτή.....	38
1.4.4 Ικανοποίηση Πελατών	40
1.4.5 Μάρκετινγκ με βάση τα δεδομένα.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	42
2.1 Οικονομικά δεδομένα του κλάδου των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα.....	42
2.1.1 Κλινικές.....	51
2.1.2 Μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές	51
2.1.3 Διαγνωστικά κέντρα	52
2.1.4 Τεχνητή ζήτηση.....	52
2.1.5 Ανάπτυξη ιατρικής τεχνολογίας	53

2.2 Ανάλυση SWOT του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	58
2.3 Οι μεγάλοι ιδιωτικοί νοσοκομειακοί όμιλοι και η μελλοντική ανάπτυξή τους	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	68
3.1 Λάθη στη διοίκηση της Υγείας.....	68
3.2 Αντιμετώπιση λαθών διαχείρισης στην υγειονομική περίθαλψη	69
3.2.1 Αναγνωρίζοντας και εξετάζοντας τα λάθη της διοίκησης.....	69
3.2.2 Το πλαίσιο των διοικητικών λαθών	72
3.2.3 Εντοπίζοντας, ταξινομώντας, και ανακαλύπτοντας τα λάθη.....	77
3.2.4 Τι μπορούμε να μάθουμε από τα ιατρικά λάθη για τα διοικητικά λάθη	80
3.2.5 Διόρθωση και πρόληψη των διοικητικών λαθών	81
3.2.6 Ένα ζήτημα ευθύνης.....	83
3.3 Κριτική σκέψη.....	84
3.3.1 Αξιοποίηση της κριτικής σκέψης.....	84
3.3.2 Δημιουργικότητα	87
3.4 Λήψη αποφάσεων.....	90
3.4.1 Είδη αποφάσεων.....	91
3.4.2 Συνθήκες λήψης αποφάσεων	92
3.5 Η διαδικασία λήψης αποφάσεων	93
3.5.1 Τεχνικές λήψης αποφάσεων	97
3.6 Επίλυση προβλημάτων	99
3.6.1 Μέθοδοι επίλυσης προβλημάτων.....	100
3.6.2 Η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων.....	102
3.7 Αλλαγή	110
3.8 Αποτελεσματική Επικοινωνία	112
3.8.1 Διαστρεβλώσεις - προβλήματα στην επικοινωνία	112
3.8.2 Κατευθύνσεις επικοινωνίας	113
3.8.3 Διαφορές στην οργανωσιακή κουλτούρα.....	114

3.8.4 Ορισμός της ανάθεσης αρμοδιοτήτων	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΕΡΕΥΝΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ	117
4.1 Στόχος και μεθοδολογία της έρευνας.....	117
4.1.1 Σχεδιασμός Ερωτηματολογίου	117
4.1.2 Σχεδιασμός Δείγματος	118
4.2 Ανάλυση Αποτελεσμάτων	124
4.2.1 Crosstabs	134
4.3 Αποτελέσματα έρευνας.....	136
Συμπεράσματα & Προτάσεις.....	139
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	142
Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία	142
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	142
Ελληνόγλωσση Αρθρογραφία	144
Ξενόγλωσση Αρθρογραφία	144
Διαδικτυακές Πηγές	145
Λοιπές Πηγές.....	146
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	147

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1.1- Οι συντελεστές του συστήματος υγείας.....	16
Σχήμα 1.2- Διαμόρφωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	24
Σχήμα 1.3- Γενικό Οργανόγραμμα Νοσοκομείου.....	29
Σχήμα 1.4- Οργανόγραμμα Ιδιωτικού Νοσοκομείου.....	30
Σχήμα 1.5- Μοντέλο διοικητικού έργου των στελεχών του H. Mintzberg.....	31
Σχήμα 1.6- Επίπεδα νοσηλευτικής διοίκησης σε ένα νοσοκομείο.....	35
Σχήμα 1.7- Χάρτης Αντίληψης.....	39
Σχήμα 2.1- Ιδιωτικές Κλινικές στην Ελλάδα	43
Σχήμα 2.2- Ιδιωτικές Κλινικές στην Αττική.....	43
Σχήμα 3.1- Μοντέλο κριτικής σκέψης.....	85
Σχήμα 3.2- Η δημιουργική διαδικασία.....	87
Σχήμα 3.3- Συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνονται αποφάσεις.....	93
Σχήμα 3.4- Ορθολογικό μοντέλο λήψης αποφάσεων.....	94
Σχήμα 3.5- Φάσεις στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.....	97
Σχήμα 3.6- Καταιγισμός ιδεών μίας νοσηλευτικής ομάδας βελτίωσης της ποιότητας.....	99

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1- Γεωγραφική διασπορά ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών.....	44
Διάγραμμα 2.2- Νοσοκομειακή δαπάνη (% του ΑΕΠ).....	45
Διάγραμμα 2.3- Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ...46	
Διάγραμμα 2.4- Κατανομή δαπανών υγείας ανά τομέα περίθαλψης στην Ελλάδα.....47	
Διάγραμμα 2.5- Χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ.....	48
Διάγραμμα 2.6- Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (εξέλιξη μεγέθους και διάρθρωση).....	51
Διάγραμμα 2.7- Αριθμός ιατρών ανά 1000 άτομα.....	53
Διάγραμμα 2.8- Αριθμός αξονικών τομογράφων ανά 1.000.000 άτομα.....	54
Διάγραμμα 2.9- Σύνθεση νοσηλευθέντων περιστατικών (%).....	55
Διάγραμμα 2.10- Ποσοστό μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας ιδιωτικού τομέα.....	56
Διάγραμμα 2.11- Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ευρώπη (2008).....	56
Διάγραμμα 2.12- Δαπάνες φαρμάκου στην Ελλάδα.....	62
Διάγραμμα 3.1- Διάγραμμα συνάφειας.....	105
Διάγραμμα 3.2- Διάγραμμα αιτίου – αποτελέσματος.....	105
Διάγραμμα 4.1- Φύλο του δείγματος.....	118
Διάγραμμα 4.2- Ηλικία του δείγματος.....	119
Διάγραμμα 4.3- Εκπαίδευση του δείγματος.....	120
Διάγραμμα 4.4- Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.....	120
Διάγραμμα 4.5- Ετήσιο εισόδημα του δείγματος.....	121
Διάγραμμα 4.6- Κατοχή θέσης προϊσταμένου του δείγματος.....	123
Διάγραμμα 4.7- Πού απευθύνεται το δείγμα για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν.....	124
Διάγραμμα 4.8- Στόχοι του δείγματος.....	125
Διάγραμμα 4.9- Επαναπροσδιορισμός των στόχων του δείγματος.....	126
Διάγραμμα 4.10- Χρησιμοποίηση πλάνου εργασιών του δείγματος.....	127
Διάγραμμα 4.11- Ικανοποίηση από την επικοινωνία με προϊστάμενους.....	128

Διάγραμμα 4.12- Ικανοποίηση από την επικοινωνία με το προσωπικό άλλων τμημάτων.....	129
Διάγραμμα 4.13- Εκνευρισμός στην επικοινωνία του δείγματος.....	129
Διάγραμμα 4.14- Εμπόδια επικοινωνίας στο νοσοκομείο.....	130
Διάγραμμα 4.15- Κίνητρα αποδοτικότητας στο χώρο εργασίας του δείγματος.....	130
Διάγραμμα 4.16- Εμπόδια σωστής λειτουργίας του νοσοκομείου.....	131
Διάγραμμα 4.17- Προτάσεις λύσεων του δείγματος σε λειτουργικά προβλήματα....	131
Διάγραμμα 4.18- Δικλείδες ασφαλείας διαδικασιών που ακολουθούνται.....	132
Διάγραμμα 4.19- Τομείς που εντοπίζονται προβλήματα διοίκησης.....	132
Διάγραμμα 4.20- Πιθανή λύση σε υπάρχοντα διοικητικά προβλήματα.....	133
Διάγραμμα 4.21- Πηγές προβλημάτων διοίκησης στα ιδιωτικά νοσοκομεία.....	134
Διάγραμμα 4.22- Εμπόδια σωστής λειτουργίας του νοσοκομείου σε σχέση με την κατοχή θέσης προϊστάμενου.....	134
Διάγραμμα 4.23- Ποιός δημιουργεί τα προβλήματα στο νοσοκομείου σε σχέση με την κατοχή θέσης προϊστάμενου.....	135
Διάγραμμα 5.1- Γνώση σε ποιόν πρέπει να απευθυνθεί το δείγμα για τη λύση προβλημάτων που προκύπτουν.....	151
Διάγραμμα 5.2- Ιεράρχηση προτεραιοτήτων των εργασιών που πρέπει να διεκπεραιωθούν	154

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1- Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά γεωγραφική περιφέρεια.....	49
Πίνακας 2.2- Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	50
Πίνακας 2.3- Ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία σε διεθνές επίπεδο.....	57
Πίνακας 2.4- Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου.....	65
Πίνακας 2.5- Μερίδια αγοράς ομίλων του κλάδου.....	66
Πίνακας 3.1- Επισκόπηση της κριτικής σκέψης σε όλη την έκταση της νοσηλευτικής διεργασίας.....	86
Πίνακας 3.2- Χαρακτηριστικά ατόμου που χρησιμοποιεί την κριτική σκέψη.....	86
Πίνακας 3.3- Τα επτά βήματα της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων.....	103
Πίνακας 4.1- Τομέας – Τμήμα εργασίας του δείγματος.....	122
Πίνακας 4.2- Συχνότητα επαναπροσδιορισμού των στόχων του δείγματος.....	126
Πίνακας 4.3- Τρόπος εργασίας του δείγματος.....	127
Πίνακας 5.1- Γνώση καθηκοντολογίου.....	151
Πίνακας 5.2- Γνώση σε ποιόν πρέπει να απευθυνθεί το δείγμα για τη λύση προβλημάτων που προκύπτουν.....	151
Πίνακας 5.3- Ικανοποίηση από τον χρόνο επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν.....	152
Πίνακας 5.4- Συνολική ικανοποίηση από την οργάνωση του νοσοκομείου.....	152
Πίνακας 5.5- Ικανοποίηση από την επικοινωνία με τους υφιστάμενους (αν υπάρχουν).....	152
Πίνακας 5.6- Ικανοποίηση από την επικοινωνία με τους συναδέλφους/συνεργάτες.....	153
Πίνακας 5.7- Ικανοποίηση από την επικοινωνία με τους ασθενείς/επισκέπτες του νοσοκομείου.....	153
Πίνακας 5.8- Ικανοποίηση από την επικοινωνία συνολικά.....	153
Πίνακας 5.9- Ικανοποίηση από την ευκολία των διαδικασιών λειτουργίας του νοσοκομείου.....	154
Πίνακας 5.10- Έλεγχος αποδοτικότητας των εργασιών από άλλους.....	155

Πίνακας 5.11- Έλεγχος αποδοτικότητας των εργασιών από τον ίδιο τον εργαζόμενο.....	155
Πίνακας 5.12- Ταχύτητα εντοπισμού λαθών που γίνονται.....	155
Πίνακας 5.13: Ύπαρξη επιπτώσεων σε λάθη που γίνονται.....	155

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΟΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

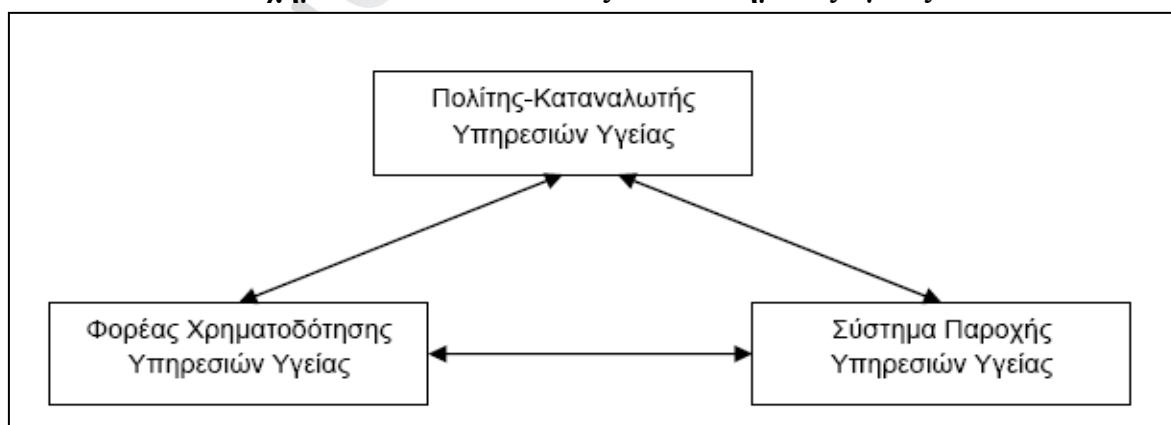
1.1 Η Εξέλιξη των συστημάτων υγείας

Όπως είναι γνωστό, από την αρχαιότητα, τόσο στην αρχαία Ελλάδα όσο και στην Αίγυπτο, αλλά και πολύ αργότερα στους Ρωμαϊκούς και Βυζαντινούς χρόνους, λαμβάνονταν μέτρα για την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων. Τα μέτρα αυτά με το πέρασμα των χρόνων εξελίχθηκαν, θεσμοθετήθηκαν και διαμορφώθηκαν ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούσαν σε κάθε γεωγραφική περιοχή. Ιδιαίτερα με την βιομηχανική επανάσταση, οι αλλαγές στον τομέα των κοινωνικών παροχών ήταν ραγδαίες. Η άγρια κοινωνική εκμετάλλευση, οι άθλιες συνθήκες εργασίας, διαβίωσης και διατροφής και τα πολλά εργατικά ατυχήματα ήταν η αιτία να αυξηθούν σημαντικά οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού. Αποτέλεσμα αυτών, η ανάπτυξη ιδεών περί ισότητας και κρατικής δικαιοσύνης με την Γαλλική Επανάσταση, και Κοινωνικής Ασφάλισης που εφάρμοσε στην Γερμανία για πρώτη φορά ο Bismark στις αρχές της δεκαετίας του 1880. Επίσης έχουμε ανάπτυξη θεωριών όπως του οικονομολόγου John Maynard Keynes για εξασφάλιση ενός κατώτατου μισθού, του οποίου υποστηρικτής υπήρξε ο Βρετανός λόρδος William Beveridge που η έκθεση του στην Βουλή των Κοινοτήτων με τίτλο “για πλήρη απασχόληση μέσα σε μία ελεύθερη κοινωνία” ουσιαστικά γέννησε το κράτος πρόνοιας όπως αυτό υπάρχει σήμερα. Γεγονός είναι ότι το σύγχρονο κράτος πρόνοιας είναι κατεξοχήν Ευρωπαϊκό φαινόμενο που εμφανίστηκε και αναπτύχθηκε τις δεκαετίες '50 και '60 μέχρι το 1973 όπου έχουμε την πρώτη πετρελαϊκή κρίση την οποία διαδέχθηκε η δεύτερη το 1979.

Το Σύστημα Υγείας και κοινωνικής ασφάλισης όπως είναι αυτονόητο αποτελεί την ραχοκοκαλιά του κράτους πρόνοιας. Ειδικότερα το Σύστημα Περίθαλψης αναπτύχθηκε παράλληλα με το κράτος πρόνοιας. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και σήμερα σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες παρέχεται ισότιμα. Το επίπεδο υγείας των λαών βελτιώνεται σημαντικά, ενώ και ένα πλήθος ασθενειών που επί αιώνες θέριζαν την ανθρωπότητα, έχουν εξαλειφθεί κυρίως από τα μέσα του αιώνα μας και μετά. Μέσα από λιγότερο ή περισσότερο κρατικό

παρεμβατισμό με βάση τις επικρατούσες σε κάθε χώρα κοινωνικο-οικονομικές και ιστορικο-πολιτικές συνθήκες οι υπηρεσίες υγείας αρχίζουν σταδιακά, με τη βοήθεια της επιστήμης, να μορφοποιούνται και να συνθέτουν ένα από τα πλέον πολύπλοκα και δαπανηρά συστήματα. Μέσα σε αυτό το σύστημα εμπλέκονται επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, πολύπλοκα κτίρια, μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας, αλλά και θέματα δεοντολογίας και ηθικής και τέλος η ανθρώπινη ζωή. Έτσι αν και έχει καθιερωθεί το σύστημα υγείας να ταυτίζεται με την ιατρική περίθαλψη, πρέπει όταν αναφερόμαστε σε αυτό να εννοούμε κάτι πολύ ευρύτερο. Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη αλλά και υπηρεσίες που έχουν σχέση με πρόληψη, υγειονομική διαφώτιση, οικογενειακό προγραμματισμό, διατροφή, ύδρευση, υγιεινής εργασίας κ.α.. Συνεπώς η ιατρική περίθαλψη αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας. Έχοντας λοιπόν υπόψη τα παραπάνω θα μπορούσαμε να δώσουμε τον ορισμό του συστήματος υγείας όπως θα δούμε παρακάτω και να κατανοήσουμε καλύτερα τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του και διαμορφώνουν την εξέλιξη του παγκοσμίως. Λαμβάνοντας υπόψη τι είναι σύστημα γενικά, ορίζουμε ως **σύστημα υγείας** «το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού»¹. Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας θα μπορούσε να προσδιοριστεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία υποσυστήματα: α) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη του, β) Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας και γ) Οι μηχανισμοί κάλυψης δαπανών.

Σχήμα 1.1: Οι συντελεστές του συστήματος υγείας



Πηγή: ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

¹ ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Τα συστήματα υγείας έχουν άμεση σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας, για να κατανοήσουμε όμως καλύτερα τι εννοούμε όταν λέμε υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αυτή περιλαμβάνει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας(health care) , όσο και την έννοια της περίθαλψης(treatment). Η περίθαλψη με τη σειρά της χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες : α)Πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, β)Δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, γ)Τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Το Πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας αφορά την εξωνοσοκομειακή(ανοικτή) περίθαλψη ενώ τα άλλα δύο στην νοσοκομειακή.

Έχοντας υπόψη τα παραπάνω, μπορούμε να αναφέρουμε τους πόρους ενός συστήματος υγείας, οι οποίοι είναι οι εξής :

Πρώτον, το στελεχικό δυναμικό όλων των μονάδων υγείας, δηλαδή οι άνθρωποι πόροι, Δεύτερον, οι κτηριακές και πάσης φύσεως υποδομές εξοπλισμού,

Τρίτον, η χρηματοδότηση του συστήματος,

Τέταρτον, η τεχνολογία ως μέσο για την επίτευξη στόχων και

Τέλος, η διοίκηση του συστήματος δηλαδή ο αόριστος συνδυασμός όλων των παραπάνω πόρων που ταυτόχρονα θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι και συντελεστές του συστήματος υγείας. Στα ανεπτυγμένα κράτη, τα οποία δημιούργησαν ολοκληρωμένα συστήματα υγείας, οι πόροι έπαιξαν καθοριστικό ρόλο γιατί μέσω αυτών προσδιορίζονταν κάθε φορά οι στόχοι και οι τρόποι διοικητικών παρεμβάσεων.

Από την άλλη μεριά, η αναγνώριση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό οδήγησε στη λογική του κρατικού παρεμβατισμού για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Έτσι καταλαβαίνουμε ότι οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες σε κάθε χώρα καθόριζαν και τον βαθμό παρέμβασης και ελέγχου από το κράτος.

Κύρια γνωρίσματα ενός συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή του είναι :

α) **Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας**, δηλαδή η δυνατότητα του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς όλο το 24ωρο όλες τις μέρες του χρόνου.

β) **Η προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας**, δηλαδή κάθε άτομο ανεξαρτήτου κοινωνικο-οικονομικής θέσης, να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας και να έχει άμεση πρόσβαση σε αυτές. Αυτό προϋποθέτει ίση κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού.

γ) **Η κάλυψη αναγκών πρόληψης και αποκατάστασης** εκτός από την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, δηλαδή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και

δ) **Η αποδοχή από τους πολίτες**, με την έννοια της εξασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, του υψηλού επιστημονικού και επαγγελματικού επιπέδου των εργαζομένων και της αρτιότητας των εγκαταστάσεων.

Σημαντικό ρόλο στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας έπαιξε και η κοινωνική πολιτική των κρατών. Γενικότερα στις χώρες της Ευρώπης έγιναν παρεμβάσεις στην κοινωνική ασφάλιση, στην προστασία των πολιτών, των ηλικιωμένων, των μειονεκτούντων ομάδων αλλά και των εργαζομένων. Έτσι δημιουργήθηκε σε κάθε χώρα ένα κοινωνικο-ασφαλιστικό σύστημα. Με βάση αυτό το κοινωνικο-ασφαλιστικό σύστημα δημιουργήθηκαν κάποια βασικά μοντέλα συστημάτων υγείας τα οποία θα δούμε αναλυτικότερα στην συνέχεια.

Σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Οι Στόχοι ενός συστήματος υγείας για την επίτευξη του παραπάνω βασικού σκοπού, αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Συνηθίζεται να χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας και οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στον μέγιστο δυνατό βαθμό του, πρέπει και επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του, όσον αφορά την επίτευξη των στόχων του και εφόσον χρειάζεται, να τους επαναπροσδιορίζει και να σχεδιάζει τρόπους για την επίτευξη τους. Η ικανότητα αυτή του συστήματος υγείας, αποτελεί προϋπόθεση για να επιτύχει και να διατηρήσει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη λειτουργικότητά του.

Γνωρίζοντας ότι η **υγεία** είναι ένα αγαθό με κάποιες ιδιαιτερότητες σε σχέση με άλλα, όπως ότι είναι δημόσιο και κοινωνικό και έχει καταναλωτικό χαρακτήρα βραχυπρόθεσμο, αλλά και επενδυτικό μακροπρόθεσμο, έτσι και τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε σχέση με άλλα συστήματα. Στα

συστήματα υγείας καταγράφεται η μεγαλύτερη κρατική παρέμβαση μετά από τα συστήματα εθνικής άμυνας και παιδείας. Η κρατική αυτή παρέμβαση, γίνεται σε επίπεδο οργάνωσης, διοίκησης, παραγωγής και διανομής, τιμολόγησης και χρηματοδότησης. Τα συστήματα υγείας είναι συστήματα στα οποία δεν λειτουργούν οι νόμοι της αγοράς. Σύμφωνα με την κλαστική οικονομική θεωρία, για να λειτουργούν σωστά οι νόμοι της αγοράς προϋποθέτουν εκτός των άλλων και την πλήρη κυριαρχία του καταναλωτή. Στην συγκεκριμένη «αγορά» δεν υπάρχει κάτι τέτοιο λόγω της αδυναμίας επαρκούς πληροφόρησης από πλευράς ασθενή-καταναλωτή για να κάνει αξιολογικές κρίσεις. Επίσης τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται ως εντάσεις εργασίας, γιατί βασίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό στο συντελεστή εργασία. Το ανθρώπινο δυναμικό απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό των οικονομικών πόρων και τα συστήματα υγείας κοστίζουν ολοένα και περισσότερο, όσο αυξάνεται η αμοιβή της εργασίας. Επίσης, τα συστήματα υγείας είναι τα πλέον σύνθετα και πολύπλοκα διότι έχουν να διαχειριστούν ανθρώπινες ζωές, απορροφούν πολλούς πόρους, χρησιμοποιούν εξειδικευμένες μεθόδους οργάνωσης και διοίκησης για να αξιοποιήσουν πόρους, να διαχειριστούν ασθενείς με πλήρη καταγραφή στοιχείων (ασθενών, υπηρεσιών, κόστους κ.α.). Η απλή δημόσια διοίκηση όπως καταλαβαίνουμε δεν είναι αρκετή. Απαιτούνται σύγχρονα μοντέλα διοίκησης που ενισχύουν τον ανταγωνισμό, την κλινική αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα και την παροχή κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας.

Βασική προϋπόθεση για να κατανοήσουμε καλύτερα το σύστημα υγείας, είναι να μην το βλέπουμε αποκομμένο από το **κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον** στο οποίο υπάρχει και λειτουργεί, γιατί αυτό το περιβάλλον καθορίζει την δομή, τη λειτουργία του και τελικώς την μορφή του. Τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα κάθε χώρας καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος, τις βασικές του κατευθύνσεις, τον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των υπηρεσιών, τον τρόπο χρηματοδότησης και μια σειρά άλλων λεπτομερειών που συνθέτουν την «προσωπικότητα» του κάθε συστήματος υγείας. Γι' αυτό τον λόγο οι κυβερνήσεις δεν μπορούν να επιλέξουν ένα σύστημα υγείας με βάση επιτυχημένα διεθνή πρότυπα, αλλά θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία του. Το σύστημα υγείας είναι αντικείμενο συνεχούς ανάπτυξης και αλλαγών, όχι μόνο λόγω της διαφορετικότητας των αναγκών που

προκύπτουν διαχρονικά, αλλά και λόγω της τεχνολογικής ανάπτυξης, πολιτικών αλλαγών, κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών και βέβαια οικονομικών δυνατοτήτων.

Με βάση τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τρία **πρότυπα οργάνωσης** με βάση την χρηματοδότηση, οργάνωση, παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας. Το Ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης («ελεύθερο ή φιλελεύθερο μοντέλο»), το Δημόσιο σύστημα («κρατικό ή εθνικό μοντέλο») και το Μικτό σύστημα που αποτελεί συνδυασμό ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Παρά τις διαφορές που έχουν τα τρία αυτά πρότυπα, όπως την ανυπαρξία κοινωνικών παροχών στο φιλελεύθερο και την κρατική παρέμβαση στο δημόσιο, έχουν κοινό στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών μέσα σε συνθήκες κοινωνικής δικαιοσύνης. Το ποιο από τα τρία είναι καλύτερο, δεν μπορούμε να το πούμε με βεβαιότητα, καθώς εξαρτάται από αξιολογικές κρίσεις υποκειμενικού χαρακτήρα με ιδεολογικές προεκτάσεις. Αυτό όμως που θα μπορούσαμε να πούμε, είναι ότι τα συστήματα λόγω των ταχέως μεταβαλλόμενων συνθηκών και παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία τους, έχουν την τάση να προσαρμόζονται στις συνθήκες των εποχών και όχι να ακολουθούν πάγιες και αμετάβλητες τακτικές στη λειτουργία τους. Για τον λόγο αυτό θα λέγαμε σαν μια πρώτη προσέγγιση ότι με τις σημερινές συνθήκες τα πράγματα συγκλίνουν προς το μικτό σύστημα, αιτιολογώντας το στη συνέχεια αναλυτικότερα.

Ξεκινώντας να δούμε αναλυτικά τις μορφές των συστημάτων υγείας, θα δούμε τα **χαρακτηριστικά του Ιδιωτικού συστήματος**, το οποίο βασίζει τη λειτουργία τους στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών καθορίζονται με βάση την προσφορά και την ζήτηση, έτσι η κάλυψη των αναγκών του κάθε ασθενή εξαρτάται από την προσωπική του οικονομική δυνατότητα. Η επιλογή του να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα ο χρήστης καταναλωτής είναι ελεύθερη και οι χρηματοδότηση γίνεται από ατομικές ή και εργοδοτικές εισφορές. Το σύστημα αυτό έχει σαν βασική έννοια λειτουργίας του, την έννοια της ανταπόδοσης. Κύριος εκπρόσωπος του συστήματος αυτού, είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, που ποτέ δεν είχαν παράδοση κράτους πρόνοιας και κοινωνικών παροχών. Αλλά και η Ιαπωνία στηρίζεται κατά 90% στον ιδιωτικό τομέα στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος της.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή να επιλέγει τον ιατρό και το νοσοκομείο που επιθυμεί. Αλλά

ακόμα και αυτό αμφισβητείται έντονα για τον λόγο ότι το δικαίωμα αυτό υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους. Από την άλλη, τα μειονεκτήματα του είναι η ανισότητα σε υγειονομικό και γεωγραφικό επίπεδο, αφού παρέχει πλήρη ελευθερία στους γιατρούς να εγκατασταθούν όπου επιθυμούν. Βασίζεται στο κέρδος και όχι στην βελτίωση του επιπέδου υγείας και αυτό γιατί προσανατολίζεται κυρίως στην θεραπεία (δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης) και όχι στην πρόληψη και αποκατάσταση. Επίσης υπάρχει το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης από πλευράς ιατρών με στόχο το οικονομικό κέρδος και τελικά αυτό επιβαρύνει και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συνεχίζοντας θα δούμε το **Δημόσιο σύστημα**, το οποίο βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Αυτό, μέσω της αυξημένης κρατικής παρέμβασης και δράσης. Στα συστήματα αυτά το κράτος εγγυάται ένα κατώτατο επίπεδο περίθαλψης με συντελεστές παραγωγής το κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και ιδιώτες. Τα συστήματα αυτά υποδιαιρούνται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark) και εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge).

Στο **μοντέλο Bismark** έχουμε πλήρη κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εισφορές από εργαζόμενους και εργοδότες στα ασφαλιστικά ταμεία βάση νόμου, υποχρεωτική ασφάλιση με βάση το επάγγελμα, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα αλλά κύριο στόχο την κάλυψη των ασφαλισμένων και έχουμε κρατικούς αλλά και ιδιωτικούς συντελεστές (ιδιωτικά νοσοκομεία). Καταλαβαίνουμε λοιπόν, πως το μοντέλο αυτό αποτελείται από τρεις πυλώνες, το κράτος, τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, που συνεισφέρουν όλοι στα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία αποτελούν ουσιαστικά το μέσο για να έχει κάποιος πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι άνεργοι στο συγκεκριμένο μοντέλο δεν καλύπτονται. Αντιπροσωπευτικά δείγματα του μοντέλου αυτού, έχουμε στην Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία και Ολλανδία.

Στο **μοντέλο Beveridge** έχουμε πλήρη κάλυψη όλου του πληθυσμού, η χρηματοδότηση προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω φορολογίας ή από προϋπολογισμούς τοπικών κυβερνήσεων μέσω τοπικής φορολογίας και οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία είναι καθαρά δημόσιο αγαθό και το κράτος έχει την υποχρέωση να το παρέχει στους πολίτες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου αυτού, έχουμε στην Μεγάλη Βρετανία, τη Σουηδία, την Ισπανία, τη Δανία, την Ιρλανδία, αλλά και στις χώρες του πρώην ανατολικού συνασπισμού.

Ένα ακόμη σύστημα που κατατάσσεται στα δημόσια, είναι το **σύστημα Samshon**, στο οποίο έχουμε πλήρης και αποκλειστική παρέμβαση του δημόσιου φορέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι φορείς, η διακίνηση και η χρηματοδότηση είναι κρατικό μονοπώλιο. Το σύστημα αυτό το συναντάμε στην Κούβα και ως ένα βαθμό στην Κίνα. Πλεονεκτήματα του Δημοσίου συστήματος είναι: η ισότιμη κάλυψη που παρέχει, η δίκαιη κατανομή των πόρων, η ενιαία κεντρική χρηματοδότηση, εκτός της θεραπείας έχει σαν προτεραιότητα την πρόληψη και αποκατάσταση, η αντικειμενικότητα στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και πλέον η διαπροσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή. Μειονεκτήματα του συστήματος αυτού είναι: η γραφειοκρατία, τα φαινόμενα επαγγελματικής χαλαρότητας (έλλειψη κινήτρου λόγω καθολικών παροχών), περιορισμοί στην επιλογή του φορέα παροχής φροντίδας υγείας και η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών διοίκησης.

Τέλος, έχουμε τα **Μικτά συστήματα** τα οποία είναι και αυτά που εφαρμόζονται κατά κύριο λόγο σήμερα, από την άποψη ότι και το ιδιωτικό αλλά και το δημόσιο σύστημα διαμορφώνουν τη λειτουργία τους, «κλέβοντας» στοιχεία το ένα από το άλλο, ώστε να μειώσουν όσο γίνεται τα αρνητικά χαρακτηριστικά τους. Για παράδειγμα η Αμερική (φιλελεύθερο σύστημα) έχει υιοθετήσει κάποιες νησίδες κρατικής παρέμβασης για τους οικονομικά ασθενέστερους, ενώ από την άλλη πλευρά στην Μεγάλη Βρετανία βλέπουμε την εισαγωγή στο σύστημα κανόνων ώστε να λειτουργήσει ο ανταγωνισμός της ελεύθερης αγοράς για μείωση του κόστους. Είναι δύσκολο να εκτιμηθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτών των συστημάτων, διότι κάθε μικτό σύστημα έχει μοναδικές ιδιαιτερότητες και δεν μπορούμε να κάνουμε γενικευμένες θεωρίες. Μπορούμε όμως να πούμε ότι βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική

ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και το κράτος οργανώνει, καθορίζει στρατηγικές και καλύπτει οικονομικά κενά όπου χρειάζεται. Τέτοια συστήματα εφαρμόζονται σήμερα στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι οι Κυβερνήσεις αναπτύσσουν συστήματα υγείας όχι με βάση κάποια συγκεκριμένη επιτυχημένη συνταγή, αλλά προσαρμόζουν το σύστημα στις ανάγκες της χώρας, ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες. Έτσι, η εξέλιξη ενός συστήματος γίνεται με βελτιωτικό τρόπο συνήθως πάνω στο ήδη υπάρχον σύστημα. Για αυτό τον λόγο, παρατηρείται αύξηση των κρατικών δαπανών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, που είναι κύριος εκπρόσωπος του φιλελεύθερου μοντέλου, αλλά και αύξηση του ποσοστού των ιδιωτικών δαπανών στη Γερμανία που ακολουθεί τα πρότυπα του Δημοσίου συστήματος υγείας. Σίγουρα οι δαπάνες παίζουν σημαντικό ρόλο για ένα καλύτερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αλλά δυστυχώς δεν είναι το μοναδικό κριτήριο για την ύπαρξη μιας αποτελεσματικής δομής ενός συστήματος υγείας.

Αυτό το οποίο μπορεί να μας διαφωτίσει όσον αφορά τους σημερινούς στόχους των συστημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, είναι η παγκόσμια έκθεση υγείας του 2008, του παγκόσμιου οργανισμού υγείας. Δεν είναι τυχαίο ότι η έκθεση έχει τίτλο *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Τώρα περισσότερο από ποτέ*, ο τίτλος αυτός θέλει να μας τονίσει την ανάγκη που υπάρχει για την ίσως πιο απλή μορφή παροχής φροντίδας. Ορισμένες διαπιστώσεις από έρευνες που έχουν γίνει και παρουσιάζονται στην έκθεση, είναι ότι τα συστήματα υγείας αυτή την στιγμή δεν βρίσκονται σε καθόλου καλό επίπεδο σε σχέση με τις δυνατότητες των χωρών παγκοσμίως. Σαν πρώτο και κύριο βήμα στην αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, είναι η αναδιοργάνωση και η **εστίαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**, με σκοπό την άμεση παροχή φροντίδας υγείας για όλους. Σε αυτή την βάση, όπως βλέπουμε στο σχήμα 1.2, υπάρχουν τέσσερα κομμάτια που συνθέτουν το «παζλ» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αυτά είναι:

- 1) Αναδιαμόρφωση της καθολικής κάλυψης, για βελτίωση της δικαιοσύνης υγείας (ισότητα κάλυψης),
- 2) Αναδιοργάνωση της διανομής υπηρεσιών, ώστε τα συστήματα υγείας να γίνουν ανθρωπο-κεντρικά (να εστιάσουν στον άνθρωπο),
- 3) Διοικητικές αλλαγές, για να γίνουν οι αρχές της υγείας πιο αξιόπιστες,
- 4) Δημόσια πολιτική που να διαφημίζει και να προστατεύει την υγεία των κοινοτήτων.

Σχήμα 1.2: Διαμόρφωση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



Πηγή : Έκθεση Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας 2008

Εκτός από τα παραπάνω, σε ένα ακόμη στοιχείο που εστιάζει η έκθεση του 2008 του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, είναι η ευελιξία που χρειάζεται να αποκτήσουν τα συστήματα υγείας στον τρόπο λειτουργίας τους και να εστιάσουν όσο γίνεται στην κοινωνική δικαιοσύνη. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι υπάρχει έλλειψη στο συγκεκριμένο κομμάτι παροχής φροντίδας υγείας, που αντικειμενικά υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης του, ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες. Από την άλλη πλευρά, οι βελτιώσεις αυτές θα ωφελήσουν και τις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, παράλληλα με προγράμματα στήριξης τους, όπως προβλέπεται από τους αναπτυξιακούς στόχους του παγκόσμιου οργανισμού υγείας.

1.2 Η οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων

Το Νοσοκομείο στην εποχή της επικράτησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της βιογενετικής, αποτελεί το θεμελιώδη δομικό λίθο του Συστήματος Υγείας. Αποτελεί το βασικό υποσύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, με κύριο στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων, και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Παράλληλα, είναι το κέντρο ανάπτυξης έρευνας και εξειδίκευσης των ανθρώπινων πόρων του συστήματος υγείας. Το νοσοκομείο, με την άσκηση της εν λόγω πολιτικής, αποτελεί συνέχεια και συμπληρωματικό μηχανισμό του συστήματος εκπαίδευσης, σε κάθε χώρα, για τα επαγγέλματα υγείας.

Η **νομική μορφή** του νοσοκομείου διαφοροποιεί τους ανωτέρω στόχους, που εξαρτώνται, εάν το νοσοκομείο είναι δημόσιος οργανισμός, δηλαδή Ν.Π.Δ.Δ.(Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου) ή ιδιωτική επιχείρηση. Η νομική μορφή του νοσοκομείου αντανακλά αφενός μεν, το ιδιοκτησιακό καθεστώς του, δηλαδή, εάν ο ιδιοκτήτης είναι το κοινωνικό σύνολο και διαχειριστής το κράτος ή εάν έχει ιδιώτη ιδιοκτήτη και αφετέρου, το σκοπό ίδρυσης και λειτουργίας του, δηλαδή, εάν στοχεύει αποκλειστικά στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού χωρίς ο επενδυτικός αυτός στόχος να έχει κερδοσκοπική κατεύθυνση, ή εάν στοχεύει στην κάλυψη της ζήτησης αναγκών υγείας με στόχο αποκλειστικά το κέρδος.

Οι **στόχοι** κάθε νοσοκομειακής μονάδας επιτυγχάνονται με τον κατάλληλο συνδυασμό των παραγωγικών συντελεστών δηλαδή με τις εισροές όπως, ανθρώπινοι πόροι, υλικοί πόροι, τεχνολογικές μέθοδοι και οικονομικοί πόροι. Θα χαρακτηρίζαμε το «νοσοκομειακό υποσύστημα» ως οικονομική μονάδα, ως μονάδα εντάσεως εργασίας επειδή η προσφορά υπηρεσιών βασίζεται κατά κύριο λόγο στο εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό του. Η προσφορά αυτή εντάσσεται στην παραγωγή υπηρεσιών και εξ' αυτού τα νοσοκομεία ανήκουν στον τριτογενή τομέα της οικονομίας. Λόγω του μεγάλου αριθμού απασχολούμενων, κατατάσσονται στις μεγάλες επιχειρησιακές μονάδες (οργανισμούς) της χώρας.

Σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από τη νομική μορφή, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, το μέγεθος, την περιοχή ή το χρονικό διάστημα ίδρυσης, οι νοσοκομειακές μονάδες υποχρεούνται να συνδυάζουν και να αξιοποιούν τους συντελεστές παραγωγής προκειμένου να πετύχουν συγκεκριμένη παραγωγική λειτουργία προς την επίτευξη των στόχων που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Οι νοσοκομειακές μονάδες για την επίτευξη της παραγωγικής τους λειτουργίας αναπτύσσουν παράλληλα οικονομικές, διοικητικές, θεσμικές και άλλες λειτουργίες.

Καμία επιχειρησιακή μονάδα, με την ευρεία έννοια του όρου επιχείρηση, δεν μπορεί να πετύχει οποιαδήποτε παραγωγική λειτουργία χωρίς:

- την επίτευξη καταμερισμού των επιμέρους εργασιών των Διευθύνσεων, Τομέων και Τμημάτων της,
- το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό κάθε επιμέρους παραγωγικής διαδικασίας,
- τη δυνατότητα να διαπιστώνει τα σημεία ευθύνης των απασχολούμενων, την περιγραφή των καθηκόντων τους ή ακόμα

- να οριοθετεί τον τρόπο λήψης των αποφάσεων στην ιεραρχική και πυραμιδική διοικητική της δομή.

Η επιτυχής **παραγωγική λειτουργία**, δηλαδή, η επίτευξη προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών και κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, διέρχεται από τη συστηματική μελέτη του Διοικητικού και Οργανωτικού πλαισίου του Νοσοκομείου δηλαδή, απαιτεί:

1. τον προσδιορισμό των οργάνων Διοίκησης και των αρμοδιοτήτων τους, καθώς και των πεδίων ευθύνης της ιεραρχικής πυραμίδας
2. την πλήρη οργανωτική διάρθρωση και τμηματοποίηση της επιχειρησιακής αυτής μονάδας και
3. τη λειτουργική και διοικητική αλληλοσύνδεση και αλληλεξάρτηση των Διευθύνσεων, Τομέων και Τμημάτων

1.2.1 Η Διάρθρωση του Νοσοκομείου

Κάθε Οργανισμός, ανάλογα με το μέγεθος του, αποτελείται από Διευθύνσεις, Τομείς, Τμήματα και Αυτοτελείς Μονάδες.

- Πώς οργανώνονται αυτές οι μονάδες;
- Ποιά είναι η λειτουργική τους σύνδεση;
- Ποιά είναι τα όρια ευθύνης τους;
- Ποιος τις εποπτεύει;
- Ποιος τις ελέγχει;

Τα ανωτέρω ερωτήματα βρίσκουν απαντήσεις μέσω του εννοιολογικού προσδιορισμού της οργάνωσης.

«Με την Οργάνωση επιδιώκεται ο καταμερισμός των θεμελιωδών λειτουργιών μιας επιχειρησιακής μονάδας μεταξύ τμημάτων και απασχολούμενων, δηλαδή, μεταξύ Διευθύνσεων, Τομέων, Τμημάτων, και εξειδικευμένου ανθρωπίνου δυναμικού, ανάλογα με τα ιεραρχικά του καθήκοντα, προσδιορίζοντας παράλληλα το εύρος αυτών των καθηκόντων.»²

Η επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου επιτυγχάνεται, μέσω του προγραμματισμού και σχεδιασμού του τρόπου οργάνωσης της εργασίας προς υλοποίηση του επιθυμητού

² ΓΟΥΛΑ Β. ΑΣΠΑΣΙΑ (2007). Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου, Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

αποτελέσματος. Η αλληλοσύνδεση και αλληλεξάρτηση των επιμέρους εργασιών, το εύρος των εργασιών κάθε τμήματος και κάθε ατόμου, διαμορφώνουν κάθε φορά τις σχέσεις εξουσίας και συνεργασίας μεταξύ των απασχολουμένων, σχέσεις που αποτυπώνονται στο Οργανόγραμμα μιας νοσοκομειακής μονάδας και καταδεικνύουν με σαφήνεια τα όρια των διοικητικών αυτών σχέσεων. Ο **οργανωτικός σχεδιασμός** ενός νοσοκομείου και η τμηματοποίηση του παρουσιάζονται στον οργανισμό στον οποίο διακρίνεται:

- α) η επωνυμία του,
- β) η νομική του μορφή,
- γ) η κατηγορία στην οποία ανήκει,
- δ) το επίπεδο περίθαλψης,
- ε) η γεωγραφική κάλυψη υγειονομικών αναγκών,
- στ) το σύνολο των υπηρεσιών του και
- δ) η διάρθρωση του.

Τέσσερις βασικές υπηρεσίες – διευθύνσεις που διαρθρώνουν ένα Νοσοκομείο είναι:

1. Η Ιατρική Υπηρεσία
2. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία
3. Η Διοικητική Υπηρεσία
4. Η Τεχνική – Ξενοδοχειακή Υπηρεσία

Η όλη δομή και ανάπτυξη των μονάδων του νοσοκομείου στηρίζεται στους τέσσερις αυτούς βασικούς άξονες. Και οι τέσσερις υπηρεσίες – διευθύνσεις, με τη δική τους δόμηση η καθεμία, υπάγονται στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Εκτός των ανωτέρω βασικών υπηρεσιών – διευθύνσεων, σε κάθε νοσοκομείο αναπτύσσονται αυτοτελή τμήματα και γραφεία τα οποία δεν υπάγονται στις τέσσερις διευθύνσεις αλλά υπάγονται κατευθείαν στο Διοικητή του Νοσοκομείου.

1.2.2 Όργανα Διοίκησης

Τα όργανα που απαρτίζουν ή που συνιστούν την ιεραρχική διοικητική πυραμίδα σε ένα Νοσοκομείο μπορούν να διακριθούν, λόγω της υψηλής επιστημονικής νοσοκομειακής λειτουργίας, σε αμιγώς διοικητικά και σε επιστημονικά όργανα που έχουν και διοικητικές ευθύνες. Η αναγκαιότητα της επιστημονικής τεκμηρίωσης κάθε λήψης απόφασης όπως για παράδειγμα, η προμήθεια ιδιαίτερα εξειδικευμένου βιοτεχνολογικού εξοπλισμού απαιτεί, όχι μόνο ιδιαίτερη οικονομική ανάλυση, όχι

μόνο γνώση του τρόπου και των διαδικασιών προμήθειας του εν λόγω εξοπλισμού, αλλά κυρίως επιστημονική τεκμηρίωση της αναγκαιότητας προμήθειας του εξοπλισμού αυτού. Είναι φανερό ότι χωρίς τη διοικητικό-επιστημονική αλληλεξάρτηση των οργάνων αυτών δεν μπορεί να επιτευχθεί καμία λήψη απόφασης.

Τα Διοικητικά Όργανα του Νοσοκομείου είναι:

- ◆ Το Διοικητικό Συμβούλιο
- ◆ Ο Διοικητής
- ◆ Ο Αναπληρωτής Διοικητής
- ◆ Οι Διευθυντές των τεσσάρων διευθύνσεων του νοσοκομείου
- ◆ Οι Διευθυντές των επιμέρους τμημάτων της ιατρικής υπηρεσίας
- ◆ Οι Υποδιευθυντές των διευθύνσεων του νοσοκομείου

Τα Επιστημονικά Όργανα του Νοσοκομείου είναι:

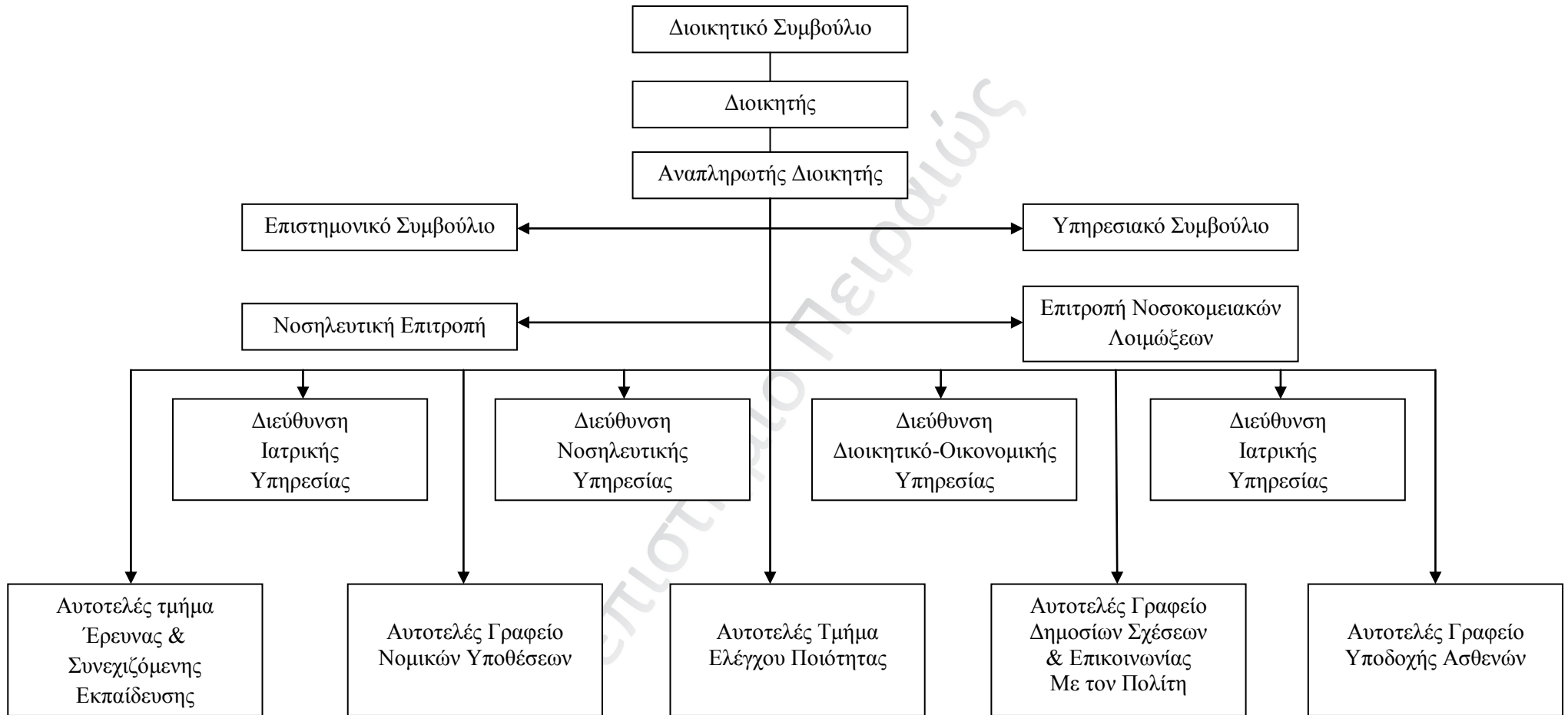
- ◆ Το Επιστημονικό Συμβούλιο

Άλλα Διοικητικό-Επιστημονικά Όργανα του Νοσοκομείου είναι:

- ◆ Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο
- ◆ Η Επιτροπή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων
- ◆ Η Νοσηλευτική Επιτροπή
- ◆ Η Ομάδα εκτίμησης και ελέγχου εφημερίας

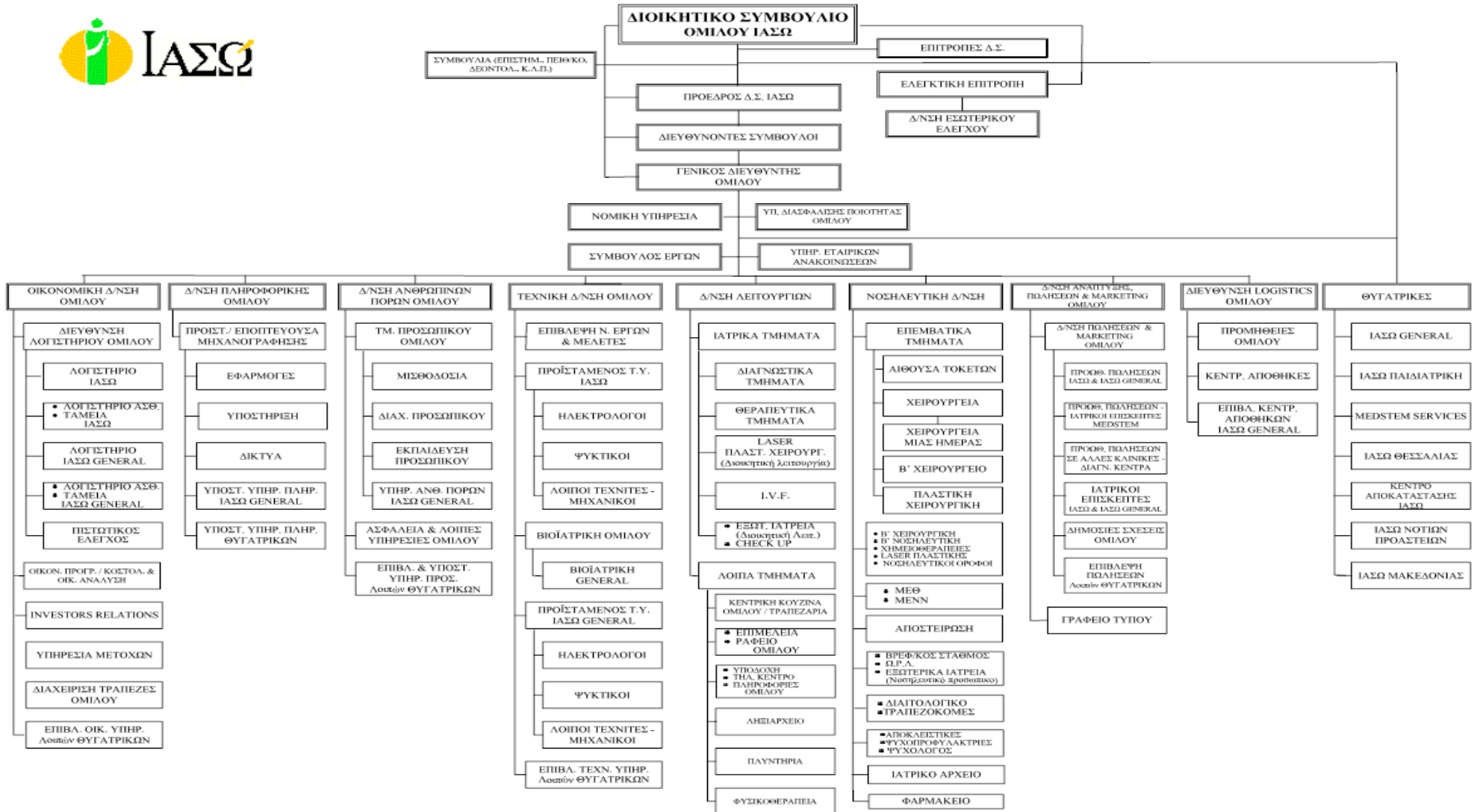
Στο σχήμα 1.3 βλέπουμε πώς διαμορφώνεται το Γενικό Οργανόγραμμα ενός νοσοκομείου και εν συνεχεία παραθέτουμε το αναλυτικό Οργανόγραμμα μίας Ιδιωτικής Μαιευτικής Κλινικής (Σχήμα 1.4). Τα οργανογράμματα παρουσιάζουν την ιεραρχική δομή που είναι ίδια σε σχεδόν όλα τα νοσοκομεία, αφού σπάνια εφαρμόζονται καινοτομίες στον τομέα αυτό. Το πώς εμπλέκονται οι δομές μεταξύ τους και το πώς λειτουργούν οι διαδικασίες, χρήζει ιδιαίτερης ανάλυσης και διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Τα διοικητικά μοντέλα δίνουν εν μέρει μία απάντηση στο παραπάνω ερώτημα.

Σχήμα 1.3: Γενικό Οργανόγραμμα Νοσοκομείου



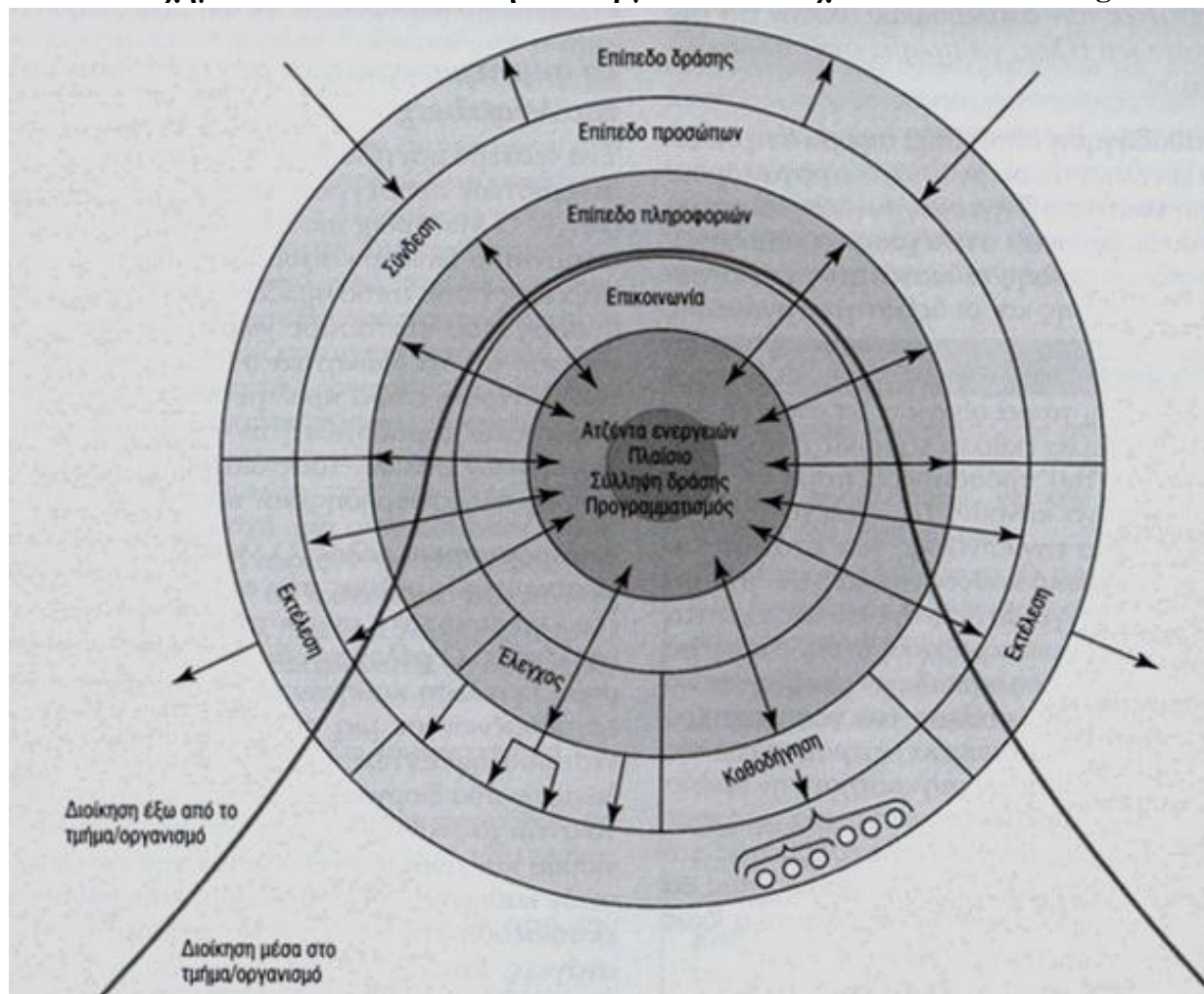
Πηγή: ΓΟΥΛΑ Β. ΑΣΠΑΣΙΑ (2007). Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου, Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Σχήμα 1.4: Οργανόγραμμα Ιδιωτικού Νοσοκομείου



Πηγή : www.iaso.gr

Σχήμα 1.5 : Μοντέλο διοικητικού έργου των στελεχών του H. Mintzberg



Πηγή: Mintzberg H., "Managing as blended care" Journal of Nursing Administration, 1994

1.2.3 Ένα σύγχρονο μοντέλο διοικητικού έργου των στελεχών

Ένα από τα πιο αντιπροσωπευτικά διοικητικά μοντέλα για νοσοκομεία είναι αυτό που πρότεινε ο Henry Mintzberg. Ο Mintzberg (1994) πρότεινε ένα νέο μοντέλο για να περιγράψει τις διοικητικές λειτουργίες που απεικονίζονται στο Σχήμα 1.5. Στο μοντέλο αυτό, το διοικητικό έργο υλοποιείται σε τρία επίπεδα που παριστάνονται με ομόκεντρους κύκλους: *πληροφόρηση*, *πρόσωπα* και *δράση*. Το διοικητικό στέλεχος, που βρίσκεται στο κέντρο, αναλαμβάνοντας τα καθήκοντα του επίσημου ρόλου του στη διοίκηση ενός τμήματος, μιας υπηρεσίας ή ενός οργανισμού (ανάλογα με το επίπεδο ιεραρχίας που βρίσκεται) κουβαλά μαζί του ένα σύνολο αξιών, εμπειριών, γνώσεων και ικανοτήτων. Σε πρώτη φάση, συλλαμβάνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα διοικήσει, το οποίο περιλαμβάνει το σκοπό της εργασίας, την απαιτούμενη εργασία, και τον τρόπο εκτέλεσής της. Στη συνέχεια η διοικητική λειτουργία περιλαμβάνει:

- Τη γνωστοποίηση και τον έλεγχο σε επίπεδο πληροφοριών.

- Την καθοδήγηση και τη σύνδεση σε επίπεδο προσώπων.
- Την εκτέλεση σε επίπεδο δράσης.

Το πρώτο επίπεδο διοικητικού έργου είναι η επεξεργασία πληροφοριών, που είναι το πιο αφηρημένο επίπεδο και περιλαμβάνει την επικοινωνία και τον έλεγχο. Η επικοινωνία αφορά στη λήψη και στην αξιοποίηση πληροφοριών μαζί με τους άλλους, ενώ ο έλεγχος είναι η χρησιμοποίηση των πληροφοριών για τη διαχείριση των εργασιών των άλλων.

Το δεύτερο επίπεδο αφορά στην καθοδήγηση και στη σύνδεση προσώπων προκειμένου να ενθαρρυνθούν να αναλάβουν δράση. Καθοδήγηση σημαίνει ενθάρρυνση και παροχή δυνατοτήτων σε άλλους -ατομικά, ή ομαδικά- για την ανάληψη αποτελεσματικής δράσης. Η σύνδεση είναι ο προσδιορισμός των δικτύων εκτός τμήματος, υπηρεσίας ή οργανισμού για να γνωστοποιήσει τις ανάγκες του, να αλληλοεπηρεάσει και να αλληλοεπηραστεί.

Στο τρίτο και πιο «χειροπιαστό» επίπεδο διοικητικού έργου, η εστίαση της προσοχής του στελέχους γίνεται στη διαχείριση της δράσης μέσω της εκτέλεσης. Η εκτέλεση περιλαμβάνει την πραγματοποίηση ενεργειών εποπτείας, όπως είναι η καθοδήγηση της αλλαγής, ο χειρισμός των συγκρούσεων και των απρόβλεπτων καταστάσεων, καθώς και η διαπραγμάτευση εξωτερικών συμφωνιών.

Χρησιμοποιώντας το παραπάνω πλαίσιο για να αναλύσει τα επίπεδα της νοσηλευτικής διοίκησης σε έναν οργανισμό υγείας, ο Mintzberg (1994) διαπίστωσε ότι οι ρόλοι που περιγράψαμε πιο πάνω αναμειγνύονται και σχηματίζουν τελικά ένα αρκετά περίπλοκο στυλ διοίκησης. Για την περαιτέρω κατανόηση της διοικητικής λειτουργίας του νοσοκομείου, θα δούμε παρακάτω τους ρόλους και τις λειτουργίες των διοικητικών στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

1.3 Ρόλοι και λειτουργίες των διοικητικών στελεχών της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Ο Αμερικανικός Οργανισμός Στελεχών Νοσηλευτικής Διοίκησης (American Organization of Nurse Executives, AONE) που είναι ένας οργανισμός για τα υψηλόβαθμα στελέχη, περιγράφει έξι ρόλους και λειτουργίες των υψηλόβαθμων στελεχών της νοσηλευτικής διοίκησης των νοσοκομείων (1992):

1. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι υπεύθυνα για την άριστη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε συγκεκριμένο τμήμα ή τομέα μέσα στα πλαίσια του

οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Για να ανταποκριθούν σ' αυτό το καθήκον, που είναι και το πιο βασικό, τα στελέχη έχουν την αρμοδιότητα να σχεδιάζουν και να υλοποιούν στρατηγικές και προγράμματα συνεπή προς τις πολιτικές, τους στόχους και τους σκοπούς του οργανισμού, αλλά και συνεπή προς τα επαγγελματικά πρότυπα και τους κανονισμούς και την κρατική νομοθεσία. Είναι υπεύθυνα για τη διατήρηση ενός ασφαλούς και φιλικού εργασιακού περιβάλλοντος που προάγει την εκπαίδευση και τη διατήρηση της υγείας. Επίσης, έχουν την ευθύνη της αξιολόγησης των αντιδράσεων των ασθενών και των οικογενειών τους προς τη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Η προαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας και η διασφάλιση ότι τα ευρήματα της θα ενσωματώνονται στην κλινική πρακτική αποτελεί επίσης ευθύνη τους.

2. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι υπεύθυνα για τη διαχείριση των ανθρώπινων, οικονομικών και λοιπών πόρων που είναι απαραίτητοι για τη νοσηλευτική πρακτική και τη φροντίδα των ασθενών. Λόγω του ότι γνωρίζουν καλύτερα το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας αντιμετωπίζουν ένα δύσκολο καθήκον. Επειδή οι νοσηλευτές είναι βασικοί φορείς παροχής της υγειονομικής περίθαλψης, η νοσηλευτική υπηρεσία δικαιούται να χρησιμοποιεί τους περισσότερους πόρους. Συνεπώς τα στελέχη είναι υπεύθυνα για την αποτελεσματική αξιοποίηση του προσωπικού, των μηχανημάτων, και των αναλώσιμων υλικών. Θα πρέπει να καταρτίζουν, να ελέγχουν και να τηρούν προϋπολογισμούς συνεπείς προς την πολιτική και την οικονομική κατάσταση του οργανισμού (δημοσίου ή ιδιωτικού). Επίσης, τα στελέχη θα πρέπει να διασφαλίσουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς, χρησιμοποιώντας με σύνεση τα διαθέσιμα μηχανήματα και τα υλικά. Είναι ευθύνη των στελεχών να ενημερώνουν τα μέλη του προσωπικού τους για τους περιορισμούς που αφορούν σε πόρους, να τα καθοδηγούν και να τα συμβουλεύουν κατάλληλα.

3. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι υπεύθυνα για τη διευκόλυνση της επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού. Για να συνεχίσουν να παρέχουν άριστη νοσηλευτική φροντίδα, οι νοσηλευτές και το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ικανοί να εκτελέσουν τα ανατεθέντα σ' αυτού καθήκοντα. Για το λόγο αυτό, τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι υπεύθυνα να φροντίζουν την τήρηση των επιπέδων ικανότητας και την απόκτηση νέων δεξιοτήτων, όταν αυτές απαιτούνται. Επίσης τα στελέχη παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξασφάλιση ενός

υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους φοιτητές της νοσηλευτικής και τους φοιτητές άλλων ειδικοτήτων από το χώρο της υγείας.

4. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι υπεύθυνα να διασφαλίσουν τη συμμόρφωση του νοσηλευτικού ιδρύματος προς τα επαγγελματικά, τα νομικά και τα κρατικά πρότυπα περίθαλψης. Η παροχή άριστης νοσηλευτικής και υγειονομικής περίθαλψης σημαίνει τη συμμόρφωση προς τα πρότυπα περίθαλψης. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας πρέπει να είναι ενημερωμένα, ώστε να είναι σε θέση να εξηγούν στο προσωπικό τα ισχύοντα πρότυπα περίθαλψης για να τα εφαρμόζουν.

5. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι υπεύθυνα για το στρατηγικό σχεδιασμό σε ότι αφορά τα νοσηλευτικά τμήματα, στους τομείς, αλλά και στον οργανισμό στο σύνολο του. Τα στελέχη θα πρέπει να ανακοινώνουν τη δύναμη του προσωπικού τους στο γενικό διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Επίσης, είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη και την υλοποίηση ενός στρατηγικού σχεδίου για το τμήμα τους που εναρμονίζεται με το σχεδιασμό του τομέα τους, αλλά και του οργανισμού. Τέλος, είναι υπεύθυνα για τη διευκόλυνση της υποστήριξης του προσωπικού για την εφαρμογή αυτού του στρατηγικού σχεδίου και την τροποποίηση του ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν από τις αλλαγές.

6. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι υπεύθυνα για τη διευκόλυνση των σχέσεων συνεργασίας ανάμεσα σε ειδικότητες/τμήματα, ώστε να διασφαλίζουν την αποτελεσματική προσφορά υγειονομικής περίθαλψης. Σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, οι σχέσεις συνεργασίας είναι απαραίτητες για την προσφορά αποτελεσματικής και οικονομικά συμφέρουσας περίθαλψης. Τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας που βασίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό και στην υποστήριξη. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά σε επιτροπές πολλών ειδικοτήτων που είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη προγραμμάτων υγειονομικής φροντίδας. Ο Mathena (2002) σε μια μελέτη του, ζήτησε από στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας να αναφέρουν ποιες δεξιότητες θεωρούσαν ότι ήταν πιο σημαντικές για την επιτυχία του ρόλου τους. Η επικοινωνία, η διαπραγμάτευση, η κριτική σκέψη, η ισορροπία ανάμεσα στην επαγγελματική και προσωπική ζωή και η διαχείριση των συγκρούσεων ήταν οι πιο συχνά αναφερόμενες δεξιότητες. Στη συνέχεια ζητήθηκε να εντοπίσουν εκείνες τις δεξιότητες, για τις οποίες χρειαζόνταν επαγγελματική ανάπτυξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας χρειαζόνταν ανάπτυξη για μια διαφορετική δέσμη δεξιοτήτων. Η ανάλυση της κατάστασης, η

διαχείριση δεδομένων, η ανάλυση κόστους και οφέλους, οι οικονομικές προβλέψεις και η οικονομική ανάλυση ήταν αυτές που ανέφεραν συχνότερα.

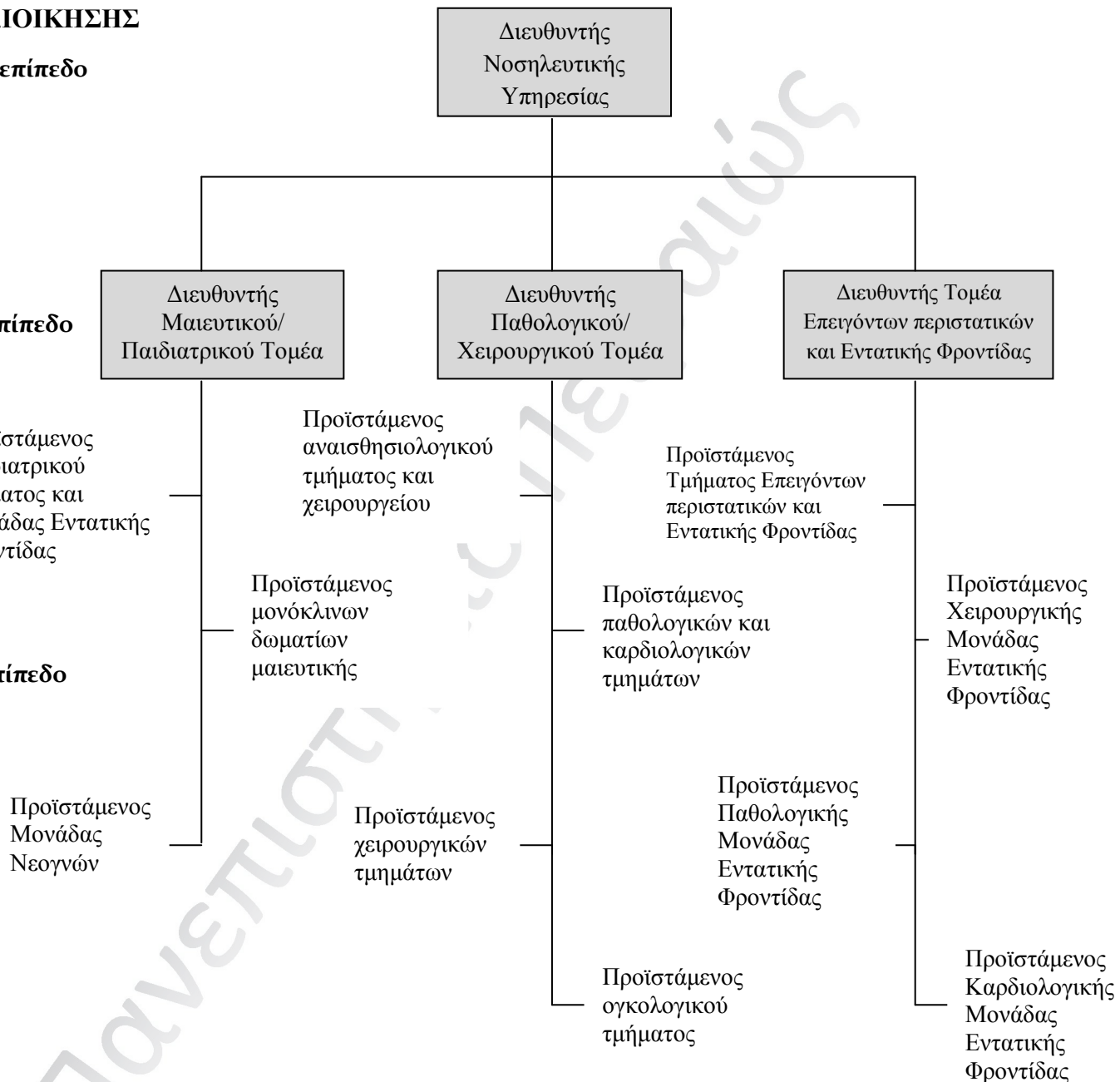
Σχήμα 1.6: Επίπεδα νοσηλευτικής διοίκησης σε ένα νοσοκομείο

ΕΠΙΠΕΔΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Ανώτερο επίπεδο

Μεσαίο επίπεδο

Πρώτο επίπεδο



Πηγή: American Organization of Nurse Executives, (1990). The role and function of the hospital nurse executive, American Hospital Association Advisory, Chicago

Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, κατά κανόνα χρησιμοποιούνται τρία επίπεδα διοίκησης: το πρώτο (προϊστάμενος), το μεσαίο (διευθυντής τομέα) και το ανώτερο (διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας) παρόλο που σήμερα υπάρχει η τάση για συνεχή προώθηση των διοικητικών αποφάσεων προς όλο και πιο χαμηλό επίπεδο. Στο σχήμα 1.6

παρουσιάζεται ένα ενδεικτικό οργανόγραμμα της νοσηλευτικής υπηρεσίας νοσοκομείου.

1.4 Ο ρόλος και η λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων μέσα σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο μόνος τρόπος για να γνωρίσει κάποιος τον εαυτό του, είναι να τον δει σε σχέση με το περιβάλλον του. Μόνο έτσι θα είναι σε θέση να γνωρίζει τι πρέπει να βελτιώσει και προς ποιά κατεύθυνση θα πρέπει να κινηθεί στρατηγικά. Όπως λέει και Sun Tzu («Τέχνη του Πολέμου»), αυτός που δεν γνωρίζει ούτε τον εαυτό, αλλά ούτε και τον εχθρό του, θα είναι σίγουρα ο ηττημένος. Πέρα από την εσωτερική λειτουργία των νοσοκομείων λοιπόν, καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία τους, παίζει και η εξωτερική λειτουργία. Η ανάλυση της ανταγωνιστικής θέσης στην αγορά, καθώς και η συμπεριφορά των καταναλωτών απέναντι στις στρατηγικές των διοικήσεων, είναι οι παράγοντες που καθορίζουν τον ρόλο των νοσοκομείων μέσα σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

1.4.1 Περιγραφή του Ανταγωνισμού

Η ίδια πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος της υγειονομικής φροντίδας που οδηγεί σε πολλαπλές αποστολές και αντικειμενικούς σκοπούς μάρκετινγκ απαιτεί, επίσης, πιο συστηματική και σύνθετη προσέγγιση για να περιγράψει τον ανταγωνισμό. Ως ανταγωνιστής συχνά περιγράφεται κάθε οργανισμός που μειώνει την πιθανότητα κάποιου άλλου να πραγματοποιήσει την ανταλλαγή του μάρκετινγκ που επιθυμεί. Παλαιότερα, για παράδειγμα, νοσοκομεία ανταγωνίζονταν άλλα νοσοκομεία και οίκοι ευγηρίας ανταγωνίζονταν άλλους οίκους. Όμως, ακόμα και έτσι, υπήρχε κάποια επικάλυψη μεταξύ τύπων των προμηθευτών. Μια ψυχιατρική μονάδα νοσοκομείου οξείας περίθαλψης μπορεί να έχει ανταγωνισθεί με ένα αυτόνομο ψυχιατρικό νοσοκομείο, ενώ φυσιοθεραπευτές, χειροπράκτες και ορθοπεδικοί χειρουργοί μπορεί να έχουν όλοι ανταγωνισθεί για τον ίδιο ασθενή με χρόνια οξύ πόνο στο κάτω μέρος της πλάτης.

Ο σχηματισμός συστημάτων διευρύνει τον αριθμό εκείνων που περιλαμβάνονται στον ορισμό των ανταγωνιστών. Επιπλέον, η αβεβαιότητα μελλοντικής ιδιότητας μέλους της οργανωμένης παροχής φροντίδας σε αυτά τα συστήματα καθιστά δύσκολο τον προσδιορισμό του σημερινού ανταγωνιστή αλλά και του μελλοντικού συνεργάτη.

Κάτι τέτοιο δυσκολεύει την επένδυση σε ανταγωνιστικές στρατηγικές θέσεις ή την ανάπτυξη ισχυρών σημείων και ικανοτήτων, με βάση τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του ανταγωνιστή³.

1.4.2 Ανάλυση της ανταγωνιστικής θέσης

Η ανάπτυξη μιας καλής στρατηγικής μάρκετινγκ απαιτεί την ανάλυση της ανταγωνιστικής θέσης του οργανισμού. Η ανάλυση με προσανατολισμό τον πελάτη είναι μια πιθανότητα και η προσέγγιση αυτή εμπλέκει τον καθορισμό των πελατών, ποιά προνόμια και αξίες αναζητούν, και πόσο καλά ο οργανισμός τα προσφέρει στους πελάτες, σε σύγκριση με τον ανταγωνισμό. Κατόπιν εάν ένας ή περισσότεροι ανταγωνιστές κάνουν καλύτερη δουλειά σε ότι αφορά την παροχή των επιθυμητών προνομίων προς τον πελάτη, ο οργανισμός ερευνά περαιτέρω για να καθορίσει ποιές από τις δραστηριότητες χρειάζεται να αντιγράψει ή, αν είναι δυνατόν, να ξεπεράσει ώστε να φτάσει ή να υπερβεί τον ανταγωνισμό.

Η ανάλυση με προσανατολισμό τον ανταγωνιστή, είναι μια δεύτερη μορφή ανταγωνιστικής ανάλυσης που εμπλέκει τη θέσπιση ορίων. Με αυτή την τεχνική ο οργανισμός τακτικά συγκρίνει την απόδοσή του, αναφορικά με αυτά που επιθυμεί ο πελάτης, έναντι του «αδεατού». Η θέσπιση συγκριτικών ορίων επιτρέπει στον οργανισμό να έχει μία αίσθηση των πλαισίων μέσα στα οποία δραστηριοποιείται, παρέχοντας στον οργανισμό απαντήσεις σε ερωτήματα του είδους: Πού βρισκόμαστε στην αγορά; Πόσο πίσω από τους ισχυρότερους ή τους καλύτερους ανταγωνιστές βρισκόμαστε; Πόσο θα μας κοστίσει για να φτάσουμε σε ένα ίσο επίπεδο απόδοσης με τους καλύτερους ανταγωνιστές μας;

Ένα άλλο, χρήσιμο εργαλείο είναι ένας χάρτης αντίληψης. Κατά μήκος μίας απεικόνισης δύο αξόνων ένας οργανισμός τοποθετεί τον εαυτό του και τους ανταγωνιστές του σύμφωνα με τις μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν οι δύο αυτοί άξονες (Σχήμα 1.7). Παραδείγματος χάριν, οι καταναλωτές συχνά συγκρίνουν τα νοσοκομεία με βάση του κατά πόσον είναι πανεπιστημιακά νοσοκομεία (ή κατά πόσον παρέχουν τριτοβάθμια περίθαλψη) ή κοινοτικά νοσοκομεία (τα οποία παρέχουν μη τριτοβάθμια βασική επείγουσα περίθαλψη). Επίσης, συχνά συγκρίνουν νοσοκομεία με βάση την αμεσότητα και τη θερμή ανταπόκριση του νοσηλευτικού και βοηθητικού

³ Lawrence F. Wolper (2001). ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, Τόμος Α', Εκδόσεις Mediforce, Παπάγου (Αθήνα)

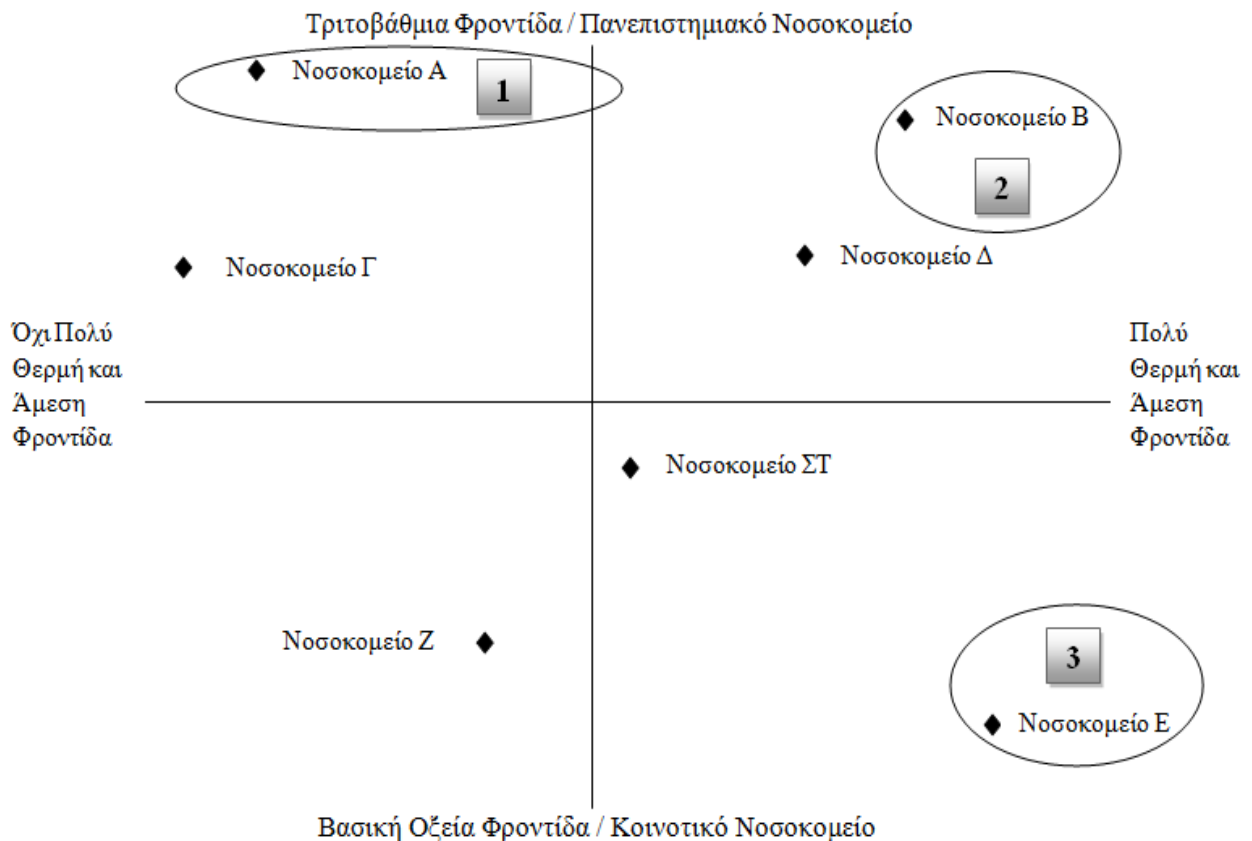
προσωπικού τους. Μέσω της έρευνας αγοράς, ένα νοσοκομείο μπορεί να ερωτήσει ένα δείγμα καταναλωτών, στην περιοχή που παρέχει τις υπηρεσίες του, προκειμένου να κατατάξουν το νοσοκομείο αυτό και τους ανταγωνιστές του με βάση αυτά τα δύο χαρακτηριστικά. Κατόπιν, χρησιμοποιώντας τα ευρήματα αυτής της έρευνας, το νοσοκομείο μπορεί να τοποθετήσει όλα τα νοσοκομεία που οι καταναλωτές βαθμολόγησαν κατά μήκος αυτών των δύο αξόνων (Σχήμα 1.7). Επιπλέον, το νοσοκομείο μπορεί, με συμπληρωματική έρευνα, να καθορίσει που τοποθετούνται οι ομάδες των καταναλωτών στην αγορά. Παραδείγματος χάριν, οι άνθρωποι μέσα στο οβάλ σχήμα με τον αριθμό 1 ενδιαφέρονται κατ' αρχήν να είναι σε ένα νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας ή πανεπιστημιακό, έστω και αν αυτό σημαίνει ότι δεν θα γίνουν αποδέκτες της φιλικότερης ή θερμότερης φροντίδας. Για αυτούς, ένα κοινοτικό νοσοκομείο, όπως τα νοσοκομεία Ε, ΣΤ, Ζ, δεν θα είναι ικανοποιητικά. Αυτοί που περιλαμβάνονται μέσα στο οβάλ σχήμα με τον αριθμό 3, προτιμούν να πηγαίνουν στο τοπικό, κοινοτικό νοσοκομείο. Αυτοί φανερά εμπιστεύονται το κοινοτικό νοσοκομείο για την παροχή επαρκούς οξείας φροντίδας και επιθυμούν την αμεσότητα και τη ζεστασιά που αισθάνονται πως ένα τέτοιο νοσοκομείο είναι περισσότερο πιθανό να παρέχει. Ξεκάθαρα, αυτό θα είναι η ομάδα του πληθυσμού στην οποία θα άρεσε το νοσοκομείο Ε. Εκείνοι περιλαμβάνονται μέσα στο οβάλ σχήμα με τον αριθμό 2 δεν επιθυμούν να θυσιάσουν την άμεση και ζεστή φροντίδα, ούτε όμως θέλουν να παραιτηθούν από τη δυνατότητα λήψης τριτοβάθμιας φροντίδας. Το νοσοκομείο Β καλύπτει περισσότερο τις ανάγκες τους, ακολουθούμενο από το νοσοκομείο Δ. Συγκρίνοντας τις θέσεις των καταναλωτικών ομάδων με τις θέσεις των διαφόρων νοσοκομείων στο χάρτη αντίληψης, γίνεται φανερό ότι τα νοσοκομεία Γ, ΣΤ, Ζ, μπορεί να επιθυμούν να τροποποιήσουν την κατάταξη τους μέσα στην αγορά, για να προσελκύσουν ένα μεγαλύτερο μέρος των υφισταμένων ομάδων.

1.4.3 Συμπεριφορά καταναλωτή

Οι αγορές αρέσκονται να λένουν ότι τρεις παράγοντες ενδιαφέρουν τους καταναλωτές και συνεπώς, μπορούν να ενεργήσουν διαφοροποιητικά: το κόστος, η ποιότητα και η πρόσβαση. Υπάρχει κατακερματισμός σε ότι αφορά τον ορισμό της ποιότητας μεταξύ των αποτελεσμάτων διαφόρων μελετών και της άποψης των καταναλωτών υγειονομικής φροντίδας. Τα μέσα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που είναι τώρα καθιερωμένα στη βιβλιογραφία του μάρκετινγκ των υπηρεσιών δεν είναι εφαρμόσιμα ιδιαίτερος καλά στους διαφόρους τύπους υγειονομικού περιβάλλοντος.

Ακόμη και ο ορισμός της πρόσβασης μπορεί να σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους.

Σχήμα 1.7: Χάρτης Αντίληψης



Πηγή: Lawrence F. Wolper (2001). ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, Τόμος Α', Εκδόσεις Mediforce, Παπάγου (Αθήνα)

Ένα άτομο μπορεί να εννοεί την πρόσβαση ως ικανότητα να κλείσει αυθημερόν ένα ραντεβού με ιατρό, κάποιος άλλος μπορεί να την εννοεί ως την ικανότητα να δει έναν ειδικό όποτε θελήσει και ένας τρίτος μπορεί να ορίζει την πρόσβαση ως την ικανότητα να βρει έναν ιατρό που θα ενδιαφέρεται για νέους ασθενείς και του οποίου το γραφείο θα βρίσκεται σε απόσταση μικρότερη των 30 λεπτών.

Σαφώς, αυτοί και οι άλλοι παράγοντες μπορούν να διαφοροποιήσουν έναν προμηθευτή ή ασφαλιστή από κάποιον άλλο. Για ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης, η σύνθεση των πακέτων παροχών αποτελεί πηγή διαφοροποίησης. Μήπως περιλαμβάνει την κάλυψη των φαρμάκων; Μήπως επιτρέπει την αυτο-παραπομπή σε ένα μαιευτήρα-γυναικολόγο; Σε ποιά νοσοκομεία μπορούν τα μέλη να εισαχθούν; Πολλές από αυτές τις παροχές μπορεί να επιτρέπουν τη διαφοροποίηση

μεταξύ των προγραμμάτων και να δίνουν στον καταναλωτή (και τον εργοδότη) μία πραγματική επιλογή. Σε γεωγραφικές περιοχές όπου τα πακέτα παροχών διαφορετικών προγραμμάτων υγειονομικής φροντίδας, καθώς και η λίστα των ιατρών και των συμβεβλημένων νοσοκομείων είναι σχεδόν ίδια, οι καταναλωτές που ζητούν σημεία διαφοροποίησης μεταξύ προγραμμάτων θα πρέπει να βασιστούν περισσότερο στην ικανοποίηση και τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών, στη γεωγραφική θέση των ιατρών και των υποδομών, καθώς επίσης και σε άλλους παράγοντες που το πρόγραμμα επιλέγει να ένα γυμναστήριο. Οι επιπτώσεις για τους υπεύθυνους μάρκετινγκ είναι ότι πρέπει να ενεργούν σε εκείνες τις περιοχές όπου μπορούν να διαφοροποιούνται αποτελεσματικά.

1.4.4 Ικανοποίηση Πελατών

Πολλοί από τους περιφερειακούς και εθνικούς υγειονομικούς οργανισμούς πιστοποίησης, απαιτούν από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας την πιστοποίηση, προκειμένου να μπορούν να συλλέγουν και να μοιράζονται πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των πελατών τους. Η προφανής αιτία είναι ότι οι οργανισμοί θέλουν και πρέπει να ικανοποιούν τους πελάτες τους. Όμως, δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο εάν η ικανοποίηση των πελατών συσχετίζεται με τη διατήρηση της πελατείας, με άλλα λόγια, οι ικανοποιημένοι πελάτες είναι και πιστοί πελάτες; Υπάρχει ανέκδοτη πληροφόρηση, σύμφωνα με την οποία η συσχέτιση μπορεί να μην είναι τόσο υψηλή όσο θα αναμενόταν.

1.4.5 Μάρκετινγκ με βάση τα δεδομένα

Η πραγματοποίηση μιας σωστής μελέτης μάρκετινγκ βασίζεται πάντα στη χρήση δεδομένων. Μία λειτουργία μάρκετινγκ που υποστηρίζεται πλήρως γίνεται αποδέκτης των εργαλείων με τα οποία θα πραγματοποιήσει το σκοπό της. Η παροχή ανεπαρκών δεδομένων, είτε για την απόκτηση και ανάλυση εσωτερικών δεδομένων, είτε για την ανάλυση της αγοράς, είτε για την ανάλυση δεδομένων της αγοράς, του ανταγωνισμού και άλλων εξωτερικών δεδομένων επηρεάζουν την καρδιά της λειτουργίας του μάρκετινγκ. Οι οργανισμοί ιατρικών υπηρεσιών που ευελπιστούν να ανθίσουν στο μέλλον, πρέπει να αναμένουν την ένταξη του μάρκετινγκ όχι μόνο ως δημιουργική λειτουργία, αλλά και ως αναλυτική και στρατηγική λειτουργία που βασίζεται σε δεδομένα.

Η επιτυχία ενός νοσοκομείου σίγουρα κρίνεται από πολλούς παράγοντες. Η εστίαση στα λειτουργικά προβλήματα διοίκησης, αφορά στην καρδιά της εσωτερικής λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως, ότι ένα ιδιωτικό νοσοκομείο με άριστη λειτουργία χωρίς ασθενείς, δεν μπορεί να συνεχίσει τη λειτουργία του. Άρα, ανάλογο βάρος θα πρέπει να δοθεί και στο κομμάτι της προσέλκυσης του κοινού, και όχι μόνο στην άριστη εξυπηρέτηση τους. Βέβαια, η εξυπηρέτηση είναι αυτή που διαφοροποιεί κάθε νοσοκομείο σε επίπεδο παροχής υγειονομικής φροντίδας και εκεί, είναι που ξεκινούν τα προβλήματα για τις διοικήσεις των νοσοκομείων. Προβλήματα που πηγάζουν από διοικητικά λάθη, έχουν άμεση επίπτωση στην εξυπηρέτηση και τη γενικότερη λειτουργία ενός νοσοκομείου.

Στο πρώτο κεφάλαιο είδαμε πως εξελίχθηκαν τα συστήματα υγείας, την οργανωτική διάρθρωση ενός νοσοκομείου, τους ρόλους και τις λειτουργίες των διοικητικών στελεχών, όπως επίσης και τον ρόλο και λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων μέσα σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Πιο αναλυτικά, έγινε περιγραφή του ανταγωνισμού, ανάλυση της ανταγωνιστικής θέσης, της συμπεριφοράς του καταναλωτή, της ικανοποίησης των πελατών και του Μάρκετινγκ με βάση τα δεδομένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

2.1 Οικονομικά δεδομένα του κλάδου των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα

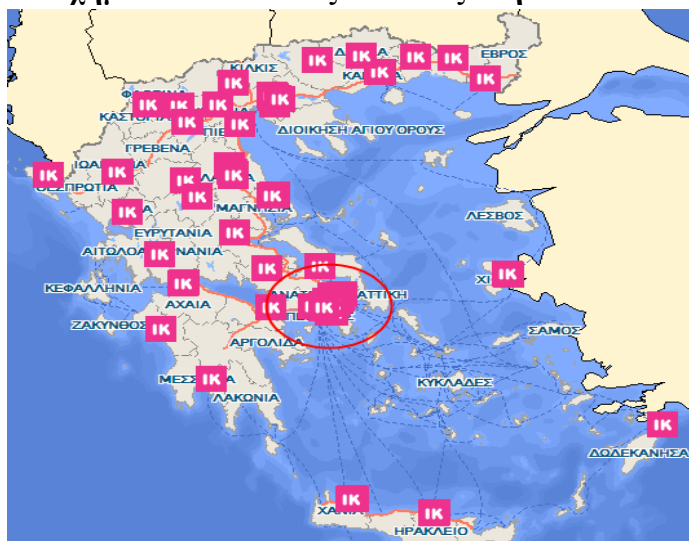
Σύμφωνα με τη διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας, ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τα Διαγνωστικά Κέντρα και τα Θεραπευτήρια (γενικές και μαιευτικές κλινικές), τα οποία συγκαταλέγονται αντίστοιχα στην Πρωτοβάθμια και στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η παρούσα μελέτη εστιάζεται στη διερεύνηση της αγοράς των εν λόγω υπηρεσιών, εξετάζοντας τη γεωγραφική κατανομή τους, τα έσοδα τους, το μέγεθος των δαπανών και την σύγκριση τους σε διεθνές επίπεδο. Με όλα τα παραπάνω, θέλουμε να εξετάσουμε τη σημαντικότητα του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας μέσα στο ελληνικό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ιδιαίτερα, να δούμε τον ρόλο της αγοράς στην περιοχή της Αττικής και κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες του κοινού που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες της. Σε επόμενο κεφάλαιο θα αναλυθούν οι πηγές προβλημάτων στη διοικητική λειτουργία των εν λόγω οργανισμών.

Τα τελευταία κυρίως χρόνια ο κλάδος χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανακατατάξεις λόγω των εξαγορών και συγχωνεύσεων μεταξύ εταιρειών των τριών ευρύτερων τομέων δραστηριότητας (γενικές κλινικές, μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα). Αποτέλεσμα της τάσης αυτής, είναι η επικράτηση πολυδύναμων επιχειρηματικών ομίλων παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οι οποίοι προσφέρουν πλήρες εύρος υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων υγείας, είναι ιδιαίτερα έντονος τα τελευταία κυρίως χρόνια και εστιάζεται στην ανανέωση του ιατρο-τεχνολογικού εξοπλισμού, στο εύρος, στην αναβάθμιση της ποιότητας, στην ταχύτητα των παρεχομένων υπηρεσιών, στην επέκταση του δικτύου (παρουσία σε περισσότερες περιοχές), αλλά και στη συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα υγείας στις διάφορες χώρες της Ε.Ε., οι οποίες συνδυάζονται τόσο με δημογραφικούς παράγοντες, όσο και με τη μείωση του κρατικού παρεμβατισμού αλλά και την εξέλιξη της τεχνολογίας. Σε αρκετές χώρες της Ε.Ε., η ιδιοκτησία των

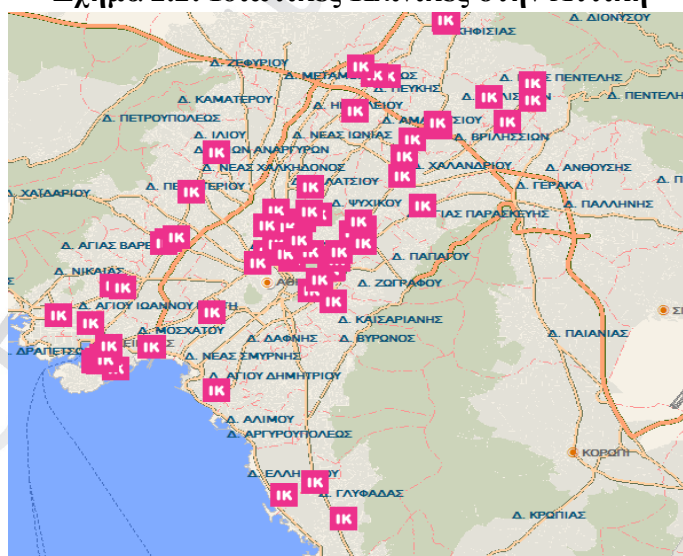
ιδιωτικών θεραπευτηρίων μεταβιβάζεται σταδιακά από ομάδες ιατρών σε μεγάλους χρηματοοικονομικούς ομίλους ή ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι με τη σειρά τους εισάγουν σύγχρονες μεθόδους προώθησης πωλήσεων με γνώμονα την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών.

Σχήμα 2.1: Ιδιωτικές Κλινικές στην Ελλάδα



Πηγή: www.ygeianet.gov.gr/index.aspx

Σχήμα 2.2: Ιδιωτικές Κλινικές στην Αττική



Πηγή: www.ygeianet.gov.gr/index.aspx

Οι παραπάνω εικόνες (Σχήμα 2.1, Σχήμα 2.2) προέρχονται από τον υγειονομικό χάρτη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αφορούν Ιδιωτικές Κλινικές. Στο Σχήμα 2.1 βλέπουμε ένα γενικό πλάνο της Ελλάδας, ενώ στο Σχήμα 2.2 βλέπουμε τις ιδιωτικές κλινικές στην Αττική. Είναι ολοφάνερο πως οι ιδιωτικές κλινικές είναι συγκεντρωμένες στην Αττική, αφού καλύπτουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό επί του συνόλου των ιδιωτικών κλινικών σε ολόκληρη την Ελλάδα. Αυτό

σημαίνει ότι εξυπηρετούν και το μεγαλύτερο κομμάτι των ασθενών που επιλέγουν μία ιδιωτική κλινική για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο παραπάνω συλλογισμός επιβεβαιώνεται και από το Διάγραμμα 2.1, όπου η Αττική παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκέντρωση ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών.

Διάγραμμα 2.1: Γεωγραφική διασπορά ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών



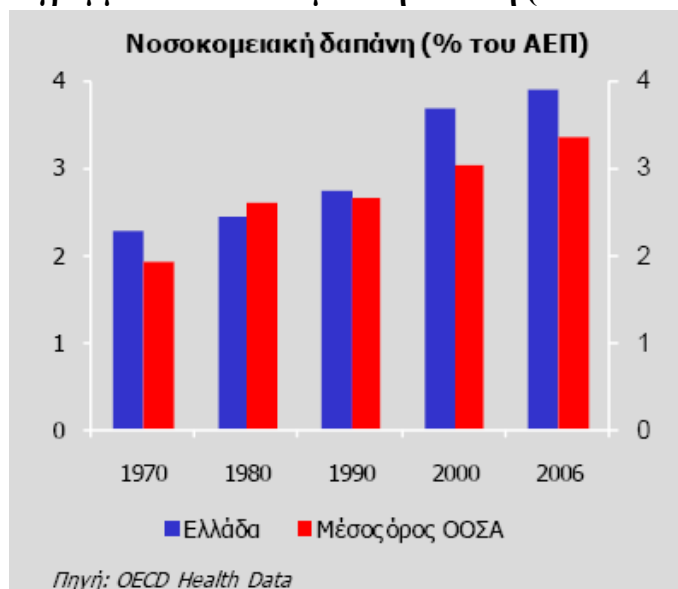
Από τα παραπάνω, επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση ότι η αγορά της Αττικής καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής αγοράς υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Σίγουρα λοιπόν, αξίζει να αναλυθεί ο τρόπος λειτουργίας τους, αλλά και το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν. Πολλές φορές, τα ιδιωτικά νοσοκομεία αποτελούν μονόδρομο για συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών. Οι λόγοι μπορεί να είναι πολλοί, όπως:

- Μη ύπαρξη συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών σε δημόσιο νοσοκομείο
- Ύπαρξη επείγουσας ανάγκης για συγκεκριμένες ιατρικές υπηρεσίες, μη δυνατότητα αναμονής για εξυπηρέτηση από δημόσιο φορέα
- Επιλογή συγκεκριμένου ιατρού που συνεργάζεται μόνο με κλινική του ιδιωτικού τομέα
- Καλύτερη ποιότητα ξενοδοχειακών υπηρεσιών, μεγαλύτερη ασφάλεια από λοιμώξεις
- Καλύτερος τεχνολογικός εξοπλισμός σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία
- Ελληνικό σύνδρομο «αφού όλοι εκεί πάνε», ισχύει κυρίως για τα μαιευτήρια
- Κάλυψη από ασφαλιστική εταιρεία μόνο σε συγκεκριμένο ιδιωτικό νοσοκομείο

Δεν μπορούμε λοιπόν, να βλέπουμε τα ιδιωτικά νοσοκομεία ως επιλογή από πλευράς των ασθενών, γιατί δεν είναι πάντα έτσι.

Τα παρακάτω διαγράμματα μας δείχνουν την εικόνα που επικρατεί στον κλάδο των ιδιωτικών νοσοκομείων σήμερα, μέσω ορισμένων οικονομικών δεδομένων.

Διάγραμμα 2.2: Νοσοκομειακή δαπάνη (% του ΑΕΠ)



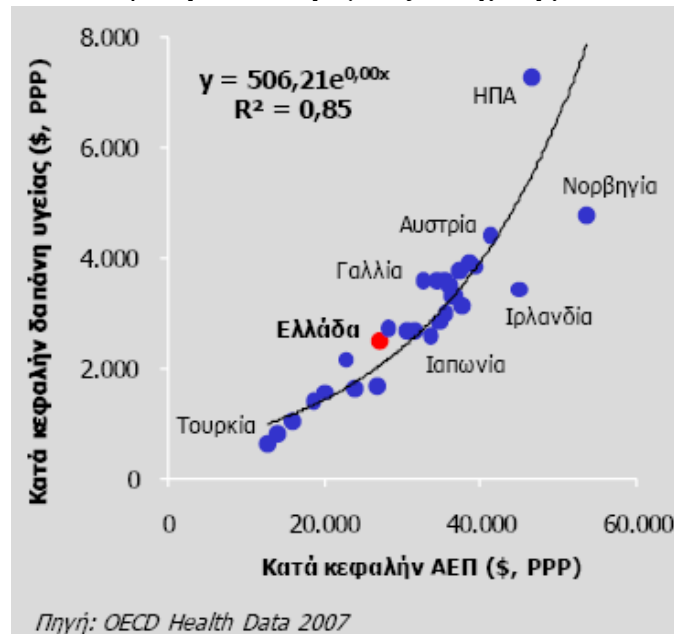
Στο παραπάνω Διάγραμμα 2.2, βλέπουμε την εξέλιξη των νοσοκομειακών δαπανών ως ποσοστό επί τοις εκατό του ΑΕΠ (ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος), στην Ελλάδα συγκριτικά με τον μέσο όρο των νοσοκομειακών δαπανών στις χώρες του ΟΟΣΑ⁴. Όπως βλέπουμε η νοσοκομειακή δαπάνη στην Ελλάδα είχε αυξητική πορεία και βρίσκεται πάνω από τον μέσο όρο νοσοκομειακής δαπάνης στις χώρες του ΟΟΣΑ.

Αλλά και στο Διάγραμμα 2.3 φαίνεται ότι οι Έλληνες ξοδεύουν περισσότερα χρήματα για δαπάνες υγείας, πάνω από τον μέσο όρο που ξοδεύουν άλλες χώρες παγκοσμίως, με βάση το ΑΕΠ τους. Δηλαδή, παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες βγάζουν λιγότερα, επιλέγουν να διαθέσουν τα χρήματα τους (out of pocket) για δαπάνες υγείας, ενώ υποτίθεται ότι έχουμε ένα από τα πιο ανεπτυγμένα δημόσια συστήματα υγείας στον κόσμο, σε επίπεδο κάλυψης του πληθυσμού της χώρας μας.

Αυτό, ίσως πρέπει να μας κάνει να αναρωτηθούμε γιατί τόση πολύ ιδιωτική δαπάνη;

⁴ Ο ΟΟΣΑ αποτέλεσε τη συνέχεια του Οργανισμού Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας που μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο είχε την ευθύνη συντονισμού του σχεδίου Marshal. Στις 14 Δεκεμβρίου 1960, 20 χώρες υπέγραψαν τη συνθήκη ίδρυσης του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και σε αυτές τις συνθήκες ο ρόλος του ΟΟΣΑ αφορούσε δι-ατλαντική οικονομική συνεργασία. Σήμερα, και μετά την προσχώρηση ακόμη 10 χωρών, ο ΟΟΣΑ απαρτίζεται από τις 30 περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, με σημαντική επιρροή στο παγκόσμιο οικονομικό γίγνεσθαι. Η Ελλάδα ανήκει στην πρώτη ομάδα χωρών που επικύρωσαν τη συνθήκη δημιουργίας του το 1961.

Διάγραμμα 2.3: Κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας σε σχέση με το κατά κεφαλήν ΑΕΠ



Στη συνέχεια, στο Διάγραμμα 2.4 βλέπουμε την κατανομή των δαπανών υγείας ανά τομέα περίθαλψης και παρατηρούμε ότι οι νοσοκομειακές δαπάνες, καταλαμβάνουν πάνω από το 1/3 των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Άρα ο κλάδος των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι βασικός αποδέκτης των ιδιωτικών δαπανών υγείας των Ελλήνων. Μάλιστα σε συνδυασμό με τις ιατρικές δαπάνες - που σίγουρα και σε αυτές εμπλέκονται νοσοκομεία - καλύπτουν ένα τεράστιο ποσοστό δαπανών που φεύγει από το πορτοφόλι του έλληνα πολίτη.

Ο όρος Δημόσια Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το Δημόσιο για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης υπέρ των ασφαλισμένων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, είτε σε κρατικά νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Αντίστοιχα, η Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας αναφέρεται στις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, περιλαμβανομένων επίσης και των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στις δαπάνες των ατόμων εκείνων που είναι ανασφάλιστα. Ορισμένες από τις **κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας** είναι οι παρακάτω:

- Οι δαπάνες των ανασφάλιστων
- Οι δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων

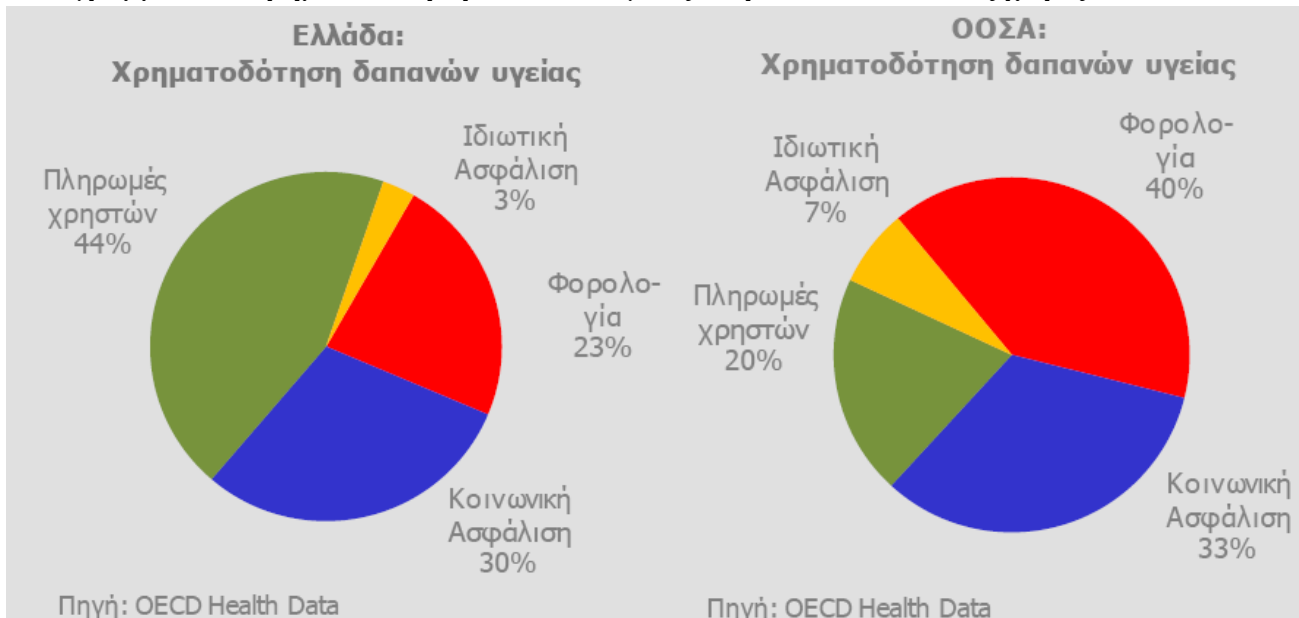
- Η νομοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης (διαφέρει αναλόγως του ασφαλιστικού φορέα)
- Η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του ιατρού
- Οι επιπλέον δαπάνες των ασφαλισμένων για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία
- Οι δαπάνες που καταβάλλονται για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό.

Διάγραμμα 2.4: Κατανομή δαπανών υγείας ανά τομέα περίθαλψης στην Ελλάδα



Στο Διάγραμμα 2.5 βλέπουμε σε αντιπαραβολή, τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ. Ακόμα μια φορά, φαίνεται η τεράστια υπεροχή των ελλήνων στις πληρωμές χρηστών, οι οποίες είναι 44% επί του συνόλου της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις χώρες του ΟΟΣΑ βρίσκεται μόλις στο 20%. Είναι σαφές ότι το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα δεν υπολείπεται σε καμία περίπτωση από εκείνο των χωρών του ΟΟΣΑ. Η ώθηση όμως των ελλήνων προς τον ιδιωτικό τομέα, σίγουρα δεν αποτελεί τυχαίο γεγονός.

Διάγραμμα 2.5: Χρηματοδότηση δαπανών υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ



Στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ο υφιστάμενος ανταγωνισμός είναι ιδιαίτερα έντονος. Μετά από μια περίοδο σημαντικών επιχειρηματικών εξελίξεων και ανακατατάξεων που σηματοδοτήθηκαν από μεγάλες επενδύσεις, εξαγορές, συγχωνεύσεις, αλλά και συμφωνίες στρατηγικών συνεργασιών, οι μεγάλοι και καλά οργανωμένοι επιχειρηματικοί όμιλοι έχοντας εδραιώσει την παρουσία τους στην αγορά και έχοντας εξασφαλίσει την απαραίτητη φήμη και πελατεία, απολαμβάνουν συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι των μικρότερων επιχειρήσεων του κλάδου. Οι εν λόγω όμιλοι παρέχουν σήμερα ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών στηρίζοντας τη στρατηγική τους σε τέσσερις βασικούς άξονες και συγκεκριμένα: α) στη γεωγραφική κάλυψη, β) στην παροχή πλήρους φάσματος ιατρικών υπηρεσιών, γ) στην τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη και δ) στην επέκταση σε νέες αγορές, ακόμα και του εξωτερικού. Η επιλογή μεταξύ κάποιου ιδιωτικού ιατρικού κέντρου, σχετίζεται με τη φήμη του και το όνομά του, την υποδομή του (κτιριακές εγκαταστάσεις, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, επιστημονικό προσωπικό), τη γεωγραφική του τοποθεσία και την προσβασιμότητα σε αυτό, την ποιότητα και ταχύτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, το βαθμό συνεργασίας με τους διάφορους ασφαλιστικούς φορείς και την ευελιξία της τιμολογιακής πολιτικής.

Εν συνεχεία παραθέτουμε δύο πίνακες με περαιτέρω οικονομικά δεδομένα.

Πίνακας 2.1: Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά γεωγραφική περιφέρεια

Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά γεωγραφική περιφέρεια (2004/05)									
Περιφέρεια	Σύνολο Αγορών	Δαπάνες Υγείας	Φαρμ/κά Προϊόντα	Λοιπά Ιατρικά Προϊόντα	Θεραπευτικές Συσκευές & Εξοπλισμός	Ιατρικές Υπηρεσίες	Οδοντ/κές Υπηρεσίες	Παραϊατρικές Υπηρεσίες	Νοσοκομειακή Περίθαλψη
Σύνολο Χώρας	1.792,28	128,17	21,05	1,42	3,07	29,85	39,91	14,43	18,44
Ανατ. Μακεδονία - Θράκη	1.628,00	117,3	21,45	1,02	3,22	32,15	34,02	15,58	9,86
Κεντρική Μακεδονία	1.829,50	129,65	21,78	1,87	3,9	31,95	39,97	13,05	17,14
Δυτική Μακεδονία	1.777,90	118,08	19,15	0,91	2,28	25,69	39,98	11,69	18,36
Ήπειρος	1.252,60	68,51	12,46	1,43	2,32	23,23	13,84	5,1	10,13
Θεσσαλία	1.635,30	104,37	23,7	1,53	4,01	17,92	31,5	12,3	13,4
Ιόνια Νησιά	1.783,00	195,1	27,68	1,83	2,28	55,38	43,78	20,32	43,83
Δυτ. Ελλάδα	1.517,00	114,87	22,74	1,27	1,44	20,24	43,68	11,03	14,47
Στερεά Ελλάδα	1.436,20	109,21	17,6	1,81	2,11	26,71	21,96	19,14	19,87
Αττική	2.014,59	140,36	20,95	1,19	3,04	33,07	45,32	16,23	20,56
Πελοπόννησος	1.570,20	128,95	16,38	1,09	2,76	27,92	43,11	14,98	22,7
Βόρειο Αιγαίο	1.372,00	88,49	22,4	1,82	2,37	21,18	16,69	13,11	10,92
Νότιο Αιγαίο	1.901,70	171,69	24,09	1,53	3,82	34,93	57,19	18,39	31,74
Κρήτη	1.582,40	114,48	22,91	1,99	3,26	26,11	36,16	9,37	14,68

Σε €

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε./Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004/05

Στον πίνακα 2.1 βλέπουμε τον μέσο όρο των μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά γεωγραφικά περιφέρεια. Άλλη μία φορά γίνεται αντιληπτό, ότι η περιφέρεια Αττικής παρουσιάζει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, αφού κατέχει το μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς και σε επίπεδο περιφέρειας. Φυσικά στον συγκεκριμένο πίνακα δεν αναφέρεται σε ποιά περιφέρεια ξοδεύουν τους πόρους τους τα νοικοκυριά, αλλά αυτό γίνεται σαφές αν λάβουμε υπόψη μας την μεγάλη συγκέντρωση των ιδιωτικών νοσοκομειακών κλινών στην Αττική (Διάγραμμα 2.1).

Πίνακας 2.2: Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (1998-2007)				
Έτος	Κλινικές	Μαιευτήρια	Διαγνωστικά Κέντρα	Σύνολο Αγοράς
1998	293.500	110.300	170.200	574.000
1999	343.700	120.900	183.100	647.700
2000	395.000	140.600	203.100	738.700
2001	455.800	150.000	227.700	833.500
2002	539.300	164.000	241.500	944.800
2003	620.700	173.000	255.300	1.049.000
2004	730.000	184.800	275.000	1.189.800
2005	847.000	203.300	291.300	1.341.600
2006	1.000.000	225.500	319.000	1.544.500
2007	1.190.000	250.000	352.000	1.792.000

Αξία σε €000

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Στον πίνακα 2.2 βλέπουμε πως διαμορφώνεται το μέγεθος της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, από το 1998 έως το 2007. Επισημαίνεται ότι το εκτιμώμενο μέγεθος της αγοράς αναφέρεται στο συνολικό κύκλο εργασιών των επιχειρήσεων του κλάδου και δεν συμπεριλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών. Σύμφωνα με τα στοιχεία του εν λόγω πίνακα, διαχρονική άνοδο παρουσιάζει το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με μέσο ετήσιο ρυθμό μεταβολής 13,5% την περίοδο 1998-2007. Ειδικότερα, η συνολική αξία εκτιμάται σε €1.792 εκατ. το 2007 έναντι €1.544,5 εκατ. το 2006 (αύξηση 16%).

Σχετικά με τη διάρθρωση της αξίας της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία, σημειώνονται τα εξής:

2.1.1 Κλινικές

Η αγορά των ιδιωτικών κλινικών εμφανίζει τη μεγαλύτερη αύξηση κατά την περίοδο 1998-2007 με μέσο ετήσιο ρυθμό 16,8%. Ειδικότερα, το 2007 η αξία της συγκεκριμένης αγοράς εκτιμάται στο ύψος των €1.190 εκατ. έναντι €1.000 εκατ. το 2006 (αύξηση 19%). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2007, εκτιμάται ότι το 85%-90% του συνολικού μεγέθους της αγοράς ιδιωτικών κλινικών προέρχεται από τους εσωτερικούς - νοσηλεύομενους ασθενείς. Σχετικά με το μερίδιο των κλινικών στο σύνολο της εξεταζόμενης αγοράς, αυτό εκτιμάται στο 66,4% για το 2007 (Διάγραμμα 2.6).

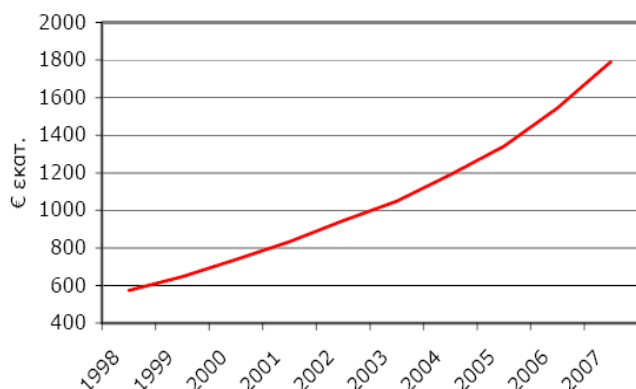
2.1.2 Μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές

Διαχρονική αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 9,5% καταγράφει το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών κατά την περίοδο 1998-2007. Συγκεκριμένα, το 2007 εκτιμάται σε €250 εκατ. έναντι €225,5 εκατ. το 2006 (αύξηση 10,9%). Σημειώνεται ότι οι μαιευτικές κλινικές κάλυψαν το 14% του συνόλου της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2007.

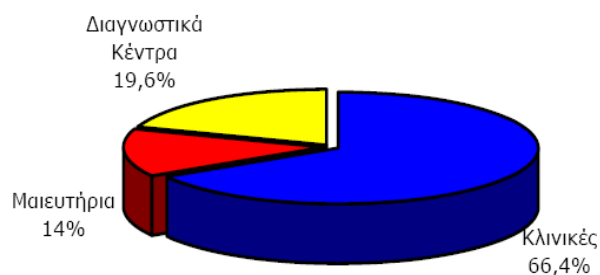
Διάγραμμα 2.6: Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (εξέλιξη μεγέθους και διάρθρωση)

Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

α) Εξέλιξη μεγέθους αγοράς (1998-2007)



β) Διάρθρωση της αγοράς (2007)



Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

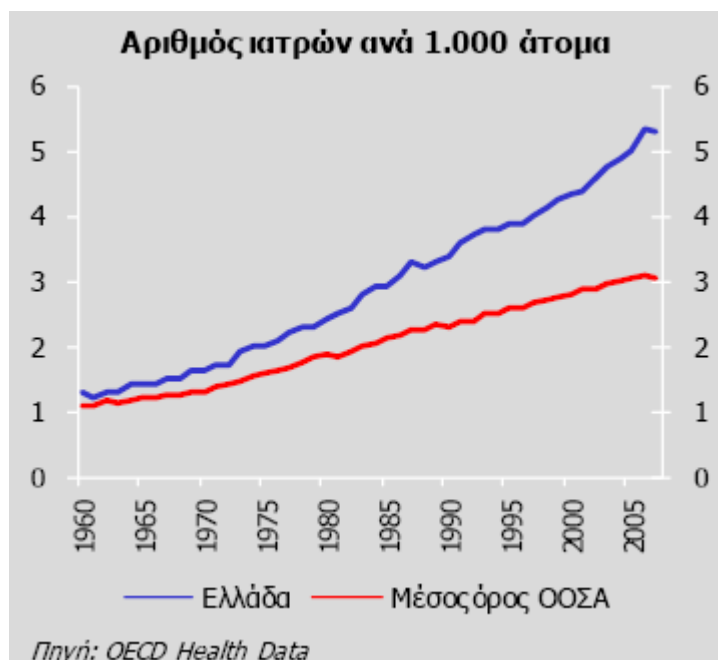
2.1.3 Διαγνωστικά κέντρα

Η αγορά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων παρουσιάζει επίσης διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1998-2007, με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,4% (χαμηλότερος σε σύγκριση με τις κλινικές και τα μαιευτήρια). Αναλυτικότερα, για το 2007 η συγκεκριμένη αγορά εκτιμάται σε €352 εκατ. έναντι €319 εκατ. το 2006 (αύξηση 10,3%). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2007, εκτιμάται ότι το μεγαλύτερο μέρος της υπό εξέταση αγοράς (περίπου 70%) καλύπτεται από τους ασφαλισμένους στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Τέλος, το μερίδιο των διαγνωστικών κέντρων στο σύνολο της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας για το 2007 εκτιμάται στο 19,6%.

2.1.4 Τεχνητή ζήτηση

Οι υγειονομικοί οργανισμοί και το ιατρικό προσωπικό έχουν πλεονεκτική πληροφόρηση για τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, την σκοπιμότητα κάθε επέμβασης καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών. Συνεπώς ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν κλάδο όπου η ζήτηση καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τους γιατρούς. Ως κύρια αιτία της τεχνητής ζήτησης διαφαίνεται το γεγονός ότι το πλήθος των ιατρών στην Ελλάδα αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς και είναι σημαντικά υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των ιατρών ανά 1.000 κατοίκους έχει αυξηθεί από το 1,6 το 1970 σε 5 το 2007, έναντι 3,1 στις χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 2.7). Σημειώνουμε ότι περίπου το 1/2 των ιατρών απασχολείται στα νοσοκομεία – ποσοστό αντίστοιχο με εκείνο της ευρωζώνης. Ενδεικτικό της τεχνητής ζήτησης στην Ελλάδα αποτελεί το υψηλό ποσοστό των καισαρικών τομών που διενεργούνται στην Ελλάδα (47,3% των γεννήσεων), όταν στις περισσότερες χώρες κυμαίνεται μεταξύ 15% και 25% (με βάση μελέτη του London School of Economics, 2005).

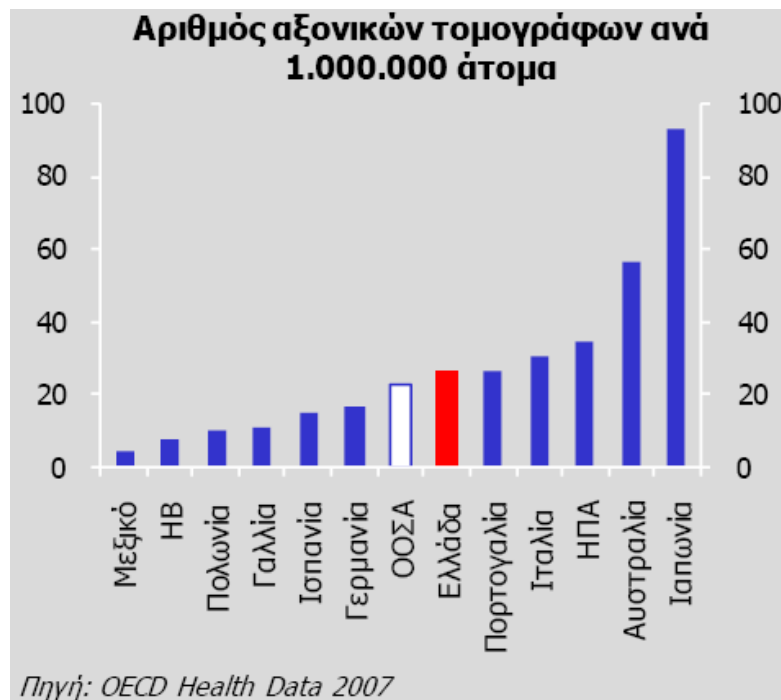
Διάγραμμα 2.7: Αριθμός ιατρών ανά 1000 άτομα



2.1.5 Ανάπτυξη ιατρικής τεχνολογίας

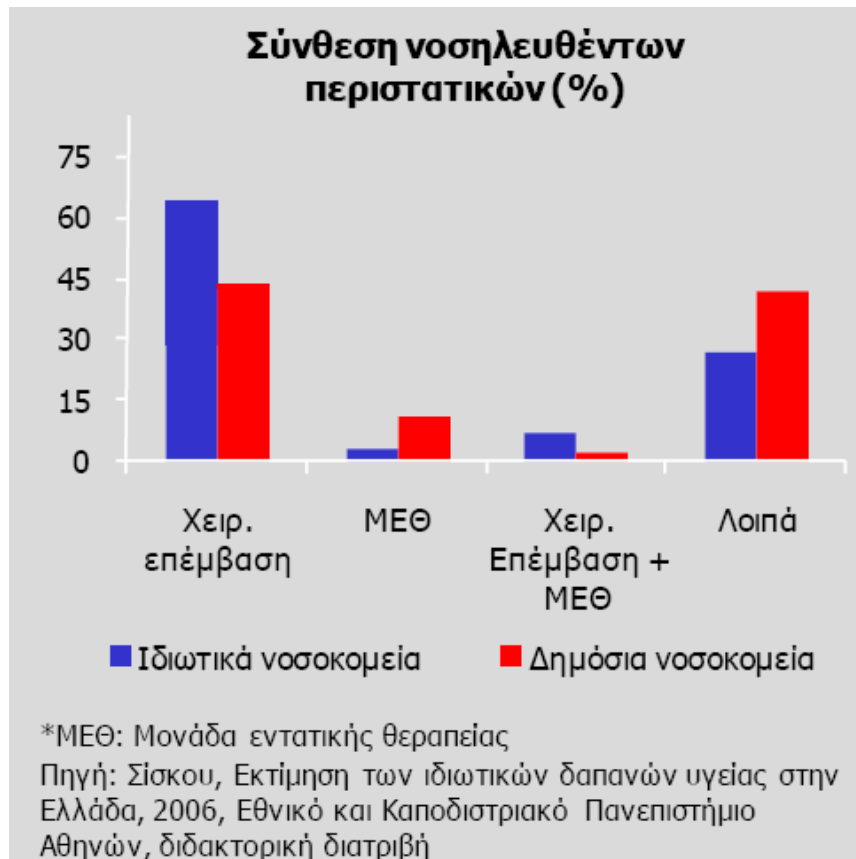
Η τεχνολογική πρόοδος στον τομέα της ιατρικής αυξάνει τις δυνατότητες διάγνωσης και αντιμετώπισης ασθενειών, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού εξετάσεων και θεραπειών και συνεπώς των δαπανών υγείας. Ως μέτρο προσέγγισης της προόδου της τεχνολογίας ανά χώρα, χρησιμοποιείται διεθνώς το ποσοστό μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας που αντιστοιχεί στον πληθυσμό. Στην Ελλάδα, κατά την τελευταία δεκαετία, ο αριθμός μαγνητικών τομογράφων έχει φτάσει τους 13 ανά 1.000.000 κατοίκων, από 2 το 1998 και έναντι 10 για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Ταυτόχρονα, ο αριθμός των αξονικών τομογράφων έχει διπλασιαστεί, προσεγγίζοντας τους 26 ανά 1.000.000 κατοίκων, από 13 το 1998 και έναντι 19 για τις χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 2.8). Σημειώνεται ότι η έντονη αύξηση στον αριθμό μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας οφείλεται εν μέρει και στην αυξημένη τεχνητή ζήτηση.

Διάγραμμα 2.8: Αριθμός αξονικών τομογράφων ανά 1.000.000 άτομα



Ο ιδιωτικός τομέας παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών εστιάζει σε niche αγορές και επιλέγει κυρίως «προσοδοφόρες» χειρουργικές περιπτώσεις σύντομης νοσηλείας. Η αναλογία των χειρουργικών περιπτώσεων στο σύνολο των ασθενών που νοσηλεύονται σε ιδιωτικά νοσοκομεία είναι αισθητά μεγαλύτερη σε σχέση με τα δημόσια (64% έναντι 44%, Διάγραμμα 2.9), ενώ ταυτόχρονα ο μέσος όρος νοσηλείας χειρουργικών περιπτώσεων στα ιδιωτικά σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία είναι μικρότερος κατά 40% (πηγή: Σίσκου, 2006). Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι σοβαρές και μακροχρόνιες θεραπείες - ως λιγότερο προσοδοφόρες - αντιμετωπίζονται σχεδόν αποκλειστικά από τα δημόσια νοσοκομεία.

Διάγραμμα 2.9: Σύνθεση νοσηλευθέντων περιστατικών (%)



Η στρατηγική ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται σε τρία ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έναντι των δημοσίων: α) υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας, β) μικροί χρόνοι αναμονής και γ) μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία, ενώ αντίστοιχο ποσοστό στο ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο εστιάζει την κατασκευή υποδομών) δεν ξεπερνά το 30% (πηγή: ΕΣΥΕ, Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος). Συγκεκριμένα, τα δημόσια νοσοκομεία για λόγους κοινωνικής πολιτικής επενδύουν σε ιατρικό εξοπλισμό που σχετίζεται με σπάνιες παθήσεις (που αποσβένονται δυσκολότερα). Αντίθετα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία εστιάζουν τις επενδύσεις τους σε μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας που σχετίζονται με συχνές και προσοδοφόρες θεραπείες (όπως εγχειρήσεις καρδιάς, ορθοπεδικές, ογκολογικές κλπ). Στο Διάγραμμα 2.10 φαίνεται η συντριπτική πλειοψηφία μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας που κατέχει ο ιδιωτικός τομέας.

Διάγραμμα 2.10: Ποσοστό μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας ιδιωτικού τομέα



Στο διάγραμμα 2.11 που ακολουθεί, βλέπουμε ότι η Ελλάδα είναι πρωτοπόρος σε ιδιωτικές δαπάνες και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Διάγραμμα 2.11: Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ευρώπη (2008)



Πηγή : Διεθνής Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και ανάπτυξη (Ο.Ο.Σ.Α.)

Σε διεθνές επίπεδο, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε τρεις εναλλακτικές προσεγγίσεις:

α) στα Εθνικά Συστήματα Υγείας (Βρετανία, Νορβηγία, Ισπανία, Σουηδία, Δανία, Ιταλία),

β) στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας – Ταμεία Υγείας (Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Βέλγιο, Αυστρία, Ελβετία) και

γ) στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (ΗΠΑ).

Στον Πίνακα 2.3 βλέπουμε για ακόμη μια φορά την υπεροχή των ελληνικών δαπανών υγείας σε διεθνές επίπεδο.

Πίνακας 2.3: Ποσοστό Ιδιωτικών Δαπανών επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία σε διεθνές επίπεδο

Location	Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ethiopia	48.8	49.0	49.5	49.9	46.4	40.1	44.2	44.7	43.0	39.0	39.6
Uganda	72.7	71.5	71.2	69.4	73.2	72.7	69.1	70.2	69.5	71.4	73.1
Zimbabwe	48.1	52.7	44.1	51.1	56.9	61.4	64.5	67.5	58.7	55.2	47.4
Cuba	9.3	9.2	9.4	8.7	9.1	10.4	10.0	10.2	11.1	9.2	9.3
Mexico	58.6	55.3	54.0	52.2	53.4	55.1	56.1	55.9	53.6	54.5	56.7
United States of America	54.6	54.9	56.0	56.4	56.3	55.4	55.4	55.5	55.2	54.9	54.2
Iraq	68.7	88.0	44.2	53.4	65.8	65.8	83.1	39.1	20.2	25.6	27.5
United Arab Emirates	20.4	21.1	19.8	20.8	21.4	21.7	24.2	24.3	27.5	28.4	27.1
France	21.6	21.4	21.4	21.6	21.7	21.7	21.4	20.6	20.6	20.1	20.3
Germany	17.8	19.2	19.9	20.2	20.3	20.7	20.8	21.3	23.1	23.1	23.4
Greece	47.0	47.2	47.9	46.6	55.8	52.6	53.0	53.6	55.4	57.2	57.5
United Kingdom	17.1	19.6	19.6	19.4	19.1	17.0	16.6	14.4	13.7	12.9	12.6
Thailand	52.8	46.1	45.2	45.1	43.9	43.6	36.5	33.4	35.3	36.1	35.6
China	53.4	55.8	58.2	59.1	61.7	64.4	64.2	63.8	62.0	61.2	58.0
Japan	17.2	18.5	19.2	18.9	18.7	18.3	18.5	18.5	18.3	17.3	17.8

Πηγή : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

2.2 Ανάλυση SWOT του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Δυνάμεις:

Στον κλάδο της ιδιωτικής υγείας δραστηριοποιούνται σήμερα μεγάλες σε μέγεθος εταιρείες καλά οργανωμένες και με μακροχρόνια εμπειρία στο χώρο της υγείας οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις απαρτίζουν ισχυρούς επιχειρηματικούς ομίλους. Επιπλέον, στις περισσότερες των περιπτώσεων, οι ίδιοι οι ιατροί πέραν της ιδιότητάς τους να παρέχουν ιατρική φροντίδα, ως μέτοχοι των εταιρειών συμμετέχουν ενεργά και στο management αυτών. Σύμφωνα με παράγοντες του κλάδου, η ανεπάρκεια του δημοσίου τομέα σε συνδυασμό με τα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα του Ε.Σ.Υ. που εντοπίζονται κυρίως σε ελλειπείς υποδομές, στην τεχνολογική υστέρηση και στην έλλειψη ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού, αποτελεί ένα ιδιαίτερα ισχυρό σημείο για τον εξεταζόμενο κλάδο. Δημογραφικοί παράγοντες και συγκεκριμένα η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ελλήνων σε συνδυασμό με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, η σταδιακή γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών αλλά και η αύξηση του αριθμού των ατόμων που καλύπτονται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, συντελούν στη σταδιακή αύξηση της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας αλλά και προληπτικής ιατρικής. Αλλά και η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με την εξέλιξη της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, καθιστούν διαρκώς αυξανόμενη τη ζήτηση για άμεση, αποτελεσματικότερη και περισσότερο ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία κυρίως χρόνια η συμβολή του ελληνικού χρηματιστηρίου υπήρξε σημαντική για τον κλάδο, σε συνδυασμό δε με την υψηλή κερδοφορία των ισχυρών επιχειρηματικών ομίλων βοήθησε και βοηθάει στην υλοποίηση των μεγάλων επενδυτικών τους σχεδίων. Επιπλέον, οι μεγάλες κυρίως επιχειρήσεις του κλάδου, ως μέλη διεθνών οργανισμών διατηρούν συνεργασίες με μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα του εξωτερικού εξασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό τη συμμετοχή τους σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα. Τέλος, δυνατό σημείο για τον κλάδο θεωρείται η εργασιακή ειρήνη στον ιδιωτικό τομέα σε αντίθεση με το δημόσιο όπου οι απεργιακές κινητοποιήσεις του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ συχνό φαινόμενο.

Αδυναμίες:

Το πολύπλοκο και αυστηρό ισχύον θεσμικό πλαίσιο δεν βοηθάει καθόλου την ίδρυση νέων και ιδιαίτερα μικρών ιατρικών εταιρειών. Όσον αφορά τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ παλαιότερα απαγορευόταν η ίδρυση νέων νοσοκομειακών μονάδων, με σχετικό Π.Δ. αυτό

καταργήθηκε. Ωστόσο, ο νόμος αυτός σε πολλά του σημεία παρέμεινε ανενεργός και οι προϋποθέσεις και ιδιαίτερα οι οικοδομικές προδιαγραφές που θέτει, κρίνονται ως ιδιαίτερος αυστηρές. Από την πλευρά δε των διαγνωστικών κέντρων, πολύ πρόσφατα κρίθηκε άκυρο σχετικό Π.Δ. το οποίο καθόριζε με αυστηρό τρόπο τους όρους, τις προϋποθέσεις, τη διαδικασία και τις προδιαγραφές της ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Ως αδύνατο σημείο του κλάδου μπορεί να εκληφθεί και ο έντονος ανταγωνισμός που παρατηρείται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, αποτέλεσμα της ισχυρής παρουσίας μεγάλων μονάδων υγείας στις συγκεκριμένες αστικές περιοχές.

Ευκαιρίες:

Οι αγορές του εξωτερικού και ιδιαίτερα οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης και η Τουρκία,

οι οποίες εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις σε υποδομές υγείας, συγκεντρώνουν τα τελευταία κυρίως χρόνια συγκεντρώνουν το επενδυτικό ενδιαφέρον των μεγάλων επιχειρηματικών ομίλων. Αλλά και στο εσωτερικό, η γεωγραφική ανισοκατανομή των ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων, δημιουργεί ευκαιρίες ανάπτυξης πέραν της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης όπου σήμερα είναι συγκεντρωμένος ο μεγαλύτερος αριθμός αυτών. Τούτο ενισχύεται και από το γεγονός ότι αρκετά είναι τα περιθώρια βελτίωσης στην ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας εκτός της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Η επέκταση των συνεργασιών των ιδιωτικών μονάδων υγείας με όλο και περισσότερες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και η σύναψη συμβάσεων με ασφαλιστικά ταμεία, έχει ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση της πελατειακής βάσης του κλάδου μέσω της κάλυψης των νοσηλίων μεγαλύτερου εύρους ασθενών. Η αύξηση του αριθμού των μεταναστών (περίπου 10% του πληθυσμού) η οικονομική επιφάνεια των οποίων δεν τους παρέχει τη δυνατότητα να γίνουν αποδέκτες των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, έχει ως αποτέλεσμα τη συμφόρηση των μονάδων του δημοσίου, στοιχείο που στρέφει ένα μέρος της ζήτησης προς τον ιδιωτικό τομέα. Η διάδοση

προγραμμάτων πληρωμής μέσω άτοκων δόσεων είναι πραγματικότητα πλέον για τον τομέα της ιδιωτικής υγείας, ενώ γεγονός αποτελεί και η ύπαρξη «κάρτας εξωτερικών ιατρείων» η οποία προσφέρει κλιμακούμενες εκπτώσεις για την πραγματοποίηση σειράς ιατρικών εξετάσεων. Η κατ' οίκον νοσηλεία, η παροχή υπηρεσιών νοσηλείας μιας ημέρας, η τηλεϊατρική και η ρομποτική χειρουργική, τα κέντρα αποκατάστασης, οι ξενώνες νοσηλείας και οι γηριατρικές κλινικές, οι τράπεζες βλαστοκυττάρων, είναι κάποιοι από τους τομείς που παρουσιάζουν σημαντικά περιθώρια ανάπτυξης στη χώρα μας, ενώ οι παιδιατρικές, ογκολογικές και γυναικολογικές μονάδες, αλλά και κέντρα πλαστικής χειρουργικής, κέντρα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ακόμη και κέντρα φυσικής υγιεινής και ευεξίας, συγκεντρώνουν το επενδυτικό ενδιαφέρον των επιχειρηματιών. Επίσης, σύμφωνα με σχετικό σχέδιο Π.Δ., πρόκειται να επιτραπεί η χορήγηση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας κέντρων αποτοξίνωσης και θεραπείας από τα ναρκωτικά και σε θεραπευτικές μονάδες του ιδιωτικού τομέα (πάντα βέβαια υπό τη συνεχή εποπτεία του ΟΚΑΝΑ), ενώ όσον αφορά τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, εφόσον παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής θεραπείας, θα μπορούν πλέον να νοσηλεύουν και ουσιοεξαρτούμενους με ψυχικές διαταραχές.

Απειλές:

Ως σημαντικότερη απειλή για τον κλάδο μπορεί να εκληφθεί ο νέος θεσμός των Σ.Δ.Ι.Τ. (συμπράξεις μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα), μέσω του οποίου θα κατασκευασθούν νέες σύγχρονες δημόσιες μονάδες υγείας ανταγωνιστικές των ιδιωτικών μονάδων. Ήδη έχει αποφασισθεί η κατασκευή παιδιατρικού νοσοκομείου και ογκολογικού κέντρου στη Θεσσαλονίκη και γενικού νοσοκομείου στην Πρέβεζα. Επίσης, η δυνατότητα διαχείρισης των δημοσίων νοσοκομείων με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια εξετάζεται σοβαρά από την πολιτεία. Μια μορφή απειλής ειδικά για τις μικρές περιφερειακές ιδιωτικές ιατρικές μονάδες, αποτελεί η τάση συγκέντρωσης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στον κλάδο, καθώς ιδιωτικές επιχειρήσεις που δεν αναπτύσσονται αποτελούν στόχο των ισχυρών ανταγωνιστών τους μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων. Η είσοδος των ασφαλιστικών εταιρειών στον κλάδο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης αποτελεί απειλή για τις υφιστάμενες επιχειρήσεις, καθώς η έλλειψη πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης από τα ασφαλιστικά ταμεία του δημοσίου, ευνοεί την ανάπτυξη και επέκταση των ιδιωτών και δη των ασφαλιστικών εταιρειών. Πιθανή είσοδος των ασφαλιστικών εταιρειών στο χώρο, θα προκαλέσει

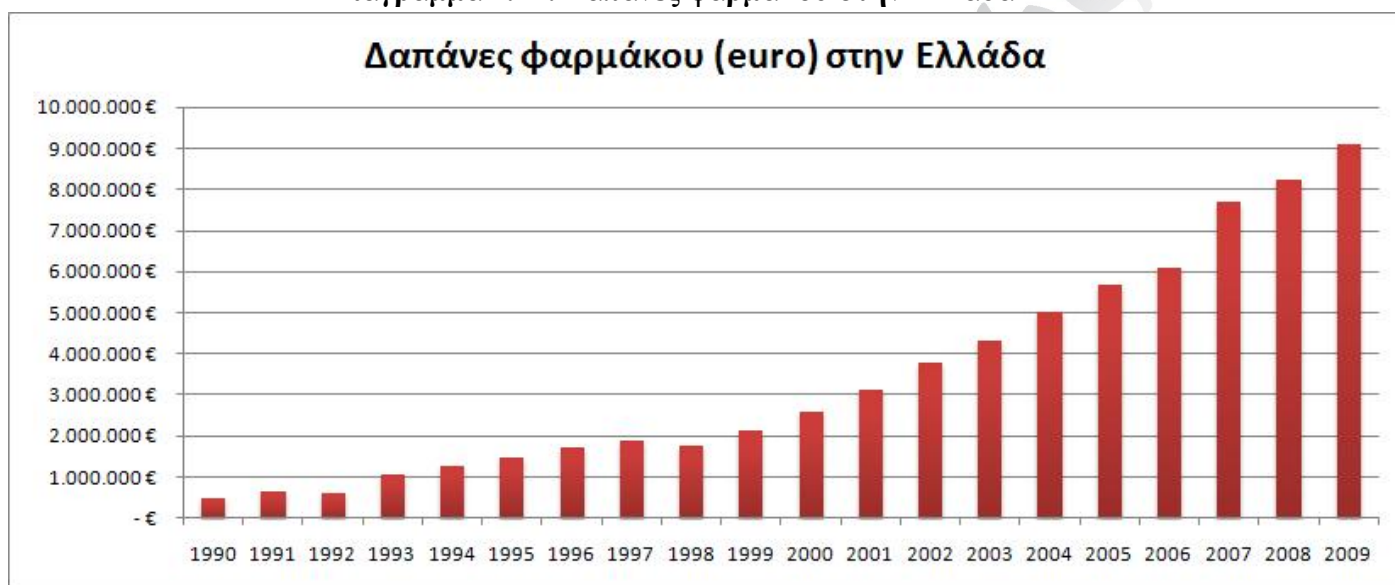
καθετοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και εντατικοποίηση του ανταγωνισμού. Η ραγδαία και συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας, αναγκάζει τις μονάδες του κλάδου που επιθυμούν να παραμείνουν ανταγωνιστικές, να προχωρούν σε πολυδάπανα επενδυτικά προγράμματα με στόχο την ανανέωση και απόκτηση σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Επίσης, καθώς οι μεγάλες επιχειρήσεις του κλάδου είναι εισηγμένες στο ελληνικό χρηματιστήριο, η ψυχολογία του επενδυτικού κοινού σε σχέση με τις διακυμάνσεις στις διεθνείς χρηματαγορές αλλά και γενικότερα τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις (εσωτερικές και διεθνείς), αποτελούν παράγοντες καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη των επενδυτικών τους προγραμμάτων. Τέλος, τα χαμηλά και για μακρύ χρονικό διάστημα «παγωμένα» τιμολόγια που ισχύουν στις διάφορες συμβάσεις που συνάπτονται με τα ταμεία του δημοσίου, καθώς επίσης και ενδεχόμενη περικοπή των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων, επηρεάζουν αρνητικά τα οικονομικά αποτελέσματα των εταιρειών του κλάδου, ενώ πιθανές αλλαγές στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αναπτυξιακή πολιτική των εταιρειών.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει όλους τους εμπλεκόμενους οργανισμούς (stakeholders). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του χώρου των φαρμακευτικών εταιρειών, που τα τελευταία χρόνια γνωρίζουν τεράστια άνθηση. Στο Διάγραμμα 2.12 βλέπουμε την ανοδική πορεία των δαπανών φαρμάκου στην Ελλάδα, που σε συσχετισμό με το Διάγραμμα 2.6 (Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας: εξέλιξη μεγέθους και διάρθρωση) αποδεικνύει ότι την παράλληλη ανάπτυξη και των δύο κλάδων. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένα μέγεθος που προσεγγίζει και περιγράφει τη ζήτηση για φαρμακευτικά προϊόντα. Στην Ελλάδα η μέτρηση της φαρμακευτικής δαπάνης είναι εναρμονισμένη με τα διεθνή πρότυπα καταγραφής Εθνικών Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με τα οποία ως φαρμακευτική δαπάνη ορίζεται η δαπάνη για φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς εκτός νοσοκομείων, δηλαδή μόνο μέσω φαρμακείων. Κρίναμε απαραίτητη την σύντομη αναφορά στον κλάδο των φαρμακευτικών εταιρειών, διότι είναι οι εταιρείες που παρουσιάζουν πάρα πολύ υψηλά κέρδη ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Αυτό μας κάνει να αναρωτηθούμε: Τελικά μπορεί να υπάρξει διοικητικός έλεγχος σε επίπεδο χορήγησης φαρμάκων σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο; Μπορεί να υπάρξει συνεργασία ιατρών με διοικητικά

στελέχη; Πόσο μπορεί να βλάψει η ανεξέλεγκτη κερδοσκοπία έναν νοσοκομειακό οργανισμό;

Τα παραπάνω ερωτήματα θα απαντηθούν στη συνέχεια, με συγκεκριμένες προτάσεις και λύσεις που θα παρουσιαστούν σε επόμενο κεφάλαιο.

Διάγραμμα 2.12: Δαπάνες φαρμάκου στην Ελλάδα



Πηγή : : ΕΣΥΕ, Βήμα, Κλαδική μελέτη ICAP, Στοιχεία φαρμακευτικών εταιρειών

2.3 Οι μεγάλοι ιδιωτικοί νοσοκομειακοί όμιλοι και η μελλοντική ανάπτυξή τους



Οι λόγοι που τα ιδιωτικά νοσοκομεία κερδίζουν μερίδιο αγοράς, είναι διότι δεν έχουν τους περιορισμούς της τιμολογιακής πολιτικής των δημοσίων νοσοκομείων, ασχολούνται με τις πιο προσοδοφόρες υπηρεσίες υγείας, έχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας, μικρούς χρόνους αναμονής και μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το ρομποτικό σύστημα Da Vinci, το οποίο παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές και μικρότερο χρόνο νοσηλείας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του κλάδου των ιδιωτικών νοσοκομείων, είναι η ολιγοπωλιακή του δύναμη, με πρωταγωνιστές τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα (Ιασώ, Ιατρικό, Υγεία, Euromedica). Εμπόδια εισόδου στον κλάδο όπως:

- 1) Απαγορευτικά υψηλό κόστος αρχικής επένδυσης
- 2) Χαμηλή διαθεσιμότητα χώρων για νέες νοσοκομειακές μονάδες
- 3) Υψηλές ποιοτικά προδιαγραφές για την αδειοδότηση νέων ιδιωτικών κλινικών, αλλά και ο ρόλος των Ιατρών (ειδικά στα μαιευτήρια), οι οποίοι αποτελούν το μέσο για την είσοδο ασθενών στα ιδιωτικά νοσοκομεία, αποτελούν τα δυνατά χαρτιά του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα, το μερίδιο του οποίου αναμένεται στο 31% το 2012 από 27% το 2008.

Πέρα από τα παραπάνω, βασική παράμετρο για την εξισορρόπηση προσφοράς και ζήτησης αποτελεί η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της μελέτης, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα καλύπτουν το 47% του συνόλου των δαπανών υγείας σε σχέση με 27% κατά μέσο όρο για τις χώρες του ΟΟΣΑ. Το μεγαλύτερο μερίδιο από αυτές τις δαπάνες είναι άμεσες πληρωμές των χρηστών και εκεί υπάρχει πρόσφορο έδαφος για υψηλή τιμολόγηση. Άρα καταλαβαίνουμε εν μέρει, πως δικαιολογούνται τα υψηλά τιμολόγια των μεγάλων ιδιωτικών μονάδων, αλλά και ο εγκλωβισμός των μικρών που συνεργάζονται με τα δημόσια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Άλλο ένα σημείο στο οποίο αξίζει να σταθούμε είναι ότι ο κλάδος των ιδιωτικών νοσοκομείων δεν είναι ομοιογενής. Συγκεκριμένα πρέπει να ξεχωρίσουμε τα γενικά νοσοκομεία από τα μαιευτήρια, λόγω του διαφορετικού τρόπου λειτουργίας τους και της διαφορετικής χρηματοοικονομικής εικόνας που παρουσιάζουν. Η κυριότερη διαφορά τους είναι ότι τα μαιευτήρια πλεονεκτούν σε περιθώρια λειτουργικού κέρδους 33% σε σχέση με τα γενικά νοσοκομεία 12% για το διάστημα 2001-2007.

Όσο για το αν ο κλάδος θα επηρεαστεί από την κρίση, σίγουρα δεν θα μείνει τελείως ανέπαφος αλλά κατά βάση απλά θα καθυστερήσει η ανάπτυξη του. Αυτά συμπεραίνουμε προβλέποντας αύξηση των δαπανών υγείας σε συνδυασμό με αύξηση του μεριδίου αγοράς του ιδιωτικού τομέα, φθάνοντας το 31% το 2012 από 27% το 2008. Παράλληλα, η οριζόντια (γεωγραφικά) και κάθετη (σε συνδεδεμένες δραστηριότητες) επέκταση των μεγάλων ιδιωτικών ομίλων αντικατοπτρίζει την έντονη αύξηση του κύκλου εργασιών του κλάδου. Ακόμα και σε σύγκριση με διεθνείς ομίλους, οι ελληνικοί όμιλοι έχουν μεγαλύτερο περιθώριο λειτουργικού κέρδους 18% (έναντι 16% διεθνώς). Οι μακροχρόνιες προοπτικές του κλάδου κρίνονται θετικές, αναπτύσσοντας τομείς όπως ο ιατρικός τουρισμός και τα ειδικευμένα νοσοκομεία ή τμήματα νοσοκομείων. Οι μόνοι κίνδυνοι που ελλοχεύουν είναι: 1) Η είσοδος νέων παικτών στον κλάδο (κυρίως για τα μαιευτήρια), 2) Τα προβλήματα που ενδέχεται να δημιουργήσουν τα υψηλά ελλείμματα των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων και 3) Οι πιέσεις που ενδέχεται να ασκήσουν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, το μόνο που μένει είναι να βοηθήσει και ο κρατικός φορέας όσο μπορεί, προς την πορεία ανάπτυξης του ελληνικού ιδιωτικού κλάδου υγείας έναντι του διεθνούς ανταγωνισμού.

Στον πίνακα 2.4 βλέπουμε τα μερίδια αγορά εταιρειών του κλάδου, χωρισμένες σε τρεις κατηγορίες: Γενικές Κλινικές, Μαιευτικές – Γυναικολογικές Κλινικές και Διαγνωστικά Κέντρα.

Πίνακας 2.4: Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου

Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου (2007)	
Επωνυμία	Μερίδιο
Γενικές Κλινικές	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.	22,9%
EUROMEDICA Α.Ε.	10,3%
ΥΓΕΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	9,0%
ΠΕΡΣΕΥΣ Α.Ε.	7,1%
ΙΑΣΩ GENERAL Α.Ε.	5,4%
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	4,7%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	4,5%
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	2,5%
ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	1,8%
ΔΡΑΓΙΝΗ Ε. Δ. Α.Ε.	1,7%
ΑΓΙΑ ΤΡΙΑΣ Η ΕΥΓΕΝΙΔΕΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟΝ Α.Ε.	1,6%
ΕΥΡΩΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΘΗΝΑΙΟΝ Α.Ε.	1,4%
ΑΘΗΝΑΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.	1,3%
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Α.Ε.	1,3%
ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Α.Ε.	1,3%
ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε.	1,2%
ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ Η Α.Ε.	1,1%
ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Γ. ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ Α.Ε.	1,1%
CRETA INTERCLINIC Α.Ε.	1,0%
Μαιευτικές – Γυναικολογικές Κλινικές	
ΙΑΣΩ Α.Ε.	40,4%
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	30,7%
ΛΗΤΩ Α.Ε.	7,9%
ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε.	5,6%
Διαγνωστικά Κέντρα	
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	21,2%
EUROMEDICA Α.Ε.	8,5%
ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ Α.Ε.	5,9%
ΔΙΑΓΝΩΣΗ Α.Ε.	2,5%
SKIN LASER ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ - ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	2,4%
ΕΥΡΩΔΙΑΓΝΩΣΗ Ι.Α.Ε.	2,3%
ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΡΗΤΗΣ Α.Ε.Ε.	1,6%
ΒΙΟΦΟΡΜΑ Ι. Α.Ε.	1,4%
ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ Δ. Ε.Π.Ε.	1,3%
IN VITRO Ε.Π.Ε.	1,3%
ΜΙΚΡΟΑΝΑΛΥΣΗ Α.Ε.Β.Ε.	1,3%
ΧΑΛΑΤΣΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	1,2%
ΠΛΑΤΩΝ Λ. ΚΕΛΕΚΗΣ Α.Ε.	1,2%
ΒΙΟΤΥΠΟΣ Α.Ε.	1,1%
ΕΥΡΩΑΝΑΛΥΣΗ Α.Ε.	1,1%
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ Α.Ε.	1,0%
ΚΟΥΤΑΝΙΤΗΣ ΝΙΚ. Β. ΓΑΛΗΝΟΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ Α.Ε.	1,0%
ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΚΟΠΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ Α.Ε.	1,0%
ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΑΛΙΜΟΥ Α.Ε.	1,0%
ΙΑΤΡΙΚΟ ΧΑΝΙΩΝ Α.Ε.	1,0%

Πηγή: ICAP, Εκτιμήσεις Αγοράς

Στον πίνακα 2.5 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς σε επίπεδο ομίλων του κλάδου.

Πίνακας 2.5: Μερίδια αγοράς ομίλων του κλάδου

Μερίδια αγοράς ομίλων του κλάδου (2007)	
Όμιλος	Μερίδιο
Όμιλος Euromedica	12,4% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Euromedica	12,4% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
Όμιλος Interamerican	7,0% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Βιοιατρικής	2,6% στην αγορά των κλινικών
Όμιλος Βιοιατρικής	23,7% στην αγορά των διαγνωστικών κέντρων
Όμιλος Ιασώ	11,5% στην αγορά των κλινικών (γενικών & μαιευτικών)
Όμιλος Υγεία	7,2% στην αγορά των κλινικών & διαγνωστικών κέντρων

Πηγή: ICAP, Εκτιμήσεις Αγοράς

Εκτός των ομίλων που παρουσιάζονται στον πίνακα 2.5, δυναμικά έχουν μπει στον κλάδο και νέοι όμιλοι, διεκδικώντας μερίδιο αγοράς και ανεβάζοντας τον πήχη του ανταγωνισμού στα ύψη. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε τις εξαγορές του ομίλου Margin Investment Group αναλυτικά:

Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ Α.Ε.
 Κλάδος: Υγεία Έδρα: Αθήνα Κύκλος Εργασιών 2008: €281,8 εκ. Κύκλος Εργασιών εννεαμήνου 2009: €263,3 εκ. Υπάλληλοι και Συνεργάτες: 7.650 Συμμετοχή της MIG: 44,4% Ημερομηνία Επένδυσης: Ιανουάριος 2006 Δραστηριότητα: Το «Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ Α.Ε.» είναι το πρώτο ιδιωτικό νοσοκομείο που ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1970. Είναι εταιρεία εισηγμένη στο Χρηματιστήριο Αθηνών που κατέχει ηγετική θέση στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα είναι ένας από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους ομίλους στη Νοτιανατολική Ευρώπη, που απασχολεί περισσότερους από 7.000 εργαζόμενους και συνεργάτες ιατρούς. Διαθέτει 3 νοσοκομεία στην Ελλάδα (ΥΓΕΙΑ, Μαιευτήριο Μητέρα-Παιδιατρική Μητέρα και Μαιευτήριο Λητώ), 4 στην Τουρκία (Όμιλος Safak) και 2 νοσοκομεία στην Κύπρο (Αχιλλείον και Ευαγγελισμός), συνολικής δυναμικότητας 1.548 κλινών, ενώ με την ολοκλήρωση του Νοσοκομείου HYGEIA Hospital Tirana στην Αλβανία, ο Όμιλος θα διαθέτει 10 νοσοκομεία, συνολικής δυναμικότητας 1.768 κλινών. Ο Όμιλος ΥΓΕΙΑ έχει επεκταθεί στον κλάδο τραπεζών βλαστοκυττάρων, συμμετέχοντας στην ίδρυση της Stem-Health, για την υλοποίηση δικτύου σε 23 χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της Μέσης Ανατολής, ενώ

παράλληλα διαθέτει εταιρείες εμπορίας ειδικών υλικών, φαρμακευτικών ειδών και ειδών ιατρικής γενικής χρήσης (Y-Pharma και Y-Logimed)⁵.

Τα τελευταία χρόνια, σε αρκετές χώρες της Ε.Ε. η ιδιοκτησία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων έχει αρχίσει σταδιακά να μεταβιβάζεται από ομάδες ιατρών σε χρηματοοικονομικούς ομίλους ή ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι εφαρμόζουν σύγχρονες μεθόδους προώθησης πωλήσεων και αρχές ποιοτικής αναβάθμισης της παρεχόμενης περίθαλψης. Επίσης, σε ορισμένες χώρες, πολίτες το εισόδημα των οποίων υπερβαίνει κάποιο ανώτατο όριο, δεν καλύπτονται από τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης (Ολλανδία, Γερμανία), με αποτέλεσμα να απευθύνονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες είναι πλέον σημαντικοί πελάτες των ιδιωτικών κλινικών, συχνά δε επενδύουν σε αυτές. Μια άλλη τάση, είναι η αύξηση των εισαγωγών βραχείας νοσηλείας, ενώ σε αρκετές χώρες της Ε.Ε. οι ασκούντες τη δημόσια πολιτική υγείας επιδιώκουν μείωση στον αριθμό των διαθέσιμων κλινών (Βέλγιο, Ιταλία, Γερμανία).

Σημαντικό βήμα στο χώρο της ευρωπαϊκής υγείας αποτελεί η υιοθέτηση από την 1η Ιουνίου του 2004 της «Ευρωπαϊκής Κάρτας Υγείας», οι κάτοχοι της οποίας μπορούν να δεχθούν τις ιατρικές υπηρεσίες στο κράτος-μέλος στο οποίο βρίσκονται όπως ακριβώς και στη χώρα τους με την ασφαλιστική κάλυψη που ήδη έχουν. Σημαντικό πλεονέκτημα της κάρτας αυτής είναι η παράκαμψη όλων εκείνων των γραφειοκρατικών και χρονοβόρων διαδικασιών που μέχρι σήμερα ισχύουν, σε περίπτωση που κάποιος χρειαστεί να νοσηλευτεί ενώ ταξιδεύει εκτός των συνόρων της πατρίδας του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο είδαμε οικονομικά δεδομένα του κλάδου των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Πιο αναλυτικά, αναφέρθηκαν ξεχωριστά στοιχεία για τις κλινικές, τα μαιευτήρια και τα διαγνωστικά κέντρα. Επίσης θίχτηκαν τα θέματα της τεχνητής ζήτησης και της ανάπτυξης της ιατρικής τεχνολογίας. Επιπλέον, παρουσιάστηκε μία ανάλυση SWOT του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και εν συνεχεία έγινε αναφορά στους μεγάλους ιδιωτικούς νοσοκομειακούς ομίλους στην Ελλάδα και την μελλοντική ανάπτυξή τους.

⁵ Πηγή: <http://www.marfininvestmentgroup.com/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

3.1 Λάθη στη διοίκηση της Υγείας

Το να αναγνωρίζεις και εξετάζεις τα λάθη στη διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι μία ευχάριστη ή δημοφιλής δραστηριότητα. Ωστόσο, τα κλινικά σφάλματα έχουν ιδιαίτερα μεγάλο ενδιαφέρον, διότι εκτελεστικά λάθη έχουν αγνοηθεί σε μεγάλο βαθμό. Με την αναγνώριση και τη μείωση των κλινικών λαθών, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης βελτιώνουν όχι μόνο την ποιότητα της περίθαλψης αλλά και τα κλινικά αποτελέσματα. Επιπρόσθετα οφέλη μπορούν να επιτευχθούν από παρόμοιο έλεγχο σχετικά με τη διοικητική πλευρά, αν είμαστε ειλικρινείς για τα λάθη διαχείρισης και να γίνουμε πολύ πιο επιμελής στη διόρθωση και την πρόληψη τους.

Αρχίζουμε με την αναγνώριση ότι ένα λάθος διοίκησης δεν είναι πάντα εύκολο να αναγνωριστεί και να προσδιοριστεί, καθώς και ότι κάποια λάθη είναι αναπόφευκτα. Οι πηγές και αιτίες των σφαλμάτων είναι, ωστόσο, πολύ σαφής. Επιπλέον, όπως στην ιατρική, λάθη μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των πράξεων της παράλειψης καθώς και προμήθειας. Η ανακάλυψη των λαθών παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αποτελεσματικών τεχνικών αντιμετώπισης, ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση της απόδοσης της διοίκησης. Ο John Abbott Worthley διερευνά το πλαίσιο της διαχείρισης των λαθών διακρίνοντας οκτώ μεγάλες πτυχές: νομικά, οργανωτικά, οικονομικά, πολιτικά, επαγγελματικά, ηθικά, κοινωνικά και ψυχολογικά. Παρέχει ένα ισχυρό εννοιολογικό πλαίσιο για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των λαθών. Η Wanda J. Jones επικεντρώνεται σε μια σειρά κρίσιμων παραγόντων που εμπλέκονται στον προσδιορισμό και την ταξινόμηση των λαθών, με την κατηγοριοποίηση και δημοσιοποίηση τους, και αντιμετωπίζοντας τον φόβο της τιμωρίας τους. Επειδή τα ιατρικά και τα εκτελεστικά λάθη συμβαίνουν συνήθως μέσα σε ένα πολύπλοκο πλαίσιο οργανωτικής ρύθμισης, η Carol Bayley δείχνει ότι η διαχείριση μπορεί να ωφεληθεί από την άντληση γνώσεων που παράγονται από τις εκτεταμένες εμπειρίες των κλινικών ιατρών όσον αφορά την αντιμετώπιση των λαθών τους. Αντιπαραθέτοντας το «κατηγορώ και ντροπή» προσεγγίζει με μια νεότερη αντίληψη της ευθύνης τη μείωση των λαθών, και εξηγεί γιατί και πώς τα πολιτιστικά θέματα

μπορεί να παίξουν ένα κρίσιμο ρόλο. Ο John A. Russell και ο Benn Greenspan έχουν αντλήσει γνώσεις που αφορούν στη διαχείριση μεγάλων και διαφορετικών οργανισμών υγείας, παρέχοντας ένα αποτελεσματικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των αναπόφευκτων εκτελεστικών σφαλμάτων. Η προσέγγισή τους βασίζεται σε διδάγματα από την προσωπική και επαγγελματική τους εμπειρία διαχείρισης λαθών, και προσφέρουν συστάσεις με σκοπό την ορθή αποφυγή λαθών και τον περιορισμό των επιπτώσεών τους. Τελικά, κατά την Emily Friedman, η αντιμετώπιση της διαχείρισης των λαθών είναι θέμα της αποδοχής της ευθύνης. Εξερευνά την ψυχολογία της ευθύνης, συζητά τις επιπτώσεις των διαφόρων σκανδάλων τόσο στην υγειονομική περίθαλψη, όσο και στις μη υγειονομικής περίθαλψης βιομηχανίες, και προτείνει συγκεκριμένα βήματα για την δημιουργία ηγετών και οργανισμών που θα είναι υπόλογοι για τις ενέργειες τους. Όλοι οι παραπάνω μελετητές, παρέχουν μια ολοκληρωμένη επισκόπηση των προβλημάτων που δημιουργούν τα λάθη διοίκησης στην υγειονομική περίθαλψη. Ακόμα, εξετάζεται το πώς μπορούν να προσδιοριστούν, να διορθωθούν και να προλαμβάνονται αυτά τα λάθη. Περιστάσεις που συνδέονται με μια συγκεκριμένη κατάσταση είναι σχεδόν πάντα περίπλοκες και σχετίζονται με ένα πλήθος πολιτικών και άλλων παραγόντων. Τα λάθη είναι σπάνια αποτέλεσμα μίας μόνο απόφασης.

3.2 Αντιμετώπιση λαθών διαχείρισης στην υγειονομική περίθαλψη

3.2.1 Αναγνωρίζοντας και εξετάζοντας τα λάθη της διοίκησης

Η αποτυχημένη συγχώνευση των νοσοκομείων του πανεπιστημίου του Stanford και του πανεπιστήμιου της Καλιφόρνια στο Σαν Φρανσίσκο κόστισε και στα δύο ιδρύματα μια οικονομική ζημία της τάξης των 176 εκατομμυρίων δολαρίων σε μία περίοδο είκοσι εννέα μηνών (Russell 2000), αλλά η μη χρηματοοικονομική ζημία παραμένει ανυπολόγιστη. Όπως όλες οι συγχωνεύσεις, ξεκίνησε με καλές προθέσεις. Ωστόσο, σε αντίθεση με τα περισσότερα λάθη, η αποτυχία εξετάστηκε προσεκτικά και να δημοσιοποιήθηκε.

Αν και η εξέταση των ιατρικών λαθών στις ΗΠΑ έχει επιταχυνθεί σε μεγάλο βαθμό από το Ινστιτούτο Ιατρικής (1999) στην έκθεση, «Τα λάθη είναι ανθρώπινα: Οικοδομώντας ένα ασφαλέστερο σύστημα υγείας», και οι γιατροί έχουν καλέσει τους

συναδέλφους να αναγνωρίσουν τα λάθη τους εδώ και χρόνια (Hilfiker 1984), η λογοτεχνία της υγειονομικής περίθαλψης σπάνια αναφέρεται ή αναγνωρίζει και εκτελεστικά λάθη.

Οι ανεπιτυχής ενοποιήσεις, καθώς και η προφανής ανικανότητα των συγχωνεύσεων στην επίτευξη εξοικονόμησης στοχευμένου κόστους (Costello 2000), έχουν συμβάλει στη συνεχή αντίληψη ότι οι πόροι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να είναι διαχειρίζονται καλύτερα. Ωστόσο, τα προβλήματα που έχουν προκαλέσει την επιδείνωση της εμπιστοσύνης του κοινού στα νοσοκομεία, έχουν ξεκινήσει τη διάβρωση εδώ και αρκετό καιρό (Hofmann, 1991). Σε τελική ανάλυση, η μείωση των λαθών της διοίκησης θα πρέπει να οδηγήσει σε μεγαλύτερη εμπιστοσύνη, καλύτερες εκτελεστικές επιδόσεις, βελτιωμένα χρηματοοικονομικά αποτελέσματα, βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας του ασθενούς, και ανέγερση του ηθικού του προσωπικού. Είναι δύσκολο να φανταστεί κανείς μια πιο δεσμευτική δέσμη κινήτρων για την επιθετική επιδίωξη ανάλυσης και μείωσης των διοικητικών σφαλμάτων⁶.

Σε ένα άρθρο με τίτλο «Διευθύνοντας ηθικά τα ιατρικά λάθη» (“Morally Managing Medical Mistakes”, Smith and Forster, 2000) σημειώνεται ότι τα ιατρικά λάθη μπορεί να είναι απλά και ήπια, να προκαλέσουν σοβαρή αλλά αναστρέψιμη βλάβη, ή να οδηγήσουν σε μόνιμη βλάβη ή θάνατο. Οι συγγραφείς έθεσαν ένα σύμπλεγμα ερωτήσεων, όπως: Τι μετράει ως λάθος ή σφάλμα; Ποιοί είναι οι λόγοι και τα αίτια δημιουργίας του; Τι συμβαίνει στους επαγγελματίες συναισθηματικά και πνευματικά, όταν γίνουν λάθη; Θα πρέπει τα λάθη να είναι αποκαλύπτονται συστηματικά, και σε ποιον; Όλες αυτές οι απορίες είναι σαφώς σχετικά, αλλά καλύπτουν μόνο μέρος του τοπίου της υγειονομικής περίθαλψης. Οι διοικητές των υπηρεσιών υγείας κάνουν επίσης λάθη? μερικά είναι στρατηγικά, κάποια άλλα μπορεί να είναι ηθικά, και μερικά μπορεί να είναι αναπόφευκτα κατά τη διοίκηση μίας μεγάλης και πολύπλοκης επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών. Όπως και στην ιατρική, η ηθική επιταγή είναι να μάθουμε από τα λάθη μας ώστε να μπορέσουμε να μειώσουμε την πιθανότητα επανάληψής τους. Για θεσμικά όργανα που προσπαθούν να είναι οργανισμοί μάθησης (Garvin 2000), τα λάθη θα μπορούσαν επίσης να θεωρηθούν ως ευκαιρίες για την προώθηση της ατομικής τους ανάπτυξης.

⁶ Hofmann Paul, Perry Frankie (2005). “Management Mistakes in Healthcare”, Cambridge University Press, New York

Εύλογα, τα λάθη δεν μπορούν να διαχειρίζονται αν δεν αναγνωρίζονται.

Τελικά, η πλειονότητα των σφαλμάτων όπως τα παρακάτω, έχουν καταστεί προφανή:

- ένας ανίκανος διοικητής ήταν ανεκτός για ένα υπερβολικά μεγάλο χρονικό διάστημα
- αρνητικά οικονομικά αποτελέσματα δεν είχαν κοινοποιηθεί αμέσως
- η συγχώνευση ήταν απερίσκεπτη, κακώς προγραμματισμένη, ή / και εφαρμόστηκε λάθος
- υπογράφηκαν συμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης που δεν τηρήθηκε η δέουσα επιμέλεια
- υποβαθμισμένες κλινικές επιδόσεις από γιατρό, νοσηλεύτη ή άλλο κλινικό ήταν δεν αντιμετωπίστηκαν γρήγορα.

Ένα **λάθος** μπορεί να θεωρείται η λήψη μιας απόφασης για την πράξη ή μη πράξη χωρίς διεξοδική αξιολόγηση με γνωστά στοιχεία και ενσωματώνοντας τις προοπτικές των ενδιαφερόμενων μερών. Μπορεί να είναι η δράση ή η αδράνεια (α) σε ασθενείς, στο προσωπικό, στην οργάνωση, σε χώρους και / ή στην κοινότητα, σε κίνδυνο, ή (β) μπορεί να είναι μία δαπανηρή εφαρμογή, ή (γ) μία δαπανηρή αλλαγή. Συχνά, αλλά όχι πάντα, τα λάθη είναι αποτέλεσμα προφανώς μίας κακής έκβασης.

Τουλάχιστον τρεις κατηγορίες μπορεί να ανιχνευθούν με τη χρήση αυτών των εννοιών: 1) αμέλεια, 2) αποφάσεις ή μη αποφάσεις που παράγουν κακά αποτελέσματα, τα οποία δεν ήταν ούτε επιθυμητά ούτε προβλέψιμα, και 3) λάθη που δεν παράγουν κακά αποτελέσματα.

Για την περαιτέρω ανάλυση του προβλήματος, η διάκριση ανάμεσα σε κλινικό και διοικητικό λάθος μπορεί να είναι δύσκολη, συχνά είναι άρρηκτα συνυφασμένα. Επίσης, ορισμένες αποφάσεις είναι σαφώς λανθασμένες, ενώ άλλες είναι απλώς ανήθικες.

Οι λέξεις «λάθος» και «σφάλμα» έχουν τόσες πολλές προεκτάσεις, που χρειάζεται ένα πλαίσιο για να διασαφηνιστεί η χρήση κάποιου από τους όρους. Η έκθεση του 1999 του Αμερικανικού ινστιτούτου ιατρικής ορίζει ως **σφάλμα** την αποτυχία της σχεδιαζόμενης δράσης για να ολοκληρωθεί όπως προβλεπόταν, ή τη χρήση ενός λανθασμένου σχεδίου για την επίτευξη ενός σκοπού.

3.2.2 Το πλαίσιο των διοικητικών λαθών

Παρά τις φιλότιμες προσπάθειές για την τέλεια εικόνα και την υψηλή ανταγωνιστικότητα του οργανισμού τους, όλοι κάνουν λάθη. Σε εκτελεστικό επίπεδο στον τομέα της υγείας αυτή η πραγματικότητα δεν είναι λιγότερο αληθές απ' ό τι στον επιχειρηματικό κόσμο, στον ακαδημαϊκό χώρο, σε εκκλησιαστικές οργανώσεις, ή στο στρατό. Ο διευθύνων σύμβουλος της American Airlines και πολλοί άλλοι στην επιχείρηση, ο πρόεδρος του πανεπιστημίου St. Bonaventure University, πολλοί καθολικοί επίσκοποι, και οι επικεφαλής της αμερικανικής πολεμικής αεροπορίας και της αμερικανικής ναυτικής ακαδημίας ήταν ήδη ορατά παραδείγματα μόνο για το 2003. Οι διώξεις στελεχών υγειονομικής περίθαλψης της Tenet Corporation και άλλων ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνουν σημαντικές διαστάσεις, καθώς και η κακή φήμη για τις εταιρείες (Abelson 2003).

Για την καλύτερη κατανόηση της πραγματικότητας και της θέσης μας, πρέπει να στρέψουμε το φαινόμενο των λαθών διοίκησης προς μία χρήσιμη κατεύθυνση. Η διαφώτιση του πλαισίου εντός του το οποίου τα λάθη διοίκησης ξεδιπλώνονται, είναι πολύ σημαντική. Μερικά στοιχεία από το πλαίσιο αυτό είναι η γενικά - κοινά για όλους τους οργανισμούς. Μερικά άλλα αφορούν ειδικά τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Για την εννοιολογική σαφήνεια έχει ερευνηθεί το πλαίσιο αυτό, διαχωρίζοντας οκτώ μεγάλες πτυχές: νομικές, οργανωτικές, οικονομικές, πολιτικές, επαγγελματικές, ηθικές, κοινωνικές και ψυχολογικές.

Νομικές διαστάσεις

Πιθανώς η πιο προφανής διάσταση του πλαισίου των διοικητικών λαθών είναι η νομική πτυχή. Είναι μάλλον ορατή, και τα λάθη σε αυτό τον τομέα μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες για το άτομο που έχει εκτελεστική εξουσία, αλλά και για την εταιρεία. Φυλάκιση, υψηλά πρόστιμα, αρνητική δημοσιότητα και μειωμένη απόδοση στην αγορά, αποτελούν μέρος της πραγματικότητας. Η πληθώρα των επιχειρήσεων και των συμβατικών καταστατικών, αποτελούν θεμέλιο πάνω στο οποίο είναι χτισμένος ένας λαβύρινθος των νομικών και διαδικαστικών κανόνων για όλους τους οργανισμούς. Παραλείψεις που αφορούν το δίκαιο, αποτελούν σοβαρά λάθη που μπορεί να καταστρέψουν καριέρες, να θέσουν σε κίνδυνο τους πελάτες, αλλά και τη βιωσιμότητα του οργανισμού. Η ιατρική αμέλεια είναι επίσης μια σημαντική πτυχή, που περιλαμβάνει τόσο κλινικές, όσο και διοικητικές ευθύνες για τυχόν λάθη.

Οργανωτικές διαστάσεις

Διευθυντικά λάθη, φυσικά λαμβάνουν χώρα εντός των οργανισμών. Στο πλαίσιο αυτό, έχουμε δύο επίσημα / διαρθρωτικά στοιχεία οργάνωσης όσο και ανεπίσημα / πολιτιστικά ή οργανωτικής φύσης. Δεδομένου ότι τα λάθη είναι συνήθως συνάρτηση τόσο του ανθρώπου, όσο και του περιβάλλοντος του. Η φύση των οργανισμών παίζει καθοριστικό ρόλο στην επίδραση των λαθών (είτε διευκολύνοντας, είτε ή δυσκολεύοντας στην επίλυση τους), καθώς έχει μεγάλη σημασία η αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού.

Η επίσημη και αρκετά προφανής, πτυχή των οργανισμών - συνήθως ονομάζεται «επίσημη» οργάνωση και αναφέρεται σε διαρθρωτικές πραγματικότητες, όπως οργανογράμματα και καθηκοντολόγια (γραπτές πολιτικές). Οι πολύ λιγότερο προφανείς πραγματικότητες, όπως άγραφες πολιτικές, ονομάζονται συνήθως οργανωτική κουλτούρα ή «ανεπίσημη οργάνωση». Η «επίσημη» αφορά στη δομή του τι πιθανώς θα πρέπει να χαρακτηρίζει την οργανωτική ζωή. Η «ανεπίσημη» αφορά στην πολιτική αυτή, που χαρακτηρίζει την πραγματική οργανωτική ζωή. Φυσικά, υπάρχει μια στενή αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο, καθώς η μία επηρεάζει την άλλη. Σημαντικό ερώτημα αποτελεί το εξής: Πώς αυτές οι «επίσημες» και «ανεπίσημες» πραγματικότητες μπορούν να ενθαρρύνουν ή να βοηθήσουν στην ελαχιστοποίηση των διοικητικών λαθών;

Η **ηγεσία** είναι ένα γενικό κλειδί. Ο τρόπος που οι ηγέτες σκέφτονται, λειτουργούν και αναλύουν, στέλνει ολοφάνερα μηνύματα σχετικά με θέματα όπως ο επιφανειακός έλεγχος, το να λέει κάποιος την αλήθεια, και άλλα παρόμοια. Ασυνέπεια στις λειτουργίες αυτές, οδηγούν σε λάθη. Τα ερωτήματα θέτουν οι ηγέτες ή αμελούν να θέσουν, οι αντιδράσεις τους σε νέες ιδέες και σε προβλήματα που προκύπτουν, ορίζουν ένα ύφος που διευκολύνει ή παρεμποδίζει λάθη. Αυτή είναι η ηγεσία. Πράγματι, η άτυπη εξουσία ή η επιρροή των διευθυντών έχει άμεση σχέση με το φαινόμενο λάθος, ως επίσημη αρχή τους. Είναι σαφές ότι το οργανωτικό πλαίσιο είναι μια σημαντική πτυχή της διαχείρισης λανθασμένων αποφάσεων.

Οικονομικές διαστάσεις

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα χρήματα είναι συχνά ένας σημαντικός παράγοντας στη διαχείριση λάθος αποφάσεων. Δημοσιονομικοί φόβοι και πιέσεις, αποτελούν ισχυρές δυνάμεις που μπορεί να γίνουν παρωπίδες της καθαρής σκέψης.

Τα επίσημα χρηματοπιστωτικά συστήματα επιπέδου ανταμοιβής, συνήθως δίνουν έμφαση στις οικονομικές επιδόσεις σε συνδυασμό με πολλούς άλλους παράγοντες επιδόσεων. Αλλά ανεπίσημα, ο ανταγωνισμός και η πίεση της αγοράς, καθιστούν σαφές ότι η οικονομική επιτυχία βασίζεται σε άλλα κριτήρια. Αυτό, μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία μίας εταιρικής κουλτούρας που να ενθαρρύνει τα λάθη όπως: πλημμελείς έλεγχοι, προσφορά ακατάλληλων ευνοϊκών ρυθμίσεων και παραποίηση αριθμών. Τα παραπάνω είδη λανθασμένη οργανωτικής συμπεριφοράς έχουν εντοπιστεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κατά τα τελευταία έτη.

Η οικονομική πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, ορίζουν σαφώς το πλαίσιο της οικονομικής πίεσης που μπορεί να διευκολύνει άμεσα διοικητικά λάθη. Συνεπώς είναι απαραίτητο, τα εν λόγω λάθη να ελαχιστοποιηθούν.

Πολιτικές διαστάσεις

Η έννοια της «πολιτικής γραφείου» έχει δημιουργηθεί μέσα από τις εμπειρίες του πραγματικού κόσμου και όχι από τις ακαδημαϊκές θεωρίες. Είναι διδακτικό να απομονωθούν οι δύο επίσημες και ανεπίσημες πολιτικές πραγματικότητες σε εταιρικό, ομαδικό και ατομικό επίπεδο, και να ελεγχθούν οι επιπτώσεις τους στο φαινόμενο της λανθασμένης διοίκησης.

Ακόμα και σε ατομικό επίπεδο, είναι χρήσιμο να αξιολογηθεί η πολιτική κατάσταση, από την άποψη των επιπτώσεων σε λάθη διαχείρισης. Επίσημως, τα πολιτικά κόμματα και οι προσωπικές ιδεολογίες δεν θα πρέπει να επηρεάζουν τις διοικητικές αποφάσεις. Ανεπίσημα όμως, οι προσωπικές απόψεις μπορούν να επηρεάσουν τις διοικητικές αποφάσεις. Συνεπώς δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την πιθανότητα συμβολής τους στα διοικητικά λάθη.

Επαγγελματικές διαστάσεις

Είναι χρήσιμο να διακρίνουμε το επαγγελματικό πλαίσιο κατά την ανάλυση του φαινομένου των διοικητικών λαθών. Οι περισσότεροι διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης συμμετέχουν σε μια επαγγελματική κοινωνία, όπως το Αμερικάνικο Κολέγιο της Στελεχών Υγείας (American College of Healthcare Executives) ή ο Σύλλογος Αμερικανικών Νοσοκομείων (American Hospital Association). Επίσημως, οι οργανισμοί αυτοί ασκούν θετικές επιρροές, που μπορούν να αποτρέψουν λάθος αποφάσεις. Μπορούν να διαδώσουν και να ασπάζονται τους κώδικες δεοντολογίας, δημοσιεύουν διάφορες υπενθυμίσεις σχετικά με τις ορθές πρακτικές διοίκησης, και συγκαλούν

συνέδρια και εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν στη διευκόλυνση της υποδειγματικής διοίκησης.

Ηθικές διαστάσεις

Σχεδόν κάθε οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης σήμερα, εμπλέκεται σε θέματα ηθικής. Κατά το επίσημο εταιρικό επίπεδο, υπάρχουν οι κώδικες δεοντολογίας, οι επιτροπές δεοντολογίας και ηθικής, και άλλα παρόμοια όργανα τα οποία δεν ελέγχονται. Σε τυπικό επίπεδο, οι διαδικασίες για την εξασφάλιση δεοντολογικής συμπεριφοράς υπάρχουν, λίγοι διευθυντές όμως έχουν παρακολουθήσει εκπαιδευτικές συνεδρίες για ηθικά ζητήματα. Αυτές οι επίσημες δομές δεοντολογίας, τονίζουν έντονα τις αξίες που πρόκειται να υποστηριχθούν από τον οργανισμό. Το πρόβλημα όμως είναι (Worthley 1997), ότι ενώ η ηθική της υγειονομικής περίθαλψης είναι σίγουρα σωστή στη θεωρία, στην πραγματικότητα υπάρχουν αντικρουόμενες αξίες και η τροποποίηση τους, συχνά οδηγεί σε ορισμένες σημαντικές παραλείψεις δεοντολογίας, που έχουν σχέση με την λήψη λάθος αποφάσεων στον οργανισμό. Μια συνέπεια αυτής της σύγκρουσης αξιών αφορά στην αυστηρότητα που πρέπει να υπάρχει στη διαχείριση «δύσκολων» περιπτώσεων. Επίσημως, στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης υπάρχει καθορισμένη αυστηρότητα με βάση την αρχή ελέγχου στο πλαίσιο της επιχείρησης. Ανεπίσημα, αυτή η αρχή δεν μπορεί να ασκήσει κανένα έλεγχο. Για παράδειγμα, βλέπουμε καθημερινά ότι γραμματείς που βρίσκονται σε πολύ χαμηλό διοικητικό επίπεδο, μπορεί να έχουν τεράστια επιρροή στην καθημερινή πρακτική. Επίσης, σε προσωπικό επίπεδο, μπορεί κάποιος να είναι πολύ λιγότερο σαφής ως προς την αναγνώριση δικής του ευθύνης σε ένα διοικητικό

λάθος που προέκυψε, φοβούμενος τις επιπτώσεις. Στην πραγματικότητα δεν είναι θέμα απροσεξίας, αλλά εσφαλμένης χρήσης της εξουσίας που έχουν τα διευθυντικά στελέχη.

Κοινωνικές διαστάσεις

Το πλαίσιο των λανθασμένων διοικητικών αποφάσεων, εκτείνεται και έξω από τους οργανισμούς. Είναι φυσικό να υπάρχουν επιρροές της κοινωνίας μας στις διοικητικές αποφάσεις ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν οι γενικές κοινωνικές στάσεις και τα έθιμα που όλοι μας θέτουμε σε ένα χώρο εργασίας. Κατά καιρούς, γίνεται εξαπάτηση της διοίκησης, με το πλεονέκτημα ότι «όλοι το κάνουν», είναι πιθανό μια τέτοια στάση να διεισδύει στις αποφάσεις της διοίκησης και της συμπεριφοράς του οργανισμού, εάν αυτές δεν φιλτράρονται από τυπικούς μηχανισμούς. Η πρόσφατη έξαρση της εταιρικής εξαπάτησης στα λογιστικά των οργανισμών, ήταν αναμφίβολα η απόδειξη ότι τα διοικητικά στελέχη επηρεάζονται από το κοινωνικό τους πλαίσιο. Η απάτη στο χώρο εργασίας και υψηλές επιδόσεις των εργαζομένων μπορεί να σχετίζονται. Όπως είδαμε, λάθος αποφάσεις που μπορεί να αποδώσουν όταν αυτό δεν έχει αναγνωριστεί και δεν ελέγχεται.

Ψυχολογικές διαστάσεις

Τέλος, πολύ σημαντικό, είναι το ψυχολογικό πλαίσιο του φαινομένου του διοικητικού λάθους. Τα στελέχη στην υγειονομική περίθαλψη, όπως και σε άλλες βιομηχανίες, τείνουν να είναι ανταγωνιστικά και υπερηφανεύονται για να τη θέση τους. Φυσικά, ένα ορισμένο «εγώ» αναπτύσσει περαιτέρω τα στελέχη σε εκτελεστικό επίπεδο. Στην πραγματικότητα όμως, οι πολλά υποσχόμενοι διευθυντές - με αποφασιστικότητα, ικανότητες ηγεσίας, κάτοχοι εμπιστοσύνης της διοίκησης - μπορεί λόγω της ανταγωνιστικής τους ψυχολογίας, να προβούν σε διοικητικά λάθη για να ικανοποιήσουν τον εγωισμό τους.

Αυτή η πραγματικότητα αναλύθηκε πριν από μερικά χρόνια σε μία επιχειρησιακή μελέτη (Charles Kelly, 1988). Είναι βέβαιο ότι το κυρίαρχο σύστημα διοίκησης, εκπαίδευσης και κατάρτισης, οι πιο διδαγμένες πρακτικές διοίκησης, ακόμα και θεωρητικές έννοιες και αρχές της ηγεσίας συνδυάζονται για να δημιουργηθεί μια κοινή αρχή διοίκησης, το σύνδρομο «καταστρεπτικά κατορθώματα». Σε αυτό το ψυχολογικό πλαίσιο, μικρής διάρκειας απόδοσης και προσωπικής επιτυχίας, κυριαρχεί

η συμπεριφορά της διοίκησης και λήψης αποφάσεων, και τα συστήματα ουσιώδους αποκατάστασης. Μια φαρισαϊκή προοπτική (που αποκαλείται «ύβρις») είναι ότι, η λανθασμένη κρίση αποτελεί δικαιολογημένα μέσο επίτευξης επιχειρηματικών και προσωπικών στόχων, με απώτερο σκοπό την οικονομική επιτυχία.

Η μελέτη των λαθών διοίκησης, είναι ένα ζήτημα που απαιτεί προσεκτική εκτίμηση του γενικού πλαισίου μέσα στο οποίο γίνονται, ή αποφεύγονται τα λάθη αυτά. Οι νομικές, οργανωτικές, οικονομικές, πολιτικές, επαγγελματικές, ηθικές, κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις, είναι όλες οι πτυχές του πλαισίου που αξίζει την προσοχή μας.

3.2.3 Εντοπίζοντας, ταξινομώντας, και ανακαλύπτοντας τα λάθη

Αυτό είναι ένα ευαίσθητο κεφάλαιο. Εκτός από την ανθεκτικότητα του ανθρώπου να αναγνωρίζει τα λάθη του σε προσωπικό επίπεδο, υπάρχει μια σοβαρή ποινή καριέρας σε περίπτωση που γίνει ένα σοβαρό λάθος σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Διευθύνοντες σύμβουλοι και λοιπό διοικητικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, όπως η λειτουργική ισχύς (αρνητική δύναμη) σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, ανήκει στην αέναη φωλιά των δυσαρεστημένων γιατρών, με τα λιγότερο εξελιγμένα μέλη του διοικητικού συμβουλίου. Τα ευάλωτα στελέχη κάνουν για τα ευάλωτα νοσοκομεία. Ακριβώς όπως ένας προπονητής ποδοσφαίρου έχει θητεία για όσο διάστημα η ομάδα κερδίζει, έτσι και ο γενικός διευθυντής έχει ένα ορισμένο χρονικό διάστημα ασφαλείας, για όσο διάστημα ο οργανισμός κερδίζει χρήματα. Όταν ο οργανισμός χάνει χρήματα, όπως είναι κοινό στις μέρες μας (Mick 1990), ο Διευθύνων Σύμβουλος τίθεται σε ψηφοφορία, διότι είναι πιθανό να γίνουν περισσότερα διοικητικά λάθη.

Εντοπίζοντας τα λάθη

Όταν ένα λάθος είναι πραγματικό λάθος και όχι μόνο μια ατυχής επιλογή, ένα κομμάτι της αμέλειας, ένα απρόβλεπτο συμβάν, ή απλά βλακεία, γιατί να μην το προσπεράσουμε απλά; Σε ποίου τα μάτια ένα λάθος είναι λάθος; Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι σχεδόν όλα τα στελέχη κάνουν λάθη, διότι το σημείο αναφοράς τους είναι οι ίδιοι και μόνο. Ειδικότερα, τους ενδιαφέρει η ασφάλεια της θέσης εργασίας τους και το εισόδημα τους. Υπάρχουν στελέχη που παραδέχονται τα λάθη τους.

Υπάρχουν όμως και λάθη που δεν γίνονται αντιληπτά, και οι διευθυντές πιστεύουν ότι έκαναν το καλύτερο σε μία κατάσταση, στην οποία δεν υπάρχει πρόβλημα χωρίς λύση που μπορεί να βρεθεί.

Τι είναι «λάθος»;

Ένας ορισμός του λάθους είναι: *«Η απόφαση που οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες, που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, γίνεται από ένα άτομο σε θέση ευθύνης, ή από ένα κυβερνών σώμα με τη συμβουλή του εν λόγω προσώπου, ή από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο είναι σε θέση να επηρεάσει τις ενέργειές του οργανισμού, όπως είναι μία συμβαλλόμενη ιατρική ομάδα».*

Είναι δύσκολο να διοικούνται οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και σε περίοδο ανάπτυξης, με επαρκή ροές εισοδήματος. Είναι ακόμη πιο δύσκολο διοικούνται για χρόνια χωρίς προβλήματα, σε μία ασταθή αγορά με βαθιά έκπτωση των συμβάσεων και μείωση των πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα λάθη είναι πιο δαπανηρά και πιο εύκολα να γίνει. Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης, είναι να βοηθήσει τα στελέχη να λαμβάνουν αποφάσεις πιο συνειδητά. Επίσης, να τους πείσει ότι η αναγνώριση και η ανάλυση των λαθών είναι ο μόνος δρόμος που οδηγεί στην ελαχιστοποίηση τους.

Τα κυριότερα ρεύματα λήψης αποφάσεων:

- Αξιολόγηση της Αγοράς
- Επιλογή στρατηγικών σχετικά με την αγορά
- Η δημιουργία και διατήρηση δυνατών σχέσεων-δεσμών
- Προγραμματισμός και Ανάπτυξη Δυναμικού σε σχέση με την αγορά
 - Νέες κλινικές ανάγκες
 - Η νέα ιατρική επιστήμη
 - Νέες μέθοδοι και διαδικασίες
- Επίδειξη Διαχείρισης Πόρων σε
 - Προϋπολογισμό λειτουργίας
 - Κεφάλαιο του προϋπολογισμού
 - Προσωπικό και πρόγραμμα προσλήψεων
 - Τόπο και το σχέδιο εγκατάστασης
 - Συμβαλλόμενες ρυθμίσεις

- Πρόγραμμα απόκτησης ακίνητης περιουσίας
- Σχεδιασμός και Επίβλεψη λειτουργίας και Λειτουργικές Διαδικασίες
- Περίθαλψη ασθενών
- Ενέργεια
- Οικονομικά και υποβολή εκθέσεων
- Συμμόρφωση, τόσο κλινικά όσο και οικονομικά, καθώς και τη διαχείριση του κινδύνου
- Logistics
- Διαχείριση του εργατικού δυναμικού
- Αντιμετώπιση Κρίσεων
- Πραγματοποίηση κοινωνικής πολιτικής
- Διασφάλιση Ανταγωνιστικότητας του Οργανισμού
- Διακυβέρνηση
- Διοίκηση - διαχείριση
- Ιατρική οργάνωση του προσωπικού
- Διαχείριση της γνώσης και τη λήψη αποφάσεων

Αποφάσεις για τη στρατηγική

Η μεγαλύτερη κατηγορία λαθών σχετικά με τη στρατηγική, είναι πιθανώς μια γενικευμένη αδυναμία. Η πλήρης ισχύς του πλαισίου - το περιβάλλον στο οποίο μία απόφαση θα γίνεται πράξη προς όφελος της οργανωτικής ηγεσίας - λειτουργεί με την εσφαλμένη παραδοχή ότι το περιβάλλον είναι σχετικά σταθερό και μπορεί να κατανοήσει εύκολα αποφάσεις. Ωστόσο, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες καθορίζουν την εξέλιξη των γεγονότων. Μία ορθή απόφαση σε έναν οργανισμό ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης - όπως είναι το νοσοκομείο - εξαρτάται από παράγοντες όπως: η οργάνωση του τομέα της υγείας, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τα ασφαλιστικά συστήματα, ο χαρακτήρας των συμβάσεων που υπάρχουν, οι καινοτομίες, η επιδημιολογία του πληθυσμού στην περιοχή κάλυψης σε σχέση με τη δημογραφία του πληθυσμού, η γενική οικονομική κατάσταση της περιοχής εξυπηρέτησης, οι εργοδότες και οι συμμαχίες, οι ρυθμιστικές αρχές σε πολιτειακό και τοπικό επίπεδο και τέλος οι πολιτικές ομάδες και οι ομάδες καταναλωτών.

(Mick 1990).

Η διοικητική ομάδα και τα λάθη

Ο Γενικός διευθυντής ορίζει τις προδιαγραφές για την πρόσληψη των μελών της διοικητικής ομάδας. Θα πρέπει να υπάρξει συζήτηση ως εξής: *Είναι λάθος να αγνοήσουμε τις προσδοκίες μας για τη λήψη αποφάσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν το πώς θα αντιμετωπίσουμε με λάθη. Δεν κρύβουμε τα λάθη, ούτε τα επιτρέπουμε, στο γραφείο μας μαθαίνουμε από τους άλλους ότι έχουμε κάνει ένα λάθος, η αποζημίωση και η προαγωγή σας εξαρτάται από την απόδοση σας στις διάφορες δουλειές, αλλά και τη συμβολή σας στην απόδοση της διοικητικής ομάδας ως σύνολο. Θεωρώ ότι είστε ένας «αξιωματικός του οργανισμού», αρμόδιος για την ενημέρωσή μου ή την ενημέρωση ενός από τα άλλα στελέχη, για οτιδήποτε βλέπετε ή πιστεύετε ότι θα πρέπει να διορθωθεί. Οι προσδοκίες μου από κάθε διοικητικό στέλεχος είναι όχι μόνο να παίρνουν άριστες αποφάσεις, αλλά και να μαθαίνουν από κάθε λάθος που γίνεται από κάθε έναν από εμάς. Περιμένουμε ότι θα γίνει ένα ισχυρή, στηρίζεται σε ηγετικές αρχές, αφού όλοι πάνω και κάτω από εσάς στον οργανισμό θα σας αναγνωρίζουν ως πρόσωπο άψογης ακεραιότητας. Μια τέτοια δήλωση είναι τουλάχιστον εξίσου πολύτιμη με τη συνήθη αποστολή και τις δηλώσεις οράματος.*

3.2.4 Τι μπορούμε να μάθουμε από τα ιατρικά λάθη για τα διοικητικά λάθη

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, και κυρίως μετά τη δημοσίευση της έκθεσης του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής, “Τα λάθη είναι ανθρώπινα: Για την οικοδόμηση ενός ασφαλέστερου Συστήματος Υγείας” (Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής 1999), το πρόβλημα του σφάλματος στην ιατρική και στην υγειονομική περίθαλψη έχει λάβει νέες διαστάσεις. Ότι είχε μια σιωπηρή αμηχανία για το επάγγελμα της υγείας - το οποίο βλάπτει τους ασθενείς που ήρθαν για περίθαλψη - έχει «λουστεί» στο φως του ελέγχου από ιατρούς και άλλους (Leape 1994, Finkelstein et al. 1997). Αυτοί οι πιστοί επικριτές έχουν ζητήσει την αναγνώριση της διαφοράς μεταξύ ενός πνεύματος ευθύνης και ντροπής που χαρακτηρίζει πολλές φορές την αντιμετώπιση των λαθών εκ μέρους των επαγγελματιών του τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Η **οργανωσιακή κουλτούρα** εκμάθησης αποτελεί έναν τρόπο για να μειωθούν τα σφάλματα στα συστήματα και τις δομές που έχουν σχεδιαστεί για να τα παράγουν. Υποστηρίζεται ότι πολλά από τα διδάγματα στον τομέα των ιατρικών σφαλμάτων μπορούν να εκφραστούν στο χώρο ως διοικητικά λάθη. Υπό μια έννοια, αν δεχθεί κανείς τα συστήματα προσεγγίζουν ένα ιατρικό σφάλμα,

τότε το πραγματικό λάθος είναι η άνθηση του δένδρου, του οποίου η ρίζα είναι το πλαίσιο των πολιτικών διοίκησης και αποφάσεων. Κάθε σπόρος περιέχει την άνθηση του επόμενου δέντρου. Όταν συμβεί ένα ιατρικό λάθος, η διοίκηση έχει την απόδειξη ότι κάτι πήγε στραβά στο σύστημα και μια σαφή ευκαιρία να κάνει αλλαγές που θα εμποδίσουν τα μελλοντικά τα σφάλματα. Εάν όμως το σύστημα δεν μπορεί να αναλυθεί για να αποκαλύψει που βρίσκονται οι «τρύπες του ελβετικού τυριού», οι διαδικασίες αφήνουν το λάθος να περάσει. Ένα πνεύμα εμπιστοσύνης και διαφάνειας, πρέπει να καλλιεργείται από τη διοίκηση και να γίνεται σεβαστό από την ηγεσία. Αυτό θα επιτρέψει πραγματικά σε έναν οργανισμό να μαθαίνει να αναπτύσσεται από τα κάθε είδους λάθη του. Χωρίς μια τέτοια νοοτροπία, οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας ή της ασφάλειας θα είναι επιφανειακή και αναποτελεσματική.

3.2.5 Διόρθωση και πρόληψη των διοικητικών λαθών

Ένα αποτελεσματικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση των αναπόφευκτων διοικητικών λαθών είναι απαραίτητο για κάθε οργανισμό. Αυτή η προσέγγιση βασίζεται σε διδάγματα που αντλήθηκαν από προσωπικές εμπειρίες διοικητικών λαθών. Προσφέρονται συστάσεις για να διορθωθούν, να αποφευχθούν τα λάθη αυτά, αλλά και να ελαχιστοποιηθεί ο αντίκτυπος αυτών σε μελλοντικά διοικητικά λάθη. Κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους, οι δύο συντάκτες έχουν κάνει διοικητικά λάθη, παρατηρήθηκε ότι τα λάθη αυτά διορθώνονται και προλαμβάνονται. Τα λάθη είναι αναπόφευκτα, εάν οι διευθυντές είναι ακατάλληλοι να πάρουν σημαντικές αποφάσεις. Η πρακτική της διοίκησης, δεν είναι μια τέλεια επιστήμη, αλλά έχει αναπτύξει ένα σύνολο γνώσεων για τη βελτίωση των επιδόσεων. Διδάγματα από λάθη, σε συνδυασμό με δεξιότητες που αποκτήθηκαν κατά την πρακτική της διοίκησης, «κρατούν» πολλές ευκαιρίες για τη βελτίωση των επιδόσεων της διοίκησης.

Αυτό που έχουμε εδώ είναι μια αποτυχία στην επικοινωνία μεταξύ μας” (Don Pearce, Cool Hand Luke, 1967). Πρόκειται για μια δήλωση που μπορεί να οδηγήσει τα περισσότερα στελέχη εκτός εαυτού. Κάθε μέλος της διευθυντικής ομάδας που ασχολήθηκε με τη δρομολόγηση ενός προγράμματος ή μίας δράσης που απέτυχαν, θα δυσανασχετούσε όταν κάποιος του έλεγε ότι το σχέδιο δεν πέτυχε λόγω της απόκρυψης διοικητικών παραλείψεων. Σε γενικές γραμμές, αναγνωρίζουμε τη σημασία της ανακοίνωσης για την επιτυχία κάθε οργανισμού. Επίσης, συνήθως

υποθέτουμε ότι όταν γνωρίζουμε τι θέλουμε να πούμε, όλοι οι άλλοι θα μας καταλάβουν.

Εκείνοι που δεν μπορούν να μάθουν από την ιστορία είναι καταδικασμένοι να την επαναλάβουν (Santayana, 1998). Σίγουρα ένα από τα μεγάλα διδάγματα του επιζώντα διευθυντή είναι η μάθηση του να μην κάνει ίδιο λάθος δύο φορές. Ωστόσο, το ερώτημα είναι συχνά πώς να μαθαίνουν αποτελεσματικά και πώς να δημιουργούν ένα περιβάλλον που να ενθαρρύνει τη μάθηση από μια ιστορία, όταν οι επιτυχίες και οι αποτυχίες είναι αναπόφευκτες. Ο Hofmann δείχνει ότι η διοίκηση για την υγεία επιμορφωτικά προγράμματα κάνουν χρήση της τεχνολογίας της περιπτώσιολογικές μελέτες για την προώθηση της συζήτησης τα λάθη διαχείρισης.

Οι περισσότεροι από τους διοικητές της υγειονομικής περίθαλψης, κάποια στιγμή έχουν ακούσει (ή ακόμη και πεί) τη φράση: «Χωρίς περιθώριο κέρδους, δεν υπάρχει αποστολή!». Θα πρέπει όμως όλοι να μελετήσουν και την αναστροφή της παραπάνω φράσης. Είναι δυνατή η παροχή επιλεγμένων υπηρεσιών υγείας για το περιθώριο κέρδους που αποφέρουν. Είναι δυνατό να παρασχεθούν υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, μόνο αν υπολογιστεί ότι οι ασθενείς μπορούν να πληρώσουν τις υψηλότερες δυνατές τιμές. Μπορούν οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης να γίνουν «ακριβά μαγαζιά». Μπορούν να λειτουργούν στις παρυφές των ηθικών αρχών που καθοδήγησαν την διαμόρφωση της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης. Μπορούν απλά να αρκεστούν στην εξυπηρέτηση εκείνων που εμφανίζονται στους οργανισμούς με τη δυνατότητα πληρωμής και να απορρίπτουν αυτούς που δεν μπορούν να πληρώσουν.

Ωστόσο, υπάρχουν σημεία όπου ασθενείς χωρίς οικονομικούς πόρους χρειάζονται εξυπηρέτηση. Υπάρχουν υπηρεσίες που πρέπει να είναι στη διάθεση των κοινοτήτων, ακόμη και αν δεν υπάρχει περιθώριο κέρδους για την παροχή τους. Αν θέλουμε να διατηρήσουμε τον ιδιαίτερο χαρακτήρα της υγειονομικής περίθαλψης, δεν μπορούμε να αρνηθούμε τις υπηρεσίες στους πληθυσμούς αυτούς. Η διοίκηση στο χώρο της υγείας λέγεται ότι μερικές φορές ακολουθεί τρεις αρχές: αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, και ισότητα. Εάν ξεχάσουμε το μέρος ισότητα στην εξίσωση, χάνουμε κάτι πολύτιμο που μας διαφοροποιεί από όλους τους άλλους οργανισμούς. Υπ'αυτές τις συνθήκες, μπορεί ενδεχομένως να είναι αδύνατον να διατηρηθεί ένας οργανισμός χωρίς την επιτακτική αίσθηση της αποστολής. Ποιος είναι λοιπόν ο σκοπός της παραγωγής χρημάτων, εάν έχει χαθεί η αποστολή στη διαδικασία;

Ακόμα και στο πιο δύσκολο περιβάλλον, η υγειονομική περίθαλψη μπορεί να συνδυάσει μία επιχειρηματική προσέγγιση για τη διατήρηση χαμηλού κόστους, κατάλληλο σχεδιασμό και εξασφάλιση ποιότητας. Υπ' αυτές τις συνθήκες, τελικά το κλειδί για την επιβίωση που πρέπει να θυμόμαστε μπορεί να είναι ότι: «Χωρίς αποστολή, δεν υπάρχει περιθώριο κέρδους!» (Russell A. John and Greenspan Benn, 2005).

3.2.6 Ένα ζήτημα ευθύνης

Άλλο πράγμα είναι να διαπράξεις ένα λάθος, εσκεμμένα ή όχι. Και άλλο πράγμα είναι να είσαι το πρόσωπο του οποίου παρακολουθούν ένα σφάλμα που διέπραξε ένα άλλο άτομο. Και είναι ένα ακόμη άλλο πράγμα, να πρέπει να είσαι πρόθυμος να λογοδοτήσεις και για τους δύο τύπους λάθους, και να αποδέχεσαι τις συνέπειες. Αλλά η αλήθεια είναι ότι αν δεν υπάρχει λογοδοσία για τα διευθυντικά στελέχη και τους οργανισμούς, ή εάν δεν υπάρχουν επιπτώσεις που τους αφορούν - δεν έχει σημασία πόσο καταστροφικές ή ζημιογόνες μπορεί να είναι - τότε δεν υπάρχει κανένας λόγος να μην διαπράττουν σφάλματα ή ακόμη και κακουργήματα. Η λογοδοσία και η ατιμωρησία είναι αμοιβαία αποκλειστικές.

Αλλά μόνο η υπεύθυνη ηγεσία δεν είναι αρκετή - και, μάλιστα, τέτοια ηγεσία δεν μπορεί να διαρκέσει πολύ καιρό, αν δεν αντιπροσωπεύει μια υπεύθυνη οργάνωση. Και παρά τη συγκλονιστική πολυπλοκότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και τους εκατοντάδες, αν όχι χιλιάδες, των εργαζομένων, υπάρχουν μέτρα που μπορούν να ληφθούν για να μετακινηθεί μία επιχείρηση περαιτέρω κατά μήκος του δρόμου, για να γίνει μια πραγματικά υπεύθυνη οντότητα.

Ζούμε σε μια κοινωνία όπου η υπευθυνότητα έχει γίνει φευγαλέα από εκείνους που δεν πιστεύουν ότι είναι σημαντική - ή, μάλλον, που δεν νομίζουν ότι είναι σημαντική για αυτούς. Αλλά η υπευθυνότητα είναι η καρδιά και η ψυχή της υγειονομικής περίθαλψης. Με αυτήν, οι ηγέτες και οι οργανισμοί τους μπορούν να αντιμετωπίζουν κάθε περίπτωση ενδεχόμενης καταίγδα. Χωρίς αυτήν, οι συνέπειες των λαθών θα είναι πολύ χειρότερες από ό, τι κάθε διοικητής μπορεί να προβλέψει. Φθαρμένα παράθυρα μπορούν να αντικατασταθούν, Φθαρμένες υποσχέσεις δεν μπορούν!

Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται συνεχώς να λαμβάνουν αποφάσεις και να επιλύουν προβλήματα. Η ανάπτυξη των δεξιοτήτων κριτικής σκέψης, της λήψης αποφάσεων και της επίλυσης προβλημάτων επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αναλύουν όλες τις πλευρές ενός θέματος, να αναζητούν δημιουργικές εναλλακτικές λύσεις και μεθόδους προσέγγισης προβλημάτων και να υλοποιούν προγραμματισμένες αποφάσεις. Το αποτέλεσμα είναι να αναδύονται ικανοί ηγέτες και να ισχυροποιείται ο οργανισμός.

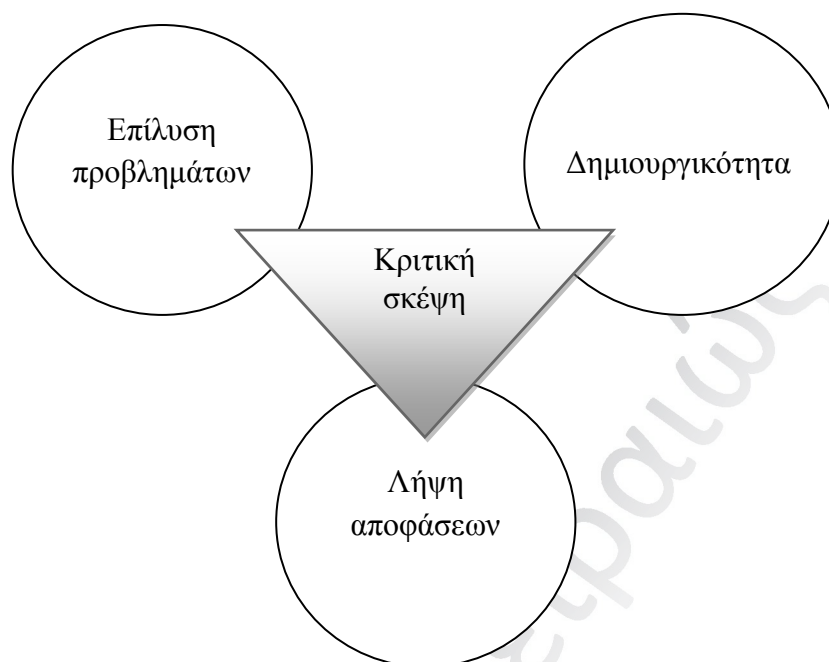
3.3 Κριτική σκέψη

Κριτική σκέψη (critical thinking) είναι η διαδικασία ανάλυσης των υποθέσεων, της ερμηνείας και της αξιολόγησης επιχειρημάτων, της σύλληψης ιδεών, της διερεύνησης εναλλακτικών λύσεων και ανάπτυξης μιας τεκμηριωμένης κριτικής που καταλήγει σε ένα λογικό συμπέρασμα που μπορεί να αιτιολογηθεί. Η κριτική σκέψη που περιλαμβάνει την ανάλυση των στάσεων και των τεκμηριωμένων γνώσεων σχετικά με ένα θέμα, απαιτεί συνδυασμό δεξιοτήτων από την πλευρά των ατόμων. Οι δεξιότητες της κριτικής σκέψης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίλυση προβλημάτων με ορθολογικό τρόπο. Ο προσδιορισμός και η ανάλυση των διαθέσιμων τεκμηριωμένων στοιχείων και ο προβληματισμός όσον αφορά στις συνέπειες ενός ζητήματος, υποκινούν και δια φωτίζουν τις διαδικασίες της κριτικής σκέψης. Επίσης, η κριτική σκέψη αποτελεί τη βασική συνιστώσα της λήψης αποφάσεων. Ωστόσο, συγκριτικά με την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων, που ασχολούνται με την αναζήτηση μίας μοναδικής λύσης σε ένα ζήτημα, η κριτική σκέψη είναι ευρύτερη και συνεπάγεται την εξέταση ενός φάσματος εναλλακτικών λύσεων και την επιλογή της καλύτερης για τη συγκεκριμένη περίπτωση (Ignatavicius, 2001). Στην πραγματικότητα, η κριτική σκέψη είναι μια ανωτέρου επιπέδου γνωστική διαδικασία που περιλαμβάνει τη δημιουργικότητα, την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων (Σχήμα 3.1).

3.3.1 Αξιοποίηση της κριτικής σκέψης

Η διαδικασία της κριτικής σκέψης φαίνεται να είναι μια αφηρημένη διαδικασία, εκτός κι αν μπορεί να συσχετιστεί με εμπειρίες στην πράξη. Ένας τρόπος ώστε να αναπτυχθεί αυτή η διαδικασία είναι να μελετήσουμε μια σειρά από ερωτήματα όταν εξετάζουμε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή όταν λαμβάνουμε μια απόφαση.

Σχήμα 3.1: Μοντέλο κριτικής σκέψης



Πηγή: McConnell C.R (2000), “The anatomy of a decision”, Health Care Manager, Aspen Publishers, New York

1. Ποιές είναι οι υποθέσεις που πρέπει να ληφθούν υπόψη;
2. Πώς ερμηνεύονται τα στοιχεία που βασίζονται σε ενδείξεις;
3. Πώς γίνεται η αξιολόγηση των επιχειρημάτων;
4. Ποιές είναι οι πιθανές εναλλακτικές προοπτικές ανάλυσης του θέματος;

Οι δεξιότητες στην κριτική σκέψη χρησιμοποιούνται σε όλη την έκταση της νοσηλευτικής διεργασίας⁷, όπως φαίνεται στον πίνακα 3.1. Τα διοικητικά στελέχη ενός οργανισμού θα πρέπει να στηριχθούν στη βάση γνώσεων και δεξιοτήτων που απέκτησαν κατά τη διάρκεια των μαθητικών τους χρόνων, ώστε να αναδείξουν τη διαδικασία της κριτικής σκέψης σε μια συνειδητή διαδικασία στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ωστόσο, η εκπαίδευση στη χρήση της κριτικής σκέψης απαιτεί μια διαχρονική δέσμευση από την πλευρά του ατόμου. Ο Ignatavicius (2001) περιγράφει τα χαρακτηριστικά του ατόμου που χρησιμοποιεί άριστα την κριτική σκέψη (Πίνακας 3.2).

⁷Ignatavicius D. D. (2001). “Six critical thinking skills for at-the bedside success”, Nursing Management Lippincott Williams & Wilkins, Springhouse

Πίνακας 3.1: Επισκόπηση της κριτικής σκέψης σε όλη την έκταση της νοσηλευτικής διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία	Δεξιότητες κριτικής σκέψης
Αξιολόγηση	Παρατήρηση Διάκριση σχετικών και μη σχετικών δεδομένων Επικύρωση δεδομένων Οργάνωση δεδομένων Κατηγοριοποίηση δεδομένων
Διάγνωση	Εξεύρεση μοντέλων και σχέσεων Επαγωγικός συλλογισμός Διατύπωση του προβλήματος Αναβολή προσωπικής κρίσης
Σχεδιασμός	Γενίκευση Μεταφορά γνώσης από μία κατάσταση σε μία άλλη Ανάπτυξη κριτηρίων αξιολόγησης Διατύπωση υποθέσεων
Εφαρμογή	Εφαρμογή γνώσης Έλεγχος υποθέσεων
Εκτίμηση	Απόφαση για την ορθότητα των υποθέσεων Εκτίμηση βασισμένη σε συγκεκριμένα κριτήρια

Πηγή: Wilkinson J.(1992) “Nursing Process in Action: A Critical Thinking Approach”,
CA: Addison-Wesley Nursing, Redwood City

Πίνακας 3.2: Χαρακτηριστικά ατόμου που χρησιμοποιεί την κριτική σκέψη

• Προσανατολισμός στο αποτέλεσμα	• Επίμονος
• Ανοιχτός σε νέες ιδέες	• Δείχνει ενδιαφέρον
• Ευέλικτος	• Δραστήριος
• Προθυμία για αλλαγή	• Αναλαμβάνει κινδύνους
• Καινοτομικός	• Ενημερωμένος
• Δημιουργικός	• Εφευρετικός
• Αναλυτικός	• Παρατηρητικός
• Επικοινωνιακός	• Στηρίζεται στη διαίσθηση
• Κατηγορηματικός	• Έχει «ανοιχτό» μυαλό

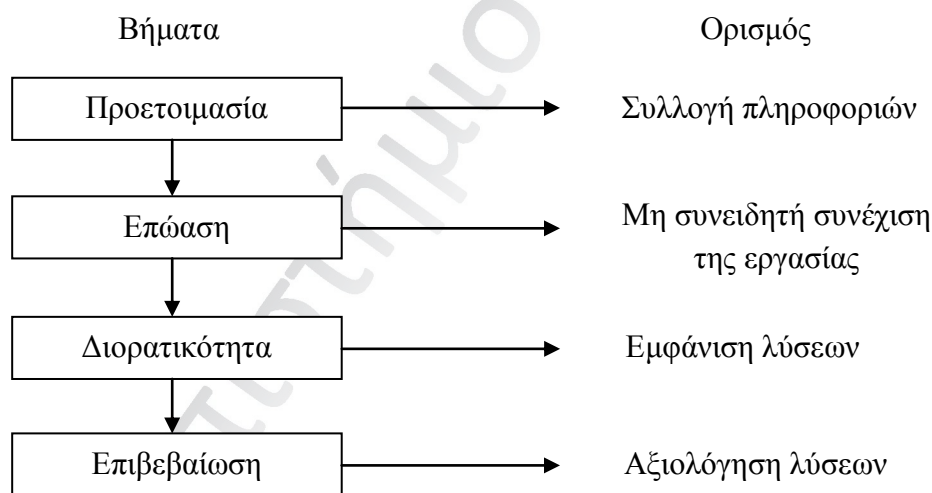
Πηγή: Ignatavicius D. D. (2001) “Six critical thinking skills for at-the bedside success”, Nursing Management
Lippincott Williams & Wilkins, Springhouse

3.3.2 Δημιουργικότητα

Η δημιουργικότητα (creativity) αποτελεί ουσιαστικό τμήμα της διαδικασίας της κριτικής σκέψης. Πρόκειται για την ικανότητα ανάπτυξης και υλοποίησης νέων, καλύτερων λύσεων σε ένα ζήτημα. Η δημιουργικότητα είναι αυτή που κρατά «ζωντανό» έναν οργανισμό. Εάν τα άτομα λειτουργούν αποκλειστικά με βάση τους κανονισμούς, περιορίζεται η δημιουργικότητα τους, δεν διαθέτουν ευελιξία και είναι καταδικασμένα να «παραμείνουν στη λήθη».

Η εκδήλωση της δημιουργικότητας περιλαμβάνει τέσσερα στάδια: της προετοιμασίας, της επώασης, της διορατικότητας και της επιβεβαίωσης. Ακόμη και τα άτομα που θεωρούν ότι δεν είναι από φύση τους δημιουργικά, μπορούν να εκπαιδευτούν σε αυτή τη διαδικασία, αρχίζοντας από την απόκτηση των απαραίτητων πληροφοριών για να κατανοήσουν μία δεδομένη κατάσταση (Σχήμα 3.2). Η εκπαίδευση στη δημιουργικότητα απαιτεί σκληρή δουλειά και προσεκτική παρατήρηση.

Σχήμα 3.2: Η δημιουργική διαδικασία



Πηγή: Walton M. (1988). "The Deming management method", IL: Dodd Mead, North-brook

Τα δημιουργικά άτομα διαθέτουν ορισμένα χαρακτηριστικά όπως είναι τα εξής: σπάνια βλέπουν την εξουσία ως κάτι απόλυτο, δεν βλέπουν τα πράγματα άσπρα ή μαύρα, διατηρούν μια λιγότερο δογματική θεώρηση της ζωής, επιδεικνύουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία σκέψης, κάνουν λιγότερους συμβιβασμούς, είναι πιο διατεθειμένα να αναλύουν τα προσωπικά τους κίνητρα, έχουν έντονη την αίσθηση του χιούμορ, είναι λιγότερο δύσκαμπτα και περισσότερο ελεύθερα, αλλά ελέγχονται δύσκολα από τους άλλους. Η δημιουργικότητα των εργαζόμενων σε έναν οργανισμό

είναι απαραίτητη για τη λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν. Μέσα από τα τέσσερα στάδια της δημιουργικής διαδικασίας τα βήματα που περιγράφονται στη συνέχεια, μπορούν να βοηθήσουν στην υποκίνηση της δημιουργίας νέων ιδεών.

1. *Προετοιμασία*. Καταρχήν θα πρέπει να υπάρχει ένα προσεκτικά σχεδιασμένο πρόγραμμα δράσης. Ο προϊστάμενος μιας υπηρεσίας μπορεί, για παράδειγμα, να σχεδιάσει την πραγματοποίηση σεμιναρίων ή συσκέψεων των μελών του προσωπικού του, στα οποία οι συμμετέχοντες θα αμφισβητούν τις καθιερωμένες μεθόδους εργασίας. Στόχος των συσκέψεων θα μπορούσε να είναι η απλούστευση κάποιας μεθόδου εργασίας, που στηρίζεται στην παραδοχή ότι τα περισσότερα άτομα μπορούν να αυξήσουν την παραγωγικότητα όχι με το να εργάζονται σκληρότερα, αλλά με το να καταργούν ορισμένα στάδια της εργασιακής διαδικασίας και με το να δημιουργούν νέες υπηρεσίες ή λύσεις⁸. Μερικοί οργανισμοί υγείας στις ΗΠΑ, έχουν καθιερώσει την πραγματοποίηση τέτοιων συσκέψεων σε μηνιαία ή διμηνιαία βάση, στις οποίες μετέχουν όλοι οι εργαζόμενοι⁹. Η προσοχή εστιάζεται στα προβλήματα που κάθε μέλος της ομάδας επιλέγει να θίξει και τα οποία δημιουργούν δυσκολίες στο συγκεκριμένο τμήμα, στον τομέα ή στο ίδιο το άτομο. Δεν πρόκειται για μια συνάντηση έκφρασης παραπόνων, αλλά για ένα πλαίσιο στο οποίο επιλύονται τα διάφορα προβλήματα με δημιουργικό τρόπο. Ο αποτελεσματικός ηγέτης μιας ομάδας παίζει καθοριστικό ρόλο στη διευκόλυνση της προόδου σε αυτές τις συσκέψεις¹⁰. Η δημιουργική διαδικασία επίλυσης ενός προβλήματος ακολουθεί την εξής σειρά:

- Επιλογή ενός συγκεκριμένου εργασιακού καθήκοντος προς βελτίωση.
- Συγκέντρωση σχετικών στοιχείων.
- Έλεγχος όλων των λεπτομερειών.
- Ανάπτυξη των προτιμώμενων λύσεων.
- Υλοποίηση βελτιώσεων.

2. «*Επώαση*». Ο προϊστάμενος θα πρέπει επίσης να ρυθμίζει σε τακτά διαστήματα την πραγματοποίηση συναντήσεων με τους νέους υπαλλήλους στο πλαίσιο της διαδικασίας ενημέρωσης, όπου όλοι αναζητούν πληροφορίες για λύσεις σε

⁸ Graban Mark (2009). “Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, Employee Satisfaction”, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York

⁹ Adair, J. (2009). Leadership and Motivation: The fifty-fifty Rule and the Eight Key Principles of Motivating Others, Kogan Page Ltd., London

¹⁰ Μπουραντάς Δ. (2005), Ηγεσία. Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας, εκδόσεις. Κριτική, Αθήνα

προβλήματα. Οι νέοι υπάλληλοι δεν παρεμποδίζονται από τις λεπτομέρειες που αφορούν στις αποδεκτές πρακτικές που ήδη εφαρμόζονται στον οργανισμό και μπορούν να διατυπώσουν πρωτότυπες, νέες ιδέες βάσει της προηγούμενης εμπειρίας τους ή της πρόσφατης εκπαίδευσης τους πριν ακόμη «αφομοιωθούν» κι αυτοί στο σύστημα. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν οι νέοι εργαζόμενοι είναι πολλά και θα πρέπει να αξιοποιούνται σε μεγάλο βαθμό.

3. *Διορατικότητα.* Οι περισσότεροι προϊστάμενοι εργάζονται μέσα σε γραφειοκρατικά περιβάλλοντα που δεν βοηθούν στη δημιουργικότητα. Ο αυστηρός έλεγχος που ασκείται στο έργο του προσωπικού και η αυστηρή προσήλωση στα επίσημα κανάλια επικοινωνίας, απειλεί τον καινοτομικό τρόπο σκέψης και δράσης. Επιπλέον, υπάρχουν ελάχιστα περιθώρια για αποτυχία, ενώ όταν συμβαίνουν αποτυχίες δεν είναι εύκολα αποδεκτές. Όταν οι εργαζόμενοι φοβούνται τις συνέπειες της αποτυχίας, η δημιουργικότητα τους ανακόπτεται και δεν προτείνουν καινοτομίες.

Αν δεν γίνεται αποδεκτή η πιθανότητα κινδύνου από έναν οργανισμό, τότε θα πρέπει να καθοριστούν συγκεκριμένοι κανόνες που να επιτρέπουν στα διοικητικά στελέχη που έχουν την ικανότητα να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες να λειτουργούν χωρίς φόβο επίπληξης ή απόλυσης σε περίπτωση που αποτύχουν. Επιπλέον, τα ανώτερα διοικητικά στελέχη ενός οργανισμού θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν, ότι τα δημιουργικά άτομα που προτείνουν και εφαρμόζουν καινοτομικές λύσεις μπορεί να μην ταιριάζουν στο «καλούπι» του οργανισμού. Κατά κανόνα, αυτά τα άτομα αποφεύγουν τις πολύ δομημένες και ελεγχόμενες καταστάσεις και μπορεί να φαίνονται αποδιοργανωμένα ή αδιάφορα. Η πρόκληση για τα στελέχη είναι να γνωρίζουν πότε, για ποιόν και σε ποιο βαθμό είναι απαραίτητος ο έλεγχος.

4. *Επιβεβαίωση.* Η δημιουργικότητα απαιτεί ένα συγκεκριμένο βαθμό έκθεσης προς εξωτερικές επαφές, δεκτικότητα σε νέες και φαινομενικά «παράξενες» ιδέες, κατάλληλη ερευνητική στήριξη, ένα συγκεκριμένο βαθμό ελευθερίας και διοίκηση που να στηρίζεται στην ελευθερία δράσης. Το οργανωσιακό κλίμα στον οργανισμό θα πρέπει να προάγει την επιβεβαίωση των δυνητικά χρήσιμων ιδεών. Πολλές καλές νέες ιδέες παραμένουν αναξιοποίητες επειδή «γεννιούνται» σε ένα περιβάλλον που διατηρεί ψυχρή στάση απέναντι στη δημιουργικότητα. Οι προϊστάμενοι θα πρέπει να διατηρούν θετική στάση απέναντι στις νέες ιδέες που εισακούονται από τα μέλη του προσωπικού τους και ως εκ τούτου να περιορίζεται η τάση «καταστροφής» της δημιουργικής διαδικασίας τόσο σε ατομικό, όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Ο

κυριότερος περιορισμός στη δημιουργικότητα προέρχεται από το αρχικό κόστος. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της δημιουργικότητας κι όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση από την επικρατούσα πρακτική, τόσο μεγαλύτερη είναι η επένδυση από την πλευρά του οργανισμού. Μακροπρόθεσμα όμως, οι δημιουργικές ιδέες μπορεί να αποδειχθούν πολύ αποτελεσματικές από άποψη κόστους. Η πρόκληση είναι να διαπιστωθεί εάν και σε ποιο βαθμό είναι σημαντικές και να ενθαρρυνθεί η δημιουργική ανταλλαγή τους σε ευρεία κλίμακα, ώστε να διαφανεί το ορατό αποτέλεσμα της αποτελεσματικής ηγεσίας του προϊστάμενου.

3.4 Λήψη αποφάσεων

Λαμβάνοντας υπόψη το χρόνο που αφιερώνουν τα διοικητικά στελέχη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων θα πίστευε κάποιος ότι με την εξάσκηση αποκτούν τις απαραίτητες δεξιότητες, ώστε να λαμβάνουν «άριστες» αποφάσεις. Ωστόσο, το πλήθος των αποφάσεων που λαμβάνει ένα άτομο δεν αντικατοπτρίζει τη δεξιότητα του να λαμβάνει ορθές αποφάσεις. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι μια χρήσιμη διαδικασία για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι μπορούν να μάθουν πώς να λαμβάνουν οποιαδήποτε απόφαση και να πραγματοποιούν πρακτικές επιλογές. Μία απόφαση που δεν λύνει ένα πρόβλημα δεν παύει να είναι μια απόφαση. Ανεπιτυχώς, ο όρος **λήψη αποφάσεων (decision making)** χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο **επίλυση προβλημάτων (problem solving)**.

Παρόλο που οι δυο αυτές διαδικασίες φαίνονται όμοιες και μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να εξαρτώνται η μια από την άλλη, δεν είναι ταυτόσημες. Οι κυριότερες διαφορές ανάμεσα τους είναι ότι η λήψη αποφάσεων μπορεί να αφορά ή όχι, σε ένα πρόβλημα, αλλά πάντοτε αφορά στην επιλογή μίας από πολλές εναλλακτικές λύσεις, καθεμία από τις οποίες μπορεί να είναι κατάλληλη κάτω από ορισμένες συνθήκες, ενώ η επίλυση προβλημάτων αφορά πάντα στη διάγνωση ενός προβλήματος και στην επίλυση του, πράγμα που μπορεί να συνεπάγεται ή όχι, τη λήψη απόφασης για μια ορθή λύση. Τις περισσότερες φορές η λήψη αποφάσεων είναι υποσύστημα της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων. Ωστόσο, υπάρχουν αποφάσεις που δεν αφορούν στην επίλυση προβλημάτων, όπως είναι αποφάσεις για τον προγραμματισμό της βάρδιας του προσωπικού, τη χρήση του εξοπλισμού, την αξιοποίηση των υπηρεσιών

του οργανισμού ή άλλα θέματα που δεν αφορούν την επίλυση προβλημάτων ως μια σκόπιμη διαδικασία.

Αποτελέσματα ερευνών έχουν ανατρέψει την πεποίθηση σύμφωνα με την οποία όλες οι αποφάσεις είναι επιλογές που κάνουν τα άτομα μετά από εκτενή αξιολόγηση όλων των διαθέσιμων επιλογών, προκειμένου να καταλήξουν στην άριστη λύση. Ο Simon (1955) και άλλοι επιστήμονες, αναγνώρισαν ότι η αξιολόγηση είναι σπάνια εκτενής και σχεδόν ποτέ δεν εξαντλεί όλα τα ενδεχόμενα. Στη δεκαετία του '70 αναγνωρίστηκε ότι οι αρμόδιοι λήψης αποφάσεων διαθέτουν ένα πλήθος στρατηγικών για την πραγματοποίηση επιλογών και ένα πλήθος στόχων πέρα από τη χρησιμότητα μιας απόφασης και το προσδοκώμενο όφελος και την αξία της για το άτομο που αποφασίζει. Τις περισσότερες φορές οι εμπειρίες από το παρελθόν είναι αυτές που μας δείχνουν τον τρόπο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Η ορθολογική λήψη μιας απόφασης συμβαίνει σχετικά σπάνια και συνήθως γίνεται μετά από προσεκτική σκέψη και αναλυτική στάθμιση των συνεπειών όλων των εναλλακτικών λύσεων. Η διαδικασία αυτή, καταλήγει στην επιλογή της «άριστης» λύσης, η οποία προϋποθέτει εξαντλητική έρευνα, γεγονός που στην καθημερινή πρακτική είναι δύσκολο και σχεδόν μη εφαρμόσιμο.

3.4.1 Είδη αποφάσεων

Τα είδη των προβλημάτων που συναντούν στην καθημερινότητα τους τα διοικητικά στελέχη ενός οργανισμού υγείας και οι αποφάσεις που πρέπει να λάβουν, ποικίλλουν ευρέως και καθορίζουν τις μεθόδους επίλυσης προβλημάτων ή τις μεθόδους λήψης αποφάσεων που πρέπει να χρησιμοποιούν. Τα απλά, συνηθισμένα και σαφή προβλήματα μπορούν συνήθως να λυθούν με αποφάσεις ρουτίνας που λαμβάνονται βάσει καθιερωμένων κανόνων, πολιτικών και διαδικασιών του τμήματος ή του οργανισμού. Οι **αποφάσεις ρουτίνας (routine decisions)** λαμβάνονται πιο συχνά από τα διοικητικά στελέχη της πρώτης βαθμίδας (π.χ. προϊστάμενοι), παρά από τα υψηλόβαθμα διοικητικά στελέχη. Οι **αποφάσεις προσαρμογής (adaptive decisions)** είναι απαραίτητες όταν τόσο τα προβλήματα, όσο και οι εναλλακτικές λύσεις είναι κάπως ασυνήθιστα και κατανοητά σε ένα μικρό βαθμό. Συχνά αποτελούν τροποποιήσεις άλλων, γνωστών προβλημάτων και λύσεων. Όταν τα προβλήματα είναι ασυνήθιστα και ασαφή και όταν απαιτούνται δημιουργικές και νεοτεριστικές λύσεις,

τότε τα διοικητικά στελέχη θα πρέπει να λαμβάνουν **καινοτομικές αποφάσεις (innovative decisions)**.

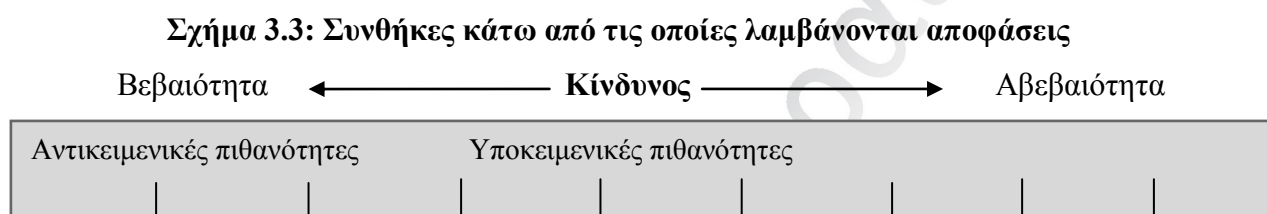
3.4.2 Συνθήκες λήψης αποφάσεων

Τα διοικητικά στελέχη ενός οργανισμού λαμβάνουν αποφάσεις είτε ως άτομα, είτε στο πλαίσιο ομάδων. Οι συνθήκες, μέσα στις οποίες λαμβάνονται οι αποφάσεις μπορεί να ποικίλλουν και να αλλάζουν συνεχώς. Για το λόγο αυτό, τα στελέχη θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους το όλο σύστημα, συνειδητοποιώντας ότι όποτε δημιουργούνται λύσεις, θα επιτύχουν μόνο εάν είναι συμβατές με άλλα μέρη του συστήματος. Μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού οι αποφάσεις λαμβάνονται κάτω από συνθήκες βεβαιότητας, κινδύνου ή αβεβαιότητας.

Συνθήκες βεβαιότητας έχουμε όταν τα διοικητικά στελέχη γνωρίζουν τις εναλλακτικές λύσεις και συνθήκες που περιβάλλουν κάθε εναλλακτική λύση, τότε λέμε ότι υπάρχει μια κατάσταση βεβαιότητας. Όλες οι μεταβλητές μιας απόφασης, καθώς και οι επιπτώσεις κάθε πιθανής ακολουθίας ενεργειών ή λύσεων, είναι γνωστές εκ των προτέρων.

Συνθήκες αβεβαιότητας και κινδύνου έχουμε όταν τα άτομα που καλούνται να λάβουν αποφάσεις, σπάνια έχουν πλήρη πληροφόρηση, κάτι που ο McConnell (2000) ορίζει ως γνώση, για ότι υπάρχει και μπορεί να γίνει γνωστό σχετικά με ένα θέμα ή μια κατάσταση. Εάν ήταν γνωστές όλες οι πληροφορίες, τότε η απόφαση θα ήταν προφανής και θα την αντιλαμβάνονταν όλοι. Συνεπώς, οι πιο κρίσιμης σημασίας αποφάσεις στους οργανισμούς και κυρίως στους οργανισμούς υγείας λαμβάνονται κάτω από συνθήκες *αβεβαιότητας και κινδύνου*. Το άτομο ή η ομάδα που λαμβάνει τις αποφάσεις δεν γνωρίζει όλες τις εναλλακτικές λύσεις, τους σχετικούς κινδύνους, ή τις πιθανές συνέπειες κάθε επιλογής. Η αβεβαιότητα και ο κίνδυνος είναι αναπόφευκτα, λόγω της σύνθετης και δυναμικής φύσης των οργανισμών που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη. Ο McConnell (2000) υποστηρίζει ότι οι επιτυχημένες αποφάσεις εξαρτώνται από την ανθρώπινη κρίση. Σε μια κατάσταση κινδύνου, η διαθεσιμότητα κάθε εναλλακτικής λύσης, οι πιθανές επιτυχίες και τα κόστη συνδέονται με τις εκτιμήσεις πιθανότητας. **Πιθανότητα** είναι το ενδεχόμενο να συμβεί ή να μην συμβεί κάτι και εκφράζεται ως ποσοστό. Εάν κάτι είναι σίγουρο ότι θα συμβεί η πιθανότητα του είναι 100%. Εάν κάτι είναι σίγουρο ότι δεν θα συμβεί η πιθανότητα του είναι 0%. Εάν κάτι μπορεί να συμβεί ή να μη συμβεί στον ίδιο βαθμό, τότε η πιθανότητα του

είναι 50%. Το βασικό στοιχείο στη λήψη αποφάσεων κάτω από συνθήκες κινδύνου είναι να προσδιοριστούν επακριβώς οι πιθανότητες κάθε εναλλακτικής λύσης. Ο διευθυντής μιας υπηρεσίας μπορεί να χρησιμοποιήσει μια **ανάλυση πιθανοτήτων**, με την οποία υπολογίζεται ή εκτιμάται ο προσδοκώμενος κίνδυνος. **Αντικειμενική πιθανότητα** είναι η πιθανότητα να συμβεί ή να μην συμβεί ένα ενδεχόμενο με βάση τα γεγονότα και τις αξιόπιστες πληροφορίες. **Υποκειμενική πιθανότητα** είναι η πιθανότητα να συμβεί ή να μην συμβεί ένα ενδεχόμενο με βάση την προσωπική κρίση και τις πεποιθήσεις του ατόμου που αποφασίζει (Σχήμα 3.3).

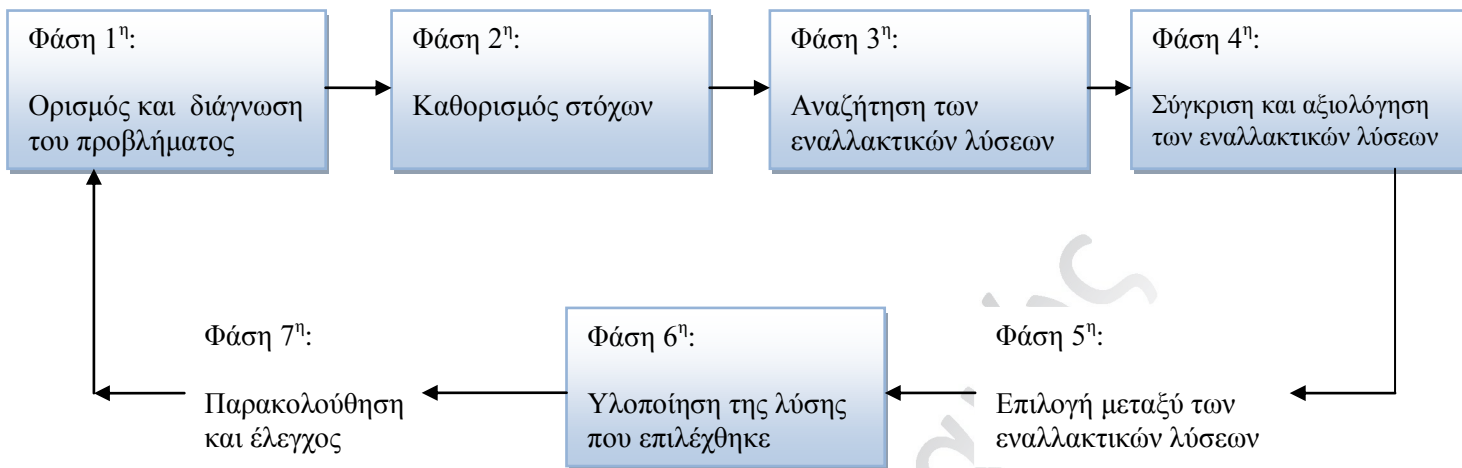


Πηγή: Hellriegel D. Jackson S. E. & Slocum J. W. Jr (2002). "Management: A Competency-based Approach", OH: South-Western, Cincinnati

3.5 Η διαδικασία λήψης αποφάσεων

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η απόφαση ορίζεται ως η ενσυνείδητη επιλογή ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων, μεταξύ δύο τουλάχιστον εναλλακτικών ενεργειών, μέσα από μια συστηματική, λογική διαδικασία. Η διαδικασία αυτή, περιγράφει το ορθολογικό ή **κανονιστικό, μοντέλο λήψης αποφάσεων (rational or normative decision making model)** και αναφέρεται σε μία σειρά δομημένων ενεργειών του ατόμου, το οποίο αποφασίζει να προβεί σε μια τεκμηριωμένη, λογική επιλογή που μεγιστοποιεί την επίτευξη των στόχων (Σχήμα 3.4).

Σχήμα 3.4: Ορθολογικό μοντέλο λήψης αποφάσεων



Πηγή: Hellriegel D. Jackson S. E. & Slocum J. W. Jr (2002). "Management: A Competency-based Approach", OH: South-Western, Cincinnati

Ο ορθολογισμός της λαμβανόμενης απόφασης εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου που αποφασίζει, να συλλέγει, να αναλύει και να αξιοποιεί τις πληροφορίες, αλλά και από τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τους στόχους του. Όμως, αυτή η διαδικασία λήψης αποφάσεων περιλαμβάνει μια σειρά βασικών βημάτων που δεν χρησιμοποιούνται όλα σε κάθε είδος απόφασης. Για να λάβει ένα διοικητικό στέλεχος μία απόφαση προσαρμογής ή μία καινοτομική απόφαση, σπάνια χρησιμοποιεί αυτά τα βήματα με τη σειρά.

Μία εφαρμογή του κανονιστικού μοντέλου λήψης αποφάσεων είναι η στρατηγική της βέλτιστης επιλογής. Ο αποφασίζων εντοπίζει αρχικά όλα τα πιθανά αποτελέσματα, εξετάζει την πιθανότητα κάθε εναλλακτικής λύσης και στη συνέχεια πραγματοποιεί την ενέργεια, που έχει την υψηλότερη πιθανότητα επίτευξης του πιο επιθυμητού αποτελέσματος. Το ορθολογικό ή κανονιστικό μοντέλο λήψης αποφάσεων θεωρείται ως το ιδανικό, αλλά τις περισσότερες φορές δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί πλήρως.

Τα άτομα σπάνια λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή και συχνά δεν είναι σε θέση να θυμηθούν πότε τελικά έλαβαν την απόφαση. Μερικές σημαντικές αποφάσεις είναι το αποτέλεσμα πολλών μικρών ενεργειών ή σταδιακών επιλογών που κάνει το άτομο, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του σημαντικότερα στρατηγικά θέματα. Επιπλέον, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων είναι πιθανότερο να χαρακτηρίζονται από τη σύγχυση και τον συναισθηματισμό, παρά από τον ορθολογισμό. Για όλους τους παραπάνω λόγους τα διοικητικά στελέχη ενός οργανισμού είναι απαραίτητο να αναπτύξουν τις κατάλληλες τεχνικές δεξιότητες και

την ικανότητα για να βρίσκουν μία ισορροπία ανάμεσα στις μακροσκελείς διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στη γρήγορη και αποφασιστική δράση.

Το **περιγραφικό ή περιοριστικό ορθολογικό μοντέλο (descriptive or bounded, rationality model)** που ανέπτυξε ο Simon το 1955 και υποστήριξε η έρευνα κατά τη δεκαετία του '90 (Simon, 1993), δίνει έμφαση στους περιορισμούς που υπάρχουν στην ορθολογικότητα του αποφασίζοντος και στις συνθήκες της κατάστασης λήψης της απόφασης. Αναγνωρίζει τρεις λόγους, για τους οποίους τα άτομα που αποφασίζουν δεν μπορούν να εφαρμόσουν πλήρως το ορθολογικό μοντέλο λήψης αποφάσεων:

- Η έρευνα του ατόμου που καλείται να λάβει μία απόφαση για τους πιθανούς στόχους ή τις εναλλακτικές λύσεις είναι συχνά περιορισμένη λόγω χρόνου, ενέργειας και χρήματος.
- Τα διοικητικά στελέχη συχνά δεν διαθέτουν επαρκείς πληροφορίες για τα προβλήματα και δεν μπορούν να ελέγξουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες λειτουργούν.
- Τα διοικητικά στελέχη συχνά χρησιμοποιούν τη στρατηγική της προσωρινής διευθέτησης ενός προβλήματος.

Η **προσωρινή διευθέτηση (satisficing)** είναι μία στρατηγική λήψης αποφάσεων κατά την οποία το άτομο επιλέγει μία εναλλακτική λύση που δεν είναι ιδανική, αλλά όμως αρκετά καλή (ικανοποιητική) κάτω από τις επικρατούσες συνθήκες ώστε να ικανοποιήσει τις ελάχιστες προϋποθέσεις αποδοχής, ή είναι η πρώτη, γενικά αποδεκτή, εναλλακτική λύση.

Στο χώρο της υγείας, τα διοικητικά στελέχη αντιμετωπίζουν καθημερινά πολλές καταστάσεις, οι οποίες επιλύονται αποτελεσματικά με τη στρατηγική της προσωρινής διευθέτησης.

Τα διοικητικά στελέχη που επιλύουν προβλήματα χρησιμοποιώντας τη στρατηγική της προσωρινής διευθέτησης μπορεί να μην διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις στην επίλυση προβλημάτων και στη λήψη αποφάσεων. Μπορεί να βλέπουν το τμήμα ή τον τομέα τους ως «απλουστευμένα μοντέλα» του πραγματικού κόσμου και να είναι ικανοποιημένοι με αυτήν την απλούστευση επειδή τους δίνει τη δυνατότητα να αποφασίζουν με σχετικά απλούς πρακτικούς κανόνες ή με βάση τη συνήθεια. Ωστόσο, η στρατηγική της βέλτιστης λύσης, όπου επιλέγεται η καλύτερη από όλες τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις, προϋποθέτει την προθυμία και την ικανότητα των στελεχών να συλλέγουν πληροφορίες, να τις αναλύουν και να επιλέγουν την καλύτερη από αυτές.

Το πολιτικό μοντέλο λήψης αποφάσεων (**the political decision-making model**) περιγράφει τη διαδικασία, σύμφωνα με την οποία οι αποφάσεις λαμβάνονται με βάση τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και τους στόχους των ισχυρών ομάδων στο χώρο του οργανισμού, όπως είναι οι επιτροπές και τα διοικητικά συμβούλια ενός νοσοκομείου, το επιστημονικό συμβούλιο, η ομάδα των υψηλόβαθμων διοικητικών στελεχών σε κάθε υπηρεσία κλπ. Η εξουσία¹¹ είναι η ικανότητα για επιρροή ή άσκηση ελέγχου στη ροή των πληροφοριών, στον τρόπο προσδιορισμού των προβλημάτων και των στόχων, στον εντοπισμό των εναλλακτικών λύσεων που αναλύονται και τελικά των αποφάσεων που λαμβάνονται.

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων ξεκινά όταν το στέλεχος της διοίκησης αντιλαμβάνεται ένα χάσμα ανάμεσα σε αυτό που πραγματικά συμβαίνει στο χώρο εργασίας και σε αυτό που θα έπρεπε να συμβαίνει, και τελειώνει με κάποια ενέργεια που θα περιορίσει ή θα εξαφανίσει το χάσμα. Η απλούστερη μέθοδος ώστε να εκπαιδευτεί κάποιος στις δεξιότητες λήψης αποφάσεων είναι να εντάξει στη συλλογιστική του το μοντέλο των επτά φάσεων που ακολουθεί, αναλύοντας το στις συνιστώσες του. Οι επτά φάσεις της διαδικασίας λήψης αποφάσεων μπορούν να εφαρμοστούν για την επίλυση προβλημάτων τόσο σε εργασιακό, όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Κάθε φάση περιλαμβάνει σημαντικά ερωτήματα που αποσαφηνίζουν τα ζητήματα που προκύπτουν και πρέπει να εφαρμόζονται με τη σειρά που παρουσιάζονται, ως ακολούθως (Σχήμα 3.5).

¹¹ Η **εξουσία (power)** ορίζεται ως η ενδεχόμενη ικανότητα επιρροής με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (Hersey, Blanchard, & Johnson, Management of Organizational Behavior: Leading Human Resources, 2001)

Σχήμα 3.5: Φάσεις στη διαδικασία λήψης αποφάσεων	
1. Προσδιορισμός του σκοπού:	Γιατί είναι απαραίτητη μία απόφαση; Τι ακριβώς πρέπει να αποφασίσετε; Διατυπώστε το ζήτημα με όσο το δυνατόν πιο ευρύτερο τρόπο.
2. Καθορισμός των κριτηρίων:	Τι πρέπει να επιτύχετε; Τι θα διατηρηθεί και τι θα αλλάξει, με την όποια απόφαση ληφθεί; Τι θα πρέπει να αποφύγετε; Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά θα αποτελέσουν τα πρότυπα, με βάση τα οποία θα αξιολογήσετε στη συνέχεια τις λύσεις.
3. Στάθμιση των κριτηρίων:	Ιεραρχήστε κάθε κριτήριο με βάση μία κλίμακα αξιών από το 1 (το τελειώς ασήμαντο) μέχρι το 10 (το πάρα πολύ σημαντικό).
4. Αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων:	Αναφέρετε όλες τις πιθανές πορείες δράσης. Μία εναλλακτική λύση είναι πιο σημαντική από μία άλλη; Μία εναλλακτική λύση έχει κάποια προβλήματα σε κάποιους τομείς; Μπορούν αυτά τα μειονεκτήματα να ξεπεραστούν; Μπορείτε να συνδυάσετε δύο εναλλακτικές λύσεις ή ορισμένα χαρακτηριστικά πολλών εναλλακτικών λύσεων;
5. Έλεγχος εναλλακτικών λύσεων:	Καταρχήν, χρησιμοποιώντας την ίδια μεθοδολογία όπως στην 3 ^η φάση, ιεραρχήστε κάθε εναλλακτική λύση με βάση την κλίμακα βαθμολογίας από το 1 μέχρι το 10. Στη συνέχεια, πολλαπλασιάστε το συντελεστή στάθμισης κάθε κριτηρίου επί τη βαθμολογία κάθε εναλλακτικής λύσης. Τέλος, προσθέστε τις βαθμολογίες και συγκρίνετε τα αποτελέσματα.
6. Αντιμετώπιση προβλημάτων:	Τι θα μπορούσε να πάει στραβά; Πως μπορείτε να κάνετε σχέδια; Μπορεί να βελτιωθεί η επιλογή σας;
7. Αξιολόγηση της ενέργειας:	Εφαρμόζεται η λύση; Είναι αποτελεσματική; Ποιο είναι το κόστος της;

Πηγή: Simon H. A., “Decision-making: Rational, nonrational, and irrational”, Education administration Quarterly, August 199

3.5.1 Τεχνικές λήψης αποφάσεων

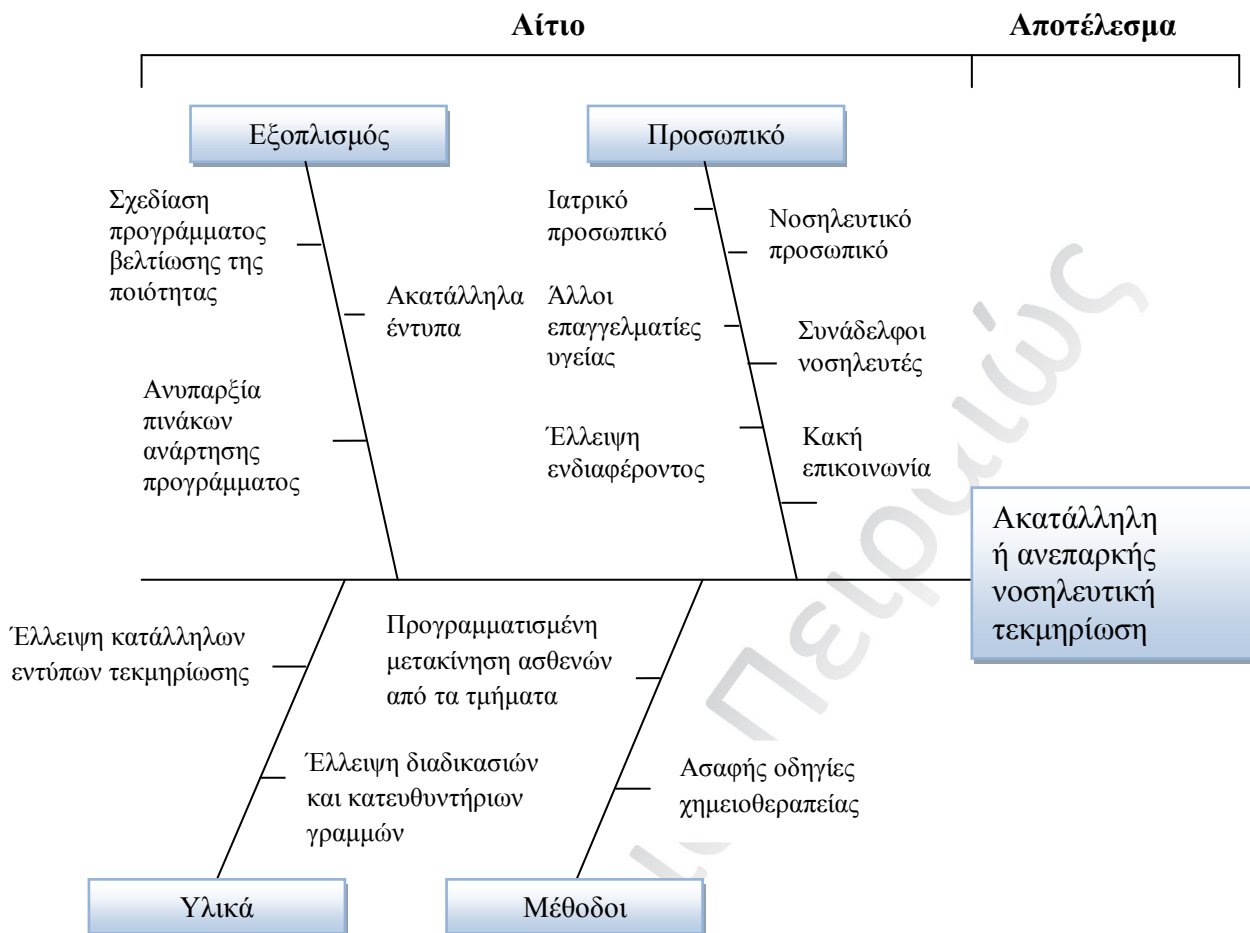
Οι τεχνικές λήψης αποφάσεων ποικίλλουν ανάλογα με τη φύση του προβλήματος ή του θέματος, τα χαρακτηριστικά του ατόμου που καλείται να λάβει μία απόφαση, το πλαίσιο ή την κατάσταση και ανάλογα με τη μέθοδο ή τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που θα ακολουθήσει κάποιος για να λάβει ένα συγκεκριμένο είδος απόφασης. Για τη λήψη αποφάσεων ρουτίνας όπου λαμβάνονται συνήθως σε συγκεκριμένες, γνωστές καταστάσεις ή προβλήματα, οι επιλογές που είναι δοκιμασμένες αποτελούν την καλύτερη λύση. Επίσης στη λήψη αποφάσεων ρουτίνας αποτελεσματικές είναι οι καλά σχεδιασμένες πολιτικές, οι κανόνες και οι πρότυπες διαδικασίες λειτουργίας σε έναν οργανισμό, οι οποίες απαιτούν ελάχιστο χρόνο για τη

διαδικασία λήψης απόφασης από τα στελέχη. Μία άλλη τεχνική είναι η αξιοποίηση της **τεχνητής νοημοσύνης (artificial intelligence)**, που περιλαμβάνει τα προγραμματισμένα συστήματα υπολογιστών, όπως είναι τα **προηγμένα συστήματα** που μπορούν να αποθηκεύσουν και να επεξεργαστούν δεδομένα ώστε να διαγνώσουν προβλήματα και να προτείνουν ενδεδειγμένες λύσεις, βοηθώντας έτσι στη λήψη αποφάσεων που έχουν όμως, εφαρμογή περιορισμένης έκτασης.

Για τη λήψη αποφάσεων προσαρμογής που αφορούν σε διαφορούμενα ζητήματα και στην τροποποίηση γνωστών εναλλακτικών λύσεων, υπάρχουν πολλές τεχνικές. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα είδη πλεγμάτων ή πινάκων αποφάσεων για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των εναλλακτικών λύσεων. Οι αποφάσεις για τα νοσηλευτικά τμήματα ή τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τον οργανισμό, μπορούν να διευκολυνθούν μέσω αναλύσεων που συγκρίνουν την παραγωγή, τα έσοδα και το κόστος, διαχρονικά ή κάτω από διάφορες συνθήκες (π.χ. η ανάλυση του κόστους και των εσόδων από μία προτεινόμενη νέα υπηρεσία για διάστημα ενός έτους). Η λήψη καινοτομικών αποφάσεων προϋποθέτει τόσο τον εντοπισμό μη γνώριμων προβλημάτων, όσο και την ανάπτυξη μοναδικών και δημιουργικών λύσεων. Οι αποφάσεις αυτές εμπεριέχουν σημαντικής έκτασης αβεβαιότητα και συχνά κίνδυνο. Ένα παράδειγμα μίας κατάστασης που απαιτεί τη λήψη καινοτομικών αποφάσεων είναι η προσθήκη της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας στη λειτουργία του μαιευτικού τμήματος ενός νοσοκομείου.

Ανεξάρτητα από το μοντέλο λήψης αποφάσεων ή τη στρατηγική που θα επιλεγεί, η συλλογή δεδομένων και η ανάλυση τους παίζουν καθοριστικό ρόλο. Σε πολλούς οργανισμούς υγείας, τα μέλη του προσωπικού συνιστούν ομάδες εργασίας με σκοπό την εξεύρεση των καλύτερων λύσεων στα προβλήματα ή στα θέματα που προκύπτουν. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούν ένα πλήθος εργαλείων για να συλλέγουν, να οργανώνουν και να αναλύουν δεδομένα σχετικά με την εργασία τους. Στηριζόμενοι στην εργασία του Deming (Walton, 1988), οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν εργαλεία όπως τα διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος, τα διαγράμματα ελέγχου, τα διαγράμματα Pareto, τα διαγράμματα ροής, τα ιστογράμματα και τα διαγράμματα διασποράς για να μπορέσουν να κατανοήσουν τα δεδομένα και τις σχέσεις στις διαδικασίες που εξετάζουν. Το Σχήμα 3.6 δείχνει ένα διάγραμμα αιτίου-αποτελέσματος που δημιούργησε μία ομάδα νοσηλευτών με σκοπό τη βελτίωση της διαδικασίας της νοσηλευτικής τεκμηρίωσης σε ένα ογκολογικό νοσηλευτικό τμήμα.

Σχήμα 3.6: Καταιγισμός ιδεών μίας νοσηλευτικής ομάδας βελτίωσης της ποιότητας



Πηγή: Graban Mark (2009). “Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, Employee Satisfaction”, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York

3.6 Επίλυση προβλημάτων

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τη διαδικασία της επίλυσης προβλημάτων όταν αντιλαμβάνονται ένα χάσμα ανάμεσα σε μία υπάρχουσα κατάσταση (αυτό που συμβαίνει τώρα) και σε μία επιθυμητή κατάσταση (αυτό που θα έπρεπε να συμβαίνει). Ο τρόπος, με τον οποίο αντιλαμβάνεται κάποιος την κατάσταση επηρεάζει ή επιλύει το πρόβλημα. Συνεπώς, πριν υπάρξει επίλυση του προβλήματος, θα πρέπει να αποσαφηνίζονται οι αντιλήψεις των ατόμων γι’ αυτό. Ένα κεντρικό σημείο στη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων είναι η υποβολή ερωτήσεων. Με την υποβολή ερωτήσεων εντοπίζει κάποιος τα κεντρικά ζητήματα, εξετάζει τη συλλογιστική, διευκρινίζει τις ασάφειες στον ορισμό του προβλήματος, εξετάζει τις διαφορές στις

αξίες και πεποιθήσεις των ατόμων και αμφισβητεί υποθέσεις¹². Αυτός ο τρόπος σκέψης και δράσης, παρέχει τη δυνατότητα να αναδειχθούν τα προβλήματα σε ευκαιρίες, οι οποίες θα προάγουν αφενός την επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων και αφετέρου την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Η επιστημονική διαδικασία επίλυσης προβλημάτων προϋποθέτει την αναζήτηση πληροφοριών για την αποσαφήνιση του προβλήματος και την ανακάλυψη πολλών λύσεων. Οι λύσεις αξιολογούνται προσεκτικά και επιλέγεται η καλύτερη για να υλοποιηθεί. Η υλοποίηση της τελικής λύσης διατηρείται διαχρονικά για να διασφαλιστεί η άμεση και η συνεχής αποτελεσματικότητα της. Εάν προκύψουν δυσκολίες στην εφαρμογή της, επαναλαμβάνεται ένα μέρος ή ολόκληρη η διαδικασία επίλυσης. Έναν τρόπο επίλυσης προβλημάτων αποτελεί η ίδια η νοσηλευτική διεργασία, ως επιστημονικό εργαλείο, όπως φαίνεται στον παραπάνω Πίνακα 3.1.

3.6.1 Μέθοδοι επίλυσης προβλημάτων

Πολλές είναι οι μέθοδοι και οι τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίλυση προβλημάτων. Συχνά, τα άτομα που διαθέτουν ελάχιστη διοικητική εμπειρία έχουν την τάση να χρησιμοποιούν τη **μέθοδο της δοκιμής και απόρριψης**, εφαρμόζοντας τη μία λύση μετά την άλλη μέχρι να επιλυθεί το πρόβλημα ή μέχρι να παρουσιαστούν τα πρώτα σημάδια βελτίωσης της κατάστασης. Συχνά τα άτομα αυτά δεν διαθέτουν όχι μόνο εμπειρία, αλλά και το χρόνο ή τους πόρους για να αναζητήσουν άλλες, εναλλακτικές λύσεις. Η διαδικασία της δοκιμής και απόρριψης μπορεί να είναι χρονοβόρα και ενδεχομένως απειλητική ακόμα και για τη ζωή των ασθενών. Παρόλο που ως διαδικασία, επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα, ο διευθυντής που τη χρησιμοποιεί μπορεί να χαρακτηριστεί ως μη αποτελεσματικός στην επίλυση του προβλήματος.

Ο **πειραματισμός**, που είναι μια άλλη μέθοδος επίλυσης προβλημάτων, είναι μία πιο αυστηρή μέθοδος από τη μέθοδο της δοκιμής και απόρριψης. Παραδείγματα της μεθόδου του πειραματισμού αποτελούν τα πιλοτικά προγράμματα ή οι περιορισμένες έκτασης δοκιμές. Ο πειραματισμός συνεπάγεται τον έλεγχο μίας θεωρίας (υπόθεση) που θα βελτιώσει τη γνώση, την κατανόηση ή την πρόβλεψη του επιθυμητού

¹² Boychuk, J. E. D., "Catching the wave: Understanding the concept of critical thinking", Journal of Advanced Nursing, Blackwell, April 1999

αποτελέσματος. Ένα έργο ή μία μελέτη διεξάγεται μέσα σε ελεγχόμενο περιβάλλον (π.χ. σε ένα φυσικό περιβάλλον όπως είναι τα εξωτερικά ιατρεία ενός οργανισμού υγείας). Τα δεδομένα συλλέγονται, αναλύονται και στη συνέχεια ερμηνεύονται τα αποτελέσματα για να διαπιστωθεί εάν η λύση που δοκιμάστηκε ήταν αποτελεσματική ή όχι. Ως μέθοδος επίλυσης προβλημάτων, ο πειραματισμός μπορεί να φανεί αναποτελεσματικός λόγω του χρόνου και του συνεχούς ελέγχου που απαιτείται. Ωστόσο, μια καλά σχεδιασμένη πειραματική διαδικασία μπορεί να είναι πειστική σε περιπτώσεις, όπου μία ιδέα ή μία δραστηριότητα, όπως π.χ. ένα νέο σύστημα στελέχωσης ή μία νέα κλινική πρακτική, μπορεί να δοκιμαστεί σε μία από δύο όμοιες ομάδες ώστε να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Κάποιες άλλες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων στηρίζονται στις **εμπειρίες από το παρελθόν** και τη **διαίσθηση**. Κάθε άτομο αποκτά εμπειρίες και στηρίζει τις μελλοντικές ενέργειες και τις επιλογές του σε αυτά που αποδείχθηκαν επιτυχημένες λύσεις κατά το παρελθόν. Εάν μία συγκεκριμένη πορεία δράσης οδήγησε συστηματικά σε θετικά αποτελέσματα, το άτομο θα την επιχειρήσει πάλι όταν προκύψουν παρόμοιες συνθήκες. Σε μερικές περιπτώσεις οι εμπειρίες ενός ατόμου από το παρελθόν μπορούν να καθορίσουν το μέγεθος του κινδύνου που θα αναλάβει κάτω από τις παρούσες συνθήκες. Ο χαρακτήρας και η συχνότητα των εμπειριών συμβάλλουν σημαντικά στην αποτελεσματικότητα της μεθόδου επίλυσης προβλημάτων. Το πόσα πολλά έμαθε το άτομο από αυτές τις εμπειρίες, θετικά ή αρνητικά, μπορούν να επηρεάσουν την τρέχουσα θεώρηση των καταστάσεων και να οδηγήσουν είτε σε υποκειμενικές και ανεπαρκείς κρίσεις, είτε σε πολύ σοφές επιλογές. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όσον αφορά στα προβλήματα των διαπροσωπικών σχέσεων. Η διαίσθηση είναι μία άλλη τεχνική, η οποία στηρίζεται σε σημαντικό βαθμό στις εμπειρίες που διατηρούμε από το παρελθόν, αλλά και στη μέθοδο της δοκιμής και απόρριψης. Ο βαθμός, στον οποίο σχετίζονται οι παρελθούσες εμπειρίες με τη διαίσθηση είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, αλλά η σοφία, η ευαισθησία και η ευσυνειδησία των επαγγελματιών υγείας είναι γνωστό ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην επίλυση των προβλημάτων.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν κάποια προβλήματα που επιλύονται από μόνα τους, ακολουθώντας μια φυσική πορεία. Στην πραγματικότητα, επιλύονται από τα άτομα που εμπλέκονται προσωπικά στην πρόκληση αυτών των προβλημάτων. Αυτό δεν σημαίνει ότι ένα ενιαίο, ελεύθερο στυλ διοίκησης οδηγεί στην επίλυση όλων των προβλημάτων. Τα στελέχη του οργανισμού δεν θα πρέπει να αδιαφορήσουν για τις διοικητικές ευθύνες τους. Συχνά όμως, οι δύσκολες καταστάσεις, αντιμετωπίζονται πιο εύκολα, όταν οι συμμετέχοντες έχουν χρόνο, πόρους και δέχονται υποστήριξη ώστε να ανακαλύψουν και να προτείνουν τις δικές τους λύσεις, στα δικά τους προβλήματα. Αυτό, για παράδειγμα, θα μπορούσε να συμβεί όταν ένα νέος νοσηλευτής πανεπιστημιακής εκπαίδευσης τοποθετηθεί σε ένα τμήμα, όπου οι περισσότεροι νοσηλευτές βλέπουν με αρνητικό μάτι το επίπεδο εκπαίδευσης του νέου νοσηλευτή, αλλά και το γεγονός ότι διαθέτει εμπειρία. Σε αυτήν την περίπτωση, εάν παρέμβει ο προϊστάμενος για να βοηθήσει την αποδοχή του νέου υπαλλήλου στο τμήμα, το πρόβλημα που θα μπορούσε να είχε λυθεί μεταξύ του προσωπικού, αναδεικνύεται σε μία διαρκή πηγή σύγκρουσης. Η σημαντική δεξιότητα που απαιτείται εδώ είναι να γνωρίζει κάποιος πότε να μην κάνει απολύτως τίποτα. Άλλωστε, *απόφαση* είναι η ενσυνείδητη επιλογή μεταξύ δύο τουλάχιστον εναλλακτικών ενεργειών, θεωρούμενης ως πράξη και την αποχή από μία ενέργεια.¹³

3.6.2 Η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων

Πολλά προβλήματα που προκύπτουν στην καθημερινή κλινική πρακτική ενός οργανισμού υγείας, απαιτούν άμεση ενέργεια και δράση. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν χρόνο στη διάθεση τους για να προβούν στις επίσημες διαδικασίες της έρευνας και της ανάλυσης που υπαγορεύει η επιστημονική μέθοδος προσέγγισης ενός προβλήματος. Συνεπώς, η εκμάθηση μιας οργανωμένης μεθόδου για την άμεση επίλυση προβλημάτων έχει ανεκτίμητη αξία. Μία πρακτική μέθοδος δίνεται μέσα από τη διαδικασία των επτά βημάτων που προτείνονται στον Πίνακα 3.3 και αναλύονται στη συνέχεια.

¹³ Σπάρος Λ. (1999). Θεωρία της λήψης των κλινικών αποφάσεων, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Πίνακας 3.3: Τα επτά βήματα της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων

Τα επτά βήματα της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων

1. Προσδιορισμός του προβλήματος
2. Συλλογή πληροφοριών
3. Ανάλυση των πληροφοριών
4. Ανάπτυξη λύσεων
5. Λήψη απόφασης
6. Υλοποίηση/εφαρμογή της απόφασης
7. Αξιολόγηση της λύσης

Πηγή: Lepley C., “Problem-Solving Tools for Analyzing System Problems: The Affinity Map and the Relationship Diagram”, *Journal of Nursing Administration*, December 1998

1. *Προσδιορισμός του προβλήματος.* Το πιο σημαντικό μέρος της διαδικασίας επίλυσης ενός προβλήματος είναι ο ακριβής και σαφής προσδιορισμός του. Το πώς γίνονται αντιληπτά τα προβλήματα θα καθορίσει τις λύσεις ή θα εντοπίσει τις απαιτούμενες αλλαγές. Τα στελέχη της διοίκησης ενός οργανισμού θεωρούν συνήθως ως πρόβλημα την απόκλιση από την επιθυμητή κατάσταση όπως αυτά την αντιλαμβάνονται. Για παράδειγμα ένας προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος που επιτρέπει στο προσωπικό να συμπληρώνει μόνο του το εβδομαδιαίο πρόγραμμα λειτουργίας του τμήματος, διαπιστώνει ότι κάθε φορά που ανακοινώνεται το πρόγραμμα, δεν καλύπτονται πλήρως η απογευματινή και νυχτερινή βάρδια. Ο προϊστάμενος μπορεί να θεωρήσει ως πρόβλημα την ανωριμότητα των μελών του προσωπικού του και την ανικανότητα τους να λειτουργούν κάτω από δημοκρατική ηγεσία. Οι αιτίες μπορεί να είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος για την ομαδική λήψη αποφάσεων, ο ελάχιστος προβληματισμός σχετικά με την παροχή επαρκούς κάλυψης της φροντίδας των ασθενών ή, το γεγονός ότι μερικοί νοσηλευτές δεν έχουν καταλάβει τη διαδικασία. Ο προσδιορισμός ενός προβλήματος αφορά σε μια περιγραφική δήλωση της κατάστασης που επικρατεί και όχι σε μια κρίση ή κάποιο συμπέρασμα. Αν ξεκινήσουμε τη διατύπωση του προβλήματος με μία κρίση, τότε και η λύση μπορεί να έχει κριτικό ύφος και να παραβλεφθούν κρίσιμης σημασίας περιγραφικά στοιχεία. Αν ο προϊστάμενος προσδιορίσει το πιο πάνω πρόβλημα ως ανωριμότητα και επιλέξει από εδώ και στο εξής να συμπληρώνει ο ίδιος το πρόγραμμα χωρίς να προσπαθήσει να συλλέξει περαιτέρω στοιχεία, τότε ένα μικρό πρόβλημα αρχικά, μπορεί να εξελιχθεί σε γενική κρίση στο τμήμα.

Μερικές φορές το πρόβλημα δεν εντοπίζεται εύκολα. Σε αυτήν την περίπτωση, ο προϊστάμενος μπορεί να χρησιμοποιήσει βοηθητικά εργαλεία δράσης όπως είναι το **διάγραμμα συνάφειας** ή αλλιώς χάρτης εγγύτητας (**affinity map**). Ο Lepley (1998) περιγράφει έξι βήματα σε αυτήν τη διαδικασία (Διάγραμμα 3.1, Διάγραμμα 3.2).

- Εντοπίζεται το πρόβλημα και τίθεται ένα καλά μελετημένο ερώτημα που θα παρακινήσει τη δημιουργία ιδεών.
- Τα μέλη της ομάδας, χωρίς να συζητήσουν μεταξύ τους, καταγράφουν σε χωριστές κάρτες τις ιδέες τους, που σχετίζονται με το πρόβλημα.
- Στη συνέχεια, και πάλι χωρίς συζήτηση, η ομάδα καλείται να ταξινομήσει τις παρόμοιες ιδέες σε έξι το πολύ κατηγορίες.
- Ένα μέλος της ομάδας που παίζει το ρόλο του μεσολαβητή, ανακοινώνει τις κατηγορίες, εξηγεί τη συλλογιστική που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή της ονομασίας κάθε κατηγορίας και διασφαλίζει ότι όλοι συμφωνούν με τα ονόματα των κατηγοριών.
- Δίνεται μία ευκαιρία στην ομάδα για να εξηγήσει το σκεπτικό της. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας ανακαλύπτονται αντιλήψεις που διατηρούν γύρω από το συγκεκριμένο πρόβλημα και επιτυγχάνεται ομοφωνία. Ένας κανόνας που ισχύει σε αυτή τη φάση είναι ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Συνεπώς, καμία από τις ιδέες δεν πρέπει να επικρίνεται.
- Τέλος, ο χάρτης εγγύτητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό των σχέσεων αιτίου και αποτελέσματος. Το όνομα κάθε κατηγορίας αναγράφεται με κυκλικό τρόπο για να προκύψει ένα διάγραμμα. Οι σχέσεις ανάμεσα στις κατηγορίες εντοπίζονται και χρησιμοποιούνται βέλη που δηλώνουν την κατεύθυνση. Η κατηγορία με τον μεγαλύτερο αριθμό εξερχόμενων βελών θεωρείται η βασική αιτία του προβλήματος. Η κατηγορία με τα περισσότερα εισερχόμενα βέλη θεωρείται το αποτέλεσμα.

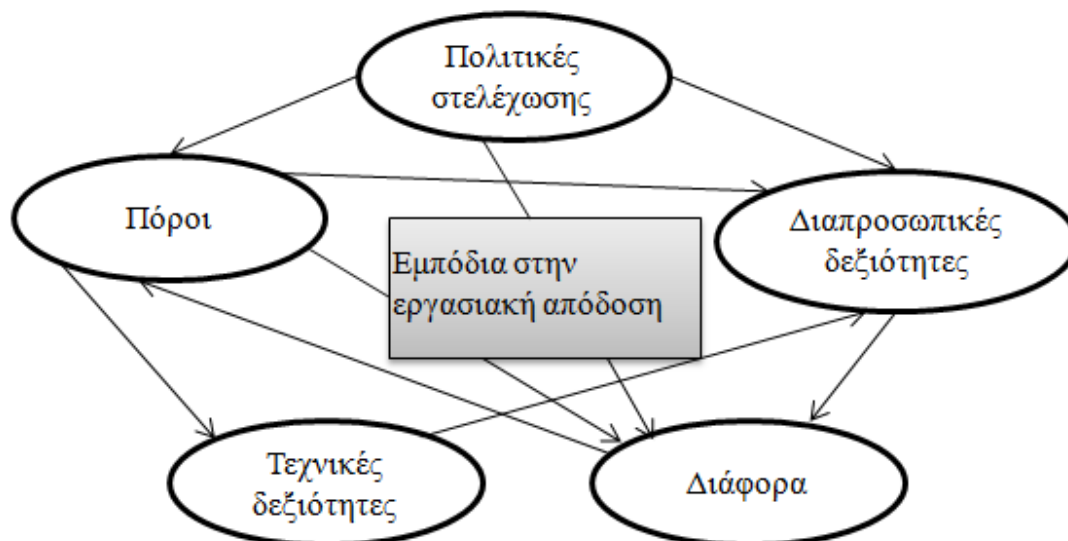
Διάγραμμα 3.1: Διάγραμμα συνάφειας

Εμπόδια στην εργασιακή απόδοση των νοσηλευτών

Πολιτικές στελέχωσης	Διαπροσωπικές δεξιότητες	Πόροι	Τεχνικές δεξιότητες	Διάφορα
Προγραμματισμός	Χρήση σωστών καναλιών επικοινωνίας	Χρόνος	Ανάγκη εξοικείωσης με τη χρήση νέου εξοπλισμού	Γραφική εργασία
Δείκτες στελέχωσης νοσηλευτών προς ασθενείς	Διαχείριση συγκρούσεων	Εξοπλισμός	Ανάγκη εξοικείωσης με νέες τακτικές και διαδικασίες	Συσκευές
Βαρύτητα κατάστασης ασθενών	Ανεπαρκείς δεξιότητες ανάθεσης έργου στο βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό	Χειρισμός μηχανημάτων	Τεχνολογία υπολογιστών	Ανάγκη εξοικείωσης
Αξιοποίηση νοσηλευτών	Επικοινωνία με ασθενείς και συγγενείς	Βοηθητικό προσωπικό		
Μετακίνηση νοσηλευτών μεταξύ των τμημάτων	Ανεπαρκείς ηγετικές δεξιότητες			

Πηγή: Lepley C., "Problem-Solving Tools for Analyzing System Problems: The Affinity Map and the Relationship Diagram", Journal of Nursing Administration, December 1998

Διάγραμμα 3.2: Διάγραμμα αιτίου - αποτελέσματος



Πηγή: Lepley C., "Problem-Solving Tools for Analyzing System Problems: The Affinity Map and the Relationship Diagram", Journal of Nursing Administration, December 1998

Η πρόωρη ερμηνεία των δεδομένων μπορεί να επηρεάσει την αντικειμενικότητα της αξιολόγησης. Στο παράδειγμα που αναφέρθηκε πιο πάνω, θα πρέπει κάποιος να αναλογιστεί εάν υπάρχουν άλλες ερμηνείες για την προφανή συμπεριφορά των μελών του προσωπικού που δεν συνεπάγεται εκ των προτέρων την αρνητική υπόθεση της ανωριμότητας τους. Οι πρόωρες ερμηνείες μπορούν να αποφευχθούν με τη χρήση εποικοδομητικών ερωτήσεων στα μέλη της ομάδας.

Ο Schmieding (1999) περιγράφει τέσσερα χαρακτηριστικά των εποικοδομητικών ερωτήσεων:

- Τα αντικειμενικά δεδομένα αξιολογούνται με βάση τις σκέψεις και τα συναισθήματα κάποιου.
- Οι εμπειρίες από το παρελθόν και οι γνώσεις χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της κατάστασης.
- Οι ιδέες για το πρόβλημα επικυρώνονται ή απορρίπτονται με βάση τα εμπειρικά δεδομένα μέσω μιας τμηματικής και όχι μιας γραμμικής διαδικασίας.
- Τα γεγονότα και οι ιδέες που γεννιούνται, εξακριβώνονται μέσω ενδελεχούς έρευνας.

Η ακριβής εκτίμηση του προβλήματος καθορίζει επίσης εάν ο προϊστάμενος θα πρέπει να αναζητήσει μία μόνιμη λύση ή απλά ένα προσωρινό μέτρο. Πρόκειται για ένα περιστασιακό πρόβλημα που απαιτεί απλώς παρέμβαση με μία απλή εξήγηση ή είναι πιο περίπλοκο και πηγάζει από το συλλογισμό του προϊστάμενου; Ο προϊστάμενος θα πρέπει να προσδιορίσει επακριβώς τα προβλήματα και να τα ταξινομήσει, προκειμένου να προβεί στη λήψη μέτρων.

Για να προσδιορίσει το πρόβλημα θα πρέπει να εντοπίσει τον τομέα τον οποίο αφορά και να θέσει στον εαυτό του τα εξής ερωτήματα:

- Έχω την αρμοδιότητα να κάνω οτιδήποτε γι' αυτό, εγώ ο ίδιος;
- Έχω όλες τις πληροφορίες; Έχω όλο το χρόνο στη διάθεση μου;
- Ποιο άλλο άτομο έχει σημαντικές πληροφορίες και μπορεί να συνεισφέρει στην επίλυση του προβλήματος;
- Ποια οφέλη πρέπει να αναμένω; Μια λίστα με τα πιθανά οφέλη αποτελεί τη βάση για τη σύγκριση και την επιλογή λύσεων. Επίσης η λίστα παίζει το ρόλο του μέσου αξιολόγησης της λύσης.

2.Συλλογή πληροφοριών. Η διαδικασία επίλυσης του προβλήματος ξεκινά με τη συλλογή στοιχείων. Μια προσεκτική, συστηματική και ολοκληρωμένη έρευνα για τη

συλλογή περαιτέρω πληροφοριών που θα διαφωτίσουν το πρόβλημα, διευκολύνει την επίτευξη των στόχων και την αποσαφήνιση των πιθανών επιπτώσεων των λύσεων που προτείνονται. Τα στοιχεία μπορεί να είναι αντικειμενικά ή υποκειμενικά. Το διοικητικό στέλεχος που έχει αναλάβει την επίλυση του προβλήματος θα πρέπει να εξασφαλίσει τη συλλογή σχετικών, έγκυρων, ακριβών και αναλυτικών περιγραφών της κατάστασης από τα κατάλληλα πρόσωπα ή πηγές και να καταγράψει όλες τις πληροφορίες. Αυτό το βήμα ενθαρρύνει τα άτομα να δηλώσουν με ακρίβεια τα στοιχεία που γνωρίζουν. Το στέλεχος της διοίκησης ή η ομάδα μπορεί να επιλέξουν να ζητήσουν πληροφορίες από κάθε εμπλεκόμενο. Παρόλο που αυτός ο τρόπος δεν εξασφαλίζει πάντα την αντικειμενική πληροφόρηση, δίνει όμως σε όλους τους εμπλεκόμενους την ευκαιρία να διατυπώσουν τις σκέψεις τους. Φυσικά, η έλλειψη χρόνου εμποδίζει συνήθως τη συλλογή γραπτών δεδομένων. Οι εμπειρίες που έχει ένας προϊστάμενος ή τα μέλη του προσωπικού αποτελούν επίσης πηγές πληροφόρησης στην εμφάνιση ενός προβλήματος, το οποίο μπορεί να είχε παρατηρηθεί και στο παρελθόν. Οι προτάσεις επίλυσης του παρόμοιου προβλήματος μπορούν στην πραγματικότητα, να φανούν πολύ χρήσιμες.

3. Ανάλυση των πληροφοριών. Τα διοικητικά στελέχη θα πρέπει να αναλύουν τις πληροφορίες που έχουν στη διάθεση τους, μόνο όταν αυτές ταξινομηθούν βάσει διαφόρων κριτηρίων όπως είναι τα εξής:

- Ταξινόμηση των πληροφοριών με βάση την αξιοπιστία.
- Καταγραφή των πληροφοριών από την πιο σημαντική προς τη λιγότερο σημαντική.
- Ταξινόμηση των πληροφοριών με χρονολογική σειρά. Τι συνέβη πρώτα; Τι συνέβη μετά; Τι προηγήθηκε; Ποιες άλλες συνθήκες επικρατούσαν;
- Παρουσίαση των πληροφοριών βάσει της σχέσης «αίτιο-αποτέλεσμα». Το Α προκαλεί το Β ή το αντίστροφο;
- Ταξινόμηση των πληροφοριών σε κατηγορίες: ανθρώπινοι παράγοντες (π.χ. προσωπικότητα, ωριμότητα, μόρφωση, ηλικία, σχέσεις μεταξύ ατόμων και προσωπικά προβλήματα), τεχνικοί παράγοντες (π.χ. κλινικές δεξιότητες ή το είδος του νοσηλευτικού τμήματος), χρονικοί παράγοντες (π.χ. υπερωρίες, είδος βάρδιας ή διπλές βάρδιες), καθώς και παράγοντες πολιτικής (π.χ. διαδικασίες του οργανισμού και κανόνες που ισχύουν για το πρόβλημα ή νομικής και ηθικής φύσεως θέματα).
- Μελέτη του πόσο καιρό επικρατεί αυτή η κατάσταση.

Επειδή οι πληροφορίες ποτέ δεν είναι πλήρεις ή επαρκείς, οι δεξιότητες κριτικής σκέψης παίζουν σημαντικό ρόλο όσον αφορά στην ικανότητα των στελεχών της διοίκησης να εξετάζουν τις υποθέσεις, τα στοιχεία τεκμηρίωσης των γεγονότων και τις πιθανές συγκρούσεις αξιών και πεποιθήσεων των μελών του προσωπικού που εμπλέκονται στο συγκεκριμένο πρόβλημα.

4. Ανάπτυξη λύσεων. Καθώς το αρμόδιο διοικητικό στέλεχος ή η ομάδα αναλύει τις πληροφορίες, παρουσιάζονται πολλές πιθανές λύσεις. Αυτές θα πρέπει να καταγράφονται για να καταρτιστούν σχέδια για την άμεση ανάπτυξη των καλύτερων. Δεν είναι συνετό να εξετάζουμε μόνο τις απλές λύσεις, επειδή αυτό μπορεί να περιορίσει τη δημιουργική σκέψη. Επίσης, η ανακάλυψη εναλλακτικών λύσεων, καθιστά δυνατό τον συνδυασμό των καλύτερων πτυχών τους, έτσι ώστε να διατυπωθεί τελικά μια διαφορετική, καλύτερη λύση. Επίσης οι εναλλακτικές λύσεις είναι χρήσιμες για την περίπτωση που οι πρώτες λύσεις αποδειχθούν ανεφάρμοστες. Όταν το διοικητικό στέλεχος διερευνά το πλήθος των λύσεων ενός προβλήματος, θα πρέπει να μην διατηρεί κριτική στάση απέναντι στον τρόπο, με τον οποίο έγινε ο χειρισμός του προβλήματος από άλλους, στο παρελθόν. Μερικά προβλήματα υπάρχουν για πολύ καιρό πριν τεθούν υπόψη του και μπορεί να έχουν καταβληθεί πολλές προσπάθειες και για μεγάλο χρονικό διάστημα. «Αυτό το δοκιμάσαμε και στο παρελθόν αλλά δεν απέδωσε», είναι μια φράση που ακούγεται συχνά και μπορεί να ισχύει -ή να μην ισχύει- σε μια κατάσταση που συνεχώς αλλάζει. Οι εμπειρίες του παρελθόντος μπορεί να μην δίνουν πάντα μια απάντηση, αλλά μπορούν να βοηθήσουν τη διαδικασία της κριτικής σκέψης και να συμβάλουν στην προετοιμασία για τη μελλοντική επίλυση του προβλήματος. Τα διοικητικά στελέχη, αλλά και τα εμπλεκόμενα μέλη της ομάδας μπορούν να μελετήσουν τη βιβλιογραφία, να παρακολουθήσουν σχετικά σεμινάρια ή να ανταλλάξουν απόψεις στο πλαίσιο μίας συνάντησης «καταιγισμού ιδεών» (brainstorming). Μερικές φορές, κάποιιοι άλλοι έχουν λύσει παρόμοια προβλήματα και οι μέθοδοι που χρησιμοποίησαν θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε ένα παρόμοιο πρόβλημα.

5. Λήψη απόφασης. Αφού μελετήσει τη λίστα με τις πιθανές λύσεις, το διοικητικό στέλεχος θα πρέπει να επιλέξει την πιο εφικτή και ικανοποιητική λύση που έχει τις λιγότερες ανεπιθύμητες συνέπειες. Μερικές λύσεις πρέπει να εφαρμόζονται άμεσα. Για παράδειγμα, τα θέματα που αφορούν στην επιβολή πειθαρχικών μέτρων ή αφορούν σε ζητήματα που εκθέτουν τους ασθενείς σε κίνδυνο. Εάν το πρόβλημα είναι

τεχνικής φύσεως και η λύση του απαιτεί αλλαγές στον τρόπο εκτέλεσης μιας εργασίας (π.χ. η χρήση νέου εξοπλισμού), μπορεί να υπάρξουν αντιρρήσεις από τα μέλη του προσωπικού. Η πλειοψηφία των ανθρώπων ενοχλείται από τις αλλαγές που ανατρέπουν τις συνήθειες τους και απειλούν την προσωπική ασφάλεια ή το κύρος τους. Πολλές λύσεις αποτυγχάνουν, επειδή ο προϊστάμενος δεν αναγνωρίζει τη διαδικασία αλλαγής που πρέπει να ακολουθηθεί, πριν εφαρμοστούν οι λύσεις. Αν η λύση προϋποθέτει αλλαγή, ο προϊστάμενος θα πρέπει να εμπλέξει πλήρως, αν είναι δυνατόν, όλους όσους θα επηρεαστούν απ' αυτήν, ή τουλάχιστον να τους ενημερώσει για τη διαδικασία.

6. *Υλοποίηση/εφαρμογή της απόφασης.* Το διοικητικό στέλεχος εφαρμόζει την απόφαση, αφού προηγουμένως επιλέξει την καλύτερη πορεία δράσης. Αν εμφανιστούν απρόβλεπτα, νέα προβλήματα μετά την υλοποίηση, το διοικητικό στέλεχος θα πρέπει να αξιολογήσει αυτά τα εμπόδια πολύ προσεκτικά. Επειδή πάντα θα υπάρχουν ορισμένα μέλη του προσωπικού που θα εκφράζουν αντιρρήσεις για τη λύση που εφαρμόζεται, τα διοικητικά στελέχη δεν θα πρέπει να εγκαταλείπουν την λύση που αποφάσισαν να εφαρμόσουν. Εάν έχει γίνει εφαρμογή των προηγούμενων βημάτων στη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων, έχει γίνει καλή σκέψη για τη λύση και τα πιθανά προβλήματα που θα επιφέρει, τότε το επόμενο βήμα είναι η υλοποίηση της. Το προσωπικό δεν πρέπει να ξεχνά ότι καμία λύση δεν είναι τέλεια και ότι ανεξάρτητα από τα οφέλη, κάθε αλλαγή προκαλεί άγχος. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται μόνο με την εφαρμογή των λύσεων που βρίσκονται στη δική τους «ζώνη αποδοχής». Μερικές λύσεις τις θεωρούν σαφώς απαράδεκτες, μερικές άλλες μπορεί να τις θεωρούν ουδέτερες, άλλες μπορεί να είναι μετά βίας αποδεκτές ή κάποιες άλλες, πλήρως αποδεκτές. Ακόμη κι αν ο προϊστάμενος ενός τμήματος επιλέξει την εφαρμογή μιας λύσης που γνωρίζει ότι δεν θα είναι πλήρως αποδεκτή, θα πρέπει να προβεί στις κατάλληλες ενέργειες ώστε να εκπαιδεύσει ή να παρακινήσει το προσωπικό του να συμμορφωθεί μ' αυτήν. Για παράδειγμα, ένας προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος μπορεί να κρίνει ότι όταν ο αριθμός των νοσηλευόμενων ασθενών στο τμήμα είναι μικρός, τότε οι νοσηλευτές μπορούν να «μετακινούνται» σε άλλα τμήματα. Όμως, το προσωπικό της μονάδας μπορεί να διαφωνήσει μ' αυτό το μέτρο της μετακίνησης και να αρνηθεί τη συνεργασία. Εάν ο προϊστάμενος δεν μπορεί να εκπαιδεύσει ή να παρακινήσει το προσωπικό να δει τη διαδικασία της μετακίνησης ως μια αποδεκτή λύση στο πρόβλημα της αυξομείωσης

του αριθμού των νοσηλευόμενων ασθενών στα τμήματα, τότε, η λύση όσο καλή και αν είναι, θα αποτύχει. Οι τεχνικές της συμμετοχικής διοίκησης, βοηθούν στον εντοπισμό των αποδεκτών λύσεων από την πλευρά του προσωπικού, για τα διάφορα προβλήματα που εμφανίζονται στο πλαίσιο της εργασίας τους.

7.Αξιολόγηση της λύσης. Αφού εφαρμοστεί η λύση του προβλήματος, τα στελέχη και τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να επανεξετάσουν το σχέδιο που χρησιμοποιήθηκε, για να αξιολογήσουν εάν τα αποτελέσματα και τα οφέλη ήταν προσδοκώμενα. Θα πρέπει να αναρωτηθούν: «Εφαρμόστηκε η λύση όπως είχε αποφασιστεί; Αν όντως εφαρμόστηκε, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα ή χειρότερα από ό,τι αναμενόταν; Αν είναι καλύτερα, ποιες αλλαγές συνέβαλαν στην επιτυχία; Πώς μπορούμε να διασφαλίσουμε ότι η λύση θα συνεχίσει να εφαρμόζεται και να αποδίδει;». Ένας τέτοιος περιοδικός έλεγχος δίνει πολύτιμες πληροφορίες και εμπειρίες που μπορούν να αξιοποιηθούν σε άλλες παρόμοιες περιστάσεις. Στην πραγματικότητα, τα διοικητικά στελέχη ενός οργανισμού θα πρέπει να μελετούν τα αποτελέσματα των λύσεων στα εργασιακά προβλήματα, όπως ο προπονητής μιας ομάδας ποδοσφαίρου, όπως ο προπονητής μίας ομάδας ποδοσφαίρου μελετά τις βιντεοκασέτες ενός ποδοσφαιρικού αγώνα. Έγιναν λάθη; Πώς μπορούν να αποφευχθούν στο μέλλον; Ποιες αποφάσεις ήταν επιτυχείς; Γιατί; Εάν τα στελέχη μάθουν να αξιολογούν τα αποτελέσματα για να διασφαλίσουν ότι το πρόβλημα πράγματι λύθηκε και αξιοποιήσουν αυτήν την εμπειρία, τότε η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων μπορεί να αναδειχθεί σε δεξιότητα που θα μπορούν να τη χρησιμοποιούν σε όλη τη διάρκεια της διοικητικής τους σταδιοδρομίας.

3.7 Αλλαγή

Στο σύγχρονο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης οι δημιουργικές οργανωτικές αλλαγές είναι απαραίτητες για την προσαρμογή και ανάπτυξη των οργανισμών υγείας. Το οργανωσιακό κλίμα που προωθεί την υιοθέτηση αλλαγών δημιουργεί νέες ευκαιρίες για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να επανεξετάσουν τον τρόπο, με τον οποίο είναι οργανωμένες και προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας. Η συμμετοχική προσέγγιση του προσωπικού του οργανισμού στη διαχείριση των καινοτομιών είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος υιοθέτησης αλλαγών, όταν ένα ολόκληρο σύστημα βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο. Σε όλο το χρονικό διάστημα της

μετάβασης από μια επικρατούσα κατάσταση οργάνωσης και λειτουργίας του εργασιακού πλαισίου σε μία άλλη, απαιτούνται νέες μέθοδοι σκέψης, πρωτοπόρες απόψεις και δημιουργικές στρατηγικές από την πλευρά όλων των συμμετεχόντων στο σύστημα.

Η αλλαγή μπορεί να είναι αναπόφευκτη, αλλά δεν είναι πάντα ευπρόσδεκτη, καθώς συχνά προκαλεί άγχος και φόβο. Ακόμη κι όταν είναι σχεδιασμένη και μελετημένη από τα διοικητικά στελέχη του οργανισμού, μπορεί να είναι απειλητική για τους εργαζόμενους και να αποτελέσει πηγή διαφωνίας μεταξύ τους. Η αλλαγή αφορά σε μία διεργασία¹⁴, όπου γίνεται κάτι διαφορετικό από εκείνο που γινόταν πριν. Συνεπώς οι εργαζόμενοι, ακόμη κι αν αναγνωρίζουν την αξία μιας αλλαγής, δεν παύουν να βιώνουν την αίσθηση της απώλειας του «γνώριμου», της επικρατούσας κατάστασης, των συνθηκών και των συνθηκών στην εργασία τους. Για το λόγο αυτό εκδηλώνουν συχνά «αντιστάσεις», τόσο σε πρακτικό, όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο.

Στην πραγματικότητα η αλλαγή δεν είναι ένα γεγονός, αλλά μια διεργασία που βρίσκεται συνεχώς σε εξέλιξη. Η διεργασία μιας αλλαγής ξεκινά με την παύση των συνθηκών της παρούσας εργασιακής κατάστασης και προχωρά με το χρονικό διάστημα μιας μεταβατικής περιόδου έως ότου καταλήξει σε μια νέα επιθυμητή κατάσταση. Από τη στιγμή που θα επιτευχθεί η επιθυμητή κατάσταση, η διεργασία της αλλαγής ενεργοποιείται και πάλι.

Τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών θα πρέπει να κατανοούν και να αναμένουν τις αντιδράσεις και τις αντιστάσεις του προσωπικού στις αλλαγές. Επίσης, θα πρέπει οι ίδιοι να αντιμετωπίζουν την αλλαγή ως πρόκληση, έτσι ώστε να ενθαρρύνουν τους συναδέλφους τους να συμμετάσχουν σ' αυτήν. Τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών είναι οι ηγέτες που ξεκινούν την αλλαγή, ενώ οι εργαζόμενοι την ακολουθούν. Ο Porter-O'Grady (2003) υποστηρίζει ότι οι ηγέτες οφείλουν να βοηθούν το προσωπικό να «κλείνει την πόρτα» στον παλιό τρόπο σκέψης και πράξης. Η σύγχρονη πραγματικότητα στο χώρο της υγείας απαιτεί από τους επαγγελματίες να

¹⁴ Η έννοια της «διεργασίας» προτιμάται από την έννοια της «διαδικασίας», καθώς η διαδικασία αφορά στην επίτευξη ενός επιθυμητού αποτελέσματος με την εφαρμογή συγκεκριμένων μεθόδων και τεχνικών, ενώ η διεργασία αφορά σε μια σειρά μη προσχεδιασμένων ενεργειών, καθώς υπεισέρχονται διάφοροι εξωγενείς, μη προβλέψιμοι παράγοντες που πιθανά να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα. Στο φαινόμενο των αλλαγών, παρόλο που υπάρχουν συγκεκριμένα βήματα για την επίτευξη μιας νέας επιθυμητής κατάστασης, ο ανθρώπινος παράγοντας μπορεί να μεταβάλλει το προβλεπόμενο αποτέλεσμα.

πάψουν να εκτελούν όλο και πιο πολλές από τις ίδιες δραστηριότητες, προσδοκώντας ένα διαφορετικό αποτέλεσμα. Σύμφωνα με τον Hawke (2003) οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να υιοθετήσουν συνολικά μια διαφορετική νοοτροπία, προκειμένου να διαχειριστούν τις αλλαγές στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης.

Τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών υγείας θα πρέπει λοιπόν, να αποκτήσουν δεξιότητες στην προώθηση και υλοποίηση των αλλαγών μέσα στον οργανισμό με σκοπό να ενισχύσουν την κλινική πρακτική και την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας μέσα σε ένα καλύτερο σύστημα, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

3.8 Αποτελεσματική Επικοινωνία

Η **επικοινωνία (communication)** είναι μία περίπλοκη, διαρκής και δυναμική διαδικασία, στην οποία οι συμμετέχοντες (αποστολέας και λήπτης) αλληλεπιδρούν, ανταλλάσσοντας μηνύματα μεταξύ τους. Ο στόχος της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η κατανόηση των μηνυμάτων που μεταδίδονται, τόσο από την πλευρά του αποστολέα, όσο και από την πλευρά του λήπτη. Υπάρχουν φορές που αυτό μπορεί να είναι δύσκολο, επειδή τα άτομα που επικοινωνούν επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι οι υπάρχουσες συνθήκες επικοινωνίας, ο σκοπός κάθε ατόμου στη συγκεκριμένη επικοινωνιακή συνδιαλλαγή, οι στάσεις κάθε ατόμου προς τον εαυτό του, προς το θέμα και προς το άτομο με το οποίο επικοινωνεί. Είναι σημαντικό, οι συμμετέχοντες σε μία επικοινωνιακή διαδικασία, να μεταδίδουν όσο το δυνατόν πιο σαφή μηνύματα, να ακούν προσεκτικά, να παρακολουθούν τις αντιδράσεις της άλλης πλευράς και να παρέχουν ανατροφοδότηση.

3.8.1 Διαστρεβλώσεις - προβλήματα στην επικοινωνία

Η μη λεκτική επικοινωνία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το νόημα των λεκτικών μηνυμάτων. Τα λεκτικά μηνύματα συνοδεύονται από ένα πλήθος μη λεκτικών μηνυμάτων που ορισμένοι τα ονομάζουν «**μετα-επικοινωνία**» (**meta-communication**). Οι συμπεριφορές αυτές περιλαμβάνουν τις εκφράσεις του προσώπου και τα νεύματα της κεφαλής, την οπτική επαφή, τον τόνο και την ένταση της φωνής, τις χειρονομίες, τη στάση και τον προσανατολισμό του σώματος, την

ένδυση και την εμφάνιση, τη χρονική στιγμή και το περιβάλλον μέσα στο οποίο επιλέγουμε να είμαστε, όταν επικοινωνούμε με κάποιον¹⁵.

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι πιο ισχυρή από τη λεκτική επικοινωνία. Όταν ένα λεκτικό μήνυμα δεν συνάδει με το μη λεκτικό μήνυμα, ο λήπτης δυσκολεύεται να το ερμηνεύσει και συνεπώς δυσκολεύεται να απαντήσει. Αυτό οδηγεί σε **αντίφαση/σύγκρουση προερχόμενη από τον αποστολέα (intrasender conflict)** ή αλλιώς στην αποστολή «διπλών μηνυμάτων». Για παράδειγμα, ένας προϊστάμενος που δηλώνει σε έναν εργαζόμενο «έλα να μιλήσουμε όποτε θέλεις», αλλά έχει πάντα την πόρτα του κλειστή, στέλνει ένα διπλό, αντιφατικό μήνυμα. **Αντίφαση/σύγκρουση προερχόμενη από πολλαπλούς αποστολείς (intersender conflict)** παρατηρείται όταν ένα άτομο λαμβάνει δύο αντιφατικά μηνύματα από διαφορετικές πηγές. Για παράδειγμα, ο προϊστάμενος ενός τμήματος μπορεί να ενθαρρύνει έναν εργαζόμενο να δηλώνει τα λάθη/σφάλματα που γίνονται, ενώ ο διευθυντής της υπηρεσίας να επιβάλει ποινές σε περίπτωση λάθους. Τότε ο εργαζόμενος «παγιδεύεται» ανάμεσα σε αντιφατικά μηνύματα που λαμβάνει και από τις δύο πλευρές. Άλλες αιτίες διαστρεβλώσεων στην επικοινωνία είναι:

- Η χρήση «ισχυρών» (φορτισμένων) λέξεων που εκφέρουν αξιολογική κρίση.
- Η ομιλία με πολύ αργό ή πολύ γρήγορο ρυθμό.
- Η χρήση άγνωστων/δυσνόητων λέξεων.
- Η αφέριση πολύ χρόνου στις λεπτομέρειες και όχι στην ουσία του θέματος.

Επίσης, διαστρέβλωση ενός μηνύματος συμβαίνει όταν ο λήπτης είναι απασχολημένος ή αφηρημένος, όταν βασίζεται σε προηγούμενες εμπειρίες που είχε με το συγκεκριμένο συνομιλητή ή όταν διατηρεί μεροληψίες για αυτόν.

3.8.2 Κατευθύνσεις επικοινωνίας

Η επίσημη ή ανεπίσημη επικοινωνία μπορεί να έχει διαφορετικές κατευθύνσεις: προς τα κάτω, προς τα πάνω ή κατά μήκος (οριζόντια ή διαγώνια). Η **προς τα κάτω επικοινωνία** (από τα στελέχη προς τους υφιστάμενους) έχει συχνά καθοδηγητικό χαρακτήρα. Οι υφιστάμενοι λαμβάνουν οδηγίες για την εκτέλεση μίας εργασίας ή ενημερώνονται για διαδικασίες και πρακτικές που εφαρμόζονται στον οργανισμό ή παίρνουν ανατροφοδότηση για την απόδοσή τους. Η **προς τα πάνω επικοινωνία** είναι

¹⁵ Allan Pease, Barbara Pease (2004), The definitive book of Body Language, Bantam Books, New York

αυτή που κατευθύνεται από τους υφιστάμενους προς τα στελέχη της διοίκησης ή από ένα κατώτερο στέλεχος προς ένα μεσαίο ή ανώτερο στέλεχος της διοίκησης. Η προς τα πάνω επικοινωνία συχνά αφορά στην ανακοίνωση σημαντικών πληροφοριών για να διευκολυνθεί η επίλυση προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων. Η **οριζόντια επικοινωνία** είναι αυτή που κατευθύνεται ανάμεσα σε άτομα ή τμήματα που βρίσκονται στο ίδιο οργανωτικό επίπεδο (π.χ. μεταξύ προϊσταμένων). Η **διαγώνια επικοινωνία** έχει χαρακτηριστικά και οριζόντιας και κάθετης επικοινωνίας και αφορά σε άτομα ή τμήματα που ανήκουν σε διαφορετικό οργανωτικό επίπεδο και διαφορετικές υπηρεσίες (π.χ. διευθυντής ιατρός προς προϊστάμενο νοσηλευτικής υπηρεσίας και αντίθετα). Χρησιμοποιείται όταν υπάρχει ανάγκη συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του οργανισμού. Τόσο η οριζόντια όσο και η διαγώνια επικοινωνία έχουν ως σκοπό την από κοινού αξιοποίηση πληροφοριών, τη συζήτηση και διαπραγμάτευση.

Η ανεπίσημη μορφή επικοινωνίας που απαντάται συχνά στους οργανισμούς, είναι αυτή που συχνά αποκαλούν οι εργαζόμενοι «ράδιο-αρβύλα» (δηλαδή οι φήμες και τα κουτσομπολιά). Η άτυπη επικοινωνία μέσω «ράδιο-αρβύλας» είναι συνήθως γρήγορα, τυχαία και έχει την τάση να διαστρεβλώνεται. Παρόλα αυτά είναι χρήσιμη γιατί μερικές φορές αποτελεί το μόνο τρόπο ώστε να λάβει κάποιος κάποιες πληροφορίες. Το πρόβλημα είναι ότι κανείς δεν είναι υπεύθυνος για την παραπληροφόρηση που γίνεται, γιατί οι πληροφορίες που συλλέγονται με αυτόν τον τρόπο έχουν υποβληθεί σε μικρο-αλλαγές καθώς το μήνυμα έχει διαβιβαστεί από ένα άτομο σε ένα άλλο. Οι πληροφορίες αυτές λοιπόν, συνιστούν μια ελαφρώς τροποποιημένη εκδοχή της αλήθειας.

3.8.3 Διαφορές στην οργανωσιακή κουλτούρα

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα ήθη, τα πρότυπα και οι προσδοκίες μέσα σε έναν οργανισμό είναι πανίσχυρες δυνάμεις που διαμορφώνουν την εργασιακή συμπεριφορά. Η εστίαση της προσοχής σε σχετικά θέματα που αφορούν στην κουλτούρα του οργανισμού στον οποίο εργάζεται κάποιος, μπορεί να προσδιορίσει την αποτυχία στην επικοινωνία. Όπως οι παραβάσεις προτύπων, κανόνων, κανονισμών κλπ. Μέσα σε έναν οργανισμό έχουν αντίκτυπο στον ίδιο τον οργανισμό, το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση παράβασης των κανόνων επικοινωνίας. Για να

ανακαλύψουμε ποιό κανόνες επηρεάζουν την επικοινωνία σε έναν οργανισμό, πρέπει να αναρωτηθούμε:

- Ποιος έχει πρόσβαση και σε τι είδους πληροφορίες; Μήπως αποκρύπτονται πληροφορίες; Ανακοινώνονται ευρέως;
- Ποιοί τρόποι επικοινωνίας χρησιμοποιούνται και για ποιά μηνύματα; Οι τρόποι αυτοί, χρησιμοποιούνται σωστά;
- Πόσο σαφή είναι τα μηνύματα; Μήπως διαστρεβλώνονται συχνά;
- Λαμβάνουν όλοι τις ίδιες πληροφορίες;
- Λαμβάνετε υπερβολικό όγκο πληροφοριών ή δεν λαμβάνετε επαρκή όγκο πληροφοριών;
- Πόσο αποτελεσματικό είναι το μήνυμα;

3.8.4 Ορισμός της ανάθεσης αρμοδιοτήτων

Ανάθεση αρμοδιοτήτων (delegation) είναι η διαδικασία με την οποία η ευθύνη και η αρμοδιότητα για την εκτέλεση ενός καθήκοντος (που μπορεί να είναι μία λειτουργία, δραστηριότητα ή απόφαση) μεταβιβάζεται σε ένα άλλο άτομο το οποίο και την αποδέχεται. Παρόλο που το άτομο που αναθέτει αρμοδιότητες συνεχίζει να είναι υπεύθυνο για το καθήκον ή το έργο που αφορούν αυτές οι αρμοδιότητες, το άτομο που τις αναλαμβάνει είναι πια υπεύθυνο απέναντι σε εκείνον που του τις ανέθεσε. Συνεπώς, η ανάθεση αρμοδιοτήτων είναι μια δυναμική διαδικασία που εμπεριέχει ευθύνη, αρμοδιότητα και δικαιοδοσία. Ως διαδικασία, η ανάθεση αρμοδιοτήτων προωθεί την ενδυνάμωση των μελών του προσωπικού ενός τμήματος, αυξάνει την εμπιστοσύνη, προάγει τις δεξιότητες στην επικοινωνία και στην ηγεσία και αναπτύσσει το ομαδικό πνεύμα εργασίας.

Επιπλέον, η ανάθεση αρμοδιοτήτων αποτελεί ένα εργαλείο. Με την αποτελεσματική ανάθεση αρμοδιοτήτων ο προϊστάμενος ενός τμήματος μπορεί να επιτύχει την ολοκλήρωση των έργων και την αύξηση της παραγωγικότητας. Ο προϊστάμενος θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η ανάθεση αρμοδιοτήτων είναι μία τέχνη που μαθαίνεται. Το σημείο εκκίνησης της εκμάθησης είναι η σαφής κατανόηση των εννοιών της ευθύνης, της αρμοδιότητας και της δικαιοδοσίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο, αναφέρθηκαν τα λάθη στη διοίκηση της υγείας και οι τρόποι αντιμετώπισης τους. Δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στις έννοιες: κριτική σκέψη, λήψη και διαδικασία λήψης αποφάσεων, επίλυση προβλημάτων, αλλαγή, αποτελεσματική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα για το θέμα της επικοινωνίας, έγινε λόγος για τις διαστρεβλώσεις – προβλήματα στην επικοινωνία, τις κατευθύνσεις επικοινωνίας, τις διαφορές στην οργανωσιακή κουλτούρα και για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΕΡΕΥΝΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

4.1 Στόχος και μεθοδολογία της έρευνας

4.1.1 Σχεδιασμός Ερωτηματολογίου

Ο κλάδος των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας γνωρίζει μεγάλη άνθηση τα τελευταία χρόνια και συμβάλει ουσιαστικά στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού της χώρας μας. Η περιοχή του λεκανοπεδίου Αττικής παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκέντρωση ιδιωτικών νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων και των μαιευτηρίων. Στην έρευνα αυτή, θα γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης των λειτουργικών προβλημάτων διοίκησης των μονάδων αυτών. Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της έρευνας και να ικανοποιεί τους στόχους που τέθηκαν από την αρχή του σχεδιασμού της.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε τριάντα δύο (32) ερωτήσεις όπου: επτά (7) από αυτές αναφέρονταν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, δώδεκα (12) ήταν του τύπου Ναι, Όχι, έξι (6) ανοιχτού τύπου και σε επτά (7) από τις τριάντα δύο (32) ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα Likert.

Συγκεκριμένα, τα κύρια θέματα - αντικείμενα που εξετάστηκαν αφορούσαν τις παρακάτω ενότητες:

- Τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.
- Την οργάνωση και την ικανοποίηση ή όχι των εργαζομένων από την οργάνωση του νοσοκομείου.
- Τον προγραμματισμό που γίνεται σε λειτουργικές διαδικασίες του νοσοκομείου.
- Την επικοινωνία και την ικανοποίηση ή όχι των εργαζομένων από την επικοινωνία μέσα στο νοσοκομείο.

- Την λειτουργικότητα και την ικανοποίηση ή όχι των εργαζομένων από την λειτουργικότητα του νοσοκομείου.
- Τον έλεγχο που υπάρχει στις λειτουργικές διαδικασίες του νοσοκομείου.
- Τέλος, εξετάστηκαν πρακτικά θέματα - αντικείμενα σχετικά με τις πηγές των διοικητικών προβλημάτων όπως: σε ποιόν από τους παραπάνω τομείς παρουσιάζονται τα περισσότερα προβλήματα, πόσο πιθανό είναι να λυθούν τα υπάρχοντα προβλήματα και ποιός ουσιαστικά δημιουργεί τα προβλήματα μέσα στο νοσοκομείο.

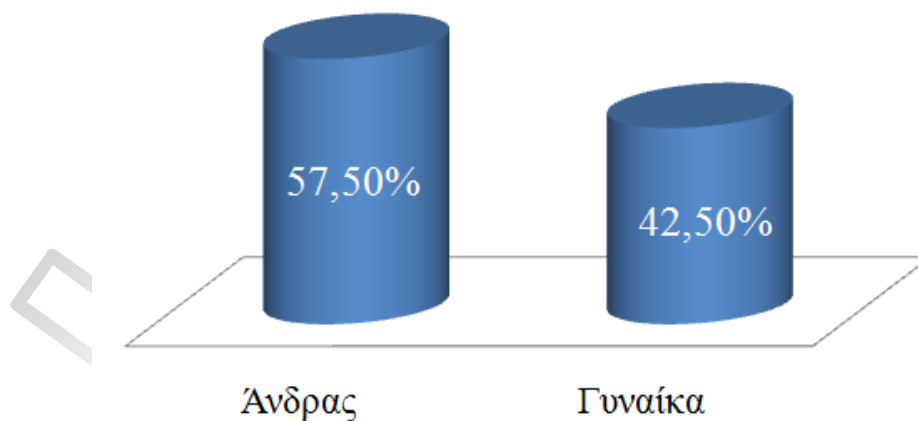
Όλες οι παραπάνω ενότητες εξετάστηκαν με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις κύριες πηγές των προβλημάτων διοίκησης στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

4.1.2 Σχεδιασμός Δείγματος

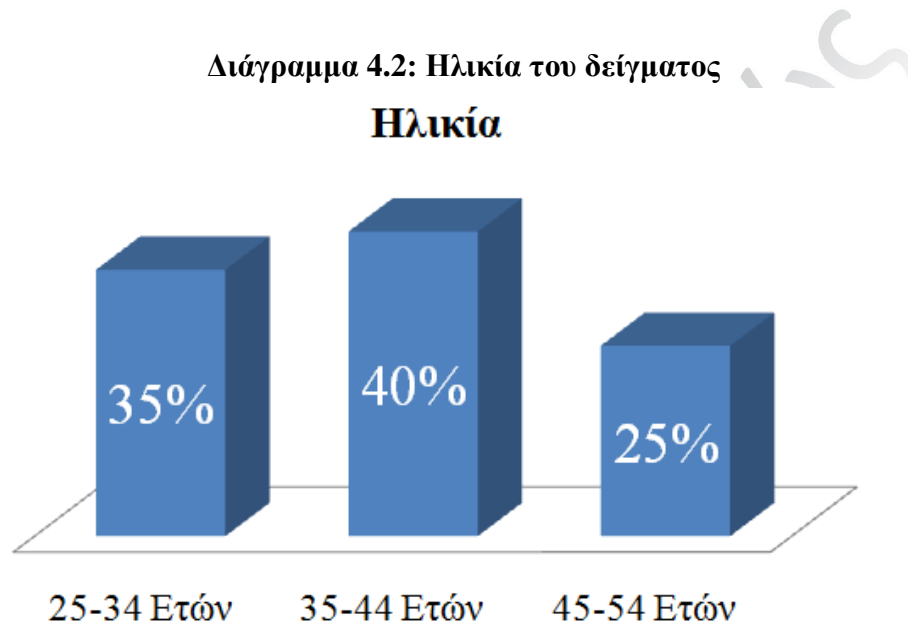
Το δείγμα στο οποίο απευθυνθήκαμε είναι ογδόντα (80) άτομα, τα οποία ανταποκρίθηκαν όλα στην απάντηση του ερωτηματολογίου. Η επιλογή των εν λόγω ατόμων έγινε με βάση την ιδιότητα της εργασίας τους σε ιδιωτικό νοσοκομείο της Αττικής. Από τα ογδόντα (80) άτομα τα σαράντα έξι (46) ήταν άνδρες και τριάντα τέσσερις (34) γυναίκες, το ποσοστό των ανδρών ήταν 57,5% ενώ των γυναικών ήταν 42,5% (Διάγραμμα 4.1).

Διάγραμμα 4.1: Φύλο του δείγματος

Φύλο

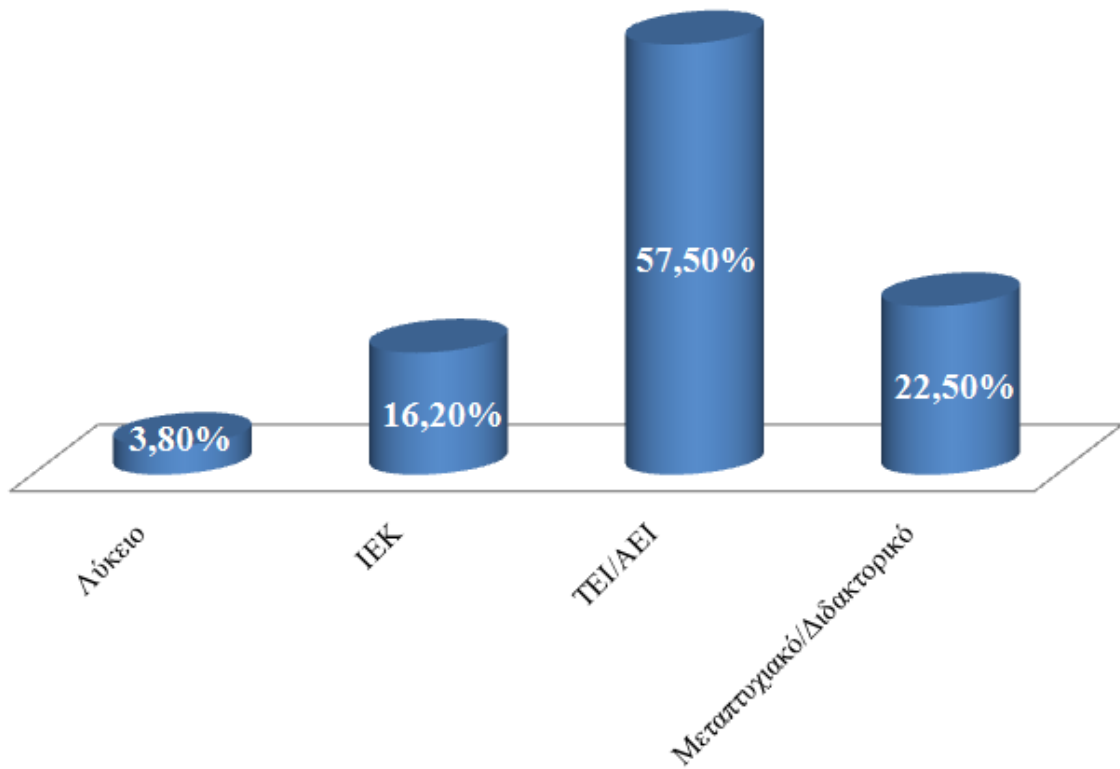


Αναφορικά με την ηλικία του δείγματος, στο Διάγραμμα 4.2 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ηλικιών και βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι σχετικά νεαρής ηλικίας (75% κάτω των 45 ετών). Αυτό δείχνει ότι οι επιχειρήσεις προτιμούν να έχουν εργασιακό δυναμικό νεαρής ηλικίας.



Σημαντικό είναι να δούμε το μορφωτικό επίπεδο (Διάγραμμα 4.3) των ατόμων που απάντησαν στην έρευνα. Όπου το μεγαλύτερο ποσοστό 57,50% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ. Πράγμα που δείχνει ότι δεν υπάρχει πολύ υψηλό επίπεδο μόρφωσης των στελεχών, όπως θα ήταν αναμενόμενο για τα ιδιωτικά νοσοκομεία.

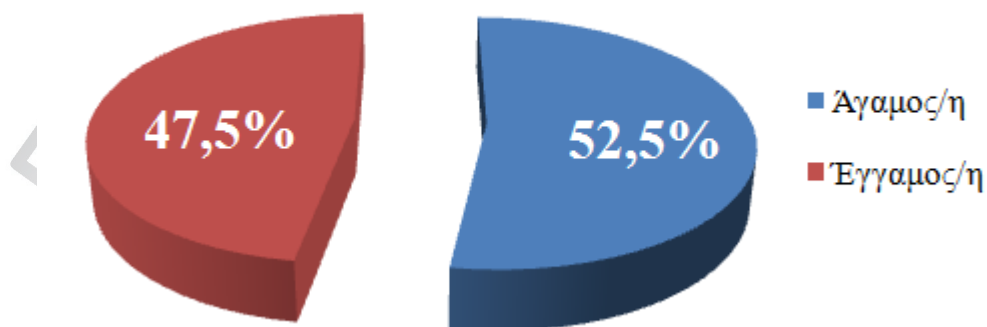
Διάγραμμα 4.3: Εκπαίδευση του δείγματος
Εκπαίδευση (Επίπεδο που έχετε ολοκληρώσει)



Στο Διάγραμμα 4.4 παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος είναι σχεδόν μοιρασμένη σε έγγαμα και άγαμα άτομα.

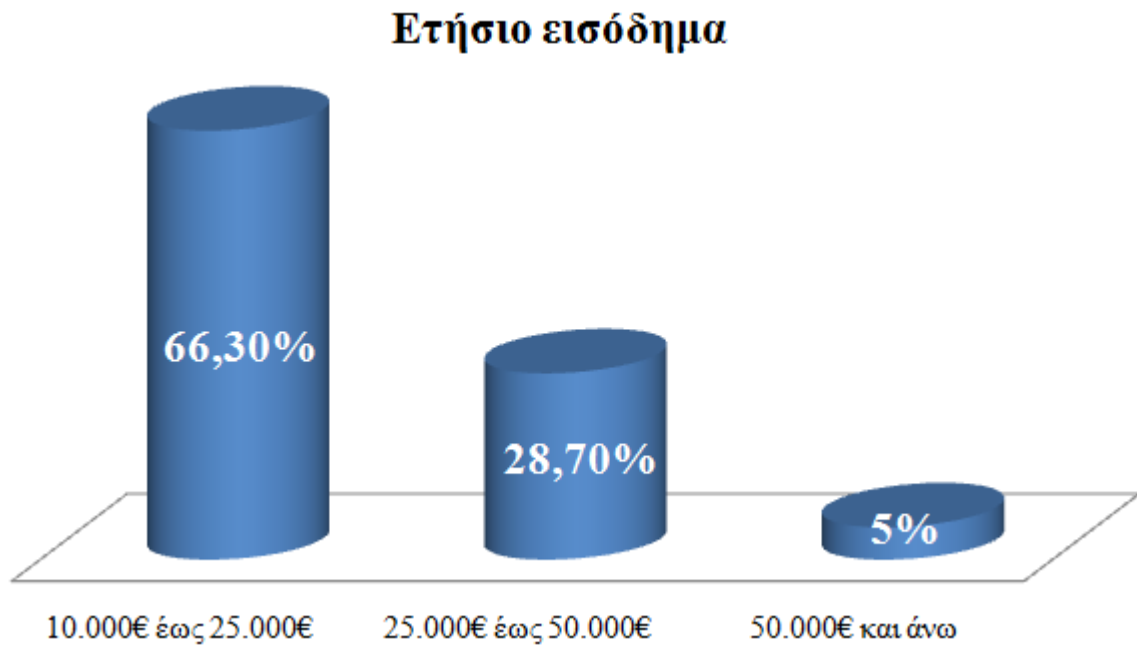
Διάγραμμα 4.4: Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

Οικογενειακή κατάσταση



Ενώ στο Διάγραμμα 4.5 παρατηρούμε ότι το ετήσιο εισόδημα των ατόμων του δείγματος είναι σχετικά χαμηλό, αφού το 66,3% δήλωσε ότι κερδίζει 10 έως 25 χιλιάδες ευρώ το χρόνο.

Διάγραμμα 4.5: Ετήσιο εισόδημα του δείγματος



Στον πίνακα 4.1 που ακολουθεί, βλέπουμε πως διαμορφώνεται το δείγμα με βάση τον τομέα-τμήμα εργασίας του.

Πίνακας 4.1 : Τομέας – Τμήμα εργασίας του δείγματος

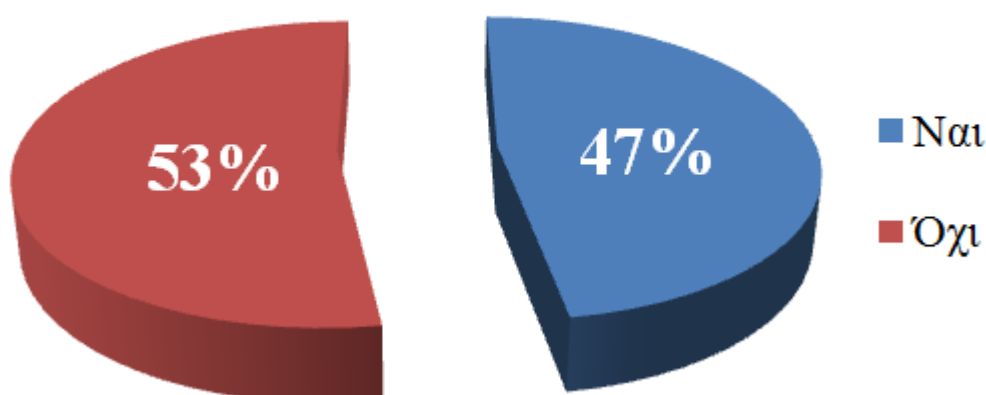
Τομέας - Τμήμα εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λογιστήριο	6	7,5	7,5	7,5
	Check-up	1	1,3	1,3	8,8
	Reception	2	2,5	2,5	11,3
	Καρδιολογικό	1	1,3	1,3	12,5
	Εξωτερικά Ιατρεία	3	3,8	3,8	16,3
	Ιατρικό Αρχείο	1	1,3	1,3	17,5
	Γραμματεία Χειρουργείου	1	1,3	1,3	18,8
	Βραχεία Νοσηλεία (O.D.S.)	2	2,5	2,5	21,3
	Ογκολογικό	1	1,3	1,3	22,5
	Marketing	4	5,0	5,0	27,5
	Μηχανογράφηση	3	3,8	3,8	31,3
	Γραφείο κίνησης ασθενών	4	5,0	5,0	36,3
	Νοσηλευτικοί όροφοι	7	8,8	8,8	45,0
	Ακτινολογικό	3	3,8	3,8	48,8
	Ιατρός	5	6,3	6,3	55,0
	Στρατηγικός σχεδιασμός	2	2,5	2,5	57,5
	Εσωτερικός έλεγχος	3	3,8	3,8	61,3
	Τεχνική υπηρεσία	1	1,3	1,3	62,5
	Προμήθειες	3	3,8	3,8	66,3
	Πωλήσεις	2	2,5	2,5	68,8
	Τηλεφωνικό κέντρο	2	2,5	2,5	71,3
	Οικονομική ανάλυση	4	5,0	5,0	76,3
	Ασφάλεια	2	2,5	2,5	78,8
	Μικροβιολογικό	3	3,8	3,8	82,5
	Νομική υπηρεσία	1	1,3	1,3	83,8
	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)	1	1,3	1,3	85,0
	Ταμείο	2	2,5	2,5	87,5
	Διασφάλιση ποιότητας	2	2,5	2,5	90,0
	Αποστείρωση	1	1,3	1,3	91,3
	Διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού	7	8,8	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Τέλος, αναφορικά με το πόσα άτομα του δείγματος κατείχαν θέση προϊσταμένου σε κάποιο τμήμα ή υπηρεσία, βλέπουμε στο Διάγραμμα 4.6 ότι τα ποσοστά είναι σχεδόν μοιρασμένα. Το 47% του δείγματος κατέχει θέση προϊσταμένου και αυτό κάνει την έρευνα μας να αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα. Τα στελέχη ιδιωτικών οργανισμών σπάνια εκφράζουν δημόσια την άποψη τους, ακόμα και όταν πρόκειται για φοιτητικές έρευνες. Και μόνο η απάντηση ορισμένων ατόμων του δείγματος στο ερωτηματολόγιο αυτό, πρέπει να θεωρείται επιτυχία.

Διάγραμμα 4.6: Κατοχή θέσης προϊσταμένου του δείγματος

Θέση Προϊσταμένου



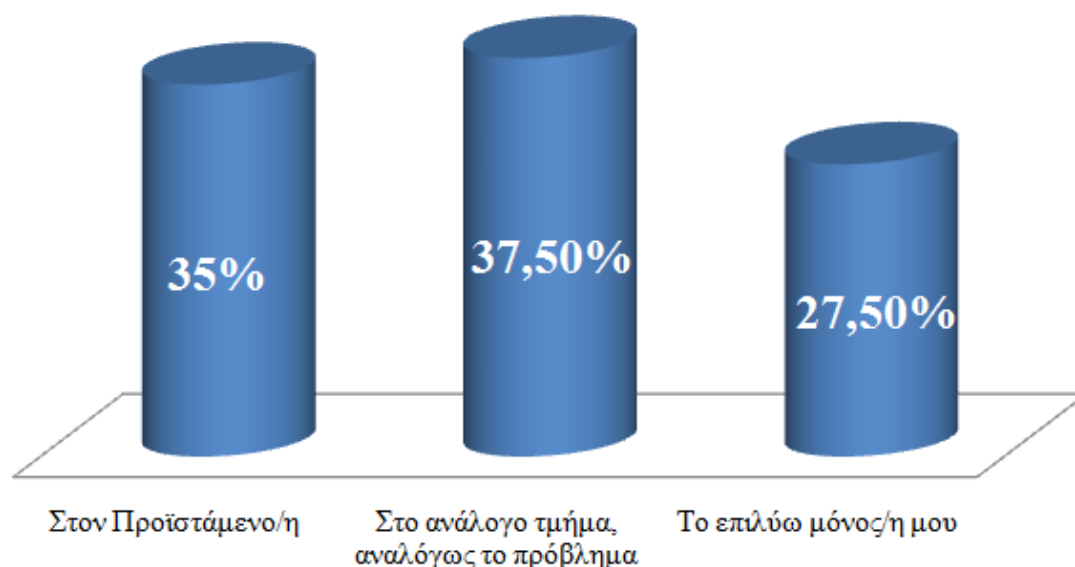
4.2 Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 17. Η επιλογή του προγράμματος SPSS βοήθησε στην γρήγορη και έγκυρη έκδοση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου. Εκτός από την κωδικοποίηση των ερωτηματολογίου μέσω του συγκεκριμένου προγράμματος, είχαμε την δυνατότητα για διαγραμματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων με διάφορες μορφές (πίτσας, ραβδογράμματος κλπ.). Τέλος σημαντικό ρόλο στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων έπαιξε και η δημιουργία συνδυαστικών ερωτήσεων και η γραφική απεικόνιση τους, όπου η συσχέτιση των πινάκων έγινε μέσω της λειτουργίας crosstabs.

Στον οργανωτικό τομέα, βλέπουμε ότι όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση για την επίλυση του. Στο Διάγραμμα 4.7 βλέπουμε ότι οι απαντήσεις του δείγματος μοιράζονται στις τρεις προεπιλογές του ερωτηματολογίου. Αξίζει να αναφερθεί η μικρή διαφορά του ποσοστού 37,5% που απευθύνεται άμεσα στο ανάλογο τμήμα, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει εκχώρηση αρμοδιοτήτων.

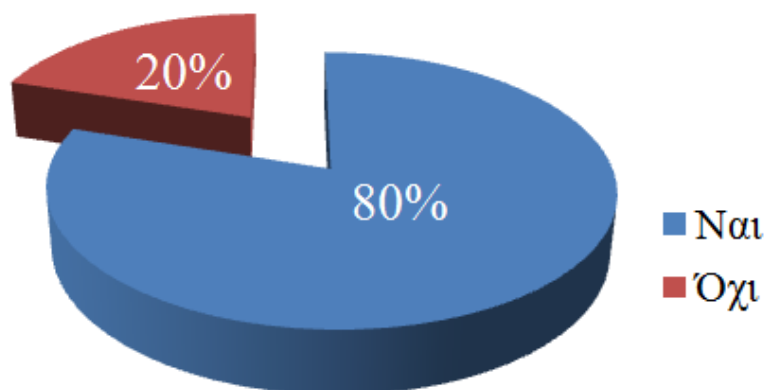
Διάγραμμα 4.7: Πού απευθύνεται το δείγμα για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν

Πού απευθύνεστε για την επίλυση ενός προβλήματος που προέκυψε;



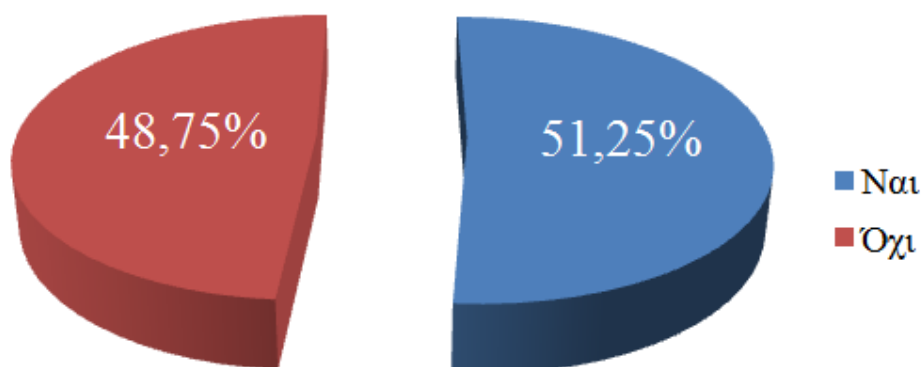
Στο Διάγραμμα 4.8 που ακολουθεί, παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι το 1/5 του δείγματος δεν έχει βραχυπρόθεσμους ή μακροπρόθεσμους στόχους στο χώρο εργασίας του ιδιωτικού νοσοκομείου.

Διάγραμμα 4.8: Στόχοι του δείγματος
Έχετε βραχυπρόθεσμους ή μακροπρόθεσμους στόχους;



Ενώ ακόμα μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα του Διαγράμματος 4.9, όπου το 48,75% από αυτούς που έχουν στόχους, δεν κάνουν επαναπροσδιορισμό τους. Αλλά και στον Πίνακα 4.2 βλέπουμε ότι και από αυτούς που κάνουν επαναπροσδιορισμό των στόχων τους, ένα ποσοστό της τάξης του 16,3% το κάνουν κάθε 2-3 μήνες και κάθε χρόνο. Τα παραπάνω ποσοστά δείχνουν ότι δεν υπάρχει διοικητική ευελιξία στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων.

Διάγραμμα 4.9: Επαναπροσδιορισμός των στόχων του δείγματος
Γίνεται επαναπροσδιορισμός των στόχων σας;



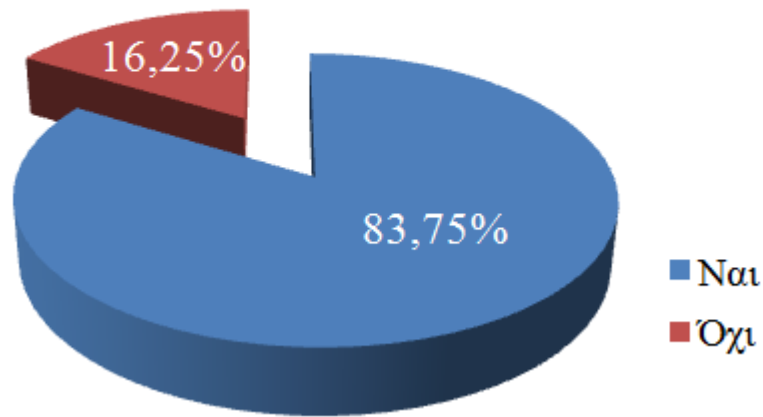
Πίνακας 4.2: Συχνότητα επαναπροσδιορισμού των στόχων του δείγματος
Αν Ναι, Πόσο συχνά γίνεται επαναπροσδιορισμός των στόχων σας?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάθε εβδομάδα	7	8,8	17,1	17,1
	Κάθε μήνα	21	26,3	51,2	68,3
	Κάθε χρόνο	6	7,5	14,6	82,9
	Κάθε 2-3 μήνες	7	8,8	17,1	100,0
	Total	41	51,3	100,0	
Missing	System	39	48,8		
Total		80	100,0		

Ένα άλλο εύρημα που παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι ότι το 16,25% του δείγματος δεν χρησιμοποιεί πλάνο εργασιών για τις εργασίες που έχει να καλύψει (Διάγραμμα 4.10). Αυτό σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι, δεν κάνουν ιεράρχηση προτεραιοτήτων και αυτό αποτελεί μία πηγή δημιουργίας λειτουργικών προβλημάτων. Ο παραπάνω συλλογισμός επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 4.3, όπου ένα ποσοστό της τάξης του 27,5% προσπαθεί να ανταπεξέλθει σε ότι προκύπτει και δεν εργάζεται με μεθοδικότητα.

Διάγραμμα 4.10: Χρησιμοποίηση πλάνου εργασιών του δείγματος

Χρησιμοποιείται πλάνο εργασιών για τις εργασίες που έχετε να καλύψετε;



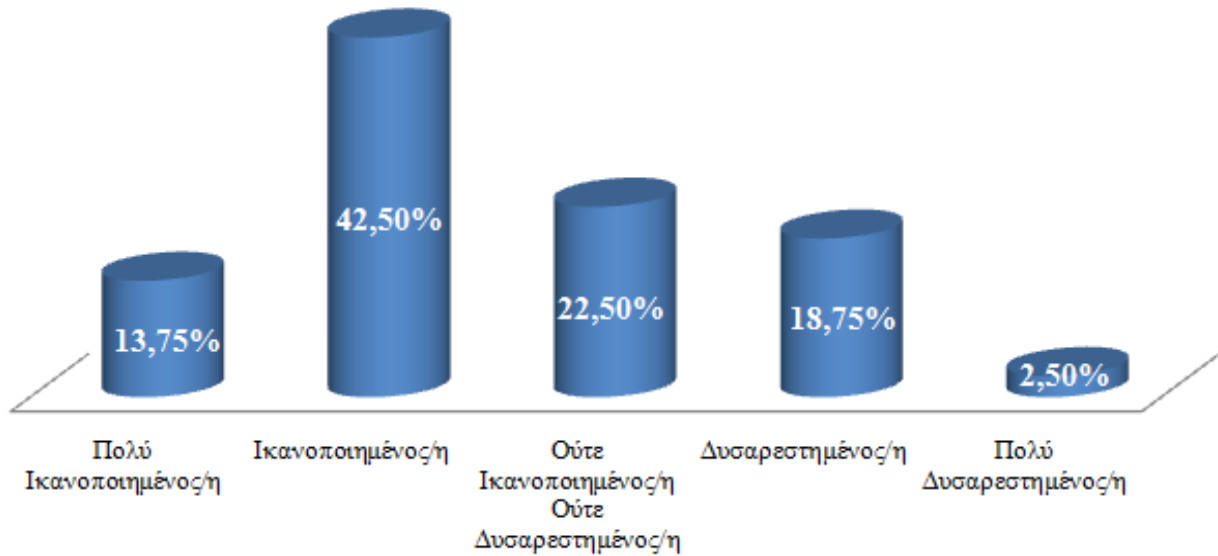
Πίνακας 4.3: Τρόπος εργασίας του δείγματος

Εργάζεστε με μεθοδικότητα ή προσπαθείτε να ανταπεξέλθετε σε οποιοδήποτε ζήτημα προκύπτει?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εργάζομαι με μεθοδικότητα	58	72,5	72,5	72,5
	Προσπαθώ να ανταπεξέλθω σε ότι προκύπτει	22	27,5	27,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Όσον αφορά την επικοινωνία, φαίνεται ότι όσοι έχουν προϊστάμενο, οι περισσότεροι είναι ικανοποιημένοι από την επικοινωνία μαζί του. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.11 Το 56,25% του δείγματος είναι ικανοποιημένο έως πολύ ικανοποιημένο από την επικοινωνία με τον προϊστάμενο του.

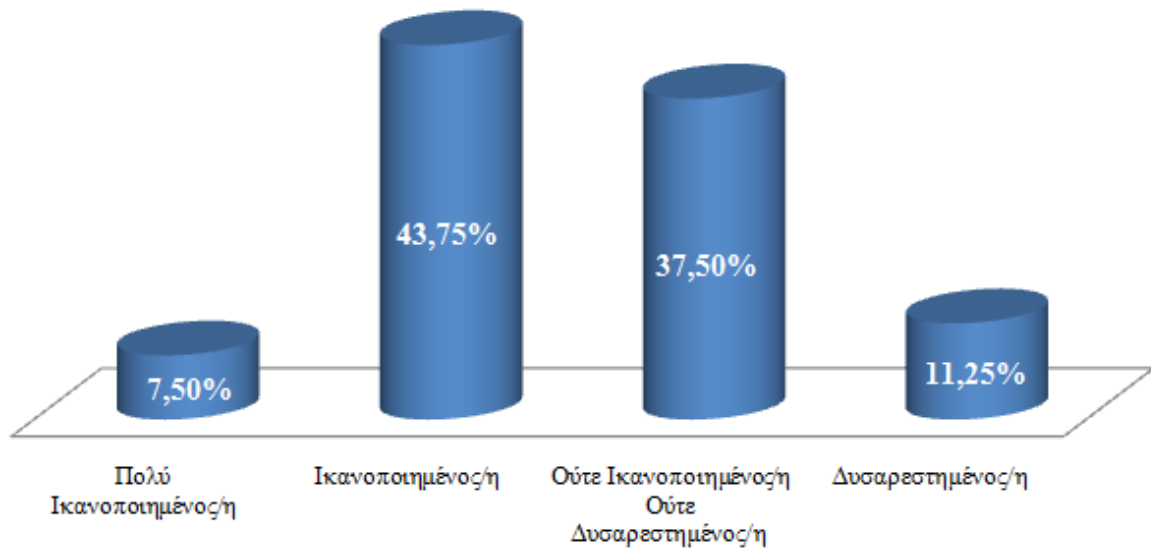
Διάγραμμα 4.11: Ικανοποίηση από την επικοινωνία με προϊστάμενους
Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε απο την επικοινωνία με τους προϊσταμένους σας;



Εκεί που υπάρχει μεγαλύτερο πρόβλημα, είναι στην επικοινωνία των στελεχών με το προσωπικό άλλων τμημάτων. Στο Διάγραμμα 4.12 διακρίνουμε ότι σχεδόν το μισό δείγμα με ποσοστό 48,75% είναι από ουδέτερο έως δυσαρεστημένο από την επικοινωνία με το προσωπικό άλλων τμημάτων του νοσοκομείου.

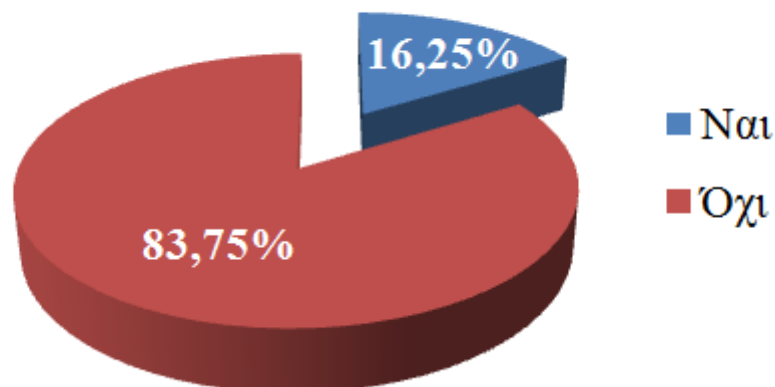
Διάγραμμα 4.12: Ικανοποίηση από την επικοινωνία με το προσωπικό άλλων τμημάτων

Πόσο Ικανοποιημένος/η είστε απο την επικοινωνία με το Προσωπικό άλλων τμημάτων;



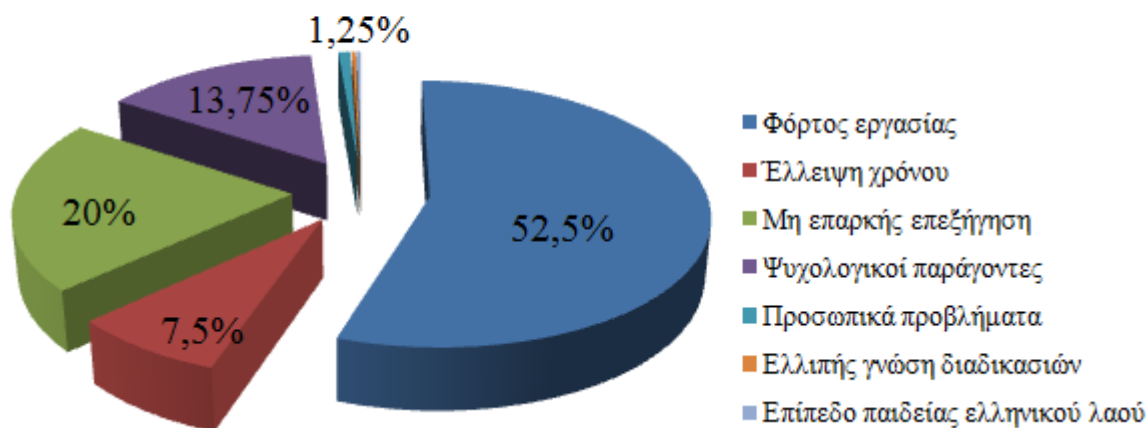
Δεν μπορούμε να αγνοήσουμε ένα μικρό ποσοστό 16,25% του δείγματος που κάνει ένα σοβαρό λάθος, εκνευρίζεται εύκολα στην επικοινωνία με κάποιον εντός του νοσοκομείου (Διάγραμμα 4.13).

Διάγραμμα 4.13: Εκνευρισμός στην επικοινωνία του δείγματος
Εκνευρίζεστε εύκολα στην επικοινωνία με κάποιον;



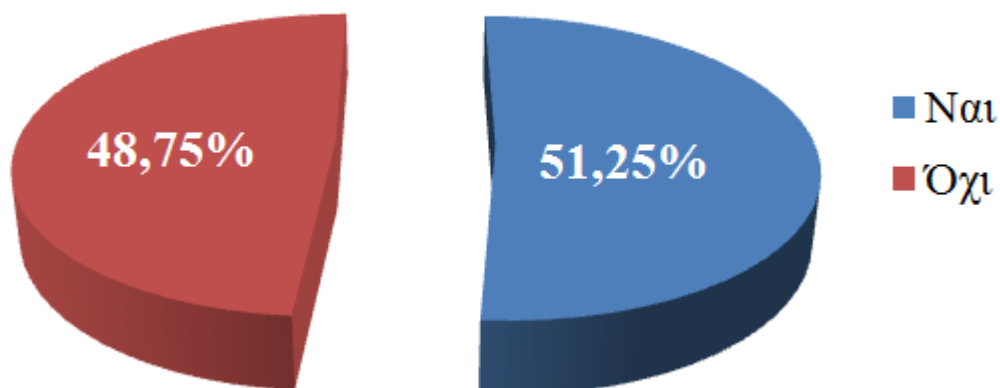
Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει όμως το Διάγραμμα 4.14, όπου φαίνεται ξεκάθαρα με ποσοστό 52,5% ότι αυτό που εμποδίζει περισσότερο την επικοινωνία μέσα στο νοσοκομείο είναι ο φόρτος εργασίας.

**Διάγραμμα 4.14: Εμπόδια επικοινωνίας στο νοσοκομείο
Κατά τη γνώμη σας τι είναι αυτό που εμποδίζει
περισσότερο την επικοινωνία στο νοσοκομείο;**



Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το Διάγραμμα 4.15, όπου το 48,75% του δείγματος δηλώνει ότι δεν του δίδονται κίνητρα αποδοτικότητας στο χώρο εργασίας του νοσοκομείου. Υπενθυμίζουμε ότι αναφερόμαστε σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

**Διάγραμμα 4.15: Κίνητρα αποδοτικότητας στο χώρο εργασίας του δείγματος
Σας δίνονται κίνητρα αποδοτικότητας στην εργασία σας;**

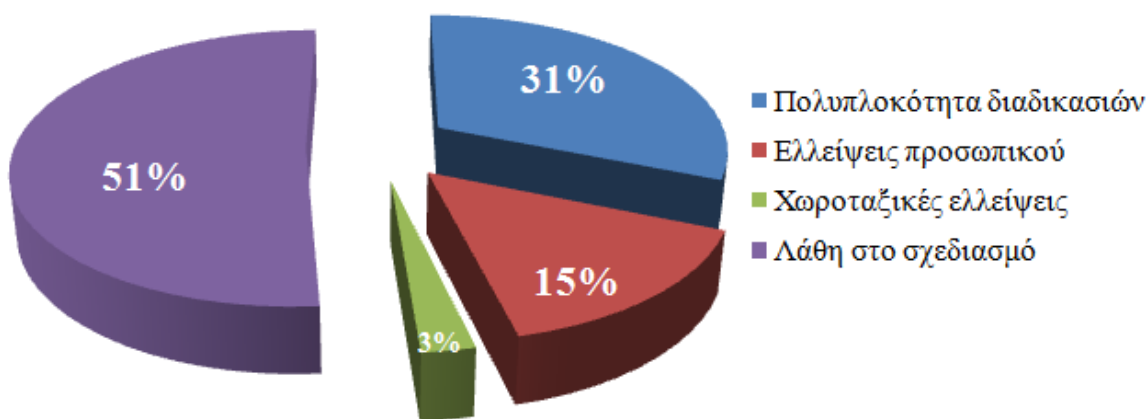


δηλώνει ότι δεν του δίδονται κίνητρα αποδοτικότητας στο χώρο εργασίας του νοσοκομείου. Υπενθυμίζουμε ότι αναφερόμαστε σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Όσον αφορά τα εμπόδια σωστής λειτουργίας του νοσοκομείου (Διάγραμμα 4.16), οι απαντήσεις του δείγματος (με ποσοστό 51%) συγκλίνουν στην άποψη ότι φταίνε τα λάθη κατά το σχεδιασμό των διαδικασιών λειτουργίας του νοσοκομείου. Αμέσως μετά, με ποσοστό 31% έρχεται η πολυπλοκότητα των διαδικασιών λειτουργίας.

Διάγραμμα 4.16: Εμπόδια σωστής λειτουργίας του νοσοκομείου

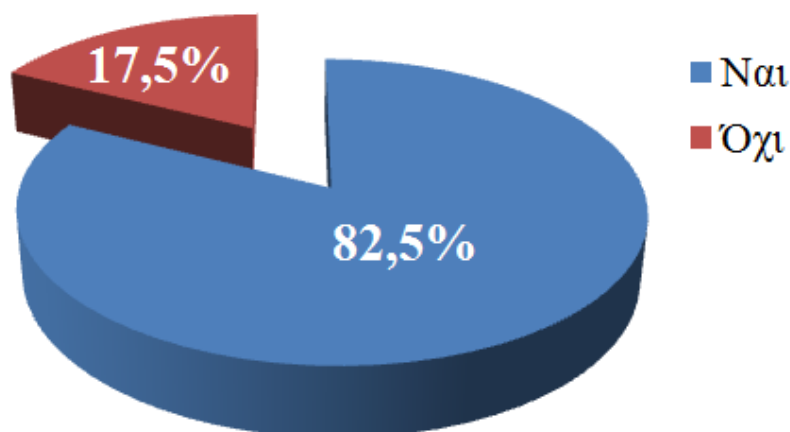
Κατά τη γνώμη σας τι είναι αυτό που εμποδίζει περισσότερο τη σωστή λειτουργία του νοσοκομείου;



Θετικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (82,5%) έχει ενδιαφέρον και προτείνει λύσεις σε λειτουργικά προβλήματα που εντοπίζει (Διάγραμμα 4.17). Αρνητικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι οι διοικήσεις δεν εφαρμόζουν τις λύσεις αυτές.

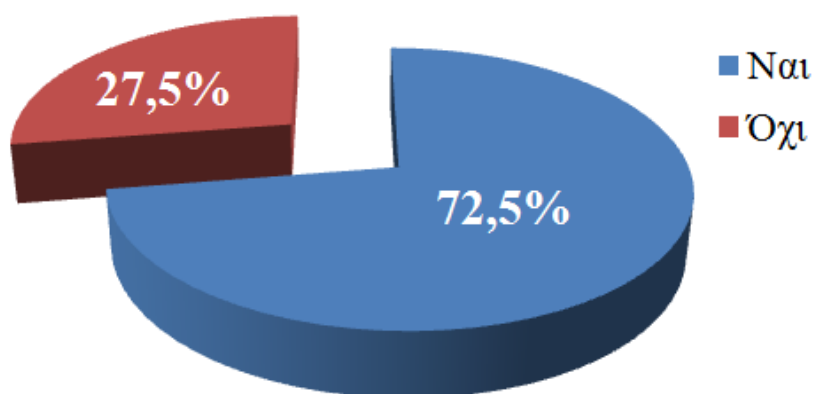
Διάγραμμα 4.17: Προτάσεις λύσεων του δείγματος σε λειτουργικά προβλήματα

Προτείνετε λύσεις σε λειτουργικά προβλήματα που εντοπίζετε;



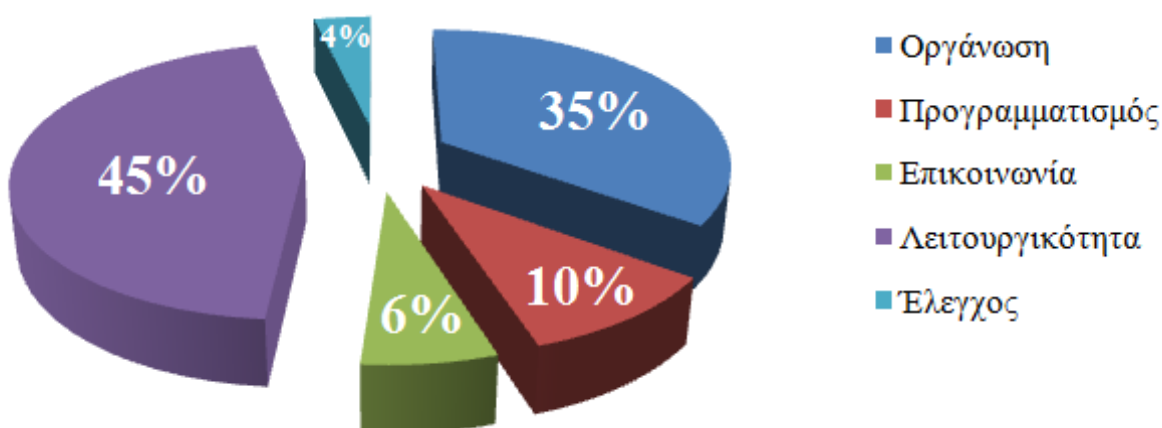
Δεν θα πρέπει να μας αφήνει αδιάφορους το γεγονός ότι το 27,5% του δείγματος παραδέχεται ότι δεν υπάρχουν δικλείδες ασφαλείας στις διαδικασίες (Διάγραμμα 4.18). Κάτι που είναι πάρα πολύ σοβαρό αν σκεφτούμε για παράδειγμα ότι απλά η μη σωστή εφαρμογή ενός απολυμαντικού του χειρουργείου, μπορεί να οδηγήσει σε λοιμώξεις ασθενών και να επιφέρει τον θάνατο τους.

Διάγραμμα 4.18: Δικλείδες ασφαλείας διαδικασιών που ακολουθούνται
Υπάρχουν δικλείδες ασφαλείας στις διαδικασίες που ακολουθείτε;



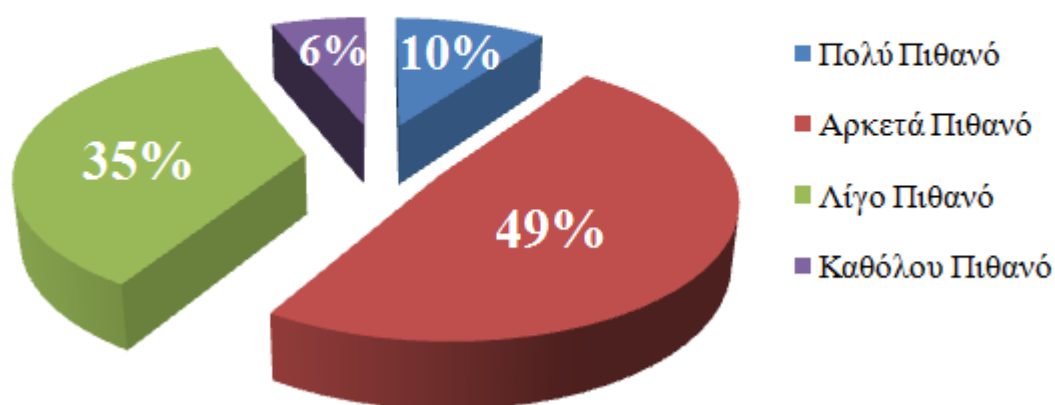
Πολύ σημαντικά ευρήματα παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 4.19, όπου η λειτουργικότητα με ποσοστό 45% και η οργάνωση με ποσοστό 35% αποτελούν τις κύριες πηγές προβλημάτων με βάση το δείγμα μας.

Διάγραμμα 4.19: Τομείς που εντοπίζονται προβλήματα διοίκησης
Σε ποιόν απο τους παρακάτω τομείς εντοπίζετε τα περισσότερα προβλήματα;



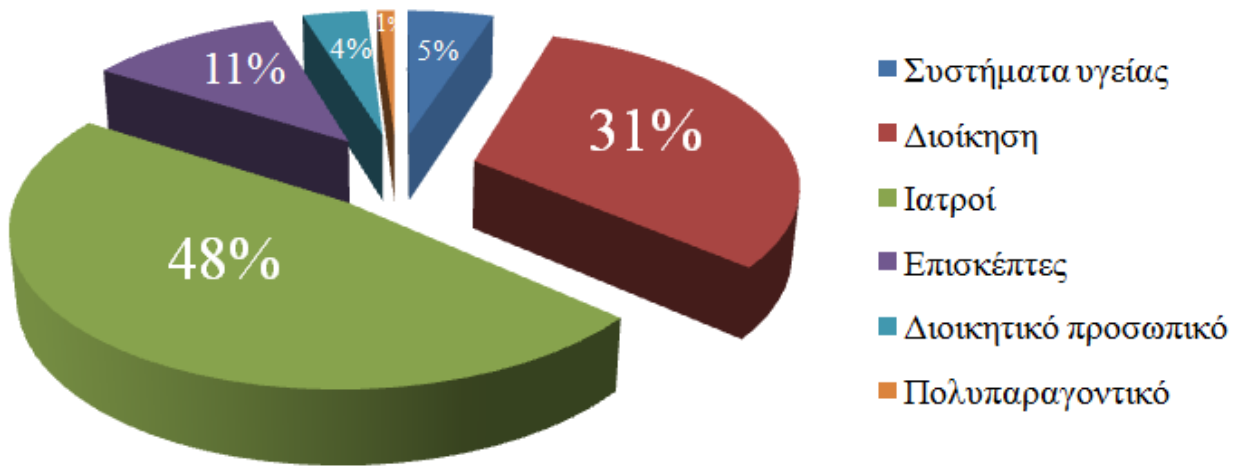
Δεν παρουσιάζεται ξεκάθαρη αισιοδοξία για τη λύση των υπαρχόντων προβλημάτων στο μέλλον, αφού ένα ποσοστό 41% του δείγματος πιστεύει ότι είναι λίγο έως καθόλου πιθανό να λυθούν αυτά τα προβλήματα στο μέλλον (Διάγραμμα 4.20).

Διάγραμμα 4.20: Πιθανή λύση σε υπάρχοντα διοικητικά προβλήματα
Πόσο πιθανό θεωρείτε να λυθούν τα υπάρχοντα
προβλήματα που αντιμετωπίζετε;



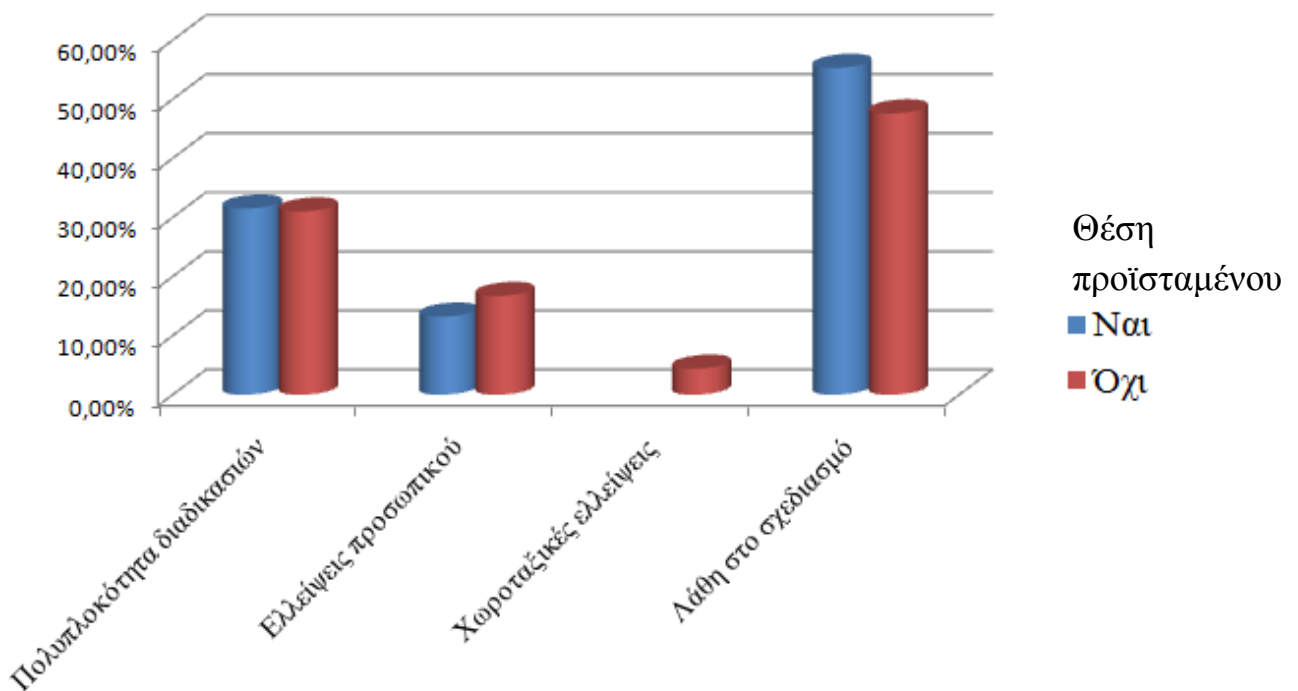
Η κεντρική ερώτηση της έρευνας αυτής, βρίσκει απάντηση στο Διάγραμμα 4. , όπου παρουσιάζεται η άποψη του δείγματος για το ποιός δημιουργεί τα προβλήματα στο χώρο του νοσοκομείου. Ουσιαστικά η συγκεκριμένη ερώτηση αναφέρεται στις πρωτογενείς πηγές των προβλημάτων διοίκησης μέσα σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.21, οι ιατροί αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή διοικητικών προβλημάτων με ποσοστό 48%, ενώ αμέσως μετά ακολουθούν οι εκάστοτε διοικήσεις των νοσοκομείων με ποσοστό 31%.

**Διάγραμμα 4.21: Πηγές προβλημάτων διοίκησης στα ιδιωτικά νοσοκομεία
Κατά τη γνώμη σας ποιός δημιουργεί τα προβλήματα στο νοσοκομεία σας;**

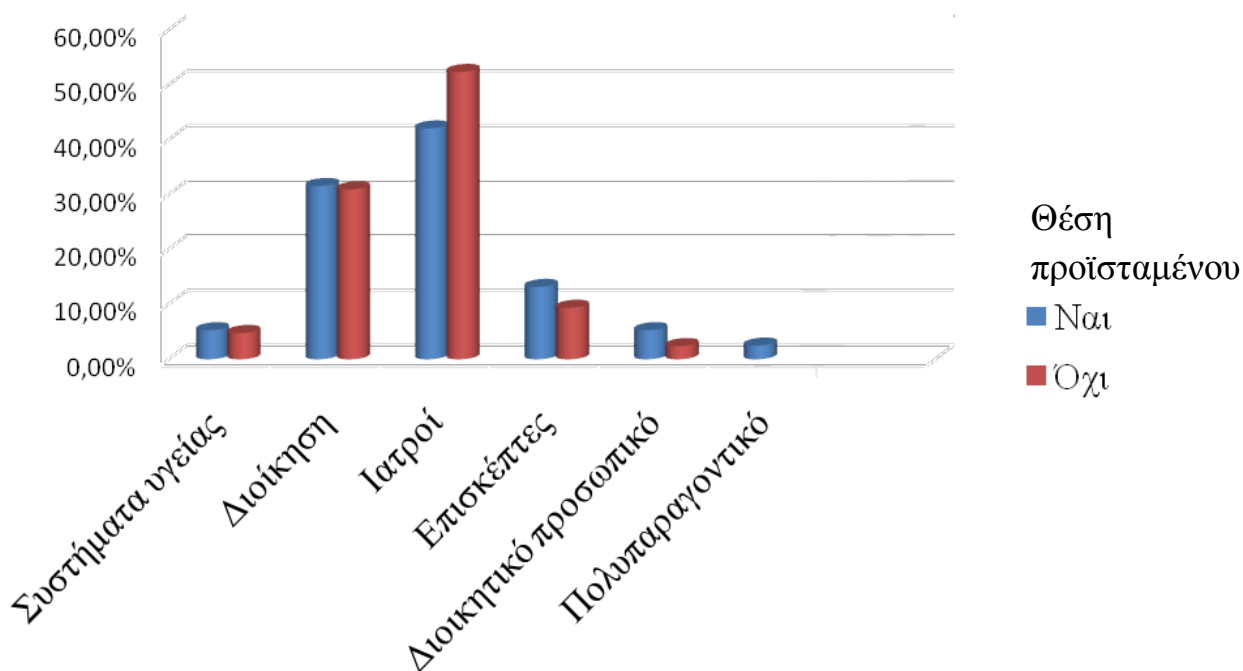


4.2.1 Crosstabs

Διάγραμμα 4.22: Εμπόδια σωστής λειτουργίας του νοσοκομείου σε σχέση με την κατοχή θέσης προϊστάμενου



Διάγραμμα 4.23: Ποιός δημιουργεί τα προβλήματα στο νοσοκομείο σε σχέση με την κατοχή θέσης προϊστάμενου



Στο Διάγραμμα 4.22 βλέπουμε ότι στην απάντηση του δείγματος για το τι εμποδίζει τη σωστή λειτουργία του νοσοκομείου, δεν έπαιξε ρόλο η ιδιότητα του προϊστάμενου. Αφού το μεγαλύτερο ποσοστό και από τις δύο κατηγορίες ερωτηθέντων (προϊσταμένων και μη) απάντησαν ότι τα λάθη στο σχεδιασμό εμποδίζουν την σωστή λειτουργία του νοσοκομείου.

Στο Διάγραμμα 4.23 βλέπουμε ότι στην απάντηση του δείγματος για την μεγαλύτερη πηγή προβλημάτων, επίσης δεν έπαιξε ρόλο η ιδιότητα του προϊστάμενου. Αφού το μεγαλύτερο ποσοστό και από τις δύο κατηγορίες ερωτηθέντων (προϊσταμένων και μη) απάντησαν ότι οι ιατροί αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή διοικητικών προβλημάτων.

Οι δύο παραπάνω συσχετισμοί πινάκων έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού δεν είναι μόνο οι απόψεις με το μεγαλύτερο ποσοστό που συμπίπτουν σε προϊσταμένους και μη. Παρατηρούμε ότι οι απόψεις τους συμπίπτουν ακριβώς και σε όλες υπόλοιπες επιλογές των απαντήσεων τους. Στο σημείο αυτό λοιπόν, μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για τη σειρά σπουδαιότητας των παραπάνω προβλημάτων.

4.3 Αποτελέσματα έρευνας

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου μπορούμε να συμπεράνουμε ότι στον τομέα της οργάνωσης δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα ευρήματα όσον αφορά τις πηγές διοικητικών προβλημάτων. Υπάρχει μάλιστα ικανοποίηση από το επίπεδο οργάνωσης με βάση τις απαντήσεις του δείγματος (Πίνακας 5., Παράρτημα).

Στον τομέα του προγραμματισμού, παρατηρήθηκε ότι το 1/5 του δείγματος δεν έχει βραχυπρόθεσμους ή μακροπρόθεσμους στόχους στο χώρο εργασίας του, ενώ ταυτόχρονα το 16,25% δεν χρησιμοποιεί πλάνο εργασιών και το 27,5% δεν εργάζεται με μεθοδικότητα. Άρα βλέπουμε ότι υπάρχουν ελλείψεις σε θέματα προγραμματισμού, αλλά δεν αποτελούν κύρια πηγή προβλημάτων.

Στον τομέα της επικοινωνίας, εκεί που διακρίνουμε ότι υπάρχει ένα γενικότερο πρόβλημα, είναι στην διατμηματική επικοινωνία μέσα στο νοσοκομείο. Σχεδόν το μισό δείγμα με ποσοστό 48,75% είναι από ουδέτερο έως δυσαρεστημένο από την επικοινωνία με το προσωπικό άλλων τμημάτων του νοσοκομείου. Επιπλέον το 16,25% του δείγματος παραδέχεται ότι εκνευρίζεται εύκολα στην επικοινωνία με κάποιον. Τέλος, φαίνεται ξεκάθαρα με ποσοστό 52,5% ότι αυτό που εμποδίζει περισσότερο την επικοινωνία μέσα στο νοσοκομείο είναι ο φόρτος εργασίας. Άρα στον τομέα της επικοινωνίας εντοπίσαμε δύο βασικές πηγές προβλημάτων που είναι η επικοινωνία με το προσωπικό άλλων τμημάτων που δημιουργείται κυρίως λόγω φόρτου εργασίας και ο अपαράδεκτος εκνευρισμός που υπάρχει στην επικοινωνία με ορισμένα μέλη του προσωπικού. Ούτε και εδώ όμως βρίσκεται κάποια κύρια πηγή διοικητικών προβλημάτων.

Στον τομέα της λειτουργικότητας, το 48,75% του δείγματος δηλώνει ότι δεν του δίδονται κίνητρα αποδοτικότητας στο χώρο εργασίας του. Ενώ το 82,5% έχει ενδιαφέρον και προτείνει λύσεις σε λειτουργικά προβλήματα που εντοπίζει. Όσον αφορά τα εμπόδια σωστής λειτουργίας του νοσοκομείου, οι απαντήσεις του δείγματος με ποσοστό 51% συγκλίνουν στην άποψη ότι φταίνε τα λάθη κατά το σχεδιασμό των διαδικασιών λειτουργίας του νοσοκομείου. Αμέσως μετά, με ποσοστό 31% έρχεται η πολυπλοκότητα των διαδικασιών λειτουργίας. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι κύριες

πηγές προβλημάτων στη λειτουργία των διαδικασιών είναι: α) Η μη παροχή κινήτρων αποδοτικότητας στο προσωπικό, ενώ από πλευράς προσωπικού υπάρχει ενδιαφέρον και προτάσεις για αποτελεσματικές λύσεις, και β) Τα λάθη κατά τον αρχικό σχεδιασμό των διαδικασιών λειτουργίας. Τα παραπάνω αποτελούν σημαντική πηγή προβλημάτων που η λύση τους απαιτεί ιδιαίτερη μελέτη.

Στον τομέα του ελέγχου, παρόλο που στο 26,3% του δείγματος δεν ελέγχεται η αποδοτικότητα των εργασιών του από άλλους και το 17,5% δεν κάνει προσωπικό έλεγχο της αποδοτικότητας των εργασιών του, σοβαρή παράλειψη αποτελεί ότι το 27,5% του δείγματος παραδέχεται ότι δεν υπάρχουν δικλίδες ασφαλείας στις διαδικασίες. Αυτό μπορεί να αποτελεί σοβαρή παράλειψη που μπορεί να κοστίσει πολύ ακριβά στον οργανισμό, αλλά δεν αποτελεί κύρια πηγή διοικητικών προβλημάτων.

Στον πρακτικό τομέα, εκεί όπου μας διδάσκει η εμπειρία, εντοπίζονται οι κυριότερες πηγές διοικητικών προβλημάτων. Με βάση την παραπάνω ανάλυση, συγκεντρωτικά η λειτουργικότητα με ποσοστό 45% και η οργάνωση με ποσοστό 35% αποτελούν τις κύριες πηγές προβλημάτων με βάση το δείγμα μας. Βέβαια, αυτές αφορούν στη βαρύτητα που πρέπει να δοθεί στους παραπάνω τομείς. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, αν και είναι ικανοποιημένο από την υπάρχουσα οργάνωση, ταυτόχρονα την θεωρεί βασική πηγή διοικητικών προβλημάτων. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί σε προσωπικό επίπεδο να υπάρχει ικανοποίηση από την οργάνωση, αλλά σε γενικό επίπεδο οργάνωσης να υπάρχουν προβλήματα. Πέρα από τα παραπάνω, ένα ποσοστό 41% του δείγματος πιστεύει ότι είναι λίγο έως καθόλου πιθανό να λυθούν τα υπάρχοντα προβλήματα στο μέλλον. Η σημαντικότερη πηγή προβλημάτων με βάση το δείγμα μας όμως, είναι οι ιατροί με ποσοστό 48%, ενώ αμέσως μετά ακολουθούν οι εκάστοτε διοικήσεις των νοσοκομείων με ποσοστό 31%. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιατροί δεν διαφέρουν και πολύ από τις διοικήσεις, αφού σε αρκετά ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα, τα διοικητικά συμβούλια αποτελούνται από ιατρούς – μετόχους. Άρα τα συντριπτικά αυτά ποσοστά μας δείχνουν την κύρια πηγή δημιουργίας διοικητικών προβλημάτων στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα παραπάνω συμπεράσματα βασίστηκαν στους στόχους που έθεσε εξ αρχής η έρευνα μας και με βάση αυτούς τους στόχους δημιουργήθηκε και το ερωτηματολόγιο μας το οποίο περιελάμβανε συγκεκριμένα αντικείμενα για έρευνα. Με βάση αυτά τα αντικείμενα μπορούμε συμπερασματικά να αναφέρουμε ότι εντοπίστηκαν οι κύριες «πληγές» στις διοικήσεις των ιδιωτικών νοσοκομείων. Εν συνεχεία στα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας, θα συγκριθούν τα αποτελέσματα της έρευνας με το θεωρητικό μέρος της εργασίας και θα προταθούν λύσεις για την αντιμετώπιση τους.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάστηκε η έρευνα η οποία έγινε με θέμα τις πηγές των διοικητικών προβλημάτων στα ιδιωτικά νοσοκομεία της Αττικής. Αναφέρθηκαν ο στόχος και μεθοδολογία της έρευνας, ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου, ο σχεδιασμός του δείγματος, η ανάλυση των αποτελεσμάτων, ο συσχετισμός ορισμένων δεδομένων (crosstabs) και τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας.

Συμπεράσματα & Προτάσεις

Με βάση όσα αναφέρθηκαν στο πρώτο μέρος της εργασίας, μπορούμε να κάνουμε έναν απολογισμό. Στο πρώτο κεφάλαιο είδαμε πως εξελίχθηκαν τα συστήματα υγείας, την οργανωτική διάρθρωση ενός νοσοκομείου, τους ρόλους και τις λειτουργίες των διοικητικών στελεχών, όπως επίσης και τον ρόλο και λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων μέσα σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Πιο αναλυτικά, έγινε περιγραφή του ανταγωνισμού, ανάλυση της ανταγωνιστικής θέσης, της συμπεριφοράς του καταναλωτή, της ικανοποίησης των πελατών και του Μάρκετινγκ με βάση τα δεδομένα. Στο δεύτερο κεφάλαιο είδαμε οικονομικά δεδομένα του κλάδου των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. Πιο αναλυτικά, αναφέρθηκαν ξεχωριστά στοιχεία για τις κλινικές, τα μαιευτήρια και τα διαγνωστικά κέντρα. Επίσης θίχτηκαν τα θέματα της τεχνητής ζήτησης και της ανάπτυξης της ιατρικής τεχνολογίας. Επιπλέον, παρουσιάστηκε μία ανάλυση SWOT του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και εν συνεχεία έγινε αναφορά στους μεγάλους ιδιωτικούς νοσοκομειακούς ομίλους στην Ελλάδα και την μελλοντική ανάπτυξή τους. Στο τρίτο κεφάλαιο, αναφέρθηκαν τα λάθη στη διοίκησης της υγείας και οι τρόποι αντιμετώπισης τους. Δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα στις έννοιες: κριτική σκέψη, λήψη και διαδικασία λήψης αποφάσεων, επίλυση προβλημάτων, αλλαγή, αποτελεσματική επικοινωνία. Πιο συγκεκριμένα για το θέμα της επικοινωνίας, έγινε λόγος για τις διαστρεβλώσεις – προβλήματα στην επικοινωνία, τις κατευθύνσεις επικοινωνίας, τις διαφορές στην οργανωσιακή κουλτούρα και για την ανάθεση αρμοδιοτήτων. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάστηκε η έρευνα η οποία έγινε με θέμα τις πηγές των διοικητικών προβλημάτων στα ιδιωτικά νοσοκομεία της Αττικής. Αναφέρθηκαν ο στόχος και μεθοδολογία της έρευνας, ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου, ο σχεδιασμός του δείγματος, η ανάλυση των αποτελεσμάτων, ο συσχετισμός ορισμένων δεδομένων (crosstabs) και τέλος τα αποτελέσματα της έρευνας.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας με το θεωρητικό μέρος της εργασίας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι ιατροί αποτελούν τη σημαντικότερη πηγή διοικητικών προβλημάτων μέσα στα ιδιωτικά νοσοκομεία της Αττικής. Η μη συμμόρφωση τους ή το μικρό βάρος που δίνουν στις διοικητικές διαδικασίες του νοσοκομείου, κοστίζει πάρα πολύ ακριβά στον οργανισμό αλλά και κυρίως στους

πελάτες-καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας. Στον οργανισμό (ιδιωτικό νοσοκομείο) κοστίζει σε επίπεδο στρατηγικής, ανταγωνισμού, ικανοποίησης πελατών και Μάρκετινγκ. Στους πελάτες-καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας μπορεί να τους κοστίζει ακόμα και την ίδια τους τη ζωή. Παραλείπεις σε θέματα ιατρικού ιστορικού, υπερβολικής συνταγογράφησης, κατευθυνόμενης συνταγογράφησης, έλλειψη ενδιαφέροντος για την πληρωμή των νοσηλίων του νοσοκομείου, παράβλεψη της σημαντικότητας της εργασίας του λοιπού προσωπικού μέσα στο νοσοκομείο (ακόμα και της υπηρεσίας καθαρισμού ή της τεχνικής υπηρεσίας) και το σύνδρομο «τα ξέρω όλα» είναι μερικά από τα στοιχεία που καταστρέφουν κάθε προσπάθεια ορθολογικής διοίκησης ενός νοσοκομειακού οργανισμού. Θα μπορούσαμε να κάνουμε λόγο για «ιατρικό άβατο», αναφερόμενοι σε πολλά διοικητικά θέματα μέσα σε ιδιωτικά νοσοκομεία. Από θέματα που αφορούν τις προσλήψεις προσωπικού μέχρι την διαδικασία προμηθειών υγειονομικού υλικού.

Πέρα από την παραπάνω τεράστια πηγή διοικητικών προβλημάτων, αμέσως μετά εντοπίστηκαν δυο ακόμα σοβαρές πηγές. Η μία είναι ο υψηλός φόρτος εργασίας του προσωπικού, που σε συνδυασμό με την μη παροχή κινήτρων αποδοτικότητας και την έλλειψη στόχων κάνουν αδύνατη την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι έχουν τη διάθεση να προσφέρουν, προτείνοντας λύσεις σε υπάρχοντα προβλήματα. Η δεύτερη μεγάλη πηγή προβλημάτων είναι τα λάθη κατά το σχεδιασμό των διοικητικών διαδικασιών, ξεκινώντας από το αρχιτεκτονικό σχέδιο που συνήθως είναι παρόμοιο για όλα τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα λάθη αυτά στη συνέχεια δημιουργούν λειτουργικά προβλήματα που δεν μπορούν να λυθούν εύκολα και δυστυχώς γίνονται τρόπος ζωής για τις διοικήσεις των νοσοκομείων.

Καταλήγουμε λοιπόν στο γενικό συμπέρασμα ότι δυστυχώς το ακριβοπληρωμένο επίπεδο παροχής υγειονομικής φροντίδας των ιδιωτικών νοσοκομείων της Αττικής, δεν είναι τόσο υψηλό όσο θα νόμιζαν κάποιοι.

Επιβάλλεται να γίνει σαφές ότι για να λειτουργήσει αποδοτικά ένας οργανισμός παροχής υγειονομικής φροντίδας, θα πρέπει όλοι να συμβάλουν προς αυτή την κατεύθυνση, συμπεριλαμβανομένων και των ιατρών. Μία εναλλακτική πρόταση όσον αφορά τη διοικητική λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων, είναι η ανάπτυξη εταιρικής κουλτούρας και όχι brand name. Αυτό θα βοηθούσε και στην εσωτερική αλλά και στην εξωτερική ανάπτυξη των ιδιωτικών νοσοκομείων. Αυτό που λείπει σήμερα από τα μεγαλοπρεπή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα είναι οι αξίες και τα πιστεύω. Πρέπει όλοι όσοι συμμετέχουν με την εργασία τους σε τέτοιους οργανισμούς, να κατανοήσουν ότι επιτελούν κοινωνικό έργο. Πρέπει να κατανοήσουν ότι η εργασία τους έχει τεράστια σημασία και ότι παλεύουν όλοι μαζί για έναν κοινό στόχο.

Στην κατεύθυνση αυτή, θα πρέπει να δοθεί άμεσα βάρος στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και όχι μόνο στην τιμολογιακή πολιτική τους. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι η ικανοποίηση του καταναλωτή έρχεται από την συνολική εμπειρία επαφής του με ένα προϊόν ή υπηρεσία, θα συνειδητοποιήσουμε ότι πρέπει να αλλάξουμε ριζικά τρόπο σκέψης και δράσης. Σίγουρα οι αλλαγές δεν θα έρθουν γρήγορα, αλλά θα έρθουν σίγουρα. Η ένταση του ανταγωνισμού στον κλάδο κορυφώνεται και όπως είναι γνωστό, αν δεν βρεις εσύ ένα πρόβλημα, έρχεται και σε βρίσκει εκείνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- 1) ΓΟΥΛΑ Β. ΑΣΠΑΣΙΑ (2007). Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου, Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 2) Μπουραντάς Δ. (2005). «Ηγεσία. Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας», εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- 3) ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. (2002). Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 4) ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 5) ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ., ΠΟΛΥΖΟΣ Ν., ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. (Επιστημονική Επιμέλεια) (2000). Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
- 6) Σουλιώτης Κ. (2000). Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό σύστημα υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 7) Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ. (2000), Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο
- 8) ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1999). Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- 9) Σπάρος Λ. (1999). Θεωρία της λήψης των κλινικών αποφάσεων, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- 10) ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ., ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1995). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- 1) Graban Mark (2009). “Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, Employee Satisfaction”, Productivity Press Taylor & Francis Group, New York
- 2) Adair, J. (2009). Leadership and Motivation: The fifty-fifty Rule and the Eight Key Principles of Motivating Others, Kogan Page Ltd., London
- 3) Srinivasan A.V. (2008). “Managing a Modern Hospital”, SAGE Publications, New Delhi

- 4) James R. Evans, William M. Lindsay (2007). *The Management and Control of Quality*, seventh edition, Thomson South-Western, Natorp Boulevard Mason (USA)
- 5) Griffith John R. and White Kenneth R. (2007). "The well-managed healthcare organization", Health Administration Press, Chicago
- 6) Eleanor J. Sullivan, Phillip J. Decker (2005). *Αποτελεσματική Ηγεσία και Διοίκηση στις Υπηρεσίες Υγείας*, έκτη έκδοση, εκδόσεις Μ. Γκιούρδας, Αθήνα.
- 7) Hofmann Paul, Perry Frankie (2005). "Management Mistakes in Healthcare", Cambridge University Press, New York
- 8) Manion Jo (2005). "From management to leadership: practical strategies for health care leaders", second edition, Published by Jossey-Bass: A Wiley Imprint, San Francisco
- 9) Allan Pease, Barbara Pease (2004). *The definitive book of Body Language*, Bantam Books, New York
- 10) Hellriegel D. Jackson S. E. & Slocum J. W. Jr (2002). "Management: A Competency-based Approach", OH: South-Western, Cincinnati
- 11) McKee Martin and Healy Judith (2002). "Hospitals in a changing Europe", Open University Press, Buckingham
- 12) Lawrence F. Wolper (2001). *ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ*, Τόμος Α', Εκδόσεις Mediforce, Παπάγου (Αθήνα)
- 13) Lawrence F. Wolper (2001). *ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ*, Τόμος Β', Εκδόσεις Mediforce, Παπάγου (Αθήνα)
- 14) Sherman Folland, Allen Goodman, Miron Stano (2001). "The Economics of Health and Health Care", 6th edition, Pearson Education, New Jersey
- 15) Ignatavicius D. D. (2001). "Six critical thinking skills for at-the-bedside success", Nursing Management Lippincott Williams & Wilkins, Springhouse
- 16) Paul Hersey, Ken Blanchard, Dewey E Johnson (2001). *Management of Organizational Behavior: Leading Human Resources*, Prentice Hall, New Jersey
- 17) McConnell C.R (2000). "The anatomy of a decision", Health Care Manager, Aspen Publishers, New York
- 18) Shaker S. M. and M. P. Gembicki (1999). "The War Room Guide to Competitive Intelligence", McGraw Hill, New York
- 19) Santayana, E. (1998). "The Life of Reason", Prometheus Books, Amherst New York

- 20) Wilkinson J. (1992). “Nursing Process in Action: A Critical Thinking Approach”, CA: Addison-Wesley Nursing, Redwood City
- 21) American Organization of Nurse Executives, (1992). The role and function of the hospital nurse executive, American Hospital Association Advisory, Chicago
- 22) Walton M. (1988). “The Deming management method”, IL: Dodd Mead, Northbrook
- 23) Kelly Charles (1988). “The Destructive Achiever”, Addison-Wesley Publishing Company, Beverly (Massachusetts)
- 24) Simon H. A. (1955). “A Behavioral Model of Rational Choice”, The Quarterly Journal of Economics, MIT Press, Cambridge

Ελληνόγλωσση Αρθρογραφία

- 1) Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Θεοδώρου Μ, Λιαρόπουλος Λ. «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο». *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:663–672

Ξενόγλωσση Αρθρογραφία

- 1) Abelson Julia, “Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes”, Elsevier Science, July 2003
- 2) Smith M.L., Forster H.P., “Morally managing medical mistakes”, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, September 2000
- 3) Boychuk, J. E. D., “Catching the wave: Understanding the concept of critical thinking”, Journal of Advanced Nursing, Blackwell, April 1999
- 4) Lepley C., “Problem-Solving Tools for Analyzing System Problems: The Affinity Map and the Relationship Diagram”, Journal of Nursing Administration, December 1998
- 5) Wortley Pascale M., “AIDS in Women in the United States”, The Journal of the American Medical Association, September 1997
- 6) Viviane M. J. Robinson, “Problem-Based Methodology and Administrative Practice”, Educational Administration Quarterly, August 1996
- 7) Mintzberg Henry, “Managing as blended care”, Journal of Nursing Administration, September 1994

- 8) Simon H. A., “Decision-making: Rational, nonrational, and irrational”, Education administration Quarterly, August 1993
- 9) Mick D. G. and Michelle Demoss M., “Self-Gifts: Phenomenological Insights from Four Contexts”, The Journal of Consumer Research, December 1990
- 10) Hilfiker David, “Facing Our Mistakes”, New England Journal of Medicine, January 1984

Διαδικτυακές Πηγές

- 1) www.iaso.gr (Όμιλος ΙΑΣΩ)
- 2) www.ygeianet.gov.gr/index.aspx (Υγειονομικός Χάρτης)
- 3) <http://www.who.int/en/> (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
- 4) <http://www.oecd.org> (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης)
- 5) <http://www.mlptraining.co.uk/> (Problem Solving & Business Development)
- 6) <http://www.the-happy-manager.com/seven-step-problem-solving.html> (Seven Step Problem Solving Technique)
- 7) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (Επιστημονική Βιβλιοθήκη)
- 8) <http://www.nlm.nih.gov/> (United States National Library of Medicine)
- 9) <http://www.nih.gov/> (U.S. National Institutes of Health)
- 10) <http://www.russell.com/indexes/default.asp> (Russell Investments)
- 11) www.sciencedirect.com (Επιστημονική Βιβλιοθήκη)
- 12) <http://eu.wiley.com/WileyCDA/Section/index.html> (Επιστημονική Βιβλιοθήκη)
- 13) <http://www.scribd.com/> (Βιβλιοθήκη)
- 14) <http://eaq.sagepub.com/> (Εκπαιδευτικά Συγγράμματα Διοίκησης)
- 15) http://www.elsevier.com/wps/find/homepage.cws_home (Επιστημονική Βιβλιοθήκη)
- 16) <http://www.emeraldinsight.com/> (Επιστημονική Βιβλιοθήκη)
- 17) <http://www.shvoong.com/> (Επιστημονική Βιβλιοθήκη)
- 18) <http://www.thefreelibrary.com/> (Βιβλιοθήκη)
- 19) <http://www.yyka.gov.gr/> (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)
- 20) <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE> (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος)
- 21) <http://www.marfininvestmentgroup.com/> (Όμιλος Marfin Investment Group)

22) <http://www.sfee.gr/> (Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος)

23) <http://managementhelp.org/> (Επιστημονική Βιβλιοθήκη)

Λοιπές Πηγές

- 1) Εθνική Τράπεζα, Κλαδική Μελέτη, Ιδιωτικά Νοσοκομεία: Ένας δυναμικός κλάδος, με σημαντικές προοπτικές εξωστρέφειας, Δεκέμβριος 2009
- 2) ICAP, Κλαδική μελέτη, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, 2009
- 3) Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2008 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας : «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Τώρα περισσότερο από ποτέ», Γενεύη, 2008
- 4) ICAP, Κλαδική μελέτη, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, 2008
- 5) OECD Health Data, Έκθεση, 2008
- 6) OECD Health Data, Έκθεση, 2007

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΙΡΑΙΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»



Αξιότιμοι Κύριοι – Κυρίες,

Το ερωτηματολόγιο που έχετε μπροστά σας έχει συνταχθεί στα πλαίσια της εκπόνησης της Διπλωματικής μου εργασίας στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» με τίτλο **‘Λειτουργικά Προβλήματα Διοίκησης Ιδιωτικών Νοσοκομείων στην Αττική’**.

Σκοπός της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας είναι να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της διοίκησης των Ιδιωτικών Νοσοκομείων στην Αττική και τα περιθώρια βελτίωσης που υπάρχουν με την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων.

Στόχος του παρόντος ερωτηματολογίου είναι να διερευνήσει το εύρος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι διοικήσεις των Ιδιωτικών Νοσοκομείων στην Αττική.

Θα ήθελα να σας επισημάνω ότι το σύνολο των απόψεων και των πληροφοριών που θα αποτυπωθούν στο ερωτηματολόγιο θα τύχουν του απόλυτου σεβασμού και εχεμύθειας από τον ερευνητή.

Η συμβολή σας σε αυτό το στάδιο της ερευνητικής διαδικασίας κρίνεται καθοριστική και απαραίτητη καθώς με το προσωπικό σας κύρος, την εμπειριστατωμένη άποψη και τις εμπειρίες σας θα συμβάλλετε σημαντικά στην ολοκλήρωση του εγχειρήματος αυτού.

Σας ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για την πολύτιμη συνεργασία καθώς και για το χρόνο που διαθέσατε για να απαντήσετε το ερωτηματολόγιο.

Με Σεβασμό και Εκτίμηση

Μάρκος Βασάλος

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΘΕΜΑΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο

Ανδρας Γυναίκα

2. Ηλικία

<24 Ετών 25-34 Ετών 35-44 Ετών 45-54 Ετών >55 Ετών

3. Εκπαίδευση

(Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει)

Γυμνάσιο Λύκειο ΙΕΚ ΤΕΙ/ΑΕΙ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

4. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η Έγγαμος/η

5. Ετήσιο εισόδημα

έως 10.000€ 10.000€ έως 25.000€ 25.000€ έως 50.000€
50.000€ και άνω

6. Τομέας - Τμήμα εργασίας

.....

7. Θέση Προϊσταμένου

Ναι Όχι

Οργάνωση

8. Γνωρίζετε το καθηκοντολόγιο σας?

Ναι Όχι

9. Γνωρίζετε σε ποιόν πρέπει να απευθυνθείτε για τη λύση προβλημάτων που προκύπτουν?

Ναι Όχι

10. Που απευθύνεστε για την επίλυση ενός προβλήματος που προέκυψε?

Στον Προϊστάμενο/η Στο ανάλογο τμήμα, αναλόγως το πρόβλημα
Το επιλύω μόνος/η μου Άλλού.....

11. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το χρόνο επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν?

Πολύ Ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Συνολική Ικανοποίηση από την Οργάνωση?

Πολύ Ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Προγραμματισμός

13. Έχετε βραχυπρόθεσμους ή μακροπρόθεσμους στόχους? Ναι Όχι

14. Γίνεται επαναπροσδιορισμός των στόχων σας? Ναι Όχι

15. Αν Ναι, Πόσο συχνά? (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απαντήσεις)
 Κάθε μέρα Κάθε εβδομάδα Κάθε μήνα Κάθε χρόνο
 Άλλο χρονικό διάστημα.....

16. Χρησιμοποιείται πλάνο εργασιών για τις εργασίες που έχετε να καλύψετε?
 Ναι Όχι

17. Εργάζεστε με μεθοδικότητα ή προσπαθείτε να αντεπεξέλθετε σε οποιοδήποτε ζήτημα προκύψει?
 Εργάζομαι με μεθοδικότητα Προσπαθώ να αντεπεξέλθω σε ότι προκύπτει

Επικοινωνία

19. Εκνευρίζεστε εύκολα στην επικοινωνία με κάποιον Ναι Όχι

18. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την επικοινωνία:

	Πολύ Ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ Δυσανεστημένος/η
α. Με τους προϊσταμένους σας.					
β. Με τους υφισταμένους σας. (Αν έχετε)					
γ. Με τους συναδέλφους/συνεργάτες σας.					
δ. Με το Προσωπικό άλλων τμημάτων.					
ε. Με τους Ασθενείς/Επισκέπτες του Νοσοκομείου					
στ. Συνολικά					

20. Κατά τη γνώμη σας τι είναι αυτό που εμποδίζει περισσότερο την επικοινωνία στο Νοσοκομείο?

Φόρτος εργασίας Έλλειψη χρόνου Μη επαρκής επεξήγηση
 Ψυχολογικοί Παράγοντες Προσωπικά Προβλήματα
 Άλλο.....

Ενδεικτικοί πίνακες και γραφήματα από τη στατιστική επεξεργασία

Πίνακας 5.1: Γνώση καθηκοντολογίου

Γνωρίζετε το καθηκοντολόγιο σας?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	80	100,0	100,0	100,0

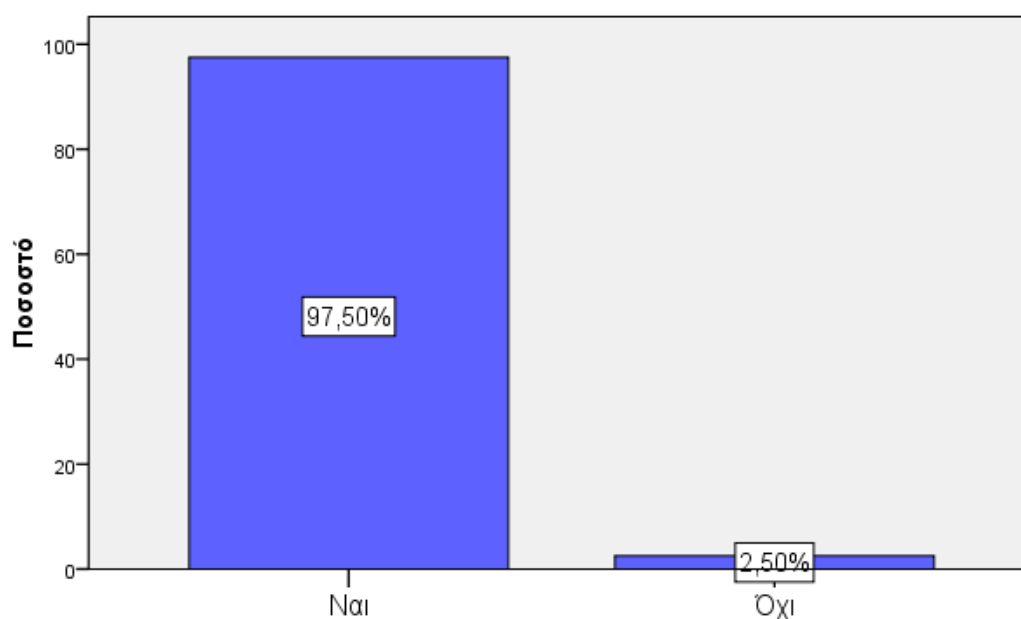
Πίνακας 5.2: Γνώση σε ποιόν πρέπει να απευθυνθεί το δείγμα για τη λύση προβλημάτων που προκύπτουν

Γνωρίζετε σε ποιόν πρέπει να απευθυνθείτε για τη λύση προβλημάτων που προκύπτουν?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	78	97,5	97,5	97,5
Όχι	2	2,5	2,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Διάγραμμα 5.1: Γνώση σε ποιόν πρέπει να απευθυνθεί το δείγμα για τη λύση προβλημάτων που προκύπτουν

Γνωρίζετε σε ποιόν πρέπει να απευθυνθείτε για τη λύση προβλημάτων που προκύπτουν?



Πίνακας 5.3: Ικανοποίηση από τον χρόνο επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το χρόνο επίλυσης των προβλημάτων που προκύπτουν?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ Ικανοποιημένος/η	8	10,0	10,0	10,0
	Ικανοποιημένος/η	49	61,3	61,3	71,3
	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	15	18,8	18,8	90,0
	Δυσανεστημένος/η	8	10,0	10,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 5.4: Συνολική ικανοποίηση από την οργάνωση του νοσοκομείου

Συνολική ικανοποίηση από την Οργάνωση?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ Ικανοποιημένος/η	10	12,5	12,5	12,5
	Ικανοποιημένος/η	47	58,8	58,8	71,3
	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	17	21,3	21,3	92,5
	Δυσανεστημένος/η	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 5.5: Ικανοποίηση από την επικοινωνία με τους υφιστάμενους (αν υπάρχουν)

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την επικοινωνία με τους υφιστάμενους σας?(Αν έχετε)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ Ικανοποιημένος/η	10	12,5	26,3	26,3
	Ικανοποιημένος/η	24	30,0	63,2	89,5
	Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	4	5,0	10,5	100,0
	Total	38	47,5	100,0	
Missing	System	42	52,5		
	Total	80	100,0		

Πίνακας 5.6: Ικανοποίηση από την επικοινωνία με τους συναδέλφους/συνεργάτες

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την επικοινωνία με τους συναδέλφους/συνεργάτες σας?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ Ικανοποιημένος/η	17	21,3	21,3	21,3
Ικανοποιημένος/η	41	51,3	51,3	72,5
Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	18	22,5	22,5	95,0
Δυσανεστημένος/η	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 5.7: Ικανοποίηση από την επικοινωνία με τους ασθενείς/επισκέπτες του νοσοκομείου

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την επικοινωνία με τους Ασθενείς/Επισκέπτες του Νοσοκομείου?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ Ικανοποιημένος/η	12	15,0	15,0	15,0
Ικανοποιημένος/η	42	52,5	52,5	67,5
Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	18	22,5	22,5	90,0
Δυσανεστημένος/η	8	10,0	10,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

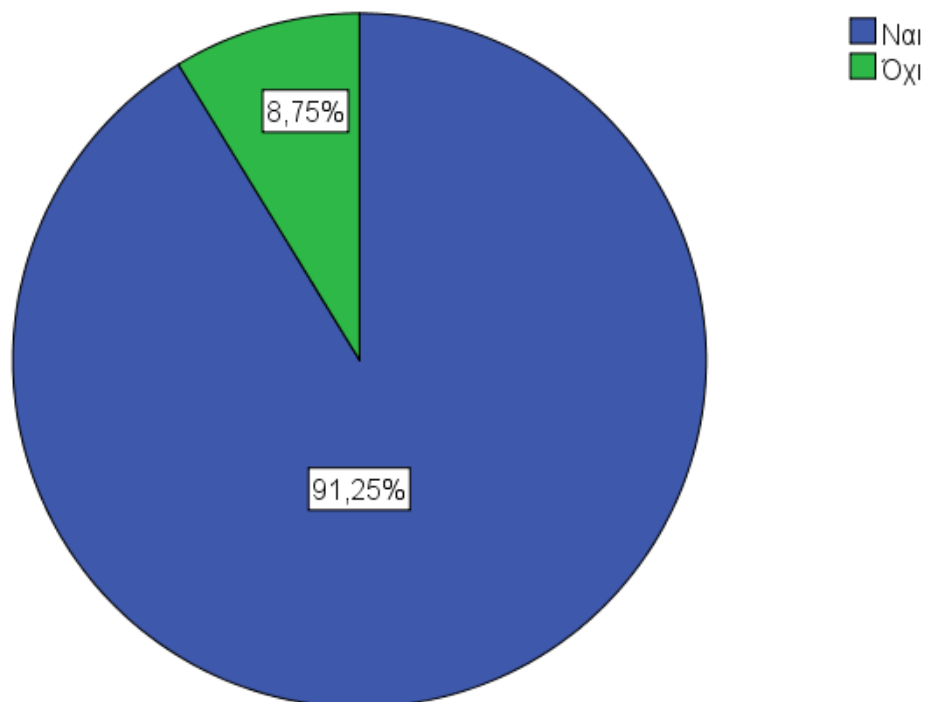
Πίνακας 5.8: Ικανοποίηση από την επικοινωνία συνολικά

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την επικοινωνία Συνολικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ Ικανοποιημένος/η	6	7,5	7,5	7,5
Ικανοποιημένος/η	46	57,5	57,5	65,0
Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	22	27,5	27,5	92,5
Δυσανεστημένος/η	6	7,5	7,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Διάγραμμα 5.2: Ιεράρχηση προτεραιοτήτων των εργασιών που πρέπει να διεκπεραιωθούν

Κάνετε ιεράρχηση προτεραιοτήτων των εργασιών που έχετε να διεκπεραιώσετε?



Πίνακας 5.9: Ικανοποίηση από την ευκολία των διαδικασιών λειτουργίας του νοσοκομείου

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ευκολία των διαδικασιών λειτουργίας του Νοσοκομείου?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ Ικανοποιημένος/η	1	1,3	1,3	1,3
Ικανοποιημένος/η	47	58,8	58,8	60,0
Ούτε Ικανοποιημένος/η Ούτε Δυσανεστημένος/η	26	32,5	32,5	92,5
Δυσανεστημένος/η	5	6,3	6,3	98,8
Πολύ Δυσανεστημένος/η	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 5.10: Έλεγχος αποδοτικότητας των εργασιών από άλλους

Ελέγχετε η αποδοτικότητα των εργασιών σας από άλλους?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	59	73,8	73,8	73,8
	Όχι	21	26,3	26,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 5.11: Έλεγχος αποδοτικότητας των εργασιών από τον ίδιο τον εργαζόμενο

Ελέγχετε η αποδοτικότητα των εργασιών σας από εσάς τους ίδιους?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	66	82,5	82,5	82,5
	Όχι	14	17,5	17,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 5.12: Ταχύτητα εντοπισμού λαθών που γίνονται

Πόσο γρήγορα εντοπίζετε ένα λάθος που έγινε?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αμέσως	16	20,0	20,0	20,0
	Σχετικά Γρήγορα	42	52,5	52,5	72,5
	Πριν να έχει συνέπειες	16	20,0	20,0	92,5
	Όταν είναι πια Αργά	5	6,3	6,3	98,8
	Ποτέ	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Πίνακας 5.13: Ύπαρξη επιπτώσεων σε λάθη που γίνονται

Υπάρχουν επιπτώσεις σε λάθη που γίνονται?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	73	91,3	91,3	91,3
	Όχι	7	8,8	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	