

ΤΕΙ-ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΥΓΕΝΙΑ ΜΠΙΤΣΑΝΗ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2004-2005

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΤΜΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΟΥ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΤΖΑΧΡΗΣΤΑ

«Νέα μοντέλα διοίκησης στον τομέα της δημόσιας υγείας: προβλήματα και προοπτικές.»



**Η εργασία αυτή αφιερώνεται στους γονείς μου όπου
ο καθένας ξεχωριστά και με τον δικό του τρόπο στήριξε
κάθε μου προσπάθεια**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	8
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΕΡΕΥΝΑ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1Ο -ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	11
1.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.1.1 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ.....	12
1.1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ.....	12
1.1.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	13
1.2 «ΕΘΝΙΚΗ» ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ/ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ (MANAGEMENT)	15
1.3.1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ MANAGEMENT	17
1.3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	18
1.3.3 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ MANAGER.....	18
1.4 ΟΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	19
1.4.1 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ MANAGEMENT ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
1.4.2 ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
1.5 ΟΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΑΙ ΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ	21
1.5.1 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	21
1.5.2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	22
1.5.3 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ Ε.Σ.Υ.....	23
1.5.4 Π.Φ.Υ(ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ)	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο -ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ(ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ) ΑΠΟ ΤΟ 1945 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ.	27
2.1 Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΠΡΟ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ	27
2.2 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.(1983-1989)	31
2.3 ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑ Ε.Σ.Υ. ΠΕΡΙΟΔΟΥ(1990 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ).	32
2.3.1 ΔΕΚΑΕΤΙΑ 90'	32
2.4 Ο ΝΟΜΟΣ 2889/2001	36
2.5 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΕΣ	42

2.5.1 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΤΟ ΕΚΚΡΕΜΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	42
2.5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
2.5.3 ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	46
2.6 ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	48
2.6.1 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ.....	50
2.6.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ-ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΟ.....	52
2.6.3 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ	52
2.7 ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	54
2.8 ΤΙ ΔΙΔΑΣΚΟΥΝ Η ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3Ο -ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	58
3.1 ΠΡΟΤΑΣΗ-ΠΡΟΤΥΠΟ.....	58
3.2 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΛΩΝ ΤΑΧΥΤΗΤΩΝ.....	61
3.3 ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ «ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ».....	61
3.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ (Policy Implementation).....	63
3.4.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ.....	66
3.5 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	71
3.5.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	73
3.6 ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΡ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΛΟΓΟΘΕΤΗ (ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ 'ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ MANAGEMENT ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ').....	75
3.6.1 ΛΑΘΗ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ.....	77
3.6.2 Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤQM	79
3.7 ΑΝΑΛΗΨΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ.....	80
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ	80
3.7.1 ΕΛΛΑΔΑ: ΕΙΝΑΙ ΤΩΡΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ;.....	81
3.8 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ (EFQM EXCELLENCE MODEL) ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ.....	82
3.8.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ.....	84
3.8.2 ΕΞΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	85
3.8.3 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ.....	87
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	87
3.8.4 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ	89
3.9 ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	90
3.9.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	93

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	95
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενασχόληση μου με αυτή την εργασία γίνεται για τον λόγο του ότι επαγγελματικά ανήκω στον χώρο της υγείας. Πριν από την φοίτησή μου στο τμήμα 'Διοίκησης μονάδων υγείας και πρόνοιας' της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας αγνοούσα την πολυπλοκότητα των οργανισμών υγείας όσο και τις δαπάνες που διατίθενται για αυτή.

Όλοι ακούμε για τις νέες ιατρικές μεθόδους και τα καινούρια τεχνολογικά εργαλεία της ιατρικής. Όπως πολλοί συμπολίτες έτσι και εμείς αγνοούσαμε την δυναμική του Υγειονομικού τομέα, τις τεράστιες δαπάνες αλλά και τους αφανείς 'ήρωες'-διαδικασίες που βρίσκονται πίσω από αυτούς που για το κοινό είναι οι πρωταγωνιστές(frontmens) που δεν είναι άλλοι από τους ιατρούς του συστήματος υγείας και που τυγχάνουν ιδιαίτερης προβολής του έργου τους.

Σίγουρα το πεδίο των υπηρεσιών-οργανισμών της υγείας είναι ένα από τα πλέον δυναμικά πεδία όσον αφορά τα οικονομικά μεγέθη τον αριθμό του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολείται σε αυτό αλλά και την πολιτική βαρύτητα που δυστυχώς θα έπρεπε αλλά δεν έχει δοθεί στην πατρίδα μας αλλά έχει δοθεί σε διάφορες άλλες χώρες ιδίως της Ευρωπαϊκής ηπείρου όπως είναι η Μεγ. Βρετανία και οι Σκανδιναβικές χώρες όπου ο τομέας της υγείας βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα από πλευράς οργάνωσης-διοίκησης-δομής.

Η αλματώδεις ανάπτυξη της τεχνολογίας και της βιοϊατρικής τα τελευταία χρόνια, η συνεχής εξέλιξη των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας και γενικά οι αυξημένες απαιτήσεις για την υγεία έχουν μετατρέψει τα νοσοκομεία, δημόσια και ιδιωτικά, σε εξαιρετικά πολύπλοκους συνεχώς εξελισσόμενους και αναπτυσσόμενους οργανισμούς που εκτελούν πολλές και διάφορες λειτουργίες. Έτσι απαραίτητη προϋπόθεση για την σωστή εκπλήρωση της αποστολής τους που είναι κυρίως η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς ,η ποιότητα των υπηρεσιών με την μέγιστη ταυτόχρονα αποδοτικότητα των υπάρχοντων διατιθεμένων πόρων, αποτελεί η άσκηση σύγχρονων και αποτελεσματικών μοντέλων διοίκησης(management) δηλαδή η ύπαρξη σωστού προγραμματισμού, οργάνωσης και διαχείρισης.

Ο προγραμματισμός και η οργάνωση αποτελούν τις δύο βασικότερες λειτουργίες του management ενός οποιουδήποτε οργανισμού. Ο

προγραμματισμός θα δώσει τις βασικές κατευθύνσεις και θα προσδιορίσει τους σκοπούς και τους στόχους του οργανισμού. Με την διαδικασία της οργάνωσης θα καθοριστεί το σύνολο των δραστηριοτήτων που θεωρούνται απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν η δυναμικότητα του οργανισμού και η επάνδρωση της πυραμίδας της ιεραρχίας όσο κατά το δυνατόν καλύτερα .Οι δραστηριότητες αυτές θα ομαδοποιηθούν και θα ανατεθούν σε επιλεγμένα άτομα ή ομάδες ατόμων, ενώ παράλληλα θα προσδιοριστούν οι βαθμίδες εξουσίας και ευθύνης των ατόμων αυτών.

Η παρούσα εργασία θα επιχειρήσει να ρίξει φως στην προϋπάρχουσα κατάσταση (πριν από την ψήφιση του Ν.2889/2001),στην σημερινή κατάσταση αλλά κυρίως στο τι θα μπορούσε να γίνει, αν δηλαδή χρειάζεται ή όχι μια ριζική μεταρρύθμιση στο τομέα της υγείας ή μια αλλαγή της διοικητικής κουλτούρας στο Ε.Σ.Υ. Η εργασία θα ασχοληθεί με τον τομέα της υγείας όσον αφορά την κεντρική, την περιφερειακή διοίκηση αλλά κυρίως θα εστιάσει στον οργανισμό-νοσοκομείο το οποίο ευτυχώς ή δυστυχώς είναι το σημαντικότερο κεφάλαιο του τομέα της υγείας λόγω του υψηλού κόστους και των υψηλών δαπανών που συσσωρεύονται σε αυτό ,και είναι το πεδίο όπου η κεντρική εξουσία θα έπρεπε να εφαρμόσει ριζικές αλλαγές, για να σταματήσει αυτή η κακοδιαχείριση που έχει κάνει τους Έλληνες να είναι ο πιο δυσσχετημένοι Ευρωπαίοι πολίτες από τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. με ποσοστό 54%.

Η διάρθρωση της παρούσας εργασίας αποτελείται από το 1^ο κεφάλαιο όπου επεξηγούνται καταρχάς οι έννοιες ή οι φράσεις-κλειδιά που θα χρησιμοποιήσουμε στα επόμενα κεφάλαια καθώς και τις ιδιότητες που διέπουν τους όρους αυτούς.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται η ιστορική αναδρομή της οποίας βασικός στόχος είναι να διατυπώσει τις πολιτικές υγείας που έχουν ακολουθηθεί από το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου μέχρι και σήμερα. Το κεφάλαιο της ιστορικής αναδρομής χωρίζεται σε δύο μέρη, το ένα είναι οι διάφορες προσπάθειες μεταρρύθμισης που έγιναν πριν την εφαρμογή του ΕΣΥ και το δεύτερο μέρος αποτελεί την ιστορική αναδρομή από την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ μέχρι και σήμερα.

Το 3^ο κεφάλαιο περιέχει τα συμπεράσματα που μπορούμε να βγάλουμε από την ιστορική αναδρομή, δηλαδή τις διαπιστώσεις για το τι συνέβη μέχρι σήμερα όσον αφορά την πολιτική υγείας που ακολουθήθηκε και την απαραίτητη κριτική για να καταδειχθούν τα σημεία όπου έγιναν τα λάθη ή οι παραλήψεις και την αντίστοιχη συνέπεια αυτών. Σε αυτό το κεφάλαιο περιλαμβάνονται οι προσωπικές εκτιμήσεις, συμπεράσματα και κριτικές και οι θέσεις κάποιων επιφανών παραγόντων που δραστηριοποιούνται στον χώρο της υγείας.

Το 4^ο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις προτάσεις που έγιναν κατά καιρούς για την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο διοικείται το ΕΣΥ, σε κεντρικό περιφερειακό αλλά και στο επίπεδο των οργανισμών υγείας στο οποίο η εργασία δίνει και την μεγαλύτερη έμφαση για ευνόητους λόγους. Στην αρχή δίνεται ένα μοντέλο που κατά την γνώμη μας είναι το πλέον κατάλληλο και στη συνέχεια δίνονται κάποια άλλα μοντέλα-εργαλεία που προτάθηκαν κατά καιρούς και ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι η υπάρχουσα ελληνική βιβλιογραφία είναι επεικώς ελλιπής και αυτό συμβαίνει διότι είναι λίγοι εκείνοι που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην συγγραφή βιβλίων που ασχολούνται με το management της υγείας και πιο ειδικά με το management της δημόσιας υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι αν εξαιρέσουμε ορισμένους κρατικούς φορείς που ασχολούνται μεταπτυχιακά ή επιμορφωτικά με το αντικείμενο αυτό, δεν υπάρχει ως στοιχείο βασικής εκπαίδευσης(ειδικότητα) στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στόχος της εργασίας αυτής είναι καταρχήν η κατάδειξη των λαθών που έγιναν από τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν από τις εκάστοτε κυβερνήσεις μέσα από τις πράξεις ή τις παραλήψεις τους. Έτσι με αυτόν τον τρόπο και αναλύοντας ξεχωριστά κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια θα μπορούσαμε να καταλάβουμε τι θα έπρεπε να είχε γίνει στον χώρο της υγείας από τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. και σε πια σημεία φάνηκαν άτολμες οι πολιτικές για την υγεία. Ο πρωταρχικός σκοπός όμως αυτής της εργασίας είναι να εντοπίσει τις υπάρχουσες μεθόδους και μηχανισμούς που μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτοί που χαράζουν την πολιτική υγείας στην χώρα μας,

αναλύοντας με την σειρά τους ποια από αυτές είναι η πιο κατάλληλη για το οικονομικό-πολιτικό σύστημα στην χώρα μας ώστε να βγει το Ε.Σ.Υ. από την κρίση στην οποία έχει περιέλθει εδώ και πολλά χρόνια.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ-ΕΡΕΥΝΑ

Η έρευνα ξεκίνησε με ένα βιβλίο που περιείχε τα πρακτικά από το 1^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο για το νοσοκομειακό management, το οποίο μπορώ να πω πως μου έδωσε την "γραμμή" για να ξεκινήσω την έρευνα λόγω του ότι ήταν το πρώτο συνέδριο για αυτό το φλέγον θέμα και εκεί διατυπώθηκαν πιστεύω οι προβληματισμοί για όλη την περίοδο του Ε.Σ.Υ. μέχρι τώρα. Σε γενικές γραμμές δεν μπορεί κάποιος να περιμένει πολλά από την έρευνά του στην ελληνική βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα αυτό.

Το επόμενο στάδιο της έρευνας συνέχισε στην βιβλιοθήκη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας από όπου πήρα μεγάλη βοήθεια από ορισμένα βιβλία και κάποιες διπλωματικές εργασίες σχετικά με το θέμα αυτό. Επίσης στην βιβλιοθήκη αυτή βρήκα και διάφορα περιοδικά όπως την Επιθεώρηση Υγείας και το Ιατρικό Βήμα, στα οποία βρήκα μια πληθώρα από χρήσιμα άρθρα. Στην συνέχεια επισκέφθηκα και συνομίλησα με καθηγητές από το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης το οποίο έχει το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης οι οποίοι μου έδωσαν και κάποιες σημειώσεις από τα μαθήματα τα οποία διδάσκουν σχετικά με το management στην δημόσια υγεία.

Επισκέφθηκα επίσης το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο τμήμα εκπαίδευσης από όπου πήρα αντίγραφα από κάποιες μελέτες που έχουν γίνει κατά καιρούς από κάποιες επιτροπές οι οποίες γνωμοδοτούσαν την εκάστοτε ηγεσία του Υπουργείου να κατασκευάσει κάποια νομοσχέδια ή να κάνει μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας.

Μια εξίσου καλή πηγή για έρευνα και για μελέτη ήταν και το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο όπου υπάρχει το τμήμα διοίκησης μονάδων υγείας και βρήκα στην βιβλιοθήκη του κάποια ενδιαφέροντα συγγράμματα. Τέλος μεγάλο ενδιαφέρον είχε η συνέντευξη που πήρα από τον Λάμπρο Γεωργόπουλο, απόφοιτο ενός Βρετανικού κολλεγίου (Imperial College London-Tanaka Business School) ο οποίος είχε την ευκαιρία να εργαστεί σε κάποιο νοσοκομείο του Λονδίνου και έτσι θα μπορούσε να μου εξηγήσει ποιες τάσεις επικρατούν στην Μεγ. Βρετανία όσον αφορά την κεντρική, την

περιφερειακή και την διοίκηση των νοσοκομείων και τους μηχανισμούς-θεσμούς που διέπουν αυτές.

Η φάση της δευτεροβάθμιας έρευνας έγινε μέσω του διαδικτύου είτε μέσα από κάποιες γνωστές τοποθεσίες είτε μέσα από τις μηχανές αναζήτησης(search machines) όπου βάζοντας κάποιες λέξεις κλειδιά(key words) εντόπισα κάποιες τοποθεσίες οι οποίες είχαν δημοσιεύσεις άρθρων σχετικά με το θέμα που ασχολούμαι. Δυστυχώς μια από τις πιο γνωστές και πιο αξιόπιστες ελληνικές μηχανές αναζήτησης δεν είχε τα ανάλογα αποτελέσματα διότι δυστυχώς δεν υπάρχουν πολλά ελληνικά(ή σχεδόν καθόλου) forums τα οποία να ασχολούνται με τέτοια ζητήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο -ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.

1.1 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Για να καταλάβουμε το τι έχει συμβεί μέχρι σήμερα στο τομέα της διοίκησης/διαχείρισης του συστήματος υγείας αλλά και ποιες προοπτικές υπάρχουν για το μέλλον, θα πρέπει να γίνει μια εισαγωγή στις λειτουργίες και τις δομές του συστήματος υγείας και των υπηρεσιών του, αλλά και κάποια αποσαφήνιση κάποιων βασικών εννοιών-λέξεων κλειδιά που περιγράφουν το σύστημα αυτό.

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας,¹ που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης μέσα από μια προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Λιαρόπουλος 1991)¹.

Οι αρχές λειτουργίας που πρέπει να διαθέτει ένα οργανωμένο σύστημα είναι:

- Η ύπαρξη συγκεκριμένης πολιτικής υγείας, με ευδιάκριτους στόχους.
- Ο καθορισμός της διαδικασίας ή των μέτρων πολιτικής υγείας που είναι απαραίτητοι για την επίτευξη του σκοπού και των στόχων του συστήματος.

Η συνεχής εκτίμηση-αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων ως προς την επίτευξη των στόχων και λήψη συμπληρωματικών-διορθωτικών μέτρων κάθε φορά που αυτό κρίνεται αναγκαίο.

¹ Α. Γεροστάθη, Management Υπηρεσιών Υγείας «Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας», Αθήνα 2003, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης, Τομέας: Δημοσίου Management, σ. 2-3

Ένα σύστημα υγείας για να είναι αποτελεσματικό προϋποθέτει την ύπαρξη:

- Διαφάνειας και συνέπειας πολιτικής και στόχων. Η συγκεκριμένη πολιτική υγείας πρέπει να είναι σαφής και οι στόχοι να μην είναι αλληλοσυγκρουόμενοι ή μόνο θεωρητικοί. Τα μέτρα πρέπει να μην είναι ασυνάρτητα και σπασμωδικά.
- Κοινωνικής συναίνεσης. Τα μέτρα πολιτικής μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά μόνο αν γίνουν αποδεκτά από τους εργαζομένους στο χώρο της υγείας και τους πολίτες της χώρας.
- Οικονομικού ρεαλισμού. Αντιστοιχία των στόχων με τις πραγματικές ανάγκες και οικονομικές δυνατότητες.

1.1.1 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ

Προσπαθώντας να ορίσουμε την έννοια οργανισμός μπορούμε να πούμε πως: Οργανισμός είναι μια ομάδα από δύο ή περισσότερους ανθρώπους που εργάζονται για την επίτευξη ενός σκοπού με κάποιες καθιερωμένες σχέσεις. Ανεξάρτητα από το μέγεθος, το είδος της δραστηριότητας, τη νομική φύση των οργανισμών, κοινά χαρακτηριστικά όλων είναι η ύπαρξη ανθρώπινου δυναμικού, κοινών αντικειμενικών σκοπών και οργανωτικής δομής².

1.1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

Οι οργανισμοί διακρίνονται ως εξής:

A) Ανάλογα την νομική μορφή με την οποία λειτουργούν:

- Ιδιωτικοί οργανισμοί
- Δημόσιοι οργανισμοί
- Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου(N.Π.Ι.Δ) αλλά και αστικές εταιρείες.
- Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου(N.Π.Δ.Δ)

²A. Γεροστάθη, Management Υπηρεσιών Υγείας «Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας», Αθήνα 2003, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης, Τομέας: Δημοσίου Management, σ. 3-4

- Ιδιαίτερη νομική μορφή όπως είναι το Υπουργείο Υγείας, με τις κεντρικές και περιφερειακές του υπηρεσίες.

B) Ανάλογα με το είδος υπηρεσιών που παρέχουν:

- Μονάδες ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης οι οποίες παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως είναι τα ιδιωτικά ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.
- Μονάδες κλειστής νοσοκομειακής περίθαλψης οι οποίες παρέχουν πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια περίθαλψη όπως είναι τα δημόσια νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές κάθετης περίθαλψης.

Επίσης τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά ή ειδικά όπου τα γενικά διαθέτουν τμήματα κυρίας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες και τα ειδικά διαθέτουν τμήματα κυρίας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία.

1.1.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες εννοούμε το σύνολο των υπηρεσιών με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο όρος εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας όσο και την έννοια της περίθαλψης³.

Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού χάριν των οποίων παρέχονται. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής:

- Πρώτα από όλα να είναι διαθέσιμες στο πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης και στη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.
- Με δεδομένη την ύπαρξη και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, η επόμενη παράμετρος η οποία χαρακτηρίζει τη χρησιμότητά τους είναι η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει τον χαρακτήρα της

³ Στο ίδιο σ.3-4

τοποχρονικής δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στο καθένα από τους κατοίκους της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών.

- Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στον πλυθησμό δεν περιορίζεται όμως μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης κάποιου συγκεκριμένου υγειονομικού προβλήματος, μιας ασθένειας αλλά καλύπτει τα στάδια πριν και μετά την εμφάνισή του. Επομένως πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.
- Επίσης οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως:
 - Στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών
 - Στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, και

Στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων, στις οποίες οι υπηρεσίες υγείας παράγονται και προσφέρονται στους πελάτες-ασθενείς⁴.

1.2 «ΕΘΝΙΚΗ» ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν σε μια χώρα την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση, με σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου της υγείας του, συγκροτούν την πολιτική υγείας αυτής της χώρας.

Οι κανόνες και τα μέτρα της πολιτικής υγείας μιας χώρας αφορούν στην οργάνωση και λειτουργία του τομέα υγείας και ειδικά στην οργάνωση και λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, στην κατανομή των πόρων, στη χρηματοδότηση προγραμμάτων υγείας, στο συντονισμό της υγειονομικής πολιτικής κ.α.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η χάραξη της πολιτικής υγείας μιας χώρας δεν μπορεί να είναι και δεν είναι αποκλειστικά υπόθεση μιας κυβερνητικής υπηρεσίας ή ενός υπουργείου αλλά αποτελεί συλλογική υπόθεση και ευθύνη της εκάστοτε κυβέρνησης. Για παράδειγμα, οι θάνατοι από τροχαία και από εργατικά ατυχήματα είναι δύο από τα πολλά θέματα όπου για να ελαχιστοποιηθεί η σχετική θνησιμότητα/νοσηρότητα απαιτείται σύμπραξη περισσοτέρων του ενός υπουργείων.

⁴ Στο ίδιο σ.3-4

Η εφαρμογή των κανόνων και των μέτρων της πολιτικής υγείας επιβάλλεται σε εθνικό επίπεδο από την κεντρική εξουσία, με νόμους, διατάγματα, αποφάσεις υπουργών ή άλλων εξουσιοδοτημένων οργάνων, με τους κανονισμούς λειτουργίας των μονάδων υγείας, εγκύκλιες οδηγίες κτλ.. Ο έλεγχος της εφαρμογής των κρατικών ρυθμίσεων-παρεμβάσεων επιτυγχάνεται με την εποπτεία που ασκεί το Υπουργείο Υγείας και οι περιφερειακές υπηρεσίες που ανήκουν σε αυτό. Σε τοπικό επίπεδο η εφαρμογή του της κυβερνητικής πολιτικής για την υγεία γίνεται από τα περιφερειακά Συστήματα Υγείας.⁵

1.3 ΔΙΟΙΚΗΣΗ/ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ (MANAGEMENT)

Η έννοια διοίκηση ή καλύτερα management ίσως παραπέμπει αρκετούς σε μεγάλες επιχειρήσεις. Είναι αλήθεια ότι σε τέτοιες επιχειρήσεις η ανάγκη παρουσίας και άσκησης μιας μορφής διοίκησης είναι αυτονόητη. Διοίκηση όμως μπορεί να υπάρξει και σε πιο απλές καταστάσεις όπως είναι το χτίσιμο ενός σπιτιού, στην οργάνωση μιας τελετής, στη διακυβέρνηση ενός σκάφους κτλ., δηλαδή όπου εμπλέκεται μια ομάδα ανθρώπων με κάποιο κοινό σκοπό⁶.

Οι όροι “διοίκηση” και “management” συνήθως στην πλειοψηφία της εργασίας θα χρησιμοποιούνται σαν συνώνυμοι, λόγω του ότι στην χώρα μας ο όρος και οι πρακτικές management είναι νεότεροι και έτσι θα υπάρχουν προβλήματα κατανόησης. Έτσι σε αυτήν την εργασία παρόλο που το management περιέχει αυτό που στα ελληνικά αναφέρεται σαν οργάνωση-διοίκηση-διαχείριση, οι παραπάνω όροι θα χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι.

Δεν υπάρχει ένας «σωστός» ή κοινά αποδεκτός ορισμός του management. Αντίθετα υπάρχουν πολλοί ορισμοί οι οποίοι αποδίδουν ικανοποιητικά αυτήν την έννοια. Αυτό συμβαίνει ακριβώς επειδή το πεδίο εφαρμογών του όρου είναι ευρύτατο και έτσι ανάλογα με τον χώρο εφαρμογής δίνονται διαφορετικοί ορισμοί.

Το management δεν αποτελεί συγκεκριμένη επιστήμη και γι'αυτό δεν υπάρχει καν ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Δεν είναι δυνατό να υπάρξει ένα

⁵ Στο ίδιο σ.3-4

⁶ Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 28-29

συγκεκριμένο σύνολο αρχών management οι οποίες να μπορούν να εφαρμοσθούν επιτυχώς σε κάθε πεδίο. Σύμφωνα με αυτή την διαπίστωση αυτή η πρακτική της αντιμετώπισης μιας δοτής κατάστασης εξαρτάται αποκλειστικά από τις συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες της κατάστασης αυτής.

Το management είναι μια τέχνη με επιστημονική βάση που κάποιος μπορεί να σπουδάσει με την έννοια ότι θα εκπαιδευτεί πώς να λαμβάνει σωστές αποφάσεις, πώς να θέτει στόχους, να οργανώνει μια παραγωγική μονάδα, να επιλέγει και να υποκινεί το προσωπικό . Σαν επιστημονικός κλάδος το management περιλαμβάνει αυτό που στις Η.Π.Α λέγεται “Business Administration”, στη Γαλλία “Administration des Entreprises” στην Γερμανία “Betriebsleitung” και στην Ελλάδα «Διοικητική των επιχειρήσεων»⁷.

Παρακάτω παραθέτω τέσσερις(γενικούς) ορισμούς από Ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία, οι οποίοι μπορούν να θεωρηθούν ως βάση της προσέγγισής μου στην έννοια της διοίκησης.

- Η διαδικασία του management μπορεί να λάβει χώρα σε οποιοδήποτε είδος Οργανισμού. Διοίκηση ή management είναι ο συντονισμός και η εναρμόνιση/ενοποίηση όλων των παραγωγικών πόρων(ανθρώπινων, υλικών, τεχνικών) για να επιτευχθούν συγκεκριμένα αποτελέσματα(Κανελλόπουλος, 1992).
- Με τον όρο management εννοούμε την μεθοδική προσπάθεια προγραμματισμού, οργάνωσης, διεύθυνσης και ελέγχου δραστηριοτήτων για την επιτυχία δεδομένων σκοπών(Σαϊίτης, 1992).
- Διοίκηση είναι η διαδικασία του συντονισμού ανθρώπινων και άλλων πόρων με σκοπό την επίτευξη των στόχων ενός οργανισμού(Pride, Hughes, Kapoor, 1996).
- Διοίκηση είναι η διαδικασία της επίτευξης των στόχων ενός Οργανισμού, με τη χρήση και αξιοποίηση των ανθρώπινων και άλλων πόρων του Οργανισμού.(Certo, 1980).

Μια πιο «φιλοσοφική» άποψη είναι η ακόλουθη:

Διοίκηση είναι η τέχνη της επίτευξης των στόχων μέσω άλλων ανθρώπων(Follet στο Gray, Smeltzer, 1989). Ενώ μπορούμε να αναφέρουμε και μια κάπως σαρκαστική άποψη ότι ‘manager είναι κάποιος ο οποίος κάνει τη δουλειά του βάζοντας άλλους να κάνουν τη δική τους.

⁷ Στο ίδιο σ.28-29

Στην αμερικάνικη ορολογία ως παράγοντες του Management αναφέρονται τα 'SixM' από τα αρχικά των έξι λέξεων:

- 1) Men(άνθρωποι-εργασία)
- 2) Materials(υλικά)
- 3) Machines(μηχανές)
- 4) Managers(διοικητικά στελέχη)
- 5) Money(κεφάλαια)
- 6) Market(αγορά)

1.3.1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ MANAGEMENT

Νομίζω ότι κατά αριστοτεχνικό τρόπο δίνει το περιεχόμενο του Management ο κορυφαίος καθηγητής και συγγραφέας που έχει ασχοληθεί εκτενέστατα με το αντικείμενο αυτό, Peter F. Drucker(1974)⁸:

«...Management είναι έργα. Management είναι μια επιστήμη. Αλλά Management είναι και άνθρωποι. Κάθε επιτυχία του Management είναι επιτυχία ενός manager .Το ίδιο ισχύει και για κάθε αποτυχία. Οι άνθρωποι διοικούν περισσότερο παρά οι δυνάμεις και τα γεγονότα. Η διοίκηση των επιχειρήσεων είναι υπόδειγμα για κάθε άλλης μορφής διοίκησης. Το slogan του υπόλοιπου 20ού αιώνα είναι η έκρηξη του Management τελείωσε, τώρα ήρθε η ώρα για την απόδοσή του...". Το Management είναι κοινωνική λειτουργία. Ρυθμίζεται από τις αξίες, τις παραδόσεις και τις συνήθειες της δεδομένης κοινωνίας. Το Management έγινε πολυθεσμικό (Multi-Institutional), πολυεθνικό (Multi-National) και πολυπολιτισμικό (Multi-Cultural). Το Management είναι ένα όργανο και κάθε όργανο έχει λειτουργίες. Είναι εξειδικευμένο όργανο της επιχείρησης. Η επιχείρηση συμπεριφέρεται με τον τρόπο που ενεργεί ο Manager. Έργα του manager είναι η προσφορά στην οικονομία, η διοίκηση της επιχείρησης και η καθοδήγηση των ανθρώπινων δυνάμεων. Ο Manager είναι υπηρέτης. Το αφεντικό είναι ο οργανισμός που διοικεί, απέναντι στον οποίο είναι υπεύθυνος και τον οποίο πρέπει να κάνει αποδοτικό...»

⁸ Peter F. Drucker, Προκλήσεις του management για τον 21^ο Αιώνα, σ.69

1.3.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Αφού είδαμε τι σημαίνει διοίκηση, ας δούμε ποιες είναι οι λειτουργίες της διοίκησης σε έναν οργανισμό. Το περίεργο είναι ότι ενώ διάφοροι συγγραφείς δίνουν διαφορετικούς ορισμούς, υπάρχει μια συμφωνία για τις λειτουργίες της διοίκησης. Οι λειτουργίες αυτές είναι:

1. Προγραμματισμός/Σχεδιασμός
2. Οργάνωση
3. Διεύθυνση/Καθοδήγηση
4. Έλεγχος

Ας δούμε τώρα επιγραμματικά τι εννοούμε με κάθε μια από αυτές τις λειτουργίες⁹:

1. **Σχεδιασμός:** Είναι η λειτουργία η οποία θέτει τις βασικές κατευθύνσεις και σκοπούς στον οργανισμό και διαμορφώνει ένα αρχικό πλάνο προσέγγισής τους.
2. **Οργάνωση:** Είναι η διαδικασία του καθορισμού εκείνων των δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των σκοπών. Την ομαδοποίησή τους, την ανάθεσή τους σε συγκεκριμένες ομάδες ή ανθρώπους και της διαμόρφωσης βαθμίδων εξουσίας και ευθύνης.
3. **Διεύθυνση/Καθοδήγηση:** Είναι το στάδιο της εποπτείας και καθοδήγησης των υφισταμένων για την επίτευξη των σκοπών.
4. **Έλεγχος:** Είναι η φάση αξιολόγησης και διόρθωσης των δραστηριοτήτων των υφισταμένων προκειμένου να εξασφαλιστεί η τήρηση των σχεδίων. Αν το αποτέλεσμα δεν είναι το επιθυμητό, αναθεωρείται ή τροποποιείται όλη η διαδικασία ή κάποιο μέρος αυτής, και ακολουθεί η ανατροφοδότηση(feedback) του συστήματος.

1.3.3 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ MANAGER

Οι δεξιότητες που πρέπει να έχει ένας manager κατατάσσονται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

⁹ Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης(Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 30-31

1. Τεχνικές δεξιότητες(Technical Skills): Είναι οι δεξιότητες που απαιτούνται για την ολοκλήρωση μιας εξειδικευμένης εργασίας και προϋποθέτουν γνώση συγκεκριμένων τεχνικών ή και τρόπων λειτουργίας του υπάρχοντος εξοπλισμού, δηλαδή κάποια εξειδικευμένη γνώση.
2. Διαπροσωπικές δεξιότητες(Interpersonal Skills): Η ικανότητα διαπροσωπικής επικοινωνίας με τους εργαζομένους ανεξάρτητα από τη θέση τους στη "ιεραρχία" του οργανισμού. Είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική άσκηση διοίκησης.
3. Δεξιότητες αφηρημένης σκέψης και συνολικής θεώρησης(Conceptual Skills):Με απλά λόγια, πρόκειται για την ικανότητα να αντιλαμβάνεται κάποιος τον οργανισμό και να καταλαβαίνει πως τα διάφορα μέρη του συνδέονται μεταξύ τους¹⁰.

1.4 ΟΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η φύση του αγαθού υγεία και η ιδιομορφία που έχει αυτό σε σχέση με όλα τα άλλα αγαθά οδηγεί σε σοβαρές ιδιαιτερότητες στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των μονάδων αυτών. Οι ιδιαιτερότητες αυτές είναι:

- I. Η αυξημένη κρατική παρέμβαση. Οι παρεμβάσεις της πολιτείας στους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, στην κατανομή των πόρων, στο τρόπο χρηματοδότησης είναι φυσικό να επηρεάζουν έντονα την οργάνωση, τη διοίκηση και την λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας
- II. Η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις. Αυτή η αδυναμία του ασθενή βρίσκεται σε στενή σχέση με την ιδιαιτερότητα του αγαθού υγεία. Ο ασθενής δεν έχει τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις και πληροφορίες για την έκταση και το είδος των υπηρεσιών που χρειάζεται την συγκεκριμένη στιγμή. Τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να διαμορφώσει άποψη ούτε για τις δυνατότητες και τις ικανότητες του γιατρού. Το γεγονός αυτό οδηγεί τον ασθενή σε πλήρη αδυναμία να αποφασίσει και για αυτό εκχωρεί το δικαίωμα της

¹⁰ Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης(Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 45-47

απόφασης στον παραγωγό-προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας που είναι ο γιατρός.

- III. Η ένταση της εργασίας. Η λειτουργία κάθε μονάδας παραγωγής υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό στον συντελεστή "εργασία" και διακρίνεται από υψηλού βαθμού καταμερισμό της εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον κύριο συντελεστή της παροχής υπηρεσιών υγείας.
- IV. Η ένταση της οργάνωσης και διαχείρισης. Αν εξαιρέσουμε τα απλά ιατρεία και εργαστήρια οι υπόλοιπες μονάδες αποτελούν σύνθετους, πολύπλοκους, συνεχώς εξελισσόμενους οργανισμούς.
- V. Ο τρόπος επιμερισμού της εξουσίας και της ευθύνης. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν ιδιότυπους οργανισμούς, στους οποίους η εξουσία και η ευθύνη επιμερίζονται στα διάφορα στελέχη τους όχι μόνο με βάση τη θέση τους στη δομή της ιεραρχίας αλλά και με βάση το κύρος και την ειδική ισχύ που έχουν οι διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτούς τους οργανισμούς και ιδιαίτερα οι γιατροί¹¹.

1.4.1 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ MANAGEMENT ΣΤΟΝ

ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βασικός σκοπός των επαγγελματιών υγείας είναι εν τέλει η παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Ο καθορισμός των αναγκών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη οργανωτικών προτύπων για την αντιμετώπισή τους, είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο καθήκον των managers ακόμη και όταν υπάρχει περίσσεια πόρων. Όμως δεδομένης της στενότητας των πόρων, και λαμβάνοντας υπόψη ότι οι καταναλωτές αναλώνουν έναν ολοένα και αυξανόμενο μέρος του εισοδήματός τους σε υπηρεσίες υγείας, αποκτά αυξημένη σπουδαιότητα ένας άλλος στόχος της λειτουργίας των οργανισμών. Αυτός αφορά την ευθύνη προμήθειας των απαραίτητων υπηρεσιών με τον αποδοτικότερο τρόπο. Οι οργανισμοί αυτοί θα πρέπει πλέον να αντιμετωπίζουν όχι μόνο την προσπάθεια για υψηλή ποιότητα υπηρεσιών αλλά και της αποδοτικότητας. Η διπλή μέριμνα για ποιότητα και

¹¹ Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 64-67

αποδοτικότητα, αποτελεί μια τεράστια ευθύνη για τους επαγγελματίες της υγείας και για αυτούς που τους διοικούν.

Έχουν διατυπωθεί πολλές απόψεις γύρω από τη θέση ότι «η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν βασικό συντελεστή αύξησης του κόστους παροχής υπηρεσιών». Σίγουρα έντονες προσπάθειες περικοπής των δαπανών για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αυτό όμως θα συνέβαινε μόνο στην περίπτωση που θα επιβάλλοντο καταστάσεις έλλειψης του αναγκαίου προσωπικού, τεχνολογικού εξοπλισμού και αναλώσιμου υλικού. Στην πράξη όμως η σχέση μεταξύ ποιότητας και δαπανών δεν αντιπροσωπεύεται από τέτοιες ακραίες καταστάσεις. Έχει αποδειχτεί, ότι τα νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν αποδοτικά, παράγουν υπηρεσίες υγείας υψηλότερης ποιότητας από αυτά που είναι λιγότερο αποδοτικά. Οι διαπιστώσεις αυτές παραπέμπουν στο ότι ο ιδεατός στόχος «παραγωγή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος» δεν είναι μόνο επιθυμητός αλλά και υλοποιήσιμος. Η υψηλή ποιότητα και η αποδοτικότητα συμβαδίζουν και επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από το αποτελεσματικό management. Άρα το συμπέρασμα είναι ότι η χρησιμότητα του μάνατζμεντ γίνεται αναγκαιότητα μετά από τις παραπάνω επιστημάνσεις και τα συμπεράσματα που βγήκαν¹².

1.5 ΟΙ ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΑΙ ΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ.

1.5.1 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η άσκηση της πολιτικής της υγείας σε κεντρικό επίπεδο γίνεται από το Υπουργείο Υγείας(και Κοινωνικής Αλληλεγγύης). Ο Υπουργός Υγείας σε συνεργασία με κάποιες ομάδες ανθρώπων οι οποίοι έχουν κάποια επιστημονική κατάρτιση γύρω από τα θέματα και τα προβλήματα που βρίσκονται στο πεδίο του Ε.Σ.Υ. λαμβάνουν αποφάσεις, δίνουν λύσεις και συγκροτούν σχέδια νόμου τα οποία βοηθούν την ομαλή λειτουργία και την αποδοτικότητα του εθνικού μας συστήματος υγείας. Τα περισσότερα

¹² Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης(Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 101-103

συμβούλια-επιτροπές-ομάδες εργασίας που συγκροτούνται στο Υπουργείο έχουν γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα προς τον Υπουργό. Ενδεικτικά αναφέρονται:

1. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας(ΚΕ.Σ.Υ.) για το οποίο θα μιλήσουμε παρακάτω.
2. Συμβούλιο Κοινωνικής Κατοικίας και Αξιοποίησης Περιουσίας.
3. Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας.
4. Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας(ΣΥ.ΠΕ.ΣΥ.Π).
5. Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων.
6. Τεχνικό Συμβούλιο.
7. Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής.
8. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.
9. Ειδική επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.
10. Φαρμακευτική Γνωμοδοτική Επιτροπή.

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας(ΚΕ.Σ.Υ.) που έχει ίσως και τον σπουδαιότερο ρόλο μεταξύ των άλλων, σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν. 3209/03 ορίζεται ως διεύθυνση γραμματείας και συγκροτείται από το τμήμα Διοικητικής Υποστήριξης και το τμήμα επιστημονικής τεκμηρίωσης¹³.

1.5.2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σε περιφερειακό επίπεδο η διοίκηση του συστήματος υγείας ασκείται από τα περιφερειακά συστήματα υγείας(ΠΕ.Σ.Υ). Έτσι σε κάθε υγειονομική περιφέρεια της χώρας ιδρύεται το Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικίας περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει και η διοικητική περιφέρεια ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στο Υπουργείο συνίσταται το Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας, που σκοπό έχει την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών τους για την υγεία. Το Συ.Πε.Συ. αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας ως πρόεδρο, και τους Προέδρους-Γενικούς διευθυντές όλων των Πε.Συ. Στο συμβούλιο συμμετέχει και ο ανώτατος προϊστάμενος του ΚΕ.ΣΥ.

¹³ Χ. Παπαγεωργίου, Διευθυντής Προσωπικού του τμήματος Συλλογικών Οργάνων, fax, Αθήνα 2004

Τα όργανα διοίκησης του ΠΕ.Σ.Υ. είναι το Δ.Σ και ο πρόεδρος του ΠΕ.Σ.Υ. ο οποίος είναι και ο Γενικός Διευθυντής του ΠΕ.Σ.Υ. Σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ. συνίσταται ένα επιστημονικό συμβούλιο που αποτελείται από έντεκα μέλη, που είναι επιστήμονες επαγγελματιών υγείας με βαθμό διευθυντή και εργάζονται στις αποκεντρωμένες μονάδες του ΠΕ.Σ.Υ. Η γενική διεύθυνση του ΠΕ.Σ.Υ συγκροτείται από:

1. Τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών παροχής υγείας.
2. Τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.
3. Τη Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης
4. Το αυτοτελές τμήμα Διοίκησης.
5. Το γραφείο του Προέδρου.
6. Το γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
7. Το νομικό γραφείο.

Σκοπός των ΠΕ.Σ.Υ είναι¹⁴:

- I. Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη, μέχρι την μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.
- II. Ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων του Ε.Σ.Υ., που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

1.5.3 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ Ε.Σ.Υ.

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα ως αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Υπόκεινται δε στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και

¹⁴ Σχέδιο Νόμου, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σ. 12-21, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 2000

Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τα Γενικά και τα Ειδικά.

Τα νοσοκομεία ενός ΠΕ.Σ.Υ. συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό της κεντρικής υπηρεσίας του οικείου ΠΕ.Σ.Υ.

Όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. είναι το Συμβούλιο Διοίκησης και ο Γενικός Διευθυντής(Διοικητής). Το Συμβούλιο Διοίκησης συγκροτείται από τον Διοικητή, ως Πρόεδρο, το διευθυντή της διοικητικής υπηρεσίας, τον διευθυντή της Ιατρικής υπηρεσίας, τον διευθυντή της Νοσηλευτικής υπηρεσίας και τον πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου.

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

1. Τρεις ιατρούς Διευθυντές τμημάτων ή κλινικών.
2. Έναν ιατρό αναπληρωτή διευθυντή.
3. Έναν ιατρό με βαθμό Επιμελητή Α΄
4. Έναν ιατρό με βαθμό Επιμελητή Β΄
5. Έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό και
6. Έναν νοσηλευτή κατηγορίας Π.Ε ή Τ.Ε με βαθμό τουλάχιστον Α΄

Επίσης κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

1. Ιατρική Υπηρεσία
2. Νοσηλευτική Υπηρεσία
3. Διοικητική-Οικονομική Υπηρεσία
4. Τεχνική-Ξενοδοχειακή Υπηρεσία¹⁵

1.5.4 Π.Φ.Υ(ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ)

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από¹⁶:

- I. Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά του ιατρεία
- II. Τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης(Ο.Κ.Α.) που μετονομάζονται σε κέντρα υγείας του οικείου Ο.Κ.Α.

¹⁵Σχέδιο Νόμου, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σ. 23-34, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα 2000

¹⁶ Επιθεώρηση Υγείας, Ο Νόμος για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα, σ.52-56, Μάιος-Ιούνιος 2004

- III. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
- IV. Τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των οργανισμών τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και
- V. Από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά και λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Σύμφωνα με το Ν. 1397/83, τα κέντρα υγείας ιδρύθηκαν σε αγροτικές περιοχές με την πρόθεση να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, ισότιμα και χωρίς οικονομική επιβάρυνση του πληθυσμού. Η πρόσφατη υγειονομική μεταρρύθμιση μετέτρεψε τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα με γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, ο αριθμός των οποίων ποικίλλει ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς. Στόχος τους ήταν να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην ΠΦΥ και αποτέλεσαν μια πολύ καλή δομή ανάπτυξης αποτελεσματικών υπηρεσιών ΠΦΥ, που κάλυψαν σε σημαντικό βαθμό τις προηγούμενες ανεπάρκειες¹⁷.

Το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας(ΕΚΑΒ) συστάθηκε και λειτουργεί από τις αρχές του 1989(Ν. 1579/85, ΦΕΚ 217/Α/85 και Π.Δ. 376/88, ΦΕΚ 169/Α/88). Παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα στους πολίτες καθώς και μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιόκτητα μέσα, όπως ασθενοφόρα, κινητές μονάδες, μοτοσυκλέτες, αεροπορικά μέσα. Ετησίως εξυπηρετεί 480.000 περίπου ασθενείς εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό αφορά την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας. Εκτός της κεντρικής υπηρεσίας του, που εδρεύει στην Αθήνα, λειτουργούν ακόμα παραρτήματα στη Θεσσαλονίκη, την Πάτρα, το Ηράκλειο, τη Λάρισα, την Καβάλα, τα Ιωάννινα, την Αλεξανδρούπολη, τη Λαμία, τη Μυτιλήνη, την Τρίπολη και την Κοζάνη, χωρίς ωστόσο να καλύπτει ακόμα το σύνολο της χώρας.

Το ΙΚΑ και μικρός αριθμός άλλων ασφαλιστικών ταμείων διαθέτουν δική τους υγειονομική υποδομή, όπου γιατροί ειδικοτήτων, οι οποίοι αμείβονται με μισθό, παρέχουν χωρίς οικονομική επιβάρυνση του ασφαλισμένου τη στιγμή της χρήσης προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες στα μέλη των ταμείων αυτών. Τα υπόλοιπα ταμεία συνάπτουν συμβόλαια με ιδιώτες

¹⁷ Χ. Οικονόμου, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Εκδ. Διόνικος, σ. 224-235 Αθήνα 2004

γιατρούς, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές. Τέσσερα ασφαλιστικά ταμεία, το ΙΚΑ(μισθωτοί), ο ΟΓΑ(αγρότες), ο ΟΑΕΕ(ελεύθεροι επαγγελματίες) και ο ΟΠΑΔ(δημόσιοι υπάλληλοι), καλύπτουν το 95% του πληθυσμού της χώρας.

Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί δήμοι έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Συνήθως πρόκειται για ιατρεία των οποίων η λειτουργία ξεκινά σε εθελοντική βάση με κάποιες από τις βασικές ειδικότητες, όπως παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, οφθαλμίατρο, και στην πορεία μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων προσλαμβάνεται υγειονομικό προσωπικό και αγοράζεται ο αναγκαίος εξοπλισμός. Τα ιατρεία αυτά λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες τις εβδομάδας και παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, συνταγογράφηση κ.λπ. δωρεάν για τους δημότες. Κυρίως καλύπτουν τις ανάγκες των φτωχών, των μεταναστών και των ανασφάλιστων, δηλαδή πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε άλλες δομές υγείας.

Εκτός των ιατρείων, οι δήμοι παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και μέσω άλλων θεσμών κοινωνικής προστασίας, όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων(ΚΑΠΗ). Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι πάνω από το 80% των ΚΑΠΗ της χώρας εκτελούν δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως η μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου και οι εμβολιασμοί¹⁸.

¹⁸ Στο ίδιο σ.224-235

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο -ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ(ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ) ΑΠΟ ΤΟ 1945 ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ.

2.1 Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΠΡΟ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Γνωρίζουμε ότι η γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος που ακολούθησε προκάλεσαν στη χώρα μας τεράστιες υλικές καταστροφές και δραματικές ελλείψεις σε υποδομές και εξοπλισμό. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης γινόταν μέσα από ένα συνονθύλευμα φορέων και υπηρεσιών, κατά τρόπο ανοργάνωτο και αναποτελεσματικό. Σύμφωνα με το καθηγητή Τσουκαλά(1987), ο μετασχηματισμός της δομής της ελληνικής κοινωνίας συμβαδίζει με την άναρχη και γραφειοκρατική ανάπτυξη του κράτους και την αδυναμία άσκησης αποτελεσματικής πολιτικής που θα προωθούσε αλλαγές στην οργάνωση. Το πρόγραμμα οικονομικής ανόρθωσης της χώρας (σχέδιο Marshall) έδινε περιορισμένες επενδύσεις στον τομέα της υγείας.

Η περιοριστική και φροσπασματική κρατική πολιτική συνεχίστηκε μέχρι το 1953. Τότε για πρώτη φορά το κράτος επιχειρεί την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα η κυβέρνηση Παπάγου ψήφισε το Ν.Δ 2592/53 'περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως'. Τα σημαντικότερα σημεία που προέβλεπε είναι¹⁹:

- Η αποκέντρωση του συστήματος και ο κοινωνικός έλεγχος, με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και τη λειτουργία περιφερειακών επιτροπών, με τη συμμετοχή των παραγωγικών τάξεων και των κοινωνικών φορέων.
- Η υπαγωγή όλων των μονάδων υγείας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας.
- Η ίση γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών και
- Η ανάπτυξη και οργάνωση των νοσοκομείων και των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερα στην περιφέρεια με τη λειτουργία υγειονομικών σταθμών.

Η προσπάθεια αυτή ήταν πρωτοποριακή για την εποχή της και σαφώς επηρεασμένη από αντίστοιχες προσπάθειες στη δυτική Ευρώπη. Μέλη της

¹⁹ Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης(Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 529-532

τότε συντηρητικής κυβερνήσεως κατηγορούσαν τον τότε υπουργό 'ότι κάμνει σοσιαλισμό'(Νιάκας, 1993) η μεταρρύθμιση δεν εφαρμόστηκε πλήρως στη πράξη και έτσι η ευκαιρία για ριζική αναμόρφωση του συστήματος υγείας χάθηκε²⁰.

Για τα χρόνια που ακολούθησαν αξίζουν να αναφερθούν μόνο μερικά σημεία:

- Δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη και στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, ιδιαίτερα στον κοινωφελή χαρακτήρα της.
- Η έμφαση στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων είναι μονοδιάστατη στην πλευρά της προσφοράς, π.χ είσπραξη του νοσηλίου για τις βελτιωμένες θέσεις που καθόριζαν τα ίδια τα νοσοκομεία(Κοντούλη-Γείτονα 1992-Πολύζος, 1994).
- Η (τότε) διοίκηση των νοσοκομείων συνήθως ασκούνταν από το Δ.Σ και τον διοικητικό διευθυντή, ο οποίος μπορεί να είναι και ιατρός(απουσία οργανωμένων πλαισίων διοίκησης-διαχείρισης).

Η περίοδος της δικτατορίας(1967-1974) από την άποψη της πρακτικής δεν έχει να επιδείξει κάτι ιδιαίτερο, με γνώμονα την κατεύθυνση της ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας. Εξάιρεση αποτελεί το Ν.Δ. 67/68, με το οποίο καθιερώθηκε η ετήσια υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου(το αποκαλούμενο και ως αγροτικό).

Σε επίπεδο προτάσεων, την περίοδο αυτή(1969) άξιο προσοχής είναι το σχέδιο «Σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής» του τότε Υπουργού Υγείας της δικτατορίας(Λ. Πάτρας 1969). Το σχέδιο προέβλεπε τη σταδιακή εγκαθίδρυση ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, βασισμένο στους γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς(αίτημα που υπάρχει μέχρι και σήμερα για το φιλτράρισμα των ασθενών που θα χρησιμοποιούσαν άσκοπα την δευτεροβάθμια περίθαλψη που είναι και η πιο δαπανηρή). Επίσης προβλεπόταν η δημιουργία ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας και περιθάλψεως ασθένειας, στο οποίο θα εντάσσονταν όλα τα ταμεία ασφάλισης(επίσης ένα αίτημα που υπάρχει μέχρι σήμερα για την δημιουργία ενιαίου φορέα υγείας). Ως μεταβατική λύση προτεινόταν η δημιουργία ενός "Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας", το οποίο θα συντόνιζε όλους τους φορείς και θα μπορούσε να εξελιχθεί σταδιακά σε μια ενιαία πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Ήταν μια αξιόλογη πρόταση για την εποχή, η οποία όμως χάθηκε στους διαδρόμους της στρατιωτικής γραφειοκρατίας. Με την πτώση της δικτατορίας το 1974, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία είχαν ήδη μειωθεί(με βάση δεδομένα του Ο.Ο.Σ.Α.,1996).

²⁰ Στο ίδιο σ.529-532

Έχουμε ήδη αντιληφθεί από τη παραπάνω μικρή ιστορική αναδρομή ότι η ιστορική πορεία του τόπου και η υγειονομική περίθαλψη είναι έννοιες συνδυασμένες . Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε ότι η δεύτερη καθυστερεί έναντι της πρώτης. Το υγειονομικό μας σύστημα μπαίνει στην αναπτυξιακή-μεταρρυθμιστική φάση του μόλις το 1974, δηλαδή αμέσως μετά την πτώση της δικτατορίας, όταν καλλιεργείται πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στο τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας, η οποία θα οδηγούσε τον υγειονομικό τομέα σε ένα ενιαίο σύστημα. Εξάλλου ολόκληρος ο ευρωπαϊκός νότος κινείται πλέον προς την κατεύθυνση αυτή(Υφαντόπουλος, 1998).

Το 1976 το κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών ερευνών(ΚΕ.ΠΕ) παρουσίασε μια ολοκληρωμένη πρόταση για μεταρρύθμιση στην υγεία(ΚΕ.ΠΕ. 1976). Αυτή η μελέτη προσδιόρισε τα κυριότερα προβλήματα του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος, από τα οποία αξίζουν την προσοχή μας τα παρακάτω²¹:

- Η απουσία ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση και στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών, με αποτέλεσμα την αδυναμία εφαρμογής οποιασδήποτε πολιτικής.
- Η ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στη παροχή υπηρεσιών²¹ υγείας.
- Η έλλειψη συντονισμού του Υπ.Υγ. και των άλλων κυβερνητικών φορέων στα θέματα πολιτικής της υγείας.
- Οι μέθοδοι αμοιβής των ιατρών, που οδηγούσαν σε προκλητή ζήτηση και σε παραοικονομικές δραστηριότητες.

Για να βελτιωθεί η κατάσταση και να περιοριστούν τα παραπάνω προβλήματα η μελέτη του ΚΕ.ΠΕ. πρότεινε τις εξής λύσεις:

1. Δημιουργία βασικών ασφαλιστικών φορέων, με στόχο τον συντονισμό και τη συνεργασία όλων των ταμείων.
2. Την ανάπτυξη των κέντρων υγείας
3. Δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας.
4. Την ανάπτυξη νοσοκομειακών μονάδων στην περιφέρεια, συνδεδεμένων με τα κέντρα υγείας.

²¹ Στο ίδιο σ.529-532

5. Ζητούσε να αποσαφηνιστεί η πολιτική του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα, υποστηρίζοντας ότι το βασικό μέρος της ευθύνης πρέπει να αναληφθεί από το ίδιο το κράτος²².

Η πρόταση αυτή βρέθηκε σε αντίθεση με τα συμφέροντα ενός μέρους των ιατρών και των πολιτικών δυνάμεων, και από την άλλη δεν εξασφαλίστηκαν οι απαιτούμενοι πόροι. Ας σημειώσουμε στο σημείο αυτό ότι ένα μεγάλο μέρος του κοινοβουλευτικού σώματος είχαν την ιατρική επαγγελματική ιδιότητα κάτι που συμβαίνει μέχρι και σήμερα παρά το γεγονός της ψήφισης του ασυμβίβαστου.

Αξίζει να σημειωθεί και μια μελέτη η οποία έγινε το 1979 από την λεγόμενη ομάδα Φίλια και είχε σαν κύριο συμπέρασμα την ενεργοποίηση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού με πλήρη απασχόληση. Μεταξύ άλλων προτεινόταν και τα εξής²³:

- σύσταση Εθνικού Φορέα Υγείας
- νοσοκομειακός γιατρός πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης,
- αύξηση των δαπανών για την υγεία
- υγειονομικές περιφέρειες
- αναδιοργάνωση ιατρικής υπηρεσίας
- κρατικοποίηση νοσοκομείων
- δημιουργία εθνικής φαρμακαποθήκης και φαρμακοβιομηχανίας.

Το 1980 όταν κυβέρνηση ήταν η Νέα Δημοκρατία και υπουργός υγείας ο Σ. Δοξιάδης, έγινε μια ακόμη σημαντική προσπάθεια για την δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Το νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη Βουλή με τίτλο "Μέτρα προστασίας της Υγείας"(Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981) είχε κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό ιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού, την ορθολογική οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού. Η πίεση με στόχο τη αναστολή ψήφισης του Νόμου, κυρίως λόγω των επερχόμενων εκλογών. Η χρονική κλιμάκωση της διαδικασίας κατάρτισης του νομοσχεδίου είχε διάρκεια από το 1977 μέχρι το 1980(Λιαρόπουλος, 1992).

²² Στο ίδιο σ.529-532

²³ Χ. Οικονόμου, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, σ.197, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα 2004

2.2 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.(1983-1989)

Η ανάγκη αλλά και η απαίτηση της συντριπτικής πλειοψηφίας των πολιτών αλλά και σημαντικής μερίδας των επαγγελματιών υγείας για την υλοποίηση ενός πραγματικού εθνικού συστήματος υγείας, αφού η κατάσταση στον χώρο της υγείας χειροτέρευε πραγματικά, συνέπεσε με τις δεσμεύσεις του ΠΑ.ΣΟ.Κ. προεκλογικά και η υλοποίησή τους όταν αυτό έγινε κυβέρνηση το 1981. Οι πρώτες προθέσεις εκείνης της κυβέρνησης, στην κατεύθυνση της οργάνωσης του υγειονομικού τομέα, φάνηκαν με την ψήφιση του Νόμου 1278/82 για την σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) και την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων(Ε.Ο.Φ)²⁴.

Ο Νόμος 1397(Σεπτέμβριος 1983) αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και έμπαιναν οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου οι στόχοι του Ν. 1397 ήταν η ισότητα στη πρόσβαση-παροχή και η καθολικότητα στην κάλυψη των υπηρεσιών, η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Αν και ο Ν. 1397/83 θεωρείται ακόμα και σήμερα η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις(Κυριόπουλος, 1990) όπως:

1. Αδυναμία να αφομοιώσει και να αξιοποιήσει αποδοτικά την εμπειρία άλλων χωρών, καθώς και τα κριτικά συμπεράσματα διεθνών οργανισμών όπως ο Π.Ο.Υ.
2. Έλλειψη μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης και,
3. ιατροκεντρικός χαρακτήρας του πρώτου νομοσχεδίου αλλά και των τροποποιήσεων που έγιναν πάνω σε αυτόν τα επόμενα χρόνια.

Επίσης ο Ν. 1397/83 με το άρθρο 3 προβλέπει συγκρότηση υγειονομικών περιφερειών. Ο ρόλος τους θα ήταν η εποπτεία και ο έλεγχος των

²⁴ Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διοίκησης- Διαχείρισης(Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 533-535

υγειονομικών μονάδων. Παρόλο που η παράγραφος 2 του άρθρου 3 κάνει λόγο για παρακολούθηση της λειτουργικής απόδοσης των υγειονομικών μονάδων από τα ΠΕ.Σ.Υ. δεν προβλέπεται θέσεις για αυτά, επιστημονικών επιτροπών και managers που να μπορούν να παρακολουθήσουν και να ελέγξουν την ποιοτική και ποσοτική απόδοση των υγειονομικών μονάδων²⁵.

Επίσης πρώτη φορά γίνεται λόγος για αποκλειστική απασχόληση των ιατρών οι οποίοι υπάγονται στο Ε.Σ.Υ. χωρίς να μπορούν να εργαστούν στον ιδιωτικό τομέα ή να έχουν το προσωπικό τους ιατρείο.

Στην παράγραφο 11 του άρθρου 9 γίνεται λόγος για προκύρηξη θέσης σε κάθε μονάδα και ο οποίος θα είχε την εκτελεστική εξουσία εντός του νοσοκομείου και θα εισηγούνταν στο Δ.Σ για τα διάφορα θέματα που απασχολούν τις υγειονομικές μονάδες. Και αυτός ο θεσμός όπως και πολλά άλλα έμειναν στα χαρτιά εφόσον την ευθύνη της διοίκησης των νοσοκομείων είχε ο Πρόεδρος(που ή ήταν ιατρός ή ήταν οτιδήποτε άλλο εκτός από έναν επιστήμονα ειδικευμένο στο management και ιδιαίτερα στην διοίκηση μονάδων υγείας) των Δ.Σ. των νοσοκομείων (τα οποία και αυτά με την σειρά τους απαρτιζόταν από άτομα που δεν είχαν καμία σχέση με την επιστήμη της διοίκησης. Παρόλα αυτά όπως διατυπώνεται αυτή η παράγραφος περιγράφεται για πρώτη φορά η ανάγκη για μια θέση Γενικού Διευθυντή-Διαχειριστή στα νοσοκομεία.

2.3 ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑ Ε.Σ.Υ. ΠΕΡΙΟΔΟΥ(1990 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ).

2.3.1 ΔΕΚΑΕΤΙΑ 90'

Εννέα χρόνια μετά την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ. ψηφίστηκε ο Ν. 2071/1992 για τον «εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας» από την κυβέρνηση της φιλελεύθερης παράταξης, ο οποίος επέφερε βασικές αλλαγές στη φιλοσοφία και τις ρυθμίσεις τόσο του Ν. 1397/1983, όσο και των μετέπειτα νόμων που τον είχαν συμπληρώσει ή τροποποιήσει μερικώς.

Ο νόμος 2071/1992 άλλαξε την βασική φιλοσοφία του ιδρυτικού νόμου για το Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με την οποία το κράτος είχε την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα στο σύνολο των πολιτών. Στην εισηγητική έκθεση ο νομοθέτης αναφέρει κριτικά ότι ο Νόμος του 1983 παρερμήνευσε τη συνταγματική επιταγή του άρθρου 21 της παραγράφου 3

²⁵ Στο ίδιο σ.533-535

του συντάγματος, που επιβάλλει απλώς μέριμνα του κράτους για την υγεία, καθιστώντας το αποκλειστικά υπεύθυνο παραγωγό των υπηρεσιών υγείας και συνεπώς υπεύθυνο χορηγό αυτών των υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα ο Ν. 2071/1992 και τα παράλληλα μέτρα που υιοθετήθηκαν προέβλεπαν τα εξής²⁶:

- ❖ Η πολιτεία εγγυάται πλέον την σωστή λειτουργία δημοσίων ή ιδιωτικών υπηρεσιών, χωρίς να εξασφαλίζει, όπως προηγουμένως την καθολικότητα της κάλυψης στη παροχή των υπηρεσιών. Ο πολίτης πρέπει να λαμβάνει υπηρεσίες που να στοιχειοθετούν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αλλά να διατηρεί και το δικαίωμα της επιλογής.
- ❖ Για πρώτη φορά εισάγεται στην νομοθεσία αυτός ο θεσμός και αφορά ιδιαίτερα στους νοσοκομειακούς ασθενείς, με βάση και τον ευρωπαϊκό χάρτη δικαιωμάτων των ασθενών.
- ❖ Αλλαγές στη διοίκηση του συστήματος(Management): Ο Νόμος εισάγει μια σειρά νέων θεσμών και θέσεων με στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- ❖ Όσον αφορά τους ιατρούς οι οποίοι μέχρι τώρα ονομαζόταν νοσοκομειακοί ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο Ε.Σ.Υ., τώρα είχαν το δικαίωμα επιλογής για μερική απασχόληση, με παράλληλο δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου με ό,τι αυτό συνεπάγεται.
- ❖ Ανατροπή της ισορροπίας του ιδιωτικού προς τον δημόσιο τομέα, με την ανάκληση της απαγόρευσης ίδρυσης ιδιωτικών μονάδων υγείας και την πολιτική συμβάσεων των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης με τον ιδιωτικό τομέα. Έτσι τα μέχρι τώρα υπάρχοντα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα που επέτρεπε ο Ν. 1397 μπορούν να πάρουν και την μορφή ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων.
- ❖ Αλλαγές στην οικονομική πολιτική με την αύξηση των νοσηλίων, τη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος και την έκπτωση του ποσού από την φορολογητέα ύλη για ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Αμέσως μετά την κυβερνητική αλλαγή(1993) ο Ν. 2194/94' ανέτρεψε σχεδόν όλες τις ρυθμίσεις του προηγούμενου και επανέφερε τις αρχές και τους στόχους του 1937/1983.

²⁶ Μ. Κουτούζης, Κ. Δίκας, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Βασικές Αρχές Διαίκησης- Διαχείρισης(Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σ. 536-542

Τον Μάρτιο του 1994 με τον Ν. 2194/1994 για την «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» καταργήθηκαν μια σειρά από άρθρα του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ διατάξεις του Ν. 1397/1983 μεταξύ των οποίων²⁷:

- Η φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ. με το άρθρο 1.
- Η επαναφορά στις διατάξεις του Ν. 1278/1982 για το ΚΕ.Σ.Υ. με τα άρθρα 2,3 και 4.
- Η υπαγωγή των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών στο προηγούμενο νομικό καθεστώς με την οριστική τους μετάβαση από την τοπική αυτοδιοίκηση(Νομαρχίες) στα γενικά νοσοκομεία. Στο εξής τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων του νομού. Επίσης μετατράπηκαν οι υγειονομικοί σταθμοί σε περιφερειακά ιατρεία, τα οποία λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Αντίθετα δεν θίχτηκε το καθεστώς των ιδιωτικών φορέων της νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Ο καθορισμός της επιστημονικής αυτοτέλειας των τμημάτων των νοσοκομείων με επικεφαλής επιστημονικό υπεύθυνο ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας.
- Η κατάργηση του καθεστώτος μερικής απασχόλησης των γιατρών.
- Η μετατροπή[#] της Υγειονομικής Σχολής των Αθηνών από αποκεντρωμένη δημόσια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας σε ανώτατο εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα με την μορφή Ν.Π.Δ.Δ. και την επωνυμία «Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας».

Τη δεκαετία του 80', αλλά με αυτόν τον νόμο(2194/94') πιο έντονα, είναι εμφανής η διάθεση όσων έπαιρναν αποφάσεις να εντάξουν στον μηχανισμό λήψης των αποφάσεών τους την παραγωγή επιστημονικών μελετών, οι οποίες θα τεκμηριώνουν και θα δίνουν κατευθύνσεις λύσεων στους συντάκτες των νόμων. Σημειώνοντας θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι τροφοδοτούν αυτή την νέα πρακτική η εκπαίδευση στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών και στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και η είσοδος επιστημονικού δυναμικού από το εξωτερικό, και ιδιαίτερα από την Μεγ. Βρετανία²⁸.

Έτσι ο Υπουργός Υγείας Δ. Κρεμαστινός ανέθεσε σε μια επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων με επικεφαλής τον Β. Abel-Smith να προτείνει μέτρα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του συστήματος υγείας στηριζόμενα κατά προτεραιότητα στο καναδικό, βρετανικό και σουηδικό σύστημα υγείας

²⁷ Στο ίδιο σ.536-542

²⁸ Μ. Θεοδώρου, Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Δομή και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας(Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις), Τόμος Γ', Εκδ. Ελληνικό Αναϊκό Πανεπιστήμιο, σ. 145-159

(Abel-Smith et al, 1994). Στη συνέχεια οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνομόνων «εξελληνίστηκαν» με την περαιτέρω επεξεργασία τους από τρεις επιτροπές Ελλήνων ειδικών.

Τον Οκτώβριο του 1995 παρουσιάστηκε το νομοσχέδιο του Υπουργού Υγείας Δημήτρη Κρεμαστινού, το οποίο δεν έγινε νόμος του κράτους, ερχόμενο κυρίως σε αντίθεση με την οικονομική πολιτική της κυβέρνησης, καθώς και με μια μεγάλη μερίδα των κοινωνικών φορέων και του ιατρικού κόσμου. Στον τύπο γράφτηκε ότι η πλήρης εφαρμογή του νομοσχεδίου σε διάστημα δύο χρόνων απαιτούσε 121 δισεκατομμύρια δραχμές²⁹.

Στη συνέχεια ο υπουργός Υγείας κ. Γείτονας αφού προηγουμένως πήρε την έγκριση από το υπουργικό συμβούλιο για τις βασικές κατευθύνσεις του νομοσχεδίου και του τρόπου ρύθμισης των χρεών των δημοσίων νοσοκομείων, το κατέθεσε στη Βουλή έπειτα από σύντομο κοινωνικό διάλογο το καλοκαίρι του 1997.

Επιστροφή στις γενικές αρχές του Ε.Σ.Υ. έγινε με τον νόμο του 1994. Η βασική διαφορά του από τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. είναι ότι ο Νόμος 2519 αφήνει έξω από την προβληματική του τον ιδιωτικό τομέα και περιορίζεται στο άρθρο 11 του Νόμου 2194 που αναφέρεται στην ανάπτυξη της δημόσιας υγείας μη λαμβάνοντάς υπόψη την παράλληλη άνθιση του ιδιωτικού τομέα. Ο Νόμος 2519/1997 προτίθεται και αποβλέπει στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό ορισμένων πτυχών του δημοσίου τομέα με σκοπό την δυναμική συγκρότηση σε ένα επόμενο στάδιο, ενός ισχυρού Εθνικού Συστήματος Υγείας με:

- Την ενδυνάμωση του δημοσίου και κοινωνικού χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ.
- Την παροχή στους πολίτες ίσων ευκαιριών για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Την προστασία του δικαιώματος στην υγεία.
- Την ισόρροπη ανάπτυξη όλων των βαθμίδων φροντίδας και περίθαλψης.
- Την αναδιοργάνωση των τομέων της δημόσιας και σχολικής υγείας.
- Τον συντονισμό και την ενιαία δράση τόσο του Ε.Σ.Υ. όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων με τελικό στόχο τη δημιουργία ενός Εθνικού Φορέα Υγείας.

²⁹ Στο ίδιο σ.145-159

- Την εισαγωγή του θεσμού του manager στα νοσοκομεία και την καθιέρωση νοσοκομειακού συνταγολογίου και τον έλεγχο της κατανάλωσης φαρμάκων.

Επίσης σε κεντρικό επίπεδο συστήνονται το Συμβούλιο Συντονισμού Ενιαίας δράσης των υπηρεσιών υγείας(ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ) και το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας(Α.Ε.Ε.Υ.) ερχόμενα να προστεθούν ως γνωμοδοτικά και συμβουλευτικά όργανα με το ΚΕ.Σ.Υ. στο υπουργείο υγείας.

2.4 Ο ΝΟΜΟΣ 2889/2001

Τον Ιούλιο του 2000 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έδωσε στην δημοσιότητα το σχέδιο μεταρρύθμισης του ΕΣΥ «Υγεία για τον πολίτη», στο οποίο καταγραφόταν οι βασικές θέσεις της κυβέρνησης και του Υπουργού Αλ. Παπαδόπουλου για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Όπως αναφερόταν στην αρχή του σχεδίου, σκοπός του εγχειρήματος ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα Υγείας, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης. Ειδικότερα, ως στόχοι προσδιοριζόταν η έμφαση στην πρόληψη και την παραγωγή της υγείας, η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, η διοικητική αποκέντρωση και περιφερειακή ανάπτυξη του ΕΣΥ, η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού του υγειονομικού τομέα, η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων, οικονομικών και υλικών πόρων, ο έλεγχος στην παροχή των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και η άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής και πολιτικής υγείας³⁰.

Σύμφωνα με το Σχέδιο, σε κάθε διοικητική περιφέρεια της χώρας προβλεπόταν η συγκρότηση Περιφερειακού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα υπάγονταν όλες οι υγειονομικές μονάδες του ΕΣΥ της συγκεκριμένης περιφέρειας. Οι βασικότερες λειτουργίες κάθε Πε.Σ.Υ. θα ήταν η άσκηση πολιτικής υγείας στην περιφέρεια, η έγκριση, ο έλεγχος και η εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας, η αξιολόγηση του παραγόμενου έργου

³⁰ Χ. Οικονόμου, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, σ.207-213, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα 2004

των μονάδων υγείας, η εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη της περιφέρειας και η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας(ΟΔΠΥ), με περιφερειακή συγκρότηση και υπό την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας-Πρόνοιας και Εργασίας-Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θα ήταν υπεύθυνος για την συγκέντρωση και διαχείριση των πόρων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών και σε εθελοντική βάση και των υπόλοιπων φορέων και κλάδων ασφάλισης υγείας. Οι παροχές υγείας θα εξακολουθούσαν να παρέχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η κατανομή των πόρων στα περιφερειακά τμήματα του ΕΣΥ θα γινόταν από τον ΟΔΠΥ με βάση δημογραφικά, επιδημιολογικά, κοινωνικά και λοιπά χαρακτηριστικά. Ο ΟΔΠΥ θα είχε τη δυνατότητα να αγοράζει υπηρεσίες υγείας τόσο από το ΕΣΥ όσο και από τον ιδιωτικό τομέα με κριτήρια ποιότητας και κόστους.

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ΠΦΥ αναφέρονταν στην ίδρυση αστικών κέντρων υγείας, στη θέσπιση του θεσμού του προσωπικού γιατρού και της νοσηλεύτριας ΠΦΥ, στη δημιουργία σε κάθε Πε.Σ.Υ. τηλεφωνικής υπηρεσίας υγείας, υπηρεσίας διαχείρισης χρόνιων ασθενών, υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι, νοσοκομείων ημέρας, μονάδων αποκατάστασης και υπηρεσιών τηλεϊατρικής και στη σταδιακή ομογενοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών με τη διαμόρφωση ενιαίας δέσμης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας³¹.

Σε σχέση με τα νοσοκομεία, μεταξύ άλλων προβλέπονταν η μετατροπή των νοσοκομείων σε αυτοτελείς, αποκεντρωμένες μονάδες του κατά τύπους Πε.Σ.Υ., η διοίκηση των νοσοκομείων από το διοικητή και το συντονιστικό συμβούλιο διοίκησης, η κατάρτιση νέων οργανισμών και κανονισμών των νοσοκομείων και η συγκρότηση νέων τμημάτων και υπηρεσιών, όπως το τμήμα ποιοτικού ελέγχου ή το τμήμα κοστολόγησης, η ενιαία μηχανοργάνωση και κωδικοποίηση όλων των υπηρεσιών των νοσοκομείων, η κατάρτιση κλειστών προϋπολογισμών κατά τομέα, κλινική και εργαστήριο, η δημιουργία σε κάθε νοσοκομείο υπηρεσίας υποδοχής ασθενών και τμήματος επειγόντων περιστατικών και η παροχή δυνατότητας, σε όσα νοσοκομεία μπορούν, για τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων, η δυνατότητα παροχής περίθαλψης σε ασφαλισμένους ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και ιδιώτες υψηλών εισοδημάτων, με ειδικές τιμές και ειδικό νοσήλιο.

Τα μέτρα για την εθνική πολιτική υγείας επικεντρώνονταν στην αναβάθμιση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας(ΚΕΣΥ) ως οργάνου διαμόρφωσης εθνικών στόχων υγείας και γνωμοδότησης για κρίσιμα θέματα πολιτικής υγείας, στη

³¹ Στο ίδιο σ.207-213

σύνδεση των πολιτικών πρόνοιας και υγείας σε θέματα πρόληψης και κοινωνικής φροντίδας, στην εκπόνηση σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο του υγειονομικού χάρτη, στη θέσπιση χάρτας των δικαιωμάτων του ασθενούς, στην κατάρτιση από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες σαφών και συγκεκριμένων προγραμμάτων ιατρικής κάλυψης, στην ενθάρρυνση του εθελοντισμού και των μη κυβερνητικών οργανώσεων, στην ανάπτυξη μέχρι το τέλος του 2001 πύλης διαδικτύου και δημιουργίας σε κάθε μονάδα υγείας κόμβων του διαδικτύου, στην υλοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με έμφαση την αποασυλοποίηση, στην εφαρμογή κλινικών και οικονομικών κριτηρίων για την ενίσχυση του ρόλου της Επιτροπής Φαρμακοεπαγρύπνησης και του ΕΟΦ και στην εισαγωγή μέχρι τις αρχές του 2001 του Νοσοκομειακού Συνταγολογίου, στην καθιέρωση μέχρι το 2002 διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, στο καθορισμό κλειστού αριθμού μηχανημάτων κατά περιφέρεια (numerous clauses) για την ορθολογική διαχείριση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, στη διαμόρφωση μέχρι την άνοιξη του 2001 του νέου θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα υγείας, για να ελεγχθεί η ανεξέλεγκτη δράση του, και στην ίδρυση εθνικού κέντρου ογκολογίας και εθνικού ινστιτούτου υγείας.

Για την μεταρρύθμιση του τομέα δημόσιας υγείας προβλεπόταν η θέσπιση μέσα στο 2001 νέου θεσμικού πλαισίου, η σύσταση στο υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας γενικής *διεύθυνσης δημόσιας υγείας και περιφερειακών συμβουλίων δημόσιας υγείας και η λειτουργία σε κάθε περιφέρεια εργαστηρίου δημόσιας υγείας ως περιφερειακής μονάδας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας³².

Η αναμόρφωση του υπουργείου και η μετατροπή του σε επιτελικό όργανο στρατηγικού σχεδιασμού, εκτίμησης αναγκών, προγραμματισμού και ελέγχου πολιτικής υγείας και πρόνοιας ήταν ένας ακόμα στόχος του Σχεδίου. Στα πλαίσια αυτά προτεινόταν η συγκρότηση επιτελικών υπηρεσιών σε επίπεδο Δ/σης και Γενικών Δ/σεων και η μεταφορά εκτελεστικών αρμοδιοτήτων στο γενικό γραμματέα της περιφέρειας, η συγκρότηση Γεν. Δ/σης ΕΣΥ για το συντονισμό των Πε.Σ.Υ., η συγκρότηση Γεν. Δ/σης Δημόσιας Υγείας και Πρόληψης και Γεν. Δ/σης Πρόνοιας για τη χάραξη πολιτικής και το συντονισμό των αντίστοιχων υπηρεσιών και η σύσταση Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας για τον έλεγχο των παρεχομένων υπηρεσιών από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

Στις προτάσεις του παραπάνω σχεδίου διατυπώθηκαν σημαντικές κριτικές από τους κοινωνικούς εταίρους. Το συνδικαλιστικό κίνημα, μέσω του

³² Στο ίδιο σ.207-213

επιστημονικού του φορέα(ΙΝΕ ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ), συμφώνησε με τους στόχους της μεταρρύθμισης, ωστόσο διατύπωσε ενστάσεις για το γεγονός ότι δεν παρουσιάζονταν συγκεκριμένα μέτρα πολιτικής για την επίτευξη κάθε στόχου. Επεσήμανε ότι στο κείμενο του Υπουργείου παρουσιάζονται περίπου 200 παρεμβάσεις, οι οποίες όμως είναι αποσπασματικές, δεδομένου ότι δεν δίνεται απάντηση στο κεντρικής σημασίας ζήτημα των θεμελιακών επιλογών και προτεραιοτήτων του συστήματος υγείας. Επιπροσθέτως, απουσίαζαν οι αναγκαίες οικονομοτεχνικές μελέτες προσδιορισμού του κόστους των αλλαγών και αριθμητικής προσέγγισης των πηγών χρηματοδότησης του κόστους αυτού. Δεν δινόταν απάντηση σε κρίσιμα ζητήματα πολιτικής, όπως η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ο ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και η δυνατότητα ανταπόκρισης των δημόσιων νοσοκομείων στη με αμοιβή περίθαλψη των εύπορων πολιτών, ο καθορισμός προτεραιοτήτων ως προς το είδος των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας, ο ποσοτικός προσδιορισμός της χρηματοδότησης και η αναλογική κατανομή των πηγών χρηματοδότησης και ιδιαίτερα ο βαθμός συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού. Ακόμα δεν προσδιοριζόταν αν στη διοίκηση των Πε.Σ.Υ. θα περιλαμβάνονταν εκπρόσωποι των κοινωνικών φορέων υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και να αποφευχθεί η εξάρτηση των Πε.Σ.Υ. από την εκάστοτε κυβέρνηση.

#

Ενστάσεις από το συνδικαλιστικό κίνημα εκφράστηκαν και ως προς τη λειτουργία του ΟΔΙΠΥ. Τα αυξημένα τιμολόγια με τα οποία θα καλούνταν να αγοράζουν υπηρεσίες από το ΕΣΥ οι φορείς και οι κλάδοι ασφάλισης υγείας που δεν θα μεταβίβαζαν τους πόρους τους στον ΟΔΙΠΥ, συνιστούσαν εκβιαστικό εξαναγκασμό για την ένταξή τους στον ΟΔΙΠΥ. Από την άλλη μεριά, δεν προσδιοριζόταν το είδος και η έκταση της διαφοροποίησης των τιμολογίων τα οποία θα δημιουργούνταν, ούτε και τα κριτήρια ποιότητας και κόστους σύμφωνα με τα οποία ο ΟΔΙΠΥ θα αγοράζει υπηρεσίες από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα.

Η αναντιστοιχία στόχων και υπάρχοντος δυναμικού στελεχών, η απουσία στρατεύσης σε ένα κοινό όραμα, η έλλειψη δημοκρατικού ελέγχου και εμπλοκής των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών, η ασάφεια ως προς τις πηγές και τα κριτήρια κατανομής των υγειονομικών πόρων, η ιδιωτικοποίηση των βοηθητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων, η εισαγωγή στοιχείων της αγοράς ως μηχανισμών ελέγχου του κόστους και διασφάλισης της ποιότητας τη στιγμή που η βρετανική εμπειρία εγείρει σοβαρές επιφυλάξεις σε σχέση με το

αποτέλεσμα ανάλογων εγχειρημάτων αποτέλεσαν μερικές από τις κριτικές επιστημάνσεις της επιστημονικής κοινότητας³³.

Βάση του Νόμου 2889/2001 ιδρύονται στις έδρες των 13 υγειονομικών περιφερειών της Ελλάδας 17 ΠΕ.Σ.Υ. Τα ΠΕ.Σ.Υ. έχουν σαν αποστολή να δημιουργήσουν ολοκληρωμένες υγειονομικά περιφέρειες που θα παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας καλύπτοντας όλο το φάσμα των αναγκών, και αναλαμβάνουν το συντονισμό των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας και τη διασφάλιση αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. που ανήκουν στην χωρική τους αρμοδιότητα, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

Με τον Νόμο 2889/2001, τα ΠΕ.Σ.Υ. τοποθετούνται σαν ένας συνδεδεμένος κρίκος στην αλυσίδα της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας και τις νοσηλευτικές μονάδες. Την σύσταση των ΠΕ.Σ.Υ. ακολουθεί η σύσταση του συμβουλίου των ΠΕ.Σ.Υ. στο Υπ. Υγ., που έχει ως σκοπό τον συντονισμό των ΠΕ.Σ.Υ. της χώρας.

Τα νοσοκομεία αλλάζουν νομική μορφή και από Ν.Π.Δ.Δ. χαρακτηρίζονται πλέον ως αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕ.Σ.Υ. Ο νόμιμος εκπρόσωπος ενός νοσοκομείου είναι πλέον ο Διοικητής του, ενώ για τα Κέντρα Υγείας νόμιμος εκπρόσωπος είναι πλέον ο πρόεδρος του ΠΕ.Σ.Υ. στο οποίο ανήκουν.

Το Δ.Σ των νοσοκομείων έχει μετονομαστεί σε Συμβούλιο Διοίκησης και αποτελείται από τον Διοικητή και τον αναπληρωτή Διοικητή(όπου ο Διοικητής-Γενικός Διευθυντής είναι και ο Πρόεδρος του Σ.Δ). Το υπόλοιπο Συμβούλιο της Διοίκησης απαρτίζεται από τους Διευθυντές της Διοικητικής, της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής υπηρεσίας καθώς επίσης και ο πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Το δεύτερο όργανο διοίκησης μετά το Σ.Δ. είναι ο διοικητής(manager), ο οποίος έχει τις ακόλουθες βασικές αρμοδιότητες³⁴:

- I. Προεδρεύει στο Σ.Δ.
- II. Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού.

³³ Στο ίδιο σ.207-213

³⁴ Ι. Παπουτσάκης, Διπλωματική εργασία «Η ανάπτυξη νέων Στρατηγικών για τις νοσοκομειακές μονάδες και ο νέος Νόμος για την Υγεία», σ.32-36,Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα 2004

- III. Συντάσσει και υποβάλλει στο Δ.Σ του οικείου ΠΕ.Σ.Υ. το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του νοσοκομείου.
- IV. Προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει την διενέργεια των Ε.Δ.Ε.
- V. Έχει την ευθύνη της οργάνωσης-συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους και αναπτύσσει συνεργασία με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες των ΠΕ.Σ.Υ.
- VI. Εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του νοσοκομείου.
- VII. Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ. του προϋπολογισμού του νοσοκομείου.
- VIII. Είναι αρμόδιος για την αναμόρφωση και τροποποίηση του προϋπολογισμού μέχρι ενός συγκεκριμένου ποσού.
- IX. Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή του προγράμματος προμηθειών στο Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.
- X. Αποφασίζει για την σύσταση και συγκρότηση πάσης φύσεως επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου.
- XI. Αποφασίζει τα κριτήρια διάθεσης των κλινών στις θέσεις Β και Α.
- XII. Ελέγχει την τήρηση της λίστας αναμονής ασθενών για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις.
- XIII. Αποφασίζει για την πρόσληψη Συμβούλων Οργάνωσης.
- XIV. Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.
- XV. Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.
- XVI. Ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου.

Επιπροσθέτως, έχει προχωρήσει η εφαρμογή μιας σειράς μέτρων όπως η λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και των απογευματινών ιατρείων στο πλαίσιο της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων. Μέχρι και σήμερα δεν έχει νομοθετηθεί η σύσταση του ΟΔΙΠΥ ενώ πρόσφατα δόθηκε στη δημοσιότητα το νομοσχέδιο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα βασικά σημεία του νομοσχεδίου περιλαμβάνουν τη μετονομασία των πολυϊατρείων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης σε αστικά κέντρα υγείας, τη θέσπιση του προσωπικού γιατρού, του προσωπικού νοσηλευτή και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας και την ανάπτυξη μηχανισμών πιστοποίησης των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας. Επιπροσθέτως, επιτρέπεται η ίδρυση

ιδιωτικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας (group practice), με ειδική διαδικασία αδειοδότησης³⁵.

2.5 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΕΣ.

2.5.1 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΤΟ ΕΚΚΡΕΜΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα «ασθενεί» και τα νοσοκομεία «βλάπτουν σοβαρά την υγεία», δεδομένου ότι έχουν υποστεί «έμφραγμα» και έχουν εισαχθεί στην «εντατική». Η θεραπεία είναι γνωστή: Το ΕΣΥ χρειάζεται «νυστέρι». Αυτές είναι μερικές από τις εκφράσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί προκειμένου να περιγραφεί η «συμπτωματολογία», να διεξαχθεί η «διάγνωση» και να προταθεί η «θεραπεία» του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Η υιοθέτηση της ιατρικής ορολογίας αποτελεί μεταφορά του κυρίαρχου βίοιατρικού υποδείγματος στη διερεύνηση και την ερμηνεία του πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Το υπόδειγμα αυτό βασίζεται σε ορισμένες παραδοχές: στη διάκριση πνεύματος και σώματος, στην πεποίθηση ότι το σώμα είναι επισκευάσιμο, στην παραδοχή της τεχνολογικής υπεροχής, στη βιολογική προσέγγιση των αιτιών της ασθένειας και την αρχή της συγκεκριμένης αιτιολογίας.

Αν στις παραπάνω παραδοχές ο όρος «σώμα» αντικατασταθεί από τον όρο «σύστημα υγείας», κατανοούμε ότι μια τέτοια προσέγγιση δεν αντιλαμβάνεται τη σημασία του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού περιβάλλοντος στο οποίο διαμορφώνονται και λειτουργούν οι υπηρεσίες υγείας. Αν το σύστημα υγείας είναι επισκευάσιμο, όπως ένα μηχάνημα, τότε η λύση είναι εύκολη, αρκεί να παρέμβουν οι αρμόδιοι μηχανικοί. Ποιοι μηχανικοί όμως, οι γιατροί, οι πολιτικοί, οι οικονομολόγοι ή οι manager; Ο συγκεκριμένος ανιχνεύσιμος παθογόνος παράγοντας, σύμφωνα με την αρχή της συγκεκριμένης αιτιολογίας, αδυνατεί να αντιληφθεί την πολυπλοκότητα και την πολυπαραγοντικότητα των κοινωνικών συστημάτων³⁶.

³⁵ Στο ίδιο σ. 32-36

³⁶ Χ. Οικονόμου, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, σ. 185-186, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα 2004

Με αφετηρία τις παραπάνω σκέψεις, θεωρούμε πιο δόκιμη για να περιγράψει κανείς την κατάσταση στον τομέα υγείας στην Ελλάδα την μεταφορά του εκκρεμούς. Πυρήνας της προσέγγισης αποτελεί η παλινδρομική, συνεχής κίνηση του εκκρεμούς από τη μια μεριά στην άλλη. Στα πλαίσια αυτά, η ώθηση προς μια ευνοϊκή κατεύθυνση επιδίωξης μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας ακολουθείται από μια ώθηση προς τη διαμετρικά αντίθετη κατεύθυνση και την εφαρμογή μέτρων πολιτικής αντιφατικών μεταξύ τους.

2.5.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η σύγχρονη πολιτική υγείας επιδιώκει την επίτευξη τριών βασικών στόχων:

- I. Της ισότητας στην πρόσβαση όλων των πολιτών σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών και της προστασίας του εισοδήματός τους έναντι του κινδύνου της ασθένειας, διασφαλίζοντας την παροχή υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες και όχι με βάση το εισόδημα και τη δυνατότητα πληρωμής.
- II. Της μικροοικονομικής αποδοτικότητας, με την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης και διοίκησης και τεχνολογικών καινοτομιών, που βελτιώνουν την παραγωγικότητα των υγειονομικών πόρων και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, με το ελάχιστο δυνατό κόστος.
- III. Της μακροοικονομικής αποδοτικότητας σε σχέση με το διατιθέμενο για την υγεία ΑΕΠ και του ελέγχου του κόστους ιδιαίτερα σε συνθήκες στις οποίες οι αποτυχίες της αγοράς οδηγούν σε υπερπροσφορά υπηρεσιών και προκλητή ζήτηση³⁷.

³⁷ Χ. Οικονόμου, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, σ. 257-259, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα 2004

Αξιολόγηση της εθνικής πολιτικής Υγείας³⁸

Κριτήρια	Αποτελέσματα
Ισότητα	-περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων -ανισότητες στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης -ανισότητες στην επιβάρυνση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών
Μακροοικονομική αποδοτικότητα	-σχετικά ικανοποιητική αποδοτικότητα, η οποία όμως είναι απόρροια του υψηλού κόστους χρόνου και των παραπληρωμών
Μικροοικονομική αποδοτικότητα	-χαμηλή -ανεπαρκής ανάπτυξη σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης υγειονομικών μονάδων -απουσία κριτηρίων και μελετών κόστους-οφέλους για την εισαγωγή βιοϊατρικής τεχνολογίας
Έλεγχος Κόστους	-απουσία πολιτικών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών
Αποτελε/τητα	-ικανοποιητικό επίπεδο υγείας με προσδοκώμενη επιδείνωση
Συνέχεια της φροντίδας	-απουσία οικογενειακού γιατρού και συστήματος παραπομπής -αποσπασματικότητα παροχής φροντίδας
Ποιότητα	-ανεπαρκής ανάπτυξη συστημάτων διασφάλισης ποιότητας -χαμηλή ικανοποίηση ασθενών από ξενοδοχειακές υπηρεσίες -χαμηλή ανταποκρισιμότητα υπηρεσιών στις προσδοκίες των πολιτών

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται μια συνοπτική εικόνα των επιδόσεων της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια. Καθίσταται σαφές ότι η εθνική πολιτική υγείας δεν έχει κατορθώσει να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά το πρόβλημα των ανισοτήτων στην υγεία, δεδομένου ότι εξακολουθούν να υφίστανται περιφερειακές ανισορροπίες στην κατανομή των υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων, ανισότητες στις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων του πληθυσμού και άνιση κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας λόγω της μεγάλης έκτασης των ιδιωτικών δαπανών.

Λαμβάνοντας υπόψη, πρώτον, την απουσία συνεκτικών πολιτικών ελέγχου του κόστους, δεύτερον, τη θεωρητικά ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλο τον πληθυσμό της χώρας, και τρίτον, το γεγονός ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα απορροφούν ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, η μακροοικονομική αποδοτικότητα του συστήματος θα μπορούσε να θεωρηθεί σχετικά ικανοποιητική. Όμως, η αποδοτικότητα αυτή οφείλεται περισσότερο στη ρύθμιση της αγοράς μέσω του υψηλού κόστους χρόνου και της παραοικονομίας και λιγότερο στη σχεδιασμένη πολιτική ορθολογικής διαχείρισης των πόρων από μέρους της

³⁸ Στο ίδιο σ.257-259

κεντρικής διοίκησης. Από την άλλη, η μικροοικονομική αποδοτικότητα είναι αμφισβητήσιμη σε περιοχές του συστήματος λόγω της ανεπαρκούς μέχρι πρόσφατα ανάπτυξης σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης των υγειονομικών μονάδων και της απουσίας κριτηρίων και μελετών κόστους-οφέλους για την εισαγωγή βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Οι μελλοντικές τάσεις γίνονται ακόμα πιο ανησυχητικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι δεν έχει δοθεί η αναγκαία βαρύτητα στη πολιτική πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας. Προς την ίδια κατεύθυνση συμβάλλει και η απουσία συνέχειας της φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι αυτή παρέχεται ευκαιριακά και αποσπασματικά.

Τέλος, δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, γεγονός που αποδεικνύεται και από τις μετρήσεις ικανοποίησης των πολιτών, οι οποίες καταγράφουν τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού σε σχέση με τις προσφερόμενες ξενοδοχειακές υποδομές και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών στις προσδοκίες τους.

Σύμφωνα με τις παραπάνω διαπιστώσεις, η ενδεδειγμένη πολιτική υγείας στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση των υφιστάμενων ανεπαρειών προϋποθέτει το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης, που να λαμβάνει υπόψη του τόσο τις εσωτερικές παραμέτρους του συστήματος υγείας όσο και το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτά έχει προταθεί ο επαναπροσδιορισμός της πολιτικής υγείας στη βάση τριών αξόνων:

- 1) Ανάπτυξη ενεργητικών κοινωνικών πολιτικών καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, οι οποίες θα βελτιώσουν το επίπεδο διαβίωσης του πληθυσμού.
- 2) Μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο όμως μιας ευρύτερης αναμόρφωσης του φορολογικού και του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος.
- 3) Παρεμβάσεις στο ίδιο το σύστημα υγείας, με έμφαση στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών και την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό.

Η λεπτομερέστερη ανάλυση των αξόνων αυτών και ο καθορισμός συγκεκριμένων επιμέρους μέτρων, με την προϋπόθεση ότι θα λάβει χώρα στο πλαίσιο ενός ουσιαστικού κοινωνικού διαλόγου, μπορούν να εξασφαλίσουν τις κοινωνικές, οικονομικές και διαχειριστικές προϋποθέσεις ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα της χώρας³⁹.

³⁹ Στο ίδιο σ.257-259

2.5.3 ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

1. Κατά κανόνα απουσιάζει η έννοια της αποστολής. Δεν προσδιορίζεται ποιος είναι ο ρόλος της υπηρεσίας συνολικά και πως συμβάλλουν σε αυτό οι ευρύτερες μονάδες της⁴⁰.
2. Οι αρμοδιότητες των ευρύτερων μονάδων(Γεν. Δ/νσεις και Δ/νσεις), ομοίως δεν περιγράφονται ή συγχέονται με το απλό άθροισμα των αρμοδιοτήτων των υπομονάδων τους. Έτσι αντί οι τελευταίες αυτές να προκύπτουν, όπως θα ήταν λογικό, καθοδικά ως εξειδικεύσεις της αποστολής και της δέσμης αρμοδιοτήτων της παρέχουσας μονάδας, παρατηρείται το αντίστροφο: οι αρμοδιότητες της περιέχουσας μονάδας προκύπτουν άθροισμα των αρμοδιοτήτων των περιεχομένων υπομονάδων. Παρατηρείται λοιπόν πολλές φορές το φαινόμενο τα αντικείμενα μιας Γ.Δ ή Δ/νσης να μην εμφανίζουν οργανική διασύνδεση και συμπληρωματικότητα αλλά τυχαία συμπάρθεση και ενίοτε ασυμβατότητα.
3. Ως απόρροια του παραπάνω γεγονότος προκύπτει η ανυπαρξία κριτηρίων οργανωτικής διαφοροποίησης. Τα κοινώς αποδεκτά από την θεωρία κριτήρια συγχέονται, ενώ εξωστρεφή και ενδοστρεφή αντικείμενα ή λειτουργίες γραμμής, υποστήριξης(auxiliary) ακόμα και επιτελείου συμβαίνει να συνυπάρχουν στις ίδιες υπομονάδες ή και θέσεις εργασίας.
4. Ως δομική οργανωτική μονάδα αναδεικνύεται το τμήμα, οι αρμοδιότητες του οποίου όχι μόνο δεν προκύπτουν, καθοδικά αλλά ούτε και ανοδικά ως απόρροια των διαδικασιών που οδηγούν στις τελικές εκροές. Ως εκ τούτου δεν απαντάται επαρκής διαδικαστικός καθορισμός των αντικειμένων αλλά ασαφείς περιγραφές πεδίων δραστηριότητας με συνήθη προσδιοριστικό άξονα την αόριστη έννοια της μέριμνας.
5. Φυσική συνέπεια της παραπάνω κατάστασης είναι η αδυναμία περιγραφής θέσεων. Η έννοια της θέσης εργασίας απουσιάζει παντελώς και υποκαθίσταται από την οργανική θέση, η οποία δεν συνδέεται με συγκεκριμένη υπομονάδα ούτε με αναλυτικό καθηκοντολόγιο, δεν καθορίζονται προδιαγραφές των αναμενόμενων αποτελεσμάτων από τη δραστηριότητά της ούτε τα μέσα με την χρήση των οποίων είναι η θέση

⁴⁰ Θ. Τσέκος, Δημόσιο μανάτζμεντ. Θέματα οργάνωσης, Σημειώσεις και υλικό της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης, σ. 5-8, Αθήνα 2000

εξουσιοδοτημένη και δια των οποίων θα επιτύχει τα προδιαγεγραμμένα αποτελέσματα⁴¹.

6. Τα παραπάνω με την ανυπαρξία δεικτών καθιστούν αδύνατη την " δια του οργανισμού κατά αντικειμενικό τρόπο εκτίμηση για τις ανάγκες της κάθε υπηρεσίας όπως αναφέρει ο νομοθέτης (Ν. 51/1975 άρθ. 1 παρ. 2ε). Ως εκ τούτου ο αριθμός των αναγκαίων θέσεων καθορίζεται εμπειρικά και συνήθως χωρίς αντικειμενική τεκμηρίωση.
7. Παρόλα τα αναφερόμενα του προαναφερθέντος Ν. 51/1975 οι οργανισμοί κατανέμουν εμπειρικά και χωρίς κριτήρια πάντοτε τις οργανικές θέσεις μεταξύ κεντρικών και περιφερειακών υπηρεσιών, και καμία μέριμνα δεν λαμβάνεται για την κατανομή των θέσεων μεταξύ των μονάδων της Κ.Υ. Η σημαντικότητα αυτή ρύθμιση αντί να αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο του οργανισμού μεταφέρεται μόνο για υπομονάδες κατώτερες του τμήματος στον εσωτερικό κανονισμό με υπουργικές αποφάσεις, χωρίς προκαθορισμένο γενικό πλαίσιο και κριτήρια.
8. Η αδυναμία αντικειμενικής και λειτουργικής κατανομής των οργανικών θέσεων μεταξύ μονάδων και υπομονάδων και η μετατροπή τους σε πραγματικές θέσεις εργασίας με αναλυτική περιγραφή καθηκόντων, προδιαγραφές αποτελεσμάτων κ.λπ. δεν επιτρέπει καθορισμό του προφίλ της θέσεως και κατ' επέκταση αναλυτικού προσοντολογίου.
9. Κατά αντιστοιχία και για παραπλήσιες αιτίες, η αδυναμία περιγραφής θέσεων δυσχεραίνει την αναλυτική στοχοθεσία και κατά συνέπεια την αντικειμενική αξιολόγηση του προσωπικού.
10. Οι αρνητικές συνέπειες από την ανορθολογική δομή και τις παραλήψεις των υφισταμένων οργανισμών εμφανίζονται στα ακόλουθα πεδία:

10.1 Υπέρ-κατάτμηση

Η άνευ σαφών κριτηρίων δημιουργία υπομονάδων οδηγεί σε πιέσεις ανορθολογικού πολλαπλασιασμού της.

10.2 Οργανωτική διαφοροποίηση άνευ κριτηρίων η οποία προκαλεί:

Επικαλύψεις αντικειμένων και αναιτιολόγητες συναρμοδιότητες με αρνητικές συνέπειες την σύγχυση, τις παράλληλες, ή αντιφατικές ενέργειες και τις διεκδικήσεις αποκλειστικότητας ή προτεραιότητας επί ευγενών αντικειμένων.

⁴¹ Στο ίδιο σ.5-8

2.6 ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα δημόσια νοσοκομεία δεν διαθέτουν, ως επιχειρηματικές οντότητες, την ευελιξία των ιδιωτικών για να μπορέσουν να παρακολουθήσουν τις ταχύτατες μεταβολές στον υγειονομικό χώρο⁴². Ο manager του δημοσίου νοσοκομείου στην προσπάθεια υλοποίησης του προγράμματος και της οργάνωσης του νοσοκομείου βρίσκεται σε δυσκολότερη θέση από τον συνάδελφό του, του ιδιωτικού τομέα. Καλείται να αντιμετωπίσει τη δημοσιουπάλληλική νοοτροπία του προσωπικού, την ανελαστικότητα των μισθολογίων, τις τυπολατρικές διαδικασίες προσλήψεων, μαζί με την μονιμότητα των προσληφθέντων, τη γραφειοκρατική διαδικασία κατασκευών και προμηθειών, πέρα από κάποιο καθορισμένο ύψος, και τον προληπτικό οικονομικό έλεγχο που μερικές φορές υπεισέρχεται αναρμοδίως και στη σκοπιμότητα των οικονομικών αποφάσεων.

Εναπόκειται στην κεντρική εξουσία να προσπαθήσει να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση, γιατί το κράτος έχει την υποχρέωση να αναβαθμίσει και να βελτιώσει, ποσοτικά και ποιοτικά το δημόσιο τομέα υγείας, ώστε να λειτουργεί ανταγωνιστικά προς τον ιδιωτικό τομέα, θεωρώντας δικαίωμα όλων των πολιτών την υγειονομική φροντίδα υψηλής ποιότητας και υποχρέωση της πολιτείας να την παρέχει.

Βασικός στόχος των δημόσιων νοσοκομείων είναι η παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Λόγω της ιδιομορφίας του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος και κυρίως της έλλειψης συγκροτημένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, όλων των επιπέδων και μορφών.

Σε αντίθεση με τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια(κλινικές), τα δημόσια νοσοκομεία έχουν δύο(2) επιπλέον ειδικότερους στόχους:

1. Την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των Ιατρών, κατά την πολύχρονη περίοδο της εξειδίκευσής τους σε συγκεκριμένες επίσημες ειδικότητες, αλλά και των Νοσηλευτών και άλλων τεχνολόγων ως προς την πρακτική τους εκπαίδευση,
2. Την επιστημονική έρευνα στους επιμέρους τομείς της Ιατρικής και των άλλων Επιστημών Υγείας.

Οι παραπάνω νομοθετημένοι σκοποί διαφοροποιούν τα δημόσια νοσοκομεία από τις υπόλοιπες δημόσιες επιχειρήσεις, οι στόχοι των οποίων είναι

⁴² Επιθεώρηση Υγείας, Επιλεγμένα πρακτικά από το 5^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management των υπηρεσιών υγείας, σ.11-31, Αθήνα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2003

περισσότερο οικονομικοί. Φυσικά, αυτό δεν σημαίνει ότι τα κρατικά νοσοκομεία απαλλάσσονται της προσπάθειας βελτίωσης της κατανομής των πόρων ή έμμεσης αναδιανομής του εισοδήματος και του πλούτου. Όμως, η έλλειψη επιστημονικού management ακυρώνει συνήθως αυτές τις λειτουργίες, διότι επιτρέπει στο ιατρικό οίωναί μονοπώλιο να προκαλεί ιδιωτικές πληρωμές των καταναλωτών. Κατά την γνώμη πολλών αυτή η «αχίλλειος πτέρνα» των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων καθιστά αναποτελεσματική τη λειτουργία τους και επικαιροποιεί την ανάγκη επαναπροσδιορισμού του νομικού πλαισίου και των μεθόδων διαχείρισης υπό τις οποίες δραστηριοποιούνται⁴³.

Από πλευράς οργανωτικής δομής τα Νοσοκομεία δεν ανήκουν στις εξ ολοκλήρου, ούτε στις μερικά αυτονομημένες δημόσιες επιχειρήσεις. Αν θελήσουμε να τα θεωρήσουμε δημόσιες «επιχειρήσεις», θα καταταγούν στις εξ ολοκλήρου εξαρτημένες, διότι έχουν όλα τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και μειονεκτήματα.

Ουσιαστικά όμως τα Νοσοκομεία είναι επιχειρήσεις και μάλιστα, στη σύγχρονη εποχή, προηγμένης τεχνολογίας και οφείλουν να λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής οργάνωσης και διοίκησης. Γι' αυτό έχει προταθεί η μετατροπή τους σε κρατικές ανώνυμες εταιρείες.

Πρόσθετη ιδιομορφία του δημόσιου τομέα υγείας είναι το γεγονός ότι τα αναγκαία ποσά για τις πάσης φύσεως αμοιβές προσωπικού (μισθοί, επιδόματα, εφημερίες, υπερωρίες) καταβάλλονται απευθείας από το δημόσιο ταμείο, χωρίς να καταγράφονται στους ετήσιους προϋπολογισμούς. Είναι φανερό ότι εξ αυτού και μόνο του λόγου, θα ήταν ανέφικτη κάθε απόπειρα προσδιορισμού του πραγματικού νοσοκομειακού κόστους, που αποτελεί προϋπόθεση για την επεξεργασία τιμολογιακής πολιτικής.

Επίσης, στα νοσοκομεία σήμερα δεν εφαρμόζεται διπλογραφικό σύστημα γενικής και αναλυτικής λογιστικής, ώστε να μπορούν να προσδιορισθούν τα κόστη των επιμέρους δραστηριοτήτων τους και να συνταχθούν αξιόπιστοι ετήσιοι προϋπολογισμοί, να υπάρξει απολογιστικός προσδιορισμός των αποκλίσεων και τέλος να διαμορφωθεί μια ρεαλιστική τιμολογιακή πολιτική.

Τα σύγχρονα δημόσια νοσοκομεία είναι «επιχειρησιακές» μονάδες υψηλής τεχνολογίας και ανάλογου κόστους. Θα πρέπει να λειτουργούν υπό το νομικό και οργανωτικό πλαίσιο που αντιστοιχεί στην «επιχειρησιακή» τους ιδιότητα, στις ποιοτικές απαιτήσεις των «πελατών»-ασθενών και στην ανάγκη πλήρους αξιοποίησης των διατιθέμενων πόρων.

⁴³ Στο ίδιο σ. 11-31

Τα ελληνικά κρατικά Νοσοκομεία δεν λειτουργούν σήμερα ως δημόσιες «επιχειρήσεις», αλλά ως κοινές δημόσιες υπηρεσίες, από νομικής, οργανωτικής και οικονομικής πλευράς.

Οι νοσοκομειακές επενδύσεις πραγματοποιούνται με τυχαίο τρόπο, οι τιμές των νοσοκομειακών εκροών διαμορφώνονται εικονικά, τα ελλείμματα συσσωρεύονται ως μοιραία συνέπεια και η προσφυγή σε ιδιωτικοποιήσεις δραστηριοτήτων έχει καταστεί αναγκαστική, παρότι υπηρετεί και αμείβεται ένα πλήθος μόνιμου προσωπικού που τυπικά οφείλει να καλύπτει τις συγκεκριμένες ανάγκες.

Το πρόβλημα απαιτεί ριζική πολιτική παρέμβαση, η ταχύτητα της οποίας θα καθορίσει και την έκταση των αρνητικών επιπτώσεων, που μεγιστοποιούνται καθημερινά⁴⁴.

2.6.1 ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Η σύνθεση του προσωπικού είναι φυσικό να αποτελεί σημαντικό παράγοντα, μια και το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί το σημαντικότερο συντελεστή παραγωγής υγειονομικών προϊόντων και τον κυριότερο φορέα σχεδιασμού, εφαρμογής και μετασχηματισμού.

Τα δημόσια νοσοκομεία, παρά τις αναμφισβήτητες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, συνήθως υπερτερούν αριθμητικά των αντίστοιχων ιδιωτικών. Για την υλοποίηση του προγράμματός τους όμως, ο manager του ιδιωτικού νοσοκομείου θα επιλέξει τους πλέον κατάλληλους ανθρώπους, ενώ ο συνάδελφος του δημοσίου ιδρύματος δεν έχει καμιά συμμετοχή τόσο στην επιλογή όσο και στην εξέλιξη των συνεργατών του, εξαιτίας του επικρατούντος δημοσιοϋπαλληλικού καθεστώτος. Το αίτημα του manager του δημόσιου νοσοκομείου για πρόσληψη νέου προσωπικού εγκρίνεται αρχικά από το συμβούλιο διοίκησης και στη συνέχεια από το διοικητικό συμβούλιο του ΠΕ.ΣΥ.Π..

Από το ΠΕ.ΣΥ.Π. η αίτηση διαβιβάζεται στο Υπουργείο Υγείας, όπου μετά από συνεννόηση με το Υπουργείο Οικονομικών για την εξασφάλιση των απαραίτητων πιστώσεων, εγκρίνεται τελικά ένας αριθμός θέσεων, συνήθως μικρότερος του απαιτούμενου. Ακολουθεί η προκήρυξη των θέσεων μέσω ΑΣΕΠ, με διαδικασία που μπορεί να ενέχει κριτήρια αντικειμενικότητας, αλλά δεν επιλέγει πάντα τους καλύτερους. Έπονται οι ενστάσεις μετά την ανάρτηση του πίνακα επιτυχόντων και ο διορισμός που θα γίνει τελικά μετά την πάροδο 1-2 ετών. Το προσωπικό που θα προσληφθεί, ικανό ή ανεπαρκές,

⁴⁴ Στο ίδιο σ. 11-31

θα είναι φυσικά μόνιμο και οι πιέσεις πολυποίκιλων παραγόντων για τη μετάθεση στον τόπο της αρεσκείας του αρχίζουν από την επομένη του διορισμού του.

Η αντίστοιχη αίτηση για πρόσληψη νέου προσωπικού στον ιδιωτικό τομέα το πολύ να χρειαστεί την έγκριση του διοικητικού συμβουλίου της επιχείρησης και ακολουθεί η επιλογή των κατάλληλων ατόμων για την κάλυψη των θέσεων. Επειδή στον ιδιωτικό τομέα έχει γίνει απόλυτα κατανοητή η συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα στην ποιοτική αναβάθμιση και την αύξηση της αποτελεσματικότητας του παραγόμενου έργου, δεν είναι σπάνια η προσέλκυση έμπειρων στελεχών του δημόσιου τομέα, στους οποίους προσφέρονται πολύ περισσότερα κίνητρα.

Στο δημόσιο τομέα δεν υπάρχει κανένα σύστημα κινήτρων και αντικινήτρων. Εφαρμόζεται το δημοσιουπάλληλικό καθεστώς που σημαίνει αδιαφορία για το κόστος, την ποιότητα, την ταχύτητα, την καινοτομία. Σημαίνει έλλειψη πολιτικής κινήτρων, έλλειψη αξιολόγησης του παραγόμενου έργου και συνακόλουθα επιβράβευσης ή επιτίμησης των επιμέρους μετόχων. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει σαφές καθηκοντολόγιο, με αποτέλεσμα την ασάφεια στις υποχρεώσεις των εργαζομένων και συχνές συγκρούσεις και αντιθέσεις μεταξύ των τριών υπηρεσιών, ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής.

Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι οι εργαζόμενοι να ενδιαφέρονται μεν για την ποιότητα των υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών, όπως και για την φήμη του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται, αλλά δεν φαίνεται γενικά να προβληματίζονται για την αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα των νοσηλευτικών μονάδων.

Και βεβαίως, η εισαγωγή του management ως μέσου πολιτικής, δεν περιορίζεται στην θεσμοθέτηση θέσεων Γενικών Διευθυντών στα νοσοκομεία. Αντίθετα, απαιτεί την εξεύρεση όλων εκείνων των μέσων πολιτικής που αξιοποιούν τον χαρακτήρα του συστήματος υγείας, την χρηματοδότηση και τον τρόπο οργάνωσης της προσφοράς, τις συνθήκες της αγοράς εργασίας και την κοινωνική-οικονομική αξία των παρεχομένων υπηρεσιών της κάθε μονάδας. Μόνο έτσι θα υπάρξει ισορροπία, σε ένα μικτό και ετεροβαρές σύστημα, το οποίο θεσμικά για χρόνια τώρα ενδιαφέρεται για την μια πλευρά του νομίσματος, η οποία δεν είναι άλλη από την δημόσια παροχή των υπηρεσιών και τους λειτουργούς της. Είναι καιρός να αντιμετωπιστεί ταυτόχρονα και η άλλη όψη του νομίσματος, στην οποία παραμένουν οι χρηματοδότες-χρήστες, αλλά και οι ιδιώτες παραγωγοί των υπηρεσιών υγείας⁴⁵.

⁴⁵ Στο ίδιο σ.11-31

2.6.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ-ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΟ

Τα κριτήρια επιλογής στελεχών στα Νοσοκομεία είναι συνήθως άσχετα προς την επαγγελματική αξία των εργαζομένων. Δυστυχώς, οι κομματικές σκοπιμότητες, οι συνδικαλιστικές παρεμβάσεις, οι προσωπικές εμπάθειες και(ορισμένες φορές) οι παραοικονομικές προσδοκίες καθορίζουν πολύ συχνά ποιοι θα γίνουν ή όχι Διευθυντές, ποιοι θα οριστούν Προϊστάμενοι Προσωπικού ή Προμηθειών, κ.λπ.

Επιπλέον, η λογική του ενιαίου μισθολογίου, χωρίς ανταμοιβή της ποιότητας και χωρίς διάκριση με βάση την ποσότητα εργασίας, εξαλείφει ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα επαγγελματικής αφύπνισης των υγειονομικών υπαλλήλων. Και αν θελήσει κάποιος να εξειδικεύσει αυτό το ζήτημα κατά κλάδο εργαζομένων(π.χ. Νοσηλευτές, κ.λπ.), θα διαπιστώσει αρκετές γενεσιουργούς αιτίες της άσχημης κατάστασης του Ε.Σ.Υ⁴⁶.

2.6.3 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας όσον αφορά τις ηγεσίες του είναι ότι αντί να υπάρχουν μακροχρόνιοι υπουργοί, αλλάζουν οι υπουργοί ο ένας μετά τον άλλο, χωρίς να υπάρχει μια σταθερή ηγεσία με σταθερή άποψη, μεθοδολογία και πολιτική ώστε να υπάρχει ένα σημείο αναφοράς στην περαιτέρω ανάπτυξη της υγείας. Επιπλέον δεν έχει γίνει μια συνεννόηση σε εθνικό επίπεδο έτσι ώστε να υπάρξει μια συμφωνία κυρίων όσον αφορά τις πολιτικές παρατάξεις για μια χάραξη σταθερής πολιτικής στο καυτό θέμα της δημόσιας υγείας. Και αυτό φαίνεται πεντακάθαρα στην αλλαγή που έγινε το 90' στην διακυβέρνηση της χώρας όπου η φιλελεύθερη παράταξη μετέβαλλε βασικά συστατικά στοιχεία του Ν. για το Ε.Σ.Υ. και το 93' μετά την αλλαγή ξανά της διακυβέρνησης της χώρας όπου και ανέλαβε ξανά η σοσιαλιστική παράταξη και επανάφερε την κατάσταση όπως αυτή υπήρχε πριν το 90'. Αυτό είναι ένα λαμπρό παράδειγμα για την ασυνεννοησία και την μεταβλητότητα στην πολιτική για την υγεία, φαινόμενο που δεν συμφέρει ούτε τις ίδιες πολιτικές παρατάξεις ούτε βεβαίως και τους πολίτες, γιατί αυτές οι αλλαγές είναι πολύ δαπανηρές.

Επίσης δεν έχει ξεκαθαριστεί από κανέναν κυβερνητικό παράγοντα πια είναι η πολιτική επιλογή ανάμεσα στο δημόσιο σύστημα υγείας και τον ιδιωτικό τομέα. Δεν μπορεί μετά από κάθε περίοδο εκλογών να αλλάζει και ο

⁴⁶ Στο ίδιο σ.11-31

προσανατολισμός της πολιτικής για την υγεία, και αυτό γιατί ο τομέας της υγείας δεν μπορεί να είναι πεδίο για πολιτικά παιχνίδια ή για να το πούμε κάπως πιο κομψά πεδίο πολιτικών αντιπαραθέσεων⁴⁷.

Μια μεγάλη πρόκληση για τον τομέα της δημόσιας υγείας και της ηγεσίας είναι να καταστεί δυνατό να εφαρμοστεί εσωτερική αγορά η οποία να είναι ανταγωνιστική και μεταξύ των οργανισμών του δημόσιου τομέα αλλά και απέναντι στον ιδιωτικό τομέα. Να δούμε π.χ. την Α και Β Παθολογική Κλινική του Ευαγγελισμού να ανταγωνίζεται αυτήν του Λαϊκού και γιατί όχι και αυτή του Υγεία. Η πρόκληση στους σύγχρονους manager είναι να πιάσουν αυτή την διάσταση, να αναβαθμίσουν το δημόσιο σύστημα, να το κάνουν ανταγωνιστικό, στην έννοια της εσωτερικής αγοράς του ανταγωνισμού.

Επίσης πρόβλημα υπήρξε και με την κατά καιρούς στελέχωση του Υπουργείου Υγείας, αυτοί δηλαδή που πλαισιώνουν τον εκάστοτε υπουργό υγείας. Χαρακτηριστική είναι μια μελέτη που έγινε και που λέει ότι στο διάστημα 1992-2000 στο υπουργείο πέρα από τους συμβούλους, δεν υπήρχε κάποιο στέλεχος που να είχε διδακτορικό, και υπήρχαν 2 στελέχη με μάστερ και οι υπόλοιποι ήταν κατηγορίας ΠΕ και χαμηλότερης κατηγορίας, χωρίς να υπάρχει επαρκές διοικητικό δυναμικό που θα έκανε τις μεταρρυθμίσεις. Και αντ' αυτού, η υπάρχουσα εμπειρία και η προηγούμενη εμπειρία των γενικών διευθυντών καταργούνταν και αποπέμφθηκε(η εναλλαγή εμπειριών στελεχών ανάλογα με την κυβερνητική εναλλαγή).

Ακόμη ένα βασικό λάθος στο σχεδιασμό που οδήγησε σε προβλήματα και οδηγεί ακόμη και σήμερα ήταν και είναι η μη ύπαρξη ενός συστήματος χρηματοδότησης, που κάποιοι το αναφέρουν σαν Ενιαίο Φορέα Υγείας, που μέσα από αυτόν να ξέραμε ότι θα είναι ένα «καλάθι» το οποίο θα ξέραμε επίσης ότι θα μαζεύει τα χρήματα τα οποία θα πάνε στον υγειονομικό τομέα, και έναν τρόπο κατανομής αυτών των χρημάτων στις υπηρεσίες, είτε είναι νοσοκομεία, είτε είναι κέντρα υγείας. Το θέμα αυτό επέφερε και επιφέρει ακόμη και σήμερα συνέπειες. Έτσι εκ των πραγμάτων μετά τα παραπάνω φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη ενός μηχανισμού-μεθόδου χρηματοδότησης των υπηρεσιών ώστε να υπάρχει μια λογική εξήγηση για το πώς τα χρήματα πηγαίνουν στο νοσοκομείο «χ» ή στο νοσοκομείο «ψ» ή πως θα πάνε στις Περιφέρειες, με ποια κριτήρια, όπου αυτό εμπεριέχει και το θέμα της διοίκησης.

Τα αρνητικά σημεία του συστήματος υγείας σύμφωνα με τις ομιλίες οι οποίες έγιναν στο συνέδριο για την «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας

⁴⁷ Στο ίδιο σ.11-31

στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας» στις 4-6 Νοεμβρίου 1994 στη Θεσσαλονίκη είναι τα εξής:

- Έλλειψη σωστής επιστημονικής διαχείρισης του Συστήματος, τόσο σε μακροεπίπεδο, έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού και ελέγχου στο Υπουργείο Υγείας, όσο και σε μικροεπίπεδο, έλλειψη επιστημονικής καταλληλότητας των μελών των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων.
- Η στελέχωση των Κέντρων Υγείας, που ουσιαστικά δεν λειτούργησαν ποτέ ολοκληρωμένα.
- Η παντελής έλλειψη διασύνδεσης της Π.Φ.Υ. με την Δευτεροβάθμια Περίθαλψη.
- Το εργασιακό καθεστώς των απασχολούμενων(μονιμότητα).
- Οι περιφερειακές ανισότητες και η μη εφαρμογή της αποκεντρωτικής πολιτικής.
- Η απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, για το φιλτράρισμα της διαδρομής σε όλα τις βαθμίδες της περίθαλψης και αποφυγή των δαπανηρών υπηρεσιών του νοσοκομείου.
- Ο τρόπος χρηματοδότησης των νοσοκομείων, με τα απαράδεκτα χαμηλά νοσήλια για όλους τους νοσηλεύομενους.

2.7 ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όσον αφορά την μεριά του συστήματος υγείας, η παγκοσμιοποίηση επιδρά στον τρόπο χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζοντας παραμέτρους όπως η προσφορά και η ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών, η ποιότητα, η διαθεσιμότητα και η πρόσβαση σε αυτές⁴⁸. Επιπροσθέτως, επαναπροσδιορίζει τον ρόλο του κράτους στη διαμόρφωση και την άσκηση πολιτικής υγείας και καθιστά αναγκαία την ενεργητικότερη συμμετοχή διεθνών οργανισμών για την αντιμετώπιση προβλημάτων που ξεπερνούν τις δυνατότητες ενός εθνικού συστήματος υγείας. Επομένως είναι επιτακτική ανάγκη η ενδυνάμωση των εγχώριων υποδομών και η ανάπτυξη μηχανισμών συλλογής και επεξεργασίας δεδομένων και εκπόνησης ερευνών σε διεθνές επίπεδο. Η παγκοσμιοποίηση, οι διεθνής οικονομικές συγκυρίες και η συμμετοχή της χώρας μας σε υπερεθνικούς οργανισμούς(Ε.Ε.) συνδράμουν υπέρ του ιδιωτικού τομέα υγείας διότι υποστηρίζουν χάρις την μη ανταποδοτικότητά του στα χρόνια που πέρασαν σπαταλήθηκαν πολύτιμοι πόροι οι οποίοι θα

⁴⁸ Χ. Οικονόμου, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, σ. 35-37, Εκδ. Διόνικος, Αθήνα 2004

μπορούσαν να βοηθήσουν την ανάπτυξη της οικονομίας κάτω υπό άλλες συνθήκες. Αλλά η επέκταση του κερδοσκοπικού τομέα υγείας έναντι του δημοσίου είναι δυνατόν να οδηγήσει σε περιορισμό της πρόσβασης από τα φτωχά στρώματα του πληθυσμού.

Έτσι αυτό που αναμένεται από την πολιτική ηγεσία του τομέα της υγείας είναι να ενδυναμώσει τον ιδιωτικό τομέα ούτως ώστε αυτός να γίνει αποδοτικός και ανταγωνιστικός⁴⁹.

2.8 ΤΙ ΔΙΔΑΣΚΟΥΝ Η ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΓΙΝΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Στη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας ή για να ακριβολογήσουμε ακόμα περισσότερο κατά την περίοδο 1992-2001, το ΕΣΥ της χώρας αποτέλεσε αντικείμενο τεσσάρων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων⁵⁰. Το βασικό χαρακτηριστικό των μεταρρυθμίσεων αυτών ήταν η αναντιστοιχία μεταξύ της θεσμικής τους έκφρασης, των δηλωμένων στόχων και της πραγματικής εφαρμογής τους. Το γεγονός αυτό από μόνο του ουσιαστικά υποδηλώνει ότι οι παραπάνω παρεμβάσεις απέτυχαν σε μεγάλο βαθμό να πραγματοποιήσουν τους στόχους τους. Ακόμα περισσότερο, υποδηλώνει την απουσία μιας ξεκάθαρης άποψης της πολιτείας ως προς τις κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας και τη θέση του ΕΣΥ στο ευρύτερο πλαίσιο ανάπτυξης ενός κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Συνεπώς τίθεται το ερώτημα διερεύνησης των παραγόντων που αναίρεσαν ή καθυστέρησαν τις εν λόγω προσπάθειες.

Η διεθνής βιβλιογραφία όσον αφορά τις προϋποθέσεις επιτυχούς εφαρμογής των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων αναδεικνύει τη σημασία τεσσάρων παραμέτρων:

- 1) Του πολιτικού, οικονομικού, κοινωνικού και θεσμικού πλαισίου στο οποίο εφαρμόζεται η μεταρρύθμιση. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο πολιτικό περιβάλλον και τις διαμορφούμενες αξίες. Η κυρίαρχη πολιτική ιδεολογία και οι κοινωνικές αξίες για το ρόλο του κράτους, ο βαθμός κοινωνικής συναίνεσης, η δομή του πολιτικού συστήματος, η μορφή διακυβέρνησης και η ισχύς της κυβέρνησης ως προς τη δυνατότητα άσκησης πολιτικής εξουσίας

⁴⁹ Στο ίδιο σ. 35-37

⁵⁰ Χ. Οικονόμου, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, σ. 213-220, Εκδ. Διώνικος, Αθήνα 2004

συνιστούν σημαντικές συνιστώσες προσδιορισμού των επιλογών. Επίσης η οικονομική συγκυρία και η δημοσιονομική κατάσταση προσδιορίζουν την έκταση και τη μορφή των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων⁵¹.

- 2) Της διαδικασίας προσδιορισμού του προβλήματος, διατύπωσης εναλλακτικών προτάσεων αντιμετώπισης του, νομιμοποίησης των επιλεγμένων λύσεων, εφαρμογής και αξιολόγησης των νέων πολιτικών.
- 3) Του ρόλου των εμπλεκόμενων στην όλη διαδικασία δρώντων υποκειμένων και του βαθμού στον οποίο αυτά μπορούν να επηρεάσουν τόσο τις αποφάσεις που λαμβάνονται όσο και την υλοποίησή τους. Κυβερνητικοί παράγοντες, όπως πολιτικά πρόσωπα και δημόσιοι λειτουργοί, επαγγελματικά σωματεία και συνδικαλιστικές ενώσεις, ομάδες συμφερόντων, όπως η φαρμακευτική βιομηχανία, διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ ή ο ΟΗΕ, μη κυβερνητικές οργανώσεις και γενικότερα αυτό που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε κοινωνία των πολιτών, αναδεικνύονται σε ρυθμιστές της έκβασης των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι ο ρόλος των ομάδων αυτών προσδιορίζεται από το θεσμικό πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα, δεδομένου ότι οι θεσμικοί κανόνες που διέπουν την πολιτική σκηνή καθορίζουν την ικανότητα των επιμέρους κοινωνικών ομάδων να ασκήσουν επιρροή στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.
- 4) Του περιεχομένου της επιδιωκόμενης πολιτικής, το οποίο είναι αποτέλεσμα τόσο της αλληλεπίδρασης των παραπάνω τριών στοιχείων, όσο και των ορίων που θέτουν προηγούμενες επιλογές. Όλο αυτό το πλαίσιο, υπό το πρίσμα του επαναπροσδιορισμού των πολιτικών και των συστημάτων υγείας σε συνθήκες πολυπλοκότητας, όπως οι σημερινές, εντάσσεται πλέον στη λογική υιοθέτησης από κοινού συμφωνημένων και σχεδιασμένων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων μέσα από συμμετοχικές διαδικασίες.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μια προσέγγιση, η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων οφείλεται στην κυριαρχία της κομματικοκρατικής δημοκρατίας. Η άποψη αυτή υποστηρίζει ότι η τάση των κομμάτων να διεισδύουν σε όλες τις θεσμικές εκφάνσεις της κοινωνίας, η οποία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της ελληνικής περίπτωσης, υποσκάπτει την αυτονομία της μέσω της εκτεταμένης κομματικοποίησης και της λειτουργίας τριών μηχανισμών: α) της

⁵¹ Στο ίδιο σ.213-220

μετάθεσης των στόχων από καθολικά προσδιορισμένους σε μέσα επιδίωξης κομματικών συμφερόντων, β) της κυριαρχίας της πρακτικής κατά την οποία κάθε αλλαγή κυβέρνησης ή ανασχηματισμός συνοδεύεται από καθολικές ανατροπές και αλλαγές σε πολιτικές και πρόσωπα και γ) της αντίθεσης με και αντίστασης σε κάθε εξωκομματικό έλεγχο. Στα πλαίσια αυτά η άρση του αδιεξόδου προϋποθέτει την ενίσχυση της αδύναμης κοινωνίας των πολιτών⁵².

⁵² Στο ίδιο σ.213-220

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο -ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.

3.1 ΠΡΟΤΑΣΗ-ΠΡΟΤΥΠΟ

Η πρόταση που θα μπορούσε να γίνει για την διαχείριση του ΕΣΥ σε κεντρικό, περιφερειακό και επιπέδου οργανισμών είναι κατά τα Βρετανικά πρότυπα. Η κεντρική διοίκηση απαρτίζεται από το πολιτικό και το επιστημονικό πεδίο, όπου το πολιτικό πεδίο περιλαμβάνει τον Υπουργό με τους πολιτικούς συμβούλους, και ένα εκτελεστικό όργανο ανάλογο με την NHS Executive Committee⁵³.

Επίσης δημιουργείται ένας ανεξάρτητος φορέας ο οποίος θα παίζει τον ρόλο του ελεγκτή της απόδοσης των οργανισμών υγείας(Commission Health Improvement). Ο φορέας αυτός σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας αναλαμβάνει τον καθορισμό ορισμένων δεικτών-προτύπων απόδοσης που θα πρέπει να τηρούνται από τους οργανισμούς της υγείας. Βέβαια για να κατασκευαστούν τέτοιου είδους δεικτών θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- Η σημερινή πραγματικότητα όσον αφορά την Ελλάδα αλλά και των ανεπτυγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Η πολιτισμική νοοτροπία τα ήθη και τα έθιμα των πολιτών της χώρας.
- Δεν γίνεται η κατάρτιση τέτοιων δεικτών χωρίς να συμμετέχουν οικονομολόγοι, επιδημιολόγοι και άλλοι επιστήμονες σχετικοί με τον χώρο της υγείας.
- Επίσης απαιτείται συζήτηση μεταξύ των επαγγελματιών ομάδων, των πολιτικών κομμάτων και όλων των άλλων που σχετίζονται με τον χώρο της υγείας.
- Αν στους δείκτες αυτούς επίκεντρο θα είναι η ποιότητα της περίθαλψης ή η πλευρά της χρηματοοικονομικής απόδοσης των οργανισμών και η βέλτιστη χρήση των διαθέσιμων πόρων, ή μια μεικτή εικόνα με την συνάρτηση και των δύο παραπάνω όψεων.

⁵³ Α. Γεωργόπουλος, Development and piloting application of a performance measurement model in Greek public sector hospitals, σ. 11-17, Imperial College London, Λονδίνο, Σεπτέμβριος 2004

Από την πλευρά του το Υπουργείο θα πρέπει να δώσει κάποια αρχικά εφόδια τα οποία θα δώσουν την προώθηση για το νέο ξεκίνημα στους οργανισμούς⁵⁴. Τέτοια εφόδια είναι εξοπλισμός των οργανισμών με πλήρη μηχανοργάνωση όλων των διαδικασιών, όπως πλήρεις βάσεις δεδομένων όπου θα καταγράφονται οι ασθενείς και το ιστορικό τους σε εθνικό επίπεδο, ταξινόμηση των ασθενειών, οικονομική δραστηριότητα(ταμείο, προμηθευτές, κ.λπ.), διαχείριση πελατών, διαχείριση προμηθευτών, διαχείριση ασθενειών, ώστε να υπάρχει από πλευράς διοίκησης και εργαζομένων ευχέρεια στην σχεδίαση τον προγραμματισμό την λήψη αποφάσεων και απλούστευση της εργασίας του απλού προσωπικού. Έτσι θα επιτευχθεί μείωση του κόστους, ποιοτικότερη και ταχύτερη εξυπηρέτηση των πελατών-ασθενών. Επιπλέον πλήρης καταγραφή των αρχείων των ασθενών και εφοδιασμό των ασθενών με τις έξυπνες κάρτες(smartcards) οι οποίες περιέχουν κλινικά, φαρμακευτικά, οικονομικά στοιχεία και το ιστορικό της κίνησής τους μέσα στο ΕΣΥ. Επιπλέον μπορεί να πραγματοποιηθεί μια on-line εξυπηρέτηση των ασθενών, κλείνοντας ραντεβού ή αναφοράς κάποιου προβλήματος σε σύνδεση με την ηλεκτρονική διεύθυνση του νοσοκομείου. Η on-line σύνδεση μπορεί να βοηθήσει επίσης και στο να πληροφορεί τους ασθενείς-πολίτες την λύση που μπορούν να δώσουν μόνοι τους σε κάποια μικρά προβλήματα, γιατί κάποιοι ασθενείς π.χ. για έναν πονοκέφαλο, επισκέπτονται το νοσοκομείο, χάνοντας αυτοί κάποιο πολύτιμο χρόνο και απασχολώντας και το νοσοκομείο και αυτούς που εργάζονται σε αυτό χωρίς κάποιον ιδιαίτερο λόγο⁵⁵.

Η διαχείριση του συστήματος σε κεντρικό επίπεδο θα γίνεται με την μέτρηση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Θα πρέπει να εφαρμόσουμε το λεγόμενο Star Rating System το οποίο εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία στη Μεγάλη Βρετανία. Στο σύστημα αυτό όπως είπαμε παραπάνω υπάρχει ένας ανεξάρτητος φορέας ο οποίος κατασκευάζει τους δείκτες αποδοτικότητας και στην συνέχεια ελέγχει τα νοσοκομεία σε πιο επίπεδο βρίσκονται και αναλόγως σηματοδοτεί το καθένα με τα αστέρια(κατά το πρότυπο των ξενοδοχειακών επιχειρήσεων περίπου).

Έτσι το κάθε νοσοκομείο όσο ανεβαίνει τα επίπεδα των αστεριών λαμβάνει όλο και περισσότερη αυτονομία από την κεντρική εξουσία, και στην συνέχεια από τα ΠΕ.ΣΥ.Π. Και αυτονομία εννοούμε ευχέρεια ανάληψης επιχειρηματικής δράσης, κατάστρωση επιχειρησιακού ετήσιου σχεδίου με

⁵⁴ Στο ίδιο σ.11-17

⁵⁵ Χ. Σπράτου, Ν. Amarasinghe, Ρ. Dale, Κ. Wong, Nikoloz Gamkrelidze, Electronic Patient Records- Information systems in healthcare, Ρ. 10-12 Imperial College London, Λονδίνο 2004

μεγαλύτερες ελευθερίες από το Υπουργείο, ευχέρεια στις προσλήψεις κατά την κρίση του Γενικού Διευθυντή του νοσοκομείου και ευχέρεια μεγαλύτερης χρηματοδότησης είτε από την κεντρική διοίκηση είτε μέσω δανεισμού για την ανάπτυξη του οργανισμού. Βέβαια η αυτονομία του οργανισμού δεν θα μπορεί να έρχεται σε σύγκρουση με τις γενικές αρχές και με την πολιτική γραμμή με την πολιτική της κυβέρνησης και με την πολιτική υγείας που ακολουθεί το υπουργείο υγείας⁵⁶.

Τα ΠΕ.ΣΥ.Π. και αυτά με την σειρά τους θα πρέπει να πάρουν έναν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας όσον αφορά τους πόρους που εισέρχονται σε αυτά και στην συνέχεια μετακυλίνουν στα νοσοκομεία. Η στελέχωσή τους θα πρέπει να είναι αυτή που αρμόζει σε έναν τέτοιο οργανισμό, από πλευράς οικονομολόγων, managers υγείας, επιδημιολόγων κ.α.

Στα νοσοκομεία θα πρέπει να αλλάξει η σύνθεση των Συμβουλίων Διοίκησης και να επανδρωθεί με οικονομολόγους γιατί η παρουσία και μόνο του manager στη διοίκηση του νοσοκομείου χωρίς αυτός να πλαισιώνεται από μια ομάδα συμβούλων δεν μπορεί να αλλάξει την κατάσταση των νοσοκομείων. Επίσης ακόμα και σήμερα παρόλο την θέσπιση της θέσης του Γενικού Διευθυντή βλέπουμε την θέση αυτή να την έχουν καταλάβει άνθρωποι οι οποίοι εξακολουθούν από τον χώρο της ιατρικής αλλά και άλλους οι οποίοι δεν έχουν και τόσο μεγάλη σχέση με την επιστήμη της διοίκησης. Επιπλέον θα πρέπει να αλλάξει το σύστημα λογιστικής με την εφαρμογή διεθνών λογιστικών προτύπων και με την χρησιμοποίηση αριθμοδεικτών που θα διευκολύνουν την δουλειά των διευθυντικών στελεχών αλλά και της κεντρικής διοίκησης που θα κάνει την αξιολόγηση της απόδοσης αυτών. Την προαναφερθείσα αλλαγή θα πρέπει να ακολουθήσει και η αλλαγή των μισθολογίων κατά την κρίση των managers ώστε να μπορούν να ασκήσουν την πολιτική των κινήτρων ή των αντικινήτρων για την καλύτερη διοίκηση του προσωπικού. Επίσης κάτι που είναι απαραίτητο για τα διεθνή δεδομένα είναι η διατήρηση της μονιμότητας των εργαζομένων στην δημόσια υγεία.

Άλλη μια μέθοδος για να ξεφύγουν οι οργανισμοί από την κακή κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει τα τελευταία χρόνια είναι να εφαρμόσουν την μέθοδο σύγκρισης προτύπων(Benchmarking) οι managers θα μπορούν να πάρουν ορισμένες μεθόδους διοίκησης ή οργάνωσης από επιχειρήσεις του ίδιου ή διαφορετικού τομέα οι οποίες σημειώνουν μεγάλη ανάπτυξη.

⁵⁶ Λ. Γεωργόπουλος, Development and piloting application of a performance measurement model in Greek public sector hospitals, σ. 11-17, Imperial College London, Λονδίνο, Σεπτέμβριος 2004

3.2 ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΛΩΝ ΤΑΧΥΤΗΤΩΝ

Άλλο ένα ζήτημα είναι το θέμα αν είναι δυνατόν τα Πε.Συ.Π. και τα νοσοκομεία να λειτουργούν διαφορετικά σε πολλές ταχύτητες και πλήρη αυτονομία. Ευχή πολλών θα ήταν αυτή η προσδοκία να πραγματοποιηθεί⁵⁷. Να θέτει η κεντρική εξουσία κάποιους κοινούς και προκαθορισμένους στόχους και μετά να υποχρεώσει τα Πε.Συ.Π. και τα νοσοκομεία να τα βγάλουν εις πέρας. Να αφήσει δηλαδή η κεντρική διοίκηση τα νοσοκομεία να έχουν την δική τους εσωτερική αγορά και να μπορεί ένας Γενικός Διευθυντής ή κάποιος Πρόεδρος ενός Πε.Συ.Π. να προσλάβει έναν διευθυντή λογιστηρίου π.χ. από κάποιο άλλο νοσοκομείο ή κάποια άλλη επιχείρηση και να του δώσει τον μισθό που απαιτεί. Και έτσι θα υπήρχαν και οι εργαζόμενοι που θα ενθουσιαζόταν με την ιδέα ότι μπορούν δουλεύοντας λίγο καλύτερα να πάρουν μεγαλύτερες αποδοχές. Οπότε οι πολλές ταχύτητες είναι κάτι το οποίο θα ήταν ευχής έργο να γίνει, και παράλληλα θα μπορούσε να μην προσκρούει στους στόχους που θέτει η κεντρική εξουσία.

3.3 ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ «ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ».

Ένας από τους λόγους που συντέλεσαν και συντελούν στην ανεπάρκεια των υπηρεσιών υγείας στη χώρα είναι και το υπουργείο υγείας ως δημόσια υπηρεσία. Το οργανόγραμμα και η σύνθεση του προσωπικού(χωρίς ειδικές γνώσεις και εμπειρία) δεν επιτρέπει ούτε τον σχεδιασμό ούτε την διοίκηση του συστήματος ενώ συντηρεί απαράδεκτες πελατειακές νοοτροπίες και πρακτικές⁵⁸.

Στην πρόταση για την μεταρρύθμιση του 2000 αναφέρεται χαρακτηριστικά το Υπουργείο Υγείας μετατρέπεται σε ένα κεντρικό μηχανισμό σχεδιασμού και αναπτυξιακής πολιτικής. Εξασφαλίζει μέσω του ελέγχου της χρηματοδότησης την υγειονομική προστασία όλων των κοινωνικών ομάδων αλλά και την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των μονάδων παραγωγής της περίθαλψης. Ταυτόχρονα σχεδιάζει τις επιμέρους πολιτικές δημόσιας υγείας και επιβάλλει κοινούς κανόνες λειτουργίας τόσο στο δημόσιο όσο και στον

⁵⁷ Επιθεώρηση Υγείας, Επιλεγμένα πρακτικά από το 5^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management των υπηρεσιών υγείας, σ.17-18, Αθήνα, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2003

⁵⁸Γ. Δατσέρης, Α. Δημόπουλος, Ν. Μαρουδιάς, Β. Μωραΐτης, Ν. Πολύζος, Άρης Σισσούρας, Πρωτοβουλία για τον εκσυγχρονισμό στην υγεία και το κοινωνικό κράτος, Πρόταση για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας, σ. 10-12, Αθήνα Φεβρουάριος 2000

ιδιωτικό τομέα γιατί έτσι μόνο μπορεί να εξασφαλιστεί ο απαραίτητος ανταγωνισμός.

Για την ικανοποίηση του νέου ρόλου απαιτείται ένα νέο ευέλικτο πλαίσιο οργάνωσης που θα συνοδεύεται από την στελέχωση με υψηλής εξειδίκευσης προσωπικό και την μετάταξη μεγάλου μέρους από το υπάρχον σε άλλες υπηρεσίες⁵⁹.

Στο πλαίσιο αυτό δημιουργείται φορέας διαχείρισης(ΑΕ του Δημοσίου) παρακολούθησης και αξιολόγησης του «Επιχειρησιακού Προγράμματος Υγεία-Πρόνοια», με επικεφαλής manager ειδικής εμπειρίας που θα συντονίζει την εφαρμογή των προγραμμάτων σύγκλισης.

Απαιτείται η αποκεντρωμένη διοικητική δομή με Διευθυντές-managers τόσο σε επίπεδο Περιφέρειας όσο και σε επίπεδο Νομού όπου μεταβιβάζονται όλες οι εκτελεστικές διοικητικές αρμοδιότητες που σήμερα ασκούνται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας. Η οργάνωση σε επίπεδο περιφέρειας αφορά στον προγραμματισμό και έλεγχο των υπηρεσιών περιφερειακού χαρακτήρα αλλά και το συντονισμό και εποπτεία των νομαρχιακού χαρακτήρα μονάδων υγείας και πρόνοιας. Οι επικεφαλής managers της περιφέρειας και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων θα αποτελούν σε διοικητικό επίπεδο το Περιφερειακό Συμβούλιο το οποίο συγκαλείτε σε τακτά διαστήματα προκειμένου να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα των όποιων αναγκαίων παρεμβάσεων. Η όλη δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας επιβάλλει την ίδρυση ενός ανεξάρτητου εκτελεστικού οργάνου, του **Εθνικού Συμβουλίου για την διοίκηση του ΕΣΥ**, με εκτελεστικό μηχανισμό. Το όργανο αυτό θα αποτελέσει τον «εγκέφαλο» του συστήματος αφού θα έχει την ευθύνη των βασικών μηχανισμών όπως:

- Την εθνική στατιστική υπηρεσία για τη δημόσια υγεία. Είναι αυτονόητο ότι δεν μπορεί να σχεδιαστεί, να λειτουργήσει και να ελεγχθεί καμιά υπηρεσία του συστήματος χωρίς την ύπαρξη αποτελεσματικής και φερέγγυας στατιστικής υπηρεσίας.
- Την υπηρεσία διατύπωσης των δεικτών για τον έλεγχο της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας όλων των μονάδων υγείας. Οι δείκτες αυτοί δημοσιεύονται απαραίτητα για όλες τις μονάδες υγείας της χώρας και αποτελούν κριτήριο για την επιβίωση των μονάδων αυτών.
- Το **Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας**. Ο ρόλος του Ινστιτούτου είναι η διατύπωση οδηγιών για την καλύτερη δυνατή κλινική φροντίδα και περιλαμβάνει:

- Την ενημέρωση για την αξιολόγηση της υπάρχουσας και της νέας τεχνολογίας υγείας

⁵⁹ Στο ίδιο σ. 10-12

- Την διατύπωση οδηγιών για την αντιμετώπιση ειδικών καταστάσεων και νοσημάτων
- Την διατύπωση οδηγιών για τον έλεγχο των κλινικών πράξεων(audit)

Για εν πολλοίς για αυτονόητους λόγους προτείνεται το Εθνικό Συμβούλιο για την διοίκηση του ΕΣΥ να είναι ανεξάρτητος οργανισμός ιδιωτικού δικαίου με manager-διοικητή που να ορίζεται με την διαδικασία των προέδρων των ΔΕΚΟ και η έδρα του να είναι εκτός Αθηνών⁶⁰.

3.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ (Policy Implementation)

Η φάση της εφαρμογής καλύπτει την ανάπτυξη των διοικητικών εκείνων ενεργειών που οδηγούν στις επιθυμητές εκροές και μέσω αυτών στα επιθυμητά από τον σχεδιασμό αποτελέσματα. Βεβαίως η εφαρμογή δεν γίνεται μόνο με ενέργειες δημοσίων φορέων π.χ. μια επιχείρηση αλλάζει τα προϊόντα της και τον τρόπο δουλειάς της προκειμένου να προσαρμοσθεί σε νέες προδιαγραφές. Οι διοικητικές ενέργειες ωστόσο υποκινούν, επιβάλλουν και πιστοποιούν τις ενέργειες των φορέων της κοινωνίας των πολιτών(πολίτες, επιχειρήσεις κ.λπ.)⁶¹.

Η εφαρμογή προϋποθέτει, εξειδίκευση και ερμηνεία των γενικότερων κανόνων που έχουν θεσπισθεί με την απόφαση και την προσαρμογή τους σε τομεακές ή τοπικές ιδιαιτερότητες. Αυτό παρέχει διακριτική ευχέρεια στους φορείς εφαρμογής. Πολλές φορές τα ερμηνευτικά περιθώρια, δηλαδή η δυνατότητα διασταλτικής ή συσταλτικής ερμηνείας είναι πολύ μεγάλα. Η ερμηνεία συνιστά λήψη απόφασης άρα η εφαρμογή εμπεριέχει αποφάσεις. Οι διαφορές μεταξύ των αποφάσεων που λαμβάνονται σε υψηλότερο ιεραρχικό επίπεδο, από όργανα με αποφασιστική κατά κύριο λόγο αρμοδιότητα, και σε χαμηλότερο ιεραρχικό επίπεδο από όργανα με εκτελεστική κατά βάση αρμοδιότητα, έγκειται στην έκταση και την βαρύτητα των επιπτώσεών τους. Όσες αποφάσεις λαμβάνονται σε σχεδιαστικό επίπεδο έχουν εκτατικά ή χρονικά ευρύτερες και φυσικά ή οικονομικά περισσότερο βαρύνουσες επιπτώσεις από εκείνες που λαμβάνονται σε εκτελεστικό επίπεδο.

Η εφαρμογή συνεπάγεται επίσης κατάτμηση ενεργειών. Όσοι καλούνται να ενεργήσουν παράλληλα προκειμένου η ληφθείσα απόφαση να εκτελεσθεί και

⁶⁰ Στο ίδιο σ.10-12

⁶¹ Α. Πασσάς, Θ. Τσέκος, «Διαμόρφωση και άσκηση κρατικής πολιτικής» σημειώσεις μαθήματος, σ.73-74 Αθήνα 1999

τα προδιαγραφέντα κατά τον σχεδιασμό αποτελέσματα να επέλθουν, εκτελούν ένα επί μέρους τμήμα των συνολικών εργασιών το οποίο απαιτεί ασφαλώς ιδιαίτερες γνώσεις και δεξιότητες άρα και λειτουργική εξειδίκευση. Η εξειδίκευση αυτή παίρνει χαρακτήρα οργανωτικής διαφοροποίησης και μπορεί να γίνει, σύμφωνα με την ανάλυση των Urwick και Gullik, βάσει ενός από τα παρακάτω κριτήρια⁶²:

- Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα
- Τις μεθόδους εργασίας
- Το κοινό
- Την γεωγραφική αρμοδιότητα

Ως εκ τούτου η εφαρμογή εμπλέκει συνήθως ποικίλους φορείς δημόσιας δράσης οι οποίοι διαθέτουν διαφορετική τεχνογνωσία, κουλτούρα, προτεραιότητες και στοχεύσεις. Το γεγονός αυτό συνδέει και εξαρτά τις διαδικασίες εφαρμογής με:

- την εσωτερική δομολειτουργική διαφοροποίηση
- την μετάθεση στόχων, δηλαδή την υποκατάσταση των επίσημα διακηρυγμένων κοινών στόχων από επί μέρους ειδικές στοχεύσεις των συμπλεγόμενων δρώντων υποκειμένων
- τις αντιθέσεις/συγκρούσεις μεταξύ φορέων και επιπέδων διοίκησης.

Από αυτή την σκοπιά γίνεται σαφές ότι το γεγονός της διαδοχικής ή παράλληλης συνεμπλοκής, στην άσκηση μιας δημόσιας πολιτικής, φορέων όπως η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τα Υπουργεία, οι Περιφέρειες, τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, οι Νομαρχίες, οι Δήμοι κ.λπ. γεννά κινδύνους αναποτελεσματικότητας και χαμηλής απόδοσης π.χ. επικαλύψεις αρμοδιοτήτων και ενεργειών, κακή επικοινωνία, διπλές δαπάνες για το ίδιο αποτέλεσμα κ.λπ..

Για την αντιμετώπιση προβλημάτων αυτής της τάξεως απαιτείται ιδιαίτερα αποτελεσματικός συντονισμός. Αυτός επιτυγχάνεται καταρχήν μέσα από τα αναπτυσσόμενα δίκτυα άσκησης δημοσίων πολιτικών τα οποία διατηρώντας τακτή και συστηματική επαφή μεταξύ των συνεμπλεγόμενων φορέων βελτιώνουν την επικοινωνία, επιτρέπουν την διακίνηση και διευκρίνιση των πληροφοριών, την εκτόνωση των εντάσεων κ.λπ.. Τα δίκτυα αυτά θα πρέπει να αναπτύσσονται γύρω από όργανα συντονισμού ενώ θα πρέπει να δημιουργούνται και όργανα «τομής», δηλαδή όργανα τα οποία θα έχουν την

⁶² Στο ίδιο σ.73-74

αρμοδιότητα λήψης της τελικής απόφασης επί των διαφωνιών και διαφορών προκειμένου να μην αδρανοποιούνται οι διαδικασίες και δημιουργούνται αδιέξοδα⁶³.

Για τη εφαρμογή εξ άλλου απαιτείται καθοδικός προγραμματισμός. Αυτός περιλαμβάνει:

- Λειτουργική εξειδίκευση των εκροών που συνθέτουν τα επιθυμητά αποτελέσματα και των αναγκαίων ενεργειών για την επίτευξη των εκροών αυτών.
- Κάθετες συμφωνίες μεταξύ ιεραρχικά διαφοροποιημένων επιπέδων επί των εκροών και των ενεργειών.
- Χρέωση συγκεκριμένων στόχων και ενεργειών από τα υπερκείμενα στα υποκείμενα ιεραρχικά στάδια.
- Παρακολούθηση (monitoring) από το υπερκείμενο επίπεδο του τρόπου εκτέλεσης των διαδικασιών από το υποκείμενο επίπεδο και διόρθωση των ενεργειών έτσι ώστε να εξασφαλίζονται οι επιθυμητές εκροές ή σε περίπτωση αδυναμίας βελτίωσης των επιδόσεων να γίνει τροποποίηση των στόχων.

Η πλέον διαδεδομένη μέθοδος καθοδικού διοικητικού προγραμματισμού με τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι η διοίκηση μέσω Στόχων (Management By Objectives-MBO). Κάθε πρόγραμμα εφαρμογής δημοσίων πολιτικών πρέπει να διαθέτει τα ακόλουθα βασικά στοιχεία:

- Συγκεκριμένοι στόχοι, συνοδευμένοι από κριτήρια επιτυχίας.
- Μετρήσιμους δείκτες τελικών και ενδιάμεσων αποτελεσμάτων.
- Κρίσιμες παραμέτρους επιτυχίας.
- Χρονοδιάγραμμα επίτευξης των τελικών και ενδιάμεσων στόχων.
- Ανάλυση της διαδικασίας και προσδιορισμός ενεργειών και βημάτων με τρόπο που να διαμορφώνεται μια ελάχιστη τυποποίηση του τρόπου δράσης αλλά να διατηρούνται και όλες οι αναγκαίες ευελιξίες.
- Χρονοδιάγραμμα εκτέλεσης ενεργειών και βημάτων. Οι πλέον διαδεδομένοι μέθοδοι χρονοπρογραμματισμού είναι οι μέθοδοι Gantt και PERT.
- Αναγκαίες εξουσιοδοτήσεις προς ενέργεια σε συλλογικά ή ατομικά όργανα.
- Σαφή διάκριση ρόλων των δρώντων υποκειμένων που εμπλέκονται στην εφαρμογή. Ατομικούς υπό-στόχους ενός έκαστου, των οποίων το άθροισμα να συνθέτει τους γενικότερους στόχους.
- Σαφή γνώση αλληλεξαρτήσεων μεταξύ των ρόλων των δρώντων υποκειμένων. Ο καθένας να γνωρίζει το πώς αυτό που κάνει ο ίδιος

⁶³ Στο ίδιο σ. 73-74

επηρεάζει ή επηρεάζεται από όσα κάνουν οι λοιποί συμπλεκόμενοι στην διαδικασία.

- Σαφή γνώση κριτηρίων και χρονικών σημείων ελέγχου (monitoring) και αξιολόγησης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η εφαρμογή ανατροφοδοτεί τόσο τον σχεδιασμό όσο και την απόφαση. Στοιχεία και δεδομένα που προκύπτουν από την υλοποίηση μιας ήδη σχεδιαζόμενης και αποφασιζόμενης πολιτικής μπορούν να χρησιμοποιούνται προκειμένου να βελτιώνεται ο αρχικός σχεδιασμός και οι σχετικές αποφάσεις, προκειμένου η σε εξέλιξη πολιτική να γίνει αποτελεσματικότερη ή ρεαλιστικότερη⁶⁴.

3.4.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ

Η φάση της αξιολόγησης περιλαμβάνει την σύγκριση του προγραμματισμού με τα επιτευχθέντα αποτελέσματα προκειμένου να πιστοποιηθεί κατά πόσο οι στόχοι που τέθηκαν ικανοποιούνται. Η αξιολόγηση για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να έχει σχεδιασθεί προσεκτικά. Να αποτελεί δηλαδή και η ίδια τμήμα της διαδικασίας προγραμματισμού. Βασικά στοιχεία μιας διαδικασίας αξιολόγησης είναι τα ακόλουθα⁶⁵:

- Κριτήρια επιτυχίας σαφώς προσδιορισμένα
- Δείκτες για την ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων
- Κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας αποσαφηνισμένοι
- Τρόπος και χρόνος ελέγχου (monitoring) γνωστοί εκ των προτέρων
- Τρόπος και χρόνος τελικής αξιολόγησης γνωστοί εκ των προτέρων

Τα βήματα για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης είναι τα εξής:

1. Πριν από την έναρξη του προγράμματος προηγούνται εκ των προτέρων μετρήσεις προκειμένου να σχηματισθεί σαφής εικόνα της υφιστάμενης κατάστασης πριν από την παρέμβαση της ασκούμενης δημόσιας πολιτικής. Η φάση αυτή καλείται *ex ante* διαδικασία.
2. Τίθενται οι ποσοτικοποιημένοι στόχοι της επιδιωκόμενης βελτίωσης.

⁶⁴ Στο ίδιο σ.73-74

⁶⁵ Α. Πασσάς, Θ. Τσέκος, «Διαμόρφωση και άσκηση κρατικής πολιτικής» σημειώσεις μαθήματος, σ.78-84 Αθήνα 1999

3. Πραγματοποιούνται ενδιάμεσες μετρήσεις κατά την διάρκεια εφαρμογής και την παρακολούθησή της (monitoring) για έγκαιρη αναδιάρθρωση των ενεργειών ή τροποποίηση των στόχων. Η φάση αυτή αποτελεί την on going διαδικασία⁶⁶.
4. Μετά την ολοκλήρωση της εφαρμογής πραγματοποιούνται εκ των υστέρων μετρήσεις των επιλεγέντων δεικτών προκειμένου να αποτυπωθεί η υφιστάμενη κατάσταση που προέκυψε από την παρέμβαση του προγράμματος.
5. Γίνεται σύγκριση των προηγούμενων του προγράμματος μετρήσεων με τις νέες μετρήσεις κατόπιν εφαρμογής του προγράμματος και εκτιμάται το ποσοστό επίτευξης στόχων. Η φάση αυτή αποτελεί την ex post διαδικασία.
6. Με βάση τα παραπάνω ποσοτικά στοιχεία επιχειρείται στην συνέχεια ο καθορισμός των παραμέτρων της επιτυχίας ή των αιτιών της αποτυχίας.
7. Ακολουθεί ο καθορισμός της έκτασης επίλυσης του προβλήματος ή κάλυψης των αναγκών που οδήγησαν στην ανάδυση του θέματος και στην ανάπτυξη της δημόσιας πολιτικής.
8. Τέλος, βάσει των δεδομένων που προέκυψαν από τις προηγούμενες φάσεις λαμβάνεται η απόφαση για το μέλλον του προγράμματος. Η απόφαση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε λύσεις:
 - Συνέχισης του προγράμματος, που κρίνεται αποτελεσματικό ως έχει,
 - Τροποποίησης του προγράμματος, που κρίνεται ότι μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα και σε άλλα πεδία ή σε μεγαλύτερη έκταση εντός του ίδιου πεδίου,
 - Περιορισμού του προγράμματος που κρίνεται ότι πέτυχε εν μέρει τα αποτελέσματά του ή που θεωρείται ότι δεν μπορεί να επηρεάσει όλες τις παραμέτρους που είχε αρχικά υποτεθεί ή στην έκταση που είχε αρχικά υπολογισθεί.
 - Τερματισμού του προγράμματος που κρίνεται ότι ολοκλήρωσε τους στόχους του ή που θεωρείται ότι δεν είναι σε θέση να τους επιτύχει,
 - Τέλος επιχειρείται η επεξεργασία προτάσεων και εναλλακτικών λύσεων βελτίωσης και αλλαγών.

⁶⁶ Στο ίδιο σ. 78-84

Για να ληφθούν ορθές αποφάσεις για την συνέχιση ή τον τερματισμό του προγράμματος απαιτείται η τεκμηρίωση του ότι τα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα επί του προβλήματος(outcomes) οφείλονται στο πρόγραμμα και στις εκροές του(outputs) και όχι σε εξωτερικούς ως προς το πρόγραμμα παράγοντες. Για τον σκοπό αυτό⁶⁷:

- Γίνονται παράλληλες μετρήσεις στην ομάδα-στόχο του προγράμματος και σε μια ομάδα με τα ίδια χαρακτηριστικά και την ίδια εμπλοκή στο πρόβλημα η οποία όμως δεν υφίσταται τις συνέπειες του προγράμματος(ομάδα ελέγχου).
- Γίνονται (ex post) προβολές, δηλαδή σενάρια της κατάστασης, με όλες τις λοιπές επηρεάζουσες παραμέτρους αμετάβλητες(ceteris paribus) χωρίς συνυπολογισμό των στοιχείων που εισήγαγε το πρόγραμμα προκειμένου να προσομοιωθεί η εξέλιξη της πραγματικότητας χωρίς την ανάπτυξη του προγράμματος
- Γίνεται λεπτομερής ανάλυση των λοιπών επηρεαζουσών παραμέτρων(σε επίπεδο σχεδιασμού) και εν συνεχεία παρακολουθούνται τόσο κατά την διάρκεια της εφαρμογής(on going) όσο και εκ των υστέρων(ex post) για να καταγραφεί η εξέλιξή τους και οι τυχόν επιπτώσεις τους. Η on going παρατήρησή τους χρησιμοποιείται για την τροποποίηση των ενεργειών του προγράμματος ή των στόχων του.
- Γίνονται πιλοτικές εφαρμογές σε αντιπροσωπευτικά πεδία και εξάγονται συμπεράσματα πριν την γενικευμένη εφαρμογή.

Ένα σημαντικό προϊόν της διαδικασίας αξιολόγησης είναι ο προσδιορισμός των «δραστικών συστατικών» του προγράμματος. Του πόσο δηλαδή καθένας από τους ειδικότερους παράγοντες της παρέμβασης επηρεάζει το τελικό αποτέλεσμα. Ο προσδιορισμός των δραστικών συστατικών του προγράμματος καθορίζει το ποιες μέθοδοι παρέμβασης πρέπει να διατηρηθούν, ποιες να διακοπούν, ποιες να ενισχυθούν και ποιες να τροποποιηθούν στον βαθμό που απορροφούν πόρους, δεδομένου ότι προέχει η μείωση του κόστους και ως εκ τούτου οι διαθέσιμοι πόροι θα πρέπει να κατανέμονται με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο. Το ζητούμενο εδώ είναι να καθορίσουμε τους τρόπους με τους οποίους θα μετρήσουμε τους συγκεκριμένους δραστικούς παράγοντες. Πριν καταλήξουμε σε ένα συμπέρασμα για την σχέση αιτίας και αποτελέσματος να συνεξετάσουμε μια σειρά παραγόντων όπως:

⁶⁷ Στο ίδιο σ. 78-84

A. ΤΗΝ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Να απαντήσουμε δηλαδή στο ερώτημα του αν συνδέονται τα επιτευχθέντα αποτελέσματα με παραμέτρους του προγράμματος ή με ξένες προς αυτό παραμέτρους εξετάζοντας:

1. Τα παράλληλα συμβάντα: τι άλλα γεγονότα εξελίχθηκαν παράλληλα με το πρόγραμμα που εξετάζουμε και θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα⁶⁸.
2. Στατιστικούς παράγοντες: αν το πρόγραμμα εφαρμόζεται ή αν οι μετρήσεις πραγματοποιούνται σε μονάδες που έχουν χαμηλές επιδόσεις, αυτές θα έχουν ενδεχόμενα μια φυσική, στατιστική, τάση να επιδείξουν σημαντική αύξηση της απόδοσής τους, ενώ αν χρησιμοποιούνται μονάδες, που ήδη αγγίζουν τα όρια της απόδοσής τους η αυξητική τους επίδραση θα είναι ή θα φαίνεται πιο περιορισμένη.
3. Το κατά πόσο συντρέχει η λεγόμενη «αντίστροφη αιτιολογία»: η βελτίωση των επιδόσεων δεν προήλθε ως αποτέλεσμα της ενίσχυσης του προγράμματος αλλά αντιστρόφως το πρόγραμμα ενίσχυσε μονάδες που ήταν δεδομένο ότι θα επιδείκνυαν υψηλές επιδόσεις. Η παρατηρούμενη τάση να ενισχύουμε τους ισχυρότερους διαστρεβλώνει τα αποτελέσματα.
4. Την ουσιαστική τελεσφορία του προγράμματος: το κατά πόσο δηλαδή οι πόροι του προγράμματος χρησιμοποιούνται από τους ενισχυόμενους για δράσεις συνδεδεμένες με τους στόχους του.
5. Αντιστάθμιση από τρίτες πηγές: π.χ. μονάδες που δεν παίρνουν ενίσχυση από το πρόγραμμα καταφεύγουν σε άλλες πηγές ή ενεργοποιούν άλλες δυνατότητές τους και βελτιώνουν τις επιδόσεις τους
6. Κινητοποίηση και αδρανοποίηση: το πρόγραμμα μπορεί είτε να κινητοποιεί είτε να αδρανοποιεί όσους επωφελούνται και το ίδιο όσους δεν επωφελούνται. Η στάση τους απέναντι σε αυτό εξαρτάται από το ποια είναι η άμεση ή μακροπρόθεσμη στρατηγική τους.

B. ΤΗΝ ΣΧΕΔΙΑΣΤΙΚΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1. Ως προς τις αιτίες: ποιο είναι το δραστικό συστατικό και γιατί.
2. Ως προς τα αποτελέσματα: ποιο είναι το υποσύνολο των στόχων που κυρίως επηρεάζεται και γιατί.

⁶⁸ Στο ίδιο σ. 78-84

Γ. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Κρίνουμε αν συμπεράσματα αιτιότητας, δηλαδή σύνδεση αποτελεσμάτων με αιτίες που εξήχθησαν με το ίδιο αντικείμενο σε άλλες συνθήκες ή με το άλλο αντικείμενο στις ίδιες συνθήκες μπορούν να γενικευθούν. Η ακολουθούμενη μέθοδος εκτίμησης είναι η εξής:

- Αναλύουμε λεπτομερειακά το πρόγραμμα στα συστατικά του και εντοπίζουμε με εμπειρικές μετρήσεις τα δραστικά όπως ακριβώς κάνουμε και στην ανάλυση της σχεδιαστικής αξιοπιστίας⁶⁹.
- Αναλύουμε το πρόβλημα στις συνιστώσες του. Εντοπίζουμε τις κοινές συνιστώσες του με το δεύτερο πρόβλημα-αντικείμενο.
- Συνδέουμε τα δραστικά συστατικά με τις κοινές μόνο συνιστώσες. Ελέγχουμε δηλαδή το πώς τα δραστικά συστατικά επηρεάζουν, στο πεδίο που το πρόγραμμα έχει ήδη εφαρμοστεί, τις συνιστώσες εκείνες του αρχικού προβλήματος που απαντώνται και στο δεύτερο πρόβλημα ή πεδίο.
- Ενδεχόμενα χρησιμοποιούμε ένα περιορισμένο πρόγραμμα-πilότο στο νέο πεδίο που θα μας βοηθήσει να δούμε και άλλες επιδράσεις: π.χ. μη δραστικών συστατικών ή επιπτώσεις σε μη κοινά χαρακτηριστικά. Οι μέχρι εδώ περιγραφείσες μέθοδοι δείχνουν την επίδραση της διοικητικής δράσης πάνω στους στόχους που έχουν οριστεί. Απαιτείται όμως και μια διαφορετική αξιολογητική προσέγγιση. Εμφανίζονται συχνά επιπτώσεις μη προβλεφθείσες επάνω σε τρίτους παράγοντες, μέσα και γύρω από τον χώρο εφαρμογής των προγραμμάτων, καθώς και μη επιδιωκόμενα αποτελέσματα. Και αυτά τα έμμεσα αποτελέσματα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη διότι συνιστούν επιπτώσεις του προγράμματος. Η μέθοδος καταγραφής τους είναι η ακόλουθη:
 1. Να επιχειρείται από την σχεδιαστική ακόμα φάση όσο το δυνατόν λεπτομερέστερη ανάλυση των προβλημάτων σε συνιστώσες και υποσυνιστώσες για να καλύπτουμε όλα τα δεδομένα.
 2. Όσο προσεγγίζουμε το συγκεκριμένο πεδίο κατά και μετά την εφαρμογή δεν πρέπει να περιοριζόμαστε στην μηχανική χρήση του σχεδιαστικού υποδείγματος των συνιστωσών οι οποίες εντοπίστηκαν κατά τη φάση προσδιορισμού του στόχου. Πρέπει,

⁶⁹ Στο ίδιο σ.78-84

αντίθετα να επιχειρείται νέα ανάλυση των συνιστωσών των παραμέτρων του προβλήματος όπως εμφανίζονται στο συγκεκριμένο πεδίο που ελέγχεται.

3. Τέλος δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται το υποκείμενο της παρέμβασης αποκομμένο από το περιβάλλον του.

Απαιτείται πάντοτε ο εντοπισμός των βασικών παραμέτρων της διαδικασίας αλληλοδιάδρασης του πεδίου όπου εφαρμόζεται το πρόγραμμα με το ευρύτερο περιβάλλον του και η καταγραφή των επιπτώσεων που προκύπτουν από την διάδραση του προγράμματος με το ευρύτερο αυτό περιβάλλον.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω εργαλεία και θεωρίες μπορούν κάλλιστα να εφαρμοστούν εκτός από το πεδίο της κεντρικής εξουσίας και στο περιβάλλον ενός δημόσιου οργανισμού και ειδικότερα στο συγκεκριμένο θέμα που εξετάζει η εργασία αυτή, που δεν είναι άλλο από την διοίκηση-διαχείριση της κεντρικής εξουσίας που είναι στην περίπτωση μας το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αλλά και στο καθεστώς των δημόσιων νοσοκομείων⁷⁰.

3.5 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ *

Η μελλοντική στρατηγική για την ανάπτυξη των νοσοκομείων εστιάζεται σύμφωνα με την «Πρωτοβουλία για τον εκσυγχρονισμό στην υγεία και το κοινωνικό κράτος» στα εξής κεντρικά σημεία⁷¹:

- Στη διαφύλαξη και ανάπτυξη της οικονομικής ευεξίας(δομή κόστους κ.λπ.)
- Στην ολοκλήρωση του γενικού δικτύου παροχής υπηρεσιών(στην πόλη, στην περιφέρεια κ.λπ.) αλλά και της κατάλληλης εξειδίκευσης
- Στη μετάλλαξη της διοικητικής δομής με στόχο την ενεργό συμμετοχή όλων, ιδιαίτερα όμως του ιατρικού προσωπικού, που θα αναλάβει ολοκληρωμένα και συνεχώς αξιολογούμενα προγράμματα περίθαλψης
- Στη μελλοντική επενδυτική πολιτική που θα αφογκράζεται τις ανάγκες του πλυθησμού(ή των «πελατών») με στόχο όχι μόνο τις κλασσικές- παραδοσιακές νοσοκομειακές νοσηλείες.

⁷⁰ Στο ίδιο σ.78-84

⁷¹ Γ. Δατσέρης, Α. Δημόπουλος, Ν. Μαρουδιάς, Β. Μωραΐτης, Ν. Πολύζος, Άρης Σισσούρας, Πρωτοβουλία για τον εκσυγχρονισμό στην υγεία και το κοινωνικό κράτος, Πρόταση για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας, σ.12-14 Αθήνα Φεβρουάριος 2000

- Στη ανάπτυξη, εξειδίκευση και χρήση έξυπνης, εναλλακτικής και ήπιας τεχνολογίας που κατά περίπτωση θα είναι συνεχώς ανανεώσιμη
- Στην ανάπτυξη της ιατρικής με βάση τις ενδείξεις (Evidence-based medicine)
- Στις αυξανόμενες πιέσεις από τους αγοραστές-χρηματοδότες με στόχο την προτυποποίηση αποδοτικών συμπεριφορών και ποιότητας καθώς και τη σύνδεση τους με οικονομικά κίνητρα και αντικίνητρα⁷².

Η βασική φιλοσοφία του νόμου θα είναι η δυνατότητα των νοσοκομείων να λειτουργούν ως αυτόνομες επιχειρήσεις στο πλαίσιο του εθνικού σχεδιασμού. Αυτό καθίσταται δυνατό όχι μόνο με την πρόσληψη managers αλλά κυρίως με την διασφάλιση περιβάλλοντος ελεύθερου management, δηλαδή με τον πλήρη έλεγχο όλων των παραγωγικών συντελεστών συμπεριλαμβανομένου και αυτού της εργασίας. Είναι αυτονόητο ότι δεν είναι εφικτή η αλλαγή των εργασιακών σχέσεων των ήδη υπηρετούντων αλλά στο μέλλον όλοι οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας θα έχουν σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, συμπεριλαμβανομένων και των γιατρών, η οποία θα καθορίζεται μέσω συλλογικών διαπραγματεύσεων οι δε προσλήψεις, αντικαταστάσεις κ.λπ. θα γίνονται αποκλειστικά από τα νοσοκομεία στο πλαίσιο υλοποίησης του επιχειρησιακού σχεδίου που έχει εγκριθεί και της υλοποίησης των προϋπολογισμών.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του νέου ιδρυτικού νόμου που είχε προταθεί από την «Πρωτοβουλία για τον εκσυγχρονισμό στην υγεία και το κοινωνικό κράτος» είναι:

- Πλήρης αυτονομία των νοσοκομειακών μονάδων από το υπουργείο υγείας σε ότι αφορά στην διαχείριση, τις προσλήψεις, τον προληπτικό έλεγχο. Όλα θα κρίνονται εκ του αποτελέσματος.
- Εισαγωγή μεθόδων και τεχνικών για την υψηλότερη απόδοση των τεχνικοοικονομικών λειτουργιών και την διαχείριση των πόρων (Μονάδες ελέγχου του κόστους και κέντρα κόστους)
- Η θεσμοθέτηση Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης (Business Plan) μέσα από το οποίο θα καθορίζονται προτεραιότητες, στρατηγικές και τακτικοί στόχοι σύμφωνα με τις κατευθύνσεις

⁷² Στο ίδιο σ.12-14

της γενικότερης πολιτικής υγείας. Η υλοποίηση του Ε.Σ.Δ. θα αποτελεί και το κριτήριο αποτελεσματικότητας του management.

- Η υιοθέτηση πολιτικών κινήτρων όπου το σύστημα θα επιβραβεύει περισσότερο εκείνους που είναι παραγωγικότεροι και χρησιμοποιούν αποδοτικά τους πόρους
- Δυνατότητα σύναψης συμβάσεων με τον ιδιωτικό τομέα με στόχο την παροχή συμβουλών διοίκησης σε εξειδικευμένα θέματα οργάνωσης, διοίκησης προσωπικού, οικονομικής διαχείρισης, πληροφορικής και άλλων θεμάτων management.

Βασικό στοιχείο της μεταρρύθμισης Υγεία 2000 είναι ο επανασχεδιασμός του Νοσοκομειακού χάρτη της χώρας.

Αυτό θα επιτευχθεί με τις συγχωνεύσεις, μετακινήσεις ή ακόμα και καταργήσεις νοσοκομειακών μονάδων όπου κρίνεται αναγκαίο. Μόνο έτσι μπορούν να σχεδιαστούν συστήματα ολοκληρωμένης νοσοκομειακής φροντίδας αλλά και να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων.

Απαιτείται ταυτόχρονα ένας νέος ιδρυτικός νόμος για την διοικητική μορφή των νοσοκομείων που θα καταργεί το νόμο 2552/1953 που όριζε τη λειτουργία τους ως Ν.Π.Δ.Δ⁷³.

h

3.5.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η μεταρρύθμιση και εκσυγχρονισμός του υποσυστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι όσο ποτέ άλλοτε αναγκαία. Η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και αποδοτικού συστήματος θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα στο πλαίσιο της ανασυγκρότησης του ΕΣΥ⁷⁴. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που πρέπει να υιοθετηθούν θα πρέπει να στοχεύουν στη δημιουργία ενός πραγματικού Εθνικού Συστήματος Υγείας που θα έχει σαν στρατηγικό του στόχο την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή του επιπέδου υγείας και όχι απλά τη δημιουργία υπηρεσιών και μονάδων περίθαλψης.

Το σύστημα θα πρέπει να προασπίζει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας περιορίζοντας την πλασματική και άσκοπη χρήση των υψηλού κόστους υπηρεσιών και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών.

⁷³ Στο ίδιο σ.12-14

⁷⁴ Γ. Δατσέρης, Α. Δημόπουλος, Ν. Μαρουδιάς, Β. Μωραΐτης, Ν. Πολύζος, Άρης Σισσούρας, Πρωτοβουλία για τον εκσυγχρονισμό στην υγεία και το κοινωνικό κράτος, Πρόταση για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας, σ.14-18, Αθήνα Φεβρουάριος 2000

Στρατηγικός στόχος θα πρέπει να είναι η λειτουργική σύνδεση των δύο αυτόνομων μέχρι σήμερα χώρων και η δημιουργία του «**ΕΝΙΑΙΟΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΧΩΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ και ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**».

Οι αναγκαίες ρυθμίσεις και παρεμβάσεις με στόχο τη δημιουργία αυτού του ολοκληρωμένου συστήματος θα πρέπει να έχουν τη μορφή ενός ολοκληρωμένου επιχειρησιακού προγράμματος, που θα αφορά παράλληλες αλλαγές τόσο στο οργανωτικό και το λειτουργικό επίπεδο και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης, όσο και ιδιαίτερα στη διαδικασία και τους μηχανισμούς εκπαίδευσης και ανάπτυξης των ανθρώπινων πόρων.

Οι βασικοί άξονες της πρότασης για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι⁷³:

1. Να υλοποιηθούν άμεσα οι διατάξεις του Ν. 2519/97 για τη δημόσια και σχολική υγεία.
2. Να δοθεί άμεση προτεραιότητα στις ειδικότητες της Γενικής Ιατρικής, της Κοινωνικής Ιατρικής και της Ιατρικής της Εργασίας, και
3. Να αρχίσουν άμεσα οι διαδικασίες οργάνωσης του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, βασικής συνιστώσας της Π.Φ.Υ.

Οι προϋποθέσεις οργάνωσης και λειτουργίας θα πρέπει να είναι:

- I. Η δυνατότητα επιλογής των ασφαλιστικών οργανισμών του τρόπου παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας είτε με τη δική τους υποδομή και μηχανισμό είτε με «αγορά» υπηρεσιών από:
 - i. Κέντρα Υγείας
 - ii. Δημοτικά Ιατρεία
 - iii. Κοινοπραξίες ιδιωτών γενικών ιατρών.
 - iv. Οποιοδήποτε άλλο σχήμα διασφαλίζει το φάσμα και την ποιότητα των αναγκαίων ειδικών φροντίδων, όπως εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, ειδικά κέντρα εξωνοσοκομειακής φροντίδας(διαβητολογικά κ.λπ.)
- II. Η παρέμβαση της Πολιτείας στη θεσμοθέτηση υποχρεωτικού ελάχιστου «πακέτου» υπηρεσιών ΠΦΥ που θα παρέχεται στους ασφαλισμένους του κάθε οργανισμού.
- III. Κάθε ασφαλιστικός οργανισμός είναι υποχρεωμένος να διαθέτει, στα πλαίσια ενός σχήματος managed care, ειδικό μηχανισμό συντονισμού και διαχείρισης των προβλημάτων υγείας κάθε ασφαλισμένου και ελέγχου της ποιότητας των προσφερόμενων φροντίδων αλλά και των

⁷³ Στο ίδιο σ.14-18

οικονομικών-διαχειριστικών συνιστωσών των παρεχομένων υπηρεσιών, με στόχο τη μείωση της πλασματικής ζήτησης και της σπατάλης. Σε περίπτωση αδυναμίας δημιουργίας αυτοδύναμης υπηρεσίας υποχρεώνεται να «αγοράσει» αντίστοιχες υπηρεσίες από εξειδικευμένους προς τούτο φορείς.

IV. Ο τρόπος αμοιβής των γιατρών είναι ένα μεικτό «πακέτο» που περιλαμβάνει:

- ✓ Την κατά κεφαλή αμοιβή ανά εγγεγραμμένο ασφαλισμένο στη λίστα του γιατρού από το ταμείο στο οποίο ανήκει ο ασφαλισμένος
- ✓ Βασικό μισθό
- ✓ Αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση για επισκέψεις στο σπίτι.
- ✓ Ειδική επιπλέον αμοιβή για την υλοποίηση των υποχρεωτικών προγραμμάτων πρόληψης που αποφασίζονται και χρηματοδοτούνται από το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία
- ✓ Αν οι γιατροί λειτουργούν στο πλαίσιο ομάδας (group practice) δίνονται κίνητρα για την υποδομή και την πρόσληψη διοικητικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- ✓ Επίσης δίνονται κίνητρα για μηχανοργάνωση και τη νοσηλευτική υποστήριξη κάθε ιατρείου που είναι ενταγμένο στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας⁷⁶.

3.6 ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΡ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΛΟΓΟΘΕΤΗ (ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ 'ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ MANAGEMENT ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ')

Ο Τομέας της Υγείας είναι μια μοναδική περίπτωση προσωπικών υπηρεσιών⁷⁷. Για τις περισσότερες προσωπικές υπηρεσίες η ποιότητα μετριέται με βάση την ετοιμότητα, προσβασιμότητα, αξιοπιστία και φιλικότητα στην παροχή της υπηρεσίας. Όλα αυτά ισχύουν και για τις υπηρεσίες υγείας. Επιπροσθέτως όμως, η υπηρεσία υγείας είναι μια υπηρεσία υψηλού επαγγελματισμού και τεχνολογίας. Εκτός των άλλων, η ποιότητα πρέπει να μετριέται σε σχέση με τη συχνότητα επιτυχών διαγνώσεων και επιτυχούς εφαρμογής ιατρικής τεχνολογίας. Με άλλα λόγια οι νέοι πελάτες των υπηρεσιών ψάχνουν για ιατρικά κέντρα, τα οποία να βλέπουν ασθενείς

⁷⁶ Στο ίδιο σ.14-18

⁷⁷ Ν. Λογοθέτης, «Οι θεμελιώδεις αρχές και οι ιδιάζουσες τεχνικές του Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας στον τομέα υπηρεσιών υγείας» Πρακτικά Συνεδρίου για την εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, σ. 41-43, Θεσσαλονίκη 4-6 Νοεμβρίου 1994

άμεσα και να τους μεταχειρίζονται αξιοπρεπώς, αλλά μεγαλύτερη σημασία δίνουν σε κέντρα τα οποία έχουν το μεγαλύτερο δυνατό βαθμό επιτυχίας και επίτευξης των επιθυμητών διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Βέβαια, όσο υψηλή και να είναι η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία και όσο επιτυχημένη και η προϊστορία, μια υπηρεσία που παρέχεται χωρίς συμπάθεια, ευγένεια, ευαισθησία και κατανόηση είναι απίθανο να ικανοποιήσει τα ποιοτικά κριτήρια των πελατών.

Εφόσον λοιπόν είμαστε σε θέση να ξέρουμε τι είναι αυτό που πραγματικά θέλει ο πελάτης στον τομέα υγείας(ταχύτητα, προσβασιμότητα, αξιοπιστία, υψηλή τεχνολογία, επιτυχημένη προϊστορία, ψυχραιμία, λογική, ευαισθησία και αξιοπρεπή μεταχείριση) είναι θέμα κοινής λογικής να επικεντρωθούμε σε αυτά και να προσπαθούμε να τα βελτιώνουμε συνεχώς⁷⁸.

Μια συνεχής προσπάθεια τέτοιου είδους βελτίωσης, για την πλήρη τροποποίηση του εξωτερικού και εσωτερικού πελάτη, είναι η ψυχή του TQM, ακόμη και αν ο όρος TQM δεν είναι δόκιμος για αυτήν την περίπτωση.

Για την αποτελεσματικότητα του TQM τέσσερα είναι τα σημαντικά σημεία στη πορεία, όπου πρέπει να επικεντρωθούν οι προσπάθειες:

1. Συντονισμός και Συντονισμός των δραστηριοτήτων για συνεχή βελτίωση.

Είτε πρόκειται για μια μικρή θεραπευτική Μονάδα, είτε για ολόκληρο Νοσοκομείο, υπάρχει κίνδυνος για «ελεγχόμενο(ή ανεξέλεγκτο!) χάος», όταν πολλές πρωτοβουλίες για βελτίωση δεν συντονίζονται κατάλληλα. Οι υπευθυνότητες για το ποιος θα διοικεί, ποιος θα συντονίζει και ποιος θα υλοποιεί τα project βελτίωσης πρέπει να ξεκαθαριστούν

2. Επαρκής κατανόηση του τι εννοούμε «συμμόρφωση με τις απαιτήσεις» και πως διορθώνουμε τις μη συμμορφώσεις.

Το προσωπικό πρέπει να πιστέψει στην αναγκαιότητα του ελέγχου και της διόρθωσης της απόδοσής του προς χάριν του ασθενούς και όχι προς χάριν της διοίκησης.

3. Κατανόηση της σχέσης μεταξύ «βελτίωσης ποιότητας» και «κόστους».

Σίγουρα χρειάζονται χρήματα για να βελτιωθεί η ποιότητα. Αλλά υπάρχουν περιοχές όπου δεν χρειάζεται μεγάλη χρηματική επένδυση. Μια αλλαγή νοοτροπίας, όπως μια περισσότερο ανθρώπινη και ευγενέστερη φροντίδα στους ασθενείς, μικρές βελτιώσεις στο περιβάλλον του νοσοκομείου, λειτουργικές βελτιώσεις στις ισχύουσες διαδικασίες και πολιτικές, καλύτερος προγραμματισμός για την εισαγωγή των ασθενών, για έκτακτες περιπτώσεις, για επισκέψεις συγγενών, βελτιώσεις στην επικοινωνία για ασθενείς και προσωπικό, βελτίωση στην όλη νοοτροπία για την παροχή υπηρεσιών,

⁷⁸ Στο ίδιο σ. 41-43

παρακίνηση προσωπικού με εκπαίδευση, πρωτοβουλίες, κύκλους ποιότητας κ.λπ., είναι πάντοτε δυνατή.

4. Διατήρηση της συμμετοχής των εργαζομένων.

Πολλά έχουν γραφτεί για παρακίνηση εργαζομένων μέσω επικοινωνίας, εκπαίδευσης και συμμετοχής. Όλα είναι απολύτως αναγκαία ώστε:

- Να κατανοηθεί πλήρως η σημασία της ποιοτικής φροντίδας και της ποιοτικής βελτίωσης
- Να κοινοποιηθούν οι επιτυχίες στην βελτίωση της ποιότητας σε όλο το προσωπικό
- Να δημιουργηθούν τρόποι για περαιτέρω μικρές ή μεγάλες βελτιώσεις
- Να υποστηριχθούν και να ενδυναμωθούν οι τρέχουσες πρωτοβουλίες για την βελτίωση της ποιότητας
- Να ενεργοποιηθεί όλο το προσωπικό στην προώθηση των ιδεών της ποιότητας.

Στόχος όλων των ανωτέρω είναι να αριστοποιηθούν το «τι» και το «πως». Το «τι» έχει να κάνει με την ποιότητα και ικανότητα της θεραπείας και το «πως» με τον τρόπο που παρέχεται η υπηρεσία, η φροντίδα, η επαφή με τους νοσοκόμους, οι εγκαταστάσεις, η υγιεινή κ.λπ.

Για τον καλύτερο προσδιορισμό του «πως το κάνεις» χρειάζεται παρακίνηση όλων των εργαζομένων από τη Διοίκηση, η οποία θα ορίσει τις προτεραιότητες και τους αρχικούς στόχους, και θα αναθέσει υπευθυνότητες, παρέχοντας τους πόρους και την απαιτούμενη υποστήριξη και επιβράβευση.

Αν η εξασφάλιση του «τι» είναι αντικείμενο ενός προγράμματος Διασφάλισης της Ποιότητας, η εξασφάλιση του «πως» είναι αντικείμενο ενός Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας σε κάθε Τμήμα ξεχωριστά. Η διαχείριση της ποιότητας δεν πρέπει να επικεντρώνεται στο Τμήμα Ποιότητας, αλλά να επικεντρώνεται στον κάθε εργαζόμενο στην εταιρεία, στο νοσοκομείο⁷⁹.

3.6.1 ΛΑΘΗ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ

Πρόσφατα αποτυχημένα παραδείγματα σε νοσοκομειακούς οργανισμούς στην Αγγλία υποδεικνύουν τα εξής λάθη που πρέπει να αποφευχθούν⁸⁰:

⁷⁹ Στο ίδιο σ.41-43

⁸⁰ Ν. Λογοθέτης, «Οι θεμελιώδεις αρχές και οι ιδιάζουσες τεχνικές του Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας στον τομέα υπηρεσιών υγείας» Πρακτικά Συνεδρίου για την εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, σ. 43-45, Θεσσαλονίκη 4-6 Νοεμβρίου 1994

- 1) Δεν υπήρξε ξεκάθαρη κατανόηση και διαχωρισμός μεταξύ των εννοιών του Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας, της Διασφάλισης της Ποιότητας(ΔΠ) και των Κύκλων Ποιότητας.
Η ΔΠ δεν είναι TQM και οι ΚΠ μεμονωμένοι δεν αποτελούν πανάκεια.
Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στους Κύκλους Ποιότητας, χωρίς να έχει κατανοηθεί επαρκώς ότι οι ΚΠ:
-δεν αποτελούν λύση τελευταίας στιγμής από μια επερχόμενη χρεοκοπία,
-δεν υποκαθιστούν ένα κακό σύστημα διοίκησης,
-δεν είναι μόνο για τους κατωτέρους,
-δεν μπορούν να δουλέψουν χωρίς ειδικούς,
-δεν είναι ένα πρόσθετο μέτρο ελέγχου της απόδοσης των εργαζομένων,
-δεν μπορούν να συνεχισθούν, χωρίς ηθική ή υλική ανταμοιβή⁸¹.
- 2) Δεν υπήρξε ξεκάθαρος ορισμός της ποιότητας, σχετικά με τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Φυσιολογική συνέπεια αυτού ήταν η αδυναμία να ορισθούν πρότυπα διασφάλισης της ποιότητας, καθώς και η αδυναμία καθορισμού κατάλληλων μέτρων. Και είναι βέβαια γνωστό ότι αν δεν μπορείς να μετρήσεις κάτι, δεν μπορείς να το βελτιώσεις.
- 3) Έλλειψη κατάλληλων μεθόδων αξιολόγησης και ελέγχου της ποιότητας, ώστε να μπορούν να αξιολογηθούν επαρκώς οι προσπάθειες για ΔΠ, καθώς και τα αποτελέσματα των ΚΠ.
- 4) Έλλειψη προκαθορισμένου προϋπολογισμού, σαν μέρος του Business Plan, για την χρηματική υποστήριξη των προσπαθειών βελτίωσης ποιότητας.
- 5) «Συγκέντρωση» υπευθυνότητας σε λίγους(π.χ. στο «Τμήμα Ποιότητας»), ενώ θα έπρεπε να υπάρχει «Αποκέντρωση» σε όλους. Όλοι έχουν ευθύνη για την ποιότητα, για την δημιουργία μιας πιο ανθρώπινης εικόνας προς τον ασθενή.
- 6) Ίσως το πιο σημαντικό: Καμιά προσπάθεια επικοινωνίας με τον πιο σημαντικό κρίκο στην «αλυσίδα παραγωγής». Τον τελευταίο. Τον ασθενή. Τον εξωτερικό πελάτη, του οποίου η γνώμη θα βοηθούσε σε τεράστιο βαθμό στην κατανόηση του τι ακριβώς έχει ανάγκη ο αποδέκτης των Υπηρεσιών Υγείας και του τι πρέπει να γίνει για να ικανοποιηθεί αυτή η ανάγκη.

⁸¹ Στο ίδιο σ.43-45

3.6.2 Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ TQM

Υπήρξαν βέβαια και επιτυχίες. Οργανισμοί που απέφυγαν τα ανωτέρω λάθη, υιοθετώντας ένα απλό μοντέλο που οδηγεί ακίνδυνα και ανώδυνα σε μια κουλτούρα Ολικής Ποιότητας. Το μοντέλο αυτό περιέχει τα εξής στάδια:

1. Αναγνώριση της ανάγκης.

Ένας απλός απολογισμός του κόστους χαμηλής ποιότητας ή μια απλή αξιολόγηση των παραπόνων των ασθενών/επισκεπτών είναι αρκετά για να αποδειχθεί η ανάγκη ύπαρξης μιας Ολικής Ποιότητας.

2. Δέσμευση.

Όταν θα έχει αναγνωρισθεί η ανάγκη, η δέσμευση των αρμοδίων κάθε αυτόνομου φορέα Υπηρεσιών Υγείας θα είναι πιο εύκολη. Χρειάζεται όμως η έμπρακτη απόδειξη της δέσμευσης, μέσω ενός Στρατηγικού Μάνατζμεντ της Ποιότητας, τα στάδια εφαρμογής του οποίου είναι απλά και αποτελεσματικά, αλλά χρειάζεται και για αυτά μια ξεχωριστή σχετική εκπαίδευση.

3. Σχεδιασμός.

Η ποιότητα δεν «συμβαίνει» τυχαία. Πρέπει να προσχεδιαστεί. Σε αυτό το στάδιο πρέπει να προσδιορισθεί το ποιος είναι ο πελάτης(εσωτερικός και εξωτερικός), ποιες οι ανάγκες του, και πως αυτές οι ανάγκες θα ικανοποιηθούν. Θα ορισθούν οι στόχοι βελτίωσης, τα μέσα επίτευξης των στόχων και οι υπεύθυνοι υλοποίησης των έργων βελτίωσης.

4. Επιμόρφωση.

Ο θεμελιώδης λίθος για την βελτίωση. Ένα συνεχές συμβόλαιο με το μέλλον. Επιμόρφωση στην θεωρία και στην πρακτική. Η πράξη θα φέρει την απάντηση, αλλά η ερώτηση θα έρθει από τη θεωρία. Υπάρχουν τα εργαλεία βελτίωσης που πρέπει να μαθευτούν. Υπάρχουν και οι GURU της ποιότητας για να μας βοηθήσουν, όλοι μιλούν την ίδια γλώσσα, ίσως με διαφορετική διάλεκτο.

5. Βελτίωση.

Μέσω των έργων βελτίωσης με συμμετοχή όλων.

6. Έλεγχος-αξιολόγηση των επιτευχθέντων.

Δεν πρέπει να επαναπαυόμαστε, για να μην ξαναχάσουμε αυτά που πετύχαμε.

7. Επιστροφή στο βήμα 1

Για συνεχή βελτίωση. Διότι, όρια για την ποιότητα δεν υπάρχουν. Τα όρια καθορίζονται από τους ίδιους τους ανθρώπους και ιδιαιτέρως από τον Μάνατζερ του Συστήματος.

Διότι ο Μάνατζερ είναι αυτός που θα επηρεάσει με τις πράξεις του και τις αποφάσεις του το μέλλον του Συστήματος ώστε αυτό τελικά να αποδώσει

ποιοτικά. Και μια μη ποιοτική απόδοση σημαίνει ένα ανύπαρκτο μέλλον. Για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Για την ίδια την Ελλάδα⁸².

3.7 ΑΝΑΛΗΨΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι γνωστό ότι οι μέρες όπου ένα νοσοκομείο πρόσφερε μόνο κλινικές υπηρεσίες και τίποτε παραπάνω, έχουν πια περάσει⁸³. Η θεραπεία ή η αντιμετώπιση της αρρώστιας, δεν είναι πλέον ο μοναδικός στόχος κάθε νοσοκομείου. Η ψυχολογική στήριξη των ασθενών και η δημιουργία καλύτερων συνθηκών διαβίωσης κατά την διάρκεια παραμονής τους μέσα στο νοσοκομείο, είναι εξίσου σημαντικές παράμετροι που βοηθούν την ταχύτερη και αρτιότερη ανάρρωσή τους.

Οι παράγοντες αυτοί είναι επίσης σημαντικοί και για τους συγγενείς-επισκέπτες των ασθενών.

Εκτός όμως από την αναγκαιότητα αναμόρφωσης των παραπάνω υπηρεσιών, υπαρκτή είναι εκ* των πραγμάτων μια γενικότερη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου, προκειμένου, να επιτευχθεί επιτυχημένη εύρεση νέων πηγών εσόδων. Έτσι, τα νοσοκομεία σήμερα, βρίσκονται σε μια φάση αναζήτησης νέων τρόπων ανάπτυξης υπηρεσιών, που θα αποφέρουν και αύξηση των εσόδων τους.

Πάνω σε αυτή τη βάση, τα περισσότερα νοσοκομεία του εξωτερικού, κάνουν εδώ και χρόνια, εφαρμογή πλήθους υπηρεσιών επιχειρηματικής διάστασης. Τόσο οι υπηρεσίες που αναπτύσσουν, όσο και οι δυνατότητες που προσφέρουν, αναβαθμίζουν την εμπειρία α. των ασθενών β. των συγγενών-επισκεπτών και γ. των απασχολούμενων στο σύστημα υγείας. Τα νοσοκομεία προσελκύουν, θα λέγαμε και με μια ξενοδοχειακή και όχι μόνο με μια «ιδρυματική» αντιμετώπιση τους χρήστες υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι υπηρεσίες αυτές τους προσθέτουν αρκετά έσοδα στα ταμεία τους, τα οποία επενδύονται για την βελτίωση της ξενοδοχειακής εικόνας αλλά και άλλων υπηρεσιών.

⁸² Στο ίδιο σ.43-45

⁸³ Δ. Κίντα, Επιχειρηματικές ιδέες προσφοράς υπηρεσιών στα νοσοκομεία, σ. 1-4

Αξιοσημείωτο είναι, ότι στο εξωτερικό βλέπουμε πλέον ολόκληρες αλυσίδες από κάθε είδους καταστήματα και υπηρεσίες να αναπτύσσονται μέσα και γύρω από κάθε νοσοκομείο. Η πρακτική αυτή έχει αποδοθεί στα αγγλικά με τον όρο «Retail trend», ή αλλιώς «μοντέλο του εμπορικού κέντρου» και είναι κάτι που αναπτύσσουν τα τελευταία 50 χρόνια τα περισσότερα νοσοκομεία κυρίως στην Αμερική και τον Καναδά αλλά και στην Ευρώπη.

Είναι φυσικό, ο όρος «εμπορική επιχείρηση», που βεβαίως συνδέεται με την έννοια του κέρδους να δημιουργήσει ερωτηματικά, ως προς το πώς ένας κοινωνικού χαρακτήρα οργανισμός όπως το νοσοκομείο, μπορεί να υλοποιήσει επιχειρηματικές δραστηριότητες. Οι επιχειρηματικές ιδέες που προτείνονται, σκοπό βέβαια έχουν την αύξηση των εσόδων του νοσοκομείου, χωρίς αυτό να σημαίνει, ότι αναιρείται ή αλλοιώνεται ο κοινωνικός δημόσιος χαρακτήρας του. Έχει γίνει προσπάθεια, να δοθεί έμφαση στο ποιες από αυτές τις υπηρεσίες, και με ποια διαφοροποιημένη πιθανότητα μορφή, μπορούν να εισαχθούν στο Ελληνικό σύστημα υγείας, ώστε να προσαρμοστούν στον τρόπο σκέψης των ελληνικών νοσοκομείων. Το ζητούμενο είναι να διαχωρίσουμε από τα εφαρμοσμένα σενάρια επιχειρηματικών ιδεών, ποια μπορούν να υιοθετηθούν στο δημόσιο νοσοκομείο, ώστε πραγματικά να βελτιωθεί τόσο η ποιότητα παροχής υπηρεσιών, όσο και η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Για τη καλύτερη κατανόηση της παρούσας μελέτης, χωρίσαμε τις επιχειρηματικές δραστηριότητες σε τέσσερις κατηγορίες⁸⁴:

A. την Επικοινωνία

B. την προσωρινή Διαμονή

Γ. τη Διατροφή και

Δ. τη Ψυχαγωγία

3.7.1 ΕΛΛΑΔΑ: ΕΙΝΑΙ ΤΩΡΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ;

Θεωρείται ότι η σημερινή περίοδος, είναι η κατάλληλη για την υιοθέτηση τέτοιων δραστηριοτήτων από τα νοσοκομεία. Αυτό οφείλεται κυρίως:

1. Στο χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και στην αυξανόμενη ζήτηση για τις αντίστοιχες υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα. Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι ο Έλληνας πολίτης εκφράζει κατά 55% τη δυσαρέσκειά του για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

⁸⁴ Στο ίδιο σ.1-4

2. Στην οικονομική κρίση που αντιμετωπίζουν σήμερα τα νοσοκομεία. Δεν θα αναφερθούμε στις αιτίες αύξησης των δαπανών των νοσοκομείων, αλλά στο γεγονός ότι τα νοσοκομεία σήμερα έχουν περισσότερα έξοδα παρά έσοδα. Είναι προφανές λοιπόν, ότι τα νοσοκομεία οφείλουν να εκπονήσουν κάθε μορφής προσπάθεια αύξησης των εσόδων τους.
3. Στην αυξανόμενη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας από άλλες ευρωπαϊκές χώρες και τα Βαλκάνια. Ήδη μέσα στη τελευταία δετία, οι ασθενείς που έρχονται στην Ελλάδα από το εξωτερικό για ιατρική περίθαλψη, έχουν αυξηθεί.
4. Παράλληλα είναι πλέον και η εμπειρία του εξωτερικού! Στην Ευρώπη και στην Αμερική, η τάση ανάπτυξης παράλληλων επιχειρηματικών δραστηριοτήτων των νοσοκομείων, είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη ήδη, εδώ και πολλά χρόνια.
5. Στη πρόσφατη τροποποίηση προϋπάρχουσας διάταξης του Ν.2519/97 με την οποία στο άρθρο 49 διευκρινίζεται ότι, οι παράλληλες επιχειρηματικές δραστηριότητες που ασκούνται μέσα στα νοσοκομεία, θα ασκούνται μελλοντικά προς όφελος των ίδιων των νοσοκομείων.

3.8 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ (EFQM EXCELLENCE MODEL) ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Το Ευρωπαϊκό Υπόδειγμα Αριστείας (EFQM Excellence model) είναι ένα ολιστικό πλαίσιο διοίκησης, αναγνωρισμένο ως επιχειρησιακό μοντέλο, κατάλληλο για οργανισμούς που επιδιώκουν συνεχή και διαρκή ανάπτυξη. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι η ολική σύζευξη διαδικασιών συνεχούς βελτίωσης (continuous improvement processes) με τη στρατηγική του οργανισμού με σκοπό την ικανοποίηση του πελάτη⁸⁵.

Το υπόδειγμα αριστείας δημιουργήθηκε το 1992 ως πλαίσιο αξιολόγησης επιχειρήσεων κατά την συμμετοχή τους σε ευρωπαϊκούς διαγωνισμούς ολικής ποιότητας (European Quality Award). Σήμερα, είναι το ευρύτερα διαδεδομένο μοντέλο διοίκησης στην Ευρώπη. Το Υπόδειγμα Αριστείας έχει ένα δυναμικό περιεχόμενο και προσαρμόζεται συστηματικά από την Επιτροπή που το δημιούργησε ώστε να ανταποκρίνεται ρεαλιστικά στα σύγχρονα νοσοκομεία.

⁸⁵ Ν. Μπακαλάρου, Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και τεχνολογία, «Η εφαρμογή του Επιχειρησιακού Υποδείγματος Αριστείας στο Νοσοκομειακό χώρο, σ. 87-95

Στον ευρωπαϊκό νοσοκομειακό χώρο είναι επίσης το πιο διαδεδομένο μοντέλο διοίκησης διότι μπορεί να στηρίζει τους οργανισμούς υγείας κατά την διάρκεια των απαραίτητων αλλαγών που-όπως είναι αντιληπτό-, είναι στρατηγικής φύσεως.

Θέματα όπως η Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση, η ελεύθερη διακίνηση των πολιτών είτε ως ασθενείς ή επαγγελματίες υγείας, η διαχειριζόμενη φροντίδα, οι ασφαλιστικές παρεμβάσεις είναι πολύ κοντά και η στρατηγική των νοσοκομείων πρέπει να εμπεριέχει μοντέλα διοίκησης αλλά και κουλτούρα επικεντρωμένη στην απόδοση και την αποτελεσματικότητα.

Πιστεύεται ότι το επιχειρηματικό αυτό υπόδειγμα μπορεί να αποτελέσει το οργανωτικό πλαίσιο που θα οδηγήσει ένα νοσοκομείο στην επίτευξη των στόχων του. Το χαρακτηριστικό της επιτυχούς εφαρμογής του είναι η Αριστεία στην απόδοση που επιβεβαιώνεται βάση στοιχείων. Η αριστεία αυτή περιλαμβάνει: ισχυρό ηγετικό προφίλ, συμμετοχή στη λειτουργία του νοσοκομείου, ενδυνάμωση, στήριξη του προσωπικού, επικέντρωση στον πελάτη(λαμβάνοντας σοβαρότατα υπόψη την επικέντρωση στον «εσωτερικό» πελάτη του νοσοκομείου). Επίσης, η δυναμική της ομάδας, η εμπιστοσύνη, η πληροφορία ως ταχύτατο, αξιόπιστο και ακριβές δεδομένο καθώς και η νοοτροπία της συνεχούς βελτίωσης είναι σημεία-κλειδιά του μοντέλου.

Οι έρευνες σε ευρωπαϊκά νοσοκομεία δείχνουν ότι τα αποτελέσματα της εφαρμογής του είναι, μεταξύ άλλων, η αλλαγή της νοοτροπίας των εργαζομένων, η ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών, η εποικοδομητική κριτική, η δημιουργικότητα και η καινοτομία. Τάσεις για χρήση του Υποδείγματος Αριστείας ως πανάκεια ποιότητας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κριτικά. Υπάρχουν όμως πολλά στοιχεία για την επίδρασή του στα αποτελέσματα πρώτης γραμμής. Αυτά τα αποτελέσματα που επιτρέπουν στους μάνατζερ να εκτιμήσουν αντικειμενικά τη συνολική κατάσταση του νοσοκομείου και να αποφασίσουν για τους στόχους που πρέπει να τεθούν⁸⁶.

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια εφαρμογής ενός τόσο καινοτόμου μοντέλου διοίκησης, υπάρχουν σοβαρά εμπόδια. Από έρευνες που έγιναν σε ευρωπαϊκά νοσοκομεία έχουν καταγραφεί τα σημαντικότερα, όπως η νοοτροπία των επαγγελματιών υγείας και η συμπεριφορά τους. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα εάν δεν έχουν εκ των προτέρων ελεγχθεί και μελετηθεί για τη σωστή διαχείρισή τους. Ακόμη έλλειψη κεφαλαίου, αλλά και χρόνου όπως επίσης και το σχετικό μέγεθος του νοσοκομείου αναφέρονται ως εμπόδια.

⁸⁶ Στο ίδιο σ.87-95

Πιστεύεται ότι το Υπόδειγμα Αριστείας είναι ένα αξιόπιστο και αποτελεσματικό εργαλείο διοίκησης οργανισμών υγείας. Και αυτό γιατί ενσωματώνει διοίκηση μέσω αποτελεσμάτων, αποδείξεων και στοιχείων για αυτά, αναγνώριση της ολιστικής φύσης του Νοσοκομείου και δημιουργία εξελικτικής νοοτροπίας.

3.8.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ

Το Υπόδειγμα Αριστείας είναι ένα ολιστικό μοντέλο-πλαίσιο διοίκησης και είναι αποτελεσματικό όταν εφαρμόζεται ως τέτοιο. Διοικητικοί το χαρακτηρίζουν εμπειριστατωμένο μοντέλο Ολικής Ποιότητας (Wiele et al, 1996). Πολλοί συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι μπορεί να υποστηρίξει μια συστηματική και οργανωμένη ανάπτυξη Ολικής Ποιότητας. Το μοντέλο αυτό αναγνωρίζει ότι υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις για να επιτύχουμε Αριστεία σε συστηματική βάση.

Τι εννοείται όμως ως «Αριστεία». Είναι τα αποτελέσματα αυτά που παρουσιάζουν θετική απόδοση, συναντούν τους οριοθετούμενους στόχους, είναι συγκρίσιμα με αντίστοιχα άλλων οργανισμών και μπορούν να αποδοθούν σε αιτιατούς παράγοντες. Εκτιμάται ότι άριστη απόδοση σε μια συγκεκριμένη λειτουργία του νοσοκομείου είναι εύκολο να επιτευχθεί ευκολότερα και για μικρό χρονικό διάστημα. Η πραγματική «Αριστεία» είναι ένας ρεαλιστικός στόχος που αφορά όλον τον οργανισμό, είναι χρονοβόρα στην εφαρμογή της αλλά επηρεάζει θετικά όλο τον οργανισμό και όχι μόνο μια λειτουργία του⁸⁷.

Η ικανότητα των νοσοκομείων να εξελίσσονται και να βελτιώνονται συστηματικά είναι μια παράμετρος που αναδεικνύει το προφίλ τους και τη μελλοντική τους παρουσία στο χώρο (Samuelson and Nilson, 2002). Το Υπόδειγμα Αριστείας χαρακτηρίζεται ως εργαλείο αλλαγής. Έχει δυναμικό χαρακτήρα γιατί επηρεάζει την κουλτούρα του νοσοκομείου, με σκοπό να προκαλέσει σημαντική διαφορά στην απόδοσή του. Αυτή η προσέγγιση στο μηχανισμό λειτουργίας των συστημάτων του νοσοκομείου για τη δημιουργία ποιότητας χαρακτηρίζεται από την ολοκλήρωση όλων των λειτουργιών και δραστηριοτήτων και την επικέντρωσή τους στον «πελάτη».

Αυτό που οι Car και Littman (1993) παρατηρούν είναι ότι στο παρελθόν πολλές πρωτοβουλίες ποιότητας, που είχαν κυριαρχήσει στους οργανισμούς

⁸⁷ Στο ίδιο σ.87-95

υγείας, είχαν τεχνοκρατικό ή γενικό χαρακτήρα. Δηλαδή, η ποιότητα ήταν συνηφασμένη είτε με την εξασφάλιση υψηλά εξειδικευμένου προσωπικού(τεχνοκράτες» ή με την επιδίωξη προτύπων που είχαν επιβληθεί κοινή συναινέσει. Αυτές οι προσεγγίσεις ήταν αποσπασματικές και δημιούργησαν ανάμεικτες αντιδράσεις από τους επαγγελματίες υγείας.

Τα μοντέλα EFQM excellence model και Malcom Baldrige είναι τα πιο αξιόπιστα για την εφαρμογή Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, επικεντρωμένη στα συστήματα του νοσοκομείου. Στηριζόμενα στις αρχές της αυτό-αξιολόγησης, συστηματικής βελτίωσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και δημιουργίας κουλτούρας αποκλειστικά επικεντρωμένης στις ανάγκες του «πελάτη», χρησιμοποιούνται με επιτυχία σε νοσηλευτικά ιδρύματα της Ευρώπης και της Αμερικής.

Το Υπόδειγμα Αριστείας χαρακτηρίζεται πλαίσιο σκέψης αιχμής. Οι αιτίες είναι πολλές: Αρχικά γιατί υποστηρίζει και βοηθά σε στρατηγική επικέντρωση στο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και στη συστηματική βελτίωση της απόδοσης.

3.8.2 ΕΞΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΤΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψη την εκ της συστάσεώς του απουσία «συνταγής» στο μοντέλο αυτό, παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες, οι οποίες και το χαρακτηρίζουν. Οι έννοιες αυτές έχουν δυναμική και εξελικτική φύση εφόσον και το νοσοκομείο θεωρείται εξελικτικός οργανισμός⁸⁸.

Το Υπόδειγμα Αριστείας αποτελείται από εννέα κριτήρια. Πέντε από αυτά είναι οι παράγοντες των αποτελεσμάτων (enablers). Τα κριτήρια αυτά περιλαμβάνουν τις ενέργειες του οργανισμού. Είναι η ηγεσία, οι ανθρώπινοι πόροι, η στρατηγική και οι τακτικές, οι συνεργασίες και οι λοιποί πόροι καθώς και οι διαδικασίες.

Τα υπόλοιπα τέσσερα είναι τα αποτελέσματα(results). Τα κριτήρια αυτά περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα στους ανθρώπινους πόρους, στους «πελάτες», στο κοινωνικό σύνολο και τα αποτελέσματα-κλειδιά της απόδοσης. Προκαλούνται από τους παράγοντες και η τροφοδότηση των αποτελεσμάτων τους βελτιώνει.

⁸⁸ Στο ίδιο σ. 87-95

Καθένα από αυτά χρησιμοποιείται για την δημιουργία κριτηρίων απόδοσης της λειτουργίας του οργανισμού. Η λογική που κυριαρχεί στο υπόδειγμα είναι απλή αφού υποστηρίζει ότι βελτιώνοντας τη διαχείριση λειτουργίας του οργανισμού, προκαλείται βελτίωση στα αποτελέσματα. Επίσης, η τακτική της αυτό-αξιολόγησης και της συστηματικής βελτίωσης προϋποθέτει κουλτούρα μη-κατηγορίας, όπου οι αδυναμίες στις διαδικασίες στοχοθετούνται ως σημεία βελτίωσης και όχι ως αποτυχία των εργαζομένων.

Σημεία Αριστείας:

- Επικέντρωση στο αποτέλεσμα. Αριστεία σημαίνει επίτευξη αποτελεσμάτων που ικανοποιούν τις άμεσα ενδιαφερόμενες ομάδες.
- Επικέντρωση στον «πελάτη». Αριστεία σημαίνει συστηματική δημιουργία προστιθέμενης αξίας για τον πελάτη.
- Ηγεσία και σταθερότητα στο σκοπό ύπαρξης και λειτουργίας. Η Αριστεία προϋποθέτει όραμα και ηγέτη που εμπνέει τους υπαλλήλους.
- Διοίκηση μέσω διαδικασιών και αποδείξεων(των πεπραγμένων). Η διοίκηση διαχειρίζεται τα συστήματα, τις διαδικασίες και τις αποδείξεις πεπραγμένων και αναγνωρίζει την ανέφικτη εξάρτηση και αλληλο-συσχέτισή τους⁸⁹.
- Ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων και συμμετοχή τους στη διοίκηση.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, καινοτομία και διαρκής βελτίωση. Αριστεία σημαίνει αμφισβήτηση του status quo και συνεχής εξέλιξη μέσω εκπαίδευσης. Δημιουργία καινοτόμων λειτουργιών.
- Ανάπτυξη συνεργασίας. Ανάπτυξη και διατήρηση συνεργασιών που δημιουργούν προστιθέμενη αξία.
- Κοινωνικός ρόλος του οργανισμού. Αριστεία σημαίνει προσπέλαση των μικρών προσδοκιών και αναγνώριση, ανταπόκριση στις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου.

⁸⁹ Στο ίδιο σ.87-95

3.8.3 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ

ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Συγγραφείς στον τομέα της υγείας και της ολικής ποιότητας αναγνωρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά της επιτυχούς εφαρμογής του Υποδείγματος είναι όμοια με την τεκμηριωμένη «Αριστεία» στην απόδοση του νοσοκομείου.

Η Jackson(1999) αναφέρει ότι από μόνο του το μοντέλο αυτό δεν είναι ικανό να επιφέρει τις επιθυμητές αλλαγές. Αντίθετα, κάθε προσπάθεια εφαρμογής του είναι προδικασμένη να αποτύχει εάν δεν έχουν εξασφαλιστεί τα παρακάτω:

- Δημιουργία επιτροπής διαχείρισης,
- Δημιουργία οράματος για «Αριστεία». Υποστήριξη από τον ηγέτη,
- Διαμόρφωση συγκεκριμένου πλάνου δράσης
- Εφαρμογή του πλάνου και
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων,
- Αποδοχή της στρατηγικής σημασίας του από τις ομάδες άμεσα ενδιαφερομένων.

Σχετικά με τη διαδικασία εφαρμογής του, κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή των εργαζομένων, οι οποίοι πρέπει να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν για τη διενέργεια της αυτό-αξιολόγησης, των στόχων προς μέτρηση και βελτίωση, καθώς και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν. Οι εργαζόμενοι είναι κεντρικοί πυρήνες του μοντέλου και ικανοί να στηρίζουν ή να αγνοήσουν την εφαρμογή με όλα τα επακόλουθα που αυτό συνεπάγεται⁹⁰.

Το νοσοκομείο πρέπει να κρίνει το βαθμό προτεραιότητας που έχουν οι διάφορες λειτουργίες του ως προς την παρέμβαση που αυτή απαιτείται, αφού υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να εφαρμοστούν παράλληλα προγράμματα βελτίωσης, τα οποία η διοίκηση αδυνατεί να διαχειριστεί το ίδιο αποτελεσματικά(Brannan, 1998).

⁹⁰ Στο ίδιο σ.87-95

Συνεχιζόμενη εκπαίδευση που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του νοσοκομείου είναι απαραίτητη. Επίσης εκτός από τη μεταφορά της γνώσης, σημείο-κλειδί είναι η διάχυσή της σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας.

Εκτός από την υποστήριξη του ηγέτη, σε δύσκολες στιγμές κατά τη διάρκεια της εφαρμογής είναι σημαντική η υποστήριξη από μια ομάδα εργαζομένων-κλειδιά οι οποίοι θα διατηρήσουν το ηθικό τους και θα κρατήσουν την εφαρμογή σε τροχιά. Όπως υποστηρίζει ο Brannan (1998), η αναγνώριση των προσπαθειών και των μικρών επιτευγμάτων είναι ένα σημαντικό θέμα που συμβάλλει στη διατήρηση της αφοσίωσης στο σκοπό. Επιπλέον, η εξασφάλιση πόρων σε συστηματική βάση είναι απαραίτητη. Οι πιο σημαντικοί πόροι είναι η ενέργεια, η δημιουργικότητα και ο χρόνος. Η υποστήριξη του μοντέλου από εργαζόμενους-κλειδιά καθώς και από την διοίκηση του νοσοκομείου θα εξασφαλίσει την εξεύρεση των επιθυμητών πόρων.

Η υποστήριξη από το πληροφοριακό σύστημα είναι απαραίτητη και έχει σημαντική συνεισφορά. Η ολοκληρωμένη πληροφόρηση υποστηρίζει την ολιστική φύση του νοσοκομείου και την επιτυχή λήψη απόφασης.

Το σύστημα εσωτερικής επικοινωνίας του νοσοκομείου παίζει έναν ιδιαίτερο ρόλο κατά την διάρκεια της εφαρμογής. Οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι ενημερωμένοι της πορείας, ώστε να επιτυγχάνεται η συμμετοχή τους και να μειώνεται η αντίσταση. Αυτή η συμμετοχή είναι απαραίτητη εάν αναφερόμαστε σε κουλτούρα ποιότητας. Η αξία της επικοινωνίας αυτής είναι τεκμηριωμένη. Νοσοκομεία που δεν επικοινωνήσαν αποτελεσματικά την εφαρμογή του μοντέλου από τη έναρξη κιόλας, συνάντησαν προβλήματα σύγχυσης και αντίστασης.(Downey- Ennis and Harrington, 2002)

Οι Samuelson και Nilson(2002) επισημαίνουν ότι πολλοί οργανισμοί τροποποιούν τα κριτήρια απόδοσης ώστε να ανταποκρίνονται στο εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, να απαιτούν λιγότερους πόρους και λιγότερο χρόνο για την εφαρμογή τους. Ακόμα και η ορολογία μπορεί να τροποποιηθεί προκειμένου να αντανακλά και να ανταποκρίνεται στη φύση του νοσοκομείου⁹¹.

⁹¹ Στο ίδιο σ.87-95

3.8.4 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΡΙΣΤΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ

Το Υπόδειγμα Αριστείας χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία με διαφορετικούς σκοπούς. Όπως αναφέρει ο Wiele et al (1996), χρησιμοποιείται συχνά σε δραστηριότητες βελτίωσης συστηματικά ή σε ad hoc βάση. Συχνά τα κριτήρια απόδοσης χρησιμοποιούνται ως κριτικοί παράγοντες επιτυχίας σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων.

Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος αλλαγής κουλτούρας του νοσοκομείου. Αλλαγή μιας ιεραρχικής, γραφειοκρατικής νοοτροπίας σε μία όπου ο τρόπος εργασίας και οι αξίες αντανakλούν την ομαδικότητα και τη συμμετοχή των εργαζομένων (Jackson and Bircher, 2002).

Ο Grol (2002) το χαρακτηρίζει ως βάση για την ανάπτυξη της μακρόχρονης στρατηγικής που σκοπό έχει την κουλτούρα Αριστείας. Έχει μια διαχρονική αξία που δεν επηρεάζεται από τάσεις, μόδες και πρωτοβουλίες που επιφυλάσσει το μέλλον. Είναι ένα υπόδειγμα που καλλιεργεί και υποστηρίζει την καινοτομία στη σκέψη, προκαλεί αύξηση της ανταγωνιστικότητας των οργανισμών μέσω της εφαρμογής της διοίκησης ολικής ποιότητας. Επειδή το μοντέλο αυτό τοποθετεί την ποιότητα στις καθημερινές δραστηριότητες του νοσοκομείου, αυξάνει την ιδιοποίηση των προβλημάτων από τους εργαζομένους.

Σύμφωνα με την Tannock (2002), η εφαρμογή του Υποδείγματος Αριστείας επηρεάζει θετικά τα αποτελέσματα της λειτουργίας. Σε κερδοσκοπικούς οργανισμούς προκαλείται αύξηση της αξίας των μετοχών, αύξηση του κύκλου εργασιών, του καθαρού κέρδους αλλά και μείωση της εναλλαγής των υπαλλήλων, αύξηση της ικανοποίησης των πελατών

Στο Ενωμένο Βασίλειο η εφαρμογή του μοντέλου προκαλεί μεγάλες αλλαγές στη λειτουργία των νοσοκομείων (Jackson and Bircher, 2002, Sandbrook, 2001). Μερικές από αυτές αναφέρονται παρακάτω:

- Παρέχει ένα κοινό πλαίσιο για τη μέτρηση, εστίαση και βελτίωση σημείων-κλειδιών σε όλο το εύρος της λειτουργίας του.
- Δημιουργήθηκε ένα κοινό πλαίσιο εναρμόνισης και εφαρμογής όλων των πρωτοβουλιών της πολιτείας, των επαγγελματικών ομάδων, αλλά και άλλων ομάδων ενδιαφερομένων.

- Έδωσε την ευκαιρία στα νοσοκομεία να συγκρίνουν τη λειτουργία τους με επιχειρήσεις υψηλής απόδοσης που δραστηριοποιούνται εκτός του χώρου υγείας(Benchmarking forums).
- Χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο εσωτερικής επικοινωνίας.
- Πρόσφερε στα νοσοκομεία διεθνή αναγνώριση των δραστηριοτήτων τους και διεύρυνε τις δημόσιες σχέσεις τους.

Μια ενδιαφέρουσα και προκλητική τοποθέτηση είναι αυτή των Downey-Ennis, και Harrington (2002). Η εφαρμογή του Υποδείγματος Αριστείας εξυπηρετεί πολλούς διαφορετικούς «πελάτες» του νοσοκομείου, χρησιμοποιώντας εντελώς νέες προσεγγίσεις⁹².

3.9 ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Μηχανική της διαχείρισης είναι η εφαρμογή της μηχανικής της παραγωγής στον τομέα της υγείας⁹³. Το όνομα έχει αλλάξει όχι μόνο για να διευκολύνει τη αποδοχή από τους επαγγελματίες της υγείας αλλά για να καταδείξει τις εφαρμογές της διαχείρισης. Τα συστήματα υγείας θα συνεχίσουν να υφίστανται σημαντικές αλλαγές εξ αιτίας των συγχωνεύσεων και των συνεχών πιέσεων για μειωμένες δαπάνες. Η κύρια αλλαγή, που είναι η αύξηση της κατευθυνόμενης φροντίδας, η οποία οδηγεί κυρίως στην κατά κεφαλήν αποζημίωση, θα απαιτήσει από τους επαγγελματίες της υγείας να διασφαλίσουν υπηρεσίες υψηλής αξίας(και σε μερικές περιπτώσεις χαμηλού κόστους). Αυτό θα επιτευχθεί με την συγχώνευση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας σε οργανωμένα συστήματα. Τα εργαλεία και οι τεχνικές της μηχανικής της διαχείρισης, με ιδιαίτερη έμφαση στη αυξημένη παραγωγικότητα, θα είναι ανυπολόγιστης αξίας στην επίτευξη υπηρεσιών υψηλής αξίας και χαμηλού κόστους. Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των μεγεθών και την αναμόρφωση των αναγκών και απαιτούν από το μηχανικό διαχείρισης την εφαρμογή μακρόβιων μέτρων ελέγχου των δαπανών και της παραγωγικότητας. Τα μέτρα αυτά θα

⁹² Στο ίδιο σ.87-95

⁹³ Κ. Bartscht, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας(Health care administration) Τόμος Α', σ.503-505, Εκδ. Mediforce, Αθήνα 2000

σχεδιάζονται στα διευθυντικά επίπεδα των οργανωμένων συστημάτων υγείας και θα εφαρμόζονται και σε όλα τα υπόλοιπα επίπεδα⁹⁴.

Ο όρος μηχανική ορίζεται από το Συμβούλιο Πιστοποίησης Μηχανικής και Τεχνολογίας (Accreditation Board for Engineering & Technology), πρώην Συμβούλιο Επαγγελματικής Ανάπτυξης Μηχανικών ως το επάγγελμα στο οποίο οι γνώσεις των μαθηματικών και φυσικών επιστημών, που έχουν αποκτηθεί μέσω σπουδών, εμπειρίας και πρακτικής εφαρμόζονται κριτικά για την ανάπτυξη τρόπων οικονομικής χρήσης των πρώτων υλών και των δυνάμεων της φύσης προς όφελος της ανθρωπότητας. Οι λέξεις κλειδιά αυτού του ορισμού είναι:

- Μαθηματικές και φυσικές επιστήμες, ιδιαίτερα με έμφαση στην ποσοτική προσέγγιση
- Κριτική εφαρμογή, που σημαίνει ότι δεν είναι δυνατόν να εκφραστούν τα πάντα ποσοτικά
- Οικονομική χρήση, που υπονοεί προβληματισμό σε σχέση με τις δαπάνες

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Μηχανικών Παραγωγής, ο τομέας της μηχανικής της παραγωγής ασχολείται με:

Το σχεδιασμό, τη βελτίωση και εγκατάσταση ολοκληρωμένων συστημάτων ανθρώπινου δυναμικού, πρώτων υλών, εξοπλισμού και ενέργειας. Βασίζεται σε εξειδικευμένες γνώσεις μαθηματικών, φυσικών και κοινωνικών επιστημών και μαζί με τις αρχές και μεθόδους της ανάλυσης της μηχανικής και του σχεδιασμού, προσδιορίζει, προβλέπει και αξιολογεί τα αποτελέσματα των συστημάτων αυτών. Το στοιχείο που είναι μοναδικό στη μηχανική της παραγωγής... είναι η σαφής αναφορά όχι μόνο στις φυσικές αλλά και στις κοινωνικές επιστήμες και στους ανθρώπους.

Οι λέξεις κλειδιά αυτού του ορισμού είναι:

- Σχεδιασμός/βελτίωση και εγκατάσταση, που σημαίνει ότι, είτε κάποιος ξεκινά από το μηδέν είτε από κάποιο προϋπάρχον σύστημα, η εγκατάσταση είναι μέρος της εργασίας

⁹⁴ K. Bartscht, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας (Health care administration) Τόμος Α', σ. 507-509, Εκδ. Mediforce, Αθήνα 2000

- Συστήματα ανθρώπινου δυναμικού, πρώτων υλών, εξοπλισμού και ενέργειας που από εδώ και στο εξής θα αναφέρονται ως συστήματα πόρων ή απλώς συστήματα
- Προσδιορισμός, πρόβλεψη και αξιολόγηση, που υπονοούν ότι, όχι μόνο το σύστημα, αλλά και τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και η απόδοση είναι προσδιορισμένα και η αξιολόγηση της λειτουργίας του είναι μέρος της διαδικασίας.

Το Εγχειρίδιο του Μηχανικού Παραγωγής(The Handbook of Industrial Engineering) ορίζει 12 τομείς εξειδίκευσης⁹⁵:

1. οργάνωση και σχεδιασμό της εργασίας
2. μηχανική των μεθόδων
3. μετρήσεις απόδοσης και έλεγχος των λειτουργιών
4. αξιολόγηση, εκτίμηση και διαχείριση ανθρώπινων πόρων
5. εργονομικοί/ανθρώπινοι παράγοντες
6. κατασκευαστική μηχανική
7. διασφάλιση ποιότητας
8. οικονομία της μηχανικής
9. σχεδιασμός εγκαταστάσεων
10. σχεδιασμός και έλεγχος
11. ηλεκτρονικοί υπολογιστές και πληροφοριακά συστήματα
12. ποσοτικές μέθοδοι και βελτιστοποίηση

Εκτός της κατασκευαστικής μηχανικής, όλοι οι άλλοι τομείς είναι εφαρμόσιμοι στα συστήματα υγείας και στις νοσοκομειακές λειτουργίες. Πάνω από 700 νοσοκομεία έχουν οργανωμένα τμήματα μηχανικών διαχείρισης, ενώ άλλα τόσα εξασφαλίζουν τέτοιες υπηρεσίες είτε από προγράμματα συστημάτων πολλαπλών νοσοκομείων είτε από εταιρείες συμβούλων επιχειρήσεων. Οι αλλαγές που έχουν συμβεί τα τελευταία χρόνια στο πλαίσιο των υπηρεσιών έχουν προκαλέσει προβλήματα διαχείρισης πόρων και πληροφόρησης. Το ανθρώπινο δυναμικό, ο εξοπλισμός και οι εγκαταστάσεις δεν χρησιμοποιούνται πλήρως στις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες. Από την άλλη, υπάρχουν ελλείψεις στην περιπατητική νοσηλεία και στην περίθαλψη μη επειγόντων περιστατικών. Τα πληροφοριακά συστήματα που παρέχουν αποτελεσματική διαχείριση πόρων είναι ακόμα

⁹⁵ K. Bartscht, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας(Health care administration) Τόμος Α', σ.521-534, Εκδ. Mediforce, Αθήνα 2000

ανεπαρκή τόσο σε ενδονοσοκομειακό, όσο και σε εναλλακτικά πλαίσια. Για να επιλυθούν αυτά τα προβλήματα πόρων μέσα στα επόμενα χρόνια, είναι αναγκαία η πλήρης εφαρμογή των εργαλείων και των τεχνικών της μηχανικής της διαχείρισης. Η μηχανική της διαχείρισης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για⁹⁶:

- τη μείωση των λειτουργικών δαπανών, είτε πρόκειται για ένα τμήμα, είτε για μια μονάδα αντιμετώπισης κάποιας ασθένειας, είτε για ολοκληρωμένα συστήματα παροχής φροντίδας
- τη παροχή ενός πρότυπου πόρων ως βάση για ένα λογιστικό σύστημα που θα διευκολύνει την αποτελεσματική τιμολόγηση
- την παροχή ενός συστήματος διαχείρισης της παραγωγικότητας για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της χρησιμοποίησης των πόρων
- την ανάπτυξη «χαρτών» νοσηλείας και πρωτόκολλων διαχείρισης ασθενειών

3.9.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο μύθος ότι η αύξηση της παραγωγικότητας μειώνει την ποιότητα της περίθαλψης έχει περιορίσει τις προσπάθειες για μεγαλύτερη παραγωγικότητα. Όχι μόνο δεν ισχύει αυτό γενικά, αλλά υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις ότι η υψηλή ποιότητα μπορεί να συμβαδίζει με την αυξημένη παραγωγικότητα. Η κοινή λογική μας λέει ότι αν κάτι γίνει σωστά από την αρχή δεν υπάρχει λόγος να ξαναγίνει. Οι πρωταρχικοί στόχοι ενός προγράμματος ποιοτικού ελέγχου είναι να παρέχει:

- μια ποσοτική μέτρηση που να δείχνει το επίπεδο ποιότητας σε συνεχή βάση
- ενημέρωση που να επιτρέπει την ανάληψη διορθωτικών πρωτοβουλιών
- διασφάλιση της ποιότητας με την ενσωμάτωση νέων συστημάτων, εξοπλισμού και αναθεωρήσεων του φόρτου εργασίας

Η απώτατη μέτρηση της ποιότητας του συστήματος υγείας είναι η κατάσταση της υγείας της κοινότητας. Ο καθορισμός της ποιότητας της υγείας σε μια

⁹⁶ Στο ίδιο σ.521-534

περιοχή προκύπτει από τους δείκτες ασθενειών, αναπηρίας και πρόωρων θανάτων. Παρόλα αυτά, οι σχέσεις τέτοιων μετρήσεων ποιότητας με τις υπηρεσίες που προσφέρουν συγκεκριμένοι γιατροί ή νοσοκομειακά τμήματα είναι ακαθόριστη. Επομένως πρέπει να χρησιμοποιούνται μετρήσεις πιο προσαρμοσμένες στις αντίστοιχες υπηρεσίες που προσφέρονται από γιατρούς και νοσοκομεία. Τα συστατικά ενός συστήματος ελέγχου περιλαμβάνουν:

- μια παρακολουθούμενη μεταβλητή για κάθε χαρακτηριστικό ή λειτουργία
- έναν τρόπο ή μια μέθοδο παρακολούθησης
- ένα πρότυπο απόδοσης για κάθε παρακολουθούμενο χαρακτηριστικό
- μια σύγκριση της πραγματικής με την προκαθορισμένη απόδοση του προτύπου
- έναν τρόπο ενεργοποίησης για την πραγματοποίηση αλλαγών

Η ανάπτυξη συστάσεων και νέων συστημάτων είναι ακαδημαϊκή, αν δεν ακολουθείται από πραγματοποίηση της λειτουργίας⁹⁷.

Κατά την διάρκεια των 20 τελευταίων χρόνων, έχει αναπτυχθεί μια ποικιλία συστημάτων ποιότητας και παραγωγικότητας, τα οποία χρησιμοποιούνται σήμερα σε διάφορους τομείς. Τα σημαντικότερα προβλήματα που εμφανίζονται κατά την εφαρμογή και χρήση των συστημάτων αυτών είναι:

- περιπλοκότητα και δυσκολία κατά την εφαρμογή, που καταλήγουν μόνο σε μερική χρήση
- οι αναφορές που παράγονται είτε δε χρησιμοποιούνται είτε δεν ενσωματώνονται στη διαχειριστική διαδικασία και στη επανεξέταση της απόδοσης των υπευθύνων
- συστήματα που δεν είναι αρκετά ολοκληρωμένα ή συγκεκριμένα, με αποτέλεσμα τη κοινή και εύκολη πρακτική σύμφωνα με την οποία για την χαμηλή παραγωγικότητα φταίει κάποιο άλλο σύστημα
- έλλειψη προσοχής στα αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των τμημάτων

⁹⁷ Στο ίδιο σ. 521-534

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παράθεση των στοιχείων στις προηγούμενες ενότητες είναι σχετικά εύκολο να βγάλουμε ορισμένα ασφαλή συμπεράσματα τα οποία θα βοηθήσουν να κάνουμε τον τελικό «απολογισμό» για τα όσα συνέβησαν ως σήμερα στο ελληνικό σύστημα υγείας αλλά και την αιτία που προκλήθηκαν αυτά τα λάθη ή οι παραλήψεις και σε ποιους οφείλονται.

Καταρχήν πρέπει να σημειώσουμε ότι ειδικά στην δεκαετία του 80' το κοινοβούλιο απαρτιζόταν σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό από ιατρούς οι οποίοι είναι και εύκολο να καταλάβουμε ότι πρώτον προωθούσαν τα συμφέροντα του οικείου τους επαγγελματικού κλάδου και δεύτερον όταν γινόταν κάποια κίνηση για την αλλαγή της μέχρι τότε κατάστασης, δηλαδή την ανατροπή του ιατροκεντρικού συστήματος υγείας τότε αυτή η κίνηση αντιμετώπιζε τεράστια αντίσταση ειδικά μέσα στο κοινοβούλιο. Έτσι μπορούμε να πούμε πως αυτό είναι μια από τις κύριες αιτίες που δεν μπορούσε να αναμορφωθεί το Ελληνικό σύστημα υγείας, ώστε να περιέλθει η διοίκηση του συστήματος αλλά και των νοσοκομείων σε ανθρώπους που να ξέρουν πραγματικά από επιστημονικό management.

Ένας δεύτερος παράγοντας που έπαιξε ρόλο στην στασιμότητα της άθλιας κατάστασης που επικρατούσε στο σύστημα υγείας είναι η δημοσιουπάλληλική νοοτροπία που επικρατούσε σε όλο τον δημόσιο τομέα και στην περίπτωση μας στο Ε.Σ.Υ. από την κορυφή της ιεραρχικής πυραμίδας μέχρι και την βάση της. Η ασφάλεια της μονιμότητας δεν άφηνε περιθώρια για αύξηση της αποδοτικότητας με συνέπεια την επί χρόνια κατασπατάληση του δημοσίου χρήματος και την συνεχή αναβολή της ανάπτυξης με συνέπεια την υπερχρέωση των δημοσίων νοσοκομείων. Επίσης θα μπορούσαμε να επισημάνουμε ότι τα κονδύλια που χάθηκαν όλα αυτά τα χρόνια θα μπορούσαν να επενδυθούν έτσι ώστε τα δημόσια νοσοκομεία που είναι και η αιχμή του δόρατος του συστήματος υγείας όχι μόνο να γίνουν οικονομικά βιώσιμα αλλά και κερδοφόρα, δημιουργώντας τις κατάλληλες υποδομές σε υλικοτεχνικό και ανθρώπινο δυναμικό.

Ένας τρίτος παράγοντας είναι το γεγονός ότι ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ. ήθελε να αντιγράψει υγειονομικά συστήματα όπως αυτό της Μεγ. Βρετανίας χωρίς να λάβει υπόψη τις οικονομικές, κοινωνικές αλλά και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που επικρατούσαν στην χώρα μας. Έτσι ο νόμος αυτός δεν

πραγματοποιήθηκε ποτέ στο σύνολό του αλλά και δεν απορροφήθηκε ποτέ από τις δομές του κοινωνικοπολιτικού μας συστήματος.

Κάτι επιπλέον το οποίο έπαιξε και αυτό τον ρόλο του είναι ότι στην Ελλάδα δεν υπήρχε ποτέ μια εθνική στρατηγική ή πιο απλά ένα σημείο αναφοράς όλων των κυβερνητικών πολιτικών για την υγεία, και αυτό το βλέπουμε ξεκάθαρα ειδικά στην χρονική περίοδο 90'-97' όπου βασικά συστατικά στοιχεία του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ. άλλαζαν καθώς άλλαζαν οι κυβερνήσεις με αποτέλεσμα να χάνεται πολύτιμος χρόνος αλλά και κονδύλια την στιγμή που οι δύο μεγάλες πολιτικές παρατάξεις με απίστευτη ανευθυνότητα χάραζαν την κυβερνητική του πολιτική χωρίς να σκεφτούν ούτε μια στιγμή έναν εθνικό διάλογο για την χάραξη κάποιας ενιαίας εθνικής στρατηγικής, χωρίς αυτή να θίγεται από την εναλλαγή των κομμάτων στην εξουσία.

Παρατηρώντας την πορεία του συστήματος υγείας μετά την ψήφιση του τελευταίου νόμου, το 2001 μπορούμε να πούμε με κάποια επιφύλαξη ότι παρόλο που οι εμπνευστές αυτού αλλά και η εκτελεστική εξουσία που ανέλαβε να τον υλοποιήσει φαινόταν πιο αποφασιστικοί από κάθε άλλη φορά, βλέπουμε να μην αλλάζει τίποτε όσον αφορά την ουσία για την ριζική μεταρρύθμιση του εθνικού συστήματος υγείας. Βλέπουμε ότι τα κακώς κείμενα που υπήρχαν στο παρελθόν συνεχίζουν να υπάρχουν και ότι δεν υπάρχει αποφασιστικότητα για την εισαγωγή του επιστημονικού management στα δημόσια νοσοκομεία. Συνεχίζει να υπάρχει η δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία, συνεχίζουν να διοικούν άνθρωποι οι οποίοι είτε δεν έχουν την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία, συνεχίζουν τα δημόσια νοσοκομεία να υστερούν στο θέμα της εισαγωγής της πληροφορικής μέσα σε αυτά, και τέλος συνεχίζεται το φαινόμενο να μην δίνονται κίνητρα αλλά και αντικίνητρα στους ανθρώπους που εργάζονται σε αυτά και έτσι συνεχίζεται η μη αποδοτικότητα των ανθρώπων αυτών.

Το κυρίαρχο συμπέρασμα το οποίο βγήκε από την εργασία αυτή είναι ότι η διοίκηση του εθνικού συστήματος υγείας με τα χαρακτηριστικά της δημοσιοϋπαλληλικής τακτικής και ότι αυτή συνεπάγεται έχουν φέρει το σύστημά μας στην τελευταία θέση των συστημάτων υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και στην πρώτη θέση όσον αφορά την δυσαρέσκεια των πολιτών. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να δοθεί λύση σε αυτό το τεράστιο πρόβλημα που ταλανίζει χρόνια ολόκληρα το σύστημα υγείας, το θέμα είναι να βρεθούν κάποιοι άνθρωποι με αποφασιστικότητα και παραβλέποντας τον παράγοντα πολιτικό κόστος να κάνουν αυτές τις ριζικές αλλαγές.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κ. Δίκαιος, Μ. Κουτούζης, Ν. Πολύζος, Ι. Σιγάλας, Μ. Χλέτσος, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο «Βασικές Αρχές Διοίκησης-Διαχείρισης» (Management Υπηρεσιών Υγείας)
2. Πασχάλης Σ. Καριώτης, Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοϊατρική Τεχνολογία, Εκδόσεις Euroclinica Αθήνα 1992
3. Ευρωπαϊκή Ένωση-Νέων Managers Υγείας. Περιφερειακό Νοσοκομείο Maastricht Ολλανδίας. Συνέδριο «Εφαρμογή του μάνατζμεντ στον χώρο Υπηρεσιών Υγείας». Θεσσαλονίκη 4,5 και 6 Νοεμβρίου 1994
4. Α.Δ. Αλεξιάδης, Ι. Σιγάλας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Υπηρεσίες Υγείας(Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Τόμος Δ Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων. Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές.
5. Ι.Γ. Παπουτσάκης, «Η ανάπτυξη νέων στρατηγικών για τις νοσοκομειακές μονάδες και ο νέος νόμος για την υγεία» Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα 2004
6. Επιθεώρηση της Υγείας. Τεύχη 88,47,85,72,70,74,87,68
7. Χ.Γ. Δερβένης, Πρόταση για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών υγείας,. Αθήνα Φεβρουάριος 2000, Υπουργείο Υγείας
8. Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management. Προβληματισμοί και προοπτικές. Έκδοση επιλεγμένων εργασιών του 3^{ου} Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα Μάιος 2002
9. I. Donald Snook, Jr., Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Health care Administration. Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας. Τόμος Β
10. John D. Blair, G. Tyge Payne, Timothy M. Rotarius, Carlton J. Whitehead, E. Gordon Whyte, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α.
11. Paul James, Μια εισαγωγή στο Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας.. Εκδ. Κλειδάριθμος
12. Peter F. Drucker, Προκλήσεις του μάνατζμεντ για τον 21^ο Αιώνα.
13. Ειρήνη Μηλιώτη, Προγραμματισμός δράσεως επιχειρήσεων., Οικονομολόγος, Μ.Α Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΙ, Εκδ. Σύγχρονη Εκδοτική

- 14.L. Georgopoulos, Development and piloting application of a performance measurement model in Greek public sector hospitals, Imperial College London(University of London), London September 2004
- 15.C. Stratou, N. Amarasinghe, P. Dale, K. Wong, N. Gamkrelidze, Electronic Patient Records-Information Systems in healthcare, Imperial College London, London 2004
- 16.Δ. Κίντα, Επιχειρηματικές ιδέες προσφοράς υπηρεσιών στα νοσοκομεία, Γενικό Νοσοκομείο Ρέθυμνου, Κοινωνιολόγος Αποφ. ΕΣΔΔ, M.Sc in European Social Policy Analysis.
- 17.British Medical Journal. www.BMJ.org 21/8/2004
- 18.World Health Organization. www.who.int 21/8/2004
19. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, www.hygeia.gr 5/9/2004
- 20.Mediforce. www.mediforce.gr 25/9/2004
- 21.European foundation for Quality Management. www.efqm.org 25/9/2004