



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΚΟΣΤΟΥΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΜΕΙΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Σπουδάστρια : ΧΡΥΣΑΝΘΗ – ΘΕΟΔΩΡΑ
ΣΤΑΘΗ

Επιβλέπων: ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Καλαμάτα 2012

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΥΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Εισαγωγή.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	5
1.1 Δευτερογενής Έρευνα.....	7
1.1.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα.....	7
1.2 Διοίκηση.....	11
1.2.1 Εισαγωγή.....	11
1.2.2 Θεμελιώδεις Αρχές Διοίκησης.....	13
1.2.3 Είδη Διοικήσεως.....	13
1.2.4 Λήψη Αποφάσεων.....	14
1.2.5 Ο ρόλος του Ηγέτη στην Οργάνωση.....	15
1.2.6 Νομοθετικά Πλαίσια Διοίκησης Νοσοκομείου στην Ελλάδα.....	26
1.2.7 Ορισμός Νοσοκομείου.....	30
1.2.8 Οργάνωση – Δομή Νοσοκομείου.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	
ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	32
2.1 Εισαγωγή.....	32
2.2 Το Απλογραφικό Σύστημα του Δημόσιου Λογιστικού.....	33
2.3 Το Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα.....	35
2.4 Η Συλλειτουργία του Δημόσιου Λογιστικού και του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	42
3.1 Περιφερειακό σύστημα υγείας και Ελληνικά νοσοκομεία	42
3.2 Υπηρεσίες Υγείας – Ανοιχτά Συστήματα	43
3.3 Χαρακτηριστικά Συστήματος	44
3.4 Σύστημα Υγείας	46
3.5 Ιδιαιτερότητες του Συστήματος Υγείας.....	47
3.6 Μορφές του Συστήματος Υγείας.....	49
3.7 Δραστηριότητες Νοσηλευτικής Διοίκησης	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ	56
4.1 Οργάνωση Νοσοκομείου Αλεξάνδρα	56
4.2 Κόστος Νοσοκομείου Αλεξάνδρα.....	64
4.3 Δείκτες Αξιολόγησης Νοσοκομείου Αλεξάνδρα	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	71
Αναφορές	80

Ευχαριστίες

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον Καθηγητή μου και επιβλέποντα της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας για την πολύ μεγάλη βοήθεια του κατά την διάρκεια της έρευνας μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους ειδικούς αλλά και εκείνους που ασχολούνται με τα θέματα της πτυχιακής μου. Επιπλέον θα ήθελα να αποστείλω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους εργαζομένους στις διάφορες υπηρεσίες υγείας, οι οποίοι με την απρόσκοπτη παροχή πληροφοριών από μέρος τους με βοήθησαν στην διεκπαιρέωση και συγγραφή της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας και έρευνας.

Τέλος, θα επιθυμούσα να αποστείλω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της οικογενείας μου αλλά και τους φίλους μου, οι οποίοι όλο αυτόν τον καιρό της προετοιμασίας της πτυχιακής μου εργασίας αλλά και έρευνας με στήριξαν σε υπέρτατο βαθμό.

Εισαγωγή

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να αξιολογήσει τη διοίκηση και το κόστος του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Αλεξάνδρα. Ονομάζουμε οργάνωση νοσηλευτικών υπηρεσιών τις διοικητικές λειτουργίες οι οποίες αποσκοπούν στον προσδιορισμό της εργασίας σε μορφή καθηκόντων ή θέσεων, την ομαδοποίηση των θέσεων αυτών σε τμήματα, καθώς και την διάταξη των τμημάτων αυτών σε πυραμίδες.

Για την οργάνωση των ιδρυμάτων υγείας παρουσιάζουμε δύο διαστάσεις, την κάθετη και την οριζόντια διάσταση.

Κάθετη διάσταση:

Στην κάθετη διάσταση τα άτομα που κατέχουν θέσεις στην κορυφή της πυραμίδας αποτελούν τα εκτελεστικά στελέχη. Βασικό τους μέλημα είναι η κατανομή εξουσίας και ευθύνης σύμφωνα με το οργανόγραμμα, δηλαδή στελέχη στην κορυφή της πυραμίδας αναπτύσσουν μεγαλύτερη ευθύνη από ότι τα στελέχη που βρίσκονται πιο χαμηλά, έτσι οποιαδήποτε αλλαγή στον οργανισμό έχει σαν άμεση συνέπεια την αποδιοργάνωση του συστήματος.

Επίσης στην κάθετη διάσταση για τη σωστή λειτουργία της νοσοκομειακής δομής παρουσιάζεται η μέση διοίκηση, τα στελέχη της οποίας συντονίζουν και ελέγχουν τις λειτουργικές δραστηριότητες των ομάδων ως άμεσο σκοπό την επίτευξη των κατευθύνσεων που καθορίζονται από την εκτελεστική εξουσία.

Οριζόντια διάσταση:

Η οριζόντια διάσταση έχει σαν βάση την ειδίκευση και κατάρτιση της εργασίας και του προσωπικού αντίστοιχα.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ομαδοποίηση των τμημάτων και κατά κάποιο τρόπο την ανεξαρτησία καθενός ξεχωριστά. Στην οριζόντια διάσταση πολλές μονάδες απαρτίζονται από ειδικές επιστήμες όπως ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, όπου κάθε μία από αυτές αγωνίζεται καθημερινά στην επίτευξη περισσότερων πόρων προς όφελος κάθε μιας ξεχωριστά, πράγμα που οδηγεί σε αλληπάλληλες συγκρούσεις και διαξίφισμούς. Για το λόγο αυτό σε αυτό το σύστημα οργάνωσης θα πρέπει να καλλιεργείται συνεχώς το ομαδικό πνεύμα στην παροχή Ν.Φ. (Νοσηλευτικής Φροντίδας) μεταξύ όλων των

λειτουργών υγείας. Η ιεράρχηση των θέσεων εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου είναι υψίστης σημασίας για την αποτελεσματική οργάνωση του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι τρόποι με τους οποίους ολοκληρώθηκε η συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων για την συγγραφή αυτής πτυχιακής εργασίας. Η συλλογή των στοιχείων ολοκληρώθηκε μέσω βιβλιογραφικής έρευνας και συλλογής σχετικών πληροφοριών για την έννοια της ηγεσίας και την εφαρμογή του αποτελεσματικού Μάρκετινγκ στον χώρο της υγείας και συγκεκριμένα σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Επίσης στην αναζήτηση συμπληρωματικών πληροφοριών βοήθησαν κάποιες σημειώσεις από βιβλία και πληροφορίες από το διαδίκτυο, τα οποία έχουν γραφτεί και παρουσιαστεί από άλλους συγγραφείς πρωτότερα.

Η έρευνα η οποία διεξήχθη στην συγκεκριμένη μελέτη, βοήθησε τον φοιτητή στην κατανόηση του θέματος της πτυχιακής του εργασίας αλλά και στα καθημερινά γεγονότα που συνδέονται άμεσα με το θέμα που παραθέτει. Οι άνθρωποι διεξάγουν κάποια έρευνα για να συλλέξουν αποτελέσματα με ένα συστηματικό τρόπο, και επομένως να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους (Saunders et all, 2005). Κάθε ακαδημαϊκή έρευνα απαιτεί μια “μεθοδολογία” προκειμένου να αναλύσει τα αποτελέσματα. Αυτή αποτελείται από τρόπους και μεθόδους παραγωγής και ανάλυσης δεδομένων έτσι ώστε οι διάφορες θεωρίες να δοκιμαστούν και να γίνουν αποδεκτές είτε να απορριφθούν.

Συλλογή Δεδομένων

Λόγω της βιβλιογραφικής φύσης της συγκεκριμένης εργασίας, ένα είδος μεθοδολογίας δευτερευούσης έρευνας χρησιμοποιείται για να οδηγήσει στα αποτελέσματα τα οποία επιθυμεί ο φοιτητής. Ένας αριθμός μεθόδων εμπλέκεται, προκειμένου να τον καταστήσει ικανό να επιτύχει μια μεγαλύτερη κατανόηση των πηγών που χρειάζεται για την ανάλυση των σκέψεων του σχετικά με το θέμα που ερευνά. Αυτό είναι αναγκαίο μέσα σε μια έρευνα και μελέτη, καθώς τα αποτελέσματα τα οποία συλλέγονται από μια συγκεκριμένη περιοχή μπορούν να είναι περισσότερο αποτελεσματικά από εκείνα που προέρχονται από

κάπου αλλού. Κάθε μέθοδος συλλογής δεδομένων έχει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα.

Δευτερεύων Δεδομένα

Ως Δευτερεύων δεδομένα περιγράφονται εκείνα στα οποία οι πληροφορίες συλλέγονται και καταγράφονται από κάποιον άλλον νωρίτερα και για σκοπούς, οι οποίοι είναι διαφορετικοί από εκείνους του συγγραφέα (Saunders et all, 2005). Τα δευτερεύων δεδομένα παρέχουν την βάση για ένα καλό ιστορικό πληροφοριών, θέτοντας ικανό τον φοιτητή να καταλάβει το αντικείμενο εργασίας του καθώς και να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για στήριξη των θεωριών από την πρωταρχική έρευνα. Είναι ευνόητο λοιπόν ότι μπορεί ευκολότερα κάποιος να βρει δευτερεύων δεδομένα για την έρευνα του, αφού αυτά έχουν γραφτεί προηγουμένως και έχουν εκδοθεί σε κάποια έντυπο τύπο ή στο διαδίκτυο. Τα περιοδικά και ο έντυπος τύπος είναι πρωταρχική φιλολογική πηγή για κάθε πληροφορία. Τα άρθρα σε αυτά είναι ικανοποιητικά προσβάσιμα και αναφέρονται σε ποικίλα θέματα της καθημερινότητας (Zikmund, 2000).

Επιπλέον τα βιβλία αλλά και τα άρθρα τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την συλλογή πληροφοριών και προτάσεων, παρείχαν πληροφορίες οι οποίες έδωσαν στον φοιτητή την ευκαιρία να αναπτύξει αναλυτικά τις θέσεις του στην συγκεκριμένη έρευνα. Πάντα τα βιβλία αποτελούν μια αξιόπιστη μέθοδο συλλογής πληροφοριών, καθώς έχουν γραφτεί για ένα συγκεκριμένο σκοπό και παρέχουν συγκροτημένη σκέψη και ανάπτυξη αντικειμένου.

Ανάλυση Δεδομένων

Τα στοιχεία που συλλέγονται από τον φοιτητή παράγουν ποιοτικά δεδομένα, τα οποία αναλύονται και επεξεργάζονται από το άτομο αυτό. Οι απαντήσεις που προσφέρονται σε αυτόν και σε συνδυασμό με τις πηγές που ο ίδιος έχει επιλέξει για να τεκμηριώσει την έρευνα του, θα τον βοηθήσουν στην συνέχεια να εκτιμήσει σωστά τα γεγονότα και τις πηγές αυτές και να καταλήξει στα συμπεράσματα του. Θα προχωρήσει έτσι με αυτό τον τρόπο στην καταγραφή των απόψεων του αλλά και του τι πραγματικά συμβαίνει με το θέμα που θέλει να αναλύσει εις βάθος.

1.1 Δευτερογενής Έρευνα

1.1.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας μας το οποίο ουσιαστικά πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα το 1980 και ξεκίνησε την λειτουργία του το 1984, έχει επικριθεί πολλές φορές από τους ειδικούς για την αδυναμία που εμφανίζει στις μέρες μας. Κάτι τέτοιο συμβαίνει βέβαια για πολλούς και διαφόρους λόγους, κυρίως όμως λόγω της αδυναμίας όλων των κυβερνήσεων να εφαρμόσουν σε αυτό μια καλύτερης μορφής στρατηγική για σωστή πρωτοβάθμια φροντίδα περίθαλψης προς τους Έλληνες πολίτες και ασθενείς. Η αναβάθμιση όμως η οποία επήλθε σε αυτό κατά την διάρκεια των τελευταίων 25 - 30 ετών περίπου, θεωρείται ότι έχει επιφέρει και ορισμένες σημαντικές μεταρρυθμίσεις εκσυγχρονισμού και βελτίωσης του συστήματος αυτού (Νιάκας, 2005). Η αναβάθμιση αυτή είχε ως στόχο, την κάλυψη κάποιας παντελής έλλειψης οργάνωσης και στελέχωσης των νοσοκομειακών μονάδων τόσο στις μεγάλες πόλεις όσο και στην περιφέρεια καθώς και έλλειψη εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού και οι οποία δημιουργήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990.

Επιπλέον η συγκεκριμένη αναβάθμιση είχε ως επιπλέον σκοπό, την μείωση των ιδιωτικών άμεσων δαπανών στην ιατρική περίθαλψη και οι οποίες δαπάνες προέρχονται από λανθασμένη και μη ουσιαστική αξιολόγηση του ίδιου του συστήματος αλλά και των ιατρών που το απαρτίζουν. Όμως παρά το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλη προσφορά ιατρών, δεν έχει ύπαρξη κάποια μεγάλη ανανέωση στο ιατρικό προσωπικό και στην παροχή νέου εξοπλισμού. Φυσικά σε αυτήν την κατάσταση, σημαντικό ρόλο έχει διαδραματίσει και η αδράνεια του πολιτικού συστήματος καθώς και οι υπεύθυνοι για το Εθνικό Σύστημα Υγείας οι οποίοι υποκύπτουν σε πολιτικές σκοπιμότητες και παιχνίδια εξουσίας αγνοώντας ουσιαστικά το δικαίωμα της δωρεάς ιατρικής περίθαλψης των Ελλήνων πολιτών, οδηγώντας αυτούς σε δαπάνες για ιδιωτική περίθαλψη (Γκουλιαβούδη, 2006).

Θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς ότι όλα αυτά τα χρόνια παρουσίας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα, έχει υπάρξει μια σημαντική ανάπτυξη των δημοσίων μονάδων υγείας και ιδιαίτερα των μεγάλων δημοσίων νοσοκομείων και στα οποία έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση μιας ολιγοπωλιακής κατάστασης αλλά και μια σημαντικής επενδυτικής κίνησης από μέρους φορέων ιδιωτικού και δημοσίου δικαίου (Γκουλιαβούδη, 2006). Ο κυριότερος

ίσως λόγος για την εμφάνιση αυτής της κατάστασης που έχει δημιουργηθεί μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας, θεωρείται η παροχή διαγνωστικών υπηρεσιών με την λειτουργία εξειδικευμένων εργαστηριακών τμημάτων και κατάλληλων μηχανημάτων μέσω της επιδότησης του κράτους. Χαρακτηριστικό επίσης είναι και το φαινόμενο της μονοπωλιακής τάσης της ιδιωτικής νοσηλευτικής αγοράς, όπου μικρότερες επιχειρήσεις στον τομέα αυτό εξαγοράζονται από μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες με σκοπό την επένδυση και τον εκσυγχρονισμό των τμημάτων τους.

Προσπαθώντας λοιπόν κάποιος να συνοψίσει τα γεγονότα αυτά και τα οποία έχουν άμεση συνάρτηση με την λειτουργία του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα και τον εκσυγχρονισμό στις διάφορες δημόσιες ιατρικές υπηρεσίες, θα έλεγε ότι υπάρχει μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι έχουν επιδράσει καταλυτικά και έχουν δημιουργήσει προϋποθέσεις για προκλητή ζήτηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από μέρους των ασθενών και συνεπώς της δημιουργίας σημαντικών αλλαγών στο σύστημα αυτό (Μπέσης, 1993).

Αναλυτικότερα οι παράγοντες αυτοί και οι οποίοι έχουν επιδράσει στον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ. και των δημοσίων νοσοκομείων, μπορούν να προσδιοριστούν ως η ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η παράλληλη τεχνολογική εξέλιξη των ιατρικών μηχανημάτων και η προθυμία αντικατάστασης τους από τις αρμόδιες δημόσιες υπηρεσίες, η περιοριστική πολιτική για την δημιουργία ιδιωτικών κλινικών και η αύξηση του αριθμού των ιατρικών επιστημόνων στο χώρο αυτό και οι οποίοι συνέβαλαν περαιτέρω στην δημόσια ιατρική ανάπτυξη της διαγνωστικής τεχνολογίας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στο σύστημα αυτό (Μπέσης, 1993).

Βέβαια στον βαθμό που η ροπή για την κατανάλωση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας εντοπίζεται να είναι θετικά συσχετισμένη με την προσφορά και τον τρόπο διάρθρωσης των ιατρικών υπηρεσιών στην υγεία όπως π.χ. κατανομή φορέων Ε.Σ.Υ. και υπηρεσιών ανά επίπεδο ή γεωγραφική κατανομή, τότε αιτιολογείται σε μεγάλο βαθμό η φθίνουσα πορεία που παρουσιάζουν οι δαπάνες για δημόσια πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω του Ε.Σ.Υ.— από 63,88% επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας το έτος 2002 και 67,12% για το έτος 2006. Επιπλέον η σταδιακή και διαχρονική μείωση των ιδιαιτητικών νοικοκυριών για νοσοκομειακή περίθαλψη από 19,32% το έτος 2002 σε 15,18% το έτος 2006 και επί του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας (Πηγή ΕΣΥΕ).

Σε όλη αυτήν την δημιουργία τάσης για εκσυγχρονισμό και επιβολή μεταρρυθμίσεων στο Ε.Σ.Υ. αλλά και στα νοσοκομεία και παράλληλη μείωση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία και οι οποίες εμφανίζονται στην χώρα μας, μπορεί επίσης κανείς να επισημάνει ότι συνέβαλαν ο εκσυγχρονισμός των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων πολιτών. Η εισαγωγή κάποιων νέων επιστημονικών και ιατρικών μεθόδων από μέρους των αρμοδίων του Ε.Σ.Υ, συνέβαλε ουσιαστικά και αποτελεσματικά στην ολοένα και αυξανόμενη εμπιστοσύνη των πολιτών για δημόσια περίθαλψη. Μέθοδοι οι οποίες εφαρμόστηκαν στην χειρουργική, διάγνωση διαφόρων ασθενειών καθώς και καλύτερες περιθάλψεις και φροντίδες ασθενών, είναι χαρακτηριστικά του εκσυγχρονισμού και της βελτίωσης του συστήματος (Νιάκας, 2000).

Τέλος, είναι πολλοί εκείνοι οι οποίοι έχουν επενδύσει μεγάλα χρηματικά ποσά σε κατασκευή πολυτελών νοσοκομείων και ιατρικών κέντρων τα οποία θα λειτουργούν μέσω και των ασφαλισμένων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αφού ο συγκεκριμένος κλάδος της νοσοκομειακής περίθαλψης ακόμα και της δημόσιας, χαρακτηρίζεται πολλές φορές από χλιδή και πολυτέλεια. “Το κατεστημένο πλέον στην Ελλάδα όπου ο ασθενής πιστεύει ότι θα πρέπει να πληρώσει για να του παρασχεθεί μια σωστή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και να επιστρέψει υγιής σπίτι του, έχει αρχίσει να περνά σε δεύτερη μοίρα και σκέψη” (Νιάκας, 2000).

Ζούμε σε μια εποχή όπου το Μάρκετινγκ αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο των επιχειρήσεων και οργανισμών, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών τους αλλά και την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών. Με διαφορετικό τρόπο δηλαδή, η κάθε εταιρεία προσπαθεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των καταναλωτών αλλά και να αντιστοιχίσει τα διαφορετικά προϊόντα ή τις υπηρεσίες που παράγονται για εκείνους και τα οποία χρειάζονται με σκοπό να κατανοηθούν καλύτερα αυτές οι ανάγκες ή οι επιθυμίες τους (Baker, 2003).

Ως βασικός στόχος του Μάρκετινγκ χαρακτηρίζεται η επαναλαμβανόμενη πώληση των αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται από τις επιχειρήσεις και ιδιαίτερα εκείνων που καταναλώνονται πιο εύκολα. Τα στελέχη Μάρκετινγκ λοιπόν μιας εταιρείας έχουν ως βασικό στόχο να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον το οποίο θα ανταποκρίνεται πλήρως στις επιθυμίες του κάθε καταναλωτή αλλά και συγχρόνως θα τον πείσουν να δημιουργήσει ένα προφίλ το οποίο θα είναι ευνοϊκό προς αυτές. Προσπαθούν επίσης να προωθούν τις

πωλήσεις των προϊόντων τους, εξασφαλίζοντας σε αυτές την κερδοφορία αλλά και την μακροβιότερη ύπαρξη τους στην αγορά που λειτουργούν.

Θα μπορούσαμε να πούμε πως ο ορισμός του Μάρκετινγκ αναφέρεται στην διαδικασία του Management που είναι υπεύθυνη για τον προσδιορισμό, την πρόβλεψη και την ικανοποίηση των αναγκών των πελατών, με αντικείμενο το κέρδος (Doyle, 2000). Επίσης στο σημείο αυτό, θα είναι χρήσιμο να χρησιμοποιήσουμε τον ορισμό του παλαιού εκδότη της εφημερίδας Evening Standard, David Malbert ο οποίος έχει διατυπώσει πως το Μάρκετινγκ αφορά την παραγωγή και την πώληση με κέρδος προϊόντων που ικανοποιούν τους καταναλωτές καθώς οι έννοιες της παραγωγής, της πώλησης και της ικανοποίησης με κέρδος, καλύπτουν πολύ ικανοποιητικά την ευρύτερη έννοια του Μάρκετινγκ (Doyle, 2000).

Είναι γεγονός πως η στρατηγική και η ανάγκη ενός γενικότερου στρατηγικού σχεδιασμού Μάρκετινγκ για τους δημόσιους έχει καταστεί σχεδόν απαραίτητη προϋπόθεση για την μακροχρόνια επιβίωση αυτών αλλά συνάμα και για την επίτευξη του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μέσω της διαφοροποίησης των υπηρεσιών τους. Για κάθε μια από τις δραστηριότητές τους και προκειμένου να επιτύχουν κάτι τέτοιο, ο εκάστοτε οργανισμός θα πρέπει να καταστρώσει ένα σχέδιο δράσης προκειμένου να επιτύχει τους μακροχρόνιους αυτούς στόχους τους με την βοήθεια όμως ενός αποτελεσματικού διευθυντή ηγέτη (Baker, 2003).

Για το λόγο όμως αυτό θα πρέπει να τονιστεί πως δεν υπάρχει καμία στρατηγική Μάρκετινγκ που να είναι ιδανική για όλους τους ανταγωνιστές σε αυτή την δραστηριότητα και με σκοπό την διαφοροποίηση των προϊόντων ή υπηρεσιών μιας επιχείρησης, αφού η κάθε μια χρησιμοποιεί διαφορετικά μοντέλα και τεχνικές που εξυπηρετούν την λειτουργία της. Κάθε εταιρία πρέπει να καθορίσει ποια στρατηγική ή μέθοδος διαφοροποίησης προϊόντων φαίνεται πιο λογική από την άποψη της θέσης της στη βιομηχανία, των αντικειμενικών της στόχων, των ευκαιριών και των πόρων που διαθέτει (Baker, 2003).

Μετά από την ανάλυση λοιπόν των παραπάνω, μπορεί να αναφερθεί πως ένα δημόσιο νοσοκομείο λειτουργεί σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον Μάρκετινγκ το οποίο πρέπει να ικανοποιήσει τις ανάγκες των πελατών – καταναλωτών και για το σκοπό αυτό οι υπεύθυνοι του θα πρέπει να επιτελούν τέσσερις βασικές λειτουργίες οι οποίες θα το

βοηθήσουν να προχωρήσει στην διαφοροποίηση των υπηρεσιών του και αναφέρονται ως ακολούθως :

- Έρευνα Αγοράς που Λειτουργεί η Επιχείρηση : Ένα δημόσιο νοσοκομείο προκειμένου να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά στην ικανοποίηση των αναγκών του κάθε πελάτη για σωστές υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας και προκειμένου αυτές να εμφανίζονται διαφοροποιημένες, θα πρέπει να χρησιμοποιεί πρωτογενείς έρευνες για τη συλλογή στοιχείων των καταναλωτών αυτών και ανταγωνιστών της αγοράς, καθώς και δευτερογενή στοιχεία από εταιρίες ερευνών
- Τμηματοποίηση Αγοράς: Ένα δημόσιο νοσοκομείο θα πρέπει να διακρίνει σε επιμέρους τμήματα την αγορά βάσει δημογραφικών και ψυχογραφικών χαρακτηριστικών των υπαρχόντων ή πιθανών πελατών και να μεταχειρίζεται με τον ίδιο τρόπο πελάτες με παρόμοιο προφίλ
- Πολιτική Διανομής Υπηρεσιών: Ένα δημόσιο νοσοκομείο θα πρέπει να προσπαθεί να επιτύχει την ανάπτυξη των υπηρεσιών του βασισμένο στην τεχνολογία και την συμβολή των νοσηλευτών του και μετά να ακολουθεί η αξιολόγηση από μέρους του ηγέτη, προκειμένου οι ανάγκες των ασθενών για υπηρεσίες υγείας να ικανοποιηθούν στο 100%
- Πολιτική Προβολής: Οι υπεύθυνοι Μάρκετινγκ ενός δημόσιου νοσοκομείου και με την βοήθεια ενός ηγέτη θα πρέπει να προσπαθούν να σχεδιάζουν την προβολή των νέων υπηρεσιών τους βάσει του μέσου όρου ή του χαρακτηριστικού τύπου της αγοράς – στόχου με σκοπό την έγκαιρη πρόβλεψη των αναγκών των ασθενών.

1.2 Διοίκηση

1.2.1 Εισαγωγή

Η Διοίκηση είναι η σημαντικότερη ανθρώπινη δραστηριότητα και αποτελεί τη γενική και βασική λειτουργία κάθε κοινωνίας, η οποία βασίζεται στη συνεργασία πολλών οργανισμών. Η Διοίκηση υποδηλώνει τη διεύθυνση, το σύνολο των διοικητικών υπηρεσιών, τη διαχείριση των οικονομικών, την φροντίδα και την επιμέλεια.

“Διοικώ” σημαίνει διευθύνω, κατευθύνω ένα σύνολο ατόμων ή μια επιχείρηση. Γενικότερα η λέξη διοίκηση σημαίνει κάθε δραστηριότητα που αναπτύσσουν οι άνθρωποι και οι διάφοροι δημόσιοι ή ιδιωτικοί οργανισμοί με σκοπό την συστηματική και συνεπή διεύθυνση και διαχείριση των υποθέσεων τους.

Η Διοίκηση, κατά καιρούς έχει διατυπωθεί με ποικίλους τρόπους, χωρίς όμως ποτέ να αλλοιώνεται το κύριο νόημα και ο σκοπός αυτού του όρου. Είναι ορισμός που έχει δοθεί από τον Breech για τον όρο “διοίκηση” είναι ότι: “Η διοίκηση είναι μια κοινωνική μέθοδος, η οποία έχει την ευθύνη ανάπτυξης, προγραμματισμών και κανονισμών, στον επιχειρησιακό ή κοινωνικό τομέα προς εκπλήρωση των αντικειμενικών σκοπών”.

Αρχές είναι οι θεμελιώδεις αλήθειες, οι οποίες εξηγούν ορισμένα φαινόμενα δηλαδή τις σχέσεις μεταξύ δυο ή περισσότερων σειρών μεταβλητών. Οι αρχές διοίκησης είναι οικουμενικές και έχουν καθολική εφαρμογή, διότι αποτελούν κατευθυντήρια γραμμή για την επίλυση προβλημάτων, καθώς και για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των ενεργειών ενός οργανισμού.

1.2.2 Θεμελιώδεις Αρχές Διοίκησης

Οι θεμελιώδεις αρχές διοίκησης είναι:

1. Υπαγωγή του ατομικού συμφέροντος στο γενικό.
2. Αυστηρή προσήλωση στις κειμενικές διατάξεις.
3. Αμερόληπτη απονομή του δικαίου.
4. Επίδειξη πνεύματος ανωτερότητας, αμεροληψίας και αμνησικακίας σε όλους.
5. Ευγένεια και άμεμπτη συμπεριφορά των ιθυνόντων προς του διοικούμενους.
6. Σεμνότητα και ειδική τάξη στις κάθε φύσεως εκδηλώσεις της διοίκησης.
7. Καλλιέργεια του πνεύματος, της αξιοπρέπειας, συναδερφικότητας, ευπρεπείας και ευγενούς άμιλλας, στην εκτέλεση καθηκόντων.
8. Αμερόληπτος και δίκαιος χειρισμός των ζητημάτων του προσωπικού.
9. Τοποθέτηση των κατάλληλων προσώπων στις κατάλληλες θέσεις.
10. Συνεχής προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργίας της διοίκησης.

1.2.3 Είδη Διοικήσεως

Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι διοικήσεως, η απολυταρχική διοίκηση και η δημοκρατική διοίκηση. Στην απολυταρχική διοίκηση, υπάρχει έντονα το στοιχείο της εξουσίας από τον προϊστάμενο του τμήματος, ο οποίος έχει και το δικαίωμα να λαμβάνει μόνος του αποφάσεις. Στην δημοκρατική διοίκηση, οι εργαζόμενοι έχουν το δικαίωμα να εκφράζουν τις απόψεις του και να παίρνουν μέρος στις διοικητικές αποφάσεις. Σήμερα, ο τύπος διοίκησης που ισχύει είναι ο δημοκρατικός, διότι αποδειχθεί ότι στην απολυταρχική διοίκηση η ποσότητα της εργασίας είναι μεγαλύτερη, η ποσότητα συνεχώς μειώνεται μεταξύ, ενώ παράλληλα οι σχέσεις μεταξύ εργαζομένων είναι απόμακρες. Αντιθέτως, στην δημοκρατική διοίκηση η ποιότητα της εργασίας είναι σαφώς καλύτερη, λόγω της καλής συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων (Κουτούζης, 1999).

1.2.4 Λήψη Αποφάσεων

Η διοίκηση της επιχείρησης αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα υψηλής αποδοτικότητας και επιτυχίας. Είναι πολύ σημαντικό επομένως να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διοίκησή της. Συγκεκριμένα, η αποτελεσματικότητα της εταιρείας καθορίζεται καταρχήν από το σχεδιασμό των θέσεων εργασίας, ο οποίος πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την ευρύτερη εταιρική στρατηγική και τους επιμέρους στόχους. Εκφράζει το σύνολο των καθηκόντων ή ρόλων που αφορούν στην υλοποίηση ενός μέρους του συνολικού έργου. Πρέπει ουσιαστικά να διαιρεθεί το συνολικό έργο της εταιρείας σε επιμέρους έτσι ώστε να ανατεθεί σε κάθε άτομο συγκεκριμένο έργο (Κουτούζης, 1999).

Επιπρόσθετα, η διοίκηση μιας επιχείρησης περιλαμβάνει την ομαδοποίηση των θέσεων εργασίας σε τμήματα (τμηματοποίηση) με σκοπό την ενιαία διοίκησή τους και συντονισμό μεταξύ τους. Ταυτόχρονα για τη σωστή διοίκηση της εταιρείας πρέπει να καθορίζεται το εύρος της διοίκησης, δηλαδή του αριθμού των υφισταμένων θέσεων που θα διοικεί η κάθε προϊσταμένη – διοικητική θέση και ο καθορισμός των ιεραρχικών επιπέδων της (Κουτούζης, 1999).

Πολύ σημαντικός είναι εξάλλου ο καθορισμός των σχέσεων εξουσίας μεταξύ των διαφόρων θέσεων εργασίας και ιεραρχικών επιπέδων, ο καθορισμός του βαθμού συγκέντρωσης ή αποκέντρωσής της και η διαμόρφωση των βασικών μηχανισμών ολοκλήρωσης ή συντονισμού μεταξύ των διαφόρων μερών της οργάνωσης (θέσεις εργασίας, τμήματα, ιεραρχικά επίπεδα) (Κουτούζης, 1999).

Για να καθοριστούν οι παραπάνω παράμετροι για τη σωστή διοίκηση της επιχείρησης, λαμβάνονται αποφάσεις καθημερινά. Όταν αποφασίζουμε, έχουμε να λύσουμε ένα πρόβλημα όταν πρέπει να επιλέξουμε μια δραστηριότητα, από μια σειρά εναλλακτικές λύσεις, έχοντας υπόψη μας τις επιπτώσεις αυτής της επιλογής. Θεωρητικά προτιμούμε μερικές επιπτώσεις σε σχέση με άλλες, και έτσι προσπαθούμε να αναγνωρίσουμε εκείνες τις ενέργειες που θα έχουν τις καλύτερες για μας επιπτώσεις. Όταν αυτός που αποφασίζει

γνωρίζει από πριν τις επιπτώσεις κάθε μιας από τις πιθανές λύσεις του προβλήματος, τότε λέμε ότι έχει ένα πρόβλημα απόφασης σε συνθήκες βεβαιότητας (Κουτούζης, 1999).

Σε άλλη περίπτωση ο "αποφασίζων" μπορεί να έχει κάποιες ιδέες για το ποιες από τις πιθανές λύσεις είναι περισσότερο ή λιγότερο προτιμητέες. Ειδικότερα θα βάλει αριθμητικές πιθανότητες στις διάφορες επιπτώσεις. Αν λειτουργήσει έτσι λέμε ότι η διαδικασία αποφάσεων είναι σε συνθήκες κινδύνου. Αν αυτός που αποφασίζει δεν ξέρει τις επιπτώσεις των ενεργειών του, ούτε μπορεί να τις σταθμίσει με πιθανότητες, τότε λέμε ότι αποφασίζει σε συνθήκες αβεβαιότητας. Η διαδικασία λήψης της απόφασης είναι μια σειρά από δραστηριότητες με τις οποίες συγκεντρώνονται και επεξεργάζονται τα απαραίτητα πληροφοριακά στοιχεία, αναδεικνύεται το πλήθος των εναλλακτικών λύσεων, γίνεται επιλογή της καλύτερης από αυτές και τέλος καθορίζεται ο τρόπος υλοποίησης της απόφασης (Κουτούζης, 1999).

1.2.5 Ο ρόλος του Ηγέτη στην Οργάνωση

Είναι γνωστό στις μέρες μας ότι η ηγεσία, ως λειτουργία και συμπεριφορά των στελεχών όλων των ιεραρχικών επιπέδων αποτελεί την ουσιαστική αιτία της διαρκούς ανταγωνιστικότητας και επιτυχίας των διαφόρων επιχειρήσεων και οργανισμών. Το γεγονός αυτό μπορεί να τεκμηριωθεί από σύγχρονες επιστημονικές έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί καθώς επίσης και από την έμφαση που δίνουν στον τομέα της ηγεσίας οι διάφορες επιτυχημένες επιχειρήσεις της εποχής μας (Κουτούζης, 1999).

Στο σύγχρονο περιβάλλον στο οποίο ζούμε, η έννοια της αποτελεσματικότητας, της καριέρας και της επιτυχίας των στελεχών δεν εξασφαλίζεται μόνο με πολύ δουλειά και τις επαγγελματικές ικανότητες. Είναι ουσιαστικά εξαρτώμενη από την διάθεση και την ικανότητά των ανθρώπων να αναπτύσσουν στην πράξη μια αποτελεσματική ηγετική συμπεριφορά. Φυσικά μια ηγετική φυσιογνωμία μπορεί να συνδέεται άμεσα με χαρακτηριστικά προσωπικότητας τα οποία είναι κληρονομικά ή αναπτύσσονται στην παιδική ηλικία των ανθρώπων (Yukl, 1989).

Κάποια χρόνια πριν ένας σοφός συγγραφέας ονόματι Burt Nanus είχε τονίσει πως η ηγεσία σημαίνει την βούληση και την ενθουσιώδη προσπάθεια η οποία είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας διαφόρων ανθρώπων και επιχειρήσεων και οι οποίοι έχουν ως άμεσο

στόχο την δημιουργία ενός νέου αποτελέσματος και φυσικά για το κάτι καλύτερο. Στις μέρες μας ο όρος «Ηγέτης» πρέπει να είναι αυτός ο οποίος θα εμπνέει τους άλλους γύρω του, να μοιράζεται τις ιδέες του και να εμπιστεύεται αλλά και συγχρόνως να δεσμεύεται για τις πράξεις που θα ακολουθήσουν για το καλό της επιχείρησης αλλά και των ανθρώπων που εργάζονται μέσα σε αυτή (Μακρυγιωργάκης, 2001).

Βέβαια ένας ηγέτης για να υπάρξει εντός μιας επιχείρησης ή σε ένα δημόσιο – ιδιωτικό οργανισμό, θα πρέπει να υπάρξουν και εκείνες οι κατάλληλες συνθήκες επιρροής λειτουργιών Μάρκετινγκ στις επιχειρήσεις αυτές, οι οποίες θα βοηθήσουν τον εκάστοτε ηγέτη να αναπτύξει τις θέσεις του και τα επιχειρήματα του. Είναι γεγονός πως ζούμε σε μια εποχή όπου το εμπόριο των ταχυκίνητων καταναλωτικών αγαθών και υπηρεσιών που παρέχονται από τις διάφορες επιχειρήσεις, έχει διαφοροποιηθεί αρκετά σε σχέση με το άμεσο παρελθόν. Τα στελέχη αλλά και οι υπάλληλοι αυτών των επιχειρήσεων βρίσκονται σε μια διαρκή πίεση με σκοπό την αύξηση των πωλήσεων των αγαθών και υπηρεσιών που παρέχουν προς τους καταναλωτές αλλά και τα κέρδη και μερίδια της αγοράς. Γνωρίζουν επιπλέον πολύ καλά πως τα διάφορα επιχειρηματικά σχέδια που εκτελούν και αφορούν τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας, δεν είναι πλέον επαρκή (Μακρυγιωργάκης, 2001).

Η συμπεριφορά των καταναλωτών και η διαδικασία αγοράς των διαφόρων αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται από κάποια επιχείρηση, σχετίζεται άμεσα με την στρατηγική τιμών που ακολουθεί καθώς και την σωστή προώθηση των προϊόντων ή υπηρεσιών αυτών. Για να μπορέσει λοιπόν μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός να ικανοποιήσει τις επιθυμίες των πελατών – καταναλωτών, θα πρέπει να είναι σε θέση να λειτουργεί άκρως ικανοποιητικά σε ένα απαιτητικό περιβάλλον αλλά και να προβλέπει τις ανάγκες και επιθυμίες των πελατών αυτών. Το μεγάλο ερώτημα λοιπόν το οποίο προκύπτει στην περίπτωση αυτή, είναι με ποιους τρόπους μια επιχείρηση, δημόσια ή ιδιωτική, μπορεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των καταναλωτών και να τους αποτρέψει από την προτίμηση τους προς τις ανταγωνίστριες και μεγαλύτερες επιχειρήσεις. Με άλλα λόγια, πως μια επιχείρηση ή ένας οργανισμός θα κάνει τους πελάτες –καταναλωτές να είναι απόλυτα πιστοί προς αυτήν και πως θα αποφασίζει σωστά ο καταναλωτής για το ποια προϊόντα

και υπηρεσίες θα επιλέξει ανάμεσα σε εκατοντάδες που κυκλοφορούν στον ανταγωνισμό (Μακρυγιωργάκης, 2001).

Θα μπορούσε κανείς να πεί πως ένας συγκεκριμένος άνθρωπος μπορεί να χαρακτηριστεί ως Ηγέτης αφού καταφέρνει με αποτελεσματικό τρόπο να αναπτύξει και να ακολουθήσει μια ιδεολογία η οποία του επιτρέπει να αναπτύξει ένα όραμα και μια συγκεκριμένη στρατηγική για την επιχείρηση την οποία εργάζεται (Fiedler, FE, 1996). Καταφέρνει δηλαδή να παρέχει στην εταιρεία του ένα όραμα το οποίο δίνει ώθηση και κίνητρα στους ανθρώπους που εργάζονται μαζί του. Επιπλέον θέτει ξεκάθαρα τους στόχους αλλά και τα επιθυμητά αποτελέσματα μέσω μιας μεγάλης προσπάθειας από μέρους του. ο ίδιος άνθρωπος θα πρέπει να έχει την διαύγεια να επικεντρώσει τους συνεργάτες του αλλά και του υπαλλήλους του στην εκπλήρωση αυτών των στόχων και συγχρόνως να καταφέρουν να είναι αποδοτικοί και ευέλικτοι (Μαυρούδης, 1999).

Μέσα λοιπόν απο αυτήν την τεχνογνωσία σχετικά με την ανάπτυξη της επιχείρησης του αλλά και την θεωρία του σχετικά με την ηγετική του θέση, θα πρέπει να καταφέρνει να επικοινωνεί άριστα με τους συνεργάτες του αλλά και να μεταδίδει σε αυτούς τις ιδέες με κάθε τρόπο σχετικά με τις διαδικασίες που επιβάλλεται να ακολουθηθούν για την επίτευξη των στόχων της εταιρίας σε Ελλάδα και εξωτερικό. Ένας ηγέτης προσπαθεί πάντα όλες του οι ιδέες να γίνονται κατανοητές απο όλους ακόμα και σε συναντήσεις των πέντε (5) λεπτών. Επιθυμεί πάντα να είναι σίγουρος ότι οι αλλαγές που πρέπει να διεξαχθούν σε ένα τομέα, θα είναι κατανοητές απο όλους και για το λόγο αυτό προσπαθεί μέσω των κατάλληλων τεχνικών αλλά και προγραμμάτων να μεταδώσει όσο πιο απλά τις ιδέες του αυτές αλλά και τις αντιλήψεις του (Μαυρούδης, 1999).

Πρέπει λοιπόν στο σημείο αυτό να επισημάνουμε πως μια ηγετική φυσιογνωμία μπορεί και στηρίζεται στις διάφορες θεωρίες της Ηγεσίας, οι οποίες έχουν αναπτυχθεί και εξετασθεί στις μέρες μας και καταφέρνουν σε πολύ σημαντικό βαθμό να αναπτύξουν και να δημιουργήσουν μια επιχείρηση η οποία θεωρείται υγιής και ανταγωνιστική. Οι διάφορες αυτές θεωρίες έχουν βοηθήσει σημαντικά πολλούς ανθρώπους να αναπτύξουν

τις ικανοτητές τους εντός των επιχειρήσεων στις οποίες δουλεύουν, βοηθώντας αυτές σε αρκετά μεγάλο βαθμό να αναπτυχθούν σημαντικά (Μαυρούδης, 1999).

Ίσως η πιο ενδεδειγμένη μορφή θεωρίας ηγεσίας που κάποιος θα μπορούσε να παρουσιάσει για την περίπτωση ενός επιχειρηματία, είναι εκείνη η οποία αναφέρεται ως «Θεωρία των Γνωρισμάτων». Η θεωρία των Γνωρισμάτων έχει ως αρχή ότι οι άνθρωποι γεννιούνται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να τους οδηγήσουν να γίνουν επιτυχημένοι ηγέτες, αφού κάποια από αυτά θεωρούνται ιδιαίτερος κατάλληλα για αυτό το σκοπό. Μάλιστα ύστερα από διάφορες έρευνες που έχουν λάβει μέρος έχει διαπιστωθεί πως οι ηγέτες οι οποίοι έχουν υπάρξει κατά καιρούς διέθεταν και το χαρακτηριστικό των κληρονομικών χαρισμάτων. Κάποια άλλη σχετική έρευνα η οποία έγινε τον τελευταίο καιρό σε διάφορους επιφανείς επιχειρηματίες βασίστηκε στην ψυχολογική σύνθεση και χαρακτήρα αυτών των ανθρώπων και η οποία έδειξε ότι οι άνθρωποι αυτοί είχαν κληρονομήσει χαρακτηριστικά όπου τους επέτρεψαν να αναδειχθούν σε σημαντικούς ηγέτες (Fiedler, FE, 1996).

Βασιζόμενοι λοιπόν σε αυτή την θεωρία θα μπορούσαμε να πούμε πως ένας ηγέτης παρουσιάζει έντονο το αίσθημα της συναισθηματικής σταθερότητας και κατορθώνει να είναι βέβαιος και σίγουρος για τον εαυτό του όταν λειτουργεί κάτω από πίεση ή δυνατό στρες. Άνθρωποι όπως αυτός σε αυτές τις καταστάσεις και με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ηγετών, έχουν την ικανότητα να παραδέχονται τα σφάλματα τους έτσι ώστε να μπορούν αντίστοιχα να τα διορθώσουν αντί να τα συγκαλείψουν (Fiedler, FE, 1996).

Επιπλέον μπορούν και διατηρούν πολύ καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους και διαθέτουν μια εξαιρετική ικανότητα στο να πείθουν τους άλλους με τους οποίους συνεργάζονται χωρίς να γίνονται πειστικοί ή να καταφεύγουν σε αρνητικές τακτικές. Μπορούν επίσης να κατανοούν ένα ευρύ φάσμα τομέων αποφεύγοντας να είναι στενόμυαλοι και καταπιεστικοί. Όλα τα παραπάνω είναι σίγουρα γνωρίσματα μιας θεωρίας, η οποία ταιριάζει σημαντικά στην προσωπικότητα ενός ηγέτη καθώς εμφανίζει χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να τον έχουν οδηγήσει να θεωρείται ένας από τους πιο επιφανείς ανθρώπους στο χώρο της εργασίας και των επιχειρηματικών του δραστηριοτήτων (Fiedler, FE, 1996).

Μια άλλη διαφορετική θεωρία ηγεσίας την οποία και μπορούμε να παραθέσουμε και να αναλύσουμε για την συγκεκριμένη περίπτωση ενός ηγέτη, είναι η εκείνη της «Θεωρίας της Συμπεριφοράς», η οποία υποστηρίζει το αντίθετο από την θεωρία των Γνωρισμάτων, ότι δηλαδή οι ηγέτες μπορούν να γίνουν κατά την πορεία της ζωής τους και δεν είναι απαραίτητο να έχουν γεννηθεί. Γίνεται δηλαδή αμέσως αντιληπτό ότι η θεωρία της Συμπεριφοράς δεν αποσκοπεί στα γεννησιακά χαρακτηριστικά των ηγετών αλλά στις ικανότητες που έχουν αναπτύξει κατά την διάρκεια της ζωής τους (Fiedler, FE, 1996).

Η συγκεκριμένη θεωρία υποστηρίζει επίσης ότι οι άνθρωποι οι οποίοι βρίσκονται κοντά σε κάποιον ηγέτη, μπορούν να διδαχθούν από αυτούς και να αποκτήσουν και αυτοί χαρακτηριστικά που μπορούν να τους οδηγήσουν στο να γίνουν καταξιωμένοι ηγέτες. Η θεωρία της Συμπεριφοράς αναφέρει πως είναι σχετικά εύκολο για κάποιους ανθρώπους να αναπτύξουν σχετικά χαρακτηριστικά τα οποία θα τους οδηγήσουν στην επιτυχία και να αξιολογήσουν πως θα αξιοποιήσουν καλύτερα τις ικανότητες τις οποίες θα αποκτήσουν. Μέσω αυτής της θεωρίας είναι επίσης εύκολο να ενοπιστούν και σημαντικές πληροφορίες σχετικά με στοιχεία τα οποία διαθέτουν οι άνθρωποι και αντί για την επιτυχία τους οδηγούν στον εντελώς αντίθετο δρόμο, τη αποτυχία και ποιοι τρόποι αντιμετώπισης μπορούν να βρεθούν για να διορθωθούν αυτές οι συμπεριφορές (Yukl, 1989).

Άνθρωποι που χαρακτηρίζονται ως ηγέτες, έχουν καθορίσει τον ρόλο τους και ο οποίος στηρίζεται σημαντικά στην κοινωνική μάθηση και την ανάγνωση των σημείων της εποχής τους. Για το λόγο αυτό, διαμορφώνουν τις προσδοκίες τους σχετικά με το ρόλο που θα έχουν και άλλοι άνθρωποι γύρω του αλλά και στο εργασιακό περιβάλλον όπου βρίσκονται καθημερινά. Συνεπώς οι άνθρωποι θα πρέπει να ενεργούν εντός των ορίων των οποίων θέτουν και πάντα να κοιτούν πως θα μπορούν μέσα από την συνεργασία του με επιφανής ηγετικές φυσιογνωμίες να επωφεληθούν από τα χαρίσματά τους και να αναρρηχηθούν και οι ίδιοι. Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε πως σύμφωνα με την συγκεκριμένη θεωρία και οι ηγέτες επηρεάζονται από τα μηνύματα τα οποία λαμβάνουν από τους ανθρώπους που είναι γύρω τους, ειδικότερα αν αυτά λαμβάνονται από ανθρώπους με τους οποίους έχουν στενή συνεργασία και συνεργάζονται σε καθημερινή βάση (Yukl, 1989).

Μια τρίτη θεωρία την οποία πρέπει να αναφέρουμε και η οποία είναι εξίσου σημαντική για την περίπτωση την οποία αναλύουμε σχετικά με τις θεωρίες ηγεσίας, είναι η θεωρία της «Ηγεσίας Καταστάσεων». Η θεωρία αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι ο ηγέτης δημιουργείται από μια σειρά παραγόντων και καταστάσεων όπου λαμβάνουν χώρα και επηρεάζουν τις συνθήκες των εργασιών κάθε φορά (Yukl, GA, 1989). Στην περίπτωση όπου χρειάζεται κάποιος άνθρωπος να πάρει μια απόφαση για μια συγκεκριμένη κατάσταση ή γεγονός ή ακόμα και για τον τρόπο τον οποίο θα πρέπει να ακολουθήσει μια ομάδα ανθρώπων και προκειμένου να πάρουν απόφαση για κάποιες σημαντικές κινήσεις στις οποίες θα προβούν, τότε χρειάζεται ένας αποτελεσματικός ηγέτης ο οποίος θα έχει λάβει πλήρη γνώση των καταστάσεων όπου υπάρχουν την δεδομένη στιγμή και θα ξέρει πως θα αντιδράσει για να επιτευχθούν οι στόχοι όπου ορίζονται.

Ένας ηγέτης πρέπει να καθοδηγείται από τρεις δυνάμεις οι οποίες έχουν να κάνουν με την συγκεκριμένη κατάσταση την κάθε στιγμή, την δύναμη του ηγέτη που πρέπει να επιδείξει αλλά και την επιχειρηματική δύναμη που είναι απαραίτητη για να προβεί στις απαραίτητες κινήσεις για την περαιτέρω εξέλιξη της επιχειρησής του. Με αυτό τον τρόπο ένας ηγέτης δημιουργεί τον μύθο αλλά και την φυσιογνωμία του ηγέτη όπου και τον οδηγεί στην θέση την οποία κατέχει καθώς οι πράξεις του αλλά και οι αντιδράσεις γίνονται παράδειγμα για τους περισσότερους ανθρώπους στο χώρο όπου και κινείται (Yukl, 1989).

Μια άλλη εξίσου σημαντική θεωρία, είναι εκείνη η οποία σχετίζεται με την θεωρία της «Μετασχηματιστικής Ηγεσίας». Η θεωρία αυτή αναφέρει ότι οι άνθρωποι είναι διατεθειμένοι να ακολουθήσουν κάποιον ο οποίος τους εμπνέει και τους κάνει να αισθάνονται ότι τα διάφορα οράματα αλλά και ιδέες που έχουν για κάποια συγκεκριμένα πράγματα μπορούν να πραγματοποιηθούν (Yukl, GA, 1989). Ένας ηγέτης θα πρέπει να διαθέτει μια τέτοια προσωπικότητα και μέσα από τις ενέργειες του και τις κινήσεις του να μπορεί να εμπνεύσει τους ανθρώπους γύρω του καθώς τις πράξεις του ακολουθούν ο ενθουσιασμός και η ενέργεια.

Είναι εξίσου πολύ σημαντικό για τους ανθρώπους οι οποίοι συνεργάζονται με έναν ηγέτη να διακρίνουν το πάθος του και τον δυναμισμό του σε κάθε κίνηση ή προσπάθεια του και νιώθουν ότι αυτός νοιάζεται για αυτούς και τους ωθεί στην πραγματοποίηση των στόχων

τους. Γίνεται συνεπώς αντιληπτό πως αυτή η θεωρία της ηγεσίας κάνει λόγο για κάποιες ιδέες τις οποίες έχουν κάποιοι άνθρωποι και που σαν στόχο έχουν την πραγματοποίησή τους και τον τρόπο που θα πραγματοποιηθούν. Ο τρόπος λοιπόν αλλά και οι λεπτομέρειες της πραγματοποίησής τους θα πρέπει να γίνεται από έναν ηγέτη ο οποίος θα διαθέτει τον κατάλληλο χαρακτήρα και ψυχισμό να «διαβάσει» τα σημεία της δεδομένης και να δράσει ανάλογα (Yukl, GA, 1989).

Στην συνέχεια αυτής της αποστολή ο ηγέτης θα πρέπει να διαδώσει αυτές τις ιδέες και στους ανθρώπους που τον ακολουθούν και τον εμπιστεύονται και να τους διδάξει τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να πραγματοποιηθούν οι στόχοι τους. Η συγκεκριμένη θεωρία λαμβάνει υπόψη της ότι ο ηγέτης θα επωφεληθεί από κάθε δυνατότητα που θα του δοθεί για πείσει τους άλλους για αυτό που κάνει και πως θα τους διδάξει με τον κατάλληλο τρόπο πώς να πραγματοποιούν τις ιδέες τους και τους στόχους τους λαμβάνοντας και αυτοί υπόψη τους τις δεδομένες συνθήκες της στιγμής (Fiedler, FE, 1996).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε πως οι ηγέτες οι οποίοι ανάγονται σε αυτή την κατηγορία θεωρίας ηγεσίας, θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί αφού θα έχουν ως άμεσο σκοπό να δημιουργήσουν μια εμπιστοσύνη ανάμεσα σε αυτούς και τους ανθρώπους του οποίους θα καθοδηγούν καθώς επίσης και στον τρόπο με τον οποίο θα προωθούν τις απόψεις τους (Fiedler, FE, 1996).

Συνεπώς μέσα από την δημιουργία αυτής της εμπιστοσύνης και οι δύο μεριές αλλά ιδιαίτερα ο ηγέτης έχει τον τρόπο για να πείσει τους άλλους να τον ακολουθήσουν και ο οποίος βασίζεται σε μια στρατηγική την οποία έχει αναπτύξει με την πολυετή πείρα του αλλά και την ικανότητά του να εκμεταλλεύεται τα σημεία της εποχής του. Πολλές φορές οι συγκεκριμένες ιδέες αλλά και οι λεπτομέρειες των ιδεών αυτών μπορεί να είναι απολύτως κατανοητές η σαφές από τους υπόλοιπους ανθρώπους αν και η κατεύθυνση ή ο στόχος είναι πάντα γνωστός. Για το λόγο λοιπόν αυτό λέμε ότι χρειάζεται η δημιουργία μια σχέσης εμπιστοσύνης για μπορέσει ο ηγέτης να είναι αποτελεσματικός και να οδηγηθεί στην εκπλήρωση των στόχων του με απόλυτη επιτυχία (Fiedler, FE, 1996).

Μια άλλη θεωρία ηγεσίας η οποία αναφέρεται και τα χαρακτηριστικά της ταιριάζουν στην προσωπικότητα ενός ηγέτη, είναι εκείνη η οποία ονομάζεται «Ηγεσία Συμμετοχής» ή «Συμμετοχική Ηγεσία». Η θεωρία αυτή αναφέρει πως η συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων μερών στη λήψη των αποφάσεων είναι σημαντική καθώς βελτιώνει την κατανόηση των ζητημάτων που αφορούν κάποιους συγκεκριμένους ανθρώπους και τα οποία θέτει ο ηγέτης καθώς επίσης και τον τρόπο με τον οποίο θα πραγματοποιούνται οι αποφάσεις και θα συμμετέχουν οι ενδιαφερόμενοι (Fiedler, FE, 1996).

Στην θεωρία αυτή η έννοια της συμμετοχής αποκτά ιδιαίτερη σημασία, αφού ο ηγέτης θα πρέπει να καθοδηγεί σωστά αυτούς που συμμετέχουν αλλά και οι συμμετέχοντες με την σειρά τους να είναι ενεργοί στην διαδικασία λήψης των σχετικών αποφάσεων. Οι άνθρωποι οι οποίοι δουλεύουν στον ίδιο χώρο και έχουν κοινούς στόχους και ιδεολογία σχετικά με το μέλλον της εταιρίας τους, θα πρέπει να συνεργάζονται με τον ηγέτη και να ακολουθούν την θεωρία του και σε καμία περίπτωση να μην είναι ανταγωνιστικοί και προβάλλουν αντιρήσεις απλά για να το κάνουν εάν δεν υπάρχει σημαντικός λόγος.

Η συμμετοχή λοιπόν όλων των ενδιαφερομένων μερών στην λήψη των αποφάσεων είναι απαραίτητη από όλους και πρέπει να περιλαμβάνει εκ μέρους του ηγέτη όλες τις ομάδες που εργάζονται σε την εταιρία και αυτές περιλαμβάνουν τους υπαλλήλους, τους προϊσταμένους αλλά και απλά ενδιαφερόμενα μέλη. Συχνά όμως παρατηρείται το φαινόμενο της άρνησης για έλεγχο η συμμετοχή στην συγκεκριμένη καθοδήγηση του ηγέτη με σκοπό την δημιουργία προβλημάτων στους ανθρώπους, οι οποίοι θέλουν να επιτύχουν κάποιους συγκεκριμένους στόχους αλλά και στο έργο του ηγέτη. (Fiedler, FE, 1996).

Τέλος μια τρίτη θεωρία ηγεσίας την οποία μπορούμε να αναφέρουμε και που οι ηγέτες χαρακτηρίζονται και διαθέτουν χαρακτηριστικά αυτής, είναι η θεωρία η οποία αναφέρεται στον συνδυασμό των ικανοτήτων που διαθέτουν αυτοί αλλά και των παραγόντων που επικρατούν την δεδομένη στιγμή. Η θεωρία αυτή βασίζεται συγκεκριμένα και στον προσωπικό τρόπο με τον οποία αντιδρούν οι ηγέτες και ο οποίος τρόπος εξαρτάται από τις προσωπικές απόψεις και στυλ του καθενός και ο οποίος τρόπος όμως κάποιες φορές μπορεί να μην είναι επιτυχής. Η θεωρία λοιπόν αυτή αναφέρει ότι οι

ηγέτες θα πρέπει να στηρίζονται περισσότερο στην εμπειρία και τα σημάδια της εποχής τους παρά περισσότερο στις προσωπικές τους ιδέες και το στυλ τους (Yukl, 1989).

Επίσης ένας ηγέτης θα πρέπει να κατορθώσει να δημιουργήσει πολύ καλές σχέσεις με άλλα κράτη και τους ανθρώπους του οι οποίοι πίστεψαν στις ιδέες του και τον ακολούθησαν προσπαθώντας όλοι μαζί για μια καλύτερη οικονομική ανάπτυξη και ευημερία. Επιπλέον να κατεφέρει και όπως ορίζει η συγκεκριμένη θεωρία, να μεταδώσει την μεθοδικότητα του τρόπου δουλειάς του και σε άλλους ανθρώπους, προσπαθώντας να την τυποποιήσει έτσι ώστε και άλλοι να διδαχθούν από αυτόν και να προχωρήσουν ανάλογα (Fiedler, FE, 1996).

Είναι αλήθεια πως η προσωπικότητα του «ηγέτη» - «manager», του ανθρώπου δηλαδή που έχει στα χέρια του την αρμοδιότητα για την καθοδήγηση της επιχείρησης, είναι απόλυτα συνυφασμένη με την αποτελεσματικότητα του τρόπου διοίκησης της επιχείρησης και κατά συνέπεια με την επιτυχημένη πορεία της. Μπορεί κανείς να διακρίνει πέντε κυρίως ικανότητες που θα πρέπει να έχει ο manager για να μπορεί να ανταποκριθεί στα διοικητικά του καθήκοντα. Μια πρώτη ικανότητα είναι η «τεχνική». Με τον όρο τεχνική εννοούμε όλες εκείνες τις απαραίτητες κύριες και παρεπόμενες γνώσεις που έχει ο manager, το γνωστικό του δηλαδή υπόβαθρο. Είναι αλήθεια πως κανείς δε μπορεί να διοικήσει αποτελεσματικά εάν προηγουμένως δεν έχει διδαχθεί πώς να το κάνει, εάν δεν έχει προσκτήσει τις αναγκαίες επιστημονικές γνώσεις (Κουτούζης, 1999).

Είναι βέβαια κοινά αποδεκτό ότι η εμπειρία και η πρακτική αποτελούν καλούς συμβούλους για τον ηγέτη αλλά σε καμία περίπτωση αυτός δε θα μπορέσει να ανταποκριθεί επιτυχώς εάν δεν κατέχει το αντικείμενο το οποίο καλείται να υπηρετήσει. Άλλωστε μια καλά διαρθρωμένη τεχνική ικανότητα μπορεί να ανοίξει το δρόμο για να καταλάβει τα ηνία της διοίκησης μιας επιχείρησης πολύ νωρίτερα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που στελέχη επιχειρήσεων ευνοούνται λόγω κάποιων εξειδικευμένων γνώσεων τους και προωθούνται στην ιεραρχία καταλαμβάνοντας διοικητικές θέσεις, χαρακτηριστικό τέτοιο παράδειγμα αποτελεί ο Μπίλ Γκέιτς της Microsoft Co., ο οποίος εκτόξευσε την καριέρα του όντας ικανότατος προγραμματιστής ηλεκτρονικών υπολογιστών. Επίσης έχοντας ο manager τις αναγκαίες γνώσεις στο αντικείμενο του

μπορεί να κατευθύνει προς τη σωστή κατεύθυνση το προσωπικό της επιχείρησης του, να θέτει αντικειμενικά εφικτούς στόχους αλλά και να ελέγχει τις γνώσεις του προσωπικού που διευθύνει (Κουτούζης, 1999).

Δεύτερη και εξίσου σημαντική ικανότητα που πρέπει να έχει ένας καλός manager είναι η «νοητική» ή όπως αλλιώς ονομάζεται «δεξιότητα αφηρημένης σκέψης και συνολικής θεώρησης». Πρόκειται εδώ για την ιδιαίτερη ικανότητα του manager να αντιλαμβάνεται τον οργανισμό, την επιχείρηση που διοικεί ως μία ολότητα, να μπορεί δηλαδή να αντιλαμβάνεται το οργανόγραμμα της επιχείρησης που διοικεί και να κατευθύνει αρμονικά τα επιμέρους τμήματα της ώστε αυτά να συνδέονται και να συνεργάζονται μεταξύ τους. Να μπορεί να κατανοεί πως κάθε αλλαγή σε κάποιο τμήμα της επιχείρησης μπορεί να επιφέρει μεταβολή και στα άλλα. Η ικανότητα «διάγνωσης» αποτελεί ένα ακόμη χαρακτηριστικό γνώρισμα του manager. Συχνά ακόμη και μέσα σε συνθήκες υψηλής πίεσης και επιχειρηματικού ρίσκου, ο μάνατζερ της επιχείρησης καλείται να διαγνώσει προβλήματα, να αποφασίσει για μια «θεραπεία», να δώσει στο πρόβλημα αυτό μια λύση, να την προωθήσει για εφαρμογή και κατόπιν να διαπιστώσει στην πράξη της αποτελεσματικότητα της επιλογής του (Κουτούζης, 1999).

Μια τέταρτη ικανότητα που είναι συνυφασμένη με τον όρο διευθυντής - μάνατζερ μιας επιχείρησης είναι η «διαπροσωπική». Με βάση την ικανότητα του αυτή ο σύγχρονος μάνατζερ πρέπει να είναι σε θέση να μπορεί να κατανοεί τη συμπεριφορά, τα προβλήματα, τις ανάγκες των υφισταμένων του και να τους καθοδηγεί, να τους υποστηρίζει, να δίνει λύσεις, κατευθύνσεις, να τους παρακινεί και να τους συνδράμει ψυχολογικά. Είναι αδύνατο να μπορέσει ένας μάνατζερ να επιτύχει συνθήκες αποτελεσματικής διοίκησης στην επιχείρηση που διοικεί εάν πρώτα δεν έχει κατορθώσει να αναπτύξει συνθήκες «ειλικρινούς» και «ανοιχτής» επικοινωνίας με τα υφιστάμενα του στελέχη καθώς και τους εργαζομένους της επιχείρησης του, ανεξαρτήτως της βαθμίδας ιεραρχίας που αυτά βρίσκονται (Μακρυγιωργάκης, 2001).

Τέλος μια πέμπτη ικανότητα που πρέπει να έχει ο μάνατζερ είναι η «πολιτική». Πολιτική ικανότητα σημαίνει να μπορεί ο μάνατζερ να διεκδικεί το μερίδιο του στην εξουσία και να αποτρέπει σε οποιοδήποτε άλλο υφιστάμενο του να αμφισβητεί την εξουσία του αυτή ή να προσπαθεί να του την υφαρπάξει. Η κατοχή αυτής της ικανότητας είναι εξίσου

σημαντική και αποτελεί μάλλον αναγκαίο συμπλήρωμα των τεχνικών ικανοτήτων, καθόσον δεν αρκεί ο μάνατζερ να είναι επιστημονικά καταρτισμένος, αλλά επιβάλλεται να μπορεί με την προσωπικότητα του να επιβληθεί στους υφισταμένους του έτσι ώστε να υλοποιούνται οι αποφάσεις και οι εντολές του. Εξίσου σημαντικός παράγοντας για την αποτελεσματικότητα της επιτυχούς διοίκησης μιας επιχείρησης είναι και το «μοντέλο», το πρότυπο δηλαδή της ηγεσίας που υιοθετεί ο κάθε μάνατζερ για την άσκηση της διοίκησης του. Η θεωρία μας δίνει αρκετά παραδείγματα από στυλ ηγεσίας από τα οποία μπορούμε να επικεντρώσουμε και να αναπτύξουμε τα τρία πιο αντιπροσωπευτικά (Μακρυγιωργάκης, 2001).

Πρώτο μοντέλο διοίκησης είναι το καθαρά «απολυταρχικό». Εδώ ο μάνατζερ της επιχείρησης διατηρεί το μεγαλύτερο μέρος της εξουσίας για τον εαυτό του. Σπάνια εκχωρεί αρμοδιότητες ενώ όταν το κάνει είναι σαφώς προμελετημένο και οι αρμοδιότητες αυτές είναι καθαρά διαδικαστικές και μικρής σημασίας. Σε αυτό το στυλ διοίκησης ο μάνατζερ λαμβάνει τις αποφάσεις για την πορεία της επιχείρησης χωρίς τη σύμπραξη ούτε καν τη συναίνεση και την ενημέρωση των υφισταμένων του, τις ανακοινώνει απλώς και περιμένει από αυτούς απλά να τις εκτελέσουν. Σκοπός και κύριος προσανατολισμός αυτού του τύπου ηγετών είναι η παραγωγή εργασίας και μόνο ενώ το εργατικό δυναμικό της επιχείρησης αντιμετωπίζεται ως το μέσο για την υλοποίηση των οικονομικών τους στόχων. Ένα δεύτερο μοντέλο τρόπου διοίκησης μιας επιχείρησης είναι το «συμμετοχικό». Εδώ ο μάνατζερ εκχωρεί αρκετά δικαιώματα και δικαιοδοσίες στους υφισταμένους του, των οποίων τη γνώμη επιδοκιμάζει και επαινεί. Υπάρχουν τρεις μορφές συμμετοχικών μάνατζερ: α) ο συμβουλευτικός, που συσκέπτεται με τους υφισταμένους του, ακούει την άποψη τους και μετά καταλήγει σε απόφαση, β) ο συναινετικός, που ενθαρρύνει τη σύσκεψη της ομάδας των υφισταμένων του και την έκδοση μιας κοινά αποδεκτής απόφασης, την οποία στο τέλος επιδοκιμάζει και προωθεί για εφαρμογή και γ) ο δημοκρατικός, ο οποίος επιδιώκει η ομάδα των συνεργατών του να εκφέρει ποικίλες απόψεις και προβληματισμούς και κατόπιν θέτει σε ψηφοφορία την τελική λύση και απόφαση που θα εκληφθεί. Τέλος ως στυλ διοικητικής δράσης ενός μάνατζερ σε μια επιχείρηση μπορεί να αναφερθεί και το «ηγετικό μοντέλο ελεύθερης δράσης» (Μακρυγιωργάκης, 2001).

Εδώ ο μάνατζερ ουσιαστικά εκχωρεί τον απόλυτο έλεγχο στην ομάδα των υφισταμένων που τον πλαισιώνει, τους εξουσιοδοτεί να ανακαλύψουν λύσεις στα προβλήματα που απασχολούν την επιχείρηση και αυτός μπορεί να παρεμβαίνει μόνο ως παρατηρητής για την υποβοήθηση τους και εφόσον του ζητηθεί η γνώμη και συνεισφορά. Ουσιαστικά δηλαδή τους καθιστά υπόλογους για την πορεία της επιχείρησης και τους δραστηριοποιεί για το συμφέρον της. Η αλήθεια είναι βέβαια πως σήμερα με τις ιδιαίτερα ανταγωνιστικές συνθήκες που επικρατούν στην παγκόσμια αγορά, είναι φυσικό επακόλουθο ο μάνατζερ να υποχρεώνεται να αναλαμβάνει αυτός την ευθύνη των αποφάσεων για την πορεία της επιχείρησης, καθώς ο κίνδυνος και το επιχειρηματικό ρίσκο είναι πολύ μεγάλα. Αυτό βέβαια δεν αποκλείει σε αρκετές των περιπτώσεων οι μάνατζερ να ασπάζονται τις γνώμες ή και τις αποφάσεις υφισταμένων τους ή να τους ενθαρρύνουν να αναλαμβάνουν ηγετικές πρωτοβουλίες (Μαυρούδης, 1999).

1.2.6 Νομοθετικά Πλαίσια Διοίκησης Νοσοκομείου στην Ελλάδα

Η εξέλιξη του νοσοκομειακού θεσμού, χαρακτηρίζεται από τέσσερις περιόδους: Στη συνέχεια της παραγράφου αυτής θα γίνει περαιτέρω αναφορά και περιγραφή κάθε περιόδου αναλυτικά.

A περίοδος (1827-1928)

Η Α περίοδος χαρακτηρίζεται από την απουσία πρωτοβουλιών του κράτους πάνω σε θέματα υγείας.

Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύθηκαν με την εισφορά ιδιωτών και ορισμένων δήμων και κοινοτήτων (Σύρος 1827).

Τα νοσοκομεία ήταν μικρά και πρόσφεραν βοήθεια στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα (άπορους – φτωχούς).

Βασικός σκοπός του κράτους ήταν η αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων με την εφαρμογή του υγειονομικού κανονισμού και τη δημιουργία ιατρικής αστυνομίας. Ο υγειονομικός κανονισμός διαμορφωνόταν από το ιατροσυνένδριο (1833), και ήταν συμβουλευτικό όργανο. Το 1917, δημιουργήθηκε το προσωρινό Υπουργείο περίθαλψης έχοντας στόχο την αποκατάσταση των προσφύγων της Ελλάδας μετά του Βαλκανικούς πολέμους και του πρώτου παγκόσμιου πολέμου. Μετά από μια 5ετία το Υπουργείο περίθαλψης εξελίχθηκε σε Υπουργείο υγιεινής και κοινωνικής πρόνοιας.

Β περίοδος

Σε αυτή την περίοδο το κράτος παρεμβαίνει δυναμικά ιδρύοντας γενικά, ειδικά, στρατιωτικά καθώς και προσφυγικά νοσοκομεία.

Παρ' όλο που η χρήση των νοσοκομείων γενικεύεται, η παροχή φροντίδας ήταν υποτυπώδης. Υπό αυτές τις συνθήκες το 1937 Α.Ν. 965 «Περί οργανώσεων των δημόσιων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» θέτει τις βάσεις οργάνωσης των νοσοκομείων της χώρας.

Με βάση αυτό το νόμο, το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ορίζει τις τιμές των νοσηλείων, ενώ τις εγκρίνει ο Υπουργός Υγιεινής.

Οι πόροι των νοσοκομείων προέρχονταν από:

1. Τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών,
2. Την ετήσια κρατική επιχορήγηση,
3. Τις επιχορηγήσεις των δήμων ή κοινοτήτων,
4. Τις πληρωμές ασθενών,
5. Καθώς και από τις δωρεές και κληρονομιές.

Το 1941, ψηφίστηκε ο Α.Ν. 2769, ο οποίος έδινε τη δυνατότητα στους Υπουργούς Υγιεινής και οικονομικών να ιδρύσουν προσωρινά – κρατικά νοσοκομεία με σκοπό την

αντιμετώπιση των αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού, λόγω της συμμετοχής μας στο Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο.

Γ περίοδος

Το 1953 ψηφίστηκε ο Ν.Δ. 2592 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως». Για πρώτη φορά θεσμοθετείται ένα ενιαίο πλαίσιο έχοντας σκοπό την ορθολογική και επιστημονική οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας.

Οι κύριοι σκοποί ήταν:

1. Η διοικητική αποκέντρωση του υγειονομικού τομέα με τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη θεσμοθέτηση συμβουλευτικών και εκτελεστικών οργάνων σε τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό επίπεδο,

2. Η υπαγωγή όλων των ιδρυμάτων και υπηρεσιών σε ένα φορέα, το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας,

3. Η ισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών,

4. Η καθιέρωση ενός ενιαίου πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων,

5. Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις περιφέρειες.

Το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με βάση το Ν. 2882/1953, για την εσωτερική διάρθρωση και δομή, προέβλεπε την δημιουργία τριών υπηρεσιών:

√ Της διοικητικής,

√ Της νοσηλευτικής,

√ Της ιατρικής.

Ο Διοικητικός διευθυντής ασκεί τη διεύθυνση του νοσοκομείου, ενώ η Διευθύνουσα και η Υποδιευθύνουσα ασκούν την διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Η διεύθυνση της Ιατρικής Υπηρεσίας ασκείται από το τριμελές επιστημονικό συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από του τρεις αρχαιότερους διευθυντές των ιατρικών τμημάτων. Η επόμενη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος (1980), νόμος Δοξιαδή «μέτρα προστασίας της υγείας» με σκοπό την εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος υγείας, δεν ψηφίστηκε.

Δ περίοδος

Το 1983 ψηφίστηκε ο Ν. 1397 για την εγκαθίδρυση ενός εθνικού συστήματος Υγείας. Με την ένταξη όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Ι.Δ. στις διατάξεις του Ν. 1397/83, ο νοσοκομειακός τομέας δημοσιοποιείται πλήρως. Επίσης, καθιερώθηκε για πρώτη φορά ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών και απαγορεύτηκε η ανέγερση και λειτουργία νέων ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Τελικά ο νόμος του Ε.Σ.Υ. δεν επέφερε καμιά αλλαγή στον τομέα χρηματοδότησης των νοσοκομείων, λόγω της έλλειψης πόρων και μηχανισμών σύγχρονης οικονομικής διαχείρισης με αποτέλεσμα την εμφάνιση τεράστιων ελλειμμάτων στους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς.

Με το Ν. 2071/92 επιτρέπεται ξανά η ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών Νοσηλευτικών μονάδων και αρχίζει και καθιερώνει αντικειμενικά κριτήρια για την αξιολόγηση των οικονομικών στοιχείων του νοσοκομειακού προϋπολογισμού, δυστυχώς αυτό όμως δεν έχει ισχύσει μέχρι το 1997.

Τελικά, σήμερα η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σύμφωνα με το νόμο του Πε.Σ.Υ. ορίζει ότι στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προϊστάται ο Διευθυντής. Ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μετά από επιλογή του από το νοσηλευτικό συμβούλιο το οποίο λειτουργεί ως υπηρεσιακό συμβούλιο.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι οι τομεάρχες που ορίζονται από τον

Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το νοσηλευτικό συμβούλιο του Πε.Σ.Υ.

Επίσης, οι προϊστάμενοι του τμήματος των τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας επιλέγονται από το υπηρεσιακό συμβούλιο στο οποίο υπάγονται οι υποψήφιοι.

Αυτός είναι ο τελευταίος κώδικας που αναδιάρθρωσε τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες οι οποίες λειτουργούν ως έχει σήμερα.

1.2.7 Ορισμός Νοσοκομείου

Το νοσοκομείο στις μέρες μας αποτελεί ένα μεγάλο οργανωμένο κοινωνικό κέντρο όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων σχηματίζουν διάφορες επαγγελματικές ομάδες, οι ομάδες αυτές πρέπει να εργαστούν αλλά και να συνεργαστούν μεταξύ τους για να εκπληρώσουν τους αντικειμενικούς σκοπούς του νοσοκομείου οι οποίοι είναι:

1. Η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της διάθρωσης της Ιατρικής του υπηρεσίας: πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από κοινωνική, οικονομική ή επαγγελματική κατάσταση σύμφωνα με τους κανόνες εθνικού συστήματος Υγείας,
2. Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας,
3. Η εφαρμογή προγραμμάτων, ειδίκευση συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών και νοσηλευτών κ.α.,
4. Προγραμματισμός,
5. Επιλογή και τοποθέτηση κατάλληλου και ανάλογου προσωπικού,
6. Προμήθεια επαρκούς υλικού και εξοπλισμού,
7. Σωστή λειτουργία με βάση την οργάνωση.

Συνήθως οι σκοποί παραμένουν όπως έχουν τεθεί εξ αρχής ή αναθεωρούνται ή τροποποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Συνεπώς η λειτουργία του νοσοκομείου παρακολουθείται, επιβλέπεται και αξιολογείται διαρκώς και συστηματικά.

Συνεπώς κάθε οργανισμός υγείας (νοσοκομείο) για να λειτουργήσει σωστά και για να εκπληρώσει τους σκοπούς του, θα πρέπει αρχικά να βασίζεται σε ένα σύστημα διοίκησης, το οποίο να περιλαμβάνει τις βασικές αρχές διοίκησης, οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- √ Στην οργάνωση του νοσοκομείου και δομή,
- √ Στην συμπεριφορά των ανθρώπων που απαρτίζουν τον οργανισμό,
- √ Στη μέτρηση του βαθμού επιτυχίας των σκοπών του οργανισμού.

1.2.8 Οργάνωση – Δομή Νοσοκομείου

Τα νοσοκομεία είναι νόμιμα πρόσωπα δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου. Εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων ανεξάρτητα από τον φορέα που ανήκουν. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε ιδιωτικά και δημόσια, ανάλογα με τον φορέα στον οποίο ανήκουν. Σε μικρά – μεσαία και μεγάλα, ανάλογα με το μέγεθος του, δηλαδή τον αριθμό των κλινών που διαθέτουν.

Γενικά και ειδικά, ανάλογα με τις ειδικότητες που διαθέτουν. Τα γενικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Ενώ τα ειδικά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά νοσοκομεία καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία ανήκουν, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή στις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην παραγωγή της ιατρικής έρευνας. Τα νομαρχιακά νοσοκομεία λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κυρίως του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην παραγωγή της ιατρικής έρευνας.

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, τα οποία διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο το οποίο αποτελείται από:

1. Τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο και δυο μέλη που διορίζονται από τον υπουργό,
2. Έναν εκπρόσωπο, των γιατρών του νοσοκομείου,
3. Έναν εκπρόσωπο, των υπολοίπων εργαζομένων του νοσοκομείου,
4. Έναν εκπρόσωπο, της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής που ανήκει το νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

2.1 Εισαγωγή

Μέχρι σήμερα, τα Κρατικά Νοσοκομεία της χώρας μας παρακολουθούν την χρηματοοικονομική τους διαχείριση σύμφωνα με το λογιστικό των Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο ανήκει στον κύκλο του Δημόσιου Λογιστικού και διέπεται από το Ν.Δ. 496/74.

Η τήρηση των λογιστικών βιβλίων τους γίνεται σήμερα με το απλογραφικό σύστημα. Ο καθορισμός του απλογραφικού συστήματος για την τήρηση των λογιστικών βιβλίων των Δημοσίων Νοσοκομείων βρίσκεται στους οικονομικούς και διαχειριστικούς κανόνες του 1952, όπου στο άρθρο 155 καθορίζεται το απλογραφικό σύστημα για την τήρηση των λογιστικών βιβλίων των Ν.Ι. πλην όμως, στο ίδιο άρθρο αναφέρεται επί λέξει «... Διαποφάσεως του Δ.Σ. Νοσηλευτικού Ιδρύματος, εγκεκριμένης υπό του Υπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας δύναται να εφαρμοσθεί το διπλογραφικό σύστημα εις Ιδρύματα, εν περίπτωση καθ' ήν το απλογραφικό σύστημα δεν παρέχει ευχέρειαν ενημερότητας των λογαριασμών.»

Ύστερα από πενήντα (50) χρόνια βρισκόμαστε μπροστά στην εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος, στα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας Κάλιο αργά παρά ποτέ..... Η Εισαγωγή του Διπλογραφικού Συστήματος στα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας, παράλληλα με την τήρηση του Δημόσιου Λογιστικού,

προβλέπεται στο άρθρο 29 παρ. 3 του Ν. 2819/97. Η ημερομηνία υποχρεωτικής εφαρμογής του από τα Κρατικά Νοσοκομεία είναι σύμφωνα με το άρθρο 3 του Π.Δ. 205/98 (ΦΕΚ 163Α/ 98) η 01/01/2000 . Με το άρθρο 36 του Ν 2778/99 (ΦΕΚ. 295/Α) η υποχρεωτική εφαρμογή του Διπλογραφικού Συστήματος μετατέθηκε για την 01/01/2001.

Σκοπός του άρθρου μας είναι να δείξουμε την αναγκαιότητα της εφαρμογής του Διπλογραφικού Συστήματος και τα οφέλη που αυτό θα φέρει στην ορθολογική διαχείριση των Κρατικών Νοσοκομείων. Για να γίνει αυτό απαιτείται μια σύντομη αναφορά – περιγραφή του ισχύοντος μέχρι σήμερα απλογραφικού συστήματος μια σύντομη παρουσίαση του τρόπου λειτουργίας του διπλογραφικού συστήματος και ο εντοπισμός των διαφορών των δύο συστημάτων.

2.2 Το Απλογραφικό Σύστημα του Δημόσιου Λογιστικού

Η οικονομική διαχείριση των Κρατικών Νοσοκομείων της χώρας μας ως Ν.Π.Δ.Δ. , στηρίζεται στον προϋπολογισμό, με τον οποίο προσδιορίζονται τα έσοδα και καθορίζονται τα όρια των εξόδων για κάθε οικονομικό έτος. Η παρακολούθηση της κατάρτισης και εκτέλεση του προϋπολογισμού στηρίζεται στον «Κώδικα Κατάταξης Εσόδων - Εξόδων» του 1982 που έχει εκδόσει το Γ.Λ.Κ. (Αριθ. Πρωτ. 25614/26-2-1982 άρθρο, Εγκύκλιος 2). Ο κώδικας αυτός αποτελεί την τελευταία ανατύπωση της παλαιάς κωδικής κατάταξης, που προβλέπει το άρθρο 3 παρ. 2 του Ν.Δ. 496/74, και ο οποίος μέχρι σήμερα, συμπληρώνεται με νέους κωδικούς από την 39η Δ/νση του Γ.Λ.Κ. όταν παρουσιάζεται ιδιαίτερη ανάγκη, (π.χ. προσθήκη του Κ.Α.Ε. 1281 “Προμήθεια υλικών μηχανογραφικών και λοιπών συναφών εφαρμογών.”)

Σύμφωνα λοιπόν με τον παραπάνω κώδικα, χρησιμοποιούνται κωδικοί αριθμοί εσόδων και εξόδων (Κ.Α.Ε.), οι οποίοι ταξινομούνται κατ' είδος, ομάδες και κατηγορίες, ανάλογα με την αιτία και την φύση τους, κατά το δεκαδικό σύστημα.[2]

Στο σημείο αυτό έχει σημασία να τονίσουμε ότι οι έννοιες «έσοδα» και «έξοδα» σύμφωνα με το Δημόσιο Λογιστικό, είναι τελείως διαφορετικές απ' τις αντίστοιχες έννοιες, σύμφωνα με τις αρχές της λογιστικής επιστήμης.

Έτσι σαν «έσοδα» του προϋπολογισμού των Ν.Π.Δ.Δ. εννοούμε κάθε χρηματικό ποσό που περιέρχεται νόμιμα στο Ν.Π.Δ.Δ. και αυξάνει το ταμειακό ενεργητικό του. Ενώ σαν «έξοδα» εννοούμε την κάθε δαπάνη που γίνεται νόμιμα από το Ν.Π.Δ.Δ. Έτσι όπως όλοι γνωρίζουμε, σαν έσοδα θεωρούνται τα χρηματικά ποσά που εισπράττει το Νοσοκομείο με την αντίστοιχη έκδοση του Γραμμάτιου Είσπραξης και σαν έξοδα θεωρείται το χρηματικό ποσό που καταβάλλεται με την αντίστοιχη εξόφληση του χρηματικού εντάλματος. Τελικά κατά το Δημόσιο Λογιστικό ότι χρηματικό ποσό εισπράττεται είναι έσοδο και ότι πληρώνεται είναι έξοδο. Με την λογική δε αυτή του Δημοσίου Λογιστικού, οι κρατήσεις π.χ. για τα ασφαλιστικά ταμεία, ο Φ. Μ. Υ. κ.λ.π. θεωρούνται σαν έσοδα όταν παρακρατούνται και σαν έξοδα όταν αποδίδονται.

Κάθε φορά λοιπόν που το Δημόσιο Νοσοκομείο εισπράττει έσοδα (π.χ. από νοσήλια) εκδίδει Γραμμάτιο Είσπραξης με το οποίο ενημερώνεται ένας (1) κωδικός αριθμός εσόδων του προϋπολογισμού. Αντίθετα όταν καταβάλλει χρηματικό ποσό για εξόφληση αντίστοιχου χρηματικού εντάλματος (π.χ. εξόφληση προμηθευτή) ενημερώνεται ένας (1) κωδικός αριθμός εξόδων του προϋπολογισμού του. Βλέπουμε δηλαδή ότι το σύστημα του Δημοσίου Λογιστικού είναι μονογραφικό, δηλαδή κάθε πράξη καταγράφεται μονοδιάστατα είτε σαν έξοδο είτε σαν έσοδο. Οι κωδικοί συνεπώς του Δημοσίου Λογιστικού με αυτή τους τη λειτουργία, μόνο αυξάνονται.

Η λειτουργία αυτή, του Δημοσίου Λογιστικού, με την απλογραφική μέθοδο στερεί το Κρατικό Νοσοκομείο από μια σειρά πολύτιμων και σημαντικών πληροφοριών που είναι αναγκαίες για την άσκηση ορθολογικής διαχείρισης.

Για παράδειγμα μια βασική και χαρακτηριστική αδυναμία του Δημοσίου Λογιστικού είναι η μη παρακολούθηση του κόστους. Η έννοια του κόστους δεν υπάρχει στο Δημόσιο Λογιστικό. Είναι σαφής επίσης η αδυναμία παρακολούθησης της κατανάλωσης των υλικών, εκ μέρους των ΚΑΕ του προϋπολογισμού των Δημοσίων Νοσοκομείων. Επίσης το απλογραφικό σύστημα του Δ.Λ. δεν λαμβάνει υπόψη του τις αποσβέσεις των κτιρίων, μηχ/των, επίπλων κ.λ.π., και δεν δίνει τελικό αποτέλεσμα (κέρδος ή ζημία) της ετήσιας δραστηριότητας του Νοσοκομείου.

Νομίζουμε ότι δεν οφείλει η απαρίθμηση των μειονεκτημάτων του απλογραφικού συστήματος του Δ.Λ., αρκεί μόνο να τονίσουμε την απουσία παντελώς διαδικασιών

ελέγχου και επαληθεύσεων και κυρίως την παντελή έλλειψη πληροφόρησης για την πραγματική οικονομική κατάσταση των Κρατικών Νοσοκομείων.

Τελικά είναι φανερό, πως όλο το νομικό πλέγμα που ρυθμίζει το Δημόσιο Λογιστικό των Ν. Π. Δ. Δ. (Ν. Δ. 496/74) στηρίζεται στην αντίληψη που θέλει την τυπολατρία των νομικών διατάξεων υπεράνω της οικονομικής ουσίας, αντί να συμβαίνει το αντίθετο.

2.3 Το Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα

Όταν λοιπόν η εποχή μας χαρακτηρίζεται σαν εποχή της πληροφορίας είναι δυνατόν να αγνοήσουμε το εργαλείο ή την επιστήμη εκείνη που είναι το στοιχείο της; Η κεντρική εξουσία, με αρκετά χρόνια καθυστέρηση νομοθέτησε, όπως προαναφέραμε, την εισαγωγή του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος της Γενικής και Αναλυτικής Λογιστικής στα Ν.Π.Δ.Δ. και τους Ο.Τ.Α. της χώρας.

Το Διπλογραφικό Λογιστικό Σύστημα (ή Διγραφική μέθοδος) είναι η μέθοδος η οποία καταγράφει τις μεταβολές που επιφέρουν τα λογιστικά γεγονότα στην περιουσία ενός οργανισμού (Δημόσιου ή Ιδιωτικού), θέτοντας σε κίνηση δύο (2) τουλάχιστον λογαριασμούς: Έναν που μεταβάλλεται (+) ή (-) και έναν άλλον που μεταβάλλεται με το ίδιο ακριβώς ποσό, (-) ή (+). Κάθε λογιστικό γεγονός δηλ. καταγράφεται δισδιάστατα με ταυτόχρονη κίνηση δύο (2) τουλάχιστον λογαριασμών, εκ των οποίων ένας χρεώνεται και ένας πιστώνεται. Είναι ένα λογιστικό σύστημα που ισχύει σε όλον τον κόσμο, λειτουργεί πάρα πολλά χρόνια και σαν ενιαίο σύνολο έχει απεριόριστες δυνατότητες παροχής οικονομικών πληροφοριών, στους ασκούντες την Διοίκηση του οργανισμού.

Η λειτουργία της διπλογραφικής μεθόδου, με βάση τις μεταβολές που επιφέρει στους λογαριασμούς του Ε.Γ.Λ.Σ., φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα :

Λογαριασμοί			Χρέωση	Πίστωση
Ενεργητικό	1 ^η Ομάδα	Πάγια	+	-
	2 ^η Ομάδα	Αποθέματα	+	-

	3 ^η Ομάδα	- Απαιτήσεις - Διαθέσιμα	+	-
Παθητικό	4 ^η Ομάδα	Ίδια κεφάλαια Προβλέψεις Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις	-	+
	5 ^η Ομάδα	Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις	-	+
Αποτέλεσμα	6 ^η Ομάδα	Οργανικά Έξοδα	+	-
Εκμεταλλεύσεως	7 ^η Ομάδα	Οργανικά Έξοδα	-	+
Ανόργανο αποτέλεσμα	8 ^η Ομάδα	Ανόργανα Έξοδα	+	-
		Ανόργανα Έσοδα	-	+
Σύνολα			α	= α

Επεξηγήσεις : (+) = Αυξήσεις των Λογαριασμών

(-) = Μειώσεις των Λογαριασμών

Από το παραπάνω διάγραμμα προκύπτει ότι κάθε αύξηση των στοιχείων του ενεργητικού, προκαλεί μία αντίστοιχη μείωση ενός (1) άλλου στοιχείου του ενεργητικού ή μία αντίστοιχη αύξηση στοιχείων των υποχρεώσεων ή των ιδίων κεφαλαίων. Επίσης κάθε μείωση στοιχείου του ενεργητικού θα προκαλεί μία αντίστοιχη αύξηση ενός άλλου στοιχείου του ενεργητικού ή μία αντίστοιχη μείωση στοιχείου των υποχρεώσεων ή των ιδίων κεφαλαίων.[1]

Οι αυξομειώσεις των λογαριασμών οφείλονται στην μαθηματική ισότητα που ισχύει στην Λογιστική και που είναι η εξής :

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ = ΠΑΘΗΤΙΚΟ + ΚΑΘΑΡΗ ΘΕΣΗ

Λόγω της ισχύος της μαθηματικής αυτής ιδιότητας κάθε αύξηση στοιχείου του ενεργητικού θα προκαλεί μια αντίστοιχη μείωση ενός άλλου στοιχείου του ενεργητικού ή μια αντίστοιχη αύξηση στοιχείου των υποχρεώσεων ή των ιδίων κεφαλαίων. Επίσης λόγω της ίδιας ιδιότητας κάθε μείωση στοιχείου του ενεργητικού θα προκαλεί μια αντίστοιχη αύξηση ενός άλλου στοιχείου του ενεργητικού ή μια αντίστοιχη μείωση στοιχείου των υποχρεώσεων ή του ίδιου κεφαλαίου.

Οι αυξομειώσεις αυτές των στοιχείων του ενεργητικού και του παθητικού καταγράφονται σε ειδικό βιβλίο, που καλείται ημερολόγιο και το οποίο έχει ειδικές στήλες. Η αριστερή στήλη ονομάζεται «Χρέωση» και η δεξιά «Πίστωση».

Με δύο παραδείγματα, που παρατίθενται στην συνέχεια απεικονίζεται η προηγούμενη αναφορά στην λειτουργία της διπλογραφικής μεθόδου.

Παράδειγμα 1^ο Αγορά φαρμακευτικού υλικού αξίας 1.000.000 δρχ. με πίστωση

_Αντιμεταβαλλόμενοι λογαριασμοί		Μεταβολές Λογαριασμών	
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ	Χρέωση	Πίστωση
25	Αναλώσιμα υλικά	1.000.000 (+)	
50	Προμηθευτές		1.000.000 (-)

Παράδειγμα 2^ο Εξόφληση προμηθευτού 1.000.000 δρχ.

Αντιμεταβαλλόμενοι λογαριασμοί		Μεταβολές Λογαριασμών	
ΚΩΔΙΚΟΣ	ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ	Χρέωση	Πίστωση

50	Προμηθευτές	1.000.000 (-)	
38	Χρηματικά Διαθέσιμα		1.000.000 (+)

Από τα δύο αυτά παραδείγματα, που απεικονίζουν δύο πολύ απλά και καθημερινά λογιστικά γεγονότα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο, προκύπτουν αναμφισβήτητα οι διαφορές μεταξύ των δύο (2) συστημάτων (Απλογραφικό – Διπλογραφικό) και οι δυνατότητες πληροφόρησης που έχει το διπλογραφικό σύστημα.

Έτσι , από τα συγκεκριμένα παραδείγματα προκύπτει η χρονική υστέρηση στην ενημέρωση των δύο (2) συστημάτων, γιατί στο μεν δημόσιο λογιστικό υπάρχει μία μόνο εγγραφή κατά την εξόφληση του σχετικού εντάλματος στον προμηθευτή, ενώ στο διπλογραφικό έχουμε λογιστική εγγραφή, την στιγμή που λαμβάνουμε το τιμολόγιο με το φαρμακευτικό υλικό, και μια δεύτερη λογιστική εγγραφή όταν εξοφλείται ο προμηθευτής.

Συνεπώς, με το διπλογραφικό σύστημα η πληροφορία, τι χρωστάμε στον προμηθευτή, είναι διαθέσιμη άμεσα και έγκαιρα μέσω του συστήματος των λογαριασμών που τηρούνται από το Λογιστήριο του Νοσοκομείου, και στην προκειμένη περίπτωση είναι ο λογαριασμός 50 “Προμηθευτές” . Στο Δημόσιο Λογιστικό δεν υπάρχει αντίστοιχος λογαριασμός που να εμφανίζει τις υποχρεώσεις, όπως δεν υπάρχει και αντίστοιχος λογαριασμός που να παρακολουθεί τις απαιτήσεις, ενώ αντιθέτως στη Γενική Λογιστική έχουμε το λογαριασμό 30 “Απαιτήσεις” στο οποίο καταχωρούμε με την έκδοση τους, τις αποδείξεις παροχών υπηρεσιών που εκδίδει το τμήμα κινήσεως του Νοσοκομείου προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Επίσης η έννοια του ταμείου δεν υπάρχει στο Δ.Λ., αλλά προκύπτει από την διαφορά μεταξύ του αθροίσματος των γραμματίων είσπραξης και των χρηματικών ενταλμάτων, αντίθετα στο Διπλογραφικό το ταμείο εμφανίζεται αυτούσιο μέσα από το λογαριασμό 38 “Χρηματικά Διαθέσιμα.”

Έχει μεγάλη σημασία, στο σημείο αυτό, να δούμε τις έννοιες «έσοδα» και «έξοδα» από την πλευρά της λογιστικής. Σαν έσοδα, λοιπόν στη λογιστική είναι κάθε αύξηση της

καθαρής θέσης του Νοσοκομείου που προέρχεται από την άσκηση της δραστηριότητας του. Ενώ σαν έξοδα είναι η μείωση, της καθαρής θέσεως του Νοσοκομείου που προέρχεται από την δραστηριότητα του. Έτσι π.χ. η έκδοση απόδειξης παροχών υπηρεσιών για Νοσήλια μηνός Δεκεμβρίου 2000 των ασφαλισμένων του ΙΚΑ στο διπλογραφικό σύστημα θεωρούνται σαν έσοδα της χρήσεως 2000, και καταχωρούνται στο λογαριασμό 73 *“Έσοδα δραστηριότητας ΝΠΔΔ”* με χρέωση του λογαριασμού 30 *“Απαιτήσεις από πώληση αγαθών και υπηρεσιών.”*

Το δημόσιο λογιστικό, στην προκείμενη περίπτωση, περιμένει πότε θα εισπραχθεί το εν λόγω ποσό, για να το καταχωρήσει. Αυτό δε, μπορεί να γίνει στη χρήση του 2001 ή του 2002 κ.λ.π.

Επίσης π.χ. η ανάλωση φαρμάκων, στο διπλογραφικό σύστημα, αποτελεί έξοδο της χρήσης που αυτά αγοράστηκαν με βάση το σχετικό τιμολόγιο. Ενώ αντίθετα στο Δημόσιο Λογιστικό, θεωρούνται σαν έξοδα, όταν εξοφληθεί το σχετικό τιμολόγιο.

Φαίνεται λοιπόν, η διαφορετική λειτουργία των δύο (2) συστημάτων και η αναμφισβήτητη υπεροχή του διπλογραφικού συστήματος λόγω των δυνατοτήτων στην παροχή έγκαιρων και αξιόπιστων πληροφοριών.

Η Συλλειτουργία του Δημόσιου Λογιστικού και του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος

Η πλήρης λειτουργία του Διπλογραφικού Συστήματος, με την εφαρμογή του Κ. Λ. Σ. των Ν.Π.Δ.Δ. στο χώρο των Κρατικών Νοσοκομείων, γίνεται με την ταυτόχρονη συλλειτουργία των τριών (3) αυτόνομων λογιστικών κυκλωμάτων, που προβλέπει το Π.Δ. 205/98. Τα τρία (3) αυτόνομα λογιστικά κυκλώματα είναι :

- *Το κύκλωμα της Γενικής Λογιστικής.*
- *Το κύκλωμα της Αναλυτικής Λογιστικής.*
- *Το κύκλωμα της Λογιστικής του Δημόσιου Λογιστικού.*

Το κύκλωμα της Γενικής Λογιστικής περιλαμβάνει τις ομάδες 1,2,3,4,5,6,7 & 8 του Κ.Α.Σ. , το κύκλωμα της Αναλυτικής Λογιστικής περιλαμβάνει την Ομάδα 9 και το κύκλωμα της Λογιστικής του Δημοσίου Λογιστικού περιλαμβάνει την Ομάδα 10. Η συλλειτουργία των τριών (3) αυτών, αυτόνομων κυκλωμάτων πρέπει να γίνεται με **μια (1) καταχώρηση των παραστατικών και με ταυτόχρονη ενημέρωση και των τριών (3) κυκλωμάτων με την εξής σειρά :**

ΓΕΝΙΚΗ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ➡ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ➡ ΔΗΜΟΣΙΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ

Η διαδικασία αυτή προϋποθέτει την υποστήριξη της, από κατάλληλο λογισμικό πρόγραμμα, που πρέπει να διαθέτει το Νοσοκομείο. Ειδικά δε, σ' ότι αφορά το τρίτο κύκλωμα του Δημοσίου Λογιστικού (Ομάδα 10) πρέπει να τονίσουμε τα εξής :

Το Δημόσιο Λογιστικό δεν καταργείται, επειδή εφαρμόζεται το Διπλογραφικό Σύστημα. Τουλάχιστον κάτι τέτοιο, δεν ορίζεται στο Π.Δ. 205/98 και ούτε υπάρχει στο άμεσο μέλλον τέτοια πρόθεση, απ' όσο γνωρίζουμε. Αντίθετα μάλιστα, σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παρ. 3.3.10 του Π.Δ. 205/98, η εκτέλεση του προϋπολογισμού και του απολογισμού των Δημόσιων Νοσοκομείων θα γίνεται πλέον με διπλογραφικό τρόπο. Έτσι καταργείται, **μόνο** ο απλογραφικός τρόπος παρακολούθησης και τήρησης των βιβλίων του Δημοσίου Λογιστικού, τα οποία πρέπει πλέον να παρακολουθούνται και να τηρούνται με την διπλογραφική μέθοδο, μέσω των λογαριασμών τάξεως (Ομάδα 10).

Έχουμε δηλαδή την ιδιομορφία στο χώρο των Κρατικών Νοσοκομείων να τηρούνται παράλληλα δύο (2) διπλογραφικά συστήματα :

- της Γενικής – Αναλυτικής Λογιστικής και
- του Δημοσίου Λογιστικού.

Η μετάβαση συνεπώς από το μέχρι σήμερα ισχύον, απλογραφικό σύστημα του Δ.Α. στο ολοκληρωμένο διπλογραφικό λογιστικό σύστημα με την πλήρη εφαρμογή του Κ.Α.Σ. (τήρηση δηλαδή και των τριών λογιστικών κυκλωμάτων) απαιτεί εξειδικευμένες λογιστικές γνώσεις και εμπειρία από τα στελέχη των οικονομικών υπηρεσιών των Κρατικών Νοσοκομείων.

Το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, γνωρίζοντας την υφιστάμενη κατάσταση των οικονομικών υπηρεσιών και όχι μόνο, των Κρατικών Νοσοκομείων, έδωσε την δυνατότητα σ' αυτά, να αναθέσουν την εφαρμογή του Διπλογραφικού Συστήματος σε

φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου (αρθ.36 του Ν.2778/99 ΦΕΚ 295/Α).

Προς το σκοπό αυτό εκδόθηκε η υπ' αριθ. Δ4δ / οικ / 5481 / 4 – 4 – 2000 Κ.Υ.Α.

(ΦΕΚ 458/Β/2000) με την οποία καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρεί ο ανάδοχος που θα αναλάβει να εκτελέσει το εν λόγω έργο.

Έγινε νομίζουμε σαφές ότι με την λογική του «τι μπαίνει και τι βγαίνει από το ταμείο» που είναι ο τρόπος λειτουργίας του Δημοσίου Λογιστικού δεν μπορεί να ασκηθεί διοίκηση στα Κρατικά Νοσοκομεία που είναι από τις μεγαλύτερες οικονομικές μονάδες της χώρας μας. Χωρίς να υπάρχει διάθεση μηδενισμού της προσφοράς του Δημοσίου Λογιστικού, νομίζουμε ότι σήμερα δεν αρκεί και δεν είναι δυνατόν να ασκηθεί αποτελεσματική διοίκηση των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της χώρας με το Δημόσιο Λογιστικό, που υπάρχει και λειτουργεί σ' όλο το Δημόσιο Τομέα, από την εποχή του Όθωνα.

Η εισαγωγή λοιπόν του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος το οποίο όπως περιγράψαμε, είναι ένα σύγχρονο, ολοκληρωμένο, δοκιμασμένο σ' όλο τον κόσμο και πλούσιο πληροφοριακό σύστημα, είναι ενέργεια άμεσης προτεραιότητας. Σε συνδυασμό δε και με τις νέες μορφές οργάνωσης και διοίκησης (Πε.Σ.Υ. , Διοικητές Νοσοκομείων κλπ.) που επιχειρείται με την υγειονομική μεταρρύθμιση, από το Υ. Υ. Π., η γρήγορη εισαγωγή του Διπλογραφικού Συστήματος στα Κρατικά Νοσοκομεία της χώρας, θα αποτελέσει το επιστημονικό εργαλείο, στα χέρια εκείνων που θα κληθούν να αναλάβουν το δύσκολο έργο της αποτελεσματικής διαχείρισης και άσκησης αποτελεσματικής υγειονομικής πολιτικής, με την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Περιφερειακό σύστημα υγείας και Ελληνικά νοσοκομεία

Σε κάθε περιφέρεια της χώρας υπάρχει Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)

Οι υγειονομικές περιφέρειες αντιστοιχούν κατά βάση στις διοικητικές περιφέρειες, πλην της Κεντρικής Μακεδονίας και της Αττικής, για τις οποίες ισχύουν ειδικές ρυθμίσεις.

Σε κάθε Πε.Σ.Υ. υπάγονται όλες οι μονάδες ΕΣΥ κάθε περιφέρειας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.α.)

Το ΠΕ.ΣΥ διοικείται από το Δ.Σ. με πρόεδρο, γενικό διευθυντή και δύο αναπληρωτές γενικούς διευθυντές, το οποίο ασκεί κατά νόμο διοίκηση και εποπτεία όλων των μονάδων ΕΣΥ της περιφέρειας, στις αντίστοιχες έδρες των περιφερειών. Συγκροτείται σε δύο βασικές διευθύνσεις (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης) και επιμέρους τμήματα. Ο πρόεδρος- γενικός διευθυντής του ΠΕ.ΣΥ. διορίζεται με απόφαση του υπουργείου Υγείας και μετά από έγκριση της Ειδικής Επιτροπής της Βουλής.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα Νομαρχιακά και τα Ειδικά. Γενικά νοσοκομεία είναι όσα διαθέτουν τμήματα κυρίας νοσηλείας σε περισσότερες από μία θεραπευτικές κατηγορίες και ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κυρίας νοσηλείας σε μία θεραπευτική κατηγορία.

Τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του οικείου Πε.Σ.Υ. Ειδικότερα, με αποφάσεις του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ. μπορεί να μετακινούνται ιατροί, οδοντίατροι και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας για κάλυψη εφημερίων και έκτακτων αναγκών για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο από ένα μήνα, μέσα στο ίδιο έτος. Με όμοιες αποφάσεις μπορεί να καθορίζονται οι διαδικασίες για τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια

πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού, καθώς και για την κατάρτιση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων δύο ή περισσότερων νοσοκομείων ή κέντρων υγείας. Η πιο πάνω διασύνδεση παρέχει τη δυνατότητα σε νοσοκομεία, που έχουν συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες, να συνάπτουν συμφωνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, εγκρινόμενες από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. για την προσωρινή μέχρι τρεις μήνες, υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών, οι οποίοι λαμβάνουν πρόσθετη αμοιβή, το ύψος της οποίας καθορίζεται με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Η σχετική δαπάνη βαρύνει τις πιστώσεις των λειτουργικών εξόδων του προϋπολογισμού του νοσοκομείου υποδοχής. Η πιο πάνω διασύνδεση μπορεί να γίνεται και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή και περισσότερων Πε.Σ.Υ.

Με αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να εξειδικεύονται και να συμπληρώνονται οι προϋποθέσεις και να ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων. Νοσοκομεία του ΕΣΥ που έχουν πανεπιστημιακά τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες, ονομάζονται Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Τα γενικά νοσοκομεία Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Λάρισας, Πατρών και Χαϊδαρίου Αττικής ονομάζονται Πανεπιστημιακά.

3.2 Υπηρεσίες Υγείας – Ανοιχτά Συστήματα

Το κοινωνικό κράτος έχει πολλά υποσυστήματα, ένα από τα σημαντικότερα είναι το σύστημα υγείας του οποίου η πορεία αλληλεξαρτάται με την πορεία του κοινωνικού κράτους.

Άρα το σύστημα υγείας κάθε χώρας διαμορφώνεται από τον βαθμό παρέμβασης του κράτους σ' αυτό, από τις πολιτικοκοινωνικοοικονομικές συνθήκες του και τέλος από την συμμετοχή της επιστήμης, τον προγραμματισμό και την οργάνωση. Όλα τα παραπάνω μορφοποιούν ή συνθέτουν ένα από τα πλέον δαπανηρά και πολύπλοκα κοινωνικά

συστήματα μέσα σ' αυτό εμπλέκονται οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς, τα κτίρια, τα μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας, θέματα ηθικής δεοντολογίας, κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς και το ιατρικό απόρρητο.

Η θεωρία των συστημάτων στηρίζεται στο ότι τα πάντα διέπονται, λειτουργούν και οργανώνονται από ένα σύστημα που συνδέεται με άλλα συστήματα και καταλήγει στο υπερσύστημα.

Υποστηρίζεται ότι δεν είναι δυνατόν να υπάρχει μια κοινή αποδεκτή εννοιολογική θεώρηση του συστήματος, όμως παρόλα αυτά όλες καταλήγουν σε παρεμφερείς εννοιολογικούς προσδιορισμούς της συστηματικής θεώρησης της οποίας η κυριότερες ιδέες είναι:

1) Το όλον δεν είναι μόνο ένα άθροισμα των επιμέρους στοιχείων, γιατί το σύστημα θεωρείται ως μια ολότητα,

2) Τα επιμέρους στοιχεία βρίσκονται σε μια διαρκή και δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και σε σχέση με το περιβάλλον συνθέτουν μια ολότητα οργανικά συνδεδεμένη και οριοθετημένη,

3) Το σύστημα ως ολότητα, όπως και τα επιμέρους στοιχεία – υποσύνολα, υποσυστήματα, συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπληρώνουν το στόχο για τον οποίο υπάρχουν.

Σύμφωνα με τον Oxford English Dictionary σύστημα είναι: «Μια σειρά πραγμάτων συνδεδεμένων ή αλληλεξαρτώμενων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη ενότητα: ένα σύνολο που αποτελείται από επιμέρους υποσύνολα διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση σύμφωνα με κάποιο σχεδιασμό και προγραμματισμό».

3.3 Χαρακτηριστικά Συστήματος

Τα συστήματα μπορεί να εμφανίζουν κοινές ιδιότητες και γνωρίσματα, όμως ο βαθμός και η έντασή τους διαφέρουν από σύστημα σε σύστημα, έτσι τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι τα ακόλουθα:

1) Ανοικτά ή κλειστά συστήματα

Ανοικτό σύστημα θεωρείται το σύστημα το οποίο δέχεται και προσφέρει πληροφορίες, ύλη, προϊόντα, υπηρεσίες και ενέργεια από το περιβάλλον του. Επομένως τα ανοικτά συστήματα βρίσκονται σε μια συνεχή δυναμική κατάσταση σε εξέλιξη, λόγω των αλληλεπιδράσεων που δέχεται από το περιβάλλον. Τα ανοικτά συστήματα διαθέτουν μια διαδικασία επαναπληροφόρησης – επανατροφοδότησης, έτσι ώστε να είναι σε θέση να γνωρίζουν πραγματικά αν επιτυγχάνουν τη δυναμική ισορροπία ή σχέση με το περιβάλλον. Τέλος τα ανοικτά συστήματα βασίζονται στην Εντελεχειακή συμπεριφορά των συστημάτων, ενώ το κλειστό σύστημα, είναι αυτόνομο και δεν δέχεται επιδράσεις από το περιβάλλον.

2) Οριοθέτηση συστημάτων

Τα συστήματα πρέπει να έχουν καθορισμένα όρια ώστε να τα διαχωρίζουν από το περιβάλλον. Τα όρια αυτά ποικίλουν, μπορεί να είναι εύκαμπτα – άκαμπτα, ανοικτά – κλειστά, ασαφή – ευκρινή, ρευστά – σταθερά.

3) Δυναμικότητα των συστημάτων

Ο βαθμός δυναμικότητας εκφράζεται με τη συχνότητα των σχέσεων ανταλλαγής με το περιβάλλον (εξωτερική δυναμικότητα). Αντίθετα η εσωτερική δυναμικότητα αφορά τη δυναμική του μετασχηματισμού των εισαγομένων από το περιβάλλον στοιχείων (εισροές), σε επεξεργασμένα στοιχεία προς το περιβάλλον (εκροές).

4) Πολυπλοκότητα των συστημάτων

Προμηθευτές

Η πολυπλοκότητα των συστημάτων εκφράζεται από το πλήθος των στοιχείων που το αποτελούν και των σχέσεων μεταξύ τους. Ο βαθμός πολυπλοκότητας εξαρτάται από το

πλήθος των στοιχείων, αλλά κυρίως από τον αριθμό και τον τύπο των σχέσεών τους, καθώς και από τη λειτουργικότητα των σχέσεων αυτών.

5) Ιεραρχικότητα των συστημάτων

Όλα τα συστήματα θεωρούνται υποσυστήματα ενός υπερσυστήματος και το κάθε υποσύστημα έχει το δικό του βαθμό σημαντικότητας.

6) Τελεολογική συμπεριφορά των συστημάτων

Κάθε σύστημα υπάρχει για να εκπληρώνει τους στόχους για τους οποίους έχει δημιουργηθεί.

7) Εντελεγειακή συμπεριφορά των συστημάτων

Είναι η δυνατότητα των συστημάτων να προσαρμόζουν την συμπεριφορά τους ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος με σκοπό να εκπληρώσει επιτυχώς τους στόχους του.

3.4 Σύστημα Υγείας

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω θεωρίες των συστημάτων θα μπορούσαμε να ορίσουμε σαν σύστημα υγείας «Το σύνολο των επιμέρους στοιχείων – υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού».

Επίσης, υπάρχει άλλος ένας ορισμός του συστήματος υγείας (ΚΕΠΕ 1976), ο οποίος θεωρεί το σύστημα ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης, των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο πραγματοποίησης της προστασίας από την οποία εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας».

3.5 Ιδιαιτερότητες του Συστήματος Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας αποτελούν ένα από τους μεγαλύτερους και δυναμικότερους κλάδους της εθνικής οικονομίας, αν λάβουμε υπόψη ότι απασχολούν 5 % του ενεργού πληθυσμού και απορροφούν το 10 % του Α.Ε.Π. στις αναπτυγμένες χώρες.

Άρα θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των συστημάτων, όσο αφορά την οργάνωση προγραμματισμό και τη διοίκησή τους.

Οι ιδιαιτερότητες αυτών των συστημάτων είναι:

1) Συστήματα με αυξημένη κρατική παρέμβαση.

Σε αυτή την περίπτωση, το κράτος παρεμβαίνει στο σύστημα υγείας σε μεγάλο βαθμό. Η παρέμβαση ασκείται από την κεντρική εξουσία, σε εθνικό επίπεδο και από την τοπική εξουσία σε περιφερειακό επίπεδο. Η έκταση και ο βαθμός παρέμβασης καθορίζονται από τα κοινωνικοπολιτικοοικονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Το κράτος ελέγχει την οργάνωση, τη διοίκηση, την παραγωγή και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

2) Συστήματα που δεν μπορούν να λειτουργήσουν οι νόμοι της αγοράς.

Η αγορά των Υπηρεσιών Υγείας χαρακτηρίζεται ως «αγορά προμηθευτών», διότι η ζήτηση δεν καθορίζεται από τον καταναλωτή (ασθενή). Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι η έλλειψη πληροφόρησης και επιστημονικών γνώσεων των καταναλωτών πάνω σε θέματα υγείας.

3) Συστήματα εντάσεως εργασίας.

Το σύστημα υγείας θεωρείται «εντάσεως εργασίας», διότι βασίζεται κυρίως στο συντελεστή εργασίας και όχι στο ίδιο το κεφάλαιο. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν σ' αυτό το χώρο την εξουσία λόγω του καταμερισμού της εργασίας, καθώς και ότι ασκούν

τις υπηρεσίες τους σε ένα πολύ ευαίσθητο και εξειδικευμένο χώρο. Αυτό εξηγεί και το γεγονός, των συνεχόμενων μισθολογικών αυξήσεων, παρ' όλο που η οικονομία του κράτους παραμένει στάσιμη.

4) Συστήματα εντάσεως οργάνωσης και διοίκησης.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν πολύπλοκα και σύνθετα συστήματα διότι ασχολούνται με την ανθρώπινη ζωή, καθώς και τους οικονομικούς πόρους του κράτους.

Γι' αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιούν εξειδικευμένες μεθόδους οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών, να γίνονται τακτικοί έλεγχοι, να κρατούνται αρχεία ασθενών και ιατρικών πράξεων. Αυτό εξηγεί την αντικατάσταση της δημόσιας διοίκησης του τομέα υγείας από ένα αποτελεσματικό Management.

3.6 Μορφές του Συστήματος Υγείας

Για να έχει θετικά αποτελέσματα ένα σύστημα υγείας, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οικονομικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί, και επιδημιολογικοί παράγοντες της χώρας.

Το σύστημα υγείας δεν πρέπει να παραμένει στάσιμο, αλλά να εξελίσσεται λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, τις αλλαγές των πολιτικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, αξιών, των οικονομικών δυνατοτήτων και τέλος των διαφορετικών αναγκών που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, τα συστατικά στοιχεία της παραγωγικής διαδικασίας των συστημάτων είναι:

A) **Οι εισροές** → Ανθρώπινο δυναμικό.

B) **Οι υλικοί και οικονομικοί πόροι**

Γ) **Οι εκροές** → Υπηρεσίες υγείας με σκοπό την προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Συνεπώς, η ευθύνη του κράτους για τη διασφάλιση της παροχής ιατρικής φροντίδας, ισότιμα σε όλα τα μέλη της, είναι να παρεμβαίνει στην οργάνωση, στην παροχή υπηρεσιών, στις σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης και τον τρόπο χρηματοδότησης, έχοντας σκοπό την ισότιμη κάλυψη των πολιτών.

Θεωρητικά με βάση τις ευθύνες του κράτους προκύπτουν τρία πρότυπα οργάνωσης:

α) Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης (ελεύθερο ή φιλελεύθερο μοντέλο),

β) Το δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο),

γ) Το μικτό σύστημα υγείας.

α) Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης

Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς, με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική και αποκλειστική επιλογή του καθενός.

Θεωρητικά, στο σύστημα αυτό, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα επιλογής του γιατρού, ενώ αντίστοιχα ο γιατρός έχει το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και τον καθορισμό του ύψους της αμοιβής.

Το σύστημα αυτό, στην απόλυτη μορφή του δεν συναντάται πουθενά.

Μειονεκτήματα:

1) Οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Άρα, είναι κοινωνικά άδικο αφού δεν προάγει την αλληλεγγύη και ισότητα,

2) Υπάρχει απουσία κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού η οποία δεν αφήνει περιθώρια ελέγχου, των δαπανών υγείας, ενώ η πληθώρα των φορέων απαιτεί υψηλό, διοικητικό και διαχειριστικό κόστος,

3) Βασίζεται στο κέρδος με αποτέλεσμα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας να είναι μειωμένη και δεν δίνει τόσο το ενδιαφέρον στην πρόληψη όσο στην θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση της βλάβης,

4) Δημιουργούνται μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες, λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού προγραμματισμού και χρηματοδότησης.

β) Το Δημόσιο σύστημα υγείας

Το Δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών. Αυτό το σύστημα υποδιαιρείται σε δύο υποσυστήματα. Το πρώτο είναι εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο μπίσμαρκ), στο οποίο τονίζεται το ατομικό δικαίωμα του κάθε ατόμου να αναζητά μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας πληρώνοντας και το απαιτούμενο ποσό χρημάτων.

Το σύστημα αυτό κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση, η οποία εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία μέσω των εισφορών, εργοδοτών και εργαζόμενων το χρηματοδοτούν.

Άρα το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge), στο οποίο η χρηματοδότηση προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό (εφορεία). Βασίζεται στο ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και όχι ατομικό δικαίωμα, τονίζοντας ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει τις απαιτούμενες ανάγκες Υπηρεσίας Υγείας.

Το Ε.Σ.Υ. αποτελείται και από τους δύο τύπους εθνικών συστημάτων, δηλαδή και από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση.

Χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος είναι ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός μέσα από τον οποίο επιδιώκεται:

- 1) Καθολική – πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού,
- 2) Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρική στρατηγική και επιμέρους υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού,
- 3) Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων των ανθρώπινων και υλικών πόρων με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού,
- 4) Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση που προέρχεται από φορολογία ή ασφαλιστικές εισφορές ή και από τα δύο,

5) Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και του κοινωνικού ελέγχου.

Πλεονεκτήματα:

- 1) Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης των πολιτών,
- 2) Ο κεντρικός σχεδιασμός και η ανάπτυξη των υπηρεσιών, όπου εξασφαλίζουν δίκαιη κατανομή των πόρων,
- 3) Η ενιαία κεντρική χρηματοδότηση που αποσκοπεί στην αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, στην βελτίωση της ποιότητας και στην περιφριοποίηση των υπηρεσιών,
- 4) Αποτελούν προτεραιότητα οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής πληροφόρησης,
- 5) Η άσκηση της ιατρικής δεν επηρεάζεται από το χρήμα και υπάρχουν καλύτερες σχέσεις μεταξύ των γιατρών, λόγω της απουσίας του ανταγωνισμού,
- 6) Καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ γιατρού – ασθενή.

Μειονεκτήματα:

- 1) Ανάπτυξη γραφειοκρατίας,
- 2) Επαγγελματική χαλαρότητα των γιατρών,
- 3) Εμφάνιση λίστας αναμονών στα νοσοκομεία, διότι η προτεραιότητα καθορίζεται από τη σοβαρότητα του ασθενούς και όχι από την οικονομική κατάσταση του ασθενή,
- 4) Ο ασθενής έχει περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου,

5) Απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που οδηγούν στην αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ.

γ) Το μικτό σύστημα υγείας

Το μικτό σύστημα υγείας βρίσκεται κάπου ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα είναι δύσκολο να καθοριστούν, όπως επίσης είναι πολύ νωρίς για να υποστηριχθεί ότι οι χώρες αρχίζουν να συγκλίνουν προς ένα κοινό – μικτό σύστημα.

3.7 Δραστηριότητες Νοσηλευτικής Διοίκησης

Οι διοικητικές δραστηριότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

A) Η Πρόβλεψη:

Για την πραγματοποίηση σωστού σχεδίου προγράμματος πρέπει πριν από αυτό να υπάρχει το στάδιο της πρόβλεψης. Όποτε ο υπεύθυνος της Ν.Υ. θα πρέπει να προβλέπει, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει το μέλλον, σύμφωνα με τις ανάγκες – προβλήματα που πιθανόν να εμφανιστούν.

Η πρόβλεψη περιλαμβάνει, την έρευνα των προβλημάτων, την επισήμανση των βασικών παραγόντων και τέλος την πρόβλεψη πιθανών προβλημάτων.

B) Ο προγραμματισμός:

Ένας ορθός προγραμματισμός περιλαμβάνει σχεδιασμό για την ανάθεση των καθηκόντων και ευθυνών στο προσωπικό, επιπλέον καθορισμός των αρμοδιοτήτων και ευθυνών στους υπεύθυνους των τομέων της Ν.Υ.

Για την υλοποίηση ενός ορθού προγραμματισμού – σχεδίου θα πρέπει να ισχύουν τα ακόλουθα:

Να υπάρχει συγκεκριμένος αντικειμενικός σκοπός, ο οποίος να είναι απλός, σαφής και καθορισμένος, επίσης οι ενέργειες και οι πράξεις να μπορούν να αναλυθούν και να

ταξινομηθούν. Ακόμα δεν θα πρέπει να είναι άκαμπτο, αλλά να δέχεται αλλαγές σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή εμφάνιση καινούργιων προβλημάτων. Τέλος, θα πρέπει να γίνει σωστή χρησιμοποίηση των παρεχόμενων μέσων για την επιτυχή ολοκλήρωση του σχεδίου.

Γ) Η οργάνωση:

Μετά το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό το επόμενο στάδιο είναι η οργάνωση της εργασίας.

Με τον όρο αυτό εννοούμε το σύνολο κανόνων και συστηματικών ενεργειών με τους οποίους επιδιώκεται ο συντονισμός της εργασίας. Σκοπός της οργάνωσης εργασίας είναι η σωστή συνεργασία και η ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ των εργαζόμενων.

Για την εφαρμογή μια καλής οργάνωσης θα πρέπει (αρχές):

Να υπάρχουν σαφείς αντικειμενικοί σκοποί και καθορισμός των μεθόδων πραγματοποίησης αυτών, λαμβάνοντας υπόψη τις ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχουν περιθώρια αναπροσαρμογής της οργάνωσης σε περίπτωση εμφάνισης νέων προβλημάτων. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει συνεχής ενημέρωση των υπευθύνων, για τυχόν νέα προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν, ώστε να τα αντιμετωπίσουν. Τέλος, είναι ανάγκη να υπάρχει καθορισμός ευθυνών και αρμοδιοτήτων, στο προσωπικό.

Δ) Εντολή – Διαταγή:

Οι εντολές και διαταγές δίνονται με στόχο την πραγματοποίηση αντικειμενικών σκοπών, οι εντολές – διαταγές δεν πρέπει να δίνονται με ύφος αυταρχικό και αλαζονικό, και θα πρέπει να είναι σαφείς, συγκεκριμένοι, είτε είναι προφορικές είτε γραπτές.

Ε) Συντονισμός:

Ο συντονισμός είναι ο συγχρονισμός και η ένωση των προσπαθειών των εργαζομένων, μέσω των οποίων εξασφαλίζεται η ομαδική προσπάθεια και η καλύτερη δυνατή απόδοση, προλαμβάνει τις προστριβές και δημιουργεί κατάλληλο και ευνοϊκό κλίμα ομαλής συνεργασίας. Με ένα καλό συντονισμό μπορούν να αποφευχθούν προστριβές και

συγκρούσεις των αρμοδιοτήτων, να ενισχυθεί η πρωτοβουλία και να υπάρξει αρμονική συνεργασία. Δυστυχώς, στις μέρες μας, στα νοσοκομεία λόγω του ότι εργάζεται όλο και περισσότερο ειδικευμένο προσωπικό, υπάρχει δυσκολία συντονισμού. Αυτό διότι ο καθένας σκέφτεται και να επιδιώκει τη βελτίωση των συνθηκών του δικού του, μόνο, τομέα και όχι των υπολοίπων. Συνεπώς, μέθοδος πραγματοποίησης ενός καλού συντονισμού, δεν υπάρχει, παρά μόνο εφόσον υπάρχει μια δυναμική ηγεσία η οποία θα καθορίζει τις αρμοδιότητες, θα εξασφαλίζει γραπτό ή προφορικό σύστημα επικοινωνίας και θα προσφέρει κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη συνεργασίας του προσωπικού.

ΣΤ) Έλεγχος:

Έλεγχος είναι η μέθοδος, η οποία προσαρμόζει τις ενέργειές του, σύμφωνα με τα προσχεδιασμένα κριτήρια και πρέπει να ασκείται σε όλα τα πρόσωπα καθώς και στις πράξεις τους.

Σκοπός του ελέγχου, είναι η καλοπροαίρετη υπόδειξη των μέσων διόρθωσης των σφαλμάτων αλλά και η δημιουργία ευνοϊκότερων συνθηκών για καλύτερη λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Στόχος του ελέγχου είναι να προλάβει την εμφάνιση προβλημάτων και όχι μόνο να επιλύει προβλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ

Στην παρούσα ενότητα αξιολογείται η οργάνωση και το κόστος του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Αλεξάνδρα.

4.1 Οργάνωση Νοσοκομείου Αλεξάνδρα

Ο σκοπός του νοσοκομείου Αλεξάνδρα είναι η βελτίωση και η διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, όπου για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας χρησιμοποιούνται δείκτες υγείας, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ευεξίας του πληθυσμού, στον οποίο χρησιμοποιούνται οι δείκτες ποιότητας ζωής για την μέτρηση της αποτελεσματικότητάς του.

Για την πραγματοποίηση αυτού του σκοπού προσπαθεί η διοίκηση να επιτευχθεί κάποιος στόχος, ο οποίος είναι: Η κάλυψη των αναγκών υγείας χρησιμοποίησης Υπηρεσιών Υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες, οι οποίες προσδιορίζονται από τους δείκτες προσφοράς.

Ένα επιτυχημένο σύστημα υγείας, θεωρείται το σύστημα που πετυχαίνει τους ήδη υπάρχοντες στόχους και θέτει καινούργιους στόχους ξανά.

Η διεύθυνση της Διοικητικής Υπηρεσίας διαρθρώνεται σε τρεις τομείς:

1. Υποδιεύθυνση διοικητικού, η οποία διαιρείται στα εξής τμήματα:

- α. Προσωπικού,
- β. Γραμματείας,
- γ. Κίνηση αρρώστων,
- δ. Γραμματεία εξωτερικών ιατρείων και κοινωνικής υπηρεσίας.

2. Υποδιεύθυνση διοικητικού με τα εξής τμήματα:

- α. Οικονομικού,
- β. Πληροφορικής,
- γ. Οργάνωσης,
- δ. Διατροφής,
- ε. Αυτοτελής γραφεία επιστασίας και ιματισμού.

3. Υποδιεύθυνση τεχνικού: τεχνικό και βιοιατρικής τεχνολογίας.

Οι αρμοδιότητες και η εξουσία του προέδρου του Δ.Σ. είναι:

- 1. Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται σε αυτό,
- 2. Συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους,
- 3. Ασκεί ιεραρχικό έλεγχο,
- 4. Εκπροσωπεί το νοσοκομείο σε όλες τις εκδηλώσεις του.

Το Δ.Σ. στην καθημερινή του λειτουργία ασχολείται κυρίως με το έργο της διεύθυνσης του νοσοκομείου παρά με την διοίκηση του οργανισμού, επομένως επιβάλλεται η άμεση λειτουργία του θεσμού του γενικού διευθυντή. Στον οποίο πρέπει να ανατεθούν ουσιαστικές και συντονιστικές αρμοδιότητες, έτσι ώστε να είναι δυνατή η αποτελεσματική συμβολή του στην διαχείριση του νοσοκομείου, αλλά και στην αξιολόγηση του έργου και της απόδοσης του από το Δ.Σ. Έτσι το Δ.Σ. θα είναι σε θέση να ασκεί τις στρατηγικές του λειτουργίες οι οποίες είναι:

- 1. Ο σχεδιασμός της συνολικής πολιτικής του νοσοκομείου,

2. Η επιλογή των υπηρεσιών που θα παρέχονται και των αλλαγών που μπορεί να απαιτούνται με τον χρόνο,

3. Η παρακολούθηση της συνολικής απόδοσης του νοσοκομείου, συμπεριλαμβανόμενη της οικονομικής διαχείρισης,

4. Η μεταβίβαση των εκτελεστικών αρμοδιοτήτων στο γενικό διευθυντή,

5. Η δημιουργία των κατάλληλων μηχανισμών που θα επιτρέπουν στο προσωπικό να επηρεάζει την λειτουργία του νοσοκομείου.

Με βάση το Π.Δ. (Προεδρικό Διάταγμα) 87/1986 θεσμοθετήθηκε ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης του νοσοκομείου και στην συνέχεια καταρτίστηκαν οι οργανισμοί του. Όλα τα νοσοκομεία σύμφωνα με τον οργανισμό τους, οργανώνονται, λειτουργούν, ορίζονται οι υπηρεσίες τους – η διάρθρωση τους – η επωνυμία τους και η κατηγορία στην οποία ανήκουν.

Το νοσοκομείο Αλεξάνδρα αποτελείται από τέσσερις ισάξιες υπηρεσίες και διευθύνσεις, την Ιατρική, την Νοσηλευτική, την διοίκηση και την Τεχνική. Αν και αυτές οι υπηρεσίες είναι ισότιμες, χαρακτηρίζονται από ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση και υπάγονται στον πρόεδρο του Δ.Σ.

Σύμφωνα με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης τίθενται γενικοί συντελεστές για τον καθορισμό της δύναμης, του αριθμού του προσωπικού, τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του καθενός.

Σχετικά με τα προβλήματα οργάνωσης του νοσοκομείου Αλεξάνδρα, τα νοσοκομεία σήμερα ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ασφυκτιούν από την έντονη γραφειοκρατία του δημοσίου λογιστικού και οι εργαζόμενοι με την μονιμότητα του δημοσίου υπαλλήλου δεν έχουν κίνητρα για να αυξήσουν την ποσότητα και την ποιότητα του έργου τους. Το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης νοσοκομείων δεν επέφερε θετικά αποτελέσματα στην οργάνωση και λειτουργία με την οριοθέτηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Αντίθετα οι αλληλεπικαλύψεις και οι συγκρούσεις ρόλων και αρμοδιότητας αποτελούν καθημερινά φαινόμενα. Επιπλέον η σύγχυση και η συχνή ταύτιση μεταξύ διοίκησης και διεύθυνσης όπως και ο πρόσφατος διαχωρισμός της

διεύθυνσης σε τρεις ή τέσσερις διευθύνσεις, δημιούργησε κλίμα αντιθέσεων και έκανε εμφανή την έλλειψη ενός συντονισμού μεταξύ τους. Ο θεσμός του γενικού διευθυντή παρόλο που νομοθετικά προβλέπεται μέχρι σήμερα όμως δεν έχει εφαρμοστεί.

Στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αλεξάνδρα παρατήρουμε απουσία νοσοκομειακού management, ενός ευέλικτου πλαισίου λειτουργίας του νοσοκομείου που θα προάγει την αποτελεσματική οργάνωση, διοίκηση και διαχείριση και θα αυξάνει την αποδοτικότητα των πόρων που θα διατίθενται σε αυτό. Ταυτόχρονα το νοσοκομείο δεν επεκτείνει με ικανοποιητικούς ρυθμούς τις δραστηριότητες κάτι που βέβαια απαιτεί σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας. Αυτά τα προβλήματα είναι πολύ σημαντικό να αντιμετωπιστούν. Βέβαια η βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης προϋποθέτει την καθιέρωση νέων μεθόδων διοίκησης – διαχείρισης ολικής ποιότητας.

Επιπλέον στο νοσοκομείο Αλεξάνδρα υπάρχει το πρόβλημα σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη αυτονομίας, ευθυνών και δικαιώματος άσκησης ελεύθερου έργου των νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων, αν και η νοσηλευτές αποτελούν την πλειοψηφία των επαγγελματιών που βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον άνθρωπο, πολλές από τις αποφάσεις που τους αφορούν, λαμβάνονται από άλλους επαγγελματίες υγείας π.χ. Ιατρούς – Διοικητικούς.

Επίσης, οι νοσηλευτικές ενέργειες πολλές φορές δεν είναι εμφανείς ή θεωρούνται δεδομένες, αλλά είναι εμφανείς μόνο όταν εκτελούνται. Επιπλέον οι ασθενείς, καθώς και οι χρήστες των Υπηρεσιών Υγείας δεν κατανοούν την πολυπλοκότητα της άμεσης ή έμμεσης νοσηλευτικής φροντίδας. Ακόμα, η νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται και ελέγχεται πολύ δύσκολα, λόγω του ότι η νοσηλευτική εξισώνεται με την εργασία της γυναίκας. Επίσης η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής δεν εκτιμάται λόγω του ότι δεν υπάρχει προτεινόμενη βάση δεδομένων. Τέλος, η ποιότητα και το κόστος της νοσηλευτικής φροντίδας δεν εμφανίζεται σε ένα σύστημα κωδικοποίησης.

Για να καταφέρουμε να ορίσουμε με ακρίβεια την νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα κωδικοποιημένο σύστημα για την ανάπτυξη ταξινόμησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων και παρεμβάσεων, με στόχο να αναδειχθεί η επίδραση που

έχουν οι νοσηλευτές στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας και συγχρόνως να προσδιοριστεί το νοσηλευτικό κόστος και να μειωθεί το κόστος φροντίδας της υγείας.

Ακόμα, άλλη λύση είναι η δημιουργία ενός κοινού οράματος μιας πολιτικής για το τι συνιστά η Νοσηλευτική φροντίδα, που θα κατευθύνει όλες τις αποφάσεις σε όλα τα επίπεδα. Επίσης, να υπάρξει άμεση θεσμοθέτηση των νοσηλευτικών πράξεων και δημιουργία καθηκοντολογίου, για τους νοσηλευτές γενικών καθηκόντων και τους ειδικούς νοσηλευτές. Επιπλέον, να συμμετέχει το νοσηλευτικό προσωπικό, στα κέντρα λήψης των αποφάσεων και στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας.

Επιπρόσθετα υπάρχει αριθμητική έλλειψη νοσηλευτικού δυναμικού. Πρώτον, αυτό οφείλεται καταρχήν στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές παρ' όλο που εργάζονται σε ειδικές συνθήκες, έχουν υψηλές ευθύνες και απαιτούνται πολλές δεξιότητες και ικανότητες, οι μισθοί τους έχουν παραμείνει σε χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με τους μισθούς άλλων δημοσίων υπαλλήλων.

Δεύτερον, στο ότι οι συνθήκες εργασίας δεν είναι ευνοϊκές, λόγω του ότι εκτίθενται καθημερινά σε μολυσματικά νοσήματα, οι ώρες εργασίας είναι δύσκολες επειδή δεν υπάρχει σταθερό ωράριο αλλά κυκλικό (πρωί – βράδυ). Τέλος, είναι ένα επάγγελμα στρεσογόνο, διότι έχει να κάνει με ανθρώπινες ζωές.

Τρίτον, ο καθορισμός ενιαίων μισθών σε εθνικό επίπεδο για όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες του δημοσίου τομέα, ανεξάρτητα από τους παράγοντες της ζήτησης και της προσφοράς, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο μισθός να μην λαμβάνεται υπόψη στον προγραμματισμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τέταρτον, θεωρείται ότι είναι ένα επάγγελμα μη αναγνωρισμένο από την κοινωνία, και αυτό γιατί το έργο του νοσηλευτή δεν είναι εμφανές.

Πέμπτον, λόγω του ότι δεν έχουν διερευνηθεί οι ανάγκες των ασθενών, για τη στελέχωση των υπηρεσιών δεν είναι δυνατόν να γίνει ορθολογική αξιοποίηση του υπάρχοντος νοσηλευτικού δυναμικού, αλλά και η πρόβλεψη για τη μελλοντική κάλυψη των αναγκών.

Έκτον, η κατανομή του προσωπικού γίνεται εμπειρικά, με βάση τον αριθμό των κρεβατιών και όχι με βάση τις ανάγκες των ασθενών, με συνέπεια να υπάρχει ανισοκατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού που οδηγεί σε έλλειψη ή υπέρ-στελέχωση.

Έβδομον, η αύξηση του αριθμού των θέσεων σε άλλες υπηρεσίες Υγείας, π.χ. ασφαλιστικές εταιρείες, κέντρα υγείας, έχουν απομακρύνει τους νοσηλευτές από τη νοσοκομειακή πράξη. Από την άλλη μεριά, η έλλειψη των νοσηλευτών δεν προκαλείται από τη μείωση των νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία αλλά από την αύξηση του αριθμού των θέσεων του νοσοκομείου.

Όγδοων, η εισαγωγή νέων τεχνολογικών και θεραπευτικών σχημάτων, έχει συντελέσει στην αύξηση των ωρών εργασίας που αντιστοιχούν σε κάθε ασθενή το 24ωρο. Επιπλέον, συχνά οι νοσηλευτές εκτελούν μη νοσηλευτικά καθήκοντα, με αποτέλεσμα να καταναλώνεται πολύτιμος νοσηλευτικός χρόνος.

Ένατων, άλλος ένας παράγοντας είναι η αύξηση του αριθμού των κρεβατιών, με συνέπεια να δεσμεύονται τα νοσοκομεία σε μια μεγαλύτερη αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς. Κατά μέσο όρο απαιτούνται 4 νοσηλευτές για να στελεχωθεί κάθε κρεβάτι όλο το 24ωρο, συγκρινόμενο με 1 νοσηλευτή για κάθε 2 ή 3 ασθενείς σε ένα γενικό τμήμα.

Δέκατον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της απασχόλησης αποκλειστικών, για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς, το κόστος το οποίο καλύπτεται είτε με ατομική βάση είτε σε συλλογική από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Ενδέκατων, η Νοσηλευτική δεν είναι η πρώτη επιλογή των φοιτητών, οπότε υπάρχουν διαρροές, κατά τη διάρκεια των σπουδών (52 %), και μετά το τέλος των σπουδών (26 %) των παιδιών, συνεχίζουν τις σπουδές σε άλλες σχολές π.χ. Ιατρική.

Τα προτεινόμενα μέτρα για την αύξηση του αριθμού του Νοσηλευτικού Προσωπικού είναι:

- 1) Δημιουργία μητρώων για λεπτομερή καταγραφή του νοσηλευτικού δυναμικού,
- 2) Κεντρικός σχεδιασμός των αναγκών σε νοσηλευτικό δυναμικό με βάση τα ερευνητικά δεδομένα και τη συνεργασία μεταξύ των συναρμοδίων Υπουργείων Υγείας και Παιδείας,
- 3) Κοινωνική αναγνώριση του έργου του νοσηλευτή,

4) Επαναπροσδιορισμός των αμοιβών των νοσηλευτών και διαφοροποίηση των αμοιβών με βάση την υπευθυνότητα και τις συνθήκες εργασίας. Η μεγάλη αύξηση των μισθών θα οδηγούσε περισσότερα άτομα να παραμείνουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα γιατί θα το έκανε περισσότερο ελκυστικό και πιθανόν να οδηγούσε περισσότερα άτομα στις νοσηλευτικές σχολές,

5) Εισαγωγή και καθιέρωση οικονομικών και άλλων κινήτρων για προσέλευση νέων στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

Επίση, η νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

1) Πανεπιστημιακή εκπαίδευση,

2) Τεχνολογική εκπαίδευση (Τ.Ε.Ι.),

3) Μέσες Τεχνικές επαγγελματικές σχολές εξαιτίας των τριών διαφορετικών εκπαιδευτικών νοσηλευτικών επιπέδων, δημιουργείται ένα κλίμα ανασφάλειας, αμφισβήτησης και ανταγωνιστικότητας μεταξύ των διαφόρων επιπέδων Νοσηλευτικού προσωπικού στον επαγγελματικό χώρο.

Το προτεινόμενο μέτρο σ' αυτό το πρόβλημα είναι η ύπαρξη επιβεβλημένης παρέμβασης στο επίπεδο εκπαίδευσης, και η σύνδεσή της με την αγορά εργασίας, ώστε να μην υπάρχει αρνητική σχέση επιστημών νοσηλευτών και βοηθών νοσοκόμων που παρατηρείται σήμερα σ' όλες τις υπηρεσίες υγείας.

4.2 Κόστος Νοσοκομείου Αλεξάνδρα

Οι πόροι του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξάνδρα είναι:

Επιχορηγήσεις από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό

Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των νοσοκομειακών μονάδων του νοσοκομείου, δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων

Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων

Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητα του

Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες

Το νοσοκομείο έχει όλα τα δικονομικά και ουσιαστικά προνόμια τα οποία απολαμβάνει το δημόσιο .

Για το νοσοκομείο ισχύουν φορολογικές απαλλαγές.

Είναι σημαντικό να αναφέρεουμε ότι το νοσοκομείο Αλεξάνδρα έχει ιδρυθεί ως αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Έχει δικό του πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, υπόκειται δε στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Τα όργανα που αποφασίζουν για το κόστος του νοσοκομείου είναι τα ακόλουθα:

Τα όργανα διοίκησης ενός νοσοκομείου ΕΣΥ είναι:

- Το Συμβούλιο διοίκησης (Σ.Δ.) όπου συγκροτείται από: τον διοικητή του νοσοκομείου, ως πρόεδρο και τον διευθυντή της διοικητικής υπηρεσίας
- Τον πρόεδρο του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου
- Τον διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας
- Τον διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας □ τον διευθυντή της τεχνικής υπηρεσία

Το σύστημα υγείας του νοσοκομείου Αλεξάνδρα αποτελείται από 3 υποσυστήματα, τα οποία αλληλεξαρτώνται και αλληλοσυνδέονται και αυτά είναι:

1) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η έλλειψή του:

Το οποίο σχετίζεται με την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ο παράγοντας που καθορίζει την πορεία υγείας του πληθυσμού είναι η εξέλιξη της υγείας στο χώρο και το χρόνο που προσδιορίζεται από τις επιδημιολογικές μελέτες με στόχο την εύρεση των αναγκών υγείας.

2) Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας:

Αποτελείται από το σύνολο υγειονομικών μονάδων, οι οποίες αλληλοσυνεργάζονται και αλληλοεπιδρούνται με σκοπό την προστασία, την διατήρηση και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, το μοντέλο της παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας στο νοσοκομείο Αλεξάνδρα διακρίνεται από:

1) Εισροές → Κτιριακή υποδομή, εξοπλισμός, ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι.

2) Τη διαδικασία → Έλεγχος, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση.

3) Τις εκροές → Διάρκεια νοσηλείας, αριθμός και είδος επεμβάσεων, εργαστηριακές εξετάσεις.

4) Τα αποτελέσματα → Βελτίωση επιπέδου υγείας, βελτίωση επιπέδου ευημερίας και ποιότητα ζωής.

3) Οι μηχανισμοί κάλυψης δαπανών.

Η κάλυψη δαπανών αποτελεί ένα υποσύστημα, λόγω τριών σημαντικών παραγόντων, στους οποίους ο τρόπος χρηματοδότησης είναι υπό συνεχή μελέτη. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

α) Η υγεία και τα προβλήματα δεν προσεγγίζονται σαν μονοδιάστατο φαινόμενο μιας ατομικής βιολογικής προσέγγισης, αλλά σαν πολυδιάστατο φαινόμενο σε συλλογικό και κοινωνικό επίπεδο,

β) Το αγαθό υγείας, θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη,

γ) Το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας αναπτύχθηκε σε μεγάλο βαθμό.

Τα τρία υποσυστήματα του νοσοκομείου Αλεξάνδρα τα οποία αναφέρθηκαν στις παραπάνω ενότητες, επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της επιστήμης, τεχνολογίας και θεραπευτικές μεθόδους.

Είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι τα 3 υποσυστήματα αλληλοεπιδρούνται και αλληλοσχετίζονται π.χ. όταν βελτιώνεται το πρώτο, βελτιώνεται το δεύτερο υποσύστημα ή όταν λειτουργεί σωστά το 3^ο υποσύστημα, βελτιώνεται το δεύτερο που στη συνέχεια επιδρά θετικά στο πρώτο υποσύστημα.

4.3 Δείκτες Αξιολόγησης Νοσοκομείου Αλεξάνδρα

Οι νοσοκομειακές μονάδες γενικότερα αλλά οι δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες ειδικότερα δεν αξιολογούνται με τον ίδιο τρόπο όπως οι υπόλοιποι οργανισμοί. Πιο συγκεκριμένα, η αξιολόγηση των δημόσιων νοσοκομείων γίνεται με τη χρήση κάποιων δεικτών διαφορετικών από αυτών που γνωρίζουμε για τους υπόλοιπους οργανισμούς. Για το λόγο αυτό θα παραθέσουμε ορισμένους δείκτες του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξάνδρα προκειμένου να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τις υπηρεσίες και γενικότερα τη συνεισφορά του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Breyer και Scheider(1992) οι δείκτες μπορούν να ταξινομηθούν σε διάφορες κατηγορίες ανάλογα με το στάδιο της παραγωγικής διαδικασίας το οποίο υπολογίζουν. Έτσι, οι δείκτες μπορούν να καταταγούν σε 5 κατηγορίες: εισροές, ενδιάμεσες εισροές ή εκροές, εκροές, τελική εκροή, τελική εκροή προς αποτέλεσμα.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τον Πολύζο (2007) οι δείκτες εκείνοι που προσδιορίζουν τόσο τον τρόπο λειτουργίας όσο και την αποδοτικότητα των νοσοκομειακών ιδρυμάτων είναι κατά βάση δώδεκα και παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Επίσης, οι δείκτες που παρουσιάζονται παρακάτω είναι εκείνοι που θα υπολογισθούν για το Γ.Ν. «Αλεξάνδρα».

Δείκτες Αξιολόγησης

1.	Μέση Κάλυψη Κλινών-Πληρότητα
2.	Μέσος Χρόνος Αδράνειας Κλίνης
3.	Δείκτης Παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας
4.	Δείκτης Αποδοτικότητας Νοσοκομείου:
5.	Ρυθμός Εισροής Ασθενών Ανά Κλίνη
6.	Αναλογία γιατρών ανά κλίνη
7.	Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη
8.	Αναλογία Νοσηλευτών ανά γιατρό
9.	Κλίνες
10.	Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών
11.	Ημέρες Νοσηλείας
12.	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

Πριν προχωρήσουμε στον υπολογισμό των παραπάνω δεικτών, θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι το χρονικό διάστημα στο οποίο αναφέρονται όλοι οι υπολογισμοί για τους οποίους απαιτείται προσδιορισμός χρονικής περιόδου είναι το ένα έτος ή διαφορετικά οι 365 ημέρες. Επίσης, τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των δεικτών αφορούν το έτος 2009. Αναλυτικότερα, τα στοιχεία που συλλέχθηκαν για το έτος 2009 για το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα παρατίθενται στον πίνακα 2.

Στοιχεία Γ.Ν. «Αλεξάνδρα»

Αριθμός Γιατρών	354
Αριθμός Νοσηλευτών	418
Λοιπό Προσωπικό	343
Κλίνες	482
Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (σε ημέρες)	5
Σύνολο Νοσηλευθέντων Ανά Έτος	24.582
Σύνολο Ημερών Νοσηλείας Ανά Έτος	122.910
Σύνολο Ετήσιας Λειτουργικής Δαπάνης	34.118.957€

Πηγή: Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Νοσηλευτικών Μονάδων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

1. Μέση Κάλυψη Κλινών-Πληρότητα

Ο συγκεκριμένος δείκτης παρουσιάζει την αναλογία των καταληφθέντων κλινών προς τις διαθέσιμες κλίνες για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ο τύπος

$$\text{επομένως είναι: } \frac{\text{Ασθενείς} * \text{ΜΧση ΔιΦρκεια ΝοσηλεΩας}}{\text{ΚλΩνες} * 365} = 0,698$$

Η τιμή του δείκτη είναι 0,7. Εάν ο δείκτης αυτός πολλαπλασιασθεί με το 100, δηλαδή 70%, τότε συμπεραίνουμε ότι το Γ.Ν. Αλεξάνδρα το έτος 2009 βάσει των στοιχείων είχε πληρότητα που άγγιζε το 70%. Το ποσοστό αυτό είναι αρκετά ικανοποιητικό, αλλά απ' την άλλη πλευρά δείχνει ότι υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό (30%) αδιάθετων κλινών.

Αξίζει εδώ να αναφέρουμε ότι ο δείκτης της πληρότητας ενός νοσοκομείου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους δείκτες για τη σύγκριση της απόδοσης των νοσοκομείων διότι υποδεικνύει τις διαφορές στη χρήση πόρων μεταξύ των νοσοκομείων κι επίσης αποτελεί ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο που βοηθάει στην καταγραφή των αναγκών αλλά και στο σχεδιασμό των απαραίτητων ενεργειών για το μέλλον.

2. Ρυθμός Εισροής Ασθενών Ανά Κλίνη

Ο δείκτης αυτός υπολογίζει τον ρυθμό με τον οποίο χρησιμοποιείται μία κλίνη. Ο

τρόπος υπολογισμού εκείνου είναι: $\frac{365 * \text{Ποσοστό Πληρότητας}}{100 * \text{ΜΧση ΔιΦρκεια ΝοσηλεΩας}}$. Στη δική μας περίπτωση η τιμή του δείκτη είναι 4,87, δηλαδή 4,87 ασθενής ανά μονάδα χρόνου (ημέρα).

3. Μέσος Χρόνος Αδράνειας Κλίνης

Ο δείκτης αυτός υπολογίζει το μέσο χρονικό διάστημα (σε ημέρες) το οποίο μεσολαβεί μεταξύ της εκκένωσης μιας κλίνης από έναν ασθενή και της κατάληψης της κλίνης από τον επόμενο ασθενή. Η τιμή του δείκτη για το Γ.Ν. «Αλεξάνδρα» είναι:

$$\frac{365}{\text{Ασθενείς ΑνΦ ΚλΩνη}} - \text{ΜΧση ΔιΦρκεια ΝοσηλεΩα} = 2,15$$

Η τιμή αυτή ερμηνεύεται ότι 2 μέρες και 0,15 της τρίτης μέρας είναι ο μέσος χρόνος που μία κλίνη του νοσοκομείου παραμένει κενή.

3. Δείκτης Παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας

Ο δείκτης αυτός ορίζεται ως $\frac{\text{ΜΧση ΚΦλυψη Κλινών}}{\text{ΜΧση ΔιΦρκεια ΝοσηλεΩας}} * \text{Χρονικό διΦστημα}$, και παρουσιάζει την ποσότητα των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας ενός νοσοκομείου για μια σταθερή χρονική περίοδο. Η τιμή του δείκτη για το νοσοκομείο «Αλεξάνδρα» είναι 50,95. Παρ' όλο που η τιμή 50,95 του δείκτη ίσως να μην υποδηλώνει κάτι από μόνη της, εάν όμως συγκριθεί με το δείκτη παραγόμενων υπηρεσιών άλλων νοσοκομείων τότε σίγουρα θα μας δώσει πολύ χρήσιμα συμπεράσματα.

4. Δείκτης Αποδοτικότητας Υγειονομικής Μονάδας

Ο τρέχων δείκτης παρουσιάζει την αποδοτικότητα εργασίας του νοσοκομείου κι ορίζεται ως

$$\frac{\text{Δεικτης Παραγωγής Υπηρεσιών Υγείας}}{\text{Συνολικός Αριθμός Εργαζομένων Νοσοκομείου}} * \text{Αριθμός Νοσηλευτικών Κλινών}$$

Το νοσοκομείο Αλεξάνδρα έχει δείκτη αποδοτικότητας υγειονομικής μονάδας ίσο με 22,02.

5. Δείκτες Στελέχωσης Ενός Νοσοκομείου

i. Αναλογία Γιατρών Ανά Κλίνη

Ο δείκτης αυτός όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό από το όνομα του μας δείχνει τον αριθμό των γιατρών που αντιστοιχεί σε κάθε νοσηλευτικό κρεβάτι ενός νοσοκομείου και ο υπολογισμός του προκύπτει από τη διαίρεση του αριθμού των γιατρών του νοσοκομείου με τον αριθμό των κλινών.

Στην περίπτωση του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα» ο αριθμός των γιατρών που αντιστοιχεί ανά κλίνη είναι μικρότερος του ενός αλλά και πολύ κοντά στο ένα και πιο συγκεκριμένα είναι 0,73 γιατροί ανά κλίνη.

ii. Αναλογία Νοσηλευτών Ανά Κλίνη

Ο συγκεκριμένος δείκτης υπολογίζει τον αριθμό των νοσηλευτών που αντιστοιχούν σε κάθε κλίνη του νοσοκομείου. Η τιμή αυτού του δείκτη στην περίπτωση του «Αλεξάνδρα» είναι 0,83 νοσηλευτές ανά κλίνη. Ουσιαστικά λοιπόν κάθε νοσηλευτής εξυπηρετεί 1,16 κλίνες.

iii. Αναλογία Νοσηλευτών Ανά Γιατρό

Η αναλογία νοσηλευτών ανά γιατρό στην περίπτωση του Γ.Ν. «Αλεξάνδρα» είναι 1,18.

6. Δείκτες Παραγωγικότητας Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού

Οι δείκτες αυτοί υποδεικνύουν την παραγωγικότητα ενός νοσοκομείου και χρησιμοποιούνται για σύγκριση μεταξύ των νοσοκομειακών μονάδων.

i. Αναλογία Νοσηλευθέντων Ανά Γιατρό

Η αναλογία στην περίπτωση μας είναι 69,44, το οποίο μεταφράζεται ως 69 τουλάχιστον ασθενείς ανά γιατρό. Η τιμή αυτή του δείκτη είναι δεν είναι και τόσο ικανοποιητική καθώς δείχνει ότι η παραγωγικότητα των γιατρών του νοσοκομείου δεν είναι αρκετά υψηλή.

ii. Αναλογία Νοσηλευθέντων Ανά Νοσηλεύτη

Στην περίπτωση του «Αλεξάνδρα» η αναλογία είναι 58,08 νοσηλευόμενοι ανά νοσηλεύτη. Στην προκειμένη περίπτωση το αποτέλεσμα είναι αρκούτως ικανοποιητικό αναφορικά με την παραγωγικότητα των νοσηλευτών.

Συνοψίζοντας λοιπόν τα αποτελέσματα, παρατηρούμε ότι το Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρα δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό. Πιο συγκεκριμένα, η πληρότητα κατά 70% δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική για ένα τόσο μεγάλο νοσοκομείο που λειτουργεί στη μεγαλύτερη υγειονομική περιφέρεια της χώρας κι εξυπηρετεί ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Ακόμη, ούτε οι δείκτες παραγωγικότητας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικοί. Ωστόσο, για να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη και ξεκάθαρη εικόνα για το Γ.Ν. «Αλεξάνδρα» θα πρέπει να συγκρίνουμε τα ευρήματα των δεικτών που υπολογίσαμε παραπάνω με τις τιμές των ίδιων δεικτών των υπολοίπων νοσοκομειακών ιδρυμάτων της χώρας και κυρίως όσων συγκαταλέγονται στην πρώτη υγειονομική περιφέρεια (1^η Υ.ΠΕ.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ικανότητα του συστήματος υγείας να προσαρμόζεται στις μεταβολές του περιβάλλοντος, λειτουργικά και οργανικά, και να εκτιμά τα αποτελέσματα της πρακτικής του, αποτελούν τις προϋποθέσεις για τη διατήρηση και την επιτυχία της:

- 1) Αποτελεσματικότητας (η οποία αφορά το βαθμό επίτευξης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων),
- 2) Αποδοτικότητας (η οποία αφορά την επίτευξη των στόχων με το ελάχιστο δυνατόν κόστος),
- 3) Λειτουργικότητας (η οποία αφορά τη δυνατότητα να παράγει Υπηρεσίες Υγείας που να εξυπηρετούν τους μακροπρόθεσμους σκοπούς του συστήματος όσο και τους ενδιάμεσους στόχους του).

Τα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν τα συστήματα υγείας είναι τα εξής:

1) Διαθεσιμότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Η δυνατότητα του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς εμπόδια και περιορισμούς.

2) Προσπελασιμότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Κάθε άτομο, Έλληνας ή αλλοδαπός, φτωχός ή πλούσιος, ασφαλισμένος ή μη, έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τις Υπηρεσίες Υγείας.

3) Συνέχεια στην προσφορά των Υπηρεσιών Υγείας

Αυτή δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο αντιμετώπισης μιας αρρώστιας, αλλά καλύπτει όλα τα στάδια, πριν και μετά την εμφάνιση μιας νόσου.

4) Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Η ισότητα στη χρήση Υπηρεσιών, σε άτομα με διαφορετικές ανάγκες δεν σημαίνει κατά ανάγκη, ισότητα χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας, αν δεν ληφθούν υπόψη, οι ιδιαίτερες ανάγκες που ορισμένα άτομα έχουν, σε σχέση με κάποια άλλα.

5) Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος.

Κάθε σύστημα υγείας δίνει ιδιαίτερο βάρος, στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το Σύστημα Υγείας στο σύνολό του π.χ. στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (Δ.Φ.Υ.), δίνουν έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της αρρώστιας, ενώ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), δίνουν περισσότερο βάρος στην πρόληψη της αρρώστιας και την αποκατάσταση, μετά τη θεραπεία.

Αποτελεί πλέον πραγματικότητα στην χώρα μας, ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας απειλείται με παύση της λειτουργίας του λόγω της υποχρηματοδότησης που το διακρίνει. Είναι επίσης αδιαμφισβήτητο πως οι Έλληνες έχουν επιβαρυνθεί με πάμπολλες δαπάνες για την ιδιωτική τους περίθαλψη σε μηνιαία βάση. Για το συγκεκριμένο γεγονός αλλά και την έκταση των ιδιωτικών δαπανών για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, είναι πολλοί εκείνοι που το επικρίνουν και μάλιστα τοποθετούνται ανάλογα. Στις μέρες μας δεν υπάρχει πολιτική βούληση για την εξυγίανση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και αντίστοιχης πρωταβάθμιας φροντίδας. Είναι τρομερό το γεγονός ότι σχεδόν όλοι οι Έλληνες γεννιούνται σε ιδιωτικά νοσοκομεία και το Ε.Σ.Υ. συνεχώς συρρικνώνεται. Οι ιδιωτικές δαπάνες έχουν ξεπεράσει πολύ εδώ και καιρό τις δημόσιες και η φροντίδα σχετικά με την πρωτοβάθμια υγεία δεν έχει αναπτυχθεί καθόλου, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει ο αριθμός των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.

Είναι λοιπόν γεγονός πως πλέον η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, αυξάνεται σε κατακόρυφη βάση. Υπάρχει λοιπόν μια αντίφαση σε όλα αυτά, αφού κάθε χρόνο όλοι οι Έλληνες εργαζόμενοι πληρώνουν μεγάλα χρηματικά ποσά από τον μισθό τους ως κρατήσεις για την μελλοντική ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Συνεπώς αντί οι ιδιωτικές δαπάνες να μειώνονται, συνεχώς αυξάνονται και η πολιτική υγείας που εφαρμόζεται δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των ασθενών.

Κανένας όμως από τους Έλληνες ασθενείς, δεν αναρωτήθηκε ποτέ ποιος ο λόγος να πληρώνει τόσα χρήματα όταν δεν μπορεί να τα αξιοποιήσει σωστά ή φοβάται να το κάνει. Και φυσικά δεν γίνεται κάποια κίνηση διαμαρτυρίας εκ μέρους των πολιτών για καλύτερη εξυπηρέτηση αυτών από τα δημόσια ιατρεία και καλύτερη συμπεριφορά των εργαζομένων ιατρών σε αυτά. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει και η

εκτίμηση ότι το 2007 δαπανήθηκαν περίπου 4.000 εκατομμύρια ευρώ για πληρωμές νοικοκυριών σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας και περίθαλψης και που το ποσό αυτό αντιπροσωπεύει το 66% της συνολικής ιατρικής δαπάνης (Hellastat, 2010).

Οι Έλληνες ξοδεύουν ετησίως γύρω στα 1,6 δισεκατομμύρια ευρώ σε γιατρούς και χωρίς καν να λάβουν απόδειξη ενώ περί τα 400 εκατομμύρια ευρώ είναι ο τζίρος της βιομηχανίας που αφορά το «φακελάκι». Σχεδόν το 60% των αμοιβών γιατρών σε ετήσιας βάση, προέρχεται από το υστέρημα των ασθενών. Είναι λοιπόν γεγονός πως η υποτιθέμενη δωρεάν ιατρική περίθαλψη των Ελλήνων, είναι πανάκριβη. Οι Έλληνες πληρώνουν αρκετά δισεκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο για τις ιατρικές υπηρεσίες που τους παρέχονται. Φυσικά είναι ευνόητο πως το κράτος συνεισφέρει στον μικρότερο βαθμό για αυτές τις δαπάνες και κατέχει την πρώτη θέση σε παγκόσμια βάση.

Στην παρούσα φάση και σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη από το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, οι δαπάνες των ιδιωτών για ιατρική περίθαλψη φτάνουν στο ποσό των 7 δισεκατομμυρίων ευρώ το χρόνο. Σε καμία άλλη χώρα του κόσμου οι ιδιωτικές δαπάνες δεν ανέρχονται ποτέ πάνω από το 30% των δαπανών σε συνολική βάση και ανεξαρτήτως οικονομικού συστήματος που λειτουργεί η κάθε χώρα. Όλα βέβαια αυτά τα γεγονότα, έχουν οδηγήσει την Ελλάδα να έχει το 10% του Α.Ε.Π. στον συγκεκριμένο κλάδο και ένα από τα υψηλότερα στον κόσμο, με εξαίρεση την Αμερική. Σε όλες τις άλλες χώρες ο κλάδος της υγείας δεν κατέχει πάνω από το 9% του Α.Ε.Π. (Hellastat, 2010).

Για να επιτευχθεί μια σωστή διαχείριση από μέρους των διοικούντων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, θα πρέπει κάθε διαδικασία αξιολόγησης από μέρους του να ενεργοποιεί ένα περίπλοκο και αντιθετικό δίκτυο σχέσεων μεταξύ εποπτεύουσας αρχής και αξιολογούμενων. Μπορεί ωστόσο να αποτελέσει μια νέα, σημαντική ευκαιρία για την ανάπτυξη της συνεργασίας και της κατανόησης μεταξύ των δύο πλευρών. Το συγκεκριμένο πλάνο Management θα πρέπει να επιδιώκει τον καθορισμό εφικτών προτύπων εργασίας, την ανακάλυψη στοιχείων της εργασίας τα οποία συμβάλλουν ή παρεμποδίζουν τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, τον προγραμματισμό αναγκών προσωπικού, την εξεύρεση του «κατάλληλου ανθρώπου για την κατάλληλη θέση», τον εντοπισμό αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού, την ανάπτυξη σχεδίων για την τόνωση του ανθρωπίνου δυναμικού της επιχείρησης και με

διάφορους τρόπους όπως i) Συνεντεύξεις ii) Συνεδριάσεις ειδικών με τους άμεσα εμπλεκόμενους με την εργασία iii) Ανάπτυξη μέσου συλλογής πληροφοριών (π.χ. ερωτηματολογίου) για την ανάλυση της εργασίας iv) Χρήση εντύπου καταγραφής των πρακτικών της εργασίας από τον ίδιο τον εργαζόμενο.

Αναφορικά με την έννοια των λειτουργιών Μάρκετινγκ στο σύστημα Management που θα εφαρμόσουν οι υπεύθυνοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, θα πρέπει να δούμε πως ανατρέχοντας στον νομικό πλαίσιο του ΕΣΥ περί αξιολόγησης του ιατρικού και λοιπού ανθρώπινου δυναμικού, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι παρά την ύπαρξη αναφοράς σε θέματα αξιολόγησης, η αντιπαράθεση της θεωρίας με την πράξη αποκαλύπτει μια διαδικασία που είτε έχει αποσπασματικό είτε απλά επουσιώδη χαρακτήρα. Είναι αξιοσημείωτο ότι στον ιατρικό κλάδο απουσιάζει παντελώς και ως έννοια η κλινική αξιολόγηση (audit), πόσο μάλλον ως συνεχής διαδικασία στενά συνδεδεμένη με την καθημερινή ιατρική πράξη. Η αξιολόγηση αντιμετωπίζεται ως μια επουσιώδης διαδικασία, καθώς δε συνδέεται με μακροπρόθεσμο πλάνο εκπαίδευσης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού συνεπώς και αποτελεσματικής διοίκησης. Η απουσία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος αξιολόγησης και απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας, αντικειμενικά μετρήσιμη με προκαθορισμένη στοχοθεσία και αποτελέσματα, λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας για την περαιτέρω ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και ιδιαίτερα του ιατρικού, όπου η κλινική αξιολόγηση συνιστά θέμα ζωτικής σημασίας.

Ένας ηγέτης θα πρέπει να ενεργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να διαφοροποιεί σε σημαντικό βαθμό τις υπηρεσίες που προσφέρει το δημόσιο νοσοκομείο προς τους ασθενείς. Η έννοια της διαφοροποίησης των υπηρεσιών ενός δημόσιου νοσοκομείου μέσω των λειτουργιών Μάρκετινγκ, αποτελεί μια από τις πλέον στρατηγικής σημασίας περιοχές της επιστήμης αυτής. Δύο από τις πλέον σημαντικότερες περιοχές των αποφάσεων στη στρατηγική Μάρκετινγκ ενός οργανισμού, θεωρείται η διαφοροποίηση προϊόντων - product differentiation και η τοποθέτηση τους - product positioning σε σχέση με τα προϊόντα ή υπηρεσίες των ανταγωνιστών και των άλλων οργανισμών ή επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στην ίδια αγορά. Οι δύο αυτές περιοχές αφορούν όχι μόνο το Μάρκετινγκ αλλά και τη γενικότερη στρατηγική μιας επιχείρησης, η οποία θα την βοηθήσει να αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Σχετικά με την εφαρμογή της επιστήμης του Μάρκετινγκ στην εφαρμογή της διαφοροποίησης του προϊόντος ή των υπηρεσιών, ο σκοπός της είναι να δημιουργήσει στην αντίληψη ενός πιθανού αγοραστή και τις διαφορές που εντοπίζονται στα προϊόντα των ανταγωνιστών στην αγορά. Τονίζεται ιδιαίτερος η φράση «στην αντίληψη του αγοραστή» γιατί μόνο αυτή ουσιαστικά μετράει στο Μάρκετινγκ. Αν ο κάθε αγοραστής δεν αντιλαμβάνεται κάποια διαφορά μεταξύ προϊόντων, τότε η διαφορά αυτή δεν θα υπάρχει ακόμα και αν τα προϊόντα είναι όντως διαφορετικά.

Η διαφοροποίηση λοιπόν των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα δημόσια νοσοκομεία, είναι κάτι που μπορεί να διεξαχθεί σε πολλές βάσεις και πρακτικά με άπειρους τρόπους οι οποίοι μπορούν όμως να διακριθούν σε τρεις βασικές περιοχές ως ακολούθως και να εφαρμοσθούν από μια ηγετική φυσιογνωμία (Baker M., 2003).

- *Διαφοροποίηση βάση της λειτουργίας και απόδοσης μιας υπηρεσίας εντός του νοσοκομείου.* Μια διαφοροποίηση στη συγκεκριμένη περίπτωση από μέρους ενός ηγέτη μπορεί να βασίζεται σε ορισμένα, χειροπιαστά χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας του νοσοκομείου τις οποίες μπορεί ο κάθε ασθενής να τα χρησιμοποιήσει για να διεξάγει απευθείας συγκρίσεις με κάποιες άλλες υπηρεσίες. Ένα δημόσιο νοσοκομείο μπορεί να ακολουθήσει πολλούς και διάφορους τρόπους διαφοροποίησης στη περίπτωση αυτή. Μπορεί για παράδειγμα να αναπτύξει μια υπηρεσία με πολλά περισσότερα χαρακτηριστικά από τους ανταγωνιστές ή με τα ίδια χαρακτηριστικά του αλλά κάπως καλύτερα. Επιπλέον μπορεί να αναπτύξει μια υπηρεσία δυνατή και καλής ποιότητας.
- *Διαφοροποίηση με βάση το ανθρώπινο συναίσθημα.* Σε πολλές από τις κατηγορίες υπηρεσιών σε ένα δημόσιο νοσοκομείο δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ τους ή οι διαφορές αυτές δεν παρουσιάζονται να είναι χειροπιαστές. Στην περίπτωση αυτή, το κάθε δημόσιο νοσοκομείο προσπαθεί να δημιουργήσει στον ασθενή τα κατάλληλα συναισθήματα προκειμένου εκείνος να προτιμήσει του υπηρεσίες του νοσοκομείου. Συνήθως αναπτύσσει ένα μοναδικό image για τη διαφοροποίηση των υπηρεσιών ή δημιουργεί μια συγκεκριμένη εντύπωση αποκλειστικότητας για τους ασθενείς του ή κάποιο ξεχωριστό στυλ. Ο τρόπος αυτός της διαφοροποίησης αποτελεί συχνά στόχο πολλών επικριτών του σύγχρονου Μάρκετινγκ, οι οποίοι πολλές φορές

κάνουν λόγο για τις ανύπαρκτες διαφορές μεταξύ των σχετικών υπηρεσιών και το κοινωνικό κόστος, τόσο από την μεγάλη ποικιλία τους στην αγορά όσο και από τη συνήθεια για τη συνεχόμενη δημιουργία κάποιας μόδας

- *Διαφοροποίηση με βάση τα οφέλη από τη χρήση της υπηρεσίας.* Όταν ένα δημόσιο νοσοκομείο δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας του για κάποια διαφοροποίηση, τότε μπορεί να χρησιμοποιήσει τα οφέλη από τη χρήση τους.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί πως η έννοια της διαφοροποίησης είναι τεράστιας σημασίας για ένα δημόσιο νοσοκομείο για το λόγο ότι η απουσία της συνεπάγεται πως δεν θα έχει κάποια συγκεκριμένη ταυτότητα σε μια αγορά και έτσι δεν προσφέρει συγκεκριμένους λόγους στους ασθενείς για να το προτιμήσουν ανάμεσα σε άλλα στην ίδια αγορά.

Με τον τρόπο τον οποίο οι δομικές συνθήκες της κάθε αγοράς είναι έτσι δεδομένες ώστε η κάθε προσπάθεια ανάπτυξης να περιορίζεται από κάποια καθορισμένα και συγκεκριμένα όρια, οριοθετούν και τη ποσότητα της συνολικής ζήτησης για ένα προϊόν. Σύμφωνα με αυτό τον τρόπο, οι διάφορες κλασικές στρατηγικές αποβλέπουν στην αύξηση των μεριδίων της αγοράς μέσω της διοχέτευσης καταναλωτών από τη μια αγορά στην άλλη. Κάθε προσπάθεια διαφοροποίησης προϊόντων από μέρους των επιχειρήσεων βασίζεται στον διαχωρισμό της αγοράς στα λεγόμενα «target groups» και στην αλλαγή της εικόνας της επιχείρησης ή των προϊόντων με τη βοήθεια του Μάρκετινγκ και της διαφήμισης. Οι μικρές και ανεπαίσθητες διαφοροποιήσεις που επέρχονται στα προϊόντα, μπορούν και ανακατανέμουν τον περιορισμένο πλούτο και δεν προσδίδουν πραγματική αξία στα προϊόντα και κατά επέκταση στους καταναλωτές και στην κοινωνία.

Είναι γεγονός πως ένας ηγέτης θα πρέπει να γνωρίζει πως η πρόκληση του μέλλοντος για ένα δημόσιο νοσοκομείο απαιτεί μια δέσμευση και συνολική επανατοποθέτηση στη συγκεκριμένη αγορά καθώς και κάποιες επιθετικές στρατηγικές οι οποίες δημιουργούν το νέο μέλλον για αυτό. Η λειτουργία στρατηγικών Μάρκετινγκ αλλά και διαφοροποίησης των προϊόντων ή υπηρεσιών που εφαρμόζουν πολλοί από τους υπευθύνους των αντιστοιχών τμημάτων στις επιχειρήσεις και χρησιμοποιούν οι ηγέτες, στηρίζονται στο μοντέλο “*SWOT Analysis*”. Σύμφωνα με τον Baker, (2003), κάθε μοντέλο “*SWOT Analysis*” θεωρείται ένα σημαντικό μέρος του στρατηγικού

πλάνου Marketing της επιχείρησης καθώς και της ανάλυσης λειτουργίας αυτής σε οποιαδήποτε αγορά, αφού ο απώτερος σκοπός είναι να κατανείμει τις δραστηριότητες της σύμφωνα με τις παρούσες αλλά και τις μελλοντικές ανάγκες της αγοράς όπου εκείνη δραστηριοποιείται. Το μοντέλο αυτό μπορεί να εξετάσει ξεκάθαρα τους ακόλουθους τέσσερις παράγοντες και οι οποίοι επηρεάζουν άμεσα την λειτουργία της επιχείρησης στον συγκεκριμένο τομέα. Οι τέσσερις αυτοί παράγοντες έχουν ως ακολούθως :

- ❖ *Δυνάμεις (Strengths)*
- ❖ *Αδυναμίες (Weaknesses)*
- ❖ *Ευκαιρίες (Opportunities)*
- ❖ *Απειλές (Threats)*

Το κάθε δημόσιο νοσοκομείο λοιπόν με την βοήθεια ενός ηγέτη και το οποίο θέλει να επιτύχει μια διαφοροποίηση των υπηρεσιών του, βασίζει την λειτουργία του σε αυτό το μοντέλο και έχει την δυνατότητα να αξιολογήσει και να παραθέσει τον παρακάτω πίνακα σχετικά με τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις δυνάμεις, αδυναμίες, ευκαιρίες και απειλές του εντός της αγοράς υγείας όπου και δραστηριοποιείται.

<i>Δυνάμεις (Strengths)</i>	<i>Αδυναμίες (Weaknesses)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ενδεχόμενη ισχυρή επωνυμία και κεφάλαιο ➤ Καλή εικόνα και ποιότητα προς τον πελάτη ➤ Καλές οικονομικές καταστάσεις ➤ Τεχνολογική Ανάπτυξη ➤ Έντονη επεκτατική πολιτική στην αγορά που λειτουργεί ➤ Δυναμική παρουσία στην αγορά 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ενδεχόμενη έλλειψη μακροχρόνιας εμπειρίας ➤ Ενδεχόμενη έλλειψη ενσωματωμένων υπηρεσιών υγείας

<i>Ευκαιρίες (Opportunities)</i>	<i>Απειλές (Threats)</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Παγκοσμιοποίηση της αγοράς ➤ Επενδύσεις σε νέους τομείς της αγοράς υγείας ➤ Σύναψη νέων συνεργασιών με επιχειρήσεις και διαγνωστικά κέντρα 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Συνεχής ανταγωνισμός των νοσοκομείων ➤ Ύφεση της οικονομίας

Το μοντέλο SWOT Analysis το οποίο θα πρέπει να ακολουθείται από τους υπευθύνους του νοσοκομείου, είναι ανάγκη να έχει στρατηγικό ορίζοντα τριών (3) χρόνων αλλά συγχρόνως να παρακολουθείται στενά καθώς και αν κρίνεται απαραίτητο να αναθεωρείται σε ετήσια βάση. Το συγκεκριμένο πλάνο θα πρέπει να καθορίζει και να προβλέπει τους στόχους του νοσοκομείου, τις πωλήσεις, να κατανέμει τις πηγές και δημιουργεί το budget του για τους υπόλοιπους δώδεκα (12) μήνες.

Προκειμένου λοιπόν το δημόσιο νοσοκομείο μέσω της βοήθειας ενός ηγέτη να καταστεί ικανό να προσδιορίσει τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι θα προσφέρουν διαφοροποίηση στην προώθηση αλλά και στις ίδιες τις υπηρεσίες του, θα πρέπει να προβλέψει πρώτιστα τις απειλές, δυνάμεις, ευκαιρίες και αδυναμίες της εντός της αγοράς υγείας όπου και λειτουργεί με σκοπό να γίνουν γνωστές στους υπευθύνους του ποιες είναι οι προοπτικές που προσφέρονται για την εφαρμογή της κάθε τεχνικής και μεθόδου διαφοροποίησης των υπηρεσιών του.

Οι απειλές για το δημόσιο νοσοκομείο φυσικά που μπορούν να προέρχονται από άλλες ανταγωνιστικές επιχειρήσεις στην ίδια αγορά με τα ίδια ή ανταγωνιστικά προϊόντα και υπηρεσίες, θα πρέπει να διαγνωστούν και προβλεφθούν άμεσα έτσι ώστε να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα από μέρος του ηγέτη για την αντιμετώπισή τους. Οι δυνάμεις του και της θέσης των υπηρεσιών του μέσα στην αγορά όπου και λειτουργεί, θα πρέπει είναι επίσης ξεκαθαρισμένες και κυρίως τα στοιχεία αυτά όπου με την ύπαρξη τους θα συνεχίζουν να της εξασφαλίζουν την θέση που κατέχει στην αγορά αυτή. Επίσης ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στις ευκαιρίες για καλύτερη

προώθηση των υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό την στρατηγική εκείνη όπου θα αποφέρει κέρδη στο δημόσιο νοσοκομείο αλλά και την μακροχρόνια ύπαρξη του μέσα στην αγορά όπου λειτουργεί. Τέλος σχετικά με τις αδυναμίες του, θα πρέπει να πούμε πως αυτές προσδιορίζονται με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε οι υπεύθυνοι και ο ηγέτης μέσω του πλάνου Μάρκετινγκ αλλά και της κατάλληλης στρατηγικής, να αντιμετωπιστούν και να εξαλειφθούν πριν δημιουργήσουν πρόβλημα επιβίωσης σε αυτό από άλλες νοσοκομειακές επιχειρήσεις του ανταγωνισμού και ιδίων ή παραμφερών υπηρεσιών.

Αναφορές

- Baker M., 2003, *"The Marketing Book"*, Oxford: Butterworth Heinemann.
- Breyer F., Scheider F., 1992, *Political Economy of Hospital Financing*, *Health Economics Worldwide*, Vol. 3, σελ. 267-285
- Doyle P., 2000, *"Value-Based Marketing: Marketing Strategies for Corporate Growth and Shareholder Value"*, Wiley, Chichester
- Fiedler, FE, 1996, *"Leaderships and New Perspectives in Business"*, NY Academic Press
- Η μέτρηση της απόδοσης και η βελτίωση της ποιότητας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 7,5: 23, 44, 1996
- Οικονομοπούλου, Β.Χ., Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Κ. ΜΕΡΑΚΟΥ, Σ. ΣΟΥΛΗΣ. Διοίκηση ολική ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου. *Επιθεώρηση Υγείας* 6,1: 56, 58, 1995
- Quality in primary health care in developing countries: recent experience and future directions. *Int. J. Qual. Health Care* 8: 131 – 139, 1996,
- Yukl, GA, 1989, *"Leadership in Organizations"*, Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall.
- Zikmund W.G., 2000, *"Business Research Methods"*. London: Harcourt college publishers.
- ΑΛΗΦΑΝΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ (2000) Εισαγωγή στη Λογιστική των Επιχειρήσεων.
- Γκουλιαβούδη, Αν., 2006, *"Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής"*, Αθήνα
- Η πολιτική υγεία στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών, R. A. NELSON.
- Θέματα οικονομικών και πολιτικής υγείας, 1994,
- Κουτούζης Μ., «Γενικές Αρχές Μάνατζμεντ», ΕΑΠ, Πάτρα, 1999
- ΛΑΖΑΡΗΣ ΘΩΜΑΣ Η παρακολούθηση της Λογιστικής του Δημοσίου Λογιστικού των Κρατικών Νοσοκομειακών με τη Διπλογραφική Λογιστική μέθοδο, *Επιθεώρηση Υγείας Τεύχος 67*, Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2000.

- Μ. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, ΧΤΖΕΛΙΑ: Διοίκηση νοσηλευτικής μονάδος. Αρχές διοικήσεως και διαπροσωπικές σχέσεις, 1978,
- Μακρυγιωργάκης Μ., «Η Ανθρώπινη Πλευρά του Μάνατζμεντ», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
- Μαυρουδής Γ., «Η Τέχνη της Ηγεσίας», Εκδόσεις Leader Books, Αθήνα, 1999
- Μπέσης Ν., 1993, “*Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*”, IOBE, Αθήνα
- Νιάκας, Δ., 2005, “*Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα*”, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα
- Οικονομικά Χρονικά, τεύχος 101.
- Πολύζος Ν., 2007, Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- Σωτηρόπουλος Γεώργιος, Κατάρτιση & Έγκριση προϋπολογισμών απολογισμών – ισολογισμών Ν.Π.Δ.Δ.(κατά το Δημόσιο Λογιστικό).