

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τα Διοικητικά Πρωτόκολλα Λειτουργίας μιας Επιχειρησιακής Μονάδας Υγείας: Η Υγειονομική Υπηρεσία της 110 Πτέρυγας Μάχης

Συγγραφέας

Κωνσταντίνα Πανάγου

ΑΜ: 20058

Επιβλέπων:

Σωτήριος Σούλης

Αθήνα, Μάρτιος 2022

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

Management Operation Protocols in a Military Health Unit: The Health Service of 110 Combat Wing

Student name and surname: Konstantina Panagou
Registration Number: 20058

Supervisor name and surname: Sotirios Soulis

Athens, March 2022

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τα Διοικητικά Πρωτόκολλα Λειτουργίας μιας Επιχειρησιακής Μονάδας Υγείας: Η Υγειονομική Υπηρεσία της 110 Πτέρυγας Μάχης

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	Σωτήριος Σούλης	Καθηγητής Επιβλέπων	
2.	Μάρκος Σαρρής	Καθηγητής Μέλος	
3.	Γιώργος Πιερράκος	Καθηγητής Μέλος	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κωνσταντίνα Πανάγου του Μιχαήλ, με αριθμό μητρώου 20058 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 01-03-2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



Καθηγητής Σωτήριος Σούλης

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αρχές και πρακτικές του management, ως σύγχρονου εργαλείου διοίκησης των οργανισμών, βρίσκουν εφαρμογή στους οργανισμούς υγείας, με στόχο την επίτευξη της μέγιστης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Στην παρούσα εργασία αναλύονται συστηματικά τα μοντέλα και τις αρχές διοίκησης που εφαρμόζονται στις υπηρεσίες υγείας.

Στα πέντε πρώτα κεφάλαια της μελέτης, παρουσιάζεται αναλυτικά το θεωρητικό υπόβαθρο του εξεταζόμενου θέματος, με την παράθεση του προσδιορισμού των βασικών εννοιών που σχετίζονται με το θέμα. Ακολούθως, πραγματοποιείται ανάλυση των αρχών διοίκησης και ηγεσίας, καθώς και του στρατηγικού σχεδιασμού και management στον τομέα της υγείας. Έπειτα, γίνεται παρουσίαση των βασικών μοντέλων διοίκησης και ηγεσίας που εφαρμόζονται τόσο στις υπηρεσίες υγείας όσο και στην Πολεμική Αεροπορία.

Το πρακτικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την ανάλυση των διοικητικών πρωτοκόλλων λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας και συγκεκριμένα, της Υγειονομικής Υπηρεσίας της 110 Πτέρυγας Μάχης. Επιχειρείται η παρουσίαση των αρχών και του μοντέλου διοίκησης που προσδιορίζει το πλαίσιο λειτουργίας της και η συγκριτική του παράθεση με τα αντίστοιχα που εφαρμόζονται στους δημόσιους οργανισμούς υγείας. Μέσα από την εν λόγω ανάλυση προκύπτουν τα μειονεκτήματα που διαπιστώνονται στη διοίκηση της Υγειονομικής Υπηρεσίας της 110 Πτέρυγας Μάχης, οι ιδιαιτερότητες της διοίκησης του υγειονομικού αυτού οργανισμού και οι διαφορές της με τους δημόσιους οργανισμούς του Ε.Σ.Υ. και προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης των αδυναμιών που εμφανίζει, μέσω της υιοθέτησης των σύγχρονων εργαλείων του management .

Λέξεις- κλειδιά: αρχές διοίκησης, μοντέλα διοίκησης, μάνατζμεντ, διοίκηση οργανισμών υγείας, Πολεμική Αεροπορία.

ABSTRACT

The principles and practices of management, as a modern tool of management in organizations, apply in health organizations, in order to achieve maximum efficiency and effectiveness. This paper systematically analyzes the models and management principles applied in health services.

In the first five chapters of the paper, the theoretical background of the examined case is presented in detail, with the citation of the definition of the basic concepts related to the diploma thesis. Then, an analysis of the principles of administration and leadership, as well as strategic planning and management in the field of health is performed. Then, the basic models of command and leadership that are applied in both health services and the Hellenic Air Force are presented.

The practical part of the paper includes the analysis of the administrative operation protocols in a military health unit and specifically, the Health Service of 110 Combat Wing. The presentation of the principles and the management model that determines its operating framework and its comparative citation with the corresponding ones applied in the public health organizations is attempted. Through this analysis emerge the disadvantages found in the management of the Health Service of 110 Combat Wing, the management peculiarities in this health organization and its differences with the public organizations of the National Health Service and suggest ways to address the weaknesses displays, through the adoption of modern management tools.

Keywords: management principles, management models, management, management of health organizations, Hellenic Air Force.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, που υπήρξε πραγματικά μια όμορφη εμπειρία για μένα, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όσους συνέβαλλαν άμεσα και έμμεσα στην εκπόνησή της, καθώς δεν θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που έλαβα από τους ανθρώπους αυτούς.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Σούλη Σωτήριο, επιβλέποντα καθηγητή της μεταπτυχιακής μου εργασίας και τον κ. Νάτση Χρυσόστομο διδάσκοντα καθηγητή του ΠΜΣ για την εμπιστοσύνη, την υποστήριξη και την καθοδήγηση, που μου παρείχαν στην εκπόνηση του θέματος.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου, πρωτίστως στις κόρες μου Έλενα και Μιχαέλα, για την κατανόησή τους για τον χρόνο που τους στέρησα, τη δύναμη και το κίνητρο που μου δίνουν. Επίσης, ευχαριστώ ολόψυχα τους γονείς μου Μιχάλη και Σοφία και τα αδέρφια μου Νόνικα και Σπύρο, καθώς και τον άνθρωπό μου Αριστοτέλη για όλη την αγάπη, την υποστήριξη και τη συμπαράσταση που μου παρείχαν, ώστε να ολοκληρώσω την μεταπτυχιακή μου εργασία. Είναι οι πιο σημαντικοί άνθρωποι στον κόσμο μου και αφιερώνω αυτή τη μελέτη σε εκείνους.

Περιεχόμενα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT	vi
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	vii
Πίνακας Ακρωνυμίων	xi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	5
1.1 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.....	5
1.2 Η έννοια της διοίκησης	15
1.3 Η έννοια του management.....	18
1.4 Η έννοια του οργανισμού	24
1.5 Ιστορική εξέλιξη του management και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα.	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	30
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ MANAGEMENT ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
2.1 Η έννοια της υγείας	30
2.2 Βασικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες υπηρεσιών υγείας.....	31
2.3 Μορφές και οργανωτική δομή των οργανισμών υγείας.....	35
2.4 «Σύγχρονη διοίκηση» (HEALTH MANAGEMENT) στις υπηρεσίες υγείας.....	40
2.5 Στρατηγικός σχεδιασμός στην υγεία	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	55
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	55
3.1 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	55
3.2 Τα βασικά μοντέλα οργάνωσης και διοίκησης των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας .	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	72
ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	72
4.1 Μοντέλα διοίκησης	72
4.1.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις – σχολές σκέψης της διοίκησης.....	72
4.1.2 Συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης.....	73
4.1.3 Αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης.....	74
4.1.4 Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης.....	75
4.1.5 Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης	77
4.2 Μοντέλα ηγεσίας.....	79
4.2.1 Συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας.....	81

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

4.2.2 Μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας.....	82
4.2.3 Καταναμητικό μοντέλο ηγεσίας	84
4.3 Μοντέλα ηγεσίας οργανισμών υγείας	85
4.3.1 Συνεργατικό μοντέλο ηγεσίας	85
4.3.2 Επιμεριστικό μοντέλο ηγεσίας	86
4.3.3 Ηθικό μοντέλο ηγεσίας.....	88
4.3.4 Ηγεσία προσανατολισμένη σε Λειτουργικά Αποτελέσματα Υγείας	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	90
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΗΝ ΠΟΛΕΜΙΚΗ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑ.....	90
5.1 Η ηγεσία στις ελληνικές Ένοπλες Δυνάμεις.....	90
5.1.1 Η στρατιωτική ηγεσία και διοίκηση	90
5.1.2 Τα επίπεδα της στρατιωτικής διοίκησης.....	92
5.1.3 Γιατί αποτυγχάνουν οι ηγέτες.....	94
5.1.4 Οι αρχές της στρατιωτικής ηγεσίας στην Πολεμική Αεροπορία	96
5.2 Το Μάνατζμεντ στην Πολεμική Αεροπορία	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	101
ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΜΙΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ 110 ΠΤΕΡΥΓΑΣ ΜΑΧΗΣ	101
6.1 Αποστολή– Διάρθρωση Επιτελείου Πτέρυγας Μάχης.....	101
6.2 Αποστολή– Διάρθρωση Υγειονομικής Υπηρεσίας της 110 Πτέρυγας Μάχης	102
6.3 Θεσμικό πλαίσιο υγειονομικής υποστήριξης στην Πολεμική Αεροπορία	106
6.4 Διάρθρωση Υγειονομικών Φορέων στην Πολεμική Αεροπορία.....	108
6.5 Λειτουργίες των Υγειονομικών Φορέων στην Πολεμική Αεροπορία.....	109
6.5.1 Υγειονομική επιλογή του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας	109
6.5.2 Φορείς και διαδικασία υγειονομικής επιλογής του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας.....	110
6.5.3 Καταχώριση υγειονομικών μεταβολών του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας.....	111
6.5.4 Διαδικασία υγειονομικών εξετάσεων του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας	112
6.5.5 Αεροπορική Ιατρική - Αεροπορική Νοσηλευτική και Προληπτική Ιατρική	113
6.5.6 Αεροδιακομιδές	115
6.5.7 Αιμοδοσία	116
6.5.8 Υγιεινή ύδατος, τροφίμων και χώρων εργασίας και διαβίωσης	116
6.5.9 Χαρακτηρισμοί Ιατρικών Αποφάσεων σε επίπεδο Υγειονομικής Υπηρεσίας Μονάδας	118

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

6.5.10 Ωράριο λειτουργίας – στελέχωση – εξέταση και παρακολούθηση ασθενών στην Υγειονομική Υπηρεσία της 110ΠΜ.....	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	122
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:.....	127
Παράρτημα Ι.....	140
Παράρτημα ΙΙ	141

Πίνακας Ακρωνυμίων

Ελληνικά:

ΑΑΥΕ	Ανωτάτη Αεροπορίας Υγειονομική Επιτροπή
ΑΒΝ	Ατομικό Βιβλιάριο Νοσηλείας
ΑΒΥ	Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΙ	Αεροπορική Ιατρική
ΑΙΦ	Ατομικός Ιατρικός Φάκελος
ΑΝ	Αεροπορική Νοσηλευτική
ΑΣΕΙ	Ανώτατο Στρατιωτικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΑΣΕΠ	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
ΑΣΣΥ	Ανώτατη Στρατιωτική Σχολή Υπαξιωματικών
ΑΤΑ	Αρχηγείο Τακτικής Αεροπορίας
ΑΥΕΑ	Αναθεωρητική Υγειονομική Επιτροπή Αεροπορίας
ΓΑΠΕ	Γραφείο Ασφάλειας Πτήσεων Εδάφους
ΓΕΑ	Γενικό Επιτελείο Αεροπορίας
ΓΝΑ	Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
ΔΑΕ	Διοίκηση Αεροπορικής Εκπαίδευσης
ΔΑΥ	Διοίκηση Αεροπορικής Υποστήριξης
ΔΕΑ	Δόκιμος Έφεδρος Αξιωματικός
ΔΕΕ	Διεύθυνση Επιχειρήσεων - Εκπαίδευσης
ΔΠΔ	Διεύθυνση Προστασίας Δυνάμεων
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΔΣΕ	Δημοκρατικός Στρατός Ελλάδας
ΔΥΓ	Διεύθυνση Υγειονομικού
ΔΥΚΟ	Δελτία Υγειονομικής Κατάστασης Οπλιτών
ΔΥΠ	Διεύθυνση Υποστήριξης
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΔ	Ένοπλες Δυνάμεις
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΚ	Ελεγκτής Εναέριας Κυκλοφορίας
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

ΗΔΜ	Ημερήσια Διαταγή Μονάδας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΠΑΙ	Ιπτάμενος Ιατρός Αεροπορικής Ιατρικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΦΕΤ	Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας
ΚΑΙ	Κέντρο Αεροπορικής Ιατρικής
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένη Νοσήλια
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΕΥΠΑ	Κέντρο Εκπαίδευσης Υγειονομικού Πολεμικής Αεροπορίας
ΜΚΟ	Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός
Ν	Νόμος
ΝΔ	Νομοθετικό Διάταγμα
ΝΔΜ	Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου
ΠΑ	Πολεμική Αεροπορία
ΠαΔ	Πάγια Διαταγή
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠεΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠΕΣΥΠ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΑΙ	Σχολείο Αεροπορικής Ιατρικής
ΣΔΠ	Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας
ΣΜΗΕΑ	Συστήματα Μη Επανδρωμένων Αεροσκαφών
ΣΠΥΒΙΧΑ	Σχολείο Πυρηνικής Βιολογικής Χημικής Αμυνας
Τ-Α	Γραφείο Τυποποίησης - Αξιολόγησης
ΤΠΥΕ	Τμήμα Περιοδικής Υγειονομικής Εξέτασης
ΥΙ	Υγειονομικός Ιατρός
ΥΚ	Υγειονομικός Κτηνίατρος
ΥΟ	Υγειονομικός Οδοντίατρος
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥ	Υγειονομική Υπηρεσία
ΦΕΚ	Φύλλο της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

Αγγλικά:

GDPR	General Data Protection Regulation
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points
ISO	International Organization for Standardization
NPM	New Public Management
WHO	World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Επιθυμία μὲν ἐλάχιστα κατορθοῦνται, προνοία δὲ πλεῖστα»

«Με μόνη την επιθυμία ἐλάχιστα κατορθώνεις, τα περισσότερα τα πετυχαίνεις όταν τα σκεφτείς και τα σχεδιάσεις φρόνιμα».

Θουκυδίδης

Η υγεία συνιστά ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα συνταγματικά κατοχυρωμένο. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, «...η έννοια της «υγείας» υπερβαίνει τα στενά όρια της σωματικής υγείας και περιγράφει την ευημερία σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο» (Τούντας, 2000). Γενικά, ο τομέας της υγείας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί σαν έννοια, διότι σε αυτόν περικλείονται πολλές επιμέρους έννοιες. Πιο συγκεκριμένα, η υγεία εξετάζει πολλά θέματα, όπως την αλληλεγγύη, τη βοήθεια, την γρήγορη εξυπηρέτηση, την αποτελεσματικότητα, το κοινωνικό έργο και πολλά άλλα, εκτός βέβαια από τη μελέτη γύρω από τα θέματα υγείας αυτά καθαυτά και την επίλυσή τους.

Ιδιαίτερα στον τομέα της υγείας είναι αναγκαίο να υπάρχει στρατηγικός σχεδιασμός, καθώς το περιβάλλον του κλάδου της υγείας θεωρείται ιδιαίτερα πολύπλοκο, αλλά και διαρκώς μεταβαλλόμενο. Ταυτόχρονα, στην ελληνική πραγματικότητα, οι πόροι, οικονομικοί και ανθρώπινοι είναι περιορισμένοι, καθώς η μακρόχρονη δυσμενής δημοσιονομική κατάσταση της χώρας οδήγησε σε περιορισμό των δαπανών για την υγεία. Το γεγονός αυτό δημιουργεί σημαντικά ελλείμματα θέτοντας σε κίνδυνο την ίδια τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, πόσο μάλλον την οποιαδήποτε προσπάθεια προσανατολισμού στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Παράλληλα η διαδικασία λήψης αποφάσεων καθίσταται δυσχερής, καθώς το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας δεν είναι ευέλικτο και λειτουργεί ανασταλτικά στην ευρεία εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων management. Σε αυτό συντελεί σημαντικά και το γεγονός ότι, η διοίκηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας διέπεται από μια σειρά ιδιαιτεροτήτων, θεσμικών ή μη. Η ίδια η δομή των υπηρεσιών υγείας αποτελείται από πολλά επίπεδα και πολυμορφικότητα, αφού τα πολυάριθμα άτομα που τις στελεχώνουν χαρακτηρίζονται από διαφορετικό κοινωνικό

– οικονομικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο και καλούνται να συνεργαστούν μεταξύ τους αποτελεσματικά, αгаστά και ομαδικά με προσανατολισμό στην επίτευξη του στόχου.

Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα πιθανότατα θα είναι ο χώρος που θα αντιμετωπίσει τις περισσότερες μελλοντικές προκλήσεις, με την έννοια της προσαρμοστικότητας στις πολυάριθμες αλλαγές, προκλήσεις που θα προέρχονται κυρίως από τα αυξημένα επίπεδα ποιότητας, τις αυστηρότερες κυβερνητικές πολιτικές, τις αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, τους περιορισμούς των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, τη γήρανση του πληθυσμού και την πιθανότητα συνεχών συγχωνεύσεων ή και «ιδιωτικοποιήσεων». Η επιτυχής διαχείριση των προκλήσεων αυτών θα πρέπει να δομηθεί σε στρατηγικές, που θα παρέχουν στους υπεύθυνους των αποφάσεων τη γνώση και την απαραίτητη πληροφόρηση να «προβλέπουν» τις αλλαγές έγκαιρα και να ανταποκρίνονται άμεσα και επιτυχώς, επιτυγχάνοντας την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Οι αρχές του σύγχρονου management και η πρακτική εφαρμογή τους στους οργανισμούς μπορεί να αποτελέσει το «όπλο» στη φαρέτρα τους για να επιτύχουν τη μέγιστη αποδοτικότητα και την ανάπτυξή τους, με ταυτόχρονο περιορισμό του κόστους. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν οργανισμούς, με την έννοια μιας ομάδας ατόμων που συνεργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Μία από τις πρόσφατες αλλαγές του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, αλλά μίας ήδη καθιερωμένης πρακτικής στο εξωτερικό, ήταν η εισαγωγή του θεσμού του διοικητή ή manager.

Γενικότερα, το management υγείας αποτελεί εφαρμογή των αρχών και μεθόδων του κλασικού management στον κλάδο της υγείας. Δομείται πάνω στις αρχές αυτές και χρησιμοποιώντας τα εργαλεία της διοίκησης επιχειρεί να αναπτύξει ένα ευέλικτο και αποτελεσματικό σύστημα κάθετης και οριζόντιας ενημέρωσης και επικοινωνίας, σε κλίμα απόλυτα συνεργατικό και δίκαιο, με στόχο τη βέλτιστη απόδοση και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς εστιάζει στην αξιοποίηση εργαλείων που, εάν υλοποιηθούν και παρακολουθούνται αποτελεσματικά, εξασφαλίζουν ένα σημαντικό βαθμό αξιοπιστίας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να εξετάσει την έννοια του management και της διοίκησης στον τομέα της υγείας και περαιτέρω, την αποτελεσματικότητα του ως εργαλείου διοίκησης στον τομέα της υγείας. Μέσα από την ανάλυση των εννοιών της

υγείας, διοίκησης και του management και τη μελέτη των απαιτήσεων και των γενικών αρχών της διοίκησης καθώς και των βασικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών υγείας, επιχειρείται η ανάδειξή του σε σύγχρονο διοικητικό εργαλείο και στον τομέα της υγείας.

Η μελέτη έγινε βάσει βιβλιογραφικής ανασκόπησης και για την καλύτερη οργάνωσή της διαρθρώθηκε σε έξι κεφάλαια. Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται μια ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Στη συνέχεια αναλύονται οι βασικές έννοιες που σχετίζονται με το εξεταζόμενο θέμα, δηλαδή του management, της διοίκησης και του οργανισμού, ενώ παρουσιάζεται και η ιστορική εξέλιξη του management και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στο ζήτημα της διοίκησης και του management των οργανισμών υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στα βασικά χαρακτηριστικά τους και τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η διοίκησή τους. Στη συνέχεια, παρατίθενται οι μορφές των οργανισμών υγείας καθώς και η οργανωτική τους δομή. Επιχειρείται ακόμη μία ανάλυση της σύγχρονης διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας και τέλος, τα στάδια του στρατηγικού σχεδιασμού και η μεθοδολογία εφαρμογής του στην υγεία.

Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, επιχειρώντας μία συγκριτική προσέγγιση. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται μία αναλυτική παρουσίαση της δομής του ελληνικού συστήματος υγείας και ακολούθως, συστημάτων υγείας που αποτέλεσαν ιστορικό πρότυπο ή πρότυπο αποδοτικότητας, όπως τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας της Γερμανίας, Σουηδίας, Γαλλίας και Ιταλίας αλλά και της μεγάλης Βρετανίας και της Αμερικής.

Στα πλαίσια του τέταρτου κεφαλαίου γίνεται μία παρουσίαση των βασικότερων μοντέλων διοίκησης και ηγεσίας που εφαρμόζονται γενικά στους οργανισμούς και, ειδικότερα, στους οργανισμούς υγείας. Το πέμπτο κεφάλαιο πραγματεύεται την εφαρμογή των αρχών του management στην Πολεμική Αεροπορία καθώς και τις αρχές - μορφές διοίκησης και ηγεσίας την που διέπουν, ως φορέα στον οποίο υπάγεται και λειτουργεί η Υγειονομική Υπηρεσία της 110 Πτέρυγας Μάχης.

Ακολούθως, στο έκτο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά το θεσμικό πλαίσιο της Υγειονομικής Υπηρεσίας της 110 Πτέρυγας Μάχης, που συνιστά την υπό μελέτη

περίπτωση της διπλωματικής εργασίας. Περιγράφονται ακόμη αναλυτικά, οι δραστηριότητες της σε όλο το φάσμα της Πτέρυγας Μάχης καθώς και τα επιμέρους καθήκοντα του υγειονομικού προσωπικού που την στελεχώνουν.

Τέλος, στα πλαίσια του τελευταίου κεφαλαίου επιχειρείται η ανάλυση των συμπερασμάτων που προέκυψαν ως απόσταγμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, με την παράθεση των ιδιαιτεροτήτων του υγειονομικού οργανισμού που μελετήθηκε, καθώς αυτός αναπτύσσεται σε περιβάλλον στρατιωτικό και λειτουργεί υπό διαφορετικό μεν θεσμικό πλαίσιο, όμοιο δε με αυτό των δημόσιων οργανισμών υγείας. Πραγματοποιείται λοιπόν μια συγκριτική παράθεση, εντοπίζονται τα αδύνατα σημεία του υπόψη οργανισμού και παρουσιάζονται προτάσεις για την υπέρβαση αυτών και τη βελτίωση τη αποτελεσματικότητάς του.

«Δεν είναι τα πιο δυνατά είδη που επιβιώνουν ή τα πιο έξυπνα, αλλά αυτά που ανταποκρίνονται καλύτερα στις αλλαγές».

Κάρολος Δαρβίνος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως «...μία κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει πλήρη ευεξία σε σωματικό, πνευματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο» (WHO, 1946), όχι μόνο με την έννοια της υγείας ως απουσίας ασθένειας ή αναπηρίας αλλά ως το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου και ταυτόχρονα τη βάση της ευημερίας του γενικότερου κοινωνικού συνόλου, της προόδου και της ευτυχίας των λαών (Κατσουγιαννόπουλος 2001, Καραδήμας 2005). Στη βάση αυτής της παραδοχής γίνεται πλήρως κατανοητή η βαρύτητα που αποδίδονταν στο αγαθό της υγείας καθ' όλη την ιστορική εξέλιξη των ανθρώπινων κοινωνιών.

Ιστορικές συγκυρίες στην πολύπαθη χώρα μας καθυστέρησαν σημαντικά την ανάπτυξη του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας (συμμετοχή σε παγκόσμιους συρράξεις, η Μικρασιατική Καταστροφή, ο Εμφύλιος και άλλες περίοδοι πολιτικής αστάθειας) σε σύγκριση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη, ενώ σταθμό στην ιστορία του υγειονομικού συστήματος αποτέλεσε η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας διακρίνεται σε πέντε βασικές περιόδους:

1^η περίοδος: 1830-1922

Από τη σύσταση του Νέου Ελληνικού κράτους μέχρι και τις αρχές του περασμένου αιώνα (1909), η ύπαρξη των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα στηριζόταν αποκλειστικά στη φροντίδα της Εκκλησίας, των δήμων και των διαφόρων φιλανθρωπικών οργανώσεων, καθώς η οργάνωση του κοινωνικού κράτους ήταν σχεδόν ανύπαρκτη. Το 1827 ιδρύεται το πρώτο νοσοκομείο στη Σύρο και το 1911 ιδρύεται η νοσηλευτική σχολή του Ερυθρού Σταυρού.

Αξιοσημείωτη υπήρξε η πρωτοβουλία του πρώτου Κυβερνήτη της Ελλάδας, Ιωάννη Καποδίστρια, ο οποίος έθεσε ως βασική προτεραιότητα την οργάνωση ενός κρατικού υγειονομικού συστήματος, χωρίς όμως να μπορέσει να πραγματοποιηθεί ο σχεδιασμός του λόγω σημαντικής έλλειψης οικονομικών πόρων.

Η βασιλεία του Όθωνα και η οργάνωση του νέου κράτους κατά τα πρότυπα των Βαυαρών, επηρέασε επαγωγικά και τον τομέα της υγείας, αφού κατά την περίοδο αυτή η έμφαση εστιάστηκε στην πρόληψη για τον περιορισμό της εξάπλωσης θανατηφόρων επιδημιών και λοιμωδών νόσων. Οι βασικότερες νομοθετικές ρυθμίσεις που έλαβαν χώρα την εποχή αυτή ήταν η θέσπιση του «υγειονομικού κανονισμού», ο διορισμός γενικών «εμβολιαστών», η ίδρυση της υγειονομικής αστυνομίας και του θεσμού του νομιάτρου. Παράλληλα, την ίδια εποχή ιδρύεται το 1836 το δημοτικό νοσοκομείο Ελπίς και η Ιατρική Σχολή Αθηνών (1837) με στόχο την επιστημονική κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού.

Μετά την απομάκρυνση του Όθωνα, οι διατιθέμενοι κρατικοί πόροι για τον τομέα της υγείας εξακολουθούσαν να είναι ελλειμματικοί, πρόβλημα που αντιμετωπίστηκε μέσω φιλανθρωπικών δωρεών των ιδιωτών, κονδυλίων της Εκκλησίας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την ανέγερση σημαντικών νοσοκομειακών ιδρυμάτων.

Η περίοδος διακυβέρνησης του Ελευθερίου Βενιζέλου χαρακτηρίστηκε από μία σημαντική προσπάθεια θέσπισης ενός συμπαγούς νομικού πλαισίου, με σκοπό τη διασφάλιση των συνθηκών υγιεινής των εργαζομένων και την περίθαλψή τους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα σχετικών νομοθετημάτων υπήρξαν ο Ν. 3934/11 «Περί υγιεινής και ασφάλισης των εργατών και περί ωρών εργασίας», που καθιερώνει την εργοδοτική υποχρέωση σχετικά με την ασφάλιση των εργαζομένων έναντι κινδύνων κατά της ζωής, της υγείας και της αναπηρίας, ο Ν. 281/14 «Περί σωματείων» που προβλέπει τη δυνατότητα ίδρυσης σωματείων για την παροχή στα μέλη τους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και σχετικών επιδομάτων και τέλος, ο Ν.551/1915 «Περί ευθύνης προς αποζημίωση των εξ' ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων», που προβλέπει την εργοδοτική υποχρέωση για παροχή αποζημίωσης σε περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων.

Τέλος, το 1914 με το Ν. 346/14 «Περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας», ιδρύεται η «Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Αντιλήψεως» που υπαγόταν στο Υπουργείο Εσωτερικών. Τρία χρόνια αργότερα, το 1917 ο Ν.748/14 προέβλεπε την κατάργηση της προαναφερθείσας Διεύθυνσης και την αντικατάστασή της από έναν αυτοτελή διοικητικό θεσμό με τίτλο «Υπουργείο Περιθάλψεως», το οποίο στη συνέχεια, μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Περιθάλψεως Θυμάτων Πολέμου» κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου. Με το Νόμο 2882/1922 ο εν λόγω θεσμός

μετονομάστηκε το 1922 σε «Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας» και αποτέλεσε το πρώτο σημαντικό βήμα για την ανάπτυξη συστηματικής υγειονομικής πολιτικής στη χώρα (Υφαντόπουλος 2003).

2^η περίοδος: 1922-1953

Η μικρασιατική εκστρατεία και η προσφυγική κρίση που επακολούθησε της Μικρασιατικής Καταστροφής επέτεινε την ήδη επιβαρυσμένη οικονομική κατάσταση του ελληνικού κράτους, γεγονός που προκάλεσε την ανάγκη να αναδιάρθρωσης του υγειονομικού τομέα προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες περίθαλψης των προσφύγων και του γηγενούς πληθυσμού. Με το Νομοθετικό Διάταγμα της 13/12/1922, η κυβέρνηση Βενιζέλου επιχείρησε τη συστηματική οργάνωση του υγειονομικού τομέα μέσω της ίδρυσης του «Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως». Ως εκ τούτου, κατά τη δεύτερη περίοδο ιδρύθηκαν στρατιωτικά και προσφυγικά νοσοκομεία, τα οποία όμως δεν είχαν μεγάλες δυνατότητες. Η αστάθεια του πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος οδήγησαν πολλούς ανθρώπους, μεταξύ των οποίων και τους ιατρούς, να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008). Τα εν λόγω ταμεία στόχευαν στην κάλυψη των κινδύνων της ανεργίας, της ασθένειας και της γήρανσης.

Παράλληλα, για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των κατοίκων της ελληνικής περιφέρειας προωθήθηκε ο Νόμος «Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» που αφορούσε τη διαίρεση της χώρας σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες και την πρόσληψη ιατρικού προσωπικού στους δήμους και τις κοινότητες.

Την ίδια περίοδο, το 1932, η κυβέρνηση Βενιζέλου με το Νόμο 5733/1932 «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων», προώθησε την ίδρυση ενός εθνικού ασφαλιστικού συστήματος και την ίδρυση του ΙΚΑ, ωστόσο μία από τις αδυναμίες του νέου ασφαλιστικού συστήματος υπήρξε η πολυμορφικότητα λόγω της συνένωσης πολυάριθμων προϋπάρχοντων ασφαλιστικών ταμείων. Η αλλαγή της πολιτικής ηγεσίας της χώρας θα ματαιώσει την εφαρμογή του υπόψη νομοθετήματος, το οποίο θα αντικατασταθεί με ένα άλλο Νόμο (Ν.6298/1934), αναμφισβήτητα πιο συντηρητικό με τίτλο «Περί Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων», ο οποίος εφαρμόστηκε από την κυβέρνηση Μεταξά. Ο Μεταξάς ουσιαστικά αναγκάζεται να ψηφίσει το Νόμο

6298/1934, με τον οποίο δημιουργείται το ίδρυμα κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για την ασφάλιση των μισθωτών, των ιδιωτικών υπαλλήλων και των εργατών, ο οποίος και τίθεται σε λειτουργία τρία χρόνια αργότερα, το 1937 (Πολύζος, 1994).

«Το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με περίπου 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφτασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με περίπου 2.300 κλίνες» (Θεοδώρου και συν 2001).

Ο Νόμος 965/1937 «Περί οργάνωσης των δημόσιων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» δημιούργησε τις προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο, το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) των νοσοκομείων καθόριζε τα νοσήλια και ο Υπουργός Υγιεινής τα ενέκρινε. Στη συνέχεια με τον Νόμο 2769/41 ιδρύθηκαν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για τις ανάγκες του πολέμου, τα οποία παρέμειναν και μετά τη λήξη του (Πολύζος, 1994).

Την ίδια περίοδο, πραγματοποιείται η πρώτη σημαντική εθνική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση του συστήματος νοσοκομείων της χώρας με το Νόμο 965/35 «Περί οργάνωσης των Δημόσιων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων», ενώ μέχρι και την είσοδο της χώρας στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αυξάνεται ο αριθμός των κρατικών νοσοκομείων (Νοσοκομείο του Ε.Ε.Σ., Λαϊκό Νοσοκομείο, Νοσοκομείο Άγιος Σάββας) και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Παρόλα αυτά, οι τεράστιες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης που επέφερε η συμμετοχή της χώρας στη γενικευμένη παγκόσμια σύρραξη δεν κατέστη δυνατό να καλυφθούν από τα υπάρχοντα νοσοκομεία, παρά την αύξηση που είχε επέλθει, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί η επιτακτική ανάγκη οργάνωσης προσωρινών νοσοκομείων, η οποία κατέστη δυνατή μέσω του Ν.2639/1940 (Δερβένης & Πολύζος 1995, Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Στις μαύρες σελίδες του του Ελληνικού Εμφυλίου (1946-1949) έχει καταγραφεί και ο αποκλεισμός των υποστηρικτών του Δημοκρατικού Στρατού, που αντιμάχονταν το καθεστώς, από τις κρατικές υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός αυτό οδήγησε τα μέλη του να δημιουργήσουν ένα δικό τους σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, που με τη σημαντική συμμετοχή και ευσυνειδησία διακεκριμένων ιατρών, όπως ο Πέτρος Κόκκαλης και ο Επαμεινώνδας Σακελλαρίου και τις υπεράνθρωπες προσπάθειες των

ατόμων που το στελέχωσαν, υπήρξε ανέλπιστα αποτελεσματικό. Σε αυτό συνέβαλε και η υποστήριξη των σοσιαλιστικών κρατών στις οποίες διακομίστηκαν πολλά βαριά ιατρικά περιστατικά.

Το εν λόγω «έκτακτο» σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του ΔΣΕ αφορούσε την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην έμφαση στον τομέα της πρόληψης, καθώς τα μέλη του εμβολιάζονταν συστηματικά και ήταν κάτοχοι σχετικού εμβολιαστικού βιβλιαρίου. Επιπλέον, τα μέλη ενημερώνονταν και εκπαιδεύονταν στην παροχή πρώτων βοηθειών, στην αυτοπροστασία και επιβίωση από κινδύνους καιρικών φαινομένων και βέβαια, στην τήρηση κανόνων προσωπικής και συλλογικής υγιεινής.

Στο Γράμμο και το Βίτσι όπου έλαβαν χώρα πολλές σημαντικές μάχες το ΔΣΕ οργάνωσε νοσοκομεία με σχεδόν ανύπαρκτους πόρους και μέσα, που η αποτελεσματικότητά τους υπήρξε αξιοθαύμαστη στην περίθαλψη χιλιάδων ασθενών και τραυματιών, η οποία περιλάμβανε ακόμα και τη διενέργεια μείζονων χειρουργικών επεμβάσεων (Βουρνάς 1998, Μαργαρίτης 2000).

3^η φάση: 1953-1981

Από το 1953 έως το 1982, ξεκινά ουσιαστικά για πρώτη φορά στην Ελλάδα η προσπάθεια οργάνωσης μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μετά τη λήξη του Εμφυλίου, η ανάγκη για ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα γίνεται επιτακτική και οδηγεί στην έκδοση του Ν.Δ. 2592/1953 με τίτλο «*Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως*», που έχαιρε της στήριξης όλων των κοινοβουλευτικών κομμάτων. Το πλαίσιο αυτό βασιζόταν στον πληθυσμό, στα επιδημιολογικά του χαρακτηριστικά και στον υπάρχοντα εξοπλισμό. Πιο αναλυτικά, «οι διατάξεις του προαναφερθέντος νόμου αφορούσαν: α) τη διαίρεση της ελληνικής επικράτειας σε υγειονομικές περιφέρειες, β) την υπαγωγή όλων των υγειονομικών μονάδων στο αρμόδιο Υπουργείο (Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας), γ) την ισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών σε όλη την ελληνική επικράτεια, δ) την ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης» (Κωσταγιόλας και συν 2008). Επιπλέον προέβλεπε την ίδρυση μονάδων υγείας στην επαρχία για την υγειονομική περίθαλψη του αγροτικού πληθυσμού, καθόριζε ενιαίο σύστημα οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και παρείχε κίνητρα στο

ιατρικό προσωπικό, προκειμένου να εγείρει το ενδιαφέρον για στελέχωση των απομακρυσμένων δομών υγείας. Το εν λόγω νομοθέτημα εισήγαγε πρωτοποριακές πρακτικές για τον εκσυγχρονισμό του εθνικού συστήματος υγείας, δυστυχώς όμως πολλές διατάξεις του παρέμειναν ανεφάρμοστες για δεκαετίες, ενώ άλλες ακυρώθηκαν από μεταγενέστερες κυβερνήσεις.

Δύο χρόνια αργότερα ψηφίζεται ο Ν. 3487/1955 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών», που προέβλεπε την ίδρυση ενός δικτύου υγειονομικών μονάδων στην περιφέρεια. Το 1961 ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) προκειμένου να ρυθμιστούν τα ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης της πλειοψηφίας του ελληνικού πληθυσμού της εποχής εκείνης, που δεν ήταν άλλη από τους αγρότες. Το 1968, το δικτατορικό καθεστώς των Συνταγματαρχών προωθεί το Ν.Δ. 67/68, που θεσπίζει την υποχρεωτική «υπηρεσία υπαίθρου» για το σύνολο των αποφοίτων ιατρικών σχολών.

Αξιοσημείωτη υπήρξε η κατάρτιση του σχεδίου νόμου, το 1980, υπό τον τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», μια πρωτοβουλία που αναπτύχθηκε από τον τότε Υπουργό Υγείας Σ. Δοξιάδη και προέβλεπε την αναβάθμιση του εθνικού υγειονομικού συστήματος εποχής. Το επονομαζόμενο «Σχέδιο Δοξιάδη» πρότεινε, μεταξύ άλλων, την ίδρυση Εθνικού Φορέα Υγείας, τη διαίρεση της ελληνικής επικράτειας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση εθνικής φαρμακαποθήκης και φαρμακοβιομηχανίας και τον εκσυγχρονισμό των περιφερειακών νοσοκομείων. Ωστόσο, το εν λόγω σχέδιο νόμου δεν κατόρθωσε ποτέ να γίνει νόμος του κράτους, αφού «πολεμήθηκε» από σύσσωμες τις πολιτικές δυνάμεις, συμπεριλαμβανομένης της κυβερνώσας και τους ιατρικούς συλλόγους. Η παρακαταθήκη της σημαντικής αυτής προσπάθειας ήταν ότι αποτέλεσε οδηγό για τη μελλοντική οργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας (Υφαντόπουλος 2003).

4^η περίοδος: 1981- 1999

Η κεντρική εξουσία είχε κατανοήσει ότι η λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων παρουσίαζε σημαντικό έλλειμμα διαχείρισης και η διαπίστωση αυτή την οδήγησε να καταβάλλει συστηματικές προσπάθειες, από το 1983 έως το 2001, για την αναδιάρθρωση και τη μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)(Τυλάκη 1991, Σιγάλας 1994, Στάθης 1996). Η περίοδος από το 1983 έως σήμερα

χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης του ΕΣΥ. «Η διοικητική αποκέντρωση, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η παροχή κινήτρων στο ανθρώπινο δυναμικό αποτέλεσαν τους κύριους στόχους της δημιουργίας του ΕΣΥ, οι οποίοι όμως δεν πραγματοποιήθηκαν, τουλάχιστον στον βαθμό που απαιτούν οι ανάγκες και η αυξημένη ζήτηση των πολιτών για ποσοτική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας» (Τούντας 2002).

Αδιαμφισβήτητο σημείο - καμπή στην ιστορία του ελληνικού υγειονομικού συστήματος αποτελεί η ψήφιση του Ν. 1397/1983, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και της κρατικής ευθύνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Συγκεκριμένα, ο Νόμος 1397/1983 καθιέρωσε:

«α) την κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Το κράτος θα είναι ο κύριος προμηθευτής των υπηρεσιών και για αυτό το λόγο δεν θα επιτρεπόταν πλέον η ίδρυση ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών

β) ίση κατανομή υπηρεσιών υγείας

γ) ικανοποίηση των αναγκών όλων των πολιτών, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας

δ) την αποκέντρωση των υπηρεσιών μέσα από τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες

ε) βελτιώσεις στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών μέσα από την ταχύρρυθμη ανάπτυξη της υποδομής και Οργάνωσης των νοσοκομείων.

Επιπλέον, οι γιατροί του ΕΣΥ θα έπρεπε να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που σήμαινε ότι κανένας γιατρός του συστήματος δεν θα μπορούσε να ασκεί ελεύθερο επάγγελμα, να κατέχει άλλη θέση στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ούτε βέβαια να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικών κλινικών» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του ανωτέρω νόμου, τα είδη της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

α) εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια, η οποία παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων

β) νοσοκομειακή δευτεροβάθμια, η οποία παρέχεται από τα δημόσια νομαρχιακά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Άλλοι σημαντικοί νόμοι που προωθήθηκαν για την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος από την κυβέρνηση ΠΑΣΟΚ ήταν ο Ν.1278/1982 που προέβλεπε τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και ο Ν.1316/1982 που προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.).

Με τις εκλογές του 1989 και την ανάδειξη νέα κυβέρνησης, τροποποιήθηκαν οι διατάξεις για την οργάνωση του ΕΣΥ που αφορούσαν τη λειτουργία του με αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Επιπλέον, «απελευθερώθηκε» η εκχώρηση δικαιώματος στους πολίτες να επιλέγουν για την υγειονομική τους περίθαλψη μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας, πάντοτε στη βάση του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οι αλλαγές αυτές προωθήθηκαν μέσω του Ν.2071/1992 που προέβλεπε, μεταξύ άλλων, τη δυνατότητα ίδρυσης νοσοκομείων με τη μορφή ΝΠΙΔ, εφόσον αυτά πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές. Παρόλα αυτά, η αλλαγή εξουσίας, επανέφερε τον δημόσιο χαρακτήρα του ΕΣΥ και την υποχρεωτική υπαγωγή όλων των υγειονομικών φορέων στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

«Το 1997 ψηφίστηκε ο Ν.2519/1997 που συνέβαλλε στον εκσυγχρονισμό του εθνικού συστήματος υγείας, προβλέποντας την βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των υπηρεσιών, την ενίσχυση της δράσης του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) σε απομακρυσμένες περιοχές και θεσμοθέτηση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» (Μωραΐτης 2003).

5^η περίοδος: 2000- έως σήμερα

«Αρχικά το 2001 με το Ν. 2889/2001 και αργότερα το 2005 έγινε προσπάθεια εισαγωγής του επαγγελματικού μάντζμεντ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, με κυρίαρχη τη δομή του θεσμού των μάντζερς οι οποίοι επιλέγονται από την Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας» (Καραπούλιος 2005).

Ο παραπάνω αναφερόμενος Νόμος για την «Βελτίωση και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας», στοχεύει σε μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας και πρόνοιας και προέβλεπε την αναστολή της συγκεντρωτικής διοίκησης των δομών υγείας μέσω της ίδρυσης των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) καθώς και τον περιορισμό του κόστους περίθαλψης, χωρίς να γίνονται εκπτώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης. Αργότερα το 2003 ψηφίζεται ο Νόμος 3106/2003, ο οποίος προέβλεπε τον μετασχηματισμό των ΠεΣΥ σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) ενισχύοντας την διοικητική και οικονομική ανεξαρτησία τους (Κακαλέτσης και συν 2013), με στόχο την αναβάθμιση του συστήματος παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Δανηλίδου 2009).

Ωστόσο η προσπάθεια κρίθηκε ημιτελής και έτσι εκδόθηκε ο Νόμος 3329/2005, όπου τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ) μετονομάστηκαν σε Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ). Φορέας κεντρικού ελέγχου της λειτουργίας των ΔΥΠΕ αποτελεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι διοικητές τους είναι επιφορτισμένοι με την εποπτεία των νοσοκομείων που υπάγονται στην Περιφέρειά τους. Ταυτόχρονα εισήχθη μία σειρά αλλαγών στη νομική μορφή των νοσοκομείων και στο σύστημα προμηθειών. Αμφιλεγόμενη κρίθηκε ωστόσο η επαναφορά του τρόπου επιλογής των διοικητών του νοσοκομείου, η οποία εξαρτάται απόλυτα από τον εκάστοτε υπουργό και προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις (Κωσταγιόλας και συν 2008).

«Με το Ν. 3329/2005 επήλθε η μετονομασία του ΕΣΥ σε Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ το 2007, λαμβάνει χώρα η ψήφιση του Ν. 3527/2007, ο οποίος προβλέπει τον περιορισμό των ΔΥΠΕ σε 7 από 17 που ήταν έως τότε» (Δανηλίδου 2009).

Από το 2009 η Ελλάδα μαστίζεται από την οικονομική κρίση, γεγονός που οδηγεί την τότε κυβέρνηση της χώρας στην υπογραφή μνημονίου συνεργασίας το 2010 με την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, την Ε.Ε. και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, ενώ τα επόμενα χρόνια ακολουθεί η υπογραφή δύο ακόμα μνημονίων. Οι όροι δανεισμού της χώρας καθιστούσαν αναγκαία μία ριζική δημοσιονομική προσαρμογή της χώρας, με την επιβολή μεγάλων περικοπών στα δημόσια έξοδα, γεγονός που σαφώς δεν άφησε ανεπηρέαστο και τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Το 2010 ψηφίζεται ακόμη ο Ν. 3868 για την «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας» και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με στόχο την βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού λαού. Με τον νόμο αυτό, υιοθετείται α) η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων, β) η σύσταση Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη με καθήκοντα την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και, εν γένει, την προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας και γ) προωθείται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010). Επιπλέον, «καθιερώθηκε η άμεση καταβολή αντιτίμου από τους πολίτες που απευθύνονταν στα εξωτερικά ιατρεία, ο οποίος επικρίθηκε έντονα, αφού θεωρήθηκε ότι δημιουργούσε σημαντικές ανισότητες και απέκλειε ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού, οικονομικά ασθενέστερο, από την υγειονομική περίθαλψη» (Οικονόμου 2012).

Ένα χρόνο αργότερα, ψηφίζεται ο Ν. 3918/2011 για «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», προκειμένου να επιλυθεί το πρόβλημα της συσσώρευσης υπερβολικού χρέους των νοσοκομείων. Με τον νόμο αυτό: «α) Γίνεται σύσταση Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών στο Υπουργείο Υγείας με στόχο την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών, β) Δημιουργείται Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) γ) Τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάσσονται στο ΕΣΥ και δ) Παρέχεται η δυνατότητα δημιουργίας νέων τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων από ιδιωτικές κλινικές» (Εφημερίδα της κυβερνήσεως, 2011). «Ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ αναλαμβάνει τον ρόλο τόσο παρόχου όσο και προμηθευτή υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ ενσωματώνει και τα τέσσερα κυριότερα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας: ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ και ΟΑΕ. Στα βασικά πλεονεκτήματα του νόμου περιλαμβάνονται η συγκέντρωση των πόρων και η ενίσχυση της διαπραγματευτικής θέσης του οργανισμού έναντι των έτερων παρόχων υγείας» (Οικονόμου 2012).

Η μεταρρυθμιστικές αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ προωθήθηκαν με το Νόμο 4238/2014, βασικός στόχος του οποίου ήταν να υπάρξει αποτελεσματικότερος έλεγχος των δαπανών υγείας και ορθολογικότερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Με το νέο νόμο ο ΕΟΠΥΥ καθίσταται «αγοραστής» υπηρεσιών υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς (Niakas 2013).

Στο ίδιο μεταρρυθμιστικό πνεύμα κινήθηκαν και οι νομοθετικές ρυθμίσεις των επόμενων ετών, όπως για παράδειγμα η προσπάθεια περιορισμού των δαπανών υγείας μέσω της θέσπισης των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), που προωθήθηκε με το ΦΕΚ1702/Β/2011. «Η θεσμοθέτηση των ΚΕΝ αναπτύχθηκε με βάση διαγνωστικές ομάδες, οι οποίες σχηματίστηκαν βάσει κοινών δημογραφικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών χαρακτηριστικών» (Οικονόμου 2012).

Στα πλαίσια του ΕΣΠΑ, «...υπήρξε μέριμνα για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 1500€ με τη θεσμοθέτηση του health voucher, το οποίο αποτελεί μία επιδότηση για ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας» (Χλέτσος 2015). Σημαντικότατο νομοθέτημα αποτελεί ο Ν. 4368/2016, με τον οποίο κατοχυρώθηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης των ανασφάλιστων και των ευπαθών ομάδων στο σύνολο των δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να απολαμβάνουν ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης. Τον επόμενο χρόνο ψηφίστηκε ο Ν. 4486/2017, ο οποίος αφορούσε τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Συμπερασματικά, η Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία θεσμοθέτησε και εισήγαγε σημαντικές αλλαγές και βελτιώσεις στον τομέα της υγείας, σε μια προσπάθεια να ξεπεράσει προβλήματα που είχαν προκαλέσει τα κενά των προηγούμενων νόμων. Έτσι λοιπόν, δόθηκε μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη δημόσιων νοσοκομειακών κλινών, χωρίς όμως να δοθεί η αντίστοιχη η δέουσα σημασία στην ποιότητα των υπηρεσιών και στον ξενοδοχειακό τομέα (συντήρηση, άνεση), καθώς και στη δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων (Liaropoulos 1998). Το μειονέκτημα αυτό έγινε όπλο στα χέρια του ιδιωτικού τομέα για να ενισχύσει την ανταγωνιστικότητά του (Κωσταγιόλας και συν 2008).

1.2 Η έννοια της διοίκησης

Ο Χολέβας το 1995, αναφερόμενος στο Γάλλο συγγραφέα της θεωρίας του management Ζαν Ρομέφ, προκρίνει πως: «Κάθε τι που υπάρχει και δεν αναπτύσσεται είναι καταδικασμένο να χαθεί, είτε είναι δάσος, είτε έθνος, είτε επιχείρηση».

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο ανθρώπινος παράγοντας συνιστά τον πυρήνα μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, προκειμένου αυτός όχι μόνο να επιτύχει τη

βιωσιμότητά του, αλλά να λειτουργεί αποτελεσματικά, να αναπτυχθεί και να επεκταθεί. Τα άτομα αποτελούν το φορέα διοίκησής των επιχειρήσεων – οργανισμών, ενώ ακόμη καλούνται να ανταποκριθούν σε ρόλους διαφορετικούς και δυναμικούς για την αποδοτικότητά τους, καθώς συνιστούν τόσο την κινητήρια δύναμη για τη λειτουργία τους όσο τον τελικό αποδέκτη – χρήστη των υπηρεσιών και προϊόντων τους. Συνάγεται λοιπόν ότι συνιστά επιτακτική ανάγκη η συστηματική μελέτη της διοίκησης ανθρώπινων πόρων, αφού οι επιχειρήσεις κινούνται από ανθρώπους, χρησιμοποιούν ανθρώπους και απευθύνονται σε ανθρώπους (Χολέβας 1995, Θανασάς & Χαραλάμπους 2016).

Διοίκηση είναι η προγραμματισμένη και αποτελεσματική χρησιμοποίηση υλικών και μέσων έμψυχων και μη, σε συνδυασμό με την καθοδήγηση και τον έλεγχο των δραστηριοτήτων των ατόμων που εργάζονται από κοινού σε έναν οργανισμό για να επιτύχουν τον τελικό σκοπό του και να υπηρετήσουν την αποστολή του. Έργο της διοίκησης ενός οργανισμού είναι η εξεύρεση κάθε φορά των κατάλληλων μεθόδων που θα την οδηγήσουν στην πραγμάτωση των αντικειμενικών της στόχων καθώς και η ενασχόλησή της με την ορθή εφαρμογή τους, εποπτεύοντας και προσαρμόζοντας το πρόγραμμα του στρατηγικού σχεδιασμού και τις διαδικασίες λειτουργίας του. Επιπλέον διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική ανάλογα με τη φύση των φορέων που καλούνται να την ασκήσουν.

«Η Διοίκηση είναι τεχνική, που ιδιαίτερα στη σημερινή εποχή με τις συνεχώς εξελισσόμενες τεχνολογικές μεθόδους και την ποικιλία των παρεχόμενων μέσων απαιτεί ιδιαίτερα πολύπλευρες γνώσεις. Για το λόγο αυτό κατατάσσεται στις επιστήμες και όχι στις τέχνες» (Τζωρτζάκης Κ. & Τζωρτζάκη Α. 1992).

Η ανωτέρω θεώρηση αποτυπώνεται πιο αναλυτικά από τον DuBrin το 2004, ο οποίος συγκεκριμένα προκρίνει ότι σκοπός της διοίκησης είναι η δημιουργία μίας αρχής, η οποία είναι υπεύθυνη για τη χάραξη της στρατηγικής και τη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων, προκειμένου να οδηγήσει την επιχείρηση στη μέγιστη αποδοτικότητά της, μέσω της εμπνευσμένης καθοδήγησης και την ορθής εποπτείας του ανθρώπινου δυναμικού. Στη σύγχρονη εποχή η επιστήμη της διοίκησης επιχειρήσεων αποτελεί έναν τομέα που απαιτεί μεγάλο εύρος γνώσεων και ικανότητα συνδυασμού των γνώσεων αυτών.

Η διοίκηση χαρακτηρίζεται από τη στοχοθεσία, τη δράση, την πρακτική και το αποτέλεσμα. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά ενοποιημένα και καταλλήλως συνδυασμένα αποτελούν τις λειτουργίες της.

«Οι βασικές λειτουργίες της είναι:

1. Σχεδιασμός: Είναι η λειτουργία η οποία θέτει τις βασικές κατευθύνσεις και σκοπούς στον οργανισμό και διαμορφώνει ένα αρχικό πλάνο προσέγγισής τους.
2. Οργάνωση: Είναι η διαδικασία του καθορισμού εκείνων των δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των σκοπών. Την ομαδοποίησή τους, την ανάθεσή τους σε συγκεκριμένες ομάδες ή ανθρώπους και της διαμόρφωσης βαθμίδων εξουσίας, και ευθύνης.
3. Διεύθυνση/Καθοδήγηση: Είναι το στάδιο της εποπτείας και καθοδήγησης των υφισταμένων για την επίτευξη των σκοπών.
4. Έλεγχος: Είναι η φάση αξιολόγησης και διόρθωσης των δραστηριοτήτων των υφισταμένων προκειμένου να εξασφαλιστεί η τήρηση των σχεδίων. Αν το αποτέλεσμα δεν είναι το επιθυμητό, αναθεωρείται ή τροποποιείται όλη η διαδικασία ή κάποιο μέρος αυτής, και ακολουθεί η ανατροφοδότηση του συστήματος» (Κέφης 2005).

Στον τομέα της υγείας με τον όρο διοίκηση νοείται η διεύθυνση, το σύνολο των διοικητικών υπηρεσιών για την διαχείριση των οικονομικών ή γενικά την φροντίδα και την επιμέλεια. Είναι η πρακτική - τέχνη της εξασφάλισης υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, που μόνο ένα άξιο και αφοσιωμένο προσωπικό μπορεί να προσφέρει (Κονταράτου 2003).

«Η σύγχρονη διοίκηση πρέπει να διέπεται από τις ακόλουθες αρχές, αναφορικά με τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ της ηγεσίας και του ανθρώπινου δυναμικού των επιχειρήσεων ή των οργανισμών» (DuBrin, A.J. 2004) «Η σύγχρονη διοίκηση των οργανισμών βασίζεται στους παρακάτω κανόνες και αρχές των ανθρωπίνων σχέσεων:

1. Η αρχή της εκτίμησης και του σεβασμού, όπου το κάθε άτομο δικαιούται να τις απολαμβάνει.
2. Η αρχή της ιεραρχίας που είναι σημαντική για την καλύτερη κατανομή, επίβλεψη και καθοδήγηση της εργασίας.

3. Η αρχή της ισονομίας και της δικαιοσύνης. Οι διαταγές της διοίκησης απευθύνονται σε όλους τους εργαζόμενους και πρέπει να εφαρμόζονται πάντοτε με δικαιοσύνη από όλους και προς όλους.
4. Η αρχή της αναγνώρισης, όπου η προσφορά και αποτελεσματικότητα του κάθε ατόμου αναγνωρίζεται εμπράκτως.
5. Η αρχή της επιβράβευσης. Η αναγνώριση υλοποιείται με την επιβράβευση, που με τη σειρά της συμβάλλει αποδεδειγμένα στην αύξηση της παραγωγικότητας.
6. Η αρχή της αλληλεγγύης μεταξύ των εργαζομένων πρέπει να αποτελεί ιδιαίτερη φροντίδα της επιχείρησης και σε αυτό το στόχο μπορεί να συνεισφέρουν και τα εργατικά συνδικάτα. Η συνεκτικότητα αυξάνει την αποδοτικότητα.
7. Η αρχή της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας, καθώς η διοίκηση οφείλει να εμπνέει εμπιστοσύνη, σεβασμό στους εργαζόμενους που αισθάνονται ότι δραστηριοποιούνται σε ένα ασφαλές περιβάλλον.
8. Η αρχή της ενθάρρυνσης. Θα πρέπει να παρακινούνται οι εργαζόμενοι να εκφράζουν ελεύθερα τις ιδέες και απόψεις τους για την πρόοδο του οργανισμού.
9. Τέλος, απαραίτητη και ιδιαίτερα σημαντική είναι και η αρχή της πειθαρχίας» (Σερδάρης 2002).

1.3 Η έννοια του management

Πριν τη βιομηχανική επανάσταση, η επικρατούσα άποψη γύρω από τη θεώρηση της ηγεσίας ήταν ότι οι ηγέτες γεννιούνται δεν γίνονται, υπό την έννοια ότι κάποιοι άνθρωποι γεννιούνται με το χάρισμα να εμπνέουν και να καθοδηγούν άλλους ανθρώπους για την επίτευξη ενός οράματος. Ωστόσο, η βιομηχανική ανάπτυξη που επιτελέστηκε στα τέλη του 19ου αιώνα, ανέδειξε την ανάγκη της μελέτης της θεωρίας του μάνατζμεντ καθώς και των αρχών και τεχνικών της μεθόδων. Η ανάδυση της επιστήμης του μάνατζμεντ τοποθετείται χρονικά στον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και πρότεινε ότι «...η παραγωγικότητα των εργαζομένων μπορεί να αυξηθεί με επιστημονικές μεθόδους και μαθηματικά μοντέλα για τα καθήκοντα των εργαζομένων» (Montana & Charnov 2002).

Το επιστημονικό μάνατζμεντ εμφανίστηκε στην Αμερική και αποτελεί την πρώτη απόπειρα προσέγγισης της θεωρίας του μάνατζμεντ. Θεωρητικός στοχαστής του επιστημονικού μάνατζμεντ ήταν ο Frederick Taylor (1856–1915), άνθρωπος με όραμα και πλήρως αφοσιωμένος στην κατανόηση του τομέα της εργασίας. Ο Taylor ήταν

ένθερμος υποστηρικτής της άποψης ότι η οικονομική ευημερία επιτυγχάνεται μόνο μέσω της εξασφάλισης της μέγιστης αποτελεσματικότητας των εργαζομένων και για το λόγο αυτό, εστίαζε στις αρχές και πρακτικές του μάνατζμεντ που βελτιώνουν την αποδοτικότητα τους (Montana & Charnov 2002).

Παρά την πληθώρα προσεγγίσεων που προσπάθησαν να αποδώσουν έναν ορισμό του management, δεν έχει προκύψει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Παρόλα αυτά, «... έχει προταθεί μία σειρά από ορισμούς ανάλογα με τον τομέα στον οποίο αυτό αναφέρεται, ενώ βασικούς του στόχους αποτελούν ο σχεδιασμός και η λήψη στρατηγικών αποφάσεων στηριζόμενες σε επιστημονικό υπόβαθρο. Σε γενικές γραμμές, περιγράφει το σύνολο των ενεργειών που απαιτούνται για την αποτελεσματική διοίκηση μίας επιχείρησης ή ενός οργανισμού» (Harvard Business Essentials 2009).

Ο πιο γνωστός θεωρητικός του μάνατζμεντ της επιχείρησης και «πατέρας» της διαχείρισης είναι ο Henri Fayol (1841 – 1925), ο οποίος εστίασε στον καθορισμό και την εφαρμογή των επιστημονικών αρχών που θα εξυπηρετήσουν τον βασικό σκοπό μιας επιχείρησης, που δεν είναι άλλος από την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της. Το έργο του έμεινε γνωστό ως «θεωρία της διαχείρισης», η οποία υποστηρίζει ότι «...ο προγραμματισμός (planning), η οργάνωση (organizing), η διοίκηση (commanding), ο συντονισμός (coordinating) και ο έλεγχος (controlling), αποτελούν συγκεκριμένες λειτουργίες που χαρακτηρίζουν και ορίζουν τη δραστηριότητα του μάνατζμεντ» (Montana & Charnov 2004).

Το management συνιστά την επιστημονική βάση στην οποία αναπτύσσονται οι στρατηγικές αποφάσεις και πρακτικές της διοίκησης, προκειμένου να επιλύονται τα όποια προβλήματα αναδύονται κατά τη λειτουργία του οργανισμού – επιχείρησης και να εξελίσσεται επιτυχώς.

Ως εκ τούτου το management ορίζεται ως ένα σύστημα λειτουργιών:

1) Του Προγραμματισμού, δηλαδή ο προσδιορισμός των στόχων, της στρατηγικής, των πρακτικών και των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για την υλοποίηση των στόχων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και αποτελεί αρμοδιότητα των ανώτερων στελεχών μίας επιχείρησης ή οργανισμού. Σύμφωνα με τους Knootz, O'Donnell & Weihrich (1986), «...ο προγραμματισμός αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της παρούσας

κατάστασης του οργανισμού και της επιθυμητής μελλοντικής του τελικής του κατάστασης» (Μπουραντάς 1992:13-14)

2) Της Οργάνωσης. «Η οργάνωση αφορά την κατάτμηση του συνολικού προγραμματισμού ενός οργανισμού σε επιμέρους έργα και την ανάθεση αυτών στα διάφορα στελέχη του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και στον καθορισμό των μεταξύ τους σχέσεων και τη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος» (Μουζά- Λαζαρίδη 2013). Επισημαίνεται ότι, η «...οργανωτική δομή της επιχείρησης ή του οργανισμού συνιστά καθοριστικό παράγοντα της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς του και ως εκ τούτου, το οργανόγραμμα που χρησιμοποιείται για την απεικόνιση της δομής ενός οργανισμού, τα επίπεδα διοίκησης και τις σχέσεις ιεραρχίας που τα διέπουν, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της επιχείρησης» (Pecic & Cocic 2010).

3) Της Διεύθυνσης. Η λειτουργία αυτή αναφέρεται στη θετική επίδραση που ασκούν στους εργαζόμενους σαφώς καθορισμένες μέθοδοι, προκειμένου να προκαλέσουν την προθυμία και τον ενθουσιασμό τους να δραστηριοποιηθούν πιο αποτελεσματικά και συνεπώς πιο αποδοτικά, μέθοδοι όπως η ηγεσία, η εμπύχωση, η έμπνευση, η ενθάρρυνση, η παρακίνηση και η καθοδήγηση. «Ο Max Weber (1864 – 1920) διατύπωσε μια σειρά αρχών που θα πρέπει να διέπουν τις οργανωτικές δομές, ώστε αυτές να εξασφαλίζουν την ορθολογική και αποδοτική λειτουργία του οργανισμού. Διαμόρφωσε έτσι ένα κανονιστικό μοντέλο με βάση το οποίο μπορεί να δομηθεί η οποιαδήποτε κοινωνική οργάνωση, διατυπώνοντας το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης. Εξίσου σημαντικές θεωρίες είναι η προσέγγιση της συμπεριφοράς των ανθρωπίνων σχέσεων, η θεωρία της επιχειρησιακής έρευνας και η θεωρία των συστημάτων, με την οποία διευκολύνεται η κατανόηση ενός οργανισμού, εάν τον αντιληφθούμε ως ένα «σύστημα» που αποτελείται αλληλεξαρτώμενα υποσυστήματα» (Μπουραντάς 2002).

4) Του Ελέγχου. Η λειτουργία αυτή αφορά τον προσδιορισμό των προτύπων αξιολόγησης, που παρέχουν τη δυνατότητα στη διοίκηση να εξάγει μετρήσιμα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του οργανισμού και να προβαίνει σε αναπροσαρμογή των δραστηριοτήτων για να προσεγγίσει με ασφάλεια τους στόχους της.

Σε συσχέτιση με τα ανωτέρω ο Μπουραντάς προσθέτει: «Οι λειτουργίες αυτές είναι αποτέλεσμα της συνύπαρξης τεσσάρων βασικών συντελεστών: α) γνώσεις, β) ικανότητες, γ) φιλοσοφία ή κουλτούρα, δ) συστήματα». Οι προαναφερόμενοι τέσσερις συντελεστές - λειτουργίες του μάνατζμεντ είναι εξίσου σημαντικοί, αφού η έλλειψη του ενός είναι αρκετή για να προκαλέσει αδυναμία στην άσκησή του. Μεταξύ των τεσσάρων αυτών συντελεστών υπάρχει σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης, καθώς ο καθένας επιδρά στην ύπαρξη ή τη μορφή του άλλου (Μπουραντάς 1992:15-16).

Ο Griffin περιγράφει το management των υπηρεσιών υγείας «...ως τη διαδικασία προγραμματισμού, οργάνωσης, διεύθυνσης και ελέγχου του συνόλου των διαθέσιμων πόρων μίας νοσοκομειακής μονάδας, με στόχο την επίτευξη των στόχων της με τη μέγιστη δυνατή αποτελεσματικότητα και τη μέγιστη δυνατή εξοικονόμηση κεφαλαίων» (Μπρίνια 2012).

«Ο σκοπός του management διαφέρει ανάλογα με το εάν αναφέρεται σε ιδιωτικό ή δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Πιο συγκεκριμένα, στην περίπτωση των ιδιωτικών νοσοκομείων ως βασικός στόχος θεωρείται η μεγιστοποίηση του κέρδους μέσω της έμφασης στην ελαχιστοποίηση των εξόδων ενώ αντιθέτως, βασικό στόχο των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποτελεί η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες που χρήζουν ανάγκης ιατρικής περίθαλψης, κάτι που συχνά οδηγεί σε γιγάντωση των ελλειμμάτων» (Θανασάς & Χαραλάμπους 2016).

Ο Αριστοτέλης, μαθητής του Πλάτωνα, ο οποίος τον αποκαλούσε το «Νου» της τάξης του, μας κληροδότησε πλήθος φιλοσοφικών νοημάτων, τα οποία βρίσκουν εφαρμογή και στον τομέα της διοίκησης. Η «ευδαιμονία» είναι το ύψιστο αγαθό, μέσω του οποίου ο άνθρωπος επιδιώκει να διάγει τον άριστο βίο. Ο άριστος βίος είναι απότοκο της «αρετής». Κατά τον Αριστοτέλη, οι αρετές είναι καταστάσεις της ψυχής μέσω των οποίων, ο άνθρωπος μπορεί να καταστεί ικανός να βιώσει την ευδαιμονία. Μάλιστα, η αρετή ταυτίζεται με την έννοια της «μεσότητας», μιας και βρίσκεται ανάμεσα στα δύο «άκρα», την «έλλειψη» και την «υπερβολή» (Τσούκας 2004).

Αξίζει να γίνει μνεία στο Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ “New Public Management” (N.P.M.) και τις αρχές που το διέπουν. Αρχικά εμφανίστηκε στο προσκήνιο τη δεκαετία του 1980 ως μια νέα πρόταση για τον εκσυγχρονισμό και τη δημιουργία ενός πιο

αποτελεσματικού τρόπου άσκησης της διοίκησης. Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στη Μ. Βρετανία, την Αυστρία, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία. Πρόκειται για ένα σύστημα αλληλένδετων αρχών με απώτερο σκοπό να μειωθούν τα λειτουργικά κόστη της κυβέρνησης, ενθαρρύνοντας τον ανταγωνισμό μεταξύ των δημοσίων υπηρεσιών κατά τα πρότυπα του ιδιωτικού τομέα (Kolthoff 2007).

Οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ συνοψίζονται κατά τον Pollit στα εξής πέντε αξιώματα (Γούλα 2014, Mason 2011):

- Συνεχής αύξηση της αποτελεσματικότητας
- Διαρκής παρακολούθηση και συμμετοχή στις τεχνολογικές εξελίξεις
- Η εργατική δύναμη απόλυτα συνυφασμένη με την παραγωγικότητα
- Ξεκάθαρη εφαρμογή του επαγγελματισμού των μάνατζερ
- Οι μάνατζερ πρέπει να διαχειρίζονται και αυτό θα πρέπει να καθίσταται σαφές προς όλους.

Από τα παραπάνω αξιώματα συνάγεται η πρώτη αρχή του Νέου Δημοσίου Μάνατζμεντ, δηλαδή η ύπαρξη μιας ευέλικτης μορφής γραφειοκρατίας.

Η δεύτερη θεμελιώδης αρχή του Νέου Δημοσίου Μάνατζμεντ συνίσταται στον προσανατολισμό του ευρύτερου δημοσίου τομέα προς την αγορά και τις επιταγές της, παραπέμποντάς μας στην έννοια της ποιότητας. Η ποιότητα επιδέχεται αρκετών ορισμών, εντούτοις είναι κοινά αποδεκτό πως αναφέρεται στην έννοια του «καλού» και «ικανοποιητικού». Έτσι και στον τομέα της διοίκησης, η ποιότητα είναι το ζητούμενο. Η ποιότητα της διοίκησης συνδέεται με την αλληλεγγύη και την υπευθυνότητα που οδηγούν στον εκσυγχρονισμό και το «καλό» Δημόσιο Μάνατζμεντ, αλλά χωρίς ακρότητες, επιδιώκοντας την Αριστοτελική «μεσότητα», για την οποία έγινε λόγος παραπάνω.

Συμπερασματικά, το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ δίνει έμφαση στην ποιότητα και την επίτευξη των βέλτιστων δυνατών αποτελεσμάτων με το μικρότερο δυνατό κόστος, μέσω της διασφάλισης των οικονομικών πόρων, χωρίς ωστόσο να παραβιάζεται η αρχή της ισότητας. Για να καταστεί, λοιπόν, δυνατή η εφαρμογή του Νέου Δημοσίου Μάνατζμεντ στον ευρύτερο δημόσιο τομέα και τις υπηρεσίες του, κρίνεται απαραίτητη

η απαγκίστρωση από την αυστηρή ιεραρχική δομή με απώτερο σκοπό τα επιτυχή αποτελέσματα.

Η μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετωπίζει μια επιχείρηση είναι η εξασφάλιση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητάς της σε παρόντα χρόνο και η μακροπρόθεσμη ευημερία της μέσω μιας προσεκτικά σχεδιασμένης πορείας που θα την καθιστά αποτελεσματική και στο μέλλον. Το στρατηγικό μάνατζμεντ αναφέρεται στις στρατηγικές αποφάσεις των διοικητικών στελεχών που καλούνται να διατηρήσουν τις λεπτές ισορροπίες μεταξύ των αντικρουόμενων συμφερόντων, είτε της επιχείρησης, είτε των επενδυτών της.

Στο επίκεντρο λοιπόν του στρατηγικού μάνατζμεντ βρίσκονται οι αποφάσεις – επιλογές της επιχείρησης που αφορούν το παρόν και το μέλλον και οι οποίες συχνά συγκρούονται, καθώς το περιβάλλον της επιχείρησης είναι διαρκώς μεταβαλλόμενο. Με την όρο περιβάλλον αναφερόμαστε τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον καθώς και στο σύνολο των διαθέσιμων πόρων και συνεπώς, οι στρατηγικές αποφάσεις με σκοπό το βέλτιστο αποτέλεσμα λαμβάνουν υπόψη όλες αυτές τις παραμέτρους.

Για να την επιτυχή εκτέλεση ενός στρατηγικού σχεδίου, θα πρέπει αρχικά η επιχείρηση - οργανισμός να έχει σχεδιάσει με σαφήνεια, ρεαλισμό και προβλεπτικότητα ένα στρατηγικό σχέδιο δράσης – λειτουργίας της.

Τα στάδια αυτά είναι ανάπτυξης στρατηγικού σχεδίου διακρίνονται ως εξής:

- Μελέτη, κατανόηση και προσδιορισμός του εξωτερικού περιβάλλοντος.
- Μελέτη, κατανόηση και προσδιορισμός του εσωτερικού περιβάλλοντος.
- Σαφής καθορισμός της αποστολής και των σκοπών της επιχείρησης και προσδιορισμός των στρατηγικών «βημάτων» επίτευξής τους.
- Κατάρτιση του προγράμματος στρατηγικής δράσης.
- Πρακτική εφαρμογή του προγράμματος στρατηγικής δράσης.
- Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του στρατηγικού σχεδίου και εξαγωγή ρεαλιστικών συμπερασμάτων.

1.4 Η έννοια του οργανισμού

Με τον όρο «οργανισμός» περιγράφουμε μία οργανωμένη ομάδα ανθρώπων που συνεργάζονται με στόχο την επίτευξη ενός κοινού στόχου (Kotler 2000, DuBrin 2004). Βασικά χαρακτηριστικά των οργανισμών αποτελούν τα κάτωθι:

1. Σαφώς καθορισμένος σκοπός, ο οποίος ενδέχεται να αποτυπώνεται ως ένας συγκεκριμένος στόχος ή ως σύνολο στόχων.
2. Οι οργανισμοί στελεχώνονται από ανθρώπινο δυναμικό.
3. Κάθε οργανισμός διαθέτει μια μοναδική ξεχωριστή δομή που καθορίζει και οριοθετεί τη συμπεριφορά των ανθρώπων που τον στελεχώνουν (Σερδάρης 2002).

Οι οργανισμοί που θέτουν στόχους για τη μεγιστοποίηση του κέρδους καλούνται επιχειρήσεις. «Ο οργανισμός είναι ένα ενιαίο σύστημα του οποίου υποσύνολα είναι οι ομάδες εργασίας. Έτσι μπορούμε να ορίσουμε τον οργανισμό σαν ένα σύνολο από δύο ή περισσότερους ανθρώπους οι οποίοι είναι αμοιβαία εξαρτώμενοι και εργάζονται, με στόχο την επίτευξη ενός κοινού σκοπού και έχουν κοινή ταύτιση» (Δικαίος και συν 1999:27).

«Η λειτουργία των οργανισμών επηρεάζεται από τα στοιχεία του εσωτερικού (ανθρώπινοι και υλικοί πόροι που απασχολούνται) και από τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος (οικονομικές, πολιτικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, νομικές, τεχνολογικές και οικολογικές συνθήκες)» (Πετρίδου 1998:55). Επιπλέον η ίδια συγγραφέας επισημαίνει ότι, «...με την έννοια εξωτερικό περιβάλλον εννοούμε τις δυνάμεις που βρίσκονται έξω από τον οργανισμό και επηρεάζουν ενδεχομένως καθοριστικά την παραγωγή αγαθών ή υπηρεσιών». Στον αντίποδα, στο εσωτερικό περιβάλλον περιλαμβάνονται οι γενικές συνθήκες που επικρατούν στο εσωτερικό του οργανισμού και καταλήγει πως «η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας (organizational culture) χρησιμοποιείται για να περιβάλλει όλες τις συνθήκες του εσωτερικού περιβάλλοντος» (Πετρίδου 1998).

Η αποτελεσματική λειτουργία ενός οργανισμού αποτελεί μέγεθος μετρήσιμο και κρίνεται από τον βαθμό επιτυχούς ανταπόκρισής του στην παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών που αποφέρουν κέρδος τόσο στην την ηγεσία του οργανισμού όσο και στους

πελάτες – χρήστες, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη το εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον (Kotler 2000).

«Ο σκοπός και οι στόχοι ενός οργανισμού θα πρέπει πάντα να ορίζονται λαμβάνοντας υπόψη το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό της λειτουργίας του καθώς, οι καθοριστικοί παράγοντες (εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον) είναι μεταβλητοί στον χρόνο, επιβάλλοντας τον επαναπροσδιορισμό της στόχευσης του οργανισμού» (Kotler 2000).

Ο σκοπός του οργανισμού προσδιορίζεται από το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, το οποίο προσπαθούν να επιτύχουν οι οργανισμοί και με τον σαφή προσδιορισμό του καθορίζεται με σαφήνεια και η πολιτική λειτουργίας του. Οι στόχοι του οργανισμού είναι πιθανό να επιφέρουν θετικές συνέπειες για τον ίδιο και τα άτομα που τον απαρτίζουν, χωρίς όμως να εξασφαλίζεται ότι θα επιδράσουν αναλογικά θετικά στην απόδοση και αποτελεσματικότητά του. Πρωταρχικό ρόλο διαδραματίζει ο τρόπος διοίκησης του οργανισμού από τον μάνατζερ, που εξαρτάται εν πολλοίς από τις ηγετικές του δεξιότητες, ενώ σημαντική συνισταμένη αποτελεί η ικανότητά του να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες των ατόμων και να κατανοεί την ανθρώπινη συμπεριφορά (Ζαβλανός 1998).

«Το άτομο ζει σε προσδιορισμένη και ιστορικά εξελισσόμενη πραγματικότητα και μέσα σε αυτή αναπτύσσει συγκεκριμένες κοινωνικές συμπεριφορές και σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους. Η προσωπικότητα δε γεννιέται αλλά διαμορφώνεται στη διάρκεια της ατομικής ζωής του ανθρώπου και αποτελεί προϊόν της κοινωνικό-ιστορικής και οντογενετικής εξέλιξής του» (Μπουραντάς 1992:138-140).

Σύμφωνα με τον Kotler «...με τον όρο προσωπικότητα εννοούμε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου που το οδηγούν προς σχετικά λογικές και σταθερές αντιδράσεις προς το περιβάλλον του» (Kotler 1991:298).

1.5 Ιστορική εξέλιξη του management και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα

Στα πλαίσια της Βιομηχανικής Επανάστασης, συγκεκριμένα στην Αγγλία το 18^ο αιώνα, κάνουν τη εμφάνισή τους οι πρώτες απόπειρες εξέλιξης της έννοιας του management. Τον επόμενο αιώνα οι έννοιες της διοίκησης και του management χρησιμοποιούνται

τόσο από συγγραφείς Ευρωπαϊκών χωρών, όσο από συγγραφείς της άλλης πλευράς του Ατλαντικού με αντιπροσωπευτικό παράδειγμα τον θεωρητικό Charles Babbage, ο οποίος υπήρξε πρωτοπόρος του management. Στο έργο του ο Babbage αναφέρεται ρητά στη σημασία της τυποποίησης των λειτουργιών στον εργασιακό τομέα και στην παραδοχή ότι το εξωτερικό περιβάλλον επηρεάζει διαρθρωτικά τη διαμόρφωση της λειτουργίας μίας επιχείρησης (Πετρίδου 1998, Κεσίδης 2020).

Ο επίδραση της Βιομηχανικής Επανάστασης στον τομέα της εργασίας υπήρξε καθοριστική, καθώς ανέδειξε την ανάγκη να στελεχώνονται οι επιχειρήσεις με ανθρώπινο δυναμικό που κατέχει εξειδίκευση στις πρακτικές και αρχές της διοίκησης, ενώ ταυτόχρονα προσδιόρισε τα απαραίτητα χαρακτηριστικά του εργατικού δυναμικού και συνέβαλε στη διαμόρφωση της ίδιας της παραγωγής.

Όπως προαναφέρθηκε, το επιστημονικό management (scientific management), ήταν ο πρώτος κλάδος του management που αναπτύχθηκε ιστορικά και η ανάδειξή του ήταν προϊόν της ανάγκης των επιχειρηματικών στελεχών να αυξήσουν την απόδοση των εργαζομένων και συνεπώς την αποδοτικότητα της επιχείρησης. Ο θεωρητικός Francis Taylor συνέβαλε καθοριστικά στην ανάπτυξη του επιστημονικού management, καθώς επικεντρώθηκε στις πρακτικές που εξασφαλίζουν τις κατάλληλες εργασιακές συνθήκες ώστε το εργατικό δυναμικό να αισθάνεται ικανοποίηση κατά την άσκηση των δραστηριοτήτων του και μέσω αυτής, να επιτυγχάνει τη μέγιστη αποδοτικότητά του. «Στενός συνεργάτης του Taylor υπήρξε ο Gantt. Ο Henry Gantt (1861 – 1919) συνέβαλε με τις μελέτες του σημαντικά στον χρονικό προγραμματισμό, στον έλεγχο της εργασίας και στα συστήματα αμοιβής των εργαζομένων» (Χολέβας 1995).

Καθοριστικής σημασίας υπήρξε και το έργο του Fayol, ο οποίος εισήγαγε για πρώτη φορά τις διοικητικές λειτουργίες του management που σήμερα θεωρούνται δεδομένες, δηλαδή της ηγεσίας, της οργάνωσης, του προγραμματισμού, του συντονισμού και του ελέγχου, γεγονός που τον καθιέρωσε ως έναν από τους βασικούς θεμελιωτές της επιστήμης της διαχείρισης.

Όταν διατυπώθηκαν για πρώτη φορά από τον Fayol πριν από έναν αιώνα περίπου θεωρήθηκαν επαναστατικές (Ναζάκης και συν 1999), καθώς δεν εστίασε σε επιμέρους πτυχές της δραστηριότητας των επιχειρήσεων, αλλά επεδίωξε μία ολιστική προσέγγιση. Επιπλέον, «...ο Fayol προσδιόρισε τις δεκατέσσερις αρχές του

management και διατύπωσε την άποψη ότι, τα άτομα που ενδιαφέρονται να καλλιεργήσουν δεξιότητες σχετικές με το management, μπορούν να το κάνουν μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης» (Μπούκης 1993).

Μια άλλη θεώρηση της διοικητικής επιστήμης αποτελεί η Σχολή Συμπεριφοράς, η οποία θέτει στον πυρήνα της την κατανόηση και ανάλυση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και μελετά πιο εστιασμένα την επίδραση της στην λειτουργία των επιχειρήσεων. Πιο συγκεκριμένα, οι εκπρόσωποι της συγκεκριμένης σχολής σκέψης προσεγγίζοντας ανθρωποκεντρικά το ζήτημα, κατέληξαν ότι «...βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή αποτελεσματικού management αποτελεί η κατανόηση της συμπεριφοράς του ανθρώπινου δυναμικού, των ιδιαίτερων αναγκών και χαρακτηριστικών του και της θέσης του μέσα στα πλαίσια μίας ανθρώπινης οργάνωσης» (Πετρίδου 1998).

Η Νεοκλασική θεώρηση της διοίκησης και του management έχει τέσσερις βασικούς εκπροσώπους, τη M. Parker- Follet, τον E. Mayo, το N. Hawthorne και τον A. Maslow, των οποίων οι προσεγγίσεις θέτουν τον παράγοντα «άνθρωπο» στο κέντρο της εκάστοτε επιχείρησης. Με μία συνοπτική παράθεση, η Parker διατύπωσε την άποψη ότι «...η καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας σε μία επιχείρηση μέσα από την ομαδική εργασία, αποτελεί την αποτελεσματικότερη μέθοδο για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στους χώρους εργασίας». Ένας εργαζόμενος ως μέλος μίας ομάδας αντλεί ερεθίσματα από αυτή που επηρεάζουν σημαντικά την εργασιακή του απόδοση και συμπεριφορά. Από την άλλη, ο Mayo υποστήριξε ότι «...η ενίσχυση της αποδοτικότητας των εργαζομένων είναι άμεσα συνυφασμένη με την κατανόηση της ανθρώπινης διάστασης της εργασίας». Για τον Hawthorne, «...η παραγωγικότητα της επιχείρησης αποτελεί συνάρτηση του σεβασμού της προσωπικότητας των εργαζομένων και των συνθηκών που επικρατούν στους χώρους εργασίας, δηλαδή αυτή επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες κοινωνικής, ψυχολογικής και εργασιακής φύσης». Τέλος, σύμφωνα με το Maslow, «...η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί συνάρτηση πέντε επιπέδων:

- το πρώτο και κατώτερο επίπεδο, περιλαμβάνει τις βιολογικές ανάγκες των ανθρώπων, όπως η ανάγκη για τροφή, νερό, στέγη και καθαρό αέρα,
- το δεύτερο σχετίζεται με τις ανάγκες για ασφάλεια και σταθερότητα,

- το τρίτο σχετίζεται με τις κοινωνικές ανάγκες, όπως η συντροφικότητα, η στοργή και η φιλία
- το τέταρτο στάδιο περιλαμβάνει τις ανάγκες του ανθρώπου που σχετίζονται με την κοινωνική θέση και την εκτίμηση από το περιβάλλον, όπως η αναγνώριση, το κοινωνικό κύρος, η αυτοεκτίμηση και ο αυτοσεβασμός,
- το πέμπτο και ανώτερο επίπεδο περιλαμβάνει τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, όπως η ανάγκη του ανθρώπου για προσωπική ανάπτυξη, εξέλιξη και επιτυχία».

Σύμφωνα με τη θεωρία του Maslow, «...κάθε φορά που ένας άνθρωπος επιτυγχάνει την κάλυψη ενός επιπέδου αναγκών, τότε αυτομάτως παύει να κινητοποιείται από αυτό, επιδιώκοντας την κάλυψη των αναγκών του επόμενου επιπέδου».

Τέλος από τους πλέον σημαντικούς θεωρητικούς του management είναι οι Deming και Bernard, οι οποίοι έδωσαν έμφαση στην αλληλεπίδραση που έχει μια επιχείρηση με το περιβάλλον της. Συγκεκριμένα υποστηρίζουν πως οι σχέσεις που αναπτύσσονται συνιστούν ένα σύνολο αλληλένδετων τμημάτων, που επηρεάζονται μεταξύ τους σε μεγάλο βαθμό. Συνεπώς μία ολιστική διαχειριστική προσέγγιση είναι κομβικής σημασίας προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης (Παράρτημα 1).

Το σύγχρονο management αντιμετωπίζει ορισμένες προκλήσεις οι οποίες συνοπτικά αναλύονται ως εξής:

- Διοίκηση εστιασμένη στην ολική ποιότητα: Το εν λόγω σύστημα διοίκησης προσανατολίζεται στην αύξηση της αποδοτικότητας, άρα και τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των πελατών μέσω συνεχών βελτιώσεων.
- Η ομάδα στη βάση του οργανισμού: Εκχωρείται σημαντική εξουσία και ελευθερία δράσης στις ομάδες του οργανισμού, ώστε να φέρουν εις πέρας με τον βέλτιστο τρόπο τις δραστηριότητες τους για την επίτευξη του στόχου του οργανισμού – επιχείρησης.
- Περιορισμός της παραγωγής: Για να διατηρεί την ανταγωνιστικότητά του ένας οργανισμός πρέπει να είναι σε θέση να περιορίσει την παραγωγή, εξασφαλίζοντας την ισορροπία μεταξύ του βέλτιστου μεγέθους που επιφέρει και τη μέγιστη αποτελεσματικότητά του.

- **Επανασχεδιασμός:** Ο επανασχεδιασμός αναφέρεται στη ριζική αναδιάρθρωση των δραστηριοτήτων ενός οργανισμού, με στόχο να εισαχθούν σημαντικές βελτιώσεις που θα αυξήσουν επαγωγικά την απόδοση.
- **Η πόλωση του εργασιακού περιβάλλοντος:** Η διαρκής ανάπτυξη και εξέλιξη της τεχνολογίας απαιτεί κατάρτιση και εξειδίκευση. Το γεγονός αυτό με τη σειρά του επιφέρει διακρίσεις στο εργασιακό περιβάλλον ανάμεσα στους εξειδικευμένους εργατές, οι οποίοι είναι και υψηλά αμειβόμενοι και στο χαμηλόμισθο εργατικό δυναμικό με ελλιπή κατάρτιση, γεγονός που συνιστά πρόκληση για τον εκάστοτε μάνατζερ προκειμένου να κρατήσει τις ισορροπίες. Παρατηρείται ακόμη μείωση του αριθμού των ατόμων με μέση εξειδίκευση και μέσους μισθούς.
- **Ολοκλήρωση της εργασίας και απαιτήσεις της οικογένειας:** Η πρόκληση αυτή αφορά τον συγκερασμό της ικανοποίησης των προσωπικών αναγκών των εργαζομένων (οικογενειακές υποχρεώσεις), με την ταυτόχρονη διατήρηση της παραγωγικότητας τους σε υψηλά επίπεδα.
- **Έμφαση στους ηθικούς κανόνες:** Μεγάλη βαρύτητα δίνεται στην παρακίνηση του εργατικού δυναμικού να υιοθετούν ηθικές συμπεριφορές σε ολόκληρο το φάσμα των δραστηριοτήτων τους και των σχέσεων που αναπτύσσουν στο πλαίσιο του οργανισμού.
- **Η αντιμετώπιση των εργατικών συνδικάτων:** «Η πρόκληση που αντιμετωπίζει το μάνατζμεντ είναι η εξεύρεση τρόπων ώστε να υπάρχει ασφάλεια στην εργασία σε ένα ασταθές περιβάλλον και η δημιουργία θετικών εργασιακών συνθηκών για τους υπαλλήλους» (Dubrin 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ MANAGEMENT ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η έννοια της υγείας

Ο ορισμός της υγείας που χαίρει ευρείας αποδοχής έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. - WHO): «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου». Πρόκειται για έναν θετικό ορισμό της υγείας, που εστιάζει στην ύπαρξη χαρακτηριστικών, τα οποία δεν αφορούν μόνο τη σωματική υγεία αλλά περιλαμβάνουν και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που θεωρείται ότι συμβάλλουν στον καθορισμό αυτού που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «υγεία υψηλού επιπέδου».

Όπως προαναφέρθηκε, ο ανωτέρω ορισμός του Π.Ο.Υ. δεν είναι καθολικά αποδεκτός και αποτέλεσε αντικείμενο αρνητικής κριτικής αφού έχει χαρακτηριστεί ως ουτοπικός (Τούντας 2000) και αφελής (Hunter 2003), με την έννοια ότι «...πλήρης ευεξία σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί απόλυτα παρά μόνο κατά προσέγγιση και συνεπώς, δε μπορεί να αποτελέσει έναν αποδεκτό και χρηστικό επιστημονικό ορισμό» (Aubrey 1953).

Ακολουθώντας διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις ιατροί, βιολόγοι και άλλοι επιστήμονες του κλάδου, έχουν καταλήξει στο διαχωρισμό της έννοιας της υγείας μεταξύ θετικού και αρνητικού αντίκτυπου, λειτουργικού και βιοματικού ορισμού. Η υγεία θεωρείται συχνά ως η απουσία συμπτωμάτων (όπως πχ άλγος, κόπωση και άλλα αρνητικά συναισθήματα) και στην περίπτωση αυτή δίνεται ένας αρνητικός ορισμός. Η υγεία εκφράζεται σε σχέση με κάτι που δεν υπάρχει, απουσιάζει. Ο θετικός ορισμός ορίζει την υγεία ως την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, ενώ ο αρνητικός ορισμός ορίζει την υγεία απλά ως την απουσία νόσου (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας 2007).

Από το 1946, ο ορισμός της υγείας συνδέεται άρρηκτα με την ικανότητα που διαθέτει το άτομο να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, δηλαδή με βάση το λειτουργικό ορισμό (Parsons 1979), η υγεία ορίζεται με βάση τη σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Συγκεκριμένα, εάν ένας άνθρωπος αντιμετωπίζει κάποιο

πρόβλημα υγείας που δεν του επιτρέπει να εργαστεί ή να ανταποκριθεί στον κοινωνικό ρόλο του/της συζύγου ή του γονέα κτλ, θεωρείται για την κοινωνία μέσα στην οποία ζει ότι δεν είναι υγιής.

Αντίθετα, «...ο βιωματικός ορισμός εστιάζεται περισσότερο στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία» (Kelman 1975). «...Εδώ δεν είναι η κοινωνία αλλά το ίδιο το άτομο που μέσα από τις προσωπικές του εμπειρίες μπορεί να θεωρήσει τον εαυτό του υγιή ή μη» (Ιωαννίδη, Λοπατατζίδης & Μάντη 1999:19).

Τέλος, καταγράφεται διάσταση των επιστημονικών απόψεων σχετικά με το εάν είναι δόκιμο η εννοιολογική προσέγγιση της υγείας να περιλαμβάνει πέρα από τους βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Από τη μία πλευρά, προτείνεται η περιγραφή της ασθένειας «...ως η αδυναμία του ατόμου να υπερβεί τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει στο ευρύτερο κοινωνικό και φυσικό του περιβάλλον» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001) ενώ από την άλλη, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι «...η υγεία δεν πρέπει να εμπεριέχει την έννοια της κοινωνικής ευεξίας» (Aubrey 1953).

«Η σημασία του αγαθού της υγείας για την ανθρώπινη ευημερία είχε αναγνωριστεί ήδη από την αρχαιότητα, ωστόσο ο εννοιολογικός προσδιορισμός της αποτελεί μία περίπλοκη διαδικασία αφού αποτελεί συνάρτηση ποικίλων παραγόντων, κοινωνικής, οικονομικής και πολιτισμικής φύσης» (Saracci 1997). Ανεξάρτητα από την «διαμάχη» για τον ορισμό, η υγεία αποτελεί αναμφίβολα ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό και αποτελεί ελεύθερο δικαίωμα όλων των πολιτών (Μαστρογιάννη 2015).

2.2 Βασικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες υπηρεσιών υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας προκειμένου να ανταποκρίνονται επαρκώς στον σκοπό τους, που δεν είναι άλλος από την αποτελεσματική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του γενικού πληθυσμού, θα πρέπει να φέρουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Δικαίος και συν 1999, Van Wijngaarden, Scholten & van Wijk 2012):

- Διαθεσιμότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης προς τους πολίτες, ανταποκρινόμενες σε κάθε ανάγκη ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης που προκύπτει.
- Προσπελασιμότητα, με την έννοια να παρέχεται η δυνατότητα στους πολίτες να τις χρησιμοποιήσουν ανά πάσα στιγμή της ημέρας.

- Μεγάλο εύρος και συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με την έννοια ότι έργο των υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί μόνο η αντιμετώπιση μια ασθένειας αλλά και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση αυτής, δηλαδή ο τομέας της πρόληψης και της αποκατάστασης.
- Υψηλό επίπεδο υπηρεσιών ώστε να επιτυγχάνεται η ικανοποίηση των πολιτών, καθώς από μόνη της η διαθεσιμότητα και η συνέχεια δε συνεπάγεται ίαση και αποτελεσματική αντιμετώπιση.

«Οι φορείς παραγωγής και παροχής βοήθειας μπορεί να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία. Το είδος των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί συνάρτηση της ειδίκευσης των μονάδων, ενώ η ποσότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί συνάρτηση των χρησιμοποιούμενων πόρων, ανθρώπινων και υλικών» (Φαμέλη 2005).

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό γνώρισμα των υπηρεσιών υγείας είναι ότι αποτελούν οργανισμούς που στελεχώνονται από ανθρώπους οι οποίοι συνεργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Πιο συγκεκριμένα, τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα, τα οποία αποτελούν μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, φέρουν κάποια επιπλέον ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Anthony & Herzlinger 1980):

- Περιορισμένη εξάρτηση από τους πελάτες: Η οικονομική βιωσιμότητα των δημόσιων νοσοκομείων βασίζεται κατά κανόνα στον κρατικό προϋπολογισμό και ως εκ τούτου δεν υφίσταται οικονομική εξάρτηση από τους πελάτες τους. Οι πελάτες - πολίτες μέσω της φορολογίας συμβάλλουν στη χρηματοδότησή των νοσοκομείων και απολαμβάνουν υγειονομικές υπηρεσίες ίδιου επιπέδου ποιότητας ανεξάρτητα από το ύψος της φορολογικής τους επιβάρυνσης, δηλαδή δεν σχετίζονται άμεσα οι παρεχόμενες υπηρεσίες με τα έσοδα.
- Επικράτηση της επιστημονικής διάστασης: Στα δημόσια νοσοκομεία προσφέρουν υπηρεσίες υγείας επαγγελματίες εξειδικευμένοι (ιατροί, νοσηλευτές κλπ), οι οποίοι περιορίζονται στο στενό πλαίσιο της διεκπεραίωσης του επιστημονικού τους έργου ενώ και η εκπαίδευση που λαμβάνουν επικεντρώνεται στο επιστημονικό πεδίο της ειδικότητάς τους. Κατά συνέπεια, δε δίνεται η απαραίτητη έμφαση στην αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων παραγωγικών πόρων, ώστε να

μεγιστοποιήσουν την αποδοτικότητα του έργου τους και δεν εκπαιδεύονται κατάλληλα στη διοίκηση των οργανισμών που υπηρετούν, με αποτέλεσμα να μην προβαίνουν σε ορθή αξιολόγηση του οικονομικού κόστους των αποφάσεων που λαμβάνουν και του κόστους της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών.

- Μονοπωλιακή διάθεση υπηρεσιών: Για τους οικονομικά ασθενέστερους ή τα άτομα που κατοικούν σε απομονωμένες περιοχές της χώρας, η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης γίνεται αποκλειστικά από τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη εναλλακτικών επιλογών στην αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών για τα άτομα αυτά. Για το λόγο αυτό, κρίνεται εξαιρετικά σημαντικό και απαραίτητο, να αναπτύσσονται κρατικοί ελεγκτικοί μηχανισμοί για το προσδιορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον σημείο ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται μεταξύ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και προάγει τη συγκρισιμότητα και τη βελτίωση όπου απαιτηθεί.

- Συγκεντρωτισμός στη λήψη των αποφάσεων: Η πλειοψηφία των οργανισμών ελληνικού δηmosίου και συνεπώς τα δημόσια νοσοκομεία, λαμβάνουν τις αποφάσεις συγκεντρωτικά από τις κεντρικές διοικήσεις ή τα κεντρικά συμβούλια, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη στην αποδοτικότητά τους.

- Έλλειψη κριτηρίων αξιολόγησης του αποτελέσματος: Η μάλιστα της έλλειψης αξιολόγησης απαντάται στο σύνολο των οργανισμών του ελληνικού δηmosίου τομέα, ωστόσο στο νευραλγικό τομέα της υγείας κρίνεται περισσότερο απαραίτητη από οπουδήποτε αλλού. Η έλλειψη δεικτών αξιολόγησης προκαλεί έλλειψη τυποποίησης των υπηρεσιών, έλλειψη συγκριτικής αξιολόγησης διαφορετικών μονάδων, αντικειμενική δυσκολία αξιολόγησης των υπηρεσιών αλλά και αξιολόγησης των επικεφαλής των επιμέρους μονάδων με βάση το έργο της μονάδας τους.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζει σημαντικά η έλλειψη αξιολόγησης είναι ότι καθίσταται δυσχερής η εφαρμογή πολιτικής κινήτρων για την ενίσχυση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων, ενώ και οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να επικεντρωθούν στο αποτέλεσμα και βαλτώνουν στην τήρηση γραφειοκρατικών κανόνων. Τέλος, παρεμποδίζεται κάθε προσπάθεια για αποκέντρωση της εξουσίας.

Σύμφωνα με τους Δικαίο, Κουτουζή, Πολύζο, Σιγάλα, και Χλέτσο, «...οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

- α) η αυξημένη κρατική παρέμβαση,
- β) η αδυναμία του ασθενή να λάβει ο ίδιος αποφάσεις,
- γ) η ένταση της εργασίας,
- δ) η ένταση της οργάνωσης και διαχείρισης,
- ε) ο τρόπος επιμερισμού της εξουσίας και της ευθύνης».

Πιο αναλυτικά, η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό και θα πρέπει η Πολιτεία μέσω της νομοθεσίας να διαφυλάττει το αδιαμφισβήτητο δικαίωμα του κάθε πολίτη στη περίθαλψη του. Επιπλέον αφορά το κοινωνικό σύνολο και συνεπώς η κρατική παρέμβαση σε τέτοιους οργανισμούς θα πρέπει να είναι άμεση και αποτελεσματική, ώστε να κατοχυρωθεί τόσο το δικαίωμα αυτό όσο και η απρόσκοπτη και ορθή οργάνωση - λειτουργία των νοσοκομειακών ιδρυμάτων με την εξασφάλιση των απαραίτητων οικονομικών πόρων για τη χρηματοδότησή τους.

Επιπλέον, πολλές φορές ο ασθενής εύλογα αδυνατεί να αποφασίσει ο ίδιος για τον εαυτό του, καθώς οι ασθενείς είτε δεν έχουν τις απαραίτητες ιατρικές γνώσεις για την πάθησή τους, άρα και της αντιμετώπισης αυτής, είτε γιατί η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας τους τους στερεί την ορθή κρίση ή ακόμη και τη δυνατότητα απόφασης αυτή καθαυτή (για παράδειγμα στις περιπτώσεις σοβαρών ατυχημάτων).

Σημαντική συνισταμένη είναι ένταση που από τη φύση της εργασίας τους αισθάνονται οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας. Καθημερινά καλούνται να διαχειριστούν περιστατικά δύσκολα και απαιτείται πάντα η άμεση διάγνωση και αντιμετώπισή τους. Η ευθύνη για την ζωή των ανθρώπων που είναι στα χέρια τους, η ανάγκη για αμεσότητα και ορθή αντιμετώπιση των περιστατικών, είναι κατανοητό ότι δημιουργούν μεγάλη ένταση και μερικές φορές τον εκνευρισμό των εργαζομένων αλλά και πολλές φορές και των πολιτών. Ιατρικά λάθη γίνονται καθημερινά, αλλά δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι αναφερόμαστε σε ανθρώπους και όχι σε ανώτερες δυνάμεις.

Για τους παραπάνω λόγους λοιπόν, θα πρέπει «...το προσωπικό το οποίο επιλέγεται να είναι όσον τον δυνατόν καλύτερα καταρτισμένο και έμπειρο προς αποφυγή τέτοιων φαινομένων καθώς η πλήρης εξάλειψή τους δεν είναι δυνατή» (Δικαίος και συν 1999). Στον αντίποδα, οι ασθενείς που απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας τις περισσότερες φορές είναι συναισθηματικά φορτισμένοι και ταλαιπωρημένοι από το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, με αποτέλεσμα να προκαλούνται εύκολα εντάσεις και διενέξεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Στους οργανισμούς υγείας, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη βέλτιστη οργάνωση του χώρου καθώς τα κτήρια απαιτείται να είναι κατάλληλα διαμορφωμένα και σωστά συντηρημένα και ο εξοπλισμός θα πρέπει να είναι κατάλληλος και επαρκής. Οι ανωτέρω σημαντικές παράμετροι μπορούν να επιτευχθούν με την εφαρμογή και τακτική αναθεώρηση των προτύπων ποιότητας, ώστε να παρέχουν στους οργανισμούς υγείας τη δυνατότητα να υιοθετούν καινοτομικές τεχνολογίες και πρακτικές που προάγουν την εξέλιξή τους και την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών στους χρήστες.

Τέλος, ο τομέας της υγείας είναι ένας νευραλγικός τομέας και ως εκ τούτου, η ηγεσία των υπηρεσιών υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη λειτουργική αποτελεσματικότητά τους όσο και στη συνετή ανάθεση εργασιών - ευθυνών στα στελέχη που τις απαρτίζουν. Συνεπώς, οι ηγετικές θέσεις στους οργανισμούς υγείας θα πρέπει να καταλαμβάνονται από άτομα που διαθέτουν καταρχήν διοικητικές ικανότητες, κατάλληλη εκπαίδευση, επιστημονική κατάρτιση και ευελιξία – προσαρμοστικότητα στις αλλαγές και προκλήσεις. Ένας ηγέτης μπορεί με την άρτια οργάνωση μιας νοσοκομειακής μονάδας να την οδηγήσει στην ανάπτυξη και στην εξέλιξη ή με το «έλλειμμα διοίκησής» του στη στασιμότητα και την απαξίωση.

2.3 Μορφές και οργανωτική δομή των οργανισμών υγείας

Η διάκριση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να γίνει σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια (Δικαίος και συν 1999, Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας 2007):

1. Ανάλογα με το νομικό πλαίσιο της λειτουργίας τους:

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

- Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας «ονομάζονται εκείνες των οποίων φορέας είναι φυσικό ή νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.). Λειτουργούν με βάση τις αρχές του ιδιωτικού δικαίου. Οι φορείς επένδυσης (ιδιοκτήτες) είναι φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου. Φυσικό πρόσωπο είναι οποιοδήποτε άτομο που υπόκειται σε υποχρεώσεις και νομικό πρόσωπο η συνένωση φυσικών προσώπων ή και περιουσιακών στοιχείων με σκοπό την άσκηση επιχειρηματικής δραστηριότητας» (Τσακλαγκάνος 2005).

- Δημόσιες υπηρεσίες υγείας «ονομάζονται εκείνες των οποίων φορέας είναι το Δημόσιο ή οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (κοινότητες και δήμοι) (Ν.Π.Δ.Δ.). Οι οργανισμοί αυτοί επιδιώκουν την πραγματοποίηση εσόδων, την προστασία της δημόσιας υγείας, την ικανοποίηση κοινωνικών αναγκών, την προαγωγή της δημόσιας παιδείας» (Τσακλαγκάνος 2005).

- Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ)

- Νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου (ΝΠΔΔ)

- Κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες Υπουργείου Υγείας.

2. Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, σε:

- «Μονάδες ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, όπως είναι τα ιδιωτικά ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας και τα πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών που παρέχουν αποκλειστικά υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης

- Μονάδες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως είναι τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης και παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Οι Υπηρεσίες υγείας διακρίνονται περαιτέρω σε:

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην οποία εντάσσεται η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, όπου οι υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από τους γενικούς - οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (νοσοκομειακή περίθαλψη), οι οποίες αποτελούν όλες εκείνες τις υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στα νοσοκομεία» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Πιο αναλυτικά, «...η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους εξής φορείς:

- Το Κράτος, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που ιδρύθηκαν και λειτούργησαν στις αγροτικές περιοχές καθώς και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα.
- Τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, μέσω των πολυϊατρείων, κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και τα συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία.
- Την Τοπική Αυτοδιοίκηση, που προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από προνομιακού τύπου υποδομή και από πολύ μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων.
- Τον Ιδιωτικό Τομέα, που αποτελεί αδιαμφισβήτητα σημαντικό τμήμα του ευρύτερου τομέα υγείας στη χώρα (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008).

Στη συνέχεια, «...η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις τρεις ακόλουθες δομές:

- Τα Δημόσια Νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ
- Τα Δημόσια Νοσοκομεία εκτός του ΕΣΥ, στα οποία περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία ορισμένων ασφαλιστικών φορέων, όπως του ΙΚΑ και τα Νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης
- Τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία και οι κλινικές που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001), με τη έννοια των οργανισμών που εξαρτούν το κέρδος τους από τους πελάτες τους.

Τέλος, η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό που διαθέτει την τεχνογνωσία για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Αξίζει να επισημανθεί ότι τα νοσοκομεία διακρίνονται περαιτέρω ανάλογα με τους τομείς που διαθέτουν και το εύρος των υπηρεσιών που προσφέρουν. Έτσι, υπάρχουν «...τα γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν τουλάχιστον χειρουργικό και παθολογικό τομέα, και τα ειδικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε μια ειδικότητα. Ανάλογα επίσης με τη διάρκεια της νοσηλείας, τα νοσοκομεία διακρίνονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων» (Οικονόμου 2012).

Επιπρόσθετα, «...ανάλογα με τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά, τα οποία καλύπτουν ευρύτερες υγειονομικές περιφέρειες και σε νομαρχιακά που λειτουργούν σε κάθε νομό, παρόλο που ο Ν. 2889/2001 κατάργησε τη διάκριση των νοσοκομείων σε νομαρχιακά και περιφερειακά, ενώ διατήρησε τη διάκριση σε γενικά και ειδικά» (Οικονόμου 2012).

Η δομή μιας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πολυεπίπεδη και τα άτομα που τη απαρτίζουν διαφέρουν σημαντικά στην εκπαίδευση, στο κοινωνικό ή οικονομικό και προσωπικό status. «Όσο περισσότερο διαφέρει ο βαθμός εξειδίκευσης και όσο πιο πολλοί είναι οι εργαζόμενοι, τόσο περισσότερο διασπάται η δομή της εξουσίας, με αποτέλεσμα οι δυσκολίες στη διοίκηση και τη διαχείριση του οργανισμού να είναι μεγαλύτερες» (Δικαίος και συν 1999).

Πιο συγκεκριμένα, «...οι οργανισμοί υγείας στελεχώνονται από ανθρώπινο δυναμικό ως εξής:

- Ιατροί όλων των ειδικοτήτων
- Νοσηλευτές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης
- Τεχνολόγοι
- Επαγγελματίες του τομέα της Πληροφορικής για τη διαχείριση των πληροφοριακών συστημάτων
- Διοικητικοί υπάλληλοι
- Τεχνικοί υπάλληλοι για τη λειτουργία και τη συντήρηση του τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Προσωπικό ξενοδοχειακής υποστήριξης για τη διαμόρφωση ευχάριστων συνθηκών νοσηλείας» (Stevenson, Hojati, & Cao 2007).

Επιπλέον, η Γούλα Α. στο βιβλίο της «Διοίκηση & Διαχείριση του Νοσοκομείου» διακρίνει τέσσερις βασικές υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες είναι οι κάτωθι:

- «1. Η ιατρική Υπηρεσία
2. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία
3. Η Διοικητική Υπηρεσία
4. Η Τεχνική-Ξενοδοχειακή Υπηρεσία» (Γούλα 2007).

Κάθε περιφερειακό γενικό και ειδικό νοσοκομείο απαρτίζεται από τις τέσσερις αυτές υπηρεσίες, οι οποίες είναι ισότιμες και συνεργάζονται μεταξύ τους, ώστε να επιφέρουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Δικαίος και συν 1999:95).

Οι προαναφερθέντες υπηρεσίες συνιστούν την βασική δομή ενός νοσοκομείου, αλλά πέραν αυτών το νοσοκομείο στηρίζεται και σε αυτοτελή τμήματα τα οποία είναι τα κάτωθι:

- Το τμήμα έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
- Το γραφείο δημοσίων σχέσεων και επικοινωνίας με τον πολίτη
- Το γραφείο υποδοχής ασθενών
- Το τμήμα ελέγχου ποιότητας
- Το γραφείο νομικών υποθέσεων

Οι διοικητικές- οικονομικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε ένα νομαρχιακό νοσοκομείο είναι περιορισμένες και αφορούν δύο τομείς:

- διαχείριση,
- προγραμματισμός για την κάλυψη αναγκών του νομού.

Στον αντίποδα, σύμφωνα με τον Δικαίο, «...οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο είναι:

- διοίκηση-διαχείριση
- ανάπτυξη μεθόδων σύγχρονου μάνατζμεντ
- υψηλή διοικητική ικανότητα (management capacity)

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

- προγραμματισμός για κάλυψη αναγκών της περιφέρειας
- εξειδικευμένη υποδομή για τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η διοικητική υπηρεσία του δημόσιου νοσοκομείου διακρίνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις, του Διοικητικού και του Οικονομικού, οι οποίες είναι επιφορτισμένες με αρμοδιότητες που αφορούν:

- στο συντονισμό της λειτουργίας και στην υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών,
- στη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του νοσοκομείου,
- στη φροντίδα για αυτόνομη λειτουργία και ανάπτυξη του νοσοκομείου,
- στην εκπαίδευση των στελεχών της σε θέματα διοίκησης-διαχείρισης και
- στη φροντίδα για θέματα γενικής λειτουργίας του νοσοκομείου.

Οι διοικητικές- οικονομικές δραστηριότητες αναπτύσσονται με άξονες τη διοίκηση και διαχείριση του ιδρύματος, την εφαρμογή εργαλείων του σύγχρονου management, την υψηλή ικανότητα διοίκησης, τον προγραμματισμό για την κάλυψη των υπάρχουσών αναγκών και την διαχείριση της εξειδικευμένης υποδομής για την παροχή υπηρεσιών τριτοβάθμιας περίθαλψης» (Δικαίος και συν 1999).

2.4 Σύγχρονη διοίκηση (health management) στις υπηρεσίες υγείας

Το περιβάλλον των σύγχρονων οργανισμών μεταβάλλεται διαρκώς και με ταχείς ρυθμούς καθώς δέχεται τις επιδράσεις του οικονομικών, τεχνολογικών, κοινωνικών και νομοθετικών αλλαγών. Στους σύγχρονους οργανισμούς η τέχνη της διοίκησης διέρχεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του. Για να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές αυτές και να προσαρμόζονται επιτυχώς, θα πρέπει αφενός τα ηγετικά στελέχη (διοικητής, γενικός διευθυντής, πρόεδρος) που ασκούν τη διοίκηση των οργανισμών να διαθέτουν διοικητικές δεξιότητες αφετέρου τα στελέχη (επαγγελματίες υγείας) που τον απαρτίζουν, να διαθέτουν επίσης την ικανότητα να ασκούν αποτελεσματικά διοίκηση.

Ο ρόλος της διοίκησης στους οργανισμούς υγείας είναι σαφέστατα πιο σημαντικός αλλά και πολύπλοκος, καθώς εξαρτάται από την ιδιομορφία και την κομβική σημασία του αγαθού της υγείας. Η άσκησή της λοιπόν καθίσταται εξίσου περίπλοκη, με έμφαση στην επιλογή των βέλτιστων πρακτικών για την εφαρμογή της, ενώ επισημαίνεται και

η διαφοροποίησή της μεταξύ ενός Κέντρου Υγείας και ενός νοσοκομείου (Δικαίος και συν 1999:397-399).

Το Health management ορίζεται ως εφαρμογή της σύγχρονης διοίκησης στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας, που εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία τους και κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση και επίλυση των σύγχρονων προβλημάτων με τα οποία αναμετρώνται καθημερινά. Μέσω των εργαλείων του management για την διαχείριση της ποιότητας και την εφαρμογή τους στις υπηρεσίες υγείας, επιδιώκεται η επίτευξη του μέγιστου δυνατού βαθμού αποδοτικότητας και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βασικό εργαλείο του health management είναι τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας, τα οποία εάν αξιοποιηθούν και εφαρμοστούν ορθά, προσφέρουν τη δυνατότητα να παρατηρηθούν και να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα της λειτουργίας του οργανισμού, να βελτιωθούν τα κακώς κείμενα και να προαχθεί η εξέλιξή του.

«Για την οικοδόμηση ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας (ΣΔΠ), καταρτίζεται και ακολουθείται ένα δομημένο πρόγραμμα εργασίας, στη βάση των αρχών του management, με τελικό στόχο την πιστοποίηση του οργανισμού. Το πρόγραμμα αυτό απαρτίζεται συνοπτικά από τις ακόλουθες φάσεις:

- Αρχική ανάλυση και διάγνωση.
- Ανάπτυξη και τεκμηρίωση του ΣΔΠ (πολιτική ποιότητας, διαδικασίες, οδηγίες, έντυπα, εγχειρίδιο ποιότητας).
- Περιγραφή αρμοδιοτήτων και ευθυνών των κρίσιμων θέσεων εργασίας.
- Καθιέρωση δεικτών και μετρήσεων σχετικά με τις ιδιαίτερες λειτουργίες του οργανισμού.
- Δοκιμαστική λειτουργία του ΣΔΠ.
- Εσωτερικές επιθεωρήσεις.
- Ανασκόπηση του ΣΔΠ και προετοιμασία της επιθεώρησης από τον Φορέα Πιστοποίησης.

- Πιστοποίηση του οργανισμού.

Το ΙΦΕΤ διαθέτει την απαιτούμενη υποδομή, πείρα και τεχνογνωσία προκειμένου να παρέχει σε Φορείς και Οργανισμούς του χώρου της υγείας συμβουλευτικές υπηρεσίες για το σχεδιασμό, την ανάπτυξη και εγκατάσταση Συστημάτων Διαχείρισης Ποιότητας για την πιστοποίησή τους, σύμφωνα με το νέο πρότυπο ISO 9001:2000 και Συστημάτων Ελέγχου υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων HACCP» (Κατωτικίδη, 2008).

Το πρότυπο ISO 9001:2000 περιγράφει γενικά το πλαίσιο οργάνωσης μιας επιχείρησης - οργανισμού και τη σχέση της με τους προμηθευτές και τους αποδέκτες των προϊόντων - υπηρεσιών της, με στόχο την σταθεροποίηση των υλοποιούμενων δραστηριοτήτων, την συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αύξηση της παραγωγικότητας με ταυτόχρονη ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού και τέλος τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των πελατών - χρηστών των προϊόντων - υπηρεσιών του.

Η κοινοτική οδηγία 93/43 με την οποία έχει συμμορφωθεί και η ελληνική νομοθεσία και έχει καταστεί υποχρεωτική, προβλέπει την εφαρμογή του συστήματος HACCP για την ανάλυση του κινδύνου και των κρίσιμων σημείων ελέγχου. Το σύστημα HACCP αναφέρεται σε όλα τα στάδια της παραγωγής των τροφίμων, από την παραλαβή των πρώτων υλών μέχρι την τελική χρήση και κατανάλωση των προϊόντων και αποσκοπεί στην παραγωγή ασφαλών τροφίμων.

«Το εν λόγω σύστημα δομείται στη βάση των παρακάτω επτά αρχών:

1. Εντοπισμός τυχόν κινδύνων για την ασφάλεια των τροφίμων, οι οποίοι πρέπει να προληφθούν, να εξαλειφθούν ή να μειωθούν σε αποδεκτά επίπεδα.
2. Εντοπισμός κρίσιμων σημείων ελέγχου για την πρόληψη ή την εξάλειψη ενός κινδύνου.
3. Προσδιορισμός των κρίσιμων ορίων στα κρίσιμα σημεία ελέγχου για τον προσδιορισμό ενός προϊόντος ως αποδεκτού
4. Καθορισμός και εφαρμογή αποτελεσματικών διαδικασιών παρακολούθησης στα κρίσιμα σημεία ελέγχου.

5. Καθορισμός διορθωτικών μέτρων, όταν η παρακολούθηση υποδεικνύει υπέρβαση των ορίων.
6. Καθορισμός διαδικασιών επαλήθευσης για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος.
7. Ανάπτυξη διαδικασίας τήρησης αρχείων, προκειμένου να εξασφαλίζεται η εφαρμογή των μέτρων και να διευκολύνεται η διενέργεια επίσημων ελέγχων» (http://www.ifet.gr/activities_quality.htm, ημερ. 23/1/08).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας αποτελούν όπλο στη φαρέτρα της Διοίκησης κάθε οργανισμού, καθώς βοηθούν στη βελτίωση της οργάνωσής του και στην επίτευξη μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Αξίζει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά επίσης, στο σύστημα διαχείρισης πληροφοριών ISO27001: 2013 και στο σύστημα διαχείρισης ποιότητας ISO9001:2015 (Stevenson, Hojati & Cao 2007, Κεσίδης 2020).

Το σύστημα διαχείρισης πληροφοριών ISO 27001:2013 αφορά την διαχείριση και προστασία των δεδομένων, ιδιαιτέρως των προσωπικών δεδομένων και εναρμονίζεται πλήρως με το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο της Ε.Ε. για τα προσωπικά δεδομένα (Κανονισμό για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων – GDPR). Πιο συγκεκριμένα, ο οργανισμός λαμβάνει την απαραίτητη πιστοποίηση και θέτει σε εφαρμογή ένα σύστημα διαχείρισης των δεδομένων με «πλέγμα προστασίας», προκειμένου να διασφαλίσει την ελεγχόμενη διαρροή δεδομένων τόσο στο εσωτερικό περιβάλλον του, όσο και στο εξωτερικό, μέσω των συναλλαγών του με πελάτες και προμηθευτές. «Την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος ακολουθεί η υλοποίηση μίας σειράς ορθά δομημένων διαδικασιών και εργασιών ελέγχου που περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

- Ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και εντοπισμός των υφιστάμενων αδύναμων σημείων στη λειτουργία του οργανισμού.
- Εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης ποιότητας (πολιτική ποιότητας, διαδικασίες, οδηγίες, έντυπα, εγχειρίδια ποιότητας).
- Σχεδιασμός προφίλ κρίσιμων θέσεων εργασίας όσον αφορά τις αρμοδιότητες και ευθύνες.

- Καθορισμός δεικτών και τρόπου μέτρησής τους για την αξιολόγηση της πορείας της λειτουργίας του οργανισμού.
- Δοκιμαστική εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης ποιότητας.
- Εσωτερικές επιθεωρήσεις.
- Ανασκόπηση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας προετοιμασία της επιθεώρησης από το φορέα πιστοποίησης.
- Πιστοποίηση του οργανισμού.

Το σύστημα διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2015 καθορίζει το οργανωτικό πλαίσιο ενός οργανισμού και τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ αυτού και τρίτων μερών, όπως οι προμηθευτές και οι πελάτες. Η εφαρμογή του συστήματος και η λήψη της ανάλογης πιστοποίησης του οργανισμού αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται, στην ενίσχυση της παραγωγικότητας και των δεξιοτήτων του προσωπικού. Στοχεύει ακόμη στην επίτευξη ενός ελάχιστου επιπέδου σταθεροποίησης των εσωτερικών διεργασιών του οργανισμού» (Κεσίδης 2020). Το εν λόγω πρόγραμμα δομείται και υλοποιείται ομοίως στα οκτώ προαναφερόμενα στάδια που ακολουθεί και το ISO 27001:2013.

Η παραδοσιακή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στη θεωρία της γραφειοκρατίας, που θεμελιώθηκε από τον Γερμανό κοινωνιολόγο Max Weber.

Οι βασικές αρχές οργάνωσης, εξειδικεύονται στο χώρο του νοσοκομείου ως εξής:

- Καταμερισμός και εξειδίκευση της εργασίας: Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία έχουν πολλά και εξειδικευμένα καθήκοντα που πρέπει να εκτελέσουν. Ο καταμερισμός της εργασίας, μέσω γραπτών περιγραφών των θέσεων εργασίας και των καθηκόντων κάθε εργαζομένου, βοηθά να λειτουργήσει ένα νοσοκομείο αποδοτικά.
- Σύστημα κανόνων: Το κανονιστικό πλαίσιο του νοσοκομείου αποτελεί οδηγό για τις πράξεις του προσωπικού εντός του νοσοκομείου (π.χ. γραπτές νοσηλευτικές διαδικασίες για τη φροντίδα των ασθενών). Το σύγχρονο νοσοκομείο δεν είναι εφικτό να λειτουργήσει αποτελεσματικά χωρίς λεπτομερείς κανονισμούς και ρυθμίσεις.
- Εύρος του ελέγχου: Η έννοια του εύρους του ελέγχου θέτει ως όριο τον αριθμό των ατόμων τα οποία μπορεί να επιβλέπει αποτελεσματικά ένας προϊστάμενος. Σε ένα

νοσοκομείο το εύρος ελέγχου μεταξύ 5 και 10 ατόμων κινείται στα κατάλληλα όρια επιχειρησιακής λειτουργικότητας.

- **Ιεραρχική οργάνωση:** Βασική αρχή της γραφειοκρατικής οργάνωσης είναι η υπαγωγή των ατομικών και συλλογικών εργασιακών θέσεων σε ιεραρχία ή πυραμίδα. Τα άτομα στην κορυφή της πυραμίδας (προϊστάμενοι των τμημάτων) έχουν καθορισμένη εξουσία, η οποία μεταφέρεται προς τα κάτω, προς τα κατώτερα επίπεδα της πυραμίδας, μέσω αλυσίδας εντολών. Έτσι, η εξουσία διαχέεται σε όλο τον οργανισμό. Επικεφαλής όλης της πυραμίδας είναι συνήθως ένα άτομο που εκτελεί χρέη διοικητή ή γενικού διευθυντή.
- **Ενότητα στη διοίκηση:** Κάθε υπάλληλος του νοσοκομείου πρέπει να είναι υπεύθυνος απέναντι σ' ένα πρόσωπο. Στην πράξη αυτό δεν ισχύει πάντα και ένας υπάλληλος μπορεί να έχει περισσότερους από έναν προϊστάμενους. Βέβαια, η παραδοσιακή αυτή αντίληψη της ενότητας της διοίκησης αμφισβητείται τα τελευταία χρόνια, από ένα πιο σύγχρονο μοντέλο οργάνωσης που ονομάζεται ομαδική οργάνωση.
- **Εξουσιοδότηση, ανάθεση αρμοδιοτήτων:** Είναι καλύτερο για έναν οργανισμό να λαμβάνονται οι αποφάσεις στο κατώτερο δυνατό επίπεδο, σε συνδυασμό με αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα, ως αποκέντρωση ορίζεται η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και ευθυνών σχεδιασμού, λήψης αποφάσεων και άσκησης διοικητικών λειτουργιών από το κεντρικό επίπεδο σε οργανωτικές δομές και υπηρεσίες περιφερειακού επιπέδου. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η αποκέντρωση της διοίκησης, εξαιτίας του μεταβαλλόμενου χαρακτήρα του νοσοκομείου, του οποίου οι ιατρονοσηλευτικές, ερευνητικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες συνεχώς αναπροσαρμόζονται, ώστε να συμβαδίζουν με τις κοινωνικές αλλαγές και την εξέλιξη της επιστήμης. Οι μεταβολές αυτές απαιτούν τη συχνή αντικατάσταση του υπάρχοντος εξοπλισμού, την αγορά σύγχρονου εξοπλισμού, καθώς και τη συνεχή κατάρτιση του προσωπικού (Τούντας 2008).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με την Κονταράτου «...η διοίκηση σ' ένα νοσοκομείο θα πρέπει να είναι αποκεντρωτική, συμμετοχική, ανταποκριτική, να αναγνωρίζει δηλαδή και να ικανοποιεί τις ανάγκες του προσωπικού και να στηρίζεται στην πειθώ και όχι στον καταναγκασμό» (Κονταράτου 2003).

Το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου αποτελεί το συλλογικό όργανο που ασκεί καταρχήν την ανώτατη διοίκηση σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και εν συνεχεία

ασκείται από τον μάνατζερ του νοσοκομείου, που διαθέτει την απαιτούμενη εμπειρία στην οργάνωση και διοίκηση μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και επιπλέον, έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα για τη θέση αυτή.

Ωστόσο, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ο θεσμός του μάνατζερ δεν έχει ενταχθεί στη διοικητική τους διαδικασία, με αποτέλεσμα μέχρι και σήμερα, το Διοικητικό Συμβούλιο και ο πρόεδρος του να ασκούν τη διοίκηση του νοσοκομείου με τριετή θητεία. Στη διοικητική ιεραρχία ακολουθούν οι διευθυντές των τεσσάρων υπηρεσιών (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής), οι οποίοι είναι ισότιμοι μεταξύ τους.

Για τον διορισμό ενός ατόμου ως προέδρου Διοικητικού Συμβουλίου απαιτείται να διαθέτει «...ιδιαιτέρη εμπειρία, γνώση και δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης» (Δικαίος και συν 1999), παρόλα αυτά στις θέσεις αυτές διορίζονται γιατροί που δεν διαθέτουν τις ειδικές δεξιότητες διοίκησης – μάνατζμεντ που απαιτούνται. Ως εκ τούτου, τα στελέχη που ασκούν την διοίκηση στα δημόσια νοσοκομεία βασίζονται αποκλειστικά στην εμπειρία τους, χωρίς σχεδιασμό και οργάνωση για την επίτευξη συγκεκριμένων αντικειμενικών στόχων, που οδηγεί επαγωγικά στην περιορισμένη αποτελεσματικότητά τους. Ο Δικαίος αναφέρει ότι, «...η άσκηση της διοίκησης στα νοσοκομεία χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη ορθολογισμού, από μεγάλη αναποτελεσματικότητα και από οργανωτική υπανάπτυξη» (Δικαίος και συν 1999).

Κυρίαρχος σκοπός των μονάδων υγείας είναι η παραγωγή άριστης ποιότητας υπηρεσιών. Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία και για την έγκαιρη επίλυση προβλημάτων στον τομέα αυτό, κρίνεται αναγκαίο να εφαρμοστούν βασικές αρχές management, οι οποίες όμως διαφέρουν στο χώρο της υγείας σε σχέση με άλλες επιχειρήσεις (Δικαίος και συν 1999). Η Διοίκηση οφείλει να υιοθετήσει κανόνες για το συντονισμό των υλικών, των οικονομικών και ανθρώπινων πόρων και επιπλέον, διαμορφώνει τις κατάλληλες συνθήκες που θα εξασφαλίζουν τη βέλτιστη αξιοποίηση των δεξιοτήτων των εργαζομένων (Μπουραντάς 1992).

«Ο μάνατζερ των δημόσιων νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας που υπάγονται σε αυτόν, ασκεί ιεραρχικό έλεγχο σε όλο το προσωπικό και έχει την ευθύνη της οργάνωσης της μονάδας υγείας. Συντονίζει και ελέγχει τις υπηρεσίες του νοσοκομείου

και είναι υπεύθυνος για την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του. Εισηγείται όλα τα θέματα στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου και συνεργάζεται με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ» (Δικαίος και συν 1999:413-415).

Εν κατακλείδι, «...η αποτελεσματικότητα της διοίκησης μιας νοσοκομειακής μονάδας καθορίζεται κυρίως από την ικανότητα και την αποτελεσματικότητα του manager-διοικητή του νοσοκομείου, ο οποίος από τις πρώτες κιόλας μέρες θα πρέπει να προβεί στις κατωτέρω διαπιστώσεις:

- Να εντοπίσει τις κύριες πηγές ταλαιπωρίας και εκνευρισμού των ασθενών και να λάβει μέτρα που θα ανακουφίζουν την κατάσταση.
- Να εντοπίσει τις μεγάλες εστίες κατασπατάλησης ή και διαφυγής πολύτιμων πόρων και να παρέμβει αποτελεσματικά.
- Να ελέγξει την τήρηση της λίστας αναμονής για προγραμματισμένες επεμβάσεις και βέβαια, να μειώσει όσο το δυνατόν τις λίστες αναμονής στα χειρουργεία και στις εξειδικευμένες εξετάσεις.
- Να ελέγξει την τήρηση του ωραρίου από όλους τους εργαζόμενους και να εντοπίσει όλους εκείνους που κατ' επάγγελμα διαλάθουν μέσα στο σύστημα.
- Να περιορίσει το απαράδεκτο φαινόμενο που ενδημεί στα νοσοκομεία, με τις φιλικές εξυπηρετήσεις. Ένα φαινόμενο που αποδιοργανώνει το σύστημα και στερεί από το νοσοκομείο σημαντικούς οικονομικούς πόρους.
- Να κινητοποιήσει και να αξιοποιήσει καλύτερα το προσωπικό του νοσοκομείου και να διοικήσει με ήθος και αξιοκρατία. Η αποτελεσματική διοίκηση δεν γίνεται ούτε με παρέες, ούτε με ομαδοποιήσεις αλλά ούτε και με αποκλεισμούς.
- Η δουλειά ενός μάνατζερ είναι να μπορεί να συνεργάζεται, να πείθει, να ενθαρρύνει, να κινητοποιεί, να διαπραγματεύεται, να διαχειρίζεται, να αποφασίζει και να υλοποιεί» (http://www.apapadopoulos.gr/main/rec/sp_gr/sp61/sp61.html, 19/12/07).

2.5 Στρατηγικός σχεδιασμός στην υγεία

Οι προαναφερθείσες αρχές του Νέου Δημόσιου Μάνατζμεντ σχετίζονται και με τον ευαίσθητο τομέα της υγείας. Βάσει των αρχών του λοιπόν, η ιεραρχική δομή εντός νοσοκομείου πρέπει να διέπεται από ευελιξία και χωρίς γραφειοκρατικά «στεγανά», με σκοπό την ικανοποίηση του πολίτη, που σε αυτήν την περίπτωση δεν μπορεί να είναι άλλος από τον ασθενή. Το βέλτιστο αποτέλεσμα της όλης διαδικασίας, με στενά οικονομικούς όρους, είναι η ίαση του ασθενούς με όσο το δυνατόν λιγότερη επιβάρυνση του νοσοκομειακού προϋπολογισμού. Η επιτυχία ενός νοσοκομειακού ιδρύματος είναι η ίαση του ασθενούς μέσω σαφούς προγραμματισμού και αποφυγή της οποιασδήποτε περιττής γραφειοκρατίας, κάτι που εν πολλοίς επιτυγχάνεται, αφού ο προϊστάμενος κάθε υπηρεσίας είναι αρμόδιος για την τέλεση ενός ορισμένου έργου.

Το Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ δίνει έμφαση στην προσωπική ευθύνη και απόδοση του εργαζομένου και για αυτό το λόγο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την έννοια της περιγραφής θέσεως εργασίας (job description), σύμφωνα με την οποία κάθε εργαζόμενος επιτελεί συγκεκριμένο ρόλο στην όλη διαδικασία. Για παράδειγμα, ένας καρδιολόγος ασχολείται με τις καρδιαγγειακές παθήσεις και ένας διοικητικός υπάλληλος είναι επιφορτισμένος με μια σειρά υποθέσεων γραμματειακής κυρίως φύσης. Επομένως σε ολόκληρο το νοσοκομειακό οικοδόμημα, η θέσπιση συστήματος αξιολόγησης και ελέγχου μπορεί να λειτουργήσει εποικοδομητικά.

Αξίζει να σημειωθεί πως στα πλαίσια διοίκησης ενός νοσοκομείου και ειδικά, στην περίπτωση ενός δημοσίου ιδρύματος, η δημοσίευση στην ηλεκτρονική εφαρμογή «Διαύγεια» των υλοποιούμενων οικονομικών δραστηριοτήτων και προμηθειών εκ μέρους της διοίκησής του, επιτρέπει τον έλεγχο της από τους πολίτες.

Ο παραδοσιακός στρατηγικός σχεδιασμός βασίστηκε σε τρεις απλές και δελεαστικές ερωτήσεις:

- Που είμαστε;
- Που θέλουμε να είμαστε;
- Πώς θα φτάσουμε εκεί που θέλουμε να είμαστε;

Συνηθέστερα, ο παραδοσιακός σχεδιασμός ασχολείται με τον καταμερισμό των πόρων μεταξύ των νοσοκομειακών και τις εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, βασιζόμενος σε κάθε περίπτωση σε πληθυσμιακούς και γεωγραφικούς δείκτες. Στους δημογραφικούς δείκτες, εντάσσονται τα δεδομένα που σχετίζονται με την εκτίμηση των αναγκών υγείας, καθώς και την ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι δε γεωγραφικοί δείκτες περιλαμβάνουν τρεις βασικές παραμέτρους: την απόσταση, τον χρόνο πρόσβασης και το κόστος μεταφοράς.

Παρά ταύτα παρατηρείται μια ταχύτατη μεταβολή τόσο των αναγκών της υγείας όσο και των δημογραφικών δεδομένων, που μεταβάλλουν επαγωγικά τη ζήτηση σε μεγάλο βαθμό, όπως για παράδειγμα η γήρανση του πληθυσμού ή η ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Ως εκ τούτου, ο σχεδιασμός εστιάζει περισσότερο στα γεωγραφικά δεδομένα αναλύοντας τις γεωγραφικά κατανεμημένες αλλαγές και τις επιπτώσεις τους επιμέρους πληθυσμούς.

Επιπρόσθετα, ο παραδοσιακός σχεδιασμός εφαρμόζεται και στην κατανομή των πόρων ανάμεσα στις διάφορες ιατρικές ειδικότητες, ανάμεσα σε διαφορετικές κατηγορίες ασθενών και ανάμεσα σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας. Συμπερασματικά λοιπόν, «...ο σχεδιασμός αυτός αποσκοπεί στην αξιοποίηση των πόρων, στη γεωγραφική κατανομή τους και στη διαμόρφωση προτεραιοτήτων, συχνά διαμεσολαβώντας ανάμεσα σε αντικρουόμενες διεκδικήσεις και ανταγωνιστικά συμφέροντα, μια που συνήθως δεν υπάρχουν αρκετοί πόροι για την ικανοποίηση όλων των αναγκών» (Lee & Mills 1985).

Ωστόσο, «...ο παραδοσιακός σχεδιασμός παρουσιάζει προβλήματα που αφορούν την πρόβλεψη ζητημάτων που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο του σχεδιαστή και αποτυπώνονται σε τουλάχιστον πέντε μειονεκτήματα:

- την τάση αντιμετώπισης του εν λόγω ζητήματος ως μεμονωμένο φαινόμενο (σε αντίθεση με την προσέγγιση του ολιστικού συστήματος).
- μια επικίνδυνα στενή εστίαση σε ποσοτικές αναλύσεις εις βάρος άλλων συμπληρωματικών μεθόδων (π.χ. ποιοτικές μέθοδοι) που μπορούν να συντελέσουν στην καλύτερη κατανόηση των ζητημάτων.

- την υπόθεση ότι το μέλλον μπορεί να προβλεφθεί με υπολογισμούς κατά προσέγγιση.
- την αποτυχία παραδοχής του γεγονότος ότι πολλά σημαντικά ζητήματα δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχο των παραδοσιακών σχεδιαστών.
- τη δυσκολία ανταπόκρισης στην αυξανόμενη επιχειρησιακή αλλαγή και στην αβεβαιότητα του περιβάλλοντος» (Van der Heijden 1996).

Ο στρατηγικός σχεδιασμός λαμβάνει υπόψη της τις ταχέως μεταβαλλόμενες συνθήκες και εφαρμόστηκε για να αντιμετωπιστούν οι αδυναμίες του παραδοσιακού σχεδιασμού, που είχαν προκύψει κυρίως λόγω του στατικού του χαρακτήρα. Ειδικότερα, ο στρατηγικός σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας προσεγγίζει ολιστικά την λειτουργία του οργανισμού, ελέγχει και προσανατολίζει τις δραστηριότητες σε όλο το φάσμα του οργανισμού προκειμένου να ενισχύσει την αποδοτικότητά του (Κανελλόπουλος 1990).

«Η αξία του στρατηγικού σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας έγκειται στο ότι προσφέρει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ιδιαίτερα στην εποχή μας η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλη αβεβαιότητα, αυξανόμενη πολυπλοκότητα, αλληλεξάρτηση και έντονο ανταγωνισμό. Ταυτόχρονα, προσφέρει δυνατότητες για αποδοτικότερη διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και έλεγχο όλων των δραστηριοτήτων με σκοπό την καλύτερη αξιοποίηση μέσων και πόρων, ανθρώπινων, υλικών κ.ά» (Παπούλιας 2002).

«Η διαδικασία του στρατηγικού σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας για να είναι επιτυχημένη θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παρακάτω παράγοντες:

- το περιβάλλον του (ευκαιρίες, περιορισμοί, κίνδυνοι, συνθήκες)
- ο σκοπός του
- η διαπίστωση ανάμεσα στο πού βρίσκεται ο οργανισμός και πού θέλει να πάει
- οι ικανότητες - πλεονεκτήματα και οι αδυναμίες του» (Gerstner Jr. 1972).

Το περιβάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο κατά την εκπόνηση του στρατηγικού σχεδιασμού, ο οποίος επιδιώκει να καταστήσει ευέλικτη μία υπηρεσία ή έναν

οργανισμό υγείας, ώστε η ανάπτυξή του να εναρμονίζεται με τις συνεχείς μεταβολές του περιβάλλοντος, είτε σε επίπεδο μάκρο (π.χ. η λήψη απόφασης για διακοπή της λειτουργίας ενός ήδη υπάρχοντος νοσοκομείου ή η απόφαση για την κατασκευή ενός καινούριου) είτε σε επίπεδο μικρο (π.χ. η εφαρμογή συγκεκριμένης μεθόδου περίθαλψης που βελτιώνει την διαδικασία φροντίδας των ασθενών).

Στο μέλλον είναι βέβαιο ότι οι οργανισμοί θα κληθούν να υποβάλλουν απολογιστικές αναφορές για την διαδικασία παραγωγής των υπηρεσιών – προϊόντων τους και κατά πόσο αυτή είναι προσαρμοσμένη στο σεβασμό του φυσικού περιβάλλοντος, καθώς και για την κοινωνική τους επίδοση - προσφορά. Οι διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στο εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού τείνουν να ξεθωιάζουν και σε συνδυασμό με την αυξανόμενη πίεση των κοινωνικών εταίρων, ο οργανισμός καλείται να αναδιαμορφώσει την λειτουργία του με βάση τις επιταγές των νέων δεδομένων του περιβάλλοντός του.

«Οι κοινωνικοί εταίροι (stakeholders) είναι όλοι εκείνοι που σχετίζονται με τον οργανισμό και που η συμπεριφορά τους επηρεάζει τη λειτουργία του. Διακρίνονται σε εσωτερικούς (μέτοχοι, ιδιοκτήτες, στελέχη, εργαζόμενοι), σε εξωτερικούς (πολιτικές δυνάμεις, τράπεζες, συνδικάτα, κοινωνικοί σύλλογοι κτλ.) και σε κοινωνικούς εταίρους της αγοράς (πελάτες, προμηθευτές, ανταγωνιστές)» (Wheeler & Sillanpaa 1997).

Καταλήγοντας διαπιστώνουμε ότι, το σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από πέντε βασικές παραμέτρους:

- έτερους οργανισμούς στον κλάδο της υγείας που λειτουργούν ανταγωνιστικά,
- η επικινδυνότητα της ανάδειξης νέων ανταγωνιστών,
- η ικανότητα διαπραγμάτευσης των αγοραστών,
- η ικανότητα διαπραγμάτευσης των προμηθευτών
- η ύπαρξη προϊόντων και οι υπηρεσιών που υποκαθιστούν τις κύριες παροχές.

Κατά συνέπεια, είναι κομβικής σημασίας κατά την κατάρτιση των στρατηγικών προγραμμάτων, ο οργανισμός να λαμβάνει υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, τον ανταγωνισμό, τα προϊόντα του οργανισμού και το ευρύτερο πλαίσιο των κανόνων της αγοράς.

Συμπερασματικά, ο στρατηγικός σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας αφορά:

- την θέσπιση και κατάρτιση ενός οράματος σε ρεαλιστική βάση
- την εξασφάλιση και διάχυση των αρχών και στόχων του οργανισμού με σαφήνεια
- την κατανόηση και ανάλυση των αλλαγών στο περιβάλλον του και των δυνάμεων που τις προκαλούν
- τον καθορισμό των μεθόδων σε συνδυασμό με του διαθέσιμους πόρους δύναται να εφαρμοστούν στη λειτουργία των οργανισμών υγείας
- την αξιολόγηση της διαδικασίας μέσα από την οποία εξάγονται ασφαλή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του στρατηγικού σχεδίου, η οποία αποτελεί αντικείμενο μάθησης για τους οργανισμούς και τα άτομα που τον στελεχώνουν, καθώς σχεδόν πάντα υπάρχει αβεβαιότητα για την εξέλιξη ενός συγκεκριμένου έργου που εισάγεται στον οργανισμό.

«Η μεθοδολογία του στρατηγικού σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει οκτώ στάδια, τα οποία διαφοροποιούνται περισσότερο ή λιγότερο από τα προαναφερθέντα βήματα του παραδοσιακού σχεδιασμού:

α. Ο σχεδιασμός του σχεδιασμού

- συγκρότηση επιτροπής (δομή, μέλη, λειτουργία)
- μεθοδολογία συλλογής πληροφοριών
- χρονοδιάγραμμα.

β. Καθορισμός της αποστολής (mission) του οργανισμού, η οποία είναι η σταθερή υπηρετήση ενός τομέα δραστηριότητας με συγκεκριμένο στόχο ή στόχους. Η αποστολή μέσω των ρεαλιστικών στόχων επιτρέπει στο όραμα να γίνει πραγματικότητα και αντιπροσωπεύει τον οργανισμό, τους σκοπούς, τα προϊόντα, τη γενικότερη φιλοσοφία του και περιγράφει το λόγο ύπαρξης του.

γ. Αποτίμηση του περιβάλλοντος:

- Εξωτερικό: σωστή εκτίμηση των εξωτερικών επιδράσεων - τάσεις του μακρο-περιβάλλοντος (του θεσμικού - ρυθμιστικού περιβάλλοντος, του οικονομικού περιβάλλοντος, του κοινωνικού και πολιτικού περιβάλλοντος, του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, του τεχνολογικού και καταναλωτικού περιβάλλοντος)
- Εσωτερικό: Διοίκηση, ανθρώπινοι πόροι, χρηματοδότηση, marketing, κλινικά συστήματα, οργανωτική δομή, οργανωσιακή κουλτούρα, φυσικές εγκαταστάσεις, πληροφοριακά συστήματα, ηγετικές ικανότητες. Μέσα από την αποτίμηση του εσωτερικού περιβάλλοντος ανιχνεύονται τα πλεονεκτήματα, αλλά και οι αδυναμίες του οργανισμού.

δ. Διενέργεια ανάλυσης κοινωνικών εταίρων.

ε. Διατύπωση στόχων. Οι στρατηγικές αναλύονται σε συγκεκριμένους στόχους, οι οποίοι με τη σειρά τους ταξινομούνται σε βραχυπρόθεσμους, μεσοπρόθεσμους ή μακροπρόθεσμους.

στ. Σχηματοποίηση εναλλακτικών στρατηγικών με διάφορες μεθόδους: brainstorming, στατιστική πρόγνωση, σενάρια κ.ά.

ζ. Επιλογή και ανάπτυξη βασικής στρατηγικής ώστε να εξασφαλίζονται τα περισσότερα πλεονεκτήματα και τα λιγότερα μειονεκτήματα.

η. Ανάπτυξη του σχεδίου δράσης» (Wolper 1999).

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι, ο στρατηγικός σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τον παραδοσιακό σχεδιασμό, εστιάζει στην ανάλυση του περιβάλλοντος για την κατάρτιση της μεθοδολογίας του.

«Η ανάγκη του σχεδιασμού προκύπτει από τη σύνθετη φύση της σύγχρονης παραγωγικής διαδικασίας υπηρεσιών και προϊόντων υγείας και την αλληλεξάρτηση των επιμέρους παραγωγικών συντελεστών. Προκύπτει επίσης από την ανάγκη εξυπηρέτησης του κοινωνικού συμφέροντος και από τις αποτυχίες ή περιορισμούς της ελεύθερης αγοράς στον τομέα της υγείας» (Williams & Torrens 1980). Εκτός από τις «ιδιαιτερότητες» του τομέα της υγείας, ο ρόλος του Κράτους στο σχεδιασμό των

υπηρεσιών υγείας έχει ιδιαίτερη βαρύτητα πρωτίστως, επειδή το αγαθό «υγεία» εκ φύσεως συνιστά θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα που διασφαλίζεται με μέριμνα του Κράτους, το οποίο αναλαμβάνει και την σχετική ευθύνη για την απρόσκοπτη και καθολική εξασφάλισή του στο κοινωνικό σύνολο.

Επιπλέον, ο επανασχεδιασμός επιβάλλεται από τις συνεχείς και εκτεταμένες μεταβολές που εκδηλώνονται στο περιβάλλον του συστήματος υγείας (οικονομικό, τεχνολογικό, κοινωνικό και νομικό περιβάλλον). Στα πλαίσια του νοσοκομειακού περιβάλλοντος ο ανασχεδιασμός αποτελεί επιχειρησιακό εργαλείο αλλαγών, που μπορεί να βρει πρόσφορο έδαφος εφαρμογής μέσω της συνεργασίας των εργαζομένων, του διοικητικού και του ιατρικού προσωπικού. Έτσι μόνο επιτυγχάνεται η αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Πιο συγκεκριμένα, ο υγειονομικός ανασχεδιασμός στα πλαίσια ενός νοσοκομείου θα πρέπει να παρουσιάζει τα εξής γνωρίσματα (Hammer & Champy 2001):

Θεμελιώδης: οδηγεί στο επιθυμητό αποτέλεσμα δηλαδή στη γρήγορη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Ριζικός: χτυπάει τη ρίζα του προβλήματος, δηλαδή τη σπατάλη οικονομικών πόρων και την εκμετάλλευση των ασθενών από ιατρικό και λοιπό προσωπικό (π.χ. φακελάκι).

Δραματικός: αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών και αυστηροποίηση ιατρικών και διοικητικών ελέγχων χωρίς ακρότητες.

Μάνατζερ: Κομβικός ο ρόλος τους για την εξασφάλιση του επιθυμητού αποτελέσματος, αφού δίνουν μεγάλη σημασία στις διαδικασίες και φροντίζουν για τη βελτιστοποίησή τους όπου καθίσταται αναγκαίο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

3.1 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Αρχικά, η έννοια του συστήματος υγείας αρκετές φορές τείνει εσφαλμένα να ταυτίζεται με την έννοια του συστήματος ιατρικής περίθαλψης. Συνεπώς όταν γίνεται αναφορά στο σύστημα υγείας νοείται κάτι πολύ ευρύτερο από το σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, «...το σύστημα υγείας περιλαμβάνει εκτός από τη συμβατική ιατρική περίθαλψη, τις υπηρεσίες που έχουν σχέση με την πρόληψη και την υγειονομική κάλυψη, με τον οικογενειακό προγραμματισμό και τη διατροφή, κ.ά.» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001). Συμπερασματικά λοιπόν, η ιατρική περίθαλψη δείχνει να αποτελεί υποσύστημα του συστήματος υγείας.

Ουσιαστικά, «...το σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων και υποσυστημάτων, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, όπως και με το περιβάλλον του συστήματος, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξης του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001). Κυρίαρχος στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, ώστε το σύστημα υγείας να επικρατήσει ως βασικός θεσμός του κράτους (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001)

Σύμφωνα με τους Σούλη Σ. και Σαρρή Μ. (2016), το σύστημα υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, τα οποία υποσκιάζουν την ίδια την υπόστασή του πολλώ δε μάλλον την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Τα προβλήματα αυτά έχουν τις ρίζες τους σε διάφορες ιστορικές οικονομικό-πολιτικές εξελίξεις που επικράτησαν στην Ελλάδα, όπως η μικρασιατική καταστροφή, ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος, ο εμφύλιος κλπ. Πάρα ταύτα, το ελληνικό σύστημα υγείας εξακολουθεί να κάνει φιλότιμες προσπάθειες για να βελτιώσει τη δομή και οργάνωσή του ώστε να παρέχονται αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας (Σούλης, Σαρρής, 2016)

Η περίθαλψη στην Ελλάδα διακρίνεται σε τρία επίπεδα (Παράρτημα 2):

- Το πρωτοβάθμιο που είναι τα Κέντρα υγείας, όπου ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας και τα οποία καλύπτουν ανάγκες περιοχών 500 -50.000 κατοίκων.
- Το δευτεροβάθμιο που αφορά ιατρούς βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο της περιοχής (τοπικό, νομαρχιακό) και καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες περιοχών 50.000 - 500.000 κατοίκων.
- Το τριτοβάθμιο με ιατρούς περιφερειακού νοσοκομείου (Πανεπιστημιακού) για την περίθαλψη εξειδικευμένων ή σύνθετων προβλημάτων υγείας και εδράζονται σε περιοχές 500.000-1,5 εκατομμυρίου κατοίκων.

«Οι δαπάνες υγείας είναι οι δαπάνες που πραγματοποιούνται για την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας από κατοίκους μιας χώρας και μπορούν να χρησιμοποιούνται είτε στο εσωτερικό, είτε στο εξωτερικό, ενώ ο χρηματοδοτικός φορέας μπορεί να είναι του εσωτερικού ή του εξωτερικού» (Σούλης 2016).

Συναφώς, «η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας βασίζεται, εν μέρει, στις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλουν εργαζόμενοι και εργοδότες και στην κρατική χρηματοδότηση, η οποία προκύπτει από την επιβολή φόρων» (Economou et al 2010, Χλέτσος 2016). Ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχει δυναμικά στη λειτουργία του συστήματος υγείας, μέσω της παροχής υπηρεσιών από τις ιδιωτικές μονάδες υγείας αλλά και μέσω της χρηματοδότησης που προέρχεται από την ιδιωτική ασφάλιση (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας 2007).

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται ως μικτό, αφού προκύπτει από τη συνύπαρξη τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών οργανισμών υγείας. Σημείο σταθμό στην ιστορία της οργάνωσης και διοίκησης των οργανισμών υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, που έθεσε ως πρωταρχικό του στόχο την αναδιοργάνωση του υγειονομικού τομέα με δημόσιο χαρακτήρα. Η δημόσια μορφή του ΕΣΥ και ο κρατικός παρεμβατισμός στη λειτουργία του, διασφαλίζει την ισότιμη παροχή υγειονομικής περίθαλψης όλων των βαθμίδων

στο σύνολο των Ελλήνων πολιτών, την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της περιφέρειας και την εξασφάλιση παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

«Ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω των άμεσων και έμμεσων φόρων, καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες του συστήματος υγείας, τις δαπάνες για τα κέντρα υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, επιδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, επενδύει σε κεφαλαιουχικά αγαθά (κτιριακές εγκαταστάσεις, βιοϊατρικό εξοπλισμό κ.λπ.), και χρηματοδοτεί την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας» (Σούλης 1999).

«Οι ιδιωτικές δαπάνες συνιστούν την τρίτη πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας και έχουν διάφορες μορφές. Μια μορφή είναι η καταβολή άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση, είτε τις καλύπτει αλλά οι πολίτες προτιμούν να τις αγοράσουν στην ιδιωτική αγορά για λόγους μείωσης του χρόνου αναμονής ή καλύτερης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Μορφές ιδιωτικής δαπάνης αποτελεί ακόμη και καταβολή οικονομικού αντιτίμου του ασθενούς για να καλύψει μέρος του κόστους περίθαλψής του, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή στην αγορά συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η «παράκαμψη» των λιστών αναμονής με τη καταβολή παράτυπου χρηματικού ποσού ή ως κίνητρο που θα προκαλέσει την μέγιστη προσοχή του ιατρού κατά την θεραπευτική διαδικασία. Τέλος, οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης που προέρχονται από τη σύναψη συμβολαίων των πολιτών με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Το μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα του ελληνικού συστήματος υγείας και της μικτής χρηματοδότησής του (Οικονόμου 2012).

«Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία αναλύονται ως εξής:

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- Το ΙΚΑ και τα υπόλοιπα Ασφαλιστικά Ταμεία
- Ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

«Το ΕΣΥ παρουσιάζει κάποια σημαντικά πλεονεκτήματα, στα οποία συγκαταλέγονται η κρατική χρηματοδότηση και η ισότιμη παροχή υγειονομικής φροντίδας στο σύνολο των πολιτών της χώρας, η κάλυψη των αναγκών των πολιτών για υγειονομική περίθαλψη, η έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα, η περιορισμένη επιβάρυνση των πολιτών σχετικά με το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών, καθώς και η εφαρμογή και προώθηση δράσεων αγωγής και πρόληψης» (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας 2007).

Στον αντίποδα, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει και αξιοσημείωτες αδυναμίες όπως, η περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς, ο σημαντικά περιορισμένος ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περίθαλψη, οι ανισότητες στην παροχή της περίθαλψης εξαιτίας γεωγραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων, η παράκαμψη νομότυπων διαδικασιών που ταλανίζουν την ηθική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας και τέλος, οι μεγάλες λίστες αναμονής των ασθενών. Επισημαίνεται ότι, τα προαναφερθέντα μειονεκτήματα εντάθηκαν συνεπεία της μακρόχρονης οικονομικής κρίσης που βίωσε η χώρα (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας 2007, Simou & Koutsogeorgou 2014, Χλέτσος 2016).

Σήμερα, το Υπουργείο Υγείας φέρει την ευθύνη για την οργάνωση και την εποπτεία της λειτουργίας των οργανισμών υγείας της χώρας και συγκεκριμένα για τη ρύθμιση, τον σχεδιασμό και τη διαχείριση του ΕΣΥ, τη ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα και τη διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων (Οικονόμου 2012). Η χώρα μας κατέχει δυστυχώς υψηλή θέση στην κατάταξη των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, με ένα ποσοστό της τάξεως του 40%, που υπερβαίνει κατά πολύ τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρώπης.

Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, «...η μισθολογική τους δαπάνη βαρύνει είτε τον κρατικό προϋπολογισμό, εάν πρόκειται για εργαζόμενους σε δημόσιες νοσηλευτικές δομές, είτε τον προϋπολογισμό των ασφαλιστικών ταμείων, εάν πρόκειται για εργαζόμενους σε αυτά» (Χλέτσος 2016).

«Οι παράγοντες που επιδρούν σημαντικά στον τρόπο διοίκησης των οργανισμών υγείας, οι οποίοι συνεπάγονται και τις βασικότερες προκλήσεις στο χώρο της υγείας είναι οι εξής τέσσερις:

- Ιδιαίτερα ευαίσθητος χαρακτήρας των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που απευθύνονται στις δομές υγείας.
- Ανάγκη για αδιάκοπη λειτουργία και συνεχή επιχειρησιακή ετοιμότητα.
- Έντονη και καθολική απαίτηση του συνόλου των πολιτών για παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας.
- Υψηλές προσδοκίες των πολιτών» (Δικαίος και συν 1999).

Η πολιτική ηγεσία της χώρας καλείται να διαχειριστεί επιτυχώς τις προκλήσεις του τομέα της υγείας, οι οποίες είναι χρόνιες και εμμένουσες. Οι προκλήσεις αυτές σχετίζονται κατά κύριο με τα δημοσιονομικά μεγέθη του συστήματος υγείας που είναι υψηλά σε αντιδιαστολή με την χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, λόγω της μειωμένης αποτελεσματικότητας τους. (Kontodimopoulos, Nanos & Niakas 2006, Χλέτσος 2016).

Αρχικά, το σημαντικότερο ίσως πρόβλημα έγκειται στο γεγονός ότι το πραγματικό κόστος λειτουργίας των οργανισμών υγείας δε δύναται να καλυφθεί από τα έσοδα καθώς η δαπάνη των χρηστών για την υγειονομική περίθαλψη είναι χαμηλή. Επαγωγικά παρουσιάζονται σημαντικά ελλείμματα στους οργανισμούς υγείας που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη δυναμική τους να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στο έργο τους. Επιπλέον, το πρόβλημα επιτείνει η μείωση των ασφαλιστικών εισφορών, λόγω του μεγάλου ποσοστού ανεργίας που μαστίζει τη χώρα και της «πληγής» των ανασφάλιστων εργαζομένων, που συνεπώς επηρεάζει τους διαθέσιμους πόρους για την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. (Athanassopoulos, Gounaris & Sissouras 1999, Χλέτσος 2016).

Το ελληνικό σύστημα υγείας «υποφέρει» από υψηλό επίπεδο γραφειοκρατίας, που αποτελεί γενικό χαρακτηριστικό του ελληνικού δημόσιου τομέα ενώ συγχρόνως, καθυστερεί ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός του τομέα της δημόσιας υγείας. Το γεγονός αυτό λειτουργεί ανασταλτικά στην ισότιμη πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αφενός, και αφετέρου, περιορίζει την αποδοτικότητα του συστήματος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Saltman, Rico & Boerma 2004, Χλέτσος 2016).

Η περιορισμένη αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, η έλλειψη διαφάνειας στη διοίκηση των υπηρεσιών, η λανθασμένη και πολλές φορές παράτυπη διαχείριση των

διαθέσιμων οικονομικών πόρων, η υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των περικοπών του προσωπικού συνεπεία της οικονομικής κρίσης της χώρας, καθώς και οι μεγάλοι χρόνοι στις λίστες αναμονής, οδηγούν τους πολίτες στην έκφραση περιορισμένου βαθμού ικανοποίησης από το εθνικό σύστημα υγείας. Επαγωγικά, η δυσαρέσκεια αυτή εκφράζεται με την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης σε ιδιωτικούς οργανισμούς υγείας από τους Έλληνες πολίτες (Kontodimopoulos, Nanos & Niakas 2006, Χλέτσος 2016).

3.2 Τα βασικά μοντέλα οργάνωσης και διοίκησης των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας

Κάθε χώρα έχει ως κράτος τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία αποτυπώνονται και στο σύστημα υγείας του. Ωστόσο, παρά τις όποιες διαφορές, τα βασικά μοντέλα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας είναι τέσσερα και αναλύονται ως εξής (Spicker 2004):

1) Το μοντέλο Beveridge (Αγγλοσαξονικό): Οφείλει την ονομασία του στο Sir William Beveridge, ο οποίος το εμπνεύστηκε. Προβλέπει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την κοινωνική ισότητα, την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και τη γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. Αγγλία, Ιρλανδία).

2) Το μοντέλο Bismark (Ηπειρωτικό): Το μοντέλο οφείλει επίσης την ονομασία του σε μία πολιτική προσωπικότητα και συγκεκριμένα στον καγκελάριο Bismark, ο οποίος θέσπισε ένα ασφαλιστικό σύστημα με σημείο αναφοράς στο σύστημα υγείας, τους εργάτες και τους επαγγελματίες (π.χ. Γερμανία, Κεντρική Ευρώπη).

3) Το σκανδιναβικό μοντέλο: Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση και εξουσία στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, που έχει την ευθύνη για την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας (π.χ. Σουηδία, Δανία).

4) Το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο: Το μοντέλο αυτό συνδυάζει χαρακτηριστικά τόσο από το αγγλοσαξονικό, όσο και από το ηπειρωτικό μοντέλο. Είναι γνωστό και ως «μεικτό» μοντέλο καθώς συνδυάζει στοιχεία ιδιωτικού και δημοσίου συστήματος υγείας. Από τη δεκαετία του 1970 μέχρι και τη δεκαετία του 1980, η Νότια Ευρώπη προσπάθησε να φτιάξει ένα ΕΣΥ στα πρότυπα οργάνωσης του αγγλοσαξονικού μοντέλου. Ωστόσο,

πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι οδήγησαν στην αναποτελεσματική διαχείριση των ήδη περιορισμένων οικονομικών πόρων.

3.3 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη

3.3.1 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Γερμανία

Η Γερμανία είναι ένα ομοσπονδιακό κράτος χωρισμένο σε επιμέρους κρατίδια με τις κυβερνήσεις τους. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση μέσω των ταμείων υγείας και αποτελεί κλασικό παράδειγμα μοντέλου Bismark, το οποίο χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία των πολιτών (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Βασικό άξονα χρηματοδότησης του εν λόγω συστήματος υγείας αποτελεί η κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή τα ποσά που κρατούνται από τη μισθοδοσία των υπαλλήλων και τα ποσά που καλούνται να καλύψουν οι εργοδότες τους. Όλα αυτά εξαρτώνται από την έδρα της επιχείρησης και τις απαιτήσεις κάθε ξεχωριστού ταμείου ασφάλισης του εκάστοτε επαγγέλματος. Στη Γερμανία, το ιατρικό επάγγελμα διατηρεί αυτονομία και μάλιστα οι ενώσεις των ιατρών που έχουν συσταθεί και δρουν εκτός των μεγάλων κέντρων, αποτελούν τη βάση του συστήματος υγείας της χώρας. Επίσης, τονίζεται ότι ο οικονομικός έλεγχος των υγειονομικών οργανισμών αποτελεί αρμοδιότητα επίσης των ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία έχουν την φιλοσοφία των «μη κερδοσκοπικών οργανισμών».

Το σύστημα χαρακτηρίζεται από ενισχυμένη κρατική παρέμβαση ως προς το σχεδιασμό και τη χάραξη των πολιτικών των υπηρεσιών υγείας, καθώς αποκλειστική υπεύθυνη γι' αυτά είναι η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση, με τις τοπικές κυβερνήσεις να εφαρμόζουν τις κεντρικές εντολές και να παρεμβαίνουν ρυθμιστικά για θέματα μόνο της τοπικής πολιτικής υγείας.

Η στρατηγική διοίκησης του συστήματος υγείας χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας σε συνεννόηση με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Επιπλέον, έχουν θεσπιστεί ένα Ομοσπονδιακό Συμβούλιο Υγείας και κατά τόπους Ινστιτούτα και φορείς υγείας, τα οποία και εκφέρουν άποψη για τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του τομέα υγείας.

Επιπρόσθετα, οι Υπουργοί Υγείας των εκάστοτε κρατιδίων συμμετέχουν ενεργά στη διοίκηση των συστημάτων υγείας αναφορικά με την οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομειακού τομέα, καθώς πέρα από την ευθύνη της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης, συνεργάζονται και τα τοπικά κρατίδια και τα Υπουργεία Υγείας τους. Η υλοποίηση των υγειονομικών προγραμμάτων επαφίεται στην κατάρτιση των «Σχεδίων για τα Νοσοκομεία» από τους προαναφερθέντες φορείς.

«Η νοσοκομειακή οργάνωση του γερμανικού συστήματος υγείας διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

- Την Π.Φ.Υ. με νοσοκομεία έως 250 κλίνες
- Την Κεντρική Φροντίδα Υγείας με νοσοκομεία μέχρι 700 κλίνες για περιοχές έως 500.000 κατοίκους
- Την Ανώτερη Φροντίδα Υγείας με Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία» (Παπαγεωργίου 2007).

Συμπερασματικά, η πολιτική υπαισέρχεται και στο κομμάτι της διοίκησης υγείας με έμφαση στην ποιότητα με την οποία παρέχονται οι εκάστοτε υπηρεσίες. Οι τοπικοί Υπουργοί Υγείας σε συνεννόηση με την Κεντρική (Ομοσπονδιακή) Κυβέρνηση έχουν υπό τη διοικητική ευθύνη τους το σύνολο των νοσοκομειακών ιδρυμάτων που εντάσσονται στον τομέα δικαιοδοσίας τους.

Κατά τον 21^ο αιώνα, το σύστημα υγείας της Γερμανίας, με στόχο την αναδιαμόρφωση σε βάθος των ασφαλιστικών ταμείων, ώστε οι υπηρεσίες να μπορούν να παρέχονται για μεγάλο χρονικό διάστημα αμετάβλητες, έγιναν ριζικές αλλαγές (Χλέτσος 2016, Economou et al 2010).

3.3.2 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία

Η Σουηδία αποτελεί πρότυπο του σκανδιναβικού μοντέλου οργάνωσης του κράτους πρόνοιας. Είναι μια χώρα γνωστή ανά τον κόσμο για την άρτια οργάνωση τόσο του εκπαιδευτικού συστήματός της, όσο και του συστήματος υγείας της. Το σύστημα υγείας επομένως, κινείται στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας βασικές αρχές του οποίου αποτελούν η καθολική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, ανεξαρτήτως εθνικότητας, οικονομικού και κοινωνικού στάτους. Κορωνίδα του στόχου του συστήματος υγείας

του κράτους αποτέλεσε νόμος που θεσπίστηκε το 1982, ο οποίος υπογράμμιζε πως «καλή υγεία και καλές υπηρεσίες υγείας θα παρέχονται ισότιμα σε ολόκληρο τον πληθυσμό».

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προκύπτει από τη φορολόγηση του συνόλου του πληθυσμού που έχουν πολιτογραφηθεί εκεί. Τον γενικό έλεγχο στο τομέα της υγείας έχει το εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και αντίστοιχα οι αποκεντρωμένες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας διατηρούν τον έλεγχο περιφερειακά. Οι υπηρεσίες αυτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι τα κέντρα υγείας, κάτι το οποίο ισχύει και στην ελληνική πραγματικότητα. (Kirsten 2008).

Το σουηδικό σύστημα υγείας είναι δημόσιο με ενισχυμένο τον ρόλο των τοπικών συμβουλίων. Επίσης, τα εκλεγμένα περιφερειακά - νομαρχιακά όργανα έχουν την επιπρόσθετη αρμοδιότητα για τον έλεγχο ως προς την ορθότητα του τρόπου λειτουργίας του συνόλου (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001):

- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων που χαράζει την πολιτική στην υγεία και θεσπίζει νόμους.
- Η Εθνική Επιτροπή Υγείας και Πρόνοιας αποτελείται από ομάδα επιστημόνων που αξιολογεί τα τεκταινόμενα στην υγεία και λειτουργεί ως ειδικός σύμβουλος της κεντρικής Κυβέρνησης.
- Το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας το οποίο εντάσσεται στο χαρτοφυλάκιο της κεντρικής διοίκησης και των αποκεντρωμένων συμβουλίων. Απώτερο σκοπό αποτελεί η ορθολογικότερη οργάνωση και τρόπος με τον οποίο διοικούνται οι υπηρεσίες υγειονομικού ενδιαφέροντος.
- Το Συμβούλιο Ελέγχου της Ποιότητας της Ιατρικής Τεχνολογίας εγκρίνει τις επενδύσεις για την ιατρική τεχνολογία εντός των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας.
- Την Ομοσπονδία Νομαρχιακών Συμβουλίων που δραστηριοποιείται σε περιφερειακό επίπεδο και διαπραγματεύεται τις συνθήκες εργασίας των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, μεσολαβώντας μεταξύ κέντρου και περιφέρειας για την επίλυση των ζητημάτων που ανακύπτουν.

Η Σουηδία έχει τρία επίπεδα οργάνωσης του υγειονομικού της συστήματος:

- την Περιφέρεια, όπου υπάρχει ένα Περιφερειακό Νοσοκομείο για σοβαρά περιστατικά
- το Νομό, όπου υπάρχει ένα Νομαρχιακό Νοσοκομείο και
- το Δήμο, που είναι αρμόδιος για την Π.Φ.Υ. και τα Κέντρα Υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι τοπικές αρχές έχουν ενισχυμένο ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Οι 23 νομοί της χώρας υποδιαιρούνται σε 286 δήμους, εκ των οποίων τρεις «μεγάλοι» δήμοι (Γκέτεμποργκ, Μάλμε, Νησί του Gotland) και 289 δημοτικά συμβούλια. Τα 21 περιφερειακά συμβούλια χωρίζονται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, με ένα νοσοκομείο και επιμέρους τομείς Π.Φ.Υ. (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001)

Τα Νοσοκομεία, περιφερειακά-ακαδημαϊκά-τοπικά βρίσκονται υπό την ευθύνη των περιφερειακών συμβούλων ως προς τη διοίκησή τους. Επισημαίνεται όμως ότι, η διοίκηση των νοσοκομείων γίνεται και από ιδιωτικούς φορείς και Μ.Κ.Ο. Συνεπώς, «...το σύστημα υγείας της Σουηδίας υποστηρίζεται κεντρικά από ένα εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και περιφερειακά από ένα σύστημα κοινωνικής πρόνοιας» (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Συμπερασματικά, το σουηδικό σύστημα υγείας παρά το γεγονός ότι χαρακτηρίζεται από δαιδαλώδεις γραφειοκρατικές οργανώσεις, δεν αγκυλώνεται στις ιεραρχικές δομές στην άσκηση της διοίκησης και παρουσιάζει ευελιξία. Ως εκ τούτου, τα νοσοκομεία της Σουηδίας αποτελούν πρότυπα ποιότητας και διοικητικής αποτελεσματικότητας σε όλο τον κόσμο (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

3.3.3 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Γαλλία

Η Γαλλία είναι μία ιστορική χώρα της Ευρώπης για ποικίλους λόγους, με σημαντικότερο ίσως την Γαλλική Επανάσταση του 1789, ενάντια στο θεσμό της Βασιλείας. Με κεντρικό σύνθημά της το “Liberté – Egalite - Fraternite” που σημαίνει «Ελευθερία-Ισότητα-Αδελφосύνη», αποτέλεσε τη σπίθα που επέφερε μια σειρά δομικών αλλαγών στην κοινωνική, πολιτική και οικονομική ζωή της Ευρώπης. Στα

τέλη του 19ου αιώνα τα πρώτα συστήματα ασφάλισης των εργατών και αγροτών έκαναν την εμφάνισή τους στη Γαλλία.

Η δομή και οργάνωση του συστήματος υγείας της Γαλλίας χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα, ως απόρροια του γεγονότος ότι στο σύστημα αυτό συμμετέχει από κοινού ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας, τόσο στη λειτουργία του όσο και στη χρηματοδότηση του. Ακολουθεί την εφαρμογή του μοντέλου Bismark, με 76% των πόρων ασφάλισης να καλύπτονται από το κράτος και 24% από την ιδιωτική ασφάλιση. Τα δε ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται υπό την εποπτεία των Υπουργείων Οικονομικών και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αξίζει να αναφερθεί ότι, η δημόσια κοινωνική ασφάλιση του γαλλικού κράτους έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα και οι δαπάνες που χρηματοδοτούν το ασφαλιστικό σύστημα προέρχονται ομοίως από κρατικούς και ιδιωτικούς πόρους, ενώ ταυτόχρονα το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κατά κανόνα από το ασφαλιστικό σύστημα (Saltman, Rico & Boerma 2004, Economou 2010, Χλέτσος 2016).

Τα τελευταία χρόνια δημιουργήθηκε η “Agence Nationale d’ Accreditation et d’ Evaluation en Sante” (Εθνικός Φορέας Διαπίστευσης και Αξιολόγησης της Υγείας), ένας ειδικός φορέας ελέγχου της εφαρμογής των ιατρικών και διοικητικών πρωτοκόλλων στα νοσοκομεία της χώρας, με αρμοδιότητα τον έλεγχο ποιότητας στο χώρο των νοσοκομείων.

Οι διοικήσεις των νοσοκομείων ορίζονται, πάντοτε με όρους μάνατζμεντ, με αποφάσεις των αντίστοιχων Πε.Σ.Υ., τα οποία είναι συνολικά είκοσι δύο σε ολόκληρη τη γαλλική επικράτεια. Συνεπώς, η διοίκηση του νοσοκομείου είναι υπό την εποπτεία κάθε Πε.Σ.Υ. και προσαρμόζεται στις επιταγές και τις ανάγκες της κάθε γεωγραφικής περιφέρειας (Μαυροειδή 2002).

Το γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα φιλελεύθερο σύστημα με αποκεντρωμένες δομές. Οι διοικητές των Νοσοκομείων θέτουν την ευθύνη διοίκησης τους υπό την εποπτεία των γαλλικών περιφερειών, ενώ η δράση τους είναι απόλυτα συνυφασμένη με τους όρους του ποιοτικού μάνατζμεντ. Το γεγονός αυτό έχει καταστήσει τη Γαλλία την πιο αποτελεσματική χώρα ως προς το σύστημα υγείας και συνεπώς και την πιο επιτυχημένη (Spicker 2004).

Οι πρωταρχικοί στόχοι του γαλλικού εθνικού συστήματος υγείας αποτυπώνονται στις εξής διακηρύξεις:

- η ισότιμη κάλυψη των αναγκών υγείας του κοινωνικού συνόλου
- η εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας για το σύνολο των πολιτών
- ο έλεγχος των φορέων χρηματοδότησης του συστήματος υγείας
- ο έλεγχος των δημόσιων υπηρεσιών υγείας για την αποτελεσματική λειτουργία τους και
- η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Τα έσοδα των δημόσιων νοσοκομείων, σε ποσοστό 90%, προέρχονται από την κρατική χρηματοδότηση, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα .

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται από συμβεβλημένες και μη με το εθνικό σύστημα υγείας ομάδες ιδιωτών ιατρών, συγκεκριμένα δύο ομάδες, που φέρουν την ευθύνη για την κοστολόγηση των ιατρικών τους πράξεων. Τέλος, το σύστημα μισθοδοσίας των ιατρών βασίζεται στο διαχωρισμό μεταξύ αυτών που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες σε δημόσια νοσοκομεία και αμείβονται ως μισθωτοί και αυτών που ασκούν τα καθήκοντά τους σε ιδιωτικά νοσοκομεία και αμείβονται για κάθε ιατρική πράξη που εκτελούν (Saltman, Rico & Boerma 2004, Economou 2010, Χλέτσος 2016).

3.3.4 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ιταλία

Η Ιταλία είναι ένα κράτος που διαιρείται σε 20 διοικητικές περιφέρειες με ενιαία Κυβέρνηση. Το κράτος πρόνοιας και κατ' επέκταση, η οργάνωση του συστήματος υγείας, προσομοιάζει στο μοντέλο τύπου Beveridge. Η αποκέντρωση του συστήματος υγείας αναδεικνύει τις περιφέρειες σε σημαίνοντα θεσμό της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας με ενισχυμένο ρόλο.

Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Δημοσίου χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό των εκάστοτε περιφερειών ανάλογα και με τον πληθυσμό τους, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία λαμβάνουν κρατική χρηματοδότηση για την ανάπτυξη της έρευνας και της κλινικής πρακτικής.

Τέλος, το Υπουργείο Υγείας, Εργασίας και Κοινωνικών Υπηρεσιών εποπτεύει το Εθνικό Ινστιτούτο Επιστημονικής Έρευνας και είναι αρμόδιο να προτείνει την κατανομή των πόρων στα τρία επίπεδα υγείας: το Κεντρικό (Κυβέρνηση), Περιφερειακό και Τοπικό (Σαλάχα 2010).

Σε Περιφερειακό Επίπεδο απαντώνται τα Περιφερειακά Παραρτήματα Υγείας (ASL'S) των οποίων η διοίκηση ανατίθεται σε κατάλληλα καταρτισμένους μάνατζερ, με μέριμνα των περιφερειών. Παρόμοια όσο αφορά τον τρόπο διοίκησης, οι Δημόσιες Νοσοκομειακές Επιχειρήσεις (ΑΟ's) σε Τοπικό Επίπεδο παρέχουν, με το Ν. 229/1999, στους μάνατζερ αυτονομία να διοικούν τους οργανισμούς αυτούς. Τέλος, ανεξάρτητοι δημόσιοι φορείς παρέχουν την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η εισαγωγή της έννοιας του ανταγωνισμού στις Δημόσιες Νοσοκομειακές Επιχειρήσεις και τα Περιφερειακά Τμήματα Υγείας λειτούργησε αποτελεσματικά και προκάλεσε την κινητοποίησή τους για βελτίωση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Συνοψίζοντας, το ιταλικό σύστημα υγείας έχει ως σημείο αναφοράς τα νοσοκομειακά ιδρύματα, τα οποία τελούν υπό την εποπτεία των οικείων περιφερειών, με τη διοίκησή τους να είναι έργο των μάνατζερ. Διαφαίνεται ξεκάθαρα η προσπάθεια του κεντρικού κράτους για τόνωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, κάνοντας χρήση των «εργαλείων» και αρχών του μάνατζμεντ.

3.4 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στη Μεγάλη Βρετανία

Η ίδρυση του συστήματος υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου τοποθετείται χρονικά στο 1947 και αποτελεί πρότυπο συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στον ευρωπαϊκό χώρο. «Η θέσπιση του εν λόγω συστήματος υγείας θεωρείται σημείο-σταθμός στον τομέα της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού για πρώτη φορά θεσπίστηκε η καθολική και δωρεάν κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού μιας χώρας» (Χλέτσος 2016).

Η Μεγάλη Βρετανία ή το Ηνωμένο Βασίλειο, όπως είναι εξίσου γνωστό, αποτελεί ορόσημο του μοντέλου Beveridge ως προς το κράτος πρόνοιας, με αρκετά στοιχεία φιλελεύθερης οικονομίας στους κόλπους του. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας αποτελεί ο κρατικός προϋπολογισμός και το Α.Ε.Π.(Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001). Πρωτοποριακός υπήρξε και ο τρόπος χρηματοδότησης του βρετανικού συστήματος υγείας, αφού για πρώτη φορά δεν καλυπτόταν εκτενώς από το

σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, αλλά από τη γενική φορολογία. Συγκεκριμένα, οι πολίτες συμμετέχουν μέσω της φορολόγησής τους στη χρηματοδότηση σε ποσοστό 80%, ενώ οι ασφαλιστικές εισφορές καλύπτουν το 15% και οι πόροι του ιδιωτικού τομέα μόλις το 5%.

«Βασικές αρχές του συστήματος υγείας της Μεγάλης Βρετανίας αποτελούν οι εξής:

- η κοινωνική αλληλεγγύη
- η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε πλήρεις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και
- η αυτονομία του ιατρικού επαγγέλματος» (Χλέτσος 2016).

Η διοίκηση γίνεται από το Υπουργείο Υγείας και τον εκάστοτε Υπουργό, ενώ προέκταση του Υπουργείου σε περιφερειακό επίπεδο αποτελούν οι 8 Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.), όπου εντός των ορίων εκάστης, υπάρχει τουλάχιστον ένα Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Με τη σειρά τους οι 8 Υ.ΠΕ. διακλαδώνονται σε 112 Υγειονομικές Επαρχίες εντός των οποίων υπάρχει και το αντίστοιχο Νομαρχιακό Νοσοκομείο (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

«Κατά τη διάρκεια του 1990, έλαβαν χώρα σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο βρετανικό σύστημα υγείας, με βασικό σκοπό τον πλήρη διαχωρισμό μεταξύ των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και των προμηθευτών, με τη σύναψη συμβάσεων παροχής υπηρεσιών υγείας με ποικίλους όρους, αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και το κόστος τους» (Χλέτσος 2016).

Ακολούθως, το 1995, με τη μεταρρύθμιση του Υπουργείου Υγείας, τα νοσοκομειακά ιδρύματα αναδύονται σε αυτοδιοίκητους οργανισμούς που λειτουργούν με αυτονομία μέσω άσκησης της διοίκησης από τους μάντζερ, στο πλαίσιο των κανόνων της ελεύθερης αγοράς. Οι νοσοκομειακοί οργανισμοί συμπεριελάμβαναν 450 συγκροτήματα υγείας με 1.600 νοσοκομεία (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης 2001).

Σήμερα, τα νοσοκομεία έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν να αυτοδιοικούνται και να μην υπάγονται παρά μόνο τυπικά στις Υγειονομικές Επαρχίες. Ουσιαστικά λοιπόν έχουν τη δυνατότητα μετατροπής τους στα λεγόμενα “NHS Trusts”, όπου τα ίδια

τιμολογούν τις υπηρεσίες που παρέχουν, με τη διοίκησή τους να λογοδοτεί μόνο στον Υπουργό Υγείας.

Παράλληλα, στο βρετανικό σύστημα υγείας σημαντικό ρόλο παίζουν και οι Γενικοί Ιατροί (GP's fundholders) κυρίως στην Π.Φ.Υ., όπως και οι Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (LHA) που «αγοράζουν» υπηρεσίες από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες. Επιπλέον, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού έχει μεγάλη βαρύτητα στη Βρετανία, καθώς συνιστά τον φορέα στον οποίο απευθύνονται αρχικά οι ασθενείς τόσο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας τους, όσο και για την ορθή καθοδήγηση και προώθησή τους στις επόμενες βαθμίδες του συστήματος υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, «...η συνεισφορά του ιδιωτικού τομέα στο υγειονομικό σύστημα δεν είναι σημαντική αλλά αυτός δρα, κατά κανόνα, επικουρικά προς το εθνικό σύστημα υγείας» (Χλέτσος 2016).

Εν κατακλείδι, το βρετανικό σύστημα υγείας εφαρμόζοντας τις πρακτικές της «αγοράς» υπηρεσιών και αναθέτοντας τη διοίκηση των νοσοκομείων σε εξειδικευμένους μάντζερ, στοχεύει στη διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, με αλληλεπίδραση μεταξύ περιφερειακού και κεντρικού επιπέδου σχεδιασμού και διοίκησης της υγείας.

3.4 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στις Η.Π.Α.

Το αμερικάνικο σύστημα υγείας είναι το αντιπροσωπευτικότερο του «φιλελεύθερου μοντέλου – ιδιωτικής ασφάλισης». Πρόκειται για ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας που λειτουργεί στο πλαίσιο των κανόνων της αγοράς. Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. απαρτίζεται ως επί το πλείστον από ιδιωτικούς φορείς παροχής υγείας και η κρατική παρέμβαση αφορά, κατά κανόνα, τον προσδιορισμό του κανονιστικού πλαισίου εντός του οποίου θα πρέπει να λειτουργούν οι υπηρεσίες υγείας.

«Η σύνθεσή του απαρτίζεται από προγράμματα υγείας που έχουν διαφορετικούς χρηματοδότησης:

- υγειονομικά προγράμματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από την ομοσπονδιακή και την πολιτειακή κυβέρνηση

- προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το προσωπικό εισόδημα των ατόμων και
- προγράμματα που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς πόρους ανέρχεται περίπου στο 58% και από κρατικούς πόρους (ομοσπονδιακές και πολιτειακές κυβερνήσεις) στο 42%» (Τούντας 2003).

Η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική, γεγονός που οδήγησε σε μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων πολιτών, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων έχει απευθυνθεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Στην Αμερική διαβιεί επίσης και ένα ποσοστό 10% ανθρώπων που είναι φτωχοί και ηλικιωμένοι, τω οποίων η ασφάλιση γίνεται με χρηματοδοτούμενα από την ομοσπονδιακή και πολιτειακή κυβέρνηση προγράμματα περίθαλψης, τα επονομαζόμενα Medicaid και Medicare. Πιο αναλυτικά, το Medicare απευθύνεται στους ηλικιωμένους πολίτες (άνω των 65 ετών) με ένα μικρό ποσοστό οικονομικής συμμετοχής από τους ίδιους ενώ το υπόλοιπο ποσοστό χρηματοδότησής του καλύπτεται από την επιβάρυνση των εργαζομένων με έναν ειδικό φόρο. Αφορά κυρίως την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης και καλύπτει ένα μέρος της δαπάνης για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Το Medicaid είναι το πρόγραμμα ασφαλιστικής κάλυψης των άνεργων πολιτών, των αναπήρων και των πολιτών που ζούνε κάτω από το όριο της φτώχειας και αφορά το σύνολο των υπηρεσιών υγείας, μέσω συμβάσεων του προγράμματος με νοσοκομεία και ιατρούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης του εν λόγω προγράμματος καλύπτεται από την εθνική φορολογία και μικρό ποσοστό προέρχεται από την πολιτειακή οικονομική ενίσχυση.

«Οι ιατροί είναι είτε υπάλληλοι της ασφαλιστικής εταιρείας, είτε ελεύθεροι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με την εταιρεία, στους οποίους προσφέρονται κίνητρα προκειμένου να περιορίσουν το κόστος υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασφαλισμένους. Οι ασφαλισμένοι είναι υποχρεωμένοι να προσφεύγουν στους ιατρούς της εταιρείας με την οποία έχουν συνάψει το πρόγραμμα υγείας, διαφορετικά η

εταιρεία δεν θα τους αποζημιώσει πλήρως για τη δαπάνη που έκαναν» (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλης 2001).

«Υπάρχουν, επίσης, προγράμματα από ιδιωτικές ασφαλιστικές που απευθύνονται σε ομάδες ατόμων και οι τιμές τους καθορίζονται με βάση την ηλικία, το επάγγελμα κλπ. Τα ασφάλιστρα καταβάλλονται από τον εργοδότη του ασφαλισμένου. Οι υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους παρέχονται είτε από υπηρεσίες που ανήκουν στην ίδια την ασφαλιστική εταιρεία, είτε από νοσοκομεία που είναι συμβεβλημένα με την ασφαλιστική εταιρεία, είτε και από νοσοκομεία της προτίμησης του ασφαλισμένου» (Θεοδώρου, Σαρρή & Σούλης 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΗΓΕΣΙΑΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Μοντέλα διοίκησης

Η σωστή διοίκηση δίνει απόλυτη προτεραιότητα στο αποτέλεσμα, με το με το συντονισμό των προσπαθειών διαφόρων ατόμων για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Όλη η προσοχή εστιάζεται στις επιμέρους εργασίες που πρέπει να εκτελούνται χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ανθρώπινες σχέσεις. Η αποτελεσματικότητα της καθοδήγησης όμως βασίζεται στις ανθρώπινες σχέσεις. Η διοίκηση που έχει προσανατολισμό στην εργασία, εξαρτάται από την ηγεσία που έχει προσανατολισμό στις ανθρώπινες σχέσεις (Τρύφωνας 2011).

4.1.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις – σχολές σκέψης της διοίκησης

Μια σημαντική σχολή σκέψης υποστηρίζει ότι, η διοίκηση ενός οργανισμού είναι πιο αποτελεσματική όταν μεριμνά για την εργασία (αποδοτικότητα, παραγωγικότητα κ.ά.) και ταυτόχρονα σε ευθεία αναλογία, μεριμνά για τους εργαζόμενους του οργανισμού.

Εκπρόσωποι της σχολής αυτής είναι οι Robert Blake και Jane Mouton, με το ευρέως διαδεδομένο «Διοικητικό Πλέγμα», το οποίο απεικονίζεται ως ένα διάγραμμα με δύο άξονες (Blake & Mouton 1986):

- Άξονας 1: Μέριμνα για την απόδοση.
- Άξονας 2: Μέριμνα για τους ανθρώπους.

Με βάση το πλέγμα αυτό, οι ανωτέρω θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι οι διοικητικές προσεγγίσεις που βρίσκονται στις ακραίες θέσεις των αξόνων, δεν μπορούν να είναι αποτελεσματικές. Πιο αναλυτικά, η υπερβολική εστίαση στα ανθρώπινα θέματα εις βάρος της παραγωγικότητας θα δημιουργήσει μάλλον ένα υπερβολικά χαλαρό περιβάλλον εργασίας, άρα και μειωμένη αποδοτικότητα.

Στον αντίποδα, η υπερβολική έμφαση στην παραγωγικότητα αδιαφορώντας για τη μέριμνα για τους ανθρώπους, θα οδηγήσει στην αντίδρασή τους με αδιαφορία ή και αντίσταση στην διοικητική καθοδήγηση. Η καλύτερη θέση λοιπόν, είναι αυτή που τέμνονται οι δύο άξονες σε σχήμα Χ.

Μια εξίσου σημαντική σχολής σκέψης είναι αυτή της Θεωρίας των Χ και Υ, με πιο γνωστό υποστηρικτή της των θεωρητικό Douglas McGregor (2006). Η προσέγγιση αυτή, υποστηρίζει ότι εάν η διοίκηση μετατοπίσει το βάρος της κυρίως στις σχέσεις με τους άλλους, αυτομάτως θα εξασφαλιστεί και η σωστή εκτέλεση της εργασίας. Η θεώρηση αυτή δεν αντίκειται στην προηγούμενη, απλά δίνει περισσότερη έμφαση στη μέριμνα για τους ανθρώπους.

Πιο αναλυτικά, η θεώρηση δομείται σε δύο επιλογές της διοίκησης την Χ και την Υ. Η διοίκηση μπορεί πάντα να επιλέγει ανάμεσα στις δύο, αφού η Χ εκπροσωπεί μια αυταρχική προσέγγιση και η Υ μια συνεργατική προσέγγιση. Σύμφωνα με την Χ, υπάρχει το δεδομένο ότι οι άνθρωποι είναι εκ φύσεως οκνηροί και ως εκ τούτου, πρέπει κανείς να τους πιέζει, να ασκεί αυστηρή επιτήρηση και να τους κινητοποιεί με χρηματικά οφέλη. Ακριβώς αντίθετα αναπτύσσεται η διοικητική επιλογή Υ, σύμφωνα με την οποία η εργασία αποτελεί για τους ανθρώπους φυσική ανάγκη όπως η αναπνοή. Αν τους δοθεί η ευκαιρία να εργαστούν με αυτοσεβασμό και δυνατότητα προσωπικής καταξίωσης, θα προσηλωθούν με πειθαρχία στην επίτευξη του στόχου του οργανισμού.

Τέλος, υφίσταται η προσέγγιση της προσήλωσης στην εργασία, η οποία εφαρμόστηκε με εντυπωσιακά αποτελέσματα από στον Scott Meyers στην εταιρεία του. Η πρακτική αυτή υποστηρίζει ότι, όσο πιο ενδιαφέρουσα και απαιτητική είναι μια εργασία τόσο πιο ισχυρό κίνητρο προσφέρει και τα διευθυντικά στελέχη θα πρέπει να μην επωμίζονται το ρόλο του ηγέτη αλλά του αρωγού (Τρύφωνας 2011).

4.1.2 Συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης

Το συγκεκριμένο διοικητικό μοντέλο θέτει ως θεμελιώδη αρχή του την ιδέα ότι οι εργαζόμενοι δε μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά χωρίς καθοδήγηση. Συνεπώς, «...υποστηρίζεται η εφαρμογή ενός ασφυκτικού κανονιστικού πλαισίου που

αποθαρρύνει την ανάπτυξη πρωτοβουλιών, δεν επιτρέπει τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και περιορίζει τη δημιουργικότητα των εργαζομένων» (Black & Porter 2000).

«Στα βασικά χαρακτηριστικά στα οποία δομείται το συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης, περιλαμβάνονται τα εξής:

- Συγκεντρωτικό κέντρο λήψης αποφάσεων
- Αυταρχική ηγεσία
- Περιορισμένη και ελεγχόμενη ροή πληροφοριών
- Διεξαγωγή προληπτικού και αρνητικο-ενισχυτικού ελέγχου
- Πυραμιδική και ανελαστική δομή
- Εφαρμογή αυστηρού κανονιστικού πλαισίου, συμμόρφωση και στασιμότητα» (Κονταράτος 1990).

Τα κυριότερα μειονεκτήματα του εν λόγω μοντέλου διοίκησης είναι η απουσία κλίματος συνεργασίας και αλληλεγγύης, η περιορισμένη αποδοτικότητα, η αμοιβαία έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ διοίκησης - εργαζομένων και η αδυναμία ανάληψης πρωτοβουλιών (Drucker 1985).

4.1.3 Αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης

Στον αντίποδα της προηγούμενης προσέγγισης, το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης βασίζεται στην θεμελιώδη αρχή ότι οι εργαζόμενοι είναι ικανοί να λειτουργήσουν κατά μόνας, χωρίς καθοδήγηση και μπορούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, στη βάση της εμπιστοσύνης στο πρόσωπό τους. Επαγωγικά το κανονιστικό πλαίσιο του οργανισμού που εφαρμόζεται ενθαρρύνει την πρωτοβουλία και τη συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων των εργαζομένων με ταυτόχρονη ανάθεση ανάλογων αρμοδιοτήτων και ευθυνών για την αποτελεσματικότητά τους (Sotiropoulos 1998).

«Στα βασικά χαρακτηριστικά στα οποία δομείται το συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης περιλαμβάνονται τα εξής:

- Συγκεντρωτικό κέντρο λήψης στρατηγικών αποφάσεων και αποκεντρωμένο κέντρο λήψης τακτικών αποφάσεων.
- Ανάπτυξη διαύλων αμφίδρομης επικοινωνίας και ενθάρρυνση του διαλόγου.
- Απρόσκοπτη ροή πληροφοριών.

- Συμμετοχικό και οραματικό μοντέλο ηγεσίας.
- Ενθάρρυνση ανάληψης πρωτοβουλιών και ανάπτυξη δημιουργικότητας.
- Πυραμιδική οργάνωση και ελαστική διάρθρωση, που επιτρέπει τη δημιουργία άτυπων εργασιακών ομάδων για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων.
- Διεξαγωγή απολογιστικού και θετικό- ενισχυτικού ελέγχου» (Κονταράτος 1990).

Είναι φανερό ότι το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης παρουσιάζει αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα, καθώς προάγει την πρωτοβουλία και την ανάπτυξη ιδεών του προσωπικού. Ωστόσο, για να είναι πρακτικά εφαρμόσιμο θα πρέπει να συντρέχουν κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως «...η ανάπτυξη κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ διοίκησης και προσωπικού καθώς και η προθυμία της ηγεσίας να λειτουργήσει ως μέντορας νέων στελεχών, προκειμένου να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους» (Blanchard, John & Alan 2001).

4.1.4 Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης

Ο Max Weber υπήρξε ο θεμελιωτής του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης και διατύπωσε την άποψη ότι αποτελεί το θεμελιώδες σύστημα διοίκησης ενός οργανισμού, στη βάση των αρχών του ορθολογισμού. Σύμφωνα με την θεωρητική του ανάλυση, «...η γραφειοκρατική διοίκηση εφαρμόζει ένα πλαίσιο κανόνων που διέπουν τις δραστηριότητες των στελεχών του οργανισμού, το οποίο φέρει τα εξής βασικά χαρακτηριστικά:

- Ιεραρχική δομή. Τα ανώτατα στελέχη φέρουν το μέγιστο βαθμό εξουσίας, ισχύος και ευθύνης.
- Σαφές γενικό κανονιστικό πλαίσιο, το οποίο διασφαλίζει την αποτελεσματική λειτουργία του.
- Οι εργαζόμενοι του οργανισμού υποχρεούνται να συμμορφώνονται με τη φιλοσοφία και τις αρχές του οργανισμού και να εκτελούν τα εργασιακά τους καθήκοντα ανεπηρέαστοι από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις, απόψεις και συναισθήματα.
- Η στελέχωση του οργανισμού γίνεται με αξιοκρατικά κριτήρια μέσου της αξιολόγησης των τίτλων σπουδών των υποψηφίων ή τη διενέργεια εξετάσεων.

- Οι εργαζόμενοι του οργανισμού δεν δικαιούνται να εκφέρουν ιδιοκτησιακές αξιώσεις επί των υλικών αγαθών του οργανισμού, αλλά δικαιούνται χρηματικής αμοιβής για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Με τον τρόπο αυτό, κατοχυρώνουν συνταξιοδοτικό δικαίωμα και δικαίωμα προαγωγής, με βάση τους όρους του ισχύοντος συστήματος σταδιοδρομίας και τις προσωπικές τους δεξιότητες.
- Κατά κανόνα, οι εργαζόμενοι του οργανισμού συνάπτουν μόνιμες εργασιακές σχέσεις με τον οργανισμό, με στόχο την αποτροπή της ευνοιοκρατίας και τη διασφάλιση της απρόσκοπτης εκτέλεσης των καθηκόντων τους στη βάση των αρχών της ουδετερότητας, της αντικειμενικότητας και της ανεξαρτησίας. Η μονιμότητα των εργασιακών σχέσεων επιτρέπει στους εργαζόμενους επίσης, να εκτελούν τα καθήκοντά τους χωρίς να αισθάνονται ανασφάλεια για ενδεχόμενη απώλεια της θέσης εργασίας τους και ανεπηρέαστοι από τις πολιτικές αλλαγές, στην περίπτωση οργανισμών του δημόσιου τομέα.
- Ευνοείται ο καταμερισμός της εργασίας και η εξειδίκευση του προσωπικού μέσα στα οργανωτικά πλαίσια του οργανισμού καθώς και ο σαφής καταμερισμός αρμοδιοτήτων και καθηκόντων.
- Τα στελέχη του οργανισμού συμμετέχουν σε αυτόν με ελεύθερη βούληση και καλούνται να υπακούσουν σε προκαθορισμένα καθήκοντα και υποχρεώσεις. Οι σχέσεις που αναπτύσσουν με τον οργανισμό έχουν τυπικό χαρακτήρα, ενώ έχουν υποχρέωση πλήρους συμμόρφωσης με το κανονιστικό πλαίσιο και τις αρχές του οργανισμού.
- Οι εργαζόμενοι του οργανισμού οφείλουν να διεκπεραιώνουν τα καθήκοντά τους με σεβασμό στο κείμενο νομοθετικό πλαίσιο.
- Η απόλυτα ιεραρχική δομή που διέπει τον οργανισμό, δίνει το δικαίωμα σε όλα τα ανώτατα στελέχη του οργανισμού, να ασκούν έλεγχο στα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερες θέσεις της ιεραρχίας.
- Το ύψος της αμοιβής των ατόμων που στελεχώνουν τον οργανισμό εξαρτάται από τη θέση της ιεραρχίας που καταλαμβάνουν μέσα στον οργανισμό.
- Το σύστημα προαγωγών βασίζεται στον παράγοντα του χρόνου υπηρεσίας του κάθε εργαζομένου ή στις ιδιαίτερες δεξιότητες που αυτός αναπτύσσει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του.
- Οι εργαζόμενοι του οργανισμού απαγορεύεται να εκμεταλλευτούν τη θέση τους για λόγους που αποσκοπούν στον προσωπικό τους πλουτισμό» (Δέδε 2017).

«Βασικό στόχο του γραφειοκρατικού μοντέλου αποτελεί η ενίσχυση της αποδοτικότητας της διοίκησης, η οποία παρομοιάζεται με την αντίστοιχη μίας μηχανής ακριβείας» (Weber, M. 1947) και για το λόγο αυτό το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται ως ιδεατό (Σαϊτής 2005). Παρά ταύτα, το γραφειοκρατικό μοντέλο έχει «κατηγορηθεί» ότι εμφανίζει σημαντικές αδυναμίες, κάποιες από τις οποίες είναι ο διαρθρωτικός κατακερματισμός, η συχνή απουσία συντονισμού των αρμοδιοτήτων καθώς συχνά ο καταμερισμός των εργασιών είναι ασαφής και επιπλέον το ανθρώπινο δυναμικό δεν αξιοποιείται επαρκώς και αποτελεσματικά, η γραφειοκρατική κουλτούρα που καθυστερεί την εξέλιξη και αποτελεί εμπόδιο στην εισαγωγή καινοτομιών και τέλος, η έντονη παρουσία πελατειακών σχέσεων και αδιαφάνειας στις διαδικασίες, που υποσκάπτει την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση των πολιτών (Μακρυδημήτρης 1999, Παγκάκης 2002, Μπιτσάνη 2006).

4.1.5 Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης

Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης δομείται πάνω στη βασική αρχή – παραδοχή ότι, οι εργαζόμενοι συντάσσονται με την επιδίωξη της ηγεσίας για ανάπτυξη του οργανισμού και εργάζονται με προθυμία για την επίτευξη αυτής, μέσω της συμμετοχής τους σε προγράμματα αξιολόγησης των εργασιακών συνθηκών, αντιμετώπισης των δυσκολιών και λήψης των αποφάσεων (Huber 2006, Schwarz & Schratz 2012).

Στο πλαίσιο του συμμετοχικού μοντέλου, οι εργαζόμενοι του οργανισμού συμμετέχουν ενεργά στη λήψη των αποφάσεων καθώς απολαμβάνουν της πλήρους εμπιστοσύνης της διοίκησης. Συνεπώς, «...η ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεων επιμερίζεται σε μεγάλο βαθμό ανάμεσα στα στελέχη στα διαφορετικά επίπεδα ιεραρχίας και η κατάρτιση του στρατηγικού σχεδίου, καθώς και των πολιτικών για την επίτευξη των τιθέμενων στόχων, αποτελούν αποτέλεσμα συλλογικής εργασίας» (Mokoena 2012).

Τα διαρθρωτικά προβλήματα που επέφερε η εφαρμογή του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης προσπάθησε να επιλύσει το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης, που άρχισε να εφαρμόζεται ευρέως στον τομέα της υγείας σε πολλά κράτη, κατά τη δεκαετία του 1990. Το συμμετοχικό μοντέλο έθετε ως πρωταρχικό στόχο την ποιότητα των υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων και την ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης των χρηστών – ασθενών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Scott et al. 2003, Mannion, Davies & Marshall 2005, Thweatt & Kleiner 2007).

Μία σειρά από σχετικές έρευνες έχουν διεξαχθεί προκειμένου να μελετηθούν διεξοδικά τα πλεονεκτήματα παρουσιάζει το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης έναντι του γραφειοκρατικού μοντέλου. Πιο αναλυτικά, καταγράφηκε βελτιωμένη απόδοση και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών των δημόσιων νοσοκομείων μέσω της ταυτόχρονης βελτίωση της ποιότητας, γεγονός που προκάλεσε αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών και ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης στις δημόσιες υπηρεσίες περίθαλψης (Young et al. 1998, Shortell et al. 2000, Meterko, Mohr & Young 2004, Den Hartog & Verbutrg 2004, Callen, Braithewaite & Westbrook 2007).

Επιπλέον, «το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης επιφέρει σημαντικά οφέλη και στους εργαζομένους του νοσοκομείου, αφού φαίνεται πως ενισχύει τα επίπεδα αφοσίωσης και δέσμευσης προς την εργασία τους» (Gerowitz et al. 1996) καθώς και τα επίπεδα ικανοποίησης που λαμβάνουν από αυτή (Platonova, et al. 2006).

Αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας, ο χρήστης – ασθενής αποτελεί το «κλειδί» της εφαρμογής του εν λόγω συστήματος διοίκησης, καθώς αποτελεί τον πυρήνα γύρω από τον οποίο αναπτύσσεται το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης (Γούλα και συν 2014). Έτσι επιτυγχάνεται ισχυρή ιατρική και νοσηλευτική ηγεσία και συνεργατικό κλίμα μεταξύ των εργαζομένων και συντονισμός των δραστηριοτήτων τους, που αυξάνει την αποδοτικότητά τους. Επιπλέον, το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει τα προβλήματα και τις διαφορές που ανακύπτουν με αίσθημα ομαδικότητας και ενθαρρύνονται από τη διοίκηση να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων αναφορικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών (Zimmerman et al. 1993).

Ορισμένοι ερευνητές διατείνονται πως «...η εφαρμογή του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης στους οργανισμούς, συνιστά την εγγύηση για την αποτελεσματική εφαρμογή πολιτικών ενίσχυσης της ποιότητας και την εφαρμογή προτύπων ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών» (Boan & Funderburk 2003, Davies et al. 2007).

Στους οργανισμούς υγείας άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι, «...το βασικό πλεονέκτημα που προσφέρει η εφαρμογή του συγκεκριμένου συστήματος, είναι η υποστήριξη των εργαζομένων, η οποία λειτουργεί ως κινητήριος μοχλός για αποδοτικότητα και την ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν» (Schmitt & Allscheid 1995).

4.2 Μοντέλα ηγεσίας

«Με τον όρο ηγεσία έχει περιγραφεί η συμπεριφορά ενός ατόμου που κατευθύνει τις δραστηριότητες μιας ομάδας προς την πραγμάτωση ενός κοινού στόχου» (Trastek et al 2014). Τα δομικά χαρακτηριστικά της ηγεσίας είναι η εμπνευσμένη καθοδήγηση και επιρροή μιας ομάδας για ανάπτυξη δραστηριοτήτων προσανατολισμένων σε έναν συγκεκριμένο σκοπό. Σημαντικότερη συνισταμένη είναι και η ικανότητα προσαρμογής και αντιμετώπισης της αλλαγής καθώς η θεωρία της ηγεσίας είναι δυναμική, καθώς με την πάροδο του χρόνου υπόκειται σε αλλαγές και επαγωγικά τα μοντέλα ηγεσίας που αναδύονται προσαρμόζονται στις αλλαγές αυτές.

Αρχικά αναπτύχθηκε η θεωρία του χαρισματικού ηγέτη, με την έννοια της αναγνώρισης σε ορισμένους ανθρώπους συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που τους καθιστούν ικανούς και χαρισματικούς στην άσκηση της ηγεσίας. Μεταξύ του 1940 και 1980, αναπτύχθηκαν θεωρίες συμπεριφοράς που περιγράφουν τρεις κοινές μορφές ηγεσίας, όπως η αυταρχική, η δημοκρατική και η φιλελεύθερη (*laissez-faire*). Πιο συγκεκριμένα, οι τρεις αυτές μορφές ηγεσίας αναλύθηκαν από τον γνωστό ερευνητή ψυχολόγο Kurt Lewin, στα εξής χαρακτηριστικά (Τρύφωνας, 2011):

- Η αυταρχική – απολυταρχική. Η ηγεσία ασκεί ισχυρό έλεγχο καθώς όλες οι αποφάσεις λαμβάνονται από αυτόν, ενώ οι υφιστάμενοι έχουν μικρή ή καθόλου συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων. Για να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα δίνει ελάχιστη έμφαση στα συναισθήματα και τις ανθρώπινες σχέσεις, εστιάζοντας αποκλειστικά στην επίτευξη του στόχου. Η τακτική αυτή επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις που η φύση της εργασίας δεν αφήνει περιθώριο για εναλλακτικές επιλογές ή σε επείγοντα περιστατικά που οι οδηγίες είναι σαφείς και συγκεκριμένες. Στον αντίποδα, δίνεται ελάχιστη προσοχή στην προσωπική ανάπτυξη των εργαζομένων που αυξάνει την αποδοτικότητα, ενώ ταυτόχρονα οι ηγέτες λαμβάνουν αποκλειστικά τα εύσημα για τις επιτυχίες και αποδίδουν όλες τις ευθύνες για τις αποτυχίες στον υφισταμένους τους.
- Η δημοκρατική. Η ηγεσία λαμβάνει υπόψη την γνώμη των υφισταμένων στη λήψη των αποφάσεων, όμως διατηρεί το δικαίωμα να λαμβάνει τις τελικές αποφάσεις μέσω εντολών και οδηγιών. Οι ευθύνες και η εξουσία βρίσκονται στα χέρια της ομάδας,

καθώς ενθαρρύνεται η συνεργασία και ο αυθορμητισμός, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η δημιουργικότητα και η αποδοτικότητα των εργαζόμενων. Το σημείο αμφισβήτησης αυτής της θεωρίας έγκειται στο ότι, πολλοί εργαζόμενοι αισθάνονται ότι η ηγεσία τους εκμεταλλεύεται αφού οικειοποιείται τις ιδέες που της χρησιμεύουν, ενώ άλλοι πρεσβεύουν ότι η λήψη των αποφάσεων είναι ξεκάθαρα ευθύνη της ηγεσίας και δεν θα πρέπει να την επωμίζονται εξίσου.

- Η φιλελεύθερη (*laissez faire*). Αλλιώς ορίζεται ως ανεξέλεγκτος ατομικισμός. Η εξουσία και η ευθύνη για την λήψη των αποφάσεων αποτελεί ατομικό δικαίωμα και υποχρέωση ταυτοχρόνως. Η καθοδήγηση της ηγεσίας είναι μεν περιορισμένη αλλά αυτή καθορίζει σαφώς στους εργαζόμενους τον στόχο, τις πρακτικές, το χρονικό πλαίσιο και τους διαθέσιμους πόρους για την επίτευξή του. Ο ρόλος της ηγεσίας είναι συμβουλευτικός και πληροφοριακός και περιορίζεται στην πραγματοποίηση περιοδικών ελέγχων. Οι οργανισμοί που εκτελούν καθημερινές εργασίες ρουτίνας και οι εργαζόμενοί τους έχουν συγκεκριμένες, τυποποιημένες δραστηριότητες, υιοθετούν αυτό το μοντέλο ηγεσίας.

Η πλειοψηφία των θεωρήσεων που αναπτύχθηκαν μεταξύ του 1950 και του 1980, ανέλυσαν την ηγεσία στη βάση των αναγκών των εργαζομένων, του ανατιθέμενου έργου και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο αναπτύσσονται οι δραστηριότητες για την επίτευξή του. Από το 1970 μέχρι σήμερα, οι θεωρίες ηγεσίας βασίζονται στην αλληλεπίδραση, εστιάζοντας στην αμφίδρομη σχέση του «ηγέτη» με τον «υφιστάμενο».

Μια αναδυόμενη θεωρία περιλαμβάνει την υποστηρικτική ηγεσία, η οποία αναφέρει ότι η οικοδόμηση σχέσεων αλληλοϋποστήριξης με τους εργαζόμενους, πιθανότατα θα επιφέρει την θετική τους ανταπόκριση και έτσι, θα εργαστούν πιο εντατικά προς την επίτευξη των στόχων (Lai & Chen 2012). Κατά την εξέταση της ηγεσίας στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας συναντάται η δυσκολία ότι, «οι περισσότερες θεωρίες ηγεσίας δεν είχαν αναπτυχθεί μέσα σε ένα πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης, αλλά συνήθως αναπτύσσονται για τους επιχειρηματικούς οργανισμούς και στη συνέχεια εφαρμόζονται και στην υγειονομική περίθαλψη» (Lai & Chen 2012).

«Η επιλογή του μοντέλου ηγεσίας έχει σημαντικό αντίκτυπο στη λειτουργία ενός οργανισμού αφού επηρεάζει άμεσα το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων» (Stogdill 1963). «Τα διάφορα μοντέλα ηγεσίας μπορούν να διαχωριστούν ανάλογα με το στοιχείο το οποίο ο ηγέτης θέτει στο κέντρο της ηγεσίας του, είτε με προσανατολισμό τον άνθρωπο, δηλαδή τις ανάγκες των εργαζομένων, είτε στα καθήκοντα τους» (Goleman et al 2002).

Τα μοντέλα ηγεσίας που βρίσκουν τη μεγαλύτερη εφαρμογή στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας είναι τα εξής:

- Συναλλακτικό μοντέλο
- Μοντέλο μετασχηματιστικής ηγεσίας
- Μοντέλο κατανομικής ηγεσίας
- Μοντέλο Laissez-faire

4.2.1 Συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας

Το συνηθέστερο μοντέλο ηγεσίας που απαντάται στις επιχειρήσεις που εκτελούν εργασίες ρουτίνας είναι η συναλλακτική ηγεσία (transactional leadership) και τα κομβικά της σημεία αφορούν την ύπαρξη σαφώς προσδιορισμένων στόχων, την ανατροφοδότηση και την ανταπόδοση, με τη έννοια της έμπρακτης αναγνώρισης της αποδοτικότητας των εργαζομένων. Όπως αναφέρει ο Bass (1985), «ο συναλλακτικός ηγέτης μέσα από την οικονομική συναλλαγή επιδιώκει να ικανοποιήσει τις υλικές ανάγκες των υφισταμένων του, ως αντάλλαγμα για την παροχή υπηρεσιών τους». Πολλοί ερευνητές θεωρούν τη συναλλακτική ηγεσία πρόδρομο της μετασχηματιστικής ηγεσίας.

«Η παρακίνηση των υφισταμένων γίνεται μέσω της επιβράβευσης και της τιμωρίας» (Avolio & Bass 1995). «Το συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας αναπτύσσεται με άξονα τις συναλλαγές μεταξύ των ηγετών και των υφισταμένων τους» (Northouse 2007). «Βασικοί στόχοι των ηγετών που υιοθετούν το συγκεκριμένο μοντέλο είναι η αποφυγή του επιχειρηματικού κινδύνου και η ενίσχυση της αποδοτικότητας του οργανισμού» (Levy et al 2002).

«Οι βασικές ηγετικές συμπεριφορές που αναπτύσσονται στα πλαίσια του συναλλακτικού μοντέλου περιλαμβάνουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Έκτακτη κατ' εξαίρεση ανταμοιβή (Contingent reward): Αναφέρεται στην ανταμοιβή των εμπλεκόμενων εργαζομένων σε περίπτωση έγκαιρης επίτευξης των στόχων, την υπόσχεση ανταμοιβής των θετικών επιδόσεων και την αναγνώριση των αποτελεσμάτων, με υλικές και ψυχολογικές αμοιβές.
- Ενεργό κατ' εξαίρεση management (Management by exception, active): Περιγράφει την περίπτωση όπου ο ηγέτης ασκεί εποπτεία και προχωρά σε αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων και αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για διορθωτικές παρεμβάσεις, εάν το κρίνει απαραίτητο. Αναφέρεται στην ενεργή επαγρύπνηση του ηγέτη που στόχος του είναι να διασφαλίσει την επίτευξη των στόχων.
- Παθητικό κατ' εξαίρεση management (Management by exception, passive): Περιγράφει την περίπτωση όπου οι παρεμβάσεις του ηγέτη περιορίζονται αποκλειστικά στις περιπτώσεις όπου δεν τηρούνται τα πρότυπα, στη μη συμμόρφωση των υφισταμένων ή όταν έχουν ήδη εντοπιστεί λάθη» (Northouse 2007).

Συμπερασματικά, η συναλλακτική ηγεσία εμφανίζεται σαν ένα είδος εμπορικής συναλλαγής (leadership as bartering) καθώς μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων συγκροτείται κάποιας μορφής συμφωνία, με όρους τη δέσμευση αμφοτέρων για τη μέγιστη προσπάθεια προκειμένου να επιτευχθεί η εξέλιξη και ανάπτυξη του οργανισμού με ανταπόδοση της προσπάθειας αυτής σε όρους οικονομικούς ενίσχυσης.

4.2.2 Μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας

Το συγκεκριμένο μοντέλο ηγεσίας βασίζεται στη μετασχηματιστική θεωρία, σύμφωνα με την οποία «...τα άτομα τείνουν να είναι περισσότερο αποτελεσματικά, όταν αναπτύξει το αίσθημα της αποστολής» (Lam & Robertson 2012). Στη μετασχηματιστική θεωρία, οι ηγέτες καλούνται να εμπνεύσουν, να εμφυσήσουν τον ενθουσιασμό και τη συλλογικότητα στα άτομα, ώστε να γίνουν αρωγοί του οράματός τους. Οι ηγέτες που έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν το όραμά τους με σαφήνεια και να παρακινούν τα άτομα να προσφέρουν τα μέγιστα των δυνατοτήτων τους για την επίτευξη του σκοπού, φέρουν τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των μετασχηματιστικών ηγετών (Weick et al 2006).

Η εν λόγω πρωτοποριακή θεωρία αναπτύχθηκε από τους Burns (1978) και Bass (1985) και περικλείει ορισμένες διαστάσεις που αναλύονται ως εξής:

- **Χάρισμα.** Οι χαρισματικοί ηγέτες διαθέτουν μεγάλη δύναμη και επιρροή, προκαλώντας στους εργαζόμενους υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης και ασφάλειας καθώς και αυξημένη ταύτιση με το όραμα που πρεσβεύουν. Οι χαρισματικοί ηγέτες εμπνέουν και δίνοντας σωστές κατευθύνσεις δράσης, δημιουργούν στους υφισταμένους τους την πεποίθηση ότι μέσω της επίμονης προσπάθειας, μπορούν να επιτύχουν σπουδαία πράγματα.
- Ο χαρισματικός ηγέτης διαθέτει σιγουριά και πίστη στις αρχές, στις αποφάσεις που λαμβάνει και στις ικανότητές του.
- **Όραμα.** Οραματίζεται την επιθυμητή τελική κατάσταση που θέλει να οδηγήσει τον οργανισμό και επικοινωνεί με ενθουσιασμό το όραμά του στους υφισταμένους του, ενώ ταυτόχρονα γίνεται αρωγός των προσωπικών τους στόχων και οραμάτων.
- **Φορέας αλλαγών.** Οφείλει και πρέπει να είναι πρωτοπόρος στην εφαρμογή ριζικών αλλαγών αλλά και προσαρμοστικός σε αυτές.
- **Μη συμβατική συμπεριφορά.** Ο ηγέτης θα πρέπει να συμπεριφέρεται εκτός του κατεστημένου πλαισίου που επιβάλλουν τα στερεότυπα, εμπνέοντας εμπιστοσύνη και θαυμασμό, χωρίς όμως να εμφανίζει ιδιαίζουσα στάση αλλά πρωτοποριακή.
- **Επικοινωνία.** Για την επιτυχία του οράματός του ο ηγέτης διαθέτει το χάρισμα να επικοινωνεί με σαφήνεια, να αφουγκράζεται τις ανάγκες των υφισταμένων και να είναι ανοιχτός σε ιδέες και προτάσεις.

Η χαρισματική ηγεσία υπερβαίνει το συναλλακτικό στυλ ηγεσίας. Ο χαρισματικός ηγέτης έχει την ικανότητα να παρακινεί τα άτομα να κάνουν περισσότερα από τα αναμενόμενα, ενώ λειτουργούν ως μέντορες, προάγοντας και βοηθώντας τη ανάπτυξη των υφισταμένων, δίνοντας ταυτόχρονα έμφαση στις μεταξύ τους διαφορές.

Επισημαίνεται ότι, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες κατέχουν την ικανότητα και την προθυμία να εκπαιδεύσουν τους υφιστάμενούς τους στην εξεύρεση νέων τεχνικών επίλυσης των προβλημάτων ενώ επίσης σκέφτονται και δρουν στη βάση του ορθολογισμού. Επιπλέον, έρευνες έχουν διεξαχθεί κατέγραψαν την αυξημένη ικανοποίηση του εργατικού δυναμικού της επιχείρησης τόσο από αυτή καθαυτή την

εφαρμογή των αρχών της μετασχηματιστικής ηγεσίας αλλά και από το σύστημα λειτουργίας και απόδοσης της επιχείρησης (Bass 1990).

Κατά τον Bass (1990), «...μια επιχείρηση που λειτουργεί υπό μετασχηματιστική ηγεσία δομημένη από επάνω προς τα κάτω, μεταφέρει σαφή μηνύματα και εντολές σε όλο το προσωπικό, τους πελάτες, τους προμηθευτές, τους χρηματοδότες, την κοινωνία στο σύνολό της και στρέφει το ενδιαφέρον της στο μέλλον». Στη μορφή αυτή, το προσωπικό της επιχείρησης εργάζεται με προσανατολισμό στον κοινό στόχο και λειτουργεί με ευελιξία, ενώ δίνεται έμφαση και στην πνευματική και προσωπική τους ανάπτυξη.

4.2.3 Κατανεμητικό μοντέλο ηγεσίας

Μέσα στα πλαίσια του σύγχρονου περιβάλλοντος της παγκοσμιοποίησης όπου το περιβάλλον είναι συνεχώς μεταβαλλόμενο, οι οργανισμοί καλούνται να είναι ευέλικτοι και προσαρμοστικοί στις εκάστοτε αλλαγές. Οι επαγωγικές μεταβαλλόμενες προκλήσεις λοιπόν, διαπιστώθηκε ότι δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με ένα μοντέλο ηγεσίας που βασίζεται στην απόλυτη ιεραρχία. Συνεπώς, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι πρέπει να υπάρχει κατανομή της ευθύνης και της πρωτοβουλίας στα διάφορα επίπεδα διοίκησης (Fletcher & Kaufner 2003).

Το μοντέλο που ανταποκρίνεται στην παραπάνω απαίτηση που γεννήθηκε, είναι το λεγόμενο «...μοντέλο της κατανεμητικής ηγεσίας, που αναπτύχθηκε στη βάση της ιδέας ότι η συλλογική προσπάθεια συνεπάγεται αυξημένη αποτελεσματικότητα και εισάγει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά» (Garman 2011):

- Κατανόηση: Ο ηγέτης διαθέτει την ικανότητα να κατανοεί σε βάθος το συνεχώς μεταβαλλόμενο επιχειρηματικό περιβάλλον και ερμηνεύει ορθά τις επιπτώσεις των αλλαγών στον οργανισμό.
- Σύνδεση: Οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ των εργαζομένων στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και διατηρεί τις λεπτές ισορροπίες τους, αναπτύσσοντας δίκτυα έμπιστης επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης.
- Οραματισμός: Ο ηγέτης επικοινωνεί και αναπτύσσει το όραμά του για τον σκοπό του οργανισμού με τρόπο ελκυστικό και ταυτόχρονα ρεαλιστικό,

επιτυγχάνοντας με τον τρόπο αυτό να προκαλέσει την προθυμία και τον ενθουσιασμό των εργαζομένων να αποδώσουν τα μέγιστα για την επίτευξή του.

- Δημιουργία: Η ικανότητα του ηγέτη να προσεγγίζει με νεωτεριστικές μεθόδους τα ανατιθέμενα καθήκοντα και τις δραστηριότητες για την επίτευξη των στόχων και να κατορθώνει να επιλύει προβλήματα που φαντάζουν ανυπέρβλητα.

Επισημαίνεται ότι τα τέσσερα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους. «Στα πλαίσια του κατανομητικού μοντέλου, η ηγεσία κατανέμεται σε όλα τα στάδια της διοίκησης, προκειμένου να αντισταθμιστούν τα δυνατά σημεία των εργαζομένων με τα αδύνατα, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα» (Garman 2011).

4.3 Μοντέλα ηγεσίας οργανισμών υγείας

Στους οργανισμούς υγείας απαντώνται συχνά και τα ακόλουθα μοντέλα ηγεσίας, όπως θα αναλυθούν παρακάτω.

4.3.1 Συνεργατικό μοντέλο ηγεσίας

Η έννοια της συνεργασίας χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη διαδικασία όπου, δύο ή περισσότερα άτομα, εργάζονται από κοινού προς αμοιβαίο όφελος με τη μορφή της οργανωτικής συμβίωσης, προς επίτευξη κοινών στόχων. Κεντρικός άξονας της δομής του συνεργατικού μοντέλου ηγεσίας είναι η ροή της πληροφόρησης να πραγματοποιείται απρόσκοπτα, τόσο προς τους συνεργάτες και όσο και προς τους οργανισμούς του ίδιου τομέα, ώστε να καθίστανται επαρκώς ενημερωμένοι κατά τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων (Lam & Robertson 2012).

Η έμφαση στην πληροφόρηση ενισχύει τη συνεργατική επικοινωνία, με τη έννοια της μεταφοράς των εμπειριών και της τεχνογνωσίας, που συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι μειώνεται η πολυπλοκότητα της επικοινωνίας που χαρακτηρίζει το εσωτερικό των οργανισμών υγείας και αυξάνεται η αποδοτικότητά τους.

Στα πλαίσια του συνεργατικού μοντέλου, η ηγεσία επιμερίζεται σε όλα τα άτομα με διαφορετικά επίπεδα ευθύνης, έτσι ώστε «...να συμμετέχουν ενεργά στην επικύρωση και την επικοινωνία των αναγκών και τον εντοπισμό των απαραίτητων τροποποιήσεων

στις πρακτικές, για την αντιμετώπιση των μεταβαλλόμενων απαιτήσεων» (Lavis et al 2005).

Ως εκ τούτου, στο πλαίσιο αυτού του συνεργατικού περιβάλλοντος εργασίας, οι επαγγελματίες υγείας των διαφόρων ειδικοτήτων ενθαρρύνονται εργαστούν από κοινού, αναπτύσσοντας και εφαρμόζοντας διαδικασίες και πρακτικές με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο. Στο περιβάλλον αυτό, άτομα με διαφορετικές προσωπικές καταβολές αλλά με κοινό όραμα, αξίες και κοινό στόχο μέσω της αλληλεξάρτησης, συνεργάζονται αρμονικά και λειτουργούν αποτελεσματικά, αφού «...η αποδοτικότητα των ομάδων φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη αποδοτικότητα των επιμέρους ατόμων» (Manion 2005).

Παρά την αδιαμφισβήτητη αξία του συνεργατικού μοντέλου ηγεσίας, η εφαρμογή του στους οργανισμούς υγείας δεν είναι πολύ διαδεδομένη καθώς στο εσωτερικό τους επικρατεί συχνά συγκρουσιακό κλίμα μεταξύ του προσωπικού, ως αποτέλεσμα των επικοινωνιακών κενών και της αποτυχίας των εφαρμοζόμενων εργασιακών πρακτικών. Ο ηγέτης ενός οργανισμού υγείας λοιπόν, θα πρέπει να θέτει στο κέντρο της ηγεσίας του, την αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων με στόχο να αποσοβηθούν οι εντάσεις και να επικρατήσει θετικό κλίμα.

Οι στρατηγικές μέθοδοι που εφαρμόζονται από τους ηγέτες των οργανισμών υγείας προς την κατεύθυνση αυτή είναι συνήθως, η διαπραγμάτευση, η διαμεσολάβηση, ο συμβιβασμός, η ενίσχυση του ανταγωνισμού αλλά και της συνεργασίας και συναίνεσης, η διευκόλυνση της επικοινωνίας και τέλος, η συνεχής καλλιέργεια του οράματος του οργανισμού ως μέσου ενωτικού, που θα επιλύσει τις συγκρούσεις (Greig et al 2012).

4.3.2 Επιμεριστικό μοντέλο ηγεσίας

Το απόσταγμα πολλών ερευνών αποτέλεσε ότι, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν άμεση ευθύνη για τους ασθενείς που περιθάλπουν, δεν αποδίδουν αποτελεσματικά στα περιοριστικά πλαίσια ενός αυταρχικού μοντέλου ηγεσίας (Chen 2005). Αντίθετα, στο ένα μοντέλο ηγεσίας όπου η ηγεσία προσανατολίζεται στον επιμερισμό των καθηκόντων και στη διαμόρφωση συνεργατικού κλίματος, ενθαρρύνει την από κοινού λήψη αποφάσεων, την δια βίου μάθηση του προσωπικού και συνεπώς και την

αποδοτικότητα μέσω των αποτελεσματικών σχέσεων εργασίας (Henry & Gilkey 1999).

Το επιμεριστικό μοντέλο ηγεσίας σε έναν οργανισμό υγείας, αποτελεί ένα σύστημα ομαδικό, όπου όλοι οι επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν και επιμερίζονται την ευθύνη τόσο στη διαχείριση του οργανισμού, όσο στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων (Kotter 2001). «Στα πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου μοντέλου συγκαταλέγονται η ανάπτυξη των δεξιοτήτων διαχείρισης και συνεργασίας των εργαζομένων καθώς και η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και η ενίσχυση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης» (Wiseman et al 2011).

«Η αποτελεσματική ομαδική εργασία είναι το κλειδί για την προσέγγιση της επιμερισμένης ηγεσίας, με έμφαση στον εντοπισμό των αξιών της ομάδας και τη βελτιστοποίηση της απόδοσης της ομάδας για τη βελτίωση των πρακτικών και τη συνολική επίδοση και αποτελεσματικότητα του οργανισμού» (Carl, Gupta & Javidan 2004).

Στο πλαίσιο της επιμερισμένης ηγεσίας, τα άτομα του οργανισμού λειτουργούν αυτόνομα και υιοθετούν ηγετικές συμπεριφορές, με αποτέλεσμα να παράγουν βελτιωμένη παροχή περίθαλψης των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, τα συνηθέστερα εμπόδια στην επιτυχή εφαρμογή αυτού του μοντέλου ηγεσίας αντανακλώνται στον υψηλό φόρτο εργασίας και τα ποσοστά του κύκλου εργασιών του προσωπικού, την έλλειψη ευθύνης, την απουσία σαφώς καθορισμένων στόχων και τέλος, το κακό ομαδικό ήθος.

«Η επιμερισμένη ηγεσία είναι μια συνεχής και ευέλικτη διαδικασία που απαιτεί συνεχή αξιολόγηση για να μπορεί να ανταποκρίνεται στις συνεχώς μεταβαλλόμενες προκλήσεις της υγειονομικής περίθαλψης» (Chen 2005). Οι διάφορες ομάδες μέσα στον οργανισμό, όταν αναπτύσσουν αρμονικές σχέσεις μεταξύ τους και με τις άλλες ομάδες, αυτές αντανακλώνται θετικά στις δραστηριότητες και πρακτικές τόσο των ομάδων, όσο και των ατόμων του οργανισμού και αυξάνουν ταυτόχρονα το κύρος της ομάδας μέσα στην ιεραρχία (Mozes, , Josman, & Yaniv 2011).

4.3.3 Ηθικό μοντέλο ηγεσίας

Σε κάποιες περιπτώσεις προκύπτει η ανάγκη ριζικής αλλαγής των υφιστάμενων πεποιθήσεων και αξιών του οργανισμού από την ηγεσία, με συνέπεια να θίγεται ένα μέρος του προσωπικού και να ευνοείται κάποιο άλλο.

Με την εφαρμογή μιας τέτοιας ηγετικής πρακτικής, που απαιτεί από το προσωπικό του οργανισμού να υιοθετήσει ριψοκίνδυνες στρατηγικές, ενδέχεται να προκληθούν εγκλήματα υπακοής και να διαταραχθεί η εμπιστοσύνη σε όλο το φάσμα του οργανισμού (Bossidy & Charan 2002, Calhoun et al 2009). Για να αποφευχθεί μια τέτοια ολέθρια πρακτική, η ηγεσία θα πρέπει να διακατέχεται από ηθική και αξίες που προάγουν τον σεβασμό προς το σύνολο του προσωπικού, εφαρμόζοντας πολιτική ίσων αποστάσεων και πάντοτε προσανατολισμένη στην επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας του οργανισμού υγείας.

Κάποια από τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τον ηθικό ηγέτη είναι η ειλικρίνεια, η αξιοπιστία, η δικαιοσύνη και η εντιμότητα κατά τη λήψη αποφάσεων με τρόπο ανθρωποκεντρικό, καθώς και η αυστηρή τήρηση των κανόνων δεοντολογίας σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο (Brown & Trevino 2006).

«Το ηθικό μοντέλο ηγεσίας έχει δύο διαστάσεις:

- Την ατομική ηθική, που περιλαμβάνει την εντιμότητα, την ακεραιότητα και την ειλικρίνεια του ατόμου
- Την ηθική του ηγέτη, με την έννοια της επιδίωξης και της προσπάθειας του ηγέτη να εμφυσήσει τις ηθικές του αξίες στο προσωπικό του οργανισμού» (Μπουραντάς 2015)

Επισημαίνεται η σημασία της εξέτασης της ηθικής ενός ηγέτη κατά την αξιολόγηση του, δηλαδή «...τα μέσα που χρησιμοποιεί για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού, καθώς και το περιεχόμενο των στρατηγικών στόχων που έχει θέσει» (Robbins & Judge 2013).

4.3.4 Ηγεσία προσανατολισμένη σε Λειτουργικά Αποτελέσματα Υγείας

Οι προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ηγέτες ενός σύγχρονου οργανισμού υγείας σχετίζονται με τις διαφορετικές και διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες, όπως είναι οι αυξημένες προσδοκίες των ασθενών και το υψηλό κόστος των νέων παρεμβάσεων και θεραπειών (Lanzoni & Meirelles 2011). Για να διαχειριστούν με επιτυχία τις προκλήσεις αυτές, οι ηγέτες, αφού αναλύσουν τις ανάγκες των ασθενών σε ένα ευρύ πλαίσιο, λαμβάνουν αποφάσεις που αφενός αφορούν τη σωστή διαχείριση των πόρων, αφετέρου την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών του οργανισμού.

Το μοντέλο ηγεσίας που είναι προσανατολισμένο στα λειτουργικά αποτελέσματα θέτει στο επίκεντρό του την λειτουργία του οργανισμού. Η ηγεσία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση των στόχων του οργανισμού και κατέχει τις απαραίτητες ικανότητες για την επίτευξή τους, μέσω της ικανοποίησης των αναγκών των τριών δομικών στοιχείων, των ατόμων, της ομάδας και των καθηκόντων τους (Almgre 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΗΝ ΠΟΛΕΜΙΚΗ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑ

5.1 Η ηγεσία στις ελληνικές Ένοπλες Δυνάμεις

5.1.1 Η στρατιωτική ηγεσία και διοίκηση

Η ηγεσία και το μάνατζμεντ στις Ένοπλες Δυνάμεις στην Ελλάδα και η εφαρμογή των αρχών τους συγκεκριμένα στην Πολεμική Αεροπορία, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς ότι ο σκοπός που υπηρετεί ένας στρατιωτικός ηγέτης είναι ιδιαίτερος. Γίνεται εύκολα αντιληπτό λοιπόν ότι οι στόχοι της στρατιωτικής ηγεσίας εκφεύγουν από τους προαναφερθέντες στόχους των οργανισμών – επιχειρήσεων αφού αφορούν την εθνική ασφάλεια του συνόλου των πολιτών μιας χώρας, έναν στόχο με αδιαμφισβήτητη σημασία και ευρύτητα. Η βασικότερη διαφορά ανάμεσα στον στρατιωτικό και τον πολιτικό ηγέτη έγκειται στο ότι η εξουσία του πρώτου είναι αποτέλεσμα ιεραρχικής ανέλιξης και με την διοίκησή του υπηρετεί συγκεκριμένη αποστολή.

Οι τακτικές μεταθέσεις των στελεχών για την κάλυψη των επιχειρησιακών απαιτήσεων αποτελούν τροχοπέδη στην οργανωτική συνέχεια, ενώ ταυτόχρονα διαπιστώνεται συχνά «μερική απώλεια» της πολύτιμης εμπειρίας των στελεχών λόγω της διαδικασίας αλληλοενημέρωσης των στελεχών για τα νέα πόστα που αναλαμβάνουν. Ακόμη, η δομή των Ενόπλων Δυνάμεων προβλέπει κάθε στέλεχος, κατά κανόνα, να έχει καθήκοντα τόσο προϊστάμενου όσο και υφιστάμενου, προκειμένου να αποκτούν εμπειρία και δεξιότητες σε όλο το φάσμα των καθηκόντων και ανάλογων ευθυνών που αναλαμβάνουν.

Μια ακόμη κομβικής σημασίας διαφορά στρατιωτικού και πολιτικού ηγέτη είναι ότι ο πρώτος δεν έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το προσωπικό του με βάση τα δικά του κριτήρια που υπαγορεύονται από την αποστολή σε αντίθεση με τον δεύτερο που έχει την ευχέρεια να το πράξει. Συνάγεται λοιπόν ότι, ο στρατιωτικός ηγέτης καλείται να διοικήσει ένα ποικιλόμορφο προσωπικό, διαφορετικών ειδικοτήτων και αξιών, που πιθανότατα μάλιστα να μην έχει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες για την επίτευξη της αποστολής. Συμβαίνει ακόμα πολλές φορές το στρατιωτικό προσωπικό να μην επαρκεί σε αριθμό ώστε να επιτελείται το έργο έγκαιρα και αποτελεσματικά.

Τα κίνητρα που δίνονται στα στελέχη των Ελληνικών Ένοπλων Δυνάμεων, είναι ηθικά και όχι οικονομικά, συνεπώς η αποδοτικότητά τους είναι παράγωγο του αισθήματος της προσφοράς στην ασφάλεια του ελληνικού λαού. Επιπλέον, ένα μέρος των στελεχών υπηρετεί σε Μονάδα μη επιθυμίας του, με αποτέλεσμα η δυσαρέσκεια που νιώθει να αποτυπώνεται στην εργασιακή του συμπεριφορά. Η εναλλαγή του προσωπικού είναι πολύ μεγαλύτερη από τον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ενώ οι διαδικασίες που τις διέπουν είναι γραφειοκρατικές.

Επιπλέον, το σύστημα αξιών στις Ελληνικές Ένοπλες Δυνάμεις βασίζεται στο τρίπτυχο πατρίδα – πειθαρχία – ιεραρχία, ως αποτέλεσμα της στρατιωτικής εκπαίδευσης που έχουν λάβει τα στελέχη και της παραδοσιακής νοοτροπίας που αποκτούν που αποτυπώνεται και στην εν γένει συμπεριφορά τους. Ως εκ τούτου, ο κώδικας αξιών και λειτουργία των Ενόπλων Δυνάμεων παρουσιάζει αδυναμία ευελιξίας και ποικιλίας σε αντίθεση με τον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, που χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερο εύρος και ελαστικότητα.

Ο στρατιωτικός ηγέτης έχει μεγαλύτερη εξουσία στο προσωπικό του από οποιοδήποτε πολιτικό προϊστάμενο, καθώς η ευθύνη για τα στελέχη του είναι διαρκής και ολοκληρωτική. Ακόμη, η βασική αξία της πειθαρχίας που διέπει το στράτευμα δεν θα πρέπει να διακυβεύεται με κανέναν τρόπο και η διασφάλισή της ενισχύει περαιτέρω την εξουσία του.

Τέλος, το σπουδαιότερο που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι το προσωπικό των Ενόπλων Δυνάμεων αναλαμβάνει να φέρει εις πέρας με επιτυχία την εκτέλεση της αποστολής καθημερινά αλλά έχει αποδεχτεί ακόμη να θυσιάσει την ζωή του οποτεδήποτε απαιτηθεί όταν οι συνθήκες επιβουλεύονται την εθνική ασφάλεια.

Από τις προαναφερόμενες ιδιαίτερα σημαντικές διαφορές στην άσκηση της ηγεσίας από τον στρατιωτικό ηγέτη έναντι του πολιτικού, προκύπτει ότι οι τεχνικές ηγεσίες που έχουν επιστημονικά αναπτυχθεί δεν είναι πάντοτε πρακτικά εφαρμοστέες στο χώρο των Ενόπλων Δυνάμεων. Οι ιδιαιτερότητα της αποστολής και οι ιδιομορφίες που εμφανίζει το στρατιωτικό περιβάλλον σε όλο το φάσμα του, απαιτούν τη συστηματική μελέτη και ανάλυση των αρχών και πρακτικών της ηγεσίας και του μάνατζμεντ, προκειμένου να διαπιστωθεί ποια και σε τι έκταση από τα πολύτιμα εργαλεία της διοίκησης μπορούν να ενταχθούν και να αφομοιωθούν στο στρατιωτικό πλαίσιο.

5.1.2 Τα επίπεδα της στρατιωτικής διοίκησης

Τα στελέχη που ανέρχονται στις υψηλότερες ιεραρχικά θέσεις απαιτείται να είναι φορείς τόσο διοικητικών δεξιοτήτων όσο και πληθώρας γνώσεων και ταυτόχρονα να αναλαμβάνουν την ευθύνη που τους αναλογεί.

Οι προκλήσεις με τις οποίες καλούνται να αναμετρηθούν οι στρατιωτικοί ηγέτες μεταφράζονται σε αντίστοιχες ευθύνες που φέρουν, οι οποίες ανάλογα με τα επίπεδα της στρατιωτικής ηγεσίας αποτελούν ευθύνες λιγότερο ή περισσότερο σημαντικές. Οι μορφές Διοίκησης σύμφωνα με το Βασικό Δόγμα της Πολεμικής Αεροπορίας είναι οι εξής:

«α. Πλήρης Διοίκηση. Είναι η στρατιωτική εξουσία και ευθύνη ενός Διοικητή να εκδίδει διαταγές, να αναθέτει έργα και γενικά να διευθύνει, να συντονίζει και να ελέγχει υφιστάμενους Σχηματισμούς ή Μονάδες των ΕΔ. Καλύπτει κάθε πλευρά των στρατιωτικών επιχειρήσεων, των διοικητικών θεμάτων και της Υποστήριξης Διοικητικής Μέριμνας (ΔΜ), μέσα στα πλαίσια της αποστολής του Διοικητή που ασκεί Πλήρη Διοίκηση.

β. Επιχειρησιακή Διοίκηση. Είναι η εξουσία ενός Διοικητή να αναθέτει αποστολές και έργα στους υφιστάμενους του Διοικητές, να αναπτύσσει Μονάδες, να αναδιατάσσει δυνάμεις και να διατηρεί ή να εκχωρεί/μεταβιβάζει τον Επιχειρησιακό Έλεγχο, την Τακτική Διοίκηση ή τον Τακτικό Έλεγχο αυτών. Δεν περιλαμβάνει την εξουσία και ευθύνη για χειρισμό των διοικητικών θεμάτων, τα οποία παραμένουν αρμοδιότητα του Διοικητή που ασκεί τη Διοικητική Διοίκηση. Η Επιχειρησιακή Διοίκηση αναφέρεται στο πλαίσιο των στρατιωτικών επιχειρήσεων. Η Επιχειρησιακή Διοίκηση συμπληρούμενη από τη Διοικητική Διοίκηση αποτελούν την Πλήρη Διοίκηση.

γ. Επιχειρησιακός Έλεγχος. Είναι η εξουσία που μεταβιβάζεται σε ένα Διοικητή να διευθύνει τις Δυνάμεις, που του έχουν διατεθεί, για την εκπλήρωση συγκεκριμένων αποστολών ή έργων τα οποία είναι συνήθως περιορισμένα από απόψεως χρόνου, τόπου και λειτουργίας. Δύναται να αναπτύσσει τις Δυνάμεις αυτές και να διατηρεί ή εκχωρεί ή μεταβιβάζει την Τακτική Διοίκηση ή τον Τακτικό τους Έλεγχο. Δεν περιλαμβάνει εξουσία για ανάθεση υπ' αυτού νέων αποστολών επί των δυνάμεων, που εκφεύγουν της υπό της προϊσταμένης Αρχής ανατεθείσας αποστολής, ούτε περιλαμβάνει αφ' εαυτής εξουσία Διοικητικού Ελέγχου ή Υποστήριξης ΔΜ.

δ. Διοικητική Διοίκηση. Είναι η εξουσία ενός Διοικητή επί των υφισταμένων/υποτεταγμένων κλιμακίων και Μονάδων σε διοικητικά θέματα, όπως τα θέματα προσωπικού, εκπαίδευσης, υποστήριξης ΔΜ, προετοιμασίας προς πόλεμο και ετοιμότητας. Αποτελεί περαιτέρω τη μόνιμη μορφή διοικήσεως στο σύστημα της διοικητικής οργάνωσης και εξακολουθεί να παραμένει σε ισχύ, έστω και αν κάποιες Μονάδες ενταχθούν σε ορισμένη επιχειρησιακή οργάνωση για την εκπλήρωση άλλης αποστολής.

ε. Διοικητικός Έλεγχος. Είναι η εξουσία που μεταβιβάζεται σε ένα Διοικητή να ασκεί ορισμένα διοικητικά καθήκοντα ή συγκεκριμένη υποστήριξη ΔΜ. Στην ουσία είναι μία περιορισμένη μορφή "Διοικητικής Διοικήσεως". Μία συνήθης μορφή Διοικητικού Ελέγχου είναι ο έλεγχος στρατωνισμού, με την οποία εννοούνται η υποστήριξη του προσωπικού μιας συστεγαζόμενης Μονάδας από πλευράς εγκαταστάσεων, φρούρησης, ενδιαίτησης, μισθοτροφοδοσίας και λοιπά θέματα διοικητικής φύσεως.

στ. Τακτική Διοίκηση. Είναι η εξουσία που εκχωρείται σε ένα Διοικητή να αναθέτει επί μέρους αποστολές ή έργα στις υπό αυτόν Δυνάμεις, για την εκπλήρωση της αποστολής που του έχει ανατεθεί. Περιλαμβάνει την ευθύνη διεξαγωγής των επιχειρήσεων για την εκπλήρωση της ανατεθείσας αποστολής και τη δυνατότητα διατήρησης ή μεταβίβασης του Τακτικού Ελέγχου των εμπλεκόμενων Δυνάμεων.

ζ. Τακτικός Έλεγχος. Είναι η εξουσία που μεταβιβάζεται σε ένα Διοικητή να ασκεί λεπτομερειακή και συνήθως τοπική διεύθυνση και έλεγχο των κινήσεων ή ελιγμών των Μονάδων ή των Δυνάμεων, που του έχουν διατεθεί και οι οποίες είναι απαραίτητες για την εκπλήρωση των αποστολών ή των έργων που του έχουν ανατεθεί» (Βασικό Δόγμα Πολεμικής Αεροπορίας, 2014)

5.1.3 Γιατί αποτυγχάνουν οι ηγέτες

Στο Βασικό Δόγμα της ΠΑ αποτυπώνεται η παραδοχή ότι, η αποτυχία των στρατιωτικών ηγετών είναι ένα φαινόμενο που συχνά απαντάται κατά την άσκηση της εξουσίας στο στρατιωτικό περιβάλλον. «Οι πλέον συχνά εμφανιζόμενες αιτίες αποτυχίας είναι οι ακόλουθες:

- α. Ένα μη ευαίσθητο, τραχύ ή τυραννικό στυλ ηγεσίας.
- β. Επιφυλακτικότητα ή αλαζονεία, υπεροψία.
- γ. Προσδοκία της προσωπικής εμπιστοσύνης.
- δ. Εγωκεντρική φιλοδοξία.
- ε. Αποτυχία να αντιμετωπίσουν με εποικοδομητικό τρόπο ένα προφανές πρόβλημα.
- στ. Μίκρο - μάνατζμεντ.
- ζ. Ανικανότητα ή έλλειψη εξουσίας να επιλέξουν αποτελεσματικούς και κατάλληλους υφισταμένους.
- η. Ανικανότητα να υιοθετήσουν μακροπρόθεσμη στρατηγική.

θ. Ανικανότητα να προσαρμοστούν σε ένα προϊστάμενο με διαφορετικό τρόπο Διοίκησης.

ι. Υπερβολική εξάρτηση από ένα σπόνσορα ή μέντορα» Βασικό Δόγμα Πολεμικής Αεροπορίας, 2014)

Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο, ηγέτες που εμπνέουν το προσωπικό τους να στερούνται διοικητικών δεξιοτήτων και το αντίστροφο, διοικητές να μην εμπνέουν ως ηγέτες παρόλο που κατέχουν τη διοικητική ικανότητα. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις, αποτυγχάνουν είτε να οργανώσουν και καθοδηγήσουν ορθά το προσωπικό τους είτε να του εμφυσήσουν εμπιστοσύνη, ασφάλεια και σεβασμό.

Στο χώρο των Ενόπλων Δυνάμεων επικρατούν κάποιοι «μύθοι» σχετικά με την ηγεσία και το μάνατζμεντ, που τυγχάνουν ευρείας αποδοχής και υποστηρίζουν την ηγετική θέση στελεχών, που στην πραγματικότητα δεν κατέχουν τις κατάλληλες διοικητικές δεξιότητες για να ηγηθούν:

- Ο μύθος της γνώσης: Το στέλεχος που διαθέτει μεγάλη επαγγελματική εμπειρία και είναι κάτοχος πτυχίων, λανθασμένα κρίνεται ως στέλεχος ικανό να ασκήσει ηγεσία.
- Ο μύθος της ιεραρχίας: Το στέλεχος που κατέχει υψηλή ιεραρχικά θέση, λαμβάνει την αποδοχή και την υπακοή των υφισταμένων του επειδή επιβάλλεται από την θέση του και δεν διαθέτει την ικανότητα να εμπνέει, να καθοδηγεί, να παρακινεί και να λειτουργεί ενωτικά.
- Ο μύθος της θέσης. Ο τελευταίος αυτός μύθος είναι ευρέως διαδεδομένος στους κόλπους των ΕΔ ακόμη και σήμερα. Το στέλεχος που κατέχει υψηλή ιεραρχικά θέση, δεν συνεπάγεται ότι κατέχει και διοικητικές ικανότητες ώστε να καταστεί ηγέτης αποτελεσματικός.

5.1.4 Οι αρχές της στρατιωτικής ηγεσίας στην Πολεμική Αεροπορία

Οι αρχές της στρατιωτικής ηγεσίας εμφανίζονται για πρώτη φορά στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα την εποχή του Πλάτωνα, ο οποίος αναφερόμενος στους “Φύλακες” και τους “Επίκουρους”, υποστήριζε ότι θα πρέπει να κατέχουν τις αρετές της σοφίας, ανδρείας και σωφροσύνης, προκειμένου να προστατεύουν επιτυχώς την πόλη από επιτιθέμενους εχθρούς της.

«Μερικές σημαντικές πρακτικές αρχές ηγεσίας της Πολεμικής Αεροπορίας είναι οι παρακάτω:

- α. Οι ηγέτες πρέπει να ενδιαφέρονται για τις ανάγκες του προσωπικού τους, αφιερώνοντας χρόνο και προσπάθεια στα προβλήματά του.
- β. Σε κάθε Μονάδα η ροή πληροφοριών πρέπει ανεμπόδιστα να είναι από πάνω προς τα κάτω, αντίστροφα και σε παράλληλα επίπεδα. Για αυτόν το λόγο οι ηγέτες πρέπει να κρατάνε τα κανάλια επικοινωνίας ανοικτά και να επιδιώκουν απλό, ξεκάθαρο και κατανοητό τρόπο επικοινωνίας.
- γ. Η παρακίνηση αποτελεί το κλειδί της επιτυχούς ηγεσίας. Η ικανότητα ενός ηγέτη να δημιουργεί και να μεταδίδει ενθουσιασμό για την αποστολή ίσως είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας της ηγεσίας.
- δ. Ο ηγέτης πρέπει να έχει υψηλή γνώση για την επίτευξη της αποστολής.
- ε. Η αντίληψη και αναγνώριση από έναν ηγέτη των αδυναμιών του θα τον βοηθήσει να τις ξεπεράσει, εκμεταλλευόμενος τις δυνατότητες του ή χρησιμοποιώντας μέλη της ομάδας του που έχουν τις απαιτούμενες ικανότητες.
- στ. Ο ηγέτης πρέπει να διοικεί με το παράδειγμα, ειδικά όπου υπάρχει ρίσκο αποτυχίας. Ο ηγέτης πρέπει να θυμάται ότι η επιτυχία της αποστολής ανήκει στη Μονάδα του, ενώ η αποτυχία ανήκει μόνο σε αυτόν.
- ζ. Ο ηγέτης πρέπει να είναι ικανός να κάνει γρήγορη εκτίμηση κατάστασης και να παίρνει έγκαιρα μια ορθή απόφαση, ιδιαίτερα σε δύσκολες καταστάσεις.

η. Ο Διοικητής πρέπει να επιβραβεύει και να ανταμείβει την ατομική προσπάθεια. Πρέπει να αξιολογεί ορθά με μόνο γνώμονα τα προσόντα, τις ικανότητες και την εργατικότητα του καθενός

Οι Διοικητές πρέπει να αντιλαμβάνονται το εύρος των υποχρεώσεων τους, την αποστολή της Μονάδας τους και να είναι προετοιμασμένοι για τις προκλήσεις που πρόκειται να αντιμετωπίσουν και τις ευκαιρίες που θα συναντήσουν.

Η ευθύνη της επίτευξης της αποστολής της Μονάδας παραμένει πάντα στον Διοικητή και δεν μπορεί να μεταβιβαστεί. Από τους Διοικητές αναμένεται να ηγούνται του προσωπικού τους και να διαχειρίζονται τα μέσα τους με τον κάλλιστο τρόπο προς επίτευξη της αποστολής τους» (Βασικό Δόγμα ΠΑ, 2014).

Οι αρχές της ηγεσίας και μάνατζμεντ που εφαρμόζονται στους οργανισμούς του ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα δεν παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις από τις αρχές της στρατιωτικής ηγεσίας και διοίκησης. Αρκεί να αναλογιστούμε ότι, αυτές οι αρχές γεννήθηκαν στο στρατιωτικό περιβάλλον και αναπτύχθηκαν αρχικά για να υπηρετήσουν στρατιωτικούς σκοπούς και εν συνεχεία, εισήχθησαν και προσαρμόστηκαν στις απαιτήσεις και τους στόχους του ιδιωτικού τομέα. Συμπερασματικά λοιπόν, η πρόκληση για τις Ελληνικές Ένοπλες Δυνάμεις είναι η συνεχής εξέλιξη, η ευελιξία και η προσαρμοστικότητα στις αλλαγές και τις νέες απαιτήσεις.

5.2 Το Μάνατζμεντ στην Πολεμική Αεροπορία

Το μάνατζμεντ διαθέτει τέσσερις βασικές λειτουργίες, τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τη στελέχωση, τη διεύθυνση και τον έλεγχο. Οι λειτουργίες αυτές, κατά ένα σημαντικό ποσοστό, τυγχάνουν πρακτικής εφαρμογής στην Πολεμική Αεροπορία. Πιο αναλυτικά:

- Ο σχεδιασμός. Η λειτουργία αποτελεί διδακτικό αντικείμενο των στρατιωτικών σχολών, οι οποίες καλούνται να εκπαιδεύσουν τα νέα στελέχη που εισάγονται στις ΕΔ, να είναι ικανά να σχεδιάσουν από απλές στρατιωτικές δραστηριότητες μέχρι σύνθετες και απαιτητικές επιχειρησιακές δράσεις. Η τυποποίηση και η πολύτιμη εμπειρία που αποκτάται με την παρέλευση των ετών, εφοδιάζει τα στελέχη με την ικανότητα να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε έκτακτες και επικίνδυνες για την εθνική ασφάλεια στρατιωτικές συγκυρίες.
- Η οργάνωση. Η δομή των ΕΔ θέτει στο επίκεντρό της τον παράγοντα της οργάνωσης, η οποία διέπει όλα τα επίπεδα της στρατιωτικής πυραμίδας, σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα και επίτευξη του σκοπού.
- Η στελέχωση ή επιλογή προσωπικού. Το ανθρώπινο δυναμικό συνιστά τον πυρήνα της αποτελεσματικότητας της ΠΑ, αφού θέτει την ζωή του ως θυσία για την επιτυχία της αποστολής, εργάζεται για την επίτευξη των στόχων με αυταπάρνηση και όραμα και εκπαιδύεται κατάλληλα για την κρίσιμη στιγμή που θα κληθεί να προασπιστεί την εθνική ασφάλεια. Κατ' επέκταση «η αεροπορική κουλτούρα στην ΠΑ είναι πρώτιστης σημασίας όπου το προσωπικό σωστά και ρεαλιστικά εκπαιδευμένο, σε περιβάλλον υγιούς πατριωτισμού αποτελεί πλέον την ειδοποιό διαφορά και τον πολλαπλασιαστή ισχύος της μαχητικής της ικανότητας» (Βασικό Δόγμα ΠΑ, 2014).
- Η διεύθυνση. Τα στελέχη των ΕΔ εκπαιδεύονται να διοικούν μεθοδικά από μικρές ομάδες ατόμων μέχρι μεγαλύτερες, ενώ στη σταδιοδρομία τους καλούνται κατά καιρούς να αναλάβουν πόστα ως προϊστάμενοι αλλά και ως υφιστάμενοι. Το πλεονέκτημα στην Πολεμική Αεροπορία είναι, κατά συνέπεια, ότι όλοι έχουν κοινές εμπειρίες και κοινά σημεία αναφοράς. Επιπλέον, κανένα στέλεχος δεν καταλαμβάνει διοικητική θέση, χωρίς προηγουμένως να έχει διαγράψει την προδιαγεγραμμένη πορεία που επιβάλλει η διαδικασία της στρατιωτικής διοίκησης και το γεγονός αυτό επιβάλλει με τη σειρά του κάποιους περιορισμούς στην ανέλιξη ιδιαίτερα ικανών στελεχών. Η αδυναμία του στρατιωτικού συστήματος έγκειται στο ότι προσκολλάται στην ιεραρχία, με αποτέλεσμα κάποια στελέχη να αναλαμβάνουν τον ρόλο του μάντζερ, χωρίς να διαθέτουν διοικητικές δεξιότητες. Κατά συνέπεια, δεν ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στα καθήκοντά τους, προκαλώντας κλίμα δυσαρέσκειας που επηρεάζει σημαντικά την απόδοση και συμπεριφορά του προσωπικού.

- Ο έλεγχος. Αποτελεί έννοια απόλυτα συνυφασμένη με τις Ένοπλες Δυνάμεις και εφαρμόζεται σε όλα τα επίπεδα. Έτσι όλα τα στελέχη είναι κάθε στιγμή ελεγκτές και ελεγχόμενοι. Αυτό μάλιστα, σε συνδυασμό με την πειθαρχία και τις συνέπειες που ακολουθούν τη μη τήρηση των προβλεπόμενων διαδικασιών και συμπεριφορών εντός των κόλπων της Πολεμικής Αεροπορίας, καθιστά τον έλεγχο βασική συνιστώσα της λειτουργίας της ΠΑ.

Γίνεται ρητή αναφορά στο Δόγμα της ΠΑ για το φαινόμενο που παρουσιάζεται, όπου ένας Διοικητής δεν διαθέτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός ηγέτη και κατά συνέπεια δεν δύναται να είναι αρωγός των στοιχείων της ηγεσίας, παρά γεγονός ότι κατέχει ιεραρχικά υψηλή θέση ευθύνης στην ΠΑ. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι εν λόγω θέσεις να καταλαμβάνονται από στελέχη που φέρουν ηγετικές ικανότητες, με την έννοια ότι κατορθώνουν να εμπνέουν τους υφιστάμενους τους να ασπάζονται με προθυμία και ενθουσιασμό το όραμά του και να προσανατολίζονται με αφοσίωση στην πραγμάτωσή του. Με την παραδοσιακή θεώρηση, η ηγεσία θεωρείται εν μέρει έμφυτο χάρισμα κάποιων ατόμων, όμως η σύγχρονη επιστήμη προκρίνει ότι η ικανότητα αυτή αποτελεί αντικείμενο διδασχής, εκπαίδευσης και αφομοίωσης με τη σταδιακή ενάσκησή της.

Πολλές φορές συγχέεται η έννοια του ηγέτη με αυτή του Διοικητή- Μάνατζερ και δημιουργείται η λανθασμένη εντύπωση της απόλυτης ταύτισης των δύο εννοιών. Ο Διοικητής, ο Διευθυντής, γενικά ο ασκών εξουσία στην ΠΑ θα πρέπει να είναι ταυτόχρονα και ηγέτης και μάνατζερ, καθώς τα χαρακτηριστικά που περικλείουν αυτές οι έννοιες λειτουργούν συμπληρωματικά και όταν απαντώνται σε ένα στέλεχος, συνθέτουν τον ιδανικό ηγέτη που επιτυγχάνει τα βέλτιστα αποτελέσματα για την ΠΑ.

Η τάση αυτής εξομοίωσης των δύο εννοιών δεν υφίσταται μόνο στις ΕΔ, αλλά είναι ευρέως διαδεδομένη στη σύγχρονη εποχή, με αποτέλεσμα η ηγεσία να συγχέεται με το μάνατζμεντ. Η αποτελεσματική ηγεσία εμπεριέχει την άσκηση του μάνατζμεντ. Ο Διοικητής - Μάνατζερ που φέρει και ηγετικά χαρακτηριστικά, κρίνεται ως η βέλτιστη επιλογή εξουσίας που θα οδηγήσει την ΠΑ σε υψηλούς στόχους στην εποχή των συνεχώς μεταβαλλόμενων συνθηκών και της συνεχούς ανασφάλειας.

Οι στόχοι που θέτει ο εκάστοτε Διοικητής – Ηγέτης διαφέρουν κατά περίπτωση, οφείλουν όμως να είναι απόλυτα συνυφασμένοι με τα εθνικά συμφέροντα, τα συμφέροντα του προσωπικού που διοικούν και της κοινωνίας. Η ηγετική συμπεριφορά ως περιεχόμενο και ως χαρακτήρας δεν έχει αξία αν δεν οδηγεί στην επίτευξη αποτελεσμάτων.

«Αποτελεσματική Ηγεσία = Ηγετική Συμπεριφορά x Αποτελέσματα»

«Η αποτελεσματική ηγεσία είναι γινόμενο και όχι άθροισμα της ηγετικής συμπεριφοράς (περιεχόμενο - χαρακτήρας) και των αποτελεσμάτων» (Βασικό Δόγμα ΠΑ, 2014).

Η επιστήμη του μάνατζμεντ αποτελεί τη λύση στη δύσκολη εξίσωση που η σύγχρονη εποχή αντιμετωπίζει, καθώς με την εφαρμογή των αρχών και μεθόδων της στη διοίκηση, καθίσταται αποτελεσματική η ευέλικτη διαχείριση των χρονικών και οικονομικών περιορισμών, η ταχύτητα της τεχνολογικής εξέλιξης και η υφιστάμενη πολυπλοκότητα. Στην Ελλάδα, οι αρχές και πρακτικές της ηγεσίας και του μάνατζμεντ στις ΕΔ τυγχάνουν μερικής εφαρμογής και ως εκ τούτου, υπάρχει ακόμη περιθώριο αλλαγών που θα επιφέρουν την ευελιξία, την εξέλιξη και την βελτίωση της αποτελεσματικότητας του στρατιωτικού περιβάλλοντος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΜΙΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ 110 ΠΤΕΡΥΓΑΣ ΜΑΧΗΣ

6.1 Αποστολή– Διάρθρωση Επιτελείου Πτέρυγας Μάχης

Αποστολή των Πτερύγων Μάχης του Αρχηγείου Τακτικής Αεροπορίας (ΑΤΑ) είναι η διατήρηση υψηλού βαθμού αποτελεσματικότητας και ετοιμότητας, με κατάλληλη οργάνωση, εκπαίδευση του προσωπικού και συντήρησης των μέσων και συστημάτων που διατίθενται ή μετασταθμεύουν σε αυτές, για ανάληψη και επιτυχή διεξαγωγή αεροπορικών επιχειρήσεων και αντιμετώπιση καταστάσεων ανάγκης, οποτεδήποτε απαιτηθεί.

Το Επιτελείο είναι το όργανο του Διοικητή με το οποίο ασκεί τα καθήκοντά του και διακρίνεται στις παρακάτω κατηγορίες και υποτμήματα, ως εξής:

α) Το Ειδικό Επιτελείο, που υπάγεται κατευθείαν στο Διοικητή και περιλαμβάνει:

- Το Υπασπιστήριο - Γραφείο Δημοσίων Σχέσεων
- Το Γραφείο Ασφάλειας Πτήσεων και Εδάφους (ΓΑΠΕ)
- Το Τμήμα Οικονομικού (πλην της 110ΠΜ, όπου υφίσταται ΔΟΥ)
- Το Γραφείο Τυποποίησης - Αξιολόγησης (Τ-Α)

β) Το Συντονιστικό Επιτελείο, που υπάγεται στο Διοικητή μέσω του Υποδιοικητή αποτελείται από:

- Τη Διεύθυνση Επιχειρήσεων - Εκπαίδευσης (ΔΕΕ)
- Τη Διεύθυνση Προστασίας Δυνάμεων (ΔΠΔ)
- Τη Διεύθυνση Υποστήριξης(ΔΥΠ)
- Το Τμήμα Κεντρικής Γραμματείας (διαχείριση στρατιωτικής αλληλογραφίας μέχρι το βαθμό του απόρρητου)
- Το Υπαρχείο ΕΤΝΑ - ΝΑΤΟ (διαχείριση στρατιωτικής αλληλογραφίας διαβάθμισης άκρως απόρρητου)
- Το Τμήμα Στρατιωτικού Προσωπικού

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

- Το Τμήμα Πολιτικού Προσωπικού και
- Η Υγειονομική Υπηρεσία (ΥΥ).

6.2 Αποστολή– Διάρθρωση Υγειονομικής Υπηρεσίας της 110 Πτέρυγας Μάχης

Αποστολή της Υγειονομικής Υπηρεσίας είναι η παροχή υγειονομικής υποστήριξης στη Μονάδα και υπάγεται στον Υποδιοικητή της Μονάδας.

Η διάρθρωση της ΥΥ περιλαμβάνει τα παρακάτω όργανα - τμήματα:

- Τον Προϊστάμενο ΥΥ
- Το Ιατρείο - Εξεταστήριο
- Το Αναρρωτήριο
- Την Κτηνιατρική υποστήριξη
- Το Γραφείο ψυχοκοινωνικής μέριμνας και
- Τη Γραμματεία (Παράρτημα 3).

Τα καθήκοντά του Προϊσταμένου της Υγειονομικής Υπηρεσίας περιλαμβάνουν:

- τον έλεγχο εφαρμογής των όρων υγιεινής διαβίωσης του προσωπικού της Μονάδας
- τον έλεγχο της καταλληλότητας των τροφίμων και του νερού
- την παρακολούθηση της υγειονομικής και ψυχοσωματικής κατάστασης του προσωπικού
- την εξασφάλιση της υγειονομικής υποστήριξης των πτήσεων
- την οργάνωση, εξοπλισμό και επίβλεψη της λειτουργίας του ιατρείου σε όλες τις δραστηριότητές του
- την ενημέρωση των μνημονίων ενεργειών του σχεδίου υγειονομικής υποστήριξης της Μονάδας
- τον προγραμματισμό και την υλοποίηση ενημερωτικών διαλέξεων στο προσωπικό για θέματα υγειονομικής φύσεως
- τον έλεγχο της τήρησης και ενημέρωσης των ιατρικών φακέλων του προσωπικού και
- τη σωστή διακίνηση και την ασφαλή φύλαξη των φαρμάκων σύμφωνα με τα προβλεπόμενα.

Τέλος ενθαρρύνει και προτρέπει το προσωπικό να συμμετάσχει σε εθελοντικά προγράμματα (αιμοδοσίες, δότες μυελού των οστών κ.ά.) και γενικά ελέγχει και προΐσταται όλων των δραστηριοτήτων της Υγειονομικής Υπηρεσίας.

Ο υπεύθυνος του Ιατρείου - Εξεταστηρίου μεριμνά για τα ακόλουθα:

- την ημερήσια εξέταση και διακίνηση ασθενών
- την παραπομπή ασθενών στο πλησιέστερο νοσοκομείο
- την ενημέρωση των Μοιρών - Επιστασιών για τους ελεύθερους υπηρεσίας
- την καταγραφή των ιατρικών στοιχείων στο βιβλίο ασθενών
- την ενημέρωση του Προϊστάμενου Υγειονομικής Υπηρεσίας για τα επείγοντα και σοβαρά περιστατικά
- τη διακομιδή των σοβαρών περιστατικών στο πλησιέστερο νοσοκομείο
- τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στους ασθενείς
- την ενημέρωση του Προϊστάμενου της Υγειονομικής Υπηρεσίας για ελλείψεις σε φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό
- την καθαριότητα και την ευταξία του χώρου του Ιατρείου - Εξεταστηρίου.

Ο υπεύθυνος του Οδοντιατρείου έχει τα εξής καθήκοντα:

- την ημερήσια εξέταση και διακίνηση ασθενών
- την ενημέρωση των Μοιρών – Επιστασιών για τους ελεύθερους υπηρεσίας
- την καταγραφή των ιατρικών στοιχείων στο βιβλίο των ασθενών
- τη χορήγηση της σχετικής φαρμακευτικής αγωγής
- την καθαριότητα και την ευταξία του χώρου του οδοντιατρείου.

Ο υπεύθυνος του Αναρρωτηρίου μεριμνά για τα ακόλουθα:

- την ημερήσια νοσηλεία των ασθενών
- τη χορήγηση της σχετικής φαρμακευτικής αγωγής
- την καθαριότητα και την ευταξία του χώρου του αναρρωτηρίου
- την εξέταση των νοσηλευόμενων από τον ιατρό υπηρεσίας
- την τήρηση του βιβλίου αναρρωτηρίου.

Ο υπεύθυνος παροχής κτηνιατρικής υποστήριξης μεριμνά για:

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

- την παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης στους στρατιωτικούς σκύλους της Μονάδας, αλλά και των υποστηριζόμενων Μονάδων της Πολεμικής Αεροπορίας
- την παροχή πρωτοβάθμιων κτηνιατρικών υπηρεσιών και συμβουλευτικής σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας τροφίμων και νερού (μακροσκοπικός ποιοτικός έλεγχος, δειγματοληψίες, κανόνες ορθής υγιεινής πρακτικής) στη Μονάδα και τις υποστηριζόμενες Μονάδες της Πολεμικής Αεροπορίας.

Ο υπεύθυνος του γραφείου ψυχοκοινωνικής μέριμνας φέρει τα εξής καθήκοντα:

- την προαγωγή της ψυχικής υγείας του μόνιμου και στρατεύσιμου προσωπικού
- τη διεξαγωγή διαλέξεων σε θέματα ψυχικής υγείας και εργασιακής ψυχολογίας
- την παροχή συμβουλευτικών και υποστηρικτικών ψυχολογικών υπηρεσιών όταν απαιτείται
- την ψυχολογική εξέταση του μόνιμου και στρατεύσιμου προσωπικού μετά από παραπομπή του Προϊστάμενου, για την οποία απαιτείται υπηρεσιακό σημείωμα από την Επιστασία και ενημερωτικό σημείωμα από τον Προϊστάμενο
- τη μέριμνα για την παραπομπή του προσωπικού για εκτίμηση από Ψυχίατρο, σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα σε σχετικές διαταγές, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο και κατόπιν σύνταξης αναλυτικού ενημερωτικού σημειώματος
- την ενημέρωση και την παρακολούθηση της πορείας των νοσηλευόμενων σε ψυχιατρική κλινική κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της νοσηλείας τους
- την ψυχολογική υποστήριξη στελεχών και των οικογενειών τους μετά από αεροπορικά ή άλλα ατυχήματα και φυσικές καταστροφές.

Οι ευθύνες και αρμοδιότητες του υπεύθυνου της Γραμματείας αφορούν την τήρηση των Ατομικών Ιατρικών Φακέλων (ΑΙΦ), την έκδοση παραπεμπτικών σημειωμάτων, εισιτηρίων για το 251ΓΝΑ και την τήρηση του αρχείου διαχείρισης ασθενών. Γενικά την γραμματειακή υποστήριξη της ΥΥ και το χειρισμό των θεμάτων υγειονομικής κατάστασης του προσωπικού, σύμφωνα με το Νόμο περί Προσωπικών Δεδομένων (ιατρικό απόρρητο).

Η ΥΥ της Μονάδας τηρεί και ενημερώνει το βιβλίο ιατρείου - εξεταστηρίου, το βιβλίο κίνησης θεραπευτηρίου, το βιβλίο κίνησης νοσοκομείου (με τη διάγνωση εξιτηρίου, τη διάρκεια νοσηλείας, την αναρρωτική άδεια και τις ιατρικές οδηγίες - φαρμακευτική αγωγή - επανεξέταση) και το βιβλίο παρακολούθησης και εξέτασης ιπτάμενου

προσωπικού. Επίσης τηρούνται, όπως προαναφέρθηκε, τα ΑΙΦ και τα Δελτία Υγειονομικής Κατάστασης Οπλιτών (ΔΥΚΟ).

Κάθε Μονάδα είναι υπεύθυνη για τη δική της υγειονομική υποστήριξη. Στα πλαίσια των δυνατοτήτων της Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας παρέχει ιατρική κάλυψη για όλο το εικοσιτετράωρο όταν αυτό είναι δυνατό. Ασθενείς με διαγνωστικά ή θεραπευτικά προβλήματα που δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν στο επίπεδο της Μονάδας, παραπέμπονται στα εξωτερικά ιατρεία του πλησιέστερου Στρατιωτικού Νοσοκομείου με την έγκριση του Προϊστάμενου της Υγειονομικής Υπηρεσίας. Η παραπομπή γίνεται με παραπεμπτικό σημείωμα της Μονάδας.

Όταν στην περιοχή της Μονάδας δεν λειτουργεί Στρατιωτικό Νοσοκομείο ή αυτό που λειτουργεί δεν είναι κατάλληλα εξοπλισμένο και στελεχωμένο με ιατρό ανάλογης ειδικότητας, τότε η υγειονομική περίθαλψη εξωνοσοκομειακή (δηλαδή ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις) και νοσοκομειακή (δηλαδή νοσηλεία) μπορεί να παρέχονται στο 251 ΓΝΑ ή στο πλησιέστερο Κρατικό Νοσοκομείο και σε περίπτωση αδυναμίας του, η νοσοκομειακή από τις ιδιωτικές κλινικές και η εξωνοσοκομειακή από τα ιατρεία ή εργαστήρια ιδιωτών ιατρών. Είναι δυνατόν σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης κατά την οποία υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του στρατιωτικού, η υγειονομική περίθαλψη να παρέχεται η μεν νοσοκομειακή σε Κρατικό νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική, η δε εξωνοσοκομειακή από ιδιώτη ιατρό.

Το σύνολο του μόνιμου στρατιωτικού προσωπικού δικαιούται υγειονομικής περίθαλψης και δύνανται να είναι κάτοχοι Ατομικού Βιβλιαρίου Μητρώου (ΑΒΝ). Το προσωπικό αυτό είναι άμεσα ασφαλισμένο στο ΥΕΘΑ/ΓΕΑ. Ως έμμεσα μέλη θεωρούνται οι συγγενείς πρώτου βαθμού (σύζυγοι, τέκνα, γονείς, άγαμα αδέρφια έως 25 ετών), οι οποίοι μπορούν να κατέχουν Ατομικό Βιβλιάριο Νοσηλείας με πρόσβαση όχι μόνο σε στρατιωτικά νοσοκομεία και στρατιωτικούς ιατρούς, όπως ισχύει για τους άμεσα ασφαλισμένους, αλλά και σε συμβεβλημένα με το ΥΕΘΑ/ΓΕΑ θεραπευτήρια και ιδιώτες ιατρούς.

Επισημαίνεται ότι, η ιδιωτική άσκηση επαγγέλματος επιτρέπεται στους Μόνιμους Αξιωματικούς Υγειονομικούς Ιατρούς (ΥΙ), Υγειονομικούς Οδοντίατρους (ΥΟ) και Υγειονομικούς Κτηνιάτρους (ΥΚ).

6.3 Θεσμικό πλαίσιο υγειονομικής υποστήριξης στην Πολεμική Αεροπορία

Με την Πάγια Διαταγή (ΠαΔ) 7-1/2008 καθορίζεται το πλαίσιο υγειονομικής υποστήριξης που παρέχει η Πολεμική Αεροπορία (ΠΑ) σε καιρό ειρήνης και των διαδικασιών με τις οποίες αυτή υλοποιείται.

Το υγειονομικό προσωπικό της ΠΑ σε καιρό ειρήνης μεριμνά:

- για τη διατήρηση του στρατιωτικού προσωπικού στην καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική κατάσταση για την εκτέλεση της αποστολής του
- την πιστοποίηση της πτητικής καταλληλότητας από υγειονομικής πλευράς του ιπτάμενου προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας
- την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού
- την προετοιμασία και ετοιμότητα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των απωλειών υγείας σε περίοδο πολέμου
- τη συμμετοχή σε διεθνείς υγειονομικές αποστολές εξωτερικού όταν απαιτηθεί
- την παροχή κοινωφελούς υγειονομικού έργου στην Πολιτεία
- την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας στους δικαιούχους (άμεσα και έμμεσα μέλη).

Για την επίτευξη των ανωτέρω το υγειονομικό προσωπικό της ΠΑ:

- επιλέγει, ελέγχει και κρίνει περιοδικά τη σωματική ικανότητα και πτητική καταλληλότητα του προσωπικού της
- επιβλέπει εφαρμόζει και εισηγείται την εφαρμογή των μέτρων υγιεινής που αφορούν το προσωπικό και τους χώρους διαβίωσης και εργασίας του

Τα διοικητικά πρωτόκολλα λειτουργίας μιας επιχειρησιακής μονάδας υγείας
Κωνσταντίνα Πανάγου

- παρέχει υγειονομική περίθαλψη σε περίπτωση νόσου ή ατυχήματος στο στρατιωτικό και πολιτικό προσωπικό και στους δικαιούχους υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας
- αξιολογεί δημιουργικά αξιόλογη και εκπαιδεύει το μόνιμο προσωπικό τους δόκιμους έφεδρους αξιωματικούς και τους οπλίτες, όπως προβλέπεται από τους αντίστοιχους Κανονισμούς Πολεμικής Αεροπορίας (ΚΠΑ) και Πάγιες Διαταγές (ΠΑΔ)
- καταρτίζει σχέδια υγειονομικής υποστήριξης για περίοδο πολέμου και δημιουργεί τις προϋποθέσεις που εξασφαλίζουν την άμεση και αποτελεσματική εφαρμογή τους
- παρακολουθεί και εισηγείται τον εκσυγχρονισμό του υγειονομικού υλικού και των μέσων.

6.4 Διάρθρωση Υγειονομικών Φορέων στην Πολεμική Αεροπορία

Η οργάνωση των Υγειονομικών Διευθύνσεων, Τμημάτων, Μονάδων και Υπηρεσιών της ΠΑ με βάση το κύριο έργο τους είναι οι ακόλουθοι:

1) Επιτελικοί φορείς:

- Γενικό Επιτελείο αεροπορίας (ΓΕΑ)/Διεύθυνση Υγειονομικού (ΔΥΓ)
- Αρχηγείο Τακτικής Αεροπορίας (ΑΤΑ)/Τμήμα Β1/4
- Διοίκηση Αεροπορικής Υποστήριξης (ΔΑΥ)/Τμήμα Α4/3
- Διοίκηση Αεροπορικής Εκπαίδευσης (ΔΑΕ)/Τμήμα Α5/3

2) Εκτελεστικά όργανα:

α) Υγειονομικοί φορείς που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη:

- 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας (251ΓΝΑ): παροχή όλων των βαθμίδων υγειονομικής περίθαλψης
- Υγειονομικές Υπηρεσίες (ΥΥ) Μονάδων: παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης

β) Υγειονομικοί φορείς που κρίνουν τη σωματική και πτητική καταλληλότητα του στρατιωτικού προσωπικού:

- Αναθεωρητική Υγειονομική Επιτροπή Αεροπορίας (ΑΥΕΑ)
- Ανώτατη Αεροπορίας Υγειονομική Επιτροπή (ΑΑΥΕ)
- Κέντρο Αεροπορικής Ιατρικής (ΚΑΙ)
- 251ΓΝΑ/Τμήμα Περιοδικής Υγειονομικής Εξέτασης (ΤΠΥΕ)

γ) Εκπαιδευτικοί υγειονομικοί φορείς:

- 251 ΓΝΑ
- ΚΑΙ
- Κέντρο Εκπαίδευσης Υγειονομικού Πολεμικής Αεροπορίας (ΚΕΥΠΑ)
- Σχολείο Πυρηνικής Βιολογικής Χημικής Άμυνας (ΣΠΥΒΙΧΑ)

6.5 Λειτουργίες των Υγειονομικών Φορέων στην Πολεμική Αεροπορία

6.5.1 Υγειονομική επιλογή του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας

Η υγειονομική επιλογή του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας είναι απαραίτητη, προκειμένου να επιλεγούν τα σωματικώς ικανά μόνιμα στελέχη και Οπλίτες, οι οποίοι δύνανται να ανταποκριθούν πλήρως και με ασφάλεια στα στρατιωτικά τους καθήκοντα. Ως σωματική ικανότητα ορίζεται η σωματική διάπλαση, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η αρτιμέλεια, που θα επιτρέψουν στους κατατασσόμενους με οποιαδήποτε ιδιότητα, να ανταποκριθούν πλήρως στις απαιτήσεις της αποστολής για την οποία προορίζονται (Προεδρικό Διάταγμα “Περί Κρίσης Σωματικής Ικανότητας Στρατιωτικών”).

Οι ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας και οι απαιτήσεις του στρατιωτικού επαγγέλματος και της στρατιωτικής υποχρέωσης είναι αυτές που καθόρισαν τα κριτήρια καταλληλότητας. Οι υποψήφιοι για μόνιμα στελέχη ή για Οπλίτες με σωματικά ή ψυχικά νοσήματα, που η διεθνής εμπειρία έχει αναγνωρίσει και η πολιτεία έχει θεσμοθετήσει με το ανωτέρω Προεδρικό Διάταγμα (ΠΔ) ότι είναι βέβαιο, πιθανό ή δυνατό να μην είναι σε θέση να φέρουν σε πέρας την αποστολή τους ή να επιδεινωθεί περαιτέρω η υγεία τους ένεκα αυτής, κρίνονται κατάλληλοι ή ακατάλληλοι για στράτευση αντίστοιχα.

Η πιστοποίηση της καταλληλότητας, από υγειονομικής πλευράς του προσωπικού και των Οπλιτών μετά την υγειονομική επιλογή σε τακτά χρονικά διαστήματα:

- εξυπηρετεί την ανάγκη της παρουσίας προσωπικού που να είναι ικανό να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά του

- συντάσσεται με τις επιταγές της παγκόσμιας πολιτικής της υγείας για προληπτικές ιατρικές εξετάσεις, που αποσκοπούν στην ανίχνευση παραγόντων για ανάπτυξη νόσων ή στη διάγνωση νόσων που έχουν διαλάβει
- υλοποιείται με τις περιοδικές και τις έκτακτες εξετάσεις.

6.5.2 Φορείς και διαδικασία υγειονομικής επιλογής του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας

Η υγειονομική επιλογή περιλαμβάνει την αρχική υγειονομική εξέταση και την κρίση της σωματικής ικανότητας. Η αρχική υγειονομική εξέταση των υποψηφίων για τις παραγωγικές Σχολές της Πολεμικής Αεροπορίας, των υποψηφίων εκ διαγωνισμού Αξιωματικών της Πολεμικής Αεροπορίας και των εξ απονομής Αξιωματικών της Πολεμικής Αεροπορίας (Ολυμπιονίκες) γίνεται στο ΚΑΙ. Αντίστοιχα, των υποψηφίων ΕΠΟΠ Σμηνιτών στο ΤΠΥΕ., ενώ η κρίση της σωματικής ικανότητας όλων γίνεται στην ΑΑΥΕ.

Το ΚΑΙ και το ΤΠΥΕ ενισχύονται με προσωπικό για να ανταποκριθούν στο αυξημένο έργο τους κατά την περίοδο της υγειονομικής εξέτασης των υποψηφίων.

Η υγειονομική επιλογή των Οπλιτών γίνεται στην 124 Πτέρυγα Βασικής Εκπαίδευσης (124ΠΒΕ) και περιλαμβάνει την αρχική υγειονομική εξέταση και κρίση της σωματικής ικανότητας. Η αρχική υγειονομική εξέταση είναι κλινική και εργαστηριακή και διενεργείται από κλιμάκιο υγειονομικού προσωπικού, το οποίο ορίζεται με διαταγή της ΓΕΑ/ΔΥΓ.

Το μόνιμο στρατιωτικό προσωπικό χωρίζεται σε κατηγορίες Α Β και Γ από άποψη πτητικής καταλληλότητας και σε προσωπικό εδάφους, με βάση το Προεδρικό Διάταγμα “Περί Κρίσης Σωματικής Ικανότητας Στρατιωτικών”. Οι υγειονομικές μεταβολές του προσωπικού καταχωρούνται στους Ατομικούς Ιατρικούς Φακέλους (ΑΙΦ), στα Δελτία Υγειονομικής Κατάστασης Οπλιτών (ΔΥΚΟ) και στα Ατομικά Βιβλιάρια Υγείας (ΑΒΥ).

Πιο συγκεκριμένα, η εξέταση του προσωπικού στο ΚΑΙ ή στο ΤΠΥΕ, εξαρτάται από την κατηγορία της πτητικής καταλληλότητας του ως ακολούθως: Στο ΚΑΙ εξετάζεται το προσωπικό πτητικής καταλληλότητας Α και Β και το προσωπικό με ειδικό

επιχειρησιακό έργο. Στο ΤΠΥΕ εξετάζεται το προσωπικό πτητικής καταλληλότητας Γ και το προσωπικό εδάφους.

Αναλυτικά στο ΚΑΙ εξετάζονται οι ακόλουθες ειδικότητες Αξιωματικών, μαθητών και Υπαξιωματικών:

- Μαθητές παραγωγικών σχολών: ίκαροι ιπτάμενοι
- Αξιωματικοί: ιπτάμενοι, ραδιοναύτιλοι, ιπτάμενοι μηχανικοί ναυτικής συνεργασίας, χειριστές αεροσκαφών και ελικοπτέρων λοιπόν κλάδων, ελεγκτές αεράμυνας
- Ανθυπασιπιστές και Υπαξιωματικοί: ραδιοναύτιλοι, ιπτάμενοι μηχανικοί ναυτικής συνεργασίας, χειριστές αεροσκαφών και ελικοπτέρων λοιπόν κλάδων, τεχνικής υποστήριξης ελεγκτές αναχαίτισης.

6.5.3 Καταχώριση υγειονομικών μεταβολών του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας

Οι ΑΙΦ εκδίδονται για πρώτη φορά στα ανώτατα στρατιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα (ΑΣΕΙ) και στις ανώτερες στρατιωτικές σχολές υπαξιωματικών (ΑΣΣΥ) ή στις Μονάδες της ΠΑ., στις οποίες τοποθετείται για πρώτη φορά το υπόλοιπο μόνιμο στρατιωτικό προσωπικό (εκ διαγωνισμού Αξιωματικοί, εξ απονομής Αξιωματικοί και ΕΠΟΠ Σμηνίτες). Τα ΔΥΚΟ εκδίδονται για πρώτη φορά στις μονάδες κατάταξης των Οπλιτών ενώ τα ΑΒΥ εκδίδονται από τις κατά τόπους νομαρχίες.

Πιο αναλυτικά στους ΑΙΦ τοποθετούνται:

- τα δελτία των περιοδικών και έκτακτων υγειονομικών εξετάσεων
- το δελτίο υγειονομικών μεταβολών και το δελτίο οδοντιατρικών μεταβολών
- κατάσταση ελέγχου εμβολιασμών.

ΤΑ ΔΥΚΟ και ΑΒΥ ενημερώνονται με ανάλογο με τους ΑΙΦ τρόπο. ΤΑ ΑΙΦ και τα ΔΥΚΟ τηρούνται στην Υγειονομική Υπηρεσία των Μονάδων, ενώ τα ΑΒΥ τα διατηρούν οι κάτοχοι τους. Οι ΑΙΦ και τα ΔΥΚΟ ταξινομούνται και διευθετούνται σε ειδικά ενθέμια για άμεση ανεύρεση και χρησιμοποίησή τους, διατηρούνται σε καλή κατάσταση και ο χειρισμός τους γίνεται μόνο από το υγειονομικό προσωπικό. Οι ΑΙΦ

και τα ΔΥΚΟ του προσωπικού που μετατίθεται αποστέλλονται υπηρεσιακά στην Υγειονομική Υπηρεσία της νέας Μονάδας μέσω στρατιωτικής αλληλογραφίας.

6.5.4 Διαδικασία υγειονομικών εξετάσεων του προσωπικού της Πολεμικής Αεροπορίας

Ο έλεγχος της εφαρμογής της διαδικασίας των περιοδικών και λοιπών υγειονομικών εξετάσεων του προσωπικού γίνεται σε επίπεδο Μονάδων:

- με την ενημέρωση των ΑΙΦ, των ΔΥΚΟ και των ΑΒΥ με τις υγειονομικές μεταβολές
- με την υποβολή στα προϊστάμενα υγειονομικά κλιμάκια:
 - κατάστασης προσωπικού που δεν προσήλθε στην προβλεπόμενη περιοδική υγειονομική εξέταση στην Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας, με τους λόγους για τους οποίους δεν έγινε δυνατή η εξέτασή του. Οι λόγοι μη παραπομπής ή μη εξέτασης αναφέρονται σε έγγραφη αναφορά των Γραφείων Προσωπικού των Μοιρών - Επιστασιών προς την Υγειονομική Υπηρεσία στο τέλος κάθε μήνα.
 - κατάστασης με το προσωπικό που δεν μετέβη στο ΚΑΙ ή στο ΤΠΥΕ για την προβλεπόμενη περιοδική υγειονομική εξέταση ή στην ΑΑΥΕ για επανεξέταση με τους λόγους για τους οποίους δεν έγινε δυνατή η εξέταση του.

Η διαδικασία παραπομπής του προσωπικού για περιοδική υγειονομική εξέταση στο ΚΑΙ ή στο 251ΓΝΑ/ΤΠΥΕ ή για επανεξέταση στην ΑΑΥΕ είναι η ακόλουθη:

Η Υγειονομική Υπηρεσία στην αρχή κάθε μήνα, υποβάλλει στο Τμήμα Προσωπικού της Μονάδας κατάσταση με το προσωπικό που θα εξεταστεί στο ΚΑΙ, στο 251ΓΝΑ/ΤΠΥΕ και στην ΑΑΥΕ τον επόμενο μήνα μαζί με τα παραπεμπτικά σημειώματα.

Το Τμήμα Προσωπικού της Μονάδας μεριμνά για την αναγραφή του παραπεμπόμενου για εξέταση προσωπικού με τις ημερομηνίες εξέτασής του στην Ημερήσια Διαταγή Μονάδας (ΗΔΜ) και την αποστολή των παραπεμπτικών σημειωμάτων στα Γραφεία Προσωπικού των Μοιρών - Επιστασιών. Με τη σειρά τους τα Γραφεία Προσωπικού

των Μοιρών – Επιστασιών χορηγούν ενυπογράφως και έγκαιρα τα Φύλλα Πορείας στο προς εξέταση προσωπικό, στις συγκεκριμένες ημερομηνίες που αναγράφονται στα παραπεμπτικά σημειώματα της Υγειονομικής Υπηρεσίας.

6.5.5 Αεροπορική Ιατρική - Αεροπορική Νοσηλευτική και Προληπτική Ιατρική

Η Αεροπορική Ιατρική (Α.Ι.) και η Αεροπορική Νοσηλευτική (Α.Ν.) έχουν σκοπό την υγειονομική υποστήριξη των πτήσεων και κατά συνέπεια την υποστήριξη των αεροπορικών επιχειρήσεων.

Η Αεροπορική Ιατρική ασκείται από το μόνιμο προσωπικό, τους ΔΕΑ (Δόκιμοι Έφεδροι Αξιωματικοί) και τους Οπλίτες της Υγειονομικής Υπηρεσίας. Όλοι οι αξιωματικοί της ΠΑ που έχουν εκπαιδευτεί και αποφοιτήσει από το Σχολείο Αεροπορικής Ιατρικής (ΣΑΙ) θεωρούνται Ιατροί Αεροπορικής Ιατρικής και σε αυτούς, συμπεριλαμβάνονται οι Αξιωματικοί που συμμετέχουν στις πτήσεις και ονομάζονται Ιπτάμενοι Ιατροί Αεροπορικής Ιατρικής (ΠΑΙ).

Η άσκηση της Αεροπορικής Ιατρικής σε επίπεδο Μονάδας ασκείται στο Ιατρείο (ΥΥ) της Μονάδας και όπου αλλού απαιτηθεί, από το σύνολο του υγειονομικού προσωπικού, το οποίο είναι εκπαιδευμένο στην αεροπορική ιατρική από τα αρμόδια σχολεία. Ο κύριος φορέας της άσκησης της Α.Ι. είναι ο Ιπτάμενος Ιατρός Αεροπορικής Ιατρικής (ΠΑΙ), ο οποίος προΐσταται του Γραφείου Αεροπορικής Ιατρικής της Μονάδας.

Το κύριο καθήκον του ΠΑΙ είναι η παρουσία του στις Πολεμικές Μοίρες (briefing κτλ) και η συμμετοχή του στις πτήσεις ως συγκυβερνήτης, προάγοντας έτσι ενεργητικά την ασφάλεια των πτήσεων. Στα πλαίσια του έργου του εντάσσεται και η υγειονομική εξέταση των ιπτάμενων της Μοίρας του ή και άλλων Μοιρών στα Ιατρεία της Υγειονομικής Υπηρεσίας.

Πιο αναλυτικά, τα καθήκοντά του είναι να ελέγχει, να κατευθύνει και να μεριμνά για την εφαρμογή των αρχών της Αεροπορικής Ιατρικής από το ιπτάμενο προσωπικό της Μονάδας. Συμμετέχει στις πτήσεις ως μέλος πληρώματος διαθέσιμου αεροσκάφους με σκοπό να εξοικειωθεί με το περιβάλλον της πτήσης και συνεπώς, να κατανοήσει καλύτερα τη φυσιολογία της. Παρακολουθεί την ψυχοσωματική και υγειονομική

κατάσταση του ιπτάμενου προσωπικού της Μονάδας σύμφωνα με τις αρχές της Προληπτικής Ιατρικής.

Επιπλέον οργανώνει, εξοπλίζει και επιβλέπει το φαρμακείο των Πολεμικών Μοιρών για την επιτόπου αντιμετώπιση ελαφρών περιστατικών ενώ ταυτόχρονα, παρέχει νοσηλεία και μέριμνα στο ιπτάμενο προσωπικό της Μονάδας σε περιπτώσεις ασθένειας ή τραυματισμού. Συνεργάζεται με τον Αξιωματικό Γραφείου Ασφάλειας Πτήσεων Εδάφους (ΓΑΠΕ) της Μονάδας με στόχο την προαγωγή της ασφάλειας πτήσεων εδάφους. Τέλος, μεριμνά για τον προγραμματισμό και την πραγματοποίηση ενημερωτικών διαλέξεων σε θέματα Α.Ι. στο ιπτάμενο προσωπικό των Μοιρών, την τήρηση και συνεχή ενημέρωση των ΑΙΦ του ιπτάμενου προσωπικού της Μονάδας, την έρευνα σε θέματα Α.Ι. σε επίπεδο Μονάδας και την εκπαίδευση του λοιπού ιατρικού προσωπικού της Μονάδας σε θέματα Α.Ι.

Η Προληπτική Ιατρική έχει ως σκοπό την πρόληψη νόσων με την αποφυγή βλαπτικών για την υγεία παραγόντων. Αυτή επιτυγχάνεται όπως προαναφέρθηκε, με τη διενέργεια των περιοδικών υγειονομικών εξετάσεων και με την ενημέρωση του προσωπικού για θέματα υγείας, ατομικής υγιεινής και υγιεινής της εργασίας.

Για την προστασία και τη διατήρηση της υγείας θεωρείται απαραίτητη η εφαρμογή των κανόνων ατομικής καθαριότητας, η επαρκής ανάπαυση, ο ύπνος, η τακτική άσκηση, η προφύλαξη από τις δυσμενείς συνθήκες του περιβάλλοντος και η καθαριότητα του ιματισμού. Σημασία για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας έχει η αποχή από το κάπνισμα, το οινόπνευμα και ναρκωτικά. Η σπουδαιότητα της ατομικής υγιεινής και της υγιεινής της εργασίας τονίζεται στις συχνές πειστικές διαλέξεις με ανάλογα θέματα σε όλο το προσωπικό των Μονάδων.

Με κατευθύνσεις και οδηγίες για σωστή διατροφή και διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά πλαίσια, η ΥΥ των Μονάδων συμμετέχει στην κατάρτιση του προγράμματος συσσιτίου, ενώ για τους αποκλίνοντες από το παραδεκτό σωματικό βάρος λαμβάνονται μέτρα κατά την περιοδική υγειονομική εξέταση. Παράλληλα η ΥΥ της Μονάδας είναι δυνατόν να τους παραπέμψει στο Διαιτολογικό Τμήμα του 251ΓΝΑ για πληρέστερη ενημέρωση και χορήγηση διαιτητικών οδηγιών.

Το σωματικό βάρος που είναι συμβατό με πτητική καταλληλότητα κυμαίνεται για τις μεν κατηγορίες Α και Β, μεταξύ 63,5 κιλά το ελάχιστο και 93 κιλά το μέγιστο, για την κατηγορία Γ έως και 25% περισσότερο του προβλεπόμενου και για το προσωπικό εδάφους έως και 35% περισσότερο του προβλεπόμενου.

6.5.6 Αεροδιακομιδές

Αεροδιακομιδή είναι η μεταφορά ασθενών με πτητικό μέσο (αεροσκάφος ή ελικόπτερο) προς τις Υγειονομικές Μονάδες ή προς το 251 ΓΝΑ ή άλλο νοσοκομείο ή μεταξύ αυτών. Σε περίπτωση που απαιτηθεί αεροδιακομιδή για το προσωπικό της Πολεμικής Αεροπορίας, ο Προϊστάμενος της Υγειονομικής Υπηρεσίας της Μονάδας ή ο αντικαταστάτης του, επικοινωνεί με το 251ΓΝΑ/ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) αναφέρει όλες τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ατόμου και κατόπιν συντονισμού, αποφασίζεται η αναγκαιότητα της αεροδιακομιδής.

Στη συνέχεια ο Διοικητής της Μονάδας που ανήκει ο διακομιζόμενος, αναφέρει την κατάσταση στον ιεραρχικά ανώτερο σχηματισμό και αιτείται την απαίτηση εκτέλεσης αεροδιακομιδής. Στην περίπτωση της Υγειονομικής Υπηρεσίας της 110 Πτέρυγας Μάχης, ο Διοικητής της Μονάδας αναφέρεται στο Αρχηγείο Τακτικής Αεροπορίας (ΑΤΑ).

Τα ανώτερα προϊστάμενα κλιμάκια στη συνέχεια αιτούνται αρχικά τηλεφωνικά και στη συνέχεια σημαντικά από το ΓΕΑ/ΚΕΠΙΧ (Κέντρο Επιχειρήσεων), την έγκριση διάθεσης κατάλληλου πτητικού μέσου για την εκτέλεση της αποστολής. Μετά την έγκριση διάθεσης του πτητικού μέσου για την εκτέλεση της αεροδιακομιδής, με μέριμνα του αιτούντος την αεροδιακομιδή ενημερώνεται το 251ΓΝΑ/ΤΕΠ σε ότι αφορά τα ιατρικά δεδομένα και το ιστορικό του διακομιζόμενου, καθώς και αν απαιτείται ή όχι συνοδεία του από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Η απόφαση για αεροδιακομιδή ασθενών στηρίζεται σε καθαρά ιατρικές ενδείξεις, οι οποίες ταξινομούνται στις παρακάτω προτεραιότητες:

- Προτεραιότητα 1 -επείγουσα: στην προτεραιότητα αυτή κατατάσσονται οι ασθενείς για τους οποίους η αεροδιακομιδή είναι αναγκαία για τη διάσωση της ζωής τους, για αποφυγή μόνιμης αναπηρίας ή σοβαρών επιπλοκών.

- Προτεραιότητα 2: στην προτεραιότητα αυτή κατατάσσονται οι ασθενείς στους οποίους απαιτείται ειδική θεραπεία, που δεν δύναται να προσφερθεί επιτόπου και που η κατάστασή τους είναι πιθανόν να επιδεινωθεί, αν δεν διακομιστούν με τη μικρότερη δυνατή καθυστέρηση.
- Προτεραιότητα 3: ασθενείς που η άμεση θεραπεία είναι μεν διαθέσιμη επιτόπου, ωστόσο η πρόγνωσή τους θα βελτιωνόταν σημαντικά αν διακομίζονταν με τακτική πτήση.

6.5.7 Αιμοδοσία

Μεγάλη έμφαση δίνεται στην αιμοδοσία στις Ένοπλες Δυνάμεις και κατ' επέκταση σε επίπεδο Υγειονομικής Υπηρεσίας Μονάδας. Η αιμοδοσία διακρίνεται σε γενική και σε έκτακτη. Η γενική αιμοδοσία διενεργείται από συνεργεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που επισκέπτονται τις Μονάδες της Πολεμικής Αεροπορίας βάσει προγράμματος. Η έκτακτη αιμοδοσία γίνεται σε επίπεδο Μονάδας σε συνεργασία με τα κατά τόπους νοσηλευτικά ιδρύματα ή με το 251ΓΝΑ. Η αιμοληψία στις περιπτώσεις αυτές διενεργείται στα κατά τόπους Κρατικά Νοσοκομεία για λογαριασμό του αιτούντος νοσηλευτικού ιδρύματος και του ασθενούς για τον οποίο προορίζεται.

Ο αιμοδότης εφοδιάζεται από την ΥΥ της Μονάδας με παραπεμπτικό σημείωμα, στο οποίο αναγράφονται τα στοιχεία του λήπτη, η πάθηση του και το ίδρυμα όπου νοσηλεύεται. Τα παραπεμπτικά αυτά σημειώματα υπογράφονται από το Διοικητή της Μονάδας. Ακολούθως, η ΥΥ εκδίδει βεβαίωση στον αιμοδότη με την οποία χορηγείται η αιμοδοτική άδεια.

Επισημαίνεται ότι, στο 251ΓΝΑ λειτουργεί Τράπεζα Σπάνιων σε συχνότητα Ομάδων Αίματος. Οι ΥΥ των Μονάδων θα πρέπει να συγκεντρώνουν τα έντυπα δήλωσης επιθυμίας συμμετοχής εθελοντή - δότη σπάνιων σε συχνότητα ομάδων αίματος.

6.5.8 Υγιεινή ύδατος, τροφίμων και χώρων εργασίας και διαβίωσης

Η υγιεινή του νερού, των τροφίμων, των χώρων εργασίας και διαβίωσης του προσωπικού συνιστά άλλη μία αρμοδιότητα της ΥΥ της Μονάδας. Η αναγκαιότητα

εξασφάλισης επαρκούς ελέγχου του συστήματος ύδρευσης, της τροφοδοσίας, του συστήματος βιολογικού καθαρισμού, της αλυσίδας αποκομιδής των απορριμμάτων και της υγιεινής των χώρων εργασίας, εξυπηρέτησης και διαβίωσης του προσωπικού της Μονάδας, καθιστά επιβεβλημένο τον προγραμματισμό απεντομώσεων, μυοκτονιών και δειγματοληψιών ύδατος και τροφίμων.

Ο προγραμματισμός αυτός γίνεται με μέριμνα της ΥΥ και πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα και εκτάκτως, όταν ιδιαίτερες συνθήκες το απαιτούν. Ο υγειονομικός έλεγχος γίνεται από τον Κτηνίατρο (ΥΚ) της Μονάδας και ελλείψει αυτού, από Ιατρό (ΥΙ) ή Οδοντίατρο (ΥΟ).

Οι Διοικητές Μοιρών και οι Προϊστάμενοι Τμημάτων, εφόσον διαπιστώσουν πρόβλημα που αφορά την υγιεινή των χώρων ευθύνης τους, υποχρεούνται να ενημερώνουν έγκαιρα την ΥΥ ώστε να διενεργηθεί έκτακτος έλεγχος πέραν των καθοριζόμενων. Στην περίπτωση αυτή ο Προϊστάμενος της ΥΥ, αφού ενημερώσει τον Υποδιοικητή της Μονάδας, προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες.

Η καταλληλότητα του νερού ελέγχεται με δειγματοληψίες από σημεία που επιλέγονται κατάλληλα ώστε να σχηματίζεται η συνολική εκτίμηση για όλο το δίκτυο ύδρευσης της Μονάδας, για τη διενέργεια μικροβιολογικών και χημικών εργαστηριακών εξετάσεων. Τα δείγματα στέλνονται στο πλησιέστερο εργαστήριο του Στρατού Ξηράς (ΣΞ) ή κρατικού φορέα, με συνοδευτικό δελτίο.

Η ΥΥ ελέγχει ακόμη καθημερινά την ποιότητα των τροφίμων και την τήρηση των όρων της υγιεινής στην αποθήκευση και στην παρασκευή του συσσιτίου. Τα αποτελέσματα του υγειονομικού ελέγχου καταγράφονται σε ειδικό βιβλίο που υπάρχει στο Τμήμα Τροφοδοσίας και υπογράφεται επώνυμα από τον Υγειονομικό Αξιωματικό. Σε περίπτωση αμφιβολίας για την καταλληλότητα ή όχι κάποιου τροφίμου, η ΥΥ αποστέλλει δείγματα για εξετάσεις στο πλησιέστερο στρατιωτικό κτηνιατρικό εργαστήριο ή σε ανάλογο εργαστήριο της Νομαρχίας. Το δείγμα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του είδους του τροφίμου, αρκετό σε ποσότητα και να συσκευάζεται και να σφραγίζεται κατάλληλα μπροστά στον προμηθευτή. Στη συνέχεια συντάσσεται πρωτόκολλο δειγματοληψίας, το οποίο υπογράφεται και από τον προμηθευτή ή τον νόμιμο εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο του και ακολούθως, το δείγμα στέλνεται για

εξέταση με το ταχύτερο και ασφαλέστερο μέσον, αφού εξασφαλιστούν οι κατάλληλες συνθήκες συντήρησης του κατά τη διάρκεια της μεταφοράς.

Τέλος, οι εγκαταστάσεις στρατωνισμού (θάλαμοι, κουρέια, νιπτήρες, λουτρά, μπάνια κτλ) πρέπει να πληρούν τις προϋποθέσεις υγιεινής και να ελέγχεται η καθαριότητα και λειτουργία τους συστηματικά από την ΥΥ.

6.5.9 Χαρακτηρισμοί Ιατρικών Αποφάσεων σε επίπεδο Υγειονομικής Υπηρεσίας Μονάδας

Οι χαρακτηρισμοί των ιατρικών αποφάσεων που λαμβάνονται από την ΥΥ για το Μόνιμο Στρατιωτικό Προσωπικό, τους ΔΕΑ και τους Οπλίτες διακρίνονται στους εξής:

- 1 - Υγής: να επιστρέψει στην υπηρεσία του
- 2 - Εισαγωγή στο αναρρωτήριο: Αφορά μόνο τους Οπλίτες. Η νοσηλεία δεν πρέπει να υπερβαίνει τις τέσσερις ημέρες. Μετά την παρέλευση των τεσσάρων ημερών και εφόσον ο νοσηλευόμενος δεν κριθεί υγιής, παραπέμπεται στο 251ΓΝΑ για Μονάδες του λεκανοπεδίου Αττικής ή σε άλλο Στρατιωτικό Νοσοκομείο για Μονάδες εκτός του λεκανοπεδίου Αττικής.
- 3 - Ελεύθερος Πτήσεων: Αφορά το ιπτάμενο προσωπικό Α και Β κατηγορίας. Ελεύθερος πτήσεων χαρακτηρίζεται ο ασθενής που η κατάσταση της υγείας του δεν επιτρέπει την εκτέλεση πτήσης. Ο μέγιστος αριθμός ημερών που μπορεί να παραμείνει κάποιος ελεύθερος πτήσεων είναι 15 ημέρες. Για την υπέρβαση του ορίου αυτού, πρέπει να ζητείται η έγκριση από το προϊστάμενο υγειονομικό κλιμάκιο ανάλογα με τη Μονάδα. Στην περίπτωση της ΥΥ της 110 Πτέρυγας Μάχης από το ΑΤΑ/Β1/4.
- 4 - Ελεύθερος Υπηρεσίας: Αφορά το στρατιωτικό προσωπικό γενικά: Ελεύθερος υπηρεσίας χαρακτηρίζεται ο ασθενής που η κατάσταση της υγείας του δεν του επιτρέπει την εκτέλεση της υπηρεσίας. Οι Αξιωματικοί, οι Ανθυπασπιστές και οι ΔΕΑ, μπορούν να κριθούν ελεύθεροι υπηρεσίας μέχρι έξι μέρες. Οι Υπαξιωματικοί και οι Οπλίτες μέχρι 4 ημέρες.

5 - Άλλες υγειονομικές μεταβολές: όπως ελεύθερος ασκήσεων, ελεύθερος αρβυλών κτλ. πρέπει να περιγράφονται αναλυτικά και να στοιχειοθετούνται από τον θεράποντα Ιατρό. Οι εν λόγω μεταβολές δεν μπορούν να υπερβαίνουν τις δέκα μέρες.

6 - Παραπομπή για εξέταση: στα Εξωτερικά Ιατρεία του 251 ΓΝΑ ή άλλου Στρατιωτικού ή Δημόσιου Νοσοκομείου για τις Μονάδες εκτός λεκανοπεδίου Αττικής ή προς την ΑΑΥΕ.

6.5.10 Ωράριο λειτουργίας – στελέχωση – εξέταση και παρακολούθηση ασθενών στην Υγειονομική Υπηρεσία της 110ΠΜ

Όπως προαναφέρθηκε, η αποστολή της ΥΥ της 110 Πτέρυγας Μάχης είναι η διατήρηση του προσωπικού στην καλύτερη δυνατή ψυχοσωματική κατάσταση, η ταχεία και αποτελεσματική περίθαλψη και αποκατάσταση των απωλειών υγείας σε ειρηνική περίοδο. Επίσης, η δημιουργία προϋποθέσεων υγειονομικής ετοιμότητας που να εξασφαλίζουν την άμεση και αποτελεσματική εφαρμογή των πολεμικών σχεδίων υγειονομικής υποστήριξης.

Η πιστή τήρηση των διαδικασιών επίσκεψης των ασθενών στο ιατρείο βοηθάει στην καλύτερη εξυπηρέτηση του προσωπικού, στην αποφυγή περιττών μετακινήσεων και περιορίζει την άσκοπη αλληλογραφία των νοσοκομείων με τη Μονάδα.

Κατά τις μη εργάσιμες ώρες και ημέρες η ΥΥ στελεχώνεται από τον εφημερεύοντα Υγειονομικό. Υπηρεσία εφημερεύοντος Υγειονομικού προγραμματίζεται όλο το υγειονομικό προσωπικό της ΥΥ με ευθύνη του Προϊστάμενου της ΥΥ. Σε περίπτωση που δεν εφημερεύει ιατρός, ορίζεται από τον Προϊστάμενο ιατρός ο οποίος βρίσκεται σε ετοιμότητα 30 λεπτών.

Το ιπτάμενο προσωπικό Β κατηγορίας υγειονομικών προσόντων, οι χειριστές Συστημάτων Μη Επανδρωμένων Αεροσκαφών (ΣΜΗΕΑ) και το προσωπικό που εκτελεί καθήκοντα Ελεγκτή Εναέριας Κυκλοφορίας (ΕΕΚ) εξετάζεται από την Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας και από το ΚΑΙ ως εξής:

- Η περιοδική υγειονομική εξέταση σε επίπεδο ΥΥ είναι κλινική και πραγματοποιείται στη διάρκεια του μηνός που συμπληρώνει εξάμηνο από την ετήσια εξέταση στο ΚΑΙ, σε ημερομηνία που καθορίζεται από την ΥΥ.
- Η ετήσια υγειονομική εξέταση του ιπτάμενου προσωπικού Β κατηγορίας, των χειριστών ΣΜΗΕΑ και των ΕΕΚ γίνεται στο ΚΑΙ την ημερομηνία γέννησής τους και σε καμία περίπτωση πέραν του ενός έτους από την προηγούμενη εξέταση. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις όταν υπάρχει ανυπέρβλητο κώλυμα, η ΥΥ μπορεί να αποφασίσει αναβολή της εξέτασης στο ΚΑΙ για 15 ημέρες το μέγιστο. Στην περίπτωση αυτή, η Μονάδα αναφέρει τη σχετική αναβολή με σήμα στο ΓΕΑ/ΔΥΓ με κοινοποίηση στο ΚΑΙ.

Το προσωπικό Γ κατηγορίας εξετάζεται περιοδικά από την ΥΥ της Μονάδας, κάθε χρόνο για όσους κρίνεται απαραίτητο, με προγραμματισμό που εκδίδεται το μήνα Νοέμβριο και από το Τμήμα Περιοδικής Υγειονομικής Εξέτασης (ΤΠΥΕ) του 251ΓΝΑ κάθε δύο χρόνια για προσωπικό ηλικίας άνω των 40 ετών και κάθε πέντε χρόνια για προσωπικό ηλικίας κάτω των 40 ετών στην ημερομηνία γέννησης.

Η διαδικασία εξέτασης ασθενούς προσωπικού της Μονάδας, εκτελείται στο τακτικό πρωινό ιατρείο κατά τις ώρες λειτουργίας αυτού. Η εξέταση γίνεται από τον ιατρό μόνο εφόσον ο ασθενής προσκομίσει σχετικό υπηρεσιακό σημείωμα παραπομπής του από το Τμήμα Προσωπικού ή το Γραφείο Προσωπικού της Μοίρας του.

Ο ιατρός μετά την εξέταση αναγράφει στο σημείωμα σχετική γνωμάτευση και ενημερώνει το βιβλίο κινήσεως ασθενών του Ιατρείου, ενώ τυχόν υγειονομικές μεταβολές που αφορούν Μόνιμο Στρατιωτικό Προσωπικό αναγράφονται στην Ημερήσια Διαταγή Πτέρυγας. Εφόσον κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω εξέταση ή περίθαλψη του ασθενούς, εκδίδεται παραπεμπτικό σημείωμα προς το Στρατιωτικό Νοσοκομείο ή το Κρατικό Νοσοκομείο, το οποίο θεωρείται από τον Διοικητή της Πτέρυγας ή τον αντικαταστάτη του.

Εξέταση εν υπηρεσία μόνιμου και στρατεύσιμου προσωπικού μετά την παύση της εργασίας, εκτελείται στο ιατρείο από τον εφημερεύοντα Υγειονομικό ή τον ιατρό ετοιμότητας, κατόπιν ενημέρωσης των οργάνων υπηρεσίας της Μονάδας.

Σε περίπτωση που Αξιωματικός ή Υπαξιωματικός ή Οπλίτης ασθενήσει εκτός της περιοχής της Μονάδας, οφείλει να μεταβεί στην πλησιέστερη μονάδα της Π.Α. ή στο Φρουραρχείο. Οποιαδήποτε μεταβολή ή ιατρική γνωμάτευση αποστέλλεται με σήμα στη Μονάδα και ισχύει μόνο με την υπογραφή του ιατρού της Μονάδας ή του Φρουραρχείου. Εάν στην περιοχή δεν υφίσταται Μονάδα της ΠΑ ή Φρουραρχείο, ο στρατιωτικός οφείλει να μεταβεί σε Κρατικό Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας και να ενημερώσει σχετικά με το πόρισμα της εξέτασης την Επιστασία του και την Υγειονομική Υπηρεσία της Μονάδας.

Επιπλέον, η παρακολούθηση της πορείας της υγείας νοσηλευόμενων σε Κρατικά Νοσοκομεία γίνεται με την καθημερινή παρουσία στο Κρατικό Νοσοκομείο ενός Αξιωματικού Υγειονομικού Ιατρού της Μονάδας, εάν η Μονάδα βρίσκεται πλησίον του νοσοκομείου. Σε αντίθετη περίπτωση, το ΑΤΑ/Β1/4 ορίζει υπεύθυνη για την παρακολούθηση του ασθενούς την πλησιέστερη ΥΥ στο Κρατικό Νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την ανωτέρω ανάλυση διαπιστώθηκε ότι, οι αρχές της στρατιωτικής ηγεσίας δεν διαφέρουν ουσιαστικά από της αρχές του μάνατζμεντ που εφαρμόζεται σε οργανισμούς και επιχειρήσεις. Εκείνο όμως που διαφέρει σε σημαντικό βαθμό είναι οι συνθήκες μέσα στις οποίες ασκούνται, οι οποίες είναι πολύ διαφορετικές από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα και ακόμη περισσότερο από τον ιδιωτικό. Επιπλέον, τα μοντέλα διοίκησης που απαντώνται στις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα βρίσκουν πρακτική εφαρμογή και στους υγειονομικούς οργανισμούς της Πολεμικής Αεροπορίας.

Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα παρουσιάστηκαν κατά τρόπο συστηματικό οι αρχές και πρακτικές διοίκησης και ηγεσίας των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα και επιχειρήθηκε η συγκριτική ανάλυσή τους στο πλαίσιο ενός δημόσιου μεν στρατιωτικού δε περιβάλλοντος, την Πολεμική Αεροπορία. Περαιτέρω μελετήθηκε η περίπτωση της Υγειονομικής Υπηρεσίας (ΥΥ) της 110 Πτέρυγας Μάχης, ενός οργανισμού υγειονομικού που παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα στελέχη και διέπεται από τις αξίες και την κουλτούρα των δημόσιων οργανισμών υγείας, ενστερνιζόμενη όμως ταυτόχρονα τις στρατιωτικές αρχές και αξίες που επιβάλλει το πλαίσιο στο οποίο είναι ενταγμένη. Η απόλυτα ιεραρχική δομή του στρατιωτικού περιβάλλοντος με έμφαση στην πειθαρχία και την τυποποίηση, σαφέστατα επηρεάζει την οργανωσιακή κουλτούρα, τις αρχές και πρακτικές διοίκησης και τις λειτουργίες της Υγειονομικής Υπηρεσίας.

Αρχικά, στο στρατιωτικό πλαίσιο, είναι κοινά παραδεκτό ότι η διοίκηση βασίζεται πρωταρχικά στην εκχώρηση εξουσίας μέσω των βαθμίδων της ιεραρχίας και ορίζει συγκεκριμένη αποστολή σε κάθε στέλεχος. Η παραδοχή αυτή παραπέμπει αυτόματα στο γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης που αναπτύχθηκε από το Max Weber, το οποίο δομείται στη βάση της αρχής του ορθολογισμού.

Η ιεραρχική δομή της Πολεμικής Αεροπορίας συνεπάγεται την καταρχήν μέγιστη εξουσία και ευθύνη για τη λήψη των αποφάσεων από τα ανώτατα στελέχη, τα οποία έχουν το δικαίωμα να ασκούν έλεγχο στα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερες θέσεις της ιεραρχίας. Η εξουσία αυτή διαχέεται με τη μορφή «πυραμίδας», από την κορυφή

αυτής που είναι τα ανώτατα ιεραρχικά στελέχη, μέχρι τη βάση αυτής που είναι τα κατώτατα στην ιεραρχία στελέχη. Η εξουσία λοιπόν διέρχεται μέσα από τον οργανισμό με την μορφή σαφών διαταγών και την εφαρμογή ενός αυστηρού κανονιστικού πλαισίου, που διασφαλίζει την αποτελεσματική λειτουργία του.

Συμπερασματικά, το υγειονομικό προσωπικό που στελεχώνει την υγειονομική υπηρεσία μιας στρατιωτικής Μονάδας, καλείται να εκτελέσει τα καθήκοντά του επιδεικνύοντας απόλυτη πειθαρχία στο θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο, χωρίς να επηρεάζεται από προσωπικές απόψεις και συναισθήματα και λειτουργώντας με σαφή καταμερισμό αρμοδιοτήτων και καθηκόντων.

Από τα ανωτέρω αναδύονται σημαντικά μειονεκτήματα, που αποτελούν τροχοπέδη στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού της Υγειονομικής Υπηρεσίας στην Πολεμική Αεροπορία. Μια σημαντική αδυναμία συνιστά η αυστηρή ιεραρχική δομή του οργανισμού, καθώς υπάρχει πιθανότητα το στέλεχος που βρίσκεται στην υψηλότερη ιεραρχικά θέση (όπως για παράδειγμα ο Προϊστάμενος της Υγειονομικής Υπηρεσίας σε μία Μονάδα), να μην κατέχει διοικητικές δεξιότητες.

Ο «μύθος της θέσης» εν προκειμένω, προκρίνει ότι το στέλεχος που κατέχει την υψηλότερη βαθμολογικά θέση μπορεί να ηγηθεί ορθά και αποτελεσματικά ανεξάρτητα από την έλλειψη της ικανότητάς του να εμπνέει εμπιστοσύνη και σεβασμό στους υφιστάμενούς του, ανεξάρτητα από έλλειψη οργανωτικής δεινότητας και γενικότερα, την απουσία διοικητικών δεξιοτήτων. Τα στελέχη αυτά αναλαμβάνουν αποκλειστικά για λόγους βαθμολογικής ιεραρχίας διοικητικές θέσεις αυξημένης ευθύνης και σημασίας και οι υφιστάμενοι τους καλούνται να τους ακολουθήσουν, χωρίς να τους αποδέχονται ως ηγέτες ή επειδή εμπνέονται από αυτούς, αλλά επειδή επιβάλλεται από την ιεραρχία.

Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο λοιπόν, ο οργανισμός να μην μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά είτε λόγω μιας αυταρχικής, αυστηρής διοίκησης του Προϊστάμενου που οδηγεί σε έλλειμμα πνεύματος συνεργασίας, αλληλεγγύης, κοινού οράματος και κατά συνέπεια αποδοτικότητας. Στον αντίποδα, έχει παρατηρηθεί μία «χαλαρή» διοίκηση εκ μέρους του Προϊστάμενου, που οδηγεί στο να επιρρίπτονται οι ευθύνες για τα λάθη στους υφιστάμενούς του, σε «μίμηση» της χαλαρότητας από τους υφιστάμενους άρα αύξηση της αδιαφορίας για την εργασία και αύξηση των

παραλείψεων και λαθών και επομένως, εξίσου σε μείωση της αποτελεσματικότητας του οργανισμού.

Για να αντιμετωπιστεί η αδυναμία αυτή, θα πρέπει να υπάρξει ένα αντικειμενικό και δίκαιο σύστημα αξιολόγησης στην Πολεμική Αεροπορία, που να παρέχει στην εκάστοτε ηγεσία την δυνατότητα να επιλέγει μεταξύ των στελεχών εκείνα, που ανταποκρίνονται πραγματικά στις απαιτήσεις μιας διοικητικής θέσης. Ένα σωστά καταρτισμένο, αξιοκρατικά και αντικειμενικά βαθμολογημένο σύστημα αξιολόγησης, θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο management στα χέρια της ηγεσίας στην ανάλυση - ανάθεση των θέσεων εργασίας, ώστε ανάλογα με τα προσόντα που φέρει το κάθε στέλεχος να επιλέγεται και η τοποθέτησή του στη θέση εργασίας που προάγει τις δεξιότητές του.

Επισημαίνεται ότι, στην Πολεμική Αεροπορία υφίσταται ήδη σύστημα αξιολόγησης των στελεχών, στο οποίο όμως η επικρατούσα άποψη είναι ότι όλοι είναι «άριστοι», πολλώ δε μάλλον οι ιεραρχικά ανώτεροι, όπου με την «παγίδα» της εμπειρίας και της πολυετούς υπηρεσίας συγχέεται λανθασμένα και η διοικητική ικανότητα.

Ακόμη ένα σημαντικό μειονέκτημα του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης είναι η έλλειψη ανάπτυξης πρωτοβουλίας εκ μέρους των υφισταμένων. Σε ένα αυστηρό ιεραρχικό πλαίσιο, τα στελέχη κατώτερης βαθμίδας που μπορεί να είναι φορείς νέων πρωτοποριακών ιδεών και μεθόδων λειτουργίας του οργανισμού, τεχνολογικών καινοτομιών για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του προσωπικού και την ανάλυση των δεδομένων, συχνά προσκρούουν στις παρωχημένες, παραδοσιακές πρακτικές που επιβάλλουν οι Προϊστάμενοι με την απλοϊκή επιχειρηματολογία της «παλιάς δοκιμασμένης μεθόδου».

Για την αποφυγή αυτού του φαινομένου, με βάση και τις πρακτικές και αρχές ηγεσίας που προτείνει το Βασικό Δόγμα της ΠΑ (2014), θα πρέπει σε κάθε Μονάδα η ροή πληροφοριών να γίνεται ανεμπόδιστα να είναι από πάνω προς τα κάτω, αντίστροφα και σε παράλληλα επίπεδα. Για αυτόν το λόγο οι ηγέτες και κατ' επέκταση οι Προϊστάμενοι, πρέπει να κρατάνε τα «κανάλια» επικοινωνίας ανοικτά και να επιδιώκουν απλό, ξεκάθαρο και κατανοητό τρόπο επικοινωνίας.

Σε όλα τα παραπάνω συντείνει και το γεγονός ότι, το σύστημα προαγωγών στην Πολεμική Αεροπορία δεν βασίζεται στις δεξιότητες που επιδεικνύει το εκάστοτε στέλεχος κατά την άσκηση των καθηκόντων του, αλλά αποκλειστικά στα χρόνια υπηρεσίας του. Στον αντίποδα, συνιστά πλεονέκτημα ότι τα στελέχη διέρχονται όλη την κλίμακα της ιεραρχίας καταλαμβάνοντας θέσεις τόσο Προϊστάμενου όσο και υφιστάμενου αποκτώντας με τον τρόπο αυτό πολυδιάστατη εμπειρία και γνώση. Το γεγονός αυτό τους επιτρέπει όταν ανέρχονται σε θέσεις ευθύνης – εξουσίας, να έχουν σφαιρική άποψη για την ορθή διοικητική στρατηγική και εφόσον διαθέτουν και τις κατάλληλες διοικητικές δεξιότητες, να την εφαρμόζουν επιτυχώς.

Επιπλέον, δεν θα πρέπει να αμελείται το γεγονός ότι τα κίνητρα που δίνονται στα στελέχη, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, είναι ηθικά και όχι οικονομικά, με αποτέλεσμα μία μερίδα αυτών να μην αποδίδει τα μέγιστα καθόσον γνωρίζει ότι δεν θα υπάρξει και η ανάλογη οικονομική ανταμοιβή της προσπάθειας τους. Επιπλέον, ένα μέρος των στελεχών δεν υπηρετεί σε Μονάδα επιθυμίας και συμφερόντων του, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται στις δραστηριότητές του από τη δυσαρέσκεια που νιώθει. Η εναλλαγή του προσωπικού είναι πολύ μεγαλύτερη από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα.

Τα παραπάνω αναφερόμενα αποτελούν δομικά χαρακτηριστικά των στρατιωτικών οργανισμών και ως εκ τούτου, η πρόκληση της αντιμετώπισής τους συνίσταται στη δημιουργία κλίματος παρακίνησης, ενθουσιασμού για την επίτευξη του στόχου, αναγνώρισης των προσπαθειών και ικανοτήτων του προσωπικού και επιβράβευσης τους.

Συμπερασματικά, θα αποτελούσε σημαντικότερο εργαλείο διοίκησης η εκπόνηση ενός σύγχρονου επιστημονικού συγγράμματος με τη μορφή διακλαδικού εγχειριδίου, το οποίο θα περιλάμβανε τις αρχές - αξίες της ηγεσίας και του μανάτζμεντ προσαρμοσμένες στο στρατιωτικό περιβάλλον και θα ανέλυε τις πρακτικές εφαρμογές τους στο χώρο των Ενόπλων Δυνάμεων. Τη βάση του εγχειριδίου αυτού θα αποτελούσε σαφέστατα η δομή και η λειτουργία των ΕΔ και θα αναπτύσσονταν γύρω από αυτή, οι σύγχρονες μέθοδοι του μανάτζμεντ, ως προϊόν συνεργασίας αξιωματικών με γνώσεις επί του αντικειμένου και ακαδημαϊκών. Το εγχειρίδιο αυτό θα μπορούσε να αποτελεί αντικείμενο μελέτης από τους σπουδαστές των Στρατιωτικών Σχολών, ώστε να καθίστανται ικανοί στη μετέπειτα υπηρεσιακή διαδρομή τους, να αντιμετωπίσουν

αποτελεσματικά τις προκλήσεις της διαχείρισης προσωπικού και πόρων, αλλά κυρίως τις σύγχρονες προκλήσεις ασφάλειας και αποτροπής.

Όπως προκύπτει από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, η αποτυχία των επιχειρήσεων οφείλεται κατά κύριο λόγο στους Προϊστάμενους - Μάνατζερ και όχι στα εργαζόμενα στελέχη. Το ίδιο ισχύει και για τις Ένοπλες Δυνάμεις. Ως εκ τούτου, το γραφειοκρατικό και αυταρχικό μοντέλο διοίκησης, που στηρίζεται αποκλειστικά στο δίπολο «διαταγή - εκτέλεση» στη σύγχρονη διοίκηση των στρατιωτικών οργανισμών κρίνεται παρωχημένο και αναποτελεσματικό. Από την άλλη πλευρά, διαφαίνεται ότι χτίζοντας ένα κλίμα συνεργασίας, οι Προϊστάμενοι – Μάνατζερ κατορθώνουν να μεταλαμπαδεύσουν την αξία των ιδεών και του οράματός τους και να ενισχύσουν τον ενθουσιασμό και την αποδοτικότητα των στελεχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Ελληνική

1. Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική, 47(3):320-333
2. Αντωνοπούλου, Λ. (2008) *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία*. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3 (2): 109-120
3. Βασικό Δόγμα Πολεμικής Αεροπορίας, Ιανουάριος 2014
4. Βουρνάς, Τ. (1998) *Ιστορία της Σύγχρονης Ελλάδας, Ο εμφύλιος*, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
5. Γεωργόπουλος, Ν. (2006) *Στρατηγικό Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου, 2^η έκδοση
6. Γούλα, Α.Β., (2007) *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
7. Γούλα, Α., Κέφης, Β., Δημάκου, Σ., Πιερράκος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2014) *Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο: Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(5): 583-590
8. Γούλα, Α. (2014) *Οργανωσιακή κουλτούρα υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ.306
9. Δανηλίδου, Α. (2009) *Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*. (διδακτορική διατριβή). Αλεξανδρούπολη: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
10. Δέδε, Σ.Π. (2017) *Αποτελεσματική διοίκηση οργανισμών με τη χρήση ευέλικτων εφαρμογών πληροφορικής: Μελέτη περίπτωσης Κ.Ε.Π.* (διδακτορική διατριβή). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς
11. Δερβένης, Χ. & Πολύζος, Ν. (1995) *Μελέτη- πρόταση για την οργάνωση- διοίκηση του ΕΣΥ και την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

12. Δικαίος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999) *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
13. Ζαβλανός, Μ. (1998) *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: “ΕΛΛΗΝ”
14. Θανασάς, Ι., & Χαραλάμπους, Μ. (2016) *Βασικές αρχές διοίκησης δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα*. Επιστημονικά Χρονικά, 21(2): 158-170
15. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
16. Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π., Λοπατατζίδης, Α. (1999) *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
17. Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., & Χατζητόλιος, Α. (2013) *Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα*. Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(2): 233-240
18. Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., (2007) *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος
19. Κανελλόπουλος, Χ. (1990) *Μάνατζμεντ: Αποτελεσματική Διοίκηση, σε Επιχειρήσεις Οργανισμούς και Υπηρεσίες*. Αθήνα: International Publishing
20. Καραδήμας, Ε. (2005) *Ψυχολογία της υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω
21. Καραπούλιος, Δ., Ν.3329/05. *Ο εκσυγχρονισμός στη Διοίκηση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα*. Επιθεώρηση Υγείας 2005, 16: 37 – 41.
22. Κατσουγιαννόπουλος, Β.(2001) *Υγιεινή και Κοινωνική Ιατρική*. Αθήνα: 2η Εκδ., τόμος πρώτος
23. Κεσίδης, Α. (2020) *Management και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*. (πτυχιακή εργασία). Ηράκλειο: Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
24. Κέφης, Β.Ν. (2005) *Ολοκληρωμένο Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

25. Κονταράτος, Α. (1990) *Η τέχνη της διοίκησης των επιχειρήσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΚΕΠΑ
26. Κονταράτου, Α.Ν., (2003) *Η τέχνη της διοίκησης των νοσοκομείων*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.
27. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008) *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Επιστημονική επιμέλεια Λυκούργος Λιαρόπουλος. Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου
28. Μακρυδημήτρης, Α. (1999) *Ο μεγάλος ασθενής. Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
29. Μαστρογιάννη, Μ. (2015) *Αξιολόγηση και διαχείριση νοσοκομειακού προσωπικού*. (μεταπτυχιακή διατριβή). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
30. Μαυροειδή, Ο. (2002) *Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας(Πε.Σ.Υ.) ως αποκεντρωμένες μονάδες διοίκησης. Μία συστηματική-συγκριτική προσέγγιση από τη σκοπιά της Γαλλικής, Ισπανικής και Αγγλικής εμπειρίας*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, σελ.61.
31. Μουζά-Λαζαρίδη, Α.Μ. (2013) *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*. Αθήνα: Ζυγός
32. Μπιτσάνη, Ε. (2006) *Διοίκηση ανθρώπινων πόρων*. Αθήνα: Διόνικος
33. Μπούκης, Σώτος Δ., Σ.Μ. (1993) *Βασικό μάνατζμεντ και διαπροσωπικές σχέσεις*. 2η έκδ. Αθήνα: Ο.Π.Ε. / Ι.Ε.Σ.
34. Μπουραντάς, Δ. (1992) *Μάνατζμεντ, οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά: η επιστημονική βάση του μάνατζμεντ*. Αθήνα: “TEAM”
35. Μπουραντάς, Δ. (2002) *Μάνατζμεντ Θεωρητικό Υπόβαθρο Σύγχρονες Πρακτικές*. Αθήνα: Γ. Μπένου
36. Μπουραντάς, Δ. (2015) *Μάνατζμεντ πλήρες θεωρητικό υπόβαθρο σύγχρονες προσεγγίσεις και μέθοδοι διοικητικές και ηγετικές ικανότητες*. Αθήνα: Εκδόσεις Ε. Μπένος

37. Ναξιάκης, Χ., Μιχαλόπουλος, Ν. (1999) *Εισαγωγή στη διοικητική επιχειρήσεων και οργανισμών*. Τόμος Α΄. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 22 – 23, σελ. 47 – 59
38. Οικονόμου, Χ. (2012) *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων, σελ.27-67
39. Πάγια Διαταγή 7-1/2008/Γενικό Επιτελείο Αεροπορίας/Διεύθυνση Υγειονομικού
40. Παγκάκης, Γ. (2002) *Δημόσια διοίκηση και κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα
41. Παπαγεωργίου, Γ. (2007) *Management ποιότητας στα νοσοκομεία της Γερμανίας. Θεσμικές και διαχειριστικές διαστάσεις*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, σελ.27-36.
42. Παπανικολάου, Β. (2007) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αρχές- μέθοδοι και εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
43. Παπούλιας Δ. Β., (2002) *Η Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων και Αλλαγών*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη
44. Πετρίδου, Ε., Ε.Π. (1998) *Διοίκηση-Μάνατζμεντ: μια εισαγωγική προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζυγός
45. Πολύζος, Ν. (1994) *Δευτεροβάθμια- Τριτοβάθμια περίθαλψη στο βιβλίο, Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
46. Σαΐτης, Α.Χ. (2005) *Οργάνωση και λειτουργία των σχολικών μονάδων*. Αθήνα: Σαΐτης
47. Σαλάχα, Σ. (2010) *Μεταρρυθμιστικές πολιτικές και εργαλεία Δημοσίου Μάνατζμεντ στο Σύστημα Υγείας της Ιταλίας*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, σελ. 23-38
48. Σερδάρης, Π., Π.Σ. (2003) *Η Ψυχολογία της Προσωπικότητας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press
49. Σιγάλας, Ι. (1994) *Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης;* Επιθεώρηση Υγείας, 5: 60 – 64
50. Σούλης, Σ. (1999) *Οικονομική της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

51. Σούλης, Σ. (2016) *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική – Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
52. Στάθης, Γ. (1996) *Το μέλλον των ελληνικών νοσοκομείων*. Επιθεώρηση Υγείας, 7: 7 – 10
53. Τζωρτζάκη, Α., Τζωρτζάκης, Κ.(1992) *Οργάνωση και Διοίκηση (Μάνατζμεντ)*. Αθήνα: Κ. Τζωρτζάκης
54. Τούντας, Γ. (2000) *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Νέα Υγεία
55. Τούντας, Γ. (2002) *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία
56. Τούντας, Γ. (2003) *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυσσόμενων χωρών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(1):76-87
57. Τρύφωνας, Σ. (2011) *Η σύγχρονη διοίκηση στην πράξη*. Alexander Hamilton Institute. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτήριο, σελ. 187-203
58. Τσαγκλάγκανος, Α. (2005) *Εισαγωγή Στη Οικονομική Των Επιχειρήσεων*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη
59. Τσούκας, Χ. (2004) *Αν ο Αριστοτέλης ήταν διευθύνων σύμβουλος*. Δοκίμια για την ηγεσία και τη διοίκηση, Γ' Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 19-22
60. Τυλάκη, Π. (1991) *Το ζήτημα της αποτελεσματικότητας του Δημόσιου Τομέα και ειδικότερα των δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας, 2: 58 – 60.
61. Υφαντόπουλος, Ι. (2003) *Τα οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω
62. Φάμελη, Α. (2005) *Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*. (διπλωματική εργασία). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς
63. Χλέτσος, Μ. (2016) *Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα – Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές*. (Τόμος Β'). Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία». Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
64. Χολέβας, Γ. Κ., Σ.Τ. (1995) *Οργάνωση και Διοίκηση (Management)*. 1η έκδοση. Αθήνα: “INTERBOOKS”

Ξενογλώσση

1. Alaraki, M.S. (2014) *The impact of critical total quality management practices on hospital performance in the ministry of health hospitals in Saudi Arabia*. *Quality Management in Health Care*, 23: 59–63
2. Almgren, G. (2007) *Health care politics, policy, and services: a social justice analysis*. New York: Springer Publishing Company
3. Anthony, R., Herzlinger, R.N. (1980) *Management control in non-profit organizations*. Michigan: R.D. Irwin
4. Athanassopoulos, A. D., Gounaris, C., Sissouras, A. (1999). *A descriptive assessment of the production and cost efficiency of general hospitals in Greece*. *Health Care Management Science*, 2(2): 97-106
5. Aubrey, L. (1953) *Health as a social concept*. *The British Journal of Sociology*, 4(2): 109-124
6. Bass, B.M. (1985) *Leadership and Performance beyond Expectation*. New York: Free Press
7. Bass, B.M. (1990) *From Transactional to Transformational Leadership: Learning to share the vision*. 19-31pp
8. Bass, B. M., Avolio, B. J. (Eds.) (1994) *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
9. Black, S., Porter, L. (2000) *Management*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
10. Blanchard, K., John, C., Alan, R. (2001) *Empowerment takes more than a minute*. United States: Berret – Koehler Publishers
11. Blake, R., Mouton, J. (1986) *Ιδανική Διοίκηση με το κλειδί DRID*. Εκδόσεις: Γαλαίος
12. Boan, D., Funderburk, F. (2003) *Healthcare quality improvement and organisational culture. Insights*. Washington D.C.: Delmarva Foundation

13. Bossidy L., & Charan R. (2002) *Execution: the discipline of getting things done*. New York: Crown Business
14. Brown, M.E., & Trevino, L.K. (2006) *Ethical leadership: A review and future directions*. *The Leadership Quarterly*, 17(6): 595-616
15. Burns, J. (1978) *Leadership*. New York NY: Harper & Row
16. Callen, J.L., Braithwaite, J., Westbrook, J.I. (2007) *Cultures in hospitals and their influence on attitude to, and satisfaction with, the use of clinician information systems*. *Social Science and Medicine*, 65: 635-639
17. Carman, J.M., Shortell, S.M., Foster, R.W., Hughes, E.F., Boerstler, H., O'Brien, J.L. et al. (2010) *Keys for successful implementation of total quality management in hospitals*. *Health Care Management Review*, 35: 283–293
18. Chen, J.-C. (2005) *Leadership effectiveness, leadership style and employee redness*. *Leadership and Organization Development Journal*, 26(4): 280- 288
19. Clarke, M. (ed) (1984) *Planning and Analysis in Health Care Systems*. London: Pion Limited
20. Davies, H.T., Mannion, R., Jacobs, R., Powell, A.E., & Marshall, M.N. (2007) *Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance*. *Medical Care Research and Review*, 64: 46-65
21. Den Hartog, D., & Verburg, R. (2004) *High performance work systems, organizational culture and firm effectiveness*. *Human Resources Management*, 14: 55-78
22. Douglas McGregor (2006) *The human side of enterprise*. McGraw – Hill Education
23. Drucker, P.F. (1981) *The discipline of innovation*. *Harvard Business Review*
24. DuBrin, A. J. (2004) *Γενικές Αρχές Management*. (2η Έκδοση). Αθήνα: Έλλην
25. Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2010) *Greece: Health system review*. *Health systems in transition*, 12(7): 1-177

26. Fletcher, J.K., & Kaufer, K. (2003) *Shared Leadership: Paradox and possibility*. In C.L. Pearce & J.A. Conger (Eds.), *Shared Leadership: Reframing the hows and whys of leadership*, (pp. 21-47). Thousand Oaks: Sage
27. Garman, A. N. (2011) *Evidence update: Linking leadership Practices to organizational outcomes*. Presentation to the NCHL Leadership Excellence Networks web meeting
28. Gerowitz, M.B., Lemieux, C.L., Hengibothan, C., & Johnson, B. (1996) *Top management culture and performance in Canadian, UK, and US hospitals*. *Health Services Management Research*, 9: 69-78
29. Gerstner Jr. L. V. (1972) *Can strategic planning pay off?* *Business Horizons*
30. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002) *The emotional reality of teams*. *Journal of Organizational Excellence*, 21 (2): 55-65
31. Greig, G., Entwistle, V.A., & Beech, N. (2012) *Addressing complex healthcare problems in diverse settings: insights from activity theory*. *Social Science & Medicine*, 74 (3):305-312
32. Hammer M.- Champy J. (2001) *Reengineering the Corporation: A manifesto for Business Revolution*. Εκδόσεις: Nicholas Brealey Publishing
33. Henry, J.D. Jr, & Gilkey R.W. (1999) *Growing effective leadership in new organizations*. In: Gilkey RW (ed) *The 21st century healthcare leader* (pp. 101-110). San Francisco: Jossey-Bass
34. House, R.J. (1977) *A 1976 theory of charismatic leadership*. In J.G. Hunt & L.L. Larson (Eds.), *Leadership: The Cutting Edge* (pp. 189-207). Carbondale: Southern Illinois: University Press
35. Huber, S. (2006) *Kooperative Fuehrung in der Schule: Entlastung oder Entmachtung von Schulleitung?*
36. Hunter, J. D. (2003) *Public Health Policy*. Cambridge: Polity Press

37. Kolthoff, E. (2007) *Ethics and New Public Management, Empirical Research into the effects of Businesslike Government on Ethics and Integrity*. Εκδ. Boom Juridische uitgevers, σελ. 13
38. Kontodimopoulos, N., Nanos, P., Niakas, D. (2006) *Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece*. *Health Policy*, 76(1): 49-57
39. Koontz, H., O'Donnell, C., & Weihrich, H. (1986). *Essentials of management*. New York: McGraw-Hill.
40. Kotler, P. (2000) *Μάρκετινγκ/Μάνατζμεντ: Ανάλυση, σχεδιασμός, υλοποίηση και έλεγχος*. 9η Έκδοση, Τόμος Β'. Αθήνα: Interbooks.
41. Kotter, J.P. (2001) *What Leaders Really Do*. *Harvard Business Review*, Special Issue: 85–96
42. Lai, M., & Chen, Y. (2012) *Self-efficacy, effort, job performance, job satisfaction, and turnover intention: The effect of personal characteristics on organization performance*. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 3, 387-391
43. Lam, M., & Robertson, D. (2012) *Organizational culture, tenure, and willingness to participate in continuous improvement projects in health care*. *The Quality Management Journal*, 19(3): 7-15
44. Lanzoni GMM, Meirelles BHS (2011) *Leadership of the nurse: an integrative literature review*. *Rev latino-Am Enfermagem*. 19(3):651-8
45. Lavis J., Davies H., Gruen R., Walshe K. & Farquhar C. (2005) *Working within and beyond the Cochrane collaboration to make systematic reviews more useful to healthcare managers and policy makers*. *Healthcare Policy*, 1(2):21–33
46. Lee K., Mills A. (1985) *Policy-Making and Planning in the Health Sector*. London: Croom Helm
47. Levy, P.E., Cober, R.T. & Miller, T. (2002) *The effect of transformational and transactional leadership perceptions on feedback-seeking intentions*. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (8): 1703-1720

48. Liaropoylos L. (1998) *Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective*. In: Dracopoulou S (ed) *Ethics and values in health care management*. London: Routledge
49. Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. (2005) *Cultures for performance in health care*. London: Open University Press, McGraw- Hill Education
50. Mason, J. (2011) *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο, σελ. 18-23
51. Meindl, R.J. (1995) *The romance of leadership as a follower-centric theory: A social constructionist approach*. *The Leadership Quarterly*, 6 (3), 329-341
52. Meterko, M., Mohr, D.C., Young, G.J. (2004) *Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals*. *Medical Care*, 42: 492-498
53. Mokoena, S. (2012) *Effective Participative Management: Does It Affect Trust Levels of Stakeholders in Schools?* *Journal of Social Sciences*, 30(1): 43-53
54. Montana, P.J., Charnov, B.H. (2002) *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος
55. Mozes, M., Josman, Z., Yaniv, E. (2011) *Corporate social responsibility organizational identification and motivation*. *Social Responsibility Journal*, 7, 310- 325
56. Northouse, P.G. (2007) *Leadership: Theory and Practice*. 4th Edition. Thousand Oaks, CA: Sage
57. Niakas, D. (2013) *Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription*. *International Journal of Health Services*, 43 (4): 597 –602
58. Pešić, M.M., & Čočić, T.M. (2010) *Importance of management strategies in museums and galleries*. Republic of Croatia
59. Pereira, M.G., & Cister, A.M. (2016) *Total quality management in the hospital area and its contribution to patient safety*. *Journal of Statistical Sciences*, 4: 190–195
60. Platonova, E.A., Hernandez, S.R., Shewchuk, R.M. & Leddy, K.M. (2006) *Study of the relationship between organizational culture and organizational outcomes using hierarchical linear modelling methodology*. *Quality Management in Healthcare*, 15: 200-209

61. Robbins, P. S. & Judge, A., T. (2013) *Organizational behaviour*. (15th edition). New Jersey: Pearson education Inc
62. Saltman, R., Rico, A., Boerma, W. (2004) *Social health insurance systems in Western Europe*. United Kingdom: McGraw-Hill Education
63. Saracci, R. (1997) *The World Health Organization needs to reconsider its definition of health*. BMJ, 314: 1409
64. Schmitt, M.J., Allscheid, S.P. (1995) *Employee attitudes and customer satisfaction: Making theoretical and empirical connections*. Personnel Psychology, 48: 521–536
65. Schwarz, J. & Schratz, M. (2012) *Demokratisierung in der LehrerInnenbildung: Portfolioarbeit und ihr Potenzial*. Journal für LehrerInnenbildung: 41-46
66. Scott, K., Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2003) *The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments*. Health Services Research, 38: 923-945
67. Shortell, S.M., Jones, R.H., Rademaker, A.W., Gillies, R.R., Dranove, D.S., Hughes, E.F., et al. (2000) *Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients*. Medical Care, 38: 207-217
68. Simou, E. & Koutsogeorgou, E. (2014) *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review*. Health policy, 115(2-3): 111-119
69. Sotiropoulos, D. (1998) *Populism and bureaucracy: The case of Greece under PASOK 1981-1989*. London: University of Notre Dame Pressλ.
70. Spicker, P. (2004) *Το κράτος πρόνοιας μια γενική θεωρία*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος
71. Stevenson, W.J., Hojati, M., Cao, J. (2007) *Operations management*. Boston: McGraw-Hill/Irwin
72. Stogdill, R.M. (1963) *Manual for the Leader Behavior Description Questionnaire*. Columbus: Ohio State University Bureau of Business Research

73. Thweatt, E., Kleiner, B. (2007) *New developments in health care*. *Organizational Management*, 9: 433-441
74. Trastek, V., Hamilton, N., & Niles, E. (2014) *Leadership models in health care - a case for servant leadership*. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(3), 374-381
75. van Wijngaarden, J. D., Scholten, G. R., van Wijk, K. P. (2012) *Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis*. *International Journal of Health Planning and Management*, 27(1): 34-49
76. Van der Heijden K. (1996) *Scenarios: The Art of Strategic Conversation*. Wiley, Chichester
77. Weber, M. (1947) *The theory of social and economic organization*. New York: Oxford University Press
78. Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., Obstfeld, D. (2006) *Organizing and the process of sensemaking*. *Organization Science*, 16, 409-421
79. Wheeler D., Sillanpaa M. (1997) *The Stakeholder Corporation*. London: Pitman
80. WHO Regional Office for Europe (2018) *Addressing informal payments in the Greek health system*. Copenhagen: WHO
81. Williams SJ, Torrens PR (eds) (1980) *Introduction to Health Services*. New York: John Wiley & Sons
82. Wiseman L., McKeown, G. (2011) *Multipliers: how the best leaders make everyone smarter*. New York: Harper Collins.
83. Wolper L. F., (1999) *Health Care Administration: Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems*. Gaithersburg- Maryland: Aspen Publication
84. Young, G.J., Charns, M.P., Desai, K., Khuri, S.F., Forbes, M.G., Henderson, W., et al. (1998) *Patterns of coordination and clinical outcomes: A study of surgical services*. *Health Services Research*, 33: 1211-1236
85. Zimmerman, J.E., Shortell, S.M., Rousseau, D.M., Duffy, J., Gillies, R.R., Knaus, W.A., et al. (1993) *Improving intensive care: observations based on organizational*

case studies in nine intensive care units: A prospective, multicentre study. Critical Care Medicine, 21: 1443-1451

Διαδικτυακές πηγές:

1. http://www.ifet.gr/activities_quality.htm, ημερ. 23/1/08
2. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=EN>
3. <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/k-onasi-eis.pdf>
4. Χλέτσος, Μ. (2015) *Το ελληνικό σύστημα υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης.* <http://www.isoinhealth.com/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>
5. http://www.apapadopoulos.gr/main/rec/sp_gr/sp61/sp61.html, 19/12/07
6. Harvard Business Essentials 2009
7. <https://www.haf.gr>

Νομολογία:

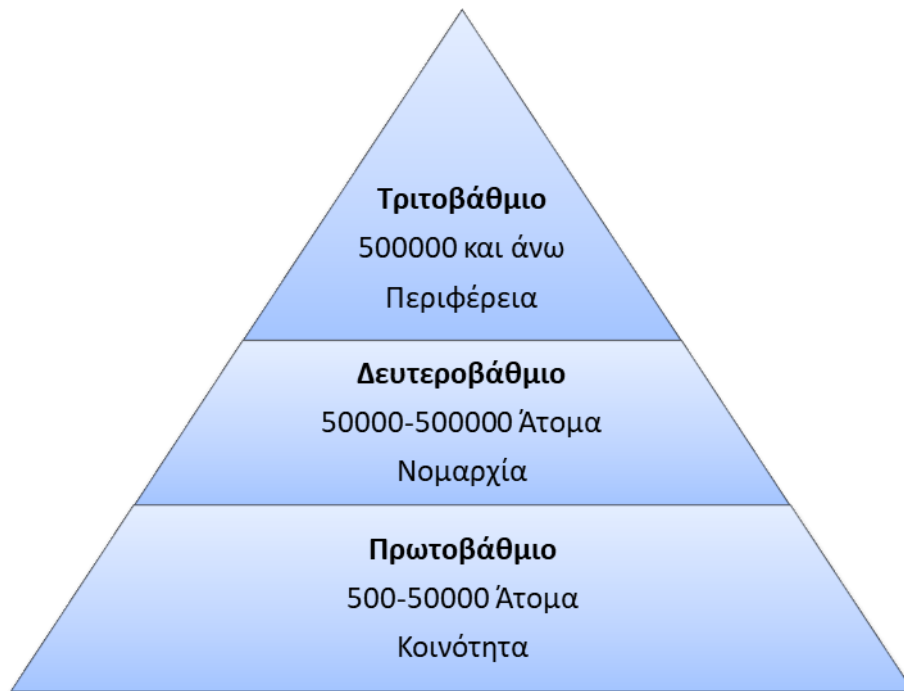
1. Ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001): «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.»
2. Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129/Α/3-8-2010): «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»
3. Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011): «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.»

Παράρτημα Ι



Πηγή: Τσιόκα και συν (2016)

Παράρτημα II



Πηγή: Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001). Συστήματα Υγείας. Αθήνα:
Εκδόσεις Παπαζήση

Παράρτημα III

