

Αρχές και Μοντέλα Διοίκησης στις Υπηρεσίες Υγείας
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Σταυροπούλου Ελένη
ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

**Αρχές και Μοντέλα Διοίκησης στις Υπηρεσίες Υγείας:
Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο και το ΓΝΗ
Βενιζέλειο - Πανάνειο**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΛΕΝΗ ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ

ΑΘΗΝΑ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό	Δρ. ΓΕΩΡΓΙΑ ΤΣΑΚΝΗ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	Δρ. ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Μέλος	Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό	Δρ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΙΕΛΛΑΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η
.....Ελένη Σταυροπούλου.....
του ...Αναστασίου...., με αριθμό μητρώου ...19035... φοιτητής/τρια 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 μέχρι1/1/2023..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα

Ελένη Σταυροπούλου



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας του management αποτελεί ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο για τους οργανισμούς υγείας, προκειμένου αυτοί να επιτύχουν την ενίσχυση της αποδοτικότητάς τους με παράλληλο περιορισμό του κόστους. Η παρούσα εργασία διερευνά τα μοντέλα και τις αρχές διοίκησης που εφαρμόζονται στα σύγχρονα νοσοκομεία.

Στα πέντε πρώτα κεφάλαια της εργασίας, παρουσιάζεται αναλυτικά το θεωρητικό υπόβαθρο του εξεταζόμενου θέματος. Πιο αναλυτικά, αρχικά γίνεται ο προσδιορισμός των βασικών εννοιών που σχετίζονται με το θέμα, ενώ λαμβάνει χώρα και ανάλυση των βασικών αρχών διοίκησης στον τομέα της υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στα ελληνικά νοσοκομεία. Έπειτα, γίνεται παρουσίαση των βασικών μοντέλων διοίκησης και ηγεσίας που εφαρμόζονται στον τομέα της υγείας με έμφαση στο μοντέλο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Το πρακτικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την ανάλυση δύο ελληνικών νοσοκομείων, μέσω διεξαγωγής ανάλυσης swot, προκειμένου να προσδιοριστούν οι αρχές και τα μοντέλα διοίκησης που αυτά υιοθετούν και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που παρουσιάζουν σχετικά με αυτά. Μέσα από την εν λόγω ανάλυση διαπιστώνεται η μεγάλη έμφαση των διοικήσεων των δύο νοσοκομείων στην ενίσχυση της ποιότητας, μέσω της υιοθέτησης σύγχρονων εργαλείων management και τα σημαντικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην προσπάθειά τους αυτή.

Λέξεις- κλειδιά: αρχές διοίκησης, μοντέλα διοίκησης, ποιότητα υγείας, διοίκηση οργανισμών υγείας, Δ.Ο.Π.

ABSTRACT

The field of management is an extremely useful tool for health organizations in order to achieve the enhancement of their efficiency while reducing costs. This paper investigates the models and management principles applied in modern hospitals.

Within the first five chapters, the theoretical background of the examined topic is presented in detail. More analytically, the basic concepts related to the issue are first identified, while the basic principles of management in the health sector are analyzed, with special reference to Greek hospitals. Then, the basic models of management and leadership applied in the health sector are presented with emphasis on the model of Total Quality Management.

The practical part of the paper includes the analysis of two Greek hospitals through a swot analysis in order to determine the principles and management models that adopt and the advantages and disadvantages they present in relation to them. This analysis reveals the great emphasis of the administrations of the two hospitals in enhancing quality, through the adoption of modern management tools and the significant obstacles they face in this endeavor.

Keywords: management principles, management models, quality of health, management of health organizations, TQM.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς όσους συνέβαλλαν άμεσα και έμμεσα στην εκπόνησή της.

Αρχικά, ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Γεωργία Τσάκνη. Από την αρχή και καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας, η υποστήριξη, η καθοδήγηση, η επιμονή και το ενδιαφέρον που έδειξε, αποτέλεσαν σπουδαία βοήθεια και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση της διπλωματικής αυτής.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου, τους γονείς μου Τάσο και Μαρία, την αδερφή μου Κωνσταντίνα, καθώς και στον σύντροφό μου Γιάννη για όλη την αγάπη, την υποστήριξη, τη συμπαράσταση και το κουράγιο που μου παρείχαν, ώστε να ολοκληρώσω την μεταπτυχιακή μου εργασία.

Περιεχόμενα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
ABSTRACT	v
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	vi
Πίνακας Ακρωνυμίων	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	4
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	4
1.1 Ιστορική εξέλιξη του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.....	4
1.2 Η έννοια της διοίκησης	14
1.3 Η έννοια του management.....	15
1.4 Η έννοια του οργανισμού	17
1.5 Ιστορική εξέλιξη του management.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	22
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ MANAGEMENT ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
2.1 Η έννοια της υγείας	22
2.2 Βασικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες υπηρεσιών υγείας.....	23
2.3 Οργανισμοί και διοίκηση οργανισμών υγείας.....	25
2.4 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	31
2.5 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	37
ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	37
3.1 Ιστορική αναδρομή.....	37
3.2 Βασικές αρχές διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων.....	39
3.3 Μορφές των συστημάτων υγείας	41
3.3.1 Φιλελεύθερα συστήματα υγείας	44
3.3.2 Εθνικά συστήματα υγείας	45
3.3.3 Μεικτά συστήματα υγείας	46

3.4 Το ελληνικό σύστημα υγείας.....	48
3.4.1 Οι τρεις βαθμίδες της υγειονομικής περίθαλψης.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	52
ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	52
4.1 Μοντέλα διοίκησης.....	52
4.1.1 Συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης.....	52
4.1.2 Αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης.....	53
4.1.3 Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης.....	54
4.1.4 Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης.....	56
4.2 Μοντέλα ηγεσίας.....	57
4.2.1 Μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας.....	58
4.2.2 Μοντέλο κατανομής ηγεσίας.....	59
4.2.3 Μοντέλο <i>Laissez-faire</i>	60
4.2.4 Συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας.....	61
4.3 Μοντέλα ηγεσίας οργανισμών υγείας.....	63
4.3.1 Συνεργατικό μοντέλο ηγεσίας.....	63
4.3.2 Επιμεριστικό μοντέλο ηγεσίας.....	64
4.3.3 Ηθικό μοντέλο ηγεσίας.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	67
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	67
5.1 Έννοια και χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.....	67
5.2 Βασικές αρχές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.....	70
5.3 Οι θεωρητικοί θεμελιωτές της ποιότητας.....	73
5.3.1 <i>Edwards W. Deming (1900-1993)</i>	73
5.3.2 <i>Joseph Juran (1904-2008)</i>	75
5.3.3 <i>Armand V. Feigenbaum (1920-2014)</i>	77
5.3.4 <i>Phillip Crosby (1926-2001)</i>	77
5.3.5 <i>Kaoru Ishikawa (1915-1989)</i>	79
5.3.6 <i>Genichi Taguchi (1924-2012)</i>	80
5.4 Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.....	80
5.5 Εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ στην Υγεία.....	83
5.6 Οφέλη από την εφαρμογή συστήματος ΔΟΠ στην υγεία.....	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	86
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΚΑΙ ΑΡΧΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	86
6.1 Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ).....	86
6.1.1 Γενικές πληροφορίες νοσοκομείου.....	86

6.1.2 Ιστορικά στοιχεία	86
6.1.3 Αποστολή- Όραμα- Αξίες	87
6.1.4 Εσωτερικό περιβάλλον	89
6.1.5 Εξωτερικό περιβάλλον	95
6.1.6 Ανάλυση SWOT.....	99
6.2 Το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο- Πανάνειο»	105
6.2.1 Γενικές πληροφορίες νοσοκομείου	105
6.2.2 Ιστορικά στοιχεία	106
6.2.3 Αποστολή- Όραμα	107
6.2.4 Εσωτερικό περιβάλλον	108
6.2.5 Εξωτερικό περιβάλλον	121
6.2.6 Ανάλυση SWOT.....	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	130
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	130
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:.....	135
Παράρτημα Ι.....	158
Παράρτημα ΙΙ	159

Πίνακας Ακρωνυμίων

Ελληνικά:

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΣΕΠ	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
ΓΝΗ	Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΔΣΕ	Δημοκρατικός Στρατός Ελλάδας
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΒΕΑΑ	Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένη Νοσήλια
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγραμματισμού Οικονομικών Ερευνών
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
ΠΑΓΝΗ	Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΠΕΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠΕΣΥΠ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΕΚ	Φύλλο της Εφημερίδας Κυβερνήσεως
ΩΜΕΚ	Ωνάσειο Εθνικό Μεταμοσχευτικό Κέντρο
ΩΚΚ	Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

Αγγλικά:

HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points
ISO	International Organization for Standardization
JUSE	Union of Japanese Scientists and Engineers
WHO	World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύγχρονο παγκόσμιο επιχειρηματικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από έντονη μεταβλητότητα, αποτελώντας ένα πεδίο σημαντικών προκλήσεων για τους σύγχρονους οργανισμούς σε όλους τους επιχειρηματικούς τομείς. Προκειμένου να διατηρήσουν μία ανταγωνιστική θέση, οι εν λόγω οργανισμοί καλούνται να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν αποτελεσματικά συστήματα διοίκησης που να τους επιτρέπουν να ανταποκριθούν στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες της εποχής δίνοντας μεγάλη έμφαση στο στρατηγικό σχεδιασμό της λειτουργίας τους. Η εφαρμογή των αρχών του σύγχρονου management αποτελεί το κύριο εργαλείο για την επίτευξη της μεγιστοποίησης της αποδοτικότητας ενός οργανισμού και του μέγιστου δυνατού περιορισμού του κόστους.

Η υγεία, η οποία σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπερβαίνει τα αποκλειστικά όρια της σωματικής υγείας και περιγράφει την ευημερία σε σωματικό, ψυχικό, και κοινωνικό επίπεδο, συνιστά ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Τούντας, Γ. 2000). Η αναγνώρισή του ως τέτοιο εξηγεί το γεγονός ότι η οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης φέρει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε σχέση με τους υπόλοιπους οργανισμούς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το ζήτημα της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων, εφαρμόζοντας τις κατάλληλες αρχές και μοντέλα διοίκησης με στόχο να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας ισότιμα στο σύνολο των πολιτών της χώρας με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ωστόσο, η προσήλωση των εν λόγω ιδρυμάτων στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις περιορισμένες δαπάνες για την υγεία, ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης δυσπραγίας του Κράτους και των ασφαλιστικών ταμείων, δημιουργεί σημαντικά ελλείμματα θέτοντας σε κίνδυνο τη βιωσιμότητά τους. Επιπλέον, το υφιστάμενο νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων λειτουργεί ανασταλτικά στην ευρεία εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων management.

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τα ευρήματα σχετικών ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας, ο εκσυγχρονισμός της διοίκησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων,

μέσω της εισαγωγής νέων εργαλείων management, μπορεί να επιφέρει σημαντικά οφέλη στη λειτουργία των εν λόγω οργανισμών υγείας (Den Hartog, D., & Verbutrg, R. 2004, Callen, J.N., Braithewaite, J., & Westbrook, J.I. 2007 Balasubramanian, M. 2016, Carman et al., 2010, Pereira, M.G. & Cister, A.M. 2016, Alaraki, M.S., 2014)., ενισχύοντας την αποδοτικότητά τους, με παράλληλο περιορισμό της οικονομικής επιβάρυνσης τόσο για τους πολίτες όσο και για το Κράτος. Συνεπώς, η μελέτη των εφαρμοζόμενων αρχών και μοντέλων διοίκησης των ελληνικών νοσοκομείων σε συνάρτηση με την αποδοτικότητά τους, αποτελεί ένα πολύ ενδιαφέρον αντικείμενο και τα αποτελέσματά της, σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση των οργανισμών υγείας, μπορεί να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για τους υπεύθυνους χάραξης της υγειονομικής πολιτικής.

Η παρούσα εργασία εξετάζει τις αρχές και τα μοντέλα διοίκησης των σύγχρονων ελληνικών νοσοκομείων, με στόχο να αξιολογήσει το βαθμό ενσωμάτωσης των αρχών και μοντέλων του σύγχρονου management στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας της χώρας και περιέχει ένα θεωρητικό και ένα πρακτικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει μία ανάλυση των επιμέρους ζητημάτων που αποτελούν το θεωρητικό υπόβαθρο του εξεταζόμενου θέματος, ενώ το πρακτικό μέρος περιλαμβάνει τη σύγκριση δύο ελληνικών νοσοκομείων, του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου και του ΓΝΗ Βενιζελείου- Πανανείου, αναφορικά με τα μοντέλα και τις αρχές διοίκησης που εφαρμόζουν. Πιο αναλυτικά, η δομή της εργασίας περιγράφεται στις παρακάτω παραγράφους.

Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται η επεξήγηση των βασικών εννοιών που σχετίζονται με το εξεταζόμενο θέμα, δηλαδή του management, της διοίκησης και του οργανισμού, ενώ παρουσιάζεται και η ιστορική εξέλιξη τόσο του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδας όσο και του management.

Το δεύτερο κεφάλαιο εξετάζει το ζήτημα της διοίκησης και του management των οργανισμών υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αυτοί φέρουν, καθώς στις συνεπαγόμενες ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η διοίκησή τους. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στο υφιστάμενο πλαίσιο διοίκησης των οργανισμών υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Έπειτα, το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη διοίκηση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, μετά από μία σύντομη ιστορική αναδρομή στη διοίκηση των

ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, γίνεται μία αναλυτική παρουσίαση της δομής του ελληνικού συστήματος υγείας και γίνεται αναφορά στις βασικές αρχές διοίκησης που εφαρμόζονται σήμερα στο εθνικό σύστημα υγείας.

Στα πλαίσια του τέταρτου κεφαλαίου γίνεται μία παρουσίαση των βασικότερων μοντέλων διοίκησης και ηγεσίας που εφαρμόζονται γενικά στους οργανισμούς και, ειδικά, στους οργανισμούς υγείας. Επιπλέον, το πέμπτο κεφάλαιο έχει ως αντικείμενο το μοντέλο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). Πιο αναλυτικά, παρουσιάζεται η έννοια της ποιότητας, με αναφορά στους βασικούς θεωρητικούς θεμελιωτές της και η σημασία της ποιότητας στο χώρο της υγείας, ενώ παρουσιάζονται οι βασικές αρχές της ΔΟΠ, ο τρόπος εφαρμογής τους στον τομέα της υγείας, και τα πλεονεκτήματα που έχουν διαπιστωθεί ότι σχετίζονται με αυτή.

Το έκτο κεφάλαιο της εργασίας εντάσσεται στο πρακτικό μέρος της εν λόγω μελέτης και περιέχει την παρουσίαση της οργάνωσης και λειτουργίας δύο επιλεγμένων νοσοκομειακών ιδρυμάτων της χώρας, εξετάζοντας τις αρχές και τα μοντέλα διοίκησης που αυτά εφαρμόζουν, με βάση τα δημοσιευμένα στοιχεία για τη λειτουργία τους. Η αξιολόγηση των νοσοκομείων γίνεται με βασικό εργαλείο την ανάλυση swot. Τέλος, στα πλαίσια του τελευταίου κεφαλαίου λαμβάνει χώρα σύγκριση των ευρημάτων για τα δύο νοσοκομείων και επιχειρείται η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων συστημάτων διοίκησης, καθώς και τα δυνατά και αδύνατα σημεία των δύο νοσοκομείων, όπως επίσης και η παρουσίαση προτάσεων.

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). Με βάση τον ορισμό αυτό, γίνεται πλήρως κατανοητή η κομβική σημασία που απολάμβανε η υγεία καθ' όλη την ιστορική εξέλιξη των ανθρώπινων κοινωνιών. Ήδη στα πλαίσια των πρωτόγονων κοινωνιών, τα άτομα που αναλάμβαναν τη φροντίδα και περιποίηση των ασθενών, αξιοποιώντας την εμπειρική τους γνώση σχετικά με τις θεραπευτικές ιδιότητες των φυτικών ουσιών, απολάμβαναν την εκτίμηση και το σεβασμό των συμπολιτών τους. Σήμερα, το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν άτομα που έχουν λάβει εξειδικευμένη εκπαίδευση πάνω στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ιατροί και νοσηλευτές, ενώ οι ανακαλύψεις στο χώρο της Υγείας έχουν οδηγήσει στην εξάλειψη και θεραπεία πλήθους ασθενειών που συνδέονταν με υψηλούς δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Η ανάπτυξη του ελληνικού εθνικού συστήματος υγείας καθυστέρησε σημαντικά σε σχέση με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη ως συνέπεια ιστορικών συγκυριών (Παγκόσμιος Πόλεμος, Μικρασιατική Καταστροφή, Εμφύλιος, μακρές περίοδοι πολιτικής αστάθειας), ενώ η σημαντικότερη, ίσως, μεταρρύθμιση, επήλθε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 με τη θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Η ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας χωρίζεται σε τέσσερις (4) διακριτές φάσεις:

1^η περίοδος: 1830-1922

Κατά την πρώτη χρονική περίοδο που ακολούθησε την ίδρυση του Νέου Ελληνικού Κράτους, έλαβε χώρα μία μαραθώνια προσπάθεια οργάνωσης, σχεδόν εκ του μηδενός, όλων των βασικών κρατικών υποδομών με τη χρήση των ελάχιστων διαθέσιμων πόρων. Κατά συνέπεια, η οργάνωση του κοινωνικού κράτους ήταν σχεδόν αδύνατη και ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης βασίστηκε, κατά κανόνα, στη φιλανθρωπία, με βασικούς εκπρόσωπους την Εκκλησία και την ιδιωτική

πρωτοβουλία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η οργάνωση ενός κρατικού υγειονομικού συστήματος υπήρξε μία από τις προτεραιότητες του Ιωάννη Καποδίστρια, ο οποίος διετέλεσε πρώτος Κυβερνήτης της Ελλάδας, ωστόσο η πρόθεσή του προσέκρουσε στη σημαντική έλλειψη πόρων.

Με την έλευση του Όθωνα, ο προσανατολισμός των προσπαθειών οργάνωσης του νέου κράτους κατά τα πρότυπα των Βαυαρών δεν άφησε ανεπηρέαστο και τον τομέα της υγείας αφού οι πρώτες σχετικές προσπάθειες κινήθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση. Κατά την περίοδο της βασιλείας του Όθωνα, μεγάλη έμφαση δόθηκε στην καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων, κυρίως μέσω της λήψης προληπτικών μέτρων για την εξάπλωση θανατηφόρων επιδημιών. Κυριότερες νομοθετικές ρυθμίσεις που έλαβαν χώρα κατά την εποχή αυτή ήταν η θέσπιση του «υγειονομικού κανονισμού», ο διορισμός γενικών «εμβολιαστών», η ίδρυση της υγειονομικής αστυνομίας και του θεσμού του νομιάτρου καθώς και η θέσπιση «περιοδευτικών ιατρείων». Παράλληλα, την ίδια εποχή ιδρύεται η Ιατρική Σχολή Αθηνών (1937) με στόχο την επιστημονική εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού.

Ένας ακόμα τομέας της υγειονομικής περίθαλψης στον οποίο δόθηκε μεγάλη έμφαση κατά τα πρώτα χρόνια οργάνωσης του νέου Ελληνικού Κράτους, ήταν η μαιευτική αφού τα πρώτα εκπαιδευτικά ιδρύματα για μαίες ιδρύονται μόλις το 1835 όταν προσδιορίζονται και τα χαρακτηριστικά του μαιευτικού επαγγέλματος. Επιπλέον, το 1875 ιδρύεται το πρώτο εκπαιδευτήριο σχετικά με το νοσηλευτικό επάγγελμα, υπό τον τίτλο «Νοσοκομειακό Παιδευτήριο» (Βελονάκη, Β.Σ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. 2006).

Το πρόβλημα των περιορισμένων διαθέσιμων κρατικών πόρων για τη χρηματοδότηση του τομέα της Υγείας, το οποίο παραμένει και μετά την απομάκρυνση του Όθωνα, εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται μέσω φιλανθρωπικών δωρεών, οι οποίες παρέχονται από ιδιώτες, την Εκκλησία και την Τοπική Αυτοδιοίκηση για την ανέγερση σημαντικών νοσοκομειακών ιδρυμάτων (Δρομοκαΐτειο, Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός, Ευαγγελισμός, κ.ά.).

Η περίοδος διακυβέρνησης του Ελευθερίου Βενιζέλου χαρακτηρίστηκε από μία σημαντική προσπάθεια για την οργάνωση ενός συμπαγούς νομικού πλαισίου για τη διασφάλιση των επαρκών συνθηκών υγιεινής των εργαζομένων. 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 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, όσον αφορά την ίδρυση θεσμών της Δημόσιας Διοίκησης με αρμοδιότητα στο χώρο της Υγείας, η αρχή έγινε το 1914 με το Ν.346/14 «Περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας», ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση «Διεύθυνσης 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, εν συνεχεία, μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Περιθάλψεως Θυμάτων Πολέμου» κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου. Ο εν λόγω θεσμός μετονομάστηκε το 1922 σε «Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας» μέσω του νόμου 2882/1922, το οποίο αποτέλεσε το πρώτο σημαντικό βήμα για την ανάπτυξη συστηματικής υγειονομικής πολιτικής στη χώρα (Υφαντόπουλος, Ι. 2003).

2^η περίοδος: 1922-1953

Η οικονομική δυσπραγία του ελληνικού κράτους επιδεινώθηκε σημαντικά εξαιτίας της μακροχρόνιας μικρασιατικής εκστρατείας και της έλευσης των χιλιάδων προσφύγων που προέκυψαν από τη Μικρασιατική Καταστροφή. Προκειμένου να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες περίθαλψης των προσφύγων και του γηγενούς πληθυσμού, η κυβέρνηση Βενιζέλου επεδίωξε τη συστηματική οργάνωση του υγειονομικού τομέα μέσω της ίδρυσης του «Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως», η οποία προβλέφθηκε από το Νομικό Διάταγμα της 13/12/1922. 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 (5)

υγειονομικές περιφέρειες και την πρόσληψη ιατρικού προσωπικού στους δήμους και τις κοινότητες.

Την ίδια περίοδο, η ανάγκη αποκατάστασης των προσφύγων σε συνδυασμό με ποικίλους άλλους κοινωνικο-οικονομικούς λόγους, οδήγησαν στην αναζωπύρωση των προσπαθειών για την οργάνωση ενός αποτελεσματικού συστήματος ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών. Το 1932, η κυβέρνηση Βενιζέλου ψηφίζει το νόμο 5733/1932 με τίτλο «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων» που προέβλεπε την ίδρυση ενός εθνικού ασφαλιστικού συστήματος και την ίδρυση του ΙΚΑ. Ωστόσο, η αλλαγή πολιτικής ηγεσίας της χώρας θα ματαιώσει την εφαρμογή του προαναφερθέντος 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 στα τέλη του 1937. Σκοπός του νέου ασφαλιστικού φορέα ήταν η ασφαλιστική και υγειονομική κάλυψη των Ελλήνων πολιτών, ωστόσο η συνένωση των πολυάριθμων προϋπαρχόντων ασφαλιστικών ταμείων θα καταγραφεί στις αδυναμίες του νέου ασφαλιστικού συστήματος.

Την ίδια περίοδο, λαμβάνει χώρα και η πρώτη σημαντική εθνική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση του συστήματος νοσοκομείων της χώρας μέσω του νόμου 965/35 με τίτλο «Περί οργάνωσης των Δημόσιων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων» ενώ μέχρι και την είσοδο της χώρας στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αυξάνεται ο αριθμός των διαθέσιμων κρατικών νοσοκομείων (Νοσοκομείο του Ε.Ε.Σ., Λαϊκό Νοσοκομείο, Νοσοκομείο Άγιος Σάββας) και ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Ωστόσο, αυτή η αύξηση των νοσοκομείων δε στάθηκε ικανή να καλύψει τις τεράστιες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης που προέκυψαν από τη συμμετοχή της χώρας στην πολεμική σύρραξη με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί η ανάγκη για οργάνωση προσωρινών νοσοκομείων, η οποία κατέστη δυνατή μέσω του Ν.2639/1940 (Δερβένης, Χ. & Πολύζος, Ν. 1995, Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. 2001)

Την περίοδο που προηγήθηκε της ένταξης της Ελλάδας στον πόλεμο, έλαβε χώρα μία συστηματική προσπάθεια για τον περιορισμό της διασπορά της ελονοσίας και άλλων λοιμωδών νοσημάτων, τα οποία συνδέονταν με πολύ υψηλούς δείκτες θνησιμότητας. Σημείο- κλειδί στην εν λόγω προσπάθεια θεωρήθηκε η στελέχωση των δομών υγείας με εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Για το λόγο αυτό, καθορίζονται οι

διακριτοί ρόλοι των νοσηλευτών με αρμοδιότητα την περίθαλψη ασθενών και των επισκεπτών υγείας με αρμοδιότητα την πρόληψη και ιδρύονται οι αντίστοιχες σχολές εκπαίδευσης (Βελονάκη, Β.-Σ. & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α. 2006).

Κατά τη διάρκεια του Εμφυλίου (1946-1949), η Πολιτεία απέκλεισε από τις κρατικές υπηρεσίες υγείας τους μαχητές και υποστηρικτές του Δημοκρατικού Στρατού, με αποτέλεσμα τα μέλη του να αναγκαστούν να οργανώσουν δικό τους σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με την αρωγή διακεκριμένων ιατρών όπως ο Πέτρος Κόκκαλης και ο Επαμεινώνδας Σακελλαρίου. Η αποτελεσματικότητα του συστήματος υπήρξε συνέπεια της ευσυνειδησίας και των εξαντλητικών προσπαθειών των ατόμων που το στελέχωσαν και της υποστήριξης των σοσιαλιστικών κρατών στις οποίες διακομίστηκαν πολλά βαριά ιατρικά περιστατικά.

Παρόλο που το σύστημα υγείας του ΔΣΕ περιλάμβανε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον τομέα της πρόληψης μέσω του εμβολιασμού των μελών και την παροχή σχετικού εμβολιαστικού βιβλιαρίου καθώς και της ενημέρωσης τους σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών, την προστασία από περιβαλλοντικούς κινδύνους και τους κανόνες προσωπικής και ομαδικής υγιεινής.

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην οργάνωση νοσοκομείων που έγινε από το ΔΣΕ, κυρίως στο Γράμμο και το Βίτσι όπου έλαβαν χώρα πολλές σημαντικές μάχες. Δεδομένων των σχεδόν ανύπαρκτων πόρων και μέσων, η οργάνωσή τους και η αποτελεσματικότητά τους στην περίθαλψη χιλιάδων ασθενών, η οποία περιελάμβανε ακόμα και τη διενέργεια μείζονων χειρουργικών επεμβάσεων και εκδηλώσεων ψυχαγωγίας, θεωρείται αξιοθαύμαστη (Βουρνάς, Τ. 1998, Μαργαρίτης, Γ. 2000).

3^η φάση: 1953-1981

Μετά τη λήξη του Εμφυλίου, η ανάγκη για συστηματική οργάνωση του υγειονομικού τομέα της χώρας γίνεται επιτακτική και η αναγνώρισή της από την πολιτική ηγεσία γίνεται μέσα από την ψήφιση του νόμου 2592/1953 με τίτλο «Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» με τη στήριξη όλων των κοινοβουλευτικών κομμάτων. Το εν λόγω νομοθέτημα αποσκοπεί στην ουσιαστική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και την οργάνωσή τους σε επίπεδο περιφέρειας (Κουρής και συν, 2007). 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 ίδρυση μονάδων υγείας στην επαρχία για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού, ε) τον καθορισμό ομοιόμορφου τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, στ) την παροχή κινήτρων στο ιατρικό προσωπικό για τη στελέχωση των απομακρυσμένων δομών υγείας και ζ) την οργάνωση του υγειονομικού τομέα με βάση τις υφιστάμενες ανάγκες. Το εν λόγω νομοθέτημα θεωρήθηκε άκρως πρωτοποριακό για την εποχή και θα μπορούσε να οδηγήσει στον απόλυτο εκσυγχρονισμό του εθνικού συστήματος υγείας. Ωστόσο, πολλές διατάξεις του παρέμειναν ανεφάρμοστες για δεκαετίες, ενώ άλλες ακυρώθηκαν από επόμενες κυβερνήσεις.

Δύο χρόνια αργότερα ψηφίστηκε ο Ν. 3487/1955 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών» που προέβλεπε τη θέσπιση ενός δικτύου ιατρικών μονάδων σε χωριά και κωμοπόλεις της περιφέρειας και διέπει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των αγροτών μέχρι τις αρχές τις δεκαετίας του 1980. Πέραν της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, περιέχονταν διατάξεις σχετικά με τη νοσοκομειακή και φαρμακευτική φροντίδα και τις παρακλινικές εξετάσεις. Επιπλέον, το 1961 ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) για τη ρύθμιση των ζητημάτων κοινωνικής ασφάλισης των αγροτών που αποτελούσαν την πλειοψηφία του ελληνικού πληθυσμού της εποχής.

Το 1968, το δικτατορικό καθεστώς των Συνταγματαρχών προωθεί το Ν.Δ. 67/68 που ορίζει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου για το σύνολο των αποφοίτων ιατρικών σχολών.

Κατά τη Μεταπολίτευση, προωθείται η συνταγματική κατοχύρωση του κοινωνικού κράτους μέσω του άρθρου 21, παρ.3 του νέου Συντάγματος (1973) δημοσιεύτηκε η μελέτη του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) που αφορούσε τα βασικά αδύνατα σημεία του ελληνικού συστήματος υγείας και παρείχε τρεις εναλλακτικές προτάσεις για την αντιμετώπισή τους. Η πρώτη πρόταση του ΚΕΠΕ περιέγραφε τις μείζονες θεσμικές αλλαγές που ήταν απαραίτητες, σε συνδυασμό με την ευρεία συνεργασία κράτους και ασφαλιστικών φορέων με στόχο

την οργάνωση μίας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας. Η δεύτερη πρόταση προέβλεπε την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων και όλων των υπόλοιπων ταμείων που θα ήταν πρόθυμα να συμμετάσχουν ενώ η τρίτη πρόταση προέβλεπε το συντονισμό και συνεργασία των υφιστάμενων ασφαλιστικών φορέων με στόχο την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τελευταία προσπάθεια για την αναβάθμιση του εθνικού υγειονομικού συστήματος της περιόδου αυτής έγινε από τον Υπουργό Υγείας Σ. Δοξιάδη το 1980 ο οποίος κατάρτισε ένα σχέδιο νόμου με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας». Το λεγόμενο «Σχέδιο Δοξιάδη» προέβλεπε, μεταξύ άλλων, τη διαίρεση της ελληνικής επικράτειας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση Εθνικού Φορέα Υγείας, τη σύσταση εθνικής φαρμακαποθήκης και φαρμακοβιομηχανίας, την καθιέρωση του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους απασχόλησης και τον εκσυγχρονισμό των περιφερειακών νοσοκομείων. Ωστόσο, το εν λόγω σχέδιο νόμου δεν έγινε ποτέ νόμος του κράτους αφού πολεμήθηκε από όλες τις πολιτικές δυνάμεις, συμπεριλαμβανομένης της κυβερνώσας, και τους ιατρικούς συλλόγους. Ωστόσο, αποτέλεσε έναν οδηγό για τη μελλοντική οργάνωση του εθνικού συστήματος υγείας (Υφαντόπουλος, Ι. 2003).

4^η περίοδος: 1981- σήμερα

Αναμφισβήτητο σημείο - καμπή στην ιστορία του ελληνικού υγειονομικού συστήματος αποτελεί η ψήφιση του νόμου 1397/1983, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Σύμφωνα με τις διατάξεις του προαναφερθέντος νόμου, διακρίνονται δύο είδη υγειονομικής περίθαλψης: εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια, η οποία παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και νοσοκομειακή δευτεροβάθμια, η οποία παρέχεται από τα δημόσια νομαρχιακά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Άλλοι νόμοι σχετικοί με την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος που προώθησε η συγκεκριμένη κυβέρνηση 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.).

Η νέα κυβέρνηση που προέκυψε μετά τις εκλογές του 1989 προχώρησε σε τροποποίηση των διατάξεων για την οργάνωση του Ε.Σ.Υ. αντικαθιστώντας την πρόβλεψη για λειτουργία του υπό την αποκλειστική ευθύνη του κράτους με την πρόβλεψη για δικαίωμα στην επιλογή μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας με βάση την αρχή του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οι αλλαγές αυτές έγιναν μέσω του Ν.2071/1992 που προέβλεπε, μεταξύ άλλων, τη δυνατότητα ίδρυσης νοσοκομείων με τη μορφή ΝΠΙΔ, εφόσον αυτά πληρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ωστόσο, μετά την επόμενη αλλαγή εξουσίας, επαναφέρεται ο δημόσιος χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. και η υπαγωγή όλων των υγειονομικών φορέων υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Το 1997 ψηφίστηκε ο Ν.2519/1997 που προέβλεπε τον εκσυγχρονισμό του εθνικού συστήματος υγείας που αφορούν την ένταξη επιχειρησιακών εργαλείων, βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των υπηρεσιών, ενίσχυση της δράσης του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) σε απομακρυσμένες περιοχές και θεσμοθέτηση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Μωραΐτης, Ε. 2003).

Επόμενη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης έγινε μέσω του Ν.2889/2001 με τίτλο «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» που 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. Το 2003 ψηφίζεται ο νόμος 3106/2003, ο οποίος προβλέπει τη μετατροπή των ΠΕΣΥ σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) με στόχο την αναβάθμιση του συστήματος παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας (Δανιηλίδου, Α. 2009) και ενισχύεται η ανεξαρτησία τους σε διοικητικό και οικονομικό επίπεδο (Κακαλέτσης, Ν. και συν. 2013).

Δύο χρόνια αργότερα, με το Ν.3329/2005 ιδρύονται οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), οι οποίες αντικατέστησαν τα ΠΕΣΥΠ. Οι διοικητές των εν λόγω υπηρεσιών φέρουν την αρμοδιότητα της εποπτείας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων που υπάγονται στην περιφέρειά τους. Κεντρικό φορέα εποπτείας της λειτουργίας των ΔΥΠΕ αποτελεί το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ ως στόχος των νέων φορέων τίθεται ο συντονισμός του συνόλου των υγειονομικών παρόχων της χώρας, δημόσιων και ιδιωτικών. 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. Έχει προηγηθεί η μετονομασία του ΕΣΥ σε Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Δανηλίδου, Α. 2009) με το Ν.3329/2005.

Το 2009 ξέσπασε μία μείζονα οικονομική κρίση στην Ελλάδα, μέσα στα πλαίσια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, η οποία ενισχύθηκε από το τεράστιο εξωτερικό χρέος της χώρας. Προκειμένου να αντιμετωπίσει την εν λόγω κρίση και να αποφύγει τη χρεωκοπία, η κυβέρνηση της χώρας υπέγραψε το 2010 ένα μνημόνιο συνεργασίας με την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, την Ε.Ε. και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο ενώ τα επόμενα χρόνια ακολούθησε η υπογραφή δύο ακόμα Μνημονίων. Οι όροι που επέβαλαν οι δανειστές της Ελλάδας στόχευαν σε μία ριζική δημοσιονομική προσαρμογή της χώρας μέσω μεγάλων περικοπών στα δημόσια έξοδα. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης δεν παρέμεινε ανεπηρέαστος.

Ο πρώτος μνημονιακός νόμος που αφορούσε τον τομέα της υγείας ήταν ο 3863/2010, ο οποίος προέβλεπε το διαχωρισμό των ταμείων και των υγειονομικών κλάδων, η εποπτεία των οποίων μεταφέρθηκε στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, από το συνταξιοδοτικό σύστημα (Οικονόμου, Χ. 2012). Το ίδιο έτος ψηφίστηκε και ο Ν.3868/2010, ο οποίος προέβλεπε την ολοήμερη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομειακών ιδρυμάτων που υπάγονται στο ΕΣΥ. Επιπλέον, καθιερώθηκε η άμεση καταβολή αντιτίμου από τους πολίτες που απευθύνονταν στα εξωτερικά ιατρεία, ο οποίος επικρίθηκε έντονα γιατί θεωρήθηκε ότι δημιουργούσε σημαντικές ανισότητες και απέκλειε ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού από την υγειονομική περίθαλψη (Οικονόμου, 2012). Στα πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου νομοθετήματος συγκαταλέγονται η ενίσχυση των εσόδων των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, η δυνατότητα των πολιτών να επιλέγουν το θεράποντα ιατρό και ο περιορισμός των χρόνων αναμονής (Niaka et al., 2005).

Επόμενος σημαντικός νόμος που εισήγαγε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης ήταν ο Ν.3918/2011, ο οποίος προέβλεπε τη δημιουργία του ΕΟΠΠΥ, την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και αλλαγές στους όρους λειτουργίας του συστήματος προμηθειών και φαρμάκων. Πιο αναλυτικά, ο νεοσυσταθείς ΕΟΠΥΥ αναλαμβάνει αρμοδιότητες 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, Χ. 2012).

Το 2014 ψηφίζεται ο νόμος 4238, που προβλέπει τη μεταρρύθμιση της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος πλέον καθίσταται αποκλειστικά αγοραστής υπηρεσιών υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Στόχος του νέου νόμου υπήρξε ο καλύτερος έλεγχος των δαπανών υγείας και η ορθολογικότερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων (Niakas, D. 2013).

Στην ίδια κατεύθυνση, δηλαδή των περιορισμό των δαπανών για την υγεία, κινήθηκαν και άλλες νομοθετικές ρυθμίσεις που προωθήθηκαν τα επόμενα χρόνια, όπως η θέσπιση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) μέσω του ΦΕΚ1702/Β/2011. Επιπλέον, η θεσμοθέτηση του clawback και του rebate είχε ως στόχο την αύξηση των εσόδων του συστήματος υγείας (Χλέτσος, 2015). Η θεσμοθέτηση των ΚΕΝ αναπτύχθηκε με βάση διαγνωστικές ομάδες, οι οποίες σχηματίστηκαν βάσει κοινών δημογραφικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών χαρακτηριστικών (Οικονόμου, 2012). Ο θεσμός του rebate (επιδότηση) προβλέπει την υποχρεωτική έκπτωση επί του συνολικού τιμολογίου από τους ιδιωτικούς παρόχους και την αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων. Επιπλέον, το clawback (ανάκτηση) προβλέπει τον καθορισμό ενός ανώτατου ορίου μηνιαίων δαπανών από τους ιδιωτικούς παρόχους, οι οποίοι φέρουν την υποχρέωση να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ όποιο ποσό υπερβαίνει αυτό το όριο. Τέλος, στα πλαίσια του ΕΣΠΑ, υπήρξε η θεσμοθέτηση του health voucher, το οποίο αποτελεί μία επιδότηση για ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και απευθύνεται σε ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 1500€ (Χλέτσος, Μ. 2015).

Το 2016 θεσπίστηκε για πρώτη φορά, μέσω του Ν.4368/2016, το δικαίωμα των ανασφάλιστων και των ευπαθών ομάδων για ελεύθερη πρόσβαση στο σύνολο των δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας για την λήψη ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης. Τέλος, τον επόμενο χρόνο ψηφίστηκε ο Ν.4486/2017, ο οποίος αφορούσε τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1.2 Η έννοια της διοίκησης

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί το θεμέλιο λίθο για τη σύσταση, ανάπτυξη, διαχείριση και επέκταση μίας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Επιπλέον, ο άνθρωπος αποτελεί το φορέα της διοίκησής τους, ενώ ο ρόλος του είναι διττός αφού λειτουργεί τόσο ως κινητήριο δύναμη για τη λειτουργία τους όσο και ως αποδέκτης των υπηρεσιών και προϊόντων τους. Ως εκ τούτου, η μελέτη του ανθρώπινου παράγοντα συνιστά ένα κομβικό ζήτημα για τις οικονομικές επιστήμες (Χολέβας, Ι. 1995).

Με τον όρο «διοίκηση» περιγράφεται η συντονισμένη διαδικασία της εργασίας με άλλα άτομα αξιοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους για την επίτευξη προκαθορισμένων οργανωσιακών στόχων (Bateman T.S. & Snell, S.A. 2016). Ένας εναλλακτικός όρος περιγράφει την οργάνωση ως τη διαδικασία αποτελεσματικού και αρμονικού συντονισμού όλων των διαθέσιμων υλικοτεχνικών πόρων και του ανθρώπινου δυναμικού με έμφαση στην αποτελεσματική επίτευξη των τεθέντων στόχων επιτυγχάνοντας, παράλληλα, τη μέγιστη δυνατή εξοικονόμηση κεφαλαίων (Pride, Hughes & Kapoor 2002).

Σκοπό της διοίκησης αποτελεί η δημιουργία και λειτουργία μίας αρχής, η οποία θα επιφορτίζεται με τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων, την καθοδήγηση και την εποπτεία του ανθρώπινου δυναμικού ώστε ένας οργανισμός ή επιχείρηση να μεγιστοποιήσει την αποδοτικότητά του. Σήμερα η διοίκηση επιχειρήσεων και οργανισμών αποτελεί έναν επιστημονικό τομέα που απαιτεί το συνδυασμό μεγάλου εύρους γνώσεων, ενώ μπορεί να διακριθεί σε δημόσια και ιδιωτική ανάλογα με τους φορείς της (DuBrin, A.J. 2004).

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, Ευσταθίου, Μ. 2013):

- Αρχές αμοιβαίας εκτίμησης και σεβασμού.
- Ύπαρξη και τήρηση της ιεραρχίας η οποία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την επίτευξη του βέλτιστου καταμερισμού ευθυνών και αρμοδιοτήτων, τη σωστή καθοδήγηση και εποπτεία.
- Αρχές τις ισονομίας και της δικαιοσύνης.

- Αρχή της αναγνώρισης της συνεισφοράς κάθε εργαζομένου στον οργανισμό ή επιχείρηση.
- Αρχή της επιβράβευσης ως άμεση συνέπεια της αναγνώρισης της συνεισφοράς που λειτουργεί ως κίνητρο αύξησης της παραγωγικότητας.
- Αρχή της αλληλεγγύης μεταξύ των εργαζομένων.
- Αρχή της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης απέναντι στη διοίκηση.
- Αρχή της ενθάρρυνσης των εργαζομένων να διατυπώνουν και να υλοποιούν προτάσεις για την πρόοδο του οργανισμού.
- Αρχή της πειθαρχίας.

1.3 Η έννοια του management

Δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός για το management αλλά μέσα στα χρόνια έχουν 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 στη βάση ενός επιστημονικού υπόβαθρου. Σε γενικές γραμμές, περιγράφει το σύνολο των ενεργειών που απαιτούνται για την αποτελεσματική διακυβέρνηση μίας επιχείρησης ή ενός οργανισμού (Harvard Business Essentials, 2009).

Όσον αφορά το management των υπηρεσιών υγείας, ο Griffin το περιγράφει 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 αναλυτικά, στην περίπτωση των νοσοκομείων του ιδιωτικού τομέα 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 βρίσκονται σε ανάγκη ιατρικής περίθαλψης, κάτι που συχνά οδηγεί σε γιγάντωση των ελλειμμάτων (Θανασιάς, Ι. & Χαραλάμπους, Μ. 2016).

Το management διαθέτει τέσσερις (4) βασικές λειτουργίες:

A. Προγραμματισμός

Ο προγραμματισμός αποτελεί αρμοδιότητα των ανώτερων στελεχών μίας επιχείρησης ή οργανισμού και αφορά στον καθορισμό των μακροπρόθεσμων στόχων καθώς και της στρατηγικής και των μέσων που απαιτούνται για την υλοποίηση των στόχων αυτών. Σύμφωνα με τους Knootz, O'Donnell, & Weihrich (1986), ο προγραμματισμός αποτελεί το συνδυαστικό κρίκο μεταξύ της παρούσας κατάστασης του οργανισμού και της επιθυμητής μελλοντικής του εξέλιξης.

B. Οργάνωση

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). Σημαντικό εργαλείο της λειτουργίας της οργάνωσης αποτελεί το οργανόγραμμα που χρησιμοποιείται για την απεικόνιση της δομής ενός οργανισμού, τα επίπεδα διοίκησης και τις σχέσεις ιεραρχίας που τα συνδέουν. Σημειώνεται ότι η οργανωτική δομή της επιχείρησης ή του οργανισμού συνιστά καθοριστικό παράγοντα της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς του (Pecic, M.M. & Cotic, T.M. 2010).

Γ. Διεύθυνση

Η λειτουργία της διεύθυνσης αφορά τον καθορισμό και εφαρμογή όλων εκείνων των μεθόδων που επηρεάζουν θετικά τη συμπεριφορά των εργαζομένων και εξασφαλίζουν αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητάς του. Οι οργανωσιακές αρχές που αναπτύχθηκαν από το Max Weber συνιστούν ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια των managers και περιλαμβάνουν (Robbins, S.P., Decenzo, D.A. & Coulter, M. 2017):

- Καταμερισμός εργασίας
- Τμηματοποίηση των επιμέρους εργασιών

- Εύρος ελέγχου, δηλαδή το πλήθος των εργαζομένων που μπορεί να εποπτευθεί αποτελεσματικά από ένα manager.
- Συγκεντρωτισμός έναντι της αποκέντρωσης
- Τυποποίηση

Δ. Έλεγχος

Ο έλεγχος αποτελεί λειτουργία κομβικής σημασίας για την αξιολόγηση της προσπάθειας επίτευξης των τεθέντων στόχων του και αφορά στην εξέταση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των εργαζομένων, τον προσδιορισμό προτύπων αξιολόγησης αναφορικά με τους στόχους, τον εντοπισμό των αποκλίσεων μεταξύ στόχων και αποτελεσμάτων και την εφαρμογή διορθωτικών παρεμβάσεων για τη διόρθωσή τους (Μπουραντάς, Δ. 2002).

1.4 Η έννοια του οργανισμού

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

- Σαφώς καθορισμένος σκοπός, ο οποίος μπορεί να δομείται από έναν αριθμό στόχων. Σημειώνεται ότι επιχειρήσεις καλούνται οι οργανισμοί των οποίων ο διακηρυγμένος σκοπός είναι οικονομικής φύσης.
- Αποτελούνται από ανθρώπους
- Διαθέτουν δομή που καθορίζει και οριοθετεί τη συμπεριφορά των μελών του οργανισμού.

Καθοριστικούς παράγοντες της λειτουργίας ενός οργανισμού αποτελούν τόσο το εσωτερικό περιβάλλον, δηλαδή οι άνθρωποι που στελεχώνουν τον οργανισμό, οι διαθέσιμοι υλικοί πόροι και η οργανωσιακή του κουλτούρα, όσο και το εξωτερικό του περιβάλλον, το οποίο περιλαμβάνει τις ευρύτερες υφιστάμενες συνθήκες σε οικονομικό, πολιτικό, κοινωνικό, πολιτισμικό, τεχνολογικό και περιβαλλοντικό επίπεδο, και οι οποίες μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στη δραστηριότητά του. Μέτρο της αποτελεσματικής λειτουργίας ενός οργανισμού αποτελεί ο βαθμός στον

οποίο αυτός καταφέρνει, δεδομένου του εσωτερικού και εξωτερικού του περιβάλλοντος, να παράγει προϊόντα και υπηρεσίες που κρίνονται ως ωφέλιμα τόσο για τους ιδιοκτήτες όσο και για τους πολίτες (Kotler, P. 2000).

Ο σκοπός και οι στόχοι ενός οργανισμού είναι σημαντικό να καθορίζονται λαμβάνοντας υπόψη το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό της λειτουργίας του καθώς οι καθοριστικοί παράγοντες (εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον) μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου επιβάλλοντας τον επαναπροσδιορισμό της στόχευσης του οργανισμού (Kotler, P. 2000).

1.5 Ιστορική εξέλιξη του management

Παρά το γεγονός ότι αφετηρία για την εξέλιξη του σύγχρονου management υπήρξε η αυγή του προηγούμενου αιώνα, τα πρώτα στάδια της εξέλιξης της έννοιας εντοπίζονται αρκετά νωρίτερα το 18^ο αιώνα στην Αγγλία στα πλαίσια της Βιομηχανικής Επανάστασης, ενώ τον επόμενο αιώνα οι έννοιες της διοίκησης και του management χρησιμοποιούνται και από συγγραφείς άλλων περιοχών τόσο της Ευρώπης όσο και της άλλης πλευράς του Ατλαντικού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Charles Babbage, ο οποίος υπήρξε πρωτοπόρος του management συμπεριλαμβάνοντας στο έργο του ρητές αναφορές στην τυποποίηση των λειτουργιών στους εργασιακούς χώρους και στη συμβολή του εξωτερικού περιβάλλοντος στη διαμόρφωση της λειτουργίας μίας επιχείρησης (Πετρίδου, Ε. 1998, Κεσίδης, Α. 2020).

Η επικράτηση της Βιομηχανικής Επανάστασης είχε σημαντικές επιπτώσεις τόσο στη διαμόρφωση των χαρακτηριστικών του εργατικού δυναμικού, όσο και στη διαμόρφωση της ίδιας της παραγωγής, η οποία απέκτησε μαζικά χαρακτηριστικά με αποτέλεσμα την ανάδειξη της επιτακτικής ανάγκης για στελέχωση των επιχειρήσεων με άτομα εξειδικευμένα στους τρόπους και τις αρχές διοίκησης. Ιστορικά, ο πρώτος κλάδος του management που αναπτύχθηκε ήταν το επιστημονικό management (scientific management), το οποίο αποτέλεσε αποτέλεσμα της επιδίωξης των μηχανικών και επιχειρηματικών στελεχών για ενίσχυση της αποδοτικότητας του εργατικού δυναμικού. Στην ανάπτυξη του επιστημονικού management, καθοριστική υπήρξε η συμβολή του Francis Taylor, ο οποίος επικεντρώθηκε στη διαμόρφωση κατάλληλων εργασιακών συνθηκών για το ανθρώπινο δυναμικό, προκειμένου αυτό

να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του. Επιπλέον, άλλοι σημαντικοί θεωρητικοί θεμελιωτές του επιστημονικού management υπήρξαν οι Fran και Lillian Gilbreth, οι οποίοι εστίασαν το έργο τους στην κινησιομετρία και ο H. Gantt, ο οποίος επικεντρώθηκε στο χρονοπρογραμματισμό των εργασιών των επιχειρήσεων (Χολέβας, I. 1995, Πετρίδου, E. 1998, Κεσίδης, A. 2020).

Εξίσου καθοριστικής σημασίας υπήρξε και το έργο του H. Fayol, ο οποίος δεν εστίασε σε επιμέρους πτυχές της δραστηριότητας των επιχειρήσεων, αλλά επεδίωξε μία ολιστική προσέγγιση. Στο έργο του οφείλεται ο προσδιορισμός των βασικών λειτουργιών του management, δηλαδή της ηγεσίας, της οργάνωσης, του προγραμματισμού, του συντονισμού και του ελέγχου, γεγονός που τον αναδεικνύει σε έναν από τους βασικούς θεμελιωτές της επιστήμης της διαχείρισης. Επιπλέον, προσδιόρισε τις 14 αρχές του management και διατύπωσε την άποψη ότι τα άτομα που ενδιαφέρονται να καλλιεργήσουν δεξιότητες σχετικές με το management μπορούν να το κάνουν μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης (Μπούκης, Σ. 1993).

Άλλη τάση της διοικητικής επιστήμης αποτελεί η Σχολή Συμπεριφοράς, η οποία δίνει μεγάλη έμφαση στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και του τρόπου με τον οποίο αυτή επιδρά στη λειτουργία των επιχειρήσεων. Πιο αναλυτικά, οι εκπρόσωποι της συγκεκριμένης σχολής σκέψης υποστηρίζουν ότι βασική προϋπόθεση για την επίτευξη και εφαρμογή ενός αποτελεσματικού management αποτελεί η σωστή κατανόηση του ανθρώπινου δυναμικού, του τρόπου συμπεριφοράς του, των ιδιαίτερων αναγκών του και της θέσης του μέσα στα πλαίσια μίας ανθρώπινης οργάνωσης (Πετρίδου, E. 1998, Κεσίδης, A. 2020).

Όσον αφορά τις αρχές της Νεοκλασικής θεώρησης για τη διοίκηση και το management, αυτές αναπτύχθηκαν από τέσσερις (4) βασικούς εκπροσώπους: M. Parker-Follet, E. Mayo, N. Hawthorne και A. Maslow. Η M. 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, δεδομένου ότι η ομάδα στην οποία ανήκει ένας εργαζόμενος αποτελεί τη βασική πηγή από την οποία αυτός αντλεί ερεθίσματα και, συνεπώς, επιδρά σημαντικά στην εργασιακή του συμπεριφορά. Από την άλλη, ο E. Mayo υποστήριξε ότι η ενίσχυση της αποδοτικότητας των εργαζομένων είναι άμεσα συνυφασμένη με την κατανόηση της ανθρώπινης

διάστασης της εργασίας. Για το N. Hawthorne, η παραγωγικότητα της επιχείρησης αποτελεί συνάρτηση του αυτοσεβασμού 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 τον A. Maslow, η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί συνάρτηση πέντε (5) σταδίων - επιπέδων. Το πρώτο εξ' αυτών, το κατώτερο, περιλαμβάνει τις βιολογικές ανάγκες των ανθρώπων, όπως η ανάγκη για τροφή, νερό, στέγη και 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. Επιπλέον, το τέταρτο στάδιο περιλαμβάνει τις ανάγκες του ανθρώπου που σχετίζονται με την κοινωνική θέση και την εκτίμηση του περιβάλλοντος, όπως η αναγνώριση, το κοινωνικό κύρος, η αυτοεκτίμηση και ο αυτοσεβασμός, ενώ το ανώτερο στάδιο 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. Συνεπώς, η κατανόηση του επιπέδου αναγκών που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο δυναμικό μίας επιχείρησης μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα κατάλληλα κίνητρα που πρέπει να δοθούν στους εργαζομένους (Πετρίδου, Ε. 1998, Κεσίδης, Α. 2020).

Στα πλαίσια της σύγχρονης θεώρησης του management καθοριστική θεωρείται η συμβολή του D. McGregor, ο οποίος διατύπωσε δύο διακριτές θεωρίες Ψ και Χ, εκ των οποίων η πρώτη χαρακτηρίζεται ως αισιόδοξη και η δεύτερη ως απαισιόδοξη. Επιπλέον, άλλους σημαντικούς θεωρητικούς του management αποτελούν οι Deming και Bernard, οι οποίοι έδωσαν έμφαση στις σχέσεις που αναπτύσσει μία επιχείρηση με το περιβάλλον της, υποστηρίζοντας πως αυτά συνιστούν ένα σύνολο αλληλένδετων τμημάτων που επηρεάζουν έντονα το ένα το άλλο και πως είναι σημαντικό να αναπτύσσεται μία ολιστική διαχειριστική προσέγγιση προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης. Μία ακόμα προσέγγιση του management, η οποία έχει κερδίσει ευρεία αποδοχή αποτελεί η λεγόμενη θεωρία Z, η οποία αναπτύχθηκε από Ιάπωνες επιστήμονες και εφαρμόστηκε ευρέως στις επιχειρήσεις της χώρας κατά τη διάρκεια της εθνικής προσπάθειας οικονομικής ανάκαμψης μετά την ήττα στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Η εν λόγω θεωρία δίνει μεγάλη έμφαση στην

ομαδική συναίνεση και στο συμμετοχικό management, μέσα στα πλαίσια του οποίου υπάρχουν δύο διακριτές προσεγγίσεις, οι οποίες αφορούν, αφενός, την ποιότητα των εργασιακών συνθηκών και, αφετέρου, τους κύκλους ποιότητας (Χολέβας, Ι. 1995, Κεσίδης, Α. 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ MANAGEMENT ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η έννοια της υγείας

Παρόλο που η σημασία της υγείας για την ανθρώπινη ευημερία είχε αναγνωριστεί ήδη από την αρχαιότητα, ο εννοιολογικός προσδιορισμός της αποτελεί μία περίπλοκη διαδικασία αφού αποτελεί συνάρτηση ποικίλων παραγόντων, κοινωνικής, οικονομικής και πολιτισμικής φύσης (Saracci, R. 1997).

Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της υγείας είναι αυτός που έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.-WHO) και αναφέρει ότι *«υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου»* (Τούντας, Γ. 2002). Με τον ορισμό αυτό συμφωνεί και ο Heggade (2000), ο οποίος επισημαίνει ότι μόνο η συνθήκη της απουσίας κάποιας ασθένειας δε συνεπάγεται αυτόματα την ύπαρξη υγείας, η οποία προϋποθέτει τη θετική στάση απέναντι στη ζωή και τη θετική στάση απέναντι στην ευθύνη της ζωής.

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

Επιπλέον, καταγράφονται αποκλίνουσες επιστημονικές απόψεις σχετικά με το εάν είναι δόκιμο η εννοιολογική προσέγγιση της υγείας να λαμβάνει υπόψη, πέραν των βιολογικών, και κοινωνικούς παράγοντες. Από τη μία πλευρά, έχει προταθεί η περιγραφή της ασθένειας ως η αδυναμία του ατόμου να υπερβεί τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει στο ευρύτερο κοινωνικό και φυσικό του περιβάλλον (Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. 2001) ενώ, από την άλλη πλευρά, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η υγεία δεν πρέπει να εμπεριέχει και την έννοια της κοινωνικής ευεξίας (Aubrey, L. 1953).

2.2 Βασικά χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες υπηρεσιών υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικό να φέρουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ώστε να κρίνονται ως επαρκώς αποτελεσματικές στον τομέα της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του γενικού πληθυσμού. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνουν (Δικαίος Κ. και συν., 1999, Van Wijngaarden, J.D., Scholten, G.R., & van Wijk, K.P. 2012):

- Διαθεσιμότητα προς τους πολίτες για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης όποτε προκύπτει ιατρική ανάγκη.
- Προσπελασιμότητα, η οποία αφορά τη δυνατότητα των πολιτών να τις χρησιμοποιήσουν ανά πάσα στιγμή της ημέρας.
- Μεγάλο εύρος ώστε να καλύπτουν όλες τις υγειονομικές ανάγκες στον τομέα της πρόληψης, της αντιμετώπισης και της αποκατάστασης.
- Υψηλό επίπεδο υπηρεσιών ώστε να είναι αποδεκτές από τους πολίτες.

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, Α. 2005).

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας είναι ότι συνιστούν οργανισμούς, καθώς, σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελούνται από ανθρώπους οι οποίοι εργάζονται συνεργαζόμενοι για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού.

Ιδιαίτερος, όσον αφορά τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα, τα οποία αποτελούν μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, αυτά φέρουν κάποια επιπλέον ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία περιλαμβάνουν (Anthony, A. & Herzlinger, R.N. 1980):

- Περιορισμένη εξάρτηση από τους πελάτες: Τα νοσοκομεία αποτελούν μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς αφού η λειτουργία τους δεν αποσκοπεί στη

μεγιστοποίηση του οικονομικού κέρδους. Επιπλέον, η οικονομική τους βιωσιμότητα δε βασίζεται στην οικονομική υποστήριξη των πελατών τους αφού η χρηματοδότησή τους γίνεται, κατά κανόνα, από τον κρατικό προϋπολογισμό με αποτέλεσμα να μην εντοπίζεται άμεση σχέση μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών και των εσόδων τους. Οι πολίτες συμβάλλουν στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω των φόρων που καταβάλλουν αλλά λαμβάνουν το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών ανεξάρτητα με το ύψος της φορολογικής τους συνεισφοράς. Σύμφωνα με τους Anthony και Herzlinger (1980), η συνεπαγόμενη αρνητική διάθεση προς τους πελάτες εντείνει την επικριτικότητα των πελατών, σχετικά με την περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών και της εξυπηρέτησης και ευνοεί τη γραφειοκρατική αντίληψη.

- Επικράτηση της επιστημονικής διάστασης: Τα νοσοκομειακά ιδρύματα στελεχώνονται από επαγγελματίες που ειδικεύονται σε κάποιο επιστημονικό κλάδο (ιατροί, καθηγητές κλπ), οι οποίοι συνήθως δε δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην αποτελεσματική αξιοποίηση των διαθέσιμων παραγωγικών πόρων για την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής αποδοτικότητάς τους, αλλά επικεντρώνονται στη διεκπεραίωση του επιστημονικού τους έργου. Επιπλέον, η εκπαίδευση που λαμβάνουν επικεντρώνεται στο επιστημονικό πεδίο της ειδικότητάς τους, ενώ λίγη σημασία δίδεται στους τρόπους αποτελεσματικής διοίκησης των οργανισμών που υπηρετούν με αποτέλεσμα να μην αξιολογούν σημαντικά το οικονομικό κόστος των αποφάσεων που λαμβάνουν και το κόστος της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών.
- Μονοπωλιακή διάθεση υπηρεσιών: Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τα δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα λαμβάνει μονοπωλιακό χαρακτήρα για τα άτομα που ανήκουν στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα ή κατοικούν σε απομονωμένες περιοχές της χώρας. Το γεγονός αυτό συνοδεύεται από μία σειρά συνεπειών, οι οποίες περιλαμβάνουν:
 - Απουσία εναλλακτικών επιλογών για την αναζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, ανεξάρτητα από την ενδεχόμενη χαμηλή ποιότητά τους. Για το λόγο αυτό κρίνεται εξαιρετικά σημαντικό η Πολιτεία να αναπτύσσει αποδοτικούς ελεγκτικούς μηχανισμούς για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
 - Η έλλειψη ανταγωνισμού στερεί τους ίδιους τους οργανισμούς από εξωτερικά σημεία ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών τους.

- Συγκεντρωτισμός της εξουσίας λήψης αποφάσεων: Στα δημόσια νοσοκομεία, όπως και στο σύνολο των οργανισμών του ελληνικού δημόσιου τομέα, παρατηρείται μία συγκεντρωτική τάση αναφορικά με τα κέντρα λήψης αποφάσεων στις κεντρικές διοικήσεις ή στα κεντρικά συμβούλια. Το γεγονός αυτό επιδρά ανασταλτικά στην αποδοτικότητα των εν λόγω υπηρεσιών υγείας.
- Έλλειψη κριτηρίων αξιολόγησης του αποτελέσματος: Η έλλειψη δεικτών αξιολόγησης αποτελεί συνέπεια ποικίλων λόγων οι οποίοι περιλαμβάνουν την έλλειψη τυποποίησης των υπηρεσιών, την αντικειμενική δυσκολία αξιολόγησης των υπηρεσιών και διάφορους ιστορικούς λόγους ενώ οδηγεί σε:
 - Στέρηση της δυνατότητας αξιολόγησης των επικεφαλής των επιμέρους μονάδων με βάση το έργο της μονάδας τους.
 - Δυσκολία στην εφαρμογή πολιτικής κινήτρων για την ενίσχυση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των μονάδων.
 - Παρεμπόδιση των προσπαθειών προσανατολισμού των εργαζομένων στο αποτέλεσμα και επικέντρωση στην τήρηση γραφειοκρατικών κανόνων.
 - Παρεμπόδιση των προσπαθειών για αποκέντρωση της εξουσίας.
 - Ενίσχυση της δυσκολίας στη διενέργεια συγκριτικής αξιολόγησης διαφορετικών μονάδων.

2.3 Οργανισμοί και διοίκηση οργανισμών υγείας

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

Α. Ανάλογα με το νομικό πλαίσιο της λειτουργίας τους:

- Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας
- Δημόσιες υπηρεσίες υγείας
- Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ)
- Νομικά πρόσωπα δημόσιου δικαίου (ΝΠΔΔ)

- Κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες Υπουργείου Υγείας

B. Ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών:

- Υπηρεσίες ανοιχτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες περιλαμβάνουν τα Κέντρα Υγείας, τα πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών και τα ιδιωτικά ιατρεία και παρέχουν αποκλειστικά υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Υπηρεσίες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες περιλαμβάνουν τα νοσοκομεία και τις ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες και παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Όσον αφορά τη διοικητική τους οργάνωση, οι οργανισμοί υγείας παρουσιάζουν ορισμένες ιδιαιτερότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Δικαίος, Κ. 1999, Καλογεροπούλου, Μ. & Μπουρδουκούτας, Π. 2007):

- Αυξημένη κρατική παρέμβαση: Δεδομένου του κοινωνικού χαρακτήρα της υγείας, ο υψηλός βαθμός κρατικής παρέμβασης αναφορικά με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των εν λόγω οργανισμών γίνεται εύκολα κατανοητός και αποδεκτός. Βασικός σκοπός του κράτους είναι, μέσω της νομοθεσίας, να διασφαλίσει την καθολική και ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στο σύνολο των πολιτών.
- Αδυναμία ασθενούς για ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων: Αιτία της αδυναμίας αυτής αποτελεί το γεγονός ότι, κατά κανόνα, ο ασθενής δε διαθέτει τις απαραίτητες ιατρικές γνώσεις ώστε να μπορεί να αντιληφθεί τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κατάστασης της υγείας του και να επιλέξει την καταλληλότερη θεραπευτική μέθοδο.
- Ένταση της εργασίας: Η αυξημένη ένταση που παρατηρείται στους εργαζόμενους που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε οργανισμούς υγείας είναι αποτέλεσμα της φύσης της εργασίας τους καθώς αυτή, συχνά, απαιτεί να αντιμετωπίσουν άμεσα και αποτελεσματικά επείγουσες ιατρικές καταστάσεις λαμβάνοντας τις καλύτερες αποφάσεις στο μικρότερο δυνατό χρόνο. Από την άλλη πλευρά, και οι πολίτες που καταφεύγουν στους οργανισμούς υγείας βρίσκονται συχνά σε κατάσταση συναισθηματικής διέγερσης λόγω ανησυχίας με αποτέλεσμα να δημιουργούνται εύκολα εντάσεις μεταξύ αυτών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Προκειμένου να αποφεύγονται τέτοιες καταστάσεις, κρίνεται απαραίτητο όλες οι

πλευρές να διατηρούν ένα μέγιστο βαθμό ψυχραιμίας ενώ, ιδιαιτέρως, στην περίπτωση των εργαζομένων, η διασφάλιση του ύψιστου επιπέδου επιστημονικής κατάρτισής τους μπορεί να διασφαλίσει το περιορισμό της διενέργειας ιατρικών λαθών στο ελάχιστο δυνατό, δεδομένου ότι η πλήρης εξάλειψή τους δεν είναι δυνατή.

- Ένταση της οργάνωσης και διαχείρισης: Στις περιπτώσεις των οργανισμών υγείας, η καλύτερη δυνατή οργάνωση του χώρου και των υπηρεσιών είναι ζωτικής σημασίας. Αφενός, τα κτίρια των οργανισμών πρέπει να είναι πλήρως συντηρημένα και, αφετέρου, πρέπει να διασφαλίζεται η ύπαρξη επαρκούς και κατάλληλου εξοπλισμού. Για την επίτευξη των εν λόγω στόχων, σημαντικό ρόλο παίζει η εφαρμογή και συχνή αναθεώρηση των προτύπων ποιότητας.
- Ένταση της διανομής της εξουσίας και της ευθύνης: Η επιλογή των κατάλληλων προσώπων για τη στελέχωση των ηγετικών θέσεων στους οργανισμούς υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική λειτουργία τους. Είναι σημαντικό τα άτομα αυτά να διαθέτουν την απαραίτητη επιστημονική κατάρτιση και διοικητικές ικανότητες.

Άλλοι παράγοντες που επιδρούν στον τρόπο διοίκησης των οργανισμών υγείας είναι οι κάτωθι (Δικαίος, Κ. και συν., 1999):

- 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.
- Υψηλή δαπάνη υγείας με τάση συνεχούς αύξησης.
- Υψηλές προσδοκίες των πολιτών.

Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τους οργανισμούς υγείας, αυτό περιλαμβάνει άτομα ποικίλων ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων (Δικαίος, Κ. και συν. 1999, Stevenson, W.L., Hojati, M., & Cao, J. 2007):

- 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.

Κάθε νοσοκομειακό ίδρυμα, ανεξάρτητα από το είδος του, δομείται σε τεσσάρων ειδών υπηρεσίες, ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές και τεχνικές, οι οποίες θεωρούνται ισότιμες και αναπτύσσουν συνεργασία με στόχο την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Η διοικητική υπηρεσία ενσωματώνει δύο υποδιευθύνσεις, με διοικητικές και οικονομικές αρμοδιότητες, αντίστοιχα, οι οποίες περιλαμβάνουν το συντονισμό της λειτουργίας και την ενίσχυση του έργου των έτερων υπηρεσιών, στη διαχείριση των κινητών και ακίνητων περιουσιακών στοιχείων του νοσοκομείου, τη διεκπεραίωση των απαραίτητων ενεργειών για την αυτόνομη λειτουργία και ανάπτυξη του ιδρύματος, τη διενέργεια εκπαιδευτικών δράσεων για το προσωπικό σε θέματα διοίκησης και διαχείρισης και τη φροντίδα για τις γενικές λειτουργίες του νοσοκομείου. Οι διοικητικές- οικονομικές δραστηριότητες αναπτύσσονται με άξονες τη διοίκηση και διαχείριση του ιδρύματος, την εφαρμογή εργαλείων σύγχρονου management, την υψηλή ικανότητα διοίκησης, τον προγραμματισμό για την κάλυψη των υπαρχουσών αναγκών και την διαχείριση της εξειδικευμένης υποδομής για την παροχή υπηρεσιών τριτοβάθμιας περίθαλψης (Δικαίος, Κ. και συν., 1999).

Βασικό εργαλείο διοίκησης των οργανισμών υγείας στη σύγχρονη εποχή αποτελεί το λεγόμενο management της υγείας (health management), το οποίο αποτελεί τον τομέα εφαρμογής των βασικών αρχών του management στους οργανισμούς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Στόχος του εν λόγω τομέα αποτελεί η επίτευξη του μέγιστου δυνατού βαθμού αποδοτικότητας των εν λόγω οργανισμών καθώς και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της αξιοποίησης όλων των διαθέσιμων εργαλείων management. Ένα σημαντικό ποσοστό από τα εργαλεία αυτά σχετίζονται με τη διαχείριση ποιότητας και η ορθή και συστηματική εφαρμογή τους θεωρείται ότι μπορεί να αποδώσει σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία είναι εύκολο να παρατηρηθούν και να αξιολογηθούν. Στα εν λόγω εργαλεία εντάσσεται το σύστημα διαχείρισης πληροφοριών ISO27001: 2013, το σύστημα διαχείρισης

ποιότητας ISO9001:2015 καθώς και τα συστήματα HACCP για την πιστοποίηση των Τμημάτων Διατροφής των Δημόσιων Νοσοκομείων (Stevenson, W.L., Hojati, M., & Cao, J. 2007, Κεσίδης, Α. 2020).

Το σύστημα διαχείρισης πληροφοριών ISO 27001:2013 καθορίζει το οργανωτικό πλαίσιο ενός οργανισμού και τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ αυτού και τρίτων μερών, όπως οι προμηθευτές και οι πελάτες, με έμφαση στη διαχείριση και προστασία δεδομένων, ιδιαιτέρως των προσωπικών δεδομένων. Το σύγχρονο τεχνολογικό επίπεδο και το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο της Ε.Ε. σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα (Κανονισμό για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων – GDPR). Σκοπό της εφαρμογής του συγκεκριμένου συστήματος και της λήψης της σχετικής πιστοποίησης του οργανισμού αποτελεί η προάσπιση της ασφάλειας των διαδικασιών διαχείρισης δεδομένων που αφορούν τόσο τις εσωτερικές διεργασίες των οργανισμών, όσο και τις εξωτερικές διεργασίες που λαμβάνουν χώρα μεταξύ του οργανισμού και τρίτων μερών. Την εφαρμογή του εν λόγω συστήματος διαχείρισης πληροφοριών ακολουθεί η υλοποίηση μίας σειράς ορθά δομημένων διαδικασιών και εργασιών ελέγχου, με στόχο την ανεξάρτητη πιστοποίηση του οργανισμού και την απόδοση της σχετικής πιστοποίησης. Το εν λόγω πρόγραμμα εργασιών δομείται στις εξής φάσεις (Κεσίδης, Α. 2020):

- Αρχική 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 υπευθυνότητες
- 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 χρησιμοποιείται για τον καθορισμό του οργανωτικού πλαισίου ενός οργανισμού και τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ αυτού και τρίτων μερών, όπως οι προμηθευτές και οι πελάτες. Σκοπός της εφαρμογής του συστήματος και της ανάλογης πιστοποίησης του οργανισμού είναι η επίτευξη ενός ελάχιστου επιπέδου σταθεροποίησης των εσωτερικών διεργασιών του οργανισμού, η ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται, η ενίσχυση της παραγωγικότητας και των δεξιοτήτων του προσωπικού και η μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των αποδεκτών των υπηρεσιών και των προϊόντων που παρέχονται. Την εφαρμογή του πρότυπου συστήματος διαχείρισης ποιότητας ακολουθεί η υλοποίηση μίας σειράς ορθά δομημένων διαδικασιών και εργασιών ελέγχου με στόχο την ανεξάρτητη αξιολόγηση του οργανισμού και την απόδοση της σχετικής πιστοποίησης. Το εν λόγω πρόγραμμα δομείται σε οχτώ (8) φάσεις (Economou, et al. 2010, Κεσίδης, Α. 2020):

- Αρχική 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 υπευθυνότητες
- 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

Η εφαρμογή του συστήματος HACCP για την ανάλυση κινδύνου και των κρίσιμων σημείων ελέγχου έχει πλέον καταστεί υποχρεωτική, σύμφωνα με όσα ορίζει η κοινοτική οδηγία 93/43 με την οποία έχει συμμορφωθεί και η ελληνική νομοθεσία και αφορά το σύνολο των σταδίων παραγωγής κάθε τροφίμου από την παραλαβή των πρώτων υλών μέχρι την τελική απόδοση και κατανάλωση των προϊόντων και αποσκοπεί στην παραγωγή ασφαλών τροφίμων.

Το σύστημα HACCP δομείται με βάση τους παρακάτω επτά (7) άξονες (Κεσίδης, Α. 2020):

- Εντοπισμός ενδεχόμενων κινδύνων που σχετίζονται με τα τρόφιμα ώστε να καταστεί δυνατή η πρόβλεψη, η εξάλειψη ή ο περιορισμός τους σε αποδεκτά και ασφαλή επίπεδα
- Εντοπισμός κρίσιμων σημείων ελέγχου για την πρόληψη ή εξάλειψη ενός κινδύνου
- Προσδιορισμός των κρίσιμων ορίων στα κρίσιμα σημεία ελέγχου για τον προσδιορισμό ενός προϊόντος ως αποδεκτού
- Καθορισμός και υλοποίηση αποτελεσματικών διαδικασιών παρακολούθησης στα κρίσιμα σημεία ελέγχου
- Καθορισμός διορθωτικών μέτρων όταν η παρακολούθηση δείχνει υπέρβαση των ορίων
- Θέσπιση διαδικασιών επαλήθευσης για την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος
- Θέσπιση διαδικασίας τήρησης αρχείων να διασφαλιστεί η υλοποίηση των μέτρων και να διευκολύνεται η διενέργεια επίσημων ελέγχων

2.4 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται ως μεικτό αφού συνδυάζει την ύπαρξη τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών οργανισμών υγείας. 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. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα στη λειτουργία του συστήματος υγείας είναι αυξημένη τόσο όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών μέσω ιδιωτικών δομών υγείας, όσο και αναφορικά με τη χρηματοδότηση μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης (Economou, C. et al. 2010, Χλέτσος, Μ. 2016).

Κομβικό σημείο στην ιστορία της οργάνωσης και διοίκησης των οργανισμών υγείας στην Ελλάδα αποτελεί η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983, η οποία στόχευε στην αναδιοργάνωση του υγειονομικού τομέα με δημόσιο

χαρακτήρα ώστε να διασφαλίζεται η ισότιμη παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης όλων των βαθμίδων στο σύνολο των Ελλήνων πολιτών και η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της ελληνικής περιφέρειας.

Σήμερα, η βασική ευθύνη για την οργάνωση και την εποπτεία της λειτουργίας των οργανισμών υγείας της χώρας ανήκει στο Υπουργείο Υγείας. Η χώρα μας τοποθετείται σε υψηλή θέση στην κατάταξη με τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες ανέρχονται στο 40%, ένα ποσοστό που υπερβαίνει κατά πολύ το αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρώπης. Υπεύθυνους φορείς για την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι ασφαλιστικοί φορείς. Όσον αφορά τους επαγγελματίες που απασχολούνται στον κλάδο της 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. Η ελληνική επικράτεια διαχωρίζεται σε επτά (7) επιμέρους Υγειονομικές Περιφέρειες (Χλέτσος, Μ. 2016).

Στα πλεονεκτήματα του ΕΣΥ συγκαταλέγονται η κρατική χρηματοδότηση και η ισότιμη παροχή υγειονομικής φροντίδας στο σύνολο των πολιτών της χώρας, το υψηλό ποσοστό κάλυψης των αναγκών των πολιτών για υγειονομική περίθαλψη, η έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη, η χαμηλή επιβάρυνση των πολιτών σχετικά με το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών καθώς και η εφαρμογή και προώθηση δράσεων αγωγής και πρόληψης. Αντιθέτως, στις κυριότερες αδυναμίες του εθνικού συστήματος υγείας συγκαταλέγονται η υψηλή κατά κεφαλήν υγειονομική δαπάνη, η ελλιπής ανάπτυξη των φορέων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η ύπαρξη ανισοτήτων που σχετίζεται με γεωγραφικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, η απουσία διαφάνειας στον τομέα της υγείας και η περιορισμένη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ιατρού από τους ασθενείς. Σημειώνεται ότι τα προαναφερθέντα προβλήματα επιβαρύνθηκαν περαιτέρω ως συνέπεια της μακρόχρονης οικονομικής κρίσης που βίωσε η χώρα (Simou E. & Koutsogeorgou, E. 2014, Χλέτσος, Μ. 2016).

Οι βασικές προκλήσεις στο χώρο της Υγείας, οι οποίες είναι χρόνιες και επιμένουσες και τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει η πολιτική ηγεσία της χώρας αφορούν τα δημοσιονομικά μεγέθη του συστήματος, την αποτελεσματικότητα των οργανισμών υγείας και το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης του κοινωνικού συνόλου σε σχέση με τις

παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Kontodimopoulos, N., Nanos, P., & Niakas, D. 2006, Χλέτσος, Μ. 2016).

Αρχικά, το σημαντικότερο ίσως πρόβλημα σχετίζεται με τα σημαντικά ελλείμματα που παρουσιάζουν οι οργανισμοί υγείας ως συνέπεια της χαμηλής χρέωσης της νοσοκομειακής περίθαλψης, η οποία δεν αντιστοιχεί στο πραγματικό κόστος της, και η μείωση των ασφαλιστικών εισφορών, και κατά συνέπεια της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, η οποία προέκυψε από τη γιγάντωση της ανεργίας και της ανασφάλιστης εργασίας (Athanassopoulos, A.D., Gounaris. C., & Sissouras, A. 1999, Χλέτσος, Μ. 2016).

Επιπλέον, το υψηλό επίπεδο γραφειοκρατίας, που αποτελεί γενικό χαρακτηριστικό του ελληνικού δημόσιου τομέα, σε συνδυασμό με τις καθυστερήσεις που καταγράφονται στην υλοποίηση του ψηφιακού εκσυγχρονισμού του τομέα της δημόσιας υγείας, αφενός, λειτουργούν ανασταλτικά στην ισότιμη πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και, αφετέρου, περιορίζουν την αποδοτικότητα του συστήματος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. 2004, Χλέτσος, Μ. 2016).

Τέλος, οι πολίτες εκφράζουν περιορισμένο βαθμό ικανοποίησης από το εθνικό σύστημα υγείας, ως αποτέλεσμα της περιορισμένης αποδοτικότητας του συστήματος, της έλλειψης διαφάνειας στη διοίκηση των υπηρεσιών και τη διαχείριση των κονδυλίων, της υποστελέχωσης των υπηρεσιών ως αποτέλεσμα των περικοπών που έλαβαν χώρα στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας και των υψηλών χρόνων αναμονής και εξυπηρέτησης. Ως αποτέλεσμα της δυσανεξίας αυτής, οι Έλληνες πολίτες τείνουν να στρέφονται σε μεγάλο βαθμό στην αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης σε ιδιωτικούς οργανισμούς υγείας (Kontodimopoulos, N., Nanos, P., & Niakas, D. 2006, Χλέτσος, Μ. 2016)

2.5 Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη

Ένα ευρωπαϊκό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, που θεωρείται πρότυπο, είναι αυτό του Ηνωμένου Βασιλείου, η ίδρυση του οποίου χρονολογείται από το 1947. Η θέσπιση του εν λόγω συστήματος υγείας θεωρείται σημείο-σταθμός για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε παγκόσμιο επίπεδο αφού για πρώτη φορά θεσπίστηκε η

καθολική και δωρεάν κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού της χώρας. Επιπλέον, ένα ακόμα χαρακτηριστικό του βρετανικού υγειονομικού συστήματος που θεωρήθηκε πρωτοποριακό ήταν ο τρόπος χρηματοδότησής του αφού αυτός, για πρώτη φορά, δε συνδεόταν εκτενώς με ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αλλά με τη γενική φορολογία. Πιο αναλυτικά, η συμβολή της φορολογίας των πολιτών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας ανέρχεται σε 80% ενώ το υπόλοιπο ποσοστό προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές σε ποσοστό 15% και από ιδιωτικούς πόρους σε ποσοστό 5%. Βασικές αρχές του συστήματος υγείας της Μεγάλης Βρετανίας αποτελούν η κοινωνική αλληλεγγύη, η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε πλήρεις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η αυτονομία του ιατρικού επαγγέλματος. Επικεφαλής διοικητικό θεσμό του υγειονομικού συστήματος αποτελεί το Υπουργείο Υγείας της χώρας ενώ αποκεντρωμένους φορείς διοίκησης αποτελούν και οι υγειονομικές περιφέρειες. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί αρμοδιότητα των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και των οικογενειακών ιατρών. Σημειώνεται πως το σύστημα δίνει μεγάλη έμφαση στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα υγείας. Η συνεισφορά του ιδιωτικού τομέα στο υγειονομικό σύστημα δεν είναι σημαντική αλλά αυτός δρα, κατά κανόνα, επικουρικά προς το εθνικό σύστημα υγείας (Χλέτσος, Μ. 2016).

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 αυτών των υπηρεσιών με την πρώτη κατηγορία να περιλαμβάνει τα νοσοκομειακά ιδρύματα και τους γενικούς ιατρούς και τη δεύτερη κατηγορία να περιλαμβάνει τους πολίτες. Μεταξύ των εκπροσώπων των δύο προαναφερθέντων κατηγοριών λαμβάνει χώρα η σύναψη συμβάσεων παροχής υπηρεσιών υγείας οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν ποικίλους όρους αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και το κόστος τους. Επιπλέον, τα νοσοκομειακά ιδρύματα πλέον συνιστούν αυτοδιοίκητους οργανισμούς που λειτουργούν με αυτονομία στα πλαίσια των κανόνων της ελεύθερης αγοράς (Χλέτσος, Μ. 2016).

Σε αντίθεση με το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γερμανία έχει οργανώσει το εθνικό της σύστημα υγείας με βασικό άξονα χρηματοδότησης το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή τις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλονται από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, με βάση γεωγραφικά κριτήρια ή ανάλογα με το

ασφαλιστικό ταμείο του κάθε κλάδου εργασίας. Επιπλέον, το σύστημα χαρακτηρίζεται από ενισχυμένη κρατική παρέμβαση ενώ μεγάλη έμφαση δίνεται στην αυτονομία του ιατρικού επαγγέλματος και στη δημοσιονομική εποπτεία των οργανισμών υγείας με ευθύνη των ασφαλιστικών ταμείων. Φορέα κεντρικής διοίκησης του γερμανικού συστήματος υγείας αποτελεί η κυβέρνηση του ομοσπονδιακού κράτους ενώ φορείς αποκεντρωμένης διοίκησης αποτελούν οι κυβερνήσεις των επιμέρους ομόσπονδων γερμανικών κρατιδίων. Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία λειτουργούν υπό το καθεστώς μη κερδοσκοπικών οργανισμών, και οι περιφερειακές ενώσεις νοσοκομειακών ιατρών συνιστούν σημαντικά δομικά στοιχεία του υγειονομικού συστήματος της Γερμανίας. Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, το σύστημα υγείας της Γερμανίας υπέστη σημαντικές μεταρρυθμίσεις με βασικό στόχο την αναδιοργάνωση των ασφαλιστικών ταμείων ώστε αυτά να έχουν τη δυνατότητα για μακροχρόνια παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Χλέτσος, Μ. 2016; Economou, C. et al. 2010).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης του σουηδικού κράτους λειτουργεί στα πλαίσια του ευρύτερου κράτους πρόνοιας που λειτουργεί στη χώρα, το οποίο δομείται με βάση την αρχή περί ισότιμης κάλυψης των υγειονομικών αναγκών των ανθρώπων που διαμένουν στη χώρα, χωρίς να εξετάζεται το οικονομικό και κοινωνικό τους προφίλ καθώς και η καταγωγή τους. Η ευθύνη για την εποπτεία της ορθής λειτουργίας του συστήματος ανήκει στις τοπικές αρχές αυτοδιοίκησης ενώ το σύστημα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας βασίζεται στη γενική φορολογία των πολιτών. Φορέα κεντρικής διοίκησης αποτελεί το εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ενώ φορείς αποκεντρωμένης διοίκησης αποτελούν οι περιφερειακές υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Υπεύθυνους φορείς για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης αποτελούν τα κέντρα υγείας, τα οποία οργανώνονται και λειτουργούν με αντίστοιχο τρόπο και στην Ελλάδα (Kirsten, W. 2008; Χλέτσος, Μ. 2016).

Τέλος, το σύστημα υγείας της Γαλλίας χαρακτηρίζεται από περίπλοκη δομή και οργάνωση, δεδομένου ότι τόσο ο τομέας της παροχής υγειονομικής περίθαλψης όσο και η χρηματοδότηση του συστήματος αποτελούν κοινή αρμοδιότητα του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα. Παρομοίως, και το ασφαλιστικό σύστημα του γαλλικού κράτους, το οποίο συνιστά τη βασική πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, στηρίζεται και στους δύο τομείς με τη διαφορά ότι η σύναψη δημόσιας κοινωνικής

ασφάλισης έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Διακηρυχθέντες στόχους του γαλλικού εθνικού συστήματος υγείας αποτελούν η υγειονομική κάλυψη όλων των πολιτών, η διασφάλιση της καθολικής κοινωνικής προστασίας, η εποπτεία των σχέσεων μεταξύ χρηματοδοτικών φορέων, η εποπτεία της εύρυθμης λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων και η ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Βασική πηγή εσόδων, σε ποσοστό 90%, των δημόσιων νοσοκομείων αποτελεί η κρατική χρηματοδότηση, με τον ιδιωτικό τομέα να καλύπτει το υπόλοιπο τμήμα των εξόδων. Αρμόδιοι φορείς για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι δύο ομάδες ιδιωτών ιατρών, συμβεβλημένων και μη με το εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι ίδιοι φέρουν και την αποκλειστική ευθύνη για την κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων. Το σύστημα μισθοδοσίας των ιατρών διαφέρει ανάλογα με το εάν αυτοί ασκούν τα καθήκοντά τους σε δημόσιο νοσοκομείο, όπου αμείβονται ως μισθωτοί, ή σε ιδιωτικό νοσοκομείο, όπου αμείβονται για κάθε ιατρική πράξη που εκτελούν (Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. 2004, Economou, C. 2010, Χλετσος, Μ. 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Ιστορική αναδρομή

Από τη σύσταση του Νέου Ελληνικού Κράτους (1830) και έως τις αρχές του 20^{ού} αιώνα (1909), η ύπαρξη και λειτουργία δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων στη χώρα επαφιόταν αποκλειστικά στην ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης και των φιλανθρωπικών οργανώσεων. Κατά την περίοδο που ακολούθησε, 1909-1952, λαμβάνει χώρα η ίδρυση των πρώτων στρατιωτικών και προσφυγικών νοσοκομειακών μονάδων, στη διοίκηση των οποίων το κράτος αποκτά πρωταγωνιστικό και παρεμβατικό ρόλο. Έπειτα, το διάστημα μεταξύ 1953-1982 χαρακτηρίζεται από την πρώτη συστηματική προσπάθεια οργάνωσης του εθνικού υγειονομικού συστήματος. Το έτος 1983 αποτελεί σημείο-σταθμό, αφού τότε λαμβάνει χώρα η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το οποίο φιλοδοξούσε να παράσχει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας ισότιμα στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού (Θανασάς, Ι. & Χαραλάμπους, Μ. 2016).

Οι εμπνευστές του νέου συστήματος οργάνωσης της ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης έθεσαν ως στόχους του νέου συστήματος την αποκεντρωμένη διοίκηση, την εστίαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τον εκσυγχρονισμό των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, τη δια βίου εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού και την παροχή κινήτρων στα άτομα που το στελεχώνουν. Ωστόσο, είναι ευρέως διαδεδομένη η άποψη ότι ακόμα και τέσσερις δεκαετίες μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, δεν έχει καταστεί δυνατό να επιτευχθούν, τουλάχιστον σε ικανοποιητικό βαθμό, οι προαναφερθέντες στόχοι (Δικαίος, Κ. και συν., 1999; Τούντας, Γ. 2002).

Από την ίδρυση του ΕΣΥ έως και σήμερα, έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την εξυγίανση του συστήματος και την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οποίες, ωστόσο, δεν έχουν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, εν μέρει εξαιτίας των πατριαρχικών δομών και νοοτροπιών που χαρακτηρίζουν την ελληνική δημόσια διοίκηση (Αντωνοπούλου, Λ. 2008). Πιο αναλυτικά, κατά το διάστημα 1983-2001

κατεβλήθησαν σημαντικές προσπάθειες από τις εκάστοτε κυβερνήσεις αναφορικά με την ανασυγκρότηση και μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος με στόχο την ενίσχυση της αποτελεσματικής διαχείρισης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων (Τυλάκη, Π. 1991, Σιγάλας, Ι. 1994, Στάθης, Γ. 1996). Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην κατεύθυνση αυτή υπήρξε η εισαγωγή του θεσμού του management υγείας στα νοσοκομεία, με αφετηρία το Ν.2889/2001, μέσω της θέσπισης της θέσης του manager, η επιλογή του οποίου αποτελεί αρμοδιότητα της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας (Καραπούλιος, Δ. 2005).

Ακόμα ένα σημείο στο οποίο εστίασαν οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στον τομέα της υγείας, σε μια προσπάθεια να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα των νοσοκομειακών ιδρυμάτων ήταν η αποκέντρωση του ΕΣΥ, με βασικό άξονα την ίδρυση των 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕ.ΣΥ.) με το Ν.2889/2001, τα οποία αργότερα (2003) μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.ΣΥ.Π.). Η θέσπιση των ΠΕ.ΣΥ.Π. συνοδεύτηκε με απόδοση πλήρους αυτονομίας στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομειακά ιδρύματα κάθε περιφέρειας σε οικονομικό και διοικητικό επίπεδο. Το 2005 ιδρύθηκαν οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) με στόχο το σημαντικό περιορισμό της γραφειοκρατίας ενώ τον ίδιο σκοπό επιτέλεσε και η μείωση των υγειονομικών περιφερειών σε 7 από 17 κατά το έτος 2007 (Ευσταθίου, Μ. 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σημαντικό ρόλο στην αναποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων διαδραμάτισε και η έντονη και παρατεταμένη δημοσιονομική κρίση που πέρασε η χώρα και η οποία οδήγησε στην εφαρμογή σημαντικών περικοπών σε όλους τους τομείς της δημόσιας διοίκησης, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων νοσοκομείων.

Τα σύγχρονα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας αποτελούν μέρος ενός πολυσχιδούς συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών το οποίο καθιστά απαραίτητη την υιοθέτηση ενός αποτελεσματικού συστήματος διοίκησης με στόχο την επιτυχή υπερπήδηση όλων των προκλήσεων και την επίτευξη των προβλεπόμενων στόχων. Η επιλογή του κατάλληλου συστήματος διοίκησης πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα βασικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων που περιλαμβάνουν την αυξημένη παρέμβαση του κράτους και την αδυναμία του ασθενή να διαδραματίσει ένα ενεργό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ως εκ τούτου, το πλέον διαδεδομένο σύστημα

διοίκησης που εφαρμόζεται στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία χαρακτηρίζεται από κάθετη ιεραρχική δομή (Clarke, M. 1984)

Βασικό χαρακτηριστικό της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων αποτελεί η σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δραστηριοτήτων που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτά, είτε πρόκειται για ιατρικό, νοσηλευτικό ή παραϊατρικό προσωπικό. Η ανάπτυξη του προσωπικού δεν υλοποιείται ως συνέπεια του γεγονότος ότι η διαδικασία της πρόσληψης μέσω ΑΣΕΠ δίνει έμφαση στην αντικειμενικότητα έναντι της επαγγελματικής επάρκειας ενώ, από την άλλη πλευρά, οι managers δίνουν έμφαση στο οικονομικό σκέλος της διοίκησης έναντι της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Haffer, A. 1986, Ζαβλάνος, Μ. 1996, Γώγος, Β.Χ. 2011).

Θα μπορούσε να διατυπωθεί η άποψη ότι βασικό μοντέλο διοίκησης που εφαρμόζεται στα σύγχρονα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας αποτελεί το γραφειοκρατικό μοντέλο, το οποίο, ωστόσο, χαρακτηρίζεται από σημαντικά μειονεκτήματα, τα οποία περιλαμβάνουν τον κατακερματισμό αρμοδιοτήτων, την αδυναμία επαρκούς συντονισμού, την ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων, τη χαμηλή ικανοποίηση και εμπιστοσύνη των πολιτών, την εκτεταμένη αδιαφάνεια και την αδυναμία επαρκούς αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού. Συνεπώς, γίνεται εμφανές ότι η ανάγκη υιοθέτησης ενός νέου διοικητικού μοντέλου, ή η ριζική μεταρρύθμιση του υφιστάμενου μοντέλου διοίκησης είναι επιτακτική (Θανασάς, Ι. & Χαραλάμπους, Μ. 2016)

3.2 Βασικές αρχές διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων

Η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού μοντέλου διοίκησης συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή και αποδοτική λειτουργία ενός οργανισμού. Σύμφωνα με τον Fayol, οι βασικές λειτουργίες του management ώστε να εξασφαλιστούν οι προαναφερθέντες στόχοι περιλαμβάνουν (Ναζάκης, Χ. και συν., 1999):

- Προγραμματισμός: Ο προγραμματισμός αποτελεί το πρώτο και θεμελιώδες στάδιο της διοίκησης ενός οργανισμού υγείας μέσα στο σύγχρονο περιβάλλον, το οποίο χαρακτηρίζεται από περιορισμένους οικονομικούς πόρους και ευμετάβλητη κοινωνική σταθερότητα, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της συνεχούς και απρόσκοπτης

παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολο των πολιτών της χώρας. Τα βασικά στάδια του προγραμματισμού της λειτουργίας ενός δημόσιου νοσοκομείου περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης του οργανισμού, τη συλλογή και επεξεργασία των διαθέσιμων σχετικών στοιχείων και την εκπόνηση μίας τεχνικοοικονομικής μελέτης αναφορικά με τις διαθέσιμες υποδομές και πόρους. Μέσω αυτών, διασφαλίζεται η υλοποίηση του εκπονηθέντος προγράμματος και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Δικαίος, Κ. και συν., 1999).

- Οργάνωση: Αφορά τη συστηματική οργάνωση του συνόλου των διαθέσιμων πόρων, υλικών και ανθρώπινων, με στόχο την επίτευξη της επιτυχούς υλοποίησης των τεθέντων στόχων και την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του οργανισμού (Μπένου, Α. 2015).
- Στελέχωση: Αφορά τη διαδικασία τοποθέτησης ικανών στελεχών στις κατάλληλες θέσεις της οργανωτικής δομής ώστε να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του νοσοκομειακού ιδρύματος (Λαναρά, Β. 2004).
- Συντονισμός: Ο συντονισμός αφορά τη συνειδητή προσπάθεια συγχρονισμού των δραστηριοτήτων των διαφόρων επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στο χώρο του νοσοκομείου προκειμένου να επιτευχθούν οι τεθέντες στόχοι με τις λιγότερες δυνατές τριβές μεταξύ του προσωπικού (Γούλα, Α. 2007).
- Υποκίνηση: Η υποκίνηση έχει ως βασικό στόχο την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποδοτικότητας των εργαζομένων μέσω του σαφούς καθορισμού των αρμοδιοτήτων τους αλλά και της κατανόησης των απόψεων και αναγκών τους (Τούντας, Γ. 2006).
- Έλεγχος: Αφορά τη συνεχή εποπτεία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με στόχο την αποφυγή τυχόν αποκλίσεων από τους τεθέντες στόχους και τη συνεχή ενίσχυση της ποιότητάς τους (Μπένου, Α. 2015).
- Εκχώρηση αρμοδιοτήτων: Περιγράφει τη διαδικασία κατά την οποία ο διοικητής ενός νοσοκομείου εκχωρεί μέρος των αρμοδιοτήτων του σε άλλους εργαζόμενους χωρίς, ωστόσο, να μπορεί να μεταβιβάσει τη συνολική ευθύνη. Μέσω της εν λόγω διαδικασίας, οι εργαζόμενοι σε άλλα διοικητικά επίπεδα επιμερίζονται μέρος της ευθύνης για την επίτευξη των τεθέντων στόχων (Montana. P. & Charmov, B. 2002)

Τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για να διαμορφωθεί μία σαφής εικόνα της υφιστάμενης κατάστασης που επικρατεί σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο αφορούν τη ζήτηση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, τα προβλήματα που σχετίζονται με την

παροχή των υπηρεσιών αυτών καθώς και το επίπεδο ποιότητας αυτών με στόχο τον εντοπισμό των κυριότερων προβλημάτων. Σημειώνεται ότι η επιτυχής ολοκλήρωση του σταδίου του προγραμματισμού αποτελεί συνάρτηση του όγκου, της ακρίβειας και της αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέγονται (Καριώτης, Π. 1992). Επιπλέον, παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης περιλαμβάνουν την προσβασιμότητα του νοσοκομείου, το κόστος μεταφοράς των ασθενών, τις αποστάσεις και τους χρόνους συγκοινωνίας (Ζηλίδης, Χ. 1995).

Αξίζει επίσης να επισημανθεί πως η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι σημαντικό να μη λαμβάνει υπόψη της μόνο το μόνιμο πληθυσμό της χώρας, αλλά και τις ενδεχόμενες αυξημένες ανάγκες που προκύπτουν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, όπως η τουριστική περίοδος. Τέλος, η τεχνικο-οικονομική μελέτη που εκπονείται πρέπει να περιλαμβάνει επικαιροποιημένη αξιολόγηση των κτιριακών υποδομών των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων και σχέδια για άμεσες προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε περίπτωση που κάτι τέτοιο καταστεί αναγκαίο λόγω εκτάκτων συνθηκών. Σημειώνεται πως αρμόδιο για την έγκριση της συγκεκριμένης μελέτης είναι το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, το οποίο οφείλει να την κοινοποιήσει και στο Υπουργείο Υγείας (Μπαϊρακτάρης, Κ., Κωσταγιόλας, Π., & Πλατής, Χ. 1995).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι ο δημόσιος χαρακτήρας των νοσοκομείων που συνεπάγεται τη θεώρηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ως κοινωνικό αγαθό αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο για την ορθή και συστηματική εφαρμογή του προγραμματισμού (Δικαίος, Κ. και συν., 1999).

3.3 Μορφές των συστημάτων υγείας

Στην Ευρώπη συναντώνται τρεις μορφές συστημάτων υγείας που διαφοροποιούνται ως προς το μηχανισμό χρηματοδότησής τους, ο οποίος μπορεί να βασίζεται στις φορολογικές εισφορές των πολιτών (Δανία, Φινλανδία, Μ. Βρετανία) ή στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μέσω των ασφαλιστικών ταμείων (Γερμανία, Ολλανδία) ενώ, επιπλέον, υπάρχουν και τα μεικτά συστήματα, τα οποία στηρίζονται τόσο στην κρατική χρηματοδότηση και την κοινωνική ασφάλιση, όσο και στις ιδιωτικές δαπάνες (Ελβετία) (Kyriopoulos, J. 2004). Πέραν του μηχανισμού χρηματοδότησης, άλλοι

παράγοντες που διαμορφώνουν τη μορφή του συστήματος υγείας ενός κράτους περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την οργανωτική και λειτουργική δομή του συστήματος και τον τρόπο αμοιβής του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού (Καρπούζης, Κ. 2002).

Τα βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι τα εξής (Σιγάλας, Ι. 2008):

- Ισότιμη διανομή φαρμακευτικού υλικού στο σύνολο του πληθυσμού και η παροχή ισότιμης ιατρικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική τάξη ή την καταγωγή τους.
- Η πρόβλεψη στον κρατικό προϋπολογισμό σχετικά με την ενίσχυση και χρηματοδότηση του συστήματος μέσω των ασφαλιστικών εισφορών που καταβάλλονται από εργοδότες και εργαζομένους.
- Το εθνικό σύστημα υγείας ενός κράτους δε βασίζεται αποκλειστικά στους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς.
- Βασικός αρμόδιος για τον έλεγχο της υγείας είναι το κράτος, το οποίο θέτει τους όρους της λειτουργίας του.
- Υποχρέωση των πολιτών κάθε κράτους να συνάπτουν ασφαλιστικά συμβόλαια με κρατικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς.
- Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

Άλλες μορφές συστημάτων υγείας περιλαμβάνουν (Σιγάλας, Ι. 2008):

- Δυνατότητα επιλογής του χρήστη- καταναλωτή αναφορικά με την ένταξή του ή μη στο εθνικό σύστημα υγείας.
- Δικαίωμα του προσωπικού να επιλέξει την τοποθέτησή του στο μέρος όπου κρίνει ότι οι υπηρεσίες του είναι περισσότερο αναγκαίες καθώς και να καθορίσει την οργανωτική του δομή και το ύψος της αμοιβής του.
- Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής είναι αποκλειστικά ιδιωτική.
- Έντονη εξάρτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και των τιμών από τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης.
- Χρηματοδότηση ατομικής ή εργοδοτικής κάλυψης από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές.

- Ελεύθερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, στο οποίο επικρατεί η ιδιωτικής ασφάλιση και η υγειονομική κάλυψη των πολιτών διαμορφώνεται με βάση τις προσωπικές του επιλογές.
- Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στο οποίο επικρατεί η ιδιωτική ασφάλιση και η ποιότητα και έκταση της υγειονομικής κάλυψης κάθε πολίτη διαμορφώνεται σε προσωπικό επίπεδο ως συνέπεια της ελευθερίας επιλογής.

Η εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας αξιολογείται με βάση το κατά πόσο αυτό επιτυγχάνει να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο σύνολο των πολιτών, ανεξαρτήτως εισοδήματος, με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Κάτι τέτοιο προκαλεί τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των πολιτών χωρίς να διαταράσσεται η κοινωνική συνοχή και οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Επιπλέον, σημαντικό κρίνεται να έχει ο κάθε πολίτης το δικαίωμα επιλογής του οικογενειακού ιατρού καθώς και του δευτερεύοντος ή εξειδικευμένου ιατρού και του νοσοκομειακού ιδρύματος στο οποίο θα παραπεμφθεί σε περίπτωση ανάγκης, ενώ οι ιατροί και προμηθευτές πρέπει να απολαμβάνουν μία σχετική αυτονομία αναφορικά με τα ζητήματα ιατρικής φύσης. Παρόλα αυτά, η επίτευξη όλων των παραπάνω δεν είναι δεδομένη, αφού αποτελεί συνάρτηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της εκάστοτε χώρας και της δομής του υγειονομικού της συστήματος (Δικαίος, Κ. & Χλέτσος, Μ. 1999).

Ως εκ τούτου, με βάση όσα προαναφέρθηκαν, διακρίνονται δύο βασικές κατηγορίες συστημάτων υγείας (Robinson, T.N., et al. 1999): τα φιλελεύθερα, τα οποία δομούνται βάσει των αρχών της ελευθερίας του ατόμου, της ελεύθερης επιλογής, της ελεύθερης αγοράς, τον περιορισμό της κρατικής παρεμβατικότητας και την ενίσχυση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και τα εθνικά συστήματα, τα οποία δομούνται στη βάση των αρχών της υποχρεωτικής συμμετοχής, της καθολικής κάλυψης και της κρατικής παρέμβασης και τα οποία κυριαρχούν στα κράτη της Ευρώπης. Επιπρόσθετα, συχνά συναντώνται και μεικτά συστήματα υγείας, τα οποία αποτελούν συνδυασμό των δύο προαναφερθέντων συστημάτων.

Παρά τις σαφείς διαφορές που εντοπίζονται μεταξύ των φιλελεύθερων και των εθνικών συστημάτων, όπως αυτές περιγράφηκαν παραπάνω, η ένταξη του υγειονομικού συστήματος ενός κράτους σε μία από τις δύο κατηγορίες δεν είναι

πάντα εύκολη, αφού η οργάνωση αυτών αποτελεί το προϊόν της αλληλεπίδρασης μίας σειράς παραγόντων πέραν της ιδεολογίας, οι οποίοι περιλαμβάνουν τα οικονομικά, τεχνολογικά γεωγραφικά και ιστορικά χαρακτηριστικά κάθε κράτους, καθώς και ο μηχανισμός χρηματοδότησης και η πολιτική διανομής υπηρεσιών (Πρίφτη, 2017).

3.3.1 Φιλελεύθερα συστήματα υγείας

Θεμελιώδες αξίωμα πάνω στο οποίο δομούνται τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας είναι αυτό του *Laissez-faire*, ενώ οι συνθήκες παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης διαμορφώνονται σημαντικά με βάση το σύστημα τιμών, το οποίο επιδρά στην τελική διαμόρφωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας μέσω της υφιστάμενης ισορροπίας των τριών αγορών περίθαλψης, της νοσοκομειακής, της εξωνοσοκομειακής και της φαρμακευτικής (Υφαντόπουλος, Ι. 2003). Επομένως, η αγορά των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται στη βάση των νόμων της αγοράς και της ζήτησης. Θεμελιώδες χαρακτηριστικό των φιλελεύθερων συστημάτων αποτελεί το γεγονός ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας βασίζεται, κατά κανόνα, στην ιδιωτική ασφάλιση. Ως εκ τούτου, η ποιότητα και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών διαμορφώνεται με βάση το ύψος του εισοδήματος των πολιτών, το οποίο επηρεάζει, επίσης, την πληθυσμιακή σύνθεση μίας περιοχής (Πρίφτη, Μ. 2017).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η χρηματοδότηση των φιλελεύθερων συστημάτων υγείας βασίζεται, κατά κύριο λόγο, σε ιδιωτικές πηγές, η προσφορά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης συγκεντρώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα, τα οποία συνιστούν και κέντρα της οικονομικής δραστηριότητας. Συνάγεται, λοιπόν, ότι η θεωρητική ιδέα της περιφερειοποίησης των υπηρεσιών υγείας δε βρίσκει σημαντική πρακτική εφαρμογή (Δικαίος, Κ. & Χλέτσος, Μ. 1999). Μάλιστα, ακριβώς η περιφεριακοποίηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα σημαντικό μειονέκτημα των φιλελεύθερων συστημάτων υγείας αφού η κρατική παρέμβαση κρίνεται ως αναγκαία προϋπόθεση για την επίτευξή της (Πρίφτη, Μ. 2017).

Ωστόσο, το βασικό μειονέκτημα των φιλελεύθερων συστημάτων υγείας είναι η έντονη εξάρτηση της ποιότητας και του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το ύψος του εισοδήματος των πολιτών, η οποία συνεπάγεται την καταγραφή μεγάλων ανισοτήτων μεταξύ του γενικού πληθυσμού και, ακόμα, τον αποκλεισμό ενός σημαντικού τμήματός του από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα

με όσα έχουν αναφερθεί, τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας θέτουν υπό αμφισβήτηση τον ίδιο τον κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού της υγείας (Πρίφτη, 2017).

3.3.2 Εθνικά συστήματα υγείας

Σε αντίθεση με τα φιλελεύθερα συστήματα, τα εθνικά συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από έντονη παρέμβαση του κράτους, το οποίο διατηρεί το άμεσο έλεγχο της λειτουργίας του παρέχοντας ισότιμες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Πηγές χρηματοδότησης αποτελούν είτε αποκλειστικά ο κρατικός προϋπολογισμός, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τα σοσιαλιστικά κράτη, είτε σε συνδυασμό με άλλες πηγές όπως η φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη Σουηδία. Ο κεντρικός κρατικός έλεγχος της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ευνοεί τον κεντρικό προγραμματισμό, διευκολύνοντας τον έλεγχο και την αποτελεσματική επέμβαση για την υλοποίηση των τεθέντων στόχων (Δικαίος, Κ. & Χλέτσος, Μ. 1999).

Ο προγραμματισμός των εθνικών συστημάτων υγείας αναπτύσσεται με βάση τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τα κυριότερα μέσα για την υλοποίησή του περιλαμβάνουν τη βέλτιστη οργάνωση, τη χρηματοδότηση και διανομή των οικονομικών πόρων του συστήματος. Η πλειοψηφία των εθνικών συστημάτων υγείας δομείται σε τρία βασικά επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας, τα οποία καλύπτουν τις ανάγκες των αστικών, ημιαστικών και αγροτικών πληθυσμών και τα οποία συνδέονται μεταξύ τους ιεραρχικά (Πρίφτη, Μ. 2017):

- *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:* Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας ενώ αφορά και τις δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- *Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας:* Οι υπηρεσίες που εντάσσονται στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας σχετίζονται με την περίθαλψη των πολιτών σε νοσοκομειακά ιδρύματα που καλύπτουν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες και συνήθη προβλήματα υγείας.
- *Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας:* Αποτελεί το ανώτερο στάδιο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και αφορά μείζονα και ιδιαίτερα ιατρικά προβλήματα, η

αντιμετώπιση των οποίων προϋποθέτει υψηλό επίπεδο προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων.

Η προαναφερθείσα δομή ενός εθνικού συστήματος υγείας συνιστά το πλέον διαδεδομένο οργανωτικό σχήμα εθνικών συστημάτων και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας συνιστά μία δομή που μπορεί να διασφαλίσει τα μέγιστα δυνατά ιατρικά οφέλη με το ελάχιστο δυνατό οικονομικό κόστος.

Από την άλλη πλευρά, κυριότερο μειονέκτημα των εθνικών συστημάτων υγείας αποτελούν οι υψηλές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), οι οποίες αποτελούν άμεση συνέπεια της εστίασης στην καθολική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, τα εθνικά συστήματα υγείας κρίνονται ως αποτελεσματικότερα αναφορικά με την περιφεριακοποίηση, την ισότητα και τη δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων, τόσο έναντι των φιλελεύθερων, όσο και έναντι των μεικτών συστημάτων (Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ. & Κυριόπουλος, Γ. 2002).

3.3.3 Μεικτά συστήματα υγείας

Τα μεικτά συστήματα υγείας συνδυάζουν χαρακτηριστικά τόσο από τα φιλελεύθερα όσο και από τα εθνικά συστήματα υγείας και αποτελούν την πλέον διαδεδομένη μορφή στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Θεμελιώδη θεσμό για τη λειτουργία των εν λόγω συστημάτων αποτελεί η κοινωνική ασφάλιση και τα ασφαλιστικά ταμεία εργαζομένων, τα οποία μπορεί να αφορούν ομάδες εργαζομένων, όπως στη Γερμανία, είτε να λειτουργούν στα πλαίσια του συστήματος εθνικής ασφάλισης υγείας, όπως στην περίπτωση της Γαλλίας και, κατά κανόνα, βρίσκονται υπό κρατικό έλεγχο (Πρίφτη, Μ. 2017).

Ο Γερμανός Καγκελάριος Bismark υπήρξε ο πρώτος που εισήγαγε το συγκεκριμένο τύπο συστήματος υγείας το 1880, διατυπώνοντας την άποψη ότι η ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης συνιστά καθολικό δικαίωμα των πολιτών και ότι ο υπολογισμός των ασφαλιστικών εισφορών θα πρέπει να γίνεται με βάση την ικανότητα πληρωμής και όχι τον κίνδυνο ασθένειας. Η κοινωνική αλληλεγγύη αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης που οδηγεί στην επίτευξη κοινωνικής δικαιοσύνης, ενώ άλλα χαρακτηριστικά του είναι ο

υποχρεωτικός χαρακτήρας της ασφαλιστικής κάλυψης, η χρηματοδότηση μέσω ασφαλιστικών εισφορών που υπολογίζονται με βάση εισοδηματικά κριτήρια και η αυξημένη κρατική παρεμβατικότητα ως μοχλός επίτευξης της μέγιστης δυνατής αποδοτικότητας του ασφαλιστικού φορέα (Λιαρόπουλος, Λ. 2007).

Το προαναφερθέν πρότυπο του Bismarck, το οποίο περιλαμβάνει πρόβλεψη για συμμετοχή και αμοιβαία συνεισφορά των κοινωνικών εταίρων στη χρηματοδότηση του συστήματος, είναι ευρέως διαδεδομένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Στην πλειοψηφία των κρατών που διαθέτουν ένα μικτό σύστημα υγείας, η προσφορά των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης παρέχεται σε επίπεδο προμηθευτών στη βάση ενός μεικτού πλαισίου. Σε αυτό το μεικτό πλαίσιο εντάσσονται τόσο εκείνοι οι ιατροί, οι οποίοι ασκούν ελεύθερα το επάγγελμα τους και αμείβονται ξεχωριστά για κάθε ιατρική πράξη που διενεργούν όσο και αυτοί που βρίσκονται στη λίστα μισθοδοσίας κάποιου νοσοκομειακού ιδρύματος, δημόσιου ή ιδιωτικού, στο οποίο παρέχουν τις ιατρικές τους υπηρεσίες (Πρίφτη, Μ. 2017)

Σημαντικό χαρακτηριστικό των μεικτών συστημάτων υγείας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αποτελεί η έντονη κρατική παρεμβατικότητα η οποία αφορά τόσο στον τρόπο αποζημίωσης των ιατρών όσο και στον τρόπο ίδρυσης, οργάνωσης και λειτουργίας ενός ιατρονοσηλευτικού ιδρύματος ενώ μπορεί να επεκτείνεται ακόμα και στον έλεγχο της εγκατάστασης του ιατρικού τεχνολογικού εξοπλισμού σε αυτά (Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ. & Κυριόπουλος, Γ. 2002).

Επιπλέον, οι κυβερνήσεις διατηρούν το δικαίωμα να προβαίνουν σε μία σειρά παρεμβάσεων σχετικά με τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, επιτυγχάνοντας με τον τρόπο αυτό ένα ικανοποιητικό επίπεδο περιφερειοποίησης των υπηρεσιών. Συνεπώς, γίνεται φανερό ότι στα πλαίσια των μεικτών συστημάτων υγείας, οι κυβερνήσεις διατηρούν το μέγιστο δυνατό βαθμό παρέμβασης σε επίπεδο προγραμματισμού, οργάνωσης και περιφερειοποίησης των υπηρεσιών, τόσο στον τομέα της ζήτησης, όσο και στον τομέα της προσφοράς (Πρίφτη, Μ. 2017).

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών καταγράφεται μία τάση για εστίαση της κρατικής παρεμβατικότητας στο επίπεδο της ζήτησης (χρηματοδότηση) ως αποτέλεσμα της έντονης αντίθεσης των υποστηρικτών ενός φιλελεύθερου μοντέλου οικονομίας, έναντι ποικίλων κρατικών ενεργειών που σχετίζονται με τον προγραμματισμό του ιατρικού συστήματος (Πρίφτη, Μ. 2017).

3.4 Το ελληνικό σύστημα υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό αφού συνδυάζει χαρακτηριστικά τόσο από τα φιλελεύθερα όσο και από τα εθνικά συστήματα υγείας (Πολύζος, Ν.Μ. 2014). Επιπλέον, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας μας φέρει και σημαντικά χαρακτηριστικά του ιδιωτικού τομέα, γεγονός που υποδηλώνει ότι η επιδίωξη για ισότιμη πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη δεν εκπληρώνεται (Λιαρόπουλος, Α. 2007).

Συνοπτικά, το ελληνικό σύστημα υγείας φέρει τα εξής χαρακτηριστικά (Γούλα, Α. 2014):

- Κατά βάση, ολοκληρωμένο δημόσιο μοντέλο
- Δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις μέσα στα πλαίσια του οποίου η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων, μέσω των εισφορών που καταβάλλονται από τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες, είναι υποχρεωτική
- Μοντέλο που περιλαμβάνει από συμπληρωματικές αμοιβές εθελοντικού χαρακτήρα, οι οποίες καταβάλλονται από ασθενείς που κατέχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας
- Μοντέλο που περιλαμβάνει την καταβολή ιδιωτικών αμοιβών προς ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα

Το ελληνικό σύστημα υγείας διαρθρώνεται σε τρεις βαθμίδες ενώ επικεφαλής φορέας για το συντονισμό και την εποπτεία της λειτουργίας του είναι το Υπουργείο Υγείας. Στις αρμοδιότητες του Υπουργείου περιλαμβάνονται η κατανομή των διαθέσιμων πόρων και ο καθορισμός του ύψους της χρηματοδότησης μέσα στα πλαίσια της εκπόνησης ενός ευρύτερου στρατηγικού σχεδίου και προγραμματισμό για την ισότιμη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Επιπλέον, το αρμόδιο υπουργείο φέρει την ευθύνη για τη διενέργεια αξιολόγησης της εφαρμοζόμενης πολιτικής και της απόδοσης των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας. Από την άλλη πλευρά, οι προσλήψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απαιτούν την προηγούμενη έγκριση του υπουργικού συμβουλίου. Ο Υπουργός Υγείας διατυπώνει και προωθεί προτάσεις αναφορικά με απαραίτητες αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας του συστήματος υγείας ενώ, επιπλέον, φέρει την ευθύνη για την ορθή και

αποτελεσματική εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων που αφορούν τον τομέα της υγείας (Πολύζος, Ν.Μ. 2014). Ωστόσο, με την ίδρυση των υγειονομικών περιφερειακών αρχών το 2011, ένα τμήμα από τις προαναφερθείσες αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας μεταφέρθηκαν σε αυτές στα πλαίσια μιας προσπάθειας για αποκέντρωση της διοίκησης (Οικονόμου, Χ. 2012).

Ωστόσο, το Υπουργείο Υγείας δεν είναι το μοναδικό που φέρει αρμοδιότητες που άπτονται της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπως το Υπουργείο Εργασίας, το οποίο εποπτεύει τη λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων. Σε μία προσπάθεια για απλοποίηση του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας, η πλειοψηφία των πολυάριθμων ασφαλιστικών ταμείων ενοποιήθηκαν υπό τον ΕΟΠΥΥ κατά την περίοδο 2011-2012. (Πολύζος, Ν.Μ. 2014). Από την άλλη πλευρά, το Υπουργείο Αμύνης φέρει την αρμοδιότητα για την εποπτεία της λειτουργίας των στρατιωτικών νοσοκομείων και, αντίστοιχα, το Υπουργείο Ναυτιλίας φέρει την αρμοδιότητα για την εποπτεία των ναυτικών νοσοκομείων. Επιπροσθέτως, το Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων ασκεί εποπτεία στη λειτουργία των πανεπιστημιακών νοσοκομείων και το Υπουργείο Δικαιοσύνης εποπτεύει τη λειτουργία των νοσοκομείων των σωφρονιστικών ιδρυμάτων και, γενικά, την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους φυλακισμένους (Δανηλίδου, Α. 2009). Τέλος, με το σύστημα υγείας εμπλέκεται και το Υπουργείο Οικονομικών, το οποίο φέρει την ευθύνη για τον έλεγχο του κρατικού προϋπολογισμού όσον αφορά τις δαπάνες υγείας και καθορίζει το ύψος των πόρων που διατίθενται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κάθε στιγμή (Οικονόμου, Χ. 2012).

Όπως έχει ήδη επισημανθεί, το Υπουργείο Υγείας αποτελεί τον κεντρικό φορέα οργάνωσης και διοίκησης του ελληνικού συστήματος υγείας μέσω των κεντρικών και περιφερειακών υπηρεσιών (Πολύζος, Ν.Μ. 2014). Σε μία προσπάθεια για αποκέντρωση της διοίκησης του συστήματος υγείας και του καταμερισμού των αρμοδιοτήτων, ορισμένες από τις αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας μεταφέρθηκαν στις αρχές της τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οποίες έως τότε δε διαδραμάτιζαν κάποιο σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η εν λόγω μεταφορά αρμοδιοτήτων εντάχθηκε στο πρόγραμμα Καλλικράτης και αφορούσε τη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και το σχεδιασμό και υλοποίηση δράσεων για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη (Οικονόμου, Χ. 2012).

3.4.1 Οι τρεις βαθμίδες της υγειονομικής περίθαλψης

Παρά το γεγονός ότι τα συστήματα υγείας διαφορετικών κρατών μπορεί να παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τον τρόπο χρηματοδότησης, αυτά φέρουν και κάποια κοινά χαρακτηριστικά, όπως η ύπαρξη δύο μορφών περίθαλψης, νοσοκομειακή (κλειστή) και εξωνοσοκομειακή (ανοιχτή) περίθαλψη καθώς και τρία επίπεδα οργάνωσης. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από εξειδικευμένους ιατρούς μέσα στα νοσοκομειακά ιδρύματα και εντάσσονται στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Αντιθέτως, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται, κατά κανόνα, από γενικούς / οικογενειακούς ιατρούς και εντάσσονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Κυριόπουλος, Γ. και συν., 2003)

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, λειτουργώντας ως κέντρο υποδοχής όπου ο ασθενής έρχεται σε επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρουν ποικίλες ιδιότητες οι οποίες περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, μαίες και επισκέπτες υγείας. Σε περίπτωση που δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών, τους παραπέμπουν σε επαγγελματίες των επόμενων επιπέδων περίθαλψης καθοδηγώντας τους σχετικά με την ειδικότητα στην οποία πρέπει να απευθυνθούν. Ανάλογα με τον τρόπο οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ιατρείο, κέντρο υγείας, κλπ) υπολογίζεται και ο αριθμός των πολιτών, των οποίων οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να καλυφθούν. Σημειώνεται πως ο αριθμός αυτός μπορεί να ανέρχεται σε 500-50.000 πολίτες.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από το ιατρικό προσωπικό που καλύπτει τις βασικές ειδικότητες και απασχολείται στο γενικό ή εξειδικευμένο νοσοκομείο μίας περιοχής. Τα νοσοκομειακά ιδρύματα που εντάσσονται στη συγκεκριμένη βαθμίδα περίθαλψης μπορούν να αντιμετωπίσουν βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν την παραμονή του ασθενούς εντός του νοσοκομείου και μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες ενός τμήματος του πληθυσμού που κυμαίνεται μεταξύ 50.000-500.000 κατοίκων. Τα εν λόγω νοσοκομεία διαθέτουν 100-600 κλίνες και μπορεί να

διεκπεραιώσει όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις (Κυριόπουλος, Γ. και συν., 2003).

Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά την αντιμετώπιση περίπλοκων ή εξειδικευμένων ιατρικών προβλημάτων και παρέχεται από ιατρούς που απασχολούνται στο πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες ενός τμήματος του πληθυσμού που κυμαίνεται μεταξύ 500.000-1.500.000 ατόμων και διαθέτει σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό ενώ η στελέχωσή του γίνεται με εξειδικευμένο προσωπικό (Νιάκας και συν., 1995).

Με την έννοια αυτοφροντίδα (self-care) περιγράφεται το σύνολο των «δραστηριοτήτων υγείας που αναλαμβάνεται από άτομα ή από κοινωνικές ομάδες πέρα από τα πλαίσια των κοινωνικών σχηματισμών» (Γερμενής, Α. 1994). Έτσι, παρά το γεγονός ότι δεν αποτελεί ένα επίσημο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, η αυτοφροντίδα που παρέχεται από το ευρύτερο κοινωνικό, οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον μπορεί, άτυπα, να θεωρηθεί ως το τέταρτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Παρά το γεγονός ότι η αυτοφροντίδα τείνει να περιορίζεται στα πλαίσια των σύγχρονων βιομηχανικά ανεπτυγμένων κοινωνιών, μία έρευνα του ΠΟΥ απέδειξε ότι συνιστά ένα σημαντικό ποσοστό των συνολικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε μεγάλο μέρος της Ευρώπης. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, περίπου 3 στα 4 από τα απλά και μικρής βαρύτητας υγειονομικά προβλήματα αντιμετωπίζονται στο επίπεδο της αυτοβοήθειας σε αντίθεση με το 20% που αντιμετωπίζονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και μόλις το 5% που αντιμετωπίζεται στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης (Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Μοντέλα διοίκησης

Τα βασικότερα μοντέλα διοίκησης που εφαρμόζονται σήμερα είναι το συγκεντρωτικό μοντέλο, το αποκεντρωτικό μοντέλο, το γραφειοκρατικό μοντέλο και το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης.

4.1.1 Συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης

Θεμελιώδη αρχή του συγκεκριμένου διοικητικού μοντέλου αποτελεί η ιδέα ότι οι εργαζόμενοι δε μπορούν να λειτουργήσουν μόνοι τους χωρίς να έχουν κάποιου είδους καθοδήγηση. Συνεπώς, προάγεται η ενίσχυση ενός ασφυκτικού κανονιστικού πλαισίου που αποθαρρύνει την ανάπτυξη πρωτοβουλιών εκ μέρους του προσωπικού, δεν επιτρέπει τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και περιορίζει τη δημιουργικότητα των εργαζομένων (Black, S. & Porter, L. 2000).

Στα βασικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν το συγκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης περιλαμβάνονται (Κονταράτος, Α. 1990):

- Ύπαρξη συγκεντρωτικού κέντρου 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

Στα βασικά μειονεκτήματα του συγκεκριμένου μοντέλου διοίκησης περιλαμβάνονται η αδυναμία καλλιέργειας κλίματος συνεργασίας και αλληλεγγύης, η αμοιβαία έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων, η περιορισμένη αποδοτικότητα και η αδυναμία ανάληψης πρωτοβουλιών (Drucker, P.F. 1985).

4.1.2 Αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης

Θεμελιώδη αρχή του συγκεκριμένου διοικητικού μοντέλου αποτελεί η ιδέα ότι οι εργαζόμενοι διαθέτουν την ικανότητα να λειτουργήσουν μόνοι τους χωρίς να έχουν κάποιου είδους καθοδήγηση και μπορούν να αποτελέσουν φορείς εμπιστοσύνης όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων. Κατά συνέπεια, προάγεται η ενίσχυση ενός κανονιστικού πλαισίου που δίνει το περιθώριο για την ανάπτυξη πρωτοβουλιών εκ μέρους του προσωπικού, επιτρέπει τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων και ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να λαμβάνουν μέρος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αναλαμβάνοντας τη σχετική ευθύνη (Sotiropoulos, D. 1998).

Στα βασικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης περιλαμβάνονται (Κονταράτος, Α. 1990):

- 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

Παρά τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το αποκεντρωτικό μοντέλο διοίκησης, το οποίο επιτρέπει στους εργαζομένους να αναπτύξουν τις ιδέες τους αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες, η εφαρμογή του είναι αδύνατη εάν δε συντρέχουν κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ διοίκησης και προσωπικού και της προθυμίας της ηγεσίας να λειτουργήσει ως μέντορας νέων στελεχών προκειμένου αυτά να αναπτύξουν τις δεξιότητές τους (Blanchard, K., John, C., & Alan, R. 1990).

4.1.3 Γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης

Το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης αναπτύχθηκε από το Max Weber, ο οποίος διατύπωσε την άποψη ότι το εν λόγω μοντέλο αποτελεί το θεμελιώδες σύστημα διοίκησης ενός οργανισμού, το οποίο βασίζεται πάνω στις αρχές του ορθολογισμού. Σύμφωνα με την ανάλυση του Weber, στα πλαίσια του γραφειοκρατικού διοικητικού συστήματος, η διοίκηση καθορίζει ένα κανονιστικό πλαίσιο το οποίο διέπει τις δραστηριότητες των ατόμων που στελεχώνουν τον οργανισμό, ενώ επισημαίνει πως ένας οργανισμός που διοικείται με βάση το γραφειοκρατικό σύστημα φέρει τα εξής βασικά χαρακτηριστικά (Δέδε, Σ. 2017):

- Διέπεται από ιεραρχική δομή μέσα στα πλαίσια του οποίου τα ανώτατα στελέχη φέρουν το μέγιστο βαθμό εξουσίας, ισχύος και ευθύνης
- Διέπεται από ένα σαφές γενικό κανονιστικό πλαίσιο, το οποίο διασφαλίζει την αποτελεσματική λειτουργία του
- Τα άτομα που τον στελεχώνουν φέρουν την ιδιότητα του υπαλλήλου και υποχρεούνται να συμμορφώνονται με τη φιλοσοφία και τις αρχές του οργανισμού ανεξάρτητα από τις προσωπικές τους απόψεις και τα συναισθήματα
- Η στελέχωση του οργανισμού γίνεται στη βάση αξιολογικών κριτηρίων μετά την αξιολόγηση των τίτλων σπουδών που φέρουν οι υποψήφιοι ή τη διενέργεια εξετάσεων
- Τα άτομα που στελεχώνουν τον οργανισμό δε διατηρούν δικαίωμα ιδιοκτησιακών αξιώσεων επί των υλικών αγαθών του οργανισμού αλλά το αποκλειστικό δικαίωμα χρηματικής αμοιβής για τις υπηρεσίες που προσφέρουν, η οποία, κατά κανόνα, κατοχυρώνει συνταξιοδοτικό δικαίωμα και δικαίωμα προαγωγής με βάση τους όρους του ισχύοντος συστήματος σταδιοδρομίας και τις προσωπικές τους δεξιότητες
- Οι εργαζόμενοι, κατά κανόνα, συνάπτουν μόνιμες εργασιακές σχέσεις με τον οργανισμό με στόχο την αποτροπή της ευνοιοκρατίας και τη διασφάλιση της απρόσκοπτης εκτέλεσης των καθηκόντων τους με βάση τις αρχές της ουδετερότητας, της αντικειμενικότητας και της ανεξαρτησίας.
- 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 άτομα που στελεχώνουν τον οργανισμό το κάνουν με ελεύθερη βούληση και καλούνται να υπακούσουν σε προκαθορισμένα καθήκοντα και υποχρεώσεις. Οι

σχέσεις που αναπτύσσουν με τον οργανισμό έχουν τυπικό χαρακτήρα ενώ φέρουν την υποχρέωση να συμμορφώνονται με το κανονιστικό πλαίσιο και τις αρχές του οργανισμού

- Οι εργαζόμενοι οφείλουν να διεκπεραιώνουν τα καθήκοντά τους με σεβασμό στο κείμενο νομοθετικό και κανονιστικό 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 αποτελεί συνάρτηση του βαθμού της ιεραρχίας που καταλαμβάνει η θέση τους μέσα στον οργανισμό
- Η μονιμότητα των εργασιακών σχέσεων που, κατά κανόνα, συνάπτουν οι εργαζόμενοι με τον οργανισμό τους επιτρέπει 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.
- Το σύστημα προαγωγών βασίζεται στο χρόνο υπηρεσίας του κάθε εργαζομένου ή στις ιδιαίτερες δεξιότητες που αυτός αποδεικνύει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του
- Τα άτομα που στελεχώνουν τον οργανισμό απαγορεύεται να εκμεταλλευτούν τη θέση τους σε αυτόν για λόγους που αποσκοπούν στον προσωπικό τους πλουτισμό
- Οι υπάλληλοι του οργανισμού καλούνται να εκτελούν τα εργασιακά τους καθήκοντα ανεπηρέαστοι από τις προσωπικές τους απόψεις και συναισθήματα

Βασικό στόχο του γραφειοκρατικού μοντέλου αποτελεί η ενίσχυση της αποδοτικότητας της διοίκησης και στα πλαίσια της βεμπεριανής ανάλυσης, η αποδοτικότητά της παρομοιάζεται με την αντίστοιχη μίας μηχανής ακριβείας (Weber, M. 1947), εξ' ου και το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται ως ιδεατό (Σαϊτης, Α. 2005). Ωστόσο, η εφαρμογή του γραφειοκρατικού μοντέλου έχει συνδεθεί με ποικίλα μειονεκτήματα, τα κυριότερα εκ των οποίων είναι ο διαρθρωτικός κατακερματισμός, η απουσία σαφούς καταμερισμού αρμοδιοτήτων, αδυναμία αποτελεσματικού συντονισμού, εσφαλμένη γραφειοκρατική κουλτούρα, αδυναμία καλλιέργειας κλίματος εμπιστοσύνης, χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών, ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων, διστακτικότητα απέναντι στην καινοτομία, απουσία

διαφάνειας και αδυναμία επαρκούς και αποτελεσματικής αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού (Μακρυδημήτρης, Α. 1999; Παγκάκης, Γ. 2002; Μπιτσάνη, Ε. 2006). Ωστόσο, το εν λόγω μοντέλο εφαρμόζεται ευρέως στα ελληνικά δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα (Γούλα, Α. και συν. 2014).

4.1.4 Συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης

Βασική αρχή πάνω στην οποία δομείται το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης αποτελεί η ιδέα ότι οι εργαζόμενοι συμμερίζονται την επιδίωξη της ηγεσίας για την ανάπτυξη του οργανισμού και είναι πρόθυμοι να εργαστούν προς αυτή την κατεύθυνση μέσω της συμμετοχής τους σε ποικίλα προγράμματα που αφορούν την αξιολόγηση των εργασιακών συνθηκών, την αντιμετώπιση δυσκολιών και τη λήψη αποφάσεων (Huber, 2006; Schwarz & Schratz, 2012).

Στα πλαίσια εφαρμογής του εν λόγω διοικητικού μοντέλου, οι εργαζόμενοι του οργανισμού απολαμβάνουν της πλήρους εμπιστοσύνης της διοίκησης ενώ τους δίνεται η δυνατότητα ενεργής συμμετοχής στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Συνεπώς, η ευθύνη που σχετίζεται με τη λήψη αποφάσεων επιμερίζεται σε μεγάλο βαθμό ανάμεσα σε άτομα που ανήκουν σε διαφορετικά επίπεδα ιεραρχίας και η κατάρτιση του στρατηγικού σχεδίου, καθώς και των πολιτικών για την επίτευξη των τεθέντων στόχων, αποτελούν αποτέλεσμα συλλογικής εργασίας (Mokoena, 2012).

Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης άρχισε να εφαρμόζεται στα δημόσια νοσοκομεία διαφόρων κρατών κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, σε μία προσπάθεια αντιμετώπισης των σημαντικών προβλημάτων που απέρρεαν από την εφαρμογή του γραφειοκρατικού μοντέλου διοίκησης που χρησιμοποιούνται ευρέως έως τότε και με στόχο την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ασφάλειας των ασθενών (Scott, K., et al. 2003, Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. 2005, Thweatt, E. & Kleiner, B. 2007).

Από την πρώτη εφαρμογή του εν λόγω μοντέλου στη διοίκηση των νοσοκομείων, έχουν διεξαχθεί μία σειρά από σχετικές έρευνες, οι οποίες ανέδειξαν τα ποικίλα πλεονεκτήματα που αυτό παρουσιάζει έναντι του γραφειοκρατικού μοντέλου. Πιο αναλυτικά, τα δημόσια νοσοκομεία που υιοθέτησαν το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης κατέγραψαν βελτιωμένα αποτελέσματα όσον αφορά την ποιότητα, την

αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών τους, βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα, ενίσχυση της εμπιστοσύνης των ασθενών και γενικά της ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν. (Young, G.J., et al. 1998, Shortell, S.M., et al. 2000; Meterko, M., Mohr, D.C., Young, G.J. 2004, Den Hartog, D., & Verbutrg, R. 2004, Callen, J.N., Braithewaite, J., & Westbrook, J.I. 2007). Επιπλέον, το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης επιφέρει σημαντικά οφέλη και για τους εργαζομένους του νοσοκομείου, αφού φαίνεται πως ενισχύει τα επίπεδα αφοσίωσης και δέσμευσης προς την εργασία τους (Gerowitz, M.B., et al. 1996) καθώς και τα επίπεδα ικανοποίησης που λαμβάνουν από αυτή (Platonova, E.A., et al. 2006).

Στοιχείο- κλειδί του συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης αποτελεί το γεγονός ότι αναπτύσσεται με επίκεντρό του το λήπτη των υπηρεσιών, εν προκειμένω των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Γούλα και συν. 2014). Αυτό συνεπάγεται την ύπαρξη μίας ισχυρής ιατρικής και νοσηλευτικής ηγεσίας, αποδοτική συνεργασία και συντονισμός του προσωπικού, συνεργασία για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την επίλυση των διαμαχών και ενδυνάμωση των εργαζομένων κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την υγεία του ασθενούς (Zimmerman, G.E., et al. 1993)

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η εφαρμογή ενός συμμετοχικού μοντέλου διοίκησης των οργανισμών συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή πολιτικών ενίσχυσης της ποιότητας και την εφαρμογή προτύπων ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Boan, D., & Funderburk, F. 2003, Davies, H.T., et al. 2007). Από την άλλη πλευρά, άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι το βασικό πλεονέκτημα που προσφέρει η εφαρμογή του συγκεκριμένου συστήματος στους οργανισμούς υγείας είναι η υποστήριξη των εργαζομένων, η οποία λειτουργεί ως μοχλός παρακίνησης τους για την ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν (Schmitt, M.J., Allscheid, S.P. 1995).

4.2 Μοντέλα ηγεσίας

Ο όρος ηγεσία χρησιμοποιείται για την περιγραφή της συμπεριφοράς ενός ατόμου που παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες στα μέλη μίας ομάδας για την επίτευξη ενός προκαθορισμένου στόχου (Trastek et al., 2014). Διαχρονικά, οι θεωρίες που αφορούν

τα μοντέλα ηγεσίας και τα χαρακτηριστικά ενός ηγέτη τείνουν να υπόκεινται σε σημαντικές αλλαγές.

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 τοποθετεί 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 σύγχρονων οργανισμών είναι τα εξής:

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

4.2.1 Μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας

Το συγκεκριμένο μοντέλο ηγεσίας βασίζεται στη μετασχηματιστική θεωρία, σύμφωνα με την οποία τα άτομα τείνουν να είναι περισσότερο αποτελεσματικά στις περιπτώσεις όπου έχουν αναπτύξει μία αίσθηση αποστολής (Lam & Robertson, 2012). Αναπτύχθηκε από τους Burns (1978), Bass (1985), και Bennis & Nanus (1985), οι οποίοι διατύπωσαν την πρωτοποριακή θεωρία ότι ο ηγέτης οφείλει να αποτελεί φορέα χρήσιμων αλλαγών (Kotter, 1990). Παράλληλα, δημιουργήθηκε και μία άλλη σχολή ερευνητών, με προεξάρχοντες τους House (1977) και Meindl (1995), οι οποίοι αποτέλεσαν τη λεγόμενη χαρισματική σχολή που θέτει ως επίκεντρο της ηγεσίας την παρακίνηση των εργαζομένων. Από τη σύμπραξη των προαναφερθεισών σχολών προέκυψε το μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας, στα πλαίσια του οποίου αναδεικνύονται οι αποτελεσματικοί ηγέτες με βάση την ικανότητα τους να πείσουν τους εργαζόμενους να υιοθετήσουν τη συμπεριφορά που προτείνεται από τους ηγέτες για την επίτευξη του προκαθορισμένου στόχου (Bass & Riggio, 2006). Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες χαρακτηρίζονται από την ικανότητα παρακίνησης του

προσωπικού με τρόπο που να επιτυγχάνουν επιδόσεις που υπερβαίνουν τις προσδοκώμενες (Weick et al., 2006).

Στα πλαίσια του μετασχηματιστικού μοντέλου ηγεσίας διακρίνονται οι εξής πτυχές (Bass & Steidmeier, 1999):

- Εμπνευσμένο κίνητρο: Η συγκεκριμένη πτυχή αφορά την ανάπτυξη και παρουσίαση ενός ελκυστικού οράματος στους εργαζομένους σχετικά με τη μελλοντική πορεία του οργανισμού. Μέσω της υιοθέτησης μίας θετικής και αισιόδοξης συμπεριφοράς, οι ηγέτες επιδιώκουν τη συσπείρωση των εργαζομένων γύρω από ένα κοινό σκοπό (Fisher, 2016), και την πλήρη αποσαφήνιση όλων των πτυχών της διαδικασίας επίτευξής του απαντώντας σε κάθε απορία ή επιφύλαξη τους (Marshall, 2011).
- Εξατομικευμένη σκέψη: Η εν λόγω πτυχή αφορά την εστίαση των ηγετών στην κατανόηση και κάλυψη των αναγκών των εργαζομένων και το σχεδιασμό των δραστηριοτήτων του οργανισμού ώστε αυτός να έχει μια επιτυχημένη πορεία. Οι ηγέτες οφείλουν να δρουν προστατευτικά απέναντι στους εργαζομένους και να είναι σε θέση να εντοπίσουν τα δυνατά σημεία του καθενός ώστε να προωθούν την επαγγελματική τους εξέλιξη (Fischer, 2016).
- Εξιδανικευμένη επιρροή: Η συγκεκριμένη πτυχή σχετίζεται με τη χαρισματικότητα ενός ηγέτη, δηλαδή την ικανότητά του να λειτουργεί ως πρότυπο για τους εργαζομένους ενεργώντας με συνέπεια, ειλικρίνεια και ειλικρίνεια και ακεραιότητα. Οι χαρισματικοί ηγέτες χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερος επαρκείς για την διεκπεραίωση των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων και με την ικανότητα να αναλαμβάνουν ευθύνες για το σύνολο της ομάδας (Bass, 1999).
- Πνευματική διέγερση: Οι ηγέτες είναι ανοιχτοί σε νέες και πρωτοποριακές ιδέες που διατυπώνονται από τους συνεργάτες τους και αξιολογούν θετικά τις αλλαγές. Παρέχουν στους εργαζόμενους καταστάσεις που χρήζουν αντιμετώπισης και τους ενθαρρύνουν να αναπτύξουν δημιουργικές λύσεις. Παρέχουν καθοδήγηση χωρίς να παρέχουν σαφείς οδηγίες, θέτουν υπό αμφισβήτηση διάφορες υποθέσεις και ενθαρρύνουν την εφαρμογή καινοτόμων λύσεων (Judge & Piccolo, 2004).

4.2.2 Μοντέλο κατανεμητικής ηγεσίας

Μέσα στα πλαίσια του σύγχρονου περιβάλλοντος της παγκοσμιοποίησης γίνεται κατανοητό ότι ένα μοντέλο που βασίζεται στην απόλυτη ιεραρχία δε μπορεί να είναι

αρκετά αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση των συνεχώς μεταβαλλόμενων προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί. Συνεπώς, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι πρέπει να υπάρχει κατανομή της ευθύνης και της πρωτοβουλίας στα διάφορα επίπεδα διοίκησης (Fletcher & Kaufner, 2003). Το μοντέλο της κατανεμητικής ηγεσίας αναπτύχθηκε με βάση την ιδέα ότι η συλλογική προσπάθεια συνεπάγεται αυξημένη αποτελεσματικότητα και εισάγει τέσσερα (4) βασικά χαρακτηριστικά (Garman, 2011):

- Κατανόηση: Αναφέρεται στην ικανότητα του ηγέτη να αντιλαμβάνεται τις συνεχείς αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στο ευρύτερο επιχειρηματικό περιβάλλον και τη σωστή διάσταση των επιπτώσεων που αυτές επιφέρουν στη λειτουργία του οργανισμού.
- Σύνδεση: Αναφέρεται στην ικανότητα του ηγέτη να οικοδομήσει, εντός του οργανισμού, συναδελφικές σχέσεις που να βασίζονται στην εμπιστοσύνη μεταξύ τόσο των ίδιων των εργαζομένων όσο και μεταξύ του ίδιου και του προσωπικού
- Οραματισμός: Αναφέρεται στην ικανότητα του ηγέτη να αναπτύξει και να παρουσιάσει, με ένα τρόπο που να είναι συγχρόνως ελκυστικός και ρεαλιστικός, το όραμά του για το μέλλον του οργανισμού προκειμένου να παρακινήσει τους εργαζομένους να εργαστούν προς την κατεύθυνση της επίτευξής του.
- Δημιουργία: Αναφέρεται στην ικανότητα του ηγέτη να αναπτύσσει νέες μεθόδους για την επίτευξη των στόχων και την επίλυση προβλημάτων που φαντάζουν άλυτα.

Σημειώνεται ότι τα τέσσερα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους. Στα πλαίσια του κατανεμητικού μοντέλου, η ηγεσία κατανέμεται σε όλα τα στάδια της διοίκησης προκειμένου να επιτευχθεί η αλληλοσυμπλήρωση των δυνατών και αδύνατων σημείων των εργαζομένων ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Garman, 2011).

4.2.3 Μοντέλο *Laissez-faire*

Η φράση “*laissez-faire*” προέρχεται από τη γαλλική γλώσσα και μεταφράζεται ως «άστο να γίνει» και στις οικονομικές επιστήμες περιγράφει ένα μοντέλο οικονομίας όπου υπάρχει ελεύθερη λειτουργία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, απαλλαγμένη από την κρατική παρέμβαση, μέσα στα πλαίσια της οποίας οι κοινωνικές σχέσεις ρυθμίζονται με βάση το οικονομικό κέρδος. Το συγκεκριμένο μοντέλο ηγεσίας

προϋποθέτει έναν ηγέτη, ο οποίος χαρακτηρίζεται από παθητικότητα ή αδιαφορία απέναντι στα διοικητικά του καθήκοντα και την καθοδήγηση των συνεργατών του ενώ μοιάζουν απρόθυμοι να αναλάβουν ευθύνες και αποφάσεις και επιλέγουν τη μετάθεση αυτών (Bass, 1990; Van Wart, 2017).

Οι εργαζόμενοι που υπόκεινται στο συγκεκριμένο μοντέλο ηγεσίας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αφήνονται σχεδόν χωρίς καμία καθοδήγηση σχετικά με την εκτέλεση των καθηκόντων τους με αποτέλεσμα να την αναζητούν σε άλλες πηγές, όπως συναδέλφους ή άτομα που δε σχετίζονται με τον οργανισμό. Σύμφωνα με το Bass (1990), το συγκεκριμένο ηγετικό μοντέλο οδηγεί σε εργασιακή αδράνεια ενώ αξιολογείται ως το πλέον αναποτελεσματικό μοντέλο ηγεσίας (Langton et al., 2016).

Το μοντέλο *laissez-faire* συναντάται σπάνια στη διοίκηση οργανισμών (Bass & Avolio, 1990) ενώ συχνά εφαρμόζεται παράλληλα με άλλα μοντέλα ηγεσίας, συμπεριλαμβανομένου του αυταρχικού μοντέλου (Vroom & Jago, 1988) και του μοντέλου ηγεσίας από την κορυφή στη βάση (Locke, 1988)

4.2.4 Συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας

Το συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας αναπτύσσεται με άξονα τις συναλλαγές μεταξύ των ηγετών και των υφισταμένων τους (Northouse, 2007). Πιο αναλυτικά, οι ηγέτες προχωρούν στην ανάθεση αρμοδιοτήτων, διατυπώνουν τους επιθυμητούς στόχους και καθορίζουν τα διαθέσιμα χρονικά όρια για την επίτευξή τους (Epiritropaki & Martin, 2005). Στη συνέχεια, προσφέρουν οικονομικά ανταλλάγματα για την έγκαιρη επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων ή τα αρνούνται σε αντίθετη περίπτωση (Yukl, 2006). Με το τέλος κάθε συναλλαγής, η σχέση μεταξύ των δύο μερών παύει (Burns, 1998). 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 (Northouse, 2007):

- 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.

- Ενεργό κατ' εξαίρεση management (Management by exception, active): Περιγράφει την περίπτωση όπου οι ηγέτες ασκεί εποπτεία και προχωρά σε αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων και αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για διορθωτικές παρεμβάσεις εάν το κρίνει απαραίτητο
- Παθητικό κατ' εξαίρεση management (Management by exception, passive): Περιγράφει την περίπτωση όπου ο ηγέτης ασκεί εποπτεία και οι παρεμβάσεις του περιορίζονται αποκλειστικά στις περιπτώσεις όπου δεν τηρούνται τα πρότυπα

Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί και ένα νέο μοντέλο ηγεσίας, το οποίο στοχεύει στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στους οργανισμούς και θέτει στο επίκεντρό του την υγεία του προσωπικού και την υγιεινή στους εργασιακούς χώρους και περιλαμβάνει επτά πτυχές (Maslach & Leiter, 2008):

- Φόρτος εργασίας: Δεδομένου ότι όσο μεγαλώνει ο φόρτος εργασίας, αυξάνεται και η κόπωση του προσωπικού, κρίνεται απαραίτητο αυτός να διατηρείται σε επίπεδα που να επιτρέπουν να αποφεύγεται η υπερκόπωση των εργαζομένων
- Έλεγχος: Σύμφωνα με τους Schreurs et al. (2010), η διενέργεια ελέγχων διασφαλίζει τη υγεία των εργαζομένων ενώ σημειώνεται ότι αυτός δε συνεπάγεται, απαραίτητως την απουσία εργασιακής αυτονομίας (Nahrgang et al., 2011).
- Ανταμοιβή: Η ανταμοιβή συνιστά ένα σημαντικό εργαλείο βελτίωσης της σχέσης μεταξύ του ηγέτη και των εργαζομένων ενώ αυτή μπορεί να έχει είτε οικονομική (bonus), είτε συμβολική μορφή (προφορική αναγνώριση και επιβράβευση). Από την άλλη πλευρά, η απουσία επαρκούς ανταμοιβής μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την απόδοση των εργαζομένων.
- Κοινότητα: Η δημιουργία θετικού κλίματος μεταξύ των εργαζομένων είναι σημαντική στα πλαίσια του μοντέλου προαγωγής της υγείας αφού ενισχύει την αποδοτικότητα των εργαζομένων, την ικανοποίηση των πελατών και την αντίληψη απονομής δικαιοσύνης στο χώρο εργασίας.

- Δικαιοσύνη: Δεδομένου ότι η απουσία δικαιοσύνης στον εργασιακό χώρο περιορίζει σημαντικά την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων, είναι σημαντικό να διασφαλίζεται η απονομή δικαιοσύνης με κοινώς αποδεκτά μέσα.
- Αξίες: Είναι δεδομένο ότι οι ηθικές αξίες διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των ατόμων. Ωστόσο, η ύπαρξη σημαντικής απόκλισης μεταξύ της προσωπικής και εταιρικής ηθικής, λειτουργεί ενισχυτικά προς την ανάπτυξη δυσαρέσκειας εκ μέρους του προσωπικού (Leiter et al., 2009). Οι ηγέτες καλούνται να αμβλύνουν την προαναφερθείσα απόκλιση μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας των εταιρικών αξιών στους εργαζομένους.
- Επαγρύπνηση: Έχει διαπιστωθεί ότι η επαγρύπνηση των ηγετών σχετικά με την υγεία του προσωπικού επιδρά θετικά στη διασφάλιση της (Franke et al., 2014). Η επαγρύπνηση αυτή μπορεί να εκφραστεί με ποικίλους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της διενέργειας συζητήσεων σχετικά με την υγεία και υγιεινή και της οργάνωσης δράσεων ενημέρωσης σχετικά τα εν λόγω ζητήματα και παρακίνηση των εργαζομένων να τις παρακολουθήσουν (Gurt et al., 2011).

4.3 Μοντέλα ηγεσίας οργανισμών υγείας

Επιπροσθέτως, στα πλαίσια των οργανισμών υγείας συχνά εφαρμόζονται και τα εξής μοντέλα ηγεσίας:

4.3.1 Συνεργατικό μοντέλο ηγεσίας

Η έννοια της συνεργασίας χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη διαδικασία που λαμβάνει χώρα όταν δύο ή περισσότερα άτομα εργάζονται μαζί με οργανωμένο τρόπο προκειμένου να επιτύχουν την εκπλήρωση ενός κοινού στόχου. Βασική ιδέα στην οποία βασίζεται το συνεργατικό μοντέλο συνεργασίας είναι η ροή πληροφοριών προς τους συνεργάτες και τους άλλους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον ίδιο τομέα ώστε αυτοί να έχουν όλα τα απαραίτητα στοιχεία που τους είναι απαραίτητα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Lam & Robertson, 2012). Αυτό το μοντέλο ευνοεί τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της προώθησης του διαλόγου μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών και τη μεταφορά της τεχνογνωσίας, καθιστώντας, με τον τρόπο αυτό, περισσότερο απλό το εσωτερικό των οργανισμών.

Στα πλαίσια του συνεργατικού μοντέλου, στη διαδικασία ηγεσίας εμπλέκονται εργαζόμενοι από διάφορα στάδια της διοίκησης προκειμένου να καθίσταται εφικτή η απρόσκοπτη επικοινωνία και μεταφορά πληροφοριών καθώς και ο εντοπισμός των απαιτούμενων μετατροπών για την αντιμετώπιση των μεταβαλλόμενων συνθηκών του σύγχρονου επιχειρηματικού περιβάλλοντος (Lavis et al., 2005). Στα πλαίσια των οργανισμών υγείας που υιοθετούν το συνεργατικό μοντέλο ηγεσίας, οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης των διαφόρων ειδικοτήτων καλούνται να συνεργαστούν ώστε να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν τις απαραίτητες ιατρικές διαδικασίες με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αρμονική συνύπαρξη και συνεργασία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο για την επίτευξη ενός κοινού στόχου με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα 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 πραγματική εφαρμογή του στους οργανισμούς υγείας δεν είναι πολύ διαδεδομένη ως αποτέλεσμα της ύπαρξης ενός συγκρουσιακού κλίματος μεταξύ του προσωπικού, το οποίο προκύπτει ως συνέπεια των επικοινωνιακών κενών και της αποτυχίας των εφαρμοζόμενων εργασιακών πρακτικών. Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι κύριο μέλημα του ηγέτη ενός οργανισμού υγείας είναι η αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων με στόχο τη βελτίωση του εσωτερικού κλίματος. Οι συνηθέστερες μέθοδοι που επιλέγονται από τους ηγέτες των υγειονομικών οργανισμών για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου περιλαμβάνουν διαπραγμάτευση, συμβιβασμός, ανταγωνισμός, συνεργασία, διαμεσολάβηση, συναίνεση και αποφυγή ενώ, παράλληλα, κρίνεται απαραίτητη η ανάληψη κατάλληλων πρωτοβουλιών για τη δημιουργία του κατάλληλου κλίματος που να ευνοεί τη συνεργασία των εργαζομένων (Greig et al., 2012).

4.3.2 Επιμεριστικό μοντέλο ηγεσίας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήγαγε ο Chen (2005), η αποδοτικότητα των επαγγελματιών του κλάδου της υγειονομικής περίθαλψης που είναι άμεσα υπεύθυνοι για τους ασθενείς που περιθάλπουν περιορίζεται σημαντικά στα πλαίσια εφαρμογής ενός αυταρχικού μοντέλου ηγεσίας. Αντιθέτως, η

αποδοτικότητα των εργαζομένων ενισχύεται στην περίπτωση όπου αναπτύσσονται σχέσεις συνεργασίας στο εσωτερικό του οργανισμού και γίνεται επιμερισμός των καθηκόντων. Στα πλαίσια ενός τέτοιου μοντέλου ηγεσίας προωθείται η από κοινού διαχείριση, η διά βίου μάθηση στον εργασιακό χώρο και η ανάπτυξη αποδοτικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων (Henry & Gilkey, 1999).

Κατά την εφαρμογή ενός επιμεριστικού μοντέλου ηγεσίας σε έναν οργανισμό υγείας, το σύνολο των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτόν επιμερίζονται μέρος της ευθύνης που σχετίζεται με τη διαδικασία λήψης 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 ικανοποίησης που απολαμβάνουν οι εργαζόμενοι (Wiseman et al., 2011).

Βασικές αρχές πάνω στις οποίες δομείται το επιμεριστικό μοντέλο ηγεσίας είναι ο προσδιορισμός των ομαδικών αξιών και η ενίσχυση της απόδοσης της ομάδας προκειμένου να αναπτυχθούν βελτιωμένες πρακτικές και να ενισχυθεί η συνολική αποδοτικότητα του οργανισμού (Carl et al., 2004). Σε περίπτωση ορθής εφαρμογής του μοντέλου επιμερισμένης ηγεσίας, τα άτομα που εργάζονται σε έναν οργανισμό τείνουν να υιοθετούν ηγετικές συμπεριφορές, να αναπτύσσουν μεγαλύτερη αυτονομία και να παρέχουν βελτιωμένες υπηρεσίες υγείας. Οι συνηθέστεροι παράγοντες που λειτουργούν ανασταλτικά στην εφαρμογή ενός τέτοιου μοντέλου ηγεσίας περιλαμβάνουν τον υψηλό φόρτο εργασίας, το κακό ομαδικό ήθος, την έλλειψη αισθήματος ευθύνης, την απουσία σαφώς καθορισμένων στόχων και τα ποσοστά του κύκλου εργασιών των υπαλλήλων. Επιπλέον, ακόμα και απουσία αυτών των παραγόντων, κρίνεται απαραίτητη η συνεχής αξιολόγηση της εφαρμογής του μοντέλου και η εφαρμογή κατάλληλων μεταρρυθμίσεων προκειμένου να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες στον τομέα της υγείας (Chen, 2005), ενώ απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί και η ύπαρξη θετικής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του ηγέτη και των υφισταμένων του (Garman, 2011).

4.3.3 Ηθικό μοντέλο ηγεσίας

Η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού μοντέλου ηγεσίας έχει σημαντική επιρροή στην ποιότητα ζωής και εργασίας των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, στην πορεία

της υγείας των ασθενών και την αποδοτικότητα του οργανισμού υγείας. Ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες και τις διαφαινόμενες ανάγκες ο ηγέτης καλείται να παρακινήσει τα μέλη του προσωπικού ώστε αυτά να υιοθετήσουν πρωτοποριακές και ριψοκίνδυνες στρατηγικές, αναθεωρώντας ριζικά τις υφιστάμενες στάσεις και πεποιθήσεις τους αναφορικά με αποφάσεις που ευνοούν μία ομάδα εργαζομένων έναντι μίας άλλης ομάδας. Ωστόσο, η συγκεκριμένη αρμοδιότητα του ηγέτη μπορεί έχει αρνητικό αντίκτυπο στο κλίμα εμπιστοσύνης εντός του οργανισμού σε περίπτωση που ο ηγέτης εμπλέξει εργαζομένους σε εγκλήματα υπακοής (Bossidy & Charan, 2002; Calhoun et al., 2009).

Συνεπώς, η εφαρμογή ενός ηθικού μοντέλου ηγεσίας έχει τεράστια σημασία για τη λειτουργία του οργανισμού. Ως ηθικός ηγέτης νοείται αυτός που φέρει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία περιλαμβάνουν την ειλικρίνεια, την αξιοπιστία, τη δικαιοσύνη και εντιμότητα κατά τη λήψη αποφάσεων, η οποία γίνεται με έμφαση στον άνθρωπο, και η τήρηση των κανόνων δεοντολογίας σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο (Brown & Trevino, 2006).

Σύμφωνα με το Μπουραντά (2015), το ηθικό μοντέλο ηγεσίας έχει δύο διαστάσεις:

- Την ατομική ηθική, η οποία αφορά την εντιμότητα, ακεραιότητα και ειλικρίνεια του ατόμου
- Την ηθική του ηγέτη, η οποία αφορά την επιδίωξη και προσπάθεια του ηγέτη να μεταλαμπαδεύσει τις ηθικές του αξίες στο προσωπικό.

Σημειώνεται ότι κατά την αξιολόγηση ενός ηγέτη, είναι σημαντικό να εξετάζεται η ηθική 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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

5.1. Έννοια και χαρακτηριστικά της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Σήμερα, το ιδιωτικό και δημόσιο μανάτζμεντ των επιχειρήσεων και των οργανισμών τείνει να μεταλλάσσεται και να υιοθετεί νέες αρχές και πρακτικές, ώστε να καθίσταται πιο αποτελεσματικό. Τόσο η ιδιωτική όσο και η δημόσια διοίκηση βρίσκονται στο κέντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος, καθώς κυριαρχούν νέες τάσεις, οι οποίες οραματίζονται μία πιο αποτελεσματική εφαρμογή της. Μεγάλος λόγος γίνεται μάλιστα για το Νέο Δημόσιο Μανάτζμεντ, το οποίο θέτει τον κλάδο της διοίκησης των επιχειρήσεων σε νέες βάσεις και είναι, βέβαια, βασισμένο στις αρχές του επιχειρησιακού μανάτζμεντ που ξεκίνησε από τον ιδιωτικό τομέα. Βασικός του σκοπός είναι η αποτελεσματικότητα των οργανισμών και των επιχειρήσεων μέσα από την παροχή όσο το δυνατόν πιο ποιοτικών υπηρεσιών και αγαθών σε κάθε τομέα. Η έννοια της ποιότητας, λοιπόν, αποτελεί βασικό ζητούμενο στο πεδίο της ιδιωτικής και δημόσιας διοίκησης και αφορά στην παραγωγή και παροχή προϊόντων και υπηρεσιών που έχουν καλές προδιαγραφές, ώστε να είναι ανταγωνιστικά (Ιωάννου, 2005).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Δ.Ο.Π.- Total Quality Management) αποτελεί έναν νέο τρόπο οργάνωσης των επιχειρήσεων και των οργανισμών και ξεκίνησε να εφαρμόζεται σε πρακτικό επίπεδο από το 1949, από την Ένωση Ιαπώνων Επιστημόνων, έχοντας βασικό σκοπό τη βελτίωση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας. Κατά τη δεκαετία του 1980, η πρακτική αυτή αρχίζει να εφαρμόζεται και στις ΗΠΑ, ενώ λίγο αργότερα, περνά και στην Ευρώπη. Στα πλαίσια του προτύπου ΕΛΟΤ EN ISO 8402, η ΔΟΠ ορίζεται ως ένας «τρόπος διοίκησης ενός οργανισμού εστιαζόμενος στην ποιότητα, ο οποίος βασίζεται στη συμμετοχή όλων των μελών του και στοχεύει στη μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσω της ικανοποίησης του πελάτη και στην παροχή οφελών σε όλα τα μέλη του οργανισμού και στην κοινωνία με το μικρότερο κόστος». Σήμερα, η ΔΟΠ αποτελεί το βασικό άξονα με βάση τον οποίον σχεδιάζονται οι διάφορες διοικητικές στρατηγικές, ωστόσο, όσον αφορά την εφαρμογή του στην πράξη, σε πολλές περιπτώσεις, υστερεί,

ειδικά στους οργανισμούς του δημόσιου τομέα (Σπυράκης & Σπυράκη, 2008. Πετρίδου, 2006).

Σήμερα, η ΔΟΠ έχει συνδεθεί σε μεγάλο βαθμό με την καινοτομία, καθώς θεωρείται ότι η μία προϋποθέτει την άλλη. Η εισαγωγή καινοτομιών θα πρέπει σήμερα να αποτελεί βασικό στόχο του επιχειρησιακού, αλλά και του δημόσιου μάνατζμεντ, καθώς αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που ευνοούν την ύπαρξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Ένα από τα οφέλη που παρέχει η καινοτομία είναι το γεγονός ότι συντελεί στην προσαρμοστικότητα των επιχειρήσεων και των οργανισμών σε ένα σύγχρονο και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Επίσης, μέσα από την εισαγωγή και αξιοποίηση της καινοτομίας, αυξάνεται η παραγωγικότητα και η κερδοφορία των επιχειρήσεων και των οργανισμών, η ευελιξία της διαδικασίας της παραγωγής, αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων και των υπηρεσιών. Τα οφέλη αυτά μάλιστα, συνδέονται και με άλλα, πιο μακροπρόθεσμα οφέλη, όπως η αύξηση της ικανοποίησης του κοινού, η διατήρηση ή αύξηση του μεριδίου αγοράς, και η δημιουργία νέων αγορών (Μπουραντάς, 2005. Ιωαννίδης, 2001).

Μία από τις σημαντικότερες τάσεις στη σύγχρονη διοίκηση των επιχειρήσεων και των οργανισμών είναι η ηλεκτρονική διακυβέρνηση, η οποία, ως όρος, στην αγγλική βιβλιογραφία, αναφέρεται ως “Electronic Government”, “Electronic Governance”, “Digital Government”, ή “Online Government” (Gronlund, 2004). Η χρήση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης σήμερα όλο και διευρύνεται, στο πλαίσιο της παροχής ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών και της επίτευξης της ΔΟΠ.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να προσδιοριστεί η έννοια της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, ως μίας αναθεώρησης των σχέσεων και των διαδικασιών που αναπτύσσονται στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις, μέσα από την εποικοδομητική αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, κάτι που έχει ως στόχο την εξυπηρέτηση του κοινωνικού συνόλου, αλλά και των ίδιων των οργανισμών (Αποστολάκης και συν., 2008). Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα της δημόσιας και ιδιωτικής διοίκησης, τόσο στο πεδίο των υπηρεσιών όσο και στο πεδίο των άλλων λειτουργιών, ενώ η εμβέλειά της μπορεί να είναι είτε τοπική, είτε περιφερειακή είτε εθνική είτε διεθνής και αναλόγως, να διαφοροποιείται το κοινό που απολαμβάνει τα προϊόντα και τις υπηρεσίες ανάλογα με αυτή (Σπυράκης & Σπυράκη, 2008. Κτιστάκη, 2009).

Όσον αφορά την ελληνική πραγματικότητα, η ηλεκτρονική διακυβέρνηση έχει αρχίσει να επικρατεί κατά τα τελευταία χρόνια, με την εισαγωγή και την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, εκτός από τον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα, τόσο για την καλύτερη λειτουργία του όσο και για την παροχή όλο και πιο ικανοποιητικών προϊόντων υπηρεσιών. Παρόλα αυτά, ακόμη υπάρχουν πολλές δυσκολίες όσον αφορά την ολοκλήρωση και την εφαρμογή της σε όλες της τις εκφάνσεις (Ρωσσίδης, 2014). Επίσης, διάφορα εμπόδια υπάρχουν ως προς την ολοκλήρωση της ΔΟΠ γενικότερα, καθώς φαίνεται πως αυτή δεν αποτελεί τον κανόνα και ότι θα πρέπει να γίνουν πολλά ακόμη βήματα πάνω σε αυτό.

Μία προοπτική για την ολοκλήρωση της ΔΟΠ μέσα από την ηλεκτρονική διακυβέρνηση, στο κοντινό ίσως μέλλον, αποτελεί η αξιοποίηση των ευκαιριών βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων στους πολίτες και τις επιχειρήσεις υπηρεσιών και προϊόντων μέσα από τις τεχνολογίες των τηλεπικοινωνιών και του διαδικτύου, δηλαδή η σύνδεση των επιχειρήσεων με εφαρμογές που μπορούν να είναι προσιτές μέσα από κινητά τηλέφωνα και άλλα ψηφιακά μέσα. Μία τέτοια κατάσταση σήμερα εφαρμόζεται ευρέως, κατά κύριο λόγο, στον τραπεζικό τομέα, ωστόσο, κάτι παρόμοιο θα μπορούσε να γίνει και σε πολλές δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμούς, αλλά και σε ιδιωτικές επιχειρήσεις ποικίλων αντικειμένων (Καλογήρου και συν., 2016).

Στην περίπτωση της Ελλάδας, τα στοιχεία τα οποία εμποδίζουν την εφαρμογή της ΔΟΠ στον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα αφορούν κυρίως στην οικονομική κατάσταση της χώρας κατά την τελευταία δεκαετία, καθώς η μεγάλη και μακροχρόνια δημοσιονομική κρίση προκάλεσε σοβαρά προβλήματα στις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς, απειλώντας τη βιωσιμότητα και την ανταγωνιστικότητά τους. Για να ανταπεξέλθουν στα οικονομικά τους προβλήματα, οργανισμοί και επιχειρήσεις, σε πολλές περιπτώσεις μείωσαν σημαντικά το λειτουργικό τους κόστος, κάτι που είχε επίπτωση στο ανθρώπινο δυναμικό, τις υποδομές, τον εξοπλισμό και, κατ' επέκταση, στην ποιότητα των παραγόμενων και παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών (Κουρλιούρος και συν., 2013).

5.2. Βασικές αρχές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται και περιγράφονται οι σημαντικότερες αρχές τις οποίες υιοθετεί το σύγχρονο μάνατζμεντ για την ικανοποίηση του στόχου της παροχής ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών. Για την επίτευξη της Ολικής Ποιότητας, σήμερα υιοθετούνται από την ηγεσία των επιχειρήσεων συγκεκριμένες αρχές.

- Έμφαση στην ικανοποίηση των πελατών και των έτερων φορέων οι οποίοι εμπλέκονται στη λειτουργία του οργανισμού. Πρωταρχικός στόχος κάθε επιχείρησης ή οργανισμού είναι η ικανοποίηση των επιθυμιών των πελατών με το βέλτιστο δυνατό τρόπο και η αναπροσαρμογή αυτών για να καλύψουν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες. Σημειώνεται ότι στόχος είναι ικανοποίηση και των εσωτερικών πελατών του οργανισμού, δηλαδή του προσωπικού και των προμηθευτών (Evans & Lindsay, 2002). Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η αύξηση του κέρδους η οποία προκύπτει από τον περιορισμό του λειτουργικού κόστους μέσω της εκπόνησης ενός αποδοτικού στρατηγικού σχεδίου και την ενίσχυση των εσόδων (Deming, 1986, Juran, 1992).
- Αποδοτική συνεργασία και ομαδική δουλειά του ανθρώπινου δυναμικού. Στα πλαίσια της εφαρμογής ενός συστήματος ΔΟΠ, μεγάλη σημασία αποκτά η κατανόηση εκ μέρους των εργαζομένων των στόχων του οργανισμού και των βέλτιστων πρακτικών για την επίτευξη τους. Επιπλέον, σημαντικούς παράγοντες αποτελούν η απρόσκοπτη επικοινωνία και η αρμονική συνεργασία του προσωπικού που στελεχώνει τα διάφορα τμήματα ενός οργανισμού (Evans & Lindsay, 2002).
- Συνεχής βελτίωση των εφαρμοζόμενων πρακτικών σε όλα τα στάδια της παραγωγής προϊόντων ή υπηρεσιών. Συνιστά πρωταρχική αξία του συστήματος ΔΟΠ και επιτυγχάνεται μέσω της ενθάρρυνσης για συνεχή αναβάθμιση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται, μέσω της εισαγωγής καινοτομίας, και του περιορισμού του κόστους (Ishikawa, 1989).

Προκειμένου να επιτευχθεί η ΔΟΠ στο σύγχρονο επιχειρηματικό περιβάλλον, είναι σημαντικό να υπάρχει ευελιξία όσον αφορά την εφαρμογή μοντέλων και θεωριών για τη διοίκηση, που να είναι εφικτές, να προλαμβάνουν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του κοινού και να αξιοποιούν την τεχνολογία με αξιόπιστο τρόπο. Οι ανάγκες, οι τάσεις και οι προσδοκίες των καταναλωτών θα πρέπει, επίσης, μέσα από τα μοντέλα

αυτά, να προβλέπονται, ώστε η εφαρμογή πολιτικών να διακρίνεται από πρωτοτυπία και διορατικότητα, κάτι που συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τον ανταγωνισμό. Τέλος, άλλη βασική αρχή της ΔΟΠ είναι η έγκαιρη παράδοση του προϊόντος ή της υπηρεσίας, έτσι ώστε ο καταναλωτής να ικανοποιείται στον μέγιστο δυνατό βαθμό και να μην δημιουργούνται δυσαρέσκειες (Πετρίδου, 2006).

Σήμερα, οι μελετητές του τομέα της διοίκησης των επιχειρήσεων και των οργανισμών, αναζητούν όλο και περισσότερες πρακτικές για την εφαρμογή αποτελεσματικών μοντέλων, ώστε να επιτυγχάνεται η ΔΟΠ. Οι προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί είναι πολλές και αφορούν σε διάφορα διοικητικά μοντέλα, των οποίων ένας από τους βασικούς στόχους είναι η βελτίωση της ποιότητας. Κάποια από τα μοντέλα αυτά είναι τα ακόλουθα:

1. Ο ανασχεδιασμός των διοικητικών διαδικασιών: Το μοντέλο αυτό αναφέρεται στην περίπτωση που εμφανίζονται προβλήματα όσον αφορά τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα των οργανισμών και των υπηρεσιών. Όταν, λοιπόν τα αποτελέσματα είναι δεν είναι τα επιθυμητά, αυτό σημαίνει ότι είναι ανάγκη να αναδιοργανωθούν η δομή και η λειτουργία των οργανισμών προς άλλη κατεύθυνση. Ο ανασχεδιασμός μπορεί να αφορά σε διάφορα στοιχεία της λειτουργίας ενός οργανισμού, όπως οι οικονομικοί πόροι, η αποδοτικότητα, η ποιότητα κ.ο.κ. Τα βήματα προς την κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να σχεδιάζονται προσεκτικά, ώστε να εφαρμόζεται το καλύτερο δυνατό σχέδιο (James, 2007).

2. Η διοίκηση μέσω στόχων: Μία ακόμη καλή πρακτική είναι η επονομαζόμενη διοίκηση μέσω στόχων, η οποία, όλο και περισσότερο εντάσσεται και στον χώρο της δημόσιας διοίκησης. Η στρατηγική αυτή εστιάζει στην προσεκτική και ρεαλιστική διατύπωση στόχων, οι οποίοι είναι δυνατόν να καθορίζουν τη λειτουργία των οργανισμών και των επιχειρήσεων. Οι στόχοι και η πορεία τους προς την επίτευξη είναι πολύ σημαντικό να αξιολογούνται διαρκώς για την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητά τους (Μπινιώρης, 2009).

3. Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση: Για την πρακτική αυτή έχει ήδη γίνει λόγος στην προηγούμενη ενότητα, καθώς αποτελεί σήμερα μία από τις σημαντικότερες κατευθύνσεις της διοίκησης των επιχειρήσεων και των οργανισμών προς την κατεύθυνση της ΔΟΠ, αφού παρέχει ποικίλα οφέλη στο κοινό, διευκολύνοντας μάλιστα πολλές διαδικασίες προς όφελός τους. Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση είναι

δυνατόν να εφαρμόζεται παντού, όπως στις ιδιωτικές επιχειρήσεις, αλλά και σε διάφορους δημόσιους οργανισμούς.

4. Η ανοικτή διακυβέρνηση: Μία ακόμη καινοτόμα πρακτική, η οποία μάλιστα σήμερα συνδέεται με τις αρχές της δημοκρατίας και της δικαιοσύνης, είναι η ανοικτή διακυβέρνηση, η οποία οφείλει την ονομασία της στο γεγονός ότι προβλέπει την ενεργό συμμετοχή όλων στη λήψη αποφάσεων σε θέματα διοίκησης, με τη βοήθεια της ψηφιακής τεχνολογίας. Η ανοικτή διακυβέρνηση αφορά στην ενημέρωση, στην πρόσβαση και στην ενεργό συμμετοχή, ενώ θεωρείται μία καλή πρακτική για τη διασφάλιση της διαφάνειας και της νομιμότητας και την εξάλειψη της διαφθοράς. Βάσει του θεσμικού πλαισίου της Ε.Ε., στην ανοικτή διακυβέρνηση συμμετέχουν οι κυβερνήσεις, η κοινωνία των πολιτών, οι φορείς του ιδιωτικού τομέα και άλλοι φορείς που λειτουργούν ως παρατηρητές, κάτι που μπορεί να οδηγήσει στην αντιμετώπιση διάφορων προβλημάτων και, επομένως, στη βελτίωση της ποιότητας σε διάφορους τομείς της δημόσιας και ιδιωτικής ζωής (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=EN>).

5. Η διοίκηση της γνώσης: Μία ακόμη ιδιαίτερα σημαντική σήμερα τάση που εφαρμόζεται στο πλαίσιο της ΔΟΠ είναι η πρακτική της διαχείρισης της γνώσης, δεδομένων των νέων απαιτήσεων της εποχής, σε μία κοινωνία της γνώσης και της πληροφορίας, στην οποία ο όγκος της πληροφορίας είναι μεγάλος και η πρόσβαση σε αυτή εύκολη, αλλά ωστόσο και προβληματική εξαιτίας αυτού του μεγάλου όγκου. Η γνώση αποτελεί βασικό παράγοντα που μπορεί να καθορίσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και, για τον λόγο αυτό, θα πρέπει να αξιοποιείται στον μέγιστο βαθμό στον χώρο του δημοσίου τομέα. Με άλλα λόγια, είναι σημαντικό σε όλους τους δημόσιους οργανισμούς και τις ιδιωτικές επιχειρήσεις να αξιοποιείται το διανοητικό κεφάλαιο, μέσα από την απασχόληση του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού, που θα είναι καταρτισμένο και επιμορφωμένο, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες απαιτήσεις και να προσαρμόζεται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Η διοίκηση της γνώσης είναι αποκύημα της σύγχρονης εποχής, δεδομένων των πολλών απαιτήσεων για βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων και παρεχόμενων υπηρεσιών και προϊόντων. Η διαχείριση και ορθή αξιοποίηση της γνώσης είναι δυνατόν να έχει ως κατάληξη έναν περισσότερο επιτυχημένο σχεδιασμό προγραμμάτων και υπηρεσιών, που να διακρίνονται από τη

μέγιστη δυνατή ποιότητα και να ικανοποιούν στον μέγιστο δυνατό βαθμό τις ανάγκες και τις προσδοκίες του κοινού (Ασπρίδης & Ρωσσίδης, 2016).

5.3 Οι θεωρητικοί θεμελιωτές της ποιότητας

5.3.1 *Edwards W. Deming (1900-1993)*

Ο Deming υπήρξε καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Νέας Υόρκης και συχνά χαρακτηρίζεται ως ο «πατέρας» της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Η αναγνώριση του έργου του ήρθε, κατά κύριο λόγο, μετά από την επιτυχή εφαρμογή των θεωριών του στην αναθέρμανση της ιαπωνικής οικονομίας, η οποία είχε υποστεί τρομερό πλήγμα ως αποτέλεσμα της ήττας της χώρας στο Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο Deming μετέβη στο χώρα μετά από πρόσκληση της ιαπωνικής κυβέρνησης σχετικά με τη διενέργεια μίας σειράς ομιλιών σχετικά με τον ποιοτικό έλεγχο των προϊόντων και το στατιστικό έλεγχο των διαδικασιών παραγωγής (Ζαβλανος, Σ. 2006).

Κεντρικό άξονα της θεωρίας διοίκησης του Deming αποτελεί η ιδέα ότι βασικός παράγοντας που επιδρά αρνητικά στην ποιότητα των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών είναι τα σφάλματα που κάνει η διοίκηση ενώ, αντίθετα, τα σφάλματα των εργαζομένων επηρεάζουν ελάχιστα την τελική ποιότητα.

Ο Deming εισήγαγε τη θεωρία του ομώνυμου κύκλου, ο οποίος δομείται από τέσσερα διαδοχικά στάδια, τα οποία επαναλαμβάνονται αδιαλείπτως προκειμένου να επιτευχθεί η αναβάθμιση της διοίκησης. Τα στάδια αυτά είναι (James, P. 1998):

- Σχεδιασμός (Plan)
- Δοκιμαστική εφαρμογή (Do)
- Ανάλυση και έλεγχος (Check)
- Εφαρμογή και αξιολόγηση (Act)

Επιπλέον, διατύπωσε τη θεωρία ότι, προκειμένου ένας οργανισμός να επιτύχει την αποτελεσματική εφαρμογή ενός συστήματος ΔΟΠ οφείλει να εφαρμόσει τις εξής 14 αρχές (Λογοθέτης, Ν. 1993, Δημητριάδης, Σ.Γ. & Μιχιώτης, Α.Ν. 2007):

1. Δημιουργία συνθηκών σταθερότητας και συνέπειας σκοπού για τη βελτίωση της ποιότητας του παραγόμενου προϊόντος και τη διατήρηση της ανταγωνιστικής θέσης του οργανισμού και τη διασφάλιση των θέσεων εργασίας
2. Υιοθέτηση νέας φιλοσοφίας από το σύνολο του προσωπικού
3. Υιοθέτηση της ιδέας ότι η ποιότητα του τελικού προϊόντος πρέπει να ελέγχεται σε κάθε στάδιο της παραγωγής και απεξάρτηση από την ιδέα της τελικής επιθεώρησης
4. Αδιάλειπτη βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας
5. Υιοθέτηση επιπλέον κριτηρίων για την επιλογή των προμηθευτών πέρα από το κόστος
6. Θέσπιση προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και επανεκπαίδευσης του προσωπικού
7. Θεσμοθέτηση και εφαρμογή συστήματος ηγεσίας
8. Αποβολή του φόβου
9. Κατάργηση των στεγανών που εμποδίζουν την οριζόντια συνεργασία των τμημάτων
10. Σημαντικός περιορισμός στη χρήση τυποποιημένων εκφράσεων, διατύπωση παραινέσεων και μη ρεαλιστικών αριθμητικών στόχων αφού λειτουργούν αποθαρρυντικά προς τους εργαζομένους αξιωνοντας νέα επίπεδα παραγωγικότητας χωρίς να προσφέρουν αποδοτικότερες μεθόδους.
11. Παύση της χρήσης αριθμητικών ποσοστάσεων αφού αυτές δεν ενθαρρύνουν την ενίσχυση της αποδοτικότητας του οργανισμού
12. Κατάργηση των περιορισμών που δρουν ανασταλτικά στην ανάπτυξη της υπερηφάνειας των εργαζομένων
13. Θέσπιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων
14. Ανάλυση πρωτοβουλιών για την υλοποίηση του μετασχηματισμού με τη συμμετοχή του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού

Παράλληλα, ο Deming προσδιόρισε και πέντε (5) στοιχεία που δρουν ανασταλτικά στην ενίσχυση της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών, τα οποία χαρακτήρισε ως «θανατηφόρες ασθένειες» των οργανισμών και περιλαμβάνουν (Deming, W.E. 1986):

- Έμφαση στα βραχυπρόθεσμα κέρδη σε βάρος της μακροπρόθεσμης επιβίωσης και ανάπτυξης
- Απουσία σταθερότητας σκοπού
- Έντονη κινητικότητα στελεχών, ιδιαιτέρως των ανώτατων
- Αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων με βάση οικονομικούς δείκτες
- Προσανατολισμός της διοίκησης σε «ορατά» αριθμητικά στοιχεία, κατά κανόνα οικονομικής φύσεως, τα οποία μπορεί να δίνουν μία εσφαλμένη θετική εικόνα για τη λειτουργία του οργανισμού

5.3.2 Joseph Juran (1904-2008)

Ο Dr. Juran εργάστηκε όπως και ο Deming στην Ιαπωνία, προσφέροντας διαλέξεις για λογαριασμό της JUSE. Διατύπωσε την άποψη ότι η έννοια της ποιότητας των προϊόντων περιγράφει το βαθμό καταλληλότητας τους για χρήση όσον αφορά το σχεδιασμό, τη συμμόρφωση με τα πρότυπα, τη διαθεσιμότητα και την ασφάλεια τους (Juran, J. 1988). Σύμφωνα με τη θεωρία του Juran, ποιοτικά θεωρούνται τα προϊόντα που καλύπτουν τις ανάγκες των πελατών και επιτυγχάνουν υψηλό βαθμό ικανοποίησής τους ενώ, παράλληλα, δεν παρουσιάζουν αδυναμίες (Juran, J. 1988).

Σε αντίθεση με το Deming που έθεσε στο επίκεντρο της θεωρίας του την ικανοποίηση του προσωπικού, ο Juran εστίασε στο ρόλο της διοίκησης για την επίτευξη της ποιότητας αφού αυτή μπορεί να επιτευχθεί μόνο ως προϊόν σχεδιασμού (Juran, J. 1981). Επιπλέον, εισήγαγε την ιδέα της σπειροειδούς βελτίωσης της ποιότητας αναλύοντας ότι η τελευταία πρέπει να αποτελεί μία αέναη διαδικασία (Mosadeghrad, M. 2014). Σύμφωνα με το Juran, η επίτευξη της ποιότητας βασίζεται στα εξής τρία στοιχεία, τα οποία αποτελούν την «τριλογία της ποιότητας» (Μπαλάς, Ν.Γ. 1993):

- Σχεδιασμός ποιότητας (Quality planning)

- Έλεγχος ποιότητας (Quality control)
- Βελτίωση ποιότητας (Quality improvement)

Επιπροσθέτως, προσδιόρισε τα χαρακτηριστικά που καθιστούν ένα προϊόν ως «κατάλληλο για χρήση»: (James, P. 1998):

- Ποιότητα σχεδιασμού
- Ποιότητα συμμόρφωσης με τα τεθέντα ποιοτικά πρότυπα
- Διαθεσιμότητα
- Εξυπηρέτηση

Τέλος, ο Juran όρισε τα εξής βήματα που συνθέτουν την απαραίτητη διαδικασία επίτευξης της ποιότητας (Μπουραντάς, Δ. 2002):

- Εντοπισμός των πιθανών πελατών
- Εντοπισμός των αναγκών των πιθανών πελατών
- Μετάφραση των προαναφερθέντων αναγκών σε όρους των παρεχόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών
- Δημιουργία ενός προϊόντος που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πελατών
- Ενίσχυση της ποιότητας του προϊόντος ώστε να επιτυγχάνεται η ταυτόχρονη κάλυψη των αναγκών των πελατών και της επιχείρησης
- Σχεδιασμός μίας παραγωγικής διαδικασίας που να μπορεί να παράγει το συγκεκριμένο προϊόν
- Ενίσχυση της ποιότητας της παραγωγικής διαδικασίας
- Πιλοτική εφαρμογή της διαδικασίας σε πραγματικές συνθήκες παραγωγής
- Ενσωμάτωση της διαδικασίας στη παραγωγική διαδικασία

5.3.3 Armand V. Feigenbaum (1920-2014)

Σύμφωνα με τη θεωρία του Dr. Feigenbaum, η ποιότητα δεν επιτυγχάνεται αποκλειστικά με την εφαρμογή τεχνικών και εργαλείων αλλά, απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξή της συνιστά η συνολική ενσωμάτωσή της στις διαδικασίες προγραμματισμού, παραγωγής και αξιολόγησης του προϊόντος (Ζαβλάνος, Μ. 2006). Όσον αφορά τη ΔΟΠ, ο Feigenbaum την όρισε ως μία αποτελεσματική μέθοδο διαχείρισης που στοχεύει στην επιτυχή αξιοποίηση των προσπαθειών που καταβάλλει το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού μίας επιχείρησης για την παραγωγή ποιοτικών προϊόντων ή υπηρεσιών με το μικρότερο δυνατό κόστος (Δημητριάδης, Σ.Γ. & Μιχιώτης, Α.Ν. 2007).

Ο Feigenbaum εφάρμοσε ένα σύστημα ποιοτικού ελέγχου με στόχο την αξιολόγηση ποικίλων πτυχών της ποιότητας του τελικού προϊόντος και διατύπωσε την άποψη ότι η κάθε επιχείρηση πρέπει να σχεδιάζει και να εφαρμόζει το δικό της σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας με την ενεργό συμμετοχή του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού που απασχολεί ώστε αυτό να καταστεί πιο αποτελεσματικό (Conti, T. 1993). Επιπλέον, τόνισε πως η ποιότητα δεν αφορά μόνο την παραγωγική διαδικασία αλλά όλες τις πτυχές της δραστηριότητας μίας επιχείρησης, όπως το μάρκετινγκ, η συντήρηση του εξοπλισμού και η αγορά πρώτων υλών. Τέλος, έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο κόστος της απουσίας ποιότητας, το οποίο μπορεί να περιοριστεί σημαντικά μέσω της αποτελεσματικής εκπαίδευσης των εργαζομένων και το σχεδιασμό και διανομή εγχειριδίων ποιότητας και διαδικασιών (Fu et al., 2015).

5.3.4 Phillip Crosby (1926-2001)

Κεντρικός άξονας της θεωρίας του Crosby υπήρξε η ιδέα ότι η έννοια της ποιότητας ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας αφορά το βαθμό συμμόρφωσής της με προκαθορισμένες προδιαγραφές και ότι η μη συμμόρφωση με αυτές περιορίζει τα κέρδη της επιχείρησης (Crosby, P. 1979). Σύμφωνα με τον Crosby, απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη της ποιότητας είναι η συμμόρφωση της επιχείρησης με τις πέντε (5) απαραβίαστες αρχές της ποιότητας (James, P. 1988, Δημητριάδης, Σ.Γ. & Μιχιώτης, Α.Ν. 2007):

- Συμμόρφωση στις απαιτήσεις των πελατών με βασική ευθύνη της διοίκησης

- Η συζήτηση περί προβλημάτων ποιότητας δεν έχει νόημα
- Η ενίσχυση της ποιότητας αποτελεί πάντα μία οικονομικά συμφέρουσα επιλογή
- Αποκλειστικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας είναι το κόστος ποιότητας
- Το πρότυπο απόδοσης περιλαμβάνει μηδέν ελαττωματικά προϊόντα και όχι ένα επίπεδο αποδεκτής ποιότητας

Επιπλέον, ο Crosby διατύπωσε μία δέσμη 14 σημείων, που είναι απαραίτητα για την επίτευξη της ποιότητας (Crosby, P. 1979):

- Δέσμευση διοικητικών στελεχών για την επίτευξη της ποιότητας
- Ανάπτυξη ομάδων ενίσχυσης της ποιότητας
- Αξιολόγηση της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα της επιχειρηματικής δραστηριότητας
- Υπολογισμός του κόστους ποιότητας
- Ανάπτυξη της συνείδησης του προσωπικού σχετικά με την ποιότητα
- Εφαρμογή διορθωτικών δράσεων για ενίσχυση της ποιότητας
- Δέσμευση της εταιρείας για επίτευξη παραγωγής μηδενικών ελαττωματικών προϊόντων
- Ποιοτική εκπαίδευση μεσαίων στελεχών
- Θέσπιση ημέρας παραγωγής μηδενικών ελαττωματικών προϊόντων
- Ενθάρρυνση του προσωπικού για ανάπτυξη προσωπικών στόχων σχετικά με την ποιότητα
- Εξάλειψη αιτιών πρόκλησης ελαττωμάτων
- Αναγνώριση και επιβράβευση των εργαζομένων που επιτυγχάνουν τους τεθέντες στόχους
- Θέσπιση συμβουλίων ποιότητας
- Συνεχής επανάληψη της διαδικασίας για διαρκή βελτίωση της ποιότητας

5.3.5 Kaoru Ishikawa (1915-1989)

Ο Ishikawa υιοθέτησε τους κύκλους ποιότητας του Deming και έγραψε απλουστευμένα εγχειρίδια για τα μέλη των Κύκλων Ποιότητας, αφού θεωρούσε ότι η κατανόηση εκ μέρους των εργαζομένων των εργαλείων συλλογής και παρουσίασης δεδομένων αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή εφαρμογή ενός συστήματος ΔΟΠ (James, P. 1996, Λογοθέτη, Ν. 1993). Σύμφωνα με τον Ishikawa, η επίτευξη της ποιότητας επιτυγχάνεται μέσω της εφαρμογής των εξής βημάτων (Gower):

- Εφαρμογή ποιοτικού ελέγχου σε όλα τα τμήματα της επιχείρησης
- Εφαρμογή ποιοτικού ελέγχου των ανώτατων διοικητικών στελεχών
- Εφαρμογή προγραμμάτων βιομηχανικής εκπαίδευσης και κατάρτισης
- Εφαρμογή δραστηριοτήτων των κύκλων ποιότητας
- Ανάπτυξη δράσεων προώθησης του ποιοτικού ελέγχου σε εθνικό επίπεδο
- Εφαρμογή στατιστικών μεθόδων

Η εφαρμογή συστημάτων ποιοτικού ελέγχου σε επιχειρήσεις και οργανισμούς αναμένεται να επιφέρει τα εξής θετικά αποτελέσματα (Ishikawa, K. 1985):

- Περιορισμός του κόστους
- Ενίσχυση του κύρους των παραγόμενων προϊόντων
- Ενίσχυση της παραγωγικότητας
- Ενίσχυση της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών
- Περιορισμός των σφαλμάτων στην παραγωγική διαδικασία
- Διαρκής εξέλιξη των μεθόδων βελτίωσης
- Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας
- Ενίσχυση των πωλήσεων και του μεριδίου αγοράς

- Βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων
- Βελτίωση σχέσεων με τους προμηθευτές
- Περιορισμός του χρόνου λήψης αποφάσεων στα πλαίσια των συνεδριάσεων
- Ορθολογικότερη εφαρμογή διαδικασιών συντήρησης και επισκευών
- Ενίσχυση διαπροσωπικών σχέσεων

5.3.6 Genichi Taguchi (1924-2012)

Σύμφωνα με τη θεωρία του Taguchi ως ποιότητα νοείται η επιδίωξη για το μέγιστο δυνατό περιορισμό των απωλειών στο γενικό πληθυσμό με απαρχή τη διάθεση του προϊόντος από τη μονάδα παραγωγής στο καταναλωτικό κοινό (Τσιότρας, Γ. 2016). Σημειώνεται ότι η έννοια της απώλειας χρησιμοποιείται για την περιγραφή οποιουδήποτε στοιχείου δημιουργεί κάποιου είδους πρόβλημα στον καταναλωτή με αποτέλεσμα να τίθεται υπό αμφισβήτηση η αξιοπιστία της επιχείρησης, συμπεριλαμβανομένων σφαλμάτων και ελαττωματικών προϊόντων. Οι απώλειες συνεπάγονται τον περιορισμό των πωλήσεων και την αποδυνάμωση της ανταγωνιστικής θέσης της επιχείρησης (Αγγελή, Ε. 2019).

Η μέθοδος ποιοτικού ελέγχου του Taguchi βρίσκει εφαρμογή τόσο εντός όσο και εκτός παραγωγικής διαδικασίας. Όσον αφορά τη δεύτερη, ο ποιοτικός έλεγχος λαμβάνει χώρα σε τρία διακριτά επίπεδα (Taguchi et al., 2005):

- Σχεδιασμός συστημάτων
- Προσδιορισμός παραμέτρων
- Προσδιορισμός αποδεκτής απόκλισης από τα πρότυπα

5.4 Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Σχετικά με την έννοια της ποιότητας έχουν προταθεί ποικίλοι ορισμοί, οι οποίοι διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τον τομέα επιχειρηματικής δραστηριότητας στον οποίο αναφέρονται και στο γενικότερο πλαίσιο μελέτης. Όσον αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η δυσκολία διατύπωσης ενός κοινώς αποδεκτού

ορισμού λαμβάνει ακόμα πιο μεγάλες διαστάσεις ως συνέπεια των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του εν λόγω τομέα. Μάλιστα, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών δεν είναι δυνατό να αποτελέσει αντικείμενο μέτρησης ενώ, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτό είναι δυνατό υπό συγκεκριμένες, όμως, συνθήκες (Σιγάλας, Ι. & Αλεξιάδης, Α. 1999). Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι επικρατέστεροι ορισμοί που έχουν προταθεί για την ποιότητα της υγείας:

- Η άριστη και καθολική παροχή υπηρεσιών που αφορούν τομείς διάγνωσης και θεραπείας ιατρικών προβλημάτων σε όλους, ανεξαιρέτως, τους πολίτες (WHO, όπως αναφέρεται στο Ζαβλάνος, Σ. 2006).
- Η εφαρμογή των διαθέσιμων ιατρικών μεθόδων και τεχνολογιών για την επίτευξη του μέγιστου δυνατού οφέλους για τον ασθενή με το ελάχιστο δυνατό κόστος (Donabedian, A. 1980)
- Η επιδίωξη του βέλτιστου δυνατού αποτελέσματος για την υγεία του ασθενούς μέσω της παροχής εξατομικευμένων υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας με το ελάχιστο κόστος (Thomson, R. 1980)
- Ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε μεμονωμένους ασθενείς ή ολόκληρους πληθυσμούς ενισχύουν την πιθανότητα να επιτευχθούν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα καθώς και ο βαθμός στον οποίο οι εν λόγω υπηρεσίες είναι συμβατές με την υφιστάμενη γνώση στον τομέα της Ιατρικής (Lohr, K. 1991).
- Προσφορά των κατάλληλων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με τεχνικά άρτιο τρόπο, με έμφαση στην ανάπτυξη σχέσεων καλής επικοινωνίας, συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη των αποφάσεων και την επίδειξη πολιτιστικής ευαισθησίας (Schuster et al., 1998)
- Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με τρόπο που να υπερκαλύπτει τις προσδοκίες των χρηστών και να οδηγεί στην παραγωγή των βέλτιστων δυνατών αποτελεσμάτων υγείας αξιολογώντας στο έπακρο τους διαθέσιμους πόρους (Ovretveit, J. 2009)

- Η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών που να χαρακτηρίζονται από ικανοποιητικό βαθμό αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας, συμβατών με τις πλέον σύγχρονες ιατρικές κατευθυντήριες οδηγίες και αναγνωρισμένα πρότυπα, οι οποίες καλύπτουν τόσο τις ανάγκες των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας (Mosadeghrad, M. 2013).

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά με βάση τα οποία γίνεται η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι (Ovretveit, J. 2003):

- **Καταλληλότητα:** Περιγράφει το βαθμό συμβατότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις ανάγκες της υγείας του σύμφωνα με την κλινική του εικόνα
- **Διαθεσιμότητα:** Περιγράφει το βαθμό στον οποίο οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες είναι στη διάθεση του ασθενούς τη στιγμή που τις έχει ανάγκη
- **Συνέχεια:** Αναφέρεται στο βαθμό συντονισμού μεταξύ των παρόχων των ιατρικών υπηρεσιών προκειμένου να παρασχεθούν στον ασθενή οι κατάλληλες υπηρεσίες
- **Αποτελεσματικότητα:** Αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ο ασθενής δέχεται τις κατάλληλες ιατρικές υπηρεσίες με τον πλέον κατάλληλο τρόπο προκειμένου να επιτευχθούν τα βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα με το μικρότερο δυνατό κόστος
- **Δραστικότητα:** Περιγράφει το βαθμό στον οποίο οι ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή επιτυγχάνουν την επίλυση του ιατρικού του προβλήματος και τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του
- **Αποδοτικότητα:** Περιγράφει τη σχέση απόδοσης για έναν ασθενή και αφορά τους πόρους που δαπανήθηκαν, σε επίπεδο χρημάτων και χρόνου, για την επίτευξη των επιδιωκόμενων κλινικών αποτελεσμάτων
- **Σεβασμός και φροντίδα:** Αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένας ασθενής μπορεί να έχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την υγεία του και το βαθμό στον οποίο οι επαγγελματίες υγείας προβαίνουν στις σχετικές ενέργειες σεβόμενοι τις ιδιαίτερες ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών
- **Ασφάλεια:** Αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται στον ασθενή σε χρόνο που να μεγιστοποιείται η χρησιμότητα και η αποδοτικότητά τους

5.5 Εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ στην Υγεία

Παρά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που φέρουν οι οργανισμοί υγείας, σήμερα είναι ευρέως αποδεκτό ότι τα μοντέλα ΔΟΠ μπορούν να βρουν εφαρμογή και σε αυτούς και, μάλιστα, να επηρεάσουν θετικά τη δραστηριότητα τους ενισχύοντας την αποδοτικότητά τους και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι λόγοι που κατέστησαν αναγκαία την εφαρμογή μοντέλων ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας είναι ποικίλοι και σχετίζονται με το συνεχώς μεταβαλλόμενο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αυτοί λειτουργούν. Πιο αναλυτικά, η εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ στους φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών κρίθηκε ότι μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά για τη συγκράτηση των αυξανόμενων δαπανών υγείας σε επίπεδα που να μην είναι απαγορευτικές για τους πολίτες, σε συνδυασμό με τη ραγδαία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας και την απαίτηση διεθνών οργανισμών υγείας για εφαρμογή διεθνών προτύπων σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών (Talib, F. Rahman, Z., 2010). Επιπλέον, σήμερα είναι αδιαμφισβήτητη η άποψη ότι η ποιότητα διαδραματίζει τεράστιο ρόλο στον τομέα της υγείας, η οποία συνιστά ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η ενίσχυση της ποιότητάς της συνεπάγεται βελτιωμένο επίπεδο υγείας για τους πολίτες (Walston, S.L. Kimberly, J.R. 1997).

Ωστόσο, παρά τα αδιαμφισβήτητα οφέλη της εφαρμογής των αρχών ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας, αυτή παρουσιάζει αυξημένες δυσκολίες σε σχέση με άλλους τομείς, όπως ο βιομηχανικός (Balasubramanian, M. 2016). Οι βασικότεροι παράγοντες που επιδρούν ανασταλτικά στην απρόσκοπτη και επιτυχή εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ περιλαμβάνουν την απουσία υποστηρικτικού πλαισίου εκ μέρους της διοίκησης, η γραφειοκρατική δομική οργάνωση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, η υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα, τα κίνητρα και η ποιότητα της ηγεσίας, η αυτονομία των επαγγελματιών υγείας και η δράση των επαγγελματιών τους σωματείων. Αντιθέτως, ενισχυτικά στην εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ μπορεί να δράσουν η ύπαρξη υποστηρικτικού πλαισίου από τα διοικητικά όργανα, η εφαρμογή μοντέλων διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, η επιδίωξη συμμόρφωσης με τα διεθνή πρότυπα και ο προσανατολισμός στις διεργασίες (Balasubramanian, M. 2016, Nikolaou, N. & Kentas, G. 2017, Carman et al., 2010).

Σε πολλά κράτη, συμπεριλαμβανομένων των Καναδά, Η.Π.Α., Ιαπωνία, Σαουδική Αραβία, η εφαρμογή των αρχών της ΔΟΠ στον τομέα της υγείας είναι αρκετά διαδεδομένη και έχει οδηγήσει σε ενίσχυση της αποδοτικότητας των οργανισμών υγείας και στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Balasubramanian, M. 2016, Carman et al., 2010, Pereira, M.G. & Cister, A.M. 2016, Alaraki, M.S., 2014). Το ίδιο ισχύει και για αρκετά κράτη- μέλη της Ε.Ε., τα οποία εφαρμόζουν το συγκεκριμένο μοντέλο διοίκησης στα νοσοκομειακά τους ιδρύματα, ιδιαίτερος σε όσα έχουν δυναμικότητα που αγγίζει ή ξεπερνά τις 250 κλίνες (Overtveit J., 2000). Ωστόσο, στην Ελλάδα η εφαρμογή των αρχών ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας είναι περιορισμένη ως αποτέλεσμα της απουσίας σχετικού αναλυτικού νομικού πλαισίου και τη μη συμμόρφωση των οργανισμών με τους λίγους νόμους που σχετίζονται με αυτή (Τζωρτζόπουλος Α., 2018).

5.6 Οφέλη από την εφαρμογή συστήματος ΔΟΠ στην υγεία

Στη σύγχρονη εποχή, η εφαρμογή συστημάτων διοίκησης ολικής ποιότητας στους οργανισμούς υγείας λαμβάνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις. Η εφαρμογή αυτή συνδέεται με ορισμένα πλεονεκτήματα, τα οποία αναλύονται στην παρούσα ενότητα και αφορούν τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, τα ασφαλιστικά ταμεία και το Κράτος.

Αρχικά, στα πλεονεκτήματα της εφαρμογής συστημάτων ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας περιλαμβάνονται η σημαντική διευκόλυνση και ταχύτερη εξυπηρέτηση του ασθενούς, αφού περιορίζεται σημαντικά ο χρόνος διεξαγωγής των διαγνωστικών εξετάσεων με αποτέλεσμα να επισπεύδεται και η διάγνωση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μία ταχύτερη εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου που επιλέγεται από τον ιατρό που μπορεί να επιφέρει σημαντικά βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα. Επιπλέον, η ταχύτερη εξυπηρέτηση του ασθενούς λειτουργεί ευεργετικά στην ψυχολογία του ενώ ο περιορισμός του χρόνου παραμονής στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης περιορίζει και το κόστος χρήσης τους (Μαλακέλλη, Κ. 2016).

Όσον αφορά τους επαγγελματίες στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, τα οφέλη που αυτοί αποκομίζουν από την εφαρμογή συστημάτων ΔΟΠ στους οργανισμούς όπου απασχολούνται σχετίζονται με τη νομική κατοχύρωση και την ενίσχυση της

αποτελεσματικότητας της εργασίας τους καθώς και της ικανοποίησης που σχετίζεται με αυτή. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας αποκομίζουν και ορισμένα ψυχολογικά οφέλη, όπως ο περιορισμός του εργασιακού άγχους μέσω της βελτίωσης της αποδοτικότητας των ιατρικών υπηρεσιών και την ενίσχυση των σχέσεων εμπιστοσύνης που αναπτύσσουν με τους ασθενείς και τους οικείους τους (Μαλακέλλη, Κ. 2016).

Επιπλέον, η εφαρμογή συστημάτων ΔΟΠ στους οργανισμούς υγείας επιφέρει σημαντικά οφέλη και για τους ίδιους τους οργανισμούς, οι οποίοι επωφελούνται τόσο σε λειτουργικό όσο και σε οικονομικό επίπεδο. Πιο αναλυτικά, η ενίσχυση της αποδοτικότητας των ιατρικών υπηρεσιών και ο περιορισμός του χρόνου εξυπηρέτησης των ασθενών έχουν ως συνέπεια τη μείωση του φόρτου εργασίας του συνόλου των τμημάτων τους ενώ ο περιορισμός του λειτουργικού κόστους τους εξοικονομεί πόρους που μπορούν να διατεθούν σε άλλες δραστηριότητες, όπως η έρευνα. Σημειώνεται πως η βελτίωση της αποδοτικότητας των ιατρικών υπηρεσιών ενισχύει και την αξιοπιστία των οργανισμών υγείας, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη των πολιτών (Φαρατζιάν, Α. 2007).

Όσον αφορά τα οφέλη για το εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, αυτά είναι, κυρίως οικονομικής φύσεως αφού η ταχύτερη βελτίωση της υγείας των πολιτών συνεπάγεται μειωμένη παραμονή τους στα νοσοκομειακά ιδρύματα με αποτέλεσμα το +δραστικό περιορισμό των χρημάτων που καταβάλλονται σε αυτά για τη δαπάνη της περίθαλψης των ασφαλισμένων καθώς και τον περιορισμό των κοινωνικών επιδομάτων που χορηγούνται στους ασθενείς. Επιπλέον, ενισχύεται η ικανοποίηση των πολιτών από την αποδοτικότητα της ασφαλιστικής τους κάλυψης (Μαλακέλλη, Κ. 2016).

Τέλος, η εφαρμογή συστημάτων ΔΟΠ στον τομέα της υγείας επιφέρει σημαντικά οφέλη και στο ίδιο το Κράτος αφού ο δραστηκός περιορισμός των δαπανών που σχετίζονται με την υγεία, ως απόρροια της καλύτερης αποδοτικότητας του εθνικού συστήματος υγείας, ωφελεί την εθνική οικονομία (Μαλακέλλη, Κ. 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΚΑΙ ΑΡΧΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

6.1 Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (ΩΚΚ)

6.1.1 Γενικές πληροφορίες νοσοκομείου

Το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο αποτελεί ένα σύγχρονο νοσοκομειακό ίδρυμα, το οποίο είναι ειδικευμένο στην αντιμετώπιση ιατρικών προβλημάτων που σχετίζονται με την καρδιά και αφορούν τόσο ανήλικους, όσο και ενηλίκους. Δημιουργήθηκε με δωρεά του Κοινοφελούς Ιδρύματος Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης προς το ελληνικό κράτος. Λειτουργεί υπό τη μορφή Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Το ΩΚΚ βρίσκεται στην νοτιοανατολική Αττική, επί της Λεωφόρου Συγγρού (αρ. 356) και καταλαμβάνει μία έκταση 8 στρεμμάτων (www.onasseio.gr)

6.1.2 Ιστορικά στοιχεία

Το Ωνάσειο Καρδιολογικό Κέντρο (ΩΚΚ) ιδρύθηκε υπό την αιγίδα του Κοινοφελούς Ιδρύματος Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης, το οποίο αποτέλεσε την υλική αποτύπωση της θέλησης του μεγιστάνα Αριστοτέλη Ωνάση για προσφορά ενός μείζονος κοινοφελούς έργου στη χώρα καταγωγής του, αφιερωμένου στη μνήμη του αδικοχαμένου γιού του Αλέξανδρου. Η ανάγκη για την ίδρυση ενός σύγχρονου νοσοκομείου ειδικευμένου στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών που σχετίζονται με καρδιοχειρουργική και καρδιολογία παιδών και ενηλίκων, καθώς και με μεταμοσχεύσεις καρδιάς, το οποίο θα ήταν προσβάσιμο στο γενικό πληθυσμό της χώρας, ήταν τεράστια αφού κατά την εποχή της ίδρυσής του οι ανάγκες των Ελλήνων πολιτών στους προαναφερθέντες ιατρικούς τομείς δε μπορούσαν να καλυφθούν πλήρως από τα δημόσια νοσοκομεία. Κατά συνέπεια, ένας μεγάλος αριθμός πολιτών αναγκαζόταν να ταξιδεύει στο εξωτερικό για να υποβληθεί σε σχετικές εξετάσεις, θεραπείες και ιατρικές πράξεις, διανύοντας πολλά χιλιόμετρα και ξοδεύοντας μεγάλα χρηματικά ποσά. Αξίζει να

σημειωθεί ότι ένα τμήμα του πληθυσμού δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να κάνει τέτοια ταξίδια με αποτέλεσμα να τίθεται σε σημαντικό κίνδυνο η υγεία του.

Το ΩΚΚ αποτελεί ένα σύγχρονο νοσοκομειακό ίδρυμα, εξοπλισμένο με τα πλέον προηγμένα τεχνικά μέσα λειτουργίας και υπερσύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, αφού διακηρυγμένος στόχος του Κοινοφελούς Ιδρύματος Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης ήταν η δημιουργία μία πρότυπης καρδιοχειρουργικής μονάδας στα πρότυπα των πλέον διακεκριμένων διεθνών κέντρων.

Η κατασκευή του διήρκησε πέντε (5) χρόνια, από τον Οκτώβριο του 1987 έως τον Οκτώβριο του 1992, όταν το ολοκληρωμένο έργο παραδόθηκε στο ελληνικό Δημόσιο. Ο προϋπολογισμός της ανέγερσής του ανήλθε σε 75 εκατομμύρια δολάρια (www.onasseio.gr)

6.1.3 Αποστολή- Όραμα- Αξίες

Αποστολή του ΩΚΚ αποτελεί η ενίσχυση του επιπέδου υγείας των Ελλήνων πολιτών, η οποία θα επιτευχθεί μέσω της εφαρμογής διεθνών αναγνωρισμένων προτύπων στον τομέα της παροχής υγειονομικής φροντίδας προσανατολισμένης στον άνθρωπο, ώστε να επιτευχθούν τα κλινικά αποτελέσματα υψηλού επιπέδου με παράλληλη ορθολογική και αποδοτική των διαθέσιμων πόρων του νοσοκομείου. Επιπλέον, κεντρικοί άξονες της φιλοσοφίας του Κέντρου αποτελούν η προώθηση της ερευνητικής δραστηριότητας και της συνεχούς επιμόρφωσης του ανθρώπινου δυναμικού (Ετήσιος Απολογισμός, 2019).

Οι τιθέμενοι στόχοι του ΩΚΚ είναι οι κάτωθι (Ετήσιος Απολογισμός, 2019):

- Παροχή εξειδικευμένων και εξατομικευμένων ιατρικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Στην προσπάθεια επίτευξης του συγκεκριμένου στόχου σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ερευνητική δραστηριότητα και η κατάρτιση του προσωπικού.
- Υιοθέτηση καινοτόμων μεθόδων και τεχνολογιών.
- Προσέλκυση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού υψηλού επιστημονικού κύρους.
- Δέσμευση για τη διαρκή ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- Σχεδιασμός και υλοποίηση δραστηριοτήτων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης για την κάλυψη των ιατρικών αναγκών του γενικού πληθυσμού.
- Υλοποίηση του οράματος του Δωρητή.

Τέλος, οι βασικές αξίες που διέπουν τη λειτουργία του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου είναι οι κάτωθι (Ετήσιος Απολογισμός, 2019):

- Ποιότητα - Συμμόρφωση με κανονισμούς και διαδικασίες: Δέσμευση για απарέγκλιτη τήρηση του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου που διέπει τη λειτουργία του Κέντρου, ιδιαιτέρως όσον αφορά τους τομείς της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Ηθικής και Δεοντολογίας, σε συνδυασμό με τους κανόνες και τις διαδικασίες που απορρέουν από το σύστημα ποιότητας που εφαρμόζεται σε κάθε περίοδο στο ΩΚΚ. Στόχο της εφαρμογής των κανονισμών και διαδικασιών του ΩΚΚ αποτελεί η διαρκής ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η διασφάλιση αποτελεσματικής περίθαλψης των ασθενών και η διατήρηση του Κέντρου σε τροχιά βιώσιμης ανάπτυξης. Η εφαρμογή τους εποπτεύεται μέσω ενός ολοκληρωμένου συστήματος μέτρησης δεικτών, παρακολούθησης αποτελεσμάτων και ανάπτυξης διορθωτικών παρεμβάσεων εάν κριθεί απαραίτητο.
- Παροχή φροντίδας προς τον ασθενή και μέριμνα για το οικογενειακό του περιβάλλον: Προσπάθεια του συνόλου του προσωπικού σε όλους τους τομείς να ανταποκριθούν πλήρως και εάν είναι εφικτό, ακόμα και να υπερβούν τις προσδοκίες των ασθενών και των οικείων τους.
- Αξιοκρατία- αντικειμενικότητα- δικαιοσύνη: Η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού που εφαρμόζεται στο ΩΚΚ στηρίζεται στην αρχή της επιλογής, αναγνώρισης και ανταμοιβής των εργαζομένων βάσει των προσόντων, των ικανοτήτων και της απόδοσής τους. Κάθε απόφαση σχετικά με προαγωγή, αξιολόγηση, διάκριση και ανάθεση καθηκόντων λαμβάνεται με βάση τα προαναφερθέντα κριτήρια.
- Ομαδική εργασία- Επαγγελματισμός- Ατομική ευθύνη: Οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες προς τους ασθενείς αποτελούν το αποτέλεσμα της συνεργασίας και του επαγγελματισμού του προσωπικού του Κέντρου. Απαραβίαστο κανόνα αποτελεί η ανάληψη της ευθύνης για κάθε εργασία που αναλαμβάνεται από κάποιο μέλος του

προσωπικού. Οι προϊστάμενοι διατηρούν την ευθύνη των υποχρεώσεων τους ανεξάρτητα από τη μεταβίβαση μέρους των καθηκόντων τους στους υφισταμένους τους.

- **Καινοτομία - εκπαίδευση:** Το ΩΚΚ είναι ανοιχτό στην εφαρμογή καινοτόμων και πρωτοποριακών μεθόδων στο χώρο των ιατρικών υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Επιπλέον, δίνεται έμφαση στη συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού και στην εφαρμογή καινοτόμων τεχνικών.
- **Ακεραιότητα- σύγκρουση συμφερόντων:** Τα μέλη του προσωπικού του ΩΚΚ δεσμεύεται ρητώς να παραμένει ανεξάρτητο από προσωπικά, πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά συμφέροντα κατά την άσκηση των ιατρικών τους καθηκόντων και να απέχουν από οποιαδήποτε ενέργεια μπορεί να προκαλέσει σχετικές υπόνοιες. Αναπτύσσονται σχέσεις ειλικρίνειας με τους ασθενείς μέσω της έμφασης στην πλήρη ενημέρωσή τους και την εξασφάλιση ενημερωμένης συναίνεσης, του σεβασμού των δικαιωμάτων τους και της απαρέγκλιτης τήρησης του ιατρικού απορρήτου. Επιπλέον, δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τους προμηθευτές του νοσοκομείου.
- **Αφοσίωση:** Το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού δηλώνει αφοσιωμένο στο στόχο και τις αξίες του ΩΚΚ. Αυτό αποδεικνύεται μέσω της προάσπισης των συμφερόντων, του κύρους και της φήμης του Κέντρου αποφεύγοντας κάθε ενέργεια που θα μπορούσε να τα θέσει υπό αμφισβήτηση.

6.1.4 Εσωτερικό περιβάλλον

Διοίκηση

Στη διοίκηση του ΩΚΚ διακρίνονται τρία (3) βασικά διοικητικά όργανα με διακριτές αρμοδιότητες: το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.), ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και ο Γενικός Διευθυντής.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΩΚΚ αποτελείται από επτά (7) μέλη, εκ των οποίων τα έξι (6) διορίζονται απευθείας κάθε τρία έτη από τον επικεφαλής του Υπουργείου Υγείας, ενώ το έβδομο επιλέγεται από το Κοινοφελές Ίδρυμα Αλέξανδρος Σ.

Ωνάσης. Στις αρμοδιότητες του Δ.Σ. περιλαμβάνονται τα κατωτέρω (www.onasseio.gr):

- Χάραξη της γενικής πολιτικής επιστημονικής δραστηριότητας του ιδρύματος.
- Κατάρτιση και αναπροσαρμογή του προγράμματος δράσης και προσδιορισμός των απαραίτητων μέτρων για την υλοποίησή του.
- Έγκριση της ανάληψης διεκπεραίωσης επιστημονικών δραστηριοτήτων, διοργάνωση διεθνών συναντήσεων, συνδιασκέψεων, συνεδρίων, διαλέξεων και επιστημονικών ανακοινώσεων.
- Διευθέτηση οικονομικών ζητημάτων: καθορισμός ημερήσιων νοσηλίων, έγκριση προϋπολογισμού και απολογισμού δράσης και ενημέρωση του αρμόδιου Υπουργείου.
- Διευθέτηση του συνόλου των προμηθειών, διαχείριση των πάσης φύσεως οικονομικών ζητημάτων του ιδρύματος (έσοδα, έξοδα, περιουσιακά στοιχεία) και διευθέτηση όλων των ζητημάτων που εμπíπτουν στην αρμοδιότητά του σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.2012/1992 ή άλλων ειδικών νόμων.

Από την άλλη πλευρά, οι αρμοδιότητες που φέρει ο Πρόεδρος του Δ.Σ. περιλαμβάνουν τα εξής:

- Σύγκλιση του Δ.Σ. σε τακτά χρονικά διαστήματα. Οι τακτικές συνεδριάσεις λαμβάνουν χώρα δύο φορές μηνιαίως αλλά προβλέπονται και έκτακτες σε περίπτωση που το κρίνει απαραίτητο ο Πρόεδρος ή τρία τουλάχιστον μέλη του Δ.Σ.. Επιπλέον, καθορισμός των ζητημάτων της ημερήσιας διάταξης και προεδρεία των συνεδριάσεων.
- Εκπροσώπηση του ΩΚΚ στις σχέσεις και συναλλαγές με άτομα ή φορείς εκτός του ιδρύματος και, επιπλέον, εκπροσώπηση του σε δικαστικές ή εξωδικαστικές διαμάχες. Διατήρηση του δικαιώματος για ανάθεση της εκπροσώπησης του ιδρύματος στον αντιπρόεδρο ή άλλο μέλος του Δ.Σ.
- Υποβολή αιτήματος στο Δ.Σ., εάν το κρίνει σκόπιμο, για γνωμοδότηση του τελευταίου επί ζητημάτων που άπτονται των αρμοδιοτήτων του ή ζητημάτων που άπτονται των αρμοδιοτήτων του Γενικού Διευθυντή μετά από σχετικό αίτημα του τελευταίου.

- Υπογραφή, μετά από σχετική απόφαση του Δ.Σ., συμβάσεων εκτέλεσης ερευνητικών προγραμμάτων και ερευνών.
- Υλοποίηση της απόφασης του Δ.Σ. για πρόσληψη με σύμβαση εργασίας ή έργου καθώς και απόλυση του ιατρικού προσωπικού.
- Συγκρότηση ομάδων εργασίας ή επιτροπών, στελεχωμένων από το επιστημονικό ή λοιπό προσωπικό του ιδρύματος με αρμοδιότητα τη μελέτη, εισήγηση ή γνωμοδότηση σε ζητήματα που άπτονται της δραστηριότητας του ιδρύματος.
- Ανάθεση σε μέλη του Δ.Σ. διαφόρων από τις προαναφερθείσες αρμοδιότητες με σχετική απόφασή του και διατήρηση του δικαιώματος να την ανακαλέσει οποιαδήποτε στιγμή.

Σε περιπτώσεις απουσίας ή κωλύματος του Προέδρου του Δ.Σ., οι προαναφερθείσες αρμοδιότητες εκχωρούνται στον αντιπρόεδρο του ΩΚΚ και σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος αυτού, σε κάποιο μέλος του Δ.Σ. που επιλέγεται από τον Πρόεδρο (www.onasseio.gr).

Τέλος, ο Γενικός Διευθυντής του ΩΚΚ, αποτελεί το εκτελεστικό όργανο του Δ.Σ. του ιδρύματος. Διατηρεί το δικαίωμα παράστασης στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. όπου εισηγείται τα ζητήματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων του, χωρίς, ωστόσο, να διατηρεί δικαίωμα ψήφου. Είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή των αποφάσεων του Δ.Σ., των νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου, για την ορθή λειτουργία του ιδρύματος και φέρει τις εξής αρμοδιότητες (www.onasseio.gr):

- Αποτελεί προϊστάμενο του συνόλου των υπηρεσιών του ΩΚΚ, με εξαίρεση το ιατρικό προσωπικό, ασκώντας εποπτεία και έλεγχο του έργου τους ενώ είναι υπεύθυνος για τη λήψη των μέτρων που κρίνει απαραίτητα για την εφαρμογή των ισχυουσών διατάξεων.
- Υλοποίηση των αποφάσεων του Δ.Σ. για πρόσληψη και απόλυση των μελών του προσωπικού με την επιφύλαξη της παραγράφου στ' του άρθρου 11 του Ν. 2012/1992.

- Άσκηση πειθαρχικής εξουσίας επί του προσωπικού, με εξαίρεση του ιατρικού, με δικαίωμα να επιβάλλει τις υπό της κείμενης και ισχύουσας εκάστοτε συναφούς εργατικής νομοθεσίας προβλεπόμενες ποινές.
- Υλοποίηση των αποφάσεων του Δ.Σ. για την εκποίηση ή καταστροφή του άχρηστου και ακατάλληλου για χρήση και διάθεση υλικού.

Λειτουργική δομή

Στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο υπάρχουν τέσσερις (4) αυτοτελείς υπηρεσίες: Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική- Οικονομική- Πληροφορική (η οποία διαρθρώνεται σε τρεις υποδιευθύνσεις), υπό την εποπτεία του Γενικού Διευθυντή. Επιπλέον, διακρίνονται τέσσερα (4) ανεξάρτητα γραφεία: Γραφείο Διασφάλισης Ποιότητας και Δημοσίων Σχέσεων, Γραφείο Εκπαίδευσης- Βιβλιοθήκης, Γραφείο Νομικού Συμβούλου και Γραμματεία Διοικητικού Συμβουλίου και Προέδρου (www.onasseio.gr).

Ιατρικές υπηρεσίες

Το ανθρώπινο δυναμικό του ΩΚΚ, το οποίο επιλέγεται με βάση εξαιρετικά αυστηρά αξιολογικά κριτήρια διακρίνεται σε ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό και στελεχώνει τους εξής ιατρικούς τομείς (www.onasseio.gr):

- Καρδιολογικός: Απαρτίζεται από τρία (3) Καρδιολογικά Τμήματα, δύο Ενηλίκων και το Παιδοκαρδιολογικό. Ο τομέας αυτός περιλαμβάνει, επίσης, την Καρδιολογική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μονάδα Εμφραγμάτων) με δυνατότητα οχτώ (8) κλινών και τρία Εργαστήρια: Αιμοδυναμικό, Ηλεκτροφυσιολογίας και Υπερηχοκαρδιογραφίας.
- Καρδιοχειρουργικός: Αποτελεί έναν ενιαίο τομέα ο οποίος διαρθρώνεται σε τρία (3) τμήματα Ενηλίκων και το Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παίδων και Συγγενών Καρδιοπαθειών. Επιπλέον, στον Καρδιοχειρουργικό Τομέα εντάσσονται η Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Καρδιάς και η Καρδιοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων.

- **Εργαστηριακός:** Ο εν λόγω τομέας περιλαμβάνει τα εξής τμήματα: Κεντρικά Εργαστήρια, Μονάδα Αιμοδοσίας/ Κλινικής Αιματολογίας/ Πήξης- Αιμόστασης, Εργαστήριο Μοριακής Ανοσοπαθολογίας- Ιστοσυμβατότητας, Παθολογοανατομικό, Εργαστήριο Ιατρικής Απεικόνισης και Μονάδα Ιατρικής Ιατρικής. Είναι πλήρως εφοδιασμένος με τον πλέον προηγμένο τεχνολογικό εξοπλισμό με στόχο να επιτυγχάνεται η διενέργεια του συνόλου των εργαστηριακών ελέγχων που σχετίζονται με καρδιολογικές παθήσεις από τις πλέον συνήθεις έως τις πλέον εξειδικευμένες. Καλύπτει τις ανάγκες τόσο των νοσηλευόμενων όσο και των εξωτερικών ασθενών.
- **Αναισθησιολογικός:** Ο εν λόγω τομέας στελεχώνεται από έμπειρο ιατρικό προσωπικό με ειδικευση στην Καρδιοαναισθησιολογία και διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό ιατρικής τεχνολογίας υψηλών προδιαγραφών, ο οποίος περιλαμβάνει Μηχανήματα Αναισθησίας, Συσκευές Συνεχούς Παρακολούθησης και εξειδικευμένης υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών.

Χρηματοοικονομικά στοιχεία

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύονται στον Ετήσιο Απολογισμό του Ωνάσειου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου για το έτος 2019, το ίδρυμα βρίσκεται σε τροχιά οικονομικής ανάπτυξης, επιτυγχάνοντας να υπερπηδήσει τις οικονομικές δυσκολίες του παρελθόντος που είχαν θέσει σε κίνδυνο τη βιωσιμότητά του.

Αναλυτικά, τα συνολικά έσοδα του ΩΚΚ για το έτος 2019 σημείωσαν αύξηση της τάξης του 4% σε σχέση με τα αντίστοιχα έσοδα του έτους 2018. Η αύξηση αυτή προήλθε από την αύξηση του όγκου εργασιών και της αύξησης του όγκου συγκεκριμένων ιατρικών πράξεων που διενεργήθηκαν κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης χρονιάς. Από την άλλη πλευρά, αύξηση σημείωσαν και τα έξοδα του ΩΚΚ, η οποία ανήλθε σε 3,14% (Ετήσιος Απολογισμός, 2019).

Ένας σημαντικός δείκτης που αξιολογείται για την κατανόηση της πορείας ενός οργανισμού είναι ο δείκτης που μετράει το ύψος των υποχρεώσεων προς το ύψος των απαιτήσεων. Ο συγκεκριμένος δείκτης για το ΩΚΚ το 2019 ανήλθε σε 0,29 αποδεικνύοντας ότι το ίδρυμα προχωρά σταθερά σε αποπληρωμή των υποχρεώσεων του προς τρίτους. Τέλος, ο δείκτης λειτουργικών εσόδων EBIDTA για το έτος 2019

είχε θετικό πρόσωπο και ανήλθε σε 5 εκατομμύρια ευρώ, σημειώνοντας αύξηση κατά 17% σε σχέση με το 2018 (Ετήσιος Απολογισμός, 2019).

Αρχές και μοντέλο διοίκησης

Μελετώντας τα στοιχεία που είναι διαθέσιμα σχετικά με τη λειτουργία του ΩΚΚ, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το νοσοκομείο ακολουθεί τους κανόνες του διεθνούς προτύπου ISO 9001:2008, εξασφαλίζοντας και το αντίστοιχο πιστοποιητικό, ενώ η διοίκησή του υιοθετεί και πολλά στοιχεία του μοντέλου Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, το οποίο ανταποκρίνεται και στο όραμα του Δωρητή για διασφάλιση της παροχής ιατρικών υπηρεσιών άριστης ποιότητας στο γενικό ελληνικό πληθυσμό. Τα στοιχεία του εφαρμοζόμενου διοικητικού μοντέλου, τα οποία παραπέμπουν στην εφαρμογή ενός μοντέλου ΔΟΠ είναι τα εξής:

- Έμφαση στην ικανοποίηση των ασθενών και των οικείων τους και συχνή μέτρηση του βαθμού ικανοποίησής τους μέσω κατάλληλων δεικτών.
- Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με τους προμηθευτές.
- Προώθηση της ομαδικής εργασίας του προσωπικού σε όλους τους τομείς για την επίτευξη των βέλτιστων δυνατών αποτελεσμάτων.
- Προσπάθεια για διαρκή βελτίωση των διαδικασιών μέσω της υιοθέτησης καινοτόμων ιατρικών πρακτικών και κατάρτισης του προσωπικού στην εφαρμογή τους.
- Προσεκτική επιλογή των μελών του προσωπικού και έμφαση στη συνεχή εκπαίδευσή τους.
- Δέσμευση του προσωπικού στην αποστολή και τους στόχους του ΩΚΚ.
- Διατύπωση στόχων.
- Μέτρηση αποτελεσμάτων μέσω της εκπόνησης ετήσιου απολογισμού της λειτουργίας του ΩΚΚ.

Όσον αφορά τις αρχές διοίκησης που εφαρμόζονται από τη διοίκηση του ΩΚΚ, αυτές περιλαμβάνουν (www.onasseio.gr)

- Τον προγραμματισμό της λειτουργίας του ιδρύματος μέσω της εκπόνησης ενός στρατηγικού σχεδίου και του προσδιορισμού των στόχων που πρέπει να επιτευχθούν κάθε έτος.
- Το συντονισμό με άλλους φορείς του ΕΣΥ για την αποτελεσματικότερη κάλυψη των ιατρικών αναγκών του πληθυσμού.
- Τη στελέχωση του Κέντρου με προσωπικό υψηλού επιστημονικού κύρους και την προώθηση της συνεχούς εκπαίδευσής του.
- Το συνεχή έλεγχο του παραγόμενου έργου, μέσω της αξιολόγησης κατάλληλων δεικτών μέτρησης.

6.1.5 Εξωτερικό περιβάλλον

Δημογραφικές εξελίξεις

Η εξέλιξη των δημογραφικών δεδομένων μίας χώρας είναι άμεσα συνυφασμένη με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση του εξωτερικού περιβάλλοντος ενός νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Εργαστηρίου Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ο πληθυσμός της χώρας κατά το έτος 2018 ανερχόταν σε 10.741.000, καταγράφοντας αύξηση 3,11 εκατομμυρίων από το 1950. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι η αύξηση του πληθυσμού δεν υπήρξε ομοιογενής σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αφού στην ομάδα 0-14 ετών καταγράφηκε μείωση της τάξης των 600 χιλιάδων, υποδεικνύοντας ένα σημαντικό πρόβλημα υπογεννητικότητας στη χώρα. Επιπλέον, ο πληθυσμός των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65 ετών τετραπλασιάστηκε κατά την ίδια περίοδο, ενώ ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 85 ετών αυξήθηκε κατά ένα παράγοντα ίσο με 11. Οι ανωτέρω ανομοιογενείς μεταβολές του πληθυσμού στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, είχαν ως συνέπεια μία γήρανση του πληθυσμού της χώρας με τη μέση ηλικία των πολιτών να αυξάνεται κατά 14 έτη κατά την περίοδο 1951-2018 (30,2 έτη το 1951 έναντι 44,2 έτη το 2018) (Κοτζαμάνης Β., 2020).

Άλλες δημογραφικές εξελίξεις που έχουν καταγραφεί κατά την περίοδο 1951-2018 περιλαμβάνουν τα εξής (Κοτζαμάνης Β., 2020):

- Ραγδαία αστικοποίηση του πληθυσμού, αφού πλέον ένα ποσοστό που ανέρχεται σε 75% κατοικεί σε αστικά κέντρα, έναντι του αντίστοιχου ποσοστού 38% το 1951. Μάλιστα, η συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού έχει συγκεντρωθεί στα δύο μεγαλύτερα μητροπολιτικά κέντρα της χώρας, την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.
- Αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής κατά τη γέννηση κατά 15 περίπου έτη (γήρανση εκ των «άνω»).
- Περιορισμός της γονιμότητας / γεννητικότητας (γήρανση εκ των «κάτω»): Ο αριθμός των γεννήσεων για το έτος 2018 είναι μειωμένες σχεδόν κατά 50% σε σχέση με τις γεννήσεις του 1951, ενώ οι γυναίκες που γεννήθηκαν τη δεκαετία του 1980 τείνουν να κάνουν λιγότερα παιδιά σε σχέση με τις προηγούμενες γενιές.
- Σημαντική αύξηση της θνησιμότητας ως συνέπεια της γήρανσης του πληθυσμού.
- Μεταβολή του φυσικού ισοζυγίου από θετικό το 1951 σε αρνητικό το 2018.
- Μεταβολή της σύνθεσης του πληθυσμού λόγω της μεγάλης εισροής μεταναστών και προσφύγων.

Νοσηρότητα και θνησιμότητα που σχετίζεται με καρδιαγγειακές παθήσεις

Η καρδιαγγειακή νόσος συνδέεται με τους υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας παγκοσμίως αφού μόνο στην Ευρώπη κάθε χρόνο περισσότεροι από τέσσερα εκατομμύρια άνθρωποι χάνουν τη ζωή τους εξαιτίας σχετικών νοσημάτων, αριθμός που αντιστοιχεί στο 49% των συνολικών θανάτων γυναικών και στο 40% των συνολικών θανάτων ανδρών. Όσον αφορά την Ελλάδα, ο δείκτης θνησιμότητας εξαιτίας καρδιαγγειακών νοσημάτων ανέρχεται σε 485 θανάτους / 100.000 άτομα για τους άνδρες και 391 θανάτους/ 100.000 άτομα για τις γυναίκες (Townsend et al. 2016, Benjamin et al. 2018).

Ωστόσο, ο δείκτης θνησιμότητας που σχετίζεται με καρδιαγγειακά νοσήματα και στεφανιαία νόσο παρουσιάζει συνεχή πτωτική τάση. Συγκεκριμένα, ο δείκτης θνησιμότητας στην Ελλάδα από καρδιαγγειακά νοσήματα μειώθηκε κατά 31% στους άνδρες και 39% στις γυναίκες, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης για τη στεφανιαία νόσο

μειώθηκε κατά 28% στους άνδρες και 39% στις γυναίκες (Townsend et al. 2016, Benjamin et al. 2018).

Παρά την τάση μείωσης που παρουσιάζει ο ρυθμός θνησιμότητας, καταγράφεται μία αύξηση του δείκτη νοσηρότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αφού οι νέες διαγνώσεις τέτοιων παθήσεων παρουσίασαν αύξηση κατά την περίοδο 1990-2015 τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη. Η εν λόγω αύξηση συνδέεται άμεσα με την αύξηση του πληθυσμού και τη γήρανση του (Timmis et al. 2018).

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθούν και τα ανησυχητικά ποσοστά που παρουσιάζει η χώρα μας αναφορικά με κάποιους από τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή (European Commission, 2018).

Ευρωπαϊκό- Εθνικό οικονομικό περιβάλλον

Το έτος 2019 ήταν ένα έτος αισιοδοξίας για την οικονομία της Ευρώπης, αφού οι περισσότερες χώρες είχαν ανακάμψει πλήρως από την οικονομική κρίση των προηγούμενων ετών και είχαν επανέλθει σε ρυθμούς ανάπτυξης. Ωστόσο, το ξέσπασμα της πανδημίας της νόσου COVID-19 και το τρομερό πλήγμα που αυτή έφερε σε πολυάριθμους οικονομικούς τομείς ανέκοψε βίαια την αναπτυξιακή τροχιά των ευρωπαϊκών κρατών. Σύμφωνα με μία έκθεση που συνέταξε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το μέλλον ευρωπαϊκής οικονομίας φαντάζει εξαιρετικά δυσοίωνο, αφού οι οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας αναμένεται να υπερβούν τις αντίστοιχες επιπτώσεις της κρίσης του 2008. Αναλυτικά, αναμένεται μείωση του ευρωπαϊκού ΑΕΠ κατά 7,4% και εκτόξευση της ανεργίας στο 9% για το έτος 2020. Όσον αφορά το έτος 2021, αναμένεται μία σχετική μόνο ανάκαμψη της ευρωπαϊκής οικονομίας με μικρή αύξηση του ΑΕΠ κατά 6,1% και περιορισμό της ανεργίας στο 7,1% (European Commission, 2020).

Όπως είναι λογικό, η Ελλάδα δεν έχει μείνει ανεπηρέαστη από τις οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας, αφού, ειδικά κατά το δεύτερο κύμα, η αγορά της χώρας έχει δεχτεί σημαντικό πλήγμα λόγω του παρατεταμένου lockdown, συμπεριλαμβανομένης της εορταστικής περιόδου των Χριστουγέννων. Σύμφωνα με τις προβλέψεις του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ),

ο μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ της χώρας για το σύνολο του 2020 και ο μέσος ρυθμός μεταβολής για το δεύτερο εξάμηνο του 2020 αναμένεται να διαμορφωθούν στο -9,9% και -12,8% αντίστοιχα, βυθίζοντας τη χώρα σε βαθιά οικονομική ύφεση (ΚΕΠΕ, 2021).

Δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα έφτασαν στο μέγιστο ύψος τους το έτος 2008, όταν ανήλθαν στα 2.267 ευρώ ανά άτομο, λίγο κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο που υπολογίζεται σε 2.884 ευρώ ανά άτομο. Ωστόσο, με το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και την είσοδο της χώρας στον ευρωπαϊκό μηχανισμό στήριξης, εφαρμόστηκαν μία σειρά από μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας που στόχευαν στον περιορισμό των εν λόγω δαπανών μέσα στα πλαίσια της γενικής δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αποδείχθηκαν αποτελεσματικές, αφού οι αντίστοιχες δαπάνες για το έτος 2017 ανήλθαν σε 1.627 ευρώ ανά άτομο, ένα ποσό που αντιπροσωπεύει περίπου το 5% του ΑΕΠ (European Commission, 2019). Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί ότι οι πραγματικές δημόσιες δαπάνες υγείας υπερβαίνουν τους επίσημους υπολογισμούς και αντιστοιχούν περίπου στο 6% του ΑΕΠ. Η ασυμφωνία μεταξύ των επίσημων και των πραγματικών στοιχείων οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στην εφαρμογή του θεσμού clawback.

Η συνολική δαπάνη υγείας για το έτος 2017 διανέμεται ως εξής:

- 42% για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη
- 31% φαρμακευτική δαπάνη
- 22% εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- 1,3% για προληπτική φροντίδα

Ένα σημαντικό ποσοστό από τις προαναφερθείσες δαπάνες, το οποίο αντιστοιχεί στο 50% των δαπανών για φάρμακα και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στο 25% για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, αφορά άμεσες ιδιωτικές πληρωμές. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις μεταξύ των κρατών

της Ε.Ε. αναφορικά με τις δαπάνες στον τομέα της πρόληψης (20 ευρώ έναντι του ευρωπαϊκού μέσου όρου που ανέρχεται σε 89 ευρώ) (European Commission, 2019).

Το ποσοστό των δαπανών υγείας που προέρχεται από τα ελληνικά νοικοκυριά είναι αρκετά υψηλό και ανέρχεται σε 35%, κατατάσσοντας τη χώρα μας στην τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πληρωμών που προέρχονται από τα νοικοκυριά περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική δαπάνη και τις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας που εξαιρούνται από τη δέσμη παροχών των ασφαλιστικών ταμείων, όπως η επίσκεψη σε ειδικούς ιατρούς, η νοσηλευτική και η οδοντιατρική περίθαλψη (European Commission, 2019). Επιπλέον, περιλαμβάνουν τις άτυπες πληρωμές, οι οποίες αντιστοιχούν σε ποσοστό περίπου 25% των πληρωμών των νοικοκυριών. Το μεγάλο ποσοστό των άτυπων πληρωμών στην Ελλάδα θέτει υπό σοβαρή αμφισβήτηση το δικαίωμα ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (WHO Regional Office for Europe, 2018).

6.1.6 Ανάλυση SWOT

Δυνατά σημεία- Πλεονεκτήματα (Strengths)

Γεωγραφική θέση- Προσβασιμότητα

Το νοσοκομείο εδράζεται στην πρωτεύουσα της χώρας, όπου συγκεντρώνεται η συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού. Επιπλέον, η θέση του νοσοκομείου, η οποία βρίσκεται πάνω σε μία από τις κεντρικότερες λεωφόρους της πόλης (www.onasseio.gr), σε αρκετά κοντινή απόσταση από σταθμό του μετρό και με καλή κάλυψη από το δίκτυο λεωφορείων της πόλης, το καθιστά εύκολα προσβάσιμο στους πολίτες που αναζητούν τις υπηρεσίες του.

Προσανατολισμός της διοίκησης στην ποιότητα

Στα πλαίσια της γενικότερης φιλοσοφίας του οργανισμού σχετικά με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών άριστης ποιότητας στο γενικό πληθυσμό, η διοίκηση του ΩΚΚ δίνει μεγάλη έμφαση στην ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της εφαρμογής σύγχρονων μεθόδων, συστημάτων και αντίστοιχων Υπηρεσιών

και Τμημάτων (Ετήσιος Απολογισμός, 2019). Συνάγεται, λοιπόν, ότι το ΩΚΚ υιοθετεί ένα μοντέλο ΔΟΠ προκειμένου να διασφαλίσει τη μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα με το ελάχιστο δυνατό κόστος.

Υψηλή ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον ετήσιο απολογισμό του ιδρύματος για το έτος 2019, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες που λαμβάνουν είναι εξαιρετικά υψηλά και ανέρχονται σε 96,67% αναφορικά με την ιατρική υπηρεσία, σε 97,25% αναφορικά με τη νοσηλευτική υπηρεσία και 95,57% αναφορικά με τη διοικητική υπηρεσία (Ετήσιος Απολογισμός, 2019). Το υψηλό ποσοστό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το ΩΚΚ αποτελεί προϊόν της συνειδητής εστίασης της διοίκησης στην ικανοποίηση των ασθενών και των οικείων τους, η οποία συνιστά μία από τις αξίες του Κέντρου.

Προγραμματισμός

Η διοίκηση του ΩΚΚ καταρτίζει ένα στρατηγικό σχέδιο για τη λειτουργία του ιδρύματος μέσα στα πλαίσια του οποίου προσδιορίζονται οι ετήσιοι στόχοι της λειτουργίας του Κέντρου στα πλαίσια των γενικών στόχων του ιδρύματος.

Στελέχωση

Ένας από τους διακηρυγμένους στόχους του ΩΚΚ αναφέρει ότι το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει όλες τις υπηρεσίες του πρέπει να επιλέγεται προσεκτικά με βάση τα πιο αυστηρά αξιολογικά κριτήρια, ώστε να διασφαλίζεται η ύψιστη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (www.onasseio.gr). Η επιλογή εκ μέρους της διοίκησης των ατόμων που στελεχώνουν το ΩΚΚ με βάση τα πλέον αυστηρά αξιολογικά κριτήρια και η εφαρμογή συστήματος αξιολόγησης αυτών διασφαλίζει την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης του προσωπικού

Από την αρχή της λειτουργίας του, το ΩΚΚ δίνει μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη και συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού του, μέσω της κατάρτισης και υλοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων υπό την αιγίδα του Αυτόνομου Γραφείου Εκπαίδευσης- Βιβλιοθήκης. Επιπλέον, κάθε χρόνο δίδονται κάποιες υποτροφίες σε μέλη του επιστημονικού προσωπικού του Κέντρου υπό την αιγίδα του Προγράμματος

Υποτροφιών του Ιδρύματος Ωνάση (Ετήσιος Απολογισμός, 2019). Η προώθηση της συνεχούς εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί μία βασική αρχή της ΔΟΠ.

Υπερσύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός

Ένα μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού κατασκευής του ΩΚΚ δόθηκε στον εξοπλισμό του ιδρύματος με τα πλέον σύγχρονα ιατρικά μέσα ώστε αυτό να αποτελέσει μία πρότυπη καρδιολογική μονάδα ενώ έμφαση εξακολουθεί να δίνεται στη συνεχή αναβάθμιση του εξοπλισμού. Η διασφάλιση της υπερσύγχρονης τεχνολογικής υποδομής του ιδρύματος διασφαλίζει την άριστη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Καινοτομία

Η έμφαση στην καινοτομία και η υιοθέτηση κάθε καινούριας τεχνικής που μπορεί να αναβαθμίσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών περιλαμβάνεται στις βασικές αξίες του ΩΚΚ (www.onasseio.gr). Η θετική στάση της διοίκησης απέναντι σε καινοτόμες τεχνικές οδηγεί σε συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών που λαμβάνουν οι ασθενείς.

Προώθηση της ερευνητικής δραστηριότητας

Η διοίκηση του ΩΚΚ, στα πλαίσια της προσπάθειας για συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στηρίζει τη συμμετοχή του επιστημονικού προσωπικού σε ερευνητικές δράσεις, ενώ το 2019 το ίδρυμα υπέγραψε μνημόνιο συνεργασίας ερευνητικών πρωτοκόλλων με το Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ) και το Ίδρυμα Ωνάση για τη διεξαγωγή ερευνητικών πρωτοκόλλων σε τομείς κοινού ενδιαφέροντος (Ετήσιος Απολογισμός, 2019).

Συντονισμός

Το ΩΚΚ εντάσσεται στο δίκτυο του ΕΣΥ προκειμένου να επιτυγχάνεται ο απαραίτητος συντονισμός σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ασθενείς που χρήζουν της λήψης των εξειδικευμένων ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρει το Κέντρο. Ο συντονισμός αναμένεται να ενισχυθεί με την έναρξη της λειτουργίας του ΩΕΜΕΚ.

Έλεγχος

Η εφαρμογή ενός συστήματος δεικτών μέτρησης και αξιολόγησης της δραστηριότητας των διαφόρων τομέων του ΩΚΚ παρέχει τη δυνατότητα για συνεχή εποπτεία του έργου του Κέντρου και την έγκαιρη εφαρμογή διορθωτικών παρεμβάσεων προκειμένου να επιτευχθούν τα βέλτιστα αποτελέσματα σε επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κύρος

Το ΩΚΚ αποτελεί ένα ίδρυμα εγνωσμένου κύρους τόσο στην ελληνική κοινωνία όσο και σε διεθνές επίπεδο (www.onasseio.gr), γεγονός που οφείλεται σε όλα τα προαναφερθέντα δυνατά σημεία που παρουσιάζει και στην αποτελεσματική εφαρμογή ενός μοντέλου ΔΟΠ στη διοίκηση.

Αδύναμα σημεία- Μειονεκτήματα (Weaknesses)

Εξάρτηση από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας

Το γεγονός ότι τα έξι από τα επτά μέλη του Δ.Σ. του ΩΚΚ ορίζονται με απευθείας ανάθεση από τον επικεφαλής του Υπουργείου Υγείας (Παναγοπούλου Β., 2012), εγείρει ζητήματα σχετικά με την αξιοκρατική επιλογή τους και καθιστά τη διοίκηση του ιδρύματος επιρρεπή στις πολιτικές αλλαγές. Σε αντίθεση με την επιλογή του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, η οποία γίνεται από το Δ.Σ. με βάση αυστηρά αξιοκρατικά κριτήρια διασφαλίζοντας την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αμφισβητείται το κατά πόσο τα ίδια κριτήρια εφαρμόζονται και κατά την επιλογή των μελών της διοίκησης.

Πρόβλημα ρευστότητας

Τα προβλήματα ρευστότητας που αντιμετωπίζει το ΩΚΚ οφείλονται στη σημαντική καθυστέρηση που συχνά παρατηρείται αναφορικά με τις πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων (Φυντανίδου Ε., 2014) σε συνδυασμό με το γεγονός ότι το Κέντρο αποτελεί αυτοχρηματοδοτούμενο ΝΠΔ, δηλαδή οι δαπάνες μισθοδοσίας προέρχονται αποκλειστικά από τα έσοδά του. Επιπλέον, το πρόβλημα επιτείνεται από το χάσμα που υπάρχει μεταξύ των πραγματικών τιμών των ιατρικών πράξεων που διεκπεραιώνει το νοσοκομείο και αυτών που αναγνωρίζονται από το Κράτος (Παναγοπούλου, Β. 2012). Τα προβλήματα ρευστότητας που παρουσιάζονται στη

λειτουργία του ΩΚΚ οδηγούν στο σχετικό περιορισμό της ερευνητικής δραστηριότητας του κέντρου και των εκπαιδευτικών προγραμμάτων του προσωπικού, ενώ κλονίζουν και την ικανοποίηση των προμηθευτών σε σχέση με τη συνεργασία τους, δημιουργώντας δυσκολίες στην απρόσκοπτη εφαρμογή του συστήματος ΔΟΠ.

Ευκαιρίες (Opportunities)

Κατασκευή νέας πτέρυγας

Το 2018, το Ίδρυμα Αλέξανδρος Ωνάσης σύναψε με το Ελληνικό Κράτος σύμβαση δωρεάς ύψους 70 εκατομμυρίων ευρώ για την κατασκευή και τον εξοπλισμό μίας νέας πτέρυγας, την επιλεκτική ανακατασκευή μεμονωμένων δωματίων και χώρων του υφιστάμενου αυτόνομου κτιρίου του ΩΚΚ που επηρεάζονται άμεσα από την προσθήκη της νέας πτέρυγας, την ανανέωση μέρους του εξοπλισμού του υφιστάμενου κτιρίου του ΩΚΚ, τη δημιουργία πρόσθετων υπόγειων θέσεων στάθμευσης και τη διαμόρφωση του περιβάλλοντος χώρου. Το έργο αυτό αναμένεται να ενισχύσει την προσπάθεια της διοίκησης για διαρκή αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του Κέντρου και την περαιτέρω ενίσχυση του υψηλού του κύρους ως πρότυπη καρδιολογική μονάδα, αυξάνοντας τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών (www.hellenicparliament.gr).

Ίδρυση Ωνάσειου Εθνικού Μεταμοσχευτικού Κέντρου

Το ΩΕΜΕΚ αναμένεται να ενισχύσει σημαντικά τη μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα, όπου σήμερα τα ποσοστά είναι εξαιρετικά χαμηλά ως αποτέλεσμα της απουσίας εξειδικευμένου προσωπικού και του χαμηλού βαθμού εμπιστοσύνης των πολιτών στο ΕΣΥ. Αξίζει να επισημανθεί πως η διενέργεια μεταμοσχεύσεων σε ανηλίκους διεξάγεται αποκλειστικά στο εξωτερικό, αφού απουσιάζει μία εξειδικευμένη παιδιατρική μονάδα στη χώρα. Σημειώνεται πως η μεταμόσχευση συνιστά παγκοσμίως την πλέον σύγχρονη θεραπευτική πρακτική του αιώνα μας και την αποκλειστική αποτελεσματική λύση για την αντιμετώπιση περιπτώσεων σοβαρής ανεπάρκειας πολλών ζωτικών οργάνων. Η ίδρυση του ΩΕΜΕΚ θα συμβάλει στη δημιουργία ενός πανελλαδικού δικτύου μεταμοσχεύσεων, θα ενισχύσει το σύστημα εντοπισμού και διαχείρισης μοσχευμάτων, θα προσφέρει τη δυνατότητα παροχής παιδιατρικής φροντίδας στον τομέα των μεταμοσχεύσεων και τη συνολική

αναβάθμιση του συγκεκριμένου ιατρικού τομέα στη χώρα. Τέλος, θα προωθήσει τις δράσεις ενημέρωσης του πληθυσμού σχετικά με τη σημασία της μεταμόσχευσης (Ετήσιος Απολογισμός, 2019; Ζακυνθινός Κ., 2019). Συνεπώς, η ίδρυση του ΩΕΜΕΚ συνιστά μία καινοτόμο δράση που θα αποτελέσει ένα μεγάλο βήμα στην υλοποίηση του στόχου της διοίκησης για συνεχή ενίσχυση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται και ένα σημαντικό μέσο για την εισαγωγή και εφαρμογή καινοτόμων πρακτικών στον τομέα των μεταμοσχεύσεων.

Απειλές (Threats)

Οικονομική κρίση

Η πρόσφατη οικονομική κρίση που έπληξε τη χώρα δημιούργησε σημαντικά προβλήματα στον τομέα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς τα ασφαλιστικά ταμεία παρουσίασαν σημαντική αδυναμία για έγκαιρη αποζημίωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η καθυστέρηση των πληρωμών εκ μέρους των ασφαλιστικών ταμείων δημιούργησε σοβαρό πρόβλημα ρευστότητας στο ΩΚΚ, το οποίο παρουσίασε τα προηγούμενα χρόνια σημαντικό έλλειμμα που έθεσε σε κίνδυνο τη βιωσιμότητά του (Φυντανίδου Ε., 2014; Ετήσιος Απολογισμός, 2019). Δεδομένου ότι το ξέσπασμα της πανδημίας της νόσου covid-19 αναμένεται να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην οικονομία της χώρας, ο κίνδυνος για νέες καθυστερήσεις πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία είναι ορατός. Ένα τέτοιο ενδεχόμενο θα έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην προσπάθεια εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου και αποδοτικού συστήματος ΔΟΠ, περιορίζοντας τους διαθέσιμους πόρους για διεξαγωγή ερευνητικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, προσέλκυση ιατρικού προσωπικού εγνωσμένου επιστημονικού κύρους και εισαγωγή καινοτομιών.

Εισροή προσφύγων

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων η χώρα έχει δεχθεί ένα τεράστιο όγκο προσφύγων και οικονομικών μεταναστών που προέρχονται, κυρίως, από κράτη της Ασίας και της Αφρικής. Ο μεγάλος αριθμός αυτών των ανθρώπων, σε συνδυασμό με τις άσχημες συνθήκες διαβίωσής τους που συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση στοιχείων νοσηρότητας αναμένεται να αυξήσει σημαντικά το φόρτο

εργασίας του συνόλου των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων της χώρας, συμπεριλαμβανομένου του ΩΚΚ, με πιθανό ενδεχόμενο τον περιορισμό της ικανοποίησης του προσωπικού λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και της εφαρμογής εκπτώσεων στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Δημογραφικές εξελίξεις

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη παράγραφο, τις τελευταίες δεκαετίες καταγράφεται μία αυξητική τάση του δείκτη νοσηρότητας που σχετίζεται με καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ελλάδα (Timmis et al., 2018). Η συνεχής γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, σε συνδυασμό με τα υψηλά ποσοστά που σχετίζονται με παράγοντες κινδύνου εμφάνισης τέτοιων νοσημάτων αναμένεται να επιβαρύνουν σημαντικά τα νοσοκομεία που περιλαμβάνουν καρδιολογικές και καρδιοχειρουργικές κλινικές και, ειδικότερα το ΩΚΚ, το οποίο συνιστά ένα νοσοκομείο εξειδικευμένο στα εν λόγω νοσήματα. Όπως προαναφέρθηκε, η αύξηση του φόρτου εργασίας του νοσοκομείου μπορεί να επιφέρει σημαντική κόπωση του προσωπικού με αποτέλεσμα τον περιορισμό της επαγγελματικής του ικανοποίησης, της προσήλωσής του στην παροχή υπηρεσιών άριστης ποιότητας και της ένταξής του σε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης στην εφαρμογή καινοτόμων ιατρικών πρακτικών.

6.2 Το Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου «Βενιζέλειο- Πανάνειο»

6.2.1 Γενικές πληροφορίες νοσοκομείου

Το Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο-Πανάνειο (ΓΝΒΠ) αποτελεί τμήμα του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας και εδράζει στο Ηράκλειο Κρήτης. Πρόκειται για ένα νοσοκομειακό ίδρυμα που υπάγεται στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια και είναι επιφορτισμένο με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ ενστερνίζεται το γενικό σκοπό του ΕΣΥ που αφορά την ισότιμη παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας ανεξάρτητα από το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό του υπόβαθρο. Με απαρχή την 9^η Μαρτίου 2019, όταν το Βενιζέλειο νοσοκομείο διαχωρίστηκε από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) μέσω του ΦΕΚ 43/τΑ/9.3.19, λειτουργεί υπό τη μορφή του ανεξάρτητου Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) του ΕΣΥ (www.venizeleio.gr).

Όσον αφορά το μέγεθός του, κατατάσσεται στη δεύτερη θέση μεταξύ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων του νησιού με δυναμικότητα 440 οργανικές κλίνες και 412 ανεπτυγμένες, ενώ το προσωπικό που το στελεχώνει αγγίζει τα 1.000 άτομα. Καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού όχι μόνο του νησιού αλλά και άλλων νησιών του νοτίου Αιγαίου. Η συμβολή του νοσοκομείου στην κάλυψη των ιατρικών αναγκών του πληθυσμού της Κρήτης και των γύρω περιοχών είναι εξαιρετικά σημαντική, αφού διαθέτει προσωπικό υψηλού επιστημονικού κύρους και μονάδες με μοναδική εξειδίκευση στο νησί (www.venizeleio.gr).

6.2.2 Ιστορικά στοιχεία

Το Βενιζέλειο Νοσοκομείο λειτουργεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1950 και αποτελεί την υλοποίηση της βούλησης της Παγκρήτιας Ένωσης των Κρητών Αμερικής για τη δημιουργία ενός μεγάλου κοινωφελούς έργου στο νησί καταγωγής τους, στη μνήμη του μεγάλου Κρητικού πολιτικού Ελευθερίου Βενιζέλου. Το οικοπέδο το οποίο επιλέχθηκε για την κατασκευή του νοσοκομείου παραχωρήθηκε από το δήμο Ηρακλείου, ενώ τη χρηματοδότηση του έργου ανέλαβαν η Ελληνική Κυβέρνηση, η Αμερικανική Αντιπροσωπεία και η Παγκρήτια Ένωση των Κρητών των Η.Π.Α. Η αρχική του λειτουργία ήταν ως σανατόριο για περίθαλψη ασθενών φυματίωσης, αλλά αργότερα, το 1967, αποφασίστηκε η μετατροπή του σε γενικό νοσοκομείο με δυναμικότητα 200 κλινών, προκειμένου να καλύψει τις ιατρικές ανάγκες των Κρητών αναφορικά με τις βασικές ιατρικές ειδικότητες (www.venizeleio.gr).

Λίγα χρόνια αργότερα, το Βενιζέλειο συγχωνεύτηκε με το Πανάνειο και η δυναμικότητά του αυξήθηκε σε 270 κλίνες. Το 1986 λαμβάνει χώρα η ένταξή του στον ΕΣΥ υπό τη μορφή ΝΠΔΔ δυναμικότητας 500 οργανικών κλινών με την ονομασία «Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Ηρακλείου ‘Βενιζέλειο- Πανάνειο’». Το 2012 αποφασίζεται η διασύνδεση του με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου και λαμβάνει την ονομασία «Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου- Γ.Ν. Βενιζέλειο». Τα δύο νοσοκομεία τελούν υπό ενιαία διοίκηση, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο ΦΕΚ 1681Β/28.07.2011 (www.venizeleio.gr).

Το 2019, ψηφίζεται η επαναφορά της αυτοτέλεια των νοσοκομειακών ιδρυμάτων του ΕΣΥ σε διοικητικό και περιουσιακό επίπεδο, γεγονός που οδηγεί στην κατάργηση του

ενιαίου και αυτοτελούς προαναφερθέντος ΝΠΔΔ, το διαχωρισμό των δύο νοσοκομείων και τη μετατροπή του Βενιζελείου σε ανεξάρτητο ΝΠΔΔ του ΕΣΥ που υπάγεται στον έλεγχο και την εποπτεία της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (www.venizeleio.gr).

6.2.3 Αποστολή- Όραμα

Το όραμα των ατόμων που στελεχώνουν τα διάφορα τμήματα του Βενιζελείου Νοσοκομείου σχετικά με την αποστολή του νοσοκομείου περιλαμβάνει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης όλων των βαθμίδων στους κατοίκους και τους επισκέπτες της Κρήτης με ισότιμο τρόπο ανεξάρτητα από το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό τους υπόβαθρο. Σύμφωνα με το Επιχειρησιακό Σχέδιο που έχει δημοσιεύσει η νέα διοίκηση του νοσοκομείου, το όραμα για το μέλλον του ιδρύματος είναι η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε επίπεδο ποιότητας, αποδοτικότητας και ποσοστού κάλυψης του πληθυσμού (Ετήσιος Απολογισμός Νέας Διοίκησης 2016-2017).

Οι τεθέντες στόχοι που το νοσοκομειακό ίδρυμα φιλοδοξεί να καλύψει είναι οι εξής (Ετήσιος Απολογισμός Νέας Διοίκησης 2016-2017):

- Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας.
- Προώθηση προγραμμάτων εξειδίκευσης, εκπαίδευσης και συνεχούς κατάρτισης του συνόλου του προσωπικού που στελεχώνει τους διάφορους τομείς του νοσοκομείου.
- Αναβάθμιση και προαγωγή των ιατρικών υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη δικτύων αποτελεσματικής συνεργασίας με τα έτερα νοσηλευτικά ιδρύματα και τους φορείς υγείας της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία εντάσσεται για αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.
- Υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων μεθόδων και ιατρικών τεχνικών που μπορεί να ενισχύσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη και εφαρμογή διαδικασιών πιστοποίησης.

Στα πλαίσια της επίτευξης των προαναφερθέντων στόχων, η διοίκηση του νοσοκομείου υιοθετεί και εφαρμόζει τα εξής εργαλεία (Ετήσιος Απολογισμός Νέας Διοίκησης, 2016-2017):

- Ανάπτυξη και δημοσίευση στρατηγικών στόχων για τη λειτουργία του νοσοκομείου και συνεχής εποπτεία της διαδικασίας επίτευξής τους.
- Κάλυψη των υποχρεώσεων λογοδοσίας.
- Απαρέγκλιτη τήρηση του υφιστάμενου νομικού και κανονιστικού πλαισίου που διέπει τη λειτουργία του νοσοκομείου.
- Ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων για την αποφυγή απωλειών, κακής χρήσης και ζημιών.
- Υλοποίηση εύρυθμων δεοντολογικών, οικονομικών, αποδοτικών και αποτελεσματικών λειτουργιών.

6.2.4 Εσωτερικό περιβάλλον

Διοίκηση

Σύμφωνα με το οργανόγραμμα που δημοσιεύεται στην επίσημη σελίδα του νοσοκομείου, τη διοίκηση του ΓΝΗ Βενιζελείου- Πανανείου αποτελούν τρία (3) βασικά διοικητικά όργανα με διακριτές αρμοδιότητες: το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο βρίσκεται στην ανώτερη βαθμίδα της ιεραρχίας, ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής. Στη δικαιοδοσία του Διοικητή υπάγονται το τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, το Γραφείο Ποιότητας και το Γραφείο Χρηματοδοτούμενων και Συγχρηματοδοτούμενων Προγραμμάτων, ενώ στη δικαιοδοσία του Αναπληρωτή Διοικητή υπάγεται το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας (www.venizeleio.gr).

Λειτουργική δομή

Το ΓΝΗ Βενιζέλειο- Πανάνειο διαθέτει τέσσερις (4) αυτοτελείς υπηρεσίες: Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική και Τεχνική, καθώς και τέσσερα αυτοτελή τμήματα: Τμήμα

Πληροφορικής, Γραφείο Ποιότητας, Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υγείας και Γραφείο ΕΣΠΑ. Επιπλέον, η δομή του περιλαμβάνει ένα Επιστημονικό Συμβούλιο ενώ υπό τη διοικητική ευθύνη του νοσοκομείου λειτουργούν και τέσσερις (4) αποκεντρωμένες δομές: το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων Ηρακλείου, ο Ξενώνας Αλκυονίδα και η ΔΙΕΚ- Σχολή Νοσηλευτικής (www.venizeleio.gr).

Ιατρική Υπηρεσία

Η Ιατρική Υπηρεσία του ΓΝΗ Βενιζελείου περιλαμβάνει τέσσερις (4) τομείς: Χειρουργικό, Ψυχιατρικό, Εργαστηριακό και Παθολογικό, ενώ περιλαμβάνει και τέσσερα (4) επιπλέον τμήματα: Φαρμακείο, Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων, Τμήμα Διατροφής και Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας (www.venizeleio.gr).

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου φέρει τις εξής αρμοδιότητες (www.venizeleio.gr):

- Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Δραστηριότητες που σχετίζονται με την προώθηση και την προαγωγή της υγείας.
- Η κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ανθρώπινο δυναμικό της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- Προγραμματισμός και εποπτεία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται στους ασθενείς.
- Η ανάπτυξη, εκ μέρους της Διεύθυνσης των διαφόρων τμημάτων και τομέων της Υπηρεσίας, πρωτοκόλλων που αφορούν στην παροχή και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Προώθηση και υλοποίηση ερευνητικής δραστηριότητας.
- Ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας με τις έτερες υπηρεσίες του νοσοκομειακού ιδρύματος με στόχο τη συνεχή αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

- Ο έλεγχος των εφημεριών και της αποδοτικής λειτουργίας του νοσοκομείου και, επιπλέον, η επιστημονική εποπτεία της δραστηριότητας των Εξωτερικών Ιατρείων, του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και των Χειρουργικών Τμημάτων.
- Κατάρτιση και εισήγηση των ζητημάτων που άπτονται στις χορήγησης αδειών, οποιουδήποτε είδους στα άτομα που στελεχώνουν την Υπηρεσία.
- Ευθύνη σε επιστημονικό και διοικητικό επίπεδο, για τη σωστή και απρόσκοπτη λειτουργία των τμημάτων που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία.
- Η τήρηση και τακτική επικαιροποίηση των φακέλων νοσηλείας των ασθενών.
- Η εποπτεία της Βιβλιοθήκης του νοσοκομείου.

Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του ΓΝΗ Βενιζελείου εξυπηρετεί τους τέσσερις (4) τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας ενώ σε αυτή υπάγονται και τρία (3) επιπλέον γραφεία: Γραφείο Υγιεινής και Ασφάλειας, Γραφείο Εκπαίδευσης και Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (www.venizeleio.gr)

Στις αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας περιλαμβάνονται:

- Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στους ασθενείς στη βάση των κανόνων και των αρχών της Νοσηλευτικής Επιστήμης, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που δίδονται από τους θεράποντες ιατρούς
- Η προώθηση και προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης μέσω της διενέργειας εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων στον τομέα αυτό
- Η κατάρτιση προγραμματισμού, η κατανομή αρμοδιοτήτων και η εποπτεία του έργου του νοσηλευτικού προσωπικού
- Η ανάπτυξη, εκ μέρους της Διεύθυνσης των διαφόρων τμημάτων και τομέων της Υπηρεσίας, πρωτοκόλλων που αφορούν στην παροχή και ανάπτυξη των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας

- Ο απαρέγκλιτος σεβασμός του νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου λειτουργίας του νοσοκομείου, όπως αυτό περιγράφεται στις σχετικές νομικές διατάξεις, Π.Δ., στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου και στις αποφάσεις που λαμβάνονται από το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης και του κοινού Διοικητού αυτού
- Ευθύνη σε επιστημονικό και διοικητικό επίπεδο, για τη σωστή και απρόσκοπτη λειτουργία των τμημάτων που υπάγονται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία
- Ο αποτελεσματικός συντονισμός με τις έτερες υπηρεσίες του νοσοκομείου με στόχο τη διαρκή ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Διενέργεια διαχειριστικού ελέγχου (καταχώρηση εισροών του συνόλου των υλικών και φαρμάκων, διάθεση και κατανάλωση αυτών) των τμημάτων που υπάγονται στην αρμοδιότητά της
- Η τήρηση και τακτική επικαιροποίηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών σε συνεργασία με την Ιατρική Υπηρεσία.

Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία του νοσοκομείου περιλαμβάνει δύο (2) Υποδιευθύνσεις. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού περιλαμβάνει τρία (3) τμήματα: Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού, Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών και Γραμματεία, ενώ ισάριθμα τμήματα περιλαμβάνει και η Υποδιεύθυνση Οικονομικού: Τμήμα Οικονομικού, Τμήμα Προμηθειών και Τμήμα Επιστασίας- Ιματισμού (www.venizeleio.gr).

Τα επιμέρους τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας φέρουν ποικίλες αρμοδιότητες, οι οποίες περιγράφονται παρακάτω:

Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

Το συγκεκριμένο τμήμα φέρει τις παρακάτω αρμοδιότητες: (www.venizeleio.gr):

- Μέριμνα για την εφαρμογή του βέλτιστου δυνατού συστήματος διοίκησης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού

- Διευθέτηση του συνόλου των ζητημάτων που άπτονται της υπηρεσιακής κατάστασης του ανθρώπινου δυναμικού του ιδρύματος
- Τήρηση μητρώου του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου, όπου καταγράφεται το σύνολο των συνταξιοδοτήσεων, των απολύσεων και των προσλήψεων εργαζομένων
- Τήρηση και φύλαξη προσωπικού μητρώου για το σύνολο των εργαζομένων
- Καταγραφή και τήρηση μητρώου αναφορικά με τις βάρδιες, τις άδειες, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, τις εφημερίες και τις υπερωρίες του συνόλου των εργαζομένων από κοινού με τις αρμόδιες Διευθύνσεις
- Διεκπεραίωση διοικητικού ελέγχου των αδειών ασθένειας και των έτερων αιτιών για το σύνολο των εργαζομένων του νοσοκομείου καθώς και τήρηση σχετικού αρχείου
- Σχεδιασμός και εποπτεία προγραμμάτων εκπαίδευσης, κατάρτισης και έρευνας προσωπικού

Τμήμα Γραμματείας (www.venizeleio.gr):

Η Υπουργική απόφαση Υ4α/οικ.38867/11.04.2012 (ΦΕΚ 1235 τ. Β /11.04.2012) αποδίδει τις εξής αρμοδιότητες στο Τμήμα Γραμματείας του Νοσοκομείου:

- Παροχή υπηρεσιών γραμματειακής υποστήριξης του συνόλου των ιατρικών και νοσηλευτικών τμημάτων και μονάδων του ιδρύματος
- Γενική ενημέρωση των ασθενών και των ατόμων του οικείου περιβάλλοντός τους
- Τήρηση αρχείου και γενικού πρωτοκόλλου καθώς και διανομή της αλληλογραφίας, ανεξάρτητα από το εάν πρόκειται για έντυπη ή ηλεκτρονική
- Βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής και επικύρωση αντιγράφων
- Διευθέτηση του συνόλου των ζητημάτων που άπτεται της οργάνωσης της γραμματειακής υποστήριξης στη βάση των αποφάσεων της Διοίκησης και των έτερων νοσοκομειακών υπηρεσιών, διευκόλυνση της ενημέρωσης των Υπηρεσιών του νοσοκομείου, της 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης, του Υπουργείου Υγείας και των έτερων αρμόδιων φορέων σχετικά με την αντιμετώπιση δυσκολιών που προκύπτουν σχετικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου
- Τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου για τη διαχείριση των εγγράφων με αρχική την παραλαβή τους έως την αρχειοθέτησή τους με στόχο την επίτευξη αποτελεσματικής

επικοινωνίας μεταξύ των επιμέρους νοσοκομειακών τμημάτων και υπηρεσιών μέσω των εγγράφων, αξιοποιώντας την αποδεικτική ισχύ που αυτά προσφέρουν. Επιπλέον, διασφάλιση της απρόσκοπτης και αποδοτικής λειτουργίας και ενίσχυση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν οι πολίτες.

Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων

Σύμφωνα με το οργανόγραμμα του νοσοκομείου, στις αρμοδιότητες του τμήματος γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων περιλαμβάνονται (www.venizeleio.gr):

- Παροχή υπηρεσιών γραμματειακής υποστήριξης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, των απογευματινών ιατρείων και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών
- Υποδοχή και εξυπηρέτηση των πολιτών που αναζητούν τις υπηρεσίες από το ανθρώπινο δυναμικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας και του Γραφείου Υποστήριξης Πολιτών. Τήρηση των αρχείων που προκύπτουν από τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρείων και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, τα οποία καταρτίζουν οι εργαζόμενοι των τμημάτων αυτών.
- Ρύθμιση της σειράς προσέλευσης των ασθενών και προγραμματισμός των επαναληπτικών τους εξετάσεων μετά από συνεννόηση με το αρμόδιο ιατρικό προσωπικό
- Παροχή, από κοινού με την ιατρική υπηρεσία, πιστοποιητικών στους ασθενείς που καταθέτουν σχετικό αίτημα
- Είσπραξη των εσόδων που αντιστοιχούν στις ιατρικές πράξεις που εκτελούνται
- Βεβαίωση του γνησίου της υπογραφής και επικύρωση αντιγράφων

Τμήμα Κίνησης Ασθενών

Το τμήμα Κίνησης Ασθενών του νοσοκομείου φέρει τις παρακάτω αρμοδιότητες (www.venizeleio.gr):

- Έκδοση εισιτηρίων και εξιτηρίων των ασθενών κατόπιν σχετικής γραπτής εντολής του θεράποντα ιατρού του αντίστοιχου τμήματος και τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής
- Τήρηση αρχείου διαθέσιμων κλινών με βάση τα στοιχεία που λαμβάνουν από τις προϊσταμένες των κλινικών κατόπιν σχετικού ελέγχου της ιεραρχίας της

νοσηλευτικής υπηρεσίας και ενημέρωση των ασθενών που βρίσκονται στην πρώτη θέση του καταλόγου αναμονής σχετικά με την εισαγωγή τους

- Εφαρμογή λογιστικού ελέγχου του λογαριασμού των νοσηλευομένων, τη χρέωση των δαπανών νοσηλείας στη βάση των αντίστοιχων παραστατικών που λαμβάνουν από τις διάφορες ιατρικές κλινικές και το Φαρμακείο και έκδοση των δελτίων παροχής υπηρεσιών καθώς και των έτερων παραστατικών στοιχείων
- Χορήγηση, κατόπιν σχετικής διαβούλευσης με την ιατρική υπηρεσία, πιστοποιητικών στους ασθενείς που έχουν καταθέσει σχετικό αίτημα.
- Μέριμνα για την είσπραξη των ανάλογων εσόδων

Τμήμα Οικονομικού.

Οι αρμοδιότητες του εν λόγω τμήματος του νοσοκομείου περιλαμβάνουν (www.venizeleio.gr):

- Διεκπεραίωση δραστηριοτήτων λογιστικής φύσης, συμμόρφωση του ιδρύματος με την κείμενη φορολογική νομοθεσία και εποπτεία των πάγιων εξόδων και αποσβέσεων του νοσοκομείου
- Μέριμνα για συλλογή των ληξιπρόθεσμων χρεών
- Τήρηση αρχείου με αποδεικτικά στοιχεία της πιστωτικής πολιτικής του ιδρύματος
- Διεκπεραίωση υποθέσεων που άπτονται της οικονομικής διαχείρισης των κεφαλαίων του νοσοκομείου
- Έκδοση αναφορών, σε τακτά χρονικά διαστήματα, αναφορικά με την ταμειακή ρευστότητα του νοσοκομειακού ιδρύματος, τα ισοζύγια εσόδων- εξόδων και υλικών
- Διευθέτηση του συνόλου των συναλλαγών οικονομικής φύσης που συνάπτει το νοσοκομείο με ασφαλιστικά ταμεία, τραπεζικά ιδρύματα, προμηθευτές υλικών κλπ. (πληρωμές, εισπράξεις, έκδοση επιταγών)
- Διευθέτηση όλων των εκκρεμοτήτων που άπτονται της μισθοδοσίας των εργαζομένων, έκδοση και έλεγχος των στοιχείων που περιέχονται στις καταστάσεις μισθοδοσίας
- Κατάρτιση οικονομικού σχεδιασμού- προϋπολογισμού του ιδρύματος, εποπτεία της εφαρμογής του και σύνταξη απολογισμού σε μηνιαία και ετήσια βάση

- Κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων που εκτελούνται και σύνταξη και εποπτεία των προϋπολογισμών των επιμέρους τμημάτων του νοσοκομείου
- Περιοδικός έλεγχος των αναλώσεων και των διαθέσιμων αποθεμάτων των αναλώσιμων υλικών και φαρμακευτικού υλικού
- Παρακολούθηση και εποπτεία του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των αποθηκών του νοσοκομείου, οι οποίες περιέχουν υγειονομικού, τεχνικού ή άλλης φύσης υλικού, διεκπεραίωση απογραφών των περιεχομένων του σε περιοδική και ετήσια βάση και τήρηση αρχείου παραλαβής και χρέωσης του συνόλου των αναλώσιμων και μη υλικών
- Κατάρτιση και υποβολή αναφορών σχετικά με τα οικονομικά στοιχεία της λειτουργίας του νοσοκομείου σε μηνιαία βάση
- Κατάρτιση αναφορών αναφορικά με τα αναλυτικά στοιχεία που αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου
- Κατάρτιση του οικονομικού σκέλους των μελετών επενδύσεων

Τμήμα Προμηθειών

Το Τμήμα Προμηθειών του νοσοκομείου φέρει τις εξής αρμοδιότητες (www.venizeleio.gr):

Εποπτεία του συνόλου των προμηθειών του νοσοκομείου σχετικά με αναλώσιμα και μη αναλώσιμα υλικά, με σεβασμό στο υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με τη σύνταξη του ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών.

Τμήμα Ιματισμού και Επιστασίας

Οι αρμοδιότητες του Τμήματος Ιματισμού και Επιστασίας περιλαμβάνουν:

- Φροντίδα για τον καθαρισμό και τη γενική εικόνα των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου
- Διεκπεραίωση γενικών εργασιών και μεταφορών εντός και εκτός του νοσοκομείου
- Διαχείριση του τηλεφωνικού κέντρου του νοσοκομείου

- Μέριμνα για την ασφάλεια των εργαζομένων του νοσοκομείου, των ασθενών και των οικείων τους
- Φύλαξη των εγκαταστάσεων του ιδρύματος και του συνόλου του ιατροτεχνικού εξοπλισμού που αυτό διαθέτει
- Εξασφάλιση και ορθή συντήρηση του απαραίτητου ιματισμού για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου, διανομή, καθαρισμός, συντήρηση και έγκαιρη ανανέωση του ιματισμού, των στολών των εργαζομένων, των κλινοσκεπασμάτων. Επιπλέον, μέριμνα για τη φύλαξη και επιδιόρθωση αυτών.

Τεχνική Υπηρεσία

Η Τεχνική Υπηρεσία του Βενιζέλειου Νοσοκομείου περιλαμβάνει τέσσερα (4) τμήματα με διακριτές αρμοδιότητες: Τεχνικό Τμήμα, Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Γραφείο Μελετών και Γραμματεία (www.venizeleio.gr) .

Ιατρικές υπηρεσίες

Το προσωπικό του νοσοκομείου ΓΝΗ Βενιζέλειο- Πανάνειο στελεχώνει τους εξής τομείς (www.venizeleio.gr):

- Παθολογικός Τομέας: Περιλαμβάνει τις εξής κλινικές: Αιματολογική, Α' και Β' Παθολογική, Γαστρεντερολογική, Δερματολογική, Διαβητολογικό Κέντρο, Ενδοκρινολογική, Καρδιολογική, Νευρολογική, Νεφρολογική, Ογκολογική, Παιδιατρική και Πνευμολογική.
- Χειρουργικός Τομέας: Περιλαμβάνει τις εξής κλινικές και τμήματα: Αναισθησιολογικό, Γυναικολογική- Μαιευτική, Νευροχειρουργική, Οδοντιατρική, Ορθοπαιδική, Ουρολογική, Οφθαλμολογική, Στοματική και Γναθοπροσωπική, Χειρουργική και ΩΡΛ,

Επιπλέον, στις ιατρικές υπηρεσίες του νοσοκομείου περιλαμβάνονται και τα εξής τμήματα (www.venizeleio.gr):

- Κοινωνική Υπηρεσία

- Τμήμα Διατροφής
- Τμήμα Παραϊατρικού Προσωπικού
- Τμήμα Υγιεινής και Ασφάλειας
- Τμήμα Φαρμακείου
- Τμήμα Φυσικοθεραπείας
- Χειρουργείο
- Ψυχιατρικό Τμήμα
- Ψυχολογική Υπηρεσία

Όσον αφορά τα εργαστήρια που λειτουργούν στο ΓΝΗ Βενιζέλειο, αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες (www.venizeleio.gr):

- Εργαστήρια Ιατρικής Απεικόνισης, τα οποία περιλαμβάνουν Ακτινολογικό τμήμα, Τμήμα Υπολογιστικής Τομογραφίας και τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
- Εργαστήρια Βιοπαθολογικών/ Ιστοπαθολογικών Εξετάσεων, τα οποία περιλαμβάνουν τα εξής τμήματα: Αιματολογικό, Ανοσολογικό- Ορμονολογικό, Βιοχημικό, Κυτταρολογικό, Μικροβιολογικό- Ιολογικό και Παθολογοανατομικό.

Στις υπόλοιπες ιατρικές υπηρεσίες που παρέχει το ΓΝΗ Βενιζέλειο περιλαμβάνονται (www.venizeleio.gr):

- Κέντρο Αίματος: Συνιστά ένα από τα τέσσερα (4) Κέντρα Αίματος της Ελληνικής Επικράτειας, μετά από σχετική εξουσιοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το 2018 έλαβε πιστοποίηση ποιότητας σύμφωνα με το διεθνές πρότυπο ποιότητας ISO 9001: 2015.
- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ιατρικές υπηρεσίες που περιλαμβάνονται στις κλινικές του νοσοκομείου. Η λειτουργία τους έλαβε το 2015 τη διεθνή πιστοποίηση ποιότητας ISO 9001:2015.
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το οποίο βρίσκεται σε εφημερία μέρα παρά μέρα, καλύπτοντας τις ανάγκες περί των 600 ασθενών σε κάθε ημέρα εφημερίας, οι οποίοι

περιλαμβάνουν τους μόνιμους κατοίκους του νησιού και των νησιών του Νοτίου Αιγαίου καθώς και τους τουρίστες των περιοχών αυτών.

- Απογευματινά ιατρεία, όπου οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του ιατρού καταβάλλοντας ένα αντίτιμο.

Χρηματοοικονομικά στοιχεία

Οι δαπάνες του νοσοκομείου για το έτος 2019, όπως αυτές αναφέρονται στον ετήσιο απολογισμό, ανέρχονται σε 31.719.432,12 € και κατανέμονται ως εξής (Ετήσιος Απολογισμός, 2019):

- Αγορά φαρμάκων: 9.850.690,17 € (32%)
- Αγορά υγειονομικού υλικού: 6.285.273,87 € (20%)
- Αγορά αντιδραστηρίων: 2.666.848,14 € (8%)
- Ορθοπαιδικό: 3.037.899,46 € (10%)
- Μισθοδοσία: 3.573.894,01 € (10%)
- Outsourcing: 3.118.696,99 € (10%)
- Λοιπές δαπάνες: 3.186.120,48 € (10%)

Όσον αφορά τη δαπάνη για τη μισθοδοσία του προσωπικού, για το έτος 2019 ανέρχεται σε 32.947.050 € και κατανέμεται ως εξής (Ετήσιος απολογισμός, 2019):

- Μόνιμο προσωπικό: 24.521.011,83 €
- Εφημερίες- υπερβάσεις: 3.314.886 €
- Υπερωρίες- προσαυξήσεις: 964.100 €
- Επικουρικό προσωπικό: 1.948.552 €
- Λοιπά: (ΙΔΟΧ- Σπουδαστές- οδοιπορικά): 2.198.500 €

Το σύνολο των εκκρεμών υποχρεώσεων του νοσοκομείου κατά τον τελευταίο μήνα του 2019 ανερχόταν σε 7.081.420 €, εκ των οποίων τα 1.079.488€ αντιστοιχούσαν σε ληξιπρόθεσμες οφειλές. Τέλος, για το έτος 2019, το νοσοκομείο κατέγραψε περιορισμένα εισπραχθέντα έσοδα, τα οποία ανήλθαν σε 14.590.945€ έναντι 43.236.136€ βεβαιωθέντων εσόδων (Ετήσιος Απολογισμός, 2019)

Αρχές και μοντέλα διοίκησης

Η διοίκηση του ΓΝΗ «Βενιζέλειο- Πανάνειο» είναι προσανατολισμένη στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόζοντας τις αρχές του διεθνούς προτύπου ποιότητας ISO 9001:2015, ενώ η νέα διοίκηση που ανέλαβε το 2016 προχώρησε στην εισαγωγή καινοτόμων διοικητικών διαδικασιών εμπνευσμένες από τις αρχές της ΔΟΠ. Σύμφωνα με την πολιτική ποιότητας που δημοσιεύεται στην επίσημη ιστοσελίδα του νοσοκομείου, στόχους του νοσοκομειακού ιδρύματος αποτελούν (www.venizeleio.gr):

- Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, προσαρμοσμένων στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς με σεβασμό στην ιδιωτικότητα των ασθενών.
- Υψηλός βαθμός διαθεσιμότητας ιατρικών υπηρεσιών υψηλού ποιοτικού επιπέδου προς τους ασθενείς.
- Έμφαση στην υγιεινή και ασφάλεια των ασθενών, των οικείων τους και του προσωπικού του νοσοκομείου.
- Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της λειτουργίας του νοσοκομείου.
- Απαρέγκλιτη συμμόρφωση με το κείμενο ευρωπαϊκό και εθνικό νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο με ιδιαίτερη έμφαση στην προάσπιση των δικαιωμάτων ιδιωτικότητας των ασθενών κατά τη διαχείριση των ιατρικών τους δεδομένων.
- Εποπτεία του έργου του νοσοκομείου μέσω της εφαρμογής ενός πλαισίου δεικτών και στόχων και διαρκής εποπτεία και αναβάθμιση αυτού.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι προαναφερθέντες στόχοι, η διοίκηση του νοσοκομείου δίνει έμφαση στους εξής τομείς:

- Διαρκής ενίσχυση των ποσοστών ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το νοσοκομείο μέσω της έμφασης στην υψηλή ποιότητα αυτών με την αποδοτική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.
- Σαφής καθορισμός των αναγκών και των προσδοκιών των ληπτών των υπηρεσιών υγείας και των εσωτερικών πελατών του νοσοκομείου και περιοδική επικαιροποίηση αυτών.
- Συλλογή και διαχείριση των παρατηρήσεων και πιθανών παραπόνων των ασθενών, των οικείων τους και των εσωτερικών πελατών του νοσοκομείου.
- Διενέργεια προγραμμάτων διαρκούς εκπαίδευσης, κατάρτισης και αξιολόγησης των εργαζομένων που στελεχώνουν το νοσοκομείο.
- Διαρκή παρακολούθηση των δεικτών αξιολόγησης και ανάπτυξη της διαδικασίας λήψης αποφάσεων με κεντρικό άξονα των αποτελεσμάτων των εν λόγω δεικτών.
- Προσδιορισμός σαφών προδιαγραφών ποιότητας αναφορικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου, έλεγχος της τήρησής τους και περιοδική επικαιροποίησή τους.
- Διαρκή ενίσχυση της αποτελεσματικότητας του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας.
- Προσδιορισμός, αξιολόγηση και περιοδική επανεξέταση των ενδεχόμενων ευκαιριών και απειλών που είναι δυνατό να επηρεάσουν, θετικά ή αρνητικά, την απρόσκοπτη λειτουργία των τμημάτων και των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Επιπλέον, υλοποίηση διορθωτικών δράσεων με στόχο να μεγιστοποιηθούν τα οφέλη και να ελαχιστοποιηθούν οι συνεπαγόμενες επιπτώσεις για το νοσοκομείο (www.venizeleio.gr)

Οι αρχές διοίκησης που εφαρμόζονται στο ΓΝΗ Βενιζέλειο- Πανάνειο περιλαμβάνουν (www.venizeleio.gr):

- Τον προγραμματισμό της λειτουργίας του νοσοκομείου μέσω της εκπόνησης τριετούς στρατηγικού σχεδίου, μέσα στο οποίο καθορίζονται οι στόχοι της διοίκησης και το χρονοδιάγραμμα υλοποίησής τους.

- Το συντονισμό του νοσοκομείου με τους υπόλοιπους φορείς υγειονομικής περίθαλψης της ΥΠΕ στην οποία υπάγεται, ο οποίος διευκολύνεται από την περιορισμένη έκταση αρμοδιότητας του νοσοκομείου.
- Τη στελέχωση του νοσοκομείου μέσα από αξιοκρατικές διαδικασίες και την προώθηση της διαρκούς εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού.
- Τον έλεγχο της πορείας επίτευξης των στόχων και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω ενός συστήματος δεικτών αξιολόγησης.

6.2.5 Εξωτερικό περιβάλλον

Δημογραφικές εξελίξεις

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύει η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), τα οποία προκύπτουν από τις δύο τελευταίες απογραφές πληθυσμού το 2001 και το 2011, ο γενικός πληθυσμός της χώρας παρουσίασε μία ελαφριά μείωση της τάξεως του 0,1%. Αντιθέτως, ο πληθυσμός της Κρήτης, κατά τη διάρκεια της ίδιας δεκαετίας, κατέγραψε μία αύξηση της τάξης του 4,8%, η οποία ήταν υψηλότερη για το γυναικείο πληθυσμό (6,8% έναντι 2,8% του ανδρικού πληθυσμού). (Κακλαμάνη Σ., 2014). Πιο αναλυτικά, στη διάρκεια της δεκαετίας 2001-2011, ο πληθυσμός της Κρήτης κατέγραψε αύξηση κατά 28.697 κατοίκους. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε αντίθεση με τις καταγεγραμμένες τάσεις για το σύνολο της χώρας, ο πληθυσμός της Περιφέρειας Κρήτης παρουσιάζει μία συνεχή αυξητική τάση από το 1981 με ποσοστιαίες μεταβολές που υπερβαίνουν τις αντίστοιχες της χώρας (Οργανισμός Ανάπτυξης Κρήτης Α.Ε., 2017)

Αναφορικά με το δείκτη γήρανσης του πληθυσμού, τα στοιχεία για τον πληθυσμό της Κρήτης διαφοροποιούνται σε σχέση με τα αντίστοιχα στοιχεία για το γενικό πληθυσμό. Αναλυτικά, η Κρήτη παρουσιάζει χαμηλότερο δείκτη γήρανσης σε σχέση με το γενικό δείκτη της χώρας, ο οποίος ανέρχεται σε 17,6 έναντι του δείκτη 19,5 για το γενικό πληθυσμό (Κακλαμανάκη Σ., 2014).

Όσον αφορά τον αριθμό των αλλοδαπών που διαμένουν μόνιμα στην Κρήτη, σύμφωνα με τα στοιχεία του απολογισμού του 2011, αυτοί ανέρχονται σε 63.335 άτομα, αριθμός που αντιστοιχεί στο 10% του συνολικού πληθυσμού του νησιού.

Συνεπώς, η Κρήτη παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό αλλοδαπών σε σχέση με το σύνολο της Ελλάδας, οι περισσότεροι εκ των οποίων αποτελούν συνταξιούχους από τη Β.Δ. Ευρώπη και οικονομικούς μετανάστες από τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία (Κακλαμάνη Σ., 2014). Σημειώνεται ότι λόγω των πολύ έντονων προσφυγικών ροών που δέχεται η χώρα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, θα μπορούσε να διατυπωθεί η εικασία ότι το ποσοστό αλλοδαπών που διαμένει στο σύνολο της χώρας είναι πιθανό να έχει αυξηθεί δραματικά και να έχει εξισωθεί ή και να έχει υπερβεί το αντίστοιχο ποσοστό της Κρήτης.

Νοσηρότητα και θνησιμότητα

Σύμφωνα με τα στοιχεία της EUROSTAT σχετικά με την Περιφέρεια Κρήτης κατά την περίοδο 1991-2011, υπάρχει μία γενική αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής, που αφορά σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού, η οποία είναι λιγότερο έντονη κατά τη δεκαετία 2001-2011. Η εν λόγω αυξητική τάση του προσδόκιμου χρόνου ζωής, συνεπάγεται χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με εξαίρεση τα άτομα άνω των 70 ετών. Η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης δεν υπήρξε ομοιογενής ανάμεσα στα δύο φύλα αφού οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερη αύξηση σε σχέση με τις γυναίκες ενώ, ειδικότερα για τις γυναίκες, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής είναι εξαιρετικά περιορισμένη για άτομα άνω των 79 ετών (Κακλαμάνη Σ., 2014).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας της Μόσχου (2019) σχετικά με τους δείκτες νοσηρότητας ανά ασθένεια που αφορούν την Περιφέρεια Κρήτης, συλλέχθηκαν τα εξής στοιχεία που αφορούν το έτος 2011:

- Ο γενικός δείκτης νοσηρότητας του νησιού, δηλαδή αναφορικά με το σύνολο των ασθενειών έχει την τιμή 110.
- Ο δείκτης νοσηρότητας της Κρήτης σχετικά με λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα έχει την τιμή 108.
- Ο δείκτης νοσηρότητας της Κρήτης σχετικά με νεοπλασματικές ασθένειες έχει την τιμή 119.

- Ο δείκτης νοσηρότητας της Κρήτης σχετικά με νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηριακών οργάνων έχει την τιμή 103.
- Ο δείκτης νοσηρότητας της Κρήτης σχετικά με νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος έχει την τιμή 101.
- Ο δείκτης νοσηρότητας της Κρήτης σχετικά με νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος έχει την τιμή 120.
- Ο δείκτης νοσηρότητας της Κρήτης που σχετίζεται με κακώσεις και δηλητηριάσεις έχει την τιμή 103.

Συμπερασματικά, οι έμμεσα προτυποποιημένοι δείκτες νοσηρότητας (SMR) της Κρήτης σχετικά με τις προαναφερθείσες ασθένειες είναι υψηλότεροι από τους αντίστοιχους δείκτες νοσηρότητας της χώρας, οι οποίοι είναι ίσοι με 100. Επιπλέον, οι ασθένειες που παρουσιάζουν τον υψηλότερο επιπολασμό στη περιφέρεια της Κρήτης είναι οι νεοπλασματικές ασθένειες και τα νοσήματα που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα.

Ευρωπαϊκό- εθνικό οικονομικό περιβάλλον

Σε σχέση με το οικονομικό περιβάλλον, τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ισχύουν τα στοιχεία που παρατέθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο σχετικά με το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο. Ωστόσο, αξίζει να παρατεθούν τα οικονομικά στοιχεία που αφορούν τις δαπάνες που σχετίζονται με το ΓΝΗ Βενιζέλειο, τα οποία αφορούν την περίοδο 2001-2012 (7^η ΥΠΕ, 2013):

- Μέσο κόστος ανά ασθενή (λειτουργικές δαπάνες + μισθοδοσία):

2001: 1.928,92 € 2012: 2.084,77 €

- Μέσο κόστος ανά ασθενή βάσει λειτουργικών δαπανών:

2001: 830,77 € 2012: 779,81 €

- Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας (λειτουργικές δαπάνες + μισθοδοσία):

2001: 465,07 € 2012: 698,83 €

- Μέσο κόστος νοσηλείας ανά ημέρα νοσηλείας βάσει λειτουργικών δαπανών

2001: 200,30 € 2012: 261,40 €

- Λειτουργικές δαπάνες:

2001: 21.337.371,15 € 2012: 25.985.668,30 €

Δαπάνες υγείας

Δεδομένου ότι τα γενικά στοιχεία για τις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα έχουν παρατεθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο, κρίνεται σκόπιμο να παρατεθούν οι δαπάνες υγείας που αφορούν την 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης:

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύονται στον απολογισμό έργου της 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (Υπουργείο Υγείας, 2017):

- Η φαρμακευτική δαπάνη παρουσίασε μία σημαντική μείωση κατά το διάστημα 2010-2015, της τάξης του 53,32%. Ωστόσο, κατά το διάστημα 2015-2016 κατέγραψε μία αύξηση 19.046.015 ευρώ, ως αποτέλεσμα της μετακίνησης του κόστους των φαρμακευτικών σκευασμάτων υψηλού κόστους από τα Φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ στα φαρμακεία των νοσοκομείων.
- Οι υπόλοιπες δαπάνες υγείας παρουσίασαν σημαντική μείωση κατά το διάστημα 2010-2016 32,61%.
- Κατά το έτος 2016, το ποσοστό εκτέλεσης του προϋπολογισμού ήταν εξαιρετικά υψηλό και ανήλθε σε 99,10%..

Σημειώνεται ότι για το έτος 2016, το ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης της 7^{ης} ΥΠΕ που αντιστοιχούσε στο ΓΝΗ Βενιζέλειο ήταν 17,69%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις λοιπές δαπάνες υγείας ήταν ίσο με 21,88%.

6.2.6 Ανάλυση SWOT

Δυνατά σημεία- Πλεονεκτήματα (Strengths)

Προσανατολισμός της διοίκησης στην ποιότητα

Όπως αναφέρεται στην επίσημη ιστοσελίδα του νοσοκομείου ΓΝΗ «Βενιζέλειο-Πανάνειο», η διοίκηση του δίνει μεγάλη έμφαση στο ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εφαρμόζοντας μία συγκεκριμένη πολιτική ποιότητας, η οποία βασίζεται στις αρχές του συστήματος ΔΟΠ καθώς και του διεθνούς προτύπου ISO 9001: 2015. Οι στόχοι της εφαρμοζόμενης πολιτικής ποιότητας έχουν επίκεντρο την παροχή ιατρικών υπηρεσιών υψηλού επιπέδου που να καλύπτουν τις ανάγκες και προσδοκίες όλων των εμπλεκόμενων μερών (ασθενείς, συνοδοί, εργαζόμενοι) και οι οποίες συμβαδίζουν με τα διεθνή πρότυπα ποιότητας.

Υψηλά ποσοστά ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύονται στον ετήσιο απολογισμό του 2019, το ποσοστό της συνολικής ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ανέρχεται σε 85,6%. Σημειώνεται ότι το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης αντιστοιχεί στις Διοικητικές Υπηρεσίες του νοσοκομείου (90%), ενώ ακολουθεί το ποσοστό ικανοποίησης από τις Ιατρικές Υπηρεσίες με ποσοστό 83,6%.

Προγραμματισμός

Η κάθε νέα διοίκηση του νοσοκομείου καταρτίζει ένα πρόγραμμα στρατηγικού σχεδιασμού με τριετή διάρκεια. Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει την αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης του ιδρύματος και τη διατύπωση των στρατηγικών στόχων του νοσοκομείου, καθώς και το χρονοδιάγραμμα της εκπόνησής τους.

Στελέχωση

Το σύνολο των τμημάτων και τομέων του ΓΝΗ Βενιζελείου στελεχώνεται με αξιολόγο προσωπικό, υψηλού επιστημονικού υπόβαθρου, το οποίο εξασφαλίζεται μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης, κατάρτισης και αξιολόγησης των εργαζομένων (www.venizeleio.gr).

Συντονισμός

Το περιορισμένο εύρος και τα ενιαία χαρακτηριστικά της γεωγραφικής περιοχής αρμοδιότητας του νοσοκομείου ευνοούν την άμεση και αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των διαφόρων φορέων υγειονομικής περίθαλψης του νησιού (ΥΠΕ, νοσοκομεία) (Ετήσιος Απολογισμός νέας Διοίκησης, 2016-2017).

Έλεγχος

Ο περιοδικός έλεγχος της δραστηριοτήτων του νοσοκομείου μέσω της εφαρμογής ενός συστήματος δεικτών αξιολόγησης και η λήψη αποφάσεων στη βάση των αποτελεσμάτων τους (www.venizeleio.gr) διασφαλίζει την αποφυγή τυχόν αποκλίσεων από τους τεθέντες στόχους και τη διαρκή ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Καινοτομία

Μία από τις βασικές πτυχές της αποστολής του Βενιζέλειου Νοσοκομείου είναι η υιοθέτηση και εφαρμογή καινοτόμων ιατρικών μεθόδων και πρακτικών (www.venizeleio.gr), οι οποίες μπορούν να συμβάλουν θετικά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κύρος

Το νοσοκομείο απολαμβάνει την αποδοχή και την εμπιστοσύνη της τοπικής κοινωνίας, λόγω του υψηλού ποιοτικού επιπέδου των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχει.

Αδύνατα σημεία- Μειονεκτήματα (Weaknesses)

Ελλείψεις προσωπικού

Ένα βασικό μειονέκτημα του νοσοκομείου αποτελούν οι ελλείψεις που παρατηρούνται σε προσωπικό όλων των τομέων. Οι ελλείψεις αυτές αποτυπώνονται στους δείκτες μέτρησης του αριθμού νοσηλευόμενων ανά ιατρό, τον αριθμό νοσηλευόμενων ανά νοσηλεύτη, τη διάρκεια νοσηλείας ανά ιατρό, τη διάρκεια νοσηλείας ανά νοσηλευτές, τον αριθμό των νοσηλευόμενων ανά σύνολο εργαζομένων και τη διάρκεια νοσηλείας ανά σύνολο εργαζομένων (Ετήσιος Απολογισμός Νέας Διοίκησης 2016-2017). Επιπλέον, παρατηρούνται σχετικά χαμηλά

ποσοστά κάλυψης των οργανικών θέσεων του νοσοκομείου από μόνιμο προσωπικό. Ενδεικτικά, το συγκεκριμένο ποσοστό για το ιατρικό προσωπικό ανέρχεται σε 66% (Ετήσιος Απολογισμός, 2019). Όλα τα παραπάνω επιδρούν αρνητικά στην αποδοτικότητα του νοσοκομείου και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κτιριακές υποδομές

Οι κτιριακές υποδομές του νοσοκομείου θεωρούνται απαρχαιωμένες, ενώ η χωροταξική κατανομή των θαλάμων κρίνεται ως αναχρονιστική. Επιπλέον, προβληματικό θεωρείται το μεγάλο μέγεθος των θαλάμων και η απουσία τουαλέτας σε πολλούς από αυτούς (Απολογισμός Νέας Διοίκησης, 2016-2017). Τα παραπάνω επιδρούν αρνητικά στην προσπάθεια της διοίκησης για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ευκαιρίες (Opportunities)

Εισαγωγή νέου μοντέλου διοίκησης

Η εισαγωγή των αρχών της ΔΟΠ και η έμφαση στην επίτευξη των τεθέντων στόχων αποτελούν εκσυγχρονισμό του εφαρμοζόμενου συστήματος διοίκησης, αφού εισήχθησαν μόλις πριν από λίγα χρόνια στη διοίκηση του Βενιζελείου από την προηγούμενη διοικητική αρχή. Η εφαρμογή των αρχών αυτών και η κατάρτιση και έμφαση στην τήρηση του στρατηγικού σχεδιασμού του νοσοκομείου αναμένεται να επιδράσει θετικά στην αύξηση της αποδοτικότητας του νοσοκομείου και στην ενίσχυση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Προαγωγή πληροφοριακών συστημάτων

Η εισαγωγή και συνεχής ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων από το νοσοκομείο έχει συντελέσει στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, διευκολύνοντας το έργο του προσωπικού και βελτιώνοντας την εξυπηρέτηση των πολιτών μέσω της χρήσης των παρεχόμενων ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Η περαιτέρω ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος αναμένεται να ενισχύσει και το έργο της διοίκησης μέσω της ηλεκτρονικής παρακολούθησης της διαδικασίας επίτευξης των στόχων και των σχετικών δεικτών αξιολόγησης. (Απολογισμός Νέας Διοίκησης, 2016-2017).

Απειλές (Threats)

Οικονομική κρίση

Η οικονομική κρίση που διένυσε η χώρα κατά τη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας είχε σημαντική επίδραση στο εθνικό σύστημα υγείας αφού στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής της χώρας περιορίστηκε σημαντικά το ύψος της χρηματοδότησης για την υγεία. Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία αντιμετώπισαν μεγάλες δυσκολίες στην αποζημίωση των φορέων υγείας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν σημαντικά ελλείμματα στα νοσοκομεία της χώρας. Αν και η χώρα έχει πλέον ανακάμψει, πρόσφατες μελέτες (European Commission, 2020) περιέχουν προβλέψεις για είσοδο της χώρας σε νέα περίοδο σημαντικής οικονομικής ύφεσης. Η οικονομική δυσπραγία του κράτους και ο περαιτέρω περιορισμός των κρατικών δαπανών υγείας αναμένεται να επηρεάσει δυσμενώς την προσπάθεια του νοσοκομείου για εφαρμογή ενός αποδοτικού συστήματος ΔΟΠ, αφού θα περιοριστεί η δυνατότητά του για διεξαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων του προσωπικού και η ανανέωση της κτιριακής και τεχνολογικής υποδομής.

Δημογραφικές εξελίξεις

Η καταγραφόμενη αύξηση του αριθμού του πληθυσμού της επικράτειας αρμοδιότητας του νοσοκομείου, σε συνδυασμό με την αύξηση της νοσηρότητας αναμένεται να επιφέρουν αύξηση του φόρτου εργασίας του νοσοκομείου. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις παρατηρούμενες ελλείψεις σε προσωπικό αναμένεται να επιδράσει αρνητικά στην προσπάθεια της διοίκησης για διαρκή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο διοίκησης δημόσιων νοσοκομείων

Το υφιστάμενο πλαίσιο διοίκησης των δημόσιων νοσοκομειακών ιδρυμάτων θεωρείται ότι λειτουργεί ανασταλτικά στην εφαρμογή ενός αποτελεσματικού μοντέλου ΔΟΠ, αφού παρέχει ελάχιστα περιθώρια ευελιξίας και εργαλεία άσκησης σύγχρονου management.

Πανδημία covid-19

Το ξέσπασμα της πανδημίας επηρεάζει σημαντικά το ποσοστό επίτευξης των τεθέντων στρατηγικών στόχων του νοσοκομείου, αφού ένα σημαντικό ποσοστό κονδυλίων, προσωπικού και εγκαταστάσεων χρησιμοποιείται για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών που νοσούν με covid-19, καθώς και τον εμβολιασμό πολιτών και υγειονομικού προσωπικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, η οποία είχε ως αντικείμενο τη διερεύνηση των αρχών και μοντέλων διοίκησης που εφαρμόζονται στα σύγχρονα νοσοκομειακά ιδρύματα, έγινε ανάλυση δύο ελληνικών νοσοκομείων, τα οποία ναι μεν λειτουργούν υπό διαφορετικό νομικό καθεστώς, αφού το ένα αποτελεί ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) και το άλλο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΙΔΔ), αλλά οι διοικήσεις τους είναι προσανατολισμένες στη συνεχή αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Στο παρόν τελευταίο κεφάλαιο θα επιχειρηθεί η σύγκριση των δύο νοσοκομείων, όσον αφορά τα μοντέλα και τις αρχές διοίκησης που εφαρμόζουν καθώς και των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων που παρουσιάζουν ως αποτέλεσμα του τρόπου διοίκησής τους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, και τα δύο νοσοκομεία υιοθετούν κατά τη διοίκησή τους ορισμένες από τις βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Οι βασικές αρχές της ΔΟΠ που εφαρμόζονται και στα δύο νοσοκομεία που εξετάστηκαν είναι:

- Έμφαση στην επίτευξη υψηλού επιπέδου ικανοποίησης των πελατών του νοσοκομείου, εσωτερικών (εργαζομένων και προμηθευτών) και εξωτερικών. Οι διοικήσεις των δύο νοσοκομείων χρησιμοποιούν κατάλληλα συστήματα μέτρησης του ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών και των οικείων τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και καταγράφουν πολύ υψηλά ποσοστά, τα οποία υπερβαίνουν το 80% των ερωτηθέντων. Όσον αφορά την ικανοποίηση των εσωτερικών πελατών των νοσοκομείων, αυτή επιτυγχάνεται μέσω της οικοδόμησης σχέσεων εμπιστοσύνης στην περίπτωση των προμηθευτών και μέσω της δημιουργίας ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος, της προώθηση προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και του προσδιορισμό των ιδιαίτερων αναγκών των εργαζομένων.
- Προώθηση ομαδικής συνεργασίας του προσωπικού που στελεχώνει τους διάφορους τομείς και τμήματα των δύο νοσοκομείων. Η καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων αυξάνει την ικανοποίηση που αυτοί λαμβάνουν μέσω της

εργασίας τους με αποτέλεσμα αυξημένους δείκτες αποδοτικότητας για τα νοσοκομεία και ενισχυμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα στο Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, η διοίκηση δίνει μεγάλη έμφαση στην επικοινωνία της φιλοσοφίας και των στόχων του ιδρύματος σε όλους τους εργαζομένους, αφού θεωρεί πως εάν οι εργαζόμενοι συμμεριστούν τους στόχους και τις αρχές του νοσοκομείου και κατανοήσουν τους βέλτιστους τρόπους για την επίτευξή τους, θα μπορέσουν να αποδώσουν καλύτερα στην εργασία τους.

- Έμφαση στο διαρκή εκσυγχρονισμό των εφαρμοζόμενων πρακτικών, μέσω της υιοθέτησης καινοτόμων μεθόδων που μπορεί να ενισχύσουν σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, το ΓΝΗ Βενιζέλειο- Πανάνειο, πέραν των αρχών της ΔΟΠ που εισήχθησαν από την προηγούμενη διοίκηση του ιδρύματος που ανέλαβε το 2016, εφαρμόζει τις αρχές του διεθνούς προτύπου ποιότητας ISO: 9001:2015, στα πλαίσια της γενικής πολιτικής ποιότητας του νοσοκομείου. Μάλιστα, ορισμένα τμήματα του νοσοκομείου έχουν λάβει την πιστοποίηση από το σχετικό διεθνή φορέα (Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία), γεγονός που αποδεικνύει την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας από αυτά. Επιπροσθέτως, και το ΩΚΚ έχει λάβει από το 2004 την πιστοποίηση ISO 9001:2000 για τις συνολικές του υπηρεσίες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από τον ΕΛΟΤ, την SQS και την IQNet. Το εν λόγω πιστοποιητικό αναβαθμίστηκε το 2011 λαμβάνοντας την πιστοποίηση ISO 9001:2008.

Αναφορικά με τις εφαρμοζόμενες αρχές διοίκησης στα δύο νοσοκομεία που εξετάστηκαν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, αυτές είναι, σε γενικές γραμμές, κοινές και στις δύο περιπτώσεις και περιλαμβάνουν:

- Προγραμματισμός: Τα δύο νοσοκομεία καταρτούν ένα στρατηγικό σχέδιο σε ετήσια ή τριετή βάση, μέσα στο οποίο διατυπώνονται σαφώς οι στρατηγικοί στόχοι της διοίκησης για το ανάλογο χρονικό διάστημα, καθώς και το χρονοδιάγραμμα επίτευξής τους. Η διατύπωση των στόχων των νοσοκομειακών ιδρυμάτων είναι εξαιρετικά σημαντική μέσα στο σύγχρονο περιβάλλον, το οποίο χαρακτηρίζεται από μεγάλη μεταβλητότητα, καθώς και οικονομική δυσπραγία. Η στοχοθεσία βοηθάει τις διοικήσεις των νοσοκομειακών ιδρυμάτων να οργανώσουν με τέτοιο τρόπο τη λειτουργία τους, ώστε να επιτευχθούν τα μέγιστα δυνατά οφέλη για τους πολίτες στον

τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, με τους περιορισμένους οικονομικούς πόρους που έχουν στη διάθεσή τους. Κατά συνέπεια, τα νοσοκομεία επιτυγχάνουν την ελαχιστοποίηση των οικονομικών τους ελλειμμάτων και την επίτευξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τους εσωτερικούς και εξωτερικούς τους πελάτες εν όψει και της διαφαινόμενης νέας οικονομικής κρίσης που θα βιώσει η χώρα.

- **Συντονισμός:** Και τα δύο νοσοκομεία επιδιώκουν το μέγιστο δυνατό συντονισμό, τόσο μεταξύ των εργαζομένων που στελεχώνουν τους διάφορους τομείς και τμήματα που περιλαμβάνουν, όσο και με τους υπόλοιπους φορείς υγειονομικής περίθαλψης του ΕΣΥ, προκειμένου να επιτευχθούν τα μέγιστα δυνατά οφέλη για τους ασθενείς. Ωστόσο, κρίνεται πως το ΓΝΗ Βενιζέλειο- Πανάνειο επιτυγχάνει καλύτερα επίπεδα συντονισμού δεδομένης της περιορισμένης και ενιαίας γεωγραφικής έκτασης που εμπίπτει στην αρμοδιότητά του, σε αντίθεση με το ΩΚΚ, το οποίο παρέχει εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες που αναζητούν πολίτες από το σύνολο της επικράτειας. Σημειώνεται πως τα επίπεδα συντονισμού του ΩΚΚ αναμένεται να ενισχυθούν μετά την ίδρυση και λειτουργία του ΩΕΜΕΚ.
- **Στελέχωση:** Τα δύο νοσοκομεία που εξετάστηκαν δίνουν μεγάλη έμφαση στην επιλογή των ατόμων που τα στελεχώνουν στη βάση υψηλών αξιοκρατικών κριτηρίων, ώστε να διασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας. Ωστόσο, το ΩΚΚ αποτελεί πόλο έλξης διεθνούς φήμης ιατρικού προσωπικού ως αποτέλεσμα της εγνωσμένης φήμης του ως μία πρότυπη καρδιοχειρουργική μονάδα άριστης ποιότητας και του γεγονότος ότι η μισθοδοσία του προσωπικού γίνεται από τα έσοδα του Κέντρου και όχι από το ελληνικό κρατικό προϋπολογισμό, με αποτέλεσμα οι απολαβές του προσωπικού να μην επηρεάζονται άμεσα από τις οικονομικές δυσχέρειες του Κράτους.
- **Υποκίνηση προσωπικού:** Πέραν του προσδιορισμού και κάλυψης των αναγκών των ασθενών, οι διοικήσεις των δύο νοσοκομείων επιδιώκουν και την κατανόηση και κάλυψη των αναγκών του προσωπικού με στόχο τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητάς τους στην εργασία τους.
- **Έλεγχος:** Οι διοικήσεις των δύο νοσοκομείων που εξετάστηκαν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας δίνουν μεγάλη έμφαση στο διαρκή έλεγχο της λειτουργίας τους μέσω της εφαρμογής συστημάτων και δεικτών αξιολόγησης των επιμέρους τομέων

των δραστηριοτήτων τους. Η διενέργεια τακτικών ελέγχων από τις διοικήσεις των νοσοκομείων βοηθά στον έγκαιρο εντοπισμό τυχόν αποκλίσεων από τους τεθέντες στόχους και τη λήψη αποφάσεων, βασισμένων στα στοιχεία που λαμβάνονται μέσω των ελέγχων, με στόχο την έγκαιρη εφαρμογή διορθωτικών παρεμβάσεων στην περίπτωση που κάτι τέτοιο καταστεί αναγκαίο, ώστε να επιτυγχάνεται η βέλτιστη δυνατή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όσον αφορά τα βασικά μειονεκτήματα και απειλές που αντιμετωπίζουν τα δύο νοσοκομεία, αυτά απορρέουν, κατά κύριο λόγο, από την οικονομική δυσπραγία του ελληνικού κράτους και τις δημογραφικές εξελίξεις του πληθυσμού της χώρας. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας και η διαφανόμενη κρίση λόγω πανδημίας covid-19 έχει δημιουργήσει προβλήματα ρευστότητας στα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας, λόγω της αδυναμίας των ασφαλιστικών ταμείων να καταβάλλουν εγκαίρως τις αποζημιώσεις για τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, αξίζει να επισημανθεί πως η γήρανση του πληθυσμού και η εισροή μεγάλου όγκου προσφύγων και μεταναστών αυξάνει το φόρτο εργασίας του ΕΣΥ, λειτουργώντας ανασταλτικά στις προσπάθειες των διοικήσεων για εισαγωγή καινοτομιών, διενέργεια εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων και εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων management. Επιπλέον, ανασταλτικά στον εκσυγχρονισμό της διοίκησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων της χώρας λειτουργεί και το υφιστάμενο νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία τους, κάτι που είναι περισσότερο εμφανές στην περίπτωση του ΓΝΗ Βενιζελείου, το οποίο λειτουργεί υπό τη μορφή ΝΠΔΔ.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι προαναφερθείσες δυσκολίες είναι πολύ σημαντικό να εκσυγχρονιστεί το νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία του τομέα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας. Είναι γεγονός ότι η εφαρμογή ριζικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της ελληνικής δημόσιας διοίκησης, κατά κανόνα, συναντά σημαντικές αντιδράσεις και δυσκολίες. Ωστόσο, είναι απαραίτητο η πολιτική ηγεσία της χώρας, αφενός να εντοπίσει της παθογένειες του τομέα και τα πλεονεκτήματα που οι σύγχρονες θεωρίες management μπορούν να προσφέρουν και αφετέρου, να προωθήσει δράσεις ενημέρωσης της ελληνικής κοινωνίας σχετικά με αυτά.

Όσον αφορά τα προβλήματα που σχετίζονται με οικονομικά ζητήματα ή ζητήματα που σχετίζονται με έκτακτες περιστάσεις (π.χ. ξέσπασμα πανδημίας), η διαφαινόμενη νέα οικονομική κρίση, σε συνδυασμό με την παγκόσμια υγειονομική κρίση που σχετίζεται με τη νόσο covid-19 μπορούν να αποτελέσουν αφορμή για τη συνειδητοποίηση εκ μέρους των διοικήσεων των νοσοκομείων της έντονης μεταβλητότητας του σύγχρονου περιβάλλοντος, ώστε να επικεντρωθούν στην κατάρτιση στρατηγικών σχεδίων που να περιέχουν περιθώρια για αναπροσαρμογή τους ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες.

Συμπερασματικά, και τα δύο νοσοκομεία που εξετάστηκαν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας αναφορικά με τα πρότυπα και τις αρχές διοίκησης έχουν κατανοήσει την τεράστια σημασία της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης και επιδιώκουν τη συνεχή ενίσχυση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχουν, μέσω της εφαρμογής σύγχρονων μοντέλων και αρχών διοίκησης και αξιοποιώντας σύγχρονα εργαλεία management. Ωστόσο, η προσπάθεια αυτή συναντά σημαντικές δυσκολίες, οι βασικότερες εκ των οποίων σχετίζονται με οικονομικά και νομοθετικά ζητήματα, τα οποία δεν είναι πάντα εύκολο να προβλεφθούν ή να αντιμετωπιστούν. Προς επίρρωση των παραπάνω, η ικανότητα των διοικήσεων να προσαρμόζονται στις έκτακτες μεταβολές του σύγχρονου περιβάλλοντος μπορεί να συντελέσει καθοριστικά στην επίτευξη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, μέσα στα πλαίσια της γενικότερης φιλοσοφίας του ΕΣΥ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Ελληνική

1. 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.
2. Αποστολάκης, Ι., Λουκής, Ε., & Χάλαρης, Ι. (2008) *Ηλεκτρονική Δημόσια Διοίκηση: Οργάνωση, Τεχνολογία και Εφαρμογές*. Αθήνα: Παπαζήση
3. Ασπρίδης, Γ.Μ. & Ρωσσίδης, Ι. (2016) *Η στρατηγική της διοίκησης γνώσης ως παράγοντας βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας των οργανισμών*. Δελτίον Διοικήσεως Επιχειρήσεων, 421: 8-17
4. Βελονάκη, Β.-Σ., & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α. (2006) *Ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα*. Νοσηλευτική, 45: 491-499.
5. Βουρνάς Τ. (1998) *Ιστορία της Σύγχρονης Ελλάδας, Ο εμφύλιος*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
6. Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο: *Συνοπτικός Απολογισμός 2019*.
<https://www.venizeleio.gr/wp-content/uploads/2020/07/%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3-2019.pdf>
7. Γερμενής, Α. (1994). *Μαθήματα πρώτων βοηθειών για επαγγέλματα υγείας*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
8. ΓΝΗ Βενιζέλειο, *Ιούνιος 2016- Μάιος 2017: Ένας χρόνος νέας Διοίκησης*.
<https://www.venizeleio.gr/wp-content/uploads/2018/03/%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3-1-%CE%95%CE%A4%CE%9F%CE%A5%CE%A3-%CE%94%CE%99%CE%9F%CE%99%CE%9A%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3.pdf>

9. Γούλα Α. (2007) *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*, εκδ. Β'. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
10. 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.
11. Γώγος, Β. Χ. (2011) *Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα*. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(1): 10-21.
12. Δανηλίδου, Α. (2009) *Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα*. (διδακτορική διατριβή). Αλεξανδρούπολη: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
13. Δέδε, Σ.Π. (2017) *Αποτελεσματική διοίκηση οργανισμών με τη χρήση ευέλικτων εφαρμογών πληροφορικής: Μελέτη περίπτωσης Κ.Ε.Π.* (διδακτορική διατριβή). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
14. Δερβένης, Χ. & Πολύζος, Ν. (1995) *Μελέτη- πρόταση για την οργάνωση- διοίκηση του ΕΣΥ και την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
15. Δημητριάδης, Σ.Γ., & Μιχιώτης, Α.Ν. (2007) *Διοίκηση Παραγωγικών Συστημάτων*. Αθήνα : Κριτική .
16. Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999) *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ.
17. Δικαίος, Κ., & Χλέτσος, Μ. (1999) *Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Πάτρα: ΕΑΠ
18. Ευσταθίου, Μ. (2013) *Συγκριτική μελέτη: Μέθοδοι και εργαλεία μανατζμεντ στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε περίοδο κρίσης. Η περίπτωση της Ελλάδας*. (διπλωματική εργασία). Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
19. Ζαβλάνος, Μ. (1996) *Οργάνωση και διοίκηση*. Αθήνα: Έλλην

20. Ζαβλανός, Μ.Μ. (2006) *Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα προϊόντα*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης
21. Ζακυνθινός, Κ. (2019) *Ωνάσειο: Ξεκινούν οι εργασίες για το «νέο» κέντρο-Έτοιμο το 2022*. <https://www.healthpharma.gr/public-health/premiera-neo-onaseio-xekinoyoi-ergasies-etoimo-2022/> (Πρόσβαση 15/01/2021)
22. Ζηλίδης Χ. (1995) *Τα κέντρα υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
23. Θανασάς, Ι., & Χαραλάμπους, Μ. (2016) *Βασικές αρχές διοίκησης δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα*. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21(2): 158-170.
24. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
25. Ιωαννίδης, Σ. (2001) *Επιχείρηση και επιχειρηματικότητα*. Αθήνα: Παπαζήση.
26. Ιωάννου, Γ. (2005) *Διοίκηση παραγωγής και υπηρεσιών*. Αθήνα: Σταμούλη
27. 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.
28. Κακλαμάνη, Σ. (2014) *Προβολές πληθυσμού περιφέρειας Κρήτης*. <https://www.crete.gov.gr/wp-content/uploads/2014/09/4%20%20CE%A3%CE%A4%CE%91%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%99%CE%9D%CE%91%20%CE%9A%CE%91%CE%9A%CE%9B%CE%91%CE%9C%CE%91%CE%9D%CE%97.pdf> (πρόσβαση 20/01/2021)
29. Καλογεροπούλου, Μ. & Μπουρδουκούτας, Π. (2007) *Υπηρεσίες υγείας (Α' Τόμος)*. Αθήνα: Κλειδάριθμος
30. Καλογήρου, Γ.Π. κ.ά. (2016) *Κοινωνία της πληροφορίας και οικονομία της γνώσης*, Αθήνα: Κάλλιπος.

31. Καραπούλιος, Δ. (2005) *N.3329/05. Ο εκσυγχρονισμός στη Διοίκηση του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα*. Επιθεώρηση Υγείας, 16: 37 –41.
32. Καριώτης, Π. (1992) *Management υπηρεσιών υγείας και βιοϊατρική τεχνολογία*. Αθήνα: Euroclinica.
33. Καρπούζης, Κ. (2002) *Ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας –μεθοδολογίες ανάπτυξης ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς
34. Κεσίδης, Α. (2020) *Management και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*. (πτυχιακή εργασία). Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.
35. Κονταράτος, Α. (1990) *Η τέχνη της διοίκησης των επιχειρήσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΚΕΠΑ.
36. Κουρλιούρος, Η., Κορρές, Γ. & Κόκκινου, Α. (2013) *Η αποτελεσματικότητα των δημοσίων δαπανών, η κρίση χρέους και οι επιπτώσεις στην οικονομική ανάπτυξη*. Πρακτικά 11^{ου} Επιστημονικού Συνεδρίου της Ελληνικής Εταιρίας Περιφερειακής Επιστήμης: Αγροτική οικονομία, υπαίθριος χώρος, περιφερειακή και τοπική ανάπτυξη, Πάτρα.
37. Κτιστάκη, Σ. (2009) *Εισαγωγή στη Διοικητική Επιστήμη*. Αθήνα: Παπαζήση.
38. Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σουλιώτης, Κ., & Τσάκος, Γ. (2003) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο
39. Λανάρα Β. (2004) *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Θεωρητικό και Οργανωτικό Πλαίσιο*, 1Α Έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ηγεσία
40. Λιαρόπουλος, Λ. (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
41. Λογοθέτης, Ν. (1993) *Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας από τον Deming στον Taguchi και το Στατιστικό Έλεγχο των Διεργασιών (SPC)*. Αθήνα: Interbooks
42. Μακρυδημήτρης, Α. (1999) *Ο μεγάλος ασθενής. Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

43. Μαλακέλλη, Κ. (2016) *Η αντίχνευση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών του Management ολικής ποιότητας σε δημόσιο νοσοκομείο. Η περίπτωση του νοσοκομείου Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού*. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
44. Μαργαρίτης, Γ. (2000) *Ιστορία του Ελληνικού Εμφυλίου Πολέμου, Τόμος Ι*. Αθήνα: Εκδόσεις Βιβλιόραμα
45. Μόσχου, Ε. (2019) *Ανάλυση της θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού της Ελλάδας κατά κατηγορία νόσου σε επίπεδο περιφέρειας*. Διπλωματική εργασία. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
46. Μουζά-Λαζαρίδη, Α.Μ. (2013) *Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων*. Αθήνα: Ζυγός
47. Μπαιρακτάρης, Κ., Κωσταγιόλας, Π., & Πλατής, Χ. (2006) *Πτυχές και ζητήματα για τον προγραμματισμό στον τομέα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*. Επιθεώρηση Υγείας, 17: 16–20
48. Μπαλτάς, Γ. Ν. (1993) *Δικτύωση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Πατάκης
49. Μπένου, Α. (2015) *Η στρατηγική στη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων με έμφαση στην παρακίνηση και την εκπαίδευση των εργαζομένων*. (διπλωματική εργασία). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
50. Μπινιώρας, Σ. (2009) *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη.
51. Μπιτσάνη, Ε. (2006) *Διοίκηση ανθρώπινων πόρων*. Αθήνα: Διόνικος
52. Μπουραντάς, Δ. (2002) *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Μπένος.
53. Μπουραντάς, Δ. (2005) *Ηγεσία. Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας*. Αθήνα: Κριτική.
54. Μπουραντάς, Δ. (2015) *Μάνατζμεντ πλήρες θεωρητικό υπόβαθρο σύγχρονες προσεγγίσεις και μέθοδοι διοικητικές και ηγετικές ικανότητες*. Αθήνα: Εκδόσεις Ε. Μπένος.

55. Ναξάκης, Χ., Μιχαλόπουλος Ν., και συνεργάτες (1999) *Εισαγωγή στη διοικητική επιχειρήσεων και οργανισμών*, τόμος Α΄. Πάτρα: ΕΑΠ
56. Νιάκας, Δ., Κυριόπουλος, Ι., & Στάθης, Γ. (1995) *Πολιτική για την υγεία: οργάνωση, χρηματοδότηση, τεχνολογία. Ινστιτούτο Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Γνώση.
57. Οικονόμου, Χ. (2012) *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. ΙΝΕ ΓΣΕΕ. https://www.researchgate.net/publication/279291154_To_thesmiko_plaisio_parochon_astheneias_sten_Ellada_E_leitourgia_kai_o_rolos_tou_Ethnikou_Systematos_Ygeia_s (πρόσβαση 25/12/2021)
58. Οργανισμός Ανάπτυξης Κρήτης Α.Ε. (2017) *Πρόταση στρατηγικής τοπικής ανάπτυξης με πρωτοβουλία τοπικών κοινοτήτων στο πλαίσιο του άξονα 5 (ΕΚΤ): Προώθηση της Κοινωνικής Ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας στην Κρήτη*. Διαθέσιμο στη: http://www.pepkritis.gr/wp-content/uploads/2018/06/oak_final.pdf (πρόσβαση 20/01/2021)
59. Παγκάκης, Γ. (2002) *Δημόσια διοίκηση και κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα
60. Παναγοπούλου, Β. (2012) *Από τι νοσεί το Ωνάσσειο; Ένθετο Κ εφημερίδας «Καθημερινή», 08/04/2012*.
61. Πετρίδου, Ε. (2006) *Διοίκηση-Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Ζυγός.
62. Πολύζος, Ν.Μ. (2014) *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική
63. Πρίφτη, Μ. (2017) *Πλεονεκτήματα- μειονεκτήματα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας*. (διπλωματική εργασία). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά
64. Ρωσσίδης, Ι. (2014). *Εφαρμογές του Επιχειρησιακού Μάνατζμεντ στην Ελληνική Δημόσια Διοίκηση*. Αθήνα: Σταμούλη
65. Σαΐτης, Α.Χ. (2005) *Οργάνωση και λειτουργία των σχολικών μονάδων*. Αθήνα: Σαΐτης

66. Σιγάλας Ι. (1994) *Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης*; Επιθεώρηση Υγείας, 5: 60 –64.
67. Σπυράκης, Γ. & Σπυράκη, Χ. (2008) *Ηλεκτρονική διακυβέρνηση (e- government). Εφαρμογές, οφέλη και κίνδυνοι*. Διοικητική Ενημέρωση: 56-70.
68. Στάθης Γ (1996) *Το μέλλον των ελληνικών νοσοκομείων*. Επιθεώρηση Υγείας, 7: 7 –10.
69. Σιγάλας, Ι. (2008) *Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές*. http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt
70. Σιγάλας, Ι., & Αλεξιάδης, Α. (1999) *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές*. Πάτρα: Ε.Α.Π.
71. Τζωρτζόπουλος, Α. (2018) *Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα- εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5): 649-664.
72. Τούντας, Γ. (2000) *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Νέα Υγεία.
73. Τούντας, Γ. (2002) *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία
74. Τούντας, Γ. (2006) *Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(1): 72-83
75. Τσιόκα, Α., Παγκάκη, Ε., Ευθυμιάδη, Α., Παγδάτογλου, Κ., Κουκουμπάνη, Τ., Σταυροθανασοπούλου, Α., Κουλουμουνδρή, Β., Σιάφη, Μ., Παπαποστόλου, Γ., Μωρίκη, Σ., Παγούνη, Ε., Παπασπύρου, Μ., Λέτσιου, Κ., Ηλιούδη, Σ., & Παραφόρου, Θ. (2016). *Πρωτόκολλο εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, ενός εργαλείου ποιότητας για τους δημόσιους οργανισμούς, στην Μ.Ε.Θ του Γ.Ν.Τρικούλων, με σκοπό την βελτίωση παροχών υγείας*. The Greek E-Journal of Perioperative Medicine, 14(a): 3-14
76. Τσιότρας, Γ. (2016) *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Κύπρος: Broken Hill Publishers

77. Τυλάκη Π. (1991) *Το ζήτημα της αποτελεσματικότητας του Δημόσιου Τομέα και ειδικότερα των δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας*. Επιθεώρηση Υγείας, 2(2): 58 –60.

78. Υπουργείο Υγείας (2017) *Απολογισμός έργου 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης 2016-2017*. <https://www.hc-crete.gr/Media/Default/BlogPost/38892/%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82%207%CE%B7%CF%82%20%CE%A5%CE%A0%CE%95%20%CE%9A%CF%81%CE%AE%CF%84%CE%B7%CF%82-1.pdf> (πρόσβαση 03/01/2021)

79. Υφαντόπουλος Ι. (2003) *Τα οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω

80. Φάμελη, Α. (2005) *Το Μοντέλο του EFQM και η Εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*. (διπλωματική εργασία). Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς

81. Φαρατζιάν, Α.Μ. (2007) *Στρατηγική και Ποιότητα Μονάδων και Υπηρεσιών Υγείας*. Διπλωματική Εργασία. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιά

82. Χλέτσος, Μ. (2016) *Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα –Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές. (Τόμος Β΄)*. Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία». Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

83. Χολέβας, Ι. (1995) *Οργάνωση και διοίκηση*. 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. Anthony, R. & Herzlinger, R.N. (1980) *Management control in non-profit organizations*. Michigan: R.D. Irwin.

3. 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.

4. Aubrey, L. (1953) *Health as a social concept*. The British Journal of Sociology, 4(2): 109-124.
5. Balasubramanian, M. (2016) *Total quality management [TQM] in the healthcare industry – challenges, barriers and implementation developing a framework for TQM implementation in a healthcare setup*. Scientific Journal of Public Health, 4: 271–278
6. Bass, B. (1985) *Leadership and Performance Beyond Expectations*. New York: Free Press.
7. Bass, M. B. (1990) Bass & Stogdill. *Handbook of Leadership: Theory, Research and Managerial Application*. (3rd Edition). New York: The Free Press.
8. Bass, B.M. (1999) *Two decades of research and development in transformational leadership*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 8 (1), 9-32.
9. Bass, B.M., & Avolio, B.J. (1995) *Technical Report*. Binghamton University, NY: Center for Leadership Studies. MLQ: Multifactor leadership questionnaire.
10. Bass, B.M., & Riggio, R. (2006) *Transformational Leadership*. New York: Psychology Press.
11. Bass, B.M. & Steidlmeier, P. (1999) *Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior*. Leadership Quarterly, 10 (2): 181-217
12. Benjamin, E.J., Virani, S.S., Callaway, C.W. et al. (2018) *Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association*. Circulation, 137: e67-e492.
13. Bennis, W., & Nanus, B. (1985) *Leaders: The strategies for taking charge*. NY: Harper & Row.
14. Black, S., Porter, L. (2000) *Management*. Upper Sandle River, NJ: Prentice Hall
15. Boan, D., & Funderburk, F. (2003) *Healthcare quality improvement and organisational culture. Insights*. Washington D.C.: Delmarva Foundation
16. Bossidy L., & Charan R. (2002) *Execution: the discipline of getting things done*. New York: Crown Business

17. Brown, M.E., & Trevino, L.K. (2006) *Ethical leadership: A review and future directions*. The Leadership Quarterly, 17(6): 595-616.
18. Burns, J. (1978) *Leadership*. New York, NY: Harper & Row.
19. Burns, J. (1998) *Transactional and Transforming leadership*. In Hickman R. G. (ed) *Leading organizations: Perspectives for a new era*. (pp.133-134). U.S.A: Sage Publications.
20. Calhoun, J.G., Dollett, L., Sinioris, M.E., Wainio, J.A., Butler, P.W., Griffith, J.R., et al. (2008) *Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership*. Journal of Healthcare Management, 53(6): 375-389.
21. 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.
22. Carl, D., Gupta, V., & Javidan, M. (2004) *Power distance*. In R. J. House, P. J. Hanges, M. Javidan, P. W. Dorfman & V. Gupta (Eds.), *Culture, leadership, and organizations: The GLOBE study of 62 societies* (pp. 513- 563). Thousand Oaks, CA: Sage.
23. 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
24. Chen, J.-C. (2005) *Leadership effectiveness, leadership style and employee redness*. Leadership and Organization Development Journal, 26(4): 280- 288.
25. Clarke, M. (1984) *Planning and analysis of healthcare systems*. London: Pion Limited
26. Conti, T. (1993) *Building total quality, a guide for management*. London: Chapman & Hall.
27. Crosby, P.B. (1979) *Quality is free. The art of making quality certain*. New York: Penguin Books.

28. 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.
29. Deming, E.W. (1986) *Out of the Crisis*. Cambridge: Cambridge University Press
30. Den Hartog, D., & Verburg, R. (2004) *High performance work systems, organizational culture and firm effectiveness*. Human Resources Management, 14: 55-78.
31. Donabedian, A. (1980) *The definition of quality and approaches to its assessment*. Chicago: Health Administration Press
32. Drucker, P.F. (1981) *The discipline of innovation*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2002/08/the-discipline-of-innovation> (πρόσβαση 29/12/2020)
33. DuBrin, A. J. (2004) *Γενικές Αρχές Management*. (2η Έκδοση). Αθήνα: Έλλην.
34. Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2010) *Greece: Health system review*. Health systems in transition, 12(7): 1-177.
35. Epitropaki, O., & Martin, R. (2005) *The moderating role of individual differences in the relation between transformational/ transactional leadership perceptions and organizational identification*. The Leadership Quarterly, 16: 569-589
36. European Commission (2019) *Η κατάσταση της υγείας στην Ε.Ε. : Ελλάδα, Προφίλ Υγείας* 2019. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf (πρόσβαση 18/01/2021)
37. European Commission, (2020) *European Economic Forecast Spring 2020*. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip125_en.pdf (Πρόσβαση 18/01/2021).
38. Fischer, S.A. (2016) *Transformational leadership in nursing: a concept analysis*. Journal of Leading Global Nursing Research, 72 (11): 2644 – 2653

39. 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
40. Franke, F., Felfe, J., & Pundt, A. (2014) *The impact of health – oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health promoting leadership*. *Zeitschrift fur Personalforschung*, 28 (1-2): 139-161.
41. Fu, S.L./., Chou, S.-Y., Chen, C.-K., & Wang, C.- W. (2015) *Assessment and cultivation of total quality management organisational culture—an empirical investigation*. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(1-2): 123-139
42. Garman, A. N. (2011) *Evidence update: Linking leadership Practices to organizational outcomes*. Presentation to the NCHL Leadership Excellence Networks web meeting.
43. 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.
44. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002) *The emotional reality of teams*. *Journal of Organizational Excellence*, 21 (2): 55-65.
45. 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
46. Grönlund, Å. (2004) *Introducing e-Gov: History, definitions, and issues*. *Communications of the Association for Information Systems*, 15: 713-729.
47. Gurt, J., Schwennen, C., & Elke, G. (2011) *Health-specific leadership: Is there an association between leader consideration for the health of employees and their strain and well – being?* *Work & Stress*, 25 (2): 108 – 127.
48. Haffer, A. (1986) *Facilitate change: choosing the approach strategy*. *Journal Nursing Administration*, 16: 18 –22.
49. Heggade, O.D. (2000) *Hospital management*. New Delhi: Mohit Publications

50. 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
51. 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
52. Huber, S. (2006) *Kooperative Fuehrung in der Schule: Entlastung oder Entmachtung von Schulleitung?*
53. Hunter, J. D. (2003) *Public Health Policy*. Cambridge: Polity Press
54. Ishikawa, K. (1985) *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. New Jersey: Prentice-Hall
55. Ishikawa, K. (1989) *Introduction to quality control*. London: Chapman & Hall.
56. James P.T.J. (1998) *Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας μια εισαγωγή*. Αθήνα: Κλειδάριθμος
57. James P.T.J. (1998) *Μάνατζμεντ ολικής ποιότητας μια εισαγωγή*. Αθήνα: Κλειδάριθμος
58. Judge, T.A., & Piccolo, R.F. (2004) *Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analytic Test of Their Relative Validity*. *Journal of Applied Psychology*, 89 (5): 755-768
59. Juran, J.M. (1981) *Management of Quality*. (4th ed). CT, Wilton: Juran Institute
60. Juran, J.M. (1988) *Juran's quality control handbook*. (4th ed). Juran & Gryna.
61. Juran, J.M. (1992) *Department quality planning*. *National Productivity Review*, 11(3): 287-300.
62. Kirsten, W. (2008) *Health and productivity management in Europe*. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(2): 136-144

63. 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.
64. Koontz, H., O'Donnel, C., & Weihrich, H. (1986). *Essentials of management*. New York: McGraw-Hill.
65. Kotler, P. (2000) *Μάρκετινγκ/Μάνατζμεντ: Ανάλυση, σχεδιασμός, υλοποίηση και έλεγχος*. 9^η Έκδοση, Τόμος Β'. Αθήνα: Interbooks.
66. Kotter, J.P. (1990) *A force for change: How leadership differs from management*. NY: Free Press.
67. Kotter, J.P. (2001) *What Leaders Really Do*. *Harvard Business Review*, Special Issue: 85–96
68. Kyriopoulos J. (ed.) (2004) *Health Systems in the World, From Evidence to Policy*. Athens: Papazisis Publishers
69. 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. <http://www.asq.org/pub/qmj/>
70. Langton, N., Robbins P. S., & Judge A. T., (2016) *Organizational behavior Concepts, controversies, applications*. (7th Canadian edition). Canada: Pearson Canada Inc.
71. 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.
72. Leiter, M.P., Frank, E., & Matheson, T.J. (2009) *Demands, values, and burnout. Relevance for physicians*. *Canadian Family Physician*, 55 (12): 1224-1225.
73. 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.

74. Lohr, K. (1990) *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Vol. I*. Washington, DC: National Academy Press
75. Mannion, R., Davies, H., & Marshall, M. (2005) *Cultures for performance in health care*. London: Open University Press, McGraw- Hill Education.
76. Marshall, E.S. (2011) *Transformational leadership in nursing: From expert clinician to influential leader*. New York: Springer Publishing Co.
77. Maslach, C., & Leiter, M.P. (2008) *Early predictors of job burnout and engagement*. *Journal of Applied Psychology*, 93 (3): 498-512.
78. Meindl, R.J. (1995) *The romance of leadership as a follower-centric theory: A social constructionist approach*. *The Leadership Quarterly*, 6 (3), 329-341
79. Meterko, M., Mohr, D.C., & Young, G.J. (2004) *Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals*. *Medical Care*, 42: 492-498.
80. Mokoena, S. (2012) *Effective Participative Management: Does It Affect Trust Levels of Stakeholders in Schools?* *Journal of Social Sciences*, 30(1): 43-53.
81. Montana, P. & Charmov, B. (2002) *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος
82. Mosadeghrad A.M. (2013) *Healthcare service quality: Towards a broad definition*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3): 203–219.
83. Mosadeghrad, A.M. (2014) *Factors influencing healthcare service quality*. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2): 77-89.
84. Nahrgang, J.D., Morgeson, F.P., & Hofmann, D.A. (2011) *Safety at work: A metaanalytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes*. *Journal of Applied Psychology*, 96 (1): 71-94.
85. Niakas, D. (2013) *Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription*. *International Journal of Health Services*, 43 (4): 597 –602
86. Nicolaou N., & Kentas, G. (2017) *Total quality management implementation failure: Reasons in healthcare sector*. *Journal of Health Sciences*, 5: 110–111
87. Northouse, P.G. (2007) *Leadership: Theory and Practice*. 4th Edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

88. Øvretveit, J. (2000) *What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
89. Øvretveit, J. (2003) *The quality of health purchasing*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 16(3): 116-127
90. Øvretveit J. (2009) *Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. London: The Health Foundation
91. 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
92. Pešić, M.M., & Čočić, T.M. (2010) *Importance of management strategies in museums and galleries*. Republic of Croatia
93. 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.
94. Pride, W. M., Hughes, R. J., & Kapoor, J. R. (2002) *Business* (7η έκδ.). Boston: Houghton Mifflin Company.
95. Robbins, P. S. & Judge, A., T. (2013) *Organizational behaviour*. (15th edition). New Jersey: Pearson education Inc
96. Robinson, T.N., Patrick, K., Eng, T.R., Gustafson, D. (1999) *An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication*. JAMA, 280 (14).
97. Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. (2004) *Social health insurance systems in Western Europe*. United Kingdom: McGraw-Hill Education
98. Saracci, R. (1997) *The World Health Organization needs to reconsider its definition of health*. BMJ, 314: 1409
99. Schmitt, M.J., & Allscheid, S.P. (1995) *Employee attitudes and customer satisfaction: Making theoretical and empirical connections*. Personnel Psychology, 48: 521–536

100. Schreurs, B., van Emmerik, H., Notelaers, G., & De Witte, H. (2010) *Job insecurity and employee health: The buffering potential of job control and job self-efficacy*. *Work & Stress*, 24 (1): 56-72.
101. Schuster, M.A., McGlynn, E.A., & Brook, R.H. (1998) *How good is the quality of health care in the United States?* *The Milbank Quarterly*, 76:517–64
102. Schwarz, J. & Schratz, M. (2012) *Demokratisierung in der LehrerInnenbildung: Portfolioarbeit und ihr Potenzial*. *Journal für LehrerInnenbildung*: 41-46
103. 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.
104. 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.
105. 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.
106. Sotiropoulos, D. (1998) *Populism and bureaucracy: The case of Greece under PASOK 1981-1989*. London: University of Notre Dame Press
107. Stevenson, W.J., Hojati, M. & Cao, J. (2007) *Operations management*. Boston: McGraw-Hill/Irwin.
108. Stogdill, R.M. (1963) *Manual for the Leader Behavior Description Questionnaire*. Columbus: Ohio State University Bureau of Business Research.
109. Talib, F. & Rahman, Z. (2010) *Total Quality Management implementation in the health care industry: A proposed framework*.
https://www.researchgate.net/publication/255805145_Total_Quality_Management_Implementation_in_the_Healthcare_Industry_A_Proposed_Framework
110. Thomson, R. (1980) *Next Steps in Implementing Quality Appraisal/Action Plans in Hospitals*. Thompson, Mohr & Associates

111. Thweatt, E., Kleiner, B. (2007) *New developments in health care*. Organizational Management, 9: 433-441.
112. Timmis, A., Townsend, N., Gale, C. et al. (2018) *European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2017*. European Heart Journal, 39: 508-579.
113. Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., & Nichols, M. (2016) *Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016*. European Heart Journal, 37: 3232-3245
114. Trastek, V., Hamilton, N., & Niles, E. (2014) *Leadership models in health care - a case for servant leadership*. Mayo Clinic Proceedings, 89(3): 374-381
115. 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
116. Weber, M. (1947) *The theory of social and economic organization*. New York: Oxford University Press
117. Vroom, V.H., & Jago, A.G. (1988) *The new leadership: Managing participation in organizations*. Englewood Cliffs: NJ Prentice – Hall.
118. Walston, S. L. , & Kimberly, J. R. (1997). *Reengineering hospitals: Experience and analysis from the field*. Hospital and Health Services Administration, 42(2): 143-163.
119. Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2006) *Organizing and the process of sensemaking*. Organization Science, 16: 409-421.
120. WHO Regional Office for Europe (2018) *Addressing informal payments in the Greek health system*. Copenhagen: WHO
121. Wiseman L., & McKeown, G. (2011) *Multipliers: how the best leaders make everyone smarter*. New York: Harper Collins.

122. 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.

123. Yukl, G. (2006) *Leadership in Organizations*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education

124. 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://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=EN>

2. <https://www.venizeleio.gr/>

www.onasseio.gr

3. <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/k-onasi-eis.pdf>

4. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (2021) *Οι προβλέψεις του υποδείγματος παραγόντων για τις βραχυπρόθεσμες προοπτικές του ΑΕΠ της ελληνικής οικονομίας*. Δελτίο τύπου.

https://www.kepe.gr/images/pdf/Press%20Office/%CE%95%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%BF_%CE%A0%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%BB%CE%AD%CF%88%CE%B5%CE%B9%CF%82_%CE%91%CE%95%CE%A0_%CE%9A%CE%95%CE%A0%CE%95_%CE%99%CE%B1%CE%BD%CE%BF%CF%85%CE%AC%CF%81%CE%B9%CE%BF%CF%82_2021.pdf

5. Φουντανίδου, Ε. (2014) *Θηλιά για το Ωνάσειο οι υψηλές ιατρικές αμοιβές*. <https://www.tovima.gr/2014/02/22/society/thilia-gia-to-wnaseio-oi-ypsiles-iatrikes-amoibes/> (Πρόσβαση 15/01/2021)
6. 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> (πρόσβαση 28/12/2020).
7. Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (2020) *Ετήσιος απολογισμός 2019*. http://www.onasseio.gr/wp-content/uploads/2020/11/%CE%95%CE%A4%CE%97%CE%A3%CE%99%CE%9F%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%9B%CE%9F%CE%93%CE%99%CE%A3%CE%9C%CE%9F%CE%A3-19_%CE%A9%CE%9D%CE%91%CE%A3%CE%95%CE%99%CE%9F-%CE%9A%CE%91%CE%A1%CE%94%CE%99%CE%9F%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A1%CE%93%CE%99%CE%9A%CE%9F-%CE%9A%CE%95%CE%9D%CE%A4%CE%A1%CE%9F.pdf (πρόσβαση 05/01/2021)
8. 7^η ΥΠΕ. 2013. *Ιστορικά στοιχεία κόστους- παραγωγής νοσοκομείων της Κρήτης*. <https://www.hc-crete.gr/%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1/%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82/%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%B9%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CE%BA%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-%E2%80%93%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%B7%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%BC%CE%B5%CE%B9%CF%89%CE%BD-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BA%CF%81%CE%B7%CF%84%CE%B7%CF%82> (πρόσβαση 15/01/2021)

Νομολογία:

1. Ν. 3934/1911 (ΦΕΚ 319/Α/21-11-1911): «Περί υγιεινής και ασφαλείας των εργατών και περί ωρών εργασίας»
2. Ν.281/1914 (ΦΕΚ 171/25-6-1914): «Περί σωματείων»
3. Ν. 551/1915 (ΦΕΚ 191/Α/25.08.1920): «Περί ευθύνης προς αποζημίωσιν των εξ ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων»
4. Ν. 346/1914 : «Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας».
5. Ν. Δ. 2882/1922 (ΦΕΚ 122/Α/1922): «Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου Περιθάλψεως μετονομαζομένου εις Υπουργείον Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας»
6. Ν.5733/1932 (ΦΕΚ 364/Α/11.10.1932): «Περί των Κοινωνικών Ασφαλίσεων»
7. Ν.6298/1934 (ΦΕΚ 346/Α/10.10.1934): «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων»
8. Ν. 2592/1953: (ΦΕΚ 254/Α/18-09-1953): «Περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως»
9. Ν. 3487/1955 (ΦΕΚ 354/Α/1955): «Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών»
10. Ν.Δ. 67/68 (ΦΕΚ 303/Α/1968): «Περί λήψεως μέτρων δια την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών της υπαίθρου»
11. Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983): «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
12. Ν.1278/1982 (ΦΕΚ 105/Α/31-8-1982): «Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.»
13. Ν.1316/1982 (ΦΕΚ 3/Α/11-1-1983): «Ίδρυση, οργάνωση και Αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας και άλλες διατάξεις.»
14. Ν.2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α/15-7-1992): «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.»

15. Ν.2519/1997 (ΦΕΚ Α-165/21-8-1997): «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.»
16. Ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001): «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.»
17. Ν.3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α/10-2-2003): «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις.»
18. Ν.3527/2007 (ΦΕΚ 25/Α/9-2-2007): «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.»
19. Ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α/4-4-2005): «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
20. Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115/Α/15-7-2010): «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις.»
21. Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129/Α/3-8-2010): «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»
22. Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α/2-3-2011): «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.»
23. Ν.4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014): «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.»
24. Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016): «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις.»
25. Ν.4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017): «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»
26. Ν.2012/1992 (ΦΕΚ 28/Α/27-2-1992): «Κύρωση συμβάσεων μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ιδρύματος «ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Σ. ΩΝΑΣΗΣ» και ίδρυση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία
«ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ»

Παράρτημα Ι



Πηγή: Τσιόκα και συν. (2016).

Παράρτημα II



ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Όραμα της Διοίκησης και του Προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ» είναι η συνεχής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών/συνοδών και των υπόλοιπων ενδιαφερόμενων μερών, εφαρμόζοντας τις αρχές του προτύπου ISO 9001:2015.

Στόχοι του Νοσοκομείου είναι οι εξής:

- Η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες, τις επιθυμίες και την ιδιωτικότητα των ασθενών,
- Η υψηλή διαθεσιμότητα αξιόπιστων υπηρεσιών προς τους ασθενείς,
- Η τήρηση κανόνων υγιεινής και ασφάλειας για τους ασθενείς, συνοδούς και εργαζόμενους του Νοσοκομείου,
- Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας,
- Η τήρηση της κείμενης ευρωπαϊκής και εθνικής νομοθεσίας, καθώς και των σχετικών κανονισμών που απορρέουν από αυτές με έμφαση τη διαχείριση της εμπιστευτικότητας στη διαχείριση των προσωπικών δεδομένων,
- Η παρακολούθηση των βασικών διεργασιών μέσα από ένα πλαίσιο δεικτών και στόχων και η συνεχής επισκόπηση και επικαιροποίηση αυτών.

Η επίτευξη των στόχων θα γίνει μέσα από:

- Τη συνεχή βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών / συνοδών μέσω της παροχής αξιόπιστων υπηρεσιών υγείας, δεδομένων των διαθέσιμων πόρων και υποδομών,
- Το σαφή προσδιορισμό των απαιτήσεων και των προσδοκιών των αναγνωρισμένων ως «ενδιαφερόμενα μέρη» και την περιοδική ανασκόπηση αυτών,
- Τη διαχείριση των υποδείξεων και των παραπόνων των ασθενών/συνοδών και λοιπών ενδιαφερόμενων μερών,
- Τη συνεχή εκπαίδευση, εξειδίκευση και αξιολόγηση του προσωπικού,
- Τη συνεχή παρακολούθηση δεικτών και τη λήψη αποφάσεων βάσει των δεδομένων που προκύπτουν από αυτούς,
- Τον καθορισμό συγκεκριμένων προδιαγραφών λειτουργίας οι οποίες ελέγχονται και επικαιροποιούνται συστηματικά,
- Τη συνεχή βελτίωση της αποτελεσματικότητας του Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας,
- Την αναγνώριση, αξιολόγηση και περιοδική ανασκόπηση πιθανών κινδύνων και ευκαιριών που δυνητικά μπορούν να απειλήσουν (και να βελτιώσουν) την εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων και υπηρεσιών παράλληλα με τη λήψη όλων εκείνων των διορθωτικών ενεργειών (δράσεων) προκειμένου να μειωθούν οι επιπτώσεις & να αξιοποιηθούν με όφελος για το Νοσοκομείο.

Ο Διοικητής ΓΝ «Βενιζέλειο-Πανάκειο»

Η Αναπληρώτρια Διοικήτρια ΓΝ «Βενιζέλειο-Πανάκειο»

Τερζάκης Κωνσταντίνος

Κωστάκη Ελευθερία