

Τ.Ε.Ι ΜΕΣΣΟΛΟΓΓΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙ.Κ.Σ.Ε.Ο

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ:

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΧΑΛΚΙΔΟΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΑΤΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΣΑΜΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΗΣ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟ: 12321

ΜΕΣΣΟΛΟΓΓΙ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	σελ.2
Κεφάλαιο 1	
Διοίκηση Οργανισμών Υγείας.....	σελ.6
Κεφάλαιο 2	
Η άσκηση της διεύθυνσης στους Οργανισμούς υγείας.....	σελ.13
Κεφάλαιο 3	
Χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και ο ρόλος του κράτους.....	σελ.20
▪ <i>Η ελληνική περίπτωση.....</i>	<i>σελ.25</i>
Κεφάλαιο 4 Εξέλιξη της πολιτικής για την υγεία στην Ελλάδα.....	σελ.28
Κεφάλαιο 5	
Μελέτη περίπτωσης Γ.Ν.Νοσοκομείου Χαλκίδος.....	σελ.35
▪ <i>Ανάλυση και μελέτη του Γ.Ν.Νοσοκομείου Χαλκίδας.....</i>	<i>σελ.35</i>
▪ <i>Προβλήματα – Διαπιστώσεις.....</i>	<i>σελ.47</i>
▪ <i>Ανάλυση έρευνας κοινού ασθενών.....</i>	<i>σελ.48</i>
Επίλογος.....	σελ.52
Βιβλιογραφία.....	σελ.54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της παρακάτω εργασίας είναι η διοίκηση και οργάνωση του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χαλκίδος. Σκοπός είναι να δούμε αναλυτικά τη λειτουργία του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε όλα τα κλιμάκια, την ιεραρχία του προσωπικού και της διοίκησης αλλά και τη λειτουργία των τμημάτων. Επίσης σκοπός είναι μέσα από έρευνα να σφυγμομετρήσουμε την γνώμη ασθενών μετά από την επίσκεψή τους στο νοσοκομείο, ούτως ώστε να έχουμε σφαιρική άποψη για τη λειτουργία του νοσοκομείου. Οι πηγές από τις οποίες αντλήθηκαν οι πληροφορίες είναι οι εξής: Από Θεοδώρου Μ. και Μητροσήλου Μ.(1999) "Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις", του τόμου Γ': δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας, ακόμα από τόμο Β' του Δικαίου και Χλέτσου(1999), "Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις". Επίσης από Αλεξιάδη Αδ. και Σιγάλα Ι.(1999), τόμου Δ': Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Τέλος πληροφορίες αντλήθηκαν από το καταστατικό του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χαλκίδος, καθώς και από άτομα του προσωπικού αλλά και της διεύθυνσης.

Η δομή και ο σκελετός της εργασίας χωρίζεται σε πέντε κεφάλαια. Συνοπτικά θα δούμε ότι:

I. στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθώ στη διοίκηση των οργανισμών και συγκεκριμένα των οργανισμών υγείας στο σήμερα, δηλαδή τις λειτουργίες του προγραμματισμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου. Θα αναφέρω τις γενικές αρχές που ισχύουν και μπορούν να διευκολύνουν τον τρόπο διοίκησης, όπως: η ύπαρξη καλά καθορισμένων αντικειμενικών στόχων και σκοπών, ο σαφής προσδιορισμός αρμοδιοτήτων και έργων κ.ά. Τέλος θα αναφερθώ και στις διαφορές που υπάρχουν από οργανισμό σε οργανισμό στον τρόπο διοίκησης λόγω κάποιων ιδιομορφιών που υπάρχουν και τις αναφέρω, όπως: οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η λήψη αποφάσεων κ.ά.

II. στο δεύτερο κεφάλαιο θα δούμε την άσκηση της διεύθυνσης στους οργανισμούς υγείας, η οποία γίνεται από όλα τα στελέχη που εμπλέκονται στη λειτουργία του οργανισμού. Θα αναφέρω ποια είναι αυτά τα στελέχη και ποιος ο ρόλος και η αξία του καθενός και θα

αναφερθώ και σε κάποιους παράγοντες που υπάρχουν οι οποίοι επηρεάζουν την άσκηση της διεύθυνσης στους οργανισμούς υγείας, όπως: οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών, οι προσδοκίες της κοινωνίας, η κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας κ.ά. Επίσης θα αναφερθώ στο ποιος είναι υπεύθυνος για την πληρωμή των στελεχών αλλά και στο ποια είναι η κύρια αποστολή κάθε ιατρικής υπηρεσίας ενός οργανισμού και πως αυτή παρέχεται στους ασθενείς. Θα αναφερθώ στον τρόπο διαχωρισμού του νοσοκομείου (τμήματα, τομείς, μονάδες κ.ά.) και στον τρόπο διοίκησης και οργάνωσης του εκάστοτε τμήματος. Τέλος θα δούμε ποιος είναι ο ρόλος της διοικητικής υπηρεσίας ενός οργανισμού υγείας, πως αυτή διαρθρώνεται και ποιοι την ασκούν.

III. στο τρίτο κεφάλαιο θα ασχοληθώ με τον τρόπο χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και τον ρόλο που έχει το κράτος. Θα δούμε τις σπουδαιότερες πηγές χρηματοδότησης (δημόσιος τομέας, ιδιωτικός τομέας, εξωτερική βοήθεια και συνεργατών) και θα αναφέρω τι ισχύει στις χώρες της Ε.Ε και τι στην περίπτωση της Ελλάδας, όπου το σύνολο του πληθυσμού ασφαλίζεται για την υγεία από αυτόνομα Ταμεία. Θα επικεντρωθώ στο ότι η υγεία είναι αγαθό και θα το εξερευνήσω ως προς τις αρνητικές και τις θετικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εξωτερική του οικονομία, ως προς την ιδιομορφία που αυτό παρουσιάζει και στο αν είναι δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό. Επίσης θα θέσω κάποια ερωτήματα και θα τα αναλύσω, όπως: δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο; κοινωνική ασφάλιση ή ιδιωτική ασφάλιση; Χρηματοδότηση μέσα από την άμεση φορολογία ή μέσα από τις ασφαλιστικές εισφορές; Επιπλέον θα αναφερθώ στον ρόλο που έχει ένας μάνατζερ σ' ένα νοσοκομείο. Τέλος θα αναφερθώ στην ελληνική περίπτωση του συστήματος υγείας και θα αναφέρω μερικά από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία, τον εκσυγχρονισμό τους και κατά πόσο αυτός είναι εφικτός να γίνει, στις ελλείψεις που έχουν σε εξοπλισμό αλλά και σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και στα προβλήματα χρηματοδότησης που αντιμετωπίζουν και τα αίτια αυτής της κατάστασης. Επίσης αναφέρω κάποια οικονομικά στοιχεία των νοσοκομείων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ και τα αναλύω.

IV. στο τέταρτο κεφάλαιο θα επικεντρωθώ στην εξέλιξη της πολιτικής για την υγεία στην Ελλάδα. Αναφέρω κάποιες επισημάνσεις των Τραγάκη και Πολύζο το 1998 σχετικά με το ερώτημα ύπαρξης ή μη ισχυρής κυβέρνησης για την εφαρμογή δομικών και ολοκληρωμένων

μεταβολών και αναφέρω κάποια στοιχεία από τα οποία πάσχει η Ελλάδα σε ότι έχει να κάνει σχέση με την διαχείριση αλλαγών με έμφαση στην κοινωνική πολιτική. Επίσης αναφέρομαι στην διάκριση που θα γινόταν αν η νέα κυβέρνηση έκανε εκσυγχρονιστικές αλλαγές. Με μία σειρά από χρονολογικές μεταβολές του θεσμού της διοίκησης των νοσοκομείων θα δούμε ποια ήταν η εξέλιξη του θεσμού από τα πρώτα χρόνια μέχρι σήμερα.

V. στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο θα δούμε και θα μελετήσουμε αναλυτικά το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας. Τις πληροφορίες τις αντλήσαμε από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και από το καταστατικό και τα βιβλία του οργανισμού τα οποία μελετήσαμε κατόπιν άδειας από τον διευθυντή και με επίβλεψη. Επίσης πληροφορίες σχετικά με την εξυπηρέτηση του νοσοκομείου αντλήσαμε από ένα ερωτηματολόγιο που μοιράσαμε σε 25 ασθενείς του νοσοκομείου. Σχετικά με το τι θα αναφερθώ, σε αυτό το κεφάλαιο θα δούμε ποια κέντρα υγείας υπάγονται στο νοσοκομείο Χαλκίδας, ποιος είναι ο σκοπός του νοσοκομείου και ποια τα έσοδά του. Θα αναφέρω τα όργανα διοίκησης του νοσοκομείου και τις τρεις υπηρεσίες από τις οποίες απαρτίζεται (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική) και θα τις αναλύσω κάθε μία ξεχωριστά ως προς τους τομείς που χωρίζονται και στα τμήματα που διαρθρώνεται κάθε τομέας ξεχωριστά και επίσης θα αναφέρω τις αρμοδιότητες των υπηρεσιών του νοσοκομείου και ποια είναι η στελέχωση τους. Επιπλέον μέσα από μία ξενάγηση που μας έγινε από το προσωπικό του νοσοκομείου θα περιηγηθούμε και θα ξεναγηθούμε στους χώρους του νοσοκομείου και θα διαπιστώσουμε τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσοκομείο μέσα από τα όσα μας ανέφεραν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι. Τέλος για να μάθουμε περισσότερα για την εξυπηρέτηση που παρέχεται στους ασθενείς έκανα μία έρευνα κοινού 30 ατόμων, ασθενών του νοσοκομείου, με ένα ερωτηματολόγιο 7 ερωτήσεων. Μέσα από τις απαντήσεις τους έβγαλα κάποια συμπεράσματα σχετικά με την εξυπηρέτηση του νοσοκομείου. Διαπίστωσα ότι το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών νοσηλεύεται στο ακτινολογικό και στο καρδιολογικό τμήμα. Για να επισκεφθεί ένας ασθενής το νοσοκομείο πρέπει να έχει κλείσει ραντεβού 3 εβδομάδες το πολύ πριν και το λιγότερο μία εβδομάδα. Επίσης είδαμε ότι ο χρόνος αναμονής για τους ασθενείς είναι πάρα πολύς, καθώς 9 άτομα περίμεναν 40 λεπτά και ήταν αγανακτισμένοι ενώ μόλις 2 άτομα είχαν χρόνο αναμονής 10 λεπτά. Ακόμα διαπίστωσα ότι η εξυπηρέτηση δεν

είναι πολύ καλή αφού μόλις 18 από τα 30 άτομα απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από την περίθαλψη που τους παρείχαν. Τέλος σε μία άλλη ερώτηση σχετικά με την υγιεινή των χώρων του νοσοκομείου μόνο 7 απάντησαν ότι είναι καλή ενώ 8 άτομα απάντησαν πως είναι κακή ως πολύ κακή. Τέλος στην τελευταία ερώτηση ένα μεγάλο ποσοστό από τους ερωτηθέντες, 22 από τους 30 θεωρούν ότι το νοσοκομείο έχει πολλές ελλείψεις. Οι 10 θεωρούν ότι υπάρχουν ελλείψεις στο ιατρικό προσωπικό, οι 5 στο νοσηλευτικό προσωπικό και οι 7 ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις εξοπλισμού.

Έτσι με αυτή την εμπειριστατωμένη έρευνα που έγινε και με όλα αυτά τα στοιχεία που συλλέχτηκαν και αναλύθηκαν εξερευνήσαμε και μάθαμε περισσότερα για τον τρόπο λειτουργίας, οργάνωσης, διαχείρισης, εξυπηρέτησης ενός οργανισμού υγείας και συγκεκριμένα του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας.

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ(αρχές)

“Η διαδικασία κατά την οποία συντονίζονται οι πόροι και οι δραστηριότητες ενός Οργανισμού για την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων συνιστά τη διοίκηση του Οργανισμού. Αυτή η διαδικασία (η διοίκηση)περιλαμβάνει τις λειτουργίες του προγραμματισμού/σχεδιασμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης/κατεύθυνσης και του ελέγχου. Η ολοκλήρωση της διοίκησης υποστηρίζεται από την ανατροφοδότηση της και από την ενδεχόμενη τροποποίησή της” (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β’). Υπάρχει λοιπόν μία λειτουργία προκαθορισμένη για να επιτύχει ένας οργανισμός υγείας τους στόχους του, ένα ας πούμε πλάνο διοίκησης που απαρτίζεται από τις αρχές διοίκησης οργανισμών γενικότερα, αλλά και συγκεκριμένα για τους οργανισμούς υγείας. Πάνω σε αυτό το πλάνο χτίζεται η σωστή διαχείριση , διεύθυνση για να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα. “Το σύνολο της διαδικασίας της διοίκησης αποτελεί μια σύνθετη λειτουργία , συνεχή και πολύπλοκη, η οποία πρέπει να μεταβάλλεται διαρκώς, να προσαρμόζεται και να εξειδικεύεται, ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο ασκείται”. (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β’). Πρέπει ο τρόπος διοίκησης και διαχείρισης να μην είναι στάσιμος, αλλά να προσπαθεί να εναρμονιστεί με τις εκάστοτε ανάγκες και αλλαγές του γύρω περιβάλλοντος. Χρειάζεται σωστή αντίληψη των αναγκών, που μπορεί και να αλλάζουν και σωστή προσαρμογή διοίκησης και προγραμματισμού προς αυτές. “Σήμερα η διοίκηση στους οργανισμούς δεν μπορεί να ασκείται και δεν ασκείται από ένα άτομο, αλλά από μία ομάδα ατόμων, τα οποία προΐστανται άλλων και χαρακτηρίζονται ηγετικά στελέχη. Έτσι ο πρόεδρος, ο γενικός διευθυντής, οι διευθυντές των υπηρεσιών, οι τμηματάρχες, δηλαδή όλοι αυτοί που κατέχουν θέσεις προϊσταμένων, είναι τα ηγετικά στελέχη του Οργανισμού και επηρεάζουν άμεσα τους υφισταμένους τους, με την εξουσία που έχουν πάνω στην εργασία τους”. (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β’). Σε κάθε τμήμα, σε κάθε ειδικότητα λοιπόν υπάρχουν άτομα διαφορετικά τα οποία ελέγχουν το καθένα το δικό του τμήμα. Υπάρχει εξειδίκευση λοιπόν σε καθένα από τα τμήματα με άτομα ειδικά πάνω σε αυτό. “Τα ηγετικά στελέχη του οργανισμού στα οποία ανατίθεται η άσκηση της διοίκησης δεν αρκεί να είναι επαγγελματίες, αλλά πρέπει να διαθέτουν ιδιαίτερες δεξιότητες. Αυτές οι δεξιότητες διακρίνονται σε τεχνικές(οι οποίες απαιτούνται για την

ολοκλήρωση εξειδικευμένης εργασίας και προϋποθέτουν γνώση συγκεκριμένων τεχνικών ή και τρόπου λειτουργίας), σε διαπροσωπικές(απαιτούνται για την αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία με τα άλλα στελέχη και τους εργαζομένους) και σε δεξιότητες συνολικής θεώρησης(έχουν σχέση με την ικανότητα να αντιλαμβάνεται κάποιος τον Οργανισμό ως ολότητα). Κάθε ηγετικό στέλεχος του Οργανισμού ανάλογα με τη θέση που κατέχει στη βαθμίδα της ιεραρχίας πρέπει να διαθέτει την κατάλληλη σύνθεση από όλες αυτές τις δεξιότητες ώστε να είναι αποτελεσματική η διοίκηση που ασκεί".(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). Δεν αρκεί ένα ηγετικό στέλεχος να έχει ειδικευση στο τμήμα που διοικεί για να είναι σωστός σε αυτό που κάνει, αλλά θα πρέπει να έχει όλο εκείνο το πακέτο που θα τον κάνει να διοικήσει σωστά και να έχει και καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνάδελφούς του, με σκοπό φυσικά την ομαλή διαχείριση των ικανοτήτων του και του πως πρέπει να τις μεταδώσει στους άλλους με τον σωστό τρόπο. "Είναι ευνόητο ότι στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δεν αρκεί να διαθέτουν τις παραπάνω δεξιότητες μόνον ο πρόεδρος και ο γενικός διευθυντής τους, αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που προΐστανται των υπηρεσιών των τμημάτων και των γραφείων των Μονάδων και οι οποίοι ασκούν διοίκηση π.χ οι διευθυντές(γιατροί) των κλινικών, η διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας(νοσηλεύτρια), οι προϊσταμένες αδελφές κλινικών(νοσηλεύτριες), ο διευθυντής του νοσοκομείου(διοικητικός), ο προϊστάμενος του τμήματος διατροφής(διαιτολόγος), ο προϊστάμενος του τμήματος βιοϊατρικής τεχνολογίας(υλικός μηχανικός) κ.α "(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). "Επομένως σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που ασκούν διοίκηση πρέπει σε κάθε περίπτωση να συνυπάρχουν και οι τρεις αυτές κατηγορίες δεξιοτήτων(τεχνικές, διαπροσωπικές και συνολικής θεώρησης)σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό ανάλογα με τη θέση που κατέχει κάθε στέλεχος στον Οργανισμό υγείας, όμως το πρακτικό αποτέλεσμα(η απόδοση) εξαρτάται από τον βαθμό που κάθε στέλεχος χρησιμοποιεί αυτές τις δεξιότητες κατά την άσκηση της διοίκησης. Τα ανώτερα στελέχη(π.χ. ο πρόεδρος και οι διευθυντές των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου) χρησιμοποιούν κατά την άσκηση της διοίκησης περισσότερο τις δεξιότητες της συνολικής θεώρησης, λιγότερο τις διαπροσωπικές και ελάχιστα έως καθόλου τις τεχνικές. Το κύριο αντικείμενο τους είναι η γενική ευθύνη της λειτουργίας του οργανισμού ή της υπηρεσίας όπου προΐστανται. Αντίθετα, η προϊσταμένη νοσηλεύτρια ενός τμήματος, κατά την άσκηση της διοίκησης, χρειάζεται να

χρησιμοποιήσει σε μεγάλο βαθμό τις τεχνικές δεξιότητες για να μπορεί να συμμετέχει ή να ελέγχει τη νοσηλευτική στην πράξη. Επίσης, χρειάζεται να χρησιμοποιεί σε μεγάλο βαθμό τις διαπροσωπικές δεξιότητες, αφού η εργασία της προϋποθέτει την επαφή και την επικοινωνία με άλλα άτομα και σε μικρό βαθμό τις δεξιότητες συνολικής θεώρησης.”(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β’). Κάθε ηγετικό ή διοικητικό στέλεχος ενός οργανισμού υγείας ή ακόμα και κάθε προϊστάμενο άτομο εργαζόμενο τμήματος, πρέπει να χρησιμοποιεί με διαφορετικό τρόπο τις κατηγορίες δεξιοτήτων ανάλογα με το τμήμα που βρίσκεται, τη θέση που έχει και το πώς πρέπει να λειτουργήσει για να τα κάνει όλα όπως πρέπει και σύμφωνα με τη σωστή λειτουργία του οργανισμού. “Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο τρόπος άσκησης της διοίκησης σε κάθε οργανισμό ως συνολική διαδικασία δεν μπορεί να προδιαγραφεί απόλυτα, αλλά εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τις συνθήκες οργάνωσης και λειτουργίας του Οργανισμού, καθώς και από τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης κατάστασης που καλείται η διοίκηση να αντιμετωπίσει κάθε φορά. Επομένως, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει ένα σύνολο αρχών διοίκησης το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί με επιτυχία σε όλες τις περιπτώσεις. Παρ’ όλα αυτά η τήρηση ορισμένων γενικών αρχών μπορεί να διευκολύνει την εφαρμογή της διοίκησης και να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα.

Αυτές οι γενικές αρχές διοίκησης είναι οι εξής:

- 1 Η ύπαρξη καλά καθορισμένων αντικειμενικών στόχων και σκοπών.
- 2 Ο σαφής προσδιορισμός αρμοδιοτήτων και έργων(εξουσίας και ευθύνης).
- 3 Η επιλογή των κατάλληλων προσώπων για τις θέσεις των στελεχών διοίκησης σε όλη την ιεραρχική κλίμακα.
- 4 Ο επιδέξιος χειρισμός του ανθρώπινου παράγοντα.
- 5 Η χρησιμοποίηση σε όλους τους τομείς σύγχρονων και αποτελεσματικών τεχνολογικών μέσων.
- 6 Η σταθερή προσήλωση στους επιδιωκόμενους σκοπούς και στόχους(Φίλιος, 1987 Χολέβας 1991)“.

Αυτές οι γενικές αρχές διοίκησης αν τηρηθούν από όλους τους Οργανισμούς ή έστω κάποιες από αυτές, μπορεί οργανωτικά και λειτουργικά να έχει ένα καλό αποτέλεσμα. Μαζί με όλα αυτά όμως χρειάζεται κάθε οργανισμός να έχει τη δική του ξεχωριστή λειτουργία και οργάνωση, προσαρμοσμένη στις δικές του ανάγκες. Κάθε οργανισμός έχει ιδιαιτερότητες που βάσει αυτών πρέπει να βρει τρόπο να λειτουργήσει αρμονικά και με τα αποτελέσματα που πρέπει. “Η σημασία της διοίκησης, τόσο για τη λειτουργία του κάθε Οργανισμού, όσο και για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών και

στόχων του, είναι μεγάλη και ο ρόλος της καθοριστικός. Τα αποτελεσματικά ηγετικά στελέχη ενός οργανισμού οφείλουν να καθορίζουν στόχους και να τους πετυχαίνουν.(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄).

“Στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας ο ρόλος της διοίκησης είναι πολύ πιο σημαντικός αφού από την αποτελεσματικότητά της εξαρτάται η σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας των πολιτών. Η άσκηση της διοίκησης σ’ αυτούς τους οργανισμούς απαιτεί ιδιαίτερη εφαρμογή, λόγω της ιδιομορφίας του αγαθού “υγείας”, της πολυπλοκότητας αυτών των Οργανισμών, των ιδιαιτεροτήτων που χαρακτηρίζουν την οργάνωση και τη λειτουργία τους αλλά και πολλών άλλων παραμέτρων, που επηρεάζουν και καθορίζουν τελικά τον τρόπο άσκησης της.(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄). “Στον τομέα αυτόν της υγείας, οι οργανισμοί, τα νοσοκομεία πρέπει να έχουν πολύ μεγαλύτερη προσοχή στα λειτουργικά και οργανωτικά τους στοιχεία. Είναι πολύ ευαίσθητο το αντικείμενο της υγείας και σαφώς χρειάζεται πάρα πολύ μεγάλη οργάνωση και τελειότητα στις διοικητικές αποφάσεις για να λειτουργούν όλα στην εντέλεια. “Ακόμα δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ουσιαστικά μια μοναδικότητα και ιδιαιτερότητα και για την άσκηση της διοίκησης σ’ αυτή θα πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλες για κάθε περίπτωση τεχνικές και πρακτικές (Καριώτης, 1992). Έτσι η διοίκηση ενός κέντρου υγείας που βρίσκεται σε μία βιομηχανική περιοχή, το οποίο πρέπει να καλύψει συγκεκριμένες ανάγκες του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης του, διαφέρει από την διοίκηση ενός άλλου Κέντρου Υγείας που βρίσκεται π.χ. σε παραμεθόρια περιοχή, με ηλικιωμένους πολίτες, με πληθυσμό αναφοράς ο οποίος έχει διαφορετικές ανάγκες υγείας. Επίσης η διοίκηση ενός τέτοιου Κέντρου Υγείας μπορεί να διαφέρει και από τη διοίκηση ενός άλλου Κέντρου Υγείας που καλύπτει ίδιες ή ανάλογες ανάγκες υγείας του πληθυσμού (π.χ. μιας αγροτικής περιοχής), διαθέτει όμως περισσότερους ή λιγότερους πόρους (ανθρώπινους και υλικούς). Πολύ μεγαλύτερες είναι οι διαφορές που παρατηρούνται στον τρόπο άσκησης της διοίκησης ανάμεσα σ’ ένα Κέντρο Υγείας και σ’ ένα νοσοκομείο, όπως και μεταξύ των διάφορων νοσοκομείων.(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄) “Κάθε Κέντρο Υγείας ανάλογα με την περιοχή που βρίσκεται και τις ανάγκες που έχει ασκεί την ανάλογη διοίκηση. Οι ιδιαιτερότητες του κάθε Κέντρου Υγείας είναι δεδομένες διότι ανάλογα με τον πληθυσμό της κάθε περιοχής που αντίστοιχα καλύπτουν, προσαρμόζονται σε αυτά για τη σωστή εξυπηρέτηση του πληθυσμού.

Υπάρχουν και κάποιες ιδιαιτερότητες στη διοίκηση οργανισμών υγείας οι οποίες πρέπει να τονιστούν γιατί είναι πολύ σημαντικό κομμάτι για την οργάνωση και λειτουργία του κάθε οργανισμού υγείας. Κάποιες από αυτές τις ιδιαιτερότητες είναι:

- 1 Οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.
- 2 Αυτές που συνδέονται με τη λειτουργία του σχεδιασμού και προγραμματισμού στον χώρο της υγείας και γενικά και ειδικά στους Οργανισμούς Υγείας.
- 3 Τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει η λήψη των αποφάσεων σ' αυτούς τους οργανισμούς, καθώς και
- 4 Τις ιδιαιτερότητες που συνδέονται με την παραγωγή, την ανάπτυξη και τη χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού τους. "(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄)"

Όλες οι παραπάνω ιδιαιτερότητες, όπως είναι ευνόητο, επιδρούν σοβαρά στη λειτουργία της διοίκησης στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και διαμορφώνουν τον τρόπο άσκησής της. Επίσης η άσκηση της διοίκησης στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται και από τις ακόλουθες παραμέτρους". (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄). Αυτό βέβαια δε σημαίνει πως είναι απόλυτο πως οι ιδιαιτερότητες που θα ακολουθήσουν επηρεάζουν τις Μονάδες υπηρεσιών και παροχής υγείας. Κάποιες από αυτές επηρεάζουν όχι όλες τις Μονάδες παροχής υπηρεσιών αλλά αυτές που επηρεάζονται από συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες. Οι υπόλοιπες λοιπόν ιδιαιτερότητες που μπορούν να επηρεάσουν τις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας είναι οι παρακάτω:

α) Από το ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τη μεγάλη ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας. Οι ανάγκες του ατόμου για πρόληψη της ασθένειας, για αποκατάσταση, βελτίωση ή διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας του και κατ' επέκταση για ανάλογες υπηρεσίες που θα καλύπτουν απόλυτα αυτές τις ανάγκες είναι πρωταρχικής σημασίας. Η άμεση σύνδεση της υγείας με την ίδια την ύπαρξη και την επιβίωση του ανθρώπου, δηλαδή με τη ζωή, έχει αποτέλεσμα αυτές οι ανάγκες να κατέχουν πρωταρχική θέση στην κλίμακα των αξιών του ανθρώπου και η επιδίωξη της ικανοποίησής τους να απορροφά κάθε είδος και μορφή δραστηριότητάς του για όσο χρονικό διάστημα αυτές παραμένουν ανικανοποίητες. Είναι ευνόητο και απόλυτα δικαιολογημένο το ενδιαφέρον και η μεγάλη ευαισθησία που επιδεικνύεται για τα θέματα υγείας, τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς, το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, όσο και από το κοινωνικό σύνολο

ευρύτερα, ενώ η δημοσιότητα και η προβολή που δίνεται στα θέματα αυτά από τα Μ.Μ.Ε είναι συνεχείς και πάντοτε κατέχει δεσπόζουσα θέση στην επικαιρότητα. Η άσκηση της διοίκησης στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας οφείλει να διακρίνεται από ιδιαίτερη ευαισθησία σε όλες τις φάσεις της λειτουργίας της.

β) Από την κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας. Η λειτουργία των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας διαφέρει ριζικά από τη λειτουργία κάθε άλλου Οργανισμού. Η λειτουργία αυτών των Μονάδων είναι συνεχής, καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου και όλες τις ημέρες του χρόνου, δεν έχει ανάπαυλα. Οι κλινικές, τα εργαστήρια και τα άλλα τμήματά τους είναι συνεχώς σε κατάσταση λειτουργίας και ετοιμότητας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, όχι μόνο των ασθενών που περιθάλλουν αλλά και των υγειονομικών προβλημάτων του πληθυσμού της περιοχής αναφοράς τους. Επομένως, η άσκηση της διοίκησης στους οργανισμούς υγείας είναι συνεχής σε όλη τη διάρκεια του χρόνου.

γ) Από την έντονη και καθολική απαίτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σήμερα καθολική κοινωνική ανάγκη και η αναζήτησή της απασχολεί έντονα όχι μόνο τους καταναλωτές αυτών των υπηρεσιών, δηλαδή τους ασθενείς, αλλά και τους υπεύθυνους για την παροχή τους (κράτος, ασφαλιστικά ταμεία, οργανισμούς υγείας, επαγγελματίες υγείας). Σήμερα η ζήτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν περιορίζεται μόνο στο ιατρικό και νοσηλευτικό έργο, αλλά επεκτείνεται στο σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων που παρέχουν οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Το περιβάλλον της Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, το είδος και κατάσταση του εξοπλισμού που διαθέτει, η νοσηλευτική υποστήριξη της περίθαλψης των ασθενών, ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων τους, η στάση και η συμπεριφορά εκείνων οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες κ .ά αποτελούν βασικές παραμέτρους, οι οποίες συμμετέχουν στην τελική διαμόρφωση της εντύπωσης για καλή ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να αγνοηθούν. Επίσης, η διαφορετική αντίληψη που έχουν για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρησιμοποίηση αυτών των υπηρεσιών (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία) δημιουργεί συχνά εντυπώσεις καλής ή κακής ποιότητας, οι οποίες όμως δεν ανταποκρίνονται πάντοτε στην πραγματικότητα. Η διοίκηση των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να επιδιώκει σταθερά την επίτευξη της ποιότητας σε όλες τις υπηρεσίες που παρέχουν αυτές οι Μονάδες, να καθοδηγεί σωστά και να εμπνέει όλα τα ηγετικά στελέχη προς αυτή την κατεύθυνση. Ο ρόλος της

είναι καθοριστικός στη διαμόρφωση σαφούς και κοινής αντίληψης για την έννοια της ποιότητας, στην αναγνώριση της ανάγκης για βελτιώσεις όπου χρειάζονται, στη δέσμευσή της ότι στηρίζει τις προσπάθειες που καταβάλλονται, καθώς και στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η πετυχημένη άσκηση της διοίκησης στους οργανισμούς υγείας, η αποτελεσματικότητα των οποίων εξαρτάται κυρίως από την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν, συνδέεται άμεσα με τη συνεχή επιδίωξη της ποιότητας σε όλες τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται καθημερινά μέσα σ' αυτές, αλλά και με τον βαθμό στον οποίο ικανοποιείται τελικά αυτή η επιδίωξη.

δ) Από το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Το κόστος παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια και έχει αναδειχθεί σε καθοριστική παράμετρο για τη λειτουργία των οργανισμών υγείας. Αυτή η συνεχής αύξηση του κόστους, που οφείλεται σε διάφορους λόγους, σε συνδυασμό με την στενότητα των διαθέσιμων πόρων και γενικά τις δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες, υποχρεώνουν τη διοίκηση να επιδεικνύει ιδιαίτερη μέριμνα κατά την άσκησή της για την επίτευξη της οικονομικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διοίκηση της Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει όχι μόνο να ενδιαφέρεται για την παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και να φροντίζει, ώστε αυτές οι υπηρεσίες να παράγονται και να διανέμονται στους ασθενείς με τον αποδοτικό τρόπο. Ο έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών που παράγει ένας οργανισμός υγείας αποτελεί πλέον βασική ευθύνη της διοίκησής του.

ε) Από τις προσδοκίες της κοινωνίας. Η κοινωνία σε κάθε εποχή έχει συγκεκριμένες προσδοκίες και απαιτήσεις από τη λειτουργία των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις διαμορφώνονται όχι μόνο με βάση τα δημογραφικά και επιδημιολογικά πρότυπα που ισχύουν κάθε φορά, αλλά και από πολιτικές, πολιτισμικές, κοινωνιολογικές κ. ά τάσεις και αξίες που επικρατούν. Για παράδειγμα, η κοινωνία μας σήμερα αναζητά την ποιότητα παντού, συνήθως μαξιμαλιστικά και συχνά μεγιστοποιεί τις τυχόν ατέλειες. Η διοίκηση πρέπει, κατά την άσκησή της, να συνυπολογίζει αυτές τις προσδοκίες και να σχεδιάζει τις κατάλληλες αποκρίσεις στις απαιτήσεις και στις ανάγκες της κοινωνίας που εξυπηρετεί η Μονάδα" (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β').

Είδαμε λοιπόν σχεδόν τα πάντα που αφορούν στην διοίκηση οργανισμών υγείας και όλα τα οποία χρειάζονται για μια σωστή διοίκηση και οργάνωση των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

“Οι Οργανισμοί Υγείας (Κέντρα Υγείας, νοσοκομεία κ.τ.λ) έχουν ως αποστολή τους την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας σε πολίτες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται σε άτομα που έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος και περιλαμβάνουν ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που στοχεύουν στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Η ευθύνη για την ποσότητα, το είδος και την ποιότητα των υπηρεσιών που παράγουν και διανέμουν οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ανήκει κυρίως στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολεί ο Οργανισμός. Όλο το υπόλοιπο προσωπικό του Οργανισμού εργάζεται ουσιαστικά για την υποστήριξη του έργου των γιατρών και των νοσηλευτών”(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β’). Στόχος του εκάστοτε Οργανισμού υγείας είναι η αποκατάσταση της υγείας των ασθενών αφού πρώτα βέβαια έχει εντοπιστεί το πρόβλημα υγείας και έχει δοθεί η σωστή θεραπεία, ποσοτικά και ποιοτικά. Αυτή είναι δουλειά των γιατρών και στη συνέχεια των νοσηλευτών. “Η διεύθυνση στους Οργανισμούς υγείας ασκείται από όλα τα στελέχη που εμπλέκονται στη λειτουργία της διοίκησης και την ασκούν. Δηλαδή ασκείται από την Ανώτατη διοίκηση του Οργανισμού (πρόεδρο, γενικό διευθυντή), από τους διευθυντές των υπηρεσιών (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας), από τους διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων (γιατρούς), από τις προϊστάμενες των νοσηλευτικών τμημάτων (νοσηλεύτριες) και τους προϊστάμενους των τμημάτων της διοικητικής (διοικητικούς) και της τεχνικής υπηρεσίας (τεχνικούς) και αποτελεί εκείνον τον συνδετικό κρίκο που συνδέει όλα τα μέσα του Οργανισμού σε ένα ενιαίο και συντονισμένο σύνολο” (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β’). “Καθένα από τα παραπάνω ηγετικά στελέχη θα πρέπει να ενεργοποιήσει και να κατευθύνει τους υφισταμένους του στον τομέα ευθύνης του, κατά τρόπο που θα οδηγήσει στην επίτευξη των κοινών σκοπών και στόχων του Οργανισμού. Ο τομέας ευθύνης μπορεί να αφορά στο σύνολο του Οργανισμού, όπως π.χ. στην περίπτωση του προέδρου ή του γενικού διευθυντή του νοσοκομείου ή ένα μέρος του, δηλαδή μία μόνο υπηρεσία του ή ένα τμήμα του (π.χ. ο

διευθυντής –τρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας ή ο προϊστάμενος ενός τμήματος” (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄). Όλα τα στελέχη ενός Οργανισμού υγείας βοηθούν στη διοίκηση το καθένα στον τομέα που είναι εξειδικευμένο και στον χώρο που ελέγχει. Όλοι έχουν μερίδιο ευθύνης, άλλος μικρότερο και άλλος μεγαλύτερο, ανάλογα με το τμήμα που εργάζεται κάποιος ή με το πόσο και σε ποιους ασκεί ας πούμε ένα είδος ελέγχου ή εξουσίας. “Η διεύθυνση σε κάθε οργανισμό- ιδιαίτερα όμως στους Οργανισμούς υγείας- αποτελεί την πιο σύνθετη λειτουργία της διεύθυνσης και της διοίκησης, επειδή βασίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις σε μεγάλο ποσοστό. Τα ηγετικά στελέχη που ασκούν τη διεύθυνση στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ασχολούνται με τους ανθρώπους του οργανισμού και μάλιστα τόσο με κάθε άτομο ξεχωριστά όσο και με πολλά μαζί (εργασία ομάδας), αφού εκτός των άλλων, πολλές από τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται σ’ αυτούς τους Οργανισμούς χρειάζονται τη σύμπραξη και τη συμμετοχή περισσότερων ατόμων και συχνά διαφόρων ειδικοτήτων, ώστε να είναι τελικά αποτελεσματικές” (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄). “Οι σύγχρονοι Οργανισμοί υγείας απαιτούν υψηλής ποιότητας εργασία από κάθε στέλεχος που απασχολείται σ’ αυτούς. Οι λειτουργικές τους ανάγκες και απαιτήσεις, οι οποίες συνεχώς γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες, δεν μπορούν να καλυφθούν αν όλοι οι εργαζόμενοι δεν αποδίδουν ποσοτικά και ποιοτικά για τους ίδιους κοινούς στόχους. Η υψηλή ποιότητα γιατρών και νοσηλευτών δεν αρκεί για την υψηλή αποδοτικότητα και τη σωστή αποτελεσματικότητα των σύγχρονων Οργανισμών υγείας. Έτσι, κάθε εργαζόμενος οφείλει να στηρίζει τους κοινούς στόχους και τον κοινό σκοπό” (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β΄). Όλο το προσωπικό κάθε Οργανισμού υγείας, από το διοικητικό μέχρι το τελευταίο νοσοκόμο, πέρα από το ότι πρέπει να είναι εξειδικευμένοι τέλεια, πρέπει να είναι και συνειδητοποιημένοι και προσηλωμένοι στους κοινούς στόχους, ενώ θα πρέπει και οι μεταξύ τους σχέσεις να είναι άριστες χωρίς εσωτερικές διαμάχες. Αυτό πρέπει να συμβαίνει διότι αν υπάρχουν κόντρες μεταξύ του προσωπικού ή και των διοικητικών, όσο καλοί και άριστοι αν είναι (ο καθένας στην ειδικότητά του) τότε δεν μπορεί να υπάρχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, είναι πάνω απ’ όλα ομαδική δουλειά. “Η άσκηση της διεύθυνσης στους οργανισμούς υγείας είναι ένα ιδιαίτερα δύσκολο έργο, το οποίο κατά την εκτέλεση του, επηρεάζεται συνεχώς από πολλούς παράγοντες και γι’ αυτό πρέπει να χαρακτηρίζεται από μεγάλη ευελιξία και να προσαρμόζεται συνεχώς στις εκάστοτε καταστάσεις και συγκυρίες. Η ιδιομορφία του αγαθού “υγεία”, οι

ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την οργάνωση και τη λειτουργία των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, η ανάγκη συντονισμού και συγχρονισμού των πολλών και ποικίλων δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σ' αυτές, η κατάσταση της συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητάς τους, οι κρίσιμες και συχνά επείγουσες καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν, οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και οι προσδοκίες της κοινωνίας είναι μερικοί μόνο από τους πολλούς παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν σοβαρά τον τρόπο άσκησης της διεύθυνσης στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας" (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). "Θα πρέπει να επισημανθεί ιδιαίτερα ότι στην Ελλάδα τα ηγετικά στελέχη των δημοσίων οργανισμών υγείας (νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας, Πολυϊατρείων) δεν είναι σε θέση να ελέγξουν ή να επηρεάσουν τους παράγοντες που διαμορφώνουν το οργανωτικό πλαίσιο του Οργανισμού και το κλίμα εργασίας που επικρατεί σ' αυτόν. Η οργανωτική δομή των Οργανισμών Υγείας, οι προσλήψεις του προσωπικού τους, οι εργασιακές σχέσεις και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού, η αξιολόγηση και προαγωγή των στελεχών, το σύστημα αμοιβών, η χρηματοδότησή τους, οι κανόνες της οικονομικής τους διαχείρισης κ.τ.λ. καθορίζονται αποκλειστικά από την Πολιτεία με τον δημοσιονομικό κώδικα, το δημόσιο λογιστικό και διάφορους άλλους Νόμους και ρυθμίσεις (Προεδρικά διατάγματα, Υπουργικές αποφάσεις). Μόνον τις στάσεις και τις απόψεις των εργαζομένων μπορούν να επηρεάσουν και αυτές όμως σε πολύ περιορισμένο βαθμό, αφού στη διαμόρφωσή τους συμμετέχουν και πολλές άλλες παράμετροι του συνόλου του κοινωνικού γίνεσθαι. Αυτή η αδυναμία των ηγετικών στελεχών των δημοσίων Οργανισμών υγείας στην χώρα μας να ελέγξουν ή να επηρεάσουν τους παράγοντες που διαμορφώνουν το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των Οργανισμών όπου απασχολούνται, όπως και το γενικό κλίμα εργασίας, καθιστά ακόμα δυσκολότερο γι' αυτά τα στελέχη το έργο της διεύθυνσης και περιορίζει σημαντικά την αποτελεσματικότητά τους" (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). Σχεδόν τα πάντα που σχετίζονται με την αξιολόγηση των εργαζομένων σε οργανισμούς υγείας, τις αλλαγές στις αμοιβές, τις προαγωγές, ίσως αποφασίζονται από την πολιτεία. Αυτό σημαίνει ότι τα διοικητικά και ηγετικά στελέχη του κάθε Οργανισμού υγείας χάνουν μεγάλο μέρος του ελέγχου και της διοίκησης αφού ελάχιστα έως καθόλου παίζει ρόλο στα παραπάνω που αναφέραμε η δική τους γνώμη αλλά σχεδόν τα πάντα αποφασίζονται από την πολιτεία. Έχουμε επίσης και το κομμάτι που έχει να κάνει με την άσκηση της διεύθυνσης στα ιατρικά

τμήματα. "Η κύρια αποστολή κάθε ιατρικής υπηρεσίας ενός Οργανισμού υγείας συνιστάται στην παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Στους μεγάλους Οργανισμούς υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία, η αποστολή της ιατρικής τους υπηρεσίας επεκτείνεται και στη προπτυχιακή εκπαίδευση φοιτητών της ιατρικής (αν πρόκειται για πανεπιστημιακό νοσοκομείο), στην μεταπτυχιακή εκπαίδευση γιατρών (εκπαίδευση ειδικευόμενων) και στην πραγματοποίηση έρευνας"(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). "Η παροχή των υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς γίνεται από τα ιατρικά τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας και μπορεί να αφορά μόνο στη διάγνωση του προβλήματος της υγείας τους (π.χ. εξέταση ασθενή σε ιατρείο) είτε να αφορά τόσο στη διάγνωση, όσο και στη θεραπεία τους στη συνέχεια (π.χ. εισαγωγή και νοσηλεία του ασθενή στην κλινική). Επίσης η παροχή των υπηρεσιών μπορεί να είναι είτε άμεση (π.χ. νοσηλεία του ασθενή σε παθολογική κλινική), είτε έμμεση (π.χ. εξέταση βιολογικών υγρών του ασθενή σε εργαστήριο)" (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). Μπορεί ανάλογα με τις ειδικότητες γιατρών που να μπορούν να εξυπηρετήσουν σε κάθε ιατρικό τμήμα, να γίνεται εξέταση του ασθενή, εντοπισμός του προβλήματος και αν χρειάζεται άμεση εισαγωγή και νοσηλεία για περίθαλψη αν υπάρχει το κατάλληλο προσωπικό ή γιατρός για να γίνει ή αν δεν πληρεί τις απαραίτητες προϋποθέσεις, μεταφορά του σε άλλη πλησιέστερη Μονάδα.

"Το σύνολο των ιατρικών τμημάτων στα νοσοκομεία συγκροτεί την ιατρική υπηρεσία, η οποία διαρθρώνεται σε τομείς (παθολογικό, χειρουργικό, εργαστηριακό, ψυχιατρικό, κοινωνικής ιατρικής, εξωτερικών ασθενών και φαρμακευτικό) και κάθε τομέας απαρτίζεται από τμήματα (κλινικές, εργαστήρια, μονάδες) συγγενών ειδικοτήτων. Η διεύθυνση στην ιατρική υπηρεσία των νοσοκομείων ασκείται από τον διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας, τους διευθυντές των τομέων και τους διευθυντές των τμημάτων (κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων), οι οποίοι είναι γιατροί, εκτός από το φαρμακευτικό τμήμα, που διευθύνεται από φαρμακοποιό. Ο διευθυντής της ιατρικής υπηρεσίας συντονίζει το έργο των ιατρικών τομέων και οι διευθυντές των τομέων συντονίζουν το έργο των τμημάτων που συγκροτούν κάθε τομέα (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). "Κάθε ιατρικό τμήμα (κλινική, εργαστήριο, μονάδα) της ιατρικής υπηρεσίας έχει την αποτελεσματική του αυτοτέλεια και τη διεύθυνση σ' αυτό ασκεί ο διευθυντής του τμήματος, που είναι γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας. Ο γιατρός διευθυντής του τμήματος με το κύρος και την εξουσία που του προσδίδει η θέση του, κυρίως δε με τις

επιστημονικές του γνώσεις και την επαγγελματική του εμπειρία, ενεργοποιεί, καθοδηγεί και κατευθύνει το ιατρικό και λοιπό προσωπικό του τμήματος του, για τη διεκπεραίωση όλων των έργων και δραστηριοτήτων που απαιτεί η επίτευξη των επιμέρους στόχων και των σκοπών του τμήματός του" (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). Το κάθε τμήμα του Οργανισμού υγείας έχει δική του διεύθυνση από εξειδικευμένο άριστα και άρτια πάνω στην ειδικότητα του εκάστοτε τμήματος. Παράλληλα όντας καταξιωμένος στο χώρο και την συγκεκριμένη ειδικότητα μπορεί να διευθύνει το τμήμα και να κερδίσει ευκολότερα τον σεβασμό των υπόλοιπων μελών, εργαζομένων του τμήματος και να έχουν μια αρμονική συνεργασία για το καλό του τμήματος και τη σωστή λειτουργία του μα τα σωστά αποτελέσματα. Διότι χρειάζεται ομόνοια και σύμπνοια για να λειτουργήσει αρμονικά το οποιοδήποτε τμήμα μιας Μονάδας υγείας. "Η άσκηση της διεύθυνσης στα ιατρικά τμήματα, λόγω της ιδιαιτερότητας των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται σ' αυτά, οφείλει να αναπτύσσει σε μεγάλο βαθμό στους υφισταμένους γιατρούς το αίσθημα της προσωπικής ευθύνης και να δημιουργεί ομάδες υψηλής αποδοτικότητας, οι οποίες θα κερδίζουν την εμπιστοσύνη των ασθενών, προσφέροντας τους αποτελεσματικές και ποιοτικές αποδεκτές υπηρεσίες υγείας" (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). Στη συνέχεια έχουμε την άσκηση της διεύθυνσης στα νοσηλευτικά τμήματα. Είναι πολύ σημαντικό για τη σωστή λειτουργία ολόκληρης της Μονάδας (νοσοκομείο) η σωστή λειτουργία αυτού του νευραλγικού τμήματος νοσηλευτικού. "Η άσκηση της νοσηλευτικής διεύθυνσης αποβλέπει στην κατάλληλη ενεργοποίηση και καθοδήγηση του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών, όσο και για την παροχή στους ασθενείς της φροντίδας που χρειάζονται, ώστε η διαβίωσή τους στη Μονάδα (νοσοκομείο) να γίνεται κάτω από γενικά παραδεκτές ανθρώπινες συνθήκες, προσαρμοσμένες ειδικά στις ανάγκες και στην ψυχοσύνθεσή τους. Δηλαδή η διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας πρέπει να κατευθύνει το προσωπικό και τις δραστηριότητες κατά τρόπο που να επιτυγχάνονται οι σκοποί και οι στόχοι του Οργανισμού υγείας"(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β').

"Θα πρέπει να τονιστεί από την αρχή ότι το ενδιαφέρον για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών και για την ασφαλή και άνετη διαβίωσή τους, στους οργανισμούς υγείας δεν είναι δυνατόν να επιβληθεί με νόμους, κανονισμούς ή εγκύκλιες διαταγές. Αυτό το ενδιαφέρον εμπνέεται και καλλιεργείται από τη διεύθυνση. Η όλη διεργασία

της νοσηλευτικής αποτελεί στην πράξη εξατομικευμένη φροντίδα, γι' αυτό τα ηγετικά στελέχη της νοσηλευτικής υπηρεσίας που ασκούν τη διεύθυνση πρέπει να διαθέτουν εκείνη την ικανότητα που θα εμπνεύσει αυτό το ενδιαφέρον στους υφισταμένους τους και θα εξασφαλίσει την εκτέλεση της εργασίας τους κατά οργανωμένο και αποτελεσματικό τρόπο (Λανάρα, 1993)."

Πρέπει η οργάνωση και η άσκηση διεύθυνσης στα νοσηλευτικά τμήματα να γίνεται σύμφωνα με τις ανάγκες του Οργανισμού αλλά και της σωστής και ολοκληρωμένης εξυπηρέτησης και σωστής νοσηλείας των ασθενών. Πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών, αλλά και να έχει ένα σωστό διοικητικό πλάνο. "Η νοσηλευτική υπηρεσία στους Οργανισμούς υγείας (νοσοκομεία) διαρθρώνεται σε τομείς, καθένας από τους οποίους απαρτίζεται από νοσηλευτικά τμήματα και αυτοτελείς μονάδες. Τη διεύθυνση όλης της υπηρεσίας ασκεί ο διευθυντής/-ρια της, στους τομείς η διεύθυνση ασκείται από τους προϊστάμενους,-ες, νοσηλευτές,-ριες τομέων (τομεάρχες) και στα τμήματα, από τους προϊστάμενους,-ες, νοσηλευτές,-ριες τμημάτων."(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β'). "Κάθε προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος καθοδηγεί και κατευθύνει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματός του, ώστε να καλύπτονται οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών, σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών. Επίσης, καθοδηγεί και κατευθύνει κατάλληλα όλο το προσωπικό του τμήματος (νοσηλευτικό, διοικητικό, και βοηθητικό), ώστε να εξασφαλίζεται η άνετη παραμονή και διαβίωση των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσηλευτικό τμήμα. Ο διευθυντής,-ρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας παρακολουθεί τη λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο σύνολό της και συντονίζει το έργο των τομέων. Οι προϊστάμενοι,-ες των νοσηλευτικών τομέων, παρακολουθούν τη λειτουργία των τμημάτων που υπάγονται στον τομέα τους και συντονίζουν το έργο τους."(Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β').

Ολοκληρώνοντας έχουμε την άσκηση της διεύθυνσης στα τμήματα της διοικητικής υπηρεσίας.

Ο ρόλος της διοικητικής υπηρεσίας ενός Οργανισμού υγείας συνιστάται στην υποστήριξη του έργου των άλλων δύο υπηρεσιών του Οργανισμού (της ιατρικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας), στην εξασφάλιση της απαραίτητης υποδομής στήριξης, στη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του Οργανισμού, στη φροντίδα για αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξής του, στην επίλυση των προβλημάτων που αναδύονται κάθε φορά στη διάρκεια της καθημερινής λειτουργίας,

καθώς και στην αποτίμηση του συνολικού τελικού έργου του Οργανισμού υγείας. Για την εκπλήρωση του ρόλου της, η διοικητική υπηρεσία ενός Οργανισμού υγείας (π.χ. ενός νοσοκομείου) διαρθρώνεται σε υποδιευθύνσεις, τμήματα και γραφεία, ανάλογα με την εξειδίκευση και την έκταση των δραστηριοτήτων της. Τη διεύθυνση στη διοικητική υπηρεσία ασκούν ο διοικητικός διευθυντής, οι διοικητικοί υποδιευθυντές και οι προϊστάμενοι των τμημάτων και των γραφείων της. Η άσκηση της λειτουργίας της διεύθυνσης από τα ηγετικά στελέχη της διοικητικής υπηρεσίας απαιτεί αυτά να έχουν την κατάλληλη επαγγελματική κατάρτιση και εξειδίκευση σε θέματα υγείας, αναπτυγμένες σε σημαντικό βαθμό τις διαπροσωπικές δεξιότητες και τις δεξιότητες συνολικής θεώρησης, καθώς επίσης να διακρίνονται από την ιδιαίτερη ευαισθησία που απαιτεί η αντιμετώπιση των σύγχρονων υγειονομικών προβλημάτων (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, τόμος Β').

Συνοψίζοντας βλέπουμε ότι η άσκηση της διεύθυνσης στους Οργανισμούς υγείας είναι αρκετά πολύπλοκη λειτουργία. Είναι έτσι όμως διότι δεν επιτρέπεται το παραμικρό λάθος και έτσι κάθε τμήμα έχει τη δική του ξεχωριστή οργάνωση και διοίκηση ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού και των ασθενών. Κάθε τμήμα ξεχωριστά πρέπει να έχει τη σωστή διοίκηση και λειτουργία και έτσι όλοι μαζί να δίνουν στη Μονάδα μία τέλεια και άψογη λειτουργία, ούτως ώστε να εξυπηρετούνται όπως πρέπει και να περιθάλπονται σωστά οι ασθενείς, αλλά να υπάρχουν και οι κατάλληλες συνθήκες για να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό οι γιατροί και όλο το προσωπικό.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

Η προέλευση των κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας ποικίλλει. Οι σπουδαιότερες πηγές κεφαλαίων είναι οι ακόλουθες:

α) Δημόσιος Τομέας

Υπουργείο Υγείας ή και άλλα υπουργεία

1 Έσοδα από γενική φορολογία.

2 Έσοδα από ειδικούς φόρους.

Υποχρεωτική Καθολική Ασφάλιση

1 Εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

2 Εισφορές ομάδων πληθυσμού, οι οποίες προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του ετησίου εισοδήματος και οι οποίες λειτουργούν σαν ένας υποθετικός ειδικός φόρος.

3 Ειδική φορολογία προσώπων και επιχειρήσεων, η οποία προσδιορίζεται σύμφωνα με το ύψος των κερδών.

β) Ιδιωτικός τομέας

1 Ιδιωτική ασφάλιση

2 Εργοδοτικές παροχές

3 Οικογενειακό εισόδημα νοικοκυριών

4 Δωρεές φιλανθρωπικών Οργανισμών

γ) Εξωτερική βοήθεια και συνεργασία

1 Διεθνής Τράπεζα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κτλ." (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε επίπεδο συστημάτων υγείας υπάρχουν δύο κύριες πηγές χρηματοδότησης της υγείας: Στις χώρες που ακολουθούν το μοντέλο Beveridge, όπως η Μ. Βρετανία, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από την άμεση φορολογία. Στις χώρες οι οποίες ακολουθούν το μοντέλο Bismarck, όπως η Δ. Γερμανία, η υγεία χρηματοδοτείται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Στην πρώτη περίπτωση όλος ο πληθυσμός συμμετέχει στο κόστος της υγείας, ενώ στην δεύτερη περίπτωση συμμετέχει μόνο ο απασχολούμενος πληθυσμός." (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Στην περίπτωση της Ελλάδας (Τήνιος, 1995), το σύνολο του πληθυσμού ασφαλιζεται για την υγεία από αυτόνομα Ταμεία. Σ' αυτά τα Ταμεία

καταβάλλονται εισφορές και όταν ο ασφαλισμένος νοσηλευτεί σε νοσοκομείο, το Ταμείο χρεώνεται με ημερήσιο νοσήλιο που ζητάει το νοσοκομείο. Το ύψος του νοσηλίου με το οποίο χρεώνεται το Ταμείο καθορίζεται σε σημαντικό ποσοστό από το κράτος. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ'). Στην Ελλάδα, όπου εφαρμόστηκε η πολιτική του χαμηλού νοσηλίου, το νοσήλιο επιδοτήθηκε από το κράτος μέσα από τον κρατικό προϋπολογισμό. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Υπάρχει βέβαια και το ιδιωτικό σύστημα υγείας- συναντάται κυρίως στις Ην. Πολιτείες- σύμφωνα με το οποίο οι ασφαλισμένοι αγοράζουν ένα ασφαλιστικό "πακέτο" και έχουν την ανάλογη αντιμετώπιση στα συστήματα υγείας που είναι συμβεβλημένα με τις ασφαλιστικές εταιρίες. Στις χώρες της Ε.Ε η ύπαρξη ασφαλιστικών συμβολαίων λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς την κοινωνική ασφάλιση, παρέχοντας στους ασφαλισμένους κάποιες επιπλέον παροχές, ειδικά όσον αφορά στις συνθήκες διαβίωσης εντός του νοσοκομείου. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Υπάρχει ένα ερώτημα όσο αφορά την υγεία το οποίο έχει πολλές παραμέτρους. Το ερώτημα αυτό λοιπόν είναι αν η υγεία είναι αγαθό δημόσιο ή ιδιωτικό. Υπάρχουν αρκετές απόψεις απλά θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι: α) το αγαθό "υγεία" δεν ταυτίζεται με την υγειονομική περίθαλψη ή αλλιώς με τις υπηρεσίες που οδηγούν στην υγεία και β) το αν είναι δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό δεν σχετίζεται άμεσα με το αν παράγεται από τον δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα. Θα μπορούσε να είναι δημόσιο αγαθό και να παρέχεται από ιδιωτικό φορέα.

Διερευνώντας τα χαρακτηριστικά του αγαθού "υγεία" παρατηρούμε ότι αυτό μπορεί να παραχθεί και να προσφερθεί ανά μονάδα και να εφαρμοστεί η αρχή του αποκλεισμού, αν κάποιο άτομο αρνηθεί να πληρώσει την αντίστοιχη τιμή του. Κατά συνέπεια, το αγαθό "υγεία" θα μπορούσε να χαρακτηριστεί τέτοιου είδους αγαθό.

Οι Κυριόπουλος και Νιάκας (1994) αναφέρουν στο βιβλίο τους ότι σύμφωνα με την άποψη ορισμένων συγγραφέων, η υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό, ενώ, σύμφωνα με την άποψη άλλων συγγραφέων, η υγεία είναι δημόσιο αγαθό. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η υγεία είναι ένα αγαθό με ισχυρές εξωτερικές οικονομίες. Δηλαδή μπορεί να επιφέρει στο σύνολο είτε θετικές

είτε αρνητικές επιπτώσεις. Θετικές, από τη στιγμή που επανεπεντάσσει τα άτομο, υγιές πλέον, εντός της κοινωνίας, ικανό προς εργασία. Αρνητικές, επειδή, εξαιτίας της έλλειψης υγείας, τα άτομα καθίστανται ανίκανα προς εργασία. Επειδή το αγαθό "υγεία" παρουσιάζει ισχυρές εξωτερικές οικονομίες, θα μπορούσε να ενταχθεί στα δημόσια αγαθά. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Το αγαθό υγεία παρουσιάζει μία ιδιομορφία, όχι μόνο επειδή υπάρχει ατελής ανταγωνισμός του στην αγορά, αλλά επειδή επιφέρει σημαντικές εξωτερικές οικονομίες και επηρεάζει την υγεία των πολιτών, επομένως και την ικανότητά τους προς εργασία. Είναι λοιπόν κατανοητό ότι η υπόθεση της υγείας, εκτός από την ηθική, έχει τεράστια οικονομική σημασία, στον βαθμό που ένα υγιές άτομο μπορεί υπό προϋποθέσεις να καταστεί και παραγωγικό. Είναι δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό; Οι προϋποθέσεις για να είναι ιδιωτικό αγαθό υπάρχουν, όμως όπως και στην περίπτωση της παιδείας και των αστικών συγκοινωνιών, επιδρούν άμεσα στο κοινωνικό σύνολο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η υγεία να θεωρείται ότι πρέπει να είναι καταρχήν υπόθεση της πολιτείας, επειδή η κοινωνία είναι υπεύθυνη απέναντι στα άτομα πολίτες της. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ'). Ας μην ξεχνάμε ότι στις αρχές του αιώνα κανένας επιχειρηματίας δεν ήταν διατεθειμένος να παράγει το αγαθό "υγεία", εφόσον τα άτομα δεν μπορούσαν να το πληρώσουν και ο επιχειρηματίας δεν μπορούσε να κρατήσει τους εργαζόμενους συνέχεια στη δική του επιχείρηση για να αποσβέσει τις δαπάνες. Έτσι, στην περίπτωση της υγείας, όπως και στην περίπτωση της παιδείας, αυτά έπρεπε να προσφερθούν από έναν φορέα που να μην ταυτίζεται με τους επιχειρηματίες και ο οποίος να εγγυάται την κινητικότητα των εργαζομένων, η οποία αποτελούσε προϋπόθεση για την ανάπτυξη του καπιταλιστικού συστήματος. Αυτός ο φορέας ήταν το κράτος. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Η αγορά του αγαθού "υγεία" χαρακτηρίζεται από μονοπωλιακές ή ολιγοπωλιακές καταστάσεις, τόσο από την πλευρά της ζήτησης, όσο και από την πλευρά της προσφοράς, ενώ η ζήτηση δεν καθορίζεται άμεσα από τους ενδιαφερόμενους αλλά από τους ειδικούς. Επομένως, η τιμή του αγαθού "υγεία" δεν καθορίζεται μόνο στη βάση της ζήτησης και της προσφοράς, αλλά λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως η κοινωνική πολιτική, το όφελος του πολίτη κτλ. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις &

Προοπτικές, τόμος Δ').

Δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο; Είναι σαφές ότι η σύγκριση δεν είναι απόλυτα εφικτή καθότι οι στόχοι είναι διαφορετικοί. Ένα ιδιωτικό νοσοκομείο έχει στόχο τη μεγιστοποίηση των εσόδων του και την ελαχιστοποίηση των δαπανών του, ενώ ένα δημόσιο νοσοκομείο έχει στόχο την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι ένα δημόσιο νοσοκομείο δεν θα πρέπει να ενδιαφέρεται για τον έλεγχο των δαπανών του. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ'). Η έννοια της ανταγωνιστικότητας έχει νόημα στην περίπτωση των ιδιωτικών νοσοκομείων, από τη στιγμή που θέλουν να προσελκύουν πελάτες, όμως δεν έχει νόημα στα δημόσια νοσοκομεία , στο βαθμό που άλλοι παράγοντες ρυθμίζουν την κατανομή των ασθενών. Ο ανταγωνισμός ανάμεσα σε δύο επιχειρήσεις ή φορείς, επικεντρώνεται συνήθως στην προσπάθεια να προσελκυστούν συγκεκριμένες κατηγορίες πελατών. Στην περίπτωση της υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία, τον τελευταίο καιρό προσπαθούν να προσελκύσουν μια ειδική κατηγορία του πληθυσμού, η οποία έχει τη δυνατότητα να πληρώσει, με το να δημιουργήσουν ορισμένες θέσεις πολυτελείας στο πλαίσιο της υπάρχουσας υποδομής τους. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ'). Αυτό δε σημαίνει ότι τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία δε φροντίζουν για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Κοινωνική ασφάλιση ή ιδιωτική ασφάλιση; Το ερώτημα δεν αφορά διαφορετικούς τρόπους χρηματοδότησης, αλλά επιλογή ενός διαφορετικού μοντέλου οργάνωσης της κοινωνίας. Η κοινωνική ασφάλιση στηρίζεται στην αλληλεγγύη των γενεών και προσφέρει υπηρεσίες υγείας, όχι με το τι πληρώνει κάποιος αλλά με το τι χρειάζεται, ενώ αντίθετα η ιδιωτική ασφάλιση προωθεί την ατομικότητα και όχι την κοινωνικότητα και παρέχει υπηρεσίες ανάλογα με το ασφαλιστικό πακέτο. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Χρηματοδότηση μέσα από την άμεση φορολογία ή μέσα από τις ασφαλιστικές εισφορές; Ο τρόπος χρηματοδότησης είναι συνδεδεμένος με τον τρόπο δόμησης του συστήματος, ο οποίος με τη σειρά του είναι επηρεασμένος από την κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική ιστορία της κάθε κοινωνίας. Βέβαια σήμερα, σε περιόδους αυξημένης ανεργίας και αύξησης του αριθμού των ατόμων που εργάζονται μερικώς ή και αυτών που είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι, το ποσό των ασφαλιστικών εισφορών

μειώνεται και απαιτείται χρηματοδότηση και από την άμεση φορολογία. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Ο ρόλος του μάνατζερ σ' ένα νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Το αγαθό "υγεία" δεν είναι οποιοδήποτε αγαθό και το νοσοκομείο δεν μπορεί να γίνει ποτέ επιχείρηση: Επομένως η άκριτη μεταφορά ιδιωτικοοικονομικών κριτηρίων διαχείρισης επιχειρήσεων στον χώρο του νοσοκομείου θα είναι επιβλαβής. Αυτό βέβαια δε μπορεί να αναιρέσει την αναγκαιότητα για σωστή διαχείριση ενός νοσοκομείου. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

I. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ας περάσουμε να δούμε την ελληνική περίπτωση του συστήματος υγείας. Η γνώση των προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζει ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα είναι απαραίτητη για την επιτυχία της διοίκησής του. Σύμφωνα με τον Σιγάλα (1993), τα κύριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

- 2 Η χωροθέτησή τους δεν ήταν πάντα η καλύτερη δυνατή και οι κτηριακές τους εγκαταστάσεις παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις.
- 3 Ο εξοπλισμός τους συχνά δεν καλύπτει όλες τις σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές απαιτήσεις.
- 4 Το ανθρώπινο δυναμικό τους δεν είναι επαρκές σε όλους τους κλάδους, ενώ ταυτόχρονα οι συγκεκριμένες συνθήκες κάτω από τις οποίες καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του, το αναγκάζουν πολλές φορές να μην είναι αποτελεσματικό στον αναγκαίο βαθμό. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ΄).

Όσον αφορά δε <<στην εισαγωγή της νέας τεχνολογίας στα νοσοκομεία, δεν είναι αποτέλεσμα γενικότερου σχεδιασμού, αλλά συνήθως γίνεται με αποφάσεις αποτελεσματικές. Τα περισσότερα νοσοκομεία λειτουργούν με μηχανήματα της τελευταίας δεκαετίας, τα οποία συνυπάρχουν με τα μηχανήματα παλαιάς τεχνολογίας, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Προβληματική είναι όμως η συντήρηση που παρέχεται από τις εταιρείες, η ασφάλεια, η χρήση των μηχανημάτων, εξαιτίας της έλλειψης ειδικευμένων χειριστών, καθώς και η αξιοποίηση του εξοπλισμού ευρύτερα. Είναι επίσης αναμφισβήτητο γεγονός ότι η εισαγωγή της νέας τεχνολογίας στα νοσοκομεία έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά των εργαζομένων, διότι προκαλεί συγκρούσεις ή και συνεργασίες.>> (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ΄).

Σ' ένα μεταγενέστερο άρθρο του ο Σιγάλας (1997) επισημαίνει ότι τα νοσοκομεία στην Ελλάδα ουσιαστικά δεν είναι ούτε αυτόνομα ούτε αυτοδιοικούμενα. Ο εξοπλισμός τους με σύγχρονα μηχανήματα και συσκευές υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, παρά το εκσυγχρονισμό τους κατά την τελευταία δεκαπενταετία, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ικανοποιητικός, αφού τα νοσοκομεία βρίσκονται σε αδυναμία να καλύψουν πλήρως, μόνο με τις δικές τους δυνάμεις, τις σύγχρονες απαιτήσεις για διάγνωση των προβλημάτων υγείας και γι' αυτό αναγκάζονται να

προσφεύγουν στα ιδιωτικά νοσοκομεία. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ'). Δεν υπάρχουν περιθώρια ουσιαστικής διαχείρισης των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει σήμερα τα νοσοκομεία, αν και είναι αριθμητικά περισσότερο σε σχέση με άλλες περιόδους, εντούτοις εξακολουθεί να μην επαρκεί. Τέλος τα χρηματοδοτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα τα ελληνικά νοσοκομεία, καθώς και το συσσωρευμένο έλλειμά τους είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Τα αίτια αυτής της κατάστασης είναι γνωστά και είναι τα εξής: η χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω της μεθόδου του ημερησίου κλειστού νοσηλίου, η υπερκατανάλωση υπηρεσιών, η υπερβάλλουσα ζήτησή τους, η απουσία μηχανισμών μέτρησης και αξιολόγησης του τελικού νοσοκομειακού προϊόντος, οι διοικητικές και διαχειριστικές αδυναμίες κ.ά. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Όσον αφορά στην παρουσίαση των οικονομικών στοιχείων των νοσοκομείων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ παρατηρούμε ότι για το έτος 1992 η κύρια χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ ήταν ο κρατικός προϋπολογισμός (74%), τα νοσήλια (13%) και οι ιδιωτικές ή άλλες πηγές (13%). Συγκεκριμένα το 55% των δαπανών αφιερώνεται σε μισθούς από τους οποίους το 40% δίνεται στους νοσοκομειακούς γιατρούς. Το 26% δαπανάται για προμήθειες υλικών, τροφίμων και φαρμάκων. Από τη σύγκριση εσόδων-εξόδων προκύπτει ότι το σύνολο των δαπανών για το προσωπικό και μεγάλο μέρος των δαπανών για προμήθειες των νοσοκομείων καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα έσοδα από τα νοσήλια καλύπτουν μόνο τις δαπάνες για τρόφιμα, φάρμακα και άλλα λειτουργικά έξοδα. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Όσον αφορά στην κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στα μη ψυχιατρικά νοσοκομεία για το έτος 1992, αναλογούν ένας γιατρός ανά δύο κλίνες, μία νοσηλεύτρια και ένας από το υπόλοιπο προσωπικό για κάθε μία κλίνη. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ').

Η ανάλυση της σύνθεσης και δομής των επενδύσεων στον τομέα της υγείας δείχνει ότι ο κύριος όγκος τους κατευθύνεται προς την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ συρρικνώνεται σταδιακά στις παραδοσιακές επενδύσεις που αφορούν κτήρια, δηλαδή στην δημιουργία νέων νοσοκομείων και κλινικών. Συγκεκριμένα οι συνολικές επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας για το 1991 ήταν 1.850 εκατ. δρχ. (σε σταθερές

τιμές), από τις οποίες το 1/3 ήταν δημόσιες, οι επενδύσεις σε κτήρια έφτασαν τα 430 εκατ. δρχ. και σε μηχανικό εξοπλισμό τα 1.420 εκατ. δρχ. (Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, τόμος Δ΄).

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ **ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα βρίσκεται, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, σε μία συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό. Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα κατά την τελευταία δεκαπενταετία, ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα στην οργάνωση και στη λειτουργία του, στην χρηματοδότηση και στην αποτελεσματικότητα, με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και στην παροχή υπηρεσιών, με ανύπαρκτη δημόσια υγεία, με πληθωρισμό γιατρών και μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, με αδύναμη ανάπτυξη της Π.Φ.Υ και με στοιχεία ασαφώς καθορισμένου ή ανεπαρκούς οργανωτικού και χρηματοδοτικού πλαισίου για τα νοσοκομεία. Η δυσφορία του κόσμου από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από κάθε άλλη χώρα της Ε.Ε (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Αυτό είναι φανερό σε κάθε συνομιλία με ασθενείς οι οποίοι στην συντριπτική τους πλειοψηφία μένουν δυσαρεστημένοι με την αντιμετώπιση που έχουν από τα νοσοκομεία.

Επίσης είναι γεγονός ότι κάθε φορά που εκπονείται κάποια μελέτη για μεταρρύθμιση, ο πυρήνας των προβλημάτων που αναφέρονται, παραμένει αμετάβλητος και οι βασικές προτάσεις επαναλαμβάνονται. Από το 1993, γίνεται προσπάθεια για την αποκέντρωση και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας και για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Η έλλειψη εφαρμογής αυτών των αλλαγών μπορεί να οφείλεται στις αντιστάσεις αυτοσυντήρησης του συστήματος υγείας στο όπιο σχέδιο μοντερνικότητας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας επιβεβαιώνει το μύθο του Σίσυφου, δηλαδή ότι η συνεχής απόπειρα επίτευξης ενός σκοπού και ενός έργου διαρκώς ματαιώνεται, επειδή ο σκοπός λειτουργεί περισσότερο ως υπόσχεση και προσδοκία και λιγότερο ως απτή πραγματικότητα. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Πράγματι, έχουν γίνει πολύ σημαντικά βήματα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην κτηριακή υποδομή, με την ανέγερση πολλών νέων νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας και πολυϊατρείων, τα

περισσότερα από τα οποία διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό και ικανοποιητική στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό. Όμως δεν έχουν λυθεί σημαντικά προβλήματα που έχουν σχέση με τη δομή, την οργάνωση και λειτουργία, με την χρηματοδότηση και την περιφερειακή κατανομή των πόρων, με τις ανισότητες και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Ίσως να απουσιάζει ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο αλλαγών με πολιτικούς στόχους και συγκεκριμένη διοικητική-οργανωτική μεταρρύθμιση, δηλαδή η σχεδίαση και η εφαρμογή της κατάλληλης στρατηγικής και μεθοδολογίας.

Έργο των πολιτικών ηγεσιών θα μπορούσε να είναι η έμπνευση και ενορχήστρωση των αλλαγών και όχι η ιεραρχική και αξιωματική επιβολή τους με διοικητικά μέτρα. Η αδυναμία των εκάστοτε κυβερνήσεων, όχι μόνο να ψηφιστεί αλλά και να εφαρμοστεί ολοκληρωμένα ένας νόμος που να εισαγάγει μεταρρυθμίσεις, οφείλεται πρώτιστα στην έννοια της επιβάρυνσης του πολιτικού κόστους. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Αυτός ο ανασταλτικός παράγοντας προέρχεται κυρίως από τους φορείς διαχείρισης του συστήματος ή τους κοινωνικούς φορείς και λιγότερο από τον πληθυσμό, το οποίο εννοείται ότι εξυπηρετούν οι υπηρεσίες υγείας. Όλοι οι προαναφερθέντες φορείς θέλουν να προσθέσουν τον δικό τους τρόπο αναστέλλοντας οποιαδήποτε προσπάθεια συνολικής συμφωνίας. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Μόνη εξαίρεση αποτέλεσε ίσως η προσπάθεια του 1983 κυρίως επειδή οι συνθήκες είχαν ωριμάσει υπέρ του δέοντος και η τότε κυβέρνηση απολάμβανε μεγάλης λαϊκής απήχησης. Όμως στην πορεία συγκρότησης του Ε.Σ.Υ δεν έγιναν όλα όσα προβλέφθηκαν, ενώ μερικές φορές σημειώθηκαν ανακολουθίες και ασυνέχειες στην πολιτική. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Το πιο σημαντικό παράδειγμα ήταν η πλευρά της χρηματοδότησης του συστήματος, η οποία συζητείται και ταυτόχρονα εγκαταλείπεται. Όλα αυτά τα συναντούμε μέχρι και σήμερα, καθώς τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το Ε.Σ.Υ φαίνεται πως είναι διαχρονικά και άλυτα.

Αυτές οι δυσκολίες μπορούν να αποδοθούν και στην έλλειψη οργανωτικών και διοικητικών δομών, που δεν στήριξαν τις μεταρρυθμίσεις. Τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις είναι αποδεκτές μόνο όταν αυτές εντάσσονται στο πλαίσιο ενός δυναμικού σχεδιασμού και

προγραμματισμού. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Δεν μπορεί όμως σε μια τέτοια διαδικασία αυτές οι αναθεωρήσεις να ανατρέπουν χωρίς αξιολόγηση και προοπτική τη βασική πορεία εξέλιξης του συστήματος, όπως έγινε ιδιαίτερα κατά την περίοδο 1990-1993, ή να συνεχίζεται αδιάκοπα η συζήτηση, χωρίς το αναγκαίο, άμεσο και πρακτικό αποτέλεσμα, χωρίς εφαρμογή κάποιας πολιτικής.

Ένας άλλος βασικός λόγος εφαρμογής δομικών και ολοκληρωμένων μεταβολών είναι το ερώτημα ύπαρξης ή μη ισχυρής κυβέρνησης. Οι Τραγάκη-Πολύζος (1998) επισημαίνουν τα εξής:

- 1 Το γερμανικό κοινωνικό- ασφαλιστικό σύστημα, εγκαθιδρύθηκε επί Βίσμαρη ο οποίος ονομαζόταν και "Σιδερένιος Καγκελάριος". (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').
- 2 Το σύστημα υγείας των ανατολικών χωρών εφαρμόστηκε σε σοβιετικού τύπου κυβερνητικούς μηχανισμούς.
- 3 Το NHS εφαρμόστηκε στη μεταπολεμική Βρετανία επί εργατικής διακυβέρνησης με μεγάλη λαϊκή απήχηση.
- 4 Τα αμερικάνικα προγράμματα υγείας Medicaid και Medicare σχεδιάστηκαν επί προεδρίας Κέννεντυ, ίσως του πιο δημοφιλούς προέδρου των ΗΠΑ μεταπολεμικά. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Μια ισχυρή κυβέρνηση μειώνει την επιρροή και τις αντιφατικές αναζητήσεις των διαφόρων κοινωνικών εταίρων, με τους οποίους παράλληλα πρέπει να εξαντλεί τον κοινωνικό διάλογο. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι σύμμαχοι σ' αυτή την προσπάθεια είναι το καθεστώς οικονομικής σταθερότητας, καθώς και η κατάλληλη υποστήριξη από πλευράς οργανωτικών υποδομών και ανθρωπίνου εξειδικευμένου δυναμικού, που θα στελεχώσει αυτές τις υποδομές. Στην Ελλάδα η διαχείριση αλλαγών, με έμφαση στην κοινωνική πολιτική, πάσχει κυρίως:

- 1 Από έλλειψη συστηματικής ανάλυσης,
- 2 Από την κατά κόρο εξαγγελία τους, παρά στην εφαρμογή τους και τέλος
- 3 Από τη χρησιμοποίηση μελετών, ερευνών, αξιολόγησης και επανάδρασης, όχι ως μόνιμων εργαλείων, υποβοηθητικών αποφάσεων, αλλά με σκοπό μόνο τη δημιουργία μιας "ιδεολογίας" που δεν χρησιμοποιείται. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Σε τέτοιες συνθήκες η νέα κυβέρνηση του ΠΑ.ΣΟ.Κ (1996) μπορεί να

μην απολαμβάνει τον ίδιο βαθμό δημοτικότητας με την αντίστοιχη του 1983, έχει όμως την προοπτική μιας τετραετίας, οι οικονομικές συνθήκες βελτιώνονται ραγδαία και ο κοινωνικός διάλογος έχει εξαντληθεί και ο κόσμος δεν μπορεί άλλο να περιμένει, αφού, εκτός των άλλων του δημιουργήθηκαν υψηλές προσδοκίες από την προτασιολογία των τελευταίων χρόνων. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Η νέα κυβέρνηση με το σύνθημα του εκσυγχρονισμού επαγγέλεται τη ριζική αλλαγή σε πολλούς τομείς του δημοσίου βίου. Αν γινόταν προσπάθεια να οριοθετηθούν εκσυγχρονιστικές κατευθύνσεις, η διάκριση θα ήταν:

- 1 Συγκράτηση των δημοσίων δαπανών
- 2 Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα Οργανισμών και απασχολούμενων στη δημόσια διοίκηση,
- 3 Αποκέντρωση και αυτοδιοίκηση. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Η αναγκαιότητα στη διαδικασία σχεδιασμού, εφαρμογής και διαχείρισης των αλλαγών υποστηρίζεται απ' όλους. Τα προβλήματα χρηματοδότησης, μάνατζμεντ, ανθρώπινου δυναμικού κ.ο.κ χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση, με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας του τομέα περίθαλψης, ιδιαίτερα του μεγαλύτερου σε όγκο - νοσοκομεία Ε.Σ.Υ- που στο σύνολο του είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης της χώρας.

Το σύστημα διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων από την καθιέρωσή του μέχρι σήμερα έχει παρουσιάσει αρκετά πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Ο θεσμός του Δ.Σ του νοσοκομείου, κατά την πρώτη περίοδο της εφαρμογής του μέχρι το 1983 δεν παρουσίασε ιδιαίτερα προβλήματα, γεγονός που αποδίδεται στις δυσμενείς συνθήκες λειτουργίας του κράτους, τόσο πριν από τον πόλεμο, όσο και ύστερα απ' αυτόν. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Κατά τη δεύτερη περίοδο και κυρίως από την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ μέχρι σήμερα τα πράγματα αλλάζουν ριζικά. Η επαναστατική τομή στον χώρο της υγείας επέφερε ριζικές αλλαγές και στο χώρο της διοίκησης των νοσοκομείων, αφενός με την ισχυροποίηση των Δ.Σ και αφετέρου με την απογύμνωση των διοικητικών στελεχών.

Αυτό όμως ήταν και το τραγικό λάθος των διοικούντων εκείνη την περίοδο στον χώρο της υγείας: δεν υπολόγισαν σωστά όσο αφορά στο μέγεθος των αλλαγών. Έτσι τον αρχικό ενθουσιασμό διαδέχτηκε πολύ

σύντομα η απογοήτευση. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Ο λόγος ήταν ότι οι αλλαγές ήταν σαρωτικές, με αποτέλεσμα να ισοπεδώσουν ότι είχε επιτευχθεί στο τομέα της διοίκησης επί μισό αιώνα λειτουργίας του θεσμού του Δ.Σ στα νοσοκομεία. Έτσι τα νέα Δ.Σ κλήθηκαν να αντικαταστήσουν ακόμα και τους διοικητικούς διευθυντές με την αιτιολογία της έλλειψης ικανών διευθυντικών στελεχών στα νοσοκομεία. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Όμως η υπερσυγκέντρωση δυνάμεων στα χέρια της διοίκησης λειτουργούσε αρνητικά, διότι πλέον για όλα τα θέματα αποφάσιζε η διοίκηση του νοσοκομείου, την οποία εκπροσωπούσε τις περισσότερες φορές ο πρόεδρος της, ενεργώντας ο ίδιος ως εκπρόσωπος του κυβερνόντος κόμματος, με φυσικό επακόλουθο όλες του οι ενέργειες να συγκλίνουν προς το κομματικό συμφέρον. Οι συνέπειες ήταν οδυνηρές: άρχισε να καλλιεργείται ένα νοσηρό κλίμα και να εκδηλώνονται προστριβές μεταξύ διοίκησης ή διεύθυνσης, ενώ παράλληλα η διοίκηση, είτε για λόγους λειτουργικούς είτε γιατί εκτιμούσε διαφορετικά τα γεγονότα, ανέστειλε αρκετές ενέργειες των στελεχών, προωθώντας τις διοικητικές τις απόψεις. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Έτσι το Δ.Σ λειτούργησε σε αρκετές περιπτώσεις ως ανασταλτικός μηχανισμός. Όμως η βασική αιτία της ανασταλτικής λειτουργίας του Δ.Σ του νοσοκομείου ήταν η έλλειψη υποδομής στα νοσοκομεία σε ότι αφορά στη διοίκησή τους, με αποτέλεσμα να εκδηλώνονται αναταραχές και να διαταράσσονται οι σχέσεις διοίκησης και διοικητικών στελεχών. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Οι προσπάθειες που έγιναν για την εφαρμογή τόσο του θεσμού του συντονιστή το 1983 όσο και του γενικού διευθυντή είναι σε εξέλιξη. Πιστεύουμε ωστόσο ότι η κακοδιοίκηση που μαστίζει εδώ και αρκετά χρόνια τα νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να εξαλιφθεί με την εφαρμογή ενός εκσυγχρονιστικού μοντέλου διοίκησης το οποίο θα ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των καιρών. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ'). Αν και η ιστορία άλλα μας έχει διδάξει ελπίζουμε σε καλύτερες μέρες όσο ουτοπικό και αρκετά δύσκολο και αν ακούγεται αυτό.

Παρατηρώντας παρακάτω έναν πίνακα χρονολογικών μεταβολών του θεσμού της διοίκησης των νοσοκομείων θα δούμε την εξέλιξη του θεσμού αυτού από τα πρώτα χρόνια, μέχρι και τα σημερινά.

1827: Λειτούργησε το πρώτο νοσοκομείο του νεοσύστατου ελληνικού

κράτους στη Σύρο με την επωνυμία <<Βαρδάκειον και Πρώτον Νοσοκομείον Σύρου>>.

1834: Συστάθηκε και λειτούργησε το Ιατροσυνέδριο με το Β.Δ της 13/25-5-1834.

1836: Ιδρύεται στην Αθήνα επί μοναρχίας Όθωνα το πρώτο νοσοκομείο στην πόλη, το δημοτικό Νοσοκομείο η Ελπίς.

1836: Εκδίδεται το Δ. της 1/13-12-1836 με το οποίο καθορίζεται η άσκηση της διοίκησης των νοσοκομείων από Αδελφάτο.

1887: Κάθε νοσοκομείο διοικείται ανάλογα με το τι ορίζει η ιδρυτική του πράξη, δηλαδή τα νοσοκομεία διοικούνται άλλα από Αδελφάτο και άλλα από Δ.Σ και τέλος, τα λίγα κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν διοικούνται από Αδελφάτο. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

1917: Ιδρύεται το πρώτο Υπουργείο Περίθαλψης, το οποίο στη συνέχεια, με τον Ν. 2882/1922, μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας.

1937: Εκδίδεται ο Α.Ν 965/1937, ο οποίος εισήγαγε μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας, καθιερώνοντας για όλα τα νοσοκομεία τον θεσμό του Δ.Σ ως μοντέλο διοίκησής τους. Επίσης καθιερώνεται για πρώτη φορά ο θεσμός του επιτρόπου στο Δ.Σ.

1941: Με τον Α.Ν 2769/1941 επιτρέπεται η ίδρυση προσωρινών νοσοκομείων για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών.

1943: Με το Ν.Δ 2113/1943 αλλάζει το καθεστώς διοίκηση των επαρχιακών νοσοκομείων και αντί του Δ.Σ λειτουργεί τριμελές διοικητική επιτροπή η οποία αποτελείται από δημοσίους υπαλλήλους.

1953: Με το Ν.Δ 2592/1953 αλλάζει και πάλι το καθεστώς συγκρότησης και σύνθεσης των Δ.Σ, τα οποία γίνονται επταμελή για νοσοκομεία με δυναμικότητα έως 200 κλίνες και εννεαμελή για νοσοκομεία άνω των 200 μελών, ενώ στο εξής η ανανέωση των μελών γίνεται τμηματικά ανά διετία και με κλήρο. Η θητεία τους ορίζεται τετραετής, ενώ στην πραγματικότητα ήταν διετής. Επίσης με το Β.Δ. της 17/30-10-1953 η χώρα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες.

1954: Με το Β.Δ. 11/1954 καθορίζεται για πρώτη φορά ένα νομικό πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας των συλλογικών αυτών οργάνων. Επίσης με το Ν.Δ. 3796/1957 καταργήθηκε η εναλλάξ ανά διετία ανανέωση της θητείας των μελών του Δ.Σ. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

1973: Με το Ν.Δ. 1380/1973 καταργήθηκε η διάκριση των νοσοκομείων με βάση τις κλίνες σε ότι αφορά στη διοίκησής τους, ενώ η θητεία των μελών

των Δ.Σ καθορίστηκε να είναι τριετής. Επίσης το ίδιο έτος εκδόθηκε η προβλεπόμενη από τον παραπάνω νόμο υπουργική απόφαση περί καθορισμού των αρμοδιοτήτων των Δ.Σ. των νοσοκομείων.

1974: Με το Ν.Δ. 31/1974 αλλάζει και πάλι η σύνθεση των Δ.Σ. των νοσοκομείων, ενώ παραμένει σταθερός ο αριθμός των μελών τους και η διάρκεια της θητείας τους.

1977: Με τον Ν. 699/1977 επανέρχεται νέα μεταβολή στη σύνθεση των Δ.Σ. των νοσοκομείων.

1983: Με τον Ν. 1397/1983 πραγματοποιείται σημαντική αλλαγή στον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων. Ειδικότερα, τα Δ.Σ. των νοσοκομείων γίνονται πενταμελή για νοσοκομεία με δυναμικότητα έως 300 κλίνες και επταμελή για νοσοκομεία άνω των 300 κλινών, ενώ η θητεία τους είναι τριετής. Θεσπίζεται για πρώτη φορά ο θεσμός του έμμισθου προέδρου και αντιπροέδρου. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

1992: Με τον Ν. 2071/1997 αλλάζει εκ νέου η συγκρότηση και σύνθεση των Δ.Σ. των νοσοκομείων. Γίνονται όλα επταμελή με διετή θητεία, ενώ θεσπίζεται για πρώτη φορά ο θεσμός του γενικού διευθυντή στα νοσοκομεία.

1997: Με τον Ν. 2519/1997 επαναφέρεται ο θεσμός του γενικού διευθυντή με νέα μορφή (μάνατζερ) στα νοσοκομεία, ενώ αλλάζει και πάλι η σύνθεση του Δ.Σ. τους, στο οποίο συμμετέχει ως πλήρες μέλος για πρώτη φορά ο γενικός διευθυντής. Επίσης για πρώτη φορά εφαρμόζεται στην επιλογή του προσώπου του προέδρου του Δ.Σ. του νοσοκομείου ο θεσμός της διαφάνειας, αφού οι πρόεδροι των περιφερειακών νοσοκομείων επιλέγονται από ειδική επιτροπή της Βουλής με δημόσια διαδικασία, ενώ οι πρόεδροι των νομαρχιακών νοσοκομείων υποδεικνύονται από τον περιφερειακό σύμβουλο. (Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ., 1999, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Τόμος: Γ').

Αυτός ήταν ένας αναλυτικός πίνακας χρονολογικών μεταβολών του θεσμού της διοίκησης των νοσοκομείων, που μας δείχνει την εξέλιξή του από το 1827 μέχρι τα νεότερα χρόνια, όλες τις μεταβολές του θεσμού αυτού με όποια θετικά και αρνητικά ίσως προσέφερε στα εκάστοτε νοσοκομεία.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Γ.Ν.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΟΣ

5.i.) Σε αυτό το κεφάλαιο θα δούμε αναλυτικά και θα μελετήσουμε το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδος. Η μεθοδολογία της έρευνας των στοιχείων που θα αναλύσουμε παρακάτω ήταν από την επαφή με εργαζόμενους στο νοσοκομείο. Τα στοιχεία δυναμικότητας του Νοσοκομείου βρέθηκαν από το καταστατικό και τα βιβλία του οργανισμού, τα οποία μπόρεσα να μελετήσω έχοντας πάρει την άδεια από τον διευθυντή του νοσοκομείου. Επίσης όσο αναφορά τις κλίνες, τις υπηρεσίες και τη στελέχωση του Νοσοκομείου, συλλέχθηκαν οι πληροφορίες από τις ίδιες πηγές που ανέφερα παραπάνω αλλά και από δύο ιατρούς από τους οποίους πήρα κάποιες σημαντικές πληροφορίες και έτσι ολοκλήρωσα την έρευνα. Τέλος έγινε και μία έρευνα κοινού στην οποία ρωτώντας 25 ασθενείς βγαίνοντας από το νοσοκομείο συλλέχθηκαν κάποιες πληροφορίες-απόψεις σχετικά με την εξυπηρέτηση που είχαν από το προσωπικό.

5.α) Κάνοντας μία εισαγωγή περί του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Χαλκίδος θα αναφέρω ότι, το Νοσοκομείο αυτό αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και η πλήρης επωνυμία του είναι <<Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδος>>. Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Χαλκίδας. Στο νοσοκομείο υπάγονται επίσης και τα τέσσερα κέντρα υγείας του νομού. Αυτά είναι τα εξής:

- α) Κέντρο Υγείας Αλιβερίου
- β) Κέντρο Υγείας Ψαχνών
- γ) Κέντρο Υγείας Μαντουδίου
- δ) Κέντρο Υγείας Ιστιαίας

Το Νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή στην οποία αναγράφονται σε επάλληλους κύκλους <<ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ-Υ.Π.Ε. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ & ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΧΑΛΚΙΔΑΣ>> και στη μέση το εθνόσημο, Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

- α) Η παροχή στο πλαίσιο και στην ένταση, της διάρθρωσης της Ιατρικής του Υπηρεσίας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση σύμφωνα με τους κανόνες του εθνικού συστήματος υγείας.
- β) Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας.
- γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.

Τα έσοδα του νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.

β) Οι εισπράξεις από νοσήλια εξέταστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις κ.λπ.

5.β) Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι τα εξής:

α) Το διοικητικό συμβούλιο, που είναι επταμελές, πέντε διορισμένοι και δύο εκλεγμένοι (ένας γιατρός και ένας από το λοιπό προσωπικό).

β) Ο Διοικητής.

Επίσης στο νοσοκομείο Χαλκίδας μπροστά υπάρχει ο Σύλλογος Εργαζομένων που είναι εκλεγμένος από τους εργαζόμενους. Έχει διετή θητεία και είναι επταμελές. Αποτελείται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο, τον Γραμματέα, τον Ταμία και τρία μέλη. Αγωνίζεται για τα δικαιώματα των εργαζομένων. Στο σύλλογο εργαζομένων είναι γραμμένοι σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι.

Υπάρχει επίσης και η τριμελή επιτροπή των γιατρών, που είναι και αυτή επίσης εκλεγμένη από τους γιατρούς.

Επιπλέον υπάρχει το υπηρεσιακό Συμβούλιο του Νοσοκομείου που αποτελείται από τρεις διορισμένους από την κυβέρνηση και δύο εκλεγμένους από τους εργαζόμενους, είναι πενταμελής συνεπώς και αποφασίζει για θέματα μετατάξεων, αποσπάσεων, κρίσεις προϊσταμένων κ.λπ.

Τέλος υπάρχει επίσης και το επιστημονικό συμβούλιο που είναι εννεαμελές και αποτελείται από επτά γιατρούς, μία νοσηλεύτρια (Τ.Ε), ένα παρασκευαστή (Τ.Ε), και είναι όλοι τους εκλεγμένοι. Ο πρόεδρος του Ε.Σ είναι γιατρός. Το Ε.Σ ασχολείται με θέματα λειτουργικά κ.λπ. Τελευταία συστάθηκε, με ευθύνη του Συλλόγου Εργαζομένων, πενταμελής Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας Εργαζομένων που είναι και αυτή εκλεγμένη και ασχολείται με την υγιεινή και Ασφάλεια των Εργαζομένων.

Όσο αναφορά τις κλίνες του Νοσοκομείου, η δύναμη κρεβατιών είναι (200) διακόσια, με (80) ογδόντα, κλίνες.

Το Νοσοκομείο επίσης απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες:

α) Ιατρική

β) Νοσηλευτική

γ) Διοικητική

Παρακάτω θα αναλύσουμε κάθε μία. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχία. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Διοικητή του Δ.Σ του Νοσοκομείου.

Ας δούμε αναλυτικότερα τις υπηρεσίες από τις οποίες απαρτίζεται το Νοσοκομείο.

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας, η ιατρική υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται στους εξής τομείς:

- α) Παθολογικό με δύναμη ογδόντα πέντε (85) κρεβάτια
- β) Χειρουργικό με δύναμη εκατόν δέκα πέντε (115) κρεβάτια
- γ) Εργαστηριακό

στα διατομεακά τμήματα:

- α) Επειγόντων περιστατικών
- β) Ημερησίας νοσηλείας

Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

- Παθολογικός τομέας, αποτελούμενος από τα παρακάτω τμήματα:

- α) Παθολογικό
- β) Καρδιολογικό
- γ) Παιδιατρικό
- δ) Νεφρολογικό

επίσης απαρτίζεται και από τις εξής μονάδες:

- α) Τεχνητού νεφρού
- β) Μεσογειακής αναιμίας

- Χειρουργικός τομέας, αποτελούμενος από τα παρακάτω τμήματα:

- α) Χειρουργικό
- β) Ορθοπαιδικό
- γ) Ουρολογικό
- δ) Οφθαλμολογικό
- ε) Ωτορινολαρυγγολογικό
- στ) Μαιευτικό-Γυναικολογικό
- ζ) Αναισθησιολογικό
- η) Ενδοσκόπησης
- θ) Χειρουργείο

- Εργαστηριακός τομέας, αποτελούμενος από τα παρακάτω τμήματα:

- α) Μικροβιολογικό
- β) Βιοχημικό
- γ) Ακτινοδιαγνωστικό
- δ) Παθολογοανατομικό
- ε) Κυτταρολογικό
- στ) Αιματολογικό
- ζ) Αιμοδοσίας
- η) Φαρμακευτικό
- θ) Αξονικός τομογράφος

Στους τομείς λειτουργού τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

Η διάρθρωση νοσηλευτικής υπηρεσίας, αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο τομείς που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως: ο πρώτος τομέας σε τέσσερα τμήματα που καλύπτουν τον παθολογικό τομέα και τα διατομεακά τμήματα επειγόντων περιστατικών και ημερησίας νοσηλείας. Ο δεύτερος τομέας σε έξι τμήματα που καλύπτουν τον χειρουργικό τομέα, τον εργαστηριακό τομέα, τα εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία της ιατρικής υπηρεσίας.

Στο νοσοκομείο συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή που αποτελείται από:

- α) Τον διευθυντή-ρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως πρόεδρο
- β) Ένα προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα
- γ) Ένα διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα

Περνάμε στη διάρθρωση της διοικητικής υπηρεσίας. Η διοικητική υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο κατευθύνσεις:

- α) Υποδιεύθυνση διοικητικού
- β) Υποδιεύθυνση τεχνικού

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους. Η υποδιεύθυνση διοικητικού στα τμήματα:

- α) Προσωπικού
- β) Γραμματείας
- γ) Οικονομικού
- δ) Κίνησης αρρώστων
- ε) Διατροφής
- στ) Γραμματείας εξωτερικών ιατρείων
- ζ) Κοινωνικής Υπηρεσίας
- η) Πληροφορικής-Οργάνωσης
- θ) Παραϊατρικών επαγγελμάτων

Στα αυτοτελή γραφεία:

- α) Επιστάσις
- β) Ιματισμού

Η υποδιεύθυνση τεχνικού στα τμήματα:

- α) Τεχνικού
- β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών του νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

Η προώθηση και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως επίσης και η εποπτεία της εφημερίας.

2. Αρμοδιότητες φαρμακευτικού τμήματος:

Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, την φύλαξη, την ταξινόμηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, την χορήγηση, την διανομή, την διακίνηση και διαχείριση του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ. Ακόμη έχει την ευθύνη του επιστημονικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οποιασδήποτε συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγών.

3. Αρμοδιότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι οι εξής:

Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπεύθυνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Αρμοδιότητες της διοικητικής υπηρεσίας είναι:

α) Τμήμα προσωπικού: φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του νοσοκομείου, καθώς και για την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

β) Τμήμα γραμματείας: φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διεκπεραίωση του έργου του νοσοκομείου.

γ) Τμήμα οικονομικού: η φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών αναγκών του ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του ιδρύματος, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για τη λειτουργία του νοσοκομείου, την κατάρτιση του ισολογισμού και απολογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και την είσπραξη των εσόδων του νοσοκομείου, την ευθύνη για τη διαφύλαξη της περιουσίας του ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

δ) Τμήμα Κίνησης Αρρώστων: η φροντίδα για την έκδοση εισιτηρίων για

την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής. Τηρεί βιβλίο κενών κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με την σειρά στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, την χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων παροχής υπηρεσιών. Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφορία γι' αυτούς. Επίσης τηρεί λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

ε) Τμήμα διατροφής: ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων που έχουν ανάγκη από ειδική διαιτητική αγωγή. Στο τμήμα διατροφής εντάσσονται επίσης οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων απασχολούνται με τα τρόφιμα από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωσή τους.

στ) Τμήμα γραμματείας εξωτερικών ιατρείων: η ευθύνη και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προσερχόμενων σ' αυτά αρρώστων. Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρείων. Ρυθμίζει τη σειρά προέλευσης των αρρώστων και προγραμματίζει την επανεξέτασή τους με την προσεγγένωση. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης. Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και τον τρόπο λειτουργίας τους.

ζ) Τμήμα Κοινωνικής υπηρεσίας: η ευθύνη και φροντίδα για την συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της πολιτείας.

η) Τμήμα πληροφορικής-οργάνωσης: η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της επεξεργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ασφαλίσεων και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

θ) Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων: εντάσσονται οι δραστηριότητες

των τεχνολόγων χειριστών ιατρικών εργαστηρίων και φυσικοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου.

i) Γραφείο εποπτείας, το οποίο φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.

ii) Γραφείο ιματισμού, το οποίο ασχολείται και είναι υπεύθυνο για την φύλαξη, την διανομή, την επιδιόρθωση και την καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του νοσοκομείου καθώς και του ιματισμού για την εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων.

iii) Τμήμα τεχνικού, όπου ασχολείται με την ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτηριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους. Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων. Φροντίζει για την συντήρηση και κανονική λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των οχημάτων του ιδρύματος.

iv) Τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας, το οποίο έχει ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού καθώς και η οργανωμένη τεχνική υποστήριξή του.

5.γ) Σε ότι έχει να κάνει με τη στελέχωση των υπηρεσιών, θα δούμε παρακάτω αναλυτικά για κάθε μία. Όσο αφορά την ιατρική υπηρεσία στελεγχώνεται από:

α) Γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατανέμονται στο Νοσοκομείο αυτό.

β) Από ειδικευμένους γιατρούς, που τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευομένων γιατρών.

γ) Από άλλους επιστήμονες που προσφέρουν συναφείς υπηρεσίες με το έργο της ιατρικής υπηρεσίας, όπως, κατηγορία Π Ε φαρμακοποιών, κλάδος Π Ε χημικών.

δ) Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις, κατηγορία Δ Ε, κλάδος Δ Ε βοηθών φαρμακείου.

Αναλυτικότερα, οι γιατροί που στελεχώνουν την ιατρική υπηρεσία είναι οι εξής:

- 1 Ένας (1) διευθυντής Παθολογίας
- 2 Δύο (2) επιμελητές Α΄ Παθολογίας
- 3 Τρεις (3) επιμελητές Β΄ Παθολογίας
- 4 Ένα (1) διευθυντή Καρδιολογίας
- 5 Ένα (1) επιμελητή Α΄ Καρδιολογίας
- 6 Τέσσερις (4) επιμελητές Β΄ Καρδιολογίας
- 7 Ένα (1) Διευθυντή Παιδιατρικής
- 8 Ένα (1) επιμελητή Α΄ Παιδιατρικής
- 9 Τρεις (3) επιμελητές Β΄ Παιδιατρικής
- 10 Έναν (1) δερματολόγο
- 11 Ένα (1) διευθυντή Πνευμονολογίας
- 12 Ένα (1) επιμελητή Α΄ Πνευμονολογίας
- 13 Ένα (1) Διευθυντή Νεφρολογίας
- 14 Ένα (1) επιμελητή Α΄ Νεφρολογίας
- 15 Τρεις (3) επιμελητές Β΄ Νεφρολογίας
- 16 Ένα (1) διευθυντή χειρουργικής
- 17 Δύο (2) επιμελητές Α΄ χειρουργικής
- 18 Τρεις (3) επιμελητές Β΄ χειρουργικής
- 19 Ένα (1) Διευθυντή αναισθησιολογίας
- 20 Δύο (2) Επιμελητές Α΄ αναισθησιολογίας
- 21 Τρεις (3) Επιμελητές Β΄ αναισθησιολογίας
- 22 Ένα (1) Διευθυντή Ορθοπαιδικής
- 23 Ένα (1) επιμελητή Α΄ Ορθοπαιδικής
- 24 Ένα (1) Διευθυντή Ουρολογίας
- 25 Ένα (1) επιμελητή Α΄ ουρολογίας
- 26 Δύο (2) επιμελητές Β΄ ουρολογίας
- 27 Ένα (1) Διευθυντή Ωρυλλά
- 28 Ένα (1) επιμελητή Α΄ Ωρυλλά
- 29 Ένα (1) Διευθυντή Μαιευτήρα
- 30 Ένα (1) Επιμελητή Α΄ Μαιευτήρα
- 31 Τρεις (3) Επιμελητές Β΄ Μαιευτήρα
- 32 Ένα (1) Επιμελητή Α΄ Αιματολογίας
- 33 Ένα (1) Διευθυντή Ακτινοδιαγνωστικής
- 34 Δύο (2) Επιμελητές Α΄ Ακτινοδιαγνωστικής
- 35 Δύο (2) Επιμελητές Α΄ οδοντιατρικών
- 36 Ένα (1) διευθυντή Μικροβιολογίας

Οι υπόλοιπες θέσεις γιατρών καλύπτονται από αγροτικούς γιατρούς, που

ανήκουν στα κέντρα υγείας και ειδικευόμενους γιατρούς.

Σε ότι αφορά τη στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, αυτή στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους υπάρχουν οι εξής εργαζόμενοι:

Α΄ Κατηγορία Π Ε

1 Κλάδος Π Ε νοσηλευτών, δέκα (10)

Β΄ Κατηγορία Τ Ε

2 Κλάδος Τ Ε νοσηλευτών, ενενήντα πέντε (95)

3 Κλάδος Τ Ε επισκεπτριών, τέσσερις (4)

4 Κλάδος Τ Ε Μαιών, δώδεκα (12)

Γ΄ Κατηγορία Δ Ε

5 Κλάδος Δ Ε ανδρών νοσοκόμων, εκατόν πενήντα (150)

6 Κλάδος Δ Ε ανδρών νοσοκόμων, επτά (7)

Δ΄ Κατηγορία Υ Ε

7 Κλάδος Υ Ε βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού, τριάντα πέντε (35).

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: νοσοκόμων, βοηθών θαλάμων, μεταφορέων ασθενών και νεκροτόμων.

Ειδικότητες:

-Νοσοκόμων, έξι (6)

-Βοηθών θαλάμων, δέκα (10)

-Μεταφορών ασθενών, δεκαοχτώ (18)

-Νεκροτόμων, μία (1) θέση

Η στελέχωση της διοικητικής Υπηρεσίας απαρτίζεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθέναν από τους οποίους υπάρχουν οι εξής εργαζόμενοι:

Α΄ Κατηγορία Π Ε

8 Κλάδος Π Ε διοικητικός-λογιστικός, οχτώ (8)

9 Κλάδος Π Ε Μηχανικών, ένας (1)

10 Κλάδος Π Ε Πληροφορικής, ένας (1)

11 Κλάδος Π Ε διαιτολόγων, τρεις (3)

12 Κλάδος Π Ε Κοινωνικών λειτουργών, ένας (1)

Β΄ Κατηγορία Τ Ε

13 Κλάδος Τ Ε διοίκησης νοσοκομείων, τρεις (3)

14 Κλάδος Τ Ε λογιστικής, τρεις (3)

15 Κλάδος Τ Ε φυσικοθεραπευτών, τρεις (3)

16 Κλάδος Τ Ε κοινωνικών λειτουργών, δύο (2)

17 Κλάδος Τ Ε ιατρικών εργαστηρίων, δέκα τρεις (13)

18 Κλάδος Τ Ε ραδιολογίας-ακτινολογίας, έξι (6)

19 Κλάδος Τ Ε τεχνολογικών εφαρμογών, δύο (2)

Γ' Κατηγορία ΔΕ

20 Κλάδος ΔΕ διοικητικός-λογιστικός, δέκα έξι (16). Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: διοικητικού-λογιστικού, αποθηκάρων και εισπρακτόρων.

Ειδικότητες:

-Διοικητικού-λογιστικού, δέκα τρεις (13)

-Αποθηκάρων, δύο (2)

-Εισπρακτόρων, ένας (1)

21 Κλάδος ΔΕ δακτυλογράφων, τρεις (3)

22 Κλάδος ΔΕ τηλεφωνητών, έξι (6)

23 Κλάδος ΔΕ παρασκευαστών, έξι (6)

24 Κλάδος ΔΕ χειριστών-εμφανιστών, δέκα (10)

25 Κλάδος ΔΕ χειριστών ιατρικών μηχανημάτων, δύο (2)

26 Κλάδος ΔΕ Μαγείρων, τέσσερις (4)

27 Κλάδος ΔΕ Κηπουρών, ένας (1)

28 Κλάδος ΔΕ προσωπικού ασφαλείας, τέσσερις (4)

29 Κλάδος ΔΕ τεχνικών, τριάντα οχτώ (38), οι οποίοι είναι οι εξής: 6 ηλεκτρολόγοι, 6 υδραυλικοί, 2 συντηρητές, 1 ψυκτικός, 2 θερμαστές, 2 κλιβανιστές, 2 οικοδόμοι, 3 ελαιοχρωματιστές, 1 αποθηκάριος, 3 ξυλουργοί, 6 οδηγοί, 2 γαζώτριες και δύο προϊστάμενοι.

Δ' Κατηγορία ΥΕ

30 Κλάδος ΥΕ βοηθητικού προσωπικού, δέκα (10). Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: κλητήρων, θυρωρών και ταξινόμων ιματισμού.

31 Κλάδος ΥΕ προσωπικού καθαριότητας, είκοσι δύο (22). Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

-καθαριστών, δέκα επτά (17)

-πλυντών, δύο (2)

-πρεσαδόρων-σιδερωτών, τρεις (3)

1 Κλάδος ΥΕ προσωπικού εστίασης, δέκα τρεις (13). Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες:

-τραπεζοκόμων, οχτώ (8)

-βοηθών μαγείρου, δύο (2)

-λαντζέρηδων, τρεις (3)

2 Κλάδος ΥΕ εργατών, δύο (2)

Ε' θέσεις με μισθό εντολής

3 Ένας (1) δικηγόρος

Τέλος σε ότι αφορά τη στελέχωση των υπηρεσιών θα αναφερθούμε και στους προϊσταμένους υπηρεσιών. Στην ιατρική υπηρεσία προϊσταται η

επιστημονική επιτροπή, η οποία έχει μόνο επιστημονικές αρμοδιότητες. Στο φαρμακευτικό τμήμα προΐσταται ο φαρμακοποιός (Π.Ε.). Στη νοσηλευτική υπηρεσία προΐστανται οι εξής:

α) Η διευθύνουσα (ΤΕ)

β) Δύο τομεάρχισες (ΤΕ)

γ) Σε κάθε τμήμα μία προϊσταμένη

Στη διοικητική υπηρεσία προΐστανται, ο διευθυντής (Π.Ε.), ο υποδιευθυντής (Π.Ε.) και σε κάθε τμήμα ένας προϊστάμενος. Αυτή είναι αναλυτικά η στελέχωση των υπηρεσιών του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας.

5.δ) Προσπαθώντας να αναλύσουμε τα πάντα σχετικά με το Γενικό νοσοκομείο Χαλκίδας θα γίνει μία αναλυτική αναφορά της διαμόρφωσης του χώρου όλων των ορόφων, μετά από μία "ξενάγηση" σε αυτό από έναν εργαζόμενο από το νοσηλευτικό προσωπικό. Το Νοσοκομείο Χαλκίδας λοιπόν έχει τρεις ορόφους, αναλυτικά υπάρχουν οι εξής χώροι:

Δεύτερο υπόγειο, όπου στεγάζεται η τεχνική υπηρεσία, το εργαστήριο συντηρητών, υδραυλικών, ηλεκτρολόγων και η αποθήκη τεχνικής υπηρεσίας. Δίπλα είναι η αποθήκη του φαρμακείου, στο βάθος η αποθήκη και τα γραφεία υλικών. Δίπλα βρίσκεται ο νεκροθάλαμος και στην άκρη το λεβητοστάσιο.

Στο πρώτο υπόγειο είναι τα εξωτερικά ιατρεία τακτικού και εκτάκτων τμημάτων, η γραμματεία εξωτερικών ιατρείων, το διαβητολογικό τμήμα και δίπλα το πνευμονολογικό τμήμα. Επίσης στο ίδιο χώρο βρίσκονται και το ακτινολογικό, το παθολογοανατομικό και το τμήμα ενδοσκοπήσεων. Στο βάθος βρίσκονται τα μαγειρεία με τις αποθήκες τροφίμων και δίπλα η τραπεζαρία, ενώ στο τέλος υπάρχουν και τα πλυντήρια.

Στον εξωτερικό χώρο του α΄ υπογείου είναι το τμήμα φυσικοθεραπειών, τα γραφεία της τεχνικής υπηρεσίας, οι οδηγοί, τα αποδυτήρια του προσωπικού και ο χώρος αναμονής των εκτάκτων περιστατικών.

Στο ισόγειο είναι ο αξονικός τομογράφος, ο μαστογράφος, το μικροβιολογικό, το φαρμακείο, ενώ δίπλα βρίσκεται και μία μικρή εκκλησία. Επίσης στον ίδιο χώρο υπάρχει το γραφείο κίνησης ασθενών, η αιμοδοσία, το γραφείο του πολίτη, το τηλεφωνικό κέντρο καθώς και το γραφείο του διοικητή με την αίθουσα διοικητικών συμβουλίων. Τέλος υπάρχει εκεί και η μονάδα τεχνητού νεφρού, η παιδιατρική κλινική όπως και η μονάδα μεσογειακής αναιμίας με το αιματολογικό.

Στον πρώτο όροφο υπάρχει η μικτή κλινική (ορθοπεδικό, ουρολογικό, οφθαλμολογικό τμήμα), η μαιευτική κλινική και στο βάθος το οφθαλμολογικό χειρουργείο.

Στον δεύτερο όροφο είναι η χειρουργική κλινική και τα χειρουργεία.

Στον τρίτο όροφο και τελευταίο βρίσκουμε την παθολογική κλινική και την καρδιολογική.

Στο δώμα υπάρχει η αίθουσα γενικών συνελεύσεων και το γραφείο του Συλλόγου των εργαζομένων. Τέλος υπάρχουν τρία ασανσέρ, ένα για το προσωπικό και τα φορεία, ένα για τους συνοδούς και ένα μικρότερο για την μεταφορά των σκουπιδιών.

Οι διοικητικές υπηρεσίες του Νοσοκομείου, λόγω έλλειψης χώρου στεγάζονται σε οίκημα εκτός του Νοσοκομείου, νοικιασμένο περίπου τριακόσια μέτρα μακριά. Εκεί υπάρχει το γραφείο του διευθυντή, του υποδιευθυντή, το γραφείο προσωπικού, οικονομικών, η γραμματεία, καθώς και το γραφείο πληροφορικής. Το αρχείο του Νοσοκομείου βρίσκεται και αυτό εκτός του κτηρίου και στεγάζεται σε χώρο που είναι δίπλα από το Ε.Κ.Α.Β στην πόλη της Χαλκίδας. Επίσης υπάρχει και η νοσηλευτική σχολή Χαλκίδας, που ανήκει στο Νοσοκομείο και εκεί φοιτούν Νοσηλεύτριες ΔΕ που κάνουν την πρακτική τους στο Νοσοκομείο.

Αυτοί ήταν όλοι οι χώροι εντός και εκτός Νοσοκομείου που στεγάζονται εκτός λόγω έλλειψης χώρου .

Αναλύοντας και κάποια στατιστικά στοιχεία με τη βοήθεια πάντα από έναν εργαζόμενο του νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρούμε ότι το Νοσοκομείο της Χαλκίδας εφημερεύει επί 24ώρου βάσεως 365 ημέρες το χρόνο. Ετησίως στα έκτακτα ιατρεία και στα τακτικά εξετάζονται περίπου 300.000 ασθενείς. Στην μονάδα τεχνητού νεφρού καθημερινά κάνουν αιμοκάθαρση περίπου 50 ασθενείς. Στη Μαιευτική κλινική γίνονται ετησίως περίπου 500 γέννες. Στο χειρουργικό τομέα τώρα, γίνονται κατά προσέγγιση ετησίως 1.500 χειρουργεία, ενώ στον οφθαλμολογικό τομέα γίνονται ετησίως περίπου 1.800 χειρουργεία. Στον ορθοπεδικό τομέα έχουμε κατά προσέγγιση ετησίως 1.200 χειρουργεία. Στο ουρολογικό έχουμε περίπου 1000 χειρουργεία το χρόνο. Γενικά το Νοσοκομείο απαρτίζεται και στελεχώνεται από άριστα εκπαιδευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο των χειρουργείων και γι' αυτό τα περισσότερα χειρουργεία έχουν την επιθυμητή έκβαση.

Όσο αφορά τις κλινικές του Νοσοκομείου έχουμε τα εξής στοιχεία:

Στην παθολογική κλινική νοσηλεύονται περίπου ετησίως 4.400 ασθενείς.

Στην καρδιολογική κλινική νοσηλεύονται περίπου 2000 ασθενείς το χρόνο

Στην χειρουργική κλινική στο ίδιο χρονικό διάστημα έχουμε 2.400 ασθενείς που νοσηλεύονται

Στην μαιευτική κλινική νοσηλεύονται 950 ασθενείς

Στην μικτή κλινική νοσηλεύονται 3000 ασθενείς ετησίως (οφθαλμολογική, ορθοπεδική, ωρυλλά)._

Στην παιδιατρική κλινική τέλος έχουμε 300 ασθενείς ετησίως.

Όσο αναφορά το χώρο των τακτικών ιατρειών υπάρχουν τα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία λειτουργούν από Δευτέρα έως Παρασκευή και αυτά είναι:

- α) Το οδοντιατρικό
- β) Το τακτικό παθολογικό
- γ) Το τακτικό γυναικολογικό
- δ) Το τακτικό χειρουργικό
- ε) Το τακτικό ωρυλλά
- ζ) Το τακτικό ορθοπεδικό
- η) Το τακτικό νεφρολογικό

Στον χώρο των εξωτερικών ιατρειών υπάρχει επίσης το παθολογικό, το χειρουργικό, το ορθοπεδικό και η μονάδα εκτάκτου νοσηλείας.

5.ii.) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Μιλώντας με στελέχη από το προσωπικό του Νοσοκομείου, αλλά και με δικά μου συμπεράσματα μετά την μελέτη της διοίκησης και της οργάνωσης του Νοσοκομείου θα αναλύσουμε μερικά από τα προβλήματα που μαστίζουν το νοσοκομείο και κάποιες διαπιστώσεις.

Το Νοσοκομείο Χαλκίδας βρίσκεται στο κέντρο της πόλης σχεδόν και η πρόσβαση από τα αυτοκίνητα είναι αρκετά δύσκολη, ειδικά τις ώρες αιχμής. Οι δρόμοι είναι στενοί και λόγω αυξημένης κίνησης μπλοκάρουν οι δρόμοι και εμποδίζονται τα ασθενοφόρα. Γίνονται κάποιες προσπάθειες να φτιαχτεί νέο κτήριο, πιο σύγχρονο σε σημείο που να υπάρχει πιο εύκολη οδική πρόσβαση. Πάντως όσο αναφορά τη στελέχωση του νοσοκομείου από προσωπικό νοσηλευτικό είναι άριστη, εκπαιδευμένο και υπάρχει σε ικανοποιητικό βαθμό απόδοσης καλή περίθαλψη υγείας. Υπάρχει αρκετά μεγάλη προσοχή στους ασθενείς και μεγάλη προσπάθεια για την παροχή όσο το δυνατόν καλύτερης νοσηλείας. Φυσικά όμως δεν λείπουν και τα παράπονα από τους ασθενείς και τους συνοδούς, γιατί όταν κάποιος έχει πρόβλημα υγείας είναι φυσικό να έχει μεγαλύτερες απαιτήσεις πάντα, γιατί υπάρχει ο φόβος που δημιουργεί μεγάλη ανασφάλεια. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις που οι ασθενείς έχουν απαιτήσεις μεγαλύτερες από αυτές που μπορεί να προσφέρει το νοσοκομείο. Μεγάλα και αρκετά παράπονα έχουν επίσης οι ασθενείς των τακτικών ιατρειών, διότι υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής έξω από τα ιατρεία και δημιουργούνται ουρές από πλήθος κόσμου. Η διοίκηση του Νοσοκομείου προσπαθεί να λύσει το πρόβλημα αυτό με το να υπάρχουν αριθμοί προτεραιότητας με χαρτάκια, αλλά και με τα τηλεφωνικά ραντεβού που κλείνονται, για κάποια συγκεκριμένη ώρα. Όμως υπάρχει συνήθως κάποια απόκλιση από τη συγκεκριμένη ώρα του

ραντεβού, παράπονα συνεχίζουν να υπάρχουν. Υπάρχουν ασθενείς που είναι ευχαριστημένοι και άλλοι όχι από την περίθαλψη και την εξυπηρέτηση του Νοσοκομείου. Για παράδειγμα όταν κάποιος ασθενής θέλει να κλείσει ραντεβού για το τακτικό οφθαλμολογικό, μπορεί να χρειαστεί να περιμένει και ένα μήνα. Όταν πάλι ένας ασθενής θέλει να κάνει εξετάσεις αίματος μπορεί να χρειαστεί να περιμένει δύο ώρες περίπου. Αυτά και άλλα παρόμοια περιστατικά δημιουργούν παράπονα από τους ασθενείς. Πάντως είναι και σε ένα βαθμό φυσιολογικό, διότι όπως αναφέραμε παραπάνω το νοσοκομείο εφημερεύει 24 ώρες την ημέρα, 365 ημέρες το χρόνο, αν αναλογιστούμε ότι το καλοκαίρι ο πληθυσμός της Εύβοιας τετραπλασιάζεται λόγω τουρισμού, είναι φυσιολογικό να υπάρχει αυξημένη κίνηση περιστατικών που δημιουργεί παράπονα.

Οι εργαζόμενοι από την πλευρά τους έχουν και αυτοί κάποια παράπονα από τη διοίκηση. Αυτό γιατί έχουν δημιουργηθεί αρκετά νέα τμήματα που στελεχώθηκαν από το υπάρχον προσωπικό καθώς και αυτοί που βγαίνουν στη σύνταξη, η θέση τους αναπληρώνεται με καθυστέρηση που φτάνει αρκετές φορές τα δύο έτη (λόγω κυρίως αργοπορίας του Α.Σ.Ε.Π). Κατά συνέπεια δημιουργείται έλλειψη προσωπικού που δημιουργεί εντατικοποίηση δουλειάς και έχει σαν αποτέλεσμα τα παράπονα των εργαζομένων του νοσοκομείου απέναντι στη διοίκηση. Η διοίκηση πάντως προσπαθεί να λύσει το πρόβλημα με προσλήψεις εποχιακών υπαλλήλων και stage (προσλήψεις μέσω Ο.Α.Ε.Δ.) με ελάχιστο ωστόσο ποσοστό επιτυχίας, γιατί το πρόβλημα θα εξαλιφθεί μόνο με την πρόσληψη μόνιμου προσωπικού. Συνοπτικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι το νοσοκομείο Χαλκίδας παρέχει ικανοποιητική υπηρεσία περίθαλψης στους ασθενείς, κάτι το οποίο φαίνεται από τον αριθμό των ασθενών που εξετάζει ετησίως και από τον αριθμό χειρουργείων και εισαγωγών των ασθενών που έχει ανά έτος. Ομολογουμένως όμως θα πρέπει κάποια στιγμή να ξεκινήσει η κατασκευή ενός καινούργιου, μεγαλύτερου και πιο σύγχρονου Νοσοκομείου, για καλύτερη και ποιοτικότερη υπηρεσία περίθαλψης διότι το υπάρχον κτήριο είναι πλέον αρκετά γερασμένο.

5.iii.) ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΟΙΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κάνοντας μία έρευνα κοινού, ασθενών του Νοσοκομείου Χαλκίδας, μέσα από ένα ερωτηματολόγιο επτά ερωτήσεων, πήρα απαντήσεις από δείγμα τριάντα ατόμων, βγάζοντας κάποια πολύ σημαντικά συμπεράσματα. Ας δούμε αρχικά στον παρακάτω πίνακα συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα των απαντήσεων σε κάθε μία ερώτηση.

ΔΕΙΓΜΑ ΤΡΙΑΝΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ				
1. Σε ποιο τμήμα του νοσοκομείου νοσηλευτήκατε;	α) Παθολογικό 7	β) Ακτινολογικό 9	γ) Καρδιολογικό 9	δ) Οφθαλμολογικό 5
2. Πόσο καιρό πριν κλείσατε ραντεβού;	α) 1 εβδομάδα α 6	β) 2 εβδομάδες ς 8	γ) 3 εβδομάδες ς 10	δ) 4 εβδομάδες & άνω 6
3. Πόση ώρα περιμένατε στην αναμονή;	α) 10 λεπτά 2		γ) 30 λεπτά 12	δ) 40 λεπτά & άνω 8
4. Μείνατε ικανοποιημένος από την περίθαλψη που σας παρείχανε;	α) Ναι 18		β) Όχι 12	
5. Πώς κρίνεται την υγιεινή στους χώρους του Νοσοκομείου;	α) Κακή 4		γ) Καλή 7	δ) Πολύ καλή 4
6. Θεωρείται ότι το Νοσοκομείο έχει ελλείψεις;	α) Ναι 22		β) Όχι 8	
7. Εάν "ναι" στην ερώτηση 6, που υπάρχουν ελλείψεις;	α) Νοσηλευτικό προσωπικό 5		β) Ιατρικό προσωπικό 6 10	γ) Εξοπλισμός 7

Ας δούμε τώρα αναλυτικότερα μία μία κάθε ερώτηση τι σημαίνουν αυτά τα αποτελέσματα, σε αυτό το μικρό μεν δείγμα των τριάντα ατόμων, που ωστόσο μας δίνει δε μία εικόνα ικανοποίησης ή μη των ασθενών. Το δείγμα αυτό αποτελείται από 20 γυναίκες και 10 άντρες. Από αυτά τα άτομα τα 17 είναι σε ηλικία από 45 έως 60, τα 10 από 30 έως 45 και τα 3 από 60 και άνω.

Στην πρώτη ερώτηση παρατηρούμαι ότι το ακτινολογικό τμήμα και το καρδιολογικό έχουν την μερίδα του λέοντος όσο αναφορά τα περιστατικά, ενώ ακολουθεί το παθολογικό.

Στην δεύτερη ερώτηση, πόσο καιρό δηλαδή πριν έκλεισαν οι ασθενείς ραντεβού έχουμε το συμπέρασμα ότι οι τρεις εβδομάδες ήταν ο χρόνος που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό αναμονής, αυτό από κάποιους ασθενείς που ρωτήθηκαν σχολιάστηκε αρνητικά και με παράπονα γιατί θεωρείται αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα σαφώς, για κάποιους που έχουν ανάγκη και επείγει η εξέταση. Ακολούθως βλέπουμε τις δύο εβδομάδες να έχουν και αυτές μεγάλο ποσοστό ατόμων σαν χρόνος αναμονής.

Περνώντας στην τρίτη ερώτηση, πόση ήταν η ώρα αναμονής, στον χώρο του νοσοκομείου δηλαδή, βλέπουμε ότι σχεδόν το 50% του δείγματος είχε χρόνο αναμονής τα 30 λεπτά, κάτι που επίσης από ορισμένους σχολιάστηκε αρνητικά, κυρίως από τους μεγαλύτερους σε ηλικία που δεν έχουν τη δύναμη να περιμένουν τόση ώρα και εξαντλούνται. Στα 20 λεπτά ανέρχεται ο χρόνος αναμονής σε 8 ασθενείς που δήλωσαν στην πλειοψηφία τους ικανοποιημένοι, ενώ 8 άτομα που ο χρόνος αναμονής τους ήταν 40 λεπτά και άνω στην συντριπτική τους πλειοψηφία ένιωθαν αγανακτισμένοι που ενώ είχαν κλείσει ραντεβού για συγκεκριμένη ώρα, βρέθηκαν να περιμένουν κοντά μία ώρα για να εξεταστούν.

Στην τέταρτη ερώτηση, αν έμειναν δηλαδή ικανοποιημένοι από την περίθαλψη που τους παρείχε το νοσοκομείο και οι εκάστοτε ιατροί, η πλειοψηφία δήλωσε ικανοποιημένοι. Τα 18 άτομα δήλωσαν ευχαριστημένα και από αυτά ήταν κυρίως άτομα των ηλικιών 30 έως 45. Αντίθετα υπήρχαν και ασθενείς, 12 για την ακρίβεια, οι οποίοι δεν έμειναν ευχαριστημένοι, δηλώνοντας ότι ενώ είχαν ήδη ταλαιπωρηθεί στον χώρο αναμονής, ο εκάστοτε ιατρός δεν τους έδειξε την απαιτούμενη προσοχή και δεν τους πρόσεξε όσο οι ίδιοι θα ήθελαν.

Στην πέμπτη ερώτηση που έχει να κάνει με την υγιεινή του χώρου του Νοσοκομείου, δυστυχώς τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο ενθαρρυντικά. Τα 15 από τα 30 άτομα που ρωτήθηκαν, δηλαδή το 50% απάντησαν πως είναι μέτρια και αυτό γιατί σύμφωνα με τις αιτιολογήσεις κάποιων εξ' αυτών

υπάρχει ορισμένες φορές έντονη δυσοσμία στον χώρο μέσα του νοσοκομείου, ενώ λόγω του ότι το κτήριο είναι παλιό, φυσικό και επόμενο είναι να βρίσκεται σε μέτρια έως κακή κατάσταση όσον αφορά την καθαριότητα των χώρων. Υπήρχαν πάντως και 11 συνολικά άτομα τα οποία βρήκαν την υγιεινή στους χώρους ικανοποιητική, καλή ή και πολύ καλή.

Στην έκτη ερώτηση, εάν θεωρούν ότι έχει ελλείψεις το νοσοκομείο, η συντριπτική πλειοψηφία των 22 από τους 30 απάντησε "ναι", ενώ υπήρχαν και "8" ασθενείς που θεωρούν ότι δεν έχει κάποια σημαντική έλλειψη το Νοσοκομείο. Αυτά τα 22 άτομα που βρήκαν πως υπάρχουν ελλείψεις δήλωσαν σχεδόν οι μισοί από αυτούς, οι 10, ότι υπάρχουν ελλείψεις και μάλιστα σοβαρές στο ιατρικό προσωπικό, γι' αυτό υπάρχει και τόσος καιρός αναμονής για να κλείσουν ραντεβού να εξεταστούν, λόγω μικρού αριθμού ιατρών. 7 από αυτά τα άτομα δήλωσαν πως η έλλειψη εξοπλισμού, ιατρικού κυρίως, υπάρχει στο νοσοκομείο σε μεγάλο βαθμό.

Τέλος οι 5 δήλωσαν πως υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς υπάρχουν λίγοι και δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν τον κόσμο. Αυτά ήταν κάποια σημαντικά συμπεράσματα που προέκυψαν από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, δίνοντας μας μία εικόνα για την εξυπηρέτηση που έχουν οι ασθενείς, απαντώντας μας στις ερωτήσεις, άλλοι όντας ικανοποιημένοι και άλλοι όντας αγανακτισμένοι ή απογοητευμένοι. Έτσι έχουμε μία σφαιρική πλέον άποψη για το νοσοκομείο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή μελετήσαμε και γνωρίσαμε τον τρόπο διοίκησης και οργάνωσης του συστήματος υγείας γενικότερα και του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδος ειδικότερα.

Είδαμε τον τρόπο με τον οποίο είναι ιεραρχιμένο ένα νοσοκομείο σε επίπεδο προσωπικού και διοίκησης, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ένα νοσοκομείο και τα τμήματά του. Επίσης είδαμε ποιες είναι οι γενικές αρχές διοίκησης των νοσοκομείων, καθώς και κάποιες από τις ιδιαιτερότητες στον τρόπο διοίκησης.

Γνωρίσαμε όλα τα στελέχη που εμπλέκονται στη λειτουργία διοίκησης ενός νοσοκομείου και τον ρόλο που αυτά έχουν καθώς και τις μεταξύ τους σχέσεις. Ενημερωθήκαμε για το ποιος είναι ο ρόλος της πολιτείας για κάθε οργανισμό υγείας και το πώς γίνεται η παροχή υπηρεσιών της προς τους πολίτες και ποιες είναι οι βασικές πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Επιπλέον γνωρίσαμε την υγεία ως αγαθό και θέσαμε κάποια ερωτήματα και τα αναλύσαμε, όπως: δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο; Κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση; κ.ά.

Ακόμα αναφερθήκαμε στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία στην Ελλάδα, καθώς και στον εκσυγχρονισμό τους. Επίσης αναφέραμε τις διάφορες προσπάθειες και πολιτικές που ασκήθηκαν για την ανασυγκρότηση και καλύτερη διοίκηση των νοσοκομείων. Είδαμε την εξέλιξη του θεσμού της διοίκησης των νοσοκομείων από τα πρώτα χρόνια μέχρι και τα σημερινά, με τα όποια θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα είχαν αυτά.

Παίρνοντας στοιχεία από τους εργαζόμενους, τους ασθενείς και τα όργανα διοίκησης μελετήσαμε το Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας (τα όργανα διοίκησής του, το προσωπικό του, τις υπηρεσίες του, τους τομείς και τα τμήματά του, τις αρμοδιότητες των υπηρεσιών του νοσοκομείου, τα έσοδα του).

Προς το τέλος είδαμε αναλυτικότερα ποια είναι η στελέχωση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου Χαλκίδας και έγινε μια αναλυτικότερη αναφορά στη διαμόρφωση των χώρων του, με μία ξενάγηση που έγινε από εργαζόμενο του, με την βοήθεια του οποίου αναλύσαμε κάποια στατιστικά στοιχεία για τους διάφορους τομείς του νοσοκομείου και αναφέραμε τα προβλήματα και τις διαπιστώσεις σχετικά με αυτό.

Τέλος με μία έρευνα κοινού 30 ατόμων, (ασθενείς του νοσοκομείου) και με ένα ερωτηματολόγιο 7 ερωτήσεων, βγάλαμε κάποια συμπεράσματα

σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου και τα αναλύσαμε. Έτσι έχουμε:

- 1 Στην πρώτη ερώτηση σχετικά με το σε πιο τμήμα του νοσοκομείου νοσηλεύτηκαν οι ερωτηθέντες, παρατηρήσαμε ότι το ακτινολογικό και το καρδιολογικό τμήμα έχουν τις πρώτες θέσεις ενώ ακολουθεί το παθολογικό.
- 2 Στην δεύτερη ερώτηση για το πόσο καιρό πριν έκλεισαν ραντεβού, οι πιο πολλοί απάντησαν τρεις εβδομάδες ενώ το αμέσως μετά μεγαλύτερο χρονικό διάστημα είναι δύο εβδομάδες.
- 3 Στην τρίτη ερώτηση σχετικά με το πόση είναι η ώρα αναμονής στο χώρο του νοσοκομείου, είδαμε ότι το 50% απάντησε 30 λεπτά, ενώ 8 άτομα απάντησαν 40 λεπτά και ότι ήταν πάρα πολύ αγανακτισμένοι.
- 4 Στην τέταρτη ερώτηση όσον αφορά το επίπεδο εξυπηρέτησης και το πόσο έμειναν ικανοποιημένοι, τα 18 άτομα ηλικίας 30-45, απάντησαν θετικά, ότι είναι ικανοποιημένοι, ενώ 12 αρνητικά, ότι δεν είναι λόγω του χρόνου αναμονής και της μη ιδιαίτερης προσοχής τους από τον εκάστοτε ιατρό.
- 5 Στην πέμπτη ερώτηση όσον αφορά την υγιεινή του χώρου του νοσοκομείου, τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά, καθώς τα 15 από τα 30 άτομα απάντησαν πως είναι μέτρια ενώ μόλις τα 11 άτομα πως είναι ικανοποιητική.
- 6 Τέλος στην έκτη και στην έβδομη ερώτηση σχετικά με τις ελλείψεις του νοσοκομείου τα 20 από τα 30 άτομα απάντησαν πως ναι υπάρχουν πολλές ελλείψεις ενώ μόλις 8 θεωρούν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις. Από τους 20 που απάντησαν θετικά οι 10 πιστεύουν ότι υπάρχουν ελλείψεις στο ιατρικό προσωπικό, οι 5 στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ οι 7 πως υπάρχουν ελλείψεις ιατρικού εξοπλισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Αλεξιάδης Αδ. & Σιγάλας Ι. , 1999, "Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις", τόμος Δ': Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις & Προοπτικές, ΕΑΠ: Πάτρα**
- 2. Δίκαιος & Χλέτσος, 1999, "Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις", τόμος Β': Πολιτική Υγείας & Κοινωνική Πολιτική, ΕΑΠ: Πάτρα**
- 3. Θεοδώρου Μ. & Μητροσήλου Μ. , 1999, "Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις", τόμος Γ': Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, ΕΑΠ: Πάτρα**