



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ –**  
**ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΥ)**

**Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ  
ΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ (ΝΙΜΤΣ)**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:**

**ΒΑΛΚΑΝΑ ΧΡΙΣΤΟΥΛΑ                      Α.Μ. 13124**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ      Α.Μ. 13311**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΒΛΑΜΗ ΑΙΜΙΛΙΑ**



<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	2
<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	8
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	9
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	10
<b>ΚΥΡΙΩΣ ΚΕΙΜΕΝΟ</b> .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ- ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ</b> .....	12
1.1 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ .....	12
1.2 ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	13
1.3 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ .....	14
1.4 ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	15
1.5 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	16
1.6 Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΟΥ ΑΜΕΣΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.....	16
1.7 «ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ» (HEALTH MANAGEMENT) ΣΤΟΝ	
ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	17
1.8 Ο ΝΕΟΣ ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΕΡ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ .....	17
1.8.1 ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ .....	18
1.9 MANAGEMENT ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ .....	19
1.9.1 ΤΟ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
1.9.2 ΤΟ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	21
1.9.3 ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	21
1.9.4 ΤΟ ΣΟΥΗΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ- ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΜΕ</b>	
<b>ΤΟΝ ΟΔΗΓΟ ΕΚΠΙΟΝΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΣΕ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ</b>	
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ</b> .....	24

2.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ.....	25
2.1.1 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΩΝ ΤΟΜΕΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	25
2.1.2 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΘΕ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ .....	25
2.1.3 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ (ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ).....	27
2.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ.....	28
2.2.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ .....	28
2.2.2 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ .....	28
2.2.3 ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ .....	29
2.2.4 ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ .....	29
2.2.5 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	30
2.2.6 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΕΠΙ ΜΕΡΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ .....	30
2.3 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ – ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ.....	32
2.3.1 ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΚΛΑΔΟ .....	32
2.3.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ, ΕΚΤΑΚΤΟΥ ΚΑΙ ΕΠΟΧΙΑΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	32
2.3.3 ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΝΑ ΚΛΑΔΟ .....	32
2.3.4 ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .....	33
2.3.5 ΥΠΟΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ.....	35

2.3.6	ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΑΠΑΝΩΝ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	34
2.3.7	ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ .....	34
2.3.8	ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ, ΟΠΩΣ ΔΙΕΠΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΕΙΜΕΝΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ .....	34
2.4	ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ .....	35
2.4.1	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	35
2.4.2	ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	35
2.4.3	ΒΑΘΜΟΣ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	36
2.4.4	ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ.....	36
2.5	ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ.....	37
2.5.1	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΕ ΧΡΟΝΙΑ.....	37
2.5.2	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ .....	39
2.5.3	ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ - ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΚΟΣΤΟΥΣ.....	40
2.5.4	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΚΛΙΣΕΩΝ .....	40
2.5.5	ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ – ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ .....	40
2.5.6	ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΑ ΤΜΗΜΑ .....	41
2.5.7	ΑΡΙΘΜΟΔΕΙΚΤΕΣ .....	41
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ-ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΣΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....</b>	<b>46</b>
3.1	ΥΓΕΙΑ.....	46
3.1.1	ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	47
3.2	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	47

3.3 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	49
3.3.1 ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1980.....	49
3.3.2 ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1990.....	50
3.3.3 ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2000.....	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ</b>	
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....</b>	<b>60</b>
4.1 ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	60
4.1.1 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	61
4.1.2 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	64
4.1.3 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ-ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....	66
4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΙ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	
ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	67
4.3 ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	69
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ -ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ.....</b>	<b>76</b>
5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	76
5.2 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ.....	78
5.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΑ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	83
5.4 Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΝΑ ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΥΝ	
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΣΧΕΔΙΑ.....	86
5.5 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ	
ΣΧΕΔΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	88
5.6 ΕΡΕΥΝΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΣΤΗΝ	
ΕΛΛΑΔΑ.....	92
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ -ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΜΤΣ.....</b>	<b>97</b>
6.1 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	97
6.1.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	100

6.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	101
6.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ.....	103
6.3.1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	103
6.3.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ.....	110
6.3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	110
6.3.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	111
6.3.5 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	111
6.3.6 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	112
6.3.7 ΤΜΗΜΑ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ.....	114
6.3.8 ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	114
6.3.9 ΒΟΗΘΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	114
6.3.10 ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΤΑΞΗΣ-ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	115
6.3.11 ΛΟΠΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	115
6.4 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΙΜΤΣ.....	115
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>117</b>
7.1 ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	117
7.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ.....	120
7.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ.....	121
7.3.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ.....	122
7.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	123

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΠΙΝΑΚΕΣ)**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να εκφράσουμε ευχαρίστησες για την ουσιαστική συνδρομή στη συγγραφή της εργασίας τόσο στη διοίκηση του Νοσοκομείου ΝΙΜΤΣ και συγκεκριμένα στην Προϊσταμένη Προσωπικού κα Κονταξή Πετρούλα, στον Προϊστάμενο Γενικής Διαχείρισης, στον Προϊστάμενο Προμηθειών, στο Χειρουργό Φαλλίδα Βαγγέλη, στο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και στη Γραμματεία του τμήματος, , για την διάθεση σημαντικών πληροφοριών στα πλαίσια μιας ημι-δομημένης συνέντευξης (elite interview).

Τέλος θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα της παρούσας πτυχιακής κα Βλάμη Αιμιλία, η οποία συνέβαλε καθοριστικά με τις παρατηρήσεις και τις συμβουλές της στην τελική μορφή της εργασίας..

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το εγχείρημα της ανάπτυξης Στρατηγικού - Επιχειρησιακού Σχεδιασμού αποτελεί πρωτοπορία στην προσπάθεια να διαχειριστούμε αποδοτικότερα τη λειτουργία του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα των νοσοκομείων. Πρόκειται για αυστηρά «κοινωνικούς οργανισμούς» στους οποίους οι σκοποί τους διευρύνονται και περιλαμβάνουν μαζί στόχους, αποτελεσματικής διαχείρισης και οικονομοτεχνικής απόδοσης, αλλά και πολιτικούς και κοινωνικούς στόχους για την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα.

Μέσα από την ανάλυση αυτής της διπλωματικής εργασίας σκοπός μας είναι να εστιάσουμε στην έλλειψη ύπαρξης οδηγού αλλά και εφαρμογής Επιχειρησιακού σχεδίου στις Νοσοκομειακές Μονάδες Πανελλαδικώς , καθώς εκτιμάται ότι λίγα Νοσοκομεία έχουν καταρτίσει και εφαρμόσει Επιχειρησιακά σχέδια, με σκοπό καλύτερα Επιχειρησιακά Αποτελέσματα , βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους πολίτες και την από κοινού εφαρμογή στρατηγικής ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας για την αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης του πληθυσμού της χώρας.



## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Βασικές αρχές και συγχρόνως κύριοι στόχοι κάθε δημόσιου υγειονομικού συστήματος είναι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την επίτευξη αυτών των στόχων απαιτείται καλή οργάνωση και αποτελεσματική διοίκηση - διαχείριση σε όλα τα επίπεδα και τους τομείς του συστήματος. Δηλαδή στο λειτουργικό και οικονομικό επίπεδο αλλά και στο επίπεδο του καθημερινού κλινικού έργου. Δυστυχώς στο δικό μας εθνικό σύστημα υγείας δεν καταφέραμε μέχρι σήμερα να δημιουργήσουμε ευνοϊκές συνθήκες διοίκησης, με αποτελεσματικές μεθόδους και σύγχρονα εργαλεία.

Στο νόμο 2889/01, με τον οποίο ξεκίνησε η προσπάθεια υγειονομικής μεταρρύθμισης θεσμοθετήθηκαν και ήδη έχουν υλοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό δύο πολύ σημαντικές αλλαγές: Της δημιουργίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣ.Υ.) και αργότερα Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) όπως προέκυψαν από τον Νόμο του 2007 και της Αναδιοργάνωσης και Διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια και τις κατευθύνσεις, ο νόμος 2889/01 ρητά προβλέπει ότι οι διοικήσεις των Πε.Σ.Υ. και των νοσοκομείων υποχρεούνται στην εκπόνηση Επιχειρησιακών Σχεδίων Δράσης. Αυτό από μόνο του αποτελεί σημαντική καινοτομία για τον τομέα της υγείας στη χώρα μας. Γιατί με τον Επιχειρησιακό και Στρατηγικό Σχεδιασμό εισάγεται για πρώτη φορά στο σύστημα της υγείας η αντίληψη για ανάπτυξη ορθολογικού μανάτζμεντ και επιχειρείται η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων οργάνωσης και αποτελεσματικής διαχείρισης.

Βασικό εργαλείο για την εκπόνηση και κατάρτιση του Επιχειρησιακού Σχεδίου των νοσοκομείων αποτελεί η ύπαρξη ενός οδηγού

που θα αποτελέσει τη βάση για τη δημιουργία του , ως ένα χρήσιμο υποχρεωτικό Οδηγό εκπόνησης των σχεδίων, για όλα τα νοσοκομεία. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα κοινό πλαίσιο οδηγιών, έτσι ώστε εκτός της κατ' εξοχήν αναπτυξιακής και επιχειρησιακής χρησιμότητας για τα ίδια τα νοσοκομεία, να αποτελέσει και μια αντικειμενική βάση για την παρακολούθηση και περιοδική αξιολόγηση του έργου των διοικήσεων.

Έτσι λοιπόν, στην παρούσα πτυχιακή εργασία, αρχικά παρατηρούμε την διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων (1<sup>ο</sup> κεφάλαιο) και τα επιχειρησιακά σχέδια δράσης γενικότερα (2<sup>ο</sup> κεφάλαιο). Στη συνέχεια αναφέρουμε το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα, τότε δημιουργήθηκε και πως έχει εξελιχθεί διαχρονικά (3<sup>ο</sup> κεφάλαιο), και περιγράφουμε την διοίκηση και διαχείριση των νοσοκομείων καθώς και το θεσμικό πλαίσιο που τα περικλείει (4<sup>ο</sup> κεφάλαιο). Στην συνέχεια αναλύουμε τι σημαίνει επιχειρησιακό σχέδιο, πως θα πρέπει να είναι ένα ολοκληρωμένο επιχειρησιακό σχέδιο δράσης, η δυνατότητα των νοσοκομείων να καταρτίζουν επιχειρησιακά σχέδια όπως επίσης και το πρόβλημα της μη ύπαρξης επιχειρησιακών σχεδίων στον τομέα της υγείας (5<sup>ο</sup> κεφάλαιο). Στο επόμενο κεφάλαιο, μελετούμε την περίπτωση του Νοσοκομείου ΝΙΜΤΣ (Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού) (6<sup>ο</sup> κεφάλαιο). Τέλος στο 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρατίθενται κάποια βασικά συμπεράσματα και προτάσεις που αποκομίσαμε κατά την διάρκεια της έρευνας για την συγγραφή της πτυχιακής αυτής.

Ως εργαλεία για την διεκπεραίωση της εργασίας αυτής χρησιμοποιήθηκε αρχικά βιβλιογραφική έρευνα, προκειμένου να σχηματιστεί ένα πλαίσιο εργασίας και να βρεθούν στοιχεία για τα επιχειρησιακά σχέδια δράσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και αν αυτά υπάρχουν. Στην συνέχεια για την ανάγκη ειδίκευσης σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα πραγματοποιήθηκε συνέντευξη του προσωπικού του ιδρύματος αυτού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

### **ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ**

Ο κλάδος Υγείας είναι ίσως ο κλάδος που θα αντιμετωπίσει τις σημαντικότερες, από άποψη μεγέθους αλλαγών, προκλήσεις στο μέλλον. Οι προκλήσεις αυτές -από την επιτυχή διαχείριση των οποίων θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό η αποδοτικότητα των οργανισμών υγείας και η αποτελεσματικότητα των κυβερνητικών πολιτικών για την Υγεία- θα προέρχονται κυρίως από τα αυξημένα επίπεδα ποιότητας, ασφάλειας και ρυθμιστικών standards των υπηρεσιών Υγείας, τις αυστηρότερες κυβερνητικές πολιτικές, τις αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των ασθενών, τους περιορισμούς των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών ταμείων, τη γήρανση του πληθυσμού και την πιθανότητα συνεχών εξαγορών, συγχωνεύσεων ή και «ιδιωτικοποιήσεων». Με τέτοιες μεγάλες αλλαγές, που συνεχώς θα εντείνονται, τίθεται το ερώτημα με ποιο τρόπο οι υπεύθυνοι των νοσοκομείων και των λοιπών οργανισμών Υγείας θα σχεδιάζουν τις στρατηγικές τους και θα αποκτούν την απαραίτητη πληροφόρηση και γνώση για να μπορούν να προσδιορίζουν έγκαιρα κατά πόσον αυτές εκτελούνται επιτυχώς.

#### **1.1 ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ**

«Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένα βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες του πληθυσμού.

«Αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά είναι:

- Η διαθεσιμότητά τους στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
- Η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν στη διάρκεια ολόκληρου του εικοσιτετραώρου.
- Η προσφορά υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνισή της. Επομένως, πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς τους.
- δ) Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η συνέχεια της προσφοράς τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες που τις χρησιμοποιούν. Οφείλουν λοιπόν να είναι αποδεκτές από τους πολίτες.»(Δικαίος κ.ά., 1999:60)

## 1.2 ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγείας παράγονται σε Μονάδες οι οποίες λειτουργούν στο πλαίσιο του συστήματος υγείας και παρέχονται στους ασθενείς.

Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν Οργανισμούς, αφού εργάζονται στις ίδιες δύο ή περισσότεροι άνθρωποι για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. «Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να είναι διαφόρων ειδών και διακρίνονται ως εξής:

α) Ανάλογα με τη νομική μορφή της λειτουργίας τους, σε:

- ιδιωτικές,
- δημόσιες,
- νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου,
- νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου,
- Ιδιαίτερη οργανωτική δομή αποτελεί το ίδιο το Υπουργείο Υγείας, με τις κεντρικές και περιφερειακές του υπηρεσίες.

β) Ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, σε:

- Μονάδες ανοικτής περίθαλψης, όπως είναι τα ιδιωτικά ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας και τα πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών
- Μονάδες κλειστής περίθαλψης, όπως είναι τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης.» (Δικαίος κ.ά., 1999:63)

«Οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι:

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

Η δομή μιας Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελείται από πολλά επίπεδα και τα άτομα που τη συγκροτούν (γιατροί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι, διοικητικοί, τεχνικοί), διαφέρουν στην εκπαίδευση, στο κοινωνικό ή οικονομικό και προσωπικό status. Όσο περισσότερο διαφέρει ο βαθμός εξειδίκευσης και όσο πιο πολλοί είναι οι εργαζόμενοι, τόσο περισσότερο διασπάται η δομή της εξουσίας, με αποτέλεσμα οι δυσκολίες στη διοίκηση και τη διαχείριση του οργανισμού να είναι μεγαλύτερες.»(Δικαίος κ.ά., 1999:65)

### **1.3 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ**

Κάθε περιφερειακό γενικό και ειδικό νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και τη τεχνική. Στα νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία οι υπηρεσίες είναι τρεις, η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική. Όλες οι υπηρεσίες είναι ισότιμες και συνεργάζονται μεταξύ τους, ώστε να πετύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Οι Διοικητικές-Οικονομικές δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε νομαρχιακό νοσοκομείο είναι:

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

Η ιδιαιτερότητα των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σε περιφερειακό νοσοκομείο είναι:

- διοίκηση-διαχείριση,
- ανάπτυξη μεθόδων σύγχρονου μάνατζμεντ,
- υψηλή διοικητική ικανότητα (management capacity),
- προγραμματισμός για κάλυψη αναγκών της περιφέρειας,
- εξειδικευμένη υποδομή για τριτοβάθμια περίθαλψη.(Δικαίος κ.ά., 1999).

Η διοικητική υπηρεσία του δημόσιου νοσοκομείου χωρίζεται σε δύο Υποδιευθύνσεις του διοικητικού και του οικονομικού. Οι δραστηριότητες που αναπτύσσει αφορούν:

- στο συντονισμό της λειτουργίας και στην υποστήριξη του έργου των άλλων υπηρεσιών,
- στη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του νοσοκομείου,
- στη φροντίδα για αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξη του νοσοκομείου,
- στην εκπαίδευση των στελεχών της σε θέματα διοίκησης-διαχείρισης και
- σε θέματα που αφορούν γενικά στο νοσοκομείο (Δικαίος κ.ά., 1999).

#### **1.4 ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελείται από:

- γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων και από νοσηλευτικό προσωπικό τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,
- άλλους επιστήμονες και τεχνολόγους,
- ειδικούς σε Η/Υ, για να υποστηρίζουν τη νέα τεχνολογία της πληροφορικής,

- διοικητικό προσωπικό, που μπορεί να εργάζεται και σε άλλο Οργανισμό,
- τεχνικό προσωπικό, υποστηρίζοντας τη λειτουργία και τη συντήρηση του εξοπλισμού,
- προσωπικό ξενοδοχειακής υποστήριξης, για τη καλύτερη νοσηλεία και διαμονή των ασθενών. (Δικαίος κ.ά., 1999)

## **1.5 ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Η άσκηση της διοίκησης στις Μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται και από τις ακόλουθες παραμέτρους:

- Από το ιδιαίτερο ενδιαφέρον και τη μεγάλη ευαισθησία που συνοδεύουν κάθε πρόβλημα υγείας,
- Από την κατάσταση συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας,
- Από την έντονη και καθολική απαίτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας,
- Από το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας,
- Από τις προσδοκίες της κοινωνίας. (Δικαίος κ.ά., 1999)

## **1.6 Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΟΥ ΑΜΕΣΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ**

“Η διοίκηση της Μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας οφείλει να επιδιώκει το άμεσο και ποιοτικά το καλύτερο αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασθενών”. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος η Μονάδα οφείλει να είναι πάντα σε ετοιμότητα και το προσωπικό της να συμμετέχει ενεργά. Η ικανότητα των ηγετικών στελεχών έχει αποφασιστική σημασία σε κάθε Οργανισμό υγείας, όπου κυριαρχεί το ανθρώπινο στοιχείο και η ποιότητα των υπηρεσιών που παράγονται εξαρτώνται από το ανθρώπινο δυναμικό αυτών των Οργανισμών.

## **1.7 «ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ» (HEALTH MANAGEMENT) ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Στόχος του νέου θεσμού είναι να καθιερώσει ένα «ανοικτό» Forum ενημέρωσης και επικοινωνίας, ανταλλαγής εμπειριών και απόψεων, που θα θέσει τις βάσεις για μία νέα θεώρηση της Διοίκησης στον κλάδο των Υπηρεσιών Υγείας, σε ένα περιβάλλον που αναπτύσσεται ραγδαία και απαιτεί νέα επιστημονικά εφόδια και δεξιότητες για τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων.

Συνεπώς το Health management ορίζεται σαν μία εφαρμογή του management - σύγχρονη διοίκηση, στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Η εισαγωγή μίας σύγχρονης επιστημονικής διοίκησης στις νοσοκομειακές μονάδες εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία τους και κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση των σύγχρονων καθημερινών προβλημάτων. Ένα βασικό εργαλείο του management και κατ' επέκταση του health management είναι τα συστήματα διαχείρισης ποιότητας.( Μ. Θεοδώρου κ.ά, 2001)

## **1.8 Ο ΝΕΟΣ ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΕΡ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες η ανώτατη διοίκηση στα νοσοκομεία ασκείται καταρχήν από το συλλογικό όργανο διοίκησης, το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου και στη συνέχεια από τον μάνατζερ του νοσοκομείου. Ο τελευταίος πρέπει να έχει ειδική εκπαίδευση και εμπειρία στην οργάνωση και διοίκηση Μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Στα περισσότερα νοσοκομεία δεν έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα ο θεσμός του μάνατζερ και η διοίκηση του νοσοκομείου ασκείται από το Διοικητικό Συμβούλιο και τον πρόεδρό του, που διορίζονται με τριετή



θητεία. Κάτω από τον πρόεδρο του διοικητικού Συμβουλίου βρίσκονται οι διευθυντές των τεσσάρων υπηρεσιών (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής), οι οποίοι είναι ισότιμοι μεταξύ τους.

### *1.8.1 Διορισμός*

Για να διοριστεί κάποιος πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου πρέπει να έχει ιδιαίτερη εμπειρία, γνώση και δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης. (Γούλα Β. Α., 2007)

Συνήθως διορίζονται γιατροί σε αυτές τις θέσεις, χωρίς όμως τις ειδικές δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ο μάνατζερ κάθε Οργανισμού. Έτσι η άσκηση της διοίκησης στα δημόσια νοσοκομεία γίνεται τελείως εμπειρικά, χωρίς επίτευξη συγκεκριμένων αντικειμενικών σκοπών ή στόχων με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις.

Η άσκηση της διοίκησης στα νοσοκομεία χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη ορθολογισμού, από μεγάλη αναποτελεσματικότητα και από οργανωτική υπανάπτυξη.

Ο μάνατζερ των δημόσιων νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας που υπάγονται σε αυτό, ασκεί τον ιεραρχικό έλεγχο σε όλο το προσωπικό και έχει την ευθύνη της οργάνωσης. Συντονίζει και ελέγχει τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και είναι υπεύθυνος για την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του. Εισηγείται όλα τα θέματα στο Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου και συνεργάζεται με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες. (Δικαίος κ.ά., 1999)

Τέλος, επειδή η αποτελεσματικότητα της διοίκησης μιας νοσοκομειακής μονάδας καθορίζεται κυρίως από την ικανότητα και την αποτελεσματικότητα του manager- διοικητή του νοσοκομείου, ο «καλός» και «αποτελεσματικός» μάνατζερ ενός δημόσιου νοσοκομείου πρέπει από τις πρώτες ημέρες:

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

## **1.9 MANAGEMENT ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

### *1.9.1 Το Αμερικανικό Σύστημα Υγείας*

Το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας θεωρείται ως το πλησιέστερο του «ελεύθερου – ιδιωτικού» μοντέλου. Λειτουργεί περισσότερο με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς, κάτι που ταιριάζει με τη βαθιά παράδοση του φιλελευθερισμού της αμερικανικής κοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι στην

Αμερικανική κοινωνία το δικαίωμα στην υγεία εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του καθενός να πληρώσει. Δηλαδή η βασική αρχή των εθνικών συστημάτων για καθολική, ισότιμη και δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού δε διασφαλίζεται.

Παρά τις υψηλές δαπάνες υγείας, το Αμερικάνικο σύστημα δεν έχει να επιδείξει πολύ καλούς δείκτες υγείας. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονος προβληματισμός αλλά και προτάσεις για μετάβαση προς ένα πιο οργανωμένο σύστημα που θα ανακόψει την πορεία ανόδου των δαπανών, θα βελτιώσει τους δείκτες υγείας και θα περιορίσει τις υγειονομικές ανισότητες.

Το σύνολο των γιατρών είναι ελεύθεροι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με τις διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες, δηλαδή δεν υπάρχει η έννοια του « μόνιμου δημόσιου υπαλλήλου », όσο αφορά τους επαγγελματίες της υγείας. Στις υπηρεσίες υγείας δεν υπάρχει αυτό που στην Ελλάδα κυριαρχεί ως κρατικό νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. Η παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη και γίνεται σε δύο επίπεδα, αυτό της κεντρικής ομοσπονδιακής κυβέρνησης και αυτό της πολιτειακής. Η παρέμβαση αυτή περιορίζεται βασικά στο να θέτει τα πλαίσια αρχών και τους κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, που είναι στην πλειονότητά τους ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού ή όχι χαρακτήρα.

Το Αμερικάνικο σύστημα είναι σήμερα το πιο ακριβό σύστημα υγείας στον κόσμο. Οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας ετησίως φτάνουν στην Αμερική τα 2.900 δολάρια περίπου, ενώ στην Γερμανία τα 1.650 και στη Μ. Βρετανία μόλις τα 1.000 δολάρια (Μ. Θεοδώρου κ.ά, 2001:332).

### *1.9.2 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας*

Στο Γερμανικό σύστημα υγείας τον κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση, μέσω των ταμείων υγείας. Είναι ένα σύστημα όπου συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζομένους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας.

Από άποψη δομής και οργάνωσης το σύστημα είναι πλήρως αποκεντρωμένο και σε αυτό παρουσιάζει ομοιότητες με το Καναδικό και το Σουηδικό. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε μία δέσμη υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται δωρεάν, έχουν αυξημένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, ενώ οι γιατροί είναι επαγγελματικά αυτόνομοι.

Η Γερμανική κυβέρνηση ψήφισε τα τελευταία 25 χρόνια μια σειρά από νόμους, έτσι ώστε σήμερα το σύστημα υγείας να χαρακτηρίζεται ως το πιο ελεγχόμενο τμήμα της Γερμανικής οικονομίας.

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, που αποτελούν δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου οργανισμούς συνήθως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι διοικητικές και κεφαλαιουχικές δαπάνες καλύπτονται από επιδοτήσεις της ομοσπονδιακής και τοπικής κυβέρνησης. Οι γιατροί των νοσοκομείων αμείβονται με μισθό, με βάση την ειδικότητα και τα χρόνια προϋπηρεσίας (Μ. Θεοδώρου κ.ά., 2001).

### *1.9.3 Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας*

Το Βρετανικό σύστημα υγείας ή NHS (National Health Service) αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημοσίου-εθνικού συστήματος. Λειτουργήσε το 1948 και σχεδόν απουσιάζουν από αυτό τα ασφαλιστικά ταμεία. Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που είχε καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από την γενική φορολογία.

Με την εγκαθίδρυση του NHS (Nationality Hospital Sytem) η κύρια ευθύνη της καλής και αποτελεσματικής λειτουργίας του συστήματος

μεταφέρεται στην κεντρική κυβέρνηση. Στην περιφέρεια η κυβέρνηση υποβοηθείται από μια σειρά οργάνων, στα οποία εκχωρείται η ευθύνη και οι αρμοδιότητες για την κατανομή των πόρων, τη διαχείριση και το μόνιμα λειτουργούν του συστήματος.

Όπως όλα τα εθνικά συστήματα υγείας, έτσι και το Βρετανικό βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της πλήρους κάλυψης του πληθυσμού, της ισότητας και της επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών. Σήμερα θεωρείται το πιο αποτελεσματικό σύστημα σε μακροοικονομικό επίπεδο και αποτελεί το δημοφιλέστερο τμήμα του κράτους πρόνοιας της Βρετανίας.

Το NHS διοικείται από το Υπουργείο Υγείας, όπου ο υπουργός με τη βοήθεια ενός ή περισσότερων υφυπουργών καθορίζουν την πολιτική που πρέπει να εφαρμοστεί. Μετά το Υπουργείο Υγείας την οργανωτική βαθμίδα αποτελούν οι 8 Υγειονομικές Περιφέρειες, που είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Επαρχίες, οι οποίες αποτελούν την Τρίτη στη σειρά οργανωτική βαθμίδα του συστήματος. Σε επίπεδο υγειονομικής επαρχίας λειτουργούν ακόμη οι Διευθύνσεις Οικογενειακής Ιατρικής (Μ. Θεοδώρου κ.ά., 2001).

#### *1.9.4 Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας*

Στο Σουηδικό σύστημα υγείας, όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση δικαιούνται ισότιμης και δωρεάν κάλυψης των αναγκών υγείας τους. Την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος, δηλαδή είναι ένα εθνικό σύστημα υγείας.

Το Σουηδικό μοντέλο διαφοροποιείται από τα άλλα δημόσια-εθνικά συστήματα υγείας λόγω των αυξημένων εξουσιών που έχει η αυτοδιοίκηση στα θέματα της οργάνωσης, παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Αυτό οφείλεται στη μεγάλη παράδοση που έχει η τοπική και δημοτική αυτοδιοίκηση στις χώρες του Ευρωπαϊκού Βορρά.

Όπως όλες οι Βορειο-Ευρωπαϊκές χώρες, έτσι και η Σουηδία είναι διαιρεμένη σε περιφέρειες, νομούς και δήμους και η τοπική εξουσία έχει την πλήρη σχεδόν ευθύνη της οργάνωσης και διοίκησης σε τοπικό επίπεδο.

Στη Σουηδία το σύστημα υγείας θεωρείται ως ένα από τα καλύτερα οργανωμένα και αποκεντρωμένα συστήματα. Διαθέτει σημαντικούς πόρους σε εξοπλισμό, προσωπικό και επιστημονική γνώση.

Το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας που ανήκει στην κυβέρνηση και στα περιφερειακά συμβούλια και ασχολείται με τον προγραμματισμό και την έρευνα σε θέματα αποτελεσματικότητας του συστήματος και στην αναζήτηση μέτρων και πολιτικών για την καλύτερη οργάνωσή και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Την ευθύνη της οργάνωσης, διοίκησης και παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν τα 23 νομαρχιακά συμβούλια και οι 3 μεγάλοι Δήμοι που θεωρούνται ως νομοί. (Μ. Θεοδώρου κ.ά., 2001)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### **ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΔΗΓΟ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ**

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή της λειτουργίας, της αποστολής, του ρόλου του Νοσοκομείου αποτυπώνοντας συνοπτικά την υπάρχουσα στρατηγική για την έως σήμερα ανάπτυξη του νοσοκομείου, που είναι από τα βασικά κομμάτια εκπόνησης Επιχειρησιακών Σχεδίων με τον οδηγό εκπόνησης Επιχειρησιακών σχεδίων σε Νοσοκομειακές Μονάδες για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητάς τους.

#### **1) Ταυτότητα και Σύντομο Ιστορικό του Νοσοκομείου**

Στην εισαγωγή θα πρέπει να παρουσιαστεί ένα σύντομο ιστορικό του νοσοκομείου από ιδρύσεως του μέχρι σήμερα. Θα πρέπει να αναφερθούν περιληπτικά οι λόγοι ίδρυσης, η σημασία διατήρησης και ανάπτυξής του βάσει κοινωνικών, αναπτυξιακών, εθνικών και άλλων κριτηρίων.

#### **2) Αποστολή και Ρόλος του Νοσοκομείου**

Στην ενότητα αυτή θα πρέπει να παρουσιαστεί αναλυτικά η αποστολή και ο ρόλος του νοσοκομείου, όπως θεσμοθετούνται και οριοθετούνται καταστατικά και νομικά (μέσω του οργανισμού του, κλπ). Στο πλαίσιο αυτό θα παρουσιαστούν και αναλυθούν οι σκοποί και στόχοι του νοσοκομείου με προοπτική η ανάλυση αυτή να χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση και επαναπροσδιορισμό των στόχων.

### **3) Διαχρονική Εξέλιξη του ρόλου του Νοσοκομείου**

Αφού ορισθεί και παρουσιασθεί ο ρόλος του, θα γίνει μια ιστορική αναδρομή του νοσοκομείου ώστε να κατανοηθεί η πορεία του και η εξέλιξη του ρόλου του, καθώς και γενικά στοιχεία λειτουργίας του. (Γούλα Β. Α, 2007)

## **2.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ**

Όπου αναλύεται λεπτομερώς και αξιολογείται το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου δηλαδή, οι δραστηριότητες, η οργάνωση, οι λειτουργίες, τα συστήματα, οι ανθρώπινοι πόροι, η υλικοτεχνική υποδομή και τα χρηματοοικονομικά στοιχεία με την παραγωγή δεικτών.

### *2.1.1 Δραστηριότητες - Παρεχόμενες Υπηρεσίες Ιστορικό της Εξέλιξης των Τομέων Δραστηριοποίησης*

Θα πρέπει να παρουσιαστεί η ιστορική διαδρομή του νοσοκομείου με γνώμονα τους τομείς δραστηριοποίησής του (εύρος παρεχομένων υπηρεσιών-τμήματα, επιχειρηματική δραστηριότητα, εκπαίδευση – έρευνα, κλπ.). Η εξέλιξη των δραστηριοτήτων μέχρι σήμερα σε συνδυασμό με το περιβάλλον, θα αποτελέσει τη βάση πρόβλεψης των δραστηριοτήτων για τα επόμενα πέντε χρόνια.

### *2.1.2 Ποιοτική και Ποσοτική παρουσίαση των παρεχομένων υπηρεσιών κάθε Τμήματος στην διάρκεια της τελευταίας πενταετίας.*

Η μελέτη της εξέλιξης της λειτουργίας των τμημάτων θα επικεντρωθεί στην τελευταία πενταετία, και θα παρουσιαστεί ποιοτικά και ποσοτικά το αντικείμενο των εργασιών κατά τομέα - τμήμα.



Η παρουσίαση θα γίνει στη βάση ποσοτικής ανάλυσης και θα περιλαμβάνει στοιχεία και δείκτες που παρουσιάζονται συγκεντρωτικά παρακάτω (Οι υπολογισμοί αυτών των στοιχείων και δεικτών του παραγόμενου έργου θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα υποδείγματα Πινάκων που παρουσιάζονται στο παράρτημα ).

### Στοιχεία και Δείκτες Παραγόμενου Έργου

- Ποσοστό κάλυψης κρεβατιών ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο. <sup>(1)</sup>
- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο. <sup>(2)</sup>
- Ρυθμός εισροής ασθενών ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο. <sup>(3)</sup>
- Ημέρες Νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο.
- Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο.
- Διάστημα Εναλλαγής Ασθενή ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο. <sup>(4)</sup>
- Χειρουργικές επεμβάσεις ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο.
- Αριθμός επισκέψεων στα Εξωτερικά Ιατρεία.
- Αριθμός Διακομιδών.
- Αριθμός νοσηλευθέντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.
- Ποσοστό επειγόντων περιστατικών σε κατάσταση εφημερίας.
- Αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων ανά εργαστηριακό τμήμα
- Αριθμός διαγνωστικών εξετάσεων ανά τμήμα
- Αριθμός ιατρικών εφημεριών ανά κλινική
- Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών ανά απασχολούμενο προσωπικό (γιατρό, νοσηλευτή κλπ)
- Αναλογία απασχολούμενου προσωπικού (γιατροί, νοσηλευτές) κατά κλίνη.

Υπολογισμός Δεικτών :

$$(1) \text{ Ποσοστό Κάλυψης} = \frac{\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας έτους} * 100}{\text{Αριθμός Κλινών έτους} * 365}$$

$$(2) \text{ Μέση Διάρκεια Νοσηλείας} = \frac{\text{Σύνολο Ημερών Νοσηλείας έτους}}{\text{Αριθμός Εισαγωγών Έτους}}$$

$$(3) \text{ Ρυθμός Εισροής Ασθενών Pk} = \frac{365 \text{ (ημέρες)} * \% \text{ κάλυψης}}{100 * \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}}$$

Ο ρυθμός εισροής ασθενών μετράει το ρυθμό με το οποίο χρησιμοποιούνται τα κρεβάτια σε μια χρονική περίοδο. Εκφράζεται σε αριθμό ανά κρεβάτι ανά μονάδα χρόνου. Μετράει την έκταση της αξιοποίησης της νοσοκομειακής υποδομής.

$$(4) \text{ Διάστημα Εναλλαγής} = \frac{365}{Pk} - \text{Μέση Διάρκεια Νοσηλείας}$$

Το διάστημα εναλλαγής μετράει το ρυθμό εναλλαγής των ασθενών ή το μέσο αριθμό ημερών που μένει κενό το κρεβάτι. Εκφράζεται σε αριθμό ημερών.

(Γούλα Β. Α, 2007)

*2.1.3 Ποιοτική και Ποσοτική Παρουσίαση των Χρηστών των*

*Υπηρεσιών του Νοσοκομείου (Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα)*

Στο τμήμα αυτό της διαδικασίας θα πρέπει να κατηγοριοποιηθούν οι χρήστες (ασθενείς) κατά αιτία (νόσος), λόγο (νοσηλεία, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία, απογευματινά ιατρεία, εργαστηριακές εξετάσεις κλπ),

δείκτη πολυπλοκότητας /σοβαρότητας περιπτώσεων, γεωγραφική αναφορά (ροές ασθενών), ασφαλιστικού φορέα, υπηρεσιών μειωμένου ανταλλάγματος (αλλοδαποί, απορίας, δωρεάν υπηρεσίες κ.α), κ.λ.π.( Τα παραπάνω στοιχεία και δείκτες θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε υπόδειγμα Πίνακα που παρουσιάζονται στο τέλος της ενότητας και αφορούν την διάθρωση των εισαγωγών, την ροή των ασθενών, την διάθρωση του φύλου, τη γεωγραφική αναφορά και την διάθρωση της κοινωνικής ασφάλειας.). Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ασθενών (ροές, ασφαλιστικός φορέας, κ.λ.π.) είναι απαραίτητα για τον υπολογισμό του κόστους των νοσηλειών και την αύξηση παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών μονάδων (βλ. παράρτημα Πίνακες (1-5))

## **2.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ**

Θα πρέπει να περιγραφεί η οργανωτική δομή, η διοίκηση και τα συστήματα λειτουργίας του Νοσοκομείου:

### *2.2.1 Παρουσίαση των Οργάνων Διοίκησης*

Αφού γίνει μια πρώτη ανάλυση των τμημάτων του οργανισμού, θα πρέπει να παρουσιασθούν τα όργανα διοίκησης σε όλες τις βαθμίδες : ανώτατο, ανώτερο και μεσαίο επίπεδο. Σκοπός της ανάλυσης αυτής είναι η κατανόηση του διαύλου ροής των πληροφοριών και κυρίως των αποφάσεων.

### *2.2.2 Αποτύπωση της Οργανωτικής Διάρθρωσης*

Τα στοιχεία της προηγούμενης παραγράφου θα πρέπει να εμπλουτισθούν και να αποτυπωθούν με τη μορφή οργανογραμμάτων.

### *2.2.3 Αποκλίσεις από τον Κανονισμό Οργανωτικής Διάρθρωσης*

Τα στοιχεία της ανάλυσης των οργάνων διοίκησης θα πρέπει να συγκριθούν με εκείνα που προβλέπονται από τον κανονισμό οργανωτικής διάρθρωσης έτσι ώστε να αποτυπωθούν τυχόν διαφορές.

### *2.2.4 Σύντομη Περιγραφή των Κύριων και Υποστηρικτικών Λειτουργιών του Νοσοκομείου*

Αφού γίνει μια σύντομη περιγραφή των οργάνων διοίκησης σε όλα τα επίπεδα, στη συνέχεια θα πρέπει να περιγραφούν οι κύριες και υποστηρικτικές λειτουργίες του νοσοκομείου, ούτως ώστε να υπάρχει πλήρης εικόνα όλων των επιπέδων οργάνωσης και παραγωγής- διανομής, κάθετα και οριζόντια.

Η ανάλυση θα πρέπει να περιλαμβάνει τις εξής κύριες και υποστηρικτικές λειτουργίες του Νοσοκομείου.

#### **Κύριες :**

- Παροχή Ιατρικών Υπηρεσιών (δραστηριότητα κλινικών, εργαστηρίων, ειδικών μονάδων κλπ),
- Παροχή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών,
- Εισαγωγή Ασθενών,
- Κ.α.

#### **Υποστηρικτικές :**

- Μισθοδοσία,
- Υποστηρικτική Λειτουργία Ιατρικών Υπηρεσιών (Φαρμακείο κλπ),
- Διοικητικές Λειτουργίες,

- Επεξεργασία Ταμειακών Ροών,
- Λειτουργία Ποιοτικού Ελέγχου,
- Λειτουργία Μηχανοργάνωσης και Πληροφοριακών Συστημάτων,
- Βελτίωση κτιριακής υποδομής,
- Προμήθεια φαρμακευτικού – υγειονομικού υλικού,
- Οικονομική Διαχείριση,
- Κ.α.

(Γούλα Β. Α, 2007)

#### *2.2.5 Αποτύπωση Διαδικασιών Κύριων και Υποστηρικτικών Λειτουργιών στη βάση της παροχής των υπηρεσιών.*

Αποτύπωση σε διάγραμμα ροής των διαδικασιών και των εμπλεκομένων στην παροχή της υπηρεσίας για κάθε κύρια λειτουργία του νοσοκομείου.

#### *2.2.6 Περιγραφή και Αξιολόγηση των Εφαρμοζόμενων Συστημάτων κατά επί μέρους Λειτουργία*

Στην ενότητα αυτή θα πρέπει περιγραφούν εν συντομία και να αξιολογηθούν τα συστήματα διαχείρισης και ελέγχου που εφαρμόζονται στις λειτουργίες του νοσοκομείου. Η αξιολόγηση θα πρέπει να γίνει με κριτήριο την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα διαχείρισης και χρήσης των διαθέσιμων υλικών, ανθρωπίνων, χρηματικών και άυλων πόρων, παρουσιάζοντας όπου έχει εκτιμηθεί, και το όφελος. Παρακάτω παρουσιάζονται οι τομείς διαχείρισης και ελέγχου, που θα πρέπει να εξετασθούν :

- Προγραμματισμού, οργάνωσης και ελέγχου παροχής υπηρεσιών,

- Διαχείρισης υλικών και αποθεμάτων (φαρμακευτικού – υγειονομικού υλικού),
- Ποιοτικού ελέγχου υλικών, προϊόντων και υπηρεσιών,
- Αξιοπιστίας και συντήρησης τεχνοπαραγωγικού εξοπλισμού,
- Παρακολούθησης και ελέγχου περιβαλλοντολογικών επιπτώσεων,
- Προγραμματισμού, παροχής, οργάνωσης και ελέγχου εκτέλεσης εργασιών,
- Εξωτερικής επικοινωνίας, προώθησης εικόνας και προβολής του έργου του οργανισμού,
- Ψυχολογικής υποστήριξης ασθενών,
- Διοικητικής λογιστικής,
- Αναλυτικής λογιστικής και κοστολόγησης,
- Διαχείρισης διαθέσιμων και υπολοίπων στοιχείων κυκλοφορούντος ενεργητικού,
- Παρακολούθησης προμηθευτών και ασθενών,
- Εσωτερικού ελέγχου,
- Λήψης αποφάσεων,
- Στρατηγικού σχεδιασμού, προγραμματισμού, παρακολούθησης και ελέγχου επίτευξης στόχων,
- Διασφάλισης ποιότητας,
- Ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος διοίκησης (Συστήματος Συλλογής κλινικών πληροφοριών κλπ.),
- Εσωτερικής επικοινωνίας,
- Διοίκησης ανθρωπίνου δυναμικού, Κ.α.

(Πολύζος Ν.)

## **2.3 Στελέχωση – Ανθρώπινοι Πόροι**

### *2.3.1 Αποτύπωση του Απασχολούμενου Προσωπικού κατά Κλάδο.*

Στο τμήμα αυτό της διαδικασίας θα πρέπει να αναλυθεί και παρουσιαστεί το απασχολούμενο προσωπικό κατά κλάδο / τμήμα (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, οικονομικό, τεχνικό κλπ) ώστε να προσδιορισθούν σε επόμενο στάδιο οι ανακλύπτουσες ανάγκες. Κατά την ανάλυση θα πρέπει να συμπληρωθεί ο Πίνακας (6). (βλ. παράρτημα Πίνακας (6))

### *2.3.2 Ανάλυση Μεταβολών του Μονίμου, Εκτάκτου και Εποχιακού Προσωπικού*

Η μελέτη του προσωπικού θα πρέπει να προχωρήσει με την ανάλυση των μεταβολών (προσλήψεις, αποχωρήσεις) που επήλθαν κατά την περασμένη πενταετία, ώστε να προκύψουν συγκρίσιμοι δείκτες. Κατά την ανάλυση θα πρέπει να συμπληρωθεί ο Πίνακας (7). (βλ. παράρτημα Πίνακας (7))

### *2.3.3 Εξέλιξη Μεγέθους Προσωπικού ανά Κλάδο.*

Βάσει του προγράμματος αποχωρήσεων (συντάξεις, παραιτήσεις, συμβασιούχοι) θα ακολουθήσει πρόβλεψη των μεταβολών του προσωπικού ώστε να είναι δυνατός σε επόμενο στάδιο ο προγραμματισμός του. Κατά την ανάλυση θα πρέπει να συμπληρωθεί ο Πίνακας (8). (βλ. παράρτημα Πίνακας (8))

### 2.3.4 Επίπεδο Εκπαίδευσης Προσωπικού

Θα πρέπει να αναλυθεί το επίπεδο εκπαίδευσης (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ) και να κατηγοριοποιηθεί το προσωπικό βάσει της θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης σε συνδυασμό με τις ανάγκες και προδιαγραφές της κάθε θέσης. Κατά την ανάλυση θα πρέπει να συμπληρωθεί ο Πίνακας (6). (βλ. παράρτημα Πίνακας (6))

### 2.3.5 Υποσυστήματα Διοίκησης Ανάπτυξης Ανθρωπίνων Πόρων

Στο σημείο αυτό, ενόψει της διαδικασίας δημιουργίας νέων Οργανισμών σε κάθε νοσοκομείο, (Ν.2889/2001 άρθρο 6) εκτιμάται η σημερινή κατάσταση του προσωπικού σε σχέση με το παραγόμενο έργο, ώστε, αφενός να ενταχθούν στον νέο οργανισμό όλες οι απαραίτητες ειδικότητες, αφετέρου να αναπτυχθούν οι υπάρχουσες ικανότητες του προσωπικού.

Οι μηχανισμοί και τα συστήματα που πρέπει να εκτιμηθούν είναι τα εξής :

- **Προγραμματισμού ανθρώπινου δυναμικού** για το σύνολο του νοσοκομείου και για κάθε κλάδο και ειδικότητα ξεχωριστά (επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό),
- **Αξιολόγησης θέσεων εργασίας** ανά κλάδο (επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό) και ειδικότητα και προβλέψεις για τον νέο οργανισμό ανάλογα με τον προγραμματισμό αναγκών συνολικά και ανά κλάδο,
- **Αξιολόγησης και εξέλιξης ανθρώπινου δυναμικού** για το σύνολο του οργανισμού,
- **Διάγνωσης εκπαιδευτικών αναγκών** ανά κλάδο (επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό) και ειδικότητα,
- **Εκπαίδευσης – Ανάπτυξης προγραμμάτων κατάρτισης** ανά κλάδο (επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό) και ειδικότητα,



- **Αμοιβών και κινήτρων** ανά κλάδο (επιστημονικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό) και ειδικότητα. (Γούλα Β. Α, 2007)

### *2.3.6 Ανάλυση Δαπανών Μισθοδοσίας Προσωπικού*

Στο τμήμα αυτό της διαδικασίας σύνταξης του Στρατηγικού και Επιχειρησιακού Σχεδίου, θα πρέπει να αναλυθούν οι δαπάνες προσωπικού που αφορούν εξέλιξη μισθοδοσίας (υποχρεωτικές εισφορές, προαιρετικές εισφορές και λοιπές δαπάνες).

### *2.3.7 Παραγωγικότητα Προσωπικού.*

Στο τμήμα αυτό θα πρέπει να προσδιορισθεί η παραγωγικότητα του προσωπικού στη βάση της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (πχ. επισκέψεις, επεμβάσεις, κλπ) ανά μονάδα προσωπικού (ιατρό, νοσηλεύτη) στη μονάδα χρόνου. Η παραγωγικότητα θα πρέπει να αναλυθεί ξεχωριστά για κάθε τομέα και να συγκρίνεται με την ετήσια μέση τιμή (και αν είναι εφικτό να συγκριθεί με αντίστοιχους διεθνείς μέσους όρους ή με μεθόδους συγκριτικής αξιολόγησης -benchmarking).

### *2.3.8 Αναφορά στο πλαίσιο εργασιακών σχέσεων, όπως διέπεται από τον κανονισμό προσωπικού και την κείμενη νομοθεσία*

Θα πρέπει σε συνδυασμό με την ανάλυση της διάρθρωσης του προσωπικού να διερευνηθούν οι κατηγορίες προσωπικού που διέπονται από ιδιαίτερες εργασιακές σχέσεις (συμβασιούχοι, ειδικό επιστημονικό προσωπικό, σύμβουλοι, προσωποπαγείς κλπ. βλ. παράρτημα Πίνακα (6-8))

## 2.4 ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

### 2.4.1 Παρουσίαση Περιουσιακών Στοιχείων του Νοσοκομείου

Με βάση τα επίσημα τηρούμενα στοιχεία, θα πρέπει να περιγραφούν τα βασικά περιουσιακά στοιχεία του νοσοκομείου :

- Κτίρια,
- Οικόπεδα,
- ιατρικά μηχανήματα - βιοιατρική τεχνολογία,
- μεταφορικά μέσα,
- πληροφοριακά συστήματα κ.λ.π.

### 2.4.2 Ποιοτική Αξιολόγηση Περιουσιακών Στοιχείων

Αφού θα υπάρχει καταγεγραμμένη η περιουσία του νοσοκομείου θα πρέπει να γίνει ποιοτική αξιολόγηση των στοιχείων με βάση τις αναφορές των υπευθύνων του, ώστε να προσδιορισθεί η επάρκεια και κατάσταση του εξοπλισμού, των παγίων και της χρησιμοποιούμενης τεχνολογίας. Μέτρο σύγκρισης για την ουσιαστική αξιολόγηση των περιουσιακών στοιχείων του οργανισμού θα πρέπει να αποτελούν τόσο οι απόψεις των χρηστών, όσο και οι διεθνείς προδιαγραφές. Οι κύριες παράμετροι που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι οι εξής:

- βαθμός απαξίωσης βιοϊατρικής τεχνολογίας,
- επάρκεια ιατρικών μηχανημάτων,
- κατάσταση κτιριακού εξοπλισμού,
- ανάγκες απόκτησης εξοπλισμού νέας τεχνολογίας,

- πρόγραμμα σταδιακής αντικατάστασης εξοπλισμού παρωχημένης τεχνολογίας κ.λ.π. .

#### *2.4.3 Βαθμός Αξιοποίησης Περιουσιακών Στοιχείων*

Μετά την καταγραφή και αξιολόγηση των περιουσιακών στοιχείων θα πρέπει να γίνει ανάλυση της αξιοποίησής τους στην παραγωγική (παροχή υπηρεσιών) και λειτουργική – διοικητική διαδικασία, ώστε να προσδιορισθούν τα άμεσα και έμμεσα εκμεταλλεύσιμα περιουσιακά στοιχεία και τα έσοδα από τη χρήση τους.

#### *2.4.4 Ποιοτική και Ποσοτική Παρουσίαση Επενδύσεων Τελευταίας Πενταετίας*

Αφού ολοκληρωθεί η ανάλυση της περιουσίας του οργανισμού, θα πρέπει να ακολουθήσει η ανάλυση των πηγών απόκτησής της. Θα πρέπει να παρουσιαστούν οι επενδύσεις, ποιοτικά και ποσοτικά για τα πέντε τελευταία χρόνια και η διάρθρωση της χρηματοδότησής τους (δημόσιες επιχορηγήσεις, ίδια κεφάλαια, ασφαλιστικοί φορείς, δανεισμός, λοιπές πηγές, κλπ).

Θα πρέπει να αναλυθεί το θεσμικό πλαίσιο που διέπει τον προγραμματισμό και την υλοποίηση επενδύσεων ώστε να κατανοηθεί πλήρως η διαδικασία, οι περιορισμοί αλλά και οι ευκαιρίες που υφίστανται. (βλ. παράρτημα Πίνακες (9-11))

## 2.5 ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ

### 2.5.1 Παρουσίαση της διακρίμανσης βασικών συντελεστών κόστους νοσηλείας τα τελευταία πέντε χρόνια

Για τη διερεύνηση του κόστους λειτουργίας του νοσοκομείου πρέπει να κατασκευασθούν οι παρακάτω δείκτες :

#### Δείκτες Νοσοκομειακού Κόστους

- Μέσο κόστος νοσηλείας ασθενή ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο, <sup>(1)</sup>
- Μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο, <sup>(2)</sup>
- Μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο,
- Μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά ασθενή, κλινική, τομέα, νοσοκομείο, <sup>(3)</sup>
- Μέσο κόστος φαρμακευτικής κατανάλωσης ανά ημέρα νοσηλείας ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο, <sup>(4)</sup>
- Μέσο κόστος διαγνωστικών εξετάσεων ανά γιατρό, κλινική, τομέα, νοσοκομείο,
- Μέσο κόστος διαγνωστικών εξετάσεων ανά ημέρα νοσηλείας ασθενούς ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο,
- Μέσο κόστος εργαστηριακών εξετάσεων ανά ασθενή, κλινική, τομέα, νοσοκομείο,
- Μέσο κόστος εργαστηριακών εξετάσεων ανά ημέρα νοσηλείας ασθενούς ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο, <sup>(5)</sup>

- Μέσο κόστος προμηθειών υγειονομικού υλικού ανά γιατρό, νοσηλεύτη, κλινική, τομέα, νοσοκομείο, <sup>(6)</sup>
- Μέσο κόστος προμηθειών υγειονομικού υλικού εξετάσεων ανά ημέρα νοσηλείας ασθενούς ανά κλινική, τομέα, νοσοκομείο,
- Μέσο κόστος χειρουργικών επεμβάσεων ανά γιατρό, κλινική, νοσοκομείο, <sup>(7)</sup>
- Μέσο κόστος συγκεκριμένων επεμβάσεων που ανήκουν στην κατηγορία του Συνολικά Ενοποιημένου Νοσηλίου.

### Υπολογισμός

#### Δεικτών :

$$(1) \text{ Μέσο Κόστος Νοσηλείας} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος}}{\text{Αριθμός Ασθενών}}$$

$$(2) \text{ Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος}}{\text{Συνολικές Ημέρες Νοσηλείας}}$$

$$(3) \text{ Κόστος Φαρμάκου ανά Η.Ν.} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος Φαρμάκου}}{\text{Ημέρες Νοσηλείας}}$$

$$(4) \text{ Κόστος Φαρμάκου ανά Ασθενή} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος Φαρμάκου}}{\text{Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών}}$$

$$(5) \text{ Κόστος Εργαστηριακών εξετάσεων ανά Η.Ν.} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος Εξετάσεων}}{\text{Ημέρες Νοσηλείας}}$$

$$(6) \text{ Κόστος Εργαστηριακών εξετάσεων ανά Ασθενή} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος Εξετάσεων}}{\text{Αριθμός Νοσηλευθέντων Ασθενών}}$$

$$(7) \text{ Κόστος ανά Χειρουργική επέμβαση} = \frac{\text{Συνολικό Κόστος Χειρουργικών Αιθουσών}}{\text{Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων}}$$

⇒ **Εφαρμόζοντας το Δημόσιο Λογιστικό Σύστημα.**

### 2.5.2 Παρουσίαση και Ανάλυση των οικονομικών καταστάσεων.

Μετά την συγκέντρωση όλων των απαραίτητων καταστάσεων και στοιχείων όπως εκθέσεις πεπραγμένων, απολογισμούς, καταστάσεις εσόδων - εξόδων κλπ, θα πρέπει να καταρτισθούν πίνακες με μεγέθη και δείκτες ώστε τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα και να μπορούν να αναλυθούν για να εξαχθούν συμπεράσματα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την παρουσίαση και ανάλυση των χρηματοοικονομικών στοιχείων, θα πρέπει να προσδιορίζονται οι βαθμοί ελευθερίας της διοίκησης του νοσοκομείου στη διαμόρφωση των επί μέρους μεγεθών των οικονομικών καταστάσεων (π.χ. περιορισμοί τιμολογιακής πολιτικής, δημοσιονομικής και κοινωνικής πολιτικής, εργασιακών σχέσεων, πραγματοποίησης επενδύσεων, κλπ)( Τα παραπάνω οικονομικά στοιχεία θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε υπόδειγμα Πινάκα που παρουσιάζεται στο τέλος της ενότητας (βλ. παράρτημα Πίνακας 12). (Υφαντόπουλος Ν. Γ, 2006)

### *2.5.3 Αποκλίσεις προϋπολογισμού - απολογισμού βασικών συντελεστών κόστους*

Θα πρέπει να γίνει συγκριτική ανάλυση των προϋπολογιστικών και απολογιστικών στοιχείων της τελευταίας πενταετίας των οργανικών εσόδων και εξόδων, του οικονομικού αποτελέσματος, της ετήσιας επιχορήγησης, των δεικτών κόστους ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα επίτευξης των στόχων που είχαν τεθεί και να είναι εφικτή η αιτιολόγηση τυχών αποκλίσεων. Επίσης, ειδική αναφορά θα πρέπει να γίνει στην εξέλιξη των μεγεθών: α) των ληξιπρόθεσμων απαιτήσεων και υποχρεώσεων, των ελλειμμάτων και β) των αλληλόχρεων λογαριασμών με λοιπούς δημόσιους οργανισμούς (ασφαλιστικά ταμεία, κλπ)

### *2.5.4 Αιτιολόγηση αποκλίσεων*

Η σύγκριση των στοιχείων της προηγούμενης παραγράφου θα προβάλλει διακυμάνσεις και αποκλίσεις μεταξύ προϋπολογισθέντων στόχων και απολογισμού. Οι διακυμάνσεις και αποκλίσεις αυτές θα πρέπει να αιτιολογηθούν ώστε να προσδιορισθούν τα σημεία που χρήζουν προσοχής και επέμβασης.

⇒ **Εφαρμόζοντας τις αρχές Γενικής - Αναλυτικής λογιστικής.**

### *2.5.5. Απαιτήσεις – Υποχρεώσεις ανά τμήμα*

Θα πρέπει να αποτυπωθεί το σύνολο των απαιτήσεων και των υποχρεώσεων που έχουν δημιουργηθεί μέσα σε κάθε οικονομική χρήση έτσι ώστε να γίνουν κατανοητές οι πραγματοποιούμενες χρηματοοικονομικές ροές. ( Τα παραπάνω οικονομικά στοιχεία θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε

υποδείγματα Πίνακες που παρουσιάζονται στο τέλος της ενότητας. (Πίνακες (14) και (15))

#### *2.5.6. Κόστος λειτουργίας ανά τμήμα*

Η εκτίμηση του κόστους λειτουργίας σε επίπεδο τμήματος και ιδιαίτερα ή ανάπτυξη τμηματικών προϋπολογισμών εξυπηρετεί :

- τον καλύτερο έλεγχο των δαπανών,
- τη δυνατότητα μέτρησης των ιατρικών πράξεων,
- την προτροπή και παροχή κινήτρων για αύξηση της αποδοτικότητας ,
- τη δημιουργία βάσης δεδομένων,
- τη συμμετοχή όλων στην διαχείριση ,
- την αξιολόγηση του κάθε είδους αποτελεσμάτων. (Γούλα Β. Α, 2007)

( Ανάλυση της μεθόδου ανάπτυξης τμηματικών προϋπολογισμών περιλαμβάνεται στο Παράρτημα του τεύχους. Κατά την ανάλυση θα πρέπει να συμπληρωθεί ο Πίνακας (16)).

#### *2.5.7 Αριθμοδείκτες*

Αφού συγκεντρωθεί το σύνολο των οικονομικών στοιχείων, θα πρέπει να υπολογισθούν αριθμοδείκτες για την τελευταία πενταετία. Οι αριθμοδείκτες είναι σχέσεις ή λόγοι μεταξύ διαφόρων ποσοτήτων ή οικονομικών μεγεθών του οργανισμού που αποσκοπούν στον προσδιορισμό της θέσης του οργανισμού ή των διαφόρων τομέων ή κλάδων, και στην παρουσίαση της πραγματικής κατάστασης που αυτός βρίσκεται. Με απώτερο στόχο την ορθολογικότερη διαχείριση των διαφόρων πόρων (ανθρωπίνων και υλικών), θα πρέπει να προσδιορισθεί ο βαθμός παραγωγικότητας και αποδοτικότητας τους.



Οι αριθμοδείκτες που θα καταρτίζονται είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι και απαραίτητοι γιατί βοηθούν στην ανάλυση, διάγνωση και εκτίμηση της παρούσας κατάστασης, αποκτούν όμως μεγαλύτερη ωφέλεια και σπουδαιότητα όταν συγκρίνονται με τους :

- αντίστοιχους των προηγούμενων ετών, αποκαλύπτοντας τις μεταβολές αλλά και την αποτελεσματικότητα - αποδοτικότητα του διαχειριστικού ελέγχου,
- ομοειδείς δείκτες άλλων οργανισμών – νοσοκομείων.

μέσους όρους αυτών των δεικτών που ενδεχομένως να έχει προσδιορίσει το Υπουργείο, ανάλογα με το αναπτυξιακό του πρόγραμμα κάθε φορά. (βλ. παράρτημα Πίνακα (12-16))

Τέλος , χαρακτηριστικό σημείο στην εκπόνηση των Επιχειρησιακών στοιχείων κατά την ανάλυση του Οδηγού Εκπόνησης , εκτός από την ανάλυση και την επεξεργασία των στοιχείων για την ταυτότητα , το όραμα , την αποστολή , την ιστορική εξέλιξη κάθε Νοσοκομειακής Μονάδας παράλληλα με την ανάλυση του εσωτερικού – εξωτερικού περιβάλλοντος , την διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού , την ανάλυση των Οικονομικών στοιχείων και την εξεύρεση πόρων , πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και η ανάλυση και περιγραφή στοιχείων που αφορούν:

#### **α) Εξελίξεις Κοινωνικοοικονομικού Επιπέδου Πληθυσμού**

#### **β) Επιδημιολογικές Εξελίξεις – Επίπεδο Υγείας**

Η ανάλυση των επιδημιολογικών παραγόντων που αποτυπώνουν το επίπεδο υγείας μιας περιοχής αφορά την εκτίμηση:

- της **θνησιμότητας**: συνολική προτυποποιημένη θνησιμότητα ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, ειδική θνησιμότητα ανά αιτία θανάτου, ειδική θνησιμότητα ανά φύλο και ηλικιακές ομάδες, ποσοστιαία κατανομή θανάτων ανά φύλο και ηλικιακές ομάδες, πρόωμη θνησιμότητα.

- της **νοσηρότητας**: καταγραφή ασθενών – νοσηλευθέντων στην περιοχή ευθύνης ή περιφέρειας, ποσοστιαία κατανομή αιτιών νοσηλείας, ποσοστά χρόνιων νοσημάτων (καρκίνος, καρδιαγγειακές – μυοσκελετικές αναπνευστικές ασθένειες, αλλεργίες κλπ.), καταγραφή ψυχικών νοσημάτων, καταγραφή μολυσματικών – μεταδοτικών ασθενειών κλπ.
- του **τρόπου ζωής**: διατροφική συμπεριφορά, κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, χρήση ναρκωτικών, στοματική υγεία και υγιεινή, κλπ.

**γ) Θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο - Κυβερνητική πολιτική - Περιφερειακή Πολιτική - Ευρωπαϊκή Πολιτική**

**δ) Οικονομικό Περιβάλλον**

Ειδικότερα, θα πρέπει να αναλυθούν :

- Η φάση του οικονομικού κύκλου (ύφεση, ανάκαμψη, κλπ).
- Οι πληθωριστικές ή αντιπληθωριστικές τάσεις.
- Οι νομισματικές, φορολογικές, τιμολογιακές κ.λπ. πολιτικές.
- Τα οικονομικά στοιχεία ανά κλάδο επιχείρησης.
- Η εξέλιξη των δαπανών υγείας (ιδιωτικές, δημόσιες).
- Οι φαρμακευτικές δαπάνες κλπ.

**ε) Αγορά Εργασίας για Επαγγέλματα Υγείας**

**στ) Τεχνολογικές Εξελίξεις**

**ζ) Οικολογικές – Περιβαντολογικές Διαστάσεις**

Για παράδειγμα η επίδραση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία περιγράφεται ως εξής :

Σχήμα1 . Επίδραση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης στην υγεία

<b>Ρύπος</b>	<b>Επίδραση στην Υγεία</b>
<b>Μονοξείδιο του Άνθρακα (CO)</b>	Καρδιαγγειακές ασθένειες
<b>Οξείδια του Αζώτου (NO)<sub>x</sub></b>	Ερεθισμός των ματιών, μύτης, αναπνευστικών οδών, και αυξημένοι ευπάθεια σε μολύνσεις,
<b>Διοξείδιο του Θείου</b>	Ασθένειες των αναπνευστικών οδών
<b>Σκόνη στα αιωρούμενα σωματίδια</b>	Επίδραση στους πνεύμονες και εμφάνιση νεοπλασμάτων
<b>Υδρογονάνθρακες (PAH) πχ. Βενζίνη</b>	Καρκίνος
<b>Μόλυβδος (Pb)</b>	Επίδραση στο νευρικό σύστημα, αναιμία αποβολές εμβρύων
<b>Οζόν (O<sub>3</sub>)*</b>	Επίδραση στους πνεύμονες, ερεθισμός ματιών, κεφαλαλγίες

( Ν. Αχαΐας : Δήμος Πατρέων – Γραφείο Υγιείς Πόλεις : Η Ταυτότητα Υγείας της Πάτρας)

#### η) Αγορά Εργασίας

Και

θ) Ανταγωνισμός σχετικά με την αγορά των Υπηρεσιών Υγείας στο χώρο λειτουργίας της Νοσοκομειακής Μονάδας

Συγκρίνοντας τα κεφάλαια που περιλαμβάνει ο Οδηγός Εκπόνησης Επιχειρησιακών σχεδίων , παρατηρούμε ότι ενώ αναλύονται τα Ιστορικά στοιχεία του Νοσοκομείου με τον ορισμό της Ταυτότητας του Νοσοκομείου και την Διαχρονική εξέλιξη , δεν γίνεται αναφορά στον σαφή προσδιορισμό

δραστηριότητα και οι παρεχόμενες υπηρεσίες κατά Τομέα λειτουργίας του και με περιγραφή των στοιχείων της Οικονομικής και Διοικητικής Υπηρεσίας και Επιχειρησιακών σχεδιασμών για την Ανάπτυξη σχεδίων δράσης σε χρονικό διάστημα 2003 – 2007 , με χρονοδιάγραμμα υλοποίησης στόχων σχεδίων δράσης, όχι όμως σύμφωνα με το πρότυπο του οδηγού με στόχο την κοινή ταυτοποίηση των στοιχείων για την εφαρμογή μίας κοινής πολιτικής παροχής υπηρεσιών υγείας στους πελάτες – χρήστες με τελικό σκοπό την ύπαρξη Αποτελεσμάτων προς σύγκριση , για την ανάπτυξη του Ανταγωνισμού και την πρόβλεψη – κάλυψη των μελλοντικών αναγκών σε θέματα πολιτικής υγείας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και την Ανάπτυξη και Επέκταση των Νοσηλευτικών Μονάδων στην Ελλάδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1 ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλά η απουσία ασθένειας ή εξασθένησης.

«Ωστόσο ένα βασικό ερώτημα που τίθενται είναι αν τελικά η υγεία είναι ιδιωτικό ή κοινωνικό αγαθό. Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 οι πρώτες φωνές που προήλθαν από τους Lee, Wiseman και το Ινστιτούτο Οικονομικών Υποθέσεων στην Αγγλία, καθώς και από τους εκπροσώπους της Σχολής του Σικάγου στις Η.Π.Α., υποστηρίζουν ότι το αγαθό «υγεία» είναι όπως όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και πρέπει να αφεθεί στις δυνάμεις της αγοράς, δηλαδή της προσφοράς και της ζήτησης.» (Υφαντόπουλος Γ. ,2006:238).

«Μια ομάδα οικονομολόγων από το Πανεπιστήμιο Γιόρκ της Αγγλίας, με κύριους εκπροσώπους τους Williams, Cyler, Maynard κ.α, καθώς επίσης και τον Arrow από τις Η.Π.Α., διαμόρφωσαν μια διαφορετική άποψη υποστηρίζοντας ότι η «υγεία» είναι κοινωνικό αγαθό. Το σύστημα της αγοράς βασισμένο στην προσφορά και στη ζήτηση των υπηρεσιών αποτυγχάνει να δώσει μια κοινωνικά δίκαιη και οικονομικά εφικτή λύση. Γι' αυτό το λόγο το κράτος θα πρέπει να παρέμβει για να επιφέρει μια δικαιότερη κατανομή των πόρων υγείας.»( Υφαντόπουλος Γ. ,2006:243)

### 3.1.1 Πολιτική Υγείας

Πολιτική υγείας (health policy) είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές (politics) δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά.

Η πολιτική υγείας μιας χώρας συγκροτείται από τα μέτρα και τους κανόνες που ρυθμίζουν την παραγωγή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με σκοπό την διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του.

Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στον χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας, χωρίς όμως ιδιαίτερο σχεδιασμό και στόχους και αποτελεί υβρίδιο ανάμεσα σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck) και σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (μοντέλο Beveridge).

## 3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο έγινε συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες με σημαντικό σταθμό την λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service ή N.H.S), το 1948 στην Μ. Βρετανία.

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με τη Ν.Δ. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» όμως μόλις το 1983 με τον Ν. 1397 επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα αφού για πρώτη φορά ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Βασικοί στόχοι του ήταν :

- Η αποκέντρωση του συστήματος υγείας με κατανομή των πόρων ανάλογα με τις γεωγραφικές ανάγκες
- Ο Κοινωνικός έλεγχος του συστήματος. Η τοπική αυτοδιοίκηση και οι διάφορες συνδικαλιστικές και επιστημονικές οργανώσεις θα συμμετείχαν στον προγραμματισμό (Δημοκρατικός Προγραμματισμός )
- Η λειτουργία του ιατρού στο σύστημα. Θεσπίστηκε ένα νέο πρότυπο ιατρού, δηλαδή ο ιατρός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που λειτουργεί με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στην πρωτοβάθμια , τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό σήμαινε ότι ιατροί του ΕΣΥ θα εργάζονταν υπό το καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Κανένας ιατρός του συστήματος δεν θα μπορούσε να ασκήσει ελεύθερο, να έχει δεύτερη θέση στο Δημόσιο ή να συνεργάζεται με τον ιδιωτικό τομέα. Απαγορεύονταν επίσης να είναι ιδιοκτήτης ιδιωτικών κλινικών ή να συμμετέχει σε ιδιωτικές εταιρίες.
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στην Ελλάδα παρατηρούνταν έλλειψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για να καλυφθεί το κενό αυτό δημιουργήθηκαν 400 κέντρα υγείας, από τα οποία περίπου τα 200 θα κάλυπταν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού και τα υπόλοιπα τις ανάγκες του αστικού πληθυσμού.

- Το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Την κεντρική ευθύνη για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας θα είχε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ο περιφερειακός προγραμματισμός των πόρων υγείας θα γίνονταν από τις 8-10 Περιφέρειες, όπου υπήρχαν τα ανάλογα διοικητικά και ερευνητικά όργανα για την επίλυση των περιφερειακών προβλημάτων.

### **3.3 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### *3.3.1 Δεκαετίας 1980-Ανεκπλήρωτοι στόχοι του ΕΣΥ*

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας που αποτελεί τον πυλώνα της παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας, ξεκίνησε με στόχο να απαλλάξει τους Έλληνες πολίτες από το άγχος και την ανησυχία της ανθρώπινης περίθαλψης. Μέχρι τότε, ένα σύστημα υγείας στα χέρια λίγων άφηνε τα νοσοκομεία χωρίς ασθενείς, χωρίς εξοπλισμό και χωρίς εργαζόμενους, αφού όλοι κατευθύνονταν στις ιδιωτικές κλινικές για να νοσηλευθούν. Η σκέψη και η προσπάθεια ήταν καλή, ο σχεδιασμός έξυπνος και σύγχρονος για την δεκαετία του 1980. Η δημιουργία κέντρων υγείας και η καθιέρωση ειδικού ιατρικού μισθολογίου ήταν μια κίνηση που όφειλε να εξασφαλίσει πολλούς γιατρούς σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας. Ίσως αυτό να επιτεύχθηκε την πρώτη τριετία ή τετραετία της εφαρμογής του συστήματος μας και πολλοί έτρεξαν να επανδρώσουν και να εξοπλίσουν το ΕΣΥ. Η εμπιστοσύνη του Έλληνα στη δημόσια υγεία, αυξήθηκε, ο Έλληνας πλέον προσφεύγει στα εξωτερικά ιατρεία των ιδρυμάτων του ΕΣΥ για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας του. Αυτό βέβαια ενισχύθηκε και από την απαγόρευση ίδρυσης καινούργιων ιδιωτικών κλινικών με μοναδικό και κατευθυνόμενο αποτέλεσμα την συσσώρευση του πληθυσμού στα Ελληνικά Δημόσια νοσοκομεία.



Έτσι, η φιλοσοφία της βαθμιαίας μετάλλαξης από ένα ελλιπές σύστημα υγείας σε ένα οργανωμένο πλαίσιο διοικητικών κανόνων όπως το ΕΣΥ, αναμφισβήτητα αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις της μεταπολεμικής Ελλάδας. Ωστόσο, υπήρξαν αρκετά σημεία που δημιούργησαν διαχρονικά κάποιες οργανωτικές και διοικητικές αντιφάσεις που αντέβαιναν όχι μόνο στη γενικότερη φιλοσοφία, αλλά και στην ιδεολογία των μεταρρυθμιστών του ΕΣΥ όπως:

Μονοπωλιακές δομές στην ιδιωτική υγεία: Λόγω του χαμηλού νοσηλίου πολλές μικρές ιδιωτικές κλινικές έκλεισαν ενώ παρέμειναν οι μεγάλες που υιοθέτησαν πολιτικές νοσηλίου πολύ υψηλότερες από αυτές που πρότεινε το Υπουργείο με αποτέλεσμα «μια χρυσή εποχή» με υπέρ κανονικά κέρδη

Διαγνωστική υγεία: Η απαγόρευση της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, οδήγησε τον ιδιωτικό τομέα στην επένδυση στο χώρο της εξωνοσοκομειακής φροντίδας με αποτέλεσμα, την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη, την υπέρ συγκέντρωση υψηλής τεχνολογίας και την πρόκληση ζήτησης

Το ιστορικό άρθρο 16: Αναφέρονταν στην ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και καθόριζε ένα ενιαίο πλαίσιο στη χρηματοδότηση του συστήματος. Ωστόσο, δέχθηκε επιθέσεις με αποτέλεσμα την ολική διαγραφή του

Παραοικονομία: Εκτεταμένα αποδοχή άτυπων αμοιβών από γιατρούς του δημόσιου τομέα (φακελάκι). (Υφαντόπουλος Γ., 2006)

### 3.3.2 Δεκαετία 1990

- ΝΟΜΟΣ 2071/1992

«Στις αρχές της δεκαετίας του '90, η Ελλάδα βρίσκεται σε πολιτική αστάθεια. Το 1992, βρίσκεται στην κυβέρνηση η Νέα Δημοκρατία με Πρωθυπουργό τον Κωνσταντίνο Μητσοτάκη και Υπουργό Υγείας τον Γεώργιο Σούρλα. Με τον νόμο 2071/1992 επιδιώκεται αλλαγή στη

φιλοσοφία του Εθνικού Συστήματος Υγείας»(Υφαντόπουλος Γ. ,2006:207). Η έννοια της αποκλειστικής ευθύνης του κράτους στην παροχή και χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, που αναπτύχθηκε στο ΕΣΥ, αντικαθίσταται από την ελευθερία στην επιλογή και τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Ο πολίτης έχει την δυνατότητα να απευθυνθεί στον ιδιωτικό ή το δημόσιο τομέα και να κάνει χρήση του ατομικού βιβλιαρίου υγείας που θα εκδίδονταν «εν καιρώ».

Επιπλέον, επιτρέπεται η σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με την μορφή ΝΔΙΠ. Με αυτό τον τρόπο, το κράτος αποκτά έναν μεγαλύτερο εποπτικό ρόλο στον τομέα της υγείας και παρέχει την «εγκριτική εξουσιοδότηση» για την ίδρυση και την λειτουργία των νέων μονάδων. Έτσι λοιπόν, η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη καθώς και η προνοσοκομειακή φροντίδα παρέχονται τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα.

Επιπροσθέτως, αίρεται ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών και αποκαθίσταται από την μερική απασχόληση και την εισαγωγή ιατρών-συμβούλων.

Προβλέπεται επίσης η παροχή ατομικού βιβλιαρίου υγείας σε όλους τους Έλληνες, με το οποίο θα μπορεί ο κάθε πολίτης να επιλέγει τον ιατρό και το θεραπευτήριο που επιθυμεί και στο μέτρο που αυτό είναι εφικτό, λαμβανομένων υπόψη των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων.

Δημιουργείται το Κέντρο Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) με έδρα την Αθήνα και με σκοπό την συστηματική αντιμετώπιση, την παρακολούθηση, τον συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάπλωσης των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και την θεραπευτική αντιμετώπισή τους. Στο Υπουργείο Υγείας συγκροτείται Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (ΕΣΑΥ) που αποτελούσε συμβουλευτικό όργανο προγραμματισμού και μελέτης σε θέματα υγείας.

Στην έδρα κάθε νομού, εκτός Αττικής, συγκροτείται Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (ΝΕΣΑΥ).

Ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με σκοπό την παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

Ακόμα ιδρύονται νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα τα οποία μπορεί να επιχορηγούνται από το κράτος και τα κέντρα υγείας γίνονται διοικητικά και χρηματοδοτούνται κατευθείαν από τις νομαρχίες.

Προβλέπεται ακόμα η δυνατότητα σύστασης κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κυρίως για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών, του ορεινού, του αγροτικού και του νησιωτικού πληθυσμού.

Μια άλλη επίσης σημαντική καινοτομία είναι η διοικητική και η οικονομική απεξάρτηση της πρωτοβάθμιας υγείας και ιδιαίτερα των κέντρων υγείας από τα νοσοκομεία. Έτσι, αναγνωρίζεται το κέντρο υγείας ως αυτόνομη οικονομική και διοικητική μονάδα.

Τέλος στο Υπουργείο Υγείας συνιστώνται τρεις πενταμελείς Ειδικές Γραμματείες, επικεφαλής των οποίων προΐσταται ένας συντονιστής. Αυτές ήταν:

- Η Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών, οικονομικών θεμάτων
- Η Γραμματεία επιστημονικών, υγειονομικών θεμάτων
- Η Γραμματεία τεχνολογικών θεμάτων
- ΝΟΜΟΣ 2194/1994

«Τον Οκτώβριο του 1993, που το ΠΑ.ΣΟ.Κ επανεκλέγεται και δημιουργεί αυτοδύναμη κυβέρνηση, στον τομέα της υγείας, ψηφίζεται το 1994 ο Νόμος 2194»( Υφαντόπουλος Γ. ,2006:210) ο οποίος αποβλέπει στον επαναπροσδιορισμού των στόχων του ΕΣΥ επαναφέροντας τη φιλοσοφία

του Δημόσιου χαρακτήρα του. Με αυτόν τον νόμο τα κέντρα υγείας συνδέονται ξανά διοικητικά και οικονομικά με τα νοσοκομεία.

«Οι υγειονομικές περιφέρειες τα ΠΕΣΥ, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, η μορφή απασχόλησης, θέματα εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης επανέρχονται στη μορφή που είχε καθοριστεί με τον Νόμο 1392/83.» Καθίσταται υποχρεωτική σε μόνιμη βάση, η μετεκπαίδευση, με απόσπαση των ιατρών και των οδοντιάτρων του ΕΣΥ, των φαρμακοποιών, καθώς και των λειτουργών των άλλων επαγγελματιών υγείας από τα κέντρα υγείας προς τα νομαρχιακά νοσοκομεία, τα αντίστοιχα περιφερειακά. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συγκροτείται Διεύθυνση Μετεκπαίδευσης, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό των συγκεκριμένων μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Τα κέντρα υγείας λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νόμου στον οποίο ανήκουν. Οι υγειονομικοί σταθμοί μετατρέπονται σε περιφερειακά ιατρεία και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.«Οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών, που συστάθηκαν βάσει του Νόμου 2071/1992, προστίθενται στον οργανισμό των αντίστοιχων νοσοκομείων που υπάγονται και προκηρύσσονται ξεχωριστά για το κέντρο υγείας.»Τέλος οι δαπάνες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου καλύφθηκαν από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Κομβικό σημείο στην διαδικασία εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ αποτελεί η «ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ» (Υφαντόπουλος Γ. ,2006:215) η οποία εκπονήθηκε το 1994. Σκοπός της έκθεσης ήταν η αποτίμηση του ΕΣΥ καθώς και η εκπόνηση προτάσεων για τον περαιτέρω εκσυγχρονισμό του εν όψει του ότι ήδη λειτουργούσε ως θεσμός για μια δεκαετία. Στα πλαίσια της έκθεσης αυτής, η Επιτροπή Εμπειρογνομώνων, αναφέρεται αρχικά σε κάποιες διαπιστώσεις και στην

συνέχεια προβαίνει σε προτάσεις. Επισημαίνει μέσα από μια αναλυτική παρουσίαση τα επιτεύγματα, καθώς και τις αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας.

Αναλυτικότερα βασικές διαπιστώσεις της επιτροπής αναφέρονται στα εξής:

1. Αναγνωρίζεται η αναπτυξιακή πορεία του ΕΣΥ,
2. Επισημαίνεται η ύπαρξη αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς γιατρών και άλλων εργαζομένων στο ΕΣΥ,
3. Καταγράφεται ο πληθωρισμός των ιατρών συνολικά αλλά και ανά ειδικότητες,
4. Υπογραμμίζεται η αδυναμία οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αναφέρεται η νοσοκομειοκεντρική προσέγγιση του ΕΣΥ,
5. Σχολιάζονται τα αποτελέσματα ευρωπαϊκών μελετών που αποδεικνύουν ότι οι Έλληνες Πολίτες είναι οι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας,
6. Επισημαίνεται ότι οι Έλληνες σε μεγαλύτερο ποσοστό από όλους τους Ευρωπαίους είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερα χρήματα προκειμένου να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας,
7. Γίνεται αναφορά στις πολλαπλές μεταρρυθμίσεις χωρίς αντίστοιχη κυβερνητική δέσμευση για εφαρμογή των προτεινόμενων διατάξεων.

Η έκθεση ολοκληρώνεται με την κατάρτιση προτάσεων αναβάθμισης του ΕΣΥ οι οποίες αφορούν στα εξής:

1. Η κυβέρνηση πρέπει να δώσει έμφαση στην πρόληψη και υγειονομική ενημέρωση του κοινού,
2. Θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα ενοποιημένο ταμείο όπου η κυβέρνηση θα διοχετεύει όλους τους οικονομικούς πόρους. Θα είναι αυτόνομη διοικητική υπηρεσία υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας,

3. Ο οικογενειακός γιατρός πρέπει να αποτελέσει τον πυρήνα του συστήματος,
4. Οι ειδικευμένοι γιατροί θα αμείβονται κατά ιατρική πράξη,
5. Στον τομέα του φαρμάκου προτείνεται η σύνταξη περιορισμένης λίστας,
6. Δημιουργούνται τα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια. Κάθε ΠΥΣ διοικείται από ανεξάρτητο ελεγκτή,
7. Τα Νοσοκομεία θα διοικούνται από Διοικητικά Συμβούλια, στα οποία προΐσταται ο Διευθυντής,
8. Για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων απαιτείται εκπαιδευμένο διοικητικό και υγειονομικό προσωπικό. Προτείνεται η ανάπτυξη προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης σε θέματα διοίκησης, οργάνωσης, δημόσιας διοίκησης και γενικής ιατρικής,
9. Το επιπλέον κόστος για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης θα καλυφθεί από την καλύτερη διαχείριση των πόρων του συστήματος.

- ΝΟΜΟΣ 2519/1997

Τον Αύγουστο του 1997 ψηφίσθηκε ο Νόμος 2519 για την «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Από τον τίτλο του νόμου θα περίμενε κανείς μια ιδιαίτερα φιλόδοξη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο Νόμος 2519 ήταν από αυτούς που πέρασαν «σιωπηρά» μέσα από το καλοκαιρινό τμήμα του Κοινοβουλίου και δεν συζητήθηκε εκτεταμένα από τον Τύπο ούτε προκάλεσε την οποιαδήποτε κινητοποίηση από συνδικαλιστικές ή άλλες εργασιακές οργανώσεις του τομέα υγείας στη Ελλάδα.

Ο θεωρητικά ανανεωτικός χαρακτήρας αφορούσε στους τομείς:

- της δημόσιας υγείας,
- της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την δημιουργία των «Δικτύων».

Τα κυριότερα σημεία του Νόμου 2519 ήταν:

1. η προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών ως προς το σύστημα των υπηρεσιών υγείας,
2. η οργάνωση και η λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας,
3. η σύσταση συμβουλίων για διοικητικά και επιστημονικά θέματα,
4. η εποπτεία, η διοίκηση, η οργάνωση και η λειτουργία των νοσοκομείων. (Υφαντόπουλος Γ.,2006:218)

Παρά τις φιλοδοξίες του Νομοθέτη, τα «Δίκτυα» της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν εφαρμόστηκαν ποτέ. Τα πολυιατρεία παρέμειναν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τα κέντρα υγείας διατήρησαν τη σύνδεσή τους με τα νοσοκομεία, χωρίς όμως να αναδειχθούν σε αυτόνομες διοικητικές και υγειονομικές μονάδες.

Από την άλλη μεριά, στον τομέα της πρόληψης και της δημόσιας υγείας, προβλέφθηκαν σημαντικές παρεμβάσεις. Προτάθηκαν νέες οργανωτικές δομές για την προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της πρόληψης, με την ανάπτυξη νέων μεθοδολογιών που θα αναλύουν την κατάσταση υγείας ομάδων πληθυσμού, θα μελετούν τους υγειονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και θα αναπτύσσουν παρεμβάσεις για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

### *3.3.3 Δεκαετία 2000*

Παρά τα μέτρα που λήφθηκαν, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα, παρουσίαζε ακόμα σημαντικά προβλήματα. Αυτή η κατάσταση προφανώς έπρεπε να αλλάξει εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών. Οι ελλείψεις και οι αδυναμίες της πλήρους εφαρμογής του νόμου 1397/1983 οδήγησαν στην αναγκαία πρόταση μεταρρύθμισης του ΕΣΥ με την ψήφιση

του Νόμου 2889/2001 και την έγκριση του επιχειρησιακού προγράμματος «η Υγεία-Πρόνοια» Γ' Κ.Π.Σ 2000-2006.

Όσον αφορά στο περιεχόμενο των προτάσεων διατηρούνται οι βασικές αρχές της καθολικής κάλυψης και της ισότιμης διάθεσης των υπηρεσιών, συνοδευόμενες όμως από καλύτερη ποιότητα και αποτελεσματικότητα.. Επιπλέον, παρατηρείται μια στροφή επιλεκτικής κατεύθυνσης του κράτους πρόνοιας εφόσον προωθούνται παρεμβάσεις που αφορούν την προστασία επιλεγμένων ομάδων του πληθυσμού.

Το στρατηγικό πλαίσιο για την περίοδο 2000-2006 προωθεί τα παρακάτω:

- Α. Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση του ΕΣΥ με επίκεντρο την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, με την χρήση πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης και την ολοκλήρωση της μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας,
- Β. Δημιουργία ασφαλούς δικτύου διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και χρήσης του διαδικτύου για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας, ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας,
- Γ. Σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας(ΟΔΠΥ), με ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων, καλύτερη αξιοποίηση των υλικών πόρων, ταχύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών στον πολίτη,
- Δ. Εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών πρόνοιας και ψυχικής υγείας,
- Ε. Ανάπτυξη βάσης δεδομένων της δημόσιας υγείας, δημιουργία σύγχρονων εργαλείων σχεδιασμού και προγραμματισμού, προσδιορισμός του επιδημιολογικού προφίλ της χώρας και χάραξη Εθνικής πολιτικής ανάπτυξης της δημόσιας υγείας.

Στο πλαίσιο των παραπάνω, οι παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας επικεντρώνονται στα παρακάτω:



1. Λειτουργικός Εκσυγχρονισμός νοσοκομειακών μονάδων- Εκσυγχρονισμός του λειτουργικού και κτιριολογικού χαρακτήρα της νοσοκομειακής υποδομής, ώστε να ανταποκρίνεται στις νέα επιστημονικές και τεχνολογικές απαιτήσεις και στην ανάγκη εξασφάλισης υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.

- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με την αξιοποίηση νέων συστημάτων και υπηρεσιών βιοιατρικής τεχνολογίας και την ανακαίνιση του ξενοδοχειακού εξοπλισμού,

- Ανάπτυξη του Δικτύου Κέντρων Συνεχιζόμενης Κατάρτισης με την δημιουργία της κατάλληλης υποδομής,

2. Ανάπτυξη και ολοκλήρωση των υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,

- Ενίσχυση της κινητής υποδομής,

- Ανάπτυξη της δημόσιας υγείας,

- Ανάπτυξη σύγχρονων πολιτικών προαγωγής και διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας , με ιδιαίτερη έμφαση στις ανάγκες ευπαθών ομάδων πληθυσμού

- Βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, καθώς και αυτών που εξυπηρετούν ανάγκες ευπαθών ομάδων.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας προωθούνται:

• Αποασυλοποίηση και κοινωνική- οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών,

• Ανάπτυξη των κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, για την ενίσχυση της πρόληψης και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρεία,

• Προώθηση ενεργητικών πολιτικών πρόληψης μέσω ενίσχυσης του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Όσον αφορά στον τομέα της *πρόνοιας* ενισχύεται η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών και δικαιωμάτων, η καταπολέμηση των διακρίσεων και η άρση των εμποδίων για την ένταξη στην αγορά εργασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Παράλληλα επιδιώκεται η διασύνδεση των προνοιακών υπηρεσιών με το ΕΣΥ, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας καθώς και σύσταση δομών πρόληψης και καταπολέμησης του κοινωνικού, οικονομικού και εργασιακού αποκλεισμού.

Η παράμετρος των *ανθρώπινων πόρων* είναι καθοριστική για την προώθηση και εμπέδωση των επιχειρούμενων μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας και πρόνοιας. Προωθείται η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού και η συμμετοχή τους στη βελτίωση της ποιότητας, παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το Νοσοκομείο, αποτελεί το θεμελιώδη δομικό λίθο του Συστήματος Υγείας. Αποτελεί το βασικό υποσύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, με κύριο στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Παράλληλα, είναι το κέντρο ανάπτυξης έρευνας και εξειδίκευσης των ανθρώπινων πόρων του συστήματος υγείας. Το νοσοκομείο, με την άσκηση της εν λόγω πολιτικής, αποτελεί συνέχεια και συμπληρωματικός μηχανισμός του συστήματος εκπαίδευσης, σε κάθε χώρα, για τα επαγγέλματα υγείας.

#### 4.1 ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Τα όργανα που απαρτίζουν ή που συνιστούν την ιεραρχική διοικητική πυραμίδα στο Νοσοκομείο διακρίνονται σε αμιγώς διοικητικά και επιστημονικά όργανα που έχουν και διοικητικές ευθύνες.

«Τα Διοικητικά Όργανα που συγκροτούν ένα Νοσοκομείο απαρτίζονται από:

- Το Διοικητικό Συμβούλιο
- Ο Διοικητής
- Ο Αναπληρωτής Διοικητής
- Οι Διευθυντές των τεσσάρων διευθύνσεων του νοσοκομείου

- Οι Διευθυντές των επιμέρους τμημάτων της ιατρικής υπηρεσίας
- Οι Υποδιευθυντές των διευθύνσεων του νοσοκομείου »

(Γούλα Β. Α.,2007:22)

«Από την άλλη μεριά, τα Επιστημονικά Όργανα που συνιστούν το Νοσοκομείου περιλαμβάνουν:

- Το Επιστημονικό Συμβούλιο»(Γούλα Β. Α.,2007:22)

«Εκτός από τα Επιστημονικά Όργανα, υπάρχουν και τα Διοικητικό-Επιστημονικά Όργανα του Νοσοκομείου που αποτελούνται από:

- Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο
- Η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων
- Η Νοσηλευτική Επιτροπή
- Η Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας»

(Γούλα Β. Α.,2007:23)

#### 4.1.1 Διοικητικά Όργανα

##### 1)ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου σύμφωνα με το Νόμο.3329/05 είναι 7μελές για Νοσοκομεία μέχρι 399 οργανικές κλίνες και 9μελές για Νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες.

Τα μέλη που συγκροτούν το Διοικητικό Συμβούλιο απαρτίζονται από τους ακόλουθους:

- Τον Διοικητή του Νοσοκομείου ως Πρόεδρο του Δ.Σ,
- Τρία μέλη σε νοσοκομεία ως 399 οργανικές κλίνες και τέσσερα μέλη σε Νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, που ορίζονται από

του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τους αναπληρωτές του,

- Τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου, σε νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, με αναπληρωτή του το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας,
- Έναν εκπρόσωπο των γιατρών που υπηρετεί στο Νοσοκομείο, ο οποίος εκλέγεται με τον αναπληρωτή του, από τους γιατρούς του ΕΣΥ και τους γιατρούς μέλη ΔΕΠ που υπηρετούν στο Νοσοκομείο,
- Τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με αναπληρωτή του τον αρχαιότερο Διευθυντή Νοσηλευτικού Τομέα,
- Έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των γιατρών ΕΣΥ, προσωπικού του Νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται με τον αναπληρωτή του, από το λοιπό, πλην των γιατρών ΕΣΥ, προσωπικό του Νοσοκομείου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο όμως έχει και κάποιες αρμοδιότητες οι οποίες προβλέπουν:

- Την έγκριση του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης καθώς και το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου,
- Την έγκριση της ανέγερσης, επέκτασης του Νοσοκομείου ή τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση των τμημάτων του,
- Την έγκριση του οργανισμού, του ετήσιου προγραμματισμού των προσλήψεων, του συνολικού προϋπολογισμού καθώς και του ετήσιου προϋπολογισμού των εφημερίων, του Ενιαίου Προγράμματος Προμηθειών, τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων,
- Την έγκριση των προτάσεων για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων και την αποδοχή δωρεών του Νοσοκομείου,
- Την έγκριση της ετήσιας έκθεσης πεπραγμένων,

Την έγκριση της χορήγησης πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού. (Γούλα Β. Α,2007:28)

## 2) Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου διορίζεται συνήθως, από τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας, προϊστάται όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και είναι υπεύθυνος:

- Για την οργάνωση, το συντονισμό, τον έλεγχο και την εύρυθμη λειτουργία όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου,
- Για την επεξεργασία και την αξιολόγηση όλων των προτάσεων και των αιτημάτων των Υπηρεσιών και του προσωπικού,
- Για την υποβολή προς έγκριση στο Διοικητή της οικείας ΔΥΠΕ (Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών), της επαναπροκήρυξης θέσεων ιατρών του ΕΣΥ,
- Για την τοποθέτηση των Προϊσταμένων των Τμημάτων και Γραφείων του Νοσοκομείου καθώς και τις μετακινήσεις προσωπικού εντός των διοικητικών ορίων της ευθύνης του,
- Για την παρακολούθηση σε μηνιαία βάση και την ορθή εκτέλεση του προϋπολογισμού,
- Για την εκπροσώπηση του Νοσοκομείου δικαστικώς,
- Για τη συγκρότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου,
- Για την εκτέλεση όλων των αρμοδιοτήτων που του ανατίθενται από το διοικητή της οικείας ΔΥΠΕ.

Από την άλλη, οι αρμοδιότητες που ασκούνται από τον Αναπληρωτή Διοικητή προβλέπουν:

- Τον συντονισμό των θεμάτων πληροφορικής και μηχανογράφησης,
- Την παρακολούθηση των θεμάτων έρευνας και εκπαίδευσης του προσωπικού,
- Την πιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών,
- Τον συντονισμό των θεμάτων που σχετίζονται με την υγιεινή και την ασφάλεια των εργαζομένων,
- Την μέριμνα για τη σύνταξη του ετήσιου προγράμματος εφημερίων καθώς και των μηνιαίων προγραμμάτων τους μετά από εισήγηση των Διευθυντών των αντίστοιχων Υπηρεσιών;
- Την παρακολούθηση και τον έλεγχο της λίστας αναμονής ασθενών και τον καθορισμό των κριτηρίων διάθεσης των κλινών στις θέσεις Β και Α,
- Την απόφαση για την κατανομή των χειρουργικών τραπεζιών μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας,
- Την εισήγηση για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη χρηματοδοτούμενων, από εξωτερικούς φορείς, ερευνητικών προγραμμάτων στο Διοικητή της ΔΥΠΕ.

Αν σε κάποιο Νοσοκομείο, δεν έχει διοριστεί Αναπληρωτής Διευθυντής, οι παραπάνω αρμοδιότητες υπόκεινται και αυτές στον Διοικητή του Νοσοκομείου. (Γούλα Β. Α,2007:34)

#### *4.1.2 Επιστημονικά Όργανα*

##### **1)ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

Σε κάθε Νοσοκομείο σύμφωνα με το νόμο 3329/05 συνίσταται 9μελές Επιστημονικό Συμβούλιο το οποίο εκπροσωπείται από:

- Δύο γιατρούς με βαθμό Διευθυντή, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές γιατρούς του Νοσοκομείου, με τους αναπληρωτές τους,

- Ένα γιατρό με βαθμό Αναπληρωτή Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Διευθυντές γιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του,
- Ένα γιατρό με βαθμό Επιμελητή Α που εκλέγεται από όλους τους επιμελητές Α του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του,
- Ένα γιατρό με βαθμό Επιμελητή Β που εκλέγεται από όλους του Επιμελητές Β του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του,
- Έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη γιατρό, κατηγορίας ΠΕ,
- Έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη γιατρό, κατηγορίας ΤΕΙ, με βαθμό τουλάχιστον Α, που εκλέγεται από όλους τους μη γιατρούς υπαλλήλους κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ αντίστοιχα, που υπάρχουν στην Ιατρική Υπηρεσία,
- Έναν ειδικευόμενο γιατρό, που εκλέγεται από όλους τους ειδικευόμενους γιατρούς του Νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του,
- Ένα Νοσηλεύτη ΠΕ με βαθμό Α, και ελλείπει αυτού ένα Νοσηλεύτη ΤΕ ή μαία ή επισκέπτρια υγείας με βαθμό Α που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές και μαίες του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου και είναι αρμόδιο για:

- Την κατάρτιση και εισήγηση του ετήσιου και μηνιαίου προγράμματος εφημερίων των γιατρών των Τομέων και Τμημάτων του Νοσοκομείου και την υποβολή του στον Αναπληρωτή Διοικητή,
- Την συγκρότηση και την παρακολούθηση της δραστηριότητας επιστημονικών επιτροπών του Νοσοκομείου,



- Την οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων,
- Την οργάνωση και την ενημέρωση της κλασσικής και ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου,

Την εισήγηση προς το Διοικητή, μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επιμέρους μονάδων του Νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού ή υγειονομικού υλικού. (Γούλα Β. Α,2007:32)

#### *4.1.3 Επιστημονικό-Διοικητικά όργανα*

##### 1)ΤΟ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Σε κάθε υπηρεσία συνίσταται με απόφαση του οικείου υπουργού, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Κατά εξαίρεση, επιτρέπεται η σύσταση περισσότερων υπηρεσιακών συμβουλίων όταν αυτό επιβάλλεται από ειδικότερους υπηρεσιακούς λόγους. Σε περίπτωση σύστασης περισσότερων υπηρεσιακών συμβουλίων στην ίδια υπηρεσία ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την πράξη σύστασής, καθορίζεται η αρμοδιότητα καθενός από αυτά. Κάθε υπηρεσιακό συμβούλιο αποτελεί ιδιαίτερη αρχή. Τα υπηρεσιακά συμβούλια λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια.

Σύμφωνα με τον υπαλληλικό κώδικα του 2006 τα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημόσιων υπηρεσιών και των ΝΠΔΔ είναι πενταμελή.

##### 2)Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Σε κάθε Νοσοκομείο συγκροτείται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.

### 3) Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σε κάθε Νοσοκομείο συνίσταται Νοσηλευτική Επιτροπή με κύριους εκπροσώπους:

- Τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Επιτροπής
  - Έναν προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας
  - Έναν διπλωματούχο νοσηλευτικού τμήματος από κάθε τομέα
- και είναι υπεύθυνη για την γνωμοδότηση και την εισήγηση στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και τη λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. (Πολύζος Ν.)

### 4) Η ΟΜΑΔΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ

Η υπ αριθμόν 53080/05 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μεταρρύθμισε ριζικά τον τρόπο εφημεριών των Νοσοκομείων στο Λεκανοπέδιο Αττικής και εισήγαγε την εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία. Στόχος της απόφασης αυτής, είναι η ενεργοποίηση και λειτουργία όλων των Νοσοκομείων σε καθημερινή βάση με εναλλασσόμενη μορφή ως Νοσοκομεία Πρωινής Λειτουργίας και ως Νοσοκομεία Κύριας Εφημερίας.

### 4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η άσκηση της διοικητικής λειτουργίας των νοσοκομείων της χώρας σε μικρό- επίπεδο υπόκειται σε αυστηρούς περιορισμούς από τις ΔΥΠΕ πρώην ΠΕΣΥΠ (Περιφερειακό Σύστημα Υγείας- Πρόνοιας), τα

περιφερειακά όργανα, τα οποία συντονίζονται σε Εθνικό Επίπεδο από το ΚΕΣΥΠΗ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών).

«Τα θέματα στα οποία η Διοίκηση του Νοσοκομείου οφείλει να συνεργάζεται, να προγραμματίζει και να σχεδιάζει με τις ΔΥΠΗ είναι τα ακόλουθα:

- Η κατάρτιση του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης για την παροχή και αναβάθμιση των νοσοκομειακών υπηρεσιών,
- Η κατάρτιση του επιχειρησιακού σχεδίου αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών,
- Ο συνολικός ετήσιος προγραμματισμός των προσλήψεων προσωπικού του νοσοκομείου Η έγκριση του προϋπολογισμού, ισολογισμού και απολογισμού,
- Η έγκριση του προγράμματος προμηθειών,
- Η έγκριση της δημιουργίας, μείωσης ή συγχώνευσης μονάδων ή τμημάτων του νοσοκομείου,
- Η έγκριση της ανέγερσης, επέκτασης, αναδιάταξης και ανακατανομής των κτιριακών και λοιπών υποδομών,
- Η έγκριση της σκοπιμότητας και του τρόπου χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια υλικών και καθορισμού του φορέα διενέργειας του διαγωνισμού,
- Η έγκριση του ύψους της επιχορήγησης για την κάλυψη του κόστους των εφημερίων και των ωρών υπερωριακής απασχόλησης του προσωπικού,
- Ο έλεγχος νομιμότητας των πράξεων του νοσοκομείου,
- Η έγκριση της ετήσιας έκθεσης πεπραγμένων του νοσοκομείου πριν την υποβολή της στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

- Η έγκριση για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων »(Γούλα Β. Α ,2007:30).

#### 4.3 ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Την ανάπτυξη και λειτουργική αναβάθμιση των Νοσοκομείων πρέπει να την δούμε μέσα στα νέα πλαίσια τα οποία έχουν δημιουργήσει οι μεταρρυθμίσεις. Πράγματι, με τον νέο νόμο (ΦΕΚ 19 Α' /9.2.2001 για την αναχρονισμό του Εθνικού ζητήματος Υγείας, Ν. 2889/2001 τ. Α') ο χαρακτηρισμός των νοσοκομειακών μονάδων ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες μονάδες των ΠεΣΥ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια αλλά και με την αλλαγή και αντικατάσταση του Δ.Σ. από τον Διοικητή - Μάνατζερ και τους Διευθυντές των Υπηρεσιών, και με λειτουργική διασύνδεση με το επιτελικό Περιφερειακό Κέντρο, συντελείται σταδιακά η υλοποίηση ενός πάγιου αιτήματος για την αλλαγή του τρόπου Λειτουργίας και Διοίκησης των Νοσοκομειακών μονάδων και γενικότερα της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Η νέα διοικητική δομή έχει τη δυνατότητα εφαρμογής ενός νέου μοντέλου λειτουργίας και διαχείρισης και ταυτόχρονα την άμεση υποστήριξη από το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας, χωρίς τις χρονικές καθυστερήσεις στη λήψη αποφάσεων που έχουν παρατηρηθεί στο παρελθόν.

Ο νέος θεσμός της Περιφερειακής αναδιοργάνωσης με τη λειτουργία των ΠεΣΥ και ως επιτελικού οργάνου, αναπτύσσει αυτομάτως αμφίδρομη σχέση με όλες τις μονάδες υγείας. Το ΠΕΣΥ επεξεργάζεται τους αναπτυξιακούς προγραμματισμούς των μονάδων υγείας και σχηματοποιεί τη γενική περιφερειακή στρατηγική ανάπτυξης. Η ανάπτυξη στρατηγικής του Πε.Σ.Υ. σε συνεργασία με τις νοσοκομειακές μονάδες, αποτελεί ένα σύνολο σχεδιασμένων ενεργειών. Έτσι, η στρατηγική της κάθε αποκεντρωμένης μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί

«λειτουργικό κομμάτι» του ευρύτερου σχεδιασμού της Περιφέρειας. Η στρατηγική της κάθε μονάδας ξεχωριστά σε σχέση με την γενική στρατηγική του Πε.Σ.Υ. θα πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά :

- α. να κινείται στις γενικές αλλά και ειδικές επιλογές (όπου χρειάζεται) της στρατηγικής της Περιφέρειας,
- β. να έχει συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα που να είναι αποδεκτός από την Περιφέρεια,
- γ. οι αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι των αποκεντρωμένων μονάδων πρέπει να είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και στόχους του περιφερειακού υγειονομικού σχεδιασμού,
- δ. να βρίσκονται στο πλαίσιο της πολιτικής που ακολουθεί η κεντρική επιτελική εξουσία,
- ε. η υλοποίηση και το αποτέλεσμα της στρατηγικής της κάθε μονάδας να αποτελεί «Επιχειρησιακό Στόχο» της Περιφερειακής Στρατηγικής.

Ο νόμος ως γνωστόν απαιτεί την κατάρτιση Στρατηγικού - Επιχειρησιακού Σχεδίου του κάθε Πε.Σ.Υ. για αυτό η διαμόρφωση του Στρατηγικού - Επιχειρησιακού Σχεδίου των Νοσοκομείων πρέπει να εναρμονίζεται με τον περιφερειακό σχεδιασμό. Λόγω του χαρακτήρα του αλλά και του σκοπού λειτουργίας του, το Πε.Σ.Υ. καλείται να υλοποιήσει την «γενική» εθνική πολιτική Υγείας στην «ειδική» από πολλές πλευρές υγειονομική περιφέρεια. ( Θεοδώρου Μ.,2001)

Ακολουθεί ο ΦΕΚ. 256 Α' /2.11.2001 (Ν. 2955/2001) , όπου ρυθμίζει θέματα Προμηθειών των Νοσοκομειακών Μονάδων και των λοιπών Μονάδων υγείας που υπάγονται στα Πε.Σ.Υ. χωρίς να αλλάζει τίποτα σε θέματα αρμοδιοτήτων εκπόνησης Επιχειρησιακών σχεδίων δράσης, όπως επίσης και ο ΦΕΚ 296 Α' /23.12.2003 (Ν. 3204/2003) που αναφερόταν σε θέματα ανασυγκρότησης οργάνων και ανακατανομής

αρμοδιοτήτων σχετικά με τους Διοικητές των Νοσοκομειακών Μονάδων και το Διοικητικό Συμβούλιο του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.)

Δυνατότητα αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και συγκεκριμένα στον Τομέα που αναφέρεται στην Κοινωνική Φροντίδα αποτέλεσε ο ΦΕΚ 30 Α΄/10.2.2003 (Ν. 3106/2003) για την Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, όπου τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) , μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας ( Πε.Σ.Υ.Π.) , με τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής Υπηρεσιών Πρόνοιας σε επίπεδο Περιφέρειας και την προσχώρηση των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου ( Ν.Π.Δ.Δ.) που παρέχουν υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς επίσης και των Υπηρεσιών του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας ( Ε.Ο.Κ.Φ.) ( Θεοδώρου Μ.,2001)

Έτσι λοιπόν ο Ν. 3106/2003 παρέχει την δυνατότητα Εκπόνησης Επιχειρησιακών σχεδίων δράσης για την παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας σε κάθε Περιφέρεια ΦΕΚ 30 Α΄/10.2.2003 (Ν. 3106 /2003) , τροποποιώντας και συμπληρώνοντας το Ν. 2889/2001 ,όπου αναφερόταν στην εκπόνηση Επιχειρησιακών σχεδίων στις αντίστοιχες Νοσοκομειακές Μονάδες που υπάγονται σε κάθε Πε.Σ.Υ. , σε κάθε μία από τις 13 Περιφέρειες.

Με την εναλλαγή του πολιτικού σκηνικού και το πέρασμα στην εφαρμογή διαφορετικής Κυβερνητικής Πολιτικής στο χώρο της Υγείας το 2004 , ακολούθησε η έκδοση του ΦΕΚ 81 Α΄/4.4. 2005 (Ν.3329/2005) για το « Εθνικό Σύστημα και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» , που αναφέρεται στην Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τη δημιουργία των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) και την αντικατάσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας ( Πε.Σ.Υ.Π) από τις προαναφερόμενες

Διοικητικές Υπηρεσίες στον Τομέα της Υγείας ανά Περιφέρεια , με την αυτοδίκαιη μεταφορά στο Ελληνικό Δημόσιο του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας των Πε.Σ.Υ.Π., των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας .

« Στο Ελληνικό Δημόσιο περιέχεται αυτοδικαίως ,κατά κυριότητα , χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου , πράξης , ή συμβολαίου ,το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των Πε.Σ.Υ.Π. , των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας , με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 109 του Συντάγματος και των διατάξεων περί κληρονομιών ,κληροδοσιών , και δωρεών». ΦΕΚ 81 Α' /4.4.2005 (Ν. 3329/2005).

Ο Σκοπός των Δ.Υ.ΠΕ. είναι :

α) Ο προγραμματισμός , συντονισμός εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας , της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ) . Ως φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι ακόλουθοι:

1) Νοσοκομεία , Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας,

2) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης,

3) Λοιπά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου του Δημοσίου Τομέα , που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

β) Η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειάς τους,

γ) Η παρακολούθηση της εφαρμογής από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ , της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ΦΕΚ 81 Α'4.4.2005 ((Ν. 3329/2005).

Τα Όργανα της Διοίκησης της Υγειονομικής Περιφέρειας είναι α) Ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και β) Το Διοικητικό Συμβούλιο της Δ.Υ.ΠΕ. (Γούλα Β. Α,2007)

Μεταξύ των αρμοδιοτήτων που ασκεί ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας για την Αποτελεσματικότητα και την αύξηση της Αποδοτικότητας των πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης , που εκπονούνται και ασκούνται στην Περιφέρεια ευθύνης του είναι η κατάρτιση του Επιχειρησιακού σχεδίου δράσης για την παροχή υπηρεσιών Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην Περιφέρειά του και η υποβολή του προς έγκριση στο Διοικητικό Συμβούλιο της Δ.Υ.ΠΕ. μετά από γνωμοδότηση της Ολομέλειας του οικείου Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας ( Σ.Υ.ΠΕ.) ΦΕΚ 81 Α'4.4.2005 (Ν. 3329/2005,).

Βλέπουμε ουσιαστικά, ότι παρά την αντικατάσταση των Πε.Σ.Υ.Π. από τις Δ.Υ.ΠΕ., δεν καταργούνται βασικές δράσεις όπως είναι η Εκπόνηση των Επιχειρησιακών Σχεδίων των Υπηρεσιών Υγείας από τα όργανα Διοίκησης για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας στους πολίτες /χρήστες .

Οριστική κατάργηση των Διοικητικών περιφερειών και των αρμοδιοτήτων τους δια της απορροφήσεως επέρχεται με την ψήφιση του Νόμου 3527/9.2.2007 « Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» ( ΦΕΚ 25 Α'9.2.2007 ), όπου οι Υγειονομικές Περιφέρειες μειώνονται σε επτά από την συγχώνευση δια της απορροφήσεως της α) Υγειονομικής Περιφέρειας Α' Αττικής από την Υγειονομική Περιφέρεια Β' Αττικής με έδρα την Αθήνα, β) την 2<sup>η</sup> την



Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου που προκύπτει από την συγχώνευση δια της απορροφήσεως της Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, της Α΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου και της Β΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου από την Γ΄ Υγειονομική Περιφέρεια με έδρα τον Πειραιά γ) την Γ΄ Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας που προκύπτει από την συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υγειονομικής Περιφέρειας Δυτικής Μακεδονίας από την Β΄ Υγειονομική Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας με έδρα την Θεσσαλονίκη, δ) Την 4<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης που προκύπτει από την συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υγειονομικής Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης από τη Α΄ Υγειονομική Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας με έδρα την Θεσσαλονίκη , ε) την 5<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας που προκύπτει από τη συγχώνευση δια της απορροφήσεως της Υγειονομικής Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας από την Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας με έδρα την Λάρισα ,στ) την 6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων , Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας που προκύπτει από την συγχώνευση δια της απορροφήσεως των Υγειονομικών Περιφερειών Πελοποννήσου , Ηπείρου , Δυτικής Ελλάδας και Ιονίων Νήσων με έδρα την Πάτρα και ζ) την 7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο όπου ασκεί τις αρμοδιότητες της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης ΦΕΚ. Α΄25/9.2.2007.( Ν. 3527/2007)

Με την μείωση των Υγειονομικών Περιφερειών δια της απορροφήσεως έχουμε μεταφορά συνόλου αρμοδιοτήτων σε Διοικήσεις επτά Υγειονομικών Περιφερειών από τα Ανώτερα και Ανώτατα Όργανα Διοίκησης, που δεν είναι άλλα από τον Διοικητή και τον Υποδιοικητή ΦΕΚ. 25 Α΄/9.2.2007 (Ν. 3527/2007) και με εκείνη της κατάρτισης του Επιχειρησιακού Σχεδίου δράσης για την παροχή Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην Περιφέρειά του , καθώς επίσης και το

ετήσιο Επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών όπου τα υποβάλλει για έγκριση στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών ( ΚΕ.ΣΥ.ΠΕ.) μετά από γνωμοδότηση της Ολομέλειας του Οικείου Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας ( Σ.ΥΠΕ.) το αργότερο μέχρι την 1<sup>η</sup> Σεπτεμβρίου κάθε έτους , ΦΕΚ. 25 Α' /9.2.2007 (Ν. 3527/2007) με μία αύξηση της γραφειοκρατίας και μείωση του συντονισμού ενεργειών για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας που οδηγεί σε πιθανή εγκατάλειψη ενεργειών ή σε αναπροσαρμογή στόχων λόγω αλλαγής Οράματος και Αποστολής, αύξηση φόρτου εργασίας και μείωση του Ανθρώπινου Δυναμικού που τις στελεχώνει που προκύπτει από την αναγκαστική μετάταξη ή μεταφορά των εργαζομένων στις προϋπάρχουσες Δ.Υ.ΠΕ. κατόπιν αιτήσεώς τους σε υφιστάμενες κενές ή σε συνιστώμενες προσωποπαγής θέσεις στα Νοσοκομεία ή στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας της Περιφέρειας της απορροφήσας Δ.Υ.ΠΕ. στην οποία υπηρετούσαν ή σε άλλα Νοσοκομεία ή Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας της Περιφέρειας της νέας Δ.Υ.ΠΕ. όπως αυτή δημιουργείται με το παρόν Νόμο. ΦΕΚ. 25 Α' /9.2.2007 (Ν. 3527/2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ**

#### **5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Στον χώρο των υπηρεσιών υγείας ο στρατηγικός - επιχειρησιακός σχεδιασμός των μονάδων έχει έναν ευρύ και πολύπλοκο χαρακτήρα. Πρόκειται για Οργανισμούς των οποίων οι σκοποί έχουν αυστηρά κοινωνικό και ποιοτικό προσανατολισμό – αφού αυτή είναι η φύση του τελικού παραγόμενου προϊόντος : η υψηλή ποιότητα περίθαλψης. Επομένως, η κατάρτιση ενός επιχειρησιακού προγράμματος για ένα νοσοκομείο πρέπει να βασισθεί σε αυτήν την αντίληψη του «κοινωνικού οργανισμού» όπου ο επιχειρησιακός – οικονομικός χαρακτήρας του μάλιστα «εμφυτεύεται» και τροφοδοτεί τους κοινωνικούς και ποιοτικούς στόχους του νοσοκομείου.

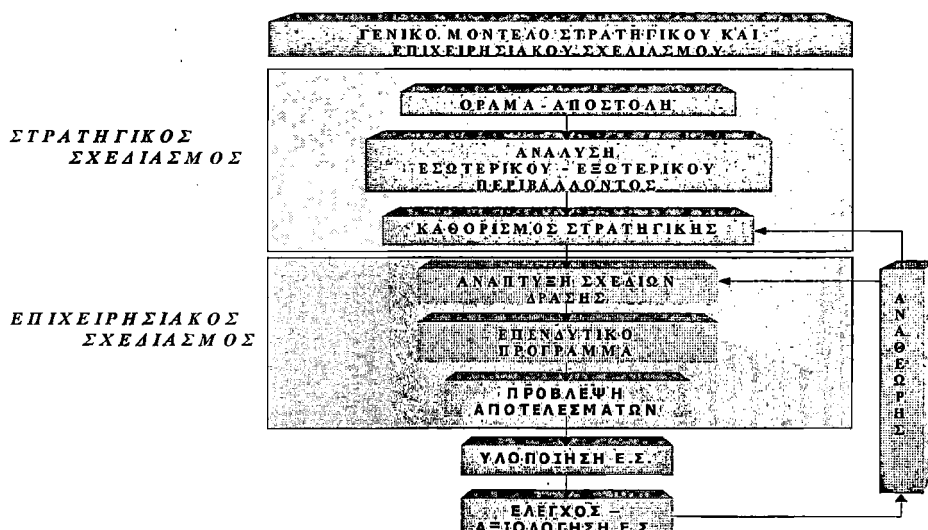
Για αυτό στο χώρο των υπηρεσιών υγείας αποτελεί πρωτοπορία η θεσμοθέτηση στον Νόμο 2889/01 (ΦΕΚ 37/2.3.2001 Ν. 2889/01 τ.Α «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»)αφού για πρώτη φορά επιχειρείται, η κατάρτιση και εφαρμογή των Στρατηγικών Επιχειρησιακών Σχεδίων από το σύνολο των νοσοκομειακών ιδρυμάτων και των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας της χώρας. Το στρατηγικό και επιχειρησιακό σχέδιο, αν και θα πρέπει να περιλαμβάνει διαφορετικούς σκοπούς και στόχους ανάλογα με την ταυτότητα του κάθε ιδρύματος, το εσωτερικό αλλά και εξωτερικό περιβάλλον λειτουργίας, θα πρέπει να βασιστεί σε ένα κοινό.

Το στρατηγικό σχέδιο περιλαμβάνει τον καθορισμό των βασικών στόχων και την διαδικασία επιλογής της κατάλληλης στρατηγικής μέσα από

μια δέσμη εναλλακτικών επιλογών σε βάθος χρόνου 5 έως 7 έτη. Η επιλογή στρατηγικής είναι μια λειτουργία κρίσιμη, από την επιτυχία της οποίας εξαρτώνται σε έναν μεγάλο βαθμό η επιτυχία και οι προοπτικές του Οργανισμού στο σύνολό τους, η ανάπτυξη, η αποδοτικότητά του και η ποιοτική αναβάθμισή του για τις υπηρεσίες που προσφέρει.

«Το επιχειρησιακό σχέδιο αντίστοιχα εξειδικεύει τους στόχους του στρατηγικού σχεδίου και τις μεθόδους πραγματοποίησής τους για καθένα από τα έτη διάρκειας. Το επιχειρησιακό σχέδιο προϋποθέτει την κατάρτιση του αντίστοιχου στρατηγικού έτσι ώστε στο σύνολό τους να αποτελούν ένα οργανωμένο, ενοποιημένο, πλήρες και ολοκληρωμένο πρόγραμμα δράσης. Η χρονική εμβέλεια του επιχειρησιακού θα πρέπει να είναι έως 5 έτη» (Αναφορά στον Οδηγό Επιχειρησιακού Σχεδίου ΠΕΣΥΠ Πελοποννήσου: 9).

Το επιχειρησιακό σχέδιο περιλαμβάνει επί μέρους σχέδια δράσης που περιγράφουν αφενός τις δραστηριότητες του κάθε τομέα, διεύθυνσης, τμήματος, μονάδας, αφετέρου τους επιχειρησιακούς στόχους για κάθε χρόνο ξεχωριστά και συνολικά για όλη τη διάρκειά του αλλά και αποτελεί ευέλικτο μοντέλο ανάπτυξης.



Σχήμα 2

## 5.2 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ

«Ένα ολοκληρωμένο συνεκτικό και λειτουργικό επιχειρησιακό-στρατηγικό σχέδιο θα πρέπει:

- να εντοπίζει τις δυνάμεις-αδυναμίες από το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και τις ευκαιρίες – απειλές από το εξωτερικό περιβάλλον, ώστε να μπορεί η Διοίκηση αντικειμενικά να προβαίνει σε προβλέψεις για το μέλλον του νοσοκομείου και να δημιουργεί μια ευέλικτη πολιτική αντιμετώπισης προβλημάτων,
- να αναπτύσσει συνολικούς στρατηγικούς στόχους για τον οργανισμό, συγκεκριμένους μετρήσιμους και ρεαλιστικούς, που να είναι ικανοί να μετατραπούν σε συγκεκριμένους επιχειρησιακούς επιμέρους στόχους για κάθε διαφορετικό επίπεδο του οργανισμού,
- να καθορίζει αναλυτικά τους τρόπους με τους οποίους θα επιτευχθούν οι στόχοι (πρόγραμμα δράσης) κάνοντας τον επιμερισμό κάθε στόχου, καθορίζοντας υπευθυνότητες για κάθε στόχο, καταδεικνύοντας δράσεις και ενέργειες, προγραμματίζοντας τα χρονικά περιθώρια έναρξης και λήξης, καθορίζοντας τα κρίσιμα σημεία (milestones) και τέλος προσδιορίζοντας τις πηγές και τους τρόπους εξεύρεσης των απαιτούμενων πόρων,
- να ορίζει τα κατάλληλα άτομα ή ομάδες εργασίας που θα αναλάβουν να αναλύσουν μέρη του σχεδίου και να εμπλέκει το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού μέσω μιας συμμετοχικής διαδικασίας στη διαμόρφωση αλλά και στην υλοποίηση των τελικών στόχων»(Αναφορά στον Οδηγό Επιχειρησιακού Σχεδίου ΠΕΣΥΠ Πελοποννήσου :10),

- να προβλέπει το οικονομικό, ποιοτικό και κοινωνικό αποτέλεσμα από την υλοποίηση του επιχειρησιακού σχεδίου καθορίζοντας με σαφήνεια όλες τις υποθέσεις που έχουν αντίκτυπο στο τελικό αποτέλεσμα,
- να οδηγεί στην ανάληψη δεσμεύσεων των διαφορετικών επιπέδων και τμημάτων διοίκησης σε ότι αφορά στην υλοποίηση των στόχων
- να συνοδεύεται από ένα σύστημα ελέγχου έγκυρο και αξιόπιστο, το οποίο θα πρέπει να είναι ευέλικτο, βασισμένο στην ακριβή και έγκαιρη πληροφόρηση και στον έλεγχο των κρίσιμων σημείων,

Για την κατάρτιση λοιπόν του στρατηγικού - επιχειρησιακού σχεδίου εφαρμόζεται ένα συγκεκριμένο μοντέλο ανάλυσης και σύνθεσης το οποίο περιλαμβάνει ορισμένα βήματα.:

Βήμα 1<sup>ο</sup>

- Εισαγωγή – Γενικά Στοιχεία Νοσοκομειακής Μονάδας :

Στο βήμα αυτό γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή της λειτουργίας, της αποστολής, του ρόλου του Νοσοκομείου αποτυπώνοντας συνοπτικά την υπάρχουσα στρατηγική για την έως σήμερα ανάπτυξη του νοσοκομείου

Βήμα 2<sup>ο</sup>

- Ανάλυση Εσωτερικού Περιβάλλοντος :

Διάγνωση του εσωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου, όσον αφορά σε Λειτουργίες (Προμήθειες, Διανομή των Υπηρεσιών, Οικονομική και Διοικητική Λειτουργία κλπ.), Πόρους (Ανθρώπινοι, Οικονομικοί, Τεχνολογικοί κλπ.), και Συστήματα (Οργανωτική Δομή, Συστήματα Παρακολούθησης, Συστήματα Εσωτερικής Επικοινωνίας, Ελέγχου Ποιότητας, Συστήματα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών κλπ.).

Βήμα 3<sup>ο</sup>

Ανάλυση Εξωτερικού Περιβάλλοντος

- Εντοπισμός των τάσεων αλλά και πιθανών εξελίξεων που επηρεάζουν ή πρόκειται να επηρεάσουν τη λειτουργία του νοσοκομείου. Ως εξωτερικό περιβάλλον εννοούνται τα ακόλουθα :
- επιδημιολογικοί παράγοντες, νοσηρότητα, δημογραφικά μεγέθη περιοχής ευθύνης
- θεσμικό κανονιστικό περιβάλλον
- κοινωνικό πολιτιστικό περιβάλλον, οικολογικές διαστάσεις
- οικονομικά μεγέθη
- ανάπτυξη βιοϊατρικής τεχνολογίας
- περιβάλλον «ανταγωνισμού», ύπαρξη και λειτουργία στην περιοχή άλλων ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, δευτεροβάθμιες μονάδες παροχής φροντίδων υγείας ιδιωτικές ή δημόσιες, κλπ.
- ομάδες ή φορείς που επηρεάζουν τη λειτουργία του νοσοκομείου (Υπουργείο - Νομαρχία -Περιφέρεια, Ταμεία Ασφάλισης - προμηθευτές - προσωπικό - Κέντρα Υγείας κλπ.)

#### Βήμα 4<sup>ο</sup>

- Αξιολόγηση Λειτουργίας του νοσοκομείου :

Η ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του νοσοκομείου καθώς και της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης της καταλληλότητας της στρατηγικής που έχει υιοθετηθεί ως σήμερα (δυνάμεις, αδυναμίες - προβλήματα, ευκαιρίες και κίνδυνοι – ανάλυση SWOT).

Με την ολοκλήρωση της ανάλυσης, τόσο του εξωτερικού περιβάλλοντος όσο και του εσωτερικού, μπορεί αντικειμενικά να καθοριστεί η "ταυτότητα του οργανισμού". Το κάθε νοσοκομείο είναι σε θέση να γνωρίζει τα δυνατά και αδύνατα σημεία του. Είναι σε θέση να

μπορεί να διακρίνει το ρόλο του μέσα στην κοινωνία και τον βαθμό στον οποίο ικανοποιεί τις ανάγκες των χρηστών. Με λίγα λόγια η ανάλυση στους παραπάνω τομείς είναι στην ουσία η απάντηση σε μια «ενδοσκοπήση» που δίνει καθαρή εικόνα για τη μελλοντική πορεία του οργανισμού.

#### Βήμα 5<sup>ο</sup>

- Καθορισμός Στόχων – Ανάπτυξη Στρατηγικής :

Η σύνθεση όλων των παραπάνω θα επιφέρει τη διαμόρφωση της νέας στρατηγικής για τη νοσοκομειακή μονάδα, που πρέπει να έχει συνοχή και συνάφεια με τη γενική στρατηγική του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας. Στόχοι της νέας στρατηγικής είναι: τεχνολογικός εκσυγχρονισμός, ανάπτυξη νέων δραστηριοτήτων, μείωση κατά % των ελλειμμάτων, αύξηση κατά % των παροχών φροντίδας υγείας στους ασθενείς, ανάπτυξη νέων κρεβατιών για την κάλυψη υγειονομικών αναγκών, βελτίωση δεικτών παραγωγικότητας, ποιότητας, κλπ.

#### Βήμα 6<sup>ο</sup>

- Ανάπτυξη Σχεδίων Δράσης :

Το βήμα αυτό αποτελεί τον πυρήνα του επιχειρησιακού σχεδιασμού. Μέσα από τα σχέδια δράσης καθορίζονται οι επιμέρους στόχοι, οι ενέργειες και οι δράσεις που πρέπει να αναληφθούν για την επίτευξη των στόχων και οι απαιτούμενοι πόροι για την χρηματοδότησή τους. Ειδικότερα το κάθε επιχειρησιακό σχέδιο δράσης θα πρέπει να περιλαμβάνει:

- την περιγραφή των στόχων που επιδιώκονται
- τον προσδιορισμό του χρόνου πραγματοποίησής τους
- τα μέσα και τις ενέργειες που προορίζονται για κάθε συγκεκριμένο στόχο
- την αποτίμηση του κόστους πραγματοποίησης των στόχων αυτών



τον καθορισμό των εσωτερικών διαδικασιών παρακολούθησης και ελέγχου της πραγματοποίησης των στόχων

#### Βήμα 7<sup>ο</sup>

- Διαμόρφωση Επενδυτικού Προγράμματος :

Το επενδυτικό Πρόγραμμα πρέπει να αποτελεί ένα ανεξάρτητο κεφάλαιο του Επιχειρησιακού Σχεδίου λόγω του υψηλού βαθμού κρισιμότητας στην υλοποίηση των στόχων. Στο Πρόγραμμα θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς προβλέψεις για τις μελλοντικές ανάγκες σε επενδύσεις, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν κεφαλαιουχικό εξοπλισμό, υποστηρικτικά λειτουργικά συστήματα διοίκησης, ανάπτυξη και εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού κ.α. Επίσης, πρέπει να έχει ως βάση και τον λεπτομερή προγραμματισμό - οργάνωση και έλεγχο- για τη σωστή λήψη των επενδυτικών αποφάσεων.

#### Βήμα 8<sup>ο</sup>

- Πρόβλεψη Αποτελεσμάτων Επιχειρησιακού Σχεδίου:

Ισολογισμός (ετήσιος), πηγές και χρήσεις πόρων, ταμειακό πρόγραμμα, νοσηλευτικοί δείκτες, δείκτες αποδοτικότητας, δείκτες αποτελεσματικότητας κλπ.

Ανάλυση Ευαισθησίας Αποτελεσμάτων, λόγω της μεταβλητότητας των στοιχείων (εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος). Πρέπει να διερευνηθούν οι κρίσιμες παράμετροι του συστήματος που αν μεταβληθούν θα επηρεάσουν τα αποτελέσματα.

#### Βήμα 9<sup>ο</sup>

- Έλεγχος – Διαδικασία Παρακολούθησης των Σχεδίων Δράσης:

Προϋποθέσεις του Συστήματος Ελέγχου. Συντονισμός. Διαδικασία Ελέγχου και Τεχνικές ελέγχου. Όλες οι παραπάνω ενέργειες είναι απαραίτητες προκειμένου να μετρηθεί η πρόοδος και να αναδειχθούν εγκαίρως ενδεχόμενες παρεκκλίσεις από τους στόχους των σχεδίων δράσης που θα

πρέπει να διορθωθούν.(Αναφορά στον Οδηγό Επιχειρησιακού Σχεδίου ΠΕΣΥΠ Πελοποννήσου)

### **5.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Τα ελληνικά νοσοκομεία παρουσιάζουν μια χρονική υστέρηση τόσο στην συνολική συγκρότηση ενός σύγχρονου συστήματος διοίκησης και οργάνωσης όσο και στην αποδοχή και εφαρμογή των παραπάνω εργαλείων **ορθολογικού μάνατζμεντ**, με συνέπεια την εμφάνιση δυσλειτουργιών που αντανακλάται στη χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα τους σε επιχειρησιακό και κλινικό επίπεδο. Οι δράσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των δημόσιων νοσοκομείων επικεντρώνονται στους εξής τομείς παρέμβασης :

- διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος **εκσυγχρονισμού της λειτουργίας και οργάνωσης** των υπηρεσιών.
- διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος **διοικητικής αναδιάρθρωσης**.
- διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος **οικονομικής εξυγίανσης και απόδοσης**.
- διαμόρφωση και αξιοποίηση ενός προγράμματος **διασφάλισης της ποιότητας** των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα στα πλαίσια ενός συστήματος Ελέγχου και **Μέτρησης των αποτελεσμάτων (outcomes)**, με επαναπροσδιορισμό των αρχικών στόχων ( feedback) για την επίτευξη του σκοπού για τον οποίο τα δημόσια Νοσοκομεία σε ένα Δημόσιο Σύστημα Υγείας δημιουργήθηκαν και που δεν είναι άλλος παρά η σταθερότητα ή η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας, με επίκεντρο την ικανοποίηση των πελατών – χρηστών του Συστήματος με

το λιγότερο δυνατό κόστος στο πλαίσιο του Κοινωνικού οφέλους και παράλληλα την αύξηση της αποδοτικότητας και Αποτελεσματικότητας του Συστήματος Υγείας .( Δίκαιος κ.α., 1999)

Η εισαγωγή και η επικράτηση του ορθολογικού μάνατζμεντ στο νοσοκομειακό τομέα απαιτεί ένα συνολικό προγραμματισμό και την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης στρατηγική. Με την «εισαγωγή του μάνατζμεντ», στο νοσοκομείο εννοούμε δύο βασικά θέματα - για τα οποία το ΕΣΥ στα νέα του μεταρρυθμιστικά πλαίσια πρέπει ιδιαίτερα να επιμείνεται:

- πρώτο, τον προσδιορισμό και την ανάπτυξη του ίδιου του περιεχομένου του μάνατζμεντ
- δεύτερο, την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος ανάπτυξης του μάνατζμεντ.

Για το πρώτο: **το περιεχόμενο του μάνατζμεντ**, ο προγραμματισμός και η στρατηγική πρέπει να προσβλέπουν στη δημιουργία και ανάπτυξη των παρακάτω στοιχείων:

- α. ικανοτήτων (skills)** σε στελέχη ανωτέρου και μεσαίου επίπεδου διοίκησης – οι οποίες σήμερα ιδιαίτερα στην εποχή της «νέας γνώσης», είναι και αυξημένες και διαφοροποιημένες,
- β. μεθόδων (και τεχνικών)** για την αποτελεσματικότερη απόδοση των τεχνικό-οικονομικών λειτουργιών και της διαχείρισης των πόρων. Στο πεδίο αυτό υπάρχει ένας πλούτος «έτοιμων» σχεδόν μεθόδων (packages) από την επιστήμη της «επιχειρησιακής έρευνας» και του «επιχειρησιακού μάνατζμεντ», που μπορούν να εφαρμοσθούν σε πολλούς τομείς της νοσοκομειακής διοίκησης (στις προμήθειες, στην κίνηση των ασθενών και κατανομή των κλινών, στον προγραμματισμό του προσωπικού κυρίως του νοσηλευτικού, στη μέτρηση της οικονομικής απόδοσης, στην αξιολόγηση της κλινικής αποδοτικότητας κ.λ.π.),

γ. **τεχνικών διασφάλισης και ελέγχου της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών σε όλα τα στάδια διανομής των υπηρεσιών.** Στόχος που απαιτεί την υιοθέτηση νέων ευρωπαϊκών πρακτικών και μεθόδων και οδηγεί στην ποιοτική αναβάθμιση του ΕΣΥ (quality assurance, audit, κλπ),

δ. **μιας (νέας) αντίληψης (κουλτούρας) μάνατζμεντ στη βάση της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων απέναντι στον χρήστη και την ποιότητα περίθαλψης αλλά και της επιχειρησιακής νοοτροπίας στη διαχείριση των πόρων και στη λήψη αποφάσεων.** Μια τέτοια πολιτική εντάσσεται στη γενικότερη στρατηγική της ανάπτυξης του «ανθρώπινου δυναμικού» και προϋποθέτει μαζί με άλλα και ένα εντατικό πρόγραμμα (crash programme) κατάρτισης και επιμόρφωσης του προσωπικού. ( Μπουραντάς Δ , 2002)

Για το δεύτερο: την εξασφάλιση ενός νοσοκομειακού περιβάλλοντος «ανοικτού» και κατάλληλου, που θα επιτρέπει την ανάπτυξη του μάνατζμεντ (και κατ' επέκταση την αποτελεσματική λειτουργία του θεσμού του **Διοικητή**), θα πρέπει να επιχειρηθούν οι δύο τουλάχιστον βασικές και ριζοσπαστικές ρυθμίσεις:

α. **η καθιέρωση ενός Επιχειρησιακού – Στρατηγικού Σχεδίου.** Αυτό σημαίνει σαφή καθορισμό των προτεραιοτήτων και των στρατηγικών και τακτικών στόχων του νοσοκομείου, τα οποία προϋποθέτουν την πλήρη ανάπτυξη των λειτουργικών («επιχειρησιακών») δυνατοτήτων του. Με βάση τα αποτελέσματα και τη σωστή εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδίου θα αξιολογείται η απόδοση του νοσοκομείου (και προφανώς το μάνατζμεντ του νοσοκομείου),

β. **η οικοδόμηση της Διοικητικής Ευελιξίας των Νοσοκομείων.** Η αποτελεσματική διοίκηση προϋποθέτει τη δυνατότητα χρήσης των πόρων σύμφωνα με ευέλικτες μορφές διοίκησης. Επομένως είναι αναγκαία η απαλλαγή από τη δυσκαμψία που μας παρέχει η σημερινή οργάνωση του

ΕΣΥ και η εξεύρεση ενός σύγχρονου σχήματος λειτουργίας των Νοσοκομείων μέσα στα πλαίσια της δικτυακής οργάνωσης των Μονάδων Υγείας όπως ορίζεται από τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) και βεβαίως την νέα μορφή Διοίκησης των νοσοκομείων (Διοικητής, Συμβούλια Διοίκησης), και αργότερα Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας ( Δ.Υ.ΠΕ.) όπως προβλέπεται από το ΦΕΚ.25 /9.2.2007 τ. Α΄ (Ν. 3527/2007).

#### **5.4 Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΝΑ ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΥΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΑ ΣΧΕΔΙΑ**

«Η κατάρτιση των στρατηγικών και επιχειρησιακών σχεδίων απαιτεί μια σειρά από υποστηρικτικές δομές και δεξιότητες, κυριότερες των οποίων είναι :

- ο σαφής προσδιορισμός των λειτουργιών και οργανωτικών δομών – τμημάτων του κάθε νοσοκομείου,
- η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού συστήματος συλλογής και διαχείρισης της πληροφορίας,
- η επάρκεια γνώσης και δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού.»(Αναφορά από Τόμο Επιχειρησιακού Σχεδίου ΠΕΣΥΠΠ Πελοποννήσου: 13)

Σήμερα στα νοσοκομεία μας εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στην επάρκεια δεξιοτήτων και γνώσεων του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και της διαθέσιμης ικανότητας των υποστηρικτικών συστημάτων συλλογής και διαχείρισης της πληροφορίας από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Τα μεγάλα και μερικά νεοσύστατα νοσοκομεία διαθέτουν εξειδικευμένα στελέχη σε θέματα διοίκησης επιχειρήσεων (στατιστικολόγους, επιχειρησιακούς ερευνητές, οικονομολόγους κλπ.) αλλά ο μεγάλος αριθμός

νοσοκομείων παρουσιάζει έλλειψη αντίστοιχων ειδικοτήτων που θα μπορούσαν να προσφέρουν σημαντικά στην ανάπτυξη και υλοποίηση Επιχειρησιακών – Στρατηγικών Σχεδίων. Επίσης σημαντικές είναι και οι διαφορές που εμφανίζονται ανάμεσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα όσον αφορά στον τρόπο συλλογής και διαχείρισης της πληροφορίας. Μικρός αριθμός νοσοκομειακών ιδρυμάτων έχουν αναπτύξει κατάλληλο πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης, ενώ τα περισσότερα δεν έχουν ακόμα μηχανογραφηθεί.

Και στους δύο παραπάνω τομείς υπάρχει ο προγραμματισμός στα πλαίσια της δυναμικής που έχει θέσει η Μεταρρύθμιση. Πρώτον, να αναπτυχθεί το υπάρχον στελεχιακό δυναμικό στις νέες δεξιότητες και να καταρτισθεί στις νέες μεθόδους και τεχνικές μέσα από τα Προγράμματα Κατάρτισης του σχετικού Μέτρου του Γ΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (Γ΄ ΚΠΣ). Για το σκοπό αυτό έχει προβλεφθεί η σύσταση σε κάθε νοσοκομείο οργανικών θέσεων «ειδικού επιστημονικού προσωπικού και συμβούλων διοίκησης». Δεύτερον, στον τομέα της οργάνωσης, της συλλογής και διαχείρισης πληροφοριών και των κατάλληλων στοιχείων, πάλι στα πλαίσια των Μέτρων του Γ΄ ΚΠΣ, προγραμματίζεται η διαμόρφωση και λειτουργία συστημάτων πληροφορικής και μηχανοργάνωσης νοσοκομείων. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί η σημασία του μεγάλου έργου της ανάπτυξης του «Χάρτη της Υγείας» (Ν.2889/2001, Ν.3172/2003 Περί Σύστασης Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας), το οποίο δημιουργεί ένα προηγμένο σύστημα συλλογής και σύνθεσης των στατιστικών στοιχείων γύρω από την κίνηση των ασθενών και τη χρήση των υπηρεσιών.

Άμεσα, πάντως για το σύνολο αυτών των αναγκών - σε κάποια νοσοκομεία λιγότερο σε κάποια άλλα περισσότερο - θα απαιτηθεί οπωσδήποτε εντατική ενημέρωση και ειδική εκπαίδευση του προσωπικού καθώς και προοδευτικά η εισαγωγή διαδικασιών προγραμματισμού και

υποστήριξης. Ακόμη δίνεται και η δυνατότητα, όπως προβλέπει και ο νόμος 2519/1997 (Ν.2519/1997 Περί Εκσυγχρονισμού Συστήματος Υγείας) για αυτού του είδους τις υποστηρικτικές ενέργειες, η χρησιμοποίηση εξωτερικού συμβούλου προκειμένου να καταρτισθεί το Στρατηγικό - Επιχειρησιακό Σχέδιο του νοσοκομείου.

## **5.5 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΜΗ ΥΠΑΡΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Για τη σωστή κατάρτιση και το σχεδιασμό Επιχειρησιακών σχεδίων σε Νοσοκομειακές Μονάδες απαραίτητο είναι η κατανόηση της ζήτησης των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών. Μετρήσεις αυτής της ζήτησης αποτελούν η καθημερινή παρακολούθηση και απογραφή της χρήσης των Νοσοκομειακών κλινών, των εισαγωγών εσωτερικών ασθενών στο Νοσοκομείο, του συνόλου των ημερών νοσηλείας, των ποσοστών πληρότητας του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων και άλλα ζητήματα που αφορούν την εξέλιξη και την ανάπτυξη των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας , οι οποίες αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο στην ανάλυση ενός Επιχειρηματικού Σχεδίου.

Τα δεδομένα που αφορούν τη ζήτηση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών, αν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόβλεψη και την επίλυση προβλημάτων στην λειτουργία των Νοσοκομειακών Μονάδων που αφορούν στην πρόβλεψη της ζήτησης ενδονοσοκομειακών φροντίδων υγείας ,στην αναγνώριση και οριοθέτηση της αναγκαιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τις Νοσοκομειακές Μονάδες και στη λήψη κρίσιμων αποφάσεων στην βελτίωση της ποιότητας και την ικανοποίηση των πελατών ( πολίτες – χρήστες). (Θεοδώρου Μ., 2001)

Η βιωσιμότητα των Νοσηλευτικών Μονάδων, λοιπόν εξαρτάται από την προετοιμασία σχεδιασμού στρατηγικών στόχων ανάλογα με το Όραμα

και τη Αποστολή που η κάθε Νοσηλευτική Μονάδα έχει να επιτελέσει κατά την εκπόνηση των Επιχειρησιακών Σχεδίων σε περίοδο πενταετίας, κερδίζοντας ένα ανταγωνιστικό πλαίσιο σε επίπεδο πρόβλεψης των αναγκών της αγοράς, λειτουργώντας γρήγορα και αποτελεσματικά για την αύξηση της απόδοσης της κάθε Επιχείρησης μέσω της διαχείρισης των αλλαγών για την αύξηση της Αποτελεσματικότητας . (Γούναρης Χ., κ. Α,2006)

Βασική λειτουργία της Διοίκησης μέσα από την υλοποίηση των Επιχειρησιακών Σχεδίων είναι η επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται κυρίως με τις επικείμενες αλλαγές στην Οργανωτική δομή και την Τεχνολογία αφού αναμφισβήτητα επηρεάζουν την εξέλιξη της Απόδοσης της Επιχείρησης – Οργανισμού στο μέλλον.

Η ανάλυση του Επιχειρηματικού πλαισίου μέσα στο οποίο λειτουργεί η κάθε Υπηρεσία – Οργανισμός και η κατανόηση του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος εξασφαλίζει την επίλυση των προβλημάτων σε οργανωτικό – λειτουργικό –οικονομικό επίπεδο μέσα από την υλοποίηση των Επιχειρηματικών Σχεδίων λόγω έλλειψης καινοτομίας, Στρατηγικού Σχεδιασμού, ανάλυσης εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, αναγνώριση των ευκαιριών και των απειλών που παρουσιάζονται, αναζήτηση νέων πελατών –χρηστών υπηρεσιών υγείας, αναζήτηση νέων προμηθευτών, αναζήτηση νέων τεχνολογιών, αναγνώριση βασικών παραγόντων που επικρατούν στην αγορά και που θα οδηγήσουν στην δημιουργία μίας « πρότασης αξίας» μέσα από τον Τομέα της Έρευνας και της Ανάπτυξης για την αύξηση της αποδοτικότητας και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας . (Θεοδώρου Μ.,2001)

Η προσέγγιση των κινδύνων μέσα από τον ορισμό του σωστού μεγέθους της Επιχείρησης και ο προγραμματισμός των ενεργειών για την επέκτασή της οδηγούν στην επιβίωσή της μέσα σε ανταγωνιστικό περιβάλλον ύπαρξης. Η χαμηλότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους



πελάτες – πολίτες, είτε λόγω μικρής προσέλευσης της ροής των ασθενών, είτε λόγω ανεπάρκειας κλινών λόγω γεωγραφικής πρόσβασης των Νοσοκομειακών Μονάδων (απομακρυσμένες περιοχές, προτίμηση σε μεγαλύτερα Νοσοκομεία από την Περιφέρεια), είτε λόγω μη ύπαρξης ικανής στελέχωσης σε Ανθρώπινο Δυναμικό, οδηγούν σε μείωση του οφέλους –οικονομικού – κοινωνικού- και κατά συνέπεια σε υποβιβασμό της λειτουργίας του Οργανισμού. (Γούναρης Χ., κ. Α,2006)

Η κακή διαχείριση εισροής χρήματος ( μη σωστή κοστολόγηση φαρμάκων – νοσηλείων, αδυναμία ελέγχου ύπαρξης Κοινωνικής ασφάλισης και έλεγχος των Νοσηλείων από τα Ταμεία , ανικανότητα ελέγχου διαχείρισης οικονομικών στοιχείων που προέρχονται από την λειτουργία απογευματινών Ιατρείων και Εφημερίων , καθώς επίσης και ανικανότητα της διαχείριση προμηθειών ) οδηγούν σε απώλειες μηνιαίων λογαριασμών διαχείρισης που προσδιορίζουν κέρδος ή ζημιά και σε απώλειες χρηματοοικονομικής διαχείρισης . (Γούναρης Χ., κ. Α,2006)

Η βιωσιμότητα της κάθε Επιχείρησης εξαρτάται από τον ορισμό των σωστών μεγεθών μέσα από τον προγραμματισμό των ενεργειών που επενδύουν σε προώθηση και ανάπτυξη της Επιχείρησης, σε χρήση τεχνολογίας – πληροφορικής σε ανθρώπινο δυναμικό, σε διαχείριση χρηματοοικονομικών και έξοδα εγκαταστάσεων και σε αλλαγή των διαδικασιών .

Η εστίαση στον Τομέα της Επέκτασης αναφέρεται κυρίως στην αλλαγή των υπάρχουσών επιχειρηματικών διαδικασιών ,στην αναζήτηση νέων Στελεχών, στην αύξηση της χρήσης αποτελεσματικής Τεχνολογίας – Πληροφορικής και σε αύξηση της παροχής υπηρεσιών υγείας στους πελάτες – πολίτες με γνώση των συνθηκών της αγοράς .

Βασικό βέβαια είναι το πρόβλημα της έλλειψης της αξιολόγησης των νοσηλευτικών Μονάδων ως προς το έργο που παράγουν καθώς επίσης

και ως προς την αξιολόγηση της ικανοποίησης των πελατών από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας .

Η λέξη «κλειδί» για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας μέσα από την αξιολόγηση των παρεχόμενων Υπηρεσιών και της Ικανοποίησης των πελατών είναι η λέξη «αυτοματοποίηση» μέσα από την προσέγγιση των τεχνολογιών και των μοντέλων ηλεκτρονικών Επιχειρήσεων .

Βασικό σημείο στην ανάλυση σε γενικό επίπεδο της ύπαρξης προβλημάτων από τη μη ύπαρξη Επιχειρησιακών Σχεδίων σε επίπεδο λειτουργίας και Οργάνωσης των Νοσοκομειακών Μονάδων είναι η αδυναμία διαχείρισης των ξαφνικών αλλαγών μέσα από την πρόβλεψη, την ευελιξία και την προσαρμοστικότητα σε νέες καταστάσεις για την διατήρηση του Επιπέδου της Επιχείρησης στα πλαίσια της αγοράς . (Γούναρης Χ., κ. Α,2006)

Το πρόβλημα της διαχείρισης των αλλαγών μέσα από την εκπόνηση των Επιχειρησιακών Σχεδίων είναι επίσης μία μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη διαχείριση καταστάσεων και την μετάβαση της νέας τεχνολογίας μέσα στην Επιχείρηση – Οργανισμό και την αποδοχή της από το Ανθρώπινο Δυναμικό που τη στελεχώνει.

Δεδομένων αυτών των ικανοτήτων, η διαχείριση των αλλαγών συνενώνει σε μία καθορισμένη διαδικασία τις ενέργειες που πρέπει να γίνουν , ώστε να επιτρέψει στην ηγεσία κάθε Επιχείρησης να εφαρμόσει αλλαγές βάσει διαδικασιών σύμφωνα με μία χρονική κλίμακα.

Αυτή η προσέγγιση βοηθά στο σχεδιασμό και προϋπολογισμό για οποιαδήποτε τύπο έργου συμπεριλαμβανομένων όλων των μορφών συμβουλευτικής και συμμετοχής που απαιτούνται για αναπτυξιακή εργασία.

Η διαχείριση της αλλαγής απαιτεί από τους υπεύθυνους για τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό της λειτουργίας μιας Επιχείρησης να έρχονται αντιμέτωποι με συνθήκες αβεβαιότητας. Η μείωση της αβεβαιότητας επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη της ικανότητας στις

εκτιμήσεις και στις προβλέψεις . Η κατανόηση των εργαλείων της χρηματοοικονομικής και της λογιστικής θα εξασφαλίσουν το σχεδιασμό και την πρόβλεψη μελλοντικών ενεργειών με ακρίβεια για την ανάπτυξη και την επέκταση της Επιχείρησης.( Πολύζος Ν ,2000)

Μέσα από την διαδικασία εκπόνησης Επιχειρησιακών σχεδίων διαφαίνεται η καινοτομία που διαχωρίζει μία επιχείρηση από τους ανταγωνιστές της , δημιουργώντας μία ανάγκη από την πλευρά των πελατών – χρηστών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα σε κανόνες λειτουργίες της αγοράς και ιδιαίτερα στον ευαίσθητο Τομέα της Υγείας, όπου χρειάζεται αναπροσδιορισμό και αναδιάρθρωση με προσπάθεια εστίασης στις ανάγκες των πελατών για την αύξηση της ικανοποίησης και της αποδοτικότητάς τους .

## **5.6 ΕΡΕΥΝΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μία σύντομη παρουσίαση , ύστερα από τηλεφωνική έρευνα στις συγχωνευόμενες Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) , σύμφωνα με το ΦΕΚ 25 Α΄/9-2-2007 (Ν. 3527/9-2-2007) , « Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», αναφορικά με την εκπόνηση και κατάθεση Επιχειρησιακών Σχεδίων όλων των Νοσοκομειακών Μονάδων που υπάγονται σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια και την δυνατότητα ανάλυσης των Αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από την υλοποίηση των Επιχειρησιακών Στόχων με σκοπό την ανάπτυξη και την βιωσιμότητα λειτουργίας των Νοσοκομειακών Μονάδων σε Ανταγωνιστικό περιβάλλον βάση του Ν. 2889/2002.

Συγκεκριμένα ύστερα από Τηλεφωνική Επικοινωνία με τους Προϊστάμενους Διευθύνσεων των Διευθύνσεων Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προέκυψαν τα ακόλουθα στοιχεία όπως περιγράφονται στον πίνακα(βλ. παράρτημα Πίνακας (17)).

Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει το συμπέρασμα ότι ενώ κατατέθηκαν σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες και από όλες τις κατά αρμοδιότητα Περιφέρεια Νοσηλευτικές Μονάδες Επιχειρησιακά Σχέδια για την υλοποίηση Επιχειρησιακών Στόχων (Γενικών – Ειδικών) για την επέκταση των Νοσοκομείων και βελτίωση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας σε περίοδο Πενταετίας (2003-2008) , δεν υπάρχουν όμως Αποτελέσματα προς σύγκριση για την υλοποίηση των προκαθορισμένων στόχων , αλλά και για την αύξηση του Ανταγωνισμού στον Τομέα της Υγείας .

Το Management πρέπει να αναπτύσσει στόχους ή αντικειμενικούς σκοπούς σε κάθε έναν από τους παρακάτω τέσσερις (4) τομείς:

1. Οικονομικός : ποια είναι η εικόνα της κάθε Επιχείρησης – Οργανισμού προς τα έξω,
2. Πελάτες : πώς βλέπουν την λειτουργία – οργάνωση οι πελάτες – χρήστες των υπηρεσιών που παρέχονται,
3. Εσωτερική Επιχειρηματική προοπτική : Σε ποιόν Τομέα πρέπει να υπερτερεί η Επιχείρηση για την δημιουργία Ανταγωνισμού και την εφαρμογή καινοτομιών,
4. Καινοτομίες – εκπαίδευση : συνεχής βελτίωση και δημιουργία αξιών.

Μέσα από την μέτρηση των αποτελεσμάτων και την αξιολόγηση και τον έλεγχο του Στρατηγικού Management , μπορούν να διορθωθούν οι ενέργειες που προκαλούν μείωση της απόδοσης , ώστε να αναπτυχθούν νέα

προγράμματα και διαδικασίες υλοποίησης . Η αξιολόγηση και ο έλεγχος δεν αποτελούν εύκολες διεργασίες . Ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια του αποτελεσματικού ελέγχου είναι η δυσκολία που παρατηρείται στην ανάπτυξη των κατάλληλων μέτρων των σημαντικότερων δραστηριοτήτων και των εκροών . (Μπουραντάς Δ., 2002)

Το πραγματικό αποτέλεσμα μίας δραστηριότητας είναι η Απόδοση . Τα μέτρα που θα επιλεγούν για την αξιολόγηση της απόδοσης εξαρτώνται από την οργάνωση της κάθε Μονάδας και τους στόχους που επιδιώκονται . Οι στόχοι οι οποίοι τέθηκαν στην διαμόρφωση της στρατηγικής της διεργασίας στρατηγικού Management για την αποδοτικότητα , το μερίδιο της αγοράς που κατέχουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας κάθε Νοσηλευτικής Μονάδας στους πολίτες χρήστες – ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών εμπιστεύεται τον Ιδιωτικό τομέα παροχής περίθαλψης - η παροχή υπηρεσιών μέσω διαδικτύου που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία καλύπτει 22.000 ασφαλισμένους, έχουν γίνει 23.700 επισκέψεις σε γιατρούς , 9.200 διαγνωστικές εξετάσεις και περίπου 1.750 νοσηλείες ( πρακτικά ζητήματα νοσοκομειακού μάνατζμεντ, υποενότητα 8γ, Νοσοκομεία και Ιδιωτική ασφάλιση υγείας, εκδόσεις Επιστήμες διοίκησης και οικονομίας της Υγείας, Αθήνα 2001), καθώς επίσης και τη μείωση του κόστους, θα πρέπει οπωσδήποτε να χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της απόδοσης μετά την εφαρμογή των στρατηγικών. (Θεοδώρου Μ., 2000)

Έλεγχοι μπορούν να καθιερωθούν είτε για τα πραγματικά αποτελέσματα της απόδοσης (εκροές) είτε για τις δραστηριότητες που προκαλούν την απόδοση (συμπεριφορά ). Οι έλεγχοι συμπεριφοράς αποσαφηνίζουν πώς πρέπει να γίνεται κάτι μέσω πολιτικών , κανόνων πρότυπων διαδικασιών λειτουργίας και εντολών από την Διοικητική Ιεραρχία . Οι έλεγχοι εκροών καθορίζουν τι πρέπει να επιτευχθεί , εστιάζοντας στο τελικό αποτέλεσμα των συμπεριφορών με τη χρήση

αντικειμενικών σκοπών ή στόχων . Οι έλεγχοι εισροών εστιάζουν στους πόρους όπως είναι οι γνώσεις , οι δεξιότητες , οι ικανότητες , οι αξίες και τα κίνητρα του Ανθρώπινου Δυναμικού που στελεχώνει κάθε Υπηρεσία – Οργανισμό.

Ωστόσο ισορροπημένος πίνακας αξιολόγησης που να συνδυάζει οικονομικά μέτρα που να δείχνουν τα αποτελέσματα προηγούμενων ενεργειών με λειτουργικά μέτρα για την ικανοποίηση των πελατών – χρηστών για τις εσωτερικές διαδικασίες , για τις δραστηριότητες καινοτομιών και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ως κινητήριους μοχλούς μελλοντικής οικονομικής απόδοσης δεν φαίνεται να υπάρχουν μέσα από την εκπόνηση των Επιχειρησιακών σχεδίων .

Τα κυριότερα μέτρα της Απόδοσης μιας λειτουργίας κατά τη διαμόρφωση και την υλοποίηση της στρατηγικής είναι η έγκριση των προγραμμάτων των Επιχειρηματικών Μονάδων που αποτελούν το σύνολο της Επιχείρησης – Οργανισμού ( Νοσηλευτική Μονάδα) και τους προϋπολογισμούς που τα υποστηρίζουν. Οι λειτουργικοί προϋπολογισμοί αναφέρουν το κόστος και της δαπάνες για κάθε προτεινόμενο πρόγραμμα σε χρηματικούς όρους . Οι λειτουργικοί προϋπολογισμοί αναφέρονται ως προκαθορισμένοι στόχοι επιχειρηματικής δραστηριότητας στα Επιχειρησιακά σχέδια , με χρονικό περιθώριο υλοποίησης σε περίοδο πενταετίας περίπου, αλλά αξιοσημείωτο είναι ότι κατά την αξιολόγηση και τον έλεγχο δεν υπάρχουν στοιχεία σύγκρισης των πραγματικών δαπανών με εκείνες που προϋπολογιστήκαν για την ύπαρξη απόκλισης , καθότι δεν έγινε προσπάθεια εφαρμογής – υλοποίησης της προκαθορισμένης Επιχειρησιακής στρατηγικής , είτε λόγω αδυναμία της Διοίκησης , είτε λόγω εναλλαγής πολιτικού σκηνικού σε κάθε Κυβερνητικό σχήμα , εφόσον το κράτος πράττει μετά τη λήψη πολιτικής απόφασης λαμβάνοντάς τη ως κατευθυντήρια γραμμή. Με δεδομένο ότι ο δημόσιος τομέας υγείας ανήκει στο ευρύ φάσμα του κοινωνικού κράτους ,όσο αναφορά την οργάνωση και

την παροχή υπηρεσιών υγείας, βασικός στόχος των δημοσίων φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών , την βελτίωση της υγείας του συνολικού πληθυσμού ,μέσα από μία κοινή πολιτική εφαρμογής πλαισίου Επιχειρηματικών Σχεδίων με βασικά κριτήρια την επιλογή στο κόστος , την επιλογή στην ποιότητα, την επιλογή στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και την προσέγγιση στην ικανοποίηση των πολιτών –χρηστών . (Γούναρης Χ., κ. Α,2006)

Τα δημόσια Νοσοκομεία όμως δεν είναι σε θέση να κάνουν επιλογή χρηστών τόσο ως προς το προβλεπόμενο κόστος νοσηλείας ή τη διάρκειά της όσο και σε σχέση με την δυνατότητά τους να το καλύψουν. Αντίθετα είναι υποχρεωμένα να προσφέρουν υπηρεσίες ανά πάσα στιγμή μέσα από ένα ευρύ φάσμα διαθέσιμων φροντίδων υγείας , μη λειτουργώντας κερδοσκοπικά, αλλά στα πλαίσια της ικανοποίησης του κοινωνικού οφέλους , μη βασισμένης στη λογική του κέρδους με αδυναμία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που προέρχονται από την ικανοποίησή του ( κοινωνικό όφελος).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΜΤΣ

Ως μεθοδολογία για το κεφάλαιο αυτό όπου είναι η βάση της εργασίας αυτής πραγματοποιήθηκε έρευνα στον ιστό του Νοσηλευτικού Ιδρύματος του Μετοχικού Ταμείου Στρατού, αλλά οι πληροφορίες μας προέρχονται κυρίως από έρευνα ανοιχτού τύπου (βλ. παράρτημα ερωτηματολόγιο) στο προσωπικό του Ιδρύματος (νοσηλευτές, ιατρούς και προϊσταμένους). Αντιμετωπίσαμε δυσκολίες κατά το διάστημα των συνεντεύξεων κυρίως της έλλειψης χρόνου των παραπάνω και λόγω κάποιων κανονισμών που δεν τους επιτρέψαν να αναλύσουν επαρκώς συνθήκες και προβληματισμούς τους.

#### 6.1 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Η αρχική σκέψη δημιουργίας του Ιδρύματος προήλθε από την ανάγκη παροχής ιατρικής περίθαλψης στους Πολεμιστές Αξιωματικούς, που γύριζαν από τα μέτωπα του 1940-1941, και στις οικογένειές τους. Τα χρόνια εκείνα, που όλα είχαν καταστραφεί και η Ελλάδα βρισκόταν κάτω από την κατοχή ξένων στρατευμάτων, φωτισμένοι άνθρωποι συνέλαβαν την ιδέα δημιουργίας ενός Νοσοκομείου, στο οποίο οι Πολεμιστές και οι οικογένειές τους βρήκαν υγειονομική περίθαλψη και νοσηλευτική φροντίδα.

Πρωτεργάτες της ιδέας και προσπάθειας υπήρξαν ο Στρατηγός Μπάκος Γεώργιος και ο Ανώτερος Γενικός Αρχίατρος Κυριακός Ιωάννης, που ήταν και ο πρώτος Διευθυντής του Ιδρύματος από το έτος 1942 μέχρι το θάνατό του, το Μάιο του 1967, ύστερα από βραχυχρόνια ασθένεια. Για τη στέγαση του Ιδρύματος παραχωρήθηκε το 1941 το παλαιό κτίριο που στεγάζει σήμερα τη Διεύθυνση. Το Μετοχικό Ταμείο Στρατού υιοθέτησε την ιδέα, χρηματοδότησε τις αναγκαίες κτιριακές μεταρρυθμίσεις και με την



Τεχνική Υπηρεσία του επέβλεψε τις εργασίες. Το Ν.Δ.597/1941 έθεσε τις νομικές βάσεις του Ιδρύματος που άρχισε να λειτουργεί την 21 Ιανουαρίου 1942, με δύναμη 90 κλινών, για παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς.

Οι απαιτήσεις και οι ανάγκες των καιρών μεγάλωναν και έτσι το 1946 αποφασίστηκε να προστεθεί στο παλιό κτίριο του Ιδρύματος δεύτερος όροφος και τα κρεβάτια ανήλθαν σε 125. Το 1956 εγκαινιάστηκε η καινούργια πτέρυγα «Ι. Κυριακός», ενώ το 1962-1963 έγινε η προσθήκη του 4ου ορόφου της ίδιας Πτέρυγας, καθώς και η προέκταση του κτιρίου προς την πλευρά του πάρκου Βενιζέλου, ώστε να λάβει τη σημερινή τελική του μορφή.

Οι συνεχώς αυξανόμενες επιστημονικές απαιτήσεις και ο αριθμός των ασθενών επέβαλαν την ανάπτυξη νέων χώρων και έτσι το 1981 εγκαινιάστηκε η Νέα Πτέρυγα Νοσηλείας, ανεβάζοντας τις κλίνες σε 450. Με τις μετέπειτα αναγκαίες μετατροπές τρίκλινων θαλάμων νοσηλείας σε δίκλινους ή σε εργαστήρια και γραφεία οι κλίνες σταθεροποιήθηκαν σήμερα σε 393.

Ύστερα από 60 περίπου χρόνια λειτουργίας το μικρό Νοσοκομείο των 75 κλινών που ιδρύθηκε σε δύσκολους καιρούς για την Πατρίδα, έφθασε στο σύγχρονο Μεγάλο Γενικό Νοσοκομείο με 15.000 περίπου νοσηλευόμενους το χρόνο, 80.000 περίπου εξεταζόμενους στα Εξωτερικά Ιατρεία και 1.000 περίπου άτομα προσωπικό.

Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Αναγκαστικού Νόμου 1137/1946 (ΦΕΚ 113/τ.Α/26.3.1946), όπως αυτό συμπληρώθηκε μεταγενέστερα, σκοπός του ΝΙΜΤΣ είναι η παροχή νοσηλευτικής περίθαλψης, εργαστηριακών εξετάσεων, χειρουργικών επεμβάσεων, με ανάλογη αμοιβή, στους μετόχους και μερισματούχους του Μετοχικού Ταμείου Στρατού (Μ.Τ.Σ.), Αξιωματικούς και Ανθυπασπιστές του Στρατού Ξηράς, Χωροφυλακής, στους απόστρατους στρατιωτικούς της Πολεμικής Αεροπορίας, Αεροπορίας, μόνον κατόπιν εγκρίσεως της Ιεραρχίας τους (ΓΕΣ-ΓΕΑ),

Αξιοματικούς και Ανθυπαστυνόμους εν ενεργεία και αποστρατεία της Ελληνικής Αστυνομίας εφόσον είναι μέτοχοι του Μ.Τ.Σ., Στους υπαγόμενους στην Πολεμική Διαθεσιμότητα και μόνον εφόσον έχουν επιλέξει την υγειονομική περίθαλψη του Στρατιωτικού Συνταξιούχου ,τα μέλη των οικογενειών αυτών και τις ορφανικές οικογένειες αυτών, καθώς επίσης και σε τρίτους μέσω κλήσης ΕΚΑΒ, και άλλους που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης με έγκριση πάντα του Γενικού Διευθυντή.

Στο Νοσοκομείο μπορούν επίσης να νοσηλευθούν χωρίς οικονομική επιβάρυνση το πολιτικό προσωπικό του Μ.Τ.Σ. και του ΝΙΜΤΣ, καθώς και οι οικογένειές τους. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο (ΑΝ 1137/1946) το Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού (ΝΙΜΤΣ) είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), το οποίο τελεί υπό την ανωτέρα εποπτεία του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας, μέσω του ΓΕΣ.

Η χρέωση των νοσηλίων καθώς και το αντίτιμο των παρακλινικών εξετάσεων γίνεται σύμφωνα με τα τιμολόγια των Κρατικών Νοσοκομείων όπως ορίζεται στην Υ4α /οικ1320/3-2-1998 (ΦΕΚ 99/10-2-1998 Τ'Β') και Π.Δ. 157/12-4-1991 (ΦΕΚ 62/30-4-1991 Τ.Α.) ως Πίνακες.(βλ. παράρτημα Πίνακας 19).Οι ασθενείς που νοσηλεύονται μέχρι τη θέση που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας, ουδεμία οικονομική επιβάρυνση υφίστανται. Όταν νοσηλευθούν σε ανώτερη θέση απ' αυτή που δικαιολογεί ο ασφαλιστικός τους φορέας, επιβαρύνονται με διαφορά θέσης νοσηλίων, όπως προκύπτει από τους ανωτέρω πίνακες νοσηλίων. Η νοσηλεία σε ΛΟΥΞ δωμάτιο επιβαρύνεται με ιδιαίτερη χρέωση για τους μη δικαιούχους ασθενείς και σύμφωνα με τις τιμές που έχουν καθορισθεί με την 891/15-4-1998 απόφαση του Δ.Σ.([www.nimts.gr](http://www.nimts.gr))

### 6.1.1 Δικαιώματα Ασθενών

Η ισχύουσα νομοθεσία στη χώρα μας καλύπτει τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη και σε περίπτωση νοσηλείας του. Κάθε άρρωστος έχει:

1. Το δικαίωμα να ενημερώνεται για την πραγματική κατάσταση της υγείας του και για τη σημασία των διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών αγωγών στις οποίες θα υποβληθεί.

2. Το δικαίωμα να ενημερώνονται οι άμεσοι συγγενείς του για την πραγματική κατάστασή του, εφόσον δεν υπάρχει αντίθετη γραπτή εντολή από τον ίδιο.

3. Το δικαίωμα να μην υποβάλλεται σε φαρμακευτικές και επεμβατικές κλινικές δοκιμές χωρίς προηγούμενη πλήρη ενημέρωσή του για τους κινδύνους που διατρέχει, τις εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους και χωρίς έγγραφη συγκατάθεσή του.

4. Το δικαίωμα να μην υφίσταται άσκοπες διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές αγωγές, που συνεπάγονται περιττή ταλαιπωρία και περιττά έξοδα.

5. Το δικαίωμα να τυγχάνει πάντα απ' όλο το προσωπικό ευγενικής συμπεριφοράς, διακριτικότητας και κατανόησης λόγω της κατάστασής του.

6. Το δικαίωμα να παρακολουθείται στη διάρκεια της νοσηλείας του από κατάλληλα ειδικευμένο προσωπικό, ικανό ν' αντιληφθεί και να φροντίσει όλες τις νοσηλευτικές του ανάγκες. 7. Το δικαίωμα να νοσηλεύεται σε κατάλληλα διαμορφωμένους και εξοπλισμένους χώρους, ώστε να διασφαλίζεται η πλήρης αποκατάσταση της υγείας του.

8. Το δικαίωμα να υποβάλλεται στην πρέπουσα θεραπευτική αγωγή, έστω και με επέμβαση της δικαστικής αρχής, αν ο ίδιος δεν είναι σε θέση να αποφασίσει, σε περίπτωση που οι συγγενείς για λόγους θρησκευτικούς, πολιτισμικούς ή άλλους, την αρνούνται.

9. Το δικαίωμα του απορρήτου όλων των πληροφοριών που περιέχει ο ιατρικός φάκελός του, καθώς και εκείνων που συγκεντρώθηκαν προφορικά με οποιοδήποτε τρόπο.

10. Το δικαίωμα να ενημερώνεται για κάθε περίπτωση συμμετοχής του σε ερευνητικό πρόγραμμα. Ο άρρωστος έχει δικαίωμα να αρνηθεί τη συμμετοχή του σε οποιαδήποτε έρευνα.

11. Σε περίπτωση που επιθυμεί να συμμετάσχει σε έρευνα θεραπευτική ή μη, πρέπει να ενημερωθεί κατάλληλα για το σκοπό και τους κινδύνους που ενδεχομένως διατρέχει. Η συγκατάθεσή του λαμβάνεται γραπτά και ενυπόγραφα από άτομο διάφορο της ερευνητικής ομάδας.

12. Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να διακόψει τη συμμετοχή του στην έρευνα, κάθε στιγμή που το κρίνει σκόπιμο, έστω και αν έχει δώσει γραπτή συγκατάθεση.

Σε περίπτωση που δημιουργηθεί οποιοδήποτε πρόβλημα, μπορεί να απευθυνθεί στην Προϊσταμένη της κλινικής στην οποία νοσηλεύεται, καθώς επίσης και στην Νοσηλεύτρια Εποπτείας που είναι υπεύθυνη σε κάθε βάρδια για τις αποκλειστικές νοσοκόμες. Η Προϊσταμένη Εποπτείας των Εξωτερικών Ιατρείων της Παλαιάς Πτέρυγας, είναι αρμόδια για τα θέματα τοποθέτησης των αποκλειστικών νοσοκόμων στους ασθενείς, καθώς και για τυχόν προβλήματα συνεργασίας με αυτές. Η κυρίως υπεύθυνη για όλα τα θέματα που αφορούν στις αποκλειστικές νοσοκόμες είναι η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου.

## **6.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ- ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ**

Το ΝΙΜΤΣ διοικείται από ενδεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο με πρόεδρο απόστρατο ανώτατο στρατιωτικό. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου απαρτίζεται από:

- Τον εκάστοτε Πρόεδρο ΔΣ/ΜΤΣ, ως Πρόεδρο (από 20/11/07, ο Αντγος ε.α. Σιακαβέλλας Ηλίας)

- Τον εκάστοτε ΒΥ/ΓΕΣ, ως Αντιπρόεδρο,
- Το Διευθυντή Υγειονομικού Σώματος,
- Εν ενεργεία ανώτατο ή ανώτερο Αξ/κό Δικαστικού,
- Εν ενεργεία ανώτατο ή ανώτερο Αξ/κό Χωροφυλακής,
- Εν αποστρατεία ανώτατο ή ανώτερο Αξ/κό Χωροφυλακής,
- Εκπρόσωπο του Δ.Σ. της Ε.Α.Α.Σ,
- Εκπρόσωπο του Δ.Σ. της Ε.Α.Α.Α,
- Εκπρόσωπο ιατρών του Κλάδου ΕΣΥ ΝΙΜΤΣ,
- Εκπρόσωπο λοιπών εργαζομένων του ΝΙΜΤΣ, ως Μέλη
- Το Γενικό Διευθυντή του Ιδρύματος, ως Εισηγητή μετά ψήφου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο συνέρχεται σε τακτικές συνεδριάσεις. Επιμελείται, διοικεί και διαχειρίζεται την περιουσία του Ιδρύματος και αποφασίζει σχετικά με τις δαπάνες που βαρύνουν τους πόρους του Νοσοκομείου. Σε ορισμένες περιπτώσεις μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο Γενικό Διευθυντή του Νοσοκομείου. Γενικός Διευθυντής ορίζεται ανώτερος εν ενεργεία ή εν αποστρατεία Αξιωματικός Υγειονομικού. Από τις 16/4/07 χρέη Γενικού Διευθυντή έχει αναλάβει ο κ. Αντίοχος Χρήστος.

Το Ίδρυμα διευθύνεται στην καθημερινή λειτουργία του από το Γενικό Διευθυντή, ο οποίος συνεπικουρείται από τον Υποδιευθυντή σε ζητήματα διοικητικής φύσεως και από το Διευθυντή Οικονομικών σε ζητήματα οικονομικής φύσεως. Εκπροσωπεί το Ίδρυμα δικαστικώς και εξωδίκως σε κάθε σχέση που τυχόν έχει το Ίδρυμα με τις Δικαστικές, Διοικητικές ή άλλες αρχές.

Υποδιευθυντής του Νοσοκομείου ορίζεται ανώτερος ή ανώτατος εν ενεργεία ή εν αποστρατεία Αξιωματικός, ο οποίος αντικαθιστά το Γενικό Διευθυντή κατά την απουσία του. Αρμοδιότητα του Υποδιευθυντή είναι να συνεπικουρεί στο έργο του

Γενικού Διευθυντή, ως άμεσος βοηθός του, φροντίζοντας για την ακριβή εκτέλεση των διαταγών του και την πιστή εφαρμογή των διατάξεων του κανονισμού του Ιδρύματος. Από τις 18/4/05 χρέη Υποδιευθυντή έχει αναλάβει ο κ. Παντζάρης Σωτήριος, ο οποίος είναι Αξιωματικός εν ενεργεία.

Διευθυντής Οικονομικών Υπηρεσιών του Ιδρύματος ορίζεται ανώτερος ή ανώτατος εν ενεργεία ή εν αποστράτεια Αξιωματικός του Οικονομικού. Αρμοδιότητα του Διευθυντή Οικονομικών Υπηρεσιών είναι να διαχειρίζεται τα οικονομικής φύσεως ζητήματα του Ιδρύματος.

### **6.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ**

#### *6.3.1 Ιατρική Υπηρεσία(elite interview):*

- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Στις κλινικές του Παθολογικού Τομέα νοσηλεύεται πληθώρα ασθενών με νοσήματα παθολογικής κυρίως φύσεως αλλά και ογκολογικοί ασθενείς ή ασθενείς με νοσήματα που άπτονται της παθολογικής ειδικότητας.

Περιλαμβάνει τα εξής τμήματα:

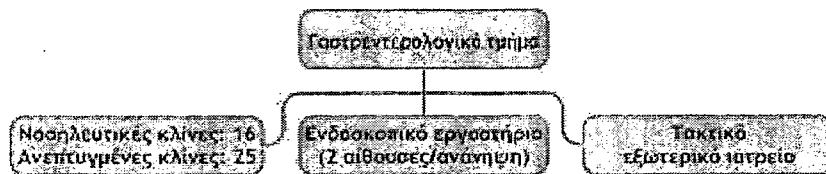
1. Α' Παθολογική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής είναι 32 κλίνες και η κατεύθυνση της κλινικής είναι οι παθολογικοί ασθενείς. Ο Διευθυντής της κλινικής έχει προσανατολίσει το κλινικό του ενδιαφέρον στη Λοιμωξιολογία (είναι Πρόεδρος της Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του νοσοκομείου) και στην Ταξιδιωτική Ιατρική.

2. Πνευμονολογική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής είναι 33 κλίνες και η κατεύθυνση της κλινικής είναι οι ασθενείς με παθήσεις και νοσήματα του αναπνευστικού.

### 3. Γαστρεντερολογικό Τμήμα



ΣΧΗΜΑ 3(www.nimts.gr)

Οι δραστηριότητες του Ενδοσκοπικού Τμήματος περιλαμβάνουν:

Διαγνωστικές ενδοσκοπήσεις ανωτέρου-κατωτέρου πεπτικού συστήματος (γαστροσκοπήσεις-κολονοσκοπήσεις)

Επεμβατικές ενδοσκοπήσεις ανωτέρου-κατωτέρου πεπτικού συστήματος όπως:

Πολυποδεκτομές γαστρεντερικού σωλήνα.

Αιμοστάσεις αιμορραγούντων ελκών ή άλλων αιμορραγουσών βλαβών.

- Υποβλενογόνια έγχυση αδρεναλίνης,
- Θερμοπληξία με LASER,
- Αιμοστατικά μεταλλικά ελάσματα.

Ενδοσκοπική αιμόσταση κισσών οισοφάγου.

- Σκληροθεραπεία με έγχυση σκληρυντικών ουσιών,
- Τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων.

Διαστολές καλοηθών/κακοηθών πεπτικών στενώσεων και τοποθέτηση ενδοπροσθέσεων.

Διαγνωστική και επεμβατική ενδοσκοπική παλινδρόμηση χολάγγειο-παγκρεατογραφία.

- Σφιγτηρομή φύματος Vater,

- Ενδοσκοπική αφαίρεση χολολίθων από τα χοληφόρα –διαστολές χοληφόρων,

- Τοποθετήσεις ενδοπροσθέσεων (stents),

Ενδοσκοπικές γαστροστομίες (PEG)

Διαγνωστική ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS) ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού - χοληφόρων - παγκρέατος.

Το τμήμα, από το 1989, είναι το πρώτο κέντρο στην Ελλάδα που εφάρμοσε τη μέθοδο EUS για τον έλεγχο καλοήθων και κακοήθων νεοπλασιών (με σταδιοποίηση) στο πεπτικό σύστημα και θεωρείται κέντρο αναφοράς στη χώρα μας. Σε εξέλιξη βρίσκεται η προμήθεια γραμμικής απεικόνισης EUS για επεμβατικές πράξεις.

Το τμήμα είναι το πρώτο που εφάρμοσε την ενδοσκοπική ασύρματη κάψουλα λεπτού εντέρου σε νοσοκομείο της Ελλάδος από το 2002 και θεωρείται κέντρο αναφοράς στη χώρα μας.

Έλεγχος κινητικών διαταραχών πεπτικού συστήματος (μανομετρία, 24ωρη φορητή pH-μετρία).

#### 4. Β' Παθολογική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής είναι 33 κλίνες και η κατεύθυνση της κλινικής αφορά παθολογικούς ασθενείς συμπεριλαμβανομένων και ασθενών με ογκολογικά νοσήματα.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σε πάσχοντες από μεταβολικά νοσήματα. Σημαντική είναι η ερευνητική και κλινική δραστηριότητα του τμήματος στην παρακολούθηση και στο θεραπευτικό χειρισμό ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

#### 5. Γ' Παθολογική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής είναι 36 κλίνες και η κατεύθυνση της κλινικής αφορά παθολογικούς ασθενείς, καθ' ύπεροχή ογκολογικοί και αιματολογικοί.



## 6. Νεφρολογική Κλινική

Η κλινική περιλαμβάνει 20 κλίνες και αποτελείται από:

- Μονάδα Αιμοκάθαρσης
- Μονάδα Περιτοναϊκής Αιμοκάθαρσης
- Τμήμα Κλινικής Νεφρολογίας

## 7. Ρευματολογικό Τμήμα

Η κατεύθυνση της Κλινικής αφορά την Παροχή νοσηλείας για όλες τις ρευματοπάθειες, καθώς και βραχεία νοσηλεία για βιολογικές θεραπείες.

Έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της Ρευματολογίας στην Ελλάδα. Πολλές εκδηλώσεις της Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας έγιναν στο Αμφιθέατρο του 417 ΝΙΜΤΣ, ενώ επιστημονικές μελέτες που έχουν γίνει στο Τμήμα έχουν λάβει διακρίσεις σε ιατρικά συνέδρια. Αρκετές έχουν δημοσιευθεί σε έγκυρα ιατρικά περιοδικά.

Είναι από τις λίγες κλινικές στην Ελλάδα στις οποίες γίνεται θεραπεία με ραδιοϊσοτοπική υμενόλυση με ύτριο.

## 8. Νευρολογικό Τμήμα

Η δύναμη της κλινικής είναι 23 κλίνες.

Η κλινική διαθέτει πλήρες Ηλεκτροεγκεφαλογραφικό και Νευροφυσιολογικό εργαστήριο (εκτελούνται ηλεκτρομυογράφημα, προκλητά δυναμικά σωματοαισθητικά, ακουστικά, οπτικά, μέτρηση ταχυτήτων αγωγής περιφερικών νεύρων, μέτρηση κεντρικής κινητικής ταχύτητας αγωγής με μαγνητικό ερεθισμό και μελέτη πολυσυναπτικών αντανακλαστικών).

- **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ**

Στις κλινικές του Χειρουργικού Τομέα αντιμετωπίζεται και νοσηλεύεται σε καθημερινή βάση ένα ευρύ φάσμα χειρουργικών περιστατικών ποικίλης βαρύτητας.

Περιλαμβάνει τα εξής τμήματα:

1. Ουρολογική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής είναι 46 κλίνες και η κατεύθυνση της κλινικής περιλαμβάνει ασθενείς με προβλήματα υγείας που εντάσσονται στα πλαίσια της ειδικότητας και χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης, θεραπευτικής ή/και χειρουργικής αντιμετώπισης.

Λειτουργεί επίσης τμήμα βιοψιών προστάτη διορθικά κατευθυνόμενων, ενώ λειτουργεί και ανδρολογικό ιατρείο, στο οποίο τα ραντεβού κλείνονται κατόπιν τηλεφωνικής συνεννόησης .

2. Α' Χειρουργική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής είναι 40 κλίνες και στην Α' Χειρουργική Κλινική αντιμετωπίζονται παθήσεις από όλο το φάσμα των επεμβάσεων της Γενικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ογκολογίας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον υπάρχει στη:

- Χειρουργική ανώτερου πεπτικού,
- Χειρουργική ήπατος – χοληφόρων – παγκρέατος,
- Χειρουργική παχέος εντέρου και ορθού,
- Λαπαροσκοπική χειρουργική,
- Χειρουργική ενδοκρινών αδένων (θυρεοειδούς, παραθυρεοειδών, επινεφριδίων) με χρήση νευροδιεγέρτη για την προστασία των άνω και κάτω λαρυγγικών νεύρων,
- Χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

3. Ορθοπαιδική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής περιλαμβάνει 19 κλίνες. Κατεύθυνση Κλινικής είναι όλο το φάσμα της ειδικότητας (π.χ. τραυματολογία, επανορθωτική χειρουργική, χειρουργική σπονδυλικής στήλης, ογκολογία, κτλ).

Η Ορθοπεδική κλινική ιδρύθηκε το 1973 υπό τη διεύθυνση του κ. Η.Βουρεξάκη, με επιμελητή τον κ.Ε.Μιχελινάκη. Από την έναρξη της λειτουργίας της επικεντρώθηκε στην επανορθωτική χειρουργική ενηλίκων (κυρίως αρθροπλαστικές) παράλληλα με την κάλυψη όλου του υπόλοιπου φάσματος της ειδικότητας (πχ. τραυματολογία, χειρουργική σπονδυλικής στήλης, ογκολογία, κτλ).

Ωθεί στον τομέα αυτό της επανορθωτικής χειρουργικής ενηλίκων (αρθροπλαστικές, οστεοτομίες, κ.ά.), ενώ έχει δώσει ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της ολικής αρθροπλαστικής του ισχίου και του γόνατος.

Ο αυξημένος αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων ολικών αρθροπλαστικών ισχίου και γόνατος και αναθεωρήσεων παλαιών αρθροπλαστικών, οι επιτυχείς νεωτερισμοί και ο παράλληλος με έγκριτα διεθνή κέντρα επιστημονικός βηματισμός συνέβαλαν στην ιατρική καταξίωση και στην κοινωνική αναγνώριση της κλινικής. Οι στόχοι της κλινικής συνάδουν με την παράδοση που έχει δημιουργήσει, ενώ οι γνώσεις και οι πρακτικές συνεχώς εμπλουτίζονται και εναρμονίζονται με τα νεότερα προκύπτοντα επιστημονικά δεδομένα.

#### 4. Β' Χειρουργική Κλινική

Η δύναμη της κλινικής είναι 33 κλίνες και στην κλινική αντιμετωπίζονται παθήσεις από όλο το φάσμα της ειδικότητας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον και εμπειρία στις χειρουργικές παθήσεις Ήπατος - Χοληφόρων - Παγκρέατος Επιπλέον πραγματοποιούνται επεμβάσεις που αφορούν σε:

- Χειρουργική οισοφάγου, καρδιοοισοφαγικής συμβολής, στομάχου,

- Χειρουργική παχέος εντέρου και πρωκτού,
- Λαπαροσκοπική χειρουργική,
- Χειρουργική μαστού,
- Χειρουργική ενδοκρινών αδένων (θυρεοειδής, παραθυρεοειδής, επινεφρίδια),
- Χειρουργική αποκατάσταση κηλών,
- Όγκοι κοιλίας.

#### 5. Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής

Στα πλαίσια του τμήματος, έχει διενεργηθεί ερευνητική δραστηριότητα η οποία περιλαμβάνει:

- Πρώτη συγγραφή άρθρου και κλινική εφαρμογή Πανελλήνια των κρημνών Διατριπαινουσών αρτηριών στην αποκατάσταση των κατακλίσεων.
- Πρώτη μικροχειρουργική μεταμόσχευση κρημνού στην ιστορία του ΝΙΜΤΣ και πρώτη εφαρμογή Πανελλήνια της μικροχειρουργικής μεταφοράς ιστών με την χρήση βαριοσκοπίου και όχι μικροσκοπίου.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον:

- στην αποκατάσταση μετατραυματικών & μετά από ογκεκτομές ελλειμμάτων ποικίλης αιτιολογίας με μικροχειρουργική μεταμόσχευση αγγειούμενων ιστών.
- στη χειρουργική της χειρός.
- στην αποκατάσταση της περιοχής κεφαλής & τραχήλου.
- στην επανορθωτική χειρουργική της ρινός.
- στην αντιμετώπιση τραυματικών και χρόνιων ελλειμμάτων-παθήσεων του κάτω άκρου με μικροχειρουργική μεταμόσχευση ιστών.

- στην αποκατάσταση μαστού μετά μαστεκτομή με αυτόλογο ιστό και πρώτη κλινική εφαρμογή στην ιστορία του ΝΙΜΤΣ άμεσης αποκατάστασης μαστεκτομής με αγγειούμενο ιστό από κοιλιακή χώρα.

### *6.3.2 Εργαστηριακή Υπηρεσία Εργαστήρια:*

Ο Εργαστηριακός Τομέας του Ιδρύματος συνδράμει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων και στην αποτελεσματική παρακολούθηση των ασθενών, καθώς αποτελείται από διάφορα εργαστήρια στα οποία διενεργείται ένα ευρύ φάσμα εξετάσεων, βασικών και ειδικών, όπως:

- Ανοσολογικό,
- Αιματολογικό,
- Βιοχημικό,
- Κυτταρολογικό,
- Μικροβιολογικό,
- Παθολογοανατομικό,
- Σταθμός Αιμοδοσίας.

### *6.3.3 Νοσηλευτική Υπηρεσία:*

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου απαρτίζεται από νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης και φέρει την ευθύνη για την ολοκληρωμένη και ποιοτική φροντίδα και νοσηλεία των ασθενών.

#### 6.3.4 Φαρμακευτική Υπηρεσία:

Η Φαρμακευτική Υπηρεσία του Νοσοκομείου *απαρτίζεται* κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο ασχολείται με την χορήγηση φαρμάκων στους ασθενείς.

#### 6.3.5 Διοικητική Υπηρεσία

Στη Διοικητική Υπηρεσία ανήκουν:

A. Τμήμα Γραμματείας στο οποίο υπάγονται τα παρακάτω Τμήματα:

- Γραφείο Πρωτοκόλλου – Διεκπεραιώσεως αλληλογραφίας,
- Γραφείο Κινήσεως Ασθενών,
- Αρχείο Φύλλων Νοσηλείας,
- Βιβλιοθήκη,
- Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων,
- Γραφείο Κοινωνικής Υποστήριξης,
- Τηλεφωνικό Κέντρο,
- Αμφιθέατρα,
- Παιδικός Σταθμός.

B. Τμήμα Προσωπικού που περιλαμβάνει τα εξής Τμήματα:

- Γραφείο Μόνιμου Προσωπικού,
- Γραφείο ΣΕΙΔ και Ωρομίσθιου προσωπικού,
- Γραφείο Μεταβολών-Αναρρωτικών αδειών-Αρχείου-Ατομικών φακέλων,
- Γραφείο Ιατρικού Προσωπικού ΕΣΥ,
- Γραφείο Στρατιωτικού Προσωπικού

Οι αρμοδιότητες του τμήματος αυτού αφορούν κυρίως το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Βασική ενασχόληση είναι η τήρηση των κανόνων και η σωστή μεταχείρισή τους.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ως τμήμα είναι αρκετά λόγω του πλήθους των εργαζομένων που έχει υπό την εποπτεία της. Ένα από τα πιο σημαντικά, που αναγκάζεται να αντιμετωπίσει είναι όπως είναι αναμενόμενο είναι η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, οπού αυτό από μόνο του γίνεται εστία προβλημάτων. Παρόλα αυτά η Διοίκηση μεριμνά για την καλύτερη δυνατή παρακολούθηση των ασθενών, πράγμα που σαφώς καθίσταται αδύνατον λόγω της μη επαρκούς κάλυψης του προγράμματος (βάρδιες), και αυτό καταλήγει όπως είναι φυσικό σε εξάντληση των ιατρών.

Ακόμα ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Διεύθυνση του τμήματος είναι αυτό της έλλειψης χώρου, όχι αυτό των ασθενών (κλίνες), αλλά χώρους για γραφεία ιατρών οι οποίοι αναγκάζονται να "στριμόγχονται" προκειμένου να έρθουν σε επαφή με ασθενείς για να κρίνουν αν χρήζουν εισαγωγής.

#### Γ. Τμήμα γραμματείας Δ.Σ.

##### *6.3.6 Οικονομική Υπηρεσία*

Στην Οικονομική Υπηρεσία ανήκουν :

Α. Λογιστήριο που απαρτίζεται από τα παρακάτω Γραφεία:

- Γραφείο Προϋπολογισμού-Ακίνητης Περιουσίας,
- Γραφείο Δαπανών,
- Γραφείο Μισθοδοσίας,
- Γραφείο Νοσηλίων.

**Β. Γενική Διαχείριση που συνιστάται από τα εξής Γραφεία:**

- Γραφείο Διαχείρισης Υλικού,
- Γραφείο Διαχείρισης Τροφίμων,
- Γραφείο Διαχείρισης Καυσίμων.

**Γ. Τμήμα Προμηθειών στο οποίο υπάγονται τα παρακάτω Γραφεία:**

- Προϊστάμενος,
- Γραφείο Δημόσιων Διαγωνισμών,
- Γραφείο Πρόχειρων Διαγωνισμών.

Η διεύθυνση προμηθειών απασχολεί αυτή τη στιγμή δέκα άτομα για προσωπικό και τον προϊστάμενο, όλοι τους είναι ένστολοι. Το τμήμα αυτό ασχολείται με την σύνταξη διαγωνισμών και τους όρους αυτών, την παρακολούθηση συμβάσεων, τον έλεγχο δικαιολογητικών, τον έλεγχο δαπανών αλλά συχνότερα με την παρακολούθηση παραγγελιών, την καταμέτρηση των προϊόντων και την αποστολή τους σε κάθε τμήμα.

Υπάρχουν όμως δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά και χρήζουν άμεσης λύσης. Κάθε άτομο είναι αναγκασμένο να γνωρίζει τις αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας της συγκεκριμένης Διεύθυνσης διότι το κυριότερο πρόβλημα είναι αυτό της έλλειψης προσωπικού με αποτέλεσμα σε κάθε άτομο να αντιστοιχούν περισσότερες από μία εργασίες. Επίσης λόγω της αναγκαίας συστηματικής παρακολούθησης που πραγματοποιούν (παραγγελίες που εξαρτώνται από εξωγενής παράγοντες) είναι ανέφικτη η εμπλοκή τους με την γραφειοκρατία που μαστίζει την Ελλάδα γενικότερα. Αυτό όπως είναι φυσικό δυσχεραίνει την ποιοτική παραγωγικότητα.



Δ. Ταμείο Ίδιων Πόρων,

Ε. Διαχείριση Χρηματικού 417 ΝΙΜΤΣ,

ΣΤ. Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών.

#### *6.3.7 Τμήμα Μηχανογράφησης*

Στο Τμήμα Μηχανογράφησης υπάγονται τα παρακάτω Γραφεία:

- Γραφείο Ανάπτυξης εφαρμογών,
- Γραφείο συντήρησης.

#### *6.3.8 Τεχνική Υπηρεσία*

Στην Τεχνική Υπηρεσία περιλαμβάνονται:

- Τμήμα Μηχανολογικού-Ηλεκτρονικού,
- Τμήμα συντήρησης Κτιρίων-Εγκαταστάσεων,
- Τμήμα συντήρησης Επικοινωνιακών Μέσων.

#### *6.3.9 Βοηθητική Υπηρεσία*

Την Βοηθητική Υπηρεσία συγκροτούν τα :

- Μαγειρεία,
- Ραφεία,
- Σιδερωτήρια,
- Πλυντήρια.

### 6.3.10 Εποπτεία Τάξης-Καθαριότητας

Την Βοηθητική Υπηρεσία απαρτίζουν:

- Εστιατόρια,
- Καθαριότητα Εξωτερικών Χώρων,
- Θυρωρείο.

### 6.3.11 Λοιπές Υπηρεσίες

Οι λοιπές Υπηρεσίες αποτελούνται από:

- Φυσικοθεραπευτήριο,
- Γραφείο Υγιεινής (Επόπτρια Δημόσιας Υγείας),
- Διαιτολόγος,
- Ερευνητική μονάδα,
- Πειραματικό εργαστήριο,
- Γραφείο Θρησκευτικού,
- Φαρμακείο φρουράς.

ΣΗΜΕΡΙΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ (βλ. παράρτημα ΠΙΝΑΚΑΣ 18)

## 6.4 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΙΜΤΣ

Την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης στη διοίκηση και στο σχεδιασμό των νοσοκομείων, απαιτεί η εφαρμογή του management. Η επιβολή management στα νοσοκομεία χρειάζεται υποστηρικτικό μηχανισμό, συγκρότηση νέων δομών, επένδυση στην τεχνολογία και στο ανθρώπινο δυναμικό, προσφορά κινήτρων και χρήση των κατάλληλων εργαλείων. Σκοπός τους νοσοκομειακού management, είναι η διάθεση των

Υγειονομικών Πόρων προς όφελος της Υγείας του πληθυσμού και η διαχείρισή τους με κριτήριο τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας.

Το νοσοκομειακό management απαιτεί την εισαγωγή μιας νέας αντίληψης στη διοίκηση και στο σχεδιασμό, με στόχο την ανάπτυξη της υπευθυνότητας όλων των παραγόντων, την αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και την εφαρμογή συγκεκριμένων στόχων και προτεραιοτήτων. Πρέπει όλα τα νοσοκομεία να αποκτήσουν καινούρια διοίκηση, γιατί οι καιροί αλλάζουν και η τεχνολογία εξελίσσεται. Γιατί οι ανάγκες και οι προσδοκίες του κόσμου και των ασθενών πολλαπλασιάζονται. Σήμερα είναι η εποχή της διοίκησης και της λήψης αποφάσεων που βασίζεται στη τεκμηριωμένη γνώση. Ιδιαίτερα όταν αναφερόμαστε σε μεγάλους οργανισμούς, όπως είναι τα νοσοκομεία, με αυξημένη πολυπλοκότητα, με αντικρουόμενα συμφέροντα, με προϋπολογισμούς πολλών δις.

Αυτή η ανάγκη για αποτελεσματική διοίκηση στο σύστημα και στο νοσοκομείο είναι μονόδρομος. Η αποτελεσματική διοίκηση του νοσοκομείου είναι το αποτέλεσμα και η συνισταμένη πολλών παραγόντων.

Ένας από τους παράγοντες που μπορούν να ενισχύσουν την αποτελεσματική διοίκηση είναι ένας ευνοϊκός προϋπολογισμός που θα επιτρέψει την πρόσληψη ιατρών αλλά και γενικότερα υπαλλήλων για την χρηστή διεξαγωγή των εργασιών, αλλά και καλύτερης ποιότητας εξοπλισμό, ώστε να επιτυγχάνεται η ικανοποίηση τόσο του ασθενή, όσο και του ιατρού. Επίσης, απαραίτητη είναι δημιουργία νέας πτέρυγας για να στεγαστούν νέα γραφεία ώστε να επαρκούν για όλους τους ιατρούς.

Τέλος είναι απαραίτητο να σημειωθεί ότι δυστυχώς και το ΝΙΜΤΣ όπως κάθε άλλο Δημόσιο Νοσοκομείο που εξαρτάται κατ' ανάγκη και από εξωγενής παράγοντες, μαστίζεται από γραφειοκρατικές διαδικασίες, κάτι που είναι απαράδεκτο γιατί μία Νοσοκομειακή Μονάδα δεν μπορεί να συγκριθεί με όποια άλλη Δημόσια Υπηρεσία διότι μάχεται σε μόνιμο επίπεδο για την επιβίωση της ανθρώπινης ζωής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 7.1.ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από την ανάλυση της έρευνας που προηγήθηκε για την εκπόνηση Επιχειρησιακών Σχεδίων στον Τομέα της Υγείας προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα:

- Με τον όρο Στρατηγική εννοούμε ένα πλήρες και ολοκληρωμένο πρόγραμμα που συνδέει τα συγκριτικά πλεονεκτήματα του νοσοκομείου με τις ευκαιρίες του περιβάλλοντος με σκοπό την επίτευξη των στόχων του.
- Για την επίτευξη αυτών των στόχων απαιτείται καλή οργάνωση και αποτελεσματική διοίκηση – διαχείριση σε όλα τα επίπεδα και τους Τομείς του Συστήματος Υγείας στηριζόμενη στην εκπόνηση Επιχειρησιακών σχεδίων Δράσης , ως οδηγό (manual) για ένα κοινό πλαίσιο οδηγιών και μια κοινή δέσμη πινάκων και δεικτών για την ανάπτυξη και επέκταση των Νοσοκομειακών Μονάδων με κύριο στόχο την παρακολούθηση και περιοδική αξιολόγηση του έργου των διοικήσεων και την πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους πελάτες – χρήστες .
- Ένα ολοκληρωμένο συνεκτικό και λειτουργικό Επιχειρησιακό – στρατηγικό σχέδιο θα πρέπει να εντοπίζει τις αδυναμίες –δυνάμεις από το εσωτερικό περιβάλλον κάθε Επιχείρησης – Οργανισμού και τις ευκαιρίες – απειλές από το Εξωτερικό περιβάλλον, να αναπτύσσει συνολικούς στρατηγικούς στόχους , να καθορίζει αναλυτικά το πρόγραμμα δράσης , να συμβάλλει στην ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού , να προβλέπει το οικονομικό ,ποιοτικό , κοινωνικό αποτέλεσμα , να οδηγεί στην ανάληψη

δεσμεύσεων και να συνοδεύεται από ευέλικτο σύστημα ελέγχου βασισμένο στην ακριβή και έγκυρη πληροφόρηση.

- Οι δράσεις για την βελτίωση της Αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των δημοσίων Νοσοκομείων με την εφαρμογή Ορθολογικού Μάνατζμεντ επικεντρώνεται στον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας και οργάνωσης των υπηρεσιών , στην διοικητική αναδιάρθρωση, στην οικονομική εξυγίανση και απόδοση , στην διασφάλιση της ποιότητας και στον έλεγχο και μέτρηση των αποτελεσμάτων ( outcomes).

- Ένα συγκεκριμένο μοντέλο ανάλυσης και σύνθεσης Στρατηγικού – Επιχειρησιακού Σχεδίου ως οδηγός για την εφαρμογή κοινής πολιτικής στα δημόσια Νοσοκομεία , θα πρέπει να στηρίζεται σε βήματα που αφορούν τα γενικά στοιχεία της Νοσοκομειακής Μονάδας , την ανάλυση του εσωτερικού – εξωτερικού περιβάλλοντος , την αξιολόγηση της λειτουργίας του νοσοκομείου, τον καθορισμό των στόχων και την ανάπτυξη στρατηγικής , την ανάπτυξη σχεδίων δράσης , την διαμόρφωση επενδυτικού προγράμματος , την πρόβλεψη των αποτελεσμάτων του επιχειρησιακού σχεδίου και τον έλεγχο και την διαδικασία παρακολούθησης των σχεδίων δράσης .

- Το βασικό πρόβλημα που προκύπτει από την μη ύπαρξη Επιχειρησιακών σχεδίων σε Νοσοκομειακές Μονάδες, είναι η αδυναμία διαχείρισης της αλλαγής όπου απαιτείται από τους υπεύθυνους για τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό της λειτουργίας μιας Επιχείρησης να έρχονται αντιμέτωποι με συνθήκες αβεβαιότητας . Μέσα από την διαδικασία εκπόνησης Επιχειρησιακών σχεδίων διαφαίνεται η καινοτομία που διαχωρίζει μία επιχείρηση από τους ανταγωνιστές της , δημιουργώντας μία ανάγκη από την πλευρά των πελατών – χρηστών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα προϊόντα σε κανόνες λειτουργίες της αγοράς και ιδιαίτερα στον ευαίσθητο Τομέα της Υγείας.

- Παρόλο που γίνεται προσπάθεια εκπόνησης επιχειρησιακών σχεδίων από τις νοσοκομειακές μονάδες, υπάρχει πρόβλημα εφαρμογής κοινής πολιτικής βάση οδηγού από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την ανάπτυξη και επέκταση των νοσοκομειακών Μονάδων βάση αξιολόγησης των Αποτελεσμάτων ( δεν υπάρχουν Αποτελέσματα προς σύγκριση βάση προκαθορισμένων στόχων ).
- Ύστερα από Τηλεφωνική Επικοινωνία με τους Προϊστάμενους Διευθύνσεων των Διευθύνσεων Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προέκυψαν στοιχεία , ότι ενώ κατατέθηκαν σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες και από όλες τις κατά αρμοδιότητα Περιφέρεια Νοσηλευτικές Μονάδες Επιχειρησιακά Σχέδια για την υλοποίηση Επιχειρησιακών Στόχων ( Γενικών – Ειδικών ) για την επέκταση των Νοσοκομείων και βελτίωση των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας σε περίοδο Πενταετίας ( 2003-2008 ) , δεν υπάρχουν όμως Αποτελέσματα προς σύγκριση για την υλοποίηση των προκαθορισμένων στόχων , για την αύξηση του Ανταγωνισμού στον Τομέα της Υγείας .
- Η πρόβλεψη των αποτελεσμάτων και η μέτρηση της απόδοσης αποτελούν βασικά σημεία ελέγχου της στρατηγικής . Εάν οι έλεγχοι δεν διασφαλίζουν την χρήση κατάλληλης στρατηγικής για την επιτυχία των στόχων , δυσλειτουργικές παρενέργειες πιθανόν να υπονομεύσουν την υλοποίησή τους και να οδηγήσουν σε αποπροσανατολισμό από τους προκαθορισμένους στόχους και την αναμενόμενη βελτίωση της αποδοτικότητας της επιχείρησης – οργανισμού , έτσι όπως προκύπτει από την πρόβλεψη των Αποτελεσμάτων .
- Για την επίλυση των προβλημάτων και των δυσκολιών , ως προς την πρόβλεψη των αποτελεσμάτων , προτείνονται ενέργειες από την πλευρά της Διοίκησης της κάθε Υπηρεσίας – Οργανισμού που αφορούν τους ελέγχους όπου πρέπει να περιλαμβάνουν την ελάχιστη ποσότητα

πληροφοριών που απαιτούνται για να δοθεί αξιόπιστη εικόνα των γεγονότων , πρέπει να ακολουθούν μόνο τις δραστηριότητες και τα αποτελέσματα που έχουν ουσιαστική σημασία , να γίνονται έγκαιρα , να είναι βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι, να επισημαίνουν τις αποκλίσεις, και τέλος πρέπει να χρησιμοποιούνται για την επιβράβευση της επίτευξης .

## **7.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ**

Η διαδικασία ανάπτυξης επισημαίνει τα σημερινά και μελλοντικά κρίσιμα θέματα των Νοσοκομειακών Μονάδων και αναπτύσσει κατάλληλους τρόπους προσέγγισης τους με τους διατιθέμενους πόρους και τους περιορισμούς του περιβάλλοντος σε συνοχή με την περιφερειακή και Εθνική πολιτική υγείας.

Τα βήματα που θα πρέπει να ακολουθηθούν κατά την ανάπτυξη της νέας στρατηγικής είναι :

α) **επαναπροσδιορισμός των στόχων του νοσοκομείου**, στα πλαίσια των αναγκών του κάθε νοσοκομείου (οικονομική θέση του νοσοκομείου, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ισότητα ικανοποίηση χρηστών, επιβίωση, μεγιστοποίηση κάλυψης αναγκών κλπ).

Οι στόχοι του νοσοκομείου προσδιορίζονται είτε από τα εσωτερικά στοιχεία (πόρους) ή τα εξωτερικά (περιβάλλον) ή το σύστημα αξιών.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι στόχοι του νοσοκομείου θα πρέπει να σταθμίζονται χρονικά (βραχυπρόθεσμοι –μεσοπρόθεσμοι -μακροπρόθεσμοι στόχοι) και με συντελεστές βαρύτητας και σημαντικότητας.

β) **κατάστρωση ικανού αριθμού εναλλακτικών στρατηγικών σεναρίων** όπως για παράδειγμα συγχώνευση, ανάπτυξη νέων υπηρεσιών,

διακοπή παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών, σταθερή ανάπτυξη τομέων δραστηριοτήτων, κλπ. οι οποίες θα στοχεύουν στην επίλυση των προβλημάτων ή στην εκμετάλλευση της ευκαιρίας λαμβάνοντας υπόψη τους κινδύνους του περιβάλλοντος.

γ) **αξιολόγηση εναλλακτικών στρατηγικών** χρησιμοποιώντας μεθόδους χρηματοοικονομικής ανάλυσης, κοινωνικοοικονομικής ανάλυσης - κόστους οφέλους, συνέργια με περιφερειακή πολιτική κλπ.

δ) **επιλογή της καλύτερης στρατηγικής** βάσει των αντιλήψεων των στελεχών, αξιολόγησης προηγούμενων στρατηγικών, αξιολόγησης εναλλακτικών σχεδίων οργανωτικής διάρθρωσης του νοσοκομείου, κλπ.

### **7.3) ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ**

Η αξιολόγηση της υπάρχουσας στρατηγικής είναι η διαδικασία κατά την οποία συγκρίνονται τα αποτελέσματα – επιπτώσεις με το βαθμό επίτευξης των στόχων. Η διαδικασία της αξιολόγησης πρέπει να χρησιμοποιείται με ελαστικό τρόπο και να προσαρμόζεται στις περιστάσεις που πρόκειται να εφαρμοστεί. Συνίσταται δε από τα ακόλουθα μέρη :

- Προσδιορισμός του ειδικού αντικειμένου της αξιολόγησης. (καθορισμός των δεικτών αποδοτικότητας, αποτελέσματος, επιπτώσεων).
- Εξασφάλιση πληροφοριακής υποστήριξης.
- Εκτίμηση της συνοχής (εσωτερικής: εάν κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος έχει αλλάξει ιεράρχηση των στόχων και τι επίπτωση έχει αυτό και εξωτερικής: συμπληρωματικότητα, εναρμόνιση με περιφερειακή πολιτική κλπ ).
- Εκτίμηση της επάρκειας (κάλυψη των αναγκών – βαθμός επίτευξης στόχων).
- Έλεγχος της προόδου.



- Εκτίμηση της αποδοτικότητας.
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας.

Η λειτουργία του νοσοκομείου θα πρέπει να θεωρηθεί ως σύστημα που χρησιμοποιεί πόρους – εισροές (οικονομικούς, ανθρώπινους, τεχνολογία) για να παράγει συγκεκριμένες εκροές (εξετάσεις, ασθενείς, επεμβάσεις κλπ), έχοντας συγκεκριμένα άμεσα αποτελέσματα από την εκμετάλλευση των πόρων και ευρύτερες επιπτώσεις από την εκτέλεση της λειτουργίας.

### *7.3.1 Αξιολόγηση της στρατηγικής σε χώρες του εξωτερικού*

Το Αμερικάνικο σύστημα είναι ένα σύστημα προς αποφυγή. Είναι πολύπλοκο, με σοβαρές αδυναμίες σε σύγκριση με τα συστήματα υγείας άλλων ανεπτυγμένων χωρών και δεν έχει να επιδείξει πολύ καλούς δείκτες υγείας. Δεν εξασφαλίζει καθολική κάλυψη του πληθυσμού και είναι κοινωνικά άδικο, αφού η κάλυψη των αναγκών υγείας εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή.

Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το προϊόν της συνεργασίας και του συμβιβασμού των ταμείων υγείας που εκφράζουν τα συμφέροντα των ασφαλισμένων και των ενώσεων των γιατρών που εκφράζουν τα δικά τους συμφέροντα. Ως σύστημα κρίνεται ότι παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό, όμως όπως όλα τα συστήματα των αναπτυγμένων κρατών, έχει κι αυτό να αντιμετωπίσει προβλήματα και προκλήσεις. Πρέπει να αναβάλει την οποιαδήποτε προσπάθεια για αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και να διαθέσει αυξημένους πόρους για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών της ενωμένης Γερμανίας. Το Γερμανικό μοντέλο αποτελεί το υπόδειγμα ενός αποτελεσματικού και καλά οργανωμένου εθνικού συστήματος υγείας.

Το Βρετανικό NHS είναι ένα εθνικό σύστημα που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο

του πληθυσμού. Αποτελεί σήμερα αυξημένο διεθνές ενδιαφέρον για το χαμηλό του κόστος, την καλή του οργάνωση και την αποτελεσματικότητα του. Κατάφερε να διατηρήσει τις συνολικές δαπάνες υγείας σε αρκετά χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με άλλες αναπτυγμένες χώρες, χωρίς να περιορίσει την ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει έχουν σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφού παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, για εισαγωγές στα νοσοκομεία και για χειρουργικές επεμβάσεις.

Το Σουηδικό μοντέλο οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί μια πολύ ενδιαφέρουσα περίπτωση ενός εθνικού συστήματος που βρίσκεται σε συνεχείς μεταβολές. Διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα γιατί είναι πλήρως αποκεντρωμένο και γιατί χρηματοδοτείται κυρίως από τοπικούς φόρους. Οι αναζητήσεις και οι μελέτες για την καλύτερη οργάνωση του συστήματος δεν σταματούν ποτέ.

#### **7.4) ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα συνιστά ένα πολυεπίπεδο σύστημα όπου η ικανοποίηση των συνολικών στόχων περνά μέσα από την επίτευξη των επιμέρους στόχων της κάθε μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας .

Μέσα από τον Τομέα της Έρευνας και της Ανάπτυξης επιτυγχάνονται καινοτομίες στον τομέα της υγείας και της παροχής υπηρεσιών στους πελάτες – χρήστες που αυξάνουν την ύπαρξη του Ανταγωνισμού και βελτιώνουν την ποιότητα με την συμμετοχή του πολίτη.

Παρόλο που το κέρδος δεν αποτελεί το μοναδικό στοιχείο ανάπτυξης των Νοσοκομειακών Μονάδων, συμπεριλαμβανομένου και της

έννοιας του Κοινωνικού οφέλους, απαραίτητες ενέργειες για την αξιολόγηση της Αποδοτικότητας και της Αποτελεσματικότητας των Νοσοκομειακών Μονάδων, προϋποθέτουν την ύπαρξη Επιχειρησιακών σχεδίων Δράσης με προκαθορισμένους στόχους και δυνατότητες αναπροσαρμογής τους , σε επίπεδο Διοίκησης , Ανθρώπινου Δυναμικού, Τεχνολογίας και Χρηματοοικονομικών πόρων.

Συγκεκριμένα :

### **Σε επίπεδο Διοίκησης**

- Ο δημόσιος τομέας έχει πράγματι να διδαχθεί από τον Ιδιωτικό Τομέα . Ο καθένας τομέας εξυπηρετεί διαφορετικούς στόχους . Μία πιθανή συνεργασία θα οδηγήσει σε επίπεδο ετοιμότητας του Δημοσίου Τομέα ,σχετικά με το φάσμα των Υπηρεσιών και την ισότητα που πρέπει να διέπει την παροχή των νοσοκομειακών φροντίδων. Η εν μέρει ιδιωτικοποίηση θα παρέχει εξ' ιδίων πόρους στα Δημόσια Νοσοκομεία , έτσι ώστε να μην υπάρχει εξολοκλήρου εξάρτηση από τον προϋπολογισμό του κράτους, παρέχοντας δυνατότητες για υλοποίηση περαιτέρω επιχειρησιακών δράσεων για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών .
- Η ύπαρξη ειδικών θέσεων και η άμεση προκήρυξή τους από το κάθε Νοσοκομείο με ψήφιση σχετικού νόμου για Αποκρατικοποίηση και μερική ιδιωτικοποίηση του δημοσίου Τομέα Υγείας καθώς και η ανάθεση της Διοίκησης σε Managers με τυπικά και ουσιαστικά προσόντα εντός σύστασης ειδικής επιτροπής που θα ελέγχει την Νομιμότητα των κριτηρίων και την τελική ανάθεση της Διοικητικής Δραστηριότητας μέσω εκλογικής διαδικασίας του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει την κάθε Νοσοκομειακή Μονάδα , οδηγεί σε αποστασιοποίηση της Κρατικής Παρέμβασης από την εκάστοτε Κυβερνητική πολιτική στο χώρο της Υγείας

### **Σε επίπεδο Ανθρώπινου Δυναμικού**

- Η επιλογή του Ανθρώπινου Δυναμικού μέσω Α.Σ.ΕΠ. (Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής) για την πλήρωση των θέσεων που στελεχώνουν τις υπάρχουσες αλλά και προβλεπόμενες ανάγκες σε κάθε Νοσοκομειακή Μονάδα να γίνεται βάση εντοπιότητα, προκειμένου να αποφεύγονται πιθανές αποσπάσεις, μετακινήσεις και μετατάξεις Ανθρώπινου Δυναμικού, εφόσον η προς πλήρωση θέσεις κοινοποιούνται και στο ΥΠΕΣΔΑ.
- Η διαδικασία Τοποθέτησης σε θέση ευθύνης βάση προκήρυξης μετά το στάδιο επιλογής, να γίνεται ύστερα από συμπλήρωση σταθμισμένου Ερωτηματολογίου από τον Διαχειριστή Ανθρώπινου Δυναμικού σε κάθε Νοσοκομειακή Μονάδα , σε συνεργασία με τα Ανώτερα και Ανώτατα στελέχη της Διοίκησης , και με συνέντευξη για την ύπαρξη του κατάλληλου ψυχολογικού προφίλ που αντιστοιχεί στην καταλληλότητα της θέσης ευθύνης . Η τελική βαθμολογία θα εξέρχεται βάση κλίμακας , η οποία θα έχει τσεκαριστεί από ήδη εφαρμοσμένα tests , που περιλαμβάνουν κριτήρια όπως :Σταθμισμένος κατάλογος (check list), κλίμακες αξιολόγησης της συμπεριφοράς στην εργασία ή αξιολόγηση με την βοήθεια ψυχολόγων ή με την βοήθεια κέντρων αξιολόγησης.

### **Σε επίπεδο Τεχνολογίας**

- Η πρόβλεψη των αναγκών σε προμήθειες κάθε Νοσηλευτικής μονάδας πέρα από τον νόμο περί προμηθειών του δημοσίου , να γίνεται και βάση παραγγελιών Internet στο χώρο της Υγείας « Επιχείρηση προς Επιχείρηση» και « Επιχείρηση προς Πελάτη» .
- Να υπάρξει αλλαγή διαδικασιών στην διαχείριση των σχέσεων με τους πελάτες – χρήστες για την αύξηση της Ανταγωνιστικότητας με την δημιουργία ιστοσελίδας των παρεχόμενων υπηρεσιών – νοσοκομειακής φροντίδας και την ύπαρξη λογισμικού για την επιλογή από τον κάθε πελάτη χωριστά με δυνατότητα πρόβλεψης μελλοντικών αναγκών σε παροχής φροντίδας του από την κάλυψη του ιατρικού ιστορικού του.

- **Σε επίπεδο Οικονομικής Διαχείρισης**

- Η μεγιστοποίηση του οφέλους των φορολογουμένων ή των ασφαλισμένων ή των καταναλωτών , σε σχέση με την αξία των χρημάτων που δαπανώνται για τις υπηρεσίες υγείας.
- Να υπάρξει κατάλληλο στελεχιακό δυναμικό στις νοσοκομειακές μονάδες ,έτσι ώστε να υπάρχει προϋπολογισμός για κάθε Νοσοκομειακή Μονάδα σε διαφορετική βάση πέρα του Προϋπολογισμού οριακής μεταβολής.
- Η σύνταξη του Προϋπολογισμού να μην βασίζεται σε απολογιστική βάση και να σχετίζεται με τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού .
- Να γίνεται ολοκληρωμένη καταγραφή και αξιολόγηση της χρηματοοικονομικής θέσης του οργανισμού ( αποσβέσεις κτιρίων , μηχανημάτων , υποχρεώσεις , απαιτήσεις ) και να γίνονται αναλύσεις ενεργητικού παθητικού με βάση το Ενιαίο Λογιστικό Σχέδιο.
- Η κατάρτιση του προϋπολογισμού κάθε νοσοκομειακής Μονάδας να γίνεται με την ύπαρξη συνεργασίας και συμμετοχής όλων των βαθμίδων της διοίκησης και να μην αποτελεί καθήκον μόνο του διοικητή και της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού.

Κάνοντας μία σύντομη αναφορά στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας παρατηρούμε ότι η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας είναι συνδεδεμένη με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικράτησαν στη χώρα ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Παρά τα βήματα προόδου που έγιναν, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, ελλείψεις και ανεπάρκειες. Ο υγειονομικός τομέας παρέμεινε ένα από τα λιγότερο αναπτυγμένα κοινωνικο-οικονομικά υποσυστήματα. Παρόλα αυτά αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα που συνέχεια αναπτύσσεται και προσαρμόζεται, χωρίς ποτέ να ολοκληρώνεται

Αξίζει να αναφερθεί ότι είκοσι πέντε χρόνια μετά την εφαρμογή του, το ΕΣΥ συνεχίζει να προσφέρει σοβαρές υπηρεσίες στον Έλληνα ασθενή, παρουσιάζει όμως σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες, όπως διαπιστώσαμε και στην περίπτωση του ΝΙΜΤΣ. Οι δυσλειτουργίες αυτές αφορούν όλους τους τομείς του, από την στρατηγική ανάπτυξης ως την διοίκηση, την οικονομική διαχείριση, τις εργασιακές σχέσεις, τις παραγόμενες υπηρεσίες, την ποιότητα της νοσηλείας, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, την πελατειακή σχέση μεταξύ ιατρών και ασθενών, τις «άτυπες» αμοιβές, τις σχέσεις του με τον ιδιωτικό τομέα και εν τέλει την ταυτότητά του.

Παράλληλα, το Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας λειτουργεί εδώ και χρόνια στην σκιά του ΕΣΥ και παρέχει υπηρεσίες πρόνοιας προς τους κοινωνικά αποκλεισμένους και τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Είναι γνωστό ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών πρόνοιας, το εύρος της κάλυψης και η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών-χρηστών.

Η Υγεία και η Πρόνοια χρειάζονται επανίδρυση. Κεντρικός πυρήνας της επανίδρυσης είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, η επιβράβευση της παραγωγικότητας και η πάταξη της αδιαφορίας και της διαφθοράς είναι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας του εγχειρήματος. Παράλληλα, το κράτος οφείλει να αναλάβει έναν διαφορετικό ρόλο από αυτό που έχει μέχρι σήμερα, τον ρόλο του ρυθμιστή του συστήματος, του επόπτη, του νομοθέτη και του αξιολογητή.

Αξίζει να αναφερθεί ότι είκοσι πέντε χρόνια μετά την εφαρμογή του, το ΕΣΥ συνεχίζει να προσφέρει σοβαρές υπηρεσίες στον Έλληνα ασθενή, παρουσιάζει όμως σοβαρά προβλήματα και δυσλειτουργίες, όπως διαπιστώσαμε και στην περίπτωση του ΝΙΜΤΣ. Οι δυσλειτουργίες αυτές αφορούν όλους τους τομείς του, από την στρατηγική ανάπτυξης ως την διοίκηση, την οικονομική διαχείριση, τις εργασιακές σχέσεις, τις παραγόμενες υπηρεσίες, την ποιότητα της νοσηλείας, το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, την πελατειακή σχέση μεταξύ ιατρών και ασθενών, τις «άτυπες» αμοιβές, τις σχέσεις του με τον ιδιωτικό τομέα και εν τέλει την ταυτότητά του.

Παράλληλα, το Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας λειτουργεί εδώ και χρόνια στην σκιά του ΕΣΥ και παρέχει υπηρεσίες πρόνοιας προς τους κοινωνικά αποκλεισμένους και τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Είναι γνωστό ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών πρόνοιας, το εύρος της κάλυψης και η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και στις πραγματικές ανάγκες των πολιτών-χρηστών.

Η Υγεία και η Πρόνοια χρειάζονται επανίδρυση. Κεντρικός πυρήνας της επανίδρυσης είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Η επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, η επιβράβευση της παραγωγικότητας και η πάταξη της αδιαφορίας και της διαφθοράς είναι κρίσιμοι παράγοντες επιτυχίας του εγχειρήματος. Παράλληλα, το κράτος οφείλει να αναλάβει έναν διαφορετικό ρόλο από αυτό που έχει μέχρι σήμερα, τον ρόλο του ρυθμιστή του συστήματος, του επόπτη, του νομοθέτη και του αξιολογητή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 📖 ΦΕΚ 37Α/2.03.2001 (Ν. 2889/2001) «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού συστήματος υγείας και άλλες διατάξεις.
- 📖 ΦΕΚ 256 Α/2.11.2001 (Ν. 2955/2001) «Θέματα Προμηθειών των Νοσοκομείων και λοιπών Μονάδων των ΠΕΣΥ και άλλες διατάξεις».
- 📖 ΦΕΚ 296 Α/23.12.2003 (ν. 3204/2003) « Τροποποίηση και συμπλήρωση της Νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων Αρμοδιότητες Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- 📖 ΦΕΚ 30 Α/10.02.2003 (Ν. 3106/2003) «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις».
- 📖 ΦΕΚ 81 Α/4.04.2005 (Ν. 3329/2005) για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».
- 📖 ΦΕΚ 25 Α/9.02.2007 (Ν. 3527/2007) «Κύρωση Συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις.
- 📖 ΦΕΚ 99/10-2-1998 Τ'Β'
- 📖 ΦΕΚ 62/30-4-1991 Τ.Α.'
- 📖 Οδηγός Επιχειρησιακού Σχεδίου ΠΕΣΥ Πελοποννήσου
- 📖 Γούλα Β. Α, (2007) Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Εκδόσεις Παπαζήση
- 📖 Γούναρης Χ. Σισσούρας Α. Αθανασόπουλος Α. (2006) , Το Πρόβλημα της Μέτρησης της Αποδοτικότητας των Γενικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα Ισότητα, Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Επιμέλεια : Α. Δολγερας - Γ. Κυριόπουλος). ΘΕΜΕΛΙΟ / ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ



📖 Δίκαιο Κωνσταντίνος,Κοντούζης Μανώλης,Πολύζος Νίκος,Σιγάλας Ιωακείμ,Χλέτσος Μιχάλης (1999) Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management)Υπερέσιων Υγείας Πάτρα Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

📖 Δονάτος Παπαζήσης (2002) «Εισαγωγή στο Ευρωπαϊκό Δίκαιο»

📖 Θεοδώρου Μ. Σαρρής Μ. Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ.

📖 Μπουραντάς Δημήτρης (2002) Μάνατζμεντ «Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες Πρακτικές Εκδόσεις

📖 Πολύζος Ν. (2000) Η Διαχείριση του Υγειονομικού Συστήματος : Η εμπειρία και η Προοπτική. Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα (Επιμέλεια : Γ.Κυριόπουλος, Χ. Οικονόμου, Ν. Πολύζος, Α. Σισσούρας). ΘΕΜΕΛΙΟ / ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

📖 Σούλης Σ., (1999),Οικονομική της Υγείας, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ

📖 Υφαντόπουλος Ν. Γ, (2006) Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω

Αναζητήσεις σε ιστούς :

➤ [www.domiki.gr](http://www.domiki.gr)

➤ [www.archive.gr](http://www.archive.gr)

➤ [www.nimits.gr](http://www.nimits.gr)

➤ ([http://news.kathimerini.gr/4dcgi/\\_w\\_articles\\_economyepix\\_1\\_13/01/2005\\_130081](http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_economyepix_1_13/01/2005_130081),ημερ. 17/12/07

➤ ([http://www.apapadopoulos.gr/main/rec/sp\\_gr/sp61/sp61.html](http://www.apapadopoulos.gr/main/rec/sp_gr/sp61/sp61.html), 19/12/07).

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Πείτε μας λίγα λόγια για το Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μετοχικού Ταμείου Στρατού.
2. Από πού προήλθε η ιδέα για τη δημιουργία του Ιδρύματος(κίνητρο);
3. Ποιοί υλοποίησαν την ιδέα αυτή;
4. Από πού προήλθε η χρηματοδότηση για την πραγματοποίηση της;
5. Πότε ξεκίνησαν οι αλλαγές στο κτίριο;
6. Με πόσες υπηρεσίες ξεκίνησε το Ίδρυμα;
7. Πόσες κλίνες είχε αρχικά το Ίδρυμα;
8. Υπήρξαν αλλαγές από τότε έως σήμερα;
9. Τι είναι το Διοικητικό Συμβούλιο;
10. Πόσα μέλη μετέχουν στο Δ.Σ.;
11. Ποιες ιδιότητες πρέπει να έχουν τα μέλη αυτά;
12. Πόσο συχνά συνεδριάζει το Δ.Σ.;
13. Ποιοί είναι συνήθως οι λόγοι συνεδριάσεως;
14. Πώς ορίζεται ο Γενικός Διευθυντής;
15. Πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις;
16. Τι υποχρεώσεις έχει;
17. Διοικεί εξ' ολοκλήρου μόνος του το Ίδρυμα;
18. Ποιούς συμβουλευεται;
19. Ποιος ορίζεται ως Υποδιευθυντής;
20. Ποιες είναι οι αρμοδιότητες του;
21. Ποιος ορίζεται ως Διευθυντής Οικονομικών;
22. Από πόσες κλινικές απαρτίζεται σήμερα το Ίδρυμα;
23. Ποιο είναι το σύνολο των κλινών;
24. Ποιές είναι οι κύριες υπηρεσίες που προσφέρει το Ίδρυμα αυτό;
25. Πείτε μας λίγα λόγια για κάθε μία..
26. Πόσες κλίνες αντιστοιχούν στην εκάστοτε κλινική;
27. Έχουν εφαρμοστεί καινοτομίες (μιλώντας πάντα για τον ελλαδικό χώρο)στο Ίδρυμα;
28. Για ποιους λόγους ο Παθολογικός και ο Χειρουργικός τομέας χωρίζεται σε επιμέρους κλινικές;
29. Τι κλινικές περιλαμβάνει ο χειρουργικός τομέας;
30. Πείτε μας λίγα πράγματα που πρέπει να γνωρίζουμε για τον τομέας αυτό;

31. Έχει λάβει ποτέ κάποια διάκριση το ΝΙΜΤΣ;
32. Από ποιες μονάδες αποτελείται η Νεφρολογική κλινική;
33. Ποιες εξετάσεις μπορεί να υποστηρίξει η Νευρολογική κλινική;
34. Τι ακριβώς είναι η Εργαστηριακή Υπηρεσία;
35. Ποια η ευθύνη του Νοσηλευτικού προσωπικού;
36. Ποιοι ασχολούνται με την Φαρμακευτική Υπηρεσία;
37. Ποια τμήματα ανήκουν στην Διοικητική Υπηρεσία;
38. Ποια επιμέρους τμήματα χωρίζεται το Τμήμα προσωπικού;
39. Από ποια τμήματα απαρτίζεται η Οικονομική Υπηρεσία;
40. Σε ποια επιμέρους τμήματα χωρίζεται το Λογιστήριο;
41. Σε ποια επιμέρους τμήματα χωρίζεται η Γενική Διαχείριση;
42. Σε ποια επιμέρους τμήματα χωρίζεται το Τμήμα Προμηθειών;
43. Ποιες οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης;
44. Ποια τμήματα υπάγονται στο Τμήμα Μηχανογραφίας;
45. Με τι ασχολείται η Τεχνική Υπηρεσία;
46. Τι είναι οι βοηθητική υπηρεσία;
47. Τι είναι η εποπτεία Τάξης και Καθαριότητας;
48. Ποιες είναι οι Λοιπές Υπηρεσίες;
49. Ποιοι δικαιούνται να νοσηλευθούν στο Ίδρυμα;

ΔΕΙΚΤΕΣ	2003	2004	% Μετά β.	2005	% Μεταβ.	2006	% Μεταβ.	2007	% Μεταβ.	2008	% Μεταβ.
<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>											
Αριθμός Κλινών											
Εισαγωγές											
Νοσηλευθέντες											
Ημέρες Νοσηλείας											
M.A.N.											
7ο Κάλυψης											
Ρυθμός Εισροής											
Διάστημα Εναλλαγής											
<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>											
Αριθμός Κλινών											
Εισαγωγές											
Νοσηλευθέντες											
Ημέρες Νοσηλείας											
M.A.N.											
7ο Κάλυψης											
Ρυθμός Εισροής											
Διάστημα Εναλλαγής											
Επεμβάσεις											
<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>											
Αριθμοί Κλινών											
Εισαγωγές											
Νοσηλευθέντες											
Ημέρες Νοσηλείας											
M.A.N.											
7ο Κάλυψης											
Ρυθμός Εισροής											
Διάστημα Εναλλαγής											
Επεμβάσεις											

ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ	2003	2004	% Μεταβ.	2005	% Μεταβ.	2006	% Μεταβ.	2007	% Μεταβ.	2008	% Μεταβ.
<b>ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ</b>											
Αριθμός Ασθενών - Περιστατικών											
<b>ΤΜΗΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ</b>											
Αριθμός Εξετασθέντων											
Μέγιστος Θεωρητικός Αριθμός Εξετασθέντων											
Μέσος Χρόνος Αναμονής (σε ημέρες)											

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Στοιχεία και Δείκτες Παθολογικού – Χειρουργικού Ψυχιατρικού Τομέα και Διατομεακών Τμημάτων.**





	Ενεργείς Εφημερίες			Εφημερίες Ετοιμότητας			Μικτές Εφημερίες			Σύνολο	Παραγόμενο έργο (Εισαγωγές)		
	Ημέρα Γενικής Εφημερίας	2η Ημέρα Εφημερίας	3η Ημέρα Εφημερίας	Ημέρα Γενικής Εφημερίας	2η Ημέρα Εφημερίας	3η Ημέρα Εφημερίας	Ημέρα Γενικής Εφημερίας	2η Ημέρα Εφημερίας	3η Ημέρα Εφημερίας		Ημέρα Γενικής Εφημερίας	2η Ημέρα Εφημερίας	3η Ημέρα Εφημερίας
<b>Παθολογικός τομέας</b>													
Κλινική Α													
Κλινική Β													
Κλινική Γ													
Κλινική Δ													
Κλινική Ε													
Σύνολο													
<b>Χειρουργικός τομέας</b>													
Κλινική Α													
Κλινική Β													
Κλινική Γ													
Κλινική Δ													
Κλινική Ε													
Σύνολο													
<b>Εργαστηριακός τομέας</b>											<b>Σύνολο εξετάσεων.</b>		
Εργαστ. Α													
Εργαστ. Β													
Εργαστ. Γ													
Εργαστ. Δ													
Εργαστ. Ε													
Σύνολο													

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Αναλυτικά Στοιχεία και Δείκτες Ιατρικών Εφημεριών**

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ	ΥΠΗΡ/ΝΤΕΣ	ΚΕΝΕΣ	ΑΠΟΣΗ/ΝΟΙ. ΣΤΟ ΝΟΣΟΚ.	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΠΟΣΗ/ΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚ.	ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ
<b>I. ΙΑΤΡΙΚΟ.</b>							
ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ							
ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Α							
ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Β							
ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Γ							
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ							
ΣΥΝΟΛΟ							

**2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ.**

Π.Ε.							
Τ.Ε.							
Λ.Ε.							
Υ.Ε.							
ΣΥΝΟΛΟ							

**3. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.**

Π.Ε.							
Τ.Ε.							
Λ.Ε.							
ΣΥΝΟΛΟ							

**4. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ.**

Π.Ε.							
Τ.Ε.							
Λ.Ε.							
ΣΥΝΟΛΟ							

**5. ΤΕΧΝΙΚΟ .**

Π.Ε.							
Τ.Ε.							
Λ.Ε.							
Υ.Ε.							
ΣΥΝΟΛΟ							

**6. ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΙ.**

Π.Ε.							
------	--	--	--	--	--	--	--



Τ.Ε.							
Δ.Ε.							
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>							
<b>7. ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.</b>							
Π.Ε.							
Τ.Ε.							
Δ.Ε.							
Υ.Ε							
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>							
<b>ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ</b>							

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Κατάσταση Πλήρωσης Θέσεων Προσωπικού σήμερα**

Έτος	2008	2007	2006	2005	2004
<b>Α. Αρχή Έτους</b>					
Μόνιμο προσωπικό					
Έκτακτο προσωπικό					
Εποχιακό προσωπικό					

<b>Σύνολο Αρχής περιόδου</b>					
------------------------------	--	--	--	--	--

<b>Β. ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ</b>					
Μόνιμο προσωπικό					
Έκτακτο προσωπικό					

Έποχιακό προσωπικό					
--------------------	--	--	--	--	--

<b>Σύνολο Προσλήψεων</b>					
--------------------------	--	--	--	--	--

<b>Γ. ΑΠΟΧΩΡΗΣΕΙΣ</b>					
Μόνιμο προσωπικό					
Έκτακτο προσωπικό					
Έποχιακό προσωπικό					

<b>Σύνολο Αποχωρήσεων</b>					
---------------------------	--	--	--	--	--

<b>Δ. ΤΕΛΟΣ ΕΤΟΥΣ</b>					
Μόνιμο προσωπικό					
Έκτακτο προσωπικό					
Έποχιακό προσωπικό					

<b>Τελικό σύνολο (Α+Β-Γ)</b>					
------------------------------	--	--	--	--	--

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Μεταβολές Προσωπικού την τελευταία πενταετία.**

Προσωπικό / Έτος	2008	2007	2006	2005	2004
Ιατρικό					
Νοσηλευτικό					
Επιστημονικό Μη					

Ιατρικό					
Διοικητικό					
Τεχνολόγοι					
Τεχνικό					
Λοιπό					
Σύνολο					

### ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Μεγέθους Απασχολούμενου Προσωπικού

Κτίριο	Περιοχή	Έσοδα από Εκμετάλλευση	Τεχνικά Χαρακτηριστικά				Τρόπος Απόκτησης	Ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά
			όροφος	Τ.μ.	Αντικειμενική Αξία	Ημερομηνία Κτήσης		

### ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Παρουσίαση Περιουσιακών Στοιχείων - Κτίρια

Οικόπεδα	Περιοχή	Έσοδα από Εκμετάλλευση	Τεχνικά Χαρακτηριστικά				Τρόπος Απόκτησης	Ιδιαίτερα Χαρακτηριστικά
			Τ.μ.	Εντός ή Εκτός Σχεδίου	Αντικειμενική Αξία	Χαρακτηρισμός (αγροτεμάχιο, οικοδομήσιμο, κλπ)		

### ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Παρουσίαση Περιουσιακών Στοιχείων – Οικόπεδα

Α/Α	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ	ΕΙΔΟΣ ΕΞΟΦΛΙΣΜ	ΟΝΟΜΑΤΕΙ ΟΝΥΜΟ	ΠΟΣΟ ΤΗΤΑ	ΜΟΝ ΑΔΑ	ΗΜΕΡΟΜ ΗΝΙΑ	ΗΜΕΡΟ ΜΗΝΙΑ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ		
								ΤΙΜΗ	ΦΠ	ΣΥΝ
1										
2										
3										
4										
5										
6										
9										
10										
ΣΥΝΟΛΟ										

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Παρουσίαση Περιουσιακών Στοιχείων – Εξοπλισμός**

ΕΤΟΣ	2008	2007	2006	2005	2004
<b>A. ΕΣΟΔΑ ΧΡΗΣΕΩΣ</b>					
1. Έσοδα από Κύρια Δραστηριότητα					
2. Έσοδα από Επειγ/κή Δραστηριότητα					
3. Λοιπά Έσοδα *					
<b>Σύνολο Οργανικών Εσόδων</b>					

<b>B. ΕΞΟΔΑ ΧΡΗΣΕΩΣ</b>					
-----------------------------	--	--	--	--	--

<b>1. ΑΠΟΘΕΜΑΤΑ</b>					
1.1. Πρώτες & βοηθητικές Ύλες					
1.2. Αναλώσιμα Υλικά					
1.3. Ανταλλακτικά Παγίων στοιχείων					
<b>2. ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>					
2.1. Μισθοί – Ημερομίσθια					
2.2. Αποζημίωση για εκπαιδευτική άδεια					
2.3. Εργοδοτικές εισφορές					
2.4. Παρεπόμενες παροχές					
<b>3. ΑΜΟΙΒΕΣ ΚΑΙ ΕΞΟΔΑ ΤΡΙΤΩΝ</b>					
<b>4. ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΡΙΤΩΝ</b>					
4.1. ΔΕΗ					
4.2. ΕΥΔΑΠ					
4.3. ΟΤΕ					
4.4. Ενοίκια					
4.5. Ασφάλιστρα					

4.6. Επισκευές – Συντηρήσεις					
5. ΦΟΡΟΙ – ΤΕΛΗ					
6. ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΞΟΔΑ					
7. ΤΟΚΟΙ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΗ ΕΞΟΔΑ					
8. ΑΠΟΣΒΕΣΕΙΣ					

Σύνολο Οργανικών Εξόδων					
----------------------------	--	--	--	--	--

Γ. ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΧΡΗΣΕΩΣ (Α-Β)					
Δ. ΕΚΤΑΚΤΑ ΕΣΟΔΑ					
Ε. ΕΚΤΑΚΤΑ ΕΞΟΔΑ & ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ					
ΣΤ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΧΡΗΣΕΩΣ (Γ+Δ-Ε) (προ Επιχορηγήσεων Τ.Μ.)Ζ.					
Ζ. ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ Τ.Π.					

<b>Η. ΚΑΘΑΡΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΧΡΗΣΕΩΣ (ΣΤ+Ζ)</b>					
--	--	--	--	--	--

( Οι παραπάνω αριθμοδείκτες θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε υπόδειγμα Πίνακα που παρουσιάζεται στο τέλος της ενότητας. (Πίνακες Β17)

( στα Λοιπά Έσοδα δεν περιλαμβάνεται η Επιχορήγηση από τον Τακτικό Προϋπολογισμό)

( όπου υπάρχει δυνατότητα η παρουσίαση των στοιχείων να γίνει σε τιμές '08)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Απολογισμοί χρήσεων (ποσά σε Ευρώ)- Δημόσιο Λογιστικό Σύστημα**

ΕΤΟΣ	2008	2007	2006	2005	2004
<b>Α. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ</b>					
<b>Β. ΕΞΟΔΑ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</b>					
Εξοδα Εγκατάστασης					
Μείον : Αποσβέσεις					
<b>Αναπόσβεστη Αξία Εξόδων Εγκατάστασης</b>					
<b>Γ. ΠΑΓΙΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ</b>					
. Ασώματες Ακινήτοποιήσεις					
Μείον : Αποσβέσεις					
<b>Αναπόσβεστη Αξία Ασωμάτων Ακιν/σεων</b>					
<b>Ι. Ενσώματες Ακινήτοποιήσεις</b>					
Μείον : Αποσβέσεις					

Αναπόσβεστη Αξία Ενσώματων Ακιν/σεων					
Π. Συμμετοχές & άλλες μακροπρόθεσμες χρηματικές απαιτήσεις					
Αναπόσβεστη Αξία Παγίου Ενεργητικού (ΓΙ+ΓΠ+ΓΙΙ)					
<b>Δ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ</b>					
Ι. Αποθέματα					
ΙΙ. Απαιτήσεις					
α. Χρεώγραφα					
β. Διαθέσιμα					
<b>Σύνολο Κυκλοφορούντος Ενεργητικού</b>					
<b>Ε. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ</b>					
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ (Β+Γ+Δ+Ε)</b>					
<b>ΙΔΙΩΤΙΚΟ</b>					
<b>Α. ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ</b>					
ΑΙ. Αποτελέσματα εις νέον					
<b>Σύνολο Ιδίων Κεφαλαίων</b>					
<b>Β. ΠΡΟΒΛΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ &amp; ΦΕΟΔΑ</b>					
<b>Γ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ</b>					
Γ. Μακροπρόθεσμες Υποχρεώσεις					
1. Ομολογιακό Δάνεια					



2. Δάνεια Τραπεζών					
3. Λοιπές μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις					
<b>Σύνολο μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων</b>					
<b>I. Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις</b>					
1. Προμηθευτές					
2. Γραμμάτια πληρωτέα					
3. Τράπεζες λογαριασμοί βραχ/σμων					
4. Πιστωτές Διάφοροι					
5. Υποχρεώσεις από φόρους και τέλη					
6. Ασφαλιστικοί Οργανισμοί					
<b>Σύνολο βραχ/σμων υποχρεώσεων</b>					
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ</b>					
<b>A. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ</b>					
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΘΗΤΙΚΟΥ</b>					

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Απολογισμοί χρήσεων (ποσά σε Ευρώ)- Γενική Αναλυτική Λογιστική**

<b>ΕΤΟΣ</b>	<b>2008</b>	<b>2007</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2004</b>
<b>A. ΠΗΓΕΣ ΠΟΡΩΝ</b>					
1. Οικονομικά Αποτελέσματα					
2. Αποσβέσεις					
3. Προβλέψεις					
4. Επιχορηγήσεις					
4.1. Τακτικού Προϋπολογισμού					
4.2. Π.Δ.Ε. (Εθνικοί Πόροι)					

4.3. Ε.Ε. (Ε.Τ.Π.Α. κλπ.)					
5. Αύξηση Μακροπρόθεσμου Δανεισμού					
7. Αύξηση λοιπών Μακροπρόθεσμων Υποχρεώσεων					
8. Αύξηση Βραχυπρόθεσμου Δανεισμοί					
9. Μείωση Κεφαλαίου κινήσεως *					
9.1. Μείωση αποθεμάτων					
9.2. Μείωση Απαιτήσεων					
9.3. Μείωση χρεωγράφων					
9.4. Μείωση διαθεσίμων					
9.5. Μείωση Μεταβατικών λογ/σμών Ένεργητικού					
9.6. Αύξηση Πιστώσεων προμηθευτών & γραμ .Πληρωτέων					
9.7. Αύξηση Υποχρ. σε Ασφαλιστικούς Όργανισμούς					
10. Λοιπές Πηγές					
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΠΗΓΩΝ</b>					
<b>Β. ΧΡΗΣΕΙΣ ΠΟΡΩΝ</b>					
1. Επενδύσεις					
1.1. Γήπεδα					
1.2. Κτίρια					
1.3. Μηχανολογικός Εξοπλισμός					
1.4. Μεταφορικά Μέσα					
1.5. Έπιπλα και Λοιπός Εξοπλισμός					

1.6. Συμμετοχές					
1.7. Λοιπές Επενδύσεις					
2. Μείωση Μακροπρόθεσμου Δανεισμού					
3. Μείωση Λοιπών Μακροπρόθεσμων Υποχρεώσεων					
4. Μείωση Βραχυπρόθεσμου Δανεισμού					
5. Πληρωμή Φόρων Εισοδήματος					
6. Αύξηση Κεφαλαίου Κίνησης *					
6.1. Αύξηση Αποθεμάτων					
6.2. Αύξηση Απαιτήσεων					
6.3. Αύξηση Χρεωγράφων					
6.4. Αύξηση Διαθεσίμων					
6.5. Μείωση Πιστώσεων Προμ/τών & Γρ. Πληρωτέων					
6.6. Μείωση Υποχρ. σε Ασφαλιστικούς Οργανισμούς					
7. Λοιπές Χρήσεις					
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΡΗΣΕΩΝ</b>					

Δεν συνυπολογίζεται η μεταβολή του ύψους του Βραχυπρόθεσμου Τραπεζικού Δανεισμού

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Πηγές και Χρήσεις Πόρων (ποσά σε Ευρώ) Γενική Αναλυτική Λογιστική**

Διάρθρωση Μεταβλητού κόστους Λειτουργίας ανά ημέρα νοσηλείας.														
	Μέσο Μεταβλητό Κόστος Νοσηλείας	Μ.Μ.Κ. ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Φαρμάκου ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Εργαστ.εξετ. ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Διαγν.εξετ. ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Υγιειν.υλικού ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Συντήρησης ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Ιματισμού ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Καθαριστ. ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Ενέργειας ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Θέρμανσης ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Αερίων ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Χειρουργ.επεμβ. ανά ημέρα Νοσηλείας	Μ.Κ. Υλικών επί χρεώσ. ανά ημέρα Νοσηλείας
<b>Παθολογικός τομέας</b>														
Κλινική Α														
Κλινική Β														
Κλινική Γ														
Κλινική Δ														
Κλινική Ε														
<b>Χειρουργικός τομέας</b>														
Κλινική Α														
Κλινική Β														
Κλινική Γ														
Κλινική Δ														
Κλινική Ε														
<b>Ψυχιατρικός τομέας</b>														
Κλινική Α														
Κλινική Β														

Εργαστηριακός τομέας	Σύνολο Εργαστηρ. Εξετάσεων	Διάρθρωση της Ζήτησης των εργαστ.εξετ.				Δαπάνες Λειτουργίας			Μέσο Κόστος ανά εργαστ.εξετ.
		ΤΕΙ	ΤΕΠ	ΚΛΙΝΙΚΕΣ	"Ποιοτικός έλεγχος"	Δαπάνη αντιδρ. ή Films	Δαπάνη Λειτουργίας* τμήματος	Συνολική Δαπάνη Λειτουργίας τμήματος	
Εργαστ. Α									
Εργαστ. Β									
Εργαστ. Γ									
Εργαστ. Δ									
Εργαστ. Ε									

### ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Εκτίμηση Μέσου Κόστους

Η ανάλυση του συγκεκριμένου Πίνακα ενδεχομένως να ξεπερνά τις δυνατότητες πολλών νοσοκομείων αλλά θεωρούμε ότι είναι ιδιαίτερα απαραίτητη η συμπλήρωση των στοιχείων του Πίνακα μελλοντικά.

ΕΤΟΣ		2008	2007	2006	2005	2004
<b>ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>						
Αποδοτικότητα απασχολούμενων κεφαλαίων (%)	100*καθαρό Αποτέλεσμα χρήσης					
	$\frac{\text{Απασχολούμενα Κεφάλαια}}{\text{Απασχολούμενα Κεφάλαια}}$					

Περιθώριο Καθαρού Ζέρδους προ Επιχορηγήσεων Τ.Π. (%)	100* Οικονομικό Αποτέλεσμα χρήσης Οργανικά Έσοδα					
Περιθώριο Καθαρού Ζέρδους (%)	100* Καθαρό Αποτέλεσμα Οργανικά Έσοδα					
<b>2. ΡΕΥΣΤΟΤΗΤΑ</b>						
Γενική Ρευστότητα	Κυκλοφορούν Ενεργητικό Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις					
Πραγματική Ρευστότητα	Κυκλοφορούν Ενεργητικό- Αποθέματα Βραχυπρόθεσμες Υποχρεώσεις					
<b>3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ</b>						
Λέσος Όρος Ημερών Αλλογής Απαιτήσεων	365* Απαιτήσεις(Πελατ.+Γραμ. Εισπρ) Σύνολο Οργανικών Εσόδων					
<b>4. ΚΕΦΑΛΑΙΑΚΗ ΙΑΡΘΡΩΣΗ</b>						

Γενικής Επιβάρυνσης	Υποχρεώσεις Σύνολο Παθητικού					
Χρηματοδότηση Επενδύσεων	Ιδια Κεφάλαια +Αναπόσβεστη Αξία Σύνολο Παγίων					
<b>5. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ</b>						
Εσοδα ανά Εργαζόμενο	Σύνολο Οργανικών Εσόδων Απασχολούμενο Προσωπικό					
Κυκλοφορίας Ενεργητικού	Σύνολο Οργανικών Εσόδων Σύνολο Ενεργητικού					
Αξιοποίηση Περιουσίας	Σύνολο Οργανικών Εσόδων Αναπόσβεστη Αξία Παγίων					
<b>. Δαπανών Προσωπικού</b>						

<p>Δαπάνες Προσωπικού ανά εργαζόμενο</p>	<p>Αμοιβές &amp; Έξοδα Προσωπικού Απασχολούμενο Προσωπικό</p>					
<p>Ευμετοχή Μισθοδοσίας στο συνολικό Κόστος Λειτουργίας</p>	<p>Αμοιβές &amp; Έξοδα Προσωπικού Οργανικά Έξοδα - Χρημ/κά Έξοδα</p>					

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Αριθμοδείκτες Νοσοκομείου**

Α / Α	ΔΙΟΙΚΗΣΕΙΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ	ΕΚΠΙΟΝΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΔΙΩΝ	ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ Η ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΧΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
1	1 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΝΑΙ	ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	ΜΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣ
2	2 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΝΑΙ	ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ 2003-2008	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	ΜΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣ Η
3	3 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΝΑΙ	ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	ΔΕΝ ΕΦΑΡΜΟΣΤ

4	4 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	ΝΑΙ	ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ Σ 2003-2008	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	ΜΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ
5	5 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΝΑΙ	ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ Σ	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	ΜΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ
6	6 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛ/ΣΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ	ΝΑΙ	ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ Σ	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	ΜΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟΧΩΝ
7	7 <sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ	ΝΑΙ	ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ	ΜΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ

ΣΥΝΟΛΟ: 7 ΔΥΠΕ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Αποτελέσματα εκπόνησης Επιχειρησιακών Σχεδίων σε Δ.Υ.ΠΕ**



**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ΝΙΜΤΣ**

<b>Επωνυμία:</b>	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΜΕΤΟΧΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ (ΝΙΜΤΣ)
<b>Έδρα :</b>	ΑΘΗΝΑ
<b>Διεύθυνση :</b>	ΜΟΝΗΣ ΠΕΤΡΑΚΗ 10 Τ.Κ.:11521
<b>Τηλέφωνο:</b>	2107288001
<b>Έτος Ίδρυσης:</b>	1942
<b>Οργανικές κλίνες:</b>	393

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Σημερινά στοιχεία ταυτότητας ΝΙΜΤΣ**





