

Διοίκηση Δημοσίων Νοσοκομείων στην Ελλάδα: Δεκάλογος Προβληματισμών και Προτάσεων

Σπηλιωτόπουλος Αθανάσιος¹, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα²

Αποτελεί κοινό συμπέρασμα πολλών επιστημονικών μελετών αλλά και διαπίστωση τόσο των εργαζομένων όσο και των ασθενών πως η παρουσία ενός περιβάλλοντος δυσλειτουργίας στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας εμποδίζει τα τελευταία να προσφέρουν στην κοινωνία όσα πραγματικά μπορούν.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση (και συμπύκνωσή τους σε δέκα σημεία) διαπιστώσεων και προβληματισμών σχετικά με την παρούσα κατάσταση των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα αλλά και προτάσεων προς βελτίωση.

Η κακοδιοίκηση των νοσοκομείων αποτελεί ένα ιστορικό πρόβλημα στην Ελλάδα που οφείλεται σε αιτίες διαχρονικές καθώς και σε άλλες που αφορούν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους. Η ατυχής επιλογή διοικήσεων, τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού, η υποχρηματοδότηση αλλά και η εφαρμογή παρωχημένων μοντέλων διοίκησης μαζί με πλήθος άλλων παραγόντων συνέβαλαν αποφασιστικά στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου.

Από την άλλη πλευρά, το υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας, η παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους αλλά και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων της τεχνολογίας (κυρίως στον τομέα της πληροφορικής και των επικοινωνιών) μπορούν να συμβάλουν στην αναστροφή του υφιστάμενου κλίματος.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 13: 71-77, 2020

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως «διοίκηση» ορίζεται ένα σύνολο διαδικασιών, οι οποίες εξασφαλίζουν σε μια ομάδα ανθρώπων την οργανωτική τους συνοχή και τον επιθυμητό προσανατολισμό τους προς ένα προκαθορισμένο στόχο.

Αποτελεί κοινό συμπέρασμα πολλών επιστημονικών μελετών αλλά και διαπίστωση τόσο των εργαζομένων όσο και των ασθενών πως κάποια δυσλειτουργία στα δημό-

σια νοσοκομεία της χώρας μας δεν επιτρέπει σε αυτά και στο προσωπικό τους (διαφόρων ειδικοτήτων) να αποδώσει σύμφωνα με τις πραγματικές του δυνατότητες και να συνεισφέρει ανάλογα στο κοινωνικό σύνολο και στη δημόσια υγεία.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση (και συμπύκνωσή τους σε δέκα σημεία) διαπιστώσεων και προβληματισμών σχετικά με την παρούσα κατάσταση των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα αλλά και προτάσεων προς βελτίωση.

Λέξεις κλειδιά: Ιδιοίκηση νοσοκομείων, ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, νοσοκομεία ΕΣΥ, κακοδιοίκηση.

¹ Οδοντίατρος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ

² Οδοντίατρος, Συντονίστρια Διευθύντρια Ε.Σ.Υ

Προέλευση:

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ του Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας.

1. ΚΑΚΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Από τη μελέτη της ιστορικής εξέλιξης των νοσοκομείων στην Ελλάδα συνάγονται, ανάμεσα σε άλλα, δύο συμπεράσματα: α) Οι παθογένειες της δημόσιας διοίκησης στη χώρα αντανakλούσαν πάντα και στην κατάσταση των νοσοκομείων. β) Η κακοδιοίκηση των νοσοκομείων αποτελεί ένα ιστορικό πρόβλημα στην Ελλάδα που οφείλεται σε αιτίες διαχρονικές καθώς και σε άλλες που

αφορούν σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους. Αναζητώντας τις αιτίες της κακοδιοίκησης των νοσοκομείων ανάμεσα σε διάφορες σχετικές μελέτες, προκύπτουν οι εξής διαπιστώσεις:

- Τα ελληνικά νοσοκομεία συνήθως δεν διοικούνται από επαγγελματίες μάνατζερ. Πολύ συχνά επιλέγονται πρόσωπα με πολιτικά ή και προσωπικά υποκειμενικά κριτήρια. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να διοικούνται από ανθρώπους που δεν διαθέτουν την απαιτούμενη γνώση και εμπειρία.
- Έχουν σημειωθεί αρκετές ειλικρινείς προσπάθειες με αγαθούς σκοπούς από την πλευρά της πολιτείας έως τώρα. Ωστόσο, δεν παρήχθη πάντα το επιθυμητό αποτέλεσμα διότι ήταν αποσπασματικές και δεν είχαν προετοιμασθεί σωστά ή δεν είχαν συνέχεια. Πολλές παρεμβάσεις (νομικές, θεσμικές και άλλες) από την πλευρά της πολιτείας έχουν γίνει με πρόχειρο τρόπο και κυρίως χωρίς προηγούμενες μελέτες και έρευνες. Επίσης, ορισμένες προσπάθειες με σκοπό την αναμόρφωση του τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων έμειναν ημιτελείς και αποδείχθηκαν άτολμες για το λόγο ότι υπήρξε φόβος για ενδεχόμενο πολιτικό κόστος, σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, από την πλευρά των εκάστοτε κυβερνήσεων.
- Υπάρχει ανισοκατανομή ιατρών και ειδικοτήτων σε εθνικό επίπεδο, αλλά ακόμα και στο επίπεδο ενός νοσοκομείου. Παρατηρείται, για παράδειγμα, συχνά το φαινόμενο ύπαρξης τριών ή και τεσσάρων κλινικών με κοινό αντικείμενο στο ίδιο νοσοκομείο. Αυτό δυσχεραίνει το σχεδιασμό και τη λειτουργία του νοσοκομείου, ενώ παράλληλα αυξάνει το κόστος των υπηρεσιών.
- Παρατηρούνται ανεπαρκείς καταγραφές στατιστικών στοιχείων που αφορούν πλήθος πληροφοριών (π.χ. εισαγωγές ασθενών, επανεισαγωγές, επιπλοκές, ιατρικές πράξεις, θεραπευτικό αποτέλεσμα, χρησιμοποιούμενες ποσότητες υλικών και εξοπλισμού) που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να είναι αδύνατος ο έλεγχος, ο αποτελεσματικός προγραμματισμός, ο υπολογισμός του κόστους και η αυτοαξιολόγηση. Επίσης, δίνεται χώρος για σπατάλες, καθυστερήσεις, αναποτελεσματικότητα και, ενδεχομένως, για ανάπτυξη φαινομένων διαφθοράς.
- Συχνά διαπιστώνεται δυσχερής συνεργασία και συντονισμός δυο διαφορετικών νοσοκομείων (ή μονάδων υγείας) για την αντιμετώπιση επιπεπλεγμένων περιστατικών.
- Υπάρχει ανισοκατανομή των νοσοκομείων χωροταξικά, η οποία (όπως και η στελέχωσή τους) θα πρέπει να επανασχεδιασθεί και να γίνει με αντικειμενικά κριτήρια (πληθυσμός, νοσηρότητα, τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες κ.λπ.).
- Πολιτικοί παράγοντες με στενή μικροκομματική λογική, κομματισμός και η κατά καιρούς αντίληψη του «κομματικού κράτους» παρεμβαίνουν στο έργο της διοίκησης του νοσοκομείου. Επίσης, η κακή πλευρά ενός παρωχημένου συνδικαλισμού στη βάση της συντεχνιακής λογικής εμποδίζει συχνά τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις.
- Υπάρχει γραφειοκρατία και φαινόμενα αυθαιρεσίας που είναι δύσκολο να αντιμετωπισθούν λόγω ανεπάρκειας των ελεγκτικών μηχανισμών σε συνδυασμό με την ελλιπή εκπαίδευση του προσωπικού και την έλλειψη ανάλογης κουλτούρας.

- Ελλείπει η ευελιξία στο σύστημα προμηθειών με αποτέλεσμα καθυστερήσεις και σπατάλη δημοσίου χρήματος.
- Παρατηρούνται φαινόμενα διαφθοράς (π.χ. «φακελάκι» ιατρών, σκανδαλώδεις προμήθειες, αναξιοκρατία) που δυστυχώς αδυνατούν να ελεγχθούν.

Όλα τα παραπάνω συνιστούν αδυναμία των νοσοκομείων να λειτουργήσουν με σύγχρονους όρους επιχειρηματικότητας και συναντώνται σε άλλοτε άλλο βαθμό στο σύνολο της δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα¹⁻⁶.

2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας διακρίνονται σε ποσοτικά και ποιοτικά. Τα προβλήματα στο σχεδιασμό συνίστανται κυρίως στην προχειρότητα των εκτιμήσεων. Τα προβλήματα στην παραγωγή εκπαίδευση εστιάζονται κυρίως στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα του μοντέλου παραγωγής των επαγγελματιών υγείας ενώ τα προβλήματα στη διαχείριση σχετίζονται με την έλλειψη οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων που προκαλεί σύγχυση ρόλων και οδηγεί στην μη αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων (ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, παραϊατρικό, διοικητικό, ειδικό τεχνικό προσωπικό κ.λπ.) που καθιστά τη σύνθεση του προσωπικού αρκετά ανομοιογενή και συνήθως δύσκολα διαχειρίσιμη. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι συχνά αποτέλεσμα ελλιπούς προγραμματισμού. Πολλές φορές διαπιστώνεται απουσία κεντρικού σχεδιασμού που να συνδέει το σύστημα υγείας με το σύστημα εκπαίδευσης και να εξισορροπεί την προσφορά ανθρωπίνων πόρων με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Πέρα από την απουσία επαρκούς προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού, παρατηρείται: α) υπερπροσφορά ειδικευμένων ιατρών και ταυτόχρονα άνιση γεωγραφική κατανομή τους, β) ελλείψεις σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και εξειδικευμένο διοικητικό και τεχνικό προσωπικό, γ) αποδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της γενικής / οικογενειακής ιατρικής καθώς και δ) αδυναμίες στο σύστημα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Υπάρχει ανάγκη για αντιμετώπιση και διαχείριση των παραπάνω προβλημάτων μέσα από ένα κεντρικό εθνικό σχεδιασμό. Συγκεκριμένα, θα πρέπει:

- Να εξασφαλιστεί μια ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.
- Να καθορισθούν ρόλοι στους εργαζόμενους.
- Να δημιουργηθούν κίνητρα.
- Να προαχθεί αξιόπιστος και διαφανής μηχανισμός ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.
- Να συνδεθεί η αγορά με την εκπαίδευση.
- Να αναπτυχθούν ολοκληρωμένα συστήματα επιστημονικής ανάλυσης των πληροφοριών και πρόβλεψης σχετικά με τις μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού⁷⁻¹⁰.

3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Η έννοια «μεγάλο νοσοκομείο» αφορά όχι μόνο την κτηριακή του υποδομή και την εντόπισή του σε μεγάλο αστικό κέντρο, αλλά και τον αριθμό των εργαζομένων σε αυτό, την επισκεψιμότητά του, το θεραπευτικό και νο-

σπλευτικό του έργο, τον πολυσχιδή του σχεδιασμό (ως προς τα διάφορα εξειδικευμένα και μη τμήματα που διαθέτει), τον οικονομικό του προϋπολογισμό, αλλά και τις προσδοκίες της κοινωνίας για την αποστολή του. Συνήθως δε, αποτελεί ταυτόχρονα και κέντρο εκπαίδευσης για ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς υπαλλήλους και λοιπό προσωπικό. Επομένως, διαπιστώνουμε ένα σύνολο από εξαιρετικά σοβαρούς σκοπούς που πρέπει να επιτευχθούν, τη στιγμή που η πολιτεία αλλά και η κοινωνία δεν επιτρέπει ούτε και «συγχωρεί» σφάλματα στον τομέα αυτό.

Και όλα αυτά βέβαια, διαδραματίζονται σε ένα περιβάλλον διόλου φιλικό ως προς την υλοποίηση αυτών των στόχων. Το περιβάλλον αυτό συνοψίζεται στα εξής: ελλιπής, άναρχη και πεπαλαιωμένη κτηριακή (ή και υλική) υποδομή, γερασμένο προσωπικό, ένδεια οικονομικών πόρων, συσσώρευση ασθενών από την περιφέρεια, συχνά απηρχαιωμένη νοσοτροπία, συχνά κλίμα διαφθοράς και κρατικού παρεμβατισμού. Μέσα σε αυτό το τόσο δύσβατο περιβάλλον, ποιο θεωρητικό μοντέλο διοίκησης θα μπορούσε να αποδώσει τα μέγιστα; Αρκετά μοντέλα διοίκησης με θετικά αλλά και τρωτά σημεία έχουν προταθεί.

Συγκεκριμένα, η «Διοίκηση με στόχους» θα μπορούσε να αποδώσει εν μέρει και εσωτερικά σε ένα δημόσιο νοσοκομείο μιας και η ενδεχόμενη γενικευμένη εφαρμογή της κινδυνεύει να αποδειχθεί μη εφαρμόσιμη λόγω ατολμίας ή πρόσκρουσης σε διάφορες αγκυλώσεις και παγιωμένες στρεβλώσεις. Η «Διοίκηση αξιών» παρά τον ανθρωποκεντρικό της χαρακτήρα, δεν εστιάζει όσο απαιτείται στη δημοσιονομική και άλλη πειθαρχία που αποτελεί και την «αχίλλειο πτέρνα» του συστήματος. Ο «Ανασχεδιασμός των επιχειρηματικών διαδικασιών» είναι δύσκολα υλοποιήσιμος, λόγω της αντίστασης από το καθεστώς του γραφειοκρατικού μηχανισμού. Η «Θεωρία της συγκριτικής αξιολόγησης» αλλά και η «Επιχειρησιακή έρευνα» απαιτούν χρόνο, αλλαγή της υφισταμένης κουλτούρας και διαρκή επένδυση στην εκπαίδευση τη στιγμή που η ελληνική διοίκηση, δυστυχώς, δεν μας έχει συνηθίσει σε τέτοια μακρόπνοα προγράμματα που να τα τηρεί με συνέπεια, συνέχεια και χρονοδιαγράμματα. Από την άλλη πλευρά, η «Στρατηγική διοίκηση» δίνει έμφαση στη δημοσιονομική σταθερότητα, στην πειθαρχία και στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων που είναι ακρογωνιαίος λίθος της επιτυχίας, ενώ διασφαλίζει την κοινωνική ευθύνη απέναντι στους ασθενείς αλλά και στους εκπαιδευόμενους ιατρούς.

Η απουσία ενός ιδανικού μοντέλου δεν θα πρέπει να δικαιολογεί την ενδεχόμενη αδράνεια και απραξία. Η ατλαντεύτη βούληση για συνεπή υλοποίηση του όποιου μοντέλου διοίκησης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία του¹¹⁻¹⁴.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΣ ΜΑΝΑΤΖΕΡ

Σύμφωνα με τον Katz, ο αποτελεσματικός μάνατζερ θα πρέπει να διαθέτει τρεις βασικές κατηγορίες ικανοτήτων:

- **Διανοητικές:** Αφορούν στην ικανότητα του στελέχους να αντιλαμβάνεται φαινόμενα, καταστάσεις και αντικείμενα καθώς και να μπορεί να τα συγκρίνει, αξιολογεί, ταξινομεί και ιεραρχεί.

Παράδειγμα: Ο Διευθυντής μιας κλινικής σε ένα δημό-

σιο νοσοκομείο γνωρίζει καλά να θέτει στόχους για την κλινική αλλά και για τους υφισταμένους του προσωπικά. Γνωρίζει τα αδύνατα σημεία της κλινικής και των ατόμων και αξιοποιεί τα θετικά στοιχεία του καθενός. Αναπτύσσει καινοτόμες πρακτικές που μπορεί να αφορούν νέες τεχνολογίες ή σύγχρονα και αναθεωρημένα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Παρακολουθεί τις επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα του. Αξιολογεί και ιεραρχεί τις ανάγκες του τμήματός του σε προσωπικό, εκπαίδευση και υλικά μέσα. Αναπτύσσει οργανωτικές δομές που θα μπορούσαν να ανταπεξέλθουν σε έκτακτες καταστάσεις. Προγραμματίζει, προβλέπει, οργανώνει και λαμβάνει αποφάσεις έγκαιρα.

- **Ανθρώπινες:** Αφορούν στην ικανότητα του στελέχους να επικοινωνεί με τους υφισταμένους του, να επιλύει διαφορές και να δημιουργεί κατάλληλες προϋποθέσεις για αποτελεσματική συνεργασία.

Παράδειγμα: Ο μάνατζερ σε μια επιχείρηση πώλησης προϊόντων ενθαρρύνει τους υφισταμένους του και τους παροτρύνει με εύσχημο τρόπο να εργαστούν για την επιβίωση και τη βελτίωση θέσης της επιχείρησης στην αγορά. Εμπνέει το προσωπικό, «δείχνει το δρόμο» και αποτελεί το πρότυπό τους. Διαθέτει ηγετική ικανότητα. Παράλληλα, προλαμβάνει ενδεχόμενες συγκρούσεις του προσωπικού και, όταν συμβαίνουν, τις διαχειρίζεται αποτελεσματικά, ώστε να μη διαταράσσεται η ηρεμία στο εργασιακό περιβάλλον. Γνωρίζει καλά να ακούει τα παράπονα των εργαζομένων, να δείχνει κατανόηση και να παρεμβαίνει διακριτικά, δίκαια, με σεβασμό και να πείθει. Μπορεί να ξεπεράσει την πρόσκαιρη δυσκολία που προκαλείται από μια απουσία (π.χ. λόγω ασθενείας) ενός υπαλλήλου, αναπτύσσοντας το αίσθημα της συναδελφικότητας και του ομαδικού πνεύματος στους υπολοίπους. Αυτά συντελούν στη διασφάλιση κατάλληλων συνθηκών, ώστε να συνεργαστούν αποδοτικά οι εργαζόμενοι.

- **Τεχνικές:** Αφορούν στην ικανότητα του στελέχους να χρησιμοποιεί αποδοτικά εργαλεία, τεχνικές και διαδικασίες.

Παράδειγμα: Ο μάνατζερ σε μια επιχείρηση πληροφορικής, γνωρίζει καλά τη λειτουργία των προγραμμάτων. Συνήθως, έχει προύπηρητήσει με επιτυχία σε διάφορες θέσεις, με αποτέλεσμα να έχει αποκτήσει ικανότητες και να έχει συσσωρεύσει γνώση και εμπειρία πάνω στα διάφορα αντικείμενα. Αυτό του προσδίδει μια άνεση στην αντιμετώπιση τεχνικών προβλημάτων και, επομένως, μια καθολική αποδοχή από μέρους των εργαζομένων γιατί μπορεί να διαχειριστεί τεχνικές και διαδικαστικές δυσκολίες αποτελεσματικότερα ίσως από τον καθένα. Με αυτό τον τρόπο, κερδίζει επιπλέον κύρος και σεβασμό, γεγονός που τον διευκολύνει στην άσκηση των καθηκόντων του ως μάνατζερ¹⁵⁻¹⁷.

5. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας θα μπορούσε να συνδράμει αποφασιστικά και χωρίς τεράστιο οικονομικό κόστος τις φιλότιμες προσπάθειες του προσωπικού, λαμβάνοντας τα εξής χαρακτηριστικά:

- Πολιτικό πλαίσιο που να προωθεί τη διατήρηση του προσωπικού αλλά και τις νέες προσλήψεις. Η διαβεβαίωση για μελλοντική διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού μεταδίδει αίσθημα ασφάλειας και αυτοπεποίθησης στον εργαζόμενο.

- Έμφαση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, μετεκπαίδευση, εξειδίκευση και αναβάθμιση του υπηρετούντος προσωπικού. Με αυτό τον τρόπο, ο εργαζόμενος αισθάνεται πως ο εργοδότης επενδύει στην προσωπική του αξία.
- Παροχή οικονομικών κινήτρων αποδοτικότητας στους εργαζόμενους.
- Προγράμματα αναγνώρισης της προσφοράς των επαγγελματιών υγείας και της συμβολής τους στο συνολικό θεραπευτικό έργο των υγειονομικών μονάδων, με ευνοϊκές ανταμοιβές και διοικητικές προαγωγές.
- Επάρκεια υλικοτεχνικού εξοπλισμού και ποιοτικοί χώροι εργασίας.
- Ασφάλεια στο εργασιακό περιβάλλον που αποτρέπει κινδύνους και απειλές και ικανοποιεί το αίσθημα ασφαλείας και αποδοχής του εργαζομένου.
- Ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος συνεργασίας που οικοδομεί κλίμα εμπιστοσύνης, αποδοχής και αποφυγής εκδήλωσης ενός κακώς εννοούμενου «ατομισμού» εις βάρος του συνόλου.
- Ενθάρρυνση της αυτονομίας των επαγγελματιών υγείας και παρότρυνσή τους για την ανάληψη πρωτοβουλιών μέσα σε ένα ευρύ πεδίο δράσης. Αυτό αποτελεί δείγμα εμπιστοσύνης στους εργαζόμενους που τους επιτρέπει να αποφασίζουν μόνοι πως θα επιτελέσουν το έργο τους.

Η ηγεσία πρέπει να συμβάλλει αποφασιστικά στην καθιέρωση και εμπέδωση ενός τέτοιου περιβάλλοντος εργασίας.

Υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση πως «το υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας» συμβάλλει στην «ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας» και αυτή με τη σειρά της επιδρά ευεργετικά στην «θετική έκβαση της κατάστασης υγείας των ασθενών»¹⁸⁻²¹.

6. ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ

Σύμφωνα με το Maslow («θεωρία των αναγκών»), οι ανάγκες των εργαζομένων κατατάσσονται σε μορφή πυραμίδας. Στη βάση της, βρίσκονται οι φυσιολογικές (βιολογικές) ανάγκες και στη συνέχεια αυτές της ασφάλειας, οι κοινωνικές, οι ανάγκες αυτοεκτίμησης και, τέλος, αυτές της αυτοπραγμάτωσης.

Με βάση τα πέντε επίπεδα της ιεραρχίας του Maslow, τα μέσα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα διοικητικό στέλεχος, προκειμένου να δημιουργήσει κίνητρα στους εργαζομένους, είναι τα εξής:

- Αύξηση του κύρους των εργαζομένων στα πλαίσια των δραστηριοτήτων τους στον χώρο εργασίας, προκειμένου να αυξηθεί η αυτονομία και η ελευθερία τους.
- Ανάθεση συγκεκριμένων και εξειδικευμένων καθηκόντων στους εργαζομένους προκειμένου να αποκτήσουν την απαραίτητη εμπειρία στην εργασία τους.
- Εισαγωγή νεότερων και δυσκολότερων στόχων.
- Ανατροφοδότηση κι ενημέρωση.
- Ανάθεση ενός ολοκληρωμένου κύκλου εργασίας στον κάθε εργαζόμενο κι όχι κατακερματισμένα και μεμονωμένα καθήκοντα.
- Αύξηση της προσωπικής ευθύνης των εργαζομένων.
- Αναβάθμιση της εργασίας²²⁻²⁴.

7. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Ο χώρος της υγείας έχει πολλά να ωφεληθεί από την ε-

κρηξη της τεχνολογίας και ειδικότερα του τομέα της πληροφορικής και της επικοινωνίας που συντελείται στις μέρες μας. Η «ηλεκτρονική υγεία» (e-health) αποτελεί όρο που περιλαμβάνει και περιγράφει όλες τις εφαρμογές της πληροφορικής και τηλεματικής στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Είναι, δηλαδή, η εν γένει χρησιμοποίηση εργαλείων που βασίζονται στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών, με σκοπό την ενίσχυση της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπευτικής αγωγής και της παρακολούθησης και διαχείρισης της υγείας και του τρόπου ζωής.

Επίσης, η αξιοποίηση της τεχνολογίας της υγείας θα επιτρέψει, μέσα από την χρήση ποσοτικών μεθόδων, στις διοικήσεις των νοσοκομειακών μονάδων να έχουν τέτοια πληροφόρηση ώστε να αξιοποιήσουν κατά τον αποδοτικότερο δυνατό τρόπο τους διατιθέμενους παραγωγικούς συντελεστές, μεγιστοποιώντας τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε αριθμό και ποιότητα²⁵⁻²⁹.

8. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ

Είναι πλέον παγκοσμίως καθιερωμένη η επιλογή χρήσης του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενή (ΗΦΑ) έναντι του χειρόγραφου για μια σειρά από λόγους. Συγκεκριμένα, ο ΗΦΑ:

- Καλύπτει όλες τις κλινικές, νομικές και διοικητικές απαιτήσεις.
- Παρέχει πληροφόρηση για όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.
- Δεν υπόκειται στη φθορά του χρόνου, όπως συμβαίνει στο χειρόγραφο φάκελο.
- Η επεξεργασία του και η πρόσβαση είναι εύκολη και γρήγορη με χρήση απλών πληροφοριακών συστημάτων και χωρίς να απαιτούνται πολύπλοκα τεχνολογικά μέσα και σπατάλη πόρων υγείας.
- Η πρόσβαση και η διακίνησή του μπορεί να γίνει και εξ αποστάσεως (σε εφαρμογές τηλεϊατρικής κ.λπ.).
- Επιτρέπει ταχύτερες και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.
- Επιτρέπει εξατομικευμένες συμβουλές για μεμονωμένο ασθενή.

Επίσης, μέσω αυτού:

- Οι πληροφορίες είναι καταγεγραμμένες με ενιαίο τρόπο, ώστε να είναι συγκρίσιμες και να μπορούν να υποστούν επεξεργασία εύκολα.
- Υποστηρίζεται η εκπαίδευση και η έρευνα, αφού μπορούν τα στοιχεία ευκολότερα να συγκεντρωθούν και να αναλυθούν προκειμένου να εξυπηρετήσουν επιδημιολογικές, στατιστικές και άλλες μελέτες.
- Υποστηρίζεται η συνέχεια της φροντίδας της υγείας με ικανοποιητική ποιότητα, πρόσβαση και αποδοτικότητα.
- Αξιολογείται και καταγράφεται η ικανοποίηση και η συμμόρφωση του ασθενούς.

Σημειώνεται ότι:

- Η χρήση των υπολογιστών είναι πλέον τόσο διαδεδομένη που δεν απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις για να διαχειριστεί κάποιος επαγγελματίας υγείας τον ΗΦΑ.
- Υπάρχει τεχνολογικά η δυνατότητα να επιτρέπεται η ελεγχόμενη πρόσβαση στον ΗΦΑ ή σε συγκεκριμένα πεδία του μόνο, ώστε να προστατεύονται αποτελεσματικότερα τα προσωπικά δεδομένα του ασθενούς.

- Με τα σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα, ελαχιστοποιείται η πιθανότητα απώλειας ενός ΗΦΑ ή διακοπής της πρόσβασης σε αυτόν.
- Ο χειρόγραφος φάκελος είναι συχνά ελλιπής, δυσανάγνωστος μη ταξινομημένος και, όχι σπάνια, μπορεί να χαθεί³⁰⁻³¹.

9. ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ

«Τηλεϊατρική είναι η αξιοποίηση της τηλεματικής που αφορά στην υγεία για την παράδοση ιατρικών υπηρεσιών εξ αποστάσεως», σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Όποιος ορισμός και να υιοθετηθεί, είναι κοινώς αποδεκτό ότι η τηλεϊατρική παρέχει εξ αποστάσεως υπηρεσίες φροντίδας υγείας και ανταλλαγή πληροφοριών φροντίδας υγείας με χρήση τηλεπικοινωνιακής τεχνολογίας. Ορίζεται δε ως παροχή υπηρεσιών υγείας (συμπεριλαμβανομένων κλινικών, εκπαιδευτικών και διοικητικών υπηρεσιών):

- από απόσταση,
- με μεταφορά πληροφορίας (συμπεριλαμβανομένου ήχου, εικόνας και δεδομένων),
- με χρήση των τηλεπικοινωνιών και
- με συμμετοχή επαγγελματιών υγείας, ασθενών και άλλων εμπλεκομένων.

Η Τηλεϊατρική μπορεί να συνδέσει λειτουργικά τη ζήτηση και προσφορά υπηρεσιών υγείας, επιτυγχάνοντας την ισοκατανομή των πόρων στο σύστημα υγείας και περιορίζοντας τη σπατάλη των παραγωγικών συντελεστών.

Στην Ελληνική κοινωνία των τελευταίων δεκαετιών, διαπιστώνεται σημαντική εσωτερική μετανάστευση του πληθυσμού της περιφέρειας προς το κέντρο, που αποτελεί φαινόμενο με εθνικές διαστάσεις και επιπτώσεις. Συνακόλουθα, παρατηρείται μια κίνηση των ασθενών για αναζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις νοσοκομειακές μονάδες του κέντρου.

Αναζητούνται, επομένως, τρόποι περιορισμού και αποτροπής της τάσης αυτής διότι η υφιστάμενη κατάσταση συντελεί στον υδροκεφαλισμό του συστήματος υγείας και δημιουργεί προϋποθέσεις άνισης κατανομής των διαθέσιμων πόρων. Οι κύριοι παράγοντες διαμόρφωσης προϋποθέσεων περιορισμού της υφιστάμενης γεωγραφικής ανισοκατανομής είναι η εισαγωγή και χρήση νέων τεχνολογιών με ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή τηλεματικών υπηρεσιών στη λειτουργία του συστήματος παροχής της νοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Η ιδιαίτερη γεωγραφική μορφολογία της Ελλάδας, σε συνδυασμό με εθνικούς λόγους που υπαγορεύουν τη στήριξη των κατοίκων της περιφέρειας στον τόπο καταγωγής τους, καθιστούν σκόπιμη την εισαγωγή της Τηλεϊατρικής.

Η Τηλεϊατρική αναπτύσσεται με τρόπο στενά συνδεδεμένο με την ανάπτυξη των τηλεπικοινωνιών, δεδομένου ότι αναγκαία προϋπόθεση για την εφαρμογή της είναι η διαθεσιμότητα και ικανοποιητική ανάπτυξη των τηλεπικοινωνιών. Αυτό εξασφαλίζεται με τον απαραίτητο εξοπλισμό, τη δυνατότητα σύνδεσης σε τηλεπικοινωνιακό δίκτυο και τις αναγκαίες υποδομές που θα εξασφαλίσουν την απαιτούμενη ποιότητα των τηλεπικοινωνιακών υπηρεσιών. Όσο η Τηλεϊατρική αναπτύσσεται τόσο θα υπάρχει ανάγκη για:

- την απαιτούμενη τεχνολογία που την υποστηρίζει,
- κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό,

- αναβαθμισμένες υποδομές,
- εξέλιξη της έρευνας,
- επενδύσεις δημόσιες και ιδιωτικές που θα στοχεύουν στη βελτίωση των υπηρεσιών τηλεϊατρικής³²⁻³⁷.

10. ΥΠΟΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, τόσο σε ελληνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, χαρακτηρίζεται από τα εξής στοιχεία:

- Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως είναι ανεξάντλητη ενώ οι οικονομικοί πόροι που προορίζονται για να τις καλύψουν είναι πεπερασμένοι.
- Ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης υγείας είναι μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ, τα τελευταία χρόνια, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.
- Εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού και της πρόοδου της προληπτικής ιατρικής, οι ανάγκες σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, μέριμνα και διαγνωστικές εξετάσεις τείνουν να είναι μεγαλύτερες, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία.
- Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης (κατά 60% περίπου) των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα και οι πόροι του προέρχονται από άμεσους και έμμεσους φόρους. Η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης είναι η κοινωνική ασφάλιση με το κόστος να μετακυλιέται στους ασφαλισμένους.
- Χώρες, όπως η Ελλάδα, που υπέστησαν βαριά οικονομική κρίση, μείωσαν σε πραγματικούς αριθμούς τους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα σημαντικές ελλείψεις και κενές οργανικές θέσεις ιατρών και νοσηλευτών στο ΕΣΥ.

Μέσα σε αυτό το οικονομικό περιβάλλον της δημόσιας υγείας, πρέπει να αναζητηθούν: α) αποδοτικότεροι τρόποι διαχείρισης των οικονομικών πόρων, προϋπολογισμού και πρόβλεψης των αναγκών, β) νέες πηγές χρηματοδότησης, γ) μηχανισμοί αντικειμενικής αξιολόγησης, ιεράρχησης και εξορθολογισμού των δαπανών, δ) βελτίωση του τρόπου αποζημίωσης των νοσοκομείων από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, ώστε να γίνεται δικαιοδότη κατανομή της χρηματοδότησης ανάμεσα στα νοσοκομεία της χώρας που να μη στηρίζεται μόνο στις ημέρες νοσηλείας αλλά και σε άλλες παραμέτρους, όπως για παράδειγμα, η βαρύτητα της νόσου ή η απασχόληση του υγειονομικού προσωπικού. Αυτό θα οδηγήσει σε θέσπιση κριτηρίων αξιολόγησης - χρηματοδότησης και κινήτρων ανταγωνιστικότητας ανάμεσα στα δημόσια νοσοκομεία^{1,5,12,15,16}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κακοδιοίκηση αποτελεί, δυστυχώς, μέρος της σύγχρονης ελληνικής πραγματικότητας των δημόσιων νοσοκομείων. Η ατυχής επιλογή διοικήσεων, η άστοχη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, η υποχρηματοδότηση αλλά και η εφαρμογή παρωχημένων μοντέλων διοίκησης συνέβαλλε αποφασιστικά σε αυτό, μαζί με πλήθος άλλων παραγόντων.

Τα υποστηρικτικά περιβάλλον εργασίας, η επιλογή κατάλληλα εκπαιδευμένων στελεχών, η παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους αλλά και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων της τεχνολογίας στον τομέα της πληροφορικής

και των επικοινωνιών μπορούν να συνεισφέρουν στην αναστροφή του υφισταμένου κλίματος.

SUMMARY

Administration of public hospitals in Greece: Decalogue of concerns and propositions

Spiliotopoulos Athanasios, Zervou-Valvi Flora

hellenic hospital dentistry 13: 71-77, 2020

It is a common conclusion of various studies and also an observation of employees (doctors, nurses, technologists, clerical staff etc.) and patients that the existing dysfunction in Greek public hospitals prevents them from offering what they can really achieve to society. Maladministration in hospitals constitutes a historical problem in Greece. This is due not only to permanent reasons but also to reasons related to specific periods of time.

The unsuccessful selection of administrators, the unbalanced development of human resources and the insufficient funding combined with the implementation of old-fashioned models of administration contributed decisively to this phenomenon together with plenty of other factors. Only properly educated administrators with mental, human and technical skills can fulfill the requirements of such a position.

On the other side, the supportive work environment, the provision of motivations to the employees and the involvement of means of technology (particularly in the field of informatics and communication) can cooperate on reversing the existing situation. The electronic file of patients and telemedicine technology can contribute to the avoidance of wasting necessary resources, time, aimless transports and risk exposure for patients (e.g. pregnant women). At the same time, they enhance the speed and quality of health services, they protect patient's safety and personal data, and they support medical education, research and prevention of public health.

Greek society, public health and health care employees can only benefit from well-organized public hospitals of the Greek National Health System (NHS).

Key words: *administration of hospitals; Greek public hospitals; Greek NHS hospitals; maladministration.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κυριόπουλος Γ, Νιάκας Δ: Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας. Αθήνα. Εκδόσεις ΚΚΕΥ. 1994: 36-98.
2. Οικονομοπούλου ΧΒ, Λιαρόπουλος Λ, Δόσιος Θ: Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Επιθ Υγείας 2000; 6: 35-37.
3. Πολύζος Ν: Αξιολόγηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα. Ταξινόμηση ασθενών με βάση την διάρθρωση των περιστατικών. Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 1998: 122-126.
4. Τούντας Γ, Οικονόμου ΝΑ: Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2007; 24(1): 7-21.
5. Giokas DI: Greek Hospitals: How well their resources are used. IJMS 2001; 29(1): 73-83.
6. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E: Reforming the reform: the Greek national health system in transition. J Public Health Pol 2002; 62: 1529.
7. Αλεξιάδης Δ: Διοίκηση νοσοκομείου: διοικητικά συμβούλια ή γενικοί διευθυντές; Επιθ Δημ Διοικ Δικ 1994; 149: 59-67.
8. Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι: Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2000; 17(6): 627-639.
9. Τούντας Γ: Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2006; 23(1): 72-83.
10. Casey J: Into battle with total quality management. Int J Health Care Qual Ass 1993; 6(2): 12-47.
11. Αλεξιάδης Δ: Ο εκσυγχρονισμός του συστήματος διοίκησης των νοσηλευτικών συστημάτων. Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Πάτρα. Εκδόσεις ΕΑΠ. 1999: 17-67.
12. Κέφης Ν: Το μάνατζμεντ των δημόσιων Νοσοκομείων. Αθήνα. Εκδόσεις Interbooks. 1998: 47-51.
13. Μάινα Α, Αγραφιώτης Δ: Το νοσοκομείο ως οργάνωση. Σύγχρονο νοσοκομείο 1997; 3(1): 23-32.
14. Σιγάλας Ι: Βασικές αρχές Διοίκησης-Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα. Εκδόσεις ΕΑΠ. 1999: 112-118.
15. Draft RL: Management. 4th edition. New York. The Dryden Press. 1997: 48.
16. Aldag RJ, Stearns TM: Management. Dallas. South Western Publishing Co. 1991: 52.
17. Katz D, Kahn RL: The social psychology of organizing. New York. McGraw Hill. 1978: 31.
18. Deci EL, Connell JP, Ryan RM: Self-determination in a work organization. J Appl Psych 1989; 74(4): 580-590.
19. Deci EL: The psychology of self-determination. Washington. Lexington MA: DC Lexington Books. 1980: 60.
20. Landy FJ: The psychology of work behavior. 4th edition. Pacific Grove. Cal.: Brooks/Cole. 1989: 39.
21. Mowday RT: Equity theory predictions of behavior in Organizations. In: Steers R, Porter L. Motivation and work behavior. New York. McGraw-Hill. 1987: 24.
22. Maslow AA: Theory of human motivation. Psych Rev 1943; 50(4): 370-396.
23. Illardi BC, Leone D, Kasser T, Ryan RM: Employee and supervisor ratings of motivation: Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. J Appl Soc Psych 1993; 23: 178-180.
24. Locke E et al: Goal setting and task performance. Psych Bull 1981: 125-152.
25. Karys A: Ending the technology paradox: Healthcare management technologies for clinical decision making. JHIM 1998; 12(3): 25-32.
26. Πάγκαλος Γ, Μαυρίδης Ι: Ασφάλεια πληροφοριακών συστημάτων και δικτύων. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις Ανίκουλα. 2002: 57.
27. Μαντάς Ι, Hasman A: Πληροφορική Υγείας. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Πασχάλιδης. 2006: 72.
28. Gelijns A, Rosenberg N: The dynamics of technological change in Medicine. Hlth Aff 1994; 13: 28-46.
29. Rusovick RM, Warner DJ: The globalization of interventional informatics through internet mediated distributed medical intelligence. New Med 1998; 2: 155-

- 161.
30. Carr DM, Dimitrakakis J: Serving physician information needs: A model for the transition to an electronic medical record. *JHIM* 1999; 13(3): 73-84.
31. Mercer K: Examining the impact of health information networks on health system integration in Canada. *Lead Health Serv* 2001; 14(3): 345-358.
32. Καθάρακη Μ: Αποτελεσματικότητα συστήματος Τηλεϊατρικής στη διαχείριση μαιευτικών και γυναικολογικών περιστατικών και επιπτώσεις στην άσκηση διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα. Εκδόσεις ΕΚΠΑ. 2006: 97.
33. Charles BL: Telemedicine can lower costs and improve access. *Healthc Financ Manag* 2000; 4(4): 66-69.
34. Grigsby J, Sanders JH: Telemedicine: Where it is and where its going. *Ann Internal Med* 1998; 129(2): 123-127.
35. Hakansson S, Gavelin C: What do we really know about the cost effectiveness of telemedicine? *J Telemedicine Telecare* 2000; 6(1): 133-136.
36. Campbell JD, Harris KD, Hodge R: Introducing Telemedicine technology to rural physicians and settings. *J Fam Pract* 2001; 50: 419-424.
37. Μαυρίδης Π: Οι εξελίξεις της Τηλεϊατρικής και η επίδρασή της στη λειτουργία των Νοσοκομειακών μονάδων. Διδακτορική Διατριβή. Μυτιλήνη. Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αιγαίου. 2002: 79.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος
Πυθαγόρα 9-11, Τ.Κ. 18533,
Πειραιάς
τηλ. 6977041898
e mail: athspil@yahoo.com