

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τομέας Ακτινολογίας Ακτινοθεραπείας- Τμήμα Βιοϊατρικών
Επιστημών**

Συστήματα Υγείας Διεθνώς και στην Ελλάδα

- Αγαθό υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό.
 - Πολιτικές Υγείας.
 - Δείκτες Υγείας.

Τάσεις στην θεωρητική διαμάχη του αγαθού «υγεία»

- Η φύση και η ιδιομορφία του αγαθού υγεία συνέβαλε στο να αποτελέσει πεδίο έντονης πολιτικής αντιπαράθεσης τις τελευταίες δεκαετίες.
- Δυο είναι οι κυρίαρχες τάσεις στην θεωρητική διαμάχη για την υγεία (οικονομική προσέγγιση):
 - Φιλελεύθερη προσέγγιση: θεωρεί την υγεία ιδιωτικό αγαθό και ιδιαίτερα σημαντικό το ρόλο της αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού.
 - Σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση: εντάσσει την υγεία στο πλέγμα των κοινωνικών αγαθών.
- Σύνδεση των δυο κυρίαρχων τάσεων με τις πολιτικές υγείας έγινε αισθητή και στην Ελλάδα όταν επιχειρήθηκαν δυο αντίθετες μεταρρυθμίσεις:
 - Η συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. στις αρχές του '80.
 - Η επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού αρχές του '90 που μεταφράστηκε στον υγειονομικό τομέα με ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης και μεταφορά μέρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας από οικογενειακούς προϋπολογισμούς.

Η υγεία ως ιδιωτικό αγαθό: Η φιλελεύθερη προσέγγιση

- Η υγεία αντιλαμβάνεται ως ιδιωτικό αγαθό που υπόκεινται στους νόμους της αγοράς με μηχανισμούς και φορείς προσφοράς και ζήτησης (νοσοκομεία, γιατροί και καταναλωτές αντίστοιχα).
- Η φιλελεύθερη προσέγγιση θεωρεί ότι οι καταναλωτές είναι σε θέση να γνωρίζουν:
 - Τα υγειονομικά τους προβλήματα και τις υπηρεσίες που πρέπει να καταναλώσουν.
 - Την αγορά των υπηρεσιών, ώστε να επιλέξουν την ποσότητα που απαιτείται και να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που διατίθενται στην αγορά.
- Συνεπώς ο καταναλωτής εκδηλώνει την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και πληρώνει μια τιμή η οποία διαμορφώνεται στην ελεύθερη αγορά χωρίς καμία κρατική παρέμβαση.
- Οι απόψεις αυτές ευδοκίμησαν έπειτα από την κρίση του κοινωνικού κράτους κατά τα μέσα της δεκαετίας του '70.
- Υποστηρίχθηκε από τους νεοφιλελεύθερους ότι σε ένα ιδιωτικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να επιτευχθεί η μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και θα μπορούσαν να ελαχιστοποιηθούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα χρηματοδοτικά προβλήματα.

Κριτική στην νεοφιλελεύθερη αντίληψη για το αγαθό «υγεία»

- Περιορίζει την έννοια του κράτους πρόνοιας ταυτίζοντάς το με τις δημόσιες δαπάνες οι οποίες όμως αποτελούν μια μόνο παράμετρο του κοινωνικού κράτους:
 - Μεταθέτει το πεδίο προβληματισμού στις οικονομικές διαστάσεις αγνοώντας τις καταστάσεις της κοινωνικής πολιτικής.
 - Η παρουσίαση της ιδιωτικοποίησης ως λύση για την εξασφάλιση της οικονομικής ανάπτυξης είναι ιδιαίτερα απλοϊκή.
- Η άποψη ότι η ιδιωτικοποίηση είναι συνώνυμη με την βελτίωση της ποιότητας είναι μονομερής και αντίθετη με την βασική επιδίωξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας για κέρδος.
- Η άποψη ότι η υγεία είναι οικονομικό αγαθό που υπόκειται σε νόμους προσφοράς και ζήτησης δεν ευσταθεί λόγω των ιδιαιτεροτήτων του υγειονομικού τομέα
 - π.χ. ασυμμετρία πληροφόρησης που παρατηρείται ανατρέπει το σημαντικό δεδομένο του ανταγωνισμού αυτό της ελεύθερης επιλογής από την πλευρά των καταναλωτών.

Η υγεία ως δημόσιο αγαθό: Η σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση

- Εμπνευστής της άποψης ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό ο K. Arrow (1963) που παρατήρησε ότι:
 - Στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο από τις ίδιες υπηρεσίες.
 - Η φύση ορισμένων ασθενειών δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσής τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου.
 - Λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης από το ιατρικό σώμα ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν είναι σε θέση να διαπραγματευτεί τις τιμές και να αξιολογεί το προϊόν.
 - Σε ειδικές περιπτώσεις αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής όσο και σε περιπτώσεις έκτακτης ιατρικής βοήθειας.
- Συνεπώς επιβάλλεται κρατικός έλεγχος στους εξής τομείς:
 - Στην κατανομή των πόρων.
 - Στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών.
 - Στην προσφορά των υπηρεσιών.
 - Στο συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών.

Κριτική στην σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση για το αγαθό «υγεία»

- Με την κρίση του κοινωνικού κράτους (τέλη δεκαετίας '60 έως μέσα δεκαετίας '80) αμφισβητήθηκε η επίτευξη της αποδοτικότητας και της ισοτιμίας υποστηρίζοντας ότι οι κοινωνικές δαπάνες λειτουργούν αρνητικά ως προς την οικονομική ανάπτυξη.
- Μαρξιστική προσέγγιση: το κράτος αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες στο πλαίσιο της καπιταλιστικής κοινωνίας.
- Φεμινιστική προσέγγιση: το κράτος πρόνοιας ενισχύει την γυναικεία εξάρτηση και τον καταμερισμό της εργασίας με βάση το φύλο.
- Σύγχρονοι υποστηρικτές της συλλογικής ρύθμισης και του κράτους πρόνοιας: εκφράζουν την δυσπιστία τους απέναντι στο συγκεντρωτικό μοντέλο κάλυψης των αναγκών και στις γραφειοκρατικές δομές που υιοθετεί και επισημαίνουν την μη ικανοποιητική επίτευξη των στόχων της κοινωνικής πολιτικής.
- Σύγχρονη αντίληψη (ατομοκεντρική θεωρία) :η κοινωνία δεν θεωρείται αποκλειστικά υπεύθυνη απέναντι στο άτομο αφού το ίδιο με επιβλαβές συμπεριφορές δυσχεραίνει την ίδια του την κατάσταση. Υποστηρίζει ότι η υγεία είναι ζήτημα ατομικής συμπεριφοράς.
- Οι παραπάνω απόψεις προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν στον υγειονομικό τομέα.

Ορισμός της Υγείας και της Πολιτικής Υγείας

Ορισμός της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1985):

«Η υγεία δεν είναι απλά η απουσία ασθένειας αλλά είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας»

Ως Πολιτική Υγείας ορίζεται :

«...το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν σε μια χώρα την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού»

Παράγοντες που επηρεάζουν την Πολιτική Υγείας

- **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ:** δομή – ανάπτυξη οικονομίας, καταμερισμός εργασίας, δαπάνες υγείας, παραοικονομία, περιορισμοί από διεθνείς οργανισμούς (Ε.Ε., ΔΝΤ) κ.ά.
- **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ:** γήρανση πληθυσμού, μετανάστευση, σύνθεση κατά φύλο - ηλικία – επάγγελμα, κοινωνική διαστρωμάτωση, αγροτικός – αστικός πληθυσμός.
- **ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ:** κλιματολογικές συνθήκες, μόλυνση περιβάλλοντος
- **ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ:** ήθη – έθιμα, συνήθειες – τρόπος ζωής (κάπνισμα, αλκόολ, διατροφή), εκπαίδευση, οικογένεια, κατοικία κ.ά.
- **ΠΟΛΙΤΙΚΟΙ:** Σύνταγμα, ιδεολογία κομμάτων – κυβέρνησης, δημόσια διοίκηση, γραφειοκρατία κ.ά.
- **ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ – ΙΑΤΡΙΚΟΙ:** δομή και λειτουργία υγειονομικού συστήματος, αριθμός ιατρών, επίπεδο – εξέλιξη ιατρικών γνώσεων, εισαγωγή νέων τεχνολογιών κ.ά.

Ορισμός Συστήματος Υγείας

Θα μπορούσε να προσδιοριστεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τα εξής υποσυστήματα:

- **ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ:** συνολική διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας, διερεύνηση της εξέλιξη μεταξύ των διαφόρων επιπέδων υγείας στον χώρο και τον χρόνο και προσδιορισμός των αναγκών υγείας με την χρήση επιδημιολογικών μελετών.
- **Η ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:** αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση με σκοπό την προστασία, διατήρηση και προαγωγή υγείας του πληθυσμού. (Κλασικό Μοντέλο Παραγωγής : εισροές, διαδικασία, εκροές, αποτελέσματα).
- **ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΛΥΨΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ:** πρόκειται για την μελέτη και γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Μορφές Συστημάτων Υγείας

Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε τρία πρότυπα οργάνωσης:

- **ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ** («Ελεύθερο» ή «Φιλελεύθερο Μοντέλο»)
- **ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ** (Κρατικό ή Εθνικό Μοντέλο)
- **ΜΙΚΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Ιδιωτικό Σύστημα Περίθαλψης

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

- Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών
- Λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με την μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση
- Κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας – η υγειονομική κάλυψη είναι προσωπική επιλογή του καθενός
- Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παραγωγής, οι τιμές κλπ καθορίζονται με βάση την προσφορά και ζήτηση
- Το σύστημα εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής

Στην απόλυτη μορφή του δεν συνίσταται πουθενά, πλησιέστερος εκπρόσωπος του προτύπου είναι οι ΗΠΑ :

το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών ανήκει στην ιδιωτική πρωτοβουλία ενώ το κράτος παρεμβαίνει και καλύπτει τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους με υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα προγράμματα Medicaid και Medicare.

Δημόσιο Σύστημα Περίθαλψης

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

- Βασίζεται στην *κοινωνική αλληλεγγύη* μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικο - οικονομική κατάσταση
- *Αυξημένη κρατική παρέμβαση*: το κράτος εγγυάται ένα μίνιμουμ επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες παρεμβαίνοντας καταλυτικά σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος
- Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και σε ιδιώτες

Υποδιαιρείται σε δυο υποσυστήματα :

α) Σε εκείνα που *χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση* (Μοντέλο Bismarck)

β) Σε εκείνα που *χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό* (Μοντέλο Beveridge)

Δημόσιο Σύστημα Περίθαλψης – Μοντέλο Bismarck

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

- ❑ Κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία μέσω των εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα
- ❑ Ύπαρξη πολλών αυτόνομων ταμείων που καλύπτουν ομοειδείς επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων με διαφορετικό ύψος εισφορών και άρα με διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις από ταμείο σε ταμείο
- ❑ Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στην τοπική αυτοδιοίκηση, στα ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιώτες
- ❑ Τονίζει το ατομικό δικαίωμα του καθενός να αναζητήσει μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του, πληρώνοντας συγχρόνως και το απαιτούμενο χρηματικό ποσό χρημάτων (εισφορές)

Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα του μοντέλου αυτού είναι **η Γερμανία και η Γαλλία**

Η ευρωπαϊκή εμπειρία έχει δείξει ότι τα συστήματα αυτά έχουν ένα σχετικά υψηλότερο οικονομικό κόστος από όσα χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Δημόσιο Σύστημα Περίθαλψης – Μοντέλο Beveridge

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

- ❑ Βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία αποτελεί δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα, τονίζοντας έτσι την υποχρέωση των κρατικών αρχών να εγγυώνται την παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας
- ❑ Η χρηματοδότηση προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) ή/και από τους προϋπολογισμούς των τοπικών κυβερνήσεων (τοπική φορολογία)
- ❑ Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν κατά κανόνα στο κράτος

Αναπτύχθηκαν σε χώρες στις οποίες το ολόκληρο το οικονομικό τους οικοδόμημα στηρίχθηκε στην πλήρη κρατική παραγωγή και ιδιοκτησία. Παραδείγματα του συστήματος θεωρούνται εκείνα **της Μεγάλης Βρετανίας, της Ιταλίας, της Ισπανίας, της Πορτογαλίας, της Σουηδίας** κ.α.

Το καθένα από τα συστήματα αυτού του μοντέλου έχει τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

Μικτά Συστήματα Περίθαλψης

ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ :

- Αποτελούν την ενδιάμεση μορφή του ιδιωτικού και του δημόσιου μοντέλου
- Υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από την συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι τις ανάγκες υγείας που έχει
- Σημαντική είναι η κρατική παρέμβαση που γίνεται τόσο σε κεντρικό επίπεδο και καθορίζει την στρατηγική, όσο και σε επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης. Επίσης, το κράτος συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης διασφαλίζοντας στον πληθυσμό ένα μίνιμουμ υπηρεσιών υγείας
- Υπάρχει μεγάλη ποικιλία σε ότι αφορά το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών, τον τρόπο παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, την εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών
- Τα περισσότερα έχουν καταφέρει να διασφαλίσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στο σύνολο του πληθυσμού, μέσα σε συνθήκες ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης

Τα μοντέλα αυτά τα συναντάμε **στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένου και την χώρα μας.**

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

- Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα είναι παράλληλη με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους.
- Ενώ στις περισσότερες χώρες τα συστήματα υγείας μπήκαν σε φάση ανάπτυξης μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο η Ελλάδα μπαίνει σε αναπτυξιακή – μεταρρυθμιστική φάση μόλις το 1974 μετά την πτώση της δικτατορίας.
- Πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας γίνεται με την ψήφιση του νόμου 1397/83 και την ίδρυση του Ε.Σ.Υ.

Η Εξέλιξη του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα (1)

❑ 1η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1833 – 1922 :

- Δημιουργία των πρώτων ασφαλιστικών ταμείων.
- Ίδρυση νοσοκομείων και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Βασικοί νόμοι οργάνωσης του υγειονομικού τομέα.

❑ 2η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1922 – 1945 :

- Οικονομική βοήθεια για βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και δημιουργία 35 νέων προσωρινών νοσοκομείων λόγω εισροής 1,5 εκατ. προσφύγων από την Μικρά Ασία.
- Ίδρυση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας, και Αντίληψης (Ν.2822/1922).
- Ίδρυση του Ι.Κ.Α. (Ν.6298/1934).
- Θεσπίζονται οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων.

❑ 3η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1945 – 1974 :

- Υιοθέτηση αποκεντρωτικής πολιτικής και κοινωνικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας.
- Ίδρυση Ο.Γ.Α. (ν. 4169/1961)
- Καθιέρωση υπηρεσίας υπαίθρου (αγροτικό) (Ν.Δ. 67/68)

Η Εξέλιξη του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα (2)

■ **4η ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1974 - σήμερα**, η οποία χωρίζεται:

(α) **Περίοδο πριν την ίδρυση του ΕΣΥ :**

- Πρόταση Κέντρου Προγραμματισμού & Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ): για τη δημιουργία ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων και κοινωνικό σχεδιασμό για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών.
- Σχέδιο Δοξιάδη: η σημαντικότερη προσπάθεια για δημιουργία σύγχρονου συστήματος υγείας (δεν υλοποιήθηκε λόγω πιέσεων ιατρικού, πολιτικού κατεστημένου).

(β) **Ίδρυση του ΕΣΥ Ν. 1397/83 :** ίδρυση ΚΕ.Σ.Υ.,Ε.Ο.Φ. και θέσπιση του Ε.Σ.Υ.

- **Ο Ν.1397/83 :** για πρώτη φορά μπαίνουν οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Κύρια χαρακτηριστικά: αποκέντρωση, κοινωνικός έλεγχος, ενιαίος προγραμματισμός, έμφαση στην ΠΦΥ κα δημιουργία κέντρων υγείας.

(γ) **Περίοδο μετά την ίδρυση του ΕΣΥ :** Έκθεση ξένων και ελλήνων εμπειρογνομόνων (1994), «Σχέδιο για τον πολίτη» (2000), εισαγωγή του θεσμού των διοικητών στα νοσοκομεία (Ν.2889/2001), Αλλαγές στο τρόπο οργάνωσης του Ε.Σ.Υ. (Ν.3329/2005 και με τον πρόσφατο νόμο 3527/2007).

Η Εξέλιξη του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα (3)

- Παρά τα σημαντικά βήματα προόδου τα τελευταία χρόνια, ο δημόσιος τομέας υγείας στη χώρα μας αντιμετωπίζει ακόμη σημαντικά προβλήματα οργάνωσης, διαχείρισης, ποιότητας και αποτελεσματικότητας στην παροχή των υπηρεσιών του.
- Οι δημογραφικές εξελίξεις, το νέο επιδημιολογικό πρότυπο, οι νέες τεχνολογίες προσπάθησαν να αντιμετωπιστούν νομοθετικά χωρίς ουσιαστικό επιχειρησιακό και κυβερνητικό προγραμματισμό.
- Το κόστος της υγείας αντικατοπτρίζεται σήμερα από το κόστος λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων που ανέρχεται περίπου στο ήμισυ των συνολικών δαπανών υγείας.
- Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε πρόσφατη έρευνα σε 26 νοσοκομεία της Αττικής έδειξε ότι τα χρέη τους ανέρχονται σε 6,2 δισ. Ευρώ
(«Σπατάλες στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας», Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, συνεργαζόμενο με ΠΟΥ).

Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας σήμερα

Τα κυριότερα προβλήματα εντοπίζονται:

- **Ελλιπή σχεδιασμό εθνικής στρατηγικής για την κοινωνική ασφάλιση:** ο κατακερματισμός του συστήματος προκαλεί μεγάλα προβλήματα οικονομικής αποτελεσματικότητας. Η χωριστή οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης σε επαγγελματική βάση σημαίνει ότι η μοίρα πολλών ταμείων καθορίζεται από αυτή των αντίστοιχων τομέων της οικονομίας.
- **Μη αποτελεσματικότητα του τρόπου χρηματοδότησης των μονάδων υγείας:** η δημιουργία νοσοκομειακών ελλειμμάτων από την μη αναλογία κόστους νοσηλίου/ πραγματικού κόστους οδηγεί σε πρόσθετες επιχορηγήσεις από το κράτος που όμως συμβάλλουν στην εμφάνιση φαινομένων παραοικονομίας και ανεξέλεγκτων δαπανών.
- **Απουσία κινήτρων για αυξημένη παραγωγικότητα και στελέχωση μονάδων υγείας στην περιφέρεια για ενίσχυση της ΠΦΥ:** ανισοκατανομή του ιατρικού πληθυσμού (ανεπαρκή κάλυψη οργανικών θέσεων στην περιφέρεια και υπερσυγκεντρωτισμός στα αστικά κέντρα).
- **Μη εδραίωση ενός συστήματος διασφάλισης της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών:** ανομοιογένεια παρεχόμενων υπηρεσιών ως προς την ποιότητα, το μέγεθος και το κόστος.

Η σημασία της αξιολόγησης της Πολιτικής Υγείας

- Ο Π.Ο.Υ θεωρεί την αξιολόγηση μέρος του τρόπου διαχείρισης της υγειονομικής ανάπτυξης μιας χώρας.
- Βάση της αξιολόγησης θα πρέπει να είναι δεδομένα αποκτηθέντα από την παρακολούθηση της εφαρμογής των εκάστοτε πολιτικών, η εκτίμηση της αποδοτικότητας των προγραμμάτων και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
- Στάδια αξιολόγησης προγραμμάτων υγείας:
 1. Εκτίμηση προσφερόμενων πόρων
 2. Ποσοτική εκτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών
 3. Ποιοτική εκτίμηση αυτών
 4. Εκτίμηση της βελτίωσης επιπέδου υγείας συνήθως μέσω της νοσηρότητας και της θνητότητας.
- Κύρια εργαλεία αξιολόγησης της Πολιτικής Υγείας αποτελούν οι δείκτες υγείας.

Δείκτες υγείας

- Δείκτες ονομάζονται οι δεδομένοι αριθμοί οι οποίοι με σχετική ακρίβεια και αναπαραγόμενοι σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μας επιτρέπουν να παρακολουθήσουμε και εκτιμήσουμε την βελτίωση ή όχι της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού.
- Χαρακτηριστικά δεικτών:
 - Αποτελούν τα κύρια εργαλεία της αξιολόγησης και μεταβλητές στην μέτρηση αλλαγών.
 - Οφείλουν να διέπονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.
 - Επιτρέπουν τη μακροχρόνια εξέλιξη ενός φαινομένου και συμβάλλουν στην αξιολόγηση της επίτευξης σκοπών και στόχων.

Σκοπός των δεικτών

- Να καθορίσουμε προτεραιότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας (προληπτικών και θεραπευτικών).
- Να καθορίσουμε προτεραιότητες στην έρευνα υγείας.
- Να εντοπίσουμε ομάδες ατόμων με υψηλές ανάγκες και να καθορίσουμε τους τρόπους παρέμβασης.
- Να αποκτήσουμε ένα συγκρίσιμο μέτρο προϊόντος (υγείας) για τους σκοπούς της παρέμβασης, του προγραμματισμού, του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

Προβλήματα με τους δείκτες

- Οι πολύ ισχυρές υποθέσεις που απαιτούνται για τη δημιουργία τους.
- Η δυσκολία γενίκευσης σε διαφορετικούς πληθυσμούς και χώρες
- Το πολύ μεγάλο κόστος της κατασκευής και συνεχούς ενημέρωσής τους

Επιθυμητά χαρακτηριστικά δεικτών (1)

- *Αξιοπιστία (Reliability)*: Οι δείκτες είναι αξιόπιστοι αν επανειλημμένες έρευνες κατά την ίδια χρονική περίοδο δίνουν το ίδιο αποτέλεσμα.
- *Ακρίβεια (Precision)*: Οι δείκτες είναι ακριβείς αν η μέτρηση μπορεί να προχωρήσει στον απαραίτητο βαθμό λεπτομέρειας.
- *Αλήθεια (Validity)*: Οι δείκτες θεωρούνται αληθείς αν αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια την κατάσταση για την οποία προορίζονται.
- *Ευαισθησία (Sensitivity)*: Οι δείκτες είναι ευαίσθητοι εάν οι μεταβολές στην υπό μελέτη κατάσταση αντανακλώνται πλήρως σε ταυτόχρονες μεταβολές στους δείκτες.
- *Πληρότητα (Comprehensiveness)*: Οι δείκτες είναι πλήρεις εάν υπάρχουν σε όλα τα Κράτη - Μέλη.

Επιθυμητά χαρακτηριστικά δεικτών

- *Συγκρισιμότητα (Comparability)*: Οι δείκτες θεωρούνται συγκρίσιμοι εάν οι ορισμοί τους, η μεθοδολογία συγκέντρωσης των δεδομένων και η μέθοδος των μετρήσεων είναι οι ίδιες ή βασίζονται στις ίδιες αρχές σε όλα τα Κράτη - Μέλη.
- *Συνέπεια (Consistency)*: Οι δείκτες θεωρούνται συνεπείς εάν είναι συγκρίσιμοι διαχρονικά.
- *Επικαιρότητα (Timeliness)*: Οι δείκτες είναι επίκαιροι εάν η συγκέντρωση και επεξεργασία των στοιχείων και η δημοσιοποίηση των δεικτών γίνονται σε ένα χρονικό διάστημα από την περίοδο στην οποία αναφέρονται, τέτοιο που να αντιστοιχεί στη χρήση για την οποία προορίζεται ο δείκτης.
- *Ομοιογένεια (Homogeneity)*: Οι δείκτες κρίνονται ομοιογενείς εάν δεν υπάρχει διαχρονική μεταβολή στη γεωγραφική περιοχή την οποία καλύπτουν.

Διάκριση δεικτών

- Θετικοί δείκτες: συγγενεύουν με τους δημογραφικούς και προσεγγίζουν καλύτερα το επίπεδο υγείας. Τέτοιοι είναι π.χ.:
 - Δείκτης γεννητικότητας
 - Δείκτης γονιμότητας
 - Προσδόκιμο επιβίωσης (μέσος αριθμός ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος κατά τη γέννησή του)
- Αρνητικοί δείκτες: εκφράζουν τη συχνότητα των παθολογικών καταστάσεων και συνιστούν μέσο σύγκρισης του επιπέδου υγείας μεταξύ διάφορων χωρών. Τέτοιοι είναι π.χ.:
 - Δείκτης νοσηρότητας (επιπολασμός νόσου)
 - Δείκτης θνησιμότητας (αριθμός θανάτων)
 - Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (που εξαρτάται άμεσα από την ανάπτυξη των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών μεταβλητών μιας χώρας)

Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο και μακρο επίπεδο

- Δείκτες αξιολόγησης σε μακρο - επίπεδο:
 - Δείκτες εισροών και επάρκειας (ανθρώπινοι πόροι π.χ. σύνολο απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας, υλικοί πόροι π.χ. αριθμός νοσοκομείων, οικονομικοί πόροι) π.χ. δαπάνες υγείας στο ΑΕΠ)
 - Δείκτες εκροών (δείκτες μέτρησης του παραγόμενου λειτουργικού προϊόντος, δείκτες χρησιμοποίησης της κατανάλωσης)
 - Δείκτες αποτελεσμάτων (δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας, διασωθέντων ετών ζωής, ποιότητας ζωής και ικανοποίησης ασθενών)
- Δείκτες αξιολόγησης σε μικρο – επίπεδο:
 - Δείκτες εισροών και επάρκειας (ανθρώπινοι πόροι π.χ. απασχολούμενοι/ κλίνη, υλικοί πόροι π.χ. αριθμός κλινών, οικονομικοί πόροι π.χ. συνολικό κόστος νοσοκομείου).
 - Δείκτες εκροών – λειτουργικότητας – παραγωγικότητας (απλοί δείκτες π.χ μέση διάρκεια νοσηλείας, σύνθετοι δείκτες π.χ δείκτες παραγωγικότητας, δείκτες αποτελεσμάτων π.χ. ποσοστό επιτυχίας χημειοθεραπειών, δείκτες αποδοτικότητας π.χ. αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων ανά γιατρό – νοσηλευτή).

Ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες των οργανισμών υγείας

- Η ευαισθησία της κοινωνίας που συνοδεύει κάθε πρόβλημα υγείας.
- Οι υψηλές προσδοκίες και η απαίτηση της κοινωνίας για ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός.
- Η αδυναμία του ασθενή να λάβει αποφάσεις και η διάσταση μεταξύ της ανάγκης και ζήτησης.
- Η ένταση της εργασίας και της οργάνωσης.
- Η ανάγκη συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας.
- Η πολυπλοκότητα του οργανισμού.
- Ο τρόπος κατανομής της εξουσίας και της ευθύνης.
- Η αύξηση των δαπανών υγείας.

Βασικά χαρακτηριστικά οργανισμού υγείας

- Έχει αποστολή και όραμα:
 - Αποστολή: η παροχή φροντίδας υγείας όλων των επιπέδων (α,β,γ βαθμού) σε όσους την έχουν ανάγκη.
 - Όραμα: η πλήρης ανταπόκριση στις ανάγκες των χρηστών με σεβασμό, παρέχοντας ποιοτική φροντίδα υγείας και αυξάνοντας την ποιότητα ζωής των πολιτών.
- Αποτελείται από άτομα που συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία (τον μετασχηματισμό των πόρων σε υπηρεσίες υγείας).
- Αναπτύσσει μια συστηματική δομή που προσδιορίζει τους επίσημους ρόλους και περιορίζει τη συμπεριφορά των μελών.
- Η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με τις λειτουργίες:
 - Προγραμματισμός.
 - Σχεδιασμός θέσεων εργασίας και στελέχωσή τους.
 - Καθορισμός της οργανωτικής δομής.
 - Διεύθυνση και ηγεσία.
 - Συντονισμός λειτουργιών.
 - Έλεγχος.

Προγραμματισμός

- Προγραμματισμός είναι ο καθορισμός των στόχων του οργανισμού υγείας και των μέσων για την επίτευξή τους.
- Διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς από ικανούς και παραγωγικούς επαγγελματίες υγείας.
- Εντοπίζει τις ανάγκες της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή και καθορίζει σχέδιο δράσης για την ικανοποίησή τους.
- Προϋποθέτει τη συλλογή και την ανάλυση πολλών δεδομένων όπως:
 - Μέσο αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών ημερησίως.
 - Αριθμός κλινών και ποσοστό κάλυψης.
 - Μέση διάρκεια νοσηλείας.
 - Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων.
 - Απειλές και ευκαιρίες στον τομέα της υγείας καθώς και δυνατά και αδύνατα σημεία του οργανισμού (ανάλυση S.W.O.T.)
 - Φύση, σοβαρότητα και ηλικιακή κατανομή ασθενών.
 - Τεχνολογικές εξελίξεις.

Φάσεις προγραμματισμού (1)

- **ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΩΝ:** προσδιορίζουν την ανταπόκριση του στις προσδοκίες των πολιτών και κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες:
 - Καθορισμός αναγκών ασθενών, του είδους των ασθενών και των αναγκών εκπαίδευσης.
 - Καθορισμός αναγκών εργαζομένων και εξασφάλιση της μέγιστης προσαρμογής τους στον οργανισμό και της μέγιστης παραγωγικότητάς τους.
 - Καθορισμός ανθρωπινων αναγκών και υλικών πόρων για την αποδοτική παροχή ποιοτικών υπηρεσιών επιλέγοντας την κατάλληλη μέθοδο εκτίμησης της αποτελεσματικότητας (ποιοτικός έλεγχος, συστήματα στατιστικής απόδοσης της φροντίδας υγείας κ.ά.)
- **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΩΝ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΩΝ ΤΑΣΕΩΝ:**
 - Εκτίμηση του εσωτερικού περιβάλλοντος: δυνατά και αδύνατα σημεία οργανισμού.
 - Εκτίμηση του εξωτερικού περιβάλλοντος: ευκαιρίες και απειλές που αντιμετωπίζει ο οργανισμός.

Φάσεις προγραμματισμού (2)

- **ΕΚΘΕΣΗ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ:** Προγραμματισμένες δαπάνες που απαιτούνται για την επίτευξη ή και την υπέρβαση προκαθορισμένων στόχων.
- Είδη προϋπολογισμού:
 1. **Επαυξανόμενος ή Αυξητικός Προϋπολογισμός:** εφαρμόζεται στα Ελληνικά Νοσοκομεία. Στηρίζεται στα δεδομένα της προηγούμενης χρονιάς και στη συνέχεια συνυπολογίζεται ο αναμενόμενος πληθωρισμός.
 - Συνήθως αποτελεί μια διαδικασία ρουτίνας, στην οποία ο Προϋπολογισμός της προηγούμενης χρονιάς τροποποιείται με απλή αριθμητική πράξη (συνήθως πολλαπλασιασμό) με το αναμενόμενο ποσοστό πληθωρισμού
 - Αναπαραγάγει το παρελθόν και έχει περιορισμένη εμβέλεια ως εργαλείο διοίκησης
 2. **Προϋπολογισμός Μηδενικής Βάσης:** συντάσσεται με τον ακριβώς αντίθετο τρόπο καθώς καμιά δαπάνη δεν θεωρείται δεδομένη, είναι σαν να ξεκινάει κανείς από το μηδέν. Οι δαπάνες συνεκτιμώνται συνεχώς τόσο ως προς το ύψος τους όσο και ως προς τη σκοπιμότητά τους.
 - Ωστόσο, η ανάγκη για επανειλημμένη αιτιολόγηση μιας αναποτελεσματικής δαπάνης μπορεί να οδηγήσει τελικά στην περικοπή της ακόμα και όταν λόγοι διοικητικοί, θεσμικοί ή πολιτικοί την επιβάλλουν

Φάσεις προγραμματισμού (3)

3. **Ελαστικός Προϋπολογισμός:** στηρίζεται στην πρόβλεψη του μεταβλητού κόστους, το οποίο αυξάνεται ή μειώνεται ανάλογα με τον οικονομικό προγραμματισμό του νοσοκομείου

4. **Προγραμματικός Προϋπολογισμός:** οι δαπάνες κατατάσσονται σύμφωνα με τους στόχους τους οποίους οι ενέργειες αυτές εξυπηρετούν και όχι με το είδος των πόρων που χρησιμοποιούνται για να υλοποιηθούν τα διάφορα προγράμματα και ενέργειες.
 - Έτσι δεν αναφερόμαστε π.χ. σε δαπάνες μισθοδοσίας γενικά αλλά σε δαπάνες λειτουργίας της ΜΕΘ, των ΤΕΙ κλπ στις οποίες εντάσσονται οι δαπάνες για τη μισθοδοσία του απαραίτητου προσωπικού τους.

 - Δημιουργεί προβληματισμούς σχετικά με τους στόχους του οργανισμού και τα απαραίτητα προγράμματα για την επίτευξή τους

Φάσεις προγραμματισμού (4)

5. **Σφαιρικός Προϋπολογισμός:** χαρακτηρίζεται από την ετήσια, εκ των προτέρων, πληρωμή μιας συνολικής σφαιρικής χρηματοδότησης των λειτουργιών του Νοσοκομείου από μια κοινή δράση των υπευθύνων στη διαδικασία κατάρτισής του
- Η χρηματοδότηση των Νοσοκομείων με βάση τον Σ.Π. περιλαμβάνει δυο βασικές μεταρρυθμίσεις :
 1. Τη μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση, που αφορά κυρίως την προοπτική συνολική πληρωμή του Νοσοκομείου.
 2. Τη μεταρρύθμιση στη διαχείριση, που περιλαμβάνει κυρίως την κατάτμηση της οργανωτικής δομής του Νοσοκομείου και τη συμμετοχή των διαφόρων υπευθύνων του στην κατάρτιση και εκτέλεση του προϋπολογισμού.
 - Σήμερα συναντάται με παραλλαγές στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Ολλανδία, Μεγάλη Βρετανία, Ιταλία, Ιρλανδία, Φιλανδία κ.ά.)

Οργανωτική Δομή (1)

- Οι οργανισμοί υγείας ακολουθούν την τυπική γραφειοκρατική δομή οργάνωσης που παρουσιάζει τα εξής χαρακτηριστικά:
 - Αυστηρή εξειδίκευση εργασίας: κάθε εργαζόμενος γνωρίζει τα ακριβή καθήκοντά του και το εύρος ελέγχου του.
 - Αποκέντρωση λήψης αποφάσεων: η πλειοψηφία των σημαντικότερων αποφάσεων λαμβάνονται από τους υπαλλήλους που βρίσκονται στα κατώτερα διοικητικά στελέχη.
 - Τυποποίηση εργασίας: τα όρια των πράξεων των εργαζομένων και ο τρόπος και τα μέσα με τα οποία πρέπει να γίνονται οι νοσηλευτικές και ιατρικές πράξεις καθορίζονται με συγκεκριμένους κανονισμούς και ρυθμίσεις.
 - Ιεραρχία: οι θέσεις εργασίας μέσα σε κάθε τμήμα του οργανισμού είναι ταξινομημένες με έναν ιεραρχικό τρόπο. Στην κορυφή βρίσκεται ο προϊστάμενος του τμήματος ο οποίος έχει καθορισμένες γραμμές εξουσίας προς τα κατώτερα ιεραρχικά επίπεδα.
 - Εύρος ελέγχου: κάθε προϊστάμενος διευθύνει έναν περιορισμένο αριθμό υφισταμένων ανάλογα με τη λειτουργία του τμήματος, τον αριθμός και τις ικανότητες των υφισταμένων και των προϊσταμένων.

Οργανωτική Δομή (2)

- **Ιατρική υπηρεσία:** παρέχει ιατρική φροντίδα στους πολίτες που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Η αποστολή της στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία επεκτείνεται στην εκπαίδευση προπτυχιακών φοιτητών ιατρικής, στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών και στην πραγματοποίηση έρευνας.
- **Νοσηλευτική υπηρεσία:** παρέχει νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς, προωθεί και προάγει τη νοσηλευτική δεοντολογία και εκπαίδευση ενώ προγραμματίζει και ελέγχει τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- **Διοικητική υπηρεσία:** παρέχει υποστήριξη στην ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία ενώ διαχειρίζεται την κινητή και ακίνητη περιουσία του οργανισμού, εξασφαλίζοντας την αυτοδύναμη λειτουργία και ανάπτυξή του, την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν από την καθημερινή λειτουργία καθώς και την αποτίμηση του συνολικού έργου του οργανισμού.
- **Τεχνική υπηρεσία:** παρέχει υποστήριξη και συντονισμό της λειτουργία του οργανισμού υγείας.

Διεύθυνση και ηγεσία (1)

- Περιλαμβάνει τη διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων και παρακίνησης για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.
- Σκοπός της είναι η εναρμόνιση των προσωπικών επιδιώξεων και συμφερόντων των εργαζομένων με τις επιδιώξεις και τα συμφέροντα του οργανισμού.
- Βασικές δραστηριότητες:
 - Ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικών σχεδίων για την επίτευξη της αποστολής, του οράματος, των στόχων και των σκοπών του οργανισμού.
 - Παροχή προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης.
 - Διευκόλυνση της επικοινωνίας και του συντονισμού μεταξύ των επιστημονικών κλάδων και τμημάτων του οργανισμού.
 - Παροχή ηγεσίας και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων.
 - Ενέργειες που εμπνέουν την εμπιστοσύνη, την ομαδική εργασία και τη συνεργασία.
 - Τακτικές επίλυσης συγκρούσεων.
 - Διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας και της παραγωγικότητας καθώς και διαδικασίες ελέγχου και αξιολόγησης.
 - Διαχείριση ανθρώπινων πόρων.

Διεύθυνση και ηγεσία (1)

- Η διεύθυνση είναι εφικτή όταν υπάρχει επαρκής ανταπόκριση από όλους τους εργαζομένους.
- Τα διοικητικά στελέχη (μάνατζερς) ελέγχουν τους εργαζόμενους και εκτιμούν την απόδοσή τους.
- Απαραίτητη είναι η ικανότητα για διαπροσωπικές σχέσεις για να μπορούν να υπερασπιστούν τις απόψεις τους, να εκπαιδεύουν συνεχώς το προσωπικό και να επιμερίζουν τα καθήκοντα, τις εργασίες και τις αρμοδιότητες.
- Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο τόσο ευρύτερες είναι και οι ευθύνες και η εξουσία που διαθέτει.
 - Υψηλά ιεραρχικά επίπεδα: έχουν την ευθύνη λήψης σημαντικών αποφάσεων σε καίρια ζητήματα όπως η στρατηγική, οι πολιτικές και οι οργανωτικές αλλαγές.
 - Χαμηλά ιεραρχικά επίπεδα: έχουν την ευθύνη εκτέλεσης συγκεκριμένων έργων στο πλαίσιο της ομάδας που διοικούν.

Διεύθυνση και ηγεσία (2)

Δομή οργανισμού υγείας (Πυραμιδικός σχηματισμός)



Διεύθυνση και ηγεσία (3)

Βασικά καθήκοντα του μάνατζερ:

- Παρακίνηση: συνδέει τις ανάγκες των εργαζομένων με τα κίνητρα και τους στόχους του μάνατζερ. Τα κίνητρα αποτελούν μηχανισμό που επιτρέπει στους εργαζομένους να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και να μοιράζονται τους κινδύνους και τις αμοιβές.
- Διαχείριση κρίσεων: απαιτεί και τη συμμετοχή των εργαζομένων του οργανισμού.
 - Οι κρίσεις διακρίνονται σε:
 1. Ανάλογα με την έντασή τους (απροσδόκητες π.χ. σεισμός και κλιμακούμενες π.χ αδυναμία προμηθευτών για εφοδιασμό με υγειονομικό υλικό)
 2. Ανάλογα με την αιτία τους (ενδογενείς π.χ. βλάβη ιατρικού μηχανήματος και εξωγενείς π.χ. επιδημία)
 - Οι επιπτώσεις των κρίσεων κυρίως εκείνων που οφείλονται σε εξωγενή αίτια επιφορτίζουν ιδιαίτερα τις δυνατότητες των οργανισμών και αποτελούν πρόκληση και μεγάλη δοκιμασία για τις οργανωτικές τους δομές.
- Επικοινωνία: τα περισσότερα προβλήματα στη λειτουργία του οργανισμού και στις σχέσεις του προσωπικού οφείλονται στην ατελή επικοινωνία και στη ροή τυποποιημένης (γνώση που αποτυπώνεται σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή) και άτυπης γνώσης (γνώση που αποκτιέται με εμπειρία).
 - Για την αντιμετώπιση της αύξησης των ιατρικών πληροφοριών λόγω τεχνολογικής πρόοδου χρησιμοποιούνται σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα που προάγουν την επικοινωνία και την ανταλλαγή απόψεων και πληροφοριών.

Συντονισμός εργασιών

- Περιλαμβάνει τη διαδικασία εναρμόνισης των χρησιμοποιούμενων πόρων για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού υγείας.
- Ευθυγραμμίζει τις επιμέρους δραστηριότητες των τμημάτων για την εκπλήρωση του βασικού σκοπού του οργανισμού, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας την ενιαία δράση των εργαζομένων.
- Μηχανισμοί συντονισμού:
 - Ιεραρχία: αναφορά υφιστάμενου σε προϊστάμενο
 - Άμεση επαφή: επικοινωνία των ανώτερων στελεχών για επίλυση προβλημάτων.
 - Ρόλος του «Συνδέσμου»: συντονισμός ενός τμήματος με τα υπόλοιπα μέσω μεσολάβησης των προϊσταμένων.
 - Προσωρινές και μόνιμες επιτροπές: συμμετοχή ατόμων από διάφορα τμήματα για την επίλυση κοινών προβλημάτων.

Έλεγχος (1)

- Περιλαμβάνει τη διαδικασία της συστηματικής παρακολούθησης των ενεργειών των μελών του οργανισμού υγείας για τον προσδιορισμό και τη διόρθωση τυχόν αποκλίσεων από τους στόχους που έχουν τεθεί.
- Η διαδικασία του ελέγχου περιλαμβάνει 5 στάδια:
 1. Τον καθορισμό προτύπων.
 2. Την αξιολόγηση και μέτρηση.
 3. Τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα πρότυπα.
 4. Τον εντοπισμό των αιτιών αυτών.
 5. Τη διόρθωση των αποκλίσεων.
- Στους οργανισμούς υγείας ο έλεγχος επιτυγχάνεται μέσω της γραφειοκρατικής δομής οργάνωσης η οποία συνίσταται στην ύπαρξη κανονισμών, πολιτικών, γραπτά διατυπωμένων διαδικασιών και προτύπων, σχέσεων εξουσίας και ιεραρχίας.

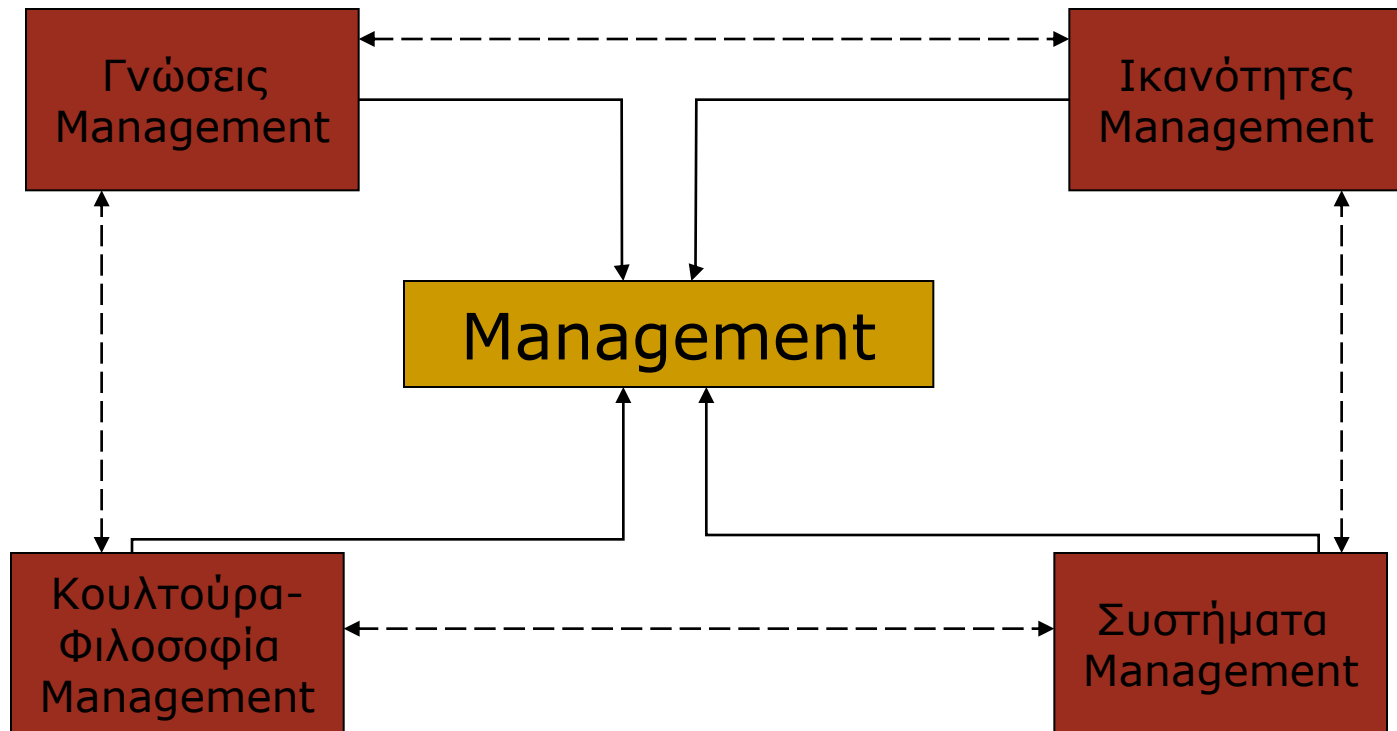
Έλεγχος (2)

- Η επιβολή πειθαρχικών ποινών ως μέσο ελέγχου στο πλαίσιο της γραφειοκρατίας επιτάσσεται από την πειθαρχική δικαιοδοσία μέσω της οποίας καθορίζονται:
 - Κάθε παράβαση ή παράλειψη υπηρεσιακού καθήκοντος θεωρείται πειθαρχικό παράπτωμα
 - Η δίωξη του πειθαρχικού παραπτώματος πραγματοποιείται από τα αρμόδια όργανα ενώ η επιβολή πειθαρχικών ποινών πραγματοποιείται από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα.
- Πειθαρχικά παραπτώματα μπορεί να είναι:
 - Η αδικαιολόγητη απουσία.
 - Η εργασία για μικρότερο χρόνο από το κανονικό ωράριο.
 - Η απασχόληση κατά τη διάρκεια της εργασίας με άλλες δραστηριότητες.
 - Η άρνηση εκτελέσεως των υπηρεσιακών εντολών και των οδηγιών της διοίκησης.
 - Η χρησιμοποίηση υπηρεσιακών πληροφοριών και στοιχείων για την απόκομιση προσωπικού οφέλους.
 - Η αποδοχή από τον εργαζόμενο οποιασδήποτε υλικής εύνοιας προερχόμενης από πρόσωπα, τις υποθέσεις των οποίων διαχειρίζεται ή πρόκειται να διαχειριστεί υπό οποιαδήποτε ιδιότητα.
 - Η κατάχρηση εξουσίας, η απρεπής συμπεριφορά, η αποσιώπηση και μη εξέταση των υποβαλλόμενων παραπόνων.

Έλεγχος (3)

- Οι μηχανισμοί ελέγχου αποτελούν ουσιαστικά ανταμοιβές και κυρώσεις που εναρμονίζουν τους στόχους και τα συμφέροντα των εργαζομένων με αυτούς του οργανισμού.
- Το προσωπικό υγείας είναι υποχρεωμένο να ακολουθεί τους κανόνες, τις διαδικασίες και τις πολιτικές του προσωπικού.
- Οι προϊστάμενοι παρακολουθούν, αξιολογούν και ελέγχουν τους υφιστάμενούς τους με βασικά κριτήρια όπως:
 - Οι πληροφορίες θα πρέπει να στηρίζονται σε αντικειμενικά και όχι υποκειμενικά κριτήρια.
 - Ο έλεγχος θα πρέπει να συγκεντρώνεται στα κρίσιμα και σημαντικά σημεία της λειτουργίας και των αποτελεσμάτων της οργάνωσης.
 - Όσο πιο ευέλικτο είναι το σύστημα ελέγχου τόσο πιο αποτελεσματικό αποδεικνύεται.
 - Προϋπόθεση αποτελεσματικής λειτουργίας του ελέγχου είναι η αποδοχή του από τα άτομα του οργανισμού υγείας.

Προϋποθέσεις Management – 4 Συντελεστές



Πηγή: Δ. Μπουραντάς, 2002, «Μάνατζμεντ».

Η ανάγκη για Management στις υπηρεσίες υγείας (1)

- Μέσα από διάφορες αναλυτικές προσεγγίσεις εντοπίζεται η φύση των προβλημάτων του νοσοκομειακού τομέα στη σφαίρα των οργανωτικο-διοικητικών και διαχειριστικών λειτουργιών.
- Γενικότερα τα προβλήματα που εντοπίζονται, κωδικοποιούνται ως ακολούθως:
 - Απουσία εθνικού στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, με στόχους και προτεραιότητες.
 - Άτολμες θεσμικές και οργανωτικές παρεμβάσεις.
 - Ανεπαρκής οργάνωση του εθνικού και περιφερειακού μηχανισμού διοίκησης.
 - Αναποτελεσματική διοίκηση σε επίπεδο Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης.
 - Απουσία σύγχρονης «κουλτούρας» διοίκησης.
 - Απουσία πολιτικής ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού.
 - Ανεπαρκής οργάνωση και διαχείριση των πληροφοριών.
 - Αναχρονιστικό σύστημα οικονομικής και λογιστικής διαχείρισης.
 - Χαμηλή αποδοτικότητα πόρων.
 - Απουσία πολιτικών βελτίωσης της ικανοποίησης του πολίτη.
 - Αδυναμία εμπέδωσης συμπεριφορών και νοοτροπίας σεβασμού του πολίτη και των αρχών λειτουργίας του συστήματος.

Η ανάγκη για Management στις υπηρεσίες υγείας (2)

- Δημιουργείται η ανάγκη για «επίθεση management στο σύστημα υγείας» (Σισσούρας, 2000) δηλαδή η επιδίωξη εγκαθίδρυσης μιας σύγχρονης αντίληψης διοίκησης τόσο σε επίπεδο θεσμικής συγκρότησης όσο και στο επιχειρηματικό και λειτουργικό επίπεδο.

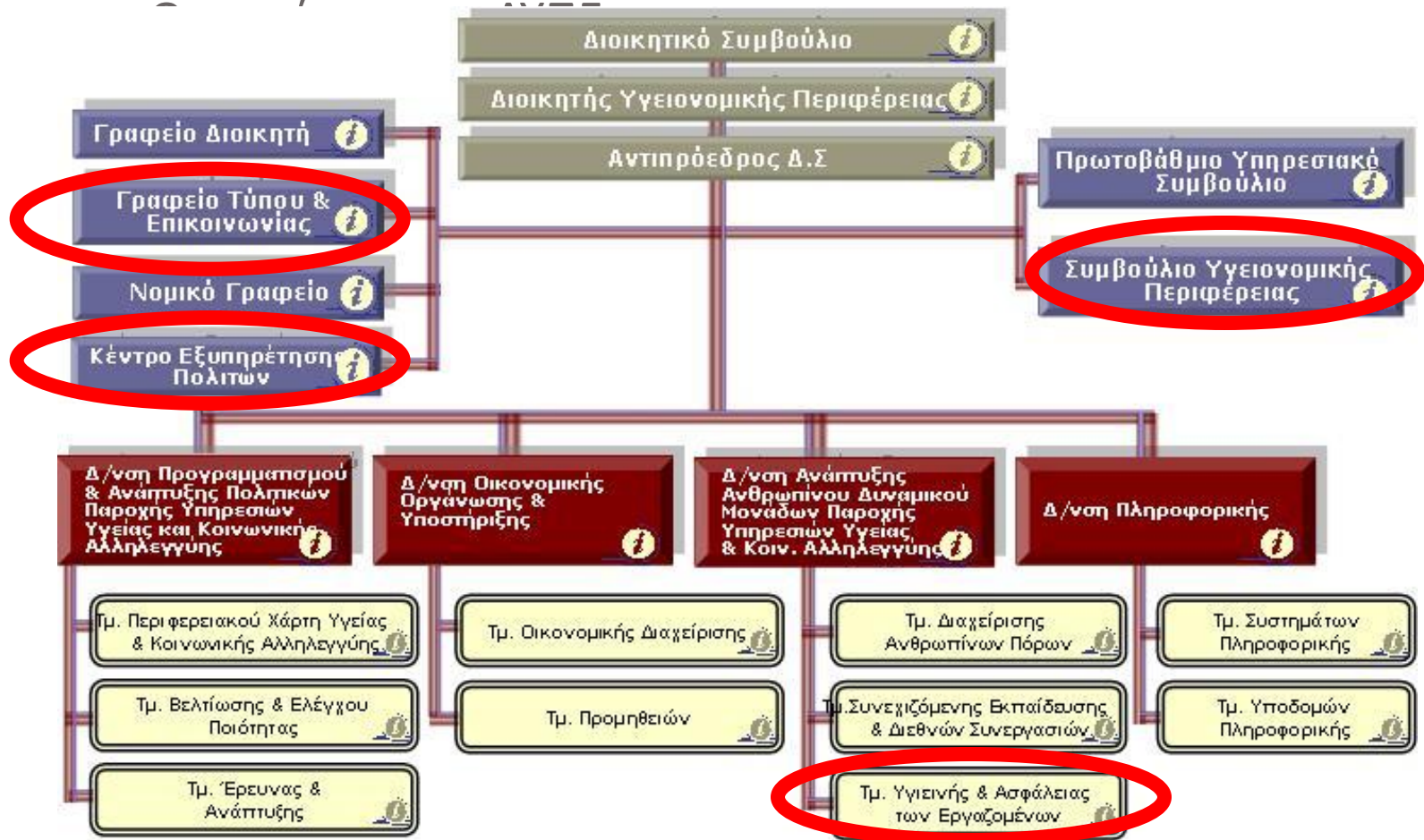
Σε σφαίρα ανάλυσης θέτονται όλες οι πτυχές ενός διοικητικού συστήματος:

- Η κατάλληλη θεσμική και οργανωτική του συγκρότηση (system design).
- Ο μηχανισμός λήψης αποφάσεων (decision making).
- Ο μηχανισμός υλοποίησης των αποφάσεων (operational management).
- Ο τρόπος διαχείρισης των πόρων και εξασφάλισης της αποδοτικότητας (resource management) και του βαθμού ικανοποίησης των αναγκών και εξυπηρέτησης του πελάτη.

2005 : Ν.3329/05 – Περιφερειακή Συγκρότηση Ε.Σ.Υ.Κ.Α

- Η επικράτεια διαιρείται σε 17 Υγειονομικές Περιφέρειες που ταυτίζονται με τις διοικητικές και σε κάθε μία από αυτές ιδρύεται Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.Π.Ε.» που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας περιφέρειας
- Η μεγάλη καινοτομία είναι ότι τα νοσοκομεία και οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας ξαναγίνονται Ν.Π.Δ.Δ. με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό ώστε να αποκτήσουν ουσιαστικές αρμοδιότητες και να επιτευχθεί πραγματική αποκέντρωση
- Με τη δημιουργία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγειονομικών Περιφερειών (Κε.Συ.Υ.Π.ε.) που έχει σκοπό τον συντονισμό του έργου των Διοικήτων των Υ.Π.ε. και την εναρμόνιση των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Το Συμβούλιο συνέρχεται τακτικά κάθε 2 μήνες
- Στην έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας δημιουργείται το **Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.Π.Ε.)** για θέματα ανάπτυξης των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην περιφέρεια, τον συντονισμό των Διοικήσεων των νοσοκομείων και των λοιπών φορέων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και την εναρμόνιση των πολιτικών τους όπου συμμετέχουν και εκπρόσωποι της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, των Πανεπιστημίων, της ΓΣΕΕ ΑΔΕΔΥ, των Επιστημονικών Συλλόγων και των Νοσηλευτών.

Ν.3329/05 – Περιφερειακή Συγκρότηση Ε.Σ.Υ.Κ.Α (2..)



2005 : Ν.3329/05 – Νοσοκομεία ΕΣΥΚΑ

- Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατρέπονται σε Ν.Π.Δ.Δ. τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται στις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου Α.Φ.Μ.
- Η Διοίκηση στα Νοσοκομεία ασκείται από 2 κύρια όργανα, το Διοικητικό Συμβούλιο και το Διοικητή. Το ΔΣ είναι 7μελές για νοσοκομεία μέχρι 399 κλίνες και 9μελές για νοσοκομεία 400 και άνω κλινών. Αποτελείται από:
 - το Διοικητή (πρόεδρος)
 - 3 μέλη σε νοσοκομεία έως 399 οργανικές κλίνες και 4 μέλη για νοσοκομεία άνω των 400 κλινών, που διορίζονται απ' ευθείας από τον Υπουργό Υγείας με τους αναπληρωτές τους. Το ένα από τα μέλη αυτά ορίζεται ως Αντιπρόεδρος ΔΣ
 - Τον Αναπληρωτή Διοικητή σε νοσοκομεία άνω των 400 κλινών μέλος με αναπληρωτή του τον Δ/ντή της Διοικητικής Υπηρεσίας
 - 1 εκλεγμένο εκπρόσωπο των ιατρών του νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του
 - Τον Δ/ντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με αναπληρωτή τους τον αρχαιότερο Δ/ντή Νοσηλευτικού Τομέα
 - 1 εκλεγμένο εκπρόσωπο του λοιπού, πλην ιατρών ΕΣΥ, προσωπικού του Νοσοκομείου με τον αναπληρωτή τους

2005 : Ν.3329/05 – Νοσοκομεία ΕΣΥΚΑ

- Σε κάθε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνίσταται μία οργανική θέση Διοικητή, με διετή θητεία. Η θητεία του Διοικητή είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μπορεί να ανανεώνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Σε κάθε Νοσοκομείο του ΕΣΥ, συνίσταται Επιστημονικό Συμβούλιο, που συγκροτείται από :
 - 2 ιατρούς με βαθμό Διευθυντή που εκλέγονται από όλους τους Δ/ντές ιατρούς του νοσοκομείου
 - 1 ιατρό αναπληρωτή Δ/ντη που εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Δ/ντές ιατρούς του νοσοκομείου
 - 1 ιατρό Επιμελητή Α
 - 1 ιατρό Επιμελητή Β
 - 1 επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό
 - 1 ειδικευόμενο γιατρό, 1 Νοσηλευτή κατηγορίας ΠΕ
- Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι διετής και η συγκρότηση του γίνεται με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου
- Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καταρτίζεται κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων

Βασικές Αλλαγές με το Νόμο 3527/9-2-07 στην οργάνωση των ΔΥΠε.

- **Συγχώνευση των ΔΥΠε. σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες**
- **Όργανα διοίκησης της Δ.Υ.ΠΕ.**
 - Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας: είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη της αρμόδιας Επιτροπής της Βουλής των Ελλήνων, με διετή θητεία, που μπορεί να ανανεώνεται με τον ίδιο τρόπο.
 - Δύο (2) Υποδιοικητές της Υγειονομικής Περιφέρειας: διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι Υποδιοικητές είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, η θητεία τους είναι διετής και μπορεί να ανανεώνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με απόφαση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών και του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι αποδοχές των Υποδιοικητών των Δ.Υ.ΠΕ..

Αλλαγές στη διαχείριση των πόρων των ΔΥΠΕ

- α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.
- β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.
- γ) Ποσοστό 1 % επί των βεβαιωθέντων εσόδων των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α. της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
- δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων, κατόπιν εγκρίσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.
- στ) Έσοδα από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.
- ζ) Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά της.

Αιτίες που εμποδίζουν την άσκηση του προγραμματισμού στο Δημόσιο Νοσοκομείο

- Οι διοικήσεις και τα στελέχη των Νοσοκομείων δεν έχουν κατανοήσει την αναγκαιότητα της εφαρμογής του προγραμματισμού.
- Οι διοικήσεις προσπαθούν να ανταποκρίνονται αποσπασματικά στα καθημερινά προβλήματα που προκύπτουν χωρίς να βλέπουν στον μέλλον.
- Το βραδυκίνητο γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης δεν βοηθά στην μελέτη και εφαρμογή ενός σχεδίου προγραμματισμού.
- Η επιτυχία του υγειονομικού προγραμματισμού απαιτεί όχι μόνο την υποστήριξη αλλά και την ενεργό συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού.
- Ο τρόπος και οι καθυστερήσεις χρηματοδότησης του Νοσοκομείου από την κεντρική εξουσία, δρα καταλυτικά στη μη πραγματοποίηση του σχεδιασμού-προγραμματισμού.
- Η έλλειψη προσωπικού σε κρίσιμους τομείς του Νοσοκομείου.
- Η αυτονομία των επαγγελματιών επιστημόνων όπως οι γιατροί που ταυτίζονται περισσότερο με την ειδικότητά τους παρά με τον οργανισμό.
- Η περιορισμένη έρευνα για την αξιολόγηση των σχεδίων.

Συμπεράσματα – Παρατηρήσεις (1)

- Η μη επιτυχία των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων αναδεικνύει την σημασία 4 παραμέτρων :
 1. Του πολιτικού, οικονομικού κοινωνικού και θεσμικού πλαισίου στο οποίο εφαρμόζεται η μεταρρύθμιση
 2. Της διαδικασίας προσδιορισμού του προβλήματος, διατύπωσης εναλλακτικών προτάσεων αντιμετώπισής του, νομιμοποίησης των επιλεγμένων λύσεων, εφαρμογής και αξιολόγησης των νέων πολιτικών
 3. Του ρόλου των εμπλεκόμενων στην όλη διαδικασία δρώντων υποκειμένων και του βαθμού στον οποίο αυτά μπορούν να επηρεάσουν τόσο τις αποφάσεις που λαμβάνονται όσο και την υλοποίησή τους
 4. Του περιεχομένου της επιδιωκόμενης πολιτικής, το οποίο είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης των παραπάνω τριών στοιχείων αλλά και των ορίων που θέτουν προηγούμενες επιλογές
- Στην Ελλάδα η αποτυχία των μεταρρυθμίσεων οφείλεται κυρίως, αν και όχι πάντα, στην κυριαρχία της κομματικοκρατικής δημοκρατίας

Συμπεράσματα – Παρατηρήσεις (2)

Για την επίτευξη των στόχων του ΕΣΥ είναι απαραίτητη η αναβάθμιση των παροχών και η λήψη μέτρων για την ορθολογικοποίηση του υγειονομικού και ασφαλιστικού συστήματος με μέτρα όπως:

- Ενοποίηση και αποτελεσματική διαχείριση των πόρων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, με τη δημιουργία ενός Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων ή Ενιαίου Φορέα Υγείας
- Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας – Πρόληψης και της ΠΦΥ με τη δημιουργία Κέντρων Υγείας Αστικού τύπου, την καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού κ.α.
- Σχεδιασμός και ανάπτυξη νέων υπηρεσιών υγείας όπως οι κλινικές ημέρας, τα κέντρα αποκατάστασης, η κατ' οίκον νοσηλεία, η τηλεϊατρική
- Βελτίωση της οργάνωσης των νοσοκομείων με ανάπτυξη των ΤΕΠ, επαρκή στελέχωση με προσωπικό και τμήματα βασικής εργαστηριακής υποστήριξης, με διαχωρισμό τους από τα ΤΕΙ κ.α.
- Δημιουργία ενιαίων εργασιακών σχέσεων των γιατρών του ΕΣΥ, διαμόρφωση ικανοποιητικού μισθολογίου με εύρος κλίμακας και εφαρμογή κανόνων αξιολόγησης και ελέγχου, που θα μειώσουν την παραοικονομία και τις άτυπες πληρωμές