

2008

þÿ Á ç<sup>2</sup> » · ¼ ± Ä<sup>1</sup> Ã ¼ ç<sup>-</sup> ì Ã ç<sup>½</sup> ± Æ ç Á ¬  
 þÿ £ Ç µ ´<sup>1</sup> ± Ã ¼ ì / Á ç<sup>3</sup> Á ± ¼ ¼ ± Ä<sup>1</sup> Ã ¼ ì  
 þÿ ÿ Á<sup>3</sup> ¬ ½ É Ã · Ä É ½ ” · ¼ ì Ã<sup>1</sup> É ½ ° ±<sup>1</sup>  
 þÿ ™ ´<sup>1</sup> É Ä<sup>1</sup> ° î ½ • ç Ã ç<sup>0</sup> ç ¼ µ<sup>-</sup> É ½ µ ½ ì È  
 þÿ • Æ ± Á ¼ ç<sup>3</sup> ® Â Ä ç Å “ µ ½<sup>1</sup> ° ç í £ Ç µ ´  
 þÿ ¥<sup>3</sup> µ<sup>-</sup> ± Â Ã Ä · ½ š í À Á ç : ™ ´<sup>1</sup> ±<sup>1</sup> Ä µ Á  
 þÿ ° ±<sup>1</sup> Á ç<sup>0</sup> » ® Ã µ<sup>1</sup> Â

Philippou, Prodromos

Cyprus medical journal

<http://hdl.handle.net/11728/6834>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository



# ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΥΠΡΟΣ



**CYPRUS MEDICAL JOURNAL**

Quarterly Publication  
of the Pancyprian Medical Association

Volume 24 - Issue 1-2

**2008**



## Προβληματισμοί όσον αφορά στο Σχεδιασμό / Προγραμματισμό και την Οργάνωση των Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων ενόψει της Εφαρμογής του Γενικού Σχεδίου Υγείας στην Κύπρο: Ιδιαιτερότητες και Προκλήσεις

Πρόδρομος Φιλίππου,<sup>1</sup> MD, Ανδρέας Παυλάκης,<sup>1</sup> RN, PhD  
Ελπιδοφόρος Σ. Σωτηριάδης,<sup>2,3</sup> MD, SM, ScD

1. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Λευκωσία, Κύπρος.
2. Κυπριακό Ινστιτούτο Βιοϊατρικών Επιστημών (ΚΙΒΕ), Τμήμα Επαγγελματικής και Περιβαλλοντικής Ιατρικής, Λευκωσία, Κύπρος
3. Σχολή Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ, Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγείας, Περιβαλλοντική και Επαγγελματική Ιατρική και Επιδημιολογία, Βοστώνη, Μασσαχουσέτη, ΗΠΑ.

### Περίληψη

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ως πολύπλοκοι και συνεχώς εξελισσόμενοι οργανισμοί, έχουν ως απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεσματικής λειτουργίας την ύπαρξη συστηματοποιημένης διαχείρισης / διοίκησης. Δύο βασικές συνιστώσες της διαδικασίας διοίκησης (μάντζμεντ) των νοσοκομείων είναι ο σχεδιασμός / προγραμματισμός και η οργάνωση. Οι πιθανές διαφορές των δημόσιων από τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα σκιαγραφούν και την εικόνα των δύο αυτών οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, που ενώ δραστηριοποιούνται στον ίδιο χώρο και διαθέτουν παρόμοιους μηχανισμούς παραγωγής, παρουσιάζουν πολλές ιδιαιτερότητες, που πηγάζουν κυρίως από τη διαφορετικότητα των αντικειμενικών τους σκοπών. Αυτή η διαφορά είναι θεμελιώδης, στην προσπάθεια αξιόπιστης σύγκρισης της διοικητικής λειτουργίας των δύο νοσοκομειακών μοντέλων και στην ανάδειξη των δυνατοτήτων και των κατακτήσεων τους, αλλά και των αδυναμιών τους.

Λαμβάνοντας υπόψη την πολλαπλότητα των αντικειμενικών σκοπών και τη δυσκολία ποσοτικοποίησης ορισμένων από αυτούς, η αποστολή του δημόσιου νοσοκομείου, όσον αφορά στη διοικητική διαδικασία καθίσταται εκ προοιμίου απαιτητική. Αντίθετα, παρά τη φαινομενική απλότητα των αντικειμενικών σκοπών του ιδιωτικού νοσοκομείου, οι πραγματικότητες της προβληματικής χρηματοδότησης, στην απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης υγείας, δρουν ως περιοριστικός παράγοντας επί του εύρους των εναλλακτικών του λύσεων.

Η απαίτηση του κοινωνικού συνόλου για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας καθιστά αναγκαία την υιοθέτηση μιας μεθοδευμένης διαχειριστικής διαδικασίας, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Η πρόκληση της εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης υγείας στην Κύπρο, αυξάνει τη σημασία της αναγνώρισης των διαφορών των δύο μοντέλων, δεδομένου του κομβικού ρόλου των ιδρυμάτων παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης στην Κυπριακή κοινωνία.

Η αναζήτηση των διαφορών στο Δημόσιο και στο Ιδιωτικό νοσοκομείο, οδηγεί σε κάποια συμπεράσματα τα οποία ερμηνεύουν και τις διαφορές στην αποτελεσματικότητα των δύο νοσοκομειακών

μοντέλων. Συμπερασματικά, η σύγκριση αναδεικνύει τις διαφορές των δύο μοντέλων, σε σχέση με τέσσερις κυρίαρχους άξονες επιρροής (πρόσδος επιστήμης / τεχνολογίας, κεντρικός σχεδιασμός, διοικητικά χαρακτηριστικά στελεχών, χρηματοδότηση), καθώς και σε σχέση με τις εναλλακτικές επιλογές, το κόστος τους και τα επιμέρους θέματα της εξειδίκευσης, της τμηματοποίησης, της στελέχωσης και της οργανωτικής τους δομής.

### Εισαγωγή

Οι Οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, παρουσιάζουν ιδιαίτερες προκλήσεις όσον αφορά στα θέματα διοίκησης / διαχείρισης. Οι πολλαπλοί αντικειμενικοί σκοποί και η δυσκολία ποσοτικοποίησης τους, καθιστούν απαραίτητη προϋπόθεση την ύπαρξη μιας συστηματοποιημένης οργάνωσης και διαχείρισης, με δεδομένη την κρίση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας διεθνώς.<sup>1</sup>

Δύο κύριοι τύποι νοσοκομείων είναι τα Δημόσια (Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα, ΔΝΙ) και τα Ιδιωτικά (Ιδιωτικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα, ΙΝΙ). Η διαφορά στο νομικό καθεστώς δεν είναι η μοναδική ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες ιδρυμάτων. Κάποιοι αφοριστικά θεωρούν ότι τα ΔΝΙ επικεντρώνονται στις υγειονομικές ανάγκες του κοινωνικού συνόλου, ενώ τα ΙΝΙ δίνουν έμφαση κυρίως σε οικονομικές παραμέτρους, σε μια προσπάθεια μεγιστοποίησης του κέρδους τους κάτι που δε σκιαγραφεί την πλήρη εικόνα.

Η ανάγκη για εισαγωγή ενός σχεδίου υγείας που θα λειτουργήσει ως το συνολικό πλαίσιο για συντονισμό και αξιοποίηση των υφιστάμενων δυνατοτήτων για κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού στην Κύπρο, εξελίχθηκε σε πολιτική απόφαση, η οποία βρίσκεται «προ των πυλών» υλοποίησής της. Η κυπριακή εκδοχή του σχεδίου αυτού αναμένεται να υλοποιηθεί στη βάση του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου<sup>2</sup> (ΓΕΣΥ), που θα επηρεάσει κάθε δραστηριότητα που σχετίζεται με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, τόσο σε επίπεδο παραγωγής και διανομής υπηρεσιών αλλά και σε επίπεδο διοικητικής διαδικασίας. Αυτή η επιρροή ενδεχομένως να είναι αμφίδρομη. Οι υφιστάμενες υγειονομικές δομές και κοινωνικές πραγματικότητες θα καθορίσουν εν μέρει και τον τρόπο εφαρμογής του ΓΕΣΥ και θα πρέπει να αναγνωριστούν και



να αξιολογηθούν με συστηματικό τρόπο ώστε να λειτουργήσουν συναινετικά και υποστηρικτικά κατά τη διάρκεια υλοποίησης του ΈΣΥ. Η αναγνώριση ορισμένων παραμέτρων της κυπριακής πραγματικότητας όσον αφορά στους οργανισμούς υγείας θα συμβάλει στο να αποκτήσει η επιχειρούμενη σύγκριση πραγματικό πεδίο εφαρμογής.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο επιχειρείται μια σύγκριση ανάμεσα στο ΔΝΙ και το ΙΝΙ σε σχέση με τα θέματα προγραμματισμού / σχεδιασμού και οργάνωσης. Το ερώτημα μπορεί απλουστευμένα να τεθεί και ως εξής: Πώς επηρεάζει το νομικό καθεστώς ενός νοσοκομειακού οργανισμού στην Κύπρο τα θέματα προγραμματισμού / σχεδιασμού και οργάνωσης και ποια η επίδραση των πιθανών διαφορών τους στη λειτουργία και αποδοτικότητα των δύο μοντέλων οργανισμών υγείας; Ο προβληματισμός αυτός αποκτά ιδιαίτερη σημασία, με δεδομένη την απαίτηση για εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης υγείας στην Κύπρο, που θεωρητικά προβλέπεται να αναβαθμίσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας για ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

### Η διαφορετικότητα των Αντικειμενικών Σκοπών

Οι διαφορές των αντικειμενικών σκοπών του δημόσιου με το ιδιωτικό νοσοκομείο αποτελούν, για την παρούσα μελέτη, τον πυρήνα της διερεύνησης του ερωτήματος που τέθηκε πιο πάνω. Πιστεύουμε ότι με την παραδοχή της διαφορετικότητας αυτής μπορεί να γίνει μια αξιόπιστη συγκριτική ανάλυση ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα. Ο καθορισμός του σκοπού ενός οργανισμού αποτελεί την «αρχή της αρχής»: το πρώτο βήμα στη διαδικασία του σχεδιασμού / προγραμματισμού και την αφετηρία της διαδικασίας της διοίκησης.<sup>3</sup> Βάσει του πιο πάνω σκοπού προσδιορίζεται ο οργανισμός, σε σχέση με το εσωτερικό (οργανωτική δομή, διοικητική διεργασία) και το εξωτερικό περιβάλλον, αλλά και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα.

Η διάσταση των αντικειμενικών σκοπών ανάμεσα στα ΔΝΙ και τα ΙΝΙ από πολλούς θεωρείται προφανής, παρόλο που οι διαδικασίες παραγωγής των υπηρεσιών περίθαλψης είναι παραπλήσιες.<sup>4</sup> Το Δημόσιο νοσηλευτήριο έχει ως σκοπό - αντικείμενο την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των προσερχόμενων ασθενών (τη διάγνωση της ασθένειας και την αποκατάσταση της υγείας) σε ένα πληθυσμό καθολικά, χωρίς διακρίσεις και με σεβασμό στην ιδιαιτερότητα του αγαθού «Υγεία».<sup>5</sup> Η θεωρητικά «εξασφαλισμένη» βιωσιμότητά του, βασισμένη στην κρατική υποστήριξη, δεν απαλλάσσει βέβαια τους διοικητικούς μηχανισμούς του ΔΝΙ από την ανάγκη άσκησης αποτελεσματικής διοίκησης. Στον αντίποδα, για το ιδιωτικό νοσηλευτήριο, πρωταρχική σημασία έχει, σε πρώτη φάση, η εξασφάλιση της βιωσιμότητας του, μέσα στα πλαίσια της προσφερόμενης ποιοτικής φροντίδας υγείας, και ακολούθως η θεμελίωση, ισχυροποίηση και επέκταση της θέσης του στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του σκοπού αυτού είναι η προσέλκυση ασθενών (καταναλωτών-χρηστών) και η διατήρηση ενός θετικού ισοζυγίου κόστους - κέρδους. Επί αυτού του άξονα διαμορφώνεται ο σχεδιασμός / προγραμματισμός και η οργάνωσή του ΙΔΙ, παράλληλα με την υποχρέωση της ευλαβικής τήρησης

των κανόνων του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οι δύο Οργανισμοί, παρά τη διάσταση του αντικειμένου τους, έχουν ανάγκη από ορθολογιστικό σχεδιασμό / προγραμματισμό και οργάνωση, για να καταστεί εφικτός ο συντονισμός των ανθρώπινων και υλικών τους πόρων, που θα οδηγήσει στην πραγματοποίηση των σκοπών τους.<sup>6</sup>

### Σχεδιασμός - Προγραμματισμός: Τύποι και επίπεδα

Η ανάγκη ύπαρξης και των δύο μορφών σχεδιασμού / προγραμματισμού (στρατηγικού και λειτουργικού) είναι δεδομένη και για τις δύο κατηγορίες νοσηλευτηρίων, όπως προφανής είναι και η σχέση μεταξύ των δύο αυτών μορφών, αφού ο λειτουργικός προγραμματισμός τίθεται σε εφαρμογή σε βραχυπρόθεσμη βάση για την εκπλήρωση των μακροπρόθεσμων στόχων που θέτει ο στρατηγικός σχεδιασμός. Οι ιδιομορφίες στο χώρο της υγείας<sup>7</sup> εν πολλοίς ερμηνεύουν την πιο πάνω αναγκαιότητα: η φύση του αγαθού «υγεία», η ιδιομορφία της απειλής της υγείας, οι ραγδαίες μεταβολές στο περιβάλλον του συστήματος ασφάλισης υγείας, η συχνή διαφοροποίηση των υγειονομικών δραστηριοτήτων, καθώς και η στενότητα των πόρων σε συνδυασμό με την αύξηση του κόστους, καθιστούν το σχεδιασμό / προγραμματισμό ένα απαραίτητο εργαλείο διοίκησης για τα νοσηλευτήρια.

Ιδιαίτερη αναφορά μπορεί να γίνει σε δύο θέματα. Πρώτον, στην επίδραση της προόδου της επιστήμης και της τεχνολογίας στη συχνή διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την υγεία. Ο σχεδιασμός / προγραμματισμός των νοσηλευτηρίων επηρεάζεται από το φαινόμενο αυτό, με διαφορετικό όμως τρόπο στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο. Το δημόσιο νοσοκομείο έχει την ευχέρεια να υιοθετεί καινούργιες τεχνολογίες και ιατρικές πρακτικές που θα επηρεάσουν οριακά, θετικά ή και αρνητικά, το ισοζύγιο στη σχέση κόστους - κέρδους, προκειμένου να συμβάλει στη διατήρηση ή/και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αντίθετα, το ΙΝΙ, για να εξασφαλίσει την επιβίωσή του τείνει να υιοθετεί τεχνολογίες που αφ' ενός θα προσελεύσουν τον ασθενή-χρήστη και αφ' ετέρου θα εξασφαλίσουν σαφές θετικό οικονομικό ισοζύγιο. Δεύτερον, η στενότητα των πόρων ασκεί σημαντικότερη επίδραση στο σχεδιασμό του ΙΝΙ, ιδιαίτερα όταν οι μοναδικές πηγές χρηματοδότησης είναι η άμεση πληρωμή των υπηρεσιών του από τους ασθενείς και η έμμεση πληρωμή μέσω των συμβολαίων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (και όχι ο κρατικός προϋπολογισμός, όπως ισχύει για το ΔΝΙ). Σήμερα, με το Γενικό Σχέδιο Υγείας «προ των πυλών», οι προβληματισμοί για τα θέματα της χρηματοδότησης εντείνονται και απαιτούν σωστά τεκμηριωμένες και ολοκληρωμένες απαντήσεις.

Επιπλέον, είναι γενικευμένη η παραδοχή ότι τα ΙΝΙ τείνουν να αποφεύγουν την εμπλοκή τους σε δραστηριότητες όπως η έρευνα, η ιατρική εκπαίδευση και η προληπτική ιατρική, δεδομένου ότι ενδεχομένως οι δραστηριότητες αυτές μπορούν είτε να αποβούν ζημιογόνες, είτε να αποφέρουν οριακά κέρδη σε βάθος χρόνου. Αυτή η ιδιαιτερότητα ασκεί την επίδρασή της στη διαδικασία σχεδιασμού του ιδιωτικού νοσοκομείου, καθιστώντας τον σημαντικά απλούστερο. Αντίθετα ο σχεδιασμός στο πλαίσιο του ΔΝΙ καθίστα-



ται πιο πολύπλοκος, μια και το περιεχόμενο του αντικειμένου τους χαρακτηρίζεται από πολλαπλά επίπεδα (νοσοκομειακή περιβαλψη, εκπαίδευση, πρόληψη). Μια πρόσθετη παράμετρος που επιδρά στο σχεδιασμό του ΔΝΙ είναι η επιρροή που ασκεί σε αυτόν ο κεντρικός υγειονομικός σχεδιασμός, όπως αυτός εκπονείται από την κεντρική εξουσία (Υπουργείο Υγείας) και τα επικουρικά της όργανα (ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα, κοινωνικοί και επιστημονικοί φορείς κλπ). Καθίσταται ιδιαίτερα εμφανές ότι, σε ένα συγκεντρωτικό σύστημα υγείας, ο σχεδιασμός του ΔΝΙ οφείλει να είναι σε πλήρη ευθυγράμμιση με τον κεντρικό σχεδιασμό. Αντίθετα, το ΙΝΙ έχει τη δυνατότητα, χωρίς να παραβιάζει τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, να κινείται παράλληλα ή ακόμα και εκτός του δεδομένου πλαισίου του κεντρικού υγειονομικού σχεδιασμού. Έτσι, το ΙΔΙ, διατηρεί τη δυνατότητα ανάπτυξης μιας δικής του στρατηγικής, ώστε να κατορθώσει να υλοποιήσει το σκοπό του. Βέβαια αυτή η ευελιξία βρίσκεται πάντοτε υπό την αίρεση του κρατικού παρεμβατισμού, ο οποίος ενίοτε εντατικοποιείται αφού αφορά στον ευαίσθητο τομέα της υγείας, και εκφράζεται με τη μορφή μηχανισμών έλεγχου που θεσμοθετούνται ως αντίβαρο στην συχνά ανεξέλεγκτη ιδιωτική πρωτοβουλία. Το εύρος του πλαισίου (όπως καθορίζεται σε όλα τα σύγχρονα συστήματα υγείας) οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις τοπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες, αλλά και να σέβεται τις επιστημονικές κατακτήσεις της ιατρικής.

Ο λειτουργικός προγραμματισμός αποτελεί ένα πρόσθετο πεδίο αναζήτησης διαφορών ανάμεσα στα δύο μοντέλα. Ο λειτουργικός προγραμματισμός εστιάζει στο άμεσο μέλλον και στις καθημερινές λειτουργίες, προβλήματα και ανάγκες ενός οργανισμού. Για το ΙΝΙ, η ολοκλήρωση αυτής της φάσης της διοικητικής διαδικασίας είναι απλούστερη και πιο ευέλικτη. Παρουσιάζει όμως και δυσκολίες, αφού δρουν ως περιοριστικοί παράγοντες τα χρονοδιαγράμματα, το κόστος και οι συνθήκες της αγοράς. Αντίθετα, στο ΔΝΙ, η διαδικασία του λειτουργικού προγραμματισμού είναι χρονοβόρα, πολύπλοκη και συχνά μη λειτουργική λόγω των θεσμοθετημένων προκλήσεων και προσφορών του δημόσιου τομέα που παρουσιάζουν εγγενείς αδυναμίες και ενίοτε διαδικαστικές αγκυλώσεις.

Τέλος πρόσωπα που καλούνται να εκπονήσουν τον σχεδιασμό ενός ΙΝΙ συνήθως διαθέτουν διαφορετικά διοικητικά χαρακτηριστικά και δεξιότητες από τα αντίστοιχα πρόσωπα στο ΔΝΙ, μια διαφορά που επίσης σχετίζεται άμεσα με την διαφορετικότητα των αντικειμενικών σκοπών των δύο μοντέλων. Για παράδειγμα, η ικανότητα για διοικητική ευελιξία και οικονομική διαχείριση δυνατό να έχει μεγαλύτερη βαρύτητα στην επιλογή ενός διοικητικού στελέχους ανωτάτου επιπέδου στο ιδιωτικό νοσοκομείο παρά στο δημόσιο. Αντίθετα το ΔΝΙ, όντας υπό κρατική κηδεμονία, διοικείται από στελέχη των οποίων η ευελιξία σε θέματα σχεδιασμού / προγραμματισμού περιορίζεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες του κεντρικού υγειονομικού σχεδιασμού. Είναι επίσης σύνθηες το φαινόμενο τα στελέχη που σε κάποια φάση της επαγγελματικής τους πορείας συμβάλλουν στον κεντρικό υγειονομικό σχεδιασμό (υπηρετώντας ως λειτουργοί στο αρμόδιο υπουργείο) να καλούνται επίσης να τον υλοποιήσουν (ως στελέχη της διοίκησης ενός ΔΝΙ). Έτσι, ως δημόσιοι λειτουργοί εναλλάσσονται ανάμεσα σε κέντρο και περιφέρεια και συμβάλλουν στην ευθυγράμμιση του προγραμματισμού του νοσοκομείου με τον

κεντρικό σχεδιασμό / προγραμματισμό. Αυτή η βασική διαφορά ασκεί επιδράσεις και στο περιεχόμενο αλλά και στην ποιότητα του σχεδιασμού που εκπονείται στα πλαίσια των δύο μοντέλων.

### Σχεδιασμός - Προγραμματισμός: Η διαδικασία

Ο σχεδιασμός σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι μια διαδικασία με καθορισμένα βήματα,<sup>8</sup> που θα πρέπει να οδηγούν στην επιτυχή ολοκλήρωση του πρώτου αυτού σταδίου της διοίκησης του νοσοκομείου (νοσοκομειακό μάνατζμεντ). Ο καθορισμός της διάστασης των αντικειμενικών σκοπών και οι τρόποι που αυτή επιδρά στη διοικητική διεργασία έχει αναλυθεί πιο πάνω. Ο καθορισμός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου υλοποίησης, η σαφής διατύπωση των στόχων αυτών και η προτίμηση μετρήσιμων στόχων (ώστε να τεκμηριώνεται η επίτευξή τους με απλούστερο τρόπο), καθώς και η προσεκτική εκτίμηση του περιβάλλοντος, των δυνατοτήτων και των αδυναμιών του κάθε οργανισμού αποτελούν τις βάσεις για τη σωστή ολοκλήρωση του πρώτου βήματος. Όσον αφορά στο ΙΝΙ, τα κριτήρια επιτυχίας τίθενται σχετικά σαφέστερα, δεδομένου του σχετικά περιορισμένου εύρους των στόχων και έχουν ως ένα βαθμό, ως σημείο αναφοράς, τους οικονομικούς δείκτες απόδοσης (έσοδα-έξοδα-κέρδη-ζημιές) και συχνά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που θεωρητικά τους προσδίδει το απαιτούμενο στρατηγικό πλεονέκτημα σε σχέση με τα δημόσια νοσηλευτήρια. Αντίθετα, στο ΔΝΙ η επίτευξη των στόχων τεκμηριώνεται δυσκολότερα, λόγω της πολλαπλότητας των στόχων, ενώ για κάποιους στόχους η ποσοτικοποίηση είναι εξαιρετικά δύσκολη έως αδύνατη (η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, η έρευνα, η ιατρική εκπαίδευση, η «αίγλη» ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας). Σε αυτό πρέπει κάποιος να προσθέσει και το κόστος των μελετών για μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Όλα τα πιο πάνω καθιστούν το δημόσιο νοσοκομείο μια ιδιαίτερα δύσκολη αποστολή για ένα διευθυντικό στέλεχος (μάντζερ).<sup>9</sup>

Κομβικό κομμάτι της διαδικασίας σχεδιασμού / προγραμματισμού αποτελεί επίσης η αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων. Το ΙΝΙ πλεονεκτώντας όσον αφορά στην ευελιξία, δεδομένης της απουσίας των δεσμών της γραφειοκρατίας, έχει τη δυνατότητα να αντλεί από μια μεγαλύτερη δεξαμενή εναλλακτικών λύσεων και να έχει κατ'επέκταση περισσότερες επιλογές. Περιορίζεται σημαντικά όμως όσον αφορά τις επιλογές του από την παράμετρο του κόστους και της δυνατότητας χρηματοδότησης.<sup>10</sup> Σε παράλληλο επίπεδο, η παράμετρος του κόστους αγγίζει και το δημόσιο νοσοκομείο, όταν αναζητούνται πιθανές εναλλακτικές λύσεις σε ένα πρόβλημα, συνήθως όμως σε μικρότερο βαθμό. Το ΔΝΙ δέχεται ταυτόχρονα και τις ισχυρές επιδράσεις του κεντρικού σχεδιασμού, της γραφειοκρατίας, των κοινωνικών τάσεων και της κοινής γνώμης, αλλά και των πολιτικών παρεμβάσεων, με αποτέλεσμα κάποιες εναλλακτικές λύσεις, που αξίζουν σοβαρής διερεύνησης, να απορρίπτονται πρώιμα. Σημαντικά βήματα στη διαδικασία σχεδιασμού / προγραμματισμού αποτελούν επίσης η διερεύνηση των συνθηκών και προϋποθέσεων για κάθε πιθανή λύση ενός διοικητικού προβλήματος, η κριτική αξιολόγηση των διαθέσιμων εναλλακτικών λύσεων με γνώμονα την επιλογή της καλύτερης δυνατής λύσης και η διαμόρφωση επιμέρους σχεδίων για την εφαρμογή της. Όλα



τα πιο πάνω έχουν νομοτελειακά τη σφραγίδα των χειρισμών του διοικητικού στελέχους που βρίσκεται στην πυραμίδα του οργανισμού υγείας και αποτελούν κομβικά σημεία της διαδικασίας, αφού περιλαμβάνουν τη λήψη μιας απόφασης και την διασύνδεσή της με τα επόμενα στάδια της διαδικασίας της διοίκησης.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των διοικητών (μάντζερ) των δύο νοσοκομειακών μοντέλων πιθανό να διαφέρουν<sup>11</sup> και οι διαφορές αυτές να επιδρούν και στην ικανότητα σχεδιασμού για τον κάθε τύπο νοσοκομείου. Η αφαιρετική σκέψη και η δυνατότητα συνολικής θεώρησης έχει τεράστια σημασία για να μπορεί να λειτουργεί κάποιος ως επιτυχημένος «σχεδιαστής / προγραμματιστής» ενός οργανισμού υγείας. Βέβαια, οι διαφορές αυτές είναι ποιοτικές αφού είναι μάλλον δύσκολο να υπάρξει επιστημονικά τεκμηριωμένη απάντηση στο υποθετικό ερώτημα: σε ποιο από τα δύο μοντέλα οργανισμών υγείας δραστηριοποιούνται οι καλύτεροι μάντζερ. Εδώ δεν θα πρέπει να παραληφθεί η αναφορά στη σημαντική διαφορά που συναντούμε στο ιδιωτικό σε αντίθεση με το δημόσιο νοσοκομείο όσον αφορά στο εύρος διοίκησης που απολαμβάνει (αναλαμβάνει, καλείται να διαχειριστεί) ο διευθυντής του ιδιωτικού σε σχέση με το δημόσιο νοσοκομείο. Η έννοια αυτή αναφέρεται στον αριθμό των μελών ενός οργανισμού που βρίσκονται υπό την εποπτεία ενός διευθυντή (μάντζερ). Είναι προφανές ότι το εύρος της διοίκησης δε μπορεί να είναι απεριόριστο και επηρεάζεται καίρια από τις ιδιαιτερότητες του οργανισμού και των μελών του, από γεωγραφικές παραμέτρους, τη φύση των δραστηριοτήτων των υφισταμένων, την εκπαίδευση και εμπειρία τους, καθώς και από το επίπεδο ιεραρχίας στο οποίο βρίσκεται το διευθυντικό στέλεχος. Θεωρητικά το ιδανικό εύρος διοίκησης στο ΔΝΙ ισορροπεί ανάμεσα στις αυξημένες ανάγκες για συντονισμό των υφισταμένων, την πολλαπλότητα των λειτουργιών τους και τα πολλά επίπεδα διοίκησης (παράγοντες που συνήθως καθορίζουν μικρότερο εύρος διοίκησης). Στην πράξη, βέβαια, λόγω των υπαρκτών αναγκών και των πολύπλοκων οργανογραμμάτων, το πραγματικό εύρος διοίκησης στα δημόσια νοσηλευτήρια είναι μεγαλύτερο του ιδανικού, για να είναι πρακτικά εφικτή η διοίκηση των πολλών εργαζομένων που εντοπίζονται στα κατώτερα στρώματα της ιεραρχίας. Σε αντίθεση με το ΔΝΙ, το εύρος διοίκησης στα ΙΝΙ επηρεάζεται από το μικρότερο αριθμό επιπέδων διοίκησης, αλλά και από τις μικρότερες ανάγκες για συντονισμό που οδηγούν συνήθως στην ανάπτυξη μεγαλύτερου εύρους διοίκησης για τα διευθυντικά στελέχη.

### Οργάνωση: Τα βήματα και οι εναλλακτικές διαδρομές

Η διαδικασία της οργάνωσης δεν είναι απλώς ένα ακόμα βήμα στη διαδικασία του μάντζερ, αλλά ακολουθεί και προϋποθέτει το σχεδιασμό, ορίζοντας το ρόλο του κάθε εργαζόμενου μέσα στον Οργανισμό καθώς και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα ασκεί τα καθήκοντά του.<sup>12</sup> Τα στάδια αυτής της διαδικασίας συνοψίζονται όπως πιο κάτω. Αρχικά προϋποτίθεται ο καθορισμός των συγκεκριμένων εργασιών. Σ' αυτό το στάδιο αποκτά ενισχυμένη αξία η έννοια της εξειδίκευσης<sup>12</sup> που έχει κυρίαρχο ρόλο στο πρώτο βήμα της οργανωτικής διεργασίας. Έχοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα (αυξημένη παραγωγικότητα, αξιοποίηση εξοπλισμού, ευκολία εποπτείας)

αλλά και τα μειονεκτήματα (αλλοτρίωση), η έννοια της εξειδίκευσης ασκεί διαφορετική επιρροή στη διοίκηση του δημόσιου και του ιδιωτικού νοσοκομείου.

Το ΔΝΙ έχει υποχρέωση να στελεχώνεται από εξειδικευμένο προσωπικό, ώστε να καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες του κοινωνικού συνόλου και να ανταποκρίνεται στις πολλαπλές αποστολές του. Συχνά όμως λόγω του φόρτου εργασίας και της ανεπαρκούς στελέχωσης, το προσωπικό αυτό είτε δεν υπάρχει είτε, ακόμα και όταν προσλαμβάνεται, ασκεί και καθήκοντα στις παρυφές του ειδικού του ενδιαφέροντος (φαινόμενο ιδιαίτερα έντονο σε συνθήκες γενικής εφημερίας και σε νοσοκομεία με ελλείψεις σε κάποιες από τις ιατρικές ειδικότητες). Αυτή η *de facto* «διεύρυνση των καθηκόντων» ανακουφίζει μεν τα φαινόμενα αλλοτρίωσης αλλά χωρίς αμφιβολία επιβαρύνει τους εργαζόμενους με επιπλέον καθήκοντα και συχνά τους απομακρύνει από το εξειδικευμένο αντικείμενο της εκπαίδευσής τους με άμεσο αντίκτυπο στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αντίθετα, στο ΙΝΙ, η υψηλή εξειδίκευση τίθεται στην υπηρεσία της προσπάθειας για αυξημένη απόδοση και ισχυρότερη θέση στην αγορά. Συχνά, ο διευθυντής του ιδιωτικού νοσηλευτηρίου αναθέτει ρόλους υψηλής εξειδίκευσης στο κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, με σκοπό να καλύψει τα κενά που αφήνουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Μέσω της δραστηριοποίησης εργαζομένων υψηλού επιστημονικού και επαγγελματικού επιπέδου, παράλληλα με την ανάπτυξη των απαραίτητων υποδομών, ενισχύεται η αίγλη του «θεραπευτηρίου» αλλά και επάγονται οι συνθήκες ενός ιδιότυπου μονοπωλίου, όσον αφορά στο συγκεκριμένο εξειδικευμένο «προϊόν υγείας». Βέβαια, το πιο πάνω ιδιαίτερο πλεονέκτημα (μονοπώλιο) διαρκεί μέχρι να αντιδράσει ο δημόσιος τομέας στο αντίστοιχο αντικείμενο και να αποκατασταθεί η ισορροπία. Σε αυτή την περίπτωση οι εργαζόμενοι στο ΙΝΙ δέχονται ανταγωνιστικές πιέσεις από τον δημόσιο τομέα που συχνά βοηθούν στην άμβλυση της παρατηρούμενης αλλοτρίωσης του ιδιωτικού νοσηλευτηρίου.

Ένα επόμενο στάδιο της οργάνωσης είναι η αποσαφήνιση των γενικών δραστηριοτήτων. Σ' αυτή τη φάση, μεγάλη σημασία έχουν οι έννοιες της τμηματοποίησης - ομαδοποίησης των δραστηριοτήτων. Τονίζοντας τη σημασία της τμηματοποίησης για τον επιτυχή συντονισμό των εργαζομένων, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η μεθοδολογία τμηματοποίησης εξαρτάται άμεσα από τη φύση του οργανισμού. Δεδομένου του γεγονότος ότι το ΔΝΙ εμπλέκεται στην παραγωγή του «προϊόντος» - της νοσοκομειακής περίθαλψης -<sup>7</sup> η τμηματοποίηση του γίνεται με βάση τη λειτουργία του κάθε τμήματος (υπενθυμίζεται η τρέχουσα πρακτική της διάρθρωσης του νοσοκομείου κατά υπηρεσίες που αποτελούνται από επιμέρους τομείς / τμήματα / μονάδες). Συχνά ο μονόδρομος της τμηματοποίησης στο ΔΝΙ έχει αρκετά πλεονεκτήματά, όπως η διευκόλυνση της διοίκησης, η μείωση του κόστους και η δυνατότητα αντιμετώπισης πολύπλοκων καταστάσεων. Αντίθετα, η τμηματοποίηση στο ΙΝΙ φαίνεται εκ πρώτης όψεως να έχει μικρότερο εύρος, αλλά επηρεάζεται από δύο φαινόμενα. Πρώτον, ο ιδιωτικός οργανισμός έχει τη δυνατότητα να εμπλακεί στην παραγωγή περισσότερων «προϊόντων», εάν αυτό επιτάσσον οι αντικειμενικοί σκοποί του. Για παράδειγμα, εκτός από νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να προσφέρει και υπηρεσίες



ιδιωτικής ασφάλισης. Κριτήριο της τμηματοποίησης είναι στην περίπτωση αυτή το προϊόν / υπηρεσία, και η νοσοκομειακή μονάδα είναι ένα από τα τμήματα, με βάση το κριτήριο αυτό. Δεύτερο, με την εμπλοκή στην κυριότητα των ΙΝΙ των μεγάλων ομίλων, είναι εφικτή η εισαγωγή και στοιχείων γεωγραφικής (και μεικτής) τμηματοποίησης, αφού νοσοκομειακές μονάδες του ίδιου ομίλου κατανέμονται σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές. Αυτό το γεγονός παρέχει τα πλεονεκτήματα της ευέλικτης προσαρμογής στις τοπικές συνθήκες και της ταχύτερης και αποτελεσματικότερης επίλυσης των προβλημάτων και προσφοράς υπηρεσιών, έχει όμως και το τίμημα του πολύπλοκου γενικού συντονισμού.

Ένα από τα σημαντικότερα, αν όχι το πιο σημαντικό στάδιο της οργάνωσης, αποτελεί η στελέχωση των θέσεων με κατάλληλο προσωπικό. Αναπόφευκτα, η ανάθεση συγκεκριμένων ρόλων σε συγκεκριμένα πρόσωπα, λαμβάνει επίσης διαφορετικό χαρακτήρα στα δύο νοσοκομειακά μοντέλα. Για το ΔΝΙ, η εν μέρει παραδοξότητα της πολλαπλότητας των αποστολών (παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, επείγουσα ιατρική, εξειδικευμένες μονάδες, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, εργαστηριακή ιατρική, εκπαίδευση, έρευνα), επιτάσσει τη στελέχωση με περισσότερο προσωπικό, διαφορετικής εξειδίκευσης και επιπέδου εκπαίδευσης. Οι προσλήψεις συχνά ακολουθούν τις πρακτικές που εφαρμόζονται στον δημόσιο τομέα (προκήρυξη θέσεων), ενώ συχνά εμβολίζονται (κατά κανόνα με αρνητικές συνέπειες) από κριτήρια άσκησης κοινωνικής και κομματικής πολιτικής. Ο συνδυασμός των ανωτέρω, καθιστά τη στελέχωση και την ευρύτερη διοίκηση του ανθρωπίνου δυναμικού στο ΔΝΙ ιδιαίτερα πολύπλοκη και προβληματική διαδικασία. Αντίθετα, τα δεδομένα στο ΙΝΙ είναι μάλλον πιο ξεκάθαρα και λιγότερο προβληματικά. Οι πλειοψηφία των ιατρών λειτουργούν ως συνεργάτες - επισκέπτες, οι ανάγκες σε προσωπικό είναι μικρότερες, ενώ στην τακτική των προσλήψεων, εκτός από την προκήρυξη προστίθεται και η δυνατότητα συνεργασίας με συμβούλους στελέχωσης, καθώς και η ανάπτυξη οργανωμένων και ευέλικτων τμημάτων διαχείρισης ανθρωπίνου δυναμικού. Η σχεδιαζόμενη αυτονόμηση των ΔΝΙ, στα πλαίσια ενός Γενικού Συστήματος Υγείας, αναμένεται να αποκαταστήσει σε ένα βαθμό την ισορροπία στον τομέα αυτό, αυτό όμως θα απαιτήσει σοβαρό διάλογο με τους κοινωνικούς εταίρους που θα εξασφαλίσει τη συναίνεσή τους.

Διαφορές τέλος, αναγνωρίζονται και στη δημιουργία οργανωτικής δομής και στο επίπεδο των σχέσεων εξουσίας. Το οργανόγραμμα του ΔΝΙ είναι σαφώς πιο πολύπλοκο, με ανάγκη για αυστηρά καθορισμένες αλυσίδες εντολών, γεγονός απαραίτητο για διατήρηση επαρκούς συντονισμού σε ένα πλαίσιο λεπτών ισορροπιών. Αντίθετα, στο ΙΝΙ, το καθεστώς του συνεργάτη – επισκέπτη επιτρέπει στη μεγάλη πλειοψηφία των ιατρών να διατηρεί μια χαλαρή σχέση με την οργανωτική δομή και να βρίσκεται εκτός της αλυσίδας εντολών, απλουστεύοντας έτσι σε σημαντικό βαθμό τα διάφορα επίπεδα εξουσίας. Εναλλακτικά, οι ιατροί συμμετέχουν ως μέτοχοι στο Διοικητικό Συμβούλιο και είτε ασκούν απευθείας διοικητικό ρόλο, είτε τον αναθέτουν σε εξειδικευμένους διευθυντές - μάνατζερ. Το βήμα που ολοκληρώνει τη διαδικασία της οργάνωσης είναι η αξιολόγηση και ανατροφοδότηση του συστήματος. Εδώ τα πράγματα είναι από ανύπαρκτα έως εξαιρετικά ευαίσθητα και ακαν-

θώδη για το ΔΝΙ, λόγω της πολυπλοκότητας των προηγούμενων βημάτων και της γραφειοκρατικής ακαμψίας του δημόσιου τομέα. Η μονιμότητα του προσωπικού σε συνάρτηση με την απουσία ουσιαστικής αξιολόγησης που να αποστασιοποιείται από τον ισοπεδωτικό χαρακτήρα των καθολικών πληθωριστικών βαθμολογιών για τους εργαζόμενους, δημιουργεί ιδιαίτερες στρεβλώσεις που συχνά οδηγούν σε καταρράκωση του ενδιαφέροντος των ικανών εργαζόμενων και δημιουργίας κλίματος έλλειψης κινήτρων για αύξηση της παραγωγικότητας με αξιοσημείωτες αρνητικές συνέπειες για την αποδοτικότητα του ΔΝΙ. Αντίθετα στο ΙΝΙ, η αξιολόγηση είναι συνεχής και επιτακτική λόγω των οικονομικών πιέσεων που προϋποθέτουν ανταγωνιστικότητα και αποδοτικότητα υψηλών προδιαγραφών.

Ο κίνδυνος στο ΙΝΙ, που σε μερικές περιπτώσεις είναι υπαρκτός, εμφανίζεται όταν η αξιολόγηση και η ανατροφοδότηση ξεφεύγει από τα επιστημονικά πλαίσια με αποτέλεσμα να θυματοποιούνται ικανοί εργαζόμενοι για αλλότριους λόγους, και η φυγή ή απόλυσή τους να επιδρά αρνητικά στην παραγωγικότητα του ΙΝΙ.

### Συμπεράσματα

Η σύγκριση μεταξύ των δύο νοσοκομειακών μοντέλων αποτελεί μια συνεχή πρόκληση, δεδομένης της απουσίας ικανού αριθμού επιστημονικά αξιόπιστων συγκριτικών μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία.<sup>11</sup> Η αποδοχή της διαφορετικότητας των σκοπών τους, οδηγεί σε μια σειρά από διαπιστωμένες διαφορές στον προγραμματισμό και την οργάνωσή τους, οι οποίες ασκούν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την επίδρασή τους στην αποδοτικότητα των δύο οργανισμών. Περιληπτικά μπορούμε να σημειώσουμε πιο κάτω τις σημαντικότερες διαφορές με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε.

- α) Η πολλαπλότητα των σκοπών του ΔΝΙ επιδρά σε κάθε βήμα των διαδικασιών σχεδιασμού και οργάνωσης, καθιστώντας το πιο πολύπλοκο και απαιτητικό.
- β) Αναγνωρίζονται τέσσερις άξονες επιρροής στο σχεδιασμό: η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας, ο κεντρικός υγειονομικός σχεδιασμός, τα διοικητικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εκπονούν το σχεδιασμό και οι διαφορές στη χρηματοδότηση. Ο τρόπος που επιδρούν οι άξονες αυτοί στα δύο μοντέλα είναι διαφορετικός, οδηγεί όμως σε μια ισορροπία μειονεκτημάτων και πλεονεκτημάτων. Για να επιτευχθεί αυτή η ισορροπία, είναι απαραίτητο αυτά τα φαινόμενα να αναγνωρίζονται και να αξιολογούνται από τους διοικητές των νοσοκομείων.
- γ) Η ποσοτικοποίηση των κριτηρίων επιτυχίας είναι ιδιαίτερα δυσχερής για το ΔΝΙ, σε αντίθεση με τους κύριους οικονομικούς δείκτες και τους δείκτες ποιότητας που συχνά κρίνουν την επιτυχία των διαδικασιών του ΙΝΙ.
- δ) Το «προνόμιο» των πολλών εναλλακτικών λύσεων για το ΙΝΙ, έχει σαν «τίμημα» αρκετές φορές το υψηλό κόστος.
- ε) Η εξειδίκευση είναι μια πραγματικότητα και στα δύο μοντέλα. Εξυπηρετεί όμως διαφορετικούς σκοπούς και επηρεάζεται από το περιεχόμενο της αποστολής του κάθε οργανισμού με το ΔΝΙ να υστερεί στην αξιοποίηση της εξειδίκευσης στο



μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.

**στ)** Η τμηματοποίηση, η στελέχωση και η οργανωτική δομή του ΙΝΙ χαρακτηρίζονται από μια σημαντική ευελιξία. Αντίστοιχα, η πολυπλοκότητα των διαδικασιών στο ΔΝΙ είναι συχνά ανάγκη παρά επιλογή με αρκετές αρνητικές συνέπειες στην παραγωγικότητα του οργανισμού.

**ζ)** Το Δημόσιο Νοσοκομείο, όντας μέρος ενός κατ' εξοχήν συγκεντρωτικού συστήματος, απολαμβάνει μεν τα οφέλη της κρατικής χρηματοδότησης, αλλά δέχεται ισχυρές επιρροές από τον κεντρικό υγειονομικό σχεδιασμό. Το γεγονός αυτό έχει αξιοσημείωτη αρνητική επίδραση στην ευελιξία του ΔΝΙ στα θέματα προγραμματισμού / σχεδιασμού και οργάνωσης.

**η)** Τέλος, το τσπίο των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι σύνθετο και ανομοιογενές όσον αφορά το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών, τα οικονομικά μεγέθη, τις διοικητικές πρακτικές και το ιδιοκτησιακό καθεστώς. Ως συνδετικός κρίκος λειτουργεί ο τρόπος της χρηματοδότησης, που περιορίζεται στο προσωπικό εισόδημα και στις ιδιωτικές ασφάλειες υγείας στον παρόν τουλάχιστο στάδιο.

#### Αντί επιλόγου

Οι ανωτέρω διαπιστώσεις αποτελούν μια προσπάθεια κωδικοποίησης της διαφορετικότητας δύο κρίσιμων συστατικών της διοικητικής διαδικασίας ανάμεσα σε ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό οργανισμό υγείας, που όμως έχουν κοινό πεδίο δραστηριοποίησης. Η αμφίδρομη ωσμωτική επίδραση των πρακτικών του ιδιωτικού τομέα προς το δημόσιο και αντίστροφα, αναμένεται να ενταθεί στο μέλλον και να αμβλύνει τις διαφορές αυτές, με γνώμονα την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, στα πλαίσια ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας, που, εκτός από πεδίο δυναμικής αποκατάστασης των ισορροπιών, είναι και απαίτηση των καιρών. Η ανάγκη κάλυψης των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού, μέσω της εκπλήρωσης του καλύτερου σχεδιασμού / προγραμματισμού και οργάνωσης των οργανισμών παροχής υγειονομικής περίθαλψης, αποτελεί μόνο μια πτυχή ενός ευρύτερου προβληματισμού, ο οποίος πυροδοτήθηκε και αναμένεται να ενταθεί και να εμπλουτιστεί, ενόψει των νέων δεδομένων που θα προκύψουν στο εγγύς μέλλον. Μια σειρά

από άλλες παραμέτρους, όπως η προσαρμογή της διοικητικής διαδικασίας στις πραγματικότητες του τόπου, οι δρομολογούμενες μεταβολές στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, οι προβληματισμοί γύρω από την χρηματοδότηση και η διεθνής πρακτική και εμπειρία στην αναβάθμιση της ποιότητας παροχής ιατρικής περίθαλψης απαιτούν ενδελεχή εξέταση, γόνιμο κοινωνικό διάλογο και αναζήτηση συναινετικών λύσεων ώστε να συμβάλουν εποικοδομητικά στην διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων που θα μπορούν να δραστηριοποιούνται συμπληρωματικά και όχι ανταγωνιστικά με τελικό στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Biswas SK. The medical care services at cross-roads. *J Acad Hosp Adm* 1995 Jul - 1996 Jan; 7-8(2-1):7-10.
2. Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος του 2001 [Ν. 89(Ι)/2001], Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας, Αρ. φύλου 3494, ημερομηνίας 4/5/2001, Κυβερνητικό Τυπογραφείο.
3. Folland S, Goodman A, Stamo M. *The Economics of Health and Healthcare*. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2001. Keeler E, Rubenstein L, Kahn K, et al. Hospital characteristics and quality of care. *JAMA* 1992; 268(13): 1709-1714.
4. (Giusti D, Criel B, DeBethune X. Viewpoint: Public versus private health care delivery: beyond the slogans. *Health Policy and Planning* 1997; 12(3): 193-198.
5. West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Quality in Health Care* 2001; 10: 40-48.
6. Draper H. Should management adopt the medical ethic? in Dracopoulou S.(ed), *Ethics and values in Healthcare Management*, Routledge London and New York, pp. 46- 57.
7. Jauch L, Glueck W. *Business Policy and Strategic Management*. 5th ed. McGraw- Hill International Editions; 1988.
8. Webber J, Dula M. Effective Planning Committees in Hospitals. *Harvard Business Review* (May-June 1974), pp. 133-142.
9. Liaropoulos L. Ethics and management of health care in Greece', in Dracopoulou S. (ed), *Ethics and values in Healthcare Management*, Routledge London and New York, pp.148-161.
10. Zelder M. How Private Hospital Competition Can Improve Canadian Health Care. *Public Policy Sources*, Number 35, The Frazer Institute, 2000.
11. Gray ER, Smeltzer LR. *Management. The competitive edge*, Macmillan Publishing Company, New York, 1989.