



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ,
ΑΝΑΓΚΕΣ και ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Δρ. ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιούνιος 2015



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Η ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ,
ΑΝΑΓΚΕΣ και ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: Δρ. ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιούνιος 2015

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή αντιπροσωπεύει το έργο ενός έτους μελέτης και έρευνας, ενός έτους φορτισμένου, παράλληλα, από την απώλεια του αγαπημένου μου πατέρα.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας και συγκεκριμένα:

Στον επιβλέποντα της Μεταπτυχιακής Διατριβής, Δρα Πάνο Μινογιάννη, για τις καίριες υποδείξεις και παρατηρήσεις του και, επιπλέον, την άμεση ανταπόκριση σε οποιοδήποτε στάδιο της εργασίας κι αν απαιτήθηκε.

Στον CEO της International Hospital Federation, Dr. Eric de Roodenbeke, για την υπόδειξη σημαντικής βιβλιογραφίας και τις εποικοδομητικές συζητήσεις μας επί των θεμάτων μελέτης.

Στον Δρα Ευάγγελο Μωραΐτη, διδάσκοντα μεταπτυχιακών προγραμμάτων Διοίκησης της Υγείας, για τη συνεργασία και τη βοήθειά του στην οριστικοποίηση του Οδηγού Συνέντευξης.

Στον Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Management Υπηρεσιών Υγείας, Γιώργο Στάθη, για την αμέριστη παροχή πολύτιμης πληροφόρησης, τη βοήθειά του στην οριστικοποίηση του Οδηγού Συνέντευξης και, ιδιαίτερα, για τη στήριξη και την παρακίνηση να αναπτύξω δεξιότητες, που αγνοούσα ότι διέθετα.

Στον Υπεύθυνο του Ακαδημαϊκού Προγράμματος, Καθηγητή Μάμα Θεοδώρου, για το προσωπικό ενδιαφέρον που έδειξε στην πορεία της συγγραφής.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες οφείλονται στα εξειδικευμένα και έμπειρα πρόσωπα του τομέα υγείας, Διοικητές, Ακαδημαϊκούς και Πολιτικούς, για το χρόνο που αφιέρωσαν με την παραχώρηση συνέντευξης και την συμβολή τους στη διεξαχθείσα Ποιοτική Έρευνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ - ABBREVIATIONS	8
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ και ΠΙΝΑΚΕΣ.....	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
ABSTRACT	12
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ	16
2. ΟΙ ΑΡΧΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΟΥ 19 ^{ου} ΑΙΩΝΑ.....	16
2.1 Η Ίδρυση Νοσοκομείων στη Νεότερη Ελλάδα.....	16
2.2 Ο Πρώτος Νοσοκομειακός Νόμος και άλλες Διατάξεις.....	17
2.3 Η Διοίκηση των Νοσοκομείων	19
2.4 Η Διεύθυνση των Νοσοκομείων	20
3. 20 ^{ος} ΑΙΩΝΑΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΕΩΣ ΤΟ ΕΣΥ.....	20
3.1 Η Πρώτη 50ετία.....	20
3.1.1 Ίδρυση και Πορεία του Υπουργείου Υγείας	20
3.1.2 Το Νομικό Καθεστώς των Νοσοκομείων.....	21
3.1.3 Οι Οικονομικοί Πόροι των Νοσοκομείων.....	23
3.1.4 Η Αναβάθμιση των Νοσοκομειακών Διοικήσεων.....	24
3.1.5 Οι επί τηγεία Διευθυντές Νοσοκομείων.....	26
3.2 Η 30ετία πριν την Ίδρυση του ΕΣΥ.....	27
3.2.1 Η Ποιοτική Υποβάθμιση των Διοικητικών Συμβουλίων.....	27
3.2.2 Η Άνοδος των Διοικητικών Διευθυντών	28
4. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΣΤΟ ΕΣΥ.....	30
4.1 Η Οριστικοποίηση της Νομικής Μορφής (ΝΠΔΔ).....	30
4.2 Η «Αυτοδιοίκηση» των Νοσοκομείων	31
4.3 Αναζητώντας την Τεχνοκρατική Διεύθυνση.....	32
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΟΙ ΑΤΕΛΕΣΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ.....	37
5. Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΟΥ ΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΘΕΣΤΩΤΟΣ.....	37
5.1 Αναδεικνύοντας το Πρόβλημα.....	37
5.2 Η Πρώτη Απόπειρα Αλλαγής της Νομικής Μορφής.....	39

5.3 Οι Συνέπειες της Πολιτικής Αβελτηρίας.....	40
5.4 Η Δεύτερη Συζήτηση Αλλαγής της Νομικής Μορφής.....	43
5.5 Το Ανθρώπινο Δυναμικό.....	45
6. Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΑΚΗΣ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ.....	46
6.1 Διοικητές Χωρίς Επιχειρησιακά Εργαλεία.....	46
6.2 Κομματισμός και Κρίση.....	48
6.3 Ο Ευτελισμός των Διαδικασιών.....	51
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	57
7. ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	57
7.1 Γενικές Παρατηρήσεις.....	57
7.1.1 Οργάνωση.....	57
7.1.2 Διοίκηση.....	58
7.1.3 Επιχειρησιακά Εργαλεία.....	59
7.1.4 Βασικά Χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου ως Οργανισμού.....	59
8. ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ και ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	60
8.1 Ερευνώντας τη Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση στην Ευρώπη.....	60
8.1.1 Οργάνωση.....	60
8.1.2 Διοίκηση.....	60
8.1.3 Επιχειρησιακά Εργαλεία.....	61
8.2 Οικονομική Κρίση: Επιπτώσεις στη Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση.....	61
8.2.1 Το Βρετανικό Παράδειγμα.....	63
8.2.2 Αυστρία.....	64
8.2.3 Βέλγιο.....	64
8.2.4 Δανία.....	65
8.2.5 Γαλλία.....	66
8.2.6 Γερμανία.....	66
8.2.7 Ολλανδία.....	67
8.2.8 Νορβηγία.....	68
8.3 Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση: Μαθαίνοντας από τους... άλλους.....	70
8.3.1 Μαθήματα Οργάνωσης.....	70
8.3.2 Μαθήματα Διοίκησης.....	71
8.3.3 Μαθήματα Χρήσης Επιχειρησιακών Εργαλείων.....	71

8.3.4 Μίμηση ως Πανάκεια;.....	71
ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ, ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	72
9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	72
9.1 Επιλογή Ερευνητικής Μεθόδου.....	72
9.1.1 Μεθοδολογία Συλλογής Δεδομένων.....	73
9.1.2 Διασφάλιση της Αξιοπιστίας και της Εγκυρότητας των Δεδομένων	74
9.2 Διεξαγωγή Έρευνας Πεδίου.....	74
9.2.1 Άξονες Ενδιαφέροντος.....	74
9.2.2 Δειγματοληψία.....	74
9.2.3 Επιβεβαιωσιμότητα της Έρευνας	75
9.2.4 Ταξινόμηση και Επεξεργασία Εμπειρικού Υλικού.....	75
9.2.5 Ανάλυση και Συγγραφή Αποτελεσμάτων της Έρευνας.....	75
10. ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	76
10.1 Το Σύστημα είναι ο ...Καθένας μας.....	76
10.2 Οι Απόψεις των Ειδικών	77
10.2.1 Τεκμηρίωση Ευρημάτων της Προερευνητικής Φάσης.....	77
10.2.2 Μοντέλο Οργάνωσης Δημόσιων Νοσοκομείων: Τι πρέπει να γίνει	80
10.2.3 Επιλογή Κατάλληλων Νοσοκομειακών Διοικήσεων: Τι πρέπει να γίνει.....	82
10.2.4 Χρήση Επιχειρησιακών Εργαλείων: Τι πρέπει να γίνει.....	84
10.2.5 Σε ποιο Σημείο Βρίσκονται σήμερα τα Νοσοκομεία	88
10.2.6 Είναι η Κρίση «Παράθυρο Ευκαιρίας»;	90
11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ και ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ.....	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Οδηγός Ημι-δομημένης Συνέντευξης.....	116

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ - ABBREVIATIONS

ΑΔΕΔΥ	Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων
ΑΕΙ	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΑΕΜΥ	Ανώνυμη εταιρεία Μονάδων Υγείας
Α.Ν.	Αναγκαστικός Νόμος
ΑΣΕΠ	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
Β.Δ.	Βασιλικό Διάταγμα
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
Δ.Δ.	Διοικητικός Διευθυντής
ΔΟΑΤΑΠ	Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης
Δ.Σ.	Διοικητικό Συμβούλιο
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΜΥΥ	Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΕΥ	Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας
Ε.Σ.	Επιστημονικό Συμβούλιο
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΝΕ	Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
ΚΕΕΛ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Ν.Δ.	Νέα Δημοκρατία
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
ΝΣΚ	Νομικό Συμβούλιο του Κράτους
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΑΣΟΚ	Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα

ΠΑΣΥΔΔΙΣ-ΕΣΥ	Πανελλήνιος Σύλλογος Διευθυντικών Διοικητικών Στελεχών ΕΣΥ
Π.Δ.	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΕΣΥ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠΟΕΔΗΝ	Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων
ΣΔΙΤ	Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα
ΣτΕ	Συμβούλιο της Επικρατείας
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΤΠΕ	Τεχνολογία Πληροφοριών και Επικοινωνίας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
CSF	Critical Success Factors
DRG	Diagnosis Related Group
ΕΑΗΜ	European Association of Hospital Managers
ΕΗCI	Euro Health Consumer Index
HOPE	European Hospital and Healthcare Federation (Hospitals for EurOPE)
PPPs	Public-Private Partnerships
WHO	World Health Organization

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ και ΠΙΝΑΚΕΣ

Γράφημα 3.1	Αποτύπωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, έως την εφαρμογή των DRG's (<i>Diagnosis Related Group</i>).
Γράφημα 4.1	Αποτύπωση του Νεοθεσμικού Μοντέλου Πολιτικού Συστήματος.
Γράφημα 6.1	Ευρωπαϊκός Πίνακας Κατάταξης Καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας, 2014.
Γράφημα 7.1	Αγορά, Ατελής Αγορά Υγείας, Οιονεί Αγορά Υγείας.
Γράφημα 7.2	Διακρίνοντας μεταξύ Εξοικονόμησης και Βελτίωσης της Αποτελεσματικότητας
Γράφημα 7.3	Βασική Τομεοποίηση Νοσοκομείου
Γράφημα 8.1	Επίπτωση των Δ.Σ. στη Συνολική Απόδοση του Νοσοκομείου
Γράφημα 8.2	Επιτυχής Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση
Πίνακας 9.1	Ιδιότητα Ερωτώμενων (<i>Δείγμα Ποιοτικής Έρευνας</i>)

Ο δημόσιος και επιστημονικός ισχυρισμός ότι, η σύγχρονη διεθνής οικονομική κρίση, με έντονες υφεσιακές επιπτώσεις στην Ελλάδα από το 2010, δημιουργεί τις κατάλληλες κοινωνικο-πολιτικές συνθήκες για μεταρρυθμίσεις στη δημόσια πολιτική, υπήρξε το έναυσμα της παρούσας Μεταπτυχιακής Διατριβής. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαχρονικής εξέλιξης, των σύγχρονων αναγκών και των ενδεχόμενων προοπτικών της νοσοκομειακής διακυβέρνησης στην Ελλάδα. Αντικείμενα ερεύνης υπήρξαν τρεις(3) άξονες ενδιαφέροντος (α) το μοντέλο οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων, (β) ο τρόπος αξιολόγησης-επιλογής των Διοικήσεων και (γ) η χρήση επιστημονικών εργαλείων, ως παράγοντες επιτυχούς διαχείρισης των μονάδων.

Τα Αρχεία του Ελληνικού Εθνικού Τυπογραφείου, του επιστημονικού περιοδικού «Επιθεώρηση Υγείας», του European Observatory on Health Systems and Policies και οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις, που παραχωρήθηκαν από δώδεκα(12) ειδικούς του Τομέα Υγείας, αποτέλεσαν το βασικό υλικό της μελέτης. Η τεκμηρίωση συμπληρώθηκε με συναφείς βιβλιογραφικές πηγές, άρθρα και επιστημονικές έρευνες.

Για την επίτευξη του σκοπού μελέτης, αποτυπώθηκε η διαχρονική εξέλιξη των αντικειμένων ερεύνης στην ελληνική νομοθεσία (1824-2015) και πραγματοποιήθηκε ιστορική αναδρομή στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση από την ίδρυση του ΕΣΥ(1983) έως σήμερα. Καταγράφηκε η ανασκόπηση μεταρρυθμίσεων, επί των αντικειμένων ερεύνης, σε οκτώ(8) ευρωπαϊκές χώρες και η μέθοδος προσέγγισης των ερωτημάτων συμπληρώθηκε με τη διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας, από την οποία εξήχθησαν συμπεράσματα για τις προοπτικές της εγχώριας νοσοκομειακής διακυβέρνησης.

Η μελέτη της ελληνικής νομοθεσίας ανέδειξε την παράλληλη εξέλιξη των εγκατεστημένων θεσμών και των δρώντων στον τομέα υγείας, που παρήγαγε ένα δημόσιο χώρο κυριαρχούμενο από τα κόμματα, τα συνδικάτα, το ιατρικό σώμα και τις πελατειακές σχέσεις μεταξύ αυτών. Η ιστορική αναδρομή, στα τελευταία 32 χρόνια, της νοσοκομειακής διακυβέρνησης αποκάλυψε το έλλειμμα στρατηγικού σχεδιασμού και συντονισμού του συστήματος και τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα αυτού καθώς και την επικράτηση των συντεχνιακών και κομματικών συμφερόντων έναντι της αξιοκρατίας και της δημόσιας λογοδοσίας. Ως συνέπεια, η ηθική κατάρρευση του δημόσιου συστήματος περίθαλψης προηγήθηκε της οικονομικής πτώχευσης των νοσοκομείων.

Η έρευνα της ευρωπαϊκής σκηνης στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση έδειξε ότι η βιωσιμότητα των συστημάτων απαιτήσε μεταρρυθμίσεις, που σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν. Η ποιοτική έρευνα επιβεβαίωσε τα προερευνητικά ευρήματα και την ανάγκη άμεσης λήψης αποφάσεων αναδιοργάνωσης και τεχνοκρατικής διοίκησης των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων. Ως προοπτικές της νοσοκομειακής διακυβέρνησης, προτάθηκαν τέσσερα(4) πιθανά μοντέλα οργάνωσης των μονάδων και τρόποι αξιολόγησης-επιλογής των αρίστων, και όχι των αρεστών, στη διαχείριση της δημόσιας περίθαλψης. Επιπροσθέτως, τεκμηριώθηκε η σχέση της χρήσης επιστημονικών εργαλείων διαχείρισης των νοσοκομείων με τη βιωσιμότητα, την οικονομικά αποδοτική και την κλινικά αποτελεσματική λειτουργία των νοσοκομείων. Τέλος, κρίθηκε ότι, η γενικευμένη κρίση, στην οποία έχει περιέλθει η χώρα, είναι «παράθυρο ευκαιρίας» υπερνίκησης των παθογενειών. Η υλοποίηση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα περίθαλψης είναι επιτακτικό ζήτημα δημοσίου συμφέροντος.

Συμπερασματικά, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι, εάν δεν ληφθούν άμεσα μέτρα οργανωτικής ανασυγκρότησης και οικονομικής εξυγίανσης, μέχρι το τέλος του 2015, τα κρατικά νοσοκομεία θα καταρρεύσουν και θα περάσουν σε μία οιονεί ιδιωτικοποίηση. Κι αυτή η διαπίστωση θέτει προ των ευθυνών της σύμπασα την ελληνική κοινωνία, πολίτες και πολιτικούς.

ABSTRACT

The torchwood of the current Postgraduate Thesis has been the scientific assertion that, the existing recession, which has been having since 2010 a dramatic impact on Greece, generates the conditions for sociopolitical reformations in the public policy sector. The purpose of this study was an insight investigation into the diachronic evolution, the current needs and the potentials of the Greek Hospital Governance. The research targets were (a) the public hospitals organization model, (b) the hospital manager's selection system and (c) the use of scientific tools, which result in a successful hospital management.

The National Printing Office archives, as well as the ones originating from the "Health Review" scientific magazine and the European Observatory on Health Systems and Policies, along with the semi-structured interviews yielded by twelve(12) Health Sector experts, comprised the main material for the study. Additional bibliography sources, articles and scientific researches, contributed to documentation.

For the completion of the purpose of the study, we imprinted the diachronic evolution of the targets research into the (1824-2015) Greek legislation, as well as a retrospect into hospital governance since the Greek NHS was founded, in 1983, till nowadays. A review of reformations, into research targets, in eight European countries was recorded, and the queries were approached through qualitative research, which led to useful conclusions concerning the future of the Greek hospital governance.

The research of the Greek legislation designated the parallel evolution of the established institutions and actors of the health sector, which produced a public space dominated by political parties, syndicates, doctors and their interrelated custom and practice. The insight into the last 32 years of hospital governance revealed the deficiency in strategic planning and its doctor-centered face, the predominance of the guilds and the political interests, at the expense of meritocracy and public accountability. As a consequence, the ethical decadence of the public hospitals system had preceded its financial collapse.

The study of hospital governance in European scene proved that the viability of the system required reformations, which were planned and implemented. The qualitative research confirmed our initial study findings, and the need for immediate reorganization decisions and technocratic management of Greek public hospitals. As for the perspectives, four potential models were put forward with a view to reorganizing public hospitals and suggesting ways to

evaluate and select the best health executives, not the agreeable ones! Furthermore, the relation of the scientific administrative tools with the sustainability, the efficiency and effectiveness of hospitals, was also validated. It was also inferred that the crisis, the country has relapsed into, might be a "window of opportunity" to overcome the pathogenesis of public health sector. The implementation of the necessary reformations ministers to the public interest.

To conclude, we may very well infer that unless all the measures for the defragmentation and economic purification are taken, by the end of 2015, national hospitals will fall apart, in a kind of quasi privatization. This ascertainment would and should oppress, and at the same time, awaken Greek society, citizens and politicians.

Η σύγχρονη οικονομική κρίση, όπως βιώνεται στην Ελλάδα, αναζωπύρωσε τη διαμάχη ιδεών σχετικά με τις εφαρμοζόμενες πολιτικές Υγείας, μια συζήτηση που διεξάγεται άνισα για δεκαετίες (μεταξύ κομματικού κράτους και επιστημόνων/τεχνοκρατών του τομέα υγείας). Η συζήτηση αυτή αλληλεπιδρά με τη διεθνή, κυρίως ευρωπαϊκή, επιστημονική μελέτη και παραγωγή πολιτικής για τη βιωσιμότητα των εθνικών συστημάτων υγείας (ΕΣΥ). Στη γηραιά ήπειρο, ειδικότερα στις χώρες υπό δημοσιονομικό περιορισμό, το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο κρίνεται επαπειλούμενο, προσδίδοντας στους επιστήμονες έναυσμα μελέτης για την αλλαγή του «παραδείγματος»[1].

Υποστηρίζεται συχνά ότι η οικονομική κρίση αποτελεί ευκαιρία για αλλαγές στη δημόσια πολιτική υγείας, με την προϋπόθεση ότι οι αποφάσεις κατανομής των σπάνιων πόρων δεν θα οδηγούν σε μεγαλύτερες ανάγκες δαπανών στο μέλλον και θα συνδέονται με τις εκροές υγείας. Στην Ελλάδα, η δραστική μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας και η αυξημένη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας¹ πιέζουν το σύστημα και καθιστούν πασιφανή την ανάγκη για ορθολογικές επιλογές. Αναμφίβολα, η εξωγενής πίεση (τρόικα) για άμεσες μεταρρυθμίσεις σε ένα σύστημα ελλειπές σε χρηματοδοτικούς πόρους, συστήματα πληροφόρησης, τεχνοκρατικό προσωπικό και συναινετικό κλίμα, ενέχει κινδύνους. Όμως, θα πρέπει να τεθούν στόχοι, αξίες και προτεραιότητες.

Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας βελτίωσε τα κλινικά αποτελέσματα, αλλά αύξησε ραγδαία το κόστος της νοσηλευτικής περίθαλψης, τοποθετώντας ψηλά στην πολιτική ατζέντα το θέμα της διακυβέρνησης[2] των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Το σύγχρονο νοσοκομείο διαφέρει κατά πολύ από το νοσοκομείο του 19^{ου} αι., όταν αποτελούσε κυρίως ένα είδος αναρρωτηρίου για την επαναφορά του ατόμου στην παραγωγή ή απλά ένα μέρος για να πεθάνει. Το καρτεσιανό μηχανιστικό μοντέλο, έως και τη δεκαετία 1960, οδήγησε στη θεώρηση της υγείας ως κατάστασης από την οποία απουσίαζε η αρρώστια. Η αναποτελεσματικότητα αυτού του παραδείγματος και η ανάπτυξη της «κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας»[3] απομάκρυναν την αρνητική εννοιολόγηση της υγείας², αναδείχθηκε η σπουδαιότητα της

¹ Ως αποτέλεσμα της μείωσης των εισοδημάτων.

² Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ορίζει την υγεία ως μια δυναμική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία της ασθένειας ή αναπηρίας.

πρόληψης και της προαγωγής, αναπτύχθηκαν πλήθος υπηρεσιών και η έννοια της ποιότητας[4], ενώ πλήθος ερευνητών αμφισβήτησαν την ιατρική αυθεντία³.

Οι ανωτέρω εξελίξεις συντέιναν σε μεγαλύτερες απαιτήσεις από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και στο μετασχηματισμό της πατερναλιστικής σχέσης ιατρού-ασθενούς σε συνεργατική ή και διαπραγματευτική[3],[5],[6],[7]. Περαιτέρω προκλήσεις για το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο του 21^{ου} αι. συνιστούν οι κτιριακές εγκαταστάσεις, που παρά τις παρεμβάσεις επανασχεδιασμού έχουν διατηρηθεί σε μεγάλο βαθμό αναχρονιστικές[8].

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εστιάζουμε σε τρία βασικά ερωτήματα: Είναι ικανό το μοντέλο οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων να ανταποκριθεί στις σύγχρονες προκλήσεις; Εφαρμόζεται ένα σύγχρονο σύστημα αξιολόγησης και επιλογής κατάλληλων ανθρώπων για τη διοίκηση αυτών των οργανισμών; Είναι εφοδιασμένη η νοσοκομειακή διοίκηση με τα απαραίτητα επιστημονικά εργαλεία για αποδοτικές και αποτελεσματικές επιδόσεις;

Η προσέγγιση των ερωτημάτων γίνεται σε τέσσερα στάδια: (Μέρος Πρώτο) με τον εντοπισμό της διαχρονικής εξέλιξης των αντικειμένων μελέτης στη νομοθεσία, από τον πρώτο νοσοκομειακό νόμο του 1824 μέχρι σήμερα, (Μέρος Δεύτερο) με μία ιστορική αναδρομή στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση, από την ίδρυση του ΕΣΥ έως τις μέρες μας, για την ανάδειξη ενδεχόμενων προβλημάτων και αναγκών, (Μέρος Τρίτο) με σύντομη ανασκόπηση της ευρωπαϊκής πρακτικής στο πεδίο μελέτης και (Μέρος Τέταρτο) με τη συγκέντρωση απόψεων ειδικών, μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων, προκειμένου να παραχθούν και να αναλυθούν προτάσεις για τις προοπτικές διακυβέρνησης των ελληνικών νοσηλευτικών μονάδων.

Η μελέτη αναγνωρίζει ότι το μοντέλο οργάνωσης και διαχείρισης ενός συστήματος υγείας είναι αποτέλεσμα του πολιτικο-οικονομικού, του κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος, αλλά και των αναγκών υγείας στην ιστορική εξέλιξη μιας χώρας. Η πολιτική επιστήμη προσφέρει πολλές θεωρίες για την ανάλυση της δημόσιας πολιτικής και διοίκησης⁴, από τις οποίες επιλέξαμε αυτή του ιστορικού θεσμισμού, ως προσφέρουσα την περισσότερο «πολιτικοποιημένη» ερμηνεία της αλλαγής και της στασιμότητας των θεσμών[9],[10],[11]. Η διερεύνηση του ρόλου των θεσμών και των δρώντων στη δημόσια πολιτική θα μας απασχολήσει σε όλα τα στάδια της μελέτης, υπό το πρίσμα της επιλεγείσας θεωρίας.

Οι περιορισμοί που τίθενται σε αυτή τη μελέτη αφορούν:

³ Freidson, Jewson, Foucault κ.ά.

⁴ Πλουραλισμός / Νεοπλουραλισμός, Μαρξισμός/ Νεομαρξισμός, θεωρία των Ελίτ, Κορπορατισμός, Θεσμισμός/ Νεοθεσμισμός κ.ά. με αντίστοιχα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, που δεν μπορούν να προσφέρουν την καθολική ερμηνεία των κοινωνικών φαινομένων.

- στην απουσία αξιόπιστων δεδομένων ποιοτικής και οικονομικής επίδοσης των οργανισμών. Τα δημόσια νοσοκομεία εξακολουθούν να διατηρούν πληροφοριακά συστήματα μη διαλειτουργικά, χωρίς ομοιογένεια στην παραγόμενη πληροφορία και προτυποποίηση. Ως αποτέλεσμα, ακόμα και η αξιολογη προσπάθεια της εγκαθίδρυσης του ESY-net, για την παρακολούθηση της οικονομικής λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων, να αντιμετωπίζει προβλήματα.

- στη δυσκολία αντιστοίχισης της εφαρμοζόμενης δημόσιας πολιτικής με τον αντίκτυπο που αυτή έχει στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού της χώρας, αν και είναι διεθνώς αποδεκτό ότι ο τρόπος που οργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας έχει άμεση επίδραση στους δείκτες επίδοσης.

- στο έλλειμμα υιοθέτησης και εφαρμογής επιστημονικά τεκμηριωμένων ιατρονοσηλευτικών πρακτικών (κλινικά πρωτόκολλα) και εργαλείων διοικητικής διαχείρισης και, ως εκ τούτου, στην απουσία καταγραφής, συγκέντρωσης και αξιολόγησης αναλυτικών στοιχείων εκροών.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ

Δημόσια πολιτική είναι ο,τιδήποτε επιλέγει η κυβέρνηση να κάνει ή να μην κάνει.

Thomas R. Dye [12]

2. ΟΙ ΑΡΧΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΟΥ 19^{ου} ΑΙΩΝΑ

2.1 Η Ίδρυση Νοσοκομείων στη Νεότερη Ελλάδα

Ταυτόχρονα με την έναρξη και κατά τη διάρκεια του απελευθερωτικού αγώνα από το 1821 - πριν την αναγνώριση της Ελλάδος ως ανεξάρτητου κράτους (1827)- καταγράφεται η δημιουργία πρόχειρων θεραπευτηρίων ή αναρρωτηρίων στα εδάφη που τελούσαν υπό την «Προσωρινή Διοίκηση της Ελλάδος». Τα ιδρύματα αυτά συνδέονταν κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, με την ανάγκη περίθαλψης των ασθενών ή τραυματιών αγωνιστών και δημιουργήθηκαν με δωρεές ελλήνων και φιλελλήνων ιδιωτών. Τα πρώτα υποτυπώδη θεραπευτήρια λειτούργησαν στην Πάτρα (1822) και σε διάφορες άλλες περιοχές, κατά βάση κοντά σε στρατόπεδα[13]. Ωστόσο, ως πρώτα νοσοκομεία της νεότερης Ελλάδας θα πρέπει να θεωρηθούν αυτά της Σύρου και του Ναυπλίου.

Η ίδρυση ενός πρόχειρου νοσοκομείου στη Σύρο αποφασίσθηκε το 1823 με πρωτοβουλία του εμπόρου Δημ. Βλασταράκη και υλοποιήθηκε, με την οικονομική συμβολή πολλών εμπόρων και

καταστηματαρχών, σε σπίτι «εις την οικιζομένην παράλιον πόλιν» (Ερμούπολη). Η οικοδόμηση του κανονικού νοσοκομείου πραγματοποιήθηκε το 1825 και η λειτουργία του άρχισε το 1826 «γενομένης τότε εκουσίου συνεισφοράς» των Ερμουπολιτών. Αν και αρχικός σκοπός του νοσοκομείου ήταν η κάλυψη μέχρι 32 απόρων ασθενών, το ίδρυμα αυτό νοσήλευσε χιλιάδες αγωνιστές και πολίτες από διάφορες περιοχές της χώρας[14].

Στο Ναύπλιο, η πρώτη απόπειρα λειτουργίας νοσοκομείου «των ενδεών και πληγωμένων» έγινε το 1823, αλλά διακόπηκε μετά οκτάμηνο από έλλειψη πόρων. Αρχικά προοριζόταν για στρατιωτικό νοσοκομείο, αλλά κατέληξε «κοινό»⁵. Ιδρύθηκε επίσημα τον Αύγουστο 1824 και λειτούργησε τον Μάρτιο 1825 με χρηματοδότηση κυρίως του ψαριανού ευεργέτη Ιω. Βαρβάκη, ζακυνθινών φιλανθρώπων κ.ά. Η κυβερνητική αβελθηρία και τα εσωτερικά προβλήματα οδήγησαν στην υπολειτουργία του νοσοκομείου κατά τα επόμενα χρόνια[13].

Το 1836 ιδρύθηκε το Πρώτο Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών και το ίδιο έτος ξεκίνησαν οι προσπάθειες συγκέντρωσης πόρων για τη δημιουργία «Πολιτικού Νοσοκομείου» στην Αθήνα, το οποίο τέθηκε σε λειτουργία το 1842, με την επωνυμία Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς». Το 1870 υπήρχαν πλέον στην Ελλάδα 43 νοσοκομεία, διαφόρων νομικών καθεστώτων[15], αλλά αντιμετώπιζαν σοβαρά νομικά προβλήματα και όχι μόνον· έως και τις αρχές του 20^{ου} αι. το νοσοκομειακό περιβάλλον, «υποβαθμισμένο...[και] νοσογόνο», μάλλον έβλαπτε τον ασθενή, γι αυτό και οι εύποροι επέλεγαν τη νοσηλεία κατ' οίκον[8].

2.2 Ο Πρώτος Νοσοκομειακός Νόμος και άλλες Διατάξεις

Κατά τη διάρκεια του απελευθερωτικού αγώνα ασκήθηκε έντονη πίεση στην Προσωρινή Διοίκηση της Ελλάδος, με σειρά αναφορών, αιτημάτων και διαμαρτυριών από διάφορες απελευθερωμένες περιοχές, για τη δημιουργία νοσοκομείων. Το Βουλευτικό Σώμα ανταποκρινόμενο στις πιέσεις (Συνεδρία 241/22-09-1824) ψήφισε νόμο που προέβλεπε τη σύσταση νοσοκομείων «για τους ασθενείς και πληγωμένους» καθώς και την παρακράτηση 0,5% από τους κρατικούς μισθούς για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων τους. Εξουσιοδοτήθηκαν επίσης τα υπουργεία Εσωτερικών και Οικονομίας για την υλοποίηση του νόμου και για την έκδοση «γενικής διάταξης περί του τρόπου συστάσεως και της επιστασίας των νοσοκομείων»⁶. Ο νόμος αυτός καταχωρήθηκε ως υπ' αριθ. ΜΘ' του Κώδικος των Νόμων και το Εκτελεστικό (κυβέρνηση) συνέταξε και διαβίβασε στο Βουλευτικό την προβλεπόμενη διάταξη, αλλά «ανεγνώσθη το σχέδιο το οποίον εδόθη εις την επί των Νοσοκομείων Επιτροπήν,

⁵ Και για ιδιώτες.

⁶ Η οποία θα αποτελούσε παράρτημα του νόμου.

δια να συνάξει εκ των περιεχομένων όσα κατά το παρόν συγχωρούσιν αι περιστάσεις και να δώσει άλλον σχέδιον εις το Βουλευτικόν». Η διάταξη αυτή αποδείχθηκε πρακτικά ανεφάρμοστη[14].

Ωστόσο, για τα νοσοκομεία Σύρου και Ναυπλίου βρέθηκε εναλλακτικός τρόπος χρηματοδότησης, με τοπική φορολόγηση, που φαίνεται ότι υπήρξε αποτελεσματικός μόνο για το πρώτο. Αρκετά χρόνια αργότερα (1845) ψηφίσθηκαν οι Νόμοι ΙΑ΄ και ΙΓ΄, με τους οποίους διασφαλίσθηκαν έσοδα επί μία πενταετία για τα νοσοκομεία Σύρου και Ναυπλίου[16]. Γενικότερα όμως, τα νοσοκομεία αντιμετώπιζαν σοβαρότατα λειτουργικά προβλήματα εξαιτίας της οικονομικής αδυναμίας του κρατικού προϋπολογισμού, σε συνδυασμό κυρίως με την ανάγκη συγκρότησης αξιόμαχων ενόπλων δυνάμεων.

Η επίσημη δημιουργία του ελληνικού κράτους, ως «παράθυρο ευκαιρίας» ή ως «κρίσιμη συγκυρία»⁷[17],[18], συνοδεύθηκε με τη σταδιακή θέσπιση μιας ευρύτερης υγειονομικής νομοθεσίας. Ενδεικτικά, αναφέρονται εδώ τα Βασιλικά Διατάγματα (Β.Δ.) «Περί συστάσεως ιατρών κατά Νομούς και περί των καθηκόντων αυτών»[19], «Περί συστάσεως Ιατροσυνεδρίου»[20], «Περί των Υγειονομικών Μέτρων των κατά τα Σύνορα του Κράτους»[21], «Περί Εμποδισμού της μεταδόσεως των μολυσματικών (κολλητικών⁸) αρρωστιών»[22] και «Περί συστάσεως Σχολής δια τας Μαίας»[23]. Το 1845 δημοσιεύθηκαν ταυτόχρονα τρεις ακόμη νόμοι⁹[24]. Στις επόμενες δεκαετίες δεν υπήρξε αξιόλογη νομοθετική παρέμβαση πολιτικής υγείας. Μάλιστα, έχει γραφεί ότι από το 1864 «αρχίζει η περίοδος νεκροφάνειας των υγειονομικών ημών υπηρεσιών, οπότε και ατονεί και παραλύει ουσιαστικώς η υγειονομική νομοθεσία»[15]. Πράγματι, είναι χαρακτηριστικό ότι για επουσιώδεις τροποποιήσεις του νόμου «Περί Υγειονομικών Αρχών εν γένει»[24], χρειάστηκε να παρέλθουν 65 χρόνια[25],[26]. Αυτή η «νεκροφάνεια» μπορεί να αποδοθεί στην «εξάρτηση από την τροχιά»[18], δηλαδή στο ριζώμα των παλαιότερων πολιτικών, είτε γιατί το κόστος

⁷ Window of opportunity: Σύμφωνα με την Tuohy, η αλλαγή στη δημόσια πολιτική συμβαίνει όταν ανοίξει ένα «παράθυρο ευκαιρίας», που ωθείται από τις απορρέουσες, από το πολυπαραγοντικό περιβάλλον της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής, «συμπτωματικές λογικές» (accidental logics). Οι Wilsford & Brown μιλούν για την «κρίσιμη συγκυρία» που προκαλεί ένα ασυνήθιστα μεγάλο γεγονός (πολιτικό, οικονομικό, τεχνολογικό κ.ά.), ικανό να ανατρέψει κατεστημένες πολιτικές και να εγκαθιδρύσει νέες.

⁸ Οι προφυλάξεις αφορούσαν στις μεταδιδόμενες νόσους «μολυσματική λοιμική ή τύφος, πανώλη, χολέρα, φυσική ευλογία, λέπρα, αιγυπτιακή οφθαλμία, αφροδισιακή νόσος, ψώρα, αχώρα, πνευμονική φθίσις, σπασμοδικός βήξ ή κοκίτις, υδροφοβία». Τα μέτρα εκκινούν από βασικούς κανόνες υγιεινής και εκτείνονται έως τον αποκλεισμό των ασθενών με σήμανση του χώρου απομόνωσής τους, ενώ ο ρόλος της εποπτείας των κρουσμάτων και της τήρησης των μέτρων ανατίθεται στους ιατρούς και στην αστυνομία.

⁹ Αφορούσαν σε Υγειονομικές διατάξεις, στη λειτουργία των Υγειονομικών Αρχών και στη Διατίμηση των Υγειονομικών και Λοιμοκαθαρτικών Δικαιωμάτων σε πλοία.

εγκαθίδρυσης νέων κρίνεται δυσβάστακτο, είτε γιατί οι κατεστημένες πολιτικές ευνοούν ομάδες συμφερόντων.

2.3 Η Διοίκηση των Νοσοκομείων

Την περίοδο 1823-1826 το νοσοκομείο Σύρου διοικούσε η Εφορεία (επιτροπή) αποτελούμενη από 3-5 εμπόρους, που αντικαθίσταντο κάθε έξι μήνες. Μετά το 1826 η Εφορεία εκλεγόταν από τη «Συνέλευση του κοινού των Ερμούπολιτών». Κατά τη διακυβέρνηση του Ιω. Καποδίστρια διορίστηκε από αυτόν επταμελής διοίκηση (1830-1831), ενώ μετά τη δολοφονία του κυβερνήτη η συνέλευση του λαού εξέλεξε οκταμελή Εφορεία. Είναι χαρακτηριστικό ότι, λόγω του κοσμοπολιτισμού που επικρατούσε τότε στην Ερμούπολη, οι εκλεγόμενοι Επίτροποι¹⁰ δεν ήταν Συριανοί εκ καταγωγής, αλλά μέτοικοι από Χίο, Ρόδο, Σμύρνη, Ιωάννινα, Θεσσαλονίκη κ.ά.[14]. Στο νοσοκομείο Ναυπλίου δεν φαίνεται να υπήρχε συλλογικό όργανο διοίκησης, ενδεχομένως λόγω της αρχικής του ιδιότητας ως στρατιωτικού. Ωστόσο, το 1824 υπήρχε Επίτροπος και το 1825 διορίστηκε ο Π. Περόγλου[13].

Η πρώτη επίσημη ρύθμιση της διοίκησης των ελληνικών νοσοκομείων επήλθε με Β.Δ. του 1836 «Περί της Διοικήσεως των Αγαθοεργών Καταστημάτων»[27]. Συγκεκριμένα, η διοίκησή τους ανατέθηκε σε Αδελφάτα¹¹, αποτελούμενα από τον Δήμαρχο του δήμου στον οποίο ευρίσκονταν και 2 ή 4 δημότες που εκλέγονταν από το Δημοτικό Συμβούλιο, αλλά ήταν δημότες άλλου δήμου, με τριετή θητεία και δυνατότητα επανεκλογής. Ειδικές διατάξεις ρύθμιζαν τη σύνθεση των Αδελφάτων, όταν τα νοσοκομεία ανήκαν σε περισσότερους δήμους. Αν υπήρχε ιατρός στην περιοχή που κάλυπτε το Αδελφάτο, οριζόταν μέλος του και αν οι ιατροί ήταν περισσότεροι του ενός, το δημοτικό συμβούλιο εξέλεγε έναν εξ αυτών.

Το Αδελφάτο όφειλε να συντάξει τον ετήσιο Προϋπολογισμό Εσόδων-Εξόδων του νοσοκομείου, ο οποίος εγκρινόταν από το Δημοτικό Συμβούλιο -παρουσία του Αδελφάτου- και ενσωματωνόταν, ως ιδιαίτερο κεφάλαιο, στον Γενικό Δημοτικό Προϋπολογισμό. Επίσης, τηρούσε πρωτόκολλο των δωρεών και συνεισφορών που υπέγραφαν όλα τα μέλη του, αλλά δεν μπορούσε να τις δαπανήσει χωρίς να περιέχονται σε Προϋπολογισμό και χωρίς την έγκριση του Δημοτικού Συμβουλίου και της προϊσταμένης αρχής (Διοικητής-Νομάρχης ή Έπαρχος). Τα εντάλματα δαπανών εξέδιδε ο Δήμαρχος, ύστερα από απόφαση του Αδελφάτου και εγγραφή σχετικής πράξης στο βιβλίο των Συνεδριάσεων.

¹⁰ Μέλη της Εφορείας.

¹¹ Επιτροπές διαχείρισης της περιουσίας και των πόρων των νοσοκομείων ή άλλων αγαθοεργών ιδρυμάτων. Αδελφάτα ονομάζονταν παλαιότερα ενώσεις πολιτών (π.χ. οι Έλληνες του Λονδίνου), σωματεία και επαγγελματικές συντεχνίες.

2.4 Η Διεύθυνση των Νοσοκομείων

Κατά την αρχική περίοδο δεν υπήρχαν σαφείς διατάξεις για την καθημερινή διεύθυνση και οικονομική διαχείριση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Παρά ταύτα, οι σχετικές ανάγκες καλύπτονταν από πρόσωπα που, κατά περίπτωση, έφεραν διαφορετικό τίτλο.

Στο νοσοκομείο Σύρου διορίστηκε το 1827 ως Διευθυντής ή «Επιστάτης» ο έμπορος Δ. Βλασταράκης, τιμής ένεκεν, ως έχων την πρωτοβουλία της ίδρυσής του. Μετά την έκδοση του Β.Δ. του 1836, το Αδελφάτο όρισε νέον Επιστάτη. Στο ίδιο νοσοκομείο υπηρετούσε και Υποδιευθυντής, που ήταν παράλληλα και Φροντιστής Τροφίμων, ο Γεώργιος Σιψωμίνας από τη Χίο. Διέμενε στο νοσοκομείο, εδικαιούτο δωρεάν τροφή και ο μισθός του ανερχόταν σε 80 πιάστρα (γρόσια)[14]. Στο νοσοκομείο Ναυπλίου γνωρίζουμε ότι υπηρετούσε έμμισθος Επιστάτης από το 1823[13].

Δεν είναι γνωστή η έκταση των αρμοδιοτήτων αυτών των προσώπων, που προφανώς περιελάμβανε και την οικονομική διαχείριση, ούτε η υπηρεσιακή σχέση τους με τους διευθυντές ιατρούς. Μια ενδεικτική πληροφορία για τα συγκεκριμένα διοικητικά διευθυντικά στελέχη έχουμε από τις διατάξεις του Β.Δ. του 1836, όπου αναφέρεται ότι, αν το νοσοκομείο είχε μικρή περιουσία, αρκούσε ένας Επιστάτης, τον οποίο διόριζε το Αδελφάτο μετά από έγκριση του Διοικητή της περιοχής (Νομάρχη ή Έπαρχου). Όταν όμως το νοσοκομείο είχε σημαντική ακίνητη περιουσία, «εκτελείται το άρθρο 15 του Περί Δήμων Νόμου» (1834), δηλαδή έπρεπε να διορισθεί «Οικονόμος». Η θέση εθεωρείτο ιδιαίτερα σημαντική και γι αυτό το Δημοτικό Συμβούλιο υπέβαλε πρόταση τριών υποψηφίων, από τους οποίους επέλεγε τον Οικονόμο κάθε νοσοκομείου ο ίδιος ο Βασιλέας[27]. Αυτές οι ρυθμίσεις ίσως ήταν ικανοποιητικές για την εποχή, όπως θα δούμε στη συνέχεια όμως, η συνεχής προσπάθεια συντεχνιακού ελέγχου των νοσοκομείων και η παλινδρόμηση μεταξύ αξιοκρατικής και πολιτικά-κομματικά ελεγχόμενης διοίκησης υπήρξαν ασυμβίβαστες με τις προκλήσεις που έθεταν οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη και στην τεχνολογία[8],[28],[29].

3. 20^{ος} ΑΙΩΝΑΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΕΩΣ ΤΟ ΕΣΥ

3.1 Η Πρώτη 50ετία

3.1.1 Ίδρυση και Πορεία του Υπουργείου Υγείας

Έως το 1917 την κρατική πολιτική υγείας υλοποιούσε αρχικά το «Υγειονομικόν Τμήμα» και στη συνέχεια η «Διεύθυνσις Δημοσίας Υγιεινής και Αντιλήψεως» του Υπουργείου Εσωτερικών, ενώ επιμέρους σχετικές αρμοδιότητες ανήκαν σε άλλα υπουργεία. Η εποπτεία και ο έλεγχος των

νοσηλευτικών ιδρυμάτων οποιασδήποτε μορφής είχε ανατεθεί στο Ιατροσυνέδριο και στους Νομιάτρους[30].

Με καθυστέρηση 100 σχεδόν χρόνων το ελληνικό κράτος απέκτησε αρχικά ένα, ειδικής σκοπιμότητας, «Υπουργείο Περιθάλψεως» (1917)[31], ενώ μόλις το 1922 αναπτύχθηκε και μετονομάστηκε σε «Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Προνοίας», συγκεντρώνοντας όλες τις υγειονομικές αρμοδιότητες, με ένα ιδιαίτερα σημαντικό νομοθέτημα[32]. Όμως, λίγους μήνες αργότερα το υπουργείο μετονομάστηκε πάλι σε «Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως», κυρίως όμως ματαιώθηκε η ενσωμάτωση σ' αυτό των διάσπαρτων υγειονομικών αρμοδιοτήτων, πλην εκείνων του υπουργείου Εσωτερικών[33]. Το 1926 το υπουργείο καταργήθηκε[34] και επανιδρύθηκε[35] μέσα σε οκτώ μήνες. Το 1928 συστάθηκε Υφυπουργείο Υγιεινής[36], το οποίο αναβαθμίστηκε σε αυτοτελές Υπουργείο το επόμενο έτος[37]. Αλλά και αυτό το Υπουργείο καταργήθηκε το 1932 και οι αρμοδιότητές του αποτέλεσαν πλέον αντικείμενο μιας Διεύθυνσης του νέου Υπουργείου «Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως»[38].

Κρίνεται ως μη σκόπιμη η, από το 1935 μέχρι το 1982[39], καταγραφή όλων των πολύ συχνών επανασυστάσεων, μετονομασιών, διχοτομήσεων, διασπάσεων και συγχωνεύσεων αρμοδιοτήτων του συγκεκριμένου υπουργείου, οι οποίες εξάλλου συνεχίστηκαν και κατά την τελευταία τριακονταετία, με πλέον πρόσφατη τη μετονομασία του και πάλι σε «Υπουργείο Υγείας» μόλις το 2015[40]. Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι στη διάρκεια 65 ετών (14-06-1917 έως 21-10-1981) στο υπουργείο αυτό θήτευσαν 102 υπουργοί και 38 υφυπουργοί. Οι 10 από τους 102 υπουργούς υπηρέτησαν μόλις για 3-9 ημέρες[39]. Από τις 21-10-1981 μέχρι τις 27-1-2015 στο Υπουργείο Υγείας έχουν διορισθεί 25 υπουργοί και 45 αναπληρωτές υπουργοί και υφυπουργοί¹². Καθίσταται σαφές πλέον ότι, η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και αντίστοιχου συντονισμού, ανεξάρτητα από τις εναλλαγές των κυβερνήσεων, είναι ανασχετικός παράγοντας στις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις ενδυνάμωσης του συστήματος υγείας, προκειμένου ν' ανταποκρίνεται στις σύγχρονες κοινωνικές και επιστημονικές προκλήσεις[41],[42]. Αυτή η έλλειψη είναι ιδιαίτερα αισθητή στη λειτουργία των «πολυσύνθετων και πολύπλοκων» νοσηλευτικών οργανισμών[8].

3.1.2 Το Νομικό Καθεστώς των Νοσοκομείων

Αρχικά, τα νοσοκομεία αποκαλούνταν απλώς αγαθοεργά ή φιλανθρωπικά ή υγειονομικά καταστήματα, χωρίς περαιτέρω προσδιορισμό του νομικού τους καθεστώτος. Η πρώτη σαφής αναφορά στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ως νομικών προσώπων, καταγράφεται στο Ν. 346/1915, σύμφωνα με τον οποίο κάθε ίδρυμα σχετιζόμενο με την υγεία εποπτευόταν από το

¹² Καταμέτρηση της συγγραφέως.

Ιατροσυνέδριο «είτε αποτελεί τούτο νομικόν πρόσωπον, είτε αποτελεί ιδιωτικήν επιχείρησιν»[30].

Στο Ν. 2882/1922, με τον οποίο συστάθηκε ουσιαστικά το υπουργείο υγείας, η Διεύθυνση Δημοσίας Αντιλήψεως και το Γνωμοδοτικό Συμβούλιο Εποπτείας των αγαθοεργών ιδρυμάτων, τα νοσοκομεία διακρίθηκαν σε (α) «δημόσια αγαθοεργά ιδρύματα» και (β) «μη δημόσια ιδρύματα δημοσίας αντιλήψεως»[32]. Μάλιστα, το αρμόδιο Τμήμα για τη διοίκηση των πρώτων και την εποπτεία των δεύτερων αποσπάσθηκε, για ένα διάστημα, από τη Διεύθυνση Δημοσίας Αντιλήψεως ως «Αυτοτελές Τμήμα» υπαγόμενο στη Γενική Γραμματεία του υπουργείου και ο Προϊστάμενός του εξομοιώθηκε με Διευθυντή[43].

Με το Ν. 3714/1928 αποφασίσθηκε η ίδρυση 25 «Εθνικών Νοσοκομείων» σε πόλεις άνω των 5.000 κατοίκων «στερουμένας δημοτικών, κοινοτικών ή οιασδήποτε άλλων αγαθοεργών νοσοκομείων». Με την ονομαστική εξαίρεση συγκεκριμένων νοσοκομείων, ψυχιατρείων και σανατορίων που παρέμεναν «εθνικά», τα νοσηλευτικά ιδρύματα «δωρούνται εις ομάδας δήμων και κοινοτήτων... άπαντα τα ιδρύματα ταύτα αποτελούντα ίδια νομικά πρόσωπα». Επίλθε πλέον διάκριση μεταξύ (α) «Δημοσίων Εθνικών Νοσηλευτικών Καταστημάτων» και (β) «Δημοτικών και Κοινοτικών Νοσοκομείων»[44].

Η νομική μορφή των νοσοκομείων συγκεκριμενοποιήθηκε με το Ν. 5901/1933, σύμφωνα με τον οποίο «Κρατικά Ιδρύματα θεωρούνται τα συνιστώμενα και συντηρούμενα υπό του Κράτους... αποτελούσι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου»(ΝΠΔΔ), ενώ με Π.Δ. «κανονισθήσονται ομοιομόρφως τα του λογιστικού και διαχειρίσεώς των». Τα υπόλοιπα νοσοκομεία αποκαλούνται «Μη Κρατικά Υγειονομικά Ιδρύματα κοινωφελούς χαρακτήρος» και όσα εξ αυτών επιχορηγούνται¹³ «οπωσδήποτε» από το κράτος «υποχρεούνται κατ' έτος να υποβάλλουν... τον προϋπολογισμόν [επί του οποίου]... το Υπουργείον ανακοινού τας τυχόν παρατηρήσεις αυτού, αίτινες δεν έχουν υποχρεωτικόν χαρακτήρα»[45].

Τέλος, ο Α.Ν. 965/1937 συμπεριέλαβε στα Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα (ΝΠΔΔ) και «εκείνα υπέρ ων έχουσιν επιβληθεί ειδικαί φορολογίαι πλην των δημοτικών και κοινοτικών». Στα τελευταία, όμως, δόθηκε η δυνατότητα να υπαχθούν στις διατάξεις των ΝΠΔΔ, εφόσον «θα ανέλαμβάνον την υποχρέωσιν να συνεχίσωσιν υπέρ αυτών τα τακτικάς επιχορηγήσεις των». Η ίδια δυνατότητα δόθηκε και στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα κοινωφελούς χαρακτήρα, εφόσον η

¹³ Χωρίς όμως να συντηρούνται κυρίως από το κράτος.

επιχορήγησή τους υπερέβαινε «το 1/3 των τακτικών αυτών εσόδων ή ήθελε τούτο ζητήσει το Διοικητικόν αυτών Συμβούλιον, Αδελφάτον ή Εφορεία αυτών¹⁴»[46].

3.1.3 Οι Οικονομικοί Πόροι των Νοσοκομείων

Επίσημα, η δυνατότητα κρατικής επιχορήγησης προς τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα καταγράφηκε στο Ν. 1839/1920. Ως σκοπός αναφέρεται η αντιμετώπιση της λειτουργίας και συντήρησής τους και η κάλυψη νοσηλίων απόρων ασθενών στα «μη δημόσια» υγειονομικά καταστήματα. Με τον ίδιο νόμο εγκρίθηκαν εκ των υστέρων κρατικές δαπάνες που είχαν ήδη πραγματοποιηθεί[47].

Ωστόσο, κύρια πηγή νοσοκομειακών πόρων παρέμεναν οι υποχρεωτικές πιστώσεις των δημοτικών και κοινοτικών προϋπολογισμών, οι οποίες «συμπληρούνται, εφόσον παρίσταται ανάγκη, δια κρατικών μέσων»[48]. Μάλιστα, η νομοθεσία για την υποχρεωτική χρηματοδότηση όλων των νοσοκομείων από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης αυστηροποιήθηκε. Το ύψος της εισφοράς, σε περίπτωση διαφωνίας, μπορούσε να καθορίζει μονομερώς ο Νομάρχης, ενώ για την είσπραξή τους ίσχυαν «αι διατάξεις περί υποχρεωτικών δαπανών» και τα ποσά ήταν καταβλητέα «εις το Δημόσιον Ταμείον εφ' άπαξ ή κατά τρεις το πολύ δόσεις»[49]. Οι δήμοι και κοινότητες όφειλαν επίσης να καταβάλλουν και το 25% των νοσηλίων των απόρων δημοτών τους.

Έσοδα αποτελούσαν επίσης «τα νοσήλια των ευπόρων», το ύψος των οποίων πρότειναν οι νοσοκομειακές διοικήσεις και ορίζονταν με υπουργική απόφαση, καθώς και οι δωρεές, τα κληροδοτήματα και οι τόκοι[49], αλλά και τα «δικαιώματα εξεταστικών ιατρείων»[45]. Μεταγενέστερα, θεσπίστηκαν η κλιμάκωση -ανά κατηγορία θέσης- των νοσηλίων και τα «δικαιώματα εγχειρίσεων», ενώ στους πόρους των νοσοκομείων προστέθηκαν τα τοκομερίδια, μερίσματα, μισθώματα, τιμήματα εκποίησης ακίνητης και κινητής περιουσίας του νοσοκομείου και το προϊόν εράνων[50].

Η κρατική επιχορήγηση γενικεύτηκε, ουσιαστικά, για όλα τα νοσοκομεία με τον Α.Ν. 965/1937[46]. Ταυτόχρονα όμως, νομοθετήθηκε η δυνατότητα επιβολής ειδικών τοπικών φορολογιών επί της εμπορικής δραστηριότητας¹⁵ κάθε δήμου ή κοινότητας, όπως και επιβολής ερανικών εισφορών υπέρ των δημοσίων νοσοκομείων «μη δυναμένων να υπερβάλσι κατ' άτομον τας δραχμάς 500 ετησίως, κατ' ανώνυμον δε εταιρείαν τας δραχμάς 10.000». Παράλληλα, ορίστηκε ότι η «υπέρ των απόρων δωρεάν νοσηλεία δεν δύναται να είναι μικροτέρα των 2/3 του συνόλου των

¹⁴ Με την προϋπόθεση ότι δεν υφίστατο κώλυμα από διατάξεις διαθήκης ή δωρεάς.

¹⁵ Εισαγόμενων-εξαγόμενων αγαθών.

διατιθέμενων κλινών, ενώ μπορούσε να επιβληθεί η υποχρέωση περιθαλψης απόρων¹⁶ και σε νοσοκομεία «ιδιωτικού δικαίου κοινωφελούς ή φιλανθρωπικού χαρακτήρος... εντός της οικονομικής αυτών δυναμικότητας». Προβλέφθηκε επίσης η έκδοση διατάγματος για τον καθορισμό της «έννοια[ς] της απορίας, [της] διαδικασία[ς] προς εξακρίβωσιν και ελέγχου αυτής»[46]. Πάντως, δεν μπορούσαν να θεωρούνται άποροι οι «οπωσδήποτε ησφαλισμένοι εναντίον της ασθενείας παρ' οιοδήποτε ασφαλιστικό οργανισμό», ο οποίος κατέβαλε νοσήλια, στο πλαίσιο ειδικής σύμβασης με το νοσοκομείο[50].

Αξιοσημείωτο είναι ότι, έκτοτε και έως τις μέρες μας, το αντίστροφα προοδευτικό σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων ουδέποτε αντάμειψε τους «καλούς» παρόχους. Η μέχρι πρότινος γραφειοκρατική δομή του συστήματος (Γράφημα 3.1, [51]) παρεμπόδιζε την έγκαιρη χρηματοδότηση για την εξοικονόμηση του κόστους και τη διασφάλιση της ποιότητας. Επιπλέον, οι αλυσιδωτές αντιδράσεις στην έλλειψη ρευστότητας (καθυστέρηση πληρωμής προμηθευτών → υπερτίμηση προϊόντων και υπηρεσιών), ως «συστημικό σφάλμα», αφήνουν περιθώρια στη διαφθορά[52].

3.1.4 Η Αναβάθμιση των Νοσοκομειακών Διοικήσεων

Κατά την αρχική σύσταση των δημοσίων και εθνικών νοσοκομείων το 1925, η διοίκησή τους ανατέθηκε σε Εφορείες «το πολύ επταμελών». Στα νοσοκομεία που δεν παραχωρήθηκαν στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, το συλλογικό διοικητικό όργανο είχε σύνθεση «μικτή εκ δημοσίων ανωτέρων υπαλλήλων και ιδιωτών» και οριζόταν από τον υπουργό. Στις Εφορείες των υπόλοιπων εθνικών νοσοκομείων «εν εκ των μελών δέον να είναι επιστήμων ιατρός, τέσσαρα δε να προέρχονται εκ πολιτών στρατευθέντων». Τα μέλη προτεινόταν από τα δημοτικά ή κοινοτικά συμβούλια και ο Νομάρχης τα διορίζε[49].

Όταν το 1933 καθορίστηκε το καθεστώς των κρατικών νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ, εξειδικεύθηκε και αναβαθμίσθηκε η σύνθεση των διοικητικών συλλογικών οργάνων, στα οποία έπρεπε πλέον να συμμετέχουν (α) αντιπρόσωπος του Ιατρικού Συλλόγου, (β) Πρωτοδίκης, (γ) αντιπρόσωπος του δημοτικού ή κοινοτικού Συμβουλίου, (δ) ο Οικονομικός Έφορος, (ε) αντιπρόσωπος του Εμπορικού Συλλόγου ή Εμποροβιομηχανικού Επιμελητηρίου, (στ) ένας ιδιώτης προτεινόμενος από τον Νομάρχη και (ζ) αντιπρόσωπος του Υπουργείου Υγιεινής. Αν στην έδρα του νοσοκομείου δεν υπήρχαν τα υπό στοιχεία (δ) και (ε) Μέλη, μειωνόταν ανάλογα η σύνθεση της Εφορείας. Για τα ιδρύματα της Αθήνας και του Πειραιά προβλέφθηκε η έκδοση ειδικού Διατάγματος που θα καθόριζε τον τρόπο διοίκησής τους[45].

¹⁶ Δωρεάν ή με ελαττωμένο νοσήλιο.

Από το κείμενο του βραχύβιου Α.Ν./25-1-1936 «Περί συστάσεως... και διοικήσεως των Ιδρυμάτων Ιατρικής εν γένει» προκύπτει ότι οι προγενέστερες νομοθετικές ρυθμίσεις δεν είχαν τύχει γενικής εφαρμογής¹⁷. Σε πολλά νοσοκομεία υπήρχαν, εναλλακτικά, Εφορείες, Αδελφάτα και Διοικητικά Συμβούλια, που διατηρήθηκαν. Για όλα τα υπόλοιπα νομοθετήθηκε ο διορισμός Διοικητικών Συμβουλίων, με Πρόεδρο τον οικείο Μητροπολίτη και Μέλη τον Πρόεδρο Πρωτοδικών, τον Νομομηχανικό, τον Διευθυντή του Ταμείου και τον Διευθυντή του Υγειονομικού Κέντρου¹⁸[54].

Ιστορικά, η πλέον υψηλόβαθμη σύνθεση και μέγιστη εξουσία των Διοικητικών Συμβουλίων (Δ.Σ.) των νοσοκομείων προβλέφθηκε στον σημαντικό Α.Ν. 965/1937[46]. Στα νοσοκομεία της Αθήνας και του Πειραιά το 7μελές Δ.Σ. αποτελούσαν (α) ένας Σύμβουλος Επικρατείας ή Αρεοπαγίτης ή Καθηγητής της Νομικής Σχολής, (β) ένας Σύμβουλος ή Πάρεδρος του Ελεγκτικού Συνεδρίου ή Διευθυντής του Υπουργείου Οικονομικών, (γ) ένας Καθηγητής ή Υφηγητής της Ιατρικής Σχολής ή Ιατρός «εκ πίνακος δέκα ιατρών υποδεικνυομένων υπό του Διοικ. Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου», (δ) ένας Καθηγητής Πολυτεχνείου ή Διευθυντής του Υπουργείου Συγκοινωνίας, (ε) ένας ανώτερος Υπάλληλος της Τράπεζας της Ελλάδος ή της Εθνικής και (στ) δύο έγκριτοι πολίτες. Παρόμοια σύνθεση -τηρουμένων των αναλογιών- προβλέφθηκε για τα 7μελή Δ.Σ. των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης και για τα 5μελή των υπόλοιπων περιφερειών. Ο υπουργός, οι γενικοί διοικητές και οι νομάρχες είχαν δικαίωμα «να συμμετέχωσι αυτοπροσώπως μετά ψήφου των Διοικητικών αυτών Συμβουλίων, ότε και προεδρεύουσι αυτών».

Τα Δ.Σ. διορίζονταν από τον υπουργό, με 4ετή θητεία, δυνάμει ν' ανανεωθεί. Όμως, η ανανέωση των μελών μπορούσε να γίνει τμηματικά, ανά 2ετία, «ανανεουμένων εναλλάξ τεσσάρων ή τριών μελών»¹⁹. Αξιοσημείωτη ήταν η διάταξη σύμφωνα με την οποία κάθε Δ.Σ. εξέλεγε το ίδιο τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρό του κάθε δύο χρόνια. Η συμμετοχή στα Δ.Σ. ήταν τιμητική και άμισθη και απαγορευόταν «η λήψις αποζημιώσεως ή αμοιβής δια παροχήν επαγγελματικών υπηρεσιών προς το Ίδρυμα». Οι εκτεταμένες αρμοδιότητες των Δ.Σ., εκτός της συνήθους διοίκησης και διαχείρισης της ακίνητης και κινητής περιουσίας των νοσοκομείων, επέτρεπαν τη λήψη αποφάσεων για την ανέγερση ή κατεδάφιση ή αγορά ή πώληση οικοδομών, τον καθορισμό νοσηλίων και των «δικαιωμά[των] λοιπών εργασιών», τον διορισμό ή την

¹⁷ Οι ανολοκλήρωτες δημόσιες πολιτικές, φαινόμενο που θα κυριαρχήσει στη μεταπολιτευτική ελληνική δημοκρατία, αποδίδονται από τον Αλεξόπουλο στον συντηρητισμό των στελεχών της δημόσιας διοίκησης (που υποστηρίζουν τις δικές τους «προτιμήσεις»), στο κόστος επανεκλογής, στις πιέσεις ομάδων συμφερόντων και στην απουσία μεταρρυθμιστικής συναίνεσης[53] .

¹⁸ Αποκεντρωμένη υπηρεσία του Υπουργείου.

¹⁹ Τριών ή δύο στα 5μελή Δ.Σ.

απαλλαγή των «καθηκόντων του άπαν το προσωπικόν του Ιδρύματος», τον κανονισμό των αποδοχών του «επί θητεία ή εκτάκτου προσωπικού, ως και τους βαθμούς του μονίμου» κ.λπ. Ορισμένες από τις αποφάσεις αυτές (π.χ. σύναψη δανείου, αγοραπωλησία ακινήτων) και ο Προϋπολογισμός του νοσοκομείου χρειάζονταν έγκριση του Υπουργού.

Επουσιώδεις τροποποιήσεις του παραπάνω νόμου επήλθαν το 1940[55] και το 1949[56], κυρίως ως προς τη διεύρυνση του επιπέδου προέλευσης των μελών του Δ.Σ., ενώ απαγορεύθηκε η συμμετοχή Ιατρών²⁰ στα Δ.Σ. των νοσοκομείων στα οποία υπηρετούσαν.

3.1.5 Οι επί θητεία Διευθυντές Νοσοκομείων

Οι Διευθυντές νοσοκομείων που υπηρετούσαν το 1928 δεν είχαν ανάλογο υπαλληλικό βαθμό, αφού «κατέχοντες τον βαθμόν του εισηγητού επί τριετίαν, δύνανται να προάγονται μέχρι του βαθμού του τμηματάρχου α' τάξεως»[44]. Εκτός από τις αρμοδιότητές τους ως εισηγητών προσλήψεων και απολύσεων, στα νοσοκομεία όπου δεν υπήρχαν Εφορείες «το κατώτερον προσωπικόν προσλαμβάνεται παρά των Διευθυντών των Ιδρυμάτων... διορίζεται δε υποχρεωτικώς υπό του Υπουργού». Οι Διευθυντές ήσαν πειθαρχικοί προϊστάμενοι όλου του προσωπικού, πλην του ιατρικού[45].

Ο διαχωρισμός από την βαθμολογική επετηρίδα των μονίμων υπαλλήλων και η ποιοτική και υπηρεσιακή αναβάθμιση της θέσης του Διευθυντή Νοσοκομείου επήλθε επίσης με τον Α.Ν. 965/1937. Συγκεκριμένα, ορίσθηκε ότι «Εις την θέσιν Διευθυντού Δημοσίου Νοσηλευτικού Ιδρύματος διορίζεται επί πενταετή θητεία πρόσωπον ανεγνωρισμένης διοικητικής πείρας, ικανότητος και ήθους, κατά την κρίσιν του Διοικητικού Συμβουλίου του Ιδρύματος. Ο διορισμός ούτος τίθεται υπό την έγκρισιν του Υπουργού». Το Δ.Σ. μπορούσε να μεταβιβάσει μέρος των δικαιωμάτων του στον Διευθυντή «μόνον ή εν συμπράξει μεθ' ενός ή πλειόνων εκ των μελών του Συμβουλίου»[46]. Μάλιστα, στους Διευθυντές νοσοκομείων καταβάλλονταν πλέον αυξημένες αποδοχές[57]. Μόνο σε νοσοκομεία «περιορισμένης δράσεως ή εγκατεστημένων μακράν των αστικών κέντρων της χώρας» μπορούσε ο υπουργός να εγκρίνει το μη διορισμό Διευθυντού του Ιδρύματος (επί θητεία) «ανατιθεμένης της αρμοδιότητος και των καθηκόντων αυτού... εις Διευθυντήν ιατρόν μιας των Κλινικών», με πρόσθετη μηνιαία αποζημίωση[55].

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ορισμένα νοσοκομεία, για τα οποία ίσχυε ειδική νομοθεσία, είχε συσταθεί θέση Γενικού Διευθυντή επί 4ετή θητεία, που μπορούσε να καλύψει «διδάκτωρ ή πτυχιούχος της Ιατρικής... τουλάχιστον από δεκαετίας, μη υπερβάς το 55^{ov} έτος της ηλικίας του,

²⁰ Πανεπιστημιακών και μη.

και έχων ευδόκιμον διοικητική προϋπηρεσία τουλάχιστον τριετή. Η θέση... είναι ασυμβίβαστος προς οιαδήποτε άλλην επαγγελματική απασχόληση έστω και εμμέσως ή δια τρίτου προσώπου ενασκουμένη». Ο Γενικός Διευθυντής διοριζόταν με απόφαση του Δ.Σ., πλην της πρώτης εφαρμογής του νόμου, οπότε διοριζόταν με Βασιλικό Διάταγμα, το οποίο καθόριζε και τις αποδοχές του[50].

3.2 Η 30ετία πριν την Ίδρυση του ΕΣΥ

3.2.1 Η Ποιοτική Υποβάθμιση των Διοικητικών Συμβουλίων

Με διαδοχικές νομοθετικές ρυθμίσεις από το 1952 μέχρι το 1977, η σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων υπέστη σταδιακή ποιοτική υποβάθμιση.

Αρχικά, στα Δ.Σ. των νοσοκομείων της πρωτεύουσας ορίσθηκε να συμμετέχουν (α) ένας εκπρόσωπος του ΣτΕ ή του ΝΣΚ²¹, (β) τρία διευθυντικά στελέχη υπουργείων, (γ) ένας εκπρόσωπος του Ιατρικού Συλλόγου και (δ) δύο έγκριτοι πολίτες, με κάποιες εύλογες τροποποιήσεις για τα υπόλοιπα νοσοκομεία[58]. Πολύ σύντομα όμως, τα διευθυντικά στελέχη αντικαταστάθηκαν από απλούς υπαλλήλους υπουργείων και του ΙΚΑ²², προστέθηκε ένας δημοτικός σύμβουλος και ορίσθηκε ότι πλέον ο ένας πολίτης «δύναται να είναι και κυρία»! Με τον ίδιο νόμο, παρ' ότι αναγνώριζε το αξίωμα των μελών Δ.Σ. ως τιμητικό, εγκαθιδρύθηκε η καταβολή μηνιαίας αποζημίωσης «υπό τύπον κατ' αποκοπήν εξόδων κινήσεως, καθοριζομένη δι αποφάσεως του Υπουργού... και βαρύνουσα τους προϋπολογισμούς των Ιδρυμάτων»[59]. Με νέα τροποποίηση επανήλθε στα 7μελή Δ.Σ. της πρωτεύουσας ο εκπρόσωπος του Ιατρικού Συλλόγου και διευκρινίσθηκε ότι οι 3 δημόσιοι υπάλληλοι πρέπει να είναι ανώτεροι «εξ ων εις οικονομικός και εις τεχνικός»[60]. Με επόμενη νομοθετική αλλαγή, αφαιρέθηκε από τη σύνθεση ο δημοτικός σύμβουλος και αυξήθηκαν οι επίλεκτοι πολίτες σε τρεις[61].

Με την επιβολή δικτατορίας το 1967 ορίσθηκε ότι οι Πρόεδροι των νοσοκομειακών Δ.Σ. πρέπει να είναι «ανώτατοι κρατικοί λειτουργοί εν ενεργεία ή συνταξιούχοι (δικαστικοί, δημόσιοι υπάλληλοι ή στρατιωτικοί)», τα 3 μέλη δημόσιοι υπάλληλοι βαθμού 4^{ου} και άνω, ενώ τα 3 επίλεκτα μέλη να έχουν διακριθεί «δια την κοινωνικήν των δράσιν». Ένα από τα μέλη ήταν και Κυβερνητικός Επίτροπος[62]. Μεταγενέστερα, συμπληρώθηκε σχετικά με το θεσμό του Προέδρου Δ.Σ. ότι στα νοσοκομεία νοσημάτων θώρακος «δύναται... να ορίζεται ο οικείος Μητροπολίτης», ενώ στα ψυχιατρικά και παιδοψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής «ανώτερος υπάλληλος ΝΠΔΔ»[63].

²¹ ΣτΕ: Συμβούλιο της Επικρατείας, ΝΣΚ: Νομικό Συμβούλιο του Κράτους.

²² ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το 1973 αποκλείστηκε ρητά, με νομοθετική διάταξη, η συμμετοχή δημοσίων υπαλλήλων και υπαλλήλων ΝΠΔΔ στα συλλογικά όργανα διοίκησης των νοσοκομείων, στα οποία πλέον «διορίζονται πρόσωπα εγνωσμένου κοινωνικού κύρους, δυνάμενα, ως εκ της επιστημονικής καταρτίσεως, της επαγγελματικής απασχολήσεως ή της πείρας αυτών, να συμβάλλουν εις την εύρυθμον λειτουργίαν των Ιδρυμάτων, εξαιρέσει των οπωσδήποτε συνδεομένων προς αυτά». Η χορηγούμενη αποζημίωση που όριζε ο υπουργός, έπαψε να είναι «υπό τύπον κατ' αποκοπήν εξόδων κινήσεως»[64]. Με υπουργική απόφαση ορίστηκε ότι «Άπασαι αι αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων υπόκεινται κατά περίπτωσιν εις την έγκρισιν του Υπουργού... ή του οικείου Νομάρχου»[65].

Μετά την αποκατάσταση του δημοκρατικού πολιτεύματος νομοθετήθηκε εκ νέου η μειωρητική συμμετοχή δημοσίων υπαλλήλων 5^{ου} βαθμού και άνω στα νοσοκομειακά Δ.Σ.²³[66]. Τέλος, το 1977 όλα τα Δ.Σ. των νοσοκομείων έγιναν πενταμελή. Αν και προβλέφθηκε η συμμετοχή ενός Ιατρού, ενός Δικαστικού ή Δικηγόρου και ενός ανωτάτου ή ανωτέρου υπαλλήλου του αρμόδιου Υπουργείου, «εν ελλείψει προσώπων εχόντων τας... αναφερομένας ιδιότητες», μπορούσαν οι διοικήσεις ν' αποτελούνται από 5 ιδιώτες «εγνωσμένου κύρους και επαγγελματικής ή φιλανθρωπικής δραστηριότητος»[67].

3.2.2 Η Άνοδος των Διοικητικών Διευθυντών

Στους νοσοκομειακούς οργανισμούς των δεκαετιών 1930-1940 οι Διευθυντές των Νοσοκομείων αποκαλούνταν εναλλακτικά «Διοικητικοί Διευθυντές» (Δ.Δ.), όρος που τελικά επικράτησε στη νομοθεσία. Το 1952 διακόπηκε ο διορισμός Διευθυντών Νοσοκομείων με 5ετή θητεία. Ο Υπουργός εξουσιοδοτήθηκε με νόμο για την μονιμοποίηση των υπηρετούντων Δ.Δ. των νοσοκομείων (των ΝΠΔΔ και του Δημοσίου) «επί βαθμώ και μισθών κέκτηνται, ή επί βαθμώ αναλογούντι προς τας αποδοχάς ας ούτοι λαμβάνουσι», με την έκδοση Β.Δ. Παρασχέθηκε, επίσης στον υπουργό, η ευχέρεια ν' αναθέτει τη Διεύθυνση του νοσοκομείου σε ένα ιατρό-διευθυντή κλινικής ή υπάλληλο του υπουργείου ή και μέλος του Δ.Σ.[56].

Το 1953 μορφοποιήθηκε το νέο υπηρεσιακό καθεστώς των Δ.Δ. Ο διορισμός τους γινόταν με Β.Δ., αρχικά για ένα έτος ως δοκίμων και στη συνέχεια μονιμοποιούνταν στον δημοσιοϋπαλληλικό βαθμό που προέβλεπε ο Οργανισμός κάθε νοσοκομείου. Η εξέλιξή τους, ανά 4ετία, έφθανε μέχρι του 2^{ου} βαθμού. Σύμφωνα με το νόμο, ως Δ.Δ. διορίζονταν «ατροί μη εξασκούντες το επάγγελμα ή, ελλείψει ιατρών, πτυχιούχοι ανωτάτων ιδρυμάτων... τυχόντες ειδικής εκπαιδεύσεως παρά τη Υγειονομική Σχολή Αθηνών ή άλλη ειδική της αλλοδαπής»[59].

²³ Τρία μέλη έναντι τεσσάρων ιδιωτών στα 7μελή και δύο έναντι τριών στα 5μελή.

Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου δόθηκε η δυνατότητα διορισμού Δ.Δ. «μη κεκτημέν[ων] το ως είρηται ειδικόν τούτο πτυχίον», με την υποχρέωση όμως να το αποκτήσουν ενός 5ετίας²⁴. Σε κάθε περίπτωση, η υπηρεσιακή θέση του Δ.Δ. ήταν ιδιότυπη, αφού σύμφωνα με το νόμο «Εκάστου νοσηλευτικού Ιδρύματος προϊσταται Διοικητικός Διευθυντής». Αυτή η ρητή και γενικευμένη διατύπωση, εφόσον στα νοσοκομεία υπηρετούσαν και Ιατροί Διευθυντές και Διευθύνουσες Αδελφές, προσέδιδε στους Δ.Δ. ένα είδος υπηρεσιακής πρωτοκαθεδρίας. Επιπροσθέτως, ο Δ.Δ. ήταν ο Τακτικός Εισηγητής του Δ.Σ. και μάλιστα «εις τα πρακτικά αναγράφονται και οι κατά την συνεδρίασιν εισηγήσεις του»[68]. Θεσμοθετήθηκε επίσης η εκτεταμένη, με υπουργική απόφαση, κινητικότητα των Δ.Δ. προς άλλα νοσοκομεία και στην κεντρική ή περιφερειακή υπηρεσία του υπουργείου «αναλόγως των προσόντων των και των αναγκών της υπηρεσίας»[59], αλλά και η διασφάλιση της διευθυντικής τους ιδιότητας, ακόμη και σε περιπτώσεις συγχώνευσης ιδρυμάτων[69].

Η ανάγκη ανεύρεσης και προσέλκυσης στελεχών, κατάλληλων για την, υπό δημοσιοϋπαλληλικό καθεστώς, διεύθυνση νοσοκομείων, αποτυπώθηκε στο Ν.3301/1955 με τον οποίο καταργήθηκε η προτίμηση ιατρών για τη συγκεκριμένη θέση και θεσπίστηκαν διατάξεις αναζήτησης «επί ίσοις όροις» ικανών υπαλλήλων από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Προβλέφθηκε ακόμα η παροχή στους Δ.Δ. ειδικού επιδόματος[60], το οποίο μεταγενέστερα προσδιορίστηκε ως «κατ' αποκοπήν έξοδα κινήσεως μέχρι ποσοστού 50%» του ύψους των αποδοχών τους στα νοσοκομεία άνω των 200 κλινών και μέχρι 25% στα μικρότερης δύναμης κλινών[61].

Παρά ταύτα, φαίνεται ότι η αναγκαία έκταση γνώσεων, πείρας και ικανοτήτων για τα καθήκοντα των νοσοκομειακών Δ.Δ., δεν ήταν εύκολο να καλυφθεί από συνήθεις δημοσίους υπαλλήλους. Έτσι, νομοθετήθηκε εκ νέου η δυνατότητα πλήρωσης των θέσεων Δ.Δ. των νοσοκομείων άνω των 300 κλινών «δια διορισμού επί 5ετή θητεία προσώπων ανεγνωρισμένης διοικητικής πείρας, ικανότητος και ήθους και κεκτημένων πτυχίου Ανωτάτης Σχολής». Οι αποδοχές τους καθορίζονταν με πρόταση του νοσοκομειακού Δ.Σ. και απόφαση του Υπουργού[70].

Η διαμόρφωση της διοικητικής διακυβέρνησης στη χώρα συνέβη στη δεκαετία 1970, όπου και πάλι ένα ασυνήθιστο γεγονός (η διεθνής οικονομική κρίση), παράλληλα με τον εκδημοκρατισμό

²⁴ Από την έρευνα δεν προέκυψε κάποιο στοιχείο που να βεβαιώνει την εφαρμογή αυτής της διάταξης στην πράξη. Η Ειδική Σχολή Διοικήσεως Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων συστάθηκε με το άρθρ. 30 του Ν.Δ. 3895/1958 και με το Β.Δ. 25/1960 ορίστηκε ως ημερομηνία έναρξης λειτουργίας της η 15-10-1960. Είναι ερευνητέο αν λειτούργησε πριν την έκδοση του Π.Δ. 1233/1981, με το οποίο καθορίστηκαν οι προδιαγραφές απόκτησης του σχετικού πτυχίου. Παρά ταύτα, στην ιστοσελίδα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) αναφέρεται ότι «Σημαντική καινοτομία υπήρξε η κατάρτιση σπουδών Πτυχίου Διοικητικού Διευθυντού από το 1960-1967» : http://www.nsph.gr/default.aspx?page=sxoli_istoria , διαδικτυακή πρόσβαση την 01-02-2014.

του πολιτεύματος, επηρέασαν τη μορφή του κράτους[71]. Στο επόμενο κεφάλαιο εξετάζουμε την εξέλιξη της νοσοκομειακής διακυβέρνησης και του θεσμικού περιβάλλοντος, μέσα απ' τη νομοθετική παραγωγή για το ΕΣΥ.

4. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ ΣΤΟ ΕΣΥ

4.1 Η Οριστικοποίηση της Νομικής Μορφής (ΝΠΔΔ)

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ με το Ν. 1397/1983 συνοδεύτηκε από το σύνθημα της «Αλλαγής» του ΠΑΣΟΚ²⁵ και επέδρασε καταλυτικά στην οριστικοποίηση και γενίκευση της νομικής μορφής των νοσοκομείων ως ΝΠΔΔ, απαγορεύοντας ρητά την ίδρυσή τους υπό άλλο νομικό καθεστώς. Όλα τα λειτουργούντα, δημοτικά και αγαθοεργά, νοσηλευτικά ιδρύματα υποχρεώθηκαν να μετατραπούν σε τυπικές δημόσιες υπηρεσίες (ΝΠΔΔ), διαφορετικά θα διεκόπτετο η επιχορήγησή τους. Με σειρά Π.Δ., που εκδόθηκαν τα αμέσως επόμενα χρόνια, απέκτησαν τη συγκεκριμένη νομική μορφή τα μεγάλα νοσοκομεία της Αττικής και της Θεσσαλονίκης. Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ επίσης, τέθηκαν ασφυκτικοί περιορισμοί στην ίδρυση και λειτουργία των ιδιωτικών νοσοκομείων[42],[72]. Την υπόσταση του ΝΠΔΔ απέκτησαν και άλλοι νεοϊδρυθέντες οργανισμοί, αρμοδιότητας του υπουργείου Υγείας (ΕΚΑΒ, ΕΚΕΥ²⁶)[73].

Η δυνατότητα ίδρυσης νοσηλευτικών ιδρυμάτων με «οποιαδήποτε νομική μορφή» επανήλθε με το Ν. 2071/1992, αλλά οι σχετικές διατάξεις του δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη[74]. Μοναδικές περιπτώσεις ίδρυσης νοσοκομείων με καθεστώς ΝΠΔ²⁷, και μάλιστα με ειδικούς νόμους, αποτέλεσαν αυτά που χρηματοδοτήθηκαν αρχικά από δωρεές, δηλαδή το Γνάσειο Καρδιολογικό Κέντρο²⁸[75] και το νοσοκομείο Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης[76]. Ωστόσο, με το Ν. 2071/1992 ιδρύθηκαν και άλλοι φορείς, εποπτευόμενοι από το Υπουργείο Υγείας, ως ΝΠΔ (Κέντρο Έρευνας του Σακχαρώδη Διαβήτη, ΚΕΕΛ²⁹).

Μεταγενέστεροι νόμοι επέφεραν επουσιώδεις αλλαγές στη νομική υπόσταση των νοσοκομείων, χωρίς να αμφισβητηθεί το καθεστώς των ΝΠΔΔ. Συγκεκριμένα, ο Ν. 2889/2001 κατέστησε τα

²⁵ Το 1980 ο υπουργός Υγείας Σπύρος Δοξιάδης επιχείρησε την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, όμως η αντίσταση στην αλλαγή προήλθε όχι μόνο από την ισχυρή ομάδα του ιατρικού επαγγέλματος, αλλά και από το κόμμα στο οποίο ανήκε (Ν.Δ.).

²⁶ ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, ΕΚΕΥ: Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας. Με άλλη νομική μορφή το ΕΚΑΒ (κρατική Α.Ε. ή ΝΠΔ) θα είχε κατορθώσει την ολοκλήρωση των διαγωνισμών προμήθειας ασθενοφόρων, που χρονίζουν και προκαλούν σωρεία δυσλειτουργιών στον οργανισμό.

²⁷ ΝΠΔ: Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου.

²⁸ Το οποίο στη συνέχεια, εξαιρέθηκε ρητά από τον δημόσιο τομέα.

²⁹ ΚΕΕΛ: Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων. Το 2005 με το άρθρο 20 του Ν. 3370 μετονομάστηκε σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).

νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας ανεξάρτητες υγειονομικές μονάδες των ΠεΣΥ³⁰[77], ενώ με το Ν. 3329/2005 μετατράπηκαν εκ νέου σε αυτόνομα ΝΠΔΔ[78]. Με μεταγενέστερες διατάξεις επίσης, προβλέφθηκε η κοινή διοίκηση, η διασύνδεση και η συγχώνευση των νοσοκομείων, τα οποία εξακολουθούν να λειτουργούν ως ΝΠΔΔ μέχρι σήμερα[79]. Όλο το νοσοκομειακό προσωπικό -ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνικό, βοηθητικό- απέκτησε τη δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα και ο κρατικός προϋπολογισμός ανέλαβε τη μισθοδοσία του και την κάλυψη των λειτουργικών ελλειμμάτων των νοσοκομείων. Σταδιακά παγιώθηκαν οι, κοινώς λεγόμενες, *δημοσιοϋπαλληλικές συμπεριφορές* και η «κουλτούρα της ‘μη λογοδοσίας’», σε ένα σύστημα που δεν αξιολογεί το ανθρώπινο δυναμικό του και προσεγγίζει οριζόντια την επιβράβευση ή τιμωρία[52].

Τέλος, ένα ενδιαφέρον πείραμα υγειονομικού φορέα με το νομικό καθεστώς της Ανώνυμης Εταιρείας, ιδιοκτησίας του ελληνικού δημοσίου, αποτέλεσε η ίδρυση της ΑΕΜΥ Α.Ε.³¹[80], οι αρχικές δραστηριότητες της οποίας διευρύνθηκαν, λόγω της λειτουργικής ευελιξίας της.

4.2 Η «Αυτοδιοίκηση» των Νοσοκομείων

Αρχικά, παρά τη γενική μετατροπή των νοσοκομείων σε δημόσιες υπηρεσίες (ΝΠΔΔ), το κράτος αποποιήθηκε του δικαιώματος να ελέγχει πλειοψηφικά τη διοίκησή τους. Σύμφωνα με το Ν. 1397/83, τα Δ.Σ. των νοσοκομείων ήσαν 7μελή³² ή 5μελή. Ο Υπουργός Υγείας μπορούσε να ορίσει μόνο 3 ή 2 μέλη αντίστοιχα, δύο ή ένα μέλος εκπροσωπούσαν την τοπική αυτοδιοίκηση και δύο μέλη ήταν αιρετοί εκπρόσωποι των εργαζομένων³³. Ο πρόεδρος όλων και ο αντιπρόεδρος³⁴ ήσαν πλήρους απασχόλησης με μισθό, ενώ στις θέσεις αυτές, έως την έκδοση του Ν. 1471/1984[81], δεν μπορούσαν να διορισθούν ιδιώτες ιατροί, παρά μόνο νοσοκομειακοί. Ο πρόεδρος προϊστάτο όλων των υπηρεσιών. Επισημαίνουμε ότι ο Υπουργός απέκτησε το δικαίωμα να τροποποιεί τη σύνθεση των Δ.Σ. μόνο «με τήρηση της αρχής της πλειοψηφίας του

³⁰ Η ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΝΠΔΔ) υπήρξε ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα προς την αποκεντρωμένη διοίκηση του ελληνικού συστήματος υγείας, σε ένα μοντέλο στρατηγικής διοίκησης όπου το Υπουργείο Υγείας θα είχε επιτελικό ρόλο. Δυστυχώς, έως σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί ο πραγματικός στόχος αυτής της μεταρρύθμισης, δηλαδή η μεταφορά οικονομικών πόρων, η δυνατότητα άσκησης πολιτικής ανθρώπινου δυναμικού και η αρμοδιότητα αναδιάταξης των νοσοκομειακών υπηρεσιών από τις, υπό τη σημερινή τους ονομασία, ΥΠΕ (Υγειονομικές Περιφέρειες), που παρέμειναν διεκπεραιωτές εντολών του Υπουργείου Υγείας[41].

³¹ ΑΕΜΥ Α.Ε.: Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας. Με αυτή την επωνυμία συστάθηκε η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού.

³² Για νοσοκομεία άνω των 300 κλινών. Ειδική εξαίρεση υπήρξε για το τότε επονομαζόμενο «Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών ‘Η ΕΛΠΙΣ’», στο οποίο παρά το ότι διέθετε λιγότερες των 300 κλινών, ορίστηκε 7μελές Δ.Σ. (άρθρ. 9, § 4). Πρόεδρος ήταν και είναι ο εκάστοτε Δήμαρχος Αθηναίων (ή δημοτικός σύμβουλος που ορίζεται από τον Δήμαρχο). Ένα ακόμα μέλος του Δ.Σ., οριζόμενο από το Δημοτικό Συμβούλιο, είναι εκπρόσωπος του δήμου Αθηναίων.

³³ Ένας εκπρόσωπος των ιατρών και ένας εκπρόσωπος του λοιπού προσωπικού.

³⁴ Προβλεπόταν μόνο για τα 7μελή Δ.Σ.

συνολικού αριθμού των εκπροσώπων των εργαζομένων και της τοπικής αυτοδιοίκησης»[73]. Είναι προφανές ότι, δημιουργήθηκε ένα καθεστώς υποκρυπτόμενης εσωτερικής *αυτοδιοίκησης* των νοσοκομειακών δημοσίων υπηρεσιών, με επικυριαρχία του ιατρικού σώματος, αφού επιπλέον ο Πρόεδρος ήταν σχεδόν πάντοτε ιατρός. Η «επιρροή» της ιατρικής κοινότητας στο ελληνικό ΕΣΥ μελετάται διεξοδικά από τον Νικολέντζο[82], αλλά θα απασχολήσει και εμάς στην ιστορική αναδρομή του Δεύτερου Μέρους.

Ο Υπουργός Υγείας ανέκτησε τυπικά το δικαίωμα να διορίζει την πλειοψηφία (4 στα 7) των μελών Δ.Σ. των νοσοκομείων με τον Ν. 2071/1992, ενώ οι νοσοκομειακοί ιατροί δεν μπορούσαν να είναι Πρόεδροι ή Αντιπρόεδροι, ειδικά και μόνο, στο φορέα όπου υπηρετούσαν. Το καθεστώς της πλειοψηφικής αυτοδιοίκησης των νοσοκομείων εκ μέρους του υπηρετούντος προσωπικού επανήλθε εντονότερα με το Ν. 2889/2001, παρά την απομάκρυνση των αιρετών εκπροσώπων. Συγκεκριμένα, τα μεγάλα νοσοκομεία είχαν 6μελή Συμβούλια Διοίκησης, στα οποία συμμετείχαν 4 υπηρεσιακά στελέχη, ενώ τα μικρότερα 5μελή Δ.Σ. με 4 πάλι εργαζόμενους³⁵. Οι συνδικαλιστικοί εκπρόσωποι επανήλθαν επίσημα στις νοσοκομειακές διοικήσεις με το Ν. 3329/2005³⁶ και παραμένουν έως σήμερα. Εδώ κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε ότι η συχνή απαίτηση της «συνδιαχείρισης»[52] των νοσοκομείων από τα συνδικάτα, οφείλεται στην παθογένεια της ανάπτυξης του ελληνικού συνδικαλισμού σε στενό εναγκαλισμό με τον εκάστοτε κυβερνητικό/κομματικό μηχανισμό[42],[71].

4.3 Αναζητώντας την Τεχνοκρατική Διεύθυνση

Με το Ν. 1397/1983 ορίστηκε ότι στα νοσοκομεία θα λειτουργούν τρεις ισότιμες υπηρεσίες (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική). Έτσι, ο διοικητικός διευθυντής έπαψε να έχει την *πρωτοκαθεδρία* του παρελθόντος, περιοριζόμενος στο ρόλο του διευθυντή της διοικητικής υπηρεσίας. Αν και ο Πρόεδρος του Δ.Σ. οριζόταν και ως οιονεί «γενικός διευθυντής», ο αρχικός νομοθέτης του ΕΣΥ δεν αγνόησε πλήρως την ανάγκη τεχνοκρατικής διεύθυνσης και διαχείρισης των νοσοκομειακών υποθέσεων, που ήσαν ήδη πολύπλοκες προ τριακονταετίας. Πράγματι, στον ιδρυτικό νόμο προβλέφθηκε ταυτόχρονα η δυνατότητα σύστασης θέσεως Συντονιστή³⁷ στα «νοσηλευτικά ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/1953... με πενταετή θητεία και βαθμό α' ή β' της κατηγορίας ειδικών

³⁵ Το άρθρο 5 διέκρινε τα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε Γενικά και Ειδικά, ενώ στο ίδιο άρθρο (§ 4) ορίστηκε ότι το Συμβούλιο Διοίκησης συγκροτείται από τον Διοικητή και 4 μέλη-εργαζόμενους του νοσοκομείου: (α) ο Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας, με αναπληρωτή τον Προϊστάμενο Υποδιεύθυνσης Οικονομικού, (β) ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας, με αναπληρωτή τον αρχαιότερο Διευθυντή Ιατρικού Τομέα, (γ) ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, με αναπληρωτή τον αρχαιότερο τομεάρχη και (δ) ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου, με αναπληρωτή τον Αντιπρόεδρο του Ε.Σ.

³⁶ Άρθρο 7, § 4.

³⁷ Μετά από προκήρυξη των θέσεων (άρθρ. 9, § 11).

θέσεων. Στη θέση αυτή διορίζονται πτυχιούχοι ανώτατης σχολής με αξιόλογη πείρα σε διευθυντικά καθήκοντα ή ειδική μετεκπαίδευση σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας νοσοκομείων ή διοίκησης επιχειρήσεων».

Ο προσδιορισμός της επιστημονικής εξειδίκευσης και των καθηκόντων του συγκεκριμένου στελέχους ως διοικητικού προϊσταμένου όλων των υπηρεσιών, τακτικού εισηγητή στο Δ.Σ. και δυναμικού αποδέκτη αρμοδιοτήτων του Δ.Σ. καταδεικνύει ότι η καθημερινή νοσοκομειακή διακυβέρνηση έπρεπε να ασκείται από τεχνοκράτες και όχι πολιτικά πρόσωπα. Η ερμηνεία αυτή, για την πρόθεση του νομοθέτη, ενισχύεται και από το ότι προβλέφθηκε για τα νοσοκομεία που θα διοριζόταν συντονιστής «ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού τους συμβουλίου δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση». Όμως, στο «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων»[83] δεν αποτυπώθηκε η οργανική θέση του Συντονιστή, αντιθέτως αναφέρθηκε ότι οι τρεις ισότιμες υπηρεσίες «υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο» του Δ.Σ. Κι αυτό συνέβη παρ' ότι, κυρίως πριν την έκδοση του ενιαίου πλαισίου[84] αλλά και μετά[85], συστάθηκαν 57 συνολικά οργανικές θέσεις συντονιστών, με 5ετή θητεία, α' και β' βαθμού της κατηγορίας ειδικών θέσεων, σε νοσοκομεία όλης της χώρας. Ωστόσο, αν και προκηρύχθηκαν 8 από αυτές τις θέσεις, ο διορισμός Συντονιστών δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ.

Με το Ν. 2071/1992 ορίστηκε ότι στα νοσοκομεία μπορεί πλέον να συνιστώνται θέσεις Γενικού Διευθυντή, με 3ετή θητεία δυνάμενη να ανανεώνεται. Προβλεπόταν προκήρυξη των θέσεων, ενώ μπορούσαν να είναι υποψήφιοι πτυχιούχοι ανωτάτων σχολών «με ευδόκιμο υπηρεσία δεόντως αποδεικνυόμενη... ή με μεταπτυχιακές σπουδές ειδίκευσης στην οικονομία της υγείας, στην οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών οργανισμών και στη δημόσια υγεία»³⁸. Οι μηνιαίες απολαβές τους θα μπορούσαν να διαφέρουν ανά νοσοκομείο, ενώ υπήρχε πρόβλεψη καταβολής και ιδιαίτερης αμοιβής (πριμ), εφόσον το έργο του γενικού διευθυντή είχε «ως αποτέλεσμα τον περιορισμό, σε σημαντικό βαθμό, των δαπανών προϋπολογισμού του νοσηλευτικού ιδρύματος»³⁹. Η έμμισθη υπηρεσία του Προέδρου Δ.Σ. δεν καταργήθηκε, ενώ ορίστηκε ότι «σε περίπτωση που ο γενικός διευθυντής... απέχει των καθηκόντων του, καθήκοντα γενικού διευθυντή ασκεί»⁴⁰ ο Πρόεδρος Δ.Σ. Ακολούθησε η σύσταση 29 θέσεων Γενικών Διευθυντών στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας και προσδιορίστηκε η σύνθεση της επιτροπής επιλογής τους[86]. Ο διορισμός των Γενικών Διευθυντών δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ.

³⁸ Άρθρ. 55, § 9.

³⁹ Άρθρ. 55, § 10.

⁴⁰ Άρθρ. 55, § 13.

Η τρίτη απόπειρα τεχνοκρατικής διακυβέρνησης των νοσοκομείων επιχειρήθηκε με τις διατάξεις του Ν. 2519/1997, με τον οποίο συστήθηκαν οργανικές θέσεις Γενικών Διευθυντών, με ανανεούμενη 5ετή θητεία, σε όλα τα γενικά νοσοκομεία με δύναμη τουλάχιστον 200 κλινών και σε όλα τα ειδικά νοσοκομεία ανεξαρτήτως κλινών, ενώ παρασχέθηκε η δυνατότητα σύστασης θέσεων και στα μικρότερα νοσηλευτικά ιδρύματα. Μάλιστα, προβλέφθηκε ότι ο Γενικός Διευθυντής θα ήταν και μέλος του Δ.Σ. Η προκήρυξη των θέσεων θα ετύγγανε ευρείας δημοσιότητας, μέχρι και «στην επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης», ενώ η επιλογή των διοριστέων θα γινόταν από επιτροπή, υπό την προεδρία μέλους του ΑΣΕΠ⁴¹[87]. Προσδιορίστηκαν επίσης και οι ελκυστικές αποδοχές αυτών των ανώτερων στελεχών[88] και εισήχθη η δυνατότητα επιπλέον πρόσληψης συμβούλων υψηλού επιπέδου και διαφόρων ειδικοτήτων, με συμβάσεις έργου, στα μεγάλα νοσοκομεία[89]. Πράγματι, προκηρύχθηκαν 30 θέσεις Γενικών Διευθυντών, ολοκληρώθηκε η επιλογή και δόθηκαν στον τύπο τα ονόματα των διοριστέων, ανά νοσοκομείο[90], αλλά και σ' αυτή την περίπτωση ο διορισμός των επιτυχόντων δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ.

Με το Ν. 2703/1999, υποκαταστάθηκε ο Γενικός Διευθυντής, μη υλοποιημένος θεσμός των νοσοκομείων άνω των 500 κλινών, από τον Πρόεδρο του Δ.Σ., για τον οποίο προβλέφθηκε διορισμός μετά από προκήρυξη και επιλογή από το Ειδικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο ανωτάτων στελεχών[91]. Ορίστηκαν μάλιστα αυστηρά κριτήρια, με λεπτομερή μοριοποίηση[92], για την αξιολόγηση των υποψηφίων και προκηρύχθηκαν 13 θέσεις[93]. Ο διορισμός Προέδρων Δ.Σ. και με αυτή τη διαδικασία δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ. Η *αμφιθυμία* της πολιτικής ηγεσίας μεταξύ ανάγκης για τεχνοκρατική διοίκηση και ικανοποίησης των πελατειακών δικτύων της, υπό τον φόβο του πολιτικού κόστους, άφησε τις παραπάνω μεταρρυθμιστικές προσπάθειες ανολοκλήρωτες⁴².

Με την υλοποίηση των σχετικών διατάξεων του Ν. 2889/2001 επιτεύχθηκε, για πρώτη φορά, ο διορισμός ανώτατων μονομελών οργάνων διοίκησης των νοσοκομείων, ύστερα από προκήρυξη και επιλογή, ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Πρόκειται για τον Διοικητή κάθε νοσοκομείου, που ορίστηκε να είναι ταυτόχρονα και Πρόεδρος⁴³ του Συμβουλίου Διοίκησης. Στα μεγάλα νοσοκομεία⁴⁴ προβλέφθηκε και θέση Αναπληρωτή Διοικητή. Οι υποψήφιοι έπρεπε να κατέχουν

⁴¹ ΑΣΕΠ: Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού.

⁴² Βλ. και υποσημείωση 17.

⁴³ Σε ορισμένα νοσοκομεία ειδικού καθεστώτος, όπως τα «Η Ελπίς» (βλ. υποσημείωση 32) και «Ανδρέας Συγγρός»[94], στα οποία προβλεπόταν ο ορισμός Προέδρου Δ.Σ. με τους ιδρυτικούς τους νόμους ή και από διαθήκες, ο Διοικητής και ο Πρόεδρος παρέμειναν διακριτά πρόσωπα.

⁴⁴ Ως μεγάλα πλέον ορίζονται όσα είναι άνω των 400 κλινών.

πτυχίο ΑΕΙ⁴⁵ «με ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων... συνεκτιμωμένων και των μεταπτυχιακών σπουδών και επιστημονικής εξειδίκευσης» στα ανάλογα γνωστικά αντικείμενα, χωρίς όμως κάποια μοριοδότηση των κριτηρίων. Η επιλογή ανατέθηκε σε ειδική Επιτροπή Αξιολόγησης Ανώτερων Στελεχών του Υπουργείου Υγείας, υπό την προεδρία του Προέδρου του ΚΕΣΥ⁴⁶ και ύστερα από συνέντευξη. Έπρεπε να συνταχθεί Πίνακας Κατάταξης, κατά αξιολογική σειρά, με διπλάσιο αριθμό επιτυχόντων σε σχέση με τις προκηρυγμένες θέσεις και ο Υπουργός μπορούσε να επιλέξει ποιους και σε ποιο νοσοκομείο θα διορίσει. Ο διορισμός αφορούσε σε 5ετή θητεία, δυνάμενη να ανανεώνεται, ενώ οι αποδοχές των Διοικητών ήταν ελκυστικές «χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους, από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις⁴⁷». Τα στελέχη αυτά υπέγραφαν «συμβόλαιο αποδοτικότητας»⁴⁸ και η μη επίτευξη των στόχων τους συνεπαγόταν την απόλυσή τους, ύστερα από κρίση της ίδιας Επιτροπής Αξιολόγησης.

Η σημαντική αλλαγή που επέφερε στη διακυβέρνηση των νοσοκομείων ο Ν. 2889 δεν πέρασε αβρόχοις ποσί, εφόσον οι ομάδες συμφερόντων κινητοποιήθηκαν στο θεσμικό πλαίσιο και παρήγαγαν τον «ανταγωνιζόμενο λόγο»[2]. Η ΠΟΕΔΗΝ⁴⁹ αντιτάχθηκε στο σύνολο των μεταρρυθμίσεων, ο Πρόεδρος της ΑΔΕΔΥ⁵⁰, οι πολιτικοί του κυβερνώντος κόμματος και της αντιπολίτευσης καθώς και οι γιατροί πρόβαλλαν τους δικούς τους ισχυρισμούς[42],[95]. Πολύ σύντομα, ο θεσμός του νοσοκομειακού Διοικητή αποστερήθηκε των χαρακτηριστικών του αξιοκρατικά επιλεγμένου στελέχους, με 5ετή θητεία και αντικειμενική αξιολόγηση της απόδοσής του. Με το Ν. 3172/2003[96] επιτράπηκε η απόσπαση των Διοικητών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο της επικράτειας. Με δεδομένο ότι, τα στελέχη αυτά είχαν υποβάλει υποψηφιότητα για τα νοσοκομεία συγκεκριμένης υγειονομικής -και γεωγραφικής- περιφέρειας, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η απόσπαση μπορούσε να διαρκέσει ακόμη και 3 χρόνια⁵¹, η εφαρμογή της διάταξης ισοδυναμούσε σχεδόν με εξαναγκασμό σε παραίτηση. Επιπλέον, νομοθετήθηκε η πρόωρη λήξη της θητείας των Διοικητών για «σπουδαίο λόγο»⁵², ουσιαστικά από τον Υπουργό και χωρίς τη γνώμη του προβλεπόμενου ειδικού Υπηρεσιακού Συμβουλίου,

⁴⁵ ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. Για τα μικρότερα νοσοκομεία υπήρχε η δυνατότητα ο υποψήφιος να είναι κάτοχος πτυχίου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ).

⁴⁶ ΚΕΣΥ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.

⁴⁷ Άρθρ. 5, § 10, «με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας».

⁴⁸ Άρθρ. 5, § 6B.

⁴⁹ Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων.

⁵⁰ Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων.

⁵¹ Άρθρ. 20, § Γ2.

⁵² Άρθρ. 20, § Γ3.

ενώ με τροπολογία, τον Δεκέμβριο 2003, ο πρόεδρος της ΑΔΕΔΥ έγινε μέλος της επιτροπής αξιολόγησης των διοικητών νοσοκομείων του ΕΣΥ[42].

Με το Ν. 3252/2004[97] έληξε «αυτοδικαίως και αζημίως για το Δημόσιο η θητεία... των Διοικητών Νοσοκομείων»⁵³, που είχαν διορισθεί το 2001 ή το 2002 με 5ετή θητεία, στο πλαίσιο «επανίδρυσης του κράτους», όπως ανέφερε χαρακτηριστικά η Εισηγητική έκθεση του νόμου. Ταυτόχρονα, νομοθετήθηκε ο απ' ευθείας διορισμός Διοικητών με υπουργική απόφαση⁵⁴, η οποία θα προσδιόριζε το χρονικό διάστημα άσκησης των καθηκόντων τους, χωρίς οποιαδήποτε διαδικασία προκήρυξης, αξιολόγησης και επιλογής. Ο Ν. 3329/2005[98] διατήρησε όλες τις προαναφερόμενες ρυθμίσεις, με μοναδική αλλαγή ότι οι Διοικητές διορίζονταν πλέον με 2ετή θητεία, δυνάμενη να ανανεώνεται, αλλά και να λήγει πρόωρα οποτεδήποτε⁵⁵.

Τέλος, ο Ν. 4052/2012[79] επανέφερε την «Επιτροπή Αξιολόγησης» των υποψηφίων Διοικητών και αύξησε τη θητεία τους σε 3 χρόνια, χωρίς όμως να θεσπίζονται πραγματικές διασφαλίσεις αξιοκρατικών επιλογών. Αντιθέτως, ορίσθηκε μια μάλλον ασαφής και μη ελεγχόμενη διαδικασία πρόωρης απόλυσής τους⁵⁶. Μέχρι και την έκδοση του Ν. 4118/2013[99], η διαδικασία επιλογής νέων Διοικητών δεν είχε ολοκληρωθεί και χρειάσθηκε η παράταση της θητείας των ήδη υπηρετούντων για αόριστο χρονικό διάστημα.

Από τις συνεχείς νομοθετικές αλλαγές, παλινδρομήσεις και ματαιώσεις εφαρμογής ψηφισμένων διατάξεων και προκηρύξεων θέσεων διαφαίνεται ότι, η τεχνοκρατική διακυβέρνηση των νοσοκομείων δεν αποτέλεσε επιλογή της ασκούμενης Πολιτικής Υγείας, τουλάχιστον μέχρι το 2001. Αλλά και μεταγενέστερα, παρά τις αρχικές ενδείξεις, η συνεχής αποσταθεροποίηση του επαγγελματικού status των νοσοκομειακών Διοικητών, σε συνδυασμό με την αδιαφάνεια στη διαδικασία επιλογής τους, καταδεικνύει ότι δεν υπήρξε αληθής επιδίωξη προσέλκυσης ικανών και έμπειρων στελεχών, όπως προκύπτει και από τη μελέτη της βιβλιογραφίας 1990-2015 που ακολουθεί. Αν ευρύνουμε δε την παρατήρησή μας στα πρώτα δείγματα της νέας κυβέρνησης, που ανέδειξαν οι εκλογές τον Ιανουάριο 2015, δεν επιβεβαιώνεται η -διακηρυγμένη- πρόθεση αλλαγής της δημόσιας διοίκησης[100]. Ο «κομματικός αποικισμός της κοινωνίας»[71] μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι τα μεγάλα ελληνικά κόμματα είναι οργανισμοί με υψηλή εσωτερική συνοχή και πειθαρχία, έτσι ώστε η ηγεσία του κόμματος να ελέγχει την εκτελεστική και νομοθετική λειτουργία[29]. Στο Γράφημα 4.1, για την κατανόηση της παραγωγής

⁵³ Άρθρ. 42, § 1.

⁵⁴ Άρθρ. 42, § 3.

⁵⁵ Άρθρ. 7, § 7.

⁵⁶ Άρθρ. 2, § 6.

δημόσιας πολιτικής υπό το πρίσμα του νεοθεσμισμού, αποτυπώνεται το μοντέλο του πολιτικού συστήματος[101].

Για την ιστορική αναδρομή στη διακυβέρνηση των νοσοκομείων, στο Δεύτερο Μέρος, πολύτιμες πληροφορίες συγκεντρώσαμε, κυρίως, από την ενδελεχή έρευνα του αρχείου τευχών του επιστημονικού περιοδικού «Επιθεώρηση Υγείας», το οποίο, από την πρώτη έκδοσή του το 1989 έως σήμερα, παρακολουθεί συστηματικά τις συναφείς εξελίξεις και εισηγείται διαχρονικά σύγχρονες μεθόδους στον τομέα οργάνωσης και διοίκησης της υγείας.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΟΙ ΑΤΕΛΕΣΦΟΡΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ

5. Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΟΥ ΝΟΜΙΚΟΥ ΚΑΘΕΣΤΩΤΟΣ

5.1 Αναδεικνύοντας το Πρόβλημα

Κατά το χρόνο ίδρυσης του ΕΣΥ ήταν ήδη διαπιστωμένη «η αντιοικονομική λειτουργία με χαμηλή αποδοτικότητα, σπατάλη πόρων και ανεξέλεγκτες δαπάνες» που επικρατούσε στον υγειονομικό τομέα. Επίσης, οι συντάκτες του Ν. 1397/83 γνώριζαν ότι, η νομική μορφή του ΝΠΔΔ⁵⁷ απέκλειε την εκ των έσω τεχνοκρατική διεύθυνση των νοσοκομείων, εφόσον υπήρχε «έλλειψη εξειδικευμένων ανώτερων στελεχών⁵⁸ στο χώρο της δημόσιας διοίκησης, με ειδικές επιστημονικές γνώσεις στα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών». Επιπροσθέτως γνωρίζοντας ότι, αυτή η έλλειψη -που συνιστά από μόνη της ένα «κρίσιμο αρνητικό στοιχείο»- θα κατέληγε πρακτικά στην οργανωσιακή «ταύτιση... [των εννοιών] διοίκησης και... διεύθυνσης», ο νομοθέτης αιτιολόγησε την ανάγκη πρόσληψης επαγγελματιών Συντονιστών στα νοσοκομεία[102], βούληση η οποία όμως δεν υλοποιήθηκε... Τα δημόσια νοσοκομεία συνέχισαν ν' απορροφούν ολοένα περισσότερους ανθρώπινους και υλικούς πόρους[42], υπό την ανορθόλογη διαχείριση των ιατροκεντρικών Δ.Σ., των πολιτικών και συνδικαλιστικών εκπροσώπων. Τα μοιραία αποτελέσματα είχαν προβλεφθεί ήδη το 1990, όταν ο Λιαρόπουλος δήλωνε:

⁵⁷ Δημόσιας υπηρεσίας.

⁵⁸ Επισημαίνεται δε ότι «Η έννοια των διευθυντικών αυτών στελεχών δεν πρέπει να ταυτίζεται με την έννοια των στελεχών της δημόσιας διοίκησης που ανήκουν στην υπαλληλική ιεραρχία».

«Είναι πράγματι αδιανόητο, αλλά ένα νοσοκομείο με ετήσιες δαπάνες που ξεπερνούν τα 15 δις δρχ. λειτουργεί ουσιαστικά χωρίς Προϋπολογισμό... Η Διοίκηση γίνεται χωρίς σχεδιασμό, προγραμματισμό και αξιολόγηση, από άτομα που εμπειρικά μόνο γνωρίζουν τη λειτουργία του Νοσοκομείου. Είναι... θλιβερή η σύγκριση του επιπέδου Μάνατζμεντ ενός τέτοιου νοσοκομείου με οποιαδήποτε οικονομική μονάδα του παραγωγικού τομέα, ακόμη και αν αυτή έχει «τζίρο» το 1% του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου»[103].

Την ίδια εποχή επισημάνθηκε δημοσίως, για πρώτη φορά, ότι η ευελιξία και οι διαχειριστικές δυνατότητες των κρατικών νοσοκομείων θα μπορούσαν να βελτιωθούν μόνο με τη μετατροπή τους σε κρατικές Α.Ε., ενώ προτάθηκε σειρά μέτρων που έπρεπε άμεσα να ληφθούν, υπό το υπάρχον καθεστώς του ΝΠΔΔ και με την παραδοχή ότι «ένας μέτριος επαγγελματίας Διευθυντής είναι καλύτερος από έναν άριστο ερασιτέχνη Πρόεδρο Δ.Σ.». Σύμφωνα με τον Στάθη, η ισχύουσα πολιτική διοίκηση⁵⁹ των νοσοκομείων έπρεπε να διακριθεί πλήρως από την τεχνοκρατική τους διεύθυνση, η οποία μάλιστα όφειλε να συνδέεται με την προσωπική ευθύνη για τα λειτουργικά αποτελέσματα:

«Η ανυπαρξία ενός (και μόνο) εκτελεστικού προϊσταμένου σήμερα στα κρατικά Νοσοκομεία ευθύνεται για την παντελή έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών, για τη χαώδη αναρχία, για την άμβλυνση του συναισθήματος προσωπικής ευθύνης, για την πλήρη απουσία εργασιακής πειθαρχίας και ελέγχου και για την σπατάλη και αναποτελεσματικότητα που είναι χαρακτηριστικά των νοσοκομειακών οργανισμών»[104].

Η μετεξέλιξη του δημόσιου νοσοκομείου «προς μία φόρμουλα Εταιρείας Κρατικού Ενδιαφέροντος» και η ένταξη «του θεσμού του Διοικητή (στην αντιστοιχία του Διευθύνοντος Συμβούλου)» εύρισκε συνεχώς περισσότερους υποστηρικτές[105]. Αυτές οι προωθημένες θέσεις των ανώτερων διευθυντικών νοσοκομειακών στελεχών είχαν απήχηση και σε νεότερα, με κατάλληλες σπουδές, στελέχη τα οποία, επιπλέον, αναζητούσαν κίνητρα ασύμβατα προς το ισοπεδωτικό ενιαίο μισθολόγιο του δημοσίου:

«... φαίνεται να εγκαταλείπεται, αργά αλλά σταθερά, το πρότυπο του εμπειρικού ανεκπαίδευτου στελέχους, από νέους επιστήμονες, δεκτικούς στην περαιτέρω επιμόρφωση στο management, οι οποίοι όμως επιθυμούν έναν 'ήπιο' τρόπο διεύθυνσης... αυτή η αντίληψη είναι συνυφασμένη... κυρίως... με την έλλειψη συστήματος κινήτρων-αντικινήτρων συνδεδεμένου με τα διαχειριστικά αποτελέσματα των Νοσοκομείων»[106].

⁵⁹ «... είναι ανόητη και καταστροφική η πολυδιάσπαση της διευθυντικής-διαχειριστικής ευθύνης».

Είναι χαρακτηριστικό και αποκαλυπτικό ότι, στις προσπάθειες διερεύνησης των αιτιών της επικρατούσας αναποτελεσματικότητας αρνούνταν να συμμετάσχουν οι γιατροί-Πρόεδροι των Δ.Σ., προφανώς επειδή γνώριζαν ότι, προϋπόθεση για την εισαγωγή της επιστημονικής διαχείρισης είναι η υπέρβαση των «μικροκομματικών αντιλήψεων και παραδοσιακών τρόπων συμπεριφοράς»[107], από τις οποίες απέρρευε η δική τους εξουσία.

Η ώσμωση με τα συμβαίνοντα στην Ευρώπη[108] εδραίωσε την πεποίθηση των ανώτερων διοικητικών στελεχών για την ανάγκη αλλαγής του θεσμικού πλαισίου, εισαγωγής σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης, αξιοκρατίας και θέσπισης κινήτρων συνδεδεμένων με την έννοια της απόδοσης για το νοσοκομειακό προσωπικό[109]. Η ασκούμενη δημόσια πολιτική στην οργάνωση, στη χρηματοδότηση και στη χρήση της τεχνολογίας υγείας, έγινε αντικείμενο κριτικού διαλόγου -με την παρουσία και πολιτικών προσώπων- σε διαδοχικά επιστημονικά σεμινάρια, όπου κυριάρχησαν απόψεις όπως (α) η μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας, (β) η προώθηση επαγγελματιών managers⁶⁰ στη διακυβέρνηση των νοσοκομείων, (γ) ο συντονισμένος έλεγχος του κόστους[110] κ.ά.

5.2 Η Πρώτη Απόπειρα Αλλαγής της Νομικής Μορφής

Το 1994 κατέστη κρίσιμο έτος για το μέλλον της νοσοκομειακής διακυβέρνησης. Το υπουργείο Υγείας υποχρεώθηκε να προβεί στη νομιμοποίηση προγενέστερων, μη σύννομων νοσοκομειακών δαπανών⁶¹[111], αλλά η συνεχιζόμενη αλόγιστη αύξηση του κόστους αύξανε παράλληλα και τις πιέσεις των νοσοκομειακών στελεχών. Η ανάγκη λήψης μέτρων για την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων διατυπωνόταν δημόσια από τα διευθυντικά-διοικητικά στελέχη, τα οποία προέτασσαν την αλλαγή της νομικής μορφής, την αξιοκρατική επιλογή και τοποθέτηση managers[112], ενώ υπεδείκνυαν συγχρόνως ότι τα ελλείμματα συνδέονταν άμεσα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο[113]. Σύμφωνα με τον Alford, οι θεσμοί είναι σημαντικοί γιατί παράγουν κανονιστικές ανταμοιβές και ποινές, που μπορούν ν' αλλάξουν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας[114].

Την ίδια εποχή, το γραφείο του Πρωθυπουργού ζήτησε δραστική περικοπή των νοσοκομειακών δαπανών, ενώ έφθανε στην Ελλάδα η Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων διεθνούς κύρους⁶², προκειμένου να προτείνει λύσεις για τον προβληματικό υγειονομικό τομέα[42],[115]. Η Έκθεση της Επιτροπής δικαίωσε πλήρως τις προτάσεις των ελλήνων ειδικών, προτείνοντας μεταξύ

⁶⁰ Αντί των ιατρών.

⁶¹ Μετά τη μετατροπή τους σε ΝΠΔΔ και την υπαγωγή τους στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53.

⁶² Η επιτροπή, υπό τον καθηγητή Br. Abel-Smith, είχε συσταθεί από τον υπουργό Υγείας. Τα υπόλοιπα μέλη ήταν οι J. Calltorp, M. Dixon, Ad. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman και ο H. Μόσιαλος ως συντονιστής.

άλλων τη μετατροπή των νοσοκομείων σε κρατικές Α.Ε., την τοποθέτηση επαγγελματιών managers⁶³ και υποδεικνύοντας ότι, μακροπρόθεσμα, «οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων δεν θα πρέπει να έχουν τη δημοσιούπαλληλική ιδιότητα»[116].

Σε αυτό το κλίμα ομοφωνίας, αλλοδαπών και ελλήνων εμπειρογνομόνων, ο υπουργός Υγείας Δ. Κρεμαστινός ανακοίνωσε στον τύπο τη μετατροπή των νοσοκομείων σε κρατικές μονομετοχικές Α.Ε. και την προκήρυξη θέσεων υψηλόμισθων managers, αφήνοντας ανοικτό το ενδεχόμενο το νεοπροσλαμβανόμενο νοσοκομειακό προσωπικό να μην είναι μόνιμο[117]. Όπως αναμενόταν⁶⁴, οι υπουργικές ανακοινώσεις προκάλεσαν σειρά έντονων αντιδράσεων όλων των ιατρικών, και μη, συνδικαλιστικών φορέων του ΕΣΥ, οι οποίοι ισχυρίστηκαν ότι οι προτάσεις της διεθνούς επιτροπής *«θυμίζουν τις πιο μαύρες στιγμές του κοινωνικού δαρβινισμού... είναι άθλιες και τερατώδεις... θα προκαλέσουν καταστροφικές συνέπειες στη λειτουργικότητα και τον δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος»*[118]. Υπό το βάρος του λεγόμενου πολιτικού κόστους, η κυβέρνηση αναδιπλώθηκε και εγκατέλειψε⁶⁵ τη ρηξικέλευθη πρόταση των αλλοδαπών και ελλήνων εμπειρογνομόνων, συνεχίζοντας όμως τις νομοθετικές ρυθμίσεις των ελλειμμάτων των νοσοκομείων[119],[120], βυθίζοντας τη νοσοκομειακή διακυβέρνηση σε «μεταρρυθμιστικό τέλμα»[42].

5.3 Οι Συνέπειες της Πολιτικής Αβελτηρίας

Η έλλειψη πολιτικής βούλησης για διοικητικές αλλαγές που κυριάρχησε το 1994, δεν αποθάρρυνε όσους διέβλεπαν την απαξίωση των κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων, εξαιτίας της διατήρησης του υφιστάμενου συστήματος διακυβέρνησης. Συνέδεσαν την ανορθολογική διαχείριση των πόρων με το «αυστηρά ιατροκεντρικό σύστημα» συμφερόντων που αντιστάθηκε στην αλλαγή της νομικής μορφής, επισημαίνοντας ότι οι *«κοντόφθαλμες συντεχνιακές αντιστάσεις... μπορούν ακόμη ν' αναστέλλουν τις αναγκαίες ριζικές τομές»*, οι οποίες θα βελτίωναν ποιοτικά το σύστημα υγείας και θα ήλεγχαν το κόστος. Επιπλέον, στη δυναμική της «παραοικονομίας», που χαρακτήριζε τη λειτουργία των νοσοκομείων, αναγνώριζαν τον κίνδυνο «ιδιωτικοποίησης της Υγείας»[121].

⁶³ Γενικών διευθυντών.

⁶⁴ Η ίδια διεθνής επιτροπή είχε προβλέψει την ανάγκη ισχυρής αποφασιστικότητας της Κυβέρνησης για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, με δεδομένη την έλλειψη εξασκημένης, έμπειρης και μη πολιτικοποιημένης δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα.

⁶⁵ Στον ιστορικό θεσμισμό, σύμφωνα με τον Lukes, στις τρεις διαστάσεις της εξουσίας περιλαμβάνεται και η «μη λήψη απόφασης», για την οποία θα πρέπει να ερευνώνται οι λόγοι που αναχαιτίσαν τη διαδικασία[82]. Πιστεύουμε ότι στην παρούσα μελέτη έχει καταδειχθεί η πατρωνία των συνδικάτων, ο παρεμβατισμός των ισχυρών ομάδων συμφερόντων και το γεγονός ότι οι ριζικές αλλαγές στη δημόσια διοίκηση δεν έγιναν ποτέ, γιατί και τα δύο κόμματα, που κυριάρχησαν στην μεταπολιτευτική ζωή του τόπου έως το 2015 (ΠΑΣΟΚ, Ν.Δ.), χρησιμοποιούσαν το κράτος για «εκλογικούς σκοπούς»[71].

Στην περίπτωση ενός νομοσχεδίου⁶⁶ (1996), σε μια αναλυτική και εμπειριστατωμένη κριτική ο Νιάκας επισημαίνει την απόσταση της ασκούμενης πολιτικής υγείας από τις «κοινωνικές ανάγκες», καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι «είτε επικρατεί ο ερασιτεχνισμός ή τα συμφέροντα ορισμένων είναι τόσο ισχυρά» που αναχαιτίζουν κάθε προσπάθεια εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών υγείας[122]. Όταν δημοσιοποιήθηκε το προσχέδιο του μετέπειτα Ν. 2519/1997, ήταν φανερό ότι η τοποθέτηση managers στα δημόσια νοσοκομεία επιβλήθηκε από τους υπεύθυνους της οικονομικής πολιτικής της χώρας και στόχο είχε τον έλεγχο της «ατρογενούς» κατασπατάλησης των πόρων. Παρά ταύτα, οι «υπαίτιοι» του φαινομένου κατόρθωσαν την εισαγωγή διατάξεων, που στην ουσία παρεμπόδιζαν την «άσκηση επιστημονικού management»[123].

Η προϊούσα αναποτελεσματικότητα των νοσοκομείων και η γενικότερη σπατάλη πόρων στο ΕΣΥ ενεργοποίησε και ευρύτερες κατηγορίες ενδιαφερομένων και ιδιαίτερα αρκετών ικανών ιατρών, τους οποίους έβλαπτε η έλλειψη αξιολόγησης και η αναξιοκρατία του ΕΣΥ. Τον Μάρτιο 1997 συγκροτήθηκε από 101 ιδρυτικά μέλη η «Πρωτοβουλία για τον Εκσυγχρονισμό στην Υγεία», στη Διακήρυξη της οποίας γινόταν αναφορά και στην «απαρχαιωμένη... επιχειρησιακή μορφή των μονάδων υγείας», ως ένα από τα μείζονα προβλήματα του ΕΣΥ και φραγή στην αποτελεσματική διαχείριση, στην ικανότητα του συστήματος να ανταπεξέρχεται στις αλλαγές του εσωτερικού-εξωτερικού περιβάλλοντος και στην ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας[124].

Η Έκθεση του ΟΟΣΑ για το ελληνικό ΕΣΥ (Ιούνιος, 1997) ανέφερε ότι παράγοντες σχετικοί με την αναποτελεσματική διαχείριση και την έλλειψη κινήτρων⁶⁷ διόγκωναν τις δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ τόνιζε ότι τα νοσοκομεία διοικούνταν ακόμα από ιατρούς και όχι από επαγγελματίες διαχειριστές[125]. Η διαπίστωση αυτή, γενικά αποδεκτή και στην Ελλάδα, θα έπρεπε να οδηγήσει σε αναθεώρηση των στόχων και μέσων άσκησης της πολιτικής υγείας, όπως άλλωστε επισήμαιναν ειδικοί επιστήμονες[126], προκειμένου το σύστημα να βελτιωθεί ποιοτικά⁶⁸.

Η πολιτική ηγεσία, όμως, ενήργησε ακριβώς αντίθετα. Όταν το 1998, παρά τις ομόφωνες προτροπές οργανισμών, συλλογικοτήτων και ειδικών επιστημόνων, ματαιώθηκε ο διορισμός των επιλεγέντων⁶⁹ Γενικών Διευθυντών νοσοκομείων, ήλθαν στην επιφάνεια οι παρασκηνιακές παρεμβάσεις, που ακύρωσαν την αφαίρεση της διεύθυνσης των μονάδων από τους ιατρούς-

⁶⁶ Δεν έφθασε ποτέ στη Βουλή, λόγω αντικατάστασης του υπουργού.

⁶⁷ Απουσία σχέσης απόδοσης/αποζημίωσης-χρηματοδότησης.

⁶⁸ Για την έννοια της ποιότητας βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές και Σημειώσεις [4].

⁶⁹ Βάσει του Ν. 2519/1997.

Προέδρους Δ.Σ. Συγκεκριμένα, ο τότε υπουργός Υγείας Κ. Γείτονας δήλωσε ότι «δεν σκοπεύει να διορίσει τους επιλεγέντες από την ειδική Επιτροπή... διότι οι περισσότεροι είναι Διοικητικοί Διευθυντές, οι οποίοι ευθύνονται για την κακή κατάσταση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων». Αυτός ήταν ένας προσχηματικός και αναληθής ισχυρισμός, σύμφωνα με τον ανώτατο συνδικαλιστικό φορέα των εργαζομένων στο ΕΣΥ, η ηγεσία του οποίου -αν και προσκείμενη στην τότε κυβέρνηση- προέβη στην ακόλουθη δήλωση:

«Η ύπαρξη παρεμβάσεων ανθρώπων του επιτελείου του πρωθυπουργού ή όχι θέτει σοβαρά ερωτήματα που παραπέμπουν... σε Βυζάντιο, παρασκήνιο και σκοπιμότητες που αφορούν τα πρόσωπα και το βαθμό που είναι αρεστά ή όχι σε 'αφανείς' ομάδες πίεσης... Όταν τα καθήκοντα του Γενικού Διευθυντή... ασκούν έως σήμερα οι Πρόεδροι των Δ.Σ., πώς ευθύνονται οι Διοικητικοί Διευθυντές για τα 'χάλια' των νοσοκομείων και όχι οι Πρόεδροι;». Η ΠΟΕΔΗΝ κατηγόρησε επίσης την πολιτική ηγεσία για μετάθεση των ευθυνών και για προσπάθεια δικαιολόγησης της «ανανέωσης της θητείας όλων των Προέδρων», η αποτελεσματικότητα των οποίων δεν αξιολογήθηκε, αλλά ούτε και λήφθηκε υπόψη ότι για ορισμένους Προέδρους υπήρχαν καταγγελίες «ακόμη και στην... Επιτροπή της Βουλής»[127].

Η διαχρονική άρνηση του πολιτικού εποικοδομήματος να εκσυγχρονίσει τον τρόπο διακυβέρνησης του ΕΣΥ -εξυπηρετώντας συντεχνιακά συμφέροντα και τις εκάστοτε κομματικές σκοπιμότητες- λειτούργησε νομοτελειακά υπέρ του ιδιωτικού τομέα υγείας⁷⁰, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '90. Σύμφωνα με τον Νιάκα, το έντονο αυτό επενδυτικό ενδιαφέρον ανταμείφθηκε με υψηλή κερδοφορία και ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, ενώ παράλληλα η συνεχής απαξίωση του αντίστοιχου δημόσιου τομέα, που εμμέσως χρηματοδοτούσε τον πρώτο, οφειλόταν εν πολλοίς στο υφιστάμενο «πλαίσιο λειτουργίας» των δημόσιων νοσοκομείων[128].

Η πολιτική απροθυμία και αβελτηρία, ως προς τον ριζικό επιχειρησιακό εκσυγχρονισμό των κρατικών νοσοκομείων, οδήγησε την κυβέρνηση σε εξαγγελίες περί ανάληψης της λογιστικής και οικονομικής τους διαχείρισης από ιδιωτικές εταιρείες. Την ίδια στιγμή, μερικά από τα ικανότερα νοσοκομειακά στελέχη εγκατέλειπαν απογοητευμένα το δημόσιο τομέα, προς όφελος του ιδιωτικού, διαπιστώνοντας ότι οι επιλογές του υπουργείου Υγείας αποτελούσαν «ημίμετρα περιορισμένης εμβέλειας», ώστε ν' αποφευχθεί η «σύγκρουση» με τις ισχυρές, κατεστημένες ομάδες συμφερόντων. Θα απαξιωνόταν το ΕΣΥ σταδιακά, με το μετασχηματισμό του σε σύστημα για την παροχή φροντίδας υγείας κυρίως των απόρων και ευάλωτων κοινωνικών

⁷⁰ Η σύγχρονη υψηλή βιοτεχνολογία και η καλή κτιριακή υποδομή είναι βασικά συστατικά ποιότητας και απαντώνται, στη συντριπτική πλειοψηφία, στον ιδιωτικό τομέα[41].

ομάδων, όπως ανέφερε στις αρχές 1999 ο Στάθης[129]; Υπάρχουν πολλοί σήμερα που ισχυρίζονται ότι αυτό ακριβώς έχει συμβεί...

Είναι χαρακτηριστικό ότι στα τέλη του 1998, ο πρώην υπουργός Υγείας Δ. Κρεμαστινός απέδωσε ευθέως την ευθύνη για τη, κατά τη θητεία του, ματαίωση της αναγκαίας διοικητικής μεταρρύθμισης του 1994 στις σκοπιμότητες των κομμάτων, στις αντιστάσεις των συνδικαλιστικών φορέων και στην παρασκηνιακή αντίδραση των δυνάμεων που «παραοικονομούν» στο περιβάλλον της υγείας. Επικεντρωνόμενος στη διαχείριση των κρατικών νοσοκομείων, όπου διαπίστωνε εμπλοκή τους στην παραοικονομία, ισχυρίστηκε ότι η ανάληψη της διαχείρισής τους από επαγγελματίες managers -που θα αμείβονται βάσει παραχθέντος έργου- είναι ο μόνος τρόπος για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά τα νοσοκομειακά συστήματα[130]. Αυτές οι δημόσιες παραδοχές αποτελούσαν ομολογία έλλειψης πολιτικού σθένους και ενσυνείδητης ανοχής -αν όχι συμπόρευσης- με τα συμφέροντα που αντιστέκονταν στον εκσυγχρονισμό της νοσοκομειακής διακυβέρνησης.

5.4 Η Δεύτερη Συζήτηση Αλλαγής της Νομικής Μορφής

Το φθινόπωρο του 1999 φάνηκε ότι, η ανάγκη αλλαγής του νομικού καθεστώτος των κρατικών νοσοκομείων είχε πλέον καταστεί πλειοψηφική πεποίθηση. Σύμφωνα με δημοσίευμα της εποχής, προγραμματίστηκε τότε -σε επίπεδο Υπουργικού Συμβουλίου- η συζήτηση της, υποβληθείσας από τον διοικητή του ΙΚΑ Μ. Νεκτάριο, πρότασης 30 μέτρων για την αναμόρφωση του ΕΣΥ. Για τα νοσοκομεία, εισηγείτο τη μετατροπή τους σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με δομή και λειτουργία μιας τυπικής ανώνυμης εταιρείας. Την εκτελεστική εξουσία θα ασκούσε ο διευθύνων σύμβουλος, επιλεγόμενος μετά από σχετικό διαγωνισμό, ενώ θα εφαρμοζόταν το σύστημα χρηματοδότησης του «κλειστού προϋπολογισμού»⁷¹[131]. Ένα μήνα μετά τη δημοσιοποίηση των απόψεων του διοικητή ΙΚΑ, ο Τούντας αποκάλυψε την αντίθεση του τότε υπουργού Υγείας Α. Παπαδήμα[132], ο οποίος συντάχθηκε με τους συνδικαλιστές, παρά τη σύμφωνη γνώμη της αξιωματικής αντιπολίτευσης και συμβούλων τόσο του Πρωθυπουργού όσο και του ίδιου του Υπουργού[133]. Ο Hall αναφέρει πως μια θεσμική αλλαγή στη λειτουργία μιας κοινωνίας απαιτεί την ιδεολογική και πολιτική συναίνεση[134], προϋποθέσεις που φαίνεται να υπήρχαν. Η αντίθεση του υπουργού ενδεχομένως ερμηνεύεται από την υπόθεση ότι, η κυβέρνηση, ο «κυρίαρχος παίκτης» (dominant player) στη νομοθετική διαδικασία, δεν θεώρησε αυτή την αλλαγή ως υψηλής πολιτικής αξίας

⁷¹ Ως αθροίσματος των επιμέρους εξόδων όλων των νοσοκομειακών τμημάτων.

και επέτρεψε στον υπουργό της να δράσει ως «επιχειρηματίας», εξυπηρετώντας συγκεκριμένα συμφέροντα[29].

Πράγματι, τον Ιανουάριο 2000 είχε δοθεί στη δημοσιότητα και στον Πρωθυπουργό μια «Πρόταση για τη Μεταρρύθμιση και τον Εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα»⁷². Δεδομένου ότι τότε, η χώρα βρισκόταν σε προεκλογική περίοδο και οι απόψεις των δύο μεγάλων κομμάτων συνέπιπταν στο θέμα της νοσοκομειακής διακυβέρνησης, η πρόταση μπορούσε ν' αξιοποιηθεί, ανεξαρτήτως εκλογικού αποτελέσματος. Η σχετική περικοπή αναφερόταν στην ανάγκη κατάργησης του Ν.Δ. 2592/1953⁷³ και θέσπισης νέου για τη μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων σε «αυτόνομες επιχειρήσεις», που θα υπηρετούσαν την εθνική πολιτική υγείας. Σημεία-κλειδιά του προτεινόμενου νόμου ήταν[135]:

- η «πλήρης αυτονομία των νοσοκομειακών μονάδων από το Υπουργείο Υγείας», το οποίο θα είχε επιτελικό ρόλο. Ήταν φανερό ότι η εγκατάσταση των managers στα νοσοκομεία δεν ήταν επαρκής πολιτική. Η αποτελεσματική διαχείριση των νοσοκομείων θα μπορούσε να επιτευχθεί μόνο με τη «διασφάλιση περιβάλλοντος ελεύθερου management» (προσλήψεις-απολύσεις, σχέσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου, έλεγχος),
- η εφαρμογή «μεθόδων» μεγιστοποίησης της αποδοτικότητας και βελτιστοποίησης της «διαχείρισης των πόρων» (αναλυτική λογιστική),
- η «θεσμοθέτηση Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης (Business Plan)» για τον καθορισμό στόχων, στρατηγικών και την αξιολόγηση του παραγόμενου έργου,
- η ένταξη πολιτικής «κινήτρων» για τη δικαιότερη και αξιοκρατική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού,
- η «δυνατότητα σύναψης συμβάσεων με τον ιδιωτικό τομέα», από τον οποίο τα νοσοκομεία θα μπορούσαν ν' αντλήσουν πολύτιμες συμβουλευτικές υπηρεσίες στην εφαρμογή εξειδικευμένου management.

Στη σύγχρονη οικονομική κρίση, λίγοι θα μπορούσαν να διαφωνήσουν με το ότι, η αντίδραση του τότε υπουργού Υγείας δεν μπορούσε παρά να έχει μόνο βραχυπρόθεσμη ανασταλτική επίδραση.

⁷² Συντεταγμένη από 32 διακεκριμένα στελέχη που είχαν ήδη θητεύσει ή θήτευσαν και μεταγενέστερα σε ηγετικές θέσεις του ΕΣΥ, διαφόρων επιπέδων.

⁷³ Ο οποίος καθόριζε τη νομική μορφή λειτουργίας των κρατικών νοσοκομείων (ΝΠΔΔ).

5.5 Το Ανθρώπινο Δυναμικό

Η διαφαινόμενη πρόθεση του πολιτικού εποικοδομήματος να προχωρήσει σε κάποιου είδους εκσυγχρονιστική παρέμβαση στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση, έφερε στην επιφάνεια το ζήτημα του αναγκαίου στελεχειακού δυναμικού. Ο Μόσιαλος το 2000 τόνιζε την «πασιφανή έλλειψη της κρίσιμης μάζας ανθρώπινου δυναμικού», που θα είχε τη θέληση και τις ικανότητες για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων[136]. Μία πρόταση, στηριγμένη στους κανόνες λειτουργίας της ελεύθερης αγοράς, υπεβλήθη για τις δημόσιες μονάδες υγείας από τον Λιαρόπουλο: Σύνδεση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων με την αποδοτικότητά τους και των αμοιβών του ανθρώπινου δυναμικού τους με τις επιδόσεις. Επιπροσθέτως, εφαρμογή της «κινητικότητας» εντός του δημοσίου τομέα και πολιτικής κινήτρων⁷⁴. Ως ανυπέρβλητα εμπόδια στη βελτίωση των οργανωσιακών αποτελεσμάτων των δημόσιων νοσοκομείων έβλεπε το ενιαίο μισθολόγιο και την έλλειψη κινήτρων-αναγνώρισης της απόδοσης[137].

Όμως, το πρόβλημα της ποιότητας της νοσοκομειακής διακυβέρνησης είχε ευρύτερες διαστάσεις, σχετιζόμενες με τις διαχρονικά ασκούμενες πολιτικές παρεμβάσεις και την έλλειψη ορθού σχεδιασμού. Κατά τον Στάθη, ένας ράθυμος μηχανισμός δεν επρόκειτο να καταστεί αποτελεσματικός, απλά και μόνο, με την επιλογή και τοποθέτηση ικανών Διοικητών στα κρατικά νοσοκομεία. Στην «επιχειρούμενη Μεταρρύθμιση» για την «εξυγίανση και ανάπτυξη του ΕΣΥ», η εγκαθιδρυμένη κουλτούρα, των ευνοημένων «‘παρατρεχάμενων’ της εκάστοτε κυβερνώσας παράταξης» και της παραοικονομίας, συνιστούσε σοβαρό ανασχετικό παράγοντα. Η αναγκαία αλλαγή νοοτροπιών, που θα προωθούσε τη «γνώση, την εξειδίκευση, τη συνεχή... επιμόρφωση» και θα ενισχύετο από αξιοκρατικές μεθόδους επιλογής, αξιολόγησης και επιβράβευσης του ανθρώπινου δυναμικού, έπρεπε να υποστηριχθεί οικονομικά και στρατηγικά από την κυβερνητική πολιτική[138].

Από την παρούσα έρευνα, πάντως, προέκυψε ότι στα κρατικά νοσοκομεία υπηρετούσε, ήδη τότε, ένα σχετικά ευάριθμο εξειδικευμένο προσωπικό, που είχε τη δεδηλωμένη πρόθεση να υποστηρίξει ενεργά τον εκσυγχρονισμό του μοντέλου διακυβέρνησης. Προέκυψε επίσης ότι υπηρετούσαν⁷⁵ μερικές εκατοντάδες στελεχών όλων των ειδικοτήτων, που ανελάμβαναν ανιδιοτελώς βελτιωτικές δράσεις και, κυρίως, είχαν την έντονη επιθυμία αυτομόρφωσης στον τομέα της επιστημονικής διοίκησης. Συγκεκριμένα, με αρχική πρωτοβουλία του «Πανελληνίου Συλλόγου Διευθυντικών Διοικητικών Στελεχών του ΕΣΥ» (ΠΑΣΥΔΔΙΣ-ΕΣΥ) εγκαινιάστηκε από το 1999 ο θεσμός του ετήσιου πανελληνίου συνεδρίου Management υπηρεσιών υγείας, ο

⁷⁴ Στόχοι, αξιολόγηση, ανταμοιβές-ποινές.

⁷⁵ Και ορισμένα υπηρετούν ακόμα.

οποίος συνεχίζεται ανελλιπώς έκτοτε, υπό την ευθύνη πλέον της «Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Management Υπηρεσιών Υγείας» (ΕΕΜΥΥ)⁷⁶. Από την ενδελεχή μελέτη του υλικού των συνεδρίων αυτών διαπιστώνεται ότι, στα δημόσια νοσοκομεία⁷⁷ υπάρχει σε κάποιο βαθμό η αρχική κρίσιμη μάζα ανθρώπινου δυναμικού, η οποία, ενισχυόμενη με νέες εισροές και κυρίως με νομικές αλλαγές και αξιοκρατικές επιλογές, θα μπορούσε να υποστηρίξει αποτελεσματικά ένα εκσυγχρονιστικό εγχείρημα εισαγωγής της επιστημονικής διοίκησης.

Συνοψίζοντας το παρόν κεφάλαιο, μπορούμε να επισημάνουμε ότι, από την ίδρυση του ΕΣΥ, τα ολοένα αυξανόμενα οικονομικά ελλείμματα των νοσοκομείων -υπό καθεστώς πολιτικής συγκάλυψης της διαχειριστικής ευθύνης- επαπειλούσαν τη βιωσιμότητα του συστήματος εν συνόλω, εφόσον η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σπαταλούσε εμφανώς πολύτιμους πόρους, αποστερώντας τους από τη δημόσια υγεία. Εκτός από την καταστρατήγηση της έννοιας της δικαιοσύνης στην κατανομή των πόρων, ο υψηλός βαθμός κρατικού παρεμβατισμού και η συντεχνιακή συνδιαχείριση στα δημόσια νοσοκομεία απέκλεισαν:

- (α) την λειτουργική αυτονομία τους (αλλαγή νομικής μορφής),
- (β) την αξιοκρατία στη διαχείρισή τους (προσέλκυση - επιλογή των αρίστων) και
- (γ) τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας τους (επιχειρησιακά εργαλεία διοίκησης).

Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε εάν τα ανωτέρω συμπεράσματα παραμένουν ως χαρακτηριστικά του νοσοκομειακού τομέα κατά την τελευταία 15ετία και ιδιαίτερα εν μέσω οικονομικής ύφεσης, δημοσιονομικής προσαρμογής και μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας.

6. Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΑΚΗΣ ΜΕΤΑΒΑΣΗΣ

6.1 Διοικητές Χωρίς Επιχειρησιακά Εργαλεία

Μέσα σ' αυτή την περιρρέουσα ατμόσφαιρα, που περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η πολιτική υγείας, υπό τον Υπουργό Α. Παπαδόπουλο (2000-2002), αναγνώρισε την ανάγκη και προσανατολίσθηκε στη σταδιακή εισαγωγή της επιστημονικής διοίκησης στις δομές του ΕΣΥ, με παράλληλη προσπάθεια διεύρυνσης του αριθμού των κατάλληλων στελεχών. Οι προσδοκίες

⁷⁶ Για τις πρώτες έξι ετήσιες διοργανώσεις εκδόθηκαν τόμοι πλήρων Πρακτικών ή Επιλεγμένων Εργασιών[139]. Για όλες τις επόμενες, από το 2005, διατηρούνται πλήρη ηλεκτρονικά αρχεία όλων των Περιλήψεων εισηγήσεων και των ολοκληρωμένων εργασιών που βραβεύθηκαν[140].

⁷⁷ Παρά την ύπαρξη του αντιαναπτυξιακού νομικού πλαισίου και της καταθλιπτικής-κατασταλτικής επίδρασης του κομματικο-συνδικαλιστικού συντεχνιασμού.

από την επεξεργασμένη πολιτική, που απεικονίσθηκε στο Ν. 2889/2001, αναλύθηκαν σε εναρκτήρια συνεδριακή ομιλία του υπουργού. Οι αλήθειες αυτής της ομιλίας:

«... στον τομέα της Διοίκησης και του Μάνατζμεντ βρισκόμαστε ακόμη στην εποχή των σπηλαίων... φτιάξαμε ένα μεγάλο... συγκεντρωτικό... τέρας, που ταλαιπωρεί τους πολίτες...

το υγειονομικό μας σύστημα... άγεται και φέρεται αδιόκητο...

όροι... όπως αποτελεσματική διοίκηση, μάνατζμεντ ολικής ποιότητας, αποδοτικότητα και παραγωγικότητα... αποτελού[ν] αιτία πολέμου για τους συνδικαλιστές». Στη συνέχεια, υποστήριξε ότι οι νέοι Διοικητές θα είχαν ευρεία εξουσία, καλές αμοιβές και η θέση τους θα ήταν συνδεδεμένη με ένα «συμβόλαιο αποδοτικότητας», όπως και ότι θα εφαρμόζονταν πολιτικές ποιοτικού ελέγχου και επένδυσης στο ανθρώπινο δυναμικό, στην τεχνολογία κ.ά.[141].

Στην πράξη, η υλοποίηση της νέας πολιτικής επιδιώχθηκε κυρίως με την τοποθέτηση των νοσοκομειακών Διοικητών, που επελέγησαν σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2889/2001. Στη μεγάλη πλειοψηφία τους ήσαν οικονομολόγοι, προερχόμενοι τόσο από τα εν ενεργεία νοσοκομειακά διοικητικά στελέχη, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ η παρουσία ιατρών υπήρξε ελάχιστη[142]. Αν και το κομματικό κριτήριο δεν εξέλειπε, πάντως ούτε κυριάρχησε πλήρως. Η συγκεκριμένη αλλαγή, ωστόσο, δεν συνέβαλε στην αναβάθμιση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των νοσοκομειακών οργανισμών. Το αποτέλεσμα αυτό θα έπρεπε να είναι αναμενόμενο, επειδή ακριβώς δεν θεσπίστηκαν ταυτόχρονα τα μέτρα και τα εργαλεία που θα διευκόλυναν την επικράτηση μιας αναπτυξιακής διοικητικής κουλτούρας στις νοσοκομειακές δομές. Αν και συντάχθηκαν, για πρώτη φορά, Επιχειρησιακά Σχέδια για όλα τα δημόσια νοσοκομεία, με τη συνδρομή ιδιωτικών γραφείων μελετών, δεν συνέτρεξαν οι αναγκαίες προϋποθέσεις υλοποίησής τους. Ως αιτίες επισημάνθηκαν, μεταξύ άλλων, η έλλειψη αξιοκρατίας στη συγκρότηση των διοικητικών μηχανισμών και ιδιαίτερα η διατήρηση της δημοσιούπαλληλικής ιδιότητας των εργαζομένων, οι άκαμπτες μισθολογικές κλίμακες και η έλλειψη συστήματος κινήτρων[143].

Η διατήρηση της νομικής μορφής του ΝΠΔΔ δεν επηρέαζε μόνο την πολιτική ανθρώπινου δυναμικού, αλλά παρεμπόδιζε γενικότερα τη λειτουργία των νοσοκομείων ως κρατικών επιχειρήσεων, εξαιτίας της απουσίας «επιχειρησιακών εργαλείων»[144]. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων κακοδιοίκησης, κομματοκρατίας και εκτεταμένης διαφθοράς προτάθηκε η «ώσμωση» του δημόσιου ΕΣΥ με την «ιδιωτική επιχειρηματικότητα», όπως συνέβαινε ήδη σε

πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες[145]⁷⁸. Την ίδια εποχή, μια ολοκληρωμένη «κριτική τοποθέτηση και πρόταση αλλαγών» διατυπώθηκε από συλλογικό επιστημονικό φορέα (ΕΕΜΥΥ), η οποία περιελάμβανε και Οργανόγραμμα δύο επιπέδων για την κάλυψη των ανεπαρκειών της δημοσιοϋπαλληλικής γραφειοκρατίας και τη βελτίωση της ποιότητας, δίνοντας ασθενοκεντρική κατεύθυνση στο ΕΣΥ[147]. Πλην όμως, κάθε ενασχόληση με την ορθολογική λειτουργία των νοσοκομείων φαίνεται ότι είχε εγκαταλειφθεί επί υπουργίας Κ. Στεφανή (2002-2004).

6.2 Κομματισμός και Κρίση

Οι αναφερόμενες στο υποκεφάλαιο 6.1 προτάσεις για τον αναπτυξιακό εκσυγχρονισμό της νοσοκομειακής διακυβέρνησης δεν έτυχαν οποιασδήποτε αξιοποίησης ή επεξεργασίας από τις κυβερνήσεις της τελευταίας δεκαετίας. Αντιθέτως, από το 2004, επί υπουργίας Ν. Κακλαμάνη, σημειώθηκαν απροσδόκητα βήματα αναπαλαίωσης στην ασκούμενη πολιτική. Οι υπηρετούντες Διοικητές ουδέποτε αξιολογήθηκαν βάσει των Συμβολαίων Αποδοτικότητας που είχαν υπογράψει. Για την ακρίβεια, αυτό το εργαλείο αξιολόγησης καταργήθηκε και υπήρξε πλήρης επαναφορά της απροσχημάτιστης κομματικής διακυβέρνησης των νοσοκομείων, η οποία ακύρωνε την αξιοκρατία και απειλούσε την ποιότητα των αποτελεσμάτων με «αποσυνθετικό» τρόπο[148]. Κριτική ασκήθηκε επίσης στην επάνοδο των «εξωγενών» Διοικητικών Συμβουλίων⁷⁹, η σύνθεση των οποίων ήταν «κομματική [ή και] ετερόκλητη», ενώ η ενασχόληση αυτών των προσώπων με τη διαχείριση των νοσοκομείων μπορούσε να είναι «ευκαιριακή» και σε πολλές περιπτώσεις «ξένη προς τη... χρηστή διοίκηση»[149]. Το εργασιακό καθεστώς που προέβλεπε ο Ν. 3329/2005 για τους νοσοκομειακούς Διοικητές ουσιαστικά απωθούσε τους επαγγελματίες managers, ενώ χαρακτηρίστηκε «καταθλιπτικό», εφόσον καταργούσε κάθε διαδικασία αξιολόγησης και επιλογής, μείωνε τη θητεία σε δύο έτη, έδινε το δικαίωμα στον εκάστοτε υπουργό υγείας να αποφασίζει για την πρόωρη και χωρίς αποζημίωση λήξη της θητείας του Διοικητή κ.λπ. Σε Έκθεση του ΙΝΕ⁸⁰ αυτή η νομοθετική ρύθμιση από την κυβέρνηση ερμηνεύτηκε ως επιθυμία για «πολιτική χειραγώγηση» και ενίσχυση των «πελατειακών σχέσεων» στο χώρο αυτό[150],[151].

Ο γενικότερος ανορθολογισμός στη διαχείριση των νοσοκομείων ήταν τόσο οφθαλμοφανής ώστε, προς στιγμήν, το 2007 επί υπουργίας Δ. Αβραμόπουλου, επανήλθε η συζήτηση για την

⁷⁸ Πρόσφατες όμως έρευνες στην Ευρώπη δείχνουν ότι η σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) /public-private partnerships (PPPs) στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων παρουσιάζει μακροπρόθεσμα προβλήματα, τόσο στη διαχείριση του κόστους, όσο και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας[146].

⁷⁹ Στη θέση των ενδονοσοκομειακών Συμβουλίων Διοίκησης που προέβλεπε ο Ν. 2889/2001 (βλ. υποσημείωση 35).

⁸⁰ Ινστιτούτο Εργασίας της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος.

αλλαγή του νομικού τους καθεστώτος, με διακομματική συναίνεση, Όμως, το *ιδιαίτερο βάρος* του πολιτικού κόστους ανέστειλε και πάλι κάθε σκέψη[152]. Καθώς το ΕΣΥ είχε πλέον εισέλθει σε εκτεταμένη και πολυπαραγοντική κρίση, ακόμη και διακεκριμένοι ιατροί⁸¹ εστίασαν στις διοικητικές αιτίες του «χάους» στον τομέα της υγείας, επισημαίνοντας ότι: (α) ο διοικητικός εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων απαιτεί «πολιτικούς με οράματα... που δεν υπολογίζουν το πολιτικό κόστος»[153] και (β) διεθνώς, τα νοσοκομεία αντιμετωπίζονται ως μεγάλες οικονομικές επιχειρήσεις με επαγγελματική διοίκηση, πολιτική που θα πρέπει να ακολουθήσει και η χώρα μας, εγκαταλείποντας τις κάκιστες πρακτικές. Άλλως, «...όσα χρήματα κι αν διατεθούν για τα νοσοκομεία θα πάνε χαμένα»[154].

Σύμφωνα με τον Τούντα, οι μερικές μεταρρυθμίσεις δεν ήταν πλέον αρκετές. Τα νοσοκομεία έπρεπε να μηχανογραφηθούν πλήρως και να «*μετατραπούν σε ΝΠΙΔ ή... ανώνυμες εταιρείες του Δημοσίου... [με] διοικήσεις διαχρονικές, υπερκομματικές... επιλεγμένες... αξιοκρατικά*»[155]. Την εποχή εκείνη, είχαν αυξηθεί εντυπωσιακά οι δημόσιες καταγγελίες παράνομης οικονομικής δραστηριότητας και αναξιοκρατίας στα νοσοκομεία, ήταν αποδεδειγμένη η ευθύνη των πολιτικών ηγεσιών και διαφαινόμενη η επερχόμενη παρέμβαση των δανειστών της χώρας, έτσι ώστε να μπορούν, αθροιστικά, να ερμηνεύσουν την οξύτητα της ασκούμενης δημόσιας κριτικής. Χαρακτηρίστηκε από τον Στάθη, ως η «ύστατη ώρα» για να δοθεί μια «ευκαιρία επιβίωσης» στα δημόσια νοσοκομεία, με τη μετατροπή τους σε «Μονομετοχικές Ανώνυμες Εταιρείες του Δημοσίου»[156]. Στην ίδια διαπίστωση κατέληξαν και νέοι, ειδικευόμενοι ιατροί, που ενδιαφέρθηκαν για την εξειδίκευσή τους στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας[157], αλλά και στελέχη του ιδιωτικού τομέα υγείας, που θήτησαν και σε δημόσιες θέσεις, όπως οι Χατζηανδρέου και Γούναρης[158]. Αποτελούσε πλέον κοινό τόπο η άποψη ότι, η ακαταλληλότητα της διοικητικής, λειτουργικής δομής των δημόσιων νοσοκομείων και ο απηρχαιωμένος τρόπος διαχείρισής τους, οι ομάδες συμφερόντων που ανέστειλαν κάθε προσπάθεια ουσιαστικής αλλαγής και η έλλειψη πολιτικής δέσμευσης για τη στήριξη των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων έθεταν φραγμούς στη βιωσιμότητα των οργανισμών και στην ανταπόκριση τους στο σύγχρονο περιβάλλον.

Μετά τις βουλευτικές εκλογές του 2009 και την είσοδο της χώρας στην περίοδο της Τρόικας, των Μνημονίων και της εκτεταμένης δημοσιονομικής προσαρμογής, θα έπρεπε λογικά να υπάρξει μια δραστική ανακατεύθυνση της πολιτικής στον τομέα της νοσοκομειακής διακυβέρνησης. Η προσδοκία αυτή εδράζεται στο γεγονός της αναγκαστικής και δραματικής

⁸¹ Του ιδιωτικού τομέα.

περικοπής των δημοσίων δαπανών υγείας, για τη διαχείριση της οποίας έπρεπε να εισαχθούν τεχνοκρατικά μοντέλα και εργαλεία, τα οποία θα εφάρμοζαν διοικητές με λειτουργική ευελιξία, εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες. Παρά ταύτα, στον τομέα της νομικής υπόστασης και επιχειρησιακής οργάνωσης των κρατικών νοσοκομείων δεν σημειώθηκε κάποια ουσιαώδης κυβερνητική πρωτοβουλία, ενώ διακόπηκε, σχεδόν πλήρως, η δημόσια συζήτηση για το ζήτημα της νομικής μορφής. Αλλά και οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν⁸² με στόχο την καλύτερη κατανομή των εισροών, την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και την αποδοτικότερη λειτουργία, δεν άλλαξαν το ενιαίο οργανωτικό πλαίσιο και δεν αύξησαν την αυτονομία της διαχείρισης των νοσοκομείων. Η «συνδιαχείριση» παρέμεινε ως παθογένεια[52].

Είναι χαρακτηριστικό ότι, για όλη την περίοδο 2009-2014, η παρούσα έρευνα δεν εντόπισε σφαιρικές επιστημονικές προσεγγίσεις του ζητήματος της νοσοκομειακής διακυβέρνησης, εκτός μίας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, που δημοσιεύθηκε το 2011. Η συγγραφέας διαπιστώνει ότι, από το 1983 και συνεχώς μετέπειτα, δεν ασκήθηκε επιστημονική διοίκηση στα νοσοκομεία, ούτε υπήρξε λειτουργικός σχεδιασμός. Οι διοικήσεις τοποθετούνταν με αναξιοκρατικά, κομματικά κριτήρια, που «ευνοούσαν την αναπαραγωγή του συστήματος και όχι την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων», με αποτέλεσμα να καταργείται το αυτοδιοίκητο των νοσοκομειακών ΝΠΔΔ, το σύστημα διοίκησης να είναι ασύγχρονο των εξελίξεων στην ιατρική επιστήμη και στη βιοϊατρική τεχνολογία και τα νοσοκομεία να «οδηγούνται σε μία κατάσταση ιδιόμορφης ασυλοποίησης». Εκτιμήθηκε ότι οι αναγκαίες αλλαγές μπορούν να επιτευχθούν και υπό καθεστώς ΝΠΔΔ, με την προϋπόθεση της διαχείρισης των οργανισμών με κανόνες επιστημονικού management, από ικανά στελέχη με σαφώς καθορισμένα προσόντα. Υιοθετείται πλήρως η άποψη ότι «ο εκσυγχρονισμός του υγειονομικού μας συστήματος θα περάσει από τον εκσυγχρονισμό της πολιτικής μας ζωής» και επισημαίνεται το γεγονός ότι τα πρόσωπα που διοικούν τα νοσοκομεία «είναι δέσμια των εντολοδόχων τους», πρακτική που «αντίκειται και προς τις αρχές του ίδιου του δημοκρατικού πολιτεύματος και του Συντάγματός μας»[159].

Αναφορά στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση έγινε επίσης και από την Ανεξάρτητη Ομάδα Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα Υγείας⁸³. Η Έκθεση που υποβλήθηκε πρότεινε για το νομικό καθεστώς ένα «σχήμα ΝΠΔΔ... με διοικητική ευελιξία και αυτονομία σε κρίσιμες πράξεις» διαχείρισης (self governing), χωρίς να εξηγεί πώς είναι δυνατή η αυτονομία υπό τη μορφή που χαρακτηρίζεται από δημοσιοϋπαλληλική μονιμότητα και ενιαίο μισθολόγιο.

⁸² Συγχωνεύσεις νοσοκομείων -από 131 σε 81-, μείωση κλινών και νέα οργανογράμματα.

⁸³ Η άλλως ομάδα των «Σοφών της Υγείας», όπως είχε καθιερωθεί να ονομάζεται από τα ΜΜΕ. Σκοπός της Ομάδας ήταν να προτείνει διαρθρωτικές και μεταρρυθμιστικές αλλαγές στο σύστημα υγείας.

Επισημάνθηκαν δε, ο αδιαφανής και αναξιοκρατικός τρόπος επιλογής διοικητών, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους «δεν διαθέτουν τα ουσιαστικά προσόντα» και η απουσία εργαλείων «ουσιαστικής διαχείρισης, αξιολόγησης, ανάπτυξης και ανταμοιβής» του ανθρώπινου δυναμικού. Επιπροσθέτως, κριτική αναφορά έγινε στην αλληλεπικάλυψη αρμοδιοτήτων, στην κομματοκρατία, στην συνδικαλιστική συνδιαχείριση, στην πολιτική «ασυνέχεια», στην απουσία εργαλείων διοίκησης και βελτίωσης της απόδοσης⁸⁴[160].

Στο μεταξύ, η Ελλάδα κατατάχθηκε στην 28η θέση του ευρωπαϊκού πίνακα καταναλωτών υπηρεσιών υγείας για το 2014 (Γράφημα 6.1),[161].

6.3 Ο Ευτελισμός των Διαδικασιών

Η επιστημονική κοινότητα, ιδιαίτερα κατά την τελευταία πενταετία, κατά έναν «παράδοξο» τρόπο[162], δεν ασχολήθηκε αυτοβούλως με την εγχώρια συνολική νοσοκομειακή διακυβέρνηση. Ενδεχομένως, η απερίφραστη άρνηση του πολιτικού συστήματος να επιβάλει το επιστημονικό management στο ΕΣΥ και να συγκρουσθεί με συγκεκριμένες ομάδες συμφερόντων, είχε καταστήσει σαφές στους υποψήφιους μελετητές το μάταιο της προσπάθειας. Παρά ταύτα, οι ακροβατικές κινήσεις της πολιτικής εξουσίας μεταξύ νομιμότητας (φαινομενικής) και παρανομίας (ουσιαστικής), κατά την ίδια χρονική περίοδο, δεν διέφυγαν της προσοχής δεκάδων, αντικειμενικών παρατηρητών. Εκ των πραγμάτων, η πλούσια αρθρογραφία σε ημερήσιες εφημερίδες, περιοδικά και ηλεκτρονικά μέσα ενημέρωσης ασχολήθηκε σχεδόν αποκλειστικά με τη δημόσια αποκάλυψη και καταγγελία των σκοπιμοτήτων και διαδικασιών, που σχετίζονταν με την, υποτιθέμενη *αξιοκρατική*, επιλογή των νοσοκομειακών Διοικητών⁸⁵.

Μετά τις εκλογές του 2009, η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ εξέπληξε, αρχικά ευχάριστα, με την εξαγγελία της υποβολής υποψηφιοτήτων και επιλογής Διοικητών νοσοκομείων μέσω της «Ανοιχτής Διακυβέρνησης» (opengov). Χρειάστηκαν έξι περίπου μήνες για την ολοκλήρωση των διορισμών και δεν δημοσιοποιήθηκαν ποτέ τα βιογραφικά των επιλεγέντων και των απορριφθέντων υποψηφίων. Από μια ενδιαφέρουσα επεξεργασία και κατηγοριοποίηση των νέων Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών προέκυψε ότι σε 127 νοσοκομεία διορίστηκαν 171 πρόσωπα, από τα οποία μόλις 24 είχαν πτυχίο σχετικό με τη Διοίκηση Υγείας. Ο αρθρογράφος τόνισε επιπροσθέτως την κοινωνική αδιαφορία και απάθεια απέναντι στο φαινόμενο της αναξιοκρατίας, επισημαίνοντας ότι *«οι περισσότεροι πολίτες, παρασυρμένοι από*

⁸⁴ Από τις προτάσεις της Ομάδας επισημαίνουμε την, εξαιρετικής σημασίας για την απόδοση των οργανισμών, εγκαθίδρυση συστημάτων ποιότητας και κλινικής διακυβέρνησης και την υιοθέτηση εργαλείων διαχείρισης και ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Άλλες εισηγητικές θέσεις, όπως π.χ. η σύνθεση των Δ.Σ., θα απασχολήσουν τη μελέτη και θα συζητηθούν στη συνέχεια.

⁸⁵ Ανεξαρτήτως των κυβερνητικών εναλλαγών.

δεκαετίες κομματικής τύφλωσης και εμπάθειας, τείνουν να θεωρούν αυτές τις άκρως σημαντικές και τεχνοκρατικές θέσεις ως ‘πολιτικές’, πράγμα που δεν συμβαίνει σε κανένα κράτος του ανεπτυγμένου πολιτικά, οικονομικά και υγειονομικά κόσμου»[163].

Όπως ήταν φυσικό, η δημοσιογραφική έρευνα κοινοποίησε το who-is-who των νέων διοικητών και προκάλεσε ένα κύκλο επικριτικών ή/και ειρωνικών σχολίων, όπως ήταν η τοποθέτηση του Λαζαρίδη: «Αυτοί που διορίστηκαν διοικητές είναι: κτηνίατρος, ηθοποιός, γεωλόγος, εκπαιδευτικός, ελεγκτής εναέριας κυκλοφορίας, γεωπόνος, πολιτικός μηχανικός, στέλεχος ασφαλιστικής εταιρείας, συνταξιούχος Λιμενικού Σώματος, απόστρατος σμήναρχος, πρώην νομαρχιακός σύμβουλος. Μπορεί να δικαιολογείται ο θεολόγος, εδώ που φθάσαμε θα χρειαστούν ευχές, ο κτηνίατρος αν χειροτερέψει η κατάσταση των νοσοκομείων/υγείας, ο γεωπόνος μετά το μνημόνιο, να καλλιεργήσουμε κηπευτικά στην αυλή του νοσοκομείου»[164]. Εξίσου δεικτικός υπήρξε ο Λιαρόπουλος: «Η Υγεία είναι ο μοναδικός χώρος που απέμεινε, μετά το 2000, για να ‘βουλευτεί’ το κομματικο-συνδικαλιστικό κατεστημένο... δηλαδή το ‘γράσο’ που λιπαίνει τη λειτουργία του... [με] 350 υψηλόβαθμες θέσεις διοίκησης σε νοσοκομεία... Σήμερα [ο τομέας υγείας] διοικείται από παλιά και νέα κομματικά στελέχη με μηδενική εξειδίκευση... επαγγελματική εμπειρία και τυπικά και ουσιαστικά προσόντα. Εκτός από την εθνική οικονομία, η Υγεία καταβαράθρωσε ήδη και το ‘orpengon’»[165].

Η αρνητική κριτική πλήθαινε, στηλιτεύοντας το «ηθικά χρεοκοπημένο» σύστημα στο οποίο κυριαρχούν «η διαφθορά, οι πελατειακές σχέσεις και ο νεποτισμός»[166] ή καταδεικνύοντας την προσωπική ευθύνη⁸⁶ και την ιδιοτελή σκοπιμότητα⁸⁷ των εκάστοτε υπουργών Υγείας, που οδηγούν στην αναξιοκρατική επιλογή Διοικητών[167]. Ορισμένες κριτικές ελάμβαναν το χαρακτήρα δημόσιας πρόκλησης προς τον Υπουργό Υγείας: «Ενδιαφέρεται ο κ. Λοβέρδος για τα υπόλοιπα είδη κομματαρχικών εξυπηρετήσεων των διοικητών προς τους βουλευτές που τους διόρισαν; ... Αν ναι, είμαστε στη διάθεσή του για τις σχετικές πληροφορίες και αποδείξεις!»[168]. Παράλληλα, οι επικρίσεις προέρχονταν ακόμα και από τους κόλπους της κυβερνώσας παράταξης. Ο Μόσιαλος επισήμανε την απουσία αξιοκρατίας στην επιλογή, καθώς και το ότι «το ΕΣΥ δεν αντέχει άλλο τον κομματισμό και τις πολιτικές επιλογές»[169].

Αναμφίβολα, η πλήρης αποκάλυψη της πολιτικής ανευθυνότητας ως προς τη νοσοκομειακή διακυβέρνηση, εκείνη την περίοδο, προέκυψε από την δημόσια εξομολόγηση του Ν. Παρασκευόπουλου⁸⁸: «... μοίραζε... η Μαριλίζα⁸⁹ νοσοκομεία στους τοπικούς βουλευτές και

⁸⁶ Έλλειμμα πολιτικού σθένους έναντι ισχυρών ομάδων συμφερόντων.

⁸⁷ Ψηφοθηρία.

⁸⁸ Συγκοινωνιολόγος, μέλος της ομάδας «orpengon».

άλλους παράγοντες... Μέσα στα χιλιάδες βιογραφικά [στο ορεγκον] εντόπισα έναν Ελληνοαμερικανό γιατρό που διοικούσε... μεγάλο νοσοκομείο στο New Jersey». Μετά από εξουσιοδότηση του πρωθυπουργού Γ. Παπανδρέου, ο Παρασκευόπουλος επικοινωνήσε με τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος ζήτησε ένα μήνα διορία για την ομαλή παράδοση του νοσοκομείου που διοικούσε. Το αίτημα απορρίφθηκε από την υπουργό Υγείας, λέγοντας ότι «δεν μπορούμε να περιμένουμε ένα μήνα. Βέβαια, η στελέχωση των νοσοκομείων πήρε πολλούς μήνες... Έτσι, ... το όραμα για αξιοκρατία διαλύθηκε και η λέξη Ορεγκον... απαξιώθηκε»[170].

Μετά τις διπλές εκλογές της 06-05-2012 και της 17-06-2012, προέκυψαν οι διακομματικές κυβερνήσεις ΝΔ-ΠΑΣΟΚ-ΔΗΜΑΡ αρχικά και ΝΔ-ΠΑΣΟΚ στη συνέχεια. Η διακομματική κυβερνητική σύνθεση ελαχιστοποιούσε την απειλή του πολιτικού κόστους και θα έπρεπε, θεωρητικά, να ενθαρρύνει εκσυγχρονιστικές πρωτοβουλίες ακόμη και στο γενικότερο ζήτημα της νομικής μορφής των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ως κρατικών επιχειρήσεων (ΝΠΙΔ). Είναι προφανές ότι, μια αναπτυξιακή αλλαγή του νομικού πλαισίου θα μπορούσε να διευκολύνει την επιβεβλημένη εισαγωγή επιχειρησιακών εργαλείων⁹⁰. Προς αυτή την κατεύθυνση δεν εκδηλώθηκε σαφής πολιτική δέσμευση. Η πλειοψηφία των μνημονιακών υποχρεώσεων για τον δραστικό περιορισμό του νοσοκομειακού κόστους επιβλήθηκαν με ανεπεξέργαστο και οριζόντιο τρόπο και ανάλογες επιπτώσεις⁹¹[171], ενώ άλλες σημαντικές παρεμβάσεις⁹² εκκρεμούν ακόμη[172].

Την αρθρογραφία της τελευταίας τριετίας, ως προς τη διακυβέρνηση των νοσοκομείων, απασχόλησαν και πάλι, σχεδόν αποκλειστικά, τα γεγονότα που αφορούσαν στις θέσεις των νοσοκομειακών διοικητών. Με το Ν. 4052/2012[79] επανήλθε σε ισχύ (άρθρο 2) η διαδικασία κρίσης και επιλογής από ειδική επιτροπή, ύστερα από δημόσια προκήρυξη των θέσεων (§ 5), με ημερομηνία έναρξης ισχύος της διάταξης την 01-03-2013 (§ 10). Στο μεσοδιάστημα ο υπουργός μπορούσε να διακόπτει τη θητεία, να παύει και να διορίζει αντικαταστάτες των απολυθέντων διοικητών και αναπληρωτών διοικητών (§ 6). Πράγματι, στη διάρκεια της προεκλογικής περιόδου, ο τότε υπουργός Υγείας Α. Λοβέρδος προχώρησε σε σειρά ανανεώσεων θητειών ήδη υπηρετούντων και αντικαταστάσεων διοικητών⁹³. Αμέσως μετά τις εκλογές και την αλλαγή των

⁸⁹ Αναφέρεται στην πρώην Υπουργό Υγείας (07-10-2009 έως 07-09-2010) Μαριλίτσα Ξενογιαννακοπούλου.

⁹⁰ Όπως είναι η αναλυτική λογιστική, οι ηλεκτρονικοί διαγωνισμοί προμηθειών, η πλήρης εφαρμογή των DRG's ως τρόπου αποζημίωσης, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα με παρακολούθηση της κλινικής και οικονομικής πληροφορίας, η εισαγωγή συστήματος κινήτρων - ανταμοιβών βάσει στοχοθεσίας κ.λπ.

⁹¹ Ακόμα και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

⁹² Όπως είναι η επέκταση της πληροφοριακής υποδομής με διαλειτουργικά συστήματα, ο επανασχεδιασμός του νοσοκομειακού χάρτη, ο πλήρης διαχωρισμός πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η συνεργασία νοσοκομείων ΕΣΥ και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών κ.λπ.

⁹³ Βλ. ενδεικτικά Πρόγραμμα Δι@ύγεια: ΑΔΑ: Β4Ω2Θ-ΨΚ4, Β4Ω3Θ-ΧΓΒ.

πολιτικών συσχετισμών, συστάσεις προς τα κέντρα λήψης αποφάσεων αποτείνουν δημοσιογράφοι⁹⁴[173] και έμπειροι νοσοκομειακοί λειτουργοί⁹⁵[174]. Όμως, ο νέος υπουργός Α. Λυκουρέντζος παρέλειψε να προβεί στην εμπρόθεσμη υλοποίηση των ισχυουσών διατάξεων για την αξιοκρατική επιλογή νοσοκομειακών Διοικητών. Συνέχισε την προϋπάρχουσα πρακτική διορισμών κατά την κρίση του⁹⁶, προκαλώντας μάλιστα μια εξαιρετικά δηκτική και ειρωνική ανάρτηση σε φιλοκυβερνητικό δικτυακό ιστότοπο, όπου ο συγγραφέας προτρέπει τον Υπουργό να θέσει «υπό τύπον πρόχειρου διαγωνίσματος» μια σειρά ερωτήσεων στους υπηρετούντες διοικητές, εκφράζοντας βεβαιότητα για την έκκληξη που θα λάβει από τα αποτελέσματα[175].

Από σειρά μεταγενέστερων γεγονότων προέκυψε ότι ο πολιτικός προϊστάμενος του Υπουργείου Υγείας ήθελε να ματαιώσει τη νομοθετημένη διαδικασία επιλογής Διοικητών. Με το Άρθρο Τέταρτο, § 5, του Ν. 4118/2013, παρέτεινε αορίστως τη θητεία των ήδη υπηρετούντων και των διοριζόμενων από τον ίδιο «μέχρι την εφαρμογή και ολοκλήρωση της διαδικασίας επιλογής»[99]. Αμέσως μετά, κατέθεσε στη Βουλή τροπολογία, προκειμένου να μπορεί να διορίζει ο ίδιος, ως διοικητές, άτομα χωρίς πανεπιστημιακό τίτλο μέχρι τις 31-03-2013, αλλά το γεγονός πυροδότησε έντονες διαμαρτυρίες, που τον υποχρέωσαν σε υπαναχώρηση. Η απόπειρα αυτή προκάλεσε το πλέον -ίσως- υποτιμητικό και απαξιωτικό άρθρο που έχει δημοσιευθεί για εν ενεργεία υπουργό και μάλιστα σε έγκριτη, συμπολιτευόμενη εφημερίδα: «*Πώς μπορεί να περιμένει ο υπουργός ότι θα ψηφιστεί ποτέ τέτοια τροπολογία; ... Και επιτέλους έναν δικό του με πτυχίο πανεπιστημίου δεν έχει; ... Ελπίζω μόνον το κέρδος που αποκόμισε να άξιζε το κόστος της ξεφτίλας...*»[176]. Παρά ταύτα, ψηφίσθηκε τροπολογία νόμου[177] που επέτρεπε στον υπουργό να διορίζει Διοικητές νοσοκομείων κατά το δοκούν -πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, όμως- από 28-02-2013 μέχρι τις 31-03-2013, δυνατότητα η οποία αξιοποιήθηκε αυθημερόν⁹⁷.

Λίγες ημέρες αργότερα, συγκροτήθηκε με υπουργική απόφαση η «Επιτροπή Αξιολόγησης των υποψηφίων Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών»[178] και την επομένη εκδόθηκε η σχετική «Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος»[179]. Η καθυστερημένη ενέργεια τυπικής εφαρμογής των ισχυουσών διατάξεων υπήρξε εμφανώς εικονική, όπως καταδείχθηκε με τις

⁹⁴ Ο Αλ. Παπαχελάς αναφέρθηκε σε «*αδικημέν[ους] απόστρατ[ους], θαμώνες των κομματικών μαγειρειών... [που] αποζητούν με αγωνία μια θέση... στον ευρύτερο κρατικό μηχανισμό*» και εξέφρασε την ελπίδα «*εν έτει 2012*» η διακομματική κυβέρνηση να μην ακολουθήσει την πολιτική του παρελθόντος, τότε που «*διόριζαν τους πλέον άσχετους στις διοικήσεις των νοσοκομείων...*».

⁹⁵ Ο Στ. Χατζηγάκης, χειρουργός οφθαλμίατρος, διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών και επισκέπτης καθηγητής του Πανεπιστημίου Harvard, προτείνει τρία, άμεσα και χωρίς κόστος, μέτρα για τη θεραπεία του τομέα υγείας. Το ένα από αυτά είναι η τοποθέτηση μάνατζερς στα δημόσια νοσοκομεία με «*προσόντα τεχνοκρατικά και όχι κομματικά*», διασφαλίζοντας την ανεξάρτητη διοίκηση και την αντικειμενική, βάσει επίτευξης στόχων, αξιολόγησή τους.

⁹⁶ Βλ. ενδεικτικά Πρόγραμμα Δι@ύγεια: ΑΔΑ: Β4ΜΦΘ-Ρ9Η, ΒΕΦΝΘ-6ΡΥ.

⁹⁷ Βλ. ενδεικτικά Πρόγραμμα Δι@ύγεια: ΑΔΑ: ΒΕΔΔΘ-3ΧΜ, ΒΕΔ2Θ-ZΤΡ.

άμεσες αρθρογραφικές επισημάνσεις της παραβίασης της νομοθεσίας, ως προς τη σύνθεση της επιτροπής αξιολόγησης και άλλες μεθοδεύσεις. Συγκεκριμένα, ο Νιάκας επισήμανε ότι, στη θέση του «καθηγητή... με συναφές αντικείμενο» της διοίκησης νοσοκομείων διορίστηκε καθηγητής Βιοχημείας, ενώ στη θέση του «υψηλόβαθμου στελέχους του ιδιωτικού τομέα» διορίστηκε ένας ιδιοκτήτης ζαχαροπλαστείου[180]! Η πολύμορφη μεθόδευση κομματικού ελέγχου των διορισμών αποδείχθηκε με λεπτομερή ανάλυση των πραγματικών πολιτικών ιδιοτήτων των *θεσμικών* εκπροσώπων-μελών της επιτροπής, αλλά και των πρόσθετων δικλείδων τελικού ελέγχου, που περιλήφθηκαν στην υπουργική απόφαση⁹⁸. Σύμφωνα με τον Στάθη, ο εμπαιγμός των στελεχών και επιστημόνων, που αποδεδειγμένα διαθέτουν τις απαιτούμενες διοικητικές δεξιότητες, την ώρα που *«παραδίδονται οι νοσοκομειακοί προϋπολογισμοί σε κομματικούς παράγοντες με πτυχία θεολογίας, δασοπονίας και σωματικής αγωγής ή σε ελεγκτές εναέριας κυκλοφορίας ή σε άεργους γραμματείς κομματικών νεολαιών»*, αφορά σε κατάσταση *«κατώτερη των προδιαγραφών του δημοκρατικού πολιτεύματος και παντελώς αναντίστοιχη των κρίσιμων περιστάσεων που διέρχεται η χώρα»*[181].

Οι δημόσιες διαμαρτυρίες, καταγγελίες και εκκλήσεις δεν είχαν οποιοδήποτε αποτέλεσμα. Αντιθέτως, οι εκπρόσωποι των κομμάτων της τριμερούς τότε κυβέρνησης πραγματοποιούσαν συσκέψεις κατανομής των θέσεων νοσοκομειακών διοικητών μεταξύ τους, με στατιστική αναλογία 8-4-2 [182] (!). Ουδεμία συζήτηση γινόταν για τα κριτήρια αξιολόγησης, γεγονός που επιβεβαίωνε την αντίληψη ότι *«η πολιτική ηγεσία δεν θέλει η διοίκηση των κρατικών νοσοκομείων να ασκείται από ειδικούς επιστήμονες (managers), ακόμη και εάν οι προϋπολογισμοί μερικών νοσοκομείων είναι μεγαλύτεροι από μερικά υπουργεία»*[183].

Η αποχώρηση της ΔΗΜΑΡ από την κυβέρνηση, τον Ιούνιο 2013, προκάλεσε νέα καθυστέρηση των διορισμών και ανακατανομή των θέσεων, οι οποίες μοιράζονταν πλέον, σύμφωνα με δημοσιογραφικές πληροφορίες, «σε αναλογία 70%-30%» σε ΝΔ και ΠΑΣΟΚ, αντίστοιχα[184]. Ο διορισμός αποτυχόντων πολιτευτών σε νοσοκομειακές διοικήσεις, με ονομαστικά παραδείγματα, επικρίθηκε σε σωρεία δημοσιευμάτων και έγινε αναφορά σε διορισθέντες με *«περγαμηνές αφισοκολλητή στα κόμματα και όχι φυσικά εκείνες που θα όφειλαν να έχουν και, κυρίως, εκείνες που θα έπρεπε να αναζητά η κυβέρνηση»*[185]. Ο πλήρης ευτελισμός της όλης διαδικασίας επήλθε, τον Απρίλιο του 2014, όταν το Υπουργείο Υγείας υποχρεώθηκε να προβεί στην πρώτη απόλυση προσώπου, που απεδείχθη ότι είχε πλαστό πανεπιστημιακό πτυχίο

⁹⁸ Η επιτροπή αξιολόγησης έπρεπε να υποβάλει τον τελικό κατάλογο, στον οποίο θα είχε «διπλάσιο αριθμό επιλεγέντων από τον αριθμό των υφιστάμενων προς πλήρωση θέσεων». Επιπροσθέτως, οι υποψήφιοι είχαν δικαίωμα δήλωσης προτίμησης μόνο υγειονομικής περιφέρειας και όχι νοσηλευτικής μονάδας.

εξωτερικού και πλαστή βεβαίωση ισοτιμίας και αναγνώρισης από τον ΔΟΑΤΑΠ⁹⁹[186]. Τον Ιούλιο 2014 ακολούθησε η δεύτερη, συναφής απόλυση[187].

Τέλος, ένα ακόμη γεγονός¹⁰⁰ που επιβεβαιώνει τη διατήρηση των πρακτικών παλαιοκομματισμού είναι η δημοσιοποίηση του ονόματος του Μ. Χλέτσου, καθηγητή Οικονομικών της Εργασίας και της Υγείας, ως υποψηφίου για τη θέση Προέδρου του ΕΟΠΥΥ και οι αντιδράσεις συνδικαλιστών του ΣΥΡΙΖΑ, οι οποίοι ζήτησαν την παρέμβαση του Μαξίμου(!) και κατόρθωσαν την ακύρωση της επιλογής[188].

Με την ολοκλήρωση του Δεύτερου Μέρους εύλογα οδηγούμαστε στη διαπίστωση ότι, τα χαρακτηριστικά της νοσοκομειακής διακυβέρνησης, που εντοπίστηκαν στο 5^ο κεφάλαιο, έλαβαν εντονότερη μορφή στα τελευταία, μνημονιακά, χρόνια και οδήγησαν το σύστημα σε πολυπαραγοντική κρίση. Η απουσία στρατηγικού σχεδιασμού και η ασυνέχεια λόγου - πράξης στη δημόσια πολιτική ενίσχυσαν τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος και παγίωσαν την κουλτούρα της αναξιοκρατίας. Η απροσχημάτιστη κυριαρχία του κομματικού μηχανισμού σε κρίσιμους τομείς της άσκησης δημόσιας διοίκησης της υγείας -όπως είναι οι επιλογές διοικήσεων και η διαχείριση των νοσοκομείων-, καθώς και η συντήρηση του πελατειακού κράτους, οδήγησαν πρωτίστως στην ηθική και συνεπακόλουθα στην οικονομική κατάπτωση του δημόσιου συστήματος νοσηλευτικής περίθαλψης. Και όλα αυτά συμβαίνουν όταν, διεθνώς η ανάγκη για βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας οδηγεί σε τεχνοκρατικά μέτρα, που στοχεύουν στην παροχή περισσότερων και ποιοτικά καλύτερων υπηρεσιών με χαμηλότερο κόστος.

Στο επόμενο, Τρίτο Μέρος, γίνεται ανασκόπηση της ευρωπαϊκής πρακτικής στο πεδίο μελέτης μας, ήτοι στα βασικά μας ερωτήματα που είναι το μοντέλο οργάνωσης των νοσοκομείων, η καταλληλότητα της διοίκησης και η ύπαρξη των αναγκαίων εργαλείων διαχείρισης. Κρίθηκε μη σκόπιμη η ενασχόληση με χώρες που παρουσιάζουν τις ίδιες ή παρόμοιες παθογένειες με αυτές του ελληνικού συστήματος νοσοκομειακής διακυβέρνησης, εφόσον οι ανάγκες μεταρρύθμισης του τελευταίου αναδείχθηκαν πλήρως στο Δεύτερο Μέρος. Στόχος της ανασκόπησης είναι η διευκόλυνση του έργου μας στην παραγωγή των κατάλληλων ερωτημάτων προς τους ειδικούς (ημι-δομημένες συνεντεύξεις), για την έρευνα πιθανών προοπτικών της εγχώριας νοσοκομειακής διακυβέρνησης.

⁹⁹ Διεπιστημονικός Οργανισμός Αναγνώρισης Τίτλων Ακαδημαϊκών και Πληροφόρησης (πρώην ΔΙΚΑΤΣΑ).

¹⁰⁰ Συμπληρωματικό του τρόπου επιλογής των Διοικητών στις ΥΠΕ (βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές και Σημειώσεις [100]).

7. ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΩΣ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

7.1 Γενικές Παρατηρήσεις

Τα νοσοκομεία δεν έχουν ασθενείς. Οι ιατροί έχουν ασθενείς και τα νοσοκομεία ιατρούς.

Rice T.[189]

Τα συστήματα υγείας έχουν ως κύριο σκοπό τη βελτίωση των επιπέδων υγείας του πληθυσμού και βασικοί στόχοι είναι:

(α) για τους πολίτες-χρήστες των υπηρεσιών, η επαρκής και ισότιμη πρόσβαση, η διαφύλαξη από επιζήμιες πληρωμές και η ελευθερία στην επιλογή,

(β) για τους παρόχους - προμηθευτές, η αυτονομία και

(γ) για το ίδιο το σύστημα, η επιβίωσή του με τη διαφύλαξη των σπάνιων πόρων υγείας και τη μακρο/μικρο-οικονομική αποδοτικότητα.

Τα ΕΣΥ, διεθνώς, παρά την επιδίωξη κοινών στόχων, διαφέρουν σε πολλά ζητήματα, όπως είναι το σύστημα χρηματοδότησης, η αποζημίωση των παρόχων, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των δομών, η οργάνωση και η διαχείριση. Εδώ κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι, ένα σύστημα υγείας μπορεί να χρησιμοποιεί δομές του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα, χωρίς αυτή η επιλογή να το χαρακτηρίζει «δημόσιο ή φιλελεύθερο», αντίστοιχα. Αναγκαίος κρίνεται ο κρατικός έλεγχος¹⁰¹ για την αντιμετώπιση των στρεβλώσεων στην αγορά υγείας, ενώ οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρούνται από τη δεκαετία 1980 έως και σήμερα, κατά κύριο λόγο με την υιοθέτηση πρακτικών «ανταγωνισμού», στοχεύουν στην αύξηση της ποιότητας με παράλληλο έλεγχο του κόστους[190].

7.1.1 Οργάνωση

Η «διαφορετικότητα» των οικονομικών της υγείας και της παροχής φροντίδας εντοπίζεται σε σωρεία παραγόντων, τόσο ηθικών όσο και εμπειρικών. Η ασθένεια είναι απρόβλεπτη και ο χρήστης υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να θεωρηθεί «κυρίαρχος»¹⁰², η «ατελής» αγορά

¹⁰¹ Έννοια εκ διαμέτρου αντίθετη του κομματικού ή του κρατικού παρεμβατισμού (ο κρατικός παρεμβατισμός στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται με την αρνητική του έννοια).

¹⁰² Όπως γίνεται αντιληπτή η θέση του καταναλωτή σε άλλους τομείς της οικονομίας.

(imperfect market) της υγείας¹⁰³ και η αλληλεπίδραση των αποφάσεων-δράσεων με το εξωτερικό περιβάλλον¹⁰⁴ είναι οι κυριότεροι παράγοντες διαφοροποίησης. Σε αρκετές χώρες, από τη δεκαετία 1980, το κράτος αποτραβήχτηκε από τον τομέα της παροχής δημοσίων υπηρεσιών, ελέγχοντας όμως τη χρηματοδότηση. Η παροχή υπηρεσιών έγινε ανταγωνιστική σε μια «οιονεί» αγορά (quasi market, Γράφημα 7.1) και, παρά την έντονη κριτική και αμφισβήτηση αυτής της αλλαγής, επιβλήθηκε λόγω της δημοσιονομικής κρίσης και της σπανιότητας των πόρων[191],[192]. Σύμφωνα με τον Le Grand, η αλλαγή των αντιλήψεων για τα ανθρώπινα κίνητρα και τις δράσεις υπήρξε ένας από τους κυρίαρχους λόγους αυτής της μεταρρύθμισης στη δημόσια πολιτική[193].

7.1.2 Διοίκηση

Η θεωρία της αλλαγής των αντιλήψεων δείχνει να ενισχύεται και από το γεγονός ότι μελέτες, της πρώτης δεκαετίας του 21^{ου} αι., για τις δημόσιες υπηρεσίες αντιλαμβάνονται ως σημαντικό το ρόλο των διαχειριστών έναντι ζητημάτων διαφάνειας και λογοδοσίας, επισημαίνοντας την ανάγκη επαναδιατύπωσης της σχέσης γραφειοκρατίας-δημοκρατίας. Η συμμετοχή των πολιτών κρίνεται απαραίτητη, ως δημόσια αξία που απορρέει από τη συνεργασία των διαχειριστών του δημοσίου με τους πολίτες¹⁰⁵[194]. Επιπροσθέτως, όπως τονίσθηκε σε πρόσφατη έκθεση (White Paper) για τη βιωσιμότητα των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, στις αναγκαίες αλλαγές τα πρώτα εμπόδια τίθενται από τους πολιτικούς και την ιατρική κοινότητα[195].

Σε ό,τι αφορά τη διαχείριση του ιατρικού προσωπικού, απαιτούνται ιδιαίτερες δεξιότητες, γεγονός για το οποίο δεν προετοιμάζουν κατάλληλα τα μελλοντικά στελέχη ούτε τα εξειδικευμένα πανεπιστημιακά προγράμματα διοίκησης της υγειονομικής περίθαλψης. Η αντιμετώπιση του ιατρού ως «επαγγελματικού κινδύνου» είναι παλαιά αντίληψη, που θα πρέπει να ξεπεραστεί, παράλληλα με την υιοθέτηση -και τήρηση- σαφών κανόνων βελτίωσης των κακώς κειμένων της ιατρικής συμπεριφοράς[196],[197]. Επιπροσθέτως, κάθε μεταρρυθμιστική πολιτική ελέγχου των δαπανών είναι βέβαιο ότι, εκτός από τις συντεχνιακές αντιστάσεις, θα συναντήσει πολιτικούς, κοινωνικούς, οργανωτικούς και τεχνικούς περιορισμούς. Όμως οι διαθέσιμοι πόροι είναι δεδομένοι και θα πρέπει να γίνει το καλύτερο δυνατό για την αξιοποίησή τους[197]. Τέλος, η σημασία του επαγγελματισμού στη διοίκηση επισημαίνεται, σε πρόσφατη

¹⁰³ Με κύρια χαρακτηριστικά: ασφάλιση ως τρίτος πληρωτής, προκλητή ζήτηση, αβέβαιη ζήτηση, περιορισμένος ανταγωνισμός (λόγω αδειοδότησης, κανόνων διαφήμισης, ηθικών προτύπων), μονοπώλια (που εξαναγκάζουν σε εθνική ή υπερεθνική παρέμβαση), ο μη κερδοσκοπικός χαρακτήρας της πλειοψηφίας των ευρωπαϊών παρόχων φροντίδας υγείας κ.ά.

¹⁰⁴ Ιστορικό-πολιτισμικό, κοινωνικό, δημογραφικό, πολιτικο-οικονομικό, τεχνολογικό.

¹⁰⁵ Η προτίμηση μέσω ψήφου δεν αποδίδει στην καθημερινή άσκηση του δημοσίου έργου. Οι διαχειριστές του δημοσίου καλούνται να υπηρετήσουν το γενικό συμφέρον και όχι το ίδιον ή το πολιτικο-κομματικό.

έκθεση του ΟΟΣΑ¹⁰⁶, ως μία από τις προτεραιότητες για την ανάπτυξη. Για την αύξηση της αποδοτικότητας στη δημόσια διαχείριση προτείνεται η νομοθέτηση συστήματος πρόσληψης «managers» και η εγκαθίδρυση συστημάτων αξιολόγησης του προσωπικού, βασισμένων σε σαφείς ατομικούς στόχους[198].

7.1.3 Επιχειρησιακά Έργα

Σύμφωνα με τους Thomson et al, μια σειρά μεταρρυθμίσεων, που αφορούν στη στελέχωση των νοσοκομείων (αποδοχές, επιλογή, πρόσληψη, συνθήκες εργασίας κ.ά.), εξαρτούν την αποτελεσματικότητά τους από αντίστοιχες αλλαγές στα συστήματα κινήτρων, λογοδοσίας, ποιότητας, ευθύνης. Τα κέντρα λήψης αποφάσεων θα πρέπει να μπορούν να διακρίνουν μεταξύ «εξοικονόμησης και βελτίωσης της αποτελεσματικότητας» (Γράφημα 7.2),[146]. Παράλληλα, για τη συγκράτηση των δαπανών μηχανισμοί ελέγχου επιβάλλονται στη χρηματοδότηση (κρατικές ρυθμίσεις¹⁰⁷, ανταγωνιστικές στρατηγικές¹⁰⁸) και στην αποζημίωση των παρόχων (έλεγχος τιμών, χρήσης υπηρεσιών¹⁰⁹)[197].

7.1.4 Βασικά Χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου ως Οργανισμού

Το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου βρίσκεται σε άμεση αλληλεπίδραση με το εξωτερικό περιβάλλον, στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και το μακροπεριβάλλον (κοινωνικο-οικονομικό, πολιτισμικό και παγκόσμιο, Γράφημα 7.3). Ένα νοσοκομείο πρέπει να αποδεικνύει την κοινωνική του ευθύνη, μέσω της ανταπόκρισής του στα προβλήματα της κοινωνίας, του σεβασμού προς το περιβάλλον κ.λπ. Το νοσοκομείο διαθέτει ένα «βαθμό αυτονομίας» από το εξωτερικό περιβάλλον, αντιμετωπίζει προκλήσεις από την αγορά, υπόκειται σε λογοδοσία προς τις ανώτερες διοικητικές αρχές και την κοινότητα. Η ολοένα αυξανόμενη δύναμη του χρήστη-καταναλωτή οδηγεί αναπόφευκτα τα νοσοκομεία σε ανταγωνιστικές διαδικασίες, με στόχο τη βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών¹¹⁰ και, συνακόλουθα, τη βιωσιμότητα των ίδιων των οργανισμών[199].

¹⁰⁶ Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης.

¹⁰⁷ Δεδομένου ότι, η αύξηση των δαπανών υγείας αυξάνει νομοθετικά τους επιβαλλόμενους φόρους.

¹⁰⁸ Το να γνωρίζει ο χρήστης τις δαπάνες, που απαιτεί η κατανάλωση που πραγματοποιεί οδηγεί σε ευαισθητοποίηση για το κόστος (είτε πρόκειται για άτομο, είτε για ασφαλιστικό φορέα που αγοράζει υπηρεσίες από παρόχους). Ο προβληματισμός παραμένει για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και για την ανάγκη εγκαθίδρυσης πολιτικών προστασίας.

¹⁰⁹ Οι έλεγχοι στη χρήση (ποσότητα) εφαρμόζονται με μέτρα στη μονάδα πληρωμής (π.χ. DRG's), στη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος, στη διαχείριση των υπηρεσιών (έλεγχος ιατρικής συμπεριφοράς), στην προκλητή ζήτηση (ή άλλως τα «άδεια κρεβάτια τείνουν να γεμίσουν», Νόμος του Roemer), στον τύπο των υπηρεσιών (επένδυση στην, λιγότερο δαπανηρή, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη).

¹¹⁰ Προσφορά περισσότερων, ποιοτικότερων -πιθανά και εναλλακτικών- υπηρεσιών υγείας και ευεξίας, εξάλειψη της γραφειοκρατίας, φιλικότερο περιβάλλον κ.ά.

8.1 Ερευνώντας τη Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση στην Ευρώπη

Σε έρευνα που διεξήχθη με τη συνεργασία της EAHM και της HOPE¹¹¹ συμμετείχαν 522 ευρωπαϊκά νοσοκομεία, με τη συντριπτική πλειοψηφία τους να έχει τη νομική μορφή των δημόσιων(335) και ιδιωτικών μη-κερδοσκοπικών(123)¹¹². Τα ευρήματα δημοσιεύθηκαν το 2007 (προ κρίσης) και παρουσιάζουμε, στη συνέχεια, τα σχετιζόμενα με τη μελέτη μας[200],[201].

8.1.1 Οργάνωση

Η αυτονομία των νοσοκομείων απασχόλησε την έρευνα, εφόσον το εύρος της εξουσίας στη λήψη αποφάσεων ερμηνεύει και τον τρόπο διαχείρισης. Για τη μέτρηση της αυτονομίας χρησιμοποιήθηκαν 6 πεδία πολιτικής: ο καθορισμός των στόχων, ο στρατηγικός σχεδιασμός, η διαχείριση, οι προμήθειες, οι υλικοί και ανθρώπινοι πόροι¹¹³. Όπως ήταν αναμενόμενο, υψηλότερος βαθμός αυτονομίας εντοπίστηκε στα ιδιωτικά μη-κερδοσκοπικά¹¹⁴ και στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία που ανήκουν σε κάποιο δίκτυο παρουσιάζουν χαμηλή αυτονομία στους 4 από τους 6 τομείς: καθορισμός στόχων, προμήθειες, υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Ως ερμηνεία γι αυτούς τους περιορισμούς στην αυτονομία δίδεται η επίτευξη οικονομιών κλίμακος. Οι διοικητές, που αξιολόγησαν το βαθμό εξουσίας τους, δήλωσαν ότι σε υψηλά επίπεδα αυτονομίας αναγκαία είναι η χρήση εσωτερικών τεχνικών για την εξισορρόπηση του ελέγχου στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

8.1.2 Διοίκηση

Η καταγραφή της άποψης των διοικητών σχετικά με την επίπτωση που έχει το Δ.Σ. στη συνολική απόδοση του νοσοκομείου παρουσιάζει ενδιαφέρον. Το 50% περίπου των διοικητών - σε Γαλλία, Ελβετία, Ισπανία, Ολλανδία και Πορτογαλία- αξιολογούν την επιρροή του ως ανεπαρκή ή μέτρια. Αντιθέτως, υψηλά βαθμολογείται το έργο των Δ.Σ. σε Ελλάδα¹¹⁵, Βρετανία

¹¹¹ European Association of Hospital Managers (EAHM), European Hospital and Healthcare Federation (HOPE). Στόχος της έρευνας ήταν η κατανόηση των χαρακτηριστικών των ευρωπαϊκών ΕΣΥ και των διαφορετικών μορφών νοσοκομειακής διακυβέρνησης.

¹¹² Μόλις 31 νοσοκομεία ήταν ιδιωτικά και 29 ΣΔΙΤ.

¹¹³ Υψηλή αυτονομία στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού θεωρείται η αρμοδιότητα στον αριθμό, τα προσόντα και τις αποδοχές.

¹¹⁴ Λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα με εταιρική δομή. Μπορεί είτε να έχουν προέλθει από αναδιοργάνωση της δομής ενός κρατικού οργανισμού, είτε να ιδρύθηκαν για το σκοπό αυτό (της παροχής δημόσιων μη-κερδοσκοπικών υπηρεσιών) από ιδιωτικό, φιλανθρωπικό ή άλλο φορέα.

¹¹⁵ Στην περίπτωση της Ελλάδας ήταν σε ισχύ ο Ν. 3329/2005, όπου τα Δ.Σ. απαρτίζονται 4 εσωτερικά και 3 διορισμένα από τον υπουργό μέλη (για τα 7μελή Δ.Σ.) και 5 - 4 αντίστοιχα (για τα 9μελή Δ.Σ.). Και στις δύο περιπτώσεις τα 3 ενδονοσοκομειακά μέλη των Δ.Σ. είναι ο εκπρόσωπος των ιατρών, ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας και ο εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων.

και Ιρλανδία (Γράφημα 8.1). Σε ό,τι αφορά την κατάσταση «ελέγχου και ισορροπιών» (checks and balances)¹¹⁶ στη διακυβέρνηση, σημαντικές παράμετροι για την επίτευξη κρίθηκαν:

- η λειτουργικότητα του Δ.Σ., με ισορροπημένη εκπροσώπηση από διάφορους τομείς, που μπορεί να παρακινεί και να καθοδηγεί ένα διοικητή,
- η διαφάνεια, με τη συμμετοχή του κοινού στην αξιολόγηση, επιρροή και υποστήριξη των αποφάσεων και
- ο βαθμός αυτονομίας (όσο χαμηλότερος είναι αυτός ο δείκτης, τόσο δυσκολότερα επιτυγχάνει ένας διοικητής την κατάσταση ισορροπίας).

8.1.3 Επιχειρησιακά Εργαλεία

Η διαφάνεια συνδέεται με τη δημόσια λογοδοσία και θεωρείται εργαλείο ορθής διοίκησης. Σε ό,τι αφορά τις ετήσιες οικονομικές καταστάσεις των νοσοκομείων, ο δείκτης διαφάνειας προς το κοινό ήταν χαμηλός στις χώρες: Ισπανία, Βέλγιο, Γερμανία, Ελλάδα, Γαλλία και Πορτογαλία. Υψηλά ποσοστά πρόσβασης, τόσο για το κοινό όσο και για το ιατρικό προσωπικό των μονάδων, καταγράφηκαν στις χώρες: Δανία, Πολωνία, Ολλανδία, Βρετανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Αυστρία, Ελβετία. Το ιατρικό προσωπικό στο Βέλγιο και στη Γαλλία, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει για το κοινό, έχει πρόσβαση στις οικονομικές καταστάσεις και αυτό οφείλεται στη σχετική νομοθεσία των χωρών αυτών. Εδώ επαναλαμβάνεται η ανάγκη χρήσης τεχνικών εργαλείων για τον έλεγχο και τη διατήρηση των ισορροπιών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

8.2 Οικονομική Κρίση: Επιπτώσεις στη Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση

Για την αντιμετώπιση της σύγχρονης οικονομικής κρίσης, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, οι ευρωπαϊκές χώρες εισήγαγαν δημοσιονομικά μέτρα, τα οποία συμπεριέλαβαν και τα νοσοκομεία. Συγκεκριμένα:

- Η μείωση των δαπανών στη νοσηλευτική περίθαλψη υπήρξε το δημοφιλέστερο μέτρο, ακολουθούμενη από αντίστοιχες μειώσεις στο κόστος διαχείρισης.
- Εγκατέλειψαν προγραμματισμένες επενδύσεις: Ρουμανία, Σλοβενία, Ελβετία.
- Αναζήτησαν πηγές χρηματοδότησης μέσω ΣΔΙΤ: Δανία, Ολλανδία, Ισπανία, Βρετανία.
- Επιχειρούν τη σύνδεση αποζημίωσης με την επίδοση: Γαλλία, Ουγγαρία, Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, Πολωνία.

¹¹⁶ Είναι η κατάσταση κατά την οποία οι διοικητές λαμβάνουν σωστές αποφάσεις, σε αρμονία με δίκαιες επιθυμίες των ενδιαφερόμενων μερών, τόσο του εσωτερικού (ανθρώπινο δυναμικό), όσο και του εξωτερικού (προμηθευτές, αγοραστές, χρήστες υπηρεσιών κ.λπ.) περιβάλλοντος.

- Προχώρησαν σε συγχωνεύσεις ή κλείσιμο νοσοκομείων: Βέλγιο, Βουλγαρία, Κύπρος, Τσεχία, Δανία, Ελλάδα¹¹⁷, Ουγγαρία, Ιταλία, Λετονία, Λιθουανία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Ισπανία.

- Υιοθέτησαν σειρά μέτρων για τη μείωση του χρόνου αναμονής πολλές χώρες και εισήγαγαν κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα η Κύπρος, η Λετονία και η Πορτογαλία¹¹⁸.

- Μείωσαν προσωπικό και μισθούς: Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Ισπανία, Βρετανία.

Σύμφωνα με την έρευνα, οι χώρες που βρίσκονται σε οικονομική επιτήρηση (Κύπρος, Ελλάδα, Πορτογαλία) αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τη δημοσιονομική πίεση με εναλλακτικούς τρόπους, πλην της μείωσης των δαπανών υγείας[146].

Μια ακόμα πολιτική βελτίωσης της νοσοκομειακής διακυβέρνησης είναι η παροχή αυξημένης αυτονομίας διαχείρισης και η μετατροπή των δημόσιων νοσοκομείων σε επιχειρήσεις (corporatization), που στοχεύει στην αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών, εξαλείφοντας γραφειοκρατικά προβλήματα¹¹⁹. Στις εταιρείες αυτές ο μόνος μέτοχος είναι το κράτος, παραμένοντας δηλαδή κρατικές λειτουργούν με την ευελιξία του ιδιωτικού τομέα. Αναμφίβολα, εκτός της αλλαγής του νομικού καθεστώτος, υπάρχουν και άλλοι τρόποι για τη βελτίωση της οργανωσιακής λειτουργίας, π.χ. η ενδυνάμωση των νοσοκομειακών στελεχών (κλινικών και διοικητικών), η υιοθέτηση καλών πρακτικών διαχείρισης (best practices), οι κατάλληλες μέθοδοι αποζημίωσης¹²⁰ κ.ά. Σύμφωνα με τους Harding και Preker, καθοριστικοί παράγοντες στην αλλαγή της συμπεριφοράς των νοσοκομείων είναι (α) η διακυβέρνηση, ως σχέση μεταξύ του ιδιοκτήτη-κράτους και του οργανισμού-νοσοκομείου, (β) το περιβάλλον της αγοράς (βαθμός και φύση ανταγωνισμού), (γ) ο τρόπος χρηματοδότησης (κανονικότητα στις ροές, συγκεκριμενοποίηση ευθύνης και παροχών), (δ) η οικειοποίηση των υπολοίπων των πιστώσεων (residual claims)¹²¹, (ε) το σύστημα ευθύνης-λογοδοσίας (accountability) και (στ) η λειτουργία της κοινωνίας¹²²[202].

¹¹⁷ Δεν υπάρχουν στοιχεία αξιολόγησης των αποτελεσμάτων από τις συγχωνεύσεις των ελληνικών νοσοκομείων, ενώ ακόμα δεν έχουν λειτουργήσει με ενιαία τμήματα (διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού, λογιστηρίων κ.ά.).

¹¹⁸ Πολλές χώρες εφάρμοζαν κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα ήδη. Η Ελλάδα δεν αναφέρεται σε καμία από τις περιπτώσεις.

¹¹⁹ Επιπλέον, με αυτή την οργανωσιακή μορφή είναι ευχερέστερη η ιδιωτικοποίηση, σε περίπτωση που αυτό κριθεί συμφερότερο από το κράτος.

¹²⁰ Διαφορετικές μέθοδοι αποζημίωσης έχουν και διαφορετικά αποτελέσματα. Γενικότερα, τα φτωχά αποτελέσματα δείχνουν ότι τα κίνητρα που εμπεριέχουν δεν είναι ικανά να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των οργανισμών.

¹²¹ Στο τέλος του έτους και εφόσον το νοσοκομείο έχει εκπληρώσει τους στόχους του. Τα ποσά αυτά, εάν δεν επιστραφούν στο δημόσιο ταμείο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων,

Στη συνέχεια, εισαγωγικά, εξετάζουμε το βρετανικό νοσηλευτικό σύστημα, διότι, αν και η έμπνευση του επιχειρησιακού νοσοκομειακού μοντέλου προήλθε από την Καλιφόρνια και δοκιμάστηκε πρώτη φορά στη Σουηδία, οι βρετανικές μεταρρυθμίσεις επηρέασαν διεθνώς την πολιτική υγείας[203]. Ακολουθώντας, χρησιμοποιούμε ως κύρια πηγή το European Observatory on Health Systems and Policies[204] για την αποτύπωση της νοσοκομειακής διακυβέρνησης, στα ερωτήματα που μας απασχολούν, σε 7 ακόμα χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία, Νορβηγία). Η έρευνά μας δεν περιλαμβάνει δομές αποκατάστασης, χρόνιων νοσημάτων ή ψυχικής υγείας, στις οποίες συνήθως υπάρχουν ειδικές ρυθμίσεις οργάνωσης και διακυβέρνησης.

8.2.1 Το Βρετανικό Παράδειγμα

Ο μετασχηματισμός των νοσοκομείων σε κρατικές επιχειρήσεις κρίθηκε ως μέτρια επιτυχής[203], ενώ το τελευταίο διάστημα -παραμονές των εκλογών στη χώρα (7 Μαΐου 2015)- ο τομέας υγείας κυριάρχησε στην πολιτική ατζέντα των κομμάτων και των πολιτών[205]. Ο J. Ashton¹²³ τόνισε πρόσφατα ότι, για την ενίσχυση της πρόληψης πρέπει να παγώσει η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, έτσι τα τελευταία «θα αναγκασθούν να βρουν τρόπους συνεργασίας με την κοινότητα»[206].

Τα νοσοκομεία ως εικονικές κυβερνητικές υπηρεσίες από τη δεκαετία 1990, με ανεξάρτητο νομικό καθεστώς (trusts), διαθέτουν μεγαλύτερο έλεγχο στην πρόσληψη και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και περισσότερη εξουσία στη λήψη αποφάσεων. Γρήγορα εγκαθιδρύθηκαν Δ.Σ. με εμπορική λογική και η αποδοτικότητα των νοσοκομείων βελτιώθηκε. Αυτή η επιτυχία δεν αποδίδεται ευθέως και μόνο στην αναδιοργάνωσή τους, αλλά στο ότι εγκαθιδρύθηκαν πολιτικές μείωσης της έκθεσης στην αγορά και οι μέθοδοι αποζημίωσης άλλαξαν σταδιακά¹²⁴. Η λογοδοσία στην πράξη εξακολούθησε να ασκείται από το Department of Health και τον Γενικό Διευθυντή του ΕΣΥ, αυξάνοντας την επιρροή της κεντρικής εξουσίας παρά τη μεγαλύτερη αυτονομία των οργανισμών[203]. Το εύρος και η έκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών καθορίζονται από τα trusts¹²⁵, τα οποία έχουν την ευθύνη πρόσληψης όλου του προσωπικού (συμπεριλαμβανομένων συμβούλων) και της πολιτικής μισθών. Επίσης,

την αντικατάσταση εξοπλισμού, την ανταμοιβή του προσωπικού κ.ά. Εξάλλου, «για ποιο λόγο να εξοικονομήσεις χρήματα εάν δεν μπορείς να εκμεταλλευτείς αυτή τη λιτότητα;»

¹²² Η «κόκκινη οικονομική γραμμή» στην επιχειρησιακή λειτουργία εστιάζει στη βιωσιμότητα του οργανισμού, περιορίζοντας την επιδότηση ορισμένων υπηρεσιών. Στην περίπτωση των νοσοκομείων θα πρέπει να συνεχίσουν να παρέχονται για το καλό της κοινωνίας.

¹²³ Πρόεδρος της Σχολής Δημόσιας Υγείας.

¹²⁴ Λόγω των περιορισμών που έθεταν τα πληροφοριακά συστήματα και της πολιτικής διαμάχης για τη διαρθρωτική προσαρμογή.

¹²⁵ Εκτός όσων υποχρεωτικά παρέχονται στην περιφέρεια και δεν υπάρχει άλλη μονάδα για την παροχή τους.

κοστολογούν τις υπηρεσίες τους και παρακρατούν τα πλεονάσματα, ενώ υποχρεούνται σε ισολογισμό του προϋπολογισμού τους και στην επίτευξη 6% απόδοσης των περιουσιακών στοιχείων τους, τα οποία εκμεταλλεύονται προς όφελός τους[207].

Η αξιολόγηση δεικτών¹²⁶ σε 19 κορυφαίους νοσηλευτικούς οργανισμούς της Βρετανίας πραγματοποιήθηκε σε σχέση με τις δημόσια διαθέσιμες πληροφορίες των Δ.Σ.¹²⁷ και άλλων δημόσιων οργανισμών. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξε θετική σχέση μεταξύ της υψηλής απόδοσης αυτών των νοσοκομείων και των παραγόντων: (α) οι διοικητές τους υπηρετούσαν για περισσότερο από 4 χρόνια, (β) τα Δ.Σ. διέθεταν περισσότερες γυναίκες-μέλη απ' ότι των άλλων οργανισμών και (γ) μεγαλύτερη συμμετοχή των μη εκτελεστικών διευθυντών σε συνεδριάσεις του Δ.Σ.[208].

8.2.2 Αυστρία

Πρόκειται για μια από τις πλουσιότερες χώρες της Ε.Ε., με το αυστριακό ΕΣΥ να κατατάσσεται υψηλά στη βαθμολογία ικανοποίησης των χρηστών. Τα βασικά κανονιστικά πλαίσια για τη νοσοκομειακή λειτουργία καθορίζονται σε κεντρικό επίπεδο, ενώ οι ρυθμίσεις για την εφαρμογή είναι ευθύνη των ομόσπονδων κρατιδίων. Η γενική οργάνωση του συστήματος απαιτεί την ευρεία συνεργασία και συναίνεση των κέντρων αποφάσεων¹²⁸. Η οργανωτική δομή των δημόσιων-μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων ποικίλει και η διαχείριση έχει ανατεθεί στον ιδιωτικό τομέα σε όλα τα κρατίδια, πλην της Βιέννης. Η αποζημίωσή τους γίνεται με το σύστημα DRG's, ενώ χαρακτηρίζονται για τη χρήση υψηλής τεχνολογίας. Μεταξύ των μεταρρυθμίσεων που έχουν συντελεστεί τα τελευταία χρόνια είναι: ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας και η επέκταση της διασφάλισης ποιότητας. Επίσης, διαθέτουν ένα βελτιωμένο σύστημα καταγραφής και αξιολόγησης των στοιχείων τεκμηριωμένης ιατρικής και αποδοτικότητας στη νοσηλευτική περίθαλψη¹²⁹[209].

8.2.3 Βέλγιο

Στο Βέλγιο παρέχονται υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, με συνεχείς μεταρρυθμίσεις προς το σκοπό αυτό. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τον καθορισμό κριτηρίων διαπίστευσης και τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων (προοδευτική από το 1986), ενώ τα ομόσπονδα κρατίδια μπορούν να θέτουν πρόσθετα κριτήρια. Τα νοσοκομεία, ιδιωτικά-μη κερδοσκοπικά και δημόσια, αποζημιώνονται με συνδυασμό DRG's και αμοιβής κατά πράξη

¹²⁶ Κλινικές και οικονομικές επιδόσεις, οι απόψεις του προσωπικού και των ασθενών.

¹²⁷ Πρακτικά και σύνθεση μελών.

¹²⁸ Κυβέρνησης, ομόσπονδων κρατιδίων, φορέων κοινωνικής ασφάλισης.

¹²⁹ Υστερεί μόνο στην τεκμηρίωση της χρήσης υπηρεσιών και του κόστους στα εξωτερικά ιατρεία, αλλά ήδη εφαρμόζονται πιλοτικά προγράμματα.

(fee-for-service), σε ένα σύστημα με αυξημένη λογοδοσία και αντίκτυπο στη χρηματοδότηση. Οι καλές επιδόσεις επιβραβεύονται με αύξηση του προϋπολογισμού των αρίστων, σε βάρος των προϋπολογισμών των μη αποδοτικών παρόχων¹³⁰. Για τη βελτίωση της διαχείρισης υπάρχει διαβούλευση, στην οποία συμμετέχουν ισομερώς οι διοικητές των μονάδων, οι νοσοκομειακοί γιατροί και οι εκπρόσωποι των ταμείων ασφάλισης.

Νομοθετημένη είναι η υποβολή έκθεσης από τον Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, σχετικά με την εσωτερική αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής πρακτικής, ενώ τα νοσοκομεία λαμβάνουν ανατροφοδότηση για τα αποτελέσματα των ιατρών τους, συγκριτικά με τις άλλες μονάδες. Μεταξύ 2008-2012 τα νοσοκομεία εντάχθηκαν σε ένα πολυετές σχέδιο τριών πυλώνων: (α) στη δομή, με ανάπτυξη συστημάτων διαχείρισης της ασφάλειας, (β) στις διαδικασίες, με ανάλυση και (γ) στα αποτελέσματα, με ανάπτυξη πολυδιάστατων δεικτών. Η συμμετοχή των μονάδων, από τα πρώτα έτη (90%), είναι σαφής ένδειξη της επιτυχίας του προγράμματος[210].

8.2.4 Δανία

Η Δανία, μικρή χώρα με υψηλά εισοδήματα, διαθέτει ένα αποκεντρωμένο ΕΣΥ¹³¹ που σε ποσοστό >80% χρηματοδοτείται από το κράτος (προοδευτική-κρατική και αναλογική-δημοτική φορολογία). Η δομή χρηματοδότησης αντανακλά τις προσπάθειες για τον έλεγχο του κόστους και την κλινική αποτελεσματικότητα. Ισχύει σύστημα παραπομπής (gatekeeping) στη νοσηλευτική περίθαλψη. Ο ελάχιστος χρόνος αναμονής και η ελευθερία στην επιλογή των χρηστών είναι παράγοντες της υψηλής ικανοποίησης των χρηστών του συστήματος. Επιπλέον, η Δανία είναι η χώρα με το μικρότερο ποσοστό διαφθοράς (αξιολόγηση από την Transparency International, 2010) και με απουσία άτυπων πληρωμών. Το κράτος έχει ρυθμιστικό-εποπτικό ρόλο και οι περιφέρειες την ευθύνη των νοσοκομείων, σε ένα σύστημα που χαρακτηρίζεται από προγραμματισμό και στρατηγικό σχεδιασμό.

Οι διοικήσεις διαχειρίζονται τους οργανισμούς έχοντας σαφή πληροφόρηση για τους επιδιωκόμενους στόχους¹³² και τα νοσοκομεία μεταξύ 2009-2010 παρουσίασαν αύξηση της παραγωγικότητας (5,6%). Στην περίπτωση που ο διοικητής αποκλίνει από τον καθορισμένο σφαιρικό προϋπολογισμό, κινδυνεύει να απολυθεί. Οι τελευταίες μεταρρυθμίσεις

¹³⁰ Τα έσοδα των νοσοκομείων αυξάνονται από την επιχειρηματική δραστηριότητα (γηροκομεία, καφετέριες, μονάδες ηλικιωμένων, καταστήματα κ.ά.)

¹³¹ Η αποκεντρωμένη δομή (αποτέλεσμα της μακράς ιστορικής παράδοσης, από τα μέσα του 18^{ου} αι.) δημιουργεί το μεγαλύτερο πρόβλημα στο ΕΣΥ της Δανίας (συνέχεια της φροντίδας), για την αντιμετώπιση του οποίου έχουν ληφθεί μέτρα. Μία τάση μείωσης της αυτοδυναμίας των κρατιδίων προκαλεί τις αντιδράσεις των τελευταίων.

¹³² Για κλινική παραγωγικότητα, επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών, διαθέσιμους πόρους.

συμπεριέλαβαν τη μείωση κλινών, τη συγχώνευση μονάδων με συγκέντρωση των ιατρικών ειδικοτήτων και την αυξημένη χρήση της ΤΠΕ¹³³. Από τις αρχές της δεκαετίας 1990 εισήχθησαν οικονομικά κίνητρα απόδοσης των νοσοκομείων, χωρίς όμως την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού. Η αποζημίωση μέσω DRG's εφαρμόζεται από το 1998 και το 1999 εγκαθιδρύθηκε η διανομή ενός ποσοστού του νοσοκομειακού προϋπολογισμού, βάσει δραστηριοτήτων των τμημάτων¹³⁴[211].

8.2.5 Γαλλία

Η γενική φορολογία αποτελεί τη βάση χρηματοδότησης του γαλλικού ΕΣΥ, με το κράτος να διατηρεί ισχυρό, παρεμβατικό ρόλο, παρά τις αλλαγές που στόχευαν στην αποκέντρωση. Αν και θεωρείται από τα καλύτερα υγειονομικά συστήματα, κύριο πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη συντονισμού περιπατητικής φροντίδας και νοσηλευτικής περίθαλψης. Ακολουθώντας την ευρωπαϊκή τάση, υπήρξε μείωση των κλινών με παράλληλη, όμως, ανάπτυξη χειρουργείων ημέρας και της κατ' οίκον νοσηλείας. Μεταξύ ενός πλήθους οργανισμών υγείας, ο Οργανισμός Υποστήριξης των Επιδόσεων για την Υγεία και την Κοινωνική Μέριμνα παρέχει συμβουλές βελτίωσης της νοσοκομειακής αποδοτικότητας. Μεταρρυθμίσεις από τη δεκαετία 1990 επιχείρησαν την αύξηση της ευθύνης διακυβέρνησης και της λήψης αποφάσεων σχετικά με το σχεδιασμό σε περιφερειακό επίπεδο. Ο προϋπολογισμός, που διανέμεται μεταξύ των περιφερειών, λαμβάνει υπόψη τα ποσοστά πληρότητας, τους δείκτες θνησιμότητας και την παραγωγικότητα των νοσοκομείων της περιοχής.

Τα δημόσια νοσοκομεία είναι αυτόνομες μονάδες και οι διοικητές είναι δημόσιοι υπάλληλοι, με πτυχίο δημόσιας διοίκησης¹³⁵. Αν και δεν είναι πολύ μεγάλη αυτή η επαγγελματική ομάδα, είναι καλά οργανωμένα και με σημαίνοντα ρόλο στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα της φροντίδας ρυθμίζεται σε εθνικό επίπεδο, με τα νοσοκομεία να πιστοποιούνται ανά 4 χρόνια και να αποζημιώνονται με τη μέθοδο των DRG's[212].

8.2.6 Γερμανία

Μια θεμελιώδης πτυχή του γερμανικού ΕΣΥ είναι η κατανομή των εξουσιών λήψης αποφάσεων μεταξύ των ομόσπονδων κρατών, της κυβέρνησης και των οργανώσεων της κοινωνίας των

¹³³ Τεχνολογία Πληροφοριών και Επικοινωνίας.

¹³⁴ Η απόφαση αυτή λαμβάνεται μέσω διαπραγματεύσεων μεταξύ της περιφέρειας, του διοικητή και των διευθυντών τμημάτων. Μέχρι το 2010 δύο από τις πέντε ομόσπονδες περιφέρειες, με δική τους πρωτοβουλία, διανέμουν το 70% των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με αυτόν τον τρόπο και έχουν επηρεάσει την κλινική παραγωγικότητα, η οποία μετράται σύμφωνα με τις DRG's.

¹³⁵ Αρχικής εκπαίδευσης 4 ετών και πρόσθετης 2 ετών, πριν την έναρξη των επίσημων καθηκόντων τους. Περίπου 3.800 επαγγελματίες θεωρούνται «διοικητές νοσοκομείων», αν και μόνο το 1/5 εξ αυτών εργάζονται ως διοικητές. Οι υπόλοιποι είναι διοικητικά στελέχη νοσοκομείων ή του υπουργείου υγείας ή άλλων οργανισμών του τομέα υγείας.

πολιτών. Στη Γερμανία οι μεταρρυθμίσεις συμπεριέλαβαν τη μείωση των κλινών¹³⁶ και τις εξαγορές (privatization) των κρατικών νοσοκομείων, μια συνεχιζόμενη τάση με την κρατική πολιτική υγείας -από τις αρχές του 2000- να έχει επικεντρωθεί στη συγκράτηση του κόστους. Τα νοσοκομεία διατηρούν την αυτονομία τους, με την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τα κρατίδια να μεταβιβάζουν τις εξουσίες. Η διπλή χρηματοδότηση των νοσοκομείων (κρατίδια και ασφαλιστικά ταμεία) δημιουργεί την ανάγκη απαιτητικού, «διπλού επιχειρησιακού σχεδιασμού». Οι λειτουργικές δαπάνες των νοσηλευτικών μονάδων αποτελούν αντικείμενο διαπραγματεύσεως με τα ασφαλιστικά ταμεία, η οποία λαμβάνει χώρα μέσω των DRG's, που είναι και η μέθοδος αποζημίωσής τους. Εάν τα πραγματικά έσοδα του νοσοκομείου υπερβούν τον συμφωνημένο προϋπολογισμό, πρέπει να επιστραφεί το 65% των πρόσθετων εσόδων και στην αντίθετη περίπτωση (έσοδα χαμηλότερα από τα συμφωνηθέντα) θα λάβει το 25% της διαφοράς.

Αξιοσημείωτη κρίνεται η ευρεία συναίνεση των πολιτικών κομμάτων στην εγκαθίδρυση πολιτικών για τη βελτίωση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Η λειτουργία των νοσοκομείων υποστηρίζεται από τη διαθεσιμότητα της πληροφορίας σε κάθε επίπεδο (κατευθυντήριες οδηγίες, διαδικασίες, αποτελέσματα) και η διασφάλιση της ποιότητας συμπεριλαμβάνεται στις υποχρεώσεις των μονάδων. Τα εφαρμοζόμενα προγράμματα επιτρέπουν τη συγκριτική ανάλυση, μέσω τυποποιημένης τεκμηρίωσης των δεικτών ποιότητας. Η αυτο-αξιολόγηση των νοσοκομείων συμπληρώνεται από εξωτερική αξιολόγηση¹³⁷[213].

Ο τρόπος διακυβέρνησης των γερμανικών νοσοκομείων απαιτεί υψηλό βαθμό συνεργασίας διοικητή και Δ.Σ., με τη διαφορετικότητα στη σύνθεση των τελευταίων να έχει απασχολήσει τις έρευνες, ενώ οι κανονισμοί που διέπουν τη σύνθεση και την ευθύνη των μελών τους διαφέρει από κρατίδιο σε κρατίδιο[214],[215]

8.2.7 Ολλανδία

Το 2006 μια σημαντική μεταρρύθμιση άλλαξε το ολλανδικό ΕΣΥ, σε ένα νέο ενιαίο σύστημα υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης¹³⁸ και με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς να διαπραγματεύονται με τους παρόχους την τιμή, τον όγκο και την ποιότητα της περίθαλψης. Το σύστημα δείχνει να αποδίδει καλά, καταγράφοντας το μικρότερο ποσοστό σε ιδιωτικές

¹³⁶ Παρατηρούμενη αύξηση στον ιδιωτικό τομέα.

¹³⁷ Ο Οργανισμός Διαφάνειας και Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας συμβάλει στην αξιολόγηση της διαχείρισης και στη βελτίωση της ποιότητας, με συγκέντρωση στοιχείων για 63 δείκτες σε διάφορους τομείς (προσανατολισμός ασθενών, ασφάλεια και διαχείριση νοσοκομείου, τεχνολογία, πληροφορία κ.ά.). Ετήσιες εκθέσεις ποιότητας των νοσοκομείων δημοσιεύονται και είναι διαθέσιμες στο κοινό.

¹³⁸ Με σχετικές προβλέψεις για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

πληρωμές μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και τους δείκτες της δευτεροβάθμιας περίθαλψης να βρίσκονται στο μέσο όρο.¹³⁹ Σε ό,τι αφορά την αυτονομία των νοσοκομείων, η κυβέρνηση διατήρησε τον έλεγχο και μεταβίβασε την ευθύνη στους παρόχους, εγκαθιδρύοντας όμως ανεξάρτητες υπηρεσίες διαφύλαξης («watchdog») της ορθής λειτουργίας της νέας αγοράς υγείας. Εξάλλου, στο ολλανδικό ΕΣΥ η αυτορρύθμιση είναι παραδοσιακό χαρακτηριστικό, π.χ. δεν γνωρίζουμε πόσες κλίνες διαθέτει η χώρα, εφόσον τα νοσοκομεία αναπτύσσουν ή καταργούν κλίνες ανάλογα με τις ανάγκες. Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων, τάση υπάρχουσα από το 1960, ενισχύθηκαν από τα κίνητρα ανταγωνισμού και την κυβερνητική πολιτική (μεγαλύτεροι προϋπολογισμοί). Η πρόσβαση στα νοσοκομεία απαιτεί παραπομπή (gatekeeping)[216].

Η διοίκηση ασκείται, βάσει ενός μοντέλου 2 επιπέδων, από το Συμβούλιο των Διευθυντών που ασχολείται με την καθημερινή διαχείριση και από το ανεξάρτητο Εποπτικό Συμβούλιο¹⁴⁰. Είναι πολύ σπάνιο, σε αυτού του είδους τη διακυβέρνηση, οι γιατροί να έχουν θεσμικό ρόλο, αν και οι γιατροί ενώνονται ενδονοσοκομειακά και υποστηρίζουν τη διαχείριση. Υπάρχει αρκετή ελευθερία σε ό,τι αφορά τη σύνθεση, το ρόλο και τη λειτουργία των δύο αυτών οργάνων[217]. Από το 2005, οι πάροχοι αποζημιώνονται βάσει ενός συστήματος που συνδυάζει τις DRG's και τη θεραπεία (Diagnose Behandel Combinaties, DBCs), βασισμένο στην αρχή ότι «τα χρήματα πρέπει να ακολουθούν τον ασθενή». Τα νοσοκομεία εφαρμόζουν υποχρεωτικά σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας¹⁴¹, παρέχουν στοιχεία δεικτών ποιότητας και ελέγχονται στην τήρηση κατευθυντήριων γραμμών και διαδικασιών.

Σημαντική, νομικά κατοχυρωμένη, είναι η εκπροσώπηση των ασθενών στην παροχή υπηρεσιών υγείας με δυνατότητα υποβολής συστάσεων για τον προϋπολογισμό, την οργάνωση κ.ά., αν και τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ένταξη εκπροσώπων ασθενών στο Δ.Σ. (οργανωτικές και οικονομικές)[216].

8.2.8 Νορβηγία

Το νορβηγικό ΕΣΥ μπορεί να χαρακτηριστεί ως ημι-αποκεντρωμένο. Η ευθύνη της ενδονοσοκομειακής φροντίδας ανήκει στο κράτος, με τη διαχείριση να πραγματοποιείται από 4 υγειονομικές περιφέρειες (Regional Health Authorities, RhaS). Το υπουργείο υγείας έχει

¹³⁹ Παρεμπιπτόντως και σε σχέση με τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών (ΦΕΚ 79/B/19-1-2015), που έχουν προκαλέσει έντονες συζητήσεις στη χώρα μας, στην Ολλανδία η υψηλή αναλογία νοσηλευτών επέτρεψε την υποκατάσταση και τη μεταφορά καθηκόντων από τους ιατρούς στους επαγγελματίες νοσηλευτές.

¹⁴⁰ Οι αποφάσεις του Εποπτικού Συμβουλίου είναι διαθέσιμες προς έλεγχο (π.χ. από συμβούλια χρηστών)[216].

¹⁴¹ Ένα ευρέως διαδεδομένο σύστημα είναι το «Prevent harm, work safe» (2008), η έρευνα του οποίου έχει καταδείξει ότι το 5,7% των ασθενών εκτίθενται σε ακούσιες βλάβες και ότι το 40% αυτών των περιπτώσεων μπορούσε να έχει προληφθεί.

ρυθμιστικό-εποπτικό ρόλο, αλλά έχει εκχωρήσει πολλές αρμοδιότητες σε οργανισμούς, όπως είναι η Διεύθυνση Υγείας. Προτεραιότητες της πολιτικής υγείας είναι η βελτίωση της κατανομής των πόρων, της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών και η ενίσχυση του ρόλου των ασθενών¹⁴². Με ένα από τα υψηλότερα κατά κεφαλήν ΑΕΠ, η Νορβηγία δαπανά εξίσου υψηλά ποσοστά στην υγεία, με προοδευτική χρηματοδότηση του συστήματος από δημόσιες πηγές (ποσοστό >85%). Η νοσηλευτική περίθαλψη παρέχεται από ιδιωτικές δομές (μέσω συμβάσεων) και από κρατικές αυτόνομες επιχειρήσεις, 21 trusts με 100 νοσοκομεία που έχουν ευθύνη εργοδότη (προσλήψεις, απολύσεις) και σαφείς αρμοδιότητες. Θεωρητικά, υπάρχει διαχωρισμός αγοραστή (υγειονομικές περιφέρειες) - παρόχων (trusts), ωστόσο οι υγειονομικές περιφέρειες είναι ιδιοκτήτες των trusts και, επομένως, υπεύθυνες για τη λειτουργία τους[218]¹⁴³.

Η μεταρρύθμιση του 2002 μετέφερε την ευθύνη της νοσοκομειακής διακυβέρνησης στον διοικητή και στο Εκτελεστικό Συμβούλιο. Ως μηχανισμός λογοδοσίας, εκτός αυτής προς τις υγειονομικές περιφέρειες, εγκαθιδρύθηκε η συμμετοχή των τοπικών πολιτικών στα Δ.Σ. Οι τελευταίοι πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις τοπικές ανάγκες και τις επιθυμίες των ψηφοφόρων τους και, σύμφωνα με μελετητές, η τοπική πολιτική πίεση, σε συνδυασμό με τις αντιστάσεις των συνδικάτων, οδηγούν την επίλυση των λειτουργικών ζητημάτων στην κυβέρνηση. Έτσι, είτε θεωρούνται οι υγειονομικές περιφέρειες ως ρυθμιστικά «περιττές» και ο μεγαλύτερος συγκεντρωτισμός ως εναλλακτική λύση, είτε προτείνεται η αποχώρηση των τοπικών πολιτικών από τη διοίκηση των νοσοκομείων[219]. Μέχρι το 2002 υπήρχαν ελάχιστα προγράμματα εκπαίδευσης στην ηγεσία των νοσοκομείων, αλλά η εστίαση στη διακυβέρνηση οδήγησε στην ανάπτυξή τους.

Ισχύει σύστημα παραπομπής (gatekeeping), με ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου και δημόσια πληροφόρηση για χρόνους αναμονής και δείκτες ποιότητας. Η Νορβηγία καταγράφει αυξανόμενη χρήση των ΤΠΕ και της τηλεϊατρικής. Τα πρότυπα ποιότητας και οι κατευθυντήριες γραμμές παρουσιάζουν ελλείψεις σε ορισμένους τύπους φροντίδας, ενώ η αποζημίωση συνήθως δεν συνδέεται με την ποιότητα¹⁴⁴. Διενεργούνται έρευνες για τη γενική

¹⁴² Πλήρης απουσία άτυπων πληρωμών. Σημαντική θεωρούμε επίσης τη συνεργασία του υπουργείου υγείας με το υπουργείο παιδείας στη ρύθμιση της παραγωγής, βάσει αναγκών ζήτησης επαγγελματιών υγείας.

¹⁴³ Η διάκριση μεταξύ επιχειρησιακών και στρατηγικών (πολιτικών) αποφάσεων δείχνει να είναι ασαφής. Το υπουργείο υγείας μπορεί να παρεμβαίνει σε οποιαδήποτε απόφαση, θεσμικά μέσω των υγειονομικών περιφερειών, αλλά στην πράξη τα «κανάλια είναι πιο άμεσα»[219].

¹⁴⁴ Ωστόσο, υπάρχουν πρωτοβουλίες σύνδεσης μέρους της χρηματοδότησης του νοσοκομείου με την ποιότητα και τις επιδόσεις ασφάλειας. Τα τελευταία χρόνια οι προσπάθειες στρέφονται στη βελτίωση του συντονισμού μεταξύ των παρόχων, ενώ ζητήματα κόστους και αποκέντρωσης απασχόλησαν στη δεκαετία 1980, αποδοτικότητα στη δεκαετία 1990, αναδιοργάνωσης της παροχής και ενδυνάμωσης των χρηστών τη δεκαετία 2000.

ικανοποίηση των χρηστών, για ζητήματα επικοινωνίας ή φροντίδας και υπάρχει ανατροφοδότηση των νοσοκομείων και του κοινού (www.helsenorge.no)[218].

8.3 Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση: Μαθαίνοντας από τους... άλλους

Διεθνώς, πολύ πριν την οικονομική κρίση, από τη δεκαετία 1980, οι μελέτες κατέγραφαν την αναποτελεσματικότητα (οικονομική και τεχνική), τη χαμηλή παραγωγικότητα, τα υψηλά ποσοστά μη ικανοποιημένων χρηστών και τα σημαντικά φαινόμενα «απάτης και διαφθοράς» στη νοσοκομειακή λειτουργία. Μέρη του προβλήματος αποτελούσαν επίσης, η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, με ικανότητες επηρεασμού της πολιτικής υγείας¹⁴⁵ και η τάση των δημόσιων νοσοκομείων να απορροφούν υπερβολικούς πόρους. Οι προαναφερόμενοι λόγοι καθώς και η αλλαγή των αντιλήψεων για τα ανθρώπινα κίνητρα και τις δράσεις οδήγησαν στις παρατηρούμενες, στο υποκεφάλαιο 8.2, μεταρρυθμίσεις της ευρωπαϊκής νοσοκομειακής διακυβέρνησης[202].

8.3.1 Μαθήματα Οργάνωσης

Υπήρξε σταδιακή εγκατάλειψη των παραδοσιακών μοντέλων οργάνωσης, με εγκαθίδρυση νέων μικτών συστημάτων περιφερειακής διοίκησης. Ο κρατικός έλεγχος διατηρήθηκε ή και εντάθηκε (π.χ. Βρετανία, Δανία, Ολλανδία), με τα υπουργεία υγείας να έχουν μόνο ρυθμιστικό-εποπτικό ρόλο και τις περιφέρειες να έχουν την ευθύνη υλοποίησης των πολιτικών υγείας. Η προοδευτική, στην πλειονότητα των εξεταζόμενων χωρών, χρηματοδότηση και η διαπίστευση των νοσοκομείων¹⁴⁶ βρίσκονται υπό κρατικό έλεγχο και ευθύνη. Η αποζημίωση των παρόχων βασίστηκε σε μεθόδους αξιολόγησης του παραγόμενου έργου (αύξηση λογοδοσίας) και σε αρκετές περιπτώσεις συνδέθηκε με τη χρηματοδότηση. Ο διαχωρισμός αγοραστή - παρόχου υπηρεσιών υγείας δείχνει να μην έλυσε τα προβλήματα, αλλά αύξησε τη διαπραγματευτική ικανότητα των παρόχων.

Η αύξηση της αυτονομίας, η πλήρης αυτοτέλεια (π.χ. Βρετανία, Γερμανία), ή και η ανάθεση της διαχείρισης στον ιδιωτικό τομέα (Αυστρία), υιοθετήθηκαν ως πολιτικές βελτίωσης της νοσοκομειακής διακυβέρνησης. Επιπροσθέτως, η μετατροπή των μονάδων σε κρατικές επιχειρήσεις (corporatization), κατόρθωσε τη *μίμηση* της δομής και της αποδοτικής λειτουργίας των ιδιωτικών οργανισμών και την -έως ένα βαθμό- παράλληλη διατήρηση των κοινωνικών στόχων¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Influence activities, ακόμα και σε βάρος του δημοσίου συμφέροντος, που κατέληγαν σε αντίστοιχα κόστη (influence costs) του κρατικού συστήματος.

¹⁴⁶ Στην Ελλάδα δεν υφίσταται Σύστημα Διαπίστευσης Δημόσιων Νοσοκομείων.

¹⁴⁷ Κέρδη και ελλείμματα ανήκουν στις μονάδες. Η λογοδοσία εμπλέκει το κράτος και το σύστημα χρηματοδότησης -αποζημίωσης, Συμπληρωματικές επιδοτήσεις παρέχονται για την παροχή υπηρεσιών σε αδύναμους πολίτες [202].

8.3.2 Μαθήματα Διοίκησης

Η καλή διακυβέρνηση επιτυγχάνεται είτε όταν οι διοικητές¹⁴⁸ επιδιώκουν αποκλειστικά τους αντικειμενικούς στόχους του κράτους-ιδιοκτήτη, είτε όταν οι κύριοι παράγοντες προβλημάτων ελαττωθούν[202]. Οι μεταρρυθμίσεις, των συστημάτων νοσοκομειακής διακυβέρνησης που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία, επιχείρησαν τη στρατηγική συγκεκριμενοποίηση των στόχων, που από τη φύση τους είναι πολλές φορές αντικρουόμενοι (π.χ. υψηλό επίπεδο ποιότητας - αποδοτικότητας και παράλληλη παροχή υπηρεσιών σε ευάλωτες ομάδες). Επίσης, συμπεριέλαβαν ελεγκτικούς μηχανισμούς, μετρήσιμα στοιχεία, αύξηση της λογοδοσίας και της διαφάνειας και, σε κάποιες περιπτώσεις, την ενίσχυση του ρόλου των ασθενών (Ολλανδία, Νορβηγία) στη διαχείριση. Στην πλειονότητα των χωρών, η αρμοδιότητα προσλήψεων-απολύσεων και πολιτικής μισθών του ανθρώπινου δυναμικού ανήκει στα νοσοκομεία, παρότι υπάρχουν διάφοροι περιορισμοί¹⁴⁹.

8.3.3 Μαθήματα Χρήσης Επιχειρησιακών Εργαλείων

Κύριο χαρακτηριστικό όλων των, υπό τη μελέτη μας¹⁵⁰, συστημάτων νοσοκομειακής διακυβέρνησης ήταν η αυξημένη χρήση των ΤΠΕ, για την τεκμηριωμένη κλινική πρακτική, τον κλινικό έλεγχο (clinical auditing), τα πρότυπα διασφάλισης ποιότητας και την τυποποίηση των διαδικασιών χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Η διεύρυνση της πληροφορίας βελτιστοποίησε τις δυνατότητες των οργανισμών στη διαπραγμάτευση των τιμών, στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, στην ασφάλεια, στη διαφάνεια προς το κοινό και στην εν γένει αυτο-αξιολόγηση. Συνακόλουθα, η διαθεσιμότητα των δεικτών διευκόλυνε τον κρατικό έλεγχο της αγοράς υγείας (ρύθμιση πλαισίου ανταγωνισμού) και της χρηματοδότησης (αξιολόγηση παραγόμενου έργου), αλλά και το σύστημα λήψης αποφάσεων στη δημόσια πολιτική υγείας.

8.3.4 Μίμηση ως Πανάκεια;

Εύλογα αναρωτιέται κανείς, εάν οι προαναφερόμενες αλλαγές υπήρξαν επιτυχείς και εάν υπάρχει κάποια απόδειξη ότι αντιμετώπισαν τα προβλήματα για τα οποία σχεδιάστηκαν. Η στρατηγική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων αφορά σε χρονοβόρα μεταρρυθμιστική διαδικασία με μεγάλο οικονομικό κόστος. Τα αποτελέσματα, σύμφωνα με τους Over και Watanabe, δύσκολα αξιολογούνται, ακόμα κι αν έχουν προβλεφθεί ορισμένοι δείκτες επιδόσεων, ενώ τα κράτη -κυρίως λόγω κόστους- είναι απρόθυμα να επενδύσουν στη συλλογή δεδομένων αξιολόγησης[221]. Εν τούτοις, έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαδικασίες υπήρξαν

¹⁴⁸ Απαραίτητη, λόγω του ελληνικού *παράδοξου*, κρίνεται η διευκρίνιση ότι, αναφερόμαστε σε επαγγελματίες διοικητές, με γνώσεις και ικανότητες διαχείρισης νοσηλευτικών οργανισμών.

¹⁴⁹ Νομοθεσία, προστασία εργασιακής κατάστασης, διαθέσιμοι πόροι, πολιτικές πιέσεις[220].

¹⁵⁰ Η ένταση και το εύρος χρήσης των ΤΠΕ ποικίλει, αλλά παρατηρείται ο διαρκώς αυξανόμενος ρυθμός.

περισσότερο επιτυχείς και ομαλές στις χώρες με σταθερή πολιτική και θεσμικούς οργανισμούς, τεχνικά ικανούς να ολοκληρώσουν μεγάλες μεταρρυθμίσεις[203]. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι, η επιτυχής νοσοκομειακή διακυβέρνηση συμπεριλαμβάνει τους εξής κύριους παράγοντες (critical success factors-CSF's): στρατηγικός καθορισμός στόχων (σαφείς, στενό πλαίσιο, επιτεύξιμοι, μετρήσιμοι, χρήση επιχειρησιακών εργαλείων), κρατικά ελεγχόμενο περιβάλλον ανταγωνισμού («οιονεί» αγορά κεφαλαίου, προμηθευτών, εργασίας, παραγωγής) και οργάνωση που χαρακτηρίζεται από αυτονομία, επαγγελματισμό και διαφάνεια (Γράφημα 8.2).

Αναμφίβολα, η μίμηση των καλών πρακτικών (best practices) και η μελέτη των αστοχιών της πολιτικής υγείας σε άλλες χώρες, δεν συνιστούν πανάκεια των δικών μας προβλημάτων, διευκολύνουν όμως τη λήψη αποφάσεων, στις όποιες μεταρρυθμίσεις θα επιχειρηθούν. Είναι γνωστό επίσης ότι, τα συστήματα υγείας μετασχηματίζονται και επηρεάζονται από παράγοντες δημογραφικούς, νοσολογικούς, τεχνολογικούς, κοινωνικο-οικονομικούς κ.ά. Έτσι, στην έρευνά μας (Τέταρτο Μέρος), σχετικά με τις προοπτικές της νοσοκομειακής διακυβέρνησης στην Ελλάδα, λαμβάνουμε υπόψη την ιστορικο-πολιτική διαστρωμάτωση της χώρας, η οποία θέτει και τους ανάλογους περιορισμούς (Πρώτο Μέρος), τις παθογένειες του συστήματος, που θέτουν πρόσθετα εμπόδια και τις ανάγκες που αναδείχθηκαν (Δεύτερο Μέρος) καθώς και τα μαθήματα που λάβαμε από την ευρωπαϊκή σκηνή (Τρίτο Μέρος). Κύριο μέλημα παραμένει η βιωσιμότητα του συστήματος της δημόσιας νοσηλευτικής περίθαλψης και η αναβάθμιση των νοσοκομείων ως μονάδων παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών, με επίκεντρο τον άνθρωπο.

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ, ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ:

ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

9.1 Επιλογή Ερευνητικής Μεθόδου

Ο απλούστερος τρόπος για να μάθουμε κάτι, είναι να... ρωτήσουμε.¹⁵¹

Όπως έχει προαναφερθεί, σκοπός μας είναι η διερεύνηση των προοπτικών για την εγχώρια νοσοκομειακή διακυβέρνηση. Συνδέοντας τα μέχρι τώρα ευρήματα¹⁵² της μελέτης μας με τη

¹⁵¹ Θυμόσοφη ρήση.

¹⁵² Προερευνητική φάση (Πρώτο-Δεύτερο Μέρος) και δευτερογενή δεδομένα (Τρίτο Μέρος).

θεωρία του ιστορικού θεσμισμού, επιχειρούμε την έρευνα για την ενδεχόμενη αλλαγή υπό το πρίσμα του «παράθυρου ευκαιρίας» (window of opportunity), το οποίο λογικά ανοίγει η παρούσα οικονομική κρίση. Σύμφωνα με την Tuohy, η αλλαγή στον τομέα υγείας ωθείται από τις «συμπτωματικές λογικές» (accidental logics) που απορρέουν από το πολυπαραγοντικό περιβάλλον της συγκεκριμένης χρονικής στιγμής¹⁵³[222]. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, που προηγήθηκε, συνέβαλε στην ενημέρωση για τις πτυχές του προβλήματος, στις οποίες εστίασε η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, ήτοι το μοντέλο οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων, η επιλογή κατάλληλων διοικήσεων και η χρήση επιχειρησιακών εργαλείων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω και δεδομένου ότι, το ενδιαφέρον μας στρέφεται στην καταγραφή των ποιοτικών χαρακτηριστικών, που θα αναδείξει η μελέτη και επεξεργασία απόψεων των ειδικών, επιλέξαμε την ποιοτική μέθοδο. Η ποιοτική έρευνα στηρίζεται στην πεποίθηση ότι, η γνώση για τα ανθρώπινα είναι αδύνατη χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή βιώνεται και παρουσιάζεται από τους ίδιους τους πρωταγωνιστές[223].

9.1.1 Μεθοδολογία Συλλογής Δεδομένων

Η μεθοδολογία της συλλογής δεδομένων συνδέεται με το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας, τον προβληματισμό και τις ερευνητικές υποθέσεις. Μεταξύ των τριών ειδών-πηγών πληροφόρησης (λόγος, γεγονότα, γραπτά «ίχνη»)[224], η συνέντευξη (interview) παραμένει μία δημοφιλής μέθοδος στον κλάδο της υγείας και εξυπηρετεί τους στόχους μας ως προς τον εντοπισμό[225] των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων και της προοπτικής επίτευξής τους στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση, μέσω των απόψεων των ειδικών.

Για την αντιμετώπιση σχετικών μειονεκτημάτων που εμπεριέχουν οι δομημένες (structured)¹⁵⁴ και οι μη-δομημένες¹⁵⁵ (unstructured) συνεντεύξεις, επιλέχθηκε η ημι-δομημένη συνέντευξη (semi-structured interview), με συνδυασμό των πλεονεκτημάτων που παρέχουν οι δύο προαναφερόμενες: σχετική ομοιομορφία στο περιεχόμενο των ερωτήσεων, έλεγχος συστηματικού σφάλματος, πρακτική διευκόλυνση της ανάλυσης των δεδομένων, αλλά και ελευθερία του ερωτώμενου και του ερευνητή να συζητήσουν πιθανά επιμέρους θέματα για περαιτέρω έρευνα. Παράλληλα, ο ερευνητής μπορεί να ανακατευθύνει τη συζήτηση, στην περίπτωση που αυτή εκφεύγει των στόχων της έρευνας [225],[226]. Το κύριο μειονέκτημα, μιας ποιοτικής έρευνας μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων, είναι ο επηρεασμός της ανάλυσης των

¹⁵³ Σε άλλη χρονική στιγμή θα παρήγαγαν διαφορετικό αποτέλεσμα.

¹⁵⁴ Κατευθυνόμενη σκέψη του ερωτώμενου, εφόσον πρέπει να απαντά σε προκαθορισμένη σειρά ερωτήσεων.

¹⁵⁵ Μεγαλύτερη ελευθερία, που πιθανά απομακρύνει από τους στόχους της έρευνας (εκούσια ή ακούσια του ερωτώμενου).

δεδομένων από τις πεποιθήσεις-αντιλήψεις του ίδιου του ερευνητή¹⁵⁶[227], πρόβλημα που θεωρούμε ότι αντιμετωπίζουμε με την παρουσίαση των προσωπικών μας πεποιθήσεων, ως εισαγωγή στη Συγγραφή των Αποτελεσμάτων της Έρευνας.

9.1.2 Διασφάλιση της Αξιοπιστίας και της Εγκυρότητας των Δεδομένων

Για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας (credibility) των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν:

(α) η επιλογή δείγματος, που σύμφωνα με την ποιοτική μεθοδολογία στοχεύει στο ειδικό και συγκεκριμένο. Η ποιοτική δειγματοληψία πρέπει να πληροί δύο βασικές προϋποθέσεις: την καταλληλότητα (γνώση για τα αντικείμενα της έρευνας) και την επάρκεια (δυνατότητα παροχής ποιοτικών πληροφοριών)[228]. Ως δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling) επιλέχθηκαν διοικητές νοσοκομείων και ΥΠΕ (εν ενεργεία και πρώην), ακαδημαϊκοί συναφούς γνωστικού αντικείμενου, που επιπλέον έχουν ασκήσει δημόσια διοίκηση σε μεγάλους οργανισμούς του τομέα υγείας και πολιτικοί με θητεία στο υπουργείο υγείας.

(β) η σύνθεση του οδηγού συνέντευξης (interview guide). Ο κατάλογος των θεμάτων, που έπρεπε να καλυφθούν, λειτούργησε ως *χάρτης πορείας* (εργαλείο έρευνας, Παράρτημα Β) σε όλες τις συνεντεύξεις, ακόμα κι όταν οι ερωτήσεις δεν τέθηκαν με την ίδια σειρά στους ερωτώμενους. Η κατάρτιση του οδηγού οριστικοποιήθηκε μετά από διορθώσεις, που προέκυψαν από την πιλοτική έρευνα (pilot study) με τη συνεργασία δύο εμπειρογνομόνων της νοσοκομειακής διοίκησης. Υπολογίσθηκε η διάρκεια της συνέντευξης (30΄) και ξεκίνησαν οι συνεντεύξεις (Μάιος 2015).

9.2 Διεξαγωγή Έρευνας Πεδίου

Για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας, έγινε χρήση των πολύτιμων βιβλιογραφικών συμβουλών [223],[224],[225],[226] σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ συνεντευκτή και συνεντευξιαζόμενου, ώστε να επιτευχθεί το απαραίτητο κλίμα εμπιστοσύνης.

9.2.1 Άξονες Ενδιαφέροντος

- Μοντέλο Οργάνωσης Δημόσιων Νοσοκομείων.
- Επιλογή Κατάλληλων Νοσοκομειακών Διοικήσεων.
- Χρήση Επιχειρησιακών Εργαλείων για Επιτυχή Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση.

9.2.2 Δειγματοληψία

Το σύνολο των ερωτώμενων (δείγμα) ανέρχεται σε δώδεκα(12) ειδικούς.

¹⁵⁶ Πίσω από τον ερευνητή παραμονεύει πάντα ο άνθρωπος και οι ιδέες του.

Σύμφωνα με την ιδιότητα των συνεντευξιαζόμενων, ο πληθυσμός αποτυπώνεται στον Πίνακα 9.1 και επισημαίνεται ότι, οι υπουργοί θήτευσαν επί των κυβερνήσεων του ΠΑΣΟΚ και της Ν.Δ., ενώ με τους Γενικούς Γραμματείς κατορθώθηκε η αντιπροσώπευση και των τριών κυβερνητικών κομμάτων (Ν.Δ., ΠΑΣΟΚ, ΣΥΡΙΖΑ).

Πίνακας 9.1: Ιδιότητα Ερωτώμενων

Ιδιότητα	Συχνότητα
Διοικητές Νοσοκομείων (εν ενεργεία)	2
Διοικητές Νοσοκομείων (πρώην)	1
Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών (εν ενεργεία)	1
Αναπλ. Διοικητές Υγειονομικών Περιφερειών (πρώην)	1
Ακαδημαϊκοί (συναφούς γνωστικού αντικείμενου, με θητεία στη δημόσια διοίκηση του τομέα υγείας)	2
Υπουργοί Υγείας (πρώην)	2
Γεν. Γραμματείς Υπουργείου Υγείας (εν ενεργεία)	1
Γεν. Γραμματείς Υπουργείου Υγείας (πρώην)	2

9.2.3 Επιβεβαιωσιμότητα της Έρευνας

Για την επιβεβαιωσιμότητα (confirmability) της έρευνας έχουν τηρηθεί και είναι διαθέσιμα προς έλεγχο ηλεκτρονικά αρχεία ήχου και απομαγνητοφωνημένα κείμενα συνεντεύξεων, σημειώσεις ερευνήτριας, κατάλογος θεμάτων κωδικοποίησης (θεματικής ανάλυσης)[229].

9.2.4 Ταξινόμηση και Επεξεργασία Εμπειρικού Υλικού

Οι συνεντεύξεις ταξινομήθηκαν σύμφωνα με τις ιδιότητες των συνεντευξιαζόμενων, απομαγνητοφωνήθηκαν και πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των μονάδων ανάλυσης[226] κατά άξονα ενδιαφέροντος.

9.2.5 Ανάλυση και Συγγραφή Αποτελεσμάτων της Έρευνας

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων: εξήχθησαν συμπεράσματα, αποτυπώθηκαν οι αναγκαίες και πιθανές προοπτικές της νοσοκομειακής διακυβέρνησης στην Ελλάδα και αναδείχθηκαν πρόσθετα ζητήματα, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο περαιτέρω έρευνας. Κατά το στάδιο αυτό επιβεβαιώθηκε ότι, οι συνεντεύξεις -ως ανθρώπινη δυναμική διαδικασία-

αναδεικνύουν απόψεις και παράγοντες, που δεν προβλέπονται από την προερευνητική φάση και τα δευτερογενή δεδομένα.

10. ΣΥΓΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

10.1 Το Σύστημα είναι ο ...Καθένας μας¹⁵⁷

Η παρουσίαση των πεποιθήσεων του αναλυτή στην ποιοτική έρευνα θέτει κατ' αρχήν προ των ευθυνών του τον ίδιο τον αναλυτή και στη συνέχεια ενημερώνει τους αναγνώστες, ώστε να είναι δυνατός ο εντοπισμός σημείων πιθανού επηρεασμού στην ανάλυση των δεδομένων. Οι αντιλήψεις μας, όπως περιγράφονται ακολούθως, διαμορφώθηκαν από την πολύχρονη προϋπηρεσία σε δημόσια νοσοκομεία, σε αλληλεπίδραση με τη γνώση που αποκτήθηκε από το Ακαδημαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας».

Κύρια πεποίθηση της ερευνήτριας αποτελεί η ανάγκη αντιμετώπισης του ελλείμματος ηθικής, σήμερα περισσότερο από ποτέ, από την ίδια την ελληνική κοινωνία. Από την ίδρυση του νεοελληνικού κράτους οι διαπροσωπικές ρυθμίσεις¹⁵⁸ κυριαρχούν στην κοινωνικο-πολιτική ζωή, ενώ η μετέπειτα συνταγματική κατοχύρωση της πολιτικής συμμετοχής συμπορεύτηκε με την παραδομή της κοινωνίας: την κομματοκρατία. Στη σύγχρονη οικονομική κρίση το αγαθό της δημόσιας υγείας επαπειλείται περισσότερο από την έλλειψη ενδιαφέροντος για το καθολικό καλό, παρά από τη σπανιότητα των πόρων. Έτσι, προτεραιότητα της ελληνικής κοινωνίας θα έπρεπε να είναι η επανεξέταση της ιδιωτικής ηθικής¹⁵⁹ και η αναδιαμόρφωσή της προς όφελος του συνόλου.

Με αφετηρία την παραπάνω θέση, στον τομέα της νοσηλευτικής περίθαλψης κρίνεται απαραίτητη η μεταρρύθμιση του μοντέλου οργάνωσης των κρατικών νοσοκομείων, σε μια δομή η οποία θα αποτρέπει τα φαινόμενα προσοδοθηρίας και ψηφοθηρίας από αυτό το δημόσιο χώρο. Για την εγκατάλειψη της δυσπιστίας έναντι των θεσμών του τομέα υγείας, θα πρέπει να εισαχθεί η επιστημονική διαχείριση των νοσηλευτικών μονάδων, με την επικράτηση της αξιοκρατίας και την επιλογή των κατάλληλων στελεχών σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης. Ως προϋπόθεση της επιστημονικής διαχείρισης, η υιοθέτηση και χρήση επιχειρησιακών εργαλείων θα βελτιώσουν τα κλινικά και οικονομικά αποτελέσματα της νοσηλευτικής περίθαλψης, εφόσον αυτά τα

¹⁵⁷ Δάνεια ρήση συνεντευξιαζόμενου, που αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μας πεποιθήσεις.

¹⁵⁸ Πελαταιακές σχέσεις, με τη μορφή πατρωνίας και όχι αντιθετικές εξουσίας - κοινωνίας πολιτών.

¹⁵⁹ Οι ελληνικές ηθικές έννοιες της *μπέσας*, του *φιλότιμου* έχουν αποδέκτη συγκεκριμένο πρόσωπο και όχι το κοινωνικό σύνολο. Ο υπεύθυνος πολίτης και το απρόσωπο κράτος αφορούν σε εισαγόμενες κοινωνικές ρυθμίσεις, στις οποίες προβάλλεται πολιτισμική αντίσταση (φορο-αποφυγή, κράτος-πηγή προσόδων κ.ά.).

εργαλεία σχεδιαστούν προσεκτικά, με δυνατότητα αναπροσαρμογής τους σε κάθε ανάγκη, επικοινωνηθούν ορθά στο ανθρώπινο δυναμικό και εγκαθιδρύσουν κανόνες¹⁶⁰ ποιοτικών επιδόσεων.

10.2 Οι Απόψεις των Ειδικών

10.2.1 Τεκμηρίωση Ευρημάτων της Προερευνητικής Φάσης

Από την ανάλυση των απόψεων, που κατέγραψε η ποιοτική έρευνα, επιβεβαιώθηκαν¹⁶¹ τα ευρήματα της προερευνητικής φάσης της παρούσας μελέτης. Ειδικότερα:

- Η αποτυχία του μοντέλου οργάνωσης των κρατικών νοσοκομείων, το οποίο επιπλέον δεν ανταποκρίνεται στις «ανάγκες της κοινωνικής εποχής» (π. Υπουργός-1) και η έλλειψη σχεδιασμού, που επιτρέπουν:

(α) τον πολιτικό παρεμβατισμό και την καταστρατήγηση των κανόνων

«Θανάσιμος εναγκαλισμός του πολιτικού συστήματος στα κρατικά νοσοκομεία... Ποιος παίρνει τηλέφωνο για να κρατήσουν τη γιαγιά μέσα; Αυτός, ο οποίος έπρεπε να τους λέει 'μη φύγετε από τα standards'. Η παραβίαση των κανόνων γίνεται από τον 'ελεγκτή'... είναι εξαιρετικά δύσκολο να διαχειριστείς την παράνοια» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

(β) τη συνδιαχείριση των κρατικών νοσοκομείων από το ιατρικό σώμα και τα συνδικάτα[230]. Οι γιατροί είναι, «αιτία κακού στη λειτουργία» ενός ιατροκεντρικού νοσηλευτικού συστήματος (π. Υποδιοικητής ΥΠΕ).

- Η κυριαρχία της κομματοκρατίας και των πελατειακών σχέσεων, που καταλήγουν στην αναποτελεσματικότητα της δημόσιας διοίκησης:

Το πελατειακό κράτος θεωρεί «φέουδο το δημόσιο τομέα, που πρέπει να το εκμεταλλεύεται πολιτικά» (Ακαδημαϊκός-2).

«Ο υπουργός Υγείας δεν πρέπει να έχει καμία σχέση με τα νοσοκομεία. Βέβαια, αυτό δεν μπορεί να συμβεί, γιατί είναι σα να ζητάμε από τον υπουργό να παραδώσει στο τραπέζι τη... σπλήνα του! Δεν γίνεται!» (π. Υποδιοικητής ΥΠΕ).

«Πρέπει να απαγορεύεται οι πολιτικοί να διορίζουν τους διοικητές... Είναι πολύ ισχυρό αυτό, ουσιαστικά καταργείς την αυτοτέλεια του υπουργού» (π. Διοικητής).

¹⁶⁰ Στους κανόνες θα πρέπει να συμμορφώνονται όλοι οι εμπλεκόμενοι, χωρίς καμία εξαίρεση. Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας αφορά σε ομαδική εργασία και η ποιότητα θα πρέπει να επιζητείται σε όλα τα επίπεδα. Η μέτρηση των επιδόσεων πρέπει να έχει στόχο την αξιολόγηση του παραγόμενου έργου για τη βελτίωση και, σε καμία περίπτωση, δεν πρέπει να προσλαμβάνει τιμωρητικές ή απειλητικές διαστάσεις για το ήδη καταπονημένο ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων.

¹⁶¹ Από τη συντριπτική πλειοψηφία των συνεντευξιζόμενων. Όπου διαφοροποιούνται οι απόψεις θα γίνεται σχετική μνεία.

«... ο κάθε Υπουργός θέλει να έχει το δικό του σύστημα ανθρώπων σε αυτές τις θέσεις [των διοικητών] (π. Γεν. Γραμματέας-1).

«Αυτοί είμαστε, έτσι έχουμε μάθει να φερόμαστε κι αυτό πρέπει να αλλάξει» (νυν Γεν. Γραμματέας).

- Ο ευτελισμός των διαδικασιών επιλογής Διοικητών νοσοκομείων, τόσο στην περίοδο του ορεγκον, όσο και της τελευταίας επιλογής το 2013. Για το θεσμικό πλαίσιο και τις επιτροπές επιλογής ειπώθηκαν:

«Διαβλητά σχήματα» (Ακαδημαϊκός-2).

Η νοσοκομειακή διακυβέρνηση ανατίθεται με «κριτήρια πολιτικο-συνδικαλιστικά και όχι επιστημονικά». Το θεσμικό πλαίσιο «ατελέστατο... καταστρατηγήθηκε βάνανσα. Ήταν προσχηματικό... [λέγεται ότι βρέθηκαν] λίστες κατ' αλφαβητική σειρά» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

«Φαινομενικά αξιοκρατική η διαδικασία... Τα νοσοκομεία ως είδος, για να ικανοποιήσουν την πελατεία τους, ένα εργαλείο» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1).

«Ψευδεπίγραφη κρίση ή κατάταξη» υποψηφίων (νυν Γεν. Γραμματέας).

Τονίστηκε δε ότι, τα κρατικά νοσοκομεία είναι από τους «μεγαλύτερους εργοδότες (Ακαδημαϊκός-1). «Ο μεγαλύτερος εργοδοτικός οργανισμός μαζικής απασχόλησης, στους 50 από τους 52 νομούς της χώρας, είναι το νοσοκομείο» (π. Διοικητής νοσοκομείου). Το γεγονός αυτό συνεπάγεται «οικονομικά και πολιτικά οφέλη», τα οποία επιχειρούν να ιδιοποιηθούν οι πολιτικοί και σε άλλες χώρες, σύμφωνα με τους προαναφερόμενους ειδικούς, αλλά όχι σε αυτό το βαθμό που συμβαίνει στην Ελλάδα.

Όπως ήταν φυσικό, οι συνεντευξιζόμενοι που μετείχαν της πολιτικής ηγεσίας, κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων διαδικασιών επιλογής, παρείχαν πρόσθετη πληροφόρηση και αιτιολόγηση:

«Ο Λυκουρέντζος¹⁶² αντιστάθηκε και κατηγορήθηκε... ήταν σαφής η προσπάθεια να παρέμβουν τα κόμματα στην επιλογή... Οι αντοχές του συστήματος δοκιμάστηκαν» (π. Υποδιοικητής ΥΠΕ).

Η διαδικασία του «ορεγκον ήταν 50% αξιοκρατική και 50% κομματοκρατική... ήταν [και] 40 ικανοί» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

¹⁶² Πρώην Υπουργός Υγείας.

«Κάναμε μία πρόοδο επί των ημερών μου, αλλά όχι στο βαθμό που θα ήθελα... Αν βάλεις κάποιον πραγματικά ικανό, που θέλει να αλλάξει το νοσοκομείο, [οι συνδικαλιστές] αντιδρούν μετά πάθους και λυσσαλέα» (π. Υπουργός-2).

- Η απουσία επιχειρησιακών εργαλείων για τη βελτίωση της νοσοκομειακής διακυβέρνησης. Το έλλειμμα αυτό, σε καμία περίπτωση, δεν αποδόθηκε σε έλλειψη ικανότητας, αλλά στα κάτωθι:

(α) Αντίσταση των χρηστών στην αλλαγή¹⁶³, που οφείλεται στο φόβο απέναντι στο νέο και στην ανάδειξη της μετριοκρατίας, στην υπεράσπιση κεκτημένων συμφερόντων και στο ότι κάθε εργαλείο πρέπει να πείθει για τη χρησιμότητά του. Επίσης, σε ό,τι αφορά τα κλινικά πρωτόκολλα, η αντίσταση αποδόθηκε στον «ιατρικό κόσμο... που τορπιλίζει» κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης (π. Γεν. Γραμματέας-1).

(β) Σκοπιμότητες:

β1. Η αταξία του συστήματος είναι «σκόπιμη για να συγκαλύπτονται οι υπερβάλλουσες δαπάνες... αν τα ξεκαθαρίσουν [τα οικονομικά], δεν θα ισχύουν οι οριζόντιες περικοπές, [αλλά θα πρέπει] στο αποδοτικό νοσοκομείο να δίνουν bonus και στο μη αποδοτικό να περικόπτουν» πόρους (π. Υποδιοικητής ΥΠΠ).

β2. Είναι «σκόπιμη πολιτική επιλογή ο μη προσδιορισμός των συναρτήσεων παραγωγής των υπηρεσιών υγείας» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

β3. Είναι «σκόπιμη επιλογή για να ελέγχουμε το σύστημα» (π. Υπουργός-1).

β4. «Υπήρξε νομοσχέδιο, που δεν πέρασε από τη Βουλή... δηλαδή, συμφώνησαν η Ν.Δ. και το ΠΑΣΟΚ ότι δεν θέλουν κίνητρα και αντικίνητρα» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

β5. «Οι εταιρείες [πληροφορικής]... αν καταλάβουν με ποιον έχουν να κάνουν, θα συνεργαστούν. Τους εξυπηρετεί, βέβαια, αυτό το μπάχαλο που υπάρχει, να είναι κάθε λίγο και λιγάκι μέσα στα νοσοκομεία και να κάνουν τις ίδιες δουλειές και να πληρώνονται. Εκμεταλλεύονται το γεγονός ότι μιλάνε με ανθρώπους που δεν καταλαβαίνουν περί τίνος πρόκειται» (Ακαδημαϊκός-1).

β6. Οι εταιρείες πληροφορικής «έχουν κάνει ένα πρόγραμμα και πιστεύουν ότι από αυτό θα ζήσουν σε όλη τους τη ζωή» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

β7. «Υπάρχουν διάφοροι, που έχουν πάρει επιχορηγήσεις, ΕΣΠΑ κ.λπ. και έχουν φτιάξει διάφορα συστήματα, που ούτε επικοινωνούν μεταξύ τους, ούτε μπορούμε να τα ελέγξουμε» (π. Γεν. Γραμματέας). Σε δήλωση του ίδιου για την προτεραιότητα που δίδει η παρούσα

¹⁶³ Οι αντιστάσεις αναφέρθηκαν ως αίτιο από τη συντριπτική πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων.

κυβέρνηση στην ύπαρξη ΟΠΣ, ρωτήσαμε: «Πιστεύετε ότι θα σας αφήσουν οι εταιρίες πληροφορικής, που διαφεντεύουν το χώρο και κλειδώνουν τα προγράμματα;» και η απάντηση ήταν: «Ήδη, έχω αρχίσει και αισθάνομαι αυτή την πίεση».

10.2.2 Μοντέλο Οργάνωσης Δημόσιων Νοσοκομείων: Τι πρέπει να γίνει

Ο συγκεντρωτισμός του υπουργείου Υγείας καταδικάστηκε από όλους τους συνεντευξιαζόμενους και υποστηρίχτηκε, επίσης από όλους, ότι το υπουργείο θα πρέπει να έχει μόνον επιτελικό ρόλο. Να χαράζει την πολιτική υγείας, να θέτει στρατηγικές, προτεραιότητες, κανόνες και να ελέγχει την εφαρμογή αυτών. Το παράδοξο είναι ότι, αυτή η ομοφωνία ουδέποτε οδήγησε σε αλλαγή της κατάστασης, πόσο μάλλον που οι 5 εκ των 12 μετείχαν ή μετέχουν τώρα στα κέντρα λήψης υψηλών αποφάσεων.

Το υπουργείο «δεν παίζει κανένα ρόλο... ούτε τον επιτελικό, ούτε τον ρυθμιστικό... κανένα. Πνίγεται μέσα στη γραφειοκρατία και δεν κάνει τίποτα» (νυν Γεν. Γραμματέας).

Οι 9 από τους 12 ερωτηθέντες επισήμαναν την ανάγκη αλλαγής της νομικής μορφής του ΝΠΔΔ, με τη μετατροπή των κρατικών νοσοκομείων σε ΝΠΔ (οι 5) ή σε κρατικές επιχειρήσεις με πλήρη αυτοτέλεια (οι 4). Η διατήρηση της μορφής του ΝΠΔΔ υποστηρίχθηκε, μάλλον υποτονικά, ως εξής:

Θα μπορούσε να δοθεί «σχετική αυτονομία» στα νοσοκομεία. Η μορφή του ΝΠΔΔ είναι μεν «σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας, αλλά δεν αποτελεί τόσο μεγάλο εμπόδιο» (Ακαδημαϊκός-2).

Τη μορφή ΝΠΔ «θα μπορούσα να τη δω ως μακρινή προοπτική, μετά από κατάλληλο σχεδιασμό» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

[ΝΠΔΔ για] «τη διασφάλιση της χρηματοδότησης... από τον κρατικό προϋπολογισμό... δεν πρέπει να μετατρέπονται με ένα τρόπο σε εταιρείες για να βρουν πόρους»¹⁶⁴ (νυν Γεν. Γραμματέας).

Έτσι, τα μοντέλα που προτάθηκαν για την οργανωτική δομή των κρατικών νοσοκομείων είναι τα ακόλουθα:

Μοντέλο (Α): Εγκαθίδρυση ενός ανεξάρτητου φορέα, ως «μητρική εταιρεία»¹⁶⁵, που θα αναλάβει τον τομέα των κρατικών νοσοκομείων και θα στελεχώνεται από άτομα υψηλής εξειδίκευσης. Τα νοσοκομεία θα λειτουργούν με τη μορφή ΝΠΔ, ως παραρτήματα, και θα

¹⁶⁴ Σε παρατήρησή μας ότι, η κρατική διασφάλιση της χρηματοδότησης, όπως συμβαίνει π.χ. στη Βρετανία, δεν αποκλείει την αλλαγή της νομικής μορφής των κρατικών νοσοκομείων και τη διατήρηση του κρατικού ελέγχου, δεν έγινε κανένα σχόλιο.

¹⁶⁵ Υπεύθυνη για το στρατηγικό σχεδιασμό και την παροχή νοσηλευτικής περίθαλψης στη χώρα.

χρηματοδοτούνται βάσει παρεχόμενων υπηρεσιών¹⁶⁶. Το υπουργείο Υγείας θα πρέπει να εξασφαλίζει περιβάλλον υγιούς και ελεγχόμενου ανταγωνισμού, τόσο για τα δημόσια, όσο και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, που θα ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Στόχος είναι η διασφάλιση παροχής όλων των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες (*Ακαδημαϊκός-1*).

«Όσο μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας δώσαμε στις διοικήσεις, τόσο καλύτερα αποτελέσματα είχαν» (π. Υπουργός-2).

Μοντέλο (B): Η δημιουργία ενός ανεξάρτητου φορέα, κατάλληλα στελεχωμένου, με ευθύνη τον πανελλαδικό σχεδιασμό, τον συντονισμό και τον έλεγχο των ΥΠΕ (περιφερειακή δομή), με στόχο την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε όλα τα επίπεδα φροντίδας¹⁶⁷. Η μετεξέλιξη των ΥΠΕ¹⁶⁸ θα αφορά στην αυξημένη αυτονομία τους, ενώ τα νοσοκομεία θα διαθέτουν μια «*σχετική αυτονομία*», παραμένοντας ΝΠΔΔ. Ο κρατικά ελεγχόμενος ανταγωνισμός θα διεξάγεται μεταξύ των νοσοκομείων της ΥΠΕ και των ιδιωτικών νοσοκομείων (*Ακαδημαϊκός-2*).

«Ανταγωνισμός ναι, με προϋποθέσεις, δεδομένα... οι κακοί να κλείσουν... οι καλοί να ανοίξουν» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

Μοντέλο (Γ): Τα δημόσια νοσοκομεία, ως κρατικές επιχειρήσεις, με πλήρη αυτοτέλεια (κρατικές Α.Ε.), είτε υπό ανεξάρτητο φορέα ελέγχου, είτε υπό την εποπτεία των ΥΠΕ¹⁶⁹ για την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα αυτοχρηματοδοτούμενα νοσοκομεία θα ανταγωνίζονται με τα ιδιωτικά, επί ίσοις όροις. Στόχος η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού σε οποιαδήποτε γεωγραφική περιφέρεια (νυν *Διοικητής νοσοκομείου-1*, νυν *Διοικητής νοσοκομείου-2*, π. *Διοικητής νοσοκομείου*, π. *Υπουργός-1*).

«Τον πολίτη δεν τον ενδιαφέρει αν θα πάει σε ιδιωτικό ή σε δημόσιο νοσοκομείο. Τον ενδιαφέρει, με τις ασφαλιστικές εισφορές τις οποίες δίνει..., να έχει όταν χρειασθεί πρόσβαση σε καλές υπηρεσίες υγείας. Θα πρέπει να διαχωρισθεί η πρωτοβάθμια... [γιατί] χάνεται ο χαρακτήρας του νοσοκομείου» (νυν *Διοικητής νοσοκομείου-1*).

«Ποτέ οι σχέσεις υγείας και οικονομίας δεν ήταν καλές... [όμως], η παροχή υπηρεσιών υγείας πρέπει να τηρεί τις δύο ανταγωνιστικές αρχές της ποιότητας και της οικονομίας. Το κράτος δεν

¹⁶⁶ Μετά από 3 χρόνια προσαρμογής στο επιχειρησιακό μοντέλο.

¹⁶⁷ «*Intergraded systems*», με γέφυρες μεταξύ Πρωτοβάθμιας - νοσοκομείου - νοσηλεία στο σπίτι, κλινικές και χειρουργεία ημέρας - μονάδες πασχόντων κ.λπ.».

¹⁶⁸ Βλ. Υποσημείωση 30.

¹⁶⁹ Προϋπόθεση είναι η μετεξέλιξη των ΥΠΕ σε αυτό που σχεδιάστηκαν (αρμοδιότητες, δυνατότητες χρηματοδότησης επενδύσεων, κατανομής πιστώσεων).

μπορεί πια να παράγει υπηρεσίες... μπορεί όμως να ελέγξει την αγορά υγείας, να ορίσει την ποιότητα των υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη» (π. Υπουργός-1).

«Θα έλεγα ναι, αύριο. Ποιος θα το άκουγε στη σημερινή πολιτική πραγματικότητα... να γίνει η αναδιοργάνωση, όπως είχε προταθεί με τα 80 νοσοκομειακά συγκροτήματα στο πρότυπο των βρετανικών trusts... νοσοκομεία μικρής σημασίας να κλείσουν. Οι ΥΠΕ μπορούν να εισάγουν και στοιχεία ανταγωνισμού, με σύστημα συμβάσεων price/volume/quality agreement» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

Μοντέλο (Δ): Τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να παραμείνουν ΝΠΔΔ, με «συμμετοχική διοίκηση... με κοινωνική ανταποδοτικότητα... να κρίνονται από τις τοπικές κοινωνίες, από τους ίδιους τους εργαζόμενους, από τους ασθενείς. Στόχος είναι να ανταποκρίνονται στις ανάγκες όλων... Οι άλλες [νομικές] μορφές μερικές φορές είναι και λύση, αν θέλεις να κάνεις κάτι γρήγορα, αλλά... Πιθανά να πρέπει να αναβαθμιστεί η εκλεγμένη Περιφέρεια στο ρόλο του ελέγχου... αποκέντρωση του ελέγχου, με διασφάλιση της χρηματοδότησης... Ο ανταγωνισμός δεν είναι προτεραιότητα... προτεραιότητα είναι η χρηματοδότηση και η στελέχωση» (νυν Γεν. Γραμματέας).

10.2.3 Επιλογή Κατάλληλων Νοσοκομειακών Διοικήσεων: Τι πρέπει να γίνει

Η πρώτη ερώτηση που ετέθη στους συνεντευξιαζόμενους, στον συγκεκριμένο άξονα ενδιαφέροντος της έρευνας ήταν: «Πρόσφατα ο υπουργός Υγείας δήλωσε ότι, οι θέσεις των Διοικητών νοσοκομείων είναι πολιτικές. Εσείς τι πιστεύετε ότι είναι; Πολιτικές ή τεχνοκρατικές;»

Οι 9 από τους 12 απήντησαν ευθέως και τεκμηρίωσαν την τεχνοκρατική φύση της νοσοκομειακής εξουσίας, αναφερόμενοι στο οικονομικό μέγεθος των κρατικών νοσοκομείων και στην ανάγκη διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού τους, που χαρακτηρίζεται από διαφορετικότητα κοινωνικής διαστρωμάτωσης και κουλτούρας. Οι διοικητές νοσοκομείων πρέπει να είναι έμπειροι γνώστες του αντικειμένου και ικανοί να υλοποιήσουν την πολιτική του υπουργείου υγείας, «μέσα από επιστημονικά δεδομένα» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1).

«Θα πρέπει επίσης, να ισχύσει το 'διευθυντικό δικαίωμα', δηλαδή αυτοί που θα διοικούν τις μονάδες, θα πρέπει να είναι διευθυντές και όχι άνθρωποι οι οποίοι σύρονται και φέρονται από τους συνδικαλιστές ή τους πολιτικούς» (Ακαδημαϊκός-1).

Οι υπόλοιποι 3 παρουσίασαν την ανάγκη επιλογής εξειδικευμένων στελεχών λίγο διαφορετικά:

Είναι «πλεονέκτημα οι τεχνοκράτες... οι θέσεις είναι πολιτικές γιατί εφαρμόζουν πολιτική... όμως, πρέπει να υπάρξει αζιοκρατία» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

Είναι «τεχνοπολιτικές. Η τεχνοκρατική διάσταση στη λειτουργία αφορά στην επιστημονική κατάρτιση και η πολιτική ότι κατανοεί την πολιτική στρατηγική και είναι ικανός να την εφαρμόσει μέσα από την 'τέχνη' του» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

Πρέπει να έχουν «επιστημονική επάρκεια και ικανότητα διοίκησης... αντικειμενικά παίζουν πολιτικό ρόλο, αλλά ο πολιτικός ρόλος είναι η επάρκειά τους να υλοποιούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την πολιτική που χαράζει η υπεύθυνη κυβέρνηση. Δεν σημαίνει αυτό ότι πρέπει να είναι, σώνει και καλά, κομματικοί εγκάθετοι... Προς το παρόν, πρέπει να αλλάξουν όλοι οι διοικητές, διότι υπηρέτησαν, με πολύ φανατισμό μερικοί, μια τελείως αποτυχημένη πολιτική» (νυν Γεν. Γραμματέας).

Η αξιοκρατική επιλογή των κατάλληλων προϋποθέτει την εισαγωγή κριτηρίων, διαφάνεια στην κατάταξη των υποψηφίων και, κυρίως, πολιτική συναίνεση. Η επιλογή θα πρέπει να ανατεθεί σε ανεξάρτητο σώμα, όπως είναι το ΑΣΕΠ¹⁷⁰, ή σε εταιρείες Human Resources¹⁷¹. Όμως, προς το παρόν, «η επιλογή... θα γίνει υποχρεωτικά» και στη συνέχεια «πρέπει να διαμορφώσουμε κανόνες σταθερούς», που θα συμπεριλαμβάνουν και «την ικανότητα να υλοποιήσουν την πολιτική της κυβέρνησης. Πρέπει να αποδίδουν απολογισμό στην κοινωνία, πρέπει να βρούμε τρόπους να τους ελέγχει» (νυν Γεν. Γραμματέας). Η ευθύνη της αξιολόγησης των επιδόσεων των διοικητών, βασισμένων σε προκαθορισμένους και ρεαλιστικούς στόχους, πρέπει να ανατίθεται σε ανεξάρτητο όργανο και οι προτάσεις υπήρξαν συνεπείς της οργανωτικής δομής που εισηγήθηκε κάθε συνεντευξιαζόμενος (ανεξάρτητος φορέας ή αυτόνομες ΥΠΕ).

Ο βαθμός εξουσίας της διοίκησης των νοσηλευτικών μονάδων ανέδειξε μια σειρά ζητημάτων, όπως είναι η αξιολόγηση αναγκών, οι προσλήψεις - απολύσεις και η διαφοροποίηση των αμοιβών. Όπως ήταν φυσικό, η ευθύνη αξιολόγησης των αναγκών και προσλήψεων - απολύσεων ανατέθηκε στον εποπτικό θεσμό¹⁷² που πρόταξε ο εκάστοτε ερωτώμενος, ενώ οι υποστηρικτές του μοντέλου (Γ) συναρτούν την πλήρη αυτοτέλεια ενός οργανισμού με την εξουσία διαχείρισης αυτών των θεμάτων.

Η διαφοροποίηση των αμοιβών προκάλεσε πλήθος παρατηρήσεων, αποδεικνύοντας ότι το Ενιαίο Μισθολόγιο αποτελεί τροχοπέδη στις επιδόσεις:

¹⁷⁰ Το ΑΣΕΠ προτάθηκε από 7 συνεντευξιαζόμενους, ως σώμα που εγγυάται την αιτούμενη αντικειμενικότητα. Παράλληλα, επισημάνθηκε η υποστελέχωσή του και η ανάγκη στήριξης για την επίτευξη των διαδικασιών.

¹⁷¹ Οι εταιρείες «κυνηγοί ταλέντων» θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και στο επίπεδο της υπηρεσιακής ηγεσίας των νοσοκομείων (Διευθυντών Διοικητικής, Οικονομικής, Νοσηλευτικής, Ιατρικής Υπηρεσίας) (π. Γεν. Γραμματέας-1).

¹⁷² Ανεξάρτητος φορέας, αυτόνομες ΥΠΕ, αποκεντρωμένες εκλεγμένες διοικήσεις.

«Πρέπει να υπάρξει αλλαγή του συστήματος... αμοιβών, που θα διαφοροποιεί ανάλογα με την παραγωγικότητα ή τη θέση ευθύνης, που κατέχει καθένας» (Ακαδημαϊκός-2).

«Θέλω να μου πείτε σε ποιο νοσοκομείο της Ευρώπης ο καρδιοχειρουργός παίρνει τα ίδια λεφτά με τον παθολογοανατόμο...» (π. Υποδιοικητής ΥΠΕ).

«Οι αμοιβές [των διοικητών] να εξαρτώνται από τους στόχους, τη δυναμικότητα του νοσοκομείου, τα αποτελέσματα της διαχείρισης... και για την ομάδα που θα τον πλαισιώνει. Μόνο έτσι η νοσοκομειακή διακυβέρνηση θα προσελκύσει άτομα ικανά... job description και αμοιβή όλων σύμφωνα με τα προσόντα, την προσφορά και το stress εργασίας» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1).

Η διαφοροποίηση αμοιβών πρέπει να εγκαθιδρυθεί «κατ' αρχήν απ' το ίδιο το κράτος, βάσει συντελεστών βαρύτητας και πολυπλοκότητας του επαγγέλματος... στη συνέχεια, εντός του οργανισμού βάσει αποτελεσμάτων... bonus... ποινές» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

«Έχουμε μπει στη λογική μιας καταστροφικής εξίσωσης... έναν καλό νευροχειρουργό πρέπει να τον πληρώσει [το νοσοκομείο]... Για να πάει ο καλός» (π. Υπουργός-1).

Η εξουσία της διοίκησης συμπεριέλαβε και το ρόλο των Δ.Σ.: «... εφόσον τα νοσοκομεία γίνουν ανεξάρτητα χρηματοδοτικά και επικρατήσει αξιοκρατία στην επιλογή διοικήσεων... τα Δ.Σ. [πρέπει] να έχουν μεικτή σύνθεση... εσωτερικά, αξιοκρατικά επιλεγμένα, στελέχη... πιθανά και εκπρόσωπος της κοινωνίας... αλλά τι [είδους εκπρόσωπος]... όπως στο NHS, π.χ παίρνουν τον παλιό διευθυντή της British Telecom... και φυσικά τον αποδέχεται η κοινωνία... Αλλά δεν μπορώ να φανταστώ διοίκηση δια εκλογών των σωματείων...» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

10.2.4 Χρήση Επιχειρησιακών Εργαλείων: Τι πρέπει να γίνει

Για τη νοσηλευτική περίθαλψη, οι δυνατότητες των ΤΠΕ στη βελτίωση των κλινικών και οικονομικών αποτελεσμάτων, στην αύξηση της πληροφόρησης για τη λήψη αποφάσεων, στην τυποποίηση των διαδικασιών καθώς και η δυναμική της παρακίνησης του ανθρώπινου δυναμικού από ορθά σχεδιασμένα συστήματα αξιολόγησης-επιλογής και κινήτρων-αντικινήτρων, υπήρξε θέση με την οποία συμφώνησαν όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι ειδικοί. Επιπροσθέτως, πεποίθηση της συντριπτικής πλειοψηφίας των ερωτηθέντων είναι ότι, η χρήση των επιχειρησιακών εργαλείων θα επηρέαζε, προς το καλύτερο, το μοντέλο διοίκησης των κρατικών νοσοκομείων.

Ως απόλυτη προτεραιότητα, αναφέρθηκε από τους ειδικούς, η δημιουργία και χρήση ενός ενιαίου ΟΠΣ, το οποίο θα επιτρέπει στον εποπτικό, ρυθμιστικό φορέα¹⁷³ των νοσηλευτικών μονάδων τη σύγχρονη ενημέρωση (on-real time) των λειτουργικών-οικονομικών δεδομένων των οργανισμών, για τη διευκόλυνση του συντονισμού και της λήψης αποφάσεων. Σήμερα, η συνεχής αναζήτηση στοιχείων από το υπουργείο, τις ΥΠΕ, «ταυτόχρονα κι από όλους μαζί... τα ίδια στοιχεία 2-3 φορές» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1), το μόνο που κατορθώνει είναι την απώλεια εργατωρών σε μία δύσκολη περίοδο για το υποστελεχωμένο νοσηλευτικό σύστημα. Έτσι, το ενιαίο ΟΠΣ θα πρέπει:

(α) Να διαθέτει προτυποποίηση των στοιχείων, ώστε

«... να γίνεται η ίδια μέτρηση. Έτσι όπως το αντιλαμβάνομαι εγώ, να το αντιλαμβάνεται και ο άλλος, γιατί αυτή τη στιγμή, άλλα στοιχεία δίνω εγώ και άλλα δίνει το διπλανό νοσοκομείο!» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1).

(β) Να βελτιώνει τα επίπεδα διαφάνειας (δημοσιοποίηση στοιχείων).

«Το ότι σήμερα δεν ανακοινώνεται τίποτε, είναι ένα σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να συμπεριλάβεις στην έρευνα. Τι ανακοινώνεται στα νοσοκομεία της Ευρώπης, για να μην πάμε στην Αμερική που είναι υποχρεωμένοι οι πάροχοι να τα έχουν όλα στο site τους, και τι δεν γίνεται στην Ελλάδα!... να ξέρουμε τι κάνει κάθε νοσοκομείο, όχι να επικρατεί συσκότιση» (Ακαδημαϊκός-1).

«Η κυριότερη αξιολόγηση είναι να καλύπτει [το νοσοκομείο] τις κοινωνικές ανάγκες και πρέπει να βρούμε ένα τρόπο οι ίδιοι οι πολίτες και οι ασθενείς να έχουν λόγο» (νυν Γεν. Γραμματέας).

(γ) Να διευκολύνει την τήρηση διαδικασιών στις προμήθειες και τον ορθολογισμό στη διαχείριση των αποθεμάτων.

«... είδα στην Ελβετία... το 1982 [!], τον τμηματάρχη προμηθειών να έχει 12 οθόνες και να βλέπει τις καταναλώσεις... ήταν πράσινες... κίτρινες... πορτοκαλί και κόκκινες γραμμές. Στο κίτρινο άρχιζαν να ενημερώνουν τους προμηθευτές... υπάρχουν εργαλεία, τα οποία φέρνουν σαρωτικές εξελίξεις» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

«... φιλοδοξία είναι να υπάρξει ένα ΟΠΣ, [που θα συμπεριλαμβάνει] ‘εικονική αποθήκη’... θα έχει η πολιτική ηγεσία, αλλά και η διοίκηση... την εικόνα... και να αποφεύγονται αυτές οι απ’ ευθείας αναθέσεις. Οι δήθεν βιαστικές και επείγουσες προμήθειες» (νυν Γεν. Γραμματέας).

¹⁷³ Όποιος κι αν αποφασισθεί να είναι αυτός.

(δ) Να παρέχει στοιχεία ποιοτικής και ποσοτικής αξιολόγησης της μονάδας, με δυνατότητα χρήσης αυτών των στοιχείων στην αποζημίωση και χρηματοδότηση των παρόχων.

Η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών «με συμβάσεις *price/volume/quality*» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

«Ασφαλώς. Όταν λέμε κρατική χρηματοδότηση, δεν εννοούμε ανεξέλεγκτη και... χωρίς εργαλεία ελέγχου» (νυν Γεν. Γραμματέας).

(ε) Να είναι φιλικό στον χρήστη και στο περιβάλλον.

«... θα πρέπει να πείσει [το ΟΠΣ] ότι θα κάνει τη ζωή του χρήστη πιο εύκολη» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

«... καταναλώνουμε ένα δάσος κάθε μήνα για να γράφουμε συνταγές... γιατί δεν μπορούμε να βάλουμε ηλεκτρονικές υπογραφές... να το κάνουμε ολοκληρωμένα» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

(στ) Να μπορούν να εξελίσσονται σύμφωνα με τις ανάγκες του νοσηλευτικού συστήματος, χωρίς αυτό να συνεπάγεται εκτίναξη του κόστους τους.

«Τα πληροφοριακά συστήματα είναι, όπως και ο νοσοκομειακός οργανισμός, συστήματα δυναμικά, δεν είναι στατικά... Αυτό σημαίνει ότι, καθημερινά χρειάζεται, με βάση τις απαιτήσεις και την τεχνολογία, να αυξάνονται, να βελτιώνονται» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-2).

«Δεν ξέρουν κατ' αρχάς να κάνουν διαγωνισμό [τα νοσοκομεία]... στο εξωτερικό είναι προαγορασμένα, βάσει συμβάσεων του κράτους. Όλες οι μεταβολές λειτουργίας του πακέτου δεν πληρώνονται» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

«Μαζί με την ΗΔΙΚΑ και τις 8 εταιρείες πληροφορικής, τόσες είναι στην Ελλάδα, να οδηγηθούν σε ένα ενιαίο πληροφοριακό σύστημα... θα πάρουν μια 5ετή σύμβαση συντήρησης, όπως γίνεται σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες... κάτω του 1%... 5 εκατ. ανά έτος, για να κρατούν το σύστημα ενιαίο και λειτουργικό. Το κάνανε και οι Τούρκοι... το ολοκληρώσανε» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

(ζ) Να τηρεί τα νομοθετημένα επίπεδα ασφάλειας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων

«Το πρώτο πράγμα που είπαμε... δεν μπορείτε να κάνετε ηλεκτρονική συνταγογράφηση χωρίς ηλεκτρονική κάρτα., ηλεκτρονική υπογραφή και... σε επίπεδο ασφάλειας εθνικού απορρήτου... Είναι δυνατόν ο κάθε υπάλληλος της ΗΔΙΚΑ να μπορεί να δει όλες τις καταναλώσεις των φαρμάκων [με δυνατότητα] να τις εμπορευθεί;» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

Για την εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης-επιλογής και κινήτρων-αντικινήτρων, οι συνεντευξιαζόμενοι παρατήρησαν ότι πρέπει να συμπεριλάβουν το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού της νοσηλευτικής μονάδας:

- Το ζήτημα της επιλογής «...το επεκτείνω πέραν των διοικητών. Σε επίπεδο διεύθυνσης, ακόμα και σε επίπεδο διεύθυνσης κλινικής. Ο διευθυντής κλινικής πρέπει να επιλέγεται από μια συγκεκριμένη διαδικασία και όχι βάσει επετηρίδας. Εκεί μπαίνουν μηχανισμοί κλινικής διακυβέρνησης... [Η νοσοκομειακή διακυβέρνηση] να επεκταθεί σε όλη τη δομή του συστήματος» (π. Γεν. Γραμματέας-1).

- Θα μπορούσαν να εφαρμόζονται ήδη τέτοια συστήματα, γιατί δεν είναι μόνο θέμα χρημάτων: «Τα κίνητρα δεν είναι πάντα οικονομικά, υπάρχει και η ηθική ανταμοιβή» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

Τι χρειάζεται, όμως, για να συμβούν τα παραπάνω; Σύμφωνα με τους συνεντευξιαζόμενους, πολιτική βούληση και συνεχής στήριξη στην υλοποίηση. Η δε πολιτική βούληση συνδέθηκε, κυρίως, με τη αξιοκρατική στελέχωση των ανώτερων θέσεων των οργανισμών.

- «Δεν θα μπορούσαν να εγκατασταθούν με μη σοβαρές διοικήσεις. Αν είναι άσχετοι οι διευθύνοντες, δεν θα τα αφήσουν να αναπτυχθούν και να λειτουργήσουν» (Ακαδημαϊκός-1).

- «Λίγοι από τους διοικητές είχαν μια τέτοια κουλτούρα, που να τους καθιστά υποστηρικτές αυτής της προσπάθειας» (Ακαδημαϊκός-2).

- «Προϋπόθεση [είναι ότι] θα τα στελεχώνουν οι άξιοι, ώστε να αξιολογούν τους υπόλοιπους... [Για τους γιατρούς] σύστημα ποιοτικής με το φύλλο αξιολόγησης και ποσοτικής βάσει δεικτών αξιολόγησης» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

- «... θα χρειασθεί υποστήριξη διαρκείας, γιατί πυροτεχνήματα έχουμε δει» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

- «... είναι θέμα επιλογών και πολιτικής βούλησης. Όταν το υπουργείο... έχει ένα Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας... απηρχαιωμένος θεσμός, που περισσότερο λειτουργεί για συνδικαλιστικές ανάγκες» (π. Υποδιοικητής ΥΠΕ).

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να εφαρμοσθούν πολιτικές προσαρμογής-αποδοχής των επιχειρησιακών εργαλείων:

- «Αν προσπαθείς να βάλεις [κλινικά] πρωτόκολλα στα νοσοκομεία ή σύστημα αξιολόγησης, πρέπει να εμπλέξεις στο σχεδιασμό και τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους. Να έχουν κι αυτοί λόγο, να... είναι κάτι το οποίο το συνδιαμόρφωσαν... μέτρησε η γνώμη τους... Όλα αυτά θέλουν και μια μορφή συναίνεσης» (Ακαδημαϊκός-2).

- «Αν δεν πείθεις... αν θες να τα περάσεις [επιχειρησιακά εργαλεία] με αυταρχικό τρόπο... τότε δεν θα περάσουν... Αυτή δεν ήταν αξιολόγηση¹⁷⁴, ήταν πρόσχημα για απόλυση. Άρα είχε αποτύχει *de facto*. Τώρα πρέπει να βρούμε τρόπους εμείς αυτή η λέξη να πάρει έναν άλλο χαρακτήρα» (νυν Γεν. Γραμματέας).

Ορισμένοι από τους ειδικούς επισήμαναν και τον παράγοντα της καταλληλότητας, σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο, του ανθρώπινου δυναμικού.

«... κάθε σύστημα σου είναι άχρηστο εάν δεν έχεις τον κατάλληλο αριθμό ατόμων, τόσο ποσοτικό όσο και ποιοτικό» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1).

«Στην εφαρμογή τέτοιων συστημάτων [επιχειρησιακών εργαλείων] χρειάζεται οι άνθρωποι να έχουν *skills* (δεξιότητες)» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-2).

Υποστηρίχθηκε, επίσης, η άποψη ότι πριν την εφαρμογή των αλλαγών:

«Πρέπει να αφήσουμε τα νοσοκομεία να περάσουν μία περίοδο αυτονομίας. Τα νοσοκομεία τα έχει καταδυναστεύσει ο συνδικαλισμός και η κομματική παρέμβαση. Πρέπει, με κάποιο τρόπο, να τα αφήσουμε λίγο ελεύθερα... και εκεί... θα ξεχωρίσουμε και... τους εργαζόμενους μέσα στα νοσοκομεία, που είναι οι άνθρωποι που θέλουν να προσφέρουν, να παράγουν, που βλέπουν και κάτι θετικό μπροστά τους» (π. Υποδιοικητής ΥΠΕ).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων επικρότησε τη δημιουργία του ESY-NET, αλλά επισήμανε την ανάγκη περαιτέρω ανάπτυξής του, έως την εγκαθίδρυση του απαραίτητου και ενιαίου ΟΠΣ. Εξαιρετικά, επίσης, αναγκαία κρίνεται η ολοκλήρωση του Χάρτη Υγείας της χώρας:

«... ο Χάρτης Υγείας είναι... μια πονεμένη ιστορία. Δόθηκαν χρήματα, ενεπλάκησαν διάφοροι φορείς χωρίς κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα... είναι προβλήματα, κυρίως, του πολιτικού συστήματος» (Ακαδημαϊκός-2).

«Απόλυτη προτεραιότητα και θα γίνει. Το έχω αναλάβει εγώ. Θα υπάρξει ο Χάρτης Υγείας...» (νυν Γεν. Γραμματέας).

10.2.5 Σε ποιο Σημείο Βρίσκονται σήμερα τα Νοσοκομεία

Ελάχιστοι θα μπορούσαν να αρνηθούν ότι η σημερινή κατάσταση των κρατικών νοσοκομείων της χώρας είναι δραματική. Οι προβλέψεις, όμως, των συνεντευξιζόμενων, στην περίπτωση που δεν υπάρξουν άμεσες μεταρρυθμίσεις στους άξονες οι οποίοι απασχόλησαν την έρευνα, αφορούν σε επικείμενη κατάρρευση:

¹⁷⁴ Αναφέρεται στην προσπάθεια αξιολόγησης του προσωπικού των δημοσίων υπαλλήλων με το Ν. 4250/2014, που ψήφισε η προηγούμενη συγκυβέρνηση Ν.Δ. - ΠΑΣΟΚ.

«Θα συμβούν πολύ άσχημα πράγματα, γιατί θα καταρρεύσουν πλήρως... έχουμε λίγους πόρους και τους χειριζόμαστε με άσχημο τρόπο. Είναι μαθηματικά βέβαιο ότι, το αποτέλεσμα για τον έλληνα ασθενή θα είναι δραματικό» (Ακαδημαϊκός-1).

«... ένας επιταχυνόμενος μαρασμός, που θα οδηγήσει σε ακραία φαινόμενα αδυναμίας λειτουργίας αρκετών νοσοκομείων» (Ακαδημαϊκός-2).

«Ανάλογα... το ύψος της χρηματοδότησης, που θα δοθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό, γιατί οι αδυναμίες με περισσότερο χρήμα καλύπτονται» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

«Θα οδηγηθούμε σε ένα σύστημα flat... Αυτό θα εκτροχιάσει τις δαπάνες» (π. Υποδιοικητής ΥΠΕ).

«Όσο περνάει ο καιρός θα υποβαθμίζονται όλο και περισσότερο. Κάποια στιγμή αυτό το σύστημα φτάνει σε ένα τέλμα. Όσο και να χρηματοδοτείς, τα λεφτά θα είναι χωρίς αντίκρισμα... [Όταν] δεν δυναμώνεις το σύστημα... είναι ένα μεταβατικό στάδιο [για] μερική ιδιωτικοποίηση ... catering, προμήθειες, λογιστήρια, γιατροί με μπλοκάκι» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1).

«Το σύστημα... γερνάει κάθε μέρα, γερνάει!... η πυραμίδα του ανθρώπινου δυναμικού, προσλήψεων, δεν είναι κανονικοποιημένη... θα υπάρξει ένα πάρα-πάρα πολύ μεγάλο κενό γνώσης... θα χαθεί η γνώση της επιστήμης και η γνώση της ανθρωπιάς, που υπήρχε και υπάρχει ακόμα. Ένα μέρος της κουλτούρας, διότι τα νοσοκομεία λειτουργούν με κεκτημένη ταχύτητα και το ενδιαφέρον των ανθρώπων που ακόμα δουλεύουν μέσα... Η επίπτωση είναι σαν το παράδειγμα με τον Χότζα και τον γάιδαρο, που μόλις έμαθε να μην τρώει, πέθανε!» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-2).

«Θα βελτιώνεται η κακομοιριά τους!.. θα κλείσουν» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

«Τα νοσοκομεία μας φθίνουν συνεχώς... όταν πας στο νοσοκομείο ή βλέπεις τι παρουσιάζουν τα κανάλια... Όπως στην παλιά εποχή, που το νοσοκομείο ήταν προθάλαμος του νεκροταφείου... ο κόσμος... σιγά-σιγά θα συνηθίσει να πληρώνει. Ήδη... η ιδιωτική ασφάλιση των πολιτών αυξάνεται κατακόρυφα» (π. Υπουργός-1).

«... δεν μπορεί να έχει μεγάλο χρόνο ζωής μπροστά του. Κυρίως, γιατί τις στρεβλώσεις του στο παρελθόν τις καλύπταμε με επιπλέον χρηματοδότηση. Τώρα δεν έχουμε περισσότερα χρήματα να δώσουμε, άρα, αν δεν το μεταρρυθμίσουμε, θα καταρρεύσει» (π. Υπουργός-2).

«Ε, θα καταρρεύσει το σύστημα... είναι σε οριακό σημείο πλέον και αυτή τη χρονιά [2015] το περιμέναμε... Είναι ένα γηρασμένο σύστημα... Δεν υπάρχει σύστημα διαχείρισης της γνώσης... πρέπει να το επανιδρύσουμε» (π. Γεν. Γραμματέας-1).

«Θα επέλθει κατάρρευση του συστήματος, δια της μη παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών και φαρμακευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Θα φέρνουν μόνοι τους οι ασθενείς τα υλικά στα

νοσοκομεία. Ο ηρωισμός κάποιων επαγγελματιών υγείας θα καταλήξει στο burnout αυτών, ενώ οι άλλοι θα επιδοθούν σε έκνομες πράξεις... Δεν μπορεί να πάει πιο κάτω... από εκεί που θα φτάσει το 2015» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

«Με την παρούσα χρηματοδότηση και τον ισχύοντα τρόπο λειτουργίας τα νοσοκομεία θα καταρρεύσουν μέχρι τέλος του χρόνου [2015]» (νυν Γεν. Γραμματέας).

10.2.6 Είναι η Κρίση «Παράθυρο Ευκαιρίας»;¹⁷⁵

Άραγε, αποτελούν όλα όσα, μέχρι τώρα, κατέγραψε η έρευνα «συμπτωματικές λογικές» (accidental logics)[222], ικανές να ωθήσουν τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση; Όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι τόνισαν την ανάγκη συνύπαρξης (α) πολιτικής βούλησης και (β) αλλαγής αντιλήψεων της ελληνικής κοινωνίας.

Πιθανολογήθηκε μάλιστα η εμφάνιση νέων πολιτικών σχημάτων, που θα λάβουν γενναίες αποφάσεις:

- «*Η χώρα καταστράφηκε, έγινε περίγελος του πλανήτη και πτώχευσε, διότι, μεταξύ άλλων, καταστράφηκε η δημόσια διοίκηση, μετά τις παρεμβάσεις των κομμάτων της [σημερινής] αντιπολίτευσης... Βλέπετε τώρα και το τελευταίο... Η προσωπική μου εκτίμηση είναι ότι με την ολοκλήρωση της πολιτικής καταστροφής του ΣΥΡΙΖΑ, που επίκειται, ολοκληρώνεται η μεταπολίτευση. Σύντομα θα έχουμε καινούργια πολιτικά σχήματα» (Ακαδημαϊκός-1)[231].*

- Είναι «*η ανάγκη του κόσμου να δει κάτι άλλο... [δεν] έχει πολιτικές... δογματικές θέσεις, όπως είχαμε εμείς... διαφοροποιείται ένα σώμα, μεσαίου χώρου ιδεολογικά, πιο υπεύθυνο και χωρίς δογματικές αναστολές» (π. Υπουργός-1).*

Αλλά, υποστηρίχθηκε και η δυνατότητα οι γενναίες αποφάσεις να ληφθούν από τα ήδη υπάρχοντα κόμματα:

«... είμαι κατά της λογικής, που λέει ότι θα έχουμε πολιτικό κόστος. Νομίζω ότι πρέπει να προχωρήσεις, να το κάνεις και στο τέλος θα δικαιωθείς» (π. Γεν. Γραμματέας-1).

«... με διακομματική συμφωνία» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

«*Αν υπάρξουν παραδείγματα κυβερνήσεων, που για κάποιο αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα φερθούν σωστά, μετά αυτό θα επιβληθεί και αυτή θα είναι η τακτική» (νυν Γεν. Γραμματέας).*

¹⁷⁵ Βλ. Υποσημείωση 7.

Η οικονομική ύφεση, ως «κρίσιμη συγκυρία»[18] με σημαντικές επιπτώσεις, μπορεί να λειτουργήσει ως «παράθυρο ευκαιρίας», ανατρέποντας κατεστημένες πολιτικές, εγκαθιδρύοντας νέες, περισσότερο συμβατές με τις ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας.

«Η Ελλάδα μέσα από την κρίση αλλάζει... επειδή δεν υπάρχει άλλος δρόμος» (Ακαδημαϊκός-2).

«Όσο το κόστος υγείας αυξάνει, τόσο αυξάνει και η ανάγκη χρήσης περισσότερων εργαλείων, για να διαχειριστούμε τους πόρους, που... είναι σπάνιοι... πρέπει να χρησιμοποιήσουμε τα καλύτερα εργαλεία» (νυν Διοικητής ΥΠΕ).

«Η κρίση βοηθάει... θα γίνει μερική ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων, εκεί πηγαίνουμε, οπότε αυτό [η πελατειακή λειτουργία] θα αρχίσει να σπάει σιγά-σιγά» (νυν Διοικητής νοσοκομείου-1).

Υπήρξαν, όμως, και οι λιγότερο αισιόδοξες -έως πλήρως απαισιόδοξες- προβλέψεις, παρ' ότι αναγνωρίστηκε η ανάγκη εγκαθίδρυσης μιας νέας δημόσιας διοίκησης¹⁷⁶:

«Η κρίση δεν είναι εργαλείο, που θα σε πάει στη διαδικασία οργάνωσης παραγωγής... Μέσα στην κρίση κοιτάνε [οι άνθρωποι] πώς θα πολλαπλασιάσουν την εξάρτηση από τον πολιτικό... Ο άλλος χάνει την αξιοπρέπειά του, δεν θα χάσει την ηθική του;» (π. Διοικητής νοσοκομείου).

«... έχουν παγώσει τα πάντα στην Ελλάδα, αλλά ευελπιστώ στο μέλλον όλα να ξαναπάρουν εμπρός» (π. Υπουργός-2).

«Ο Θεός βοηθός» (π. Γεν. Γραμματέας-1).

«... εύχομαι και ελπίζω το 2015 να είναι η πιο κάτω χρονιά που έχει υπάρξει και το 2016 να είναι μια καλύτερη χρονιά, με την εφαρμογή κάποιων, από όσα παραπάνω συζητήσαμε» (π. Γεν. Γραμματέας-2).

Η συγγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας, ολοκληρώνεται σε αυτό το σημείο. Στο επόμενο και τελευταίο Κεφάλαιο της μεταπτυχιακής διατριβής συνοψίζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, αναλύονται τα ευρήματα της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για το μέλλον της ελληνικής νοσοκομειακής διακυβέρνησης.

¹⁷⁶ Αναφέρθηκε και ο όρος new public management, που αφορά στην τάση μίμησης διαδικασιών του ιδιωτικού τομέα για τη βελτίωση της λειτουργίας του δημόσιου. Η τάση αυτή εντοπίζεται στις αρχές της δεκαετίας 1980 στη Βρετανία και σταδιακά εξαπλώθηκε στις χώρες του ΟΟΣΑ[232].

Συνοψίζοντας τα βασικά ευρήματα της παρούσας εργασίας, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οι 3 άξονες μελέτης της νοσοκομειακής διακυβέρνησης, ήτοι το μοντέλο οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων, το σύστημα αξιολόγησης-επιλογής κατάλληλων διοικητών και η χρήση επιχειρησιακών εργαλείων, πρέπει να αποτελέσουν άμεση προτεραιότητα για την εγχώρια πολιτική υγείας. Η έρευνα έδειξε ότι τα νοσοκομεία καταρρέουν και το πολιτικό σύστημα θα πρέπει να λάβει επείγοντως ορθολογικές αποφάσεις, τις οποίες έχει ευθύνη να στηρίξει και να τις απαιτήσει η κοινωνία. Η στασιμότητα και διατήρηση των θεσμών δεν είναι πλέον ασφαλής επιλογή και οι δρώντες οφείλουν να *απεγκλωβισθούν*¹⁷⁷ από τις αναποτελεσματικές και επικίνδυνες για το δημόσιο συμφέρον πελατειακές σχέσεις.

Από την ίδρυση του «Υπουργείου Περιθάλψεως» το 1917 έως σήμερα διαπιστώνεται η συνεχής προσπάθεια συντεχνιακού ελέγχου των νοσοκομείων, ο κρατικός παρεμβατισμός καθώς και η απουσία σχεδιασμού και αντίστοιχου συντονισμού της νοσηλευτικής περίθαλψης. Μοναδική εξαίρεση σχετικής αυτονομίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων υπήρξε η περίοδος 1937-1952, με την εφαρμογή του Α.Ν. 965/1937. Ένα αντίστροφα προοδευτικό σύστημα χρηματοδότησης των κρατικών νοσοκομείων παρεμποδίζει την εξοικονόμηση κόστους και τη διασφάλιση ποιότητας, με αλυσιδωτές αντιδράσεις που αφήνουν μεγάλα περιθώρια στη διαφθορά.

Η ανάγκη προσέλκυσης και επιλογής κατάλληλων στελεχών για τη διαχείριση των κρατικών νοσοκομείων αποτυπώθηκε για πρώτη φορά στο Ν. 3301/1955 και τελευταία στο Ν.4052/2012, με τη μελέτη να καταγράφει 57 συνεχόμενα χρόνια παλινδρόμησης, μεταξύ νομοθετημένης αξιοκρατικής και στην πράξη κομματικά ελεγχόμενης διοίκησης του χώρου. Επιπροσθέτως, η συνδιαχείριση των νοσοκομείων από τα συνδικάτα υπήρξε αποτέλεσμα της ανάπτυξης του ελληνικού συνδικαλισμού, σε στενό εναγκαλισμό με το εκάστοτε κυβερνών κόμμα. Έτσι, κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια για τη βελτίωση της νοσοκομειακής διακυβέρνησης τερπνιζόταν από τα κρατικοδίαιτα συντεχνιακά συμφέροντα και τις εκάστοτε πολιτικές σκοπιμότητες.

Η οριστικοποίηση της νομικής μορφής των νοσηλευτικών οργανισμών ως ΝΠΔΔ, με την ίδρυση του ΕΣΥ (Ν. 1397/1983), παγίωσε σταδιακά την -κακώς εννοούμενη- δημοσιούπαλληλική συμπεριφορά και την κουλτούρα της μη λογοδοσίας, σε ένα σύστημα που δεν αξιολογεί το ανθρώπινο δυναμικό του και προσεγγίζει οριζόντια την επιβράβευση ή τιμωρία. Επίσης από

¹⁷⁷ Βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές και Σημειώσεις [11].

την ίδρυση του ΕΣΥ, τα ολοένα αυξανόμενα οικονομικά ελλείμματα των νοσοκομείων, υπό καθεστώς πολιτικής συγκάλυψης της διαχειριστικής ευθύνης, επαπειλούσαν τη βιωσιμότητα του συστήματος. Η διατήρηση της νομικής μορφής του ΝΠΔΔ δεν επέτρεψε καινοτόμες δράσεις και αναπτυξιακές πρωτοβουλίες, ενώ στέρησε τη δυνατότητα χρήσης επιχειρησιακών εργαλείων, όπως είναι η εφαρμογή κινήτρων-αντικινήτρων, η διαφοροποίηση των αμοιβών κ.ά., από τα δημόσια νοσοκομεία.

Τα παραπάνω ευρήματα έλαβαν εντονότερη μορφή στα τελευταία, μνημονιακά χρόνια και έθεσαν το σύστημα σε πολυπαραγοντική κρίση, ενισχύοντας τον ιατροκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος και την κουλτούρα της αναξιοκρατίας. Η απροσχημάτιστη κομματοκρατία και η συντήρηση του πελατειακού κράτους οδήγησαν πρωτίστως στην ηθική και συνακόλουθα στην οικονομική κατάρρευση του δημόσιου συστήματος νοσηλευτικής περίθαλψης.

Η έρευνα της ευρωπαϊκής νοσοκομειακής διακυβέρνησης, με εστίαση στους 3 άξονες ενδιαφέροντος της μελέτης μας σε 8 χώρες, δείχνει ότι η βιωσιμότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης απαιτεί μεταρρυθμίσεις, οι οποίες σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν. Αν και τα αποτελέσματα αυτών των αλλαγών δύσκολα αξιολογούνται, έρευνες δείχνουν ότι υπήρξαν επιτυχείς σε χώρες με σταθερή πολιτική και τεχνικά ικανούς θεσμικούς οργανισμούς.

Η ποιοτική έρευνα, η οποία διεξήχθη για τις ανάγκες της μελέτης, συνέλεξε δεδομένα μέσω ημι-δομημένων συνεντεύξεων που παραχώρησαν 12 ειδικοί, με την ιδιότητα των: Διοικητών νοσοκομείων, Διοικητών και Αναπλ. Διοικητών ΥΠΕ, Ακαδημαϊκών (συναφούς γνωστικού αντικείμενου, με θητεία στη δημόσια διοίκηση του τομέα υγείας) και πολιτικών (με θητεία στο Υπουργείο Υγείας). Η ανάλυση των απόψεων των ειδικών τεκμηρίωσε τα ευρήματα της προερευνητικής φάσης, ήτοι:

- την αποτυχία του μοντέλου οργάνωσης των κρατικών νοσοκομείων,
- τον, κακώς εννοούμενο, πολιτικό παρεμβατισμό και την καταστρατήγηση των κανόνων,
- τη συνδιαχείριση των κρατικών νοσοκομείων από το ιατρικό σώμα και τα συνδικάτα,
- την κυριαρχία της κομματοκρατίας και των πελατειακών σχέσεων, που καταλήγουν στην αναποτελεσματικότητα της δημόσιας διοίκησης,
- τον ευτελισμό των διαδικασιών επιλογής διοικητών νοσοκομείων,
- την απουσία επιχειρησιακών εργαλείων, που βελτιώνουν τη νοσοκομειακή διακυβέρνηση. Η διαπίστωση αυτή συμπληρώθηκε με τα αίτια που προκαλούν αυτό το έλλειμμα : την αντίσταση των χρηστών στην αλλαγή και τις σκοπιμότητες (πολιτικές και προσοδοθηρίας).

Η υποστήριξη της ανάγκης αλλαγής της οργανωσιακής μορφής των κρατικών νοσοκομείων ανέδειξε 4 μοντέλα: (Α) νοσοκομείων ΝΠΙΔ υπό την εποπτεία και έλεγχο μίας «μητρικής εταιρείας», (Β) νοσοκομείων ΝΠΔΔ με σχετική αυτονομία, με ενδιάμεση εποπτεία από τις, αυξημένης αυτονομίας, ΥΠΕ και ανώτερο έλεγχο από έναν ανεξάρτητο φορέα, (Γ) νοσοκομείων με πλήρη αυτοτέλεια, ως κρατικές Α.Ε., υπό την εποπτεία είτε ενός ανεξάρτητου φορέα είτε των αυτόνομων ΥΠΕ και (Δ) νοσοκομείων ΝΠΔΔ υπό την εποπτεία της εκλεγμένης Περιφέρειας.

Για την επιλογή των κατάλληλων νοσοκομειακών διοικήσεων η συντριπτική πλειοψηφία των ειδικών υποστήριξε την απολύτως τεχνοκρατική φύση της εργασιακής θέσης, την εισαγωγή ουσιαστικών κριτηρίων επιλογής με διαφάνεια στην κατάταξη, την ανάθεση της αξιολόγησης των υποψηφίων σε ανεξάρτητο σώμα (όπως είναι το ΑΣΕΠ) ή σε εταιρείες Human Resources και τη συνεχή αξιολόγηση των επιδόσεων των επιλεγέντων. Σε αυτό το πεδίο διερεύνησης αναδείχθηκαν πρόσθετα ζητήματα, που μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω έρευνα, όπως είναι η ανάγκη της διαφοροποίησης των αμοιβών, εφόσον το Ενιαίο Μισθολόγιο συνιστά τροχοπέδη στις επιδόσεις του ανθρώπινου δυναμικού, ή της επανεξέτασης του ρόλου και της σύνθεσης των νοσοκομειακών Δ.Σ.

Ως απόλυτη προτεραιότητα, στο πεδίο της χρήσης επιχειρησιακών εργαλείων, κρίθηκε η εγκαθίδρυση ενός ενιαίου ΟΠΣ, που θα επιτρέπει τη διαλειτουργικότητα των δεδομένων των νοσηλευτικών οργανισμών και τη συνδεσιμότητα με σύγχρονο τρόπο (on-real time) και σε όλα τα επίπεδα της νοσηλευτικής οργανωτικής δομής. Υποδείχθηκαν επίσης τα κύρια χαρακτηριστικά του ΟΠΣ (προτυποποίηση στοιχείων, διαφάνεια, επίπεδα ασφάλειας κ.ά.). Στο ζήτημα δε της διαφάνειας, επισημάνθηκε η απουσία του ασθενή και των πολιτών, εν δυνάμει χρηστών, από τις διαδικασίες του συστήματος νοσηλευτικής περίθαλψης. Η εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης-επιλογής και κινήτρων-αντικινήτρων, σύμφωνα με τους ειδικούς, πρέπει να συμπεριλάβει το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού των νοσηλευτικών μονάδων (και των ιατρών) και να στηριχθεί με πολιτικές προσαρμογής-αποδοχής.

Τα συμπεράσματα της διεξαχθείσας ποιοτικής έρευνας που συμφωνούν με την αναφερόμενη στο Υποκεφάλαιο 8.1 πανευρωπαϊκή έρευνα είναι ότι, όσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα αυτονομίας και χρήσης επιστημονικών εργαλείων, τόσο αυξάνει η δυσκολία «ελέγχου και ισορροπιών» στους οργανισμούς. Πρόκληση για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα αποτελεί, κατά την άποψή μας, η ανατροπή του ισχυρισμού, της πανευρωπαϊκής έρευνας που μελετήσαμε στο Υποκεφάλαιο 8.2, περί αδυναμίας της χώρας να αντιμετωπίσει τη δημοσιονομική κρίση με άλλον τρόπο πλην της μείωσης των δαπανών.

Στον αρχικό προβληματισμό, ήδη από την Εισαγωγή της παρούσας εργασίας, για το αν η σύγχρονη οικονομική κρίση και η ύφεση, στην οποία έχει περιέλθει η χώρα, μπορούν να ανοίξουν το «παράθυρο ευκαιρίας» για τις αναγκαίες μεταρρυθμίσεις στη νοσοκομειακή διακυβέρνηση, η πλειοψηφία των ειδικών απαντά καταφατικά. Υπήρξαν, όμως, και απαισιόδοξες προβλέψεις. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως κρίσιμο συμπέρασμα της έρευνάς μας αποτελεί το γεγονός ότι, όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι ειδικοί εκτίμησαν πως τα νοσοκομεία, μέχρι το τέλος του 2015, θα καταρρεύσουν. Η ενίσχυση της χρηματοδότησης, χωρίς την υλοποίηση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων στο δημόσιο σύστημα της νοσηλευτικής περίθαλψης, απλά θα παρατείνει τη διαδικασία φθοράς των οργανισμών.

Εύλογα, η παρούσα εργασία αποτελεί το πρώτο στάδιο για την κατασκευή ενός αξιόπιστου πλαισίου διερεύνησης. Η προστιθέμενη αξία ενός τέτοιου πλαισίου για την έρευνα θα αυξηθεί μόνο, εάν στο άμεσο μέλλον υπάρξει ζήτηση για εμπειρικές μελέτες, που θα αφορούν τις μεταρρυθμίσεις της νοσοκομειακής διακυβέρνησης και στο πώς αυτές επηρεάζουν την αποδοτικότητα της διαχείρισης, την κλινική αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων και τη βελτίωση της εμπειρίας των χρηστών του συστήματος. Υποθέτουμε ότι, εάν στο μέλλον υπάρξουν ανάλογες έρευνες, θα μεγιστοποιηθεί το ενδιαφέρον και θα συγκεντρωθεί ευάριθμο ακαδημαϊκό υλικό για σύγκριση και ανάπτυξη της συζήτησης βελτίωσης της νοσοκομειακής διακυβέρνησης. Περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε, επίσης, να διεξαχθεί για την ποσότητα και την ποιότητα των δεδομένων που δημοσιεύουν στο κοινό τα ελληνικά κρατικά νοσοκομεία.

[1] Ο Thomas Kuhn, στη δεκαετία 1960, εισήγαγε τον ιστορικισμό στη φιλοσοφία της επιστήμης, ορίζοντάς την ως ένα δίκτυο «κοινωνικών θεσμών». Μια πολιτιστική οργανωτική δραστηριότητα, η οποία βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το κοινωνικο-πολιτικό γίνεσθαι. Η εξέλιξη καθορίζεται από την αλλαγή των επιστημονικών θεωριών (παραδειγμάτων), μετά από κρίση και σύγκρουση μεταξύ της συντηρητικής (κατεστημένης) και της νέας θεωρίας. Τα «παραδείγματα» του Kuhn είναι οι «συλλογικοί τρόποι» μέσω των οποίων η επιστημονική κοινότητα ερμηνεύει τα φαινόμενα.

Kuhn T.S. Η Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων. Σύγχρονα Θέματα. Αθήνα.1981.

[2] Ο όρος «διακυβέρνηση» ενσωματώνει τα δίκτυα δημόσιας πολιτικής, ως σχηματισμούς οργάνωσης, έτσι ώστε για την ανάλυση των δημόσιων πολιτικών θα πρέπει να περιγράφονται τα εμπλεκόμενα δίκτυα, να καταδεικνύονται οι δρώντες, να μελετώνται οι αρχές ίδρυσης αυτών των οργανωμένων μορφών καθώς και οι λογικές διαφοροποίησής τους. Η χρήση του όρου εμπεριέχει το «σύνολο των μηχανισμών της δημόσιας δράσης», ενώ για πολλά χρόνια υπήρξε συνώνυμος με την «κυβέρνηση» (στην αγγλική γλώσσα χρησιμοποιείται αντί του «κράτους»). Η επιτυχία της καθορίζεται από τη στρατηγική οργάνωσή της και, κυρίως, από την ύπαρξη ενός πλαισίου «κοινού νοήματος» και κοινών κανόνων «ανάληψης ευθύνης και νομιμοποίησης των αποφάσεων». Μια τέτοια διακυβέρνηση μπορεί να μεταβάλλει τον τρόπο που παρεμβαίνουν οι ομάδες συμφερόντων, ιδιαίτερα οι συντεχνιακές, στη λήψη των δημόσιων αποφάσεων.

Muller P., Surel Y. Η Ανάλυση των Πολιτικών του Κράτους, Ανάλυση των Δημόσιων Πολιτικών. Τυπωθήτω. Αθήνα, 2002.

[3] Οικονόμου Χ. Υγεία, Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας και Κοινωνιολογική Θεωρία. Στο: Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.). Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα, 2010; σ. 401-442.

[4] Στην παρούσα διατριβή οι αναφορές μας στην ποιότητα ακολουθούν τις αρχές του Donabedian. Ο Donabedian όρισε το σύστημα υγείας μέσα από τα επίπεδα αξιολόγησης της ποιότητας, που στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει κυρίως ισότητα στην πρόσβαση, αποδοτικότητα του συστήματος και αποτελεσματικότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Αυτονόητο είναι ότι τα δεδομένα που παράγει ένας τομέας εντάσεως εργασίας, όπως είναι ένα σύστημα υγείας, είναι ογκώδη και πολύπλοκα, με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η εξαγωγή της πολύτιμης πληροφορίας, εάν αυτά δεν έχουν κωδικοποιηθεί και δεν έχουν καθορισθεί κανονιστικά πρότυπα. Για τον πατέρα της ποιότητας τα επίπεδα είναι οι εισροές (αξιολογείται προσωπικό, εξοπλισμός, εγκαταστάσεις, κόστος κ.ά. σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας), η διαδικασία (αξιολόγηση της οργάνωσης για τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας) και τα αποτελέσματα (τα οποία διέκρινε σε ενδιάμεσες εκροές -αξιολόγηση της χρήσης υπηρεσιών υγείας- και τελικές εκροές, που είναι ο βασικός στόχος της αξιολόγησης, δηλαδή οι επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού).

Donabedian, A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly, 2005; Vol. 83, (4):691-729.

[5] Szasz T., Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. AMA Arch Intern Med 1956; (95):585-592.

[6] Αρσενοπούλου Ι. Τα δικαιώματα των πολιτών και των ασθενών στα συστήματα υγείας και η κατοχύρωσή τους στο νέο κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. Στο: Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.). Θεσμοί και πολιτικές υγείας. Παπαζήσης. Αθήνα. 2010.

[7] Μαντή Π., Τσελέπη Χ. Κοινωνικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας, Τόμος Α΄. ΕΑΠ. Πάτρα. 2000.

[8] Σήμερα απαντώνται ακόμα μεγάλοι θάλαμοι και ιδρυματική χωροταξία σε πολλά δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Εμφανής είναι επίσης, η έλλειψη λειτουργικών χώρων (π.χ. αναμονής, ειδικών θεραπειών, ψυχαγωγίας) αλλά και σύγχρονου ηλεκτρομηχανολογικού και βιοϊατρικού εξοπλισμού, παροχές που εισφέρουν στην αίσθηση ασφάλειας και προστασίας του ασθενή. Η κατασκευαστική λειτουργικότητα πρέπει να υπηρετεί την ταχεία διακίνηση των ανθρώπων, των υλικών και της πληροφορίας, ως απαραίτητα χαρακτηριστικά ποιότητας.

Τούντας Γ. Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα Υγείας, Σχεδιασμός-Οργάνωση-Αξιολόγηση, Ποιότητα, Διοίκηση, Οικονομικά, Ασφάλιση Υγείας, Νέες Τεχνολογίες, Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Οδυσσεύς. Αθήνα. 2008.

[9] Ο Νεοθεσμισμός διακρίνεται σε τρεις σχολές: τον ιστορικό, της ορθολογικής επιλογής (rational choice institutionalism) και τον κοινωνιολογικό θεσμισμό (sociological institutionalism). Οι προσεγγίσεις του ιστορικού θεσμισμού μπορούν να είναι (α) υπολογιστικές (calculus), όπου η επιδίωξη των στόχων γίνεται μέσω στρατηγικών, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη το θεσμικό περιβάλλον και τις ισχυρές ομάδες συμφερόντων και (β) πολιτισμικές (cultural) όπου η ανθρώπινη δραστηριότητα απορρέει και ερμηνεύεται από το οικείο πολιτισμικό πλαίσιο το οποίο αντανακλούν οι θεσμοί.

Hall P., Taylor R. Political Science and the Three Institutionalisms. Political Studies. 1996; XLIV, p. 936-957.

[10] Οι θεσμοί αφορούν σε κανονιστικές ή «άτυπες διαδικασίες, ρουτίνες, νόρμες και συμβάσεις ... εμπεδωμένες στην οργανωτική δομή της πολιτείας».

Λαδής Σ., Νταλάκου Β. Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής. Παπαζήση. Αθήνα, 2010.

[11] Οι κατεστημένοι, στην ιστορική διαστρωμάτωση μιας κοινωνίας, θεσμοί είναι δύσκολο να αλλάξουν, εγκλωβίζοντας (lock in) τους δράντες σε αυτούς έτσι, ώστε κάθε άλλη επιλογή να θεωρείται παρακινδυνευμένη.

Pierson P. Increasing Returns, Path Dependence and the Study of Politics. The American Political Science Review. 2000; 94 (2):251-267.

[12] Dye T.R. Understanding Public Policy. Pearson. NY-USA. 14th Edition, 2012.

[13] Κωνσταντίνου Γ. Η Ιστορία των Στρατιωτικών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διδακτορική Διατριβή. 2009.

[14] Λειβαδάρας Ν. Το Πρώτο Νοσοκομείο της Επαναστατημένης και Ελεύθερης Ελλάδας στην Ερμούπολη Σύρου. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διδακτορική Διατριβή. 2012.

[15] Αλεξιάδου Σ.Α., Αλεξιάδου Ε.Α., Χαμαλίδου Α. Η Ιστορική Εξέλιξη του Νοσοκομείου στην Ελληνική Επικράτεια. Διοικητική Ενημέρωση 2005; (33):23-28.

[16] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 17/30-06-1845.

[17] Tuohy C. Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada. OUP USA. 1999.

[18] Wilsford D., Brown L. Path Dependency: A Dialogue. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2010; 35 (4):681-688.

[19] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Εν Ναυπλίου, Αρ. 7/08-02-1834.

[20] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Εν Ναυπλίου, Αρ. 24/12-07-1834.

[21] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 14/14-04-1836.

[22] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 83/31-12-1836.

[23] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 9/16-03-1838.

- [24] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 31/07-12-1845.
- [25] Ν. 3612. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 95/11-03-1910.
- [26] Ν. 3845. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 199/28-07-1911.
- [27] Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 72/06-12-1836.
- [28] Περισσότερα για τη σημαντικότητα της ιστορίας στην ερμηνεία της δημόσιας πολιτικής στο Robertson D.B. *The Return to History and the New Institutionalism in American Political Science*. Social Science History Association. 1993; 17 (1):1-33.
- [29] Στο ελληνικό πολιτικό σύστημα, η κυβέρνηση είναι ο «κυρίαρχος παίκτης» της νομοθετικής διαδικασίας, που βασίζεται πρωτίστως στα κομματικά και δευτερευόντως στα θεσμικά χαρακτηριστικά της τελευταίας.
Alexopoulos A. *GREECE, Government as the Dominant Player*. In Rasch B., Tsebelis G., eds. *The Role of Governments in Legislative Agenda Setting*, London: Routledge (to be published).
- [30] Ν. 346. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 2/Α/02-01-1915.
- [31] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 112/Α/14-06-1917.
- [32] Ν. 2882. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 122/Α/22-07-1922.
- [33] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 269/Α/14-12-1922.
- [34] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 11/Α/12-01-1926.
- [35] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 286/Α/28-08-1926.
- [36] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 174/Α/25-08-1928.
- [37] Ν. 4172. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 201/Α/16-06-1929.
- [38] Διάταγμα. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 419/Α/01-12-1932.
- [39] Δαρδαβέσης Θ. *Η Ιστορική Πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981)*. Ιατρικό Βήμα 2008; (115):50-61.
- [40] Παρά το πρόσφατο του Διατάγματος (Π.Δ. 24. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 20/Α/27-01-2015) από την συγκυβέρνηση ΣΥΡΙΖΑ-ΑΝΕΛ, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης ανέφεραν τις έντονες αντιδράσεις του πολιτικού προσωπικού των δύο υπουργείων (Υγείας, Κοινωνικών Ασφαλίσεων) για τη συγχώνευση και τις πληροφορίες για επιστροφή στο πρότερο καθεστώς. Την εποχή ολοκλήρωσης της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας δημοσιεύθηκε ο Ν. 4320/2015 (ΦΕΚ 29/Α/19-3-2015), στο μέρος Β του οποίου (άρθ. 27) το υπουργείο μετονομάζεται και πάλι Υπουργείο Υγείας.
- [41] Σακελλαρόπουλος Θ., Οικονόμου Χ., Γεωργούση Ευ., Θωμάς Δ., κ.ά. *Διαρθρωτικά και Ποιοτικά Χαρακτηριστικά του Ανθρώπινου Δυναμικού του Δημόσιου Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα*. ΑΔΕΔΥ, Κοινωνικό Πολύκεντρο. Αθήνα. 2012.
- [42] Μόσιαλος Η., Allin S. *Ομάδες Συμφερόντων και η Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα*. Στο: Featherston K. (ed). *Πολιτική στην Ελλάδα, Η Πρόκληση του Εκσυγχρονισμού*. Οκτώ. Αθήνα, 2007. Σελ. 301-335.
- [43] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 319/Α/05-11-1923.
- [44] Ν. 3714. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 274/Α/24-12-1928.
- [45] Ν. 5901. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 346/Α/09-11-1933.
- [46] Α.Ν. 965. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 476/Α/24-11-1937.

- [47] Ν. 1839. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 13/Α/18-01-1920.
- [48] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 328/Α/14-11-1923.
- [49] Ν.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 301/Α/13-10-1925.
- [50] Α.Ν. 312. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 497/Α/09-11-1936.
- [51] Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. Greece. In: *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*. OECD. Paris. 1994; p. 214-239.
- [52] Minogiannis P. Tomorrow's public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era. *Social Cohesion and Development* 2012; 7 (1):69-80.
- [53] Αλεξόπουλος Α. Η Μεταρρύθμιση των Πολιτικών του Κράτους και ο Ρόλος της Δημόσιας Διοίκησης. Διοικητική Θεωρία και Πράξη - Διοίκηση και Κοινωνία. 1^ο Συνέδριο Διοικητικών Επιστημόνων, 2005. Μακρυδημήτρης Α., Πραβίτα Μ.-Η. (επιμ.) Πρακτικών Συνεδρίου. Σάκκουλα. Αθήνα. 2007; σ. 597-612.
- [54] Α.Ν. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 51/Α/25-01-1936.
- [55] Α.Ν. 2369. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 176/Α/10-06-1940.
- [56] Ν.Δ. 1320. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 320/Α/23-11-1949.
- [57] Α.Ν. 1673. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 135/Α/05-04-1939.
- [58] Ν. 2107. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 121/Α/29-04-1952.
- [59] Ν.Δ. 2592. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 254/Α/08-09-1953.
- [60] Ν. 3301. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 179/Α/12-07-1955.
- [61] Ν. 3796. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 251/Α/12-12-1957.
- [62] ΚΥΑ 7733/03-06-1967. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 393/Β/14-06-1967.
- [63] ΚΥΑ 5118/24-06-1971. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 498/Β/28-06-1971.
- [64] Ν.Δ. 1380, άρθρα 1 και 5. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 87/Α/14-04-1973.
- [65] Υ.Α. 23179/19-05-1973. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 653/Β/08-06-1973.
- [66] Ν.Δ. 31, άρθρο 1. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 248/Α/16-09-1974.
- [67] Ν. 699, άρθρο 1. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 272/Α/21-09-1977.
- [68] Β.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 91/Α/30-04-1954.
- [69] Ν.Δ. 3766. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 197/Α/30-09-1957.
- [70] Ν.Δ. 4440. Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, Αρ. 224/Α/12-11-1964.
- [71] Λαδή Σ. Οικονομική Κρίση και Διοικητική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και στην Κύπρο: Ευκαιρίες και Περιορισμοί. Κέντρο Ευρωπαϊκών και Διεθνών Υποθέσεων. Πανεπιστήμιο Λευκωσίας. 2011.
- [72] Ν. 1397. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 143/Α/07-10-1983.
- [73] Ν. 1579. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 217/Α/23-12-1985.
- [74] Ν. 2071. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 123/Α/15-07-1992.

- [75] Ν. 1675. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 208/Α/31-12-1986.
 Ν. 2012. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 28/Α/27-02-1992.
 Ν. 2072. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 125/Α/23-07-1992.
- [76] Π.Δ. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 766/Β/05-12-1990.
 Ν. 1964. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 146/Α/26-09-1991.
- [77] Ν. 2889. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 37/Α/02-03-2001.
- [78] Ν. 3329. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 81/Α/04-04-2005.
- [79] Ν. 4052. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 41/Α/01-03-2012.
- [80] Ν. 3293. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 231/Α/26-11-2004.
- [81] Ν. 1471. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 112/Α/06-08-1984.
- [82] Νικολέντζος Α. Η Επιρροή των Ιατρών στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας: 1983-2001. Πανεπιστήμιο του Λονδίνου. Διδακτορική Διατριβή, 2008. Focus on Health ΕΠΕ. Αθήνα. 2010.
- [83] Π.Δ. 87. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 32/Α/27-03-1986.
- [84] Π.Δ. 264. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 99/Α/28-05-1985.
- [85] Π.Δ. 2. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 3/Α/21-01-1987.
- [86] Π.Δ. 259. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 113/Α/30-06-1993.
- [87] Ν. 2519. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 165/Α/21-08-1997.
- [88] Κ.Υ.Α. 2071769/10533/0022. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 956/Β/24-10-1997.
- [89] Κ.Υ.Α. 4192/08-09-1997. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 828/Β/15-09-1997.
- [90] Ανυπόγραφο. Δημοσιοποιήθηκαν τα Ονόματα των Πρώτων Managers Νοσοκομείων. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1998; 9 (53):10. Η είδηση αναπαράγεται από δημοσίευμα της εφημερίδας «Επενδυτής», της 27-06-1998.
- [91] Ν. 2703. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 72/Α/08-04-1999.
- [92] Υ.Α. 35117. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 1910/Β/21-10-1999.
- [93] Ανυπόγραφο. Η ...Τέταρτη (!) Προκήρυξη των Managers Νοσοκομείων!. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1999; 10 (61):15.
- [94] Κ.Υ.Α. Α300/7398/10-06-1992. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 417/Β/07-07-1992.
- [95] Ο Μόσιαλος[42] μας προσφέρει επαρκή ενημέρωση για τους δρώντες της εποχής, αλλά και για το ρόλο των ΜΜΕ. Η ΠΟΕΔΗΝ ισχυρίστηκε ότι οι μεταρρυθμίσεις δεν ήταν συμφέρουσες για το «προσωπικό των νοσοκομείων» και τους ασθενείς. Όταν αντιλήφθηκε ότι δεν θα είχε λόγο στην επιλογή των διοικητών, συντόνισε τις αντιδράσεις στα νοσοκομεία. Ο πρόεδρος της ΑΔΕΔΥ δήλωσε ότι τα νοσοκομεία «θα έπρεπε να διατηρήσουν τη νομική τους οντότητα». Οι πολιτικοί του κυβερνώντος κόμματος δεν θα είχαν πρόσβαση στα κέντρα λήψης αποφάσεων, εφόσον δεν θα υπήρχαν κομματικά διορισμένα Δ.Σ.
 Από την αντιπολίτευση, ο Κώστας Καραμανλής επισκεπτόταν τα δημόσια νοσοκομεία συνοδεία των ΜΜΕ, αναδεικνύοντας προβλήματα υγιεινής και απηρχαιωμένου εξοπλισμού.
 Οι γιατροί είχαν τους δικούς τους λόγους για την αντίσταση στην αλλαγή. Οι νοσοκομειακοί γιατί θα ελέγχονταν από τους διοικητές και τα προβλεπόμενα συστήματα αξιολόγησης, αν και στην απεργία του Ιανουαρίου και Φεβρουαρίου 2001 προέβαλαν την ανάγκη «διατήρησης του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ». Όσο για τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, ο Αλέκος Παπαδόπουλος είχε προειδοποιηθεί να μην επιχειρήσει την κατάργηση του «σκανδαλωδώς προνομιακού καθεστώτος» τους.

[96] Ν. 3172. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 197/Α/06-08-2003.

[97] Ν. 3252. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 132/Α/16-07-2004.

[98] Ν. 3329. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 81/Α/04-04-2005.

[99] Ν. 4118. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 32/Α/06-02-2013.

[100] Σύμφωνα με τις θέσεις «προς διαβούλευση» για την υγεία του ΣΥΡΙΖΑ «Για να μπορέσει ο δημόσιος τομέας να κερδίσει την εμπιστοσύνη των κατοίκων της χώρας θα πρέπει να αποβάλει τα χαρακτηριστικά εκείνα που του προσδίδουν μια εικόνα δυσλειτουργίας, αναξιοκρατίας και διαφθοράς». Διαδικτυακή πρόσβαση στις 15-03-2015:

http://www.syriza.gr/theseis/pros_diavoulefsi_ygeia.pdf

Επιπροσθέτως, η «αξιοκρατία» τονίσθηκε και στην προγραμματική ομιλία του προέδρου και σημερινού πρωθυπουργού, Α. Τσίπρα (Θεσσαλονίκη, 13-09-2014). Διαδικτυακή πρόσβαση στις 15-03-2015:

<http://www.syriza.gr/article/id/57965/OMILIA-TOY-PROEDROY-TOY-SYRIZA-ALEKSH-TSIPRA-STO-SYNEDRIAKO-KENTRO-I-BELLIDHS-THESSALONIKH-13-9-2014.html#.VQWpWY4auct>

Όμως, οι πρώτες τοποθετήσεις Διοικητών στις ΥΠΕ δείχνουν ότι ακολουθήθηκε η γνωστή πρακτική επιλογής. Οι νέοι διοικητές είναι σε ποσοστό 85,7% ιατροί και στην πλειοψηφία τους συνδικαλιστές ή μη εκλεγμένοι πολιτευτές. Κομνηνού Ν. Από που προέρχονται οι νέοι διοικητές ΥΠΕ. Υγεία360. 05-03-2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 15-03-2015:

<http://www.ygeia360.gr/en/component/k2/item/16121-apo-poy-proerxontai-oi-neoi-dioikhtes-ype>

Το γεγονός δε ότι, κλήθηκαν οι διοικητές νοσοκομείων να παραιτηθούν, επειδή είχαν διορισθεί με πολιτικά κριτήρια, χωρίς την πρότερη αξιολόγησή τους όπως, άλλωστε, προβλέπει ο νόμος, προκαλεί σχόλια για τις προθέσεις της κυβέρνησης: «Πολύ φοβάμαι ότι ο ΣΥΡΙΖΑ ... χωρίς να αλλάξει τίποτε, [θέλει]... να διώξει τους Νεοδημοκράτες και τους Πασόκους για να βάλει τους Συριζαίους – πολλοί από τους οποίους να προέρχονται από το βαθύ ΠΑΣΟΚ». Νεγκής Α. Οι πικροί καρποί του κομματικού Κράτους. Virus. 20-02-2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 15-03-2015:

<http://www.virus.com.gr/site/index.php/articles/health-and-pharma-news-editorial/item/5501-oi-pikroi-karpoi-tou-kommatikoy-kratous/5501-oi-pikroi-karpoi-tou-kommatikoy-kratous>

[101] Αλεξόπουλος Α. Σημειώσεις παραδόσεων: Ειδικά Θέματα Κρατικών Πολιτικών. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης. 2007.

[102] Αιτιολογική Έκθεση επί του Ν. 1397/83, σελ. 12 και 52-53. Δακτυλογραφημένο και υπογεγραμμένο αντίγραφο μας χορηγήθηκε ευγενικά από το προσωπικό αρχείο του Δρα Β. Μωραΐτη, Μέλους της ομάδας σύνταξης του Νομοσχεδίου και της Έκθεσης.

[103] Λιαρόπουλος Λ. Η Αναγκαιότητα της Οργάνωσης του Τομέα Υγείας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1990; 1(3):7-8.

[104] Στάθης Γ. Για τη Λειτουργική Ανάκαμψη των Νοσοκομείων. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1990; 1(4):7-9.

[105] Γιαννουλάτος Π. Προβληματισμοί για την Ανάπτυξη του Δημόσιου Τομέα Υγείας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1990; 1(5): 7-9.

- [106] Πολύζος Ν. κ.ά. Πολιτισμικές Αντιλήψεις των Διοικητικών Στελεχών των Ελληνικών Νοσοκομείων. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1991; 2(8): 52-56.
- [107] Τυλάκη Π. Το Ζήτημα της Αποτελεσματικότητας του Δημόσιου Τομέα και Ειδικότερα των Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1991; 2(9):58-60.
- [108] Οικονομοπούλου Χ. Η Ενωμένη Ευρώπη και το Νοσοκομειακό Management. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1992; 3(15):25-29.
- [109] Σιγάλας Ι. Το Νοσοκομείο στην Ελλάδα: Χθες, Σήμερα, Αύριο. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1993; 4(23):36-40.
- [110] Νιάκας Δ., Κυριόπουλος Γ., Στάθης Γ. Πολιτική για την Υγεία. Οργάνωση, Χρηματοδότηση, Τεχνολογία. Αθήνα. Ινστιτούτο Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής & Εκδόσεις Γνώση. 1995. (Πρακτικά τριών σεμιναρίων που πραγματοποιήθηκαν κατά το πρώτο εξάμηνο του 1993).
- [111] Ν. 2194. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 34/Α/16-03-1994.
- [112] Στάθης Γ. Η Κρίσιμη Παρέμβαση στη Νοσοκομειακή Λειτουργία. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1994; 5(27):7-8.
- [113] Σιγάλας Ι. Τα Ελλείμματα των Νοσοκομείων. Πρόβλημα Χρηματοδότησης ή Διαχείρισης; Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1994; 5(30):60-64.
- [114] Alford R. Health care politics, ideological and interest group barriers to reform. Chicago, IL: Chicago University Press. 1975.
- [115] Νεγκής Α. Η Ασθένεια της Υγείας είναι Πρωτίστως Διαχειριστική. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1994; 5(28):15-17.
- [116] Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα. ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ. 1994.
- [117] Νεγκής Α. Τα Νοσοκομεία Μετατρέπονται σε Κρατικές Ανώνυμες Εταιρείες. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1994; 5(29):7-8.
- [118] Ανυπόγραφο. Αντίθετοι με τα Συμπεράσματα των Εμπειρογνομόνων οι Συνδικαλιστικοί Φορείς της Υγείας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1994; 5(30):32.
- [119] Ν. 2469, άρθρο 18. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 38/Α/14-03-1997.
- [120] Ν. 3301, άρθρο 17. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 263/Α/23-12-2004. Οι τελευταίες νομομοποιήσεις δαπανών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων πραγματοποιήθηκαν με τους Νόμους 4174/2013, άρθρο 69 και 4238/2014, άρθρο 36.
- [121] Στάθης Γ. Το Μέλλον των Ελληνικών Νοσοκομείων. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1996; 7(38):7-10.
- [122] Νιάκας Δ. Το Νέο Σχέδιο Νόμου για την Υγεία: Πολιτικά, Τεχνικά και Διοικητικά Παράδοξα. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1996; 7(38):12-18.
- [123] Στάθης Γ. Περί Ρυθμίσεως των Ιατρικών Συμφερόντων. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1997; 8(45):8-9.
- [124] Στάθης Γ. Κρατισμός και Υπαλληλισμός Δεν Έχουν Θέση στο ΕΣΥ!. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1997; 8(46):8-9.
- [125] OECD. OECD Economic Surveys: Greece 1996-1997. 1997. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-11-2014:
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-greece-1997_eco_surveys-grc-1997-en

- [126] Νιάκας Δ. Στόχοι και Μέσα Πολιτικής του ΕΣΥ. Μήπως Χρειάζονται Αναθεώρηση;. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1997; 8(47):25.
- [127] Ανυπόγραφο. Managers: Παρασκήνιο και Σκοπιμότητες Καταγγέλλει η ΠΟΕΔΗΝ. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1998; 9(54):7.
- [128] Νιάκας Δ. Εκσυγχρονισμός Δημοσίων Νοσοκομείων ή Παραγωγή Κερδών για τον Ιδιωτικό Τομέα;. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1998; 9(53):15.
- [129] Στάθης Γ. Ημίμετρα Περιορισμένης Εμβέλειας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1999; 10(56):7, 18.
- [130] Κρεμαστινός Δ. Αντικειμενικές Δυσκολίες για την Υλοποίηση του ΕΣΥ. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 1999; 10(56):9-10, 56.
- [131] Φυντανίδου Ε. «Ιδιωτικού Δικαίου τα Νοσοκομεία. Τι περιλαμβάνει η πρόταση του Διοικητή του ΙΚΑ που θα συζητηθεί στο προσεχές Υπουργικό Συμβούλιο». Το Βήμα. 26-09-1999.
- [132] Τούντας Γ. «Νοσοκομεία ή Πτωχοκομεία;». Ελευθεροτυπία. 29-10-1999.
- [133] Ανυπόγραφο. Η Νέα Διοίκηση της ΠΟΕΔΗΝ και οι Θέσεις της για το ΕΣΥ. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2000; 11(63):46.
Βλ. και Βιβλιογραφικές Αναφορές και Σημειώσεις [231].
- [134] Hall P. Policy Paradigms, Social Learning and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. Comparative Politics. 1993; 25 (3):275-296.
- [135] Ανυπόγραφο. Για τη Μεταρρύθμιση των Υπηρεσιών Υγείας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2000; 11(63):9-14.
- [136] Μόσιαλος Η. «ΕΣΥ: Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση». Το Βήμα. 19-03-2000.
- [137] Λιαρόπουλος Λ. «Η Αγορά Στελεχών και τα Δημόσια Νοσοκομεία». Το Βήμα. 06-02-2001.
- [138] Στάθης Γ. Για Μια Διοικητική Κουλτούρα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2001; 12(72):5, 22.
- [139] Στάθης Γ. (επιμ). Διάλογοι για το Νοσοκομειακό Management. 1^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, 1999.
- Στάθης Γ. (επιμ). Πρακτικά Ζητήματα Νοσοκομειακού Management. 2^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Πάτρα, 2000.
- Νιάκας Δ., Στάθης Γ. (επιμ). Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management: Προβληματισμοί και Προοπτικές. 3^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Θεσσαλονίκη, 2001.
- Νιάκας Δ. (επιμ). Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. 4^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Ηράκλειο Κρήτης, 2002.
- Νιάκας Δ. (επιμ). Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία. 5^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Ρόδος, 2003.
- Αποστολάκης Ι. (επιμ). Θέματα Διοίκησης Πληροφοριακών Υποδομών στις Μονάδες Υγείας. 6^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Αλεξανδρούπολη, 2004.
- [140] Ελληνική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας (ΕΕΜΥΥ). Προηγούμενα Συνέδρια της ΕΕΜΥΥ. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 09-03-2014:
http://www.eemyy.gr/index.php?option=com_content&view=category&id=21&Itemid=47&lang=el

- [141] Παπαδόπουλος Α. Ομιλία στο 3^ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, Θεσσαλονίκη, 2001. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 10-03-2014:
http://www.apapadopoulos.gr/main/rec/sp_gr/sp47/sp47.html
- [142] Ανυπόγραφο. Οι Διοικητές Νοσοκομείων της Αττικής. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2001; 12(73):48.
- Ανυπόγραφο. Οι Managers των Νοσοκομείων Μακεδονίας, Πελοποννήσου, Ηπείρου και Κρήτης. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2002; 13(74):53-54.
- Ανυπόγραφο. Οι Διοικητές Νοσοκομείων Δυτικής Μακεδονίας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2002; 13(75):54.
- Ανυπόγραφο. Οι Νέοι Διοικητές Επαρχιακών Νοσοκομείων. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2002; 13(76):52.
- [143] Μόσιαλος Η. «Οι Ασθένειες του ΕΣΥ δεν θεραπεύονται με Πausίπινα». Αγγελιοφόρος Θεσσαλονίκης, 29-12-2002.
- [144] Στάθης Γ. Η Απουσία «Επιχειρησιακών Εργαλείων» από τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2004; 15(88):9-12.
- [145] Λιαρόπουλος Λ. Η Αναζήτηση του Μεσαίου Χώρου στην Υγεία. 3^ο Συνέδριο Health World 2004. Αμερικανο-Ελληνικό Εμπορικό Επιμελητήριο, Αθήνα, 2004. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ;2004 15(88):44-46.
- [146] Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., et al. Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark. 2014.
- [147] Ελληνική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας (ΕΕΜΥΥ). Δημόσιες Τοποθετήσεις (συλλογικό). Το Νομικό-Οργανωτικό Πλαίσιο Λειτουργίας και τα Αδιέξοδα των Δημοσίων Νοσοκομείων: Κριτική Τοποθέτηση και Πρόταση Αλλαγών. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 11-03-2014:
http://www.eemyy.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=868%3A2009-07-19-09-30-28&catid=3%3Apublic-placements&Itemid=12&lang=el
- [148] Στάθης Γ. Το Management και η Πολιτική. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2004; 15(90):5.
- [149] Αγγουράς Θ. Διοικητικά Συμβούλια στα Δημόσια Νοσοκομεία; Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2004; 15(91):20-23.
- [150] Στάθης Γ. Η Αποσταθεροποίηση των Διοικητών. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2005; 16(93):5, 62.
- [151] Οικονόμου Χ. Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα: Ο Ρόλος και η Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. ΙΝΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Επιστημονικές Εκθέσεις (7). Αθήνα. 2012.
- [152] Ανυπόγραφο. Θα Εκσυγχρονισθεί το Νομικό Καθεστώς του ΕΣΥ;. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2007; 18(106):52.
- [153] Ραζής Δ. Ελληνική Ιατρική: Ένας Χρόνιος Άρρωστος. Το Βήμα. 25-07-2007.
- [154] Καρατζάς Ν. Η Ώρα των Μάνατζερς στα Νοσοκομεία. Το Βήμα. 20-09-2007.
- [155] Τούντας Γ. Ανάγκη για Ένα Νέο ΕΣΥ. Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία. 18-11-2007.
- [156] Στάθης Γ. Η Ανάγκη Μετατροπής των Νοσοκομείων ΕΣΥ σε Ανώνυμες Εταιρείες του Δημοσίου. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2008; 19(110):7.

- [157] Μποστανίτης Γ., Τσαλίδου Μ. Το Δημόσιο Νοσοκομείο ως ΝΠΔΔ: Η Αποδοτικότητα και Αποτελεσματικότητα ως Συνέπεια του Τρόπου Διοίκησης. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2008; 19(115):29-33.
- [158] Χατζηανδρέου Ε., Γούναρης Δ. Ο Περιορισμός της Σπατάλης στα Νοσοκομεία. Η Καθημερινή. 15-02-2009.
- [159] Μπράμη Ε. Η Θεσμική Εξέλιξη του Συστήματος Υγείας και οι Επιπτώσεις στην Αποτελεσματικότητα των Δημόσιων Νοσοκομείων. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. 2011.
- [160] Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα Υγείας. Ιανουάριος 2012.
Η 11μελής Ομάδα συγκροτήθηκε στις 25-01-2011 από τον υπουργό Α. Λοβέρδο και επικεφαλής αρχικά ήταν ο Η. Μόσιαλος, ενώ στη συνέχεια, μετά την υπουργοποίηση του τελευταίου, ανέλαβε ο Α. Σισσούρας. Μέλη της ήταν οι καθηγητές Κ. Ζωγράφος, Γ. Κρεατσάς, Ι. Κυριόπουλος, Λ. Λιαρόπουλος, Ν. Μανιαδάκης, Α. Μαργιωρή, Ι. Υφαντόπουλος, οι ιατροί Ι. Μπολέτης, Α. Τσικνιά και η Δρ. Οικονομικών της Υγείας Ε. Χατζηανδρέου. Ένα πλήθος εξειδικευμένων στελεχών της υγείας συνέβαλε επίσης στην παραγωγή της Έκθεσης και των προτάσεων.
- [161] Euro Health Consumer Index. 2014. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-01-2015: www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf
- [162] Ο Σωτηρόπουλος εικάζει ότι το κενό που παρουσιάζει η δημόσια διοίκηση στη χώρα οφείλεται και στη φτώχη ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία, η οποία ξεκινά στα μέσα της δεκαετίας του 1980, σχεδόν ταυτόχρονα με τις πρώτες μεταφράσεις σχετικών μελετών. Το «παράδοξο» γεγονός της εγχώριας βιβλιογραφίας, ακόμα και σήμερα, να αφορά περισσότερο στις ιδιωτικές επιχειρήσεις, και όχι στον κυρίαρχο δημόσιο τομέα, ωθεί τον συγγραφέα στη σκέψη ότι ο «κεντρικός ρόλος του κράτους... [κυριαρχεί] και στη σκέψη των ελλήνων... επιστημόνων». Αναγνωρίζει όμως ότι, η ελληνική κοινωνία βρίσκεται σε μια «παρατεταμένη μετάβαση» από τον παλαιό προς τον εξευρωπαϊσμένο τρόπο δημόσιας διοίκησης και πολιτικής. Σωτηρόπουλος Δ. Η Ελληνική Θεωρία της Δημόσιας Διοίκησης και των Οργανώσεων, 1985-2005: Σύντομο Βιβλιογραφικό Δοκίμιο. Διοικητική Θεωρία και Πράξη - Διοίκηση και Κοινωνία. 1^ο Συνέδριο Διοικητικών Επιστημόνων, Μακρυδημήτρης Α., Πραβίτα Μ.-Η. (επιμ.) Πρακτικών Συνεδρίου, Σάκουλα, Αθήνα, 2007, σ. 105-115.
- [163] Τσιαμήτρος Η. Νέοι Διοικητές (επιτέλους) στα Νοσοκομεία, Αλλά με τι Προσόντα; Ελευθεροτυπία. 31-05-2010.
- [164] Λαζαρίδης Ε. Η Διοίκηση Νοσοκομείων Απαιτεί Ειδικές Γνώσεις. Εξπρές. 22-06-2010.
- [165] Λιαρόπουλος Α. Μετά τον Εκσυγχρονισμό, ο Αναχρονισμός. Η Καθημερινή. 15-07-2010.
- [166] Ροβίθης Δ. Μια Διαφορετική Μεταρρύθμιση στην Υγεία. Η Καθημερινή. 23-07-2010.
- [167] Στάθης Γ. Η Άρνηση Μιας Πραγματικότητας. Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2010; 21(126):5, 36.
- [168] Κατσέας Γ. Διοικητές Νοσοκομείων. Ελευθεροτυπία. 15-10-2010.
- [169] Μόσιαλος Η. Πρέπει να Φύγει ο Κομματισμός από την Υγεία. Η Καθημερινή (συνέντευξη στην δημοσιογράφο Γ. Φούρα). 12-01-2011.
- [170] Παρασκευόπουλος Ν. Το Ορεγκον και η Αξιοκρατία. Η Καθημερινή. 30-11-2012.
- [171] Οικονόμου Χ. Η Λιτότητα Βλάπτει Σοβαρά την Υγεία... Foreign Affairs, The Hellenic Edition. 21-11-2013. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 23-11-2014:

<http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blapte-i-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6>

[172] Στάθης Γ. Τι Έγινε, Τι Πρέπει και Δεν Πρέπει να Γίνει... Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ 2012; 23(137):5.

[173] Παπαχελάς Α. Η Κομματική Καμαρίλα. Η Καθημερινή. 27-06-2012.

[174] Χατζηγάκης Στ. Ο Μεγάλος Ασθενής. Τα Νέα. 31-10-2012.

[175] Παραθέτουμε ενδεικτικά ορισμένες από τις προτεινόμενες ερωτήσεις για το «πρόχειρο διαγώνισμα»:

«Δώστε τον ορισμό της υγείας σύμφωνα με τον WHO...

Τι σημαίνει Δευτεροβάθμια, τι Τριτοβάθμια και τι Τεταρτοβάθμια μονάδα υγείας;

Γνωρίζετε τι σημαίνει ο όρος 'Κλειστός Προϋπολογισμός';

Τι εννοούμε με τον όρο 'Διπλογραφικό Σύστημα Εγγραφών';

Τι είναι τα 'Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα';

Γνωρίζετε την έννοια των QALY's;

Τι σημαίνουν οι όροι: ΤΕΠ, ΜΕΘ, ΜΑΦ... βιοχημικός αναλυτής, ... ενδοσκόπηση, ... χρόνος 'Door To Balloon', περιπατητικός ασθενής... ».

Ιατρίδης Κ. Προς τον Υπουργό Υγείας: Διοικητές Νοσοκομείων με Πρόχειρο Διαγώνισμα.

Antinews. 07-01-2013. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 23-11-2014:

<http://www.antinews.gr/POLITIKE/Pros-ton-upourgo-Ugeias-Dioiketes-nosokomeion-me-prokheiro-diagonisma/#comments>

[176] Κασιμάτης Στ. Άξιζε το Κόστος της Ξεφτίλας; Η Καθημερινή. 12-02-2013.

[177] Ν. 4128. Τροπολογία Άρθρου Τέταρτου, § 10 του άρθ. 2. Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Αρ. 51/Α/28-02-2013.

[178] ΔΥ1δ/Γ.Π.οικ.25581/13-03-2013. ΑΔΑ: ΒΕΔ2Θ-5Υ7.

[179] Υ10β/Γ.Π.οικ.26252/14-03-2013. ΑΔΑ: ΒΕΔΑΘ-5ΒΖ.

[180] Νιάκας Δ. Επιτροπή Επιλογής Διοικήσεων Νοσοκομείων. Παραβιάζοντας τον Νόμο.

Υgeianet. 14-03-2013. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 23-11-2014:

<http://www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=35292>

[181] Στάθης Γ. Η Κακοστημένη Θεατρική Παράσταση «Επιλογής» Διοικητών Νοσοκομείων.

Υgeianet. 15-03-2013. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 23-11-2014:

<http://www.ygeianet.gr/keimeno.php?id=35350>

[182] Μόσιαλος Η. Βρίθει Ακόμα Ανορθολογισμών το Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Υgeia360.

08-05-2013. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 23-11-2014:

<http://www.ygeia360.gr/en/medicine/item/3874-hlias-mosialos-sto-ygeia360gr-brithei-akomh-anorthologismwn-to-dhmosio-s%CF%8Dsthma-ygeias>

[183] Αναγνώστου Ε. Διοικητές Νοσοκομείων: Μια Ιδιότυπη Συντεχνία Διορισμένων.

Palmografos. 18-04-2013. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 23-11-2014:

<http://www.palmografos.com/permalink/18562.html>

[184] Ανυπόγραφο. Κομματικά Νοσοκομεία! Ελευθεροτυπία (κύριο άρθρο). 01-11-2013.

[185] Μαλούχος Γ. Κομματάρχες, Ακόμα και επί των Ερειπίων. Το Βήμα. 07-11-2013.

- [186] Ελληνική Εταιρεία Management Υπηρεσιών Υγείας (ΕΕΜΥΥ). Πόσοι Διοικητές Νοσοκομείων Υπηρετούν Παράνομα, Χωρίς να Έχουν Πτυχίο; Εξαπατήθηκε ή Ψεύδεται ο Υπουργός Υγείας; Δελτίο Τύπου της ΕΕΜΥΥ. 16-04-2014. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 23-11-2014: http://eemyy.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=4180%3A2014-04-17-18-28-40&catid=5%3Apress-releases&Itemid=13&lang=el
- [187] Υ10β/Γ.Π. 53642/3-7-2014. (ΦΕΚ 397/ Υ.Ο.Δ.Δ./11-7-2014).
- [188] Βενιζέλος Β. Δημήτρης Βαρνάβας: Να παρέμβει το Μαξίμου για να αποτρέψει την τοποθέτηση του Μιχάλη Χλέτσου στον ΕΟΠΥΥ. Υγεια360. 14-03-2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 15-03-2015: <http://www.ygeia360.gr/en/health-politics/item/16252-dhmhtrhs-barnabas-na-parembei-to-maximoy-gia-na-apotrepsei-thn-topothethsh-toy-mixalh-xletsoy-ston-eopyy>
- [189] Rice T. Τα Οικονομικά της Υγείας σε Επανεξέταση. Κριτική. Αθήνα. 2006.
- [190] Θεοδώρου Μ. Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα. Στο: Θεοδώρου Μ., Μητροσύλη Μ. Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. 1999; Σ. 11-31.
- [191] Κυριόπουλος Γ. Τα Οικονομικά της Υγείας: Βασικές Έννοιες, Αρχές και Μέθοδοι. Παπαζήση. Αθήνα. 2007.
- [192] Mossialos E., McKee M., Palm W. et al. The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union. In: Report submitted to Belgian Presidency of the European Union; 2001. p. 5-17.
- [193] Le Grand J. Κίνητρα, Δράσεις και Δημόσια Πολιτική: «Ιππότες» και «Κατεργάρηδες», «Πιόνια» και «Βασίλισσες». Παπαζήση. Αθήνα. 2007.
- [194] Blaug R., Horner L., Lekhi R. Public value, politics and public management. The Work Foundation. Lancaster University, UK. 2006. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-04-2015: http://www.theworkfoundation.com/DownloadPublication/Report/117_117_politics_lit_review.pdf
- [195] Η έκθεση παρουσιάστηκε στο Συνέδριο «Acting Together - A Roadmap for Sustainable Healthcare» (Βρυξέλλες, 19-03-2015).
Shinnors P. Hitting the road to solve the European health crisis. Irish Medical Times. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 07-04-2015: <http://www.imt.ie/features-opinion/2015/04/hitting-road-solve-european-health-crisis.html>
- [196] Goldsmith J. Physicians and Executives: Different Species Who Must Work Together. Hospitals and Health Networks Daily. 17-02-2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 18-02-2015: http://www.hhnmag.com/display/HHN-news-article.dhtml?dcrPath=/templatedata/HF_Common/NewsArticle/data/HHN/Daily/2015/February/physician-alignment-building-trust-CEO-goldsmith
- [197] Η ιατρική κοινότητα θα πρέπει να παραδεχθεί ότι οι πόροι σπανίζουν, να γνωρίζει ότι η νομιμοποίηση της εξοικονόμησής τους δίδεται από την επένδυση των τελευταίων στις πλέον αποτελεσματικές υπηρεσίες και να διευρύνει τις απόψεις της προς το γενικό καλό του πληθυσμού.
Bodenheimer T.S., Grumbach, K. Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας: Μια Κλινική Προσέγγιση. Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα. 2010.

- [198] OECD. Economic Policy Reforms 2015: Going for Growth. OECD Publishing. 2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 18-02-2015:
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/economic-policy-reforms-2015_growth-2015-en
- [199] Davies R., Pickering J. Making Development Co-operation Fit for the Future: A Survey of Partner Countries. OECD Development Co-operation Working Papers; No 20. OECD Publishing. 2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-04-2015:
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/development/making-development-co-operation-fit-for-the-future_5js6b25hzv7h-en#page16
- [200] Eeckloo K., Delesie L., Vleugels A. Hospital Governance: Exploring the European Scene. E-Hospital. Brussels.2007;9 (2):14-16.
- [201] Eeckloo K., Delesie L., Vleugels A. Hospital Governance: Exploring the European Scene. E-Hospital. Brussels.2007;9 (3):30-32.
- [202] Harding A., Preker A.S. A Conceptual Frame work for the Organizational Reforms of Hospitals. In: Preker A.S., Harding A. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. World Bank. Washington, DC. 2003. p. 23-78.
- [203] Η εμπειρία της έρευνας καταδεικνύει ότι για τέτοιου είδους μεταρρυθμίσεις στην υγεία αναγκαία είναι η συμφωνία των εμπλεκόμενων μερών (κόμματα, συνδικάτα, ιατρική κοινότητα), ώστε να αποφευχθούν οι συμβιβασμοί με το ανθρώπινο δυναμικό ή οι πολιτικές παρεμβάσεις. Η έλλειψη αυτής της συμφωνίας οδήγησε σε αποτυχία το μετασχηματισμό των νοσοκομείων σε πολλές χώρες. Αλλά και η ίδια η κοινωνία μπορεί να αντιδράσει, έχοντας το ιστορικό προηγούμενο ενός συστήματος δήθεν εκτός συνθηκών αγοράς (anti-market). Η τελευταία θέση των συγγραφέων, δύναται να αναγνωρισθεί και στην ελληνική κοινωνία, που γαλουχήθηκε με το ψευδές σύνθημα της «δωρεάν υγείας για όλους».
- Hawkins L., Ham C. Reviewing the Case Studies: Tentativ Lessons and Hypotheses for Further Testing. In: Preker A.S., Harding A. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. World Bank. Washington, DC. 2003. p. 169-206.
- [204] European Observatory on Health Systems and Policies: Health Systems in Transition. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-03-2015:
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us>
- [205] Beyond political rhetoric to new ideas for a sustainable NHS. The Lancet; Editorial. Vol. 385 (9965):303. 24-01-2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-01-2015:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60099-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60099-X)
- [206] Wilkinson E. Reforming England's National Health Service. The Lancet. Vol. 385 (9965):315-316. 24-01-2015. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-01-2015:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60102-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60102-7)
- [207] Ham C. Betwixt and Between: Autonomization and Centralization of U.K. Hospitals. In: Preker A.S., Harding A., eds. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. World Bank. Washington, DC. 2003. p. 265-296.
- [208] Pryce A., Chambers N. Board brilliance revealed: study into top performing boards finds 19 top organizations. Health Service Journal. 30-06-2011. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 30-01-2015:
<http://www.hsj.co.uk/resource-centre/best-practice/organisational-development-resources/board-brilliance-revealed-study-into-top-performing-boards-finds-19-top-organisations/5030841.article>
- [209] Hofmarcher M., Quentin W. Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(7).

- [210] Gerkens S., Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(5).
- [211] Olejaz M., Juul Nielsen A., Rudkjøbing A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(2).
- [212] Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(6).
- [213] Busse R., Blümel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(2).
- [214] Büchner V.A., Schreyögg J., Schultz C. The impact of the board's strategy-setting role on board-management relations and hospital performance. *Health Care Manage Rev.* 2014 Oct-Dec;39(4):305-317. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 20-02-2015:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23896658>
- [215] Debatin J.F., Rehr J. The role of university hospital executive board members. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2009 Sep;52(9):891-898. PubMed. Διαδικτυακή πρόσβαση στις 20-02-2015:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19680612>
- [216] Schäfer W., et al. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1).
- [217] Eeckloo K., Delesie L., Vleugels A. Hospital Governance Practices Using Data Mining and Information Visualitation. In: Rahman H. (ed). *Social and Political Implications of Data Mining: Knowledge Management in E-Government: Knowledge Management in E-Government.* IGI Global, 2009. p. 88-105.
- [218] Ringard Å., Sagan A., Sperre Saunes I., Lindahl AK. Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(8).
- [219] Magnussen J. Hospital Sector Governance in Norway: Decentralization and the Distribution of Tasks. *Eurohealth incorporating Euro Observer.* 2013, Vol. 19 (1):19-21.
- [220] Τούντας Γ. Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα Υγείας, Σχεδιασμός-Οργάνωση-Αξιολόγηση, Ποιότητα, Διοίκηση, Οικονομικά, Ασφάλιση Υγείας, Νέες Τεχνολογίες, Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα. Οδυσσέας. Αθήνα. 2008.
- [221] Over M., Watanabe N. Evaluating the Impact of Organizational Reforms in Hospitals. In Preker A.S., Harding A. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals.* World Bank. Washington, DC. 2003. p. 105-151.
- [222] Tuohy C. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada.* OUP USA. 1999.
- [223] Σαχίνη-Καρδάση Α. Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Βήτα. Αθήνα. 2007.
- [224] Ανδρουλάκης Γ., Κάκαρη Ν., Μουσούρη Β. Μέθοδοι Συλλογής Δεδομένων: Ερωματολογία, Συνέντευξη, Παρατήρηση. Σεμινάριο Μεθοδολογίας για τις Διπλωματικές Εργασίες. ΕΑΠ. Πάτρα. 2010.
- [225] Φίλιας Β. Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών. Gutenberg. Αθήνα. 1996^{2η}.
- [226] Κυριαζή Ν. Η Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα. 2002.

[227] Eisner E.W. The Enlightened Eye: Qualitative Inquiry and the Enhancement of Educational Practice. Studies in Art Education. 1994;35 (2):121-123.

[228] Morse M. Critical Issues in Qualitative Research Methods. Sage. California. 1994.

[229] Boyatzis, R.E. Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development. Sage Publications London. Thousand Oaks. California. c1998.

[230] Ο π. Υπουργός καταθέτει την εμπειρία του, όταν επιχείρησε την ενοποίηση των κλάδων υγείας:

«Θυμάμαι, ήρθε στη Βουλή ο Βαγγέλης Μαχαίρας, πρόεδρος του δικηγορικού συλλόγου, και μου λέει 'Εμείς ποτέ'. Οι δημοσιογράφοι το απόγευμα με κάλεσαν και μόνο που δεν με έδειραν για να μη χάσουν τον 'δικό τους' κλάδο υγείας. Και τι σημαίνει 'δικός τους'; Ένας γιατρός, με ένα πιεσόμετρο, να γράφει συνταγές.

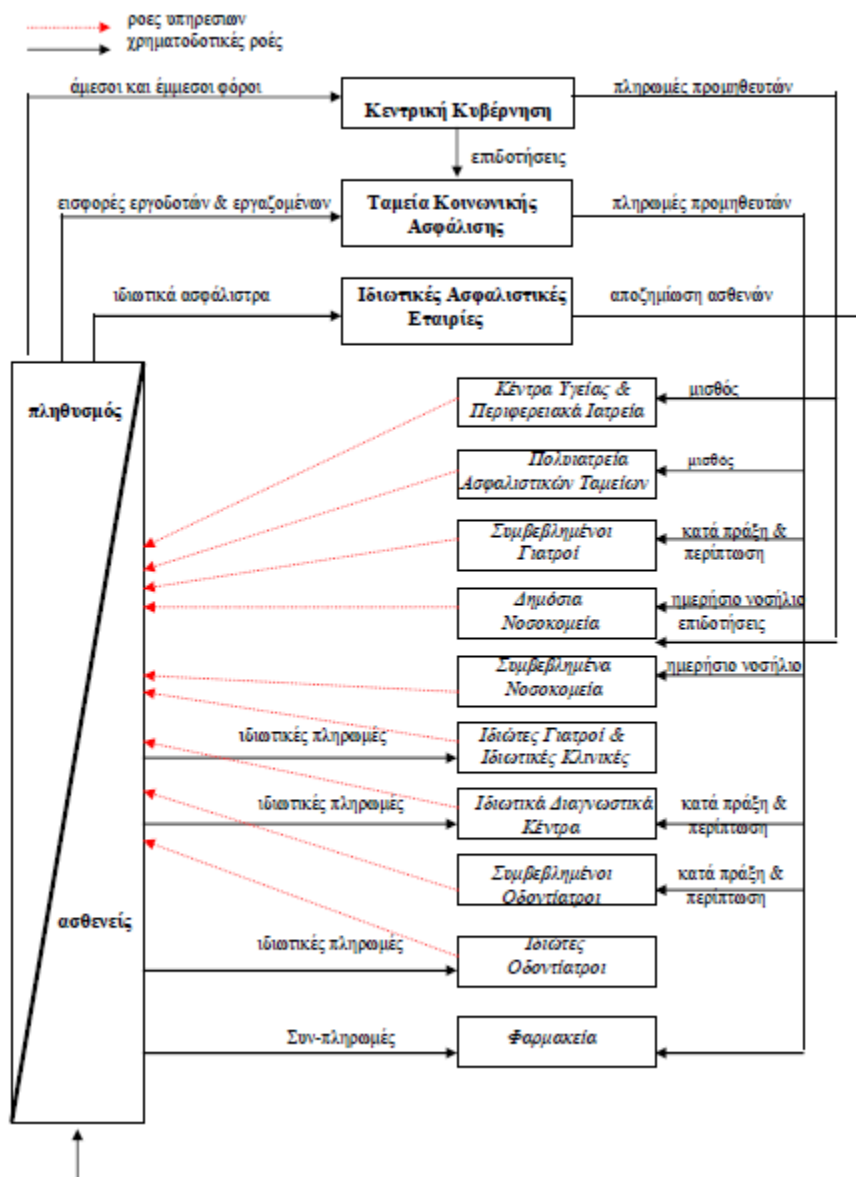
Ο πρόεδρος της Βουλής, ο Αλευράς, κατέβηκε από την [έδρα της] Βουλής και είπε ότι θα το καταψηφίσει. Ότι θα κατέβει στο δρόμο, μαζί με τους τραπεζοϋπαλλήλους. Θυμάμαι τότε, μία τράπεζα είχε σε ένα [χρονικό] διάστημα 1.000 επισκέψεις και 1.800 συνταγές!. Από την ώρα που δέχτηκα να υποχωρήσω και για να περάσει ο νόμος, να γίνει αυτό [η ενοποίηση των ταμείων ασφάλισης] εθελοντικά και προοδευτικά... Δεν έγινε ποτέ!».

[231] Η συζήτηση συμπεριέλαβε την προσπάθεια αναδιοργάνωσης της νοσοκομειακής διακυβέρνησης, η οποία επιχειρήθηκε το 1999 και στη συγκυρία, όπως είχε διαφανεί τότε, της πολιτικής συναίνεσης των δύο μεγάλων κομμάτων, Ν.Δ. και ΠΑΣΟΚ (βλ. Υποκεφάλαιο 5.4). Ο συνεντευξιαζόμενος έκανε τις ακόλουθες παρατηρήσεις:

«... η προσπάθεια εκσυγχρονισμού που έγινε... ήταν από τα μεγαλύτερα οραματικά στοιχεία της τότε κυβέρνησης, γιατί μπαίναμε στο ευρώ. Ήταν το ισχυρότερο νόμισμα του πλανήτη και έπρεπε να προετοιμαστεί η χώρα. Δυστυχώς, ο εμφύλιος που ξεκίνησε τότε στο ΠΑΣΟΚ ανέκοψε και αυτή την προσπάθεια εκσυγχρονισμού των νοσοκομείων, της δημόσιας διοίκησης και του ασφαλιστικού. Το ασφαλιστικό είναι ένας από τους κύριους λόγους, που οδηγηθήκαμε στην πτώχευση και στα μνημόνια. Ο εκσυγχρονισμός ήταν αναγκαίος, για να αποκτήσει η χώρα κάποια στοιχειώδη ανταγωνιστικότητα και να σταθεί σε μια νομισματική ένωση. Δεν το κάναμε και τώρα πληρώσαμε το λογαριασμό!».

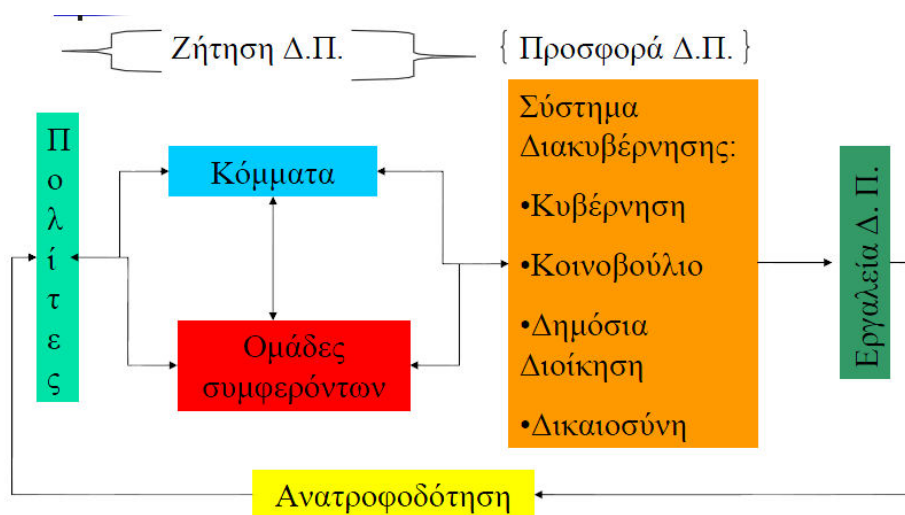
[232] Hood C. The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme. Accounting, Organizations and Society. 1995;20 (2/3):93-109.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ



Γράφημα 3.1: Αποτύπωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, έως την εφαρμογή των DRG's (Diagnosis Related Group).

Πηγή: Sissouras A., Karokis A., Mossialos E. 1994.

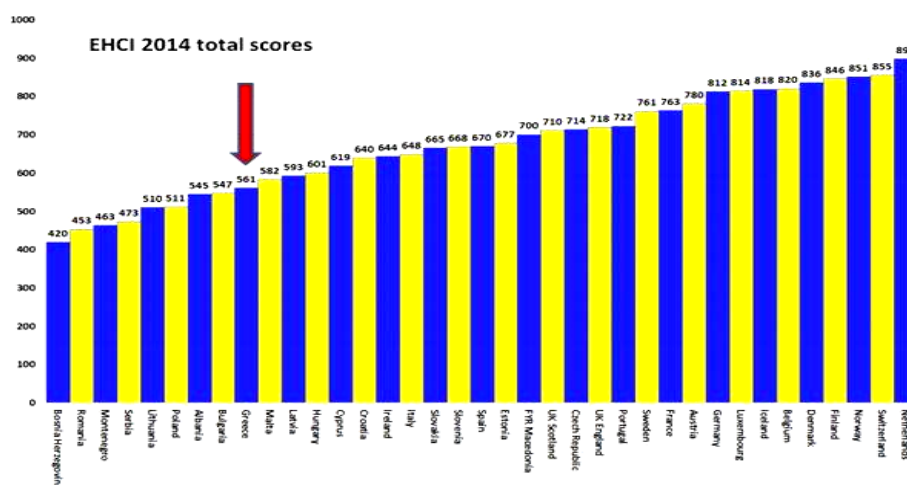


Γράφημα 4.1: Αποτύπωση του Νεοθεσμικού Μοντέλου Πολιτικού Συστήματος.

Οι δρώντες στην παραγωγή πολιτικών είναι «εσωτερικοί» (κυβέρνηση, κοινοβούλιο, διοίκηση, δικαιοσύνη) και «εξωτερικοί» (κόμματα, ομάδες συμφερόντων, ειδικοί, επιστημονική κοινότητα, ΜΜΕ, κοινή γνώμη).

Πηγή: Αλεξόπουλος Α. 2007.

28th in Euro Health Consumer Index 2014 (down from 22th in 2012)



Γράφημα 6.1: Ευρωπαϊκός Πίνακας Κατάταξης Καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας, 2014.

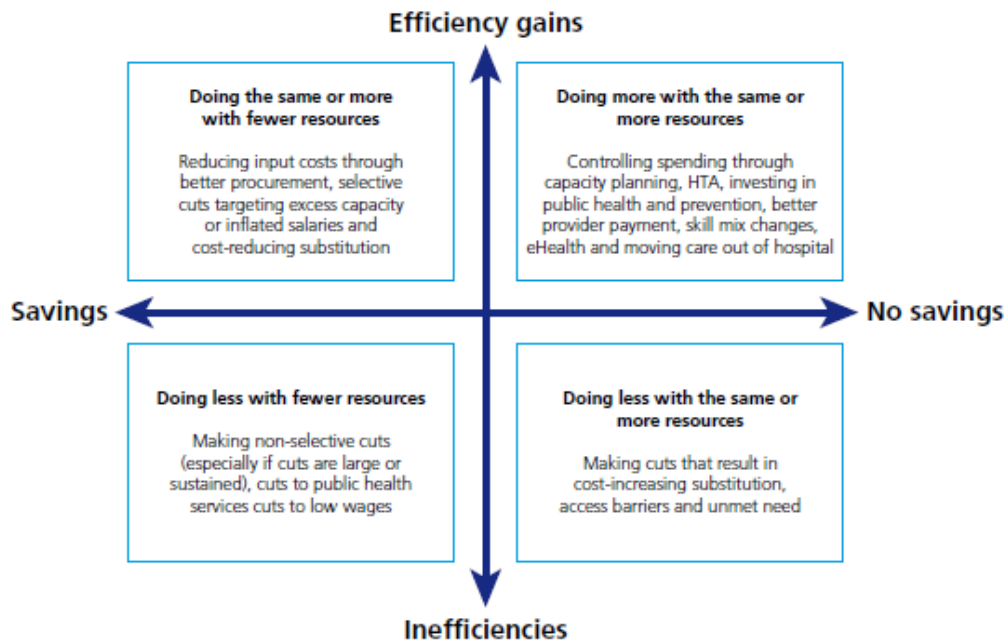
Στην 28η θέση, από την 22η του 2012 και την 25^η του 2013, η Ελλάδα με δραματική πτώση στις κατά κεφαλήν δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (<28% μεταξύ 2009-2011). Νούμερα που δεν συναντώνται ούτε σε άλλες χώρες της προγραμματικής λιτότητας (Πορτογαλία, Ιρλανδία κ.ά). Παράλληλα, η χώρα παραμένει σε υψηλά επίπεδα διάθεσης ιατρών >6 γιατροί/1000 κατοίκους και φαρμακοποιών, ενώ ταυτόχρονα αξιολογείται χαμηλά για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους πολίτες.

Πηγή: Euro Health Consumer Index (EHCI). 2014.

Αγορά / Market	Ατελής Αγορά (Υγείας) / Imperfect (Health) Market	Οιονεί Αγορά Υγείας/ Quasi Health Market
<ul style="list-style-type: none"> • Πολλοί Προμηθευτές (ανταγωνισμός, μείωση τιμών) • Κερδοσκοπικές Επιχειρήσεις • Ομοιογένεια προϊόντων • Ενημερωμένος Κυρίαρχος Καταναλωτής • Άμεση πληρωμή από τον Καταναλωτή • Ίδια κεφάλαια 	<ul style="list-style-type: none"> • Λίγοι Προμηθευτές (μονοπωλιακές τάσεις, αβέβαιη ζήτηση, περιορισμένος ανταγωνισμός-άδειες-πρότυπα) • Μη Κερδοσκοπικές Επιχειρήσεις (μεγιστοποίηση ποιότητας-κόστους) • Ετερογένεια του αγαθού "υγεία" (δυσκολία σύγκρισης τιμών/ποιότητας) • Ασύμμετρη πληροφόρηση χρηστών (άβουλος καταναλωτής, αβεβαιότητα, μείωση ανταγωνισμού, αντιπροσώπευση χρήστη από τον καλά πληροφορημένο ιατρό-προμηθευτή, προκλητή ζήτηση) • Μερική κάλυψη δαπανών από τους χρήστες (μείωση ανταγωνισμού, ασφάλιση-" τρίτος" πληρωτής-αύξηση της κατανάλωσης-ηθικός κίνδυνος) • Κρατική Χρηματοδότηση (άμεση-έμμεση) • Ολοκληρωμένο Σύστημα Υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Κυβερνητική (εθνική ή υπερεθνική) παρέμβαση για την αντιμετώπιση των στρεβλώσεων της αγοράς υγείας • Αντιμονοπωλιακή δράση (ημιαυτόνομοι προμηθευτές) • Τεχνικές ελεγχόμενου ανταγωνισμού (διάκριση προσφοράς - ζήτησης) • Έλεγχος της προκλητής ζήτησης • Ο χρήστης εξακολουθεί να εκπροσωπείται από τον ιατρό στη ζήτηση (ενίσχυση του ρόλου του χρήστη) • Αλλαγή στον τρόπο αποζημίωσης (διαγωνισμοί, συμβόλαια) • Διατήρηση του ενδιαφέροντος για ισότητα, πρόσβαση, καθολική κάλυψη, ποιότητα, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα • Κρατική χρηματοδότηση (& έλεγχος της χρηματοδότησης μέσω κοινωνικής ασφάλισης) • Συμβασιακό Σύστημα Υγείας • Ποιος θα έχει το ρόλο του gatekeeper?

Γράφημα 7.1: Αγορά, Ατελής Αγορά Υγείας, Οιονεί Αγορά Υγείας.

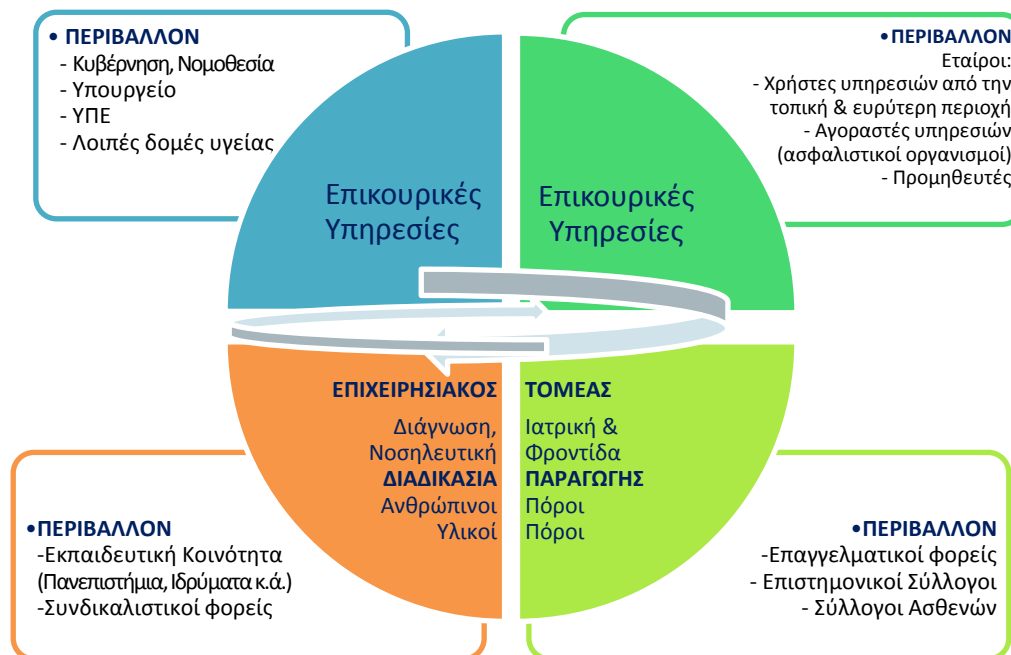
Η δημοσιονομική προσαρμογή του τομέα υγείας, επιβαλλόμενη στο σύνολο των κρατών-μελών της Ε.Ε., οφείλει να αντιμετωπίσει τις αιτίες που προκάλεσαν την αύξηση των δαπανών (γήρανση, εξελίξεις στην ιατρική και στη δαπανηρή βιοϊατρική τεχνολογία, εξάλειψη αναποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας και τις αρνητικές στην καταναλωτική αποδοτικότητα εξωτερικότητες/negative externalities at allocative efficiency, διαφθορά, μονοπώλια). Οι πολιτικές της Ε.Ε., στις οποίες έχουν συμφωνήσει τα κράτη-μέλη, στοχεύουν στον περιορισμό των αποτελεσμάτων της αγοράς υγείας. Στο γράφημα αποτυπώνονται τα κυριότερα χαρακτηριστικά διαφοροποίησης των τριών αγορών.



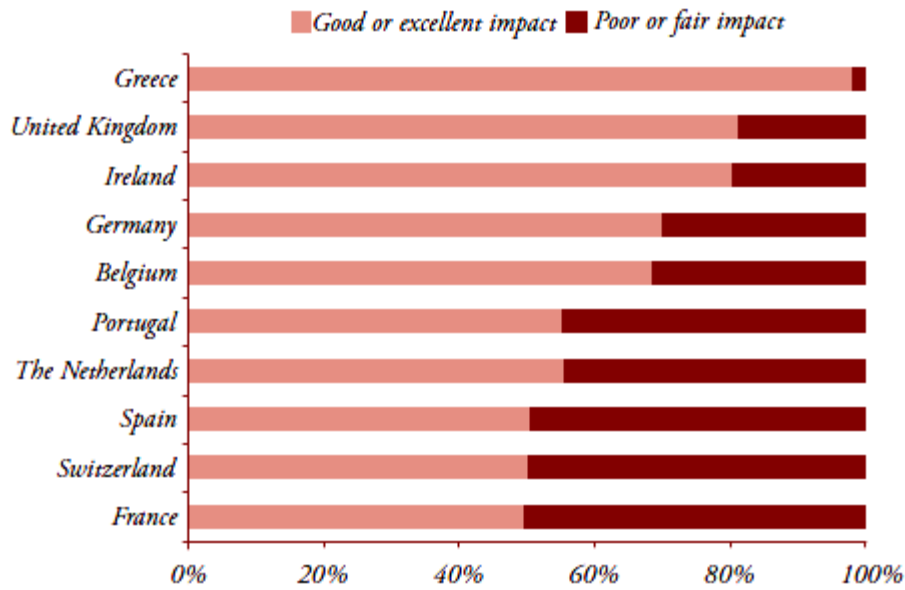
Γράφημα 7.2: Διακρίνοντας μεταξύ Εξοικονόμησης και Βελτίωσης της Αποτελεσματικότητας.

Η Ελλάδα (μαζί με τη Λετονία) κατατάσσεται στην περίπτωση της «περιστολής των δαπανών χωρίς βελτίωση της αποτελεσματικότητας», γεγονός που εν πολλοίς οφείλεται σε ένα απροετοίμαστο και ανεύθυνο πολιτικό σύστημα διακυβέρνησης του τομέα υγείας.

Πηγή: Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., et al. 2014.

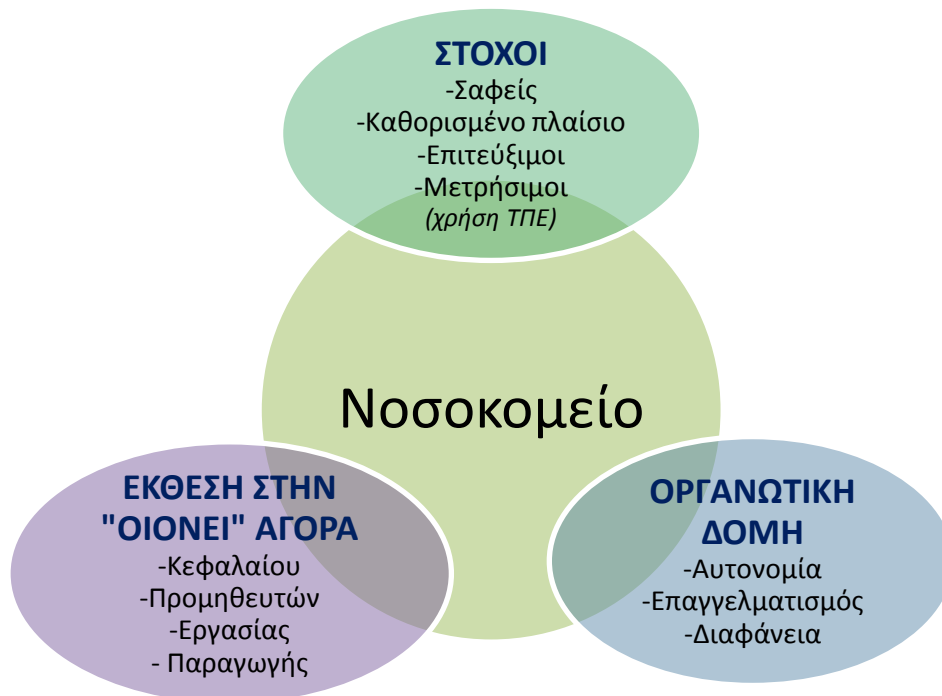


Γράφημα 7.3: Βασική Τομεοποίηση Νοσοκομείου.



Γράφημα 8.1: Επίπτωση των Διοικητικών Συμβουλίων στη Συνολική Απόδοση του Νοσοκομείου (καταγραφή της άποψης των διοικητών).

Πηγή: Eeckloo K., Delesie L., Vleugels A. 2007.



Γράφημα 8.2: Επιτυχής Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση.

Εισαγωγική Συζήτηση

Ο συνεντευξιαζόμενος ενημερώνεται για τους άξονες ενδιαφέροντος της έρευνας, μέσω εισαγωγικής συζήτησης κατά την οποία η ερευνήτρια:

(α) αναγνωρίζει τη δυνατότητα γνώσης, λόγω της ιδιότητας του ερωτώμενου (έχουν συλλεχθεί βιογραφικά στοιχεία),

(β) επιβεβαιώνει την τήρηση της ανωνυμίας του ερωτώμενου,

(γ) ενθαρρύνει τον ερωτώμενο να εκθέσει τυχόν απορίες ή να συζητήσει ζητήματα που τον έχουν απασχολήσει σχετικά με την έρευνα.

1^{ος} Άξονας Ενδιαφέροντος:

Μοντέλο Οργάνωσης Δημόσιων Νοσοκομείων

Αυθόρμητη αναφορά σχετικά με το υπάρχον νομικό καθεστώς των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων (μορφή ΝΠΔΔ), την πλήρη έλλειψη αυτονομίας και στο γεγονός ότι διεθνώς παρατηρείται η τάση για αύξηση της αυτονομίας ή και της αλλαγής της επιχειρησιακής μορφής των κρατικών νοσηλευτικών μονάδων.

Θα ζητηθεί από τον ερωτώμενο να εκθέσει τις απόψεις του για τις προοπτικές της οργάνωσης:

1. Αυξημένη αυτονομία ή πλήρης αυτοτέλεια.

2. Βαθμός και είδος κρατικού ελέγχου.

3. Είσοδος ανταγωνισμού

3^α νοσοκομεία ως αυτόνομα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας, που θα ανταγωνίζονται μεταξύ τους; ή

3^β ως μονάδες περιφερειακών ολοκληρωμένων συστημάτων (μετεξέλιξη των ΥΠΕ), που θα ανταγωνίζονται με τον ιδιωτικό τομέα;

Στη συνέχεια, θα ερωτηθεί ο συνεντευξιαζόμενος για τις επιπτώσεις στο δημόσιο νοσηλευτικό σύστημα, εάν δεν επέλθουν μεταρρυθμίσεις στο μοντέλο οργάνωσης.

2^{ος} Άξονας Ενδιαφέροντος:

Επιλογή Κατάλληλων Νοσοκομειακών Διοικήσεων

Αυθόρμητη αναφορά στο ελληνικό *παράδοξο* της απουσίας επαγγελματικής διοίκησης και της κομματοκρατίας στην επιλογή, ενώ διεθνώς ενισχύεται ο ρόλος της επαγγελματικής διαχείρισης, με την εφαρμογή κριτηρίων καταλληλότητας στην επιλογή και αυξάνεται ο έλεγχος στα αποτελέσματα.

Θα ζητηθεί από τον ερωτώμενο να εκθέσει τις απόψεις του για τις προοπτικές της νοσοκομειακής διακυβέρνησης:

1. Φύση εξουσίας (πολιτικές ή τεχνοκρατικές οι θέσεις των διοικητών).
2. Αξιοκρατία στην επιλογή διοικητών (πώς; ποιος;).
3. Αξιολόγηση (ποιος; πώς; με ποια μετρήσιμα στοιχεία;).
4. Σχετική αυτονομία ή πλήρης αυτοτέλεια (ευθύνη διοίκησης η αξιολόγηση αναγκών, προσλήψεων-απολύσεων, απολαβών;).

Στη συνέχεια, θα ζητηθεί από τον συνεντευξιζόμενο να αναφέρει τα σημαντικότερα εμπόδια στην επιλογή κατάλληλων διοικητών και ενδεχόμενους τρόπους υπερνίκης τους.

3^{ος} Άξονας Ενδιαφέροντος:

Χρήση Επιχειρησιακών Εργαλείων για Επιτυχή Νοσοκομειακή Διακυβέρνηση

Αυθόρμητη αναφορά στις δυνατότητες των ΤΠΕ, στα οφέλη (κλινικά και οικονομικά) από την εφαρμογή εργαλείων πληροφόρησης και τυποποίησης των διαδικασιών (κλινικά πρωτόκολλα, διαδικασίες, διαλειτουργικότητα συστημάτων κ.λπ.) καθώς και συστημάτων κινήτρων-αντικινήτρων.

Θα ζητηθεί από τον ερωτώμενο να εκθέσει τις απόψεις του για τις προοπτικές της νοσοκομειακής διαχείρισης:

1. Μπορούμε να εφαρμόσουμε επιχειρησιακά εργαλεία; (ικανότητα, νομικό καθεστώς).
2. Υπάρχει βούληση για τη χρήση; (αξιολόγηση μονάδων, επαγγελματιών υγείας, χρηματοδότηση-αποζημίωση παρόχων κ.λπ.).
3. Εάν είχαμε θεσπίσει τα επιχειρησιακά εργαλεία, θα επιλέγαμε διαφορετικές

διοικήσεις και τι είδους;

Τέλος, θα ζητηθεί από τον συνεντευξιζόμενο να αναφέρει τους κυριότερους περιορισμούς στην εγκαθίδρυση και χρήση επιχειρησιακών εργαλείων και τις προβλέψεις του στην περίπτωση που η νοσοκομειακή διακυβέρνηση παραμείνει ανοχύρωτη πόλη.

