

11.2023

διαΝΕΟσις

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Πρόταση διακυβέρνησης του ΕΣΥ

Γιάννης Τούντας, Βασίλειος Κέφης,
Νίκος Πολύζος, Κυριάκος Σουλιώτης

Νοέμβριος 2023

Συγγραφική Ομάδα

Γιάννης Τούντας (Συντονιστής)

Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, ΕΚΠΑ
Διευθυντής Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ)

Βασίλειος Κέφης

Καθηγητής Διοίκησης Δημόσιων Υπηρεσιών και Οργανισμών, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Νίκος Πολύζος

Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Κυριάκος Σουλιώτης

Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Σε συνεργασία με την **Κατερίνα Γιαννοπούλου**, Ψυχολόγο, M.Sc. στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας, Επιστημονική Συνεργάτιδα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ).

Πίνακας Περιεχομένων

Ευρετήριο Πινάκων	5
Ευρετήριο Σχημάτων και Διαγραμμάτων	6
Ευρετήριο Ακρωνυμίων	7
Περίληψη	9
1 Θεωρία - Διεθνή	12
1.1. Εισαγωγή	12
1.2. Αρχές διοίκησης δημόσιων οργανισμών	12
1.2.1. Εισαγωγή	12
1.2.2. Σύγχρονες μορφές διοίκησης/οργάνωσης	13
1.2.3. Στρατηγικό management	14
1.2.4. Διοίκηση δημόσιων οργανισμών	15
1.3. Αρχές διοίκησης συστημάτων/υπηρεσιών υγείας	16
1.3.1. Συστήματα υγείας	16
1.3.2. Νοσοκομεία	17
1.3.2.1. Οργάνωση και λειτουργία	17
1.3.2.2. Διοίκηση	18
1.3.2.3. Διεθνείς πρακτικές στην οργάνωση του νοσοκομειακού τομέα	20
1.3.2.3.1. Εισαγωγή	20
1.3.2.3.2. Το μοντέλο “Hub-and-Spoke”	21
1.3.2.3.3. Άλλοι τρόποι οργάνωσης και συντονισμού	22
1.3.3. Management ανθρώπινων πόρων	23
1.3.4. Ηγεσία	25
1.4. Διοίκηση σε τέσσερις επιλεγμένες χώρες	26
1.4.1. Ηνωμένο Βασίλειο – Αγγλία	26
1.4.2. Σουηδία	29
1.4.3. Γαλλία	32
1.4.4. Ιταλία	36

2	Ελλάδα.....	39
	2.1. Διοίκηση δημόσιων οργανισμών.....	39
	2.2. Η υφιστάμενη οργάνωση/διοίκηση του ΕΣΥ.....	40
	2.2.1. Εισαγωγή.....	40
	2.2.2. Κεντρική διοίκηση.....	41
	2.2.3. Περιφερειακή διοίκηση.....	42
	2.2.4. Οργάνωση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.....	43
	2.2.5. Οργάνωση νοσοκομειακής περίθαλψης.....	45
	2.2.6. Προβλήματα – Συμπεράσματα για τον νοσοκομειακό τομέα.....	47
	2.2.7. Επίμετρο.....	48
3	Πρόταση διακυβέρνησης του ΕΣΥ.....	50
	3.1. Εισαγωγή.....	50
	3.2. Κεντρική διοίκηση.....	52
	3.3. Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας.....	52
	3.4. Κέντρο Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης.....	53
	3.5. Υγειονομικές Περιφέρειες.....	54
	3.5.1. Οργάνωση και λειτουργία των Υγειονομικών Περιφερειών.....	54
	3.5.2. Αριθμός ΥΠε και γεωγραφική/πληθυσμιακή κατανομή τους.....	55
	3.6. Νοσοκομεία.....	56
	3.6.1. Το νομικό καθεστώς νοσοκομείων.....	56
	3.6.2. Οργάνωση - Διοίκηση.....	57
	3.6.3. Η συγκρότηση των συμπλεγμάτων και των δικτύων νοσοκομείων.....	59
	3.7. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	63
	3.8. Διασυνδεδεμένοι οργανισμοί.....	65
	3.9. Συνέργειες με ιδιωτικό τομέα.....	65
4	Η μετάβαση στο νέο μοντέλο διακυβέρνησης.....	67
	4.1. Αρχές μετάβασης.....	67
	4.2. Αντί επιλόγου: Το «Νέο ΕΣΥ».....	69
	Βιβλιογραφία.....	71
	Παράρτημα 1.....	76
	Παράρτημα 2.1.....	78
	Παράρτημα 2.2.....	80
	Παράρτημα 2.3.....	81
	Παράρτημα 2.4.....	84
	Παράρτημα 2.5.....	85

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1.	Τα 3 R's της αναδιοργάνωσης.....	76
Πίνακας 2.	Αλλαγές που προκύπτουν με την εφαρμογή του BPR.....	77
Πίνακας 3.	Εκτιμώμενος πληθυσμός των 7 ΥΠε (2022).....	80
Πίνακας 4.	Πληθυσμός των 13 Διοικητικών Περιφερειών (2022).....	80
Πίνακας 5.	Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ ανά κατηγορία.....	81
Πίνακας 6.	Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (2020-2021).....	81
Πίνακας 7.	Κατανομή δομών ΠΦΥ ανά ΥΠε (2022).....	82
Πίνακας 8.	Αριθμός εργαζομένων σε δομές ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας, ΠΙ, ΠΠΙ & ΤΟμΥ) (2021).....	82
Πίνακας 9.	Μονάδες, προσωπικό και μηχανήματα Κέντρων Υγείας (2020-2021).....	82
Πίνακας 10.	Παλαιά (2011-) και τρέχουσα (2012+) κατάσταση νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΥΠε.....	84
Πίνακας 11.	Προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2022).....	85
Πίνακας 12.	Προσωπικό/Κλίνη στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2022).....	85

Ευρετήριο Σχημάτων και Διαγραμμάτων

Σχήμα 1.	Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Αγγλίας.....	27
Σχήμα 2.	Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Σουηδίας.....	30
Σχήμα 3.	Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Γαλλίας.....	34
Σχήμα 4.	Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Ιταλίας.....	37
Σχήμα 5.	Η δομή του ΕΣΥ το 2011 και η χρηματοδότησή του από την κοινωνική ασφάλιση.....	43
Σχήμα 6.	Προτεινόμενη οργανωτική δομή ΕΣΥ.....	51
Σχήμα 7.	Προτεινόμενη οργανωτική δομή δικτύου ΠΦΥ.....	64
Σχήμα 8.	Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ (2021).....	83
Διάγραμμα 1.	Προσωπικό Κέντρων Υγείας & μηχανήματα (2020-2021).....	83

Ευρετήριο Ακρωνυμίων

Ελληνικά ακρωνύμια

ΑΕΜΥ	Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΑΠΤΥ	Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία
ΕΚΑΠΥ	Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας
ΕΚΕΑ	Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας
ΕΚΕΨΥΕ	Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών
ΕΚΠΥ	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΜ	Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΠΙ	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία
ΕΠΙΨΥ	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
ΕΠΥ	Επιτροπή Προμηθειών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΔΙΚΑ	Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΦΕΤ	Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΕΤΕΚΝΥ	Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΔΙΠΥ	Οργανισμός Διαχείρισης Ποιότητας Υγείας
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

ΟΤΑ	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕΣΥ	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
ΠΕΣΥΠ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΙ	Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΠΙ	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών
ΤΙ	Τοπικό Ιατρείο
ΤοΜΥ	Τοπική Ομάδα Υγείας
ΥΠε	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης

Ξενόγλωσσα ακρωνύμια

BPR	Business Process Reengineering
ARS	Agences Régionale de Santé
CCG	Clinical Commissioning Groups
CEO	Chief Executive Officer
CNP	Conseil National de Pilotage
CNS	Conférence Nationale de Santé
CSS	Consiglio Superiore di Sanità
DPC	Développement Professionnel Continu
DRG	Diagnosis Related Group
GP	General Practitioner
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCSP	Haute Conseil de la Santé Publique
HRM	Human Resource Management
ISS	Istituto Superiore di Sanità
NHS	National Health System
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PAL	Piani Attuativi Locali
SALAR	Swedish Association of Local Authorities and Regions
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

Περίληψη

Το ΕΣΥ σήμερα αδυνατεί να ανταποκριθεί στην αποστολή του για παροχή καθολικής και ισότιμης περίθαλψης σε όλο τον ελληνικό πληθυσμό, εξαιτίας διαχρονικών παθογενειών που υπονομεύουν τη λειτουργία του. Η αντιμετώπιση των παθογενειών αυτών, ήτοι της υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης, της ανοργάνωτης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της έλλειψης σχεδιασμού και αξιολόγησης, αλλά και του κρατισμού, του συγκεντρωτισμού και της κομματοκρατίας, προϋποθέτει την ύπαρξη σύγχρονης και αποτελεσματικής διοίκησης σε όλα τα επίπεδα. Το ΕΣΥ, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στα εθνικά συστήματα υγείας άλλων ευρωπαϊκών χωρών, δεν διαθέτει ούτε κεντρική διοίκηση ούτε διοικητικά στελέχη επιλεγμένα με αδιάβλητες αξιολογικές διαδικασίες. Η έλλειψη σύγχρονης και αποτελεσματικής διοίκησης περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα επιτυχίας των επιμέρους διορθωτικών παρεμβάσεων της Πολιτείας κατά την τελευταία εικοσαετία. Για τον λόγο αυτό, και προκειμένου να μετατραπεί το ΕΣΥ από κακοδιοικούμενη κρατική υπηρεσία σε σύγχρονο δημόσιο οργανισμό ικανό να καλύψει με επάρκεια τις ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού, προτείνεται ένα νέο μοντέλο συνολικής διακυβέρνησης του ΕΣΥ, στο πλαίσιο ενός γενικότερου σχεδίου δημιουργίας ενός «Νέου ΕΣΥ», σύμφωνα με τη σχετική μελέτη της διαΝΕΟσις (Τούντας κ.ά., 2020).

Σύμφωνα με το προτεινόμενο μοντέλο διακυβέρνησης:

1. Το ΕΣΥ επανιδρύεται ως ΝΠΔΔ (Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου), προκειμένου να λειτουργήσει ως ανεξάρτητος δημόσιος οργανισμός.
2. Το ΕΣΥ διοικείται από ΔΣ με πρόεδρο/γενικό εκτελεστικό διευθυντή, που επιλέγεται από ειδική επιτροπή κατόπιν ανοικτού διαγωνισμού, και μέλη τους διοικητές των ΥΠε (Υγειονομικών Περιφερειών), που και αυτοί επιλέγονται με ανάλογη διαδικασία.
3. Αναβαθμίζεται ο στρατηγικός ρόλος του Υπουργείου Υγείας με ενίσχυση του επιτελικού και εποπτικού ρόλου του. Το Υπουργείο Υγείας χαράσσει τις στρατηγικές, επιλέγει τις πολιτικές και θέτει τις προτεραιότητες στην οργάνωση και λειτουργία του ΕΣΥ, χωρίς να ασκεί τη διοίκηση-διαχείρισή του.
4. Δημιουργείται Κέντρο Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης ως ΝΠΙΔ (Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου), το οποίο εντάσσεται στη

διοικητική δομή του ΕΣΥ μαζί με τον ΟΔΙΠΥ (Οργανισμός Διαχείρισης Ποιότητας Υγείας) και το ΚΕΤΕΚΝΥ (Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών), που ήδη λειτουργούν ως ΝΠΙΔ.

5. Οι ΥΠε (ΝΠΔΔ) αυξάνονται από 7 σε 8 με βάση λειτουργικά κριτήρια, για την καλύτερη πρόσβαση του τοπικού πληθυσμού στις μονάδες του ΕΣΥ, ή σε 13, για να υπάρξει αντιστοίχιση με τις Διοικητικές Περιφέρειες της χώρας και μεγαλύτερη συμμετοχή τους στον σχεδιασμό αλλά και στην παροχή των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, ενισχύεται ο ρόλος τους με τη μεταφορά αρμοδιοτήτων διοίκησης από τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.
6. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατρέπονται σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργούν ως θυγατρικές εταιρείες των ΥΠε (ΝΠΔΔ), διατηρώντας τον δημόσιο χαρακτήρα τους, αλλά αποκτώντας έτσι μεγαλύτερη διαχειριστική ευχέρεια για την αύξηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας. Η μετατροπή τους σε ΝΠΙΔ προτείνεται να πραγματοποιηθεί μετά τη συγκρότηση του ΕΣΥ (ΝΠΔΔ), των προτεινόμενων ΥΠε και των νοσοκομειακών δικτύων.
7. Σε κάθε ΥΠε δημιουργούνται ένα ή περισσότερα δίκτυα νοσοκομείων (σύνολο 20), με ένα περιφερειακό ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο ως νοσοκομείο-κόμβο του δικτύου, και διασυνδεδεμένα με αυτό, ως ακτίνες του δικτύου, γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία ή συμπλέγματα νομαρχιακών νοσοκομείων. Στο νοσοκομείο-κόμβο παραπέμπονται τα περιστατικά που χρήζουν τριτοβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης.
8. Η ΠΦΥ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) οργανώνεται με βάση τα δίκτυα ΠΦΥ (τουλάχιστον ένα ανά Δήμο ή ένα ανά διαμέρισμα στους μεγάλους Δήμους), τα οποία υπάγονται διοικητικά στον τομέα-διεύθυνση ΠΦΥ των ΥΠε. Κάθε δίκτυο διασυνδέεται λειτουργικά με το πλησιέστερο νοσοκομείο (βασικό ή/και γενικό), διατηρώντας όμως την οργανωτική και διοικητική του αυτοτέλεια.
9. Σε κάθε δίκτυο ΠΦΥ συμμετέχει ένα Κέντρο Υγείας -το οποίο προΐσταται του δικτύου- και οι λοιπές πρωτοβάθμιες μονάδες του ΕΣΥ του γεωγραφικού/πληθυσμιακού τομέα ευθύνης του δικτύου (ΤοΜΥ, Περιφερειακά Ιατρεία, Τοπικά Ιατρεία, κ.ά.).
10. Σε κάθε δίκτυο ΠΦΥ διασυνδέονται λειτουργικά οι ιδιώτες προσωπικοί ιατροί, τα Δημοτικά Ιατρεία και ο συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικός τομέας. Για την κάλυψη της ανάγκης και την επίτευξη καθολικής κάλυψης, αλλά και καλύτερη και αποδοτικότερη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, προτείνεται επέκταση του θεσμού του προσωπικού ιατρού στον παιδιατρικό πληθυσμό με την ένταξη των παιδιάτρων και διεύρυνση του θεσμού σε άλλες συναφείς ειδικότητες, ιδιαίτερα για πολίτες με χρόνια νοσήματα.
11. Το δίκτυο ΠΦΥ διοικείται από τον διευθυντή ιατρό του Κέντρου Υγείας αναφοράς και από 5μελή διοικούσα επιτροπή, στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι: α) της ΥΠε (ΝΠΔΔ), β) της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, γ) των

εργαζομένων στις δομές του δικτύου και δ) της Κοινωνίας των Πολιτών (π.χ. σύλλογοι ασθενών).

12. Κάθε δίκτυο ΠΦΥ αναπτύσσει ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής, η οποία περιλαμβάνει δράσεις πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας, περίθαλψης οξέων και χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υγείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής και υποστηρικτικής φροντίδας που προσφέρονται στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικές δομές υγείας και φροντίδας στην κοινότητα.

Για την υλοποίηση του προτεινόμενου μοντέλου διακυβέρνησης του ΕΣΥ συστήνεται η συγκρότηση ειδικής επιτροπής με τη συμμετοχή ειδικών επιστημόνων και έμπειρων στελεχών διοίκησης υπηρεσιών υγείας, η διαμόρφωση του τελικού μοντέλου διακυβέρνησης του ΕΣΥ, η δημόσια διαβούλευσή του, η ψήφιση της σχετικής νομοθεσίας και η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου με επιμέρους στόχους και χρονοδιαγράμματα.

1. Θεωρία - Διεθνή

1.1. Εισαγωγή

Μία από τις βασικές διαχρονικές παθογένειες του ΕΣΥ είναι η κακοδιοίκηση. Εδώ και χρόνια το ΕΣΥ διοικείται κεντρικά από αδύναμες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, και κυρίως από τα επιτελεία της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες, παρά τις προβλέψεις του αρχικού σχεδιασμού τους, έχουν περιορισμένες διοικητικές αρμοδιότητες. Οι διοικητές των νοσοκομείων διορίζονται από την εκάστοτε πολιτική ηγεσία, συχνά με κομματικά κυρίως κριτήρια, και η διοίκηση της ΠΦΥ είναι αναιμική και αποσπασματική. Η κακοδιοίκηση του ΕΣΥ μειώνει την κλινική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος, με άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, αλλά και στην οικονομία.

1.2. Αρχές διοίκησης δημόσιων οργανισμών

1.2.1. Εισαγωγή

Στους οργανισμούς διακρίνουμε τρία βασικά χαρακτηριστικά. Πρώτον, κάθε οργανισμός έχει ξεχωριστό σκοπό και ιδιαίτερη αποστολή. Δεύτερον, κάθε οργανισμός απαρτίζεται από ανθρώπους. Τρίτον, κάθε οργανισμός διαμορφώνει μια συστηματική δομή, η οποία καθορίζει τους ρόλους και τα όρια συμπεριφορών των ατόμων που τον απαρτίζουν (Robbins, 1997). Η δομή αυτή ενός οργανισμού αποτελεί τον τρόπο οργάνωσής του. Η οργάνωση είναι απαραίτητη για την επίτευξη των στρατηγικών και τακτικών στόχων ενός οργανισμού.

Η παραδοσιακή δομή του οργανισμού στηρίζεται στη θεωρία της γραφειοκρατίας όπως θεμελιώθηκε από τον Γερμανό κοινωνιολόγο Max Weber (1864-1920). Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, τα νοσοκομεία πρωτίστως, αλλά και οι άλλες υπηρεσίες δευτερευόντως, δομούνται στα πρότυπα των γραφειοκρατικών οργανισμών και χρησιμοποιούν γραφειοκρατικές αρχές. Βασική αρχή γραφειοκρατικής οργάνωσης είναι η υπαγωγή των ατομικών και συλλογικών εργασιακών θέσεων σε μια ιεραρχία ή πυραμίδα (Τούντας, 2008).

Στην κλασική προσέγγιση ανήκει και η επιστημονική διοίκηση, η οποία θεμελιώθηκε από τον Frederick W. Taylor (1856-1915) και βασίζεται στην

εξειδίκευση της εργασίας. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, κάθε εργασία οφείλει να χωρίζεται σε υποεργασίες που τις φέρνουν εις πέρας εργαζόμενοι, οι οποίοι έχουν επιλεγεί και εκπαιδευτεί κατάλληλα βάσει επιστημονικών κριτηρίων και μεθόδων. Σύμφωνα με την προσέγγιση της οργανωτικής διοίκησης (Henry Fayol, 1841-1925), η διοίκηση μπορεί να διδαχθεί και γι' αυτό τον σκοπό. Στο επίκεντρο αυτής της προσέγγισης βρίσκονται τόσο συγκεκριμένα εργαλεία διοίκησης, όσο και συγκεκριμένες αρχές και καθήκοντα βάσει των οποίων οφείλουν να λειτουργούν τα στελέχη της διοίκησης (Πολύζος, 2014).

1.2.2. Σύγχρονες μορφές διοίκησης/οργάνωσης

Η παραδοσιακή ιεραρχική δομή αμφισβητείται τα τελευταία χρόνια από πιο σύγχρονα μοντέλα οργάνωσης νοσοκομείων, όπως αυτό που ονομάζεται MATRIX ή ομαδική οργάνωση (Snook, 2001). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα μέλη περισσότερων τμημάτων οργανώνονται σε ομάδες, με σκοπό την υλοποίηση ειδικών επιχειρησιακών σχεδίων που απαιτούν τη σύνθεση διαφορετικών ικανοτήτων.

Γι' αυτό άλλωστε, στη σύγχρονη εποχή, σπάνια υφίστανται πλέον περισσότερα από τέσσερα έως έξι βασικά επίπεδα διοικητικής ιεραρχίας, ενώ οι διοικητικές ροές εκ των άνω προς τα κάτω και οι μηχανισμοί διαταγών και ελέγχου (command-and-control) είναι πλέον χρήσιμα εργαλεία σε μεμονωμένες μόνο περιπτώσεις.

Τις τελευταίες δεκαετίες η τάση είναι προς τις μικρότερες αλυσίδες διοίκησης, τη χρήση περισσότερων ομάδων από διάφορους τομείς, τις ομάδες εργασίας και τις οριζόντιες δομές, καθώς και προς μεγαλύτερα όρια εποπτείας, καθώς κερδίζει έδαφος η εκχώρηση αρμοδιοτήτων (Τούντας, 2008).

Σύμφωνα δε με το μοντέλο των ανοικτών συστημάτων, κάθε οργανισμός είναι δυναμικός και σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του, καθώς δέχεται εισροές, τις μετασχηματίζει, και παράγει εκροές. Κάθε οργανισμός δηλαδή αποτελεί ένα ενιαίο σύστημα όπου το σύνολο είναι μεγαλύτερο του αθροίσματος των επιμέρους μερών του και δέχεται παράλληλα αλληλεπιδράσεις από το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί. Έτσι, λοιπόν, ο οργανισμός αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία, καθώς δέχονται εξωτερικά ερεθίσματα, αντιδρούν και κατά συνέπεια αντιδρά και ολόκληρος ο οργανισμός.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ως ένας από τους σύγχρονους τρόπους διοίκησης των οργανισμών, δίνει έμφαση στην ικανοποίηση των πελατών, τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων, καθώς και στη χρήση επιστημονικών δεδομένων.

Ένα σύγχρονο κράτος οφείλει να προβλέπει, να καταγράφει και να ικανοποιεί τις ανάγκες των πολιτών του. Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μιας νέας στρατηγικής αρχιτεκτονικής αποτελεί βασική προτεραιότητα για την ανωτέρω διαπίστωση. Ο νόμος για το επιτελικό κράτος και η συνεχής επιμόρφωση-εκπαίδευση των επιτελικών στελεχών πρέπει να γίνουν οι πυλώνες καινοτόμων δράσεων, οι οποίες εξυπηρετούν τις δύο βασικές αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας: τη *δέσμευση της διοίκησης* για ολοκληρωμένες δράσεις και τη *συνεχή ικανοποίηση των πολιτών*. Το τετράπτυχο P – D – C – A (Plan – Do – Check – Act) κρίνεται ως απαραίτητο εργαλείο (Κέφης, 2023).

Ένα άλλο σημαντικό εργαλείο διοίκησης είναι το BPR (Business Process Reengineering) με αντικειμενικό στόχο την προσφορά πολιτοκεντρικών υπηρεσιών. Έχοντας τη δέσμευση της διεύθυνσης και της πολιτικής ηγεσίας, ένας σημαντικός παράγοντας για την εφαρμογή του BPR είναι η εγκατάσταση και χρήση πληροφοριακών συστημάτων (information technology). Οι εργαζόμενοι μπορούν εύκολα να λειτουργούν σε ομάδες μέσω intranets/extranets, εφαρμογές workflow (εργαλεία αυτοματοποίησης διαδικασιών μέσω ηλεκτρονικής διακίνησης φορμών και εγγράφων) και groupware (εργαλεία που διευκολύνουν την επικοινωνία σε ομάδα εργασίας), που εκμηδενίζουν τις αποστάσεις (βλ. Παράρτημα 1).

Επίσης, στο πλαίσιο της οργανωσιακής μάθησης, ένας «μαθησιακός οργανισμός» είναι εκείνος που αδιάκοπα μετατρέπει τις εμπειρίες σε γνώση και πειραματίζεται, ώστε να βρίσκεται σε συνεχή διαδικασία μάθησης, παραγωγής νέας γνώσης και δημιουργίας κοινών γνωστικών μοντέλων. Με αυτό τον τρόπο δύναται να προβαίνει διαρκώς σε βελτιωτικές αλλαγές που προάγουν την αποτελεσματικότητά του και διαμορφώνουν το περιβάλλον του.

1.2.3. Στρατηγικό management

Το στρατηγικό management αποτελεί πλέον την κυρίαρχη σχολή σκέψης, σύμφωνα με την οποία οι οργανισμοί πρέπει να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα με συνολικό και οργανωμένο τρόπο, αξιοποιώντας τεκμηριωμένες πρακτικές, με στόχους παρακολούθησης και χρονοδιαγράμματα υλοποίησης. Τα ευρύτερα στάδια του στρατηγικού σχεδιασμού επικεντρώνονται στο πού είμαστε (situation analysis), πού θέλουμε να πάμε (strategy formulation) και πώς θα πάμε εκεί (strategy implementation and control). Ο στρατηγικός σχεδιασμός κάθε οργανισμού οφείλει να περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός στρατηγικού σχεδίου που εμπεριέχει τους μακροπρόθεσμους στόχους και τη διαδικασία επιλογής της κατάλληλης στρατηγικής σε βάθος τριετίας ή πενταετίας, καθώς και ενός επιχειρησιακού σχεδίου που εξειδικεύει τους στόχους που περιλαμβάνονται στο στρατηγικό σχέδιο και τις μεθόδους πραγματοποίησής τους για κάθε ένα έτος ξεχωριστά, ενώ περιλαμβάνει και επιμέρους σχέδια δράσης (Πολύζος, 2014).

Οι στόχοι κάθε στρατηγικής αποτελούν μετρήσιμες επιδιώξεις και εδράζονται στους σκοπούς και την αποστολή κάθε οργανισμού. Οι σκοποί είναι οι λόγοι ύπαρξης. Η αποστολή προσδιορίζει τους μακροπρόθεσμους στόχους, αποτελεί την πυξίδα του οργανισμού και απαντά σε βασικές ερωτήσεις, όπως «ποιοι είμαστε», «ποιοι είναι οι πελάτες μας» και «τι κάνουμε» (Ζουκο, 2001). Για παράδειγμα, η αποστολή ενός νοσοκομείου θα μπορούσε να είναι: η περίθαλψη των ασθενών, η εκπαίδευση των φοιτητών, η συνεχής κατάρτιση του προσωπικού και η έρευνα για την αναζήτηση νέας γνώσης.

Στους δε σκοπούς ενός συστήματος υγείας θα μπορούσαν να περιληφθούν, μεταξύ άλλων, η παράταση της ζωής και η πρόληψη της πρόωρης θνησιμότητας, η μείωση της δυσφορίας και της ανικανότητας, η ικανοποίηση αλλά και η συμμετοχή των πολιτών στις αποφάσεις λαμβάνοντας υπόψη τη γνώμη τους είτε από τους θεσμικούς τους φορείς (π.χ. σύλλογοι ασθενών) είτε από ειδικές έρευνες ικανοποίησής τους. Θα μπορούσαν, επίσης, να συμμετέχουν ορισμένα γνωμοδοτικά όργανα ή επιτροπές στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Οι σκοποί και οι στόχοι πρέπει να ικανοποιούν την κοινωνική ευθύνη (απέναντι στον ασθενή) και την οικονομική σταθερότητα του οργανισμού. Η κοινωνική ευθύνη αντανakλά τις θεσμικές δεσμεύεις προς την κοινότητα και το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας που προσφέρεται. Η οικονομική σταθερότητα, που επιτρέπει την επιβίωση του οργανισμού, διατηρείται με τη σωστή κοστολόγηση, τιμολόγηση, μισθοδοσία και τεχνολογική ανανέωση (Ζουκο, 2001).

1.2.4. Διοίκηση δημόσιων οργανισμών

Η αποδοτική λειτουργία των δημόσιων οργανισμών πρέπει να αποτελεί στόχο υψηλής προτεραιότητας για την εκάστοτε κυβερνητική πολιτική. Οι υπηρεσίες που παρέχουν και τα αγαθά που παράγουν χαρακτηρίζονται ως αναγκαία (essentials), με την έννοια ότι είναι απαραίτητα για την εύρυθμη λειτουργία του κοινωνικού συνόλου, ενώ ταυτόχρονα η παρέμβαση του κράτους στην οικονομική δραστηριότητα με τον θεσμό του δημόσιου οργανισμού απορρέει από ιστορικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες.

Οι δημόσιοι οργανισμοί αποτελούν τη σπονδυλική στήλη του οικονομικού συστήματος, αφού παράγουν αγαθά και υπηρεσίες που είναι απαραίτητα για την απρόσκοπτη λειτουργία των υπόλοιπων κλάδων της οικονομίας.

Η επίτευξη της ποιότητας στον δημόσιο τομέα μπορεί να βασιστεί στην αξιοποίηση των μεθόδων και των τεχνικών του ιδιωτικού. Ταυτόχρονα, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ιδιαιτερότητες της δημόσιας δράσης και των δημόσιων αγαθών και υπηρεσιών στον σχεδιασμό της ολικής ποιότητας και στην εφαρμογή των αρχών της. Η εφαρμογή των αρχών αυτών στον

δημόσιο τομέα είναι εφικτή. Μπορεί να γίνει με την καταγραφή των ρόλων και των ευθυνών, με τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων σε κατώτερα διοικητικά επίπεδα και με τη δημιουργία ενός κλίματος συνεργασίας, σαφήνειας και διαφάνειας που επιτρέπει την αντικειμενική αξιολόγηση και τη δίκαιη ανταμοιβή (Κέφης, 2005) μέσα από τη θεσμική τους κατοχύρωση.

Συμπερασματικά, η νέα δημόσια διοίκηση, βασισμένη στις σύγχρονες προσεγγίσεις, περιλαμβάνει τις παρακάτω δράσεις (Πολύζος, 2014):

1. στρατηγικός σχεδιασμός (strategic planning) των πολιτικών (policies),
2. διοίκηση αποτελεσμάτων (output/outcome management) σε προγράμματα ή υπηρεσίες,
3. διοίκηση ολικής ποιότητας (total quality management) παρεχόμενων υπηρεσιών,
4. ηλεκτρονική διακυβέρνηση (e-governance) με απλούστευση διαδικασιών μέσω και του διαδικτύου,
5. μέτρηση συγκριτικής απόδοσης μονάδων (benchmarking) και έλεγχός τους (audit),
6. κατάρτιση και παρακολούθηση προϋπολογισμών (budgeting) και ηλεκτρονικών προμηθειών (e-procurement),
7. σύνδεση των αμοιβών του προσωπικού με την απόδοσή του (HR performance).

1.3. Αρχές διοίκησης συστημάτων/υπηρεσιών υγείας

1.3.1. Συστήματα υγείας

Σε κάθε σύστημα υγείας, οι υπηρεσίες υγείας ταξινομούνται σε διαφορετικές κατηγορίες ανάλογα με το έργο που παράγουν. Κατά το παρελθόν, η ταξινόμηση αυτή αφορούσε δύο βασικές κατηγορίες: τη νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη και την εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη. Τα τελευταία όμως χρόνια, με την ανάπτυξη της πρόληψης και της γενικότερης ιατροκοινωνικής φροντίδας, στο πλαίσιο και των νέων στρατηγικών του ΠΟΥ, έχει καθιερωθεί διεθνώς ένας διαφορετικός τρόπος ταξινόμησης σε τρεις κατηγορίες ή επίπεδα υπηρεσιών υγείας: το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο (Τούντας, 1996).

Η σωστή οργάνωση και διοίκηση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των τριών επιπέδων. Η λειτουργική διασύνδεση επιτρέπει την καλύτερη δυνατή επιστημονική διαχείριση του αρρώστου, αυξάνοντας την ικανοποίησή του και, παράλληλα, περιορίζοντας τον χρόνο και τις δαπάνες περίθαλψης.

Ιδιαίτερα σημαντικός στον περιορισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ο ρόλος της διασύνδεσης. Σύγχρονες προνοσοκομειακές και μετανοσοκομειακές υπηρεσίες είναι σε θέση να αποσυμφορήσουν τη δαπανηρή

νοσοκομειακή λειτουργία, περιορίζοντας τον αριθμό των εισαγωγών, καθώς και τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Μέγιστης σημασίας είναι, σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη συστήματος παραπομπών για εισαγωγή στο νοσοκομείο. Σε πολλά συστήματα υγείας, τον έλεγχο για την παραπομπή στο νοσοκομείο τον ασκεί ο οικογενειακός ιατρός, που λειτουργεί ως φίλτρο ή «θυρωρός» του συστήματος (gatekeeper).

1.3.2. Νοσοκομεία

1.3.2.1. Οργάνωση και λειτουργία

Στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας συντελούνται επαναστατικές μεταβολές. Οι αλλαγές αυτές ωθούν σε νέες, πιο σύνθετες και ολοκληρωμένες μορφές οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικό στοιχείο αυτών των εξελίξεων είναι η ιδιαίτερη σημασία που αποκτούν οι σχέσεις των κοινωνικών εταίρων ενός νοσοκομείου. Οι εταίροι αυτοί ανήκουν σε τρεις διακριτές κατηγορίες: εξωτερικούς (ασθενείς, προμηθευτές), ενδιάμεσους (εξωτερικοί συνεργάτες, μέτοχοι, κ.ά.) και εσωτερικούς (εργαζόμενοι) (Freeman, 1994).

Σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των νοσοκομείων παίζουν και οι ίδιοι οι ασθενείς, οι οποίοι γίνονται όλο και πιο πληροφορημένοι, πιο απαιτητικοί και πιο αποφασισμένοι να συμμετάσχουν στις διαδικασίες και τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους. Το αναπτυσσόμενο κίνημα για τα δικαιώματα των ασθενών αποτελεί πλέον σημαντικό συντελεστή της νοσοκομειακής λειτουργίας, ενώ υπάρχει ολοένα και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση στα θέματα της ιατρικής ασφάλειας και της αποφυγής των ιατρικών λαθών ή των παρενεργειών. Για την εκτίμηση των απόψεων και των επιθυμιών των ασθενών, τα νοσοκομεία οφείλουν να κάνουν τακτικές έρευνες που συνήθως χαρακτηρίζονται «μετρήσεις ικανοποίησης των ασθενών στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας».

Η οργανωτική δομή του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται πρωτίστως από τον βαθμό αυτονομίας του απ' όλους τους παραπάνω συντελεστές του εξωτερικού περιβάλλοντος. Χαρακτηρίζεται, επίσης, από τον βαθμό στον οποίο το νοσοκομείο εκτίθεται στις δυνάμεις της αγοράς (ανταγωνισμός, ασφαλιστικοί κίνδυνοι, κ.ά.), από τη λογοδοσία (accountability) προς τα ανώτερα διοικητικά επίπεδα ή προς τα συμβαλλόμενα μέρη, καθώς και από τον κοινωνικό του ρόλο στην κοινότητα, απέναντι σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, κλπ.

Το νοσοκομείο, όπως κάθε οργανισμός, εκτός από τις οικονομικές, έχει και κοινωνικές ευθύνες, οι οποίες αφορούν τη συμμετοχή του στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων. Στο πλαίσιο αυτών των ευθυνών του, το νοσοκομείο οφείλει να αναγνωρίζει τον ρόλο των κοινωνικών οργανώσεων (συνδικάτα, σύλλογοι, πολιτικά κόμματα, κ.ά.) και να διευκολύνει τους εργαζομένους να συμμετέχουν σε αυτές. Επιπρόσθετα, τα νοσοκομεία, ως

οργανισμοί, οφείλουν να προβλέπουν εν πολλοίς τα μελλοντικά κοινωνικά προβλήματα και να διαθέτουν ορισμένους από τους πόρους τους για την αντιμετώπισή τους (Τούντας, 2008).

Επιπλέον, ο χαρακτήρας και η δυνατότητα επέκτασης των υπηρεσιών ενός νοσοκομείου συνεχώς τροποποιούνται, ώστε να συμβαδίζουν με τις κοινωνικές αλλαγές και τις προόδους της ιατρικής επιστήμης. Αυτό προϋποθέτει συχνή αντικατάσταση του υπάρχοντος εξοπλισμού αλλά και προσθήκη νέου, κατάλληλη οργανωτική δομή και αποτελεσματικές δυνατότητες εκπαίδευσης.

1.3.2.2. Διοίκηση

Η δομή του παραδοσιακού αυτόνομου νοσοκομείου έχει τη μορφή πυραμίδικου ή ιεραρχικού οργανωτικού σχηματισμού. Στο πλαίσιο αυτής της δομής, τα άτομα στην κορυφή της πυραμίδας (λ.χ. οι προϊστάμενοι των τμημάτων) έχουν καθορισμένη εξουσία, η οποία μεταφέρεται προς τα κάτω, προς τα κατώτερα επίπεδα της πυραμίδας, μέσω αλυσίδας εντολών. Με τον τρόπο αυτό, η εξουσία διαχέεται σε όλο τον οργανισμό. Επικεφαλής όλης της πυραμίδας είναι συνήθως ένα άτομο που εκτελεί χρέη διοικητή ή γενικού διευθυντή.

Βασικά μειονεκτήματα του συγκεκριμένου μοντέλου οργανωτικής δομής είναι το γεγονός ότι οδηγούν σε μονοτονία, απομονώνουν τους εργαζομένους και καθιστούν δυσχερή τη γρήγορη ανταπόκρισή τους σε μεταβαλλόμενες συνθήκες. Παράλληλα, η έμφαση στην ιεραρχική επικοινωνία που αποτελεί κομβικό σημείο της συγκεκριμένης προσέγγισης περιορίζει την κάθετη προς τα άνω επικοινωνία, αλλά και την οριζόντια (Πολύζος, 2014). Εξάλλου, έχει υποστηριχθεί ότι είναι καλύτερο για ένα νοσοκομείο να λαμβάνονται αποφάσεις σε κάθε δυνατό επίπεδο, σε συνδυασμό με αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων.

Η αποκέντρωση της διοίκησης αποκτά ιδιαίτερη σημασία και εξαιτίας του μεταβαλλόμενου χαρακτήρα του νοσοκομείου, του οποίου οι ιατρονοσηλευτικές, ερευνητικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες συνεχώς αναπροσαρμόζονται, ώστε να συμβαδίζουν με τις κοινωνικές αλλαγές και τις προόδους της επιστήμης. Οι μεταβολές αυτές απαιτούν τη συχνή αντικατάσταση του υπάρχοντος εξοπλισμού, την αγορά πρόσθετου εξοπλισμού, καθώς και τη συνεχή κατάρτιση του προσωπικού.

Συνοπτικά, η διοίκηση σ' ένα νοσοκομείο θα πρέπει να είναι αποκεντρωτική, συμμετοχική, ανταποκριτική, να αναγνωρίζει δηλαδή και να ικανοποιεί τις ανάγκες του προσωπικού και να στηρίζεται στην πειθώ και όχι στον καταναγκασμό (Κονταράτος, 2003).

Ακόμα και με την πλήρη εφαρμογή αυτών των αρχών, το σύγχρονο νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διοικηθεί. Λειτουργώντας ως ο «ναός»

της θεραπευτικής ιατρικής, το σύγχρονο νοσοκομείο είναι σύνθετος οργανισμός. Χρησιμοποιεί περίπλοκους συνδυασμούς ειδικών επιστημονικών οργάνων-μηχανημάτων και λειτουργεί μέσω μιας ομάδας εξαιρετικά εκπαιδευμένου προσωπικού, στους κόλπους της οποίας καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει το ιατρικό σώμα, όχι μόνο για την παρεχόμενη φροντίδα, αλλά συχνά και για τη γενικότερη διοίκηση του νοσοκομείου. Γι' αυτό, άλλωστε, οι ιατροί και η διοίκηση αποτελούν τις δύο καθοριστικές δυνάμεις του νοσοκομείου, συχνά με ισχυρές και αντικρουόμενες εξουσίες. Καθεμία από τις δυνάμεις αυτές έχει τη δική της οργάνωση και λειτουργία, γεγονός που περιπλέκει τα ζητήματα διοίκησης.

Οι ιατροί δεν είναι μόνο υπεύθυνοι για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, αλλά και για την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, ελέγχοντας διαδικασίες όπως είναι οι εισαγωγές στα νοσοκομεία, η συνταγογραφία, κ.ά. Ο ρόλος αυτός των ιατρών έχει αρχίσει να περιορίζεται τα τελευταία χρόνια με την ενίσχυση του ρόλου των διοικήσεων και των χρηματοδοτών (κυρίως ασφαλιστικών φορέων) (Kelley, 1999).

Η ιδιόμορφη αυτή δομή του νοσοκομείου, η ιδιαιτερότητα της αποστολής του, καθώς και η συνύπαρξη ιατρικής και διοικητικής ιεραρχίας καθιστούν τις παραδοσιακές μορφές διοίκησης ανεπαρκείς. Για τον λόγο αυτό, αναζητούνται διεθνώς σύγχρονες διοικητικές λύσεις, που να στηρίζονται σε ενιαία πυραμίδα διοίκησης με εκχώρηση διοικητικών αρμοδιοτήτων και σε ολοκληρωμένο σύστημα πληροφορικής υποδομής και ποιοτικού ελέγχου.

Ειδικότερα, η άσκηση διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων απαιτεί (Σιγάλας, 1999):

- Θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο που να επιτρέπει τη διοικητική, οικονομική και διαχειριστική τους αυτοτέλεια και ευελιξία.
- Κτηριακή υποδομή που να καλύπτει όλες τις λειτουργικές προδιαγραφές.
- Σύγχρονο εξοπλισμό με μηχανήματα και συσκευές υψηλής τεχνολογίας.
- Επαρκές ανθρώπινο δυναμικό, κατάλληλα εκπαιδευμένο, που επιμορφώνεται συνεχώς.
- Εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης-διαχείρισης.
- Εφαρμογή μεθόδων συνεχούς αξιολόγησης και ποιοτικής βελτίωσης του παραγόμενου έργου.

Για να λειτουργήσει το νοσοκομείο σύμφωνα με τις απαιτήσεις αυτές και για να συνεργαστούν και να συντονιστούν όλα τα τμήματα μεταξύ τους χρειάζεται οργάνωση. Η οργάνωση αυτή ξεκινά από το οργανόγραμμα, τον τρόπο δηλαδή με τον οποίο διατάσσονται επισήμως τα διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου. Περαιτέρω, υποστηρίζεται από τους εσωτερικούς κανονισμούς λειτουργίας και τις σχετικές διαδικασίες, τις περιγραφές θέσεων εργασίας και τη μηχανογράφηση. Με τους κανονισμούς και τις

διαδικασίες καθορίζεται η πολιτική του νοσοκομείου για κάθε θέμα και περιγράφεται το πώς αυτή πρέπει να υλοποιείται. Για τη σωστή και αποδοτική λειτουργία ενός νοσοκομείου είναι απαραίτητο όλα τα στελέχη να ξέρουν τι πρέπει να κάνουν και με ποιο τρόπο. Αυτό αποτυπώνεται στις περιγραφές των θέσεων.

Το έργο της διοίκησης των νοσοκομείων το επωμίζονται εξειδικευμένα στελέχη υψηλού επιπέδου, τα οποία λειτουργούν στο πλαίσιο των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου ή άλλων διοικητικών οργάνων που χαράσσουν την πολιτική. Ο διευθύνων σύμβουλος (ή γενικός διευθυντής, ή διοικητής) είναι εκείνος που εφαρμόζει την πολιτική και τις αποφάσεις της διοικητικής αρχής και έχει τη γενική ευθύνη για την οργάνωση και καθημερινή λειτουργία του νοσοκομείου. Εξάλλου, τα καθήκοντα του γενικού διευθυντή του νοσοκομείου περιλαμβάνουν τέσσερις βασικούς άξονες: σχεδιασμό, οργάνωση, καθοδήγηση και έλεγχο (Χαραμής, 2005).

Η παραγωγικότητα των εργαζομένων εξαρτάται κυρίως από την ικανότητά τους για τη συγκεκριμένη εργασία και από την παρακίνηση. Η πολιτική των κινήτρων έχει θετικότατα αποτελέσματα στην απόδοση των εργαζομένων και στην ποιότητα της εργασίας τους. Κίνητρα, εξάλλου, παραγωγικότητας θεωρούνται όχι μόνο η αύξηση των απολαβών, αλλά και όλοι οι εξωτερικοί παράγοντες που ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του.

1.3.2.3. Διεθνείς πρακτικές στην οργάνωση του νοσοκομειακού τομέα

1.3.2.3.1. Εισαγωγή

Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, σε πολλές χώρες της Ευρώπης, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Σκανδιναβικές και άλλες χώρες, αλλά και στις ΗΠΑ, έχουν γίνει προσπάθειες αναδιοργάνωσης του νοσοκομειακού τομέα, με έμφαση στις συγχωνεύσεις νοσοκομείων και την ενιαία διοίκηση περισσότερων μονάδων υγείας (Tsavalias, Siskou & Liaropoulos, 2012).

Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων επιφέρουν συνήθως θετικά αποτελέσματα, κυρίως στη διασφάλιση βελτιωμένων συστημάτων management, στην αποτελεσματικότερη κλινική αξιολόγηση και έλεγχο, στην εμφάνιση περισσότερων ευκαιριών εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανέλιξης για τους επαγγελματίες υγείας, στην αποδοτικότητα, και στην εξοικονόμηση πόρων (Fulop et al., 2002). Ωστόσο, παρατηρούνται προβλήματα προσβασιμότητας λόγω μείωσης των μονάδων υγείας, καθώς τα συγχωνευμένα νοσοκομεία καλύπτουν ευρύτερες γεωγραφικές περιοχές (Nikolentzos et al., 2015), δυσαρέσκειας των επαγγελματιών υγείας και του λοιπού προσωπικού εξαιτίας του ενισχυμένου ρόλου των managers, αλλά και των managers, καθώς νιώθουν αποκομμένοι από τις υπηρεσίες που

διοικούν, ενώ φαίνεται ότι υπάρχουν και εντάσεις στο προσωπικό με τάσεις διαχωρισμού ανάλογα με τον οργανισμό προέλευσης κάθε εργαζόμενου (Tsavalias, Siskou & Liaropoulos, 2012). Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων ή οι αλλαγές χρήσης θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και άλλες κοινωνικές παραμέτρους, όπως το κόστος μετακινήσεων, το κόστος χρόνου, το φορτίο νοσηρότητας και την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

1.3.2.3.2. Το μοντέλο “Hub-and-Spoke”

Το μοντέλο “Hub-and-Spoke” (Κόμβου και Ακτίνας) αποτελεί μια μέθοδο οργάνωσης της παροχής της νοσοκομειακής φροντίδας με επίκεντρο τον προσδιορισμό:

- ενός νοσοκομείου-κόμβου, το οποίο παρέχει τις πιο εντατικές ιατρικές υπηρεσίες, έχει την υψηλότερη επένδυση πόρων και τη μεγαλύτερη συγκέντρωση της πιο προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας, και
- των δορυφορικών νοσοκομείων ακτίνας –σε ακτίνες γύρω από το νοσοκομείο-κόμβο– τα οποία προσφέρουν πιο περιορισμένες υπηρεσίες που διανέμονται σε όλο το δίκτυο φροντίδας (σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο), ανάλογα με το μέγεθός τους και το εύρος των τμημάτων που διαθέτουν. Οι ασθενείς που χρειάζονται πιο εντατικές υπηρεσίες κατευθύνονται μέσω των νοσοκομείων ακτίνας στο νοσοκομείο-κόμβο για τη λήψη της κατάλληλης φροντίδας/θεραπείας. Το συγκεκριμένο πλαίσιο λειτουργίας έχει ως βασική προϋπόθεση τη διαλειτουργικότητα και την άμεση και απρόσκοπτη σύνδεση μεταξύ του νοσοκομείου-κόμβου και των δορυφορικών νοσοκομείων για τη διασφάλιση της παροχής φροντίδας.

Το μοντέλο «Κόμβου και Ακτίνας» μπορεί να περιλαμβάνει, εκτός του νοσοκομείου-κόμβου και των μικρότερων νοσοκομείων ακτίνας (τα οποία θα συνδέονται με το νοσοκομείο-κόμβο μέσω ενός δικτύου ασθενοφόρων), δομές παροχής μετανοσοκομειακών υπηρεσιών:

- μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (long term care/nursing homes),
- αποκατάστασης/αποθεραπείας (rehabilitation/step-down hospitals),
- κατ’ οίκον φροντίδας (homecare), και
- ανακουφιστικής φροντίδας (palliative care),

με στόχο την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, καθώς και τον συντονισμό και τη συνέχεια της φροντίδας. Με την υιοθέτηση ενός τέτοιου συστήματος, οι ασθενείς που έχουν ανάγκη τέτοιων υπηρεσιών δεν καταλαμβάνουν κλίνες οξείας νοσηλείας στα νοσοκομεία και κατ’ επέκταση ενισχύεται η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες οξείας φροντίδας σε όσους τις χρειάζονται (μείωση λίστας αναμονής χειρουργείου, αναμονής για εισαγωγή σε κλινικές, κλπ.).

Μεταξύ των πλεονεκτημάτων που προσφέρει ένα τέτοιο μοντέλο (Elrod & Fortenberry, 2017) περιλαμβάνονται η ομοιογένεια των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομείων του δικτύου των συνεργαζόμενων νοσοκομείων και η αυξημένη αποτελεσματικότητα, καθώς οι πιο προηγμένες υπηρεσίες και ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός παρέχονται από το νοσοκομείο-κόμβο, αποφεύγοντας τη δαπανηρή αλληλοεπικάλυψη υπηρεσιών μεταξύ των νοσοκομείων και αυξάνοντας την ίδια στιγμή την απόδοση των επενδύσεων και τις οικονομίες κλίμακας. Επίσης, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας βελτιώνεται, καθώς οι πόροι αλλά και η εμπειρία του προσωπικού που συγκεντρώνονται στα νοσοκομεία-κόμβους, σε συνδυασμό με τον μεγάλο όγκο των ασθενών που διαχειρίζονται για συγκεκριμένες παθήσεις και παρεμβάσεις, ενισχύουν την εξειδίκευση και άρα βελτιώνουν τα αποτελέσματα. Τέλος, επιτυγχάνεται βελτιωμένη κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας που παραδοσιακά δεν παρέχονται από μικρά νοσοκομεία, δεδομένου ότι με τη δημιουργία ενός δικτύου νοσοκομείων οι υπηρεσίες θα είναι διαθέσιμες χωρίς να απαιτείται η μετακίνηση των ασθενών για μεγάλες αποστάσεις.

Ωστόσο, στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί και μειονεκτήματα ή περιορισμοί (Elrod & Fortenberry, 2017) στη λειτουργία του συγκεκριμένου μοντέλου, όπως: α) η συμφόρηση ασθενών στα νοσοκομεία-κόμβους, σε περιπτώσεις όπου η ροή των ασθενών από ένα ή περισσότερα νοσοκομεία ακτίνας γίνεται χωρίς συντονισμό και χωρίς να διασφαλίζεται ότι τα νοσοκομεία-κόμβοι μπορούν να ανταπεξέλθουν στη ζήτηση, β) η επιβάρυνση των νοσοκομείων ακτίνας με περιπτώσεις ασθενών που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά, σε περιπτώσεις που οι χρόνοι μεταφοράς από τα νοσοκομεία ακτίνας στα νοσοκομεία-κόμβους είναι μεγάλοι, είτε λόγω απόστασης ή λόγω κακού οδικού δικτύου, γ) η δυσαρέσκεια του προσωπικού στα νοσοκομεία ακτίνας, σε περιπτώσεις που τα μέλη του προσωπικού επιθυμούν αυξημένα επίπεδα αυτονομίας και θεωρούν ότι περιορίζονται από τις οδηγίες που λαμβάνουν από τα νοσοκομεία-κόμβους, και δ) τα εμπόδια κατά τη διάρκεια μεταφοράς ασθενών από τα νοσοκομεία ακτίνας στους κόμβους, σε περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων ή άλλων φυσικών καταστροφών. Όμως, με σωστό σχεδιασμό και συντονισμό των υπηρεσιών, οι όποιοι περιορισμοί του μοντέλου μπορούν να ελαχιστοποιηθούν (Ahlquist et al., 2012, Roney, 2012, Devarakonda, 2016).

1.3.2.3.3. Άλλοι τρόποι οργάνωσης και συντονισμού

Πέραν των συγχωνεύσεων υπάρχουν και άλλοι τρόποι οργάνωσης και συντονισμού της νοσοκομειακής φροντίδας όπως:

- το σύμπλεγμα νοσοκομείων (hospital trust) με ενιαίο νομικό και διοικητικό καθεστώς,
- το δίκτυο νοσοκομείων (hospital network) με προγραμματικές συμφωνίες μεταξύ νοσοκομείων και συνήθως κοινό management και

- το ανοικτό νοσοκομείο (open hospital) με δυνατότητα μερικής εποχιακής ή έκτακτης πρόσληψης προσωπικού και συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα.

Ο τρόπος υλοποίησης των διάφορων επιλογών διαφοροποιείται ανάλογα με τον βαθμό της οργανωτικής αλλαγής που συνεπάγονται και τον βαθμό της λογοδοσίας (accountability) που διατηρούν (Pearson, 2011). Πιο συγκεκριμένα:

- Στο χαμηλότερο επίπεδο, τα νοσοκομεία μπορούν να συνεργαστούν χωρίς σημαντική οργανωτική αλλαγή ή μεταβίβαση του οργανωτικού ελέγχου με ένα Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο Αναφοράς (Goodwin et al., 2004).
- Σε επόμενο επίπεδο, ένα νοσοκομείο μπορεί να χάσει τον έλεγχο ενός ή περισσότερων στοιχείων των παρεχόμενων υπηρεσιών του –για παράδειγμα, όταν μια υπηρεσία ανατίθεται σε άλλο οργανισμό ή μεταβαίνει σε κοινοπραξία (partnerships/joint ventures).
- Στη συνέχεια, ο καθημερινός διοικητικός έλεγχος σε ένα νοσοκομείο μπορεί να αλλάξει, π.χ. μέσω του διορισμού ενός δικαιιοπάροχου (franchiser) για να αναλάβει την επιχειρησιακή διαχείριση ενός hospital trust (operational franchises).
- Τέλος, ένας οργανισμός μπορεί να συγχωνευθεί (merger) ή να απορροφηθεί από μια αλυσίδα νοσοκομείων (hospital chain), χάνοντας έτσι τον απόλυτο έλεγχο.

Επίσης, τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ αναπτύσσονται όλο και περισσότερο οι Accountable Care Organizations (ACOs). Πρόκειται για ομάδες ιατρών, νοσοκομείων και άλλων παρόχων υγειονομικής φροντίδας, οι οποίοι συνεργάζονται οικειοθελώς για να παρέχουν συντονισμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας στους ασθενείς τους μέσω των ασφαλιστικών προγραμμάτων Medicare. Ο στόχος της συντονισμένης φροντίδας είναι να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τη σωστή φροντίδα την κατάλληλη στιγμή, αποφεύγοντας περιττές αλληλοεπικαλύψεις υπηρεσιών και αποτρέποντας ιατρικά λάθη.

1.3.3. Management ανθρώπινων πόρων

Το management των ανθρώπινων πόρων (Human Resource Management - HRM) περιλαμβάνει μια σειρά καθηκόντων, όπως είναι ο σχεδιασμός-προγραμματισμός των ανθρώπινων πόρων, η ανάλυση των θέσεων εργασίας, η εποπτεία και η αξιολόγηση του προσωπικού, η παρακίνησή του, η πολιτική αμοιβών, οι εργασιακές σχέσεις, η εκπαίδευση και κατάρτισή του (Heller, 2002).

Προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού είναι η διαδικασία με την οποία ο οργανισμός διασφαλίζει ορθολογικά την ποσότητα και την ποιότητα των ανθρώπινων πόρων, κατανεμημένων με τον βέλτιστο τρόπο και με το

μικρότερο δυνατό κόστος. Προσέλκυση του ανθρώπινου δυναμικού είναι η διαδικασία εντοπισμού και πρόκλησης των κατάλληλων επαγγελματιών για την κάλυψη κενών θέσεων στον οργανισμό. Οι οργανισμοί λειτουργούν εντός ενός ανταγωνιστικού και συνεχώς μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος. Για να μπορούν να προσαρμόζονται και να ανταποκρίνονται επιτυχώς στις προκλήσεις που τίθενται από την αλλαγή των συνθηκών, οφείλουν να επικαιροποιούν και να βελτιώνουν τις δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού τους μέσω της εκπαίδευσης και της ανάπτυξής του. Η αξιολόγηση της απόδοσης του ανθρώπινου δυναμικού αφορά το επίσημο σύστημα αξιολόγησης που έχει θεσπίσει ο οργανισμός αναφορικά με την ατομική ή και συλλογική απόδοση (Πολύζος, 2014).

Το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας, και ιδιαίτερα των νοσοκομείων, ασχολείται με ασθενείς ή συγγενείς τους που είναι συναισθηματικά και ψυχολογικά φορτισμένοι. Το γεγονός αυτό επιβάλλει συνεχή προσαρμογή σε διαφορετικές καταστάσεις, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει π.χ. στις βιομηχανικές επιχειρήσεις. Γι' αυτό και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να βασίζεται σε σαφώς καθορισμένες υπευθυνότητες και προδιαγεγραμμένες πρακτικές, όπως συμβαίνει σε άλλους κλάδους, αλλά θα πρέπει να παρέχει δυνατότητες για ευελιξία και ανάληψη πρωτοβουλιών.

Επιπρόσθετα, το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι ευαίσθητο στις απαιτήσεις, επιθυμίες και ανάγκες των αρρώστων και των συγγενών τους, ώστε να είναι εξασφαλισμένη η ικανοποίηση των απαιτήσεών τους. Η μέτρηση των επιρροών και των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας, προκειμένου να αποτιμηθεί η συνεισφορά του προσωπικού σε συλλογική ή ατομική βάση, είναι συνήθως δύσκολη διαδικασία. Η παραδοσιακή ιεραρχία και οι επαγγελματικές ιδιομορφίες συχνά επιτείνουν τις δυσκολίες αυτές, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την αξιολόγηση ποιοτικών δεδομένων που δεν αντιστοιχούν συνήθως στα ποσοτικά δεδομένα. Για παράδειγμα, ο αριθμός των νοσηλευόμενων ή των χειρουργικών πράξεων δεν εκφράζει κατ' ανάγκη το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για όλα αυτά τα ζητήματα απαιτείται καλός συντονισμός και συνεργασία όλου του προσωπικού, με ευθύνη της διοίκησης. Πολύ περισσότερο, μάλιστα, αφού κατά την τελευταία εικοσαετία παρατηρείται αύξηση του νοσοκομειακού προσωπικού ανά κλίνη και έντονη εξειδίκευσή του με πολύχρονες προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σπουδές.

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας ο ρόλος της νοσηλευτικής διοίκησης έχει γίνει ιδιαίτερα σημαντικός. Το πεδίο πρακτικής της έχει επεκταθεί, πέρα από τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, στα ζητήματα της γενικότερης διοίκησης των υπηρεσιών (Krairiksh & Anthony, 2001), με τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα διοίκησης, σε αρκετούς επιστημονικούς τομείς (ανάπτυξη οδηγιών και

πρωτοκόλλων, αξιολόγηση, μετρήσεις και δράσεις ποιότητας, κ.ά.), όπως επίσης και σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

1.3.4. Ηγεσία

Η ηγεσία είναι σύνθετη διαδικασία και έχει τουλάχιστον δύο διαστάσεις: αυτή η οποία επικεντρώνεται στον ανθρώπινο παράγοντα και αυτή η οποία εστιάζει στην παραγωγική διαδικασία και τις δομές (Τούντας, 2008).

Όπως το management γενικότερα, έτσι και η ηγεσία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, καθώς ο ανθρώπινος παράγοντας, όπως ήδη τονίστηκε, είναι καθοριστικός ως προς το παραγόμενο προϊόν ή την υπηρεσία. Η κρισιμότητα της ηγεσίας στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι αυτές είναι χώροι εντάσεως εργασίας, αλλά και στο ότι χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και ευμεταβλητότητα. Πάνω απ' όλα όμως, επειδή διαχειρίζονται την υγεία των πελατών τους, που αποτελεί και το πλέον πολύτιμο αγαθό τους.

Πολλές από τις εξουσίες-αρμοδιότητες που εκχωρούνται στη διοίκηση των οργανισμών σε άλλους τομείς οικονομικής ή κοινωνικής δραστηριότητας δεν τις διαθέτουν οι managers των υπηρεσιών υγείας για διάφορους λόγους, όπως είναι η δύναμη του ιατρικού σώματος, που επηρεάζει έμμεσα ή άμεσα τις αποφάσεις της διοίκησης, η πολυπλοκότητα της τεχνολογίας, η εμπιστευτικότητα της σχέσης ιατρού-αρρώστου, κ.ά. Στις υπηρεσίες υγείας η άσκηση αποτελεσματικής ηγεσίας συχνά βασίζεται περισσότερο στην προσωπική εξουσία, παρά στη θεσμική. Η ταύτιση των εργαζομένων μ' έναν χαρισματικό ηγέτη ή η αναγνώριση σε αυτόν επαγγελματικής ή επιστημονικής υπεροχής λειτουργεί πολύ πιο αποτελεσματικά ως προς την ενίσχυση του ηγετικού προφίλ απ' ό,τι οποιεσδήποτε θεσμικές αρμοδιότητες.

Ιδιαίτερα στο νοσοκομείο, που έχει όλα τα χαρακτηριστικά ενός μεγάλου και σύνθετου οργανισμού και που απασχολεί προσωπικό δεκάδων διαφορετικών επαγγελμάτων, απαιτείται η ύπαρξη και λειτουργία όχι μόνο αποτελεσματικής αλλά και εμπνευσμένης ηγεσίας, ώστε να αντιμετωπίζονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι ανάγκες των ασθενών, να επιλύονται οι συχνές αντιθέσεις μεταξύ των επιμέρους επαγγελματιών, να ικανοποιούνται τα επαγγελματικά τους αιτήματα, που λόγω ειδικών συνθηκών συχνά τίθενται με επιτακτικό τρόπο, και ταυτόχρονα να ασκείται οικονομική διαχείριση σ' ένα ολόενα και πιο περιοριστικό οικονομικό περιβάλλον (Λογοθέτης, 1992, Πρωτόπαππας, 1997).

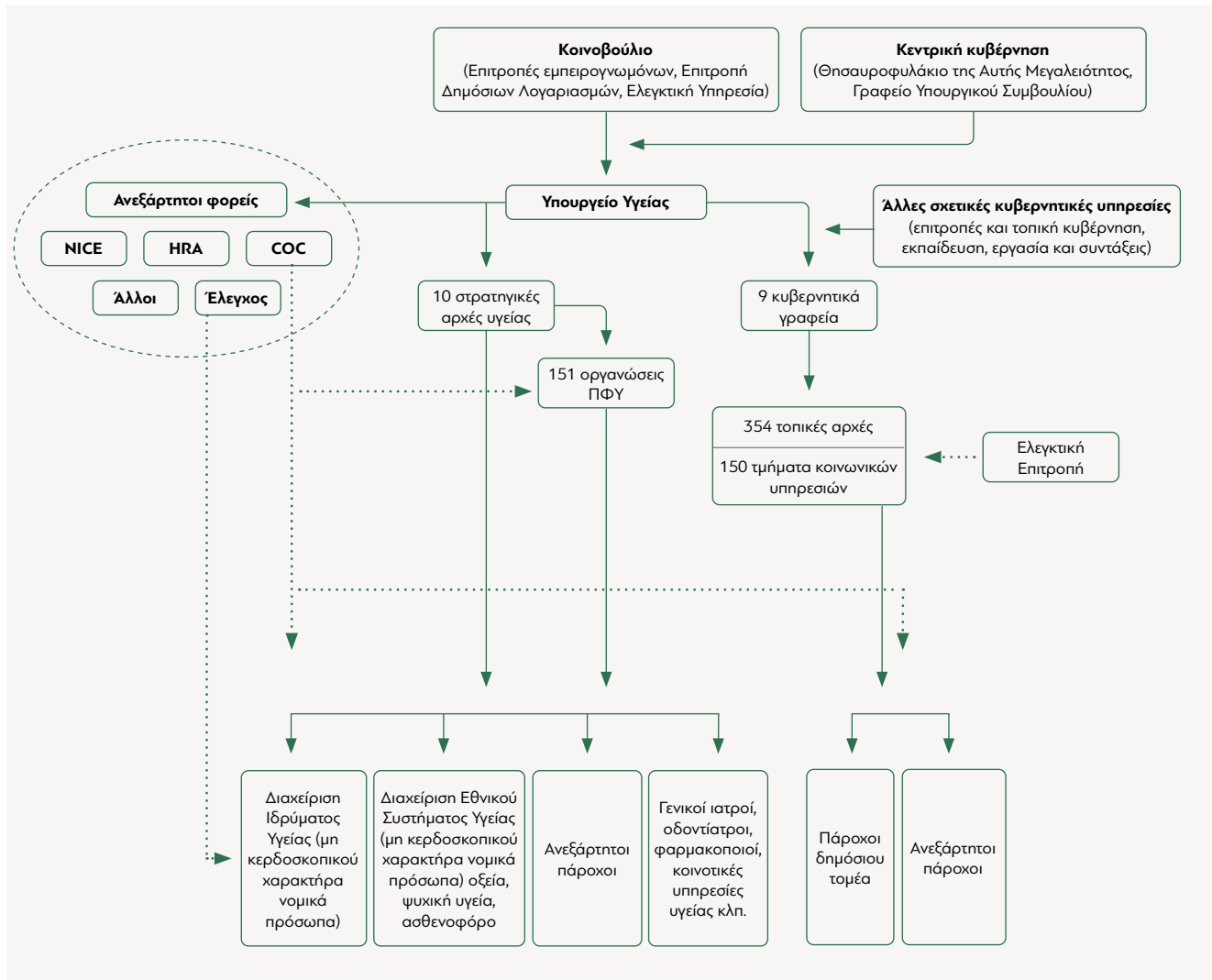
1.4. Διοίκηση σε τέσσερις επιλεγμένες χώρες

1.4.1. Ηνωμένο Βασίλειο – Αγγλία

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, την ευθύνη για τη διαμόρφωση της υγειονομικής νομοθεσίας και την εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας έχει το κοινοβούλιο, ο υπουργός Υγείας και το Υπουργείο Υγείας με μια λιτή και εποπτική δομή. Σύμφωνα με τον Νόμο για την Υγεία (2006), καθήκον του υπουργού Υγείας είναι η προώθηση ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας που θα παρέχουν δωρεάν φροντίδα, εκτός από τις υπηρεσίες με προβλεπόμενες χρεώσεις. Τα δικαιώματα για όσους είναι επιλέξιμοι φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) συνοψίζονται στις συνταγματικές αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Το Υπουργείο Υγείας έχει την εποπτεία του συνόλου του συστήματος υγείας. Τη διοικητική ευθύνη για την καθημερινή λειτουργία του NHS την έχει ξεχωριστός δημόσιος φορέας, το NHS-England (κι αντιστοίχως NHS-Scotland κλπ.).

Στη βάση της διοικητικής δομής του NHS της Αγγλίας, όπως αναφέρει ο Crisp (2011), βρίσκουμε τους γενικούς ιατρούς ΠΦΥ και τα νοσοκομεία (συνήθως σε μορφή NHS-trusts). Πάνω από τους γενικούς ιατρούς βρίσκονται τα Primary Care Trusts (σύνολο 150) και πάνω και από τα νοσοκομεία (που προσφέρουν δευτεροβάθμια φροντίδα, αλλά διοικητικά βρίσκονται σε ίδιο επίπεδο) οι Strategic Health Authorities (σύνολο 10). Στο αμέσως υψηλότερο επίπεδο βρίσκεται ο γενικός εκτελεστικός διευθυντής και ο μόνιμος γραμματέας (chief executive officer and permanent secretary) και στην κορυφή ο υπουργός Υγείας (Πολύζος κ.ά., 2013). Στα σχεδόν 75 χρόνια που πέρασαν, το NHS παρέμεινε σχεδόν άθικτο στον πυρήνα της χρηματοδότησης, ενώ παρουσίασε αρκετές αλλαγές σε ζητήματα δομής και οργάνωσης, μεταβαίνοντας από ένα αυστηρό πυραμιδικό και συγκεντρωτικό σύστημα σε ένα πολυδύναμο και με εσωτερικές (οιονεί) ανταγωνιστικές αγορές (κυρίως στα νοσοκομεία – NHS-trusts), ενώ στις αλλαγές πρέπει να προσθέσουμε πρόσφατες που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις και τον τρόπο αμοιβής γενικών ιατρών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Σχήμα 1).

Σχήμα 1. Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Αγγλίας



Σημείωση: Η συνεχής γραμμή υποδηλώνει συμβολιακή ή διοικητική σχέση και η διακεκομμένη ρυθμιστικό ρόλο.
 Πηγή: Boyle, 2011 (τροποποιημένο από Κ. Δικαίο, στο Πολύζος κ.ά., 2013).

Ο Νόμος για την Υγεία και την Κοινωνική Φροντίδα του 2012 μεταβίβασε σημαντικές αρμοδιότητες στο NHS-England, συμπεριλαμβανομένου του συνολικού δημοσιονομικού ελέγχου, της εποπτείας των Clinical Commissioning Groups (CCG) και, μαζί με την Αξιολόγηση (Monitor, τώρα NHS-Improvement), την ευθύνη για τον καθορισμό των αποζημιώσεων για την παροχή των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το NHS-England είναι υπεύθυνο για την παροχή ορισμένων εξειδικευμένων υπηρεσιών, τα εθνικά προγράμματα ανοσοποίησης και διαλογής, καθώς και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Είναι επίσης υπεύθυνο για τον καθορισμό της στρατηγικής κατεύθυνσης της τεχνολογίας και της πληροφόρησης στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης διαδικτυακών υπηρεσιών για την κράτηση των ραντεβού, τη θέσπιση προτύπων ποιότητας για την ηλεκτρονική ιατρική αρχειοθέτηση και συνταγογράφηση, καθώς και την υποδομή πληροφορικής του NHS.

Το National Institute for (Health &) Clinical Excellence (NICE) καθορίζει τις κατευθυντήριες οδηγίες για τις κλινικά αποτελεσματικές θεραπείες και αξιολογεί τις νέες τεχνολογίες υγείας για την αποτελεσματικότητα, καθώς και τη σχέση της αποτελεσματικότητας με το κόστος. Η Care Quality Commission (CQC) διασφαλίζει τα βασικά πρότυπα ασφάλειας και ποιότητας μέσω της εγγραφής των παρόχων και παρακολουθεί τα πρότυπα φροντίδας που έχουν επιτευχθεί (περιγράφονται παρακάτω). Δύναται να απαιτήσει το κλείσιμο κάποιων υπηρεσιών εάν εντοπιστούν σοβαρά προβλήματα ποιότητας σε αυτές.

Στην Αγγλία, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από γενικούς ιατρούς (GPs), οι οποίοι λειτουργούν ως “gatekeepers” για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Το 2015 υπήρχαν 34.592 γενικοί ιατροί (ισοδύναμοι πλήρους απασχόλησης) σε 7.674 ιατρεία, με μέσο όρο 7.450 ωφελούμενους ανά ιατρείο και 1.530 ασθενείς ανά GP. Υπήρχαν 43.632 εξειδικευμένοι νοσοκομειακοί ιατροί και επιπλέον 51.460 ειδικευόμενοι ιατροί. Ο αριθμός των ατομικών ιατρείων ήταν 843 το 2014, ενώ υπήρχαν 3.589 ιατρεία με πέντε ή περισσότερους γενικούς ιατρούς. Τα γενικά ιατρεία είναι συνήθως το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών και οι δικαιούχοι είναι απαραίτητο να εγγραφούν σε ένα Τοπικό Ιατρείο της επιλογής τους. Ωστόσο, η επιλογή είναι ουσιαστικά περιορισμένη, διότι πολλά ιατρεία είναι πλήρη και δεν δέχονται νέους ασθενείς. Οι περισσότεροι γενικοί ιατροί (66%) είναι ιδιώτες συμβασιούχοι, ενώ περίπου το 56% των ιατρείων λειτουργούν βάσει των Εθνικών Συμβάσεων Γενικών Ιατρικών Υπηρεσιών, οι οποίες αποτέλεσαν προϊόν διαπραγμάτευσης μεταξύ του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου (που εκπροσωπεί τους ιατρούς) και της κυβέρνησης. Αυτές παρέχουν πληρωμή χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό κατά κεφαλήν δαπάνης (περί τα 80 ευρώ) για την κάλυψη βασικών υπηρεσιών (που αντιπροσωπεύουν περίπου το 75% του εισοδήματος), προαιρετικών υπηρεσιών επ’ αμοιβή για πρόσθετες υπηρεσίες (π.χ. εμβόλια για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, περίπου 15%) και προαιρετικά σχήματα συνδεδεμένα με την απόδοση (περίπου 10%).

Στην Αγγλία, τα κρατικά νοσοκομεία είναι οργανωμένα είτε σε τραστ του NHS (επί του παρόντος άνω των 70), άμεσα υπόλογα στο Υπουργείο Υγείας, είτε ως τραστ ιδρυμάτων (150) που ρυθμίζονται από το NHS (Improvement), των οποίων οι λειτουργίες περιλαμβάνουν την οικονομική ρύθμιση των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Τόσο τα νοσοκομειακά όσο και τα ιδρυματικά τραστ του NHS συμβάλλονται με τα τοπικά CCGs για την παροχή υπηρεσιών. Αποζημιώνονται κύρια κυρίως με τα εθνικά καθορισμένα DRG’s (Diagnosis Related Groups), τα οποία περιλαμβάνουν το κόστος του προσωπικού και αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των εσόδων, ενώ το υπόλοιπο κομμάτι προέρχεται από δραστηριότητες που δεν καλύπτονται από τα DRG’s, όπως η ψυχική υγεία και κεφάλαια για την έρευνα και την κατάρτιση. Η ευθύνη για τον καθορισμό αυτών των ποσοστών κατανέμεται μεταξύ του NHS-England και του NHS-Improvement. Σε ορισμένες

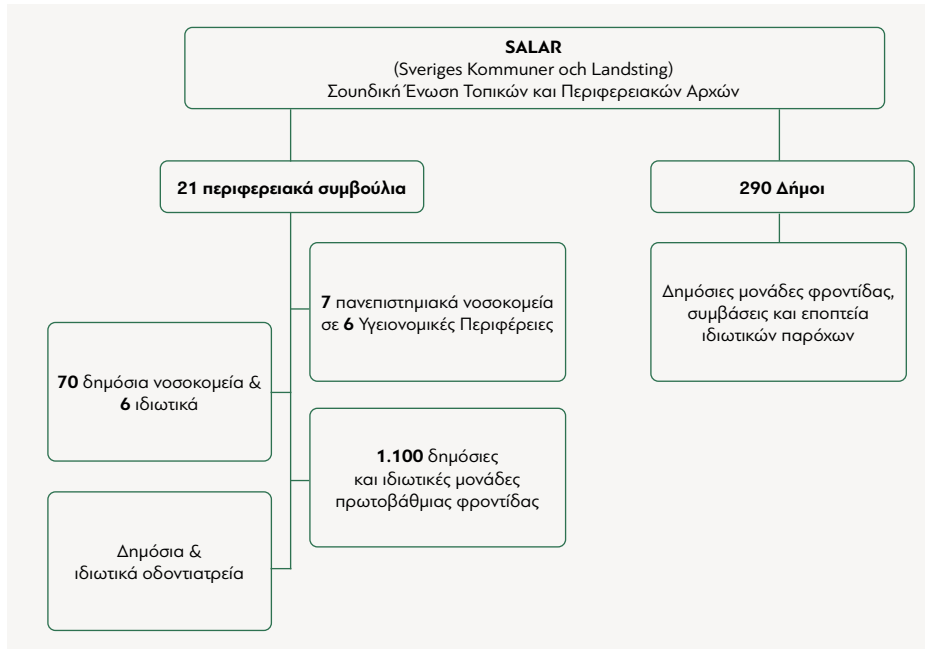
περιοχές οι τιμές δεν εφαρμόζονται και οι πληρωμές πραγματοποιούνται για μια συνολική υπηρεσία, όπως για παράδειγμα η επείγουσα περίθαλψη.

Δεν υπάρχει ανώτατο όριο στα έσοδα των νοσοκομείων. Εκτιμάται ότι 548 ιδιωτικά νοσοκομεία και περίπου 600 ιδιωτικές κλινικές στο Ηνωμένο Βασίλειο προσφέρουν μια σειρά υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών που είτε δεν είναι διαθέσιμες στο NHS είτε υπόκεινται σε μεγάλους χρόνους αναμονής, όπως τα χειρουργεία για υπέρβαρους και η θεραπεία για τη γονιμότητα, αλλά γενικά δεν έχουν τμήματα επειγόντων περιστατικών, τραυμάτων ή εντατικής θεραπείας (Competition and Market Authority, 2014). Το NHS-Improvement αδειοδοτεί όλους τους παρόχους της χρηματοδοτούμενης από το NHS φροντίδας και μπορεί να διερευνήσει ενδεχόμενες παραβιάσεις των κανόνων συνεργασίας και ανταγωνισμού του NHS, καθώς και τις συγχωνεύσεις που αφορούν στα NHS foundation trusts. Στις περιπτώσεις που οι συγχωνεύσεις αυτές θεωρούνται εκ πρώτης όψεως ανεπιθύμητες, παραπέμπονται στο Office of Fair-Trading και στην Επιτροπή Ανταγωνισμού.

1.4.2. Σουηδία

Συναφές με το ανωτέρω είναι και το σύστημα υγείας της Σουηδίας (Σχήμα 2). Η ουσιώδης διαφορά του έγκειται στο ότι οι εκλεγμένες (πολιτικά) διοικήσεις των Περιφερειών έχουν την ευθύνη της υγείας ενώ οι Δήμοι είναι υπεύθυνοι για την πρόνοια και χρηματοδοτούν (μέσω φόρων) τις ανάλογες υπηρεσίες (που έχουν αρμοδιότητες), με επικεφαλής την ένωσή τους (SALAR).

Σχήμα 2. Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Σουηδίας



Πηγή: Πολύζος κ.ά., 2013 (τροποποιημένο από Χ. Σκαμνάκη).

Στη Σουηδία και τα τρία επίπεδα της κυβέρνησης εμπλέκονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων έχει την ευθύνη της χάραξης της γενικής πολιτικής της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης, συνεργαζόμενο με οκτώ εθνικές κυβερνητικές υπηρεσίες. Σε περιφερειακό επίπεδο, 21 περιφερειακά συμβούλια είναι υπεύθυνα για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Σε τοπικό επίπεδο, οι 290 Δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα των ηλικιωμένων και των Ατόμων με Αναπηρία. Οι τοπικές και περιφερειακές αρχές εκπροσωπούνται από τη Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR).

Η κεντρική κυβέρνηση, μέσω του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, είναι υπεύθυνη για τη γενική πολιτική της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν οκτώ κυβερνητικές υπηρεσίες που εμπλέκονται άμεσα στους τομείς της ιατρικής περίθαλψης και της δημόσιας υγείας:

- A. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας εποπτεύει όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, διαχέει πληροφορίες, αναπτύσσει κανόνες και πρότυπα για την ιατρική περίθαλψη, και, μέσω της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, διασφαλίζει την τήρηση των εν λόγω κανόνων και προτύπων.
- B. Η Σουηδική Υπηρεσία e-υγείας προωθεί την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και τους φορείς λήψης αποφάσεων. Αποθηκεύει και μεταφέρει τις ηλεκτρονικές συνταγές που έχουν εκδοθεί στη Σουηδία και είναι υπεύθυνη για

τη μεταφορά της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο εξωτερικό. Ο οργανισμός είναι επίσης υπεύθυνος για τις στατιστικές σχετικά με τα ναρκωτικά και τις φαρμακευτικές πωλήσεις.

- Γ. Η Επιθεώρηση Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας είναι υπεύθυνη για την εποπτεία της υγειονομικής περίθαλψης, των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και των δραστηριοτήτων που αφορούν την υποστήριξη και των υπηρεσιών για Άτομα με Αναπηρία. Είναι επίσης υπεύθυνη για την έκδοση των αδειών στις περιοχές αυτές.
- Δ. Ο Swedish Agency for Health & Care Services Analysis αναλύει και αξιολογεί την πολιτική για την υγεία και τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών φροντίδας υγείας προς τους πολίτες και τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτών των αναλύσεων δημοσιεύονται.
- Ε. Ο Public Health Agency παρέχει στην εθνική κυβέρνηση, στις κυβερνητικές υπηρεσίες, στους Δήμους και στα περιφερειακά συμβούλια τεκμηριωμένες γνώσεις σχετικά με τον έλεγχο των λοιμωδών ασθενειών και της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας.
- ΣΤ. Το Swedish Council on Technology Assessment in Health Care προωθεί τη χρήση των οικονομικά αποδοτικών τεχνολογιών της υγειονομικής περίθαλψης. Το συμβούλιο εξετάζει και αξιολογεί τις νέες θεραπείες από ιατρική, οικονομική, ηθική και κοινωνική άποψη. Πληροφορίες από τις αξιολογήσεις είναι στη διάθεση των κεντρικών και τοπικών κυβερνήσεων και του ιατρικού προσωπικού για σκοπούς λήψης αποφάσεων.
- Ζ. Η κύρια υπηρεσία για την αξιολόγηση των φαρμακευτικών προϊόντων είναι το Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, που από το 2002 αποφασίζει εάν συγκεκριμένα φάρμακα θα πρέπει να περιλαμβάνονται στο Εθνικό Σχέδιο Παροχής Φαρμάκων. Η εντολή που έχει ο οργανισμός περιλαμβάνει και την οδοντιατρική περίθαλψη.
- Η. Ο Medical Products Agency είναι η σουηδική εθνική αρχή που είναι υπεύθυνη για τη ρύθμιση και την εποπτεία της ανάπτυξης, κατασκευής και πώλησης φαρμάκων και άλλων ιατρικών προϊόντων.

Μία σημαντική πολιτική πρωτοβουλία, που οδήγησε στις διαρθρωτικές αλλαγές από τη δεκαετία του 1990, ήταν η μετατόπιση της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης σε εξωτερικά ιατρεία και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και η συγκέντρωση της άκρως εξειδικευμένης φροντίδας σε ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα. Όλες οι αμοιβές για τους παρόχους ορίζονται από τα νομαρχιακά συμβούλια, με αποτέλεσμα να διαφοροποιούνται στην επικράτεια. Η πρωτοβάθμια φροντίδα, βασισμένη στην ομάδα, η οποία περιλαμβάνει γενικούς ιατρούς (παθολόγους), νοσηλευτές, μαίες, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους και γυναικολόγους, αποτελεί την κύρια μορφή των ιατρείων. Υπάρχουν, κατά μέσο όρο, τέσσερις γενικοί ιατροί (παθολόγοι) σε κάθε ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι γενικοί ιατροί (GPs) ή οι νοσηλευτές/-τριες της περιοχής είναι συνήθως το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές/-τριες των Περιφερειών μισθώνονται από

τους Δήμους και συμμετέχουν επίσης σε κατ' οίκον φροντίδα και σε τακτικές κατ' οίκον επισκέψεις, ειδικά για τους ηλικιωμένους, ενώ έχουν περιορισμένη αρμοδιότητα στη συνταγογράφηση. Οι πολίτες μπορούν να εγγραφούν σε οποιονδήποτε δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα διαπιστευμένο από το τοπικό συμβούλιο της κομητείας, με τα περισσότερα άτομα να είναι εγγεγραμμένα σε ένα Τοπικό Ιατρείο (αντί σε έναν ιατρό). Για την εγγραφή δεν απαιτείται να επισκεφθούν ένα ιατρείο. Υπάρχουν περίπου 1.200 Κέντρα Υγείας.

Στη Σουηδία υπάρχουν 7 πανεπιστημιακά νοσοκομεία και περίπου 70 νοσοκομεία σε επίπεδο περιφερειακών ή νομαρχιακών συμβουλίων. Έξι από αυτά είναι ιδιωτικά, τρία από τα οποία είναι μη κερδοσκοπικά (Στοκκόλμη). Τα υπόλοιπα είναι δημόσια. Οι νομοί ομαδοποιούνται σε έξι Υγειονομικές Περιφέρειες για να διευκολύνεται η συνεργασία και να διατηρείται ένα υψηλό επίπεδο στην προηγμένη ιατρική φροντίδα. Η εξαιρετικά εξειδικευμένη περίθαλψη, για την οποία απαιτείται συχνά ο πιο προηγμένος τεχνολογικός εξοπλισμός, είναι συγκεντρωμένη στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία για την επίτευξη υψηλότερης ποιότητας και μεγαλύτερης αποδοτικότητας, αλλά και για να δημιουργήσει ευκαιρίες για την έρευνα και ανάπτυξη. Νοσοκομεία επείγουσας φροντίδας (7 πανεπιστημιακά και τα 2/3 των 70 νομαρχιακών) παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί¹ ή ένας συνδυασμός των σφαιρικών προϋπολογισμών, DRGs, και μεθόδων που βασίζονται στην απόδοση, χρησιμοποιείται για τις αποζημιώσεις στα νοσοκομεία. Τα δύο τρίτα ή και περισσότερο του συνόλου των πληρωμών είναι συνήθως με τη μορφή των προϋπολογισμών και περίπου το 30% βασίζεται στα DRGs. Πληρωμές βάσει των επιδόσεων που σχετίζονται με την επίτευξη των στόχων ποιότητας αποτελούν λιγότερο από το 5% των συνολικών πληρωμών.

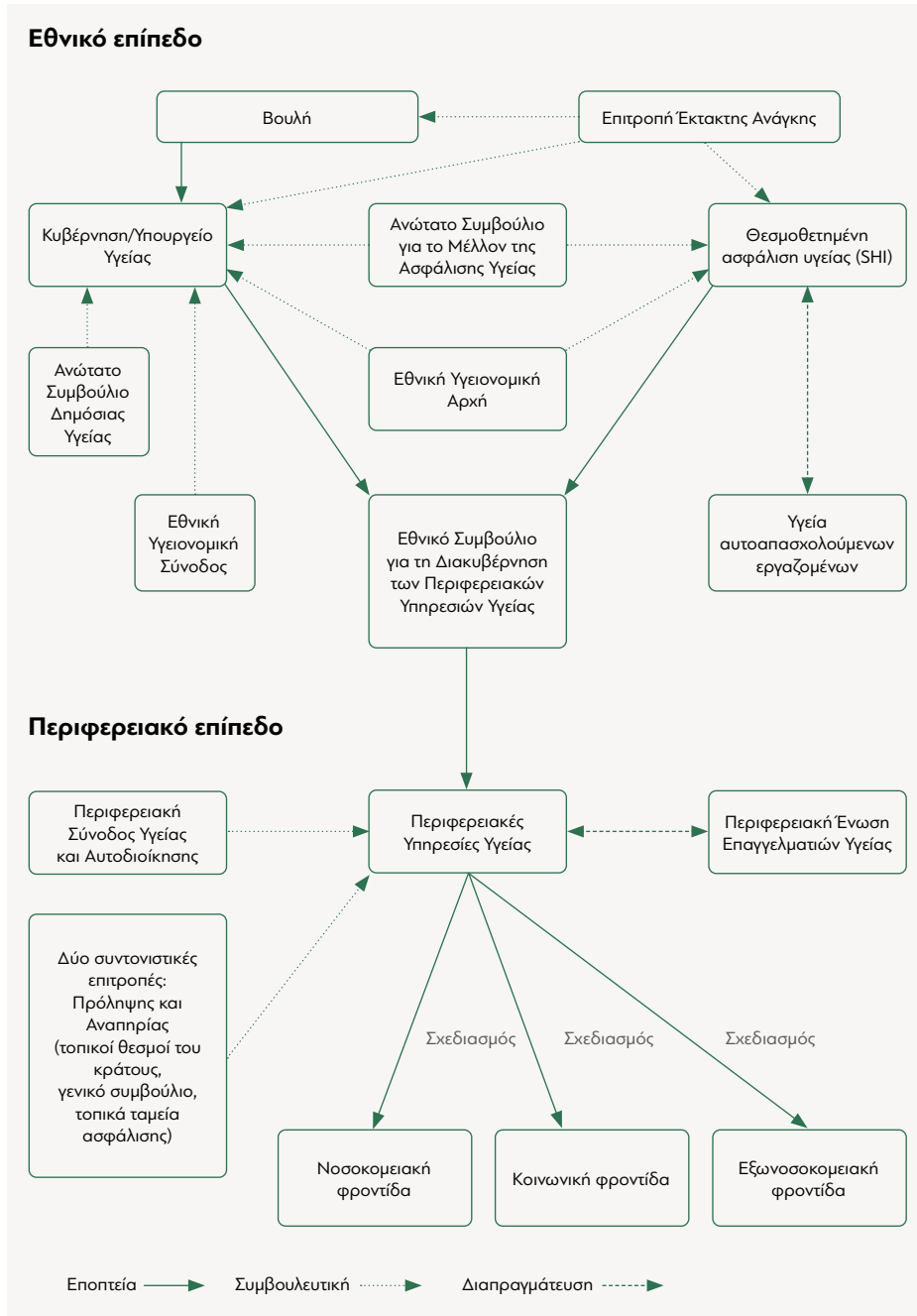
1.4.3. Γαλλία

Το γαλλικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι μικτού τύπου. Βασίζεται ως προς την αρχιτεκτονική του στην κοινωνική ασφάλιση κατά τα πρότυπα του υποδείγματος του Bismarck (χρηματοδότηση μέσω κοινωνικής ασφάλισης) και ενσωματώνει χαρακτηριστικά του υποδείγματος του Beveridge (χρηματοδότηση μέσω φορολογίας) όπως π.χ. ο ενιαίος δημόσιος πληρωτής, η ολοένα και αυξανόμενη σημασία των εσόδων από τη φορολογία για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και η ισχυρή κρατική παρουσία. Η θεσμοθετημένη (και υποχρεωτική) ασφάλιση υγείας (SHI), μέσω διάφορων συστημάτων που σχετίζονται με την απασχόληση, καλύπτει το 100% του πληθυσμού (Chevreul et al., 2015).

¹ Ο σφαιρικός προϋπολογισμός αποτελεί συνολικό ετήσιο προϋπολογισμό των νοσοκομείων με βάση τον προϋπολογισμό της προηγούμενης χρονιάς και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός είναι προσδιορισμένος με βάση τις ανάγκες χρηματοδότησης των επιμέρους κατηγοριών λειτουργίας και οργάνωσης του νοσοκομείου. Ωστόσο, παρέχει μεγαλύτερες δυνατότητες εσωτερικής κατανομής του προϋπολογισμού που εγκρίνεται (συνήθως για 1 έτος), ενώ ταυτόχρονα αποτελεί εργαλείο προσδιορισμού στόχων και μεθόδων (Τούντας, 2008).

Η παροχή περίθαλψης είναι επίσης μικτή και περιλαμβάνει τόσο δημόσια νοσοκομεία όσο και ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικά νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και αμιγώς ιδιωτικά νοσοκομεία. Η διοίκηση του συστήματος υγείας μοιράζεται μεταξύ του κράτους (κοινοβούλιο, κυβέρνηση), της ασφάλισης υγείας (SHI) και, σε μικρότερο βαθμό, των τοπικών αρχών, ιδίως σε περιφερειακό επίπεδο. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 οι μεταρρυθμίσεις στόχευαν στο να μεταβιβάσουν εξουσίες και να αναθέσουν μεγαλύτερη αρμοδιότητα στη λήψη αποφάσεων για τη διακυβέρνηση και την πολιτική υγείας από το εθνικό στο περιφερειακό επίπεδο. Έτσι, δημιουργήθηκαν οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας στις οποίες συμμετέχουν εκπρόσωποι του κράτους, της κοινωνικής ασφάλισης, των επαγγελματιών υγείας και των φορέων δημόσιας υγείας. Η εθνική και η περιφερειακή διάρθρωση του γαλλικού συστήματος υγείας παρουσιάζεται στο παρακάτω Σχήμα 3.

Σχήμα 3. Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Γαλλίας



Πηγή: Or et al., 2023.

Το Γαλλικό Κοινοβούλιο αποφασίζει το ύψος των δαπανών υγείας, με την ψήφιση κάθε χρόνο του Νόμου για τη Χρηματοδότηση της Κοινωνικής Ασφάλισης. Επίσης, προσδιορίζει τις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας μέσω της ψήφισης των νόμων που αφορούν στην υγεία του πληθυσμού. Το κοινοβούλιο εγκρίνει επίσης το σκέλος των εσόδων του προϋπολογισμού με βάση τα ποσοστά εισφορών για τους εργοδότες, τους δικαιούχους και τους εργαζομένους, και τη συγκεκριμένη φορολόγηση που προτείνει η εκάστοτε κυβέρνηση.

Μετά τις τελευταίες εκλογές τον Μάιο του 2022 δημιουργήθηκαν δύο υπουργεία: το Υπουργείο Υγείας και Πρόληψης (Ministère de la Santé et de la Prévention) και το Υπουργείο Αλληλεγγύης, Αυτονομίας και Ατόμων με Αναπηρία (Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées). Στις αρμοδιότητες του πρώτου περιλαμβάνονται:

- Η κατανομή των προϋπολογιζόμενων δαπανών μεταξύ των διάφορων τομέων (νοσοκομειακός, εξωνοσοκομειακός κλπ.) και μεταξύ των διάφορων Περιφερειών.
- Η λήψη απόφασης για τον αριθμό των φοιτητών ιατρικής που θα γίνονται δεκτοί κάθε χρόνο (numerus clausus), τον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών και την ποσότητα του εξειδικευμένου ιατρικού εξοπλισμού που θα λειτουργεί.
- Ο καθορισμός των τιμών αποζημίωσης των παρόχων υγείας.
- Η έγκριση των συμφωνιών που έχουν υπογραφεί μεταξύ της SHI και των σωματείων που εκπροσωπούν αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες υγείας.
- Ο καθορισμός των τιμών των φαρμάκων και των ιατρικών συσκευών.
- Η καθιέρωση προτύπων ασφαλείας στα νοσοκομεία.
- Ο καθορισμός τομέων προτεραιότητας για εθνικά προγράμματα.

Το Υπουργείο Υγείας στηρίζεται σε μια σειρά από φορείς που βρίσκονται υπό την εποπτεία του, για την ανάπτυξη και την εφαρμογή πολιτικών για τις οποίες είναι αρμόδιο. Αναφέρεται ενδεικτικά η Εθνική Υγειονομική Αρχή (HAS), ένας ανεξάρτητος δημόσιος φορέας με οικονομική αυτονομία και με βασικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων φροντίδων.

Στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της Γαλλίας συμμετέχουν συμβουλευτικά και άλλοι φορείς και επιτροπές, όπως π.χ. το Ανώτατο Συμβούλιο για το Μέλλον της Ασφάλισης Υγείας (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie - HCAAM), η Εθνική Υγειονομική Σύνοδος (Conférence Nationale de Santé - CNS) και το Ανώτατο Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Haute Conseil de la Santé Publique - HCSP).

Σε περιφερειακό επίπεδο, η διοίκηση ασκείται από τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας (Agences Régionale de Santé - ARS), οι οποίες δεν υπόκεινται

άμεσα στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, αλλά υπάγονται στη διοικητική εποπτεία ενός ειδικού σχετικού συμβουλίου (Conseil National de Pilotage - CNP), στο οποίο όμως συμμετέχουν εκπρόσωποι των δύο υπουργείων που σχετίζονται με την υγεία (βλ. παραπάνω), της κοινωνικής ασφάλισης (SHI), των Εθνικών Λογαριασμών και των Εθνικών Ταμείων Αλληλεγγύης.

Όσον αφορά στην παροχή των φροντίδων, οι πρωτοβάθμιες και οι εξειδικευμένες εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας παρέχονται κατά βάση από αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ατομική ή ομαδική βάση και συμβάλλονται με τη SHI. Όπως προαναφέρθηκε, οι αμοιβές καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο μέσω επίσημων διαπραγματεύσεων μεταξύ των συμμετεχόντων, με τη σχετική σύμβαση να ισχύει για πέντε χρόνια (αν και ενδιάμεσα είναι δυνατές τροποποιήσεις). Πέραν της αποζημίωσης, κεντρική είναι και η διαδικασία ρύθμισης της ποιότητας της περίθαλψης. Υπό το πρίσμα αυτό, τα νοσοκομεία (δημόσια και ιδιωτικά) πρέπει να υποβάλλονται σε διαδικασία πιστοποίησης κάθε τέσσερα χρόνια ενώ οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να συμμετέχουν σε δραστηριότητες διά βίου μάθησης στο πλαίσιο του στόχου της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εξέλιξης (Développement Professionnel Continu - DPC).

1.4.4. Ιταλία

Στην Ιταλία, η κύρια ευθύνη για τη δημόσια υγεία, σε εθνικό επίπεδο, ανήκει στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο επίσης είναι επιφορτισμένο με την επίβλεψη και τη συνολική διαχείριση του συστήματος υγείας. Εντός του Υπουργείου, διάφορες διευθύνσεις καλύπτουν συγκεκριμένες διαστάσεις της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένου και του σχεδιασμού της υγειονομικής περίθαλψης (de Belvis et al., 2022).

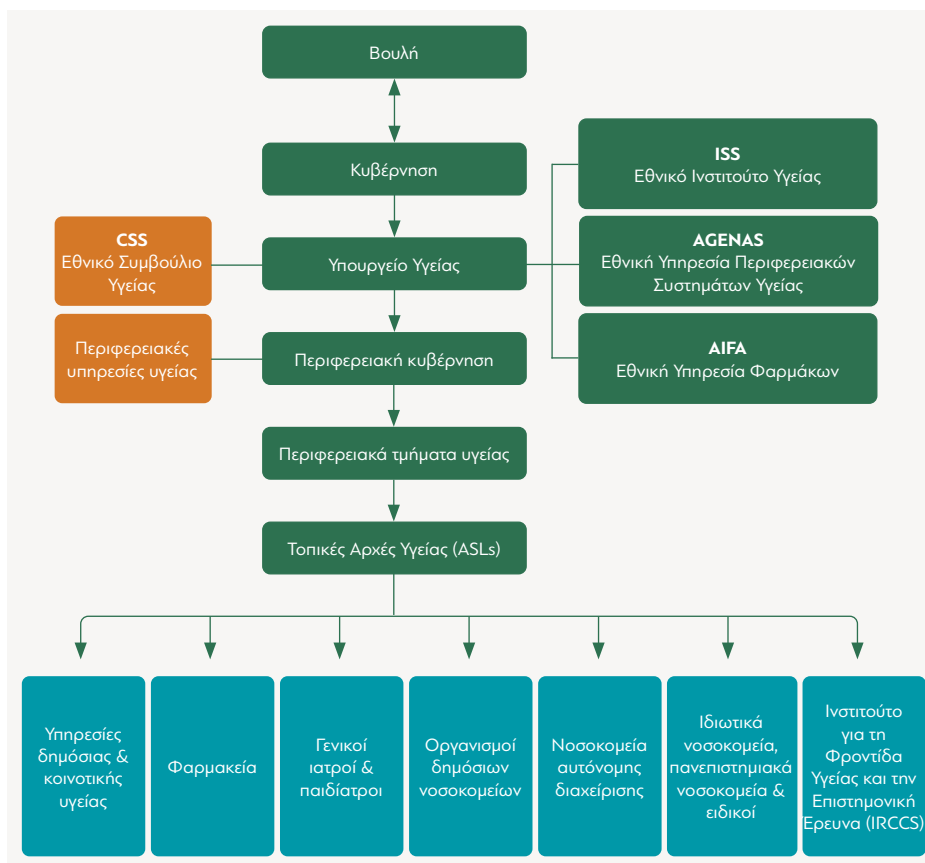
Το Υπουργείο Υγείας υποστηρίζεται από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (Consiglio Superiore di Sanità - CSS), το οποίο συγκεντρώνει εκπροσώπους εθνικών κυβερνητικών υπηρεσιών, επιστήμονες, ιατρούς και άλλους αναγνωρισμένους εμπειρογνώμονες που διορίζονται από τον υπουργό Υγείας. Το Συμβούλιο εργάζεται μέσω μιας εκτελεστικής επιτροπής, μιας γενικής συνέλευσης και πέντε τμημάτων που εμπλέκονται σε διάφορα θέματα υγείας και κοινωνικής περίθαλψης.

Σε συμβουλευτικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας υποστηρίζεται επίσης από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (Istituto Superiore di Sanità - ISS), τον κορυφαίο τεχνικό-επιστημονικό φορέα στο πεδίο. Ιδρύθηκε το 1934 και επιτελεί επιστημονική έρευνα, επιτήρηση και παρακολούθηση, παροχή συμβουλών, προαγωγή της υγείας, διάδοση πληροφοριών και εκπαίδευση σε πολλούς τομείς της δημόσιας υγείας.

Σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή των εθνικών πολιτικών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο διαδραματίζει και η Εθνική Υπηρεσία Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (AGENAS), η οποία ιδρύθηκε το 1993. Είναι υπεύθυνη για την υποστήριξη του εθνικού και περιφερειακού σχεδιασμού υγείας, τη σύγκριση του κόστους και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας, τον εντοπισμό προβλημάτων στη διαχείριση των πόρων υγείας και τη διάδοση της καινοτομίας. Επιπλέον, ρυθμίζει προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης και, μέσω των δραστηριοτήτων της, συμβάλλει στη διασφάλιση της ποιότητας και της αξιοπρέπειας των ασθενών κατά την παροχή φροντίδας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) είναι αναπτυγμένο σε τρία επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό και τοπικό.

Σχήμα 4. Οργανωτική δομή συστήματος υγείας Ιταλίας



Πηγή: Ferré et al., 2014.

Σε εθνικό επίπεδο τίθενται οι στόχοι της πολιτικής υγείας και αποφασίζεται το Εθνικό Πακέτο Παροχών, ενώ μέσω των ετήσιων λογαριασμών του προϋπολογισμού η κυβέρνηση και το κοινοβούλιο συμφωνούν για τα έσοδα, τις δαπάνες και τους τομείς προτεραιότητας.

Τα εθνικά και περιφερειακά επίπεδα διακυβέρνησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ευθυγραμμίζονται στρατηγικά και θεσμικά μέσω 3ετών συμφωνιών υγείας που διαμορφώνονται από τις κεντρικές και περιφερειακές κυβερνήσεις και μέσω των διασκέψεων των Περιφερειών των κρατών. Οι τελευταίες συνιστούν ένα μόνιμο πολιτικό όργανο για διαβούλευση και επικοινωνία μεταξύ των προέδρων των εθνικών και περιφερειακών κυβερνήσεων σε τομείς πολιτικής όπου οι εντολές τους αλληλεπικαλύπτονται.

Οι περιφερειακές κυβερνήσεις διασφαλίζουν την τήρηση του Εθνικού Πακέτου Παροχών οργανώνοντας δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης, που αποτελούνται από τοπικές υγειονομικές αρχές, νοσοκομεία και ιδιωτικούς διαπιστευμένους παρόχους. Οι αρμοδιότητες των Περιφερειών διευρύνθηκαν σε μεγάλο βαθμό με τις μεταρρυθμίσεις το 1999 (ΝΔ 229/1999 για τη μεταρρύθμιση του SSN) και το 2001 (Title V Constitutional Reform). Επί του παρόντος περιλαμβάνουν:

- καθορισμό των γενικών αρχών και οργάνωση των περιφερειακών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης,
- καθορισμό κριτηρίων χρηματοδότησης,
- παροχή τεχνικών και διαχειριστικών κατευθυντήριων γραμμών και ανάληψη δραστηριοτήτων αξιολόγησης των αναγκών υγείας.

Τις εκτελεστικές λειτουργίες των συστημάτων υγείας αναλαμβάνουν τα περιφερειακά τμήματα υγείας. Οι εκτελεστικές εξουσίες περιλαμβάνουν:

- σύνταξη των τριετών περιφερειακών σχεδίων υγείας, τα οποία στη συνέχεια αναπτύσσονται λεπτομερέστερα στα τοπικά σχέδια εφαρμογής (Piani Attuativi Locali - PALs),
- καθορισμό κριτηρίων αδειοδότησης και διαπίστευσης για δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους και παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων,
- συντονισμό υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας,
- καθορισμό των γεωγραφικών ορίων, κατανομή των πόρων και διορισμό των διευθυντών των παρόχων.

Τέλος, σε τοπικό επίπεδο, οι τοπικές υγειονομικές αρχές παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, πρωτοβάθμιας περίθαλψης – συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας, της οικογενειακής ιατρικής και των κοινοτικών υπηρεσιών– και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Οι τοπικές υγειονομικές αρχές μπορούν είτε να παρέχουν υπηρεσίες υγείας απευθείας είτε μέσω ενός δικτύου ιδιωτικών διαπιστευμένων παρόχων και νοσοκομειακών καταπιστευμάτων. Σημειώνεται ότι για να διευκολυνθεί η διαχείριση και η παρακολούθηση των επιμέρους οργανισμών και να αποφευχθεί η επικάλυψη των πόρων, οι Περιφέρειες τα τελευταία χρόνια συγχωνεύουν τις τοπικές αρχές υγείας σε μεγαλύτερες (από 180 το 2005 σε 102 το 2019).

2. Ελλάδα

2.1. Διοίκηση δημόσιων οργανισμών

Η ανάληψη από το κράτος της παραγωγής κάποιων αγαθών και υπηρεσιών, είτε πρόκειται για καθαρά δημόσια αγαθά (pure public goods) είτε για καθαρά ιδιωτικά, είτε για αγαθά που βρίσκονται σε μια ενδιάμεση κατάσταση, ικανοποιείται από δημόσιους οργανισμούς οι οποίοι υπόκεινται στον έλεγχό του. Η οικονομική δραστηριότητα στη χώρα μας επηρεάζεται σημαντικά από τη λειτουργία δημόσιων οργανισμών και υπηρεσιών, μόνων στρατηγικής σημασίας για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη.

Ανάλογα με τον βαθμό συμμετοχής και παρέμβασης (ιδιοκτησιακό καθεστώς) του κράτους, οι δημόσιοι οργανισμοί διακρίνονται σε:

1. Δημόσιοι οργανισμοί πλήρως εξαρτημένοι από το κράτος. Τα βασικά χαρακτηριστικά τους είναι η εξάρτηση από τους κρατικούς φορείς και η σχετική χρηματοοικονομική αυτοτέλεια (ΝΠΔΔ).
2. Δημόσιοι οργανισμοί που λειτουργούν ως ανώνυμες εταιρείες με τουλάχιστον 51% κρατική συμμετοχή, ή μερικώς αυτόνομοι οργανισμοί. Λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, έχουν χρηματοοικονομική αυτοτέλεια και ελέγχονται από holding companies του Δημοσίου. Χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι η ευελιξία και η ευκαμψία στη λήψη των αποφάσεων. Οι αποφάσεις για τρέχοντα λειτουργικά θέματα (παραγωγή, προμήθειες, προσλήψεις, εξέλιξη προσωπικού) λαμβάνονται από τη διοίκηση του οργανισμού ενώ, αντίθετα, για θέματα στρατηγικού σχεδιασμού, προγραμματισμού, τιμολογιακής πολιτικής, οι αποφάσεις λαμβάνονται από την κεντρική διοίκηση (ΑΕ Δημοσίου).
3. Δημόσιοι οργανισμοί που λειτουργούν με πλήρη διοικητική αυτοτέλεια ή πλήρως αυτόνομοι οργανισμοί. Έχουν πλήρη οικονομική αυτοτέλεια, λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και διέπονται από τις διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου. Κύριο πλεονέκτημά τους είναι η ευελιξία και η υλοποίηση των αποφάσεών τους, ενώ το μειονέκτημά τους έγκειται στο γεγονός ότι δεν διασφαλίζεται το δημόσιο συμφέρον για το οποίο δημιουργήθηκαν (ΝΠΙΔ).

Το κανονιστικό πλαίσιο της δημόσιας διοίκησης χαρακτηρίζεται από σοβαρές δυσλειτουργίες, όπως η πολυπλοκότητα των ρυθμίσεων και οι συχνές αντιφάσεις μεταξύ των κανόνων που διέπουν το ίδιο διοικητικό θέμα. Αποτέλεσμα αυτής της πολυπλοκότητας και αποσπασματικότητας παραγωγής των κανόνων που διέπουν τη λειτουργία της διοίκησης είναι οι αντιφάσεις μεταξύ κανόνων που ρυθμίζουν συναφή διοικητικά αντικείμενα, γεγονός που δημιουργεί πολλά προβλήματα τόσο στους εφαρμοστές τους -δημόσιους υπαλλήλους- όσο και στους διοικούμενους που εξαρτώνται από την παροχή των υπηρεσιών τους. Άλλοτε πάλι οι ρυθμίσεις είναι απαρχαιωμένες και δεν ανταποκρίνονται στις νέες κοινωνικοοικονομικές απαιτήσεις.

Η ανάπτυξη των δημόσιων οργανισμών και η σημασία τους για την εθνική οικονομία έχουν ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη και όλους όσοι ασχολούνται με την οικονομική επιστήμη, τη διοίκηση των οργανισμών, την κοινωνιολογία, τη βιομηχανική ψυχολογία, την περιφερειακή ανάπτυξη και άλλα επιστημονικά πεδία. Η στρατηγική τους σημασία οδηγεί στην ανάγκη άσκησης μακροχρόνιας και ορθολογικής πολιτικής, ικανής να καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών και να προσαρμόζεται στις εξελίξεις ενός ραγδαία μεταβαλλόμενου εξωτερικού περιβάλλοντος.

Το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ελληνικοί δημόσιοι οργανισμοί είναι η έλλειψη κατευθυντήριων εντολών, λόγω έλλειψης συγκεκριμένης αναπτυξιακής πολιτικής από το ελληνικό κράτος, ο χαμηλός βαθμός διοικητικής αυτοτέλειας, η μη αποκέντρωση στη λήψη αποφάσεων και η μερική αποτελεσματικότητά τους.

2.2. Η υφιστάμενη οργάνωση/διοίκηση του ΕΣΥ

2.2.1. Εισαγωγή

Ακολουθώντας την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας που έχει προταθεί από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας (μοντέλο Beveridge με χρηματοδότηση από τη φορολογία), των «συμβολαιακών» ασφαλιστικών συστημάτων (μοντέλο Bismarck με χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση) και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης (με χρηματοδότηση κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση), ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (OECD/European Union, 2020). Σε σχέση με τον δημόσιο τομέα, στοιχεία των «μπισμαρκιανών» μοντέλων συνυπάρχουν με στοιχεία των «μπεβεριτζιανών» μοντέλων, χαρακτηριστικό το οποίο επιβεβαιώνεται και από τη σύνθεση των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, όπου κρατικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση συμβάλλουν με ίδιο σχεδόν ποσοστό (Kanavos & Souliotis, 2017). Εκτός

των στοιχείων από διαφορετικά πρότυπα οργάνωσης συστημάτων υγείας δημόσιου χαρακτήρα, το ελληνικό σύστημα ενσωματώνει σε σημαντικό βαθμό χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα (Tountas et al., 1995).

2.2.2. Κεντρική διοίκηση

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας του ΕΣΥ και είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών και των θεμελιωδών αξιών του, όπως «η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες». Προκειμένου να το πετύχει αυτό, το Υπουργείο αποφασίζει για τα ζητήματα υγείας, καθώς και για τον ευρύτερο σχεδιασμό και προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής υγείας, των επιμέρους πολιτικών, των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας. Θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης για τις προτεινόμενες δράσεις και κατανέμει τους σχετικούς πόρους, εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και αναλαμβάνει την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Είναι επίσης υπεύθυνο για τους επαγγελματίες υγείας και συντονίζει το σύστημα προσλήψεων νέου υγειονομικού προσωπικού, έπειτα από έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου. Συμβουλευτικό όργανο του υπουργού αποτελεί το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ, 1982), του οποίου η λειτουργία απέχει από τις ιδρυτικές του αρμοδιότητες και που ο ρόλος του πρέπει να εξεταστεί ανάλογα και με αντίστοιχους φορείς (ΕΟΔΥ κ.ά.).

Διαχρονικά, το Υπουργείο Υγείας έχει πολιτικό προϊστάμενο τον υπουργό (με μέσο όρο θητείας στη μεταπολίτευση κάτω από 2 έτη), συνεπικουρούμενο από αναπληρωτή ή/και υφυπουργό/-ούς, με εκχωρούμενες από τον πρωθυπουργό ή/και τον υπουργό αρμοδιότητες, που ταυτίζονται με μέρος της οργανωτικής δομής του Υπουργείου (με ανάλογη θητεία). Το ανωτέρω σχήμα ολοκληρώνεται τεχνο-πολιτικά από γενικούς γραμματείς: α) Υπηρεσιών Υγείας, β) Δημόσιας Υγείας, και γ) ΠΦΥ. Η σημερινή δομή του Υπουργείου Υγείας περιλαμβάνει αντίστοιχες γενικές διευθύνσεις: α) Διοικητικών και Τεχνικών Υπηρεσιών, β) Οικονομικών, γ) Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής, και δ) Υπηρεσιών Υγείας, με αυτοτελείς υπηρεσίες (στρατηγικού σχεδιασμού, εσωτερικού ελέγχου, κ.ά.) υπαγόμενες κατευθείαν στον υπουργό, όπως και άλλους εποπτευόμενους φορείς (βλ. Παράρτημα 2.1).

Παρόλα αυτά, κύρια λειτουργία του Υπουργείου παραμένει η ρύθμιση, ο σχεδιασμός και (κακώς) η διοίκηση του ΕΣΥ, καθώς και η ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα. Μάλιστα, από το 2012 στα παραπάνω προστέθηκε και η διαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων υγείας μέσω του ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα η πλευρά της χρηματοδότησης να μην αποκτήσει την απαιτούμενη αυτονομία που θα επέτρεπε την αξιοποίηση της ολιγοψωνιακής δύναμης που απέκτησε με την ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Αντ' αυτού, τόσο η προσφορά όσο και η ζήτηση έχουν τεθεί υπό

μία ενιαία διαχείριση (Υπουργείο Υγείας), επιλογή η οποία είναι αντίθετη προς την τεκμηριωμένη πρακτική άλλων χωρών που ενισχύουν την πλευρά της χρηματοδότησης προκειμένου να ελέγχουν το κόστος -αλλά και την ποιότητα- των παρεχόμενων φροντίδων.

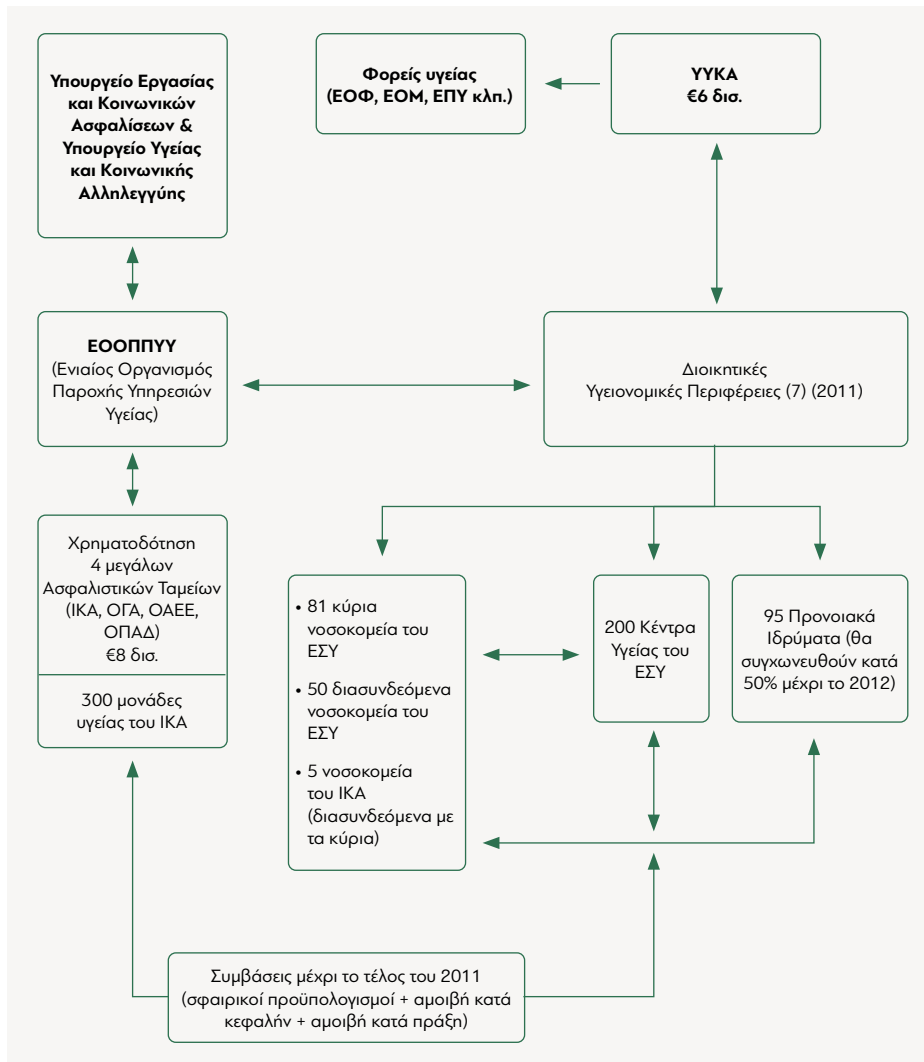
Πριν από τον ΕΟΠΥΥ, κύριο χαρακτηριστικό του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα ήταν η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων και μεγάλου εύρους ασφαλιστικών σχημάτων, τα οποία υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Όπως αναφέρθηκε, στον τομέα της υγείας υπήρχαν περίπου 30 διαφορετικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί που παρείχαν ασφαλιστική και υγειονομική κάλυψη. Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν ΝΠΔΔ και λειτουργούσαν υπό τον έλεγχο του κράτους. Καθένας είχε διαφορετική νομοθεσία και σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν διαφοροποιήσεις ως προς το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις απονομής των παροχών. Αποτέλεσμα ήταν να προκύπτουν ανισοτιμίες στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών (Οικονόμου, 2012, Σουλιώτης, 2013).

Με τις μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα το 2011, η αρμοδιότητα των ταμείων ασφάλισης υγείας πέρασε στο Υπουργείο Υγείας, αφού συγχωνεύτηκαν τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία και κλάδοι υγείας (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) σε έναν ενιαίο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με την προοπτική να ενταχθούν σε αυτόν και άλλα ταμεία. Στην αρχή ο ΕΟΠΥΥ ανέλαβε την εποπτεία και των πολυϊατρείων του ΙΚΑ (τα 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ συγχωνεύθηκαν με αντίστοιχα του ΕΣΥ με τον Ν.3918/11), που κατόπιν ενσωματώθηκαν στο ΕΣΥ (ΠΕΔΥ με τον Ν.4238/14) και μετατράπηκαν σε αστικά Κέντρα Υγείας μετά το 2017, 35 έτη κατόπιν των σχετικών ρυθμίσεων του Ν.1397/83.

2.2.3. Περιφερειακή διοίκηση

Μέχρι το 2002, το Υπουργείο ήταν υπεύθυνο για τον σχεδιασμό και τη ρύθμιση του ΕΣΥ σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με βάση τον Ν.1397/83 και όσους έως τότε τον διαδέχθηκαν (Tountas et al., 2002). Με τον Ν.2889/2001 συγκροτήθηκαν 17 Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας ως ΠΕΣΥΠ (με την πρόσθεση της Πρόνοιας που αργότερα αφαιρέθηκε) και κατόπιν με τον Ν.3329/2005 μετονομάστηκαν σε Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε), οι οποίες περιορίστηκαν το 2007 σε 7 (Ν.3527). Στα ΠΕΣΥΠ-ΥΠε μεταβιβάστηκαν ορισμένες από τις αρμοδιότητες της κεντρικής διοίκησης του Υπουργείου Υγείας. Στο Σχήμα 5 παρουσιάζεται η σχέση του ΕΣΥ το 2011 (δεξιά πλευρά του σχήματος) με τις πηγές χρηματοδότησής του από την κοινωνική ασφάλιση (αριστερή πλευρά σχήματος).

Σχήμα 5. Η δομή του ΕΣΥ το 2011 και η χρηματοδότησή του από την κοινωνική ασφάλιση



Πηγή: Πολύζος, 2014.

Σε ό,τι αφορά τις ΥΠε, οι διαιρέσεις της Αττικής, της Θεσσαλονίκης και της όλης ΥΠε θα πρέπει να εξεταστούν ιδιαίτερα μαζί με την αντιστοίχιση των Υγειονομικών και των Διοικητικών Περιφερειών μεταξύ τους (βλ. Παράρτημα 2.2).

2.2.4. Οργάνωση εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

Έως το 1983 ο όρος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» δεν χρησιμοποιούταν. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι δεν παρέχονταν αντίστοιχες υπηρεσίες, καθώς ήδη με τα ΒΔ 4/1923 (ΦΕΚ 328/Α΄/14.02.1923) και 196/1969 (ΦΕΚ 53/Α΄/26.03.1969) παρέχονταν υπηρεσίες ΠΦΥ. Με το ΝΔ 2592/1953 (ΦΕΚ 254/Α΄/18.09.1953) και τον Ν.3487/1955 θεσπίστηκε η ύπαρξη κοινοτικών και αγροτικών ιατρείων σε όλη τη χώρα, και μετά ο θεσμός του αγροτικού ιατρού.

Ο όρος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» εμφανίστηκε για πρώτη φορά με τον Ν.1397/1983 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α' /07.10.1983), ο οποίος αποτελεί ουσιαστικά την πρώτη προσπάθεια οργάνωσης και ενιαίας ανάπτυξης της ΠΦΥ. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις που ακολούθησαν μέχρι το 2011 αφορούσαν ως επί το πλείστον οργανωτικές τροποποιήσεις και ελάχιστα συνέβαλαν στη βελτίωση της παρεχόμενης ΠΦΥ (ενδεικτικά αναφέρονται: Ν.2519/1997, Ν.3235/2004). Μάλιστα, με την τελευταία νομοθετική ρύθμιση (Ν.3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας») αποδίδεται και θεσμικά ο ορισμός της ΠΦΥ, ο οποίος καλύπτει τους σκοπούς των Κέντρων Υγείας, όπως ήδη έχουν καθιερωθεί με προγενέστερους νόμους, επιχειρείται η σύγκλιση των διάφορων δομών ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας ΕΣΥ, ασφαλιστικοί οργανισμοί ΟΤΑ), χωρίς όμως να ομογενοποιούνται οργανωτικά, διοικητικά και λειτουργικά. Εισάγονται σύγχρονες πρακτικές στην άσκηση της ΠΦΥ, όπως η τηλεματική, η τομεοποίηση, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Επανερχεται διευρυμένα ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, καθώς εκτός από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας καθήκοντα θα μπορούν να ασκούν και ιδιώτες ιατροί, συμβεβλημένοι με ασφαλιστικούς οργανισμούς (Κοντιάδης & Σουλιώτης, 2005).

Με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ, το δίκτυο των υπηρεσιών και δομών ΠΦΥ διαμορφώθηκε με τέτοιο τρόπο που τα Κέντρα Υγείας κατέχουν τον συντονιστικό ρόλο. Παράλληλα, η προσπάθεια για την εφαρμογή οικογενειακού ιατρού δεν στεφόταν από επιτυχία. Το 2014, με τον Ν.4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 38/Α' /07.02.2014), επιχειρείται αναδιοργάνωση της ΠΦΥ με τη δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), ενός καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, στο οποίο μεταφέρθηκαν και τα πρώην πολυϊατρεία του ΙΚΑ, τότε ΕΟΠΥΥ, υπό τη διοίκηση των Υγειονομικών Περιφερειών.

Μετά τον Ν.4486/2017 για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», ο όρος «Κέντρο Υγείας» διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες: τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤοΜΥ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ), τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ) και τις λοιπές μονάδες ΠΦΥ. Ο Ν.4931/2022 (ΦΕΚ Α' 94/13-05-2022), που καθιέρωσε την εφαρμογή του προσωπικού ιατρού, προβλέπει την άμεση, λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των ΤοΜΥ με το Κέντρο Υγείας του οποίου αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες, καθώς και με το νοσοκομείο αναφοράς της οικείας ΥΠε. Στο νοσοκομείο αναφοράς παραπέμπονται οι λήπτες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας για περαιτέρω διάγνωση, παρακολούθηση, θεραπεία ή νοσηλεία.

Οι υλικοί και οι ανθρώπινοι πόροι στην ΠΦΥ αναγράφονται αναλυτικά στο Παράρτημα 2.3. Συνοπτικά, σύμφωνα με το Υπουργείου Υγείας (ΓΓ-ΠΦΥ), οι

Λειτουργικές δομές του ΕΣΥ που προορίζονται για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ περιλαμβάνουν 314 Κέντρα Υγείας (ΚΥ). Σε αυτά, επιστημονικά και διοικητικά υπάγονται 1.438 Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), 93 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), 45 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και 220 Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Επιπλέον, λειτουργούν 10 δομές που αφορούν διαγνωστική ιατρική, ειδική οδοντιατρική φροντίδα και παιδοψυχιατρική.

Σήμερα, το δίκτυο παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ λειτουργεί σε όλη τη χώρα παρέχοντας τις βασικές υπηρεσίες ΠΦΥ σε όλους τους πολίτες. Επιπλέον, το δίκτυο ενισχύεται μέσω των ιδιωτών ιατρών και των εργαστηρίων που έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ, παρέχοντας τις υπηρεσίες υγείας που προβλέπονται από τον Κανονισμό Παροχών (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ.

Η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ΠΦΥ με τον Ν.4931/2022 αποσκοπεί στην πλήρη εφαρμογή του θεσμού του προσωπικού ιατρού. Ο προσωπικός ιατρός, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης (έως 2.000 άτομα), παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στον δικαιούχο, με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Στο πλαίσιο της υποχρεωτικής εγγραφής του πληθυσμού σε προσωπικό ιατρό, οι πολίτες εγγράφονται σε διαθέσιμο προσωπικό ιατρό της επιλογής τους, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται σε Κέντρο Υγείας/ΤΟμΥ, είτε από συμβεβλημένους προσωπικούς ιατρούς με τον ΕΟΠΥΥ.

Τα στοιχεία που ανακοινώθηκαν από τη Γενική Γραμματεία ΠΦΥ του Υπουργείου Υγείας, για την πορεία του θεσμού έως τις 31 Δεκεμβρίου 2022, δείχνουν ότι ο αριθμός των εγγεγραμμένων δικαιούχων πολιτών (ηλικίας άνω των 16 ετών) σε προσωπικό ιατρό ήταν 4.737.733, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 53,13% επί των δικαιούχων ή το 45,42% του γενικού πληθυσμού. Οι 4.737.733 πολίτες είναι εγγεγραμμένοι σε 3.351 προσωπικούς ιατρούς. Συγκεκριμένα, 386.379 πολίτες έχουν εγγραφεί σε 197 προσωπικούς ιατρούς ΤΟμΥ, 2.637.731 σε 2.234 ιατρούς Κέντρων Υγείας και 1.713.623 πολίτες έχουν επιλέξει μεταξύ των 1.117 ιδιωτών ιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ. Η κατά κεφαλήν αμοιβή είναι 20-40 ευρώ ετησίως. Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά, φαίνεται ότι για την πλήρη κάλυψη του δικαιούχου πληθυσμού, ηλικίας 16 ετών και άνω, απαιτούνται επιπλέον 1.300 προσωπικοί ιατροί. Οι τρεις Διοικητικές Περιφέρειες με τη μεγαλύτερη ανάγκη είναι η Αττική, η Κεντρική Μακεδονία και τα νησιά του Νοτίου Αιγαίου. Επιπλέον, πρέπει να εξεταστεί επέκταση του θεσμού στα παιδιά (1.000 παιδίατροι) και διεύρυνση του θεσμού σε άλλες συναφείς ειδικότητες, ιδιαίτερα για πολίτες με χρόνια νοσήματα.

2.2.5. Οργάνωση νοσοκομειακής περίθαλψης

Με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2021) τα θεραπευτήρια στη χώρα είναι 269, εκ των οποίων 141 ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα, με σύνολο κλινών

κλειστής νοσηλείας περίπου 45.000 και ανοικτής νοσηλείας 3.500. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι 128 γενικά νοσοκομεία και 10 ειδικά (2 ψυχιατρικά, 2 γυναικολογικά-μαιευτικά, 2 παιδιατρικά και 4 ογκολογικά).

Με τον Ν.1397/83 όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ με Διοικητικό Συμβούλιο που διόριζε ο υπουργός Υγείας. Η πρόνοια για τοποθέτηση γενικού διευθυντή ουδέποτε εφαρμόστηκε, παρά τις σχετικές προβλέψεις του νόμου. Ενδιάμεσα, (Ν.2194/94) η προσπάθεια διασύνδεσης των νοσοκομείων της Αττικής και της Θεσσαλονίκης σε συγκροτήματα δεν στέφθηκε από επιτυχία. Ο Ν.2889/2001 καθιέρωσε τον θεσμό του διοικητή (και του αναπληρωτή σε νοσοκομεία άνω των 400 κλινών. Οι διοικητές προσλαμβάνονταν και αξιολογούνταν κατόπιν από την ειδική προς τούτο 5μελή επιτροπή του Ν.4052/2012.

Διαχρονικά, το βάρος στο ΕΣΥ δινόταν στα νοσοκομεία. Έτσι, στις αρχές του 2012, διαμορφώθηκε ο νέος χάρτης του ΕΣΥ (με ολοκλήρωση των σχετικών θεσμικών παρεμβάσεων και με τις τροποποιήσεις όλων των οργανισμών) που οδήγησε σε 80 νοσοκομεία από τα 128 (80 κύρια και 48 διασυνδεδεμένα), περιλαμβάνοντας επιπρόσθετα και τα πέντε (5) νοσοκομεία του ΙΚΑ, που στην πορεία ενσωματώθηκαν πλήρως, πλέον των δύο (2) νοσοκομείων ειδικής φύσεως ως ΝΠΙΔ (ΓΝ Παπαγεωργίου, Ωνάσειο ΚΚ). Μια σύνοψη της διαμορφούμενης κατάστασης του ΕΣΥ παρουσιάζεται στο Παράρτημα 2.4. Η αναδιοργάνωση αυτή αποσκοπούσε στην καλύτερη οργάνωση και τον εξορθολογισμό των διοικητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ενώ την ίδια στιγμή διαμορφώθηκε ένα πλαίσιο καλύτερης κατανομής του προσωπικού.

Με αυτή τη νέα αρχιτεκτονική του ΕΣΥ προβλέπονταν ενιαία διοίκηση αλλά και ενιαίος προϋπολογισμός, ενιαίο πρόγραμμα προμηθειών, ενιαίες τεχνικές και πληροφοριακές υπηρεσίες, καθώς και συντονισμός των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών (Πολύζος, 2014). Εκτός των ενιαίων διοικήσεων, τα υπόλοιπα στοιχεία της νέας αρχιτεκτονικής παρουσιάζουν, ακόμα και σήμερα, προβλήματα εφαρμογής. Σημειώνεται ότι λόγω των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό και εξοπλισμό, αλλά και της συνεπαγόμενης χαμηλής εμπιστοσύνης στα περιφερειακά νοσοκομεία, τα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας υφίστανται αυξημένη ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες, λόγω των έντονων διαπεριφερειακών ροών ασθενών προς αυτά (Σουλιώτης, 2019).

Η νομική μορφή και η αντίστοιχη οργάνωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών του ΕΣΥ έχουν υποστεί διαδεχόμενες και ενίοτε συγκρουόμενες μεταξύ τους αλλαγές τις τελευταίες δεκαετίες: από τη χαλαρή και ανεφάρμοστη ρύθμιση των συγκροτημάτων ανά Γεωγραφική Περιφέρεια στο τέλος της 10ετίας του 1990, στα (17) ΠΕΣΥΠ (ΝΠΔΔ) των αρχών της 10ετίας του 2000, και στη συνέχεια στα κύρια (82 ΝΠΔΔ) και διασυνδεδεμένα (48 δευτερεύοντα) νοσοκομεία των αρχών της 10ετίας του 2010. Παρά τις τελευταίες αυτές αλλαγές, δεν επιτεύχθηκε ο στόχος, ο οποίος ήταν να συνδεθούν ιατρονοσηλευτικές

υπηρεσίες και να καταργηθούν με ενοποιήσεις οι επιμέρους διοικητικές, οικονομικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές και πληροφοριακές υπηρεσίες (Polyzos et al., 2013).

Χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα ήταν και οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που δρομολογήθηκαν στο διάστημα αυτό, με στόχο την ορθολογικοποίηση του αριθμού των κλινών (συμφωνία οργανικών με αναπτυγμένες κλίνες, με βάση νέους οργανισμούς, 2012) με την παράλληλη μείωση των κλινικών και των εξειδικευμένων μονάδων. Πιο επιτυχημένες ήταν οι μεταρρυθμίσεις στην αύξηση της διαφάνειας, τη μείωση του κόστους για προμήθειες και την αλλαγή του συστήματος πληρωμών των νοσοκομείων (Kaitelidou et al., 2016).

Στα θετικά της περιόδου 2010-11 ήταν η καταγραφή και συλλογή λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των νοσοκομείων (αρχικά esy.net και κατόπιν BI-Health), η εφαρμογή των ΚΕΝ (Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων) και οι ενιαίες προμήθειες (τότε ΕΠΥ νυν ΕΚΑΠΥ). Η μη συνέχιση: α) της συστηματικής συλλογής των δεδομένων σε πραγματικό χρόνο (real time), β) της ανανέωσης και εφαρμογής των ΚΕΝ από το ΚΕΤΕΚΝΥ και γ) της πλήρους εφαρμογής συστήματος κεντρικών, περιφερειακών και τοπικών διαγωνισμών δεν βελτίωσε περαιτέρω την κατάσταση.

Τέλος, όσον αφορά στο προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, σύμφωνα με το Παράρτημα 2.5 επιβεβαιώνονται ελλείψεις περί τα 10.000 άτομα προσωπικού. Όμως είναι σημαντικό να διερευνηθεί η κατανομή τους ανά ΥΠε και κατηγορία προσωπικού. Το άθροισμά τους ανά κλίνη πρέπει να πλησιάσει το 3 (από το τρέχον 2,4), με τη συντριπτική πλειοψηφία των αναγκών να αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό.

2.2.6. Προβλήματα – Συμπεράσματα για τον νοσοκομειακό τομέα

Διαχρονικά, ο δημόσιος νοσοκομειακός τομέας στην Ελλάδα παρουσιάζει στρεβλώσεις σε ό,τι αφορά:

- Την κατανομή των ανθρώπινων πόρων, των κλινών, των κλινικών και των εργαστηρίων.
- Τη διάρθρωσή τους στις αντίστοιχες υπηρεσίες, και την περιφερειακή τους κατανομή.
- Τις δυνατότητες και τη συμβολή τους στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος, που αντανακλάται στις σχέσεις των στελεχών, όπως για παράδειγμα στη σχέση ιατρών/νοσηλευτών.
- Την υπο-χρησιμοποίηση ή την έλλειψη τεχνολογικών πόρων του δημόσιου τομέα, ειδικότερα των επαρχιακών νοσοκομείων.
- Την αυξημένη χρήση των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) των νοσοκομείων για περιστατικά που θα έπρεπε να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

- Την ύπαρξη κατακερματισμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων, με σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των ανεπτυγμένων κλινικών, τμημάτων και εργαστηρίων και των οργανικών (ΦΕΚ Οργανισμών).
- Την έλλειψη σημαντικών ιατρικών ειδικοτήτων, ιδίως σε επαρχιακά νοσοκομεία.
- Την έλλειψη ιατρικού/διαγνωστικού εξοπλισμού σύγχρονης διαγνωστικής και επεμβατικής τεχνολογίας ή/και την υπο-αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής.
- Την έλλειψη καταγραφής των αναγκών υγείας κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας και, στη βάση αυτής, την περαιτέρω ενίσχυση του συστήματος με τους πόρους που χρειάζεται.

Παρά τα προβλήματα αυτά, η αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας ενίσχυσε την εμπιστοσύνη των πολιτών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ που είχε τρωθεί τα προηγούμενα χρόνια από δυσλειτουργίες, κακές επιδόσεις, παραβατικές συμπεριφορές, αλλά και από ατεκμηρίωτες καταγγελίες. Αναγνωρίστηκε ταυτόχρονα η μεγάλη προσφορά των εργαζομένων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, όχι μόνο των ιατρών (θετικές γνώμες 61%, ίδια 32%, χειρότερη 1%) αλλά και των νοσηλευτών, των τραυματιοφορέων, των άλλων εργαζομένων και των επιστημόνων. Αυξήθηκε η πίστη και η εμπιστοσύνη της κοινωνίας στην επιστήμη και στον ορθολογισμό, η επιστημονική ενημέρωση έγινε καθολικά αποδεκτή από τους πολίτες –ιδιαιτέρα στην πρώτη φάση της επιδημίας και πριν από τη χρήση των εμβολίων. Η ευρεία χρήση των νέων τεχνολογιών για την αντιμετώπιση της επιδημίας και η συνειδητοποίηση των δυνατοτήτων τους άλλαξαν και τη θεώρηση για το μοντέλο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, ιδίως κατά τον πρώτο χρόνο της πανδημίας, καταγράφηκε αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών στο κράτος και τους θεσμούς του, η οποία είναι απαραίτητη για την υλοποίηση των δομικών μεταρρυθμίσεων που έχει ανάγκη η χώρα (Souliotis et al., 2021).

Παρά τις εξαγγελίες της κυβέρνησης (2022) για αναδιοργάνωση των νοσοκομείων με περισσότερες ή πιο ορθολογικές συγχωνεύσεις, ο Ν.4771/21 διατηρεί τα βασικά δομικά χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω. Έτσι, η δυνατότητα λήψης αποφάσεων σε επιχειρησιακό επίπεδο εντός του νοσοκομείου είναι πολύ περιορισμένη και οι παρεμβάσεις της κεντρικής διοίκησης είναι κατά κανόνα γραφειοκρατικές και αναποτελεσματικές. Η διοίκηση των νοσοκομείων παρέμεινε υπό τον πλήρη έλεγχο των κομμάτων εξουσίας (ΠΑΣΟΚ, ΝΔ, ΣΥΡΙΖΑ) με τον αποκλεισμό ή την περιορισμένη αξιοποίηση επαγγελματικών στελεχών με υψηλή επάρκεια.

2.2.7. Επίμετρο

Η ανάλυση που προηγήθηκε καταδεικνύει την ύπαρξη σημαντικών δομικών, οργανωτικών και λειτουργικών προβλημάτων στο σύστημα υγείας της χώρας. Παρά τις νέες προκλήσεις, όπως για παράδειγμα η δημογραφική

γήρανση, η ραγδαία πρόοδος της τεχνολογίας, το περιοριστικό οικονομικό περιβάλλον, η ανάγκη υποστήριξης και άλλων διαστάσεων της κοινωνικής προστασίας λόγω των συνεπειών της κρίσης (όπως η στέγαση και η διατροφή), οι οποίες εντείνουν τις πιέσεις που ασκούνται στο σύστημα υγείας, η διαχείριση εξακολουθεί να είναι αναχρονιστική. Έχει σε μεγάλο βαθμό ως σημείο αναφοράς τον κρατισμό, τον συγκεντρωτισμό, την κομματοκρατία και τις γενικότερες συνθήκες που επικρατούσαν κατά τη διαμόρφωση του ΕΣΥ.

Στον πυρήνα αυτού του φαινομένου βρίσκεται η απουσία συγκροτημένης διοίκησης και ο συχνός εναγκαλισμός της με την πλέον «πελατειακή» πτέρυγα του πολιτικού συστήματος, που θεωρεί ότι η διοικητική συνέχεια είναι πολιτικά απαράδεκτη (Athnasiadis et al., 2018). Η στάση της διοικητικής ιεραρχίας στις προσπάθειες εισαγωγής των διαρθρωτικών αλλαγών χαρακτηρίζεται από επιφυλακτικότητα έως και άρνηση, γεγονός που οδήγησε στην απώλεια μνήμης για τη διασφάλιση της διοικητικής συνέχειας.

3. Πρόταση διακυβέρνησης του ΕΣΥ

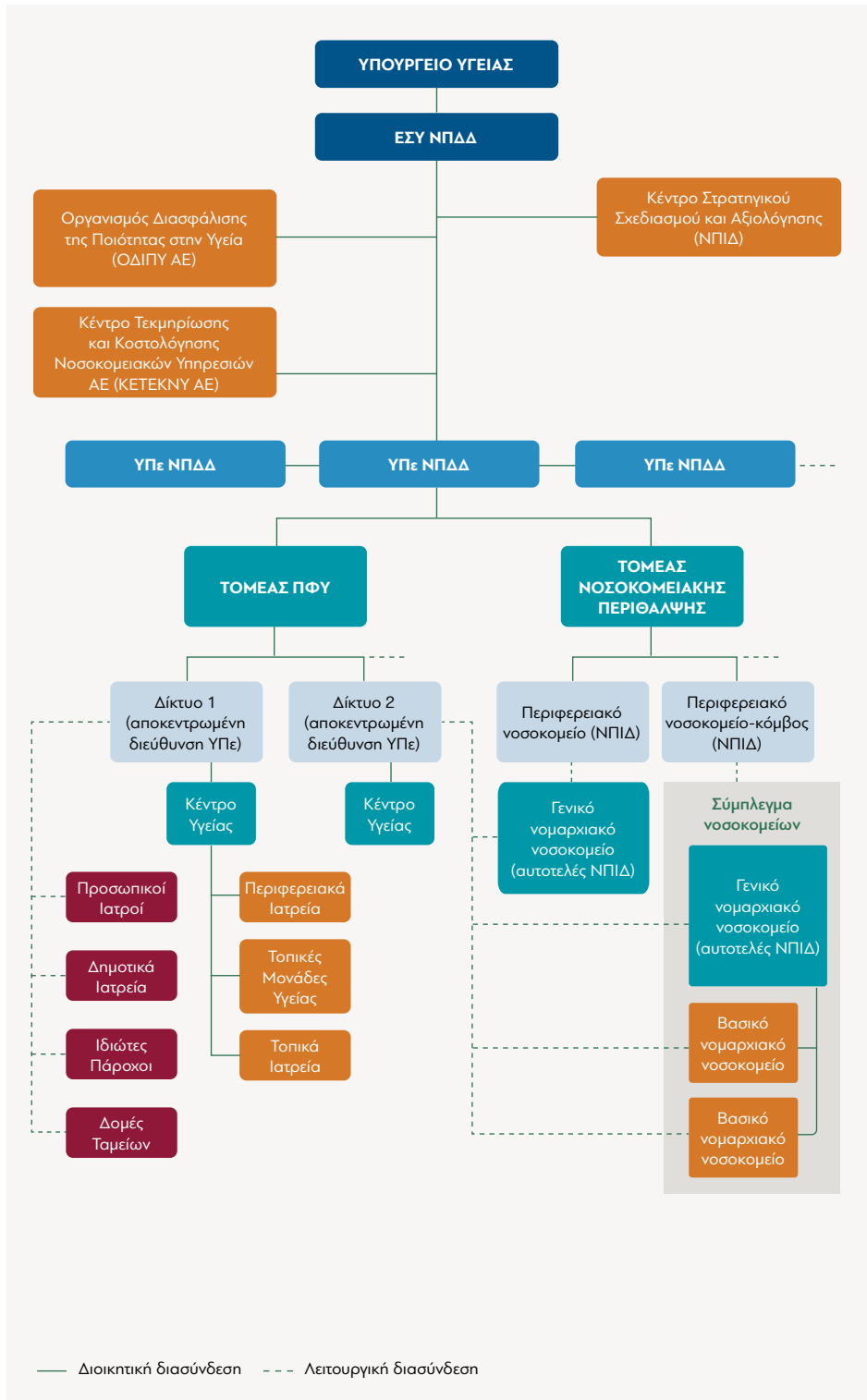
3.1. Εισαγωγή

Η πρόταση που ακολουθεί είναι στο πλαίσιο της αναζήτησης ενός νέου διοικητικού/επιχειρησιακού μοντέλου για τις μονάδες που θα προκύψουν από τις ανακοινώσεις της πολιτικής ηγεσίας «περί συγχωνεύσεων και κατάργησης φορέων του δημόσιου τομέα», το οποίο θα ενσωματώνει ένα κοινωνικό όραμα με απώτερο σκοπό την κοινωνική αποδοχή και τη διεύρυνση της αποστολής τους, μια ρηξικέλευθη ηγεσία με σύγχρονες αντιλήψεις που θα ανταποκρίνονται στις αυξημένες κοινωνικές ανάγκες και προσδοκίες και έναν τρόπο λήψης αποφάσεων που θα στηρίζεται σε βιώσιμες και ρεαλιστικές λύσεις, ώστε να ενσωματωθούν πλέον *οι αξίες της υπευθυνότητας και της δημόσιας λογοδοσίας*.

Προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία των δημόσιων οργανισμών και υπηρεσιών είναι η δημιουργία ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος διοίκησης, στο πλαίσιο των δυτικοευρωπαϊκών κρατών, προσαρμοσμένο στην ελληνική κουλτούρα και πρακτική και υποστηριζόμενο από άτομα (διοικητικά στελέχη) ικανά και πάνω απ' όλα επιστημονικά καταρτισμένα και αποτελεσματικά.

Για να επιτύχει η χώρα μας την προσαρμογή της στις νέες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ορθολογικής και ισόρροπης ανάπτυξης πρέπει να δοθεί από τους λήπτες αποφάσεων ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης. Συγκεκριμένα, χρειάζεται να δοθεί έμφαση στον προγραμματισμό, στην οργάνωση, στη στελέχωση, στην ηγεσία, στην αποτελεσματικότητα του συστήματος διοίκησης-διαχείρισης, στον εκσυγχρονισμό και στην προσαρμογή στα νέα διεθνή τεχνικά και επιστημονικά πρότυπα (quality standards).

Σχήμα 6. Προτεινόμενη οργανωτική δομή ΕΣΥ



Πηγή: Συγγραφική ομάδα.

3.2. Κεντρική διοίκηση

Προτείνεται επανίδρυση του ΕΣΥ ως Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, με ΔΣ που θα αποτελείται: α) από τον πρόεδρο και εκτελεστικό γενικό διευθυντή (CEO) του, που θα διορίζεται από τη Βουλή, κατόπιν τεκμηριωμένου καταλόγου και εισήγησης του υπουργού Υγείας, με ανάλογο ειδικό προσοντολόγιο, κατόπιν διεθνούς προκήρυξης και μισθό γενικού γραμματέα, πλέον διαβαθμισμένου κινήτρου στόχων με ανάλογες αμοιβές, β) από τους διοικητές των Υγειονομικών Περιφερειών, που επιλέγονται με ανάλογη διαδικασία, στην οποία συμμετέχει ο CEO.

Βασικές αρμοδιότητες του ΔΣ είναι: α) ο στρατηγικός και επιχειρησιακός σχεδιασμός του ΕΣΥ, β) η (αναδι-)οργάνωση των μονάδων του, γ) ο συντονισμός του ανθρώπινου δυναμικού (πλέον των 100.000), με την επιλογή αναπληρωτών διοικητών ΥΠε και διοικητών νοσοκομείων, δ) η ετήσια αξιολόγηση και ο περιοδικός έλεγχος των Περιφερειών και των μονάδων του ΕΣΥ.

Το ΔΣ επίσης θα συντάσσει, θα εισηγείται και θα εκτελεί τον προϋπολογισμό του ΕΣΥ (ύψους περίπου €5 δισ. ετησίως). Θα εγκρίνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών ετησίως και τα ενιαία Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και θα παρακολουθεί το πρόγραμμα επενδύσεων. Λοιπές αρμοδιότητες θα καθοριστούν.

3.3. Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας

Είναι ανάγκη να διαχωριστεί η πολιτική ευθύνη από την επιχειρησιακή ευθύνη στη λειτουργία του ΕΣΥ (Νεκτάριος, 2019). Η επιχειρησιακή ευθύνη θα πρέπει να είναι αποκλειστική αρμοδιότητα των οργάνων διοίκησης του ΕΣΥ σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Η αναβάθμιση του στρατηγικού ρόλου του Υπουργείου Υγείας θα πρέπει να συνδυαστεί με την απαλλαγή του από την ευθύνη διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, αλλά με ενίσχυση του επιτελικού και εποπτικού ρόλου του.

Για τον σκοπό αυτό το Υπουργείο Υγείας οφείλει να:

- α) Καθορίζει τις αξίες που διέπουν το ΕΣΥ και να είναι ο θεσμοφύλακάς τους.
- β) Ασκεί επιτελικό και εποπτικό ρόλο στο ΕΣΥ.
- γ) Θέτει τους στρατηγικούς στόχους και να έχει την ευθύνη της υλοποίησης του στρατηγικού σχεδιασμού σε εθνικό επίπεδο.
- δ) Διαπραγματεύεται εντός της κυβέρνησης τον ετήσιο προϋπολογισμό του ΕΣΥ, να τον κατανέμει στις ΥΠε και να ελέγχει την εκτέλεσή του.
- ε) Υλοποιεί τις πολιτικές κατανομής των ανθρώπινων και υλικών πόρων στις ΥΠε.

- στ) Νομοθετεί, διασφαλίζει την πρόσβαση των πολιτών στις αναγκαίες υπηρεσίες και να ρυθμίζει τις σχέσεις του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα υγείας.
- ζ) Εκπονεί μακροπρόθεσμα σχέδια για τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας.
- η) Υποστηρίζει το έργο και τη λειτουργία της κεντρικής διοίκησης και των ΥΠε.
- θ) Καθορίζει τις προδιαγραφές λειτουργίας των παρεχόμενων ψηφιακών υπηρεσιών.

Η άσκηση των κλασικών πολιτικών του Υπουργείου Υγείας, όπως η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πρόληψης, πρέπει να εμπλουτιστεί με σειρά νέων θεσμικών παρεμβάσεων σε νέους τομείς πολιτικής, οι οποίοι έχουν παραμεληθεί στη χώρα μας.

3.4. Κέντρο Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης

Προτείνεται να δημιουργηθεί Κέντρο Στρατηγικού Σχεδιασμού και Αξιολόγησης ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), υπό την κεντρική διοίκηση του ΕΣΥ με τις εξής αρμοδιότητες:

- α) Σχεδιασμός ανθρώπινων και υλικών πόρων σε εθνικό επίπεδο.
- β) Κατανομή ανθρώπινων και υλικών πόρων ανά ΥΠε.
- γ) Παρακολούθηση της λειτουργίας του ΕΣΥ σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο (management reporting).
- δ) Διαμεσολάβηση και διευκόλυνση των διαπραγματεύσεων για τη σύναψη συμβάσεων προμηθευτών (ΕΣΥ) και αγοραστών (ΕΟΠΥΥ, ασφαλιστικών οργανισμών).
- ε) Διαμεσολάβηση και διευκόλυνση (των διαπραγματεύσεων) για τη σύναψη συμβάσεων μεταξύ ΕΣΥ και παρόχων ιδιωτικού τομέα.
- στ) Αξιολόγηση της λειτουργίας του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα (εθνικό, περιφερειακό, νοσοκομεία, δίκτυα ΠΦΥ), συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης του προσωπικού.
- ζ) Εκπόνηση ειδικών μελετών για τη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας του ΕΣΥ.

Για την επιτέλεση της αποστολής του, το Κέντρο πρέπει να:

- α) Αποτελεί τον πρώτο και βασικό φορέα συγκέντρωσης και αξιολόγησης όλων των πληροφοριών που αφορούν στη λειτουργία του ΕΣΥ, σε όλα τα επίπεδα.
- β) Συντάσσει ετήσιες εκθέσεις απολογισμού της λειτουργίας του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα.
- γ) Δημιουργεί δίκτυο συνεργαζόμενων ακαδημαϊκών και ερευνητικών κέντρων, για την επιστημονική υποστήριξη του έργου του.

- δ) Στελεχώνεται από μέλη που έχουν επιστημονική ή/και επαγγελματική εμπειρία στους τομείς του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της διοίκησης και των οικονομικών της υγείας.

Στο προτεινόμενο Κέντρο ενσωματώνεται η ΑΕΜΥ (Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας).

3.5. Υγειονομικές Περιφέρειες

3.5.1. Οργάνωση και λειτουργία των Υγειονομικών Περιφερειών

Οι ΥΠε, ως ΝΠΔΔ, διοικούνται από 9μελές ΔΣ, με πρόεδρο/διοικητή και με αναπληρωτές διοικητές. Οι ΥΠε έχουν τον κύριο στρατηγικό, εκτελεστικό και συμβουλευτικό ρόλο για την παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με την άσκηση περιφερειακής διοίκησης στις μονάδες και υπηρεσίες που υπάγονται σε αυτήν. Πιο συγκεκριμένα, οι βασικές αρμοδιότητες των ΥΠε περιλαμβάνουν:

- Στρατηγικό σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τον οποίο εισηγούνται στην κεντρική διοίκηση του ΕΣΥ.
- Υλοποίηση των αποφάσεων της κεντρικής διοίκησης σε ό,τι αφορά αλλαγές στη λειτουργία των νοσοκομείων, την κατανομή/ανακατανομή νοσοκομειακών ανθρώπινων και υλικών πόρων (κλίνες, κλινικές, εργαστήρια), τη διοικητική ή/και λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων και τον προσδιορισμό των ιατρικών ειδικοτήτων.
- Στρατηγικό σχεδιασμό για τη συγκρότηση και λειτουργία των δικτύων ΠΦΥ τον οποίο εισηγούνται στην κεντρική διοίκηση.
- Υλοποίηση των αποφάσεων της κεντρικής διοίκησης σε ό,τι αφορά την οργάνωση και λειτουργία της ΠΦΥ.
- Εκτελεστικό ρόλο αναφορικά με τη σύναψη συμβάσεων συνεργασίας με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τη χρηματοδότηση, την πληρωμή, τις προμήθειες, τα κτήρια και τις υποδομές κλπ.
- Αξιολόγηση των αναγκών και των παρεχόμενων υπηρεσιών και ανάπτυξη/παροχή συμβουλευτικού έργου (ανάπτυξη και λειτουργία επαρκούς βάσης δεδομένων, δεικτών ζήτησης και προσφοράς -βάσει των αναγκών υγείας του πληθυσμού).
- Σύνταξη προϋπολογισμού της ΥΠε.

Ενδεικτικά, οι υπηρεσίες της ΥΠε περιλαμβάνουν:

- Την Υπηρεσία Συμβάσεων για την κατάρτιση των συμβάσεων συνεργασίας.
- Την Υπηρεσία Κτηρίων και Υποδομών για τον σχεδιασμό και την οργάνωση των κτηρίων και των υποδομών.
- Την Υπηρεσία/Επιτροπή Λοιμώξεων, Ασφάλειας Ασθενών και Προστασίας της Υγείας για τη ρύθμιση θεμάτων σχετικά με την πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων και την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

- Την Υπηρεσία Αγορών και Προμηθειών για τον προγραμματισμό και την εκτέλεση αγορών και προμηθειών με στόχο την εξοικονόμηση πόρων. Στην υπηρεσία μπορεί να περιλαμβάνεται και η υπηρεσία φαρμάκων και υγειονομικού υλικού για τη ρύθμιση θεμάτων σχετικά με τη φαρμακευτική πολιτική και τα προϊόντα υγείας.
- Την Υπηρεσία Πληροφοριακής Διασύνδεσης και Μηχανοργάνωσης των μονάδων υγείας.
- Την Οικονομική Υπηρεσία, συμπεριλαμβανομένου ενός τμήματος διερεύνησης και αξιοποίησης χρηματοδοτικών πόρων από πρόσθετες πηγές.

Επίσης, συγκροτούνται και μη εκτελεστικές υπηρεσίες και επιτροπές για την παροχή ανεξάρτητου συμβουλευτικού έργου, με τη σύσταση επιτροπών όπως η Υπηρεσία Ποιότητας και Πιστοποίησης, η Επιτροπή Εκπαίδευσης, η Επιτροπή Νομικών Υπηρεσιών και Διασφάλισης Διαδικασιών Τήρησης Προσωπικών Δεδομένων και άλλες σχετικές. Τέλος, προτείνεται να συσταθούν και ειδικές υπηρεσίες για την παροχή συμβουλευτικού έργου σε εξειδικευμένους τομείς, όπως για παράδειγμα η Επιτροπή Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας και η Επιτροπή Διαχείρισης Αλλαγών. Οι προτεινόμενες υπηρεσίες και επιτροπές στελεχώνονται από άτομα με επιστημονικό ή/και επαγγελματικό έργο στα επιμέρους αντικείμενα.

Τέλος, σε κάθε ΥΠε δημιουργείται Περιφερειακή Συμβουλευτική Επιτροπή Υγείας, στην οποία συμμετέχουν, εκτός από τη διοίκηση της ΥΠε, εκπρόσωποι των Περιφερειών, των Δήμων και των Σχολών Επιστημών Υγείας που αντιστοιχούν σε αυτές, με σκοπό να βελτιωθεί η ανταπόκριση στις τοπικές ανάγκες, αλλά και η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και φροντίδας που υπάγονται στους ΟΤΑ. Σημαντική είναι επίσης η ενίσχυση της σύνδεσης της παροχής υπηρεσιών με την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και έρευνα.

3.5.2. Αριθμός ΥΠε και γεωγραφική/πληθυσμιακή κατανομή τους

Προτείνεται η γεωγραφική αναδιοργάνωση των ΥΠε και η αύξησή τους σε 8 (κυρίως με λειτουργικά κριτήρια) ή σε 13 προκειμένου να αντιστοιχηθούν στις Διοικητικές Περιφέρειες.

Α' επιλογή:

Αυξάνονται οι ΥΠε από 7 σε 8 και τροποποιούνται τα όρια ευθύνης τους, για καλύτερη γεωγραφική/πληθυσμιακή κατανομή υπηρεσιών και για την εξασφάλιση της υποστήριξης ενός μεγάλου περιφερειακού πανεπιστημιακού νοσοκομείου στην έδρα καθεμίας:

- 1n: Αττική (εκτός Πειραιά και Δυτικής Αττικής), 3,2 εκατ. κάτοικοι με έδρα την Αθήνα,
- 2n: Πειραιάς (με Δυτική Αττική) και Νησιά (Αιγαίου), 1,1 εκατ. κάτοικοι με έδρα τον Πειραιά,

- 3η: Κεντρική Μακεδονία, 1,85 εκατ. κάτοικοι με έδρα τη Θεσσαλονίκη,
- 4η: Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, 0,6 εκατ. κάτοικοι με έδρα την Κομοτηνή ή την Αλεξανδρούπολη,
- 5η: Δυτική Μακεδονία και Ήπειρος (με την Κέρκυρα και τη Λευκάδα), 0,66 εκατ. κάτοικοι με έδρα τα Ιωάννινα (υπο-έδρα στην Κοζάνη),
- 6η: Δυτική Ελλάδα και Πελοπόννησος (με λοιπά Ιόνια Νησιά), 1,32 εκατ. κάτοικοι με έδρα την Πάτρα,
- 7η: Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα, 1,33 εκατ. κάτοικοι με έδρα τη Λάρισα,
- 8η: Κρήτη, 0,64 εκατ. κάτοικοι, με έδρα το Ηράκλειο.

Β' επιλογή:

Δημιουργούνται 13 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε) ως ΝΠΔΔ σε καθεμία από τις δεκατρείς Διοικητικές Περιφέρειες της χώρας, προκειμένου να ενισχυθεί ο θεσμός της περιφερειακής διοίκησης και να μην υφίστανται διαφορετικές περιφερειακές χωροθετήσεις. Στο ΔΣ κάθε ΥΠε συμμετέχουν: εκπρόσωπος της Διοικητικής Περιφέρειας, εκπρόσωπος της Πανελληνίας Ένωσης Ασθενών και εκπρόσωπος των εργαζόμενων υγείας σε αυτήν.

Στις ΥΠε όπου δεν υπάρχει Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο Αναφοράς, εφαρμόζεται λειτουργική διασύνδεση των δευτεροβάθμιων νομαρχιακών νοσοκομείων με το πλησιέστερο και πιο προσβάσιμο τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Για παράδειγμα, στην ΥΠε Ιονίων Νήσων, το μεν Νοσοκομείο Κέρκυρας και Λευκάδας διασυνδέεται λειτουργικά με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, το δε Νοσοκομείο Κεφαλλονιάς ή Ζακύνθου με το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.

3.6. Νοσοκομεία

3.6.1. Το νομικό καθεστώς νοσοκομείων

Κύρια προϋπόθεση για την επίτευξη της μεταρρύθμισης του νοσοκομειακού τομέα είναι η αλλαγή της νομικής προσωπικότητας των νοσοκομείων, με τη μετατροπή τους σε θυγατρικές εταιρείες των ΥΠε ως ΝΠΔΔ. Η νομική μορφή των νοσοκομείων προτείνεται να είναι αυτή του ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η μετατροπή αυτή προτείνεται να υλοποιηθεί μετά τη συγκρότηση του ΕΣΥ ως ΝΠΔΔ και την αναδιάρθρωση των ΥΠε και κυρίως μετά την αναδιαμόρφωση του νοσοκομειακού χάρτη. Δεν είναι τυχαίο ότι τα νοσοκομεία σε όλη την Ευρώπη, τα οποία στη συντριπτική τους πλειοψηφία είναι είτε δημόσια είτε κοινωφελή ιδρύματα, έχουν τη νομική μορφή του ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η προτεινόμενη μετατροπή των νοσοκομείων σε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα θα έχει σημαντικά πλεονεκτήματα, εφόσον διασφαλιστούν τα πλήρη δικαιώματα των υφιστάμενων εργαζομένων, με τον ίδιο τρόπο που ρυθμίστηκαν τα δικαιώματα των εργαζομένων στο νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», αλλά και σε άλλους δημόσιους οργανισμούς που μετατράπηκαν σε ΝΠΙΔ, χωρίς να απειληθεί

το υφιστάμενο εργασιακό τους καθεστώς. Τα νοσοκομεία «Παπαγεωργίου» και «Ωνάσειο», όπως και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία για διαφορετικούς λόγους, αποτελούν καλά παραδείγματα εύρυθμης λειτουργίας.

Ως προς τα πλεονεκτήματα:

- α) Η προτεινόμενη αλλαγή της νομικής μορφής των νοσοκομείων θα προσελκύσει αξιόλογα και έμπειρα στελέχη από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.
- β) Με τη νέα τους νομική μορφή τα κρατικά νοσοκομεία θα είναι υποχρεωμένα να εγκαταστήσουν σύγχρονα λογιστήρια και συστήματα διοικητικής πληροφόρησης, τα οποία θα βασίζονται σε ενιαίο κλαδικό πρότυπο λογιστικής και διοικητικής οργάνωσης νοσοκομείων ΕΣΥ. Θα δημοσιεύουν ισολογισμούς και αποτελέσματα χρήσεως, θα μπορούν να κοστολογούν όλες τις υπηρεσίες τους και θα είναι σε θέση να παρακολουθούν σε ημερήσια βάση την παραγωγικότητα των υπηρεσιών τους.
- γ) Η ΥΠε ως ΝΠΔΔ θα είναι σε θέση να υποστηρίξει τον προγραμματισμό των προμηθειών των νοσοκομείων με εξαιρετική αποτελεσματικότητα και με μείωση της δαπάνης. Τόσο η πλήρης μηχανοργάνωση των νοσοκομείων (ΥΥ-ΗΔΙΚΑ) όσο και η λειτουργία ενός νέου ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών του τομέα υγείας (με την αυτονόμη προϋπόθεση ενιαίας κωδικοποίησης από το ΥΥ) μπορούν να ολοκληρωθούν σύντομα.
- δ) Η νέα νομική μορφή των κρατικών νοσοκομείων θα δώσει τη δυνατότητα να υπερβούν τις αγκυλώσεις του ενιαίου μισθολογίου του Δημοσίου και να θεσπίσουν κίνητρα οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας που θα διαφοροποιήσουν τις αμοιβές των ιατρών, των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων, με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας.
- ε) Τέλος, η αύξηση της παραγωγής και της παραγωγικότητας των νοσοκομείων των ΥΠε ως ΝΠΔΔ, σε συνδυασμό με την τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων, θα έχουν θετικά αποτελέσματα: στην αύξηση της προσέλευσης ασθενών, στην αύξηση των εσόδων, στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, στον περιορισμό των δαπανών στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, και κυρίως στη μείωση της σπατάλης.

3.6.2. Οργάνωση - Διοίκηση

Τα περιφερειακά νοσοκομεία και τα νομαρχιακά νοσοκομεία, αρχικά ως ΝΠΔΔ και κατόπιν ως ΝΠΙΔ, διοικούνται από ΔΣ (9μελές), υπό τον πρόεδρο και γενικό εκτελεστικό διευθυντή και τον αναπληρωτή του (αντιπρόεδρο ΔΣ του περιφερειακού νοσοκομείου ή του νομαρχιακού συμπλέγματος και γενικό εκτελεστικό υποδιευθυντή στο κάθε περιφερειακό νοσοκομείο και στο κάθε διασυνδεδεμένο νοσοκομείο του συμπλέγματος).

Η επιλογή των προέδρων και γενικών εκτελεστικών διευθυντών, και των αντιπροέδρων και γενικών εκτελεστικών υποδιευθυντών γίνεται με ειδική διαδικασία που ορίζει ο πρόεδρος και το ΔΣ του ΝΠΔΔ ΕΣΥ.

Η ανάλογη εξέλιξη και τοποθέτηση ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικο-οικονομικών και τεχνικο-ξενοδοχειακών διευθυντών γίνεται με ειδική διαδικασία που εισηγείται ο πρόεδρος και αποφασίζει το ΔΣ του ΝΠΔΔ ΕΣΥ.

Για να μπορέσουν να υλοποιηθούν οι προτεινόμενες αλλαγές θα πρέπει να αλλάξει και η εργασιακή κουλτούρα των εργαζομένων στο ΕΣΥ και να αναβαθμιστεί ο ρόλος τους, προκειμένου να ικανοποιηθούν βασικές ανθρώπινες ανάγκες, όπως αναγνώριση, αυτοεκτίμηση, κοινωνική καταξίωση, επιστημονική ανέλιξη. Μόνο όταν θα έχουν την αίσθηση ότι ανήκουν σε έναν οργανισμό που φροντίζει τους εργαζομένους θα είναι πρόθυμοι να υποστηρίξουν τις προτεινόμενες αλλαγές.

Στο πλαίσιο αυτό είναι σημαντικό οι ιατροί να αναλάβουν την ευθύνη του κλινικού προϋπολογισμού, ώστε να επωμιστούν κρίσιμες διαχειριστικές αρμοδιότητες, αλλά και για να αναλάβουν την ευθύνη για το κόστος που επισύρουν οι αποφάσεις τους. Έτσι, θα καταστούν υπεύθυνοι για την εφαρμογή των αναγκαίων αλλαγών που απαιτούνται για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για τον σκοπό αυτό προτείνεται ο επικεφαλής της ιατρικής υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου να είναι συνυπεύθυνος για το κλινικό έργο του νοσοκομείου και να διαχειρίζεται τον κλινικό προϋπολογισμό. Οι δε συντονιστές διευθυντές-ιατροί να έχουν αντίστοιχη αρμοδιότητα υλοποίησης κλειστού προϋπολογισμού της κλινικής ή του εργαστηρίου που διευθύνουν, καθώς και ουσιαστική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την κλινική ή το εργαστήριο τους.

Στις αποφάσεις αυτές συμπεριλαμβάνονται: ο έλεγχος των συνεδρίων και η επιλογή των συμμετεχόντων, η αξιολόγηση των ειδικευόμενων ιατρών (logbook), η υλοποίηση ερευνητικών πρωτοκόλλων και η επιλογή επικουρικών ιατρών βάσει βιογραφικών. Προτείνεται, επίσης, η σύνδεση του μισθού με την παραγωγικότητα και η εφαρμογή κινήτρων και επιβράβευσης με βάση προκαθορισμένους στόχους. Τα κίνητρα οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας θα διαφοροποιήσουν τις αμοιβές των ιατρών, των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων, με στόχο την αύξηση της παραγωγικότητας.

Συνοπτικά, τα προτεινόμενα μέτρα είναι τα εξής:

- Η νομική μορφή των νοσοκομείων και των συμπλεγμάτων να είναι αυτή του ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

- Αξιοκρατική/τεχνοκρατική στελέχωση των διοικήσεων των νοσοκομείων.
- Πλήρης μηχανοργάνωση των νοσοκομείων.
- Σύνδεση του μισθού με την παραγωγικότητα και κίνητρα οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας.

3.6.3. Η συγκρότηση των συμπλεγμάτων και των δικτύων νοσοκομείων

Στο πλαίσιο των όσων αναφέρονται περί συμπλεγμάτων και δικτύων στο κεφάλαιο 3.3.2.3, και κυρίως με βάση το μοντέλο “Hub and Spoke” (1.3.2.3.2), προτείνονται τα εξής:

- Σε κάθε ΥΠε (ΝΠΔΔ) δημιουργούνται ένα ή περισσότερα δίκτυα νοσοκομείων (προτείνονται 20).
- Σε κάθε ΥΠε ορίζεται ένα τουλάχιστον περιφερειακό ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο (ΝΠΙΔ) ως νοσοκομείο-κόμβος του δικτύου.
- Κάθε δίκτυο αποτελείται από το νοσοκομείο-κόμβο και από νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία ακτίνας (ΝΠΙΔ).
- Κάθε γενικό νομαρχιακό νοσοκομείο ακτίνας είναι ένα νομικό πρόσωπο (ΝΠΙΔ) και μπορεί να είναι ένα μόνο νοσοκομείο ή σύμπλεγμα νοσοκομείων σε νομούς με περισσότερα του ενός νομαρχιακών νοσοκομείων.
- Σε κάθε σύμπλεγμα νοσοκομείων συμμετέχουν, εκτός του γενικού νομαρχιακού νοσοκομείου, βασικά νομαρχιακά νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν διασυνδεδεμένα στο ενιαίο νομικό πρόσωπο του νομαρχιακού συμπλέγματος (ως παραρτήματα του γενικού νομαρχιακού νοσοκομείου), και όπου τίθεται επικεφαλής το γενικό νομαρχιακό νοσοκομείο.

Ως περιφερειακά, γενικά ή πανεπιστημιακά, νοσοκομεία, που θα λειτουργήσουν ως κόμβοι των δικτύων, προτείνεται να καθοριστούν τα εξής 20:

1. Ευαγγελισμός
2. Λαϊκό
3. Ιπποκράτειο
4. Γεννηματάς
5. Σισμανόγλειο
6. Ν. Ιωνίας Αγία Όλγα
7. Παν/κό Αττικόν
8. Νίκαια ή Τζάνειο
9. Ρόδου
10. ΑΧΕΠΑ
11. Ιπποκράτειο
12. Παπαγεωργίου
13. Κοζάνης
14. Παν/κό Αλεξανδρούπολης
15. Παν/κό Ιωαννίνων
16. Παν/κό Λάρισας

17. Παν/κό Ρίο Πατρών
18. Παν/κό Ηρακλείου Κρήτης
19. Τρίπολης
20. Λαμίας

Ως νομαρχιακά γενικά νοσοκομεία προτείνεται να καθοριστούν σχεδόν 1 κατά μέσο όρο ανά Περιφερειακή Ενότητα (νομό), ήτοι 49.

Ως νομαρχιακά βασικά νοσοκομεία προτείνεται να καθοριστούν τα υπόλοιπα (49) αντίστοιχα.

Ως ειδικά νοσοκομεία είναι τα υπάρχοντα (10), ήτοι, ψυχιατρικά (2 στην Αττική), μαιευτικά-γυναικολογικά (2 στην Αττική), παιδιατρικά (2 στην Αττική), ογκολογικά (3 στην Αττική και 1 στη Θεσσαλονίκη). Σημειωτέον ότι τα υπόλοιπα ψυχιατρικά καταργήθηκαν ή διασυνδέθηκαν. Για τα νοσοκομεία αυτά προτείνεται η συγκρότηση ειδικών συμπλεγμάτων και πιο συγκεκριμένα:

- 1 σύμπλεγμα για τα 2 παιδιατρικά νοσοκομεία,
- 1 σύμπλεγμα για τα 2 ψυχιατρικά νοσοκομεία,
- 1 σύμπλεγμα για τα 2 γυναικολογικά-μαιευτικά νοσοκομεία,
- 1 σύμπλεγμα για τα 3 ογκολογικά νοσοκομεία της Αττικής.

Είναι σημαντικό να εξεταστούν και να αποφασιστούν λεπτομερώς τα κριτήρια βάσει των οποίων θα συγκροτηθεί κάθε δίκτυο και σύμπλεγμα νοσοκομείων. Ενδεικτικά αναφέρονται οι ακόλουθοι δείκτες οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

1. Πληθυσμιακοί-δημογραφικοί δείκτες και δείκτες αναγκών υγείας (πληθυσμιακή πυκνότητα, καλυπτόμενος πληθυσμός, δείκτες θνησιμότητας, εκτιμώμενες ανάγκες υγείας, μέτρα εκτίμησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, κλπ.).
2. Είδος και εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών (ελλείψεις, αλληλοεπικαλύψεις, κλπ.).
3. Δείκτες Ζήτησης και Χρησιμοποίησης (ροή ασθενών, αριθμός εξελθόντων ασθενών –στο σύνολο και ανά κατηγορία νοσημάτων– αριθμός κατά κεφαλήν επισκέψεων).
4. Δείκτες Προσφοράς (αριθμός κλινών, ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού, συνολικού προσωπικού, εξωνοσοκομειακού προσωπικού, κ.ά./1.000 κατοίκους).
5. Δείκτες Αποτελεσματικότητας/Αποδοτικότητας (μέση διάρκεια νοσηλείας, ποσοστό κάλυψης κλινών, ρυθμός εισροής, διάστημα εναλλαγής, αριθμός ιατρών, νοσηλευτών, λοιπού προσωπικού, συνολικού προσωπικού, κλπ., ανά κλίνη, τεχνική κ.ά. αποδοτικότητα).

Με βάση τους ανωτέρω δείκτες προτείνονται για τα 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ τα εξής:

- A. Στο σύνολο της χώρας δημιουργούνται 20 δίκτυα γενικών νοσοκομείων (6 στην Αττική, 3 στη Θεσσαλονίκη, 11 στην υπόλοιπη χώρα).
- B. Στην Αττική δημιουργούνται 12 συμπλέγματα, που συνδέονται ανά 2 ακτινωτά με τα 6 δίκτυα που έχουν περιφερειακά νοσοκομεία-κόμβους, στα οποία συμμετέχουν 12 γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία ως επικεφαλής κάθε συμπλέγματος και 14 διασυνδεόμενα βασικά νομαρχιακά νοσοκομεία. Στα συμπλέγματα πραγματοποιείται πραγματική ενοποίηση οργανισμών και λειτουργιών και εξετάζεται η πλήρης απορρόφηση κάποιων από τα διασυνδεόμενα στα γενικά νοσοκομεία ή/και κατάργηση, λόγω και της μελλοντικής δημιουργίας νέου νοσοκομείου (π.χ. Ανατολικής Αττικής).
- Γ. Στη Θεσσαλονίκη δημιουργούνται 3 συμπλέγματα, που συνδέονται ακτινωτά ως δίκτυα με 3 περιφερειακά νοσοκομεία-κόμβους, στα οποία συμμετέχουν 3 γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία ακτίνας και 3 διασυνδεόμενα βασικά νομαρχιακά νοσοκομεία. Και στην περίπτωση αυτή υλοποιείται πραγματική ενοποίηση οργανισμών και λειτουργιών, με εξέταση πλήρους απορρόφησης κάποιων από τα διασυνδεόμενα γενικά νοσοκομεία, λαμβανομένων υπόψη και των νέων νοσοκομείων που έχουν αναγγελθεί (π.χ. παιδιατρικό και ογκολογικό).
- Δ. Στην υπόλοιπη χώρα δημιουργούνται 34 συμπλέγματα σε νομαρχίες (αντι-Περιφέρειες), με ανάλογα γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία που λειτουργούν ακτινωτά με τα υπόλοιπα 11 περιφερειακά νοσοκομεία-κόμβους, και 32 διασυνδεόμενα βασικά νοσοκομεία (ανάλογα με την πραγματική ενοποίηση οργανισμών και λειτουργιών), και εξετάζεται η πλήρης απορρόφηση κάποιων στα γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία, λαμβανομένων υπόψη και των νέων νοσοκομείων που έχουν αναγγελθεί (π.χ. Κομοτηνή, Σπάρτη, κ.ά.).

Έτσι, με βάση όλα τα ανωτέρω, συνολικά **προτείνονται**:

- 1. 20 περιφερειακά (πανεπιστημιακά ή γενικά) νοσοκομεία-κόμβοι των αντίστοιχων 20 δικτύων.
- 2. 49 γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία, που τίθενται επικεφαλής σε συμπλέγματα και διασυνδέονται λειτουργικά ως ακτίνες του δικτύου με τα νοσοκομεία-κόμβους.
- 3. 49 βασικά νομαρχιακά νοσοκομεία, που διασυνδέονται διοικητικά με τα γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία στο πλαίσιο των συμπλεγμάτων και λειτουργικά με τα περιφερειακά νοσοκομεία-κόμβους μέσω του δικτύου.
- 4. 10 ειδικά νοσοκομεία που μπορούν να λειτουργήσουν ως ειδικά συμπλέγματα.

Επιστημονικό και λειτουργικό πλαίσιο «διασύνδεσης» δικτύων και συμπλεγμάτων

Στην ευρύτερη έννοια της ως άνω «διασύνδεσης» και εντός του πλαισίου της συνεργασίας σε διοικητικό, τεχνικό, νοσηλευτικό, ιατρικό, κ.ά. επίπεδο των νοσοκομείων του ΕΣΥ υπάγεται:

- Ο ενιαίος σχεδιασμός κοινών υπηρεσιών, ώστε να επιτυγχάνεται η κάλυψη ανάγκης της κάθε περιοχής σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.
- Η κατάρτιση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας τμημάτων, κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων, με σκοπό την αποδοτικότερη λειτουργία τους, την αξιοποίηση των υποδομών τους και τη μείωση του κόστους λειτουργίας τους.
- Ο σχεδιασμός της ισόρροπης ανάπτυξης ομοειδών ιατρικών τμημάτων, καθώς και συνένωσης/συνλειτουργίας αυτών, με σκοπό μια νέα λειτουργική και ορθολογική κατανομή αυτών για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού.
- Ο σωστός προγραμματισμός, η ανάπτυξη και διαχείριση των κλινών, με στόχο την αποσυμφόρηση τμημάτων και κλινικών με μεγάλο ποσοστό κάλυψης και ανάλογη αύξηση της πληρότητας νοσοκομείων μικρότερης δυναμικότητας.
- Ο προγραμματισμός και διάθεση ορισμένου αριθμού κλινών νοσοκομείων μικρής δυναμικότητας για τη φιλοξενία ασθενών με νεοπλασίες, στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.
- Ο σχεδιασμός της μετατροπής του σκοπού (μερικά ή ολικά) των δομών υγείας των διασυνδεόμενων νοσοκομείων, κατόπιν αξιολόγησης του έργου τους, σε συνδυασμό με τη χωροταξική τους κατανομή.
- Ο προγραμματισμός για την περαιτέρω ανάπτυξη υπάρχουσών δομών υγείας (ειδικές μονάδες, μονάδες αποκατάστασης, κλπ.).
- Η από κοινού ανάπτυξη ενιαίων μονάδων/δραστηριοτήτων (πλυντήρια, αποστείρωση, εστίαση, φύλαξη, καθαριότητα, κλπ.), για την υποστήριξη των διασυνδεόμενων νοσοκομείων.
- Ο ενιαίος σχεδιασμός της κτηριολογικής ανάπτυξης, συντήρησης, διαρρύθμισης υπάρχοντων χώρων, ανανέωσης εξοπλισμού, και η ενιαία διαχείριση υπάρχοντος εξοπλισμού και υλοποίηση έργων.
- Ο ενιαίος προγραμματισμός και ομαδοποίηση προμηθειών.
- Ο σχεδιασμός ενιαίων διαδικασιών ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών και κόστους.
- Η ενίσχυση και αλληλοσυμπλήρωση των διασυνδεόμενων νοσοκομείων με ανθρώπινο δυναμικό.
- Η διαχείριση και αξιοποίηση των περιουσιών τους.
- Η έγκριση συμβάσεων παροχής υπηρεσιών υγείας με τους ασφαλιστικούς φορείς και με τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς.
- Στο πλαίσιο της διασύνδεσης μπορούν τα νοσοκομεία των νησιωτικών περιοχών να συνεργάζονται με τα πλησιέστερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, καθώς και με νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης.

- Καθετί άλλο που θα καθοριστεί κεντρικά ή/και περιφερειακά προσεχώς και αναλόγως.

3.7. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

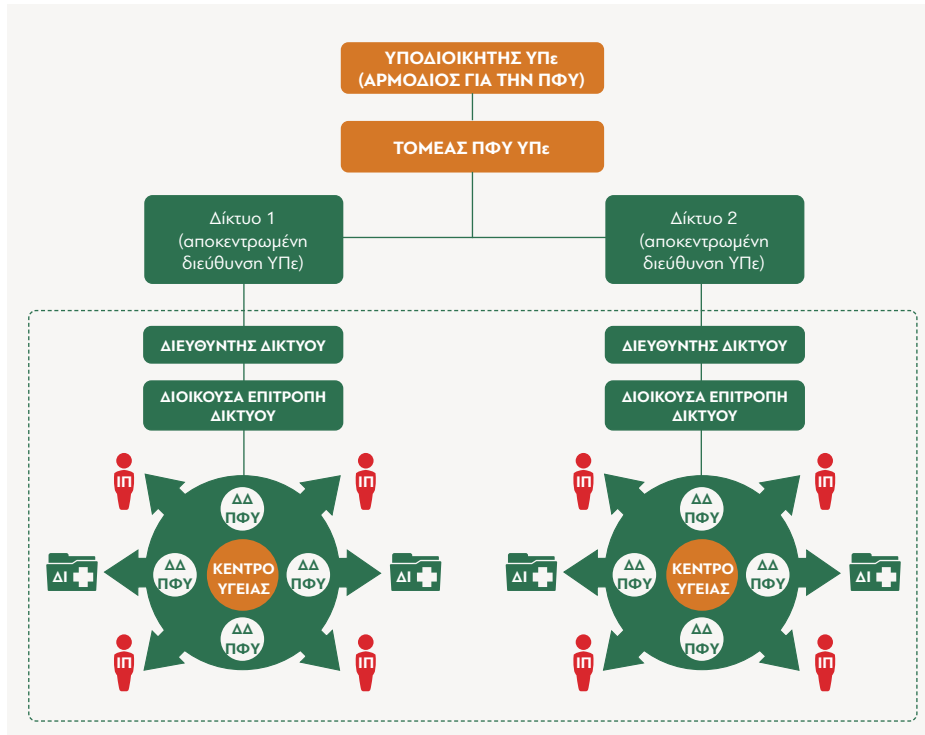
Βασική πρόταση οργανωτικής/διοικητικής οργάνωσης της ΠΦΥ αποτελεί η ανάπτυξη των δικτύων ΠΦΥ με διασυνδέσεις τόσο διοικητικές όσο και λειτουργικές επί τη βάση σχεδιασμένων συμβολαιακών αγορών (Souliotis & Lionis, 2005). Ειδικότερα, τα δίκτυα αναπτύσσονται στην περιοχή ευθύνης του κάθε Κέντρου Υγείας, με τουλάχιστον ένα σε κάθε Δήμο. Σε αυτά εντάσσονται, πέραν των Κέντρων Υγείας, όλες οι άλλες δημόσιες μονάδες ΠΦΥ (Περιφερειακά Ιατρεία, Τοπικές Μονάδες Υγείας, Τοπικά Ιατρεία, κλπ.) καθώς και όλοι οι ιδιώτες προσωπικοί ιατροί που δραστηριοποιούνται εντός των γεωγραφικών ορίων τους, οι οποίοι διασυνδέονται λειτουργικά με τα δίκτυα. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, κάθε πολίτης θα έχει δικαίωμα πρόσβασης σε μια ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που προσφέρεται από το δίκτυο της περιοχής του.

Τα δίκτυα λειτουργούν ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες διευθύνσεις των ΥΠε (ΝΠΔΔ). Την ευθύνη της εποπτείας της οργάνωσης και λειτουργίας τους αναλαμβάνει ο διακριτός τομέας ΠΦΥ που συστήνεται σε επίπεδο διεύθυνσης σε κάθε ΥΠε (ΝΠΔΔ), με επικεφαλής τον υποδιοικητή της που επιφορτίζεται με τον συγκεκριμένο ρόλο. Κάθε δίκτυο διασυνδέεται λειτουργικά με το πλησιέστερο νοσοκομείο (βασικό ή/και γενικό, βλ. κεφάλαιο 3.6.3), διατηρώντας όμως την οργανωτική και διοικητική του αυτοτέλεια. Η διασύνδεση αυτή αποσκοπεί στη διευκόλυνση της κίνησης του πολίτη στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης, μέσα από συγκεκριμένες, προκαθορισμένες διαδικασίες.

Κάθε δίκτυο αναπτύσσει ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών/παροχών, οι οποίες περιλαμβάνουν δράσεις πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας, περίθαλψης οξέων και χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υγείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής και υποστηρικτικής φροντίδας που προσφέρονται στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικές δομές υγείας και φροντίδας στην κοινότητα. Επιπλέον, σε κάθε δίκτυο δημιουργούνται Κέντρα Χρόνιων Νοσημάτων. Τέλος, οι υπηρεσίες των δικτύων εμπλουτίζονται μέσα από συμβάσεις που συνάπτει η ΥΠε (ΝΠΔΔ) αναφοράς με δομές εκτός αυτών, ενώ στον περιφερειακό σχεδιασμό εντάσσονται και οι συμβάσεις που έχει συνάψει ο ΕΟΠΥΥ.

Κάθε δίκτυο διοικείται από τον διευθυντή ιατρό του Κέντρου Υγείας αναφοράς και από 5μελή διοικούσα επιτροπή, στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι: α) της ΥΠε (ΝΠΔΔ), β) της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, γ) των εργαζομένων στις δομές του δικτύου και δ) της Κοινωνίας των Πολιτών (π.χ. σύλλογοι ασθενών). Στο Σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζεται συνοπτικά η προτεινόμενη οργανωτική δομή ενός δικτύου ΠΦΥ.

Σχήμα 7. Προτεινόμενη οργανωτική δομή δικτύου ΠΦΥ



Σημείωση: **ΔΔ:** Δημόσια Δομή ΠΦΥ (Περιφερειακό Ιατρείο, Τοπική Μονάδα Υγείας, Τοπικό Ιατρείο κλπ.).

Δι: Δημοτικό Ιατρείο ή άλλη δομή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

ΙΠ: Ιδιώτης Πάροχος (ιατρείο, πολυϊατρείο, εργαστήριο κ.ά.).

Πηγή: Συγγραφική ομάδα.

Οι αρμοδιότητες σχεδιασμού, τομεοποίησης, ανάπτυξης, εποπτείας και αξιολόγησης των υπηρεσιών ΠΦΥ θα ανήκουν στον αρμόδιο τομέα ΠΦΥ που θα αναπτυχθεί σε κάθε ΥΠε. Οι ΥΠε θα πρέπει ακόμη να αναλάβουν πρωτοβουλίες για την προώθηση της συνεργασίας των ιδιωτών προσωπικών ιατρών με τα δίκτυα ΠΦΥ με στόχο την καθολική εφαρμογή του θεσμού και τη διεύρυνση της χρονικής διαθεσιμότητας των υπηρεσιών.

Άλλωστε, από τη μέχρι τώρα εμπειρία προκύπτει ότι για την πλήρη κάλυψη του πληθυσμού σε υπηρεσίες ΠΦΥ απαιτούνται επιπλέον προσωπικοί ιατροί να ενταχθούν στον θεσμό. Για την κάλυψη της ανάγκης και για την επίτευξη καθολικής κάλυψης, αλλά και καλύτερη και αποδοτικότερη χρηματοδότηση των υπηρεσιών, προτείνεται:

- Επέκταση του θεσμού του προσωπικού ιατρού στον παιδιατρικό πληθυσμό με την ένταξη των παιδίατρων.
- Διεύρυνση του θεσμού σε άλλες συναφείς ειδικότητες, ιδιαίτερα για πολίτες με χρόνια νοσήματα.

Στο πλαίσιο μιας μεταρρύθμισης της ΠΦΥ, ο θεσμός του προσωπικού ιατρού, απαλλαγμένος από το περιοριστικό πλαίσιο της έλλειψης γενικών ιατρών

ή/και της απροθυμίας μέρους αυτών να ενταχθούν στο νέο σχήμα, και εφοδιασμένος με την αυξημένη προσαρμοστικότητα στην αντιμετώπιση των εξατομικευμένων αναγκών που του εξασφαλίζει η ύπαρξη διάφορων ειδικοτήτων μέσα στο σώμα των προσωπικών ιατρών, συγκεντρώνει τις αναγκαίες προϋποθέσεις ρεαλιστικής εφαρμογής, αλλά και θερμότερης αποδοχής του από τον πληθυσμό. Επιπλέον των κινήτρων για την παραγωγή γενικών ιατρών και την εκπαίδευση για προσωπικούς ιατρούς χρειάζονται και άλλα κίνητρα. Σε αυτά θα μπορούσαν να περιληφθούν π.χ. πρόσθετες αμοιβές για πρόσθετη περίθαλψη (π.χ. κατ' οίκον εφημερίες, κλπ.), και για την επίτευξη στόχων που τίθενται στο πλαίσιο της εθνικής πολιτικής υγείας (π.χ. μείωση του ποσοστού των καπνιστών, αύξηση του ποσοστού της εμβολιαστικής κάλυψης ενηλίκων κ.ά.).

3.8. Διασυνδεδεμένοι οργανισμοί

Στο πλαίσιο της προσπάθειας για βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας στις σύγχρονες απαιτήσεις αλλά και για αποκέντρωση και ευελιξία κατά τη λήψη αποφάσεων, κρίνεται απαραίτητος ο επαναπροσδιορισμός της οργανωτικής, διοικητικής και λειτουργικής διασύνδεσης μιας σειράς από φορείς, τόσο με το Υπουργείο Υγείας όσο και μεταξύ τους. Οι φορείς αυτοί είναι οι κάτωθι:

- Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
- Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ).
- Οργανισμός Διαχείρισης Ποιότητας Υγείας (ΟΔΙΠΥ).
- Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία ΑΕ (ΕΚΑΠΤΥ) (ΦΕΚ 11054/2011) (πρώην ΕΚΕΒΥΛ) που μάλλον πρέπει να συγχωνευθεί είτε με το ανωτέρω είτε να αποτελέσει συνεργαζόμενη με τον ΕΟΠΥΥ μονάδα.
- Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών ΑΕ (ΚΕΤΕΚΝΥ ΑΕ) (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, λειτουργεί βάσει του άρθρου 6 του Ν.4286/2014).
- ΕΚΑΠΥ (Εθνικό Κέντρο Προμηθειών Υγείας) που διενεργεί κεντρικούς διαγωνισμούς του ΕΣΥ.
- Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας (ΑΕΜΥ ΑΕ) (Ν.3293/2004) με το Γενικό Νοσοκομείο Θήρας (δημόσιου χαρακτήρα που υπάγεται στην ΑΕΜΥ ΑΕ βάσει του Ν.4368/2016).

Από τους οργανισμούς αυτούς, προτείνεται να ενταχθούν στη διοικητική δομή του ΕΣΥ (ΝΠΔΔ), υπό την κεντρική διοίκηση, ο ΟΔΙΠΥ και ο ΚΕΤΕΚΝΥ, διατηρώντας το υφιστάμενο νομικό καθεστώς τους.

3.9. Συνέργειες με ιδιωτικό τομέα

Μέχρι σήμερα, η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα είναι περιορισμένη είτε άμεσα για τη φύλαξη, καθαριότητα, σίτιση, κ.ά. των δημόσιων νοσοκομείων, είτε για την αγορά υπηρεσιών από τον συμβεβλημένο

ιδιωτικό τομέα (ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές). Σημαντικά είναι και τα έσοδα δημόσιων νοσοκομείων για κλινικές μελέτες που επικορηγούνται από τη φαρμακοβιομηχανία.

Σε αυτό το πλαίσιο, πρέπει να αναπτυχθούν και να εγκαθιδρυθούν συνεργασίες με τον ιδιωτικό τομέα, όπως για παράδειγμα συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές, συμβάσεις παροχής υπηρεσιών, συμβάσεις υπεργολαβίας, συμβάσεις διαχείρισης ή μίσθωσης εξοπλισμού, παραχωρήσεις, συμβάσεις εκχώρησης, και άλλες σχετικές. Πρέπει να οικοδομηθούν και να διατηρηθούν συνεργασίες με όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων αυτών του ιδιωτικού τομέα, με στόχο την επέκταση των υπηρεσιών για την προώθηση της καθολικής κάλυψης των αναγκών υγείας, την ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού και την πρόβλεψη για την εφαρμογή του κατάλληλου ελεγκτικού και ρυθμιστικού πλαισίου. Οι προτεινόμενες συνέργειες θα επικυρώνονται από ένα πλαίσιο το οποίο θα ρυθμίζει λεπτομερώς τη φύση της σχέσης των νοσοκομείων με τους μη κρατικούς/ιδιωτικούς παρόχους, την τακτική επανεξέταση των πολιτικών και κατευθυντήριων γραμμών χρηματοδότησης, τους στόχους απόδοσης του συστήματος και τα πρότυπα ποιότητας τα οποία θα πρέπει να πληρούν οι μη κρατικοί φορείς.

4. Η μετάβαση στο νέο μοντέλο διακυβέρνησης

4.1. Αρχές μετάβασης

Οι O'Neill και Mowll (2010), στο βιβλίο τους *Managing - Fast Track to Success*, γράφουν: «Τελικά μάλλον έχει έλθει το πλήρωμα του χρόνου για να ξεχάσουμε ό,τι ξέρουμε για την ηγεσία ως βασική λειτουργία της διοίκησης και να αρχίσουμε να εξερευνούμε τον ρόλο και τη φύση της μέσα από νέα μονοπάτια. Αν τελικά το καταφέρουμε αυτό και οι αλλαγές που επιζητούμε πραγματοποιηθούν, τότε μάλλον θα χρειαστεί να δώσουμε μικρότερη έμφαση στο να ηγούμαστε και περισσότερη στο να επιδιώκουμε τις αλλαγές».

Αλλαγή σημαίνει μεταβολή στις τρεις βασικές λειτουργικές κατηγορίες ενός σύγχρονου οργανισμού: α) στη δομή (διάρθρωση), β) στην τεχνολογία και γ) στο ανθρώπινο δυναμικό.

Η ανάγκη για υιοθέτηση των αλλαγών αυτών σε μια μονάδα είναι αποτέλεσμα των μεταβολών του εξωτερικού και του εσωτερικού περιβάλλοντος. Οι ραγδαίες εξελίξεις στην οικονομία, στην κοινωνία, στην τεχνολογία, στην πολιτική (general environment) και ο έντονος ανταγωνισμός, το θεσμικό πλαίσιο, οι νέες ανάγκες των πολιτών, οι προμηθευτές και οι πιστωτές (specific environment) αποτελούν καταλύτες μεταβολών.

Παράλληλα, στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού υπάρχουν δυνάμεις που συνηγορούν για την αλλαγή (οι νέοι άνθρωποι με τις νέες, καινοτόμες, ριζοσπαστικές ιδέες, που δεν θέλουν να καθούν μέσα στη γενική μετριότητα και επιζητούν να εξελιχθούν αφήνοντας έργο που οι προκάτοχοί τους δεν μπόρεσαν να υλοποιήσουν, αγκιστρωμένοι σε ένα παρελθόν αντιπαραγωγικό και αναχρονιστικό).

Η κατανόηση των αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει την αποδοχή του κρίσιμου ρόλου που διαδραματίζει ο άνθρωπος παράγοντας (Souliotis, 2002). Ήδη από το 1951, ο Lewin (1952) είχε περιγράψει ένα «μοντέλο δυνάμεων πεδίου» (force field model), που διαχωρίζει σε δύο κατηγορίες τις δυνάμεις που αναπτύσσει το προσωπικό ενός οργανισμού σε σχέση με τις συντελούμενες μεταβολές: τις κινητήριες δυνάμεις (driving forces) των αλλαγών και τις δυνάμεις αντίστασης (resisting forces) σε αυτές. Όταν οι δυνάμεις αυτές ισορροπούν, δεν γίνονται αλλαγές. Για την προώθηση των

αλλαγών είναι προτιμότερη η αποδυνάμωση των δυνάμεων αντίστασης παρά η ενίσχυση των κινητήρων δυνάμεων, καθώς αυτή συνοδεύεται, κατά κανόνα, με ταυτόχρονη ενίσχυση των δυνάμεων αντίστασης (Τούντας, 2008).

Τα στελέχη που θα επωμιστούν το βάρος των αλλαγών πρέπει τα ίδια να πιστέψουν σε αυτές, να γίνουν πρωτεργάτες των μεταβολών (change agents) και παράλληλα να πείσουν τους εργαζόμενους να τις αποδεχθούν.

Τις τελευταίες δεκαετίες διαμορφώθηκαν αρκετές μέθοδοι και διάφορα εργαλεία για το management των αλλαγών. Ένα από αυτά είναι το 7S μοντέλο, το οποίο θεωρεί αναγκαίες τις αλλαγές εκείνες που απαιτούνται για να εναρμονίζονται μεταξύ τους η στρατηγική (strategy), η δομή (structure), τα συστήματα (systems), το προσωπικό (staff), το στυλ (style), οι κοινές αξίες (shared values) και οι δεξιότητες (skills) (Peters & Waterman, 1982).

Ο J.P. Kotter συνόψισε σε επτά τα στάδια που οδηγούν έναν οργανισμό στην εφαρμογή επιτυχημένων αλλαγών. Τα στάδια (φάσεις) αυτά είναι:

1. *Δημιουργία της αίσθησης της αναγκαιότητας*: Ανάλυση της τρέχουσας κατάστασης, που αφορά στο σύνολό της και κυρίως στους ανταγωνιστές (εάν υπάρχουν). Πρόβλεψη πιθανών αρνητικών καταστάσεων (κρίσεων) και διερεύνηση τυχόν ευκαιριών.
2. *Δημιουργία ενός καθοδηγητικού συνασπισμού*: Συγκρότηση ομάδας προώθησης των αλλαγών με επικεφαλής άτομο με ηγετικές ικανότητες, το οποίο θα εξασφαλίσει τον συντονισμό μεταξύ των μελών της ομάδας.
3. *Ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής*: Σκιαγράφηση του οργανισμού μελλοντικά και εκπόνηση στρατηγικής για την υλοποίηση του οράματος.
4. *Μετάδοση του οράματος για αλλαγή*: Ανάλυση εκ μέρους του καθοδηγητικού συνασπισμού της υποχρέωσης για ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με το όραμα του οργανισμού και υπόδειξη της αναμενόμενης συμπεριφοράς από αυτούς.
5. *Εκχώρηση αρμοδιοτήτων στους εργαζόμενους για δράση σε διάφορα επίπεδα*: Αλλαγή των συστημάτων και των δομών που εμποδίζουν και υπονομεύουν το όραμα της αλλαγής και ενθάρρυνση των εργαζομένων για ανάληψη κινδύνων, διατύπωση πρωτότυπων ιδεών και ενεργοποίηση.
6. *Ενσωμάτωση νέων μεθόδων στη φιλοσοφία του οργανισμού*: Συνεχής βελτίωση της αποτελεσματικότητας της διοίκησης, επιλογή και πρόσληψη στελεχών με ηγετικές ικανότητες και δημιουργία μέσων που θα διασφαλίζουν την εξέλιξη, τη συνέχεια και την υλοποίηση του οράματος.
7. *Τέλος, συνιστάται η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου για την υλοποίηση του ανωτέρω σχεδιασμού.*

Η εκπόνηση ενός πρότυπου επιχειρησιακού σχεδίου (business plan) αποτελεί ευκαιρία ανάδειξης της ομαδικής εργασίας, εφικτότητας των στόχων

και ποιοτικής παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες. Οι πολιτικές και μη δεσμεύσεις αποτελούν εμπόδιο στην κατάρτιση σχεδίων με φαντασία και ευελιξία. Αν ξεπεραστούν οι αγκυλώσεις αυτές με τη θέσπιση ενός ισχυρού θεσμικού πλαισίου τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ικανοποίησης του κριτηρίου της αποτελεσματικότητας από τους δημόσιους φορείς.

Για τον σκοπό αυτό προτείνεται η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου για την υλοποίηση του νέου τρόπου διακυβέρνησης και μακροπρόθεσμα η δημιουργία ενός ενιαίου στρατηγικού σχεδίου για το ΕΣΥ, κεντρικά με περιφερειακές εξειδικεύσεις, για την πενταετία 2024-2029, μέρος του οποίου να αποτελεί η οργανωτική αναδιάρθρωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών και της ΠΦΥ, που θα επανεξετάζεται μερικά ετησίως και συνολικά το 2030. Είναι ίσως περιττό να επαναληφθεί το κοινό πρόγραμμα διαχείρισης σε όλες τις υπηρεσίες και επίπεδα.

Πιο συγκεκριμένα, θα απαιτηθεί:

- A. Υιοθέτηση από την πολιτική ηγεσία ενός συνολικού σχεδίου διακυβέρνησης του ΕΣΥ.
- B. Συγκρότηση επιτροπής εμπειρογνομόνων για τον σχεδιασμό του επιχειρησιακού σχεδίου σε συνεργασία με αρμόδιους ακαδημαϊκούς/επιστημονικούς φορείς και εξειδικευμένο ιδιωτικό οργανισμό/εταιρεία.
- Γ. Δημόσια διαβούλευση επί του σχεδίου διακυβέρνησης.
- Δ. Ψήφιση της αναγκαίας νομοθεσίας και έκδοση των σχετικών Υπουργικών Αποφάσεων.

4.2. Αντί επιλόγου: Το «Νέο ΕΣΥ»

Το ΕΣΥ, παρά την αναμφισβήτητη προσφορά του, η οποία επιβεβαιώθηκε πρόσφατα και με την αποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη όσων νόσησαν από την Covid-19, δεν παύει να χαρακτηρίζεται από τις διαχρονικές παθογένειες της υποχρηματοδότησης, της υποστελέχωσης, της ανεπαρκούς διοίκησης και της έλλειψης σχεδιασμού, καθώς και από αξίες και προτεραιότητες που ανήκουν στην Ελλάδα τού χτες και όχι στην Ελλάδα τού σήμερα και ακόμα λιγότερο στην Ελλάδα τού αύριο.

Τα χαρακτηριστικά αυτά έχουν ως αποτέλεσμα ένα νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας, με ανεπαρκέστατη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και περιθωριοποιημένη δημόσια υγεία-πρόληψη, ανίκανο να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας σημαντικού ποσοστού του ελληνικού πληθυσμού, με αποτέλεσμα να είναι η Ελλάδα η χώρα με τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε όλη την Ευρώπη, και συνακόλουθα με μεγάλες κοινωνικές ανισότητες.

Για όλους αυτούς τους λόγους, υπάρχει ανάγκη για ένα «Νέο ΕΣΥ», το οποίο θα διασφαλίζει την κλινική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα,

την κοινωνική δικαιοσύνη, με σύγχρονους θεσμούς οργάνωσης, διοίκησης και χρηματοδότησης (Τούντας κ.ά., 2020). Οι επιμέρους παρεμβάσεις, όπως αυτές που επιχειρεί η σημερινή κυβέρνηση, δεν αρκούν. Η ανασυγκρότηση του ΕΣΥ απαιτεί την επανίδρυσή του, τη δημιουργία ενός «Νέου ΕΣΥ», θεμελιωμένου σε σύγχρονες αξίες. Αξίες που να αντιστρατεύονται τον κρατισμό, το πελατειακό κράτος, τον κομματισμό και την αναξιοκρατία. Αξίες που να εξασφαλίζουν αποτελεσματική διοίκηση σε όλα τα επίπεδα του ΕΣΥ, ορθολογικό επανασχεδιασμό ανθρώπινων και υλικών πόρων, αποκέντρωση, νέες μορφές χρηματοδότησης (επικουρική και συμπληρωματική ασφάλιση, συμβάσεις με την ιδιωτική ασφάλιση, κ.ά.), συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, συμμετοχή των ασθενών, ποικίλες σχέσεις εργασίας, καθώς και σύνδεση του μισθού με την παραγωγικότητα. Με αυτές τις ρυθμίσεις θα μπορούν να αυξηθούν σημαντικά οι μισθοί και να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας. Χωρίς ικανοποιητικές απολαβές και χωρίς σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον, χωρίς δηλαδή τις προϋποθέσεις ικανοποίησης των εργαζόμενων στο ΕΣΥ, καμιά μεταρρυθμιστική προσπάθεια δεν θα έχει την υποστήριξή τους, και ως εκ τούτου δεν θα φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσσα βιβλιογραφία

ΕΛΣΤΑΤ (2022α). *Δελτίο Τύπου. Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Έτος 2021*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/2021>

ΕΛΣΤΑΤ (2022β). *Infographic: Απογραφή Κέντρων Υγείας, 2021*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/infographic-hospital-census-2021>

Κέφης, Β. (2023). Επιτελικό κράτος-Επιτελικά σελέχνη. *Μετά-Γνώση*, 5, 4-9. Διαθέσιμο στο: https://www.ekdd.gr/newsletter_5/

Κέφης, Β. (2014). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Θεωρία και Πρότυπα*. 2η έκδοση. Εκδόσεις Κριτική.

Κέφης, Β. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Θεωρία και Πρότυπα*. 1η έκδοση. Εκδόσεις Κριτική.

Κονταράτος, Α.Ν. (2003). *Η Τέχνη της Διοίκησης των Νοσοκομείων*. Εκδόσεις Παρισιάνου.

Κοντιάδης, Ξ., & Σουλιώτης, Κ. (2005). *Σύγχρονες Προκλήσεις στην Πολιτική Υγείας: Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις*. Εκδόσεις Σάκκουλα.

Λογοθέτης, Ν. (1992). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*. Interbooks.

Νεκτάριος, Μ. (2019). *ΥΓΕΙΑ: Αναδόμηση και Ανασχεδιασμός Λειτουργίας*. Κέντρο Φιλελεύθερων Μελετών.

Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Εκδόσεις Κριτική.

Πολύζος, Ν. κ.ά. (2013). *Μελέτη Οργάνωσης-Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Εκδόσεις Διόνικος.

Πρωτόπαππας, Χ. (1997). *Τράπεζες και Ποιότητα. Πρωτοβουλίες Βελτίωσης Ποιότητας Υπηρεσιών και Αξιοποίηση Ανθρώπινων Πόρων*. Εκδόσεις Σάκκουλα.

Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στο: Α.Δ. Αλεξιάδης, & Ι. Σιγάλας, *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές* (Τόμος Δ΄). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Σουλιώτης, Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη Πολιτική Υγείας - Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης, Κ. (2013). *Η δημόσια ασφάλιση στην Ελλάδα. Από το αδιανόητο στο αυτονόητο*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., & Φιλαλήθης, Τ. (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. διαΝΕΟσις.

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

Τούντας Γ. (1996). *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκπαιδευτικές σημειώσεις για το μάθημα «Υπηρεσίες Υγείας». Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

Χαραμής, Θ. (2005). *Διοίκηση και Οργάνωση Νοσοκομείων*. Στο: Γ. Τούντας, *Υπηρεσίες Υγείας*. Εκπαιδευτικές σημειώσεις για το μάθημα «Υπηρεσίες Υγείας». Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Ahlquist, G., Saxena, S. B., Belokrinitsky, I., & Kapur, A. (2012). *Charting a clear course in rough seas: a new view on hospital and health systems strategy*. Strategy.

Athanasiadis, A., Ratsika, N., Trompoukis, C., & Philalithis A. (2018). The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective. *International Journal of Health Governance*, 23(4), 316-329.

Crisp, N. (2011). *24 Hours to save the NHS*. Oxford University Press, Oxford.

Davenport, T.H., (1993). *Process Innovation: Reengineering work through Information Technology*. Harvard Business School Press.

de Belvis, A.G., Meregaglia, M., Morsella, A., Adduci, A., Perilli, A., Cascini, F., Solipaca, A., Fattore, G., Ricciardi, W., Maresso, A., & Scarpetti, G. (2022). Italy: Health System Review. *Health systems in transition*, 24(4), 1–236.

Devarakonda, S. (2016). Hub and spoke model: making rural healthcare in India affordable, available and accessible. *Rural and remote health*, 16(1), 3476.

Elrod, J.K., & Fortenberry, J.L. Jr. (2017). The hub-and-spoke organization design: an avenue for serving patients well. *BMC health services research*, 17(Suppl 1), 457.

Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W., & Maresso, A. (2014). Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 6(4), 1–168.

Freeman, R.E. (1994). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Pitman Publishing.

Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C., & Walters, R. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7358), 246.

Goodwin, N., Perri, G., Peck, E., Freeman, T., & Posaner, R. (2004). *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO).

Hammer, M., & Champy, J. (1993). *Ανασχεδιάζοντας τις λειτουργίες της επιχείρησης*. Εκδόσεις Γαλαίος.

Heller, R. (Ed.). (2002). *Manager's Handbook*. Dorling Kindersley.

Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K., Tsavalias, K., & Liaropoulos, L. (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4(10), 111-125.

Kanavos, P., & Souliotis, K. (2017). Reforming health care in Greece: Balancing fiscal adjustment with health care needs. In: C. Meghir, C. Pissarides, D. Vayanos, & N. Vettas (Eds.), *Beyond Austerity: Reforming the Greek Economy*. MIT Press Ltd.

Kelley, M.J. (1999). Physician practice and organization. In: L.F. Wolper (Ed.), *Health Care Administration: Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems*. Jones & Bartlett Publishers.

Krairiksh, M., & Anthony, M.K. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. *The Journal of nursing administration*, 31(1), 16–23.

Nikolentzos, A., Kontodimopoulos, N., Polyzos, N., Thireos, E., & Tountas, Y. (2015). Reengineering NHS Hospitals in Greece: Redistribution Leads to Rational Mergers. *Global journal of health science*, 7(5), 272–287.

OECD/European Union (2020). Health at a Glance: Europe 2020: *State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. Διαθέσιμο στο: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

O'Neill, C., & Mowll, J. (2010). *Managing - Fast Track to Success*. Pearson Financial Times.

Or, Z., Gandré, C., Seppänen, A. V., Hernández-Quevedo, C., Webb, E., Michel, M., & Chevreur, K. (2023). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 25(3), i–241.

Pearson, J. (2011). *Options for healthcare group working*. GE Healthcare Finnamore. Διαθέσιμο στο: <https://emea.gehealthcarepartners.com/34-articles/275-29-options-for-healthcare-group>

Peters, T., & Waterman, R. (1982). *In Search of Excellence*. Harper and Row.

Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 109(1), 14–22.

Robbins, S. P. (1997). *Managing Today!*. Prentice Hall.

Roney, K. (2012, November 28th). *4 emerging models provide strategy roadmap for future transactions*. Becker's Hospital Review. Διαθέσιμο στο: <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-transactions-and-valuation/4-emerging-models-provide-strategy-roadmap-for-future-transactions.html>

Snook, I.D. (2001). Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείων. Στο: L.F. Wolper (Ed.), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας: Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδα*. Mediforce.

Souliotis, K., & Lionis, C. (2005). Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *Journal of medical systems*, 29(2), 187–196.

Souliotis, K., Giannouchos, T.V., Peppou, L.E., Samara, M.T., Nimatoudis, J., Papageorgiou, C., & Economou, M. (2021). Public Health Behaviors during the Covid-19 Pandemic in Greece and Associated Factors: A Nationwide Cross-sectional Survey. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 58, 469580211022913.

Souliotis, K. (2002). Strategic Planning in Health Policy: Principles, Decision Making and Change Management. In: C. Economou, & M. Mousmouti (Eds.), *Developing Sector Strategies and Introducing Reform: Anti-Corruption Practices in the Health Sector*. Centre for European Constitutional Law.

Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: the Greek National Health System in transition. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 62(1), 15–29.

Tountas, Y., Stefannson, H., & Frissiras, S. (1995). Health reform in Greece: planning and implementation of a national health system. *The International journal of health planning and management*, 10(4), 283–304.

Tsavalias, K., Siskou, O., Liaropoulos, L. (2012). Hospital mergers in Europe: The experience of Greece and future prospects. *Archives of Hellenic Medicine/Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(2), 233-239.

Zouko, V. (2001). Η διαδικασία του στρατηγικού management στα νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, 12(72), 17-21.

Παράρτημα 1

Η όλη διαδικασία της εφαρμογής BPR ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι καθώς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα βασίζεται στα σημεία-αρχές: ανασχεδιασμός, αναβάθμιση εξοπλισμού και συγχρονισμός. Οι δραστηριότητες και οι παράγοντες που ενσωματώνονται στα παραπάνω σημεία παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 1. Τα 3 R's της αναδιοργάνωσης

REDESIGN	RETOOL	REORCHESTRATE
Ανασχεδιασμός <ul style="list-style-type: none">• Απλοποίηση• Αυτοματοποίηση• Ενίσχυση ανθρώπινου δυναμικού• Groupware• Μετρήσεις απόδοσης	Αναβάθμιση εξοπλισμού <ul style="list-style-type: none">• Δίκτυα• Intranets• Extranets• Workflow	Συγχρονισμός <ul style="list-style-type: none">• Διαδικασιών• Συστημάτων πληροφορικής• Ανθρώπινου παράγοντα

Πηγή: Βασισμένο σε Davenport, 1993, Hammer & Champy, 1993, Κέφης, 2014.

Η δημιουργία από την αρχή περιλαμβάνει δραματικές αλλαγές σε οτιδήποτε σχετίζεται με τον τρόπο εργασίας του ανθρώπινου παράγοντα. Αντί να διορθώνουμε την παλιά, υπάρχουσα κατάσταση, ξεκινάμε εξαρχής. Ο δημόσιος οργανισμός δέχεται ριζικές και θεμελιώδεις μετατροπές σε ό,τι αφορά την οργανωτική δομή, τις διαδικασίες, τον ανθρώπινο παράγοντα και την τεχνολογία. Ο πίνακας που ακολουθεί εκθέτει τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με την εφαρμογή του BPR:

Πίνακας 2. Αλλαγές που προκύπτουν με την εφαρμογή του BPR

Αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον	
Από παραδοσιακό	Στο BPR
Λειτουργικά τμήματα	Ομάδες εργασίας ανά διαδικασία
Απλές αρμοδιότητες (διαχωρισμός εργασιών)	Ενισχυμένο ανθρώπινο δυναμικό
Ελεγχόμενο προσωπικό (από διοίκηση)	Πολυδιάστατες εργασίες
Εκπαίδευση	Επιμόρφωση
Ανταμοιβή με βάση τις ικανότητες	Ανταμοιβή με βάση την απόδοση
Αυξήσεις μισθών με βάση προαγωγές	Χαμηλός μισθός με υψηλά επιδόματα
Προαγωγή με βάση τις ικανότητες	Προαγωγή με βάση την απόδοση
Προστατευτική οργανωτική κουλτούρα	Παραγωγική οργανωτική δομή
Οι διευθυντές επιτηρούν/ελέγχουν	Οι διευθύνοντες καθοδηγούν/συμβουλεύουν
Ιεραρχική οργανωτική δομή	Οριζόντια οργανωτική δομή
Διαχωρισμός αρμοδιοτήτων και λειτουργιών	Διατμηματικές ομάδες εργασίας
Γραμμικές και συνεχείς διαδικασίες	Παράλληλες διαδικασίες
Μαζική παραγωγή	Μαζική παραμετροποίηση προϊόντων

Πηγή: Βασισμένο σε Hammer & Champy, 1993.

Για τη σωστή εφαρμογή του BPR πρέπει να γίνουν οι παρακάτω ενέργειες:

- Επιλογή των στρατηγικών διαδικασιών (που προσθέτουν αξία στο προϊόν/υπηρεσία) για ανασχεδιασμό.
- Απλοποίηση των νέων διαδικασιών – Μείωση των βημάτων – Αναβάθμιση δυνατοτήτων (δημιουργία μοντέλων).
- Οργάνωση ομάδων εργασίας για κάθε διαδικασία και ανάθεση αρμοδιοτήτων για τον συντονισμό της διαδικασίας.
- Οργάνωση της ροής εργασίας για μεταφορά και έλεγχο εγγράφων.
- Ανάθεση ρόλων και αρμοδιοτήτων για κάθε διαδικασία.
- Αυτοματοποίηση των διαδικασιών μέσω συστημάτων πληροφορικής (intranets, extranets, workflow management).
- Εκπαίδευση της κάθε ομάδας εργασίας για την αποδοτικότερη διαχείριση και λειτουργία της αντίστοιχης νέας διαδικασίας.
- Καθιέρωση της νέας (ανασχεδιασμένης) διαδικασίας στην οργανωτική δομή του οργανισμού.

Παράρτημα 2.1.

A. Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

1. Διοικήσεις (7) Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠε), των οποίων οι διοικητές με τον γενικό γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας και τον υπουργό Υγείας συνιστούν το ΚεΣΥΠΕ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών).
2. (106 κύρια) νοσοκομεία (ΕΣΥ) με τα διασυνδεόμενά (20) τους (106 ΝΠΔΔ)*.
3. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).
4. Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
5. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ).
6. Εθνικό Κέντρο Αιμοδοσίας (ΕΚΕΑ).
7. Ιατρικοί, νοσηλευτικοί, φαρμακευτικοί κ.ά. σύλλογοι υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας (Ν.4512/2018 - ΦΕΚ 35/4/2018).

B. Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου

1. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (Ν.4633/2019 – ΦΕΚ 161 /Α΄/16.10.2019).
2. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) (Ν.3984/2011).
3. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (Ν. 2161/1993 και Ν.4139/2013).
4. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) (Ν.1729/1987, Ν.3204/2003 ΠΔ 148/2007, Ν.4139/2013).
5. Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΕΚΕΨΥΕ).
6. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (ΠΔ 867/1979).
7. Ινστιτούτο Παστέρ (συν-εποπτείας με το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων).
8. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).
9. Οργανισμός Διαχείρισης Ποιότητας Υγείας (ΟΔΙΠΥ).

* Νοσοκομεία (2) διεπόμενα από ειδικές διατάξεις (ΝΠΙΔ), Παπαγεωργίου και Ωνάσειο.

Γ. Ανώνυμες Εταιρείες

1. Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας (ΑΕΜΥ ΑΕ) (Ν.3293/2004) με το Γενικό Νοσοκομείο Θήρας (δημόσιου χαρακτήρα που υπάγεται στην ΑΕΜΥ ΑΕ βάσει του Ν.4368/2016).

2. Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών ΑΕ (ΚΕΤΕΚΝΥ ΑΕ) (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, λειτουργεί βάσει του άρθρου 6 του Ν.4286/2014).
3. Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας ΑΕ (ΙΦΕΤ ΑΕ), θυγατρική ΕΟΦ.
4. Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας και Τεχνολογίας στην Υγεία ΑΕ (ΕΚΑΠΤΥ) (ΦΕΚ 11054/2011) (πρώην ΕΚΕΒΥΛ) που μάλλον πρέπει να συγχωνευθεί με το ανωτέρω 9.

Παράρτημα 2.2.

Όσον αφορά τις (7) Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠε) ο (εκτιμώμενος) πληθυσμός τους είναι:

Πίνακας 3. Εκτιμώμενος πληθυσμός των 7 ΥΠε (2022)

ΥΠε	Πληθυσμός
1n (Αττική εκτός Πειραιά, Ανατολικού και Νότιου Τομέα)	3.000.000
2n (Πειραιάς, λοιπή Αττική εκτός 1ης και Νησιά Αιγαίου)	1.314.000
3n (Δυτική Μακεδονία, δυτικό μέρος Θεσσαλονίκης και Κεντρικής Μακεδονίας)	1.266.000
4n (Ανατολική Μακεδονία – Θράκη, ανατολικό μέρος Θεσσαλονίκης και Κεντρικής Μακεδονίας)	1.450.000
5n (Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα)	1.263.000
6n (Ήπειρος, Δυτική Ελλάδα, Πελοπόννησος και Ιόνια Νησιά)	1.750.000
7n (Κρήτη)	637.000
Σύνολο	10.680.000

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί της συγγραφικής ομάδας.

Όσον αφορά τις (13) Διοικητικές Περιφέρειες της χώρας ο πληθυσμός τους είναι:

Πίνακας 4. Πληθυσμός των 13 Διοικητικών Περιφερειών (2022)

Διοικητικές Περιφέρειες	Πληθυσμός
Αττική	3.736.737
Νήσοι Βορείου Αιγαίου	229.155
Νήσοι Νοτίου Αιγαίου	347.848
Κεντρική Μακεδονία	1.858.755
Δυτική Μακεδονία	262.052
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	594.905
Θεσσαλία	709.808
Στερεά Ελλάδα	553.235
Ήπειρος	330.985
Δυτική Ελλάδα	646.670
Πελοπόννησος	569.345
Ιόνιοι Νήσοι	202.371
Κρήτη	636.766
Σύνολο	10.678.632

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, ίδιοι υπολογισμοί της συγγραφικής ομάδας.

Παράρτημα 2.3.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται το σύνολο των δομών παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για το έτος 2020 και 2021, όπως αποτυπώνεται από την ΕΛΣΤΑΤ (ΕΛΣΤΑΤ, 2022). Επιπλέον, στην ΠΦΥ περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες εμφανίζονται με τρεις διαφορετικούς τύπους στον Πίνακα 6.

Πίνακας 5. Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ ανά κατηγορία (2020-2021)

	Κέντρα Υγείας*	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές μονάδες	ΤΟΜΥ
2020	308	1.427	93	49	220	10	127
2021	310	1.432	95	52	220	10	127

* Περιλαμβάνονται και οι μονάδες υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ Ν.4238/2014) οι οποίες βάσει του Ν.4486/2017 μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022α.

Πίνακας 6. Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (2020-2021)

	2020	2021
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων	31	31
Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων*	17	17
Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	23	23
Σύνολο	71	71

* Υβριδικός τύπος δομής που απευθύνεται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά και εφήβους.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022α.

Από πηγές του Υπουργείου Υγείας (ΓΓ-ΠΦΥ), στον Πίνακα 7 που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των δομών ΠΦΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠε).

Πίνακας 7. Κατανομή δομών ΠΦΥ ανά ΥΠε (2022)

ΥΠε	ΚΥ	ΠΙ	ΠΠΙ	ΕΠΙ	ΤΙ	ΤοΜΥ	ΑΔ
1n	32	6	-	1	31	12	7
2n	49	119	37	10	47	20	1
3n	30	172	5	3	34	20	1
4n	46	220	9	6	33	14	1
5n	47	303	17	10	38	16	-
6n	91	491	20	11	34	33	-
7n	19	128	5	4	3	12	-
Σύνολο	314	1.438	93	45	220	127	10

Σημείωση: **ΥΠε**: Υγειονομική Περιφέρεια, **ΚΥ**: Κέντρο Υγείας, **ΠΙ**: Περιφερειακό Ιατρείο, **ΠΠΙ**: Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο, **ΕΠΙ**: Ειδικό Περιφερειακό Ιατρείο, **ΤΙ**: Τοπικό Ιατρείο, **ΤοΜΥ**: Τοπική Ομάδα Υγείας, **ΑΔ**: Άλλη Δομή.

Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί συγγραφικής ομάδας.

Στους Πίνακες 8 και 9 και στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται τα δεδομένα από την απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ σχετικά με το προσωπικό στις δομές ΠΦΥ και τα μηχανήματα συγκεντρωτικά και ανά Υγειονομική Περιφέρεια, αναφορικά με τη διάρθρωση του αριθμού των μηχανημάτων καθώς και με το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό.

Πίνακας 8. Αριθμός εργαζομένων σε δομές ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας, ΠΙ, ΠΠΙ & ΤοΜΥ) (2021)

Υγειονομικές Περιφέρειες	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων	Σύνολα ανά ΥΠΕ
1n ΥΠε (Αττικής)	1.356	818	829	3.003
2n ΥΠε (Πειραιώς & Αιγαίου)	1.071	695	739	2.505
3n ΥΠε (Μακεδονίας)	675	655	476	1.806
4n ΥΠε (Μακεδονίας & Θράκης)	691	848	635	2.174
5n ΥΠε (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας)	774	781	569	2.124
6n ΥΠε (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας)	1.002	1.099	1.184	3.285
7n ΥΠε (Κρήτης)	511	264	245	1.020
Σύνολο	6.080	5.160	4.677	15.917

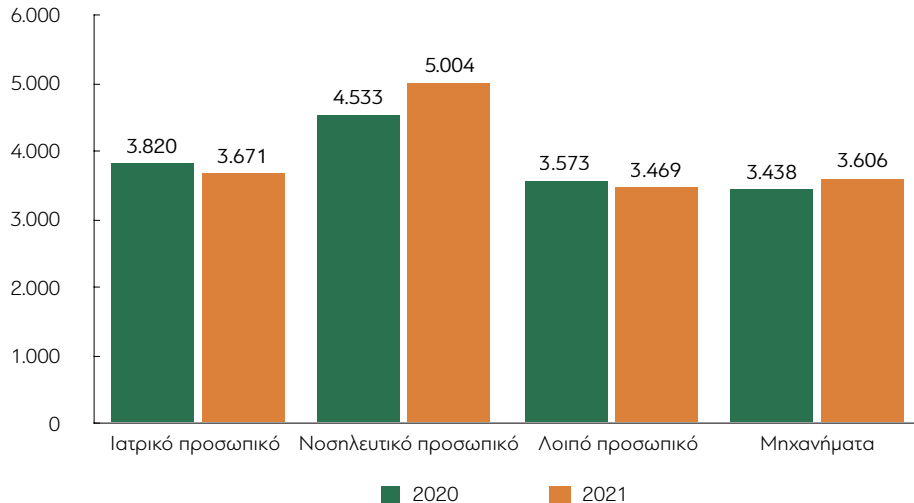
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022α.

Πίνακας 9. Μονάδες, προσωπικό και μηχανήματα Κέντρων Υγείας (2020-2021)

	Κέντρα Υγείας	Ιατρικό προσωπικό	Νοσηλευτικό προσωπικό	Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων	Μηχανήματα
2020	308	3.820	4.533	3.573	3.438
2021	310	3.671	5.004	3.469	3.606

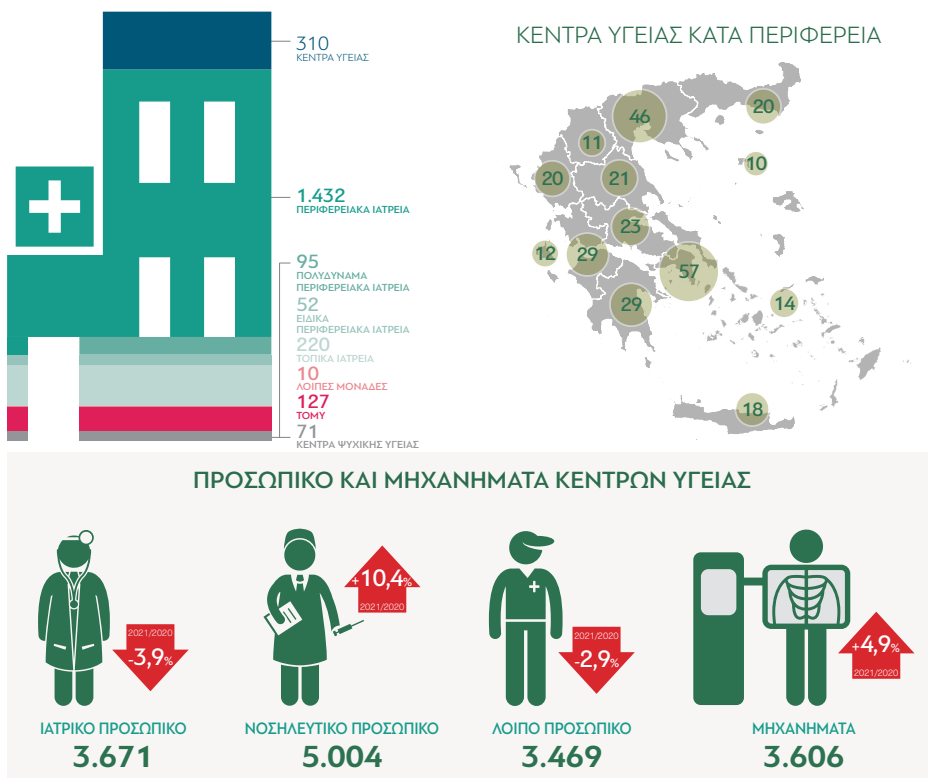
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022α.

Διάγραμμα 1. Προσωπικό Κέντρων Υγείας & μηχανήματα (2020-2021)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022α.

Σχήμα 8. Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ (2021)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2022β.

Παράρτημα 2.4.

Πίνακας 10. Παλαιά (2011-) και τρέχουσα (2012+) κατάσταση νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΥΠε

ΥΠε	1n	2n	3n	4n	5n	6n	7n	Σύνολο
Κλίνες (παλιές-οργανικές)	11.850	6.922	3.240	5.868	3.463	6.245	2.545	40.133
Κλίνες (νέες-ανεπτυγμένες)	9.850	4.605	2.640	4.910	3.000	5.640	2.195	32.840
Διευθύνσεις (υφιστάμενες)	77	64	40	53	43	90	25	392
Διευθύνσεις (νέες-οργανισμοί)	77	62	39	45	40	89	25	377
Ιατρικοί τομείς (υφιστάμενοι)	95	77	47	63	51	103	33	469
Ιατρικοί τομείς (νέοι-οργανισμοί)	95	73	45	54	49	100	30	446
Νοσηλευτικοί τομείς (υφιστάμενοι)	84	54	35	52	41	66	28	360
Νοσηλευτικοί τομείς (νέοι-οργανισμοί)	95	65	45	51	44	90	27	417
Ιατρικά τμήματα & μονάδες (υφιστάμενα)	802	581	326	535	354	614	235	3.447
Ιατρικά τμήματα & μονάδες (νέα-οργανισμοί)	712	424	191	375	320	577	187	2.786
Συνολική μείωση εκ των υφιστάμενων ιατρικών τμημάτων & μονάδων	90	157	135	160	34	37	48	661
Θέσεις εργασίας (πριν)	33.753	16.432	8.486	15.777	11.894	17.495	7.315	111.152
Θέσεις εργασίας (μετά)	29.082	13.712	7.551	14.420	8.635	16.531	6.554	96.485
Συνολική «μείωση» των θέσεων εργασίας	4.671	2.720	935	1.357	3.259	964	761	14.667

Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί συγγραφικής ομάδας.

Παράρτημα 2.5.

Πίνακας 11. Προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2022)

ΥΠε	Ιατρικό	Νοσηλευτικό	Λοιπό	Άθροισμα
1n	6.528	8.859	6.856	22.243
2n	3.329	5.981	5.093	14.403
3n	2.279	4.362	2.917	9.558
4n	2.910	4.941	2.950	10.801
5n	1.642	3.776	2.230	7.648
6n	3.072	7.361	5.132	15.565
7n	1.431	2.547	1.976	5.954
Σύνολο	21.191	37.827	27.154	86.172

Πηγή: BI-Health, ίδιοι υπολογισμοί συγγραφικής ομάδας.

Πίνακας 12. Προσωπικό/Κλίνη στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (2022)

ΥΠε	Ιατροί/Κλίνη	Νοσηλευτές/ Κλίνη	Λοιποί/Κλίνη	Άθροισμα/ Κλίνη
1n	0,7	1	0,8	2,5
2n	0,5	0,9	0,8	2,2
3n	0,5	1	0,6	2,1
4n	0,6	1	0,6	2,2
5n	0,5	1,2	0,7	2,4
6n	0,5	1,2	0,9	2,6
7n	0,6	1	0,8	2,4
Σύνολο	0,6	1	0,7	2,4

Πηγή: BI-Health, ίδιοι υπολογισμοί συγγραφικής ομάδας.



diaNEOsis



dianeosis_org



diaNEOsis



diaNEOsis



diaNEOsis

διαNEOsis

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗΣ