



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΡΗΓΑΚΗ ΑΘΗΝΑ**

**«Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΚΑΙ**

**Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ»**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

**Πειραιάς, 2009**



**UNIVERSITY  
OF PIRAEUS**

**MASTER OF SCIENCE  
HEALTH MANAGEMENT**



**TEI  
OF PIRAEUS**

**RIGAKI ATHINA**

**“PUBLIC ADMINISTRATION IN GREECE  
AND IT’S EFFECTS IN THE ADMINISTRATION  
OF THE HOSPITALS IN THE NATIONAL HEALTH SYSTEM”**

**Graduate Thesis Submitted for the Degree  
“Master of Science in Health Management”**

**Piraeus, 2009**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΡΗΓΑΚΗ ΑΘΗΝΑ**

**«Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**ΚΑΙ**

**Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ»**

*Επιβλέπων Καθηγητής :  
Ντάνος Αναστάσιος  
Αν.Καθηγητής  
Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, ΤΕΙ Πειραιά*

**Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

**Πειραιάς, 2009**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Της **ΡΗΓΑΚΗ ΑΘΗΝΑ**

A.M : 06117

Με τίτλο :

**«Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ»**

Εξετάστηκε και εγκρίθηκε ως προς το περιεχόμενο της και την παρουσίαση.

Η εξεταστική επιτροπή ονοματεπώνυμο βαθμίδα βαθμός υπογραφή

Επιβλέπων 1. ΝΤΑΝΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΑΝ.ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ.....

Μέλος 2. ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΔΙΟΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ .....

Μέλος 3. ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ .....

Ημερομηνία Παρουσίασης .....



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, σημαίνει και το τέλος δύο δημιουργικών χρόνων, που παρ' όλη την κούραση, τις αγωνίες και τις δυσκολίες που είχαν, με γέμισαν με εφόδια που θα με συνοδεύουν στην υπόλοιπη ζωή μου. Οι γνώσεις, η εξειδίκευση και οι εμπειρίες που απέκτησα στους τομείς της οικονομίας, της διοίκησης και της υγείας είναι καθοριστικές για την μετέπειτα επαγγελματική μου πορεία. Γι' αυτό θεωρώ απολύτως απαραίτητο να ευχαριστήσω καταρχήν, την Διατμηματική Συντονιστική Επιτροπή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Της Υγείας», του Τμήματος Οικονομικής, του Πανεπιστημίου του Πειραιά και του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, του ΤΕΙ Πειραιά, που μου έδωσαν την δυνατότητα να παρακολουθήσω το Μεταπτυχιακό. Καθώς και τους διδάσκοντες, χωρίς των οποίων την προσωπική προσπάθεια, μεταδοτικότητα και ενδιαφέρον, για την επιστήμη και τους φοιτητές τους, δεν θα ήταν τίποτα εφικτό.

Ακολούθως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου, κ. Ντάνο Αναστάσιο, χωρίς του οποίου την πρόθυμη συμπαράσταση, καθοδήγηση, τις συμβουλές, τις καίριες επισημάνσεις, την ενθάρρυνση και την βοήθεια, που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της εργασίας μου, θα ήταν ίσως δύσκολο να την φέρω εις πέρας. Η συνεργασία μας, διεύρυνε τους επιστημονικούς μου «ορίζοντες» και με βοήθησε να αποκρυσταλλώσω τους μελλοντικούς επαγγελματικούς μου στόχους.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον πρώην Προϊστάμενο μου, κ. Βρυζίδη Λάζαρο, για την κατανόηση και τις διευκολύνσεις που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια του Μεταπτυχιακού και κυρίως στις δύσκολες περιόδους των εξετάσεων. Ένα ευχαριστώ και στον νυν Προϊστάμενο μου, κ. Σούτσα Κωνσταντίνο, για την βοήθεια του στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου, που όλα αυτά τα χρόνια βρίσκεται δίπλα μου, με στηρίζει και μου συμπαραστέκεται στην επίτευξη κάθε στόχου που θέτω.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Δημόσια Διοίκηση στην Ελλάδα θεμελιώθηκε, με βάση τα πρότυπα που ίσχυαν στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, κατά την ίδρυση του ελληνικού Κράτους, με κύρια χαρακτηριστικά της την γραφειοκρατική οργάνωση, την ιεραρχική δομή και τον συγκεντρωτισμό.

Από τότε μέχρι σήμερα, οι προσπάθειες για βελτίωση και εκσυγχρονισμό του συστήματος δεν έλειψαν, άλλες φορές λιγότερο και άλλες πάλι φορές περισσότερο σοβαρές και επιτυχημένες. Παρ' όλα αυτά, είναι κοινά αποδεκτό, τόσο από τους ειδικούς, όσο και από τις Κυβερνήσεις, πως η Δημόσια Διοίκηση είναι ο «μεγάλος ασθενής», γεγονός που τους υποχρεώνει πάντα να ασχολούνται μαζί της.

Αναπόσπαστο μέρος της, είναι και ο τομέας της υγείας και δι τα νοσοκομεία. Τα οποία από τα πρώτα χρόνια κι' όλες της θέσπισης τους, επηρεάστηκαν στο σύνολο τους, από τα σοβαρά προβλήματα που ταλαιπωρούσαν την Δημόσια Διοίκηση. Συγκεκριμένα, προβλήματα όπως η γραφειοκρατία, το «φακελάκι», το «μέσον» για ένα κρεβάτι, τα ράντζα, η αποκέντρωση των υπηρεσιών και η στελέχωση τους με ικανά άτομα, υπήρξαν και εξακολουθούν να υφίστανται, παρά τις αξιόλογες προσπάθειες που έχουν μέχρι σήμερα επιχειρηθεί, όπως το νομοσχέδιο Δοξιάδη και ο Νόμος 2889/2001.

Επιπλέον η διοίκηση των νοσοκομείων, ο ρόλος της μονιμότητας και η επίδραση των συνδικαλιστικών οργανώσεων στον τομέα της υγείας, αποτελούν και θα αποτελούν, τομείς που απαιτούν ιδιαίτερη έρευνα και συζήτηση. Η άρση των προβλημάτων αυτών προϋποθέτει προγραμματισμό, σχεδιασμό, οργάνωση και ορθή διαχείριση του Συστήματος Υγείας ως προς την διοίκηση και την στελέχωση του, την εκπαίδευση και την χρήση των νέων τεχνολογιών. Πάνω από όλα όμως, απαιτείται τόλμη και αποφασιστικότητα, από όλες τις πλευρές, για να επιτευχθεί πραγματικός εκσυγχρονισμός.

## Λέξεις Κλειδιά

Αγορά Εκπαίδευσης	Ελλείψεις	Παραϊατρικό Προσωπικό
Αγορά Εργασίας	Έλεγχος	Περιφέρεια
Αγωγή Υγείας	Εξειδίκευση	Πληθυσμός
Αμοιβές	Εξέλιξη	Ποιότητα
Ανάγκες	Επαγγέλματα Υγείας	Πολιτική Υγείας
Αναλογία Δυναμικού	Επένδυση	Ποσότητα
Ανάπτυξη	Επικοινωνία	Προβλήματα
Ανθρώπινο Δυναμικό	Επιστήμες	Προγραμματισμός
Ανθρώπινο Κεφάλαιο	Εργαζόμενοι	Πρόληψη
Ανθρώπινοι Πόροι	Έρευνα	Πρόσληψη
Ανισοκατανομή	Ζήτηση	Προσφορά
Αξιολόγηση	Θεραπεία	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Απασχόληση	Ιατρικό Δυναμικό	Στελέχωση
Αποδοτικότητα	Ιατρικός Πληθωρισμός	Συνεργασία
Αποκατάσταση	Ικανοποίηση	Συνθήκες Απασχόλησης
Αποτελεσματικότητα	Ικανότητες	Συντονισμός
Βιοϊατρική Τεχνολογία	Καταμερισμός της Εργασίας	Σύστημα Εντάσεως Εργασίας
Γενική Ιατρική	Κατανομή Δυναμικού	Σχεδιασμός
Δαπάνες Υγείας	Κατάρτιση	Τεχνικό Προσωπικό
Δεξιότητες	Κατηγορίες Επαγγελματιών	Υγεία
Δημόσια Υγεία	Λοιπό Προσωπικό	Υγειονομικός Τομέας
Διάγνωση	Μάνατζερ	Υπερπροσφορά
Διαχείριση	Μεταρρύθμιση	Υπηρεσίες Υγείας
Διοίκηση	Μέτρηση	Υποστελέχωση
Διοίκηση της Υγείας	Νοσηλευτικό Δυναμικό	Φροντίδα Υγείας
Διοικητικό Προσωπικό	Νοσοκομεία	Χρηματοδότηση
Ειδικότητες	Οργάνωση	
Εκπαίδευση	Συνδικαλισμός	

Thesis Title : **“Public Administration In Greece And It’s Effects In The Administration Of The Hospitals In The National Health System”**

Postgraduate Student : Rigaki Athina

Graduate Thesis Submitted for the Degree **“Master in Health Management”**

University of Piraeus – TEI of Piraeus, Greece

Supervisor : Dr Danos Anastasios

## ABSTRACT

The public Administration in Greece was founded, based on the models that existed in the beginning of the 19th century, at the foundation of the Greek State, with main characteristics the bureaucratic organisation, the hierarchical structure and the centralism.

Since then, the efforts for improvement and modernisation of the system have not been absent, some times less and other times even more serious and successful. However, in general, experts as well as the Governments accept that the Public Administration is the “big patient”, a fact that forces them always to deal with it.

An integral part of Public Administration is the sector of health and mainly hospitals, which from the first years of their establishment were influenced by the serious problems that are pestering the Public Administration. In fact, problems like the bureaucracy, the «little envelope», the «influence» for a bed, rantza, the decentralisation of services and their crewing with capable persons. Problems that existed and continue to exist, despite the appreciable efforts that up today have been attempted, as the bill of Doxiadi and the Law 2889/2001.

Moreover the administration of the hospitals, the role of permanence and the effect of the syndicalistic unions in the sector of health, constitute and will continue to constitute, sectors that require particular research and discussion. The overcoming of these problems presupposes planning, organisation and equitable management of the Health System, in the direction of the administration, staffing, education and the wise use of new technologies. However, above all boldness and determination are required from everybody in order to achieve real modernisation.

## Key Words

Administration	Health Policy	Specialties
Administrative Personnel	Health professions	Staffing
Biomedicine Technology	Health Services	System of Intensity of Work
Categories of Professions	Hospitals	Syndicalism
Collaboration	Human Capital	Technical Personnel
Communication	Human Force	Treatment
Compensation, remuneration, reward	Human Recourses	Under Staffing
Conditions of Employment	Investment	Unequal Distribution
Constitution	Manager	Work Market
Control	Management	
Co-ordination	Measurement	
Defaults	Medical Dynamic	
Demand	Medical Inflation	
Development	Necessities, needs	
Diagnosis	Nursing Personnel	
Distribution Of Personnel	Offer	
District	Organization	
Division of Labor	Problems	
Division of Personnel	Paramedical Personnel	
Education	Planning	
Education Market	Population	
Education Of Health	Prevention	
Effectiveness	Proportions of Human Recourses	
Efficiency	Public Health	
Employees	Quality	
Employment	Quantity	
Employment	Reformation	
Evaluation	Rehabilitation	
Excessive Supply	Remaining Personnel	
Financing	Research	
General Medicine	Sanitary Sector	
Health	Satisfaction	
Health Administration	Sciences	
Health Care	Skills, abilities	
Health Expenditures	Specialization	

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Εξώφυλλο Ελληνικό</i> .....	i
<i>Εξώφυλλο Αγγλικό</i> .....	ii
<i>Σελίδα Τίτλου</i> .....	iii
<i>Εντολή Θέματος</i> .....	iv
<i>Ευχαριστίες</i> .....	v
<i>Περίληψεις</i> .....	
Περίληψη Ελληνική – Λέξεις Κλειδιά.....	vi
Περίληψη Αγγλική – Λέξεις Κλειδιά.....	viii
<i>Πίνακας Περιεχομένων</i> .....	x
<i>Κατάλογος Πινάκων - Διαγραμμάτων</i> .....	xiv
<i>Συνοπτεύσεις</i> .....	xv
<i>Εισαγωγή</i> .....	1
 <b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> Κράτος Πρόνοιας Και Υπηρεσίες Υγείας</b>	
<b>1.1</b> Ιστορική Εξέλιξη Του Κράτους Πρόνοιας.....	5
<b>1.2</b> Μετάβαση Από Το Κράτος Δικαίου Στο Κοινωνικό Κράτος Δικαίου.....	8
<b>1.3</b> Δραστηριότητες Και Μηχανισμοί Παρέμβασης του Κράτους Πρόνοιας.....	10
<b>1.4</b> Οι Υπηρεσίες Υγείας Ως Βασικός Προσδιοριστικός Παράγοντας Του Κράτους Πρόνοιας.....	11
1.4.1    Θεωρητικός Προσδιορισμός Της Έννοιας «Υγεία».....	11
1.4.2    Διαμόρφωση Των Υπηρεσιών Υγείας Από Την Αρχαιότητα Έως Σήμερα.....	14
<b>1.5</b> Κρίση Του Κράτους Πρόνοιας.....	17
<b>1.6</b> Η Κρίση Των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας.....	18

## **Κεφάλαιο 2° Η Δημόσια Διοίκηση**

<b>2.1</b>	Έννοια Του Όρου «Διοίκηση».....	21
<b>2.2</b>	Η Δημόσια Διοίκηση Διαχρονικά.....	22
<b>2.3</b>	Ορισμοί Δημόσιας Διοίκησης.....	23
<b>2.4</b>	Ελληνικό Διοικητικό Δίκαιο Και Έκταση Της Δημόσια Διοίκησης.....	25
2.4.1	Έννοια Της Δημόσιας Διοίκησης.....	27
2.4.2	Διοικητικά Όργανα.....	27
<b>2.5</b>	Συνταγματικό Πλαίσιο.....	29
<b>2.6</b>	Οργάνωση Της Δημόσιας Διοίκησης.....	30
2.6.1	Όργανα Του Κράτους.....	31
<b>2.7</b>	Εκτελεστική Εξουσία.....	33

## **Κεφάλαιο 3° Το Σύστημα Υγείας**

<b>3.1</b>	Εισαγωγικά.....	39
3.1.1	Συστημική Προσέγγιση.....	39
3.1.2	Χαρακτηριστικά Των Κοινωνικοοικονομικών Συστημάτων.....	41
<b>3.2</b>	Συστημική Θεώρηση Του Φαινομένου Της Υγείας.....	43
3.2.1	Στοχοθεσία Στα Πλαίσια Του Συστήματος Υγείας.....	48
3.2.2	Χαρακτηριστικά Του Συστήματος Υγείας.....	50
<b>3.3</b>	Δομή Και Οργάνωση Του Συστήματος Υγείας.....	52
3.3.1	Τα Επίπεδα Περίθαλψης.....	52
3.3.2	Το Νοσοκομείο Μέσα Στο Σύστημα Υγείας.....	58
<b>3.4</b>	Τα Προβλήματα Των Σύγχρονων Συστημάτων Υγείας.....	59

## **Κεφάλαιο 4° Κράτος – Παραγωγή Υπηρεσιών Υγείας**

<b>4.1</b>	Ο Ρόλος Του Κράτους Στην Παραγωγή Υπηρεσιών Υγείας.....	62
<b>4.2</b>	Η Σημασία Του Νόμου 1397/1983.....	63
<b>4.3</b>	Το Ελεύθερο Σύστημα – Ιδιωτικό ή Φιλελεύθερο Μοντέλο.....	66
<b>4.4</b>	Το Δημόσιο Σύστημα – Κρατικό ή Εθνικό Μοντέλο.....	68
<b>4.5</b>	Ανισότητες.....	71
<b>4.6</b>	Μικτά Συστήματα Υγείας.....	72
<b>4.7</b>	Το Ελληνικό Παράδοξο Στην Υγεία.....	72



## **Κεφάλαιο 5° Νοσοκομείο**

<b>5.1</b>	Ιστορική Εξέλιξη Του Νοσοκομείου.....	74
<b>5.2</b>	Το Σύγχρονο Νοσοκομείο.....	77

## **Κεφάλαιο 6° Διοίκηση Νοσοκομείων**

<b>6.1</b>	Το Διοικητικό Σύστημα Των Νοσοκομείων Από Την Σύσταση Του Ελληνικού Κράτους.....	80
<b>6.2</b>	Τα Πρώτα Συστήματα Διοίκησης.....	81
<b>6.3</b>	Οι Πρώτες Μεταρρυθμίσεις Του Αναγκαστικού Νόμου 965/1937, Στην Διοίκηση Των Νοσοκομείων.....	82
6.3.1	Η Καθιέρωση Του Θεσμού Των Διοικητικών Συμβουλίων (ΔΣ).....	83
<b>6.4</b>	Οι Βελτιώσεις Του Διοικητικού Συστήματος Των Νοσοκομείων Από Τον Νόμου 2592/1953.....	85
<b>6.5</b>	Τα Κεντρικά Και Τα Περιφερειακά Όργανα Στην Υγεία Πριν Το ΕΣΥ.....	86
<b>6.6</b>	Οι Καινοτομίες Του Νόμου 1397/1983, Στην Διοίκηση Των Νοσοκομείων.....	89
6.6.1	Η Αναβάθμιση Στην Διοίκηση Των Νοσοκομείων.....	89
<b>6.7</b>	Νέοι Θεσμοί Διοίκησης.....	90
<b>6.8</b>	Οι Νομοθετικές Αλλαγές Και Η Καθιέρωση Του Θεσμού Του Γενικού Διευθυντή, Την Δεκαετία Του 1990.....	91
<b>6.9</b>	Σχέδιο Μεταρρύθμιση – Υγεία Για Τον Πολίτη.....	93
6.9.1	Η Περιφερειακή Συγκρότηση Του ΕΣΥ.....	94
6.9.2	Η Διοίκηση Των Πε.Σ.Υ.Π.....	94
6.10	Η Μεταρρύθμιση Στα Νοσοκομεία.....	95

## **Κεφάλαιο 7° Νοσοκομείο Και Ανθρώπινο Δυναμικό**

<b>7.1</b>	Νοσοκομείο Και Υπηρεσίες Υγείας.....	98
7.1.1	Ιατρική Υπηρεσία.....	99
7.1.2	Νοσηλευτική Υπηρεσία.....	101
7.1.3	Διοικητική Υπηρεσία.....	103
7.1.4	Τεχνική Υπηρεσία.....	105
<b>7.2</b>	Το Ανθρώπινο Δυναμικό Στις Υπηρεσίες Υγείας Στην Ελλάδα.....	105
7.2.1	Συγκεντρωτικά Στοιχεία Του Ανθρώπινου Δυναμικού Του Υπουργείου Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Στις 31/10/2005.....	106
<b>7.3</b>	Εκπαίδευση.....	107
7.3.1	Εκπαίδευση Διοικητικού, Τεχνικού Και Λοιπού Προσωπικού.....	108
7.3.2	Σύστημα Κινήτρων Και Αντικινήτρων Στα Νοσοκομεία.....	108



## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> Μονιμότητα Στον Δημόσιο Τομέα**

<b>8.1</b>	Ιστορική Εξέλιξη Του Θεσμού Της Μονιμότητας.....	112
<b>8.2</b>	Η Καθιέρωση Του Θεσμού Της Μονιμότητας Των Δημοσίων Υπαλλήλων.....	114
<b>8.3</b>	Τι Ισχύει Σήμερα.....	117
<b>8.4</b>	Η Μονιμότητα Στις Υπηρεσίες Υγείας.....	119

## **Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup> Η Δημόσια Διοίκηση Στην Ελλάδα**

<b>9.1</b>	Χαρακτηριστικά Της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, Σύμφωνα Με Εμπειρογνώμονες.....	122
<b>9.2</b>	Βασικά Χαρακτηριστικά Της Δημόσιας Διοίκησης Στην Ελλάδα.....	124
9.2.1	Γραφειοκρατία.....	124
9.2.2	Ακαταλληλότητα Της Διοίκησης.....	124
<b>9.3</b>	Οι Επιπτώσεις Στην Διοίκηση Των Νοσοκομείων.....	126
<b>9.4</b>	Από Την Δημόσια Γραφειοκρατία, Στο Management.....	129

## **Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup> Νοσοκομείο Και Ανθρώπινο Δυναμικό**

<b>10.1</b>	Η Έννοια Του Συνδικαλισμού.....	130
<b>10.2</b>	Τα Χαρακτηριστικά Του Συνδικαλισμού Στον Χώρο Της Υγείας.....	132
<b>10.3</b>	Ο Συνδικαλισμός Και Η Διοίκηση Των Νοσοκομείων.....	134
<b>10.4</b>	Απαιτήσεις Εργαζομένων Στα Δημόσια Νοσοκομεία Του ΕΣΥ.....	135

<b>Συμπεράσματα.....</b>	137
--------------------------	-----

<b>Πηγές Και Βιβλιογραφία.....</b>	144
------------------------------------	-----

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

## I. ΠΙΝΑΚΕΣ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1.	<i>Συνοπτική Παρουσίαση των Συστημάτων Bismark και Beveridge</i>	69
2.	<i>Αριθμός Εργαζομένων Ανά Κατηγορία</i>	106

## II. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Α/Α	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1.	<i>Το Πολιτικό Σύστημα</i>	32
2.	<i>Το Σύστημα Υγείας, Κατά τον Καθηγητή Levy Emil</i>	44
3.	<i>Το Σύστημα Υγείας Ως Παραγωγική Διαδικασία</i>	46
4.	<i>Σύστημα Υγείας Και Περιβάλλον</i>	47
5.	<i>Σκοποί Και Στόχοι Συστήματος Υγείας</i>	50
6.	<i>Τα Επίπεδα Της Περίθαλψης</i>	54
7.	<i>Το Υπόδειγμα Reutstein</i>	55
8.	<i>Το Υπόδειγμα ΙΤΤΙΓ</i>	57
9.	<i>Παράδειγμα Ανώτερης Οργανωτικής Δομής Νοσοκομείου</i>	99
10.	<i>Οργάνωση – Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας</i>	101
11.	<i>Οργάνωση Και Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας</i>	103
12.	<i>Οργάνωση Και Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας</i>	104

## Σ Υ Ν Τ Ο Μ Ε Υ Σ Ε Ι Σ

<b>Α.Α.Ε.Δ.Υ.</b>	<i>Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπάλληλων</i>
<b>Α.Ε.Π.</b>	<i>Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν</i>
<b>ΑΕΔ</b>	<i>Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο</i>
<b>Βλ.</b>	<i>Βλέπε</i>
<b>Γ.Σ.Ε.Ε.</b>	<i>Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος</i>
<b>Δ.</b>	<i>Διάταξη</i>
<b>Δ.Υ.Π.Ε.</b>	<i>Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας</i>
<b>ΔΣ</b>	<i>Διοικητικό Συμβούλιο</i>
<b>ΕΣΥ</b>	<i>Εθνικό Σύστημα Υγείας</i>
<b>κα</b>	<i>Και Άλλα</i>
<b>ΚΕ.Σ.Υ.</b>	<i>Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας</i>
<b>κλπ.</b>	<i>Και τα λοιπά</i>
<b>Ν.Π.Δ.Δ.</b>	<i>Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου</i>
<b>Ν.Π.Ι.Δ.</b>	<i>Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου</i>
<b>ΝΟ.Ε.</b>	<i>Νοσηλευτική Επιτροπή</i>
<b>ΟΟΣΑ</b>	<i>Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης</i>
<b>οπ.</b>	<i>Όπως παραπάνω</i>
<b>ΠΔ</b>	<i>Προεδρικό Διάταγμα</i>
<b>ΠΕ.Σ.Υ.</b>	<i>Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας</i>
<b>Πε.Σ.Υ.Π.</b>	<i>Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας</i>
<b>ΠΟΥ</b>	<i>Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας</i>
<b>πχ</b>	<i>Παραδείγματος Χάριν</i>
<b>σελ.</b>	<i>Σελίδα</i>
<b>ΣΥ</b>	<i>Σύστημα Υγείας</i>
<b>Τ.Ε.Ι.</b>	<i>Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία</i>
<b>Τ.Ε.Π</b>	<i>Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών</i>
<b>ΥΥΚΑ</b>	<i>Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης</i>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο 20<sup>ος</sup> αιώνας υπήρξε, κατά γενική ομολογία και παραδοχή, ο πιο καθοριστικός στην ιστορία της ανθρωπότητας. Η συσσωρευμένη γνώση των προηγούμενων χιλιετιών, οι κατακτήσεις του ανθρώπινου πνεύματος και η πληθώρα ιστορικών γεγονότων και κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών ανακατατάξεων που συντελέστηκαν κατά τα προηγούμενα χρόνια, βρήκαν στον 20<sup>ο</sup> αιώνα τον ζωτικό εκείνο χώρο για να αξιοποιηθούν στο έπακρο, να δοκιμαστούν, να αναθεωρηθούν, να αμφισβητηθούν και να δώσουν στην ανθρωπότητα μια πρωτοφανή δυναμική που όμοια της δεν είχε παρατηρηθεί ποτέ έως τότε.

Ίσως δεν υπάρχει πιο εύστοχος χαρακτηρισμός για τον 20<sup>ο</sup> αιώνα από αυτόν που του απέδωσε ο Eric Hobsbawm ως «Εποχής των Άκρων», στο ομώνυμο έργο του «Age Of Extremes : The Short Twentieth Century». Κατά την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα παρατηρήθηκε, όχι μόνο η μέγιστη, αλλά και η ταχύτερη πρόοδος σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δράσης. Ποτέ άλλοτε η επιστήμη δεν έφτασε σε τόσο υψηλές κατακτήσεις. Ποτέ άλλοτε η τεχνολογία δεν κατέγραψε τέτοια αλματώδη εξέλιξη. Ποτέ άλλοτε οι άνθρωποι δεν αφομοίωσαν σε τέτοιο βαθμό ιδέες και δεν διεκδίκησαν με τόσο πάθος την διάδοσή τους ή ακόμη και την επιβολή τους. Ποτέ άλλοτε η ανθρωπότητα δεν υπήρξε τόσο μαζικά ευαισθητοποιημένη, τόσο μαχητική και διεκδικητική, τόσο εμποτισμένη με οράματα και φιλοδοξίες, τόσο ασυμβίβαστη και τόσο ζωντανή.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η Δημόσια Διοίκηση λόγω της εξουσίας που κατέχει και των πολυεπίπεδων διαπροσωπικών σχέσεων που συνεπάγεται, αποτελεί το ιδανικό πεδίο για την διαμόρφωση όλων των παραγόντων εκείνων, που έχουν σαν σκοπό την προάσπιση του δημοσίου συμφέροντος, του συμφέροντος των πολιτών και του ελληνικού Κράτους. Ωστόσο, τα σημερινά στοιχεία για την ελληνική Δημόσια Διοίκηση δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικά, όσον αφορά την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα βασικά αίτια αυτού οφείλονται κυρίως στην γραφειοκρατία, στην απαρχαιωμένη αντίληψη των υπαλλήλων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, την έλλειψη εκπαίδευσης, την έλλειψη συλλογικών διαδικασιών. Επίσης στην έλλειψη ουσιαστικού διαλόγου μεταξύ των παραγωγικών φορέων και του Κράτους, καθώς και στην έλλειψη

μηχανογραφικού συστήματος, ιδιαίτερα στον χώρο των νοσοκομείων, την ένταξη στο σύστημα στελεχών χωρίς αξιολογικά κριτήρια (πελατειακές σχέσεις) και γενικότερα η σύγχυση που δημιουργείται για τον ρόλο του Κράτους, κυρίως για το που αρχίζει και τελειώνει το Κράτος ή ο ιδιωτικός τομέας.

Αποστολή του σύγχρονου νοσοκομείου, είναι να καλύπτει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανάγκη που ώθησε στην ίδρυση του. Οι υπηρεσίες που προσφέρει ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι πολλές, ενώ η σχέση του με τους πολίτες είναι πολύπλευρη. Δηλαδή, ένας από τους βασικότερους παράγοντες που διασφαλίζουν την διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών είναι, η οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών που παρέχουν τις εν λόγω υπηρεσίες. Η λέξη «οργανισμοί» μπορεί να αναφέρεται σε απλά ιατρεία, σε κέντρα υγείας, σε θεραπευτήρια κλπ. Αλλά είναι γενικά αποδεκτό ότι, η υψηλότερη και καλύτερη μορφή υγειονομικών υπηρεσιών παρέχεται από τα νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες λοιπόν, που προσφέρονται στους νοσοκομειακούς οργανισμούς, μέσα από μια μακρά διαδρομή στον χρόνο, αναπτύχθηκαν, διευρύνθηκαν και οργανώθηκαν έτσι που σήμερα να αποτελούν τεράστια και πολύπλοκα συστήματα, τα οποία απασχολούν ένα σημαντικό τμήμα του εργατικού δυναμικού μιας χώρας και απορροφούν ένα ακόμη μεγαλύτερο τμήμα του ΑΕΠ της.

Το σύγχρονο νοσοκομειακό σύστημα γίνεται όλο και περισσότερο πολύπλοκο, επεκτείνοντας ολοένα και περισσότερο τις δραστηριότητες του. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας, των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας και τις αυξημένες απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών, οδήγησε σε όλο και μεγαλύτερες ανάγκες σε προσωπικό, υλικοτεχνική υποδομή και σύνθετες λειτουργίες. Επομένως, η ορθολογική οργάνωση, διοίκηση και διαχείριση (management) τέτοιου μεγέθους και πολυπλοκότητας οργανισμών (με την λέξη «οργανισμός» στο εξής θα αναφερόμαστε μόνο στο νοσοκομείο και όχι σε άλλους οργανισμούς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών), κρίνεται πολύ σημαντική παράμετρος τόσο για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τους, όσο και την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών που παρέχουν.

Όπως είναι γνωστό, η σύνθεση των υπηρεσιών και των λειτουργικών μονάδων, το είδος του εξοπλισμού και ο τρόπος χρησιμοποίησής του, οι συνθήκες εργασίας του ανθρώπινου δυναμικού, ο τρόπος μεταβίβασης εξουσίας και ευθύνης, η εκπαίδευση και συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού, η μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομειακών μονάδων κλπ, αποτελούν όλα μαζί το οργανωτικό πλαίσιο της

παραγωγικής διαδικασίας του νοσοκομειακού τομέα. Ο εν λόγω τομέας, αντιμετωπίζει στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια μια από τις μεγαλύτερες κρίσεις του, με αντίκτυπο τόσο στην σωστή λειτουργία των μονάδων, όσο και στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στο κοινό.

Βέβαια, τα τελευταία χρόνια, γίνεται μια προσπάθεια για αλλαγή και αναβάθμιση της ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, σύμφωνα πάντα με τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Έτσι κάθε Κυβέρνηση και γενικότερα η πολιτική ηγεσία αυτού του τύπου προσπαθεί, αλλά με αργά βήματα, να επιταχύνει τις διαδικασίες εισαγωγής νέων τεχνολογιών, την πάταξη της γραφειοκρατίας, καθώς και την ποιοτική αναβάθμιση του προσωπικού του δημοσίου και ιδιαίτερα των νοσοκομείων, στην περίπτωση μας. Δεν πρέπει να ξεχνούμε πως το Κράτος δεν είναι εχθρός του πολίτη και πως υποχρέωση του, είναι ο σεβασμός και η προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι, η αποτύπωση των βασικών χαρακτηριστικών που συνθέτουν το ελληνικό διοικητικό σύστημα, καθώς άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν και την διοίκηση των νοσοκομείων και την παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Μέσα στα πλαίσια αυτής της προβληματικής χώρισα την εργασία μου σε τέσσερα (4) μέρη.

Στο **πρώτο μέρος**, επιχειρείται μια γενική αναφορά στην εμφάνιση και εξέλιξη του Κράτους Πρόνοιας, καθώς και του φαινομένου της υγείας, από κοινωνικής άποψης (*Κεφάλαιο 1*). Επιπλέον, γίνεται μια αναφορά στην έννοια της Δημόσιας Διοίκησης, με μια απεικόνιση του διοικητικού συστήματος, από την Κυβέρνηση μέχρι και την Διοίκηση των νοσοκομείων (*Κεφάλαιο 2*).

Στο **δεύτερο μέρος**, αναλύεται το Σύστημα Υγείας (*Κεφάλαιο 3*), μέσα στο οποίο λειτουργεί και αναπτύσσεται ένα νοσοκομείο, (το οποίο αποτελεί υποσύστημα του Συστήματος Υγείας) και οι υπηρεσίες υγείας (*Κεφάλαιο 4*), που παρέχονται μέσα σε αυτό.

Στο **τρίτο μέρος**, εξετάζεται η ιστορική εξέλιξη (*Κεφάλαιο 5*), καθώς και το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας των σύγχρονων ελληνικών νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, αναλύονται τα είδη της νοσοκομειακής περίθαλψης, η οργανωτική δομή ενός νοσοκομείου, οι αρμοδιότητες των οργάνων διοίκησης και των γνωμοδοτικών οργάνων των νοσοκομείων του ΕΣΥ (*Κεφάλαιο 6*). Κλείνοντας αυτό το μέρος, γίνεται μια παρουσίαση των υπηρεσιών των νοσοκομείων, του ανθρώπινου δυναμικού τους, καθώς και παραγόντων και κινήτρων, όπως η εκπαίδευση, τα μισθολογικά, τα βαθμολογικά κλπ κίνητρα, που συμβάλλουν στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας του προσωπικού (*Κεφάλαιο 7*).

Στο *τέταρτο μέρος*, επιχειρείται μια προσεγγιστική παρουσίαση της Δημόσιας Διοίκησης στην Ελλάδα, αναφέροντας τα χαρακτηριστικά της (*Κεφάλαιο 9*). Ενώ παράλληλα γίνεται μια προσπάθεια για την αποσαφήνιση του ρόλου της μονιμότητας (*Κεφάλαιο 8*) και του συνδικαλισμού (*Κεφάλαιο 10*), στον δημόσιο τομέα και ειδικότερα στο επίπεδο των νοσοκομείων.

Η παρούσα μελέτη, ολοκληρώνεται με κάποιες συμπερασματικές παρατηρήσεις γύρω από την έντονη, τελικά, επιρροή που ασκεί η Δημόσια Διοίκηση στην διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Επιπλέον, γίνεται μια αναφορά στο τι θα πρέπει να αλλάξει προκειμένου η Δημόσια Διοίκηση να συνδράμει καθοριστικά στην προσπάθεια για την λειτουργία αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων νοσοκομείων, που θα παρέχουν ουσιαστικότερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες, ως οφείλουν, εκπληρώνοντας εν τέλει τον λόγο ύπαρξης τους.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### Κράτος Πρόνοιας και Υπηρεσίες Υγείας

#### 1.1 Ιστορική Εξέλιξη Του Κράτους Πρόνοιας

Ο όρος «Κράτος Πρόνοιας» εκφράζει μια βαθιά **μεταβολή** στην σχέση κράτους – κοινωνίας : από την μια πλευρά, εκφράζει την πρακτική επέκταση των ευθυνών ενός κράτους, το οποίο δεν περιορίζεται πλέον στην διαφύλαξη των υπαρχουσών ισορροπιών, αλλά επιφορτίζεται με την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική προστασία. Από την άλλη πλευρά, επικυρώνει την ανάδυση μιας νέας εικόνας του κράτους που θεωρείται επιφορτισμένο με την αποστολή και εξοπλισμένο με την ικανότητα να ανταποκρίνεται σε όλα τα κοινωνικά αιτήματα, να ικανοποιεί της πάσης φύσεως ανάγκες των ατόμων και των ομάδων. Το Κράτος Πρόνοιας είναι ταυτόχρονα μια στρατηγική παρέμβασης και μια συμβολική εικόνα, που ενισχύονται και συντηρούνται αμοιβαία (Chevallier J., 1993).

Ο θεσμός του κράτους πρόνοιας (welfare state) ή κράτους ευημερίας δεν είναι πρόσφατος, πρόκειται για έναν θεσμό που διαμορφώθηκε στην μακρόχρονη ιστορία της ανθρωπότητας, αλλά πήρε την σημερινή του μορφή μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, με την ριζική μεταστροφή των αντιλήψεων για τον ρόλο και τις ευθύνες του σύγχρονου κράτους.

Στοιχεία άσκησης κοινωνικής πολιτικής από την κρατική εξουσία μπορούν να ανιχνευθούν τόσο στην αρχαία Ελλάδα, όσο και στην Αίγυπτο, αλλά και πολύ αργότερα από τους Ρωμαίους. Γύρω στον 6<sup>ο</sup> αιώνα π.χ. η πόλη – κράτος της Αθήνας είχε υιοθετήσει πολιτικές για την άμβλυση των κοινωνικών αντιθέσεων και ανισοτήτων, όπως την δωρεάν χορήγηση τροφίμων σε περιόδους κακής σοδειάς, η κοινωνική φροντίδα των αναπήρων πολέμου και άλλων πολιτών που είναι ανίκανοι για εργασία, η παροχή ιατρικής περίθαλψης του δημοσίου (Υφαντόπουλος Γ. – Μανιαδάκης Ν., 1994). Στην αρχαία Ρώμη θεσπίστηκαν επίσης, κατά καιρούς ορισμένα μέσα κοινωνικής πρόνοιας, όπως η απαγόρευση με την Lex Poetelia το 326 π.χ. του δανεισμού με υποθήκη του σώματος, η καθιέρωση δωρεάν διανομής τροφίμων στους άνεργους τον 2<sup>ο</sup> π.χ. αιώνα κ.α. Επιπλέον την περίοδο εκείνη



εμφανίστηκαν και οι πρώτες οργανώσεις αλληλοβοήθειας των ελεύθερων εργαζομένων και των τεχνιτών<sup>1</sup>.

Κατά την μεσαιωνική περίοδο οι παράγοντες που επηρέασαν αποφασιστικά την διαμόρφωση της κοινωνικής πρόνοιας ήταν ο φεουδαρχισμός και η εκκλησία. Την περίοδο αυτή οργανώθηκαν ομοιοεπαγγελματικές ομάδες (συντεχνίες), με στόχο να προασπίσουν τα οικονομικά συμφέροντα των μελών τους. Πέραν των άλλων αρμοδιοτήτων τους<sup>2</sup>, οι συντεχνίες ίδρυσαν επίσης ταμεία για την αντιμετώπιση της ασθένειας και για την καταβολή των εξόδων κηδείας, με τον καθορισμό των αντίστοιχων εισφορών. Μάλιστα, πολλές συντεχνίες διέθεταν οικονομικούς πόρους για την συντήρηση δικών τους νοσοκομείων και λουτρών, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και την καταβολή μισθού στους ασθενείς εργαζομένους. Παράλληλα και υπό την σκέπη της εκκλησίας, δημιουργήθηκαν θεσμοί παροχής κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας. Συγκεκριμένα, ιδρύθηκαν νοσοκομεία, γηροκομεία και πτωχοκομεία, τα οποία παρείχαν περίθαλψη και αρωγή στους ασθενείς και τους φτωχούς.

Κατά την περίοδο της Αναγέννησης (15<sup>ος</sup> – 16<sup>ος</sup> αιώνας), παρουσιάζεται μια σημαντική μετάβαση από την παγανία και την μαγεία στην ουσιαστική ανάπτυξη των πρώτων επιστημονικών αντιλήψεων για την Ιατρική, την Χημεία, την Φυσική, τα Μαθηματικά και τις άλλες επιστήμες. Παράλληλα, εμφανίζονται τα «Τάγματα των Αδελφών του Ελέους», που είχαν ως κύριο σκοπό την περίθαλψη των ορφανών, των αστέγων και των ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Ο παράγοντας, όμως που έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην εξέλιξη του Κράτους Πρόνοιας ήταν η βιομηχανική επανάσταση (Υφαντόπουλος Γ. –Μανιαδάκης, 1994). Η μεγάλη συγκέντρωση εργατικού δυναμικού στα μεγάλα βιομηχανικά κέντρα, δημιούργησε την ανάγκη να ληφθούν κάποια μέτρα για την προστασία του πληθυσμού αυτού. Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων δεν είχε κανένα άλλο περιουσιακό στοιχείο εκτός από την ικανότητα του για εργασία. Έτσι, το άτομο σε περιπτώσεις ατυχημάτων, ασθενειών και άλλων απρόβλεπτων καταστάσεων έμενε απροστάτευτο και εξαρτιόταν αποκλειστικά από την φιλανθρωπία των υπολοίπων και την οικογένεια του (αν είχε). Όλα αυτά, στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα και στις αρχές του 20<sup>ου</sup>, οδήγησαν στο πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που

<sup>1</sup> Τέτοιες οργανώσεις ήταν η Collegia Tenuiorum και η Collegia Funeraticia, Βλ. Προβόπουλος Γ., «Κοινωνική Ασφάλιση», ΙΟΒΕ ε.μ. 15, 1987, σελ 5

<sup>2</sup> Έλεγχος της τοπικής αγοράς, της εισόδου νέων μελών, των μισθών, του ωραρίου εργασίας κλπ

εμφανίζεται στην Γερμανία, του Bismark. Την περίοδο 1883 – 1889, λοιπόν, οι επαγγελματικές συντεχνίες επιτυγχάνουν μια σειρά από νομοθετικές ρυθμίσεις, που αναφέρονταν στην προστασία των εργατών και των μελών των οικογενειών τους, έναντι κάποιας ασθένειας, ενός εργατικού ατυχήματος, των γηρατειών και αργότερα της ανεργίας<sup>3</sup>. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας των μισθωτών και άλλων επαγγελματικών κατηγοριών, το οποίο αποκαλείται *υπόδειγμα Bismark ή Κλασικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ή Ηπειρωτικό Σύστημα* (Υφαντόπουλος Γ.– Μανιαδάκης Ν., 1994) (το οποίο θα αναλυθεί εκτενέστερα στο Κεφάλαιο 4). Το σύστημα αυτό βασίστηκε στις Αρχές της Αυτοβοήθειας και της Αυτονομίας και είχε ως πηγές χρηματοδότησης του, τις ισόποσες εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Κύριος στόχος του, ήταν η διατήρηση της υφιστάμενης οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης.

Η κρίση του 1929 και η αυξανόμενη ανεργία έφεραν και πάλι στο προσκήνιο το θέμα της κρατικής προστασίας. Το 1936 ο Keynes διαμορφώνει την θεωρία του για την κρατική παρέμβαση στο οικονομικό και κοινωνικό σύστημα και οι απόψεις του αυτές οδηγούν στην υιοθέτηση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας ή Πρότυπο Beveridge ή Ατλαντικό Σύστημα (Υφαντόπουλος Γ.– Μανιαδάκης Ν., 1994), στην Αγγλία του 1948. Το πρότυπο αυτό στηρίζεται στην Αρχή της Καθολικής Κάλυψης όλου του πληθυσμού και στόχος του είναι η εξασφάλιση ενός ελάχιστου εισοδήματος και επιπέδου διαβίωσης. Η χρηματοδότηση του γίνεται διαμέσου της φορολογίας (μεγαλύτερη ανάλυση στο Κεφάλαιο 4).

Μπορούμε να πούμε υιοθετώντας την ορολογία του T. Parsons (Parsons T., 1964), ότι το Κράτος Πρόνοιας αποτελεί ένα είδος «εξελικτικής καθολικότητας». Επιπλέον, γίνεται φανερό ότι τρεις ήταν οι παράγοντες που συνέτειναν στην εξέλιξη και καθιέρωση του θεσμού (Chevallier J., 1993) :

- ο οικονομικός παράγοντας : με την εμφάνιση του καπιταλισμού το κράτος αναγκάστηκε να επέμβει ενεργά προκειμένου να μετριάσει τις οδυνηρές διαταραχές, τις οποίες προκάλεσε το πέρασμα από ένα σύστημα ανταγωνιστικό σε ένα καπιταλισμό μεγάλων μονάδων, ο οποίος επέφερε ακόμη μεγαλύτερα οικονομικά χάσματα μεταξύ των κοινωνικών τάξεων.
- ο πολιτικός παράγοντας : ο παράγοντας αυτός συνδέεται με την άνοδο των πολιτικών δυνάμεων που πρόσκεινται στον σοσιαλισμό. Αυτή η άνοδος

<sup>3</sup> Πρόκειται για τους Νόμους της 31/05/1883 και 22/07/1889. Βλ. Προβόπουλος Γ., «Κοινωνική Ασφάλιση», IOBE ε.μ. 15, 1987, σελ 6

εκφράζεται κυρίως, με την ανάπτυξη του συνδικαλιστικού κινήματος και το σχηματισμό σοσιαλιστικών κομμάτων (π.χ. SFIO, Γαλλία 1905).

- ο ιδεολογικός παράγοντας : το κράτος δεν γίνεται πια αντιληπτό μόνο ως μια απόμακρη και μεγαλοπρεπή εξουσία, επιφορτισμένη να μεριμνά για την διατήρηση των συνολικών ισορροπιών, αλλά έχοντας εναχθεί σε κηδεμόνα της αντίστοιχης ανθρώπινης κοινότητας και σε προστάτη καθενός, φαίνεται να έχει αναλάβει την αποστολή, και έχει προικισθεί με την ικανότητα, να ανταποκρίνεται στο σύνολο των αιτημάτων και να ικανοποιεί τις πάσης φύσεως ανάγκες των ατόμων και ομάδων.

## **1.2 Μετάβαση Από Το Κράτος Δικαίου Στο Κοινωνικό Κράτος Δικαίου**

Η εμφάνιση και η εξέλιξη της αρχής του κράτους δικαίου συνδέεται με τις διεκδικήσεις της αστικής τάξης και τοποθετείται μέσα στην πραγματικότητα και την αντίστοιχη ιδεολογία του φιλελευθερισμού. Βάση του κράτους δικαίου αποτέλεσε δηλαδή, η αρχή του ιδιωτικού δικαίου και η ελευθερία της αγοράς. Η κυριαρχία της αστικής τάξης, που είχε εκτοπίσει την πολιτική – κρατική εξουσία στις απολύτως αναγκαίες μορφές λειτουργίας της, χαρακτηρίστηκε ως «δικαιωματοκρατία» (Τσουκαλάς Κ., 1991). Η κρίση, η ανεπάρκεια και οι συνέπειες του φιλελευθερισμού είχαν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους ή Κράτους Πρόνοιας. Αυτό ήρθε κυρίως ως συνέπεια του γεγονότος ότι ο άνθρωπος όλο και περισσότερο περνά σε μια εξάρτηση από την οργανωμένη σε πολιτεία κοινωνία (Τσάτσος). Όπως, δηλαδή, σωστά παρατήρησε ο Forshoff «ο άνθρωπος που δεν κουβαλάει το νερό από το πηγάδι, τα ξύλα για θέρμανση από το δάσος, την διατροφή του από τον αγρό ή τον στάβλο, ζει πια σε μια κατάσταση πολλών αναγκών. Χρειάζεται την οργανωμένη φροντίδα και εκτεταμένους μηχανισμούς πρόνοιας για να απολαύσει αυτά που του είναι απαραίτητα για την ζωή του».

Η ανακατανομή των αγαθών και η παρέμβαση στις υφιστάμενες σχέσεις ιδιοκτησίας αποτέλεσαν, επομένως, το έναυσμα για την παρέμβαση του κράτους στην οικονομική και κοινωνική ζωή. Αυτή ακριβώς η αρχή της κρατικής παρέμβασης ήταν

η βάση της ιδεολογίας του Κράτους Πρόνοιας<sup>4</sup>. Αρχικά, εμφανίστηκε η ανάγκη προστασίας της εθνικής βιομηχανίας από τον διεθνή ανταγωνισμό (Μανιτάκης Ν., 1994), οι διεκδικήσεις, έπειτα, των εργαζομένων που ζητούσαν μέτρα προστασίας της μισθωτής εργασίας καθώς και διαφόρων δεινών, όπως π.χ. ανεργία, ασθένεια, ατυχήματα, γηρατειά κ.λ.π. και τέλος η έντονη και αποφασιστική παρουσία των συνδικαλιστικών οργανώσεων και των κομμάτων στην πολιτική, κοινωνική και οικονομική ζωή, συντέλεσαν όλα μαζί από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα στην ριζική αλλαγή της φιλελεύθερης θεώρησης των σχέσεων κράτους και κοινωνίας. Η βασική, λοιπόν, αλλαγή που επέρχεται είναι ότι ενώ κατά την αμιγή φιλελεύθερη ιδεολογία, το κράτος δεν παρεμβαίνει ούτε στην διαμόρφωση, ούτε στην ανακατανομή του εθνικού εισοδήματος η ιδεολογία του κοινωνικού κράτους προϋποθέτει την παρέμβαση του κράτους και το καθιστά υπεύθυνο για την επιβίωση των ατόμων και αρμόδιο για την κατανομή των κοινωνικών πόρων. Όπως, χαρακτηριστικά αναφέρει ο κ. Τσουκαλάς (Τσουκαλάς Κ., 1991) «.....για πρώτη φορά στην ιστορία, κατασκευάζεται ένα κοινωνικό «όλο» που εμφανίζεται ως αδιάβροχο σε σχέση με οποιαδήποτε αλληλέγγυα ιδεολογία. Η κοινωνία δεν είναι απλώς άθροισμα ατόμων, αλλά συγκροτείται ως άθροισμα μη αλληλέγγυων ατόμων».

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι η αρχή του κοινωνικού κράτους δεν αποτελεί αμφισβήτηση του αστικού κράτους, αλλά εκσυγχρονισμό του και επομένως συμβολή στην αναπαραγωγή του. Πράγματι, όπως αρχικά τονίσαμε, το κράτος δικαίου ταυτιζόμενο με το φιλελεύθερο κράτος έρχεται να διασφαλίσει νομικά ένα κοινωνικό status quo, τις κοινωνικές και οικονομικές κατακτήσεις της αστικής τάξης. Το κοινωνικό κράτος έρχεται να αμφισβητήσει, φαινομενικά τουλάχιστον, αυτό το status quo. Δηλαδή, από την μια περιέχει την αξίωση ανακατατάξεων στην οικονομική και κοινωνική ζωή, και από την άλλη όμως προϋποθέτει και την ενσωμάτωση στην οικονομικοκοινωνική ζωή όλων των αντιτιθέμενων κοινωνικών και πολιτικών δυνάμεων (Τσάτσος). Με άλλα λόγια, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το φιλελεύθερο κράτος δικαίου έχει μετασηματιστεί σε κοινωνικό κράτος δικαίου(Μανιτάκης Ν.,1994). Μετασηματισμός όμως, εδώ σημαίνει *μετεξέλιξη* και όχι υποκατάσταση του ενός τύπου από τον άλλο. Διότι, τα δικαιοκρατικά γνωρίσματα δεν έχουν εγκαταλειφθεί στο Κράτος Πρόνοιας, αλλά αντίθετα μάλιστα, ενυπάρχουν

<sup>4</sup> Η αρχή του Κοινωνικού Κράτους ή Κράτους Πρόνοιας, πρωτοδιατυπώθηκε από τον γερμανό πολιτειολόγο Heller H.

κάπως αλλαγμένα στην νέα κρατική μορφή, η οποία δεν καταργεί την προηγούμενη, αλλά την συμπληρώνει<sup>5</sup>.

### 1.3 Δραστηριότητες Και Μηχανισμοί Παρεμβάσεις Του Κράτους Πρόνοιας

Το Κράτος Πρόνοιας αποτελείται από συστηματικά μέτρα δράσης, τα οποία λαμβάνονται από το ίδιο το κράτος προκειμένου η ανθρώπινη συμβίωση να αποδίδει το μέγιστο κοινωνικό όφελος. Με μια άλλη διατύπωση, το κοινωνικό κράτος «...αποτελεί το σύνολο των μέτρων και των θεσμών, δια των οποίων επιδιώκεται η συνεχής βελτίωση των ποσοτικών σταθμητών όρων διαβίωσης των κοινωνικών ομάδων και ιδίως εξ' αυτών των οικονομικά ασθενέστερων, προς του σκοπού όπως εξασφαλιστούν προϋποθέσεις κοινωνικής ελευθερίας δι' άπαντα τα μέλη της κοινωνίας» (Πάτρας Λ., 1974). Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε, ότι το σύγχρονο κοινωνικό κράτος εμφανίζει δύο κύριες πλευρές δραστηριοτήτων (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996) :

α. πρόβλεψη για κοινωνικές υπηρεσίες σε άτομα και οικογένειες. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα (συντάξεις, επιδόματα ανεργίας, ασθενείας, αναπηρίας κλπ) και παροχές σε είδος (υγεία, εργασία, στέγη κλπ).

β. λήψη μέτρων που βελτιώνουν τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων και των ομάδων μέσα στον πληθυσμό, όπως π.χ. μέτρα που αφορούν την βελτίωση των συνθηκών εργασίας ή την υιοθέτηση μιας φορολογικής πολιτικής υπέρ των οικονομικά αδυνάτων.

Το σύγχρονο Κράτος Πρόνοιας, φορολογεί τον εργαζόμενο πληθυσμό άμεσα ή έμμεσα. Οι μη εργαζόμενοι και οι οικονομικά αδύνατοι, πληρώνουν μόνο έμμεσους φόρους. Οι οικονομικοί πόροι που συγκεντρώνονται χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Το σύνολο αυτών των παροχών αποτελεί σήμερα αυτό που πολλοί ονομάζουν «κοινωνικό μισθό». Έτσι, το κράτος μέσα από τέτοιου είδους παρεμβάσεις, λειτουργεί καταλυτικά για την κοινωνική

<sup>5</sup> Παρόλο που παρατηρούνται σοβαρές αλλαγές στον ρόλο του Κράτους, δεν αναιρούνται, ωστόσο, οι καταστατικές αρχές ή οι φιλελεύθερες δομές του. Αυτές εξακολουθούν να στηρίζονται στην πολιτική αντιπροσώπευση, στην διάκριση των εξουσιών, στην σχετική αυτονομία του Κράτους από την κοινωνία και στην διάκριση της δημόσιας από την ιδιωτική σφαίρα, καθώς και της πολιτικής από το δίκαιο και την οικονομία, και βέβαια, στους θεσμούς της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και της ατομικής ιδιοκτησίας.

«αποσυμπίεση», αλλά και την διατήρηση και αναπαραγωγή τόσο του εργατικού δυναμικού, όσο και του μη εργατικού. Με αυτόν τον τρόπο το κράτος μπορεί να επιτύχει τους στόχους και της κοινωνικής δικαιοσύνη, αλλά και τους οικονομικούς στόχους σύμφωνα με την κεϋνσιανή θεωρία (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996) : οι μηχανισμοί παρέμβασης του Κράτους Πρόνοιας προσανατολίζονται στην άνοδο των παροχών με σκοπό να αυξήσουν την ενεργό ζήτηση και την κατανάλωση, οι οποίες θα οδηγήσουν στην οικονομική ανάπτυξη. Τέλος, τέτοιου είδους μηχανισμοί βοηθούν στην δημιουργία κλίματος κοινωνικής συναίνεσης και κοινωνικής συνοχής μέσα από την άμβλυση των κοινωνικών αντιθέσεων και συγκρούσεων.

#### **1.4 Οι Υπηρεσίες Υγείας Ως Βασικός Προσδιοριστικός Παράγοντας Του Κράτους Πρόνοιας**

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης καθώς και αυτές της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν την «ραχοκοκαλιά» του Κράτους Πρόνοιας. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης αναπτύχθηκαν παράλληλα με το Κράτος Πρόνοιας. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και παρέχεται, σε όλες σχεδόν τις αναπτυγμένες χώρες, ισότιμα και σχεδόν δωρεάν σε όλους τους πολίτες. Οι αυξημένοι οικονομικοί πόροι μετατρέπονται όχι μόνο σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, αλλά και σε καλύτερα και περισσότερα νοσοκομεία και γιατρούς, καινούργια φάρμακα, μηχανήματα και θεραπείες. Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα πολλές και επικίνδυνες ασθένειες να εξαλείφονται συνεχώς και το επίπεδο υγείας των λαών να βελτιώνεται σημαντικά. Αλλά τι εννοούμε με τον όρο «υγεία» ;

##### **1.4.1 Θεωρητικός Προσδιορισμός Της Έννοιας «Υγεία»**

Σύμφωνα με την UNESCO (UNESCO, 1972) δεν υπάρχει σαφής ομοιόμορφος τρόπος ορισμού της υγείας και ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος την αντιλαμβάνεται, άλλαξε σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, καθώς αυξάνονταν οι γνώσεις γύρω από αυτήν. Σύμφωνα λοιπόν, με την UNESCO η υγεία είναι μια χαλαρή έννοια η οποία ενώ μεν γίνεται άριστα κατανοητή και εφαρμόζεται στην



πράξη σε μια ευρεία περιοχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς (human behavior), δεν είναι ωστόσο ούτε ενιαία, ούτε και προσδιορίζεται με σαφήνεια, δηλαδή τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να ορισθεί η σωματική (bodily) και η ψυχική (mental) υγεία δεν είναι κατ' ανάγκη ομοιόμορφα, ούτε υπάρχει ένας ομοιόμορφος τρόπος διακρίσεως της υγείας από άλλες ανθρώπινες καταστάσεις, όπως π.χ. η νόσος ή η πάθηση.

Ο προφανέστερος τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος καταλαβαίνει την υγεία, είναι η ανυπαρξία οποιουδήποτε υποκειμενικού συναισθήματος ενόχλησης, ή ανικανότητας και η έλλειψη οποιασδήποτε αντικειμενικής λειτουργικής διαταραχής (Λιαρόπουλος Λ., 1993). Ακόμη απλούστερα, ο Μπένθαμ έχει ορίσει την υγεία «σαν την κατάσταση απουσίας της νόσου». Με την πάροδο των χρόνων οι αλλαγές στον χώρο της ανθρώπινης γνώσης έχουν επιφέρει αλλαγές στο θεωρητικό προσδιορισμό της έννοιας της υγείας. Έτσι, οι παραπάνω ορισμοί άρχισαν να αποδεικνύονται ανεπαρκείς. Έγινε φανερό ότι υπάρχουν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που μπορεί να είναι παρούσες στον οργανισμό χωρίς να προκαλούν ενοχλήματα ή αντικειμενικές λειτουργικές διαταραχές. Σύμφωνα με αυτήν την διάσταση δόθηκε ο ευρύτερος δυνατός ορισμός της έννοιας, που είχε καθιερωθεί και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ)<sup>6</sup> : «υγεία, είναι όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας, αλλά η πλήρης σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου».

Η εννοιολογική θεώρηση της υγείας, όμως, απασχόλησε και πολλούς συγγραφείς, η προβληματική των οποίων εκφράζει την υγεία, είτε σε όρους συντελεστών παραγωγής, είτε σε όρους περιεχομένου ενός δείκτη καλής υγείας. Συγκεκριμένα, ο H. Sigprist, το 1941, υποστήριξε ότι «η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία της ασθένειας και του θανάτου, αλλά είναι και η βιολογική ικανότητα του ανθρώπου να αντέχει και να αντιμετωπίζει τις οργανικές του ανωμαλίες». Ο F.Roberts (1952) συμφωνεί με τον ορισμό της ΠΟΥ, λέγοντας ότι «η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία της ασθένειας, αλλά είναι η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ισορροπία και άλλα συστατικά στοιχεία, όπως η κουλτούρα και ποιότητα ζωής. Τέλος ο γάλλο – αμερικάνος βιολόγος R.Dubos υποστηρίζει ότι «η υγεία δεν είναι πάρα ικανότητα αποτελεσματικής άσκησης των καθημερινών λειτουργιών στα πλαίσια ενός δεδομένου περιβάλλοντος, και καθώς αυτό διακρίνεται από μια εξέλιξη, η υγεία

<sup>6</sup> Βλ. WHO, «Handbook Of Resolutions and Decisions of The World Health Assembly and The Executive Board 1973 – 1982», 5<sup>th</sup> edition, Genève 1983, vol. 2

είναι μια διαδικασία καθημερινής προσαρμογής στην αντιμετώπιση των κοινωνικών, υγειονομικών κλπ προβλημάτων».

Οι παραπάνω απόψεις στην πλειοψηφία τους δεν ορίζουν θεωρητικά την υγεία, αλλά διατυπώνουν και αναπτύσσουν τα στοιχεία και το περιεχόμενο ενός δείκτη καλής υγείας. Αντίθετα, ο Ιπποκράτης δίδει μια σωστότερη κατεύθυνση για τον θεωρητικό προσδιορισμό της υγείας, το ρόλο, την θέση και τις σχέσεις της με την αναπτυξιακή διαδικασία. Έτσι, στον ορισμό (Ρομπόλης Σ., 1989) του υποστηρίζει ότι «υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους αρμονίας με το σύμπαν», δηλαδή με το οικογενειακό, φυσικό, εργασιακό, κοινωνικό κλπ, περιβάλλον. Η κατάσταση αυτή δεν διατηρείται παρά κάτω από την βασική προϋπόθεση της δυναμικής ικανοποίησης των αναγκών υγείας στα πλαίσια της εξασφάλισης μια ευρύτερης ισορροπίας.

Στις μέρες μας η εννοιολογική προσέγγιση της υγείας γίνεται κυρίως με την παραδοσιακή οικονομική θεωρία, η οποία ορίζει την υγεία ως ένα παραγόμενο προϊόν και τις δαπάνες υγείας ως μια επένδυση που προορίζεται να αυξήσει το ανθρώπινο κεφάλαιο. Η θεωρητική αντίληψη της υγείας στην παραδοσιακή οικονομική σκέψη, εντοπίζεται στο ότι αποτελεί πρωταρχικό στοιχείο του συντελεστή «εργασία» που είναι ενσωματωμένο στον άνθρωπο και παράγεται είτε από τον ίδιο, είτε από το ιατρικό σύστημα, το οποίο παράγει με την σειρά του ένα αγαθό : την υγεία. Με άλλα λόγια παράγει ανθρώπους ικανούς να εργασθούν και να παράγουν με την σειρά τους αγαθά και υπηρεσίες (Ρομπόλης Σ., 1989). Από αυτήν την οπτική, λοιπόν, η υγεία ως οικονομικό αγαθό είναι ένας στρατηγικός στόχος ανάπτυξης, όπως το ΑΕΠ, γεγονός που προσδίδει και ένα δυναμισμό στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας. Μια τέτοια στρατηγική του συστήματος υγείας απορρέει από την θεώρηση της υγείας ως κατάστασης πλήρους αρμονίας με το σύμπαν (οικογενειακό, φυσικό, εργασιακό, κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο περιεχόμενο των κατηγοριών του περιβάλλοντος οικοδομείται και διαμορφώνεται στην αναπτυξιακή διαδικασία).

Στο σημείο αυτό, όμως, είναι χρήσιμο να κάνουμε μια σύντομη ανασκόπηση του πώς διαμορφώθηκαν ιστορικά οι υπηρεσίες υγείας.



#### **1.4.2 Διαμόρφωση Των Υπηρεσιών Υγείας Από Την Αρχαιότητα Ως Σήμερα**

Η σύγχρονη επιστημονική ιατρική έχει μια ιστορία όχι μεγαλύτερη των δύο αιώνων, ενώ αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι μόλις τον 20<sup>ο</sup> αιώνα παρατηρούνται θετικά αποτελέσματα από μια επίσκεψη ενός «μέσου» ασθενή σε ένα «μέσο» γιατρό (Abel B – Smith, 1994). Παρ' όλα αυτά δεν μπορεί κανείς να αρνηθεί ότι δεν είχαν εφαρμοστεί αποτελεσματικές θεραπείες για κάποιες ασθένειες, λόγω ακριβώς της κατανόησης του τρόπου που η ασθένεια εκδηλώνεται και εξαπλώνεται. Η ιστορική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, αλλά και της διαδικασίας και του τρόπου παροχής της φροντίδας προς το άτομο και την κοινότητα, ακολουθεί και επηρεάζεται από τις κυρίαρχες σε κάθε εποχή και τόπο, κοινωνικές, πολιτισμικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες (Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., 1996). Ιδιαίτερα για την ιατρική επιστήμη και την αποτελεσματικότητα της ενάντια στην αρρώστια, στον πόνο και στον θάνατο, μπόρεσε να αποκτήσει αξιοπιστία μόλις στα τέλη του περασμένου αιώνα, όταν άρχισαν να εφευρίσκονται διάφορα φάρμακα, όπως η ατροπίνη, η μορφίνη, η κινίνη κλπ, αλλά και οι ακτίνες X, το μικροσκόπιο και το στηθοσκόπιο.

Από τους προϊστορικούς χρόνους ο άνθρωπος αντιμετώπιζε με δέος τον κίνδυνο της ασθένειας. Η αδυναμία του μπροστά στην αρρώστια, που πολύ συχνά τον οδηγούσε στον θάνατο, τον έκανε να δώσει θεϊκές διαστάσεις στον «μάγο» ή στον εμπειρικό θεραπευτή. Η ιατρική έπαιρνε τότε την μορφή της θυσίας ή ιεροτελεστίας και ο γιατρός – μάγος απολάμβανε τα ειδικά προνόμια που επιφυλάσσονταν στους ιερείς ή στους βασιλιάδες (Λιαρόπουλος Λ., 1993). Ανατρέχοντας στα Ομηρικά Έπη συναντούμε την πρώτη μορφή φροντίδας υγείας από τους δύο γιους του Ασκληπιού, τον Μαχάων και τον Ποδαλήρειο, οι οποίοι ακολουθούν τα στρατεύματα και περιποιούνται τους τραυματίες και τους ασθενείς (Λιαρόπουλος Λ., 1993). Πολύ νωρίτερα, γύρω στην δεύτερη χιλιετία π.Χ., καταγράφεται και η πρώτη άσκηση προληπτικής δράσης, με τους Βαβυλώνιους να απομακρύνουν τους λεπρούς από την κοινότητα, αφού παρατηρήθηκε ότι η αρρώστια αυτή ήταν μεταδοτική (Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., 1996). Η καθιέρωση του θεσμού της αμοιβής των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, πρωτοεμφανίζεται στην ίδια χιλιετία, σε

κοινωνίες που στήριζαν την παραγωγική τους δραστηριότητα στην εργασία των δούλων (Μεσοποταμία, Αίγυπτος, Ινδία, Κίνα)<sup>7</sup>.

Από τον 6<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα και μετά αναφέρεται η δημιουργία νοσοκομείων, για την περίθαλψη απόρων και αναπήρων στην Ινδία, ενώ στην Αίγυπτο παρέχεται νοσηλεία σε ναούς ή στο σπίτι. Την ίδια περίπου εποχή στην Αθήνα και σε άλλες ελληνικές πόλεις καθιερώνεται ο θεσμός του «δημοσιεύοντος ιατρού» που εκλέγεται από την εκκλησία του Δήμου για συγκεκριμένη θητεία και αμείβεται με πάγια αντιμισθία, που προέρχεται από ειδικό τέλος που επιβάλλεται στους πολίτες<sup>8</sup>. Παράλληλα, σε άλλες ελληνικές πόλεις λειτουργούν Ασκληπία (Δήλος, Πέργαμος κλπ) που αποτελούν μια πρώιμη μορφή νοσοκομείου, αφού σε αυτά παρέχεται νοσηλεία (μέχρι 2 μήνες) με καταβολή ειδικής αμοιβής από τον ασθενή<sup>9</sup>.

Ο θεσμός του «δημοσιεύοντος ιατρού» επεκτείνεται και στα χρόνια της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας και εξελίσσεται σε ένα σύστημα υγείας. Τότε ρυθμίζονται νομοθετικά ορισμένα βασικά θέματα όπως, ζητήματα αμοιβής και δεοντολογίας και ακόμη οι αναλογίες κατοίκων ανά γιατρό. Σημαντική είναι επίσης η συμβολή της Ρωμαϊκής εποχής στην άσκηση της πρόληψης (Λιαρόπουλος Λ., 1993) : η επιλογή υγιεινών τόπων διαβίωσης για την προστασία από τους ελώδεις πυρετούς, η ύδρευση, η αποχέτευση και γενικά τα έργα και τα μέτρα εκείνα δημόσιας υγιεινής, κάλυπταν το σύνολο του πληθυσμού χωρίς ταξικές διακρίσεις. Η πιο σημαντική όμως συμβολή της Ρωμαϊκής εποχής στην διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας ήταν η *εισαγωγή της κοινωνικής ασφάλισης* το 1<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα ορισμένες συντεχνίες (υφαντουργοί, σιδηρουργοί κλπ) προσλαμβάνουν γιατρούς για την περίθαλψη των μελών τους, κάνοντας έτσι, ένα είδος ταμείου υγείας.

Στα Βυζαντινά χρόνια ο θεσμός του «δημοσιεύοντος ιατρού» συνεχίζει να υφίσταται με την ανάλογη νομοθετική και οργανωτική προσαρμογή (Θεοδώρου Μ.–Σαρρής Μ. –Σούλης Σ., 1996). Στα χρόνια όμως του Βυζαντίου, η κυριότερη εξέλιξη

<sup>7</sup> Η άρχουσα τάξη στις κοινωνίες αυτές πλήρωνε γιατρούς, με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων που παρείχαν εξαρτημένη εργασία

<sup>8</sup> Ο Διόδωρος Σικελιώτης αναφέρει ότι ο θεσμός του δημοσιεύοντος ιατρού καθιερώθηκε για πρώτη φορά από τον νομοθέτη Χαρώνδα τον 6<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα, που όρισε πως οι πολίτες θα θεραπεύονται με δημόσια δαπάνη. Έτσι, οι δημοσιεύοντες ιατροί παρείχαν τις υπηρεσίες τους στους πολίτες δωρεά, χωρίς πρόσθετη αμοιβή, σε δημόσια ιατρεία ή στο σπίτι του ασθενή. Αργότερα, ο θεσμός αυτός επεκτείνεται σε όλες τις ελληνικές αποικίες. Οι κυριότεροι γνωστοί εκπρόσωποι του εν λόγω θεσμού είναι ο Δημοκύδης, ο Κροτωνιάτης, ο Αινειός και ο Τιμάναξ.

<sup>9</sup> Η παρεχόμενη φροντίδα βασίζονταν στην ερμηνεία των ονείρων και περιλάμβανε προσευχή, χαλάρωση, ανάπαυση, άσκηση, λουτρά και διαίτα, γιo τον λόγο αυτό οι εγκαταστάσεις των Ασκληπειών περιλάμβαναν κοιτώνες, ιερό, βιβλιοθήκη, στάδιο και ιατρείο. Βλ. Θεοδώρου Μ.–Σαρρής Μ. –Σούλης Σ., 1996, σελ 22

είναι η *οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης*. Έτσι, από το τέλος του 14<sup>ου</sup> αιώνα, η Ευρώπη είχε πολλά νοσοκομεία βασισμένα στην χριστιανική υποχρέωση για βοήθεια στους φτωχούς, στους αρρώστους και στους ανήμπορους. Τον 16<sup>ο</sup> αιώνα ιδρύεται στο Λονδίνο, για πρώτη φορά, συμβούλιο υγείας (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.–Σούλης Σ., 1996) (Board of Governors), που αποτελείται από 14 δημοτικούς συμβούλους και 52 επίλεκτους πολίτες. Το εν λόγω συμβούλιο διαιρείται σε τέσσερεις (4) υποεπιτροπές (μια για κάθε ένα από τα νοσοκομεία του Λονδίνου) και ασκεί έλεγχο και εποπτεία της νοσοκομειακής δραστηριότητας. Στα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα δημιουργούνται στην Ευρώπη αρκετά νοσοκομεία από πλούσιους της εποχής, στα πλαίσια της επίδειξης κοινωνικού κύρους και φιλανθρωπίας, φαινόμενο που εμφανίζεται λίγο αργότερα και στην Ελλάδα.

Οι κοινωνικές διεκδικήσεις της εποχής και οι συνέπειες της γαλλικής επανάστασης αποτέλεσαν τα σπέρματα της δημιουργίας της κοινωνικής ιατρικής και δημιουργήθηκαν συνθήκες για καλύτερη υγειονομική φροντίδα. Επιπλέον, και μεταξύ του 18<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα, αρχίζει η λειτουργία των πρώτων εξωτερικών ιατρείων ως αυτόνομων λειτουργικών μονάδων των νοσοκομείων, αρχικά στο Παρίσι και αργότερα στο Λονδίνο. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και μετά ταυτίζεται με την ανάπτυξη αυτού που ονομάστηκε Κράτος Πρόνοιας (όπως περιγράφηκε παραπάνω). Εκεί που πρέπει ίσως να σταθούμε είναι το 1946, όπου στα πλαίσια του οργανισμού Ηνωμένων Εθνών ιδρύεται η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization), που με πολλαπλές δραστηριότητες προσπαθεί να υλοποιήσει το σκοπό που ορίζει το καταστατικό της για την «.....επίτευξη του υψίστου βαθμού υγείας για όλους τους ανθρώπους.....», σε συνεργασία με τις κυβερνήσεις μέλη της (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.–Σούλης Σ., 1996). Αξιοσημείωτη είναι επίσης, η ίδρυση τον ίδιο χρόνο, της UNESCO για την παιδική προστασία.

Τα χρόνια που ακολούθησαν μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο χαρακτηρίζονται από σημαντικές ιατρικές ανακαλύψεις φαρμάκων και θεραπειών που βοήθησαν στην εξάλειψη νοσημάτων που μάστιζαν για αιώνες την ανθρωπότητα. Οι υπηρεσίες υγείας άρχισαν σταδιακά να αποτελούν ένα πολύπλοκο σύστημα. Παράλληλα στον χώρο της ιατρικής και γενικά της υγείας μπήκε σε πολύ έντονο βαθμό η τεχνολογία. Όλα αυτά οδήγησαν το κόστος των υπηρεσιών υγείας σε υψηλά επίπεδα. Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία αυξάνονται με ρυθμούς ταχύτερους από εκείνους του ΑΕΠ, συντελώντας κατά την περίοδο 1950 – 1970 σε μια ταχεία επέκταση και διεύρυνση του υγειονομικού συστήματος. Η δεκαετία του '80, ήταν η

δεκαετία όπου τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη αναζητούσαν τρόπους και πολιτικές για τον περιορισμό των δαπανών υγείας. Η δεκαετία του '90 είναι, η δεκαετία των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας και την εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο σύστημα. Μια από τις πολιτικές αυτές είναι και η εφαρμογή των σύγχρονων τάσεων στην διοίκηση και οργάνωση των νοσοκομείων, όπως θα τις αναλύσουμε παρακάτω, που έχουν ως βασικό στόχο τον έλεγχο των δαπανών και την καλύτερη αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων υγείας.

Πάντως, γίνεται κατανοητό ότι τις τελευταίες δεκαετίες και κυρίως λόγω των συνεχιζόμενων οικονομικών κρίσεων, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κατ' επέκταση το Κράτος Πρόνοιας περνάει μια από τις μεγαλύτερες κρίσεις του, μερικές παράμετροι της οποίας περιγράφονται ευθύς αμέσως.

### 1.5 Κρίση Του Κράτους Πρόνοιας

Η δυναμική του Κράτους Πρόνοιας, που αποτέλεσε ισχυρό φορέα διοικητικής επέκτασης στις δυτικές χώρες κατά την διάρκεια του δεύτερου τρίτου του 20<sup>ου</sup> αιώνα, γνωρίζει σήμερα μια από τις μεγαλύτερες κρίσεις του. Ο κλονισμός του Κράτους Πρόνοιας επήλθε σε δύο διαδοχικές φάσεις. Αρχικά, στην δεκαετία του 1960, με το άνοιγμα των συνόρων ως αποτέλεσμα της απελευθέρωσης των διεθνών ανταλλαγών και της Ευρωπαϊκής οικοδόμησης, το Κράτος Πρόνοιας δομήθηκε στα πλαίσια μιας κλειστής οικονομίας, της οποίας μπορούσε να ελέγξει εύκολα τις ποικίλες μεταβλητές και να ορίσει την ανάπτυξη, η καθιέρωση όμως μια ανοιχτής οικονομίας μεταβάλλει τις προοπτικές μετατρέποντας την ικανότητα της κρατικής ρύθμισης εν μέρει σε χίμαιρα<sup>10</sup>.

Κατά δεύτερο λόγο, το Κράτος Πρόνοιας δοκιμάστηκε σκληρά από τις συνέπειες της κρίσης που πλήττει, από την δεκαετία του 1970, τις δυτικές οικονομίες. Από την μια μεριά, το κράτος δεν πέτυχε να αντιμετωπίσει τις οικονομικές δυσκολίες<sup>11</sup>, από την άλλη, η οικονομική κρίση οδηγεί τα συστήματα κοινωνικής προστασίας στα πρόθυρα της κατάρρευσης : η επιβράδυνση της οικονομικής δραστηριότητας και η συνεχής επιδείνωση της ανεργίας, έχουν ως αποτέλεσμα

<sup>10</sup> Οι επιχειρήσεις πρέπει πλέον να υπολογίζουν στις δικές τους δυνάμεις, και όχι στην βοήθεια του Κράτους, για να αντιμετωπίσουν τον διεθνή ανταγωνισμό.

<sup>11</sup> Όλα τα μέτρα που ελήφθησαν για να διαφυλάξουν τον ρυθμό της ανάπτυξης και την πλήρη απασχόληση απέτυχαν.

αφ' ενός να περιορίσουν τα έσοδα και αφ' ετέρου να αυξήσουν το ύψος των δαπανών (επιδόματα ανεργίας, πρόωρες συντάξεις κλπ). Έτσι, λόγω της αδυναμίας περαιτέρω φορολογικής επιβάρυνσης των επιχειρήσεων και των νοικοκυριών, η συμπίεση των κοινωνικών δαπανών γίνεται αναπόφευκτη ανάγκη.

Επιπλέον, το κοινωνικό κράτος φαίνεται να βαρύνεται από αναποτελεσματικότητα και κατηγορείται ότι ασκεί υπερβολική και παραλυτική επιρροή στην κοινωνική ζωή. Ο Rolf Dahrendorf διακρίνει έτσι τρία μέτωπα επίθεσης ενάντια στο Κράτος Πρόνοιας (Chevallier J., 1993) :

- την «κυανή» εναντίωση (νέα συντηρητή δεξιά), που υπερασπίζεται την εξέγερση του ατόμου ενάντια στην γραφειοκρατία και τις μεγάλες οργανώσεις και εύχεται την μείωση των φόρων και τον περιορισμό του ρόλου του κράτους,
- την «ερυθρή» εναντίωση (η νέα αριστερά), που διεκδικεί μια συμπληρωματική δόση δημοκρατίας μέσω της πραγματικής ισότητας και συμμετοχής και
- την «πράσινη» εναντίωση (οι οικολόγοι), που εμπνέεται από διαφορετικό τρόπο ζωής και εκφράζει κάποια περιφρόνηση για την ανάπτυξη.

Η υποβάθμιση του Κράτους Πρόνοιας εκφράζεται, από το τέλος της δεκαετίας του 1970, σε πολλές δυτικές χώρες, με μια υποχώρηση του οικονομικού βολонταρισμού και με μια συμπίεση των κοινωνικών δαπανών. Έτσι η νέα κοινωνική πολιτική χαρακτηρίζεται από την φροντίδα επιβράδυνσης του ρυθμού αύξησης και, αν είναι δυνατόν, μείωσης του βάρους των δαπανών που κρίνονται υπερβολικές και ανυπόφορες δεδομένης της οικονομικής συγκυρίας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Μεγάλη Βρετανία, η συμπίεση των δημοσίων δαπανών αγγίζει κυρίως τους κοινωνικού τομείς, όπως την υγεία, την κοινωνική βοήθεια, την κατοικία, την παιδεία, τις κοινωνικές ασφάλισεις κλπ. Επίσης, σοβαρά χτυπήματα δόθηκαν στα φιλόδοξα κοινωνικά προγράμματα που είχαν επεξεργαστεί στο πλαίσιο της «μάχης ενάντια στην φτώχεια».

## 1.6 Η Κρίση Των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας

Η κρίση του κοινωνικού κράτους δεν ήταν δυνατόν να αφήσει ανεπηρέαστο το σημαντικότερο ίσως υποσύνολο του, τον τομέα της υγείας. Τα διάφορα συστήματα



υγείας που αναπτύχθηκαν και λειτούργησαν μεταπολεμικά στις προηγμένες βιομηχανικά χώρες, βασίστηκαν κυρίως στο νοσοκομείο και την θεραπευτική ιατρική<sup>12</sup>, η οποία έριξε το μεγαλύτερο βάρος, στην αρρώστια και το πάσχον όργανο. Το μοντέλο αυτό με τα νοσοκομεία να αποτελούν «παλάτια» της αρρώστιας, όπως χαρακτηρίστηκαν, απορροφούσαν τους περισσότερους πόρους του τομέα υγείας και θέρπευαν μόνο το 10 – 20 % της αρρώστιας (Ο' Neill P., 1983). Αυτό, όμως είχε σαν συνέπεια η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να χάνει σταδιακά το γόητρο της και να συρρικνωθεί σημαντικά, κινδυνεύοντας ακόμη και να εξαφανιστεί από την παγκόσμια ιατρική σκηνή (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996).

Τα τελευταία χρόνια, έγινε φανερό ότι τα συστήματα περίθαλψης που είχαν μέχρι τότε αναπτυχθεί όχι μόνο δεν κάλυπταν τις ανάγκες υγείας του ατόμου και της κοινωνίας, αλλά οδηγούσαν και σε ολοένα αυξανόμενο κόστος. Η διαπίστωση αυτή ήταν αποτέλεσμα της αλλαγής των δεδομένων για την φύση της αρρώστιας, αποδείχθηκε ότι αυτή καθορίζεται όχι μόνο από το βιολογικό υπόστρωμα, αλλά κυρίως από το κοινωνικό περιβάλλον. Η ανεπάρκεια των υπηρεσιών υγείας να προσφέρουν ουσιαστική περίθαλψη, τις οδήγησε σε μια παρατεταμένη κρίση τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας είναι (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996) :

- αδυναμία βελτίωσης των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας,
- συνεχώς αυξανόμενο οικονομικό κόστος των υπηρεσιών υγείας, σε σημείο που να είναι αδύνατη η ανάπτυξη των χώρων αυτών,
- διεύρυνση των υγειονομικών ανισοτήτων μεταξύ του πληθυσμού,
- ταύτιση των παρεχόμενων υπηρεσιών με το νοσοκομειακό σύστημα, που αποδείχθηκε πολυδάπανο,
- το ιατρικό σώμα εξελίχθηκε σε μια πανίσχυρη, λόγω υψηλού καταμερισμού της γνώσης, επαγγελματική ομάδα, που δύσκολα μπορεί να ελεγχθεί.

Η Διακήρυξη της Alma – Ata, που ήταν αποτέλεσμα της ιστορικής διεθνούς συνδιάσκεψης που έγινε το 1978, στην Alma Ata της πρώην ΕΣΣΔ, υπό την αιγίδα της ΠΟΥ και της UNICEF, αποτέλεσε μια πρώτη προσπάθεια για την υπέρβαση της κρίσης. Έτσι, τα επόμενα χρόνια η ΠΟΥ κατάθεσε μια πλήρης επιστημονική πρόταση

<sup>12</sup> Η θεωρία των μικροβίων βάσει της οποίας οι γιατροί αντιμετώπιζαν μια παθολογική κατάσταση,, θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα σαν πολύπλοκη μηχανή και την αρρώστια σαν μια κατάσταση που οφειλόταν σε κάποιας μορφής σατανική επίδραση αυτών των μικροβίων σε ένα μέρος ή όργανο του ανθρώπινου σώματος. Βλ. Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996, σελ 26

που αποτελούσε σαφή στροφή προς την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας<sup>13</sup>. Ακολούθησαν οι 38 στόχοι της ΠΟΥ για «Υγεία για όλους το 2000), που διαπνέονταν από την νέα αυτή αντίληψη (στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα). Πάντως, εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι μέσα σε αυτό το διαμορφούμενο κλίμα, οι εξωνοσοκομειακές και νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αποτελούν έννοιες εναλλακτικές, αλλά συμπληρωματικές. Επομένως, η λύση δεν βρίσκεται στον παραγκωνισμό των νοσοκομείων, αλλά στην ορθολογικότερη λειτουργία τους με βάση τις σύγχρονες τάσεις διοίκησης και διαχείρισης (management), καθώς επίσης και στον επαναπροσδιορισμό του κέντρου ευθύνης του συστήματος υγείας, με βάση την νέα διευρυμένη άποψη για την έννοια της υγείας και της αρρώστιας (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996).

---

<sup>13</sup> Η νέα αυτή φιλοσοφία για την αντιμετώπιση της αρρώστιας στηρίζεται στην αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την πρόληψη και αγωγή υγείας, με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας, αλλά και του ίδιου του πολίτη. Απαιτεί ακόμα πλην του τομέα υγείας και την συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης. Αυτή η πολυτομεακή προσέγγιση αναπτύσσεται παράλληλα με την νέα αντίληψη περί «ολιστικής»ιατρικής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

### 2.1 Έννοια Του Όρου «Διοίκηση»

Ο όρος «Διοίκησης» χρησιμοποιείται με δύο έννοιες τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, συγκεκριμένα :

α. με την *λειτουργική έννοια*, δηλαδή από την άποψη της δραστηριότητας, «διοίκηση» είναι η διενέργεια νομικών πράξεων και υλικών ενεργειών για την επιδίωξη ενός σκοπού,

β. με την *οργανική έννοια*, η διοίκηση ταυτίζεται με το πρόσωπο ή τους συλλόγους προσώπων, οι οποίοι σύμφωνα με τους σχετικούς κανόνες δικαίου, έχουν δικαίωμα ή αρμοδιότητα ή υποχρέωση να ασκήσουν την δραστηριότητα αυτή.

Η διάκριση της «διοίκησης», με την λειτουργική έννοια, σε δημόσια και ιδιωτική θα μπορούσε να γίνει με κριτήριο το κίνητρο της δραστηριότητας και τον χαρακτήρα των νομικών πράξεων, με τις οποίες ασκείται η δραστηριότητα.

Κίνητρο των διοικητικών οργάνων για την άσκηση της δραστηριότητας, που προβλέπουν οι κανόνες δικαίου, είναι πάντοτε η άμεση ή η έμμεση ικανοποίηση του δημόσιου συμφέροντος. Τα όργανα αυτά δεν αποβλέπουν στην ικανοποίηση ατομικών συμφερόντων των προσώπων που τα αποτελούν, ενώ αντιθέτως, κίνητρο των ιδιωτών, και αν ακόμα η δραστηριότητα τους έχει σχέση με την ικανοποίηση του δημόσιου συμφέροντος, είναι η επιδίωξη ατομικών συμφερόντων και η απόκτηση προσωπικών πλεονεκτημάτων. Είναι όμως δυνατόν, κίνητρο των ιδιωτών να μην είναι η ικανοποίηση προσωπικών τους συμφερόντων, όπως π.χ. με την διοίκηση των φιλανθρωπικών σωματείων και των κοινωφελών ιδρυμάτων ή άλλων υποθέσεων σχετικών με καθαρά ηθικούς και κοινωνικούς σκοπούς.



## 2.2 Η Δημόσια Διοίκηση Διαχρονικά

Η ιστορική διαδρομή της σύγχρονης ελληνικής Δημόσια Διοίκησης άρχισε κατά την διάρκεια του πολέμου της ανεξαρτησίας, 1821 – 1829, και κυρίως από το 1833. Η απελευθέρωση από την σκληρή οθωμανική κυριαρχία σημαίνει και την κατάργηση κάθε διοικητικού θεσμού στον ελληνικό χώρο. Υπήρξε ιδιαίτερη ανάγκη για την δημιουργία από την αρχή μιας νέας Δημόσια Διοίκησης για το νεοσύστατο κράτος της Ελλάδας. Ωστόσο, οι τοπικές διαμάχες είχαν αποδιοργανώσει την υποτυπώδη Διοίκηση της εποχής. Τα πρώτα θετικά αποτελέσματα αρχίζουν να εμφανίζονται κατά την περίοδο στην οποία Κυβερνήτης της Χώρας ήταν ο Ιωάννης Καποδίστριας, ο οποίος κατάφερε να οργανώσει ένα σύγχρονο διοικητικό σύστημα, αν και διέθετε πενιχρά οικονομικά μέσα και ελάχιστο, χωρίς εξειδίκευση, προσωπικό.

Το διοικητικό αυτό σύστημα περιλάμβανε το κλασικό για το ενιαίο κράτος σχήμα :

- κεντρική διοίκηση (Υπουργικό Συμβούλιο και Υπουργεία),
- περιφερειακή διοίκηση,
- τοπική αυτοδιοίκηση.

Το όλο σύστημα είχε έντονο συγκεντρωτικό χαρακτήρα, με ελάχιστη αποκέντρωση και ελάχιστες αποφασιστικές αρμοδιότητες των οργάνων της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Κατά την περίοδο της Αντιβασιλείας (1833 – 1843) έγινε και η πρώτη γραφειοκρατική οργάνωση των υπουργείων και η πρόσληψη των πρώτων δημοσίων υπαλλήλων, οργανώθηκαν τα σχολεία των διαφόρων εκπαιδευτικών βαθμίδων και το Πανεπιστήμιο, καθώς και τα δικαστήρια.

Τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο υπήρχε εναλλασσόμενη κομματικοποίηση της Δημόσιας Διοίκησης. Έτσι καθυστερούσε η πρόοδος της πολιτικής ωριμότητας των πολιτών και η ανάπτυξη του δημόσιου αισθήματος. Η καθιέρωση της δημοκρατικής αρχής (1864) και του κοινοβουλευτικού συστήματος (1875) δεν βελτίωσε την κατάσταση αυτή (Σπηλιωτόπουλος, 2001).

Ουσιαστική μεταβολή επέφερε η καθιέρωση της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων με το Σύνταγμα του 1911 και ο νέος Κώδικας της τοπικής αυτοδιοίκησης (1912). Ωστόσο ο συγκεκριμένος χαρακτήρας του όλου συστήματος παρέμενε έντονος. Κατά την περίοδο 1916 – 1926, εξακολούθησαν να επικρατούν πολιτικά

κριτήρια της επιλογής και της τοποθέτησης των δημοσίων υπαλλήλων καθώς και κατά την περίοδο 1935 – 1940, με βάση το αντικομμουνιστικό κριτήριο.

Μετά τον εμφύλιο πόλεμο, έγιναν προσπάθειες για την ανασυγκρότηση της Δημόσιας Διοίκησης, όπως η ψήφιση του Κώδικα των δημοσίων υπαλλήλων (1951), ενώ τα πολιτικά κριτήρια επιλογής τους ήταν λιγότερο έντονα και παρουσιάζεται και βελτίωση της σχέσης διοικουμένων και Διοίκησης.

Κατά την περίοδο 1982 – 1989, σημειώθηκε οπισθοδρόμηση σχετικά με την στελέχωση των δημοσίων υπηρεσιών. Δεκάδες υπάλληλοι διορίστηκαν με κομματικά κριτήρια, ενώ επικράτησε και έντονος κομματισμός και στις συνδικαλιστικές οργανώσεις των υπαλλήλων, καθώς και διακριτική μεταχείριση των διοικουμένων βάσει κομματικών πάντα κριτηρίων.

Τα πράγματα άλλαξαν κατά την δεκαετία 1990 – 2000, οπότε και έγιναν σημαντικές προσπάθειες για την αναδιοργάνωση της Δημόσιας Διοίκησης. Διευρύνεται σε μεγάλη έκταση η αποκέντρωση υπέρ των περιφερειακών κρατικών υπηρεσιών. Επίσης, πολλές αποφασιστικές αρμοδιότητες που είχαν ανατεθεί στους Υπουργούς μεταβιβάστηκαν στους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας.

Το 1994, ιδρύθηκαν οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) δευτέρου βαθμού (νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις), ενώ το 1997 αναμορφώθηκε ο πρώτος βαθμός της τοπικής αυτοδιοίκησης, με την δημιουργία νέων δήμων. Έτσι δημιουργήθηκαν 900 δήμοι και 133 κοινότητες, αντί των 370 δήμων και 5.200 κοινοτήτων. Επίσης, δόθηκε μεγάλη έμφαση στην βελτίωση των σχέσεων κράτους και πολιτών, ενώ ιδρύθηκε και η ανεξάρτητη διοικητική αρχή, Συνήγορος του Πολίτη, με αρμοδιότητα να εξετάζει παράπονα των διοικουμένων για τα διοικητικά όργανα (Μακρυδημήτρης, 2001).

### 2.3 Ορισμοί Δημόσιας Διοίκησης

Ο Καθηγητής Κυριακόπουλος Ηλίας, αλλά και άλλοι συγγραφείς (Στασινόπουλος Μιχαήλ, Παπαχατζής Γεώργιος), ορίζουν ότι «Δημόσια Διοίκηση είναι η ενέργεια του Κράτους ή άλλου εντός αυτού εντεταγμένου οργανισμού, ήτις αποβέλει εις την επιμέλειαν δημοσίων συμφερόντων και δεν ανάγεται ούτε εις την σφαίραν της νομοθεσίας, ούτε εις την της δικαιοσύνης». Δημόσια Διοίκηση, είναι η καθημερινή δράση της εκτελεστικής λειτουργίας και των οργάνων της. Ακόμη, η

Δημόσια Διοίκηση αναφέρεται στην λήψη αποφάσεων, στον προγραμματισμό της εργασίας, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και στόχων, καθώς και καθιέρωση και επανεξέταση οργανισμών, οργάνωση – διοίκηση και εποπτεία υπαλλήλων, άσκηση ελέγχων και αξιολογήσεων και άλλες δραστηριότητες, που πραγματοποιούνται από κυβερνητικά όργανα (Μακρυδημήτρης Δ., 1999).

Δημόσια Διοίκηση, είναι το σύνολο των δημοσίων οργάνων που θεωρούνται από το θετικό δίκαιο ως διοικητικά. Δημόσια όργανα είναι αυτά που υπάρχουν στο κράτος και όλα τα δημόσια νομικά πρόσωπα, και ασκούν τις λειτουργίες αυτές. Η Δημόσια Διοίκηση, είναι αρμόδια στο να σχεδιάζει και να εκπληρώνει ένα ευρύ σύνολο σημαντικότερων δραστηριοτήτων από τον τομέα της κρατικής μηχανής. Η δημόσια υγεία, η εκπαίδευση, η εθνική άμυνα, τα δημόσια έργα, η περιβαλλοντική πολιτική, είναι μερικοί από τους τομείς που ανήκουν στην δικαιοδοσία της ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες εδώ και πολλές δεκαετίες για να δοθεί ένας σαφής ορισμός για την έννοια και το περιεχόμενο της Δημόσιας Διοίκησης, τόσο από έλληνες, όσες και από ξένους επιστήμονες (Μακρυδημήτρης Α., 2002).

Είναι η κυβερνητική δράση, το σύνολο των ενεργειών, τα μέσα με τα οποία εκδηλώνονται οι σκοποί και οι στόχοι της κυβέρνησης. Η Δημόσια Διοίκηση, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της επιστήμης της διοίκησης που ασχολείται με την κυβέρνηση και τα επιμέρους όργανα της και πρωταρχικό έργο της είναι η εκτελεστική λειτουργία, μέσω της οποίας υλοποιείται το κυβερνητικό έργο. Η εκτελεστική λειτουργία αποτελείται από δύο κλάδους : την εκάστοτε κυβέρνηση και την διοίκηση, με την πρώτη να χαράζει την πολιτική και την δεύτερη να εφαρμόζει την συγκεκριμένη κυβερνητική πολιτική. Έτσι, η Δημόσια Διοίκηση, από την μια πλευρά εφαρμόζει την κυβερνητική πολιτική και από την άλλη, συμμετέχει στην χάραξη της πολιτικής, θέλοντας να εκπληρώσει την αποστολή της και να συμβάλει στην επίτευξη των κυβερνητικών στόχων.

Η Δημόσια Διοίκηση, από την φύση της αποτελεί ένα δυναμικό τομέα και αυτό διότι αποτελείται από ανθρώπινο δυναμικό και δεν μπορεί να ασκείται πάντα με τους ίδιους τρόπους. Οι δραστηριότητες της επηρεάζονται από τους οικονομικούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς ή πολιτιστικούς σκοπούς του κράτους, καθώς και στις αντίστοιχες διεθνείς εξελίξεις στους επιμέρους τομείς. Οι κρατικές δραστηριότητες έχουν πολύ μεγάλη έκταση (στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, όχι στις ΗΠΑ) στην

καθημερινή ζωή και έτσι η ανάγκη για συχνή αναδιοργάνωση και αξιολόγηση είναι ιδιαίτερα απαιτητική και φυσικά πειστική (Μακρυδημήτρης Α., 1986).

Το κράτος και η Δημόσια Διοίκηση τελούν σε στενή, αμοιβαία συνάρτηση, ενώ η πορεία του ενός υπήρξε καταλυτική για την εξέλιξη του άλλου. Οι μεταβολές στον ρόλο και την δομή του Κράτους επιδρούν άμεσα και αποφασιστικά, στην φύση και μορφή της Δημόσιας Διοίκησης.

Με βάση όλα τα παραπάνω, **Δημόσια Διοίκηση**, είναι *το σύνολο των κρατικών οργάνων και μέσων, με τα οποία πολιτικές ιδέες, σχεδιασμοί και προγράμματα μετατρέπονται σε δράση και γίνονται καθημερινή πραγματικότητα*. Η διοίκηση δεν εφαρμόζει μόνο τις κυβερνητικές αποφάσεις, αλλά και τους Νόμους και το Σύνταγμα. Οι πράξεις της διοίκησης, πρέπει να είναι σύμφωνες με τον Νόμο, δηλαδή πρέπει να δέχεται εντολές, τόσο από την νομοθετική, όσο και από την εκτελεστική εξουσία.

#### **2.4 Ελληνικό Διοικητικό Δίκαιο Και Έκταση Της Δημόσιας Διοίκησης**

Στην ελληνική επιστήμη διοικητικού δικαίου, η Δημόσια Διοίκηση έχει την έννοια της *διοίκησης του Κράτους*. Δηλαδή, η Δημόσια Διοίκηση, έχει την έννοια της κρατικής οργάνωσης διαρκούς χαρακτήρα, που προσφέρει υπηρεσίες στην κοινωνία. Δημόσια Διοίκηση, είναι το σύνολο των διοικητικών αρχών που συναποτελούν οι κατά Υπουργεία οργανωμένες κρατικές υπηρεσίες και τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Δηλαδή, υπάρχει Δημόσια Διοίκηση στο μέτρο και την έκταση που το κράτος ενεργεί ασκώντας δημόσια εξουσία. Στην κατηγορία των δημοσίων νομικών προσώπων ανήκουν κατεξοχήν οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης. Επίσης, ΝΠΔΔ της λεγόμενης καθ' ύλην αυτοδιοίκησης, τα οποία αναπτύσσονται παράλληλα προς το Κράτος και το συμπληρώνουν στις δραστηριότητες του. Ανήκουν κυρίως στον τομέα της υγείας και της οικονομίας και ιδιαίτερη θέση ανάμεσα στους έχουν τα νοσοκομεία, των οποίων η ύπαρξη εκφράζει την έντονη αντίληψη, ότι η υγεία αποτελεί ένα από τα κύρια μελήματα του σύγχρονου κοινωνικού κράτους.

Ακόμη συμπεριλαμβάνονται νομικά πρόσωπα οικονομικού χαρακτήρα, που αναπτύσσουν επιχειρησιακή δραστηριότητα, διέπονται από το ιδιωτικό δίκαιο, αλλά το Διοικητικό τους Συμβούλιο διορίζεται από το Κράτος.

Εκτός από τα δημόσια νομικά πρόσωπα υπάρχουν και εταιρίες, που λειτουργούν με συμμετοχή του Κράτους και οι οποίες δεν ανήκουν στο Κράτος, με την έννοια ότι η πλειοψηφία του κεφαλαίου βρίσκεται στα χέρια ιδιωτών. Από αυτά ενδιαφέρουν εκείνα των οποίων οι δραστηριότητες είναι τυπικά μεν ιδιωτικού δικαίου, ουσιαστικά όμως είναι δημόσιες, γεγονός που συνιστά άλλωστε και το λόγω συμμετοχής του Κράτους. Η πολυκεντρική αυτή διοίκηση, στην Χώρα μας, παρατηρήθηκε μετά το τέλος της περιόδου του συνταγματικού κινήματος στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα.

Η έννοια του δημοσίου τομέα, από την άποψη του νομικού περιεχομένου της, δεν είναι προσδιορισμένη κατά τρόπο σαφή και ενιαίο. Φαίνεται να έλκει την καταγωγή της από τον χώρο της οικονομίας, όπου υποδηλώνει την οικονομική παρουσία του Δημοσίου, υπό οποιαδήποτε μορφή και αντιδιαστέλλεται προς εκείνη του ιδιωτικού τομέα. Αυτή η οικονομική παρουσία του Δημοσίου, πέραν των οικονομικών δράσεων του Κράτους (με την στενή έννοια), των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης και των ΝΠΔΔ, εκδηλώνεται με την οργάνωση και την δράση διαφόρων δημοσίων νομικών προσώπων που διέπονται καταρχήν από το ιδιωτικό δίκαιο (δημόσιες επιχειρήσεις, πρόσωπα ιδρυματικού χαρακτήρα, πρόσωπα σωματειακής φύσης) (Σπηλιωτόπουλος Ε., 2000).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η έννοια του δημοσίου τομέα εισήχθη, στην Χώρα μας, το 1982 και καθιερώθηκε νομοθετικά με τον Νόμο 1256/1982 : **Δημόσιος Τομέας**, είναι *όλοι οι κρατικοί φορείς ανεξάρτητα από το καθεστώς δημοσίου, ιδιωτικού ή μεικτού δικαίου που τους διέπει*. Από το δημόσιο τομέα, σύμφωνα με το άρθρο 19, του Νόμου 1682/1987, μπορεί να εξαιρούνται από την εφαρμογή νόμιμων περιορισμών που έχουν στο μεταξύ επιβληθεί, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ), ή υπηρεσίες ή κατηγορίες υπηρεσιών που ανήκουν σ' αυτόν κατά το άρθρο 1, του Νόμου 1256/1982.

Ο Νόμος 1892/1990, ορίζει ότι ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει :

- τις κάθε είδους δημόσιες υπηρεσίες, που υπάγονται στο νομικό πρόσωπο του Δημοσίου και εκπροσωπούνται από αυτό.
- τα κάθε είδους ΝΠΔΔ εξαιρουμένων των Χρηματιστηρίων Αξιών.

- τις κάθε είδους κρατικές ή δημόσιες και παραχωρηθείσες επιχειρήσεις και οργανισμούς
- τις τράπεζες που ανήκουν στο νομικό πρόσωπο του Δημοσίου, είτε κατά πλειοψηφία
- τις κάθε είδους θυγατρικές εταιρίες των νομικών προσώπων που αναφέρονται στις περιπτώσεις β' και γ' αυτού του άρθρου, εκτός από τις επιχειρήσεις των ΟΤΑ.

#### **2.4.1 Έννοια Της Δημόσιας Διοίκησης**

Έως πρόσφατα, δεν υπήρχε προβληματισμός στο ελληνικό διοικητικό δίκαιο με την λειτουργική έννοια της Δημόσιας Διοίκησης. Κατά τον Καθηγητή Στασινόπουλο Μ. : *«Δια του περιληπτικού όρου, «διοικήσεις» ή «δημόσια διοικήσεις» νοείται το σύνολο των διοικητικών υπηρεσιών. Διοικητικοί δε υπηρεσίαί είναι αι εντεταγμένοι εις την εκτελεστικήν λειτουργίαν της Πολιτείας. Συνεπώς διοικητικοί υπηρεσίαί είναι όλαι αι υπηρεσίαί, αι οποίαι εξαρτώνται οργανικώς από εν οιονδήποτε υπουργείον και υπόκεινται εις τον ιεραχικόν έλεγχον ή εποτείαν ενός Υπουργού». Αναφέρεται ότι «η άσκησις εξουσίας αποτελεί αποκλειστικόν προνόμιον του νομικού προσώπου του κράτους και των νομικών εκείνων προσώπων, εις τα οποία το κράτος έχει παραχωρήσει ως δοτήν την άσκησιν ταύτην, ήτοι των καλουμένων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου». Ορισμένα όργανα του Κράτους έχουν αποφασιστική αρμοδιότητα και καλούνται δημόσιες αρχές, όπως είναι ο υπουργός, ο νομάρχης, ενώ τα λοιπά απλώς συνεργάζονται προς εκείνα και είναι οι υπάλληλοι που υπηρετούν στα υπουργεία κλπ (Μακρυδημήτρης Δ., 1999).*

#### **2.4.2 Διοικητικά Όργανα**

Διοικητικά όργανα, είναι όσα δημόσια όργανα δεν ανήκουν στην νομοθετική ή δικαστική εξουσία. Κατά μια άλλη άποψη, διοικητικά όργανα είναι όσα δημόσια όργανα συνδέονται με το όργανο που λέγεται κυβέρνηση με σχέση ιεραρχίας ή ελέγχου.

Τα Διοικητικά Όργανα διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες.

Συγκεκριμένα :



- ❖ Με βάση την **ασκούμενη δραστηριότητα** διακρίνονται σε : αποφασιστικά ή γνωμοδοτικά όργανα και γενικά ή ειδικά διοικητικά όργανα.

Αναλυτικότερα :

- *Αποφασιστικά Διοικητικά Όργανα*, είναι αυτά που εκδίδουν πράξεις με τις οποίες τίθενται κανόνες δίκαιου και μεταβάλλεται η υπάρχουσα νομική πραγματικότητα. Είναι αυτά που παρέχουν άδεια ίδρυσης π.χ. φαρμακείου, που διορίζουν σε δημόσιες θέσεις τα φυσικά πρόσωπα που θα ασκήσουν τις οργανικές λειτουργίες.
- *Γνωμοδοτικά Διοικητικά Όργανα*, είναι αυτά που παρέχουν συμβουλές (γνωμοδοτούν) στα αποφασιστικά όργανα. Η άσκηση της αρμοδιότητας παίρνει συνήθως την μορφή της διατύπωσης, απλής ή σύμφωνης γνώμης ή πρότασης, προς την οποία το αποφασιστικό όργανο έχει την δυνατότητα ή την υποχρέωση, ανάλογα των περιπτώσεων, να συμμορφωθεί.
- *Όργανα Γενικής Αρμοδιότητας*, είναι εκείνα που η δραστηριότητα τους καταλαμβάνει εκτεταμένο πεδίο της διοικητικής δράσης. Είναι π.χ. ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, ο οποίος εκδίδει όλα τα ατομικά ή κανονιστικά διατάγματα. Είναι ο Νομάρχης, που ασκεί στον νομό τις αρμοδιότητες περισσότερων Υπουργών, είτε με βάση τον Νόμο, είτε μετά από παραχώρηση από τον αρμόδιο Υπουργό.
- *Όργανα Ειδικής Αρμοδιότητας*, είναι εκείνα που η δραστηριότητα τους περιορίζεται σε ορισμένο πεδίο της διοικητικής δράσης. Είναι κατ' εξοχήν οι Υπουργοί και επίσης όλα τα όργανα που ασκούν αρμοδιότητες στο πλαίσιο ορισμένου Υπουργείου.

- ❖ Με βάση τον **αριθμό των φυσικών προσώπων**, διακρίνονται σε :

- *Μονοπρόσωπα ή Ατομικά*, όπως είναι ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας και οι Υπουργοί.
- *Πολυπρόσωπα ή Συλλογικά*, όπως είναι τα δημόσια ή κοινοτικά συμβούλια, τα υπηρεσιακά συμβούλια, που αποφασίζουν ή γνωμοδοτούν σε θέματα υπηρεσιακής κατάστασης των δημοσίων υπαλλήλων. Εδώ ισχύει ο κανόνας της απορτίας για την έγκυρη λήψη απόφασης ή ο κανόνας της πλειοψηφίας.



- *Συνθετικά Όργανα*, είναι όταν δύο διαφορετικά όργανα, π.χ. ο Νομάρχης και το αρμόδιο δημοτικό συμβούλιο συμπράττουν για έγκυρη εκδήλωση νομικής δραστηριότητας (Μακρυδημήτρης Δ., 1999).
- ❖ Με βάση τα **δημόσια νομικά πρόσωπα**, με τα οποία **συνδέονται** ή των οποίων **ασκούν τις δραστηριότητες**, διακρίνονται σε :
    - *Κρατικά*, όταν συνδέονται με το Κράτος (Δημόσιο) ή ανήκουν σ' αυτό.
    - *Δημοτικά ή Κοινοτικά*, όταν συνδέονται με τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.
    - *Όργανα Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου* ή άλλων δημοσίων νομικών προσώπων κλπ.
  - ❖ Με βάση τον **τρόπο ίδρυσης** τους, διακρίνονται σε :
    - *Άμεσα Διοικητικά Όργανα*, είναι αυτά που προβλέπονται κατευθείαν από το Σύνταγμα. Είναι ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, ο Πρωθυπουργός ή οι Υπουργοί.
    - *Έμμεσα Διοικητικά Όργανα*, είναι όσα ιδρύονται από το κοινό νομοθέτη ή την Διοίκηση, όταν δρα με κανονιστική εξουσία. Είναι οι γενικοί γραμματείς των Υπουργείων, οι Νομάρχες κτλ.
  - ❖ Με βάση το **νομικό καθεστώς**, διακρίνονται σε :
    - Σε όργανα υπαγόμενα στο *δημόσιο δίκαιο*, δηλαδή αυτά που ασκούν δημόσια εξουσία.
    - Σε όργανα υπαγόμενα στο *ιδιωτικό δίκαιο*, δηλαδή όσα ασκούν – κατά κανόνα τουλάχιστον – επιχειρησιακή ή παραγωγή δραστηριότητα.

## 2.5 Συνταγματικό Πλαίσιο

Από τότε που η Ελλάδα απέκτησε την ανεξαρτησία της δοκίμασε συνταγματικές μεταβολές και μοναρχίες. Αποτέλεσμα των μεταβολών αυτών υπήρξε η πολιτική αστάθεια και οι συχνές επεμβάσεις των στρατιωτικών στην πολιτική. Συνέπεια αυτών των καταστάσεων υπήρξε η παραμέληση της δημιουργίας ικανής και αποτελεσματικής διοίκησης. Οι στρατιωτικές κυβερνήσεις κατάφεραν να

υποδουλώσουν την Δημόσια Διοίκηση, σχεδόν ολοκληρωτικά. Μετά τον τερματισμό του θεσμού της Μοναρχίας, με δημοψήφισμα το 1974, τέθηκε σε ισχύ στις 11/06/1975, το νέο Σύνταγμα, που καθιερώνει την Προεδρευόμενη Κοινοβουλευτική Δημοκρατία (Μακρυδημήτρης Α. – Μιχαλόπουλος, 2000).

**Θεμέλιο** του πολιτεύματος είναι η *Λαϊκή Κυριαρχία*.

Όλες οι εξουσίες πηγάζουν από τον λαό, υπάρχουν υπέρ αυτού και του Έθνους και ασκούνται όπως ορίζει το Σύνταγμα.

Η Δημόσια Διοίκηση, είναι οργανωμένη και λειτουργεί στο πλαίσιο των διατάξεων του ισχύοντος Συντάγματος (1975) και της συνταγματικής αναθεώρησης του 1986. Μια συνταγματική αναθεώρηση η οποία καταργεί τις «υπερεξουσίες» του Προέδρου της Δημοκρατίας και αναδεικνύει τον Πρωθυπουργό, ως το αποφασιστικό και ενιαίο κέντρο δύναμης και επιρροής εντός της εκτελεστικής εξουσίας. Το Σύνταγμα εκφράζει θεμελιώδεις πολιτικές καταστάσεις και καθορίζει του κανόνες δράσης των φορέων και των οργάνων του Κράτους. Όργανα του Κράτους, είναι τα φυσικά πρόσωπα δια των οποίων ασκείται η κρατική εξουσία. Κρατική εξουσία, είναι η αποκλειστική ανώτατη δύναμη του Κράτους, ως νομικού προσώπου να εξουσιάζει και να επιτάσσει.

## 2.6 Οργάνωση Της Δημόσιας Διοίκησης

Οι τρεις κρατικές λειτουργίες, με τις οποίες εξωτερικεύεται η κρατική εξουσία μέσω των οργάνων του είναι :

α. η *Νομοθετική Λειτουργία*, η οποία ασκείται από την Βουλή και τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας,

β. η *Εκτελεστική Λειτουργία*, που ασκείται από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας αι την Κυβέρνηση και

γ. η *Δικαστική Λειτουργία*, που ασκείται από τα δικαστήρια.

### 2.6.1. Όργανα Του Κράτους

Τα όργανα του Κράτους είναι :

- Το **Εκλογικό Σώμα**

Το εκλογικό σώμα, είναι ένα *άμεσο συλλογικό όργανο* του Κράτους και απαρτίζεται από τους ενεργούς πολίτες, τους εκλογείς. Σε μια δημοκρατική πολιτεία είναι το ανώτατο όργανο του Κράτους και ο φορέας της κρατικής εξουσίας.

- Η **Βουλή**

Η Βουλή, είναι *άμεσο συλλογικό όργανο* του Κράτους και κύριο έργο της είναι να νομοθετεί. Τα μέλη της Βουλής εκλέγονται με άμεση καθολική και μυστική ψηφοφορία από τους πολίτες που έχουν εκλογικό δικαίωμα. Η Βουλή από της ανάδειξης της είναι και μη αυτοτελές όργανο, γιατί για την άσκηση της νομοθετικής λειτουργίας απαιτείται η σύμπραξη του Προέδρου της Δημοκρατίας, ο οποίος εκδίδει και δημοσιεύει τους Νόμους, που έχουν ψηφιστεί από την Βουλή, μέσα σε έναν (1) μήνα από την ψήφιση τους.

- Ο **Πρόεδρος της Δημοκρατίας**

Ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, είναι *άμεσο, μονοπρόσωπο* και κατά κανόνα *σύνθετο όργανο* του Κράτους. Είναι ο αρχηγός του και όχι το ανώτατο ή κυρίαρχο όργανο. «Καμία πράξη του Προέδρου της Δημοκρατίας, δεν ισχύει ούτε εκτελείται χωρίς προσυπογραφή του αρμοδίου Υπουργού, ο οποίος με μόνη την υπογραφή του γίνεται υπεύθυνος, και χωρίς την δημοσίευση της στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως».

Είναι *αυτοτελές* όταν εκδίδει τα διάφορα διατάγματα και *μη αυτοτελές* όταν ακυρώνει τους Νόμους, γιατί συμπράττει ισότιμα με την Βουλή. Είναι *ρυθμιστής* του πολιτεύματος και εκλέγεται από την Βουλή για περίοδο πέντε (5) ετών. Επανεκλογή του ίδιου προσώπου επιτρέπεται μια (1) μόνο φορά (Μακρυδημήτρης Α., 1986).

- Η **Κυβέρνηση**

Η Κυβέρνηση, είναι *έμμεσο* και *συλλογικό όργανο* του Κράτους. Κατ' εξαίρεση γίνεται *άμεσο* όργανο, όταν αναπληρώνει τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας.

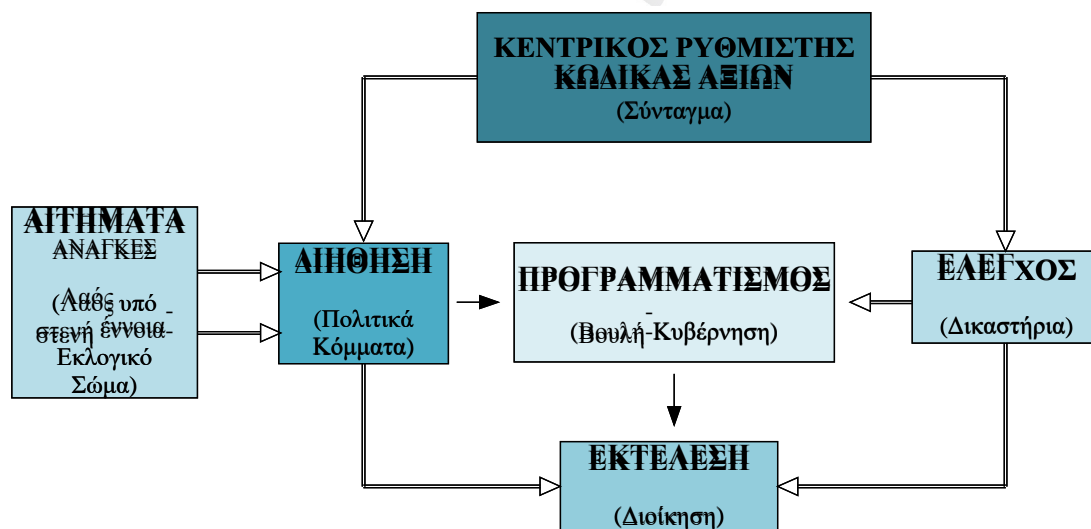
▪ Τα Δικαστήρια

Τα δικαστήρια, είναι απλά κρατικά όργανα, γιατί εκφράζουν έγκυρα την κρατική βούληση των μελών τους, χωρίς να απαιτείται σύμπραξη άλλου κρατικού οργάνου. «Η δικαστική λειτουργία ασκείται από τα δικαστήρια, οι αποφάσεις τους εκτελούνται στο όνομα του Ελληνικού Λαού». Οι δικαστικοί, ως δημόσιοι λειτουργεί, είναι έμμεσα όργανα του Κράτους, τα δικαστήρια όμως κατά την απονομή της δικαιοσύνης είναι άμεσα, γιατί αντλούν την νομική βάση και το περιεχόμενο της ενέργειας τους απευθείας από το Σύνταγμα. Το ελληνικό πολιτικό σύστημα, σύμφωνα με την Αρχή του Συντάγματος, επιδεικνύει συντεταγμένες εξουσίες στις οποίες είναι ανατεθειμένες διαφοροποιημένες λειτουργίες του πολιτικού συστήματος.

Στο παρακάτω διάγραμμα ακολουθεί το πολιτικό σύστημα της Ελλάδας :

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1**

*Το Πολιτικό Σύστημα*



Πηγή : Μακροδημήτρης Αντ., Διοίκηση και Κοινωνία. «Η Δημόσια Διοίκηση στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα, 1999

Οι αμφίδρομες συνδέσεις συμβολίζουν την σχετικότητα των διακρίσεων και τις πολλαπλές διασταυρώσεις λειτουργιών και αλληλεξάρτηση μεταξύ του συνόλου και των μερών του πολιτικού συστήματος.

Το Σύνταγμα, είναι ο κεντρικός ρυθμιστής της λειτουργίας του πολιτικού συστήματος και ασκείται από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας. Η Κυβέρνηση, καθορίζει και κατευθύνει την πολιτική της Χώρας και ο Πρωθυπουργός εξασφαλίζει την ενότητα στην δράση της και κατευθύνει τις ενέργειες της, καθώς και όλων των

δημοσίων υπηρεσιών. Η διοίκηση είναι επιφορτισμένη με την υλοποίηση επιλογών ή προγραμμάτων που προσδιορίζονται από ανάλογα εξειδικευμένα μέρη ή στοιχεία του πολιτικού συστήματος (κόμματα, Βουλή, Κυβέρνηση) και ελέγχονται από τα δικαστήρια.

**Κυβέρνηση** είναι, με την στενή έννοια, το Υπουργικό Συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από τον Πρωθυπουργό, τους Αντιπροέδρους, τους Υπουργούς, στους οποίους περιλαμβάνονται και οι αναπληρωτές και οι άνευ χαρτοφυλακίου Υπουργοί. Με την ευρεία έννοια, η Κυβέρνηση απαρτίζεται, εκτός των ανωτέρω, από τους Υφυπουργούς και άλλα συλλογικά κυβερνητικά όργανα.

Η Δημόσια Διοίκηση, απαρτίζεται από δημόσιες υπηρεσίες διεσπαρμένες σε όλη την έκταση της λειτουργίας του Κράτους : Υπουργεία, Υπηρεσίες, Γενικές Γραμματείες, Νομικά Πρόσωπα και Φορείς.

## 2.7 Εκτελεστική Εξουσία

Η γενική εικόνα της Δημόσιας Διοίκησης, είναι της πυραμίδας, την κορυφή της οποίας κατέχει ο Πρωθυπουργός, ενώ την βάση της, η Κυβέρνηση. Ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, είναι έξω από κάθε διοικητική ιεραρχία. Η Κυβέρνηση έχει προνομιακή θέση στην εκτελεστική λειτουργία, σύμφωνα με το Σύνταγμα του 1975.

### ❖ *Πρόεδρος της Δημοκρατίας*

Ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας, είναι ο αρχηγός του Κράτους, αλλά οι αρμοδιότητές του είναι περιορισμένες. Μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να συγκαλεί το Υπουργικό Συμβούλιο, υπό την προεδρεία του. Η εξουσία και η ευθύνη του Προέδρου της Δημοκρατίας ασκείται μέσω τριών (3) λειτουργιών και μερικών άλλων τυπικών αρμοδιοτήτων. Συγκεκριμένα :

#### α. *Νομοθετικές Αρμοδιότητες*

- Η τήρηση των Νόμων
- Η παροχή αμνηστίας
- Η έκδοση πράξεων νομοθετικού περιεχομένου
- Η θέση σε ισχύ του Νόμου «Περί καταστάσεως πολιορκίας», σημειωτέον ότι μετά την αναθεώρηση του Συντάγματος το 1986, έχει την

υποχρέωση να δημοσιεύσει την απόφαση της Βουλής, που έχει πλέον αυτήν την αρμοδιότητα.

β. *Διοικητικές Αρμοδιότητες*

- Ο διορισμός, η παύση των δημοσίων υπαλλήλων και η απονομή των υπό του Νόμου προβλεπομένων παρασήμων.
- Η απονομή των βαθμών στους υπηρετούντες στις ένοπλες δυνάμεις.
- Η κήρυξη πολέμου.
- Η έκδοση και δημοσίευση των Νόμων.
- Η έκδοση των διοικητικών διαταγμάτων.

γ. *Ρύθμιση Του Πολιτεύματος*

- Η σύγκλιση της Βουλής, σε σύνολο και η κήρυξη της έναρξης και λήξης κάθε τακτικής ή έκτατης συνόδου.
- Η αναστολή των εργασιών της βουλευτικής συνόδου.
- Η διάλυση της Βουλής.
- Ο διορισμός του Πρωθυπουργού και ο διορισμός και η παύση των λοιπών μελών της Κυβέρνησης και των Υφυπουργών.

δ. *Διεθνής Εκπροσώπηση*

- Η συνομολόγηση διεθνών συνθηκών
- Η εκπροσώπηση του Κράτους στις σχέσεις με τα άλλα Κράτη.

ε. *Δικαστικές Αρμοδιότητες*

- Η απονομή χάριτος.
- Ο διορισμός των δικαστικών λειτουργών.

Ο Πρόεδρος της Δημοκρατίας **δεν κυβερνά**. Είχε το δικαίωμα να εκδίδει οργανωτικά διατάγματα, με τα οποία ρυθμιζόταν η εσωτερική οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών του Κράτους και των δημοσίων υπηρεσιών (άρθρο 43, παρ. 3 του Συντάγματος του 1975), το οποίο καταργήθηκε με την αναθεώρηση του 1986. Οι λεγόμενες υπερεξουσίες του Προέδρου της Δημοκρατίας, μεταφέρθηκαν με την αναθεώρηση του 1986, είτε στο κοινοβούλιο (π.χ. δικαίωμα χορήγησης

αμνηστίας, κήρυξης κατάστασης πολιορκίας), είτε στην Κυβέρνηση (π.χ. προκήρυξη δημοψηφίσματος και διάλυσης της Βουλής).

### ❖ **Η Κυβέρνηση**

Η Κυβέρνηση είναι *συλλογικό όργανο*. Η «Αρχή της Συλλογικής Ευθύνης», διατυπώνεται στο άρθρο 82, παρ. 1, του Συντάγματος, σύμφωνα με το οποίο : «Η Κυβέρνηση καθορίζει και κατευθύνει την γενική πολιτική της Χώρας, σύμφωνα με τους ορισμούς του Συντάγματος και των Νόμων».

Η ακριβής σύνθεση της Κυβέρνησης καθορίζεται από το Σύνταγμα. Ο αριθμός και ο προσδιορισμός των χαρτοφυλακίων μεταβάλλεται. Ο αριθμός των χαρτοφυλακίων στην διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, αυξήθηκε σημαντικά συγκριτικά με τον προηγούμενο αιώνα, σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, έφτασε σε 57 μέλη (Μακρυδημήτρης Α. – Μιχαλόπουλος, 2000).

Στην Κυβέρνηση συμμετέχουν όλα τα μέλη του Υπουργικού Συμβουλίου και οι Υφυπουργοί.

Οι Υπουργοί, είναι μέλη της Κυβέρνησης και προϊστανται ενός ή περισσότερων Υπουργείων.

Ένας ή περισσότεροι Υπουργοί μπορεί να διοριστούν Αντιπρόεδροι του Υπουργικού Συμβουλίου.

Οι Υπουργοί και αναπληρωτές Υπουργοί ασκούν τις αρμοδιότητες εκείνες που τους εκχωρεί ο Πρωθυπουργός, για την καλύτερη άσκηση εποπτείας (π.χ. δημόσιας υπηρεσίας), ενώ άλλοι ασκούν συντονιστικές αρμοδιότητες. Οι Υφυπουργοί έχουν χαμηλότερη (νομικά) θέση από τους Υπουργούς. Επιβλέπουν τις δραστηριότητες ενός τομέα του Υπουργείου με την καθοδήγηση του Υπουργού.

### ❖ **Ο Πρωθυπουργός**

Ο Πρωθυπουργός έχει ως βασική αρμοδιότητα, σύμφωνα με το Σύνταγμα (άρθρο 82, παρ.2) *συντονιστικό ρόλο*. Έτσι σύμφωνα με αυτό : «Ο Πρωθυπουργός εξασφαλίζει την ενότητα της Κυβέρνησης και κατευθύνει τις ενέργειες της, καθώς και την δημοσίων γενικά υπηρεσιών για την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής μέσα στα πλαίσια των Νόμων».

Ο Πρωθυπουργός, ως Πρόεδρος του Υπουργικού Συμβουλίου, είναι πρώτος μεταξύ ίσων. Ο Πρωθυπουργός, με την αναθεώρηση του Συντάγματος του 1986, έχει αναδειχθεί σε *primus solus*, έναντι των λοιπών και αποτελεί το αποφασιστικό και



ενιαίο κέντρο δύναμης και επιρροής εντός της εκτελεστικής εξουσίας, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί πλέον ως **Πρωθυπουργοκεντρική Κοινοβουλευτική Δημοκρατία**. Ο Πρωθυπουργός συμβουλεύει τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας για την ημερομηνία διάλυσης της Βουλής, προκειμένου να διενεργηθούν γενικές βουλευτικές εκλογές.

Οι Υπουργοί και οι Υφυπουργοί, διορίζονται και παύονται πάντα με υπόδειξη του Πρωθυπουργού.

Οι αρμοδιότητες του είναι αυξημένες καθώς :

- είναι αρχηγός του κόμματος, που ασκεί εξουσία,
- είναι υπεύθυνος προς την Βουλή και την Χώρα, για την πολιτική του κόμματος που ηγείται,
- ως Πρόεδρος του Υπουργικού Συμβουλίου, η γνώμη του υπερισχύει σε περίπτωση ισοψηφίας.

#### ❖ **Το Υπουργικό Συμβούλιο**

Το Υπουργικό Συμβούλιο αποτελείται, από τον Πρωθυπουργό και τους Υπουργούς, στους οποίους περιλαμβάνονται και οι Αναπληρωτές, οι χωρίς χαρτοφυλάκιο και οι Αντιπρόεδροι της Κυβέρνησης.

Οι αρμοδιότητες του Υπουργικού Συμβουλίου, σύμφωνα με τον Νόμο 1558/1985, είναι :

- να καθορίζει και να κατευθύνει την γενική πολιτική της Χώρας,
- να αποφασίζει για πολιτικά θέματα γενικότερης σημασίας
- να αποφασίζει για κάθε θέμα αρμοδιότητας συλλογικών κυβερνητικών οργάνων ή για κάθε θέμα ενός ή περισσότερων Υπουργών που παραπέμπει σ' αυτό ο Πρωθυπουργός,
- να ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα που προβλέπει το Σύνταγμα και οι Νόμοι.

#### ❖ **Τα Κυβερνητικά Συλλογικά Όργανα**

Η πληθώρα και η πολυπλοκότητα των κυβερνητικών δραστηριοτήτων οδήγησε στην καθιέρωση των συλλογικών κυβερνητικών οργάνων, τα οποία πριν το 1985, ονομάζονταν Κυβερνητικές Επιτροπές. Καθένα από αυτά είναι αρμόδιο για ένα συγκεκριμένο τομέα ή θέμα. Έτσι, επιτυγχάνεται η ταχύτερη δράση και η λήψη αποφάσεων, ενώ ταυτόχρονα το Υπουργικό Συμβούλιο μπορεί να ασχοληθεί με τα περισσότερα σοβαρά θέματα.

Τα συλλογικά κυβερνητικά όργανα, με τις διατάξεις του Νόμου 1558/1985, είναι :

- α. το Κυβερνητικό Συμβούλιο,
- β. το Κυβερνητικό Συμβούλιο Εξωτερικής Πολιτικής και Εθνικής Άμυνας,
- γ. το Ανώτερο Συμβούλιο Οικονομικής Πολιτικής και
- δ. η Επιτροπή Τιμών και Εισοδημάτων.

#### ❖ **Το Υπουργείο**

Μετά την ισχύ του Νόμου 51/1975, τα Υπουργεία κατάρτισαν οργανισμός με έναν ομοιόμορφο οργανωτικό πρότυπο. Επικεφαλής κάθε Υπουργείου, είναι ο Υπουργός, τον οποίο ακολουθεί στην ιεραρχία ο Υφυπουργός.

#### ❖ **Ο Γενικός Γραμματέας**

Η θέση του Γενικού Γραμματέα, θα έπρεπε να ανήκει στην διοικητική ιεραρχία, σύμφωνα με τις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα, που διέπει την υπηρεσιακή κατάσταση των δημοσίων υπαλλήλων, αλλά στην πράξη είναι ο σύνδεσμος μεταξύ της πολιτικής και διοικητικής ιεραρχίας. Είναι *μετακλητός υπάλληλος* και δεν απολαμβάνει της συνταγματικής μονιμότητας, που απολαμβάνουν οι μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι. Διορίζεται και παύεται από την Κυβέρνηση και είναι το πρόσωπο της απόλυτης εμπιστοσύνης του Υπουργού. Ο Γενικός Γραμματέας, είναι ο ανώτερος διοικητικός υπάλληλος και κατέχει την ανώτερη θέση της δημοσιοϋπαλληλικής ιεραρχίας. Προΐσταται όλων των Υπηρεσιών του Υπουργείου, εκτός τις Υπηρεσίας που αποτελούν Γενικές Γραμματείες.

#### ❖ **Η Διοικητική Ιεραρχία**

Οι οργανικές διοικητικές μονάδες του Υπουργείου είναι έτσι δομημένες, ώστε να συγκεντρώνουν ομοειδείς αρμοδιότητες. Η εργασία διαιρείται σε τμήματα και κατανέμεται μεταξύ των εργαζομένων.

Η οργάνωση και η κατανομή της εργασίας γίνεται με τέσσερις (4) τρόπους, με βάση :

- τον *σκοπό*, όπου όλες οι ενέργειες για την επίτευξη του σκοπού συγκεντρώνονται σε μια οργανική μονάδα και διαχωρίζονται από τις ενέργειες που απαιτούνται για την επίτευξη άλλων σκοπών.

- την *λειτουργική*, όπου η οργάνωση γίνεται σύμφωνα με τις φάσεις της διαδικασίας που ακολουθούνται κατά την διεκπεραίωση των υποθέσεων,
- την *πελατεία*, όπου ο αριθμός των εξυπηρετούμενων πελατών από την συγκεκριμένη δραστηριότητα, ορίζει την οργάνωση.
- τον *τόπο*, όπου η οργάνωση γίνεται με βάση τις γεωγραφικές περιοχές.

Η κατά σκοπό και κατά λειτουργία οργάνωση, είναι οι πιο συνηθισμένες. Η μεν πρώτη, γίνεται με την κάθετη οργάνωση (Line) και η δεύτερη, σύμφωνα με την οριζόντια οργάνωση (Staff Structure).

Στην Κάθετη οργάνωση ή γραμμή, οι οργανικές μονάδες γραμμής έχουν την ευθύνη για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών του οργανισμού.

Στην οριζόντια οργάνωση ή επιτελική, οι οργανικές μονάδες, που η αποστολή τους είναι συμβουλευτική, βοηθούν τις μονάδες γραμμής στην επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών (Μακρυδημήτρης Α., 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 Εισαγωγικά

Οι υπηρεσίες υγείας, που περιγράφηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, αρχίζουν σταδιακά και με την βοήθεια της επιστήμης του προγραμματισμού και της οργάνωσης, να μορφοποιούνται και να συνθέτουν ένα από τα πλέον πολύπλοκα και δαπανηρά κοινωνικά συστήματα : το *Σύστημα Υγείας*. Μέσα σε αυτό εμπλέκονται, εκτός από το ανθρώπινο δυναμικό (γιατροί, νοσηλευτές, λοιπό επιστημονικό προσωπικό κλπ), τα πολυσύνθετα κτίρια, ο μηχανολογικός εξοπλισμός, αλλά και θέματα ηθικής και δεοντολογίας, κοινωνικής ισότητας και δικαιοσύνης, ιατρικού απορρήτου και τέλος οι ίδιοι οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή οι ασθενείς. Όπως είναι γνωστό, η υγεία, επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, και η αρρώστια αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο με διατομεακή δράση. Επομένως, το Σύστημα Υγείας (ΣΥ) περιλαμβάνει και υπηρεσίες, που δεν σχετίζονται αποκλειστικά και μόνο με την συμβατική ιατρική, αλλά έχουν σχέση με πρόληψη και υγειονομική διαφώτιση, με οικογενειακό προγραμματισμό, διατροφή, καθώς και με υπηρεσίες στέγης, αποχέτευσης, ύδρευσης, υγιεινής της κατοικίας και της εργασίας κα.

Έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, μπορούμε να περάσουμε σε μια πιο εκτεταμένη ανάλυση (στο παρόν κεφάλαιο) του ΣΥ. Πριν όμως προσεγγίσουμε εννοιολογικά το ΣΥ και εξετάσουμε τα επιμέρους χαρακτηριστικά του, είναι χρήσιμο να αναφερθούμε στις γενικές αρχές της συστημικής θεωρίας, έτσι όπως αναπτύχθηκε από διάφορους θεωρητικούς.

##### 3.1.1 Συστημική Προσέγγιση

Η θεωρία των συστημάτων<sup>1</sup> ασχολείται με την ανάλυση, τον σχεδιασμό και την λειτουργία συστημάτων, οντότητες οι οποίες περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις,

---

<sup>1</sup> Μια σημαντική φυσιογνωμία στην ανάπτυξη της συστημικής προσέγγισης στην διοίκηση και οργάνωση ήταν ο N. Wiener. Το βιβλίο του «Κυβερνητική», που δημοσιεύτηκε το 1948, βασίστηκε στην εργασία του από τον καιρό του πολέμου και αφορούσε την ανάπτυξη πολεμικών συστημάτων. Η έρευνα του τον βοήθησε να προσδιορίσει παρόμοια προβλήματα επικοινωνίας και ελέγχου στα ζώα, στα ανθρώπινα όντα

αλληλοσυνδεόμενα και αλληλοεξαρτώμενα μέρη. Η εν λόγω θεωρία στηρίζεται, δηλαδή, στην αποδοχή του αξιώματος ότι τα πάντα διέπονται, οργανώνονται και λειτουργούν μέσα από ένα σύστημα που συνδέεται με άλλα συστήματα των οποίων αποτελεί υπερσύστημα (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996). Η θεωρία των συστημάτων βρίσκει, όπως είναι επόμενο, μεγάλη απήχηση και στις κοινωνικές επιστήμες και αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την κατανόηση και ανάλυση διαφόρων κοινωνικών φαινομένων.

Στην βιβλιογραφία έχουν αναπτυχθεί πολλοί ορισμοί του συστήματος. Το «Μεγάλο Επίτομο Λεξικό της Ελληνικής Γλώσσας», ορίζει το σύστημα ως «το σύνολο των πραγμάτων, που βρίσκονται σε στενή μεταξύ του αλληλεξάρτησης» (Τσιούνης Σ.). Από την άλλη, το «Oxford English Dictionary», ορίζει το σύστημα ως «μια σειρά πραγμάτων συνδεόμενων ή αλληλοεξαρτώμενων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη εικόνα : ένα σύνολο που αποτελείται από επιμέρους υποσύνολα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση, σύμφωνα με κάποιο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας».

Ένας άλλος ορισμός, παρεμφερής αλλά πιο εξειδικευμένος, είναι αυτός που θεωρεί ότι «ένα σύστημα εκφράζει μια ολότητα με δεδομένη και καθορισμένη συμπεριφορά, η οποία συντίθεται από διάφορα επιμέρους στοιχεία σε δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους». Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι δεν είναι δυνατή μια κοινά αποδεκτή εννοιολογική θεώρηση του συστήματος αν και συμφωνούν στην αποδοχή διαφορετικών μεν, αλλά παρεμφερών εννοιολογικών προσδιορισμών της συστημικής θεώρησης (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996). Τέλος, ο πιο σύγχρονος ίσως, θεωρητικός της συστημικής θεωρίας ο N. Luhmann, δεν το ορίζει με ένα θετικό τρόπο, δεν περιγράφει δηλαδή, την ταυτότητα του, αλλά το ορίζει ως *διαφορά* από κάτι άλλο λέγοντας : «σύστημα είναι η διαφορά του συστήματος από το περιβάλλον του» (Luhmann N., 1995).

Πέρα από όλες αυτές τις εννοιολογικές προσεγγίσεις του συστήματος, η κατανόηση του εξαρτάται από την κατανόηση των τμημάτων που το αποτελούν, τα οποία στην λειτουργική τους έννοια συνθέτουν το όλον σύστημα. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι υπάρχουν αρχές που μπορούν να εφαρμοσθούν επί ολοτήτων, ανεξάρτητα από τις επιμέρους διαφορές μεμονωμένων στοιχείων, οι οποίες προσφέρουν,

---

και στις μηχανές. Οι ιδέες του αναπτύχθηκαν περισσότερο από μηχανικούς, βιολόγους και κοινωνικούς επιστήμονες. Η διεπιστημονική φύση της συστημικής σκέψης, είναι αυτό που προσελκύει το μελετητή της οργάνωσης και διοίκησης, ο οποίος πρέπει να χρησιμοποιήσει ιδέες, τόσο από τις φυσικές, όσο και από τις κοινωνικές επιστήμες, θεωρητικές και εφαρμοσμένες, για να κατανοήσει τις κάθε είδους οργανώσεις.

λόγω της αυξανόμενης εξειδίκευσης των διαφόρων τομέων της επιστήμης, μονοδιάστατη γνώση και άγνοια της υπαρκτής αλληλεπίδρασης, αλληλεξάρτησης μεταξύ τους (Koontz H. –Donnell C. 1984). Γενικά μπορούμε να πούμε, ότι τρεις είναι οι ιδέες πάνω στις οποίες βασίζεται η συστημική θεωρία :

α. το όλον δεν είναι μόνο ένα άθροισμα των επιμέρους στοιχείων, γιατί το σύστημα θεωρείται ως μια ολότητα,

β. τα επιμέρους στοιχεία βρίσκονται σε μια διαρκή και δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, τόσο μεταξύ τους, όσο και σε σχέση με το περιβάλλον και

γ. το σύστημα ως ολότητα, όπως και τα επιμέρους στοιχεία του, συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπληρώνουν τους στόχους για τους οποίους υπάρχουν.

### ***3.1.2 Χαρακτηριστικά Των Κοινωνικοοικονομικών Συστημάτων***

Όλα τα κοινωνικά συστήματα χαρακτηρίζονται από ορισμένες ιδιότητες, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν από κοινωνικό σύστημα σε κοινωνικό σύστημα (Θεοδώρου Μ.–Σαρρής Μ.–Σούλης Σ., 1996). Καταρχήν, τα κοινωνικά συστήματα χαρακτηρίζονται από την εγγενή ικανότητα αυτοδημιουργίας τους, μέσω αυτόματων διεργασιών ανανέωσης της οργάνωσης τους, προκειμένου να επικοινωνήσουν και εντέλει να συμβιώσουν με το περιβάλλον τους. Είναι αυτό που ο Luhmann ονομάζει «συστημικό ορθολογισμό» ή «αυτοποίηση» (Luhmann N., 1995), εννοώντας τον μηχανισμό εκείνο κάθε συστήματος, που επιτρέπει την μείωση της πολυπλοκότητας του, καθορίζει τον σχηματισμό της δομής του, αλλά και τον τρόπο δημιουργίας και αναπαραγωγής των στοιχείων του. Η αυτοποίηση, κατά τον Luhmann, αναφέρεται στην αυτοαναπαραγωγή του συστήματος και στηρίζεται στο θεμελιώδες αξίωμα, ότι ένα αυτοποιητικό σύστημα, αναπαράγει τα στοιχεία από τα οποία αποτελείται με την βοήθεια των στοιχείων που το αποτελούν. Επιπλέον, ο τρόπος, λειτουργίας και η μετεξέλιξη των κοινωνικών συστημάτων επηρεάζεται καθοριστικά από τις αλληλεπιδράσεις τους με το περιβάλλον τους.

Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να προχωρήσουμε σε μια κωδικοποίηση των χαρακτηριστικών των κοινωνικών συστημάτων :

- Τα κοινωνικά συστήματα μπορεί να είναι *ανοικτά* ή *κλειστά*, δηλαδή να ανταλλάσσουν (ανοικτά) ή όχι (κλειστά), ενέργεια, πληροφορίες, προϊόντα και υπηρεσίες με το περιβάλλον τους.

Στην πρώτη περίπτωση μάλιστα, οι επιδράσεις του περιβάλλοντος είναι καθοριστικές για το σύστημα. Βέβαια, ο Luhmann προσθέτει και μια τρίτη



κατηγορία κοινωνικών συστημάτων, τα *αυτοαναφερόμενα* κοινωνικά συστήματα (Luhmann N., 1995), λέγοντας χαρακτηριστικά ότι «..... το αυτοαναφερόμενο σύστημα παραπέμπει στην έννοια του κλειστού συστήματος, υπάρχουν όμως ουσιώδεις διαφορές μεταξύ τους. Το αυτοαναφερόμενο σύστημα δεν είναι κλειστό σύστημα, όπως είναι ένα τεχνολογικό σύστημα που λειτουργεί απλώς ως μεταλλακτικός μηχανισμός ορισμένων εισροών σε συγκεκριμένες στιγμές. Διαφέρει, επίσης και από ένα ανοικτό σύστημα, επειδή δεν έχει άμεση, κατευθείαν επαφή με το περιβάλλον του. Το αυτοαναφερόμενο σύστημα είναι κλειστό, με την έννοια ότι δεν υπόκειται σε άμεση εξωτερική ρύθμιση, αλλά έχει εσωτερικεύσει εκείνες μόνο τις όψεις του περιβάλλοντος που του επιτρέπουν την διατήρηση του ιδιάζοντος χαρακτήρα του».

- Το σύστημα πρέπει επίσης να έχει *καθορισμένα όρια*, που να το διαχωρίζουν από το περιβάλλον του.
- Τα ανοικτά κοινωνικά συστήματα εξαιτίας της συνεχόμενης ανταλλαγής πληροφοριών, ενέργειας, προϊόντων και υπηρεσιών με το περιβάλλον τους, είναι δυναμικά συστήματα, δηλαδή βρίσκονται σε μια συνεχή εξέλιξη. Υπάρχουν δύο δυναμικότητας ενός συστήματος :
  - α. η εξωτερική δυναμικότητα, όπου ο βαθμός της εκφράζεται με την συχνότητα των σχέσεων ανταλλαγής με το περιβάλλον και
  - β. η εσωτερική δυναμικότητα, που αφορά την δυναμική του μετασχηματισμού των εισαγόμενων από το περιβάλλον στοιχείων (εισροές) σε επεξεργασμένα στοιχεία προς το περιβάλλον (εκροές). Ένα ανοικτό σύστημα πρέπει να διαθέτει επίσης και διαδικασία ανάδρασης (feedback) ή επανατροφοδότησης προκειμένου να είναι σε θέση να γνωρίζει εάν πραγματικά επιτυγχάνει την δυναμική ισορροπία ή σχέση με το περιβάλλον<sup>2</sup>.
- Ένα κοινωνικό σύστημα χαρακτηρίζεται και από ένα βαθμό πολυπλοκότητας, που εκφράζεται με το πλήθος των στοιχείων που το συνθέτουν και των σχέσεων μεταξύ τους.
- Η ιεραρχία, είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό των κοινωνικών συστημάτων. Δηλαδή, όλα τα συστήματα εκλαμβάνονται ως υποσύστημα ενός ευρύτερου

<sup>2</sup> Μια εμπειριστατωμένη προσέγγιση της λειτουργίας του οικονομικοπολιτικού συστήματος με την ανάλυση εισροών – εκροών, προσφέρουν δύο γνωστοί επιστήμονες : Λεόντιεφ Β. και Ίστον Ντέιβιντ, Βλ. Schwartzberg R., «Πολιτική Κοινωνιολογία», τ.1, εκδ. Παρατηρητής 1984, σελ. 170 – 180



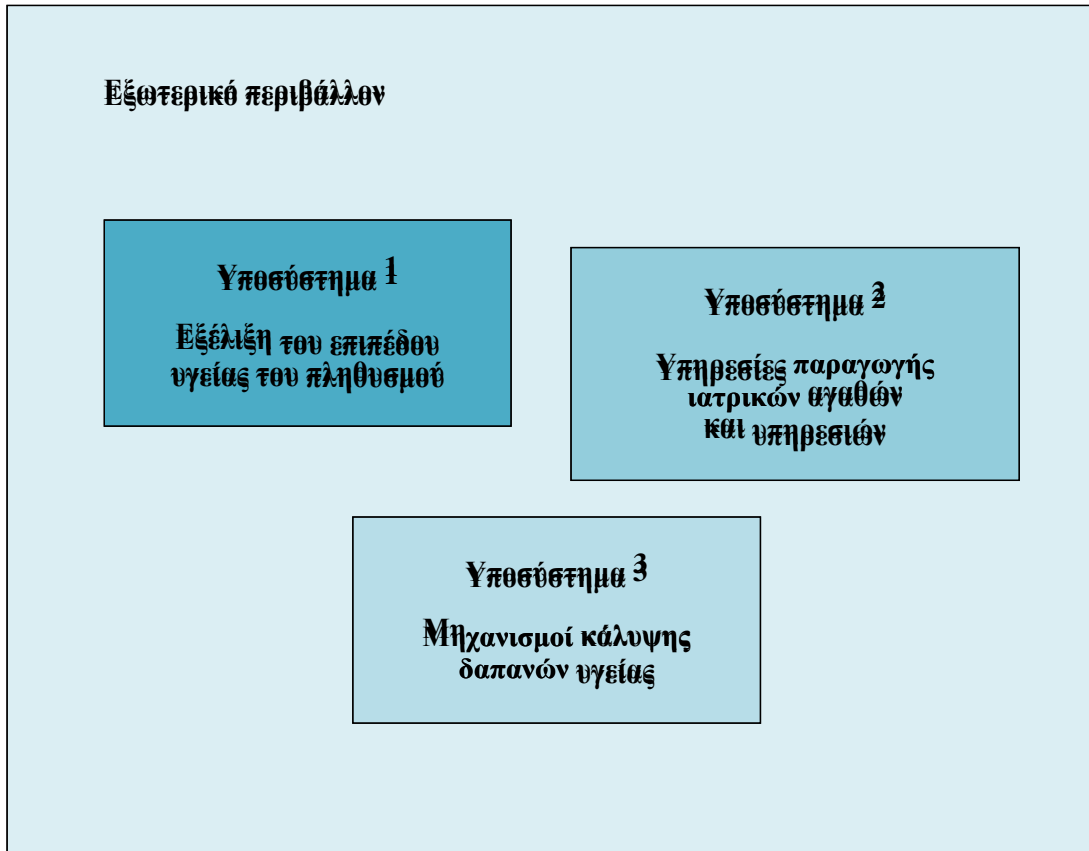
συστήματος, ή όπως αλλιώς αποκαλείται, *υπερσύστημα* που είναι ολόκληρο το σύμπαν ως όλον.

- Η *τελολογική* συμπεριφορά των συστημάτων αποτελεί μια επιπλέον ιδιότητα τους. Κάθε σύστημα, δηλαδή, επιδιώκει την επίτευξη ορισμένων στόχων, για τους οποίους υπάρχει ή έχει δημιουργηθεί.
- Τέλος, ένα επιπλέον χαρακτηριστικό των συστημάτων είναι η ενδεδειγμένη συμπεριφορά τους. Κάθε σύστημα έχει την ικανότητα να αυτοπροσδιορίζει την συμπεριφορά του προς την κατεύθυνση της εκπλήρωσης του στόχου για τον οποίο υπάρχει και αναπαράγεται. Μάλιστα, έχει την ικανότητα να αναπροσαρμόζει την συμπεριφορά του ανάλογα με τις επικρατούσες, κάθε φορά συνθήκες του περιβάλλοντος του.

Το ΣΥ είναι, βέβαια ανοικτά κοινωνικά συστήματα και έχουν όλες τις ιδιότητες, των εν λόγω συστημάτων, που προαναφέρθηκαν. Αλλά, στο σημείο αυτό είναι χρήσιμη μια πιο προσεκτική ανάλυση των σύγχρονων ΣΥ.

### 3.2 Συστημική Θεώρηση Του Φαινομένου Της Υγείας

Έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω περί συστημάτων, μπορούν να ορίσουμε το ΣΥ ως «το σύνολο των υγειονομικών μονάδων, οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση» (Θεοδώρου Μ.– Σαρρή Μ.– Σούλης Σ., 1996). Με άλλα λόγια το ΣΥ αποτελείται από επιμέρους συστήματα (υποσυστήματα), τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του ΣΥ, προκειμένου αυτό να επιτύχει τον σκοπό του, που δεν είναι άλλος από την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Το ΚΕΠΕ δίνει άλλον ορισμό για το ΣΥ (ΚΕΠΕ, 1976), όπου το θεωρεί ως «το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων».

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2***Το Σύστημα Υγείας**Πηγή : Levy 1975*

Το ΣΥ, κατά τον Καθηγητή Emil Levy, αποτελείται από τρία υποσυστήματα (Μαρδάς Γ., 1993) (βλέπε Διάγραμμα 2) :

α. Ο γύρος των καταστάσεων της ασθένειας : είναι το πέρασμα από μια κατάσταση στην άλλη, όπου το άτομο είναι δεσμευμένο μέσα σε μια διαδικασία που το οδηγεί από μια κατάσταση Α σε μια άλλη κατάσταση Β. Πρόκειται στην ουσία για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξη του.

β. Υπηρεσίες υγειονομικής παραγωγής : αυτό το υποσύστημα αφορά την παραγωγή και των υπηρεσιών και των αγαθών υγείας και αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεπίδραση. Με άλλα λόγια, αφορά τους παράγοντες της παραγωγής (προσωπικό, εξοπλισμός κλπ) και τις δομές παραγωγής. Το υποσύστημα αυτό επηρεάζεται από τους γενικότερους οικονομοτεχνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την παραγωγική διαδικασία στην οικονομία. Το κλασικό μοντέλο παραγωγής ενός ΣΥ διακρίνεται

στο Διάγραμμα 3. Σύμφωνα με το Διάγραμμα αυτό, τέσσερα (4) είναι τα συστατικά στοιχεία :

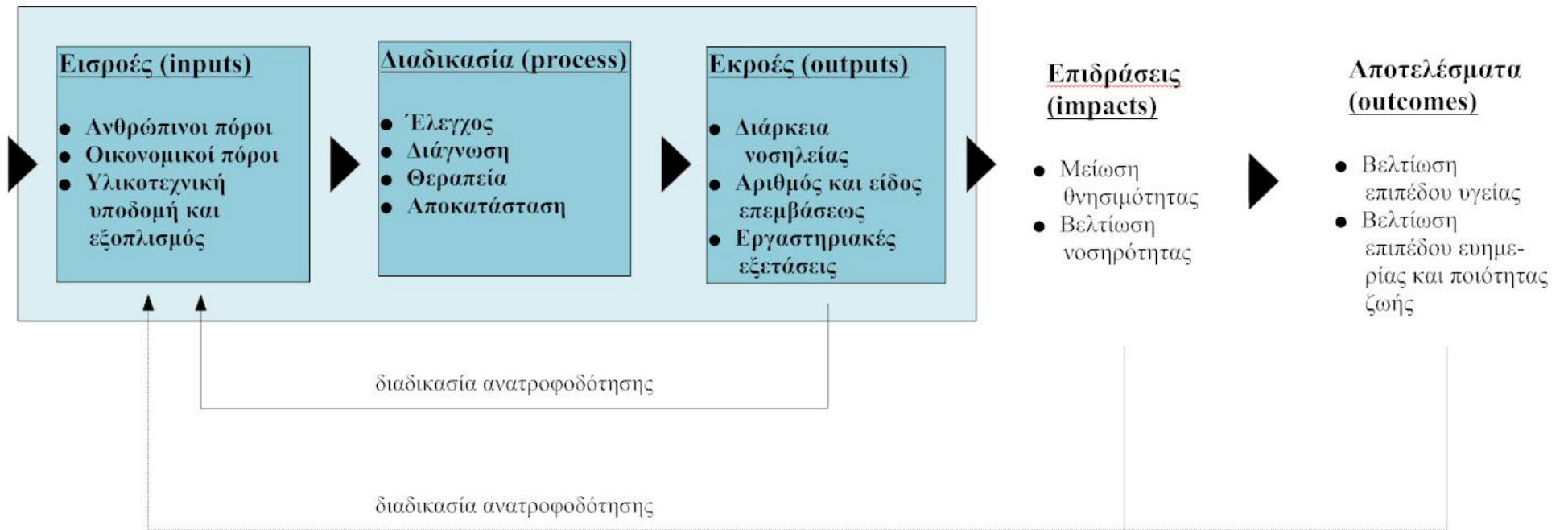
- i. οι εισροές (inputs),
- ii. η διαδικασία (process),
- iii. οι εκροές (outputs) και
- iv. τα αποτελέσματα (outcomes).

Οι εισροές του ΣΥ είναι, η κτιριακή υποδομή, ο εξοπλισμός, οι ανθρώπινοι πόροι και οι οικονομικοί πόροι. Η διαδικασία, προσδιορίζεται σαν τέτοια με την έννοια ότι ο ασθενής που προσέρχεται στο σύστημα προκαλεί μια παραγωγική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει τα εξής στάδια : i. την λήψη ιστορικού, ii. τον εργαστηριακό και κλινικό έλεγχο, iii. την διάγνωση, iv. την θεραπεία και v. την αποκατάσταση. Οι εκροές, είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εξετάσεις κλπ. Τέλος, με την καλή λειτουργία όλων των παραπάνω, διαπιστώνεται η αποτελεσματικότητα του συστήματος που δεν είναι άλλη από την βελτίωση του επίπεδου υγείας, ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού

γ. Το τρίτο υποσύστημα, αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. Η μελέτη και γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι αναγκαία, εξαιτίας του ότι : i. οι δαπάνες υγείας αυξάνονται, με ραγδαίους ρυθμούς, θέτοντας σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας<sup>3</sup>, ii. το αγαθό υγεία, θεωρείται κοινωνικό αγαθό με καταναλωτικό και επενδυτικό χαρακτήρα, που ικανοποιεί άμεσες ανάγκες και επενδύει μεσοπρόθεσμα στην παραγωγική ανάπτυξη, και iii. το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε σημαντικά και μέσω των εισφορών κάλυψε μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, με αρνητικές όμως συνέπειες στο κόστος παραγωγής στην ανταγωνιστικότητα των προϊόντων.

<sup>3</sup> Για την εξέλιξη των δαπανών υγείας, τόσο για τις χώρες της Νότιας Ευρώπης, όσο και στην Ελλάδα, Βλ. Υφαντόπουλος Γ., «Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα», εκδ. ΕΚΚΕ, 1988, σελ 135 – 175, του ίδιου, «Η Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα και στις Χώρες της Νότιας Ευρώπης», στο «Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική», των Γετίμη Π. –Γράβαρη Δ., εκδ. Θεμέλιο, 1993, σελ. 253 – 270

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3**  
*Το Σύστημα Υγείας Ως Παραγωγική Διαδικασία*



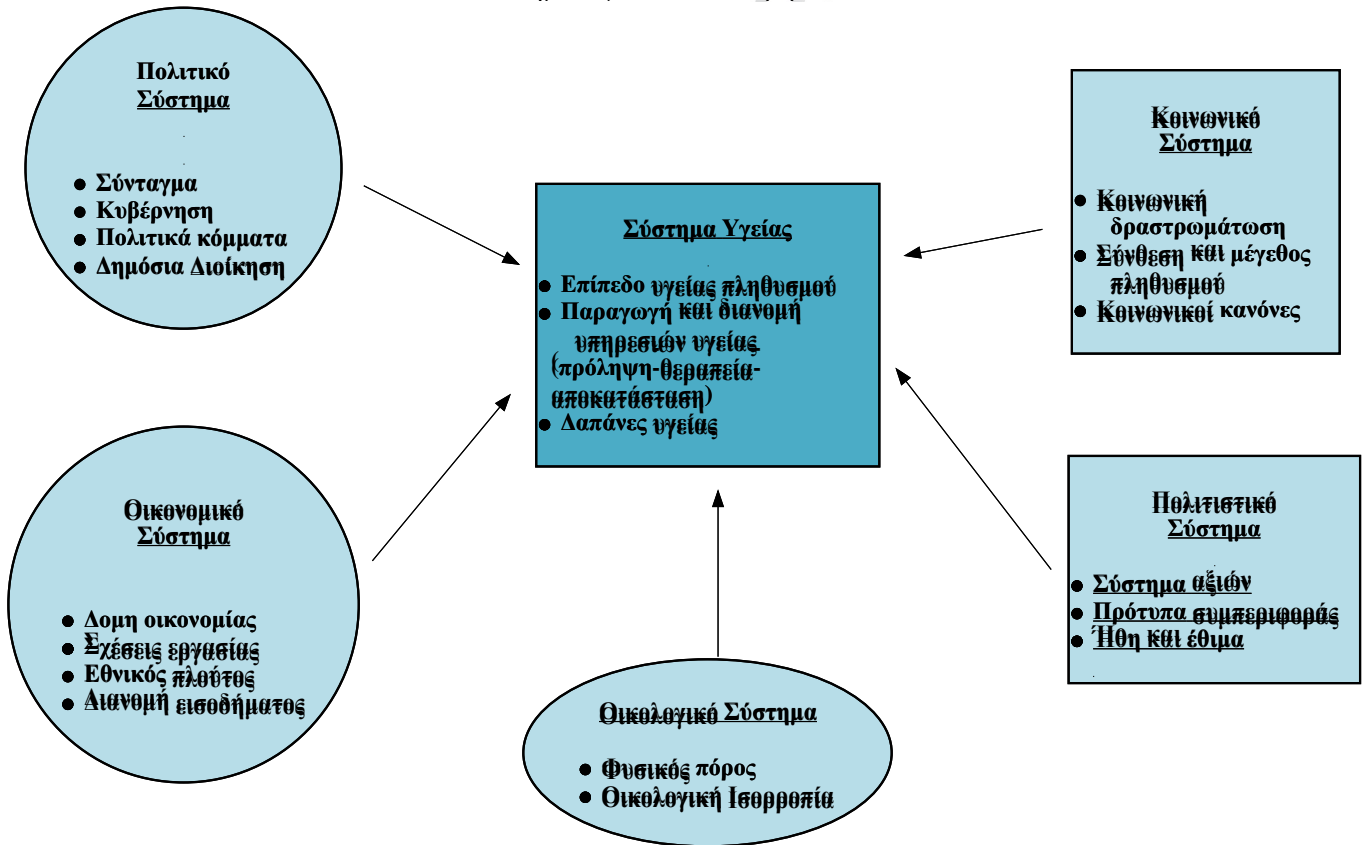
Πηγή : Μωραϊτης, 1985

Πανε

Τα τρία υποσυστήματα βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση : όταν βελτιώνεται το πρώτο, το δεύτερο μειώνει τα παραγόμενα προϊόντα του ή τα βελτιώνει με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων. Το τρίτο υποσύστημα όταν λειτουργία σωστά, επιδρά με τέτοιο τρόπο στο δεύτερο που βελτιώνεται και το πρώτο.

Στο ΣΥ, όπως ήδη έχουμε αναφέρει, αποτελεί ένα ανοικτό κοινωνικό σύστημα, γιατί υπάρχουν απεριόριστοι παράγοντες από το περιβάλλον του, που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία. Έτσι, το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από το ΣΥ, αλλά και από το περιβάλλον του, το οποίο επιδρά επίσης στην δομή και λειτουργία του. Το εν λόγω περιβάλλον αποτελείται από τα εξής συστήματα (Θεοδώρου Μ.- Σαρρής Μ.- Σούλης Σ., 1996) (βλ. Διάγραμμα 4) :

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4**  
Σύστημα Υγείας Και Περιβάλλον



Πηγή : Θεοδώρου Μ.- Σαρρής Μ.- Σούλης Σ., 1996

- Το *Πολιτικό Σύστημα*. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται λίγο πολύ από την πολιτική υγείας που εφαρμόζει η εκάστοτε Κυβέρνηση, την λειτουργία (αποτελεσματική και αποδοτική ή όχι) του κρατικού διοικητικού μηχανισμού, καθώς και το νομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται ο τελευταίος.
- Το *Οικονομικό Σύστημα*. Το ΣΥ εξαρτάται έντονα από τον βαθμό οικονομικής ανάπτυξης, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τον τρόπο ζωής κλπ.
- Το *Κοινωνικό Σύστημα*. Το ΣΥ της κάθε χώρας επηρεάζεται, άμεσα ή έμμεσα, από την κοινωνική διαστρωμάτωση, την σύνθεση και το μέγεθος του πληθυσμού, τις ισχύουσες γνώμες, αντιλήψεις και στερεότυπα του κοινωνικού συνόλου, καθώς και τους διάφορους κοινωνικούς κανόνες.
- Το *Πολιτιστικό Σύστημα*. Οι αξίες, οι παραδόσεις, τα ήθη και τα έθιμα παίζουν επίσης, σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση και διάρθρωση του ΣΥ μιας Χώρας.
- Το *Οικολογικό Σύστημα*. Οι ανανεώσιμοι φυσικοί πόροι και η οικολογική ισορροπία, είναι απαραίτητες συνθήκες για την διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού.

Το ΣΥ δεν δέχεται μόνο επιδράσεις από το περιβάλλον του, που αποτελείται από τα παραπάνω συστήματα, αλλά ταυτόχρονα και αυτό τα επηρεάζει με τον δικό του τρόπο. Έτσι, με τις υπηρεσίες που παρέχει, διασφαλίζοντας το επίπεδο υγείας, συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή με την επαναφορά στην εργασία του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας, ομαλοποιώντας την παραγωγική διαδικασία και ασκώντας σημαντικό ρόλο, στην εμπέδωση του αισθήματος της κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας.

Βέβαια, το ΣΥ μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος των προαναφερόμενων συστημάτων, δηλαδή ως υποσύστημα του πολιτικού ή του οικονομικού συστήματος, ανάλογα από πια οπτική γωνία θα δούμε την λειτουργία του. Επίσης, το ΣΥ αποτελείται, όπως έχει ήδη αναφερθεί, από υποσυστήματα (επίπεδο υγείας, προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες, μηχανισμός κάλυψης δαπανών υγείας), τα οποία με την σειρά τους αποτελούνται από τα δικά τους υποσυστήματα. Ένα από τα υποσυστήματα αυτά αποτελεί και η ίδια η νοσοκομειακή μονάδα, η οποία παίζει σημαντικότερο ρόλο μέσα στο όλο ΣΥ.

### **3.2.1 Στοχοθεσία Στα Πλαίσια Του Συστήματος Υγείας**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των συστημάτων, είναι η τελολογική τους συμπεριφορά, δηλαδή η δημιουργία και ανάπτυξη ενός συστήματος προϋποθέτει την ύπαρξη και επίτευξη κάποιου σκοπού. Ο σκοπός είναι

μια γενική και αφηρημένη έννοια, χωρίς συγκεκριμένους χρονικούς ορίζοντες, η εκπλήρωση του προϋποθέτει την δημιουργία ενός στρατηγικού σχεδίου. Με άλλα λόγια, τον καθορισμό ειδικών στόχων με βάση τους οποίους θα επιτευχθεί ο αρχικός σκοπός, για τον οποίο έχει δημιουργηθεί το σύστημα (η οργάνωση). Οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι με ποσοτικά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένη χρονική διάρκεια επίτευξης<sup>4</sup>.

Βέβαια, ο σκοπός ενός συστήματος μπορεί να αποτελεί το στόχο του υπερσυστήματος του. Για παράδειγμα, ο σκοπός του ΣΥ, που είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, μπορεί συγχρόνως να αποτελεί και στόχο του υπερσυστήματος «Κράτος Πρόνοιας» μέσα στο οποίο υπάρχει και το ΣΥ. Επομένως, ο σκοπός του ΣΥ μπορεί να συμβάλλει στην επίτευξη του σκοπού του κοινωνικού κράτους, που δεν είναι άλλος από την βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Για να επιτευχθεί ο σκοπός του ΣΥ, είναι απαραίτητη η διαδικασία της στοχοθεσίας, μέσα στο εν λόγω σύστημα. Οι στόχοι αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών, σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Οι εν λόγω στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι δυνατή η μέτρηση τους<sup>5</sup> (βλ. Διάγραμμα 5).

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι ένα ΣΥ για να λειτουργήσει ορθολογικά, ώστε να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό, επιβάλλεται να ακολουθήσει μια διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει :

- α. τον σαφέστερο δυνατό προσδιορισμό της αποστολής του ΣΥ, δηλαδή τον ακριβή καθορισμό του σκοπού του συστήματος και
- β. την ανάπτυξη βραχυπρόθεσμων και μεσοπρόθεσμων προγραμμάτων δράσης, δηλαδή την θέσπιση και ιεράρχηση σαφών και επαληθευμένων στόχων, προτεραιοτήτων και δεικτών αποτελέσματος.

<sup>4</sup> Για την στοχοθεσία στα πλαίσια της συστημικής θεωρίας, βλ. Μακρυδημήτρης Α., «Η Στοχοθεσία στα Πλαίσια της Διοικητικής Θεωρίας, στην Διοίκηση Συστημάτων», του Δεκλερή Μ., εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1989, σελ. 143

<sup>5</sup> Συνήθως χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας και οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Βλ. Θεοδώρου Μ.– Σαρρή Μ.– Σούλης Σ., 1996, σελ. 74

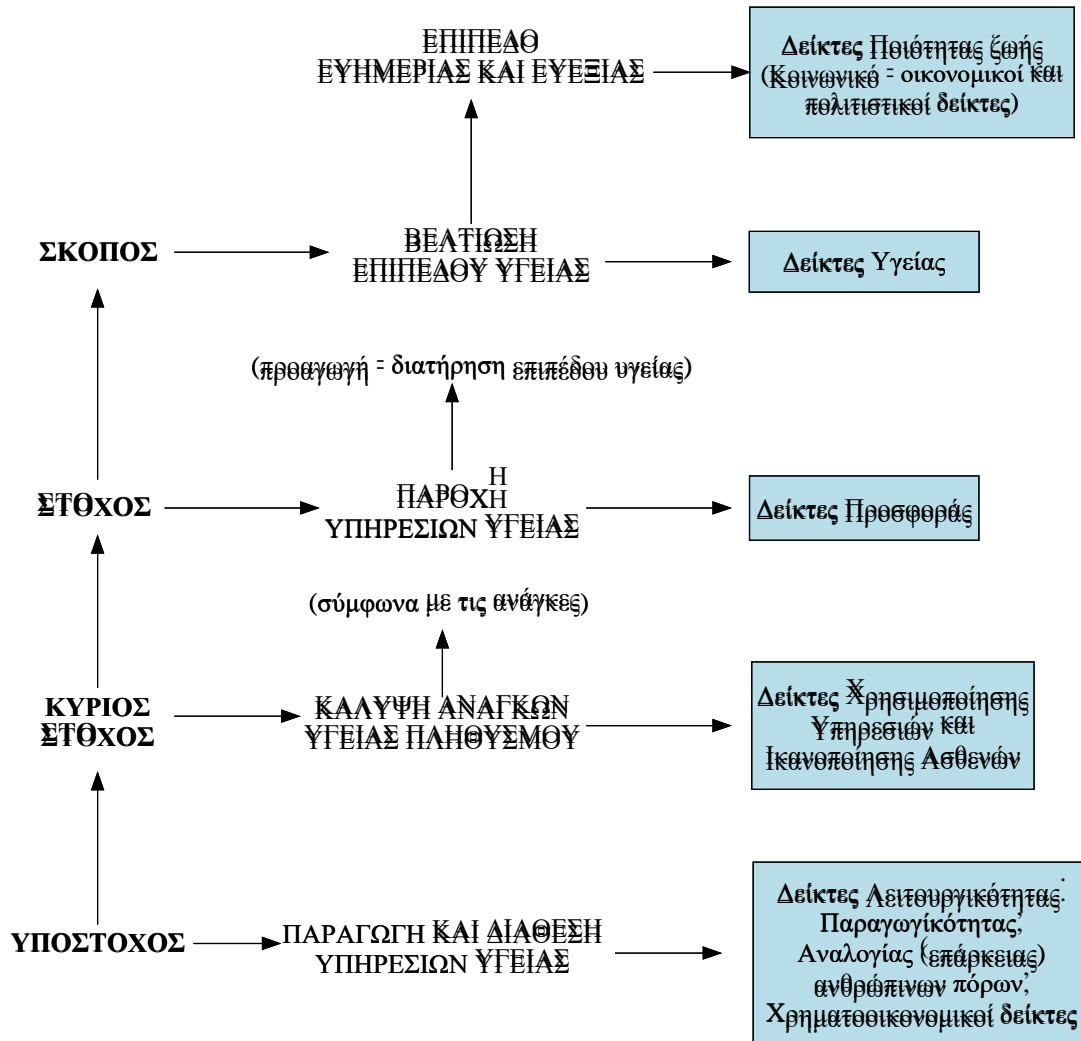


**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5**

Σκοποί Και Στόχοι Συστήματος Υγείας

**ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**



Πηγή : Μπουρσανίδης, 1991 (αναπροσαρμογή)

**3.2.2 Χαρακτηριστικά Του Συστήματος Υγείας**

Τα ΣΥ έχουν δύο κυρίως μορφές , ανάλογα με το αν θεωρούν το αγαθό υγεία δημόσιο (δημόσιο σύστημα υγείας) ή ιδιωτικό (φιλελεύθερο ή ιδιωτικό σύστημα υγείας), όπως περιγράφηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Πάντως, σήμερα οι περισσότερες Χώρες, ακολουθούν μια ενδιάμεση μορφή οργάνωσης του ΣΥ (μικτό σύστημα υγείας).

Παρ' όλες τις μορφές που μπορεί να έχει ένα ΣΥ, ακολουθεί κάποια γενικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο, αναφέρεται στην *διαθεσιμότητα* των υπηρεσιών του, δηλαδή την δυνατότητα του να προσφέρει τις υπηρεσίες του, στον πληθυσμό, χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό όλων των ΣΥ, είναι η *προσπελασημότητα* των υπηρεσιών του. Με άλλα λόγια, κάθε άτομο ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του θέση, πρέπει να έχει πρόσβαση στις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Αυτό απαιτεί ισότιμη κατανομή των πόρων και υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996). Επιπλέον, η προσφορά υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό, δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μιας αρρώστιας, αλλά να καλύπτει και τα στάδια πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου (τρίτο χαρακτηριστικό).

Το τέταρτο χαρακτηριστικό, αφορά την *ισότητα* των πολιτών στην χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η έννοια της ισότητας έχει διττό χαρακτήρα (West P., 1981) : από την μια, αφορά την ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων (οριζόντια ισότητα), ενώ από την άλλη αφορά την άνιση μεταχείριση μη ίσων ατόμων (κάθετη ισότητα. Κατά τον Mooney, υπάρχουν επτά (7) προσδιορισμοί της ισότητας. Υπάρχει ισότητα :

- στις δαπάνες κατά κεφαλή,
- στους πόρους κατά κεφαλή,
- στους πόρους για ίσες ανάγκες,
- στην πρόσβαση για ίσες ανάγκες,
- στην χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, για ίσες ανάγκες μεταξύ ομάδων του πληθυσμού,
- στην οριακή ανάγκη υγείας που αντιμετωπίζεται για κάθε ομάδα πληθυσμού και
- στην κατάσταση υγείας.

Τέλος, ένα πέμπτο χαρακτηριστικό του ΣΥ αποτελεί, το οργανωτικό του επίκεντρο, δηλαδή ο τρόπος οργάνωσης και η δομή των υπηρεσιών που προσφέρει. Το τελευταίο αυτό χαρακτηριστικό του ΣΥ θα εξετάσουμε αμέσως παρακάτω.

### 3.3 Δομή Και Οργάνωση Του Συστήματος Υγείας

#### 3.3.1 Τα Επίπεδα Περίθαλψης

Με βάση τα όσα προηγήθηκαν μπορούμε να πούμε ότι, η παραγωγική διαδικασία της υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη, όχι απλώς ενός ΣΥ, αλλά ενός οργανωμένου ΣΥ. Το οργανωμένο ΣΥ, είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στα πλαίσια των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στην μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας, συνδυάζει ανθρώπινους και υλικούς πόρους, οι οποίοι χρειάζονται το κατάλληλο οργανωτικό πλαίσιο, ώστε να καταλήξουμε στην παραγωγή του προϊόντος της υγείας.

Ο προσδιορισμός της οργάνωσης και δομής του συστήματος των υγειονομικών υπηρεσιών, εκφράζεται με το τρίπτυχο : *πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση*. Με βάση το τρίπτυχο αυτό σε όλα σχεδόν τα ΣΥ, μπορούμε να διακρίνουμε δύο (2) μορφές περίθαλψης και τρία (3) επίπεδα οργάνωσης. Οι μορφές αυτές είναι η *εξωνοσοκομειακή* ή *ανοικτή περίθαλψη* και η *νοσοκομειακή* ή *κλειστή περίθαλψη*. Την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν, οι υπηρεσίες εκείνες, που προέρχονται κυρίως από τους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι εν λόγω υπηρεσίες, οργανώνονται στο *πρωτοβάθμιο* επίπεδο περίθαλψης. Από την άλλη μεριά, η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που προσφέρονται από ειδικευμένους γιατρούς, μέσα στα νοσοκομεία και οι οποίες συνθέτουν το *δευτεροβάθμιο* και *τριτοβάθμιο* επίπεδο περίθαλψης.

Το *πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης*, (Για το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, Υφαντόπουλος Γ., 1988, και Προβόπουλος Γ.– Υφαντόπουλος Γ., 1990) αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής των ασθενών, στα οποία ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το ΣΥ. Η εν λόγω επαφή, μπορεί να γίνει με κάποιο επαγγελματία της υγείας, όπως π.χ. γιατρό, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό κλπ. Η οργάνωση και η λειτουργία των πρωτοβάθμιων βαθμίδων υγείας καθορίζει και το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από 500 έως 50.000 άτομα.

Το *δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης*, αναφέρεται στην παροχή γενικής ιατρικής φροντίδας από το γενικό νοσοκομείο. Το νοσοκομείο, σε αυτήν την περίπτωση καλύπτει βασικά προβλήματα που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και ο πληθυσμός που απευθύνεται κυμαίνεται από 50.000 έως 500.000 άτομα.

Το *τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης*, αναφέρεται στην αντιμετώπιση πολύπλοκων και εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η ειδική αυτή περίθαλψη προσφέρεται από ειδικούς επιστήμονες γιατρούς στο περιφερειακό νοσοκομείο, το οποίο καλύπτει πληθυσμό από 500.000 έως 1.500.000 κατοίκους.

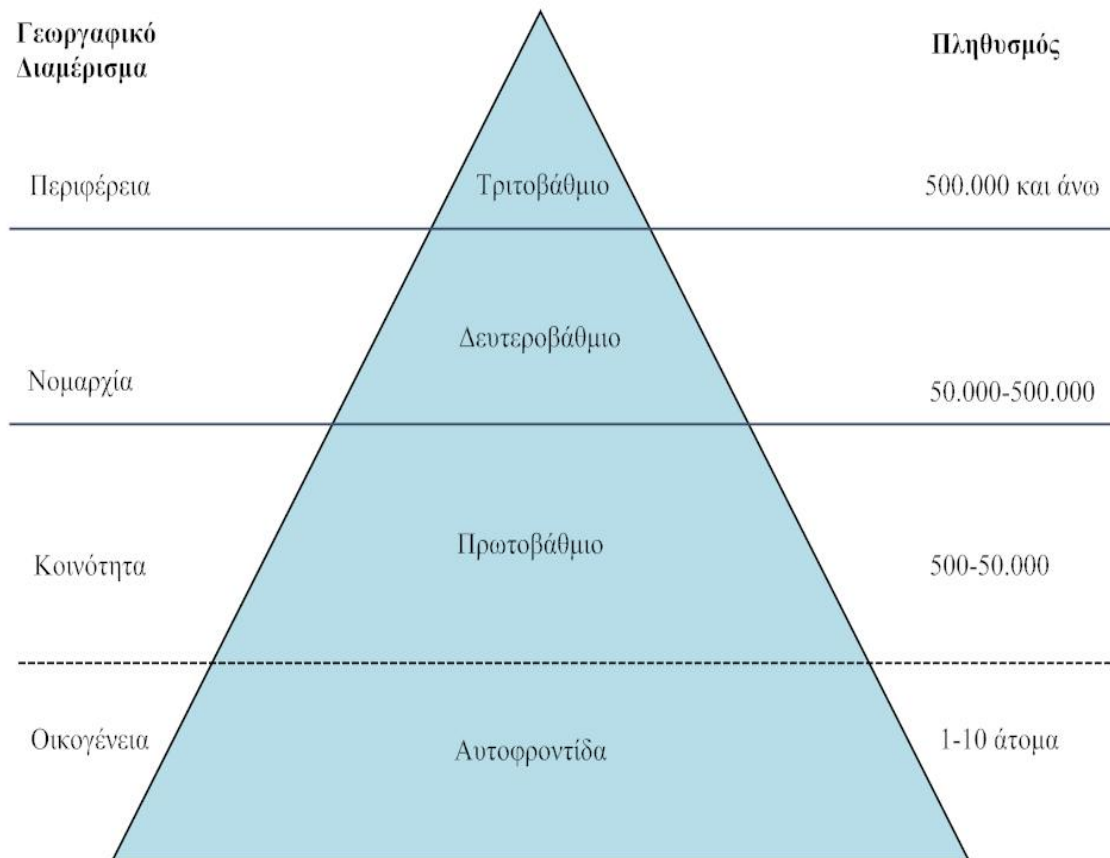
Εκτός από τα τρία αυτά επίπεδα περίθαλψης, θα μπορούσαμε να προσθέσουμε και ένα τέταρτο επίπεδο, το οποίο έχει να κάνει με την φροντίδα που παρέχεται μέσα στο ευρύτερο οικογενειακό, συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή<sup>6</sup> και που είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένο στην Χώρα μας. Μια σχηματική περιγραφή των τεσσάρων προτύπων γίνεται στο Διάγραμμα 6. Σύμφωνα με το Διάγραμμα, η τέταρτη μορφή υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί την βάση της διοικητικής πυραμίδας των υπηρεσιών υγείας. Σ' αυτό το επίπεδο αντιμετωπίζεται το 75 % περίπου των απλών και μικρής βαρύτητας προβλημάτων υγείας, ενώ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη το 20 % και στην δευτεροβάθμια – τριτοβάθμια περίθαλψη μόνο το 5 % των υγειονομικών προβλημάτων (Θεοδώρου Μ.– Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996).

---

<sup>6</sup> Το τέταρτο επίπεδο περίθαλψης εκφράζει μια προϊατρική έννοια, μια κοινωνική μορφή περίθαλψης και μπορεί να λειτουργήσει ως προθάλαμος του ήδη αναπτυγμένου υγειονομικού συστήματος. Ένας ορισμός της τεταρτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να ήταν ο εξής : «τεταρτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι οι δραστηριότητες υγείας που αναλαμβάνονται από άτομα ή κοινωνικές ομάδες πέρα από τα πλαίσια των υγειονομικών σχηματισμών». Η φροντίδα αυτή αποτελεί ένα σύστημα προσφοράς βοήθειας και κοινωνική δραστηριότητα στα πλαίσια της κοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου». Βλ. Γερμενής Α., «Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας», εκδ. Βήτα, γ' έκδοση, Αθήνα 1994, και Βλ. Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ.– Σούλης Σ., 1996., σελ 95

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

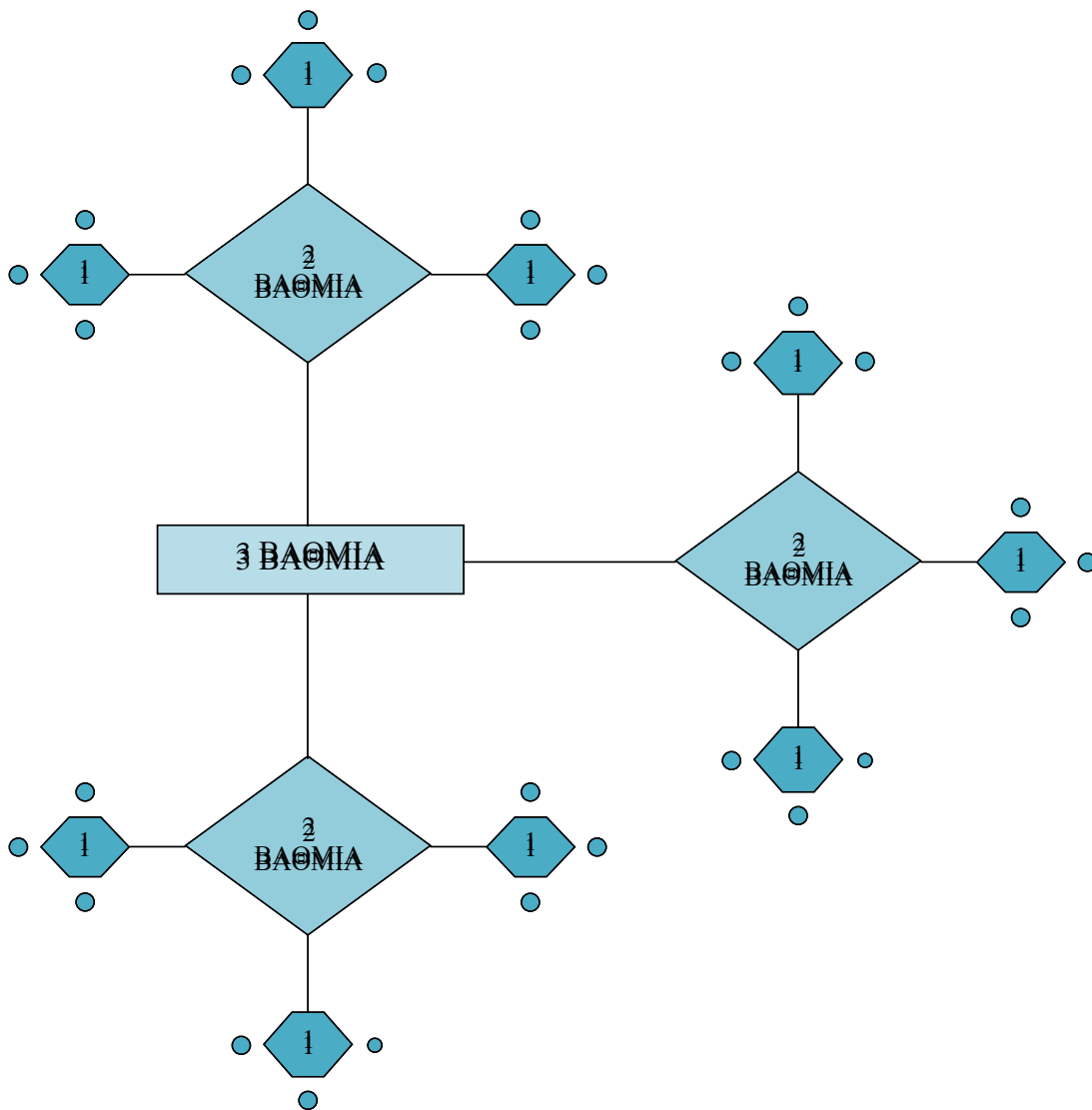
### Τα Επίπεδα Της Περιθαλψης



Πηγή : Θεοδώρου Μ.- Σαρρής Μ.- Σούλης Σ., 1996

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7  
Το Υπόδειγμα Reutstein



Πηγή : Προβόπουλος Γ.- Υφαντόπουλος Γ., 1990

Προχωρώντας στην ανάλυση μας, θα προβούμε σε μια σύντομη αναφορά (καθώς η παραπάνω ανάλυση θα ξεπερνούσε τα όρια της παρούσας μελέτης), της παρουσίας της νοσοκομειακής μονάδας μέσα στο ΣΥ. Πριν όμως, κρίνεται χρήσιμο να αναφερθούμε σε κάποια πρότυπα οργάνωσης των επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης, έτσι όπως εμφανίζονται στην διεθνή βιβλιογραφία (Προβόπουλος Γ.- Υφαντόπουλος Γ., 1990) :

Το Πρότυπο του Reutstein (1971)

Ο Reutstein προτείνει τρεις βασικούς τύπους οργάνωσης<sup>7</sup> (βλ. Διάγραμμα 7) :

α. το κεντρικό περιφερειακό νοσοκομείο το οποίο προσφέρει εξειδικευμένες πανεπιστημιακές (τριτοβάθμιες) υπηρεσίες και συμπεριλαμβάνει όλες τις ειδικότητες. Το περιφερειακό νοσοκομείο έχει το κατάλληλο τεχνολογικό εξοπλισμό, την κατάλληλη υποδομή επικοινωνίας με άλλα παρόμοια κέντρα και στελεχώνεται με το ανάλογο επιστημονικό προσωπικό.

β. το νομαρχιακό νοσοκομείο, που προσφέρει παρόμοιες υπηρεσίες υγείας με το περιφερειακό, αλλά μικρότερης κλίμακας. Στο νομαρχιακό νοσοκομείο, δεν είναι απαραίτητη η ύπαρξη υψηλής τεχνολογίας, ούτε το πανεπιστημιακό επιστημονικό προσωπικό.

γ. ο τρίτος πυρήνας οργάνωσης, είναι τα κέντρα υποδοχής των ασθενών, τα οποία αποτελούν και την πρώτη σύνδεση του κοινού με το υγειονομικό σύστημα.

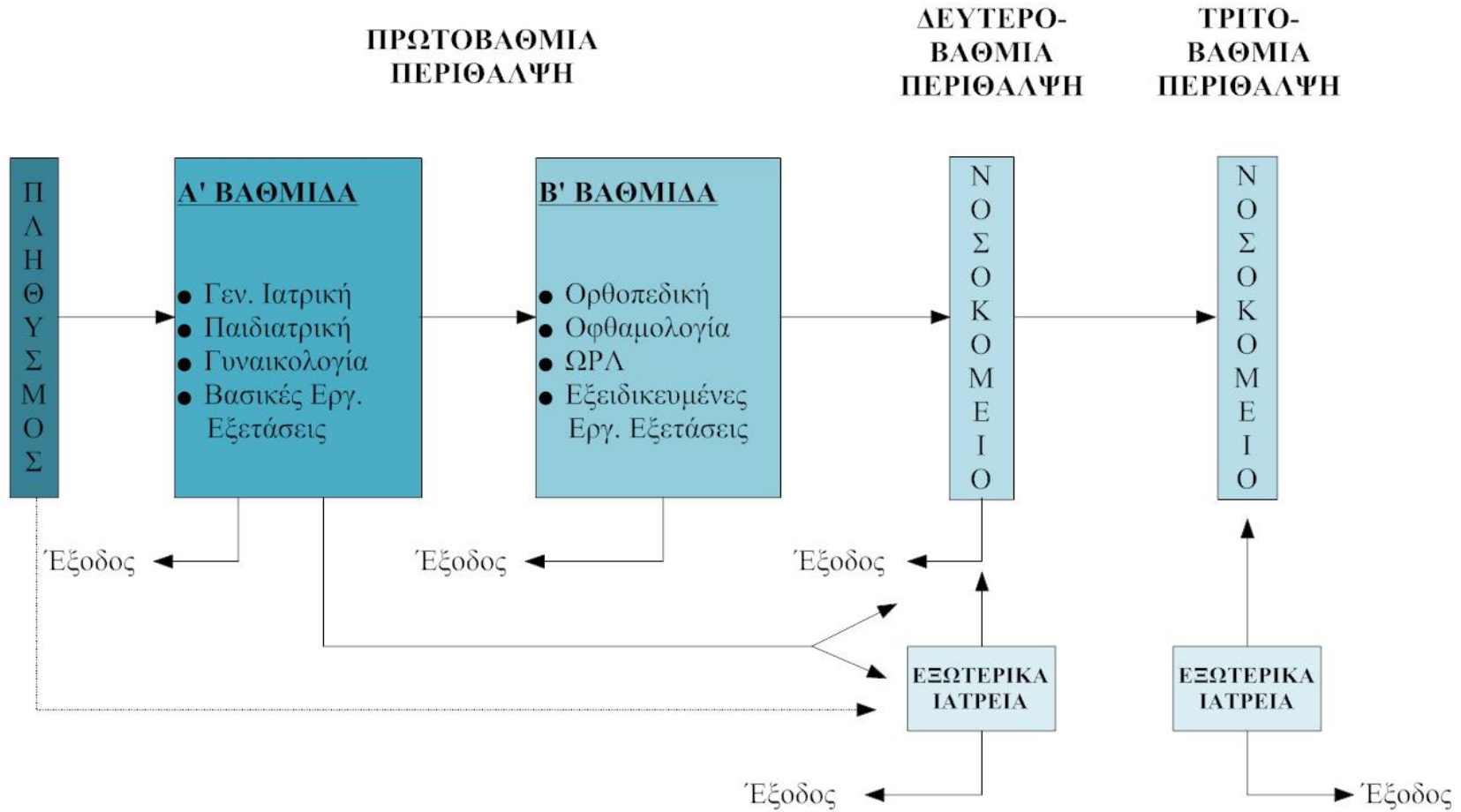
Το Πρότυπο του Ittig (1974)

Αυτή η προσπάθεια ανάλυσης του πρωτοβάθμιου συστήματος περίθαλψης, αφορούσε το κοινοτικό επίπεδο και πρότεινε δύο (2) βαθμίδες οργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (βλ. Διάγραμμα 8). Η πρώτη βαθμίδα, απαρτίζεται από τις ειδικότητες της γενικής ιατρικής, παιδιατρικής, της γυναικολογίας και τις βασικές εργαστηριακές εξετάσεις και αποτελεί την πρώτη λειτουργική σύνδεση του κοινού με το υγειονομικό σύστημα. Η δεύτερη βαθμίδα, αφορά πιο εξειδικευμένα περιστατικά, γι' αυτό το λόγο απαρτίζεται από τις ειδικότητες της ορθοπαιδικής, οφθαλμολογίας, ΩΡΛ, καθώς και από εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις. Οι δύο (2) βαθμίδες οργανώνονται στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης και είναι χρήσιμες, γιατί δίνουν την δυνατότητα προσφοράς όχι μόνον γενικών, αλλά και εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας. Τέλος, όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 8, για τα πιο εξειδικευμένα περιστατικά γίνεται παραπομπή στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.

<sup>7</sup> Ένα παρόμοιο υπόδειγμα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας είχαν προτείνει και ο Liewelyn και ο Macaulay το 1966. Ωστόσο στα υποδείγματα αυτά, αν και ο κύριος στόχος ήταν η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, παρά ταύτα η κύρια έμφαση δινόταν στο νοσοκομείο γι' αυτό δεν παρουσίαζαν μια αναλυτική παρουσίαση της οργάνωσης του πρωτοβάθμιου συστήματος περίθαλψης.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8**  
*Το Υπόδειγμα ITTIG*



Πηγή : Προβόπουλος Γ.- Υφαντόπουλος Γ., 1990

### 3.3.2 Το Νοσοκομείο Μέσα Στο Σύστημα Υγείας

Η νοσοκομειακή μονάδα αποτελεί ένα από τα πολλά υποσυστήματα του ΣΥ. Μελετώντας το θέμα της θέσης και του ρόλου της νοσοκομειακής μονάδας μέσα στο ΣΥ δημιουργούνται δύο ερωτήματα :

- Πως το ΣΥ επηρεάζει την λειτουργία της υγειονομικής μονάδας ;

και

- Πως προσδιορίζεται ο ρόλος του νοσοκομείου σε σχέση με το σκοπό και τους στόχους του ΣΥ ;

Είναι φανερό ότι ο ρόλος των νοσοκομείων επηρεάζεται από τους παράγοντες του περιβάλλοντος του ΣΥ, δηλαδή από το Κράτος, την κοινωνική ασφάλιση κλπ. Επιπλέον, επηρεάζεται από ορισμένους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα την κινητικότητα του πληθυσμού, την νοσηρότητα, την ποιότητα ζωής και εργασίας κλπ. Τέλος, μια ακόμη ομάδα παραγόντων επιρροής είναι οι λεγόμενοι εσωτερικού παράγοντες, δηλαδή η διοίκηση, η οργάνωση, το προσωπικό, η τεχνολογία κλπ.

Οι παράγοντες του περιβάλλοντος, καθώς και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, εξηγούν την φύση και τις υπάρχουσες σχέσεις ανάμεσα στο δημόσιο νοσοκομείο και στο ΣΥ. Η ανάλυση της διάρθρωσης της οργάνωσης και διοίκησης του νοσοκομείου επιτρέπει την κατανόηση της εσωτερικής του λειτουργίας. Η λειτουργία του νοσοκομείου, όχι μόνο κατέχει σημαντική θέση στο ΣΥ, αλλά παίζει και έναν ρόλο διεξόδου για μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων, κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία του ασθενούς (Ρομπόλης Σ., 1989). Ο ασθενής στην καπιταλιστική κοινωνία είναι ταυτόχρονα, κεφάλαιο και αντικείμενο κατανάλωσης. Έτσι, το νοσοκομείο κατά την διάρκεια της θεραπείας, είναι τόπος διάθεσης προϊόντων σημαντικού αριθμού επιχειρήσεων. Παράλληλα, η λειτουργία της νοσοκομειακής μονάδας, επηρεάζεται από την αντιφατική λογική εξωτερικών παραγόντων, με την έννοια ότι, άλλοι αποσκοπούν στο κέρδος και άλλοι όχι. Το δημόσιο νοσοκομείο, ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός, βρίσκεται στο κέντρο αυτής της εξωτερικής αντίφασης που το περιβάλλει. Από την άλλη μεριά, και το νοσοκομείο αποτελεί ένα πεδίο συσσώρευσης κεφαλαίου, ανεξάρτητα αν ο χαρακτήρας του είναι μη κερδοσκοπικός. Από ορισμένους συγγραφείς, η παραδοσιακή λειτουργία, οργάνωση και τεχνολογική καθυστέρηση αποδίδεται στο δημόσιο χαρακτήρα του (Ρομπόλης Σ., 1989). Η αντίληψη αυτή εμπεριέχει το θεωρητικό λάθος της παράλειψης της διαδικασίας συσσώρευσης που συντελείται στο νοσοκομειακό σχηματισμό. Επομένως, το θέμα της παραδοσιακής λειτουργίας και οργάνωσης των

νοσοκομείων, εντοπίζεται στους όρους της συσσώρευσης κεφαλαίου και εμπειρικά στις μορφές και στον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι όροι συσσώρευσης εξαρτώνται από τους φορείς χρηματοδότησης και κυρίως τις συνθήκες, το επίπεδο και τις προϋποθέσεις αυτής. Βέβαια, η συμπεριφορά της χρηματοδότησης από την πλευρά των ασφαλιστικών φορέων, δεν αποτελεί μόνο θέμα διαχειριστικό, αλλά κατά κύριο λόγο θεωρητικό (Ρομπόλης Σ., 1989). Πράγματι, το θεωρητικό υπόβαθρο εντοπίζεται στο γεγονός ότι, στην διαδικασία της καπιταλιστικής συσσώρευσης, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας, θεωρούνται ως δαπάνες μη αναπαραγωγικές. Ο θεωρητικός αυτός προσδιορισμός έχει ως συνέπεια την βαθμιαία απορρόφηση μεγαλύτερου μέρους του κοινωνικού αξιακού προϊόντος, προς το πεδίο των θεωρούμενων αναπαραγωγικών δαπανών, από ότι το πεδίο των μη αναπαραγωγικών δαπανών<sup>21</sup>.

Όσον αφορά το δεύτερο ερώτημα που αρχικά θέσαμε, μπορούμε να πούμε ότι, ο σκοπός του νοσοκομείου συμπίπτει με τον σκοπό του ΣΥ. Η διαφορά τους έγκειται στους στόχους, δηλαδή στον τρόπο επίτευξης του σκοπού αυτού, που είναι διαφορετικός στο μικροεπίπεδο του νοσοκομείου, σε σχέση με το όλο Σύστημα Υγείας. Μάλιστα, ο τρόπος επίτευξης του σκοπού, δηλαδή ο τρόπος διασφάλισης και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, μπορεί να διαφέρει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.

### 3.4 Τα Προβλήματα Των Σύγχρονων ΣΥ

Μια από τις πιο ολοκληρωμένες διερευνήσεις των προβλημάτων των ΣΥ στην δεκαετία του '80, έγινε κατά την διάρκεια ενός συμποσίου, που διοργάνωσε η «American Hospital Association», υπό την αιγίδα του «National Center For Health Services Research». Τα συμπεράσματα του εν λόγω συμποσίου μεταξύ άλλων ανέφεραν και μια σειρά από προβλήματα των σύγχρονων ΣΥ (Phillips D. F., 1987).

Το πρώτο από τα προβλήματα αφορούσε το *κόστος*, δηλαδή την ανάγκη περιορισμού και ορθολογικής διαχείρισης των οικονομικών πόρων της υγείας. Το δεύτερο πρόβλημα, συνδέονταν με την αντίληψη της υγείας ως κοινωνικό αγαθό και αφορούσε την δημιουργία και διασφάλιση ενός *minimum* υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό. Το τρίτο πρόβλημα, είχε να κάνει με την τεχνολογία και συγκεκριμένα

<sup>21</sup> Το περιεχόμενο των κατηγοριών «αναπαραγωγική και μη αναπαραγωγική δαπάνη», είναι ότι στην μεν πρώτη περίπτωση οι δαπάνες αυτές εισέρχονται στην διαδικασία αναπαραγωγής, ενώ στην δεύτερη όχι.

αναζητούσε τρόπους καλύτερης αξιοποίησης των νέων τεχνολογιών για την ιατρική επιστήμη. Ένα τέταρτο πρόβλημα, αφορούσε την διαδικασία λήψης των αποφάσεων, ως μέρος της ορθολογικής διαχείρισης των υγειονομικών πόρων. Τέλος, το πέμπτο πρόβλημα, συνδέονταν με τους τρόπους εκείνους που θα καταστήσουν το ΣΥ αποτελεσματικότερο, αποδοτικότερο και οικονομικότερο.

Σχετικά πρόσφατα (1988) το «Institute For The Future», σε συνεργασία με το «Robert Wood Johnson Foundation» και το «Commonwealth Fund»<sup>22</sup>, προέβλεψαν με έντεκα (11) θέσεις τους τις εξελίξεις στα ΣΥ μέχρι το έτος 2000 (Amara R.– Morrison J.–Schmid G., 1988). Συγκεκριμένα προέβλεψαν :

- Συνεχιζόμενες αντιπαραθέσεις από την μείωση των κοινωνικών δαπανών ιδίως των δαπανών κοινωνικής αφάλισης και υγείας.
- Διεύρυνση του προβλήματος των ανασφάλιστων και μερικών ασφαλισμένων, που θα οδηγήσει τις Κυβερνήσεις σε κρίσιμες αποφάσεις.
- Ανάπτυξη των συζητήσεων σχετικά με το ρόλο και τις ευθύνες της δημόσιας και της ιδιωτικής ασφάλισης.
- Αύξηση των αναγκών σε υγειονομικές υπηρεσίες για την μητέρα και το παιδί.
- Αυξημένες υγειονομικές υπηρεσίες για περίθαλψη ασθενών με AIDS.
- Αύξηση του κόστους για το management και την εξασφάλιση ποιότητας.
- Έντονα προβλήματα από την ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού (ιατρικού και μη).
- Υποστήριξη της έρευνας και ανάπτυξης τομέων έντονου ενδιαφέροντος.
- Ερωτήματα σχετικά με τον τρόπο εγκατάστασης των νέων μονάδων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και τον εφοδιασμό με νέες ιατρικές τεχνολογίες.
- Θεσμικό πλαίσιο κάλυψης της ιατρικής φροντίδας για όλα τα στρώματα του πληθυσμού.
- Έντονοι προβληματισμοί για τον ρόλο και τις ευθύνες, αλλά και διαμάχες συμφερόντων, των διαφόρων επαγγελματιών, επαγγελματιών και της κοινωνίας.

<sup>22</sup> Και τα δύο είναι μεγάλα ιδρύματα που ενδιαφέρονται για τον χώρο της υγείας.

Τα περισσότερα από τα προβλήματα αυτά δεν έχουν περιστασιακό χαρακτήρα και δεν αναμένεται να επιλυθούν σύντομα και με σχετικά απλό τρόπο (Καριώτης Π., 1992). Επιπλέον, στην λίστα προβλημάτων κεντρική θέση κατέχουν τα θέματα της μείωσης των δαπανών (κόστος) και της ορθολογικότερης οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης των υγειονομικών πόρων (ανθρωπίνων και υλικών). Πάντως σε πολλές χώρες είναι γεγονός ότι υπάρχουν μηχανισμοί κεντρικού σχεδιασμού των συστημάτων, οι οποίοι ασχολούνται με την επίλυση των κείμενων προβλημάτων και ίσως αυτό αποτελεί μια αισιόδοξη νότα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΚΡΑΤΟΣ – ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 4.1 Ο Ρόλος Του Κράτους Στην Παραγωγή Υπηρεσιών Υγείας

Το κάθε ΣΥ (όπως ήδη αναφέραμε παραπάνω), δεν θα πρέπει να το βλέπουμε αποκομμένο από το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο υπάρχει και λειτουργεί. Φυσικά κάθε ΣΥ διαφέρει από το άλλο και αυτό, γιατί στηρίζεται σε διαφορετικά κάθε φορά στοιχεία, όπως δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά και οικονομικά. Για αυτό τον λόγο τα ΣΥ δεν μπορούν να αποτελούν έτοιμα πακέτα από τα οποία οι Κυβερνήσεις θα διαλέγουν κάποιο, από έναν κατάλογο με επιτυχημένα πρότυπα. Το ΣΥ είναι ένα αντικείμενο συνεχούς έρευνας, ανάπτυξης και αλλαγών λόγω των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν.

Θεωρητικά και με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης και οργάνωσης, καθώς και διανομής των υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τρία (3) πρότυπα οργάνωσης. Το **ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης**, το οποίο ονομάζεται και *ελεύθερο ή φιλελεύθερο μοντέλο*, το **δημόσιο σύστημα**, το οποίο χαρακτηρίζουμε και ως *κρατικό ή εθνικό μοντέλο* και τέλος το **μικτό σύστημα**, που αποτελεί μια *ενδιάμεση μορφή* (Στασινόπουλος, 2000) (όπως έχει ήδη αναφερθεί και εν συντομία παραπάνω στο Κεφάλαιο 1).

Παρά τις όποιες διαφορές, και τα τρία μοντέλα οργάνωσης, έχουν κοινό **στόχο** την **βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με βάση την ισότητα και την δικαιοσύνη**. Το ποιο από τα τρία (3) είναι το καλύτερο, δεν μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα, ωστόσο θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα βασικά χαρακτηριστικά τους και μέσα από αυτά να βγάλουμε χρήσιμα συμπεράσματα και για τον ρόλο του Κράτους.

## 4.2 Η Σημασία Του Νόμου 1397/1983

Ο Νόμος 1397/1983, (είναι ο Ιδρυτικό Νόμος του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας - ΕΣΥ), πραγματώνοντας την συνταγματική εντολή για κρατική μέριμνα στον τομέα της υγείας (άρθρο 21, παρ.3 του Συντάγματος), διέυρνε τα όρια του κοινωνικού Κράτους και θέσπισε ένα *μεικτό ΣΥ*, με έντονα στοιχεία κρατικού παρεμβατισμού. Αφενός, προέβλεπε την ανάπτυξη ενός εθνικού – δημοσίου συστήματος, αφετέρου επέτρεπε την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα, επέβαλλε σημαντικούς περιορισμούς (Μωραΐτης Ε., 2004).

Ο Νόμος 1397/1983, έθεσε στο πρώτο άρθρο του, ως κατευθυντήριες αρχές του ΕΣΥ :

- την κρατική ευθύνη, για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών,
- την ίση μεταχείριση και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας,
- την σύσταση και οργάνωση ενός ενιαίου και αποκεντρωμένου ΕΣΥ.

Στην εισηγητική έκθεση του Νόμου 1397/1983, ο νομοθέτης αιτιολόγησε τις βασικές επιλογές που επιδίωξε ως τέλος του νομοσχεδίου, υποστηρίζοντας ότι :

α. «Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και δεν υπακούει στους Νόμους του κέρδους»,

β. «Κάθε πολίτης, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το ίδιο δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα»,

γ. «Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του Κράτους».

Είναι γεγονός ότι καθυστέρησαν πολύ να τεθούν στην Ελλάδα οι προϋποθέσεις ενός κοινωνικού κράτους – κράτους ευημερίας (welfare state). Αντανάκλαση αυτού είναι η απουσία κοινωνικών δικαιωμάτων στα ελληνικά συνταγματικά κείμενα, με μόνη εξαίρεση τα χουντικά «Συντάγματα» και το Σύνταγμα του 1975 / 1986. Αλλά ακόμη και στο σύγχρονο Σύνταγμα δεν επιχειρήθηκε βαθιά εισδοχή του κοινωνικού Κράτους με ανάλογη ανάπτυξη της παροχικής διοίκησης και των αρχών της.



### ***α. Η Ευθύνη Του Κράτους***

Το Κράτος ανέλαβε την υποχρέωση, με την θέσπιση του ΕΣΥ, να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. Η ευθύνη αυτή όμως, δεν είναι αποκλειστική και αυτό για δύο (2) κυρίως λόγους : πρώτον, ο ίδιος ο νομοθέτης στην εισηγητική έκθεση του Νόμου 1397/1983, αναφερόμενος στην έννοια «*αποκλειστική ευθύνη*», υπογράμμισε ότι την θεωρεί το δικαίωμα που έχει το Κράτος να ορίζει τον τρόπο και τα μέσα με τα οποία θα εκπληρώσει αυτήν του την υποχρέωση, δεύτερον, με τον Νόμο 1397/1983, καθιέρωσε ουσιαστικά μεικτό σύστημα, σε αντίθεση με την ονομασία Εθνικό Σύστημα Υγείας, εφόσον επέτρεψε σε μεγάλο αριθμό γιατρών να εξακολουθεί να παρέχει ιδιωτικά την ιατρική υπό την μορφή λειτουργίας ιατρείου ή διαγνωστικού κέντρου ή ήδη συστημένης ιδιωτικής κλινικής (Κυριόπουλος Γ., 1995).

Είναι αναμφισβήτητο ότι, τουλάχιστον κατά τα αρχικά στάδια εφαρμογής του, ο Νόμος επεδίωξε την μεγιστοποίηση του ιδιωτικού προς τον δημόσιο τομέα, διευρύνοντας την κρατική μέριμνα για την υγεία, σύμφωνα με την σοσιαλιστική εκδοχή της Κυβέρνησης για την πολιτική υγείας. Δεν προχώρησε όμως, σε κρατικοποίηση – κοινωνικοποίηση των μέσων παραγωγής και κατανομής των υπηρεσιών υγείας, η οποία θα προϋπέθετε σοσιαλιστικό Σύνταγμα, με μόνη εξαίρεση τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα.

Συνεπώς, συνυπήρχε παράλληλα η κρατική με την ιδιωτική ευθύνη (άρθρο 6, παρ.8 του Νόμου 1397/1983), μολονότι υπήρχαν διατάξεις που έθεσαν με σαφήνεια στην εποπτεία του Κράτους όλα τα νοσοκομεία ανεξαρτήτως νομικής μορφής και υπήγαγαν την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στην αποκλειστική ευθύνη.

Αναμφίβολα, διαφοροποιούνται τα θέματα της αποκλειστικής κρατικής ευθύνης για την διαμόρφωση πολιτικής, τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό στον τομέα της υγείας, καθώς και για την κρατική εποπτεία των υπηρεσιών υγείας (άρθρο 7) από την αποκλειστική παροχή των υπηρεσιών υγείας, από το ίδιο το Κράτος ως μοναδικό φορέα.

### ***β. Η Προστασία Των Πολιτών***

Σχετικά με το ζήτημα σε ποιους παρέχει το Κράτος υπηρεσίες υγείας, ο Νόμος 1397/1983 (άρθρο 1, παρ.1) ανέφερε ότι : «έθετε υπό την προστασία του το σύνολο των πολιτών». Δηλαδή, το Κράτος ήταν υπεύθυνο να παρέχει δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στους έλληνες υπηκόους, με μόνη εξαίρεση την πρωτοβάθμια φροντίδα, που κάλυπτε ρητά το σύνολο του πληθυσμού, δηλαδή έλληνες υπηκόους και αλλοδαπούς, που ήταν εγκαταστημένοι στην Ελλάδα ή διέμεναν σε αυτή παροδικά (άρθρο 15 του Νόμου 1397/1983).

### ***γ. Ισότιμη Παροχή Υπηρεσιών Υγείας***

Στο ίδιο άρθρο του Νόμου 1397/1983 (παρ. 2) καθιερώνεται ενιαίο και αποκεντρωμένο ΣΥ, το οποίο παρέχει υπηρεσίες υγείας ισότιμα σε κάθε πολίτη. Η χρήση του όρου «ισότιμα» αντί «ίσα» υπονοεί ότι το ΕΣΥ δεν ενδιαφερόταν απλώς, να εξασφαλίσει ίση και ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, αλλά προτίθετο να διαθέτει υπηρεσίες στην ίδια τιμή, ίδια ίση τιμή, δηλαδή με ενιαία κρατική διατίμηση, δεδομένου ότι οι πολίτες απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα σύμφωνα με τις αρχές του ιδρυτικού Νόμου. Όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, στην περίπτωση της ισότιμης παροχής μερικοί υποστηρίζουν ότι το Κράτος οφείλει να παρέχει, μόνο τις στοιχειώδεις, ενώ άλλοι τις όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Αυτό υποθάλπει άλλωστε ένα ανταγωνισμό μεταξύ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης του Κράτους ως προς τον ρόλο τους σε σχέση με τις παροχές υγείας (Γ. Κυριόπουλος, 2000).

### 4.3 Το Ελεύθερο Σύστημα – Ιδιωτικό ή Φιλελεύθερο Μοντέλο

Το ιδιωτικό μοντέλο, βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με βάση τις δυνάμεις της αγοράς, με την όσο το δυνατόν μικρότερη κρατική παρέμβαση. Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ενώ το θέμα της υγειονομικής κάλυψης αποτελεί προσωπική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός. Με βάση αυτό το μοντέλο, ο καθένας προσωπικά κρίνει και αποφασίζει αν θα ασφαλιστεί ή όχι. Έτσι, από την μια πλευρά κάποιος είτε ασφαρίζεται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, επιλέγοντας το πακέτο υπηρεσιών που ο ίδιος κρίνει ότι τον ικανοποιεί και μπορεί να πληρώσει τα ασφάλιστρα, είτε ασφαρίζεται μέσω του εργοδότη του, ο οποίος πληρώνει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλιστρών. Από την άλλη, μπορεί να επιλέξει να μείνει ανασφάλιστος, οπότε καλείται να αντιμετωπίσει από το ατομικό του εισόδημα, τις δαπάνες που χρειάζονται για την χρήση υπηρεσιών υγείας.

Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας και οι τιμές καθορίζονται με βάση την προσφορά και την ζήτηση, ενώ η κάλυψη των αναγκών κάθε ανθρώπου εξαρτάται από την δική του ικανότητα να πληρώσει. Το σύστημα, πάντα θεωρητικά, εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού, στον οποίο θα απευθυνθεί, καθώς και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού της αμοιβής του.

Αυτό το σύστημα στην απόλυτη μορφή του δεν υπάρχει πουθενά, αν και οι αρχές του ήταν συμβατές με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες του περασμένου αιώνα. Αρχές, οι οποίες θεωρούνται ξεπερασμένες, μετά την καθολική αναγνώριση ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, και ότι αυτό θα πρέπει να διασφαλίζεται με την ευθύνη του Κράτους και όχι με βάση τους Νόμους της αγοράς.

Θα μπορούσαμε να πούμε, ότι ο καλύτερος εκπρόσωπος αυτού του πρότυπο είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι οποίες ποτέ δεν είχαν παράδοση Κράτους πρόνοιας (Λιαρόπουλος, 2002).

Σε αυτό το μοντέλο το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας ανήκει στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Στις ΗΠΑ, τα 2/3 των υπηρεσιών, ανήκουν στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ το Κράτος παρεμβαίνει μόνο για να καλύψει τους φτωχούς με προγράμματα, όπως το Medicare. Οι υπόλοιποι πληρώνουν την

παρεχόμενη περίθαλψη, κυρίως από το ατομικό τους εισόδημα (Υφαντόπουλος Γ, 2003).

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτού του πρότυπου, αποτελεί η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή να επιλέγει το γιατρό και το νοσοκομείο που θέλει. Ωστόσο, αυτό το δικαίωμα, υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους, ενώ οι αδύναμοι οικονομικά δύσκολα θα τα καταφέρουν.

Από την πλευρά του γιατρού, το πρότυπο αυτό, παρέχει πλήρη ελευθερία, τόσο εγκατάστασης, όσο οργάνωσης και λειτουργίας. Έτσι, ο γιατρός μπορεί να εγκατασταθεί όπου θέλει και να καθορίσει τον τρόπο λειτουργίας του ιατρείου, καθώς και το ύψος της αμοιβής του. Όμως, λόγω του πληθωρισμού των γιατρών, μόνο μια μικρή μειοψηφία μπορεί να έχει τέτοιες ελευθερίες, κυρίως οι διακεκριμένοι.

Τα κυριότερα *μειονεκτήματα* αυτού του μοντέλου είναι :

α. Οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, αφού κάλυψη των αναγκών εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του κάθε ασθενή. Έτσι, δεν εξασφαλίζεται ποτέ, η καθολική κάλυψη του πληθυσμού. π.χ. στις ΗΠΑ υπάρχουν περίπου 40 εκατ. ανασφάλιστοι, ενώ άλλοι τόσοι δεν είναι πλήρως ασφαλισμένοι. Αποτελεί ένα σύστημα κοινωνικά άδικο το οποίο, δεν προάγει σε καμία περίπτωση την κοινωνική δικαιοσύνη.

β. Επειδή βασίζεται στο κέρδος, είναι προσανατολισμένο πιο πολύ στην θεραπεία και την αποκατάσταση, παρά στην πρόληψη. Ενώ, και οι επαγγελματίες υγείας λόγω του ανταγωνισμού, μόνο οικονομικού, περιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών.

γ. Επίσης, λόγω της ανυπαρξίας κεντρικού σχεδιασμού και χρηματοδότηση, προκαλούνται μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες, όσον αφορά την κατανομή των υπηρεσιών υγείας.

δ. Τέλος, υποθάλπει την προκλητή ζήτηση από μέρους των γιατρών, με αποτέλεσμα την εκτέλεση άχρηστων επισκέψεων και εξετάσεων. Το φαινόμενο αυτό αυξάνεται, λόγω του μεγάλου αριθμού των γιατρών, καθώς και της άνισης κατανομής τους. Εδώ, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι, το Αμερικάνικο ΣΥ, είναι το *ακριβότερο* στον κόσμο.

ε. Αποκλεισμός ατόμων από την αγορά υπηρεσιών υγείας.

#### 4.4 Το Δημόσιο Σύστημα – Κρατικό Ή Εθνικό Μοντέλο

Το δημόσιο σύστημα, τοποθετείται απέναντι από το ιδιωτικό και βασίζεται πιο πολύ στην ισότητα και στην κοινωνική αλληλεγγύη, όσον αφορά την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Κάλυψη, η οποία γίνεται ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, επάγγελμα, και κοινωνική – οικονομική θέση και ως βάση χρησιμοποιεί την αυξημένη κρατική παρέμβαση.

Κεντρικό ρόλο στην παραγωγή και στην εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας έχει το Κράτος, το οποίο εγγυάται ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών. Ενώ, παρεμβαίνει και σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος.

Τα δημοσίου χαρακτηριστικά συστήματα, διακρίνονται σε :

- εκείνα που χρηματοδοτούνται από την *κοινωνική ασφάλιση* και
- εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον *κρατικό προϋπολογισμό*.

Τα πρώτα αναφέρονται ως μοντέλο Bismark και τα δεύτερα ως μοντέλο Beveridge (όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο). Τα δεύτερα έχουν καθιερωθεί και ως εθνικά. Ωστόσο στην πράξη, κανένα από αυτά δεν είναι σήμερα αμιγώς χρηματοδοτούμενο μόνο από μια πηγή.

Στην πρώτη περίπτωση το σύστημα κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση, που εκπροσωπείται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία μέσω των εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών χρηματοδοτούν το σύστημα. Έτσι, έχουμε πολλά ασφαλιστικά ταμεία, για διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες εργαζομένων και με αποτέλεσμα διαφορετικές καλύψεις από ταμείο σε ταμείο.

Το μοντέλο αυτό δίνει το δικαίωμα στον καθένα να αναζητήσει μέσα από τον θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του. Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα αυτού του μοντέλου είναι, η Γερμανία και η Γαλλία. Επίσης, αυτά τα συστήματα έχουν λίγο υψηλότερο οικονομικό κόστος, σε σχέση με τα άλλα που στηρίζονται στον κρατικό προϋπολογισμό.

Στην δεύτερη περίπτωση, η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή την φορολογία, ενώ οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο Κράτος. Το μοντέλο αυτό, βασίζεται στην αρχή, κατά την οποία η υγεία αποτελεί

δημόσιο αγαθό και όχι ατομικό δικαίωμα, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην κρατική παρέμβαση – υποχρέωση για σωστή διανομή των υπηρεσιών υγείας. Στην Ευρώπη, χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτού του μοντέλου, είναι η Μ. Βρετανία, η Πορτογαλία και η Ιταλία, στις οποίες το σύστημα έχει τα δικά του ξεχωριστά χαρακτηριστικά (Στασινόπουλος, 2000).

Μια σύντομη παρουσίαση των παραπάνω στον Πίνακα 1.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

#### Συνοπτική Παρουσίαση των Συστημάτων Bismark και Beveridge

	<b>Bismark</b> <b>Κοινωνική Ασφάλιση</b> <b>1893 – 1899</b>	<b>Beveridge</b> <b>Κοινωνική Ασφάλεια</b> <b>1948</b>
<b>Στόχος</b>	Διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης	Εξασφάλιση ελάχιστου εισοδήματος και επιπέδου διαβίωσης
<b>Διοίκηση</b>	Αυτόνομοι φορείς στα χέρια των κοινωνικών εταίρων (εργοδότες – εργαζόμενοι)	Δημόσια ή στα χέρια των εργαζομένων
<b>Κάλυψη</b>	Επαγγελματικές ομάδες εργαζομένων	Καθολική κάλυψη του πληθυσμού
<b>Επιδόματα</b>	Βασισμένα στο εισόδημα και στις εισφορές	Σταθερά για όλους
<b>Χρηματοδότηση</b>	Εισφορές	Φορολογία
<b>Χώρα</b>	Γερμανία	Μ. Βρετανία

Πηγή : Υφαντόπουλος Ι. – Μανιαδάκης Ν. (1994)

Αξίζει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν και εθνικά συστήματα στα οποία συνυπάρχει και το ένα και το άλλο μοντέλο, δηλαδή τόσο το Κράτος, όσο και η κοινωνική ασφάλιση. Μια τέτοια χαρακτηριστική περίπτωση αποτελεί και ελληνικό ΣΥ, που στηρίζεται, τόσο στον κρατικό προϋπολογισμό, όσο και στην κοινωνική ασφάλιση με την ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων.

Τα κύρια γνωρίσματα του δημοσίου συστήματος, είναι ο *έντονος παρεμβατισμός* μέσα από τον οποίο επιδιώκεται η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, καθώς και *ισότητα*. Επίσης, μέσα από την κεντρική στρατηγική και από τον ενιαίο σχεδιασμό, προωθείται η κάλυψη των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού, καθώς και συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων και ηλικιών. Το σύστημα στηρίζεται στην κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση, που προέρχεται από την γενική φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται δωρεάν στον πολίτη. Ακόμα χαρακτηρίζεται και από μια χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών υπηρεσιών και ανθρώπινων πόρων, έτσι ώστε να περιορίζονται οι περιφερειακές ανισότητες. Σημείο, το οποίο δεν επιτυγχάνεται πάντα στην τέλεια μορφή του, δηλαδή πλήρης αποκέντρωση των υπηρεσιών (Υφαντόπουλος Γ., 2003).

*Πλεονεκτήματα* αυτού του συστήματος :

α. Η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης του πληθυσμού, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους θέση.

β. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης αποτελούν την κύρια προτεραιότητα του Κράτους.

γ. Ο επαγγελματικός ανταγωνισμός, είναι περιορισμένος και η συνεργασία μεταξύ των γιατρών καλή.

δ. Υπάρχει κεντρικός σχεδιασμός, ενώ τίθενται στόχοι για την πραγματική κάλυψη των αναγκών των πολιτών.

ε. Αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή.

*Μειονεκτήματα* του συστήματος :

α. Η δημιουργία μεγάλης γραφειοκρατίας, που επιβαρύνει τις υπηρεσίες με άσκοπη και δαπανηρή, τόσο οικονομικά όσο και χρονικά, εργασία.

β. Η εμφάνιση λίστας αναμονής στα νοσοκομεία, κυρίως για χειρουργικές επεμβάσεις.

γ. Η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα, που θα προάγουν την αποδοτικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ.

δ. Η περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής.



Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προσπάθεια από πολλά κράτη να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα με την εισαγωγή στοιχείων, όπως κίνητρα και ανταγωνισμός.

#### 4.5 Ανισότητες

Το σύστημα της ελεύθερης αγοράς, βασισμένο στις αρχές της υποκειμενικής απόλαυσης και του οικονομικού αποκλεισμού για τα άτομα που δεν μπορούν να καταβάλλουν την τιμή της αγοράς, διαμορφώνει μια κοινωνικά άδικη κατανομή των περιορισμένων πόρων υγείας (Σακελλαρόπουλος Θ., 1999).

Το ΕΣΥ μπορεί επίσης, λόγω των γραφειοκρατικών λειτουργιών του, να επιφέρει μια κοινωνικά άδικη και μη επαρκή κατανομή των πόρων υγείας, αποκλείοντας ορισμένες κοινωνικές ομάδες, από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Ο αποκλεισμός αυτός, δεν βασίζεται στις τιμές, αλλά στην περιορισμένη προσφορά υπηρεσιών υγείας και την αδυναμία ικανοποίησης του συνολικού μεγέθους της κοινωνικής ζήτησης.

Η ΠΟΥ, επισημαίνει ότι στην ευημερούσα Ευρώπη υπάρχουν σημαντικές κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες, όχι μόνο μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και μεταξύ των κοινωνικών τάξεων μέσα στις ίδιες χώρες.

Από την άλλη ο άκρατος φιλελευθερισμός οδηγεί στον «αποκλεισμό» των φτωχών, των χρόνιων πασχόντων και των οικονομικά αδυνάτων από το σύστημα και διαμορφώνει υψηλές μονοπωλιακές τιμές, οι οποίες συμβάλλουν στην υπερβολική αύξηση των δαπανών υγείας. Η ύπαρξη ενός αποκλειστικού δημόσιου φορέα υγείας οδηγεί στην γραφειοκρατική δομή ενός μονοπωλιακού, άκαμπτου συστήματος, στο οποίο εάν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα στελέχη να αναπτύξουν σύγχρονες μεθόδους management, τότε επαυξάνεται συσσωρευτικά η δυσλειτουργία του συστήματος, αυξάνονται οι λίστες αναμονής, αυξάνεται η δυσαρέσκεια του κοινού και αναπτύσσονται μορφές μαύρης αγοράς (Κοντιάδης, 1997).

#### 4.6 Μικτά Συστήματα Υγείας

Στην σημερινή εποχή, ούτε το ένα, ούτε το άλλο σύστημα δεν λειτουργούν στην αμιγή τους μορφή. Ανάμεσα στα δύο αυτά συστήματα υπάρχουν και κάποιες ενδιάμεσες μορφές. Αυτά βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση μέσα από την συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία όμως χρηματοδοτείται από τις εισφορές. Η παρέμβαση του Κράτους είναι και εδώ σημαντική, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης, όσο και κεντρικού σχεδιασμού, διασφαλίζοντας ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν, ωστόσο τα περισσότερα Κράτη έχουν καταφέρει να διασφαλίσουν ένα καλό επίπεδο υγείας για το σύνολο του πληθυσμού, με λογικό κόστος σε σύγκριση με το Αμερικάνικο σύστημα υπηρεσιών υγείας.

#### 4.7 Το Ελληνικό Παράδοξο Στην Υγεία

Είναι φανερό ότι λόγω της αποτυχίας της αγοράς, ο ρόλος του Κράτους είναι ιδιαίτερα καθοριστικός και για την ισότητα και για την κοινωνική αποδοτικότητα του ΣΥ. Η κρατική παρέμβαση μπορεί να είναι έμμεση ή άμεση και αυτό αποτελεί μόνο *πολιτική επιλογή*, η οποία θα πρέπει να αναφέρεται στον καθορισμό της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας.

Όλοι γνωρίζουμε, πως η Ελλάδα είναι μια μικρή και φτωχή Χώρα, με πλούσιους όμως πολίτες. Επιπλέον, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε πως, είναι μια Χώρα με ΣΥ που δυσλειτουργεί, αλλά με υγιείς πολίτες. Έτσι, παρατηρούμε ότι :

α. η αποτελεσματικότητα του συστήματος είναι υψηλή και σαν παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε ότι ο δείκτης επιβίωσης είναι από τους καλύτερους στον κόσμο.

β. η αποδοτικότητα είναι χαμηλή και αυτό γιατί, ένα μεγάλο μέρος του ΑΕΠ που δαπανά η Χώρα, περίπου το 8 %, πηγαίνει σε άχρηστες εξετάσεις και φάρμακα, ενώ παρατηρείται και το φαινόμενο της παραοικονομίας.

γ. οι ανισότητες υπάρχουν, και μέσα στο ίδιο το σύστημα, οι οποίες δεν έχουν γίνει ακόμα γνωστές, διότι οι επιπτώσεις από την εγκατάσταση χιλιάδων μεταναστών δεν έχουν ακόμα φανεί (Υφαντόπουλος Γ., 2003).

Ένας από τους τομείς που απασχόλησαν και απασχολούν τις εκάστοτε Κυβερνήσεις στον χώρο της υγείας, είναι και η διοίκηση των νοσοκομείων, η οποία ακολουθώντας την εξέλιξη της Δημόσιας Διοίκησης, πέρασε από πολλά στάδια εκσυγχρονισμού και αντιμετώπισε πολλές προκλήσεις. Σε επόμενο Κεφάλαιο (στο Κεφάλαιο 6) εξετάζεται η εξέλιξη του θεσμού αυτού, από τα πρώτα χρόνια ίδρυσης του ελληνικού Κράτους, μέχρι και τις αρχές του 2000.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

#### 5.1 Ιστορική Εξέλιξη Του Νοσοκομείου

Ιστορικά έχουν καταγραφεί τρεις φάσεις της νοσοκομειακής εξέλιξης, οι οποίες συσχετίζονται με την διάρθρωση και εξέλιξη του ΣΥ και του κοινωνικοοικονομικού συστήματος (Ρομπόλης Σ., 1989).

Η *πρώτη φάση*, που συνδέεται με την εμφάνιση των πρώτων νοσοκομείων, ξεκινάει από τον 4<sup>ο</sup> αιώνα περίπου μ.χ. και φθάνει μέχρι το 1850. Η εν λόγω περίοδος αποτελεί την παραδοσιακή περίοδο του νοσοκομείου, στην οποία αυτό, αποτελεί έναν κατεξοχήν φιλανθρωπικό θεσμό. Τα πρώτα λοιπόν νοσοκομεία, εμφανίστηκαν υπό την επίδραση του χριστιανισμού στα τέλη του 4<sup>ου</sup> αιώνα μ.χ. και στο βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργών καταστημάτων και ιδρυμάτων, των πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και των απλών νοσοκομείων στα μοναστήρια, τα οποία αρχικά ονομάστηκαν ξενοδοχεία<sup>23</sup>. Η εμφάνιση των ιδρυμάτων αυτών συμβαδίζει με την επικρατούσα αντίληψη της εποχής, ότι δηλαδή η αρρώστια θεωρείται ως απόκλιση από την θρησκευτική ζωή του πάσχοντος, όπως αυτή περιγράφεται από τους κανόνες της Εκκλησίας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την απουσία της κοινωνικής αντίληψης του φαινομένου υγεία, από την στιγμή μάλιστα, που το ίδιο το Κράτος δεν διεκδικεί, για οικονομικούς κυρίως λόγους, τον έλεγχο των ιδρυμάτων από την Εκκλησία.

Τον 12<sup>ο</sup> αιώνα εμφανίζεται για πρώτη φορά μια νέα μορφή ιδρύματος, όπου πολλά μικρά δωμάτια αντικαθίστανται από μεγάλες αίθουσες με πολλά κρεβάτια για να παρακολουθούν οι ασθενείς την Θεία Λειτουργία. Κατά τον 13<sup>ο</sup> και 14<sup>ο</sup> αιώνα αυτού του τύπου τα ιδρύματα εξαπλώνονται σε όλη την Ευρώπη, παρέχοντας στοιχειώδη περίθαλψη. Από τον 16<sup>ο</sup> αιώνα, αυτός ο τύπος του νοσηλευτικού ιδρύματος αντικαθίσταται σταδιακά. Έτσι, εμφανίζονται ιδρύματα που δεν είχαν

---

<sup>23</sup> Η ονομασία τους αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι αυτά ήταν ξενοδοχεία, στα οποία κατέφευγαν οι ταξιδιώτες και ξένοι, διέθεταν δε και ιδιαίτερο κτίριο για όσους από αυτούς ήταν άρρωστοι. Βλ. Σιγάλας Ι., ο.π. σελ. 21 και Θεοδώρου Μ. –Σαρρής Μ. –Σούλης Σ., «Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα», εκδ. Ελληνικό Τμήμα Ευρωπαϊκής Ένωσης Νέων Μάνατζερς Υγείας, Αθήνα 1996, σελ 112

θηρσκευτικούς σκοπούς, αλλά κοινωνικούς<sup>24</sup>. Την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης (18<sup>ος</sup> αιώνας) και με την εμφάνιση της μεσαίας τάξης, σημειώνεται για πρώτη φορά η ανάγκη διαχωρισμού των λειτουργιών των ιδρυμάτων αυτών, με την επισήμανση ότι οι ιατρικές πράξεις απαιτούν ειδικούς χώρους και εξοπλισμό. Δημιουργούνται, έτσι, τα πρώτα νοσοκομεία που παρείχαν βραχεία νοσηλεία. Παρ' όλα αυτά οι συνθήκες υγιεινής και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες ήταν σχεδόν ανύπαρκτες, πολλοί ασθενείς απέφευγαν τα νοσοκομεία και μόνο τα τμήματα εκείνα του πληθυσμού που συνέρεαν στα αστικά κέντρα ως εργατικό δυναμικό και ζούσαν κάτω από άθλιες συνθήκες, κατέφευγαν σε αυτά, ενώ οι πλούσιοι χρησιμοποιούσαν τους ιδιώτες γιατρούς.

Από τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε και τις συνέπειες στην διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων στην εξεταζόμενη περίοδο (Ρομπόλης Σ., 1989). Καταρχήν και εξαιτίας του ελέγχου των νοσοκομειακών ιδρυμάτων από την Εκκλησία, το περιεχόμενο τους είχε περισσότερο θρησκευτική σημασία παρά ιατρική ή υγειονομική. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, η αποστολή των εν λόγω ιδρυμάτων να συμβαδίζει με την καταπολέμηση της μιζέριας και της φτώχειας και όχι της ασθένειας<sup>25</sup>. Επιπλέον, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων να γίνεται από ιδιώτες και όχι από το Κράτος. Τέλος, μέχρι τον 14<sup>ο</sup> αιώνα η τεχνική στα νοσηλευτικά ιδρύματα ήταν ανύπαρκτη, δεν υπήρχαν ούτε γιατροί, ούτε χειρουργοί, τα φάρμακα ήταν φυτικά σιρόπια και την διοίκηση ασκούσαν οι ιερείς.

Η **δεύτερη φάση**, αρχίζει από τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα και εκτείνεται ως τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα (1850 – 1945) και αποτελεί την περίοδο της *ελεύθερης άσκησης* του ιατρικού επαγγέλματος. Το νοσοκομείο εξελίσσεται σε ένα πολύπλοκο οργανισμό, αποβάλλει τον φιλανθρωπικό χαρακτήρα του και μετατρέπεται σε φορέα παροχής ιατρικής φροντίδας, όπου ο γιατρός κατέχει κεντρική θέση. Οι πρόοδοι της ιατρικής επιστήμης, της ιατρικής τεχνικής και τεχνολογίας επηρεάζουν σημαντικά την νοσοκομειακή δραστηριότητα.

Από την άλλη μεριά, προβάλλει έντονη η ανάγκη οργανωτικών και λειτουργικών μεταρρυθμίσεων στα νοσοκομεία. Για πρώτη φορά εμφανίζονται οι προτάσεις σχεδιασμού των νοσοκομειακών χώρων. Από τις πιο γνωστές αναφορές είναι αυτή

<sup>24</sup> Οι δήμοι των μεγάλων πόλεων της Ευρώπης δημιουργούν τα δικά τους ιδρύματα – νοσοκομεία που κύρια αποστολή τους ήταν όχι η ιατρική περίθαλψη, αλλά η φροντίδα των αστέγων, των γέρον και των ορφανών. Βλ. Θεοδώρου Μ.–Σαρρής Μ.–Σούλης Σ., 1996, σελ. 113

<sup>25</sup> Εξαιρέση αποτελούν τα ιδρύματα που ήταν εξειδικευμένα στην περίθαλψη των λεπτών.

της Nightingale, το 1859 στην Μ. Βρετανία<sup>26</sup>. Η καλύτερη οργάνωση των χώρων αυτών, αποσκοπούσε στην αποτελεσματικότερη παρακολούθηση και φροντίδα των ασθενών σε συνδυασμό με την μείωση του κόστους της νοσηλευτικής διαδικασίας (Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., 1996). Οι μεγάλες εφευρέσεις της εποχής (ακτίνες X – το 1895, καθορισμός της ομάδας αίματος – το 1900, το ηλεκτροκαρδιογράφημα – το 1902 κλπ), οδηγούν στην ανάπτυξη νέων λειτουργικών μονάδων μέσα στα νοσοκομεία. Λίγο αργότερα, η εμφάνιση των ιατρικών ειδικοτήτων και εισαγωγή εξειδικευμένης ιατρικής τεχνολογίας, είχαν σαν αποτέλεσμα, παραπέρα αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης των νοσοκομείων. Συγκεκριμένα : οι μεγάλοι θάλαμοι ανοικτής νοσηλείας, αντικαθίστανται από τα νοσοκομειακά περίπτερα (pavilion hospitals) και οι ασθενείς διαχωρίζονται ανάλογα με την ασθένεια τους. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, τα νοσοκομειακά περίπτερα, αντικαθίστανται από πολύροφα νοσοκομεία, τα οποία ελαχιστοποιούν τα προβλήματα αποστάσεων και επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών και τμημάτων στο εσωτερικό του νοσοκομείου. Γενικά το νοσοκομείο την περίοδο αυτή, καθίσταται το επίκεντρο ολόκληρου του ΣΥ.

Επίσης, στην διάρκεια αυτής της περιόδου, αναπτύσσεται η υγειονομική προστασία. Η πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες, ευνοείται από την δημιουργία συστημάτων ασφάλισης υγείας δημοσίου χαρακτήρα. Το νοσοκομείο λειτουργεί υπό την επίδραση τριών βασικών παραγόντων : το Κράτος, την διοίκηση του και το προσωπικό του. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν, να αναπτυχθούν οι οργανωτικές αντιλήψεις της συγκεντρωτικής διοίκησης και ελέγχου του νοσοκομείου από το Κράτος. Το νοσοκομείο εξελίσσεται έτσι, σε ένα χώρο διοικητικής και γραφειοκρατικής οργάνωσης.

Η **τρίτη φάση**, είναι αυτή της μεταπολεμικής περιόδου, τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας είναι (Ρομπόλης Σ., 1989). :

- το νοσοκομείο είναι ένα σύστημα τεχνικής τεχνολογίας. Η νοσοκομειακή οργάνωση και διοίκηση ανατρέπεται από τις νέες τεχνικές της ιατρικής και της διοίκησης.

---

<sup>26</sup> Ένας τυπικός Nightingale θάλαμος χαρακτηρίζεται από την παράταξη διπλής σειράς 30 συνολικά κλινών. Τα μεγέθη του θαλάμου ήταν συνήθως 9m. πλάτος, 36,6m μήκος και 5m ύψος. Τα περίπτερα συνδέονται μεταξύ τους με διάδρομους και βοηθητικούς χώρους. Η επίδραση στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό του εύρους των λειτουργιών και των παροχών υγείας που έπρεπε να καλύψει το κτίριο, ήταν ελάχιστη.

- στο νοσοκομείο αναπτύσσεται μια ορθολογική αντίληψη, που αποσκοπεί στον έλεγχο της ανάπτυξης του. Μεταξύ των δημοσίων επενδύσεων, αποκτούν σημαντική θέση, οι επενδύσεις για τα νοσοκομεία. Αναπτύσσεται ο ανταγωνισμός μεταξύ του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας, ενώ παράλληλα αναπτύσσονται και μέθοδοι κατάρτισης των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, οι οποίοι αποτελούν ένα εργαλείο χρήσιμο για την λήψη των αποφάσεων. Παρ' όλα αυτά, το νοσοκομείο παραμένει ένας οργανισμός, όπου τα κέντρα των αποφάσεων είναι πολλαπλά και σε διαφορετικά επίπεδα.
- μέσα σε αυτό το πλαίσιο, διαμορφώνεται ένα σύστημα συμβουλευτικό, δηλαδή το ιατρικό σώμα απολαμβάνει μια σχετική αυτονομία σε τεχνικό επίπεδο και δεν συμμετέχει, κατά γενικό κανόνα, παρά κατά τρόπο συμβουλευτικό, στις διοικητικές αποφάσεις. Βαθμιαία αυτή η σχετική αυτονομία, μειώνεται, γιατί οι διοικητικές αποφάσεις έχουν μια επίδραση στο τεχνικό μέρος του νοσοκομείου και το ιατρικό σώμα είναι συνδεδεμένο με τα προβλήματα της διοίκησης και της οικονομίας του νοσοκομείου.

Ολοκληρώνοντας την σύντομη ιστορική αναδρομή της νοσοκομειακής περιθαλψης, θα πρέπει να τονισθεί ότι οι τρεις αυτές φάσεις, δεν είναι χωρισμένες η μία από την άλλη. Αντίθετα, διατηρούν πολλά κοινά στοιχεία, στην διάρκεια αυτής της πορείας εξέλιξης. Προχωρώντας θα εξετάσουμε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του σύγχρονου νοσοκομείου, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργία του.

## 5.2 Το Σύγχρονο Νοσοκομείο

Στην σημερινή περίοδο, το νοσοκομείο έχει εξελιχθεί σε ένα κεντρικό στοιχείο του ΣΥ. Η κεντρικότητα αυτή, στηρίζεται και εμπνέεται από την θεραπευτική αντίληψη του υγειονομικού συστήματος. Τα νέα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου επικεντρώνονται :

- α. στην αναπτυγμένη συμμετοχή της τεχνολογίας στις ιατρικές φροντίδες,
- β. στην διεύρυνση των υγειονομικών αναγκών των χρηστών και



γ. στην ολοένα σημαντικότερη οικονομική θέση, που το νοσοκομείο αποκτά στην κατανομή των δαπανών υγείας.

Όλο το νοσοκομειακό σύστημα έχει ως πυρήνα το νοσοκομειακό κρεβάτι, γύρω από το οποίο συγκεντρώνονται γιατροί και μηχανήματα, εστιάζοντας το ενδιαφέρον τους πάνω στον απομονωμένο άρρωστο. Ο γιατρός της κλινικής ενός νοσοκομείου υποστηρίζεται τεχνολογικά από βιολογικά εργαστήρια, εργαστήρια ραδιολογίας κλπ., τα οποία βαθμιαία περιορίζουν την ατομική ιατρική πράξη : η διάγνωση και η θεραπεία έγιναν εργασίες της ιατρικής ομάδας (Ρομπόλης Σ., 1989). Αυτή η νέα ιατρική πρακτική, έχει υποβαθμίσει την εικόνα του προϊστάμενου υπηρεσίας, που είναι απομονωμένος, παραγνωρίζοντας την υπόλοιπη λειτουργία του νοσοκομείου. Επιπλέον, σήμερα η λειτουργική σύνδεση των υπηρεσιών είναι σημαντική και το επίπεδο λειτουργίας της εξαρτάται, από την ποιότητα των ιατρικών φροντίδων από το νοσοκομείο.

Το νοσοκομείο, ως πεδίο συγκέντρωσης υψηλής τεχνολογίας, έχει γίνει τόπος διάγνωσης, παροχής φροντίδων και έρευνας, τα οποία δεν μπορούν να παρασχεθούν σε κατ' οίκον νοσηλεία. Πράγματι, οι νέες τεχνολογικές συνθήκες έχουν αναβαθμίσει το κύρος του νοσοκομείου και του ιατρικού προσωπικού, καθώς επίσης έχουν βελτιώσει τις συνθήκες εισόδου και παραμονής σε αυτό. Παράλληλα όμως, η ιατρική τεχνολογία προκάλεσε κατακόρυφη αύξηση των δαπανών περίθαλψης (Υφαντόπουλος Γ., 1988). Το κόστος των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και του μηχανολογικού εξοπλισμού είναι μεγάλο. Πέρα από την αρχική επένδυση, η συντήρηση και το απαιτούμενο εξειδικευμένο προσωπικό προσ αυξανουν το κόστος κάθε ιατρικής πράξης. Από την άλλη μεριά οι δημογραφικές μεταβολές, δηλαδή η παρατηρούμενη δημογραφική γήρανση, αποτελεί βασικό παράγοντα διαμόρφωσης αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας<sup>27</sup> και κατά συνέπεια των νοσοκομειακών δαπανών. Επιπλέον, η ολοένα και πιο συχνή προσφυγή του πληθυσμού στο

<sup>27</sup> Η ομάδα των υπερηλικών απορροφά μεγάλο μέρος των δαπανών για την υγεία και η εξέλιξη του φαινομένου θα προκαλέσει σοβαρά προβλήματα τόσο στους προϋπολογισμούς υγείας, όσο και στην ασφάλιση υγείας, ενώ παράλληλα θα είναι αναπόφευκτη η δημιουργία έντασης στις υπηρεσίες παροχής ιατρικής φροντίδας, αλλά και στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης. Η πληθυσμιακή γήρανση αναπόφευκτα επηρεάζει την πορεία των μακροοικονομιών μεγεθών και γενικά κάθε πλευρά της οικονομίας. Δημιουργεί επίσης, νέες κοινωνικές ανάγκες και επομένως ιδιαίτερα προβλήματα στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής. Αποτελεί μια από σημαντικότερες συνιστώσες στην πρόβλεψη των μελλοντικών εξελίξεων στην οικονομία, στην κοινωνική πολιτική και την πολιτική υγείας. Βλ. Γεωργούση Ε.- Κυριόπουλος Γ., «Τα Οικονομικά Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Τρίτη Ηλικία : Διαχειριστικές και Οικονομικές Επιπτώσεις Από Την Γήρανση Του Πληθυσμού Στον Υγειονομικό Τομέα», στο Γήρανση και Κοινωνία, συλλογική έκδοση συνεδρίου του ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996, σελ. 323 - 332

νοσοκομείο, για κάθε πρόβλημα υγείας, που άλλοτε δεν είχε την ανάγκη του, επιβαρύνει περαιτέρω τον προϋπολογισμό του. Αυτό το υψηλό κόστος, δεν είναι δυνατόν να καλυφθεί πια από το άτομο ή την οικογένεια του, παρά μόνο από το κοινωνικό σύνολο, είτε μέσω του Κράτους, είτε μέσω των ασφαλιστικών φορέων. Η κάλυψη λοιπόν, των δαπανών υγείας επιβαρύνει το κοινωνικό σύνολο και αντιμάχεται με άλλες ανάγκες, που πρέπει να καλυφθούν από την ίδια πηγή.

Τα νοσοκομεία, έχουν εξελιχθεί σε τεράστια και δαιδαλώδη κτίρια, εξοπλισμένα με βαριά και πολύ ακριβά μηχανήματα, μέσα στα οποία καθημερινά κινούνται χιλιάδες ασθενείς, επισκέπτες και επαγγελματίες υγείας. Αυτοί οι πολύπλοκοι και δαπανηροί οργανισμοί, που ευφυώς έχουν χαρακτηριστεί «σύγχρονα παλάτια της αρρώστιας» (Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., 1996), άρχισαν τα τελευταία χρόνια να προκαλούν ανησυχίες, σχετικά με την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τους. Μάλιστα, έφτασαν στο σημείο να συγκρίνονται με μια τυπική ιδιωτική επιχείρηση. Παρ' όλα αυτά, δεν μπορούμε να εξισώσουμε έναν νοσοκομειακό μη κερδοσκοπικό οργανισμό, με έναν ιδιωτικό κερδοσκοπικό οργανισμό. Και αυτό γιατί, το νοσοκομείο διατηρεί ακόμα έναν ρόλο *βοήθειας*. Επιπλέον, έχει υποχρεώσεις έρευνας και διδασκαλίας, οι οποίες θεωρούνται βραχυχρόνια ως παράγοντες αποδοτικότητας. Εκείνο όμως που διαφοροποιεί κυρίως το νοσοκομείο από μια τυπική επιχείρηση, είναι το γεγονός ότι οι χρήστες του, δεν είναι, παρά μονάχα σ' ένα μικρό μέρος τους, οι πραγματικοί πληρωτές των ιατρικών φροντίδων που απολαμβάνουν. Επιπλέον, οι χρήστες, δεν έχουν τις περισσότερες φορές, καμία δυνατότητα επιλογής ως προς την νοσοκομειακή τους περίθαλψη και δεν είναι γενικά ικανοί, να προσδιορίσουν και να κρίνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Τέλος, η νοσοκομειακή δραστηριότητα δεν ποσοτικοποιείται τόσο εύκολα, όπως μπορεί να συμβεί σε άλλους τομείς της παραγωγής αγαθών ή υπηρεσιών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

#### 6.1 Το Διοικητικό Σύστημα Των Νοσοκομείων Από Την Σύσταση Του Ελληνικού Κράτους

Η κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα μετά την απελευθέρωση από τον τουρκικό ζυγό και την σύσταση του ελληνικού Κράτους ήταν χαώδης, τόσο από πλευράς οικονομικών, όσο και από πλευράς διοίκησης (όπως έχουμε ήδη αναφέρει και παραπάνω). Όσον αφορά στον τομέα της υγείας, η νοσοκομειακή περίθαλψη βρισκόταν σε πρωτόγονη κατάσταση και ο πληθυσμός νοσηλευόταν υπό άθλιες συνθήκες σε νοσοκομεία τα οποία δημιουργήθηκαν και λειτούργησαν προσωρινά μέσα σε ερειπωμένα στρατιωτικά κτίρια.

Ο Ιωάννης Καποδίστριας, ο οποίος είχε διατελέσει διευθυντής του Στρατιωτικού Νοσοκομείου της Κέρκυρας, με την ιδιότητα του γιατρού, μετά την απελευθέρωση του νησιού από τους Γάλλους κατακτητές, ήταν γνώστης των προβλημάτων που αντιμετώπιζε ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης. Κύρια φροντίδα του, επομένως, ήταν να λάβει μέτρα για την συγκρότηση των πρώτων νοσοκομείων. Μάλιστα ο ιστορικό Ν. Δραγούμης, αναφέρει ότι ο Καποδίστριας, μεταξύ των άλλων μέτρων που έλαβε μετά την άφιξη του στο Ναύπλιο, προχώρησε στην ίδρυση ορφανοτροφείου, για την περίθαλψη 500 ορφανών, ενώ ο αδελφός του Βάριος ίδρυσε, κάποια υγειονομεία για την αντιμετώπιση της πανώλης, που είχε εξαπλωθεί τότε. Όμως, η οικονομική δυσπραγία, που ταλάνιζε το νεοσύστατο ελληνικό Κράτος, δεν επέτρεψε στον διορατικότατο αυτό πολιτικό, να παρέμβει δυναμικά στον τομέα της υγείας. Αυτός, ήταν άλλωστε εν μέρει και ο λόγος που ο τομέας αυτός πέρασε στα χέρια των ιδιωτών και των μοναστηριών.

Το πρώτο νοσοκομείο ανεγέρθηκε και λειτούργησε στην Σύρο, το 1827, με την επωνυμία «Βαρδάκειον και Πρώιον Νοσοκομείον Σύρου», από εισφορές των εύπορων κατοίκων του νησιού, αλλά και από εισφορές προσφύγων, οι οποίοι είχαν έρθει στο νησί από διάφορα νησιά του Αιγαίου και από την Μικρά Ασία. Το νοσοκομείο αυτό, το διοικούσε Αδελφάτο (Μωραΐτης Ε., 2004).

Κατά την περίοδο αυτή αρκετοί εύποροι πολίτες, οι οποίοι ονομάστηκαν εθνικοί ευεργέτες, συνέβαλαν καθοριστικά στην ανέγερση νέων νοσοκομείων, αφού το νεοσύστατο ελληνικό Κράτος αδυνατούσε να αντιμετωπίσει τις τεράστιες δαπάνες, οι οποίες απαιτούνταν για την εθνική ανασυγκρότηση.

Χαρακτηριστικό είναι ότι, ο αρχιφρούραρχος της περιφέρειας Ναυπλίου Κάρολος Έιδεκ, με αναφορά του προς τον Κυβερνήτη Ιωάννη Καποδίστρια, στις 3 Ιουλίου του 1829, εκθέτει την τραγική κατάσταση που επικρατούσε στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης οκτώ χρόνια μετά την απελευθέρωση, περιγράφοντας τις άθλιες συνθήκες που επικρατούσαν στα λιγοστά νοσοκομεία της εποχής.

Αργότερα, το 1836, επί βασιλείας Όθωνα, ιδρύεται το πρώτο νοσοκομείο στην Αθήνα, από τον τότε δήμαρχο της, Αργύριο Πετράκη, το οποίο ονομάστηκε «Δημοτικό Νοσοκομείο η «Ελπίς» και κάλυψε μεγάλο μέρος των υγειονομικών αναγκών της χώρας. Το νοσοκομείο αυτό, όπως και όσα είχαν ιδρυθεί μέχρι τότε, διοικούνται από Αδελφάτο, όπως οριζόταν στο άρθρο 1 του Δ. της 1/13-12-1836. Συγκεκριμένα, με την ανωτέρω διάταξη καθοριζόταν επίσης ότι : «τα αγαθοεργά καταστήματα, καθώς νοσοκομεία, ορφανοτροφεία, νοσοτροφεία κλπ θέλουν διοικείσθαι εις το εξής από «Αδελφάτα», συγκείμενα από τον δήμαρχον του δήμου, ως πρόεδρον αυτού, εις την περιφέρειαν του οποίου ευρίσκονται και από δύο ή τέσσερας δημότας».

Παράλληλα, με την ίδρυση του πρώτου νοσοκομείου στην Αθήνα, το καθεστώς της συνταγματικής μοναρχίας του Όθωνα προχώρησε στην λήψη των πρώτων μέτρων, για την προστασία της δημόσιας υγείας στο νεοσύστατο ελληνικό Κράτος.

## 6.2 Τα Πρώτα Συστήματα Διοίκησης

Μετά το πέρας των πρώτων χρόνων της δεκαετίας του 1910, στην χώρα μας ιδρύθηκε ένας ικανός αριθμός νοσοκομείων, τα περισσότερα από τα οποία ήταν δημοτικά ή αγαθοεργού ιδιωτικής πρωτοβουλίας, ενώ πολύ λίγα ιδρύθηκαν από το Κράτος.

Συγκεκριμένα, το 1880 ιδρύθηκε στην Αθήνα από σύλλογο κυριών «υπέρ της γυναικείας παιδείας», το Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», το οποίο διέθετε 95 κλίνες και είχε σκοπό την παροχή ιατρικής περίθαλψης και την πρακτική εξάσκηση των νοσοκόμων.

Το 1884, επανιδρύθηκε το ίδιο νοσοκομείο από την βασίλισσα Όλγα, σύζυγο του αυτοκράτορα της Ρωσίας Αλέξανδρου Β΄, από την Μονή Πετράκη, τον Α. Συγγρό, τον Τ. Δρομοκαίτη, τον Μ. Κοργιαλένιο κα. Επίσης, το «Νοσοκομείο Δρομοκαίτειο», ιδρύθηκε το 1887, από τον εθνικό ευεργέτη Τ. Δρομοκαίτη, ενώ το «Νοσοκομείο Α. Συγγρού», ιδρύθηκε το 1910 από τον ευεργέτη Α. Συγγρό, όπως και άλλα νοσοκομεία αργότερα. Εκείνο, το οποίο θα πρέπει να επισημάνουμε, είναι το γεγονός ότι τα όργανα διοίκησης, κάθε νοσοκομείου καθορίζονται πλέον από το ιδρυτικό του διάταγμα, αφού την περίοδο εκείνη, όχι μόνο δεν είχε θεσπιστεί από την πολιτεία ένα νομικό πλαίσιο οργάνωσης και διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, αλλά απεναντίας, δεν υπήρχε καν, Υπουργείο Υγείας. Τα θέματα τα οποία αφορούσαν στην δημόσια υγεία, είχαν υπαχθεί στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Εσωτερικών, στο οποίο είχε συσταθεί και λειτουργούσε η «Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Αντίληψης». Συνεπώς, ο τρόπος διοίκησης κάθε νοσοκομείου καθοριζόταν από την ιδρυτική του διάταξη (Μωραΐτης Ε., 1995).

Έτσι παρατηρούμε, ότι όλα τα δημοτικά νοσοκομεία της περιόδου αυτής διοικούνται από Αδελφάτο, στο οποίο μετέχει ως πρόεδρος του, ο δήμαρχος της περιοχής στην οποία έχει την έδρα του το νοσοκομείο. Αντίθετα, από τα νοσοκομεία αγαθοεργού ιδιωτικής πρωτοβουλίας, αλλά διοικούνται από Εφορεία και άλλα από Διοικητικά Συμβούλια (ΔΣ).

Μεταξύ των νοσοκομείων που διοικούνται από Αδελφάτο, ήταν και το Δημοτικό Νοσοκομείο «Άγιος Δημήτριος» της Θεσσαλονίκης, το οποίο χτίστηκε πιθανότατα το 1902, ως τουρκικό νοσοκομείο, για την εξυπηρέτηση των νοσηλευτικών αναγκών των περίπου 40.000 τούρκων της Θεσσαλονίκης.

### **6.3 Οι Πρώτες Μεταρρυθμίσεις Του Αναγκαστικού Νόμου 965/1937, Στην Διοίκηση των Νοσοκομείων**

Η περίοδος της δεκαετίας του '30 στον τομέα της υγείας, σηματοδοτείται από την έκδοση του Αναγκαστικού Νόμου (Α.Ν.) 965/1937, «περί της οργάνωσης των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων», ο οποίος ήρθε να τερματίσει την χαώδη κατάσταση που επικρατούσε στον χώρο της υγείας και να δώσει ελπίδες στον πληθυσμό της χώρας, που δεινοπαθούσε από διάφορες ασθένειες. Η έκδοση του Α.Ν. χαιρετίστηκε απ' όλους με ιδιαίτερη ικανοποίηση, διότι έγινε φανερό ότι το

Κράτος επιτέλους, ανέλαβε την προσπάθεια της ανασυγκρότησης του τομέα της υγείας.

Οι μεταρρυθμίσεις τις οποίες εισήγαγε το νομοθέτημα αυτό, αφορούσαν κυρίως, στην διοίκηση και οργάνωση των μονάδων περίθαλψης.

### **6.3.1 Η Καθιέρωση Του Θεσμού Των Διοικητικών Συμβουλίων (ΔΣ)**

Σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 1 ορίζεται ότι, όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας θα διέπονται από τον συγκεκριμένο Α.Ν., ενώ σύμφωνα με άλλη διάταξη (άρθρο 2) επισημαίνεται ότι θα αποτελούν ΝΠΔΔ, θα βρίσκονται υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης και θα διοικούνται από ΔΣ. Η ίδια διάταξη καθορίζει, τόσο την θητεία και την σύνθεση των εν λόγω συλλογικών οργάνων, όσο και τις αρμοδιότητες τους (άρθρο 4 και 5). Σύμφωνα με τις διατάξεις του Α.Ν., τα ΔΣ είναι αντιπροσωπευτικά και χωρίζονται, από πλευράς αριθμού μελών, σε δύο μεγάλες κατηγορίες : σε εκείνα των νοσοκομείων της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, που είναι επταμελή, και σε εκείνα των νοσοκομείων της λοιπής επικράτειας, που είναι πενταμελή.

Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος του ΔΣ των νοσοκομείων, εκλέγονται με ψηφοφορία και προεδρεύει το αρχαιότερο μέλος, ανά διετία. Η θητεία όλων των ΔΣ των νοσοκομείων της χώρας είναι τετραετής. Η ανώτερη θέση απορρέει από το άρθρο 2 του ΑΝ 965/1937.

Παράλληλα, θεσπίζεται για πρώτη φορά, ο θεσμός του Κυβερνητικού Επιτρόπου, ο οποίος παρίσταται στις συνεδριάσεις του ΔΣ, χωρίς δικαίωμα ψήφου, εκπροσωπώντας τον Υπουργό Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης. Επίσης, ο ΑΝ θέτει οριστικά τέλος, στο υφιστάμενο έως τότε, καθεστώς διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, με την κατάργηση όλων των διορισμένων Εφορειών ή Αδελφάτων, τα οποία παραχώρησαν την θέση τους στα νέα ΔΣ. Τα συμβούλια αυτά θα αποτελούσαν εφεξής έναν ενιαίο θεσμό διοίκησης σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας.

Με την θέσπιση του νέου θεσμού του ΔΣ, στα νοσηλευτικά ιδρύματα και την κατά ενιαίο τρόπο εφαρμογή του, η πολιτική εξουσία έθεσε τον εαυτό της υπό κηδεμονία, αφού στην σύνθεση κάθε ΔΣ συμμετείχε ο Κυβερνητικός Επίτροπος, ο οποίος ήταν εκπρόσωπος του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης και μάλιστα χωρίς δικαίωμα ψήφου. Αυτό δημιουργεί την αίσθηση, ότι η τότε πολιτική



εξουσία, δεν είχε τον πλήρη έλεγχο της διοίκησης του Κράτους, εξαιτίας της διακυβέρνησης της χώρας από το δικτατορικό καθεστώς του Ι. Μεταξά.

Έργο, λοιπόν, του επιτρόπου ήταν να παρακολουθεί τις συζητήσεις των θεμάτων, να δίνει τις κατευθύνσεις του καθεστώτος και, φυσικά, να μην επιτρέπει στην διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να παρεκκλίνει από την κυβερνητική γραμμή με πράξεις ή παραλείψεις. Με άλλα λόγια, υπήρχε σε κάθε ΔΣ ο τοποτηρητής του καθεστώτος. Πάντως, ο θεσμός αυτός διατηρήθηκε μέχρι την μεταπολίτευση, το 1975, οπότε και καταργήθηκε. Η διατήρηση του θεσμού του Κυβερνητικού Επιτρόπου μέχρι το 1975, υποδηλώνει ότι κρίθηκε χρήσιμος από όλες τις μεταγενέστερες Κυβερνήσεις και, ως εκ τούτου, λειτούργησε χωρίς διακοπή, αλλά δεν διατήρησε τις αρχικές του αρμοδιότητες (Δικαίος Κ. – Χλέτσος, 1999).

Δύο άλλα στοιχεία, τα οποία θα πρέπει να επισημάνουμε, είναι η διάρκεια της θητείας των οργάνων (ήταν τετραετής, ενώ τα τελευταία είκοσι χρόνια είναι διετής ή τριετής) και η διαδικασία εκλογής των μελών. Ειδικότερα, ο πρόεδρος του ΔΣ, κατά την πρώτη εφαρμογή του Νόμου, με την πάροδο της πρώτης διετίας όριζε με κλήρωση, την οποία έκανε ο ίδιος, τα ανανεούμενα τέσσερα μέλη, προκειμένου περί επταμελών συμβουλίων (δηλαδή στην περιοχή Αθήνας και Θεσσαλονίκης) ή τα τρία μέλη, προκειμένου περί πενταμελών συμβουλίων (δηλαδή σε όλους τους άλλους Νόμους της χώρας). Τα εξερχόμενα μέλη μπορούσαν να διοριστούν ξανά. Η ανανέωση αυτή των μελών των ΔΣ, στην συνέχεια γινόταν από τον Υπουργό Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης και μάλιστα εναλλάξ, δεδομένου ότι ανανεώνονταν τέσσερα ή τρία από τα μέλη των επταμελών συμβουλίων και τρία ή δύο από τα μέλη των πενταμελών συμβουλίων, αντίστοιχα. Συνεπώς, παρατηρούμε ότι η θητεία των μελών των ΔΣ ήταν ουσιαστικά διετής και όχι τετραετής.

Τέλος, όσον αφορά στις αρμοδιότητες του ΔΣ των νοσοκομείων, θα πρέπει να τονίσουμε ότι ήταν ενισχυμένες, με δικαίωμα μάλιστα, ρύθμισης των τιμολογίων νοσηλείας και λοιπών πράξεων, γεγονός που σήμαινε ότι από την χώρα έλειπε παντελώς η ύπαρξη μιας ενιαίας τιμολογιακής πολιτικής στον τομέα της περίθαλψης.

Εξάλλου, σημαντική καινοτομία του Α.Ν., υπήρξε η σύνταξη για πρώτη φορά από το ΔΣ του καταστατικού οργανισμού της διοίκησης και της οικονομικής διαχείρισης, όπως επίσης και του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας τους, γεγονός που σήμαινε ότι μια μεγάλη μεταρρυθμιστική προσπάθεια είχε αρχίσει ήδη να συντελείται στον χώρο των δημοσίων νοσοκομείων, δεδομένου ότι οι εν λόγω



μονάδες περίθαλψης, λειτουργούσαν μέχρι τότε, με βάση ένα πλήθος διάσπαρτων διατάξεων (Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., 2001).

Επίσης, με αυτόν τον Α.Ν. προβλέφθηκε η δημιουργία πανεπιστημιακών κλινικών και εργαστηρίων στα δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας, η λειτουργία των οποίων θα ήταν υπό την δικαιοδοσία και τον έλεγχο των ΔΣ (Βοζίκης Αθ., 2005).

#### **6.4 Οι Βελτιώσεις Του Διοικητικού Συστήματος Των Νοσοκομείων Από Τον Νόμο 2592/1953**

Το 1953 εκδόθηκε ο Νόμος 2592, «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», το οποίο χαρακτηρίστηκε από πολλούς, ως το σημαντικότερο νομοθέτημα στον χώρο της υγείας από την σύσταση του ελληνικού Κράτους, αφού με την διάταξη του άρθρου 1 και το Βασιλικό Διάταγμα (Β.Δ.) 17/30-10-1953, η χώρα διαιρέθηκε σε δεκατρείς (13) υγειονομικές περιφέρειες, στην έδρα καθεμίας από τις οποίες, συστάθηκε ειδική περιφερειακή υπηρεσία του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας. Ανάμεσα στις αρμοδιότητες αυτής της υπηρεσίας συγκαταλέγονταν :

- i. ο προγραμματισμός για όλα τα θέματα που ανάγονται στην παροχή ιατρικής αντίληψης, ii. η οργάνωση, παρακολούθηση και ο έλεγχος όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας και iii. ο συντονισμός των ενεργειών που συνέβαλλαν στην εκπλήρωση του σκοπού αυτού του νομοθετήματος (Μωραϊτης Ε., 2004).

#### ***Η Νέα Σύνοψη Της Διοίκησης Των Νοσοκομείων***

Ο τρόπος άσκησης της διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, ρυθμίζεται από την διάταξη του άρθρου 15, του ανωτέρω Νόμου, σύμφωνα με την οποία, τα ιδρύματα που διέπονται από τον Νόμο διοικούνται από Δ.Σ. η σύνοψη των οποίων διαφέρει ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου. Ειδικότερα, σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 200 κλίνες, τα ΔΣ είναι επταμελή και αντιπροσωπευτικά, ενώ σε νοσοκομεία άνω των 200 κλινών είναι εννεαμελή.

Τα ΔΣ των νοσοκομείων της Αθήνας και του Πειραιά, συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας, των ιδρυμάτων της Θεσσαλονίκης με απόφαση του Υπουργού Βόρειας Ελλάδας και των υπόλοιπων με απόφαση του

προϊσταμένου διοίκησης της έδρας κάθε υγειονομικής περιφέρειας. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζονται οι πρόεδροι και αντιπρόεδροι των συμβουλίων.

Η θητεία των μελών είναι τετραετής, η ανανέωση τους γίνεται τμηματικά ανά διετία, ενώ ανανεώνονται εναλλάξ πέντε ή τέσσερα μέλη προκειμένου για εννεαμελή συμβούλια και τέσσερα ή τρία προκειμένου για επταμελή συμβούλια. Η ανανέωση αυτή διενεργείται με κλήρο.

Το αξίωμα των μελών του ΔΣ ενός νοσηλευτικού ιδρύματος είναι τιμητικό. Παράλληλα, τα ΔΣ, οι Εφορείες ή τα Αδελφάτα (τα οποία εξακολουθούσαν να υφίστανται με ειδικές διατάξεις Νόμων ή διατάξεις των οργανισμών), καταργήθηκαν με τις διατάξεις του Νόμου 2592/1953, εφόσον η λειτουργία των νοσοκομείων καθοριζόταν από τα ανωτέρων νομοθετήματα.

## **6.5 Τα Κεντρικά Και Τα Περιφερειακά Όργανα Στην Υγεία Πριν Το ΕΣΥ**

### ***α. Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας και το Υπουργείο Υγείας***

Ο Υπουργός Υγείας, είναι το ανώτατο κεντρικό όργανο του Κράτους στον τομέα της υγείας. Προΐσταται της δημόσιας υπηρεσίας, η οποία διαρθρώνεται, στην οργανική ενότητα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (τότε περιλάμβανε και τις κοινωνικές ασφαλίσσεις) και ασκεί τις αρμοδιότητες που του εκχωρεί ο Νόμος 1552/1985.

Το Υπουργείο, συγκροτείται σε γενικές διευθύνσεις, διευθύνσεις, τμήματα και γραφεία, σύμφωνα με τον εκάστοτε οργανισμό του, στον οποίο καθορίζονται οι αρμοδιότητες τους. Οι ανώτεροι υπάλληλοι του Υπουργείου, ασκούν τα καθήκοντα τους, βάσει μεταβίβασης αρμοδιότητας ή εξουσιοδότησης υπογραφής.

Το Υπουργείο ως υπηρεσία, υλοποιεί την κρατική ευθύνη για παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και ασκεί εποπτεία και έλεγχο, επί όλων των δημοσίων και ιδιωτικών υγειονομικών φορέων. Στο έργο του αυτό, συνεπικουρείται από δύο σημαντικά, κυρίως γνωμοδοτικά όργανα :

- σε κεντρικό επίπεδο, από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) – Νόμος 1278/1982 και

- σε περιφερειακό επίπεδο, από τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) – Νόμος 1397/1983.

### **β. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.)**

Το ΚΕ.Σ.Υ., νομοθετήθηκε έναν χρόνο πριν από την ψήφιση του Νόμου για το ΕΣΥ. Οι διατάξεις του Νόμου 1278/1982, που ρυθμίζουν την οργάνωση, την λειτουργία και τις αρμοδιότητες του ΚΕ.Σ.Υ., ισχύουν με μερικές τροποποιήσεις, μέχρι σήμερα. Αποτελεί, το κατεξοχήν ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργείου, σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος. Συγκροτήθηκε από εικοσιτέσσερα (24) μέλη – εκπροσώπους των επαγγελματιών υγείας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων και της Πολιτείας (Παρασκευόπουλος, 2004).

Το ΚΕ.Σ.Υ., αρχικά προβλεπόταν, να είναι ένα όργανο συμμετοχής των πολιτικών, προκειμένου να παίζει έναν υπεύθυνο ρόλο κοινωνικού ελέγχου, ένα όργανο ελέγχου με σκοπό αφενός την διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής στην πολιτική για την υγεία και αφετέρου την λήψη αποφάσεων.

Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγχωνεύτηκε μεγάλος αριθμός συμβουλίων και επιτροπών που προϋπήρχαν. Ενδεικτικά αναφέρουμε, το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και Ανάπτυξης κα.

Τα διοικητικά όργανα του ΚΕ.Σ.Υ. σε επίπεδο λήψης των αποφάσεων απαρτίζονται από την Ολομέλεια και την Εκτελεστική Επιτροπή, ενώ βοηθούνται από την Γραμματεία.

Η Ολομέλεια, είναι το ανώτατο όργανο του ΚΕ.Σ.Υ., που αποφασίζει με την απόλυτη πλειοψηφία των 3/5 των παρόντων μελών της, για κάθε θέμα της αρμοδιότητας της, μετά την εισήγηση της Εκτελεστικής Επιτροπής. Η Εκτελεστική Επιτροπή, είναι πενταμελές όργανο, στο οποίο μετέχουν ο πρόεδρος (γιατρός), ο αντιπρόεδρος και τρία μέλη, που εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Κύριο έργο της είναι, να εισηγείται στην Ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. τα θέματα της αρμοδιότητας της, ενώ συγχρόνως έχει την ευθύνη για την εφαρμογή των αποφάσεων της Ολομέλειας. Η Εκτελεστική Επιτροπή μπορεί, να συγκροτεί ειδικές επιτροπές, συμβούλια και ομάδες εργασίας, για την εκπλήρωση του έργου της.

Το ΚΕ.Σ.Υ. βοηθείται στο έργο του, από την Γραμματεία, που συνίσταται ως υπηρεσία στο Υπουργείο Υγείας και απαρτίζεται, είτε από υπαλλήλους του Υπουργείου, είτε από υπαλλήλους με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου. Το αξίωμα των μελών του ΚΕ.Σ.Υ. είναι τιμητικό και άμισθο, αντίθετα με τα μέλη της Εκτελεστικής Επιτροπή και της Γραμματείας, που εργάζονται με πλήρη απασχόληση και αμείβονται για τις υπηρεσίες τους.

Το ΚΕ.Σ.Υ. ήδη από την σύσταση του αποδυναμώθηκε για τους εξής λόγους :

α. τα μέλη του ουσιαστικά διορίστηκαν από τον Υπουργό, καθώς οι φορείς, κωλυσιεργώντας, δεν ανταποκρίθηκαν έγκαιρα στην πρόσκληση του Υπουργείου ή έμμεσα την αρνήθηκαν και δεν υπέδειξαν μέλη,

β. καταργήθηκαν σταδιακά, όλες οι αποφασιστικές αρμοδιότητες του, δεδομένου ότι τουλάχιστον για ορισμένα σημαντικά θέματα, δεν απαιτείται πλέον σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., αλλά απλή γνώμη (στην πράξη αυτό σήμαινε παροχή πλήρους ελευθερίας στον Υπουργό) και

γ. το ΚΕ.Σ.Υ. δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στις επιστημονικές προκλήσεις που αφορούν τον τομέα της υγείας κατά το τελευταίο τέταρτο του 20<sup>ου</sup> αιώνα.

### **γ. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.)**

Το ΠΕ.Σ.Υ. είναι γνωμοδοτικό όργανο, που συστήνεται στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας. Θεσπίστηκε με το άρθρο 3 του Νόμου για το ΕΣΥ. Στην εισηγητική έκθεση, χαρακτηρίζεται ως «όργανο για την εξασφάλιση του δημοκρατικού ελέγχου του συστήματος». Αποτελείται από δεκατέσσερα (14) μέλη, τα οποία επιλέγονται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, των τοπικών και κοινωνικών φορέων, με βάση την ίδια λογική που ακολουθήθηκε στην επιλογή των μελών του ΚΕ.Σ.Υ.

Το ΠΕ.Σ.Υ. οργανώνεται και λειτουργεί σε περιφερειακό επίπεδο, όπως ακριβώς το ΚΕ.Σ.Υ. σε κεντρικό, με κύρια διοικητικά όργανα την Ολομέλεια και την Εκτελεστική Επιτροπή. Διατηρεί κυρίως, γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για θέματα της περιφέρειας του, ενώ ασκεί εποπτεία και έλεγχο επί του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας της περιοχής του, στο πλαίσιο του κεντρικού προγραμματισμού και υπό τον γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ. (άρθρα 3, 4 του Νόμου 1397/1983). Οι διατάξεις που αφορούσαν το ΠΕ.Σ.Υ., ουσιαστικά δεν ενεργοποιήθηκαν, γιατί το Π.Δ. που όριζε τις υγειονομικές περιφέρειες εκδόθηκε πολύ αργότερα, το 1986, και

στην συνέχει το Κράτος έδειξε επιφυλακτικότητα στη αποκέντρωση (Κυριόπουλος, 2000).

## **6.6 Οι Καινοτομίες Του Νόμου 1397/1983, Στην Διοίκηση Των Νοσοκομείων**

Το 1983 πραγματοποιείται μια ουσιαστική μεταβολή στο νομοθετικό πλαίσιο του ισχύοντος ΣΥ με την ψήφιση του Νόμου 1397/1983, «Περί του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (όπως αναφέρθηκε ήδη στο Κεφάλαιο 4). Βασικός στόχος του, ήταν η γενική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας και η παροχή σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες, υψηλού επιπέδου περίθαλψης, με αποκλειστική ευθύνη του Κράτους.

Μεταξύ των μεγάλων και ουσιαστικών αλλαγών που επέφερε ο Νόμος στο ΣΥ ήταν και η βαθιά «τομή» στον τρόπο διοίκησης των νοσοκομείων.

### **6.6.1 Η Αναβάθμιση Στην Διοίκηση Των Νοσοκομείων**

Τα νοσοκομεία, η λειτουργία των οποίων υπάγεται στις διατάξεις του Νόμου 2592/1953, διοικούνται από πενταμελή ΔΣ, αν είναι δυναμικότητας έως 300 κλινών, και από επταμελή ΔΣ, αν είναι μεγαλύτερης δυναμικότητας, ενώ θητεία των ΔΣ είναι τριετής (Μωραΐτης Ε., 1995).

Παράλληλα, για πρώτη φορά ορίζεται ότι ο πρόεδρος του ΔΣ, προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, εκπροσωπεί το νοσοκομείο ενώπιον κάθε Αρχής και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του ΔΣ.

Τόσο ο πρόεδρος των πενταμελών, όσο και ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος των επταμελών ΔΣ, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχόληση, για την οποία τους καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή.

Επίσης, για πρώτη φορά θεσπίζεται ο θεσμός του συντονιστή του νοσοκομείου, με πενταετή θητεία, ο οποίος ασκεί καθήκοντα διοικητικού προϊσταμένου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους, εκτελεί καθήκοντα τακτικού εισηγητή στο ΔΣ και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του. Το

ΔΣ του νοσοκομείου μπορεί με απόφαση του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στον συντονιστή.

Στα νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία διορίζεται συντονιστής, ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του ΔΣ τους δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση και δικαιούνται να λαμβάνουν μόνο την αποζημίωση που προβλέπεται από τον Νόμο (Κυριόπουλος Γ., 1989).

Αντιλαμβανόμαστε συνεπώς, ότι ο ρόλος των ΔΣ των νοσοκομείων αναβαθμίζεται και εκχωρούνται σ' αυτά αυξημένες αρμοδιότητες, έτσι ώστε να έχουν ευθύνη για την διοίκηση, την οργάνωση και την λειτουργία των νοσοκομείων των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτά, καθώς και για την υλοποίηση του προγράμματος που θα διαμορφώνεται από τριάντα (30) ΚΕ.Σ.Υ. και θα εξειδικεύεται από το ΠΕ.Σ.Υ. Έτσι, τα ΔΣ των νοσοκομείων είναι οι φορείς, που έχουν την αποκλειστική ευθύνη του τρόπου παροχής όλου του συστήματος υπηρεσιών, όσον αφορά στην πρόληψη, στην διάγνωση και στην θεραπεία της ασθένειας και στην αποκατάσταση της υγείας.

Ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του ΔΣ ορίζονται με την απόφαση συγκρότησης του ΔΣ του νοσοκομείου. Η θητεία των μελών του ΔΣ είναι τριετής. Η ανωτέρω σύνθεση απορρέει από το άρθρο 9 του Νόμου 1397/1983.

## 6.7 Νέοι Θεσμοί Διοίκησης

Στο πλαίσιο της αναβάθμισης της διοίκησης των νοσοκομείων εφαρμόζεται για πρώτη φορά ο κοινωνικός έλεγχος των φορέων της υγείας, επομένως και των ΔΣ. Για πρώτη φορά, λοιπόν, στην ιστορία του θεσμού των ΔΣ συμμετέχουν σε αυτά ως ισότιμα μέλη, τόσο ο εκπρόσωπος των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, όσο και ο εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Έτσι, καταργήθηκε ο περιορισμός που ίσχυε έως τότε, σχετικά με την συμμετοχή των νοσοκομειακών υπαλλήλων στην διοίκηση του νοσοκομείου.

Όσον αφορά στους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης, συμμετείχαν και κατά το παρελθόν στα ΔΣ των νοσοκομείων, αλλά για μικρά χρονικά διαστήματα. Σχολιάζοντας την ανωτέρω διάταξη, παρατηρούμε ότι, με αυτόν τον Νόμο παραχωρήθηκαν ουσιαστικές αρμοδιότητες στα ΔΣ των νοσοκομείων, ενώ ταυτόχρονα υποβαθμίσθηκε ο υπηρεσιακός παράγοντας, Σύμφωνα, δηλαδή με την



διάταξη της παρ. 5 του άρθρου 9 του ίδιου Νόμου, ο πρόεδρος του ΔΣ ενός νοσοκομείου είναι πλέον ο προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών του, αντικαθιστώντας τον μέχρι τότε διοικητικό διευθυντή, ο οποίος υποβιβάζεται σε διευθυντή κάποιας υπηρεσίας του νοσοκομείου, αφού με τους νέους οργανισμούς επήλθε πολυδιάσπαση των υπηρεσιών.

Παράλληλα, σύμφωνα με την ίδια διάταξη ορίζεται ότι, προκειμένου ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του ΔΣ να ασκούν αποτελεσματικά τις αρμοδιότητες που τους ανέθετε ο Νόμος, μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχόληση (Νιάκας – Κυριόπουλος Γ. – Στάθης, 2001).

Επίσης, στην εισηγητική έκθεση του ίδιου Νόμου ορίζεται ότι, λόγω της υφιστάμενης έλλειψης διευθυντικών στελεχών στα νοσηλευτικά ιδρύματα, τα ΔΣ είναι υποχρεωμένα να ασχολούνται περισσότερο με την διεύθυνση του νοσοκομείου παρά με την διοίκηση του.

Μάλιστα, προς πραγματοποίηση αυτού του σκοπού, με την παρ. 11 του άρθρου 9, του ίδιου Νόμου, εξουσιοδοτείται ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να δημιουργεί – εκδίδοντας Π.Δ. – θέσεις συντονιστών πενταετούς θητείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Αυτή η ρύθμιση, προφανώς, αποσκοπούσε στο να αφαιρέσει οριστικά από τον υπηρεσιακό παράγοντα του νοσοκομείου όλες τις αρμοδιότητες του, πράγμα το οποίο πέτυχε (Δικαίος – Χλέτσος, 1999).

## **6.8 Οι Νομοθετικές Αλλαγές Και Η Καθιέρωση Του Θεσμού Του Γενικού Διευθυντή, Την Δεκαετία Του 1990**

Μερικά χρόνια μετά την ψήφιση του Νόμου 1397/1983, η πολιτεία έκρινε ότι, λόγω των νέων συνθηκών που επικρατούσαν στον χώρο της υγείας, ότι το ΣΥ έπρεπε να τροποποιηθεί και έτσι ψηφίστηκε ο **Νόμος 2071/1992**, για τον «*εκσυγχρονισμό και την αναδιοργάνωση του*». Έτσι, με το άρθρο 55, ορίζεται ότι η λειτουργία των νοσοκομείων που υπάγεται στις διατάξεις του Νόμου 2592/1953 και σε όλα, η διοίκηση ασκείται από επταμελή ΔΣ, διετούς θητείας.

Επίσης, οι πρόεδροι και οι αντιπρόεδροι όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, λαμβάνουν μηνιαία αμοιβή, η οποία ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στα υπόλοιπα μέλη του ΔΣ καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση.



Μια από τις καινοτομίες που εισήγαγε ο Νόμος 2592/1953, είναι η καθιέρωση του θεσμού του **Γενικού Διευθυντή** στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 55, του Νόμου 2071/1992, ο Γενικός Διευθυντής προστάται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του ΔΣ και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων που λαμβάνονται.

Ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, έχει προσφέρει πολλά στον χώρο της δημόσιας διοίκησης, αλλά οι εκάστοτε Κυβερνήσεις, υποκινούμενοι από κομματικό συμφέρον, προσπάθησαν πολλές φορές να τον τροποποιήσουν και αδυνατώντας να το πετύχουν προέβησαν σε καταργήσεις του θεσμού (Οικονόμου, 2004).

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι Γενικοί Διευθυντές διορίζονται για μια τριετία. Σε περίπτωση, κατά την οποία ο Γενικός Διευθυντής έχει επιτύχει στο έργο του, ανανεώνεται η θητεία του για μια εκάστοτε τριετία. Το ευδόκιμο της θητείας κρίνεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του οικείου νοσοκομείου. Οι μηνιαίες απολαβές των Γενικών Διευθυντών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανά νοσοκομείο.

Το ΔΣ νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο υπηρετεί Γενικός Διευθυντής μπορεί, με απόφαση του, να μεταβιβάζει αρμοδιότητες σε αυτόν. Το ΔΣ ελέγχει το έργο του Γενικού Διευθυντή. Σε περίπτωση που ο Γενικός Διευθυντής, λόγω κωλύματος, απέχει των καθηκόντων του, καθήκοντα Γενικού Διευθυντή ασκεί τότε ο πρόεδρος του ΔΣ.

Πέντε χρόνια αργότερα ψηφίζεται ο **Νόμος 2519/1997**, για «*την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό της υγείας*», ο οποίος στο άρθρο 15 αναφέρεται στο σύστημα διοίκησης των νοσοκομείων. Εδώ τα ΔΣ όλων των νοσοκομείων γίνονται επταμελή, με διαφορετική σύνθεση, αφού για πρώτη φορά ο Γενικός Διευθυντής, με νέα μορφή (μάνατζερ) στα νοσοκομεία, αποτελεί μέλος του ΔΣ (Μωραΐτης Ε., 1997).

Σύμφωνα με τον Νόμο 2519/1997, το ΔΣ των νοσοκομείων αποτελείται από έναν πτυχιούχο με δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης, που ορίζεται ως Πρόεδρος, από τον Υπουργό και ύστερα από την γνώμη της Βουλής. Είναι η πρώτη φορά που για την επιλογή του προσώπου του προέδρου του ΔΣ του νοσοκομείου εφαρμόζεται ο θεσμός της διαφάνειας, αφού οι πρόεδροι των περιφερειακών νοσοκομείων, επιλέγονται από ειδική επιτροπή της Βουλής με δημόσια διαδικασία.

Επιπλέον, ο Υπουργός ορίζει δύο (2) από τα μέλη του ΔΣ, ένα εκ των οποίων ασκεί καθήκοντα αντιπροέδρου, τον Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου, έναν εκπρόσωπο από την νομαρχιακή αυτοδιοίκηση, έναν εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων από την ιατρική υπηρεσία, που τον εκλέγουν μόνοι τους και έναν εκπρόσωπο από τους άλλους εργαζόμενους στην διοικητική, νοσηλευτική και τεχνική υπηρεσία. Η συγκρότηση, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και η θητεία των μελών της είναι τριετής. Με την ίδια διαδικασία, ορίζεται για κάθε μέλος και αναπληρωτής του.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ορίζεται το ύψος της αμοιβής του Γενικού Διευθυντή, είναι πενταετής, ενώ υπάλληλοι του νοσοκομείου δεν μπορούν να τοποθετηθούν στην θέση αυτή.

Με τον Νόμο 2519/1997, ο Γενικός Διευθυντής διατηρεί τις αρμοδιότητες που κατείχε με τον προηγούμενο, δηλαδή προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του ΔΣ και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων που λαμβάνονται. Παράλληλα, ασκεί και ιεραρχικό έλεγχο και είναι υπεύθυνος για την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων του νοσοκομείου.

## 6.9 Σχέδιο Μεταρρύθμισης – Υγεία Για Τον Πολίτη

Ο Νόμος 2889/2001, «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος δημοσιεύθηκε στις 2 Μαρτίου του 2001, αποτέλεσε την πρώτη σημαντική νομοθετική παρέμβαση στα πλαίσια της μεταρρύθμισης. Ο Νόμος αυτός περιλαμβάνει ρυθμίσεις, που αναφέρονται σε τρεις βασικούς άξονες :

- i. την περιφερειακή συγκρότηση,
- ii. την οργάνωση των νοσοκομείων και
- iii. την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

### **6.9.1. Η Περιφερειακή Συγκρότηση Του ΕΣΥ**

Η επιλογή του περιφερειακού μοντέλου οργάνωσης και διοίκησης του ΣΥ, βασισμένη στην επιτυχή εμπειρία άλλων χωρών, θεωρήθηκε ως η καλύτερη απάντηση στο μέχρι τότε αναποτελεσματικό σύστημα διοίκησης. Υλοποιήθηκε, με την ίδρυση σε κάθε διοικητική περιφέρεια ενός αυτοτελούς ΝΠΔΔ (Πε.Σ.Υ), στο οποίο υπάγονταν όλα τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Παράλληλα, τα νοσοκομεία σταματούν να λειτουργούν ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ. (Ζηλίδης, 2005).

Αξιοσημείωτο είναι, πως και η μεταρρύθμιση του 1983 απλά προέβλεπε την συγκρότηση Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας, πράγμα τελείως όμως διαφορετικό από την συγκρότηση ενός ισχυρού αυτοτελούς νομικού προσώπου.

Με τον Νόμο 2889/2001, ιδρύθηκαν συνολικά δεκαεπτά (17) Πε.Σ.Υ.Π. (έτσι μετονομάστηκαν με τον Νόμο 3106/2003 τα Πε.Σ.Υ.). Ένα σε κάθε περιφέρεια, με εξαίρεση την Αττική, όπου ιδρύθηκαν τρία (3) Πε.Σ.Υ.Π., την Κεντρική Μακεδονία, που χωρίστηκε σε δύο (2) και την Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, που χωρίστηκε επίσης σε δύο (2) Πε.Σ.Υ.Π.

### **6.9.2. Η Διοίκηση Των Πε.Σ.Υ.Π.**

Τα όργανα διοίκησης του Πε.Σ.Υ.Π., σύμφωνα με τον Νόμο 2889/2001, είναι :

- α. το Διοικητικό Συμβούλιο,
- β. ο Πρόεδρος του ΔΣ του Πε.Σ.Υ.Π. και

γ. το Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ), αποτελείται από εννιά (9) μέλη, αν και αργότερα με το Νόμο 3172/2003, προστέθηκε ως δέκατο μέλος ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ.Π., ως αρμόδιος για θέματα πρόνοιας.

Τα μέλη ορίζονται ως εξής :

- τρία (3) μέλη, από τον Υπουργό Υγείας,
- ένα (1) από τον Γενικό Γραμματέα της αντίστοιχης περιφέρειας,
- ένα (1) από την Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση,
- ένα (1) από το Ιατρικό Τμήμα της περιφέρειας,
- ένας (1) εκπρόσωπος των γιατρών του ΕΣΥ, που υπηρετούν στο Πε.Σ.Υ.Π και τέλος

- ένας (1) εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων.

## 6.10 Η Μεταρρύθμιση Στα Νοσοκομεία

### *Νομική Υπόσταση και Διοίκηση*

Με τον Νόμο 2889/2001, τα νοσοκομεία έπαψαν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και μετατράπηκαν σε αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π., στο οποίο υπάγονται. Η διάκριση των νοσοκομείων σε Νομαρχιακά, Περιφερειακά και Πανεπιστημιακά καταργήθηκε.

Το νοσοκομείο διοικείται από **Διοικητή** (Manager), ο οποίος έχει την γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας, στα πλαίσια σαφώς καθορισμένων από τον Νόμο αρμοδιοτήτων. Ο Διοικητής, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, με πενταετή θητεία, μετά από δημόσια προκήρυξη της θέσης του και αξιολόγηση των υποψηφίων. Ο Διοικητής συνάπτει «συμβόλαιο αποδοτικότητας» με το αντίστοιχο Πε.Σ.Υ.Π., στο οποίο και λογοδοτεί για το έργο του (Ζηλίδης, 2005).

Διαθέτει ευρείες και ουσιαστικές αποφασιστικές αρμοδιότητες, καθώς και όλες τις εκτελεστικές αρμοδιότητες. Στην άσκηση του έργου του, υποβοηθείται από το Συμβούλιο Διοίκησης του Νοσοκομείου, το οποίο αποτελείται από τον ίδιο, τους Διευθυντές της Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Διοικητικής Υπηρεσίας (τα οποία θα αναλυθούν εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο) και τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Πρόκειται, για μια ασυνήθης περίπτωση, όπου μια οργανωτική αλλαγή μπορεί να έχει τόσο καταλυτικές συνέπειες στην λειτουργία. Η μετατροπή των νοσοκομείων από αυτοδύναμα νομικά πρόσωπα, σε αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π., είχε ως αυτόματη συνέπεια την κατάργηση των Διοικητικών τους Συμβουλίων και την απαλλαγή του νοσοκομείου, από το μοντέλο διοίκησης «τύπου πολιτικής λειτουργίας». Οι «πολιτικές» αποφάσεις, μεταφέρονται στο Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ.Π., ενώ τα όργανα διοίκησης του νοσοκομείου λειτουργούν, αφενός μεν ως αυτοτελείς εκτελεστικοί μηχανισμοί και αφετέρου ως όργανα τεχνοκρατικών εισηγήσεων για τις «πολιτικές» αποφάσεις.

Το **Συμβούλιο Διοίκησης**, είναι το πρώτο συλλογικό όργανο εσωτερικής διοίκησης, που συγκροτείται στα νοσοκομεία και μάλιστα σε αυστηρά υπηρεσιακή βάση, αποτελούμενο δηλαδή, από τους φυσικούς προϊσταμένους όλων των υπηρεσιών του. Αυτή ακριβώς η συγκρότηση καθιστά, το Συμβούλιο Διοίκησης ένα ισχυρό διοικητικό όργανο, το οποίο δημιουργεί τις καλύτερες προϋποθέσεις εσωτερικού συντονισμού και συνεργασίας των υπηρεσιών.

Το όργανο αυτό διαθέτει όλη την εσωτερική πληροφόρηση, έχει άμεση γνώμη και εμπειρία και (σε αντίθεση με τα παλαιότερα Διοικητικά Συμβούλια) έχει επιτόπια παρουσία και απασχόληση καθ' όλη την διάρκεια του ωραρίου. Η εμπειρία από την λειτουργία των Συμβουλίων Διοίκησης, ανέδειξε ένα ακόμη χαρακτηριστικό της φυσιολογίας τους, το οποίο δεν ήταν εξ αρχής ορατό, δηλαδή ακριβώς λόγω της σύνθεσης τους, είναι όργανα που εξασφαλίζουν την *συνέχεια της διοίκησης*, ανεξάρτητα από τις αλλαγές που μπορεί να γίνονται στα Διοικητικά Συμβούλια των Πε.Σ.Υ.Π. ή στους Διοικητές των Νοσοκομείων (Παρασκευόπουλος, 2004).

Παρά τα πολλά πλεονεκτήματα που διαθέτει η νέα σύνθεση των συλλογικών οργάνων διοίκησης των νοσοκομείων, δημιουργούνται νέα ερωτήματα που αναζητούν απαντήσεις. Είναι η σύνθεση αυτή των Συμβουλίων Διοίκησης η καλύτερη δυνατή ; Ποία προβλήματα μπορεί να εμφανίζονται ; Τα ερωτήματα αυτά αναφέρονται ουσιαστικά, στην απουσία συνδικαλιστικής εκπροσώπησης των εργαζομένων, καθώς και στην απουσία εκπροσώπησης οποιουδήποτε κοινωνικού φορέα, ως εκπροσώπου των πολιτών – χρηστών του νοσοκομείου. Είναι γεγονός ότι η συμμετοχή των εργαζομένων σε πολλά όργανα διοίκησης έχει τα πλεονεκτήματα του κοινωνικού ελέγχου και της εκπροσώπησης των απόψεων των εργαζομένων στην λήψη των αποφάσεων. Όμως, οι λειτουργίες αυτές υλοποιούνται κατά κανόνα σε όργανα διοίκησης «πολιτικής σύνθεσης» (όπως πχ. τα παλαιά ΔΣ των νοσοκομείων).

Είναι θεμιτό η αμιγώς υπηρεσιακή συγκρότηση του Συμβουλίου Διοίκησης να αποκτήσει χαρακτηριστικά «πολιτικού» οργάνου ; Πως μπορούν να εξασφαλισθούν διαδικασίες κοινωνικής συμμετοχής και κοινωνικού ελέγχου στα νοσοκομεία ; Τα ερωτήματα αυτά θα αποτελέσουν αναμφίβολα στο μέλλον αντικείμενα συζήτησης και προβληματισμού.

Ο Νόμος 2889/2001 προβλέπει ακόμη, την λειτουργία σε κάθε νοσοκομείο **Επιστημονικού Συμβουλίου**, το οποίο αντικαθιστά την καταργούμενη Επιστημονική Επιτροπή, και το οποίο έχει εισηγητικές και γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για όλα τα

επιστημονικά θέματα, καθώς και τα θέματα εκπαίδευσης και έρευνας στο νοσοκομείο (Ζηλίδης, 2005)..

Τα τελευταία χρόνια και κυρίως με τον **Νόμο 3329/2005**, για το «*Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*», πραγματοποιήθηκαν κάποιες αλλαγές, τόσο στην λειτουργία των νοσοκομείων, όσο και των Πε.Σ.Υ.Π.

Έτσι, στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνίσταται ΝΠΔΔ με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας» (Δ.Υ.ΠΕ.), που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας, σε αντικατάσταση του όρου Πε.Σ.Υ.Π.

Σε επίπεδο διοίκησης, συνίσταται μια οργανική θέση, η οποία καταλαμβάνεται από τον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, σύμφωνα με το άρθρο 79, του Νόμου 2683/1999. Ο Διοικητής, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από την σύμφωνη γνώμη της Βουλής των Ελλήνων, με διετή θητεία.

Τα νοσοκομεία που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π. με τον Νόμο 2889/2001, μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ, τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

Όργανα διοίκησης του νοσοκομείου είναι το Διοικητικό Συμβούλιο και ο Διοικητής του νοσοκομείου. Το Διοικητικό Συμβούλιο αποτελείται από επτά (7) μέλη μέχρι 399 οργανικές κλίνες και για αν των 400, αποτελείται από 9 μέλη.

Σε κάθε νοσοκομείο συνίσταται μια θέση Διοικητή, σύμφωνα με το άρθρο 79 του Νόμου 2683/1999, ενώ σε νοσοκομείο με άνω των 400 κλινών, συνίσταται και μια θέση Αναπληρωτή Διοικητή. Είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζονται με απόφαση του Υπουργού, με διετή θητεία, η οποία μπορεί να ανανεώνεται (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

#### 7.1 Νοσοκομείο Και Υπηρεσίες Υγείας

Το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο είναι ΝΠΔΔ. Είναι ένας αυτοδιοικούμενος οργανισμός και μπορεί να διαχειρίζεται μόνος του, τόσο τους ανθρώπινους, όσο και τους οικονομικούς πόρους. Απολαμβάνει διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, όχι όμως και αυτονομία, δηλαδή δεν έχει το δικαίωμα να θέτει πρωτογενώς κανόνες.

Με βάση τις διατάξεις του οργανισμού των νοσοκομείων, Νόμος 2592/1953 και με τον Νόμο 1397/1983, οι υπηρεσίες του νοσοκομείου χωρίζονται : στην διοικητική, στην ιατρική, στην νοσηλευτική και σε κάποια νοσοκομεία υπάρχει και η τεχνική υπηρεσία. Κάθε υπηρεσία έχει την δική της ιεραρχική δομή και συγκρότηση, ενώ σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας των υπηρεσιών του νοσοκομείου, υπάρχει λειτουργική διασύνδεση. Ο αριθμός των θέσεων του προσωπικού κατά υπηρεσία, καθορίζονται με βάση συντελεστές, σε ποσοστά ως ακολούθως :

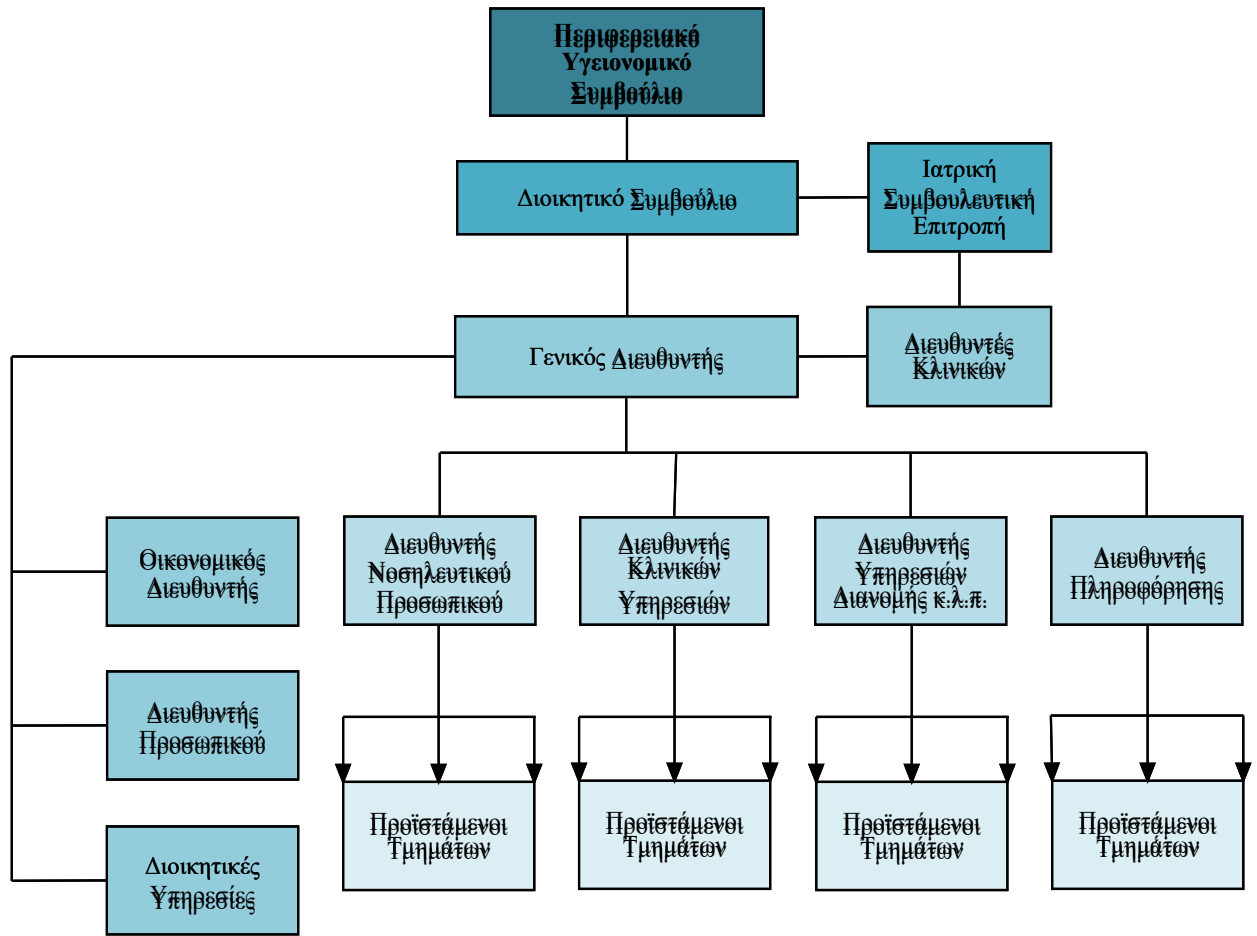
- 6 – 15 %, για την Ιατρική Υπηρεσία,
- 35 – 45 %, για την Νοσηλευτική Υπηρεσία και
- 35 – 40 %, για την Διοικητική Υπηρεσία.

Ο υπολογισμός, γίνεται με βάση την συνολική δύναμη των κρεβατιών, πολλαπλασιαζόμενος με τον ειδικό συντελεστή, ο οποίος για τα Γενικά νοσοκομεία είναι 2 -3 %, για τα Ειδικά 1,8 – 2,8 % και για Ψυχιατρικά είναι 0,5 – 2 %.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9**

*Παράδειγμα Ανώτερης Οργανωτικής Δομής Νοσοκομείου*



**7.1.1 Ιατρική Υπηρεσία**

Η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται στους παρακάτω τομείς (βλ. διάγραμμα 10) :

- i. τον Παθολογικό,
- ii. τον Χειρουργικό,
- iii. τον Εργαστηριακό,
- iv. τον Ψυχιατρικό και
- v. τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής.

Η δύναμη των κλινών κάθε τομέα καθορίζεται σε σχέση με την συνολική δύναμη κλινών του νοσοκομείου (Θεοδώρου Μ. –Σαρρής Μ.–Σούλης Σ., 2001). Στα γενικά νοσοκομεία, ο παθολογικός τομέας μπορεί να διαθέτει μέχρι 60 % της συνολικής δύναμης σε κλίνες, ο χειρουργικός εξίσου μέχρι 60 % και ο ψυχιατρικός μέχρι 10 %.

Στα ειδικά νοσοκομεία, ο τομέας κύριας ειδικότητας μπορεί να διαθέτει μέχρι 65 – 90 % της συνολικής δύναμης σε κλίνες και οι άλλοι τομείς με αντίστοιχη αναλογία γενικών νοσοκομείων. Σύμφωνα με τον Νόμο 2519/1997, στην ιατρική υπηρεσία προΐσταται γιατρός (διευθυντής), που κατέχει οργανική θέση διευθυντή στο ΕΣΥ, τουλάχιστον για πέντε χρόνια.

Σε κάθε τομέα λειτουργούν τμήματα κατά ειδικότητα, καθώς και άλλες μονάδες που υπάγονται οργανικά σε τμήματα<sup>28</sup>. Τα τμήματα λειτουργούν με επιστημονική αυτοτέλεια και ισοτιμία και δεν συνθέτουν τον τομέα στην βάση μιας ιεραρχικής διάρθρωσης. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος, είναι γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας, με βαθμό διευθυντή. Τα μέλη του τομέα (γιατροί και άλλοι επιστήμονες, εκτός ειδικευμένων), εκλέγουν μεταξύ των διευθυντών των τμημάτων, τον διευθυντή του τομέα, με τριετή θητεία. Ο διευθυντής του τομέα δεν έχει την έννοια του ιεραρχικά προϊστάμενου, αλλά εκείνη του συντονιστή της λειτουργικής διασύνδεσης των τμημάτων μεταξύ τους.

Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργούν, επίσης, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) που δέχονται ασθενείς με προγραμματισμένα ραντεβού και εξωτερικά ιατρεία εφημερίας που λειτουργούν ως Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Τόσο τα ΤΕΙ, όσο και τα επειγόντα λειτουργούν με γιατρούς αντιστοίχων ειδικοτήτων που προσφέρουν υπηρεσίες εκ' περιτροπής<sup>29</sup>.

Σε κάθε νοσοκομείο, συγκροτείται πενταμελής επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από, γιατρούς ή άλλους επιστήμονες, που ανήκουν στην ιατρική υπηρεσία και υπηρετούν στο νοσοκομείο, στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά ιατρεία. Η επιστημονική επιτροπή, είναι κυρίως συμβουλευτικό – γνωμοδοτικό όργανο της ιατρικής υπηρεσίας. Τέλος, σε μερικά νοσοκομεία εγκαθίστανται και λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες. Οι μονάδες αυτές, εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και αποτελούν οργανικά του τμήματα. Στελεχώνονται, από γιατρούς και άλλους επιστήμονες του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου και μπορεί να διαθέτουν μέχρι 45 κλίνες. Το εκπαιδευτικό τους έργο, υποστηρίζεται από την συνολική υποδομή του νοσοκομείου και το νοσηλευτικό τους έργο συνδέεται άμεσα με τα άλλα ιατρικά τμήματα του νοσοκομείου.

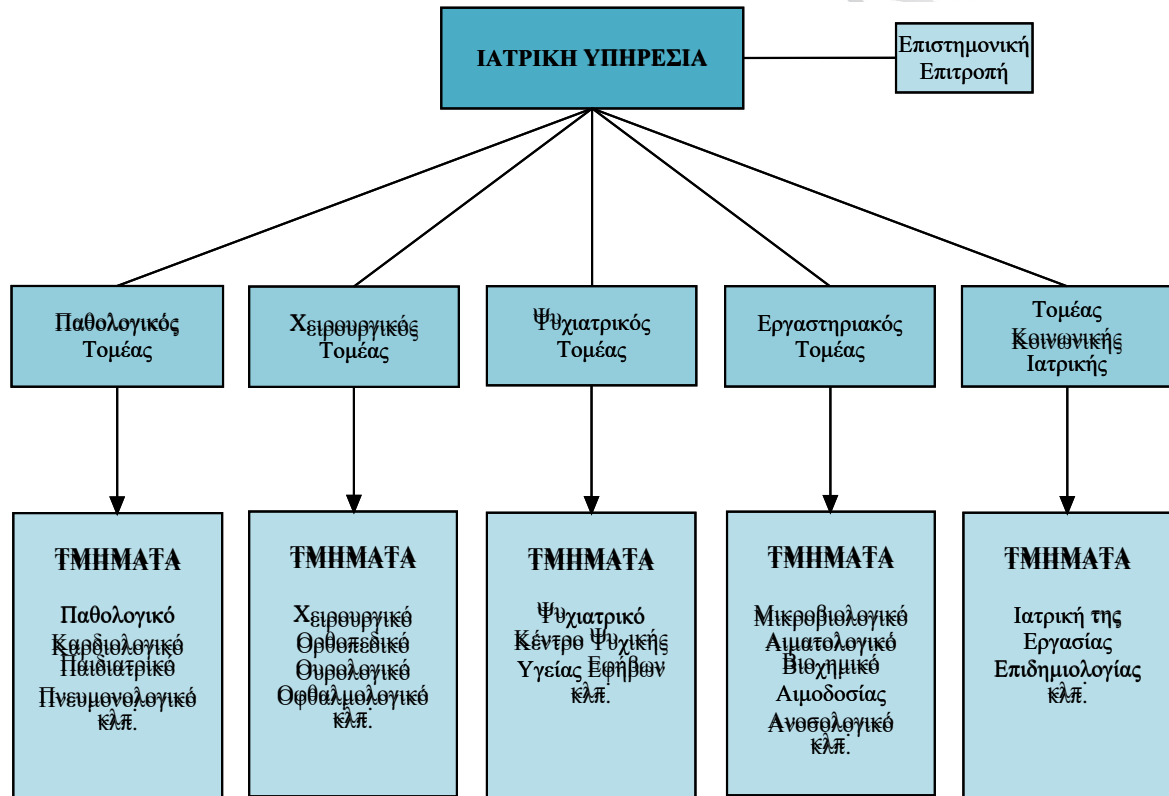
<sup>28</sup> Το φαρμακευτικό τμήμα αποτέλεσε ξεχωριστό τομέα με τον Νόμο 2071/1992.

<sup>29</sup> Αν και με τον Νόμο 2071/1992, συστάθηκε αυτοτελής τομέας επείγουσας και εντατικής ιατρικής, μέχρι σήμερα δεν λειτούργησε αυτοδύναμα σε κανένα νοσοκομείο εξαιτίας της έλλειψης υποδομής και της εξειδίκευσης του προσωπικού.

Επίσης, πρέπει να επισημάνουμε το γεγονός ότι ο Νόμος 2071/1992, προέβλεπε την σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας, με αντίστοιχες επιτροπές σε κάθε νοσοκομείο. Μέχρι στιγμής όμως κάτι τέτοιο δεν έγινε πράξη στα νοσοκομεία.

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10

Οργάνωση – Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας



#### 7.1.2 Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η νοσηλευτική υπηρεσία, διαρθρώνεται σε νοσηλευτικούς τομείς οι οποίοι αποτελούνται από νοσηλευτικά τμήματα και αυτοτελείς μονάδες (Βλ. διάγραμμα 11). Κάθε νοσηλευτικός τομέας, περιλαμβάνει 4 – 8 τμήματα, με δύναμη 450 κλινών. Τα νοσηλευτικά τμήματα, αποτελούν λειτουργικές μονάδες του τομέα με νοσηλευτική αυτοτέλεια<sup>30</sup>. Κάθε τμήμα καλύπτει από 20 – 45 κλίνες. Στους νοσηλευτικούς τομείς λειτουργούν επίσης αυτοτελείς μονάδες, όπως για παράδειγμα αυτές της εντατικής θεραπείας και νοσηλείας, οι οποίες αντιστοιχούν στο επίπεδο αυτοτελούς τμήματος

<sup>30</sup> Στα τμήματα περιλαμβάνονται και μη αυτοτελείς μονάδες που αποτελούν λειτουργικές μονάδες, του αντίστοιχου τμήματος. Βλ. Θεοδώρου Μ. –Σαρρής Μ. –Σούλης Σ., 1996, σελ. 304

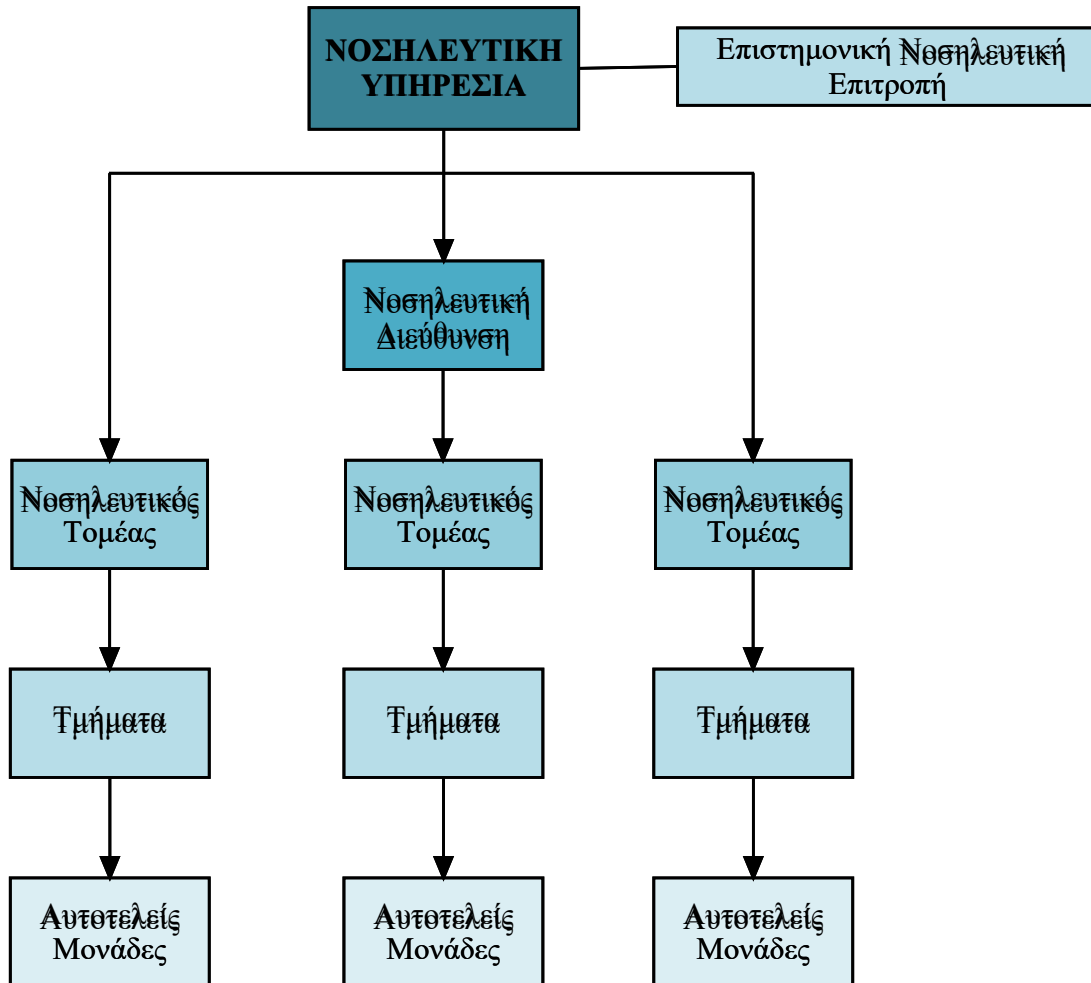
και διαθέτουν νοσηλευτική αυτοτέλεια. Η οργανωτική δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας συμπληρώνεται και ενισχύεται από την λειτουργία της επιστημονικής νοσηλευτικής επιτροπής.

Στην νοσηλευτική υπηρεσία, προΐσταται η Διευθύνουσα, η οποία έχει την γενική ευθύνη του προσφερόμενου νοσηλευτικού έργου. Σε νοσοκομεία με περισσότερες από 100 κλίνες, το έργο της νοσηλευτικής διεύθυνσης υποστηρίζεται από ειδικά τμήματα. Άμεσος συνεργάτης της Διευθύνουσας, είναι η Υποδιευθύνουσα, η οποία στηρίζει το έργο της και την αναπληρώνει κατά την απουσία της. Οι προϊστάμενες αδελφές, του γραφείου της διευθύνουσας, συμπληρώνουν την ιεραρχική δομή στο επίπεδο της νοσηλευτικής διεύθυνσης. Σ' αυτές ανατίθενται ορισμένα ειδικά καθήκοντα, που έχουν σχέση με την παρακολούθηση και την επίβλεψη της νοσηλευτικής διεύθυνσης και νοσηλευτικού τμήματος, υπεύθυνη είναι η προϊσταμένη του νοσηλευτικού τομέα, η οποία συντονίζει την λειτουργία των τμημάτων, ασκεί διοικητική εποπτεία και εποπτεύει την εκπαίδευση. Στο επίπεδο του νοσηλευτικού τμήματος και των αυτοτελών μονάδων η προϊσταμένη έχει την ευθύνη για το σχεδιασμό της νοσηλείας των αρρώστων και ασκεί διοικητική εποπτεία στο προσωπικό του τμήματος. Η Διευθύνουσα και οι προϊστάμενοι /ες τομέων και τμημάτων, διορίζονται κάθε τρία χρόνια από το διοικητικό και το υπηρεσιακό συμβούλιο του νοσοκομείου, ανάλογα με τα τυπικά και τα ουσιαστικά τους προσόντα.

Στα πλαίσια αναβάθμισης της νοσηλευτικής υπηρεσίας, προβλέπεται η συγκρότηση Νοσηλευτικής Επιτροπής (ΝΟ.Ε), με γνωμοδοτικό χαρακτήρα στο επίπεδο του καθορισμού της νοσηλευτικής πολιτικής, του σχεδιασμού και της λήψης αποφάσεων. Η ΝΟ.Ε. αποτελείται από τον Διευθυντή / τρια της νοσηλευτικής υπηρεσίας, ως Πρόεδρο, και έναν Προϊστάμενο Τμήματος από κάθε τομέα και έναν νοσηλευτή από κάθε τομέα. Η θητεία των τελευταίων είναι διετή (Λανάρα, 2000).

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11**

*Οργάνωση Και Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας*



**7.1.3 Διοικητική Υπηρεσία**

Παλαιότερα, η διοικητική υπηρεσία είχε στην δικαιοδοσία της λίγα τμήματα, ενώ σήμερα έχει ένα ευρύ φάσμα ουσιαστικών υπηρεσιών.

Η διοικητική υπηρεσία, εκτελεί όλες τις αποφάσεις της διοίκησης του νοσοκομείου και θεωρείται ότι έχει κάποιο προβάδισμα σε αυτόν τον τομέα έναντι των άλλων Υπηρεσιών.

Σε νοσοκομεία, με δύναμη από 101 – 400 κλινών, η διοικητική υπηρεσία διαρθρώνεται σε δύο Υποδιευθύνσεις : Διοικητικού και Τεχνικού, ενώ από 400 κλίνες και άνω στην Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Υποδιεύθυνση Οικονομικού και ξεχωριστή Διεύθυνση Τεχνικού.

Στην Διεύθυνση και στις Υποδιευθύνσεις, προΐσταται υπάλληλος με βαθμό Διευθυντή. Στα τμήματα και αυτοτελή γραφεία, εκλέγονται από του Υπηρεσιακό Συμβούλιο, για τριετία, υπάλληλοι με βαθμό Α΄ και έλλειψη αυτού, με βαθμό Β΄.

Ο διοικητικός Διευθυντής, προΐσταται της διοικητικής υπηρεσίας, πλην των περιπτώσεων που σε καμία διάταξη Νόμου, Π.Δ. ή ακόμη ο ίδιος ο οργανισμός του νοσοκομείου, δεν αναφέρεται σε αυτόν, αλλά ούτε καθορίζουν τις αρμοδιότητες του, οπότε παρατηρείται σύγχυση αυτού και του ΔΣ.

Ο Διευθυντής, είναι υπεύθυνος και υπόλογος, έναντι του ΔΣ του νοσοκομείου για την λειτουργία της διοικητικής υπηρεσίας. Είναι ο τακτικός εισηγητής για όλα τα θέματα στο ΔΣ του νοσοκομείου και το υπεύθυνο όργανο για την εκτέλεση και την υλοποίηση των αποφάσεων αυτού.

Ο Διευθυντής, παρακολουθεί τις ενέργειες των υπηρεσιακών οργάνων του νοσοκομείου, ώστε να είναι σύμφωνες με τις αρχές της χρήστης διοίκησης, της αμεροληψίας, της νομιμότητας, της δικαιοσύνης καθώς και τις αρχές της διοικητικής επιστήμης.

Ο Υποδιευθυντής, ασκεί εποπτεία και έλεγχο του έργου των τμημάτων και γραφείων που προΐσταται (Κυριόπουλος Γ. – Ανδριώτης, 1998).

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12

### Οργάνωση Και Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

**100 ΚΑΙΝΕΣ  
ΑΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**

**100-400 ΚΑΙΝΕΣ  
ΑΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**

**401 + ΚΑΙΝΕΣ  
ΑΙΕΥΘΥΝΤΗΣ**

#### Α΄ Τμήματα

- Προσωπικού
- Γραμματείας
- Οικονομικού
- Τεχνικού
- Πληροφορικής
- Βιοιατρικής
- Τεχνολογίας

#### Β΄ Αυτοτελή Γραφεία

- Κίνησης Αρρώστων
- Διατροφής
- Γραμματείας Ε.Ι
- Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Επιστασίας
- Ιματισμού

#### Α΄ Υπ/νση Διοικητικού

##### Τμήματα

- Προσωπικού
- Γραμματείας
- Οικονομικού
- Κίνησης Αρρώστων
- Διατροφής
- Γραμματείας Ε.Ι
- Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Πληροφορικής
- Παραϊατρικών Επαγγελματιών

##### Αυτοτελή Γραφεία

- Τεχνικού
- Βιοιατρικής
- Τεχνολογίας

#### Α΄ Υπ/νση Διοικητικού

##### Τμήματα

- Προσωπικού
- Γραμματείας
- Κίνησης Αρρώστων
- Γραμματείας Ε.Ι
- Κοινωνικής Υπηρεσίας

#### Β΄ Υπ/νση Διοικητικού

##### Τμήματα

- Οικονομικού
- Πληροφορικής
- Διατροφής

##### Αυτοτελή Γραφεία

- Επιστασίας
- Ιματισμού

#### 7.1.4 Τεχνική Υπηρεσία

Σύμφωνα με τον Νόμο 2519/1997, στα περιφερειακά και ειδικά νοσοκομεία, η τεχνική υπηρεσία που προβλέπεται από τους οργανισμούς των, είτε ως τμήμα, είτε ως υποδιεύθυνση μετατρέπεται σε Διεύθυνση.

Η τεχνική υπηρεσία διαρθρώνεται σε δύο τμήματα : Τεχνικό και Βιοϊατρικής Τεχνολογίας.

### 7.2 Το Ανθρώπινο Δυναμικό Στις Υπηρεσίες Υγείας Στην Ελλάδα

Από τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάζει ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και η ΠΟΥ, στα περισσότερα κράτη, το 5 % με 6 % του εργατικού δυναμικού απασχολείται στον τομέα της υγείας.

Για να αναλυθεί και να αξιολογηθεί το μέγεθος του υγειονομικού δυναμικού στον τομέα στην Ελλάδα, είναι απαραίτητη η παρατήρηση της διαχρονικής εξέλιξης του.

Κατά τις δεκαετίες 1980 – 1990 και 1990 – 2000, παρατηρείται μεγάλη αύξηση του ιατρικού δυναμικού στην Ελλάδα. Το 1980 οι γιατροί αριθμούσαν τους 23.469, το 1990 τους 35.657 και το 2000 ο αριθμός τους έφτανε τους 47.979.

Την ίδια περίοδο, παρατηρείται μια εντυπωσιακή υποκατάσταση των πρακτικών νοσοκόμων από εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, από 18.954 νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που απασχολούνταν στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα το 1980, το 2000 απασχολούνταν 56.164. Την ίδια περίοδο, οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι διπλασιάστηκαν, οι βοηθητικές νοσοκόμες πενταπλασιάστηκαν, ενώ οι μαίες διατηρήθηκαν στον ίδιο αριθμό, σε αντίθεση με τις πρακτικές νοσοκόμες που από 8.445 μειώθηκαν στις 622. Παρ' όλα αυτά όμως, οι ανάγκες του ελληνικού ΣΥ για αύξηση του εκπαιδευμένου νοσηλευτικού δυναμικού εξακολουθούν να είναι μεγάλες, ιδιαίτερα για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Ανθρωπογεωγραφία, Ε.Σ.Υ.Κ.Α., 2005).

Επιπλέον κατά την περίοδο 1980 – 2000, παρουσιάζονται στασιμότητα ή μικρές αυξητικές τάσεις στο διοικητικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό.



### 7.2.1 Συγκεντρωτικά Στοιχεία Του Ανθρώπινου Δυναμικού Του Υπουργείου Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Στις 31/10/2005

Στο σημείο αυτό, θα αναφερθούν ενδεικτικά συγκεντρωτικά στοιχεία του ανθρώπινου δυναμικού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.), σύμφωνα με την τελευταία αποτύπωση του, που διεξήχθη στις 31 Οκτωβρίου 2005 και δημοσιεύθηκε μέσα στη ιστοσελίδα του Υπουργείου.

Την τελευταία αυτή περίοδο στο ελληνικό ΣΥ, μετρήθηκαν 108.358 εργαζόμενοι, που μαζί με τους πανεπιστημιακούς και στρατιωτικούς ιατρούς, φτάνουν τους 109.667. Το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων ανήκει στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι περίπου διπλάσιο από το ιατρικό. Ακολουθεί, το τεχνικό και υποστηρικτικό προσωπικό, που αριθμεί σχεδόν διπλάσιους υπαλλήλους από το παραϊατρικό και το διοικητικό προσωπικό.

Στο ελληνικό ΣΥ, η περιφερειακή κατανομή των επαγγελματιών υγείας αποτελεί πολύ σημαντική παράμετρο για την ορθή και ομαλή λειτουργία του. Σύμφωνα με την τελευταία αποτύπωση του ανθρώπινου δυναμικού, παρατηρείται ότι μόνο στην Αττική (Α', Β', Γ' Περιφέρεια Αττικής), στην Κεντρική Υπηρεσία (ΚΥ) του Υ.Υ.Κ.Α. και στην περιοχή της Θεσσαλονίκης (Α', Β' Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας), απασχολούνται 58.101 επαγγελματίες υγείας, ποσοστό δηλαδή 52,9 % του συνολικού αριθμού όλων των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

*Αριθμός Εργαζομένων Ανά Κατηγορία*  
(ΥΥΚΑ – ΚΥ ΔΥΠΕ – Νοσοκομείων – ΜΚΦ – Εποπτευόμενων Φορέων)

Ιατρικό	22.472
Νοσηλευτικό	43.248
Παραϊατρικό	11.000
Διοικητικό	10.696
Τεχνικό – Υποστηρικτικό – Λοιπό	20.952
Σύνολο	108.358

*Πηγή : Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*  
*Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού – 31/10/2005*  
*(Δεν περιλαμβάνονται Πανεπιστημιακά και Στρατιωτικά Νοσοκομεία)*

Αντίθετα, στην Α΄ Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας αριθμούν μόλις τους 635, στα Ιόνια Νησιά οι απασχολούμενοι φτάνουν του 1.787, στο βόρειο Αιγαίο τους 1.914 και στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας τους 2.036 (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

### 7.3 Εκπαίδευση

Όσον αφορά την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, παρατηρούνται ποιοτικές και ποσοτικές αδυναμίες, κυρίως σε θέματα που αφορούν την αναλογία διδακτικού προσωπικού, την διαθεσιμότητα και την καταλληλότητα του εκπαιδευτικού εξοπλισμού, την επάρκεια των χώρων διδασκαλίας κτλ. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος των πηγών χρηματοδότησης για την εκπαίδευση προσφέρεται για την παραγωγή ιατρικού προσωπικού, ενώ για τα άλλα επαγγέλματα υγείας υπάρχει χαμηλότερο ενδιαφέρον οικονομικής στήριξης. Αυτό το πρόβλημα δημιουργείται εξαιτίας της δύναμης και των πιέσεων του ιατρικού σώματος (ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος) (Υφαντόπουλος Γ., 2003).

Το μοντέλο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, κυρίως των γιατρών, ακολουθεί πρότυπα περασμένων δεκαετιών και οδηγεί σε υπερεξειδίκευση και σε πλήθος κλινικών ειδικοτήτων. Επιπλέον, μετά την λήξη των σπουδών της ιατρικής, υπάρχει μεγάλη αναμονή για την απόκτηση ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων, διότι οι λίστες αναμονής στο Υπουργείο Υγείας είναι μεγάλες και η προσφορά θέσεων στις νοσηλευτικές μονάδες καθυστερεί (Ανδριώτης, 1994).

Η νοσηλευτική εκπαίδευση, παρουσιάζει προβλήματα ποιοτικής και ποσοτικής επάρκειας, κυρίως λόγω της κοινωνικής υποβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Έχει αδυναμίες ως προς την θεωρητική και πρακτική εφαρμογή της, λόγω έλλειψης τεχνικής εξειδίκευσης, ανθρωπιστικού περιεχομένου της φροντίδας και χαμηλής προσφοράς στην αγωγή υγείας.

Πέραν αυτού, στις περισσότερες σχολές που εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες υγείας, υπάρχουν αρκετές ελλείψεις μαθημάτων και εκπαιδευτικών εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα να μην έχουν ικανοποιητική κατάρτιση σε θέματα υγείας. Τέλος, οι αδυναμίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, επιμόρφωση και κατάρτιση είναι εμφανείς και οφείλονται στην απουσία μηχανισμών, προγραμμάτων και σχεδίων των αρμόδιων

οργάνων κυρίως για τους ανέργους (Υφαντόπουλος Γ. – Σούλης Σ. – Παπαηλίας Θ. – Μανιαδάκης Ν., 1993).

### **7.3.1 Εκπαίδευση Διοικητικού, Τεχνικού Και Λοιπού Προσωπικού**

Η κατάρτιση, η εκπαίδευση και η εξειδίκευση του υπόλοιπου προσωπικού του υγειονομικού τομέα (διοικητικού, παραϊατρικού, τεχνικού και λοιπού προσωπικού), λαμβάνει χώρα στα Πανεπιστήμια, στα ΤΕΙ και στις σχολές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της χώρας.

Είναι φανερό ότι ο δημόσιος τομέα υστερεί στην εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων management και στην χρήση της επιστήμης της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα (Λιαρόπουλος, 2002).

Βασικός άξονας των επιστημών αυτών, είναι η επίτευξη του καλύτερου δυνατού τρόπου διαχείρισης του τομέα της υγείας, σε συνάρτηση με τους περιορισμένους πόρους που διατίθενται. Για τον λόγο αυτό, η εκπαίδευση προσανατολίζεται προς τις νέες επιστημονικές ειδικότητες που σχετίζονται με την δημόσια υγεία, την βιοϊατρική τεχνολογία, τις κοινωνικές επιστήμες της υγείας και τις επιστήμες διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες αναπτύσσονται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια (Οικονόμου, 2004).

### **7.3.2 Σύστημα Κινήτρων Και Αντικινήτρων Στα Νοσοκομεία**

#### **α. Μισθολογικά Κίνητρα**

Η πρώτη εφαρμογή της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών του ΕΣΥ, συνδέθηκε με ένα ειδικό μισθολόγιο και σημαντικά οικονομικά κίνητρα. Στην διαδρομή όμως των επομένων ετών, οι προνομιακές ρυθμίσεις του ειδικού μισθολογίου ανατράπηκαν. Μολονότι οι συνολικές αποδοχές των γιατρών, συνυπολογιζομένης και της υπερωριακής τους απασχόλησης, παραμένουν υψηλότερες άλλων κατηγοριών εργαζομένων, τα προνομιακά χαρακτηριστικά του ειδικού μισθολογίου των γιατρών του ΕΣΥ έχουν πλέον αναιρεθεί. Παράλληλα, η αδυναμία σύνδεσης της αμοιβής με την αποδοτικότητα, αφαίρεσαν από το μισθολογικό σύστημα την δυνατότητα να λειτουργήσει ως μηχανισμός οικονομικών

κινήτρων. Σε όλες τις βαθμίδες, οι αποδοχές διατηρήθηκαν ανεξάρτητες από την απόδοση και χωρίς οποιαδήποτε, περιορισμένη έστω, δυνατότητα επιβράβευσης της ευσυνειδησίας και της εργατικότητας.

Η ανάγκη σύνδεσης της αμοιβής με την παραγωγικότητα, αποτελεί ένα θέμα το οποίο απασχόλησε την μεταρρυθμιστική προσπάθεια και αποτέλεσε σημείο ειδικής αναφοράς στο σχέδιο της μεταρρύθμισης. Η μελέτη των σχετικών προτάσεων που υπήρχαν κατά το παρελθόν στην Ελλάδα (Abel – Smith), καθώς και των αντίστοιχων προσπαθειών σε άλλες χώρες, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι : *«η άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος είναι ανέφικτη λόγω της σημερινής δομής και λειτουργίας των νοσοκομείων και των συμπεριφορών και αντιλήψεων που αναπτύχθηκαν και παγιώθηκαν στο σύστημα».*

Το μόνο μισθολογικό κίνητρο που ρητά περιλαμβάνει, αναφέρεται στους πανεπιστημιακούς γιατρούς και αφορά την καταβολή του επιδόματος νοσοκομειακής απασχόλησης, σε όσους επιλέξουν την αποκλειστική τους απασχόληση στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (Ρούπας – Πολύζος Ν., 1994).

### ***β. Βαθμολογικά Κίνητρα***

Με τον Νόμο 2519/1997, η βαθμολογική εξέλιξη των γιατρών γινόταν με «κλειστή» διαδικασία αξιολόγησης του υποψήφιου από το Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι., μετά από αίτηση του και με την προϋπόθεση ότι είχε συμπληρώσει ορισμένη προϋπηρεσία στον βαθμό τον οποίο κατείχε. Η αξιολόγηση γίνεται με κριτήρια επιστημονικής συγκρότησης, κλινικού έργου, ερευνητικού και συγγραφικού έργου, συνεργασιμότητας, συμπεριφοράς.

Επειδή η διαδικασία βαθμολογικής εξέλιξης, δεν είχε ανταγωνιστικό χαρακτήρα με άλλους συνυποψήφιους και η κρίση αφορούσε αποκλειστικά τον εκάστοτε ιατρό που συμπλήρωνε τις προϋποθέσεις προϋπηρεσίας, η βαθμολογική εξέλιξη δεν λειτούργησε τελικά ως μηχανισμός κινήτρων.

Ο Νόμος 2889/2001, δεν μετέβαλε τις ισχύουσες διαδικασίες βαθμολογικής εξέλιξης των γιατρών του ΕΣΥ. Θεσπίζοντας όμως την τακτική ανά πενταετία αξιολόγηση, όλων των γιατρών, συνδέει άμεσα την βαθμολογική τους εξέλιξη με την απόδοση και επίδοση τους (Ζηλίδης, 2005).

### γ. Αντικίνητρα Και Κυρώσεις

Η αναφορά στις δυνατότητες του συστήματος κινήτρων προσδιορίζει και τις αντίστοιχα περιορισμένες δυνατότητες του μηχανισμού αντικινήτρων και κυρώσεων. Τα αντικίνητρα, είναι *προληπτικά μέτρα*, που σκοπεύουν στο να αποτρέψουν έναν εργαζόμενο από αρνητικές συμπεριφορές, οι οποίες δεν συνιστούν κατ' ανάγκη «παραπτώματα» ή «αδικήματα», αλλά μπορεί να συνδέονται με την απόδοση και την ικανότητα του. Οι κυρώσεις, είναι *κατασταλτικά μέτρα*, που επιβάλλονται επί παραπτωμάτων, με την καθορισμένη από τον Νόμο πειθαρχική διαδικασία. Είναι φανερό, ότι συμβολή στην αναβάθμιση των λειτουργιών μπορούν να έχουν κυρίως τα αντικίνητρα, ενώ οι κυρώσεις είναι σημαντικότερες στην αντιμετώπιση αντιδεοντολογικών συμπεριφορών και πειθαρχικών παραπτωμάτων.

Το θεσμικό πλαίσιο του ΕΣΥ εμπεριέχει εξαιρετικά περιορισμένο αριθμό διατάξεων με χαρακτήρα αντικινήτρων. Μισθολογικά, επιστημονικά ή ηθικά αντικίνητρα δεν υπάρχουν. Τα μόνα θεσμοθετημένα αντικίνητρα αφορούν :

- α. στην δυνατότητα μη ανανέωσης της σύμβασης μετά την λήξη μιας θητείας,
- β. στον συνυπολογισμό των εκθέσεων αξιολόγησης των γιατρών, κατά τις κρίσεις από τα Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. και
- γ. στην βαθμολογική εξέλιξη.

Το πρώτο αφορά καταρχήν μόνο, στους επί θητεία γιατρούς και όχι στην μεγάλη μάζα του μόνιμου προσωπικού. Αλλά και σ' αυτούς, φάνηκε να έχει μικρή αποτελεσματικότητα, λόγω του τρόπου εφαρμογής και του γενικότερου κλίματος που επικράτησε. Το δεύτερο, αφορά όσους προτίθενται να διεκδικήσουν θέση ανώτερης βαθμίδας με ανοικτή διαδικασία και όχι με βαθμολογική εξέλιξη. Πρόκειται για ουσιαστικό μέτρο, που συνδέει την διαδικασία πρόσληψης με θεσμοθετημένη διαδικασία αξιολόγησης της προϋπηρεσίας, εκεί ελέγχεται μόνο ως προς την αντικειμενικότητα και την ομοιομορφία των αξιολογήσεων, στοιχεία απαραίτητα ώστε να μην οδηγήσει το μέτρο σε αναξιοκρατικές κρίσεις. Τέλος, τα αντικίνητρα για την βαθμολογική εξέλιξη έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα, εξαιτίας του μη ανταγωνιστικού χαρακτήρα των κρίσεων για βαθμολογική εξέλιξη.

Ο πειθαρχικός μηχανισμός ελέγχου και επιβολής κυρώσεων, είναι θεσμικά περισσότερο οργανωμένος στο ΕΣΥ, ήδη από τον ιδρυτικό του Νόμο, ο οποίος στην συνέχεια συμπληρώθηκε ή τροποποιήθηκε με τους Νόμους 2071/1992 και 2519/1997. Η λειτουργία του όμως παρουσίασε, σε πολλές περιπτώσεις, συμπτώματα

βραδυπορίας ή και προστατευτισμού, στο όνομα μιας κακώς νοούμενης συναδελφικής αλληλεγγύης, χωρίς να γίνει κατανοητό ότι, η ολιγωρία στην απόδοση πειθαρχικών ευθυνών, μειώνει το κύρος και περιορίζει την αυτοπροστασία, ολόκληρου του ιατρικού σώματος του ΕΣΥ (Κοντιάδης – Σουλιώτης, 2005).

Ο Νόμος 2889, μέσω της διαδικασίας αξιολόγησης, θεσμοθετεί στο ΕΣΥ μια σειρά αντικινήτρων ή κυρώσεων, που σχετίζονται με την απόδοση και την ποιότητα της εργασίας του επιστημονικού δυναμικού. Τα αντικίνητρα αυτά είναι τα παρακάτω:

- η κατά προτεραιότητα παραπομπή στο Συμβούλιο Αξιολόγησης, των διευθυντών, που είχαν αρνητικές εκθέσεις αξιολόγησης για τρία συνεχή έτη, ή εκείνων που παραβιάζουν αρχές της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.
- η απώλεια της θέσης διευθυντή ή επιμελητή, κατόπιν αρνητικής αξιολόγησης του και η τοποθέτηση σε προσωποπαγή θέση σε άλλη μονάδα του Πε.Σ.Υ.Π.
- η πειθαρχική παραπομπή, με το ερώτημα της απόλυσης, του υπαιτίου για άσκηση ιδιωτικού έργου, εκτός των απογευματινών ιατρείων.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

### ΜΟΝΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ

#### 8.1 Ιστορική Εξέλιξη Του Θεσμού Της Μονιμότητας

Στο παρόν κεφάλαιο θα εξετάσουμε τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες, μέσα στις οποίες καθιερώθηκε ο θεσμός της μονιμότητας. Επιπλέον, θα γίνει μια προσέγγιση της διοικητικής πραγματικότητας, ώστε να γίνει κατανοητό, ποιες ήταν οι ανάγκες του Κράτους που απαιτούσαν αυτή την ρύθμιση.

Η εξέλιξη της ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, είναι στενά συνδεδεμένη με τον τρόπο οργάνωσης των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών σχέσεων του ελληνικού κοινωνικού σχηματισμού. Η επανάσταση του 1821 αποτέλεσε την αφετηρία στην δημιουργία των πρώτων κυττάρων κρατικών θεσμών τοπικού χαρακτήρα, οι οποίοι κατά την περίοδο 1822 – 1827, άρχισαν να τίθενται υπό την εποπτεία και τον συντονισμό της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης, εκχωρώντας ουσιαστικές αρμοδιότητες που αποκτήθηκαν τα πρώτα χρόνια της απελευθέρωσης (ΙΝΕ ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, 1913). Η περίοδος του Καποδίστρια και μετέπειτα, χαρακτηρίζονται από την διαμόρφωση ενός ισχυρού κεντρικού διοικητικού συστήματος με νομοθετικές και ταυτόχρονα εκτελεστικές εξουσίες.

Η καθιέρωση βουλευτικών εκλογών, με το Σύνταγμα του 1844 και του δικαιώματος του εκλέγειν, για το σύνολο του πληθυσμού (άνδρες), ώθησαν στην ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων για τις εκάστοτε Κυβερνήσεις, στα πλαίσια επιδίωξης πολικών και εκλογικών σκοπιμοτήτων.

Ο νεποτισμός και η διαφθορά στην δημόσια υπηρεσία κυριαρχούσαν, καθ' όλη την διάρκεια του 19<sup>ου</sup> αιώνα και το πρώτο μέρος του 20<sup>ου</sup>. Ειδικότερα, από το 1867 έως το 1911, κάθε κυβερνητική αλλαγή συνοδευόταν από μια σχεδόν πλήρη εξάρθρωση των δημοσίων υπηρεσιών σε όλη την χώρα, επηρεάζοντας ακόμα και τον πιο χαμηλόβαθμο υπάλληλο στο μικρότερο χωριό (Μακρυδημήτρης Αντ.–Μιχαλόπουλος Ν., 2000). Η επισφαλής θέση των δημοσίων υπαλλήλων, λόγω έλλειψης εργασιακής σταθερότητας, τους εξανάγκαζε σε πλήρη εξάρτηση και υποταγή από την εκτελεστική εξουσία.



Η επιδίωξη, ακόμη από τα χρόνια της απόλυσης μοναρχίας του Όθωνα, αφενός για την συγκρότηση αποτελεσματικής διοίκησης, ικανής να ελέγχει τους διάφορους τομείς του δημοσίου βίου και αφετέρου να απεργάζεται την αποδυνάμωση των κομματικών μηχανισμών, δεν στάθηκε επιτυχής.

Η αδυναμία της διοίκησης, να δρα αποτελεσματικά οφειλόταν κατά πολύ, στην κομματική συναλλαγή, στο σύστημα της «προστασίας», εφόσον οι «πελατειακές σχέσεις» προσδιόριζαν σε μεγάλο βαθμό την λειτουργία των διοικητικών μηχανισμών. Μέχρι την δεκαετία του 1870, το Κράτος αποτελούσε τον κύριο εργοδότη, που εξασφάλιζε θέσεις εργασίας στο δημόσιο και δυνατότητα κοινωνικής ανέλιξης, εφόσον στους ανώτατους λειτουργούς του, εξασφάλιζε εισόδημα που σχεδόν ξεπερνούσε το εισόδημα όλων των άλλων μελών της κοινωνίας.

Μεγάλος αριθμός ανθρώπων απευθυνόταν στο Κράτος για την κατοχή μιας θέσης στο δημόσιο. Με τις νέες συνθήκες που προέκυψαν από τον εκχρηματισμό της οικονομίας δημιουργήθηκαν κοινωνικά στρώματα, τα οποία δεν ζητούσαν μόνο τον διορισμό, αλλά και την λήψη μέτρων που θα ευνοούσαν την προώθηση των συμφερόντων τους (Δημακοπούλου Ν. – Κόνδη Σ. – Σκουλάτου Β., 1998).

Στο χρονικό διάστημα της δεκαετίας του 1880, ήδη με τον Χαρίλαο Τρικούπη, παρουσιάζεται το πρώτο συστημικό πρόγραμμα εκσυγχρονισμού της χώρας, το οποίο μεταξύ άλλων, προέβλεπε την συγκράτηση ενός Κράτους δικαίου και τον εξορθλογισμό της διοίκησης, κυρίως με τον καθορισμό των προσόντων των δημοσίων υπαλλήλων, ώστε να περιοριστεί η «ευνοιοκρατία».

Ο Τρικούπης, θεωρούσε το Κράτος, ως *μοχλό* της οικονομικής ανάπτυξης και επιδίωκε τον εκσυγχρονισμό με κάθε κόστος. Συνεπώς προς την φιλελεύθερη ιδεολογία του, επεδίωκε την δημιουργία Κράτους *ρυθμιστή* των προϋποθέσεων της ανάπτυξης, υλικής και πνευματικής, *εγγυητή* της θεμιτής αναζήτησης κέρδους από την ιδιωτική πρωτοβουλία, αλλά και *προστάτη* της κοινωνίας από την αδικία.

Αντίθετα, ο πολιτικός του αντίπαλος Θεόδωρος Δεληγιάννης, επέκρινε το κοινωνικό κόστος του εκσυγχρονισμού, υποστηρίζοντας ένα Κράτος κοινωνικής αλληλεγγύης και προέβαλλε το αίτημα της κοινωνικής δικαιοσύνης, με την παροχή ευκαιριών στους προστατευόμενους του, για κατάληψη δημοσίων θέσεων. Υποσχόταν ένα Κράτος, όπως το γνώριζαν οι πολίτες ήδη από πολλές δεκαετίες, υπεύθυνο για την ισότιμη εναλλαγή των πολιτών στα δημόσια αγαθά. Προχωρούσε, δηλαδή σε μια εκλογίκευση του πελατειακού συστήματος, διακηρύσσοντας την

προστασία του πολίτη από την μονοπώληση του Κράτους, από την τρικουπική γραφειοκρατία.

Πάντως, σε όλη αυτή την περίοδο κατά την διάρκεια των εκλογικών αναμετρήσεων η πατρωνία με την μορφή διορισμών, μεταθέσεων κλπ και η συστηματική διαφθορά, μέσω του διοικητικού μηχανισμού αποτελούσαν συχνό φαινόμενο. Το όραμα του Τρικούπη τελικά, για ένα σύγχρονο Κράτος οικονομικά αναπτυγμένο και ισχυρό στην διεθνή σκηνή δεν πραγματοποιήθηκε. Αστοί και διανοούμενοι, απογοητεύονταν όλο και περισσότερο από την γενικότερη κατάσταση και την αναποτελεσματικότητα του Κράτους, το οποίο χαρακτηριζόταν από μια βραδυκίνητη γραφειοκρατία.

Ως αποτέλεσμα, τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και ακεραιότητας ήταν ιδιαίτερα χαμηλά, ενώ η απόσταση από τα υπόλοιπα μεγάλα ευρωπαϊκά κράτη μεγάλωνε. Ο σεβασμός για τις δημόσιες αρχές, δεν ήταν ιδιαίτερα υψηλός. Κατά τον Βενιζέλο, πολύς κόσμος πίστευε ότι οι Υπουργοί και οι σύμβουλοι τους, έδιναν μεγαλύτερη προσοχή στους διορισμούς των λίγων και των συγγενών τους, παρά στην διακυβέρνηση της χώρας.

Σε μια τέτοια κατάσταση των πραγμάτων καταγράφεται, ότι πολλοί από αυτούς που διορίζονταν στις δημόσιες υπηρεσίες, δεν ήταν σε θέση να γράψουν, ούτε να διαβάσουν (Μακρυδημήτρης Αντ. –Μιχαλόπουλος Ν., 2000 και Κυριακόπουλος Γ., 1961).

Ο Ελευθέριος Βενιζέλος, στον ιστορικό πρώτο λόγο του μπροστά στον αθηναϊκό λαό στην πλατεία Συντάγματος (22 Αυγούστου / 5 Σεπτεμβρίου 1910), διεκτραγωδεί την κατάσταση του ελληνικού Κράτους, ενώ αναφερόμενος ειδικότερα στην διοίκηση αναφέρει : «.....Διοικήσις φατριάζουσα, διακονίζουσα και μετά την απελευθέρωσιν του λαού από του ξενικού ζυγού την τυραννίαν, με μόνην την διαφοράν, ότι αυτή ασκείται ήδη εκ περιτροπής οτέ μεν επί του ημίσεος, οτέ δε επί του ετέρου ημίσεος αυτού.....» (Παπαρηγοπούλου Κ.).

## **8.2 Η Καθιέρωση Του Θεσμού Της Μονιμότητας Των Δημοσίων Υπαλλήλων**

Βασικές θέσεις του Ελ. Βενιζέλου ήταν ο εκσυγχρονισμός του κρατικού μηχανισμού, με σκοπό την αποτελεσματικότερη λειτουργία του, ενώ υποστήριξε την

αναθεώρηση του υπάρχοντος Συντάγματος και όχι την ψήφιση νέου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εκλογών του Νοεμβρίου του 1910, οι Φιλελεύθεροι κερδίζουν την συντριπτική πλειονότητα των εδρών της Βουλής και ο Βενιζέλος ήταν πλέον ελεύθερος να προχωρήσει στο μεταρρυθμιστικό του έργο.

Η διακηρυγμένη πρόθεση του, ήταν να απαλλάξει την χώρα από ένα αναχρονιστικό θεσμικό πλαίσιο που εμπόδιζε την ανάπτυξη και την ανταπόκριση του Κράτους στις σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες. Η αναθεώρηση του Συντάγματος, διευκόλυνε το πρόγραμμα αυτό, με σημαντικές μεταρρυθμίσεις.

Έτσι το πρώτο εξάμηνο του 1911, ψηφίστηκαν από την Βουλή 53 τροποποιήσεις, μη θεμελιωδών διατάξεων του Συντάγματος. Οι σπουδαιότερες τροποποιήσεις, αφορούσαν την διασφάλιση της διάκρισης των εξουσιών, το ασυμβίβαστο μεταξύ στρατιωτικής και δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας, την μονιμότητα των δικαστικών και των δημοσίων υπαλλήλων, καθώς και το αμετάθετο.

Το άρθρο 102, του Συντάγματος 1911, όπως ψηφίστηκε προέβλεπε :

*«Τα προσόντα των διοικητικών εν γένει υπαλλήλων ορίζονται δια νόμου. Μετά την έναρξιν της λειτουργίας του Συμβουλίου της Επικρατείας οι υπάλληλοι ούτοι από του οριστικού αυτών διορισμού εισί μόνιμοι εφ' όσον, υφίστανται αι σχετικαί υπηρεσίαι πλην δε των περιπτώσεων της παύσεως δυνάμει δικαστικής αποφάσεως, ούτε μετατίθενται άνευ συμφώνου γνωμοδοτήσεως ούτε απολύονται ή υποβιβάζονται άνευ ειδικής αποφάσεως κατά νόμον ωρανωμένου και εκ μονίμων υπαλλήλων κατά τα δύο τρίτα τουλάχιστον αποτελουμένου συμβουλίου.*

*Κατά της αποφάσεως ταύτης επιτρέπεται προσφυγή ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας, κατά τα εν τω νόμο ειδικώτερον οριζόμενα.....».*

Πάντως, ανεξάρτητα από τα παραπάνω, οι όποιες παρεμβάσεις επιχειρήθηκαν στην κατεύθυνση της απεξάρτησης της Δημόσιας Διοίκησης και της προστασίας της από αυθαίρετες πρακτικές, είχαν περιορισμένο και αποσπασματικό χαρακτήρα, ενώ συχνά το ανώμαλο πολιτικό καθεστώς, από το 1915 έως και την μεταπολίτευση, τις έθετε υπό αίρεση.

Ενδεικτικό του κλίματος αυτού, είναι η αγνόηση του υπομνήματος της «Ένωσης Δημοσίων Υπαλλήλων», που είχε υποβληθεί το 1925, στον τότε Πρωθυπουργό Θ. Πάγκαλο και που μεταξύ άλλων αιτημάτων, αφορούσε και στην μη άρση της μονιμότητας. Η Κυβέρνηση Πάγκαλου το Δεκέμβριο του 1925, προχωράει στην άρση της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων. Ανάμεσα στους χιλιάδες απολυμένους της εποχής περιλαμβάνεται ο Δημ. Γληνός, Κ. Βάρναλης κα.

Η προσπάθεια επίτευξης κοινωνικής ειρήνης με την λήξη του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, επέβαλε την ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών από την πλευρά της εξουσίας, για την αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων των κεντρικών υπηρεσιών τις περιφερειακές διοικήσεις. Στόχος ήταν, η δημιουργία θεσμικού πλαισίου για την ενίσχυση των οικονομικών λειτουργιών του Κράτους, ως μέσου άμβλυνσης της κοινωνικής δυσάρεσκειας και απορρόφησης των κοινωνικών κραδασμών.

Μετά την λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και του εμφυλίου, η Ελλάδα, λόγω της κοινωνικής και πολιτικής αναστάτωσης ήταν κατεστραμμένη. Η οικονομική της ανάπτυξη, αναγκαστικά, περιστράφηκε γύρω από τον Δημόσιο Τομέα, ο οποίος αποτελούσε, από πλευράς επαγγελματικής αποκατάστασης, όαση σταθερότητας για μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Κυρίως μετά το 1950, οι προσπάθειες εκσυγχρονισμού, δεν αντιμετώπισαν τα φαινόμενα παθογένειας της ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης. Οι πιο σημαντικές ενέργειες που έγιναν αυτό το χρονικό διάστημα επικεντρώνονται στην θέσπιση του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (51/1811), την ίδρυση του Ανώτατου Συμβουλίου Δημοσίων Υπηρεσιών (Α.Σ.Δ.Υ., 1961) - το οποίο αργότερα καταργήθηκε - καθώς και την θέσπιση Νόμων για την πάταξη της γραφειοκρατίας, τις προσλήψεις στο δημόσιο κλπ.

Η είσοδος της χώρας μας στην Ε.Ο.Κ. (1981), όπως λεγόταν τότε, μετέτρεψε το Κράτος σε μεγαλοεπιχειρηματία, λόγω της αυξημένης δυνατότητας διαχείρισης σημαντικών κονδυλίων. Άρα, η αναζήτηση «προνομιακών σχέσεων», με αυτό από τους πολίτες αυξάνεται, δημιουργώντας νέες εστίες «πελατειακών σχέσεων» και διαφθοράς.

Παράλληλα, οι προσπάθειες εκσυγχρονισμού της διοίκησης συνεχίζονται με την ίδρυση του «Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης», καθώς και της «Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης», με στόχο την στελέχωση των δημοσίων υπηρεσιών με εξειδικευμένα στελέχη. Ταυτόχρονα, συστήνεται ο θεσμός του «Συνήγορου του Πολίτη», του «Σώματος των Επιθεωρητών – Ελεγκτών Δημόσιας Διοίκησης», του «Ανώτατου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού (Α.Σ.Ε.Π.)» κλπ.

Πάντως, η γενικότερη τελικά αδυναμία αντιμετώπισης της παθογένειας στην ελληνική Δημόσια Διοίκηση, αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για την ανάπτυξη ενός «γραφειοκρατικού υποκειμένου με διοικητική κουλτούρα», κατά το πρότυπο των άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αδυνατώντας να ανταποκριθεί με

συνέπεια στις οποίες οικονομικές και κοινωνικές επιλογές, με κριτήριο την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα (INEE ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, 1993).

Οι κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες, που ιστορικά επικράτησαν στην Ελλάδα και που συνδέονται με την έλλειψη συμμετοχικών θεσμών διακυβέρνησης και ομαλού πολιτικού βίου και συνεπώς, με τον αυταρχικό τρόπο άσκησης της πολιτικής εξουσίας, οδήγησαν στον παραγκωνισμό των υπηρεσιών της Δημόσιας Διοίκησης με παντελή έλλειψη πολιτικής ανθρώπινου δυναμικού.

Οι πολιτικές παρεμβάσεις – καθημερινό φαινόμενο για τα ελληνικά δεδομένα – και η αξιοποίηση των δημοσίων υπηρεσιών από το εκάστοτε κυβερνών κόμμα για προσωρινούς διορισμούς προς εξυπηρέτηση εκλογικών σκοπιμοτήτων, είχε αρνητική επίδραση στην αξιοκρατική επιλογή προσωπικού, με ουσιαστικά προσόντα, ικανού να ανταποκριθεί στις υπηρεσιακές ανάγκες.

### 8.3 Τι Ισχύει Σήμερα

Μετά την παραπάνω ιστορική αναδρομή, σήμερα στην χώρα μας εξακολουθεί να ισχύει ο θεσμός της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων. Η Αρχή της Μονιμότητας ενισχύθηκε μάλιστα εμμέσως με την συνταγματική αναθεώρηση του 2001, αφού τονίζεται με σαφήνεια ότι κανείς δεν μπορεί να διοριστεί αν δεν υπάρχει οργανική θέση. Ταυτόχρονα έγινε προσπάθεια να αντιμετωπιστούν προβλήματα του παρελθόντος, τα οποία δημιουργήθηκαν λόγω «κατάχρησης», του θεσμού αξιοποιώντας κάποια νομικά κενά. Έτσι, απαγορεύτηκε για παράδειγμα η μονιμοποίηση υπαλλήλων εργαζομένων με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ή η μετατροπή των συμβάσεων έργου ή ορισμένου σε αορίστου.

Η πρακτική αυτή ήταν συχνή, όταν για ψηφοθηρικούς λόγους, ο δημόσιος τομέας «χρησιμοποιήθηκε» δημιουργώντας χιλιάδες συμβασιούχους που εργάζονταν επί χρόνια περιμένοντας την μονιμοποίηση.

Έτσι λοιπόν το σχετικό άρθρο του Συντάγματος έχει διαμορφωθεί ως εξής :

**Μέρος Τρίτο – Οργάνωση και Λειτουργίες της Πολιτείας****Τμήμα Στ' - Διοίκηση****Κεφάλαιο Δεύτερο – Υπηρεσιακή Κατάσταση των Οργάνων της Διοίκησης****Άρθρο 103**

1. «Οι δημόσιοι υπάλληλοι είναι εκτελεστές της θέλησης του Κράτους και υπηρετούν το Λαό, οφείλουν πίστη στο σύνταγμα και αφοσίωση στην Πατρίδα. Τα προσόντα και ο τρόπος του διορισμού τους ορίζονται από τον νόμο.
2. Κανένας δεν μπορεί να διοριστεί υπάλληλος σε οργανική θέση που δεν είναι νομοθετημένη. Εξαιρέσεις μπορεί να προβλέπονται από ειδικό νόμο, για να καλυφθούν απρόβλεπτες και επείγουσες ανάγκες με προσωπικό που προσλαμβάνεται για ορισμένη χρονική περίοδο με σχέση ιδιωτικού δικαίου.
3. Οργανικές θέσεις ειδικού Επιστημονικού καθώς και τεχνικού ή βοηθητικού προσωπικού μπορούν να πληρούνται με προσωπικό που προσλαμβάνεται με σχέση ιδιωτικού δικαίου. Νόμος ορίζει του όρους για την πρόσληψη, καθώς και τις ειδικότερες εγγυήσεις τις οποίες έχει το προσωπικό που προσλαμβάνεται.
4. Οι δημόσιοι υπάλληλοι που κατέχουν οργανικές θέσεις είναι μόνιμοι εφόσον αυτές οι θέσεις υπάρχουν. Αυτοί εξελίσσονται μισθολογικά σύμφωνα με τους όρους του νόμου και εκτός από τις περιπτώσεις που αποχωρούν λόγω ηλικίας ή παύονται με δικαστική απόφαση, δεν μπορούν να μετατεθούν χωρίς γνωμοδότηση ούτε να υποβιβαστούν ή να παυθούν χωρίς απόφαση υπηρεσιακού συμβουλίου, που αποτελείται τουλάχιστον κατά τα δύο τρίτα από μόνιμους δημόσιους υπαλλήλους.  
Κατά των αποφάσεων των συμβουλίων αυτών επιτρέπεται προσφυγή στο Συμβούλιο της Επικρατείας, όπως νόμος ορίζει.
5. Με νόμο μπορεί να εξαιρούνται από την μονιμότητα ανώτατοι διοικητικοί υπάλληλοι που κατέχουν θέσεις εκτός της υπαλληλικής ιεραρχίας, οι διοριζόμενοι απευθείας με βαθμό πρεσβευτικό, οι υπάλληλοι της Προεδρίας της Δημοκρατίας και των γραφείων του Πρωθυπουργού, των Υπουργών και Υφυπουργών.
6. Οι διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων έχουν εφαρμογή και στους υπαλλήλους της Βουλής, οι οποίοι κατά τα λοιπά διέπονται εξ' ολοκλήρου από τον Κανονισμό της, καθώς και στους υπαλλήλους των οργανισμών



τοπικής αυτοδιοίκησης και των λοιπών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

7. Η πρόσληψη υπαλλήλων στο Δημόσιο και στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός καθορίζεται κάθε φορά, πλην των περιπτώσεων της παραγράφου 5, γίνεται είτε με διαγωνισμό είτε με επιλογή σύμφωνα με προκαθορισμένα και αντικειμενικά κριτήρια και υπάγεται στον έλεγχο ανεξάρτητης αρχής, όπως νόμος ορίζει.

Νόμος μπορεί να προβλέπει ειδικές διαδικασίες επιλογής που περιβάλλονται με αυξημένες εγγυήσεις διαφάνειας και αξιοκρατίας ή ειδικές διαδικασίες επιλογής προσωπικού για θέσεις το αντικείμενο των οποίων περιβάλλεται από ειδικές συνταγματικές εγγυήσεις ή προσιδιάζει σε σχέση εντολής.

8. Νόμος ορίζει τους όρους, και τη χρονική διάρκεια των σχέσεων εργασίας ιδιωτικού δικαίου στο Δημόσιο και τον ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός καθορίζεται κάθε φορά, για την κάλυψη είτε οργανικών θέσεων και πέραν των προβλεπόμενων στο πρώτο εδάφιο της παραγράφου 3 είτε πρόσκαιρών είτε απρόβλεπτων και επειγουσών αναγκών κατά το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 2. Νόμος ορίζει επίσης τα καθήκοντα που μπορεί να ασκεί το προσωπικό του προηγούμενου εδαφίου. Απαγορεύεται η από το νόμο μονιμοποίηση προσωπικού που υπάγεται στο πρώτο εδάφιο ή μετατροπή των συμβάσεων του σε αορίστου χρόνου. Οι απαγορεύσεις της παραγράφου αυτής ισχύουν και ως προς τους απασχολούμενους με σύμβαση έργου».

#### 8.4 Η Μονιμότητα Στις Υπηρεσίες Υγείας

Με τον Νόμο 1397/1983, όλοι οι γιατροί του κλάδου ΕΣΥ, ήταν μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί. Η καθιέρωση της μονιμότητας στο ξεκίνημα του ΕΣΥ, είχε ως αφετηρία την προσπάθεια διαμόρφωσης κλίματος ασφάλειας στην εργασία των γιατρών, οι οποίοι, με την απασχόληση τους στο νοσοκομείο, θα έπρεπε να εγκαταλείψουν τα ιατρεία τους. Εντούτοις, η ρύθμιση αυτή αποδείχθηκε πολύ σύντομα προβληματική, γιατί :

- i. στέρησε από το σύστημα το σημαντικότερο μηχανισμό κινήτρων – αντικινήτρων,
- ii. εμπόδισε την ανανέωση του προσωπικού του ΕΣΥ,
- iii. οδήγησε σε μείωση της αποδοτικότητας και



iv. διευκόλυνε την διαμόρφωση ενός κλίματος αδιαφορίας για επιστημονική αναβάθμιση και αποδοτική εργασία.

Τα προβλήματα αυτά αναγνωρίζονται από όλες τις πλευρές, τόσο ως προς την αιτία τους, όσο και ως προς τις συνέπειες τους.

Από το 1992, με τον Νόμο 2071/1992, η μονιμότητα καταργήθηκε για όλους τους νεοεισερχόμενους γιατρούς και διατηρήθηκε μόνο για όσους ήδη υπηρετούσαν. Όλες οι θέσεις γιατρών ΕΣΥ προκηρύσσονται πλέον με συγκεκριμένη θητεία, μετά το πέρας της οποίας επαναπροκηρύσσονται. Εάν ο γιατρός που κατέχει μια θέση δεν την επανακαταλάβει, αν μεν είναι μόνιμος τοποθετείται σε άλλη θέση, ενώ αν δεν είναι μόνιμος, απολύεται. Η βασική αυτή ιδέα διατηρήθηκε με μικρές διαφοροποιήσεις και στους Νόμους που ακολούθησαν : 2194/1994 και 2519/1997.

Οι παραπάνω Νόμοι που καθιερώνουν την πρόσληψη των γιατρών επί θητεία, εκκινούν αναπόφευκτα από την ανάγκη σεβασμού του κεκτημένου δικαιώματος της μονιμότητας, για όσους ήδη το έχουν. Έτσι, τα πλεονεκτήματα της επί θητεία προκήρυξης των θέσεων περιορίζονται αναγκαστικά, στον μικρό αριθμό των νεοεισερχόμενων γιατρών και μπορούν να γίνουν ορατά, μόνο σε μακροχρόνιο ορίζοντα (Κυριόπουλος Γ. – Ανδριώτη, 1998).

Επιπλέον, για να λειτουργήσει η θητεία ως μοχλός επιστημονικής αναβάθμισης πρέπει, αφενός να συνοδεύεται από αδιάβλητη και ουσιαστική αξιολόγηση και αφετέρου από ενθάρρυνση της κινητικότητας και επιτάχυνση των διαδικασιών πλήρωσης των θέσεων, ώστε η αλλαγή θέσης εργασίας να μην γίνεται αντιληπτή ως απόλυση.

Με τον Νόμο 2889/2001, στο επίμαχο δίλημμα μονιμότητας ή διορισμού με θητεία, δίνεται μια απάντηση, η οποία επιχειρεί να γεφυρώσει την διαφορά μεταξύ νεοεισερχομένων και υπηρετούντων που κατέχουν ήδη την μονιμότητα, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος δημιουργίας γιατρών δύο ταχυτήτων. Σύμφωνα με αυτόν, όσοι γιατροί προσλαμβάνονται για πρώτη φορά, σε οποιαδήποτε βαθμίδα διορίζονται με πενταετή θητεία, στο τέλος της οποίας η θέση επαναπροκηρύσσεται με ανοικτή διαδικασία. Εφόσον ο γιατρός που κατέχει την θέση, επιλεγεί και πάλι μετά την ανοικτή προκήρυξη, υπηρετεί δεύτερη θητεία, μετά την παρέλευση της οποίας, εάν επιλεγεί για τρίτη φορά, διορίζεται πλέον ως μόνιμος. Δηλαδή, η μονιμότητα αποκτάται μετά από τρεις διαδοχικές επιτυχείς κρίσεις και δεκαετή υπηρεσία.

Για τους υπηρετούντες γιατρούς που είναι μόνιμοι, αλλά και γι' αυτούς που θα αποκτήσουν την μονιμότητα με την παραπάνω διαδικασία, ο Νόμος προβλέπει μια

σειρά διατάξεων, που συνδέουν την μελλοντική τους σταδιοδρομία με την αξιολόγηση του έργου τους ανά πενταετία. Για τους μόνιμους Διευθυντές, η αξιολόγηση γίνεται από ειδικά Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών ΕΣΥ, τα οποία συγκροτούνται σε εθνικό επίπεδο. Αν το αποτέλεσμα της αξιολόγησης είναι αρνητικό, τότε ο Διευθυντής κρίνεται ακατάλληλος για την θέση που κατέχει και η θέση του επαναπροκηρύσσεται, ενώ ο ίδιος τοποθετείται σε άλλη ομοιόβαθμη προσωρινή θέση, σε οποιαδήποτε μονάδα του Πε.Σ.Υ.Π. ή εφόσον το ζητήσει, την μετάταξη του σε άλλο δημόσιο φορέα (Ζηλίδης, 2005).

Σε θεσμικό επίπεδο, η σύζευξη κεκτημένης μονιμότητας και διορισμού με θητεία παρουσιάζεται στον Νόμο ως ιδιαίτερα επιτυχής, αφού κατορθώνει να εντάξει στο ίδιο νομικό καθεστώς τόσο τους νεοεισερχόμενους, όσο και τους ήδη υπηρετούντες. Ωστόσο, το κριτήριο της πραγματικής επιτυχίας δεν βρίσκεται, τόσο στο θεσμικό επίπεδο, αλλά – όπως και σε πολλούς άλλους τομείς ΕΣΥ – βρίσκεται κυρίως στο κλίμα υπεύθυνης και συνεπούς εφαρμογής του, το οποίο διαμορφώνεται κατά κύριο λόγο μέσα από την υπεύθυνη και συνεπή λειτουργία της ηγεσίας και της διοίκησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

### Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 9.1 Χαρακτηριστικά Της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης, Σύμφωνα Με Εμπειρογνώμονες

Η Δημόσια Διοίκηση στην Ελλάδα γνωρίζει ένα οργανωτικό έλλειμμα, όπως απεικονίζεται στις παρακάτω τέσσερις διαχρονικές εκθέσεις εμπειρογνομόνων :

α. Ο Καθηγητής Βαρβαρέσος, κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο, τοποθετούνταν στην προσπάθεια ανασυγκρότησης και εκσυγχρονισμού του κρατικού – διοικητικού μηχανισμού, για την βελτίωση της γενικής κατάστασης της χώρας (Μακρυδημήτρης Αντ., 1996).

Οι κύριες απόψεις της διοικητικής παθολογίας, που επενεργούσαν ανασταλτικά στην συνολική κρατική συμπεριφορά ήταν :

- Η ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού στις δημόσιες υπηρεσίες, γεγονός που επιτείνεται και από την εξαιρετική πολυκλαδία των θέσεων του προσωπικού.
- Το καθεστώς των πελατειακών σχέσεων, της «ευνοιοκρατίας», του κομματισμού, της αυθαιρεσίας και αναξιοκρατίας στις ανώτερες βαθμίδες.
- Ο νομικισμός και η γραφειοκρατική νοοτροπία, που αναστέλλουν την δημιουργικότητα και την πρωτοβουλία, αλλά και ταλαιπωρούν και δυναστεύουν τον πολίτη.

β. Η κρίση ακαταλληλότητας και λειτουργικής ανεπάρκειας, διαπιστώνεται και κατά τα μέσα της δεκαετίας του '60, από τον εμπειρογνώμονα του ΟΟΣΑ Καθηγητή G. Langrod, ενώ ήδη είχαν πραγματοποιηθεί βασικές μεταρρυθμίσεις, όπως ο υπαλληλικός Κώδικας του 1951, η 3<sup>η</sup> Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Οργάνωσης, στο Υπουργείο Συντονισμού και η σύσταση του Ανώτατου Συμβουλίου Δημοσίων Υπαλλήλων (ΑΣΔΥ). Οι προτάσεις του G. Langrod, που αφορούσαν κυρίως σε θέματα αναβάθμισης του ανθρώπινου δυναμικού, έγιναν αμέσως δεκτές από την Κυβέρνηση.

Ο τότε Πρωθυπουργός Γ. Παπανδρέου εξήγγειλε την 1/01/1965 ότι : «το 1965 θα είναι δια την Ελλάδα το έτος της Δημόσιας Διοικήσεως».

Το έργο αυτό δεν ολοκληρώθηκε, καθώς ακολούθησε η έντονη πολιτική κρίση και το δικτατορικό καθεστώς.

γ. Η συγκροτηθείσα ομάδα εργασίας στο ΚΕΠΕ, το 1987 εντόπισε τα παθολογικά χαρακτηριστικά της δυσπραγίας στον δημόσιο τομέα σε τρεις τομείς :

i. Στο διορθωτικό επίπεδο. Κυριαρχεί ο προσανατολισμός σε στατικά δομικά σχήματα.

ii. Στο επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού. Κυριαρχεί ο πληθωρισμός της στελέχωσης, το αδιαβάθμητο των θέσεων και των καθηκόντων και η αναξιοπιστία του συστήματος και των διαδικασιών αξιολόγησης και αποτίμησης της απόδοσης του προσωπικού.

iii. Στο λειτουργικό επίπεδο. «Η έλλειψη σχεδιασμού – προγραμματισμού, ο πλημμελής έλεγχος, η σύγχυση στον συντονισμό και την επικοινωνία, οι χρονοβόρες διαδικασίες λήψης των αποφάσεων, η έλλειψη κινήτρων, η απουσία τεχνικών μέτρησης της παραγωγικότητας, η μη χρησιμοποίηση των δυνατοτήτων της πληροφορικής, οι αντιπαραγωγικές συνθήκες εργασίας, η έλλειψη χωροταξικής κατανομής των χώρων εργασίας κλπ αποτελούν ήδη προβλήματα που περιμένουν επί δεκαετίας την λύση τους».

δ. Η πρόσφατη έκθεση για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Διοίκησης (ΥΠΠκ, 1990), διαπίστωσε μια σειρά παραγόντων και καταστάσεων που ενοχοποιούνται για την κρίση όπως, η υπερπολιτικοποίηση, η αστοχία των μεταρρυθμίσεων, η υπερβολική διεύρυνση του ρόλου και των υποχρεώσεων του Κράτους, η προσήλωση στον τοπικό νομικισμό, η υποβάθμιση και η περιθωριοποίηση του κοινοβουλίου.

Τα γενεσιουργά αίτια της διοικητικής κρίσεις είναι :

- Η ελλιπής εξωτερική διαφοροποίηση, η αποστασιοποίηση της διοίκησης από την πολιτική.
- Η ανεπαρκής εσωτερική ανάπτυξη και λειτουργική διαφοροποίηση του διοικητικού συστήματος (. Μακρυδημήτρης Αντ –Μιχαλόπουλος Ν., 2000).

## 9.2 Βασικά Χαρακτηριστικά Της Δημόσιας Διοίκησης Στην Ελλάδα

Τα χαρακτηριστικά της Δημόσιας Διοίκησης, όπως έχουν καταγραφεί, εστιάζονται στις κάτωθι κατηγορίες :

### 9.2.1 Γραφειοκρατία

Στην Ελλάδα, από τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, σημαντικοί πόροι από το εξωτερικό εμπόριο αντί να χρησιμοποιηθούν για τον εκσυγχρονισμό της γεωργίας και την ανάπτυξη της βιομηχανίας, διοχετεύθηκαν, μέσω του «πελατειακού κομματικού συστήματος», στον χώρο της Δημόσιας Διοίκησης, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Καθηγητής Ν. Μουζέλης και συνεχίζει : «Έτσι η γραφειοκρατία πήρε διαστάσεις, οδηγώντας σε έναν γιγαντισμό και παρασιτισμό που υποσκάπτει συστηματικά την ορθολογική χρήση του αξιόλογου δυναμικού της χώρας».

Η λογική του μικροκομματισμού, υπερισχύει κάθε άλλης λογικής στους τομείς της οικονομίας, της υγείας, της παιδείας κτλ και επιδεινώνει την κατάσταση της κρατικής διοίκησης. Η επισήμανση ενός κοινωνικού ή δημοσίου προβλήματος να ακολουθείται από την σύσταση ειδικής υπηρεσίας, δηλαδή παρατηρείται σχεδόν πάντοτε μια τάση διεύρυνσης του οργανωτικού πεδίου και αναπαραγωγής της κρατικής γραφειοκρατίας, που δεν είναι άσχετες, με την ζήτηση προστασίας και διεκδίκησης της ικανοποίησης των αιτημάτων από διάφορα κοινωνικά συμφέροντα, ούτε με τον εγγενή, ίσως, διοικητικό επεκτατισμό και την αναλογική προσφορά υπηρεσιών. Η γραφειοκρατία, αποτελεί εκείνη την μορφή οργάνωσης, που εκδηλώνει μια εσωτερική διαρθρωτική αδυναμία αλλαγής και προσαρμογής (Μουζέλης, 2002).

### 9.2.2 Ακαταλληλότητα Της Διοίκησης

Η ακαταλληλότητα της διοίκησης οφείλεται σε :

α. *Το εξαιρετικά διογκωμένο μέγεθος της στελέχωσης* των δημοσίων υπηρεσιών, με τα πραγματικά αποτελέσματα που παράγει.

Πρόκειται για 670.000 υπαλλήλους όλων των κατηγοριών, εκτός των στρατιωτικών. Εκτιμάται ότι, ένας στους έξι εργαζόμενους, κατά προσέγγιση, εργάζεται στον δημόσιο τομέα. Το προσωπικό αυτό κατανέμεται ανισομερώς.

Στον νομό Αττικής υπηρετούν το 46,6 % των υπαλλήλων των υπουργείων, κατά 54,5 % των υπαλλήλων του Ν.Π.Δ.Δ. με αποτέλεσμα οι δημόσιες υπηρεσίες να χαρακτηρίζονται από την άνιση διάρθρωση και την υδροκέφαλη συγκράτηση τους (Μουζέλης – Καζάκος – Καζαμίας – Τσούκας – Πελαγίδης, 1999).

Στα νοσοκομεία, ο αριθμός των υπηρετούντων ιατρών, είναι διογκωμένος και δυσανάλογος στις διάφορες βαθμίδες (πλεόνασμα στους αναπληρωτές Διευθυντές και Επιμελητές Α'), σε σχέση με τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι πελατειακές ροπές των κομμάτων, των πολιτικών και οι συνδικαλιστικές οργανώσεις, που προσπαθούν να συγκρατήσουν τις θέσεις απασχόλησης, είναι οι κύριοι παράγοντες, της μη μείωσης των εργαζομένων, αλλά της σταθεροποίησης και αύξησης του συνολικού μεγέθους του Κράτους.

**β. Η ποιοτική σύνθεση του στελεχικού δυναμικού, έχει την επίδραση του πολιτικού και κοινωνικού περιβάλλοντος στις μεθόδους στελέχωσης, στις διαδικασίες εξέλιξης και προαγωγής των υπαλλήλων και στα διάφορα κίνητρα που παρέχονται.**

Το προσωπικό της Δημόσιας Διοίκησης, προέρχεται συχνά από το πελατειακό σύστημα και το καθεστώς πολιτικής εύνοιας και πατρωνίας και παράλληλα με της χαμηλής αποτελεσματικότητας, μεθόδους προσλήψεων, είτε με γενικές εξετάσεις, είτε με «αντικειμενικά» κοινωνικά κριτήρια. Μέθοδοι, που δεν μπορούν να εκτιμήσουν τις διοικητικές ικανότητες, δεξιότητες και επαγγελματικά προσόντα των υποψηφίων, σε συνάρτηση με τις διαπιστωμένες ανάγκες των υπηρεσιών (Μουζέλης, 2002).

**γ. Η απουσία σύγχρονου πνεύματος, μεθοδολογίας και φιλοσοφίας διοίκησης σε όλα σχεδόν τα επίπεδα και τις βαθμίδες.**

Η απουσία διαδικασιών, γνώσεων και ικανοτήτων εκτίμησης και ανατροφοδότησης των αποτελεσμάτων, μέσω των οποίων διαπιστώνεται το μέτρο απόκλισης από τους επιδιωκόμενους σκοπούς, και προσδιορίζονται τα αναγκαία διαρθρωτικά μέτρα. Με συνέπεια, την υπόθαλψη και την εκτροπή εκδηλώσεων κακοδιοίκησης και γραφειοκρατίας.

**δ. Η αστοχία και η περιορισμένη αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμιστικών μέτρων και παρεμβάσεων.**

Πολλές εξ' αυτών, επιδεινώνουν την κρίση ικανότητας του συστήματος ή απέτυχαν να την αναστείλουν και να την αναδιατάξουν. Επιπλέον, «Η Ελλάδα



ουδέποτε έγινε μια καθ' ολοκληρίαν σύγχρονη χώρα, η εκσυγχρονιστική τάση κατάφερε να θεσμοθετηθεί, ενώ η πράξη και η εσωτερική πολιτισμική ζωή της διοίκησης, παρέμειναν προσκολλημένες σε παραδοσιακά σχήματα και αξίες».

Οι δε συνδικαλιστικές οργανώσεις των δημοσίων υπαλλήλων, της Α.Δ.Ε.Δ.Υ., ως προς τα προγράμματα της διοικητικής μεταρρύθμισης, έχουν θέσεις που παρέχουν την αντίληψη και νοοτροπία του καταπιεσμένου ή αδικημένου (underdog). Μια κουλτούρα έντονα παραδοσιακή, εξισωτική, εσωστρεφή που δεν μπορεί να κρύψει τον αντιλογοκρατικό της χαρακτήρα και προσανατολισμό. Έτσι, τα μεν νομοθετήματα που εκφράζουν και αποστασιοποιούν αυτές τις αξίες και τους προσανατολίζουν, να εκτελούνται και να αφομοιώνονται δίχως καθυστέρηση, ενώ οι παρεμβάσεις προς την αντίθετη κατεύθυνση (εκσυγχρονιστικού χαρακτήρα), να συναντούν αντίσταση και διαφωνία, με συνέπεια να μην εφαρμόζονται, αλλά να αδρανοποιούνται και σταδιακά να ακυρώνονται (Σπηλιωτόπουλος – Χρυσανθάκης – Επαμεινώνδας, 1999).

### 9.3 Οι Επιπτώσεις Στην Διοίκηση Των Νοσοκομείων

Η διοίκησης κάθε ιδρύματος, στην προσπάθεια της να δώσει λύσεις στα διαρκώς ανακύπτοντα προβλήματα, αναζητεί διεξόδους και τρόπους αντιμετώπισης τους δια μέσου της ισχύουσας νομοθεσίας. Αναπόφευκτα όμως, όταν δεν βρίσκει τα αντίστοιχα ερείσματα στην νομοθεσία, να προσφεύγει σε λύσεις ανορθόδοξες, οι οποίες αντιβαίνουν πολλές φορές, την πάγια εφαρμοζόμενη τακτική. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, οι σοβαρές ελλείψεις ενός απαρχαιωμένου μοντέλου διοίκησης «νομιμοποιούν» τους διοικούντες, να προσφεύγουν σε μέσα και μεθόδους, στην εφαρμογή των οποίων αντιτίθενται τα στελέχη του νοσοκομείου, καθώς είναι περισσότερο πιστά και προσηλωμένα στο γράμμα του Νόμου.

Αντίθετα, αυτοί που ασκούν διοίκηση χαρακτηρίζονται από πνεύμα μεγαλύτερης ανεξαρτησίας σε σχέση με ότι ορίζει το ισχύον διοικητικό σύστημα, πιστεύουν ότι μπορούν να ενεργούν ορισμένες φορές, και κατά βούληση και έρχονται εκούσια σε σύγκρουση με τον Νόμο – διότι πιστεύουν ότι έτσι υπηρετούν καλύτερα το δημόσιο συμφέρον. Αυτή όμως η λειτουργική συμπεριφορά της διοίκησης, σε ορισμένες περιπτώσεις δρα ανασταλτικά και προκαλεί σοβαρά προβλήματα στην γενικότερη λειτουργία του νοσοκομείου.



Απ' όσα προαναφέρθηκαν γίνεται φανερό ότι η διοίκηση του νοσοκομείου, με την σημερινή νομική μορφή λειτουργίας της αποτελεί τόσο έναν τυπικό όσο και έναν ουσιαστικό μηχανισμό αναστολής του επιτελούμενου έργου σε αυτό. Τυπικό, διότι με το ισχύον νομικό πλαίσιο, παρέχεται στην ίδια η δυνατότητα λειτουργίας της, ουσιαστικό όμως, αφού τόσο ο τρόπος λειτουργίας της, όσο και οι προθέσεις της αρκετές φορές κινούνται προς την κατεύθυνση της αναστολής του έργου του νοσοκομείου, είτε εκούσια, είτε ακούσια.

Κατά συνέπεια, το ισχύον μοντέλο διοίκησης ενοχοποιείται αποκλειστικά για την κακοδαιμονία και κακοδιοίκηση των σύγχρονων νοσοκομείων. Ας μην προσπαθούν λοιπόν οι ιθύνοντες, να ενοχοποιήσουν γι' αυτήν την κατάσταση, το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Καριώτης, 1992).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι, η κακοδαιμονία που μαστίζει εδώ και πολλές δεκαετίες τα νοσοκομεία, οφείλεται κυρίως στον τρόπο λειτουργίας του Δ.Σ. Στην επέκταση της όμως, συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες είτε εξωγενείς, όπως οι παντοειδείς παρεμβάσεις του Υπουργείου Υγείας, είτε ενδογενείς, οι οποίοι σχετίζονται με την λειτουργία του νοσοκομείου. Συνεπώς, το Δ.Σ. των νοσοκομείων, θεωρείται ο παράγοντας, που ενοχοποιείται κατεξοχήν γι' αυτήν την αρνητική κατάσταση. Η γενεσιουργός αιτία του προβλήματος, είναι γνωστή στην πολιτεία και υπάρχει «θεραπεία» : *άμεση αντικατάσταση του ισχύοντος συστήματος διοίκησης των νοσοκομείων, με ένα σχήμα περισσότερο σύγχρονο, ευέλικτο και τολμηρό, το οποίο θα ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας.*

Μόνο έτσι, θα αντιμετωπιστεί δραστικά αυτή η τραγική κατάσταση, δηλαδή με την οριστική αντικατάσταση του πεπαλαιωμένου και άκρως κομματικοποιημένου ισχύοντος μοντέλου διοίκησης, το οποίο, στον περίπου έναν αιώνα λειτουργίας τους, δεν προσέφερε τίποτα το σημαντικό.

Η Δημόσια Διοίκηση και τα όργανα της είναι υποχρεωμένα, βάσει του Συντάγματος και υπό καθεστώς πολιτικής δημοκρατίας, να υπηρετούν τον λαό και το δημόσιο συμφέρον. Για την πραγματοποίηση αυτής της αποστολής είναι απαραίτητη, τεχνικά και νομικά, η εξάρτηση των διοικητικών οργάνων, τα οποία όπως είναι φυσικό, λειτουργούν μέσα από την ιεραρχική τους σχέση : οι προϊστάμενοι εκδίδουν τις διαταγές και οι υφιστάμενοι τις εκτελούν.

Όμως εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα, το σύστημα της «πελατείας» ή των «πελατειακών σχέσεων» για την ανάδειξη και την διατήρηση των Κυβερνώντων στην εξουσία, γεγονός που οφείλεται στην στενή εξάρτηση της Δημόσιας Διοίκησης από

την πολιτική εξουσία. Έτσι όμως, η αρχή της αμεροληψίας – ισότητας των διοικητικών οργάνων συχνά, αποδεικνύεται ανεφάρμοστη στην πράξη, διότι η διαδικασία της παρανομίας που υφίσταται στην σχέση εξουσίας – πολιτών στηρίζεται στο σύστημα της «πελατείας» και συνεπώς, της συναλλαγής (ρουσφέτι).

Στον ευρύ τομέα της Δημόσιας Διοίκησης είναι ενταγμένα και τα Δ.Σ. των νοσοκομείων, τα οποία παρουσιάζουν με την σειρά τους τα «συμπτώματα» των «πελατειακών σχέσεων», λόγω της κομματικοποίησης του θεσμού αυτού, ο οποίος από την φύση του, είναι ευάλωτος σε τέτοιου είδους πολιτικές παρεμβάσεις. Τα νοσηρά αυτά φαινόμενα, όπως είναι φυσικό, προκαλούν κραδασμούς στο κοινωνικό σύστημα της χώρας και προκαλούν την σοβαρή δυσλειτουργία του, με σοβαρές επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο.

Απ' όσα τονίσαμε μέχρι τώρα, προκύπτει το συμπέρασμα ότι, στις δημόσιες επιχειρήσεις ή οργανισμούς το ισχύον διοικητικό σύστημα είναι εντελώς διαφορετικό από το εφαρμοζόμενο στα νοσοκομεία. Ειδικότερα, η διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια δεν υφίσταται στα νοσηλευτικά ιδρύματα του Κράτους, τα οποία ως γνωστόν, ακόμη και για τις ελάχιστον σημασίας υποθέσεις είναι υποχρεωμένα να ζητούν την έγκριση ή την γνώμη του εποπτεύοντος Υπουργείου Υγείας ή των κατά τόπους περιφερειακών υπηρεσιών του. Αυτό έχει ως συνέπεια, την άμεση διοικητική και οικονομική εξάρτηση τους από το Κράτος, η οποία δεν ισχύει στους δημόσιους οργανισμούς (Δημολιάτης – Κυριόπουλος – Λάγγας – Φιλλαλήθης, 2002).

Αυτό είναι αρκετό για να διαπιστώσει κάποιος ότι, τα νοσηλευτικά ιδρύματα λειτουργούν βάσει ενός απαρχαιωμένου διοικητικού συστήματος, το οποίο ανέκαθεν ενοχοποιείται για την υπάρχουσα κακοδαιμονία και κακοδιοίκηση. Κατάσταση την οποία, δεν συναντάμε σήμερα σε άλλους οργανισμούς ή επιχειρήσεις, διότι εκεί δεν παρεμβαίνει άμεσα το Κράτος, αλλά ισχύει μια ιδιότυπη «ανεξαρτησία» και ένα αυτόνομο διοικητικό και οικονομικό σύστημα. Ως εκ τούτου, οι οργανισμοί ή οι επιχειρήσεις αυτές, δεν υπόκεινται σε έξωθεν παρεμβάσεις. Η εφαρμογή του πεπαλαιωμένου αυτού συστήματος στα νοσοκομεία, αποτελεί έναν επιπρόσθετο λόγο για την είσοδο του κομματισμού στον χώρο της υγείας – εξαιτίας της άμεσης παρέμβασης της πολιτικής εξουσίας σε αυτόν, αφού όπως είναι γνωστό, στην χώρα μας η Δημόσια Διοίκηση είναι δέσμια της εκάστοτε πολιτικής εξουσίας (Μουζέλης, 2002).

## 9.4 Από Την Δημόσια Γραφειοκρατία, Στο Δημόσιο Management

Το δημόσιο management εμφανίσθηκε κατά την δεκαετία του 1970, εκφράζοντας πιο πολύ μια θεσμική εξέλιξη, παρά μια θεωρητική ανάπτυξη. Από εκείνη την χρονική στιγμή, παρατηρείται μια ραγδαία μετάβαση από την δημόσια γραφειοκρατία, στο δημόσιο management (Μπουραντάς, 2002).

Οι λόγοι που συνέβαλαν στην εμφάνιση του, καθώς και στην εδραίωση του, θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς, ενώ μεγάλη ήταν και είναι η συμβολή διεθνών οργανισμών όπως, ο Ο.Ο.Σ.Α. και η Παγκόσμια Τράπεζα. Οι λόγοι εμφάνισης του :

- α. η πληροφορική έκρηξη,
- β. η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας,
- γ. οι μεγάλες ανάγκες και απαιτήσεις των πολιτών, για καλύτερες και ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας και
- δ. η γραφειοκρατική δομή των μεγάλων οργανισμών και οργανώσεων του κάθε Κράτους.

Ωστόσο, η μεγαλύτερη αιτία εμφάνισης του ήταν, η *οικονομική κρίση* και το *παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον*, που πολλά κράτη κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν τα τελευταία χρόνια (Σπανού, 2000).

Οι κυριότερες διαφορές μεταξύ δημόσιας γραφειοκρατίας και δημόσιου management, είναι :

<b>Δημόσια Γραφειοκρατία</b>	<b>Δημόσιο Management</b>
- Βραχυπρόθεσμος προγραμματισμός	- Μακροπρόθεσμος προγραμματισμός
- Ιεραρχική και άκαμπτη δομή	- Απέριττη δομή
- Στατική στοχοθεσία	- Δυναμική στοχοθεσία

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

### ΣΥΝΔΙΚΑΛΙΣΜΟΣ

#### 10.1 Η Έννοια Του Συνδικαλισμού

Η εμφάνιση και η ανάπτυξη του καπιταλισμού, σε συνδυασμό με την κοινωνικοποίηση της εργασίας και της παραγωγής που τον συνόδευσε, αποτέλεσε την απαρχή για την γέννηση του συνδικαλιστικού κινήματος, της οργανωμένης συλλογικής έκφρασης της μισθωτής εργασίας, θέτοντας τέρμα στην διασπορά της, αλλά και τις βάσεις για την συλλογική διεκδίκηση των όρων εργασίας, αμοιβής και την προάσπιση των ευρύτερων συμφερόντων της.

Το πώς εξελίσσεται το συνδικαλιστικό κίνημα από χώρα σε χώρα εξαρτάται, πάντοτε, από τα επιμέρους εθνικά χαρακτηριστικά και από την αντίστοιχη ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων και της βιομηχανίας στην κάθε χώρα. Το κάθε ένα από αυτά ακολουθεί την δική του πορεία στην κάθε χώρα και έχει την δική του ιστορία. Από την εποχή που το Κράτος ακολουθούσε απαγορευτική και κατασταλτική δράση εναντίον τους, μέχρι σήμερα, που τα συνδικαλιστικά δικαιώματα καθιερώθηκαν σαν θεμελιώδη δικαιώματα από τα εθνικά κράτη, σύμφωνα άλλωστε με το πλαίσιο των διεθνών κανόνων (Σπυρόπουλος, 1998).

Τα περισσότερα από αυτά, όπως και στην Ελλάδα, αναγνωρίστηκαν μετά την λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, ως αντιπροσωπευτικοί θεσμοί με ιδιαίτερη κοινωνική και οικονομική σημασία, για την εξέλιξη της οικονομίας στην κάθε χώρα, ενώ συνδέθηκαν άμεσα και με την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας. Η δραστηριοποίηση τους στην κατεύθυνση της βελτίωσης του επιπέδου αμοιβών, των συνθηκών εργασίας και των ευρύτερων όρων διαβίωσης των μελών τους, έχει θετικό αντίκρυσμα σε πολλούς τομείς. Μιας και συμβάλλει θετικά, στην αύξηση της παραγωγικότητας και της ανταγωνιστικότητας στην κάθε εθνική οικονομία, καθώς και στο πλαίσιο και στο περιεχόμενο της ασκούμενης εθνικής κοινωνικής πολιτικής, που εξαρτάται και από το επίπεδο των οικονομικών μεγεθών (Σακελλαρόπουλος, 1999).

Οι Συνδικαλιστικές οργανώσεις των μισθωτών αντιπροσωπεύουν και εκφράζουν, τουλάχιστον τυπικά, την κοινωνική εκείνη κατηγορία του ενεργού πληθυσμού, που

αποτελεί την πλειοψηφία αλλά και που συνιστά την κύρια παραγωγική δύναμη σε μια κοινωνία, επηρεάζοντας σημαντικά το πεδίο της ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής. Έτσι με την υπογραφή των συλλογικών συμβάσεων εργασίας (που είτε κατοχυρώνουν νέα κοινωνικά δικαιώματα ή που διευρύνουν το περιεχόμενο των ήδη κατοχυρωμένων κοινωνικών δικαιωμάτων), είτε με τις πιέσεις που ασκούν προς τις κυβερνήσεις και την εργοδοτική πλευρά, οι συνδικαλιστικές οργανώσεις συμβάλλουν σαν αντιπροσωπευτικοί κοινωνικοί φορείς στην διαμόρφωση του περιεχομένου των κοινωνικών δικαιωμάτων και της ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής.

Παρόλα αυτά, όμως, σήμερα λόγω των εξελίξεων που συμβαίνουν στην αγορά εργασίας με την κρίση της απασχόλησης και του κράτους πρόνοιας και με τα νέα στοιχεία που διαμορφώνουν την φύση της μισθωτής εργασίας και την σύνθεση του κόσμου της μισθωτής απασχόλησης, τα συνδικάτα απειλούνται με έντονα φαινόμενα αποσυνδικαλιστικοποίησης και κρίσης αντιπροσώπευσης. Η ανάπτυξη των παραγωγικών δυνάμεων, ο οικονομικός ανταγωνισμός σε ένα συνεχώς διευρυμένο περιβάλλον και οι οικονομικές ολοκληρώσεις (Ευρωπαϊκή Κοινότητα), θέτουν νέα πλαίσια μέσα στα οποία το ελληνικό συνδικαλιστικό κίνημα, θα πρέπει να προσαρμοστεί και να αναθεωρήσει τους στόχους του, καθώς επίσης και να αναζητήσει μια κοινή πορεία με τα άλλα εθνικά συνδικάτα χωρών της Ευρώπης με κύριο στόχο, την διατήρηση και την ανάπτυξη του ευρωπαϊκού κοινωνικού προτύπου.

Ο όρος «συνδικαλισμός», προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «σύνδικος», που σημαίνει *τρίτο πρόσωπο που βοηθάει κατά την δίκη*. Δηλαδή ο τρίτος ενεργεί ως συμπαραστάτης στην δίκη και συνδέεται με το βοηθούμενο πρόσωπο ή ομάδα προσώπων με ορισμένη κοινότητα συμφερόντων. Αυτή η κοινότητα συμφερόντων αποτελεί βέβαια και το κύριο χαρακτηριστικό της συνδικαλιστικής λειτουργίας. Τελικά όμως, από τις λατινικές λέξεις «syndicus» και «synticum», διαμορφώθηκε ο όρος «syndicat» στα γαλλικά και «syndicate» στα αγγλικά, που σημαίνει : *σύνολο προσώπων ενωμένων για την επίτευξη ενός σκοπού*. Από τον όρο αυτό, η λέξη επανήλθε στα ελληνικά ως «συνδικάτο – συνδικαλισμός» (Κατσανέβας, 1985).

## 10.2 Τα Χαρακτηριστικά Του Συνδικαλισμού Στον Χώρο Της Υγείας

Όπως στην Δημόσια Διοίκηση, έτσι και στον χώρο της υγείας, ο ρόλος, η δραστηριότητα και η γενικότερη συμπεριφορά των συνδικαλιστικών στελεχών, δεν αποτελούν ξεχωριστό φαινόμενο, γι' αυτό και δεν θα πρέπει να εξετάζονται μεμονωμένα. Αποτελούν μέρος του όλου θεσμού του συνδικαλισμού, που αντανακλά κατ' επέκταση, τις ευρύτερες οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις μιας χώρας (Λιαρόπουλος, 2005).

Στην περίπτωση της Ελλάδας, η οικονομική και πολιτική της ιστορική εξέλιξη, ιδιαίτερα μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, είναι σε τελική ανάλυση, υπεύθυνη για την εμφάνιση ενός φαινομένου που έχει ονομασθεί «πατερναλιστικός συνδικαλισμός».

Ο όρος αυτός, υποδηλώνει το όλο σύστημα του κυβερνητικού ελέγχου που έχει επιβληθεί στο μεγαλύτερο μέρος του συνδικαλιστικού κινήματος. Η ύπαρξη μιας «κάστας» συνδικαλιστών ηγετών που ελέγχονται από πάνω και που έχουν λίγη ή καθόλου επαφή με την εργατική τάξη, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό αυτού του φαινομένου. Στην καθομιλουμένη ελληνική αυτοί οι συνδικαλιστές ηγέτες, ονομάζονται «*εργατοπατέρες*», μια ειρωνική επισήμανση του πατερναλιστικού τους ρόλου. Το φαινόμενο «εργατοπατερισμός» παρουσιάζεται και σε άλλες χώρες, όπου οι κυβερνήσεις διατηρούν αυστηρό έλεγχο πάνω στο επίσημο εργατικό κίνημα (Μουζέλης, 2002).

Θα πρέπει πάντως να τονιστεί ότι, για την επικράτηση του «πατερναλιστικού συνδικαλισμού», εκτός από τους πολιτικούς παράγοντες, συνέτεινε παράλληλα και η ιδιαίτερη φύση της οικονομικής εξέλιξης της χώρας (περιορισμένη βιομηχανική ανάπτυξη, μικρό μέγεθος επιχειρήσεων κλπ). Αυτό το είδος της ανάπτυξης, που συνεχίστηκε τουλάχιστον μέχρι την δεκαετία του 1960, κάθε άλλο παρά ευνόησε την εδραίωση του συνδικαλισμού «από κάτω», δηλαδή στην βάση της εργατική τάξης της χώρας.

Στην πράξη, φαίνεται πως τα περισσότερα στελέχη του συνδικαλιστικού κατεστημένου, έχουν ξεκινήσει την συνδικαλιστική τους καριέρα με μια γνήσια ιδεολογική παρόρμηση, εμπνευσμένη από το σοσιαλισμό ή την επιδίωξη του κοινού καλού. Όταν περάσει το ιδεαλιστικό όνειρο, οι νέοι ενθουσιώδεις ακτιβιστές, μετατρέπονται σε ρεαλιστές γραφειοκράτες. Ανακαλύπτουν, ότι η ζωή τους είναι πολύ σύντομη και οι πλάτες τους όχι αρκετά ισχυρές, για να πολεμήσουν το



κατεστημένο, που το αντιλαμβάνονται ως προϊόν ενός παγιοποιημένου καταμερισμού της πολιτικής εξουσίας σε παγκόσμια κλίμακα. Και καθώς δεν μπορούν να πολεμήσουν το κατεστημένο, μοιραία δέχονται να ενταχθούν σε αυτό.

Ίδια λοιπόν και η κατάσταση και σε έναν από τους σημαντικότερους τομείς, την υγεία. Είναι γνωστό ότι, τα συνδικαλιστικά στελέχη, είτε αυτά προέρχονται από την ΠΟΕΔΗΝ, είτε από την Α.Δ.Ε.Δ.Υ., συχνάζουν στους προθάλαμους των υπουργικών γραφείων, επιδιώκοντας την ικανοποίηση διαφόρων αιτημάτων τους. Τα περισσότερα από αυτά, αφορούν προσωπικές απαιτήσεις ατόμων ή μικρών ομάδων ατόμων, και δεν συνδέονται με τα γενικότερα αιτήματα μιας ευρύτερης ομάδας εργαζομένων. Έτσι, δημιουργείται ένα πλέγμα εξάρτησης και ως έναν βαθμό αλληλεξάρτησης τους, με κυβερνητικά στελέχη. Γενικότερα, η όλη σχετική μεθόδευση αποτελεί άλλη μια εκδήλωση του συστήματος της πολιτικής – πατρωνίας και «ρουσφετιού», που χαρακτηρίζει έντονα την ελληνική πολιτική πραγματικότητα.

Σε πολύ γενικές γραμμές, τα στελέχη του «πατερναλιστικού συνδικαλισμού», παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες και κοινά χαρακτηριστικά στην μεθοδολογία που ακολουθούν, στον τρόπο λειτουργίας και συμπεριφοράς, ακόμη και στον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται. Είναι ιδιαίτερα εκδηλωτικοί, διαθέτουν ισχυρή και έντονη προσωπικότητα, καθώς και αξιόλογη ικανότητα προφορικής έκφρασης, που όμως συχνά, υπερκαλύπτεται από έντονο βερμπαλισμό. Χαρακτηριστικό είναι ότι, στις συζητήσεις τους ξεφεύγουν συχνά από την ουσία και επεκτείνονται σε άσχετα θέματα, μπλέκονται σε γενικότητες και παραβλέπουν τα κύρια προβλήματα. Αρκετά από τα στελέχη αυτά, χαρακτηρίζονται από μια αλαζονική συμπεριφορά, που συνδυάζεται με την επιθυμία προσωπικής τους επιβολής και προβολής.

Μια φράση στην οποία έχουν ιδιαίτερη αδυναμία, όπως άλλωστε και πολλοί νεοέλληνες γενικότερα είναι : «Ξέρεις ποιος είμαι εγώ ;», φράση που χαρακτηρίζει τον εγωκεντρισμό του χαρακτήρα τους. Παράλληλα, πολλά τέτοια στελέχη, συχνά λειτουργούν με έντονο συναισθηματισμό και καλές προσωπικές προθέσεις, μια ιδιότητα που συνδυάζεται κατά κάποιο περίεργο τρόπο, αρμονικά με την ισχυρή τους προσωπικότητα.



### 10.3 Ο Συνδικαλισμός Και Η Διοίκηση Των Νοσοκομείων

Ένα καλό παράδειγμα του τρόπου επιρροής των συνδικαλιστικών οργανώσεων, είναι οι ρυθμίσεις που πέτυχε η Α.Δ.Ε.Δ.Υ. με τον Υπουργό του ΠΑΣΟΚ, τον κ. Στεφανή. Ο τότε Υπουργός, άλλαξε τον Νόμο του Αλ. Παπαδόπουλου στο σημείο που ρύθμιζε την σύνθεση της Επιτροπής Αξιολόγησης και της Επιτροπής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, δηλαδή της επιτροπής που επιλέγει και αξιολογεί τους Διοικητές των νοσοκομείων, προσθέτοντας και τον Πρόεδρο της ΑΔΕΔΥ. Η ρύθμιση αυτή άλλαξε τον Νόμο 3329/2005, ο οποίος μετέφερε την ευθύνη της επιλογής των Διοικητών στον ίδιο τον Υπουργό, επιστρέφοντας έτσι πάλι σε «πελατειακές αντιλήψεις».

Πολλές επίσης, είναι και οι διαφωνίες μεταξύ Διοικητών και συνδικαλιστικών οργάνων των νοσοκομείων, οργάνων που παρεμβαίνουν στις όποιες αποφάσεις της διοίκησης, δημιουργώντας προβλήματα και στην λειτουργία του νοσοκομείου, με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, πχ απεργίες ιατρικού προσωπικού με παράλογες απαιτήσεις. Φυσικά δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι πολλές από αυτές τις κινητοποιήσεις γίνονται με την συμπαράσταση της αντιπολίτευσης, για να πλήξουν το κυβερνητικό προφίλ (Παρασκευόπουλος, 2004).

Έτσι, το μόνο που κερδίζουν οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία είναι ο στιγματισμός τους, πάντα κομματικός, με κριτήριο την συμμετοχή τους ή μη στην απεργία, ο απλός πολίτης την ταλαιπωρία. Άρα το μόνο που επιτυγχάνεται, είναι η εξυπηρέτηση των προσωπικών βλέψεων των λεγόμενων «εργατοπατέρων».

Θα πρέπει σ' αυτό το σημείο να τονιστεί ότι, οι διαπιστώσεις δεν αφορούν το σύνολο των συνδικαλιστών που εμφανίστηκαν κατά την μεταπολεμική περίοδο. Ούτε υποστηρίζεται βέβαια ότι, το φαινόμενο του πατερναλιστικού συνδικαλισμού και του εργατοπατερισμού οφείλεται στην προσωπική ιδιοσυγκρασία ορισμένων ατόμων που βρέθηκαν να κατέχουν συνδικαλιστικά αξιώματα. Γιατί η προώθηση τους στις θέσεις αυτές, δεν υπήρξε τυχαία, αλλά ήταν φυσική συνέπεια της κυβερνητικής πολιτικής, για τον από πάνω έλεγχο του επίσημου εργατικού κινήματος της χώρας.

Παράλληλα όμως, δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας και η δραστηριοποίηση «από κάτω» ενός σημαντικού αριθμού συνδικαλιστών, που καμία σχέση δεν έχουν με το φαινόμενο του «εργατοπατερισμού». Τέτοιες είναι οι περιπτώσεις, στελεχών σε επαγγελματικές ομάδες ή χώρους εργασίας, που λειτουργούν υπό ευνοϊκές συνθήκες για την συνδικαλιστική λειτουργία και επομένως

είναι λιγότερο επιρρεπείς στο συνδικαλιστικό έλεγχο «από πάνω» (Σπυρόπουλος, 1998).

#### **10.4 Απαιτήσεις Εργαζομένων Στα Δημόσια Νοσοκομεία Του ΕΣΥ**

##### *❖ Μονιμότητα των γιατρών*

Αποτελεί πλέον πεποίθηση ότι, όλοι οι γιατροί του ΕΣΥ, που είναι αποκλειστικής απασχόλησης, πρέπει να είναι μόνιμοι. Πρέπει να είναι μόνιμοι για λόγους ουσιαστικούς, αλλά και λόγους ηθικούς, ισότητας και δικαίου. Δεν μπορεί και δεν πρέπει, ενώ όλοι οι άλλοι δημόσιοι υπάλληλοι είναι μόνιμοι, οι γιατροί να αποτελούν την αρνητική εξαίρεση. Όπως επίσης, δεν επιτρέπεται στον ίδιο εργασιακό χώρο, να εργάζονται γιατροί δύο ταχυτήτων : οι μόνιμοι και οι επί θητεία.

##### *❖ Εξέλιξη – Αξιοκρατία*

Το ΕΣΥ έχει γεράσει. Οι προσλήψεις ιατρικού προσωπικού όλα αυτά τα χρόνια, είναι πολύ λίγες. Υπάρχουν οργανικές θέσεις γιατρών που μένουν κενές, ενώ θα έπρεπε να έχουν δημιουργηθεί και πολλές νέες θέσεις με την συνεχή δημιουργία νέων σύγχρονων τμημάτων, που η ραγδαία πρόοδος της ιατρικής επιστήμης επιβάλλει.

Ένας σοβαρός λόγος που οδηγεί σε γήρανση το σύστημα είναι, η μη πρόβλεψη από την αρχή, μιας πραγματικής εξέλιξης των νοσοκομειακών γιατρών, που θα βοηθούσε στην αύξηση της παραγωγικότητάς τους. Για να προβλέψουμε και να θεσμοθετήσουμε πραγματική εξέλιξη, απαιτούνται νέες προσλήψεις, τόσο σε διοικητικό, όσο και σε νοσηλευτικό προσωπικό (Ποεδην, 2006 ).

##### *❖ Σχέση ΕΣΥ και Πανεπιστημίου*

Οι εργαζόμενοι δεν έχουν τίποτε εναντίον του Πανεπιστημίου. Αντίθετα, το θεωρούν σαν έναν κατακτημένο δημοκρατικό θεσμό, που θέλουν να τον διαφυλάξουν και να τον ενισχύσουν. Ζητούν, στο κομμάτι που αφορά το διδακτικό προσωπικό (ΔΕΠ), για την καλύτερη ενασχόληση τους με τα κατ' εξοχήν καθήκοντά τους, να ασχολούνται μ' αυτά ως αποκλειστική απασχόληση.

❖ *Μισθολόγιο*

Οι νοσοκομειακοί γιατροί, οι γιατροί του ΕΣΥ (οι οποίοι θέλοντας και μη, αποτελούν την καρδιά του συστήματος), δουλεύουν πολύ σκληρά και αμείβονται λίγο. Οι καθαρές (τακτικές) μηνιαίες αποδοχές τους, ανάλογα με τον βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας, κυμαίνονται από 800,00 έως 2000,00 ευρώ, που μειώνονται και αυτά μετά την τελική εκκαθάριση από την εφορία. Αυτό δεν είναι ειδικό μισθολόγιο. Αυτό είναι μισθολόγιο ντροπής (Ποεδην, 2005...).

❖ *Χρηματοδότηση*

Ένας επιπλέον τομέας έντονης διαμάχης Κράτους και εργαζομένων, είναι η αύξηση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ, από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ωστόσο, η αύξηση των χρημάτων δεν θα οδηγήσει από μόνη της σε καλά αποτελέσματα, χωρίς την σωστή διαχείριση (Ποεδην, 2002).

❖ *Επιδόματα*

Η ένταξη των εργαζομένων στα νοσοκομεία, στα βαρέα και ανθυγιεινά, είναι μια από τις κύριες απαιτήσεις αυτών (Ποεδην, 2005).

Το επίδομα που προέβλεπε ο Νόμο 201/1975, παρότι κρίθηκε από το Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο (ΑΕΔ), δεν χορηγήθηκε ποτέ.

Τα παραπάνω αποτελούν μερικά από τα κύρια αιτήματα των εργαζομένων των νοσοκομείων, ορισμένα εκ των οποίων παραμένουν ακόμη άλυτα, ενώ κάποια έχουν πάρει τον δρόμο της επίλυσης. Ωστόσο, θύμα της όλης πολύχρονης διαμάχης είναι και πάλι, ο απλός πολίτης, ο οποίος βλέπει τα χρήματα του να σπαταλούνται χωρίς αντίκρισμα. Το μόνο που λαμβάνει είναι, χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες, ενώ επιπλέον επιβαρύνεται, οικονομικά κυρίως (φακελάκια). Την ευθύνη γι' αυτό εκτός από το Κράτος, έχουν και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι και τα συνδικαλιστικά τους όργανα.

Ως αποτέλεσμα οδηγούμαστε σε τεράστιες διαστάσεις παραοικονομίας και μεγάλες λίστες αναμονής, ενώ από την άλλη ο ιδιωτικός τομέας «καλπάζει»...

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κλείνοντας την παρούσα εργασία, γίνεται κατανοητό ότι τα προβλήματα στην διοίκηση των σύγχρονων νοσοκομειακών μονάδων του ΕΣΥ, δεν αποτελούν απλώς ένα ζήτημα της Δημόσιας Διοίκησης, που πρέπει να εξεταστεί μόνο με το κριτήριο της αύξησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Είναι προβλήματα ιδεολογικής σύγκρουσης, μεταξύ αυτών που τάσσονται υπέρ της αγοράς και του λιγότερου Κράτους και αυτών που επιθυμούν το Κράτος παρόν, ως «προστάτη» της κοινωνία, από τις ανισότητες που δημιουργούνται.

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι ο νοσοκομειακός τομέας, και κατά προέκταση, ο τομέας της υγείας στην χώρα μας διέρχεται μια από τις μεγαλύτερες κρίσεις του. Η κρίση αυτή, δεν έχει την μορφή μόνο ενός υπερδιογκωμένου κόστους, η εξελικτική πορεία των διαφόρων υγειονομικών συστημάτων δεν προσομοιώνεται μόνο στην βάση της προσφοράς και της ζήτησης και του εύρους της κρατικής δραστηριότητας, αλλά και από μια αυξημένη ανάγκη για ποιοτική αναβάθμιση της περίθαλψης. Με άλλα λόγια, η κρίση έχει και την μορφή της απαίτησης από το κοινό, για μια καλύτερη υγειονομική περίθαλψη. Τα αίτια μιας τέτοιας κρίσης, πρέπει να αναζητηθούν στις αδυναμίες του οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου λειτουργίας των σύγχρονων νοσοκομειακών μονάδων, ως αποτέλεσμα των συνεχών νομοθετικών αλλαγών, με βάση την πολιτική που ακολουθεί η εκάστοτε Κυβέρνηση. Είναι πλέον, επιτακτική η ανάγκη να εισαχθούν στα ελληνικά νοσοκομεία νέες μέθοδοι ορθολογικής οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης (management).

Το νοσοκομειακό δηλαδή σύστημα, χρειάζεται αναμφισβήτητα μια δραστική αλλαγή, με βάση :

- i. την διαδικασία αλλαγής της οργανωτικής δομής του, η οποία θα πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση της στο προσωπικό,
- ii. την προετοιμασία του ανθρώπινου δυναμικού για την οργανωτική αλλαγή και
- iii. την απαίτηση για συμμετοχή του ανθρώπινου αυτού δυναμικού στην διαδικασία της αλλαγής. Στην μεταβολή αυτή του οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου τα ελληνικά νοσοκομεία έχουν δύο επιλογές ή να την αγνοήσουν, με τις ανάλογες συνέπειες, ή να προσαρμοστούν, και πάλι με τις ανάλογες συνέπειες.

Η εν λόγω αλλαγή στην λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, δεν θα είναι αποτέλεσμα, τόσο του εσωτερικού συστήματος στο οποίο δραστηριοποιούνται, αλλά περισσότερο άλλων παραγόντων που δρουν δυναμικά στο ευρύτερο περιβάλλον του υγειονομικού συστήματος. Τέτοιου είδους παράγοντες είναι :

- Η *παγκοσμιοποίηση της οικονομίας*, που απειλεί τις επιχειρήσεις με σημαντική μείωση του όγκου των συναλλαγών τους.
- Η *τεχνολογία*, η ραγδαία εξέλιξη της οποίας διαμορφώνει οικονομίες κλίμακας, με αποτέλεσμα, την μείωση του κόστους και την διαφοροποίηση της οργανωτικής δομής.
- Το *περιβάλλον*, όπου διαπιστώνεται ένας αυξανόμενος προβληματισμός για το φυσικό περιβάλλον και αναλαμβάνονται ενέργειες, που σχετίζονται με την κληροδότηση της παρούσας γενεάς, στην επόμενη.
- Την *ποιότητα*, που καταλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο μερίδιο προσοχής των ιθυνόντων στις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς.
- Την *επιχειρησιακή σμίκρυνση*, που θεωρείται δεδομένη από την στιγμή που ο κύκλος της επέκτασης έχει ολοκληρωθεί.
- Την *συμμετοχή των εργαζομένων*, μια και η διαχειριστική ευθύνη ενσωματώνει πλέον και την συμμετοχή των εργαζομένων.
- Η *δημογραφική γήρανση*, που αποτελεί έναν ακόμη λόγο που ενισχύει την ανάγκη για ορθολογική διαχείριση των νοσοκομειακών οργανισμών.
- Οι *εργασιακές αλλαγές*, δηλαδή η διαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων και η απασχόληση τους, σε διαφορετικούς εργασιακούς χώρους, που θα αποτελέσει καθημερινή πραγματικότητα.
- Οι *κοινωνικές αλλαγές*, δηλαδή η οργάνωση της κοινωνίας με μεγαλύτερη ποικιλομορφία και μικρότερους κοινωνικούς περιορισμούς.

Όλα τα παραπάνω, οδηγούν στην ανάγκη για μια πολυεπίπεδη αναδιάρθρωση της λειτουργίας των νοσοκομείων, για την επιτυχία της οποίας είναι απαραίτητες :

α. η καθιέρωση ενός θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των νοσοκομείων, το οποίο **δεν** θα στερεί το δημόσιο χαρακτήρα τους, αλλά θα τους επιτρέπει διοικητική ευελιξία,

β. η εισαγωγή μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης του νοσοκομειακού προϊόντος,

γ. η κατανομή των διαθέσιμων πόρων στα νοσοκομεία, με βάση την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά τους, αλλά και τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται,

δ. η ευαισθητοποίηση όλου του ανθρώπινου δυναμικού που ασχολείται με τον τομέα της υγείας (ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού), για την καλύτερη λειτουργία των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

ε. η θέσπιση κινήτρων, τόσο για το προσωπικό αυτό, όσο και για το ίδιο το νοσοκομειακό οργανισμό, συνδεδεμένων με την παραγωγικότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η τελευταία και σημαντικότερη κατά την γνώμη μου, προϋπόθεση για την επιτυχημένη προσαρμογή των νοσοκομειακών μονάδων στις νέες συνθήκες λειτουργίας τους, είναι η αποκατάσταση των σύγχρονων μορφών οργάνωσης και διοίκησης – management των εν λόγω μονάδων. Μάλιστα, το management πρέπει να ασκείται από ειδικούς του είδους (managers), η επιλογή των οποίων, θα γίνεται αποκλειστικά με επαγγελματικά κριτήρια. Αυτό το αίτημα δεν είναι απαίτηση κάποιων φιλόδοξων στελεχών, όπως διατείνονται ορισμένοι. Στην πραγματικότητα, το management μπορεί να ασκηθεί απ' οποιονδήποτε έχει την ανάλογη ικανότητα, ανεξαρτήτως της βασικής πανεπιστημιακής του εκπαίδευσης, αρκεί να έχει μετεκπαιδευτεί στην διοίκηση και να έχει επαφή με τις συναφείς επιστήμες, αν η διοίκηση δεν αποτελούσε την βασική του επιστημονική σπουδή. Η εισαγωγή του management, δεν πρέπει να γίνεται μόνο φραστικά από τα εκάστοτε νομοσχέδια της Δημόσιας Διοίκησης, όπως συνήθιζε να γίνεται μέχρι σήμερα. Ο Νόμος 2519/1997, για την αναβάθμιση του ΕΣΥ, πρέπει να αποτελέσει τον εναρκτήριο Νόμο για την εν λόγω εφαρμογή. Βέβαια, πρέπει να ακολουθήσουν και άλλα θεσμικά κείμενα που να κατοχυρώνουν και να οριοθετούν την λειτουργία της «επιστημονικής διοίκησης» στα ελληνικά νοσοκομεία, μιας και ο παρόν Νόμος δεν κρίνεται απόλυτα ικανοποιητικός, κατά την άποψη μου, καθώς δεν ρυθμίζει ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα της διοίκησης των νοσοκομειακών οργανισμών, δηλαδή αυτή της σχέσης μεταξύ Γενικού Διευθυντή και Διοικητικού Συμβουλίου. Είναι πολύ σημαντικό ο Γενικός Διευθυντής να έχει την δυνατότητα να προβεί στις κινήσεις εκείνες, που είναι απαραίτητες για την επίτευξη ουσιαστικών αποτελεσμάτων. Από την άλλη μεριά, θα πρέπει να περιορισθούν οι αρμοδιότητες των Διοικητικών Συμβουλίων αποκλειστικά και μόνο στην λήψη αποφάσεων, ώστε να μην παρεμποδίζουν την άσκηση του management.



Το πραγματικό ζητούμενο, δεν είναι η ανακατανομή της εξουσίας στο νοσοκομειακό χώρο, αλλά η ορθολογική διαχείριση των υγειονομικών πόρων. Βέβαια, η εισαγωγή του θεσμού του Γενικού Διευθυντή δεν αρκεί από μόνη της για να φέρει την «άνοιξη» στον νοσοκομειακό τομέα. Απαραίτητη κρίνεται και η ύπαρξη των διαθέσιμων «εργαλείων», μια και δεν μπορεί να ασκηθεί αποτελεσματική διοίκηση χωρίς τις κατάλληλες πολιτικές, όπως αυτές της υποκίνησης και αμοιβής του προσωπικού, των προμηθειών, της κοστολόγησης και τιμολόγησης των υπηρεσιών κλπ. Η εφαρμογή βέβαια, του management είναι σχεδόν ανέφικτη, αν αγνοηθούν οι πολιτισμικές συνήθειες και γενικά η κουλτούρα του προσωπικού των νοσοκομείων, δηλαδή αν δεν βρεθούν οι κατάλληλοι τρόποι εισαγωγής του.

Ο αναγκαίος αυτός μετασχηματισμός των ελληνικών νοσοκομείων θα οδηγήσει τελικά στην ύπαρξη σύγχρονων και πολυνοήμων νοσοκομειακών οργανισμών, που θα είναι σε θέση να λειτουργούν αποδοτικά και αποτελεσματικά και να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στο κοινό. Από την άλλη, αν οι νοσοκομειακές μονάδες δεν προσαρμοστούν, είναι πολύ πιθανό να μην αντέξουν το βάρος των αλλαγών, γεγονός που θα οδηγήσει αναμφισβήτητα στην υποβάθμιση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Μπροστά σε αυτήν την πρόκληση απαιτείται η άμεση ενεργοποίηση της Δημόσιας Διοίκησης προς την κατάλληλη κατεύθυνση.

Τελειώνοντας και με γνώμονα την παραπάνω ανάλυση, αλλά και τα όσα έχουν ήδη αναφερθεί στην παρούσα εργασία παρατηρούμε πως, ο τρόπος διοίκησης των νοσοκομείων ελάχιστα έχει αλλάξει από συστάσεως του ελληνικού Κράτους, ενώ η γραφειοκρατία και η έντονη κομματική παρέμβαση, το μόνο που προσφέρουν είναι προβλήματα. Τα κενά του Κράτους προσπαθεί να καλύψει ο ιδιωτικός τομέας. Ωστόσο, μια συνεργασία – σύμπραξη των δύο, ίσως να αποτελεί την μόνη λύση, για καλύτερα αποτελέσματα.

Ολοκληρώνοντας, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι, ίσως, για μια σειρά αδυναμιών του συστήματος ευθύνεται και ο θεσμός της μονιμότητας. Το ζήτημα της μονιμότητας είναι ένα πολιτικό πρόβλημα, για το οποίο καλούνται τα κόμματα και οι αρμόδιοι να λάβουν μια πιο υπεύθυνη απόφαση. Διότι, είναι τουλάχιστον περίεργη, η στάση των κομμάτων<sup>186</sup>, όταν αυτά είναι κυρίως που δημιούργησαν τα προβλήματα στην Δημόσια Διοίκηση, εφαρμόζοντας αναξιοκρατικές πολιτικές, τόσο στις προσλήψεις, όσο και στις διαδικασίες προαγωγής των στελεχών, σήμερα να ζητούν



μετά «βδελυγμίας» την άρση της μονιμότητας των υπαλλήλων ως λύση στο πρόβλημα.

Πάντως, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η κοινή γνώμη ανεξάρτητα των πολιτικών και κομματικών πεποιθήσεων είναι μοιρασμένη στις απαντήσεις της.

Το πρόβλημα πάντως της άρσης της μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεκομμένο από την συνολική προσπάθεια που πρέπει να γίνει για να ξεπεράσει η Δημόσια Διοίκηση τις αδυναμίες της, προκειμένου να παίξει σωστά τον ρόλο της. Αν δεν αντιμετωπιστεί λοιπόν, αποφασιστικά το ζήτημα της «κομματικοποίησης» του Κράτους, κανείς δεν μπορεί να εγγυηθεί ότι αν αρθεί η μονιμότητα θα λυθεί το πρόβλημα της αποδοτικότητας των υπαλλήλων (ως υπάλληλος από εδώ και στο εξής νοείται τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό).

Ο προβληματισμός λοιπόν όλων των κομμάτων, της Κυβέρνησης αλλά και συνολικά της κοινωνίας, θα πρέπει να εστιαστεί στο να βρεθούν οι «ασφαλιστικές» αυτές «δικλίδες», που δεν θα καθιστούν «όμηρο» τον υπάλληλο. Η επιλογή της άρσης της μονιμότητας, σημαίνει επιστροφή στο παρελθόν, όπου ο υπάλληλος ήταν «έρμαιο» στην διακριτική ευχέρεια του κάθε κόμματος. Τίθεται έτσι, εκτός των άλλων, ένα σοβαρό ζήτημα απειλής της δημοκρατίας, αφού η θέση στο δημόσιο θα «εξαγοράζεται» με την ψήφο του πολίτη.

Κριτήριο θα πρέπει να είναι, η δημιουργία ενός ανθρώπινου δυναμικού ικανού να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εποχής. Για να γίνει αυτό, ο υπάλληλος πρέπει να διακατέχεται από αισθήματα εργασιακής ασφάλειας, η οποία θα δημιουργεί σχέσεις εμπιστοσύνης και θα τον βοηθά στην ανάπτυξη της εργατικότητας, και της υπευθυνότητας του.

Βέβαια, όλοι θα πρέπει να προβληματιστούμε για τις αιτίες που δημιουργούν έναν άπληστο, ευθυνόφοβο, τυπολάτρη και δύστροπο προς τον πολίτη – ασθενή υπάλληλο, ανίκανο να παίξει σωστά τον ρόλο του. Αυτές, σχετίζονται με τις γενικότερες αδυναμίες της ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης που προέκυψε από ένα συγκεκριμένο τρόπο εξέλιξης και ανάπτυξης του κοινωνικού σχηματισμού στην χώρα μας.

Από την άλλη, ο συγκεντρωτισμός, οι πελατειακές σχέσεις, οι παρεμβάσεις της εκτελεστικής εξουσίας, η ευνοιοκρατία αλλά και η έλλειψη υποδομής, αποτελούν στοιχεία ενός γραφειοκρατικού τρόπου λειτουργίας, αλλά και αδυναμίες της

ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης να ανταποκριθεί στις ανάγκες που διαμορφώνονται στην σύγχρονη κοινωνικό – οικονομική πραγματικότητα.

Έτσι αποδεικνύεται, ότι ο εκσυγχρονισμός της Δημόσιας Διοίκησης (ώστε κατ' επέκταση να επέλθει και η εξυγίανση του νοσοκομειακού τομέα), απαιτεί σχεδιασμό και υλοποίηση ενός προγράμματος μακράς πνοής, με συγκεκριμένους στόχους, που να περιλαμβάνει εκτός των άλλων :

- Αξιοκρατικό, αντικειμενικό σύστημα προσλήψεων, εξειδικευμένου προσωπικού, με βάση τις υπηρεσιακές ανάγκες.
- Θεσμούς αξιοκρατίας και διαφάνειας στις αξιολογήσεις. Με θέσπιση κριτηρίων που θα ενισχύουν την ανάληψη πρωτοβουλιών, την δημιουργία συμμετοχικής κουλτούρας, συνεργασίας, ομαδικότητας και καινοτομιών.
- Μέτρα ενίσχυσης της αποδοτικότητας μέσω της αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών και της ορθολογικής κατανομής του προσωπικού, στην κατεύθυνση αξιοποίησης του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού.
- Προγράμματα επιμόρφωσης του προσωπικού, ώστε να είναι ικανό να ανταπεξέλθει στις σύγχρονες ανάγκες των πολιτών – ασθενών.
- Προσαρμογή του κανονιστικού πλαισίου στις διοικητικές ανάγκες για απλούστευση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, αποτελεσματικό συντονισμό των υπηρεσιακών μονάδων, μείωση του κόστους και του χρόνου εκτέλεσης των υποθέσεων.
- Εισαγωγή και αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών, ώστε να δίνεται η δυνατότητα στον υπάλληλο να εξυπηρετήσει ταχύτερα το κοινό.
- Πολιτική μισθών με αρχές και κριτήρια, τα οποία θα αναβαθμίζουν το σημερινό υποβαθμισμένο επίπεδο αποδοχών και θα δημιουργούν κίνητρα για περισσότερη αποδοτικότητα.
- Σύγχρονο πλαίσιο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, τα οποία σε συνδυασμό με την ενίσχυση του θεσμού της μονιμότητας, θα υποκινούν τις δημιουργικές δυνατότητες των υπαλλήλων.

Καταλήγοντας, πεποίθησή μου είναι ότι, τόσο οι επιχειρούμενες αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις των δημοσίων υπαλλήλων, όσο και στην οργάνωση και διοίκηση των σύγχρονων νοσοκομειακών μονάδων του ΕΣΥ, θα πρέπει να αποτελέσουν στοιχείο ενός ειλικρινούς διαλόγου όλων των υπεύθυνων κοινωνικών φορέων της χώρας, ενισχύοντας ακόμη περισσότερο τις σχέσεις ασφάλειας και εμπιστοσύνης

μεταξύ της πολιτείας, των υπαλλήλων και των πολιτών – ασθενών. Διότι το μόνο σίγουρο είναι, ότι αν το ανθρώπινο δυναμικό της Δημόσιας Διοίκησης και η κοινωνία στο σύνολο της, δεν αισθάνονται ικανοποιημένοι, δεν θα μπορέσουν να σταθούν ενεργοί σύμμαχοι στις αναγκαίες μελλοντικές μεταρρυθμίσεις.

*Στόχος είναι μια Δημόσια Διοίκηση, προσανατολισμένη στο μέλλον και κινούμενη στο διεθνοποιημένο ανταγωνιστικό περιβάλλον, που να εκπληρώνει την αποστολή της, καλύπτοντας τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών της.*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ****Ελληνική Βιβλιογραφία**

- ❖ Αζελής Αγαθ., «Διαμόρφωση και Λειτουργία Πολιτικών Κομμάτων στην Ελλάδα», Αθήνα, Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., 2000
- ❖ Ανδριώτη Δ., «Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα», Αθήνα, Εκδόσεις Ακαδημία Επαγγελματών Υγείας, 1994
- ❖ Ανδριώτη Δ., «Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Αθήνα, Εκδόσεις Εξάντας, 1998
- ❖ Αργυριάδου Σ. – Θεοδώρου Μ. – Θηραίος Ε. – Καϊτελίδου Δ. – Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. – Καμπριάνη Ε. – Κατοστάρας Θ. – Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. – Λιαρόπουλος Λ. – Μεράκου Κ. – Πολίτης Θ. – Σίσκου Ο. – Τούντας Γ. – Τσάμης Ν. – Φαραστέλη Ο., «Θεωρία & Πρακτική Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», Πειραιάς, Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ιανουάριος 2005
- ❖ Βοζίκης Αθ., «Σημειώσεις για τους σπουδαστές του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκησης της Υγείας», Αθήνα, Έκδοση Πανεπιστήμιο Πειραιά – ΤΕΙ Πειραιά, 2005
- ❖ Γερμενής Α., «Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών Για Επαγγέλματα Υγείας», έκδοση Γ', Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, 1994
- ❖ Γετίμης Π. – Γράβαρης, «Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική : Η Σύγχρονη Προβληματική», εκδόσεις Θεμέλιο, 1993
- ❖ Γεωγόπουλος Κων/νος, «Επίτομο Συνταγματικό Δίκαιο», Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 1994
- ❖ Γεωργούση Ε. – Κυριόπουλος Γ. – Μπεαζόγλου Τ., «Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία», Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2000
- ❖ Γεωργούση Ε. – Κυριόπουλος Γ., «Τα Οικονομικά Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Τρίτη Ηλικία : Διαχειριστικές Και Οικονομικές Επιπτώσεις Από Την Γήρανση Του Πληθυσμού Στον Υγειονομικό Τομέα», Αθήνα, Εκδόσεις ΕΚΚΕ (Γήρανση Και Κοινωνία), 1996

- ❖ Δεκλερής Μ., «Διοίκηση Συστημάτων», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 1989
- ❖ Δεκλερής Μ., «Η Στοχοθεσία Στα Πλαίσια Της Διοικητικής Θεωρίας, Στην Διοίκηση Συστημάτων», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 1989
- ❖ Δημακοπούλου Ν. – Κονδή Σ. – Σκουλάτου Β., «Ιστορία Νεότερη και Σύγχρονη»
- ❖ Δημολιάτης Γ. – Κυριόπουλος Γ. – Λάγγας Δ. – Φιλλαλήθης Τ., «Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα», Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2000
- ❖ «Δημόσια Διοίκηση και Πολιτική», Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2000, τόμος Α΄
- ❖ Δικαίος Κ. – Χλέτσος Μ., «Υπηρεσίες «Υγείας – Νοσοκομείο – Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις», Εκδόσεις Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (για το μάθημα Πολιτική Υγείας και Κοινωνική Πολιτική), 1999, τόμος Β΄
- ❖ Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, «Υγεία Για Όλους Το 2000», Αθήνα, Επιστημονική Επεξεργασία «Ινστιτούτο Μελέτης Και Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας (ΙΜΟΣΥ)», Ιούνιο 1990
- ❖ Ε.Κ.Κ.Ε., «Γήρανση και Κοινωνία : Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ», Αθήνα, 1996
- ❖ Επιχειρησιακό Πρόγραμμα., «Υγεία Πρόνοια», Γ΄ΚΠΣ 2000 - 2006
- ❖ Ζηλίδης Χ., «Αρχές Και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας, Η Μεταρρύθμιση 2000 – 2004», Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce, 2005
- ❖ Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., «Συστήματα Υγείας Και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 1995
- ❖ Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., «Συστήματα Υγείας Και Ελληνική Πραγματικότητα», Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικό Τμήμα Ευρωπαϊκής Ένωσης Νέων Μανατζερς Υγείας, 1996
- ❖ Θεοδώρου Μ. – Σαρρής Μ. – Σούλης Σ., «Συστήματα Υγείας», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001
- ❖ Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργά «Διαστάσεις Της κοινωνικής Πολιτικής Σήμερα», Αθήνα, Εκδόσεις Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, 1993
- ❖ ΙΝΕ ΓΣΣΕ – ΑΔΕΔΥ, «ΟΝΕ, Ανταγωνιστικότητα Και Διαρθρωτικές Αλλαγές», Αθήνα, εκδόσεις Δημόσια Διοίκηση Στην Ελλάδα
- ❖ Κανελλόπουλος Χ., «Management – Αποτελεσματική Διοίκηση», Αθήνα, εκδόσεις International Publishing, 1990

- ❖ Κανελλόπουλος Χ., «Αξιοποίηση Προσωπικού Με Ανάπτυξη Στελεχών και Βελτίωση Οργάνωσης», Αθήνα, εκδόσεις International Publishing, 1990
- ❖ Κανελλόπουλος Χ., «Διοίκηση Προσωπικού», Αθήνα, εκδόσεις International Publishing, 1991
- ❖ Καρακατσάνης Α., «Συλλογικό Εργατικό Δίκαιο», Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις Σάκκουλα, 1992
- ❖ Καριώτης Π., «Management Υπηρεσιών Υγείας Και Βιοϊατρική Τεχνολογία», Αθήνα, Εκδόσεις Euroclinica, 1992
- ❖ Κατσανέβας Θ., «Το Σύγχρονο Συνδικαλιστικό Κίνημα Στην Ελλάδα», Αθήνα, Εκδόσεις Αιχμή, 1985
- ❖ Κ.Ε.Π.Ε., «Πρόγραμμα Ανάπτυξης 1976 – 1980 : Υγεία , Έκθεση Ομάδας Εργασίας», Αθήνα, 1976
- ❖ Κ.Ε.Π.Ε., «Υγεία : Μελέτη Ομάδας Εργασίας», Αθήνα, 1976
- ❖ Κοντιάδης Ξ. – Σουλιώτης Κ., «Σύγχρονες Προκλήσεις Στην Πολιτική Υγείας : Τέσσερις Κρίσιμες Νομοθετικές Παρεμβάσεις», Αθήνα – Κομοτηνή, Εκδόσεις Σάκκουλα, 2005
- ❖ Κοντιάδης Ξ., «Η Κοινωνική Διοίκηση Στην Ελλάδα», Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα, 1997
- ❖ Κοντούλη – Γείτονα Μ., «Πολιτική Και Οικονομία Της Υγείας», Αθήνα, εκδόσεις Εξάντας, 1997
- ❖ Κυριακόπουλος Η., «Ελληνικόν Διοικητικόν Δίκαιον», Θεσσαλονίκη, 1961
- ❖ Κυριόπουλος Γ., «Η Πολιτική Υγείας Στην Ελλάδα : Στο Σταυροδρόμι Των Επιλογών», Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο, 1995
- ❖ Κυριόπουλος Γ., «Η Πολιτική Υγείας Στην Ελλάδα : Στο Σταυροδρόμι Των Επιλογών», Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο, 2000
- ❖ Κυριόπουλος Γ. – Νιάκας Δ., «Θέματα Οικονομικών Και Πολιτικής Υγείας», Αθήνα, Εκδόσεις Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 1994
- ❖ Κυριόπουλος Γ. – Νιάκας Δ., «Η Πρόκληση Του Ανταγωνισμού Στον Υγειονομικό Τομέα», Αθήνα, εκδόσεις Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
- ❖ Κυριόπουλος Γ. – Γείτονας – Σκουρολιάκου, «Φαρμακοοικονομία : Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης», Αθήνα, εκδόσεις Εξάντας, 1996
- ❖ Κυριόπουλος Γ. – Ανδριώτη Δ., «Τα Επαγγέλματα Υγείας Στην Ελλάδα», Αθήνα, Εκδόσεις Εξάντας, 1998



- ❖ Κυριόπουλος Γ. – Σουλιώτης Κ., «Οι Δαπάνες Υγείας Στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα Στη Μέτρηση Και Τις Συνέπειες Για Τις Πολιτικές Υγείας», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης, 2002
- ❖ Κυριόπουλος Γ. – Οικονόμου Χ. – Σουλιώτης Κ., «Υγεία Και Υπηρεσίες Υγείας Στα Βαλκάνια», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2003
- ❖ Λανάρα Β., «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών : Θεωρητικό Και Οργανωτικό Πλαίσιο», έκδοση Η', Αθήνα, Εκδόσεις Ηγεσία, 2001
- ❖ Λένιν Β.Ι., «Κράτος και Επανάσταση», Αθήνα, Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή, 1987
- ❖ Λιαρόπουλος Λ., «Οικονομία της Υγείας», Διδακτικές Σημειώσεις, Αθήνα, Οκτώβριο 1994
- ❖ Λιαρόπουλος Λ., «Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας», Διδακτικές Σημειώσεις, Αθήνα, 1993
- ❖ Λιαρόπουλος Λ., «Οργάνωση Συστημάτων Υγείας», Αθήνα, εκδόσεις Διαπανεπιστημιακό – Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Αθηνών, 2002
- ❖ Λιαρόπουλος Λ., «Το Εγώ Του ΕΣΥ», Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, 2005
- ❖ Λιαρόπουλος Λ., «Η Πολιτική Διοίκηση Του Συστήματος Υγείας : Διαπιστώσεις Και Προτάσεις», Διδακτικές Σημειώσεις, Κέρκυρα 2007
- ❖ Λιαρόπουλος Λ., «Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας», εκδόσεις Βήτα Medical Art, τόμος Α'
- ❖ Μαθιουδάκης Μ. – Ανδρονόπουλος Β., «Το Ελληνικό Κράτος : Οργάνωση Και Λειτουργία», Αθήνα, 1991
- ❖ Μακρυδημήτρης Αντ., «Η Διοίκηση Σε Κρίση», Αθήνα, εκδόσεις Νέα Σύνορα – Α. Λιβάνης, 1996
- ❖ Μακρυδημήτρης Αντ., «Μαθήματα Διοικητικής Επιστήμης», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλα, 1986
- ❖ Μακρυδημήτρης Αντ., «Μαθήματα Διοικητικής Επιστήμης : Θεμελιώδεις Κατευθύνσεις Στην Διοικητική Σκέψη Και Στην Θεωρία Και Στην Θεωρία Των Οργανώσεων», Αθήνα, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 1986
- ❖ Μακρυδημήτρης Αντ., «Προσεγγίσεις Στην Θεωρία Των Οργανώσεων», Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη, 2002
- ❖ Μακρυδημήτρης Αντ. – Μιχαλόπουλος Ν., «Εκθέσεις Εμπειρογνομώνων», Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, 2000



- ❖ Μακρυδημήτρης Δ., «Η Διοίκηση Σε Κρίση», Αθήνα, εκδόσεις Α. Λιβάνη, 1996
- ❖ Μακρυδημήτρης Δ., «Διοίκηση Και Κοινωνία – Η Δημόσια Διοίκηση Στην Ελλάδα», Αθήνα, εκδόσεις Θεμέλιο, 1999
- ❖ Μάρδας Γ. «Οργανωτική Και Οικονομική Του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», Αθήνα, εκδόσεις Σμπίλιας, 1993
- ❖ Μανιατάκη Α., «Κράτος Δικαίου Και Δικαστικός Έλεγχος Της Συνταγματικότητας», Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλα, 1994
- ❖ Μιχαήλ – Μεριάνου Β., «Εισαγωγή Στην Διοίκηση Και Διαχείριση Μονάδων Αιμοθεραπείας», Αθήνα, 1996
- ❖ Μιχαλόπουλος Ν., «Οργανωτικός Σχεδιασμός Στο Πλαίσιο Της Θεωρίας Των Οργανώσεων», Αθήνα, εκδόσεις Αντ.Σάκκουλα, 1994
- ❖ Μουζέλης Ν., «Οργάνωση Και Γραφειοκρατία : Ανάλυση Των Σύγχρονων Θεωριών», Αθήνα, εκδόσεις Μαθιουδάκη – Ανδρονόπουλου, 1991
- ❖ Μουζέλης Ν., «Από Την Αλλαγή Στον Εκσυγχρονισμό», Αθήνα, εκδόσεις Θεμέλιο, 2002
- ❖ Μουζέλης Ν. – Καζάκος Π. – Καζαμίας Αλ. – Τσούκας Χ. – Πελαγίδης Θ., «Η Εμπλοκή Των Μεταρρυθμίσεων Στην Ελλάδα», Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, 1999
- ❖ Μουμτζόγλου Α., «Το Marketing Στο Νοσοκομείο», Αθήνα, εκδόσεις Σμπίλιας, 1996
- ❖ Μπουραντάς Δ., «Μάνατζμεντ Θεωρητικό Υπόβαθρο – Σύγχρονες Πρακτικές», Αθήνα, εκδόσεις Μπένου, 2002
- ❖ Μωραϊτης Ε. κα., «Μελέτη Για Την Οργάνωση Και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας», Αθήνα, εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- ❖ Μωραϊτης Ε. κα., «Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας : Σχέδιο Εφαρμογής Των Διατάξεων Του Νόμου 2519/1997 Για Τον Εκσυγχρονισμό Του ΕΣΥ», Αθήνα, εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- ❖ Μωραϊτης Ε., «Επισκόπηση Του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Σημειώσεις Για Τους Σπουδαστές Του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Αθήνα, εκδόσεις Πανεπιστήμιο Πειραιά – ΤΕΙ Πειραιά, 2007
- ❖ Νιάκας Δ. – Κυριόπουλος Γ. – Στάθης Γ., «Πολιτική Για Την Υγεία, Οργάνωση – Χρηματοδότης – Τεχνολογία», Αθήνα, εκδόσεις Γνώση, 2001

- ❖ Οικονόμου Χ., «Πολιτικές Υγείας Στην Ελλάδα Και Στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Αθήνα, εκδόσεις Διόνικος, 2004
- ❖ Παρασκευόπουλος Λ., «Συστήματα Υγείας, Θέματα Οργάνωσης Και Διαχείρισης Συστημάτων Υγειονομικής Φροντίδας : Σημειώσεις Διδασκαλίες Του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας Και Πρόνοιας, ΤΕΙ Καλαμάτας», 2004
- ❖ Παπαρηγόπουλος Κ., «Ιστορία Του Ελληνικού Έθνους», εκδόσεις Νίκας Α.Ε.
- ❖ Πάτρας Λ., «Κοινωνική Πολιτική», Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλας, 1974
- ❖ Παυλόπουλος Π., «Μαθήματα Διοικητικής Επιστήμης, Το Διοικητικό Φαινόμενο Στο Πλαίσιο Της Θεωρίας Των Οργανώσεων», Αθήνα, εκδόσεις Αντ. Σάκκουλα, 1983, τόμος Ι
- ❖ Πολύζος Ν. – Υφαντόπουλος Γ., «Αρχαία Ελληνική Ιατρική», Αθήνα, 2000
- ❖ Προβόπουλος Γ., «Κοινωνική Ασφάλιση», Αθήνα, εκδόσεις ΙΟΒΕ, 1987
- ❖ Προβόπουλος Γ. – Υφαντόπουλος, «Ειδικά Θέματα Κοινωνικής Πολιτικής», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Αντ.Σάκκουλας, 1990
- ❖ Ρομπόλης Σ., «Οικονομική Και Διοικητική Των Υγειονομικών Μονάδων», Χίος, Ιούνιος 1989, τόμος Α΄, Β΄
- ❖ Ρομπόλης Σ. – Χλέτσος Μ., «Η Κοινωνική Πολιτική Μετά Την Κρίση Του Κράτους Πρόνοιας», Θεσσαλονίκη, Παρατηρητής, 1995
- ❖ Ρούπας Θ. – Πολύζος Ν., «Ανθρώπινο Δυναμικό Στο : Μελέτη Για Το Σχεδιασμό Και Την Οργάνωση Των Υπηρεσιών Υγείας, Ανάλυση Και Δομή Του Συστήματος», Αθήνα, εκδόσεις Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994
- ❖ Σακελλαρόπουλος Θ., «Η Μεταρρύθμιση Του Κοινωνικού Κράτους», Αθήνα, εκδόσεις Κριτική, 1999
- ❖ Σιγάλας Ι., «Οργάνωση, Διοίκηση Και Λειτουργία Νοσοκομείων», Διδακτικές Σημειώσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, Μάιος 1996
- ❖ Σπανού Καλ., «Διοίκηση, Πολίτες Και Δημοκρατία», Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, 2000
- ❖ Σπηλιωτόπουλος Ε. – Χρυσανθάκης Χ. – Επαμεινώνδας, «Βασικοί Θεσμοί Δημοσιοϋπαλληλικού Δικαίου», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλα, 1999

- ❖ Σπυρόπουλος Γ., «Εργασιακές Σχέσεις : Εξελίξεις Στην Ελλάδα, Την Ευρώπη Και Τον Διεθνή Χώρο», Αθήνα, εκδόσεις Σάκκουλα, 1998
- ❖ Σκουλάτου Β. – Δημακοπούλου Ν. – Κόνδη Σ., «Ιστορία Νεότερη Και Σύγχρονη», Αθήνα, εκδόσεις ΟΕΔΒ
- ❖ Στάθης Γ., «Σημαντικά Προβλήματα Του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος», Αθήνα, εκδόσεις Επιθεώρηση Υγείας, 1995
- ❖ Στασινοπούλου Ολ., «Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής», Αθήνα, εκδόσεις GUTENBERG, 1996
- ❖ Στασινοπούλου Ολ., «Κράτος Πρόνοιας», Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg, 2000
- ❖ Τάχος Α., «Δημοσιούπαλληλικό Δίκαιο», Αθήνα – Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Σάκκουλας, 1996
- ❖ Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία : Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές», Αθήνα, εκδόσεις Παρισιάνος, 1982
- ❖ Τριχόπουλος Δ. – Καλαποθάκη Β. – Πετρίδου Ε., «Προληπτική Ιατρική & Δημόσια Υγεία», Αθήνα, εκδόσεις Ζήτα
- ❖ Τσάτσος, «Συνταγματικό Δίκαιο», εκδόσεις Σάκκουλας, τόμος Β΄
- ❖ Τσιούνης Σ., «Μεγάλο Επίτομο Λεξικό Της Ελληνικής Γλώσσας», Αθήνα, εκδόσεις Φάρος
- ❖ Τσουκαλάς Κ., «Είδωλα Πολιτισμού», εκδόσεις Θεμέλιο, 1991
- ❖ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Μελέτη Για Τον Σχεδιασμό Και Την Οργάνωση Των Υπηρεσιών Υγείας», Αθήνα, εκδόσεις Φαρμέτρικα, 1994
- ❖ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Έκθεση Της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνώμων Για Τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας», Αθήνα, εκδόσεις Φαρμέτρικα, 1994
- ❖ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Εισήγηση Για Την Δημιουργία Του ΕΦΥ Και Την Αποκέντρωση Των Υπηρεσιών Υγείας», Αθήνα, 1995
- ❖ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Μελέτη Για Την Οργάνωση Και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», Αθήνα, 1995

- ❖ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Μελέτη – Πρόταση Για Την Οργάνωση – Διοίκηση Του ΕΣΥ Και Την Ανάπτυξη Του Ιατρικού Δυναμικού», Αθήνα, 1995
- ❖ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας – Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, «Η Ανάπτυξη Των Ανθρώπινων Πόρων Στον Υγειονομικό Τομέα», Σειρά εκδόσεων για την Δημόσια Υγεία και την Φροντίδα Υγείας στα Βαλκάνια, Αθήνα, εκδόσεις ΕΣΔΥ, τόμος 5
- ❖ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ανθρωπογεωγραφία Ε.Σ.Υ.Κ.Α., «Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού», Αθήνα, 31 Οκτωβρίου 2005
- ❖ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Συγκεντρωτικά Στοιχεία Ανθρώπινου Δυναμικού Υ.Υ.Κ.Α., Αποτύπωση Ανθρώπινου Δυναμικού», Αθήνα, 31 Οκτωβρίου 2005
- ❖ Υφαντόπουλος Γ., «Ο Προγραμματισμός Του Τομέα Υγείας Στην Ελλάδα : Οικονομικές Και Κοινωνικές Διαστάσεις», Αθήνα, εκδόσεις ΕΚΚΕ, 1988
- ❖ Υφαντόπουλος Γ., «Τα Οικονομικά Της Υγείας : Θεωρία Και Πολιτική», Αθήνα, 2003
- ❖ Υφαντόπουλος Γ. – Σούλης Σ. – Παπαηλίας Θ. – Μανιαδάκης Ν., «Οι Ανάγκες Σε Ανθρώπινο Δυναμικό Στον Τομέα Υγείας Στην Ελλάδα 1980 – 2000, Έκθεση στην Ε.Ε.», Αθήνα, 1993
- ❖ Υφαντόπουλος Γ. – Μανιαδάκης Ν., «Η Κοινωνική Προστασία Στις Χώρες Της ΕΟΚ Και Την Ελλάδα», Σημειώσεις Για Το Μάθημα: «Διοίκηση Οργάνωση Και Θεσμοί», Αθήνα, 1994
- ❖ Υφαντόπουλος Γ. – Μανιαδάκης Ν., «Η Κοινωνική Προστασία Στις Χώρες Της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Και Την Ελλάδα», Σημειώσεις Για Το Μάθημα: «Διοίκηση Οργάνωση Και Θεσμοί», Αθήνα, 1994
- ❖ Φίλιος Β., «Στρατηγική Διοίκηση Επιχειρήσεων», Αθήνα, εκδόσεις Interbooks, 1991
- ❖ Χαλέβας Γ., «Οργάνωση Και Διοίκηση», Αθήνα, εκδόσεις Interbooks, 1999

## Ξένη Βιβλιογραφία

- ❖ Abel – Smith B., «An Introduction To Health : Policy, Planning And Financing», London, εκδόσεις Longman, 1994
- ❖ Amara R. – Morrison J. – Schmid G. , «Looking Ahead At American Health Care», Washington D.C., εκδόσεις Health Care Information Center, Mc Graw – Hill, 1988
- ❖ Bergman P., «Management Education And Training In The Health Sector», Italy, εκδόσεις The European Health Care Management Association, 1991
- ❖ Bullaw S., «Managing Hospital Quality And Cost», London, εκδόσεις Longman, 1994
- ❖ Chevallier J., «Διοικητική Επιστήμη», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας, 1993
- ❖ Dunkan W.J., «Strategic Management Of Health Care Organizations», Massachusetts, εκδόσεις Blachwell, 1995
- ❖ Held David, «Models Of Democracy», εκδόσεις Polity Press, 1987
- ❖ Jimenez E., «Pricing Policy In The Social Sectors : Cost Recovery For Education And Health In Developing Countries», εκδόσεις World Bank, 1987
- ❖ Koontz H. – O’ Dannell C., «Οργάνωση Και Διοίκηση», Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση, 1983, τόμοι I, II, III
- ❖ Liaropoulos L., «Health Care Policy In Greece : A New And Promising Reform», εκδόσεις Euro Observer, July 2001, τόμος 3
- ❖ Lipsky Michael, «Street – Level Bureaucracy, Dilemmas Of The Individual In Public Services», New York, εκδόσεις Russell Sage Foundation, 1980
- ❖ Luhmann N., «Θεωρία Των Κοινωνικών Συστημάτων», Αθήνα – Κομοτηνή, εκδόσεις Σάκκουλας, 1995
- ❖ Naaborg R., «Φροντίδα Της Υγείας Στην Ευρώπη Μετά Το 1992, Οριοθέτηση Του Θέματος ή Κοινές Ευθύνες», «Διεθνές Συμπόσιο Υγείας», Αθήνα, 1990
- ❖ O’ Neill P., «Health Cricis 2000», WHO, London, εκδόσεις W. Heineman, 1983
- ❖ Parsons T., «Evolutionary Universals In Society», εκδόσεις American Sociological Review 29, 1964

- ❖ Phillips D.F., «The Public Policy Issues Facing Hospitals In The 80s, In American Hospital Association, Hospitals in the 1980s», Chicago, American Hospital Association, 1987
- ❖ Schwartzberg R., «Πολιτική Κοινωνιολογία», εκδόσεις Παρατηρητής, 1984, τόμος 1
- ❖ Tragakes El.- Polyzos N., «The Evaluation Of Health Care Reforms In Greece : Charting A Course Of Change», International Journal Of Health Planning And Management 13, 1998
- ❖ UNESCO, «Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών», Αθήνα, εκδόσεις Ελληνική Παιδεία Α.Ε., 1972, τόμος 3
- ❖ West P., «Theoretical And Practical Equity In The National Health In England», Soc.Sci. Med 15c, 1981
- ❖ WHO, «Handbook Of Resolutions And Decisions Of The World Health Assembly And The Executive Board 1973 – 1982», έκδοση 5, Genève, 1983, Vol. 2
- ❖ WHO, «Health Care Systems In Transition», 1996

#### Περιοδικός Τύπος : Άρθρα - Μελέτες

- ❖ Αργυριάδης Δημ., «Δημόσια Διοίκηση : Επιστήμη ή Ιδεολογία», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Φεβρουάριος 2004
- ❖ Ανδριακοπούλου Α., «Γαλλία : Ενδιαφέροντα Στοιχεία Για Το Σύστημα Υγείας», Περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας (Π/Ε.Υ.), τόμος 8, τεύχος 44, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1997, σελ. 80, 85
- ❖ Γαρδίκας Ελ., «Η Ώρα Του Βενιζέλου», Ιστορικά
- ❖ Γείτονας Μ. – Υφαντόπουλος Γ., «Η Διαχείριση Των Δημοσίων Νοσοκομείων Στην Ελλάδα (1922)», Ιατρική, 67, σελ. 133 – 141
- ❖ «Ετήσια Έκθεση Για Την Ελληνική Οικονομία Και Την Απασχόληση», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ – ΑΔΕΔΥ, Σεπτέμβριος 2004
- ❖ Κωνσταντινίδης Α., «Πληροφοριακό Σύστημα Διαχείρισης Προσωπικού Του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία», Π/Ε.Υ., τόμος 8, τεύχος 44, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1997, σελ. 27 – 28



- ❖ Κωνσταντόπουλος Ν., «Ουγγαρία : Τα Νοσοκομεία Σήμερα Και Στο Μέλλον – Το Μεγάλο Δίλημμα Της Πολιτικής Υγείας», Π/Ε.Υ., τόμος 8, τεύχος 45, Μάρτιος – Απρίλιος 1997, σελ. 83 – 85
- ❖ Μόσιαλος Η., «Πού Πάει Η Περίθαλψη Στην Ευρώπη», εφημερίδα «Το Βήμα», Φεβρουάριος 2002
- ❖ Μουμτζόγλου Α., «Πολυνοήμονα Νοσοκομεία και Ποιότητα», Π/Ε.Υ., τόμος 8, τεύχος 45, Μάρτιος – Απρίλιος 1997, σελ. 52 – 54
- ❖ Μουμτζόγλου Α., «Η Αναδεικνυόμενη Σχέση Γιατρού - Ασθενή», Π/Ε.Υ., τόμος 8, τεύχος 45, Μάρτιος – Απρίλιος 1997, σελ. 86
- ❖ Παναγιώτου Ειρ., «Ένα Μοντέλο Αξιολόγησης Των Νοσοκομείων των ΗΠΑ (και δη της Νέας Υόρκης)», Π/Ε.Υ., τόμος 8, τεύχος 45, Μάρτιος – Απρίλιος 1997, σελ. 80 – 82
- ❖ Σιγάλας Ι., «Το Νοσοκομείο Στην Ελλάδα : Χθες, Σήμερα, Αύριο», Π/Ε.Υ., τόμος 4, τεύχος 23, 1993, σελ 36 - 40
- ❖ Σιγάλας Ι., «Ο Εκσυγχρονισμός Των Ελληνικών Νοσοκομείων», Π/Ε.Υ., τόμος 8, τεύχος 44, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1997, σελ. 81 – 85
- ❖ Χεκίμογλου Ευαγ., «Η Οικονομική Ζωή (1833 – 1843), Ιστορικά
- ❖ Mack J. – File K. – Horwitz J. – Price R., «Το Αποτέλεσμα Της Αμεσότητας Στην Ικανοποίηση Του Ασθενούς Και Στις Μελλοντικές Επιλογές Του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών», Π/Ε.Υ., τόμος 8, τεύχος 44, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1997, σελ 86 – 88
- ❖ Περιοδικό Υγειονομικό Βήμα, τεύχος Γ' , Μάρτιος 2002
- ❖ Περιοδικό Υγειονομικό Βήμα, τεύχος 14, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2005
- ❖ Περιοδικό Υγειονομικό Βήμα, τεύχος 15, Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2005
- ❖ Περιοδικό Υγειονομικό Βήμα, Ποεδήν, τεύχος 17, Μάρτιος – Μάιος 2006



## Νομολογία

- ❖ **Νόμος 1397 / 1983** : «Εθνικό Σύστημα Υγείας», ΦΕΚ 143 / 7-10-1983, τεύχος Α΄
- ❖ **Νόμος 1579 / 1985** : «Ρυθμίσεις Για Την Εφαρμογή Και Την Ανάπτυξη Του Εθνικού Συστήματος Υγείας Και Άλλες Διατάξεις», ΦΕΚ 217 / 23-12-1985, τεύχος Α΄
- ❖ **Π.Δ. 87 / 1986** : «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Των Νοσοκομείων», ΦΕΚ 32 / 27-03-1986, τεύχος Α΄
- ❖ **Νόμος 2071 / 1992** : «Εκσυγχρονισμός Και Οργάνωση Του Συστήματος Υγείας», ΦΕΚ 123 / 15-07-1992, τεύχος Α΄
- ❖ **Π.Δ. 259 / 1993** : «Σύσταση Θέσεων Γενικών Διευθυντών Στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ν.Δ./τος 2592 / 1953 Και Τρόπος Επιλογής Αυτών», ΦΕΚ 112 / 30-06-1993, τεύχος Α΄
- ❖ **Νόμος 2194 / 1994** : «Αποκατάσταση Του Εθνικού Συστήματος Υγείας Και Άλλες Διατάξεις», ΦΕΚ 36 / 16-03-1994, τεύχος Α΄
- ❖ **Νόμος 2519 / 1997** : «Ανάπτυξη Και Εκσυγχρονισμός Του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση Των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις Για Το Φάρμακο Και Άλλες Διατάξεις», ΦΕΚ 165 / 21-08-1997, τεύχος Α΄
- ❖ **Νόμος 2889 / 2001** : «Βελτίωση Και Εκσυγχρονισμός Του Εθνικού Συστήματος Υγείας Και Άλλες Διατάξεις», ΦΕΚ 37 / 2-03-2001, τεύχος Α΄

## Διαδίκτυο

- ❖ [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr)
- ❖ [www.esne.gr](http://www.esne.gr)
- ❖ [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)
- ❖ [www.in.gr/health](http://www.in.gr/health)