



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ



εκδδα

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΖ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΤΙΤΛΟΣ

**Οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του Εθνικού
Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) 2010-2020.**

ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Επιβλέπων:

Αντώνης Κουφάκης

Σπουδαστής:

Πέτρος Ν. Μάντης

ΑΘΗΝΑ - 2022

ΕΣΔΔΑ

Πέτρος Ν. Μάντης

©, 2022

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος

ΔΗΛΩΣΗ

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής.»

Αθήνα, 19/05/2022

Πέτρος Ν. Μάντης

Περίληψη

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η παρουσίαση της Οργανωτικής Ανασυγκρότησης των Νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας την περίοδο 2010 – 2020. Η περίοδος αυτή ήταν μία εξαιρετικά δύσκολη περίοδος για την Ελλάδα από την άποψη των μεταρρυθμίσεων που απαιτήθηκαν σε επίπεδο δημοσιονομικής προσαρμογής. Η Υγεία και ειδικά ο ευαίσθητος τομέας των νοσοκομείων ήταν λογικό ότι θα αποτελέσει στόχο αλλαγών προκειμένου να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας και περιορισμός του κόστους λειτουργίας τους. Ταυτόχρονα, οι αλλαγές είχαν στόχο και ουσιαστικές τροποποιήσεις του συστήματος υγείας προκειμένου να βελτιωθεί η παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Η εργασία αυτή ξεκινάει με μία σύντομη ιστορική αναδρομή στον χώρο της υγείας και παρουσιάζει τους πιο σημαντικούς νόμους για την περίοδο πριν το 2010. Στη συνέχεια, παρουσιάζει τις βασικές αλλαγές, μεταρρυθμίσεις και οργανωτικές μεταβολές που έλαβαν χώρα στον τομέα της υγείας την περίοδο 2010-2020. Η σχετική νομοθεσία παρουσιάζεται αναλυτικά και εκθέτει θέματα ουσίας που αφορούν την οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ της συγκεκριμένης περιόδου. Η ανάλυση αυτή αποτελεί έναυσμα για το επόμενο τμήμα της εργασίας που αφορά τις προοπτικές οργανωτικής ανασυγκρότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ για τα επόμενα έτη μετά το 2020. Η εργασία ολοκληρώνεται με τον στόχο της εργασίας που είναι η παρουσίαση στατιστικών στοιχείων για τα αποτελέσματα των αλλαγών αυτών στο χώρο των νοσοκομείων και η εξαγωγή συμπερασμάτων όσον αφορά την επίτευξη των στόχων των διοικητικών μεταρρυθμίσεων και των νομοθετικών αλλαγών. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη διεκπεραίωση της εργασίας ήταν εκείνη της επισκόπησης σχετικής βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας καθώς και η συλλογή στατιστικών δεδομένων από τις βάσεις δεδομένων της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Επίσης επισκοπήθηκαν και μελέτες σχετικές με το ζήτημα της ανασυγκρότησης των νοσοκομείων. Η εργασία αυτή ελπίζουμε ότι θα συνεισφέρει επιστημονικά και πρακτικά στο ζήτημα του πώς η οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων μπορεί να συμβάλει τόσο στη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες όσο και στην ορθολογικότερη αξιοποίηση των σχετικών πόρων των νοσοκομείων.

Abstract

The objective of this work is the presentation of the Organizational Restructuring of the Hospitals of the National Health System in the period 2010 - 2020. This period was an extremely difficult period for Greece as far as the reforms required in terms of fiscal adjustment were concerned. It was obvious and logical that Health and especially the sensitive sector of hospitals would be a target of change in order to achieve economies of scale and reduce their operating costs. At the same time, the changes were aimed at substantial modifications of the health system in order to improve the provision of health services to citizens. This assignment begins with a brief historical background in the field of health and presents the most important laws for the period before 2010. It then presents the key changes, reforms and organizational changes that took place in the field of health in the period 2010-2020. The relevant legislation is presented in detail and sets out substantive issues concerning the organizational restructuring of the NHS hospitals of the specific period. This analysis is a trigger for the next part of the assignment regarding the prospects of organizational reconstruction of the NHS hospitals for the coming years after 2020. The assignment concludes with its target which is the presentation of statistics on the results of these changes in the field of hospitals and the drawing of conclusions regarding the achievement of the objectives of administrative reforms and legislative changes. The methodology followed for the assignment was the review of relevant literature and articles as well as the collection of statistical data from the databases of the National Statistical Service. Studies related to the issue of hospital reconstruction were also reviewed. This work we hope that will contribute scientifically and practically to the question of how the organizational restructuring of hospitals can contribute both to the improvement of the provision of health services to the citizens and to the more rational utilization of the relevant resources of the hospitals.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Οργανωτική Ανασυγκρότηση Νοσοκομείων, Διασύνδεση Νοσοκομείων, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ενοποιημένοι Οργανισμοί Νοσοκομείων, Αριθμός Κλινών, Νοσοκομεία υπό ενιαία διοίκηση

KEY WORDS: Organization Restructuring of Hospitals, Hospital Interconnection, National Health System, Unified Charters of Hospitals, Number of hospital beds, Hospitals under common administration

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ	12
Κεφάλαιο 1ο: Ερευνητικός στόχος της εργασίας και σχετικά ερευνητικά ερωτήματα – Μεθοδολογία – Συνεισφορά της έρευνας.....	12
Κεφάλαιο 2ο: Ιστορική Αναδρομή	14
Κεφάλαιο 3ο: Οργανωτικές Αλλαγές στο Ε.Σ.Υ. την περίοδο 2010-2020.....	17
3.1. Γενικά	17
3.2. Ένταξη νοσοκομείων ΙΚΑ στο ΕΣΥ	18
3.3. Διασύνδεση νοσοκομείων	19
3.4. Τα νοσοκομεία ξεχωριστά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)	33
3.5. Οικονομικοί στόχοι της οργανωτικής ανασυγκρότησης του ΕΣΥ 2010-2020.....	34
3.6. Βασικά νομοθετήματα της οργανωτικής ανασυγκρότησης 2010-2020 των νοσοκομείων του ΕΣΥ	35
3.7. Η αξιοποίηση της τηλεϊατρικής για την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων – Τεχνολογικές εξελίξεις.....	38
3.8. Οι ενοποιημένοι οργανισμοί των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων	39
3.9. Διοίκηση Διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων.....	40
3.9.1. Διοίκηση πριν τη δημιουργία των ενιαίων ΝΠΔΔ.....	40
3.9.2. Διοίκηση μετά τη δημιουργία των ενιαίων ΝΠΔΔ.....	42
3.10. Περιφερειακή συγκρότηση ΕΣΥ	45
3.11 Μεταφορά Κέντρων Υγείας από τα νοσοκομεία στις Υ.ΠΕ.....	45
3.12 Σύστημα παραπομπών από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.....	47
3.13 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας στα νοσοκομεία	48
3.14 Λοιπές παρατηρήσεις	49
Κεφάλαιο 4ο: Προοπτικές οργανωτικής ανασυγκρότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ μετά το 2020.....	51
4.1. Μελέτη ΔιαΝΕΟσις 2020.....	51
4.2. Σκέψεις επί της μελέτης της ΔιαΝΕΟσις	52
Κεφάλαιο 5ο: Συμπεράσματα.....	56
5.1. Γενικά	56
5.2. Στατιστικά στοιχεία για τις αλλαγές 2010-2020 με βάση τα Δελτία Τύπου της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.....	56

5.3. Τελικά συμπεράσματα	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	68

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

Πίνακας 1 - Διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία.....	19
Πίνακας 2 - Αποφάσεις διασύνδεσης.....	28
Πίνακας 3 - Κατάσταση Νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΥΠε πριν και μετά τη διασύνδεση.....	31
Πίνακας 4 - Σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στον τομέα της Υγείας 2010-2020	35
Πίνακας 5 - Θεραπευτήρια ανά νομικό καθεστώς και ειδικότητα για τα έτη 2010-2019.....	56
Πίνακας 6 - Κλίνες Θεραπευτηρίων για τα έτη 2010-2019	58
Πίνακας 7 - Προσωπικό θεραπευτηρίων ανά ειδικότητα για τα έτη 2016-2019	59
Πίνακας 8 - Προσωπικό θεραπευτηρίων ανά ειδικότητα για τα έτη 2012-2015	60
Σχήμα 1 - Θεραπευτήρια ανά νομικό καθεστώς και ειδικότητα για τα έτη 2010-2019.....	57
Σχήμα 2 - Κλίνες Θεραπευτηρίων για τα έτη 2010-2019	58

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών

Πε.Σ.Υ.Π.: Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας και Πρόνοιας

Γ.Ν.: Γενικό Νοσοκομείο

Κ.Υ.: Κέντρο Υγείας

Δ.Υ.ΠΕ.: Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια

Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίοδος 2010-2020 ήταν μία εξαιρετικά δύσκολη περίοδος για την Ελλάδα σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Η οικονομική κρίση της χώρας, που προκλήθηκε από τα άσχημα δημοσιονομικά της μεγέθη και υπήρξε απότοκο και της διεθνούς οικονομική κρίσης που ξεκίνησε το 2008, οδήγησε σε τρία προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής τα οποία όπως ήταν φυσικό επηρέασαν και τον χώρο της υγείας. Βασική στόχευση των δημόσιων πολιτικών την περίοδο αυτή ήταν η περικοπή δημοσίων δαπανών και ο εξορθολογισμός της λειτουργίας τους κράτους. Στο πλαίσιο αυτό επιχειρήθηκε μία ευρεία οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2020 με στόχο την αντιμετώπιση των παθογενειών της λειτουργίας των νοσοκομείων. Τέτοιες παθογένειες είχαν να κάνουν με την μειωμένη αποδοτικότητα των νοσοκομείων, την ύπαρξη πλεονάζοντος προσωπικού σε κάποιες ειδικότητες και την έλλειψη προσωπικού σε άλλες, την ύπαρξη βιοιατρικού εξοπλισμού ο οποίος δεν χρησιμοποιούνταν πλήρως, την ύπαρξη αναξιοποίητων κλινών, τη μη ορθολογική χωροθέτηση των νοσοκομείων, την ύπαρξη παλαιάς και ξεπερασμένης νομοθεσίας και πολλά άλλα. Ωστόσο αρχικός και κύριος στόχος αυτής της οργανωτικής ανασυγκρότησης ήταν καταρχήν η περιστολή των δημοσίων δαπανών για την υγεία μέσω των διασυνδέσεων των νοσοκομείων, της ενιαίας λειτουργίας τους και την ένταξη όλων σχεδόν των νοσοκομείων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στην παρούσα εργασία θα κάνουμε καταρχάς μία σύντομη ιστορική αναδρομή στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του Ελληνικού Κράτους. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στους βασικότερους νόμους που μεταρρύθμισαν τον τομέα υγείας έως το 2010. Αφού ολοκληρώσουμε αυτήν την ανάλυση θα προχωρήσουμε στο κυρίως μέρος της εργασίας μας όπου θα αναφερθούμε στους σημαντικούς νόμους και υπουργικές αποφάσεις που απαρτίζουν την οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2020. Οι νόμοι αυτοί και οι υπουργικές αποφάσεις αφορούν την ένταξη στο ΕΣΥ των νοσοκομείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τη διασύνδεση των νοσοκομείων, την έκδοση των ενοποιημένων οργανισμών των διασυνδεόμενων νοσοκομείων, τη διοίκηση των διασυνδεόμενων νοσοκομείων κ.α.. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε σε μελέτες που καθοδήγησαν την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ καθώς και σε μελέτες οι οποίες αποτελούν οδηγό για περαιτέρω μεταρρυθμίσεις κατά τα έτη μετά το 2020. Η ανάλυσή μας θα ολοκληρωθεί με τα συμπεράσματά μας από όπου θα προκύπτει το κατά πόσο η

ανασυγκρότησή αυτή θα πρέπει να θεωρείται επιτυχημένη και θα θέτει προοπτικές για το μέλλον.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι προσπάθειες περιστολής του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων μέσω αναδιαρθρώσεων και οργανωτικών μεταρρυθμίσεων είναι πολύ σημαντικές για την ορθολογική τους οικονομική λειτουργία. Ταυτόχρονα οι μεταρρυθμίσεις αυτές συνεισφέρουν και στην καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες δεδομένου ότι βοηθούν στην πιο ορθή οργάνωση των μονάδων υπηρεσιών υγείας, την καλύτερη χωροθέτησή τους και στην ποιοτικότερη παροχή των υπηρεσιών τους.

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1ο: Ερευνητικός στόχος της εργασίας και σχετικά ερευνητικά ερωτήματα – Μεθοδολογία – Συνεισφορά της έρευνας

Ο ερευνητικός στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση των νομοθετικών αλλαγών και των διοικητικών μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα στο χώρο της υγείας και πιο συγκεκριμένα στον χώρο των νοσοκομείων την περίοδο 2010-2020. Επί της ουσίας, θα εκτεθούν οι βασικοί νόμοι, υπουργικές αποφάσεις και εκθέσεις που αποτελούν τον κορμό της οργανωτικής ανασυγκρότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας έχουν να κάνουν με:

1. Ποια ήταν τα βασικά νομοθετήματα σχετικά με την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων;
2. Ποιος ήταν ο στόχος των αλλαγών; Ήταν μόνο οικονομικός (περιορισμού του κόστους) ή περιλάμβανε και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας;
3. Οι στόχοι είχαν ποσοτικοποιηθεί και ήταν συγκεκριμένοι ή ήταν διατυπωμένοι με πιο αφηρημένο τρόπο προκειμένου να υπάρχει ευελιξία ως προς την εφαρμογή των αλλαγών;
4. Ποια ήταν τα αποτελέσματα της οργανωτικής ανασυγκρότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ; Τελικά οι μεταρρυθμίσεις πέτυχαν τους διακηρυγμένους στόχους τους;
5. Ποιες προοπτικές ανοίχτηκαν μετά το 2020 για περαιτέρω αλλαγές στα νοσοκομεία;

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε στη συγκεκριμένη εργασία ήταν εκείνη της επισκόπησης σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας και αρθρογραφία από επιστήμονες εγνωσμένου κύρους. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν μελέτες και επίσημες εκδόσεις του Υπουργείου Υγείας από στις οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά τόσο τα ποσοτικοποιημένα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων όσο και συμπεράσματα σχετικά με τις αλλαγές.

Επιπλέον, επειδή οι επίσημες εκδόσεις της διοίκησης ενδεχομένως να παρουσιάζουν ωραιοποιημένες τις αλλαγές, χρησιμοποιήθηκαν και άρθρα και μελέτες που αντιμετώπιζαν με κριτική διάθεση τις όποιες μεταρρυθμίσεις και νομοθετικές πρωτοβουλίες. Το κείμενο των νόμων μαζί με σχόλια από τις αιτιολογικές εκθέσεις που παρουσίαζαν το σκεπτικό του νομοθέτη καθώς και το κείμενο των υπουργικών αποφάσεων και σχετικών εγκυκλίων αποτελούν ίσως τη βασικότερη πηγή αυτής της εργασίας. Ταυτόχρονα χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά δεδομένα από την επίσημη ιστοσελίδα της Εθνικής Στατιστικής Αρχής που παρουσιάζουν εξαιρετικά αναλυτικά την εξέλιξη των πραγματικών αριθμών όσον αφορά τα θεραπευτήρια (δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές) και τις ανεπτυγμένες κλίνες. Τα δεδομένα αυτά περιλαμβάνονται στα σχετικά δελτία τύπου της Εθνικής Στατιστικής Αρχής και παρατίθενται αυτούσια μαζί με τα σχόλια που προκύπτουν από την ανάλυση της Αρχής χωρίς περαιτέρω επεξεργασία.

Η εργασία αυτή θα συνεισφέρει στη συστηματική παρουσίαση των νομοθετικών αλλαγών στο χώρο της υγείας την περίοδο 2010-2020 και στην εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς το αν οι διακηρυγμένοι στόχοι των δημοσίων πολιτικών σχετικά με την οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων επιτεύχθηκαν. Ταυτόχρονα, θα δώσει και κάποιες προοπτικές για τολμηρότερες αλλαγές, για την περίοδο μετά το 2020 στους τομείς εκείνους που είτε δεν υπήρξαν αντικείμενο των αλλαγών είτε απέτελεσαν στόχο των μεταρρυθμίσεων αλλά ο βαθμός επίτευξης των αλλαγών υπήρξε μικρός.

Κεφάλαιο 2ο: Ιστορική Αναδρομή

Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε καθυστερημένα σε σχέση με τη συγκρότηση του ελληνικού κράτος. Ενώ το ελληνικό κράτος ιδρύεται το 1821 το πρώτο Υπουργείο Υγείας – με τη μορφή του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας – ιδρύεται μόλις το 1922 με τον νόμο 2882 (Δερβένης Χρήστος, Πολύζος Νίκος, 1995). Έως το 1922 δεν υπήρχε αυτοτελές υπουργείο και το διοικητικό όργανο των υγειονομικών υπηρεσιών βρισκόταν στο Υπουργείο των Εσωτερικών (Δερβένης Χρήστος, Πολύζος Νίκος, 1995). Εδώ να σημειώσουμε ότι το 1917 έγινε μία πρώτη προσπάθεια συγκέντρωσης των αρμοδιοτήτων με τη σύσταση του Υπουργείου Περιθάλψεως από την κυβέρνηση Βενιζέλου. Πολύ σημαντικός επίσης ήταν ο νόμος 6298/1934 με το οποίο ιδρύθηκε το ΙΚΑ και κάλυψε ασφαλιστικά του εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι εκείνη την περίοδο, οι δήμοι και οι κοινότητες ασκούσαν τον έλεγχο των λίγων δημοτικών και κοινοτικών νοσοκομείων (Δερβένης Χρήστος, Πολύζος Νίκος, 1995). Πολύ σημαντικό ήταν και το ν.δ. 2592/1953 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» με βάση το οποίο αποκεντρώνονταν οι διάφορες αρμοδιότητες στις υγειονομικές περιφέρειες και μέσω αυτών στα νομαρχιακά συμβούλια υγείας. Σημαντική μεταβολή ως προς την ισορροπία των νοσοκομειακών προϋπολογισμών επέφερε το π.δ 957/1979. Με βάση αυτό το προεδρικό διάταγμα καθιερώθηκε το κλειστό-ενοποιημένο νοσήλιο ωστόσο η διάσταση των ονομαστικών (κλειστό νοσήλιο) από τις πραγματικές τιμές (μέσο ημερήσιο κόστος νοσηλείας) φαίνεται ότι απετέλεσε μία από τις βασικές αιτίες για τη δημιουργία ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων (Πολύζος Νίκος, 1994). Εδώ θα πρέπει οπωσδήποτε να αναφέρουμε την προσπάθεια του Υπουργού Υγείας Σπύρου Δοξιάδη την περίοδο 1978-1980. Το σχέδιο νόμου του αποτελούσε μία σημαντική τομή στη δημόσια υγεία και αποτελεί την πρώτη συστηματική προσπάθεια για ένα εθνικό σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα έδινε ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην δημιουργία ενός δικτύου κέντρων υγείας. Η προσπάθεια αυτή του Σπύρου Δοξιάδη τελικά δυστυχώς δεν τελεσφόρησε. Η σημαντικότερη ωστόσο μεταρρύθμιση που έγινε μεταπολεμικά στον τομέα της υγείας ήταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας που ιδρύθηκε με τον νόμο 1397 του 1983. Με τον νόμο αυτόν εισήχθηκε για πρώτη φορά ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα το οποίο αντλούσε έμπνευση από το βρετανικό National Health System, αλλά και από τη διακήρυξη του 1978 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Άλμα Άτα, που ενέτασσε την υγεία στα ανθρώπινα δικαιώματα και έδινε έμφαση στην πρόληψη και στον δημόσιο χαρακτήρα

των συστημάτων υγείας (Λιάκος, 2019) . Τα νοσηλευτικά ιδρύματα που είχαν τη νομική μορφή του νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου και ήταν δημόσιου χαρακτήρα εντάχθηκαν στον ν.2592/1953 και όλα πλέον τα νοσοκομεία στις διατάξεις του Π.Δ. 957/1979 περί κλειστού νοσηλίου. Έτσι όλα σχεδόν τα δημόσια νοσοκομεία μετατράπηκαν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και εντάχθηκαν στο Ε.Σ.Υ.(Πολύζος Νίκος, 1994). Πολύ σημαντική πρόβλεψη του ν.1397/1983 ήταν ότι οι γιατροί που απασχολούνται στα δημόσια νοσοκομεία δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική ιατρική. Γενικά στο επίπεδο της νοσοκομειακής (δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας) περίθαλψης, το πρόγραμμα ανάπτυξης της πρώτης δεκαετίας του ΕΣΥ έδωσε προτεραιότητα στην περιφερειακή ανάπτυξη, με στόχο την αύξηση του συνόλου των κλινών στη χώρα αλλά και την αύξηση των δημοσίων κλινών στην περιφέρεια. Έτσι έλαβε χώρα ένας γενικότερος εκσυγχρονισμός των υποδομών που οδήγησε στην ίδρυση τριών μεγάλων περιφερειακών-πανεπιστημιακών νοσοκομείων (Πάτρα, Ηράκλειο και Ιωάννινα), στην ανέγερση νέων νομαρχιακών νοσοκομείων (κυρίως εκεί που υπήρχε χαμηλός δείκτης επάρκειας νοσοκομειακών κλινών) και στην αναβάθμιση και βελτίωση της αξιοποίησης μιας σειράς άλλων νοσοκομειακών υποδομών (Ζηλίδης Χρήστος, 2005).

Ακολούθησε το προεδρικό διάταγμα 87/1986 με βάση το οποίο δημιουργήθηκε ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων σύμφωνα με το οποίο συντάχθηκαν στη συνέχεια οι οργανισμοί των νοσοκομείων. Έτσι οι υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ διακρίνονται σε α) Ιατρική, β) Νοσηλευτική και γ) Διοικητική. Με τον νόμο 2071/1992 επιτράπηκε η ίδρυση ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων και προστέθηκε η Τεχνική υπηρεσία στις υπηρεσίες του νοσοκομείου (άρθρο 56 ν.2071/1992).

Τα προβλήματα που προέκυψαν από την οργάνωση και τη διοίκηση του Συστήματος Υγείας έγιναν αντικείμενο ειδικών μελετών το 1994 που εκπονήθηκαν από επιτροπές εμπειρογνομόνων του εξωτερικού εγνωσμένου κύρους. Οι μελέτες αυτές οδήγησαν στη σημαντική μεταρρύθμιση στα νοσοκομεία που έλαβε χώρα με τον ν.2889/2001. Τα νοσοκομεία έπαψαν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και μετατράπηκαν σε αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες του περιφερειακού συμβουλίου υγείας και πρόνοιας. (Πε.Σ.Υ.Π.) στο οποίο υπάγονταν. Η διάκριση των νοσοκομείων σε νομαρχιακά, περιφερειακά και πανεπιστημιακά καταργήθηκε. Το νοσοκομείο πλέον διοικείται από Διοικητή (Manager), ο οποίος έχει τη γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας, στα πλαίσια σαφώς καθορισμένων από το νόμο αρμοδιοτήτων και είναι πλήρους και

αποκλειστικής απασχόλησης με πενταετή θητεία. Επιπλέον συνάπτει και σχετικό «συμβόλαιο αποδοτικότητας» το οποίο καθορίζει τους στόχους τους. (Χρήστος Ζηλίδης, 2005).

Κεφάλαιο 3ο: Οργανωτικές Αλλαγές στο Ε.Σ.Υ. την περίοδο 2010-2020.

3.1. Γενικά

Η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ ξεκινάει με τη σχετική εξαγγελία του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την 1^η Απριλίου 2011. Επί της ουσίας τότε ξεκινάει ο διάλογος για την αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας που συνεχίζεται από την αρμόδια Επιτροπή υπό τον Καθηγητή κ. Λ.Λιαρόπουλο, η οποία συστήθηκε στις αρχές του 2011. Η Επιτροπή αυτή προετοίμασε μία έκθεση με προτάσεις οι οποίες συζητήθηκαν σε επίπεδο Υγειονομικών Περιφερειών. Η όλη διαδικασία ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2011 με τη θέση σε διαβούλευση του τελικού κειμένου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το κείμενο αυτό περιλάμβανε προτάσεις των Διοικητών των Υγειονομικών Περιφερειών, του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, των Υφυπουργών και του Υπουργού (Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ 2011).

Η οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας έλαβε χώρα με σκοπό την επίτευξη του στρατηγικού και του επιχειρησιακού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όσον αφορά:

- α) τη διαμόρφωση μιας νέας βιώσιμης αρχιτεκτονικής των νοσοκομείων για τη βελτιστοποιημένη κατανομή των εισροών,
- β) τη βελτιστοποίηση της αξιοποίησης των πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας,
- γ) τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων. (Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ 2011)

Οι νομοθετικές αλλαγές που προέκυψαν από τις προτάσεις αυτές θα αναλυθούν κατωτέρω.

Τέλος, αξ σημειωθεί ότι την ίδια χρονιά (2011) με τον νόμο 3918 ιδρύθηκε ταυτόχρονα και ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ο οποίος αποτελεί Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης και στον οποίον μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ

με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), ως προς τις παροχές σε είδος. Η θεσμική αυτή αλλαγή στόχο είχε κυρίως την παροχή υπηρεσιών υγείας στους δικαιούχους βάσει ενός ενιαίου κανονισμού παροχών και την επίτευξη συνεργασίας στα πλαίσια ενός ενιαίου δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας υγείας των ΟΤΑ και άλλων Ν.Π.Δ.Δ., των μονάδων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του.

3.2. Ένταξη νοσοκομείων ΙΚΑ στο ΕΣΥ

Με τον νόμο 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» και συγκεκριμένα με το άρθρο 32 ορίστηκε ότι τα νοσοκομεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Αναλυτικότερα, το 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αθήνας εντάχθηκε στο Σισμανόγλειο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αττικής. Το 2ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Θεσσαλονίκης εντάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Αγ. Παύλος». Το ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αθήνας «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» εντάχθηκε στο Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας» ενώ το 7ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Αθήνας εντάχθηκε στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Αγία Όλγα – Κωνσταντοπούλειο». Τέλος, το Νοσοκομείο Βραχείας Νοσηλείας ΙΚΑ –ΕΤΑΜ υπάχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Πολυκλινική».

Μετά την ένταξη αυτών των νοσοκομείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ, οι συγκεκριμένες Υπηρεσίες Νοσοκομειακής Υποστήριξης συνέχισαν τη λειτουργία τους πλέον ως αντίστοιχα παραρτήματα των ανωτέρω νοσοκομείων στα οποία εντάχθηκαν (φορείς υποδοχής). Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου στόχος αυτών των οργανωτικών αλλαγών ήταν η διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας. Στόχος ήταν να μην υπάρχει κατακερματισμός στους παρόχους υγείας δεδομένου ότι τα νοσοκομεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ επί της ουσίας υπάγονταν στο υπουργείο εργασίας ενώ με τις αλλαγές αυτές μεταφέρονταν στο υπουργείο υγείας.

3.3. Διασύνδεση νοσοκομείων

Στον ίδιο νόμο και συγκεκριμένα στο άρθρο 70 παρ. 3 ορίστηκε επιπλέον ότι μέσω των Υγειονομικών Περιφερειών μπορούν να διασυνδέονται νοσοκομεία που υπάγονται στην ίδια ή διαφορετική Υγειονομική Περιφέρεια και η διασύνδεση αυτή θα μπορούσε να επεκτείνεται και κατά την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων. Η διάταξη αυτή προέβλεπε την έκδοση υπουργικής απόφασης με βάση την οποία θα ορίζονταν τα νοσοκομεία που διασυνδέονται, ο τρόπος της διασύνδεσής τους, το είδος (σχετικά με νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά ζητήματα) και η λειτουργία τους. Στην ίδια απόφαση, ειδικά για τα νοσοκομεία των νησιωτικών περιοχών, θα μπορούσε να προβλεφθεί, ότι η εν λόγω διασύνδεση θα γίνεται με γειτνιάζοντα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, καθώς και νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Η πρώτη υπουργική απόφαση σχετικά με τη διασύνδεση των νοσοκομείων ήταν η υπ' αριθμ. Υ4α/ΟΙΚ84627/ΦΕΚ 1681Β'/28-7-2011. Σύμφωνα με το άρθρο 1 της απόφασης αυτής προκειμένου να καταστεί δυνατός αφενός μεν ο καλύτερος συντονισμός των Δημοσίων Νοσοκομείων αφετέρου δε ο περιορισμός των δαπανών τους που θα υλοποιηθεί με την εφαρμογή κοινών λειτουργιών, αποφασίστηκε η διασύνδεση των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η λειτουργία τους υπό τη Διοίκηση Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης. Τα διασυνδεόμενα νοσοκομεία είχαν ως ακολούθως:

Πίνακας 1 - Διασυνδεόμενα Νοσοκομεία

A/A Νοσοκομεία (με κοινή Διοίκηση)

Συγκροτημάτων

1η Δ.Υ.Πε.

1	Γ.Ν. Αθηνών ΚΑΤ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
2	Γ.Ν. Αττικής «Σισμανόγλειο»

	Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ» 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΟΥ ΓΝΑ ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ) Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
3	Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας «Οι Άγιοι Ανάργυροι» Γ.Ν. Πατησίων
4	Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο Ν. Ιωνίας 7ο Νοσοκομείο ΙΚΑ(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο Ν. Ιωνίας) Γ.Ν. Αθηνών «Η Παμμακάριστος»
5	Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ.
6	Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» 6ο Ογκολογικό Νοσοκομείο ΙΚΑ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ του νοσ«Ο Άγιος Σάββας»)
7	Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»
8	Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο Αθηνών «Ελενα Βενιζέλου» Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα» Παθολογικό Ν.Α. Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη»
9	Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» Οφθαλμιατρείο Αθηνών Γ.Ν. Αθηνών «Πολυκλινική» 3ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ του Γ.Ν. Αθηνών «Πολυκλινική»)
10	Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Ανδρέας Συγγρός»
11	Γ.Ν.Α. Λαϊκό
12	Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»
13	Γ.Ν. Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία» Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

- 14 Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»
 Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης
 Γ.Ν.Α. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

2η Δ.Υ.Πε.

- | | |
|----|--|
| 1 | Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας |
| 2 | Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο» |
| 3 | Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» |
| 4 | Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο (συνεργασία με ΑΤΤΙΚΟΝ) |
| 5 | Ψ.Ν. Αττικής
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο» |
| 6 | Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «Ο Άγιος Παντελεήμων»
Γ.Ν. Δυτικής Αττικής |
| 7 | Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» |
| 8 | Γενικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά
«Μεταξά» (συνεργασία με Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο») |
| 9 | Γ.Ν. Σύρου «Βαρδάκειο & Πρώιο»
Γ.Ν. – Κ.Υ. Νάξου |
| 10 | Γ.Ν. Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου»
Γ.Ν. – Κ.Υ. Κω
Γ.Ν. – Κ.Υ. Καλύμνου «Το Βουβάλειο» |
| 11 | Κρατικό Θεραπευτήριο – Κ.Υ. Λέρου (συνεργασία με Γ.Ν. Ρόδου) |
| 12 | Γ.Ν. Σάμου «Ο Άγιος Παντελεήμων»
Γ.Ν. – Κ.Υ. Ικαρίας |
| 13 | Γ.Ν. Χίου «Σκυλίτσειο» |
| 14 | Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο»
Γ.Ν. – Κ.Υ. Λήμνου |
| 15 | Γ.Ν. – Κ.Υ. Κυθήρων |

3η Δ.Υ.Πε.

1	Γ.Ν. Φλώρινας
2	Γ.Ν. Καστοριάς
3	Γ.Ν. Γρεβενών (συνεργασία με Γ.Ν. Καστοριάς)
4	Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο» Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο»
5	Γ.Ν. Βέροιας Γ.Ν. Νάουσας
6	Γ.Ν. Έδεσσας Γ.Ν. Γιαννιτσών
7	Γ.Ν. Κατερίνης Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου
8	Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»
9	Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου» Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
10	Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς» Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος»

4η Δ.Υ.Πε.

1	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ» Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης
2	Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης
3	Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»
4	Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Παύλος» 2ο Νοσοκομείο ΙΚΑ(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΟΥ Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Παύλος»)
5	Γ.Ν. Χαλκιδικής

6	Γ.Ν. Κιλκίς Γ.Ν. – Κ.Υ. Γουμένισσας
7	Γ.Ν. Σερρών
8	Γ.Ν. Καβάλας
9	Γ.Ν. Δράμας
10	Γ.Ν. Ξάνθης
11	Γ.Ν. Κομοτηνής «Σισμανόγλειο» (συνεργασία με Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης)
12	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης Γ.Ν. Διδυμοτείχου

5η Δ.Υ.Πε.

1	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Λάρισας Γ.Ν. Λάρισας «ΚΟΥΤΛΙΜΠΙΑΝΕΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»
2	Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»
3	Γ.Ν. Τρικάλων(συνεργασία με ΓΝ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ)
4	Γ.Ν. Καρδίτσας(συνεργασία με ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ)
5	Γ.Ν. Λαμίας Γ.Ν. Καρπενησίου Γ.Ν. Άμφισσας
6	Γ.Ν. Λειβαδιάς Γ.Ν. Θήβας
7	Γ.Ν. Χαλκίδας Γ.Ν. – Κ.Υ. Καρύστου Γ.Ν. – Κ.Υ. Κύμης
	ΣΥΝΟΛΟ

6η Δ.Υ.Πε.

1	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ιωαννίνων
---	-------------------------------

	Γ.Ν. – Κ.Υ. Φιλατών
2	Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»
3	Γ.Ν. Άρτας
4	Γ.Ν. Πρέβεζας
5	Γ.Ν. Λευκάδας
6	Γ.Ν. Αγρινίου Γ.Ν. Μεσολογγίου «Γ. Χατζηκόστα»
7	Γ.Ν. Ζακύνθου
8	Γ.Ν. Κεφαλληνίας Γ.Ν. Ληξουρίου «ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ»
9	Γ.Ν. Κέρκυρας Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας
10	Γ.Ν. Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου» Γ.Ν. Αμαλιάδας Γ.Ν. – Κ.Υ. Κρεστένων
11	Γ.ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ Ν. Τρίπολης Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης
12	Γ.Ν. Άργους Γ.Ν. Ναυπλίου
13	Γ.Ν. Καλαμάτας Γ.Ν. – Κ.Υ. Κυπαρισσίας
14	Γ.Ν. Σπάρτης ΙΩΑΝΝΟΥ ΚΑΙ ΑΙΚ.ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ Γ.Ν. – Κ.Υ. Μολάων
15	Γ.Ν. Κορίνθου
16	Γ.Ν. Αιγίου Γ.Ν. – Κ.Υ. Καλαβρύτων
17	Γ.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας» Ειδικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Ν. Ελλάδος «Ο ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ»
18	Π. Γ.Ν. Πατρών «ΠΑΝΑΓΙΑ Η Βοήθεια»
19	Γ.Ν. Παιδών Πατρών «Καραμανδάνειο» (συνεργασία με Πανεπ.

Γ.Ν. Πατρών)

7η Δ.Υ.Πε.

1	Γ.Ν Χανίων «Ο Άγιος Γεώργιος» Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων
2	Γ.Ν. Ρεθύμνου
3	Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ηρακλείου Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο – Πανάνειο»
4	Γ.Ν. «Αγίου Νικολάου» Γ.Ν. – Κ.Υ. Ιεράπετρας Γ.Ν. – Κ.Υ. Σητείας Γ.Ν. – Κ.Υ. Νεαπόλεως Κρήτης«Διαλυνάκειο»

Σκοπός της ανωτέρω διασύνδεσης, σύμφωνα με την υπουργική απόφαση ήταν να περιοριστούν οι οργανικές κλίνες των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Συγκεκριμένα ο συνολικός αριθμός των οργανικών κλινών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ θα έπρεπε να διαμορφωθεί σε 36.035 κλίνες από 46.783 που ήταν πριν τη διασύνδεση. Επίσης προβλεπόταν η τροποποίηση των οργανισμών των νοσοκομείων μέσω υπουργικών αποφάσεων που θα εκδίδονταν έως 31.12.2011.

Στην ίδια υπουργική απόφαση περιγράφεται επίσης και εξειδικεύεται το επιστημονικό και λειτουργικό πλαίσιο της διασύνδεσης. Πιο συγκεκριμένα, στην ευρύτερη έννοια της ως άνω διασύνδεσης και εντός του πλαισίου της συνεργασίας σε διοικητικό, τεχνικό, νοσηλευτικό και ιατρικό επίπεδο των διασυνδεόμενων Νοσοκομείων υπάγεται:

- Ο ενιαίος σχεδιασμός κοινών υπηρεσιών ώστε να επιτυγχάνεται η κάλυψη ανάγκης της κάθε περιοχής σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Στόχος δηλαδή της διασύνδεσης ήταν τα διασυνδεόμενα

νοσοκομεία να σχεδιάσουν κοινές υπηρεσίες προκειμένου να εκμεταλλευτούν τις δυνατότητες όλων των νοσοκομειακών μονάδων.

- Η κατάρτιση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας τμημάτων, κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων με σκοπό την αποδοτικότερη λειτουργία τους, την αξιοποίηση των υποδομών τους και την μείωση του κόστους λειτουργίας τους. Εδώ θα εντασσόταν και το ευαίσθητο ζήτημα των εφημεριών οι οποίες θα εναρμονίζονταν μεταξύ των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων.
- Ο σχεδιασμός της ισόρροπης ανάπτυξης ομοειδών ιατρικών τμημάτων καθώς και συνένωσης/συλλειτουργίας αυτών με σκοπό μία νέα λειτουργική και ορθολογική κατανομή αυτών για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού.
- Ο σωστός προγραμματισμός, ανάπτυξη και διαχείριση των κλινών με στόχο την αποσυμφόρηση τμημάτων και κλινικών με μεγάλο ποσοστό κάλυψης και ανάλογη αύξηση της πληρότητας Νοσοκομείων μικρότερης δυναμικότητας. Ο προγραμματισμός και διάθεση ορισμένου αριθμού κλινών Νοσοκομείων μικρής δυναμικότητας για την φιλοξενία ασθενών με νεοπλασίες στα πλαίσια της ανακουφιστικής φροντίδας.
- Ο σχεδιασμός της μετατροπής του σκοπού (μερικά ή ολικά) των δομών υγείας των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων κατόπιν αξιολόγησης του έργου τους, σε συνδυασμό με τη χωροταξική τους κατανομή. Αυτό ήταν ένα από τους πιο φιλόδοξους στόχους της διασύνδεσης των νοσοκομείων. Μέσω της διασύνδεσης θα δινόταν η δυνατότητα τα νοσοκομεία να εξειδικευτούν σε κάποιους τομείς λαμβάνοντας υπόψη και τη γεωγραφική τους κατανομή ειδικά στην επαρχία. Έτσι, για παράδειγμα το νοσοκομείο στο Άργος θα μπορούσε να εστιάσει στις παθολογικές κλινικές ενώ το νοσοκομείο του Ναυπλίου, που βρισκόταν στον ίδιο νομό, θα μπορούσε να εξειδικευτεί στις χειρουργικές κλινικές. Η απόφαση για το ποιο νοσοκομείο θα εξειδικευόταν σε ποιον τομέα θα λαμβανόταν ύστερα από αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Ο προγραμματισμός για την περαιτέρω ανάπτυξη υπαρχόντων δομών υγείας (ειδικές μονάδες, μονάδες αποκατάστασης κ.λπ.). Είναι προφανές ότι όσον αφορά την ανάπτυξη επιπλέον δομών και μονάδων, δεν υπήρχε πλέον λόγος να δημιουργούνται ξεχωριστές μονάδες σε κάθε νοσοκομείο αλλά τα

διασυνδεδεμένα νοσοκομεία θα μπορούσαν να έχουν π.χ. κοινή μονάδα εντατικής θεραπείας.

- Η από κοινού ανάπτυξη ενιαίων μονάδων/δραστηριοτήτων (πλυντήρια, αποστείρωση, εστίαση, φύλαξη, καθαριότητα κ.λπ.) για την υποστήριξη των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων. Είναι προφανές ότι όλες αυτές οι καθαρά υποστηρικτικές εργασίες μπορούν να εκτελεστούν πολύ αποδοτικότερα αν γίνουν σε επίπεδο διασυνδεδεμένων νοσοκομείων και όχι κάθε επιμέρους νοσοκομείου ξεχωριστά. Η εξοικονόμηση αφορά τόσο τα μισθώματα που θα χρειαστούν για τους χώρους όπου θα λαμβάνουν χώρα αυτές οι εργασίες όσο και τα λοιπά μέρη του λειτουργικού κόστους (αναλώσιμα, γενικά έξοδα κ.λπ).
- Ο ενιαίος σχεδιασμός της κτιριολογικής ανάπτυξης, συντήρησης, διαρρύθμισης υπαρχόντων χώρων, ανανέωσης εξοπλισμού και ενιαία διαχείριση υπάρχοντος εξοπλισμού και υλοποίηση έργων. Αυτό θα ήταν κι ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα της διασύνδεσης των νοσοκομείων. Η επίτευξη οικονομικών κλίμακας από τη συνένωση των νοσοκομείων θα οδηγούσε καλύτερη αξιοποίηση του υπάρχοντος εξοπλισμού των νοσοκομείων και επίσης θα επέτρεπε την προμήθεια νέου εξοπλισμού με κριτήρια ορθολογικής αξιοποίησης.
- Ο ενιαίος προγραμματισμός και ομαδοποίηση προμηθειών. Επί της ουσίας τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία θα είχαν κοινά τμήματα προμηθειών τα οποία θα ακολουθούσαν ενιαία διαδικασίες προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η σχετική διαδικασία και να υπάρχει και εξοικονόμηση κόστους λόγω επίτευξης καλύτερων τιμών από τους προμηθευτές αλλά και επάρκεια αποθεμάτων αναλωσίμων.
- Ο σχεδιασμός ενιαίων διαδικασιών ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών και κόστους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές οι ενιαίες διαδικασίες θα πρέπει να βασίζονται στη αξιοποίηση ποσοτικών δεδομένων με βάση της χρήση συγκεκριμένων δεικτών ποιότητας οι οποίοι θα μετριοούνται σε επίπεδο διασυνδεδεμένων νοσοκομείων.
- Η ενίσχυση και αλληλοσυμπλήρωση των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων με ανθρώπινο δυναμικό. Εδώ πολύ σημαντικό είναι το κομμάτι της αλληλοσυμπλήρωσης αφού θα δινόταν η δυνατότητα σε ιατρούς ή/και νοσηλευτές να απασχολούνται σε όλα τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία με κατανομή του χρόνου εργασίας τους κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Φυσικά

το ζήτημα της πολλαπλής απασχόλησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (αλλά και του διοικητικού και τεχνικού) στα διάφορα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία είναι ένα ζήτημα που εξαρτάται και από τη χωροταξική κατανομή των νοσοκομείων. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση των υπαρχόντων θέσεων προσωπικού των νοσοκομείων προκειμένου να γίνεται εκτίμηση αν τα οποιαδήποτε κενά μπορούν να καλυφθούν με κατανομή του προσωπικού ή χρειάζεται να γίνουν νέες προσλήψεις.

- Η διαχείριση και αξιοποίηση των περιουσιών τους. Συνήθως όταν μιλάμε για περιουσία των νοσοκομεία εννοούμε την ακίνητη περιουσία τους αλλά και τυχόν αξιόγραφα. Όσον αφορά την ακίνητη περιουσία, η δημιουργία ενός pool ακινήτων από την ένωση των περιουσιών των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων θα οδηγούσε στην επίτευξη καλύτερη τιμών κατά τη διαδικασία εκμετάλλευσής τους.
- Έγκριση συμβάσεων παροχής υπηρεσιών υγείας με τους ασφαλιστικούς φορείς και με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Και αυτή η διαδικασία μπορεί να λάβει χώρα αποδοτικότερα εάν τα νοσοκομεία εκμεταλλευτούν τις μεταξύ τους συνέργειες.
- Στα πλαίσια της διασύνδεσης μπορεί Νοσοκομεία των νησιωτικών περιοχών να συνεργάζονται με γειτνιάζοντα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία καθώς και Νοσοκομεία Τριτοβάθμιας Περίθαλψης.

Ακολούθησαν και άλλες υπουργικές αποφάσεις οι οποίες επέφεραν κάποιες τροποποιήσεις στη διάρθρωση της διασύνδεσης χωρίς όμως να αλλάζουν τη γενική κατεύθυνση της μεταρρύθμισης. Οι αποφάσεις αυτές παρατίθενται κατωτέρω:

Πίνακας 2 - Αποφάσεις διασύνδεσης

Αριθμός Υπουργικής Απόφασης	Αριθμός και ημερομηνία ΦΕΚ	Τίτλος
Αριθμ. Υ4α/ΟΙΚ84627	ΦΕΚ 1681 Β'/28-7-2011	Διασύνδεση Νοσοκομείων

		και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους.
Αριθμ. Υ4α/οικ. 94721	ΦΕΚ 1874 Β'/25-8-2011	Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ4α/οικ. 84627 απόφασης «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους» (ΦΕΚ 1681/Β/2011).
Αριθμ. Υ4α/οικ. 122826	ΦΕΚ 2674 Β'/9-11-2011	Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ4α/οικ.84627 απόφασης «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους» (ΦΕΚ 1681/ Β/2011), όπως έχει τροποποιηθεί με τις διατάξεις της υπ' αριθ. Υ4α/οικ. 94721 όμοιας (ΦΕΚ 1874/Β/11).
Αριθμ. Υ4α/οικ. 131443	ΦΕΚ 2831 Β'/9-11-2011	Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.84627/25.7.2011 απόφασης «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους» (ΦΕΚ 1681/Β'/2011), όπως έχει τροποποιηθεί με τις διατάξεις της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 94721/23.8.2011 (ΦΕΚ 1874/Β'/11) και

		Υ4α/οικ.122826/8.11.2011 (ΦΕΚ 2674/Β'/11) ομοίων αποφάσεων
Αριθμ. Υ4α. οικ. 26347	ΦΕΚ 835 Β'/19-3-2012	Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ4α/οικ.84627 απόφασης «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσης τους και λειτουργίας τους» (ΦΕΚ 1681/Β/2011), όπως έχει τροποποιηθεί με τις διατάξεις της υπ' αριθ. Υ4α/οικ. 94721 (ΦΕΚ 1874/Β/11), Υ4α/ οικ. 122826 (ΦΕΚ 2674/Β/11) και Υ4α/οικ. 131443 (ΦΕΚ 2831/Β/11) ομοίων αποφάσεων.
Αριθμ. Υ4α/οικ. 39460	ΦΕΚ 1156 Β'/10-4-2012	Τροποποίηση της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.84627 Απόφασης «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους» (ΦΕΚ 1681/Β/2011), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.
Αριθ. Υ4α/οικ.47037	ΦΕΚ 1559 Β'/10-4-2012	Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ4α/οικ.84627 Απόφασης «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσης τους και λειτουργίας τους» (ΦΕΚ 1681/ Β/2011), όπως έχει

		τροποποιηθεί και ισχύει.
--	--	--------------------------

Τελικά ύστερα από όλες τις ανωτέρω αποφάσεις, ο συνολικός αριθμός των οργανικών κλινών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, διαμορφώθηκε σε 35.423 (+2300 ΜΨΑ) κλίνες. Επίσης τα Νοσοκομεία της 1ης ΥΠε: Γ.Ν.Α. Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ και Γ.Ν.ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΑΘΗΝΩΝ Η ΣΩΤΗΡΙΑ έπαψαν από 1-7-2012 να διασυνδέονται μεταξύ τους και να λειτουργούν υπό ενιαία διοίκηση. Αντίστοιχα τα νοσοκομεία της Σάμου και της Ικαρίας έπαψαν να λειτουργούν υπό ενιαία διοίκηση (το οποίο είναι χαρακτηριστικό των αντιδράσεων που προκλήθηκαν στις τοπικές κοινωνίες από τις συνενώσεις και των πισωγυρισμάτων που έγιναν σε επίπεδο πολιτικής).

Τελικά, η κατάσταση που διαμορφώθηκε όσον αφορά τις μονάδες, τα τμήματα, το προσωπικό και τις κλίνες το 2012 μετά τις σχετικές αλλαγές παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα ανά Υγειονομική Περιφέρεια.

Πίνακας 3 - Κατάσταση Νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΥΠε πριν και μετά τη διασύνδεση

Παλαιά και τρέχουσα κατάσταση Νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΥΠε								
ΥΠε	1η	2η	3η	4η	5η	6η	7η	Σύνολο
Κλίνες (παλιές)	11.850	6922	3.240	5.868	3.463	6.245	2.545	40.133
Κλίνες (νέες)	9.850	4.605	2.640	4.910	3.000	5.640	2.195	32.840
Διευθύνσεις (υφιστάμενες)	77	64	40	53	43	90	25	392
Διευθύνσεις (νέες)	77	62	39	45	40	89	25	377
Ιατρικοί Τομείς (υφιστάμενοι)	95	77	47	63	51	103	33	469
Ιατρικοί Τομείς (νέοι)	95	73	45	54	49	100	30	446

Νοσηλευτικοί Τομείς (υφιστάμενοι)	84	54	35	52	41	66	28	360
Νοσηλευτικοί Τομείς (νέοι)	95	65	45	51	44	90	27	417
Ιατρικά Τμήματα & Μονάδες (υφιστάμενα)	802	581	326	535	354	614	235	3.447
Ιατρικά Τμήματα & Μονάδες (νέα)	712	424	191	375	320	577	187	2.786
Συνολική μείωση εκ των υφισταμένων Ιατρικών Τμημάτων & Μονάδων	90	157	135	160	34	37	48	661
Οργανικές Θέσεις εργασίας (πριν)	33.753	16.432	8.486	15.777	11.894	17.495	7.315	111.152
Οργανικές Θέσεις εργασίας (μετά)	29.082	13.712	7.551	14.420	8.635	16.531	6.554	96.485
Συνολική μείωση των οργανικών θέσεων εργασίας	4.671	2.720	935	1.357	3.259	964	761	14.667

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ 2011

Σύμφωνα λοιπόν με τα δεδομένα αυτά σε επίπεδο οργανισμών επετεύχθησαν οι ακόλουθοι στόχοι:

- α) 20% μείωση στις οργανικές κλίνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ,
- β) 5% μείωση των οργανικών ιατρικών τομέων,
- γ) 20% μείωση στα οργανικά ιατρικά τμήματα,
- δ) 15% μείωση στις κενές οργανικές θέσεις.

Εδώ θα πρέπει να επισημανθεί ότι με βάση την επιστημονική κοινότητα, συνενώσεις αυτές έπρεπε να γίνουν όχι μόνο για λόγους περικοπής δαπανών αλλά και για λόγους καλύτερης παροχής υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, ο Ηλίας Μόσιαλος, καθηγητής της Πολιτικής της Υγείας, στη Σχολή Οικονομικών του Λονδίνου(LSE), με άρθρο του στην εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ στις 30 Νοεμβρίου 2012, μεταξύ άλλων πρότεινε την συγχώνευση των κλινικών στα νοσοκομεία θεωρώντας μη λογικό να υπάρχουν 2.000 κλινικές σε περίπου 130 νοσοκομεία. Επίσης στο ίδιο άρθρο εντοπίζεται μία από τις

βασικές παθογένειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή να υπάρχουν διάφορα μικρότερου μεγέθους νοσοκομεία στους διάφορους νομούς της χώρας (περίπου 3 με 4), αλλά παρ'όλα αυτά η συντριπτική πλειονότητα των περιστατικών (περίπου 80%) να ανακατευθύνεται (είτε εκούσια είτε όχι) στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία διαφορετικών νομών. Επιπρόσθετα, θεωρήθηκε ότι η συγχώνευση των νοσοκομειακών μονάδων έπρεπε να αφορά τις μεγαλύτερες και όχι τις μικρότερες μονάδες δεδομένου ότι αυτό γίνεται κυρίως για ιατρικούς – και όχι τόσο για δημοσιονομικούς – λόγους. Συγκεκριμένα αυτό θα οδηγούσε σε α) καλύτερη ποιότητα θεραπειών, β) πολύ πιο εστιασμένη και αποδοτική εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών και γ) καλύτερα προγραμματισμένες, σχεδιασμένες και κατανεμημένες εφημερίες. Γενικά η στόχευση του άρθρου εστιαζόταν στην πολυδιάσπαση των νοσοκομειακών μονάδων (Μόσιαλος, «Υγεία 6 εφικτές αναγκαίες βελτιώσεις, 2012).

3.4. Τα νοσοκομεία ξεχωριστά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)

Με τον νόμο 4052/2012 ο οποίος ψηφίστηκε για την εφαρμογή του Μνημονίου Συνεννόησης εισήχθη η διάταξη του άρθρου 2 με βάση την οποία ορίστηκε ότι από 1.1.2013 τα λειτουργούντα υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., θα αποτελούν αυτοτελή και ενιαία Ν.Π.Δ.Δ.. Είναι προφανές ότι η ρύθμιση αυτή έγινε με σκοπό να διευκολυνθεί η ενιαία διοίκηση των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων. Το συμπέρασμα αυτό περιγράφεται και στην αιτιολογική έκθεση του νόμου σύμφωνα με την οποία για λόγους ενιαίας και αποτελεσματικότερης λειτουργίας ενοποιούνται τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. σε 82 Ν.Π.Δ.Δ. και τα υπόλοιπα προσαρτώνται ως παραρτήματα των 82. Ο Οργανισμός των τελευταίων προσαρτήθηκε ως είχε στον ενιαίο πλέον Οργανισμό των 82 και στο τίτλο του «κυρίου» νοσοκομείου προστέθηκε ο τίτλος του διασυνδεδεμένου.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών, θα ρυθμιζόταν ο τίτλος και η έδρα του Ν.Π.Δ.Δ., ενώ θα ενοποιούνταν μέχρι 31.12.2012 οι οργανισμοί των ανωτέρω, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις οργανικές θέσεις των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Επιπλέον από 1.1.2013 τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., διαθέτουν ενιαίο προϋπολογισμό και πρόγραμμα προμηθειών. Σχετικά εκδόθηκαν υπουργικές αποφάσεις.

Τέλος, με γνώμονα την καλύτερη προσέλκυση στελεχών για τη Διοίκηση των νοσοκομείων, καθιερώθηκε διαφανής και αξιοκρατική διαδικασία επιλογής τους και αναμορφώθηκαν τα Διοικητικά Συμβούλια των Ενιαίων Ν.Π.Δ.Δ. νοσοκομείων με σκοπό να γίνει αποδοτικότερη η διοίκηση των νοσοκομείων.

3.5. Οικονομικοί στόχοι της οργανωτικής ανασυγκρότησης του ΕΣΥ 2010-2020

Όσον αφορά την αποδοτικότητα των νοσοκομείων διάφορα μέτρα εισήχθησαν ή έγινε προσπάθεια να εισαχθούν στον νοσοκομειακό τομέα συμπεριλαμβανομένων αλλαγών στην οργάνωση των νοσοκομείων, αλλαγές στα συστήματα πληρωμών των νοσοκομείων και περικοπές στα κόστη των νοσοκομειακών προμηθειών (Economidou, 2014). Η μεγάλη ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ επιδιώχθηκε ως μέρος μιας γενικότερης προσπάθειας βελτίωσης της αποδοτικότητας του δημοσίου τομέα και περικοπής των δαπανών. Το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε τον Ιούλιο 2011 ένα σχέδιο για περικοπή των κλινών στα νοσοκομεία από 35.000 σε 33.000 και μείωση των κλινικών και των ειδικών μονάδων από 2.000 σε λιγότερες από 1.700 με 330 να συγχωνεύονται και άλλες 40 να καταργούνται. Επιπλέον, οι διοικήσεις των νοσοκομείων μειώθηκαν από 133 σε 83 μέσω της διαδικασίας των διασυνδέσεων των νοσοκομείων και ο αριθμός των διοικητών και των αναπληρωτών διοικητών νοσοκομείων επρόκειτο να μειωθεί από 175 σε 145. Εκτιμήθηκε ότι αυτές οι μεταρρυθμίσεις θα οδηγούσαν σε μείωση των δημοσίων δαπανών κατά 75 εκατ. Ευρώ το 2014 και κατά 150 εκατ. Ευρώ το 2015. Επιπλέον, ως ένα μέτρο για την αύξηση των δημοσίων εσόδων, 500 κλίνες δημοσίων νοσοκομείων διατέθηκαν για χρήση από πελάτες ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Επιπρόσθετα, κανένας νέος ιατρός δεν θα προσλαμβανόταν στα δημόσια νοσοκομεία αλλά ιδιώτες ιατροί θα συμβάλλονταν με τον ΕΟΠΥΥ και θα παρείχαν υπηρεσίες μία μέρα την εβδομάδα στα δημόσια νοσοκομεία.

3.6. Βασικά νομοθετήματα της οργανωτικής ανασυγκρότησης 2010-2020 των νοσοκομείων του ΕΣΥ

Κατωτέρω συνοψίζουμε τα βασικότερα νομοθετήματα που αφορούν την οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2020:

Πίνακας 4 - Σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στον τομέα της Υγείας 2010-2020

Έτος	Τίτλος	Αριθμός νόμου	Μεταρρύθμιση
2011	Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.	NΟΜΟΣ 3918 (ΦΕΚ Α 31/02.03.2011)	Ένταξη Νοσοκομείων ΙΚΑ - ΕΤΑΜ στο ΕΣΥ
2011	Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.	NΟΜΟΣ 3918 (ΦΕΚ Α 31/02.03.2011)	Διασύνδεση νοσοκομείων
2012	Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης ...» και άλλες διατάξεις.	NΟΜΟΣ 4052/2012 (ΦΕΚ Α 41/01.03.2012)	Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ.- Αυτοτελή και Ενιαία Ν.Π.Δ.Δ.
2013	Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ	NΟΜΟΣ 4213/2013 (ΦΕΚ Α 261/09.12.2013)	Επαναφορά σε καθεστώς Διασύνδεσης

	του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της...		
2014	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.	NOMOS 4238/2014 (ΦΕΚ Α 38/17.02.2014)	Επανάκτηση αυτοτέλειας και επαναφορά καθεστώτος διασύνδεσης
2014	Μέτρα στήριξης και ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας στο πλαίσιο εφαρμογής του ν. 4046/2012 και άλλες διατάξεις.	NOMOS 4254/2014 (ΦΕΚ Α 85/07.04.2014)	ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΩΝ ΕΝΙΑΙΩΝ Ν.Π.Δ.Δ. ΤΟΥ ΕΣΥ «Κάθε ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ., αποκαλούμενο εφεξής «Νοσοκομείο του ΕΣΥ» που αποτελείται από: α) την οργανική μονάδα της έδρας του και β) τις αποκεντρωμένες οργανικές του μονάδες, έχει Διοικητή οι αρμοδιότητες του οποίου ρυθμίζονται από τις διατάξεις των άρθρων 7 και επ. του ν. 3329/2005 (Α`81), όπως ισχύει».
2019	Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση	NOMOS ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4600	Επαναφορά διοικητικής και περιουσιακής

	Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις.	Τεύχος Α' 43/09.03.2019	αυτοτέλειας σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
2020	Ρυθμίσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας από τις συνέπειες της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, την ενίσχυση των μέσων μαζικής μεταφοράς, την επιτάχυνση της απονομής των συντάξεων, τη ρύθμιση οφειλών προς τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις.	NΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4764 ΦΕΚ Α 256/23.12.2020	Επαναφορά διοικητικής και περιουσιακής αυτοτέλειας ειδικού νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ

3.7. Η αξιοποίηση της τηλεϊατρικής για την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων –

Τεχνολογικές εξελίξεις

Ένα ζήτημα που σχετίζεται άμεσα με την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ είναι η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής. Ο σχετικός νόμος είναι ο ν.3984 και δεν είναι τυχαίο ότι ψηφίστηκε το 2011. Η διάταξη βρίσκεται στην παράγραφο 16 του άρθρου 66 και ορίζει ότι: «Οι υπηρεσίες Τηλεϊατρικής παρέχονται εφόσον υφίσταται η δυνατότητα και με ευθύνη του θεράποντος ιατρού που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Ο θεράπων ιατρός, για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων, είναι υπεύθυνος να ζητά από τον ασθενή ή εφόσον αυτό δεν είναι δυνατόν από συγγενή α' βαθμού, την ενυπόγραφη έγκριση χρησιμοποίησης υπηρεσιών Τηλεϊατρικής. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί υπηρεσίες Τηλεϊατρικής κατά την κρίση του. Οι οδηγίες των Νοσοκομείων και Μονάδων Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Τηλεϊατρικής είναι συμβουλευτικές και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικές.». Είναι προφανές ότι οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής ήταν ιδιαίτερα χρήσιμες στην περίπτωση της Ελλάδας δεδομένου ότι είναι μία νησιωτική χώρα. Παρόλα αυτά η σχετική διάταξη ψηφίστηκε μόλις το 2011 και είναι χαρακτηριστικό της καθυστέρησης στην εφαρμογή καινοτόμων εφαρμογών στην ελληνική δημόσια διοίκηση. Το σχετικό έργο υλοποιήθηκε από την 2η ΥΠΕ Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου με χρηματοδότηση από το Ε.Π. «ΨΗΦΙΑΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ» 2007-2013 (<https://www.ktpae.gr/erga/εθνικό-δίκτυο-τηλεϊατρικής-εδιτ>). Μεταξύ των βασικών στόχων του έργου ήταν η εξοικονόμηση πόρων για το ελληνικό δημόσιο, από τον περιορισμό άσκοπων διακομιδών και άσκοπων μετακινήσεων ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, μεταξύ των επιχειρησιακών στόχων του έργου ήταν η μείωση των άσκοπων μετακινήσεων προς τα μεγάλα αστικά κέντρα για την παροχή υπηρεσιών υγείας και η υιοθέτηση νέων μεθόδων πρόσβασης στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας προκειμένου να μειωθεί ο φόρτος σε εξωτερικά ιατρεία και μονάδες ΤΕΠ περιφερειακών και μεγάλων νοσοκομείων (<https://www.ktpae.gr/erga/εθνικό-δίκτυο-τηλεϊατρικής-εδιτ>). Είναι προφανές ότι η εφαρμογή της τηλεϊατρικής επηρέασε άμεσα την οργανωτική ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2020 δεδομένου ότι περιόρισε την ανάγκη για διακομιδές καθώς και για την ίδρυση νοσοκομείων σε νησιά (που ούτως ή άλλως ήταν σχετικά ανέφικτη και κοστοβόρα, δεδομένης της γεωγραφικής μορφολογίας και διασποράς των νησιών του Αιγαίου). Η τηλεϊατρική μπορεί να βοηθήσει ευρύτερα την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων (πέρα από τα

νησιά του Αιγαίου) ειδικά στον τομέα της ψυχικής υγείας (ψυχιατρική και τηλεψυχιατρική) για γενικότερα στο χώρο της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η εξέλιξη της τεχνολογίας τροποποιεί ταχύτατα τα δεδομένα στον χώρο της υγείας. Για παράδειγμα τα οφθαλμολογικά περιστατικά είναι πλέον επεμβάσεις της μίας ημέρας. Ταυτόχρονα σύμφωνα με τους δείκτες ημερών νοσηλείας και μέσης διάρκειας νοσηλείας φαίνεται ότι η τάση είναι να μειώνονται οι ημέρες παραμονής των ασθενών στις νοσοκομειακές μονάδες. Συγκεκριμένα, η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο έχει μειωθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες της ΕΕ από σχεδόν 10 ημέρες το 2000 σε 7,5 ημέρες το 2018 κατά μέσο όρο (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c762d8be-en/index.html?itemId=/content/component/c762d8be-en>).

Αυτό υποδεικνύει μία ανάγκη για ανάπτυξη μονάδων ημερήσιας νοσηλείας οι οποίες χρησιμοποιώντας «έξυπνες» τεχνολογικές εφαρμογές θα επιτυγχάνουν υψηλή αποτελεσματικότητα με σωστή διαχείριση του κόστους. Παραδείγματα τέτοιων τεχνολογικών εφαρμογών είναι τα Laboratory Information Systems, τα συστήματα PACS κ.α.

3.8. Οι ενοποιημένοι οργανισμοί των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων

Οι υπουργικές αποφάσεις που εκδόθηκαν για τους ενοποιημένους οργανισμούς όλων των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων ακολουθούσαν ενιαία λογική. Ορίζονταν καταρχάς τα νοσοκομεία που λειτουργούσαν διασυνδεδεμένα και υπό ενιαία διοίκηση. Στη συνέχεια οριζόταν η αρμόδια ΥΠΕ στην οποία και τον έλεγχο και την εποπτεία βρισκόταν το νέο νομικό πρόσωπο. Έδρα του νέου νομικού προσώπου ήταν συνήθως ο τόπος όπου βρισκόταν το μεγαλύτερο από τα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία. Στα επόμενα άρθρα του ενοποιημένου οργανισμού οριζόταν ότι τα νοσοκομεία είχαν κοινό διοικητή και διοικητικό συμβούλιο και ότι τα λοιπά όργανα του ενιαίου ΝΠΔΔ ήταν τα προβλεπόμενα από τις διατάξεις του ν.4052/2012. Επίσης οριζόταν ρητά ότι στο ενιαίο ΝΠΔΔ ενοποιούνταν οι οργανισμοί των επιμέρους νοσοκομείων όπως ίσχυαν κάθε φορά και εκεί συμπεριλαμβάνονται και οι θέσεις του προσωπικού. Οι κλίνες του νέου ΝΠΔΔ ήταν το άθροισμα των κλινών των επιμέρους νοσοκομείων μειωμένες αναλόγως με βάση τις σχετικές υπουργικές αποφάσεις. Για παράδειγμα στην περίπτωση του ενιαίου Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), «Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»–Γ.Ν. Δυτικής Αττικής «Η Αγία Βαρβάρα» (Αριθμ.

Υ4α/οικ.123791/ΦΕΚ Β'/3486/31-12-2012) η συνολική δύναμη κλινών του ενιαίου Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) ορίστηκε σε 738 κλίνες. Σημειώνεται ότι ενώ με τους αρχικούς οργανισμούς των δύο νοσοκομείων – υπ' αριθ. Υ4α/ οικ. 43073 (ΦΕΚ 1483/Β/2012) και Υ4α/οικ. 112525 (ΦΕΚ 3288/Β/2012) κοινές υπουργικές αποφάσεις – ο αριθμός των κλινών του κάθε νοσοκομείου ήταν 650 και 148 αντίστοιχα (δηλαδή άθροισμα 798), στο νέο νομικό πρόσωπο οι κλίνες ήταν μειωμένες κατά 7,5%. Στο ενιαίο Νομικό Πρόσωπο συμπεριλαμβάνονταν όλες οι οργανικές θέσεις προσωπικού των αρχικών οργανισμών. Αντίστοιχα, στην περίπτωση του ενοποιημένου Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Σάμου «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» και του Γενικού Νοσοκομείου–ΚΥ Ικαρίας η συνολική δύναμη κλινών του ενιαίου Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) ορίστηκε σε 160 κλίνες. Στο ενιαίο ΝΠΔΔ ενοποιήθηκαν οι οργανισμοί των Νοσοκομείων που έχουν εκδοθεί με τις υπ' αριθ. Υ4α/ οικ. 39501 (ΦΕΚ 1150/Β/2012) και Υ4α/οικ. 112148 (ΦΕΚ 3281/Β/2012) κοινές υπουργικές αποφάσεις, συμπεριλαμβάνοντας όλες τις οργανικές θέσεις προσωπικού. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι αρχικοί οργανισμοί των νοσοκομείων ίσχυαν (με τις τροποποιήσεις τους κάθε φορά) παράλληλα με τον ενοποιημένο οργανισμό. Ο λόγος ήταν ακριβώς διότι πέρα από τις ενιαίες διοικήσεις δεν επιτεύχθηκε άλλη συνέργεια μεταξύ των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων, όπως για παράδειγμα στα τμήματα διοικητικής και οικονομικής υποστήριξης ή πληροφορικής. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ενοποιημένοι οργανισμοί βρήκαν τα νοσοκομεία με διαφορετικά πληροφοριακά συστήματα πράγμα που δυσκόλεψε ακόμα περισσότερο τις συνενώσεις τους.

3.9. Διοίκηση Διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων.

3.9.1. Διοίκηση πριν τη δημιουργία των ενιαίων ΝΠΔΔ

Το άρθρο 66 παρ.11 του ν.3984/2011 ρυθμίζει τα της διοίκησης των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων. Συγκεκριμένα ορίζεται ότι τα νοσοκομεία που διασυνδέονται, διοικούνται από ενιαίο συλλογικό όργανο Διοίκησης, διάταξη που επαναλαμβάνεται και στους επιμέρους ενοποιημένους οργανισμούς των διασυνδεδεμένων νοσοκομείων.

Το εν λόγω Διοικητικό Συμβούλιο είναι πενταμελές, όταν ο συνολικός αριθμός οργανικών κλινών των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων είναι μέχρι τριακόσιες

εννενήντα εννέα (399) κλίνες και επταμελές για τετρακόσιες (400) και άνω κλίνες και αποτελείται από:

α) Τον κοινό Διοικητή των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων, ο οποίος ορίζεται ως Πρόεδρος του Συμβουλίου.

β) Δύο (2) μέλη των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων έως τριακόσιες εννενήντα εννέα (399) οργανικές κλίνες και τέσσερα (4) μέλη των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων με τετρακόσιες (400) και άνω οργανικές κλίνες που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους. Στην τελευταία περίπτωση, ένα ή περισσότερα εκ των τεσσάρων μελών είναι ο κοινός αναπληρωτής Διοικητής.

γ) Έναν εκπρόσωπο των ιατρών, που υπηρετούν στα διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία, ο οποίος εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του, από τους ιατρούς Ε.Σ.Υ. και τους ιατρούς μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στα Νοσοκομεία.

δ) Έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών προσωπικού του Νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του από το λοιπό, πλην των ιατρών, προσωπικό των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων. Έως την εκλογή των νέων εκπροσώπων των ανωτέρω υπό γ · και δ · περιπτώσεων, συμμετέχουν στο Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης οι αιρετοί εκπρόσωποι του μεγαλύτερου σε οργανική δύναμη νοσοκομείου εξαιρουμένων των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

Η λειτουργία του διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του ν. 2690/1999 που αφορούν στη λειτουργία των Συλλογικών Οργάνων Διοίκησης. Έδρα του Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης είναι το μεγαλύτερο σε οργανική δύναμη κλινών Νοσοκομείο εξαιρουμένων των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

Η συγκρότηση του Ενιαίου Συλλογικού Οργάνου Διοίκησης γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η θητεία των μελών του Συμβουλίου είναι διετής.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι αρμοδιότητες που ασκούνται από το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης, ενώ ο τόπος συνεδριάσεών του και η διαδικασία μετακίνησης προσωπικού μεταξύ των διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων, αποτελούν αρμοδιότητα του κοινού Διοικητή και οι κοινοί διαγωνισμοί προμηθειών, φαρμάκων, υγειονομικού υλικού, παγίων στοιχείων

και η διαχείριση Διοικητικών, Οικονομικών, Τεχνικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Πληροφορικής αποτελούν αρμοδιότητα του Ενιαίου Δ.Σ ..

Ο κοινός Διοικητής, που συμμετέχει με την ιδιότητα του Προέδρου στο Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης διασυνδεδεμένων Νοσοκομείων, αναπληρώνεται στα καθήκοντά του από το μέλος εκείνο το οποίο ορίζεται ως Αντιπρόεδρος με την απόφαση ορισμού μελών του εν λόγω Οργάνου και εδρεύει στην έδρα του Δ.Σ.

Όσον αφορά τη μισθοδοσία και λοιπές αμοιβές των διοικητών, σύμφωνα με το άρθρο 69 παρ. 1 του νόμου 3918/2011 το ίδιο πρόσωπο δύναται να καταλάβει τη θέση του Διοικητή σε περισσότερα του ενός Νοσοκομεία, οπότε λαμβάνει τις πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές που αναλογούν στη μία οργανική θέση, προσαυξημένες κατά το 1/5. Στην περίπτωση που ο συνολικός αριθμός των οργανικών κλινών των ως άνω νοσοκομείων υπερβαίνει τις τετρακόσιες (400), δύναται να τοποθετείται Αναπληρωτής Διοικητής σε ένα ή σε περισσότερα εξ αυτών, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εάν ο Αναπληρωτής Διοικητής τοποθετηθεί σε περισσότερα νοσοκομεία λαμβάνει τις πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές που αναλογούν στη μία οργανική θέση, προσαυξημένες κατά το 1/5. Εκτιμάται ότι η συγκεκριμένη ρύθμιση επέφερε εξοικονόμηση κόστους όσον αφορά τις αμοιβές των διοικητών.

3.9.2. Διοίκηση μετά τη δημιουργία των ενιαίων ΝΠΔΔ

Περαιτέρω και αφού πλέον είχε ψηφιστεί ο νόμος 4052/2012 ορίστηκε ότι κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. - ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ έχει Διοικητή (επί της ουσίας κοινός Διοικητής για τα συνενωμένα νοσοκομεία), οι αρμοδιότητες του οποίου ρυθμίζονταν από τις διατάξεις των άρθρων 7 και επ. του ν. 3329/2005 (Α'81). Επιπλέον δόθηκε η δυνατότητα κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. 400 κλινών και άνω, όπως και κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. που εντάχθηκε στο ενιαίο Ν.Π.Δ.Δ. να έχει Αναπληρωτή Διοικητή οι αρμοδιότητες του οποίου επίσης ρυθμίζονταν από τις διατάξεις των άρθρων 7 και επ. του ν. 3329/2005 (Α' 81).

Όσον αφορά τα προσόντα των Διοικητών και των Αναπληρωτών Διοικητών, αυτοί έπρεπε να είναι πτυχιούχοι ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ ή αντιστοίχου αναγνωρισμένου τίτλου του εξωτερικού και επίσης λαμβάνονταν υπόψη μεταπτυχιακοί τίτλοι, με έμφαση τη διοίκηση, τα οικονομικά, την πληροφορική μονάδων υγείας, η εμπειρία διοίκησης, με έμφαση στις μονάδες υγείας, καθώς και η γενικότερη κοινωνική και επαγγελματική αναγνώριση.

Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συστήνει Επιτροπή αποτελούμενη από τον αρμόδιο για το Ε.Σ.Υ.ΚΑ Γενικό Γραμματέα ΥΥΚΑ, τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., έναν καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή της ΕΣΔΥ ή ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ με συναφές αντικείμενο, έναν αντιπρόεδρο του ΑΣΕΠ και ένα υψηλόβαθμο στέλεχος του ιδιωτικού τομέα, με αντικείμενο μη συναφές με τις μονάδες υγείας. Κατόπιν προσκλήσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για εκδήλωση ενδιαφέροντος, η ως άνω Επιτροπή συντάσσει κατάλογο αξιολόγησης των υποψηφίων και εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος και διορίζει τους Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές.

Η θητεία των ανωτέρω προβλεπόταν να είναι τριετής, στην αρχή της οποίας υπογράφουν σύμβαση αποδοτικότητας με βάση τα προβλεπόμενα στο ν. 2889/2001. Ετήσιες εκθέσεις προόδου υποβάλλονται στην ανωτέρω Επιτροπή από τη Διοίκηση των ΥΠε. Η Επιτροπή αξιολογεί ετησίως και δύναται να εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την αυτοδίκαιη και χωρίς αποζημίωση διακοπή της θητείας Διοικητή ή αναπληρωτή Διοικητή με βάση την τεκμηρίωση και την αποδοχή της ως άνω έκθεσης προόδου ή και άλλα στοιχεία. Στην απόφαση διακοπής, λήξης θητείας ή παύσης Διοικητή ή αναπληρωτή Διοικητή νοσοκομείου χωρίς αποζημίωση μπορεί να ενσωματώνεται και η απόφαση διορισμού του αντικαταστάτη τους.

Επίσης προβλεπόταν η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία θα καθοριζόταν και κάθε άλλο σχετικό θέμα σχετικά με τις αρμοδιότητες των ως άνω Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών.

Σημειώνεται ωστόσο ότι με νεώτερη νομοθεσία η συγκεκριμένη διαδικασία έχει μεταφερθεί στο ΑΣΕΠ και πλέον δεν συστήνεται επιτροπή ούτε υποβάλλονται σχετικές εκθέσεις προόδου.

Έδρα των ανωτέρω Ν.Π.Δ.Δ. είναι το μεγαλύτερο σε οργανική δύναμη κλινών νοσοκομείο.

Τα ενιαία Ν.Π.Δ.Δ. διοικούνται από εννεαμελές Δ.Σ. που αποτελείται από:

- α) τον Διοικητή, ο οποίος ορίζεται ως Πρόεδρος του Συμβουλίου,
- β) έναν Αναπληρωτή Διοικητή, ο οποίος ορίζεται ως αντιπρόεδρος του Συμβουλίου και είναι, κατά προτίμηση, ο αναπληρωτής Διοικητής του μεγαλύτερου σε κλίνες νοσοκομείου,
- γ) δύο μέλη που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους, κατά προτίμηση το ένα με εμπειρία σε οικονομικά της υγείας, διοίκηση νοσοκομείων, πληροφορική και το άλλο στα λοιπά επαγγέλματα υγείας,
- δ) δεύτερο αναπληρωτή Διοικητή στις περιπτώσεις που το ως άνω Ν.Π.Δ.Δ. περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο νοσοκομεία, ενώ στα Ν.Π.Δ.Δ. που δεν υπάρχει αναπληρωτής Διοικητής, ένα μέλος που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- ε) έναν εκπρόσωπο των ιατρών που υπηρετεί στα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία, ο οποίος εκλέγεται από τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και τους ιατρούς μέλη ΔΕΠ που υπηρετούν στα νοσοκομεία,
- στ) έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών, προσωπικού του νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του από το λοιπό, πλην των ιατρών, προσωπικό των νοσοκομείων,
- ζ) τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του μεγαλύτερου σε οργανική δύναμη κλινών Νοσοκομείου,

η) τον Προϊστάμενο της Διοικητικής – Οικονομικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του μεγαλύτερου σε οργανική δύναμη κλινών Νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία τα οποία προέρχονται από δωρεές ως μέλη υπό στοιχεία β΄ ή και ε΄ διορίζεται ένα ή και δύο μέλη ως εκπρόσωπος του δωρητή ή των κληρονόμων του.

Η συγκρότηση του ως άνω Δ.Σ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι αρμοδιότητές του είναι όσες αναφέρονται στο άρθρο 7 του ν. 3329/2005 (Α΄ 81). Προβλεπόταν επίσης ότι με υπουργική απόφαση μπορεί να καθορίζεται και κάθε είδους θέμα που αφορά τη Διοίκηση και την εν γένει λειτουργία των ως άνω Ν.Π.Δ.Δ..

Το νέο καθεστώς διοίκησης των ενιαίων πλέον ΝΠΔΔ άρχισε να λειτουργεί από 1.1.2013

3.10. Περιφερειακή συγκρότηση ΕΣΥ

Με τον ν.4052/2012 προβλέφθηκε επίσης η περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η σχετική διάταξη βρίσκεται στο άρθρο 1 του νόμου όπου επί της ουσίας επρόκειτο για μια ανασυγκρότηση σε περιφερειακό επίπεδο δεδομένου ότι τροποποιήθηκε διάταξη του 2005. Συγκεκριμένα με τη διάταξη αυτή η Επικράτεια διαιρέθηκε σε επτά (7) Υγειονομικές Περιφέρειες Τα γεωγραφικά όρια αυτών των Υγειονομικών Περιφερειών ταυτίζονταν πλέον με τα όρια των επτά (7) Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας. Ωστόσο η πρόβλεψη αυτή του νόμου έως σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί και παρατείνεται συνεχώς το προηγούμενο καθεστώς με νεώτερες διατάξεις.

3.11 Μεταφορά Κέντρων Υγείας από τα νοσοκομεία στις Υ.ΠΕ.

Με τον νόμο 4238/2014 και συγκεκριμένα με το άρθρο 2 ορίστηκε ότι τα Κέντρα Υγείας της χώρας μαζί με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους, οι οποίες ήταν τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν στην οργανωτική δομή των

οικείων Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών. Με την αλλαγή αυτή, ενώ τα κέντρα υγείας αποτελούσαν αρχικά αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, πλέον μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών.

Ταυτόχρονα, μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν στην οργανωτική δομή των οικείων Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών, αποτελώντας πλέον αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους, τα Ειδικά Κέντρα Υγείας και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία τα οποία έχουν συσταθεί ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Τέλος, μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν στην οργανωτική δομή των οικείων Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών, αποτελώντας πλέον αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους:

α) τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα οποία είχαν συσταθεί ως αποκεντρωμένες μονάδες Νοσοκομείων του ΕΣΥ και

β) οι αποκεντρωμένες μονάδες (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) οι οποίες έχουν συσταθεί ως αποκεντρωμένες μονάδες των Γενικών Νοσοκομείων - Κέντρων Υγείας.

Στον νόμο προβλεπόταν η έκδοση υπουργικών αποφάσεων με τις οποίες θα ρυθμίζονταν οι λεπτομέρειες της μεταφοράς των κέντρων υγείας από τα νοσοκομεία στις διοικητικές υγειονομικές περιφέρειες.

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, γενικός σκοπός της μεταρρυθμιστικής παρέμβασης που επιχειρήθηκε ήταν η δημιουργία ενός καθολικού και ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το οποίο θα τελούσε υπό τη Διοίκηση των Υγειονομικών Περιφερειών με στόχο την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Η λογική δηλαδή του νόμου ήταν να διαχωρίσει τα κέντρα υγείας από τα νοσοκομεία προκειμένου να αυτονομήσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να τη διακρίνει από τη δευτεροβάθμια φροντίδα

υγεία (νοσοκομεία). Έτσι τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να εστιάσουν στο κύριο αντικείμενο τους που είναι η δευτεροβάθμια φροντίδα και να μην εμπλέκονται σε τμήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας (μέσω της διοίκησης των κέντρων υγείας). Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αλλαγή αυτή δεν αφορούσε τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που παρέμειναν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων.

Να σημειώσουμε ότι οι αλλαγές αυτές προέκυψαν μετά από εισήγηση τριών (3) επιστημονικών επιτροπών που συγκροτήθηκαν με σκοπό την εξέταση της πορείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της υποβολής προτάσεων.

3.12 Σύστημα παραπομπών από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Την περίοδο 2010-2020 έγιναν πολλές προσπάθειες για τη δημιουργία ενός Πρωτοβάθμιου Συστήματος Φροντίδας Υγείας. Σημαντικός είναι ο νόμος 4238/2014 για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας καθώς και ο νόμος 4461/2017 για τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (TOMY). Ανεξάρτητα ωστόσο από τον βαθμό επιτυχίας αυτών των προσπαθειών όσον αφορά την καθιέρωση ενός συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, είναι σαφές ότι το οποιοδήποτε σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας απαιτεί και τη δημιουργία ενός συστήματος παραπομπών μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (νοσοκομεία) και γενικότερα μια διασύνδεση μεταξύ ΠΦΥ και νοσοκομείων. Επίσης αυτή η προσπάθεια συνδέεται και με τη δημιουργία ενός ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς προκειμένου να είναι εκεί καταχωρισμένες όλες οι εξετάσεις του ασθενούς και να διευκολύνεται η παραπομπή από την ΠΦΥ στα νοσοκομεία. Γενικά, η αντιμετώπιση του ζητήματος της διασύνδεσης μεταξύ ΠΦΥ και νοσοκομείων φαίνεται να περνάει μέσα από τη θεσμοθέτηση του οικογενειακού (ή προσωπικού) ιατρού ο οποίος θα κληθεί να λειτουργήσει ως συντονιστής, αλλά και ως φύλακας όλων των άλλων υγειονομικών υπηρεσιών, όπως είναι οι υπηρεσίες του ειδικού εντός και εκτός νοσοκομείου, η συνταγογραφία φαρμάκων και οι διαγνωστικές εξετάσεις. Στόχος είναι η παραπομπή στο νοσοκομείο (εισαγωγή ή εξωτερικά ιατρεία) καθώς και σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων (σε κέντρα υγείας ή πολυκλινικές) να γίνεται μόνον μέσω του οικογενειακού ιατρού τους ΕΣΥ (εκτός από ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά) (Abel-Smith et al, 1994). Στην Ελλάδα ο οικογενειακός ιατρός

καθιερώνεται με τον ν. 4238/2014 ο οποίος τροποποιήθηκε με τις διατάξεις του ν.4486/2017. Σκοπός της θεσμοθέτησης του οικογενειακού ιατρού ήταν να παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας και επιπρόσθετα – και πολύ σημαντικό – να λειτουργήσει ως πύλη εισόδου (gatekeeping) για τα νοσοκομεία της χώρας. Θα πρέπει να σημειωθεί το ζήτημα της παραπομπής στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (νοσοκομεία) παραμένει ανοιχτό έως και σήμερα και μάλιστα αποτελεί και αντικείμενο πρόσφατης νομοθετικής πρωτοβουλίας.

3.13 Συστήματα διασφάλισης ποιότητας στα νοσοκομεία

Από τη δεκαετία του '90 είχαν αρχίσει να αναπτύσσονται συστήματα διασφάλισης ποιότητας και ελέγχου των ιατρικών πράξεων. Σε πολλά νοσοκομεία εισάχθηκαν προγράμματα της αποκαλούμενης διαχείρισης ολικής ποιότητας (ΔΟΠ). Τα περισσότερα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας καλύπτουν:

- τις κλινικές προδιαγραφές: νοσηρότητα, ποσοστά αναμολύνσεων, ποσοστά αναπαραπομπών διάρκεια νοσηλείας κ.λπ.,
- τα συστήματα ασθενών: υποδοχή, χρόνος αναμονής, ιατρικά αρχεία, μεταφορά, ενημέρωση κ.λπ.,
- την επαγγελματική εκπαίδευση και τα επαγγελματικά προσόντα: αναλογία εκπαιδευόμενου προσωπικού, επιμόρφωση, εξωτερική διαπίστευση κ.λπ.,
- τα συστήματα διοίκησης και διεύθυνσης προσωπικού: πολιτικές στελέχωσης και επιλογής, μηχανισμοί αξιολόγησης, συνδικαλιστική συμμετοχή κ.λπ..

Γενικά, απαιτούνται σαφείς οργανωτικές ρυθμίσεις, οι οποίες θα καταλογίζουν συγκεκριμένες ευθύνες με βάση την αποδοτικότητα, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας (Abel-Smith et al, 1994).

Με τον ν.2889/2001 ξεκίνησε μια προσπάθεια για την εστίαση στην ποιότητα στα νοσοκομεία. Συγκεκριμένα στο άρθρο 6 παρ. 6 του νόμου ορίστηκε ότι σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 200 κλινών, δύναται να προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Ελέγχου Ποιότητας και Έρευνας και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που θα υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του νοσοκομείου. Η προσπάθεια αυτή συνεχίστηκε

και με επόμενους νόμους. Την περίοδο 2010-2020 πολύ σημαντικός για το συγκεκριμένο ζήτημα ήταν ο νόμος 3868/2010. Με τον ν. 3868/2010 ορίστηκε ότι στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω συνιστάται άμισθη Επιτροπή Ποιότητας, υπό την Προεδρία του Διοικητή ή του Αναπληρωτή Διοικητή, με τη συμμετοχή των Διευθυντών των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, οι οποίοι θα αναπληρώνονταν από τους νόμιμους αναπληρωτές τους. Στις αρμοδιότητες της περιλαμβάνονταν ο συντονισμός των αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που ιδρύθηκαν με την παράγραφο 6 του άρθρου 6 του ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α), η καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, η δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης, καθώς και ο έλεγχος της εφαρμογής τους, σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου. Σε εφαρμογή αυτής της διάταξης, ορίστηκαν Υπεύθυνοι και Αναπληρωτές Υπεύθυνοι Ποιότητας ανά τομέα δράσεων (Λοιμώξεις, Περιορισμός της Ανθεκτικότητας των Μικροβίων, Εργαστήρια, Πλύσιμο των Χεριών, Διοικητικές - Οικονομικές Υπηρεσίες, Διατροφή, Εγκαταστάσεις, Καθαριότητα) οι οποίοι συντάσσουν αναφορές προς την επιτροπή σχετικά με τις δράσεις τους. Τέλος οι επιτροπές αυτές είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη ενός συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και για τον προσδιορισμό σχετικής στοχοθεσίας.

3.14 Λοιπές παρατηρήσεις

Στο σημείο αυτό θα γίνουν κάποια συμπληρωματικά σχόλια σχετικά με τη οργανωτική ανασυγκρότηση του ΕΣΥ την ίδια περίοδο. Καταρχάς όσον αφορά την οργάνωση της διοίκησης του συστήματος θα πρέπει να σημειώσουμε ότι ενώ τα νοσοκομεία υπάγονταν στην εποπτεία των υγειονομικών περιφερειών, παρ' όλα αυτά η αιρετή περιφερειακή αρχή (13 διοικητικές περιφέρειες) είχαν δυνατότητες παρέμβασης στο σύστημα κυρίως λόγω του γεγονότος ότι ήταν υπεύθυνες για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων μέσω των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του ΕΣΠΑ.

Επίσης, την περίοδο, προωθήθηκε η συνεργασία μεταξύ των νοσοκομείων. Συγκεκριμένα με τη διάταξη του άρθρ.18 του ν.4213/2013, επιτράπηκε η συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που ανήκουν στην ίδια Υ.ΠΕ., στον επιστημονικό και

εκπαιδευτικό τομέα, καθώς και στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και υποστηρικτικών υπηρεσιών. Για την έναρξη της συνεργασίας απαιτούνταν απόφαση του Υπουργού Υγείας, η οποία θα εκδιδόταν ύστερα από σχετικές αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας επιτράπηκε και η μετακίνηση προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού) από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, εντός των ορίων της ίδιας Υ.ΠΕ., ανάλογα με τις προκύπτουσες ανάγκες και για την κάλυψη των εκάστοτε λειτουργικών αναγκών των νοσοκομείων. Αργότερα, το 2020 με τον ν.4692 (άρθρ.105) δόθηκε η δυνατότητα και των πανεπιστημιακών νοσοκομείων να έχουν παρόμοια μορφή συνεργασίας με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

Τέλος, πολύ σημαντική αλλαγή ήταν αυτή που αφορούσε τις υπηρεσίες αποκατάστασης. Συγκεκριμένα με το άρθρο 10 του ν.4025/2011 ορίστηκε ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης θα ενισχύονταν με την ένταξη των Κέντρων Αποθεραπείας - Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επί της ουσίας τα κέντρα αυτά υπάχθηκαν στα νοσοκομεία. Με την ένταξή τους στα νοσοκομεία επιτεύχθηκε η παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης στον πάσχοντα πολίτη ώστε να κατευθύνει τη διαδικασία ανάρρωσής του, να ενισχύσει τις λειτουργικές ικανότητες του, να υποκαταστήσει τις χαμένες λειτουργίες του και με τη βοήθεια της κατάλληλης υποστηρικτικής τεχνολογίας, να προάγει τη λειτουργική αυτονομία και να συνδράμει στην οικογενειακή και επαγγελματική επανένταξη του πολίτη με αναπηρία παρεμβαίνοντας κατάλληλα στη διαμόρφωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου αυτή η ενέργεια θα οδηγούσε τόσο σε μείωση του κόστους λειτουργίας για το εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας όσο και σε αύξηση εσόδων για το ΕΣΥ, με την επίτευξη πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία και σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Τα ασφαλιστικά ταμεία κατέβαλλαν ετησίως για αποκατάσταση το ποσό των 52.000.000 ευρώ. Τα Κέντρα Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης διέθεταν αρτιότητα και σύγχρονο θεραπευτικό εξοπλισμό, ο οποίος ωστόσο παρέμενε ανεκμετάλλευτος. Παρά τον εξαιρετικό εξοπλισμό και εγκαταστάσεις που διέθεταν, λόγω της έλλειψης του ιατρικού προσωπικού, αδυνατούσαν να αξιοποιήσουν όλες τις δυνατότητες αποκατάστασης και αποθεραπείας. Η ένταξη στα νοσοκομεία είχε στόχο να διευκολύνει την αξιοποίηση αυτών των κέντρων.

Κεφάλαιο 4ο: Προοπτικές οργανωτικής ανασυγκρότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ μετά το 2020.

4.1. Μελέτη ΔιαΝΕΟσις 2020

Το ερώτημα που γεννάται τώρα είναι τι μέλλει γενέσθαι σχετικά με την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Μια από τις πιο πρόσφατες μελέτες σχετικά την ανασυγκρότηση του ΕΣΥ είναι αυτή που εκπονήθηκε από τη συγγραφική ομάδα της ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ (Γιάννης Τούντας, Γιάννης Κυριόπουλος - ΔιαΝΕΟσις, 2020). Η μελέτη προτείνει μια σειρά από μεταρρυθμίσεις στον νοσοκομειακό τομέα. Καταρχάς, θεωρείται πολύ σημαντικό να αλλάξει η νομική μορφή των νοσοκομείων και από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου να μετατραπούν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Σύμφωνα με τη μελέτη, και υπό την προϋπόθεση ότι θα διασφαλιστούν τα πλήρη δικαιώματα των υφιστάμενων εργαζομένων, θα προκύψουν μια σειρά από πλεονεκτήματα σχετικά με τη λειτουργία των νοσοκομείων. Επίσης, η αλλαγή της νομικής μορφής θα προσελκύσει στελέχη από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα που θα είναι εγνωσμένης αξίας. Επίσης, η αλλαγή της νομικής μορφής θα οδηγήσει τα νοσοκομεία να οργανώσουν σύγχρονα συστήματα οικονομικής και διοικητικής πληροφόρησης. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την προετοιμασία σύγχρονων οικονομικών καταστάσεων και αναφορών (κατάσταση οικονομικής θέσης, κατάσταση συνολικού εισοδήματος κ.α.) και θα βελτιώσουν την κοστολόγηση και την παραγωγικότητα των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, η νέα νομική μορφή των κρατικών νοσοκομείων θα δώσει τη δυνατότητα να υπερβούν τις αγκυλώσεις του ενιαίου μισθολογίου του δημοσίου και να θεσπίσουν κίνητρα αποδοτικότητας. Μία άλλη πρόταση της μελέτης είναι οι γιατροί να αναλάβουν την ευθύνη του κλινικού προϋπολογισμού προκειμένου να έχουν και διοικητικές αρμοδιότητες αλλά και για να αναλάβουν το κόστος που επισύρουν οι αποφάσεις τους. Αυτό που προτείνει η μελέτη είναι ο επικεφαλής της ιατρικής υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου να είναι συνυπεύθυνος για το κλινικό έργο του νοσοκομείου και να διαχειρίζεται τον κλινικό προϋπολογισμό. Οι λοιποί δε διευθυντές-ιατροί να συμμετέχουν ουσιαστικά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την κλινική ή το εργαστήριό τους.¹

¹ Ας σημειωθεί ότι με τον ν.2889/2001 (άρθρ.7) προβλεπόταν ότι οι διευθυντές τομέων και τμημάτων πρότειναν και παρακολουθούσαν την εκτέλεση των αντίστοιχων προϋπολογισμών.

4.2. Σκέψεις επί της μελέτης της ΔιαΝΕΟσις

Οι προτάσεις που περιέχονται σε αυτήν τη μελέτη είναι πολύ χρήσιμες και αρκετές από αυτές θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για από μελλοντικές δημόσιες πολιτικές για την υγεία. Εδώ θα κάνουμε κάποιες επισημάνσεις και μία κριτική αποτίμηση αυτών των προτάσεων. Καταρχάς θα πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω κατά πόσο η αλλαγή της νομικής μορφής των νοσοκομείων θα έχει πράγματι τις ευεργετικές επιδράσεις που αναφέρει η μελέτη. Η επιλογή της νομικής μορφής του ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα δεν είναι ξεκάθαρο αν πράγματι θα λειτουργήσει θετικά στη λειτουργία των νοσοκομείων. Αυτή η νομική μορφή είναι μία «υβριδική» μορφή που νομικού προσώπου που συνδυάζει στοιχεία τόσο δημόσιου όσο και ιδιωτικού χαρακτήρα. Ωστόσο υπάρχει ο κίνδυνος αντί να προκύψει ένα μόρφωμα που θα συνδυάζει τα θετικά των δημοσίων νομικών προσώπων και των ιδιωτικών νομικών προσώπων (π.χ. προσφορά στο κοινωνικό σύνολο, ανταγωνιστική λειτουργία και υψηλή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα), να δημιουργήσει έναν τύπο νομικού προσώπου που να συνδυάζει τα αρνητικά τόσο των δημοσίων όσο και των ιδιωτικών νομικών προσώπων. Συγκεκριμένα, ο μη κερδοσκοπικός χαρακτήρας των συγκεκριμένων ΝΠΙΔ δεν σημαίνει ότι αυτά νομικά πρόσωπα δεν θα βγάζουν κέρδη. Σημαίνει απλά ότι δεν μπορούν διανέμουν τα κέρδη τους υπό τη μορφή των μερισμάτων. Ωστόσο, αν και φυσικά το να έχουν τα νοσοκομεία ελλειμματικούς απολογισμούς είναι απευκαταίο διότι επιβαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό, είναι αμφίβολο αν δικαιοπολιτικά επιβάλλεται να έχουν πλεονασματικούς απολογισμούς. Ο λόγος είναι ότι σε έναν τόσο ευαίσθητο τομέα όπως είναι η υγεία, δεν γίνεται να χρεώνονται υψηλές αμοιβές (νοσήλεια) για την παροχή υπηρεσιών διότι αυτό θα δημιουργήσει τεράστιες ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών ειδικά σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Ιδανικά, τα νοσοκομεία θα πρέπει να έχουν ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς/απολογισμός υπό την έννοια ότι ό,τι λαμβάνουν από ασθενείς-πολίτες επιστρέφεται άμεσα σε αυτούς. Επίσης, αυτό που θα πρέπει να διευκρινιστεί σε μία μελλοντική μελέτη είναι το ιδιοκτησιακό καθεστώς των νοσοκομείων-ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα: θα είναι αμιγώς δημόσιο ή προτείνεται και συμμετοχή ιδιωτών; Το συγκεκριμένο σημείο δεν διευκρινίζεται στη συγκεκριμένη μελέτη.

Επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η τάση στη αναπτυξιακή νομοθεσία είναι η μείωση των ασφαλιστικών εισφορών, κυρίως των εργοδοτών αλλά και των εργαζομένων, προκειμένου δημιουργηθούν κίνητρα τόσο για τις επενδύσεις όσο και για

τη μισθωτή εργασία. Ωστόσο η συγκεκριμένη τάση, αν και όντως δημιουργεί επενδυτικά κινήτρα, ταυτόχρονα οδηγεί σε ελλειμματικούς απολογισμούς στα ασφαλιστικά ταμεία πλέον, τα οποία δεν θα έχουν τη δυνατότητα να καταβάλλουν υψηλά νοσήλια στα νοσοκομεία-ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Σημειώνεται ότι με βάση τις προβλέψεις του νόμου του 1992 το νοσήλιο αυξήθηκε πάνω από 300% και ενώ συνέχισε να μην καλύπτει το πραγματικό κόστος νοσηλείας, δημιούργησε οικονομικά προβλήματα στους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων τα οποία άρχισαν για πρώτη φορά να εμφανίζουν ελλείμματα (Δερβένης Χρήστος, Πολύζος Νίκος 1995).

Η μελέτη επίσης προτείνει τη νέα νομική μορφή ως ένα τρόπο να υπερβούν τις αγκυλώσεις του ενιαίου μισθολογίου ωστόσο θα ήταν χρήσιμο να δοθούν κάποιες επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο χρηματοδότησης των κινήτρων οικονομικής και κλινικής αποδοτικότητας. Επίσης δεν είναι ξεκάθαρο γιατί η νέα νομική μορφή είναι απαραίτητη για παροχή ανταγωνιστικών αμοιβών στους ιατρούς. Παρόμοια κίνητρα έχουν χορηγηθεί σε άλλες κατηγορίες μόνιμων δημοσίων υπαλλήλων – χαρακτηριστικό παράδειγμα οι ελεγκτές της Ανώτατης Αρχής Δημοσίων Εσόδων όπου με μία πολύ πρόσφατη νομοθετική αλλαγή θεσπίστηκαν εξαιρετικά ανταγωνιστικά κίνητρα παραγωγικότητας – χωρίς να απαιτηθεί η αλλαγή νομικής προσωπικότητας του φορέα στον οποίον απασχολούνταν.

Επιπλέον θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η τάση θα είναι η μείωση των ασθενών στα νοσοκομεία στο βαθμό που θα αναπτύσσεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Δεδομένου ότι πολλές δαπάνες των νοσοκομείων είναι ανελαστικές (δηλαδή στοιχεία του σταθερού κόστους των νοσοκομείων και όχι του μεταβλητού κόστους) θα πρέπει να υπάρξει είτε αντίστοιχη αύξηση του νοσηλίου (για να αντισταθμιστεί η μείωση της ποσότητας των ασθενών και να μείνει τουλάχιστον σταθερό το έσοδο) είτε αναδιάρθρωση των νοσοκομείων (μέσω π.χ. συγχωνεύσεων) προκειμένου να μειωθεί το κόστος λειτουργίας τους.

Όσον αφορά την νομική μορφή των ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα θα πρέπει επίσης να επισημανθεί ότι τα συγκεκριμένα νομικά πρόσωπα έχουν επίσης πολύ γενικούς κανόνες εταιρικής διακυβέρνησης και λογοδοσίας. Για παράδειγμα, ενώ στην περίπτωση των ανωνύμων εταιρειών υπάρχει ένα σαφές νομικό πλαίσιο εταιρικής διακυβέρνησης (ν.4706/2020, ν.4548/2018) και στη περίπτωση των ΝΠΙΔ το πολύ αυστηρό πλαίσιο των κανόνων του Δημοσίου, στην περίπτωση των σωματείων, ιδρυμάτων, αστικών εταιρειών και λοιπών ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα το αντίστοιχο νομικό πλαίσιο είναι πολύ πιο χαλαρό και οι σχετικές διατάξεις αφήνουν πολλά κενά σε αρκετά ζητήματα με αποτέλεσμα να αποτελεί ερώτημα το κατά πόσο αυτή η νομική μορφή είναι πρόσφορη για οργανισμούς όπως τα νοσοκομεία που διαχειρίζονται σημαντικούς πόρους και κεφάλαια.

Είναι χαρακτηριστικό ότι και η ίδια η έκθεση σημειώνει ότι υπήρξε μέλος της Ομάδας συγγραφής που θεώρησε ότι τα νοσοκομεία θα πρέπει να παραμείνουν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου χωρίς αυτό να εμποδίζει τις λοιπές προβλέψεις της έκθεσης, όπως την αλλαγή του τρόπου χρηματοδότησης του ΕΣΥ (όπως αυτός αναλύεται στη συγκεκριμένη έκθεση) και τις νέες μορφές οργάνωσης του νοσοκομειακού τομέα.

Μία από τις πολύ ενδιαφέρουσες προτάσεις της έκθεσης είναι η πρόταση για τη δημιουργία «Συμπλεγμάτων» και «Δικτύων» Νοσοκομείων εντός των Υγειονομικών Περιφερειών (οι οποίες προηγουμένως θα έχουν συγκροτηθεί ως ΝΠΙΔ). Η έκθεση παραπέμπει στους Smith & Goddard οι οποίοι αναφέρουν ότι το Σύμπλεγμα Νοσοκομείων (hospital trust) και το Δίκτυο Νοσοκομείων (hospital network) αποτελούν δομές συνεργαζόμενων μονάδων υγείας (νοσοκομείων) τα οποία παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Συγκεκριμένα, «Σύμπλεγμα Νοσοκομείων» αποτελούν πολλά νοσοκομεία με ενιαίο νομικό καθεστώς και διοίκηση, "Δίκτυο Νοσοκομείων" αποτελούν συνεργαζόμενα νοσοκομεία με κοινό management και "Ανοιχτά Νοσοκομεία" είναι τα νοσοκομεία με ευελιξία για εποχιακές και έκτακτες προσλήψεις προσωπικού και δυνατότητες συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα. Στόχος της δημιουργίας αυτών των δομών είναι η ανάπτυξη συνεργιών μεταξύ των νοσοκομείων σε όλα τα επίπεδα

(ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό) καθώς και η καλύτερη αξιοποίηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Επί της ουσίας η πρόταση αυτή σημειώνει τα πλεονεκτήματα της συνεργασίας και των συνεργιών μεταξύ των νοσοκομείων και υποδηλώνει ότι η έως τώρα προσπάθεια για τη διασύνδεση των νοσοκομείων έχει παραμείνει ημιτελής.

Κεφάλαιο 5ο: Συμπεράσματα

5.1. Γενικά

Το ερώτημα τώρα είναι αν οι μεταρρυθμίσεις αυτές στην οργάνωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2020 οδήγησαν σε ουσιαστικές αλλαγές στη λειτουργία τους. Φαίνεται ότι παρ' όλες αυτές τις μεταρρυθμίσεις πολλές παθογένειες των νοσοκομείων παραμένουν ακόμη. Η αποδοτικότητα των μικρών και μεσαίων νοσοκομείων κυμαίνεται περίπου στο 50%-70% ενώ μόνο τα μεγαλύτερα νοσοκομεία έχουν ικανοποιητική αποδοτικότητα. Η χωροταξική τους κατανομή συνεχίζει να μην είναι ορθολογική και ακόμα και τώρα το κριτήριο ίδρυσής τους είναι η εξυπηρέτηση τοπικών συμφερόντων. Η μεγαλύτερη διαφορά συνεχίζει να παρατηρείται στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν τα νοσοκομεία στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη σε σχέση με αυτά που λειτουργούν στην επαρχία. Αυτός είναι και ο λόγος που συνεχίζουν να παρατηρούνται μεγάλες διαπεριφερειακές μετακινήσεις αφού, μεταξύ άλλων, δεν είναι πολλά τα νοσοκομεία που βρίσκονται εκτός Αθήνας ή Θεσσαλονίκης τα οποία να μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Πυργάκης Βλάσης, 2020).

5.2. Στατιστικά στοιχεία για τις αλλαγές 2010-2020 με βάση τα Δελτία Τύπου της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας

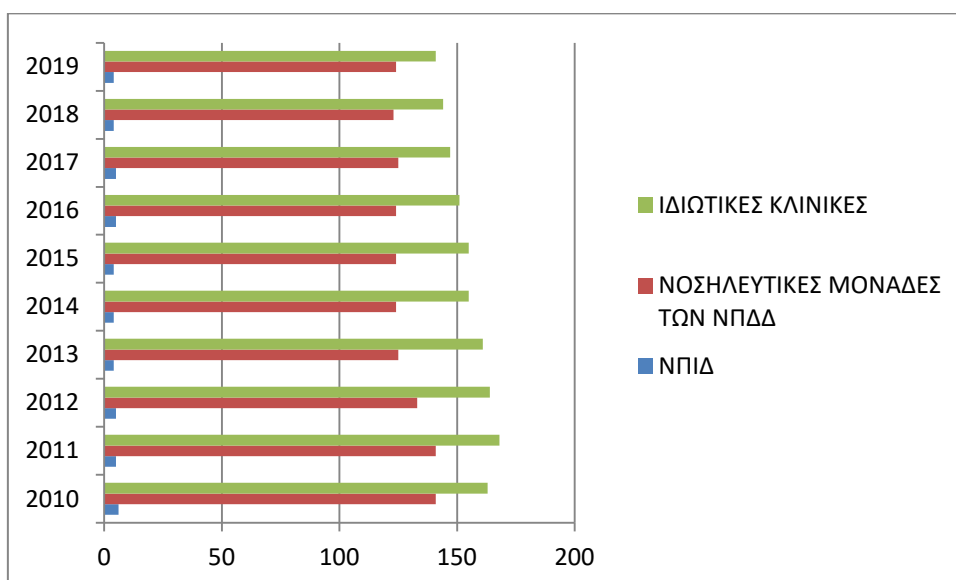
Παρακάτω θα παραθέσουμε κάποια στατιστικά στοιχεία όπως προκύπτουν από το μητρώα και τα δελτία τύπου της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας σχετικά με την πορεία των αριθμών των θεραπευτηρίων (σημ.: νοσοκομείων) και των κλινών τους κατά τη διάρκεια των ετών 2010-2019.

Πίνακας 5 - Θεραπευτήρια ανά νομικό καθεστώς και ειδικότητα για τα έτη 2010-2019

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ						
ΕΤΗ	ΝΠΙΔ	ΜΟΝΑΔΕΣ	ΤΩΝ	ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΓΕΝΙΚΑ	ΕΙΔΙΚΑ	ΜΙΚΤΑ

ΝΠΙΔΔ							
2010	6	141	163	310	187	109	14
2011	5	141	168	314	190	111	13
2012	5	133	164	302	187	106	9
2013	4	125	161	290	178	103	9
2014	4	124	155	283	176	101	6
2015	4	124	155	283	172	103	8
2016	5	124	151	280	173	96	11
2017	5	125	147	277	174	92	11
2018	4	123	144	271	171	86	14
2019	4	124	141	269	170	86	13

Σχήμα 1 - Θεραπευτήρια ανά νομικό καθεστώς και ειδικότητα για τα έτη 2010-2019



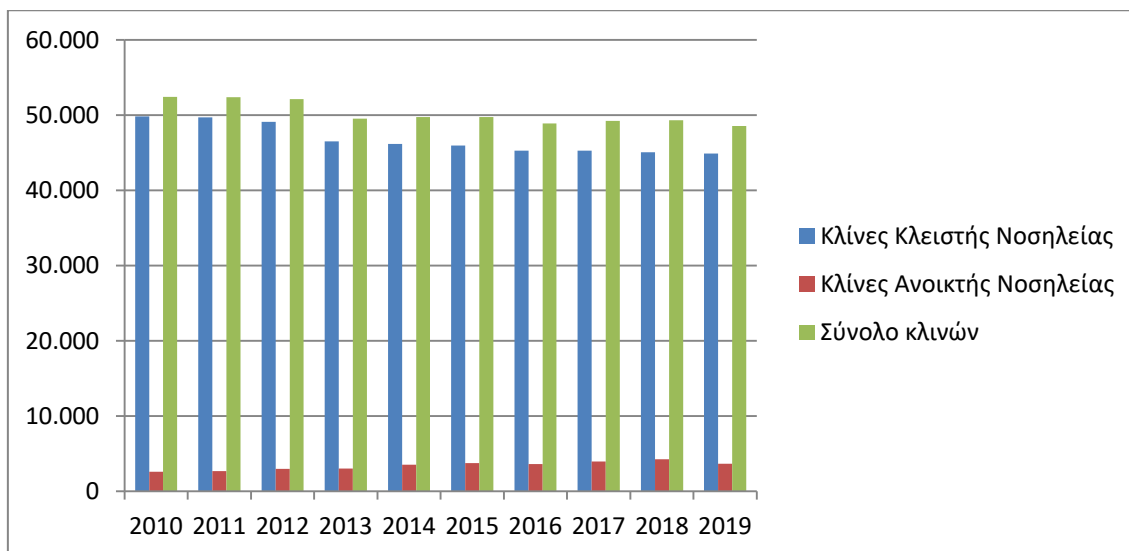
Ο αριθμός των Θεραπευτηρίων από το 2011 και εφεξής βαίνει μειούμενος με ποσοστά μείωσης 3,8% κατά τη σύγκριση των ετών 2012 προς 2011, 4% κατά τη σύγκριση των ετών 2013 προς 2012 και 2,4% κατά την σύγκριση των 2014 προς 2013, κυρίως λόγω της κατάργησης των θεραπευτηρίων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (νόμος 3918/2011) που προορίζονταν για κλειστή νοσηλεία, της ένταξης των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων στα Δημόσια Νοσοκομεία της ίδιας περιφερειακής ενότητας στα οποία λειτουργούν πλέον ως ψυχιατρικοί τομείς και λόγω της παύσης λειτουργίας ορισμένων ιδιωτικών κλινικών που συνεχίζεται ως το 2014. Σο 2015 ο αριθμός των θεραπευτηρίων δεν παρουσίασε συνολική μεταβολή συγκρινόμενος με το 2014. Επίσης, όσον αφορά τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, κατά το έτος 2015 σταμάτησαν τη λειτουργία τους τέσσερις μονάδες,

έκαναν έναρξη λειτουργίας τρεις μονάδες και μια μονάδα λειτούργησε εκ νέου μετά από ένα έτος διακοπής της λειτουργίας της. Ο αριθμός των θεραπευτηρίων την τελευταία τετραετία 2016-2019 μειώθηκε κατά 3,9%.

Πίνακας 6 - Κλίνες Θεραπευτηρίων για τα έτη 2010-2019

Έτος	Κλίνες Νοσηλείας	Κλειστής	Κλίνες Νοσηλείας	Ανοικτής	Σύνολο κλινών
2010	49.828		2.578		52.406
2011	49.692		2.674		52.366
2012	49.100		2.993		52.093
2013	46.510		3.022		49.532
2014	46.160		3.548		49.708
2015	45.945		3.764		49.709
2016	45.273		3.614		48.887
2017	45.267		3.957		49.224
2018	45.053		4.253		49.306
2019	44.868		3.674		48.542

Σχήμα 2 - Κλίνες Θεραπευτηρίων για τα έτη 2010-2019



Όσον αφορά τις κλίνες θεραπευτηρίων, οι αναπτυγμένες κλίνες κλειστής νοσηλείας μειώνονται ανά έτος, ενώ οι ανοικτής νοσηλείας (κλίνες ημέρας) αυξάνονται. Σημειώνεται ότι η Δύναμη κλινών διακρίνεται σε Οργανική Δύναμη (σύμφωνα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου ή την άδεια λειτουργίας της κλινικής) και στις

Αναπτυγμένες Κλίνες που είναι αυτές που διατίθενται για νοσηλεία. Οι κλίνες διακρίνονται σε Κλειστής και Ημερήσιας Νοσηλείας. Τα αριθμητικά δεδομένα αναφέρονται στις Αναπτυγμένες Κλίνες ωστόσο μπορούν να βγουν αναλογικά συμπεράσματα και για τις οργανικές κλίνες. Σημειώνεται ότι με βάση την πρώτη απόφαση διασύνδεσης των νοσοκομείων (Αριθμ. Υ4α/ΟΙΚ84627/ΦΕΚ 1681/ Β' /28-7-2011), Σκοπός της διασύνδεσης ήταν ο συνολικός αριθμός των οργανικών κλινών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ να διαμορφωθεί σε 36.035 κλίνες (από 46.783), με αντίστοιχες τροποποιήσεις των οργανισμών τους που θα εκδοθούν σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις (ΚΥΑ) έως 31.12.2011. Στόχος λοιπόν ήταν μία μείωση των οργανικών κλινών κατά περίπου 22,97%. Ύστερα από δέκα χρόνια εφαρμογής των μέτρων η μείωση των αναπτυγμένων κλινών (και θεωρούμε ότι η μείωση στις οργανικές ήταν αναλογικά η ίδια) ανήλθε σε 7,37%. Βεβαίως να σημειώσουμε ότι μείωση στις αναπτυγμένες κλίνες είναι πάντα πιο δύσκολη από ότι στις οργανικές δεδομένου ότι οι πραγματικές ανάγκες (εφόσον το περιβάλλον και οι παράγοντες παραμένουν ίδιοι) παραμένουν γενικά αμετάβλητες. Σημειώνεται ότι στα δεδομένα δεν περιλαμβάνονται τα Στρατιωτικά Θεραπευτήρια και οι κλίνες τους.

Την τετραετία 2016-2019 παρατηρήθηκε μείωση του αριθμού του Ιατρικού Προσωπικού, που απασχολείται υπό το καθεστώς μόνιμης εργασίας ή πλήρους ωραρίου στα θεραπευτήρια στο σύνολο της Χώρας, κατά 2,1% (Πίνακας 3). Αντιθέτως στο Νοσηλευτικό Προσωπικό (νοσηλευτές, νοσοκόμοι, μαίες) παρατηρήθηκε κατά την τετραετία 2016-2019 αύξηση κατά 3,7%, στο Παραϊατρικό Προσωπικό (τεχνολόγοι εργαστηρίων και βοηθοί εργαστηρίων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι, χειριστές-εμφανιστές, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) αύξηση κατά 6,7% και στο Βοηθητικό Νοσηλευτικό Προσωπικό των θεραπευτηρίων (βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς, άλλες βοηθητικές ειδικότητες) αύξηση κατά 1,5%.

Πίνακας 7 - Προσωπικό θεραπευτηρίων ανά ειδικότητα για τα έτη 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Νοσηλευτικό Προσωπικό	37.720	38.400	38.952	39.101

Ιατροί	23.44 6	23.555	23.354	22.944
Βοηθητικό Νοσηλευτικό Προσωπικό	5.810	5.775	6.044	5.895
Παραιατρικό Προσωπικό	7.250	7.452	7.752	7.736

Την τετραετία 2012-2015 παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό του Ιατρικού Προσωπικού που απασχολήθηκε στα θεραπευτήρια στο σύνολο της χώρας. Αντίστοιχη μείωση παρατηρήθηκε και στο Νοσηλευτικό προσωπικό και στο Βοηθητικό Νοσηλευτικό προσωπικό των Θεραπευτηρίων (βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς, άλλες βοηθητικές ειδικότητες).

Πίνακας 8 - Προσωπικό θεραπευτηρίων ανά ειδικότητα για τα έτη 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Νοσηλευτικό Προσωπικό	39.55 9	38.782	37.842	37.320
Ιατροί	27.00 0	25.161	24.577	23.669
Βοηθητικό Νοσηλευτικό Προσωπικό	7.023	6.463	6.389	5.988

5.3. Τελικά συμπεράσματα

Στόχος της οργανωτικής ανασυγκρότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ την περίοδο 2010-2020 ήταν ο ενιαίος σχεδιασμός όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό θα οδηγούσε τόσο στην αποτελεσματική πρόσβαση του πολίτη – ασθενή σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, όσο και στην εξασφάλιση των απαιτούμενων οικονομιών κλίμακας. Καθοδηγητική αρχή σε όλες αυτές τις μεταρρυθμίσεις ήταν ο εξορθολογισμός του συστήματος υγείας.

Το αποτέλεσμα της αναδιοργάνωσης αυτής υπήρχε η προσδοκία ότι θα οδηγήσει σε καλύτερη οργάνωση και εξορθολογισμό των διοικητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων του ΕΣΥ, ενώ την ίδια στιγμή διαμορφώθηκε το πλαίσιο για μια καλύτερη κατανομή του προσωπικού, χωρίς να χαθούν οι πραγματικές θέσεις εργασίας.

Γενικά η φιλοσοφία της επιδιωκόμενης ανασυγκρότησης ήταν η ακόλουθη:

Πρώτα θα εντάσσονταν τα νοσοκομεία που βρίσκονταν εκτός ΕΣΥ στο ΕΣΥ. Κλασικό παράδειγμα αποτελούσαν τα νοσοκομεία του ΙΚΑ τα οποία ήταν και τα πρώτα που εντάχθηκαν στο ΕΣΥ. Επί της ουσίας ορίστηκε ενιαία εποπτεία σε όλα τα νοσοκομεία. Το επόμενο βήματα είχαν να κάνουν με τις διασυνδέσεις των νοσοκομείων. Μία σειρά από νοσοκομεία διασυνδέθηκαν με την έννοια ότι απέκτησαν ενιαία διοίκηση (διοικητικό συμβούλιο και διοικητή). Στόχος ήταν να δημιουργηθεί ένα Νομικά Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) σε κάθε νομό και όλες οι μονάδες υγείας στον νομό να οργανωθούν με βάση αυτό το ένα ΝΠΔΔ, δηλαδή επί της ουσίας να θεωρηθούν παραρτήματά του. Αυτό θα οδηγούσε σε αναμορφώσεις Οργανισμών Νοσοκομείων και τελικά σε έναν οργανισμό ανά ΝΠΔΔ. Στον ενιαίο Οργανισμό καθενός από τα 83 κύρια νοσοκομεία θα προβλέπονταν ενιαίες προμήθειες, ενιαία οργάνωση του προσωπικού, ενιαίο λογιστήριο, ενιαία μισθοδοσία και γενικότερα ενιαίες υποστηρικτικές δομές. Επίσης, οι ιατρικές και νοσηλευτικές δομές του κάθε παραρτήματος θα λειτουργούσαν συμπληρωματικά σε επίπεδο νομού (π.χ. στη μία πόλη του νομού θα βρίσκονταν οι ΜΕΘ του ΝΠΔΔ και σε μία διπλανή πόλη θα ήταν η παθολογική κλινική).

Διαμορφώθηκε έτσι ο νέος χάρτης του, που οδήγησε σε 83 νοσοκομεία από τα 131 (83 κύρια και 48 διασυνδεδεμένα), περιλαμβάνοντας επιπρόσθετα και τα πέντε (5)

νοσοκομεία του ΙΚΑ, πλέον των δύο (2) νοσοκομείων ειδικής φύσεως (Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Ωνάσειο Κ.Κ.).

Ωστόσο τα τελευταία βήματα αυτής της διαδικασίας ανασυγκρότησης τελικά δεν ολοκληρώθηκαν. Οι λόγοι για αυτό ήταν συγκεκριμένοι. Καταρχάς θα έπρεπε να είχε δημιουργηθεί ο χάρτης υγείας. Ο χάρτης υγείας είναι ένας πολύτιμο εργαλείο το οποίο περιλαμβάνει διάφορες πληροφορίες δημόσιας υγείας. Ο Υγειονομικός Χάρτης είναι ένα σύστημα ομοιογενούς καταγραφής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων, που παρέχει χωροταξικά κατανεμημένη, έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας, καθώς και την τεκμηριωμένη πρόβλεψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Ο Υγειονομικός Χάρτης θα εξασφαλίζει τη συστηματική και ομοιογενή συλλογή πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων σχετικά με την υγεία και πρόνοια, την ενιαία επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων, καθώς και τον προσδιορισμό συγκεκριμένου αριθμού δεικτών που αφορούν την κατανομή, χρήση και επάρκεια των πόρων υγείας, την χρήση των υπηρεσιών και την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού (Ερευνητική ομάδα IOBE, 2011). Επί της ουσίας αποτελεί μία πλήρη ανάλυση των δημογραφικών, επιδημιολογικών, υγειονομικών και άλλων σχετικών δεδομένων του πληθυσμού της χώρας. Με βάση αυτόν μπορεί να γίνει εντοπισμός των κρίσιμων παραγόντων που επηρεάζουν το νοσολογικό προφίλ του πληθυσμού και να προκύψουν οι υγειονομικές ανάγκες αυτού. Αυτό σημαίνει ότι τα νοσοκομεία θα πρέπει να κατανεμηθούν γεωγραφικά ανάλογα με το τι προβλέπει αυτός ο χάρτης. Δεδομένης της απουσίας αυτού ήταν εξαιρετικά δύσκολο να γίνει ορθολογική κατανομή των υγειονομικών μονάδων και τελικά επικράτησαν πελατειακές και τοπικιστικές λογικές. Ένα δεύτερο στοιχείο έχει να κάνει με το θεσμικό πλαίσιο που υπήρχε. Τόσο ο νόμος του ΕΣΥ (ν.1397/1983) όσο και το προεδρικό διάταγμα για την οργάνωση των νοσοκομείων (ΠΔ 87/1986) είναι νομοθεσία της δεκαετίας του '80 και σε αρκετά σημεία τους έχουν ξεπεραστεί από τις εξελίξεις του 21^{ου} αιώνα. Το γεγονός αυτό δεν διευκόλυνε την ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Επιπρόσθετα υπήρχε και απουσία διαβούλευσης με τους τοπικούς φορείς. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το κλίμα της περιόδου 2010-2020 που ήταν ένα κλίμα αντίδρασης στα μνημόνια, είχε ως αποτέλεσμα να θεωρηθούν οι μεταρρυθμίσεις ως προάγγελος περικοπών στην υγεία.

Σχετικά με αυτή καθαυτή τη διασύνδεση των νοσοκομείων, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτή δεν συνοδεύτηκε από μία γενναία αποκέντρωση αρμοδιοτήτων από το Υπουργείο Υγείας προς τις Υγειονομικές Περιφέρειες και τα Νοσοκομεία. Το σύστημα υγείας σε πολλά ζητήματα όπως είναι το προσωπικό εξακολουθεί να παραμένει συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό με αποτέλεσμα πλήθος θεμάτων να συνεχίζουν να παραπέμπονται στο Υπουργείο Υγείας. Για παράδειγμα, η συνταξιοδότηση των ιατρών του ΕΣΥ συνεχίζει να διεκπεραιώνεται τυπικά από το Υπουργείο (ενώ αυτό δεν ισχύει για το λοιπό προσωπικό). Ο διορισμός των ειδικευόμενων ιατρών επίσης διεκπεραιώνεται μέσω του Υπουργείου Υγείας. Είναι σαφές ότι η αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων παραμένει ένα στοίχημα για μελλοντικές μεταρρυθμίσεις που πρέπει να αναδιαμορφώσουν το ρόλο του Υπουργείου Υγείας σε επιτελικό.

Θα πρέπει επιπλέον να σημειωθεί ότι η Οργανωτική Ανασυγκρότηση των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) 2010-2020 καθοδηγήθηκε ουσιαστικά και ως επί το πλείστον – για να μην πούμε αποκλειστικά – με βάση κριτήρια και λογικές περιστολής κόστους στα πλαίσια των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας. Ωστόσο είναι προφανές ότι σε έναν τόσο ευαίσθητο τομέα της δημόσιας πολιτικής οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται με βάση κυρίως δείκτες υγείας όπως βρεφική θνησιμότητα, νεογνική θνησιμότητα, ο αδρός δείκτης ολικής θνησιμότητας, οι ειδικοί σταθμισμένοι δείκτες θνησιμότητας κ.α. και δευτερευόντως με αμιγώς οικονομικούς δείκτες. Εδώ είναι φανερή η απουσία του υγειονομικού χάρτη ο οποίος θα έδινε πληροφορίες για την υγειονομική και επιδημιολογική κατάσταση του πληθυσμού.

Όλες αυτές οι προσπάθειες, οι αλλαγές που εν τέλει υλοποιήθηκαν μερικώς (π.χ. διασύνδεση), αλλά σε καμία περίπτωση δεν λειτούργησε αποτελεσματικά ο μηχανισμός (κεντρική υπηρεσία Υπουργείου Υγείας και ΥΠΕ) που σχεδίασαν και υλοποίησαν αυτές τις αλλαγές ώστε να έχουμε ανάλυση των αποτελεσμάτων που επέφεραν στο σύστημα και την αξιολόγηση αυτών και τυχόν διορθωτικές κινήσεις που έπρεπε να ακολουθήσουν. Έτσι σήμερα δεν είναι γνωστό τα οικονομικά αποτελέσματα των αλλαγών αυτών (δηλαδή αν επιτεύχθηκαν χαμηλότερες, αν μειώθηκαν λειτουργικά κόστη κλπ). Επίσης τι επίπτωση είχαν αυτές οι αλλαγές στη μείωση των διαπεριφερειακών ροών. Επιπρόσθετα ποιες μονάδες λειτούργησαν και αξιοποίησαν

καλύτερα τον εξοπλισμό τους, αν έγιναν ανακατανομές προσωπικού που προέβλεπε ο νόμος καθώς και αν βελτιώθηκαν τα πληροφοριακά συστήματα.

Παρ' όλες τις επιμέρους αστοχίες της ανασυγκρότησης, θα πρέπει να σημειωθεί αυτή ήταν ένα τολμηρό πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση του εξορθολογισμού του συστήματος Εθνικού Συστήματος Υγείας και ειδικά του τομέα που αφορά τη λειτουργία της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα στατιστικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι τουλάχιστον εν μέρει οι στόχοι της οργανωτικής ανασυγκρότησης των νοσοκομείων επετεύχθησαν. Επιπλέον δημιουργήθηκε μία κουλτούρα συνεχούς αλλαγής και βελτίωσης η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί στο μέλλον για επιπρόσθετες μεταρρυθμίσεις. Η αξιοποίηση μελετών – όπως της ΔιαΝΕΟσις – για περαιτέρω τολμηρές αλλαγές αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη βελτίωση τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και για την αριστοποίηση της λειτουργίας των νοσοκομείων. Η αρχή έχει γίνει και η γνώση υπάρχει. Δεν μένει παρά να υπάρξει η πολιτική βούληση και η απαραίτητη κοινωνική συναίνεση για να ολοκληρωθούν οι μεταρρυθμίσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Δαρδαβέσης Θεόδωρος Ι. (2008), Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981), Ιατρικό Βήμα

Δερβένης Χρήστος, Πολύζος Νίκος (1995), Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Δερβένης Χρήστος, Πολύζος Νίκος (1995), Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Ερευνητική Ομάδα ΙΟΒΕ, ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011

Ζηλίδης Χρήστος (2005) Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής ς Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000-4, Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce

Κυριόπουλος Γιάννης, Καρέλα Αγάπη (2011), Από την υγειονομική σχολή Αθηνών στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Εκδόσεις Καστανιώτη

Λιάκος Αντώνης (2019), Ο Ελληνικός 20^{ος} αιώνας, Εκδόσεις ΠΟΛΙΣ

Μόσιαλος Ηλίας, Υγεία 6 εφικτές αναγκαίες βελτιώσεις, άρθρο σε εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, 30 Νοεμβρίου 2013.

Πολύζος Νίκος (1994), Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Πυργάκης Βλάσης Ν., Αποψη: Μερικές αλήθειες για τα δημόσια νοσοκομεία, Άρθρο σε ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 18.9.2020.

Συγγραφική Ομάδα, Επιμέλεια Συγγραφής Πολύζος Νίκος, Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και Μονάδων του ΕΣΥ 2011, εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ, Αθήνα, 2012

Τούντας Γιάννης, Γιάννης Κυριακόπουλος et al (2020), Το Νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα, ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ

Abel-Smith B., Calltorp J. et al, (1994) Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, ΦΑΡΜΕΤΡΙΚΑ, Αθήνα, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων

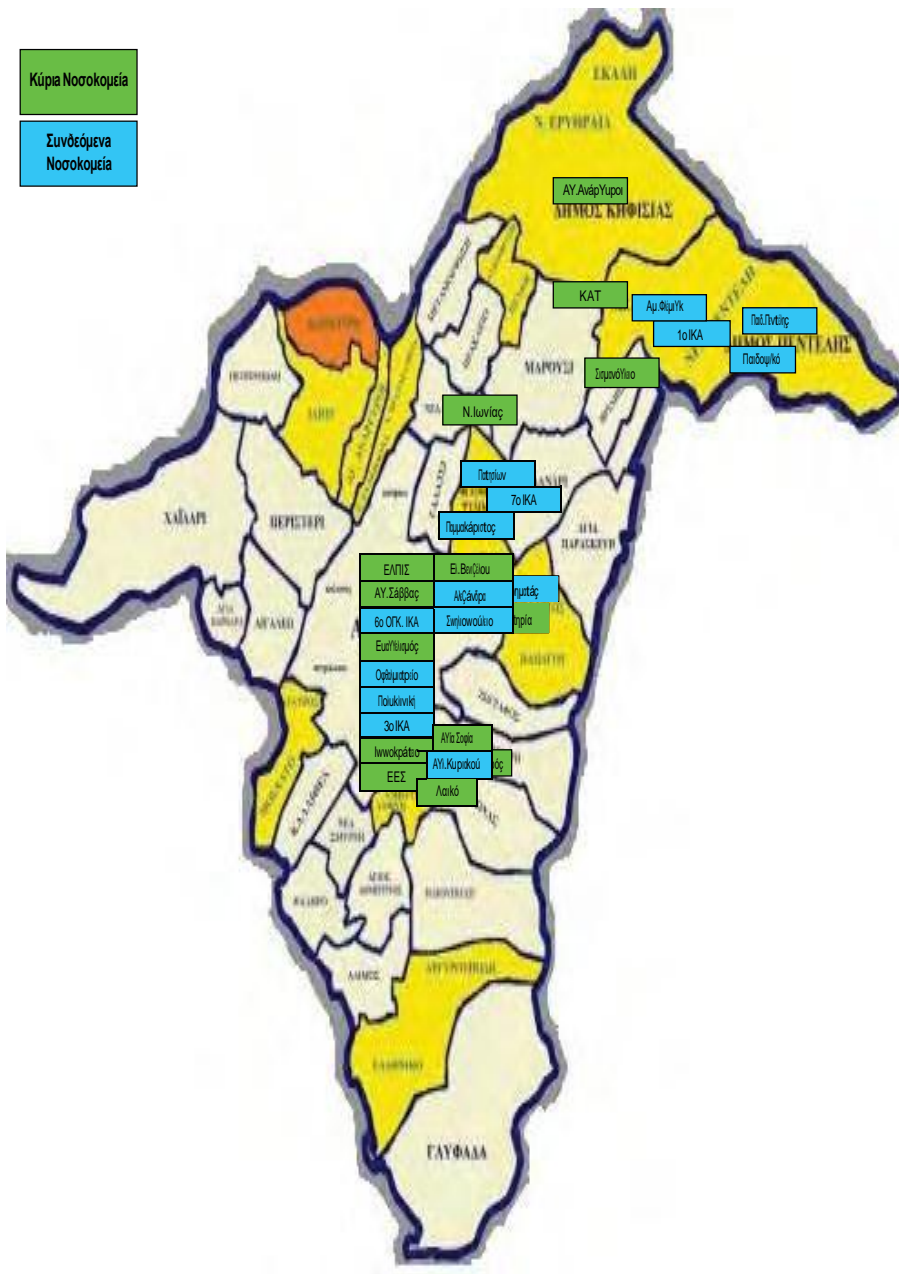
Charalampos Economou et al.(2014), The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece, World Health Organization

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δελτίο Τύπου Απογραφή Θεραπευτηρίων 2014, Πειραιάς 26/10/2016

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δελτίο Τύπου Απογραφή Θεραπευτηρίων 2015, Πειραιάς 26/05/2017

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, Δελτίο Τύπου Απογραφή Θεραπευτηρίων 2019, Πειραιάς 17/03/2021

<https://www.oecd-ilibrary.org>



Γράφημα 1 Κύρια και διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του ΕΣΥ (εκτός της 1ηςΔΥΠε)

Γράφημα 2 Κύρια και διασυνδεδεμένα νοσοκομεία του ΕΣΥ 1ηςΔΥΠε

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΓΚΑ 2011



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης

Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Σ.Δ.Δ.Α.)
Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάυρος
τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr