



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ  
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.  
ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Επιβλέπων:**

**ΚΟΥΦΑΚΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ**

**Σπουδάστρια:**

**ΚΑΡΑΤΖΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ - 2018**

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΕ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ**

**ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.  
ΜΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ**

**Επιβλέπων:**

**Κουφάκης Αντώνιος**

**Σπουδάστρια:**

**Καρατζά Ευαγγελία**

**Αθήνα – 2018**

ΕΣΔΔΑ, Καρατζά Ευαγγελία, ©, 2018 - Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Δήλωση

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

Αθήνα, 12/12/2018

Υπογραφή

Καρατζά Ευαγγελία

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στη σύγκριση των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας και της Μεγάλης Βρετανίας (κυρίως Αγγλίας), μέσα από την παρουσίαση της διάρθρωσής τους. Τα νοσοκομεία αποτελούν βασικό στοιχείο του ευρύτερου συστήματος υγείας της κάθε χώρας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας συνδυάζει στοιχεία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και του εθνικού συστήματος υγείας. Όσον αφορά τη δομή, παρά τη δημιουργία των Υγειονομικών Περιφερειών, το 2001, το σύστημα παραμένει ακόμα αρκετά συγκεντρωτικό και έντονα ρυθμιζόμενο από το Υπουργείο Υγείας.

Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), εποπτεύονται από τις υγειονομικές περιφέρειες και χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η οργάνωσή τους ακολουθεί το κάθετο ιεραρχικό μοντέλο, με επικεφαλής τον Διοικητή, ως πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. Ωστόσο, οι αρμοδιότητές του περιορίζονται σημαντικά από το συγκεντρωτικό χαρακτήρα του συστήματος υγείας.

Το βρετανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σημείο της χρήσης. Όσον αφορά την οργάνωσή του, το Υπουργείο Υγείας είναι το κεντρικό κυβερνητικό όργανο το οποίο χαράσσει τη στρατηγική και εποπτεύει το σύστημα υγείας .

Η δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από δημόσια νοσοκομεία, τα οποία διακρίνονται σε απλά νοσοκομεία (trusts) και νοσοκομεία υψηλής απόδοσης (foundation trusts). Τα νοσοκομεία που λειτουργούν ως foundation trusts αποτελούν μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας και λειτουργούν ως επιχειρήσεις δημόσιας ωφέλειας. Απολαμβάνουν δε διαχειριστική και οικονομική ανεξαρτησία. Η δομή τους ακολουθεί το πρότυπο των εταιρειών. Η λειτουργία τους χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας και από το στοιχείο της λογοδοσίας προς αυτήν.

Μέσα από την παρουσίαση αυτή, στόχος είναι να αναδειχθούν οι αδυναμίες των ελληνικών νοσοκομείων και να παρουσιαστεί ένα νέο εναλλακτικό πρότυπο.

**Λέξεις Κλειδιά:** Εθνικό Σύστημα Υγείας, νοσοκομείο, δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη, σύστημα υγείας, κάθετο ιεραρχικό μοντέλο, εταιρική διακυβέρνηση

## **ABSTRACT**

This thesis focuses on the comparison of NHS hospitals between Greece and United Kingdom (NHS England), through the presentation of their structure. Hospitals are key components of each country's health system.

In Greece, health system comprises elements from both the national health service type and the social health insurance type. Concerning its structure, despite the establishment of national health authorities in 2001, the health system remains highly centralized and extensively regulated by the Ministry of Health.

Public hospitals are public law entities, supervised by the Regional Health Authorities and funded by the government. Their organization is based on the vertical hierarchal structure. They are governed by a Board of Directors chaired by the Chief Executive Officer. However, the latter has limited powers because of the centralized model of health care system as a whole.

In Great Britain, health system is mostly funded by taxes and it is free at the point of access. Concerning its structure, the Department of Health is the central government body which provides strategic direction and acts as steward for the health system.

Most of NHS secondary or tertiary care is provided by state-owned hospitals, called trusts or foundation trusts. Foundation trusts are units of NHS England and they are established as independent, not for profit public benefit corporations, which mean that they have some managerial and financial independence. Their structure is based on corporate governance. Their operation is characterized by public involvement and local accountability.

This presentation aims to highlight the weaknesses of the Greek secondary/tertiary care and to offer a new alternative model of hospital care.

**Key words:** National Health System, hospitals – trusts – foundation trusts, secondary-health system, vertical and hierarchical structure – corporate governance

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με αφορμή την περάτωση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα μου, κύριο Αντώνιο Κουφάκη, Αναπληρωτή Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», για την καθοδήγηση και την υποστήριξη καθ'όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Γεωργία Χαρδαβέλλα, γιατρό του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία», για την καταλυτική συμβολή της σε αυτήν την προσπάθεια, μέσω της παροχής πληροφοριών ως προς το αγγλικό Νοσοκομείο King's College Hospital Foundation Trust, στο οποίο είχε εργαστεί.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ .....	8
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ .....	15
2.1. Συστήματα Υγείας	15
2.2. Φροντίδα Υγείας - Ιατρική Περίθαλψη - Νοσοκομειακή Περίθαλψη	16
3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ.....	17
3.1 Ελληνικό Σύστημα Υγείας	18
3.2 Βρετανικό Σύστημα Υγείας	25
3.3. Συμπεράσματα	30
4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑ .....	31
4.1 Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα	31
4.2 Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Αγγλία	36
4.3. Συμπεράσματα	39
5. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ .....	40
5.1 Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»	40
5.2 King’s College Hospital Foundation Trust	47
5.3. Συμπεράσματα	53
7. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ: ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΩΝ .....	53
6.1 Ελληνικό Νοσοκομείο: Γ.Ν.Ν.Θ. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	54
6.2 Αγγλικό νοσοκομείο: King’s College Hospital Foundation Trust	58
6.3 Συμπεράσματα	61
7. ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΣΗΣ**

<b>Σχήμα 1:</b>	Η οργάνωση του συστήματος υγείας της Αγγλίας	σελ. 29
<b>Σχήμα 2:</b>	Η δομή των ελληνικών νοσοκομείων	σελ. 35
<b>Σχήμα 3:</b>	Η διοίκηση των αγγλικών νοσοκομείων	σελ. 38



**ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

ΓΝΝΘ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»
ΔΕΠ	Διδακτικό Ερευνητικό Προσωπικό
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚΑΑ	Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας
ΚΕΚ	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΔΕ	Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων
ΠΕΣΥ	Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπικές Ομάδες Υγείας

ΤοΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΠΥΥΚΑ	Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
AAC	Advisory Appointments Committee
BMA	British Medical Association
CCGs	Clinical Commissioning Groups
CQC	Care Quality Commission
DGH	District General Hospital
DH	Denmark Hill
DHA	District Health Authorities
DRG	Diagnosis-related group
Ft (ft)	Foundation Trust
GP	General Practitioner
HRG	Healthcare Resource Group
KCH	King's College Hospital
KCHft	King's College Hospital Foundation Trust
NHS	National Health System
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
P4P	Pay for performance
PbR	Payment by results

PCG	Primary Care groups
PCT	Primary Care Trusts
PRUH	Princess Royal University Hospital
RHA	Regional Health Authorities
SHA	Strategic Health Authorities
WHO	World Health Organization



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό. Ζητήματα σχετικά με την υγεία απασχολούν τόσο τον άνθρωπο στην καθημερινότητά του, όσο και την επιστημονική κοινότητα, στην προσπάθειά της να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων.

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί, ανάλογα με το ιστορικό και γεωγραφικό πλαίσιο. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους όμως θεωρούνταν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Σουρτζή, 1998). Ένας από τους σημαντικότερους και πληρέστερους ορισμούς διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) στο Καταστατικό (1946), σύμφωνα με τον οποίο, υγεία είναι *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*.

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας αποτελεί στόχο των περισσότερων κρατών. Ωστόσο, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Παρά το γεγονός ότι σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ (European Commission, 2017) το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα συνεχίζει να είναι υψηλό (81,5 έτη) και η αποτρεπτή θνησιμότητα σημείωσε πτώση τα τελευταία χρόνια, οι προκλήσεις τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσει το ελληνικό κράτος στον τομέα της υγείας είναι πολλές. Συνεπεία της κρίσης, η δημόσια δαπάνη για την υγεία μειώθηκε από το 6,6% στο 5% του Α.Ε.Π. από το 2010 έως το 2015, αντιστοίχως. Το 2015 το 59% των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτούνται από το δημόσιο ενώ οι άμεσες πληρωμές συνιστούσαν πάνω από το ένα τρίτο (35%) των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσοστό υπερδιπλάσιο του μέσου όρου (15%) στην ΕΕ και το τέταρτο υψηλότερο μεταξύ των κρατών μελών. Στη Μεγάλη Βρετανία, το 80% της χρηματοδότησης προερχόταν από δημόσιους πόρους, δηλαδή περίπου το 18,4% των συνολικών κρατικών δαπανών, ενώ οι άμεσες πληρωμές, ιδίως με τη μορφή των άτυπων πληρωμών είναι σχεδόν ανύπαρκτες.

Επιπροσθέτως, οι δαπάνες του ελληνικού κράτους προς τα νοσοκομεία αγγίζουν περίπου το 42% της συνολικής δαπάνης για την υγεία (το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ). Αντιθέτως, στη Μεγάλη Βρετανία, οι δαπάνες προς τα

νοσοκομεία αποτελούν το 28% της συνολικής δαπάνης για την υγεία, αφού δίδεται μεγάλη σημασία στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Τα ποσοστά αυτά δίνουν μια γενικότερη εικόνα του ελληνικού συστήματος υγείας και των προκλήσεων που καλείται να αντιμετωπίσει. Η παρούσα εργασία εστιάζει κυρίως στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως «νοσοκομειοκεντρικό». Ωστόσο, οι υψηλές δαπάνες προς τα νοσοκομεία δεν οφείλονται μόνο στο γεγονός ότι αποτελούν τον μοναδικό, σχεδόν, προμηθευτή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας αλλά και στο γεγονός ότι το κόστος λειτουργίας τους είναι αρκετά υψηλό, ενώ οι υπηρεσίες τους δεν χαρακτηρίζονται από ανάλογες προδιαγραφές ποιότητας. Συνεπώς, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο τρόπος λειτουργίας τους δεν είναι ιδιαίτερα αποδοτικός. Στη Μεγάλη Βρετανία οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα τα τελευταία χρόνια στο σύστημα υγείας και ιδιαιτέρως στη δευτεροβάθμια περίθαλψη στόχευαν κυρίως στην αύξηση της αποδοτικότητας και στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.

Κατόπιν όλων των ανωτέρω, η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να αναδείξει τις διαφορές ανάμεσα στον τρόπο λειτουργίας των δύο συστημάτων εστιάζοντας στη νοσοκομειακή περίθαλψη, μέσα από την περιγραφή δύο συγκεκριμένων νοσοκομείων, του Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» και του Kings College Hospital Foundation Trust, τα οποία είναι αντιπροσωπευτικά των δύο αυτών συστημάτων.

Συνεπώς, η εργασία διαρθρώνεται ως εξής: Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζονται ορισμένες βασικές έννοιες, όπως αυτή του συστήματος υγείας και της ιατρικής περίθαλψης. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα συστήματα υγείας της Ελλάδας και της Μεγάλης Βρετανίας, διότι αποτελούν το πλαίσιο μέσα από το οποίο λειτουργούν τα νοσοκομεία. Το υπο-σύστημα του νοσοκομείου επηρεάζει και επηρεάζεται από το σύστημα υγείας και τον τρόπο λειτουργίας του. Η επόμενη ενότητα επικεντρώνεται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία αποτελεί και το βασικό θέμα της παρούσας εργασίας. Στο πλαίσιο της ενότητας αυτής παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων στις δύο χώρες. Στη συνέχεια, ακολουθεί η περιγραφή δύο συγκεκριμένων νοσοκομείων, αντιπροσωπευτικών των δύο συστημάτων υγείας. Η περιγραφή επικεντρώνεται στη δομή και τη διοίκηση των δύο νοσοκομείων. Εφόσον, έχει παρουσιαστεί η εσωτερική πτυχή των δομών αυτών, στην αμέσως επόμενη και τελευταία ενότητα επιχειρείται η περιγραφή μιας βασικής διαδικασίας της πρόσληψης

ιατρικού προσωπικού, προκειμένου να αναδειχθεί η σχέση των νοσοκομείων με το εξωτερικό τους περιβάλλον και κυρίως με την κεντρική διοίκηση.

Η μεθοδολογία της συγκεκριμένης εργασίας βασίστηκε στη δευτερογενή έρευνα, η οποία στηρίζεται στη συλλογή θεωρητικών στοιχείων από εξειδικευμένη βιβλιογραφία, αρθρογραφία, ιστοσελίδες και εξειδικευμένες βάσεις δεδομένων. Επιπλέον, η άντληση πληροφοριών σχετικών με τα νοσοκομεία Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» και "King's College Foundation Hospital" βασίζεται σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν με στελέχη των δύο φορέων.

## **2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

### **2.1. Συστήματα Υγείας**

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. , το σύστημα υγείας ορίζεται ως *«οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας»* (WHO, 2000, Λιαρόπουλος, 2007). Σύμφωνα με άλλον ορισμό, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού (Καλογεροπούλου και Μπουρδουκούτα, 2007). Επίσης, το σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί και ως το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων (Θεοδώρου, κ.α.,2001).

Σύμφωνα με τον Χ. Μπουρσανίδη, ένα σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα:

- Σύστημα Παραγωγής και Διανομής
- Σύστημα Διεύθυνσης Συντονισμού
- Σύστημα Χρηματοδότησης (Μπουρσανίδης, 2017)

Επομένως, το σύστημα υγείας μπορεί να περιγραφεί και ως ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται.

Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές συστημάτων υγείας: το ιδιωτικό, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Τούντας, 2003).

Το ιδιωτικό σύστημα (ή φιλελεύθερο σύστημα ή σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης) λειτουργεί κατά κανόνα με βάση τις δυνάμεις της αγοράς, ήτοι την προσφορά και τη ζήτηση και στηρίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση. Ο ρόλος του κράτους είναι εξαιρετικά περιορισμένος και η παρέμβασή του εστιάζεται στο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε εκείνους που δεν μπορούν να τις αγοράσουν καθώς και στο να διαμορφώσει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς. Το σύστημα αυτό βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών. Οι παροχές υγείας απευθύνονται σε εκείνους που μπορούν να καταβάλλουν την τιμή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του συστήματος αποτελούν οι Η.Π.Α..

Στον αντίποδα του πρώτου συστήματος βρίσκεται το κρατικό σύστημα υγείας (ή εθνικό σύστημα υγείας ή σύστημα τύπου Beveridge), το οποίο έχει ως κεντρική ιδέα την καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτό αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν πρόσβαση όλων των πολιτών στις παροχές υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Βασικός εκπρόσωπος του συστήματος αυτού είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (ή σύστημα Bismarck) βασίζεται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ταμείων. Η κεντρική ιδέα είναι ότι οι ανάγκες του πληθυσμού καλύπτονται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης. Επομένως, η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Η ασφαλιστική κάλυψη είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες. Η παρέμβαση του κράτους είναι έντονη προκειμένου να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Η Γερμανία θέσπισε το πρώτο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και μαζί με τη Γαλλία αποτελούν τους βασικούς εκπροσώπους του συστήματος αυτού.

## **2.2. Φροντίδα Υγείας - Ιατρική Περίθαλψη - Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

Τα συστήματα υγείας, όπως αναπτύχθηκαν παραπάνω καλούνται να καλύψουν ένα φάσμα αναγκών υγείας, όπως η πρόληψη, η περίθαλψη, η αποκατάσταση και η



μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Εστιάζοντας στην περίθαλψη, ο όρος αυτός αναφέρεται σε υπηρεσίες που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν ήδη εκδηλώσει συμπτώματα υποκειμενικά ή αντικειμενικά ενός προβλήματος υγείας. Ο όρος αυτός δεν ταυτίζεται με τον όρο «φροντίδα υγείας», ο οποίος αναφέρεται σε υπηρεσίες οι οποίες προσφέρονται σε υγιή άτομα (Καριώτης, 1992).

Κατά τον Γ. Κυριόπουλο (2017) η ιατρική περίθαλψη συνιστά ένα μείγμα ανταλλάξιμων και κατά συνέπεια εμπορεύσιμων αγαθών, υπηρεσιών και τεχνολογιών που αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης στις υγειονομικές αγορές. Η περίθαλψη μπορεί να διακριθεί σε εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη συνδέεται μόνο με την έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η νοσοκομειακή περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, οι οποίες παρέχονται από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και έχουν ως στόχο τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών καθώς και την άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο για διάγνωση και θεραπεία και περιλαμβάνει όλες τις διεργασίες που λαμβάνουν χώρα εντός αυτού, όπως τη νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει, όπως και στην περίπτωση της δευτεροβάθμιας την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο για διάγνωση και θεραπεία και ορίζεται ως η περίθαλψη που απαιτεί υψηλά εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες (τεχνογνωσία), εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές και την υποστήριξη διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας.

### **3. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ**

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται η περιγραφή των συστημάτων υγείας των δύο χωρών, της Ελλάδας και της Μεγάλης Βρετανίας. Τα συστήματα υγείας αποτελούν το περιβάλλον μέσα στο οποίο οργανώνονται και λειτουργούν τα νοσοκομεία, η μελέτη

των οποίων η ακολουθεί. Η δομή και ο τρόπος λειτουργίας κάθε συστήματος καθορίζει και τον τρόπο διάρθρωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων. Η περιγραφή που ακολουθεί εστιάζει στην οργάνωση, την ανάδειξη των βασικών παραγόντων του κάθε συστήματος και στη χρηματοδότησή του.

### **3.1 Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Το ελληνικό σύστημα ανήκει στην κατηγορία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης (ή σύστημα Bismarck). Ωστόσο, έχει και χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος, κυρίως από τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το 1983, και μετά. Έτσι, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως μεικτό, εφόσον ένα μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία (Χλέτσος, n.d.).

Το καθεστώς της απασχόλησης αποτελεί το πρωταρχικό κριτήριο για την ασφαλιστική κάλυψη, η οποία είναι υποχρεωτική. Οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι έχουν πρόσβαση σε μια ολοκληρωμένη δέσμη παροχών που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Η ελληνική ιθαγένεια αποτελεί ένα δεύτερο κριτήριο, διότι όλοι οι Έλληνες πολίτες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) αλλά και σε ορισμένες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. (πχ. εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων). Ένα τρίτο κριτήριο είναι το καθεστώς απορίας. Όσοι δε διαθέτουν εισόδημα και δεν είναι ασφαλισμένοι μπορούν να έχουν πρόσβαση σε κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία, ύστερα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης. Τέλος, με τον ν. 4368 (ΦΕΚ 21/τ. Α'/21-02-2016) και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 αναγνωρίζονται οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης αλλά και της προσφυγικής και θεσπίζεται το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

#### **Οργανωτική δομή**

Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών (παρ.1 αρ. 1 ν. 1397, ΦΕΚ 143/τ. Α'/7-10-1983) και ασκεί αυτήν την αρμοδιότητά μέσω του Υπουργείου Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διασφάλιση των σκοπών

και των θεμελιωδών αρχών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι γενικές αρχές αναφέρονται στην παρ. 2 του ίδιου νόμου:

*«οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας»*

Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας είναι αποφασιστικός τόσο στο γενικότερο σχεδιασμό της εθνικής στρατηγικής στον τομέα αυτό, όσο και στην εφαρμογή επιμέρους πολιτικών. Το Υπουργείο βρίσκεται στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας του Ε.Σ.Υ. Θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, προσδιορίζει το ύψος της χρηματοδότησης για την υλοποίηση των στόχων του και κατανέμει τους ανάλογους πόρους, εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και αναλαμβάνει την εφαρμογή νόμων και μεταρρυθμίσεων (Πολύζος, 2014). Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργείο αναπτύσσει και αρμοδιότητες σχετικές με διαδικαστικά, ζητήματα, όπως η πρόσληψη ιατρών στα νοσοκομεία, η ίδρυση, κατάργηση, συγχώνευση τμημάτων και μονάδων νοσηλευτικών ιδρυμάτων και άλλα θέματα.

Για τον λόγο αυτό θεωρείται ότι το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα παραμένει ουσιαστικά συγκεντρωτικό παρά το γεγονός ότι ήδη από τον σχεδιασμό του, το 1983, προβλέπονταν η αποκέντρωση του, με τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη δημιουργία Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) (αρ. 2-3, ν. 1397/1983)<sup>1</sup>. Γενικότερα, ο ν. 1397/1983 προσδιόριζε την ανάγκη για ριζική βελτίωση της υγείας (Μάρδας, 1992) και αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις. Έκτοτε, η περιφερειακή οργάνωση του συστήματος υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών.

Ένας από τους τρεις βασικούς άξονες του νόμου ν. 2889 (ΦΕΚ 37/τ. Α' / 2-3-2001), είναι και η περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ.. Εξάλλου η αποκεντρωμένη διοίκηση αποτελεί για χρόνια το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχημένο μοντέλο διοίκησης για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι, σύμφωνα με την Αιτιολογική Έκθεση του νόμου, το Υπουργείο θα παίζει τον επιτελικό ρόλο, που πρέπει να έχει και ο Υπουργός δε θα αναλώνεται στην αντιμετώπιση της καθημερινότητας. Συνεπώς, η Επικράτεια διαιρείται

---

<sup>1</sup> Η μεταρρύθμιση αυτή δεν πραγματοποιήθηκε.

σε 17 Υγειονομικές Περιφέρειες οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές<sup>2</sup>. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας» (Πε. Σ.Υ.). Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (αρ. 2) . Όσον αφορά τη σύσταση των Πε.Σ.Υ., όλες οι νοσοκομειακές μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο ΕΣΥ και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα του μετατρέπονται αυτοδίκαια σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια (παρ. 4 αρ. 1).

Το 2003 με τον ν. 3106 (ΦΕΚ 30/τ. Α'/10-2-2003) διευρύνεται η αρμοδιότητα των Πε.Σ.Υ., προκειμένου να συμπεριλάβουν και τον τομέα της πρόνοιας, εφόσον θεωρείται ότι οι δυσλειτουργικές αγκυλώσεις του τομέα της υγείας παρουσιάζονται ανάλογα και στον τομέα της πρόνοιας (Αιτιολογική Έκθεση). Συνεπώς, τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.), μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) (παρ. 2, αρ. 1).

Ο ν. 3329 (ΦΕΚ 81/τ. Α'/ 4-4-2005) επιφέρει σημαντική αλλαγή όσον αφορά τη σύσταση των υγειονομικών περιφερειών. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. από αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ. μετατρέπονται σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό. Έτσι, τα νοσοκομεία αποκτούν «ουσιαστικές αρμοδιότητες αυτοτελούς αντιμετώπισης των αναγκών τους, με ευελιξία, με δυνατότητα στρατηγικού σχεδιασμού ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού τους». (Αιτιολογική Έκθεση). Κατ'επέκταση, τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας και Πρόνοιας μετονομάστηκαν σε «Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας» (Δ.Υ.ΠΕ). Σύμφωνα με το άρ. 2 του ανωτέρω νόμου, κύριος σκοπός των Δ.Υ.ΠΕ. είναι ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ)<sup>3</sup>, η υποβολή, προς το Υπουργείο

<sup>2</sup> Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ. (παρ. 2 αρ.1)

<sup>3</sup> Ως φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι ακόλουθοι:

- Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προτάσεων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειάς τους και τέλος η παρακολούθηση της εφαρμογής της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας.

Ο ν. 3527 (ΦΕΚ 25/τ. Α' / 9-2-2007) προβλέπει τον περιορισμό των Υγειονομικών Περιφερειών με τη συγχώνευσή τους από 17 σε 7 (παρ. 1 αρ. 3). Τέλος, με τον ν. 4052 (ΦΕΚ 41/τ. Α' / 1-3-2012), αλλάζουν τα γεωγραφικά όρια των 7 Υγειονομικών Περιφερειών. Στο εξής, τα γεωγραφικά τους όρια ταυτίζονται με αυτά των επτά Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας, του προγράμματος Καλλικράτη (ν. 3852 ΦΕΚ 87/τ. Α' / 7-6-2010), ώστε να συμπίπτουν τα όρια των αρμοδιοτήτων τους, με απώτερο σκοπό την καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (Κακαλέτσης, κ.α.,2012). Έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας είναι η πόλη στην οποία εδρεύει η Αποκεντρωμένη Διοίκηση και ελέγχονται και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα όργανα της διοίκησης των Υγειονομικών Περιφερειών, όπως αυτές ισχύουν σήμερα, είναι :α) ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και β) οι δύο Υποδιοικητές (παρ. 4 αρ. 3 ν. 3527/2007). Ο Διοικητής και όπως και οι Υποδιοικητές είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και η θητεία τους είναι διετής, με δυνατότητα ανανέωσης. Για τον διορισμό του Διοικητή απαιτείται και η προηγούμενη γνώμη της αρμόδιας Επιτροπής της Βουλής των Ελλήνων.

Αναφορικά με τις αρμοδιότητες των Διοικητών των Υγειονομικών Περιφερειών (παρ. 5 αρ. 3 ν.3329/2005 και παρ. 8-11 αρ.3 ν. 3527/2007), για τις περισσότερες από τις ενέργειές τους απαιτείται η τελική έγκριση του Υπουργού Υγείας, απομειώνοντας σημαντικά την ανεξαρτησία τους και την αποφασιστική ικανότητά τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι ο Διοικητής εισηγείται στον Υπουργό Υγείας, ο οποίος και αποφασίζει την ίδρυση, μείωση, συγχώνευση ή μεταφορά μονάδων ή τμημάτων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας της Περιφέρειάς τους. Επίσης, εισηγείται στον Υπουργό Υγείας το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων για τους φορείς της Περιφέρειας. Τέλος, γνωμοδοτεί

- 
- Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας

στον Υπουργό Υγείας για το ύψος των επιχορηγήσεων των φορέων για την κάλυψη του κόστους των εφημεριών του ιατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού, των ωρών υπερωριακής απασχόλησης και εργασίας κατά τις νυχτερινές ώρες και εξαιρέσιμες ημέρες του λοιπού προσωπικού των φορέων και των ΥΠΕ.

Η αρχική βούληση πίσω από όλες τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις είναι η μεταφορά πολιτικών και επιχειρησιακών αρμοδιοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο, έτσι ώστε το Υπουργείο Υγείας να αποκτήσει έναν αμιγώς επιτελικό ρόλο, διατηρώντας μόνο τον στρατηγικό σχεδιασμό και τον συντονισμό των φορέων υγείας σε εθνικό επίπεδο, υπακούοντας έτσι και στο αρ. 101 του Συντάγματος («Διοικητική Αποκέντρωση»), σύμφωνα με την οποία τα περιφερειακά όργανα έχουν τη γενική αποφασιστική αρμοδιότητα για τις υποθέσεις της Περιφέρειάς τους, ενώ τα κεντρικά όργανα αναλαμβάνουν την κεντρική κατεύθυνση, τον συντονισμό και τον έλεγχο νομιμότητας των πράξεων των περιφερειακών οργάνων. Η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια «προσπάθεια για κάθετη αποκέντρωση και μεταφορά αρμοδιοτήτων εξουσίας από ένα μικρότερο σε ένα μεγαλύτερο αριθμό διοικητικών φορέων, εντός μιας τυπικής διοικητικής δομής» (Οικονόμου, 2012). Ωστόσο, είναι εμφανές ότι η αποκέντρωση αυτή είναι κυρίως τυπική και όχι ουσιαστική, καθώς είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί σε μια χώρα, η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από ένα συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης σε όλον το δημόσιο τομέα.

### **Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Μια ακόμα σημαντική εξέλιξη στον τομέα της υγείας αποτέλεσε η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) με τον ν. 3918 (ΦΕΚ 31/τ.Α'/2-3-2011), ενός νέου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, το οποίο δημιουργήθηκε με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα, ενοποιώντας τους τομείς υγείας των επιμέρους ταμείων (Θεοδωρουλάκης, Μ. και Κουμαριανός, Β. 2012). Μέχρι τότε, υπήρχαν περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης, οι οποίοι κάλυπταν το σύνολο του πληθυσμού. Η συνέπεια ύπαρξης τόσων διαφορετικών φορέων ήταν η προσφορά διαφορετικών «πακέτων» παροχών υγείας.

Σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι κυρίως η παροχή υπηρεσιών υγείας στους δικαιούχους και η επίτευξη συνεργασίας στα πλαίσια ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Αιτιολογική Έκθεση). Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. βρίσκεται πλέον υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Η διοίκηση του ασκείται από τον Πρόεδρο, δύο αντιπροέδρους και

το Διοικητικό Συμβούλιο. Οι πόροι για τη χρηματοδότησή του προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών, συνταξιούχων, την ετήσια επιχορήγηση του κρατικού προϋπολογισμού, έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών, έσοδα επιστροφής (rebate) από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες και άλλες μικρότερες πηγές εσόδων.

Με την έναρξη της λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012) εντάχθηκαν σε αυτόν οι κλάδοι υγείας όλων των ασφαλιστικών ταμείων<sup>4</sup>. Επιπλέον, με την υπ' αριθμ. Φ90380/25916/3294 ΚΥΑ (ΦΕΚ 2456/τ. Β' / 3-11-2011) θεσπίστηκε ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας<sup>5</sup>, με τον οποίο εξασφαλίζεται η ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στον Κανονισμό αυτό καθορίζονται οι παροχές υγείας σε είδος, έκταση, ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους και προσδιορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών αυτών καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προτείνει τις υπηρεσίες που εντάσσονται στον Κανονισμό ή εξαιρούνται από αυτόν, ενώ ο Υπουργός Υγείας λαμβάνει την τελική απόφαση. Έτσι, οι ασφαλισμένοι, από όποιο ταμείο και αν προέρχονται απολαμβάνουν ισότιμα τις υπηρεσίες που προέρχονται από τον οργανισμό και είναι ίδιες για όλους.

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αποτελεί πλέον τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Στο παρελθόν, οι ασφαλισμένοι κατέβαλλαν τις εισφορές τους στα ασφαλιστικά τους ταμεία, τα οποία αργότερα απέδιδαν τις εισφορές υγείας στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Ωστόσο από το 2017 ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης – Ε.Φ.Κ.Α. (ν.4387, ΦΕΚ 85/τ. Α' / 12-05-2016), ο οποίος αποτελεί τον καθολικό διάδοχο όλων των ασφαλιστικών ταμείων, έχει αναλάβει τη συλλογή των εισφορών.

Μέχρι το 2014, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είχε διττό ρόλο, αυτόν του αγοραστή αλλά και του προμηθευτή υπηρεσιών, προσφέροντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Με τον ν. 4238 (ΦΕΚ 38/τ. Α' / 17-2-2014) ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. περιορίζεται σε αυτόν του αγοραστή και ενδυναμώνεται η ιδιότητά του ως κύριου ασφαλιστικού φορέα.

---

<sup>4</sup> Τα ταμεία τα οποία δεν εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι τρία ταμεία τραπεζικών υπαλλήλων (Τ.Υ.Π.Ε.Τ., Τ.Υ.Π.Α.Τ.Ε., Τράπεζα της Ελλάδος, και ένα δημοσιογράφων (Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π.).

<sup>5</sup> Οι δύο τροποποιήσεις του είναι ΦΕΚ 1233/τ. Β' / 3-11-2011 και ΦΕΚ 3054/τ. Β' / 18-11-2012

## Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται όχι μόνο από δημόσιους αλλά και από ιδιωτικούς πόρους. Ειδικότερα, οι τρεις βασικές πηγές χρηματοδότησης είναι : α) οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, συμπεριλαμβανομένων των εισφορών του κράτους για τους δημοσίους υπαλλήλους β) ο κρατικός προϋπολογισμός, μέσω των έμμεσων και άμεσων φόρων και γ) οι ιδιωτικές (προαιρετικές) δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία μπορούν να πάρουν άλλοτε τη μορφή άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση ή για υπηρεσίες που οι πολίτες προτιμούν να προμηθευτούν από την ιδιωτική αγορά, δαπανών για συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος περίθαλψης (κυρίως για φάρμακα) και οι άτυπων πληρωμών.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2015) αναφορικά με τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό των εσόδων προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα (41%), δευτερευόντως από την κοινωνική ασφάλιση (30%) και τέλος από τον κρατικό προϋπολογισμό (29%). Σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία, το μεγαλύτερο ποσοστό των συνολικών δαπανών (δημόσιων και ιδιωτικών) κατευθύνονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη, ως αποτέλεσμα του «νοσοκομειοκεντρικού» συστήματος της χώρας μας (42%), το οποίο επικεντρώνεται κυρίως στην αντιμετώπιση της ασθένειας και όχι στην πρόληψή της. Ακόμη και οι ιδιωτικές δαπάνες κατευθύνονται πρωτίστως στη νοσοκομειακή περίθαλψη (14%). Τέλος, σημαντική παθογένεια του συστήματος αποτελεί το γεγονός ότι οι άτυπες πληρωμές συνιστούν το 27% των ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία (Souliotis et al.:2016)

Το Ε.Σ.Υ. χρηματοδοτείται γενικά μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων συμπληρώνεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Ο τρόπος αποζημίωσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι αναδρομικός (συνδέεται με το πραγματικό κόστος του φορέα), αφού η αποζημίωση από τον ασφαλιστικό φορέα πραγματοποιείται εκ των υστέρων. Προσφάτως και συνεπεία της οικονομικής κρίσης εισήχθησαν στην ελληνική πραγματικότητα τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (KEN), τα οποία εφαρμόζονται βάσει των διεθνώς κατοχυρωμένων Ομογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Diagnosis Related Groups - DRGs) και σύμφωνα με τα οποία γίνεται η αποζημίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Δημογέροντας, κ.α., 2017). Επίσης, μια ακόμα πηγή χρηματοδότησης είναι οι άμεσες πληρωμές, για υπηρεσίες που δεν



καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα, για υπηρεσίες που παρέχονται σε ανασφάλιστους, καθώς και από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων.

### 3.2 Βρετανικό Σύστημα Υγείας<sup>6</sup>

#### Οργανωτική δομή

Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας είναι βασικότερος εκπρόσωπος των δημόσιων εθνικών συστημάτων υγείας, τύπου Beveridge, και αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα το οποίο παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού, εξ ου και τα βασικά χαρακτηριστικά του, δηλαδή η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης (solidarity), της καθολικής και πλήρους υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (Θεοδώρου, κ.α., 2001). Συνεπώς, η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού προέρχεται κυρίως από την φορολογία και οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σημείο της χρήσης.

Η δωρεάν κάλυψη αφορά τους νομίμως διαμένοντες ή όσους έχουν Ευρωπαϊκή Κάρτα Υγείας. Ενώ για όσους δεν έχουν την ευρωπαϊκή ιθαγένεια ή είναι παράνομοι μετανάστες, η δωρεάν κάλυψη περιλαμβάνει μόνο τα επείγοντα περιστατικά και κυρίως για ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες.

Όσον αφορά τη δομή του, ο Ν. Πολύζος (2014) επισημαίνει ότι στα χρόνια που πέρασαν παρουσίασε αρκετές αλλαγές σε ζητήματα δομής και οργάνωσης μεταβαίνοντας από ένα αυστηρό πυραμιδικό και συγκεντρωτικό σύστημα σε ένα πολυδύναμο και με εσωτερικές (οινεί) ανταγωνιστικές αγορές.

Η πολιτική για την υγεία αποφασίζεται σε κεντρικό επίπεδο, όπως και οι πόροι οι οποίοι θα διατεθούν στον τομέα αυτό. Πιο συγκεκριμένα, το βρετανικό Κοινοβούλιο είναι υπεύθυνο για την πολιτική και τη νομοθεσία για την υγεία. Σύμφωνα με τον νόμο “Health Act (2006)”, ο Υπουργός Υγείας (Secretary of State for Health) έχει υποχρέωση να παρέχει μια ολοκληρωμένη πολιτική για την υγεία και το Υπουργείο

---

<sup>6</sup> Το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας αποτελείται από το αγγλικό σύστημα υγείας καθώς και από τα επιμέρους συστήματα της Ουαλίας, της Βόρειας Ιρλανδίας και της Σκωτίας, τα οποία όμως λειτουργούν ανεξάρτητα. Επίκεντρο της παρούσας μελέτης είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (NHS England).

Υγείας (Department of Health) εποπτεύει το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Ωστόσο, η ευθύνη για την καθημερινή διαχείριση θεμάτων που αφορούν τη λειτουργία του συστήματος αποτελεί ευθύνη ενός ξεχωριστού δημόσιου φορέα, του ΕΣΥ Αγγλίας (NHS England).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας δημιουργήθηκε το 1948 εφαρμόζοντας τον νόμο National Health Act του 1946 (Μπούντα, 2007). Βάσει του ίδιου νόμου, αναβαθμίστηκε και ο ρόλος των γενικών γιατρών (General Practitioners - GPs), οι οποίοι με την αρμοδιότητα του «πυλωρού» (gatekeeper), εισήγαγαν τους ασθενείς και τους κατεύθυναν μέσα στο σύστημα υγείας, γεγονός το οποίο ισχύει μέχρι σήμερα.

Λίγα χρόνια αργότερα, το 1962 εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα δεκαετούς διάρκειας με τίτλο «Νοσοκομειακό Πρόγραμμα» (The Hospital Plan), το οποίο προέβλεπε τη δημιουργία Γενικών Περιφερειακών Νοσοκομείων (District General Hospital, DGH) σε μια προσπάθεια δημιουργίας ενός αποκεντρωμένου δικτύου δευτεροβάθμιας περίθαλψης. (Υφαντόπουλος, κ.α., 2005).

Οι μεγαλύτερες αλλαγές στο σύστημα υγείας έλαβαν χώρα τη δεκαετία του '70. Με το νόμο του 1973 "National Health Service Reorganisation Act" δημιουργήθηκαν υγειονομικές περιφέρειες. (Regional Health Authorities RHAs). Οι Περιφέρειες αυτές διαιρέθηκαν σε 90 «περιοχές» (areas) και οι περιοχές σε «επαρχίες», οι οποίες διοικούνταν από τοπικά διοικητικά συμβούλια, υπό την ευθύνη των οποίων τέθηκαν τα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία. Η δομή αυτή διατηρήθηκε μέχρι τη δεκαετία του '80, οπότε οι περιοχές και οι επαρχίες αντικαταστάθηκαν από 192 «υγειονομικές επαρχίες» (District Health Authorities).

Το 1991 τέθηκε σε ισχύ ο νόμος "National Health Service and Community Care Act", συνεπεία του οποίου εισήχθη η έννοια του ελεγχόμενου ανταγωνισμού και δημιουργήθηκε μια «εσωτερική αγορά», με τον διαχωρισμό «προμηθευτών» (νοσοκομεία) και «αγοραστών» (fundholders γενικών γιατρών και υγειονομικές επαρχίες) υπηρεσιών υγείας. Το 1995 τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα με περίπου 1600 νοσοκομεία, τα οποία απολάμβαναν σημαντικής διοικητικής αυτονομίας (Τούντας, Γ. 2003). Η πληρωμή των νοσοκομείων άλλαξε σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ των νοσοκομείων και των τοπικών υγειονομικών αρχών και fundholders γενικών γιατρών (ή budget holders, οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι έχουν

δικό τους προϋπολογισμό). Ενώ παλαιότερα η χρηματοδότησή τους βασιζόταν σε σφαιρικούς προϋπολογισμούς, πλέον βασίζεται κυρίως σε πληρωμές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών (Wolper L.F. 2001). Το 1999 έγιναν και άλλες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, με την κατάργηση των fundholders των γενικών γιατρών και των υγειονομικών επαρχιών (DHA) και τη δημιουργία Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care groups – PCGs ή Primary Care Trusts - PCTs).

Με τη μεταρρύθμιση το 2002 δημιουργήθηκαν οι «Στρατηγικές Υγειονομικές Αρχές» (Strategic Health Authorities - SHA), οι οποίες αντικατέστησαν τις Υγειονομικές Περιφέρειες και ανέλαβαν τον στρατηγικό σχεδιασμό. Ενώ, το 2004 θεσπίστηκε ένας νέος τύπος οργάνωσης των νοσοκομείων, τα Foundation Trusts, μια μορφή κοινωνικής επιχείρησης με μεγαλύτερη αυτονομία από τα νοσοκομεία NHS Trusts. Τα NHS Foundation Trusts αποτελούν νοσοκομεία υψηλής απόδοσης, τα οποία είναι κυρίως υπόλογα στα μέλη τους, ήτοι τους ασθενείς, τους προσωπικό και την τοπική κοινωνία.

Το 2009 δημοσιεύτηκε το Καταστατικό του αγγλικού Ε.Σ.Υ. (“NHS Constitution”), ένα κείμενο το οποίο περιέχει τις αξίες και τις κατευθυντήριες αρχές του εθνικού συστήματος υγείας και τα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις όλων των εμπλεκόμενων μερών στο σύστημα υγείας.

Η μεγαλύτερη μεταρρυθμιστική αλλαγή στην ιστορία του αγγλικού Ε.Σ.Υ. συνέβη το 2012 με τον νόμο “Health and Social Care Act”, με τον οποίο καταργήθηκε η δομή που υπήρχε ως τότε σε τοπικό επίπεδο. Δημιουργήθηκαν οι Κλινικές Ομάδες Ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups - CCGs), οι οποίες χειρίζονται περίπου τα 2/3 του προϋπολογισμού του αγγλικού Ε.Σ.Υ. και χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Επίσης προβλέφθηκε η μείωση της παρέμβασης της κεντρικής διοίκησης στο μικροεπίπεδο και η αύξηση της αυτονομίας των τοπικών αρχών.

Συνεπώς, το αγγλικό σύστημα υγείας ακολουθεί το μοντέλο της αποκέντρωσης, με περιφερειακές δομές που απολαμβάνουν κάποιον βαθμό ανεξαρτησίας στη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση των πόρων, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες της περιφέρειάς τους. Η ανεξαρτησία των δομών αυτών περιορίζεται από το στοιχείο της λογοδοσίας (accountability). Έτσι, σταδιακά καταργείται η αυστηρή κάθετη ιεραρχία και ακολουθείται ένα πρότυπο εσωτερικής

αγοράς με «προμηθευτές» και «αγοραστές» που διαπραγματεύονται για τις τιμές και τις υπηρεσίες. Στο πλαίσιο αυτό, παίζει σημαντικό ρόλο ο ανταγωνισμός μεταξύ των διάφορων δρώντων, που οδηγεί τελικά σε αποτελεσματικότερη λειτουργία και καλύτερες υπηρεσίες.

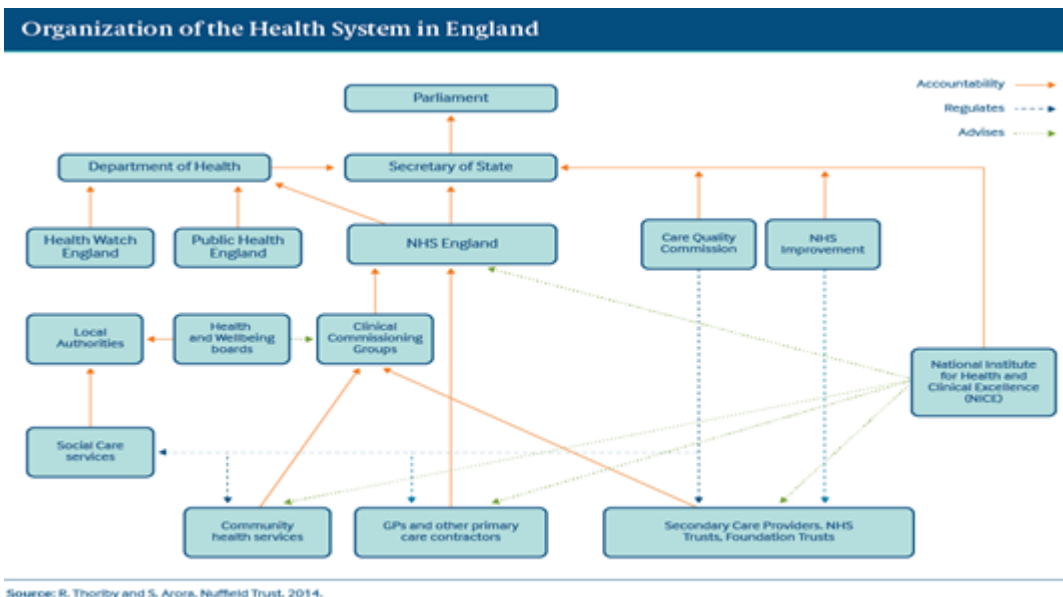
### **Βασικοί δρώντες του αγγλικού συστήματος υγείας**

Με βάση τον νόμο “Health and Social Care Act” (2012), ο Υπουργός Υγείας είναι ο τελικός υπεύθυνος για την πολιτική της υγείας, ενώ μεταφέρθηκαν σημαντικές αρμοδιότητες στον φορέα NHS England, όπως ο πλήρης έλεγχος του προϋπολογισμού για την υγεία, η επίβλεψη των Ομάδων Κλινικής Ανάθεσης (CCGs) και η ευθύνη, σε συνεργασία με τον οργανισμό “NHS Monitor” (πλέον “NHS Improvement”) της ρύθμισης των DRGs (Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων – Κ.Ε.Ν.) (Thorlby, 2017) . Επιπροσθέτως, το αγγλικό Ε.Σ.Υ. έχει τη δυνατότητα να λειτουργεί και ως «αγοραστής», περιορισμένων υπηρεσιών υγείας.

Πολύ σημαντική θέση στη νέα δομή του συστήματος έχει η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission – CQC) η οποία ρυθμίζει όλο το σύστημα υγείας και κοινωνικής προστασίας. Όλοι οι προμηθευτές υγείας, είτε νοσοκομεία, είτε ιδιώτες, είναι αδειοδοτούνται από την Επιτροπή και είναι εγγεγραμμένοι σε αυτήν. Η Επιτροπή ελέγχει την απόδοσή τους με βάση εθνικές προδιαγραφές ποιότητας και πραγματοποιεί ακόμα και επιθεωρήσεις, με βάση τις οποίες αξιολογεί και βαθμολογεί τους προμηθευτές υγείας. Επίσης, μπορεί να προβαίνει στην επιβολή διορθωτικών μέτρων, ακόμα και να επιβάλλει το κλείσιμο μονάδων υγείας, όταν αυτές δεν ικανοποιούν τις προδιαγραφές που έχουν τεθεί. Η αξιολόγηση των μονάδων δημοσιεύεται. Επίσης, οι προμηθευτές ελέγχονται και από τον οργανισμό “NHS Improvement”, ο οποίος τους εποπτεύει ως προς την τήρηση των συνθηκών ανταγωνισμού.

Ο Οργανισμός “National Institute for Health and Clinical Excellence” (NICE) αν και υπήρχε ήδη από το 1999, με άλλη ονομασία, το 2012 οι αρμοδιότητές του γίνονται πιο σημαντικές, ανάμεσα σε αυτές είναι η ανάπτυξη προδιαγραφών και η έκδοση κατευθυντηρίων οδηγιών.

**Σχήμα 1:** Οργάνωση του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας



Στο σχήμα φαίνονται οι ροές ρύθμισης (regulation) και λογοδοσίας (accountability)

Πηγή: Thorlby, R. and Arora, S.,(2016) *The English Health Care System*

### Χρηματοδότηση Συστήματος Υγείας

Η Μεγάλη Βρετανία προσφέρει ένα ολοκληρωμένο πακέτο παροχών υγείας. Οι δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ αγγίζουν το 9,7% (OECD, 2017) και ξεπερνούν ελάχιστα τον μέσο όρο των κρατών του ΟΟΣΑ (9%), ενώ βρίσκονται στον μέσο όρο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ως προς τους πόρους, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Αγγλίας προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία και σε ένα μικρό ποσοστό από ιδιωτικές πληρωμές. Οι κρατικές δαπάνες περιλαμβάνουν πόρους από τη γενική φορολογία και τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές (National Insurance Contributions)<sup>7</sup>. Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας και συνασφάλιση (co-payment) για φάρμακα (41%) (HOPE, 2015), οδοντιατρική και οφθαλμιατρική φροντίδα. Οι άτυπες πληρωμές αποτελούν σπάνιο φαινόμενο στο βρετανικό σύστημα υγείας (Boyle, S. 2011).

Ενώ η χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας είναι υποχρεωτική, η ιδιωτική ασφάλιση είναι συνήθως προαιρετική και συμπληρωματική. Περίπου το 11% του πληθυσμού της Μεγάλης Βρετανίας έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Arora et al. 2013). Οι υπηρεσίες

<sup>7</sup> Οι εθνικές ασφαλιστικές εισφορές αποτελούν υποχρεωτικές εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και ελευθέρων επαγγελματιών, μόνο επί των δεδουλευμένων εισοδημάτων

που καλύπτονται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης αφορούν παροχές που δεν καλύπτονται από το κράτος. Η ασφαλιστική κάλυψη βασίζεται σε συμβόλαιο που υπογράφεται μεταξύ ασφαλιστή και ασφαλισμένου.

Ως προς τη διαδικασία της χρηματοδότησης μέσω των κρατικών πόρων, που αποτελεί και την κύρια πηγή, όπως προαναφέρθηκε, το Υπουργείο Οικονομικών συλλέγει τους πόρους και τους διαθέτει στο Υπουργείο Υγείας, μέσω του οποίου χρηματοδοτείται το Εθνικό Σύστημα της Αγγλίας (NHS England – NHS Commissioning Board). Το τελευταίο διαθέτει τους πόρους στις Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης (CCGs), οι οποίες δραστηριοποιούνται σε τοπικό επίπεδο. Οι χρηματοδοτικές ανάγκες κάθε τέτοιας ομάδας εκτιμώνται με βάση την ηλικία των κατοίκων, το κόστος των ανθρώπινων και υλικών πόρων (πχ. κτίρια, προσωπικό, κλπ.), κοινωνικούς παράγοντες και δείκτες υγείας, όπως αυτοί καθορίζονται από τη Συμβουλευτική Επιτροπή για τη Διάθεση των Πόρων (Advisory Committee for Resource Allocation) (Boyle, 2011). Η δημιουργία και η ενδυνάμωση των Ομάδων Κλινικής Ανάθεσης (CCGs) επιτρέπει την απευθείας διαχείριση των πόρων με μεγαλύτερη ελευθερία αλλά και συνέπεια προς τις τοπικές ανάγκες (Καραγιάννη, Μ., κ.α., 2017). Οι Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης (CCGs) λειτουργούν ως «αγοραστές» και συνάπτοντας συμβόλαια με τους «προμηθευτές» της περιφέρειάς τους (νοσοκομεία και κοινοτικές υπηρεσίες υγείας) αγοράζουν υπηρεσίες.

### **3.3. Συμπεράσματα**

Από τις παραπάνω περιγραφές των συστημάτων προκύπτει καταρχήν το συμπέρασμα ότι και τα δύο συστήματα είναι οργανωμένα με βάση το αποκεντρωτικό σύστημα, δηλαδή, μεταθέτουν δικαιοδοσία για τη λήψη αποφάσεων σε προοδευτικά χαμηλότερα διοικητικά επίπεδα με βάση τα κριτήρια της γενικότερης πολιτικής που χαράσσει η κεντρική ηγεσία (Πολύζος, 2014). Η ουσιαστική διαφορά, ωστόσο, έγκειται στο εύρος και τη σημασία της δικαιοδοσίας που μετατίθεται. Όσον αφορά το ελληνικό σύστημα, παρά την εφαρμογή ενός μοντέλου αποκέντρωσης, το Υπουργείο Υγείας διατηρεί πολλές και σημαντικές αρμοδιότητες διαχειριστικού χαρακτήρα. Επιπροσθέτως η ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως μοναδικού αγοραστή υπηρεσιών αποτέλεσε δείγμα συγκέντρωσης. Από την άλλη πλευρά, γίνεται αντιληπτό ότι η αποκέντρωση στο βρετανικό σύστημα ήταν πιο αποτελεσματική, όσον αφορά το εύρος της αυτονομίας και των αρμοδιοτήτων που παραχωρήθηκαν σε τοπικό επίπεδο. Το βρετανικό Υπουργείο Υγείας διατηρεί τον επιτελικό του ρόλο. Ωστόσο ο νόμος του 2012 δημιούργησε ένα

πλήθος δομών και ένα εξαιρετικά περίπλοκο σύστημα, το οποίο όμως βασίζεται αφενός στην αυξημένη αυτονομία, και αφετέρου στον έλεγχο και τη λογοδοσία .

#### **4. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΓΓΛΙΑ**

Το νοσοκομείο στη σύγχρονη κοινωνία που κυριαρχεί η βιομετρική τεχνολογία και η βιογενετική, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του συστήματος υγείας, διότι αποτελεί τον κύριο άξονα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών δίνοντας κάλυψη στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Καρασούλος, 2014). Στην ενότητα που ακολουθεί περιγράφεται η δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα και στη Μεγάλη Βρετανία και τα βασικά χαρακτηριστικά της οργάνωσης, του τρόπου λειτουργίας και της χρηματοδότησης των νοσοκομείων των δύο χωρών.

##### **4.1 Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα**

Το ελληνικό σύστημα υγείας δομείται σε τρία επίπεδα: στην πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον ν. 1397/1983 η περίθαλψη με δαπάνες του δημοσίου διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια) και νοσοκομειακή. Περαιτέρω, με τον ν.2071/1992, η νοσοκομειακή φροντίδα διαχωρίστηκε σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από πανεπιστημιακές κλινικές και νοσοκομεία.

Στο ελληνικό σύστημα, η Π.Φ.Υ. παρέχεται από το Π.Ε.Δ.Υ. (ν.4238/2014), το οποίο εποπτεύεται από τις 7 Υ.Π.Ε.. Ειδικότερα, στο επίπεδο αυτό δραστηριοποιούνται πολυϊατρεία, και πρωήν μονάδες Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου και αστικού τύπου, περιφερειακά ιατρεία και πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων Ε.Σ.Υ., συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) καθώς και η επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα, μέσω του ΕΚΑΒ. Επιπροσθέτως, υπηρεσίες Π.Φ.Υ. προσφέρονται και από την τοπική αυτοδιοίκηση, μέσω κοινωνικών δομών (ιατρείων και φαρμακείων), κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». (Ματθαίος, κ.α. 2016). Ωστόσο, η Π.Φ.Υ. λειτουργεί

ανεξάρτητα από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη και δεν αποτελεί σημείο εισόδου των ασθενών στο σύστημα υγείας.

Με τον νόμο 4486 (ΦΕΚ 115/τ. Α'/7-8-2017) προβλέπεται η αναμόρφωση του Δικτύου ΠΦΥ και η συγκρότηση Τοπικών Ομάδων Υγείας οι οποίες θα στελεχώσουν τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.). Οι Το.Μ.Υ θα αποτελέσουν το πρώτο εισαγωγικό επίπεδο στο Ε.Σ.Υ.. Ενώ το δεύτερο επίπεδο της ΠΦΥ θα είναι τα ΚΥ. Το Π.Ε.Δ.Υ θα καταργηθεί και οι δομές αυτές θα ανήκουν στο Ε.Σ.Υ.. Ωστόσο, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως «πυλωρού» (“gatekeeper”), δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα στη χώρα μας.

Το γεγονός ότι η Η Π.Φ.Υ. δεν αξιοποιείται αποτελεσματικά έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει συγκεντρωτισμός στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Έτσι η δευτεροβάθμια περίθαλψη καθίσταται ως κύρια μορφή περίθαλψης, αντικατοπτρίζοντας τη «νοσοκομειοκεντρική» αντίληψη που επικρατεί (Καρακούνος, 2005). Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (γενικά – ειδικά και πανεπιστημιακά), τα στρατιωτικά νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές ανά τη χώρα.

#### **Δομή και λειτουργία νοσοκομείων**

Ειδικότερα, η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα προσφέρεται από: α) τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και την ευθύνη για τη διοίκηση, τη λειτουργία και τη χρηματοδότησή τους, την έχει το κράτος, β) δημόσια νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ., όπως τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα οποία δέχονται πλέον και πολίτες ασθενείς και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που εποπτεύονται από το Υπουργείο Παιδείας και γ) ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα δύο νοσοκομεία των φυλακών (Νοσοκομείο κρατουμένων και το Ψυχιατρικό νοσοκομείο των φυλακών Κορυδαλλού) εντάχθηκαν πρόσφατα στο Ε.Σ.Υ. και συνεπώς, την επιστημονική ευθύνη για το ιατρικό, νοσηλευτικό και παρακλινικό έργο την έχει το Υπουργείο Υγείας, ενώ η διοίκηση και η φύλαξη των δομών αυτών αποτελούν αρμοδιότητα του Υπουργείου Δικαιοσύνης.

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Η κατάταξη των νοσοκομείων στις κατηγορίες αυτές γίνεται με βάση τον οργανισμό τους. Γενικά είναι τα νοσοκομεία τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μία ειδικότητες. Ειδικά είναι τα νοσοκομεία τα οποία διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μία ειδικότητας (παρ.



1 αρ. 8 ν. 1397/1983). Επίσης, ορισμένα νοσοκομεία φέρουν την επωνυμία «Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία» γιατί συνδυάζουν την περίθαλψη των ασθενών με την εκπαίδευση των φοιτητών της ιατρικής επιστήμης. Τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι τα κατεξοχήν ιδρύματα τα οποία παρέχουν υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης, διότι διαθέτουν την κατάλληλη υποδομή, εξειδικευμένο προσωπικό και τεχνογνωσία.

Τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. λειτουργούν από το 1983 ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), με εξαίρεση το χρονικό διάστημα 2001-2005, οπότε και αποτέλεσαν αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ. Η νομική μορφή των νοσοκομείων ως Ν.Π.Δ.Δ. αντανακλά αφενός το ιδιοκτησιακό τους καθεστώς, ότι δηλαδή ιδιοκτήτης είναι το κράτος και διαχειριστής το κοινωνικό σύνολο και αφετέρου τον σκοπό ίδρυσης και λειτουργίας, ότι στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών του συνόλου, χωρίς να έχει σκοπό το κέρδος. Τα νοσοκομεία, ως Ν.Π.Δ.Δ. διαθέτουν διοικητική αυτοτέλεια, έχουν δικό τους προϋπολογισμό και περιουσία.

Σύμφωνα με τον νόμο 1397/1983, όλα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Όμως, με βάση το Π.Δ. 87/1986 ορίζεται και ένα ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας, το οποίο διέπει όλα τα νοσοκομεία. Το ενιαίο πλαίσιο περιλαμβάνει τη διάρθρωση των νοσοκομείων, τη διοίκηση και τον αριθμό των θέσεων του προσωπικού συνολικά, ανά υπηρεσία και σε αναλογία με τη δύναμη των κλινών. Σύμφωνα με το πλαίσιο αυτό, κάθε νοσοκομείο έχει τρεις βασικές υπηρεσίες, ιεραρχικά ισότιμες, οι οποίες υπάγονται στον Διοικητή του Νοσοκομείου, που είναι και ο πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου (Δ.Σ.). Οι υπηρεσίες αυτές είναι: η ιατρική υπηρεσία, η νοσηλευτική και η διοικητική.

Ο ν. 1397/1983 (αρ.9 και 10) καθιέρωνε για πρώτη φορά τον θεσμό του έμμισθου προέδρου του διοικητικού συμβουλίου, στον οποίο εκχωρούνται σημαντικές αρμοδιότητες, ενισχύοντας κατά τον τρόπο αυτό τον εξωυπηρεσιακό παράγοντα του νοσοκομείου. Με τον νόμο 2889/2001 έγινε μια προσπάθεια εισαγωγής του επαγγελματικού management στη διοίκηση των νοσοκομείων με τον θεσμό των διοικητών οι οποίοι θα επιλέγονται από την Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. (Πολύζος, 2014). Η θέση του Διοικητή ενισχύεται σημαντικά. Σύμφωνα με την παρ.7 του αρ. 5, «Ο Διοικητής έχει τη γενική και ειδική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας του νοσοκομείου και προβαίνει σε κάθε ενέργεια για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας του».

Στον ν. 3329/2005 προβλέπεται και η διοίκηση, με τη μορφή που ισχύει και σήμερα. Τα αρμόδια όργανα είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής (εφόσον το νοσοκομείο διαθέτει περισσότερες από 400 κλίνες). Ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, κατόπιν αξιολόγησής τους από Επιτροπή, την οποία συστήνει ο Υπουργός Υγείας, σύμφωνα με την παρ.5 του αρ. 2 του ν. 4052/2012. Στην αρχή της θητείας τους υπογράφουν σύμβαση αποδοτικότητας στην οποία καταχωρούνται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (παρ. 6B, αρ. 5, 2889/2001). Αξιολογούνται δε ετησίως από την Επιτροπή και τη Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας, βάσει έκθεσης προόδου την οποία υποβάλλουν.

Παρά τις προσπάθειες εκσυγχρονισμού του τρόπου διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων, παρατηρείται έντονη τμηματοποίηση μεταξύ των εργαζομένων που έχουν παρόμοια προσόντα και καθήκοντα (πχ. ιατρών, νοσηλευτών, διοικητικών). Κάθε τμήμα εστιάζεται στις δικές του αρμοδιότητες, συχνά μη διατυπωμένες σε κάποιο επίσημο έγγραφο (εφόσον δεν υπάρχει καθηκοντολόγιο) και ακολουθεί τη δική του κάθετη ιεραρχική διάρθρωση. Η έντονη τμηματοποίηση πολλές φορές οδηγεί στη «στεγάνωση» και την απομόνωση των τμημάτων και των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται ο συντονισμός και να αναπτύσσονται επιμέρους κέντρα εξουσίας. Τα κέντρα εξουσίας δημιουργούνται όχι μόνο με βάση τη θέση στην ιεραρχική κλίμακα αλλά και με βάση τη δύναμη που απορρέει από την επαγγελματική ιδιότητα. Για τον λόγο αυτό είναι συχνές και οι προστριβές μεταξύ των κέντρων αυτών, γεγονός ότι οποίο δημιουργεί αντιστάσεις και καθυστερήσεις στη λήψη των αποφάσεων.

Συνολικά, η διοίκηση των ελληνικών νοσοκομείων βασίζεται στον κάθετο ιεραρχικό μοντέλο. Οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται ιεραρχικά προς τους υφισταμένους φορείς στη βάση της διοικητικής πυραμίδας (Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016), χωρίς οι τελευταία να λαμβάνουν μέρος ουσιαστικά στις αποφάσεις. Ο συντονισμός είναι ελλιπής και συχνά η πρόσβαση σε πληροφορίες είναι δυσχερής. Ο σχεδιασμός ως συστημική και οργανωμένη λειτουργία είναι ανύπαρκτος. Η αξιολόγηση του προγραμματισμού εντάσσεται στο πλαίσιο του κεντρικού υγειονομικού προγραμματισμού με αντικειμενικούς σκοπούς και στόχους που είναι απόλυτα εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και στόχους της κεντρικής εξουσίας (Θανασάς και Χαραλάμπους, 2016). Οι αποφάσεις λαμβάνονται με κύριο

γνώμονα το κόστος, εφόσον δεν υπάρχουν οργανωμένα τμήματα και τυποποιημένες διαδικασίες εξαγωγής ποιοτικών αποτελεσμάτων.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι δυσχέρειες στην αποτελεσματική διοίκηση των νοσοκομείων δεν προκύπτουν μόνο από την εσωτερική διάρθρωση των δομών αυτών. Το νοσοκομείο αποτελεί ένα υποσύστημα, μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, του συστήματος υγείας και κατά συνέπεια δέχεται τους περιορισμούς του εξωτερικού του περιβάλλοντος, δηλαδή, του πολιτικού και του οικονομικού συστήματος. Ειδικότερα, παρά το γεγονός ότι το Διοικητικό Συμβούλιο και ο Διοικητής είναι τα ανώτατα όργανα εντός του νοσοκομείου, οι αρμοδιότητές τους περιορίζονται σημαντικά, διότι η άσκηση των περισσότερων και κυριότερων από τις αρμοδιότητές τους απαιτεί την έγκριση του Διοικητή της Υ.Π.Ε. και συχνά και του Υπουργού Υγείας, προκειμένου, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τον έντονο συγκεντρωτισμό του ελληνικού συστήματος υγείας.

**Σχήμα 2:** Η δομή των ελληνικών Νοσοκομείων



### Χρηματοδότηση Νοσοκομείων

Περιορισμοί στη λειτουργία των νοσοκομείων τίθενται και από τον τρόπο κατάρτισης του προϋπολογισμού. Ο επαυξανόμενος ή αυξητικός προϋπολογισμός αποτελεί τον συνηθέστερο τύπο προϋπολογισμού, στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Στηρίζεται στα δεδομένα του προηγούμενου έτους και συνυπολογίζεται το ποσοστό του αναμενόμενου πληθωρισμού. Έτσι καθορίζεται το «σημείο εκκίνησης» της επόμενης χρονιάς και περιορίζεται στην απλή κατανομή επιπλέον διαθέσιμων πόρων ή αναγκαίων περικοπών (Γείτονα 1992). Ο σημερινός τρόπος κατάρτισης του

προϋπολογισμού στα ελληνικά νοσοκομεία αντί να αποτελεί ένα ολοκληρωμένο χρηματοοικονομικό σχέδιο, έχει καταλήξει σε μια απλή διοικητική πράξη. Η γενική κατεύθυνση περιορισμού των δαπανών στο ύψος του προηγούμενου έτους δεν προσφέρει ουσιαστικά τίποτα στο επίπεδο της νοσοκομειακής διαχείρισης διότι δεν αξιολογεί το ύψος, το είδος και την φύση των δαπανών αυτών (Γούλα, 2007). Επιπλέον, δεν προσφέρει κίνητρα καθώς δεν ενσωματώνει στοιχεία αποτελεσματικότητας.

#### **4.2 Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Αγγλία**

Το αγγλικό σύστημα υγείας δομείται σε δύο επίπεδα: το πρωτοβάθμιο και το δευτεροβάθμιο-τριτοβάθμιο επίπεδο. Η Π.Φ.Υ. παρέχεται κυρίως από τους Γενικούς Ιατρούς (General Practitioners - GPs) στους οποίους οι πολίτες πρέπει να εγγραφούν αλλά και από τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (Walk-in Centers). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει διττό ρόλο: αφενός αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με τις υπηρεσίες υγείας και αφετέρου, λειτουργεί ως «πυλωρός» (gatekeepers), καθοδηγώντας τους ασθενείς εντός τους συστήματος υγείας και παραπέμποντάς τους στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Η δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Επίσης, τα νοσοκομεία διακρίνονται επίσης σε γενικά (general) και ειδικά νοσοκομεία (specialists hospitals). Από τη δεκαετία του '90 και μετά τα δημόσια νοσοκομεία έχουν οργανωθεί σε νοσοκομειακούς οργανισμούς, οι οποίοι απολαμβάνουν περισσότερη (NHS Foundation Trusts) ή λιγότερη ανεξαρτησία (NHS Trusts). Τα νοσοκομεία foundation trusts λειτουργούν ως επιχειρήσεις δημόσιου οφέλους ("public benefit corporation") (Department for Health, n.d.) με δυνατότητα διαπραγμάτευσης των όρων και συνθηκών εργασίας, και δυνατότητα δανεισμού από εξωτερικούς φορείς.

Τα νοσοκομεία υπό το καθεστώς NHS Trust είναι απευθείας υπόλογα στο Υπουργείο Υγείας. Τα νοσοκομεία υπό το καθεστώς NHS Foundation Trust, είναι υπόλογα στην τοπική κοινωνία. Γενικά, έχουν μεγαλύτερη αυτονομία από τον κεντρικό έλεγχο, καλύτερη πρόσβαση στη χρηματοδότηση, αυξημένη ελευθερία στην πρόσληψη προσωπικού και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

### **Δομή και λειτουργία νοσοκομείων**

Η δομή των νοσοκομείων στην Αγγλία διέπεται από ένα ενιαίο πλαίσιο όπως αυτό των νοσοκομείων στην Ελλάδα, με τη διαφορά ότι υπάρχει μεγάλη ευελιξία αναπροσαρμογής με βάση το μέγεθος και τις ανάγκες του εκάστοτε νοσοκομείου. Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν ορισμένες πτυχές των νοσοκομείων που λειτουργούν ως Foundation Trusts, τα οποία είναι νοσοκομεία υψηλής απόδοσης. Εξάλλου, ήδη από το 2004, η βρετανική κυβέρνηση έχει προτείνει όλα τα νοσοκομεία του NHS, στο μέλλον, να γίνουν NHS Foundation Trusts (Lewis, R., 2005).

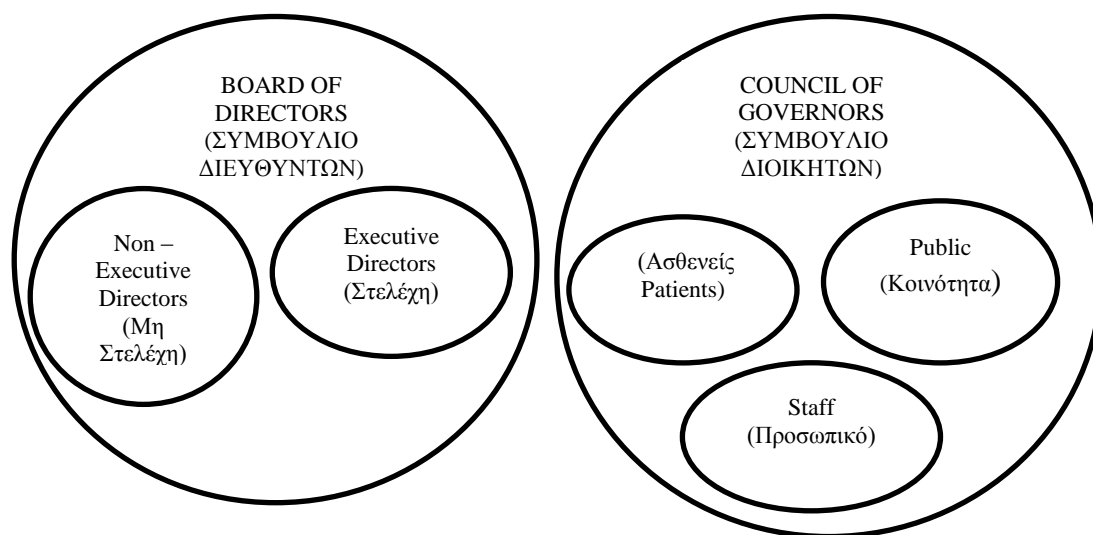
Τα νοσοκομεία αυτά αποτελούν μια μορφή μη κερδοσκοπικής επιχείρησης. Είναι δημόσιες δομές, οι οποίες χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό τομέα αλλά λειτουργούν με όρους ιδιωτικού τομέα. Έτσι, τοποθετούνται κάπου ενδιάμεσο μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα. Σκοπός της δημιουργίας των οργανισμών αυτών είναι η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας που θα έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή και θα βρίσκονται πιο κοντά στον πολίτη. Η αυτονομία και η λογοδοσία στην τοπική κοινότητα αποτελούν τα δύο βασικά χαρακτηριστικά τους. Τα Foundation Trusts είναι περισσότερο ανεξάρτητα από την κεντρική διοίκηση και βρίσκονται σε στενότερη διασύνδεση και συνεργασία με την τοπική κοινωνία.

Το οργανόγραμμά τους παραπέμπει σε αυτό μιας εταιρείας. Επικεφαλής του νοσοκομείου είναι ο Πρόεδρος (Chairman), ο οποίος δεν προέρχεται από το νοσοκομείο και ο Γενικός Διευθυντής (Chief Executive), στέλεχος του νοσοκομείου. Η διοίκηση ασκείται από συμβούλια (board-led) στα οποία συμμετέχουν στελέχη και μη στελέχη της δομής. Το Συμβούλιο των Διευθυντών (Board of Directors) χαράσσει τη στρατηγική, παρακολουθεί τη λειτουργία του νοσοκομείου και εγγυάται την επίτευξη των στόχων του. Το Συμβούλιο των Διοικητών (Council of Governors) υποστηρίζει τους Διευθυντές στις εργασίες τους και οι τελευταίοι, λογοδοτούν σε αυτό. Τέλος κάθε νοσοκομείο έχει εγγεγραμμένα μέλη, τα οποία εκλέγουν το Συμβούλιο των Διοικητών και με αυτόν τον τρόπο λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις, τις οποίες μπορούν να επηρεάσουν, έστω και έμμεσα.

Εν κατακλείδι, ήδη από τη δεκαετία του 1990, η Αγγλία εγκατέλειψε το γραφειοκρατικό οργανωσιακό μοντέλο και οδηγήθηκε στην εισαγωγή του μοντέλου συμμετοχικής διοίκησης-κουλτούρας στα δημόσια νοσοκομεία, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και την προστασία της ασφάλειας των ασθενών. Το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης δεν είναι χαλαρό σύστημα διοίκησης αλλά πολύ καλά δομημένο και

συμπαγές. Είναι ένα σύστημα αυτοελέγχου και ταυτόχρονα σύστημα ατομικής ευθύνης με τις αποφάσεις να λαμβάνονται ομαδικά αλλά η εφαρμογή να αφορά ατομικά το κάθε μέλος που φέρει προσωπική ευθύνη για την επιτυχία (Γούλα, 2013, Λειβαδάς, 2003). Το εν λόγω μοντέλο συνδέεται άμεσα με τη φιλοσοφία που επιθυμεί τον ασθενή στο κέντρο του συνόλου ενεργειών. Στα νοσοκομεία όπου εφαρμόζεται το ασθενο-κεντρικό σύστημα κουλτούρας υπάρχει ισχυρή νοσηλευτική και ιατρική ηγεσία, αποτελεσματική επικοινωνία και συντονισμός, συμμετοχική εργασία στην επίλυση προβλημάτων και στη διαχείριση διαμαχών (Γούλα, κ.α.,2014).

**Σχήμα 3:** Η διοίκηση των αγγλικών νοσοκομείων (Foundation Trusts)



### Χρηματοδότηση Νοσοκομείων

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια και κυρίως ύστερα από τις μεταρρυθμίσεις της περιόδου 2003-2004 καθώς έχει εισαχθεί το στοιχείο της δραστηριότητας (activity) ή καλύτερα των αποτελεσμάτων (result). Η εισαγωγή της «πληρωμής των προμηθευτών υγείας ανάλογα με τα αποτελέσματά τους» (payment by results PbR) εφαρμόστηκε με σκοπό την παραγωγή ενός διαφανούς, βάσει κανόνων συστήματος για την πληρωμή των νοσοκομείων (trusts), μέσω της επιβράβευσης της αποδοτικότητας, της υποστήριξης της δυνατότητας επιλογής του κάθε ασθενούς και της ενθάρρυνσης της δραστηριότητας για τη βιώσιμη μείωση του χρόνου αναμονής (Ξένος, κ.α., 2014). Η μέθοδος αυτή συνδέεται με τα αποτελέσματα της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου για κάθε διαγνωστική κατηγορία. Ειδικότερα, η δραστηριότητα του νοσοκομείου θα κατηγοριοποιείται σε Ομοειδείς Διαγνωστικές

Κατηγορίες που απαιτούν το ίδιο επίπεδο πόρων (Healthcare Resource Group- HRG). Κάθε τέτοια κατηγορία θα αποζημιώνεται με ένα σταθερό ποσό το οποίο θα προσδιορίζεται σε εθνικό επίπεδο και θα προσαρμόζεται στον πληθωρισμό, τις αλλαγές στην τεχνολογία, τις κλινικές πρακτικές και τοπικούς παράγοντες (Ξένος, κ.α., 2014, Cylus, et.al.,2015).

Ένας ακόμα χρηματοδοτικός μηχανισμός των προμηθευτών δευτεροβάθμιας περίθαλψης το οποίο έχει εισαχθεί στο αγγλικό σύστημα υγείας προκειμένου να ενθαρρύνει τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης είναι η «πληρωμή με βάση την απόδοση» (Pay for Performance – P4P) ή «αγορά των υπηρεσιών βάσει της αξίας τους». Για την εφαρμογή του μηχανισμού αυτού δημιουργήθηκε ένα χρηματοδοτικό πλαίσιο ,σύμφωνα με το οποίο το εισόδημα των προμηθευτών υγείας εξαρτάται από την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, τόσο εθνικών όσο και τοπικών. Το πλαίσιο αυτό θεωρήθηκε επιτυχές στην αρχική εφαρμογή του, βοηθώντας τους αγοραστές και τους προμηθευτές να προσδιορίσουν και να ιεραρχήσουν τις τοπικές ανάγκες βελτίωσης της ποιότητας (Marshal, et.al.,2014). Επίσης, αποτελεί ένα σύστημα το οποίο παρέχει σημαντικά κίνητρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

#### 4.3. Συμπεράσματα

Τα δύο συστήματα περίθαλψης αντικατοπτρίζουν τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Τα ελληνικά νοσοκομεία είναι Ν.Π.Δ.Δ. οργανωμένα με βάση το γραφειοκρατικό πρότυπο. Η διοίκηση ακολουθεί την κάθετη πυραμιδική δομή. Οι αποφάσεις λαμβάνονται από τη Διοίκηση, χωρίς την δυνατότητα ευρείας συμμετοχής. Η δυνατότητα υλοποίησης των αποφάσεων παραμένει περιορισμένη, τόσο από την κάθετη δομή όλου του συστήματος υγείας, όσο και από το κόστος, το οποίο αποτελεί και τον μοναδικό παράγοντα λήψης αποφάσεων. Τα νοσοκομεία της Μεγάλης Βρετανίας διαθέτουν μεγάλη αυτονομία λειτουργική και οικονομική. Ο τρόπος λήψης των αποφάσεων είναι «συμμετοχικός», καθώς τόσο το προσωπικό, οι ασθενείς και η κοινότητα μπορούν να λαμβάνουν μέρος. Ωστόσο, περιορισμοί στη λειτουργία των τίθενται τόσο από τα όργανα που επιβλέπουν και ρυθμίζουν τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, όσο και από το αυστηρό πλαίσιο της λογοδοσίας.

## 5. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται μια γενική περιγραφή δύο συγκεκριμένων νοσοκομείων, αντιπροσωπευτικών του ελληνικού και του αγγλικού συστήματος υγείας, αντιστοίχως, ώστε να καταστεί πιο εύληπτη η περιγραφή της νοσοκομειακής φροντίδας στις δύο χώρες. Επίκεντρο της συγκεκριμένης περιγραφής αποτελεί το εσωτερικό περιβάλλον των δύο νοσοκομείων και συγκεκριμένα, η οργάνωση και διοίκηση τους. Το Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» και το KCHft συγκαταλέγονται στα μεγαλύτερα των Περιφερειών στις οποίες βρίσκονται. Ωστόσο, οι διαφορές στην οργάνωση και τη διοίκηση αντικατοπτρίζουν την διαφορετική αντίληψη που επικρατεί στα δύο συστήματα.

### 5.1 Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία»

Το Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» συνδέθηκε, κατά τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του, με την ιστορία της φυματίωσης. Το νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1902, με πρωτοβουλία της Σοφίας Σλήμαν, ως το πρώτο λαϊκό σανατόριο, ακολουθώντας το παράδειγμα άλλων κρατών, όπως της Γερμανίας και της Ελβετίας. Η λειτουργία του ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1905 με τα εγκαίνια του πρώτου περιπτέρου. Η «Σωτηρία» μέχρι το 1919, που περιήλθε στο κράτος, συντηρήθηκε και επεκτάθηκε με χρήματα της ιδιωτικής πρωτοβουλίας (Κάτης, 1984: 31). Το 1936, το νοσοκομείο μετατράπηκε σε «Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου» και έπαψε να εξαρτάται πλήρως από το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντίληψης. Συνεπώς, συγκροτήθηκε Διοικητικό Συμβούλιο και καταρτίστηκε οργανισμός και εσωτερικός κανονισμός. Μετά το πέρας του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου, ξεκίνησε σταδιακά να αναπτύσσεται. Το 1945 εγκαταστάθηκε και η πρώτη Φυματιολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (<https://www.sotiria.gr/index.php?id=99> [15 Νοεμβρίου 2018]).

Κατά τη δεκαετία του 1950, ο σκοπός του νοσοκομείου μεταβλήθηκε σταδιακά, καθώς δεχόταν πάσχοντες, όχι μόνο από φυματίωση αλλά και από άλλες ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Σταθμό στην ιστορία του Νοσοκομείου αποτέλεσε η δημιουργία του Κέντρου Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (Κ.Α.Α.), το 1961 και των



πρώτων πνευμονολογικών κλινικών οι οποίες βαθμιαία αντικατέστησαν τις φυματιολογικές, με αποτέλεσμα, το 1965 το Νοσοκομείο να μετονομαστεί σε «Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών». Επιπλέον, επήλθαν σημαντικές μετατροπές στην ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου με την προσθήκη νέων κλινικών και μονάδων διαφορετικών ειδικοτήτων αλλά και εργαστηρίων, οι οποίες του προσέδωσαν τη σημερινή μορφή ως «Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος».

Σήμερα, το Νοσοκομείο «Η Σωτηρία» υπάγεται στην 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής (1<sup>η</sup> ΥΠΕ Αττικής)<sup>8</sup> και έδρα του είναι ο Δήμος Αθηναίων. Αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της ίδιας Περιφέρειας με συνολική δυναμική 710 κλίνες<sup>9</sup>. Σύμφωνα με στοιχεία της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ (2017), το ποσοστό κάλυψης κλινών<sup>10</sup> εκτιμάται στο 72,05%, για το 2016. Ενώ, την ίδια χρονιά πραγματοποίησε 41.374 εισαγωγές. Συνολικά, στο νοσοκομείο αυτό απασχολούνται 1.291 εργαζόμενοι (*διαθέσιμα δεδομένα νοσοκομείου από 2018*).

Σύμφωνα με το αρ. 2 του Οργανισμού του (υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.25212 Απόφαση, ΦΕΚ 737/ τ. Β' /1-4-2013), σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας σε πληθυσμό ευθύνης της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη και ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.

<sup>8</sup> Σύμφωνα με τον ν. 4052 (ΦΕΚ 41/τ. Α' /1-3-2012), με τον οποίο τροποποιείται ο ν. 3329 (ΦΕΚ 81/ τ. Α' /4-4-2005), η 1<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής εκτείνεται στα όρια της περιφέρειας Αττικής και περιλαμβάνει τους Δήμους του Νομού Αττικής, με έδρα την Αθήνα. Η 1<sup>η</sup> ΥΠΕ περιλαμβάνει εκτός από την κεντρική υπηρεσία, 23 νοσοκομεία (19.796 εργαζόμενοι) και 79 δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (2.134 εργαζόμενοι) (Στοιχεία από την Παρουσίαση Έργου 2015-2016 της 1<sup>ης</sup> ΥΠΕ, 2017)

<sup>9</sup> Το Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» είναι τρίτο με βάση τον αριθμό των κλινών των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής περιφέρειας (710 κλίνες). Τον μεγαλύτερο αριθμό κλινών έχει το Νοσοκομείο Ευαγγελισμός και η Πολυκλινική (931 κλίνες) και το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» (737 κλίνες). Επίσης, νοσοκομεία με μεγάλο αριθμό κλινών είναι το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» (672 κλίνες), το Γ.Ν. Αττικής «Κ.Α.Τ.» (549 κλίνες) και Γ.Ν.Α. «Λαϊκό» (528 κλίνες).

<sup>10</sup> Το Ποσοστό Κάλυψης Κλινών δείχνει το ποσοστό των πραγματικών ημερών νοσηλείας (των ημερών κατά τις οποίες οι κλίνες του νοσοκομείου ήταν κατειλημμένες) προς τις συνολικές διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας της υπό εξέταση χρονικής περιόδου, προκύπτει διαιρώντας τις πραγματικές ημέρες νοσηλείας (τον μέσο αριθμό νοσηλευθέντων με τις διαθέσιμες ημέρες νοσηλείας (αριθμό των νοσηλευτικών κλινών επί τον αριθμό ημερών της υπό μελέτης χρονικής περιόδου) (Πολύζος, Ν. 2014: 326)

2. Η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
3. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας σε συνεργασία με άλλους φορείς, διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα
4. Η συνεργασία με άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα και μονάδες υγείας της ΥΠΕ για ανάπτυξη και αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων.
5. Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης
6. Η υλοποίηση διαδικασιών για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας
7. Η λειτουργία Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ).

Για την υλοποίηση των ανωτέρω στόχων, το νοσοκομείο αποκτά έσοδα από:

1. Επιχορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό και το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων (ΠΔΕ).
2. Εισπράξεις από νοσήλια, εξέταστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών
3. Πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία
4. Έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις περιουσιακών στοιχείων
5. Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τις αρμοδιότητές τους (αρ. 18 Οργανισμού)

Δυστυχώς, όμως, σύμφωνα με στοιχεία του νοσοκομείου για το 2018, τα έσοδα του νοσοκομείου από τις βασικές πηγές χρηματοδότησης, όπως τα νοσήλια, τα εξωτερικά ιατρεία, τα φάρμακα, (44.744.976,83€) δεν επαρκούν για να καλύψουν τις δαπάνες του νοσοκομείου (73.323.797.11€), με αποτέλεσμα ο προϋπολογισμός του να παραμένει για άλλη μια χρονιά ελλειμματικός. Η μεγαλύτερη δαπάνη προκαλείται από τη μισθοδοσία, η οποία καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επομένως, το έλλειμμα αυτό καλείται να καλύψει το κράτος, γεγονός το οποίο έχει σημαντικές δημοσιονομικές συνέπειες.

Η λειτουργία και η αποδοτικότητα του Νοσοκομείου είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τη Διοίκηση του και τον τρόπο λήψης αποφάσεων. Τα όργανα που την απαρτίζουν στο

Δημόσιο Νοσοκομείο συνιστούν μια ιεραρχική διοικητική πυραμίδα στην οποία συμμετέχουν όργανα αμιγώς διοικητικά αλλά και επιστημονικά (Γούλα, 2007)

Όσον αφορά τα αμιγώς διοικητικά όργανα, σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου (αρ. 3) και τον ν. 3329/2005, όπως τροποποιήθηκε από τον ν. 3868/2010, το ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» διοικείται από:

- Το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο είναι επταμελές για νοσοκομεία άνω των 400 κλινών
- Τον Διοικητή και πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου
- Τον Αναπληρωτή Διοικητή και αντιπρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου, εφόσον το εν λόγω νοσοκομείο διαθέτει περισσότερες από 400 κλίνες.

Οι θέσεις του Διοικητή και του Αναπληρωτή Διοικητής είναι οργανικές θέσεις (Ειδικές Θέσεις), πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, στις οποίες διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, με τη διαδικασία που αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα.

Ως προς τις αρμοδιότητές τους, ο Διοικητής του Νοσοκομείου προϊστάται και των τριών υπηρεσιών και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο. Οι αρμοδιότητες των δύο αυτών Ειδικών Θέσεων απαριθμούνται στο αρ.7 του ν. 3329/2005. Επιπροσθέτως, με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται κάθε είδους θέμα που αφορά τις αρμοδιότητές τους.

Το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.), αποτελεί την κορυφή της πυραμίδας και σε αυτό συμμετέχουν εκπρόσωποι και των τριών κατηγοριών εργαζομένων του Νοσοκομείου, δηλαδή του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού. Με αυτόν τον τρόπο λαμβάνονται αποφάσεις συλλογικά και με τη μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των εργαζομένων. Σε αυτό συμμετέχουν, εκτός από τον Διοικητή και τον Αναπληρωτή Διοικητή, τρία επιπλέον μέλη τα οποία ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας -χωρίς να τίθενται περαιτέρω προδιαγραφές και τα οποία δεν προέρχονται από το χώρο του νοσοκομείου- ένας εκπρόσωπος των γιατρών και των ειδικευμένων ιατρών, ο οποίος εκλέγεται με τον αναπληρωτή του από τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ., τους ειδικευμένους ιατρούς και τους ιατρούς μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στο Νοσοκομείο και ένας εκπρόσωπος του λοιπού προσωπικού, ο οποίος εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του, από το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι διετής. Η συγκρότηση του Δ.Σ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Ως προς τις αρμοδιότητές τους, ενδεικτικά αναφέρεται ότι το Δ.Σ. εγκρίνει:

- το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης και το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου,
- τον Οργανισμό,
- την ανέγερση, επέκταση του Νοσοκομείου ή τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση τμημάτων του,
- το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών, τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων,
- τις προτάσεις για αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων και την αποδοχή δωρεών,
- τον ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων, τον συνολικό προϋπολογισμό και τον ετήσιο προϋπολογισμό των εφημεριών,
- την ετήσια έκθεση πεπραγμένων,
- τη χορήγηση πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών ιατρικού και λοιπού προσωπικού.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι αρμοδιότητες των διοικητικών οργάνων του Νοσοκομείου δεν είναι απεριόριστες, γιατί η παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών εξαρτάται άμεσα από την επιχορήγηση του κράτους και έμμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό. Συνεπώς, τίθενται όρια στον διοικητικό μηχανισμό του νοσοκομείου και στην αρμοδιότητά του, τόσο από τις Υγειονομικές Περιφέρειες, όσο και από το Υπουργείο Υγείας, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι για την πραγματοποίηση των ανωτέρω αρμοδιοτήτων είναι απαραίτητη η έγκριση του Δ.Σ. των ΥΠΕ και περαιτέρω του Υπουργού Υγείας, στις περισσότερες περιπτώσεις. Η μοναδική περίπτωση, σύμφωνα με τον ν. 3329/2005, κατά την οποία το Δ.Σ. δίνει την τελική έγκριση, πέραν της χορήγησης εκπαιδευτικών αδειών και της αποδοχής δωρεών και κλήροδοτημάτων, είναι η περίπτωση εκτέλεσης έργων, υλοποίησης μελετών, προμήθειας παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσό άνω των 15.000€ και μέχρι 45.000€ ετησίως.

Πέρα από τα αμιγώς διοικητικά όργανα που παρουσιάστηκαν, στα επιστημονικά όργανα, ανήκει το Επιστημονικό Συμβούλιο, το οποίο σύμφωνα με το αρ.9 του ν. 3329/2005 είναι εννιαμελές και αποτελείται κυρίως από γιατρούς αλλά επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας και έναν νοσηλεύτη. Το όργανο αυτό είναι γνωμοδοτικό για κάθε θέμα που σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας τόσο στους

εσωτερικούς όσο και στους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου. Στα επιστημονικά όργανα ανήκει και η Νοσηλευτική Επιτροπή.

Επιπροσθέτως, σημαντικός είναι και ο ρόλος της Επιτροπή Ποιότητας (παρ.2αρ.8 ν. 3868/2010) υπό την Προεδρία του Διοικητή ή του Αναπληρωτή Διοικητή, στην οποία συμμετέχουν και οι Διευθυντές των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Βασική της αρμοδιότητα είναι ο συντονισμός του Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.

Όσον αφορά τη διάρθρωση, σύμφωνα με το αρ. 10 του ν. 1397 (ΦΕΚ 143/ τ. Α'7-10-1983), το αρ. 2 του Π.Δ. 87 (ΦΕΚ 69/τ. Α'26-5-1986) και τον Οργανισμό, το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις ακόλουθες τρεις Υπηρεσίες: Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική-Οικονομική. Επιπλέον, προκειμένου να επιτευχθεί η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, σε αυτό λειτουργούν και τα ακόλουθα αυτοτελή τμήματα: α) Ελέγχου Ποιότητας- Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης καθώς και β) Οργάνωσης και πληροφορικής,. Τέλος εντός του νοσοκομείου λειτουργεί και Ειδικό Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη (παρ. 4 αρ. 6 ν. 2889/2001, όπως τροποποιείται από την παρ. 1 του αρ.9 ,ν. 3868, ΦΕΚ 129/τ. Α'3-8-2010), για την υποδοχή, καθοδήγηση, υποβοήθηση και πληροφόρηση των ασθενών. Με βάση τον Οργανισμό του Νοσοκομείου, τα Αυτοτελή Τμήματα υπάγονται απευθείας στον Διοικητή, ενώ το Ειδικό Γραφείο στον Αναπληρωτή Διοικητή (παρ. 2 αρ. 5).

Κάθε μια από τις τρεις υπηρεσίες του Νοσοκομείου αποτελεί και μια ξεχωριστή Διεύθυνση. Η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται περαιτέρω στους ακόλουθους τομείς:

1. Α' Παθολογικός Τομέας
2. Β' Παθολογικός Τομέας
3. Γ' Παθολογικός Τομέας
4. Χειρουργικός Τομέας
5. Εργαστηριακός Τομέας
6. Δημόσιας Υγείας και Ψυχιατρικός Τομέας

Σε κάθε τομέα λειτουργούν Τμήματα κατά ειδικότητα και Ειδικές Μονάδες που υπάγονται οργανικά στα Τμήματα, Διατομεακά Τμήματα (χρησιμοποιούνται από όλους τους τομείς), τακτικά εξωτερικά ιατρεία και λοιπά τμήματα, Πανεπιστημιακές Κλινικές και Μονάδες του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ειδικότερα σε ό,τι αφορά την ιατρική υπηρεσία, αξίζει να σημειωθεί ότι εντός του Α' Παθολογικού Τομέα λειτουργεί και

Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας αλλά και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Επίσης, μεταξύ των τμημάτων και των μονάδων, ξεχωρίζουν οι δύο πανεπιστημιακές Κλινικές, μία πνευμονολογική και μία παθολογική και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Ακόμα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα Διατομεακά Τμήματα του Νοσοκομείου και κυρίως το Τμήμα Τηλεϊατρικής Μονάδας σε Ερευνητικό και Θεραπευτικό Κέντρο Ηλεκτρονικών Υπηρεσιών ολοκληρωμένης κατ'οίκον φροντίδας και διαχείρισης χρόνιων νόσων αλλά και το Τμήμα κατ'οίκον νοσηλείας.

Η ιατρική υπηρεσία στελεχώνεται από ειδικευμένους ιατρούς του ΕΣΥ, ειδικευόμενους γιατρούς και από άλλους επιστήμονες και παραϊατρικό προσωπικό. Η επιλογή του μόνιμου ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού γίνεται με τη διαδικασία που περιγράφεται στη συνέχεια της παρούσας εργασίας.

Η νοσηλευτική υπηρεσία σε κάθε νοσοκομείο, όπως και στο νοσοκομείο «Η Σωτηρία», ακολουθεί τη διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας και συνεπώς υποδιαιρείται σε έξι τομείς, οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο υποδιευθύνσεως. Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε έξι ή επτά τμήματα αναλόγως και καλύπτει τις ανάγκες του αντίστοιχου τομέα της ιατρικής υπηρεσίας. Επίσης, εντός αυτής της υπηρεσίας συνίσταται και η προαναφερθείσα Νοσηλευτική Επιτροπή, δηλαδή όργανο συμβουλευτικό ως προς τον σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων για νοσηλευτικά θέματα (αρ. 115, ν. 2071, ΦΕΚ 123/τ. Α' /15-7-1992).

Η τρίτη υπηρεσία, η Διοικητική-Οικονομική, διαρθρώνεται σε τρεις υποδιευθύνσεις, οι οποίες υποδιαιρούνται σε τμήματα, και είναι οι ακόλουθες:

1. Υποδιεύθυνση Διοικητικού<sup>11</sup>
2. Υποδιεύθυνση Οικονομικού<sup>12</sup>
3. Υποδιεύθυνση Τεχνικού<sup>13</sup>

Ο διορισμός κατά κατηγορία και κλάδου του λοιπού προσωπικού γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του ΠΔ. 50/2001 «Καθορισμός των προσόντων διορισμού σε θέσεις φορέων δημοσίου τομέα» (ΦΕΚ 39/τ.Α' /5-3-2001), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Συνεπώς, το νοσοκομείο δεν εμπλέκεται στην επιλογή του προσωπικού του.

<sup>11</sup> Η Διεύθυνση Διοικητικού αποτελείται από τα εξής τμήματα: Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού, Γραμματείας, Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών, Κίνησης Ασθενών.

<sup>12</sup> Η Διεύθυνση Οικονομικού αποτελείται από τα εξής τμήματα: Προμηθειών, Επιστασίας – Ιματισμού, Οικονομικού

<sup>13</sup> Η Διεύθυνση Τεχνικού αποτελείται από τα εξής τμήματα: Τεχνικού και Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Η Διοικητική Υπηρεσία παρέχει πολλές και ποικίλες δραστηριότητες. Κύρια αρμοδιότητά της είναι η υποστήριξη και ο συντονισμός των λειτουργιών των άλλων δύο υπηρεσιών. Μεταξύ άλλων, η υπηρεσία αυτή διαχειρίζεται την κινητή και ακίνητη περιουσία του νοσοκομείου, φροντίζει για τη βέλτιστη διοίκηση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, υποστηρίζει γραμματειακά τις άλλες δύο υπηρεσίες (οι οποίες δεν περιλαμβάνουν διοικητικά τμήματα, παρά μόνο γραμματειακή υποστήριξη) καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, φροντίζει για την έκδοση εισιτηρίων, εξιτηρίων, τηρεί αρχείο κενών κλινών, παρακολουθεί τις προμήθειες, επιμελείται τη συντήρηση και τις επισκευές οικοδομικών στοιχείων και κτιρίων, μεριμνά για τον καθαρισμό, ευπρεπισμό και την εμφάνιση του νοσοκομείου, κ.ά.

Τέλος, σύμφωνα με τον Οργανισμό του Νοσοκομείου, κάθε Υπηρεσία από αυτές που αναπτύχθηκαν παραπάνω, τα αυτοτελή τμήματα και το ειδικό γραφείο έχουν τη δική τους διάρθρωση και συγκρότηση. Εντός δε της κάθε υπηρεσίας ακολουθείται και εδώ το μοντέλο της κάθετης ιεραρχικής δομής. Στην ιατρική υπηρεσία προϊστάται γιατρός Συντονιστής Διευθυντής, ο οποίος είναι αρμόδιος για την εύρυθμη λειτουργία της Ιατρικής Υπηρεσίας και τον συντονισμό των τμημάτων – τομέων, της υπηρεσίας αυτής της οποίας είναι διοικητικός προϊστάμενος. Ενώ σε κάθε τμήμα προϊστάται γιατρός Διευθυντής. Ο Οργανισμός προβλέπει ειδικότερα και τους προϊσταμένους των λοιπών τμημάτων της ιατρικής υπηρεσίας, ήτοι Διαιτολογίας-Διατροφολογίας, Κοινωνικής Εργασίας, Παραϊατρικού Προσωπικού (αρ. 17). Επιπλέον, στον οργανισμό προβλέπονται και οι θέσεις των προϊσταμένων των υπολοίπων υπηρεσιών.

## **5.2 King's College Hospital Foundation Trust**

Το King's College Hospital (KCH) είναι ένα από τα παλαιότερα νοσοκομεία του Λονδίνου με ιστορία 170 χρόνων. Επιπλέον, είναι και ένα από τα κορυφαία πανεπιστημιακά νοσοκομεία, το οποίο εξυπηρετεί ένα ευρύ και αρκετά κοινωνικά διαφοροποιημένο σύνολο πολιτών. Η μεγάλη εμπειρία την οποία έχει αναπτύξει σε τομείς όπως ο διαβήτης, οι παθήσεις του πνεύμονα, του ήπατος, κλπ. οφείλονται στην ετερογένεια των ασθενών που καλείται να αντιμετωπίσει, καθώς το νοσοκομείο εξυπηρετεί πολίτες προερχόμενους τόσο από τις οικονομικά ασθενέστερες περιοχές του Λονδίνου, όσο και από τις πιο εύπορες.

Το 2013, το KCH, το οποίο βρίσκεται στην περιοχή Denmark Hill (εφεξής DH site) πήρε υπό την αιγίδα του τα νοσοκομεία Princess Royal University Hospital, Orpington Hospital, Queen Mary's Hospital, Sidcup, και Beckenham Beacon και δημιούργησαν το νέο νοσοκομείο "King's College Hospital Foundation Trust" (KCHft) γεγονός το οποίο επέφερε μεγαλύτερη ελευθερία στη διαχείριση των οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Γενικά, το KCHft προσφέρει γενικές αλλά και εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας στον τοπικό πληθυσμό των περιοχών τις οποίες καλύπτει. Αποτελεί τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομειακό οργανισμό, καθώς προσφέρεται εκπαίδευση σε φοιτητές ιατρικής, οδοντιατρικής και νοσηλευτικής, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο King's College London αλλά και με άλλα πανεπιστήμια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το KCHft είναι ένα από τα τέσσερα μεγαλύτερα κέντρα τραύματος στο Λονδίνο και διαθέτει ένα από τα οκτώ πιο σημαντικά τμήματα οξέως εγκεφαλικού επεισοδίου. Επιπροσθέτως, κατέχει ηγετικό ρόλο όσον αφορά την ιατρική έρευνα και καινοτομία, μέσα από τις κλινικές και τα εργαστήριά του.

Συνολικά ο νοσοκομειακός οργανισμός απασχολεί 11.878 εργαζόμενους και έχει δυναμική 1.670 κλινών (CQC, 2018). Το μεγαλύτερο νοσοκομείο είναι το DH site, εδρεύει στο νοτιοανατολικό Λονδίνο και η συνολική δυναμική του ορίζεται στις 900 κλίνες. Το προσωπικό του νοσοκομείου προσεγγίζει τα 7.000 άτομα. Υπολογίζεται ότι εξυπηρετεί περίπου ένα εκατομμύριο ασθενείς τον χρόνο, σε περιοχές των οποίων ο συνολικός πληθυσμός υπολογίζεται, αθροιστικά, στους έξι εκατομμύρια κατοίκους.

Η δομή του νοσοκομείου περιγράφεται σε μεγάλο βαθμό στο Καταστατικό του Νοσοκομειακού (Constitution, 2016). Οι αξίες, οι στόχοι, η αποστολή και το όραμα του αναφέρονται στον πενταετή στρατηγικό σχεδιασμό (2014-2019). Το όραμά του είναι να δώσει στους ασθενείς την καλύτερη φροντίδα μέσα από την καινοτομία και τη συνεχή βελτίωση (Strategic Plan, 2014-2019).

Το μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης διαφέρει αρκετά από εκείνο των ελληνικών νοσοκομείων, καθώς όπως έχει αναφερθεί και ανωτέρω, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Foundation Trusts, προσομοιάζει με αυτόν μιας εταιρείας.

Όσον αφορά το οργανόγραμμα, στην κορυφή βρίσκεται ο Πρόεδρος (Trust Chairman), ο οποίος δεν προέρχεται από τον χώρο του νοσοκομείου αλλά αποτελεί προσωπικότητα με κύρος και μεγάλη πολιτική επιρροή. Ο Πρόεδρος οφείλει να:



- Προάγει τις υψηλές αξίες της ακεραιότητας, της υπευθυνότητας και της εταιρικής διακυβέρνησης, ιδίως στο υψηλό επίπεδο του Συμβουλίου των Διευθυντών.
- Αποτελεί υπόδειγμα ηγεσίας
- Διευθύνει το Συμβούλιο των Διευθυντών μέσω αποτελεσματικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων και ενεργώντας ως θεματοφύλακας των διαδικασιών αυτών
- Εξασφαλίζει την ανάπτυξη εποικοδομητικών σχέσεων βασισμένων στην ειλικρίνεια, την εμπιστοσύνη και τον αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ των μελών του Συμβουλίου των Διευθυντών, του Συμβουλίου των Διοικητών
- Προωθεί την ορθή κατανόηση του ρόλου των μελών του Συμβουλίου των Διευθυντών, ήτοι των εκτελεστικών και των μη εκτελεστικών Διευθυντών.
- Εξασφαλίζει ότι τα δύο συλλογικά σώματα συνεργάζονται αποτελεσματικά.

Κατόπιν αυτών , γίνεται αντιληπτό ότι ο Πρόεδρος του Νοσοκομείου δεν ασχολείται με τα καθημερινά ζητήματα που αφορούν τη λειτουργία του, αλλά εγγυάται την τήρηση των αξιών και των αρχών του νοσοκομείου.

Στο ίδιο επίπεδο με τον Πρόεδρο βρίσκεται και ο Γενικός Διευθυντής (Chief Executive). Η επιτελική αυτή θέση έχει κοινά στοιχεία με τον Διοικητή του ελληνικού νοσοκομείου. Ο Γενικός Διευθυντής προέρχεται από τον χώρο του νοσοκομείου και αποτελεί εκτελεστικός στέλεχος του Συμβουλίου των Διευθυντών με πλήρες δικαίωμα ψήφου. Είναι αρμόδιος για τη διοίκηση του νοσοκομείου, για την απόδοσή του, αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την οικονομική βιωσιμότητα του, εξασφαλίζοντας ότι το νοσοκομείο πληροί όλες τις συμβατικές του υποχρεώσεις . Επιπροσθέτως, είναι αρμόδιος για την μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών τόσο σε τοπικό επίπεδο καθώς αλλά σε συνολικό επίπεδο, σε συνεργασία με τα νοσοκομεία-εταίρους. Με άλλα λόγια, ο Γενικός Διευθυντής διοικεί στην πράξη το νοσοκομείο. Ειδικότερα, είναι υπεύθυνος για τις ακόλουθες ενέργειες, οι οποίες αναφέρονται ενδεικτικά κατωτέρω:

- Επανεξετάζει ανά τακτά διαστήματα, την αποτελεσματικότητα τη λειτουργική και στρατηγική κατεύθυνση του νοσοκομείου.
- Προτείνει στο Συμβούλιο των Διοικητών τον ετήσιο προϋπολογισμό και το στρατηγικό οικονομικό πλάνο και εξασφαλίζει την εφαρμογή του, ύστερα από την έγκριση του σώματος.

- Εξασφαλίζει την αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των πόρων και την υψηλή ποιότητα της περίθαλψης
- Επανεξετάζει την οργανωτική διάρθρωση του νοσοκομείου και προτείνει αλλαγές, όπου χρειάζεται.
- Εξετάζει όλες τις επενδύσεις και τις μεγάλες κεφαλαιουχικές δαπάνες που προτείνονται
- Ενημερώνεται για τις αλλαγές στην «αγορά» της υγείας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο προκειμένου να βελτιωθούν οι υπάρχουσες υπηρεσίες ή να αναπτυχθούν νέες.

Συνολικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο Γενικός Διευθυντής του Νοσοκομείου είναι ο επικεφαλής για θέματα κυρίως οικονομικά αλλά και οργανωτικά, με κύρια αρμοδιότητα την εφαρμογή των πολιτικών που αποφασίζονται. Επίσης, είναι υπόλογος στον Πρόεδρο του νοσοκομείου, όχι μόνο για τις δικές του πράξεις ή αποφάσεις αλλά και για το Συμβούλιο των Διευθυντών, στο σύνολό του.

Το Συμβούλιο των Διευθυντών (Board of Directors) αποτελεί το κύριο συλλογικό όργανο του νοσοκομείου και είναι υπεύθυνο για όλες τις πτυχές της λειτουργίας και της απόδοσης του νοσοκομείου (Monitor, 2013). Ο ρόλος του Συμβουλίου των Διευθυντών περιγράφεται στον Κώδικα Διακυβέρνησης των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ..(“NHS Foundation Trust Code of Governance”), ο οποίος βασίζεται στον αγγλικό Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης (Corporate Governance Code”) . Σύμφωνα με τον Κώδικα Διακυβέρνησης (Monitor, 2014) , το Συμβούλιο των Διευθυντών έχει ηγετικό και καθοδηγητικό ρόλο.

Σύμφωνα με το Καταστατικό Κείμενο του KCHft (Constitution, 2016), καθήκον του οργάνου αυτού, και κάθε Διευθυντή ατομικά, είναι να επιδιώκει την επιτυχία του οργανισμού, με στόχο τη μεγιστοποίηση των ωφελειών των μελών του νοσοκομείου αλλά και του συνόλου. Γενικότερα, το συλλογικό αυτό όργανο χαράσσει τη στρατηγική του νοσοκομείου, καθορίζει τους στόχους και εξασφαλίζει ότι το νοσοκομείο λειτουργεί αποτελεσματικά, αποδοτικά και με το χαμηλότερο κόστος ( Monitor, 2014). Ως προς τη συγκρότησή του χωρίζεται σε δύο συνθέσεις, οι οποίες λειτουργούν συνήθως ως δυο διαφορετικά συμβούλια. Οι συνθέσεις αυτές αποτελούνται από:

- Εκτελεστικοί Διευθυντές (“Executive Directors”, 7μέλη), οι οποίοι είναι στελέχη του νοσοκομείου, οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό πλήρους απασχόλησης. Η σύνθεση του περιλαμβάνει τόσο τους Διευθυντές της

Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, όσο και Διοικητικούς Διευθυντές. Ο Γενικός Διευθυντής και ο Γενικός Οικονομικός Διευθυντής ανήκουν σε αυτή τη σύνθεση.

- Μη εκτελεστικοί Διευθυντές (“Non-Executive Directors”, 8 μέλη), οι οποίοι δεν είναι στελέχη του νοσοκομείου. Ωστόσο, με τη συμμετοχή τους μεταφέρουν την εξωτερική εμπειρία τους καθώς και μια αντικειμενική κρίση τους κατά τη διαδικασία της λήψης αποφάσεων και τη διοίκηση του νοσοκομείου.

Οι εκτελεστικοί διευθυντές (executive directors) είναι αρμόδιοι για τη λειτουργική διαχείριση του νοσοκομείου, ως προς τα σημαντικά ζητήματα που προκύπτουν. Εκτός από μέλη του Συμβουλίου αυτού, διατηρούν και τις αρμοδιότητές τους ως εργαζόμενοι του KHCft. Οι συναντήσεις των εκτελεστικών διευθυντών είναι εβδομαδιαίες για την επίβλεψη και επίλυση τρεχόντων ζητημάτων, καθώς και για τη διαχείριση ζητημάτων ποιότητας και ασφάλειας.

Οι μη εκτελεστικοί διευθυντές (non-executive directors) είναι αρμόδιοι για τα ζητήματα που σχετίζονται με τη στρατηγική του νοσοκομείου. Διορίζονται από το Συμβούλιο των Διοικητών του Νοσοκομείου, κατόπιν συνέντευξης από την Επιτροπή Διορισμών, με συμβόλαιο ορισμένου χρόνου, το οποίο έχει διάρκεια τεσσάρων ετών. Ελέγχονται δε ετησίως μέσω της ετήσιας έκθεσης απόδοσης. Τα στελέχη αυτά προέρχονται είτε από τις περιοχές τις οποίες εξυπηρετεί το νοσοκομείο, είτε από τους ασθενείς του. Ωστόσο προϋπόθεση είναι να έχουν γνώση και εμπειρία σχετικά με το KHCft. Μια εκ των βασικών τους αρμοδιοτήτων είναι ο διορισμός ή η απομάκρυνση του Γενικού Διευθυντή. Οι μη εκτελεστικοί διευθυντές συνεδριάζουν υπό την προεδρία του Γενικού Διευθυντή ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Οι συνεδριάσεις της ολομέλειας του Συμβουλίου είναι ανοιχτές στα μέλη.

Οι εκτελεστικοί διευθυντές του Συμβουλίου συμμετέχουν σε επτά υποεπιτροπές, υπό την προεδρία μη εκτελεστικών διευθυντών. Κάθε μία από τις επιτροπές ασχολείται με μια συγκεκριμένη θεματική (πχ. οικονομικά, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, κ.ά.).

Οι Επιτροπές αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Επιτροπή εκπαίδευσης και ανάπτυξης του προσωπικού
2. Επιτροπή οικονομικών και απόδοσης
3. Επιτροπή αποδοχών και διορισμών

4. Επιτροπή έρευνας και διασφάλισης ποιότητας
5. Επιτροπή ελέγχου
6. Επιτροπή υπεράσπισης της ελευθερίας του λόγου
7. Επιτροπή εμπορικών επιχειρήσεων

Η σημασία της συμμετοχής των μη-εκτελεστικών στελεχών στη διοίκηση δείχνει την εμπλοκή τόσο της τοπικής κοινωνίας αλλά και των ασθενών στη διοίκηση του νοσοκομείου, αναδεικνύοντας τη σημασία που δίνει το νοσοκομείο στους δύο αυτούς παράγοντες. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει την «ασθενοκεντρική» αλλά και «τοπικίστικη» προσέγγιση που έχει υιοθετήσει, όπως και κάθε νοσοκομείο που λειτουργεί ως Foundation Trust.

Την ίδια προσέγγιση ακολουθεί και το επόμενο συλλογικό όργανο, το Συμβούλιο των Διοικητών (“Council of Governors”), το οποίο έχει συμβουλευτικό ρόλο και υποστηρίζει τους Διευθυντές στην άσκηση των καθηκόντων τους. Αποτελείται από εκλεγμένα και διορισμένα μέλη. Τα εκλεγμένα μέλη αναδεικνύονται μέσα από τη μυστική ψηφοφορία των μελών του εκάστοτε νοσοκομειακού οργανισμού. Η πλειοψηφία των μελών προέρχεται είτε από το «εκλογικό σώμα» (constituency) των ασθενών, είτε από εκείνο της τοπικής κοινωνίας. Με αυτόν τον τρόπο, ενισχύεται ο ρόλος τους ασθενή καθώς μπορούν να συμμετέχουν και να συνδιαμορφώνουν τις αποφάσεις. Το Συμβούλιο, στο σύνολό του, αποτελεί ένα ενδιάμεσο σώμα ανάμεσα στα μέλη του νοσοκομείου και στο Συμβούλιο των Διευθυντών. Γενικότερα, εκπροσωπεί τα συμφέροντα των 20.00 μελών του νοσοκομείου. Τέλος, κάθε νοσοκομειακός οργανισμός έχει εγγεγραμμένα μέλη (“members”) τα οποία αντιπροσωπεύουν τρεις διαφορετικές ομάδες, την τοπική κοινωνία, το προσωπικό και τους ασθενείς.

Όσον αφορά την υπόλοιπη δομή του νοσοκομείου ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην ιατρική υπηρεσία. Σύμφωνα με την Ετήσια Αναφορά του νοσοκομείου (Annual Reports and Accounts 2017/2018), η ιατρική υπηρεσία υποδιαιρούνταν σε 6 τομείς, οι οποίοι για λόγους κόστους και αποτελεσματικότητας μειώθηκαν σε 3, συγκεντρώνοντας σε κάθε έναν από αυτούς τους πόρους, ανθρώπινους και υλικοτεχνικούς, που εξυπηρετούν παρόμοιους σκοπούς. Έτσι οι τρεις μεγάλοι τομείς που δημιουργήθηκαν είναι οι ακόλουθοι:

- Τομέας επειγόντων περιστατικών, προγραμματισμένης φροντίδας και σχετικών κλινικών υπηρεσιών (“Urgent Care, Planned Care & Clinical Services”)

- Τομέας κατ'οίκον φροντίδας, παρεχόμενη από ένα δίκτυο επαγγελματιών και κινητών μονάδων (“Networked Care”)
- Τομέας λοιπών νοσοκομείων: Princess Royal University Hospital, Orpington Hospital, Beckenham Beacon and Queen Mary’s Hospital, Sidcup (PRUH & South Sites)<sup>14</sup>.

Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι σε κάθε ένα από τους τομείς που περιλαμβάνει το νοσοκομείο συνεργάζονται γιατροί, νοσηλευτές αλλά και διοικητικοί υπάλληλοι, σε κάθε επίπεδο της ιεραρχίας. Αν και εμφανίζεται η αυστηρή διάκριση μεταξύ ιατρικής-νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας, ωστόσο κυριαρχεί ο συντονισμός και η συνεργασία, εν αντιθέσει με τα ελληνικά νοσοκομεία.

Εκτός από την ιατρική υπηρεσία, υπάρχουν και τμήματα ανθρώπινου δυναμικού, οικονομικών και τεχνικής υποστήριξης, στρατηγικής ανάπτυξης.

### **5.3. Συμπεράσματα**

Με βάση τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι το νοσοκομείο Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» ακολουθεί την τυπική κάθετη πυραμιδική μορφή δομή των δημόσιων νοσοκομείων και αντικατοπτρίζει τον γενικότερο τρόπο οργάνωσης και λήψης αποφάσεων των δημοσίων δομών του κράτους. Αντιθέτως, το νοσοκομείο King’s College Foundation Trust βασίζεται στον στρατηγικό σχεδιασμό που έχει χαράξει και ακολουθεί το πρότυπο της εταιρικής διακυβέρνησης με στόχο τη μεγιστοποίηση των ωφελειών για την τοπική κοινωνία και τους ασθενείς, παρέχοντας τους υπηρεσίες υψηλής ποιότητας. Η αυξημένη αυτονομία που απολαμβάνει σε σχέση με το ελληνικό νοσοκομείο συνδυάζεται με την αυξημένη λογοδοσία προς τα μέλη του.

## **7. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ: ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΙΑΤΡΩΝ**

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται η περιγραφή της διαδικασίας πρόσληψης ιατρικού προσωπικού. Στη διαδικασία αυτή καθίσταται εμφανής η σχέση των δύο νοσοκομείων με το εξωτερικό τους περιβάλλον και κυρίως με την Κεντρική Διοίκησης. Μέσα από τις

---

<sup>14</sup> Ο τελευταίος τομέας περιλαμβάνει υπηρεσίες που παρέχουν τα νοσοκομεία με τα οποία συναπαρτίζουν τον νοσοκομειακό οργανισμό ΚFH ft.

περιγραφές αυτές, αναδεικνύεται το περιθώριο λήψης αποφάσεων των οργάνων της διοίκησης των δύο αυτών νοσοκομείων.

### **6.1 Ελληνικό Νοσοκομείο: Γ.Ν.Ν.Θ. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»**

Η διαδικασία, η οποία ακολουθείται από το Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία» είναι κοινή για όλα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και τα στάδιά της ρυθμίζονται από τη νομοθεσία. Επιπλέον, αντίθετα προς τη διαδικασία του βρετανικού νοσοκομείου, η διαδικασία αυτή είναι όμοια και για τους γιατρούς όλων των βαθμών. Η μόνη διαφορά εντοπίζεται στο γεγονός ότι εάν μια νοσοκομειακή μονάδα χρειάζεται να προσλάβει Επιμελητή Α΄, τότε απαιτείται, πέρα από το αίτημα και αιτιολογημένη πρόταση του Δ.Σ. προς τον Υπουργό.

Η διαδικασία θα έπρεπε να ξεκινά με την διερεύνηση και τον προσδιορισμό των αναγκών σε ιατρικό προσωπικό. Ο προγραμματισμός αυτός αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία, διότι οριοθετείται από τις κενές οργανικές θέσεις, τον οργανισμό του νοσοκομείου, τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους και τους δημοσιονομικούς περιορισμούς. Στον προσδιορισμό των αναγκών ενός νοσοκομείου, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες, όπως ο όγκος παραγωγής των προσφερόμενων υπηρεσιών και η δυναμικότητα του νοσοκομείου σε κλίνες, η γνώση προσωποποιημένων σχέσεων μεταξύ κλινών και κατηγοριών επαγγελματιών υγείας, τη σχέση και αναλογία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών ή μεταξύ γιατρών και εργαστηριακού προσωπικού, τις παραγόμενες ποσότητες απεικονιστικών εξετάσεων ανά μηχάνημα και ανά τεχνολόγο, κ.α. (Γούλα, Α., 2007). Ωστόσο, στο Γ.Ν.Ν.Θ. «Η Σωτηρία», όπως και σε άλλα δημόσια νοσοκομεία, δεν υπάρχει τμήμα το οποίο να επεξεργάζεται τέτοιου είδους ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα, έτσι ώστε να λαμβάνονται αποφάσεις βάσει στοιχείων.

Επίσης, ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας, ο οποίος πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι η διερεύνηση των ειδικοτήτων που είναι απαραίτητες για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου. Οι ειδικότητες, οι βαθμίδες και ο αριθμός των απασχολουμένων σε μια μονάδα ορίζονται από τον οργανισμό του νοσοκομείου. Τα στοιχεία αυτά διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου, δηλαδή, ένα το νοσοκομείο είναι Γενικό ή Ειδικό (Γούλα, Α., 2007).

Συνεπώς, οι προϊστάμενοι των τμημάτων, σε πρώτο επίπεδο, και των διευθύνσεων, σε δεύτερο επίπεδο, υποβάλλουν στον Διοικητή του Νοσοκομείου την εισήγησή τους αναφορικά με τις ανάγκες τους σε ιατρικό προσωπικό, έχοντας υπόψη τις οργανικές θέσεις που προβλέπει ο Οργανισμός του νοσοκομείου, τις ειδικότητες ανά τμήμα που προβλέπονται σε αυτόν και τον αριθμό των υπηρετούντων<sup>15</sup>.

Στη συνέχεια, σύμφωνα με το αρ. 1 της υπ'αριθμ Γ4α/Γ.Π.οικ.13273 (ΦΕΚ 621/τ/Β'/23-2-2018) Απόφασης του Υπουργού Υγείας, τα νοσοκομεία στέλνουν το αίτημα προκήρυξης στη Διοίκηση της αρμόδιας Υ.Π.Ε., η οποία συγκεντρώνει τα αιτήματα της Περιφέρειάς της και τα μεταβιβάζει, πλήρως ιεραρχημένα και αιτιολογημένα, στο Υπουργείο Υγείας και συγκεκριμένα στη Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού Νομικών Προσώπων, στο τμήμα Ιατρών του Ε.Σ.Υ.<sup>16</sup>.

Συνεπώς καθίσταται εμφανές ότι η Κεντρική Διοίκηση παρεμβαίνει στην πρόσληψη των ιατρών ενός νοσοκομείου, καθώς μετά την επεξεργασία των αιτήσεων από την αρμόδια διεύθυνση του Υπουργείου, απαιτείται η έγκριση της προκήρυξης από τον Υπουργό<sup>17</sup>. Προηγείται δε πράξη του Υπουργικού Συμβουλίου.

Η απόφαση προκήρυξης των θέσεων εκδίδεται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου, εντός αποκλειστικής προθεσμίας 2 μηνών από την πράξη έγκρισης, αναρτάται στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στον ιστότοπο της Υγειονομικής Περιφέρειας και επιπλέον κοινοποιείται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και στους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους. Εντός της απόφασης απαριθμούνται όλα τα δικαιολογητικά τα οποία καλούνται να καταθέσουν οι υποψήφιοι και αναφέρεται η ημερομηνία έναρξης και λήξης υποβολής δικαιολογητικών, οι οποίες έχουν καθοριστεί με προηγούμενη απόφαση του Υπουργού Υγείας.

Εντός 2 εβδομάδων από την ημερομηνία της προκήρυξης, ενδιαφερόμενοι πρέπει να υποβάλλουν ηλεκτρονικά την αίτησή τους στη διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού της

---

<sup>15</sup> παρ.1 αρ. 35 Ν. 4368 (ΦΕΚ 21/τ.Α'/ 21-02-2016): «Οι κενούμενες, λόγω συνταξιοδότησης, θέσεις ιατρών που υπηρετούν σε νοσοκομεία δύνανται να προκηρυσσονται έξι (6) μήνες πριν από την ημερομηνία συνταξιοδότησής τους.»

<sup>16</sup> Να σημειωθεί ότι η διαδικασία των προσλήψεων λαμβάνει χώρα τέσσερις φορές το χρόνο, στα τέλη των μηνών Ιανουαρίου, Απριλίου, Ιουλίου, Οκτωβρίου

<sup>17</sup> Στην έγκριση προκήρυξης αναφέρονται οι θέσεις ανά ειδικότητα και ορίζεται ημερομηνία υποβολής των αιτήσεων και των δικαιολογητικών

αρμόδιας Δ.Υ.Π.Ε. Εντός του ίδιου χρονικού διαστήματος, θα πρέπει να καταθέσουν και τα δικαιολογητικά.

Μετά τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και των συνοδευτικών δικαιολογητικών, οι φάκελοι των υποψηφίων διαβιβάζονται στη Γραμματεία του Συμβουλίου Κρίσης και Επιλογής της Δ.Υ.Π.Ε.. Η Γραμματεία του Συμβουλίου ελέγχει τα δικαιολογητικά των υποψηφίων ως προς το παραδεκτό ή μη της υποψηφιότητάς τους και καταχωρεί τα στοιχεία των βιογραφικών, τα οποία αναγράφονται στην αίτηση. Μετά την ολοκλήρωση του ελέγχου, το αρμόδιο ανά ειδικότητα Συμβούλιο Κρίσης και Επιλογής συνέρχεται σε ολομέλεια και αφού επικυρώσει το παραδεκτό ή μη των υποψηφιοτήτων, προχωρά στην κατάρτιση σχετικού πίνακα και ανάρτηση του στον ιστότοπο της Δ.Υ.Π.Ε.. Επίσης, αναρτώνται και οι μη αποδεκτές υποψηφιότητες, έτσι ώστε να μπορούν να προχωρήσουν οι ενδιαφερόμενοι σε (έγγραφες) ενστάσεις.

Μετά τη λήξη της προθεσμίας των ενστάσεων, το Συμβούλιο Κρίσης και Επιλογής Ιατρών Ε.Σ.Υ. συνέρχεται και πάλι σε ολομέλεια και προχωρά στην κατάταξη των υποψηφίων με βάση τα βιογραφικά και τα κατατεθέντα δικαιολογητικά καθώς και στη σύνταξη αρχικού πίνακα μοριοδότησης ανά θέση, με βάση την προϋπηρεσία, το επιστημονικό και εκπαιδευτικό έργο. Ο πίνακας αυτός αναρτάται στην ιστοσελίδα της Υγειονομικής Περιφέρειας και δίδεται και πάλι η δυνατότητα ένστασης, εντός χρονικού διαστήματος μίας εβδομάδας. Μετά το πέρας της προθεσμίας υποβολής ενστάσεων καταρτίζεται από το Συμβούλιο Κρίσης και Επιλογής ο τελικός πίνακας μοριοδότησης ανά θέση, ο οποίος και πάλι αναρτάται στην ιστοσελίδα της Δ.Υ.Π.Ε.

Οι πρώτοι πέντε εκ των υποψηφίων υποβάλλονται στη διαδικασία της δομημένης συνέντευξης. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης οι υποψήφιοι καλούνται να απαντήσουν σε δύο ομάδες ερωτήσεων, με την πρώτη κατηγορία ερωτήσεων αξιολογείται η καταλληλότητα του υποψηφίου για τη συγκεκριμένη θέση (εργασιακή εμπειρία. Διοικητικές ικανότητες), ενώ με τη δεύτερη κατηγορία ερωτήσεων αξιολογείται η εν γένει προσωπικότητα του υποψηφίου (ικανότητα αντίληψης, διαμόρφωσης πλαισίου στρατηγικής, ανάληψης πρωτοβουλιών, επίδειξης συλλογικού πνεύματος). Ειδικότερα δε για τους υποψηφίους για διευθυντικές θέσεις, οι ερωτήσεις επικεντρώνονται στην ικανότητα τους να κατανέμουν ρόλους, να αναδεικνύουν τα προσόντα και τις ειδικές δεξιότητες του κάθε ενός από τα μέλη της ομάδας, να μεταδίδουν τη γνώση σε νεότερους συναδέλφους. Το κάθε μέλος του συμβουλίου



βαθμολογεί ατομικά. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από τον μέσο όρο των μελών του Συμβουλίου.

Η μοριοδότηση των υποψηφίων από αυτήν τη συνέντευξη προστίθεται στη μοριοδότηση της κατάταξης και συνεπώς, προκύπτει η τελική βαθμολογία, με την οποία θα γίνει και η κατάταξη σε κάθε θέση. Η τελική βαθμολογία κάθε υποψηφίου και η τελική κατάταξη αναρτώνται στον ιστότοπο της Δ.Υ.Π.Ε. Η αποδοχή της θέσης από εκείνους που συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία, θα πρέπει να γίνει εντός πέντε ημερών. Τη διαδικασία αυτή ακολουθεί η δημοσίευση της Απόφασης Διορισμού του Υπουργείου Υγείας σε ΦΕΚ, με την οποία τοποθετείται ο γιατρός στο νοσοκομείο, όπου και προσκομίζει τα δικαιολογητικά, όπως πτυχίο, τίτλους ειδικότητας, πιστοποιητικό εγγραφής στον ιατρικό σύλλογο, κ.ά.

Η συγκρότηση των Συμβουλίων Κρίσης και Επιλογής ιατρών του Ε.Σ.Υ. περιγράφεται στο αρ.7 του ν.4498 (ΦΕΚ 172/τ.Α΄/16-11-2017). Τα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρών Ε.Σ.Υ. συγκροτούνται στην έδρα κάθε Υ.Π.Ε., ανά ειδικότητα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Εξαιρέση αποτελούν η 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. για τις οποίες τα Συμβούλια είναι κοινά. Η εξαιρέση αυτή αφορά και το Γ.Ν.Ν.Θ. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» το οποίο ανήκει στην 1<sup>η</sup> υγειονομική περιφέρεια. Το ίδιο ισχύει και για την 3<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> Υ.Π.Ε.. Τα Συμβούλια αυτά είναι πενταμελή και η θητεία των μελών τους είναι διετής.

Όσον αφορά τη συγκρότησή τους, τα Συμβουλίων Κρίσης και Επιλογής ιατρών Ε.Σ.Υ., για θέσεις νοσοκομείων, απαρτίζονται από:

- Έναν Διοικητή νοσοκομείου της Υ.Π.Ε. ως Πρόεδρο με τον αναπληρωτή του τον Αναπληρωτή Διοικητή του ίδιου νοσοκομείου ή ένα δεν υπάρχει τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας
- Έναν ιατρό κλάδου Ε.Σ.Υ., πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου των νοσοκομείων της Υ.Π.Ε., με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι επιλέγονται μεταξύ των προέδρων των Επιστημονικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων της Υ.Π.Ε.
- Τρεις ιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν στην Περιφέρεια της Δ.Υ.Π.Ε. με βαθμό Διευθυντή ή Συντονιστή Διευθυντή, οι οποίοι επιλέγονται με κλήρωση μεταξύ των Διευθυντών ή των Συντονιστών Διευθυντών της ίδιας ειδικότητας, μαζί με τους αναπληρωτές τους.

Η περιγραφή της ως άνω διαδικασίας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πρόσληψη των ιατρών του Ε.Σ.Υ. αποτελεί μια διαδικασία η οποία δε διεξάγεται από το ίδιο το

νοσοκομείο, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του βρετανικού νοσοκομείου, η οποία θα αναλυθεί κατωτέρω. Η κεντρική διοίκηση παρεμβαίνει καθοριστικά δίνοντας την τελική έγκριση για την έναρξη της διαδικασίας με την προκήρυξη, ενώ η περάτωση της διαδικασίας αποτελεί αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών και των αρμοδίων Συμβουλίων Κρίσης και Επιλογής ιατρών Ε.Σ.Υ. στα οποία τα μέλη επιλέγονται με κλήρωση μεταξύ ιατρών της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας. Επιπροσθέτως, η πολύπλοκη αυτή διαδικασία είναι δυνατό να οδηγήσει και σε σημαντικές καθυστερήσεις, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων.

Η δε διαδικασία συνολικά είναι κοινή για όλα τα νοσοκομεία της περιφέρειας, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη ποιοτικά χαρακτηριστικά και οι ιδιαίτερες ανάγκες κάθε μονάδας. Η έλλειψη ποιοτικών στοιχείων παρατηρείται και κατά την προετοιμασία της προκήρυξης από το ίδιο το νοσοκομείο, το οποίο λαμβάνει ως κριτήρια τις ανάγκες του, ανιχνεύοντας τες κυρίως με εμπειρικό τρόπο, καθώς τις οργανικές θέσεις που προβλέπονται στον οργανισμό. Επιπλέον, η έκδοση της προκήρυξης χρειάζεται την έγκριση του Υπουργού, εφόσον τα νοσοκομεία δεν έχουν αυξημένη αυτονομία και επιπλέον η μισθοδοσία καταβάλλεται από τον προϋπολογισμό. Τέλος, η διαδικασία αυτή διεξάγεται αποκλειστικά από τις Υγειονομικές Περιφέρειες και όχι από τα ίδια τα νοσοκομεία, τα οποία γνωρίζουν και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

## **6.2 Αγγλικό νοσοκομείο: King's College Hospital Foundation Trust**

Σε αυτήν την υποενότητα θα περιγραφεί η διαδικασία πρόσληψης ιατρικού προσωπικού, και κυρίως υψηλόβαθμων ιατρών (consultants) την οποία ακολουθεί ΚCHft. Ο βαθμός αυτός είναι ο υψηλότερος, όσον αφορά το νοσοκομειακό προσωπικό. Οι ιατροί στον βαθμό αυτό, έχουν ολοκληρώσει τον κύκλο βασικών σπουδών τους και την ειδικότητα και μπορούν να παρακολουθούν ασθενείς, χωρίς ανώτερη επίβλεψη. Εντός του νοσοκομείου εργάζονται στο πλαίσιο ομάδων, οι οποίες απαρτίζονται από επαγγελματίες υγείας όλων των κατηγοριών (BMA, 2017). Η διαδικασία εναρμονίζεται, σε γενικές γραμμές, τον οδηγό Καλών Πρακτικών του βρετανικού Υπουργείου Υγείας (The National Health Service Regulations-Good Practice Guide, 2005), ο οποίος ισχύει για τα απλά νοσοκομεία (trusts) και για όποια νοσοκομεία foundation trusts, το επιλέξουν.

Πριν από τη διαδικασία της πρόσληψης, λαμβάνει χώρα εντός του νοσοκομείου, η διαδικασία κατάρτισης της προκήρυξης, την οποία αναλαμβάνει το αρμόδιο διοικητικό τμήμα του τομέα στον οποίο ανήκει η θέση.

Το πρώτο στάδιο στη διαδικασία αυτή είναι αυτό του σχεδιασμού της θέσης (που πρόκειται να προκηρυχθεί. Συνεπώς, κατά το πρώτο αυτό στάδιο, το νοσοκομείο καλείται να αποφασίσει τις ανάγκες τις οποίες θα πρέπει να εξυπηρετεί η θέση και τις επιπλέον δραστηριότητες οι οποίες θα πρέπει να περιλαμβάνονται (πχ. διδασκαλία, έρευνα, κλπ.). Επίσης, για τον σχεδιασμό της θέσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η σύνθεση όλης της ομάδας του ιατρικού τομέα, στον οποίο θα ενταχθεί. Για το λόγο αυτό, συχνά ζητώνται οι απόψεις των υπολοίπων ιατρών της ίδιας βαθμίδας αλλά και των λοιπών εργαζομένων του τομέα.

Το επόμενο στάδιο είναι αυτό της περιγραφής της θέσης (job description). Το νοσοκομείο θα πρέπει να περιγράψει εκ νέου τη θέση. Ακόμα και στην περίπτωση της κένωσης θέσης λόγω συνταξιοδότησης, είναι δυνατόν να υπάρξουν νέες απαιτήσεις από εκείνον ο οποίος θα καλύψει τη θέση αυτή. Οι νέες αυτές απαιτήσεις απορρέουν από τις τυχόν εξελίξεις που υπάρχουν στον ιατρικό τομέα, είτε από τις νέες ανάγκες του νοσοκομείου που αναδύονται. Στο στάδιο αυτό, το νοσοκομείο απευθύνει ερώτημα προς τους συμβούλους των αντίστοιχων με την ειδικότητα της θέσης, Βασιλικών Κολλεγίων ή Σχολών Ιατρικής. Ωστόσο η τελική απόφαση ως προς το ακριβές περιεχόμενο της περιγραφής, ανήκει αποκλειστικά στο νοσοκομείο. Η διαδικασία αυτή διαρκεί περίπου τρεις εβδομάδες. Στη συνέχεια, η προκήρυξη, μαζί με την περιγραφή της θέσης, τα απαιτούμενα προσόντα και την γραπτή έγκριση για την έναρξη της διαδικασίας πρόσληψης αποστέλλονται ηλεκτρονικά στον τομέα του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου.

Η προκήρυξη θα πρέπει να δημοσιευτεί σε εφημερίδες και ιστοσελίδες. Στην προκήρυξη συμπεριλαμβάνεται η καταληκτική ημερομηνία υποβολής των απαραίτητων δικαιολογητικών καθώς και η ημερομηνία της συνέντευξης. Οι υποψήφιοι θα πρέπει να υποβάλλουν ηλεκτρονικά τα δικαιολογητικά τους εντός 3 εβδομάδων στην ιστοσελίδα “NHS Jobs” (<https://www.jobs.nhs.uk/>).

Μετά το πέρας της προθεσμίας υποβολής, το νοσοκομείο θα εξετάσει τα δικαιολογητικά. Στο στάδιο αυτό οι αιτήσεις που πληρούν τα τυπικά κριτήρια εξετάζονται και από την Επιτροπή Κρίσεων (“Advisory Appointments Committee” –

AAC). Η Επιτροπή προβαίνει στην εξέταση των αιτήσεων και των δικαιολογητικών, τόσο ως προς την πλήρωση τόσο των απαραίτητων τυπικών προσόντων αλλά και των επιθυμητών. Κατόπιν, προχωρά στην κατάρτιση καταλόγου των επικρατέστερων υποψηφίων. Η διαδικασία αυτή διαρκεί δύο εβδομάδες. Στο μεσοδιάστημα, οι υποψήφιοι έχουν τη δυνατότητα να επισκεφτούν το νοσοκομείο, να γνωρίσουν τη δομή και να μιλήσουν με συναδέλφους.

Στο επόμενο στάδιο καλούνται οι υποψήφιοι σε συνέντευξη από την Επιτροπή Κρίσεων. Η Επιτροπή αυτή αποτελεί από 9 μέλη, τον Πρόεδρο του νοσοκομειακού οργανισμού, τον Γενικό Διευθυντή, τον Συντονιστή Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας, τον Διευθυντή του συγκεκριμένου τομέα στον οποίο υπάρχει η κενή θέση, έναν σύμβουλο του αντίστοιχου Βασιλικού Κολλεγίου, έναν εξωτερικό αξιολογητή από τη γεωγραφική περιφέρεια, την οποία εξυπηρετεί το νοσοκομείο, ένα ομοιόβαθμο γιατρό, έναν εκπρόσωπο του Πανεπιστημίου, εφόσον στα καθήκοντα της συγκεκριμένης θέσης περιλαμβάνεται και η διδασκαλία και τέλος έναν εκπρόσωπο των ασθενών.

Η συνέντευξη είναι πλήρως δομημένη. Οι υποψήφιοι υποβάλλονται σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τους λόγους που επέλεξαν τη συγκεκριμένη θέση, τις διαπροσωπικές τους ικανότητες, τις διοικητικές τους δεξιότητες, την ικανότητα διαχείρισης προβλημάτων, την ικανότητα λήψης αποφάσεων, κλπ. Μέσα σε δύο μέρες από τη συνέντευξη αποστέλλεται στους επιτυχόντες της δοκιμασίας αυτής το συμβόλαιο, το οποίο οι μπορούν να μελετήσουν και να διαπραγματευτούν, για διάστημα περίπου μιας εβδομάδας. Οι όροι του συμβολαίου αυτού θα πρέπει να συμφωνούν με τους όρους του συμβολαίου που έχει υπογραφεί μεταξύ του βρετανικού Υπουργείου Υγείας και του Βρετανικού Ιατρικού Συλλόγου (British Medical Association - BMA). Για τον λόγο αυτό, οι υποψήφιοι έχουν τη δυνατότητα πριν την υπογραφή να συμβουλευτούν τον Ιατρικό Σύλλογο ως προς το συμβόλαιό τους. Με την υπογραφή του συμβολαίου η διαδικασία περατώνεται.

Εν κατακλείδι, όπως διαπιστώνεται από την παραπάνω περιγραφή της διαδικασίας, το νοσοκομείο είναι αυτό το οποίο θέτει τους όρους και τις προδιαγραφές της θέσης ανάλογα με τις ανάγκες του και επίσης, το ίδιο το νοσοκομείο αποφασίζει και την προκήρυξη των θέσεων, χωρίς περαιτέρω έγκριση .

### 6.3 Συμπεράσματα

Από την ανωτέρω περιγραφή των διαδικασιών πρόσληψης του προσωπικού στις δύο χώρες, καθίσταται φανερό ότι το εύρος λήψης αποφάσεων της Διοίκησης στα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδας περιορίζεται από τις εκτεταμένες αρμοδιότητες της κεντρικής διοίκησης και το συγκεντρωτικό σύστημα, στο οποίο έχει γίνει αναφορά ανωτέρω. Η πρόσληψη μόνιμου ιατρικού προσωπικού απαιτεί την έγκριση του Υπουργού Υγείας, μετά από πράξη του Υπουργικού Συμβουλίου. Επιπροσθέτως, η διαδικασία, διεξάγεται σχεδόν αποκλειστικά από τις Υγειονομικές Περιφέρειες και όχι από τα νοσοκομεία. Αντιθέτως, στο αγγλικό σύστημα υγείας η διαδικασία εκκινεί με απόφαση του ίδιου του νοσοκομείου και διεξάγεται από αυτό. Τέλος, πριν από την προκήρυξη, το νοσοκομείο προβαίνει στον σχεδιασμό της θέσης (ή στον ανασχεδιασμό της θέσης, αν αυτή υπάρχει ήδη) και την περιγραφή της, έτσι ώστε να είναι σύμφωνη με τις ανάγκες του νοσοκομείου.

## 7. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Εξετάζοντας τα νοσοκομεία της Ελλάδας και της Αγγλίας καθίσταται εμφανές ότι υπάρχουν μεγάλες οργανωτικές και διοικητικές διαφορές οι οποίες αντικατοπτρίζουν τις διαφορές που διέπουν τα συστήματα υγείας των δύο χωρών συνολικά.

Τα ελληνικά νοσοκομεία εντάσσονται σε ένα σύνθετο σύστημα υγείας, διοικητικά αποκεντρωμένο, αλλά ουσιαστικά συγκεντρωτικό, με έντονο το στοιχείο της κρατικής παρέμβασης, γεγονός το οποίο περιορίζει σημαντικά το περιθώριο λήψης αποφάσεων για θέματα που αφορούν τη λειτουργία τους. Η κρατική παρέμβαση σε συνδυασμό με τις αδυναμίες που παρατηρούνται στην εσωτερική οργάνωση και διοίκηση του νοσοκομείου οδηγούν στην αναποτελεσματικότητα της λειτουργίας του. Το γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης των ελληνικών νοσοκομείων εμφανίζει φαινόμενα διαρθρωτικού κατακερματισμού, σύγχυσης αρμοδιοτήτων, έλλειψης συντονισμού, λανθασμένης γραφειοκρατικής νοοτροπίας, έλλειψης εμπιστοσύνης και δυσαρέσκειας του κοινού (Γούλα, Α., 2014). Συνεπώς, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη επανεξέτασης του τρόπου οργάνωσης και διοίκησης των νοσηλευτικών μονάδων.

Στο πλαίσιο αυτό, το αγγλικό σύστημα υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται από οργανωτική και λειτουργική αποκέντρωση, προσφέρει ένα εναλλακτικό μοντέλο νοσοκομείου, αυτό των foundation trust. Τα foundation trusts απολαμβάνουν μεγάλη

αυτονομία από την πολιτική εξουσία, ενώ συνδέονται περισσότερο με την τοπική κοινωνία, εισάγοντας ένα πρότυπο συμμετοχικής διοίκησης. Το μοντέλο αυτό επιφέρει θετικά αποτελέσματα στη λειτουργία του νοσοκομείου, στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών, στη δέσμευση των εργαζομένων απέναντι στον εργασιακό τους χώρο και συνδέεται άμεσα με το «ασθενοκεντρικό» μοντέλο (patient-led). Η συμμετοχή των ασθενών, των εργαζομένων και της τοπικής κοινότητας στη διοίκηση του νοσοκομείου μέσα από τα Συμβούλια παρακινεί τους εργαζόμενους να προσφέρουν βελτιωμένες υπηρεσίες, συμβάλλει στην καλύτερη επικοινωνία και των συντονισμό μεταξύ των τμημάτων/μονάδων του νοσοκομείου και στην ταχύτερη επίλυση των προβλημάτων. Το μοντέλο αυτό, σε συνδυασμό με ένα σύστημα αυστηρών ελέγχων από φορείς του συστήματος υγείας (NHS Improvement, CQC) συμβάλλει στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών.

Βεβαίως, η εισαγωγή του συμμετοχικού μοντέλου στο ελληνικό σύστημα υγείας απαιτεί μεγάλες μεταρρυθμίσεις, ωστόσο η σταδιακή υιοθέτηση ορισμένων στοιχείων θα μπορούσε να οδηγήσει στην αναβάθμιση της λειτουργίας των νοσοκομείων και να συμβάλλει στη βελτίωση του επιπέδου υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Wolper L.F. ( 2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας*, Τόμος Β', Αθήνα: Mediforce
2. Γείτονα Μ.(1992): Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Ισότητας στην Υγεία. Η Ευρώπη και Εμείς, 14(15)
3. Γούλα, Α., (2007), *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου: Η Ελληνική Εμπειρία και Πρακτική*, Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα: Παπαζήσης
4. Γούλα, Α., (2013), *Οργανωσιακή Κουλτούρα Δημοσίου Νοσοκομείου: Παράγοντες μετάβασης από το γραφειοκρατικό στο νέο μοντέλο διοίκησης*, [Διδακτορική Διατριβή], Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο
5. Γούλα, Α., Κέφης, Β., Δημάκου, Σ., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ.,(2014), *Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο: Από το γραφειοκρατικό μοντέλο στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης*. Ερευνητική Εργασία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(5):.583-590.
6. Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ., (2017), *Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) και η επίδραση στη βιωσιμότητά τους*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, τόμος 6 τεύχος 2
7. Θανασάς, Ι. και Χαραλάμπους, Μ., (2016) *Βασικές Αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, Επιστημονικά Χρονικά, τόμος 21, τεύχος 2
8. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης Σ., (2001) *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης
9. Θεωδορουλάκης, Μ., Κουμαριάνος, Β., (2012), *Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης, Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης*, Ινστιτούτο Έρευνας ΓΣΕΕ
10. Κακαλέτσης, Ν.,Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι.,Χατζητόλιος, Α., (2012), «*Η Περιφερειακή Οργάνωση του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(2): 233-240

11. Καλογεροπούλου, Μ. και Μπουρδουκούτας, Π., (2007), *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, Αθήνα: Κλειδάριθμος
12. Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα, Β.Ε., Τριγώνη, Μ., Κούτης, Α., Πιτέλου, Ε., Λιονής, Χ., (2017), «*Ερευνητική Εργασία: Διασύνδεση δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μελέτη Υφιστάμενης Κατάστασης*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3): 343-362
13. Καρακούνος, Σ., (2005), «*Δομή ελληνικού συστήματος υγείας και πηγές χρηματοδότησής του*», Τριμηνιαία Έκδοση Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄ΤΕΙ Αθήνας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τόμος 4 τεύχος 1
14. Καρασούλος, Χ.(2014), «*Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου*», *Τρίμηνη ηλεκτρονική έκδοση του Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας.*
15. Καριώτης, Π. (1992), *Μάνατζμεντ υπηρεσιών υγείας και βιοϊατρική τεχνολογία*, Αθήνα: Euroclinica
16. Κατης, Κ., (1984), *Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία»: Ιστορική Μελέτη [Διδακτορική Διατριβή]*, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ).
17. Κυριόπουλος, Γ., (2017), *Υγεία και Ιατρική Περίθαλψη*, Μικρές Εισαγωγές, Αθήνα: Παπαδόπουλος
18. Λειβαδάς Λ. (2003), *Συμμετοχικό Management*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
19. Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, Αθήνα: Βήτα
20. Μάρδας, Γ., (1993), *Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης*, Αθήνα: Το οικονομικό
21. Μπούντα, Ε. (2007), *Συγκριτική Ανάλυση Συστημάτων Υγείας της Ε.Ε.*, Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.
22. Μπουρσανίδης, Χ.,(2017), *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας*, Διδακτικές Σημειώσεις, Αθήνα: Ε.Σ.Δ.Δ.Α.
23. Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν.,Υφαντόπουλος, Ι.,(2014), «*Σύγχρονες Μέθοδοι Χρηματοδότησης Νοσοκομείων, Ανταγωνισμός και Οικονομικά Κίνητρα, Ανασκόπηση*», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2): 172-185
24. Οικονόμου, (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας*, Αθήνα, Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.



25. Πολύζος, Ν. (2014) *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Κριτική
26. Σουρτζή, Π. (1998), *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 10(4) sl:sn
27. Τούντας, Γ.,(2003), «Οικονομικά της Υγείας: Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων κρατών», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 20(1): 76-87
28. Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., Τακουμάκης, Ι.,(2005) «Οικονομικά της Υγείας: Το βρετανικό σύστημα υγείας», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* , 22(1): 73-96
29. Χλέτσος, Μ., n.d. *Κεφάλαιο Δεύτερο: Η Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και προοπτικές [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]*. s.l.:s.n.

### Ξένη Βιβλιογραφία

1. Arora S, Charlesworth A., Kelly E., Stoye G., (2013), *Public Payment and private provision: The changing landscape of healthcare in the 2000s*. London: Nuffield Trust. Διαθέσιμο στο: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/public-payment-and-private-provision-web-final.pdf> [Πρόσβαση στις 28-11-2018]
2. Boyle, S., (2011), United Kingdom (England), *Health Systems in Transition*, Vol 13 No. 1, European Observatory on Health Systems and Policies
3. Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neil, C., Steel, D., (2015), *United Kingdom, Health system review*, Health Systems in Transition, Vol7, No5, London: The King’s Fund
4. HOPE, (2015) *Out-of- Pocket Payments in Health Care Systems in the European Union*, Διαθέσιμο στο: [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope\\_out-of-pocket-payments\\_september\\_2015.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope_out-of-pocket-payments_september_2015.pdf) [Πρόσβαση στις 28-11-2018]
5. Lewis, R., (2005), *Governing Foundation Trusts, A new era for public accountability*, Seminar Paper, London: King’s Fund
6. Marshal, L., Charlesworth, A., Hurst, J., (2014), *The NHS Payment System, Evolving Policy and Emerging Evidence, Evidence For Better Health Care*, Research Report, Nuffield Trust. Διαθέσιμο στο: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/2014-nhs-payment-research-report-web-final.pdf> [Πρόσβαση στις 30-11-2018]

7. Souliotis, K., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., (2015), *Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...*, European Journal of Health Economics
8. Thorlby, R. and Arora, S., (2016) *The English Health Care System* Σε: Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., Sarnak, D., (eds.) 2015 International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund
9. Thorlby, R. and Djordjevic, A., (2018) *The English Health Care System* Σε: Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., Sarnak, D., (eds.) International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund

### Επίσημες Βάσεις Δεδομένων

1. European Commission, *State of Health in the EU*, United Kingdom, Country Health Profile, 2017. Διαθέσιμο στο:  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_uk\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_uk_english.pdf)  
 [Πρόσβαση στις 28-11-2018]  
<https://www.health.gov.au/publicationsfiles/healthataglance2017.pdf> [Πρόσβαση στις 28-11-2018]
2. OECD, (2017), *Health at a Glance*, OECD indicators. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2017-en.pdf?expires=1544629385&id=id&accname=guest&checksum=B1EDC72863E5BDB8113F85181C394CA2](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-en.pdf?expires=1544629385&id=id&accname=guest&checksum=B1EDC72863E5BDB8113F85181C394CA2) [Πρόσβαση στις 6-12-2018]
3. WHO, (1946), *Constitution of the World Health Organization*. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) [Πρόσβαση στις 6-12-2018]
4. WHO, (2000), *The World Health Report: Health Systems: Improving Performance*. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1) [Πρόσβαση στις 6-12-2018]

### Ιστοσελίδες

1. 70 years of the NHS, History through the years. Διαθέσιμο στο:  
<http://www.nhsgraduates.co.uk/about-the-nhs/history/>

- [Πρόσβαση στις 27-11-2018]
2. European Observatory on Health Systems and Policies, *The Health Systems and Policy Monitor*. Διαθέσιμο στο:  
<https://www.hspm.org/countries/greece09062014/countrypage.aspx>  
 [Πρόσβαση στις 27-11-2018]
  3. European Observatory on Health Systems and Policies, *The Health Systems and Policy Monitor*. Διαθέσιμο στο:  
<https://www.hspm.org/countries/england11032013/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section>  
 [Πρόσβαση στις 27-11-2018]

### Ηλεκτρονικές Πηγές

1. British Medical Association, (2017), *Doctor's Titles Explained*, London: BMA House. Διαθέσιμο στο: <https://www.bma.org.uk/-/media/.../plg-doctors-titles-explained.pdf> [Πρόσβαση στις 4-12-2018 [Πρόσβαση στις 9-12-2018]
2. Care Quality Commission (2018), *King's College Hospital NHS Foundation Trust, Inspection Report*. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/new\\_reports/AAAH1250.pdf](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/new_reports/AAAH1250.pdf)  
 [Πρόσβαση στις 9-12-2018]
3. Department for Health (n.d.), *A short guide to NHS Foundation trust*, Διαθέσιμο στο: <http://www.nhshistory.net/foundation.pdf> [Πρόσβαση στις 9-12-2018]
4. King's College Hospital Foundation Trust, (n.d.), *Strategy 2014-2019: Our Vision for the new King's*. Διαθέσιμο στο:  
<https://www.kch.nhs.uk/Doc/corp%20-%20357.2%20-%20strategic%20summary%2014-19.pdf> [Πρόσβαση στις 4/12/2018]
5. King's College Hospital NHS Foundation Trust, (2016), *Constitution*, Διαθέσιμο στο: <https://www.kch.nhs.uk/Doc/corp%20-%20287.3%20-%20trust%20constitution.pdf> [Πρόσβαση στις 2/12/2018]
6. King's College Hospital Foundation Trust, (2018), *Annual Report and Accounts 2017/2018*. Διαθέσιμο στο: <https://www.kch.nhs.uk/Doc/corp%20-%20596.1%20-%20kch%20annual%20report%2017-18.pdf?doccode=CORP&catnumber=596> [Πρόσβαση στις 3/12/2018]

7. Monitor (2013), *Your Statutory Duties. A reference guide for NHS foundation trust governors*. Διαθέσιμο στο:  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/284473/Governors\\_guide\\_August\\_2013\\_UPDATED\\_NOV\\_13.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/284473/Governors_guide_August_2013_UPDATED_NOV_13.pdf) [Πρόσβαση στις 3/12/2018]
8. Monitor, (2014), *The NHS Foundation Trust Code of Governance*. Διαθέσιμο στο: <file:///C:/Users/user/Downloads/Code-of-Governance-2016.pdf> [Πρόσβαση στις 2/12/2018]
9. NHS,(n.d.), *The NHS Constitution (2009)*, Διαθέσιμο στο: [https://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Documents/NHS\\_Constitution\\_interactive\\_9Mar09.pdf](https://www.nhs.uk/NHSEngland/aboutnhs/Documents/NHS_Constitution_interactive_9Mar09.pdf) [Πρόσβαση στις 4-12-2018]
10. NHS Providers, (2015), *We need to talk about Boards, Boards, leadership, and the NHS*. Διαθέσιμο στο: <https://nhsproviders.org/media/1057/we-need-to-talk-about-boards-boards-leadership-and-the-nhs.pdf> [Πρόσβαση στις 4-12-2018]
11. Γ.Ν.Ν.Θ. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», *Ιστορικό του Νοσοκομείου*. Διαθέσιμο στο: <https://www.sotiria.gr/index.php?id=99> [Πρόσβαση στις 30/11/2018]

### **Ελληνική Νομοθεσία**

1. Σύνταγμα της Ελλάδος
2. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ.Α/07-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
3. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ. Α'/15-07-1992) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.»
4. Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37/τ.Α/02-03-2001) «Βελτίωση και το Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις»
5. Νόμος 3106/2003 (ΦΕΚ 30/τ. Α'/10-2-2003) «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»
6. Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81/τ.Α/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
7. Νόμος 3527/2007 (ΦΕΚ 25/τ.Α/09-02-2007) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

8. Νόμος 3852/2010 (ΦΕΚ 87/τ. Α΄/ 7-6-2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης»
9. Νόμος 3868/2010 (ΦΕΚ 129/τ.Α΄/3-12-2010) «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».
10. Νόμος 4052/2012 (ΦΕΚ 41/τ.Α΄/1-3-2012)«Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων... [Σύσταση Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) - Ιδιωτικά Γραφεία Ευρέσεως Εργασίας (Ι.Γ.Ε.Ε.) - Επιχειρήσεις Προσωρινής Απασχόλησης (Ε.Π.Α.)]»
11. Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α/17-2-2014) για το «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις»
12. Νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»
13. Νόμος 4387/2016 (ΦΕΚ 85/τ. Α΄/ 12-05-2016) για το «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις».
14. Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/τ. Α/7-8-2017) για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»
15. Νόμος 4498/2017 (ΦΕΚ 172/τ.Α΄/16-11-2017) «Εναρμόνιση του ελληνικού δικαίου με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2003/88/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 4ης Νοεμβρίου 2003 «σχετικά με ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας» ως προς την οργάνωση του χρόνου εργασίας των ιατρών και οδοντιάτρων του Ε.Σ.Υ. Ρυθμίσεις θεμάτων ιατρών Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις»
16. Π.Δ. 87/1986 (ΦΕΚ 69/τ. Α΄/26-5-1986) «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων»
17. Π.Δ. 50/2001 (ΦΕΚ 39/τ.Α΄/5-3-2001) «Καθορισμός των προσόντων διορισμού σε θέσεις φορέων δημοσίου τομέα»

18. Κ.Υ.Α. Φ90380/25916/3294 (ΦΕΚ 2456/τ. Β΄/ 3-11-2011) «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)»
19. Κ.Υ.Α. Υ4α/οικ.25212 Απόφαση, ΦΕΚ 737/ τ. Β΄/1-4-2013 «Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών “Η Σωτηρία”»
20. Κ.Υ.Α. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 (ΦΕΚ 908/τ.Β΄/04-04-2016) «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας (Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας)»
21. Κ.Υ.Α. Γ4α/Γ.Π.οικ.13273 (ΦΕΚ 621/τ/Β΄/23-2-2018) «Διαδικασία προκήρυξης θέσεων ιατρών και οδοντιάτρων Ε.Σ.Υ.»»

#### **Αιτιολογικές Εκθέσεις**

1. Αιτιολογική Έκθεση Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/τ.Α/02-03-2001)
2. Αιτιολογική Έκθεση Ν. 3918 (ΦΕΚ 31/τ.Α΄/2-3-2011)





Ε.Π.  
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
ΤΟΜΕΑ**  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΛΟΜΕΥ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

[www.ekdd.gr](http://www.ekdd.gr)