

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

**ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΔΟΜΕΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΑΛΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ-ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΤΜ. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέπων:

ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΠΟΥΡΣΑΝΙΔΗΣ

Σπουδαστής:

ΗΛΙΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ

ΑΘΗΝΑ - 2018

**ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΔΟΜΕΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΑ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΑΛΛΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑΣ: ΜΙΑ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ-ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται συγκριτικά τις αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας της Γαλλίας και της Ελλάδας, έχοντας ως κύριο άξονα τον εντοπισμό εκείνων των παραγόντων που συμβάλλουν στην ορθολογική και αποτελεσματική διακυβέρνηση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Η έμφαση δίνεται στις λειτουργίες διεύθυνσης-συντονισμού και παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας των δύο μελετώμενων συστημάτων, ήτοι στις περιφερειακές και νοσοκομειακές δομές τους, χωρίς να εξετάζεται το ζήτημα της χρηματοδότησης. Δεδομένης της σημασίας του συστήματος υγείας, ως κορυφαίου θεσμού του κοινωνικού κράτους, για τη διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής και ευημερίας του αντίστοιχου πληθυσμού, η συγκριτική μελέτη στοχεύει στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για τη λειτουργία και τις παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας, ώστε να προκύψουν με βάση τη διεθνή εμπειρία πρακτικά εφαρμόσιμοι τρόποι για τη συνολική βελτίωσή του.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Γαλλία, Ελλάδα, σύστημα υγείας, αποκεντρωμένες δομές, διακυβέρνηση, συγκριτική μελέτη.

ABSTRACT

This paper performs a comparative study of the decentralized structures of governance in the health systems of France and Greece, having as main linchpin the detection of the factors that contribute to the rational and effective governance of a modern health system. Emphasis is given to the functions of management-coordination and production-delivery of health services in the two health systems, namely to the regional and hospital structures, without analyzing the matter of funding. Given the importance of the health system, as a leading institution of the welfare state, for ensuring the social cohesion and prosperity of the respective population, the comparative study aims at reaching conclusions about the operation and the pathogenies of the Greek health system, in order to detect practically applicable ways for its overall improvement.

KEYWORDS: France, Greece, health system, decentralized structures, governance, comparative study.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις και επισημάνσεις.....	8
1.1. Το θέμα της εργασίας και η σημασία του.....	8
1.2. Σκοπός και στόχοι της εργασίας.....	9
1.3. Μεθοδολογική προσέγγιση.....	10
1.4. Δομή της εργασίας.....	11
2. Βασικές έννοιες και θεωρητική προσέγγιση του θέματος.....	11
2.1. Η έννοια του συστήματος υγείας και η θεωρητική προσέγγιση.....	11
2.2. Η έννοια των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας.....	16
3. Οι αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	21
3.1. Οι περιφερειακές δομές διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	21
3.1.1. Η συγκρότηση των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	21
3.1.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης.....	23
3.1.3. Αποτίμηση του ρόλου των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	26
3.2. Οι νοσοκομειακές δομές διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	29
3.2.1. Η συγκρότηση των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	29
3.2.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης.....	30
3.2.3. Αποτίμηση του ρόλου των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	31
3.3. Συνολική αποτίμηση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.....	33
4. Οι αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	36
4.1. Οι περιφερειακές δομές διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	36
4.1.1. Η συγκρότηση των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	36
4.1.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης.....	40
4.1.3. Αποτίμηση του ρόλου των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	43
4.2. Οι νοσοκομειακές δομές διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	44
4.2.1. Η συγκρότηση των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	44
4.2.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης.....	46
4.2.3. Αποτίμηση του ρόλου των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	47
4.3. Συνολική αποτίμηση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.....	49
5. Συγκριτική παρουσίαση και αποτίμηση των ευρημάτων.....	51
5.1. Συγκριτική παρουσίαση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης.....	51
5.1.1. Συγκριτική παρουσίαση των περιφερειακών δομών.....	51
5.1.2. Συγκριτική παρουσίαση των νοσοκομειακών δομών.....	52
5.2. Αποτίμηση των ευρημάτων.....	53
5.2.1. Αποτίμηση των ευρημάτων για τις περιφερειακές δομές.....	53
5.2.2. Αποτίμηση των ευρημάτων για τις νοσοκομειακές δομές.....	54
5.3. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.....	56
6. Βιβλιογραφία-Πηγές.....	61

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1: Δομή και λειτουργίες συστήματος υγείας	13
ΣΧΗΜΑ 2: Σύστημα δομών & επιπέδων διακυβέρνησης	20
ΣΧΗΜΑ 3: Οργανωτική δομή του γαλλικού συστήματος υγείας	35
ΣΧΗΜΑ 4: Οργανωτική δομή του ελληνικού συστήματος υγείας	50
ΣΧΗΜΑ 5: Οργανωτική δομή συστήματος υγείας - σήμερα	57
ΣΧΗΜΑ 6: Προτεινόμενη οργανωτική δομή συστήματος υγείας – Σύγχρονο διοικητικό υπόδειγμα	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κύριες αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών στο γαλλικό σύστημα υγείας	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κύριες αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών στο ελληνικό σύστημα υγείας ...	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συγκριτική αποτίμηση των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συγκριτική αποτίμηση των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας	55

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ARS	Agence Regionale de Sante (Regional Health Agency)
Δ.Υ.ΠΕ.	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ε.Σ.Δ.Δ.Α.	Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης
Ν.	Νόμος
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως

Ευχαριστίες:

Θερμές ευχαριστίες στον επιβλέποντα κύριο Χρήστο Μπουρσανίδη, του οποίου η καθοδήγηση και η αμέριστη συμπαράσταση υπήρξαν καθοριστικοί παράγοντες για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Ακόμα σημαντικότερο, το ενδιαφέρον που προκάλεσε στους σπουδαστές για την κατανόηση της δομής και της λειτουργίας των συστημάτων υγείας.

Ε.Σ.Δ.Δ.Α., Ηλίας Δ. Βασιλειάδης, © 2018 - Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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

Αθήνα, 7/12/2018

ΗΛΙΑΣ ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ

1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις και επισημάνσεις.

1.1. Το θέμα της εργασίας και η σημασία του.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται τις αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας της Γαλλίας και της Ελλάδας και επιχειρεί να προσεγγίσει τις δύο περιπτώσεις συγκριτικά, από συστημική σκοπιά. Η σημασία μιας τέτοιας ανάλυσης μπορεί να θεωρηθεί ως ιδιαίτερα αυξημένη στις μέρες μας, καθώς οι διαρκώς αναπτυσσόμενες και ταχύτατα μεταβαλλόμενες ανάγκες της εποχής καθιστούν κρίσιμη την ορθολογική και αποτελεσματική διακυβέρνηση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, και δεδομένου του καίριου ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει η ορθά σχεδιασμένη και εφαρμοζόμενη αποκέντρωση στην εύρυθμη λειτουργία ενός οποιουδήποτε συστήματος, προκύπτει η ανάγκη συγκριτικής μελέτης και αποτίμησης βασικών αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας Γαλλίας και Ελλάδας, προκειμένου να εξαχθούν ολοκληρωμένα και χρήσιμα συμπεράσματα για τη λειτουργία και τις παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας. Η σημασία τέτοιου είδους μελετών παρίσταται επίσης αυξημένη λόγω της στενότητας σύνδεσης ανάμεσα στη λειτουργία ενός συστήματος υγείας και στη διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής και ευημερίας του αντίστοιχου πληθυσμού, καθώς το σύστημα υγείας αποτελεί έναν από τους κυριότερους θεσμούς του κοινωνικού κράτους (Μπουρσανίδης, 2017).

Παράλληλα, η παρούσα εργασία εντάσσεται άμεσα στον επιστημονικό προβληματισμό και τον δημόσιο διάλογο για τις μεταρρυθμίσεις που έχει ανάγκη το ελληνικό σύστημα υγείας, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει ορθολογικά αποκεντρωμένες δομές οι οποίες θα έχουν τη δυνατότητα παροχής επαρκών και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό που διαμένει στη χώρα. Υπό αυτό το πρίσμα, το υπό μελέτη θέμα βρίσκεται στην αιχμή της επικαιρότητας, τουλάχιστον όσον αφορά τη διεθνή συζήτηση για τη βέλτιστη οργάνωση και διάρθρωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, αλλά και τις εγχώριες αναζητήσεις για

την εξέλιξη του ελληνικού συστήματος, σε μια περίοδο μάλιστα που έχουν εμφανιστεί ιδιαίτερα μεγάλες προκλήσεις για το κοινωνικό κράτος εν γένει¹.

1.2. Σκοπός και στόχοι της εργασίας.

Ο κεντρικός σκοπός της εργασίας αφορά τον εντοπισμό βέλτιστων πρακτικών σχετικά με τη συγκρότηση και τη λειτουργία αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης, με την προοπτική να αποτελέσουν οι δομές αυτές το επίκεντρο της συνολικής θεσμικής αναδιοργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας. Με βάση αυτήν τη λογική, επιλέγεται η συγκριτική μελέτη των αποκεντρωμένων δομών του γαλλικού συστήματος υγείας, ως περίπτωση η οποία μπορεί να προσδώσει μια ολοκληρωμένη οπτική σχετικά με τα διαλαμβανόμενα στο αντίστοιχο ελληνικό σύστημα και να οδηγήσει σε εμπειριστατώμενα πορίσματα². Το γαλλικό σύστημα υγείας αποτελεί αναντίρρητα ένα βασικό παράδειγμα προς συγκριτική επισκόπηση, δεδομένου ότι θεωρείται ένα από τα πλέον αποτελεσματικά στον κόσμο (Rodwin, 2003). Περαιτέρω, το γαλλικό σύστημα χαρακτηρίζεται από ένα κρίσιμο στοιχείο που παρατηρείται και στο αντίστοιχο ελληνικό, ήτοι την ισχυρή κρατική παρέμβαση στις βασικές του λειτουργίες (Chevreul et al., 2015). Παράλληλα όμως, η εν λόγω περίπτωση επιλέγεται χωρίς να παραγνωρίζονται οι διαφορές ανάμεσα στα δύο εξεταζόμενα κρατικά και θεσμικά πλαίσια, καθώς η μηχανιστική μεταφορά της εμπειρίας από μια χώρα στην άλλη δεν είναι εφικτή συνολικά ούτε μπορεί να έχει την ίδια αποτελεσματικότητα στην πράξη, ακριβώς λόγω αυτών των διαφοροποιήσεων (Bertezene, 2018; Rechel et al., 2018).

Οι ειδικότεροι στόχοι της μελέτης, εντασσόμενοι στην κατεύθυνση που χαράσσει ο κεντρικός σκοπός και εξυπηρετώντας την επίτευξή του, περιλαμβάνουν τη συστηματική

¹ Όπως είναι ιδίως η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας, αλλά και η μεταναστευτική-προσφυγική κρίση που εκδηλώνεται πολύ έντονα τα τελευταία χρόνια.

² Για τον «θεσμικό ισομορφισμό» των συστημάτων υγείας, δηλαδή της υιοθέτησης ομοειδών δομών και διαδικασιών που οδηγεί σε μια σταδιακή σύγκλιση, καθώς και την έννοια της «αυτονομίας», που αναδεικνύει τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος αλλά και τις δυνατότητές του να αναπτύξει τα ισχυρά του σημεία, βλ. Νικήτα (2008).

προσέγγιση, την αναλυτική διερεύνηση και τελικώς τη συγκριτική παρουσίαση των εξής βασικών παραμέτρων που αφορούν τα εξεταζόμενα συστήματα υγείας:

- της οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος υγείας ως συστήματος πολυεπίπεδης διακυβέρνησης,
- της ανάδειξης του βαθμού αυτονομίας των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης, ήτοι τόσο της περιφερειακής διοίκησης όσο και των νοσοκομείων, καθώς και του ρόλου αυτών στη συνολική λειτουργία του συστήματος υγείας,
- των μηχανισμών λήψης αποφάσεων και των εφαρμοζόμενων εργαλείων άσκησης δημόσιας πολιτικής.

Με βάση τον κεντρικό σκοπό και τους ειδικότερους στόχους που προεκτέθηκαν, καθώς και τους ερευνητικούς άξονες που αυτοί διαγράφουν, επιδιώκεται να προκύψουν συγκεκριμένα συμπεράσματα με σαφή χρησιμότητα ως προς την κατανόηση της λειτουργίας των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης του ελληνικού συστήματος υγείας. Περαιτέρω, επιδιώκεται να έχουν τα συμπεράσματα αυτά δυνατότητα πρακτικής εφαρμογής για την υπέρβαση των προβλημάτων και των παθογενειών που χαρακτηρίζουν τις εν θέματι δομές διακυβέρνησης και κατ' επέκταση το ελληνικό σύστημα υγείας στο σύνολό του.

1.3. Μεθοδολογική προσέγγιση.

Η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθείται για την εκπόνηση της εργασίας είναι αυτή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και έρευνας, η οποία περιλαμβάνει τη μελέτη εκθέσεων και επιστημονικών κειμένων που αναλύουν την οργάνωση και διάρθρωση των εξεταζόμενων συστημάτων υγείας. Η έμφαση δίνεται στις αποκεντρωμένες δομές, τη λειτουργία και τις αρμοδιότητές τους, ενώ αναζητώνται οι πλέον πρόσφατες πηγές, ώστε να καταγραφούν και να αποτιμηθούν συγκριτικά όλες οι εξελίξεις που αφορούν την αποκεντρωμένη διακυβέρνηση των εξεταζόμενων συστημάτων υγείας.

1.4. Δομή της εργασίας.

Πέρα από το εισαγωγικό κεφάλαιο, το οποίο περιλαμβάνει την περιγραφή του θέματος και της σημασίας του, τον γενικό σκοπό και τους ειδικούς στόχους της μελέτης, καθώς και την ερευνητική μεθοδολογία που ακολουθείται, η εργασία δομείται ως εξής: στο δεύτερο κεφάλαιο διατυπώνονται και αποσαφηνίζονται οι βασικές έννοιες και η θεωρητική προσέγγιση που επιλέγεται σχετικά με το υπό μελέτη θέμα, στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται οι αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης των δύο εξεταζόμενων συστημάτων υγείας, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο αναπτύσσεται μια συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση των ευρημάτων και διατυπώνονται οι τελικές συμπερασματικές παρατηρήσεις.

2. Βασικές έννοιες και θεωρητική προσέγγιση του θέματος.

2.1. Η έννοια του συστήματος υγείας και η θεωρητική προσέγγιση.

Για τον ολοκληρωμένο προσδιορισμό της έννοιας του συστήματος υγείας, απαιτείται καταρχάς ο προσδιορισμός της έννοιας του συστήματος εν γένει. Ενώ μπορούν να δοθούν πολλοί ορισμοί που να περιγράφουν με διαφορετικό τρόπο την έννοια του συστήματος, κάθε επαρκής τέτοιος ορισμός περιλαμβάνει αναγκαία τέσσερα βασικά δομικά συστατικά: α) την ύπαρξη ενός συνόλου στοιχείων, β) την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ των στοιχείων αυτών, γ) τη δραστηριοποίηση των στοιχείων με βάση κάποια σκοπιμότητα, δ) την αλληλεπίδραση του συνόλου αυτού με το περιβάλλον του. Υπό αυτό το πρίσμα, το σύστημα μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο στοιχείων που αναπτύσσουν δυναμικές σχέσεις μεταξύ τους, αποβλέποντας στην εξυπηρέτηση συγκεκριμένων σκοπών και στόχων και αλληλεπιδρώντας παράλληλα ως σύνολο με το ευρύτερο περιβάλλον τους³. Τα στοιχεία που αποτελούν ένα σύστημα συνιστούν υποσυστήματα αυτού και αντιστοιχούν σε

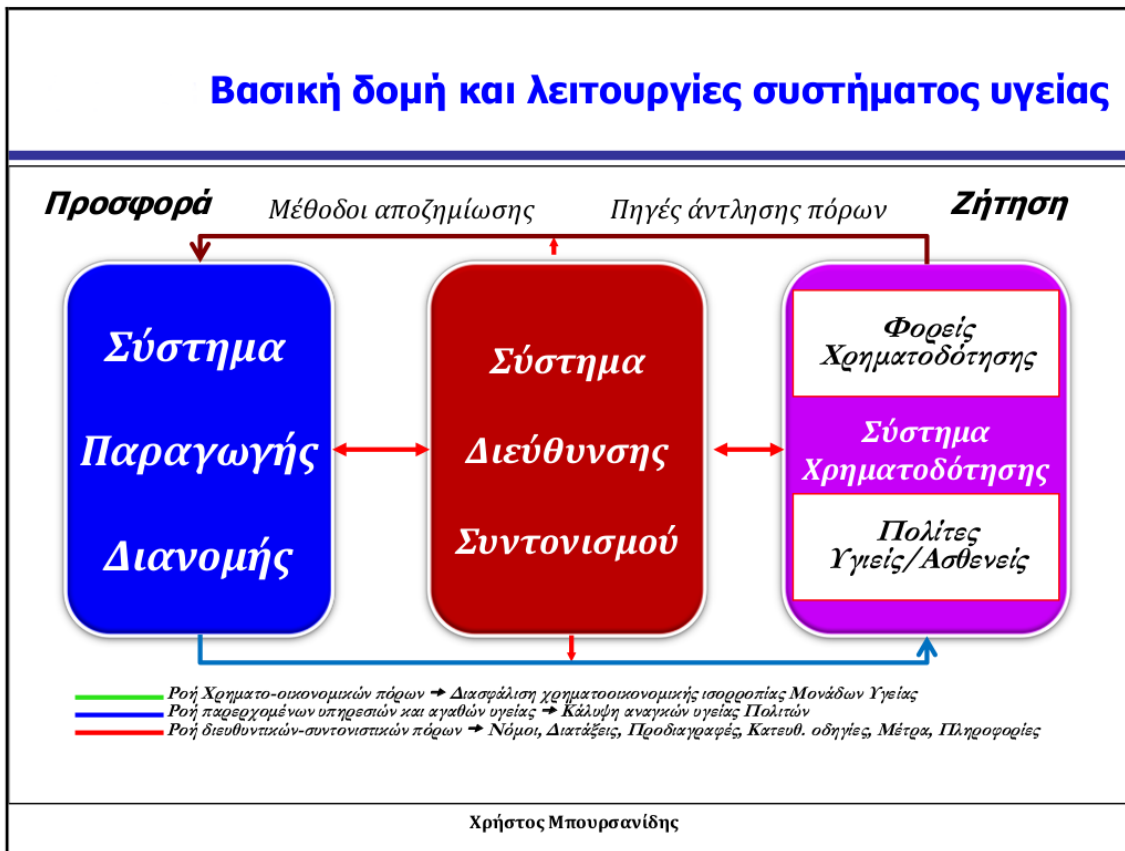
³ Για έναν πιο αναλυτικό ορισμό που στηρίζεται στα τέσσερα αυτά δομικά συστατικά βλ. Μπουρσανίδης (2017).

διακριτές επιμέρους λειτουργίες οι οποίες βρίσκονται μεταξύ τους σε διάδραση, με γνώμονα την επίτευξη των σκοπών και των στόχων του συστήματος.

Με βάση τον παραπάνω γενικό ορισμό του συστήματος μπορεί να προσδιοριστεί συγκροτημένα η έννοια του συστήματος υγείας. Ειδικότερα, το σύστημα υγείας περιλαμβάνει τρία βασικά επιμέρους στοιχεία, δηλαδή υποσυστήματα, τα οποία αντιστοιχούν σε τρεις διακριτές λειτουργίες εντός του συστήματος. Οι λειτουργίες αυτές αφορούν: α) την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας, β) τη χρηματοδότηση και γ) τη διεύθυνση και τον συντονισμό του συστήματος. Συνακόλουθα, τα τρία υποσυστήματα που είναι επιφορτισμένα με την επιτέλεση αυτών των λειτουργιών και συναποτελούν το σύστημα υγείας είναι: α) το (υπο)σύστημα παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, β) το (υπο)σύστημα χρηματοδότησης και γ) το (υπο)σύστημα διεύθυνσης-συντονισμού. Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι λειτουργικά διαφοροποιημένα, αφού έκαστο εξ αυτών καλύπτει διαφορετική λειτουργία, αλλά ταυτόχρονα βρίσκονται μεταξύ τους σε σχέση δυναμικής αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης (Smith, 2015), *απαρτίζοντας* έτσι όλα μαζί το πρότυπο του λειτουργικά ολοκληρωμένου συστήματος υγείας (Μπουρσανίδης, 2017).

Ενόψει των ανωτέρω, ως σύστημα υγείας νοείται το λειτουργικά διαφοροποιημένο στο εσωτερικό του κοινωνικό σύστημα, που περιλαμβάνει τις λειτουργίες α) της παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, β) της χρηματοδότησης και γ) της διεύθυνσης-συντονισμού, οι οποίες ως υποσυστήματα βρίσκονται μεταξύ τους σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού (Μπουρσανίδης, 2017). Η δομή και οι λειτουργίες του συστήματος υγείας αποτυπώνονται συνοπτικά στο παρακάτω σχήμα:

ΣΧΗΜΑ 1: Δομή και λειτουργίες συστήματος υγείας



Πηγή: Μπουρσανίδης, 2017

Στο πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), έχει δοθεί ένας πιο γενικός ορισμός για το σύστημα υγείας, ο οποίος το προσδιορίζει ως «το σύνολο των δραστηριοτήτων που έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή, αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας» (WHO 2000). Με τον Χάρτη του Ταλίν το 2008, ο ορισμός αυτός αναπτύχθηκε περαιτέρω, προσδιορίζοντας πλέον το σύστημα υγείας ως «το σύνολο των δημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών, θεσμών και πόρων που έχουν την εξουσιοδότηση να βελτιώνουν, να διατηρούν ή να αποκαθιστούν την υγεία, εντός του πολιτικού και θεσμικού πλαισίου κάθε κράτους» (WHO 2008). Επιπλέον, υπάρχει ευρεία συναίνεση ως προς τους θεμελιώδεις σκοπούς του συστήματος υγείας, που περιλαμβάνουν όχι μόνο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, αλλά και την προστασία του από τις οικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας και την προαγωγή της ισότητας στα σχετικά ζητήματα (Smith, 2015).

Από τις παραπάνω εννοιολογικές προσεγγίσεις, προκύπτει ότι η έννοια του συστήματος υγείας, ως συστήματος οργανωμένης πολυπλοκότητας, συνδέεται άμεσα με τον θεμελιακό σκοπό της κάλυψης των αναγκών υγείας του αντίστοιχου πληθυσμού. Η επιδίωξη αυτού του σκοπού λαμβάνει χώρα μέσα από τη δυναμική αλληλεπίδραση των λειτουργικά διαφοροποιημένων υποσυστημάτων που το απαρτίζουν, σε ένα πλαίσιο διάδρασης και με το εξωτερικό περιβάλλον, το οποίο διαδραματίζει καίριο ρόλο στη διαμόρφωση και τον γενικό τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Καθίσταται σαφές από τα προεκτεθέντα ότι η οποιαδήποτε προσέγγιση ενός συστήματος υγείας και των βασικών λειτουργιών του, προκειμένου να διακρίνεται από λυσιτέλεια και να μπορεί να οδηγήσει σε χρήσιμες διαπιστώσεις, δεν μπορεί παρά να είναι συνολική και όχι μερική ή αποσπασματική. Με άλλα λόγια, κάθε τέτοια προσέγγιση οφείλει να αντιλαμβάνεται και να διαφοροποιεί αναλυτικά τα επιμέρους στοιχεία-υποσυστήματα ενός συστήματος υγείας και τις διακριτές λειτουργίες τους, αναγνωρίζοντας παράλληλα τη δυναμική τους διάδραση και αλληλεξάρτηση. Το θεωρητικό σχήμα που διασφαλίζει τα εν λόγω βασικά χαρακτηριστικά είναι αυτό της συστημικής προσέγγισης των συστημάτων υγείας, η οποία ακολουθεί τη συστημική σκέψη και είναι εμφανής από μεθοδολογική σκοπιά και στα κείμενα του Π.Ο.Υ., που συστήνουν την αποφυγή αποσπασματικών μέτρων παρέμβασης στα συστήματα υγείας (Μπουρσανίδης, 2017).

Πιο συγκεκριμένα, η συστημική προσέγγιση που επιλέγεται στην παρούσα μελέτη ακολουθεί τις εξής βασικές αρχές της συστημικής σκέψης (Μπουρσανίδης, 2017), προσαρμοζόμενες στην εξέταση συστημάτων υγείας:

- το σύστημα ως σύνολο δεν είναι απλώς ίσο με το άθροισμα των στοιχείων που το απαρτίζουν,
- το σύστημα αλληλεπιδρά δυναμικά με το περιβάλλον του,
- το σύστημα χαρακτηρίζεται από αυξημένη πολυπλοκότητα στο εσωτερικό του,
- η διάταξη των σχέσεων ανάμεσα στα στοιχεία που απαρτίζουν το σύστημα αποτελεί την οργάνωσή του, η οποία μπορεί να ενταχθεί σε κάποιο αναγνωρίσιμο πρότυπο,

- η λειτουργία διεύθυνσης-συντονισμού είναι αυτή που θέτει το σύστημα υπό έλεγχο και είναι απαραίτητη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος (Smith, 2015),
- το σύστημα ως ολότητα κατευθύνεται προς την επίτευξη κάποιων σκοπών⁴.

Έχοντας ως κατευθυντήριο γνώμονα τις προεκτεθείσες βασικές αρχές της συστημικής σκέψης, η μελέτη προσεγγίζει συγκριτικά επιμέρους στοιχεία του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας, και δη τις βασικές αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης αυτών, οι οποίες συνδέονται κυρίως με τις λειτουργίες (και τα αντίστοιχα υποσυστήματα) της διεύθυνσης-συντονισμού και της παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας. Σημειώνεται ότι η εργασία δεν εστιάζει στις μορφές χρηματοδότησης των μελετώμενων συστημάτων υγείας, αλλά διερευνά κυρίως τα ζητήματα διεύθυνσης-συντονισμού και παραγωγής-διανομής υπηρεσιών. Η επιλογή αυτή προκύπτει λόγω του ότι η χρηματοδότηση ενός συστήματος υγείας αποτελεί σε σημαντικότερο βαθμό από τις άλλες δύο λειτουργίες κεντρικά κατευθυνόμενη και διενεργούμενη διαδικασία, καθώς στηρίζεται κυρίως στις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τη φορολογία, ήτοι σε δύο εκ των θεμελιωδών αρμοδιοτήτων που ασκεί ο κεντρικός κρατικός μηχανισμός, με την κατάρτιση και επιβολή δεσμευτικών ρυθμίσεων. Υφίστανται βεβαίως και στο ζήτημα της χρηματοδότησης δυνατότητες αποκεντρωμένης διακυβέρνησης, μέσω της λειτουργίας των ταμείων υγείας, όμως η εξέταση αυτής της πτυχής των συστημάτων υγείας, λόγω της ποικιλομορφίας και της πολυπλοκότητας που παρουσιάζει, απαιτεί σε κάθε περίπτωση διακριτή ερευνητική προσπάθεια.

Υπό αυτό το πρίσμα, δεν απασχολεί σε βάθος την παρούσα μελέτη ο προβληματισμός που σχετίζεται με τους τρεις βασικούς τύπους συστημάτων υγείας, και δη α) τα συστήματα τύπου Beveridge, δηλαδή αυτά της καθολικής κάλυψης με βάση την ιδιότητα του πολίτη, β) τα συστήματα τύπου Bismarck, δηλαδή αυτά της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, και γ)

⁴ Συνεπώς η αλληλεξάρτηση των στοιχείων που το απαρτίζουν πρέπει να ευθυγραμμίζεται με τους σκοπούς αυτούς (Smith, 2015).

τα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης⁵. Σε κάθε περίπτωση, εξάλλου, υφίσταται αντικειμενική αδυναμία συγκριτικής αποτίμησης των δύο εξεταζόμενων συστημάτων σε αυτό το επίπεδο. Τα συστήματα της καθολικής κάλυψης αναπτύχθηκαν στις σκανδιναβικές χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και σε χώρες της νότιας Ευρώπης, τα συστήματα της κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης και το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης ιδίως στις ΗΠΑ (Πετμεζίδου κ.ά., 2015). Ενώ όμως η Γαλλία μπορεί να υπαχθεί στον τύπο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας, έστω και με την ειδικότερη μορφή του «κρατικού» ή «κρατικίστικου» συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Bohm et al., 2013), η Ελλάδα διαθέτει ένα σύστημα υγείας κατακερματισμένο, χωρίς εσωτερική λογική και συνοχή, ήτοι ένα σύστημα «χωρίς ταυτότητα» που δεν μπορεί να υπαχθεί σε κάποιον από τους γνωστούς ιδεατούς τύπους (Μπουρσανίδης, 2017)⁶. Ως εκ τούτου, η συγκριτική μελέτη και αποτίμηση περιορίζεται στις βασικές μορφές αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης των δύο εξεταζόμενων συστημάτων υγείας που σχετίζονται άμεσα με τις λειτουργίες διεύθυνσης-συντονισμού και παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας.

2.2. Η έννοια των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας.

Προκειμένου να προσδιοριστεί με ακρίβεια η έννοια των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας, οι οποίες αποτελούν και το ειδικότερο αντικείμενο της συγκριτικής αυτής μελέτης, απαιτείται σε πρώτο στάδιο η αποσαφήνιση της έννοιας της αποκεντρωμένης διακυβέρνησης, με επίκεντρο τον χώρο της υγείας. Ως «διακυβέρνηση» στον τομέα της υγείας μπορεί να οριστεί γενικά το πλέγμα των κατευθυντήριων και με κανονιστικό περιεχόμενο λειτουργιών, οι οποίες υλοποιούνται από τις κυβερνήσεις ή άλλους φορείς με αποφασιστική αρμοδιότητα και επιδιώκουν την

⁵ Για μια πολυδιάστατη ταξινόμηση της βασικής τυπολογίας των συστημάτων υγείας, που περιλαμβάνει τις διαστάσεις των κατευθυντήριων αρχών, της χρηματοδότησης, των μονάδων παραγωγής και διανομής, καθώς και του τρόπου ρύθμισης των συστημάτων υγείας, βλ. Μπουρσανίδης (2017).

⁶ Για την έννοια του ιδεατού τύπου, που περιλαμβάνει τα κυρίαρχα δομικά και λειτουργικά στοιχεία ενός συστήματος, τα οποία του προσδίδουν ενιαία εσωτερική λογική και διακριτή ταυτότητα, βλ. Μπουρσανίδης (2017).

εξυπηρέτηση των σκοπών των πολιτικών υγείας, εξισορροπώντας ανταγωνιστικές επιρροές και απαιτήσεις (Rechel et al., 2018)⁷. Ως «αποκέντρωση» στον τομέα της υγείας, μπορεί να νοηθεί γενικά η μεταφορά της αρμοδιότητας και της εξουσίας λήψης αποφάσεων, οι οποίες αφορούν τη διαχείριση, την παραγωγή, τη διανομή και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, σε διακριτούς γεωγραφικά ή/και οργανωτικά από το κράτος φορείς (Rechel et al., 2018).

Ενόψει των ανωτέρω, ως αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης ενός συστήματος υγείας, ορίζονται οι δομές του συστήματος που, όντας διακριτές γεωγραφικά ή/και οργανωτικά από το κεντρικό κράτος, διαθέτουν την αρμοδιότητα υλοποίησης λειτουργιών οι οποίες αφορούν τη διαχείριση, την παραγωγή, τη διανομή και τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, επιδιώκοντας την εξυπηρέτηση των σκοπών που ορίζουν οι πολιτικές υγείας. Με βάση αυτόν τον γενικό ορισμό, προκύπτουν τα εξής βασικά χαρακτηριστικά των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης:

- γεωγραφική ή/και οργανωτική διακριτότητα από τις δομές του κεντρικού κράτους,
- αρμοδιότητα υλοποίησης λειτουργιών που σχετίζονται εν γένει με την παροχή υπηρεσιών υγείας,
- εξυπηρέτηση των σκοπών που θέτουν οι πολιτικές υγείας.

Η αποκέντρωση δομών, αρμοδιοτήτων και λειτουργιών, αντιμετωπίζεται γενικά ως αρτιότερη μορφή οργάνωσης και διακυβέρνησης από την πλήρη συγκέντρωση στο κεντρικό κράτος⁸, καθώς θεωρητικά δύναται να διασφαλίσει την αποτελεσματικότερη, αποδοτικότερη και καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών προς τον ενδιαφερόμενο

⁷ Η καλή διακυβέρνηση θεωρείται απαραίτητη για την ορθή λειτουργία ενός συστήματος υγείας, ακόμα και του αρτιότερα σχεδιασμένου (Smith, 2015).

⁸ Εκφράζονται βεβαίως και αντικρουόμενες απόψεις για το ζήτημα αυτό και ειδικά όσον αφορά την οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας (Bremner, 2011). Ειδικότερα, στον χώρο της υγείας προβάλλεται από την άλλη πλευρά η άποψη ότι η συγκέντρωση μπορεί να διασφαλίσει μεγαλύτερη αποδοτικότητα επιτυγχάνοντας οικονομίες κλίμακας, να ανταποκριθεί στα αυξανόμενα κόστη των νέων τεχνολογιών υγείας και να αντιμετωπίσει τις περιφερειακές ανισότητες (Rechel et al., 2018).

πληθυσμό⁹, καθιστώντας τον ακόμα και συμμετοχο στις σχετικές διαδικασίες και λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες κάθε διακριτής περιοχής (Μακρυδημήτρης και Πραβίτα, 2012). Υπό αυτό το πρίσμα, η τάση είναι να θεωρείται προτιμητέα η κάθε είδους άσκηση αρμοδιοτήτων να πραγματοποιείται σε όσο το δυνατόν πιο κοντινό στον πολίτη επίπεδο, ακόμα και όταν πρόκειται για ζητήματα που υπερβαίνουν κατά πολύ τα όρια ενός κράτους, όπως συνάγεται από την έμφαση που δίνει πλέον η Ευρωπαϊκή Ένωση στην τήρηση της αρχής της επικουρικότητας (Παπαγιάννης, 2015). Προκειμένου όμως να υφίσταται πραγματικά αποκέντρωση, απαιτείται η μεταφορά από το κεντρικό κράτος αποφασιστικών αρμοδιοτήτων στους αποκεντρωμένους φορείς (Σπυρόπουλος, 2006), και όχι απλά η μεταβίβαση διαχειριστικών λειτουργιών, η οποία αντιστοιχεί στην έννοια της «αποσυγκέντρωσης» (Bremner, 2011).

Όσον αφορά ειδικότερα την αποκέντρωση στον χώρο της υγείας, τα πλεονεκτήματα που θεωρείται ότι μπορεί να αποφέρει περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων: την αποδοτικότερη κατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών και των αντίστοιχων πόρων, την αύξηση της τεχνικής αποδοτικότητας και της καινοτομίας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, την ενίσχυση του ρόλου των τοπικών φορέων, τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ενίσχυση της ισότητας στην κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού¹⁰. Τα πλεονεκτήματα αυτά μπορούν να προκύψουν μόνο εφόσον πληρούνται βασικοί όροι της αποκεντρωμένης λειτουργίας, ιδίως η μείωση των επιπέδων γραφειοκρατίας, η προσαρμογή στις τοπικές συνθήκες και ανάγκες και η ενίσχυση της συμμετοχής τοπικών φορέων στις διαδικασίες του συστήματος υγείας (Bremner, 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο, έχοντας ως κύριο άξονα την αναζήτηση της έκτασης και του περιεχομένου της αποκεντρωμένης λειτουργίας, η παρούσα μελέτη εστιάζει στην ανάλυση δύο βασικών κατηγοριών αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης που εντάσσονται στα

⁹ Στη λογική αυτή εντάσσεται η αποκέντρωση της νοσοκομειακής διακυβέρνησης και η παροχή μεγαλύτερης αυτονομίας στα νοσοκομεία (Rechel et al., 2018).

¹⁰ Με βασικό ζητούμενο να αποτελεί στις μέρες μας, και ιδίως στις αναπτυγμένες χώρες με την αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων, η βελτιστοποίηση της παροχής μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στο εγγύτερο δυνατό για τον ασθενή επίπεδο (Smith, 2015).

εξεταζόμενα συστήματα υγείας και συνδέονται κυρίως με τις λειτουργίες της διεύθυνσης-συντονισμού και της παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας: α) των περιφερειακών δομών και β) των νοσοκομειακών δομών. Η ύπαρξη περιφερειακών και νοσοκομειακών δομών στα διάφορα συστήματα υγείας δεν σηματοδοτεί αντίστοιχο επίπεδο αποκεντρωμένης λειτουργίας. Ειδικότερα, οι περιφερειακές δομές διαφοροποιούνται κυρίως ως προς την έκταση των ουσιαστικών αρμοδιοτήτων που τους παραχωρούνται από το κεντρικό κράτος και τη δυνατότητα πραγματικής άσκησής τους¹¹, ενώ οι νοσοκομειακές δομές, όντας από τη φύση τους αποκεντρωμένες, διαφοροποιούνται κυρίως ως προς τον βαθμό αυτονομίας που τους παραχωρείται¹².

Για την πληρέστερη αποτύπωση της σημασίας και της θέσης των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης σε ένα σύστημα υγείας, τη σχέση που τις συνδέει με την κεντρική κρατική εξουσία και τα διαφορετικά επίπεδα διακυβέρνησης που προκύπτουν εντός του συστήματος, παρατίθεται το κάτωθι χαρακτηριστικό σχήμα:

¹¹ Για τον λόγο αυτόν οι κυριότερες αρμοδιότητες που διαθέτουν οι περιφερειακές δομές των εξεταζόμενων συστημάτων υγείας αποτυπώνονται κατωτέρω σε διακριτούς πίνακες.

¹² Ο βαθμός αυτονομίας στις νοσοκομειακές δομές διακυβέρνησης εκτείνεται στο φάσμα ανάμεσα: α) στην περιορισμένη αυτονομία, που περιλαμβάνει αυστηρό δημόσιο έλεγχο και μικρό περιθώριο αυτόνομης λήψης αποφάσεων, β) στη μέτρια αυτονομία, που περιλαμβάνει τη διακριτή νομική μορφή των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και τη δυνατότητά τους να λαμβάνουν αποφάσεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αλλά και να δημιουργούν και να επενδύουν πλεονάσματα, γ) στην πλήρη αυτονομία, που περιλαμβάνει είτε πλήρως ιδιωτικά νοσοκομεία, είτε δημόσια αλλά χωρίς να υπάγονται σε ευθύ έλεγχο από τη δημόσια διοίκηση, με δυνατότητα δημιουργίας κερδών και λήψης αποφάσεων για επενδύσεις κεφαλαίων (Rechel et al., 2018).

ΣΧΗΜΑ 2: Σύστημα δομών & επιπέδων διακυβέρνησης



Πηγή: Μπουρσανίδης, 2017

Στο ανωτέρω σχήμα αποτυπώνεται συνοπτικά το αναλυτικό πλαίσιο που περιγράφει την έννοια της διακυβέρνησης σε ένα σύστημα υγείας. Διακρίνονται τρία επίπεδα λήψης απόφασης (μακροεπίπεδο, μεσοεπίπεδο, μικροεπίπεδο), οι σχέσεις μεταξύ βασικών δρώντων του συστήματος και τα πεδία πολιτικής που διαμορφώνουν αυτές τις σχέσεις.

Με βάση τα όσα προαναφέρθηκαν, η παρούσα μελέτη εστιάζει κυρίως στις βασικές εκφάνσεις του κάθετου πεδίου πολιτικής, ήτοι στις σχέσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στο κράτος και τις ενδιάμεσες αποκεντρωμένες δομές (περιφερειακές και νοσοκομειακές), καθώς και στις βασικές εκφάνσεις του οριζόντιου πεδίου πολιτικής, δηλαδή στις σχέσεις που διαμορφώνονται μεταξύ και εντός των ενδιάμεσων αποκεντρωμένων δομών (περιφερειακών και νοσοκομειακών).

3. Οι αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

Όπως ήδη εκτέθηκε, η μελέτη εξετάζει τις περιφερειακές και τις νοσοκομειακές δομές, ως βασικές μορφές αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας. Η έρευνα εστιάζει κυρίως στον εντοπισμό των βασικών αρμοδιοτήτων των εν λόγω αποκεντρωμένων δομών και του τρόπου άσκησής τους εντός του οικείου συστήματος υγείας, με γνώμονα την κατανόηση της λειτουργίας των δομών αυτών και την εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων.

3.1. Οι περιφερειακές δομές διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

3.1.1. Η συγκρότηση των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

Το γαλλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ανέκαθεν από το στοιχείο της έντονης κρατικής παρέμβασης στο σύνολο των λειτουργιών του, όπως άλλωστε και το σύνολο του γαλλικού διοικητικού μοντέλου. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, σε μια λογική αποκέντρωσης και «ανοίγματος» της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας προς το κοινό (Simonet, 2014), η οποία ακολούθησε τη σταδιακή αποκέντρωση της γαλλικής διοίκησης εν γένει (Chevreul et al., 2015), εισήχθησαν μεταρρυθμίσεις με αντικείμενο τη μεταφορά εξουσιών από το κεντρικό κράτος στο περιφερειακό επίπεδο, με το λεγόμενο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα Juppres (Δημοπούλου, 2008). Στο πλαίσιο αυτό, ιδρύθηκαν περιφερειακοί θεσμοί οι οποίοι είχαν ως σκοπό την εκπροσώπηση των κύριων παραγόντων που εντάσσονται και δραστηριοποιούνται στο γαλλικό σύστημα υγείας, όπως είναι το κράτος, ο φορέας κοινωνικής ασφάλισης, οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας¹³ και οι επαγγελματίες υγείας (Chevreul et al., 2015). Οι μεταρρυθμίσεις αυτές οδήγησαν δηλαδή σε μία μεταφορά αρμοδιοτήτων από το κεντρικό κράτος προς περιφερειακές δομές, η κάθε μία εκ των οποίων αντιστοιχούσε σε έναν βασικό συντελεστή του συστήματος

¹³ Σημαντικό στοιχείο αυτής της μεταρρύθμισης αποτέλεσε η δημιουργία περιφερειακών νοσοκομειακών φορέων, με στόχο τον αποκεντρωμένο συντονισμό του νοσοκομειακού τομέα στο σύνολό του και την αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού στο τοπικό επίπεδο (Δημοπούλου, 2008).

υγείας και επιτελούσε τη συναφή με αυτόν λειτουργία, χωρίς όμως αυτό να σηματοδοτεί απαραίτητα την ουσιαστική μείωση του κεντρικού ελέγχου επί των πολιτικών υγείας και της χρηματοδότησής τους (Chevreul et al., 2015).

Στην πορεία των ετών, η περιφερειακή αυτή συγκρότηση τροποποιήθηκε περαιτέρω. Οι κύριοι προσδιοριστικοί άξονες των νέων αλλαγών που έλαβαν χώρα ήταν ιδίως η βελτίωση της διακυβέρνησης και της αποτελεσματικότητας του συστήματος¹⁴, η μείωση των δαπανών σε ένα καθεστώς αυξημένης διαφάνειας, η αναβάθμιση της γεωγραφικής ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με ταυτόχρονο περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων στον εν λόγω τομέα, καθώς και η στοχευμένη κάλυψη των αναγκών ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού (Chevreul et al., 2015).

Ειδικότερα, με νομοθετική ρύθμιση του 2009¹⁵, οι ανωτέρω λειτουργικά διαφοροποιημένες περιφερειακές δομές, επτά τον αριθμό (Chevreul et al., 2015), συγχωνεύθηκαν σε έναν ενιαίο φορέα υγείας ανά περιφέρεια, που ονομάστηκε περιφερειακή υπηρεσία υγείας¹⁶. Οι νέες αυτές περιφερειακές δομές (ARS) που προέκυψαν ανέλαβαν δηλαδή αρμοδιότητες που υπερβαίνουν τα στεγανά μεταξύ των προαναφερθέντων παραδοσιακών συντελεστών του συστήματος υγείας (Simonet, 2014). Με απλά λόγια συνεπώς, οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας που υφίστανται σήμερα στο γαλλικό σύστημα υγείας συγκεντρώνουν αρμοδιότητες που διατρέχουν το αντικείμενο των βασικών παραγόντων που συναποτελούν το σύστημα, τις οποίες ασκούν αποκεντρωμένα. Οι διοικητές τους ορίζονται από το αρμόδιο Υπουργείο (Davesne and Palier, 2010) και ουσιαστικά οι γαλλικές περιφερειακές υπηρεσίες υγείας αποτελούν τη διοίκηση του συστήματος υγείας σε περιφερειακό επίπεδο¹⁷.

¹⁴ Καθώς θεωρήθηκε ότι η ευρεία αποκεντρωτική κατάτμηση των αρμοδιοτήτων οδηγούσε σε «ανεπάρκειες» στη λειτουργία του συστήματος υγείας (Simonet, 2014).

¹⁵ Νόμος 2009-879/21-7-2009 (Γαλλία).

¹⁶ ARS το αρτικόλεξο στη γαλλική γλώσσα (Agences Regionales de Sante).

¹⁷ Η κάθε περιφερειακή υπηρεσία υγείας καλύπτει τα διοικητικά διαμερίσματα που υπάγονται στην αρμοδιότητά της, διαθέτοντας τοπικές αντιπροσωπείες ώστε να εφαρμόζει τις περιφερειακές πολιτικές υγείας στο τοπικό αυτό επίπεδο (Chevreul et al., 2015).

3.1.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης.

Οι διαμορφωθείσες αποκεντρωμένες δομές υγείας, αρχικώς εικοσιέξι (26) και σήμερα συνολικά δεκαεπτά (17) σε όλη τη χώρα (Rechel et al., 2018), αναλαμβάνουν ευθύνες κυρίως σε θέματα σχεδιασμού και ρύθμισης της δημόσιας υγείας και φροντίδας¹⁸, δηλαδή δραστηριοποιούνται κατά κύριο λόγο στη λειτουργία και το αντίστοιχο υποσύστημα της διεύθυνσης-συντονισμού. Παρά τον ορισμό των διοικητών τους από την κεντρική διοίκηση, δεν υπάγονται ευθέως στην επίβλεψη του αρμόδιου Υπουργείου (Chevreul et al., 2015), αλλά ούτε και στην περιφερειακή διοίκηση του κράτους (Rechel et al., 2018). Αποτελούν δηλαδή αυτοδιοίκητα σώματα που διατηρούν εκτεταμένη αυτονομία στην άσκηση των βασικών αρμοδιοτήτων τους (Chevreul et al., 2015).

Όσον αφορά ειδικότερα τις κυριότερες αρμοδιότητές τους, οι εν λόγω υπηρεσίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία του σχεδιασμού, η οποία λαμβάνει χώρα κυρίως στο περιφερειακό επίπεδο. Ο σχεδιασμός εντάσσεται στη λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού του συστήματος υγείας και το κεντρικό κράτος, μέσω του Υπουργείου Υγείας, διατηρεί έναν εποπτικό-διαχειριστικό ρόλο στον τομέα αυτόν (Davesne and Palier, 2010). Πιο συγκεκριμένα, το κεντρικό κράτος προσδιορίζει, στο πλαίσιο της αποτίμησης των προτεραιοτήτων και αναγκών υγείας που πραγματοποιεί σε εθνικό επίπεδο, το φάσμα των υπηρεσιών υγείας τις οποίες οι περιφερειακές δομές οφείλουν να ενσωματώσουν στον σχεδιασμό τους. Ακολούθως, οι περιφερειακές υπηρεσίες εφαρμόζουν τη χαραχθείσα στρατηγική μέσω ενός περιφερειακού οργανωτικού σχεδίου¹⁹, για την κατάρτιση του οποίου έχουν οι ίδιες την πρωτοβουλία. Το σχέδιο αυτό αναπτύσσεται ανά πενταετία, ορίζει τις προτεραιότητες και θέτει τους στρατηγικούς στόχους για την παραγωγή και τη διανομή των υπηρεσιών υγείας, με γνώμονα τη βέλτιστη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού στο περιφερειακό επίπεδο, κάτι που

¹⁸ Τις οποίες μοιράζονται με το κεντρικό κράτος, με σκοπό να δοθεί στις εν λόγω αποκεντρωμένες δομές η δυνατότητα να εξυπηρετήσουν πιο αποτελεσματικά και στοχευμένα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού (Chevreul et al., 2015).

¹⁹ Η κατάρτιση αυτών των σχεδίων ανήκε στους περιφερειακούς νοσοκομειακούς φορείς, πριν την ένταξή τους στο ευρύτερο σχήμα των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας με τη μεταρρύθμιση του 2009 (Δημοπούλου, 2008).

προϋποθέτει τη διερεύνηση και αποτίμηση των αναγκών αυτών, την οποία επίσης πραγματοποιούν οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας (Chevreul et al., 2015). Στο πλαίσιο της υλοποίησης του εν θέματι στρατηγικού σχεδίου, οι περιφερειακές υπηρεσίες συνάπτουν πολυετή συμβόλαια με τα νοσοκομεία, τα οποία έχουν ως αντικείμενο τους στόχους και τους πόρους για την πραγματοποίησή τους, θέτοντας ως βάση τις ευθύνες που αναλαμβάνει το κάθε νοσοκομείο, σε συνδυασμό με την έκταση και το είδος των υπηρεσιών υγείας που παρέχει (Bertezene, 2018). Η εκτέλεση αυτών των συμβολαίων περιλαμβάνει μια ιδιαίτερη σημαντική αρμοδιότητα των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τα νοσοκομεία, ήτοι αφενός την ετήσια αποτίμηση των παρεχόμενου από αυτά έργου και αφετέρου τη δυνατότητα επιβολής σε βάρος τους όχι μόνο χρηματικής ποινής για μη εκπλήρωση των στόχων, αλλά και αναστολής της εξουσιοδότησης για την παροχή υπηρεσιών (Bertezene, 2018; Chevreul et al., 2015)²⁰.

Πέραν των ανωτέρω κομβικών για το υποσύστημα διεύθυνσης-συντονισμού αρμοδιοτήτων, οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας συντονίζουν σε περιφερειακό επίπεδο τόσο τη νοσοκομειακή όσο και την εξωνοσοκομειακή φροντίδα του πληθυσμού, έχουν την ευθύνη για την εφαρμογή των περιφερειακών πολιτικών υγείας, ενώ υλοποιούν και το στρατηγικό σχέδιο φροντίδας για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία (Chevreul et al., 2015). Στον τομέα της νοσοκομειακής φροντίδας, οι περιφερειακές υπηρεσίες έχουν την εξουσία επίβλεψης των κεφαλαιακών επενδύσεων και των αλλαγών στις υφιστάμενες νοσοκομειακές δομές (όχι όμως και της κατασκευής νέων δημόσιων ή ιδιωτικών νοσοκομείων, που πρέπει να εγκριθεί από το Υπουργείο Υγείας), καθώς και της αγοράς ιατρικού εξοπλισμού αυξημένης αξίας και της εφαρμογής σημαντικών ιατρικών τεχνολογιών (Rechel et al., 2018; Chevreul et al., 2015). Περαιτέρω, μια ιδιαίτερα σημαντική λειτουργία των αποκεντρωμένων αυτών δομών είναι η διεξαγωγή διαπραγματεύσεων, στο περιφερειακό επίπεδο, με τις περιφερειακές ενώσεις των επαγγελματιών του χώρου της υγείας (Chevreul et al., 2015). Παράλληλα, στο πλέγμα των κρίσιμων αρμοδιοτήτων τους εντάσσονται η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας

²⁰ Η σύναψη αυτών των συμβάσεων και ο έλεγχος της υλοποίησής τους ανήκε επίσης ως αρμοδιότητα στους περιφερειακούς νοσοκομειακούς φορείς, πριν την ένταξή τους στο ευρύτερο σχήμα των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας (Δημοπούλου, 2008).

του πληθυσμού σε περιφερειακό επίπεδο, η συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης ασθενειών και εκπαίδευσης των ασθενών, η αξιολόγηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η παροχή εγκρίσεων για τη δημιουργία νέων υπηρεσιών υγείας αλλά και κοινωνικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους και τους αναπήρους, καθώς και η παρακολούθηση της ποιότητας του νερού και του αέρα ως περιβαλλοντικών στοιχείων που επιδρούν στη δημόσια υγεία (Chevreul et al., 2015). Επιπρόσθετα, οι περιφερειακές υπηρεσίες αναλαμβάνουν, στο περιφερειακό επίπεδο, την προετοιμασία και την εφαρμογή σχεδίων αντιμετώπισης κρίσεων που ενδέχεται να προκύψουν για τη δημόσια υγεία (Chevreul et al., 2015).

Συνολικά, οι αρμοδιότητες των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας καλύπτουν κρίσιμες πτυχές της λειτουργίας (υποσυστήματος) της διεύθυνσης-συντονισμού στο γαλλικό σύστημα υγείας, καθιστώντας τις περιφερειακές δομές κομβικά παράγοντα του σχεδιασμού και της εφαρμογής πολιτικών υγείας, αλλά και τον κύριο μηχανισμό ελέγχου και συντονισμού των αποκεντρωμένων δομών παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, ήτοι των νοσοκομείων. Στον πίνακα που ακολουθεί περιλαμβάνονται συνοπτικά οι κυριότερες από τις εν λόγω αρμοδιότητες, διακρινόμενες σε δύο γενικές κατηγορίες ανάλογα με το είδος τους:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κύριες αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών στο γαλλικό σύστημα υγείας

A. Ευρύτερες συντονιστικές και ρυθμιστικές αρμοδιότητες.
• Σχεδιασμός και εφαρμογή στρατηγικών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο-κατάρτιση και εφαρμογή στρατηγικού σχεδίου ανά πενταετία.
• Συντονισμός της νοσοκομειακής και της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας στο περιφερειακό επίπεδο.
• Παρακολούθηση σε περιφερειακό επίπεδο της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και των περιβαλλοντικών στοιχείων που επιδρούν στη δημόσια υγεία.
• Συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης και εκπαίδευσης.
• Προετοιμασία και εφαρμογή σχεδίων αντιμετώπισης κρίσεων στον τομέα της δημόσιας υγείας.
B. Αρμοδιότητες συντονισμού και ελέγχου άλλων αποκεντρωμένων δομών.
• Σύναψη πολυετών συμβολαίων με τα νοσοκομεία με συγκεκριμένους στόχους και πόρους.
• Αποτίμηση του έργου των νοσοκομείων και δυνατότητα επιβολής κυρώσεων.
• Επίβλεψη των κεφαλαιακών επενδύσεων στα νοσοκομεία, των αλλαγών στις υφιστάμενες δομές τους, της αγοράς σημαντικού ιατρικού εξοπλισμού και της εφαρμογής ιατρικών τεχνολογιών.
• Διεξαγωγή διαπραγματεύσεων με τις περιφερειακές ενώσεις των επαγγελματιών υγείας.

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση

3.1.3. Αποτίμηση του ρόλου των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

Ο ρόλος των περιφερειακών δομών στο γαλλικό σύστημα υγείας αποτιμάται σε δύο κύριους άξονες: α) με βάση το επίπεδο ουσιαστικά αποκεντρωμένης και αυτόνομης λειτουργίας που επιτυγχάνουν ως αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης του συστήματος

και β) με βάση τη συμβολή τους στη συνολική λειτουργία και την επίτευξη των κεντρικών στόχων του συστήματος.

Όσον αφορά το πρώτο σκέλος, η συγκρότηση των εν θέματι περιφερειακών υπηρεσιών υγείας, μέσα από τη σταδιακή εξελικτική πορεία που προαναφέρθηκε, συνιστά εκ πρώτης όψεως καθοριστικό βήμα ουσιαστικής αποκεντρωμένης διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας, ιδίως στον τομέα του σχεδιασμού (OECD/European Observatory, 2017), το οποίο κλήθηκε να αντιμετωπίσει, μεταξύ άλλων, το κρίσιμο για το γαλλικό σύστημα πρόβλημα της κοινωνικής και γεωγραφικής ανισότητας στη διανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Green et al., 2013; Rodwin 2003).

Εντούτοις, για αρκετούς μελετητές η εν λόγω αποκεντρωτική διαδικασία δεν θεωρείται ότι μείωσε στην πραγματικότητα τον βαθμό παρέμβασης του κεντρικού κράτους. Αντιθέτως, ο ρόλος του κεντρικού κράτους στους τομείς του σχεδιασμού και της ρύθμισης, ήτοι στο υποσύστημα της διεύθυνσης-συντονισμού, θεωρείται ότι ενισχύθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 και εντεύθεν (Green et al., 2013), με βασικό γνώμονα την αντιμετώπιση τόσο των αυξανόμενων δαπανών υγείας όσο και των αυξανόμενων ελλειμμάτων στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης (Chevreul et al., 2015). Ειδικότερα, όσον αφορά τον βαθμό παρέμβασης του κεντρικού κράτους, η κυβέρνηση είναι αυτή που προτείνει τα νομοσχέδια για τον χώρο της υγείας και εκδίδει τα σχετικά διατάγματα για την εφαρμογή τους, εφόσον εγκριθούν από το γαλλικό κοινοβούλιο, το οποίο ελέγχει τις προτεραιότητες στον τομέα της δημόσιας υγείας, ψηφίζοντας τα σχετικά νομοθετήματα (Chevreul et al., 2015). Η εν λόγω κεντρική ρύθμιση των βασικών κατευθυντήριων γραμμών του συστήματος υγείας είναι βέβαια απολύτως εύλογη στο πλαίσιο ενός αντιπροσωπευτικού κοινοβουλευτικού συστήματος διακυβέρνησης. Περαιτέρω, όσον αφορά την υλοποίηση της κυβερνητικής πολιτικής, το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας έχει την ευθύνη για την προετοιμασία και την εφαρμογή της, ασκώντας άμεσο έλεγχο, μεταξύ άλλων, σε ευρύ φάσμα της οργάνωσης και της ρύθμισης του συστήματος υγείας, δηλαδή στη λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού (Chevreul et al., 2015). Ένα ακόμα ενισχυτικό στοιχείο της ισχυρής ρυθμιστικής παρέμβασης του κράτους θεωρείται από ορισμένους

μελετητές ο διορισμός των διοικητών των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας από το αρμόδιο Υπουργείο (Davesne and Palier, 2010).

Από την άλλη πλευρά, το γεγονός ότι, όπως ήδη αναφέρθηκε, οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας διαθέτουν σημαντική αυτονομία στην άσκηση των αρμοδιοτήτων τους, παρά τον ορισμό των διοικητών τους από το Υπουργείο, είναι ένα σημείο που αξίζει να τονιστεί, καθώς συνηγορεί υπέρ της ύπαρξης, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, ουσιαστικής αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων προς τις περιφερειακές δομές διακυβέρνησης, οι οποίες περιορίζουν αντίστοιχα τον παραδοσιακά συγκεντρωτικό ρόλο του Υπουργείου (Chevreul et al., 2015). Η ανάθεση αρμοδιοτήτων στις εν λόγω δομές μάλιστα θεωρείται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις έχει οδηγήσει σε έλλειψη συνοχής ανάμεσα στις εθνικές και τις περιφερειακές πολιτικές υγείας (Chevreul et al., 2015), γεγονός που επίσης συνηγορεί ως προς την επίτευξη κάποιου βαθμού ουσιαστικής αποκέντρωσης.

Συμπερασματικά, οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας στο γαλλικό σύστημα δεν σηματοδοτούν αποκεντρωμένη διακυβέρνηση τέτοιας έκτασης που να μπορεί να θεωρηθεί ότι περιορίζει δραστικά τον παραδοσιακά ισχυρό ρυθμιστικό και παρεμβατικό ρόλο του κεντρικού κράτους. Παρά ταύτα, στο πλέγμα των αρμοδιοτήτων που τους έχουν ανατεθεί, διαθέτουν μιας σημαντικής έκτασης αυτόνομη λειτουργία, χωρίς ευθεία και άμεση υπαγωγή στην κεντρική κρατική διοίκηση. Συνακόλουθα, επιτυγχάνουν σημαντικό βαθμό αποκεντρωμένης και αυτόνομης λειτουργίας, ιδίως στους τομείς που αφορούν τον σχεδιασμό και την υλοποίηση των στρατηγικών υγείας στο περιφερειακό επίπεδο, καθώς και τον συντονισμό, την επίβλεψη και τον έλεγχο των νοσοκομειακών δομών. Υπό αυτό το πρίσμα, οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας αποτελούν ουσιαστικά αποκεντρωμένη δομή διακυβέρνησης του γαλλικού συστήματος υγείας, με σημαντικό ρόλο στη λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος, ο ρόλος των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας στη συνολική λειτουργία του γαλλικού συστήματος υγείας και την επίτευξη βασικών στόχων του παρίσταται, όπως αναφέρθηκε, ιδιαίτερα σημαντικός, ιδίως στο πεδίο του υποσυστήματος διεύθυνσης-συντονισμού. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι οι περιφερειακές

υπηρεσίες δεν αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στο έργο τους, όπως είναι για παράδειγμα η δυσκολία διαχείρισης των έντονα διαφοροποιημένων δεδομένων που προκύπτουν από τον έλεγχο και την εποπτεία που ασκούν στις νοσοκομειακές δομές (Bertezene, 2018). Ταυτόχρονα όμως, οι εν λόγω αποκεντρωμένες υπηρεσίες, όντας αυτόνομες στην επιτέλεση του έργου που έχουν αναλάβει και ευρισκόμενες σε εγγύτερο προς τον πληθυσμό επίπεδο από το κεντρικό κράτος, παρέχουν τη δυνατότητα άμεσης παρακολούθησης και αποτελεσματικής εφαρμογής των πολιτικών υγείας στο πλαίσιο της περιφέρειάς τους. Με τον τρόπο αυτόν, συμβάλλουν καθοριστικά στην προσπάθεια επίτευξης των κεντρικών στόχων του συστήματος και δη στη βέλτιστη δυνατή κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού με αποδοτική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

3.2. Οι νοσοκομειακές δομές διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

3.2.1. Η συγκρότηση των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

Οι νοσοκομειακές δομές στο γαλλικό σύστημα υγείας εντάσσονται στη λειτουργία και το αντίστοιχο υποσύστημα της παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας και αποτελούν εξ ορισμού αποκεντρωμένη δομή διακυβέρνησης. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε δημόσια, ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και ιδιωτικά κερδοσκοπικά. Τα δημόσια ανήκουν στο κράτος, τα μη κερδοσκοπικά συνδεόνται με τον δημόσιο τομέα αλλά ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς όπως ιδρύματα και άλλες παρεμφερείς οργανώσεις, ενώ τα κερδοσκοπικά ανήκουν πλέον κυρίως σε μεγάλους ιδιωτικούς ομίλους διεθνούς εμβέλειας (Chevreul et al., 2015).

Πιο συγκεκριμένα, τα δημόσια νοσοκομεία εντάσσονται στο ευρύτερο πλαίσιο της κρατικής διοίκησης και υποχρεούνται να παρέχουν στον πληθυσμό καθολική πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες τους. Το θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο που τα διέπει προσδιορίζεται από τον νόμο και ο διορισμός των διοικητών τους επικυρώνεται από την κεντρική διοίκηση. Τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία ανήκουν σε ιδιωτικούς φορείς, όπως είναι τα διάφορα μη κερδοσκοπικά ιδρύματα ή ακόμα και θρησκευτικές οργανώσεις (Δημοπούλου, 2008), οι οποίοι και τα διευθύνουν, χωρίς όμως ο σκοπός της δραστηριοποίησής τους στον τομέα αυτόν να είναι κερδοσκοπικός. Έχουν κοινή στόχευση

με τα δημόσια νοσοκομεία, η οποία εδράζεται στις αρχές της εφικτής πρόσβασης και της διαρκούς παροχής φροντίδας στον πληθυσμό. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία ανήκουν σε ιδιωτικές εταιρίες με εμπορικούς σκοπούς και εστιάζουν σε συγκεκριμένους τομείς της νοσοκομειακής φροντίδας, οι οποίοι μπορούν να παράσχουν και το μεγαλύτερο κέρδος (Rechel et al., 2018).

Όσον αφορά τη διοίκησή τους, τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν αυτοδιοίκητα σώματα με διοικητική και οικονομική ανεξαρτησία. Οι διοικητές τους ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας, με διακηρυχθείσα στόχευση την αύξηση της συνοχής στο σύστημα υγείας και δη στο επίπεδο της λειτουργίας των νοσοκομειακών δομών (Simonet, 2014), ενώ με τη μεταρρύθμιση του 2009 αποκτούν ενισχυμένες αρμοδιότητες (Davesne and Palier, 2010). Με την ίδια μεταρρύθμιση, ενισχύεται και εκσυγχρονίζεται εν γένει η διακυβέρνηση των δημόσιων νοσοκομείων ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες της εποχής, καθώς, πέραν της ανάθεσης περισσότερων αρμοδιοτήτων στους διοικητές, καθιερώνονται εποπτικό και εκτελεστικό συμβούλιο, με σημαντικό ρόλο στους τομείς του σχεδιασμού και της στρατηγικής διαχείρισης εκάστης νοσοκομειακής δομής. Ο διοικητής του νοσοκομείου προεδρεύει του εκτελεστικού συμβουλίου, δηλαδή ενός εκ των δύο συλλογικών οργάνων διοίκησης (GIP SPSI, 2010).

3.2.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης.

Οι αρμοδιότητες των νοσοκομειακών δομών εντάσσονται στη λειτουργία και το αντίστοιχο υποσύστημα της παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας και έχουν ως επίκεντρο την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, δηλαδή την άμεση και έμπρακτη κάλυψη των αναγκών υγείας των ασθενών. Η άσκηση των αρμοδιοτήτων τους αυτών συνδέεται τόσο με τις υποδομές που διαθέτουν για να εξυπηρετούν τους ασθενείς, όσο και με το είδος και το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Όσον αφορά τις υποδομές, τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν ποσοστό περίπου 62% των κλινών, τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά περίπου 19%, ενώ τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά περίπου 24% (Rechel et al., 2018). Όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την ιατρική

φροντίδα για σοβαρά περιστατικά παρέχουν κυρίως τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία επίσης αναλαμβάνουν τη διεκπεραίωση ενός εκτεταμένου φάσματος χειρουργικών επεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων και των πλέον περίπλοκων. Δραστηριοποιούνται επίσης και στον τομέα της έρευνας και της διδασκαλίας στον χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας (Rodwin, 2003)²¹. Τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία συμβάλλουν στη διευκόλυνση της πρόσβασης και στην παροχή διαρκούς φροντίδας, ενώ συμμετέχουν και στην έρευνα, ιδίως σε εξειδικευμένους τομείς όπως είναι η αντιμετώπιση του καρκίνου. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία εστιάζουν σε ειδικές ιατρικές διαδικασίες με τεχνικές απαιτήσεις, οι οποίες ως πιο εξειδικευμένες παρέχουν ευρύτερα περιθώρια κέρδους (Simonet, 2014), χωρίς όμως να συμμετέχουν στην έρευνα (Rechel et al., 2018).

3.2.3. Αποτίμηση του ρόλου των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

Ο νοσοκομειακός τομέας στη Γαλλία αποτελεί έναν από τους πιο αναπτυγμένους στον κόσμο (Davesne and Palier, 2010). Ο ρόλος των νοσοκομειακών δομών στο γαλλικό σύστημα υγείας αποτιμάται σε δύο κύριους άξονες: α) με βάση το επίπεδο ουσιαστικά αποκεντρωμένης και αυτόνομης λειτουργίας που επιτυγχάνουν ως εξ ορισμού αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης του συστήματος και β) με βάση τη συμβολή τους στη συνολική λειτουργία και την επίτευξη των κεντρικών στόχων του συστήματος.

Όσον αφορά το πρώτο σκέλος, τα νοσοκομεία, ως βασικοί πάροχοι των υπηρεσιών υγείας που δραστηριοποιούνται στο υποσύστημα της παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, υπάγονται στην επίβλεψη τόσο της κεντρικής όσο και της αποκεντρωμένης διοίκησης (Δημοπούλου, 2008). Δεδομένης της ανωτέρω εκτεθείσας διαδικασίας αποκέντρωσης που έλαβε χώρα στο γαλλικό σύστημα υγείας, κύρια σημεία της επίβλεψης των νοσοκομειακών δομών έχουν ανατεθεί στις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, όπως έχει ήδη περιγραφεί. Εντούτοις, τα νοσοκομεία, ως εξ ορισμού αποκεντρωμένες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, δεν υπάγονται σε άμεσο έλεγχο και διατηρούν ένα σημαντικό πεδίο αυτονομίας, το

²¹ Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία ανήκουν στον δημόσιο τομέα (Durant-Zaleski 2018).

οποίο περιλαμβάνει τη λήψη σημαντικών αποφάσεων για τη λειτουργία τους από τα συμβούλια που τα διοικούν (Δημοπούλου, 2008; Rechel et al., 2018).

Από την άλλη πλευρά, η παρέμβαση της κεντρικής διοίκησης δεν είναι διόλου αμελητέα. Ορισμένα κρίσιμα στοιχεία που αφορούν τη διακυβέρνηση των νοσοκομείων εν ευρεία εννοία, υπάγονται στην αρμοδιότητα του κεντρικού κράτους. Ειδικότερα, όπως ήδη σημειώθηκε, οι διοικητές των νοσοκομείων ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας, με στόχο την αύξηση της συνοχής στο σύστημα υγείας. Περαιτέρω, στον τομέα του προσωπικού, η στελέχωση των νοσοκομείων ελέγχεται από την κεντρική κυβέρνηση και δη από το αρμόδιο Υπουργείο, το οποίο διασφαλίζει ότι το προσωπικό των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων είναι το κατάλληλο, διενεργώντας σχετικές διαδικασίες πιστοποίησης. Παράλληλα, ο έλεγχος της ποιότητας των νοσοκομειακών δομών, ο οποίος ρυθμίζεται από ανεξάρτητη αρχή για την υγεία, εποπτεύεται από το Υπουργείο, ενώ είναι αυτό που εγκρίνει την κατασκευή νέων δημόσιων ή ιδιωτικών νοσοκομείων (Chevreul et al., 2015; Rechel et al., 2018). Επιπρόσθετα, τα νοσοκομεία δεν έχουν τη δυνατότητα να ορίζουν τις τιμές για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς αυτές ορίζονται από την κεντρική κυβέρνηση (Simonet, 2014), ούτε να επιλέγουν την κατανομή των πόρων και των δυνατοτήτων τους στο φάσμα των δραστηριοτήτων που επιτελούν, καθώς ο σχεδιασμός και η παροχή εξουσιόδοτησης για την κατανομή αυτή δεν εντάσσεται στο πλέγμα των αρμοδιοτήτων τους (Bonastre et al., 2013).

Συμπερασματικά, οι νοσοκομειακές δομές στο γαλλικό σύστημα υγείας διαθέτουν μεν έναν βαθμό αυτονομίας ως προς τη λήψη σημαντικών αποφάσεων που σχετίζονται με την καθημερινή λειτουργία τους, αλλά υπάγονται σε πολλά κρίσιμα θέματα στην εποπτεία, τον έλεγχο και τον συντονισμό τόσο των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης όσο και του κεντρικού κράτους. Ως εκ τούτου, ο βαθμός αποκεντρωμένης λειτουργίας που επιτυγχάνουν περιορίζεται αντιστοίχως. Παρά το γεγονός δηλαδή ότι αποτελούν εξ ορισμού αποκεντρωμένες μονάδες του συστήματος, προκύπτει ότι δεν έχουν αποκτήσει πλήρως αυτόνομο ρόλο στην επιτέλεση του έργου τους.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος, ο νοσοκομειακός τομέας στη Γαλλία, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος και συνιστά κομβικό πυλώνα του συστήματος υγείας και δη της λειτουργίας παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας. Δεδομένου ότι, όπως επίσης ήδη εκτέθηκε, το γαλλικό σύστημα υγείας θεωρείται ένα από τα πλέον αποτελεσματικά παγκοσμίως, προκύπτει ευχερώς το συμπέρασμα ότι οι γαλλικές νοσοκομειακές δομές επιτελούν με επάρκεια την αποστολή τους και συμβάλλουν καίρια στην επίτευξη του βασικού σκοπού του συστήματος, ήτοι της κατά το δυνατόν πληρέστερης κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

3.3. Συνολική αποτίμηση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στο γαλλικό σύστημα υγείας.

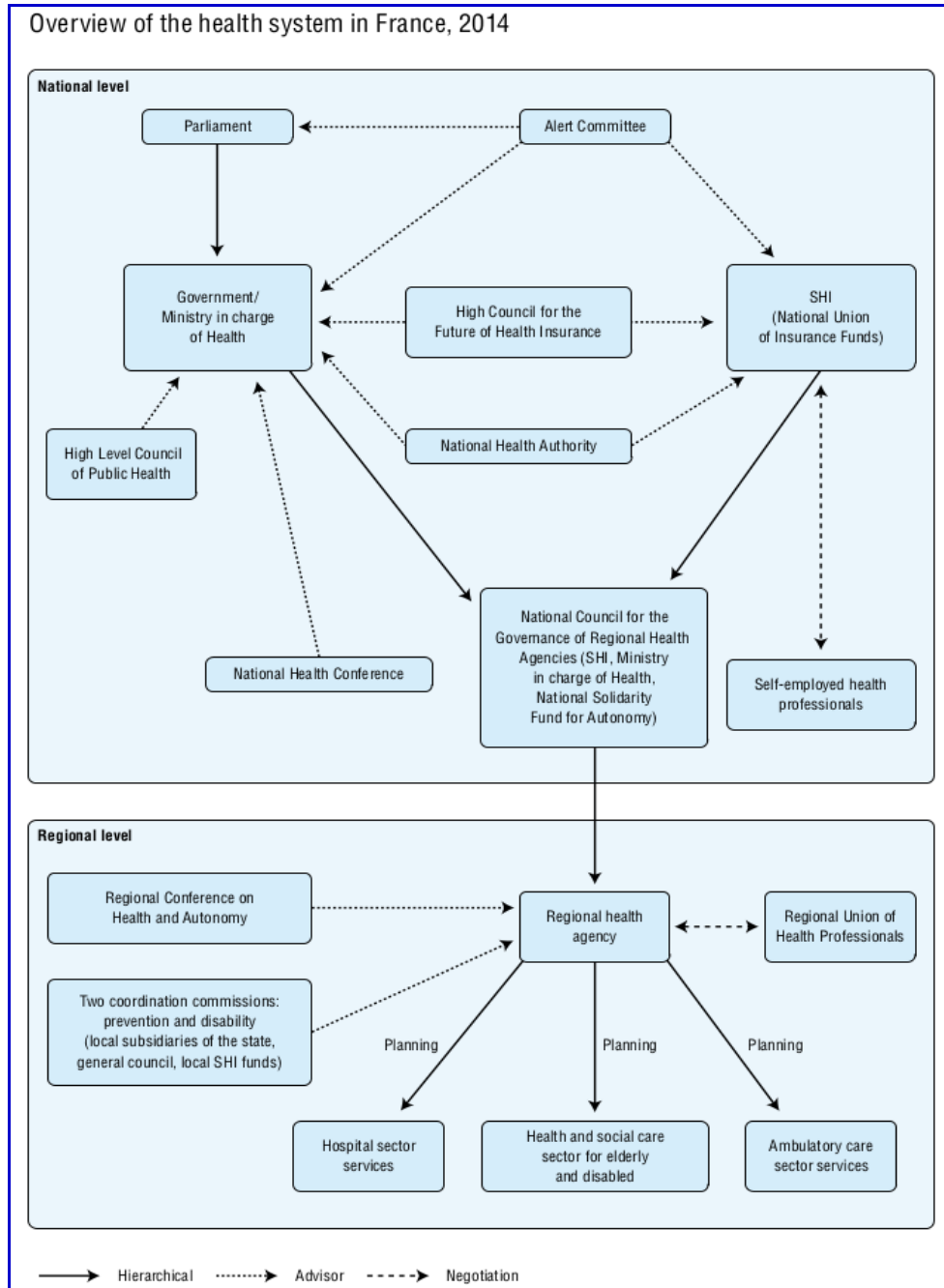
Με βάση τα προεκτεθέντα, οι λειτουργίες (υποσυστήματα) της διεύθυνσης-συντονισμού και της παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας του γαλλικού συστήματος, διακρίνονται από την ύπαρξη και δραστηριοποίηση αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης, και δη κυρίως των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας και των νοσοκομείων. Η λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού του συστήματος επιτελείται σε αρκετές κρίσιμες πτυχές της από τις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, ενώ η λειτουργία της παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας στηρίζεται σε ιδιαίτερα σημαντικό βαθμό στις νοσοκομειακές δομές.

Η διαδοχική πορεία των μεταρρυθμίσεων που συγκρότησαν συγκεκριμένες αποκεντρωμένες δομές στο γαλλικό σύστημα υγείας τις τελευταίες δεκαετίες πάντως, δεν θεωρείται μια ευθύγραμμη πορεία προς εκτεταμένη και ουσιαστική αποκέντρωση αρμοδιοτήτων στον χώρο της υγείας. Ειδικότερα, η συγχώνευση των διάφορων περιφερειακών δομών που δημιουργήθηκαν το 1996 στις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας με τη νομοθετική ρύθμιση του 2009, θεωρείται επανασυγκέντρωση αρμοδιοτήτων, καθώς μείωσε αισθητά τον αριθμό των περιφερειακών δομών και τις ενέταξε σε ένα πλαίσιο συμπόρευσης με τις κεντρικές κρατικές πολιτικές, ιδίως στον τομέα των δαπανών, δηλαδή σε ένα πιο συγκεντρωτικό πλαίσιο με εντονότερη τη δυνατότητα κάθετης κρατικής παρέμβασης (Simonet, 2014). Γενικά οι αλλαγές που έλαβαν χώρα στο σύστημα υγείας της Γαλλίας από το 2000 και μετά, θεωρούνται από αρκετούς μελετητές ως επαναφορά της

ισχυρής παρεμβατικής παρουσίας του κράτους, με ενδυνάμωση των αρμοδιοτήτων του και ενίσχυση της εξουσίας του στη διαχείριση και την οργάνωση του χώρου της υγείας, γεγονός που τους κάνει να αναφέρονται σε μεγαλύτερη «κρατικοποίηση» της ρύθμισης του συστήματος (Davesne and Palier 2010).

Η συνολική δόμηση του γαλλικού συστήματος υγείας, το είδος των σχέσεων ανάμεσα στα μέρη του και ο ρόλος των μελετώμενων αποκεντρωμένων δομών σε αυτό, απεικονίζονται στο παρακάτω σχήμα:

ΣΧΗΜΑ 3: Οργανωτική δομή του γαλλικού συστήματος υγείας



Πηγή: Chevreur et al., 2015

Μέσα από τη συνοπτική επισκόπηση δομών και αρμοδιοτήτων που προηγήθηκε, συνάγεται ότι το γαλλικό σύστημα υγείας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ούτε πλήρως ούτε ευρέως αποκεντρωμένο. Ο συντονιστικός, ρυθμιστικός και ελεγκτικός ρόλος του κράτους

παραμένει ισχυρός σε κομβικούς τομείς του συστήματος. Παράλληλα όμως, οι αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης, χωρίς να αναιρούν την κεντρική κρατική παρεμβατικότητα, διαθέτουν τη δυνατότητα ουσιαστικής άσκησης σημαντικών αρμοδιοτήτων. Συνακόλουθα, τόσο οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας όσο και τα νοσοκομεία, δεν αποτελούν απλή διοικητική και γραφειοκρατική προέκταση της κεντρικής κυβέρνησης, αλλά συνιστούν αποκεντρωμένους φορείς με καίριο ρόλο στις λειτουργίες διεύθυνσης-συντονισμού και παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας του συστήματος. Συνολικά δηλαδή, το γαλλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ουσιαστικά αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στις δύο αυτές βασικές λειτουργίες, υπό την καθοδήγηση όμως και την επίβλεψη της κεντρικής κρατικής εξουσίας.

4. Οι αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Σε συνέχεια της έρευνας των αποκεντρωμένων δομών στο γαλλικό σύστημα υγείας, η μελέτη εξετάζει τις περιφερειακές και τις νοσοκομειακές δομές, ως βασικές μορφές αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης και στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η έρευνα εστιάζει κυρίως στον εντοπισμό των βασικών αρμοδιοτήτων των εν λόγω αποκεντρωμένων δομών και του τρόπου άσκησής τους εντός του οικείου συστήματος υγείας, με γνώμονα την κατανόηση της λειτουργίας των δομών αυτών και την εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων.

4.1. Οι περιφερειακές δομές διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

4.1.1. Η συγκρότηση των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας στερείται διαχρονικά σαφούς ταυτότητας και προσανατολισμού (Μπουρσανίδης, 2017), αποτελώντας ταυτόχρονα ένα ιδιαίτερα συγκεντρωτικό σύστημα με έντονη την παρέμβαση του κεντρικού κράτους σε κάθε πτυχή

της λειτουργίας του. Ένα από τα βασικά προβλήματα του σχετίζεται με την άνιση κατανομή των πόρων του συστήματος, καθώς τα αστικά κέντρα συγκεντρώνουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από τις υπόλοιπες περιοχές την παροχή υπηρεσιών υγείας και τις αντίστοιχες υποδομές (Economou et al., 2017). Τα τελευταία χρόνια μάλιστα, βρέθηκε αντιμέτωπο με τις επιπτώσεις της σφοδρότατης και πολυετούς δημοσιονομικής κρίσης που έπληξε τη χώρα, η οποία επέδρασε περιοριστικά στο σύνολο των θεσμών του κοινωνικού κράτους, συμπεριλαμβανομένου προφανώς και του συστήματος υγείας.

Βασική φιλοσοφία υπέρβασης των παθογενειών του συστήματος, αποδοτικής διαχείρισης των πόρων και βελτίωσης της συνολικής λειτουργίας του, αποτελεί και στην περίπτωση της Ελλάδας η αποκέντρωση δομών και αρμοδιοτήτων, με κεντρικό γνώμονα την αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Αυτή η φιλοσοφία αποτυπώθηκε ήδη στον νόμο του 1983 που ίδρυσε το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας, θέτοντας ως στόχους την αποκεντρωμένη λειτουργία του συστήματος, με κοινωνικό έλεγχο και έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Κουφάκης, 2018). Στην πράξη όμως, οι στόχοι που τέθηκαν σε διακηρυκτικό επίπεδο δεν μεταφράστηκαν σε αντίστοιχη ουσιαστική αποκεντρωμένη λειτουργία, καθώς το Υπουργείο Υγείας παραμένει μέχρι σήμερα ο καθοριστικός φορέας ρύθμισης, σχεδιασμού και ελέγχου του συστήματος υγείας σε όλες τις εκφάνσεις του (Economou et al., 2017). Στο ίδιο πλαίσιο, αξίζει να σημειωθεί ότι η πρακτική υλοποίηση των στόχων που τέθηκαν εν γένει σε όλες τις σημαντικές μεταρρυθμίσεις του ελληνικού συστήματος υγείας από τη δεκαετία του 1970 και εντεύθεν, απέχει πολύ από το διακηρυκτικό τους περιεχόμενο (Nikolentzos and Mays, 2016).

Σημαντική εξέλιξη στη θέσπιση δομών διακυβέρνησης του συστήματος υγείας σε περιφερειακό επίπεδο σημειώθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 2000, όταν αποφασίστηκε η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και η ίδρυση περιφερειακών συστημάτων υγείας (Πε.Σ.Υ.) σε αυτές, ως διακριτά από το κεντρικό κράτος νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου²². Τα εν λόγω περιφερειακά συστήματα είχαν ως σκοπό την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας και τον συντονισμό των σχετικών δράσεων και

²² Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α'2-3-2001).

πολιτικών σε επίπεδο περιφέρειας²³, ενώ παράλληλα ανέλαβαν την οργάνωση και διοίκηση όλων των μονάδων υγείας της περιφέρειάς τους, δηλαδή κυρίως των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, που μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες υπηρεσίες του αντίστοιχου περιφερειακού συστήματος²⁴. Οι νέες αυτές περιφερειακές δομές εξοπλίστηκαν δηλαδή νομοθετικά με αρμοδιότητες σχεδιασμού, συντονισμού και ρύθμισης, ενώ εντάχθηκαν οργανικά σε αυτές και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Με απλά λόγια, οι εν λόγω περιφερειακές δομές απέκτησαν, σε κανονιστικό επίπεδο, σημαντικό ρόλο τόσο στο υποσύστημα διεύθυνσης-συντονισμού όσο και στο υποσύστημα παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά τη διοίκησή τους, ο πρόεδρος ορίστηκε ότι διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από γνώμη της Βουλής²⁵.

Μέσα σε λίγα χρόνια, ή ως άνω περιγραφείσα αποκεντρωτική διάπλαση του συστήματος τροποποιήθηκε αισθητά. Ειδικότερα, με νέα νομοθετική ρύθμιση²⁶, ιδρύθηκαν στη θέση των προαναφερθέντων περιφερειακών συστημάτων υγείας, οι διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας. Ως βασικός σκοπός των δομών αυτών προσδιορίστηκε ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος του συνόλου των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, η υποβολή προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρων και προτάσεων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό κάθε περιφέρειας, καθώς και η παρακολούθηση της εφαρμογής των πολιτικών υγείας που χαράσσει το Υπουργείο²⁷. Βασική αλλαγή αποτέλεσε η εκ νέου απόκτηση νομικής προσωπικότητας από τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία από αποκεντρωμένες μονάδες των περιφερειακών δομών την περίοδο 2001-2005 επανήλθαν στο καθεστώς των διακριτών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου (Κουφάκης, 2018). Συνακόλουθα, η εν λόγω εξέλιξη των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης τις κατέστησε πλέον παράγοντες κυρίως του υποσυστήματος διεύθυνσης-συντονισμού, δεδομένου ότι ρόλο στο υποσύστημα

²³ Άρθρο 1 παρ. 3 ν. 2889/2001.

²⁴ Άρθρο 1 παρ. 4 και 7 ν. 2889/2001.

²⁵ Άρθρο 3 παρ.1 ν. 2889/2001.

²⁶ Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'/4-4-2005).

²⁷ Άρθρο 2 ν. 3329/2005.

παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας ανέλαβαν εκ νέου ως αυτοδιοικούμενοι φορείς οι νοσοκομειακές δομές. Όσον αφορά τη διοίκηση των εν θέματι Δ.Υ.ΠΕ., ο διοικητής τους ορίστηκε ότι διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από γνώμη της Βουλής²⁸.

Ακολούθησαν νεότερες τροποποιητικές νομοθετικές ρυθμίσεις²⁹, με τις οποίες ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών στις οποίες χωρίζεται η χώρα προσδιορίστηκε σε επτά (7) σε όλη την επικράτεια, τα γεωγραφικά όρια των οποίων θα ταυτίζονται (από 1.1.2019) με εκείνα των επτά (7) Αποκεντρωμένων Διοικήσεων, δηλαδή των αποκεντρωμένων δομών διοίκησης του κεντρικού κράτους. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας υφίσταται, όπως ήδη αναφέρθηκε, το νομικό πρόσωπο της οικείας Δ.Υ.ΠΕ., το οποίο ασκεί ως περιφερειακή δομή διακυβέρνησης αρμοδιότητες στον χώρο της υγείας. Όργανα διοίκησης κάθε Δ.Υ.ΠΕ. είναι πλέον ο διοικητής και δύο (2) υποδιοικητές, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας (ο διοικητής έπειτα από γνώμη της Βουλής). Οι αρμοδιότητες του διοικητή ορίζονται νομοθετικά, ενώ οι αρμοδιότητες των υποδιοικητών ορίζονται με απόφαση του αρμόδιου Υπουργού, έπειτα από πρόταση του διοικητή³⁰.

Συνοψίζοντας, το ελληνικό σύστημα υγείας διαθέτει επτά (7) διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών, δηλαδή επτά αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης σε περιφερειακό επίπεδο, τα γεωγραφικά όρια των οποίων έχει σχεδιαστεί να συμπίπτουν στο άμεσο μέλλον με τα όρια των αποκεντρωμένων οργάνων διοίκησης του κράτους. Οι εν θέματι περιφερειακές δομές υγείας δραστηριοποιούνται πλέον κυρίως στη λειτουργία (υποσύστημα) της διεύθυνσης-συντονισμού του συστήματος υγείας, ενώ ο ρόλος του κράτους παραμένει ιδιαίτερα εμφανής, αφού το αρμόδιο Υπουργείο επιλέγει τα όργανα διοίκησής τους και κατανέμει μέρος των αρμοδιοτήτων σε αυτά, με τις κυριότερες βέβαια να προσδιορίζονται νομοθετικά.

²⁸ Άρθρο 3 παρ. 2 ν. 3329/2005.

²⁹ Βλ. ιδίως ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/Α' /9-2-2007), ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129/Α' /3-8-2010), ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α' /1-3-2012).

³⁰ Άρθρο 3 παρ. 2 ν. 3329/2005, όπως ισχύει.

4.1.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης.

Όπως ήδη εκτέθηκε, οι αρμοδιότητες των Δ.Υ.ΠΕ., μετά τις αλλαγές που έλαβαν χώρα στην περιφερειακή συγκρότηση του ελληνικού συστήματος υγείας, εντάσσονται πλέον κυρίως στη λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού του συστήματος. Το πλέγμα των βασικών αρμοδιοτήτων τους, οι οποίες ασκούνται σύμφωνα με τον νόμο από τον διοικητή έκαστης Δ.Υ.ΠΕ.³¹, περιλαμβάνει αρκετές ευθύνες στους τομείς του σχεδιασμού, του συντονισμού και του ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, οι Δ.Υ.ΠΕ. έχουν την αρμοδιότητα για τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τον συντονισμό και τον έλεγχο της εφαρμογής των πολιτικών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, στο πλαίσιο της χαρασσόμενης από το Υπουργείο γενικής πολιτικής υγείας. Περαιτέρω, καταρτίζουν ετήσιο επιχειρησιακό σχέδιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών στην περιφέρειά τους.

Όσον αφορά τους φορείς υγείας που εποπτεύουν³², οι Δ.Υ.ΠΕ. είναι αρμόδιες για την έγκριση αλλαγών στις υφιστάμενες υποδομές τους, επεξεργάζονται και αξιολογούν τις προτάσεις και τα αιτήματά τους, εισηγούνται στον αρμόδιο Υπουργό τον ετήσιο προγραμματισμό προσλήψεων προσωπικού σε αυτούς, παρακολουθούν και ελέγχουν μηνιαίως την εκτέλεση των προϋπολογισμών και την εν γένει οικονομική λειτουργία τους, ενώ ασκούν έλεγχο νομιμότητας στις πράξεις των εν λόγω φορέων που κοινοποιούνται σε αυτές βάσει νόμου. Επιπρόσθετα, οι Δ.Υ.ΠΕ. διαθέτουν μία ακόμα σημαντική αρμοδιότητα στο οικονομικό πεδίο. Συγκεκριμένα, αφού λάβουν υπόψη τους προϋπολογισμούς προμηθειών των φορέων υγείας που υπάγονται σε αυτές, καταρτίζουν τον ετήσιο αναλυτικό προϋπολογισμό προμηθειών για την περιφέρειά τους και ακολούθως υποβάλλουν τους εν λόγω προϋπολογισμούς στο Υπουργείο Υγείας προς έγκριση. Επιπλέον, οι Δ.Υ.ΠΕ., λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις των φορέων της περιφέρειάς τους, υποβάλλουν ετησίως στο αρμόδιο Υπουργείο πρόγραμμα εκτέλεσης έργων και

³¹ Άρθρο 3 παρ. 5 ν. 3329/2005, όπως ισχύει, όπου και περιέχεται αναλυτική περιγραφή των βασικών αρμοδιοτήτων.

³² Οι σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι προφανώς τα δημόσια νοσοκομεία, ως οι κύριοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας.

παροχής υπηρεσιών. Τέλος, με βάση τις μεταρρυθμίσεις που λαμβάνουν χώρα τα τελευταία χρόνια στο πεδίο της ανάπτυξης ενός δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι Δ.Υ.ΠΕ. αναλαμβάνουν τον συντονισμό των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας που δημιουργούνται (Economou et al., 2017). Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε αντίθεση με τις αρμοδιότητες των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας στο γαλλικό σύστημα, οι Δ.Υ.ΠΕ. δεν έχουν την αρμοδιότητα εποπτείας των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι υπάγονται απευθείας στο κεντρικό κράτος και δη στο αρμόδιο Υπουργείο.

Όπως προκύπτει από τα όσα εκτέθηκαν, οι αρμοδιότητες των Δ.Υ.ΠΕ. εντάσσονται σαφώς στη λειτουργία (υποσύστημα) της διεύθυνσης-συντονισμού στο ελληνικό σύστημα υγείας και καλύπτουν, με βάση τις νομοθετικές προβλέψεις, ένα ευρύ φάσμα της λειτουργίας αυτής στο αποκεντρωμένο επίπεδο διακυβέρνησης. Στον πίνακα που ακολουθεί περιλαμβάνονται συνοπτικά οι κυριότερες από τις εν λόγω αρμοδιότητες, διακρινόμενες σε δύο γενικές κατηγορίες ανάλογα με το είδος τους:

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κύριες αρμοδιότητες των περιφερειακών δομών στο ελληνικό σύστημα υγείας

A. Ευρύτερες συντονιστικές και ρυθμιστικές αρμοδιότητες.
<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδιασμός, οργάνωση, συντονισμός και έλεγχος της εφαρμογής των πολιτικών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, με βάση τους γενικούς άξονες που χαράσσει το αρμόδιο Υπουργείο.
<ul style="list-style-type: none"> • Κατάρτιση ετήσιου επιχειρησιακού σχεδίου για την παροχή υπηρεσιών υγείας.
<ul style="list-style-type: none"> • Κατάρτιση ετήσιου επιχειρησιακού σχεδίου για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών.
<ul style="list-style-type: none"> • Υποβολή στο Υπουργείο προγράμματος εκτέλεσης έργων και παροχής υπηρεσιών σε περιφερειακό επίπεδο.
B. Αρμοδιότητες συντονισμού και ελέγχου άλλων αποκεντρωμένων δομών.
<ul style="list-style-type: none"> • Έγκριση αλλαγών στις υποδομές των εποπτευόμενων φορέων υγείας, ήτοι κυρίως των δημόσιων νοσοκομείων.
<ul style="list-style-type: none"> • Επεξεργασία και αξιολόγηση αιτημάτων, καθώς και εισήγηση προς το Υπουργείο για τις προσλήψεις προσωπικού στους εποπτευόμενους φορείς υγείας.
<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση και έλεγχος της εκτέλεσης των προϋπολογισμών και της εν γένει οικονομικής λειτουργίας των εποπτευόμενων φορέων υγείας.
<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος νομιμότητας των πράξεων των εποπτευόμενων φορέων υγείας που ορίζει ο νόμος.
<ul style="list-style-type: none"> • Κατάρτιση ετήσιου προϋπολογισμού προμηθειών, με βάση τους προϋπολογισμούς προμηθειών των εποπτευόμενων φορέων υγείας, και υποβολή στο Υπουργείο προς έγκριση.
<ul style="list-style-type: none"> • Συντονισμός των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση

4.1.3. Αποτίμηση του ρόλου των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Ο ρόλος των περιφερειακών δομών στο ελληνικό σύστημα υγείας αποτιμάται σε δύο κύριους άξονες: α) με βάση το επίπεδο ουσιαστικά αποκεντρωμένης και αυτόνομης λειτουργίας που επιτυγχάνουν ως αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης του συστήματος και β) με βάση τη συμβολή τους στη συνολική λειτουργία και την επίτευξη των κεντρικών στόχων του συστήματος.

Όσον αφορά το πρώτο σκέλος, οι περιφερειακές δομές διακυβέρνησης αποτελούν στοιχείο του ελληνικού συστήματος υγείας εδώ και αρκετά χρόνια, ενώ η αποκεντρωμένη λειτουργία του συστήματος συνιστά διακηρυγμένο στόχο του ήδη από την ίδρυσή του το 1983. Όπως έχει αναφερθεί, η δημιουργία των διοικήσεων υγειονομικών περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) έλαβε χώρα σταδιακά, μέσα από διαδοχικές νομοθετικές ρυθμίσεις και τροποποιήσεις, οι οποίες κατέληξαν στη συγκρότηση επτά (7) τέτοιων δομών και στην απονομή σε αυτές αρμοδιοτήτων που άπτονται της λειτουργίας της διεύθυνσης-συντονισμού. Υπό το πρίσμα αυτών των εξελίξεων, το ελληνικό σύστημα υγείας φαίνεται πλέον να διαθέτει μια εκτεταμένη και ισχυρή αποκεντρωμένη λειτουργία, η οποία καλύπτει γεωγραφικά το σύνολο της επικράτειας.

Στην πράξη όμως, η κατάσταση είναι αρκετά διαφορετική. Πιο συγκεκριμένα, μια πιο προσεκτική επισκόπηση των αρμοδιοτήτων των Δ.Υ.ΠΕ., οδηγεί στη διαπίστωση ότι οι δομές αυτές αποτελούν ουσιαστικά μια διαχειριστικής φύσεως προέκταση του κεντρικού κράτους σε περιφερειακό επίπεδο, που συνιστά έναν επιπλέον ελεγκτικό και συντονιστικό μηχανισμό, δηλαδή έναν μηχανισμό χωρίς ουσιαστική εξουσία άσκησης ουσιαστικά αποκεντρωμένης και αυτόνομης διακυβέρνησης. Δεδομένης μάλιστα της έλλειψης αυτονομίας σε επίπεδο προϋπολογισμού, θεωρείται ότι οι εν θέματι περιφερειακές δομές δεν οδηγούν σε ουσιαστικό περιορισμό του ισχυρά παρεμβατικού ρόλου του κεντρικού κράτους στη λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού, περιοριζόμενες πρακτικά σε έναν συμβουλευτικό και εποπτικό ρόλο (Economou et al., 2017). Σε κάθε περίπτωση πάντως, η καθιέρωση εντός της τελευταίας εικοσαετίας της ύπαρξης και λειτουργίας περιφερειακών

δομών διακυβέρνησης και η παροχή σε αυτές ενός έστω και ελλιπούς πλέγματος συντονιστικών και ρυθμιστικών αρμοδιοτήτων, καταδεικνύει αναντίρρητα μία τάση θεσμοθέτησης πιο ουσιαστικών μορφών αποκέντρωσης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Συμπερασματικά, το ελληνικό σύστημα υγείας διαθέτει πλέον κατοχυρωμένες περιφερειακές δομές διακυβέρνησης με συγκεκριμένες και σταδιακά διευρυνόμενες αρμοδιότητες, που αφορούν κυρίως τη λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού. Εντούτοις, η μέχρι σήμερα πορεία αυτών των δομών έχει αναδείξει την απουσία ουσιαστικά αποκεντρωμένης και αυτόνομης διακυβέρνησης και την καθοριστική παρέμβαση του κεντρικού κράτους σε κάθε πτυχή της δραστηριοποίησής τους. Ως εκ τούτου, δεν μπορεί να ειπωθεί ότι οι εν λόγω περιφερειακοί σχηματισμοί επιτυγχάνουν ουσιαστική αποκέντρωση, καθώς προς το παρόν αποτελούν εν πολλοίς μία επιπλέον γραφειοκρατική δομή για την άσκηση από το κεντρικό κράτος εποπτείας και ελέγχου στο σύστημα υγείας, ήτοι μια δομή «αποσυγκέντρωσης» αρμοδιοτήτων.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος, και δεδομένων των όσων σημειώθηκαν ανωτέρω, οι περιφερειακές δομές διακυβέρνησης του ελληνικού συστήματος υγείας δεν διαδραματίζουν στην παρούσα φάση κρίσιμο ρόλο ως προς την επίτευξη των κεντρικών στόχων του συστήματος. Διαθέτουν βέβαια τη δυνατότητα άσκησης άμεσης εποπτείας στις διάφορες επιμέρους πτυχές της λειτουργίας διεύθυνσης-συντονισμού, αλλά αυτό το πλεονέκτημα αντισταθμίζεται από τον περιττό γραφειοκρατικό φόρτο που δημιουργείται, ένεκα της αδυναμίας τους να ασκήσουν ουσιαστικά αποκεντρωμένες αρμοδιότητες χωρίς την εκτεταμένη παρεμβολή των κεντρικών κρατικών υπηρεσιών.

4.2. Οι νοσοκομειακές δομές διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

4.2.1. Η συγκρότηση των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί σε μεγάλο βαθμό ένα σύστημα που έχει ως επίκεντρο τη λειτουργία των νοσοκομειακών του δομών (Economou et al., 2017), δεδομένου ότι στερείται μέχρι σήμερα ενός συγκροτημένου μηχανισμού παροχής

πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Τα νοσοκομεία συνεπώς συνιστούν τον κεντρικό πυλώνα του υποσυστήματος παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, αποτελώντας παράλληλα εξ ορισμού αποκεντρωμένη δομή διακυβέρνησης. Όπως ήδη εκτέθηκε προηγουμένως, με την εξαίρεση της περιόδου 2001-2005 για τα δημόσια νοσοκομεία, τα ελληνικά νοσοκομεία είναι οργανωμένα ως διακριτά από το κράτος και τις περιφερειακές δομές υγείας νομικά πρόσωπα, διαθέτουν δηλαδή τη δυνατότητα αυτοδιοίκησης.

Πιο αναλυτικά, τα ελληνικά νοσοκομεία μπορούν να διακριθούν σε τέσσερις γενικές κατηγορίες (Economidou et al., 2017): α) τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία ως αυτοδιοικούμενα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου υπάγονται στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας και εποπτεύονται από τη Δ.Υ.ΠΕ. στην οποία ανήκουν γεωγραφικά, β) τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα οποία έχουν ιδρυθεί κυρίως από ιδιωτικούς φορείς με κοινωνική και φιλανθρωπική δράση και δραστηριοποιούνται υπό την εποπτεία του αρμόδιου Υπουργείου Υγείας, χωρίς να έχουν ως πρωταρχικό σκοπό την απόκτηση κέρδους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, γ) τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία, τα οποία δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών υγείας ως εταιρίες του ιδιωτικού δικαίου, δ) τα νοσοκομεία ειδικού καθεστώτος, όπως τα στρατιωτικά, τα οποία μπορούν να υπάγονται στην εποπτεία έτερων Υπουργείων.

Την τελευταία δεκαετία έλαβαν χώρα μεταρρυθμίσεις στη διάρθρωση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα. Ειδικότερα, με σειρά νομοθετημάτων, αρχικώς δόθηκε η δυνατότητα διασύνδεσης νοσοκομείων και στη συνέχεια ενοποίησης και λειτουργίας τους ως ενιαίο νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, καθώς και συνεργασίας μεταξύ νοσοκομείων της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας (Κουφάκης, 2018). Οι αλλαγές αυτές είχαν και έχουν ως βασικό προσανατολισμό τον εξορθολογισμό της διοικητικής οργάνωσης και της συνολικής λειτουργίας του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα.

Όσον αφορά τη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων, το Υπουργείο Υγείας διαχρονικά διαδραματίζει απολύτως καθοριστικό ρόλο στην επιλογή της διοίκησής τους. Ειδικά για την επιλογή των διοικητών, τα κριτήρια έχουν υπάρξει συχνότατα αμιγώς πολιτικά, με την

έννοια της πολιτικής παρέμβασης και άσκησης επιρροής στη λειτουργία των νοσοκομείων. Η παρούσα πάντως διαδικασία επιλογής διοικητών παρίσταται πιο αξιοκρατική, με την αρμοδιότητα αυτή να ανήκει σε επιτροπή στην οποία συμμετέχουν μέλη (όπως πανεπιστημιακός, μέλος ανεξάρτητης αρχής και στέλεχος του ιδιωτικού τομέα) που δεν υπάγονται στην άμεση επιρροή του Υπουργού. Ο διοικητής του νοσοκομείου προεδρεύει του συλλογικού οργάνου διοίκησης αυτού, δηλαδή του διοικητικού συμβουλίου (Κουφάκης, 2018).

4.2.2. Οι βασικές αρμοδιότητες των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης.

Τα νοσοκομεία αποτελούν εξ ορισμού αποκεντρωμένες μονάδες, με κομβικό ρόλο στο υποσύστημα παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, καθώς θεμελιώδης αποστολή τους είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Κεντρική και υποχρεωτική αρμοδιότητά τους συνεπώς είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας. Ανάλογα με το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν διακρίνονται σε γενικά και εξειδικευμένα νοσοκομεία (Economou et al., 2017). Με πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση μάλιστα³³, κατέστη δυνατή η δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες νοσοκομειακές δομές για το σύνολο του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των ανασφάλιστων και των προσφύγων. Παράλληλα, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δραστηριοποιούνται και στον χώρο της επείγουσας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρέχοντας εξειδικευμένες υπηρεσίες αυτού του είδους στο πλαίσιο της λειτουργίας των αντίστοιχων τμημάτων τους, ήτοι των λεγόμενων τμημάτων επειγόντων περιστατικών και «εξωτερικών» ιατρείων (Economou et al., 2017).

Σχετικά με τη διάρθρωση των υποδομών που καλούνται να εξυπηρετήσουν την πρόσβαση στη νοσοκομειακή φροντίδα, τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν την πλειοψηφία των νοσοκομειακών δομών στη χώρα, χωρίς όμως μεγάλη διαφορά από τον αριθμό των ιδιωτικών. Όσον αφορά τον αριθμό των κλινών ανά την επικράτεια, τα δημόσια διαθέτουν περίπου το 65% και τα ιδιωτικά περίπου το 35% αυτών (Economou et al., 2017). Προκύπτει συνακόλουθα ότι ο ρόλος των δημόσιων νοσοκομειακών δομών στην παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού είναι κεντρικός στο ελληνικό σύστημα

³³ Ν. 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α'/21-2-2016).

υγείας, χωρίς όμως αυτό να περιορίζει τον σημαντικό ρόλο και των ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων (Economou et al., 2017). Οι κεφαλαιακές επενδύσεις ανήκουν στον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας, αλλά παρατηρείται η έλλειψη επίσημης και σαφούς διαδικασίας ως προς τη θέσπιση συγκεκριμένων προτεραιοτήτων και την αντίστοιχη κατανομή των πόρων (Economou et al., 2017). Στα ζητήματα προσωπικού και δη στη στελέχωση των δημόσιων νοσοκομειακών δομών, το Υπουργείο Υγείας έχει την αρμοδιότητα για τον προσδιορισμό του αριθμού των γιατρών που εργάζονται σε αυτές (Economou et al., 2017).

4.2.3. Αποτίμηση του ρόλου των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Όπως ήδη σημειώθηκε, ο νοσοκομειακός τομέας στην Ελλάδα αποτελεί θεμελιακό παράγοντα της δόμησης και λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας. Ο ρόλος των νοσοκομειακών δομών αποτιμάται σε δύο κύριους άξονες: α) με βάση το επίπεδο ουσιαστικά αποκεντρωμένης και αυτόνομης λειτουργίας που επιτυγχάνουν ως εξ ορισμού αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης του συστήματος και β) με βάση τη συμβολή τους στη συνολική λειτουργία και την επίτευξη των κεντρικών στόχων του συστήματος.

Όσον αφορά το πρώτο σκέλος, τα νοσοκομεία και κυρίως τα δημόσια, ως βασικοί πάροχοι των υπηρεσιών υγείας που δραστηριοποιούνται στο υποσύστημα της παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, υπάγονται στην επίβλεψη τόσο της κεντρικής όσο και της αποκεντρωμένης διοίκησης. Ενώ όμως έχει λάβει χώρα εδώ και αρκετά χρόνια η προεκτεθείσα αποκεντρωτική διαδικασία με την καθιέρωση των Δ.Υ.ΠΕ., και ενώ τα νοσοκομεία ως αυτοδιοίκητες δομές θα έπρεπε θεωρητικά να διαθέτουν ένα ευρύ περιθώριο αυτονομίας στην λήψη των αποφάσεων που αφορούν τη λειτουργία τους, ο ρόλος του κεντρικού κράτους παραμένει καθοριστικός και ιδιαίτερα παρεμβατικός στη διακυβέρνηση των νοσοκομείων.

Ειδικότερα, ως προς την επιλογή των διοικήσεων των δημόσιων νοσοκομείων, η μέχρι σήμερα εμπειρία αναδεικνύει την έντονη πολιτική παρέμβαση από φορείς της κεντρικής

εξουσίας ως βασικό χαρακτηριστικό. Περαιτέρω, όπως ήδη αναφέρθηκε, η στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων ελέγχεται από την κεντρική κυβέρνηση και δη από το αρμόδιο Υπουργείο, γεγονός που συχνά οδηγεί σε σημαντικές καθυστερήσεις αλλά και ελλειψίες ελέγχους ως προς την ποιοτική διάσταση της εργασίας που παρέχει το προσωπικό (Economou et al., 2017). Έλλειψη αυτονομίας παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό και στο ζήτημα της χρηματοδότησης και των πόρων, στο οποίο τα δημόσια νοσοκομεία παραμένουν επί της ουσίας πλήρως εξαρτημένα από το κεντρικό κράτος, καθώς οι βασικές πηγές χρηματοδότησής τους είναι οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό και η καταβολή των νοσηλίων από τους ασφαλιστικούς φορείς (Κουφάκης, 2018), δηλαδή πηγές στις οποίες το κεντρικό κράτος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Τέλος, όπως σημειώθηκε ανωτέρω, τα ιδιωτικά νοσοκομεία υπάγονται στην άμεση εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και όχι στις περιφερειακές δομές.

Συμπερασματικά, τα ελληνικά νοσοκομεία αποτελούν μέχρι σήμερα, ως εξ ορισμού αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης, τον βασικό πυλώνα της λειτουργίας της παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας, δεδομένης και της διαχρονικής έλλειψης δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Υπαγόμενα όμως πρακτικά στον άμεσο έλεγχο του κεντρικού κράτους και των περιφερειακών δομών που συνιστούν επί του παρόντος γραφειοκρατική προέκτασή του, δεν έχουν κατορθώσει να αποκτήσουν ουσιαστικά αποκεντρωμένη και αυτόνομη υπόσταση, ούτε συνεπώς να συγκροτήσουν έναν ισχυρό νοσοκομειακό τομέα χωρίς ευθεία εξάρτηση από τους φορείς της κεντρικής εξουσίας.

Όσον αφορά το δεύτερο σκέλος, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν θεωρείται ιδιαίτερα υψηλή από τους λήπτες τους (Economou et al., 2017). Ο ελληνικός δημόσιος νοσοκομειακός τομέας θεωρείται διαχρονικά προβληματικός, με ελλείψεις σε προσωπικό και βασικές υποδομές, μαστιζόμενος από ανορθολογική κατανομή και σπατάλη των πόρων (Economou et al., 2017), αλλά και από φαινόμενα ενδημικής διαφθοράς³⁴. Από την άλλη πλευρά όμως, οι νοσοκομειακές δομές, παρά τις αδυναμίες και τα σοβαρά προβλήματα που εμφανίζουν, αποτελούν τον θεμελιακό πυλώνα στήριξης και λειτουργίας του

³⁴ Για την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων, εφαρμόζονται την τελευταία δεκαετία μεταρρυθμιστικές προσπάθειες αναδιοργάνωσης και μετασχηματισμού του νοσοκομειακού τομέα (Economou et al., 2017).

ελληνικού συστήματος υγείας μέχρι σήμερα, και μάλιστα χωρίς να έχουν υποστηριχτεί μεθοδικά και συγκροτημένα από το κεντρικό κράτος.

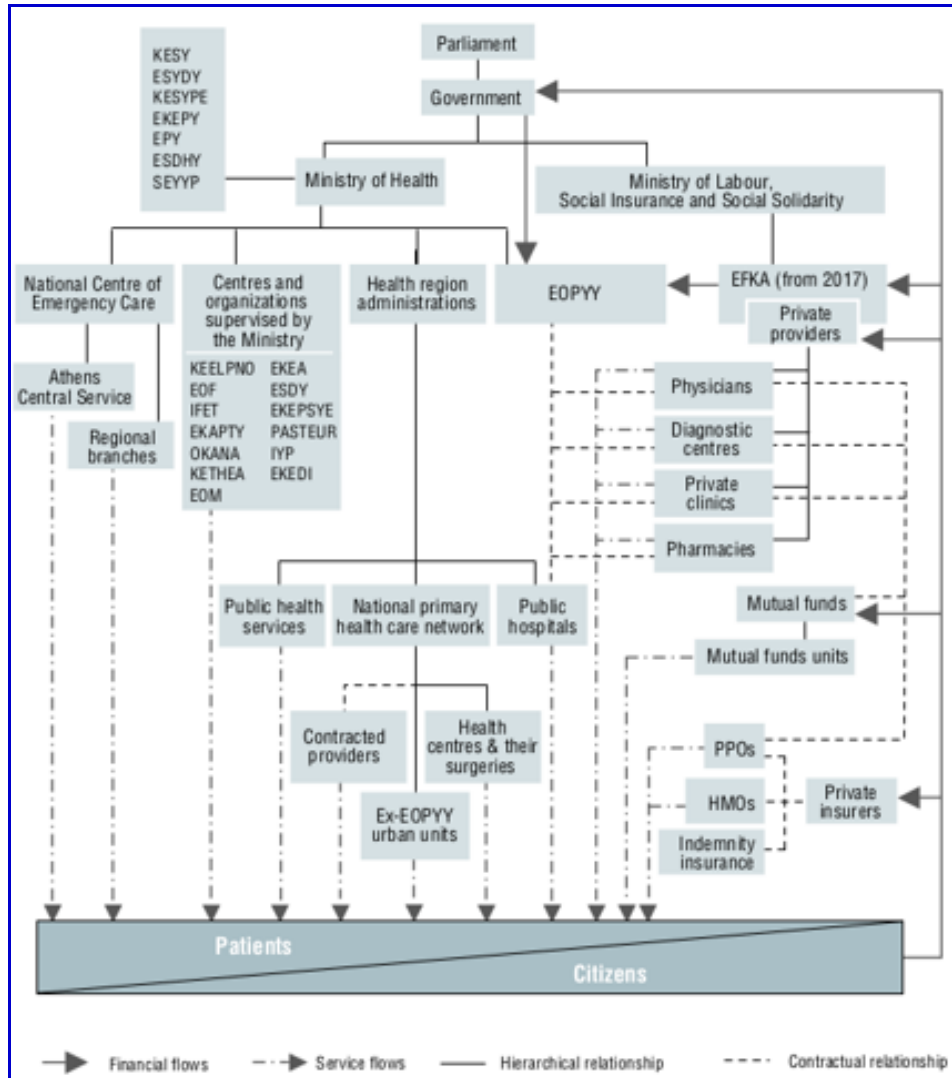
4.3. Συνολική αποτίμηση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Με βάση τα όσα προεκτέθηκαν, το ελληνικό σύστημα υγείας περιλαμβάνει αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης οι οποίες διαθέτουν αρμοδιότητες τόσο στο υποσύστημα διεύθυνσης-συντονισμού όσο και στο υποσύστημα παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας. Στο περιφερειακό επίπεδο, υφίστανται επτά (7) διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών που δραστηριοποιούνται στη λειτουργία της διεύθυνσης-συντονισμού, ενώ τα νοσοκομεία συνεχίζουν να αποτελούν τον βασικό πυλώνα της λειτουργίας παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας.

Παρά ταύτα, ο ρόλος του κεντρικού κράτους παραμένει όχι απλά σημαντικός, αλλά καθοριστικός. Ειδικότερα, το Υπουργείο Υγείας έχει την ευθύνη για τη χάραξη των γενικών πολιτικών υγείας και τη διασφάλιση της εφαρμογής τους, θέτει τις προτεραιότητες και προσδιορίζει τη χρηματοδότηση και την κατανομή των πόρων, έχοντας παράλληλα την πρωτοβουλία για τη διαμόρφωση και την τήρηση του νομοθετικού πλαισίου. Περαιτέρω, το Υπουργείο συντονίζει τις προσλήψεις προσωπικού στον χώρο της υγείας και έχει τη ρυθμιστική ευθύνη για τους επαγγελματίες του χώρου. Με απλά λόγια, οι υφιστάμενες αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης, παρά τις ανατεθείσες νομοθετικά σε αυτές αρμοδιότητες, δεν αναιρούν τον πρωταγωνιστικό και ιδιαίτερα παρεμβατικό ρόλο του Υπουργείου Υγείας στην γένει διακυβέρνηση του συστήματος υγείας, όντας ακόμα αδύναμες διαχειριστικά, διοικητικά και οικονομικά (Economou et al., 2017).

Η συνολική δόμηση του ελληνικού συστήματος υγείας, το είδος των σχέσεων ανάμεσα στα μέρη του και ο ρόλος των μελετώμενων αποκεντρωμένων δομών σε αυτό, απεικονίζονται στο παρακάτω σχήμα:

ΣΧΗΜΑ 4: Οργανωτική δομή του ελληνικού συστήματος υγείας



Πηγή: Economou et al., 2017

Συμπερασματικά, οι μεταρρυθμίσεις που έχουν λάβει χώρα στον τομέα των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης του ελληνικού συστήματος υγείας είναι στην πραγματικότητα απλά διαχειριστικής φύσεως, εφαρμοζόμενες στο πλαίσιο μιας ιεραρχικά κάθετης και συχνά βιαστικής προοπτικής (Economou et al., 2017), γεγονός που τις καθιστά περιορισμένης δυναμικής αποτελεσματικότητας ως προς την αντιμετώπιση βασικών παθογενειών της συνολικής λειτουργίας του συστήματος. Στην παρούσα φάση συνεπώς, το

ελληνικό σύστημα υγείας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ουσιαστικά ή ευρέως αποκεντρωμένο, αλλά τουναντίον ως ένα ιδιαίτερα συγκεντρωτικό σύστημα. Ειδικότερα, οι περιφερειακές δομές του αποτελούν μέχρι σήμερα μια γραφειοκρατική προέκταση του αρμόδιου Υπουργείου στο περιφερειακό επίπεδο, χωρίς δυνατότητα πραγματικά αυτόνομης άσκησης ουσιαστικών αρμοδιοτήτων, ενώ οι νοσοκομειακές δομές του παρίστανται αδύναμες και εξαρτημένες ως προς τις κυριότερες πτυχές της λειτουργίας τους από το κεντρικό κράτος.

5. Συγκριτική παρουσίαση και αποτίμηση των ευρημάτων.

5.1. Συγκριτική παρουσίαση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης.

Λαμβάνοντας υπόψη τη συνοπτική καταγραφή και ανάλυση που προηγήθηκε, επιχειρείται μία συγκριτική παρουσίαση των βασικών αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας, ώστε στη συνέχεια να καταστεί δυνατή η συνολική αποτίμηση των ευρημάτων της μελέτης.

5.1.1. Συγκριτική παρουσίαση των περιφερειακών δομών.

Όσον αφορά τις περιφερειακές δομές διακυβέρνησης, τα δύο εξεταζόμενα συστήματα υγείας παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες ως προς τη συγκρότηση των δομών αυτών. Πιο συγκεκριμένα, τόσο το γαλλικό όσο και το ελληνικό σύστημα υγείας διαθέτουν περιφερειακούς φορείς, το μεν γαλλικό τις περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, το δε ελληνικό τις διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών. Οι φορείς αυτοί, ως αυτοδιοίκητα σώματα, ασκούν αποκεντρωμένα ένα πλέγμα αρμοδιοτήτων στα όρια της περιφέρειάς τους, στο πλαίσιο της λειτουργίας διεύθυνσης-συντονισμού, με κύριο στόχο την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω της υλοποίησης των πολιτικών υγείας εγγύτερα στο τοπικό επίπεδο. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις, οι διοικητές των εν θέματι περιφερειακών σωμάτων διορίζονται από το αρμόδιο Υπουργείο, γεγονός που υπογραμμίζει τον παρεμβατικό ρόλο του κεντρικού κράτους στη λειτουργία τους.

Σχετικά με τις αρμοδιότητές τους, οι περιφερειακές δομές σε αμφότερες τις περιπτώσεις διαθέτουν ευρύτερες συντονιστικές και ρυθμιστικές αρμοδιότητες, σε συνδυασμό με εποπτικό και ελεγκτικό ρόλο σε άλλους αποκεντρωμένους φορείς, ιδίως στα νοσοκομεία. Ενώ όμως εκ πρώτης όψεως φαίνεται να κινούνται σε ένα εν γένει παραμυφερές πλαίσιο αρμοδιοτήτων, μια πιο προσεκτική επισκόπηση αναδεικνύει σημαντική διαφοροποίηση. Ειδικότερα, η κρίσιμη διαφορά εντοπίζεται στο ότι οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας στο γαλλικό σύστημα διαθέτουν ουσιαστική αυτονομία στη χάραξη και εφαρμογή πολιτικών υγείας στο περιφερειακό επίπεδο, αλλά και ουσιαστική δυνατότητα άσκησης εποπτείας και ελέγχου στις νοσοκομειακές δομές, που φτάνει μέχρι του σημείου επιβολής σημαντικών κυρώσεων. Από την άλλη πλευρά, οι διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών στο ελληνικό σύστημα υγείας, αποτελούν στην πράξη μία προέκταση του συντονιστικού και ρυθμιστικού μηχανισμού του αρμόδιου Υπουργείου σε περιφερειακό επίπεδο, χωρίς ουσιαστική αυτονομία στην χάραξη και υλοποίηση πολιτικών υγείας. Ταυτόχρονα, ως προς τον εποπτικό και ελεγκτικό ρόλο που ασκούν, στερούνται επίσης ουσιαστικών δυνατοτήτων, λειτουργώντας κυρίως ως ένα ενδιάμεσο εποπτικό σώμα με κύρια ευθύνη την υποβολή εισηγήσεων προς το αποφασίζον Υπουργείο Υγείας.

5.1.2. Συγκριτική παρουσίαση των νοσοκομειακών δομών.

Όσον αφορά τις νοσοκομειακές δομές διακυβέρνησης, σε αμφότερα τα μελετώμενα συστήματα υγείας αποτελούν τον βασικό πυλώνα στον οποίο στηρίζεται η λειτουργία (υποσύστημα) της παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας. Σε αμφότερα τα συστήματα επίσης, τα νοσοκομεία αποτελούν αυτοδιοίκητους οργανισμούς με νομικές μορφές που εντάσσονται τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Από πλευράς υποδομών και συμμετοχής στην παραγωγή-διανομή υπηρεσιών υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία και στις δύο περιπτώσεις είναι εκείνα που καλύπτουν το μεγαλύτερο εύρος του φάσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σχετικά με τη διοίκηση του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα, το κεντρικό κράτος παρεμβαίνει σημαντικά τόσο στο γαλλικό όσο και στο ελληνικό σύστημα υγείας, έχοντας καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των διοικητών των νοσοκομείων.

Η σημαντικότερη διαφοροποίηση που παρατηρείται ανάμεσα στα δύο συστήματα υγείας αφορά το επίπεδο αυτόνομης λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων ως προς την επιτέλεση του έργου τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο γαλλικός δημόσιος νοσοκομειακός τομέας παρίσταται ιδιαίτερα ισχυρός, με τα νοσοκομεία να διαθέτουν ευρύ πεδίο αυτονομίας και επάρκεια όσον αφορά την οργάνωση και διεκπεραίωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Από την άλλη πλευρά, ο ελληνικός δημόσιος νοσοκομειακός τομέας παρουσιάζεται αποδυναμωμένος σε σχέση με τον αντίστοιχο γαλλικό, καθώς τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα και βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από τους μηχανισμούς του κεντρικού κράτους, ακόμα και για την επιτέλεση άμεσων λειτουργιών τους.

5.2. Αποτίμηση των ευρημάτων.

Με βάση τη συγκριτική παρουσίαση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης που προηγήθηκε, ακολουθεί η αποτίμηση των ευρημάτων της μελέτης, ώστε να προκύψουν οι τελικές συμπερασματικές διαπιστώσεις για τα εξεταζόμενα συστήματα υγείας.

5.2.1. Αποτίμηση των ευρημάτων για τις περιφερειακές δομές.

Σχετικά με τη συγκριτική αποτίμηση των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας, προκύπτουν οι εξής παρατηρήσεις:

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συγκριτική αποτίμηση των περιφερειακών δομών διακυβέρνησης του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας

1. Οι περιφερειακές δομές αμφότερων των συστημάτων δραστηριοποιούνται στη λειτουργία (υποσύστημα) της διεύθυνσης-συντονισμού.
2. Ο παρεμβατικός ρόλος του κεντρικού κράτους είναι εμφανής και στις δύο περιπτώσεις.
3. Οι γαλλικές περιφερειακές δομές διαθέτουν ουσιαστική αυτονομία άσκησης συντονιστικών, ρυθμιστικών, εποπτικών και ελεγκτικών αρμοδιοτήτων στο επίπεδο της περιφέρειάς τους.
4. Οι ελληνικές περιφερειακές δομές στερούνται ουσιαστικής αυτονομίας δράσης και αποτελούν επί του παρόντος αποκεντρωμένη γραφειοκρατική προέκταση των μηχανισμών του Υπουργείου Υγείας στο περιφερειακό επίπεδο.
5. Οι γαλλικές περιφερειακές δομές εποπτεύουν το σύνολο των νοσοκομειακών δομών, δημόσιων και ιδιωτικών
6. Οι ελληνικές περιφερειακές δομές εποπτεύουν μόνο τις δημόσιες νοσοκομειακές δομές, καθώς οι ιδιωτικές υπάγονται απευθείας στο Υπουργείο.

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση

5.2.2. Αποτίμηση των ευρημάτων για τις νοσοκομειακές δομές.

Σχετικά με τη συγκριτική αποτίμηση των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας, προκύπτουν οι εξής παρατηρήσεις:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Συγκριτική αποτίμηση των νοσοκομειακών δομών διακυβέρνησης του γαλλικού και του ελληνικού συστήματος υγείας

<p>1. Οι νοσοκομειακές δομές αμφοτέρων των συστημάτων αποτελούν τον βασικό πυλώνα της λειτουργίας (υποσυστήματος) παραγωγής-διανομής υπηρεσιών υγείας.</p>
<p>2. Ο παρεμβατικός ρόλος του κεντρικού κράτους είναι υπαρκτός και στις δύο περιπτώσεις, ιδίως όσον αφορά την επιλογή των διοικήσεων στα δημόσια νοσοκομεία.</p>
<p>3. Τα γαλλικά δημόσια νοσοκομεία συγκροτούν έναν ισχυρό δημόσιο νοσοκομειακό τομέα και διαθέτουν σημαντική αυτονομία ως προς την επιτέλεση των βασικών τους λειτουργιών.</p>
<p>4. Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα και τελούν σε σχέση άμεσης εξάρτησης από το κεντρικό κράτος για βασικές πτυχές της λειτουργίας τους.</p>
<p>5. Το μοντέλο διοίκησης των γαλλικών νοσοκομείων περιλαμβάνει και συλλογικό όργανο (εποπτικό συμβούλιο) στο οποίο δεν προεδρεύει ο διοικητής του νοσοκομείου.</p>
<p>6. Το μοντέλο διοίκησης των ελληνικών νοσοκομείων είναι πιο συγκεντρωτικό, με συλλογικό όργανο (διοικητικό συμβούλιο) στο οποίο προεδρεύει ο διοικητής του νοσοκομείου.</p>

Πηγή: Ίδια διαμόρφωση

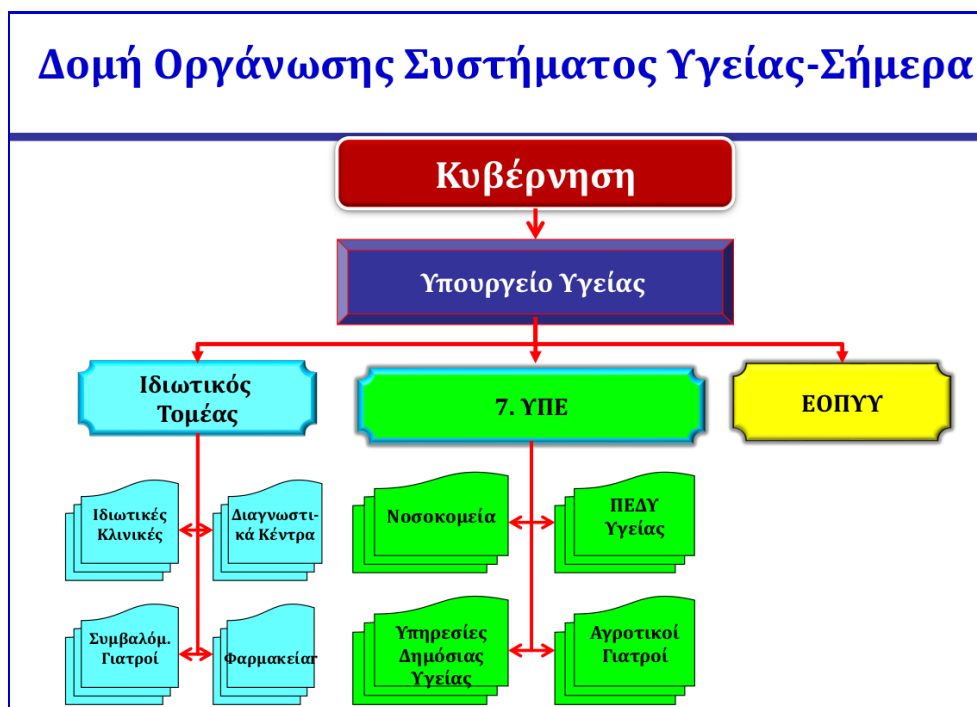
5.3. Συμπερασματικές παρατηρήσεις.

Με βάση τα όσα παρουσιάστηκαν στην παρούσα μελέτη, και έχοντας επίγνωση του περιορισμένου εύρους, του συνοπτικού χαρακτήρα και άρα των αντίστοιχων ορίων αυτής, μπορούν να προκύψουν ορισμένα γενικά συμπεράσματα από τη συγκριτική αποτίμηση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας Γαλλίας και Ελλάδας. Τα συμπεράσματα αυτά δύνανται να έχουν πρακτική χρησιμότητα ως προς τις αναγκαίες αλλαγές που απαιτούνται στη συγκρότηση του ελληνικού συστήματος υγείας, προκειμένου αυτό να υπερβεί χρόνιες παθολογίες και αβελτηρίες και να καταστεί πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό ως προς την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι το γαλλικό σύστημα υγείας, το οποίο συγκαταλέγεται στα κορυφαία ανά τον κόσμο ως προς την επίτευξη του βασικού σκοπού της επαρκούς κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, συνιστά ένα σύστημα που δεν χαρακτηρίζεται από πλήρως αποκεντρωμένες μορφές διακυβέρνησης. Ο ρόλος του κεντρικού κράτους παραμένει ιδιαίτερα ισχυρός στους τομείς της ρύθμισης, του συντονισμού, της εποπτείας και του ελέγχου. Το σύστημα υγείας όμως κατορθώνει να είναι αποτελεσματικό και βιώσιμο, διαθέτοντας αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στις λειτουργίες της διεύθυνσης-συντονισμού και της παραγωγής-διανομής υπηρεσιών, που ασκούν με ουσιαστική αυτονομία ένα πλέγμα σημαντικών αρμοδιοτήτων. Χωρίς δηλαδή να υφίσταται πλήρως αποκεντρωμένη διακυβέρνηση στις δύο αυτές βασικές λειτουργίες του συστήματος, αλλά με ταυτόχρονη διασφάλιση ότι όσες αρμοδιότητες αποσπώνται από το κεντρικό κράτος ασκούνται από τους αποκεντρωμένους φορείς με πραγματική αυτονομία, το σύστημα επιτυγχάνει σε μεγάλο βαθμό τους στόχους του. Από τα ανωτέρω συνάγεται ότι η ισχυρή παρουσία του κεντρικού κράτους δεν αποκλείει τη δυνατότητα ουσιαστικής αποκεντρωμένης διακυβέρνησης σε συγκεκριμένες πτυχές ενός συστήματος υγείας, αλλά αντιθέτως ότι ο δημιουργικός και συντεταγμένος συνδυασμός των δύο αυτών παραμέτρων μπορεί να ωφελήσει τη συνολική λειτουργία ενός συστήματος υγείας, διασφαλίζοντας σαφή προσανατολισμό με ταυτόχρονη προσαρμογή στις επιμέρους ιδιαιτερότητες και ανάγκες.

Περαιτέρω, προκύπτει ότι το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί διαχρονικά ένα ιδιαίτερα συγκεντρωτικό σύστημα, του οποίου οι βασικές αποκεντρωμένες δομές διακυβέρνησης στις λειτουργίες της διεύθυνσης-συντονισμού και της παραγωγής-διανομής υπηρεσιών, δεν διαθέτουν ουσιαστική αυτονομία κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων που τους έχουν ανατεθεί. Συνακόλουθα, οι εν λόγω δομές συνιστούν σε μεγάλο βαθμό γραφειοκρατικές προεκτάσεις των μηχανισμών του κεντρικού κράτους και εντάσσονται στην έννοια της «αποσυγκέντρωσης» και όχι της αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων. Το αποτέλεσμα που προκαλείται είναι η ύπαρξη ενός δυσκίνητου συστήματος με συγκεχυμένη κατανομή ρόλων ανάμεσα στους βασικούς του δρώντες, το οποίο πάσχει από διαρκή γραφειοκρατική συμφόρηση και σπατάλη πόρων, αδυνατώντας να καλύψει συγκροτημένα, αποτελεσματικά και αποδοτικά τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Η δομή του ελληνικού συστήματος υγείας σήμερα απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα:

ΣΧΗΜΑ 5: Οργανωτική δομή συστήματος υγείας-σήμερα



Πηγή: Μπουρσανίδης, 2018

Δεδομένου ότι τα δύο συστήματα υγείας εμφανίζουν αρκετές ομοιότητες ως προς την τυπική συγκρότηση των αποκεντρωμένων δομών τους, ενώ παράλληλα το κεντρικό κράτος διαδραματίζει κομβικό ρόλο σε αμφότερα, το γαλλικό σύστημα μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο παράδειγμα την εισαγωγή καίριων βελτιώσεων στο ελληνικό. Για την ακρίβεια, ακολουθώντας τη λογική του γαλλικού συστήματος, προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι η συνολική λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας έχει σοβαρές προοπτικές εκτεταμένης αναβάθμισης και εξορθολογισμού, εφόσον οι περιφερειακές δομές διακυβέρνησης αποκτήσουν πολύ πιο ουσιαστικές αρμοδιότητες και τη δυνατότητα αυτόνομης άσκησής τους, με παράλληλη ενίσχυση της αυτόνομης λειτουργίας του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα.

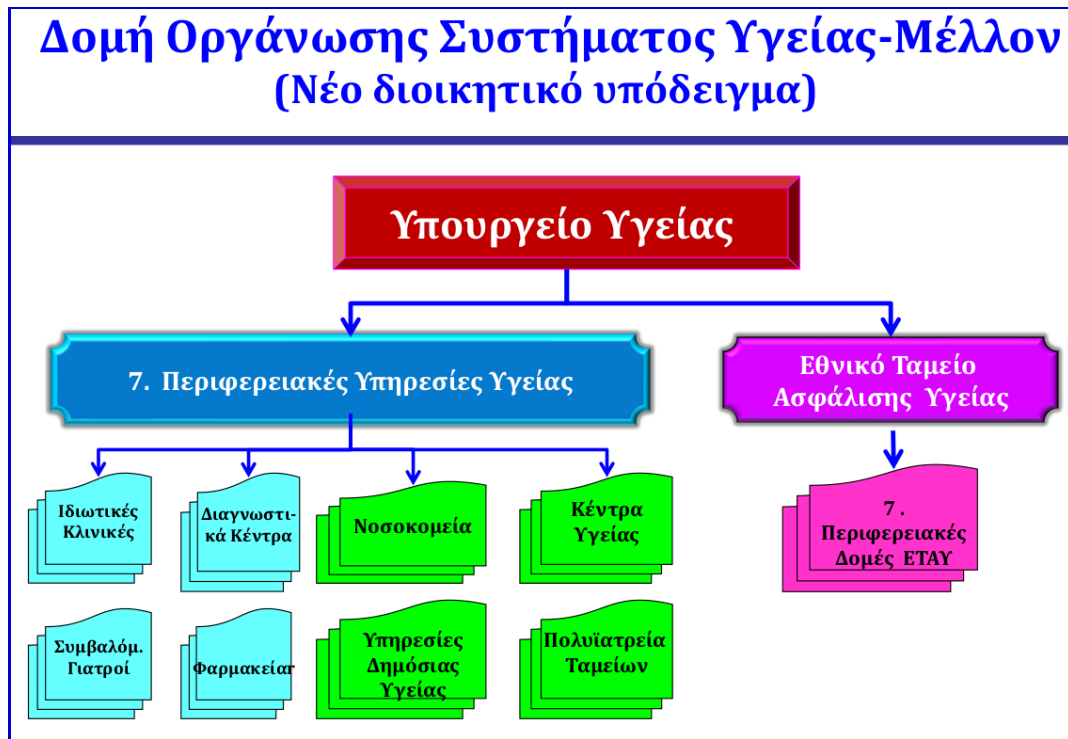
Αλλαγές σε αυτήν την κατεύθυνση μπορούν να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων:

- τη δυνατότητα αυτόνομης χάραξης και υλοποίησης πολυετών στρατηγικών σχεδίων από τις περιφερειακές δομές για την εφαρμογή πολιτικών υγείας,
- τη δυνατότητά τους να θέτουν συγκεκριμένους στόχους σε συνεργασία με τα νοσοκομεία και να έχουν την αποκλειστική ευθύνη για την παρακολούθηση της επίτευξής τους,
- την ύπαρξη αυτοτελών οικονομικών πόρων τους οποίους οι αποκεντρωμένοι φορείς θα διαχειρίζονται εντελώς αυτόνομα για τη λειτουργία τους,
- την κατανομή του απαραίτητου διοικητικού προσωπικού από τις κεντρικές κρατικές υπηρεσίες στις περιφερειακές και νοσοκομειακές δομές,
- την ανάθεση της αρμοδιότητας προσδιορισμού των ιδιαίτερων αναγκών υγείας στο περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Οι αλλαγές αυτού του βεληνεκού προϋποθέτουν ταυτόχρονα μία διαφορετική φιλοσοφία επιλογής των διοικήσεων των αποκεντρωμένων δομών, μέσω αξιοκρατικών, διαφανών και αντικειμενικών διαδικασιών που θα περιορίζουν στο ελάχιστο την παρείσφρηση πολιτικών σκοπιμοτήτων και πελατειακών εξαρτήσεων από τους μηχανισμούς της κεντρικής εξουσίας. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο, ο ρόλος του ελληνικού Υπουργείου Υγείας θα καθίστατο πράγματι επιτελικός και η δραστηριοποίηση των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης θα αποκτούσε λυσιτέλεια, συμβάλλοντας καθοριστικά στη βελτιστοποίηση του συστήματος ως προς την επίτευξη των κεντρικών του στόχων. Οι προτεινόμενες αλλαγές

οδηγούν σε ένα μοντέλο δόμησης του ελληνικού συστήματος υγείας όπως αυτό που απεικονίζεται στο παρακάτω σχήμα:

ΣΧΗΜΑ 6: Προτεινόμενη οργανωτική δομή συστήματος υγείας – Σύγχρονο διοικητικό υπόδειγμα



Πηγή: Μπουρσανίδης, 2018

Η παρούσα μελέτη προφανώς δεν εξαντλεί το ζήτημα που πραγματεύεται. Μπορεί όμως να αποτελέσει μια μικρή συμβολή στον διάλογο για τον ρόλο των αποκεντρωμένων δομών διακυβέρνησης στα συστήματα υγείας, καθώς και για τα χρήσιμα παραδείγματα της διεθνούς εμπειρίας που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ωφέλιμες δομικές μεταρρυθμίσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Παράλληλα, μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για μία συγκριτική μελέτη των δύο συστημάτων που αναφέρθηκαν εδώ σχετικά με το ιδιαίτερα κρίσιμο ζήτημα που δεν ερευνήθηκε καθόλου, δηλαδή σχετικά με το υποσύστημα της χρηματοδότησης και ειδικότερα τον σχεδιασμό και τον τρόπο λειτουργίας των ταμείων υγείας. Μία τέτοια προσπάθεια εξάλλου αποτελεί στην πραγματικότητα αναγκαίο

συμπλήρωμα της παρούσας εργασίας, με γνώμονα τη συνολική συγκριτική αποτίμηση των δύο συστημάτων υγείας.

6. Βιβλιογραφία-Πηγές

Bertezene, S. (2018). Control of hospitals and nursing homes on France: The 2016 reform may indirectly improve a dysfunctional system. *Health Policy*, 122, pp. 329-333.

Bonastre, J., Journeau, F., Nestrigue, C. and Or, Z. (2013). Hospital Activity, Productivity and Quality of Care before and after Activity-based Funding (T2A). *Questions d' economie de la sante*, 186, pp. 1-8.

Bohm, K., Schmid, A., Gotze, R., Landwehr, C. and Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113, pp. 258-269.

Bremner, J. (2011). The complexities of decentralization, *Euro Observer*, 13(1), pp. 1-3.

Chevreur, K., Brigham, K., Durand-Zaleski, I. and Hernandez-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(3), pp. 1-218.

Davesne, A. and Palier, B. (2010). The French health system: the never-ending struggle for cost-containment. In: *Social Policy and the Global Crisis: Consequences and Responses*. Budapest: 8th ESPAnet Conference.

Δημοπούλου, Δ. (2008). *Ο νοσοκομειακός τομέας στη Γαλλία: Συστηματική προσέγγιση της οργανωτικής και διοικητικής δομής καθώς και των νοσοκομειακών εργαλείων μάνατζμεντ*. Τελική Εργασία (επιβλέπων: Χ. Μπουρσανίδης). Αθήνα: Ε.Σ.Δ.Δ.Α.

Durand-Zaleski, I. (2008), The French Health Care System. Available at https://www.researchgate.net/publication/266507927_The_French_Health_Care_System [Accessed 1 Dec. 2018].

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(5), pp. 1-166.

GIP SPSI (2010). *Organisation and health system in France*. Paris: GIP SPSI - French international health and social protection Agency.

Green, D., Irvine, B., Clarke, E. and Bigwood, E. (2013). Healthcare Systems: France. Available at <http://www.civitas.org.uk/content/files/france.pdf> [Accessed 2 Dec. 2018].

Κουφάκης, Α. (2018). *Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.* Διδακτικές Σημειώσεις. Αθήνα: Ε.Σ.Δ.Δ.Α.

Μακρυδημήτρης, Α. και Πραβίτα Μ.-Η. (2012). *Δημόσια Διοίκηση. Στοιχεία Διοικητικής Οργάνωσης*. 5^η έκδοση. Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.

Μπουρσανίδης, Χ. (2018). *Ελληνικό Σύστημα Υγείας: Quo Vadis? Τάσεις εξέλιξης και προοπτικές μεταρρύθμισης του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτικές Σημειώσεις. Αθήνα: Ε.Σ.Δ.Δ.Α.

Μπουρσανίδης, Χ. (2017). *Οργάνωση Συστημάτων Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας*. Διδακτικές Σημειώσεις, 10^η έκδοση. Αθήνα: Ε.Σ.Δ.Δ.Α.

Νικήτα, Ν. (2008). *Δομές Διακυβέρνησης & Εργαλεία Δημόσιου Management στο Σύστημα Υγείας της Νορβηγίας*. Τελική Εργασία (επιβλέπων: Χ. Μπουρσανίδης). Αθήνα: Ε.Σ.Δ.Δ.Α.

Nikolentzos, A. and Mays, N. (2016). Explaining the Persistent Dominance of the Greek Medical Profession Across Successive Health Care System Reforms from 1983 to the Present. *Health Systems & Reform*, 2(2), pp. 135-146.

Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α΄/2-3-2001).

Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α΄/4-4-2005).

Νόμος 3527/2007 (ΦΕΚ 25/Α΄/9-2-2007).

Νόμος 2009-879/21-7-2009 (Γαλλία).

Νόμος 3868/2010 (ΦΕΚ 129/Α΄/3-8-2010).

Νόμος 4052/2012 (ΦΕΚ 41/Α΄/1-3-2012).

Νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α΄/21-2-2016).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). *France: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.

Παπαγιάννης, Δ. (2015). *Ευρωπαϊκό Δίκαιο*. 4^η έκδοση (ανατύπωση). Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλας.

Πετμεξίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., και Πολυζωίδης, Π. (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.

Rechel, B., Duran, A., Saltman, R. (2018). What is the experience of decentralized hospital governance in Europe? *Policy Brief*, 28, pp. 1-36.

Rodwin, V. (2003). The Health Care System under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States. *American Journal of Public Health*, 93(1), pp. 31-37.

Simonet, D. (2014). Assessment of new public management in health care: the French case. *Health Research Policy and Systems*, 12(57).

Smith, P. (2015). *Some reflections on priorities for health systems strengthening in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization.

Σπυρόπουλος, Φ. (2006). *Εισαγωγή στο Συνταγματικό Δίκαιο*. Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλας.

World Health Organization (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Available at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf?ua=1. [Accessed 7 Dec. 2018].

World Health Organization (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Available at https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 [Accessed 7 Dec. 2018].



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης

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



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Τάρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr