



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών  
Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης

**Πτυχιακή Εργασία**  
**«Η θεωρία του New Public Management στον τομέα της**  
**Υγείας»**

*ΣΦΗΚΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ – ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ*  
*A.M. 1342201600209*

*Αθήνα, 2020*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο 20<sup>ος</sup> αιώνας, σημάδεψε την Ευρώπη και επέφερε την ανάγκη για μία σειρά αλλαγών. Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι, οι πολιτικές ανακατατάξεις, η εισαγωγή νέων οικονομικών συστημάτων και προτύπων έχουν αναπόφευκτες επιδράσεις εκτός των άλλων και στην διοίκηση. Σταδιακά, τα παραδοσιακά μοντέλα διοίκησης κρίνονται αναποτελεσματικά, το γραφειοκρατικό μοντέλο του Weber παρουσιάζει προβλήματα, και ως αποτέλεσμα κάνει την εμφάνιση του ένα νέο μοντέλο δημόσιας διοίκησης, το επονομαζόμενο New Public Management, ένα μοντέλο αρκετά κοντά στα πρότυπα μίας φιλελεύθερης αγοράς και ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Η παγκόσμια οικονομική κρίση στα τέλη του 1970-1980, δημιούργησε έντονα κοινωνικά προβλήματα, ανισότητες και ζητήματα ασφάλειας, υγείας και περιθάλψης. Ήταν λοιπόν αναμενόμενη η διείδυση του New Public Management και στον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι ήταν ένας τομέας που έχρηζε αναδιοργάνωσης, και ο τομέας με την μεγαλύτερη άμεση επίδραση στο κοινό. Η διοίκηση αλλάζει και οι υπηρεσίες αποκεντρώνονται, ώστε σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας να μπορούν να είναι πιο προσβάσιμες στους πολίτες. Η Ελλάδα, στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης δεν μένει ανεπηρέαστη από τις αλλαγές που συντελούνται στην Ευρώπη και προσπαθεί να ενσωματώσει διαδικασίες και πρακτικές που θα την φέρουν πιο κοντά στον πολυπόθητο εκσυγχρονισμό. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν προς αυτή την κατεύθυνση, τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο, το ποιες αδυναμίες οδήγησαν στην αναζήτηση μιας νέας μορφής διοίκησης και το αν αυτή υπήρξε επιτυχής ή όχι, αποτελούν τα υπό μελέτη ερωτήματα της παρακάτω εργασίας.

*Λέξεις κλειδιά: New Public Management, διοίκηση, εκσυγχρονισμός, διαχειρισιολογία, αποκέντρωση, υγεία, ανθρώπινο δυναμικό, πόροι.*

## ABSTRACT

The 20th century marked Europe and brought about the need for a series of changes. The two world wars, the changes in the political level, the introduction of new economic systems and standards have inevitable effects on the administration as well. The 20th century marked Europe and brought about the need for a series of changes. The two world wars, the reorganizations, the introduction of new economic systems and standards have inevitable effects on the administration as well. Gradually, traditional management models are considered ineffective, Weber's bureaucratic model presents problems, and as a result a new model of public administration is introduced, called New Public Management, a model quite close to the standards of a liberal market and private initiative. The global economic crisis of the late 1970s and 1980s caused severe social problems, inequalities and issues of security, health and care. It was therefore expected that New Public Management would be introduced in the health sector, as it was one of the first areas to be reorganized, and the sector with the greatest direct impact on the public. Management is changing, services are being decentralized so that, according to the principle of subsidiarity, they can be more accessible to citizens. Greece, in the context of globalization, is not unaffected by the changes taking place in Europe and is trying to integrate processes and practices that will bring it closer to the coveted modernization. The policies implemented in this direction, what weaknesses led to the search for a new form of administration and whether it was successful or not, are the questions under study in the following work.

**Key words:** *New Public Management, administration, modernisation, management, decentralization, health, human resources, resources.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT .....	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	4
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	6
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	10
1.1. Η έννοια του δημοσίου τομέα.....	11
1.2. Ιστορικό πλαίσιο και θεωρία .....	12
1.3. Αίτια εμφάνισης του New Public Management.....	14
1.4. Βασικοί πυλώνες του New Public Management .....	16
1.5. Πτυχές του New Public Management.....	17
1.5.1 Αποκέντρωση.....	17
1.5.2. Στροφή προς το αγοραίο μοντέλο .....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Το New Public Management στον τομέα της Υγείας, .....	22
2.1. Η υγεία ως κοινωνικό και ιδιωτικό αγαθό.....	22
2.2. Το NPM στην υγεία .....	23
2.3. Παραδείγματα εφαρμογών στο εξωτερικό .....	26
I. Δανία.....	26
II. Ηνωμένο Βασίλειο .....	28
III. Γαλλία .....	30
IV. Αναπτυσσόμενα κράτη.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η περίπτωση της Ελλάδας .....	33
3.1. Το ελληνικό διοικητικό σύστημα .....	33
3.2. Η δόμηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	35
3.3. Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας στην κατεύθυνση του NPM.....	38
I. Παραλλαγές του ΕΣΥ .....	38

II.    Η επίδραση των μνημονίων .....	41
3.4.  Ηλεκτρονική Υγεία.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : Το Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα της Υγείας υπό την σκοπιά του New Public Management.....	45
4.1.  Τα προβλήματα του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία .....	46
4.2.  Η Διοίκηση με στόχους και Αξιολόγηση.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΚΡΙΤΙΚΗ.....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ.....	70

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Ο δημόσιος τομέας στην Ελλάδα.....	12
Εικόνα 2: Mintzberg’s continuum of coordination mechanisms.....	20
Εικόνα 3: Organisation of the Health System in Denmark .....	27
Εικόνα 4: Κατηγορίες Διοικητικού Προσωπικού - Αγγλία Δεκέμβριος 2019.....	61
Εικόνα 5: Κατανομή γιατρών ανά περιφέρεια 2017, Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ.....	66

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Figure 1 : Οι δαπάνες στο Ηνωμένο Βασίλειο, Πηγή : ΟΟΣΑ .....	29
Figure 2: Πηγές Χρηματοδότησης του NHS.....	51
Figure 3: Λειτουργικές δαπάνες στην Αγγλία την περίοδο 2017-2018 και 2018-2019 .	52
Figure 4: Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα (1988-2018) .....	53
Figure 5: Δημόσιες δαπάνες για την Υγεία σε Ελλάδα και ΟΟΣΑ (1988-2018).....	54
Figure 6: Δαπάνες από Υποχρεωτικές πηγές ανά κατηγορία υπηρεσίας υγείας.....	55
Figure 7: Διαθέσιμα Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους - Ελλάδα.....	56
Figure 8: Διαθέσιμα Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους - Ευρώπη των 28 .....	57
Figure 9: Διαθέσιμα Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους - Ηνωμένο Βασίλειο .....	58
Figure 10: Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα της Υγείας στο σύνολο της χώρας .....	59
Figure 11: Το Διοικητικό Προσωπικό στον τομέα της Υγείας στο σύνολο της χώρας (Μεγάλη Βρετανία) .....	60
Figure 12: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 άτομα Ελλάδα και ΟΟΣΑ .....	62
Figure 13: Αριθμός νοσοκόμων ανά 1.000 άτομα, Ελλάδα και ΟΟΣΑ.....	62
Figure 14: Αριθμός αποφοίτων Ιατρικών σχολών ανά 1.000 κατοίκους (Ελλάδα) .....	63
Figure 15: Ανθρώπινο Δυναμικό ανά περιφέρεια, Ελλάδα 2018.....	65
Figure 16: Κατανομή γιατρών ανά περιφέρεια ανά 100.000 κατοίκους.....	66

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΙΣΕΠ	Ειδικό Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΣΑΥ	Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΚτΠ	Κοινωνία των Πολιτών
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΠΕΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠΕΣΥΠ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΦΠΥΥΚΑ	Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
NHS	National Health System

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας»  
(άρθρο 5 του Συντάγματος).

Η υγεία είναι το ανώτατο αγαθό και η προάσπιση της πρέπει να επιτυγχάνεται με τον εκάστοτε δυνατό τρόπο. Εν μέσω μίας παραγμένης περιόδου, μίας πρωτόγνωρης υγειονομικής κρίσης που άλλαξε τα δεδομένα της κοινωνίας και τον τρόπο με τον οποίο ολόκληρος ο κόσμος αντιμετωπίζει την προστασία της ζωής, μάθαμε όλοι να δίνουμε λίγο μεγαλύτερη αξία σε αυτό το αγαθό που ονομάζουμε υγεία. Είναι καθήκον όλων να εργάζονται προς αυτή την κατεύθυνση και ως φοιτήτρια του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, ένιωσα την ανάγκη να ασχοληθώ στην τελευταία μου εργασία σε αυτή την σχολή, με το υπέρτατο αγαθό, προσεγγίζοντας το σαν πολιτικός επιστήμονας, με μία διοικητική ματιά. Μέσα από ποικίλα μαθήματα κοινωνικής πολιτικής, μου δόθηκε η ευκαιρία να διαλέξω μία θεματική η οποία στα μάτια μου αξίζει ιδιαίτερη προσοχή. Ως αποτέλεσμα, η παρούσα εργασία εστιάζει στην λογική της εισαγωγής μίας νέας μορφής διοίκησης στον τομέα της υγείας, με την ελπίδα ότι η κατάσταση θα αλλάξει, και ότι μετά την τωρινή κρίση η αντιμετώπιση μας σαν πολίτες και σαν κράτος θα είναι διαφορετικές, προς μία κατεύθυνση με περισσότερο σεβασμό, περισσότερη γνώση και αξιοσημείωτα αποτελέσματα.

Στο πλαίσιο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους υπήρξαν συνοδοιπόροι μου σε αυτά τα τέσσερα πανεπιστημιακά μου χρόνια. Την οικογένεια μου και τους φίλους μου, που με στήριζαν σε όλες μου τις αποφάσεις πριν ακόμα εισαχθώ, αλλά και μετά, όταν όλα έμοιαζαν χαοτικά και δύσκολα, και όλα εκείνα τα άτομα που βρέθηκαν στον δρόμο μου κατά την διάρκεια των σπουδών μου και συνέβαλλαν με τον τρόπο τους στην τελική αυτή πράξη. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Ιωάννη Υφαντόπουλο, τον υπεύθυνο καθηγητή που με εμπιστεύθηκε για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, αλλά και τον κ. Κωνσταντίνο Μανταλιά, που με βοήθησε να επιλέξω το θέμα της εργασίας και υπήρξε από την πρώτη στιγμή σύμβουλος στο πλευρό μου καθ' όλη την πολυτάραχη περίοδο της συγγραφής.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την μελέτη της νέας θεωρίας του New Public Management, όπως προέκυψε μέσω της ανάγκης για αναδιάρθρωση του δημοσίου τομέα έπειτα από τις δυσκολίες και τις ανακατατάξεις που συνόδεψαν τον 20<sup>ο</sup> αιώνα. Η εργασία ξεκινάει με μία αναλυτική παρουσίαση του πώς αναπτύχθηκε σαν θεωρία, σε ποιους πυλώνες βασίζεται, και ποιοι παράγοντες οδήγησαν στην ανάπτυξη της.

Στόχος της παρακάτω έρευνας είναι η σύνδεση της θεωρίας του New Public Management, με τον τομέα της υγείας, πώς δηλαδή οι πρακτικές της νέας αυτής θεωρίας διοίκησης που περιλαμβάνουν κατά βάση την αποκέντρωση και την δόμηση του συστήματος κατά τα πρότυπα της αγοράς, βρήκαν ανταπόκριση στο σύστημα υγείας. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται παραδείγματα από χώρες του εξωτερικού που έχουν υιοθετήσει την συγκεκριμένη πρακτική, ακολουθούμενες από μία συνοπτική αξιολόγηση της εφαρμογής της. Ερευνητικό αντικείμενο αποτελεί και η ενσωμάτωση των αρχών του NPM στο ελληνικό σύστημα υγείας, και προς αυτή την κατεύθυνση παρουσιάζονται κατά σειρά όλες οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν μετά το 1983 αλλά και οι γενικοί άξονες που έπρεπε να επιτευχθούν κατά τη μνημονιακή περίοδο, για την βελτίωση του συστήματος.

Τέλος γίνεται μία προσπάθεια αποτίμησης του επιπέδου της υγείας μέσω της παρουσίασης διαγραμμάτων που αφορούν τις διάφορες δημοσιονομικές πολιτικές που εφαρμόζονταν ή εφαρμόστηκαν πριν και μετά την υιοθέτηση αρχών του New Public Management. Σκοπός είναι η απάντηση σε ερωτήματα όπως κατά πόσο το New Public Management συνιστά μία συγκεκριμένη πολιτική ή απλώς χαράζει κατευθυντήριες γραμμές, ποια τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει σε ένα σύστημα υγείας αλλά και αν τελικά η εισαγωγή αρχών του NPM στα ελληνικά δεδομένα υπήρξε πετυχημένη ή όχι.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η θεωρία του New Public Management κυρίως στην Ελλάδα, είναι κάτι καινούριο, το οποίο, όντας ακόμα προς μελέτη, δεν έχει προσφέρει πολλές θεωρητικές πηγές, παρά μόνο υποθέσεις σχετικά με πρωτοβουλίες που προσιδιάζουν στη νέα διοίκηση. Σε επίπεδο μεθοδολογίας, το πρώτο τμήμα που αφορά το θεωρητικό υπόβαθρο του New Public Management βασίζεται σε βιβλία και εκδόσεις κυρίως επιστημονικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. Η σύνδεση του NPM με την υγεία εντοπίστηκε σε μεγάλο βαθμό μέσω άλλων διπλωματικών εργασιών Ελλήνων κυρίως μεταπτυχιακών φοιτητών, ή επιστημόνων του εξωτερικού, όπως αντίστοιχα και τα παραδείγματα εφαρμογών σε Ευρωπαϊκές και υποαναπτυσσόμενες χώρες. Όσον αφορά την εφαρμογή της θεωρίας στο Ελληνικό σύστημα υγείας, η μελέτη εστιάστηκε κυρίως στην ελληνική νομοθεσία και τις αρχές που το έθεσαν, ενώ παράλληλα τα διαγράμματα αποτελούν αποτέλεσμα διαδικτυακής αναζήτησης δεδομένων και προέρχονται κυρίως από ελληνικές πηγές στατιστικών δεδομένων όπως μελέτες του κέντρου έρευνας Διανέοσις, την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Για την μελέτη σε διεθνικό επίπεδο και ειδικότερα την σύγκριση των αποτελεσμάτων με το μοντέλο της Μεγάλης Βρετανίας χρησιμοποιήθηκαν πηγές όπως δεδομένα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostatat), καθώς και του επίσημου ισότοπού του NHS.

## ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Η έννοια του New Public Management

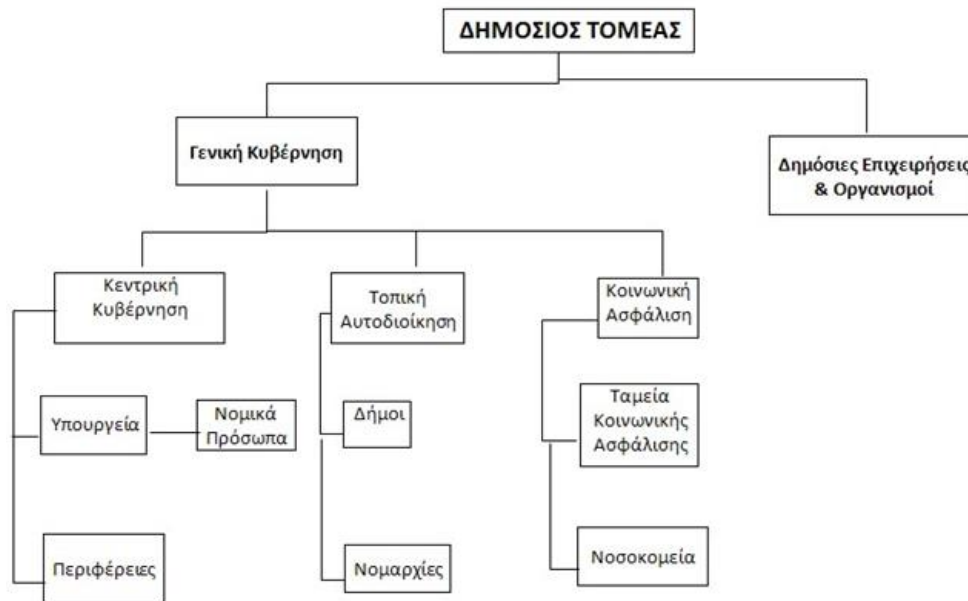
#### 1.1. Η έννοια του δημοσίου τομέα

Η κοινωνία είναι χωρισμένη σε δύο διακριτούς τομείς: τον δημόσιο και τον ιδιωτικό. Τυπικά, ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει κατά βάση τη λειτουργία των θεσμών που ανήκουν στη σφαίρα του κράτους ή της κυβέρνησης, σύμφωνα μάλιστα με τον ορισμό του δημοσίου τομέα όπως εντοπίζεται στο άρθρο 1 του νόμου 1256/1982 «στο δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται όλοι οι κρατικοί φορείς ανεξάρτητα από το καθεστώς δημοσίου ή ιδιωτικού ή μεικτού δικαίου που τους διέπει». Ουσιαστικά, είναι κάτι περισσότερο από αυτό. Υπό την έννοια του δημοσίου τομέα εντάσσονται όλες οι δραστηριότητες του κράτους σε διάφορα επίπεδα ακόμα και τα δημόσια οικονομικά και οι νομοθεσίες. Οτιδήποτε δεν περιλαμβάνεται στον δημόσιο τομέα έχει να κάνει με την επονομαζόμενη «κοινωνία των πολιτών» και εμπίπτει στο πλαίσιο του ιδιωτικού τομέα. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει νοικοκυριά ιδιωτικές επιχειρήσεις και γενικότερα την «αγορά». Εδώ δομείται ένα πιο ανταγωνιστικό πλαίσιο βασιζόμενο στην ατομική πρωτοβουλία και την ελεύθερη δράση των πολιτών (φυσικά πάντα οριοθετημένη από κοινωνικά θετούς κανόνες).

Σε επίπεδο αρμοδιοτήτων, ο δημόσιος τομέας περιλαμβάνει λειτουργίες όπως η χάραξη της δημόσιας πολιτικής και η εφαρμογή της, σε συνδυασμό με τη δημόσια διοίκηση, δηλαδή τον μηχανισμό διαχείρισης των πολιτικών αποφάσεων. Η διαχείριση του δημοσίου τομέα περιλαμβάνει εκτός από τα παραπάνω την επιτήρηση των διαφόρων οργανισμών, με βασική λειτουργία το πώς οι οργανισμοί αυτοί διαχειρίζονται τους πόρους τους, ενώ σε θεωρητικό επίπεδο ο ιδανικός δημόσιος τομέας επιτυγχάνει τον τέλειο συνδυασμό μέσων, σκοπών και κανόνων. Το παρακάτω σχεδιάγραμμα παρουσιάζει εξαιρετικά τον επιμέρους διαχωρισμό του δημοσίου τομέα.

Ο τρόπος με τον οποίο διοικείται ο δημόσιος τομέας είναι διαφορετικός τόσο ανά χώρα όσο και ανά περίοδο. Όπως θα γίνει εμφανές και στη συνέχεια, πλέον επικρατούν νέες

τάσεις στον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση, και βρισκόμαστε μπροστά σε ένα νέο μοντέλο το οποίο σε μεγάλο βαθμό προσιδιάζει στην λειτουργία και την διοίκηση μιας ιδιωτικής επιχείρησης.



Εικόνα 1: Ο δημόσιος τομέας στην Ελλάδα

## 1.2. Ιστορικό πλαίσιο και θεωρία

Ήδη από τη δεκαετία του 1960, σε ένα συνέδριο σχετικά με το μέλλον της δημόσιας διοίκησης, διατυπώθηκε η ανάγκη για μια πιο δημοκρατική δομή μακριά από διακρίσεις και αδικία. Μέσα στα επόμενα χρόνια, πολλές κυβερνήσεις επέλεξαν να ακολουθήσουν μία διαφορετική προσέγγιση στον τρόπο με τον οποίο γινόταν η διαχείριση του δημοσίου τομέα, μακριά από τα κλασσικά πρότυπα ώστε να αυξηθεί η αποδοτικότητα με μεγαλύτερο σεβασμό στα παραπάνω πρότυπα. Το βεμπεριανό μοντέλο διοικητή – διοικούμενου βιώνει κρίση και έτσι εισάγεται η αναμόρφωση του δημοσίου τομέα αποκτώντας μία πολυδιάστατη σημασία δεδομένης της διαφορετικής της εφαρμογής σε κάθε χώρα. Ως εκ τούτου, πρακτικές όπως αποκέντρωση, ιδιωτικοποίηση,

ενσωμάτωση, αποκανονιστικοποίηση, εισαγωγή διαχειριστικών υπηρεσιών, εσωτερικές αγορές και διαγωνισμοί εφαρμόζονται είτε μία μία, είτε σωρευτικά. Όλες αυτές οι πρακτικές σωρευτικά συνιστούν την υπό μελέτη θεωρία της παρούσας εργασίας, το «New Public Management», ή στα ελληνικά τη «Νέα Δημόσια Διοίκηση». Το «New Public Management» (NPM) είναι η θεωρία του πιο πρόσφατου παραδείγματος σχετικά με το πώς πρέπει να διοικείται ο δημόσιος τομέας. Ως πρακτική ξεκίνησε από το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Margaret Thatcher τη δεκαετία του 1980 και πολύ σύντομα επεκτάθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία και αμέσως στην Σκανδιναβία και την ηπειρωτική Ευρώπη, ενώ η αρχή της συμπίπτει με την «διοικητική επανάσταση (managerial revolution)», δηλαδή την στροφή προς νέα μοντέλα διαχείρισης που προάγουν διευθυντές και managers, επιλεγμένους για διοικητικά καθήκοντα, αντί των ιδιοκτητών.<sup>1</sup> (Peyton, 2009). Ενσωματώνει στοιχεία της θεωρίας των παιγνίων καθώς και αρχές της οικονομικής και νομικής επιστήμης. Σε μεγάλο βαθμό εισάγει μεθόδους που χρησιμοποιούνται ευρέως στον ιδιωτικό τομέα και επιχειρεί να χρησιμοποιήσει μηχανισμούς μακριά από τους παραδοσιακούς θεσμούς όπως γραφεία, υπηρεσίες και δημόσιες επιχειρήσεις. Αντίθετα ενσαρκώνει μια πιο οικονομική προσέγγιση με την θεώρηση του δημοσίου τομέα ως αγορά και καθιστά τους δημόσιους οργανισμούς υπεύθυνους για την αποδοτικότητα και την διαχείριση των πόρων ως συνάρτηση της αποδοτικότητας.<sup>2</sup> Έρχεται σε σύγκρουση με το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης του Weber και την άποψη ότι προκειμένου να επιβληθεί η διοίκηση και να είναι αποτελεσματική χρειαζόμαστε δύο γραφειοκρατικούς οργανισμούς, τις υπηρεσίες και τις δημόσιες επιχειρήσεις (bureau and public enterprise) και προωθεί την απελευθέρωση των διοικητικών λειτουργιών. (Lane, 2000 )

---

<sup>1</sup> Peyton, M. (2009). *New Public Management in Health Care - its effects and implications*. Aarhus School of Business - Aarhus University.

<sup>2</sup> Lane, J. (2000). *New public management*. London: Routledge.

### **1.3. Αίτια εμφάνισης του New Public Management**

Η εμφάνιση της Νέας Διοίκησης είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων καθώς δεν περιορίζεται αυστηρά σε διοικητικούς παράγοντες. Πίσω από την ανάπτυξη της ιδεολογίας αυτής βρίσκονται αίτια πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά καθώς και λόγοι σχετικοί με την παγκόσμια τάξη. Πιο συγκεκριμένα, το NPM είναι απάντηση στα εφτά παρακάτω ζητήματα (Monem, 2014)<sup>3</sup> :

#### **Διοικητικοί – Διαχειριστικοί λόγοι**

Σκοπός της δημόσιας διοίκησης είναι να εξυπηρετήσει τους πολίτες με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Επί της θεωρίας είναι πετυχημένη όταν καταφέρνει να συνδυάσει την οικονομία με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Διαχρονικά προέκυψε η ανάγκη για αναδιαμόρφωση του δημοσίου τομέα, την αναδιάρθρωση των δημοσίων υπηρεσιών και οργανισμών και την βελτίωση του ανταγωνισμού και με εστίαση στην ευθύνη και τη διαφάνεια. Έτσι κατά τη δεκαετία του 1980 η δημόσια διοίκηση πήρε μία στροφή προς την νέα θεωρία περί διοίκησης που θα επιτύγχανε τα παραπάνω.

#### **Η αποτυχία της παραδοσιακής γραφειοκρατίας**

Μερικά από τα προβλήματα της γραφειοκρατίας που προέκυψαν αφορούν τη μονοπωλιακή φύση της, την διοικητική της ανεπάρκεια, τον τεράστιο όγκο εργασίας και την αδυναμία προσέγγισης από τους πολίτες, την διαφθορά και την επιδίωξη ιδιοτελών στόχων. Όλα αυτά οδήγησαν σε μία έντονη ρητορική κατά της ποιότητας της γραφειοκρατίας η οποία μάλιστα ενισχύθηκε από τα φιλικά προς την αγορά κυβερνώντα κόμματα καπιταλιστικών κρατών. Ο στόχος λοιπόν στράφηκε προς την μείωση της γραφειοκρατίας, την μεταφορά αρμοδιοτήτων σε ιδιωτικούς τομείς και την μεταφορά προς ένα μοντέλο «business management», δηλαδή ένα μοντέλο που προσιδιάζει στην διοίκηση ιδιωτικών επιχειρήσεων, καθώς αυτό θεωρούταν πιο ανταγωνιστικό, παραγωγικό, αποδοτικό πρωτοπόρο και φιλικό προς τους πολίτες.

---

<sup>3</sup> Mukarram, H. (2014). *The reasons for the emergence of the conception of NPM and its relevancy to the developing countries*. University of Dhaka.

## **Κρατική αποτυχία**

Σε μεγάλο βαθμό η δημόσια διοίκηση εκτελεί τις κυβερνητικές γραμμές. Το γραφειοκρατικό σύστημα συντηρεί τις κυβερνητικές αποφάσεις, ενώ λόγω της τόσο μεγάλης αλληλεπίδρασης αν αυτό καταρρεύσει αυτόματα θεωρείται αποτυχία του κράτους ως μηχανισμό. Η κρίση στο γραφειοκρατικό σύστημα της δεκαετίας του '80 στιγμάτισε τα κράτη τα οποία επωμίστηκαν την αποτυχία με αποτέλεσμα να αναθέτουν σε επιστήμονες και ακαδημαϊκούς την εύρεση νέων τρόπων και συστημάτων εκπλήρωσης των διοικητικών λειτουργιών.

## **Αλλαγές στην οικονομική θεωρία**

Το κενσσιανό οικονομικό σύστημα που επικρατούσε στην πλειοψηφία του δυτικού κόσμου επί σειρά δεκαετιών, ταρακουνήθηκε από την πετρελαϊκή κρίση του 1970, ενώ κατά τη δεκαετία του 1980 τα οικονομικά προβλήματα πίεσαν προς μία αλλαγή κατεύθυνσης. Η απάρνηση του καπιταλισμού και η στροφή στον μονεταρισμό, ένα σύστημα πιο κοντά στο σύστημα της ελεύθερης αγοράς και του laissez-faire, η αναδιοργάνωση της Παγκόσμιας Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου σε συνδυασμό με τις νέες πολιτικές που επιβλήθηκαν σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο από τον Ronald Reagan και την Margaret Thatcher αντίστοιχα, οδήγησαν τα κράτη και τις διοικήσεις του στην αναζήτηση νέων κατευθύνσεων.

## **Παγκοσμιοποίηση και Νεοφιλελευθερισμός**

Ο νεοφιλελευθερισμός τόσο ως οικονομική όσο και πολιτική θεωρία προωθεί ένα ελεύθερο σύστημα αγοράς, με μικρότερη κρατική παρέμβαση, ατομική πρωτοβουλία και βέλτιστη οικονομική αποδοτικότητα με σεβασμό στην αποτελεσματικότητα, την οικονομική ανάπτυξη και την τεχνολογική πρόοδο. Τα στοιχεία αυτό σε συνδυασμό με την παγκοσμιοποίηση η οποία διευκόλυνε την μεταφορά τεχνογνωσίας, θεωριών και παραδειγμάτων, χτίζουν σταδιακά τους πυλώνες πάνω στους οποίους θα δομηθεί το New Public Management.

## **Αλλαγές στο πολιτικό και κυβερνητικό σύστημα και η πτώση της Σοβιετικής Ένωσης**

Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι και οι καταστροφές που επέφεραν, η δημιουργία νέων κρατών και η επιβολή δημοκρατίας σε χώρες με αυταρχικά καθεστώτα μετατρέπουν τα

δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο. Προβλήματα σε σχέση με ανθρώπινα δικαιώματα αλλά και οικονομία επιλύονται με την σύσταση διεθνών οργανισμών (NATO, UN, IMF, διάφορες ΜΚΟ κλπ). Οι υπηρεσίες αυτές συστήνουν προγράμματα για να βελτιώσουν την διοίκηση, να ενισχύσουν τους πολίτες, να βελτιώσουν τομείς όπως εκπαίδευση και δημόσια υγεία, με αποτέλεσμα την αλλαγή του συστήματος.

Ταυτόχρονα, στην Σοβιετική Ένωση, οι νέες μεταρρυθμίσεις υπό τον Khrushchev (perestroika και glasnost) αρχίζουν να αποδυναμώνουν το δυναμικό σοσιαλιστικό κέντρο που επικρατούσε στην Σοβιετική Ένωση και τα κράτη επιρροής της υπό τον Στάλιν. Μετά την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης, τα δυτικά κράτη βρήκαν πάτημα στην αποσταθεροποίηση που δημιουργήθηκε ώστε να διαδώσουν στα κράτη της ανατολικής Ευρώπης μετά το 1991 τις ιδέες του καπιταλισμού, της ελεύθερης αγοράς αλλά των ιδεών για την αναδιάρθρωση της δημόσιας διοίκησης. Αντίστοιχη επιρροή ασκήθηκε και στα κράτη της Αφρικής κατά την μετααποικιακή περίοδο.

#### **Αλλαγές στην τεχνολογία και επέκταση των Τεχνολογιών και Πληροφορίας (ICTs)**

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας είναι άμεσα συνδεδεμένη με την Νέα Δημόσια Διοίκηση στο επίπεδο που διευκολύνει την ανάπτυξη διαφόρων λειτουργιών όπως για παράδειγμα την εξασφάλιση της διαφάνειας μέσω της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης, μακριά από την παραδοσιακή γραφειοκρατική δομή. Κάνει τις λειτουργίες πιο γρήγορες και αποτελεσματικές καθώς διαθέτει και τα εργαλεία που την κάνουν πιο προσβάσιμη και προσιτή στον μέσο πολίτη.

#### **1.4. Βασικοί πυλώνες του New Public Management**

Οι τρεις βασικοί πυλώνες του New Public Management είναι η αποκέντρωση, η βελτιωμένη ανταγωνιστικότητα και η λογοδοσία για την απόδοση - decentralisation, improved competitiveness, accountability for performance (Groot et al., 2008). Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, σαν πρακτική εστιάζει στην



υιοθέτηση μοντέλων αγοράς και τη μέτρηση των επιδόσεων με ταυτόχρονη μελέτη του ποιος καλείται υπεύθυνος για τα αποτελέσματα αυτά. Συνήθως οι κυβερνήσεις έχουν να διαχειριστούν τρία πράγματα: τη διανομή των πόρων και των υπηρεσιών, τη διατήρηση του εισοδήματος και τη ρύθμιση των αγορών και του ιδιωτικού τομέα. Στο μοντέλο του NPM, η παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών καθώς και η διαχείριση των πόρων γίνεται από τους «παίκτες» του συστήματος, με τους οποίους συνάπτονται συγκεκριμένα συμβόλαια με άξονα την τιμή και την ποιότητα των υπηρεσιών. Δεδομένου ότι οι πολιτικοί αδυνατούν να αναλάβουν το βάρος όλων αυτών των συμβολαίων, το νέο διοικητικό σύστημα έχει ανάγκη από managers, ειδικούς που μπορούν να διαπραγματευτούν, να επιλύσουν διαφορές και να διαχειριστούν τα συγκεκριμένα συμβόλαια. Έτσι λοιπόν τα άτομα αυτά λειτουργούν ως ένα είδος διαμεσολαβητών μεταξύ της διοίκησης και των παικτών της κοινωνίας, ένα είδος CEOs επιλεγμένων από τους διοικητικούς μηχανισμούς.

## **1.5. Πτυχές του New Public Management**

Το New Public Management, δεν αποτελεί μία ενιαία πολιτική. Περιλαμβάνει κατευθύνσεις προς την διενέργεια αλλαγών για την επιδίωξη όλων των παραπάνω πυλώνων, όπως την βελτίωση της αποδοτικότητας, την λογοδοσία και την ευθύνη. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, θα μπορούσαμε να πούμε πώς οι πρακτικές πτυχές του NPM συνοψίζονται στα τρία χαρακτηριστικά που θα αναλυθούν παρακάτω: αποκέντρωση, στροφή προς το αγοραίο μοντέλο, και ιδιωτικοποίηση.

### **1.5.1 Αποκέντρωση**

Μία από τις κυριότητες έννοιες γύρω από τις οποίες περιστρέφεται η ουσία του New Public Management είναι εκείνη της «Αποκέντρωσης», δηλαδή σύμφωνα με την ετοιμολογία της, η απομάκρυνση από το κέντρο, ή η διανομή αρμοδιοτήτων από μία συγκεκριμένη ομάδα ατόμων σε μία μεγαλύτερη κλίμακα πρωταγωνιστών. Η συζήτηση

για το αν θα πρέπει να αντικατασταθεί ένα σύστημα συγκεντρωτικής οργάνωσης με ένα σύστημα διάσπασης των αρμοδιοτήτων είναι έντονη τα τελευταία χρόνια τόσο σε χώρες που έχουν κατεξοχήν μια μορφή αποκεντρωτικής οργάνωσης όπως η Γερμανία αλλά και σε χώρες καθαρά συγκεντρωτικού χαρακτήρα όπως η Γαλλία.

Επιχειρήματα υπέρ και κατά της αποκέντρωσης υπάρχουν ήδη από την εμφάνιση της δημόσιας διοίκησης ως επιστήμης. Πηγαίνοντας πίσω στο 1215, η βρετανική Magna Carta θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μία προσπάθεια από την πλευρά των βαρόνων να τους δοθούν περισσότερες εξουσίες οι οποίες συσσωρεύονταν στα χέρια του βασιλιά Ιωάννη. Έξι αιώνες μετά παρατηρείται η αντίληψη των Adam Smith και John Stuart Mill οι οποίες είναι υπέρ της αποκεντρωτικής τάσης, έναντι των Jeremy Bentham, Vladimir Lenin και του Ναπολέοντα, υπέρμαχων της συγκέντρωσης. Στη σύγχρονη εποχή, από το 1992 με τη Συνθήκη του Μάαστριχ εισάγεται η αρχή της επικουρικότητας, η οποία σύμφωνα με πολλές ερμηνείες αποτελεί βάση του αποκεντρωτικού θεσμού, ενώ με τη Λευκή Βίβλο της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 2001, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είναι επισήμως υπέρ της αποκέντρωσης ρυθμιστικών λειτουργιών σε αυτόνομους θεσμούς. (Pollitt, 2007)

Η αποκέντρωση ωστόσο είναι μια πολύπλοκη έννοια με πολλές επιμέρους διακρίσεις. Αρχικά πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην πολιτική αποκέντρωση (political decentralisation) και την διοικητική αποκέντρωση (administrative decentralization), η οποία είναι και αυτή που αφορά την παρούσα εργασία. Συνοπτικά η διαφορά έγκειται στο σε ποιους αποδίδονται αρμοδιότητες, εφόσον στην πρώτη περίπτωση μιλάμε για διαχωρισμό και απόδοση σε εκλεγμένους πολιτικούς ενώ στην δεύτερη περίπτωση μιλάμε για απόδοση σε “managers” και διαχειριστές, ως διοικητικό προσωπικό. Ταυτόχρονα ενώ υπάρχουν άλλες διακρίσεις ως προς την αποκέντρωση σε σχέση με τον τόπο, σε σχέση με τον σκοπό που επιτελείται ή με την διαδικασία που ακολουθείται, αυτό που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι η διάκριση σε κάθετη και οριζόντια αποκέντρωση. Η κάθετη αφορά την έκδοση εντολών για άσκηση αρμοδιοτήτων σε επίπεδο ιεραρχίας (από πάνω προς τα κάτω, από την κυβέρνηση

στους διοικητικούς μηχανισμούς) ενώ η οριζόντια αφορά την έκδοση αρμοδιοτήτων από τους managers στο υπόλοιπο προσωπικό.<sup>4</sup>

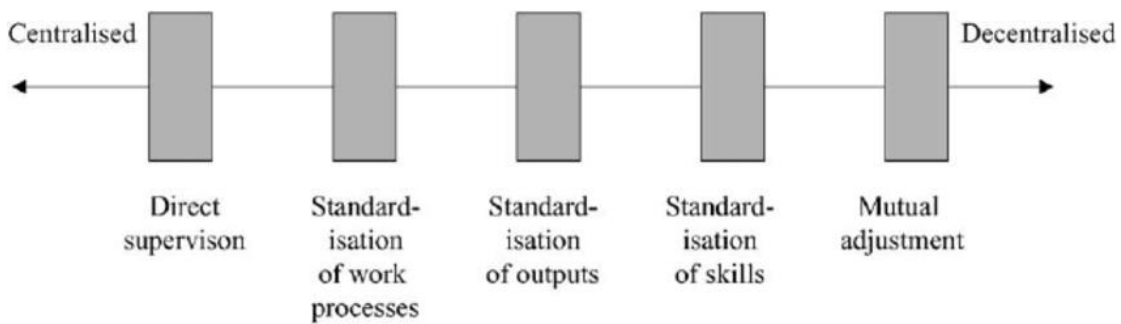
Σύμφωνα με τον ορισμό του Rondinelli<sup>5</sup>, η αποκέντρωση αφορά στην μεταφορά της ευθύνης για προγραμματισμό, διαχείριση, συγκέντρωση και διανομή των πόρων από την κεντρική κυβέρνηση και τις υπηρεσίες της, σε μονάδες υποκατάστατες της διοίκησης, ημιαυτόνομες δημόσιες υπηρεσίες ή συνεργασίες, τοπικές ή κατά σκοπό αρχές ή μη κρατικούς οργανισμούς και εθελοντικές οργανώσεις.

Σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται από συγκεκριμένα δόγματα και αρχές τα οποία μπορεί άλλοτε να προβλέπουν την δημιουργία μικρότερων μορφών ιεραρχίας ή και άλλοτε απλώς μεγαλύτερο εύρος ελέγχου (span of control). Και στις δύο περιπτώσεις σκοπός είναι η αύξηση της αποδοτικότητας και της εισαγωγής διοικητικών προτερημάτων. Θεωρείται ότι η αποκέντρωση μπορεί να δημιουργήσει κίνητρα για ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας, να φέρει τον πολίτη πιο κοντά στις υπηρεσίες (σύμφωνα μάλιστα με την αρχή της επικουρικότητας), με αποτέλεσμα την καλύτερη εξυπηρέτηση από πλευράς δημοσίων υπηρεσιών, ακόμα και να αυξήσει τα κίνητρα των εργαζομένων που μπορούν να είναι πιο κοντά με την υπηρεσία τους. Ως κομμάτι του New Public Management, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αποκέντρωση έχει τελείως διαφορετική έννοια ανάλογα με τον τρόπο και της συνθήκες προσαρμογής. Για παράδειγμα, η προσέγγιση σε μία χώρα καθαρά συγκεντρωτική όπως το Ηνωμένο Βασίλειο είναι τελείως διαφορετική από ότι σε μία χώρα με ήδη έντονο το αίσθημα αποκέντρωσης όπως η Γερμανία. Εξίσου διαφορά υπάρχει και στους τομείς εφαρμογής της, καθώς με διαφορετικό τρόπο μπορεί να εφαρμοστεί για παράδειγμα στον στρατό και με διαφορετικό τρόπο στον τομέα της υγείας. Το δόγμα λοιπόν του New Public Management, είναι να αντικατασταθεί ο συγκεντρωτικός έλεγχος απ άμεση επίβλεψη των διαδικασιών και την θεσμοθέτηση στόχων τις οποίες ο κάθε οργανισμός ξεχωριστά θα πρέπει να επιτύχει.

---

<sup>4</sup> Pollitt, C., 2007. Decentralization: A Central Concept in Contemporary Public Management. In: E. Ferlie, L. Lynn Jr. and C. Pollitt, ed., *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford University Press, pp.371-393.

<sup>5</sup>Rondinelli, Dennis A., and John R. Nellis. "Assessing decentralization policies in developing countries: The case for cautious optimism 1." *Development Policy Review* 4.1 (1986): 3-23.



Εικόνα 2: Mintzberg's continuum of coordination mechanisms

### 1.5.2. Στροφή προς το αγοραίο μοντέλο

Βασικό στοιχείο του New Public Management είναι το αγοραίο πρότυπο διοίκησης. Διαμορφωμένο από τη σχολή του Chicago, προάγει την απορρύθμιση και την ιδιωτικοποίηση καθώς και την διαχειριστιολογική σχολή σκέψης (managerialism), μία θεωρία που υποστηρίζει την εισαγωγή αρχών του management στις δημόσιες επιχειρήσεις (Σπανού, 2000)<sup>6</sup>. Η στροφή από το δημόσιο στο ιδιωτικό πραγματοποιείται με διάφορους τρόπους, οι πιο σημαντικοί εκ των οποίων είναι η εξωτερική ανάθεση (outsourcing) και η σύμπραξη δημοσίου ιδιωτικού τομέα (public private partnerships -PPPs).

Σημαντικό εργαλείο που εμπίπτει στη λογική του New Public Management, είναι η Σύμπραξη Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ), με άλλα λόγια οι ενέργειες και οι συμβάσεις που συνάπτουν φορείς του δημοσίου με ιδιώτες ή ιδιωτικές επιχειρήσεις, με σκοπό την εκτέλεση έργου ή την παροχή υπηρεσιών. Το κράτος, με τον τρόπο αυτό, αποποιείται ένα μεγάλο κομμάτι της διεξαγωγής ενός έργου, το οποίο διατίθεται σε ιδιωτικούς φορείς, συνήθως μέσω διαγωνισμού. Τα δύο μέρη αναλαμβάνουν συγκεκριμένες αρμοδιότητες, σχετιζόμενες με την ειδικότητα του καθενός. Αξιοποιείται η τεχνογνωσία του ιδιωτικού τομέα, ενώ ταυτόχρονα το κράτος διατηρεί την εποπτεία. Ο δημόσιος τομέας, καθορίζει τις προδιαγραφές του έργου, διενεργεί διαγωνισμούς για την ανάθεση του, και έπειτα από αξιολόγηση των προσφορών των ιδιωτών (διασφάλιση διαφάνειας) προχωράει στην ανάθεση του έργου. Η ίδια λογική αφορά και την εξωτερική ανάθεση (outsourcing) ωστόσο η διαφορά έγκειται στο ότι στην σύμπραξη ο

<sup>6</sup> Σπανού, Κ., 2000. *Διοίκηση, Πολίτες Και Δημοκρατία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, pp.220-233.

ρόλος του ιδιωτικού τομέα αφορά και στην εξεύρεση πόρων, εκτός την εκπόνηση όλων των αναγκαίων μελετών, την κατασκευή και στη συνέχεια τη συντήρηση του έργου. Ένα από τα οφέλη που προσφέρει η σύμπραξη δημοσίου ιδιωτικού τομέα, εκτός από την κατασκευή ποιοτικότερων έργων, εφόσον όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς μπαίνουν σε μία διαδικασία ανταγωνισμού για την στοιχειοθέτηση της καλύτερης «προσφοράς», είναι ότι κατά αυτόν τον τρόπο ενθαρρύνεται η ιδιωτική οικονομία και αγορά, χωρίς όμως ο δημόσιος τομέα να στερείται τον ρόλο του ως ρυθμιστή και επόπτη. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι σύμπραξη δημοσίου ιδιωτικού δεν σημαίνει ιδιωτικοποίηση, εφόσον σε αυτή την περίπτωση ο δημόσιος τομέας παραμένει υπόλογος και υπεύθυνος για το εκάστοτε έργο.

Οι συνηθέστερες εφαρμογές σύμπραξης δημοσίου ιδιωτικού και outsourcing είναι κατά τη σύναψη δημοσίων έργων, ωστόσο στην σύγχρονη εποχή ευρεία είναι η χρήση του στο λεγόμενο ‘emergency management’, δηλαδή σε περιόδους κρίσεων που απαιτούνται άμεσα μέτρα αντιμετώπισης, όπως για παράδειγμα στην παρούσα πανδημία του ιού SARS-CoV-2, όπου όλα τα κράτη κλήθηκαν να αναλάβουν ενέργειες για τις οποίες δεν ήταν προετοιμασμένα.<sup>7</sup>

### **1.5.3. Ιδιωτικοποίηση (Privatisation ή Depublicisation)**

Οι ιδιωτικοποιήσεις έχουν κυρίως να κάνουν με το νομικό κομμάτι των διαδικασιών. Η νομιμότητα αποτελεί βασικό στοιχείο του δημοσίου τομέα το οποίο γίνεται σεβαστό και από τις μεταρρυθμίσεις του NPM. Ωστόσο, η προσπάθεια εδώ έγκειται στην μείωση του εύρους εφαρμογής του διοικητικού δικαίου και την ενσωμάτωση περισσότερων διαδικασιών στο ιδιωτικό δίκαιο. Αυτό έχει την μορφή συχνά της μετατροπής διαφόρων ΝΠΔΔ σε ΝΠΔ αλλά και της μετατροπής δημοσίων υπηρεσιών (π.χ. ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ) σε ιδιωτικές επιχειρήσεις. Η διαδικασία αυτή απαιτεί σημαντικά εχέγγυα ωστόσο, ειδικά όταν αφορά υπηρεσίες κοινής ωφέλειας και για αυτό δεν είναι και η πιο επιθυμητή διαδικασία σε σχέση με τις δύο προηγούμενες.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Sciencedirect.com. 2020. *Public Private Partnerships - An Overview* / *Sciencedirect Topics*. [online] Available at: <<https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/public-private-partnerships>> [Accessed 10 June 2020].

<sup>8</sup> Szescilo, D., n.d. *New Public Management In Health Care Organizations*. [online] Available at: <[https://www.academia.edu/12658343/New\\_public\\_management\\_in\\_health\\_care\\_organizations](https://www.academia.edu/12658343/New_public_management_in_health_care_organizations)> [Accessed 10 June 2020].

Η ιδιωτικοποίηση επιπλέον είναι εκείνη η οποία κατ' εξοχήν επηρεάζει την σχέση πολίτη - δημόσιας υπηρεσίας. Οι πολίτες σε αυτή την περίπτωση παρουσιάζονται ως πελάτες ή καταναλωτές δημοσίων υπηρεσιών αντί για χρήστες, όπως θα θεωρούνταν σύμφωνα με τον Αστικό Κώδικα αν αγόραζαν οποιοδήποτε άλλο αγαθό.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Το New Public Management στον τομέα της Υγείας.**

### **2.1. Η υγεία ως κοινωνικό και ιδιωτικό αγαθό**

Το Ευρωπαϊκό οικοδόμημα έχει χτιστεί στη βάση του Κράτους Πρόνοιας, σύμφωνα με το οποίο το κράτος πρέπει να εξασφαλίζει στους πολίτες του τις κατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, την επιδίωξη του ευρύτερου κοινωνικού συμφέροντος και την μεγαλύτερη δυνατή συναίνεση και αλληλεγγύη. Πεδίο εφαρμογής του είναι ο τομέας της Υγείας με σκοπό την προστασία του ατόμου από κινδύνους για τη ζωή του, τη σωματική αλλά και ψυχική ακεραιότητα. Η ανάπτυξη του συνδέεται άμεσα με την πτώση του Φεουδαρχισμού και την εμφάνιση του ελεύθερου εμπορίου εφόσον πλέον η Υγεία άρχισε να διατίθεται ως αγαθό και να αποφέρει κέρδη, επομένως όλο και περισσότερα άτομα άρχισαν να εμπλέκονται ενεργά καθιστώντας το αγαθό αυτό έναν ολόκληρο τομέα. Σταδιακά η αύξηση του όγκου των αναγκών και των σχετιζόμενων εφαρμογών κατέστησαν τον τομέα της υγείας προτεραιότητα του κράτους με αποτέλεσμα την εμφάνιση ποικίλων συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο (Λιαρόπουλος, 2006).

Ωστόσο μέχρι και σήμερα το ερώτημα παραμένει: Η υγεία είναι ιδιωτικό ή κοινωνικό αγαθό;<sup>9</sup> Σύμφωνα με την προσέγγιση της Υγείας ως ιδιωτικό αγαθό που στηρίζεται από οπαδούς της Σχολής του Σικάγο, «οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να αποφέρουν μία άριστη και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως συμβαίνει και με τα

---

<sup>9</sup> Υφαντόπουλος, Ι., 2018. Το Αγαθό "Υγεία." In: Ι. Υφαντόπουλος, ed., *Τα Οικονομικά της Υγείας*, 2nd ed. Αθήνα: Τυπωθήτω, pp.237-265.

υπόλοιπα αγαθά», ενώ παράλληλα αποδέχονται την ορθολογικότητα της συμπεριφοράς του καταναλωτή και την ύπαρξη αντιτίμου για την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, γνωρίζοντας όλα τα δεδομένα ο πολίτης είναι καταναλωτής, με άμεση επιρροή στην προσφορά και την ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη πλευρά, αντιμετωπίζοντας την Υγεία ως κοινωνικό αγαθό, κατά τον Arrow και του υπόλοιπους εκφραστές του από το Πανεπιστήμιο του York υπάρχουν ορισμένες ηθικές αξίες που απαιτούν την κρατική παρέμβαση. Οι υπηρεσίες σε αυτή την περίπτωση πρέπει να κατανέμονται βάση των υγειονομικών αναγκών και όχι της αγοραστικής δύναμης του ατόμου, ενώ κανένα μέλος δεν θα πρέπει να αποκλείεται από το αγαθό της υγείας εξαιτίας της οικονομικής δύναμης ή αδυναμίας (Υφαντόπουλος, 2018).

Κατά συνέπεια η σχέση δημοσίου – ιδιωτικού είναι από τους κύριους παράγοντες που χαρακτηρίζει την οργάνωση και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η αντίληψη ότι η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό έχει επικρατήσει και σε μεγάλο βαθμό, στην πλειοψηφία των χωρών παράλληλα με την δυνατότητα της ιδιωτικής παροχής ιατρικών υπηρεσιών, εξασφαλίζεται κρατικά ένα ελάχιστο επίπεδο προσφοράς παροχών υγείας. Το κράτος μετατρέπεται σε πάροχο και ο πολίτης σε καταναλωτή. Σταδιακά ο τρόπος οργάνωσης του ιδιωτικού τομέα αρχίζει να επηρεάζει την δόμηση της υγείας ως κοινωνική παροχή και να επηρεάζει την οργάνωση του δημοσίου τομέα της υγείας. Η σχέση αυτή εξελίσσεται συνεχώς, και τα τελευταία χρόνια εντοπίζουμε την έντονη επίδραση της αποκέντρωσης και της θεωρίας του New Public Management στην παραπάνω αλληλεπίδραση.

## **2.2. Το NPM στην υγεία**

Στη διάρκεια του πρώτου μισού του 20<sup>ου</sup> αιώνα, το σύστημα υγείας ήταν περισσότερο στοχευόμενο στην απομόνωση των ασθενών παρά στην θεραπεία (σανατόρια, ψυχιατρικές κλινικές κ.α.). Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου και την ανάπτυξη του λεγόμενου κράτους πρόνοιας, οι στοχεύσεις αλλάζουν και το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη να φροντίσει για της συνθήκες διαβίωσης των ατόμων στην κοινωνία. Η ανάπτυξη αυτή συνεχίστηκε για δύο δεκαετίες (1950 – 1960), μέχρι που η

παγκόσμια οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1970 επηρέασε το σύστημα πρόνοιας και δημιούργησε την ανάγκη για αλλαγές στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η νεοφιλελεύθερη αντίληψη της Margaret Thatcher για μια είδους ανατροπή του κράτους (“rolling back the state”), έθεσε τα θεμέλια για την μείωση των δημοσίων δαπανών ιδίως όσον αφορά τις ανθρώπινες υπηρεσίες, την αποκέντρωση, την ιδιωτικοποίηση και την ανάπτυξη μίας νέας μορφής laissez-faire, που σταδιακά διαμόρφωσε τη θεωρία του New Public Management. (Szescilo)<sup>10</sup>

Η επιρροή του NPM στον τομέα της υγείας είναι ανάλογη της επιρροής της στο γενικότερο διοικητικό επίπεδο. Φυσικά, η εφαρμογή του NPM ως προς τις αρχές και τους στόχους διαφέρει ανάλογα με την χώρα και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν. Στην Ευρώπη, με έμφαση στις Σκανδιναβικές χώρες παρατηρείται μία μεγαλύτερη ανάπτυξη σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο και αυτό οφείλεται τόσο στις δομές που υπάρχουν και το επίπεδο συντονισμού όσο και στις πεποιθήσεις που είναι διάχυτες στην κοινωνία: καμία μεταρρύθμιση δεν συντελέστηκε χωρίς την συναίνεση της κοινωνίας. Παρόλο που ξεκίνησε από τις Αγγλοσαξονικές χώρες, γρήγορα κατάφερε να επικρατήσει και σε παραδοσιακές Δυτικές γραφειοκρατίες αλλά και σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης μετά την έξοδο τους από την Πρώην Σοβιετική Ένωση. Σύμφωνα με τον Saltman «οι αλλαγές στο σύστημα της υγείας που συντελέστηκαν ως αποτέλεσμα εφαρμογής πολιτικών του NPM θα έπρεπε να προσιδιάζουν σε επιχειρησιακό τρόπο διοίκησης νοσοκομείων, βασιζόμενο σε δυνάμεις ημι-αγοράς παρά να εστιάζουν στον προγραμματισμό και τον εντοπισμό μηχανισμών». Σε πολλές χώρες μάλιστα, συγκροτήθηκαν επιτροπές επίβλεψης με αποφάσεις επί οικονομικών χωρίς άμεση πολιτική απόφαση. Κατά βάση προσλήφθηκαν νοσοκομειακοί “managers” με διαχειριστικές ικανότητες που συνήθως έλειπαν από το προσωπικό του δημοσίου που συνήθως στελέχωνε τις αντίστοιχες θέσεις. Μεγάλη είναι και η αλλαγή ως προς το πώς γίνεται αντιληπτή η κοινωνία από τους μηχανισμούς της δημόσιας υγείας. Οι ασθενείς, αντιμετωπίζονται πλέον ως πελάτες, σε ένα σύστημα με ρυθμιζόμενο ανταγωνισμό, ενώ ταυτόχρονα συντελείται και μια ουσιώδης ανάπτυξη ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>10</sup> Szescilo, D., n.d. *Decentralization In Health Care. Brief Overview Of The European Debate*. [online] Available at: <[https://www.academia.edu/8196557/Decentralization\\_in\\_health\\_care.\\_Brief\\_overview\\_of\\_the\\_European\\_debate](https://www.academia.edu/8196557/Decentralization_in_health_care._Brief_overview_of_the_European_debate)> [Accessed 10 June 2020].



Αν αναλογιστούμε τις πτυχές του NPM που αναφέρθηκαν στο πρώτο τμήμα της παρούσας εργασίας μπορούμε να φέρουμε παραδείγματα εφαρμογών με βάση την κάθε λειτουργία. Όσον αφορά την αποκέντρωση για παράδειγμα, παρατηρούμε την πολιτική αποκέντρωση που επιτελείται σε Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Σουηδία Νορβηγία και η οποία εκφράζεται με μεταφορά αρμοδιοτήτων για την διαχείριση και την χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην τοπική αυτοδιοίκηση, καθώς και την διοικητική αποκέντρωση σε χώρες όπως Ηνωμένο Βασίλειο, Νορβηγία, Σουηδία όπου παρατηρούνται ημιαυτόνομα νοσοκομεία που διαγωνίζονται για δημόσια συμβόλαια και αυτονομία των διοικητών των νοσοκομείων οι οποίοι είναι αυτοί που καθίστανται υπόλογοι. Σε σχέση με το αγοραίο μοντέλο παρατηρούνται αρκετές καινοτομίες. Η εξωτερική ανάθεση – outsourcing προβλέπει εισαγωγή καθεστώτος ημι-αγοράς για υπηρεσίες υγείας με αυξημένο ρόλο ιδιωτών παρόχων που συνάπτουν συμβόλαια με το δημόσιο, αλλά και συμβατικές ρυθμίσεις αντί ιεραρχικού ελέγχου μεταξύ δημοσίου και ιδιωτών (ΗΒ, Πολωνία, Φινλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Δανία). Στην Σουηδία, τη Γερμανία, την Ισπανία και την Πορτογαλία παρατηρούνται συμπράξεις δημοσίου – ιδιωτικού τομέα για τον σχεδιασμό, την χρηματοδότηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων, ενώ στην Σουηδία, την Γερμανία και την Πολωνία παρέχονται κουπόνια (vouchers) από το κράτος στους πολίτες, με τα οποία εκείνοι επιλέγουν την υπηρεσία υγείας που θέλουν να λάβουν. Τέλος, όσον αφορά τις ιδιωτικοποιήσεις βλέπουμε σε πολλές χώρες της κεντρικής Ευρώπης αλλά και σε Πορτογαλία και Εσθονία, ένα σύστημα μετατροπής της νομικής μορφής των υπηρεσιών υγείας, από δημόσιες σε ιδιωτικές επιχειρήσεις. Αναλυτικότερα, παραδείγματα του πώς εφαρμόστηκαν διάφορες μεταρρυθμίσεις του NPM σε διάφορες χώρες με ποικίλα χαρακτηριστικά παρουσιάζονται παρακάτω.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Szescilo, D., n.d. *New Public Management In Health Care Organizations*. [online] Available at: <[https://www.academia.edu/12658343/New\\_public\\_management\\_in\\_health\\_care\\_organizations](https://www.academia.edu/12658343/New_public_management_in_health_care_organizations)> [Accessed 10 June 2020].

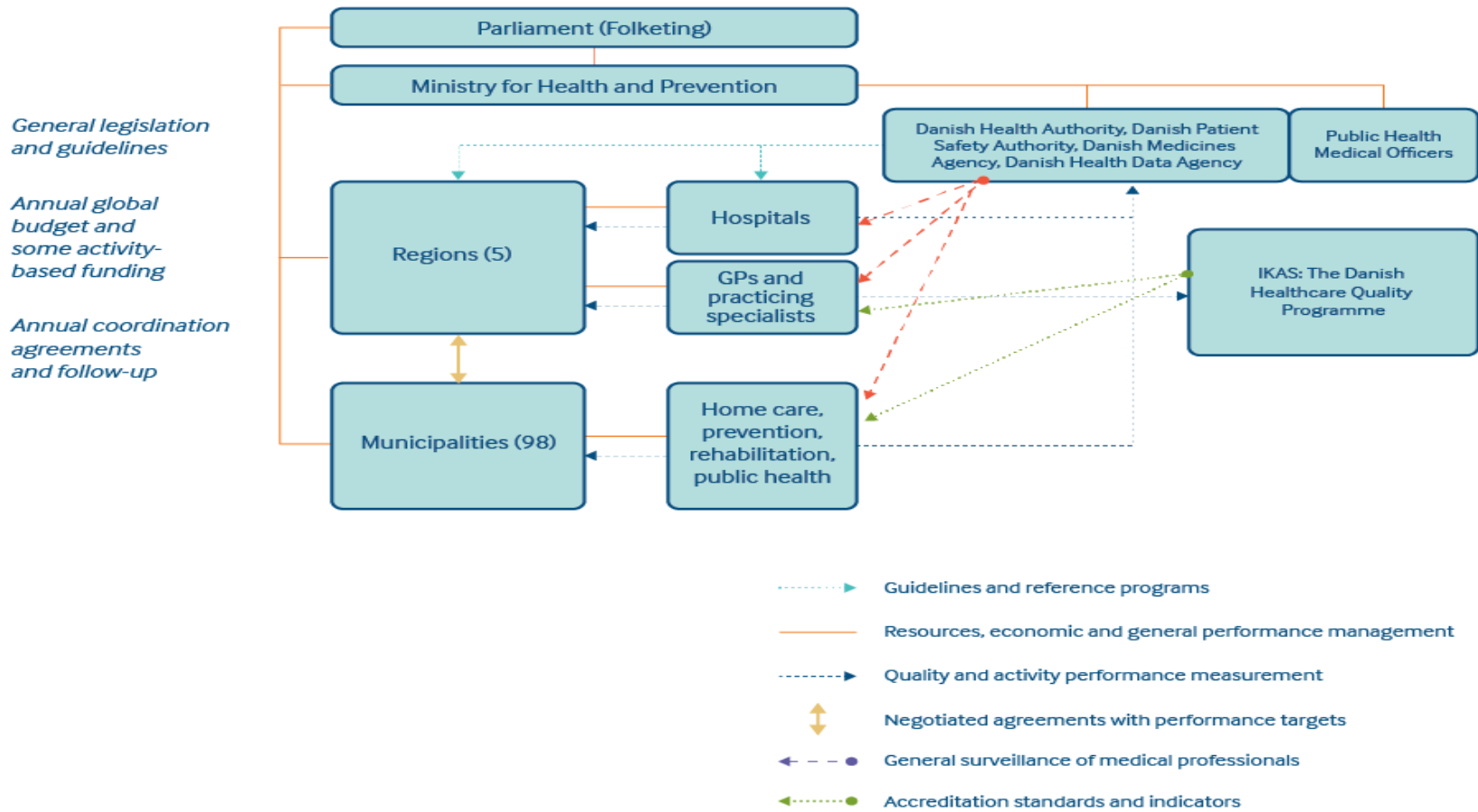
## 2.3. Παραδείγματα εφαρμογών στο εξωτερικό

### I. Δανία

Κατά τη διάρκεια του 1970 στη Δανία ενσωματώθηκαν μικρές κομητείες οι οποίες είχαν τον δικό του βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης, με αποτέλεσμα να ρυθμίζουν κατά βούληση το εφαρμοζόμενο κατά περίπτωση σύστημα υγείας. Έπειτα από τις δομικές αλλαγές που εφαρμόστηκαν το 2004, όλες οι κομητείες ενσωματώθηκαν σε 5 μεγαλύτερες περιοχές, τους δήμους. Από το 2007, ο κάθε δήμος είναι υπεύθυνος για το δικό του σύστημα υγείας, ωστόσο κάποιες μικρές κομητείες συντηρούν το δικό τους σύστημα υγείας με έμφαση κυρίως στην πρόληψη και την φροντίδα στο σπίτι. Ταυτόχρονα όμως το κράτος παραμένει υπεύθυνο για τον συντονισμό και το ειδικευμένο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το κράτος έχει την ευθύνη για τον συντονισμό της ειδικευμένης θεραπείας, να θέσει συγκεκριμένες αρχές για την ποιότητα και τα ηλεκτρονικά συστήματα υγείας, να δημιουργήσει ανάγκες και προδιαγραφές για τις κομητείες και τους δήμους. Από την άλλη πλευρά οι δήμοι έχουν την ευθύνη για τα νοσοκομεία, τα ψυχιατρεία και τους γιατρούς, λαμβάνουν χρηματοδότηση ανάλογα με τους στόχους, το μέγεθος πληθυσμού και τον αριθμό των εισαγωγών στα νοσοκομεία, συνεργάζονται με τις κομητείες όσον αφορά την θεραπεία, την πρόληψη και την αποκατάσταση ασθενών. Τέλος ο ρόλος των κομητειών αφορά στην ευθύνη για αποκατάσταση και επανένταξη καθώς και την πρόληψη.

Όλα τα παραπάνω κάνουν φανερή μία μορφή αποκέντρωση στο δανικό σύστημα υγείας κατά τα πρότυπα του NPM. Ωστόσο παράλληλα ασκείται και οξεία κριτική, η οποία αφορά κυρίως την δίκαιη ή μη κατανομή αρμοδιοτήτων ανάμεσα σε κράτος, δήμου, κομητείες. Πολλοί αξιολογούν ότι πρόκειται για μία μεταρρύθμιση με από πάνω προς τα κάτω έλεγχο, εφόσον το κράτος είναι αυτό που αποφασίζει για τους στόχους και τον συντονισμό. Τα δεδομένα βέβαια αλλάζουν ανά χρόνο, με τις στοχεύσεις να αυξάνονται εντόνως τα τελευταία χρόνια, με ακόμα πιο σαφή διαχωρισμό αρμοδιοτήτων. (Peyton, 2009).

# Organization of the Health System in Denmark



Source: K. Vrangbaek, University of Copenhagen, 2015.

Εικόνα 3: Organisation of the Health System in Denmark

Πηγή: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>

## II. Ηνωμένο Βασίλειο

Η ανάπτυξη του NPM στην Μεγάλη Βρετανία αποτελεί απότοκο του καπιταλιστικού της συστήματος. Δεδομένης της ιστορικότητας του (πρωτοπόρος του NPM εισάγεται η Margaret Thatcher, πρώην πρωθυπουργός της Μεγάλης Βρετανίας) αλλά και των φιλελεύθερων δομών και των αδύναμων θεμελίων του Κευνσιανού μοντέλου, η ανάπτυξη της νέας θεωρίας περί διοίκησης, έλαβε χώρα άμεσα. Άλλοι παράγοντες ωστόσο που βοήθησαν στην ανάπτυξη αυτή θεωρούνται ο απελευθερωμένος και απορρυθμισμένος οικονομικός τομέας, η εστίαση στην οικονομία περισσότερο από ότι στην βιομηχανία, αλλά και μία οικονομική κατάσταση στην ανάγκη δραστικών μέτρων όπως η προσφυγή της στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Σε αντίθεση με τις ΗΠΑ, την Γαλλία και την Γερμανία το αγγλικό καπιταλιστικό μοντέλο είναι περισσότερο διεθνοποιημένο με αποτέλεσμα την ευκολότερη διάχυση του μοντέλου. Ταυτόχρονα, η τάση του βρετανικού μοντέλου καπιταλισμού να εστιάζει σε πιο «προσωπικές» παρά «συλλογικές» συνιστώσες ευνοεί επίσης τις αλλαγές. Οι ενώσεις εργατών και τα συνδικάτα λειτουργούν αρκετά ανεξάρτητα το ένα με το άλλο και όλα με την κυβέρνηση. Στον τομέα που αφορά την παρούσα εργασία, παρατηρείται συνασπισμός ιατρών σχετικά αποκεντρωμένος από συλλογικές ενώσεις, οι οποίες μάλιστα αποδυναμώθηκαν εξαιτίας νόμων κατά των συνδικάτων και τεταμένων εργασιακών σχέσεων. Οι απεργίες των νοσοκόμων στα τέλη του 1980 όχι μόνο δεν καλύφθηκαν από τα μέσα ενημέρωσης της εποχής, αλλά αντιθέτως η κυβέρνηση προώθησε ακόμα περισσότερο τις μεταξύ τους αντιθέσεις. Παράλληλα, οι ενώσεις ιατρών δεν ήταν ιδιαίτερα ενωμένες ώστε να καταφέρουν να προωθήσουν μια συλλογική συναίνεση ώστε να μπορέσουν να αντιταθούν στις αλλαγές που επιβλήθηκαν από το NPM.<sup>12</sup>

Οι νέες πολιτικές του New Public Management βοήθησαν το Αγγλοσαξονικό περιβάλλον όσον αφορά τον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Η αποδυναμωμένη θέση της εργατικής και της μεσαίας τάξης που μετά την τεχνολογική ανάπτυξη του 1980-1990 βρέθηκε να λαμβάνει όλο και μικρότερο μερίδιο του εθνικού πλούτου δημιούργησε την ανάγκη για μία αναδιάρθρωση προτεραιοτήτων. Το Εργατικό κόμμα του Tony Blair που ανέλαβε το 1997 δημιούργησε ένα είδος «καπιταλισμού με

---

<sup>12</sup> Simonet, D., 2013. The New Public Management Theory in the British Health Care System. *Administration & Society*, 47(7), pp.802-826.

κοινωνικό αντίκρισμα», αυξάνοντας τα έξοδα για την υγεία σε επίπεδα κοντά στα Ευρωπαϊκά πρότυπα. Υπό το NPM τα νοσοκομεία απέκτησαν μεγαλύτερη αυτονομία, το NHS (National Health System – Εθνικό Σύστημα Υγείας) πληρώνει για ιδιωτικές επιχειρήσεις, οι πάροχοι απέκτησαν μεγαλύτερη ευκολία πρόσβασης στο κεφάλαιο, η αγορά καθορίζει πλέον την τιμή των ιδιωτικών υπηρεσιών και οι υπηρεσίες βασισμένες σε διμερή συμβόλαια αντικαθιστούν έναν στοχευόμενο αποκλειστικά σε εισφορές προϋπολογισμό (Simonet, 2013).

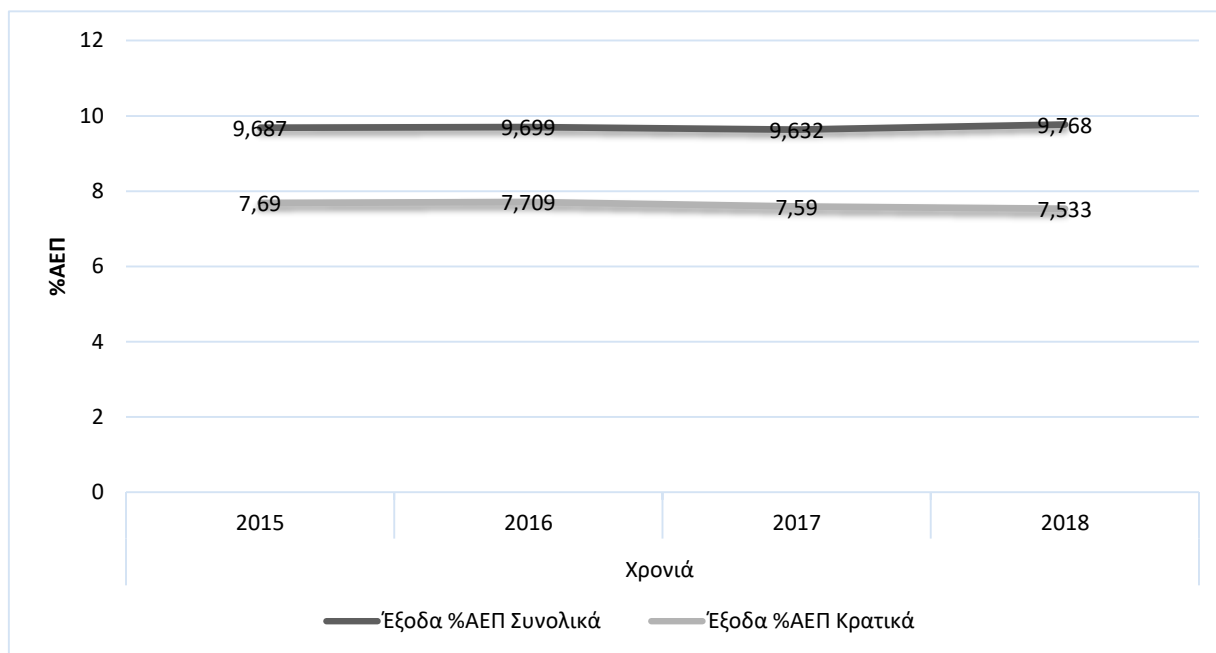


Figure 1 : Οι δαπάνες στο Ηνωμένο Βασίλειο, Πηγή : ΟΟΣΑ

Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνονται τα έξοδα επί τοις 100 του ΑΕΠ που δαπανώνται για την υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 2015 έως το 2018, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται πως ενώ το κράτος έχει σημαντική συμβολή, η ιδιωτική πρωτοβουλία είναι αρκετά αυξημένη. Παρόλο που η Μεγάλη Βρετανία παραμένει μία φιλελεύθερη οικονομία, οι δαπάνες για την υγεία κατά την περίοδο 1997 -2010 συνεχώς αυξάνονταν (χαρακτηριστικά από 6,6% του ΑΕΠ το 1997 σε 8,9% το 2010, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ), φέρνοντας την πιο κοντά σε ένα κοινωνικό κράτος πρόνοιας.

Το σύστημα πάροχος-καταναλωτής παραμένει σε κεντρικό βαθμό σύμφωνα με τις αρχές του NPM, ενώ ταυτόχρονα οι διοικητικές λειτουργίες των νοσοκομείων αποστέλλονται σε εξωτερικές ιδιωτικές εταιρίες.

Παρόλα αυτά, το μοντέλο αυτό μπορεί να συγκεκριμενοποιηθεί μόνο στην Αγγλία και τις υπάρχουσες δομές της. Το NHS διατήρησε τον ρόλο του ως κύριο «πληρωτή», με αποτέλεσμα να υπάρχει κάλυψη στα προβλήματα που τυχόν προκύψουν από το αγοραίο μοντέλο. Ταυτόχρονα, παραμένει λιγότερο ακριβό από ότι ένα πλουραλιστικό ομοσπονδιακό σύστημα όπως αυτό της Γερμανίας, στο οποίο υπάρχουν δεκαεπτά διαφορετικοί προϋπολογισμοί για την υγεία (διαφορετικό για τις επαρχίες και ένα ομοσπονδιακό, το πιο ακριβό της Ευρώπης). Το NPM σε αυτή την περίπτωση δεν έθεσε τέλος στις ανισότητες και τον ομορτισμό.

### **III. Γαλλία**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ασφάλισης της Γαλλίας, από το 1945 συνδυάζει όλους τους ασφαλιστικούς πόρους σε ένα ενιαίο ταμείο, με συνεισφορά του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα (αναλογία 80-20 αντιστοίχως). Διάφορα προβλήματα όπως ο συγκεντρωτισμός του συστήματος, η τάση συνεχούς αύξησης εξόδων και ρυθμίσεων, η λανθασμένη διαχείριση πόρων και η λήψη συνήθως αποφάσεων που προάγουν το πολιτικό όφελος παρά το κοινωνικό, οδήγησαν στην στροφή στις αρχές της δεκαετίας του 1990 προς νέες μεταρρυθμίσεις προσανατολισμένες στη λογική του New Public Management. Σε πρώτη φάση, δράσεις προς την κατεύθυνση του NPM υιοθετήθηκαν από την κυβέρνηση Juppé (1995-1997), ο οποίος εστίασε στον διαμοιρασμό της εκτέλεσης διαφόρων καθηκόντων, που προηγουμένως ανήκαν στο κράτος. Το NPM ενισχύθηκε περαιτέρω με την κυβέρνηση Sarkozy (2007-2012), σε μία περίοδο που το κράτος βίωνε κρίση νομιμότητας και που η αποτελεσματικότητα του κράτους βρισκόταν υπό αμφισβήτηση κυρίως από τα μέσα ενημέρωσης και το κοινό. Παρά αντιδράσεις κυρίως από το επιστημονικό προσωπικό και διάφορα όργανα της τοπικής αυτοδιοίκησης (π.χ. δήμαρχοι), μία νέα γενιά επιστημόνων προερχόμενη από πανεπιστήμια (Les Grandes écoles) και την Αντίστοιχη Σχολή Δημόσιας Διοίκησης (L' école Nationale d' Administration), υποστήριξαν την νέα αυτή προοπτική ως μέσω αύξησης της αποδοτικότητας.

Η αποκέντρωση στην Γαλλία ήρθε σε σύγκρουση με την Ναπολεόντεια παράδοση του ισχυρού κρατικοκεντρικού μηχανισμού. Το 1996 ιδρύθηκαν οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Νοσοκομείων, που ανέλαβαν ορισμένες αρμοδιότητες του Υπουργείου

Υγείας, όπως η σύναψη πολυετών συμβολαίων με παρόχους υγείας, καθώς και η Διεύθυνση Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων (*Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales*). Σε αντίστοιχο πλαίσιο εντάσσεται και η προσπάθεια της δημιουργίας ενός συστήματος ημι-αγοράς (quasi market) κατά το Βρετανικό μοντέλο. Η διοίκηση βασίζεται στη σύναψη συμβολαίων (*Contrats d'Objectifs et de Moyens*) μεταξύ των Περιφερειακών Υπηρεσιών Υγείας και νοσοκομείων τα οποία θέτουν τα θεμέλια για την χρηματοδότηση και τη στοχοθεσία των παρόχων υγείας στο πλαίσιο του επαγγελματικού Management με μια προσέγγιση στόχων και αποτελεσμάτων. Στη θεωρία, τα νοσοκομεία και οι εκτός νοσοκομείων πάροχοι υγείας, είτε ιδιωτικοί είτε δημόσιοι, διαγωνίζονται για χρηματοδότηση κοινωνικής ασφάλισης υπό την επίβλεψη των περιφερειακών υπηρεσιών. Στην πράξη ωστόσο η χρηματοδότηση παραμένει ελεγχόμενη από το κράτος, ενώ οι δήμαρχοι συμμετέχουν στα συμβούλια επίβλεψης. Ταυτόχρονα, στοιχεία όπως η αξιολόγηση επιδόσεων ενσωματώθηκαν νωρίς στην διαδικασία διαμοιρασμού του προϋπολογισμού. Μετά την εισαγωγή του NPM, αφιερώθηκαν περισσότεροι πόροι στην αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας, κυρίως της νοσοκομειακής μέσω οργάνων όπως ο Εθνικός Οργανισμός Διαπίστευσης και Αξιολόγησης Υγείας.

Σημαντικό σημείο παραμένει το ζήτημα της απάτης. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Απάτη και τη Διαφθορά, η Γαλλία βρίσκεται στη δεύτερη θέση με τις υψηλότερες απώλειες από απάτες ανάμεσα σε 27 κράτη. Η αύξηση της ανταγωνιστικότητας, της διαφάνειας και της λογοδοσίας σε συνδυασμό με την εξωτερική διανομή και διαχείριση πόρων, θεωρήθηκε ότι θα μπορούσαν να δώσουν μία λύση στο ζήτημα της απάτης. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με τον George Frederickson, οι κυβερνητικές δομές και υπηρεσίες και η γραφειοκρατία είναι πιο ηθικές από ιδιώτες ενδιαφερόμενους για το προσωπικό τους συμφέρον στα πλαίσια ανταγωνιστικών αγορών. Ως αποτέλεσμα, μια τεράστια συζήτηση έχει ξεκινήσει και στη Γαλλία σχετικά με την πρακτικότητα και την αποτελεσματικότητα των νέων αυτών μεταρρυθμίσεων.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Simonet, D. (2011). The new public management theory and the reform of European health care systems: An international comparative perspective. *International Journal of Public Administration*, 34(12), 815-826.

#### IV. Αναπτυσσόμενα κράτη

Τα αναπτυσσόμενα κράτη διαφέρουν κυρίως θεσμικά αλλά και κοινωνικά από τα ανεπτυγμένα δυτικά πρότυπα. Ακόμα μεγαλύτερες κοινωνικές ανισότητες και ανίσχυροι διοικητικοί μηχανισμοί. Η θεωρία του New Public Management όπως ξεκίνησε από το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες ανταποκρίνεται κυρίως σε ανεπτυγμένα δυτικά κράτη, τα οποία στη συνέχεια επέκτειναν την πολιτική αυτή και σε χώρες όπως η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία αλλά και σε οργανισμούς όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, οι οποίοι προσπάθησαν να εφαρμόσουν αντίστοιχες πολιτικές στα αναπτυσσόμενα κράτα μέσω προγραμμάτων διαρθρωτικής προσαρμογής (SAPs – Structural Adjustment Programs). Ωστόσο το ερώτημα παραμένει για το αν το NPM ταιριάζει σε τέτοιου είδους κράτη δεδομένων των κοινωνικοοικονομικών τους συνθηκών. Ως αναπτυσσόμενες χώρες ορίζονται οι χώρες με σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ζωής, μη ανεπτυγμένη βιομηχανία, χαμηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης και μεγάλα πολιτικά και οικονομικά κενά. Τέτοιες χώρες είναι ονομαστικά η Αργεντινή, η Χιλή, η Γκάνα, το Μπαγκλαντές κ.α. Είναι εμφανές, ότι εφόσον εκλείπουν οικονομικής και οργανωσιακής ανάπτυξης, οι χώρες αυτές αδυνατούν να έχουν ανεπτυγμένο σύστημα υγείας, ανταποκρινόμενο στις ανάγκες των πολιτών.<sup>14</sup>

Σε μεγάλο βαθμό, προκειμένου να καλύψουν τα παραπάνω κενά, οι χώρες αυτές αναπτύσσουν οικονομικά και διοικητικά μοντέλα, που τους υποδεικνύονται είτε από δωρητές είτε από οργανισμούς όπως η Παγκόσμια Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, το πιο σημαντικό εκ των οποίων είναι το NPM. Η εφαρμογή του ωστόσο δεν είναι ολοκληρωτική. Εφαρμόστηκαν σε διάφορες περιπτώσεις πολιτικές όπως ιδιωτικοποιήσεις, απορρύθμιση, σύναψη εξωτερικών συμβολαίων, όπως για παράδειγμα στο Μπαγκλαντές το οποίο μετά το 1975 και τα οικονομικά προβλήματα προχώρησε σε αποκρατικοποίηση δημοσίων υπηρεσιών. Άλλες αφρικανικές χώρες όπως η Γκάνα, η Ουγκάντα, η Κένυα, η Ζάμπια, η Νότια Αφρική και η Ζιμπάμπουε ακολούθησαν την μέθοδο της ιδιωτικοποίησης του τομέα της υγείας, που σημαίνει ότι τα νοσοκομεία λειτουργούν σαν ιδιωτικές εταιρίες με δικό τους διοικητικό συμβούλιο, γεγονός που έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά στοιχεία. Για να επιτευχθεί ωστόσο μια

---

<sup>14</sup> Mukarram, H. (2014). *The reasons for the emergence of the conception of NPM and its relevancy to the developing countries*. University of Dhaka.



ομαλή εφαρμογή της θεωρίας του NPM απαιτείται πολιτική συναίνεση, συμβιβασμός, συνέπεια και δημόσια εμπιστοσύνη της επικρατούσας κυβέρνησης, σε συνδυασμό με πολιτική σταθερότητα. Πληρώνοντας αυτά τα κριτήρια, η Σιγκαπούρη και η Νέα Ζηλανδία πέτυχαν τον σκοπό τους, παράλληλα όμως άλλες χώρες συνεχίζουν να δοκιμάζουν διαφορετικές εναλλακτικές προς τον δρόμο του NPM όπως η Μαλαισία.

Ένα ακόμη πρόβλημα που εμποδίζει τις μεταρρυθμίσεις αυτές αφορά στις πιέσεις που ασκούνται από ισχυρούς γραφειοκράτες, με αποτέλεσμα η εφαρμογή του NPM να εξαρτάται τελικά από την κουλτούρα κάθε χώρας. Δεν υπάρχει επομένως ένα συγκεκριμένο μοντέλο για όλες τις χώρες, το χαρακτηριστικό “one size fit all”, αλλά κάθε χώρα προσαρμόζεται ανάλογα με τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα της (Mukarram, 2014).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Η περίπτωση της Ελλάδας**

### **3.1. Το ελληνικό διοικητικό σύστημα**

Οι παθογένειες του ελληνικού συστήματος, παραμένοντας οι ίδιες επι σειρά ετών δημιουργούν όλο και περισσότερο την ανάγκη για εκσυγχρονισμό του κράτος και κυρίως του τομέα της Δημόσιας Διοίκησης σε όλες τις πτυχές του. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η εφαρμογή των πολιτικών του New Public Management συντελείται σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε χώρα λόγω των ιδιότυπων χαρακτηριστικών που επικρατούν στην καθεμία. Όσον αφορά την Ελλάδα, δύο είναι τα βασικά προβλήματα που την διαπερνούν και την εμποδίζουν να πετύχει την ανάπτυξη της και την αποδοτικότερη λειτουργία του διοικητικού της μηχανισμού: α. η περιορισμένη εξωτερική διαφοροποίηση του διοικητικού τομέα από την πολιτική, τον πολιτικό έλεγχο και την κομματική εμπλοκή και β. η ανεπαρκής εσωτερική ανάπτυξη και διαφοροποίηση του διοικητικού υποσυστήματος στα πλαίσια δομών, λειτουργιών και επαγγελματισμού με αποτέλεσμα τη δημιουργία της γραφειοκρατικής παθογένειας

(Μακρυδημήτρης, Ζερβόπουλος, Πραβίτα)<sup>15</sup>. Ο συνδυασμός της τάσης για πολιτικοποίηση και συγκέντρωση της εξουσίας από τη μία, με το επίπεδο οργανωσιακής υπανάπτυξης από την άλλη, δημιουργούν προβλήματα τα οποία δεν επηρεάζουν μόνο την δημόσια διοίκηση σαν σύνολο, αλλά επηρεάζουν και τους επιμέρους τομείς της και τις απότοκες διοικητικές λειτουργίες και προσφερόμενες υπηρεσίες. Τα προβλήματα αυτά επιφέρουν την ανάγκη εκσυγχρονισμού, ο οποίος σύμφωνα με τα παρόντα δυτικά πρότυπα επέρχεται με την εισαγωγή του NPM με κύριο στοιχείο την αποκέντρωση. Συγκεκριμένα, προτείνονται τέσσερις πιθανές λύσεις για την βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης:

1. Προσέγγιση για τη μείωση του γενικού μεγέθους του δημοσίου τομέα μειώνοντας τα δημόσια έξοδα, και ψάχνοντας ορθολογικές οικονομικές πολιτικές χειριζόμενοι περιορισμένες πηγές.
2. Προσπάθειες για την ενίσχυση της κοινωνίας των πολιτών και την διάδραση της με το κράτος, που συνεπάγεται περιορισμένο παρεμβατικό ρόλο από την πλευρά του κράτους και την μετάβαση ορισμένων λειτουργιών από το κράτος στην κοινωνία και τον ιδιωτικό τομέα.
3. Εξορθολογισμός και εκσυγχρονισμός του διοικητικού μηχανισμού με βελτίωση του επαγγελματισμού στις δημόσιες υπηρεσίες, αντιμετωπίζοντας πελατειακές σχέσεις με ταυτόχρονο διαμελισμό αρμοδιοτήτων και ανάληψη του από ανεξάρτητες αρχές.
4. Εφαρμογή των παγκόσμιων αρχών του New Public Management, μακριά από παραδοσιακούς κανόνες και πολιτικοκεντρικά κυριαρχικά μοντέλα, με στροφή προς ένα πιο διαχειριστικό και επαγγελματικό προφίλ.

Η εισαγωγή νέων νομοθεσιών σε όλο το φάσμα της διοίκησης θέτει το ελληνικό διοικητικό σύστημα πιο κοντά στα πρότυπα του NPM, χωρίς όμως να μπορεί να εντοπιστεί άμεση και καθολική εφαρμογή της νέας νομοθεσίας. Μεταρρυθμίσεις όπως ο νόμος 4623/2019 (με την τελευταία αναθεώρηση) για την κακοδιοίκηση, που εισάγει την έννοια του συμπαραστάτη σε δήμους και περιφέρειες κατά την αρχή την

---

<sup>15</sup> Makrydemetres, A., Zervopoulos, P. and Pravita, M. (n.d.). *Reform of Public Administration in Greece Evaluating Structural Reform of Central Government Departments in Greece: Application of the DEA Methodology*.

επικουρικότητας που αναλύεται στο πρώτο κεφάλαιο, ο νόμος 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και την Αποκεντρωμένης Διοίκησης : Πρόγραμμα Καλλικράτης» για την ενίσχυση του βαθμού αποκέντρωσης και τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και ο νόμος 3861/2010 που εισάγει το πρόγραμμα Διαύγεια και ενισχύει την έννοια της διαφάνειας, μπορούν να θεωρηθούν τα πρώτα βήματα προς την νέα κατεύθυνση διοίκησης. Από τα πιο σημαντικά θέματα ωστόσο παραμένει η νέα επιλογή προσωπικού, με προτίμηση σε στοχευμένους managers παρά διοικητικά όργανα με γενικές ή και περιορισμένες γνώσεις. Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται ο νόμος 3839/2010 που εισάγει το Ειδικό Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού, για το σύστημα επιλογής προϊσταμένων οργανικών μονάδων με αξιοκρατικά και αντικειμενικά κριτήρια, το οποίο θα μας απασχολήσει και στη συνέχεια όσον αφορά την εξειδίκευση στον τομέα της υγείας.

### **3.2. Η δόμηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας**

Το ελληνικό σύστημα Υγείας αποτέλεσε μέριμνα ήδη από τα πρώτα μετεπαναστατικά χρόνια. Με το πρώτο Σύνταγμα της Τροιζήνας του 1827 εισάγεται ο θεσμός της «Υγειονομικής Αστυνομίας» καθώς και του νομιάτρου, ενός υπευθύνου για την υγεία σε κάθε νομό. Στη συνέχεια ο θεσμός αυτός μετεξελίσσεται σε «Ανωτάτη Διεύθυνσις Περιθάλψεως Οικογενειών, Επιστράτων και Προσφύγων», η οποία με τον νόμο 748/14 καταργείται και δημιουργείται ένας αυτοτελής διοικητικός θεσμός, το «Υπουργείο Περιθάλψεως» με πρώτο Υπουργό τον Σπυρίδων Σίμο, ενώ ακολούθησαν και αρκετές αλλαγές και μετονομασίες. Σύμφωνα με τον νόμο 1266/1982, ιδρύονται δύο ξεχωριστές μονάδες, το « Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας» και το «Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων», δεδομένου μάλιστα ότι το σημερινό σύστημα υγείας αποτελείται από αυτούς τους δύο πυλώνες: υγεία και ασφάλιση. Οι αλλαγή αυτή ανοίγει τον δρόμο για τη μεγαλύτερη νομοθετική πρωτοβουλία στο κομμάτι της υγείας, τη σύσταση το 1983 του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ, ν. 1558/1983), με το οποίο επανεισάγεται μία διοικητική μονάδα, το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η τελευταία αλλαγή επέρχεται το 1995 με τον διαχωρισμό του υπουργείου σε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και την μεταφορά του τομέα της κοινωνικής ασφάλισης στο

Υπουργείο Εργασίας. Στον παρόντα κυβερνητικό συνδυασμό, παραμένει το Υπουργείο Υγείας και ο διαχωρισμός με την κοινωνική ασφάλιση.

Το άρθρο 1 του νόμου 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας», ορίζει ότι:

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών,
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Εξασφαλίζεται έτσι η αρχή της δημόσιας υγείας για όλους ισότιμα και τίθενται τα θεμέλια για τους περαιτέρω σκοπούς του ΕΣΥ. Στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας το οποίο είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή των αρχών της κοινωνικής ισότητας και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Το Υπουργείο είναι υπεύθυνο για τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής υγείας και των αντίστοιχων εφαρμογών. Είναι το όργανο που αναλαμβάνει την χρηματοδότηση και την κατανομή των πόρων, την πρόσληψη του υγειονομικού προσωπικού και την εισήγηση προτάσεων και νομοθετικών μεταρρυθμίσεων. Μετα το 2001, ορισμένες αρμοδιότητες μεταφέρθηκαν στις υγειονομικές περιφερειακές αρχές, όπως αναλύεται παρακάτω, ωστόσο οι βασικές λειτουργίες που σχετίζονται με τον σχεδιασμό, τη ρύθμιση και την διαχείριση του ΕΣΥ και του ιδιωτικού τομέα παραμένουν στην δικαιοδοσία του Υπουργείου.

Το σύστημα υγείας αποτελείται από μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Ανάλογα με την νομική τους μορφή, αυτές διακρίνονται σε ιδιωτικές και δημόσιες. Οι ιδιωτικές, ακολουθούν τις επιταγές του ιδιωτικού δικαίου και είναι αυτές που έχουν ως φορέα ένα φυσικό πρόσωπο ή ένα ΝΠΙΔ, δηλαδή οι ιδιοκτήτες είναι φυσικά πρόσωπα. Οι δημόσιες είναι αυτές που έχουν ως φορέα το δημόσιο ή τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Πολύζος, 2014).<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Πολύζος, Ν., 2014. Οργάνωση με έμφαση στις Υπηρεσίες Υγείας. In: Ν. Πολύζος, ed., *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, 1st ed. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική, pp.141-160.

Ανάλογα με το είδος των παροχών διακρίνονται σε μονάδες ανοιχτής ή κλειστής περίθαλψης. Διαφορετικά, μπορούμε να πούμε πως η περίθαλψη στην Ελλάδα διαχωρίζεται σε εξωνοσοκομειακή (ανοιχτή) και νοσοκομειακή (κλειστή). Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αφορά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, δηλαδή τις υπηρεσίες μέσα από κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, δομές άμεσα προσιτές στους κατοίκους εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αναφέρεται στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, δηλαδή στα νομαρχιακά νοσοκομεία και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αντιστοίχως. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται κεντρικά, με το Υπουργείο Υγείας να διανέμει τους πόρους στα νομαρχιακά νοσοκομεία, ενώ στο σύστημα αυτό εφαρμόζεται η λογική του κλειστού νοσηλίου (η χρηματοδότηση των νοσοκομείων με πάγια ημερήσια αποζημίωση ανά ασθενή ανεξαρτήτως περίπτωσης), το οποίο όμως δεν είναι βιώσιμο με αποτέλεσμα ο κρατικός προϋπολογισμός να καλείται να συμπληρώσει τα έξοδα που υπερτερούν τα έσοδα (Υφαντόπουλος, 2018).<sup>17</sup>

Βασικό άξονα αποτελεί η έννοια της αποκέντρωσης και της κατανομής πόρων ανάλογα με τις γεωγραφικές περιφέρειες και ο ταυτόχρονος κοινωνικός έλεγχος μέσω της τοπικής αυτοδιοίκησης και συνδικαλιστικών οργανώσεων. Εξίσου σημαντικός στόχος θεωρείται η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η δημιουργία ενιαίου πλαισίου για ανάπτυξη και λειτουργία υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, προσεγγίσιμο στον πολίτη, ενώ εισάγεται και η έννοια του ιατρού στο σύστημα, δηλαδή ιατροί που δουλεύουν αποκλειστικά για τα τρία επίπεδα δημόσιας υγείας και δεν ασκούν ελεύθερα το επάγγελμα.

Στο επίπεδο αυτό, εντοπίζεται μία τεράστια συζήτηση όσον αφορά το αν αυτό το κεντρικό σύστημα υγείας έχει περισσότερα πλεονεκτήματα παρά μειονεκτήματα. Σε πρώτο στάδιο, αναλύοντας τα πλεονεκτήματα, γίνεται αντιληπτό ότι μέσω ενός κεντρικού συστήματος διαχείρισης πιθανότατα επέρχεται με πιο δίκαιη κατανομή των πόρων, μέσω μίας ενιαίας και κεντρικής χρηματοδότησης που συμβάλλει παράλληλα στην αποτελεσματική διαχείριση και έλεγχο των δαπανών. Ταυτόχρονα σε συμβολικό επίπεδο δηλώνει ότι οι υπηρεσίες υγείας και πρόληψης αποτελούν κρατική προτεραιότητα, ενώ την ίδια στιγμή επιδεικνύει μία καλή σχέση ιατρών-μηχανισμού με χαμηλό επαγγελματικό ανταγωνισμό. Στον αντίποδα, αναπτύσσεται η γραφειοκρατία με

---

<sup>17</sup> Υφαντόπουλος, Ι., 2018. Θεσμικές Μεταρρυθμίσεις και Οικονομική Ανάπτυξη στην Ελλάδα. In: Ι. Υφαντόπουλος, ed., *Τα Οικονομικά της Υγείας*, 2nd ed. Αθήνα: Τυπωθήτω, pp.175-235.

αποτέλεσμα την οικονομική και αναποτελεσματική λειτουργία του συστήματος, ενώ και οι δράσεις επιβαρύνονται με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μπαίνουν σε λίστες αναμονής και να μην έχουν το δικαίωμα επιλογής ιατρού της προτίμησης του. Το πιο σημαντικό ωστόσο είναι η απουσία εγγυητικών μηχανισμών που εξασφαλίζουν αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και σωστό μανάτζμεντ.

### **3.3. Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της Υγείας στην κατεύθυνση του NPM**

Το ελληνικό σύστημα Υγείας αποτελεί ένα μικτό σύστημα δημοσίου χαρακτήρα που στα δομικά του χαρακτηριστικά προσιδιάζει το Γερμανικό μοντέλο διοίκησης, ενώ σε ότι σχετίζεται με οργάνωση, λειτουργίες και οικονομική διαχείριση ακολουθεί το Βρετανικό μοντέλο του Beveridge. Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού οικοδομήματος έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες εκσυγχρονισμού, που είτε εφαρμόστηκαν και πέτυχαν ή απέτυχαν, είτε δεν εφαρμόστηκαν ποτέ. Το ΕΣΥ από μόνο του, περιλαμβάνει κάποια στοιχεία της λογικής του NPM, τίποτα όμως σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό. Παραμένει να δούμε συγκεκριμένες λειτουργίες που προσιδιάζουν σε αρχές της νέας δημόσιας διαχείρισης, ώστε να αξιολογηθεί η παρούσα κατάσταση. Αξίζει ωστόσο να επαναληφθεί ότι σε καμία περίπτωση το NPM δεν εφαρμόζεται καθολικά και μόνο οι προσπάθειες και οι κατευθυντήριες γραμμές είναι αυτές που μπορούν να παρουσιαστούν.

#### **I. Παραλλαγές του ΕΣΥ**

Η πρώτη παραλλαγή επέρχεται με την άνοδο της Νέας Δημοκρατίας στην κυβέρνηση και τον νόμο 2194/1994 που φέρνει το σύστημα πιο κοντά στα πρότυπα της αποκέντρωσης με συγκριτικά μεγαλύτερη αυτονομία της πρωτοβάθμιας και περιφερειακής περίθαλψης. Το κράτος δεν φέρει πλέον την αποκλειστική ευθύνη (liability) στην παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών, αλλά ο πολίτης με το ατομικό του βιβλιάριο μπορεί να επιλέξει τον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, ενώ ταυτόχρονα επιτρέπεται πλέον η σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων υπό την μορφή Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ). Οι ιδιωτικοί φορείς έχουν το δικαίωμα να

συνάπτουν ειδικές συμβάσεις ιδιωτικού δημοσίου με ασφαλιστικούς φορείς για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες ωθούνται ακόμα περισσότερο στην γεωγραφική αποκέντρωση και ιδρύεται η Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας. Παράλληλα, η πρωτοβάθμια υγεία ανεξαρτητοποιείται διοικητικά και οικονομικά, τα νοσοκομεία διατηρούν μόνο την επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική επίβλεψη των κέντρων υγείας αλλά χρηματοδοτούνται από τη νομαρχία και ως εκ τούτου τα κέντρα υγείας αναγνωρίζονται ως αυτόνομες οικονομικές και διοικητικές οντότητες, με δικό τους προϋπολογισμό. Η ίδρυση διαφόρων ξεχωριστών μονάδων όπως το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, η Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (ΕΣΑΥ-τόσο σε κεντρικό επίπεδο εντασσόμενη στο Υπουργείο, όσο και σε περιφερειακό με την αντίστοιχη Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας), το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), και των διαφόρων νοσηλευτικών ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, αποτελεί επίσης μία καινοτομία της περιόδου, ενισχύοντας την συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υγείας. Όλα αυτά εν μέρει βέβαια, αναιρούνται με την επάνοδο του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία και τον νόμο 2194/1994, ο οποίος επαναφέρει την πρότερη νομοθεσία του ΕΣΥ με μικρές τροποποιήσεις.

Η δεύτερη τροποποίηση και εκείνη που είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη λογική του ΝΡΜ έρχεται στο τέλος της δεκαετίας του 1990 (κυβέρνηση Κ. Σημίτη και Υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος) με το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη». Μιλώντας καθαρά για τον νέο αέρα που πνέει στην διοίκηση της Ευρώπης, ο Υπουργός λαμβάνοντας υπόψη πρότερες μεταρρυθμίσεις αποσκοπεί σε ένα σύστημα που θα βελτιώσει τις υπηρεσίες υγείας στις απαιτήσεις του πολίτη με συνδυασμό του ιδιωτικού τομέα, προς όφελος του λεγόμενου Δημοσίου Συμφέροντος. Παρόλο που τέθηκαν πολλοί στόχοι με κατεύθυνση την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και υγείας, την ικανοποίηση της αρχής της ισότητας, τον επανασχεδιασμό της οργάνωσης και της διοίκησης των νοσοκομείων, την εισαγωγή νέων θεσμών για καλύτερη και αποδοτικότερη κατανομή των πόρων κ.α., μόνο ένας από αυτούς τελικά ολοκληρώθηκε, εκείνος που αφορούσε στην περιφερειακή οργάνωση και ανάπτυξη των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ). Με το νόμο 2889/2001, η χώρα διαιρείται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες όπου προΐσταται ο Πεσυάρχης με δύο υποδιοικητές και το διοικητικό συμβούλιο της Περιφέρειας. Η πρωτοβουλία αυτή διευρύνεται το 2003 επί Υπουργίας Στεφανή, με τον νόμο 3106/2003, εντάσσονται και την έννοια την

πρόνοιας και μετονομάζοντας τα ΠΕΣΥ σε ΠΕΣΥΠ, δηλαδή Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας.

Η λειτουργία των ΠΕΣΥΠ μακροπρόθεσμα αποδείχθηκε αναποτελεσματική και πολυδάπανη. Παρόλο που οι προηγούμενες κυβερνήσεις βρίσκονταν στον σωστό δρόμο για την αποκέντρωση, κατέληξε η συγκέντρωση στα ΠΕΣΥΠ υπερβολικών αρμοδιοτήτων που τα έκαναν πιο δυσκίνητα, ενώ ταυτόχρονα τα νοσοκομεία στερούνταν κάθε δυνατότητα αυτενέργειας. Οι λόγοι αυτοί οδήγησαν την κυβέρνηση Καραμανλή με υπουργό υγείας τον Ν. Κακλαμάνη στην εισαγωγή του νόμου 3329/2005, για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η διαίρεση της επικράτειας σε υγειονομικές περιφέρειες διατηρείται κατά τα προηγούμενα σχήματα, ωστόσο καταργούνται τα ΠΕΣΥΠ και αντικαθίστανται από ΝΠΔΔ με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ)», τα οποία διοικούνται από τον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας και ένα επταμελές διοικητικό συμβούλιο. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατρέπονται πάλι σε ΝΠΔΔ με δική τους περιουσία και προϋπολογισμό, υπο την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, προς την κατεύθυνση της πλήρους και πραγματικής αποκέντρωσης. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του νόμου 3329/2005, σκοπός της ΔΥΠΕ είναι «ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ)», δηλαδή τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας, τα ψυχιατρικά κέντρα και τα κέντρα απεξάρτησης και τα σχετικά ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ δημοσίου τομέα. Δύο χρόνια αργότερα, με τον νόμο 3527/2007 επί Υπουργίας Δ. Αβραμόπουλου νέες μεταρρυθμίσεις στρέφουν την υγεία σε αντίθετη κατεύθυνση από το ΝΡΜ, πρώτον με την συγχώνευση και τον περιορισμό των υγειονομικών περιφερειών από 17 σε 7, και δεύτερον με την κατάργηση των διοικητικών συμβουλίων από τα ΔΥΠΕ ως οργάνων διοίκησης.

Η μεγαλύτερη ωστόσο μεταρρύθμιση, που αφορά όλο τον τομέα της δημόσιας διοίκησης και αναφέρεται άμεσα στην αποκέντρωση, είναι η εισαγωγή του προγράμματος «Καλλικράτης», το 2010 επί κυβερνήσεως ΠΑΣΟΚ. Με τον νόμο 3852/2010 «Νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης και της αποκεντρωμένης διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης», προβλέπεται η μεταφορά αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αρμοδιοτήτων των μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας από τις ΔΥΠΕ, στους πρωτοβάθμιους και δευτεροβάθμιους οργανισμούς



τοπικής αυτοδιοίκησης, δηλαδή στους Δήμους και τις Περιφέρειες. Παράλληλα με την μεταφορά αρμοδιοτήτων, μεταφέρεται και η απόδοση των ανάλογων πόρων είτε οικονομικών είτε σε επίπεδο προσωπικού. Με την επόμενη τροποποίηση του νόμου 4052/2012, οι 7 Υγειονομικές Περιφέρειες, πλέον ταυτίζονται με τις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του νόμου Καλλικράτη, ώστε να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια των αρμοδιοτήτων τους με σκοπό την καλύτερη χωρική προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, κατά την αρχή της επικουρικότητας (Κακαλέτσης κ.α., 2013)<sup>18</sup>

## II. Η επίδραση των μνημονίων

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της προμνημονιακής περιόδου είναι το γεγονός ότι το ελληνικό σύστημα υγείας ποτέ δεν προσπάθησε να γίνει οικονομικά αυτόνομο, τόσο στο μακρο-επίπεδο, δηλαδή την πολιτική διακυβέρνηση, όσο και σε μικρο-επίπεδο, δηλαδή την διοίκηση των νοσοκομείων και άλλων μονάδων. Με την έλευση της Τρόικα, το σύστημα υγείας μπήκε αμέσως στο στόχαστρο των νομοθετών, με ιδιαίτερη στόχευση στην διαχείριση των οικονομικών και τη ροή χρημάτων. Τα πρότυπα του NPM που επικρατούσαν στην δυτική Ευρώπη γίνονται στόχος ενώ συνολικά οι αλλαγές που προσπάθησαν να φέρουν τα μνημόνια στον τομέα αυτό, συνοψίζονται σε τέσσερις πυλώνες: α. ιατρική υποκειμενικότητα, β. μοντέλο μάνατζμεντ, γ. διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, δ. χρηματοδότηση νοσοκομείων (Μηνογιάννης, 2012).<sup>19</sup>

α. Η Ελλάδα είχε ανάγκη από μία συνολική πολιτισμική αλλαγή. Προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη αντικειμενικότητα και οι κατάλληλες τροποποιήσεις, χρειάζεται πρώτα από όλα κατάλληλη γνώση της κατάστασης. Σημαντική είναι η συλλογή όλων των δεδομένων και η κατάλληλη αξιοποίηση τους προς όφελος του συστήματος.

β. Ο σκοπός όλων των αλλαγών κατά τη μνημονιακή περίοδο είναι η μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας, δηλαδή η καλύτερη αξιοποίηση πόρων για το μεγαλύτερο όφελος. Κατά την περίοδο 2010-2012, δηλαδή στα πρώτα χρόνια των μνημονίων, επήλθαν τεράστιες συγχωνεύσεις (από 131 τα νοσοκομεία έφτασαν σε 81, ενώ αντίστοιχα τα νοσοκομειακά κρεβάτια από 46,783 σε 36,035). Ωστόσο αυτές οι αλλαγές σε καμία

---

<sup>18</sup> Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. and Χατζητόλιος, Α. (2013). *Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα - Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις*. [Άρθρο] Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.

<sup>19</sup> Minogiannis, P. (2012). *Tomorrow's public hospital in Greece - Managing Health care in the post crisis era*. Social Cohesion and Development 2012.

περίπτωση δεν άλλαξαν την οργάνωση των νοσοκομείων ούτε αύξησαν την διοικητική δύναμη τους.

γ. Μαζί με την οικονομική κρίση επήλθε μία τεράστια κοινωνική κρίση, με άμεση αιτία την κρίση στον εργασιακό τομέα. Στον τομέα της υγείας, όσον αφορά το ανθρώπινο προσωπικό αυτό που έπρεπε να επιτευχθεί είναι πρώτον μία οριζόντια μείωση των μισθών του προσωπικού ανεξαρτήτως βαθμίδας, και δεύτερον η αντικατάσταση του προσωπικού που λόγω διαφόρων ευνοϊκών τότε ρυθμίσεων βγήκε στη σύνταξη. Ένα ζήτημα ωστόσο που παρέμεινε είναι ότι κανένα μέτρο δεν λήφθηκε που να σχετίζεται με την ευθύνη, την μέτρηση της απόδοσης, και την ανταπόδοση ανάλογα με την επιτυχία ώστε να δοθούν επιπλέον κίνητρα εργασίας.

δ. Ο τομέας των οικονομικών που ενδιέφερε περισσότερο την Τρόικα ήταν αυτός που τελικά είχε τα περισσότερα αποτελέσματα. Η δημοσίευση αναλυτικών reports για την κατάσταση της υγείας και των νοσοκομείων, σε συνδυασμό με την εισαγωγή νέων μεθόδων και τάσεων, δημιούργησαν μια βάση δεδομένων του ΕΣΥ στην οποία μηνιαία αναλύονταν πλέον όλες οι πληροφορίες από τα νοσοκομεία σε ένα πλαίσιο διαφάνειας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την μείωση των εξόδων κατά 21,22% το 2011, ενώ αυξήθηκε η εισροή ασθενών (το κόστος ανά ασθενή μειώθηκε από 1.228 ευρώ το 2010, σε 1.057 το 2011).

### **3.4. Ηλεκτρονική Υγεία**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Ηλεκτρονική υγεία ορίζεται ως "... η αποδοτική και ασφαλής χρήση των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την υποστήριξη της υγείας αλλά και πεδίων που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, της παρακολούθησης και της αγωγής υγείας, της γνώσης και της έρευνας".<sup>20</sup> Αποτελεί μία προσπάθεια εξυπηρέτησης των πολιτών αλλά ταυτόχρονα και μία προσπάθεια ελάφρυνσης του διοικητικού μηχανισμού, μέσω της εισαγωγής ηλεκτρονικών υπηρεσιών. Διευκολύνει υπηρεσίες ενισχύοντας έτσι την επικουρικότητα ενώ ο βασικός στόχος της έχει να κάνει με την προώθηση της υγείας σε όλους ανεξαρτήτως που βρίσκονται. Στην Ελλάδα βρίσκεται ακόμα σε αρχικό στάδιο, ωστόσο μέσω της συνεργασίας με την Ε.Ε. έχει πάρει ήδη διάφορες μορφές.

---

<sup>20</sup> Moh.gov.gr. 2020. *Ehealth - Ηλεκτρονική Υγεία - Υπουργείο Υγείας*. [online] Available at: <<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/>> [Accessed 10 June 2020].

## Τηλεϊατρική

Η πιο γνωστή μορφή της Ηλεκτρονικής υγείας στις μέρες μας ίσως είναι η Τηλεϊατρική. Όπως δηλώνει και το ίδιο το όνομα της, τηλεϊατρική είναι «*Η παροχή ιατρικής περίθαλψης – σε περιπτώσεις που η απόσταση είναι κρίσιμος παράγοντας – από όλους τους επαγγελματίες του χώρου της Υγείας χρησιμοποιώντας τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών για την ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας για τη διάγνωση, αγωγή και πρόληψη ασθενειών, την έρευνα και εκτίμηση, όπως και τη συνεχή εκπαίδευση των λειτουργών Υγείας, αλλά και για όλα αυτά που βρίσκονται στο πεδίο ενδιαφέροντος για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της κοινωνίας*» (ΠΟΥ)<sup>21</sup>. Υπάρχουν κατά βάση τέσσερις κατευθύνσεις υπηρεσιών και εφαρμογών της: η τηλεεκπαίδευση, που αφορά κυρίως το ιατρικό προσωπικό, την τηλεδιάγνωση, που επιτρέπει την από απόσταση μελέτη των αποτελεσμάτων ιατρικών εξετάσεων, την τηλεθεραπεία και την τηλεσυμβουλευτική. Στην Ελλάδα εισήχθη με ο νόμος 3984/2011 ορίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο πρέπει να παρέχεται: σύμφωνα με το άρθρο 66, ο θεράπων ιατρός πρέπει να έχει την ενυπόγραφη συναίνεση του ασθενή ή συγγενικού του προσώπου α' βαθμού. Μπορεί στο νόμο αυτό να τίθεται το πρακτικό πλαίσιο, ωστόσο η εφαρμογή της είχε ξεκινήσει αρκετά νωρίτερα. Ήδη από το 1989 είχε εγκατασταθεί το πρώτο πειραματικό σύστημα τηλεϊατρικής από το Εργαστήριο Ιατρικής Φυσικής, του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Α' Παθολογικό Τμήμα του Σισμανογλείου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου.

---

<sup>21</sup> Υπουργείο Υγείας. 2020. *Η Τηλεϊατρική Στην Ελλάδα*. [online] Available at: <<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/6084-h-thleiatrikh-sthn-ellada>> [Accessed 10 June 2020].

Η σημαντικότερη και ίσως πιο ολοκληρωμένη προσπάθεια είναι το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, τμήμα 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, που αναπτύχθηκε με την χρηματοδότηση της Ε.Ε. Λειτουργώντας από το 2016, περιλαμβάνει:

- 30 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού - Ασθενούς (ΣΤΙΑ) τοποθετημένους σε απομακρυσμένα σημεία: από τα Κύθηρα μέχρι το Καστελόριζο και από τη Λήμνο και τις Οινούσσες (Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία).
- 12 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου σε μεγάλα Νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ
  - 5 Περιφερειακά Νοσοκομεία: Ρόδος, Σάμος, Σύρος, Μυτιλήνη, Χίος
  - 7 Νοσοκομεία που βρίσκονται στην Αττική: Ασκληπιείο, Τζάνειο, Θριάσιο, Μεταξά, Νίκαια, Αττικόν, ΨΝΑ)
- 1 Σταθμό Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου στο ΕΚΕΠΥ.
- Κέντρο Δεδομένων (Data Center) που φιλοξενείται στην Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ ΑΕ)
- HELP DESK το οποίο βρίσκεται στους χώρους της 2ης ΔΥΠΕ.

Τα πλεονεκτήματα της τηλεϊατρικής αφορούν τόσο το κράτος όσο τους γιατρούς και τους πολίτες. Λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της Ελλάδας συγκεκριμένα, που αποτελείται από πολλά ορεινά σημεία και πολυάριθμα απομονωμένα νησιά, η ανάγκη της τηλεϊατρικής είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Σε πρώτο στάδιο μειώνει τα έξοδα εξέτασης, μετακίνησης και διαχείρισης του συστήματος περίθαλψης. Παράλληλα, διευκολύνει τον ασθενή να βρίσκεται σε συνεχή επαφή με τον ιατρό του και του επιτρέπει την άμεση διάγνωση και θεραπεία, μειώνοντας το κόστος. Αποτρέπεται ταυτόχρονα η εσωτερική μετανάστευση, ως αποτέλεσμα ανάγκης να βρίσκονται οι ασθενείς πιο κοντά στα αστικά κέντρα και τα νοσοκομεία ενώ την ίδια στιγμή αναβαθμίζονται οι ιατρικές περιοχές σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Το περιβάλλον εργασίας του ιατρού εκσυγχρονίζεται, και μέσω της τηλεϊατρικής ο κάθε γιατρός μπορεί να έχει άμεση πρόσβαση στον φάκελο του ασθενούς, μπορεί να πληροφορηθεί, να εκπαιδευτεί αλλά και να συμβουλευτεί άλλους γιατρούς. Τέλος, επιτυγχάνεται ευρεία γεωγραφική κάλυψη με χαμηλό κόστος υπηρεσιών και μείωση αναγκαστικών μετακινήσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : Το Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα της Υγείας υπό την σκοπιά του New Public Management

Ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα που έχει αναφερθεί εκτενώς παραπάνω είναι το ζήτημα του ανθρώπινου δυναμικού ως φορέας αλλαγής του τρόπου διοίκησης. Βασικός πυλώνας του New Public Management, είναι η αντικατάσταση ατόμων που στελεχώνουν ελλιπώς την διοίκηση, από άτομα με εξειδικευμένες γνώσεις πάνω στην οργάνωση και την διοίκηση. Μία από τις μεγαλύτερες παθογένειες του ελληνικού γραφειοκρατικού συστήματος, είναι οι πελατειακές σχέσεις, και ως αποτέλεσμα η συμμετοχή στον διοικητικό μηχανισμό ατόμων που δεν κατέχουν την απαραίτητη γνώση (*fachtwissen*) για να ανταπεξέλθουν στις αλλαγές των εποχών. Στη νέα εποχή, η δημόσια διοίκηση αναζητά άτομα ειδικευμένα, με ξεχωριστές ικανότητες και γνώσεις περί διοίκησης, δηλαδή *managers*. Δεν είναι τυχαίο που σε μεγάλο βαθμό η θεωρία του NPM ταυτίζεται με την έννοια του *managerialism*. Η επιλογή των νοσοκομειακών *managers* θα έπρεπε να γίνεται από κάποιον ειδικό σε θέματα ανθρωπίνου δυναμικού και όχι από την ανάμειξη πολιτικών κομμάτων. Το ιδανικό σενάριο είναι αυτό που προσιδιάζει σε μία μορφή διαχείρισης μίας ιδιωτικής επιχείρησης, δηλαδή ένας Γενικός Διευθυντής (*Chief Executive Officer – CEO*), έναν κύριο υπεύθυνο των επιχειρήσεων (*Chief Operations Officer – COO*), έναν οικονομικό διευθυντή (*Chief Financial Officer – CFO*) και ούτω καθεξής. Παρά ωστόσο τις όποιες προσπάθειες, στο πλαίσιο της Ελλάδας το σύστημα των *managers* δεν μπορεί να υπάρξει εάν δεν υπάρξουν δομικές αλλαγές όσον αφορά τα βασικά προβλήματα:

1. Διαμόρφωση περιβάλλοντος όπου το *management* μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά,
2. Αυτή τη στιγμή σε μεγάλο βαθμό εντοπίζεται έλλειψη του κατάλληλου άρθια εκπαιδευμένου προσωπικού που θα μπορούσε να επιτελέσει αυτή τη δουλειά.<sup>22</sup>

Στο ελληνικό σύστημα, αλλαγές σε νομοθεσίες που εισάγουν μία μορφή αξιοκρατίας σε επίπεδο πρόσληψης διοικητικών υπαλλήλων έχουν υπάρξει, όπως για παράδειγμα η ίδρυση του Μητρώου Επιτελικών Στελεχών, ή το Ειδικό Συμβούλιο Επιλογής

---

<sup>22</sup> Minogiannis, P. (2012). *Tomorrow's public hospital in Greece - Managing Health care in the post crisis era*. Social Cohesion and Development 2012.

Προσωπικού. Παρά τις προσπάθειες αυτές ωστόσο, παρατηρείται ακόμα αδυναμία εφόσον η νοοτροπία δεν έχει αλλάξει πλήρως. Αναμένεται σε επόμενες νομοθεσίες να γίνει αντιληπτό το πώς θα διαμορφωθεί η έννοια των managers και πώς θα μπορέσει να επέλθει η αξιοκρατική επιλογή τους για μία αντικειμενική και ουσιαστική διοίκηση.

#### **4.1. Τα προβλήματα του Ανθρώπινου Δυναμικού στην Υγεία**

Τόσο σε διεθνές επίπεδο όσο και στην ελληνική πραγματικότητα παρατηρούνται διάφορα προβλήματα όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Πρώτα από όλα, η κατηγορία αυτή παρουσιάζει πολύ μικρό ενδιαφέρον για την πολιτική ατζέντα διαφόρων μεταρρυθμίσεων. Δεύτερον, το επιστημονικό προσωπικό παρουσιάζει επίσης μικρό ενδιαφέρον ως προς την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων διοίκησης προσωπικού και τρίτον, οι managers υγείας αδυνατούν να εφαρμόσουν σωστά αυτές τις μεθόδους, δεδομένης της αδιαφορίας του επιστημονικού προσωπικού. Η πολυπλοκότητα του συστήματος δυσχεραίνει τον συντονισμό εφόσον τα εμπλεκόμενα μέρη είναι πολλά, από τα διοικητικά όργανα όπως το Υπουργείο και οι διοικήσεις της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, μέχρι ενώσεις ιατρών και συνδικάτα. Ως αποτέλεσμα ένα από τα προβλήματα που παρουσιάζονται είναι το ζήτημα της απασχόλησης και της στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας. Η Ελλάδα για παράδειγμα παρουσιάζει μεγάλη αναλογία γιατρών προς ασθενείς (4 γιατροί για 1000 ασθενείς, όταν οι υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης έχουν λιγότερους από 3), ωστόσο σε μεγάλο βαθμό αυτοί απασχολούνται στα μεγάλα αστικά κέντρα με αποτέλεσμα την υποστελέχωση της περιφέρειας. Κατ' επέκταση, αυτό αποτελεί πρόβλημα που αφορά και τον σχεδιασμό και προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού, γεγονός που κάνει ακόμα πιο επιτακτική την εισαγωγή νέων μορφών διοίκησης και την αναγνώριση της σημασίας της ηγεσίας στον τομέα της υγείας.

## 4.2. Η Διοίκηση με στόχους και Αξιολόγηση

Από τους βασικούς πυλώνες του New Public Management που αναφέρθηκαν από την αρχή, αξίζει να σημειωθούν η έννοια της λογοδοσίας και της ευθύνης αλλά και η βελτιωμένη αποδοτικότητα. Σε ένα σύστημα διαχείρισης φυσικών προσώπων, έχει κριθεί πως ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να βελτιωθεί η αποδοτικότητα είναι μέσω ενός συστήματος κινήτρων, αλλά και ενός συστήματος που παρέχει κατευθυντήριες γραμμές προς έναν συγκεκριμένο σκοπό. Συμπληρωματικό προς αυτά είναι ένα σύστημα αξιολόγησης, το οποίο λειτουργεί σαν το ξύλο, σε μία αναλογία προς την αγγλική έκφραση «the carrot and the stick». Σε αυτή την περίπτωση, το καρότο είναι η επίτευξη ενός στόχου και τα κίνητρα που προσφέρονται, ενώ το ξύλο είναι ο φόβος για αρνητική αξιολόγηση και τις πιθανές συνέπειες της στην εργασία του εκάστοτε ατόμου.

Με τον όρο «αξιολόγηση της απόδοσης» εννοούμε το επίσημο σύστημα αξιολόγησης της ατομικής ή ομαδικής εργασιακής απόδοσης (Πολύζος, 2014). Η αξιολόγηση μπορεί να υποδείξει κενά, τόσο σε επίπεδο προσωπικών ικανοτήτων όσο και γενικότερου σχεδιασμού. Η ύπαρξη ορισμένων σταδίων σε αυτή την περίπτωση βοηθάει στην καλύτερη αποτελεσματικότητα της αξιολόγησης. Πρώτα από όλα πρέπει να καθοριστούν οι στόχοι της αξιολόγησης σε σχέση με τους οργανωσιακούς στόχους, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να καθοριστούν και τα κριτήρια αξιολόγησης. Στη συνέχεια ακολουθεί η παρακολούθηση της διαδικασίας παραγωγής αλλά και αξιολόγησης καθώς και η ανατροφοδότηση που αφορά το κατά πόσο η διαδικασία αξιολόγησης ήταν αποδοτική. Ως επέκταση, οι εργαζόμενοι έχοντας στο μυαλό τους την διαδικασία στην οποία πρόκειται να υποβληθούν έχουν ένα κίνητρο να βελτιώσουν τις παροχές τους και να λειτουργήσουν ως τμήμα της οργανωσιακής δομής. Η διαδικασία αυτή θα μπορούσε να θεωρηθεί κομμάτι του New Public Management, ως προς το κομμάτι της λογοδοσίας που επιτυγχάνεται μέσω της επί προσωπικού αξιολόγησης αλλά και ως προς την βελτίωση της αποδοτικότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΚΡΙΤΙΚΗ

Το New Public Management έφερε αδιαμφησβήτητα μια αλλαγή στον τρόπο που η διοίκηση γίνεται αντιληπτή, και έστρεψε την προσοχή προς την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό των κρατικών λειτουργιών, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν έχει δεχθεί ευρεία κριτική σε βασικά του σημεία. Κατά πολλούς, το βασικό πρόβλημα του New Public Management είναι ότι δεν έχει βελτιώσει τις λειτουργίες που κλήθηκε να αναπροσαρμόσει. Σύμφωνα με τους επικριτές της θεωρίας η μόνη ουσιαστική αλλαγή που συντελέστηκε είναι ορισμένα κρατικά μονοπώλια μετατρέπονται σε ιδιωτικά. Στο πλαίσιο αυτό ωστόσο, το κόστος των δραστηριοτήτων παρουσιάζεται αυξημένο εξαιτίας της εμπλοκής του ιδιωτικού τομέα και της δημιουργίας καθεστώτων ημιαγοράς. Ταυτόχρονα, υποστηρίζουν ότι συντελέστηκε μια αρκετά μεγάλη του δημόσιου τομέα που φτάνει τα όρια του ανεπιθύμητου. Αντί να υπάρχουν συγκεκριμένες λειτουργίες από δημόσιους φορείς, αυτοί διασπώνται σε επιμέρους φορείς και δημιουργούν πολυπλοκότητα στην διαχείριση, η οποία μοιράζεται μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η επιρροή της κεντρικής κυβέρνησης ως αποτέλεσμα μειώνεται εφόσον παράλληλα συντελείται και μια πολιτική αποκέντρωσης, με την μετάθεση ευθυνών σε ανεξάρτητες τοπικές κυβερνήσεις και στην περιφέρεια μίας χώρας. Το κράτος χάνει σταδιακά το συνολικό έλεγχο ενώ ακόμα διατηρεί την τυπική ευθύνη. Αυτό εντείνει το ζήτημα της λογοδοσίας το οποίο προσπαθούσε σε πρώτη φάση να επιλύσει η θεωρία της νέας διοίκησης, εφόσον τυπικά το κράτος μένει υπόλογο απέναντι στον πολίτη, παρ' όλο που έχει περιορισμένη ικανότητα εμπλοκής και επιρροής. Ένα ακόμα σημείο στο οποίο στέκονται οι επικριτές της συγκεκριμένης θεωρίας είναι η υπονόμηση των κοινωνικών ζητημάτων έναντι της υποτιθέμενης οικονομικής ανάπτυξης. Ειδικά σε μονάδες υγείας το συγκεκριμένο φαινόμενο θεωρείται αρκετά έντονο. Η έμφαση δίνεται στην απόδοση, την αποτελεσματικότητα και όχι τόσο σε έννοιες όπως ισότητα, δικαιοσύνη και ένα σύστημα συλλογικής διακυβέρνησης, ανοιχτό στην αλληλεπίδραση και την ανατροφοδότηση.

Υπό μία συνολική προσέγγιση της θεωρίας, γίνεται κατανοητό ότι οι αναπροσαρμογές του New Public Management, είναι εφικτές και πιθανώς πετυχημένες, όταν το κράτος έχει ήδη ισχυρούς θεσμούς και είναι ικανό να προστατεύσει τους πολίτες και το δημόσιο συμφέρον την ώρα που κάνει ουσιαστικές κρατικές αρμοδιότητες σε ιδιωτικούς



φορείς. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που δεν συντελείται με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις χώρες όπως προαναφέρθηκε, δεδομένων των διαφορετικών συνθηκών. Ειδικότερα σε υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες, δεν είναι εύκολο να εφαρμοστούν αντίστοιχες αλλαγές. Ακόμα όμως και σε αναπτυγμένες χώρες, όπως για παράδειγμα της Κεντρικής Ευρώπης συναντώνται πολλά εμπόδια που έχουν να κάνουν με την ισχύ των ήδη επικρατούντων θεσμών. Η Γαλλία για παράδειγμα, μία χώρα με αρκετά ισχυρό κρατικό πυρήνα, αντιμετώπισε πληθώρα ζητημάτων, κάποια από τα οποία είχαν κάποια επιρροή στην τελική εφαρμογή. Χώρες με παρόμοιους υγειονομικούς θεσμούς, παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα.

Όλα αυτά τα ζητήματα έχουν κάνει τους επικριτές του New Public Management να αναζητούν νέες θεωρίες που θα συμπληρώσουν τα κενά που αφέθηκαν από την υπό συζήτηση θεωρία. Ως εκ τούτου, μία θεωρία που κάνει την εμφάνιση της φαίνεται να είναι εκείνη του Νέο-Βεμπεριανού κράτους (Neo-Weberian State), η οποία εστιάζει στην επιστροφή του ισχυρού κράτους σε θέματα δημοσίου δικαίου, διατηρώντας κάποια σημεία του NPM .

## ΜΕΡΟΣ Β: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο τμήμα αυτό της εργασίας παρουσιάζονται πρακτικά δεδομένα και στατιστικά στοιχεία σχετικά με την εφαρμογή του New Public Management, σε διάφορες περιπτώσεις. Πρόκειται για διαγράμματα που σχεδιάστηκαν για την παρούσα εργασία και απεικονίζουν την κατάσταση στον χώρο της υγείας, όπως έχει διαμορφωθεί από τις επιρροές του New Public Management. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω είναι αδύνατον να κάνουμε μια εμπειρική σύγκριση της προ και μετά New Public Management εποχής, εφόσον δεν υπάρχει μία διακριτή στιγμή εφαρμογής της πολιτικής αυτής. Τα παρακάτω γραφήματα αφορούν την διανομή χρηματοδότησης ως αποτέλεσμα νέων πολιτικών ρυθμίσεων, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, την κατανομή του επιστημονικού προσωπικού στις περιφέρειες σύμφωνα με την λογική της αποκέντρωσης, αλλά και μία ευρύτερη καταγραφή και αξιολόγηση των γενικότερων αναπροσαρμογών τα τελευταία χρόνια. Η εμπειρική αυτή αποτελεί μια προσπάθεια σχηματικής απεικόνισης των δεδομένων που συλλέχθηκαν κατά την διάρκεια της έρευνας και προκύπτουν από επίσημες στατιστικές πηγές όπως η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, η αντίστοιχη Ευρωπαϊκή (Eurostat) αλλά και στατιστικά στοιχεία άλλων χωρών, όπως η επίσημη σελίδα ενημέρωσης του Αγγλικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Συγκεκριμένα, η σύγκριση εστιάζεται στο αγγλικό σύστημα υγείας, εφόσον αποτελεί ένα σύστημα αρκετά κοντά στο ελληνικό.

Διάγραμμα 2: Πηγές Χρηματοδότησης του NHS

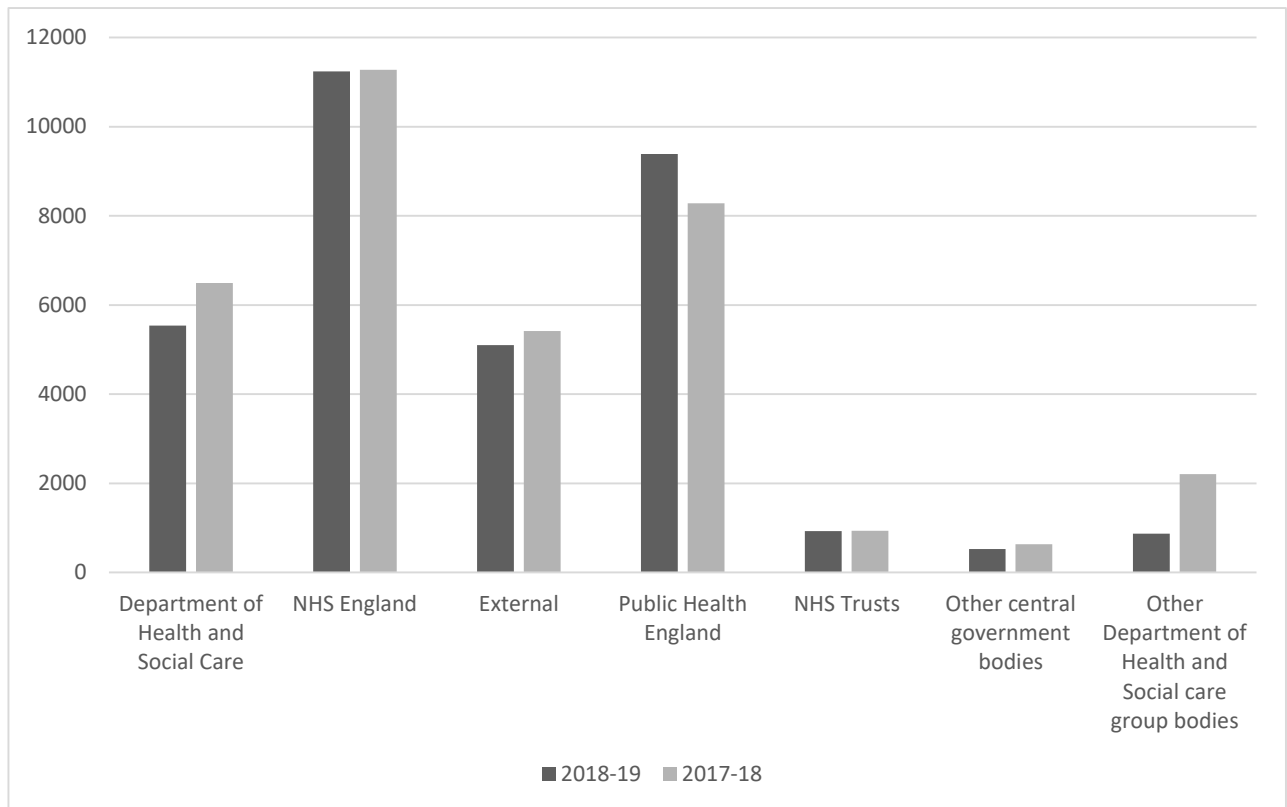


Figure 2: Πηγές Χρηματοδότησης του NHS

Το συνολικό εισόδημα του Αγγλικού συστήματος υγείας κατά την περίοδο 2017-2018, ανερχόταν σε 35.2 εκατομμύρια λίρες, ενώ το 2018-2019 παρουσιάζεται σχετικά μειωμένο (33.6 εκατομμύρια λίρες). Η πλειοψηφία της χρηματοδότησης, προέρχεται από το ίδιο το NHS, ενώ ακολουθούν ο τομέας δημόσιας πολιτικής και το τμήμα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης (public health England και Department of Health and Social Care).

Διάγραμμα 3: Λειτουργικές δαπάνες στη Αγγλία την περίοδο 2017-2018 και 2018-2019 σε εκατομμύρια λίρες

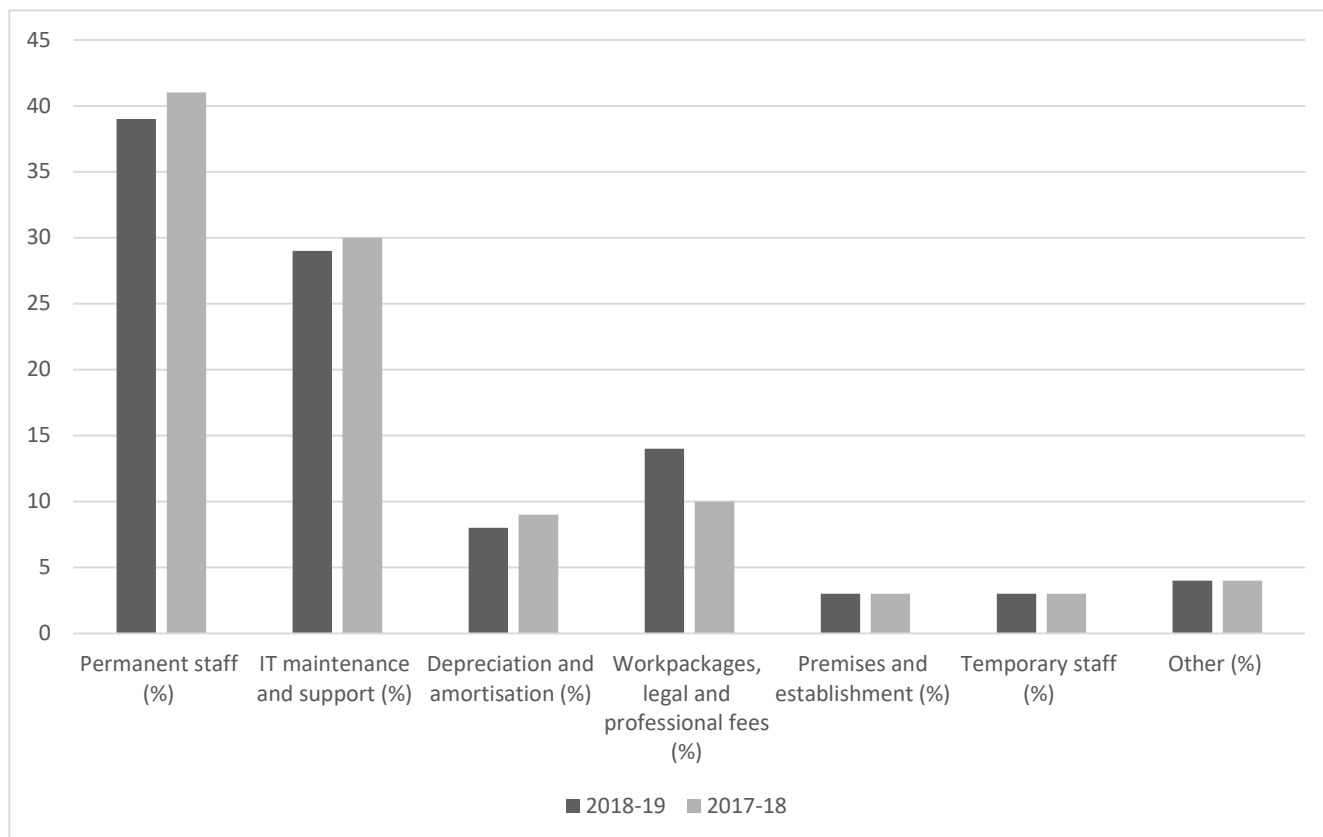


Figure 3: Λειτουργικές δαπάνες στην Αγγλία την περίοδο 2017-2018 και 2018-2019

Η μεγαλύτερη απορρόφηση χρημάτων παρατηρείται από το μόνιμο προσωπικό (permanent staff), εφόσον ανεξαρτήτως περιόδου, αποτελεί ένα πάγιο έξοδο για τον προϋπολογισμό του συστήματος υγείας. Την περίοδο 2018-2019, τα έξοδα για μόνιμο προσωπικό μειώνονται, το οποίο είναι πιθανό στα πλαίσια της μείωση του γενικότερου προϋπολογισμού όπως αναφέρεται στο προηγούμενο σχήμα να εξηγείται είτε από μείωση προσωπικού, είτε από μείωση των απολαβών του πάγιου προσωπικού, για την αναδιανομή του προϋπολογισμού με εστίαση σε διαφορετικές λειτουργίες. Σε αντίστοιχη διαφοροποίηση κινούνται και τα έξοδα για την διατήρηση και την υποστήριξη των πληροφορικών συστημάτων (IT maintenance and support), με περισσότερες δαπάνες κατά την περίοδο 2017-2018. Κατά την περίοδο 2018-2019 ωστόσο, αυξάνονται οι δαπάνες για πακέτα εργασίας, νομικές και επαγγελματικές αμοιβές, γεγονός που είναι πιθανόν να εξηγείται από την όλο και αυξανόμενη τάση στα πλαίσια του New Public Management για outsourcing αρμοδιοτήτων και σύναψη

εξωτερικών συμβάσεων. Έξοδα που αφορούν το προσωρινό προσωπικό (temporary staff) και τις εγκαταστάσεις (premises and establishment) παραμένουν στα ίδια επίπεδα.

Διάγραμμα 4: Δημόσιες Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα

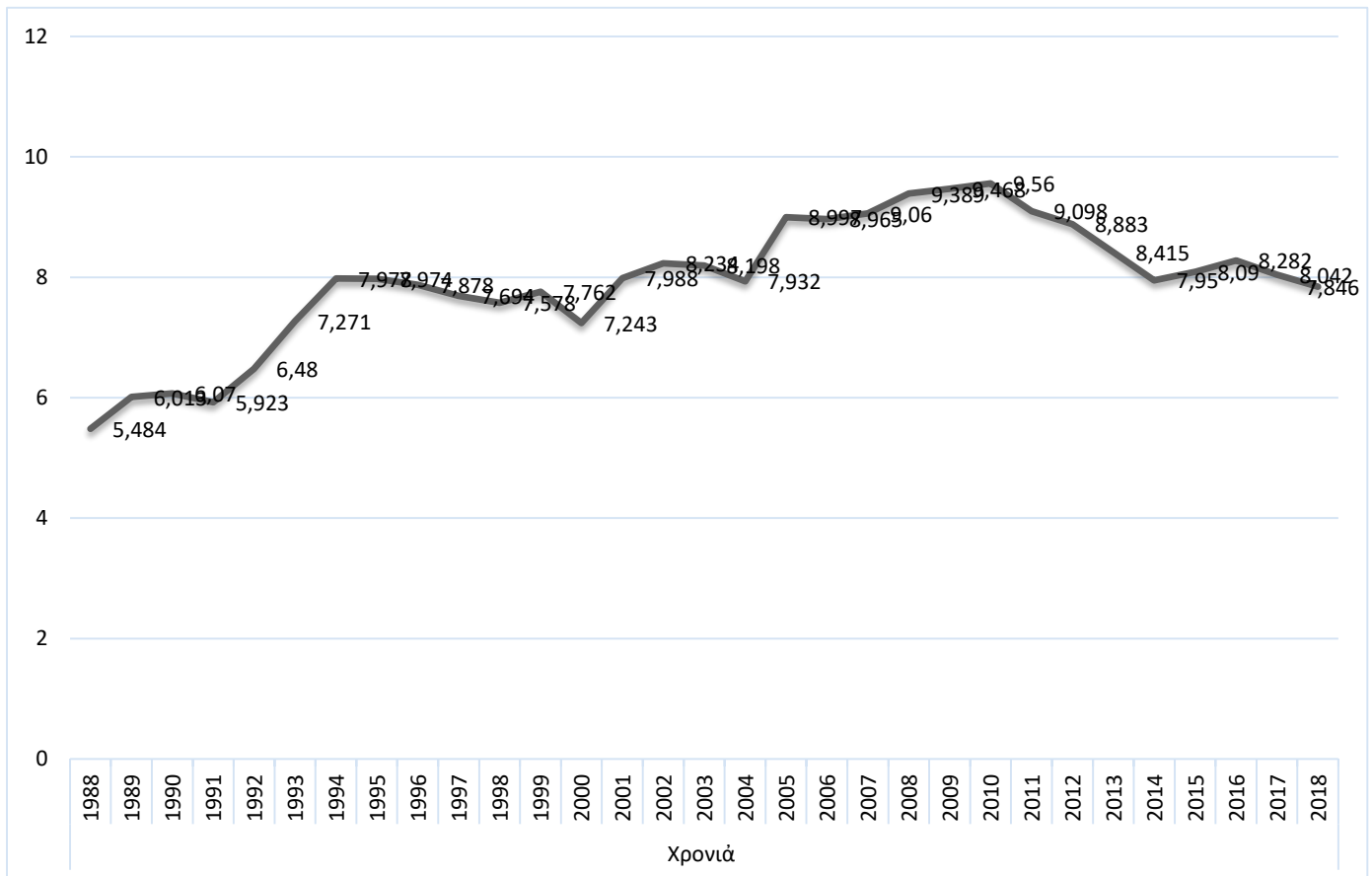


Figure 4: Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία στην Ελλάδα (1988-2018)

Το παραπάνω διάγραμμα υποδεικνύει τις δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα από το 1988 (οπότε και εμφανίζονται τα πρώτα δεδομένα για την χώρα μας στα δεδομένα του ΟΟΣΑ) μέχρι και το 2018. Παρατηρούμε ότι τα δεδομένα αλλάζουν συνεχώς, και ότι με το πέρασμα των χρόνων οι δαπάνες για την δημόσια υγεία αυξάνονται όλο και περισσότερο. Ήδη εξάλλου από το 1983 που έχει ξεκινήσει το ΕΣΥ, εμφανίζεται μία

πρόοδος που κατά βάση οφείλεται στις μετέπειτα εξελίξεις. Πτώση παρατηρείται από την περίοδο των μνημονίων, οπότε, όπως αναφέρεται και παραπάνω, μέσω των μνημονιακών ρυθμίσεων οι δαπάνες μειώθηκαν τόσο ανά άτομο όσο και συνολικά. Στο παρακάτω διάγραμμα, παρουσιάζεται μία σύγκριση των δαπανών με τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Διάγραμμα 5: Δημόσιες δαπάνες για την υγεία σε Ελλάδα και ΟΟΣΑ

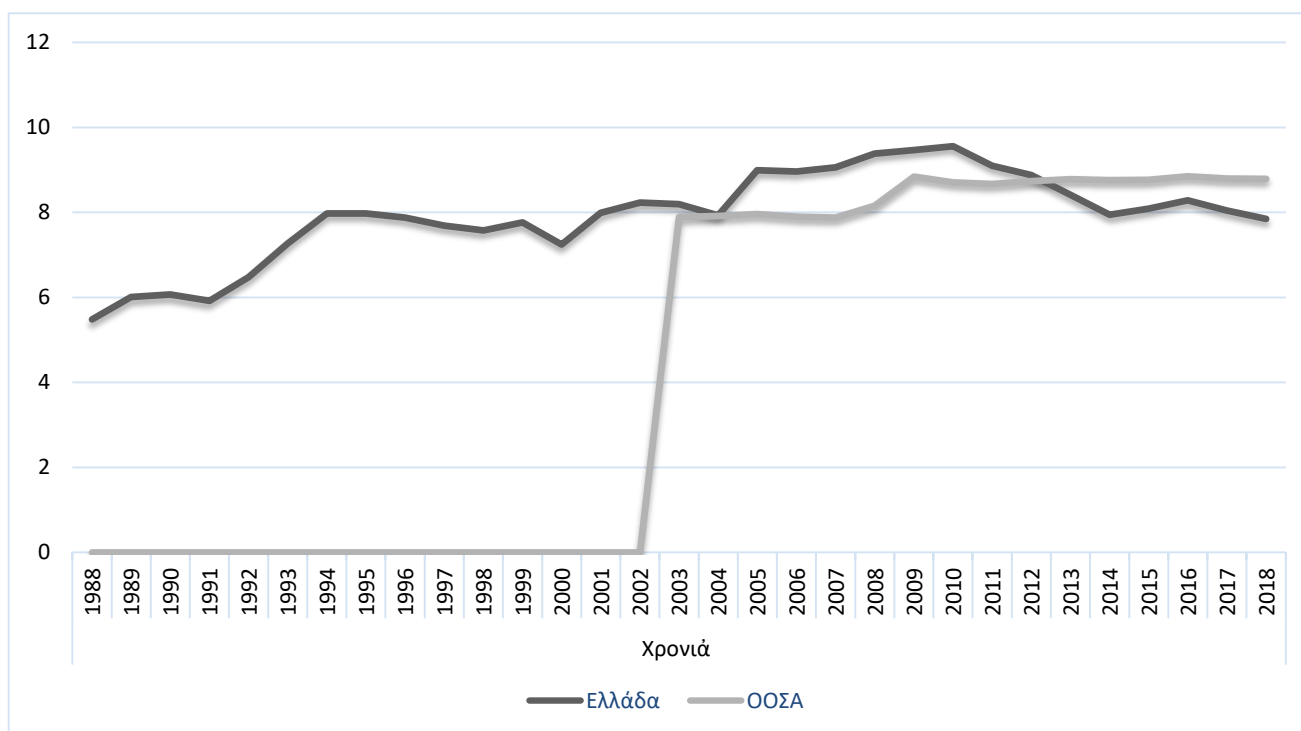


Figure 5: Δημόσιες δαπάνες για την Υγεία σε Ελλάδα και ΟΟΣΑ (1988-2018)

Τα πρώτα δεδομένα για τις δαπάνες υγείας στον ΟΟΣΑ εμφανίζονται σαν σύνολο από το 2003 και μετά, για αυτό και πριν το 2003 τα δεδομένα παρουσιάζονται στο 0. Ενώ σε μεγάλο βαθμό δεν παρατηρούνται διαφορές, είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ κατά κύριο λόγο τα ποσά που δαπανώνται στην Ελλάδα ταυτίζονται σε κάποια σημεία ή είναι αυξημένα σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ, από το 2012 και μετά και πιθανόν λόγω της κρίσης, η Ελλάδα έχει μειώσει τις δαπάνες υγείας συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες όπου οι δαπάνες παραμένουν σταθερές.

Διάγραμμα 6: Δαπάνες από υποχρεωτικές πηγές ανά κατηγορία υπηρεσίας υγείας

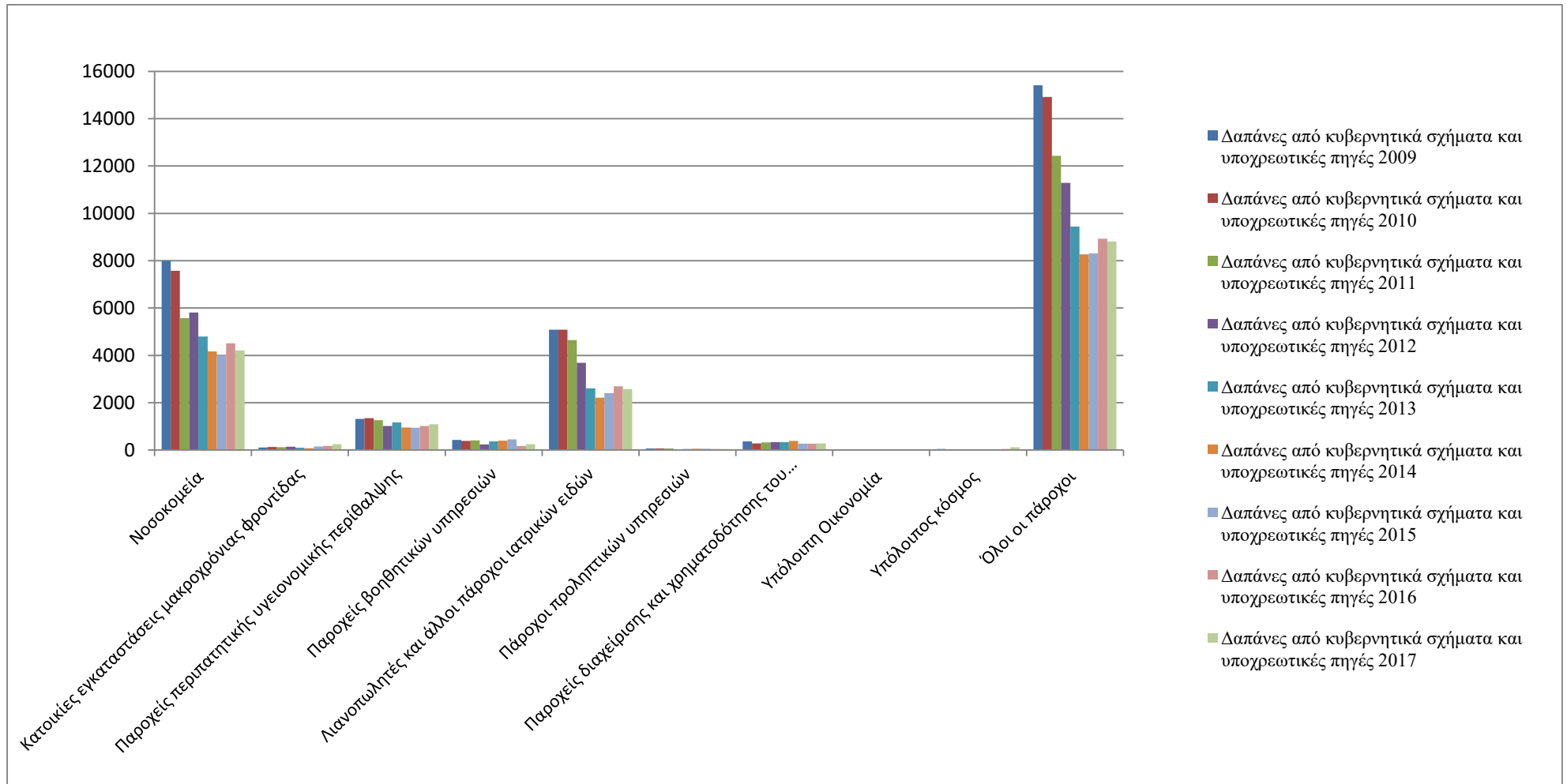
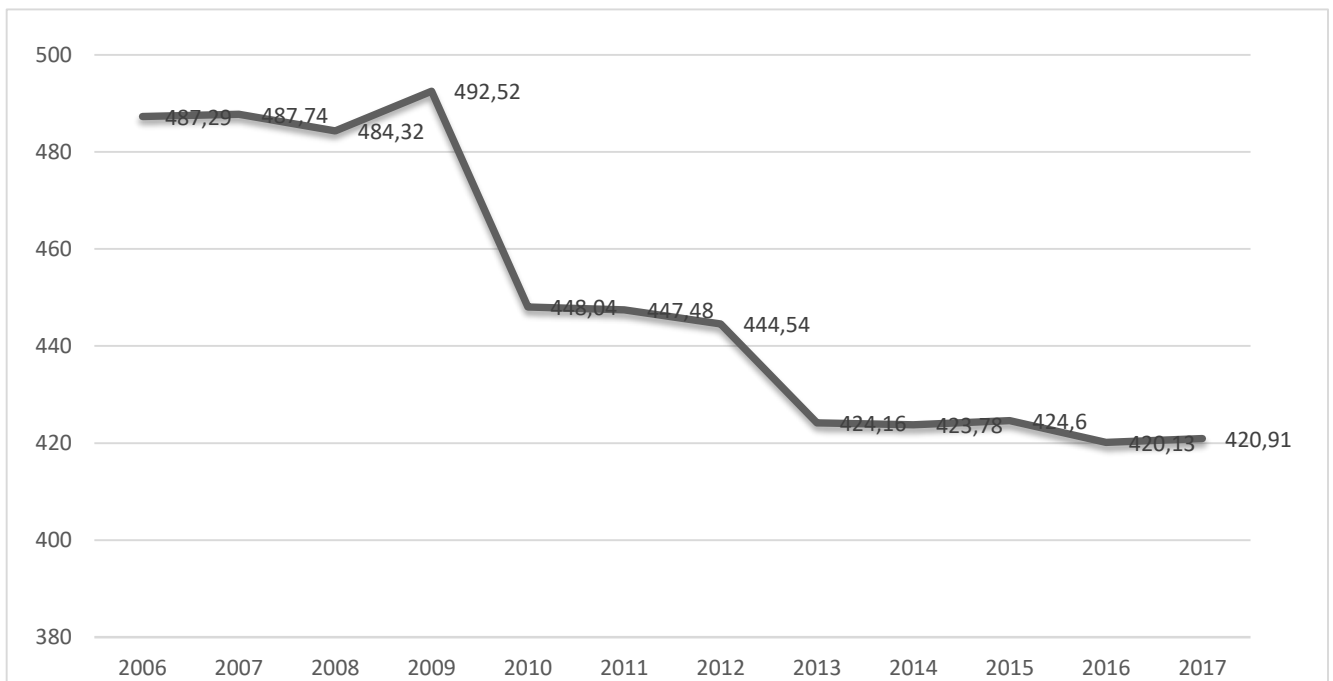


Figure 6: Δαπάνες από Υποχρεωτικές πηγές ανά κατηγορία υπηρεσίας υγείας

Το παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζει αναλυτικά τις αλλαγές σε επίπεδο δαπανών μέσα στα χρόνια, αλλά και την κατεύθυνση των δαπανών που προέρχονται μέσω κρατικών πηγών. Όπως φαίνεται, τα νοσοκομεία απορροφούν το μεγαλύτερο κομμάτι της χρηματοδότησης, με τους ιδιωτικούς παρόχους να έρχονται δεύτεροι. Παρατηρείται ακόμα, μία μεγάλη μείωση των δαπανών μέσα στα χρόνια της κρίσης όσον αφορά τα νοσοκομεία, με μία μόνο μικρή αύξηση το 2012 και ξανά το 2016, κατ' ουσίαν όμως οι δαπάνες ακολουθούν πτωτική πορεία. Αντίθετα, οι κατοικίες εγκατάστασης μακροχρόνιας φροντίδας στην λογική της απομάκρυνσης από τα νοσοκομεία και την περίθαλψη σε μικρότερες μονάδες, κατά το πρότυπο της Δανίας, παρουσιάζουν σχετικά σταθερό προϋπολογισμό, μέσα στα χρόνια και μάλιστα με αυξητική τάση. Το γεγονός αυτό αποτελεί παράδειγμα εφαρμογής των θεωριών του New Public Management ως λογική της αποκέντρωσης και της διανομής αρμοδιοτήτων.

*Διάγραμμα 7: Διαθέσιμα νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους – Ελλάδα*



*Figure 7: Διαθέσιμα Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους - Ελλάδα*



Στο προηγούμενο διάγραμμα παρουσιάστηκε η τάση ενίσχυσης χρηματοδότησης των πρωτοβάθμιων μονάδων περίθαλψης μέσα στα χρόνια της κρίσης ως συνέπεια της θεωρίας του NPM και της αποκέντρωσης, ενώ παρουσιάστηκε και η μείωση χρηματοδότησης προς τα νοσοκομεία. Στο παρόν διάγραμμα, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της προαναφερθείσας μείωσης και συγκεκριμένα η μείωση των νοσοκομειακών κλινών. Το 2016 όπως φαίνεται αποτελεί το έτος με την μικρότερη διαθεσιμότητα, η οποία είχε παρουσιάσει μια μεγάλη άνοδο το 2009 πριν δηλαδή το ξέσπασμα της κρίσης. Στο παρακάτω διάγραμμα αντίστοιχα εμφανίζονται τα νοσοκομειακά κρεβάτια στο σύνολο των 28 κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Και σε αυτή την περίπτωση ο αριθμός των κρεβατιών παραμένει πτωτικός. Συμπεραίνουμε επομένως πως πιθανόν η τάση αποκέντρωσης από νοσοκομεία σε μικρότερες μονάδες περίθαλψης αποτελεί μία γενικότερη κατεύθυνση και όχι μόνο μια ελληνική ιδιαιτερότητα. Αντίστοιχη πτώση φυσικά, παρουσιάζεται και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Διάγραμμα 8: Διαθέσιμα νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους – Ευρώπη (28)

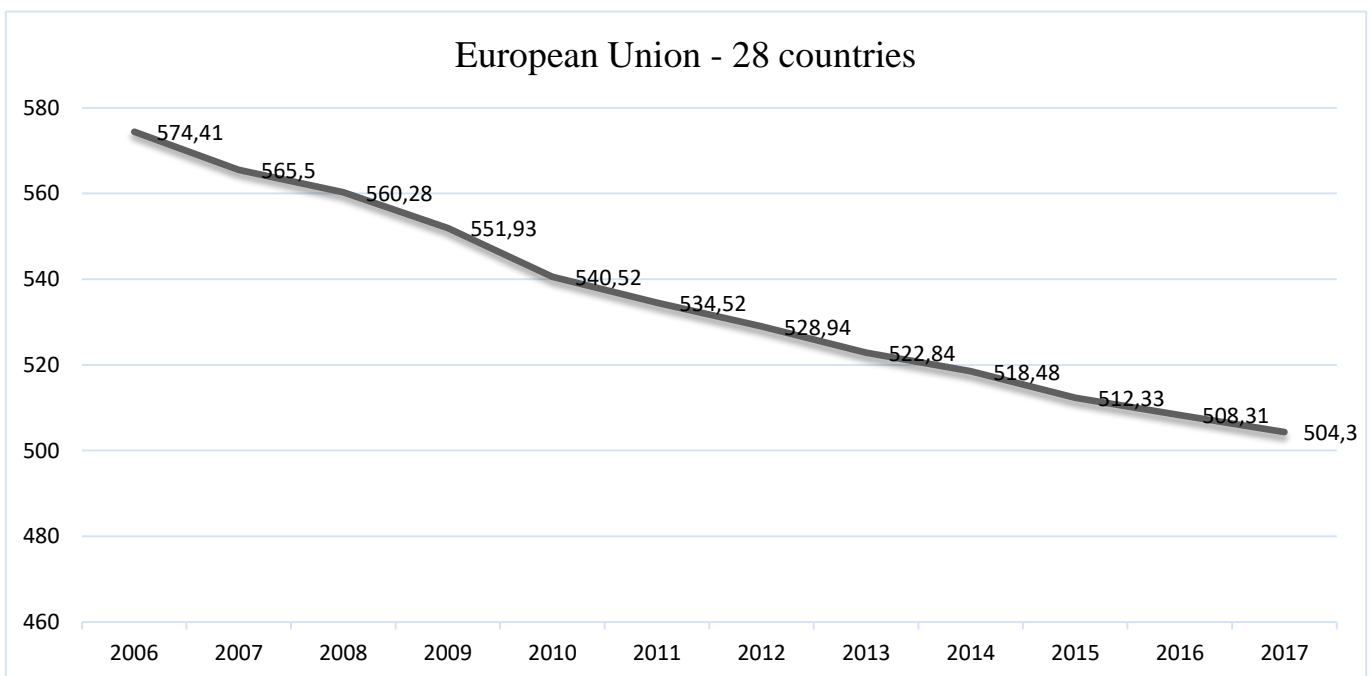


Figure 8: Διαθέσιμα Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους - Ευρώπη των 28

Διάγραμμα 9: Διαθέσιμα νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους – Ηνωμένο Βασίλειο

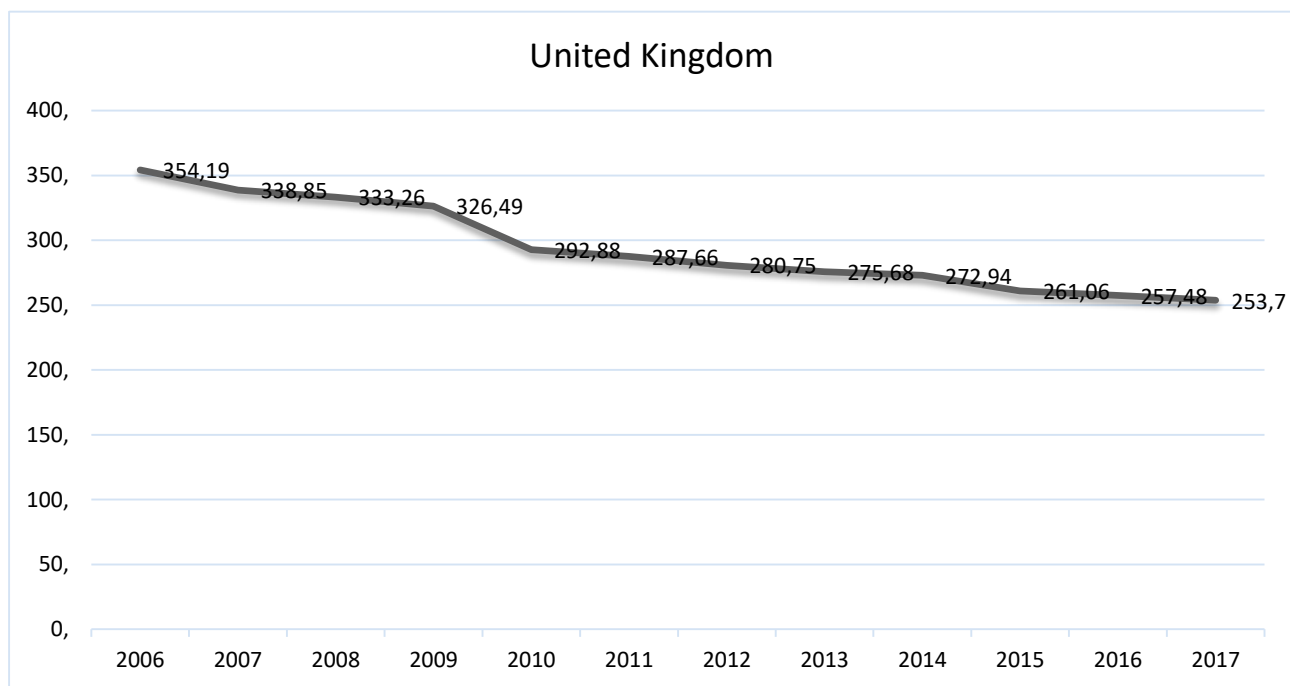


Figure 9: Διαθέσιμα Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 100.000 κατοίκους - Ηνωμένο Βασίλειο

Διάγραμμα 10: Ανθρώπινο Δυναμικό στον τομέα της Υγείας στο σύνολο της χώρας (Ελλάδα)

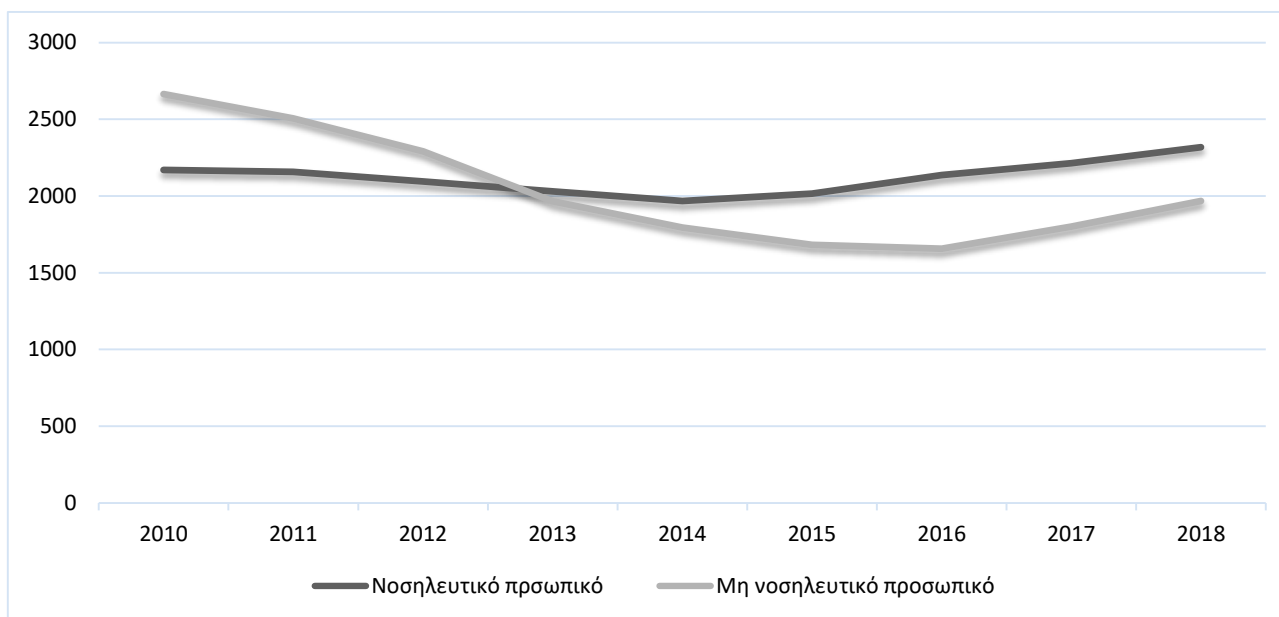


Figure 10: Ανθρώπινο Δυναμικό στον Τομέα της Υγείας στο σύνολο της χώρας

Η θεωρία του NPM και η εισαγωγή managers στην υγεία, είναι ακόμα ένα αρκετά καινούριο φαινόμενο που δεν έχει μελετηθεί επαρκώς και δεν μπορεί να μας αποδώσει τις απαραίτητες πληροφορίες. Στο παραπάνω διάγραμμα ωστόσο γίνεται φανερό πώς επηρέασε η κρίση τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και το λοιπό προσωπικό (διοικητικοί υπάλληλοι, υπάλληλοι γενικών καθηκόντων, λοιποί εργαζόμενοι). Ενώ σε πρώτο στάδιο το μη νοσηλευτικό προσωπικό ξεπερνούσε το νοσηλευτικό, στη συνέχεια μπαίνοντας έντονα στην κρίση παρατηρούμε τις μειώσεις να αφορούν κατά βάση το μη νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό συνέβη γιατί πιθανότατα, η μείωση νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται με την μείωση της αποτελεσματικότητας προσφοράς υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Αντίθετα, η μείωση διοικητικού προσωπικού υπονομεύει τον τρόπο λειτουργίας και διοίκησης και όχι την άμεση σχέση ιατρών-ασθενών. Φυσικά και αυτή η μείωση συνεπάγεται λειτουργικά προβλήματα και καθυστερήσεις, ωστόσο αυτό δεν δημιουργεί άμεσα προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα 11: Το Διοικητικό Προσωπικό στον τομέα της Υγείας στο σύνολο της χώρας (Μεγάλη Βρετανία)

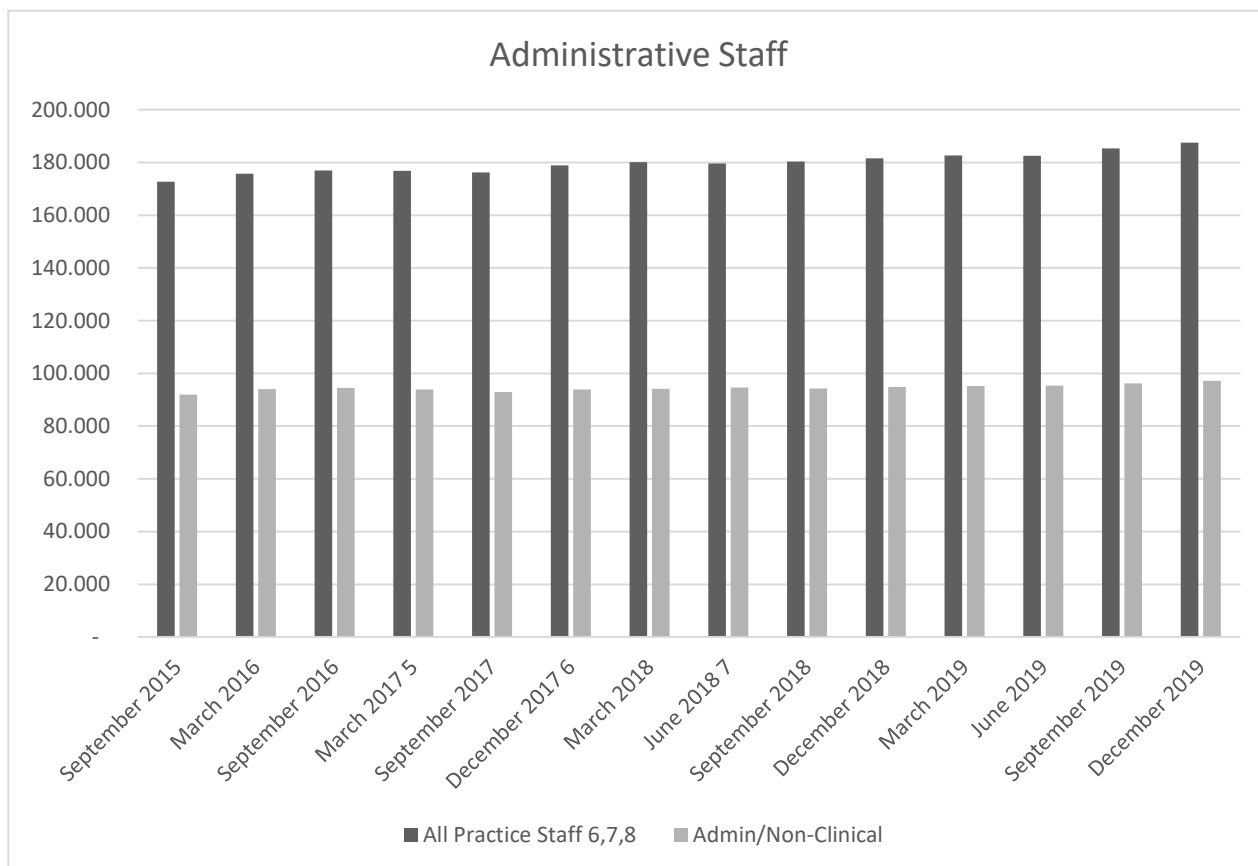
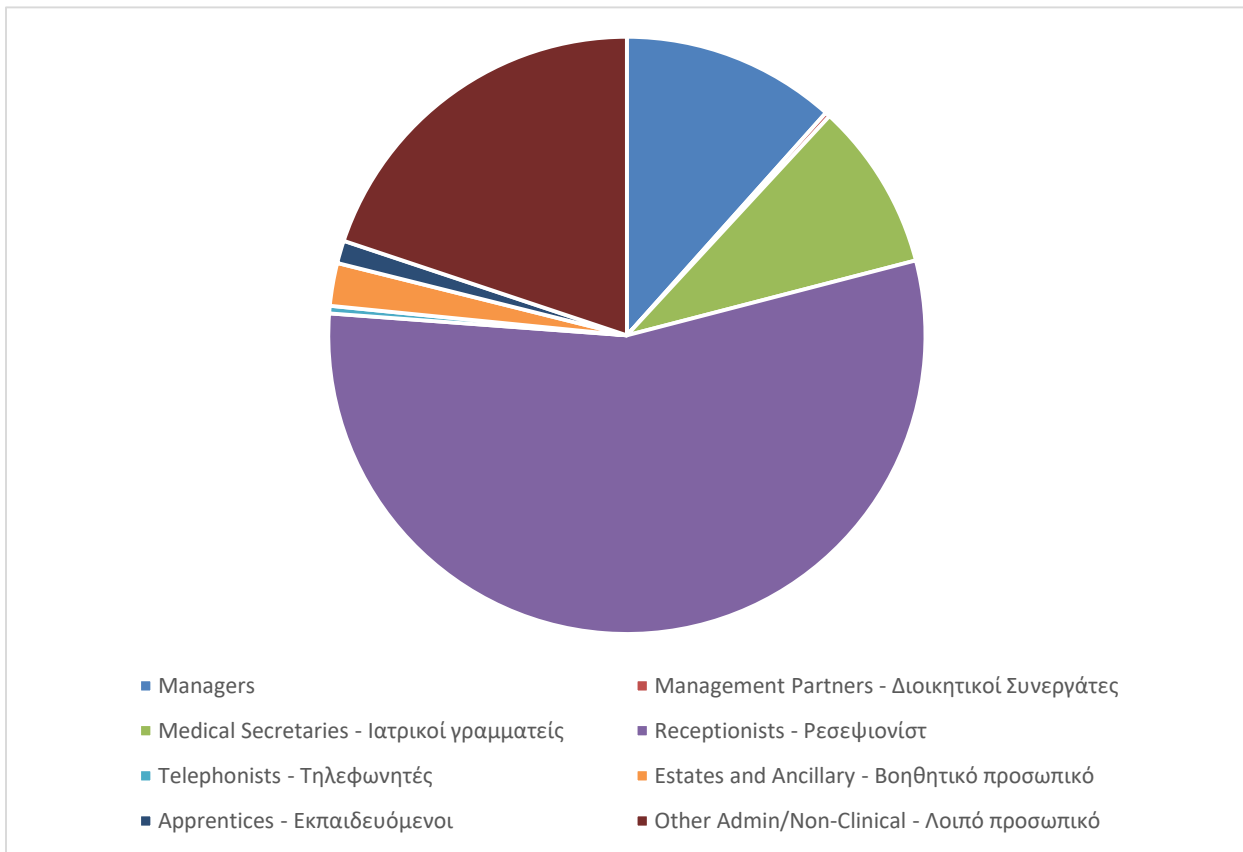


Figure 11: Το Διοικητικό Προσωπικό στον τομέα της Υγείας στο σύνολο της χώρας (Μεγάλη Βρετανία)

Το παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζει την εξέλιξη του διοικητικού προσωπικού στην Αγγλία σε σύγκριση με το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού. Παρατηρείται μια σταθερή κατανομή του διοικητικού προσωπικού από το 2015 μέχρι το 2019, αναλογική του γενικού πληθυσμού των επαγγελματιών υγείας. Παρά μικρές αυξομειώσεις, παρατηρούμε ότι το διοικητικό προσωπικό αποτελεί το ήμισυ όλων των εργαζομένων. Στην παρακάτω πίνα καταγράφονται οι κατηγορίες διοικητικού προσωπικού στο Αγγλικό σύστημα υγείας (NHS), στα ποσοστά στα οποία καταγράφηκαν τον Δεκέμβριο του 2019.

Εικόνα 4: Κατηγορίες Διοικητικού Προσωπικού στην Αγγλία – Δεκέμβριος 2019



Εικόνα 4: Κατηγορίες Διοικητικού Προσωπικού - Αγγλία Δεκέμβριος 2019

Διάγραμμα 12 : Αριθμός ιατρών ανά 1.000 άτομα, Ελλάδα και ΟΟΣΑ

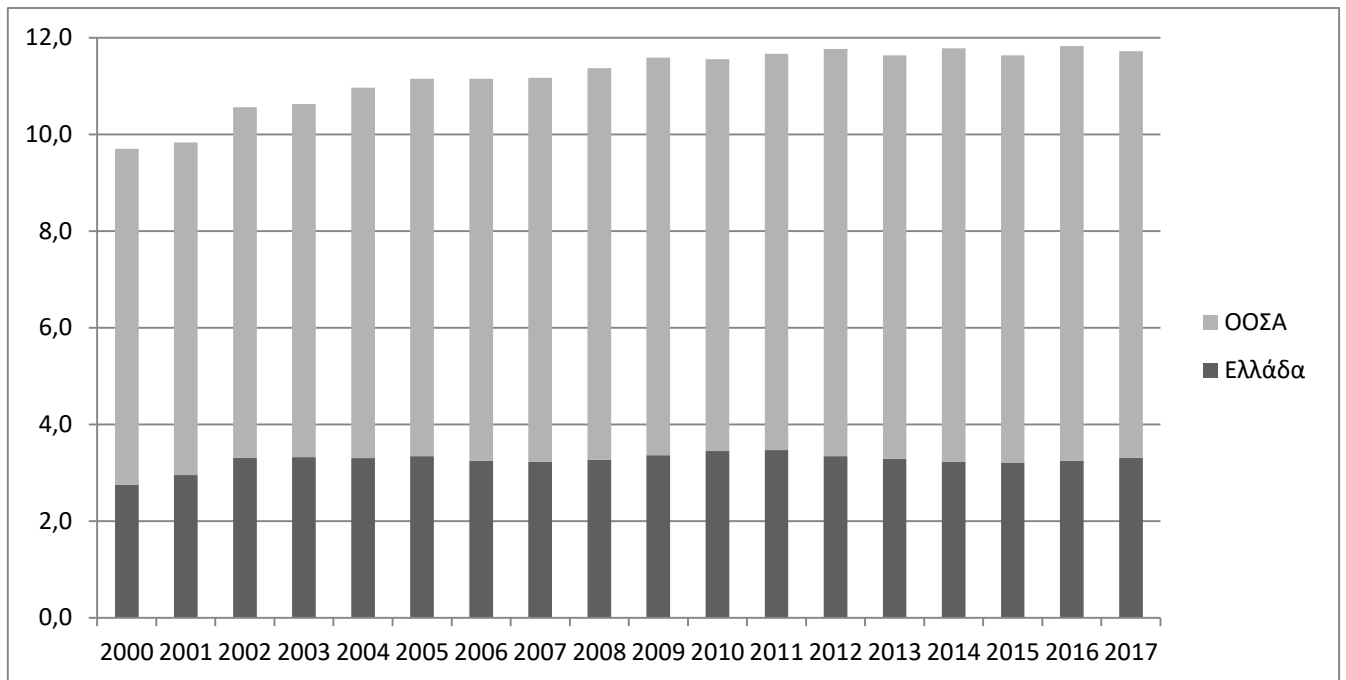


Figure 12: Αριθμός ιατρών ανά 1.000 άτομα Ελλάδα και ΟΟΣΑ

Διάγραμμα 13: Αριθμός νοσοκόμων ανά 1.000 άτομα, Ελλάδα και ΟΟΣΑ

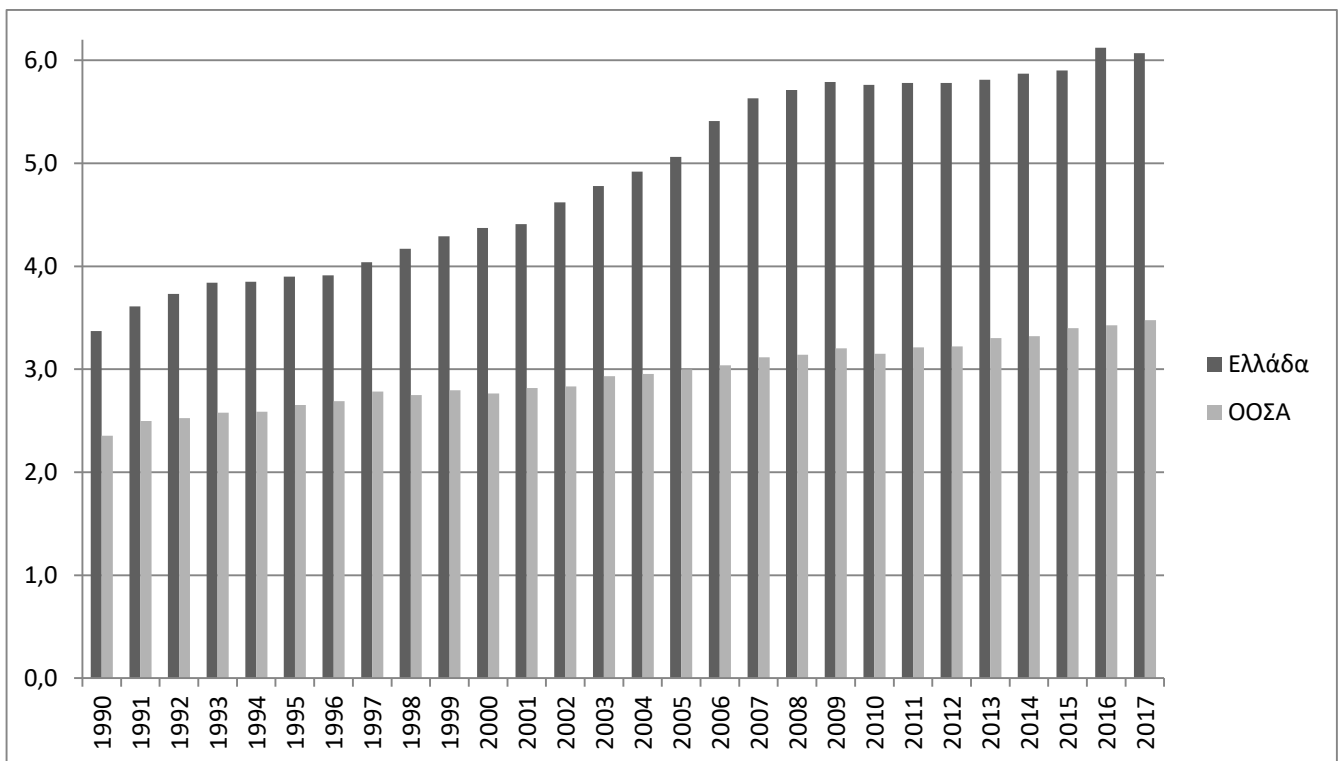
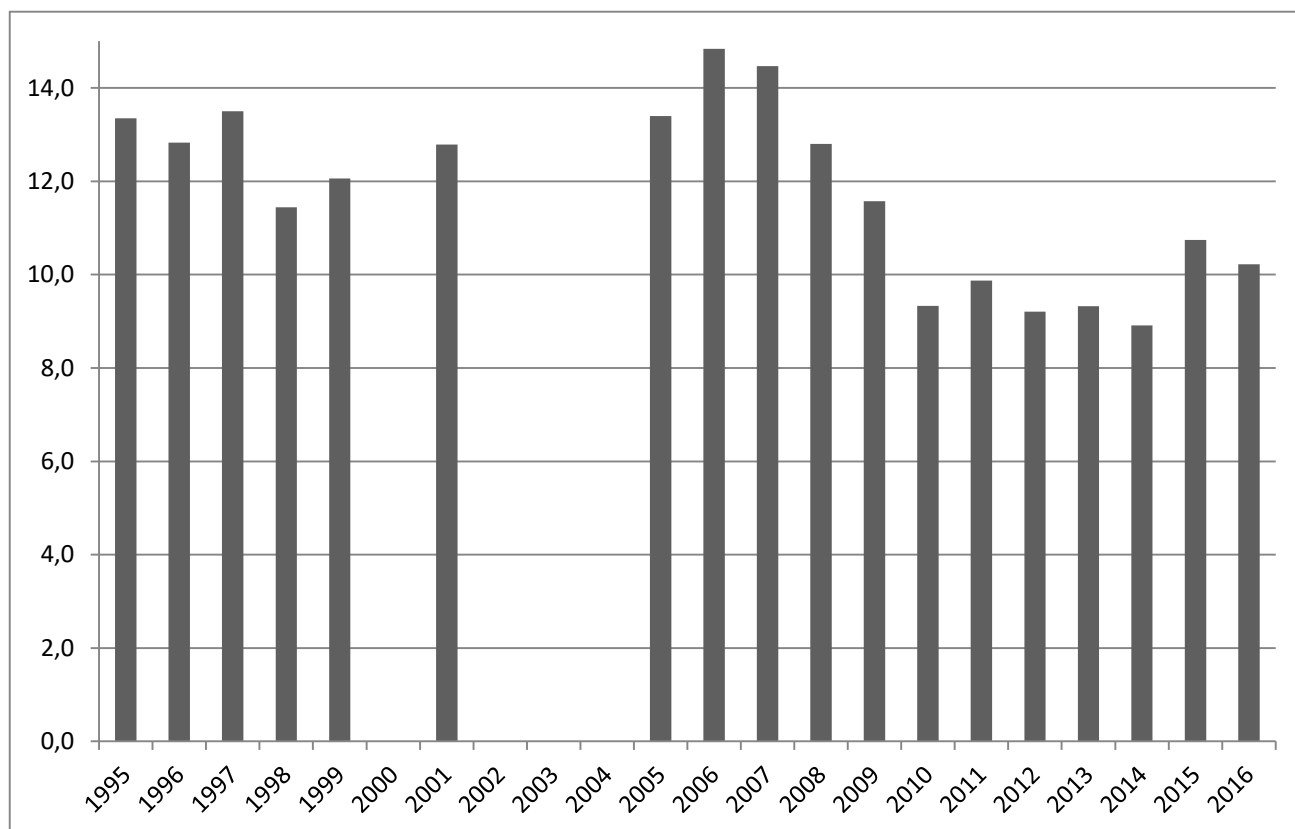


Figure 13: Αριθμός νοσοκόμων ανά 1.000 άτομα, Ελλάδα και ΟΟΣΑ

Τα δύο παραπάνω γραφήματα δείχνουν τον αριθμό των γιατρών και των νοσοκόμων ανά 1000 άτομα στην Ελλάδα, σε σύγκριση με τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Από το 1990 μέχρι σήμερα, ο αριθμός του επιστημονικού προσωπικού αυξάνεται σταθερό, γεγονός που υποθέτουμε ότι θα δημιουργήσει την ανάγκη για καλύτερη οργάνωση, διαχείριση και προγραμματισμό. Η τοποθέτηση και ο διαμοιρασμός αρμοδιοτήτων σε όλο αυτό το δυναμικό είναι μία διαδικασία από μόνη της δυσχερής, που εξηγεί την τάση πρόσληψης εξωτερικών managers κατά τα νέα πρότυπα διοίκησης. Οι managers ως εξωτερικό διοικητικό προσωπικό έχουν συνήθως την τεχνογνωσία να διαχειριστούν όλον αυτόν τον όγκο πόρων (τόσο ανθρωπίνων όσο και υλικών) προκειμένου για την καλύτερη διοργάνωση του συστήματος, δεδομένου μάλιστα ότι είναι άτομα με την κατάλληλη τεχνογνωσία.

*Διάγραμμα 14: Αριθμός αποφοίτων Ιατρικών σχολών ανά 1.000 κατοίκους (Ελλάδα)*



*Figure 14: Αριθμός αποφοίτων Ιατρικών σχολών ανά 1.000 κατοίκους (Ελλάδα)*

Το δέκατο τέταρτο διάγραμμα περιγράφει την εξέλιξη του αριθμού των αποφοίτων ιατρικών σχολών από τη χώρα μας. Η κρίση φαίνεται να επηρεάζει την εξέλιξη αυτή, καταγράφοντας μία δραματική πτώση στον αριθμό αποφοίτων. Η οικονομική κρίση που έστρεψε πολλούς νέους τόσο στο εξωτερικό όσο και στην επιλογή μίας διαφορετικού είδους εργασίας από την παραδοσιακή επιθυμία των γονέων για επιστημονική κατάρτιση, η αποθάρρυνση από το σύστημα υγείας αλλά και η μείωση των δαπανών που δυσχέραναν τον ρόλο της διαχείρισης της δημόσιας υγείας, είναι μόνο μερικοί από τους λόγους εκείνους που συνέβαλλαν στην μείωση του αριθμού αποφοίτων. Συμπερασματικά, η εισαγωγή μίας νέας λογικής διαχείρισης όπως το NPM αποτελεί το ιδανικό κίνητρο ενθάρρυνσης των νέων και βελτίωσης της άποψης τους για το σύστημα.



Διάγραμμα 15: Ανθρώπινο Δυναμικό ανά περιφέρεια, Ελλάδα 2018

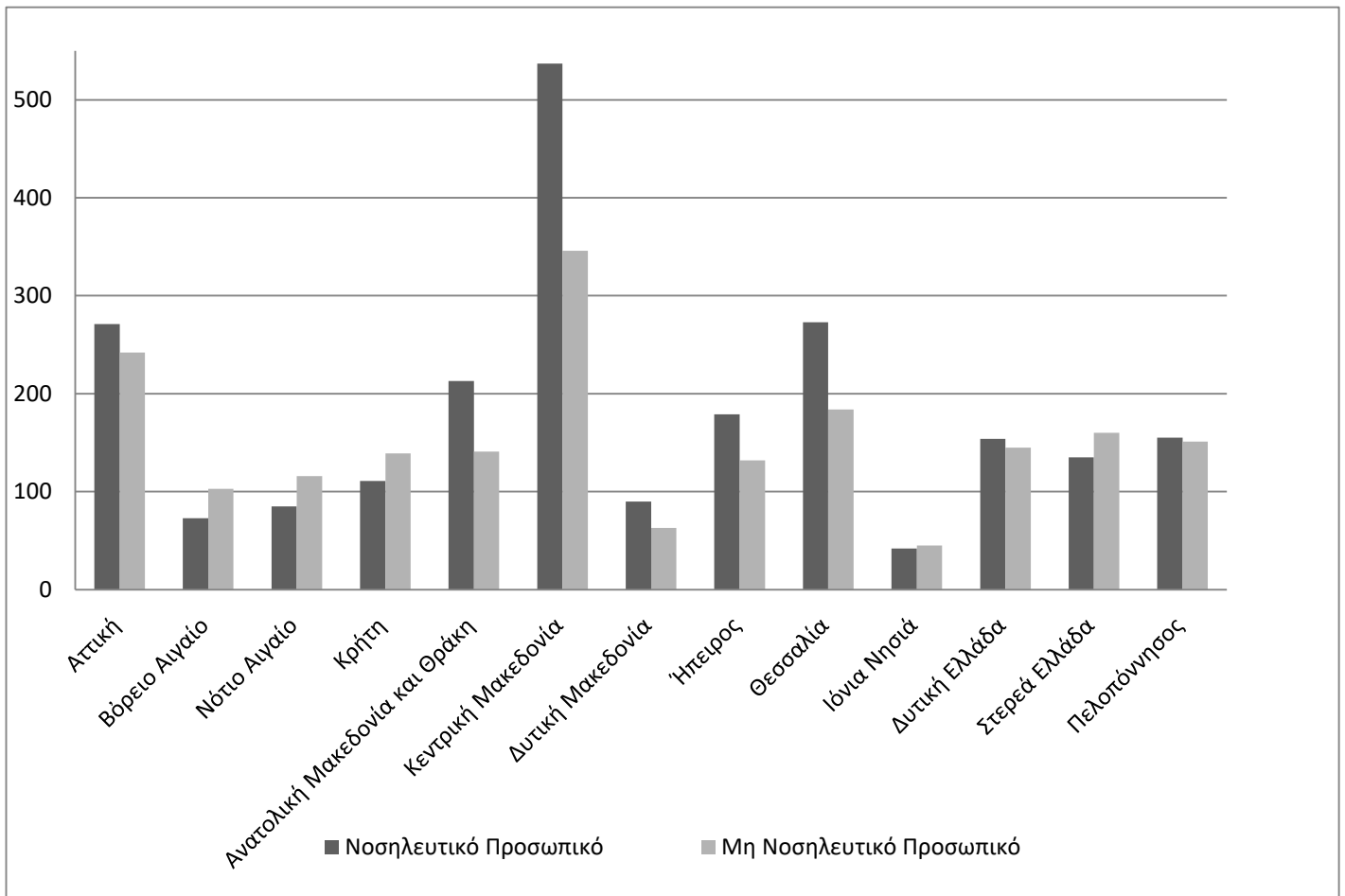


Figure 15: Ανθρώπινο Δυναμικό ανά περιφέρεια, Ελλάδα 2018

Το διάγραμμα 15 υποδεικνύει την κατανομή του προαναφερθέντος ανθρώπινου δυναμικού σε όλη την χώρα. Το συγκεκριμένο διάγραμμα περιλαμβάνει τόσο το Νοσηλευτικό Προσωπικό (ιατροί, νοσοκόμοι), όσο και το μη Νοσηλευτικό Προσωπικό (διοικητικά στελέχη, γραμματείς κλπ). Η μεγαλύτερη συσσώρευση ανθρώπινου δυναμικού παρατηρείται στην Κεντρική Μακεδονία (συσσώρευση πληθυσμού ανά συγκεκριμένο αριθμό ατόμων), ενώ βλέπουμε ότι στην υπόλοιπη περιφέρεια πλην των νησιών, ο αριθμός του προσωπικού κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα.

Διάγραμμα 16: Κατανομή γιατρών ανά περιφέρεια / ανά 100.000 κατοίκους

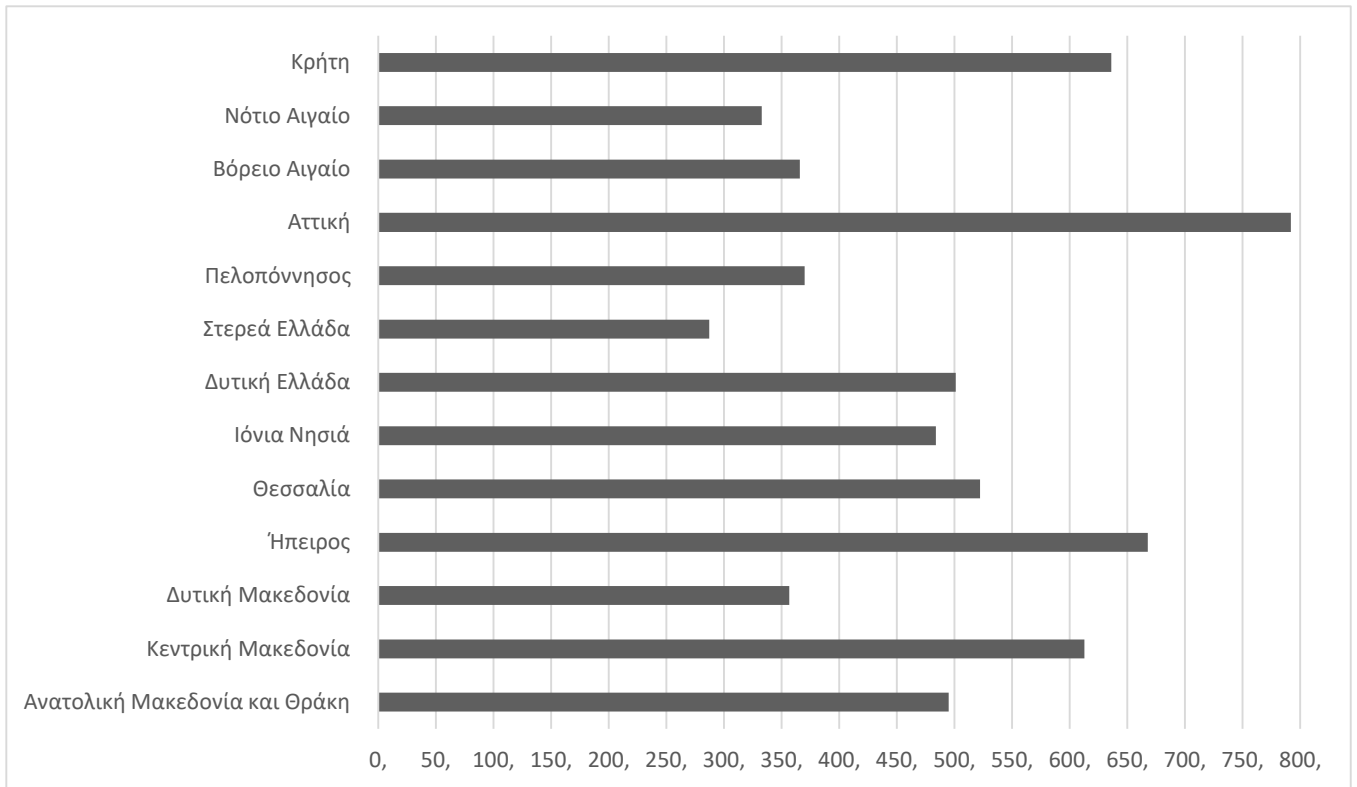
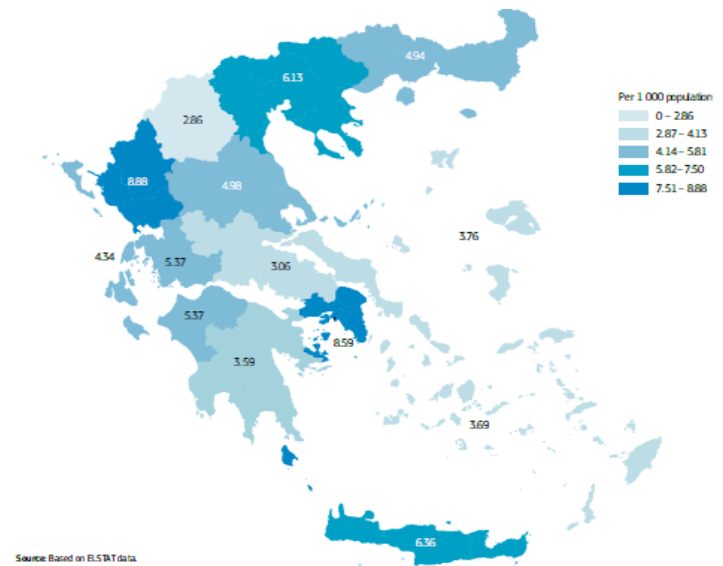


Figure 16: Κατανομή γιατρών ανά περιφέρεια ανά 100.000 κατοίκους

Στο παραπάνω διάγραμμα φαίνεται η κατανομή των ιατρών σε όλη την Ελλάδα για το έτος 2017, το οποίο άπτεται της συζήτησης για την αποκέντρωση και την περιφερειακή κατανομή του προσωπικού ώστε να μπορεί να είναι πιο κοντά στους πολίτες. Ακόμα δεν φαίνεται να έχει επιτευχθεί πλήρως η φιλοσοφία της αποκέντρωσης και της προσβασιμότητας, εφόσον βλέπουμε μεγάλο πληθυσμό του ανθρώπινου δυναμικού να συγκεντρώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα και περιοχές όπως τα νησιά να παραμένουν με λιγιστό προσωπικό. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση ιατρών παρατηρείται στην Αττική (περίπου 792 γιατροί ανά 100.000 κατοίκους) ενώ η μικρότερη στην Στερεά Ελλάδα (287 γιατροί ανά 100.000 κατοίκους).



Εικόνα 5: Κατανομή γιατρών ανά περιφέρεια 2017, Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα προβλήματα της παραδοσιακής οργάνωσης σε συνδυασμό με τις κοινωνικοοικονομικές παθογένειες του 20<sup>ου</sup> αιώνα οδήγησαν στην ανάδειξη μίας νέας πρακτικής για την δημόσια διοίκηση, τη θεωρία του New Public Management. Βασισμένη σε πρακτικές όπως αποκέντρωση, απορρύθμιση, ιδιωτικοποιήσεις και σύναψη δημοσίων ιδιωτικών συμβάσεων, η θεωρία αυτή αλλάζει την οπτική της διοίκησης και την φέρνει πιο κοντά στη λογική μιας αγοράς, όπου ο πολίτης, άλλοτε χρήστης κρατικών υπηρεσιών, είναι πλέον καταναλωτής. Όπως έχει αναφερθεί πολλές φορές μέχρι τώρα το NPM δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε χώρα με τον ίδιο τρόπο στο σύνολο του, λόγω των διαφορετικών συνθηκών που επικρατούν στην κάθε μια, γεγονός που συνοδεύεται από έντονη κριτική σχετικά με τη λογική πίσω από το NPM. Οι επικριτές του NPM τονίζουν συνεχώς ότι δεν είναι δυνατόν όλες οι λειτουργίες να συμπεριφερθούν στην λογική του ιδιωτικού τομέα. Η δημόσια διοίκηση ως θεσμός, πρεσβεύει συγκεκριμένες αξίες, μεταξύ άλλων κοινωνική και πολιτισμική ισότητα, ομοιογένεια, καθολικότητα υπηρεσιών, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό συγκρούονται με τις αξίες της αγοράς: ανταγωνισμός, ελεύθερη επιλογή, διαφορά υπηρεσιών. Ταυτόχρονα διαφοροποίηση υπάρχει και ως προς τους στόχους. Ο δημόσιος τομέας σε μεγάλο βαθμό αποσκοπεί στην σταθερότητα και την εξασφάλιση μίας καλής ποιότητας ζωής για όλους τους πολίτες, σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα που αποσκοπεί στο κέρδος και την ανταπόδοση. Αντί να επιτυγχάνει το σκοπό του για καλύτερη ποιότητα παροχών και μειωμένη γραφειοκρατία, το NPM πολλές φορές κατηγορείται ότι αφήνει απέξω συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων και ότι αυξάνει το κόστος πρόσβασης στην υγεία. Ενώ κατά τη δεκαετία του 90' οι κυβερνήσεις ωθήθηκαν σε ιδιωτικοποιήσεις σε δημόσιες παροχές όπως ο ηλεκτρισμός, πλέον η τάση αυτή επεκτάθηκε και σε υπηρεσίες εκπαίδευσης και υγείας, με αποτέλεσμα να μην μπορεί κανείς να εγγυηθεί την επιβίωση των αξιών τους, με αποτέλεσμα το NPM να χάνει τη νομιμότητα του απέναντι στους πολίτες.

Η Ελλάδα είναι μία χώρα που πάσχει και υστερεί σε πολλούς τομείς. Το διοικητικό της σύστημα αποτελεί συσσώρευση παθογενειών, με αποτέλεσμα να χάνει την εμπιστοσύνη του από το λαό. Στον τομέα της υγείας συμβαίνει το αντίστοιχο, εφόσον και αυτός αποτελεί δομή του ίδιου διοικητικού συστήματος που διέπεται από πελατειακές σχέσεις

και ελλείψεις. Η λογική του New Public Management, προσέφερε μία ελπίδα για μία γενικότερη αναδιάρθρωση του τομέα της Υγείας, ωστόσο προϋπόθεση αποτελεί η γενικότερη αλλαγή νοοτροπίας. Πράγματι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν διευκόλυναν κάποιες λειτουργίες, όπως για παράδειγμα την προσβασιμότητα των πολιτών στο σύστημα υγείας κατά την αρχή της επικουρικότητας, η οποία βλέπουμε να διευκολύνεται μέσω της τηλεϊατρικής. Ακόμα όμως πολλά σημεία της Ελλάδας παραμένουν απομονωμένα, πολλοί γιατροί δεν έχουν πρόσβαση σε νέες τεχνικές εκπαίδευσης και νέες μεθόδους και πολλά ανειδίκευτα άτομα παραμένουν σε καίριες διοικητικές θέσεις.

Η επιθυμητή μεταρρύθμιση θα αργήσει να έρθει, και προϋποθέτει μια μεγάλη κοινωνική αλλαγή. Το New Public Management, παρα τα αρνητικά που μπορεί να έχει, αποτελεί το πρώτο βήμα για τον εκσυγχρονισμό της χώρας και την καλύτερη διαχειρισιολογική προσέγγιση της δημόσιας διοίκησης προς όφελος τόσο των πολιτών όσο και του ίδιου του μηχανισμού.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adamakidou, T. and Kalokerinou, A. (2010). New Health Policies in Primary Health Care in Greece. *Health Science Journal*, 4(1), pp.15-23.
- Lane, J. (2000). *New public management*. London: Routledge.
- Lynn, L. (2006). *Public management*. New York: Routledge.
- Makrydemetres, A., Zervopoulos, P. and Pravita, M. (n.d.). *Reform of Public Administration in Greece Evaluating Structural Reform of Central Government Departments in Greece: Application of the DEA Methodology*.
- Minogiannis, P. (2012). *Tomorrow's public hospital in Greece - Managing Health care in the post crisis era*. Social Cohesion and Development 2012.
- Mukarram, H. (2014). *The reasons for the emergence of the conception of NPM and its relevancy to the developing countries*. University of Dhaka.
- Peyton, M. (2009). *New Public Management in Health Care - its effects and implications*. Aarhus School of Business - Aarhus University.
- Pollitt, C. (2007). Decentralization - A central concern in contemporary public management. In: E. Ferlie, L. Lynn Jr and C. Pollitt, ed., *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford: Oxford Union, pp.371-393.
- Sciencedirect.com. 2020. *Public Private Partnerships - An Overview | Sciencedirect Topics*. [online] Available at: <<https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/public-private-partnerships>> [Accessed 10 June 2020].
- Simonet, D. (2011). The new public management theory and the reform of European health care systems: An international comparative perspective. *International Journal of Public Administration*, 34(12), 815-826.
- Simonet, D. (2013). *The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review*. [Article] Administration and Society.

Szescilo, D. (n.d.). *Decentralization in health care. Brief overview of the European debate.*

Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P. and Constantopoulos, A. (2017). *Efficiency and Productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009-2012.*

Καϊτελίδου, Δ. (2014). *Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.* [Άρθρο] Hellenic Journal of Nursing.

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι. και Χατζητόλιος, Α. (2013). *Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα - Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις.* [Άρθρο] Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.

Λιαρόπουλος, Λ., Καϊτελίδου, Δ. και Σίσκου, Ό. (2006). *Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία 20ετία.* [Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη -Πεχλιβάνη].

Πολύζος, Ν., (2014). *Διοίκηση Και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας.* 1<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Σπανού, Κ., 2000. *Διοίκηση, Πολίτες Και Δημοκρατία.* Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σσ.220-233.

Υφαντόπουλος, Ι., 2018. *Τα Οικονομικά Της Υγείας.* 2<sup>η</sup> εκδ. Αθήνα: Τυπωθήτω.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

*DiaNEOsis.* <https://www.dianeosis.org/research/>.

*Eurostat.* <https://ec.europa.eu/eurostat>

Moh.gov.gr. 2020. *Ehealth - Ηλεκτρονική Υγεία - Υπουργείο Υγείας.* [online] Available at: <<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/>> [Accessed 10 June 2020].

*OECD,* <http://www.oecd.org/>.

*World Health Organization,* World Health Organization, <https://www.who.int/>.

*Κεντρική Σελίδα ΕΛΣΤΑΤ - ELSTAT,* <http://www.statistics.gr/>.