

## ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ EDITORIAL

### Η αμφισβήτηση της ιεραρχίας εκ μέρους των νοσοκομειακών ιατρών

*«Αυτή η σχέση των ανθρώπων που ελέγχουν  
προς εκείνους που ελέγχονται  
είναι αυτό το οποίο συνιστά την ουσία της  
έννοιας που αποκαλείται δύναμη»*

Λέων Τολστόι, «Πόλεμος και ειρήνη»  
Δεύτερος επίλογος, κεφάλαιο VI, σελ. 514

Σε κάθε γραφειοκρατικού τύπου οργανωτική δομή, όπως π.χ. ένα δημόσιο νοσοκομείο, η κατανομή και η έκταση του συστήματος εξουσίας, εντός αυτής, διαρθρώνεται σύμφωνα με την ιεραρχική αρχή, δηλαδή κατά διαδοχικές βαθμίδες με αυξανόμενη από κάτω προς τα πάνω ένταση, ισχύ και ευθύνη. Η γραφειοκρατική οργάνωση αποτελεί μάλιστα το κατ'εξοχήν σύστημα ιεραρχικής κλιμάκωσης κατανομής της εξουσίας, σύμφωνα με το οποίο τα υφιστάμενα όργανα εποπτεύονται, ελέγχονται και υποχρεούνται να εκτελούν πιστά τις εντολές των προϊσταμένων τους.<sup>1,2</sup>

Αξίζει να σημειωθεί ότι, στις δημόσιες γραφειοκρατίες, όπως τα δημόσια νοσοκομεία, τα όργανα δεν είναι ελεύθερα να ενεργούν κατά οποιονδήποτε τρόπο, παρά μόνο όπως προβλέπεται ή επιτρέπεται. Τα όργανα του δημόσιου νοσοκομείου (μονομελή και συλλογικά) δεν είναι *legibus solutus*. Δεν μπορεί να κάνουν ό,τι θέλουν, όπως οι ιδιώτες, αρκεί αυτό να μην απαγορεύεται από τον νόμο. Ο λόγος της αυστηρής υπαγωγής όλων των δημοσίων υπαλλήλων-λειτουργών στην αρχή της νομιμότητας –προς την οποία συναρτάται η δημοκρατική αρχή– είναι γιατί έτσι ευθυγραμμίζεται η δράση της δημόσιας διοίκησης με τις επιταγές των νόμων. Οι νόμοι θεσμοθετούνται από τα αρμόδια νομοθετικά όργανα, τα οποία εκφράζουν με τρόπο ευθύ τη λαϊκή κυριαρχία, που αποτελεί τον θεμέλιο λίθο του δη-

μοκρατικού πολιτεύματος. Επομένως, κάθε δραστηριότητα καθώς επίσης και η άσκηση κάθε μορφής εξουσίας, από τα όργανα του νοσοκομείου, θα πρέπει υποχρεωτικά να είναι νόμιμη και σε κάθε περίπτωση ο υφιστάμενος οφείλει να εκτελέσει την εντολή του προϊσταμένου. Ο υπαλληλικός κώδικας ορίζει τις ενέργειες του υπαλλήλου-λειτουργού σε περίπτωση που η εντολή του προϊσταμένου είναι αντίθετη στον νόμο.<sup>3,4</sup>

Αυτή η βασική αρχή της ιεραρχίας, ότι δηλαδή κάθε κατώτερη (στην πυραμίδα) θέση ή βαθμίδα υπάγεται στον έλεγχο και στην εποπτεία κάποιας ανώτερης, αμφισβητείται έντονα από τους νοσοκομειακούς ιατρούς. Κι αυτό επειδή στην ιεραρχική δομή κάθε νοσοκομείου δεν επαληθεύεται, στην πράξη, η δικαιολογητική βάση του ελέγχου, η οποία, σύμφωνα με τον μεγαλύτερο μελετητή του οργανωτικού φαινομένου, Max Weber, έγκειται στο γεγονός ότι οι ελέγχοντες, που ανήκουν στα ανώτερα επίπεδα της ιεραρχίας, τα επίπεδα, δηλαδή, τα οποία είναι επιφορτισμένα να συνεχουν την οργάνωση, αυτά που ασκούν διοίκηση, διαθέτουν, κατά τεκμήριο, ευρύτερες γνώσεις και επομένως έχουν τη δυνατότητα άσκησης ουσιαστικού ελέγχου στα κατώτερα επίπεδα, όπου διαφοροποιούνται και εξειδικεύονται οι αρμοδιότητες.

Πράγματι, ο έλεγχος των νοσοκομειακών ιατρών, από τη διοίκηση του νοσοκομείου, είναι ανέφικτος, επειδή υπάρχει διάσταση μεταξύ των ιατρών, οι οποίοι διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις και επαγγελματική εμπειρία, και της διοίκησης του νοσοκομείου, που δεν διαθέτει. Τη διάσταση αυτή, μεταξύ της διοίκησης και των επιστημόνων, οι οποίοι διαθέτουν υψηλό επαγγελματισμό (*professionalism*), επισήμανε πρώτος ο μεγαλύτερος Αμερικανός κοινωνιολόγος, Talcott Parsons, το 1947, σε μια υποσημείωσή του, που προσπάθησε να συμπληρώσει τον Max Weber, ο οποίος πίστευε ότι εντός των γραφειοκρατικοποιημένων οργανώσεων υπάρχει μόνο ένας τύπος εξουσίας, αυτός ο οποίος απορρέει από το αξίωμα, υποτιμώντας ή αγνοώντας έναν άλλο τύπο εξουσίας, που απορρέει από τη γνώση και την επαγγελματική εξειδίκευση. Υπέδειξε, μάλιστα, ο Talcott Parsons ως το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα της εν λόγω διάστασης το νοσοκομείο.<sup>5</sup>

Το νοσοκομείο, επίσης, υπέδειξαν οι Rourke και Etzioni ως το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα συνύπαρξης των δύο παράλληλων, όσο και διακριτών εξουσιών: «... χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η συνύπαρξη σε ένα νοσοκομείο, αφ' ενός της ιατρικής υπηρεσίας, η οποία δεν έχει αυστηρή ιεραρχική διάρθρωση και αφ' ετέρου της διοικητικής (θα συμπλήρωνα και της νοσηλευτικής υπηρεσίας), οι οποίες έχουν τυπική αυστηρή ιεραρχική διάρθρωση...».<sup>5</sup>

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε το 1986 και ο πιο διακεκριμένος Γάλλος δημοσιολόγος και καθηγητής στο πανεπιστήμιο του Παρισιού (Paris II), Jacques Chevallier, ο οποίος, με τρόπο πολύ διεισδυτικό, αναφέρει αυτολεξεί: «...έτσι, στο νοσοκομείο βρίσκουμε μια διχοτομική κατανομή των εξουσιών ανάμεσα, από τη μια πλευρά, στη διοίκηση με το βάρος της, τις παραδόσεις της, τα δικά της κριτήρια διαχείρισης και από την άλλη το ιατρικό σώμα με τη δική του ιεραρχία, τη δεοντολογία του, τη λογική του. Οι νοσοκομειακοί ιατροί κατέχουν το μονοπώλιο στην εκπλήρωση της ιατρικής τους δραστηριότητας και απολαύουν σχεδόν απόλυτης ανεξαρτησίας. Είναι ελεύθεροι από κάθε δεσμό ιεραρχικής υποταγής έναντι της διοίκησης, η οποία, γι' αυτόν τον λόγο, δεν ασκεί κανέναν πραγματικό έλεγχο πάνω στη βασική δραστηριότητα του θεσμού, τον οποίο είναι επιφορτισμένη να διαχειρίζεται».<sup>6</sup>

Ένας από τους εγκυρότερους ερευνητές του γραφειοκρατικού φαινομένου, ο Alvin Gouldner, υποβάλλοντας σε εμπειρική επαλήθευση την επισήμανση του Talcott Parsons, διέκρινε τη βασική αντίφαση μεταξύ της γραφειοκρατίας, που χαρακτηρίζεται από ιεραρχική κλιμάκωση της εξουσίας, και της μη γραφειοκρατικής οργάνωσης, η οποία χαρακτηρίζεται από την έντονη διαφοροποίηση και την εξειδίκευση της γνώσης. Ειδικότερα, κατά τον Alvin Gouldner, τα παραδοσιακά γραφειοκρατικά χαρακτηριστικά και, βέβαια, η ιεραρχία δεν απαντούν στη δεύτερη περίπτωση, τουλάχιστον με τη μορφή και την έκταση που απαντούν στην πρώτη. Η βασική διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι η παραδοσιακή τυπική ιεραρχική γραφειοκρατία αποδίδει ιδιαίτερη έμφαση στον έλεγχο και στην τιμωρία. Οι κανόνες επιβάλλονται μονομερώς και η δύναμη-επιρροή απορρέει από την κατοχή της θέσης και του αξιώματος που συνδέεται με αυτή, στην οργανωτική πυραμίδα. Αντίθετα, στην άλλη περίπτωση, που χαρακτηρίζεται ως representative bureaucracy, οι κανόνες συμφωνούνται αμοιβαία και η δύναμη-επιρροή απορρέει και βασίζεται στην κατοχή εξειδικευμένης γνώσης (knowledge based influence).<sup>5,7,8</sup>

Ιδιαίτερα, θα πρέπει να σταθούμε στο γεγονός ότι η αμφισβήτηση της ιεραρχίας, από πλευράς των νοσοκομειακών ιατρών, δεν περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο προς τη διοίκηση του νοσοκομείου και τα όργανά της. Επεκτείνεται και σε αυτή την ίδια την ιεραρχική δομή

εντός της ιατρικής υπηρεσίας. Μολονότι ο νοσοκομειακός ιατρός, τυπικά, μπορεί να ελεγχθεί από άλλον ειδικό ιατρό, ανώτερης βαθμίδας στην ιεραρχία ή από ομάδα εξ ίσου ειδικών και όχι από κάποια διοικητική αρχή, δίχως ειδική γνώση και εμπειρία επί συγκεκριμένου ζητήματος, εν τούτοις, στην περίπτωση αυτή, η εποπτεία και ο έλεγχος είναι αλυσιτελής, γιατί η επιδεξιότητα ενός χειρουργού, η διαγνωστική ικανότητα, η επιστημονική άποψη, οι μέθοδοι που επιλέγονται για τη θεραπεία του ασθενούς κ.ά. δεν μπορούν να αξιολογηθούν εύκολα και ενδεχομένως μπορεί να υπάρξουν έντονες διαφωνίες, όπως χαρακτηριστικά επισημαίνεται από τους Blau-Meyer. Επιπρόσθετα, τόσο η πολυπλοκότητα του ανθρώπινου οργανισμού όσο και η μεγάλη αβεβαιότητα, ως προς τη διάγνωση και την έκβαση της νόσου, είναι παράγοντες που αποστεώνουν, αν δεν καθιστούν ολότελα απρόσφορο τον έλεγχο ενός ή ορισμένων επί άλλων ισότιμων ή και κατώτερων, στην κλίμακα της ιεραρχίας, ιατρών.

Επειδή η παροχή υπηρεσιών υγείας ερείδεται στη γνώση και στην εξειδίκευση των νοσοκομειακών ιατρών, ακριβώς γι' αυτό οι εν λόγω δύο συνιστώσες αποτελούν τα βασικά συστατικά στοιχεία, που επηρεάζουν τη φυσιολογία της οργάνωσης της ιατρικής υπηρεσίας, αλλά και γενικότερα την οργάνωση του νοσοκομείου. Ολοένα και περισσότερο τείνουν να μετατρέψουν τη γραφειοκρατικού τύπου ιεραρχική δομή της ιατρικής υπηρεσίας σε σύστημα διαχείρισης γνώσης, γεγονός που, με τη σειρά του, ασκεί μια πίεση και υπαγορεύει μια ανάγκη στη σχεδίαση της οργάνωσης της ιατρικής υπηρεσίας προς την κατεύθυνση αφιεραρχημένης δομής δικτυακού τύπου και χαρακτήρα, έτσι ώστε να διευκολύνεται η άμεση και πλέον δημιουργική διαχείριση του γνωστικού κεφαλαίου από τους νοσοκομειακούς ιατρούς. Δίνεται έμφαση στον συναινετικό χαρακτήρα λήψης των αποφάσεων και στην αμφίδρομη ροή ιδεών, γνώσεων, εμπειριών και πληροφοριών μέσα στην οργάνωση. Αντί της αυστηρής ιεραρχίας τείνει να διαμορφώνεται περισσότερο μια κοινότητα ίσων (community of equals), μια αδελφότητα της επιστήμης (fellowship of science), όπου όχι μόνο επιτρέπεται, αλλά ευνοείται και επιδιώκεται η αυτονομία της συμπεριφοράς και η επαγγελματική αυτορρύθμιση των νοσοκομειακών ιατρών, μέσω κοινά αποδεκτού κώδικα ηθικής και δεοντολογίας (codes of ethics).<sup>3,5,9</sup>

Η αφιεράχηση των νοσοκομειακών ιατρών εκφράζεται στην πράξη ως μια, εκ των ένδον, οιονεί «χειραγώγηση» της διοίκησης του νοσοκομείου. Πράγματι, η διοίκηση του νοσοκομείου εντέλλεται, από τους θεράποντες ιατρούς, κατά τρόπο απόλυτα δεσμευτικό, να προβεί, διά των αρμοδίων οργάνων της (τα οποία ανήκουν κατά κανόνα στη διοικητική υπηρεσία), στην έκδοση διοικητικών πράξεων, προκειμένου να λάβουν νομιμοποίηση οι ιατρικές εντολές,

π.χ. μετά την εντολή έκτακτης εισαγωγής που δίνει ο ιατρός, ο υπάλληλος του γραφείου κίνησης εκδίδει υποχρεωτικά το διοικητικό εισιτήριο, το οποίο, εκτός από τη νομιμοποίηση της ιατρικής εντολής, γίνεται επίσης για οικονομικούς (λογιστήριο ασθενών), νομικούς και στατιστικούς λόγους.

Αν ήταν εφικτό να γίνει ένας συνοπτικός κατάλογος απαρίθμησης των σημαντικότερων ιατρικών εντολών, οι οποίες νομιμοποιούνται *ex post* από τη διοίκηση του νοσοκομείου, αναμφίβολα πιστεύω ότι θα ήταν η ακόλουθη: (α) Εντολή εισαγωγής ασθενούς στο νοσοκομείο (εισιτήριο), (β) εντολή εξαγωγής ασθενούς από το νοσοκομείο (εξιτήριο), (γ) εντολή ιατροδικαστικής εξέτασης, (δ) εντολή έκτακτης εισαγωγής, χαρακτηρισμός επείγοντος περιστατικού, (ε) εντολή τακτικής εισαγωγής, χαρακτηρισμός μη επείγοντος περιστατικού, (στ) εντολή άμεσης εκτέλεσης ιατρικών πράξεων, λόγω χαρακτηρισμού του περιστατικού ως κατεπείγοντος. Ενδεχόμενη παράκαμψη της τηρούμενης λίστας αναμονής, π.χ. λίστας χειρουργείου ή λίστας διενέργειας αξονικής τομογραφίας κ.ά., (ζ) εντολή διενέργειας εξετάσεων, που εκτελούνται εντός της δομής του νοσοκομείου, (η) εντολή διενέργειας εξετάσεων, οι οποίες εκτελούνται εκτός της δομής του νοσοκομείου, (θ) εντολή διακομιδής ασθενούς σε άλλο τμήμα-κλινική εντός του νοσοκομείου, (ι) εντολή διακομιδής ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο, (κ) εντολή προμήθειας φαρμάκων, υγειονομικών υλικών κ.ά., και (λ) εντολή προμήθειας βιοϊατροτεχνολογικού εξοπλισμού κ.ά.

Ωστόσο, αυτή η πραγματικότητα αποκτά μεγαλύτερη σημασία, εν όψει του γεγονότος ότι τα περισσότερα φαινόμενα παθογένειας, τα οποία διαπιστώνονται εντός του νοσοκομείου, σχετίζονται ακριβώς με την αδυναμία της διοίκησης να ασκήσει ουσιαστικό και ενδεδειγμένο έλεγχο πάνω στις ιατρικές εντολές. Προς επίρρωση αυτού αναφέρω ορισμένες παθογένειες, όπως π.χ. ο χρηματισμός ιατρού (φακελάκι) προκειμένου το μη επείγον περιστατικό να «βαφτιστεί» ως κατεπείγον και έτσι να παρακαμφθεί η λίστα του χειρουργείου, ή η παροχή bonus (ανταλλάγματα) σε ιατρό, από εταιρεία, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν συγκεκριμένα φαρμακευτικά προϊόντα ή υγειονομικά υλικά, κατά κανόνα ακριβότερα (κατευθυνόμενη συνταγογραφία). Επίσης, το τεράστιο θέμα της προκλητής ζήτησης (*induced demand*) εξετάσεων, υλικών, αλλά και ιατρικών πράξεων, που ζητούνται και γίνονται μόνο και μόνο για να ενθυλακώσει ο θεράπων ιατρός την, εκ των προτέρων, συμφωνηθείσα με την εταιρεία προμήθεια, χωρίς να τεκμηριώνεται ότι με αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται η υγεία του ασθενούς κ.ά.<sup>10,11</sup>

Το γεγονός αυτό, δηλαδή ότι η διοίκηση του νοσοκομείου δεν ασκεί κανέναν πραγματικό έλεγχο πάνω στη βασική δραστηριότητα του θεσμού, τον οποίο είναι επιφορτισμένη

να διαχειρίζεται (Chevallier), επικαλούνται πολλοί, ειδικοί και μη, προκειμένου να χαρακτηρίσουν την οργάνωση του νοσοκομείου «ως ιατροκεντρική». Ο εν λόγω χαρακτηρισμός, κατά τη γνώμη μου, δεν έχει βαρύνουσα σημασία, αν αναλογιστεί κάποιος ότι στο νοσοκομείο, *sine qua non*, τον πρώτο λόγο έχουν οι ιατροί. Επομένως, η οργάνωση του νοσοκομείου, εκ των πραγμάτων, είναι ιατροκεντρική. Άλλωστε, δεν θα μπορούσε να ήταν διαφορετικά. Όμως, ολοένα και περισσότερο γίνεται λόγος στον όρο «ιατροκεντρική» με την αρνητική του όρου έννοια, εξ αιτίας της αφιερωνημένης οργανωτικής δομής της ιατρικής υπηρεσίας, αφ' ενός και αφ' ετέρου λόγω της προνομιακής θέσης που έχουν οι ιατροί στο νοσοκομείο, στο σύστημα υγείας και στην κοινωνία γενικότερα.

Τα προνόμια του ιατρικού σώματος αποκτώνται και διασφαλίζονται μέσω του κοινοβουλευτικού συστήματος διακυβέρνησης της χώρας, καθ' όσον οι φιλελεύθερες κοινοβουλευτικές δημοκρατίες δεν διαθέτουν συνταγματικούς μηχανισμούς που να εμποδίζουν τη διατύπωση πολιτικών αιτημάτων για την ικανοποίηση ιδιωτικών συμφερόντων και προνομίων. Έτσι, μεμονωμένα άτομα και ομάδες πίεσης επιδιώκουν να χρησιμοποιήσουν, μέσω της πολιτικής αντιπροσώπευσης, το κράτος και τη δημόσια διοίκηση για το δικό τους όφελος, π.χ. για την αύξηση αμοιβών ή τη μείωση φορολογικών και ασφαλιστικών επιβαρύνσεων ή για την κατάληψη θέσεων ευθύνης ή την εδραίωση των προνομίων τους κ.ά. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι η κρατική παρέμβαση και προστασία, που δεν χαρακτηρίζει ώριμες δημοκρατίες, διατυπώνεται από και ασκείται υπέρ των οργανωμένων συμφερόντων, τα οποία διαθέτουν τη μεγαλύτερη δυνατότητα πρόσβασης και επιρροής στη διαμόρφωση της κρατικής συμπεριφοράς. Στον βαθμό δε που οι συνθήκες του εκλογικού ανταγωνισμού μεταξύ των πολιτικών κομμάτων επιβάλλουν την άμεση πρόσβαση σε «ειδικούς», τόσο κατά τον σχεδιασμό όσο και κατά την υλοποίηση των προγραμμάτων δημόσιας πολιτικής, οι εμπλεκόμενοι στην πολιτική «ειδικοί» μπορεί να επιφέρουν την ίδια, αν όχι μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην εξασφάλιση προνομίων απ' ό,τι οι ομάδες συμφερόντων στις οποίες συμμετέχουν.<sup>3,5,7</sup>

Η αμφισβήτηση της ιεραρχίας, εκ μέρους των νοσοκομειακών ιατρών, δεν θα πρέπει, σε καμιά περίπτωση, να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι οι νοσοκομειακοί ιατροί δρουν ανεξέλεγκτα, δηλαδή κάνουν ό,τι θέλουν εντός του νοσοκομείου. Αντίθετα, ελέγχονται από τα θεσμικά όργανα της πολιτείας. Ο έλεγχος διενεργείται προς δύο αξονικής σημασίας κατευθύνσεις. Η πρώτη οριοθετεί όλες τις πράξεις ή τις παραλείψεις που σχετίζονται, αποκλειστικά και μόνο, με την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και τέχνης. Η δεύτερη οριοθετεί όλες τις γραφειοκρατικού τύπου

διοικητικο-οικονομικές ενέργειες και δράσεις, στο πλαίσιο των καθηκόντων του νοσοκομειακού ιατρού.

Σ' ό,τι αφορά στην πρώτη περίπτωση, δηλαδή ως προς την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και τέχνης, ο έλεγχος των πράξεων και των παραλείψεων των νοσοκομειακών ιατρών διενεργείται μόνο κατόπιν παραγγελίας των αρμοδίων οργάνων της πολιτείας. Η παραγγελία μπορεί να δοθεί απ' όλες τις βαθμίδες της διοίκησης (νοσοκομείο, υγειονομική περιφέρεια, Υπουργείο Υγείας), το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και τα δικαστήρια. Ο έλεγχος διενεργείται εκ των υστέρων, δηλαδή μετά την τέλεση ιατρικών πράξεων και ενεργειών που οδήγησαν σε ανεπιθύμητο αποτέλεσμα. Επειδή, όμως, τα αρμόδια για την απόδοση ευθυνών όργανα της πολιτείας, τόσο της διοίκησης όσο και της δικαιοσύνης, στερούνται, κατά τεκμήριο, ιατρικής εξειδίκευσης και εμπειρίας, ο σχετικός έλεγχος ανατίθεται σε εξειδικευμένα θεσμικά όργανα, τα οποία λειτουργούν ειδικά για τον σκοπό αυτόν και γνωμοδοτούν προς τη διοίκηση και επέκεινα προς την πολιτική και τη δικαστική εξουσία. Συγκεκριμένα, (α) στην ιατροδικαστική υπηρεσία, (β) σε ειδικούς εμπειρογνώμονες, και (γ) στα πειθαρχικά όργανα των ιατρών, τα οποία έχουν συγκροτηθεί από το Υπουργείο Υγείας και τους ιατρικούς συλλόγους και λειτουργούν ως εγγυητές του υψηλού επαγγελματισμού των ιατρών.

Κρίσιμο, ωστόσο, παραμένει το γεγονός ότι τόσο οι ιατροδικαστές και οι εμπειρογνώμονες όσο και τα μέλη των πειθαρχικών οργάνων προέρχονται από το ιατρικό σώμα. Επομένως, υπάρχει το ενδεχόμενο να εκφραστούν αντιτιθέμενες απόψεις, που θα οδηγήσουν σε διαφορετικά πορίσματα. Κατά συνέπεια, προκύπτει πολύ μεγάλος βαθμός δυσκολίας καταλογισμού ευθυνών στους θεράποντες ιατρούς, ιδιαίτερα μάλιστα αν πρόκειται για καταλογισμό ποινικών ευθυνών. Και αυτό, επειδή τόσο στην περίπτωση των δι' ενεργείας όσο και στην περίπτωση των δι' παραλείψεως οφειλομένης ενεργείας τελούμενων εγκλημάτων, είναι πάρα πολύ δύσκολο να αποδειχθεί ότι ο θεράπων ιατρός ενήργησε με δόλο (δηλαδή, γνώριζε το επερχόμενο αποτέλεσμα και το επιδίωκε) ή με βαριά αμέλεια (δηλαδή, γνώριζε το επερχόμενο αποτέλεσμα και δεν έκανε τίποτα για να το αποτρέψει).

Επίσης, ενδέχεται πολλοί να απορρίψουν αβασάνιστα και εκ των προτέρων τη γνώμη των παραπάνω οργάνων, επηρεαζόμενοι από το «στερεοτυπικό» σκεπτικό ότι η εκφρασθείσα γνώμη προέρχεται και είναι «προϊόν» αλληλεγγύης μελών της ίδιας συντεχνίας, ιδιαίτερα μάλιστα αν η γνώμη συνηγορεί στην αθώωση κατηγορούμενου ιατρού.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, έχω τη γνώμη ότι, είτε αναθέσει κάποιος τον έλεγχο στην ιατροδικαστική υπηρεσία,

είτε σε επιτροπή εμπειρογνώμωνων, είτε στα πειθαρχικά όργανα, την αλήθεια «γυμνή» και ατόφια, ως προς το τι έγινε σωστά ή τι πήγε στραβά, τι πραγματικά έγινε και τι θα έπρεπε να γίνει, δεν θα τη μάθουμε ποτέ. Θα παραμένει πάντοτε το ζητούμενο. Και αυτό επειδή η δράση του θεράποντος ιατρού αφορμάται από το σημείο επαφής που ανατέμνεται η χοϊκή με τη μεταφυσική υπόσταση του γεννηθέντος και ου ποιηθέντος ανθρώπου και καταλήγει στις προδιαγραφές οι οποίες οριοθετούνται από την Ιπποκρατική φιλοσοφία, που, σημειωτέον, ως κώδικας της ιατρικής συμπεριφοράς, ουδέποτε αμφισβητήθηκε.<sup>12</sup>

Σ' ό,τι αφορά στη δεύτερη περίπτωση, δηλαδή όλες τις γραφειοκρατικού τύπου διοικητικο-οικονομικές ενέργειες και δράσεις, στο πλαίσιο των καθηκόντων του νοσοκομειακού ιατρού, ο έλεγχος μπορεί να διενεργηθεί από τη διοίκηση (νοσοκομείου, υγειονομικής περιφέρειας, Υπουργείο Υγείας, Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας) και τα δικαστήρια. Και στην προκειμένη περίπτωση ο έλεγχος, κυρίως δε η αποκάλυψη της αλήθειας, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Προφανώς οι ελεγχόμενες ενέργειες και οι δράσεις, στο πλαίσιο των καθηκόντων του νοσοκομειακού ιατρού, είναι πολλές και μπορεί να αναδειχθούν παθογένειες, π.χ. από το γνωστό σε όλους «φακελάκι» μέχρι την ψευδή ιατρική βεβαίωση. Θα σταθώ, όμως, λίγο περισσότερο στο φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, για το οποίο έγινε ήδη μνεία.

Όπως προαναφέρθηκε, οι θεράποντες ιατροί έχουν σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα την αρμοδιότητα να προσδιορίζουν: τι θα ζητηθεί, πότε και πώς θα καταναλωθεί και σε ποια ποσότητα. Με άλλες λέξεις, διαμορφώνουν κατά τρόπο αδιαμφισβήτητο τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Σ' ό,τι αφορά στον έλεγχο της ζήτησης διακρίνουμε τα εξής: (α) Από την πλευρά της διοίκησης, σχεδόν στο σύνολό του, είναι ανέφικτος, λόγω έλλειψης γνώσεων. (β) Από την πλευρά του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, μη επιθυμητός, γιατί ο ασθενής και το περιβάλλον του, ιδιαίτερα μάλιστα όταν η δαπάνη νοσηλείας καταβάλλεται από το κοινωνικο-ασφαλιστικό σύστημα, τα θέλει όλα. Απαιτεί τα πάντα. Άλλωστε, δεν έχει κανένα κίνητρο για να κάνει οικονομία. (γ) Από την πλευρά του θεράποντος ιατρού, αλυσιτελής, επειδή ο θεράπων ιατρός έχει δώσει όρκο να δρα με μοναδικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, που επιτάσσει τη σταθερή συνηγορία του υπέρ αυτού, ακόμη και αν χρειαστεί να εναντιωθεί στις επιδιώξεις του ασφαλιστικού οργανισμού, της διοίκησης του νοσοκομείου, της πολιτικής ηγεσίας και της κοινωνίας ολόκληρης.<sup>10,13,14</sup>

Υπό αυτή την έννοια, τίθενται τα εξής ερωτήματα: (α) Πώς μπορεί η διοίκηση του νοσοκομείου να ελέγξει τις πάσης φύσεως εντολές και τα πάσης φύσεως αιτήματα,

όπου για την εκτέλεσή τους απαιτείται να καταβροχθιστούν πιστώσεις από τον ολοένα και περισσότερο ανεπαρκή προϋπολογισμό του νοσοκομείου, και επέκεινα: Πώς μπορεί να είναι βέβαιη ότι και το τελευταίο € διατίθεται επ' ωφελεία του ασθενούς; Γί' αυτά τα ερωτήματα δεν έχουν δοθεί πειστικές απαντήσεις μέχρι σήμερα.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, πολλές φορές, η διοίκηση του νοσοκομείου σχεδόν «εκβιάζεται» προκειμένου να εγκρίνει μια ιατρική εντολή. Οι ιατροί, χρησιμοποιώντας κατά τρόπο ανεπίτρεπτο τον ασθενή και το περιβάλλον του, αφήνουν να εννοηθεί ότι, σε περίπτωση που η διοίκηση δεν εγκρίνει την εντολή (για διάφορους λόγους, κυρίως όμως εξ αιτίας έλλειψης πιστώσεων) και συμβεί οτιδήποτε σε βάρος της υγείας του ασθενούς, θα έχει αυτή αποκλειστικά την ευθύνη. Βαρύ το φορτίο. Αναμφίβολα, καμιά διοίκηση δεν μπορεί να το σηκώσει.

Ως προς τον έλεγχο της ζήτησης, μολονότι η πολιτεία, ιδίως μετά το 2010 (μνημονιακές υποχρεώσεις) αναγκάστηκε να λάβει διοικητικά μέτρα, όπως π.χ. ανάρτηση στη Διαύγεια όλων των αποφάσεων της διοίκησης, τήρηση μητρώου δεσμεύσεων δαπανών, έλεγχος εκτέλεσης του προϋπολογισμού, προμήθειες σύμφωνα με το παρατηρητήριο τιμών, καθιέρωση του εσωτερικού ελέγχου, κωδικοποίηση ασθενειών ICD-10, εκκαθάριση νοσηλείων με εφαρμογή ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών (diagnosis related groups, DRG'S) κ.ά., τα οποία προσδιορίζουν και οριοθετούν, με διαφορετικό φυσικά βαθμό ακρίβειας και δεσμευτικότητας, τα πλαίσια της ατομικής δράσης των νοσοκομειακών ιατρών, εν τούτοις τα προβλήματα δεν εξαλείφθηκαν. Και αυτό γιατί οι νοσοκομειακοί ιατροί διατηρούν τη δυνατότητα της αξιολόγησης, της επιλογής και της κατεύθυνσης των ενεργειών τους για τη μη συμμόρφωσή τους και, τελικά, για τη μεταβολή των διοικητικών μέτρων. Τη δυνατότητα αυτή, όπως ήδη αναφέρθηκε, δεν την έχει η διοίκηση του νοσοκομείου. Γί' αυτό, υπάρχει δυσκολία στη διάκριση του προκαλούμενου και περιττού από το αναγκαίο και απαραίτητο.

Είναι προφανές ότι είναι εξαιρετικά δύσκολο να ελεγχθούν, από τη διοίκηση, οι νοσοκομειακοί ιατροί. Τι απομένει άλλο, λοιπόν, από την ηθική και τον αυτοέλεγχο; Αυτό ακριβώς φαίνεται να αποτυπώνει με τη σοφία του ο Descartes, ο οποίος, υπενθυμίζοντας στους ιατρούς τον Ιπποκράτη και τον Πλάτωνα, έγραφε: «...αν είναι δυνατόν να βρεθεί κάποιο μέσο που να μπορεί να φρονιμέψει περισσότερο τους ανθρώπους και να τους κάνει ανώτερους, αυτό πιστεύω ότι θα το βρούμε στην Ιατρική!». Λέγοντας αυτά ο Descartes αναφερόταν στο δέος που προκαλεί η ασθένεια στον άνθρωπο, η οποία απειλώντας ακόμη και τη ζωή του τείνει να χαλιναγωγήσει τα πάθη, την αλαζονεία, τις ματαιοδοξίες του.

Ιδιαίτερα δε τη φρενίτιδα του πλουτισμού, η οποία είναι ίσως το πλέον χαρακτηριστικό γνώρισμα των ημερών μας.<sup>12,14</sup>

Κοντολογίς, τα φαινόμενα παθογένειας τα οποία σχετίζονται με τη δράση των νοσοκομειακών ιατρών, δηλαδή χρηματισμός, προκλητή ζήτηση, κατευθυνόμενη συνταγογραφία κ.ά., κατά τη γνώμη μου, δεν οφείλονται τόσο στην *de facto* αφιεράρχηση των σχέσεων των νοσοκομειακών ιατρών, που έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία της διοίκησης να ασκήσει ουσιαστικούς ελέγχους πάνω στη δράση τους. Οφείλονται, κυρίως, στην εμπορευματοποίηση της υγείας, εξ αιτίας της κατίσχυσης της νέας τάξης πραγμάτων. Αυτής της δεσποτικής οικονομίας, που τη βάφτισαν «ελεύθερη οικονομία της αγοράς». Της πλέον περίτεχνης υποτέλειας, που απλώνει το πέπλο της απ' άκρη σ' άκρη στην οικουμένη και επιβάλλει το οικονομικό της μοντέλο, στην καρδιά του οποίου βρίσκεται η ιδέα του συμφέροντος, η απληστία του κέρδους και η άρνηση της ανιδιοτέλειας. Αυτό το νέο οικονομικό μοντέλο, που θεωρεί την εμπορική συναλλαγή ως βασική διενέργεια της αγαθής κοινωνίας, ποδηγετεί κάθε άνθρωπο στη φρενίτιδα του πλουτισμού. Τον ωθεί να δώσει, σε κάθε τι, μια αγοραία υπόσταση. Ταυτόχρονα δε τον ωθεί να καταστεί ένα εργαλείο του κέρδους, αλλιώς θα χαθεί μαζί με τη ζωή του, μια ζωή που από νήπιο, πλέον, μαθαίνει να την κερδίζει και όχι να τη ζει. Ακριβώς πάνω στην εν λόγω ιδεολογία, πρέπει να αναζητηθούν τα αίτια των παθογενειών που σχετίζονται με τη δράση των νοσοκομειακών ιατρών.<sup>14,15</sup>

Ωστόσο, μέσα σε αυτή την κοσμογαλασία οι νοσοκομειακοί ιατροί έχουν μεγάλη υποχρέωση προς την κοινωνία να πράττουν τα δέοντα. Όχι γιατί πρέπει να αποδεικνύουν την εντιμότητά τους, όπως η γυναίκα του Καίσαρα, που δεν φθάνει να είναι, αλλά πρέπει και να φαίνεται τίμια, όσο και κυρίως γιατί η Ιατρική, σύμφωνα με τον σοφό Ιπποκράτη, είναι φιλόανθρωπος τέχνη και δεν αποσκοπεί στον πλουτισμό, αλλά στη βοήθεια των συνανθρώπων στις δύσκολες ώρες της ασθένειας και του θανάτου.<sup>12,14</sup>

**Α. Βασιλόπουλος**

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

## Βιβλιογραφία

1. WEBER M, PARSONS T, HENDERSON AM. *The theory of social and economic organization*. The Free Press, New York, 1947 & 1964
2. ΤΣΟΥΚΑΣ ΧΚ, ΘΕΟΧΑΡΑΚΗΣ Β, ΜΥΛΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Ν. *Σύγχρονες τάσεις στο μάντζιμεντ*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004
3. ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. *Θεωρία των αποφάσεων*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1989
4. ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. *Δημόσια διοίκηση: Στοιχεία διοικητικής ορ-*

- γάνωσης. Γ΄ έκδοση. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2008
5. ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. *Προσεγγίσεις στη θεωρία των οργανώσεων*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2004
  6. CHEVALLIER J. *Διοικητική επιστήμη*. Ανδρουλάκης ΒΠ, Σουλανδρού ΒΝ (μετάφραση), Σπανού Κ (Επιμ.). Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1993
  7. ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. *Μαθήματα διοικητικής επιστήμης – Θεμελιώδεις κατευθύνσεις στη διοικητική σκέψη και στη θεωρία των οργανώσεων: Η κλασική προσέγγιση*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1986
  8. ΜΑΚΡΥΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. *Διοικητικές μελέτες*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1991
  9. ΝΟΝΑΚΑ Ι, ΤΑΚΕΥΧΙ Η. *Η επιχείρηση της γνώσης: Η διαχείριση της γνώσης στη σύγχρονη επιχείρηση*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2001
  10. ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Οικονομική της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1998
  11. ΑΝΑΠΛΩΤΗ-ΒΑΖΑΙΟΥ Ε. *Γενικές αρχές ιατρικού δικαίου*. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 1993
  12. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. *Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2003
  13. ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ Σ, ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΘΗΡΑΙΟΣ Ε, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ-ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΚΑΜΠΡΙΑΝΗ Ε ΚΑΙ ΣΥΝ. *Θεωρία και πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Γ΄ ΠεΣΥΠ Αττικής*, Πειραιάς, 2005
  14. ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ Γ. *Η διαχείριση της ζωής και του θανάτου*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007
  15. ΤΣΕΚΟΥΡΑΣ Γ. *Περί παγκοσμιοποίησης: Απόψεις-προτάσεις για τον εκσυγχρονισμό της Ελλάδας*. Εκδόσεις Αγώνας, Αθήνα, 2001
- Corresponding author:*
- A.A. Vassilopoulos, 4 Ioannou Diovoynioti street, 152 31 Chalandri, Greece  
 e-mail: vasilopoulosathanasios@gmail.com; avas@laiko.gr