**Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΕΩΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΚΡΙΣΗ**

*Νίκος Πολύζος, Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης*

1. **Πρόλογος-Εισαγωγή**

Στο συνέδριο 04.05.2018, που διοργάνωσε το Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, για τη δημόσια διοίκηση μετά τη κρίση, μεταξύ άλλων, αναπτύχθηκε και το θέμα. Με βάση αυτό, προκύπτει η παρούσα παρέμβαση, που αναπτύσσει αρχικά τι συνέβη πριν τη κρίση, τι κυρίως μέσα στη κρίση, αλλά και τι μετά από αυτή, που μένει και πολιτικά να διαχειριστεί κι η νέα κυβέρνηση. Ζητούμενο αποτελεί, κι εδώ, η ευκαιρία να μάθουμε από τη κρίση και να εφαρμόσουμε, επιτέλους, αυτά που είναι αυτονόητα, για μια (νέα) δημόσια διοίκηση (newpublicmanagement) και στις υπηρεσίες υγείας, που έχουν ιδιαιτερότητες, ως κατ’ εξοχή δημόσιο αγαθό, που όμως «δανείζεται» εργαλεία σύγχρονου management, πολλά από τα οποία είναι κοινά και στο ιδιωτικό. Τα παρακάτω απηχούν κυρίως την εμπειρία του συγγραφέα, αλλά και την επιστημονική του συμφωνία ότι η πολιτική και η διοίκηση (και στην υγεία) έχει αυξημένο βαθμό επιτυχίας, αν επιτευχθούν στο μέγιστο βαθμό τα παρακάτω (Παπούλιας 2012):

**Α**. να υπάρχει εικόνα και γνώση, με την ανάλυση της κατάστασης – διάγνωση (diagnosis), στοχεύοντας σε δημόσιες πολιτικές με παραδοτέα στους πολίτες,

**Β**. να υπάρχει προνοητικότητα (foresightness), με σχεδιασμό (planning), που θα παρακολουθείται,

**Γ**. να υπάρχει εποπτεία και επίβλεψη (oversightness), με πολιτικές κατευθύνσεις και οδηγίες (guidelines), στη βάση στόχοι – αποτελέσματα, π.χ. μηνιαία και ετήσια,

**Δ.** να υπάρχει ενόραση (insightness) των στελεχών με χαρακτηριστικά ηγεσίας, που θα πείθουν το προσωπικό, οικοδομώντας σε ικανότητες και εργαλεία.

1. **Πριν τη κρίση**

Τα μεγαλύτερα προβλήματα στην εφαρμογή του ΕΣΥ ήταν: 1. Η έλλειψη ενιαίας συνολικής ετήσιας δημόσιας χρηματοδότησης ανά περιφέρεια και βαθμίδα περίθαλψης, 2. Η έλλειψη σύγχρονου και αποτελεσματικού management σε όλα τα επίπεδα του ΕΣΥ, 3. Η έλλειψη στόχων δημόσιας υγείας που θα αξιολογούνται ετήσια, 4. Η έλλειψη εθνικής πολιτικής υγείας, και για τον ιδιωτικό τομέα, 5. Άλλα επιμέρους ζητήματα που άπτονται της καθημερινότητας του πολίτη-ασθενή, π.χ. δημιουργία θεσμού οικογενειακού γιατρού, ΤΕΠ 24ώρου βάσεως, λίστες αναμονής.

Στο οικονομικό μέρος δεν δόθηκε η πρέπουσα σημασία για 3 δεκαετίες (1980-90-2000). Αντίθετα δόθηκε υπερβάλλουσα σημασία (έναντι των άλλων) κατά την πρόσφατη δεκαετία, κυρίως λόγω των μνημονίων. Το ΕΣΥ επηρεάστηκε από το πολιτικό περιβάλλον, θετικά τη δεκαετία του 1980, που δημιουργήθηκαν οι υποδομές κι η οργανωτική δομή του ΕΣΥ, λόγω και της δύναμης του κυβερνώντος κόμματος (1981-9), αρνητικά τη δεκαετία του 1990, που δεν προωθήθηκε σχεδόν καμιά αναγκαία μεταρρύθμιση, θετικά στις αρχές της δεκαετίας του 2000 (ΠΕΣΥ, Managers) και αρνητικά προς το τέλος της, όπου η υγεία ήταν περιοχή με υψηλότατες δαπάνες, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα 1.

Η ταχεία αύξηση της δημόσιας δαπάνης παρουσιάζεται κυρίως μεταξύ 2005 και 2009. Φαίνεται ότι η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη αυξήθηκε κατά 79% από €3,9 δις σε €7 δις, σε μόλις τέσσερα χρόνια. Μεταξύ 2008 και 2009, αυξήθηκε η δημόσια ενδονοσοκομειακή δαπάνη κατά €900 εκ. Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αντίστοιχα αυξήθηκε από €3,6 δις το 2006 σε €5,2 δις το 2009, δηλαδή κατά 44%, προσθέτοντας €400-€600 εκ, ευρώ ετησίως. Η πτώση και των δύο μεγεθών μετά το 2009 είναι εμφανής, αλλά προβληματίζει η πτώση της εξωνοσοκομειακής δαπάνης, κατά €500 εκ από το 2009 έως το 2011.

Η (top) διοίκηση των νοσοκομείων δεν αναλήφθηκε από επαγγελματίες, με κίνητρα και αντικίνητρα, αλλά κυρίως από κομματικά στελέχη. Το νομικό πλαίσιο ανανεώθηκε δυο δεκαετίες μετά, αλλά δεν εφαρμόσθηκε πλήρως (2002-3 και 2010-11). Το ίδιο πρέπει να γίνει (άμεσα), και στα διευθυντικά στελέχη (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής-οικονομικής και τεχνικής υπηρεσίας). Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου, είτε δημόσιου χαρακτήρα (Παπαγεωργίου, Ωνάσειο, κ.α.), είτε καθαρά ιδιωτικού (κυρίως τα μεγάλα, Υγεία, Ιατρικό, Ιασώ, Μετροπόλιταν, κ.λπ.), έχουν εφαρμόσει περισσότερο και κυρίως διατηρούν τα σύγχρονα εργαλεία του management (λογιστικά και πληροφορικά συστήματα, διασφάλιση και πιστοποίηση ποιότητας, κ.α.), που υπολείπονται τα δημόσια (με έμφαση τα 30 περίπου μεγάλα), παρά την προσπάθεια των αρχών της πρόσφατης 10ετίας.

**Διάγραμμα 1:** Δημόσια Ενδονοσοκομειακή, Δημόσια Φαρμακευτική, Δημόσια Εξωνοσοκομειακή Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη για Λοιπές Υπηρεσίες σε δις € (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ – Εθνικοί Λογαριασμοί)

1. **Κατά τη διάρκεια της κρίσης**

Το μεγαλύτερο **πρόβλημα** στη δύση του 2009 στο χώρο της υγείας ήταν το γεγονός ότι το οποιοδήποτε προεκλογικό πρόγραμμα δε μπορούσε να τύχει εφαρμογής, τουλάχιστον άμεσης και αυτούσιας. Κι αυτό γιατί έπρεπε να αντιμετωπισθούν προβλήματα των οποίων η λύση χρόνιζε. Ενδεικτικά:

1. η σχεδόν ανεξέλεγκτη αύξηση στα ελλείμματα από τα τρέχοντα έξοδα (ετήσια μέση αύξηση 2005-9 +8%), αλλά και διαχρονικά στα χρέη π.χ. των νοσοκομείων του ΕΣΥ (διάγραμμα 2), που ρυθμίστηκαν,

2. η ανυπαρξία σχεδιασμού στο ανθρώπινο δυναμικό με εμφανείς αδυναμίες στην πληρωμή αμοιβών (ιδιαίτερα των γιατρών) και στις προσλήψεις νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού,

3. η αδυναμία προμήθειας υλικών και φαρμάκων εξαιτίας κυρίως της έλλειψης αποτελεσματικού πλαισίου και χρονοδιαγράμματος,

4. η έλλειψη στοιχειωδών βάσεων δεδομένων για την άντληση οικονομικών και λειτουργικών στοιχείων αξιολόγησης και ελέγχου,

5. τα προβλήματα στη δημόσια υγεία του πληθυσμού από αιφνίδια γεγονότα του πρόσφατου παρελθόντος, π.χ. εμβόλια για τη γρίπη.

**Διάγραμμα 2: Ρυθμίσεις χρεών νοσοκομείων ΕΣΥ σε δις. ευρώ.**



Ο ορισμός του **αντικειμένου**, σε συνδυασμό με τον προσδιορισμό του προβλήματος, έπρεπε να συσχετισθεί με την πρωτοφανή (οικονομική) κρίση, για το μέγεθος της οποίας δεν υπήρχε επαρκής ενημέρωση, ούτε η κρατική μηχανή ήταν έτοιμη. Επίσης, ούτε ο παράγοντας **χρόνος** υπήρχε σε αφθονία. Έτσι, η δημόσια πολιτική, που έπρεπε να ασκηθεί τότε στην υγεία, αποφασίσθηκε να έχει τους παρακάτω επείγοντες **στόχους**:

1. άμεση επίλυση προβλημάτων που αναφέρθηκαν για να μην υπάρξει κάποια καταστροφική επίπτωση στην υγεία του πληθυσμού και τις υπηρεσίες του ΕΣΥ,

2. άμεσες κατευθύνσεις στις («παλαιές») διοικήσεις των ΔΥΠε (Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών), νοσοκομείων και λοιπών φορέων και τάχιστη αξιολόγηση των «νέων» με βάση τα κριτήρια του open.gov (δόθηκαν πίνακες έως το τέλος 2009 – η 3μηνη όμως καθυστέρηση διορισμών επέφερε προβλήματα, μαζί με το γεγονός ότι οι επιλογές ήταν κατά 50% περίπου με βάση το προσοντολόγιο που είχε ανακοινωθεί),

3. καταγραφή (εντός 2009) των χρεών νοσοκομείων 2005-9 (7 δις. Ευρώ τελικά αντί 2 που είχε δοθεί στην ΕΛΣΤΑΤ προεκλογικά) σε απόλυτη συνεργασία με τις υπηρεσίες δυο Υπουργείων Υγείας και Οικονομικών (καταβλήθηκε άμεσα 1 δις. ευρώ σε μετρητά και τα υπόλοιπα προωθήθηκαν για ρύθμιση νόμου με τη μέθοδο των ομολόγων προς τους προμηθευτές με ανάλογες μονοετείς-διετείς-τριετείς εκπτώσεις 30-20-10% περίπου),

4. διάσωση και στήριξη του συστήματος προμηθειών, μέσω της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ), στην οποία τοποθετήθηκε νέα διοίκηση, των ΔΥΠε και των νοσοκομείων, το 2010,

5. προετοιμασία για δημιουργία ελεγκτικού μηχανισμού μέσω της καταγραφής και της συλλογής μηνιαίων στοιχείων από το 2010, καθώς και συχνές οδηγίες (όλα και ηλεκτρονικά), που ενεργοποιούσαν την εσωτερική γραφειοκρατία του Υπουργείου, των ΔΥΠε, των νοσοκομείων και των λοιπών φορέων υγείας, έως τη σύνταξη επιχειρησιακών σχεδίων δράσεων και αναλυτικών στόχων, που έγινε λίγο αργότερα.

Τα παραπάνω συμφωνήθηκαν και με εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Κεντρικής Τράπεζας στην πρώτη τους επίσκεψη (7/1/10, ενώ το ΔΝΤ προσήλθε το Μάη και δυσκόλεψε τη διαπραγμάτευση). Στο τέλος 2010 συνέβησαν δυο επιπλέον γεγονότα που επιβεβαίωσαν και προώθησαν περαιτέρω τη συνεισφορά μας στο **σχεδιασμό** αυτής της περιόδου:

1. εγκρίθηκαν από το ΚΕΣΥΠΕ (Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών, που συντονίζει ο Υπουργός, εισηγείται ο Γ.Γ. και αποφασίζουν από κοινού με τους διοικητές των υγειονομικών περιφερειών): α. οι επιχειρησιακοί σχεδιασμοί των (7) Υγειονομικών Περιφερειών για το 2011-12, και β. οι (κλειστοί) προϋπολογισμοί νοσοκομείων και κέντρων υγείας για το 2011.
2. υπογράφηκαν αναλυτικά μνημόνια συνεργασίας με μετρήσιμους στόχους 2011, μεταξύ αφενός Υπουργού και Γ.Γ., και αφετέρου Διοικητών ΥΠε και Νοσοκομείων (μηνιαίες και ετήσιες προβλέψεις).

Τα ανωτέρω λειτούργησαν αποτελεσματικά στις παρακάτω δράσεις με ανάλογη **οργάνωση** και **συντονισμό**:

1. Δημιουργία του esy.net (σύστημα μηνιαίας καταγραφής κι αξιολόγησης λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων),

2. Μηνιαίο ΚΕΣΥΠΕ με ημερήσια διάταξη που αντανακλούσε στους στόχους και οργανώνονταν σε συνεργασία όλων των αρμοδίων πολιτικών γραφείων και δημόσιας διοίκησης (αφού είχε προηγηθεί η μηνιαία αξιολόγηση των διοικήσεων νοσοκομείων, με παράδοση εκθέσεων των διοικητών από το esy.net, αλλά και για την πορεία εφαρμογών λογιστικής, μηχανοργάνωσης, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οργανισμών, προσωπικού, προμηθειών, ΚΕΝ, ΤΕΠ, ποιότητας, ΕΣΠΑ, κ.λπ.).

3. Μηνιαίες συναντήσεις του Γ.Γ. με την Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) και τις ΔΥΠε, για την παρακολούθηση κεντρικών, περιφερειακών και νοσοκομειακών διαγωνισμών υλικών, φαρμάκων και υπηρεσιών (Castaniotietal. 2013), καθώς και τιμών-αναλώσεων (observe.net).

4. Μηνιαίες συναντήσεις, για την πρόοδο του ΕΣΠΑ.

5. Μηνιαίες συναντήσεις τον έλεγχο των επιχορηγήσεων, αλλά και των δαπανών. Βασική παράμετρος αξιολόγησης ανά 3μηνο ήταν η επίσκεψη της τρόικα στο υπουργείο και η σύνταξη της σχετικής αναθεώρησης του μνημονίου (MoU). Το τελευταίο δημιουργούσε έναν περίεργο συναγερμό σε όλους.

6. Εκτός των ανωτέρω βασικών **δράσεων** υπήρχαν πληθώρα άλλων, κυριότερες εκ των οποίων ήταν α. η μελέτη-απόφαση-εφαρμογή της αναδιοργάνωσης Υπουργείου-ΔΥΠε-Νοσοκομείων-Κέντρων Υγείας(το 2012 εκδόθηκαν όλοι οι οργανισμοί νοσοκομείων και κέντρων υγείας), β. αξιολόγηση της ποιότητας-ικανοποίησης ασθενών από το ΕΣΥ, γ. η διαχείριση του προσωπικού του Υπουργείου, αλλά εν μέρει και του ΕΣΥ, σε συνεργασία με τις αρμόδιες διευθύνσεις προσωπικού και τέλος δ. η χρήση των φαρμάκων (γενοσήμων κ.λπ.) και των κλειστών ελληνικών νοσηλίων (ΚΕΝ) (Polyzos etal. 2013), σε συνδυασμό με ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, καθώς και η λειτουργία επιλεγμένων σημαντικών μονάδων νοσοκομείων, όπως τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) που ανασυγκροτήθηκαν, τα Φαρμακεία στα οποία συστήθηκε η απογευματινή λειτουργία, καθώς και η παρακολούθηση οργανωτικών και άλλων αλλαγών στα Κέντρα Υγείας και γενικότερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που εσφαλμένα δεν ήταν προτεραιότητα.

Έτσι κι οι δαπάνες του ΕΣΥ το 2011 εμφανίζονται μειωμένες σε σχέση με το 2009 σε ποσοστό άνω του 10%. Στις κατηγορίες που αναλογούσε σημαντικό περιθώριο από τον εξορθολογισμό των προμηθειών (υγειονομικών υλικών και φαρμάκων) η μείωση ανέρχεται σε πάνω από 30%, κερδίζοντας τη χαμένη 3ετία πριν το 2009. Κι αυτό, ενώ αυξήθηκε η κάλυψη των νοσοκομείων, μιας και οι προσερχόμενοι για νοσηλεία αυξήθηκαν κατά 10% και πλέον, και συνεπώς το μέσο λειτουργικό κόστος ανά ασθενή μειώθηκε κατά 20% περίπου (διαγράμματα 3 και 4). Σε άλλες – κυρίως εξωτερικές υπηρεσίες – outsourcing – δόθηκε μικρότερο βάρος, ενώ οι αντιστάσεις από τις τοπικές κυρίως κοινωνίες ήταν μεγαλύτερες (αυτό δε σημαίνει ότι δεν αναλογεί βάρος στις τοπικές διοικήσεις).

**Διάγραμμα 3:Κίνηση Εσωτερικών Ασθενών στα Νοσοκομεία (esy.net)**



**Διάγραμμα 4: Μέσο λειτουργικό κόστος ανά ασθενή στο ΕΣΥ (esy.net)**



Τα στοιχεία αυτά (Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ, 2012) δεν επιβεβαιώνουν όσους μιλούν για υπερβολικές περικοπές, εξαιτίας των οποίων επιδεινώθηκαν δείκτες υγείας (Polyzos 2012), ούτε εκείνους που μιλούν πιθανόν για πλήρη εξορθολογισμό του ΕΣΥ. Η αλήθεια είναι κάπου ενδιάμεσα, δηλαδή πρέπει να σταθεροποιηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος και τα εργαλεία που εμπεδώθηκαν (προμήθειες, ΚΕΝ, λογιστικά και μηχανογραφικά συστήματα, κ.λπ.), ενώ παράλληλα πρέπει να προσεχθεί η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα του ΕΣΥ.

H αποδοτικότητα των δημόσιων νοσοκομείων βελτιώθηκε σημαντικά (Polyzos 2012), ιδιαίτερα στα μικρο-μεσαία (γι αυτό η προσπάθεια πρέπει να στραφεί κυρίως στα μεγάλα).

Οι ανωτέρω πολιτικές στη διοίκηση των υγειονομικών περιφερειών και των νοσοκομείων συνεχίσθηκαν και το 2012, αλλά και με μικρές παραλλαγές και τα επόμενα έτη. Κομβικά σημεία στη διοίκηση νοσοκομείων ήταν οι 80 ενιαίοι οργανισμοί νοσοκομειακών συγκροτημάτων και συνδεδεμένων με αυτά κέντρων υγείας, και Νόμος του 2012, που έθεσε κριτήρια και επιτροπή επιλογής των (80) διοικητών, κατόπιν προκηρύξεων, ως απόρροια («καλών») μνημονιακών δεσμεύσεων.

Με την υπαγωγή του ΕΟΠΥΥ στο ΥΥΚΑ, η νέα οργανωτική δομή του ΕΣΥ απεικονίζεται στο διάγραμμα 5 (Πολύζος 2014).

**Διάγραμμα 5**: Νέα οργανωτική δομή του ΕΣΥ (2012)



Έτσι, έγιναν πράξη τα περισσότερα από όσα κι ο ΟΟΣΑ σε εκθέσεις του (2011) ανέφερε:

* Συντονισμός γεν. δημόσιας, κοινωνικής και υγειονομικής διοίκησης (ναι).
* Δημιουργία κοινών στρατηγικών σχεδίων (ναι), μονάδων, κι ανάλογων στελεχών.
* Δημιουργία αποδοτικών-αποτελεσματικών διοικητικών δομών - οργανισμών (ναι).
* Πολιτικές ολοκληρωμένης διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων (ναι).
* Συλλογή στοιχείων αξιολόγησης (ναι).
* Πολιτικοποίηση-Πολυνομοθεσία .

Τα έτη 2013-14 τα πιο σημαντικά γεγονότα στη δημόσια διοίκηση υπηρεσιών υγείας ήταν:

Η δυναμική των μεταρυθμιστικών μέτρων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εστιασμένων κύρια στο νοικοκύρεμα των οικονομικών και την αύξηση της αποδοτικότητας των Νοσοκομείων, με την θεσμοθέτηση των ανωτέρω μέτρων και την αναδιάρθρωση τους (συγχωνευσεις νοσοκομείων) συνεχίστηκε και το 2013, μιας κι νέα κυβέρνηση δεν μπήκε αμέσως στην διαδικασία αλλαγής των Διοικήσεων των Νοσοκομείων, όπως είναι η συνήθης πολιτική πρακτική στην λογική της καλύτερης εφαρμογής της τρέχουσας κυβερνητικής πολιτικής. Ωστόσω η λήξη της θητείας των Διοικητών των Νοσοκομείων και η επακόλουθη συγκυβέρνηση ΝΔ - ΠΑΣΟΚ επέφεραν μια σειρά εμποδίων στην συνέχιση των μεταρυθμίσεων και των θετικών αποτελεσματων.

Η αλλαγή των διοικήσεων των νοσοκομείων που ακολούθησε έγινε χωρίς να έχει προηγηθεί η απαραίτητη αξιολόγηση των απερχομένων διοικήσεων καθώς και της κατάστασης των νοσοκομειακών Μονάδων. Οι νέες διοικήσεις ορίστηκαν κύριως στη βάση των κομματικών συσχετισμών των κομμάτων της συγκυβέρνησης.

Τα παραπάνω τουλάχιστον στο επίπεδο των διοικήσεων των νοσοκομείων και της πολιτικής που ασκήθηκε στην κατευθυνση της βελτιωσης ή και της εξαλειψης των υπαρχόντων προβλημάτων δεν ήταν το ίδιο αποτελεσματική όσο η προ του 2013 περίοδος.

Η υλοποίηση της πολιτικής συγχώνευσης των Νοσοκομειακών μονάδων έγινε με κυρίαρχο κριτήριο την οικονομική αποδοτικότητα, εκμεταλλευόμενοι τις οικονομίες κλίμακας και εμβέλειας, ιδίως όσον αφορά τα έξοδα διαχείρισης και δευτερευόντως, ως αποτέλεσμα του εξορθολογισμού της παροχής υπηρεσιών με τη μείωση της πλεονάζουσας παραγωγικής ικανότητας θεραπείας των ασθενών.

Οστόσω, σε αρκετές περιπτώσεις, το ευαίσθητο κριτήριο της προσβασιμότητας, αλλά και ο νέος χάρτης ζήτησης υπηρεσιών υγείας, καθώς και το ανερχόμενο ζήτημα της περίθαλψης των μεταναστών και του αριθμού των ανασφάλιστων, αποτέλεσαν ζητήματα που απασχόλησαν στο τρόπο της διάταξης των υγειονομικών υπηρεσιών και την διαχειριση των οικονομικών τους δεδομένων, κι αυτό πιστώνεται στα θετικά.

Παράλληλα, τα θέματα της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, του προσωπικού, των στελεχών και του κόστους δεν αποτέλεσαν, με το βαρος που τους αντιστοιχούσε, στοιχεία της κυρίαρχης πολιτικής, με αποτέλεσμα να μην αναδεικνύονται ως κεντρικά ζητήματα στους νέους οργανισμούς των Νοσοκομείων.

Το 2014 έχουμε και την ψήφιση του νόμου (Ν.4238) για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), καθώς και την αλλαγή του σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Στο νόμο καθορίζονται οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Καθιερώνεται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού για την παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο πλαίσιο τωνΤοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που συνιστούν τους Το.Π.Φ.Υ

Ταυτόχρονα ορίζεται ως κύριος σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ως α) Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον ΕνιαίοΚανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού, β) η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας τηςαγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και οέλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογικήαξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων γ) ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείςδημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενουςιατρούς, και δ) η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενουςπαρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικώνυλικών και φαρμάκων.

Τα έτη 2015-18 τα πιο σημαντικά γεγονότα στη δημόσια διοίκηση υπηρεσιών υγείας ήταν:

Ο ορισμός νέων διοικήσεων στα νοσοκομεία καθυστέρησε σημαντικά (1-12/2015: αποχώρηση παλιών διοικήσεων, 12/2015-4/2016: πρόσκληση ενδιαφέροντος και συνεντεύξεις, 5-10/2016: διορισμός νέων διοικήσεων). Υπήρξε έλλειψη είτε ενδιαφέροντος είτε στελεχών, που να πρόσκεινται στο κυβερνών κόμμα και να διαθέτουν τα τυπικά προσόντα και την απαιτούμενη εμπειρία, με αποτέλεσμα να επιλεγούν αρκετοί διοικούντες έως και πολιτικά αντίθετοι. Αυτό επικοινωνήθηκε ως «για πρώτη φορά» αξιοκρατική επιλογή διοικήσεων. Στην πράξη, όμως, φάνηκε να υπήρχαν διοικητές «δυο ταχυτήτων».

Η αξιολόγηση των διοικήσεων ήταν τυπική έως ελλιπής. Κάθε διοικητής συμπλήρωνε ετησίως μια έκθεση αυτό-αξιολόγησης την οποία και απέστειλε στον Διοικητή της ΥΠΕ, ακολουθούμενη αργότερα από δια ζώσης συνέντευξη/συζήτηση στα θέματα της αυτό-αξιολόγησης. Η περαιτέρω αξιολόγηση δε γνωστοποιούνταν στον αξιολογούμενο διοικητή. Εξίσου δευτερεύοντα ρόλο φαίνεται να είχαν και άλλες διοικητικές διαδικασίες, όπως η σύνταξη του επιχειρησιακού σχεδίου, ο εσωτερικός έλεγχος και η κατάθεση προτάσεων για τροποποίηση των οργανισμών.

Θετική εξέλιξη ήταν ότι καθιερώθηκε ο ετήσιος απολογισμός (γνωστός ως «δημόσια λογοδοσία») της διοίκησης (περίπου 1-2 έτη μετά την ανάληψη καθηκόντων), που σε άλλες περιπτώσεις ήταν μια κλειστή κομματική ομιλία και σε άλλες υπήρχε σημαντική συμμετοχή πολιτών και λοιπών ενδιαφερόμενων μερών των τοπικών κοινωνιών. Τα βασικά επιχειρήματα που προβάλλονταν σε αυτές τις λογοδοσίες ήταν: α) οι προσλήψεις προσωπικού (κυρίως ιατροί του ΕΣΥ), β) η πλήρης και δωρεάν πρόσβαση των ανασφάλιστων και γ) η χρηματοδότηση επενδύσεων σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό μέσω ΕΣΠΑ. Τα επιχειρήματα α-γ ήταν πραγματικά και ενδεχομένως να αποτελούν τις κύριες θετικές εξελίξεις στο Ελληνικό ΕΣΥ.

Οι προγραμματισμένες ομαδικές συναντήσεις δεν περιλάμβαναν συγκεκριμένη στοχοθεσία και χρονοδιαγράμματα εκ μέρους των προϊστάμενων αρχών(π.χ. με διοίκηση ΥΠΕ, ηγεσία ΥΥΚΑ), αλλά κυρίως διεκδίκηση ευνοϊκών ρυθμίσεων εκ μέρους των διοικήσεων (π.χ. προκήρυξη θέσεων, αποσπάσεις προσωπικού) ή έκκληση για επίλυση προβλημάτων που υπερέβαιναν την αρμοδιότητα της διοίκησης. Σ’ αυτό φαίνεται να είχει συμβάλλει καθοριστικά ο ελλιπής επιτελικός, οργανωτικός και ρόλος διάχυσης των βασικών αξόνων πολιτικής υγείας.

Η «χαλαρή» διοίκηση, όπως περιγράφηκε παραπάνω, σε συνδυασμό με περιορισμένες πολιτικές παρεμβάσεις για υπηρεσιακά ζητήματα έδινε αρκετούς βαθμούς ελευθερίας στους διοικούντες, το οποίο σε πολλές περιπτώσεις ήταν θετικό στοιχείο. Εξαίρεση αποτέλεσαν τα επόμενα 2 ζητήματα, που για 2 τουλάχιστον χρόνια φαίνονταν να είναι βασικές στρατηγικές του Υπουργείου Υγείας, αλλά και προαπαιτούμενα για να διατηρηθεί κάποιος/α στη θέση της διοίκησης: 1) η σύναψη ατομικών συμβάσεων εργασίας στις υπηρεσίες καθαριότητας, εστίασης, φύλαξης κλπ. με ταυτόχρονη αποβολή των εργολαβικών εταιριών, και 2) η «ηθικοποίηση» του συστήματος μέσα από διαχείριση (ακόμη και δημιουργία) πειθαρχικών/ποινικών υποθέσεων. Και στις δυο περιπτώσεις, το νομικό πλαίσιο και η υποστήριξη ήταν προβληματικά. Είναι χαρακτηριστικό ότι εξαιτίας τέτοιων υποθέσεων παραιτήθηκαν κάποιοι Διοικητές και αποχώρησαν μέλη Διοικητικών Συμβουλίων. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι το 2ο ζήτημα ενδεχομένως να εργαλειοποιήθηκε, αλλά οπωσδήποτε στις έντονες εκδοχές του διαμόρφωσε μια μη επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα στις δομές υγείας, όπου ο εργαζόμενος είναι καχύποπτος απέναντι στον ηγέτη/επικεφαλής, δεν μπορεί να ενταχθεί σε ομάδα εργασίας, και φοβάται να αναλάβει ευθύνες.

Αναφορικά με την οικονομική διαχείριση δυο σημεία είναι άξια λόγου: 1) οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων δεν ήταν «σφαιρικοί», δηλαδή το νοσοκομείο που δημιουργούσε πλεόνασμα ξεκινούσε με χαμηλότερο όριο δαπανών στο επόμενο έτος, οδηγώντας, έτσι κάποιες δομές σε πληθωριστικές τάσεις, ιδιαίτερα στα φάρμακα και στο υγειονομικό υλικό. Ο καθορισμός των ετήσιων προϋπολογισμών συνέχισε να γίνεται ιστορικά. 2) δόθηκε μεγάλη βαρύτητα στην εξόφληση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων και στη διατήρηση των ταμειακών διαθεσίμων σε όσο το δυνατόν χαμηλά επίπεδα Τα αποτελέσματα στους παραπάνω δείκτες ήταν τυπικά εντυπωσιακά. Από την άλλη πλευρά, έμειναν πίσω σημαντικές μεταρρυθμίσεις του παρελθόντος, όπως το πρώην Esynet (νυνBIForms), η αναλυτική λογιστική, οι κεντρικές προμήθειες, η ανακοστολόγηση των DRGs, όπως επίσης τα νοσοκομεία εξακολούθησαν να εφαρμόζουν το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα μέσω εξωτερικών υπηρεσιών.Στα παραπάνω συνέβαλεκαι η αποχώρησησημαντικού αριθμού εργαζομένων απότις διοικητικές – οικονομικές υπηρεσίες των νοσοκομείων προς διάφορες υπηρεσίες του δημοσίου (μέσω της κινητικότητας).

Ένα γενικότερο σχόλιο είναι ότι στηνπερίοδο 2015-18 από τη μια υπήρξαν θετικές εξελίξεις (προσλήψεις προσωπικού, αυξημένη πρόσβαση, ΕΣΠΑ, ανάκτηση της αξιοπιστίας προς τους προμηθευτές), αλλά από την άλλη η διοίκηση των δημόσιων δομών υγείας απομακρύνθηκε από τις αρχές τους επιστημονικού μάνατζμεντ (ορθολογική λήψη αποφάσεων, μετρήσιμοι στόχοι, χρονοπρογραμματισμός έργων, ουσιαστική αξιολόγηση διοικούντων κλπ.).

Τέλος, η μεταρρύθμιση στη ΠΦΥ με τα ΠΕΔΥ (κέντρα υγείας) μετατράπηκε στα ΤΟΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας) με οικογενειακούς γιατρούς. Αν και χρειάζεται ειδική αξιολόγηση για τη δημόσια ΠΦΥ, θεωρούμε τα πρώτα ως πυλώνα για τις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και τις δεύτερες για τις αστικές σε συνδυασμό με τα πρώτα (πρώην ΙΚΑ). Σε κάθε περίπτωση ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να αποκτήσει κυρίαρχο ρόλο στις συμβάσεις και στον έλεγχο.

Τελικά, τα έτη 2013-14 δείχνουν μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, αντίθετα με τα έτη 2015-16 που αυξάνονται, επανερχόμενα περίπου σήμερα στα δεδομένα του 2012 (διάγραμμα 5). Προφανώς πρέπει να εξετασθεί η διάρθρωσή τους, σε συνδυασμό με τα μέτρα που λήφθηκαν.

Σημαντική συνεισφορά στα ανωτέρω είχαν μελέτες του Δημοκρίτειου Πανεπιστήμιου Θράκης, που παραδόθηκαν στο Υπουργείο Υγείας, το 2014 για αξιοποίηση και δημοσιεύθηκαν αργότερα, για το Ανθρώπινο Δυναμικό στην Υγεία, με συμπεράσματα ότι:

* Κάθε χρόνο παράγουμε 7.000 νέους επαγγελματίες υγείας (πτυχιούχους).
* Κάθε χρόνο απασχολούμε 2.000 νέους επαγγελματίες υγείας (5.000 άνεργοι).
* Στο ΕΣΥ η μείωση υπερβαίνει το 20% τα τελευταία 6 χρόνια (από 98 σε 78 χιλιάδες).
* Για 85 κύρια νοσοκομεία & 50 δευτερεύοντα (30.000+ κλίνες) και 300+ ΠΕΔΥ χρειαζόμαστε 80.000 + 10.000 άμεσα (πλέον συμβασιούχων ΕΟΠΥΥ).



**Διάγραμμα 5.** Συνολική τρέχουσα δαπάνη ανά φορέα χρηματοδότησης, 2012-2016 (σε εκατ. ευρώ) **Πηγή:**Σύστημα Λογαριασμών Υγείας Ελλάδος, 2010 και ΕΛΣΤΑΤ, 2018

1. **Μετά τη κρίση**

Αν υποθέσουμε ότι τη τελευταία χρονιά η χώρα εξήλθε από τη κρίση τυπικά-οικονομικά, αυτό ακόμα δεν έχει φανεί ουσιαστικά-λειτουργικά, και στη δημόσια διοίκηση. Στην **υγεία**, από τα παραπάνω φαίνεται ότι η **μάχη** όχι απλώς δεν κερδήθηκε, αλλά συνεχίζεται με επιβαρύνσεις και απώλειες, λόγω και της **κρίσης**, και χρειάζεται γενική ανασυγκρότηση.

Στη **δημόσια υγεία** και τους φορείς της αναλογεί η εξέταση επιβράδυνσης, αν και αύξησης, του προσδώκιμου επιβίωσης, όμως, με υποχώρηση των καλών ετών, ιδιαίτερα στη Τρίτη ηλικία, εξαιτίας και προβλημάτων που χρήζουν προσοχής (κάπνισμα, παχυσαρκία και χρόνια νοσήματα. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση με βάση τις ανάγκες των πολιτών είναι προτεραιότητες, χωρίς υποχώρηση της (οικονομικής κυρίως) αποδοτικότητας, με την επάρκεια και κατανομή υπηρεσιών και προσωπικού, που αξιολογούνται συνεχώς για να προγραμματίζονται πάλι πολιτικά και τεχνικά (Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2017, ΟΟΣΑ-ΕΕ).

Αν συνοψίζονταν οι **προτάσεις** σε μια, το δημόσιο σύστημα υγείας χρειάζεται ένα νέο όραμα και μια νέα στρατηγική αλλαγών (Kotter 1996), που θα βάζει μπροστά τους ασθενείς (πρόσβαση και ποιότητα), αμέσως μετά τους φορολογούμενους (κόστος/όφελος) και από κοντά τους επαγγελματίες υγείας (επάρκεια μέσω σωστών κατανομών, εκπαίδευση και αξιολόγηση). Οι καθημερινές καταστάσεις αμβλύνονται αν γνωρίζεις το αντικείμενο, έχεις σχέδιο, καθημερινές πολιτικές οδηγίες και ανθρώπους που μπορούν να διοικήσουν αποτελεσματικά και να βοηθήσουν. Και κυρίως το μήνυμα που εκπέμπεις να είναι καθαρό από την αρχή, για να αποκτάς περισσότερους συμμάχους και λιγότερους εχθρούς.

Με βάση το στόχο του παρόντος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η επιστημονική γνώση, μέσω και της θεωρίας (Πολύζος 2014), δίνει στην πράξη μέσω της άσκησης **Δημόσιας Πολιτικής** και αντιστρόφως. Αυτό, σε ένα βαθμό, μεταφέρεται και στη δημόσια διοίκηση (Hamel 2007). Η αντιμετώπιση της κρίσης θα γίνει μέσω και των νέων αρχών διακυβέρνησης (Πολύζος 2014). **Πολιτική** και **Διοίκηση** πρέπει να συνδεθούν περισσότερο. Τα *εργαλεία* είναι γνωστά στον αναπτυγμένο κόσμο:

α. στρατηγικός και επιχειρησιακός σχεδιασμός, που δε θα τον ανατρέπουν οι πολιτικές αλλαγές και η εφαρμογή του στη δημόσια διοίκηση, με σύγχρονα εργαλεία διαχείρισης της πληροφορίας και της γνώσης, που θα παραμένουν και θα βελτιώνονται μακροπρόθεσμα, αναπτύσσοντας κι όχι μόνο συρρικνώνοντας,

β. οργάνωση και συντονισμός με αξιοκρατία στην πρόσληψη, καθώς και κριτήρια στην αξιολόγηση, και μετά από αυτήν κίνητρα-αντικίνητρα, με χρήση και εξωτερικών υπηρεσιών ιδιωτών (outsourcing), π.χ. στα οικονομικά, την πληροφορική, ξενοδοχειακά κ.λπ. θέματα.

γ. έλεγχος και παρακολούθηση των δημόσιων πολιτικών συνεκτικά από τον Πρωθυπουργό, τους (λίγους) Υπουργούς (πολιτικά πρόσωπα) και Υφυπουργούς ή/και Γενικούς Γραμματείς με θητεία, πιο τεχνοκρατικό ρόλο και σύνδεση με τη δημόσια διοίκηση (που θα επιλέγει τους καλύτερους Γενικούς Διευθυντές, Διευθυντές και Προϊσταμένους, που επίσης θα αξιολογούνται πραγματικά και περιοδικά).

Το διάγραμμα 6 είναι ακόμα επίκαιρο και στην Πολιτική και Διοικητική εφαρμογή του, σε συνδυασμό με το ανάλογο διάγραμμα 7 για την περαιτέρω (εσωτερική) αποτελεσματικότητα.



**Διάγραμμα 6.** Προτεινόμενο Μοντέλο Οργάνωσης και Χρηματοδότησης Νοσοκομειακής Περίθαλψης στην Ελλάδα (Πολύζος 2007).

**Εξωτερικό περιβάλλον**

**Στόχοι - Αξίες**

**Κοινωνικό όφελος**

**Διοίκηση Νοσοκομείου**

**Εισροές**

**Κριτήρια**

**Πρότυπα**

**Διαδικασίες**

**Ομαδοποίηση**

**Ενέργειες**

**Εκροές**

**Μετρήσεις**

**Δείκτες**

**Αξιολόγηση**

**Ποιότητα**

**Αποτελέσματα**

**Διάγραμμα 7.** Διαδικασία εξασφάλισης διοικητικής αποδοτικότητας-αποτελεσματικότητας-ποιότητας στο νοσοκομειακό (υπο)σύστημα (Πολύζος 2007)

1. **Επίλογος-Προτάσεις**

Στο ανωτέρω πλαίσιο προτείνεται θεσμικά και το εξής **σχήμα** στο Υπουργείο Υγείας:

Α. Υπουργός Υγείας (κι όχι ασθένειας) για τις πολιτικές δημόσιας υγείας (συνεπικουρούμενος από Γενικό Διευθυντή Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου, που πρέπει να είναι ο καλύτερος γιατρός συναφούς ειδικότητας στη χώρα, με άριστα διοικητικά προσόντα, π.χ. ChiefMedicalOfficer), τους φορείς της και την εποπτεία των Β και Γ,

Β. Υφυπουργός ή/και Γενικός Γραμματέας, με 4ετή θητεία και στόχους, για το ΕΣΥ και γενικότερα για τις παροχές υπηρεσιών υγείας, που θα προίσταται της Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου (με το καλύτερο διοικητικό δημόσιο υπάλληλο του ΕΣΥ), των ΔΥΠε και των Μονάδων Υγείας τους,

Γ. Υφυπουργός ή/και Γενικός Γραμματέας, με 4ετή θητεία και στόχους, για τον ΕΟΠΥΥ, και γενικότερα τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, όπου θα προίσταται ο καλύτερος Managerτης χώρας στην Ασφάλιση (και παροχή) Υγείας.

To Β μπορεί να εξελιχθεί (από ΚΕΣΥΠΕ) σε έναν οργανισμό, που θα περιλαμβάνει τις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες, τα 80 νοσοκομειακά συγκροτήματα, τα 300 περίπου Κέντρα Υγείας, και τις 200 Τοπικές Μονάδες Υγείας, κάτι αντίστοιχο του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, που ο συγγραφέας είχε την ευκαιρία να οργανώσει το τελευταίο διάστημα, στη Κύπρο (NHS Executive), πλέον συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ παρόχων. Αυτό το σχήμα επιτυγχάνει πολιτική και τεχνοκρατική κατανομή αρμοδιοτήτων, ενώ είναι πιο σαφής ο διαχωρισμός χρηματοδότησης από την παροχή, τη στιγμή που ο Υπουργός ασχολείται με τη δημόσια υγεία, εποπτεύοντας (κι όχι διοικώντας καθημερινά) τα πάντα. Είναι ένα Ελληνικό πρότυπο, που πρέπει να δοκιμασθεί, βλέποντας και εμπειρίες άλλων χωρών. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς, το γεγονός ότι το «επαγγελματικό» management στα νοσοκομεία πρέπει να δημιουργεί τα ανωτέρω και να αφήνει πίσω του έργο και ομάδες ανθρώπων που θα το συνεχίζουν.

Οι περαιτέρω δράσεις που συνδέουν τη λεγόμενη Νέα Δημόσια Διοίκηση (Δικαίος-Καρμπέρης-Πολύζος 2017) ταξινομούνται τελικά παρακάτω:

1. στρατηγικός σχεδιασμός (strategic planning) των πολιτικών (policies),

2. διοίκηση αποτελεσμάτων (output/outcome management) σε προγράμματα ή υπηρεσίες,

3. διοίκηση ολικής ποιότητας (total quality management) παρεχόμενων υπηρεσιών,

4. ηλεκτρονική διακυβέρνηση (e-governance) με απλούστευση διαδικασιών μέσω και διαδικτύου,

5. μέτρηση συγκριτικής απόδοσης μονάδων (bencmarking) και ο έλεγχος αυτών (audit),

6. η κατάρτιση και παρακολούθηση προϋπολογισμών (budgeting) και η-προμηθειών (e-procurement),

7. η σύνδεση αμοιβών προσωπικού με την απόδοσή του (HR performanceorP4P).

**Βιβλιογραφία**

1. Δικαίος Κ., Καρμπέρης Α., Πολύζος Ν., (2017) Διοίκηση Δημόσιων & Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα, Gutenberg.
2. Παπούλιας Δ. (2012) *Η κρίση αλλάζει τη ζωή μας και το Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Κριτική.
3. Πολύζος Ν. (2007) *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος.
4. Πολύζος Ν. (2014) σελ. 89-114 στο βιβλίο Γκρίτζαλης κ.α. *Από το Πανεπιστήμιο στη Δημόσια Διοίκηση: ένα ταξίδι με επιστροφή*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
5. Πολύζος Ν. (2014) *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.
6. ΥΥΚΑ – ΓΓ (2012) *Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ*, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος
7. Hamel G. (2007) *The Future of Management*, Harvard Business School Press.
8. Kastanioti C., Kontodimopoulos N., Stasinopoulos D., Kapetaneas N., Polyzos N., Public procurement of medical technology in Greece in an era of economic crisis. *Health Policy*, 109, p. 7-13, 2013.
9. Kotter J. (1996) *Leading Change*, Harvard Business School Press.
10. Polyzos N., Karanikas H., Thireos E., Kastanioti C., Kontodimopoulos N., Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy,* 2013; 109: 14-22.
11. Polyzos N., A three-year Performance of the NHS Hospitals in Greece, *Ippokratia Journal,* v. 16, i. 4, p. 350-5, 2012.
12. Polyzos N., Health and Financial Crisis in Greece, *The Lancet*, v. 379, i. 9820, p. 1000, 2012.