

Ανα-οριοθέτηση σχέσεων κράτους και ιδιωτικής οικονομίας και ο ρόλος του νεο-διευθυντισμού: η περίπτωση των διοικητών νοσοκομείων*

Κώστας Γ. Δικαίος**

Περίληψη

Το άρθρο εξετάζει τη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού και την παρείσφρηση ιδιωτικο-οικονομικής λογικής και ιδεολογίας στην άσκηση της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής χρησιμοποιώντας ως περιπτώσιολογική μελέτη τη διεύθυνση του διευθυντικού δικαιώματος στη διοίκηση «management» των δημόσιων νοσοκομείων. Αφού παρουσιάσει την έννοια του «management» και τη δομή των νοσοκομείων το άρθρο στρέφεται στην ανάλυση της νομοθεσίας και εξετάζει το πώς διευρύνεται το διευθυντικό δικαίωμα σε αυτά. Στη συνέχεια αναλύονται απόψεις στελεχών του χώρου οι οποίες δίνουν έμφαση και πρωτοκαθεδρία σε ιδιωτικο-οικονομικές λογικές. Το άρθρο ολοκληρώνεται ασκώντας κριτική στις ανωτέρω προσεγγίσεις μέσα από μία λογική μελέτης της σχέσης ανάμεσα στον πολίτη (citoyen) και τον ιδιώτη (bourgeois).

* Το άρθρο σε πρώτη μορφή παρουσιάστηκε στο 2ο Διεθνές Συνέδριο της Επιστημονικής Εταιρείας Κοινωνικής Πολιτικής –σε συνεργασία με το Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Κρήτης– με θέμα «Κοινωνική Μεταβολή και Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα του Νέου Αιώνα», τον Μάρτιο 2005 στο Ρέθυμνο. Ευχαριστίες στους συνέδρους για παρεμβάσεις τους. Επίσης ευχαριστίες στους ανώνυμους κριτές του Βήματος των Κοινωνικών Επιστημών. Τα λάθη παραμένουν του συγγραφέα.

** Ο Κώστας Γ. Δικαίος είναι λέκτορας Πολιτικής Υγείας στο Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης.

Εισαγωγή

Η συζήτηση για τους διοικητές νοσοκομείων, και το «management» νοσοκομείων γενικότερα, έχει παρουσιάσει σημαντική εξέλιξη και έχει πάρει διαστάσεις τόσο στην επιστημονική κοινότητα, όσο και στην ευρύτερη δημοσιότητα, ειδικά μετά την πρόσφατη (κατόπιν του 2001 και έως το 2004) νομοθεσία. Κατά την άποψή μας τα κύρια ερωτήματα που πρέπει να προσεγγιστούν σε μία προβληματική κοινωνικής πολιτικής αφορούν την σχέση δημόσιου και ιδιωτικού¹ τόσο σε επίπεδο νομοθεσίας και (έστω υφέρπουσας) ιδεολογίας, όσο και σε επίπεδο προάσπισης των συμφερόντων των πολιτών ως εξυηηρετούμενων του συστήματος υγείας και των νοσοκομείων ειδικότερα.

Μολαταύτα δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι το ενδιαφέρον για το ζήτημα «management» νοσοκομείων έχει τον τελευταίο καιρό ενισχυθεί και εκτός της επιστημονικής κοινότητας, στην λεγόμενη ευρύτερη δημοσιότητα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι διοικητές νοσοκομείων πρέπει να προσφέρουν λύσεις σε προβλήματα τα οποία συχνά βρίσκονται σε επίκεντρο της προσοχής των ΜΜΕ. Αναφερόμαστε σε προβλήματα τα οποία σχετίζονται με τα ελλείμματα, και την αποδοτικότητα των νοσοκομείων, αλλά και την ικανοποίηση των ασθενών-πολιτών που προστρέχουν σε αυτά. Η διοίκηση-διεύθυνση «management» των νοσοκομείων καθίσταται σιγά-σιγά ένα κεντρικό ζήτημα της σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Το ζήτημα αυτό μπορεί να προσεγγιστεί από πολλές πλευρές όπως επί παραδείγματι η συμβολή του «management» στην ενδυνάμωση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς τα δημόσια νοσοκομεία, ή η εφαρμογή της επιστήμης της διοίκησης σε αυτά. Παρά τις ενδιαφέρουσες και σημαντικές πτυχές των ως άνω ερωτημάτων, αντικείμενο και στόχος του παρόντος άρθρου είναι η μελέτη της σχέσης δημόσιου-ιδιωτικού όπως αυτή διαμορφώνεται πλέον στα νοσοκομεία του ΕΣΥ τόσο σε επίπεδο νομοθετικά καθορισμένων λειτουργιών των διευθυντικών στελεχών των νοσοκομείων, όσο και στο επίπεδο του πώς τα ίδια τα διευθυντικά αυτά στελέχη κατανοούν τον ρόλο τους.

Ξεκινώντας με μία σύντομη ιστορική προσέγγιση του ζητήματος παρατηρούμε πως παρά το γεγονός ότι η θέση του Γενικού Διευθυντή στα δημόσια νοσοκομεία είχε προβλεφθεί ήδη στον Νόμο του ΕΣΥ το 1983, οι θέσεις αυτές δεν είχαν πληρωθεί ποτέ, με την διοίκηση του Νοσοκομείου είτε να είναι σκιώδης ασκούμενη από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομεί-

ου (τιμητική συνήθως θέση για πρόσωπα που ήσαν ή έστω κατηγορούντο ως πολιτικο-κομματικοί εγκάθετοι) (Αναγνώστου και Οικονομοπούλου, 2003) και τις κύριες αποφάσεις να λαμβάνονται κεντρικά στο Υπουργείο Υγείας.

Με τις αλλαγές των τελευταίων ετών όμως και ειδικότερα την Νομοθεσία μετά το 2001 (π.χ. 2889/2001, για τα ΠΕΣΥ και τους διοικητές νοσοκομείων, 2920/2001 για τους επιθεωρητές υπηρεσιών υγείας, 2955/2001 για τον έλεγχο των προμηθειών των μονάδων υγείας) δεν είναι μόνον η σημασία της διοίκησης που καθίσταται κεντρικότερη τόσο σε επίπεδο ΠΕΣΥ, όσο και σε επίπεδο νοσοκομείων, αλλά και η βαρύτητα παραμέτρων όπως η παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος από την μία πλευρά, οι οποίες καθίστανται επίσης βαρύτερες. Από την άλλη πλευρά έχουμε μία ενδυνάμωση της σημασίας και των δικαιωμάτων των ασθενών (Ν. 2519/1997 με ιδιαίτερη αναφορά στα πρώτα κίολας άρθρα).

Μέσα από αυτήν την παρατήρηση, σε επίπεδο μελέτης των σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού, κύρια σημασία έχει η αλλαγή στις προκείμενες και τις παραμέτρους της άσκησης της διεύθυνσης και του συντονισμού των δράσεων και των λειτουργιών του νοσοκομείου καθώς αυτές πλέον αφορούν όχι μόνο την ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται στους ασθενείς (κάτι που μπορούμε να εντάξουμε στην σφαίρα του δημόσιου συμφέροντος), αλλά και την μικρο- και μακρο- οικονομική αποδοτικότητα του νοσοκομείου. Κάτι τέτοιο να μην δεν «ιδιωτικοποιεί» τα δημόσια νοσοκομεία, αλλά τα εντάσσει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό σε μία λογική ιδιωτικο-οικονομικών κριτηρίων. Αυτό ενέχει τον κίνδυνο να τεθούν εν διακυβεύματι συμφέροντα ασθενών (σε μία ακραία προσπάθεια μείωσης του κόστους και επίτευξης μικρο-οικονομικών στόχων), αλλά επίσης και συμφέροντα της συνολικής κοινωνίας (μέσω μείωσης του ασκουμένου ελέγχου από τους κοινωνικούς φορείς και πολίτες). Μία τέτοια εξέλιξη δεν σημαίνει ιδιωτικοποίηση των νοσοκομείων καθώς αυτά παραμένουν κρατικά, αλλά μείωση του δημόσιου χαρακτήρα τους (όπως αυτός εκφράζεται μέσα από την πρόσβαση και τον έλεγχο)².

Η εν λόγω μετατόπιση του κέντρου βάρους προς μία προσέγγιση περισσότερο φιλική προς τον νεο-διευθυντισμό³, διαφαίνεται όχι μόνον από τη νομοθεσία, αλλά και από την έκταση της συζήτησης στην ευρεία δημοσιότητα για τη διοίκηση των νοσοκομείων. Η μετατόπιση αυτή βέβαια αρχίζει ήδη από το 1994 με την Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομητών (υπό τον Abel-Smith) και συ-

νεχίζεται από τα τέλη της δεκαετίας του '90 κυρίως από την πληθώρα σχετικών συνεδρίων, συμποσίων και ημερίδων με σχετική θεματολογία, όπως και την αρθρογραφία σε περιοδικά ειδικού τύπου⁴. Γενικότερα, η τάση αυτή αποτελεί ένδειξη για αλλαγή στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής στη σύγχρονη Ελλάδα.

Το άρθρο λοιπόν εξετάζει την ανα-οριοθέτηση των σχέσεων δημόσιου και ιδιωτικού μέσα στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής, χρησιμοποιώντας ως πεδίο αναφοράς και περιπτωσιολογική μελέτη την αποδοχή από πλευράς του δημοσίου τομέα επιχειρημάτων και πρακτικών για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα αντίστοιχη αυτής του ιδιωτικού τομέα, εστιάζοντας στο σύστημα υγείας. Εκκινεί με τη νεότερη νομοθεσία για τη διοίκηση των δημοσίων νοσοκομείων. Αποπειρώμαστε να επιτύχουμε τον παραπάνω στόχο μέσα από την ανάλυση τόσο της σχετικής νομοθεσίας (με παράλληλες αναφορές στις θέσεις και απόψεις των κομμάτων εξουσίας), όσο και κυρίως μέσα από την κριτική παρουσίαση της σχετικής και πρόσφατης βιβλιογραφίας (π.χ. Καριώτης, 1992· Abel-Smith κ.ά., 1994· Δικαίος κ.ά., 1999· Ιατρίδης, 2000· Κασιμάτη, 2003) και αρθρογραφίας [π.χ. Νιάκας-Στάθης (επιμ.), 2002· Νιάκας (επιμ.), 2003· Νιάκας (επιμ.), 2004] για τη διοίκηση των νοσοκομείων, ή την αξιολόγηση και το σχεδιασμό γενικότερα. Το ενδιαφέρον που παρουσιάζει η πρόσφατη αυτή αρθρογραφία έγκειται στο ότι ενδεικνύει τις τρέχουσες απόψεις διευθυντικών στελεχών και σπουδαστών της διοίκησης νοσοκομείων σχετικά με τα κύρια ερωτήματα τα οποία την αφορούν. Θεωρούμε ότι η εξέταση των απόψεων αυτών είναι συμβατότερη με το ερώτημα της αλλαγής στη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού όσον αφορά τις λειτουργίες των νοσοκομείων (και του ΕΣΥ γενικότερα), από μία προσέγγιση ποσοτικών στοιχείων και αυτόνομων και απρόσωπων κριτηρίων η οποία θα ταίριαζε περισσότερο με άλλα σημαντικά ερωτήματα, όπως η επιτυχής εφαρμογή της διοικητικής επιστήμης στα νοσοκομεία, θέμα το οποίο όμως, όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα, δεν εντάσσεται στους στόχους του παρόντος άρθρου.

Για να καταστεί κάτι τέτοιο εφικτό θα πρέπει να παρουσιαστούν (στο αμέσως επόμενο μέρος) έστω και εν συντομία οι βασικές συνιστώσες της διεύθυνσης-διοίκησης και διαχείρισης (λειτουργία που συχνά καλύπτεται με τον ξενόγλωσσο όρο «management»), αλλά και των λειτουργιών ενός σύγχρονου νοσοκομείου.

Το άρθρο, πέραν αυτής της εισαγωγής, χωρίζεται σε τέσσερα μέρη. Την μόλις προαναφερθείσα συζήτηση για το «management» και τις λειτουργίες των νοσοκομείων, την εξέταση της νομοθε-

σίας, την ανάλυση της πρόσφατης βιβλιογραφίας της σχετικής με το management και τη διοίκηση-διαχείριση των νοσοκομείων, και τέλος την παρουσίαση των συμπερασμάτων με αναφορά στην προβληματική για τη σχέση δημόσιου και ιδιωτικού, ενώ θα γίνουν αναφορές και στις θέσεις των κομμάτων εξουσίας σε σχέση με τα παραπάνω (βλ. και Δικαίος, 2002· Δικαίος, 2006).

1. Management και νοσοκομεία: Μία πρώτη προσέγγιση των όρων

1.1. Management

Μία από τις πρώτες δυσκολίες που παρουσιάζονται με τον όρο management⁵ είναι η μετάφρασή του στα ελληνικά και οι συνακόλουθοι κίνδυνοι χρήσης ξενόφερτων όρων στην ελληνική γλώσσα και επιστήμη. Ο όρος συχνά μεταφράζεται ως διοίκηση (λέξη που ανταποκρίνεται όμως και στο administration, ή ακόμη και στο command, όταν αναφερόμαστε σε οργανισμούς με οιονεί στρατιωτική ιεραρχία), ως «οργάνωση και διοίκηση», αλλά και ως «διεύθυνση» (Κουτούζης, 1999) με τον ξενόγλωσσο όρο να παραμένει ευρύτερος ως προς τις λειτουργίες που περιγράφει και επίσης να εξαρτάται από τη μορφή του ιδίου του οργανισμού ως ιδιωτικού κερδοσκοπικού, ιδιωτικού μη-κερδοσκοπικού, ή δημόσιου (Σταθόπουλος, 1986· Καριώτης, 1992), αλλά και να περιλαμβάνει πλειάδα διαφορετικών δράσεων και ενεργειών (μεταξύ των οποίων και την οργάνωση και διοίκηση!) που θα αναλυθούν στη συνέχεια (Καριώτης, 1992· Κουτούζης, 1999). Ασαφές παραμένει επίσης, αν και κατά πόσον το management, όπως κι αν το μεταφράσουμε, αποτελεί ένα συγκεκριμένο, ευκρινώς περιχαρακωμένο αντικείμενο, με αδιαμφισβήτητο περιεχόμενο, ή όπως το θέτει ο Καριώτης (1992) αν αποτελεί επιστήμη ή τέχνη, θεωρία ή πράξη, γνώση ή εμπειρία, κατάρτιση ή ικανότητα και ταλέντο (Αναγνώστου και Οικονομοπούλου, 2003, με ειδική αναφορά στα νοσοκομεία) και στην ουσία «μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι απλά και μόνο μια προσανατολισμένη εφαρμογή συγκεκριμένων απόψεων της ανθρώπινης ζωής [...] που δεν αποτελεί συγκεκριμένη επιστήμη· δεν υπάρχει καν ένας αποδεκτός ορισμός» (στο ίδιο, σελ. 29). Αυτό μας οδηγεί στην επιλογή τού να χρησιμοποιήσουμε και εμείς αμετάφραστο τον όρο εκεί που θεωρούμε ότι είναι πλέον

πρόσφορο, καθώς επίσης και να επιλέξουμε τον όρο «(νεο-)διευθυντισμός» για την περιγραφή και αξιολόγηση της (πολλάκις υπόρρητης) ιδεολογίας που δίνει πρωτοκαθεδρία στο management και κυρίως στον ρόλο του διευθυντή-διοικητή («manager») μέσα σε ένα πλαίσιο επίτευξης μικρο- και μακρο- οικονομικών στόχων αποδοτικότητας, και συνάμα θέτει σε δεύτερη μοίρα ζητήματα κανονιστικού και με βάση τις αξίες σχεδιασμού και αξιολόγησης κοινωνικών φορέων και υπηρεσιών (Δικαίος, 1999· Ιατρίδης, 2000)⁶.

Για να γίνει όμως καλύτερα κατανοητός ο όρος management θα μπορούσαμε να τον προσεγγίσουμε και μέσω του περιεχομένου του όσον αφορά δράσεις και ενέργειες που εξασκούνται κατά την εφαρμογή του.

Ως κοινή συνισταμένη των προσεγγίσεων στο περιεχόμενο του management (Καριώτης, 1992· Κουτούζης, 1999· Σιγάλας, 1999· Ιατρίδης, 2000· Κασιμάτη, 2003)⁷ βρίσκουμε ότι αυτό αφορά το συντονισμό και εναρμόνιση-ενοποίηση όλων των παραγωγικών πόρων (τόσο των ανθρωπίνων, όσο και των υλικών και τεχνικών)⁸ για να επιτευχθούν ορισμένα εκ των προτέρων επιλεγέντα αποτελέσματα. Ή άλλως το management αποτελεί μεθοδική προσπάθεια προγραμματισμού, οργάνωσης, διεύθυνσης και ελέγχου δραστηριοτήτων για την επιτυχία δεδομένων σκοπών. Αυτό που καθίσταται πλέον βασικό είναι η αποσαφήνιση των σκοπών και στόχων του οργανισμού ή του συστήματος (Νοσοκομείου ή ΠΕΣΥ εν γένει στην προκειμένη περίπτωση), δράση η οποία επίσης αποτελεί στοιχείο του management. Η σκοποθεσία ή στοχοθεσία⁹ αυτή γίνεται με βάση κανονιστικές αξίες στην περίπτωση του κανονιστικού σχεδιασμού, και με βάση την ανάλυση κόστους-ωφέλους στην περίπτωση του ορθολογικού (Ιατρίδης, 2000)¹⁰. Όπως παρατηρεί ο Κουτούζης (1999, σελ. 30) αναλύοντας τις λειτουργίες της διοίκησης «(α) σχεδιασμός είναι η λειτουργία εκείνη η οποία θέτει τις βασικές κατευθύνσεις και στόχους στον οργανισμό και διαμορφώνει ένα αρχικό πλάνο προσέγγισής τους (β) οργάνωση είναι η διαδικασία καθορισμού των δραστηριοτήτων εκείνων που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων, της ομαδοποίησής τους, της ανάθεσής τους σε συγκεκριμένες ομάδες ή ανθρώπους και της διαμόρφωσης βαθμίδων εξουσίας και ευθύνης (γ) διεύθυνση/καθοδήγηση είναι το στάδιο της εποπτείας και καθοδήγησης των υφισταμένων για την ολοκλήρωση των στόχων (δ) έλεγχος είναι η φάση αξιολόγησης και διόρθωσης των δραστηριοτήτων των υφισταμένων προκειμένου να εξασφαλιστεί η τήρηση των σχεδίων». Αυτό που απουσιάζει από την προσέγγιση αυτή του Κου-

τούζη είναι μία αναφορά στην προβληματική των δαπανών και του κόστους-οφέλους, ή ακόμη περισσότερο στην πλήρη ποσοτικοποίηση των στοιχείων, που αποτελεί βασική παράμετρο για την μετάβαση από κανονιστικά σε ορθολογικά πρότυπα και πρωτοκόλλα λειτουργίας ενός οργανισμού και ενός νοσοκομείου ειδικότερα.

1.2. Νοσοκομείο

Σύμφωνα με την ιστοθέση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (www.mohaw.gr) τον Φεβρουάριο του 2007 η Ελλάδα διαθέτει περί τα 133 κρατικά νοσοκομεία¹¹. Σύμφωνα με παλαιότερες μετρήσεις υπήρχαν περίπου 38.000 κλίνες (Θεοδώρου κ.ά., 1997· Σουλιώτης, 2000), κάτι που σημαίνει περί τις 280 κλίνες ανά θεραπευτήριο, ενώ το ιατρικό προσωπικό των μεγάλων δημοσίων νοσοκομείων που βρίσκονται στο κέντρο υγειονομικών περιφερειών πλησιάζει τα 400 άτομα, και το νοσηλευτικό τα 600 (Δικαίος, 1999). Ειδικότερα, «[τ]ο Νοσοκομείο "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" [το οποίο] είναι το μεγαλύτερο Νοσοκομείο της χώρας [...].

Το σύνολο των κλινών που διαθέτει το Νοσοκομείο σήμερα, ανέρχεται στις 906.

Το ανθρώπινο δυναμικό κατά υπηρεσία είναι: 1 Ιατρική Υπηρεσία: 771, 2 Νοσηλευτική Υπηρεσία: 1067, 3. Διοικητική Υπηρεσία: 585, 4. Τεχνική Υπηρεσία: 120 (www.evangelismos-hosp.gr/index1.cfm)».

Στα μικρότερα που συνήθως βρίσκονται σε πρωτεύουσες νομών οι αριθμοί είναι σαφώς χαμηλότεροι, με το σύνολο του προσωπικού να προσεγγίζει τους 500 και οι κλίνες τις 200. Εν πάση περιπτώσει οι μονάδες αυτές συνήθως αποτελούν σημαντικούς εργοδότες στην περιοχή τους, έχουν ίσως τον ακριβότερο εξοπλισμό, τον μεγαλύτερο αριθμό χρηστών, και συχνά επίσης τον υψηλότερο κύκλο εργασιών.

Γενικά ένα νοσοκομείο αποτελεί μία μεγάλη οικονομική μονάδα (για το μέγεθος των οικονομικών μονάδων βλέπε Σταθόπουλος, 1986) τόσο όσον αφορά το επενδεδυμένο κεφάλαιο (τόσο από πλευράς γηπέδων, κτιρίων αλλά και τεχνολογικού και άλλου εξοπλισμού), τον αριθμό των απασχολουμένων ειδικά σε συνδυασμό με το επίπεδο κατάρτισης και προσόντων, τον κύκλο εργασιών αλλά και τέλος των αριθμών των χρηστών (τόσο εξωτερικών ασθενών όσο και νοσηλευομένων) και των δυνάμει χρηστών. Ή αλλιώς «τα νοσοκομεία αποτελούν πολύπλοκους και πολυεπίπεδους μηχανισμούς, με σημαντικούς προϋπολογισμούς, ενώ συσσωρεύουν

όλο και περισσότερο αυξανόμενες κοινωνικές απαιτήσεις» (Αναγνώστου και Οικονομοπούλου, 2003).

Κύριος σκοπός ενός νοσοκομείου είναι η προστασία και αποκατάσταση της υγείας¹² των πολιτών. Σε ένα νοσοκομείο εκτελούνται μία πλειάδα λειτουργιών, όπως αυτές της προληπτικής ιατρικής και της προαγωγής υγείας, διαγνωστικές, νοσηλευτικές-θεραπευτικές (εσωτερικής ή εξωτερικής νοσηλείας)¹³, ξενοδοχειακές (διαμονή νοσηλευομένων, διατροφή), διδακτικές (αν το νοσοκομείο είναι Πανεπιστημιακό για φοιτητές ιατρικής και ειδικευόμενους γιατρούς, αν όχι μόνο για λήψη ειδικότητας) διοικητικές (κίνηση ασθενών, λογιστήριο, προσωπικό κ.λπ.), τεχνικής υποστήριξης (συντήρηση, επισκευές κ.λπ.).

Η κάθε μία από τις λειτουργίες αυτές (ειδικά οι ιατρικές και ορισμένες τεχνικές) απαιτεί γνώσεις τόσο αιτίων του προβλήματος όσο και αντιμετώπισής του, με άλλα λόγια ανθρώπινους πόρους υψηλού επιπέδου κατάρτισης, αλλά και πολύ καλό εξοπλισμό σε συνδυασμό με ακριβά αναλώσιμα και φάρμακα. Οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες είναι πιθανόν μιν να μην απαιτούν υψηλή εξειδίκευση όλου του προσωπικού, αλλά τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία έχουν περισσότερες κλίνες από ένα ξενοδοχείο. Δεν πρέπει επίσης να παραβλέπουμε τη συνεχή παραμονή των ασθενών στα δωμάτια που προξενεί προβλήματα καθαρισμού, συντήρησης κ.λπ. και τις ανάγκες για ειδικές δίαιτες. Τέλος ένα νοσοκομείο λειτουργεί ή έστω είναι σε ετοιμότητα (τουλάχιστον εν μέρει) όλο το εικοσιτετράωρο.

Εν κατακλείδι, ένα νοσοκομείο είναι μία μεγάλη οικονομική μονάδα που συνδυάζει ένταση εργασίας και ένταση κεφαλαίου. Για τους λόγους αυτούς η ανάγκη management ενός νοσοκομείου καθίσταται επιτακτική. Τα ερωτήματα που αναδύονται πλέον αφορούν το ποιός ασκεί το management, σε ποιούς είναι υπόλογος για ποιά θέματα και ποιοί είναι οι σκοποί του οργανισμού τους οποίους ο manager οφείλει να εκπληρώσει.

Με άλλα λόγια το ενδιαφέρον πλέον επικεντρώνεται στο αν οι σκοποί σχετίζονται με την υγεία ή την αποδοτικότητα ή, για να το θέσουμε αλλιώς, με την προστασία του πολίτη ή την ικανοποίηση του πελάτη. Κάτι τέτοιο αποτελεί σημαντική ένδειξη αλλαγών στο πώς προσεγγίζουμε και αντιλαμβανόμαστε την κοινωνική πολιτική ως κοινωνία και ως πολιτεία. Το υπόλοιπο άρθρο αποπειράται να εξετάσει το ερώτημα εξετάζοντας την (μετά την θεσμοθέτηση του ΕΣΥ) νομοθεσία, καθώς και τις απόψεις των λειτουργών του χώρου (διοικητών νοσοκομείων).

2. Νομοθεσία

Είναι θεωρούμε αναγκαία μία μη-ακροθιγής εξέταση του νομοθετικού πλαισίου (αλλά και ενίοτε κειμένων που επιρρέασαν πολιτικές-νομοθετικές αποφάσεις), έτσι ώστε να αποκομίσουμε μία σφαιρική και πλήρη εικόνα των εξελίξεων και κυρίως της αργής πλην όμως συνεχούς και σταθερής εξέλιξης του ρόλου των managers των δημόσιων-κρατικών νοσοκομείων και της διεύρυνσης και ενίσχυσης του ρόλου αυτού από κυβερνήσεις αμφοτέρων των κομμάτων. Η ενότητα αυτή χωρίζεται σε τρεις μικρότερες. Η πρώτη εξετάζει τα αρχικά βήματα από την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, ως την «αποκατάστασή» του και την Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων υπό τον Abel-Smith το 1994. Η δεύτερη αναλύει τον Ν. 2519/97 ο οποίος υπήρξε εκτεταμένος και αφέρωνε και ένα ολόκληρο κεφάλαιο στην διοίκηση των νοσοκομείων κάνοντας σημαντικές αλλαγές στην δομή του Διοικητικού Συμβουλίου. Η τρίτη υποενότητα στρέφεται στους τρεις Νόμους της «παραγωγικής» χρονιάς 2001.

2.1. Από την ίδρυση του ΕΣΥ στην έκθεση της επιτροπής εμπειρογνωμόνων

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα η θέση Γενικού Διευθυντή στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ προβλεπόταν ήδη από τον Ν. 1397/1983 ο οποίος είχε ως στόχους (μεταξύ άλλων) την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο του συστήματος (Θεοδώρου κ.ά, 1997· Υφαντόπουλος, 2003· Οικονόμου, 2004)¹⁴. Η πρόβλεψη αυτή έμεινε κενό και νεκρό γράμμα καθώς η διοίκηση πέρασε στην αρμοδιότητα του Πρόεδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του εκάστοτε νοσοκομείου. Στην πραγματικότητα οι σημαντικές αποφάσεις ελαμβάνοντο κεντρικά από το Υπουργείο ακολουθώντας τόσο την παράδοση του ελληνικού κράτους και της ελληνικής γραφειοκρατίας και διοίκησης, όσο και την πολιτική επιλογή των τότε κυβερνήσεων παρά την όποια ρητορική εμμονή στην αποκέντρωση. Τα πράγματα δεν άλλαξαν ιδιαίτερα με τον Ν. 2071/1992 επί κυβερνήσεως Νέας Δημοκρατίας¹⁵, όπου στο άρθρο 55 τα διοικητικά συμβούλια παραμένουν (τέσσερα μέλη του οποίου τα διορίζει ο Υπουργός, ένα μέλος το πρότεινε η τοπική αυτοδιοίκηση, ένα μέλος εκλεγόταν από το ιατρικό προσωπικό και ένα ακόμη από το υπόλοιπο προσωπικό), αν και επίσης προβλεπόταν (παρ. 7) «με

προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων [η δυνατότητα σύστασης] ανά μία θέση γενικού διευθυντή, με τριετή θητεία. Με το ίδιο διάταγμα ορίζεται και ο τρόπος επιλογής αυτών», ενώ στην επόμενη παράγραφο ορίζεται ο «γενικός διευθυντής προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συντονίζει και ελέγχει το έργο αυτών, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου... [ενώ] τα ιδιαίτερα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού...». Το management του νοσοκομείου σε τελική ανάλυση παρέμεινε ανάμεσα στο Διοικητικό Συμβούλιο και τον πρόεδρό του από την μία πλευρά, και τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου από την άλλη. Αυτό δημιούργησε δυσλειτουργίες (Abel-Smith κ.ά., 1994). Στη συνέχεια του Νόμου ορίζεται ότι κάθε νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις υπηρεσίες την ιατρική, την νοσηλευτική, την διοικητική, και την τεχνική, ενώ δεν πρέπει να παραβλέψουμε στα εναρκτήρια κιάλας άρθρα του την αναφορά στα δικαιώματα των πολιτών. Εξειδίκευση στη συζήτηση των δικαιωμάτων γίνεται στο άρθρο 47 όπου γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον ασθενή και στο «δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του [...] της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του [που αφορά όλες τις εργασίες] την κατάλληλη διαμονή [...] και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση», ενώ τα υπόλοιπα δικαιώματα αφορούν την ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του και την ανάγκη ύπαρξης συναίνεσης από πλευράς του για διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, το σεβασμό των θρησκευτικών του πεποιθήσεων και τη δυνατότητά του να καταθέσει διαμαρτυρίες.

Ο Ν. 2194/1994 με τον οποίο οι κυβερνήσεις ΠΑΣΟΚ απεκατέστησαν το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν κάνει κάποια ιδιαίτερη αναφορά στο ζήτημα του management των νοσοκομείων.

Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά σε ένα κείμενο το οποίο να μην δεν αποτελεί νομοθεσία σε καμία περίπτωση, αλλά από την άλλη θεωρείται μία από τις σημαντικότερες (και αποτελεί μία από τις πλέον συζητημένες) συνεισφορές στο σχεδιασμό της άσκησης υγειονομικής πολιτικής στη χώρα μας. Η «Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων» υπό τον Β. Abel-Smith βασίστηκε σε έρευνες που έγιναν έναν περίπου μήνα μετά τη δημοσίευση του 2194/94. Στόχοι της έρευνας, που θεωρούντο

και επιθυμίες της Ελλάδας, ήσαν «η επαρκής και ισοδύναμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε στοιχειωδώς ικανοποιητική υγειονομική περίθαλψη· η μακροοικονομική αποδοτικότητα: το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης δεν θα πρέπει να υπερβαίνει ένα αποδεκτό ποσοστό των εθνικών πόρων· και η μικροοικονομική αποδοτικότητα: η σύνθεση των υπηρεσιών που επιλέγονται θα πρέπει να εξασφαλίζει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα και την ικανοποίηση του καταναλωτή (sic!) με το ελάχιστο δυνατό κόστος» (Abel-Smith κ.ά., 1994, σελ. 14). Ενώ στα συμπεράσματά της μπορούμε να ξεχωρίσουμε προτάσεις για «ενίσχυση και συντονισμό της δημόσιας υγείας [...] σταδιακή κατάργηση του δημοσιοϋπαλληλικού καθεστώτος για το προσωπικό των νοσοκομείων, εκχώρηση μεγαλύτερης αυτονομίας στα νοσοκομεία, τα οποία όμως θα πρέπει να παραμείνουν στην κυριότητα του δημοσίου [...] παροχή κινήτρων για την αποδοτικότερη αξιοποίηση των πόρων [...] επαγγελματικοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών της υγείας» (στο ίδιο, σελ. 143-144). Το πρώτο που πρέπει να επισημανθεί είναι η εμφάνιση του όρου αποδοτικότητα σε συνδυασμό μάλιστα με την έννοια μίας οροφής δαπανών, αλλά και η αναφορά στον «καταναλωτή» (ούτε καν «χρήστη»!) των υπηρεσιών υγείας. Μία πρώτη κριτική ασκήθηκε σύντομα μετά την δημοσίευση και αναφερόταν στους κινδύνους της πλήρους διοικητικής αυτονομίας των νοσοκομείων (Κυριόπουλος, 1995), τον συνδυασμό της περικοπής δαπανών με την έννοια του *strategic management* όπως παρουσιάζεται στην νεοφιλελεύθερη βιβλιογραφία (Τσαλίκης, 1995)¹⁶, και μία συνολικότερη προσέγγιση με ιδιαίτερη αναφορά στην δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα των λειτουργών υγείας (Ντιάκας, 1995). Η Επιτροπή Εμπειρογνομόνων αφιερώνει ένα από τα 11 κεφάλαια στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Το εν λόγω κεφάλαιο ξεκινάει με μία πρόταση για «μία μείζονα μεταβίβαση οικονομικών και διοικητικών αρμοδιοτήτων στα νοσοκομεία. Για το σκοπό αυτό απαιτούνται ουσιαστικές αλλαγές στο καθεστώς διοίκησης των νοσοκομείων, ούτως ώστε η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων να διασφαλίζεται και με τη μεταβίβαση των ανάλογων ευθυνών» (Abel-Smith κ.ά., 1994, σελ. 80). Στη συνέχεια προτείνεται αξιολόγηση της απόδοσης του προσωπικού, η οποία αξιολόγηση θα συνοδεύεται από κίνητρα και κυρώσεις, και ζητάται η δυνατότητα της διεύθυνσης να διευθύνει σε συνδυασμό μάλιστα με την επιβολή κυρώσεων στους υφισταμένους. Σημαντικές μεταβολές προτείνονται όσον αφορά τη συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων στην τότε δομή της οποίας α-

σκέεται κριτική, καθώς είναι ιατροκεντρική και «καλείται να εκπροσωπεί τις διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες του νοσοκομείου, ενώ ταυτόχρονα ευθύνεται για τη συνολική λειτουργία του νοσοκομείου» (στο ίδιο, σελ. 83)¹⁷.

2.2. Ο νόμος 2519/1997 μεταξύ δικαιωμάτων ασθενών και διοικητών νοσοκομείων

Σαφώς σημαντικότερος και με την υπό εξέταση προβληματική είναι ο Ν. 2519/1997, ο οποίος εκτείνεται σε 34 σελίδες του Φύλλου Εφημερίδος Κυβερνήσεως και περιλαμβάνει 64 άρθρα.

Ο εν λόγω νόμος παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς αποσκοπεί στην «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας» θέτοντας ως σημαντικότερες παραμέτρους τα δικαιώματα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και την προστασία τους και την οργάνωση και το συντονισμό των υπηρεσιών υγείας τόσο σε κεντρικό όσο και σε τοπικό επίπεδο και φυσικά σε επίπεδο νοσοκομείων, για τα οποία ορίζονται οι θέσεις γενικών διευθυντών και οι αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου.

Τόσο η διάρθρωση του Νόμου με τα δικαιώματα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (και των νοσοκομειακών ασθενών ειδικότερα) να καταλαμβάνουν το πρώτο κεφάλαιο, όσο και το ύψος του με την έννοια και χροιά των δικαιωμάτων να παραμένει υπόρρητη αλλά σαφής και στα υπόλοιπα άρθρα, ενδεικνύουν μία πρωτοκαθεδρία τους έναντι του management το οποίο έχει ως υποχρέωση να υπηρετήσει τον πρωταρχικό στόχο «δικαίωμα στην υγεία».

Εξετάζοντας τον Νόμο λίγο αναλυτικότερα παρατηρούμε ότι ο φορέας του δικαιώματος του άρθρου 47 του Ν. 2051/92 διευρύνεται έτσι ώστε να καλύπτει το σύνολο των πολιτών (με ειδική αναφορά και στους προστρέχοντες στα κέντρα υγείας) ενώ παράλληλα συνιστώνται μία αυτοτελής υπηρεσία προστασία δικαιωμάτων ασθενών και μία επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, ενώ αντίστοιχες επιτροπές συγκροτούνται και σε κάθε νοσοκομείο με ευθύνη του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη. Προσοχή πρέπει να δοθεί όχι μόνον στην αλλαγή-διεύρυνση του φορέα των δικαιωμάτων, αλλά και στην ενδυνάμωση της βαρύτητάς τους όσον αφορά τη λειτουργία του νοσοκομείου και την υποχρέωση προς λογοδοσία¹⁸ των λειτουργών του. Το νοσοκομείο πλέον ελέγχεται και για την επιτυχή προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών.

Δεδομένου ότι, όπως παρατηρήσαμε και νωρίτερα, ο έλεγχος αποτελεί σημαντικό και συστατικό στοιχείο του management είναι αναγκαίο να εξετάσουμε από τι συνίσταται και σε τι αποσκοπεί ο εν λόγω αυτός «έλεγχος». Εν προκειμένω γίνεται σαφές ότι ο έλεγχος αφορά την επίτευξη στόχων που αφορούν τους ασθενείς (σε πρώτη φάση) και το σύνολο των πολιτών (με βάση τον Ν. 2519/97). Το νοσοκομείο αλλά και το ΕΣΥ εν γένει ελέγχονται από τους χρήστες τους (έστω μέσω της περιοριστικής προϋπόθεσης της ύπαρξης «ενυπόγραφης καταγγελίας με στοιχεία από τα οποία προκύπτει η ταυτότητα του παραπονουμένου» (άρθρο 1). Εν πάση περιπτώσει μία τέτοια προσέγγιση διευρύνει τους στόχους και τους υπό έλεγχο για επίτευξη ή μη στόχους του νοσοκομείου και του ΕΣΥ θέτοντας ως κριτήριο έννοιες δικαιωμάτων και προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας¹⁹. Με άλλα λόγια παρατηρούμε την ένταξη πολιτικών εννοιών και παραμέτρων και εννοιών και παραμέτρων με χαρακτήρα δημοσίου συμφέροντος στο management των νοσοκομείων, έναντι μίας απλής προσέγγισης επίτευξης οικονομικών στόχων, κάτι που σαφώς θα υπεννόει διεύρυνση ιδιωτικής «νεο-διευθυντικής» ιδεολογίας.

Από την άλλη πλευρά δεν πρέπει να μάς διαφεύγει ότι ο νόμος αφιερώνει ένα ολόκληρο κεφάλαιο στην «Εποπτεία-Διοίκηση-Οργάνωση-Λειτουργία Νοσοκομείων» ορίζοντας επταμελή Διοικητικά Συμβούλια που αποτελούν το ανώτατο διοικητικό όργανο και διαχειρίζεται όλη την κινητή και ακίνητη περιουσία του ιδρύματος, τόσο για τα Περιφερειακά και Ειδικά, όσο και για τα Νομαρχιακά Νοσοκομεία με μικρές διαφορές όχι τόσο στο «προφίλ» των μελών όσο στη διαδικασία επιλογής τους, η οποία είναι περισσότερο «κεντρική» στην περίπτωση των τριτοβάθμιων ιδρυμάτων. Το σημαντικό είναι ότι στο Διοικητικό Συμβούλιο συμμετέχει πλέον ο Γενικός Διευθυντής του Νοσοκομείου. Μέσα στις αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου είναι να λαμβάνει τις αναγκαίες αποφάσεις για την «εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου, ώστε να ανταποκρίνεται στην κοινωνική αποστολή του και για την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων και της περιουσίας του» (άρθρο 16 §1α), ενώ παράλληλα προτείνει στο Υπουργείο τις νέες θέσεις προσωπικού (δ). Όσον αφορά τη δική μας προβληματική κεντρικής σημασίας είναι το άρθρο 17 για τις Θέσεις Γενικών Διευθυντών. Οι θέσεις των Γενικών Διευθυντών είναι πλέον πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης (κάτι που ακολουθεί τις προτάσεις της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων), ενώ για την ανάληψη θέσης Γενικού Διευθυντή Νοσοκομείου απαιτού-

νται υψηλά κατά τεκμήριο προσόντα. Η παράγραφος 8 τοποθετεί τον Γενικό Διευθυντή ουσιαστικά επι-κεφαλής του όλου ιδρύματος, καθώς και των εξαρτωμένων από αυτό μονάδων, και του αναθέτει «την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου για να ανταποκρίνονται στην αποστολή του και για την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του [ενώ μεριμνά μεταξύ άλλων] για την εν γένει αποτελεσματική, ποιοτική και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών του νοσοκομείου».

Η προσπάθεια του νομοθέτη (πρωθυπουργία Κ. Σημίτη, υπουργία Κ. Γείτονα, ενώ ο νόμος υπογράφεται από ακόμη επτά υπουργούς) να τηρηθεί μία ισορροπία ανάμεσα στον ορθολογισμό και την κανονιστικότητα (Ιατρίδης, 2000) είναι καταφανής. Επιπροσθέτως, παρατηρούμε ότι ο Γενικός Διευθυντής του νοσοκομείου ασκεί όλες εκείνες τις λειτουργίες που η βιβλιογραφία εντάσσει στο management, όπως ο όρος παρουσιάστηκε και αναλύθηκε νωρίτερα. Επίσης, η πρωτοκαθεδρία του Γενικού Διευθυντή σε συνδυασμό με τις αλλαγές στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου²⁰ οδηγεί προς προσεγγίσεις εγγύτερες στην ιδεολογία του «νεο-διευθυντισμού». Το δημόσιο συμφέρον υποστηρίζεται μέσα από τις έννοιες των δικαιωμάτων των ασθενών και της προστασίας τους, και της ανταπόκρισης του νοσοκομείου στην αποστολή του. Την ίδια στιγμή όμως διαφαίνεται ως προς τις λειτουργίες του νοσοκομείου και τον ρόλο του Γενικού Διευθυντή μία τάση αποδοχής ιδιωτικοοικονομικών κριτηρίων και ιδεολογίας με την προσθήκη και αυξανόμενη σημασία των όρων «μικρο- και μακρο- οικονομική αποδοτικότητα» και «ορθή χρήση» των (υπόρρητα) περιορισμένων «πόρων» του νοσοκομείου. Μία ακόμη παρατήρηση για τη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού στον 2519/97 αφορά την άσκηση ελέγχου και την υποχρέωση προς λογοδοσία. Ενώ η συγκρότηση αυτοτελούς υπηρεσίας προστασίας δικαιωμάτων, της επιτροπής ελέγχου προστασίας δικαιωμάτων τόσο σε κεντρικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο νοσοκομείου (άρθρο 1) αυξάνουν την υποχρέωση προς λογοδοσία των ιδρυμάτων καθ' εαυτών ως προς τον έλεγχο που δύνανται να ασκήσουν οι πολίτες, οι νέες συνθέσεις του Διοικητικού Συμβουλίου καθώς και το γεγονός ότι ο Γενικός Διευθυντής αναφέρεται κυρίως στον Υπουργό μειώνουν την υποχρέωση προς λογοδοσία και τη δυνατότητα να ασκηθεί δημόσιος έλεγχος των πλέον στρατηγικών παικτών²¹.

Δύο είναι τα ερωτήματα που προκύπτουν για τη συνέχεια. Το πώς εξελίχθηκε η σχέση δημόσιου-ιδιωτικού και η ιδεολογική δι-

είσδυση του «νεο-διευθυντισμού» αλλά και της ιδιωτικοποίησης σε επίπεδο νομοθεσίας στα χρόνια που ακολούθησαν και πώς οι αλλαγές αυτές έγιναν αντιληπτές από τους εμπλεκόμενους στο σύστημα, όπως διαφαίνεται από τοποθετήσεις τους σε συνέδρια του χώρου.

2.3. Το «παραγωγικό 2001» και η διεύρυνση του «διευθυντισμού»

Οι τρεις μεταγενέστεροι Νόμοι ψηφίστηκαν κατά την «παραγωγική» χρονιά 2001. Πρόκειται για τους Ν. 2889/01, 2920/01 και 2955/01, με τους δύο πρώτους να είναι πολύ σχετικοί και σημαντικοί με το υπό εξέταση ζήτημα, και τον τρίτο λιγότερο.

Ο 2889 είναι γνωστός ως ο νόμος για τα ΠΕΣΥ και έχει ως αντικείμενο τη «Βελτίωση και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Στην προκειμένη περίπτωση η διοίκηση του ΕΣΥ «περνάει» στις Υγειονομικές Περιφέρειες και τους «ΠΕΣΥ-άρχες» σε τέτοιο βαθμό που τα εν λόγω στελέχη χαρακτηρίστηκαν «μικροί υπουργοί υγείας». Το δεύτερο κεφάλαιο του Νόμου αφορά τα νοσοκομεία του ΕΣΥ τα οποία παύουν να διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά και διακρίνονται πλέον σε γενικά και ειδικά (κάτι που συνέβαινε και με τη νομοθεσία επί των κυβερνήσεων της Νέας Δημοκρατίας). Μεγάλης σημασίας είναι οι αλλαγές που γίνονται στο management των νοσοκομείων καθώς ως όργανα διοίκησης ορίζονται το Συμβούλιο Διοίκησης και ο Διοικητής. Και ενώ η λεκτική μεταβολή από Διοικητικό Συμβούλιο σε Συμβούλιο Διοίκησης θα μπορούσε να θεωρηθεί ήσσονος σημασίας, η αλλαγή στη σύνθεσή του είναι εντυπωσιακή καθώς αυτό αποτελείται πλέον μόνον από στελέχη του νοσοκομείου και πιό συγκεκριμένα τον Διοικητή ως πρόεδρο και τους διευθυντές της διοικητικής, της ιατρικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας και τον πρόεδρο του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου ως μέλη, ενώ τέλος «ο Πρόεδρος του ΣΔ μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, καθώς και κάθε υπηρεσιακό παράγοντα ή εκπρόσωπο οποιουδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα»²² (άρθρο 5 §3). Επιπροσθέτως, το ΣΔ εξουσιοδοτείται από τον Νόμο να προβαίνει σε επί μέρους έργα διαρρύθμισης, επέκτασης αναβάθμισης κ.λπ. των κτιρίων και σε προμήθειες ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού σε ποσοστό που δεν ξεπερνά το 0,7% του συνολικού προϋπολογισμού του ιδρύμα-

τος. Ο διοικητής του νοσοκομείου αποκτά ευρύτατες αρμοδιότητες «έχει τη γενική και ειδική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας του νοσοκομείου και προβαίνει σε κάθε αναγκαία ενέργεια για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας του [και] λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού [ενώ παράλληλα] προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου [και] έχει την ευθύνη της οργάνωσης συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους [ενώ επίσης] εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του νοσοκομείου» (άρθρο 5 §7).

Με δεδομένη τη συγκρότηση μίας «στενής» ηγετικής ομάδας στο επίπεδο του Συμβουλίου Διοίκησης και την ενδυνάμωση του ρόλου του Διοικητή, παρατηρούμε εν προκειμένω ότι όχι μόνον ενισχύεται μία προσέγγιση εγγύτερη στον «νεο-διευθυντισμό» αλλά επίσης και ότι αυτή η προσέγγιση είναι σχετικότερη με το management που ασκείται με ένα συγκεντρωτικό ή αυταρχικό ύφος εξουσίας του manager έναντι των υφισταμένων του και συνεργατών του (Καριώτης, 1992· Κουτούζης, 1999) όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από αυτόν και έχουν τους υπολοίπους ως αποδέκτες, και παράλληλα βασίζεται και σχετίζεται περισσότερο με την άσκηση διοίκησης με βάση τη στοχοθεσία²³ (management by objectives), παρά την ανάθεση αρμοδιοτήτων με βάση τις ικανότητες (management by assignment)²⁴ (Καριώτης, 1992).

Τελευταίος νόμος που θα εξετάσουμε είναι ο 2920/2001 με τον οποίο συγκροτήθηκε το «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» που στη γλώσσα των ΜΜΕ είναι γνωστό ως «ράμπο υγείας». Σε αυτούς δίνονται ευρύτατες αρμοδιότητες σε συνδυασμό με πολλές ελεγκτικές δυνατότητες κατά την ενάσκηση και για την επιτυχή έκβαση του έργου τους, το οποίο περιλαμβάνει παρεμβάσεις «στις κεντρικές, περιφερειακές ή αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (άρθρο 2). Το ΣΕΥΥΠ έχει ως αποστολή την «ανάπτυξη και λειτουργίες κεντρικού και περιφερειακού μηχανισμού για την διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, [...] με σκοπό την βελτίωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας αυτών, την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, την εξάλειψη της κακοδιοίκησης και την προστασία της

υγείας και της παρουσίας των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας με καταχρηστικό τρόπο²⁵» (άρθρο 1).

Καθίσταται σαφές ότι στην περίπτωση αυτή έχουμε την ανάπτυξη εξωτερικού ελέγχου (μεταξύ άλλων) των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Ο έλεγχος και η αξιολόγηση είναι βασικές παράμετροι του ορθού management και σχετίζεται με την αποτίμηση του ως τώρα έργου και την βοήθεια σε μελλοντικούς (επανα-)σχεδιασμούς δράσεων (Κασιμάτη, 2003).

Συνολικά η πρόσφατη και νυν ισχύουσα νομοθεσία ακολουθώντας μία πορεία σταδιακής διεύρυνσης έχει ενδυναμώσει τον ρόλο και τις εξουσίες του manager και σχετίζεται με τον «νεο-διευθυντισμό», ενώ παράλληλα οι συχνές αναφορές και στην αποδοτικότητα του νοσοκομείου ενδεικνύουν μία αποδοχή ιδεολογικών τάσεων εγγύτερων προς το «ιδιωτικό» όσο αφορά στην σκοποθεσία από ότι στο παρελθόν, ενώ τα νοσοκομεία παραμένουν «κρατικά» και δεν έχουν ιδιωτικοποιηθεί.

Το ερώτημα που απομένει είναι πώς αυτή η νομοθεσία και η αντίστοιχη μετατόπιση εγγύτερα στο ιδιωτικό (σε επίπεδο λογικής και ιδεολογίας) έγιναν αντιληπτές από τους λειτουργούς του χώρου. Για να προσεγγίσουμε αυτό το ερώτημα θα εξετάσουμε στο επόμενο μέρος του άρθρου τις σημαντικότερες και σχετικότερες με την προβληματική μας εισηγήσεις σε πρόσφατα συνέδρια για την διοίκηση και την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.

3. Αντιλήψεις των λειτουργών του χώρου

Εκτός από αρκετές ημερίδες που οργανώνονται από μία πλειάδα φορέων (συνήθως οικονομικές εφημερίδες και περιοδικά) τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί και ορισμένα συνέδρια τα οποία είχαν ως οργανωτές το μεταπτυχιακό πρόγραμμα διοίκησης μονάδων και υπηρεσιών υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου και το περιοδικό Επιθεώρηση Υγείας. Δεδομένου του κύρους του ΕΑΠ και της συνάφειας του αντικειμένου σπουδών θα επικεντρώσουμε σε επιλεγμένα κείμενα των συνεδρίων αυτών, και κυρίως σε κείμενα μετά το 2001 έτσι ώστε οι συγγραφείς να έχουν λάβει υπόψιν τους και την νεώτερη νομοθεσία²⁶.

Θα ξεκινήσουμε με την προσέγγιση μερικών βασικών όρων όπως αυτοί χρησιμοποιούνται και αναλύονται στα εν λόγω κείμενα. Σε γενικές γραμμές ο όρος management δεν απέχει από την προ-

σέγγισή μας στο πρώτο μέρος του άρθρου, ενώ παράλληλα οι μελετητές παραπέμπουν στα ίδια έργα τα οποία θεωρούνται και τα βασικά στην ελληνική βιβλιογραφία, όπως επί παραδείγματι συμβαίνει με την παραπομπή των Παλάσκα και Τριγάζη (2002) στον Καριώτη (1992) για την ανάλυση του management στις συνιστώσες του και τη σχέση εισροών και εκροών. Αυτό που παρουσιάζει μεγαλύτερο ενδιαφέρον στο άρθρο αυτό είναι η αναφορά των συγγραφέων στην Huber (1996) και στην νοσηλευτική διοίκηση ως τον δημιουργικό συνδυασμό ηγετικών ικανοτήτων και γνώσεων²⁷, που εφαρμόζεται στη νοσηλευτική για να επιτύχει καλύτερη οργάνωση και συντονισμό έτσι ώστε να επιτευχθούν η αποτελεσματική φροντίδα και οι στόχοι του νοσοκομείου (Παλάσκα και Τριγάζη, 2002, σελ. 70). Ο όρος αυτός θα μπορούσε να μάς βοηθήσει, επεκτείνοντάς τον, να κατανοήσουμε και την νοσοκομειακή διοίκηση²⁸, ειδικά μάλιστα καθώς περιλαμβάνει στοιχεία τα οποία συνδυάζονται με τη λογική «κόστους ωφέλους» (84).

Την ίδια στιγμή ο Νιάκας (2002) αναλύει την αποτελεσματικότητα σε σχέση και με την βιωσιμότητα των μονάδων αλλά και την αποκέντρωση στα ΠΕΣΥ. Με τη μέτρηση της αποδοτικότητας ασχολούνται και οι Χατζηκοκολάκη, Λιονής και Λιαρόπουλος (2003, σελ. 67) παρατηρώντας ότι «σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η αξιολόγηση [η οποία βοηθάει στην λήψη ορθολογικών αποφάσεων και περιλαμβάνει και την αποδοτικότητα] εντάσσεται στη συνολική διαδικασία της Εθνικής Υγειονομικής Ανάπτυξης και Προγραμματισμού». Η αποδοτικότητα είναι μία διαδικασία συνδυασμού αποτελεσμάτων με πόρους με βάση οικονομικούς παράγοντες περιλαμβανομένης και της αξιολόγησης κόστους-ωφέλους, ή άλλους νεώτερους δείκτες οικονομικής αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται και στη ανάλυση του βιομηχανικού τομέα. Οι εν θέματι δείκτες βασίζονται στον λόγο εισροών προς εκροές, έτσι ώστε να υπάρξει προσανατολισμός προς είτε την μείωση των εισροών (αριθμός κλινών και υπηρετούντων ιατρών και νοσηλευτών σε ένα νοσοκομείο) είτε την αύξηση των εκροών (ετήσιος αριθμός ασθενών και εξετάσεων) με δεδομένες τις εισροές σε επίπεδο οργανισμού²⁹. Στο περιβάλλον αυτό των νοσοκομείων πρέπει να παρατηρηθεί και η άγνοια ιατρών για το κόστος τομέων και υπηρεσιών όπως των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Το κόστος αυτό αποτελεί μία παράμετρο που ανεβάζει το συνολικό κόστος λειτουργίας ενός ιδρύματος και καθιστά την ανάγκη τόσο καλύτερου management όσο και ενημέρωσης των γιατρών για τα ζητήματα αυτά επιτακτική (Λευτάκης, 2004). Κατά μία ακόμη λει-

τουργό (Μπακαλάρου, 2004) το επιχειρηματικό υπόδειγμα επιχειρηματικής αριστείας που επιβεβαιώνεται βάσει στοιχείων και περιλαμβάνει ισχυρό ηγετικό προφίλ και ικανοποίηση του πελάτη «μπορεί να αποτελέσει το οργανωτικό πλαίσιο που θα οδηγήσει ένα νοσοκομείο στην επίτευξη των στόχων του» (87). Η ικανοποίηση του πελάτη (ο όρος πλέον δεν είναι ούτε καν καταναλωτής υπηρεσιών υγείας αλλά πελάτης!) εμφανίζεται ως σημαντική παράμετρος για την αποτίμηση ενός νοσοκομείου και άλλων υπηρεσιών υγείας και σε άλλες συνεισφορές στα συνέδρια αυτά όπως Μητρόπουλος, Νιάκας (2004) για τις λειτουργίες των ΤΕΠ, τα προβλήματα με τα μάτια γιατρών και «χρηστών» και «συνοδών». Το ίδιο συμβαίνει και με Χανιά κ.ά. (2003) για το νοσοκομείο γενικότερα, όπως και σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών στα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία Κέπεντζης Γκογκόσης και Νιάκας (2004)³⁰. Οριακή διαφοροποίηση από αυτές τις θέσεις παρουσιάζουν οι Αναγνώστου και Οικονομοπούλου (2003) που αναφέρονται σε ικανοποιημένους ασθενείς που πρέπει να προστατευθούν γιατί αποτελούν το αδύνατο μέρος του συστήματος, ενώ ένα δημόσιο νοσοκομείο πρέπει να είναι (μεταξύ άλλων) «ανταγωνιστικό», «παραγωγικό» και «ελκυστικό», και να ανταποκρίνεται σε «μετρήσιμους όρους» για την «ποιότητα» και την «απόδοση»³¹.

Ολοκληρώνοντας, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι λειτουργοί του χώρου (ή έστω οι μελλοντικοί και εν δυνάμει) έχουν αποδεχθεί σε μεγάλο βαθμό τις έννοιες της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας και της ικανοποίησης του «πελάτη» ως σκοπό του ιδρύματος, ενώ αποφεύγουν να ταυτιστούν με προσεγγίσεις ισχυρού διευθυντικού δικαιώματος και πρωτοκαθεδρίας του manager, δείχνοντας προτίμηση προς περισσότερο συλλογικά μοντέλα.

4. Σύνοψη και συμπεράσματα

Δεχόμενοι το διαχωρισμό της ιστορίας του σύγχρονου ελληνικού συστήματος υγείας σε προ-ΕΣΥ και μετά-ΕΣΥ περίοδο (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997) και εξετάζοντας ζητήματα που σχετίζονται με τη διοίκηση κυρίως των νοσοκομείων, αλλά και του συνολικού συστήματος γενικότερα μέσα από την προβληματική της σχέσης δημόσιου-ιδιωτικού, παρατηρούμε ότι η νομοθεσία και οι εξελίξεις κινούνται πάνω σε δύο άξονες: τα δικαιώματα των ασθενών και των πολιτών γενικότερα, και το ορθολογικό management

με σκοπό την μικρο- και την μακρο- οικονομική αποδοτικότητα. Ο πρώτος εντάσσεται σε μία προσπάθεια διεύρυνσης της δημόσιας σφαίρας, ενώ ο δεύτερος της ιδιωτικής, ειδικά όταν συνυφανθεί με την ικανοποίηση του καταναλωτή που επίσης θεσμοθετείται. Σημαντικό είναι να τονίσουμε στο σημείο αυτό ότι τα δύο κόμματα εξουσίας ακολουθούν κοινές σχετικά πορείες και αντιμετωπίζουν με παρόμοιο τρόπο το πρόβλημα και τη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού όσον αφορά τις λειτουργίες των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και το management αυτών. Η Νέα Δημοκρατία εισήγαγε την έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών, και το ΠΑΣΟΚ την διηύρυνε, περιλαμβάνοντας τους χρήστες του συστήματος και τους πολίτες γενικότερα· το ΠΑΣΟΚ είχε πρωτο-εισάγει ήδη το 1983 τη θέση του διευθυντή, η ΝΔ την διηύρυνε και τέλος το ΠΑΣΟΚ την ενίσχυσε και την εφήρμοσε μετά την πρόταση της Επιτροπής Εμπειρογνομώνων. Είναι δε χαρακτηριστικό ότι στην νομοθεσία του 1983 ορίζονται οι θέσεις γενικών διευθυντών στα νοσοκομεία, αλλά δεν πληρούνται, στην επόμενη φάση ο γενικός διευθυντής παρίσταται στο Διοικητικό Συμβούλιο, κατόπιν γίνεται μέλος, αλλά με διαφορετικό πρόεδρο, και τέλος στην νυν φάση προεδρεύει του Συμβουλίου Διοίκησης του οποίου μάλιστα έχει αλλάξει και η δομή. Έτσι, ξέχωρα από την είτε «φαινομενική» συναίνεση³², είτε από την «πραγματική» συναίνεση και σύγκλιση λόγω του κεντρομόλου δικομματισμού της Τρίτης Ελληνικής Δημοκρατίας (Δικαίος, 2006), παρατηρούμε τόσο μία προϊούσα ανάπτυξη μίας ιδεολογίας περισσότερο φιλικής προς τις έννοιες του ιδιωτικού, όσο και μια ισορροπία μεταξύ δημόσιου-ιδιωτικού. Σημαντική επίσης για την αποτίμηση της διεξόδου της λογικής του «ιδιωτικού» έναντι του δημόσιου είναι η μείωση της υποχρέωσης προς λογοδοσία των στελεχών των νοσοκομείων προς τους πολίτες και οι μεταβολές στη σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων και των Συμβουλίων Διοίκησης.

Εκτός από την νομοθεσία όμως, προσεγγίσαμε το πώς οι λειτουργοί ή οι μελετητές της διοίκησης των νοσοκομείων αντιλαμβάνονται το ρόλο τους ή το αντικείμενο αντίστοιχα. Στην περίπτωση αυτή, η φίλια ιδεολογία προς τις αρχές του ιδιωτικού είναι σαφέστερη και εντονότερη. Κύριο ενδιαφέρον δίδεται στον «πελάτη» και την ικανοποίησή του³³, και στην περιστολή των δαπανών και αύξηση των αποτελεσμάτων με οικονομετρικούς όρους.

Αποπειρώμενοι μία σύνθεση μεταξύ νομοθετικών ρυθμίσεων και τάσεων των λειτουργών του συστήματος η ανάπτυξη μίας ιδεολογίας που σχετίζεται με τις αρχές του «ιδιωτικού» γίνεται ο-

λοφάνερη. Δεν είναι μόνο οι αρχές της αποδοτικότητας, οι οποίες θα μπορούσαν να αντισταθμιστούν από τα δικαιώματα των πολιτών και τη γενικότερη αναφορά στους (κοινωνικούς) στόχους ενός νοσοκομείου ή ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ευρύτερα. Τόσο η υπόρρητη αναφορά στην ικανοποίηση του «πελάτη» (στην Έκθεση Εμπειρογνωμόνων «καταναλωτή», στην νομοθεσία «χρήστη», ή «ασθενούς» ή «προστρέχοντος» ή ακόμη και «πολίτη») όσο και οι αλλαγές στην υποχρέωση προς λογοδοσία ενδεικνύουν μία συρρίκνωση του πολιτικού και του «δημόσιου», και μία διεύρυνση του ιδιωτικο-οικονομικού τουλάχιστον σε επίπεδο λογικής και ιδεολογίας. Το γεγονός και η τάση αυτή να μην δεν ιδιωτικοποιούν τα κρατικά νοσοκομεία, αλλά μειώνουν ή έστω διακυβεύουν τον «δημόσιο» (εδώ με την έννοια της παροχής υπηρεσιών ανεξάρτητα από κινδύνους υπέρβασης κόστους και μη-επίτευξης μικρο- και μακρο- οικονομικών στόχων, της προσβασιμότητας, και του δημοσίου ελέγχου και της αντίστοιχης υποχρέωσης προς λογοδοσία) χαρακτήρα τους. Συνολικά παρατηρούμε μία κατίσχυση του *bourgeois* έναντι του *citoyen* (Μαρξ, 1978), με άλλα λόγια του ιδιωτικού συμφέροντος έναντι του δημόσιου καθώς και των αντίστοιχων λογικών στο *management* και την ιδεολογία λειτουργίας του συστήματος υγείας και των στόχων του, τουλάχιστον μέσα από τις θέσεις που εκφράζονται στα σχετικά συνέδρια του χώρου, ενώ στον εν λόγω τομέα η νομοθεσία παραμένει περισσότερο κοντά στο δημόσιο συμφέρον.

Σημειώσεις

1. Ο όρος δημόσιος σχεδόν συμπίπτει με τον όρο κρατικός. Κύριο χαρακτηριστικό είναι η εύκολη πρόσβαση για τον συνολικό πληθυσμό, η κάλυψη των εξόδων μέσω δημόσιων πόρων (φορολογίας ή ασφαλιστικών ταμείων) και ο διοικητικός έλεγχος μέσω της κρατικής ιεραρχίας ή των τοπικών φορέων κάτι που σε τελική ανάλυση καταλήγει σε πολιτικό έλεγχο (βλ. και Δικαίος, 1999β).

2. Εν προκειμένω παρατηρούμε μία μικρή διαφοροποίηση ανάμεσα στο «κρατικό» και το «δημόσιο», όπου στη δεύτερη περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει η προσβασιμότητα και ο πολιτικός έλεγχος. Χρησιμοποιώντας ένα –ελπίζουμε– χαριτόλογο παράδειγμα θα λέγαμε ότι τα υπνωδωμάτια στο Προεδρικό Μέγαρο είναι κρατικά αλλά όχι και δημόσια, μια και ούτε ελεύθερη πρόσβαση υπάρχει, ούτε και ελέγχεται κανείς πολιτικά για την ευταξία ή ακαταστασία σε αυτά.

3. Όπως θα φανεί και λίγο παρακάτω στην εξέταση των ορισμών, ως νεο-διευθυντισμό θεωρούμε την τάση αυτή η οποία δίνει πρωταρχικό ρόλο στην άσκηση του διευθυντικού δικαιώματος και στην προσπάθεια επίτευξης μικρο- και μακρο- οικονομικών στόχων θέτοντας σε δεύτερη μοίρα ζητήματα κανονιστικότητας.

4. Αναφερόμαστε σε περιοδικά «ειδικού τύπου» τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν εξαιρετικά ενδιαφέροντα και ενδελεχή άρθρα. Τα περιοδικά αυτά ενίοτε δεν είναι «επιστημονικά» με την αυστηρή έννοια του όρου (επιτροπές κριτών κ.λπ.), αλλά αυτό δεν μειώνει το ενδιαφέρον των άρθρων που περιλαμβάνονται σε αυτά, τουλάχιστον σε σχέση με τους στόχους του παρόντος.

5. Άλλες δυσκολίες αφορούν το αν το management αποτελεί επιστημονικό αντικείμενο ή όχι, τι δράσεις περιλαμβάνει κ.λπ. Τα ζητήματα αυτά θα εξεταστούν στη συνέχεια.

6. Η εξέλιξη αυτή δεν «ιδιωτικοποιεί» τα νοσοκομεία, ούτε τα εντάσσει υποχρεωτικά στην ιδιωτική οικονομία. Το άρθρο ενδιαφέρεται να εξετάσει ιδεοληπτικές και ιδεολογικές προσεγγίσεις περισσότερο φίλιες σε μία ιδιωτικο-οικονομική λογική ενώ τα νοσοκομεία παρέμειναν κρατικά με μείωση –ίσως– όμως ενός «δημόσιου» χαρακτήρα.

7. Στην περίπτωση αυτή παρουσιάζεται για μία εισέτι φορά η ιανική μορφή του management ως επιστήμης ή τέχνης-εμπειρίας και εφαρμογής, καθώς η εμπειρία του γράφοντος από την περίπου πενταετή ενασχόλησή του σε διευθυντικές θέσεις σε μελετητική εταιρεία του ιδιωτικού τομέα δεν απέχει ιδιαίτερα από τις εκτιμήσεις των ως άνω επιστημόνων. Η εμπειρία αυτή δεν μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί ως επιστημονική παραπομπή.

8. Με όρους κλασικής πολιτικής οικονομίας ανθρώπινης εργασίας, μέσων παραγωγής και πρώτων υλών (βλ. και Δικαίος, 1999β).

9. Δεν πρόκειται για ακριβώς την ίδια λειτουργία. Οι σκοποί ενός έργου ή ενός οργανισμού είναι συνήθως ευρύτεροι και γενικότεροι, ενώ οι στόχοι ειδικότεροι, στενότεροι και περισσότερο βραχυπρόθεσμοι.

10. Το άρθρο έχει ακριβώς ως στόχο την διερεύνηση της πιθανής μετατόπισης του κέντρου ενδιαφέροντος της στοχοθεσίας των Δημοσίων Νοσοκομείων από τον κανονιστικό στον ορθολογικό σχεδιασμό, ως στοιχείο παρείσφρησης του ιδιωτικού στο δημόσιο.

11. Ο αριθμός αυτός είναι λιγάκι πλασματικός. Δεν συμπεριλαμβάνει τα νοσοκομεία του ΙΚΑ (επίσης κρατικά) και τα στρατιωτικά τα οποία εντάσσονται στο ΥΠΕΘΑ. Επίσης μερικά από τα νοσοκομεία στην εν λόγω ιστοθέση παρουσιάζονται ως ΝΠΙΔ, ενώ κάποια άλλα ως Κέντρα Υγείας - Νοσοκομεία. Τέλος ένα αναφέρεται ως Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακος.

12. Αναφερόμαστε στον ορισμό ως «πάρουσία πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (ΠΟΥ, 2002, σελ. 42). Εδώ διαφαίνεται και μία ιδιαιτερότητα της υγείας και του αξιακού χαρακτήρα της καθώς και η σημασία για το αν ο χρήστης της υπηρεσίας υγείας νοείται ως «πολίτης» ή ως «πελάτης» βασική παράμετρο

γαι την σχέση «δημόσιου» και «ιδιωτικού» όπως θα αναλυθεί στην συνέχεια του άρθρου.

13. Οι πρώτες αυτές λειτουργίες μπορούν να θεωρηθούν και «ιατρικές».

14. Ο Ν. 1397/1983 υπήρξε μία από τις σημαντικότερες τομές στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Σηματοδοτεί μία νέα σχέση κράτους-πολίτη όσο αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε η πρόσφατη –μεταπολιτευτική– υγειονομική ιστορία της χώρας να χωρίζεται στην προ-ΕΣΥ και την μετά ΕΣΥ περίοδο. Πρέπει μολαταύτα να παρατηρηθεί ότι η νέα αυτή σχέση είχε αρχίσει να διαφαίνεται ήδη με το λεγόμενο «Σχέδιο Δοξιάδη» επί κυβερνήσεων Νέας Δημοκρατίας, αλλά δεν ετελεσφόρησε (Θεοδώρου κ.ά., 1997· Υφαντόπουλος, 2003· Οικονόμου, 2004). Στην παρούσα προσέγγιση όμως μάς ενδιαφέρει περισσότερο το θέμα των σχέσεων δημόσιου-ιδιωτικού και πώς αυτό εκφράζεται μέσω του management των νοσοκομείων και του συστήματος υγείας γενικότερα, ειδικά στην πλέον πρόσφατη περίοδο.

15. Επί πρωθυπουργίας Κ. Μητσοτάκη και υπουργίας Γ. Σούρα. Ο νόμος επέφερε σημαντικές αλλαγές όσο αφορά την άσκηση ιδιωτικής ιατρικής και την λειτουργία ιδιωτικών θεραπευτηρίων που είχε περιοριστεί σημαντικά με τον 1397/83. Επίσης επέφερε αλλαγές στην σχέση των Κέντρων Υγείας με τα Νοσοκομεία (Υφαντόπουλος, 2003· Οικονόμου, 2004). Η αναφορά στο «τα πράγματα δεν άλλαξαν ιδιαίτερα» σχετίζεται με το management των νοσοκομείων.

16. Από την άλλη πλευρά δεν μπορούμε να παραλείψουμε και την παρατήρηση ότι ο Τσαλίκης (1995) είναι από τους λίγους σχολιαστές του Abel-Smith που τον εντάσσουν στους νεο-φιλελεύθερους. Δική μας άποψη (που θα αναπτυχθεί περισσότερο στη συνέχεια) είναι ότι οι πρώτες αναφορές σε αποδοτικότητα και οροφή δαπανών ή ακόμη και άρση της δημοσιοϋπαλληλικής μονιμότητας δεν αποτελούν υποχρεωτικά απόψεις ερειδόμενες στο νεο-φιλελεύθερο επιχείρημα, καθώς οι περισσότεροι νεο-φιλελεύθεροι απορρίπτουν διαρρήδην την ύπαρξη δημόσιων και δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών υγείας. Μολαταύτα αναφορές στην ικανοποίηση του «καταναλωτή», την ορθή και χρηστή διοίκηση, και την μικρο και μέγρο αποδοτικότητα, χωρίς να τίθεται ένα αξιακό πλαίσιο βασιζόμενο στο δημόσιο συμφέρον δύνανται να εγείρουν συζητήσεις και αναζητήσεις νεο-φιλελεύθερης υφής και λογικής και ιδεολογίας υπέρπουσας ιδιωτικοποίησης, όχι μόνον σε πολιτικούς κύκλους αλλά και σε κύκλους μελετητών και εργαζομένων στο management των νοσοκομείων, όπως έχει δείξει η πρόσφατη βιβλιογραφία [π.χ. Νιάκας-Στάθης (επιμ.), 2002· Νιάκας (επιμ.), 2003· Νιάκας (επιμ.), 2004].

17. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθούμε στη Βρετανική περίπτωση και τις αλλαγές που έγιναν στο management του National Health Service και των νοσοκομείων του κατά την περίοδο της διακυβέρνησης της χώρας από το Conservative Party υπό την κα (σήμερα Lady) Margaret Thatcher και τις αλλαγές από το σύστημα «Cogwheel» (σύμφωνα με τις τεχνικές εκθέσεις του Sir George Godber) που προέβλεπε σημαντική εμπλοκή των ερ-

γαζομένων στα νοσοκομεία, και τοπικών εκπροσώπων στο σύστημα που προετάθη στις εκθέσεις του Sir Roy Griffith (διευθύνοντας συμβούλου μεγάλης αλυσίδας σούπερ-μάρκετ) που πρότεινε ισχυρό management και μείωση του ρόλου των λειτουργιών υγείας.

18. Με τον όρο «υποχρέωση προς λογοδοσία» αποπειρώμεθα να αποδώσουμε στα ελληνικά τον αγγλικό όρο «accountability» με βάση το αρχαιοελληνικό «λόγον δίδοναι». Αν και η έννοια μάς έρχεται από την κλασική αρχαιότητα, για μία ακόμη φορά βρισκόμαστε αντιμέτωποι με την απουσία κατάλληλης λέξης στα νέα ελληνικά. Η αγγλική γλώσσα παρουσιάζει τη ευελιξία να προσθέτει τον όρο -bility ή τον όρο -ship, όταν επιθυμεί να περιγράψει την ιδιότητα ή υποχρέωση του φέροντος, κάτι το οποίο στα ελληνικά πρέπει να γίνεται περιφραστικά, καθώς δεν είναι πάντα ευχερής η πρόσθεση του όρου -ότητα. Έτσι οι όροι υπολογότητα ή/και ελεγχιμότητα -αν και πλέον εννοιολογικά κατάλληλοι- είναι γραμματικά αδόκιμοι υποπίπτοντας σε κινδύνους νεολογισμών. Η αποκλειστική χρήση του όρου «λογοδοσία» ενέχει το πρόβλημα της αναφοράς μόνο στην πράξη και όχι στην υποχρέωση προς αυτήν. Τέλος ο συχνά χρησιμοποιούμενος όρος «υπευθυνότητα» δείχνει περισσότερο την ικανότητα του φέροντος (π.χ. «επέδειξε μεγάλη υπευθυνότητα») ή τον τομέα ευθύνης του («ήταν δική του υπευθυνότητα») και όχι την υποχρέωσή του να ελεγχθεί για τις πράξεις του μέσω δημοκρατικών διαδικασιών και σε πλαίσια δημοσιότητας, όπως επιθυμεί να εξετάσει η ερευνητική λογική αυτού του άρθρου για τους διοικητές νοσοκομείων και τη σχέση δημόσιου-ιδιωτικού.

19. Ένα εξαιρετικά σημαντικό ερώτημα που προκύπτει από μία τέτοια προσέγγιση, το οποίο δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας, αφορά το αν και κατά πόσον σε επίπεδο πολιτικής θεωρίας οι προσεγγίσεις των δικαιωμάτων (π.χ. Locke, Marshall, Parker κ.λπ.), όπως αυτές κωδικοποιήθηκαν σε συνταγματικές διατάξεις και τον καταστατικό χάρτη και τη διακήρυξη του ΟΗΕ, ή οι προσεγγίσεις για την αξιοπρέπεια (J.S. Mill) και την αναπαλλοτρίωτη φύση της καθώς και τους ολέθρους που την προσβάλλουν, ανήκουν στην ιδιωτική ή την κοινωνική-δημόσια σφαίρα. Το ερώτημα για την πολιτική θεωρία αφορά τη θεμελίωση των δικαιωμάτων και την ιδιοσυστασία του φορέα τους (ανθρώπινο όν ή κοινωνικός εταίρος) ως ιδιωτικό-ατομικιστικό (individualistic) ή κοινωνικό ον. Τουτ' αυτό ισχύει για τον άνθρωπο κάτοχο της αξιοπρέπειας στον Mill, ως ατομικό ή κοινωνικό υποκείμενο. Ένα παρεπόμενο ερώτημα αφορά τη σχέση των θεωριών δικαιωμάτων με την θεωρία του ωφελιμισμού και φιλελευθερισμού, καθώς ο Mill δεν αναφέρεται σε δικαιώματα. Προς το παρόν θα μείνουμε σε μία απλή προσέγγιση θεωρώντας ότι τα ζητήματα δικαιωμάτων και αξιοπρέπειας μπορούν να εξετάζονται από κοινού ως έννοιες δημοσίου συμφέροντος και ιδεολογίας δημοσίου-κοινωνικού συμφέροντος, έναντι της ιδεολογίας του «νεο-διευθυντισμού» που επικεντρώνει στην επίτευξη μικρο- και μακρο-οικονομικών στόχων, καθώς πλέον τα δικαιώματα καλύπτουν όλους.

20. Η νέα αυτή ρύθμιση όπως παρατηρήσαμε προσομοιάζει τις αλλαγές στο βρετανικό NHS από το σύστημα Cogwheel των δεκαετιών '70-'80 με

την πρωτοκαθεδρία των γιατρών, νοσηλευτών και τοπικών εκπροσώπων (βλ. και Dikeos, 1992), στο σύστημα Griffith με κεντρικό τον ρόλο του manager (σε συνδυασμό μάλιστα με τις υπόλοιπες αλλαγές στο σύστημα) που παρατηρούνται πλέον και στην ελληνική περίπτωση.

21. Δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας ότι ο Ν. 2519/97 που προετάθη και εψηφίσθη από κυβερνήσεις του ΠΑΣΟΚ δεν αφήνεται ιδιαίτερα των προτάσεων της επιτροπής εμπειρογνομόνων αλλά και της λογικής του 2071/92 της Νέας Δημοκρατίας όσον αφορά τους ασθενείς και τα δικαιώματά τους, με τον προγενέστερο Νόμο να είναι μάλιστα αυστηρότερος και περιοριστικότερος για τον Γενικό Διευθυντή που ελέγχεται από το Διοικητικό Συμβούλιο (άρθρο 55). Για μία ακόμη φορά παρατηρούμε την ύπαρξη μίας γενικότερης συναίνεσης των δύο μεγάλων κομμάτων εξουσίας όσον αφορά τις λειτουργίες και προοπτικές ενός δημόσιου-εθνικού συστήματος υγείας στη χώρα (βλ. και Δικαίος, 2006). Οι πρόσφατες αλλαγές γενικών διευθυντών στα νοσοκομεία ίσως σχετίζονται περισσότερο με «συνήθειες» μετεκλογικές μεταβολές περιφερειακού πολιτικού προσωπικού παρά με άρση της προειρηθείσης συναίνεσης.

22. Οι μεταβολές στη σύνθεση των ΣΔ ενδεικνύουν μία ελληνική αποδοχή των ευρυμάτων της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων και μία αντίστοιχη με την βρετανική μετατόπιση από την λογική και δομή Cogwheel στην λογική και δομή Griffith, η οποία όμως προτάθηκε από κυβερνήσεις των Συντηρητικών και αντιμετωπίστηκε αρνητικά από την αντιπολίτευση των Εργατικών.

23. Θυμίζουμε ότι οι στόχοι περιλαμβάνουν τόσο την υγεία των πολιτών (αυτό τον αξιακά προσανατολισμένο δημόσιο στόχο), όσο και την μικρο και μέγρο οικονομική αποδοτικότητα.

24. Σε μεγάλο βαθμό η διοίκηση με βάση την ανάθεση και τις δεξιότητες και ικανότητες (management by assignment) δεν είναι εύκολο να ασκηθεί στο δημόσιο τομέα και τα δημόσια νοσοκομεία ειδικότερα καθότι το καθηκοντολόγιο του εργαζομένου εξαρτάται από τον οργανισμό του ιδρύματος, την προκήρυξη της θέσεως, τον υπαλληλικό κώδικα κκ.

25. Προφανώς η αντιμετώπιση του «φακελακίου».

26. Στόχος (και) του παρόντος μέρους του άρθρου δεν είναι να εξετάσει την επάρκεια των στελεχών (ή των επιθυμούντων να γίνουν στελέχη) ως προς τη διοίκηση των νοσοκομείων και την εφαρμογή της επιστήμης της διοίκησης στα νοσοκομεία, ή να καταγράψει τις αντιδράσεις των εργαζομένων στα νοσοκομεία (υφισταμένων των managers), ή ακόμη και των χρηστών των νοσοκομείων, καθώς μία τέτοια εξέταση θα μπορούσε να υπονοεί μία προσέγγιση αν όχι φίλια προς τον «ιδιωτικό» τουλάχιστον αποδεχόμενη τις βασικές του προκειμένες. Αντίθετα, στόχος της ενότητας αλλά και του άρθρου εν συνόλω είναι να εξετάσει τις απόψεις των διοικητικών στελεχών για το πώς αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους έτσι ώστε να μελετηθεί η σε ιδεολογικό και πολιτικό επίπεδο σχέση δημόσιου-ιδιωτικού, την οποία θεωρούμε κεντρική για εξελίξεις στη σύγχρονη κοινωνική πολιτική.

27. Για μία εισέτι φορά βλέπουμε ότι το management αποτελεί εξ ίσου επιστήμη και τέχνη, γνώση και ικανότητες, ενδελέχεια και εμπειρία.

28. Πρέπει όμως να παρατηρηθεί ότι οι συγγραφείς δείχνουν να προτιμούν ένα περισσότερο αποκεντρωμένο και συλλογικό management από αυτό που προωθείται από τη νομοθεσία.

29. Καθίσταται πασιφανές ότι εδώ έχουμε πρωτοκαθεδρία της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας.

30. Στα εν λόγω κείμενα ελάχιστες είναι οι αναφορές στο πρόβλημα της ασύμμετρης ενημέρωσης μεταξύ γιατρών και ασθενών!

31. Ενώ η αναφορά στον «ασθενή» και μάλιστα ως αδύνατο μέρος του συστήματος υπονοεί υποστήριξη ενός δημόσιου ρόλου, οι αναφορές στην «αποδοτικότητα», «παραγωγικότητα» και «ανταγωνιστικότητα», στρέφονται προς μία λογική περισσότερο φιλική προς το ιδιωτικό.

32. Στην οποία τα κόμματα «φαίνεται» να συμφωνούν ιδεολογικά, ενώ όταν πάμε σε επίπεδο ανάλυσης και θεμελίωσης των επιχειρημάτων και θέσεων τους διακρίνουμε ότι εκκινούν από διαφορετικές παραδοχές (το ΠΑΣΟΚ από φαβιανό σοσιαλισμό, προνοιακό ριζοσπαστισμό και σοσιαδημοκρατική ρύθμιση, ενώ η ΝΔ από τον κλασικό φιλελευθερισμό και τον «δικό» της «ριζοσπαστικό» φιλελευθερισμό) (Δικαίος, 2002).

33. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο όρος «καταναλωτής» των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζεται μόνο στην Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομημένων, ενώ η νομοθεσία αναφέρει τον «ασθενή» τον «προστρέχοντα» και τον «πολίτη» γενικότερα. Στα συνέδρια του χώρου παρουσιάζεται ο «πελάτης» ενός νοσοκομείου και η ικανοποίησή του!

Βιβλιογραφία

- Abel-Smith κ.ά., *Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομημένων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας*, εκδ. Φαρμέτρικα, Αθήνα, 1994.
- Αναγνώστου Γ. και Οικονομοπούλου Χρ., «Η Εισαγωγή του Θεσμού του Διοικητή στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία. Μία Πρώτη Κριτική Αποτίμηση του Θεσμού», *Διοικητική Ενημέρωση*, τεύχ. 27, Νοέμβριος 2003 σελ. 69-77.
- Δικαίος Κ. κ.ά., *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
- Δικαίος Κ., «Διοίκηση και Πολιτική για την Υγεία», στο: Δικαίος κ.ά., *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
- Δικαίος Κ., «Πολιτική Υγείας», στο: Δικαίος, Χλέτσος, *Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο και Προκλήσεις*, τόμ. Β': Πολιτική Υγείας, Κοινωνική Πολιτική, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999β.
- Δικαίος Κ., «Οι Απόψεις και Θέσεις των Κομμάτων Εξουσίας για την

- Υγεία: πολιτικά και ιδεολογικά προτάγματα ή προσπάθεια απάντησης στην κρίση;» *Ιδεολογικά Ρεύματα και Τάσεις της Διανόησης στη Σημερινή Ελλάδα*, πρακτικά 8ου Επιστημονικού Συνεδρίου Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα, 2002.
- Δικαίος Κ., «Πολιτικά Κόμματα και Πολιτική Υγείας: η υγειονομική περίπτωση ως πολιτικό διακύβευμα», στο: Σουλιώτης, *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 2006.
- Θεοδώρου Μ. κ.ά., *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, έκδοση των συγγραφέων, Αθήνα, 1997.
- Ιατρίδης Δ., *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής*, εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2000.
- Καριώτης Π., *Management Υπηρεσιών Υγείας και Βιοϊατρική Τεχνολογία*, εκδ. Euroclinica, Αθήνα, 1992.
- Κασιμάτη Κ., *Κοινωνικός Σχεδιασμός και Αξιολόγηση*, εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2003.
- Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ. και Νιάκας Δ., «Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την Επηρεάζουν», στο: Νιάκας Δ. (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2004.
- Κουτούζης Μ., «Διοίκηση Ενός Οργανισμού», «Οργάνωση», «Η Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού», «Η Διαδικασία Λήψης Αποφάσεων», «Η Επικοινωνία σε Έναν Οργανισμό», «Ηγεσία-Καθοδήγηση», «Η Υποκίνηση», «Η Διαδικασία του Ελέγχου», στο: Δικαίος Κ. κ.ά., *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
- Κυριόπουλος Γ., «Κράτος ή Αγορά; Η Κρίσιμη Επιλογή στον Υγειονομικό Τομέα», στο: Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, εκδ. Θεμέλιο, 1995.
- Λευτάκης Α., «Οι Αντιλήψεις των Γιατρών Σχετικά με τα Οικονομικά των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας», στο: Νιάκας Δ. (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2004.
- Μαρξ Κ., *Το Εβραϊκό Ζήτημα*, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1978.
- Μητρόπουλος Ι., Νιάκας Δ., «Η Λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ», στο: Νιάκας Δ. (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2004.
- Μπακαλάρου Ν., «Η Εφαρμογή του Επιχειρησιακού Υποδείγματος Αριστείας (EFQM Excellence Model) στο Νοσοκομειακό Χώρο», στο: Νιάκας Δ. (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2004.
- Νιάκας Δ., «Σύγχρονα Ζητήματα Management της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης», στο: Νιάκας Δ., Στάθης Γ. (επιμ.), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2002.
- Νιάκας-Στάθης (επιμ.), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2002.

- Νιάκας (επιμ.), *Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2003.
- Νιάκας Δ., (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2004.
- Οικονόμου Χ., *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, εκδ. Διόνικος, Αθήνα, 2004.
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Γραφείο Περιοχής Ευρώπης, *Υγεία 21: Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα*, εκδ. Τυποθήτω, Αθήνα, 2002.
- Παλάσκα Ε. και Τριγάζη Φ., «Η διαδικασία Λήψης Αποφάσεων στη Νοσηλευτική Διοίκηση», στο: Νιάκας-Στάθης (επιμ.), *Υγειονομική Μεταρρύθμιση και Management*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2002.
- Σιγάλας Ι., «Το Ανθρώπινο Δυναμικό των Οργανισμών και Υπηρεσιών Υγείας», «Αρχές Διοίκησης Οργανισμών Υγείας», «Η Διεύθυνση και η Διαχείριση των Λειτουργιών των Οργανισμών και Υπηρεσιών Υγείας», «Κοινωνιολογικές Πτυχές της Ταυτότητας και της Λειτουργίας του Νοσοκομείου», στο: Δικαίος Κ. κ.ά., *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999.
- Σουλιώτης Κ., *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 2000.
- Σταθόπουλος Α., *Εισαγωγή στην οικονομική και Διοικητική των Επιχειρήσεων*, εκδ. Σμπίλιας «Το Οικονομικό», Αθήνα, 1986.
- Τσαλίκης Γ., «Φιλελευθερισμός, Οράματα και Παραοράματα για την Υγεία», στο: Κυριόπουλος Γ. (επιμ.), *Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1995.
- Υφαντόπουλος Γ., *Τα Οικονομικά της Υγείας· Θεωρία και Πολιτική*, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2003.
- Χανιά Μ. κ.ά., «Αξιολόγηση Υπηρεσιών Νοσοκομείου με τη Χρήση Ερωτηματολογίου σε Ασθενείς και Συνοδούς», στο: Νιάκας (επιμ.), *Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2003.
- Χατζηκοκολάκη Μ., Λιονής Χ. και Λιαρόπουλος Λ., «Μέτρηση της Αποδοτικότητας των Υπηρεσιών Υγείας με τη Μέθοδο της Καλύτερης Πρακτικής κατά την Παραγωγική Διαδικασία», στο: Νιάκας (επιμ.), *Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, εκδ. MediForce, Αθήνα, 2003.
- Νόμος 1397/1983.
- Νόμος 2071/1992.
- Νόμος 2194/1994.
- Νόμος 2519/1997.
- Νόμος 2889/2001.
- Νόμος 2920/2001.
- Νόμος 2955/2001.
- Dikeos K., «Capitalist Relations and State Policies: the development of the mode of health maintenance in contemporary Britain; a case study, *PhD Thesis*, Edinburgh University, 1992.

- Godber Sir George, *First Report of the Joint Working Party on the Organisation of the Medical Work in Hospitals*, HMSO, London, 1967.
- Godber Sir George, *Second Report of the Joint Working Party on the Organisation of the Medical Work in Hospitals*, HMSO, London, 1972.
- Godber Sir George, *Third Report of the Joint Working Party on the Organisation of the Medical Work in Hospitals*, HMSO, London, 1974 (γνωστά ως «the cogwheel reports»).
- House of Commons, *First Report from the Social Services Committee* (Griffiths NHS Management Inquiry Report), HMSO, London, 1984 (γνωστό και ως the «Sir Roy Griffith Report»).

