

**ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ
ΑΘΗΝΩΝ**



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**Το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η επιρροή των ομάδων συμφερόντων
στη δημόσια υγεία**

Ιωάννης-Ανδρέας Κουτσογιάννης

A.M. 1342201700085

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Φιλίππα Χατζησταύρου

ΑΘΗΝΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2021

Στον πατέρα μου...

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	7
1. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πριν την ίδρυση του ΕΣΥ.....	8
1.1 Η καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	10
1.2 Η μεταρρύθμιση του 1992: εγκαινίαση του νεοφιλελευθερισμού στην πολιτική υγείας ...	15
1.3 Μεταρρύθμιση Παπαδοπούλου, 2000-01: πρωτοβουλία με επίγνωση των προβλημάτων της υγείας.....	16
1.4 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης.....	20
2. Ο ρόλος και η επιρροή των δημόσιων δρώντων υγείας στο ΕΣΥ	24
2.1 Η ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος και η επακόλουθη πολιτική επιρροή του κλάδου στις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ.....	24
2.2 Ασφαλιστικά Ταμεία: φορείς ανισοτήτων και θιασώτες του status quo.....	28
2.3 Οι δημόσιοι υπάλληλοι υγείας ως θύλακες πελατειακών σχέσεων.....	29
2.4 Συμπέρασμα.....	30
3. Η δραστηριοποίηση των ιδιωτικών συμφερόντων στο ΕΣΥ και τη δημόσια πολιτική υγείας.....	31
3.1 Ιδιωτικές υπηρεσίες και υγειονομική περίθαλψη	31
3.1.1 Ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης	31
3.1.2 Ιδιωτικές Δομές Υγείας: κλινικές και διαγνωστικά κέντρα.....	35
3.1.3 Κριτική αποτίμηση του ρόλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ιδιωτικών ομάδων συμφερόντων στην ιδιωτικοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης.....	40
3.2 Ρόλος και επιρροή της φαρμακοβιομηχανίας.....	46
3.2.1 Η πανευρωπαϊκή δραστηριότητα	47
4. Η συμμετοχή και ο ρόλος των πολιτών στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας ως στοιχείο εκδημοκρατισμού.....	56
4.1 Τι σημαίνει συμμετοχή των πολιτών στην πολιτική υγείας και ποια η αναγκαιότητά της; Το παράδειγμα των συλλόγων ασθενών.....	56

4.2 Οι συνθήκες συμμετοχής των πολιτών στις αποφάσεις για την υγεία: η ελληνική πραγματικότητα.....	58
4.3 Η δημόσια υγεία βρίσκεται σε αδιέξοδο;.....	59
Συμπεράσματα.....	61
Βιβλιογραφία.....	63

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνά την επιρροή και το ρόλο διαφόρων πτυχών των ομάδων συμφερόντων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας και την πολιτική υγείας. Από την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, δημόσιοι δρώντες υγείας, όπως ο ιατρικός κλάδος, τα ασφαλιστικά ταμεία και δημόσιοι υπάλληλοι επιχειρούν να εξασφαλίσουν και να υπερασπίσουν την παγίωση των συμφερόντων τους στο σύστημα επηρεάζοντας ανάλογα τις λαμβανόμενες αποφάσεις. Από την άλλη, οι προωθούμενες πολιτικές της αγοράς έχουν αντικαταστήσει το νόημα της υγειονομικής περίθαλψης από κοινωνικό αγαθό σε υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται σε ασθενείς - καταναλωτές. Η αγοραία αυτή κουλτούρα συνοδεύεται από την έντονη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών οικονομικών συμφερόντων όπως τα επιχειρηματικά συμφέροντα ασφαλιστικών εταιρειών, ιδιωτικών δομών υγείας και φαρμακοβιομηχανίας, τα οποία, στα πλαίσια του ΕΣΥ και της δημόσιας υγείας, επιδιώκουν τη διεύρυνση της ισχύος τους και την μεγιστοποίηση των κερδών τους. Ως εκ τούτου, τίθεται το ζήτημα της ανασχεσης των εν λόγω πολιτικών δια της συμμετοχής των πολιτών στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων.

Λέξεις-κλειδιά: Εθνικό Σύστημα Υγείας, πολιτική υγείας, ομάδες συμφερόντων, ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος, λόμπινγκ, απορρύθμιση, ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, φαρμακοβιομηχανία, συμμετοχή των πολιτών.

Abstract

The present bachelor thesis investigates the influence and the role of various aspects of interest groups in the Greek National Healthcare System (ESY) and the health policy. Since the establishment of ESY in 1983, public health actors, such as the medical profession, the public insurance funds and civil servants attempt to ensure and defend the consolidation of their interests by influencing the decision-making accordingly. On the other hand, promoted financial market policies have turned the substantial meaning of healthcare as a public good into health services with aimed at patients as consumers. The adoption of that financial market culture accompanied by the intense activation of private financial interest groups such as the corporate interests of private insurance, the private healthcare services' providers and the pharmaceutical industry which, in the context of the ESY and public health, seek to expand their power and maximize their profits. Therefore, the question that arises is the suspension of these policies through the participation of citizens in decision-making processes.

Key-words: National Healthcare System, health policy, interest groups, power of the medical profession, lobbying, deregulation, private health services, pharmaceutical industry, citizens' participation.

Εισαγωγή

Ο ρόλος των ομάδων συμφερόντων στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας έχει γίνει αντικείμενο πολλών μελετών με στόχο να ερμηνεύσουν πολιτικά φαινόμενα και εξελίξεις, αλλά και να προταθούν νέες πολιτικές και στρατηγικές διαχείρισης της δημόσιας υγείας. Ο δημόσιος χαρακτήρας της υγείας η οποία αποτελεί μάλιστα το υπέρτατο κοινωνικό αγαθό, δοκιμάζεται από μια εξαιρετική συνθήκη για την ανθρώπινη ιστορία, την πανδημία του κορονοϊού. Στο πλαίσιο αυτής της υγειονομικής κρίσης επανήλθαν στη δημόσια συζήτηση στην Ελλάδα μια σειρά από ζητήματα που αφορούν στις συνθήκες κάτω από τις οποίες η υγειονομική περίθαλψη διαμορφώθηκε και κυρίως ποιοί ήταν οι παράγοντες που συνετέλεσαν στη διαμόρφωσή της μέχρι και σήμερα. Κεντρικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας αποτελεί η μελέτη του βαθμού επιρροής των ομάδων συμφερόντων επί των δημόσιων πολιτικών υγείας, καθώς και του αντίκτυπου των δραστηριοτήτων τους στη δημόσια υγεία και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Αναλυτικότερα, διερευνώνται τα (δια)τομεακά συμφέροντα των επαγγελματιών υγείας, η θέση των ιδιωτικών συμφερόντων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καθώς και η δραστηριοποίηση των οργανωμένων οικονομικών συμφερόντων στον τομέα του φαρμάκου, τα οποία επιδιώκουν να καθιερώσουν μέσω της «διαδικαστικής νομιμοποίησης» τη συνεργασία και συνδιαλλαγή με το κράτος, και ενίοτε κυριαρχώντας επ' αυτού (Χατζησταύρου 2021, 22). Η εργασία ολοκληρώνεται με την εξέταση του βαθμού συμβολής και της σημασίας των διάχυτων συμφερόντων που δεν μετέχουν, ή μετέχουν τυπικώς, στις διαδικασίες λήψης και διαμόρφωσης αποφάσεων στην υγεία. Για τους σκοπούς της εργασίας καθίσταται αναγκαίο να αποδοθεί σε πρώτη φάση η εικόνα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα μέσα από τις κυριότερες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες. Διασαφηνίζοντας την ιστορική εξέλιξή του ΕΣΥ, καθίστανται κατανοητές με μεγαλύτερη ενάργεια οι συνθήκες υπό τις οποίες αναπτύχθηκε η δραστηριότητα των ομάδων συμφερόντων στην υγεία.

1. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πριν την ίδρυση του ΕΣΥ

Η διαχρονική επισκόπηση των μεταρρυθμίσεων υγείας και των επιπτώσεών τους πρέπει να ξεκινήσει από τις υπηρεσίες υγείας όπως αυτές λειτουργούσαν πριν την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το σύστημα χαρακτηριζόταν από υψηλή συγκέντρωση ελέγχου υπό την αρχή του Υπουργείου Υγείας ή της εκάστοτε κυβέρνησης, και απουσιάζει η λογική συστηματικής προσαρμογής επί των μεταβαλλόμενων συνθηκών. Ως εκ τούτου, η διαδικασία λήψης των αποφάσεων χαρακτηριζόταν από την κάθετη από τα πάνω προς τα κάτω κίνηση πρωτοβουλιών και από την απουσία ουσιαστικής δημόσιας διαβούλευσης και συζήτησης με τους φορείς υγείας. Επιπλέον, παρατηρούνται συνθήκες νομοθετικής στασιμότητας, οι οποίες αποδίδονται στην έλλειψη πολιτικής βούλησης και συναίνεσης των πολιτικών δυνάμεων (Tragakes και Polyzos 1998, 108). Στην μεταπολεμική Ελλάδα, εντοπίζει κανείς ένα κατακερματισμένο νομοθετικό πλαίσιο και διαπιστώνονται ανεπαρκείς δημόσιες δαπάνες, ανοργάνωτη και δυσλειτουργική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) και ισχυρός ιδιωτικός τομέας. Επίσης, προβληματική κρίνεται η νοσοκομειακή περίθαλψη η οποία υποφέρει από τη στρεβλή κατάσταση ανισορροπιών αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 108).

Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού παρατηρείται ένα κατακερματισμένο σύστημα. Το 1982, υφίσταντο συνολικά 370 οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης έξι από τους οποίους παρείχαν κάλυψη στο 93.2% επί του συνολικού πληθυσμού. Πρόκειται για τους ασφαλιστικούς φορείς ΙΚΑ, ΟΓΑ, δημοσίων υπαλλήλων, τραπεζοϋπαλλήλων, υπαλλήλων ΟΤΕ και ΤΕΒΕ. Ο κατακερματισμένος χαρακτήρας της ασφάλισης στη χώρα αποτέλεσε αιτία μεγάλων ανισοτήτων ανάμεσα στα ταμεία αν λάβουμε υπόψη μας τις αντιστοιχώς μεγάλες διαφορές σχετικά με τις εισφορές των ασφαλισμένων και τις παροχές προς αυτούς. Ενδεικτικά, τα δύο μεγαλύτερα ταμεία της χώρας, ΙΚΑ και ΟΓΑ (73.3% πληθυσμιακής κάλυψης) παρουσιάζουν αξιοσημείωτη διαφορά στην κατά κεφαλήν δαπάνη για το έτος 1982, με το ΙΚΑ να δαπανά 4737 δραχμές έναντι 2465 του ΟΓΑ. Όσον αφορά τα υπόλοιπα ταμεία, το Ταμείο δημοσίων υπαλλήλων καταγράφει αντίστοιχη δαπάνη που ανέρχεται στις 8878 δραχμές, όταν για τους υπαλλήλους του ΟΤΕ και των τραπεζικών υπαλλήλων, φτάνει τις 10950 δραχμές και 15112 αντίστοιχα. Επομένως καθίσταται σαφές πως η κάλυψη και ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης δεν θα μπορούσε να είναι ισότιμη, ενώ οδηγούσε τους πολίτες στην κάλυψη των αναγκών εκτός της ασφάλισής τους με ίδιες πληρωμές (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 284). Τέλος, συνέπειες των προαναφερθέντων ανισοτήτων αντιμετώπιζαν τα Ταμεία του ΟΓΑ και των δημοσίων υπαλλήλων, τα οποία για να θεωρείται βιώσιμη η οικονομική τους κατάσταση, λάμβαναν ενίοτε κρατικές επιχορηγήσεις (Apostolides 1992, 4).

Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, σε σχετική μελέτη των Tountas, Stefannson, και Frissiras (1995, 285-286) παρουσιάζεται η αυξητική τάση των δημοσίων δαπανών σε ποσοστό του ΑΕΠ από 1.9% το 1960 σε 4% το 1981 την ίδια χρονική στιγμή κατά την οποία ο μέσος όρος τεσσάρων κρατών, εν δυνάμει συγκρίσιμων με την Ελλάδα λόγω κοινών στοιχείων γεωγραφικών και κοινωνικοοικονομικών (Ιρλανδία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία), σημείωνε αύξηση των δημοσίων δαπανών από 1.9% σε 5,1%. Από την άλλη, ο ιδιωτικός τομέας φαίνεται πως επικουρεί σε σημαντικό βαθμό το δημόσιο. Την περίοδο που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό των κλινών που προσφέρεται σε δημόσια νοσοκομεία και φιλανθρωπικά ιδρύματα κυμαίνεται από 70% - 90%, στην Ελλάδα, το 1980 ανέρχεται στο 58%, με το υπόλοιπο 42% να καλύπτεται από τον ιδιωτικό τομέα (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 286). Επιπροσθέτως, τα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα ήταν μικρού μεγέθους καθώς στις αρχές του 1980 διέθεταν 54 κλίνες κατά μέσο όρο τα οποία παρουσιάζουν συνάμα ζητήματα χαμηλής ποιότητας και οικονομικών προβλημάτων. Αξιοσημείωτη τάση που αφορά τους γιατρούς του δημοσίου είναι η κατεύθυνση των ασθενών τους σε δομές ιδιοκτησίας τους. Μερική ευθύνη του φαινομένου αποδίδεται στους χαμηλούς μισθούς που λαμβάνουν οι γιατροί του δημοσίου, πράγμα το οποίο εν μέρει επιβεβαιώνει η ευρέως γνωστή πρακτική άτυπης πληρωμής, το «φακελάκι» (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 286–288).

Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κυριαρχεί διοικητικός ανορθολογισμός, γεγονός το οποίο εξηγεί η απουσία λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ των δομών υγείας. Προ του ΕΣΥ, η υγεία της υπαίθρου με τα αγροτικά ιατρεία και τους ιατρικούς σταθμούς καλύπτεται από τους γιατρούς του ιδιωτικού τομέα, όταν η πρωτοβάθμια περίθαλψη στις πόλεις παρέχεται από τους γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων, τα γενικά νοσοκομεία και τα εξωτερικά ιατρεία τους. Επιπροσθέτως, η υπερσυγκέντρωση υγειονομικών υπηρεσιών στις πόλεις οδήγησε στη δημιουργία το 1965 των αγροτικών ιατρείων, τα οποία, ωστόσο, κρίνονται ανάξια των προσδοκιών, λόγω ανεπαρκών κτιριακών υποδομών, απαραίτητου εξοπλισμού και στελέχωσης με προσωπικό χωρίς εμπειρία (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 288). Ως προς το τελευταίο, ελλείπει ιατρικού προσωπικού στις αγροτικές περιοχές, το 1961 θεσπίστηκε η υποχρεωτική υπηρεσία αποφοίτων ιατρών στην ύπαιθρο για ένα χρόνο. Το μέτρο αυτό, φαίνεται να κάλυψε τα κενά των υποστελεχωμένων αγροτικών περιοχών, ωστόσο οι προαναφερθείσες ανεπάρκειες συνάμα του άπειρου προσωπικού, δημιούργησαν την τάση οι χωρικοί να προτιμούν τις κοντινότερες πόλεις για την υγειονομική τους περίθαλψη όπου θα έβρισκαν συγκριτικά καλύτερες συνθήκες περίθαλψης και πιο έμπειρο ιατρικό προσωπικό (Apostolides 1992, 11).

Αναφορικά με τις νοσοκομειακές υποδομές, εντοπίζεται και εκεί στρεβλή εικόνα. Στο σχετικό άρθρο των Tountas, Stefannson, και Frissiras (1995, 288-289), σημειώνεται πως την

περίοδο 1960-82 ο αριθμός κρεβατιών ανά 1000 κατοίκους κινείται πάντα χαμηλότερα του μέσου όρου των Ιρλανδίας, Ιταλίας, Πορτογαλίας και Ισπανίας. Πιο ενδεικτικός της χωλής αυτής κατάστασης είναι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού ανά κλίνη, ο οποίος παρά την ανοδική πορεία που σημείωσε από το 1975 ως το 1980 (0,70 άτομα ανά κλίνη σε 0,92) εξακολουθεί να βρίσκεται κάτω του μέσου όρου των προαναφερθέντων χωρών. Επιπλέον, παρατηρείται υπερσυγκέντρωση των νοσοκομείων στις Αθήνα και Θεσσαλονίκη σε ποσοστό 50% για πληθυσμό που αντιστοιχεί στο 31% (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 289). Από διοικητικής απόψεως, τα νοσοκομεία δεν βρίσκονται υπό τον συντονισμό μιας ενιαίας αρχής αλλά υπάγονται σε διαφορετικά υπουργεία, ενώ σχετικά με την οικονομική διάσταση στις αρχές του '80 παρουσίαζαν ελλειμματικούς προϋπολογισμούς και ως εκ τούτου ήταν αποδέκτες κρατικών επιχορηγήσεων (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 289–290).

Αναφορικά με το εργατικό δυναμικό στην προ της ιδρύσεως του ΕΣΥ εποχή παρατηρείτε υπερπροσφορά ειδικευόμενων γιατρών και συνάμα δυσανάλογη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Μεταφράζοντας την υπερπροσφορά των γιατρών σε αριθμητική αναλογία ανά 100 χιλιάδες κατοίκους, το 1970 υπήρχαν 162,21 και το 1980 ανήλθαν στις 235,85 όταν ο μέσος των προαναφερθέντων τεσσάρων προς σύγκριση χωρών κυμαίνεται από 134,8 (1970) σε 213,1 (1980). Εν τάχει αυτό σημαίνει υψηλότερες δαπάνες χάριν αμοιβής των γιατρών καθώς και ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού προληπτικής ιατρικής. Ωστόσο, αντίθετες αναλογίες παρατηρούνται σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό. Στην Ελλάδα με μέσο όρο 127,07 καταγράφεται αναλογία 66,85 προς 100 χιλιάδες κατοίκους το 1971, σχέση η οποία διατηρείται μέσα στη δεκαετία όπου ο μέσος όρος που καταγράφεται είναι 237,79 έναντι 103,31 το 1982. Μαζί με τα προαναφερθέντα, διακριβώνεται η τάση συγκέντρωσης των νοσηλευτών στα μεγάλα αστικά κέντρα των αρχών του '80 και δη του πιο εκπαιδευμένου μέρος των νοσηλευτών. Επομένως, η υγειονομική περίθαλψη βρέθηκε αντιμέτωπη με μία επιζήμια σχέση ανθρώπινου δυναμικού και παροχών υγείας η οποία δεν άφηνε περιθώρια για οικονομική, αποτελεσματική και ορθολογικά κατανομημένη προσφορά περίθαλψης προς τους πολίτες (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 291).

1.1 Η καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το 1981 την εξουσία αναλαμβάνει το Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα (ΠΑΣΟΚ). Οι αρχές βάσει των οποίων εκλέγεται το ΠΑΣΟΚ συνοψίζονται στα εξής: α) εθνική ανεξαρτησία, β) κοινωνική απελευθέρωση της εργατικής τάξης, γ) κυρίαρχος λαός και δ) συμμετοχική δημοκρατία (Davaki και Mossialos 2005, 156· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 291–292). Στο πλαίσιο

των νέων πολιτικών κοινωνικού μετασχηματισμού, η Κυβέρνηση Παπανδρέου συμπεριέλαβε και την προώθηση μιας ριζοσπαστικής μεταρρύθμισης στην υγεία με την καθιέρωση του ΕΣΥ. Στο πρώτο άρθρο του σχετικού Νόμου 1397/1983 αναγράφονται οι Γενικές Αρχές:

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 143/Α, 1983, 2229).

Το νέο διοικητικό πλαίσιο συγκεκριμένα προβλέπει ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας μέσω τριών σταδίων: α) Υπαγωγή όλων των νοσοκομείων στο Υπουργείο Υγείας, εξαιρουμένων των στρατιωτικών, β) συγχώνευση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και υπαγωγής του στο νέο διοικητικό σύστημα κεντρικού συντονισμού αστικών και αγροτικών περιοχών, γ) ενοποίηση υπό την αιγίδα ενός φορέα για τα ασφαλιστικά ταμεία (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 292–293).

Επίσης, προβλέπεται αποκέντρωση της διοίκησης με την δημιουργία 10 Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) επιφορτισμένων με εποπτικές και συμβουλευτικές αρμοδιότητες καθώς και του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) με αρμοδιότητες σχεδιασμού και συντονισμού. Με ανώτερο το ΚΕΣΥ, οι νέοι αυτοί θεσμοί θα αποτελούσαν μέσα αντιπροσώπευσης και συμμετοχής των εργαζομένων, αντιπροσώπων των πολιτών και αξιωματούχων, ενώ προβλεπόταν η άμεση συνεργασία των θεσμών για την προώθηση εθνικών στρατηγικών στον τομέα της υγείας (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 293).

Την ίδια περίοδο, μαζί με το νέο νόμο προωθείται και η αύξηση των δημοσίων δαπανών που προορίζονταν για τη χρηματοδότηση του εγχειρήματος. Σε αυτή την παρεμβατική λογική ενέπιπταν και οι συνακόλουθες προβλέψεις για τον ιδιωτικό τομέα. Η ενυπάρχουσα στον ν.1397/1983 ιδέα του περιορισμού του ιδιωτικού τομέα και διαχωρισμού του από το δημόσιο είναι σαφής. Οι γιατροί καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα στην πλήρη απασχόλησή τους στο ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα. Ενδιάμεση επιλογή δεν προβλεπόταν. Επιπλέον, απαγορεύτηκε η ανέγερση νέων ιδιωτικών κλινικών και η επέκταση των υπαρχουσών δομών (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 293).

Πρέπει να επισημανθεί πως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνιστούσε βαρύνουσα σημασίας πολιτική. Οι προβλέψεις για την ΠΦΥ στον εν λόγω Νόμο περιελάμβαναν σειρά σημαντικών μέτρων βελτίωσης και ήταν βαθύτατα επηρεασμένες από τις διακηρύξεις της Άλμα-

Άτα¹. Επί του πρακτέου θα δημιουργούνταν συνολικά 400 πρωτοβάθμια κέντρα υγείας ευρέος βεληνεκούς σε δύο φάσεις (180 στην πρώτη και 220 στη δεύτερη), εναρμονισμένα με τις προδιαγραφές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), με προληπτικούς και θεραπευτικούς μηχανισμούς, μεριμνώντας παράλληλα για τομείς όπως την κοινωνική ευημερία, την προώθηση της υγείας στα σχολεία, την υγειονομική εκπαίδευση και τη δημιουργία εγκαταστάσεων για επιδημιολογική και βιοστατιστική έρευνα. Τέλος, στα πλαίσια της διοικητικής ενοποίησης και της ΠΦΥ θα συμπεριλαμβάνονταν και τα αναβαθμισμένα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μαζί με τις προσφερόμενες από τα ασφαλιστικά ταμεία υπηρεσίες (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 294).

Με την καθιέρωση του ΕΣΥ, σχεδιάστηκε η δημιουργία 18 νέων δημόσιων νοσοκομείων, τρία εκ των οποίων θα ήταν πανεπιστημιακά και θα κατασκευάζονταν σε περιοχές της περιφερειακής Ελλάδας, ενώ θα αποτελούσαν μέρος του συστήματος υγείας (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 18· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 294–295). Ο εκσυγχρονισμός των υποδομών και της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα προέβλεπε επίσης, τη δημιουργία νέων τμημάτων, τη βελτίωση των υπαρχόντων και την κατάργηση των παλαιών, την αύξηση των κλινών συνάμα με την ισότιμη κατανομή τους, στοχεύοντας όχι μόνο στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης αλλά και στην αναβάθμιση του επιπέδου του ανθρώπινου δυναμικού (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 294–295).

Όσον αφορά το τελευταίο, με γνωστά τα προβλήματα υπερπροσφοράς του ειδικευμένου ιατρικού δυναμικού, τη δυσανάλογα χαμηλή απασχόληση νοσηλευτών και την γεωγραφικά άνιση κατανομή τους, η κυβέρνηση με τον ν.1397/1983 αναγνώρισε την στρεβλή κατάσταση. Η υπερπροσφορά ιατρών θα λυνόταν δια της αποκεντρώσεως του συστήματος, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό αναγγέλθηκε τριπλασιασμός εντός 5ετίας (10.000 σε 30.000, 1983-88) (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 295).

Αδιαμφισβήτητα, οι αλλαγές που προωθήθηκαν με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 είχαν ριζοσπαστικό χαρακτήρα. Η δυναμική της κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ ερείδεται στην ευρεία λαϊκή εμπιστοσύνη αλλά και στην ισχυρή παρουσία της στο νομοθετικό σώμα (172 βουλευτές εκ των 300

¹ Πρόκειται για τη Δήλωση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Διεθνούς, στην Alma-Ata τον Σεπτέμβριο του 1978. Στη Δήλωση εκφράζεται η ανάγκη για επείγουσα εθνική και διεθνή δράση για την προστασία και προαγωγή της υγείας όλων, θεωρώντας την θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και προτάσσεται η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας ως ένας από τους σημαντικότερους παγκόσμιους κοινωνικούς στόχους. Σημειώνεται επίσης ότι για την υλοποίηση αυτού του στόχου απαιτείται σύμπραξη πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων εκτός από τον τομέα της υγείας. Βλ.σχετικά

<https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978> (τελευταία πρόσβαση - 07/10/2021)

συνολικά). Αυτή η δυναμική συνάμα της συναίνεσης που απέσπασε η κυβέρνηση από τους ενδιαφερόμενους δρώντες, της έδωσε ώθηση για να προχωρήσει στη μεταρρύθμιση της υγείας.

Η συναίνεση όμως έχασε την ουσία της όταν οι ενδιαφερόμενοι περί της υγείας δρώντες αγνοήθηκαν σε επίπεδο σχεδιασμού, με συνέπεια η μεταρρύθμιση να αποκλίνει μερικώς των στοχεύσεων της (Tragakes και Polyzos 1998, 108). Ο απολογισμός της υγειονομικής περίθαλψης στη δεκαετία 1983-93 δεν επιβεβαιώνει το φιλόδοξο πλάνο του ν.1397/1983. Η συνολική ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων δεν πραγματοποιήθηκε. Τα ταμεία εξακολουθούσαν να είναι πολλά, ενώ οι ανισότητες στην κάλυψη, τις εισφορές και την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους εξακολουθούσαν να υφίστανται. Ενδεικτικά, το 1991 το ΙΚΑ το οποίο κάλυπτε 40,7% του πληθυσμού δαπανούσε κατά κεφαλήν για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη 27.450 δραχμές, ποσό υποδιπλάσιο από την κατά κεφαλήν δαπάνη για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη του ταμείου των τραπεζικών υπαλλήλων (66.730 δρχ) το οποίο κάλυπτε το 1,4% του συνολικού πληθυσμού. Η διανομή και η παροχή των υπηρεσιών υγείας συνέχιζε να είναι εμφανώς άνιση. Πέρα από τον αντίκτυπο αυτών στην ποιότητα και την πρόσβαση στην υγεία των πολιτών, τη δεκαετία του απολογισμού 1983-93 τα ταμεία σημείωναν σοβαρές ζημιές στα οικονομικά τους με αποτέλεσμα να απαιτείται περαιτέρω κρατική χρηματοδότηση ώστε να καταστούν βιώσιμα (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 296).

Σχετικά με το συντονιστικό μέρος της μεταρρύθμισης, οι στόχοι για αποκέντρωση και λαϊκή συμμετοχή μάλλον απέτυχαν. Το ΚΕΣΥ αποδείχθηκε κατώτερο των περιστάσεων, με την 7μελή επιτροπή του Υπουργείου Υγείας - η οποία ήταν ουσιαστικά όργανο κομματικού προσανατολισμού και κομματικών τροφίμων - να επιτελεί εν τέλει τις εκτελεστικές αρμοδιότητες του ΚΕΣΥ. Ομοίως, τα ΠΕΣΥ δεν κατάφεραν να λειτουργήσουν διότι δεν σημειώθηκε κάποια πρόοδος όσον αφορά την οργάνωση της τριτοβάθμιας τοπικής αυτοδιοίκησης μέσω των οποίων θα οργανώνονταν οι υγειονομικές περιφέρειες (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 294).

Όπως έχει γίνει λόγος παραπάνω, η αύξηση των δημοσίων δαπανών υγείας υπήρξε στα σχέδια της κυβέρνησης. Η κυβέρνηση κατόρθωσε την καθιέρωση του ΕΣΥ αλλά σε σημαντικό βαθμό η δυναμική της ανακόπηκε από τους δημοσιονομικούς περιορισμούς. Οι αντίξοες διεθνείς συνθήκες οικονομικής στασιμότητας της περιόδου στάθηκαν εμπόδιο στην περαιτέρω αύξηση των δημοσίων δαπανών καταγράφοντας αυξομειώσεις που κυμαίνονταν από 3,8% του ΑΕΠ σε 4,3% (1986) (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 296-297). Μέσα στη δεκαετία, ο ιδιωτικός τομέας κατέγραψε σημαντική συρρίκνωση με τις ιδιωτικές κλίνες να μειώνονται από το 41% του συνόλου το 1981, στο 30% το 1989.

Το εγχείρημα του διαχωρισμού γιατρών δημοσίου και ιδιωτικού τομέα καθορίστηκε σε σημαντικό βαθμό από την έκρηξη του κόστους ζωής. Οι σημαντικές αυξήσεις στις αμοιβές των νοσοκομειακών γιατρών δεν είχαν ουσιαστικό αντίκρυσμα, κατά συνέπεια σημειώθηκε αύξηση των άτυπων πληρωμών γεγονός που υπονόμωσε τις αρχές της καθολικής και δωρεάν υγείας (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 297). Επί του πρακτέου, αυτό σήμαινε πολλαπλασιασμό των ίδιων πληρωμών των πολιτών (out of pocket payments) και την προσέλκυση ασθενών από τους γιατρούς του στην άτυπη ιδιωτική δραστηριότητα. Όλα τα παραπάνω συν των αποζημιώσεων των ασφαλιστικών ταμείων για θεραπεία στο εξωτερικό συνεπάγονται την εξής εκπεφρασμένη σε αριθμούς συνολική δαπάνη υγείας: \$22.032.000 το 1982, \$15.932.000 το 1985 και \$59,322,00 το 1989 (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 298).

Η εικόνα που άφησαν οι επιπτώσεις της μεταρρύθμισης για την πρωτοβάθμια περίθαλψη συνοψίζονται στα εξής: α) ανεπάρκεια προσωπικού, μη κατάλληλα εκπαιδευμένο, β) απουσία σύνδεσης πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Αναλυτικότερα, η κάλυψη των ιατρικών θέσεων εργασίας στα περιφερειακά κέντρα υγείας κρίνεται ελλιπής όχι μόνο σε επίπεδο ποσοστών (33,8% πλήρωση των θέσεων), αλλά η υστέρηση υφίσταται και σε γενικό, προληπτικής ιατρικής, δυναμικό. Η απειρία σε σημαντικό βαθμό των υπαρχόντων γιατρών διαμορφώνει την εικόνα μιας ανεπαρκούς ΠΦΥ παρά την ενίσχυση των κέντρων υγείας συγκριτικά με την προ της ίδρυσης του ΕΣΥ εποχή. Όσο για την αστική πρωτοβάθμια υγεία παρέμεινε αν όχι ανύπαρκτη, τουλάχιστον ισχνή (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 299).

Σχετικά με τα δημόσια νοσοκομεία, η κατάσταση εξακολούθησε να είναι προβληματική. Πιο συγκεκριμένα, υστερούσαν στο κομμάτι της μηχανογράφησης, το ιστορικό των ασθενών δεν συλλεγόταν, πολλές κλίνες δεν χρησιμοποιούνταν κατάλληλα ενώ υπήρχε ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας κλίνες. Στο επίπεδο της στελέχωσης, παρά την σημαντική αύξηση που καταγράφηκε από το 1981 ως το 1989 (0,92/κλίση σε 1,51/κλίση), ο μέσος όρος (Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία) παρέμεινε υψηλότερος (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 300).

Κλείνοντας τον απολογισμό της μεταρρύθμισης, όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό έγιναν σημαντικά βήματα. Ωστόσο η ιατροκεντρική στελέχωση της υγείας δεν διορθώθηκε. Μεταξύ 1981-1989, η αναλογία γιατρών προς 100 χιλιάδες κατοίκους αυξήθηκε στους 321,31 (310,25 μ.ο) το 1989 από 253,85 (213,06 μ.ο) το 1981. Σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να υπογραμμιστεί η σημαντική αύξηση του εν λόγω κλάδου όπως είχε προαναγγελθεί από την κυβέρνηση. Το βασικότερο όμως πρόβλημα έγκειται στην απουσία συντονιστικής αρχής υπεύθυνης για την κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού. Η εν λόγω συνθήκη μαζί με την απουσία

ουσιαστικών σχέσεων νοσηλευτών-ιατρών, την έλλειψη χρόνου καθημερινότητας για περαιτέρω εκπαίδευση αλλά και τους χαμηλούς μισθούς συνέβαλλαν στην χαμηλή ποιοτική κατάρτιση των νοσηλευτών (Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 300-301).

1.2 Η μεταρρύθμιση του 1992: εγκαινίαση του νεοφιλελευθερισμού στην πολιτική υγείας

Ύστερα από μια διετή περίοδο πολιτικών αναταραχών, το 1990 η Νέα Δημοκρατία αναλαμβάνει τα ηνία της εξουσίας. Στον αντίποδα των προηγούμενων κυβερνήσεων του ΠΑΣΟΚ, η εκλεγείσα κυβέρνηση ακολούθησε πολιτικές απορρυθμιστικού² χαρακτήρα κατά τη διάρκεια της θητείας της ως το 1993 (Carpenter 2003, 265). Ο αναπροσανατολισμός των αρχών του συστήματος υγείας στηρίχθηκε σε αυτό το οποίο οι Featherstone, Kazamias, και Papadimitriou (2001) ανέπτυξαν ως «εξωτερικό σύνδεσμο» (“external link”), άλλως εξωτερική δικαιολογία βάσει των περιφερειακών επιταγών μακροοικονομικής υφής που έθεταν τα κριτήρια σύγκλισης της Συνθήκης του Μάαστριχτ το 1992 για είσοδο στην ΟΝΕ³ (Carpenter 2003, 265).

Ο Νόμος 2071/1992 ανακατευθύνει, κατά την παράγραφο 2 του άρθρου 1, το ρόλο του κράτους από τη θετική-παρεμβατική ευθύνη που του απέδιδε η αντίστοιχη παράγραφος του ν.1397/1983, επιφορτίζοντάς το με την ευθύνη του εγγυητή του δικαιώματος ατομικής επιλογής στην υγεία. Με τον ν.2071/1992, προάγεται η ατομική επιλογή του πολίτη όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη και ειδικότερα την ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου (Tragakes και Polyzos 1998, 115· Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 123/Α, 1992, 2349).

Όσον αφορά τα διοικητικά, θεσπίζεται η θέση του διευθυντή των νοσοκομείων, του διοικητή τεχνικών υπηρεσιών μαζί με άλλες μεταβολές στον τρόπο οργάνωσης των κέντρων υγείας και προσθήκη νέων διοικητικών σωμάτων υπό το Υπουργείο Υγείας. Επιπλέον, βάσει του νόμου άρθηκε ο περιορισμός αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών είτε στο δημόσιο είτε στο ιδιωτικό και δόθηκε η δυνατότητα επιλογής ανάμεσα στην πλήρη εργασία στο δημόσιο τομέα αποκλειστικά ή τη μερική απασχόληση με παράλληλη ελευθερία ιδιωτικής δραστηριοποίησης. Αντίθετη πολιτική

² Οι πολιτικές απορρύθμισης στηρίζονται στην πεποίθηση ότι η ιδιωτική δράση μπορεί να υπηρετήσει το δημόσιο συμφέρον με γνώμονα την αγορά. Στο πλαίσιο τέτοιων πολιτικών προωθούνται ιδιωτικοποιήσεις και συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) με αποτέλεσμα τόσο την προοδευτική σύγκλιση δημόσιου και ιδιωτικού χώρου όσο και την απονομιμοποίηση των οργανωμένων φορέων δημοσίου συμφέροντος (συνδικάτα κ.α.) (Χατζησταύρου, 2021, 276-277)

³ Κριτήρια σύγκλισης της Συνθήκης του Μάαστριχτ, παρατίθενται ονομαστικά στο Μαραβέγιας & Κατσίκας (2016, p. 170).

προωθήθηκε επίσης, και στο ζήτημα των ιδιωτικών κλινικών με την απελευθέρωση δημιουργίας νέων δομών (Tragakos και Polyzos 1998,115).

Εκτός του νόμου, υιοθετήθηκαν και κάποια μέτρα οικονομικής προσαρμογής. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε κατακόρυφη αύξηση του ημερησίου νοσηλίου⁴ το οποίο είχε αρνητικές συνέπειες, διότι πυροδότησε ντόμινο ελλειμμάτων στους προϋπολογισμούς των ταμείων τα οποία βρέθηκαν σε αδυναμία αποπληρωμής, εκτροχιάζοντας τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Δεύτερον, δόθηκε η δυνατότητα στα ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικές δομές όπως κλινικές και διαγνωστικά κέντρα. Τρίτον, εισήχθη η ίδια συμμετοχή των πολιτών στο κόστος των φαρμάκων, στις επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία, ενώ σε περίπτωση νοσηλείας ο ασθενής θα καλούνταν να πληρώσει εισφορά εισόδου. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν αυξήσεις στις εισφορές των ταμείων ασφάλισης, ενώ χάριν ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης, δρομολογήθηκε μείωση φόρου στα ιδιωτικά ασφάλιστρα. Εν τέλει, βασική στόχευση της κυβέρνησης αποτέλεσε η μείωση των ελλειμμάτων δια της αποχωρήσεως του κράτους και δίνοντας χώρο στον ιδιωτικό τομέα (Tragakos και Polyzos 1998, 115).

Καθίσταται σαφές, λοιπόν, πως όλες οι προαναφερθείσες αλλαγές συνιστούν επιλογές σταδιακής καθιέρωσης ενός συστήματος υγείας με νεοφιλελεύθερο πρόσημο, μεταρρύθμιση ιδεολογικά αντίθετη με τον κοινωνικό χαρακτήρα του ν.1387/1983, χωρίς διατάξεις ουσιαστικής μεταρρυθμιστικής πρόθεσης αλλά περισσότερο οικονομικού χαρακτήρα (Tragakos και Polyzos 1998, 116).

1.3 Μεταρρύθμιση Παπαδοπούλου, 2000-01: πρωτοβουλία με επίγνωση των προβλημάτων της υγείας

Το ΠΑΣΟΚ κλήθηκε με τις εκλογές του 2000 να αναλάβει καθήκοντα κυβέρνησης για δεύτερη συνεχόμενη θητεία. Ο νέος τότε υπουργός Υγείας, Αλέκος Παπαδόπουλος, ανακοίνωσε μια ρεαλιστική δέσμη μέτρων η οποία, όπως προμηνύει ο τίτλος του κεφαλαίου, έλαβε υπόψη τα υφιστάμενα προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι βασικές στοχεύσεις της μεταρρύθμισης αφορούσαν στα εξής: α) αποκέντρωση και περιφερειακή οργάνωση, β) θέσπιση ενός οργανισμού για το συντονισμό και τον έλεγχο των ασφαλιστικών ταμείων, γ) οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δ) αποτελεσματική

⁴ Ημερήσιο νοσήλιο: μέθοδος αποζημίωσης των δημόσιων νοσοκομείων από τα ασφαλιστικά ταμεία.

διαχείριση των νοσοκομειακών δομών και ε) εγκαθίδρυση σχέσεων συνεργασίας μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα μαζί με την εισαγωγή συστήματος αξιολόγησης των γιατρών (Μόσιαλος και Allin 2006, 312· Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 22).

Πιο αναλυτικά, για την περιφερειακή οργάνωση και την επίτευξη της αποκέντρωσης του διοικητικού συστήματος στην υγεία, προωθήθηκε η δημιουργία 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Το σύνολο των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας όπως νοσοκομεία, κέντρα υγείας και ασφαλιστικά ταμεία θα υπάγονταν στα ΠΕΣΥ της περιοχής τους τα οποία κατ' επέκταση θα διοικούσαν μέσω του συμβουλίου και του Γενικού Διευθυντή τους, λογοδοτώντας στο Υπουργείο Υγείας (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 22). Σκοπός της δημιουργίας των ΠΕΣΥ ήταν να αποτελέσουν ένα διαμεσολαβητή μεταξύ του Υπουργείου, νοσοκομείων και των δημοσίων φορέων υγείας, διαμορφώνοντας τρόπον τινά μια οργανωτική δομή η οποία αποσκοπούσε στην ορθολογικότερη διαχείριση των οικονομικών πόρων, επενδύοντας στην πρόληψη για την υγεία. (Μόσιαλος και Allin 2006, 313· Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 23).

Δεύτερον, ο Υπουργός πρότεινε την εισαγωγή του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ), δημοσίου φορέα συντονισμού των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων (87% κάλυψη του πληθυσμού) με δυνατότητα εθελοντικής προσχώρησης των υπολοίπων ταμείων (Μόσιαλος και Allin 2006, 313). Επρόκειτο, για ένα οργανισμό που θα λειτουργούσε ως μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας από τα ΠΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, θα απολάμβανε αρμοδιότητες διαχειριστικού χαρακτήρα, βοηθητικού προς τα ταμεία, βασίζοντας μάλιστα σε αυτόν τις προσδοκίες για αποτελεσματική συνεργασία με το ΕΣΥ, αύξηση της παραγωγικότητας, ποιοτικότερη νοσοκομειακή περίθαλψη και μεγαλύτερη υγειονομική κάλυψη των πολιτών (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 24).

Τρίτον, στο πλαίσιο ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης προβλέφθηκαν βελτιώσεις στα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) καθιστώντας τα πυρήνα της ΠΦΥ δια της διασύνδεσής τους με τα περιφερειακά νοσοκομεία και περαιτέρω αποκέντρωσης μέσω ενός δικτύου τοπικών ιατρείων. Το σχέδιο, έκανε επίσης λόγο για ενίσχυση των Κ.Υ. προσλαμβάνοντας εκπαιδευμένο προσωπικό ώστε να καλυφθούν διαχρονικές ελλείψεις (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 25). Επιπροσθέτως, εισήχθη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη το σύστημα του «οικογενειακού» γιατρού. Το σύστημα αυτό, προκάλεσε το σκεπτικισμό των συμβούλων του Υπουργού καθότι θεωρήθηκε πως αντιβαίνει στη νοοτροπία του ατομικισμού της ελληνικής κοινωνίας. Η θέσπιση του συστήματος του «προσωπικού» ιατρού σήμαινε την εισαγωγή «ελέγχου εισόδου», σύμφωνα με τους Μόσιαλο και Allin (2006, 313), αφού μόνο με παραπεμπτικό από αυτούς θα είχε πρόσβαση σε Κ.Υ. και νοσοκομεία, ειδάλλως καλούνταν να επωμιστούν το ορισμένο κόστος των υπηρεσιών. Μέσω των

γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας προβλεπόταν επιπλέον, η άμεση πρόσβαση σε ειδικότητες όπως ωτορινολαρυγγολόγους, οφθαλμιάτρους, δερματολόγους, γυναικολόγους και ψυχιάτρους (Μόσιαλος και Allin 2006, 313).

Τέταρτον, ο Νόμος 2889/2001 (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 37/Α, 2001α) όριζε νέο διοικητικό καθεστώς στα νοσοκομεία με απώλεια της νομικής τους υπόστασης και υπαγωγής τους στο ΠΕΣΥ. Επίσης προβλεπόταν θέση διοικητού, ένα διοικητικό συμβούλιο αρωγό αυτού και μέλη διευθυντές των τμημάτων του νοσοκομείου. Τα προαναφερθέντα διοικητικά όργανα καλούνταν να λογοδοτούν στο ΠΕΣΥ υπαγωγής τους (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 25–26· Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας 2001). Αναφορικά με τις υποδομές, ανακοινώθηκαν βελτιώσεις μέσω υπηρεσιών εξυπηρέτησης ασθενών, δημιουργία αυτόνομων τμημάτων επειγόντων περιστατικών, αλλά και η εισαγωγή απογευματινών ιατρείων, μέτρο που θα επέτρεπε την ιδιωτική δραστηριοποίηση σε δημόσιες δομές, αποσκοπώντας στην προσέλκυση των ασθενών στο δημόσιο νοσοκομείο (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 26).

Πέμπτον, επιδιώχθηκε η αντιμετώπιση των άτυπων πληρωμών οι οποίες συνέβαλαν σε σημαντικό βαθμό στη διόγκωση μαύρης αγοράς στις υπηρεσίες υγείας και σε διαφυγόντα έσοδα για το ΕΣΥ. Ως εκ τούτου, με τον ν.2889/2001 δόθηκε η δυνατότητα στους γιατρούς να «στεγάσουν» στα απογευματινά ιατρεία την ιδιωτική τους δραστηριότητα ενισχύοντας νόμιμα το εισόδημά τους (Tountas, Karnaki, και Pavi 2002, 26). Η νέα νομοθεσία, διευθετούσε και το ζήτημα των πανεπιστημιακών γιατρών καλώντας να επιλέξουν ανάμεσα στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα. Η παραμονή τους στο ΕΣΥ θα προέβλεπε μηνιαίο επιμίσθιο 1000 ευρώ με δυνατότητα απασχόλησης στα απογευματινά ιατρεία (Μόσιαλος και Allin 2006, 314). Τέλος, στις προβλέψεις του νόμου συγκαταλεγόταν όπως προαναφέρθηκε, κάτι το οποίο δεν υφίστατο στο ΕΣΥ, η επίσημη αξιολόγηση του κλάδου των διευθυντών και του εργατικού δυναμικού των νοσοκομείων (Μόσιαλος και Allin 2006, 314-315).

Μολαταύτα, η επόμενη μέρα της μεταρρύθμισης Παπαδόπουλου δεν διαπνεόταν από την αισιοδοξία και τη φιλοδοξία του συνολικού σχεδίου. Παρά το γεγονός ότι ο Υπουργός διαβεβαίωνε την οικονομική ικανότητα υλοποίησης της μεταρρύθμισης, ο προϋπολογισμός του 2001 παρουσίασε μείωση 4,52 εκατομμύρια ευρώ από αυτόν του 2000. Λαμβανομένων υπόψη των επερχόμενων Ολυμπιακών Αγώνων αλλά και των δημοσιονομικών περιορισμών που είχαν προηγηθεί για την ένταξη της χώρας στην Οικονομική και Νομισματική Ένωση (ΟΝΕ), καθίσταται κατανοητή η μεταβολή των πολιτικών προτεραιοτήτων (Μόσιαλος και Allin 2006, 327· Davaki και Mossialos 2005, 161).

Στο πεδίο της περιφερειακής οργάνωσης, παρά την επιφόρτιση των ΠΕΣΥ με πλήθος αρμοδιοτήτων οικονομικών και διοικητικών, απουσίαζαν ουσιαστικά αυτόνομοι χαρακτήρα αρμοδιότητες καθορισμού στην υπ' ευθύνη τους περιφέρεια πολιτικές υγείας, αξιολόγησης των αποτελεσμάτων τους και έπειτα προσδιορισμό των αναγκαίων διορθωτικών ενεργειών (Αντωνοπούλου 2016, 114–115). Επιπροσθέτως, δεν προωθήθηκε η θεσμοθέτηση μίας ορθολογικής μεθόδου συνολικής διοίκησης των ΠΕΣΥ, εκτός του διοικητή των νοσοκομείων και με μοναδική ασφαλιστική δικλείδα – κίνητρο για αποτελεσματικότητα της εν λόγω θέσης το «συμβόλαιο αποδοτικότητας» (Αντωνοπούλου 2016, 115). Συν τοις άλλοις, μαζί με το πλάνο για τη δημιουργία του ΟΔΙΠΥ παραμερίστηκε και το σχέδιο για μια κλειστή αγορά υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, σε συνθήκες αδέσμευτης αγοράς υπηρεσιών, και μάλιστα μη παγιωμένων και κατανεμημένων πόρων τα ΠΕΣΥ αδυνατούσαν να λειτουργήσουν σύμφωνα με τις προσδοκίες (Μόσιαλος και Allin 2006, 329). Η ανεπιτυχής προσπάθεια καθιέρωσης των ΠΕΣΥ είναι προφανής, εκτός των προαναφερθέντων, και από την αντικατάστασή τους σε σύντομο χρονικό διάστημα με το Νόμο 3329/2005 από τις «Διοικήσεις της Υγειονομικής Περιφέρειας» (ΔΥΠΕ) (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 81/Α, 2005). Η ίδια μάλιστα, νομοθεσία (άρθρο 7§1) προέβλεπε και την επαναφορά της νομικής αυτονομίας των νοσοκομείων. Ωστόσο, τα επικαλούμενα «ειδικά προβλήματα» και οι «ιδιαίτερες ανάγκες» των νοσοκομείων που προέκυπταν από την απώλεια της νομικής αυτονομίας και θα διευθετούνταν με την επαναφορά της, δεν πείθουν, διότι στον ίδιο νόμο συγκαταλέγονται διατάξεις οι οποίες αποδίδουν δεκάδες αρμοδιότητες σε πλήθος διοικητικών θέσεων (Αντωνοπούλου 2016, 117).

Σχετικά με τις εργασιακές ρυθμίσεις, η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων ξεκίνησε βεβιασμένα, ενώ ζητήματα διαμόρφωσης των κατάλληλων υποδομών και προγραμματισμού εκκρεμούσαν (Μόσιαλος και Allin 2006, 329). Οι προβλέψεις για το ιατρικό επάγγελμα στις εν λόγω υποδομές του ΕΣΥ φαίνεται πως δεν συγκίνησε τους γιατρούς. Η αποτυχία των απογευματινών ιατρείων οφείλεται εν μέρει σε κάτι το οποίο οι απόψεις των Μόσιαλος & Allin (2006) και Αντωνοπούλου (2016) έρχονται σε συμφωνία. Η προτίμηση των γιατρών στην ιδιωτική άσκηση και όχι την εργασία στα απογευματινά ιατρεία σήμαινε εν μέρει προτίμηση στις άτυπες πληρωμές που ως εκ τούτου σημαίνει αφορολόγητο εισόδημα.

Συμπερασματικά, το εν λόγω φιλόδοξο αλλά και συνάμα το πιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων δεν κατόρθωσε να αποδώσει στην πράξη παρά τα όσα προβλέφθηκαν (Αντωνοπούλου 2016, 115· Μόσιαλος και Allin 2006, 329). Αξιολογώντας πολιτικά τη μεταρρύθμιση, φαίνεται πως κινείται στην ίδια κατεύθυνση με τη μεταρρύθμιση του '92. Εγκαθίδρυση σχέσεων σύμπραξης- άρα σύγκλισης - δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, σκεπτικισμός

για τον όρο «οικογενειακός γιατρός» λόγω σύγκρουσης με την κυρίαρχη ατομικιστική κουλτούρα της ελεύθερης επιλογής, διατήρηση της δυνατότητας των γιατρών να εργάζονται συγχρόνως στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, συνιστούν χαρακτηριστικά στοιχεία της τάσης της εποχής προς μια σταδιακή απορρύθμιση, άλλως υποχώρηση του κράτους (Χατζησταύρου 2021, 276–277).

1.4 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Στα πλαίσια αντιμετώπισης της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008, η Ελλάδα επέλεξε τη λύση της διεθνούς βοήθειας. Σε συνεργασία με τους θεσμούς Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΤΡΟΪΚΑ), υπογράφηκαν δανειακές συμβάσεις στις οποίες ήταν επισυνημμένη δέσμη μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, κοινώς γνωστή ως Μνημόνια.

Η απαιτούμενη προσαρμογή της οικονομίας όπως απορρέει εκ των μνημονιακών υποχρεώσεων, οι οποίες διακρίνονται και αυτές από το νεοφιλελεύθερο χαρακτήρα τους, οδήγησε σε μέτρα μείωσης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και σε περικοπές δημοσίων δαπανών. Το αποτέλεσμα που επέφεραν στον τομέα της υγείας είναι η συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας και σοβαρές επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη. Ως εκ τούτου, η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ τέθηκε σε προτεραιότητα (Οικονόμου 2019, 236).

Βασική μνημονιακή υποχρέωση αποτέλεσε ο περιορισμός της δημόσιας δαπάνης υγείας κάτω του 6% του ΑΕΠ και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης κάτω του 1%. Λαμβανομένων υπόψη των προαναφερθέντων περιορισμών συνάμα της συρρίκνωσης του ΑΕΠ κατά 26% από το 2009 ως το 2016, γίνεται αντιληπτή η δυσχερής συνθήκη που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το ΕΣΥ. Η μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας που καταγράφεται στα έτη 2010-2015 ανέρχεται στα 6,5 δις ευρώ (Οικονόμου 2019, 236–237). Η διαχείριση αυτής της μείωσης έγινε με την εισαγωγή μέτρων άμεσων πληρωμών, πράγμα το οποίο σήμαινε την μετατόπιση του κόστους στους πολίτες. Παραδείγματα τέτοιων μέτρων είναι η πληρωμή 5 ευρώ για την επίσκεψη σε Κέντρα Υγείας, 25 ευρώ για την εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο, 1 ευρώ για την έκδοση ιατρικής συνταγής παρόχου του δημοσίου, αλλά και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος πολλών κατηγοριών φαρμάκων (Οικονόμου 2019, 237). Όσον αφορά στο εργατικό δυναμικό, στα προαναφερθέντα πλαίσια περιορισμού των δημοσίων δαπανών υγείας ορίζεται η 1 πρόσληψη για κάθε 5 αποχωρήσεις (Οικονόμου 2019, 236).

Ακόμα, μεταρρυθμίσεις δρομολογήθηκαν και σε σχέση με τη ασφαλιστική κάλυψη υπηρεσιών υγείας. Το 2011 θεσπίστηκε η ζητούμενη από τα χρόνια της καθιέρωσης του ΕΣΥ ενοποίηση όλων των ασφαλιστικών ταμείων με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας έφερε θετικά επακόλουθα. Εξοικονομήθηκαν πόροι, επήλθε η ορθολογικότερη διαχείρισή τους, ενώ περιόρισε συγχρόνως τις συνέπειες της κατακερματισμένης ασφαλιστικής κάλυψης. Στα αρνητικά, πρέπει να επισημανθεί ότι ανεπάρκειες λειτουργικού χαρακτήρα όπως η υποστελέχωση και η ελλιπής χρηματοδότηση υπονόμευσαν το ρόλο του ΕΟΠΥΥ (Οικονόμου 2019, 240–241).

Επιπροσθέτως, προωθήθηκαν ρυθμίσεις που αξιολογούνται με θετικό πρόσημο. Πρόκειται για τη θέσπιση ορίου ιατρικών πράξεων και ο ορισμός πλαφόν σε αξία στη συνταγογράφηση φαρμάκων για τους παρόχους του ΕΟΠΥΥ. Ομοίως, στις συνταγογραφούμενες διαγνωστικές και εργαστηριακές πράξεις ετέθησαν όρια ως προς το είδος, τον αριθμό των ασθενών, τη γεωγραφική περιφέρεια και το μήνα του έτους (Οικονόμου 2019, 240–241).

Επιπλέον, η αύξηση της ανεργίας την περίοδο της κρίσης προκάλεσε την απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης 2.5 εκατομμυρίων ατόμων δυσχεραίνοντας την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας. Η εξέλιξη αυτή οδήγησε σε μέτρα σπασμωδικά, λόγω χάρη τα «Κουπόνια Υγείας» που κρίθηκαν αναποτελεσματικά και αποσύρθηκαν. Το 2014 εισήχθη, ρύθμιση «δώρου άδωρου» καθώς επιτράπηκε η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άτομα χωρίς ασφαλιστική ικανότητα αλλά με δική τους επιβάρυνση τη στιγμή που στη νοσοκομειακή περίθαλψη θεσπίστηκε εισοδηματικός έλεγχος, μέτρο τόσο γραφειοκρατικό όσο και στιγματιστικό (Οικονόμου 2019, 241).

Στον αντίποδα των στιγματιστικών ρυθμίσεων ψηφίστηκε το 2016 ο Νόμος 4368 ο οποίος είχε χαρακτήρα κοινωνικής ενσωμάτωσης (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 21/Α, 2016). Πιο συγκεκριμένα, δόθηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας με σκοπό την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσοκομειακής περίθαλψης σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως μετανάστες, παιδιά, έγκυες και χρονίως πασχόντων⁵. Η πρόσβαση απαιτεί μόνο την επίδειξη του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ή της Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης. Η αδυναμία που παρουσιάστηκε σχετικά με το νόμο είναι ότι η πρόβλεψη για ελεύθερη πρόσβαση αφορούσε μόνο τις δημόσιες δομές υγείας, γεγονός το οποίο δημιουργούσε δυσκολία πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας όταν

⁵ Ιστοσελίδα του (Υπουργείο Υγείας): <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias> (τελευταία πρόσβαση: 02/09/2021)

επρόκειτο για περιοχές όπου δημόσιες δομές έπασχαν από υποστελέχωση και ελλείψεις κατάλληλου εξοπλισμού (Οικονόμου 2019, 242).

Αφήνοντας τα ζητήματα κοινωνικής ασφάλισης, περνάμε σε αυτά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σχετικά με την ΠΦΥ εισήχθησαν δύο μεταρρυθμίσεις. Η πρώτη έλαβε χώρα στις αρχές του 2014 με το Νόμο 4238/2014 που καθιέρωσε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) το οποίο συμπεριέλαβε τα κέντρα υγείας, τα πολυϊατρεία των ταμείων και τους παρόχους του ΕΟΠΥΥ. Το ΠΕΔΥ σχεδιάστηκε για 24ωρη λειτουργία σε εβδομαδιαία βάση, εισάγοντας εκ νέου το σύστημα των παραπεμπτικών μέσω του οικογενειακού γιατρού. Ωστόσο, οι περιορισμοί στους οικονομικούς πόρους και το ανθρώπινο δυναμικό δεν επέτρεψαν στη μεταρρύθμιση να ευδοκιμήσει (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 38/Α, 2014-Οικονόμου 2019, 242). Συνεπεία της αποτυχίας του ΠΕΔΥ, ψηφίζεται το 2017 από το Κοινοβούλιο ο Νόμος 4486, ο οποίος σύμφωνα με το Άρθρο 1§3 κάνει λόγο για καθολική και δωρεάν πρόσβαση στην ΠΦΥ η οποία οργανώθηκε σε δύο επίπεδα (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας 2017, ΦΕΚ 115/Α, 2031). Αρχικά, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) θα στελεχώνονταν με γενικούς γιατρούς, παθολόγους αλλά και με άλλες βασικές ειδικότητες όπως παιδίατρους, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Στο δεύτερο επίπεδο, περιλαμβάνονται τα κέντρα υγείας στα οποία θα προσέρχονται οι ασθενείς με τη χορήγηση παραπεμπτικού σημειώματος. Ο νόμος προβλέπει επίσης τη δημιουργία δημόσιων διαγνωστικών κέντρων αλλά και κέντρων ειδικής φροντίδας (Οικονόμου 2019, 243).

Είναι γεγονός πως αυτή η πρόσφατη μεταρρύθμιση έχει ενσωματώσει τις βασικές αρχές που ορίζει ο ΠΟΥ, ενώ οι στοχεύσεις της κινούνται και αυτές προς τη σωστή κατεύθυνση. Παρόλα αυτά εγείρονται τρία βασικά ζητήματα: αρχικά οι γιατροί δήλωσαν απρόθυμοι να συνεργαστούν προτάσσοντας την αντίθεσή τους για τις συνθήκες εργασίας, τις χρονικές προβλέψεις των συμβάσεων ορισμένου χρόνου αλλά και για το ύψος των μισθών. Ένα δεύτερο πρόβλημα έγκειται στην ασάφεια του νομοσχεδίου ως προς τις διαδικασίες λειτουργίας και συντονισμού, ενώ το τρίτο αφορά στο σύστημα των παραπομπών το οποίο ήταν ακόμα ανολοκλήρωτο (Οικονόμου 2019, 243).

Πριν περάσουμε στη συνολική αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων της κρίσης δεν πρέπει να παρακαμφθεί ο νοσοκομειακός τομέας. Αδιαμφισβήτητα, συνιστά το πεδίο όπου σημειώθηκαν σοβαρές εκπτώσεις στην παρεχόμενη από αυτό φροντίδα υγείας. Το 2011 ανακοινώνονται συγχωνεύσεις κλινικών μονάδων, εργαστηρίων και βοηθητικών τμημάτων, επιφέροντας και σε διοικητικό επίπεδο μείωση των θέσεων. Πέρα από αυτά, το 2016 τα δημόσια νοσοκομεία απογράφουν 8.565 λιγότερες κλίνες σε σχέση με το 2009 και 15.000 λιγότερους εργαζομένους

(Οικονόμου 2019, 244). Επομένως, γίνονται αντιληπτά τα μεγέθη συρρίκνωσης που σημείωσαν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας ως αποτέλεσμα των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να γίνει μια αναφορά σε ορισμένους δείκτες υγείας των πολιτών κατά τα πρώτα χρόνια των μνημονίων, ώστε να διαμορφωθεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του βάρους που κλήθηκαν να σηκώσουν. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν για το έτος 2010 οι επιδημιολογικές καταγραφές ασθενειών όπως η ελονοσία για την οποία δεν είχε σημειωθεί κρούσμα για σχεδόν 30 χρόνια, τον ιό του Δυτικού Νείλου, τον H1N1 και τον HIV οι οποίοι σημείωσαν ραγδαία αύξηση. Ειδικά στην περίπτωση των τοξικοεξαρτημένων μεταξύ 2010-13 καταγράφηκε 33 φορές αύξηση των μολύνσεων με HIV, γεγονός που αποδίδεται στις περικοπές των δαπανών στα προγράμματα παρέμβασης και υποστήριξης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Επιπροσθέτως καταγράφεται χειροτέρευση της ψυχικής υγείας των Ελλήνων. Εντός τριετίας η χρήση σχετικών υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε κατά 120%, ενώ το 2014 καταγράφεται ποσοστό 24% ατόμων με συμπτώματα άγχους και 16% με κατάθλιψη. Τέλος, ανησυχητική αύξηση παρουσίασε και ο αριθμός των αυτοκτονιών σε 565 το 2014 από 377 το 2010 (Σουλιώτης κ.ά. 2018, 12).

Εν κατακλείδι, οι συνέπειες των υποχρεώσεων για νομική προσαρμογή και των αντίστοιχων πολιτικών δημοσιονομικού περιορισμού είχαν εν πολλοίς αρνητικό αντίκτυπο. Πρώτον, επήλθαν αλλαγές με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεύτερον, ένα διόλου αμελητέο μέρος του πληθυσμού απώλεσε το δικαίωμά του για ασφαλιστική κάλυψη, κάτι το οποίο αμέσως συνεπάγεται δυσκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τρίτον, το φαινόμενο της διαρροής εγκεφάλων (brain drain) που κλιμακώθηκε στα πρώτα χρόνια της κρίσης, αλλά και η συρρίκνωση των μισθών επέφεραν σημαντικές μεταβολές στο διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό της υγείας. Τέλος, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής δεν κόστισε μονάχα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλά και στη δημόσια υγεία (Οικονόμου 2019, 251).

2. Ο ρόλος και η επιρροή των δημόσιων δρώντων υγείας στο ΕΣΥ

Το κεφάλαιο αυτό στοχεύει στην παρουσίαση στοιχείων επιρροής που έχουν ασκήσει δημόσιοι δρώντες οι οποίοι ανήκουν σε ομάδες (δια)τομεακών συμφερόντων του συστήματος υγείας - ήτοι ο ιατρικός κλάδος, τα ασφαλιστικά ταμεία και οι δημόσιοι υπάλληλοι στην υγεία - σε σχέση με τις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ και τις αντίστοιχες πολιτικές επιλογές όπως περιγράφηκαν παραπάνω. Ο ρόλος του ιατρικού επαγγέλματος επιχειρείται να ερμηνευθεί με την θεωρητική αρωγή του ιστορικού θεσμισμού και της κοινωνιολογικής θεωρίας των επαγγελμάτων. Για την ερμηνεία των συμφερόντων των ασφαλιστικών ταμείων, θεωρητική βάση ανάλυσης θα αποτελέσει πάλι ο ιστορικός θεσμισμός, ενώ η ανάλυση των συμφερόντων των δημοσίων υπαλλήλων υγείας θα λάβει χώρα υπό το πρίσμα των φαινομένων της πατρωνίας των κομμάτων και της πελατειακής γραφειοκρατίας (Lyrintzis 1984).

2.1 Η ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος και η επακόλουθη πολιτική επιρροή του κλάδου στις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ

Το ιατρικό επάγγελμα έχει κατορθώσει να αναπτύξει χαρακτηριστικά ισχύος τα οποία το καθιστούν σημαίνοντα παράγοντα επιρροής στο ΕΣΥ. Υπό τη ματιά των θεωριών των επιστημονικών επαγγελμάτων οι γιατροί διαθέτουν γνώση και εξειδίκευση, στοιχεία τα οποία συνιστούν τη βάση της κυριαρχίας τους (Νικολέντζος 2014, 420). Αυτή η κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος - κατά κόρον της ελίτ του κλάδου- εκφράζεται και μέσα από την εμπλοκή τους στην πολιτική. Ενδεικτικό στοιχείο επιρροής στην ελληνική πραγματικότητα αποτελεί ο συμβουλευτικός ρόλος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) προς το Υπουργείο Υγείας ο οποίος μαζί με το Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών (ΙΣΑ) συναποτελούν φορείς με ιστορικό πολιτικών δεσμών με τα κόμματα, συνεπώς διαθέτουν εκ των έσω δυνατότητα άσκησης επιρροής, γεγονός που τους έχει αναγάγει σε καθοριστικό λόμπι στην διαμόρφωση πολιτικής υγείας (Μόσιαλος και Allin 2006, 320).

Ακολουθώντας τα βασικά ερμηνευτικά προτάγματα του ιστορικού θεσμισμού, η διαχρονική κυριαρχία του ιατρικού κλάδου και των συμφερόντων του ευνοήθηκε από την έκβαση της καθιέρωσης του ΕΣΥ⁶. Η επόμενη πολιτική αλλαγή δεν θα ξέφευγε από την κατεύθυνση που ανέπτυξε η προγενέστερη προσπάθεια, άλλως θα ήταν «εξαρτημένη από την τροχιά» (Hacker 2002·

⁶ Βλ. παραπάνω σελ. 7-12

παρατίθεται στο Νικολέντζος 2014, 422). Πρέπει να επισημανθεί πως αυτή η θεωρητική προσέγγιση του μονοπατιού εξάρτησης (path dependence) δεν είναι νομοτελειακά ακλόνητη. Σύμφωνα με τους θεωρητικούς του ιστορικού θεσμικού δύναται μια εξωγενής συνθήκη ως την προς αναφορά ομάδα - στην περίπτωσή μας το ιατρικό επάγγελμα - να διαρθρώσει την «κρίσιμη συγκυρία» που θα κλυδωνίσει το κυρίαρχο συμφέρον (Collier και Collier 2015; Guillen 2002; Lavdas 1995· παρατίθενται Νικολέντζος 2014, 423).

Οι γιατροί κατάφεραν να ανακόψουν σε σημαντικό βαθμό τις στοχεύσεις της μεταρρύθμισης για την καθιέρωση του ΕΣΥ το 1983. Στο Εθνικό Ιατρικό Συνέδριο του 1983 απέδωσαν την αναποτελεσματικότητα και την κακή ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην απουσία συναίνεσης μεταξύ δρώντων - φορέων συμφερόντων. Από την άλλη, η γενική πεποίθηση της κυριαρχίας των γιατρών και του μονοπωλίου της γνώσης τους στην υγειονομική περίθαλψη ήταν αυτά που υπονόμειυσαν την ποιότητα του συστήματος (Νικολέντζος 2014, 425–426). Μεταξύ αυτών που αντέδρασαν ήταν γιατροί με ιδιωτικά ιατρεία οι οποίοι θα περιορίζονταν από τον ν.1397/1983, επιλέγοντας αποκλειστική άσκηση στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα⁷. Με την ανάληψη του Υπουργείου Υγείας από τον Γ. Γεννηματά σημειώθηκε μεταστροφή πολιτικής επανεστιάζοντας την μεταρρύθμιση από τη βασική περίθαλψη στην ενίσχυση του νοσοκομειακού τομέα, γεγονός το οποίο σήμαινε την ενίσχυση των νοσοκομειακών γιατρών. Επιπροσθέτως, μέσω πολιτικών πιέσεων οι πανεπιστημιακοί γιατροί κατόρθωσαν να χαιρούν ασυλίας καθότι δεν περιορίστηκε νομοθετικά η δραστηριότητά τους εντός του ΕΣΥ (Μόσιαλος και Allin 2006, 307–308). Αυτό που δεν πρέπει να παραλειφθεί είναι ότι η ισχύς των γιατρών στην άντληση ψήφων έκανε το πολιτικό κόστος να φαντάζει μεγάλο. Συνεπώς, οι κυβερνήσεις, πάντα με ματιά στις επόμενες εκλογικές αναμετρήσεις, δεν προθυμοποιούνταν να σηκώσουν ανάστημα στα κατεστημένα συμφέροντα (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 147/Α, 1983· Νικολέντζος 2014, 427).

Λαμβάνοντας υπόψη τις προαναφερθείσες αντιδράσεις του ιατρικού κλάδου, ο Νικολέντζος (2014, 427) εύστοχα συμπεραίνει βάσει του ιστορικού θεσμισμού πως: «Το αποτέλεσμα είναι ότι η τροχιά που το σύστημα αυτό ακολούθησε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 έθετε τα όρια επιτυχίας των μεταγενέστερων μεταρρυθμίσεων». Αυτό το μονοπάτι εξάρτησης προκατέλαβε τον ενδεχόμενο κυρίαρχο ρόλο του ιατρικού επαγγέλματος αργότερα, στην μεταρρυθμιστική προσπάθεια Παπαδόπουλου (Mahoney 2000· παρατίθεται στο Νικολέντζος 2014, 427).

⁷ Βλ. παραπάνω σελ. 8

Περνώντας στην επόμενη σημαντική μεταρρύθμιση πρέπει να επισημανθεί ότι το “external link”⁸ το οποίο παρείχε τη νομιμοποιητική βάση του ν.2071/1992 αποτέλεσε ανάχωμα στα ιατρικά συμφέροντα (Νικολέντζος 2014, 428· Carpenter 2003, 265). Ειδικότερα, στα πλαίσια των διατάξεων του άρθρου 64 για τον «κλάδο ιατρών ΕΣΥ» δινόταν η ελευθερία στους γιατρούς επιλογής συνδυαστικής άσκησης σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα ή «πλήρους και αποκλειστικής» απασχόλησης (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 123/Α, 1992, 2368–69). Οι νοσοκομειακοί γιατροί είδαν τα οικονομικά τους συμφέροντα να θίγονται λόγω της φορολογικής επιβάρυνσης που θα είχαν. Χαρακτηριστική αποτέλεσε σχετική δήλωση υψηλά ιστάμενου συνδικαλιστή της Ένωσης Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών Πειραιώς (ΕΙΝΑΠ):

«Πήραν μια πικρή γεύση της ελεύθερης αγοράς και του ιδιωτικού τομέα. Ήρθαν αντιμέτωποι με το τι είχαν και τι επρόκειτο να χάσουν, με το τι δηλαδή τους περιμένει έξω, και γύρισαν τροχάδην όλοι πίσω στο προστατευμένο περιβάλλον του ΕΣΥ και στα εδραιωμένα συμφέροντά τους» (Νικολέντζος 2014, 429).

Η δήλωση αυτή ερείδεται στο ότι σε σύνολο 8.300 γιατρών του ΕΣΥ, μόνο 492 επέλεξαν τη μεικτή άσκηση εκ των οποίων μόνο οι 330 σύντομα εγκατέλειψαν την επιλογή τους (Νικολέντζος 2014, 429). Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί πως υπάρχουν διαφοροποιήσεις εντός του κλάδου. Οι νοσοκομειακοί γιατροί στο σύνολο τους λειτουργούν ως ορθολογικοί δρώντες και δεν θα πρέπει να εξομοιώνονται με την ελίτ που λόγω μεγάλων απολαβών και υψηλού γοήτρου κατέχει προνομιούχα θέση εντός του κλάδου. Δεδομένων των διαχρονικά χαμηλών αποδοχών, θέμα στο οποίο αναφερθήκαμε πρότινος, η παραπάνω συμπεριφορά μπορεί να δικαιολογηθεί, ενώ πρέπει να ειπωθεί υπό το πρίσμα της διάδρασης με τις εκάστοτε προωθούμενες πολιτικές.

Η ισχύς του ιατρικού επαγγέλματος επηρέασε σημαντικά και την έκβαση της μεταρρύθμισης του 2001. Ειδικότερα, οι γιατροί ήρθαν σε σύγκρουση με τον τότε Υπουργό Υγείας, Αλέκο Παπαδόπουλο και πολύ περισσότερο οι πανεπιστημιακοί, οι οποίοι αντιτάχθηκαν σθεναρά εκφράζοντας τις κατηγορηματικές αντιθέσεις τους προς τον ν.2889/2001. Ο νόμος 2889 με το άρθρο 11 §2, §3 και §4 τακτοποιούσε το ζήτημα της ετεροαπασχόλησης των πανεπιστημιακών γιατρών αίροντας τη διαχρονική ασυλία τους (Νικολέντζος 2014, 430· Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 37/Α, 2001, 1094-95). Οι αντιδράσεις των πανεπιστημιακών γιατρών πλαισιώθηκαν με απεργιακές κινητοποιήσεις προκαλώντας δυσαρέσκεια στην κοινή γνώμη αλλά και στην ίδια την κυβέρνηση. Στην ίδια κατεύθυνση, οι νοσοκομειακοί γιατροί είδαν

⁸ Βλ. παραπάνω σελ. 12

στην μεταρρύθμιση την απώλεια εξουσίας μέσω της κατάργησης των διοικητικών τους θώκων και την εισχώρηση της διαχειριστικής κουλτούρας των επαγγελματιών μάντζερ στο χώρο της διοίκησης. Διαμαρτυρήθηκαν επίσης εντόνως για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων διότι μέσω του συντονισμού του ΟΔΙΠΥ θα επηρεαζόταν η αυτονομία τους, ενώ αντιτάχθηκαν και στην αξιολόγηση καθότι για αυτούς ισούταν με περισσότερη εργασία, χωρίς περιθώρια ανέλιξης. Αποτέλεσμα ήταν η απομάκρυνση του Υπουργού και η απόφασή του να εγκαταλείψει την πολιτική (Μόσιαλος και Allin 2006, 320-324, 329). Άξιο αναφοράς αποτελεί το ότι ο Σπύρος Δοξιάδης πρώην Υπουργός Υγείας επί κυβερνήσεως Κ. Καραμανλή (1977-1981) χαρακτήρισε κατά λέξη το ιατρικό επάγγελμα ως «το μόνο ζώντα οργανισμό που δημιουργεί αυτόνομα την τροφή του», τασσόμενος υπέρ του εργασιακού ελέγχου του κλάδου (Νικολέντζος 2014, 436). Ως θεωρείται σύμφωνα με τον ιστορικό θεσμισμό, η έκβαση της μεταρρύθμισης του '83 διαμόρφωσε την τροχιά από την οποία θα εξαρτιόταν κάθε επόμενο μεταρρυθμιστικό εγχείρημα (Hacker 2002· παρατίθεται στο Νικολέντζος 2014, 422). Προς αυτή την κατεύθυνση η επιρροή της ιατρικής ελίτ στη νομοθεσία, απέκτησε την απαραίτητη στεγανότητα η οποία θα πλαισίωνε την ορθολογική νοοτροπία μεγιστοποίησης των κερδών. Με άλλα λόγια, η τελική εικόνα της μεταρρύθμισης εξυπηρέτησε την προσοδοθηρία πολλών γιατρών οι οποίοι θα εξακολουθούσαν να λειτουργούν ορθολογικά προστατευόμενοι από το θεσμικό στέγαστρο, έχοντας συνεργάτη την αδιαφάνεια (άτυπες πληρωμές: «φακελάκι», προμήθεια για την παράκαμψη σε σειρά αναμονής για χειρουργείο κτλ.), πράγμα το οποίο επιβεβαιώνει την ανάγκη ελέγχου, ως ελέχθη δια στόματος Σ. Δοξιάδη (Αντωνοπούλου 2016, 115· Νικολέντζος 2014, 422· Οικονόμου 2019, 248· Πελαγίδης 2015).

Τέλος, το κύρος του ιατρικού κλάδου οφείλουμε να υπογραμμίσουμε πως δεν απορρέει μόνο από τη θεσμική ασυλία που παραχωρείτε διαχρονικά ιδιαίτερα σε μια ελίτ. Πράγματι, ο γιατρός χαίρει αποδοχής και σε επίπεδο κοινωνίας. Παρά την υπερπροσφορά του κλάδου, οι σχολές ιατρικής παραμένουν ψηλά στις προτιμήσεις των υποψηφίων σπουδαστών (Νικολέντζος 2014, 434). Σε σχετικές έρευνες, το ερωτηθέν κοινό τοποθετεί τους γιατρούς πρώτους στην ιεράρχηση σχετικά με τη χρησιμότητα τους στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για την υγεία (Theodorou κ.ά. 2010, 203). Επιπλέον, λαμβανομένης υπόψη της συνθήκης της πανδημίας του κορονοϊού επιβεβαιώνεται ότι ο κλάδος χαίρει εκτίμησης σε όλο το κοινωνικό φάσμα. Από το Φεβρουάριο του 2020 χαρακτηριστικές φράσεις στο δημόσιο λόγο αποτελούν οι «ακούμε τους γιατρούς», «κάνουμε ό,τι μας λένε οι ειδικοί». Στη δε καθημερινή ενημέρωση της επιδημιολογικής κατάστασης, πάντα συμμετέχει ένας γιατρός, ενώ όμοια λογική ενυπάρχει και στην επιτροπή των ειδικών η οποία δίνει τις κατευθύνσεις για τα μέτρα προστασίας.

2.2 Ασφαλιστικά Ταμεία: φορείς ανισοτήτων και θιασώτες του status quo

Πριν ακόμα από την καθιέρωση του ΕΣΥ, ένα από τα μελανότερα σημεία του συστήματος υπηρεσιών υγείας αποτελούσε το καθεστώς κοινωνικής ασφάλισης. Έχει ήδη γίνει λόγος στο 1^ο Κεφάλαιο της εργασίας για τον κατακερματισμένο χαρακτήρα της ασφαλιστικής κάλυψης αλλά και τον «δαίμονα» της ανισότητας που δημιούργησε η αυτονομία των ασφαλιστικών ταμείων (Apostolides 1992, 4–5· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 284).

Η ρίζα του προβλήματος είναι κατ' αρχάς πολιτική. Οι μετεμφυλιακές κυβερνήσεις ευνόησαν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες και δη ομάδες μη αριστερών πεποιθήσεων, διαμορφώνοντας μια κοινωνία πολωμένη. Με την προώθηση ανάλογου νομικού πλαισίου και την μεροληπτική ενίσχυση ορισμένων ασφαλιστικών ταμείων, κατά κόρον των φιλελεύθερων, ιδεολογικά, επαγγελματών, όπως αυτό των τραπεζοϋπαλλήλων ή των δικηγόρων, αλλά και του ταμείου των δημοσίων υπαλλήλων, η βασική στόχευση ήταν η παγίωση μιας εκλογικής - πελατειακής βάσης. Τοιούτοτρόπως, δημιουργήθηκαν τα κοινώς γνωστά με την ταξική έννοια «ευγενή» ταμεία που παρείχαν περισσότερα οφέλη και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με άλλα ταμεία (Davaki και Mossialos 2005, 147).

Οι κατεστημένες ανισότητες επιτρέπουν να γίνει λόγος και για κατεστημένα συμφέροντα. Αρχής γενομένης με τη μεταρρύθμιση για την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ η οποία προέβλεπε την ενοποίηση των ταμείων με την υπαγωγή τους σε ένα φορέα, τα «ευγενή» συμφέροντα των προνομιούχων ταμείων απειλήθηκαν. Αναλυτικότερα, τα συνδικάτα των δημοσίων και τραπεζικών υπαλλήλων, της ΔΕΗ και του ΟΤΕ αντιτάχθηκαν συντονισμένα, βρίσκοντας μάλιστα ερείσματα εντός του ΠΑΣΟΚ. Ο τότε πρόεδρος του Κοινοβουλίου Ιωάννης Αλευράς, πρώην πρόεδρος του συνδικάτου των τραπεζοϋπαλλήλων, απείλησε με παραίτηση στην περίπτωση κατάργησης των προνομίων των «ευγενών» ταμείων. Το αποτέλεσμα ήταν η αναφερθείσα στην προηγούμενη ενότητα μεταστροφή πολιτικής επί υπουργίας Γεννηματά (Μόσιαλος και Allin 2006, 307; Davaki και Mossialos 2005, 156–158). Πρέπει ωστόσο να υπογραμμιστεί, πως το ζήτημα του εξορθολογισμού των οικονομικών των ταμείων δεν είναι ένα απλό ζήτημα με δεδομένο ότι η ενοποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μοχλός συνολικής υποβάθμισης της ποιότητας της ασφαλιστικής κάλυψης.

Το ζήτημα της διευθέτησης των ανισοτήτων και τακτοποίησης των οικονομικών των ταμείων επανήλθε με τη μεταρρύθμιση Παπαδόπουλου. Η δημιουργία του ΟΔΠΥ θα διατάρασσε την κατεστημένη προνομιακή αυτονομία των ασφαλιστικών ταμείων. Τα ταμεία ως θιασώτες του

status quo, παρά το γεγονός ότι δεν ετίθετο θέμα για ολική ενοποίησή τους, εκτίμησαν τον σχεδιασμό ως τέτοιο (Μόσιαλος και Allin 2006, 319). «Φορώντας» τα κιάλια του ιστορικού θεσμισμού εντοπίζουμε το μονοπάτι εξάρτησης που σχηματίστηκε εξ' ιδρύσεως του ΕΣΥ με τις πελατειακές συνιστώσες και το πολιτικό κόστος που αυτές συνεπάγονται. Η, έστω μερική, ενοποίηση των ταμείων έμελλε να πειθαρχήσει τα συμφέροντα (Μόσιαλος και Allin 2006, 327–328; Νικολέντζος 2014, 421–422; Davaki και Mossialos 2005, 160).

Πέρασε μια δεκαετία για να διευθετηθεί αυτό το ζήτημα. Η ενοποίηση επετεύχθη με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2011, τότε που η χρηματοπιστωτική κρίση και η είσοδος της Ελλάδας στη μνημονιακή δίνη συνέθεσαν την «κρίσιμη συγκυρία», το εξωτερικό γεγονός στο οποίο υπέκυψαν τα συμφέροντα των προνομιούχων ταμείων (Οικονόμου 2019, 240· Collier και Collier 2015; Guillen 2002; Lavdas 1995· παρατίθενται Νικολέντζος 2014, 423).

2.3 Οι δημόσιοι υπάλληλοι υγείας ως θύλακες πελατειακών σχέσεων.

Το υπερσυγκεντρωτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που υφίστατο στην τριακονταετή μεταπολεμική Ελλάδα αποτέλεσε πρόσφορο πεδίο ανάπτυξης πελατειακών σχέσεων. Τα μεγάλα κόμματα της περιόδου (Εθνική Ριζοσπαστική Ένωση [ΕΡΕ], Ένωση Κέντρου) συγκροτήθηκαν και διεύρυναν τη δυναμική τους στηριζόμενα στην πελατειακή κουλτούρα που υπήρχε γενικά στους τομείς της δημόσιας διοίκησης. Μεταπολιτευτικά, η κουλτούρα αυτή κληρονομείται στη Νέα Δημοκρατία και το ΠΑΣΟΚ αντίστοιχα (Lyrintzis 1984).

Το μεταρρυθμιστικό εγχείρημα καθιέρωσης του ΕΣΥ αμφισβήτησε τα εδραιωμένα συμφέροντα που απέρρεαν από την προγενέστερα εγκαθιδρυμένη συγκεντρωτική εξουσία. Οι διατάξεις για τη δημιουργία του ΚΕΣΥ και των ΠΕΣΥ σήμαιναν αποκέντρωση της εξουσίας που μέχρι πρότινος κατείχαν ανώτατοι δημόσιοι υπάλληλοι. Όπως συνέβη με τις αντιδράσεις που καταγράφηκαν στην ενότητα 2.2, έτσι και στην περίπτωση των διοικητικών διατάξεων, η μεταρρύθμιση προσαρμόστηκε στα βουλεύματα των συμφερόντων μιας πελατειακής γραφειοκρατίας με υψηλούς γραφειοκρατικούς θώκους (Lyrintzis 1984· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 293). Ενδεικτικά στοιχεία, αποτελούν η ενίσχυση των νοσοκομειακών υποδομών στην Αθήνα όπου έδρευε η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), αλλά και η αποτυχία λειτουργίας των ΚΕΣΥ και ΠΕΣΥ με την ουσιαστική

υποκατάστασή τους από την επταμελή εκτελεστική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας⁹ (Μόσιαλος και Allin 2006, 307–308· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 296).

Είναι γεγονός πως σημαντικό μέρος της δημόσιας διοίκησης υγείας αποτέλεσε θύλακα εξυπηρέτησης πελατειακών σχέσεων. Όργανα όπως η προαναφερθείσα επιτροπή, απευθείας διορισμοί ομοϊδεατών με τη διεσταλμένη έννοια της πελατειακής συναλλαγής, σε θώκους διοικητών νοσοκομείων και μελών διοικητικών συμβουλίων συνθέτουν την εικόνα των κομματικοποιημένων δημοσίων θέσεων του συστήματος υγείας (Μόσιαλος και Allin 2006, 318). Δεδομένης της κατάστασης, η ανεπιτυχής έκβαση σημαινόντων διατάξεων του ν.2889/2001 βαραίνει εν μέρει και συγκεκριμένη μερίδα δημοσίων υπαλλήλων. Η επαναφορά των ΠΕΣΥ καταργούσε τις δοσοληψίες ρουσφετιών στις διοικήσεις των νοσοκομείων, ενώ η κατάργηση της νομικής υπόστασης των τελευταίων ισούταν επίσης με απώλεια εξουσιαστικών αρμοδιοτήτων (Μόσιαλος και Allin 2006, 318-319· Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 37/Α, 2001).

2.4 Συμπέρασμα

Οι πολύπλευρες αντιδράσεις διαρκείας και στρατηγικές προάσπισης συμφερόντων όπως καταγράφηκαν σε αυτό το κεφάλαιο αποδεικνύουν σε σημαντικό βαθμό το ρόλο των δημοσίων δρώντων υγείας και τις επιρροές που άσκησαν στο ΕΣΥ. Επιπροσθέτως, εξηγούν ικανοποιητικά τις χρόνιες παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης καθώς και την αδυναμία του κράτους να ολοκληρώσει το όραμα του ΕΣΥ, θεραπεύοντας με αυτό τον τρόπο στρεβλώσεις και εξορθολογίζοντας πτυχές του, αντί κάθε μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία να καθίσταται άθυρμα εδραιωμένων τομεακών συμφερόντων.

⁹ Βλ. παραπάνω σελ.10

3. Η δραστηριοποίηση των ιδιωτικών συμφερόντων στο ΕΣΥ και τη δημόσια πολιτική υγείας

Αυτό το κεφάλαιο ασχολείται με τα ιδιωτικά συμφέροντα στην υγεία. Η επέκταση του ιδιωτικού τομέα οφείλεται στην αμφίδρομη σχέση οικονομικών συμφερόντων και πολιτικών επιλογών. Από τη μία, διαπιστώνεται πώς οι προωθούμενες στρατηγικές δίνουν τον απαραίτητο χώρο για να ευδοκιμήσει ο ιδιωτικός τομέας, ενώ από την άλλη ασκούνται πιέσεις από τα οργανωμένα οικονομικά συμφέροντα προς την ίδια κατεύθυνση. Κοινή αφετηρία και των δύο αυτών οδών είναι η ιδεολογία της απορρύθμισης και των αγοραίων πολιτικών. Κατ' αυτό τον τρόπο σύγκλισης των σφαιρών δημόσιας και ιδιωτικής πολιτικής, το ιδιωτικό συμφέρον προτεραιοποιείται έναντι του δημόσιου συμφέροντος. Η νομιμοποίηση σε επίπεδο κοινωνίας επιχειρείται μέσω προβολής φιλελεύθερων αξιών, όπως είναι η ατομική επιλογή και ευθύνη. Το σχήμα αυτό πλαισιώνεται από την υποχώρηση του κράτους μέσα από τις πολιτικές μείωσης των δαπανών, τις προωθήσεις συνεργασιών με τον ιδιωτικό τομέα και την μετατροπή του δημόσιου αγαθού υγείας σε υπηρεσίες παροχής ως προϊόν προς κατανάλωση (Χατζησταύρου 2021, 276-277).

Σε αυτό το κεφαλαίο λοιπόν, θα διερευνηθεί ο ρόλος των ιδιωτικών συμφερόντων, οργανωμένων και μη, μέσα από μια δι-επίπεδη ανάγνωση τόσο σε εθνικό όσο και ευρωπαϊκό επίπεδο.

3.1 Ιδιωτικές υπηρεσίες και υγειονομική περίθαλψη

3.1.1 Ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης

Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα έχει συμπληρωματικό ρόλο και λειτουργεί παράλληλα με την κοινωνική ασφάλιση. Πρόκειται για ένα θεσμό με επιχειρηματικό πρόσημο που αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση των κερδών και εκπορεύεται από τη νεοφιλελεύθερη αντίληψη, συνιστώντας μία έκφανση των απορρυθμιστικών πολιτικών που απορρέουν από την εν λόγω ιδεολογία, ενώ δύναται να ευδοκιμήσει σε συνθήκες αγοράς με αδύναμο κράτος πρόνοιας (Ρομπόλης 1995· Ρούπας 2006, 339· Χατζησταύρου 2021, 276–278). Σε επίπεδο κοινωνίας η ιδιωτική ασφάλιση απαιτεί τη νοοτροπία της ελεύθερης ατομικής επιλογής βάσει της οποίας συντίθεται μέσω ασφαλιστήριων συμβολαίων η σχέση εταιρείας και ατόμου. Στόχος της ιδιωτικής κάλυψης είναι η πρόληψη με τη διαχείριση των οικονομικών επιπτώσεων των κινδύνων αλλά και η (ανα)πλήρωση κενών υπηρεσιών και ποιότητας της κοινωνικής ασφάλισης (Ρούπας 2006, 341-342).

Ωστόσο, πρέπει να διευκρινιστεί πως η ελευθερία επιλογής περιορίζεται στους όρους που τίθενται από την ασφαλιστική εταιρεία στους οποίους θα αρκестεί η συμφωνία (Ρούπας 2006, 342). Πρόκειται για σύναψη μιας οικονομικής σχέσεως βάσει της οποίας το συμβαλλόμενο άτομο είναι καταναλωτής ασφαλιστικών προϊόντων και δεν υφίσταται η δυνατότητα καθολικής κάλυψης για πάσης φύσεως κίνδυνο (Ρούπας 2006, 347). Ο προς ασφάλιση κίνδυνος πρέπει να χαρακτηρίζεται από τυχαιότητα, ομοιογένεια, να είναι απροσδόκητος και να έχει οικονομικές συνέπειες. Τα προαναφερθέντα συναρτώνται επίσης με παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο ή ο τρόπος ζωής. Λόγου χάρη θεωρείται αδιανόητο για μια ασφαλιστική εταιρεία να προσφέρει ασφάλιση ζωής με προσिता ασφάλιστρα σε άτομο μεγάλης ηλικίας ή βαρέως πάσχοντα ασθενή (Ρούπας 2006, 344–348).

Παρά ταύτα, οι υποστηρικτές της ιδιωτικής ασφάλισης βλέπουν μέσα από τον κλάδο θετική επίδραση στον οικονομικό τομέα. Αρχικά, γίνεται λόγος για τη διαμόρφωση συνθηκών ανταγωνισμού ανάμεσα στις ασφαλιστικές εταιρείες, γεγονός που θα επιφέρει μείωση του κόστους και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεύτερον το μη διαχειρίσιμο κόστος των κινδύνων ομαλοποιείται. Επιπλέον, με τη χρήση νέων τεχνολογιών ενθαρρύνεται η ανάληψη του κόστους αυτού, ανοίγεται δρόμος για νέες επενδύσεις μεγάλου μεγέθους και υψηλής παραγωγικότητας. Οι επενδύσεις αυτές σχετίζονται με χρεόγραφα και κρατικούς τίτλους, γεγονός που συμβάλλει στην ενίσχυση της ρευστότητας και της κεφαλαιαγοράς. Ως εκ τούτου, διευρύνεται η δυναμική των επιχειρήσεων, δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας, συνεισφέροντας εμμέσως και αμέσως στα φορολογικά έσοδα της χώρας (Ρομπόλης 1995, 78–79· Ρούπας 2006, 344).

Στην Ελλάδα, η ιδιωτική ασφαλιστική αγορά είναι περιορισμένη. Στη δεκαετία του '80 το ποσοστό του καλυπτόμενου πληθυσμού δεν ξεπερνούσε το 2%, ποσοστό που ναι μεν αυξήθηκε στο 10% το 2006, παρέμεινε δε από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη, φαινόμενο που αποδίδεται στην πεποίθηση της ελληνικής κοινωνίας πως με άμεσες πληρωμές θα υπάρξει δυνατότητα γρηγορότερης πρόσβασης σε ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας (Σίσκου 2007, 193). Επίσης ενδεικτικά η παραγωγή ασφαλιστρών ζωής και ζημιών παρουσίασε σημαντική αύξηση από τα 287,6 εκατομμύρια ευρώ το 1988, στα 2,8 δισεκατομμύρια το 2002 (Ρούπας 2006, 360-361). Αργότερα, το 2005 η παραγωγή ασφαλιστρών ανήλθε στα 4,2 δις ευρώ καταγράφοντας μια ανοδική πορεία μέχρι το 2009 (5,4 δις ευρώ), σημειώνοντας έκτοτε πτώση της τάξεως του 27% μέχρι το 2018. Συγκριτικά, για το έτος 2017, η κατά κεφαλήν αξία των εν λόγω ασφαλιστρών στην Ελλάδα παρουσιάζεται 5.5 φορές μικρότερη (368 ευρώ) από τη μέση κατά κεφαλήν τιμή της Ευρώπης των 28, επιπλέον των Τουρκίας, Ισλανδίας, Ελβετίας και Νορβηγίας (2030 ευρώ) (Βέττας και Μανιάτης 2019, 6, 8).

Όσον αφορά στα κίνητρα που παρέχονται για την προσχώρηση, αρχής γενομένης με την κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας του 1990-1993, όπως έχει ήδη αναφερθεί¹⁰, τα ιδιωτικά ασφαλιστρα υπόκεινται φορολογικής απαλλαγής, μέτρο που έκδηλα αναιρεί το επιχείρημα ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα συνεισφέρει στα δημόσια έσοδα (Ρούπας 2006· OECD 2004, 139· Tragakes και Polyzos 1998, 115). Μάλιστα, οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν ασκήσει σημαντικές πιέσεις, ώστε τα ασφαλιστρα εργαζομένων να αντιμετωπίζονται ίσοις όροις με τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης εκπίπτοντας του φορολογητέου εισοδήματος (Ρούπας 2006, 362).

Έγινε λόγος παραπάνω για τον ωφέλιμο ανταγωνισμό που θα δημιουργούνταν μεταξύ των επιχειρήσεων. Η πραγματικότητα, ωστόσο, αντιβαίνει σε αυτό τον ισχυρισμό. Η αγορά σχετικά με τον κλάδο ασφάλισης ζωής-υγείας παρουσιάζει συγκεντρωτικά και ολιγοπωλιακά χαρακτηριστικά, καθώς κυριαρχείται από 10 μεγάλες εταιρείες των οποίων το συνολικό μερίδιο για το 2002 ξεπερνούσε το 90% (Ρούπας 2006, 358). Το 2007 σε σύνολο 86 ασφαλιστικών επιχειρήσεων, τον έλεγχο των πωλήσεων στην αγορά ασφαλειών ζωής κατείχαν σε ποσοστό 65,3% μόνο 5 εταιρείες. Επιπλέον για την χρονική περίοδο 1989-2002 σημειώθηκαν συγχωνεύσεις και εξαγορές μειώνοντας τον αριθμό των εταιρειών κατά 42 (Κονδύλης 2009, 83· Ρομπόλης 1995, 84-85· Ρούπας 2006, 358)¹¹.

Επιπλέον, στην ιδιωτική ασφάλιση ενυπάρχουν δύο περιοριστικά φαινόμενα· ο ηθικός κίνδυνος (moral hazard) και η αντίστροφη επιλογή (adverse selection). Το πρώτο φαινόμενο αναπτύχθηκε στην ελληνική ασφαλιστική αγορά με την εισαγωγή της κάρτας νοσηλείας ως προϊόν. Η εκτεταμένη χρήση της συνάμα προκλητής ζήτησης αλλά και των υπερκοστολογήσεων των υπηρεσιών εκ μέρους των ιδιωτικών κλινικών διόγκωσε τα έξοδα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων οδηγώντας στην αύξηση των ασφαλιστρών αλλά και στη σχεδόν πτώχευσή τους (Κονδύλης 2009, 83-84· Σίσκου 2007, 192). Αναφορικά με την αντίστροφη επιλογή, για την κατανόηση του φαινομένου χρειάζεται μόνο να ανακαλέσουμε στη μνήμη μας αυτό που ειπώθηκε στην αρχή της υποενότητας για τα χαρακτηριστικά του κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, εξηγήθηκε ότι ο κίνδυνος βάσει του οποίου καθορίζεται το ύψος του ασφαλιστρου ή η δυνατότητα ασφάλισης, συναρτάται με μεταβλητές όπως η ηλικία, ο τρόπος ζωής, η κατάσταση υγείας (Ρούπας 2006, 344-348). Με βάση αυτό λοιπόν είναι πολύ πιθανό η ασφαλιστική εταιρεία πάντα με γνώμονα το κέρδος και κριτήρια τις προαναφερθείσες μεταβλητές να προσεγγίζει άτομα χαμηλού κινδύνου. Αποτέλεσμα είναι η

¹⁰ Βλ. παραπάνω σελ. 12-13

¹¹ Μεταγενέστερα στοιχεία για το συγκεντρωτικό χαρακτήρα της ασφαλιστικής αγοράς δεν υφίστανται. Σημειώνεται επίσης πως η αποτύπωση των ολιγοπωλιακών χαρακτηριστικών απουσιάζει από σχετικές εκθέσεις που δημοσιεύουν οργανισμοί για τον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης. Τα εν λόγω στοιχεία είναι ίδιοι υπολογισμοί ερευνητών.

δημιουργία μιας μεροληπτικής στάσης η οποία υπογραμμίζει την αυταπάτη της ωφέλιμης ιδιωτικής ασφάλισης και διευρύνει περαιτέρω την ήδη ανισοτική κατάσταση στην υγεία (Σίσκου 2007, 192). Ακόμα, βέβαια κι αν αντιμετωπιζόταν η αντίστροφη επιλογή, η ιδιωτική ασφάλιση θα εξακολουθούσε να διατηρεί τον ανισοτικό της χαρακτήρα καθώς πρόκειται για θεσμό που απευθύνεται στις υψηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες (Σίσκου 2007, 193· Κονδύλης 2009, 81-82).

Συμπερασματικά, η ιδιωτική ασφάλιση δεν είναι πανάκεια. Δίνει εντυπώσεις οφέλους, ενώ απορρυθμίζει περαιτέρω το κράτος πρόνοιας. Οι δε ασφαλιστικές εταιρείες λειτουργούν πλήρως σε συνθήκες καπιταλιστικής αγοράς. Το 1994, ιδρύθηκε στην Ελλάδα το «επικουρικό κεφάλαιο». Η δημόσια αυτή εταιρεία εγγυάται την κάλυψη των ασφαλισμένων σε περίπτωση πτώχευσης της εταιρείας (Ρούπας 2006, 343). Με εγγυητή το δημόσιο δηλαδή, οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να είναι όσο αδηφάγες χρειάζεται για τη μεγιστοποίηση των κερδών, επιζητώντας συγχρόνως μια όλο και πιο αδύναμη κοινωνική ασφάλιση (Ρομπόλης 1995). Λόγου χάρη, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ) στην πρόσφατη ετήσια έκθεσή της, μεταξύ άλλων αναφέρεται στο ρόλο των ασφαλιστικών εταιρειών ως «ατμομηχανή της οικονομίας» διατυπώνοντας χαρακτηριστικά πως:

«μπορεί να δώσει σύγχρονες λύσεις για την αντιμετώπιση διαρθρωτικών προβλημάτων της χώρας με έμφαση στο χώρο των συντάξεων προκειμένου να διασωθεί η μακροβιότητα και βιωσιμότητα του εθνικού συστήματος συντάξεων» (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος 2020, 29).

Στη συνέχεια μάλιστα κάνει λόγο για την κατάκτηση της Ένωσης κατόπιν πιέσεων και «συστηματικών ενεργειών», σχετικά με τη θεσμική αναγνώριση της ιδιωτικής ασφάλισης στο συνταξιοδοτικό τομέα μέσω της έκθεσης Πισσαρίδη και του Εθνικού Σχεδίου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας - «Ελλάδα 2.0»,- θα πραγματοποιηθεί εκτενέστερη αναφορά σε επόμενη υποενότητα- κείμενα τα οποία προτάσσουν τη φορολογική εξίσωση ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης (Ελληνική Κυβέρνηση 2021, 94-95· Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος 2020, 29-30· Πισσαρίδης κ.ά. 2020, 106-109).

Με λίγα λόγια, η ίδια η γενεσιουργός αιτία του προβλήματος, δηλαδή οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές με τις εκφάνσεις τους, όπως η σύγκλιση δημοσίου - ιδιωτικού χώρου με την ολοένα και μεγαλύτερη υποχώρηση του πρώτου αλλά, και η ιδιωτικοποίηση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, κατ' εironεία, προωθούνται ως λύση (Ρομπόλης 1995, 87· Χατζησταύρου 2021, 276-278).

3.1.2 Ιδιωτικές Δομές Υγείας: κλινικές και διαγνωστικά κέντρα

Η συγκεκριμένη υποενότητα στοχεύει στον προσδιορισμό του ρόλου των ιδιωτικών επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας και του τρόπου με τον οποίο ανέπτυξαν δράση από τα πρώτα χρόνια του ΕΣΥ μέχρι και την περίοδο πριν την οικονομική κρίση. Εν πολλοίς, η ανάλυση των ιδιωτικών δομών βασίζεται στα αποτελέσματα της διδακτορικής διατριβής του Αναπληρωτή Καθηγητή Πολιτικής Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Ηλία Κονδύλη. Οι μεταβλητές για τις οποίες θα γίνει λόγος αφορούν το νομικό πλαίσιο που διέπει κλινικές¹² και διαγνωστικά κέντρα¹³, την τιμολογιακή πολιτική των εκάστοτε κυβερνήσεων στις παρεχόμενες υπηρεσίες, τα οικονομικά μεγέθη των εν λόγω δομών και του τρόπου διαμόρφωσης τους και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιδιωτικών κλινικών.

Ιδιωτικές Κλινικές

Η διαφορετική ιδεολογική αντίληψη των εναλλασσόμενων στην εξουσία κυβερνήσεων Νέας Δημοκρατίας και ΠΑΣΟΚ, άφησε το αποτύπωμα της στις πολιτικές που προωθήθηκαν. Ωστόσο, στο αποτύπωμα αυτό πέρα από την ιδεολογική χροιά αναγνωρίζονται ασυνέχειες και επί της ουσίας μετέωρα νομοθετήματα τα οποία δημιούργησαν προϋποθέσεις επέκτασης του ιδιωτικού τομέα υγείας εις βάρος του δημοσίου (Κονδύλης 2009, 154).

Μία από τις βασικές νομοθετικές πολιτικές που συνόδευσαν την καθιέρωση του ΕΣΥ αποτέλεσε, ως έχει ήδη λεχθεί στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας, η απαγόρευση της δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών αλλά και η επέκταση και συνέχεια των υπαρχόντων δομών (Κονδύλης 2009, 106· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 293). Με την ανάληψη καθηκόντων από τη Νέα Δημοκρατία το 1990 πραγματοποιήθηκε στροφή 180°. Ο σχεδιασμός του ΕΣΥ άλλαξε κατεύθυνση. Προωθήθηκε ένα νεοφιλελεύθερο μοντέλο πολιτικής υγείας εντάσσοντας συνειδητά στην εξίσωση τον ιδιωτικό τομέα (Carpenter 2003, 265· Tragakes and Polyzos 1998, 115). Αναλυτικότερα, δόθηκε η δυνατότητα χορήγησης νέων αδειών χωρίς πλαφόν ανά νομικό και φυσικό πρόσωπο και επετράπη η διεκπεραίωση των αδειοδοτήσεων που έπαυσαν επί ΠΑΣΟΚ (Κονδύλης 2009, 106).

Σχετικά με τις προδιαγραφές λειτουργίας, το 1991 εισήχθη ένα πιο αυστηροποιημένο πλαίσιο με αυξημένα κατώτερα όρια κλινών, υπερδιπλάσιο προσωπικό ανά κλίνη και τη στέγαση των

¹² Ιδιωτικές Κλινικές: γενικές κλινικές, ψυχιατρικές, ιδιωτικές μονάδες εντατικής θεραπείας, μονάδες παρακολούθησης πρόωρων και μονάδες τεχνητού νεφρού (Κονδύλης 2009, 115-117)

¹³ Ιδιωτικά Διαγνωστικά Κέντρα: ανεξάρτητα ή μη μικροβιολογικά, ακτινολογικά και πολυδύναμα κέντρα (Κονδύλης 2009, 130).

κλινικών σε ανεξάρτητες κτιριακές εγκαταστάσεις με προδιαγραφές ελάχιστου ορίου τετραγωνικών μέτρων ανά κλίνη. Παρόλο το αντίβαρο των επικαιροποιημένων προδιαγραφών, εν τέλει δεν λειτούργησε καθώς θα ήταν αδύνατη η ανέγερση νέων κλινικών, και επιπλέον μη βιώσιμο για τις μικρομεσαίας δυναμικής κλινικές. Το προαναφερθέν πλαίσιο προδιαγραφών δεν εφαρμόστηκε ποτέ όντας μάλιστα πεντάκις παρατεταμένο (Κονδύλης 2009, 107–108). Ουσιαστικά οι λόγοι είναι οικονομικοί και κερδοσκοπικοί. Δεν είναι τυχαίο πως επιχειρηματίες του κλάδου επέλεξαν αντί της ανέγερσης την εξαγορά παλαιότερων κλινικών (Κονδύλης 2009, 155).

Με την ανάληψη εκ νέου των ηνίων από το ΠΑΣΟΚ, το ζήτημα εξακολουθούσε να μένει ανεπίλυτο προς όφελος των οικονομικών συμφερόντων των κλινικών οι οποίες στη συντριπτική τους πλειοψηφία (95%) το 2002 λειτουργούσαν βάσει των προδιαγραφών του '60. Το 2000 θεσπίστηκε ένα ελαστικότερο πλαίσιο σε βασικά σημεία το οποίο προέβλεπε την απόσυρση της διάταξης για την κτιριακή αυτοτέλεια, μειώθηκαν τα απαιτούμενα τετραγωνικά ανά κλίνη, ομοίως και το απαιτούμενο προσωπικό ανά κλίνη κατά 40%. Ακόμα και αυτό το πλαίσιο πήρε 10 παρατάσεις, ενώ το 2007 η κυβέρνηση χρειάστηκε να ρίξει επιπλέον τα στάνταρς (Κονδύλης 2009, 107-113). Τα παραπάνω αποτελούν ένα ακόμα παράδειγμα επικράτησης του επιχειρηματικού κεφαλαίου έναντι της υγείας.

Εκτός του αυστηρά νομοθετικού πλαισίου, το ελληνικό κράτος διατηρεί παρεμβατικό ρόλο διαμορφώνοντας την τιμολογιακή πολιτική στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Βάσει λοιπόν αυτής και μέσω του συστήματος αποζημίωσης, δηλαδή του κλειστού και του σπαστού ημερήσιου νοσηλίου, τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ιδιώτες χρήστες των υπηρεσιών καταβάλουν στους παρόχους το εκάστοτε προκαθορισμένο ποσό. Πρέπει να σημειωθεί ότι το σπαστό ημερήσιο νοσήλιο το οποίο αφορά τις ιδιωτικές κλινικές, διαφέρει από είδος σε είδος κλινικών, ενώ το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο είναι ενιαίο, περιλαμβάνοντας ένα συνολικό πακέτο ιατρικών πράξεων, βάσει του οποίου αποζημιώνονται τα δημόσια νοσοκομεία (Κονδύλης 2009, 114-115).

Εστιάζοντας στη διαχρονική πολιτική καθορισμού του ύψους του σπαστού νοσηλίου, και συνάμα του πλαισίου λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών, απαντώνται στοιχεία αποσπασματικότητας και αντιφατικότητας. Την πρώτη περίοδο της διακυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ (1981-89), αποτελεί γεγονός πως το νοσήλιο αυξήθηκε από 220% έως 270% αναλόγως του είδους των δομών, ποσοστά συγκριτικά υψηλότερα από αυτό του κλειστού νοσηλίου του οποίου η συνολική αύξηση άγγιξε το 67% με τον πληθωρισμό της περιόδου να υπολογίζεται γύρω στο 170%. Η τιμολόγηση της εν λόγω περιόδου είναι εμφανές ότι εκπορεύεται από την γενικότερη πολιτική αντίληψη των κυβερνήσεων του ΠΑΣΟΚ, σχετικά με τον περιορισμό της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία (Κονδύλης 2009, 115–116· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 293).

Στην ίδια λογική οφείλουμε να εντάξουμε και την τιμολογιακή πολιτική της Νέας Δημοκρατίας η οποία όπως έχει ήδη ειπωθεί τάχθηκε υπέρ της απελευθέρωσης των επενδύσεων στην υγεία παρέχοντας και τα ανάλογα κίνητρα (Tragkakes και Polyzos, 115-116). Πιο συγκεκριμένα, την τριετία 1990-93 ορίστηκαν τιμές σπαστού νοσηλίου και κλειστού νοσηλίου από 365% έως 550% αυξημένες σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο, τη στιγμή που ο πληθωρισμός έβαινε μειούμενος και κατέγραφε έως και υποτετραπλάσια ποσοστά. Τα ασφαλιστικά ταμεία κλήθηκαν, εκτός των αυξημένων νοσηλίων, να καταβάλουν επιπρόσθετη αποζημίωση ύψους 14,7€ για κάθε εισαγόμενο ασθενή σε δημόσια, ιδιωτικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία. Έκτοτε και για τα επόμενα 15 χρόνια δεν παρατηρήθηκαν δραματικές μεταβολές. Σε γενικές γραμμές, οι τιμολογήσεις συμβάδιζαν με τον δείκτη τιμών καταναλωτή. Υπολογίζεται αύξηση ανά περίπτωση ιδιωτικής κλινικής από 48% έως και 481%. Οι δυσανάλογα υψηλές αυξήσεις της περιόδου 2004-08 οφείλονται στη θέσπιση κλειστών νοσηλίων σε συγκεκριμένες κλινικές του ιδιωτικού τομέα: μονάδες τεχνητού νεφρού, τις μονάδες παρακολούθησης πρόωρων και τις μονάδες εντατικής θεραπείας (Κονδύλης 2009, 114-116).

Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι πέρα από τη διαφοροποιημένη ιδεολογική πρόσληψη των δύο πρώτων περιόδων, στο οικονομικό κομμάτι δεν υπήρξε ουσιαστική διαφορά. Αυτό συμβαίνει διότι το οικονομικό κενό που δημιουργήθηκε λόγω του μειωμένου νοσηλίου της δεκαετίας του '80 προκάλεσε τη βαθμιαία συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού (49,1% των λειτουργικών εξόδων, εξαιρουμένης της μισθοδοσίας, το 1980 σε 78% το 1992) (Κονδύλης 2009, 74-75). Από την άλλη, η προαναφερθείσα πολιτική της ΝΔ δεν πρέπει να θεωρείται ξέχωρη των εξωτερικών δεσμεύσεων της χώρας για δημοσιονομική προσαρμογή λόγω των κριτηρίων σύγκλισης της Συνθήκης του Μάαστριχτ (Μαραβέγιας και Κατσίκας 2016, 170· Carpenter 2003, 265). Ως εκ τούτου, μέρος της κατακόρυφης κλιμάκωσης του τιμολογίου των νοσηλίων και των εφάπαξ πληρωμών των ασφαλιστικών ταμείων πρέπει να αποδοθεί όχι μόνο στις απορρυθμιστικές προσταγές αλλά και στη μερική αποχώρηση του κρατικού προϋπολογισμού (από 78,1%[1992] στο 58,9%[1994] επί των συνολικών λειτουργικών εξόδων πλην μισθοδοσίας) (Κονδύλης 2009 74-75).

Το γενικότερο νομικό πλαίσιο λοιπόν, της δεκαετίας του '80 απέναντι στην ιδιωτική νοσοκομειακή υγεία δεν άφησε ανεπηρέαστη την προσφορά των εν λόγω δομών. Διακόσιες τριάντα έξι ιδιωτικές κλινικές σταμάτησαν τις εργασίες τους, ενώ από την άλλη τα δημόσια νοσοκομεία αύξησαν τη δυναμική τους με την ανέγερση νέων δημόσιων νοσοκομειακών δομών αλλά και λόγω της ενσωμάτωσης στο ΕΣΥ άλλων ιδιωτικών. Με την απελευθέρωση του επιχειρηματικού κεφαλαίου, οι αριθμοί των κλινών ήταν εκείνοι που ανέκαμψαν (64,3 κλίνες ανά κλινική το 1991 σε 84,6 το 2005). Ακόμα και η περαιτέρω μείωση των ιδιωτικών κλινικών την ίδια

περίοδο κατά 62, άφησε ανεπηρέαστη τη δυναμική του κλάδου σε κλίνες ανά κλινική (Κονδύλης 2009, 122).

Όπως εύστοχα επισημαίνει ο Κονδύλης (2009), οι μικρής και μεσαίας δυναμικότητας κλινικές αποτέλεσαν τα θύματα των πολιτικών επιλογών. Οι πολιτικές που ακολουθήθηκαν οδήγησαν σε ολιγοπώλιο την αγορά μέσω εξαγορών και συγχωνεύσεων εκ μέρους των ισχυρών επιχειρήσεων, γεγονός που αιτιολογεί το αμετάβλητο των κλινών παρά το κλείσιμο αρκετών κλινικών. Ενδεικτικά, σύμφωνα με υπολογισμούς του ίδιου, για το έτος 2006 έξι όμιλοι του χώρου παρουσίασαν τριπλάσιο ποσοστό πωλήσεων συγκριτικά με το 1995, ενώ το 73% των ιδιόκτητων κλινικών (27 από 37) επτά επιχειρηματικών ομίλων υγείας αποτελούσαν προϊόν εξαγοράς (Κονδύλης 2009, 156).

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως στην ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών καθοριστικό ρόλο έπαιξε η δημόσια χρηματοδότηση. Για τα έτη 2001-03 διαπίστωσε ροή χρήματος από τους ασφαλιστικούς φορείς ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ-ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ ύψους 921.621.423 € (Κονδύλης 2009, 143).

Ερωτηματικά εγείρονται επίσης, για τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκ μέρους των ιδιωτικών κλινικών. Οι ιδιωτικές κλινικές αναπτύχθηκαν σε ένα καθεστώς είτε ελλιών είτε μη πραγματοποιήσιμων ελέγχων. Οι αρμόδιες Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιών βαρύνονται με φαινόμενα απουσίας ελέγχου ή ελέγχων βάσει υπεύθυνων δηλώσεων των κλινικών εύρυθμης και κατά νόμο λειτουργίας των δομών τους. Ως συνέπεια, καταγράφηκαν παρατυπίες και επικίνδυνες για την υγεία των ασθενών παρεκκλίσεις. Επίσης προβληματικές κρίνονται και εκ μέρους των ασφαλιστικών ταμείων οι συμβάσεις που υπογράφηκαν χωρίς την απαραίτητη αξιολόγηση των συμβαλλόμενων κλινικών περί τήρησης της κείμενης νομοθεσίας. Σε ελέγχους του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (ΣΕΥΥΠ) παρατηρήθηκαν φαινόμενα διασπάθισης δημοσίου χρήματος κατόπιν υπερτιμολογήσεων αναλώσιμων καθώς και υπερχρεώσεων ασθενών για υπηρεσίες που δεν καλύπτει το ταμείο τους. Στην ίδια κατεύθυνση, παρατηρήθηκαν φαινόμενα προκλητής ζήτησης. Η μέση διάρκεια νοσηλείας λόγω χάρη στις ιδιωτικές κλινικές για την περίοδο 2001-03 147,1% έως 181,5% υψηλότερη από μέση διάρκεια νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία, λαμβάνοντας όμως υπόψη ότι τα περιστατικά χρόνιας ασθένειας νοσηλεύονται κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία ένεκα συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία. Αποτέλεσμα, τα ασφαλιστικά ταμεία καλούνται να αποζημιώνουν για νοσηλεία ασθενών από 2,9 έως 8,7 φορές υψηλότερη συγκριτικά με αυτή των δημοσίων (Κονδύλης 2009, 144–149, 158–161).

Τέλος, στα του εργατικού δυναμικού έχοντας ήδη κάνει λόγο για τη διαχρονική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, προβληματίζει εντονότερα η χαμηλότερη κατά 73% (2005) αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη στον ιδιωτικό τομέα από το δημόσιο. Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί πως η απόκλιση αφορούσε τον αριθμό των απασχολούμενων και όχι το επίπεδο κατάρτισης στο οποίο διακρίνεται εξίσου καλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο (Κονδύλης 2009, 150–52, 162· Tountas, Stefannson, και Frissiras 1995, 300–301).

Διαγνωστικά Κέντρα

Η ατζέντα του ΠΑΣΟΚ για ένα δημόσιο σύστημα υγείας με την καθιέρωση του ΕΣΥ, σε νομοθετικό επίπεδο συμπεριέλαβε μόνο τις περιοριστικές διατάξεις για τις ιδιωτικές κλινικές. Στην περίπτωση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων δεν απαγορευόταν η δημιουργία νέων δομών. Νομοθετικές αγκυλώσεις και ασυνεχείς διατάξεις για τις εν λόγω δομές υπήρξαν οι προϋποθέσεις έκδοσης αδειών σε νομικά ή φυσικά πρόσωπα και κυρίως η δυνατότητα αυτόνομης στέγασης ή συστέγασης με τις ιδιωτικές κλινικές (Κονδύλης 2009, 113).

Αναλυτικότερα, στον αντίποδα των ιδιωτικών κλινικών η αδειοδότηση των διαγνωστικών μονάδων ήταν ανεξέλεγκτη. Μέχρι το 1987 ιδιαίτερα, οι Νομαρχίες εξέδιδαν άδειες σε νομικά πρόσωπα, κατά κόρον ιδιωτικές κλινικές, αλλά και φυσικά πρόσωπα που επρόκειτο για ειδικούς γιατρούς. Από το 1987 και έπειτα, η κυβέρνηση αποτιμώντας τις εξελίξεις συμπεριέλαβε και τα διαγνωστικά κέντρα στις περιοριστικές διατάξεις του ν.1397/1983, το οποίο εν ολίγοις σήμαινε τη χορήγηση αδειών μόνο σε ειδικούς γιατρούς. Ωστόσο, για την οριστικοποίηση της εν λόγω ρύθμισης παρήλθαν 14 χρόνια καταλήγοντας σε ένα ελαστικότερο πλαίσιο το οποίο προέβλεπε αδειοδοτήσεις αμφότερα σε φυσικά πρόσωπα με ειδική ιατρική ιδιότητα και επιχειρήσεις με τον όρο οι γιατροί να πλειοψηφούν επί του μετοχικού κεφαλαίου (Κονδύλης 2009, 113). Το νέο νομικό πλαίσιο του 1991 διαπνεόμενο από τις ιδεολογικές προσλήψεις της κυβέρνησης της ΝΔ επανέφερε τη δυνατότητα συστέγασης ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και κλινικών. Μια δεκαετία αργότερα, οι προαναφερθείσες διατάξεις άλλαξαν υπέρ των μικρών και μεσαίων, - επί της ουσίας των ανεξάρτητων επιχειρήσεων - καταργώντας και τη συστέγαση. Υπήρξε νέα τροποποίηση το 2007, μάλιστα στην περίπτωση των διαγνωστικών κέντρων προς ένα ευνοϊκότερο για τους επιχειρηματικούς ομίλους καθεστώς συστέγασης (Κονδύλης 2009, 113-114).

Όσον αφορά στην τιμολογιακή πολιτική για τις ιατρικές πράξεις στις περιόδους αναφοράς (1981-89, 1990-93 και 1994-2008), αυτή δεν γνώρισε τους αυξανόμενους ρυθμούς των τιμών του ημερήσιου νοσηλίου. Τη δεκαετία της ανάπτυξης του ΕΣΥ (1981-89) σημειώθηκαν ετήσιες

αυξήσεις της τάξεως 10% - 11,7% ανά ιατρική πράξη, τη στιγμή που ο δείκτης τιμών καταναλωτή ανερχόταν στο 19% κατ' έτος. Την εποχή της διακυβέρνησης της ΝΔ (1990-93), όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο πληθωρισμός έβαινε μειούμενος. Στην περίπτωση των ιατρικών πράξεων το κρατικό τιμολόγιο δεν περιείχε εκρηκτικές αυξήσεις συγκριτικά με το νοσήλιο. Εξαιρουμένης της ετήσιας μεταβολής +25,4% των αποζημιώσεων των ιατρικών επισκέψεων, οι υπόλοιπες πράξεις τιμολογήθηκαν περίπου κατά το ρυθμό αύξησης της προηγούμενης περιόδου, ενώ για την επόμενη 15ετία (1995-2008) οι τιμές παρέμειναν αμετάβλητες κατ' εξαίρεση και πάλι της αύξησης της ιατρικής επίσκεψης το 2005 σε ποσοστό 210% (Κονδύλης 2009, 121).

Σχετικά με την ανάπτυξη του κλάδου, τα στατιστικά δεδομένα επιτρέπουν να γίνει λόγος για υπερπροσφορά. Το νομοθετικό πλαίσιο της δεκαετίας του '80 συνέβαλλε σημαντικά στη διεύρυνση του αριθμού των διαγνωστικών κέντρων κατά 16 φορές. Επίσης σημαντική ήταν η αύξηση που καταγράφηκε την περίοδο 1990-93 στην οποία εκκίνησαν τη λειτουργία τους 229 νέα κέντρα, φτάνοντας το συνολικό αριθμό 421 (Κονδύλης 2009, 130-131). Όμως, οι «κανόνες» της αγοράς δεν ευνόησαν την ανταγωνιστικότητα του κλάδου. Αντιθέτως, τα συγκεντρωτικά χαρακτηριστικά που ανέπτυξαν οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, οδήγησαν τα διαγνωστικά κέντρα όπως και στην περίπτωση των ιδιωτικών κλινικών, στα χέρια των λίγων και ισχυρών. Χαρακτηριστικά, οι 10 μεγαλύτεροι όμιλοι μέσα σε μια δεκαετία (1995-2006) σχεδόν διπλασίασαν το μερίδιό τους στο διαγνωστικό τομέα ιδιωτικών υπηρεσιών (27% το 1995 σε 54.4% το 2006) (Κονδύλης 2009, 136-137).

Κλείνοντας το μέρος για τις διαγνωστικές μονάδες, οφείλει να υπογραμμιστεί πως δεν πρόκειται ουσιαστικά για ένα λιγότερο κρατικοδίαιτο χώρο. Σε απόλυτες τιμές για την τριετία 2001-03 εισέπραξαν από τα ταμεία ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ-ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ σχεδόν 720 εκατομμύρια ευρώ (Κονδύλης 2009, 142).

3.1.3 Κριτική αποτίμηση του ρόλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ιδιωτικών ομάδων συμφερόντων στην ιδιωτικοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης

Στη Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ) αποτυπώνεται ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) καθώς και τα όρια της στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Η πολιτική υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 168 αποτελεί αρμοδιότητα του κράτους μέλους, με την Ένωση να:

«...συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας, καθώς και στην πρόληψη της δημόσιας ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την σωματική και ψυχική υγεία...» όπως ορίζεται στην §1. (Ευρωπαϊκή Ένωση)

Ο ενωσιακός νομοθέτης περιορίζει επίσης ρητά τον συμπληρωματικό ρόλο της ΕΕ στο ίδιο άρθρο §7 λέγοντας πως:

«Η δράση της Ένωσης αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται οι ευθύνες των κρατών μελών όσον αφορά τη διαμόρφωση της πολιτικής τους στον τομέα της υγείας, καθώς και την οργάνωση και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής περίθαλψης. Στις ευθύνες των κρατών μελών εμπίπτει η διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης, καθώς και η κατανομή των πόρων που διατίθενται για τις υπηρεσίες αυτές...» (Ευρωπαϊκή Ένωση)

Η αντίληψη πολλών δεκαετιών ότι το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί κοινωνικό αγαθό νοθεύεται από προωθούμενες ενωσιακές πολιτικές, ειδικά τα τελευταία χρόνια. Παράδειγμα αποτελεί η οδηγία που εξέδωσε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την ελεύθερη μετακίνηση των Ευρωπαίων πολιτών για λόγους υγειονομικής περίθαλψης σε άλλο κράτος μέλος στη βάση του δικαιώματος του ενωσιακού πολίτη στην ελεύθερη επιλογή (2011/24/EU)(European Union 2011). Με την ένταξη της υγείας στην ιδέα της κοινής αγοράς, το κοινωνικό αγαθό γίνεται προϊόν προς κατανάλωση, γεγονός που αποσπά περαιτέρω νομιμοποίηση με σχετική νομολογία του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΔΕΕ) το οποίο αναγνωρίζει την υγειονομική περίθαλψη ως πεδίο οικονομικής δραστηριότητας (Tansey 2017). Πρόκειται για την ίδια ακριβώς αφετηρία με την ελεύθερη επιλογή της υγειονομικής περίθαλψης που είδαμε στο 1^ο Κεφάλαιο της εργασίας με τις γενικές αρχές του Νόμου 2071/1992 και την πρώτη υποενότητα του 3^{ου} Κεφαλαίου για την ατομική υπόθεση της ιδιωτικής ασφάλισης (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας 1992, 2349· Ρούπας 2006, 341–43· Tragakes και Polyzos 1998, 115). Σε επίπεδο εφαρμογής η διαμόρφωση κοινής ενωσιακής αγοράς υγειονομικών υπηρεσιών είναι προβληματική. Αρχικά, προωθεί έναν ιατρικό τουρισμό για τους λίγους που δύνανται οικονομικά, ηλικιακά αλλά και με την προϋπόθεση ότι μιλούν κοινή γλώσσα, να κατοικήσουν σε μια άλλη χώρα. Δεύτερον, οι πολίτες φτωχότερων κρατών διατρέχουν τον κίνδυνο αποκλεισμού από μέρος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, διότι οι δομές υγείας θα απευθύνονται κατά κόρον στους έχοντες αλλοδαπούς καταναλωτές (Tansey 2017).

Η εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών υγείας δεν εκδηλώνεται μόνο μέσα από την ελεύθερη μετακίνηση για υγειονομική περίθαλψη. Η διάβρωση του δημόσιου χαρακτήρα της επέρχεται και με πολιτικές ιδιωτικοποίησης, όπως συμβαίνει με τις προωθήσεις Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) και τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών. Το περιβάλλον αυτό, αποδεικνύεται πως αποτελεί κάθε άλλο παρά μια αγαστή και ρομαντική θέση της ΕΕ που νοιάζεται για τους πολίτες της. Το λόμπινγκ των πολυεθνικών εταιρειών καθορίζει και επηρεάζει εν πολλοίς το τι μέλει γενέσθαι με τις προωθούμενες ενωσιακές πολιτικές. Η διαμόρφωση της οδηγίας για την ελεύθερη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη από την Επιτροπή στηρίχθηκε στην μελέτη που ανατέθηκε στο Βρετανικό, συντηρητικό think tank¹⁴ “Reform” σε συνεργασία με την αγγλο-ολλανδική πολυεθνική εταιρεία παροχής επαγγελματικών υπηρεσιών KPMG. Σύμφωνα μάλιστα με την βρετανική εφημερίδα *The Independent*, το εν λόγω think tank βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της ιδιωτικοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης (Tansey 2017). Επίσης, το think tank Health Consumer Powerhouse που έχει έδρα στις Βρυξέλλες, απασχολεί πρώην εργαζόμενους των Burson-Marsteller¹⁵ και KPMG, ενώ παρουσιάζεται ως ανεξάρτητος παρατηρητής των συστημάτων υγείας. Στη διαδικασία της διαβούλευσης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή πήρε θέση υπέρ μιας αγοράς υγειονομικών υπηρεσιών στα πλαίσια μιας ανταγωνιστικής ευρωπαϊκής βιομηχανίας υπηρεσιών (Tansey 2017).

Στην περίπτωση των ιδιωτικών κλινικών, η Ευρωπαϊκή Ένωση Ιδιωτικών Νοσοκομείων (UEHP) δραστηριοποιείται σε σημαντικό βαθμό στην άσκηση πίεσης σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για το 2015, ο σύνδεσμος αυτός δήλωνε στο Μητρώο Διαφάνειας της ΕΕ δαπάνες για δραστηριότητες λόμπινγκ ύψους 200.000€ έως 299.000€. Επιπροσθέτως, είχε ενεργή παρουσία σε πληθώρα διασκέψεων και εκδηλώσεων της Επιτροπής διοργανώνοντας επιπλέον αντίστοιχα συνέδρια με σκοπό την προώθηση των ιδιωτικών κλινικών ως θεμιτή μορφή υγειονομικής περίθαλψης. Το αξιοσημείωτο εδώ είναι ότι σε αρκετά από αυτά τα συνέδρια παρίσταντο αξιωματούχοι από τη Γενική Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων (DG SANTE) η οποία υπάγεται στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η UEHP ήταν που ανέπτυξε με τον τότε Επίτροπο Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων, Βιτένις Αντριουκάιτις, την ιδέα της κινητικότητας των ασθενών για περίθαλψη στα πλαίσια της ΕΕ. Ύστερα, από συνάντηση του συνδέσμου με τον Επίτροπο με θέμα ουσιαστικά την περαιτέρω ενίσχυση και συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα νοσοκομειακής περίθαλψης στα ΕΣΥ των κρατών μελών, ο Andriukaitis εκτίμησε το ρόλο του συνδέσμου,

¹⁴ Think tank (δεξαμενή σκέψης): οργανισμός ερευνών που παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες για ζητήματα που του ανατίθενται.

¹⁵ Burson-Marsteller: πολυεθνική εταιρεία παροχής υπηρεσιών δημοσίων σχέσεων και επικοινωνίας

υπογραμμίζοντας την ανάγκη συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στο χώρο αλλά και την επί ίσοις όροις χρηματοδότησή τους από το κράτος (Tansey 2017).

Λαμβανομένων υπόψη των προαναφερθέντων, καθίσταται κατανοητός και στον τομέα της υγείας, ο απότερος σκοπός του κεφαλαίου. Είδαμε στην υποενότητα 3.1.2 τα χαρακτηριστικά της διαχρονικής ανάπτυξης των ιδιωτικών δομών στην υγεία. Πολιτικές επιλογές των ελληνικών κυβερνήσεων, ενίοτε εναρμονισμένων με τις οδηγίες Ευρωπαϊκής Επιτροπής, καθόρισαν την εικόνα του ιδιωτικού τομέα. Ουκ ολίγες φορές οι κυβερνήσεις υποχώρησαν σε ζητήματα ακέρατης λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών παρατείνοντας πολλάκις και αναπροσαρμόζοντας τις προδιαγραφές των σχετικών εγκαταστάσεων. Με άλλα λόγια, η υγεία των πολιτών προσδιοριζόταν ως δευτερεύον ζήτημα, για να μην θιχτούν τα συμφέροντα των επιχειρηματικών ομίλων, οι οποίοι απέκτησαν δεσπόζουσα θέση σε μια ολιγοπωλιακή αγορά. Με την ιδέα της αποτελεσματικότερης και ποιοτικότερης για τον πολίτη υγείας μέσω της συνύπαρξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, το αποδυναμωμένο ΕΣΥ αποτέλεσε πεδίο δόξης λαμπρόν για την νομιμοποίηση των ειδικών αυτών συμφερόντων (Κονδύλης 2009, 154–155). Σε αυτό, συνάμα των πολιτικών επιλογών, συνέβαλλε το κρατικοδίαιτο σύστημα που τα συντηρούσε. Ενδεικτικό γεγονός, αποτελεί η χρηματοδότηση των ιδιωτικών δομών από τα 4 μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ-ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ) μόνο για την τριετία 2001-2003 σε ποσοστό που αγγίζει συνολικά το 1,5 δις ευρώ, ένεκα απόντων ελεγκτικών μηχανισμών και προκλητής ζήτησης (Κονδύλης 2009, 157–158). Επιπροσθέτως, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ζήτημα εντυπώσεων. Οι ιδιωτικές κλινικές εκμεταλλεζόμενες την ασύμμετρη πληροφόρηση επενδύουν στο φαίνεσθαι όπως οι ξενοδοχειακού επιπέδου υποδομές, με τις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες να υστερούν σε σημαντικό βαθμό συγκριτικά με αυτές του δημοσίου. Οι διαπιστώσεις αυτές τεκμηριώνουν την πραγματική εικόνα της ιδιωτικής υγείας. Μοναδικό μέλημα αποτελεί το κέρδος (Κονδύλης 2009, 158-160).

Η UEHP, το 2017, εκπροσώπησε στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο τα επιχειρηματικά συμφέροντα των ιδιωτικών κλινικών. Με «σημαία» την ελευθερία ατομικής επιλογής, τον «υγιή» ανταγωνισμό και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας έκανε λόγο επίσης για την ανάγκη εντατικότερης συμμετοχής του κλάδου στην εφαρμογή της οδηγίας της Επιτροπής για τη διασυνοριακή περίθαλψη. Σε κείμενό της επίσης στο περιοδικό του Κοινοβουλίου το 2016 τόνισε τη συνεργασία εντός ενός νέου πλαισίου κανόνων βασισμένων στην οικονομία αλλά και την προώθηση της συγχώνευσης ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης (Tansey 2017). Λίαν προσφάτως, υπερψηφίστηκε στη Βουλή των Ελλήνων νόμος υπ' αριθμών 4826/2021 ο οποίος προωθεί σύμφωνα με το άρθρο 1 την:

«...εισαγωγή και εφαρμογή του κεφαλαιοποιητικού συστήματος προκαθορισμένων εισφορών στην επικουρική ασφάλιση, προκειμένου να συμβάλει στη διασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης για τους συνταξιούχους, καθώς και στη βιωσιμότητα ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο συντελεί στην ανάπτυξη της οικονομίας» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 160/Α, 2021, 9237).

Ουσιαστικά δεν πρόκειται για κάτι λιγότερο από την ένταξη του δεύτερου πυλώνα κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή της επικουρικής ασφάλισης, στη χρηματιστηριακή αγορά.

Επίσης, κοινός τόπος σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωση αποτελεί η πεποίθηση ότι οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα συντελέσουν στη μείωση των δημοσίων δαπανών, παρέχοντας συγχρόνως αποτελεσματικότερες υπηρεσίες. Ωστόσο, εμπειρικά παραδείγματα βρετανικής πραγματικότητας διαψεύδουν τον άνωθεν ισχυρισμό. Το 1992, εμφανίζονται τα Private Finance Initiatives (Προγράμματα Ιδιωτικής Χρηματοδότησης - PFI) τα οποία αφορούν συμβάσεις ανάθεσης σε ιδιωτικές εταιρείες ανέγερσης νέων νοσοκομειακών δομών για το βρετανικό ΕΣΥ, που όταν ολοκληρωθούν ενοικιάζονται στο κράτος. Το κόστος της συνεργασίας λόγω χάρη για την ανέγερση του Barts Health NHS Trust στο Λονδίνο και τη μετέπειτα εκμετάλλευση των εγκαταστάσεων για 43 έτη, υπολογίζεται πως θα ανέλθει στα £7 δις, όταν η αξία της σύμβασης δεν ξεπερνάει τα £1,1 δις (Tansey 2017).

Η Επιτροπή παρά την αναγνώριση της αναποτελεσματικότητας των ΣΔΙΤ στο Ηνωμένο Βασίλειο επιμένει σε αυτή την πολιτική. Πιο συγκεκριμένα, η Γενική Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων κατήρτισε σχετική μελέτη αξιολόγησης το 2013 συμπεραίνοντας τον προβληματικό χαρακτήρα της πολιτικής αυτής. Επιπροσθέτως, η Επιτροπή ζήτησε σχετική γνωμοδότηση από την ομάδα εμπειρογνομόνων για αποτελεσματικές επενδύσεις στην υγεία (EXPH), η οποία με τη σειρά της κατέδειξε τον ασύμφορο οικονομικά χαρακτήρα των ΣΔΙΤ συνάμα της απουσίας συγκριτικού πλεονεκτήματος έναντι της δημόσιας μέριμνας για την υγεία. Επιπλέον, πρότεινε το πάγωμα των χρημάτων των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών και Επενδυτικών Ταμείων στις περιπτώσεις των ΣΔΙΤ, έως ότου τεκμηριωθεί ο επωφελής χαρακτήρας τους. Επ' αυτού σε σχετική ερώτηση στον Επίτροπο Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων, Βιένις Αντριουκάιτις το 2014 στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, ο Επίτροπος τοποθετήθηκε προβάλλοντας το μη δεσμευτικό χαρακτήρα της εν λόγω εισήγησης την οποία η ίδια η Επιτροπή είχε ζητήσει, καθώς και την απροθυμία του να προβεί σε σχετικές συστάσεις προς τα κράτη μέλη (Tansey 2017).

Βάσει των προαναφερθέντων, συμπεραίνει κανείς πως η πολιτική των ΣΔΙΤ είναι κάτι που πρέπει να προβληματίζει τα κράτη μέλη, και ιδιαίτερα την Ελλάδα. Ωστόσο, φαίνεται η τωρινή ελληνική κυβέρνηση να μην θορυβείται από τον επίσημο χαρακτήρα της συνεργασίας δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Ο νέος Υπουργός Υγείας, Θάνος Πλεύρης, σε συνέντευξή του σε ραδιοφωνικό σταθμό δήλωσε:

« Ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να αρχίσει να λειτουργεί με όρους ασφαλιστικής εταιρείας. Είναι τα χρήματα όλων των Ελλήνων ασφαλισμένων, αφορούν κυρίως το κομμάτι και της ιδιωτικής υγείας και θα πρέπει να μπει τάξη ώστε ο πολίτης που πληρώνει ασφαλιστικές εισφορές και να παίρνει την ποιοτική παροχή που του αναλογεί»,

Επιπλέον είπε ότι:

«...το Εθνικό Σύστημα Υγείας, συνολικά, δεν είναι αναγκαστικά κρατικό σύστημα υγείας...»,

αλλά και πως:

«...οι συνέργειες με τον ιδιωτικό τομέα είναι ανοιχτές, τα γνωστά ΣΔΙΤ, συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, διότι θεωρούμε ότι η αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας μπορεί να γίνει και με το υπάρχον προσωπικό και με την ενίσχυσή του.»¹⁶.

Κλείνοντας, η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 έφερε σε θέση ισχύος την Ευρωπαϊκή Επιτροπή έναντι των κρατών μελών. Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης, υιοθετήθηκε το 2011, το “Six-Pack” που συνιστά ουσιαστικά σύμφωνο δημοσιονομικής πειθαρχίας, περιλαμβάνοντας επίσης προβλέψεις κυρώσεων στα κράτη μέλη που εκτρέπονται των περιορισμών του πακέτου. Επιπλέον, υπογράφηκε το 2013, το ακόμα πακέτο δύο κανονισμών “Two-Pack” το οποίο προβλέπει ενισχυμένη εποπτεία στα κράτη μέλη εκ μέρους της Επιτροπής για ζητήματα χρηματοπιστωτικής υφής καθώς και την υποχρέωση αποστολής προσχεδίων των εθνικών προϋπολογισμών για έλεγχο και υποβολή συστάσεων με επιπλέον δικαίωμα αρνησικυρίας της Επιτροπής (Μαραβέγιας και Κατσίκας 2016, 179–183). Η παρέμβαση της Επιτροπής στα

¹⁶ Υπουργείο Υγείας. 2021. ‘Δελτία Τύπου: Βασικά σημεία της συνέντευξης του Υπουργού Υγείας Θάνου Πλεύρη στο Ρ/Σ ΣΚΑΪ 100.3 και στον δημοσιογράφο Άρη Πορτοσάλτε’.

<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typou/press-releases/9295-basika-shmeia-synenteykshs-toy-ypourgoy-ygeias-thanoy-pleyrh-ston-r-s-skai-100-3-kai-ston-dhmosiografo-arh-portsalte> (8 Οκτωβρίου 2021).

εθνικά οικονομικά έγινε, μεταξύ άλλων κρατών μελών, αισθητή και στην Ελλάδα. Όπως αναφέραμε στην ενότητα 1.4 του 1^{ου} Κεφαλαίου¹⁷ οι συνέπειες στο εθνικό σύστημα υγείας από τις περιοριστικές δημοσιονομικές πολιτικές ήταν σφοδρές επηρεάζοντας συγχρόνως και τη δημόσια υγεία (Οικονόμου 2019, 251· Σουλιώτης κ.ά. 2018· Tansey 2017).

Ο ρόλος δημοσιονομικής επιτήρησης που έχει ανατεθεί στην Επιτροπή διευκολύνει περαιτέρω τη δράση επιρροής και πίεσης που ασκούν τα ιδιωτικά οικονομικά συμφέροντα πολυεθνικών εταιρειών που παρεισφρύουν στη διαδικασία διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας προσανατολίζοντας την προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις. Το λόμπινγκ των πολυεθνικών μπορεί να μην ευθύνεται σε πρώτη φάση, αλλά μέσω των δημοσιονομικών συμβιβασμών των κρατών με τα “six-pack” και “two-pack” για την δημοσιονομική πειθαρχία της ευρωζώνης και του «ευρωπαϊκού εξαμήνου»¹⁸ το οποίο προωθεί τις περικοπές δημοσίων δαπανών δημιουργούνται οι προϋποθέσεις υπέρμετρης επιρροής. Η πολιτική της λιτότητας προβληματίζει μάλιστα όταν νομιμοποιείται από όργανα της Επιτροπής όπως η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών και Δημοσιονομικών Υποθέσεων (DG ECFIN), η οποία προωθεί τις ΣΔΙΤ ως μια ποιοτικότερη λύση για την υγεία, ενώ επί της ουσίας πρόκειται για το «Δούρειο Ίππο» ιδιωτικοποίησης των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (Tansey 2017).

3.2 Ρόλος και επιρροή της φαρμακοβιομηχανίας

Η φαρμακοβιομηχανία είναι από τους τομείς που έχουν καθοριστικό ρόλο τόσο σε επίπεδο κοινωνίας και οικονομίας, όσο και σε επίπεδο πολιτικών αποφάσεων. Η ισχύς που διαθέτει και η επιρροή που αναπτύσσει σε σχέση με το περιεχόμενο των πολιτικών επιλογών έχουν οδηγήσει στην εδραίωση των συμφερόντων του κλάδου, απολαμβάνοντας συνεπώς περίοπτη θέση ως οιοιεί πολιτικών για τη δημόσια υγεία τόσο σε εθνικό όσο και περιφερειακό επίπεδο. Έχοντας υπόψη πως η πραγματικότητα έχει καταγράψει αδρά παραδείγματα εκτεταμένου λόμπινγκ στον τομέα της υγείας που οδήγησαν σε επιζήμιες συνεργασίες δημοσίου και επιχειρήσεων αλλά και σε πολιτικές αποφάσεις με τη βούλα ιδιωτικών συμφερόντων με πρόσχημα τη δημόσια υγεία, σε αυτή την ενότητα θα ασχοληθούμε με το λόμπυ των φαρμακευτικών εταιρειών σε ενωσιακό επίπεδο, τον αντίκτυπο στα κράτη μέλη καθώς και την εγγύτερη στην κοινωνία και τη δημόσια υγεία

¹⁷ Βλ παραπάνω σελ 17-20

¹⁸ Ευρωπαϊκό Εξάμηνο: πλαίσιο συντονισμού δημοσιονομικών και οικονομικών πολιτικών (Μαραβέγιας και Κατσίκας 2016, 181)

δραστηριοποίηση των φαρμακευτικών εταιρειών δια της συνεργασίας τους με τους γιατρούς και την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα της υγείας.

3.2.1 Η πανευρωπαϊκή δραστηριότητα λόμπινγκ των φαρμακευτικών εταιρειών και ο τομέας Έρευνας και Ανάπτυξης (E&A) στην Ελλάδα.

Η βιομηχανία φαρμάκου κυριαρχεί στην άσκηση πιέσεων στην ΕΕ. Ξοδεύει εκατομμύρια ευρώ για επιρροή και απασχολεί «στρατό» από λομπίστες οι οποίοι βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή» προώθησης των συμφερόντων της βιομηχανίας. Σύμφωνα με το παρατηρητήριο λόμπινγκ Corporate Europe Observatory (CEO) (2021), οι δαπάνες ανέρχονται κατά προσέγγιση στα 36 εκατομμύρια ευρώ ετησίως. Βάσει των δηλώσεων των εταιρειών στο Μητρώο Διαφάνειας της ΕΕ πάνω από 40 φαρμακευτικές εταιρείες διαθέτουν για άσκηση λόμπινγκ από 20,7 έως 25.3 εκατομμύρια ευρώ κάθε χρόνο, ενώ ομάδες συμφερόντων στον εν λόγω τομέα αναφέρουν ετήσιες δαπάνες από 8 εκατομμύρια αγγίζοντας τα 10,7 εκατομμύρια ευρώ. Επιπλέον, υπέρογκα ποσά καταβάλλονται στην επιστράτευση συμβουλευτικών υπηρεσιών εκ μέρους των φαρμακευτικών πολυεθνικών, με σκοπό την περαιτέρω ενίσχυση της επιρροής τους σε ενωσιακό επίπεδο, όταν μάλιστα για τη στελέχωση της «πρώτης γραμμής» επιρροής απασχολούν περισσότερους των 290 εξειδικευμένων λομπιστών. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι άνωθεν καταγραφές συνιστούν προϋπολογισμούς τουλάχιστον πενταπλάσιους των προϋπολογισμών της κοινωνίας των πολιτών και των ομάδων φορέων δημόσιου συμφέροντος. Ως προς τα οικονομικά της κοινωνίας των πολιτών πρέπει να επισημανθεί ότι έχει διεισδύσει σε σημαντικό βαθμό το φαρμακευτικό λόμπυ, προσφέροντας χρηματοδοτήσεις σε συλλόγους ασθενών. Συνολικά, η κινητοποίηση αυτή δίνει πρόσβαση στη φαρμακοβιομηχανία σε όργανα και αξιωματούχους της ΕΕ και μέσω ενός εδραιωμένου δικτύου άσκησης επιρροής έχει αποκτήσει λόγο στις προωθούμενες ενωσιακές πολιτικές (Corporate Europe Observatory 2021).

Η ένταση αυτή του φαρμακευτικού λόμπινγκ δεν αποτελεί τωρινό φαινόμενο. Ήδη από το 2015, το παρατηρητήριο CEO έφερε στο φως της δημοσιότητας συναντήσεις υπαλλήλων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με στελέχη της αγοράς φαρμάκου και εκπροσώπους των φαρμακευτικών συμφερόντων. Ωστόσο, το αξιοπρόσεκτο εδώ δεν αποτελούν γενικά οι συναντήσεις, αλλά ότι η πλειονότητα αυτών αφορούσε χαμηλόβαθμα στελέχη των Γενικών Διευθύνσεων της Επιτροπής. Πιο αναλυτικά, στην Γενική Διεύθυνση Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων πραγματοποιήθηκαν 51 συναντήσεις με χαμηλόβαθμους υπαλλήλους, 29 περισσότερες από αυτές με υψηλόβαθμους, ενώ στη Γενική Διεύθυνση Εσωτερικής Αγοράς, Βιομηχανίας, Επιχειρηματικότητας και ΜΜΕ (DG

GROW) αντίστοιχα σημειώθηκαν 22 συναντήσεις έναντι 9. Όσον αφορά τη Γενική Διεύθυνση Έρευνας και Καινοτομίας (DG RTD), καταγράφονται 64 συναντήσεις απλών μελών έναντι 6 αξιωματούχων (Corporate Europe Observatory 2015).

Το κλειδί για την κατανόηση των παραπάνω, είναι ότι η προώθηση του τότε Ευρωπαϊού Επιτρόπου Ζαν Κλοντ Γιούνκερ της διάταξης για “de facto” απαγόρευση συναντήσεων επιχειρηματικών κύκλων με μέλη της Επιτροπής, αφορούσε μόνο συναντήσεις υψηλόβαθμων αξιωματούχων. Ως εκ τούτου, ευνοήθηκε το λόμπινγκ σε χαμηλότερα επίπεδα διοίκησης πληθαίνοντας τις φωνές της κοινωνίας των πολιτών και παρατηρητηρίων για επέκταση του απαγορευτικού σε όλες τις βαθμίδες (Corporate Europe Observatory 2015).

Αποτέλεσμα της διεύθυνσης των επιχειρηματικών συμφερόντων φαρμάκου στις πολιτικές επιλογές της Επιτροπής αποτελεί το γεγονός πως η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Φαρμακευτικών Βιομηχανιών και Ενώσεων (EFPIA), ένα από μεγαλύτερα φαρμακευτικά λόμπι στην ΕΕ κατόρθωσε κατόπιν πιέσεων στην Γενική Διεύθυνση Έρευνας και Ανάπτυξης να απολαμβάνει κυρίαρχο ρόλο με θεσμικό κύρος μέσα από την ΣΔΙΤ “Innovative Medicines Initiative” (IMI) που συνάφθηκε στα πλαίσια πολιτικής της ΕΕ «Ορίζοντας 2020» για την Έρευνα και Ανάπτυξη (E&A) (Corporate Europe Observatory 2015). Το IMI συνιστά σύμπραξη της ΕΕ και της φαρμακοβιομηχανίας με σκεπτικό την εκμετάλλευση της βιομηχανικής τεχνολογίας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών. Περιέλαβε στόχους μακροπρόθεσμης προετοιμασίας για επιδημίες και τις επιπτώσεις τους, αλλά και για ασθένειες που σχετίζονται με τη φτώχεια και ασθένειες που στερούνται της δέουσας προσοχής. Ο συνολικός προϋπολογισμός για τα IMI (2008-2013) και IMI2 (2014-2020) ανήλθε στα 5,2 δισεκατομμύρια ευρώ με τα 2.6 δις ευρώ να αποτελούν χρήματα του δημοσίου (Corporate Europe Observatory 2020).

Με την IMI προστίθεται ένα ακόμα παράδειγμα αποτυχίας της πολιτικής των ΣΔΙΤ. Σύμφωνα με καταγγελία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητήριου Επιχειρήσεων (CEO), η δημόσια χρηματοδότηση χρησιμοποιήθηκε για την εξυπηρέτηση των συμφερόντων της φαρμακοβιομηχανίας. Πρώτα από όλα, η πανδημία του κορονοϊού απέδειξε περίτρανα την αποτυχία της δωδεκαετούς σύμπραξης στην προετοιμασία των συστημάτων υγείας για επικείμενες επιδημίες. Επιπλέον, τα φάρμακα δεν έγιναν πιο προσιτά και πιο προσβάσιμα. Φορείς δημοσίου και συνεργάτες των επιχειρήσεων στην IMI αντιμετώπισαν αποκλεισμό από σχετικά προγράμματα κάθε φορά που ήταν αντιρρήσεις και δεν εξυπηρετούσαν τις επιχειρηματικές σκοπεύσεις. Επιτρέπεται επομένως να γίνει λόγος για επενδύσεις σε προγράμματα συγχρηματοδοτούμενα με τον ιδιωτικό τομέα τα οποία όχι μόνο δεν αποφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα αλλά τουναντίον απορρυθμίζουν τα θεσμικά όργανα της ΕΕ. Η φαρμακοβιομηχανία επί της ουσίας επιβάλλεται της ημερήσιας διάταξης, ενώ η συνεννόηση

και επικοινωνία με τους ανώτατους αξιωματούχους της δίνει πρόσβαση σε «ευαίσθητες» πληροφορίες (Corporate Europe Observatory 2020). Οι φαρμακευτικές εταιρείες αποκτούν μια ρυθμιστική δυνατότητα η οποία με δεδομένο τις αδυναμίες των ελεγκτικών ρυθμιστικών αρχών της ΕΕ συνεπάγεται στρεβλώσεις στην αμερόληπτη αξιολόγηση και την εκτίμηση κινδύνων των παραγόμενων φαρμάκων. Το σκάνδαλο της χημικής ουσίας ζιζανιοκτόνων, γλυφοσάτης, συνιστά ένα τέτοιο παράδειγμα, το οποίο αντικατοπτρίζει την ευνοϊκή νομοθεσία της ΕΕ προς το βιομηχανικό λόμπυ. Ελλείπει ακέραιων ελέγχων, η ίδια η βιομηχανία οφείλει να επιδείξει την ασφάλεια των παραγόμενων φαρμακευτικών ουσιών, το οποίο ουσιαστικά παραπέμπει σε ένα μεροληπτικό διαδικαστικό πλαίσιο αυτό-αξιολόγησης. Πρόκειται για το φαινόμενο της αιχμαλωσίας της πολιτικής (policy capture) σύμφωνα με το οποίο οι θεσμοί, στην προκειμένη περίπτωση της ΕΕ, κυριαρχούνται από τα φαρμακοβιομηχανικά συμφέροντα (Χατζησταύρου 2021, 257, 267–268· Corporate Europe Observatory 2020, 2021). Συνεπώς, καθίστανται εμφανείς οι πολλαπλές επιδράσεις και δυνατότητες του λόμπυ των φαρμακευτικών εταιρειών στη διασπάθιση δημόσιου χρήματος με τις ΣΔΙΤ αλλά και την ρυθμιστική κυριαρχία επί των κανονιστικών πλαισίων της ΕΕ.

Αναμφίβολα, η δεσπόζουσα θέση της φαρμακοβιομηχανίας στην ΕΕ και ο ρόλος της στη σύμπραξη ΙΜΙ είναι κάτι που πρέπει να θορυβεί και τις εθνικές κυβερνήσεις. Στον τομέα Ε&Α, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από αποσπασματική πολιτική, κατακερματισμένο σύστημα συντονισμού των προγραμμάτων καθώς και έλλειψη αποτελεσματικής συνεργασίας με την ΕΕ (Χατζησταύρου 2021, 309· Sachini, Chrysomallidis, και Karampekios 2020, 114). Πριν από την οικονομική κρίση, το κράτος αποτελούσε το βασικό χρηματοδότη των προγραμμάτων Ε&Α, με τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΑΕΙ) να έχουν την πρωτοκαθεδρία στις σχετικές μελέτες, ενώ κύριες αδυναμίες θεωρούνταν η εξωτερική εξάρτηση στην τεχνολογία και η μη ενσωμάτωση της στις εγχώριες πρακτικές (Sachini, Chrysomallidis, και Karampekios 2020, 115). Με το ξέσπασμα της κρίσης, τα μέτρα λιτότητας επηρέασαν σημαντικά την Ε&Α. Στα πλαίσια λοιπόν της δημοσιονομικής προσαρμογής, προωθήθηκε το μοντέλο των κοινοπραξιών δημοσίων πανεπιστημίων με επιχειρήσεις (Sachini, Chrysomallidis, και Karampekios 2020, 115). Σύμφωνα με την μελέτη των Sachini κ.α (2020), η «υβριδιοποίηση» του πανεπιστημίου και η μετατροπή του σε «επιχείρηση» θα βελτιώσει την παραγόμενη γνώση, συμβάλλοντας στην ενοποίηση του ελληνικού συστήματος Ε&Α αλλά και την επίλυση κοινωνικών αναγκών (Sachini, Chrysomallidis, και Karampekios 2020, 105-106, 115-116).

Εν προκειμένω, η κοινοπραξία πανεπιστημίων και επιχειρήσεων εντάσσεται στο ευρύτερο φάσμα ιδιωτικής χρηματοδότησης που προωθείται στην Ε&Α σε συνδυασμό με τη συρρίκνωση

των δημοσίων επενδύσεων στον εν λόγω τομέα. Το πρόβλημα που ενέχεται στο «πανεπιστήμιο-επιχείρηση» είναι ότι τον πρώτο λόγο επί της έρευνας δεν έχουν οι ίδιοι οι ερευνητές αλλά η εκάστοτε χρηματοδοτική πηγή. Λόγου χάρη μια φαρμακευτική εταιρεία, ενδεχομένως να μοχλεύσει την ερευνητική διαδικασία επ' ωφελεία της, γεγονός που οδηγεί σε μεροληπτικό επιστημονικό αποτέλεσμα (Χατζησταύρου 2021, 307-311). Η εικόνα της τάσης της ιδιωτικοποίησης της έρευνας έγκειται επίσης, στον κυρίαρχο ρυθμιστικό ρόλο των ιδιωτικών συμφερόντων των φαρμακευτικών εταιρειών και της επιρροής που ασκεί στους διαμορφωτές πολιτικής της ΕΕ. Με τη σειρά της, η διάχυση των πολιτικών αυτών στα κράτη μέλη, εμφυσά τη νοοτροπία αποχώρησης του κράτους. Λόγου χάρη στη Γαλλία επί προεδρίας Μακρόν, προωθήθηκε ρύθμιση ενίσχυσης των ιδιωτικών επενδύσεων σε E&A, η οποία συμψηφίζει έξοδα για έρευνα και φόρους (Χατζησταύρου 2021, 287, 308-309). Αντίστοιχο μέτρο στην Ελλάδα αποτελεί η πρόσφατη Κοινή Υπουργική Απόφαση (B1.B2/4577/2020) για το συμψηφισμό της αυτόματης επιστροφής (claw back)¹⁹ της φαρμακευτικής δαπάνης με ποσοστά επί των δαπανών για E&A και για «κάθε ενέργεια που αποσκοπεί στην εγκατάσταση νέας ή στον εκσυγχρονισμό υπάρχουσας παραγωγικής διαδικασίας» (ΚΥΑ B1.B2/4577/2020). Η οικονομική αυτή απαλλαγή προϋπολογίζεται στα 225 εκατομμύρια ευρώ για την περίοδο 2020-22, δημιουργώντας ένα διόλου αμελητέο οικονομικό κενό στα έσοδα του ΕΟΠΥΥ (Κοινή Υπουργική Απόφαση 2020a, 2020b, 2021). Εφόσον υπάρχει το δημοσιονομικό περιθώριο, θα μπορούσε να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των υποδομών δημόσιας E&A (Χατζησταύρου 2021, 309). Αντιθέτως, παρέχονται κίνητρα στις φαρμακευτικές να διενεργήσουν μελέτες E&A αναπτύσσοντας συμφέρουσα εμπειρογνωμοσύνη και υπονομεύοντας τα θεμέλια της ανόθευτης επιστήμης, συνθήκη η οποία ισούται με ένα προβληματικό ερευνητικό περιβάλλον γνωστικής μεροληψίας, με ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται για τη δημόσια υγεία (Χατζησταύρου 2021, 311).

3.2.2 Σχέσεις φαρμακευτικών εταιρειών και επιστημόνων υγείας

Είδαμε στην πρώτη υποενότητα τον τρόπο με τον οποίο οι φαρμακευτικές εταιρείες δραστηριοποιούνται και ξοδεύουν εκατομμύρια ώστε να αποκτήσουν πρόσβαση και να κατευθύνουν τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, δεν αποτελεί τη μόνη πρακτική που εφαρμόζουν. Στα πλαίσια της προώθησης των προϊόντων και της ενίσχυσης της θέσης τους στην αγορά έχουν

¹⁹ Αυτόματη επιστροφή (claw back): μέτρο που εισήχθη το 2012 και αποτελεί μηχανισμό πλήρωσης των οικονομικών κενών που προκύπτουν από την υπέρβαση των καθορισμένων μηνιαίων ορίων φαρμακευτικής δαπάνης του ΕΟΠΥΥ. Το υπερβάλλον ποσό επιστρέφεται αυτομάτως στα πλαίσια εξαμήνου από τη φαρμακευτική εταιρεία, συναρτήσει του μεριδίου της στην αγορά με έτος βάσης το προηγούμενο έτος (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2017, 30).

αναπτύξει δίκτυα επαφών με τους επιστήμονες υγείας, δαπανώντας ετησίως ποσά δισεκατομμυρίων στα οποία συμπεριλαμβάνεται το 80% ή και περισσότερο του ιατρικού κλάδου (Keller, Marczewski, και Pavlonić 2016, 398). Σύμφωνα με στοιχεία του εγχειρήματος “Dollars for Docs” η οποία διεξήχθη υπό της αιγίδα της δημοσιογραφικής ιστοσελίδας “ProPublica”, μεταξύ 2013 και 2018 είδαν το φως της δημοσιότητας δαπάνες ύψους 12 δισεκατομμυρίων προς περισσότερους από 1 εκατομμύριο γιατρούς και πάνω από 1.200 πανεπιστημιακά νοσοκομεία οι οποίες προέρχονταν από 2.191 εταιρείες. Η αντίστοιχη πρωτοβουλία στην Ευρώπη “Euros for Docs” παρέχει δεδομένα από 10 μόνο χώρες για τρεις εκ των οποίων δεν καλύπτονται πλήρη στοιχεία (eurosfordocs.eu-Tigas κ.ά. 2019)

Μελέτη η οποία στηρίζεται σε 538 πορίσματα επί μέρους ερευνών σχετικά με την επαφή φαρμακευτικών - γιατρών και συμφωνεί με πολλές διαπιστώσεις μεταγενέστερου δείγματος 279.669 γιατρών, έχει δείξει ότι πρόκειται για μια σχέση η οποία ξεκινά ήδη από τα πρώτα βήματα των γιατρών στις ιατρικές σχολές (Wazana 2000, 377). Οι επαφές αυτές ούσες πρωτοβουλία των φαρμακευτικών εταιρειών, περιλαμβάνουν παροχές σε γεύματα, αμοιβές για προσφερόμενες υπηρεσίες, καλύψεις εξόδων για εκπαιδευτικά σεμινάρια και συνέδρια αλλά και επιχορηγήσεις για εκπόνηση ερευνών (Wazana 2000, 377). Αναλυτικότερα, διαπιστώθηκαν συναντήσεις με εκπροσώπους φαρμακευτικών εταιρειών οι οποίες αποσκοπούσαν στην προώθηση φαρμάκων τα οποία δεν παρουσίαζαν θεραπευτικά πλεονεκτήματα έναντι των υπαρχόντων, διαδίδοντας συγχρόνως ανακρίβειες όσον αφορά τα συγκριτικά πλεονεκτήματα σε σχέση με προϊόντα ανταγωνιστών (DeJong κ.ά. 2016, 1120–21· Wazana 2000, 375–376). Τέτοιες συναντήσεις επέτυχαν να επηρεάσουν, οδηγώντας σε αύξηση του κόστους των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, την προτίμηση σε νέα και τη μείωση της συνταγογραφούμενης αναλογίας των γενοσήμων. Επιπροσθέτως δώρα, γεύματα, καλυπτόμενα ταξιδιωτικά και εκπαιδευτικά έξοδα φαίνεται να συνέβαλαν στη διαμόρφωση θετικότερης εικόνας εκ μέρους των γιατρών, ενώ ενίσχυσαν τις εισηγήσεις των νέων φαρμάκων και τη συνταγογράφηση (Wazana 2000, 375-376). Συμπερασματικά, θετική συνέπεια της διάδρασης εταιρειών-γιατρών αποτελεί το γεγονός ότι προσφέρθηκε γνώση η οποία, εν πολλοίς, συνέβαλε στην κατάρτιση των γιατρών. Όμως, ο αρνητικός αντίκτυπος υπερτερεί του θετικού. Καταγράφηκαν συμπεριφορές φιλικά προσκείμενες στις παροχές των φαρμακευτικών εταιρειών, όπως και ενσυνείδητη προώθηση προϊόντων αρνητικής σχέσης κόστους-οφέλους από πλευράς γιατρών, οι οποίοι προέβαιναν σε θετικές αξιολογήσεις φαρμάκων που σπανίως είναι ανώτερα των υπαρχόντων (DeJong κ.ά. 2016, 1114–21· Wazana 2000, 378).

Θέτοντας κατά νου τα προαναφερθέντα, καθίσταται πρόδηλο το ζήτημα της διαφάνειας. Λόγου χάρη, μέσω της χρηματοδότησης ερευνών με πόρους προερχόμενους από τη φαρμακοβιομηχανία, εν προκειμένω, όπως αναφέραμε και στην προηγούμενη υποενότητα, τείνει να αμφισβητείται η ακεραιότητα των πορισμάτων της (Χατζησταύρου 2021, 310; Keller, Marczewski, και Ραβλονιό 2016, 398). Κατά συνέπεια, κρίνεται απαραίτητη η θέσπιση κανόνων διαφάνειας, οι οποίοι δεν θα έχουν ως σκοπό να απαγορεύσουν τις δοσοληψίες φαρμακευτικών συμφερόντων με τους επιστήμονες υγείας, διότι μια τέτοια ρύθμιση θα συγκρούταν με την ίδια την πραγματικότητα. Αντιθέτως, θα πρέπει να προβλέπεται υποχρεωτική καταγραφή των οικονομικών σχέσεων, άλλως επίσημη δήλωση των δαπανών που κατευθύνονται προς τους επιστήμονες υγείας. Αυτό όχι μόνο επικουρεί το αδιάβλητο έργο των ερευνητών να μην υπόκειται στα ιδιωτικά συμφέροντα, αλλά συνδράμει υπέρ των πολιτών ρυθμίζοντας και αποκαλύπτοντας κατά πόσο η επίσημη λειτουργεί προς το συμφέρον της δημόσιας υγείας (Keller, Marczewski, και Ραβλονιό 2016, 398–400).

Το ιατρικό επάγγελμα συνιστά κλάδο που απαιτεί διαρκεί επιμόρφωση. Στη χώρα μας, η ανάγκη αυτή των γιατρών να μένουν ενήμεροι για τις εξελίξεις στην επιστήμη τους, η οποία εντάσσεται και στα πλαίσια της προάσπισης της υγείας των ασθενών τους, δημιουργεί πεδίο όπου, εξαιτίας της απουσίας του κράτους, οι φαρμακευτικές εταιρείες διεισδύουν με αποτέλεσμα τις στενότερες σχέσεις και τον επακόλουθο προβληματισμό για τη δημόσια υγεία (Σουφλέρη και Πετροπούλου 2008). Μέσα από συνεντεύξεις επιστημόνων υγείας και στελεχών της αγοράς φαρμάκου σε σχετική αρθρογραφία, υποστηρίζεται πως οι φαρμακευτικές εταιρείες έχουν συνδράμει καθοριστικά στην επιστημονική εκπαίδευση όπου μάλιστα τονίζεται πως αυτή η σχέση πρέπει να υφίσταται. Εντούτοις, αυτό που τονίζεται ακόμα περισσότερο είναι η υστέρηση του κράτους στα εν λόγω ζητήματα. Πιο συγκεκριμένα, το κράτος οφείλει να μη φείδεται δαπανών για έρευνα, ώστε να μην υπάρχει η ανάγκη συμβολής των φαρμακευτικών εταιρειών, οφείλοντας επίσης να προσφέρει κάλυψη εξόδων στους γιατρούς ώστε να μην χάνουν το τραίνο της επιστήμης, αλλά και την ουσία που τη διαπνέει ούσα απότοκο ανόθευτων πορισμάτων και όχι διαπλεκόμενων συμφερόντων (Σουφλέρη και Πετροπούλου 2008).

Ωστόσο, στην Ελλάδα το πρόβλημα της αδιαφάνειας εξακολουθεί να υφίσταται. Μια πρώτη προσπάθεια πραγματοποιήθηκε με το άρθρο 66 §7 του Νόμου 4316/2014. Σύμφωνα, λοιπόν με την §7 του άρθρου 66, οι φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεούνται να δημοσιοποιούν στον ΕΟΦ όλες τις παροχές σε επιστήμονες υγείας και σε επιστημονικούς φορείς υγείας, εξαιρουμένων εξόδων που δεν ξεπερνούν τα 15 ευρώ, όπως γεύματα, ποτά και αντικείμενα ιατρικής πρακτικής. Επιπλέον, στο δεύτερο μέρος της παραγράφου προβλέπονται κυρώσεις ύψους 30.000 έως 100.000 ευρώ, με τον

ΕΟΦ να επιφορτίζεται με την εποπτεία τήρησης (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 270/Α, 2014α, 8243–44).

Η διάταξη εφαρμόστηκε πρώτη φορά το 2016. Οι παροχές που αναρτήθηκαν σχετικά με τις αποδοχές των επιστημόνων υγείας ανήλθαν στα 3,7 εκατομμύρια ευρώ, ενώ τα ποσά που δόθηκαν σε επιστημονικούς φορείς υγείας ήταν περισσότερα από 27,9 εκατομμύρια. Όμως, τα 31 εκατομμύρια που αναφέρονται δεν είναι αντιπροσωπευτικά των πραγματικών δαπανών. Σύμφωνα με τον γενικό διευθυντή του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδας (ΣΦΕΕ), το ποσό αγγίζει 50 εκατομμύρια ευρώ. Αυτό συμβαίνει, διότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι χειρόγραφες αναφορές, δεν περιλαμβάνεται το σύνολο των χορηγιών και το σύνολο των συνεδρίων, παρά μόνο τα προωθητικά-επιστημονικά (Τύπου Β') και όχι τα αμιγώς επιστημονικά (Τύπου Α') (Βέργου και Ζαφειρόπουλος 2018· Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2016). Για το 2019, οι παροχές προς επιστημονικούς φορείς υγείας έφτασαν τα 9,1 εκατομμύρια ευρώ πλην των χορηγιών, εκ των οποίων 8,5 εκατομμύρια αποτελούν δωρεές. Την ίδια χρονιά, οι καλύψεις εξόδων διαμονής, μετακίνησης και αμοιβής των φαρμακευτικών εταιρειών σε επιστήμονες υγείας για συμμετοχή σε επιτροπές εμπειρογνομόνων υπερέβησαν το 1,5 εκατομμύριο ευρώ.

Έχοντας αναφέρει όλα αυτά, συνοψίζονται τρία βασικά προβλήματα στις σχέσεις φαρμακοβιομηχανίας με τους επιστήμονες υγείας. Το πρώτο πρόβλημα το οποίο αφορά στην προκλητή ζήτηση φαρμάκων προκύπτει από την υπερσυνταγογράφηση και την συνταγογράφηση συγκεκριμένων εμπορικών ονομασιών (DeJong κ.ά. 2016, 1114–21· Wazana 2000, 373–78). Το δεύτερο πρόβλημα έχει να κάνει με τον κίνδυνο της «γνωσιακής αιχμαλωσίας» μέσω των παρεχόμενων γνώσεων στους γιατρούς και της επιστημονικής μεροληψίας μέσω της χρηματοδότησης ερευνών τους (Χατζησταύρου 2021, 258, 310· Keller, Marczewski, και Pavlonić 2016, 398). Τρίτο, το ζήτημα της κερδοσκοπικής φιλανθρωπίας μέσω των εταιρικών δωρεών στους επιστημονικούς υγειονομικούς φορείς (Χατζησταύρου 2021 287-298).

Αρχικά, το ζήτημα της αλόγιστης και επιλεκτικής συνταγογράφησης φαρμάκων φαίνεται να έχει εν μέρει, ρυθμιστεί. Όπως έγινε λόγος στην ενότητα 1.4, βάσει των μέτρων που λήφθηκαν για τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης τέθηκε ανώτατο όριο δαπάνης ανά γιατρό (Οικονόμου 2019, 240–41). Επίσης το 2012, κατέστη υποχρεωτική η συνταγογράφηση των 10 μεγαλύτερης κυκλοφορίας δραστικών ουσιών για φάρμακα ανεξαρτήτου κατοχής διπλώματος ευρεσιτεχνίας ή γενοσήμων (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2017, 33). Η συγκεκριμένη μάλιστα ρύθμιση, προκάλεσε μεγάλες αντιδράσεις ιδίως από τους γιατρούς και τις φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίοι επιδόθηκαν σε μια ρητορική αποδόμησης του θεραπευτικού οφέλους των γενοσήμων. Εξαιτίας αυτού, και σε συνδυασμό με την αποσπασματικότητα και την ανορθολογικότητα που συναντάμε

στην πολιτική φαρμάκου, δεν επετεύχθη η προσδοκώμενη διείσδυση των γενοσήμων στην ελληνική φαρμακευτική αγορά (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2017, 47–50).

Δεύτερον, οι φαρμακευτικές εταιρείες στην Ελλάδα, είδαμε ότι δαπανούν εκατομμύρια με αποδέκτες τους επιστήμονες υγείας. Με τη διενέργεια εκπαιδευτικών σεμιναρίων επιστημονικών συνεδρίων προωθούν προσαρμοσμένη ενδεχομένως γνώση η οποία δημιουργεί ένα υπόβαθρο ρευστοποιημένης επιστημονικής αλήθειας. Η ενημέρωση και η πληροφόρηση προς τους γιατρούς για τις εξελίξεις στον τομέα του φαρμάκου, λόγου χάρη, αιχμαλωτίζει τους τελευταίους σε ένα πλέγμα ελεγχόμενης γνώσης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση δηλαδή, η φαρμακοβιομηχανία εργαλειοποιεί τους επιστήμονες υγείας μετατρέποντάς τους, κατά τη λογική του δούρειο ίππου, σε φορείς συμφερόντων τους, εξυπηρετώντας, εν συνεχεία, την περαιτέρω άσκηση πίεσης στις διαδικασίες λήψης των πολιτικών αποφάσεων, οι οποίοι φέρουν, πολλές φορές εν αγνοία τους, τα προσώπια της γνώσης και της εμπειρογνωμοσύνης. Στην ίδια λογική κινείται και η διεξαγωγή ερευνών με ιδιωτικούς πόρους. Το εκάστοτε πόρισμα επηρεάζεται τουλάχιστον έμμεσα από συνθήκες που καθορίζει ο χρηματοδότης και τείνει να συμφέρει. Κατά αυτό τον τρόπο, λοιπόν, κατασκευάζεται το περιεχόμενο των προσωπίων της γνώσης και της εμπειρογνωμοσύνης, οι οποίες, ως αναφέραμε, θα επηρεάσουν πολιτικές αποφάσεις, αποφέροντας κατ' επέκταση επιζήμιες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία αλλά και στο ΕΣΥ (Χατζησταύρου 257-259, 264, 310).

Τρίτον, πρέπει να επισημανθεί πως το πρόβλημα της κερδοσκοπικής φιλανθρωπίας δεν είναι τόσο έντονο στην Ελλάδα χωρίς παρόλα αυτά να επιτρέπεται ο εφησυχασμός. Οι δωρεές συνιστούν ένα ακόμα εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως στον επιχειρηματικό τομέα και εξυπηρετεί την προώθηση των συμφερόντων τους, προστατεύοντας συγχρόνως τις σχετικές δαπάνες από τη φορολογία (Χατζησταύρου 2021, 287-290). Φορολογικές εκπτώσεις και απαλλαγές ισχύουν στη χώρα μας. Πιο συγκεκριμένα, με το άρθρο 11 του Νόμου 4646/2019 εκπίπτουν οι δαπάνες εταιρικής κοινωνικής ευθύνης υπό την προϋπόθεση ότι η εταιρεία παρουσιάζει λογιστικά κέρδη. Αυτή η ρύθμιση εξειδικεύεται ακόμα περισσότερο με σχετική εγκύκλιο της ΑΑΔΕ η οποία διαχωρίζει τα έξοδα εταιρικής κοινωνικής ευθύνης από τις απλές δωρεές και χορηγίες (Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων 2021· Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 201/Α, 2019, 5180). Στην περίπτωση των δωρεών προβλέπεται φοροαπαλλαγή βάσει του νόμου 2961/2001 άρθρο 43 (Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 266/Α, 2001b, 3711). Οι δεσμοί που σχηματίζονται από τις δωρεές και χορηγίες των φαρμακευτικών εταιρειών με την πολιτική δεν είναι άμεσα διακριτοί. Αν σκεφτούμε όμως την ασθενή παρουσία του κράτους πρόνοιας και της δημόσιας πολιτικής παρέμβασης εν γένει, οφείλουμε να προβληματιζόμαστε (Χατζησταύρου 2021, 290).

Συμπερασματικά, η ανάπτυξη σχέσεων των φαρμακευτικών εταιρειών με τους γιατρούς και γενικότερα τους επιστήμονες υγείας τεκμηριώνει την υπέρμετρη επιρροή που ασκούν στη δημόσια πολιτική. Παράγοντας και προάγοντας γνώση, η οποία παρουσιάζεται ως ευεργετική και συγχρόνως «φλερτάρει» με την αβεβαιότητα, η φαρμακοβιομηχανία και τα συμφέροντά της έχουν αποκτήσει στιβαρό λόγο στην πολιτική υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, λόγω και της συνειδητής κρατικής υποχώρησης όπως έχει πολλάκις ειπωθεί, να παράγονται πολιτικές που καθιστούν την υγεία των πολιτών εμπορεύσιμη και το ΕΣΥ αγοράία επιχείρηση.

4. Η συμμετοχή και ο ρόλος των πολιτών στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας ως στοιχείο εκδημοκρατισμού

Μέχρι στιγμής έχουμε καλύψει σημαντικό μέρος των συμφερόντων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της δημόσιας υγείας. Όλοι οι δρώντες στους οποίους αναφερθήκαμε, επαγγελματίες υγείας μέχρι και τις ομάδες οικονομικών συμφερόντων αποτελούν ουσιαστικά τους insiders («εντός»), ήτοι τις ομάδες που δεν εντάσσονται στο στενό κύκλο των ιθυνόντων στην πολιτική υγείας, οι οποίοι όπως είδαμε έχουν κατορθώσει να λογίζονται ως ενεργοί συμμετέχοντες (Οικονόμου 2014, 77). Με βάσει όλα τα προαναφερθέντα λοιπόν, εγείρεται το κρίσιμο ερώτημα πού πραγματικά βρίσκονται οι πολίτες; Διαθέτουν ισότιμο μερίδιο στο διάλογο λήψης αποφάσεων με δεδομένο ότι αυτοί είναι οι άμεσοι αποδέκτες των συνεπειών;

4.1 Τι σημαίνει συμμετοχή των πολιτών στην πολιτική υγείας και ποια η αναγκαιότητά της; Το παράδειγμα των συλλόγων ασθενών.

Ως συμμετοχή των πολιτών στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία νοείται η ενεργή εμπλοκή των πολιτών στις αποφάσεις για την υγεία, την εκπόνηση σχεδίων και την πραγμάτωσή τους. Η ατζέντα που προκύπτει σκοπεύει στην προαγωγή λύσεων οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών και θα βελτιώνουν συνολικά το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Σακέλλης και Κυριακάκη 2014, 283–284· Σουλιώτης 2014, 23). Η κινητοποίηση αυτή των πολιτών ταυτίζεται ενίοτε με τον πορισμό προσωπικού οφέλους, αλλά εκπορεύεται και από το αίσθημα συλλογικής δράσης και αλληλεγγύης (Σουλιώτης 2014, 24–25). Οι πολίτες, οργανωμένοι και μη, αλληλεπιδρούν με τους ιθύνοντες, είτε μέσω της απλής επικοινωνίας, που προσδιορίζει μια σχέση μονόδρομη κατά την οποία υφίσταται μια από τα πάνω προς τα κάτω πληροφόρηση, είτε μέσω της διαβούλευσης η οποία συνίσταται σε μια αμφίδρομη διαδικασία ανάδρασης με την κυβέρνηση να προτείνει και τους πολίτες να σχολιάζουν, είτε μέσω της ενεργότερης συμμετοχής με την άμεση συνδιαλλαγή, επί των προτάσεων, σχεδιασμών και αποφάσεων (Οικονόμου 2014, 78).

Η απάθεια, λοιπόν, των κυβερνήσεων προς την κοινωνία των πολιτών²⁰ καθιστά το αίτημα της ενεργότερης συμμετοχής πιο επιτακτικό, δεδομένων επιπλέον των πολιτικών συρρίκνωσης του

²⁰ Η κοινωνία των πολιτών εδώ νοείται με την στενότερη ερμηνεία του όρου, ήτοι οι ομάδες των πολιτών που είναι φορείς δημόσιου συμφέροντος, χωρίς την συμπερίληψη των ιδιωτικών οργανωμένων συμφερόντων τα οποία επιδιώκουν το κέρδος (Οικονόμου 2014, 77).

κράτους πρόνοιας. Σε ένα όλο και μειούμενο κράτος με εξορθολογιστικές πολιτικές και περικοπές επί των δαπανών υγείας, το οποίο ενστερνίζεται έναν πιο εποπτικό ρόλο, η συμμετοχή των πολιτών στη διαμόρφωση των αποφάσεων και δη σε ένα θεσμοθετημένο πλαίσιο συνδιαμόρφωσης, κρίνεται αναγκαία για την ορθή ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων (Οικονόμου 2014, 81· Σουλιώτης 2014, 26–28). Επιπρόσθετα, ενισχύεται το δημοκρατικό ιδεώδες της κοινωνίας καθώς δύναται ο απλός πληθυσμός να αρθρώνει λόγο, αποκτώντας τρόπον τινά την αίσθηση της διαχείρισης της δημόσιας υγείας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ενσωμάτωσης και ενεργής συμμετοχής περιθωριοποιημένων ομάδων πολιτών και ασθενών. Οι αποφάσεις όταν λαμβάνονται υπό όρους διαφάνειας και πλουραλισμού διέπονται από δικαιοσύνη και κοινωνική συναίνεση (Οικονόμου 2014, 83· Σακέλλης και Κυριακάκη 2014, 284)

Ξεχωριστός επίσης, είναι και ο ρόλος των συλλόγων ασθενών. Οι σύλλογοι ασθενών αποτελούν μέρος της κοινωνίας των πολιτών και πολλοί από αυτούς συγκαταλέγονται στην κατηγορία των ομάδων ορισμένου σκοπού. Παραδείγματα τέτοιων είναι οι σύλλογοι προάσπισης της υγείας των ψυχικά ασθενών και των ατόμων φορέων HIV/AIDS (Χατζησταύρου 2021, 17-19). Γενικότερα, ικανοί δρώντες είναι οργανώσεις οι οποίες δύναται να μεταφέρουν στους ιθύνοντες την πραγματικότητα των ασθενών καθότι βρίσκονται εγγύτερά τους, ενώ παρουσιάζουν αξιοσημείωτη δραστηριότητα σε επίπεδο κοινωνίας παρέχοντας υποστήριξη, είτε οικονομική, είτε νομική, στους ασθενείς. Ως εκπρόσωποι επομένως εκείνων που αποτελούν τους τελικούς χρήστες (“end-users”) μπορούν να καταθέσουν μια επιπλέον οπτική, κάνοντας γνωστά τα αιτήματά τους μέσα από τη συμμετοχή σε συμβουλευτικές επιτροπές και θεσμικά όργανα σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο. Λόγου χάρη, μέσω του Ευρωπαϊκού Φόρουμ Ασθενών (EPF), ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει καλέσει στο παρελθόν τέτοιες οργανώσεις να συνδράμουν σε μελέτες για τις συνθήκες περίθαλψης και ασφάλειας των ασθενών. Αντιστοίχως, στην Ευρωπαϊκή Ένωση πολλές οργανώσεις έχουν ενεργή συμμετοχή και βρίσκονται σε επικοινωνία με τα όργανα θεσμών της ΕΕ. Συγκεκριμένα, εκπρόσωποι συλλόγων ασθενών από όλα τα κράτη μέλη συνδιαλέγονται ασκώντας επιρροή σε σημαντικό βαθμό με μέλη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, αλλά και Γενικές Διευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής όπως αυτή για την Υγεία (DG SANTE), την Έρευνα και Ανάπτυξη (DG RTD) (Sienkiewicz και Van Lingen 2017, 8–11, 15).

4.2 Οι συνθήκες συμμετοχής των πολιτών στις αποφάσεις για την υγεία: η ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα δεν υφίσταται συντονισμένη προσπάθεια, ούτε ενιαίος σχεδιασμός στην πολιτική υγείας. Οι αποφάσεις λαμβάνονται σε κεντρικό επίπεδο με πρωτοβουλία των κυβερνήσεων και προωθούνται πολιτικές που χαρακτηρίζονται από αποσπασματικότητα και ασυνέχεια. Κριτήρια των επιλογών χρηματοδότησης δεν συνιστούν η υγεία των πολιτών και οι ανάγκες του ΕΣΥ, αλλά οι οικονομικές συνθήκες της εκάστοτε περιόδου (Θεοδώρου και Φαρμακάς 2014, 195· Σουλιώτης 2014, 33). Συγχρόνως, η συμμετοχή συλλογικών διάχυτων συμφερόντων που θα μπορούσε να βελτιώσει την κατάσταση υπονομεύεται από τη θεσμική ανεπάρκεια η οποία καλλιεργεί την κουλτούρα της αποστασιοποίησης των πολιτών από τα κοινά. Η εικόνα αυτή η οποία αντικατοπτρίζει μια διαχρονική παθολογία, επιδεινώθηκε κατά την εποχή της κρίσης όταν οι απαιτήσεις των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής περιόριζαν τις όποιες προσπάθειες συνεννόησης και συνδιαμόρφωσης της ατζέντας για την υγεία με την κοινωνία των πολιτών (Σακέλλης και Κυριακάκη 2014, 288· Σουλιώτης 2014, 33–34, 38). Ακόμα και σήμερα, η πολιτική διαχείριση της πανδημίας του κορονοϊού, υποσκάπτει τα θεμέλια της συλλογικής κουλτούρας, προτάσσοντας την «ατομική» ευθύνη για την προστασία της δημόσιας υγείας, το οποίο κατά συνέπεια επιτείνει την εν λόγω τάση.

Η διαχρονική αυτή παθολογία, επέτρεψε στο σύστημα υγείας την εγκαθίδρυση τομεακών συμφερόντων, όπως είναι η κυριαρχία των γιατρών που αναλύσαμε στο 2ο κεφάλαιο, αλλά και των οικονομικών συμφερόντων (κεφάλαιο 3ο), τα οποία με τη σειρά τους δεν άφησαν τα θεσμικά και πρακτικά περιθώρια ουσιαστικής πολιτικής συμμετοχής. Ο αντίκτυπος αυτού, απεικονίζεται στις δυσλειτουργίες δεκαετιών που ταλανίζουν το ΕΣΥ, γεγονός που συνεπάγεται δυσχερέστερη κατάσταση για τη δημόσια υγεία, και αντιστοίχως ενέχει αρνητικό αντίκτυπο σχετικά με τη θέση των πολιτών απέναντι σε αυτό το σύστημα (Σουλιώτης 2014, 39).

Ένας μηχανισμός συμμετοχής των πολιτών κατά την επεξεργασία νομοθετικών πρωτοβουλιών είναι η δημόσια διαβούλευση. Σύμφωνα με τη διαδικασία, η εκάστοτε ηγεσία του υπουργείου που έχει τη νομοθετική πρωτοβουλία αναρτά το προς διαβούλευση νομοσχέδιο στην ηλεκτρονική διεύθυνση open.gov.gr (Ανοιχτή Διακυβέρνηση), όπου εκκινεί μια πρώτη φάση ενημέρωσης και δυνατότητας διαμόρφωσης σχολίων εκ μέρους των πολιτών, έχει διάρκεια δύο εβδομάδων και σε δεύτερο χρόνο μια ακόμα φάση σχολιασμού κατά άρθρο του νομοσχεδίου. Βάσει των σχολίων συντάσσεται έκθεση η οποία έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα και μπορεί να μη ληφθεί υπόψη από το νομοθέτη. Ο μη δεσμευτικός χαρακτήρας της διαβούλευσης ο οποίος δεν αποτελεί ισχυρό κίνητρο για τη συμμετοχή των πολιτών στη διαδικασία, μαζί με το γεγονός ότι

αφορά αποκλειστικά νομοσχέδια και όχι κανονιστικές διοικητικές πράξεις, συνθέτουν τις αδυναμίες του θεσμού (Σακέλλης και Κυριακάκη 2014, 288–289).

Αντίστοιχα προβληματικό είναι και το θεσμικό πλαίσιο κινητοποίησης των πολιτών για συμμετοχή σε θέματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Επί παραδείγματι, εξ ιδρύσεως του ΕΣΥ προβλεπόταν με την δημιουργία των ΚΕΣΥ και ΠΕΣΥ²¹ η συμμετοχή πολιτών, επαγγελματιών υγείας και εκπροσώπων της πολιτείας. Η αισιοδοξία που διέπνεε τη συμμετοχή των πολιτών στο ΚΕΣΥ και την επιδίωξη συνδιαμόρφωσης πολιτικής δεν επιβεβαιώθηκε καθώς ο ρόλος της δεν απέδωσε τα προσδοκώμενα αλλά και λόγω της υποβάθμισης της γνωμοδοτικής αρμοδιότητας του ΚΕΣΥ σε μη δεσμευτική (Σακέλλης και Κυριακάκη 2014, 290-291). Από την άλλη, τα ΠΕΣΥ των οποίων η προβλεπόμενη σύνθεση μπορούσε να εκφράζει σε ικανοποιητικό βαθμό τις τοπικές κοινωνίες δεν κατάφεραν να λειτουργήσουν (Θεοδώρου και Φαρμακάς 2014, 195).

Από πλευράς των πολιτών, υφίσταται η βούληση για ενεργή συμμετοχή στις αποφάσεις στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα των Theodorou κ.α (2010) τεκμηριώνει τη διάθεση των Ελλήνων πολιτών για εμπλοκή στις αποφάσεις καταμερισμού των πόρων αλλά και καθορισμού των προτεραιοτήτων. Μέσα από ερωτήματα για συμμετοχή στις εν λόγω διαδικασίες προγραμμάτων πρόληψης, χειρουργικών επεμβάσεων και προγραμμάτων που αφορούν διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, οι ερωτηθέντες πολίτες κατά πλειονότητα (82,7%, 70%, 83% αντίστοιχα) δήλωσαν την πρόθεση εμπλοκής τους (Theodorou κ.ά. 2010, 203–207). Όμως παρά την επιθυμία των πολιτών για συμβολή στις αποφάσεις πολιτικών υγείας, δεν υφίστανται επαρκή τεκμήρια για την επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητας της δυνητικής εμπλοκής τους (Οικονόμου 2014, 91-97).

4.3 Η δημόσια υγεία βρίσκεται σε αδιέξοδο;

Με βάση τα παραπάνω, εγείρεται το ερώτημα κατά πόσο η πολιτική συμμετοχή επιδρά ουσιαστικά στην πολιτική υγείας και συνεπάγεται αποδοτικότερες προς εφαρμογή πολιτικές για την κοινωνία. Αυτό που έχει αποδειχθεί είναι ότι τω όντι επέρχονται μεταβολές στις υπηρεσίες υγείας, ενώ αντιθέτως δεν τεκμηριώνεται το θετικό πρόσημο των αλλαγών αυτών, το οποίο μαζί με τη δεδομένη ανάγκη δημοκρατικών διαδικασιών συνθέτουν το ιδεώδες για την συμμετοχή των πολιτών στα ζητήματα της υγείας (Οικονόμου 2014, 91-97). Εν προκειμένω, η δραστηριοποίηση των πολιτών τείνει να βρίσκεται υπό την καθοδήγηση των ιθυνόντων και σύμφωνα με τα βουλεύματά τους. Επιπλέον, τα οφέλη που αποκομίζονται από την συμβολή των πολιτών φαίνεται

²¹ Βλ. παραπάνω σελ.10

να είναι περισσότερο προσωπικά. Με την ενεργή συνδρομή, οι πολίτες αναπτύσσουν αίσθημα ικανοποίησης και αλληλεγγύης προς το κοινωνικό σύνολο επιτυγχάνοντας παράλληλα τη διεύρυνση των οριζόντων τους. Ο περιορισμός των επιβεβαιωμένων αποτελεσμάτων στα προσωπικά πλεονεκτήματα και η απουσία τεκμηρίων πρακτικού οφέλους στην πολιτική υγείας και τα επακόλουθά της συνθέτουν το έρεισμα στο οποίο στηρίζεται η αμφισβήτηση επί της πολιτικής συμμετοχής (Οικονόμου 2014, 97).

Το πρόβλημα που κινητοποιεί την αμφισβήτηση αυτή οφείλεται στην άνιση κατανομή εξουσίας στις διεργασίες και στην ασυμμετρία πληροφόρησης. Η άνιση κατανομή εξουσίας ευνοεί την κυριαρχία των κατεστημένων συμφερόντων εντός του συστήματος, τομεακών και επιχειρηματικών συμφερόντων έναντι των διάχυτων, περιορίζοντας τη σχέση των πολιτών με το σύστημα στα πλαίσια χρήσης των υπηρεσιών υγείας και ενθαρρύνοντας την απάθεια. Η κατάσταση αυτή υπονομεύεται ακόμα περισσότερο από την ασυμμετρία πληροφόρησης, διότι η γνώση επί των νομικών, τεχνικών και ιατρικών ζητημάτων μονοπωλείται από τους άμεσους και τους έμμεσους διαμορφωτές πολιτικής. Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί πως δεν αμφισβητείται η ύπαρξη θεσμών που προασπίζουν και προτρέπουν την συμμετοχή των πολιτών. Η διαφοροποίηση των ρυθμίσεων συμμετοχής ή απουσίας τους δεν προβάλλεται στο σκοπό. Με άλλα λόγια, ιθύνοντες αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα της συμμετοχής με σκοπό την υπεράσπιση των συμφερόντων τους, όταν άλλοι την επιδιώκουν, με σκοπό οι προωθούμενες πολιτικές ούσες αποτέλεσμα συνδιαλλαγής, να χαίρουν αποδοχής, ενδυναμώνοντας τους κυρίαρχους διαμορφωτές πολιτικής με την παροχή νομιμοποίησης και την αίσθηση της συνυπευθυνότητας εκ μέρους των πολιτών (Οικονόμου 2014, 97-98).

Η θεώρηση αυτή δεν αποτελεί αδιέξοδο· ή ακόμα καλύτερα δεν πρέπει να αποτελέσει αδιέξοδο. Η ασύμμετρη πληροφόρηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με την ενημέρωση των πολιτών και τη διάχυσή της, είτε με τον παραδοσιακό τρόπο των διαφημίσεων σε ΜΜΕ και διαδίκτυο, είτε μέσω διοργάνωσης δημόσιων συζητήσεων. Από την άλλη πλευρά, με τη διαβούλευση μέσω συμβουλευτικών ή ειδικών επιτροπών πολιτών, μέσω της διενέργειας ερευνών «σφυγμομετρήσεων» της κοινωνίας, αλλά και δια της ενεργής συμμετοχής σε fora, συλλόγους ασθενών και διοικητικούς θεσμούς, η φωνή των πολιτών ενδυναμώνεται κλυδωνίζοντας τα κατεστημένα και άνισης ισχύος συμφέροντα (Οικονόμου 2014, 97–98· Σουλιώτης 2014, 29). Εν τέλει, αυτοσκοπός της πολιτικής συμμετοχής αποτελεί ο εκδημοκρατισμός των διαδικασιών στα πλαίσια της διαμόρφωσης των πολιτικών υγείας με την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων ως προς τη δημόσια υγεία και το ΕΣΥ.

Συμπεράσματα

Το εγχείρημα δημιουργίας ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με αγαστές και έντονου κοινωνικού χαρακτήρα προκείμενες δεν αναπτύχθηκε ως προοριζόταν. Το πολιτικό κόστος και η ατολμία περαιτέρω προώθησης επωφελών αλλαγών για τη λειτουργία του ΕΣΥ και εν γένει της δημόσιας υγείας συνετέλεσαν στην επιβεβαίωση της επικράτησης των συμφερόντων των δημόσιων δρώντων υγείας. Η ευρύτερη αποδοχή της ισχύος του ιατρικού επαγγέλματος επηρέασε καθοριστικά την πορεία του ΕΣΥ, όταν η ελίτ του ιατρικού κλάδου, τα προνομιακά ασφαλιστικά ταμεία και ανώτατοι δημόσιοι υπάλληλοι υγείας πάσχιζαν να διατηρήσουν τις προνομιακές θέσεις τους.

Από την άλλη, με «όχημα» την ιδεολογία των πολιτικών της αγοράς και της πολυδιαφημιζόμενης αποτελεσματικότητάς τους, δρομολογούνται ιδιωτικοποιήσεις οι οποίες δεν προσφέρουν κανένα όφελος στη δημόσια υγεία και το ΕΣΥ. Η προστιθέμενη αξία των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αφορά αποκλειστικά την κερδοσκοπία των εν λόγω επιχειρήσεων. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες εμφανίζουν ζημίες σε σημαντικό βαθμό για την κοινωνική ασφάλιση, και επομένως τα δημόσια οικονομικά. Συγχρόνως, στους «καταναλωτές» των υπηρεσιών αυτών, η προσφερόμενη ποιότητα δεν είναι μεγαλύτερη, τείνει να είναι χαμηλότερη της αντίστοιχης περίθαλψης που προσφέρουν οι δημόσιες δομές.

Επιπρόσθετα, διαπιστώσαμε πως τα οργανωμένα οικονομικά συμφέροντα της φαρμακοβιομηχανίας συνιστούν κυρίαρχο λόμπι. Ωστόσο, δεν είναι η κυριαρχία αυτή καθεαυτή που πρέπει να μας ανησυχεί, αλλά το γεγονός πως δεν φαίνεται να υφίσταται καμία ουσιαστική διάθεση ανάσχεσης. Η θέσπιση νόμων υποχρεωτικής δήλωσης των δαπανών λόμπινγκ για λόγους διαφάνειας και λογοδοσίας, όπως με το Μητρώο Διαφάνειας σε ενωσιακό επίπεδο και αντίστοιχα στην Ελλάδα με το Νόμο 4829/2021 στοχεύουν στην καταγραφή των σχετικών δραστηριοτήτων των φαρμακευτικών, και όχι στον περιορισμό των συνεπειών τους (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 166/Α, 2021). Η διείσδυση της φαρμακοβιομηχανίας στη σφαίρα διαμόρφωσης των πολιτικών υγείας αλλά και στη κοινωνία με τις παροχές προς τους επαγγελματίες υγείας, ενδέχεται να δημιουργήσει ένα καθεστώς χωρίς θεσμικά στεγανά για την παραγόμενη γνώση και την επίδραση επί των δημόσιων αρχών.

Η απάντηση, λοιπόν, στα τομεακά συμφέροντα των επαγγελματιών υγείας και στα ιδιωτικά οικονομικά συμφέροντα που επιβουλεύονται τη δημόσια υγεία και υπονομεύουν το ΕΣΥ, είναι ο εκδημοκρατισμός των διαδικασιών διαμόρφωσης και πραγμάτωσης των αποφάσεων με τη

συμμετοχή των πολιτών. Το αίτημα αυτό, καθίσταται επιτακτικότερο τη σημερινή εποχή. Η σημερινή έκτακτη συνθήκη της πανδημίας Covid-19 κατέδειξε τις δομικές αδυναμίες του συστήματος να προασπίσει την υγεία των πολιτών. Η λογική του «νίπτω τας χείρας μου» εκ μέρους των διαχειριστών της πανδημίας του κορονοϊού και απόδοση της ευθύνης για τη δημόσια υγεία στους πολίτες, κάθε άλλο παρά προωθεί την πολιτική συμμετοχή. Η επικοινωνία πολιτών και κυβερνώντων επιδεινώνεται όταν συνάμα των προαναφερθέντων δεν προωθείται ουδεμία ουσιαστική ενίσχυση των δημόσιων δομών υγειονομικής περίθαλψης και όποιες ενέργειες εκτελούνται, αποσκοπούν στη διαμόρφωση του πεδίου για την σταδιακή ιδιωτικοποίηση του ΕΣΥ. Επομένως η συλλογική κινητοποίηση των πολιτών, οι οποίοι αποτελούν τους τελικούς χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης, δύναται να αποτελέσει το ανάχωμα στην εμπορευματοποίηση της περίθαλψης, η οποία εξελίσσεται σε υπηρεσία με προϊόντα υγείας προς κατανάλωση.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Επιστημονική Βιβλιογραφία

Αντωνοπούλου, Λίλα. 2016. Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Social Cohesion and Development* 3(2). <http://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/SCAD/article/view/8890> (31 Αυγούστου 2021).

Βέργου, Ντάνι, και Κώστας Ζαφειρόπουλος. 2018. Οι κρυφές δαπάνες των φαρμακευτικών. *Εφημερίδα των Συντακτών*. https://www.efsyn.gr/themata/thema-tis-efsyn/139950_oi-kryfes-dapanes-ton-farmakeytikon (2 Οκτωβρίου 2021).

Θεοδώρου, Μάμας, και Αντώνης Φαρμάκας. 2014. Η συμμετοχή και ο ρόλος των πολιτών στον καθορισμό προτεραιοτήτων και τη διαμόρφωση πολιτικής υγείας: η περίπτωση της Ελλάδας. Στο *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας: Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 185–209.

Κονδύλης, Ηλίας. 2009. 'Ο Ιδιωτικός Τομέας Υγείας Στην Ελλάδα: χαρακτηριστικά ανάπτυξης, στοιχεία ποιοτικής αξιολόγησης, σύγχρονες τάσεις και προοπτικές'. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Κοντιάδης, Ξενοφών, και Κυριάκος Σουλιώτης. 2017. Πολιτική Φαρμάκου στην Ελλάδα σε Συνθήκες Οικονομικής Κρίσης: Νομικές και Οικονομικές Ενστάσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Μαραβέγιας, Ναπολέον, και Δημήτρης Κατσίκας. 2016. 'Τα Οικονομικά της Ευρωπαϊκής Ολοκλήρωσης'. Στο *Ευρωπαϊκή Ένωση: Δημιουργία, εξέλιξη, προοπτικές*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική, 149–89.

Μόσιαλος, Ηλίας, και Sara Allin. 2006. 'Ομάδες Συμφερόντων και η Μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα'. Στο *Πολιτική στην Ελλάδα η πρόκληση του Εκσυγχρονισμού*, Αθήνα: Εκδόσεις Οκτώ, 301–35.

Νικολέντζος, Αθανάσιος. 2014. 'Σχήματα επιρροή και εξουσίας των ελλήνων ιατρών μέσα από την ανάλυση και ερμηνεία των κυριότερων μεταρρυθμίσεων υγείας των τελευταίων τριών δεκαετιών'. Στο *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας: Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 417–39.

Οικονόμου, Χαράλαμπος. 2014. 'Η συμμετοχή των πολιτών και της κοινωνίας πολιτών στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας: ένδειξη εκδημοκρατισμού της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας ή διοικητική στρατηγική νομιμοποίησης κατεστημένων συμφερόντων'; Στο Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας: Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 71–103.

Οικονόμου, Χαράλαμπος. 2019. 'Το Ελληνικό Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας'. Στο Τιμητικός Τόμος για τον Ευστάθιο Ν. Τσοτσόρο, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος, 235–59.

Πελαγίδης, Θεόδωρος. 2015. 'Οι Βίκινγκς στην Ελλάδα: Προσοδοθήρες εναντίον ευρύτερου συμφέροντος'. Στο Ανάλυση της ελληνικής οικονομίας, Εκδόσεις Κάλλιπος.

Ρομπόλης, Σάββας. 1995. 'Κοινωνική ή Ιδιωτική Ασφάλιση στην Υγεία'; Στο Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Αθήνα: Θεμέλιο, 77–90.

Ρούπας, Θεόδωρος. 2006. 'Ιδιωτική Ασφάλιση και Υπηρεσίες Υγείας'. Στο Πολιτική και οικονομία της υγείας: στρατηγικός σχεδιασμός, οργάνωση και διοίκηση, οικονομική λειτουργία, τομεακές πολιτικές, Παπαζήσης, 339–66.

Σακέλλης, Ιωάννης, και Ειρήνη Κυριακάκη. 2014. 'Η συμμετοχή των πολιτών στον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας'. Στο Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας: Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 281–313.

Σίσκου, Όλγα. 2007. 'Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας'. Στο Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Αθήνα: Βήτα, 191–95.

Σουλιώτης, Κυριάκος. 2014. 'Αναζητώντας τη δημοκρατία στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: η συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας'. Στο Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας: Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 23–51.

Σουλιώτης, Κυριάκος, Τζ Παπαδονικολάκη., Μ. Παπαγεωργίου, και Οικονόμου Μ. 2018. 'Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση'. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 35(Συμπλ. 1): 9–16.

Σουφλέρη, Ιωάννα, και Μαρίνα Πετροπούλου. 2008. 'Γιατροί - Φαρμακοβιομηχανίες: μια πανάκριβη σχέση'. Το Βήμα. <https://www.tovima.gr/2008/11/24/archive/giatroi-farmakobiomixanies/> (25 Σεπτεμβρίου 2021).

Χατζησταύρου, Φιλίππα. 2021. Ανταγωνισμός συμφερόντων στην πολιτική: στρατηγικές ιδιωτικής επιρροής, lobbying και δημόσιο συμφέρον. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Τζιόλα.

Θεσμικά Κείμενα

Ανεξάρτητη Αρχή Δημοσίων Εσόδων. 2021. Έκπτωση δαπανών εταιρικής κοινωνικής ευθύνης - Παροχή οδηγιών σχετικά με την εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 22 του ν. 4172/2013 (Α' 167), όπως τροποποιήθηκαν με τον ν. 4646/2019 (Α' 201).

Βέττας, Νίκος, και Γιώργος Μανιάτης. 2019. Το Οικονομικό και Κοινωνικό Αποτύπωμα της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα. Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος.

Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων. 2016. Εγκύκλιος για τις Επιστημονικές Εκδηλώσεις.

Ελληνική Κυβέρνηση. 2021. Ελλάδα 2.0: Εθνικό Σχέδιο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας.

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος. 2020. Ετήσια Έκθεση 2020. Αθήνα.

Ευρωπαϊκή Ένωση. 'Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης'.

Πισσαρίδης, Χριστόφορος κ.ά. 2020. Σχέδιο Ανάπτυξης για την Ελληνική Οικονομία. Αθήνα.

Νομικά Κείμενα

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 1983. Τεύχος Α. Αρ. Φύλλου 143. Νόμος Υπ' Αριθμ. 1397. Εθνικό Σύστημα Υγείας, σελ. 2229-2248.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 1992. Τεύχος Α. Αρ Φύλλου 123. Νόμος Υπ' Αριθμ. 1397. 'Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας', σελ. 2349-2396

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2001α. Τεύχος Α. Αρ Φύλλου 37. Νόμος Υπ' Αριθμ. 2889. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, σελ 1079-1104.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2001b. Τεύχος Α. Αρ Φύλλου 266. Νόμος Υπ' Αριθμ. 2961. Κύρωση του Κώδικα Διατάξεων Φορολογίας Κληρονομιών, Δωρεών, Γονικών Παροχών και Κερδών από Λαχεία, σελ. 3691-3750.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2005 Τεύχος Α. Αρ Φύλλου 81. Νόμος Υπ' Αριθμ. 3329. Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, σελ.883-910.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2014a. Τεύχος Α. Αρ Φύλλου 270. Νόμος Υπ' Αριθμ. 4316. Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, βελτίωση περί γεννητικής φροντίδας, ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, σελ. 8227-8318.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2014b. Τεύχος Α. Αρ Φύλλου 38. Νόμος Υπ' Αριθμ 4238. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, σελ. 681-699.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2016, Τεύχος Α, Αρ. Φύλλου 21. Νόμος Υπ' αριθμ. 4368. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις., σελ 537-612.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2017, Τεύχος Α, Αρ. Φύλλου 115. Νόμος Υπ' Αριθμ. 4486. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις, σελ. 2031-2074.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2019, Τεύχος Α, Αρ. Φύλλου 201. Νόμος Υπ' Αριθμ. 4646. Φορολογική μεταρρύθμιση με αναπτυξιακή διάσταση για την Ελλάδα του αύριο, σελ. 5175-5218.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2021. Τεύχος Α, Αρ. Φύλλου 160. Νόμος Υπ' Αριθμ. 4826. Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση για τη Νέα Γενιά: εισαγωγή κεφαλαιοποιητικού συστήματος προκαθορισμένων εισφορών στην επικουρική ασφάλιση, ίδρυση, οργάνωση και λειτουργία Ταμείου Επικουρικής Κεφαλαιοποιητικής Ασφάλισης και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις', σελ 9235-9270.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. 2021. Τεύχος Α. Αρ. Φύλλου 166. Νόμος Υπ' Αριθμ. 4829. Ενίσχυση διαφάνειας και λογοδοσίας σε θεσμικούς φορείς της Πολιτείας,

αποκατάσταση της ακεραιότητας του Ενιαίου Συστήματος Κινητικότητας και λοιπές διατάξεις, σελ. 9387-9406.

Κοινή Υπουργική Απόφαση. 2020a. (Υπουργείο Υγείας) Διαδικασία, όροι και προϋποθέσεις συμψηφισμού αυτόματης επιστροφής φαρμακευτικής δαπάνης με ποσοστά επί των δαπανών έρευνας και ανάπτυξης και των δαπανών επενδυτικών σχεδίων ανάπτυξης προϊόντων ή υπηρεσιών ή γραμμών παραγωγής - Καθορισμός ανώτατου ποσού για τις δαπάνες του έτους 2019.

Κοινή Υπουργική Απόφαση. 2020b. (Υπουργείο Υγείας) Διαδικασία, όροι και προϋποθέσεις συμψηφισμού αυτόματης επιστροφής φαρμακευτικής δαπάνης με ποσοστά επί των δαπανών έρευνας και ανάπτυξης και των δαπανών επενδυτικών σχεδίων ανάπτυξης προϊόντων ή υπηρεσιών ή γραμμών παραγωγής - Καθορισμός ανώτατου ποσού για τις δαπάνες του έτους 2020.

Κοινή Υπουργική Απόφαση. 2021. (Υπουργείο Υγείας) Διαδικασία, όροι και προϋποθέσεις συμψηφισμού αυτόματης επιστροφής φαρμακευτικής δαπάνης με ποσοστά επί των δαπανών έρευνας και ανάπτυξης και των δαπανών επενδυτικών σχεδίων ανάπτυξης προϊόντων ή υπηρεσιών ή γραμμών παραγωγής - Καθορισμός ανώτατου ποσού για τις δαπάνες περιόδου 01.01.2021-31.07.2021.

Ιστοσελίδες

'Ανοιχτή Διακυβέρνηση'. <http://www.opengov.gr/home/> (6 Οκτωβρίου 2021).

Υπουργείο Υγείας. 2021. 'Δελτία Τύπου: Βασικά σημεία της συνέντευξης του Υπουργού υγείας Θάνου Πλεύρη στο Ρ/Σ ΣΚΑΪ 100.3 και στον δημοσιογράφο Άρη Πορτοσάλτε'. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/9295-basika-shmeia-synenteykshs-toy-yπουργoy-ygeias-thanoy-pleyrh-ston-r-s-skai-100-3-kai-ston-dhmosiografo-arh-portsalte> (8 Οκτωβρίου 2021).

Υπουργείο Υγείας. 'Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας'. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias> (2 Σεπτεμβρίου 2021).

Ξενογλώσση

Apostolides, Anthony D. 1992. 'The Health Care System in Greece since 1970: An Assessment'. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 5(5): 4-15.

Carpenter, Mick. 2003. 'On the Edge: The Fate of Progressive Modernization in Greek Health Policy'. *International Political Science Review* 24(2): 257-72.

Collier, Ruth Berins, and David Collier. 2015. *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*. University of Notre Dame Press. <http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctvpj74pj> (9 Οκτωβρίου 2021).

Corporate Europe Observatory. 2015. 'The Transparency Facade: pharmaindustry lobbying at the European Commission'. <https://corporateeurope.org/en/power-lobbies/2015/10/transparency-facade-pharma-industry-lobbying-european-commission> (26 Σεπτεμβρίου 2021).

Corporate Europe Observatory. 2020. 'In the Name of Innovation: industry controls billions in EU research funding, de-prioritises the public interest'. <https://corporateeurope.org/en/in-the-name-of-innovation> (27 Σεπτεμβρίου 2021).

Corporate Europe Observatory. 2021. 'Big Pharma's lobbying fi repower inBrussels: at least €36 million a year(and likely far more)'. <https://corporateeurope.org/en/2021/05/big-pharmas-lobbying-firepower-brussels-least-eu36-million-year-and-likely-far-more> (28 Σεπτεμβρίου 2021).

Davaki, Konstantina, and Elias Mossialos. 2005. 'Plus Ça Change : Health Sector Reforms in Greece'. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(1-2): 143-68.

DeJong, Colette et al. 2016. 'Pharmaceutical Industry-Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries'. *JAMA Internal Medicine* 176(8): 1114.

European Union. 2011. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare.

eurosfordocs.eu. 'Euros For Docs: Sunshine Europe'. <https://eurosfordocs.eu/> (2 Οκτωβρίου 2021).

Featherstone, Kevin, Georgios Kazamias, and Dimitris Papadimitriou. 2001. 'The Limits of External Empowerment: EMU, Technocracy and Reform of the Greek Pension System'. *Political Studies* 49(3): 462-80.

Guillen, A. M. 2002. 'The Politics of Universalisation: Establishing National Health Services in Southern Europe'. *West European Politics* 25(4): 49–68.

Hacker, Jacob S. 2002. *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*. 1η έκδ. Cambridge University Press. <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9780511817298/type/book> (10 Σεπτεμβρίου 2021).

Keller, Frieder, Krzysztof Marczewski, and Draško Pavlović. 2016. 'The relationship between the physician and pharmaceutical industry: background ethics and regulation proposals'. *Croatian Medical Journal* 57(4): 398–401.

Lavdas, Konstantinos. 1995. 'Policy Coalitions and Disjointed Corporatism: State Structures in Greece. The Nature of State and Public Policy Performance In Southern Europe'. *Political Science Association*.

Lyrantzis, Christos. 1984. 'Political Parties in Post-junta Greece: A Case of 'bureaucratic Clientelism'?' *West European Politics* 7(2): 99–118.

Mahoney, James. 2000. 'Path Dependence in Historical Sociology'. *Springer* 29(4): 507–48.

OECD. 2004. *Private Health Insurance in OECD Countries*. OECD. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries_9789264007451-en (15 Σεπτεμβρίου 2021).

Sachini, Evi, Charalampos Chrysomallidis, and Nikolaos Karampekios. 2020. 'Research and Technology in Greece. Addressing aspects of the "triple helix" interactions'. *Region & Periphery* 10: 103–22.

Sienkiewicz, Dorota, and Corine Van Lingen. 2017. *The added value of patients organisation*. European Patients Forum.

Tansey, Rachel. 2017. 'The Creeping Privatisation of Healthcare: problematic EU policies and corporate lobby push'. *Corporate Europe Observatory*. <https://corporateeurope.org/en/power-lobbies/2017/06/creeping-privatisation-healthcare> (29 Σεπτεμβρίου 2021).

Theodorou, Mamas et al. 2010. 'The Public's and Doctors' Perceived Role in Participation in Setting Health Care Priorities in Greece'. *Hellenic Journal of Cardiology* 51: 200–208.

Tigas, Mike, Ryann Grochowski Jones, Charles Ornstein, and Lena Groeger. 2019. 'Dollars for Docs: How Industry Dollars Reached Your Doctors'. ProPublica. <https://projects.propublica.org/docdollars/> (2 Οκτωβρίου 2021).

Tountas, Yannis, Panagiota Karnaki, and Elpida Pavi. 2002. 'Reforming the Reform: The Greek National Health System in Transition'. *Health Policy* 62(1): 15–29.

Tountas, Yiannis, Helga Stefannson, and Spyros Frissiras. 1995. 'Health Reform in Greece: Planning and Implementation of a National Health System'. *International Journal of Health Planning and Management* 10(4): 283–304.

Tragakes, Ellie, and Nicholas Polyzos. 1998. 'The evolution of health care reforms in Greece: charting a course of change'. *International Journal of Health Planning and Management* 13(2): 107–30.

Wazana, Ashley. 2000. 'Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?' *JAMA* 283(3): 373.