



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΗΜΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ: BIG BANG ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΕΛΙΓΜΟΣ ΣΤΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΤΟΥ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: Πασσά Ελένη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2015

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΤΟ ΕΓΧΕΙΡΗΜΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ: BIG BANG ΜΕΤΤΑΡΥΘΜΙΣΗ Ή
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΕΛΙΓΜΟΣ ΣΤΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ ΤΟΥ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: Πασσά Ελένη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΙΝΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	σελίδα
Ευχαριστίες	8
Περίληψη	9
Abstract	10
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
2.ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ.	14
2.1. Ο Ιστορικός Θεσμισμός ως ένα εργαλείο ανάλυσης δημόσιων πολιτικών.	14
2.1.1. Βασικές αρχές της νεοθεσμικής προσέγγισης.	15
2.1.2. Ανάλυση των βασικών συστατικών του ιστορικού θεσμισμού.	16
2.2. Ιστορική ανασκόπηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.	21
2.2.1. Η πρώτη περίοδος του Ελληνικού κράτους και τα πρώτα ψήγματα υγειονομικής πολιτικής. (Περίοδος 1821 μέχρι 1922).	21
2.2.2. Η περίοδος μεταξύ 1922 μέχρι τη συμμετοχή της Ελλάδας στο Παγκόσμιο πόλεμο.	23
2.2.3. Η μεταπολεμική περίοδος μέχρι και τη δεκαετία του 1980.	25
2.2.4. Η περίοδος της δεκαετίας του '80 – η εγκαθίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας.	28
2.2.5. Η περίοδος της δεκαετίας του '90 μέχρι το 2011.	30
3. ΤΟ ΚΡΙΣΙΜΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ.	32

3.1. Ο θεσμός του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη και η περίπτωση της Ελλάδας.	33
3.1.1. Το σταυροδρόμι των επιλογών για την κοινωνική πρόνοια.	33
3.1.2. Ο θεσμός και οι τυποποιήσεις του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη.	34
3.1.3. Μια ειδική περίπτωση: Το μοντέλο (τυποποίηση) που ανήκει η Ελλάδα.	35
3.2. Ανάλυση της θεσμοθετημένης προ - ΕΟΠΥΥ περιόδου υγειονομικής κάλυψης των πολιτών και η αλληλοεπίδρασή της με τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις.	38
3.2.1. Η χρηματοδότηση του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος.	38
3.2.2. Το ζήτημα του μεγάλου αριθμού ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας στην αποζημίωση υπηρεσιών υγείας, στις συμβάσεις με τους παρόχους υπηρεσιών και το αποτέλεσμα των συσσωρευμένων χρεών	42
3.3. Τα δεδομένα την περίοδο σύστασης του ΕΟΠΥΥ: κλάδοι υγείας των ταμείων και των οργανισμών περίθαλψης στη δίνη της οικονομικής κρίσης.	46
3.3.1. Η επίδραση της βαθιάς οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού.	46
3.3.2. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ασφάλιση υγείας και την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού.	49
4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΥΡΙΑΣ: ΕΝΑ ΠΛΕΓΜΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕΤΕΤΡΕΨΕ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΣΕ ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ – ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΟΠΥΥ.	52
4.1. Οι θεσμοθετημένοι εξωγενείς παράγοντες πολιτικής πίεσης.	53
4.1.1. Σύντομη αναφορά στην ευρωπαϊκή πορεία ενοποίησης και στις βασικές αρχές της.	54

4.1.2. Η στρατηγική για την υγεία και τα υγειονομικά συστήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση.	56
4.1.2. Η «τρίκα» και η μνημονική υποχρέωση για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ.	58
4.2. Οι θεσμικοί παράγοντες στο εσωτερικό της χώρας.	61
4.2.1. Πολιτικοί θεσμοί: η κυρίαρχη πολιτική αντίληψη και στάση των άμεσα εμπλεκόμενων.	62
<i>4.2.1.1. Ήταν αναγκαία η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;</i>	64
<i>4.2.1.2. Ήταν η «κατάλληλη συγκυρία» για την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, από θεσμικής πλευράς;</i>	65
<i>4.2.1.3. Ποιο είναι το βασικό χαρακτηριστικό του οργανισμού και οι επιδιώξεις των διαμορφωτών του;</i>	66
4.2.2. Πολιτικοί θεσμοί: τι υποστήριξε η αντιπολίτευση.	67
4.2.3. Ομάδες συμφερόντων και συνδικαλιστική δράση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία.	68
4.2.4. Η κοινή γνώμη και η πολιτική κουλτούρα και τα κληροδοτήματα πολιτικής.	71
5. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2014 ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ –Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ «ΚΛΕΙΔΩΝΕΙ» ΜΕ ΜΕΤΡΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ.	75
5.1. Ο ΕΟΠΥΥ και η διάκριση των ρόλων του αγοραστή και του παραγωγού υπηρεσιών υγείας.	77
5.1.1. Η αμφισβήτηση της βιωσιμότητας του νεοσύστατου οργανισμού και οι προτάσεις των «ειδικών».	77
<i>5.1.1.1. Ευρωπαϊκή πολιτική και θεμελιώδεις αρχές.</i>	78
<i>5.1.1.2 Οι αντικρουόμενες απόψεις των ειδικών.</i>	79

5.1.2.Η μεταρρύθμιση ΕΟΠΥΥ και ΠΦΥ από την πλευρά των πολιτικών πράξεων – υποστήριξης ή αντίστασης	82
<i>5.1.2.1. Πολιτικοί θεσμοί: Οι αντικρουόμενες απόψεις των κομμάτων του κοινοβουλίου.</i>	82
<i>5.1.2.2. Ομάδες συμφερόντων: Η στάση των γιατρών υπαλλήλων των Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ).</i>	83
<i>5.1.2.3. Η κοινή γνώμη: Η επιθυμητή από την πλευρά των πολιτών, πολιτική υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:</i>	84
5.2. Ενδεχόμενα και προτάσεις των «ειδικών» για το μέλλον του Οργανισμού	86
5.2.1 Θεσμοί, τυπικοί κι άτυποι που αντιστέκονται στην ολοκλήρωση του Οργανισμού ή αλλοιώνουν τον αρχικό σχεδιασμό πολιτικής και η πολιτική αποδοτικότητα τους.	87
5.2.2. Οι προτάσεις των «ειδικών» και πολιτικών παραγόντων θέτουν τον ΕΟΠΥΥ στο επίκεντρο, δυναμώνοντας την προοπτική του.	90
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	93
7. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	97
8. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.	98
9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ. Διαδικτυακές παραπομπές για ομιλίες, συνεντεύξεις, δημόσιες δηλώσεις, δελτία τύπου και άρθρα.	103

Ευχαριστίες,

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Πάνο Μινογιάννη, για την άμεση και συνεχή βοήθεια του στην εκπόνηση της εργασίας μου, καθώς και τον ακαδημαϊκό υπεύθυνο του παρόντος μεταπτυχιακού προγράμματος, Μάμα Θεοδώρου, για την συμβολή του στη διεκπεραίωση της.

Επίσης, ευχαριστώ όλους τους φίλους και την οικογένεια μου για την ηθική συμπαράσταση.

Περίληψη

Η οικονομική κρίση αποτελεί κρίσιμη συγκυρία που ευνοεί τις αλλαγές των δημόσιων πολιτικών, γιατί αναδεικνύει ακόμη πιο έντονα τις προ υπάρχουσες αναποτελεσματικότητές τους. Στην Ελλάδα οι μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα υπήρξαν σημείο πολιτικής αναφοράς για δεκαετίες, χωρίς όμως να οδηγήσουν και την περίοδο προ κρίσης σε ένα δίκαιο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Πολλές φορές δε προτάθηκαν μεταρρυθμιστικές πολιτικές από ποικίλες πλευρές, αλλά συνάντησαν αρκετά εμπόδια και τις περισσότερες φορές, ακόμη και αν νομοθετούνταν, έμεναν ανεφάρμοστες.

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια, με τη χρησιμοποίηση των βασικών αρχών του ιστορικού θεσμισμού, να αναλυθούν οι παράγοντες που αντιστέκονται ή ευνοούν την υγειονομική μεταρρύθμιση με επίκεντρο τη σύσταση και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ ιδρύθηκε σε μια ιστορική συγκυρία στην οποία κυριαρχεί η οικονομική κρίση με πολύπλευρες συνέπειες και οι δεσμεύσεις της χώρας για τήρηση δημοσιονομικής πειθαρχίας και υλοποίηση μεταρρυθμίσεων σε όλους τους τομείς του κράτους στα πρότυπα των επίσημων πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η μελέτη αποδεικνύει ότι η πρόταση για δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας δεν μπορούσε να παραμείνει ανεφάρμοστη, όπως σε άλλες περιόδους, γιατί το κόστος παραμονής στο προηγούμενο θεσμικό καθεστώς, δηλαδή της παροχής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας από πολλούς διαφορετικούς φορείς, ήταν μεγαλύτερο από την επιλογή της αλλαγής μονοπατιού. Θέτοντας το διαφορετικά, το πολιτικό και οικονομικό κόστος του σεναρίου μη δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ ήταν μεγαλύτερο από τα αντίστοιχα κόστη δημιουργίας του. Έτσι, η θεσμική αλλαγή επήλθε. Όμως, η παγίωσή της και η εμβάθυνση στο όραμα πολιτικής που τη συνοδεύουν είναι θέμα καθολικής υιοθέτησης μιας νέας κουλτούρας πολιτικής, η οποία ξεκινά από την αποδοχή της ανάγκης για χάραξη μακροχρόνιων σταθερών πολιτικών υγείας. Μια τέτοια πολιτική θα βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και ξεκάθαρες προτάσεις και θα αποτρέπει την εφαρμογή περιστασιακών ή αυθαίρετων πολιτικών βουλήσεων και αβάσιμων ενεργειών. Απαιτεί δε τη συνεχή προσαρμογή σε βελτιωμένα πρότυπα με τη στήριξη μιας σειράς πολιτικών «παικτών» εντός κράτους και αγοράς, αποκτώντας έτσι και την κυριότητα της μεταρρύθμισης.

Abstract

The economic crisis is a critical juncture that allows reforms in public policy because it highlights strongly its inefficiencies. In Greece, the reforms in the health sector were a political reference point for decades without however, producing any result that could lead to a fairer and more efficient healthcare system. Many times policy reforms were proposed by various sides, but they always encountered several obstacles. Even when such proposals became laws, they still remained inapplicable.

This thesis attempts, by using the basic principles of Historical Institutionalism, to analyze the factors that resist or favor health reform focusing on the establishment and operation of EOPYY (EOIYY), the single payer in the Greek health policy arena. EOPYY (EOIYY) was founded in a historical context which the economic crisis dominated. At the same time the country was required to achieve fiscal discipline and implement a number of reforms in all areas of public policy to reach standards of official European Union policies. This study shows that the proposal to create a single healthcare organization, an idea that had circulated in policy circles in the past, could no longer remain inapplicable, as at older times, because the cost of stay in the previous institutional arrangements, which is to provide health insurance coverage from many different agencies, was larger than the option of changing policy path. From a different point of view, the political and economic costs of non-creating EOPYY (EOIYY) were higher than the costs of creation. Thus, the institutional change occurred. The consolidation and deepening of the political vision attached to it, is a matter of general adoption of a new political culture, which starts from the acceptance of the need for making long-term stable health policies. Such a policy would be based on scientifically proven and clear proposals and prevents application incidental or arbitrary political wills and unfounded actions. It requires continuous adaptation to improved standards to support a series of political "players" in the state and the market, and thus acquiring ownership of the reform.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση και οι μνημονιακές υποχρεώσεις της χώρας συνδέονται με πολλές μεταρρυθμίσεις που προέκυψαν ή επιβάλλεται να προκύψουν σε σύντομο χρονικό διάστημα προκειμένου να διαμορφωθούν δημόσιοι θεσμοί αποτελεσματικοί προς τον θεμελιώδη σκοπό τους και οικονομικά αποδοτικοί. Στον υγειονομικό τομέα κορυφαία μεταρρύθμιση που προέκυψε το 2011, είναι η σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Οι μεταρρυθμίσεις ως στοιχείο δημόσιας πολιτικής έχουν έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον, γιατί δείχνουν την εξέλιξη των θεσμών και έχουν αντίκτυπο στην κοινωνία και την οικονομία. Ιδίως η παρούσα έρευνα για τον ΕΟΠΥΥ ασχολείται με τη διερεύνηση του πως και γιατί προέκυψε ο νέος οργανισμός. Αναλύονται ποιες ήταν οι συνθήκες στη σφαίρα της εθνικής οικονομίας αλλά και της δημόσιας ασφάλισης υγείας, ευρύτερα στην κοινωνία, αλλά κυρίως ποια είναι η πολιτική υγείας που συνδέεται με την υλοποίησή του.

Η χάραξη και η υλοποίηση πολιτικών υγείας συνδέονται τόσο με τη γενική κατεύθυνση των πολιτικών που εφαρμόζονται από το κράτος, τη κυρίαρχη ιδεολογία, κουλτούρα και ικανότητα της δημόσιας διοίκησης, όσο και με τα χαρακτηριστικά του πολιτικοοικονομικού περιβάλλοντος που διαμορφώνονται στην ίδια τη χώρα, αλλά και στο ευρύτερο διεθνές περιβάλλον με έμφαση τα τελευταία χρόνια στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μέλος της οποίας είναι και η Ελλάδα. Η πολιτική υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, εκφράζει το σύνολο των μέτρων και αποφάσεων, τα οποία λαμβάνονται από την κυβέρνηση, με σκοπό τη βελτίωση του τομέα της υγείας στη χώρα, έχοντας ως γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους πολιτικούς περιορισμούς και ταυτόχρονα υποδεικνύει τους τρόπους που θα υλοποιηθούν (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Η πολιτική υγείας έχει στο επίκεντρό της την παρέμβαση του κράτους στην παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας. Όπως κάθε οικονομικό αγαθό, έτσι και το σύνολο των παραγομένων υπηρεσιών υγείας, υπόκειται στον νόμο της στενότητας των πόρων, δηλαδή στη ρήτρα ότι δεν υπάρχουν απεριόριστοι πόροι για παραγωγή και διανομή αλλά ένα περιορισμένος αριθμός. Εκτός όμως από αυτή την παραδοχή, τα οικονομικά της υγείας θέτουν μια συνθήκη στο επίκεντρο των συζητήσεων, που καθιστά ξεχωριστό το προϊόν «υγεία», αυτή της ύπαρξης ενός τριμερούς κυκλώματος, το οποίο αποτελείται από τους παραγωγούς υπηρεσιών, τους χρήστες των υπηρεσιών και τους ασφαλιστικούς φορείς. Η

διαπλοκή αυτή οδηγεί σε μια ιδιότυπη οικονομική συνθήκη, αυτή της διάσπασης του καταναλωτή από τον πληρωτή υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007). Το γεγονός αυτό, έχει θεμελιώδη σημασία για την αναζήτηση και κριτική αξιολόγηση των μειγμάτων πολιτικής υγείας παγκοσμίως.

Επιπλέον, η οικονομική κατάσταση σε εθνικό επίπεδο ασκεί μεγάλη επίδραση στο υγειονομικό σύστημα, γιατί διαμορφώνει το πόσο περιορισμένοι θα είναι οι πόροι που ενδέχεται να διατεθούν σε αυτό. Η οικονομική δυσχέρεια στην Ελλάδα, που πήρε διάσταση οικονομικοκοινωνικής κρίσης από το 2009 και οι διεθνείς δεσμεύσεις της χώρας, για δημοσιονομική λιτότητα, διαμόρφωσε αντίστοιχα ασφυκτικές πιέσεις για μειώσεις στη δημόσια χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος και την εύρεση και υλοποίηση πολιτικών για πιο αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Στον υγειονομικό τομέα οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν προς αυτή την κατεύθυνση παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, με κυρίαρχη τη σύσταση και λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Υπάρχει μια σχέση αιτίας αποτελέσματος μεταξύ οικονομικής κρίσης και σύστασης του ΕΟΠΥΥ; Αρκεί η μελέτη των γεγονότων που συνδέονται άμεσα με τη απόφαση αυτή το 2011 ή πρέπει να γίνει διερεύνηση των παραγόντων διαχρονικά. Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια να παρουσιαστεί και να μελετηθεί η περίπτωση της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ, μέσω της θεωρητικής προσέγγισης του ιστορικού θεμισμού, μιας θεωρητικής προσέγγισης που δίνει σημαντικές προτάσεις για το πώς διαμορφώνονται εμπόδια και ευκαιρίες για μεταρρυθμίσεις (Λάδη, 2011). Η σύσταση και λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, ως σπουδαία μεταρρύθμιση στον υγειονομικό τομέα αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον για να μελετηθεί ως μια δημόσια πολιτική που οδηγεί σε νέο μονοπάτι την πολιτική υγείας στην χώρα, με ανατροπή παγιωμένων αντιλήψεων, και πολιτικών που θεσμοθετήθηκαν διαχρονικά στο ελληνικό σύστημα. Η εργασία αυτή έχει χαρακτήρα βιβλιογραφικής ανασκόπησης και γενικότερης έρευνας γύρω από τα ερωτήματα που προτείνονται από το θεωρητικό εργαλείο προσέγγισης της. Δηλαδή, γιατί συνέβηκαν, συμβαίνουν και θα συμβούν αλλαγές στην δημόσια πολιτική για την υγεία και πιο συγκεκριμένα στον χώρο της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Βασική παραδοχή που θα διερευνηθεί, ώστε να αποδειχθεί είναι ότι πρώτον η σύσταση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί μια κομβική αλλαγή μονοπατιού στην μακρόχρονη θεσμικά καθορισμένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης και δεύτερον ότι στη χρονική στιγμή που πραγματοποιείται η

αλλαγή, υφίστανται θετικές προς αυτή καταστάσεις από αντικειμενικές και πολιτικές συνθήκες. Η ανάλυση που θα ακολουθήσει χωρίζεται στα παρακάτω μέρη.

Στο πρώτο μέρος, δηλαδή στο κεφάλαιο 2, αρχικά παρουσιάζεται θεωρητικά η αξία της ανάλυσης των δημόσιων πολιτικών, η θεωρητική προσέγγιση του νεοθεσμισμού και ειδικότερα του ιστορικού θεμισμού με σκοπό να επισημανθούν τα θεωρητικά εργαλεία ανάλυσης της παρούσας εργασίας. Στην συνέχεια γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση του υγειονομικού συστήματος με σκοπό να υπάρχει σύνδεση ιστορικών στιγμών, δρώντων και γεγονότων στην πορεία του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

Στο κεφάλαιο 3, αναλύονται τα θεσμικά στοιχεία του καθεστώτος παροχής υγειονομικής περίθαλψης από ασφαλιστικά ιδρύματα και οργανισμούς μέχρι το σημείο για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Πως βρήκε η οικονομική κρίση το πολύπλοκο και αναποτελεσματικό ελληνικό σύστημα και πως διαμόρφωσε τις συνθήκες, ώστε να είναι τόσο ανέφικτη η συντήρηση αυτού του συστήματος και επομένως άκρως αναγκαία η μεταρρύθμιση του ;

Στο κεφάλαιο 4, αναλύεται πως εξωγενείς και ενδογενείς πολιτικοί παράγοντες επηρέασαν και οδήγησαν στην αλλαγή μονοπατιού, μέσω τόσο της βιβλιογραφίας όσο και της αρθρογραφίας και των δημοσίων δηλώσεων βασικών πρωταγωνιστών της δημιουργίας και λειτουργίας του οργανισμού. Παρουσίαση γίνεται με γνώμονα να αποδειχτεί εάν και ως προς ποια κατεύθυνση υπάρχει πολιτική και ιδεολογική ομοφωνία και θέληση για τη στήριξη της μεταρρύθμισης, δηλαδή εάν αποδεικνύεται, στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ ότι εφόσον υφίστανται οι πολιτικές προϋποθέσεις μπορεί να μετατραπεί η «κρίση» σε ευκαιρία «αλλαγής πορείας».

Στο κεφάλαιο 5, αναλύονται οι πολιτικές πράξεις και προτάσεις για τη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ με σκοπό να διαπιστωθεί κάτω από ποιες συνθήκες πραγματοποιήθηκε η θεσμική αλλαγή του οργανισμού το 2014 και η κατεύθυνση των προτάσεων για το μέλλον του. Βασικό ερώτημα είναι αν μπορεί να «εδραιωθεί» ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ και κάτω από ποιες προϋποθέσεις.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τη διατύπωση θεωρητικών και πρακτικών συμπερασμάτων για τη σύσταση και λειτουργία του Οργανισμού.

2. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΕ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ.

2.1. Ο Ιστορικός Θεσμισμός ως ένα εργαλείο ανάλυσης δημόσιων πολιτικών.

Η πολιτική επιστήμη συμβάλλει στην ανάλυση των δημόσιων πολιτικών μέσω των θεωρητικών προσεγγίσεων που προσφέρει. Τέτοιες προσεγγίσεις γίνονται εργαλεία ανάλυσης και επεξήγησης δημόσιων δράσεων που οδηγούν σε εφαρμογές δημόσιων πολιτικών οι οποίες επιδρούν καθοριστικά σε μέρος ή στο σύνολο της κοινωνίας. Στις θεωρίες αυτές συγκαταλέγονται θεωρίες όπως του πλουραλισμού και νεοπλουραλισμού, του μαρξισμού και νεομαρξισμού, της συστημικής προσέγγισης, της θεωρίας των ελίτ, του κορπορατισμού, του θεσμισμού και νεοθεσμισμού. Η ανάλυση των δημόσιων πολιτικών στον υγειονομικό τομέα, όπως συμβαίνει και στο σύνολο της δημόσιας πολιτικής, εμπεριέχει την έννοια της ερευνητικής διεργασίας, θέτοντας νέα ερωτήματα σε ήδη διαμορφωμένες πολιτικές ή νέες εκβάσεις σε σχεδιαζόμενες πολιτικές δράσεις.

Στην εργασία αυτή θα χρησιμοποιηθεί ως θεωρητικό εργαλείο ανάλυσης ο ιστορικός θεσμισμός, μια νεοθεσμική προσέγγιση, προκειμένου να μελετηθεί σε βάθος η μεταρρυθμιστική δράση ή αδράνεια στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα. Η επιλογή της θεωρίας του ιστορικού θεσμισμού δεν αποτελεί και ταυτόχρονη άρνηση της αξίας άλλων θεωριών για την ανάλυση της πολιτικής υγείας, αλλά εδράζεται στην πεποίθηση ότι ο ιστορικός θεσμισμός δίνει τα κατάλληλα εργαλεία ανάλυσης για την έρευνα και κατανόηση μιας εδραιωμένης κατάστασης ή την ανάδειξη μιας νέας, όπως θα διατυπωθεί παρακάτω. Η πεποίθηση αυτή προέρχεται από τρία προτερήματα της προσέγγισης του ιστορικού θεσμισμού που προσφέρονται στον μελετητή. Αυτά αφορούν πρώτον, στην προσφορά του στο να δοθούν απαντήσεις σε πρωταρχικά ερωτήματα που έχουν να κάνουν με την «προέλευση, ποικιλία και δυναμική» εθνικών συστημάτων (Νικολέντζος, 2008). Δηλαδή, η προσέγγιση αυτή ασχολείται με τις αιτίες που οδηγούν σε υπάρχουσες διαμορφώσεις σημαντικών δημόσιων πολιτικών, όπως των πολιτικών υγείας. Δεύτερον, δίνει μεγάλη έμφαση στον παράγοντα χρόνο, στοιχείο που αποδεικνύει ότι προσπαθεί να εντοπίσει και να αξιολογήσει αλληλένδετες καταστάσεις διαχρονικά (Νικολέντζος, 2008). Τρίτον, έχει μακροαντίληψη των θεσμών και της λειτουργικότητάς τους στην κοινωνία και δεν αντιλαμβάνεται σε μονοδιάστατη βάση τον κάθε θεσμό ή την εξέλιξη του (Νικολέντζος, 2008). Αυτή η

διάσταση σημαίνει ότι ως θεωρητικό εργαλείο διαμορφώνει κανόνες συγκριτικής πολιτικής, που αποτελούν χρήσιμη περιγραφή και επεξήγηση της ποικιλομορφίας εντός μεγάλων θεσμικών συστημάτων, όπως του υγειονομικού συστήματος.

2.1.1. Βασικές αρχές της νεοθεσμικής προσέγγισης.

Η νεοθεσμική προσέγγιση αντιλαμβάνεται τους θεσμούς ως τον πυρήνα του πολιτικού γίνεσθαι. Οι θεσμοί είναι τα θεμέλια στα οποία οικοδομούνται οι ατομικές και συλλογικές δράσεις και οι δημόσιες πολιτικές κι επομένως τις προκαθορίζουν έχοντας δεθεί σε αυτούς συνεκτικά. Η λειτουργική αυτή αλληλοσύνδεση θεσμών και πολιτικών δράσεων αποδομεί την έννοια του αντικατοπτρισμού της κοινωνικής πραγματικότητας στους θεσμούς ως και στρέφει την προσέγγισή τους σε πιο ολιστικές αντιλήψεις. Οι θεσμοί αποτελούν, για τους νεοθεσμιστές, «θεμελιώδη παράγοντα τάξης» που «διαμορφώνουν το εξελικτικό πλαίσιο» της κοινωνίας, των ατομικών λογικών, των ατομικών δράσεων και των συλλογικών δράσεων και των δημόσιων πολιτικών και των οποίων οι μορφές και οι τρόποι αλλάζουν προοδευτικά κάτω από την ίδια την επίδραση αυτών των διαντιδράσεων»(Muller, Surel, 2002).

Η νεοθεσμική σχολή αποτελεί μεταγενέστερη απάντηση στον δομολειτουργισμό και στον συμπεριφορισμό που είχαν αναπτυχθεί ως αντίδραση στον θεσμοκεντρισμό, την κλασική θεωρία του θεσμιτισμού και απομάκρυναν την ανάλυση των δημόσιων πολιτικών από τους θεσμούς, θεωρώντας τους «μαύρα κουτιά» που λειτουργούν ως κόμβοι εισροών – εκροών στο πολιτικό σύστημα (Κωτσονόπουλος, 2011). Ο κλασικός θεσμιτισμός περιλαμβάνει παραδοσιακές φορμαλιστικές- νομικίστικες προσεγγίσεις, στον οποίο ως θεσμοί θεωρούνται οι κανόνες δημόσιου δικαίου που διέπουν τα όργανα της πολιτείας κι επομένως η ανάλυσή του περιλαμβάνει την αξιολόγηση της νομικής μορφής των οργάνων του κράτους προκειμένου να ερμηνευτούν οι πολιτικές εξελίξεις (Κωτσονόπουλος, 2011).

Ο νεοθεσμιτισμός, αποτελεί μια ευρύτερη και ανανεωμένη σε σχέση με τον θεσμιτισμό αντίληψη για τους θεσμούς, που στηρίζεται σε δύο θεμελιώδεις παραδοχές. Η μια ότι οι θεσμοί αποτελούν «παράγοντες τάξης που μειώνουν τον χαοτικό χαρακτήρα του ανταγωνισμού» (Muller, Surel, 2002). Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους, ωστόσο, είναι ότι δεν παράγουν πάντοτε την ορθή πολιτική ή δεν «εγκλωβίζουν» τη δράση σε θεσμοθετημένα στερεότυπα, παρόλο που είναι πολλοί και ποικιλόμορφοι, όπως διαδικαστικοί, αξιολόγησης, κανόνες που καθορίζουν τη χορήγηση εξουσίας, την οργάνωση της δράσης και της μεταβολής των ίδιων των κανόνων, αλλά προσφέρουν «αναρίθμητες ευκαιρίες επιλογών» (Muller, Surel, 2002). Η

άλλη παραδοχή ορίζει την πολιτική ως ερμηνεία του κόσμου (Muller, Surel, 2002). Η παραδοχή αυτή συμπληρώνει την προηγούμενη, θεωρώντας ότι οι θεσμοί όχι μόνο είναι παράγοντες τάξης, αλλά ότι «διαμορφώνουν το νόημα που δίνουν οι δρώντες στη δράση τους» και η πολιτική μπορεί να θεωρηθεί ως μια «ερμηνεία της ζωής» (Muller, Surel, 2002).

Ο νεοθεσμισμός αποτελείται από τρεις σχολές: τον ορθολογικό θεσμισμό, τον κοινωνιολογικό και τον ιστορικό θεσμισμό. Εν συντομία, ο ορθολογικός θεσμισμός θεωρεί ότι οι δρώντες έχουν ορθολογική συμπεριφορά ως προς τον σκοπό αλλά οι θεσμοί είναι αυτοί που ιεραρχούν τις επιλογές τους (Κωτσονόπουλος, 2011). Οι θεσμοί είναι περισσότερο τυπικοί κανόνες που πολύ δύσκολα μπορούν να αλλάζουν και προκαθορίζουν τις προτιμήσεις και τους στρατηγικούς υπολογισμούς των δρώντων (Λάδη, Νταλάκου, 2010). Οι θεσμοί είναι δηλαδή, ένα ορθολογικό πλαίσιο δράσης, που η κάθε δράση είναι υπολογισμένη και προκαθορισμένη. Ο ορθολογικός θεσμισμός είναι ένα μοντέλο που χρησιμοποιεί αναλύσεις κόστους- οφέλους με την παραδοχή της ρήτρας της ατελούς πληροφόρησης και έχει προτερήματα σε ποσοτικές έρευνες, αφού προσφέρει ένα συγκρατημένα αφαιρετικό μοντέλο σκέψης (Wendt, 2009). Ο κοινωνιολογικός θεσμισμός, αντιθέτως, θεωρεί ότι οι θεσμοί δεν είναι μόνο αποτέλεσμα ορθολογικών αποτιμήσεων, αλλά καθορίζονται από το ευρύτερο πολιτισμικό περιβάλλον που λειτουργούν οι οργανώσεις (Λάδη, Νταλάκου, 2010). Τέλος, ο ιστορικός θεσμισμός, ο οποίος χρησιμοποιεί την υπολογιστική και την πολιτισμική προσέγγιση εξίσου, ώστε να αναλύει ενδελεχώς τις σχέσεις κοινωνικής δράσης και της δομής των θεσμών (Wendt, 2009), αναλύεται πιο διεξοδικά παρακάτω.

2.1.2. Ανάλυση των βασικών συστατικών του ιστορικού θεσμισμού.

Ο ιστορικός θεσμισμός σε σχέση με τις άλλες δυο σχολές του νεοθεσμισμού – τον ορθολογικό θεσμισμός και τον κοινωνιολογικό- αποτελεί μια πιο πολιτικοποιημένη ανάλυση για την εξέλιξη των θεσμών (Λάδη, Νταλάκου, 2010) και ένα ευέλικτο και δυναμικό οδηγό για την κατανόηση της αδράνειας, αλλά και της αλλαγής των πολιτικό - διοικητικών συστημάτων (Λάδη, 2011). Ο ιστορικός θεσμισμός προσφέρει μια εξελικτική θέαση της δημόσιας πολιτικής, με επίκεντρο την «εξαρτημένη ως προς την τροχιά» πορεία του κοινωνικού γίνεσθαι (Νικολέντζος, 2008). Σε θεωρητικό επίπεδο, αποτελεί μια ευρύτερη προσέγγιση, η οποία «επικεντρώνοντας στις πολιτικές εκβάσεις, προσπαθεί να ανιχνεύσει τον τρόπο με τον οποίο οι διάφοροι συνδυασμοί θεσμών και διαδικασιών, οδήγησαν σε μια συγκεκριμένη σειρά αποτελεσμάτων κι όχι σε μια διαφορετική», προσφέρει δηλαδή μια ex

post θεώρηση των πολιτικών γεγονότων (Κωτσονόπουλος, 2011). Αυτή η ex post προσέγγιση προσφέρει μια «μεθοδολογική επιλεκτικότητα», τα πλαίσια της οποίας καθορίζονται από το γεγονός ότι οι συμπεριφορές των δρώντων δεν θεωρούνται εξ ορισμού ορθολογικές ή πολιτισμικά καθορισμένες, αλλά αντιθέτως διαμορφώσιμες από τα θεσμικά σχήματα που υπάρχουν και επαναλαμβάνονται στον χρόνο (Κωτσονόπουλος, 2011).

Στον ιστορικό θεσμισμό, οι θεσμοί ακολουθώντας τον ορισμό των Hall και Taylor (1996), είναι «τυπικές και άτυπες διαδικασίες, ρουτίνες, νόρμες και συμβάσεις που βρίσκονται εμποδωμένες στην οργανωτική δομή της πολιτείας ή της πολιτικής οικονομίας» (Wendt, 2009). Όπως είναι εμφανές, η ανάλυση της πολιτικής αδράνειας στον ιστορικό θεσμισμό δεν εμποδίζει την αντίστοιχη ερμηνεία των μεταρρυθμίσεων και της μεγάλης πολιτικής αλλαγής, προσκρούοντας στα θεμέλια της θεωρίας. Αντιθέτως, οι οπαδοί του ιστορικού θεμισμού υποστηρίζουν ότι οι αλλαγές σε μια πολιτικό-διοικητική δομή μπορούν να υλοποιηθούν κάτω από ορισμένες συνθήκες. Η θεωρία εξηγεί ότι ιστορικά διαμορφώνονται «κρίσιμα σταυροδρόμια» σε εποχές που μπορούν να εμπεριέχουν όλα τα χαρακτηριστικά μιας «κρίσιμης συγκυρίας», όπως αλλαγές στο πολιτικό κλίμα, σημαντικά οικονομικά γεγονότα, όπως μια μεγάλη οικονομική κρίση ή μια οικονομική άνθιση ή τεχνολογικά ή δημογραφικά. Έτσι, οι πολιτικές εξελίξεις «σημαδεύονται» από κρίσιμες συγκυρίες, οι οποίες τελικά δείχνουν τον δρόμο για αλλαγή κατεύθυνσης στις πολιτικές νόρμες και στο σύνολο της κοινωνικής πραγματικότητας (Νικολέντζος, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, βασικές έννοιες της προσέγγισης του ιστορικού θεμισμού είναι η «διαδοχική εξάρτηση» (path dependence), «οι κριτικές στιγμές» (critical moments), «τα κρίσιμα σταυροδρόμια» (critical junctures) και η «αυξάνουσα απόδοση». Η χρήση της έννοιας «διαδοχική εξάρτηση» γίνεται για να δηλώσει ότι, όταν μια χώρα ακολουθεί ένα συγκεκριμένο μονοπάτι, το κόστος αλλαγής κατεύθυνσης είναι πολύ μεγάλο (Λάδη, 2011). Ουσιαστικά, η διαδοχική εξάρτηση, μπορεί να γίνει περισσότερο αντιληπτή ως μια κοινωνική διεργασία, η οποία στηρίζεται στην έννοια της αυξάνουσας απόδοσης (increasing returns) (Pierson, 2000). Η έννοια της «αυξάνουσας απόδοσης» είναι καθοριστική για την ανάλυση της αλλαγής μονοπατιού, αφού επισημαίνει το μέγεθος του κόστους της αλλαγής και σχετίζεται με την κρίσιμη χρονική στιγμή και την αλληλουχία των μονοπατιών (Λάδη, 2011). Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στοιχεία που συνθέτουν την έννοια της «αυξάνουσας απόδοσης» μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: α) η αδυναμία πρόβλεψης (unpredictability),

που σημαίνει ότι οι προγενέστεροι θεσμοί ασκούν μεγάλη επίδραση και η προηγηθείσα διαμόρφωση εν μέρη μπορεί να στηρίζεται και σε τυχαία γεγονότα, πράγμα που δεν καθιστά εύκολη μια πρόβλεψη πολιτικής για το μέλλον, β) η ανελαστικότητα/αδράνεια, (inflexibility), δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η σταθερότητα στον χρόνο ενός θεσμού τόσο πιο δύσκολη είναι η επίτευξη αλλαγής μονοπατιού, ώστε μόνο αρκετά συνεκτικές προτάσεις να μπορούν να διασφαλίσουν μια ενδεχόμενη αλλαγή, γ) η αναγνώριση των τυχαίων συμβάντων (nonergodicity), δηλαδή τυχαία γεγονότα σε μια αλληλουχία δεν μπορούν να αγνοηθούν, γιατί τροφοδοτούν εν μέρη μελλοντικές δράσεις και δ) η δυνητική ανεπάρκεια του μονοπατιού (potential path inefficiency), δηλαδή η επιλεγμένη θεσμοθέτηση στο παρελθόν να παρουσιάζει χαμηλή εκπλήρωση στόχων σε σχέση με τον εάν είχε ακολουθηθεί η μη υλοποιήσιμη εναλλακτική πρόταση (Pierson, 2000). Βασική αξία έχει να τονιστεί ότι διαφορετική αλληλουχία γεγονότων μπορεί να οδηγήσει και σε διαφορετικά αποτελέσματα πολιτικής και ότι τα ζητήματα ιστορίας είναι σημαντικά να μελετηθούν (Pierson, 2000).

Επιπλέον, η έννοια της «κρίσιμης συγκυρίας» χρησιμοποιείται για να δηλώσει τις χρονικές εκείνες στιγμές που αποτελούν ευκαιρία για να πραγματοποιηθεί μια σημαντική αλλαγή και που εάν όντως χρησιμοποιηθούν κατάλληλα από τους πολιτικούς δρώντες μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή μονοπατιού στη δημόσια πολιτική, δηλαδή σε μια «κρίσιμη διασταύρωση» (Λάδη, 2011). Οι πολιτικές εξελίξεις σε μια χώρα σημαδεύονται από τις κρίσιμες συγκυρίες, οι οποίες κυρίαρχα χαρακτηρίζουν την κοινωνική ζωή και δίνουν ώθηση σε νέες πολιτικές (Νικολέντζος, 2008). Κρίσιμες συγκυρίες δημιουργούνται πολλές φορές στην ιστορική εξέλιξη των κοινωνιών και προέρχονται από σημαντικά ιστορικά γεγονότα, όπως μια βαθιά οικονομική κρίση ή μια κοινωνική σύγκρουση ή μια μεγάλη τεχνολογική εφεύρεση. Ωστόσο, δεν σημαίνει ότι πάντα οι αντικειμενικές καταστάσεις θα οδηγήσουν σε μια «αλλαγή μονοπατιού» στη δημόσια πολιτική, μιας και αυτή είναι μια σύνθετη πολυπαραγοντική διαδικασία, που εμπεριέχει, εκτός από τις συνθήκες της υλικής πραγματικότητας και τις συνθήκες της κυρίαρχης πολιτικής πραγματικότητας και τους θεσμούς που αυτή εξελικτικά έχει δομήσει.

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που συμβάλλουν ώστε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο να μετατραπεί σε μεταβατική περίοδο, κρίσιμο σταυροδρόμι για μια νέα περίοδο πολιτικής. Τέτοιοι μπορεί να είναι:

Πολιτικοί θεσμοί που έχουν ήδη διαμορφωθεί από προγενέστερες πολιτικές και μπορούν να συμβάλλουν επικουρικά ή μη στην κρίσιμη συγκυρία για την απόφαση αλλαγής πολιτικής (Νικολεντζος,2008). Ένας από τους παράγοντες που θα κρίνει την τελική έκβαση μιας προσπάθειας μετάβασης σε μια νέα πολιτική στην κρίσιμη συγκυρία είναι το πόσο ισχυροί και συνεκτικοί είναι οι θεσμοί, ποια τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά και το μέγεθος της επίδρασής τους στο σύνολο της πολιτικής δραστηριοποίησης.

Κληροδοτήματα πολιτικής, δηλαδή η συνέχεια της πολιτικής παράδοσης κουλτούρας και ιδεολογικής τοποθέτησης των κύριων φορέων πολιτικής. Για παράδειγμα, μια μεταρρύθμιση έχει θετικές επιδράσεις, όταν αρχίζει από μια κυβέρνηση και συνεχίζει μια νέα που προέρχεται από τον ίδιο ιδεολογικό χώρο.

Κοινή γνώμη και πολιτισμικές αντιλήψεις αποτελούν παράγοντες υποβοήθησης ή αποδόμησης μιας προσπάθειας για αλλαγή πολιτικής. Τα αιτήματα, οι ανάγκες και οι αντιλήψεις των πολιτών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαμόρφωση πολιτικών (Νικολέντζος,2008). Η κοινή αντίληψη για το κοινωνικό συμφέρον μπορεί σε κατάλληλο έδαφος να συγκρουστεί ή να υποστηρίξει πολιτικές πράξεις καθορίζοντας αυτές ποικιλόμορφα. Η κυρίαρχη αντίληψη που υπάρχει ευρύτερα για την υγεία προσανατολίζει την πολιτική υγείας και οδηγεί τις κυβερνήσεις να θεσμοθετούν ανάλογα.

Πολιτική κουλτούρα και κόμματα, ανάλογα με τη δύναμή τους, τα κόμματα και η πολιτική κουλτούρα σε μια κοινωνία μπορούν να παίξουν ρόλο στη διαμόρφωση θεσμών. Στον παράγοντα αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ιστορική πορεία των κομμάτων, ο βαθμός επίδρασής τους στις πολιτικές εξελίξεις και τις αντιλήψεις των πολιτών, η συνεκτικότητά τους και οι μακροχρόνιες επιδράσεις στη διαμόρφωση πολιτικής κουλτούρας σε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού.

Οργανωμένα συμφέροντα μπορούν να έχουν μεγάλη ή μικρή επίδραση στη διαμόρφωση πολιτικών. Συγκεκριμένες ομάδες, ανάλογα την προσβασιμότητά τους και τη συνοχή τους, μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στις κρίσιμες συγκυρίες και να προωθήσουν ή να σταματήσουν μια μεταρρύθμιση. Ορισμένες οργανωμένες ομάδες συμφερόντων μπορεί να επωφελούνται από τους ισχύοντες θεσμούς και να προσπαθούν να επηρεάσουν τη διαμόρφωση νέων πολιτικών.

Τέλος, *στρατηγικές κρίσεις* (judgments) που άτομα και ομάδες δρώντων διαμορφώνουν, οι οποίες μπορεί να δημιουργήσουν θετικές ή αρνητικές εκβάσεις σε μελλοντικές πολιτικές (Νικολετζος,2008).

Η μελέτη της ιστορικής εξέλιξης του υγειονομικού συστήματος και των εκβάσεων των διαφόρων μεταρρυθμίσεων, όπως αυτή της σύστασης του ΕΟΠΥΥ, μπορεί να αποφέρει καρπούς μέσω της προσέγγισης του ιστορικού θεσμισμού. Η προσέγγιση αυτή δείχνει ότι οι εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα πρέπει να μελετούνται σε σχέση με τους υφιστάμενους θεσμούς και προηγούμενες επιλογές πολιτικής, αφού τροφοδοτούν με ιδεολογικά και πρακτικά πρότυπα συμπεριφοράς τους δρώντες των μεταγενέστερων πολιτικών διεργασιών και παίζουν καθοριστικό ρόλο στο αποτέλεσμα. Η «μεταρρύθμιση μετατρέπεται σε ζήτημα θεσμικών δυνατοτήτων και προσδιοριστικών παραγόντων παρέμβασης σε συγκεκριμένους τομείς και μέσα σε συγκεκριμένες πολιτικές καταστάσεις και περιστάσεις, όπως αυτές διαμορφώνονται με βάση τις ιδέες, το κομματικό σύστημα, τους κοινοβουλευτικούς κανόνες, τις κρατικές δομές, τους καταστατικούς κανόνες, τους ίδιους τους κοινωνικούς θεσμούς» (Σακελλαρόπουλος, Οικονόμου, 2006).

Η διερεύνηση πολιτικών υγείας μέσω του ιστορικού θεσμισμού πρέπει να λαμβάνει υπόψη και δυο παραμέτρους, που συχνά δεν έχουν λάβει τη σημασία που τους αναλογεί σε πολλές μελέτες. Η μια είναι η επίδραση των θεσμοθετημένων δομών στη συμπεριφορά και δράση, όχι μόνο σε συλλογικά οργανωμένους δρώντες, αλλά και στους ατομικούς, δηλαδή σε πολίτες χρήστες υπηρεσιών υγείας. Κύρια αντίληψη είναι ότι οι πολιτικοί είναι απρόθυμοι να υιοθετήσουν μέτρα λιτότητας που θα δυσαρεστήσουν τους εκλογείς τους, όμως χρειάζεται μεγαλύτερη εμβάθυνση στις ατομικές συμπεριφορές (Wendt, 2009). Η δεύτερη αναφέρεται στον διττό ρόλο των ιδεών στη διαμόρφωση πολιτικών. Οι ιδέες είναι και αυτές μέρος της διαμόρφωσης πολιτικών και θεσμών για την υγεία (Wendt, 2009).

Παρακάτω γίνεται μια απόπειρα να παρουσιαστεί σύντομα μια ιστορική ανασκόπηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα με γνώμονα την ανάδειξη των συνθηκών που χαρακτηρίζουν τις μεταβατικές περιόδους και τις περιόδους σχετικής ή συνεχής αδράνειας.

2.2. Ιστορική ανασκόπηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

Έχει γενικότερα διαπιστωθεί, από την σχετική βιβλιογραφία, ότι η εξελικτική πορεία του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα συνδέεται με τη κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας αλλά και από το σύνολο των ιστορικών γεγονότων και πολιτικών αντιφάσεων και ανατροπών που σηματοδότησαν την εξελικτική πορεία της. Η πολιτική υγείας της χώρας παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά με την υπόλοιπη κοινωνική πολιτική, δηλαδή αυτά της ασυνέχειας και της αποσπασματικότητας. Παρακάτω οι υγειονομική ιστορία έχει χωριστεί κατάλληλα με βάση σημαντικές στιγμές τόσο της ιστορικής εξέλιξης του Ελληνικού κράτους όσο και του υγειονομικού τομέα.

2.2.1. Η πρώτη περίοδος του Ελληνικού κράτους και τα πρώτα ψήγματα υγειονομικής πολιτικής. (Περίοδος 1821 μέχρι 1922).

Ιστορικά, ο εθνικοαπελευθερωτικός αγώνας των Ελλήνων που άρχισε το 1821, οδήγησε στη δημιουργία του ελληνικού κράτους με την σταδιακή συνάρτηση σε αυτό ολοένα και περισσότερων εδαφών μετά από εμπόλεμες καταστάσεις που μεγέθυναν την οικονομική δυσπραγία. Οι βασικές του δομές εισήχθησαν από ξένους μονάρχες, οι οποίοι προέρχονταν από τη Γαλλία, τη Ρωσία και τη Μ. Βρετανία. Το κράτος ήταν έντονα παρεμβατικό στην κοινωνική ζωή και αναπτύχθηκαν πελατειακές σχέσεις, με το κράτος να παίζει ρόλο εργοδότη, ώστε η προσβασιμότητα σε αυτό να σημαίνει απόκτηση δύναμης από συγκεκριμένες οικογένειες και διαμόρφωση κλίματος εχθρότητας προς το κράτος από τον υπόλοιπο πληθυσμό. (Κουρής, Σουλιώτης, 2007). Οι πελατειακές, όμως, σχέσεις στη δημόσια διοίκηση οδηγούν και σε μη αποτελεσματικές πολιτικές που κυριάρχησαν από την έναρξη του κράτους στην Ελλάδα. Στο νεοσύστατο κράτος διαμορφώθηκε μια ιδεολογική σύγκρουση που προερχόταν από τη μια από τις ιδέες του φιλελευθερισμού και της Γαλλικής επανάστασης που προωθήθηκε από τον ελληνισμό της διασποράς κι από την άλλη ένα σύστημα ιδεών και πρακτικών του παραδοσιακού οθωμανικού κράτους που φορείς τους ήταν ομάδες που παραδοσιακά είχαν εξουσία και στην προεπαναστατική περίοδο (Λάδη, 2011). Η παραπάνω παρατήρηση, αν και δεν αποτελεί ευθέως αντικείμενο της εργασίας, τροφοδοτεί τη συζήτηση για τις ρίζες των θεσμών και της πολιτικής κουλτούρας στη χώρα που επηρεάζει την εξελικτική της τροχιά σε όλες τις εκφάνσεις της δημόσιας πολιτικής και συνεπώς και τις πολιτικές υγείας.

Στην πρώτη περίοδο του κράτους, οι κύριες υγειονομικές παρεμβάσεις μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: Το 1927, με το σύνταγμα της Τροιζήνας, δημιουργείται το πρώτο ελληνικό κράτος, το οποίο είναι τόσο οικονομικά αδύναμο, ώστε δεν μπορεί να διαθέσει πόρους για την υγεία και έτσι νοσηλευτικά ιδρύματα χρηματοδοτούνται με φιλανθρωπικές πρωτοβουλίες (Υφαντόπουλος, 2006). Το 1833, δημιουργείται η πρώτη υγειονομική υπηρεσία από τους Βαυαρούς που ονομάστηκε «Υγειονομικό Τμήμα ή Υγειονομική αστυνομία», με επικεφαλής τον Βαυαρό ιατρό του βασιλιά Όθωνα, Dr Witmer (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Την ίδια χρονιά εισάγεται και ο θεσμός του νομιάτρου, δηλαδή ενός υπεύθυνου για την υγεία σε κάθε νομό. Τα υγειονομικά αυτά μέτρα ήταν επιβεβλημένα από τις συνθήκες, δηλαδή τις θανατηφόρες επιδημίες πανώλης και χολέρας που έπλητταν τον πληθυσμό (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Πολύ αργότερα, το 1916, μπορεί να τοποθετηθεί η «γένεση» του Υπουργείου Υγείας με το διάταγμα 81/4, με το οποίο συστήνεται η «Ανωτάτη Διεύθυνση Περιθάλψεως Οικογενειών Επιστράτων και Προσφύγων» και το 1917 δημιουργείται αυτοτελές υπουργείο Περιθάλψεως, με πρώτο υπουργό τον Σπυρίδων Σίμο (Υφαντόπουλος, 2006), το οποίο είχε ως αρμοδιότητα την περίθαλψη των προσφύγων. Χρειάστηκε η επέμβαση του Βενιζέλου για να υπάρξει κατανόηση της ανάγκης περίθαλψης ολόκληρου του πληθυσμού που ήταν σε ανάγκη (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Χαρακτηριστικό της περιόδου είναι η ίδρυση διαφόρων ιδρυμάτων «Επανορθωτικών, Προληπτικών και Προστατευτικών» για την αντιμετώπιση των μεγάλων υγειονομικών προβλημάτων, όπως Λεπροκομεία, με Νόμο το 1872, Οφθαλμιατρεία, όπως το Οφθαλμιατρείο του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1943, ιδρύματα κατά της Φυματίωσης, όπως το Σωτηρία το 1902 και γενικά θεραπευτήρια, όπως «ο Ευαγγελισμός» το 1808 (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007).

Ωστόσο, υπήρχαν και νομοθετικές προσπάθειες που δεν υλοποιήθηκαν ποτέ, όπως η ψήφιση του νόμου «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας», το 1914, που σχεδιάστηκε λόγω της μεγάλης νοσηρότητας από τις γενικευμένες επιστρατεύσεις της εποχής (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Όσο αφορά την κοινωνική ασφάλιση και την ασφάλιση υγείας, θεσμικά η ιστορική τους πορεία αρχίζει με την ίδρυση των ταμείων αλληλοβοήθειας το 1836. Αυτή η περίοδος χαρακτηρίζεται από έλλειψη οργανωμένου κρατικού σχεδίου και τα όποια επιτεύγματα

βασίζονται στη διαπραγματευτική ικανότητα των εργαζομένων και τη γενική συνειδητοποίηση των κινδύνων στην εργασία. Ενδεικτικά, το πρώτο κοινωνικό- ασφαλιστικό ταμείο που ιδρύεται τυπικά το 1836, αλλά ουσιαστικά αρχίζει να λειτουργεί το 1861, είναι το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Κουρής, Σουλιώτης,2007).

Η περαιτέρω ανάλυση της περιόδου ξεφεύγει από τους ερευνητικούς σκοπούς της εργασίας, ωστόσο αξίζει να σημειωθεί, ότι η πολιτική υγείας που διαμορφώθηκε είχε ως κομβικό σημείο την αντιμετώπιση της εκτεταμένης νοσηρότητας που επικρατούσε στον πληθυσμό, ως αποτέλεσμα των συνεχών πολεμικών συγκρούσεων και των άσχημων οικονομικών συνθηκών για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αλλά δεν αποτελεί ολοκληρωμένη δόμηση ενός κράτους πρόνοιας. Πολιτικοί δρώντες, όπως ενώσεις εργαζομένων με συντεχνιακά αιτήματα, ήταν πρωτοεμφανιζόμενοι και δεν είχαν αποκτήσει θεσμοθετημένη έκφραση στο κράτος, το οποίο δεν υλοποιεί ολοκληρωμένα σχέδια πολιτικής για την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, όπως επισημαίνουν μελετητές, ο θεσμός των ταμείων ασφάλισης, όπως διαμορφώθηκε αυτή την περίοδο αλλά και τις επόμενες, δεν ήταν μια ουσιαστική παρέμβαση προς το σύνολο των εργαζομένων, αλλά ένας μηχανισμός ενσωμάτωσης συγκεκριμένων ομάδων με βάση την απασχόληση, όπως αξιωματικών και δημοσίων υπάλληλων (Ρομπόλης, Χλέτσος,1995). Αυτό αποτελεί και μια θεσμική ρύθμιση, που διαχρονικά έδωσε πρόσφορο έδαφος σε συνεχείς συντεχνιακές αξιώσεις και γέννησε μια πολιτική κουλτούρα που θα τροφοδοτεί στα επόμενα στάδια της ιστορίας του υγειονομικού και ασφαλιστικού συστήματος, την πολιτική αδράνεια κάθε φορά που μια μεταρρυθμιστική πρόταση ενδεχομένως θα έθιγε παγιωμένα συμφέροντα.

2.2.2. Η περίοδος μεταξύ 1922 μέχρι τη συμμετοχή της Ελλάδας στο Παγκόσμιο πόλεμο.

Λίγο πριν τη Μικρασιατική καταστροφή η κυβέρνηση του Λαϊκού Κόμματος του Γούναρη, με τον Ν 2868/1922, θεσπίζει την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων σε αστικές περιοχές μόνο όμως για εργατικά ατυχήματα και αναπηρία. Σύμφωνα με πηγές της εποχής, ο ιατρικός κόσμος ήταν αυτός που αντέδρασε στη θεσμοθέτηση της δημόσιας ασφάλισης υγείας (Βενιέρης,1997).Η εποχή αμέσως μετά τη μικρασιατική καταστροφή βρίσκει την Ελλάδα με περίπου ενάμιση εκατομμύριο πρόσφυγες με πολύ άσχημες οικονομικές συνθήκες, όπως πολύ υψηλή ανεργία και πληθωρισμό. Τα μέτρα που λαμβάνονται υγειονομικά έχουν σκοπό να «αντιμετωπίσουν την πληγή», όμως κρίθηκαν ως περιστασιακού χαρακτήρα κι αποσπασματικά (Κουρής, Σουλιώτης, 2007). Το 1923 με

Βασιλικό Διάταγμα η κάλυψη εργατικού ατυχήματός αντικαθίσταται με την εισαγωγή θεσμού για ασφάλιση υγείας με τη μορφή κάλυψης δαπάνης νοσηλείας, αλλά αυτή, όπως και η προηγούμενη ρύθμιση του Ν2868/1922, δεν εφαρμόστηκαν, λόγω του κλίματος αυτής της «πολυτάραχης» εποχής (Βενιέρης, 1997). Το 1928 ο υπουργός Απόστολος Δοξιάδης ζητά τη συνδρομή της Κοινωνίας των Εθνών ώστε να σταλθεί επιτροπή για αναδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος. Η επιτροπή το 1929 αποφαινεται ότι η Ελλάδα είναι υγειονομικά πολύ καθυστερημένη, μια ουσιαστικά «επικίνδυνη χώρα» και προτείνει μέτρα με κυρίαρχο τη δημιουργία Κέντρων Υγείας σε όλη την επικράτεια για την αντιμετώπιση και πρόληψη νοσημάτων με χρονοδιάγραμμα μια πενταετία, τα οποία δεν υλοποιήθηκαν ποτέ (Κουρής, Σουλιώτης, 2007). Γιατί δεν προχώρησε μια τόσο σημαντική μεταρρύθμιση και επικράτησε η αδράνεια που δεν ήταν επωφελής για το κοινωνικό σύνολο; Υπήρχε η κρίσιμη συγκυρία: η υγεία και η οικονομία ήταν σε κρίση, οι ξένοι εμπειρογνώμονες πρότειναν λύση για σφαιρική αντιμετώπιση της κατάστασης, δηλαδή πρόταση με εσωτερική συνοχή. Υπήρχε και η πολιτική βούληση του υπουργείου, ο Έλληνας υπουργός είχε τη θέληση να αλλάξει τη μέχρι τότε σποραδική αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά δεν είχε την τεχνογνωσία και ζήτησε βοήθεια από το εξωτερικό. Δεν υπήρχε, όμως, κυρίαρχη πολιτική και ιδεολογική στήριξη, παρά μόνο «πίεση συντεχνιακών συμφερόντων και πολιτικών σκοπιμοτήτων» (Κουρής, Σουλιώτης, 2007 και Βενιέρης, 1997).

Αντίστοιχα, αντίσταση σε μεταρρυθμίσεις παρουσιάζονται και την περίοδο 1928-1932, κατά την οποία γίνεται η πρώτη προσπάθεια από τον Ελευθέριο Βενιζέλο για ίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα στα πρότυπα των μεταρρυθμίσεων στην Αγγλία το 1911, μίας και οι συνθήκες, τόσο της ανισότητας πρόσβασης όσο και της ανισοκατανομής των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών και ιατρικού προσωπικού, το καθιστούσαν αναγκαίο (Υφαντόπουλος, Μπαλούρδος, 2004). Η περίοδος αυτή, αρχές της δεκαετίας του 30', η παγκόσμια οικονομική κρίση οδηγεί σε μεγάλες κινητοποιήσεις των εργαζομένων. Στην Ελλάδα, όπου το 90% περίπου του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο, βασικά αιτήματα των εργατικών κινητοποιήσεων είναι η αύξηση της απασχόλησης και η ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων. Υπό την πίεση αυτή ψηφίζεται νόμος «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (Υφαντόπουλος, 1988). Ο Βενιζέλος με τον Ν .5733/1932 αντιμετώπιζε την πολυδιάσπαση και τον κατακερματισμό των ασφαλιστικών ταμείων, που είχε εδραιωθεί με τον Ν 2868/1922 με τη διαμόρφωση εθνικού συστήματος που θα παρείχε εκτός των άλλων και ιατροφαρμακευτική κάλυψη στον αστικό πληθυσμό και την πρόβλεψη για ίδρυση «κεντρικά

αυτόνομου» ασφαλιστικού οργανισμού το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Τι συνέβη και δεν υλοποιήθηκε αυτή η μεταρρυθμιστική προσπάθεια; Η άνοδος του Λαϊκού κόμματος στην εξουσία το 1934, σταμάτησε τη μεταρρύθμιση με την ουσιαστική τροποποίηση των παραπάνω με τον Ν6298/1934. Το ΙΚΑ θα άρχιζε τελικά τη λειτουργία του το 1937, αλλά ως ένας ασφαλιστικός φορέας «δεύτερης διαλογής» (Κουρής, Σουλιώτης, 2007). Οι κινητοποιήσεις εργαζομένων οδήγησαν την κυβέρνηση του Λαϊκού κόμματος να ψηφίσει τη λειτουργία του ΙΚΑ, κι όχι η αντίληψη ότι η προηγούμενη κυβέρνηση είχε σχεδιάσει στον σωστό δρόμο. Η λειτουργία του ΙΚΑ θα αποτελέσει μηχανισμό εκτόνωσης των λαϊκών διεκδικήσεων για καλύτερες υπηρεσίες υγείας και θα λειτουργήσει συμπληρωματικά στον ιδιωτικό τομέα, καλύπτοντας τα κενά που αυτός αφήνει στην περίθαλψη των εργαζομένων (Υφαντόπουλος, 1997). Έτσι, χωρίς το όραμα και την πολιτική βούληση για μια μεταρρύθμιση δεν μπορούσε να πραγματοποιηθεί καμιά αλλαγή μονοπατιού στην υγειονομική περίθαλψη και ασφάλιση.

2.2.3. Η μεταπολεμική περίοδος μέχρι και τη δεκαετία του 1980.

Η μεταπολεμική περίοδος είναι σίγουρα από τις πιο δύσκολες οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά περιόδους του κράτους. Σύμφωνα με μελετητές, δεν πραγματοποιήθηκαν ουσιαστικές παρεμβάσεις για την ολόπλευρη διαμόρφωση ενός κράτους πρόνοιας με μακροχρόνιο χαρακτήρα, όπως σε άλλες χώρες της Ευρώπης ήδη είχαν πραγματοποιηθεί, αλλά ελάχιστες θεσμικές ρυθμίσεις, κυρίως λόγω έλλειψης κοινωνικής συνεννόησης (Ρομπόλης, Χλέτσος, 1995). Το 1945 ο καθηγητής Ν. Λούρος πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου φορέα υγείας με ενοποίηση των ταμείων και χρηματοδότηση του συστήματος από το εισόδημα και αργότερα, το 1951, ο υπουργός Κοινωνικής πρόνοιας, Φ. Ζαΐμης, πρότεινε τη δημιουργία ημικρατικού οργανισμού, που θα συντονίζει το κατακερματισμένο υγειονομικό-ασφαλιστικό σύστημα, όμως και οι δυο αυτές προτάσεις για την οργάνωση δεν υλοποιήθηκαν κυρίως λόγω της ιδιόμορφης οικονομικής, κοινωνικής και πολιτικής κατάστασης της εποχής (Βενιέρης, 2003).

Το 1953 η κυβέρνηση Παπάγου προσπάθησε να υλοποιήσει μια θεσμική μεταρρύθμιση με το διάταγμα 2592, αλλά δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Το διάταγμα είχε σκοπό την περιφερειακή οργάνωση νοσηλευτικών υπηρεσιών με κεντρικό σχεδιασμό και τόσο το πνεύμα και η πολιτική αντιμετώπιση του θέματος έβρισκε την υποστήριξη όλου του πολιτικού κόσμου της εποχής. Ωστόσο, το σχέδιο ήταν ανεφάρμοστο λόγω της έλλειψης γενικότερης περιφερειακής

πολιτικής και της αντίθετης κοινωνικής τάσης για συγκέντρωση του πληθυσμού στα αστικά κέντρα (Κουρής, Σουλιώτης, 2007). Ωστόσο, μπορεί να διατυπωθεί ότι οι δεκαετίες 1950 και 1960 αποτελούν περιόδους οικονομικής ανάπτυξης, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα να υπάρχει επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης και των κοινωνικών παροχών. Στην περίοδο αυτή τοποθετείται η ίδρυση του ΟΓΑ (Ν. 3169/1961), από την κυβέρνηση του Κωνσταντίνου Καραμανλή, για την κάλυψη των αγροτών και των μελών τους που αποκτούν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη (Υφαντόπουλος, 1988). Έτσι, οι θεσμικές παρεμβάσεις στον ασφαλιστικό και υγειονομικό τομέα χαρακτηρίζονται από επέκταση στην κάλυψη των πολιτών, ως αποτέλεσμα της οικονομικής ανάπτυξης, αλλά χωρίς συγκρότηση ενιαίας πολιτικής για την παροχή υγείας στη χώρα.

Το 1970, στην περίοδο της δικτατορίας, προτάθηκε από τον τότε υπουργό υγείας και πανεπιστημιακό, Λουκά Πάτρα, το «Σχέδιο Εθνικής Πολιτικής Υγείας», το οποίο προέβλεπε την ίδρυση ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας σε αντικατάσταση του πολυκερματισμένου και πολύπλοκου ταμειακού συστήματος που επικρατούσε. Η πρόταση ήταν αρκετά αναλυτική και προσεκτικά διατυπωμένη, στοιχείο πρωτοφανές για την εποχή της, χωρίς όμως να έρχεται σε σύγκρουση με τα «εμπλεκόμενα συμφέροντα» και χωρίς να θίγει «ασφαλιστικά προνόμια» (Βενιέρης, 2003). Η μελέτη είχε αποκαλύψει τη βασική αιτία του υφιστάμενου προβλήματος στην ασφάλιση υγείας στη χώρα: «εάν ο προγραμματισμός, οικονομικός και κοινωνικός, είναι αναγκαίος δια πάσαν κοινωνία, ο κοινωνικός προγραμματισμός ειδικότερον αποτελεί δια την Ελληνικήν κοινωνίαν κατ' εξοχήν ανάγκην επείγουσαν και επιτακτικήν, διότι εις την Ελλάδα, ενώ ελάμβανοντο κατά το παρελθόν μέτρα και ιδρύοντο θεσμοί κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας, τα πάντα εγένοντο άνευ κεντρικής συλλήψεως, κατά τρόπο αυτοσχέδιον, εμπειρικόν, αποσπασματικόν και τυχαίον, υπό την πίεσιν των συμφερόντων ή τας διαλάμψεις των εμπνεύσεων της στιγμής» (Υφαντόπουλος, 2006). Το σχέδιο αυτό δεν υλοποιήθηκε ποτέ, αλλά «χάθηκε στους διαδρόμους της στρατιωτικής γραφειοκρατίας κάτω από την πίεση άνωθεν εντολών και εμπλεκόμενων συμφερόντων, το ίδιο διάστημα που ο ιδιωτικός τομέας διογκώνεται ανεξέλεγκτα» (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Βασικό κεφάλαιο για πολλούς μελετητές της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα, για την περίοδο που αναφερόμαστε, αποτελεί το Σχέδιο Δοξιάδη, που πραγματοποιήθηκε το 1976. Η περίοδος μετά την πτώση της δικτατορίας χαρακτηρίζεται από έντονη διάθεση για ριζικές αλλαγές

στον τομέα της πολιτικής υγείας της χώρας. Η έκθεση του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) το 1976 υποδείκνυε μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα με σκοπό την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων που θα οδηγούσαν στη μεγιστοποίηση της ευημερίας των πολιτών (Υφαντόπουλος, 2006). Αξίζει να αναφερθεί ότι η έκθεση ήταν μια επιστημονική προσπάθεια να αναδειχθούν τα κυριότερα προβλήματα του υγειονομικού συστήματος, όπως η έλλειψη ενιαίου πλαισίου χρηματοδότησης του κοινωνικό – ασφαλιστικού συστήματος, τις μεγάλες ανισότητες στις παροχές των ασφαλισμένων και την έλλειψη συντονισμού των φορέων που ασκούσαν την πολιτική υγείας στην Ελλάδα. Υπήρχαν και ουσιαστικές προτάσεις με σκοπό να συσταθεί ένα «επιθυμητό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης», όπως η δημιουργία «ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας» με «μεγάλες θεσμικές αλλαγές» και «ενοποίηση βασικών φορέων προστασίας της υγείας και ειδικότερα των κλάδων υγείας του ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ» (Υφαντόπουλος, 2006)

Στο αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα δημοσιεύτηκε το «σχέδιο Δοξιάδη», του τότε υπουργού και ακαδημαϊκού Σπύρου Δοξιάδη. Ο υπουργός σύστησε μια Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ), η οποία για πρώτη φορά ήταν μια «υπερκομματική επιστημονική ομάδα» (Υφαντόπουλος, 2006), με στόχο τη συλλογή στοιχείων, αξιολόγηση και διατύπωση προτάσεων για το σύστημα υγείας. Μερικές από αυτές τις προτάσεις αποσκοπούσαν στην εξασφάλιση της αποκέντρωσης των παροχών υγειονομικής περίθαλψης και γενικότερο προσανατολισμό του συστήματος υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στη βελτίωση του επιπέδου του ιατρικού προσωπικού και στον ποσοτικό και ποιοτικό προγραμματισμό στο ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος υγείας (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Το «σχέδιο Δοξιάδη», το οποίο είτε χαρακτηρίστηκε από μεταγενέστερους μελετητές «ρηξικέλευθο» (Υφαντόπουλος, 2009) και «ανανεωτική πνοή» (Υφαντόπουλος, 2006) είτε «μετριοπαθή» (Βενιέρης, 1995) με «σωστούς προσανατολισμούς» (Κουρής, Σουλιώτης, 2007), δεν κατάφερε να οδηγήσει σε μεταρρύθμιση. Το νομοσχέδιο δεν τέθηκε ποτέ προς ψήφιση στη Βουλή, ενώ πέρασε από πολλές νομοπαρασκευαστικές επιτροπές, οι οποίες ανέστειλαν την εισαγωγή του στη Βουλή. Για άλλη μια φορά, η βασική αιτία της επιβολής της θεσμικής αδράνειας έναντι μιας ριζικής μεταρρύθμισης, ενώ οι μελέτες συγκλίνουν στις βασικές τους προτάσεις και υπήρχε επιστημονική τεκμηρίωση για την αναγκαιότητά της, βρίσκεται στην πολιτική εναντίωση των παραγόντων με θεσμική ικανότητα να επηρεάσουν

άμεσα και έμμεσα το τελικό αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος με τους «επιφανείς» γιατρούς να παίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο, αντιστάθηκε δυναμικά στο σχέδιο, παρόλο που κομματικά ήταν προσκείμενος στην κυβέρνηση (Βενιέρης, 1997), χωρίς να αντιτείνουν «πειστικές και τεκμηριωμένες εναλλακτικές προτάσεις» (Βενιέρης, 2003). Από την πλευρά των βουλευτών, στελέχη της τότε κυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας αντέδρασαν έντονα, με ορισμένα από αυτά να το χαρακτηρίζουν «μαρξιστικό», ενώ στελέχη του ΠΑΣΟΚ δήλωναν ότι δεν θα το ψηφίσουν, γιατί «θα ήθελαν αυτοί» να έχουν στον δικό τους απολογισμό εξουσίας ένα τέτοιο επίτευγμα (Υφαντόπουλος, 2006). Έτσι και σε αυτή την περίοδο, μια ακόμα ευκαιρία για μεταρρύθμιση χάθηκε. Οι πολιτικοί θεσμοί, η κουλτούρα των κομμάτων, οι ομάδες συμφερόντων και οι στρατηγικές τους επιλογές δεν επέτρεψαν τα σχέδια για μεταρρύθμιση των «ειδικών» να μετουσιωθούν σε πολιτικές πράξεις. Έτσι, η βαθιά κρίση με οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις στον τομέα της κοινωνικής κάλυψης των παροχών υγείας δεν μετατράπηκε σε ευκαιρία αλλαγής μονοπατιού.

2.2.4. Η περίοδος της δεκαετίας του '80 – η εγκαθίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η περίοδος αυτή, κατά κοινή ομολογία μελετητών και πολιτικών φορέων, αποτελεί μια κομβική περίοδο για το σύστημα υγείας της χώρας, με κυρίαρχο σημείο την εγκαθίδρυση Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Στις εκλογές του 1981, το ΠΑΣΟΚ είναι το κόμμα που λαμβάνει την κοινοβουλευτική πλειοψηφία και γίνεται κυβέρνηση έχοντας κερδίσει τη στήριξη μεγάλου μέρους των πολιτών, με πολιτικό πλαίσιο που ευαγγελίζεται την προώθηση της κοινωνική ευημερίας.

Το 1982 νομοθετείται η σύσταση του ΚΕ.Σ.Υ., που σύμφωνα με τον Ν.1278/82 θα απαρτιζόταν από εκπροσώπους επαγγελματιών υγείας, συνδικαλιστικών οργανώσεων και εργαζομένων στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης στο ρόλο «λαϊκού οργάνου ελέγχου». Στην πράξη, όμως, τα κύρια μέλη διορίζονταν από τους εκάστοτε υπουργούς και σταδιακά καταργηθήκαν οι αποφασιστικές αρμοδιότητές του κι απέμεινε να έχει μέχρι γνωμοδοτικό ρόλο στα σημαντικά υγειονομικά ζητήματα (Κουρής, Σουλιώτης, 2007).

Η μεγαλύτερη, όμως, παρέμβαση κοινωνικής πολιτικής είναι η σύσταση του ΕΣΥ. Το ΕΣΥ θεσπίζεται με τον Ν.1397/1983 και αποτελεί μια από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στον υγειονομικό τομέα. Η βασική φιλοσοφία της ίδρυσής του είναι μέρος του τότε ιδεολογικού προσανατολισμού για τη δόμηση ενός ισχυρού κράτους πρόνοιας. Τα βασικά

συστατικά του νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν η καθολική κάλυψη παροχών υγείας από το κράτος και η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα με τη συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων.

Ωστόσο, ποτέ δεν εφαρμόστηκε ολοκληρωμένα ο νόμος και ο ιδεολογικός του προσανατολισμός. Πιο συγκεκριμένα, η μεταρρύθμιση για την παροχή υπηρεσιών υγείας στη βάση της κοινωνικής ισότητας εμπεδώθηκε τυπικά και πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό στον νέο θεσμό με την αναβάθμιση και αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και την προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από ένα δίκτυο κέντρων υγείας. Η μεταρρύθμιση σε αυτή της τη φάση «έτυχε», γιατί είχε ωριμάσει το αίτημα για κοινωνική ισότητα στους πολίτες με το σύνθημα της «αλλαγής» προς μια πιο δίκαιη κοινωνία, η αντιπολίτευση ήταν σε σύγχυση μετά την ήττα της στις εκλογές και ο Ιατρικός Σύλλογος Αθήνας επηρεάστηκε από το ΠΑΣΟΚ και κυρίως οι νέοι γιατροί- μέλη του, που λόγω του μεγάλου πλήθους τους, δυσκολεύονταν με την επαγγελματική τους αποκατάσταση (Μόσιαλος, Allin, 2007).

Αντιθέτως, όσο αφορά τη δημιουργία ενιαίου φορέα υγείας, αυτό παρέμεινε να νοείται μόνο στο πνεύμα του άρθρου 16, στο νόμου του ΕΣΥ, χωρίς να γίνει καμιά μεταρρύθμιση τότε και τις επόμενες δεκαετίες, που να προσδιορίζει ένα άλλο μοντέλο ζήτησης των προσφερόμενων από το ΕΣΥ υπηρεσιών υγείας, δηλαδή ζήτησης μέσω ενός μοναδικού διαμεσολαβητή (ΕΦΥ) μεταξύ χρηστών υπηρεσιών και παραγωγών (Σκουτέλης, 1995). Γιατί ενώ η ιδέα για ενοποίηση των ασφαλιστικών κλάδων υγείας δεν ήταν καινούρια και είχε τεκμηριωθεί επιστημονικά και στο παρελθόν δεν πραγματοποιήθηκε, σε ένα τόσο έντονα φορτισμένο κλίμα υπέρ της «αλλαγής»; Όπως σημειώνεται χαρακτηριστικά «ματαιώθηκε αθόρυβα και από πολιτικά συγκροτημένα, ωμη συντεχνιακή ανατροπή με κοινοβουλευτικό μανδύα» (Βενιέρης, 2003). Για άλλη μια φορά οι διαμαρτυρίες και οι πιέσεις δεν ήρθαν μόνο από την αντιπολίτευση, αλλά και από σημαντικά στελέχη του κυβερνώντος κόμματος, καθώς και πανεπιστημιακούς ιατρούς. Επίσης, οι εδραιωμένες πελατειακές σχέσεις, η μεγάλη γραφειοκρατία, η έλλειψη ικανότητας και εμπειρίας σχεδιασμού και οργάνωσης της δημόσιας διοίκησης και της διαχείρισης αλλαγών σε αυτή, δημιουργούσαν επιπλέον εμπόδια (Μόσιαλος, Allin, 2007). Ακόμα, η απόφαση για εγκατάλειψη του σχεδίου για συνένωση των ταμείων, οριστικοποιήθηκε και ανακοινώθηκε πριν τις εκλογές του 1984 με τη μετακίνηση των στόχων της μεταρρύθμισης προς την επέκταση της νοσοκομειακής περίθαλψης (Μόσιαλος, Allin, 2007).

2.2.5. Η περίοδος της δεκαετίας του '90 μέχρι το 2011.

Το 1990 τη διακυβέρνηση της χώρας αναλαμβάνει η Νέα Δημοκρατία, η οποία με τον Ν 2071/1992 καταργεί τους περιορισμούς της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία και επαναπροσδιορίζει τη φιλοσοφία του ΕΣΥ, με βάση τον ιδεολογικό της προσανατολισμό (Κουρής, Σουλιώτης,2007). Τα μέτρα που λαμβάνει δεν θα αγγίξουν το θέμα της ενοποίησης των κλάδων υγείας.

Το θέμα της ενοποίησης στην ουσία επανέρχεται με την αλλαγή της κυβέρνησης και το οποίο ενισχύθηκε, σε επιστημονικό επίπεδο, με την έκθεση της ειδικής επιτροπής των εμπειρογνομόνων το 1994 με πρόεδρο τον καθηγητή Abel Smith και μέλη επτά ξένους επιστήμονες. Η έκθεση αυτή αμφισβητήθηκε ως πρόχειρη και ελλιπής, κυρίως στην ανάλυσή της για τις πηγές χρηματοδότησης του συστήματος και υπό αυτή τη σκέψη δεν μπόρεσε να πείσει για το αν ήταν εφικτή η εφαρμογή της (Κουρής, Σουλιώτης,2007).

Για μια ακόμα φορά, το 1997 τίθεται το θέμα δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα με τον Ν. 2519/1997, που συνολικό στόχο είχε την αναδιάρθρωση του τρόπου διοίκησης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, αλλά δεν πραγματοποιείται, λόγω έλλειψης συνοχής στη μεταρρυθμιστική πρόταση με «τεχνικές δυσχέρειες» (Κουρής, Σουλιώτης, 2007) και ένα πολιτικό κλίμα που έδειχνε ότι δεν υπάρχει ξεκάθαρη κατεύθυνση για το ποιές πρέπει να είναι οι μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ και ευρύτερα στο κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα (Οικονόμου, 2004).

Έως το 2000 η κατάσταση παραμένει στατική στον χώρο της υγείας, παρόλο που η κυβέρνηση έχει θέσει ως προτεραιότητα τον «εκσυγχρονισμό». Υπό υπουργεία του Αλέκου Παπαδόπουλου, γίνεται μια εκ νέου προσπάθεια για μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας σε κλίμα αισιοδοξίας. Μεταξύ των άλλων σημαντικών προτάσεων, όπως για το management των νοσοκομείων και τη δημιουργία των ΠΕΣΥ και ΣΕΥΥΠ, προτείνεται η εφαρμογή ενός οργανισμού, που σκοπό θα είχε τον συντονισμό των κλάδων υγείας των ταμείων για την αγορά υπηρεσιών υγείας, τον ΟΔιΠΥ. Ο υπουργός υγείας σε ομιλία του σε συνδιάσκεψη του κόμματός του, το Νοέμβριο του 2000, αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «προϋπόθεση για το αποτελεσματικό ενιαίο δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης είναι η δημιουργία ενιαίου φορέα διαχείρισης, που θα συλλέγει και θα κατανέμει τους οικονομικούς πόρους που προέρχονται από πολλές και διαφορετικές πηγές». Επίσης, ο ισχυρισμός ότι ΟΔιΠΥ σημαίνει «αποτελεσματική χρηματοδότηση - υψηλότερη αποδοτικότητα στους

υγειονομικούς πόρους» διατυπώθηκε σε αρκετές ομιλίες του, σε συνέδρια και συνεντεύξεις τύπου. Ωστόσο, η πρόταση αυτή δεν εφαρμόστηκε, κάτω από την επίδραση ολόπλευρων αντιδράσεων. «Ο πρωθυπουργός δεν επιδίωκε την προώθηση αλλαγών στον τομέα της υγείας», στο εσωτερικό της κυβέρνησης δεν υπήρχε ομοψυχία, σύσσωμη η αντιπολίτευση αντιδρούσε, χωρίς όμως να έχει εναλλακτικές προτάσεις, συνδικαλιστικά υπήρξαν μεγάλες κινητοποιήσεις, ιδιώτες γιατροί και κλινικές αντιδρούσαν και η κοινή γνώμη για πρώτη φορά διατυπώνεται μέσω δημοσκοπήσεων, οι οποίες αναδεικνύουν ότι οι πολίτες θεωρούν την υγειονομική περιθάλψη ως ένα από τα σημαντικότερα θέματα (Μόσιαλος, Allin, 2007). Ακόμα και η διοίκηση του ΙΚΑ, το οποίο έχει ρόλο και χρηματοδότησης παροχών, αλλά και παραγωγής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είχε αντιδράσει δυσμενώς για το νομοσχέδιο. Επιπλέον, ένας παράγοντας είναι το «κληροδότημα πολιτικής» που επικρατούσε. Πράξεις και παραλείψεις του παρελθόντος έκαναν δυσκολότερη την εφαρμογή της αντίθετης προς αυτές μεταρρύθμιση. Τα προηγούμενα χρόνια, η πολιτική υγείας είχε δημιουργήσει ένα δαιδαλώδες νοσοκομειοκεντρικό σύστημα, ενώ η μεταρρύθμιση που επιδιώκταν έβαζε στον κέντρο την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων και τον οικογενειακό γιατρό, στοιχεία που δεν ταυτίζονταν με την παγιωμένη, αν και διαβρωτική για το ίδιο το σύστημα κατάσταση (Βενιέρης, 2003).

Η ιστορική ανασκόπηση που προηγήθηκε δεν αποτελεί μια πλήρη περιγραφή των γεγονότων που συνθέτουν την υγειονομική ιστορία της χώρας, δεν είναι εξάλλου κι ο σκοπός της. Βασική αρχή της επιλογής των γεγονότων είναι κυρίως η σχέση τους με τη δημιουργία ενός εθνικού φορέα υγείας, αλλά και η ανάδειξη συγκεκριμένων στοιχείων, τα οποία αποδεικνύουν πότε διευκολύνονται και πότε αποτρέπονται οι μεταρρυθμίσεις σε ένα σύστημα υγείας. Η παγίωση της κατάστασης του πολυκερατισμού της ασφάλισης υγείας για δεκαετίες, θα μπορούσε να εκπλήσσει, αφού, όπως αναπτύχθηκε, υπήρχαν πληθώρα επιστημονικών μελετών, αλλά και νομοσχεδίων, που είχαν μεταρρυθμιστικό σκοπό, τα οποία δεν πραγματοποιήθηκαν ποτέ. Βεβαία, όπως εύστοχα έχει παρατηρηθεί από μελετητές του ιστορικού θεσμισμού, αλλαγή υποδείγματος δεν προκύπτει απλά από τις αλλαγές στις απόψεις των «ειδικών», οι οποίες μπορεί να συμπίπτουν ή να αλληλοσυγκρούονται και να γίνονται μέρος του πολιτικού διαλόγου, αλλά από τις κατάλληλες πολιτικές πράξεις που ενισχύουν μια συγκεκριμένη κατεύθυνση για αλλαγή πορείας (Λάδη, 2011). Κύριο συμπέρασμα, από τα παραπάνω, είναι ότι υπήρξαν περιπτώσεις, που οι προτάσεις για «αλλαγή μονοπατιού» δεν υλοποιήθηκαν, είτε γιατί δεν έγιναν σε κατάλληλη χρονική στιγμή,

υπό την έννοια της ανωριμότητας ή της ακαταλληλότητας των ιστορικών συνθηκών, είτε γιατί οι αντιδράσεις, κυρίως από τα συμφέροντα εντός του ιατρικού κόσμου, είχαν μεγάλη επιρροή και άμεση θεσμική έκφραση (βουλευτές - ιατροί) στο κοινοβούλιο και στη κυβέρνηση, και δεν υπήρχε πολιτική θέληση για άρση προνομίων σε κοινωνικές ομάδες, οι οποίες πλαισιώνουν την κρατική εξουσία, στα πλαίσια των πελατειακών σχέσεων και της αναξιοκρατίας.

Στο επόμενο κεφάλαιο, γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθούν διεξοδικά τα γεγονότα, οικονομικά, κοινωνικά πολιτικά και θεσμικά, που συνδέονται με τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

3. ΤΟ ΚΡΙΣΙΜΟ ΣΗΜΕΙΟ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ.

Στο κεφάλαιο αυτό, όπως και στο επόμενο, ο στόχος είναι να αποδειχθεί ότι η χρονική στιγμή στην οποία πραγματοποιήθηκε η σύσταση του ΕΟΠΥΥ, αποτελεί ένα κρίσιμο σταυροδρόμι, μιας και το κόστος αλλαγής μονοπατιού ήταν τόσο μικρό, όσο ποτέ άλλοτε. Η οικονομική κρίση, έχει δεσπόζουσα σημασία στην επιλογή και εφαρμογή δημοσίων πολιτικών, μιας κι έχει πολλαπλές επιδράσεις στην κοινωνία, αλλά και στους θεσμούς και επομένως είναι ένας βασικός παράγοντας, που πρέπει να μελετηθεί. Είναι, όμως, μια ξαφνική έκρηξη που φέρνει την καταστροφή σε ένα λειτουργικό και αποδοτικό θεσμό κοινωνικής προστασίας; Η ανάλυση που ακολουθεί δεν περιορίζεται στην περιγραφική αναφορά γεγονότων που επιδρούν στον υγειονομικό τομέα και στην κοινωνική ασφάλιση, αλλά προεκτείνεται σε μια πολύπλευρη διερεύνηση του ζητήματος, με σκοπό να εντοπιστούν οι πραγματικές του διαστάσεις και να απαντηθεί το κεντρικό ερώτημα της ενότητας.

Όπως θα αναλυθεί παρακάτω, τα θεσμικά χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, θεμελιακά συντελούν στη διατήρηση κοινωνικών και οικονομικών στρεβλώσεων που αποτυπώνονται με μη ορθολογική χρηματοδότηση, με ανισοκατανομή πόρων, τόσο στο σύνολο του συστήματος κοινωνικής προστασίας, όσο και εντός της πολυταμειακής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, αλλά και με τη μη αποδοτική χρήση τους. Έτσι, η οικονομική κρίση δεν μπορεί παρά με τις ιδιαίτερες συνθήκες που δημιουργεί, δηλαδή τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών, και του κρατικού προϋπολογισμού, με την

παράλληλη αύξηση των αναγκών για κρατική παρέμβαση, όπως υγειονομικής περίθαλψης, να πυροδοτεί την εντονότερη αναποτελεσματικότητα του συστήματος και να κάνει αναπόφευκτη την αναζήτηση νέων μονοπατιών θεσμικού μετασχηματισμού.

3.1. Ο θεσμός του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη και η περίπτωση της Ελλάδας.

3.1.1. Το σταυροδρόμι των επιλογών για την κοινωνική πρόνοια.

Πριν ακόμα η πρόσφατη (2009) οικονομική κρίση θέσει σε συναγερμό ολόκληρο το κράτος πρόνοιας, οι τάσεις στο σύγχρονο κοινωνικό- οικονομικό περιβάλλον σε ευρωπαϊκό επίπεδο και ασφαλώς στην Ελλάδα, δημιουργούσαν ασφυκτική πίεση στους σχεδιαστές της κοινωνικής πολιτικής να προσαρμόσουν σε αυτές, τις δομές των συστημάτων πρόνοιας και υγείας. Αν και ο θεσμός του κράτους πρόνοιας και τα συστήματα υγείας ιστορικά δέχθηκαν πολλαπλές αναδιαρθρώσεις προκειμένου να προσαρμοστούν στις κοινωνικές ανάγκες αποτελεσματικά, στις μέρες μας δέχονται έντονη κριτική και αμφισβήτηση. Είναι χαρακτηριστικό ότι το βασικό πρόβλημα στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής στη σύγχρονη Ευρώπη είναι η «αδυναμία κατανόησης της πραγματικότητας», αφού, σε σχέση με άλλες εποχές, οι πολιτικοί αδυνατούν να αντιληφτούν ποιες θα είναι οι επερχόμενες αλλαγές, ώστε να σχεδιαστούν ικανοποιητικά νέες πολιτικές (Αφουξενίδης, 1999). Οι προκλήσεις που έχουν προκύψει τις τελευταίες δεκαετίες θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής: α) οι τεράστιες δημογραφικές ανισορροπίες οδηγούν ολοένα και λιγότερα ενεργά εργασιακά άτομα να καλούνται να συντηρήσουν έναν ολοένα και μεγαλύτερο πληθυσμό ηλικιωμένων. β) Η οικονομική «αναστάτωση», που έχει προκληθεί από την ταχύτατη ανάπτυξη των τεχνολογιών, έχει οδηγήσει σε δομικές αλλαγές στην οικονομία, με αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας, ιδίως για τους ανειδίκευτους εργάτες παραγωγής και σε έντονα φαινόμενα φτώχειας. Οι σύντομες ευκαιρίες για εργασία, ακόμα και σε ειδικευμένους επιστήμονες κι ιδίως όταν αυτές έχουν σωρευτικό χαρακτήρα, δεν μπορούν να λειτουργήσουν επικοδομητικά και οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό και σταδιακή απαξίωση του ατόμου και των γνώσεων του. γ) η οικογενειακή συμπεριφορά έχει διαμορφωθεί υπό το πρίσμα της γυναικείας ανεξαρτησίας. Η γυναίκα διεκδικεί εφάμιλλη καριέρα με τον άνδρα, ο γάμος είναι περισσότερο ζήτημα ατομικής επιλογής κι όχι οικονομικής ανάγκης, όπως στις παλιότερες

και πιο παραδοσιακές κοινωνίες, ενώ πολλά παιδιά μεγαλώνουν με τον ένα γονέα. δ) Τέλος, η αδυναμία διασφάλισης ίσων ευκαιριών για κοινωνική ανάδειξη και επαγγελματική αποκατάσταση, ακόμα και μέσα σε μια οικονομία εντάσεως της γνώσης, μιας και η ταξική προέλευση των ατόμων δεν έχει πάψει να παίζει σημαντικό ρόλο (Esping-Andersen, 2002). Οι προκλήσεις στον υγειονομικό τομέα συμπληρώνονται από τη συνεχή τάση για αύξηση των δαπανών υγείας, η οποία συντελείται με τη συνδρομή πολλών προαγόντων. Σημαντικό ρόλο σε αυτήν παίζει η χρήση ολοένα και πιο εξελιγμένων τεχνολογιών και νέων φαρμακοσκευασμάτων για την αντιμετώπιση της ασθένειας και του ανθρώπινου πόνου, στην αγορά των οποίων συνήθως επικρατούν μονοπωλιακοί ή ολιγοπωλιακοί όροι (λόγω «πατέντας») και συνεπώς επιβάλλονται υψηλές τιμές. Ταυτόχρονα συνδέονται αιτιακά, η παγκόσμια αύξηση του αριθμού των ατόμων που πάσχουν από ασθένειες με μεγάλο κόστος για τα σύστημα υγείας, όπως του Alzheimer, των νεοπλασμάτων και των καρδιοαγγειακών νόσων, η γενικότερη αύξησης του ποσοστού των γηραιότερων στον δυτικό κόσμο, αλλά και η αύξηση των προσδοκιών των χρηστών για τις υπηρεσίες.

3.1.2. Ο θεσμός και οι τυποποιήσεις του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη.

Ο θεσμός του κοινωνικού κράτους- τομέα, του οποίου είναι η προσφορά υπηρεσιών υγείας, έχει ως κεντρικό σκοπό τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω της αναδιανομής των πόρων σε κατευθύνσεις τέτοιες που να απαντούν άμεσα στους κοινωνικούς κινδύνους που δημιουργούνται από τη λειτουργία της οικονομίας της αγοράς (Σακελλαρόπουλος, 1999). Οι τυπικοί και άτυποι θεσμοί, το επίπεδο και ο τρόπος ζωής των πολιτών σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο είναι αναπόσπαστα στοιχεία μιας εξελικτικής τροχιάς, που η κινητήρια δύναμή της είναι ο τρόπος λειτουργίας της οικονομίας και οι ιδεολογίες που τη συντηρούν ή την αναδιαμορφώνουν. Τα συστήματα υγείας και το κράτος πρόνοιας έχουν μια μακρά ιστορία με τις ρίζες τους στην ιδεολογική κυριαρχία του ευρωπαϊκού διαφωτισμού και την έξαρση των τεχνολογικών επιτευγμάτων. Ο θεσμός του κράτους πρόνοιας στα βορειοδυτικά ευρωπαϊκά κράτη, αποτέλεσε θεμελιώδες στοιχείο της ύπαρξής τους, συνδεδεμένος με τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του τρόπου λειτουργίας της οικονομίας και της κοινωνικής πραγματικότητας. Έτσι, στις βορειοδυτικές χώρες το κράτος πρόνοιας, στα πρώτα στάδια της ύπαρξής του, αποτέλεσε «έναν από τους βασικούς συντελεστές της διαμόρφωσης και λειτουργίας του βιομηχανικού έθνους κράτους» και το κράτος ως «κύριος στρατηγικός σχεδιαστής της κοινωνικής ζωής (Αγγλία 19ος αιώνας), αλλά και στη περίοδο του

μεσοπολέμου, στην πρόσφατη ιστορία του, χαρακτηρίστηκε ως «πολιτικός σταθεροποιητής» (Αφουξενίδης, 1999).

Ωστόσο, τα κράτη πρόνοιας και τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν μεγάλη ανομοιομορφία μεταξύ τους στον τρόπο άσκησης της πολιτικής τους, λόγω της διαφορετικής ιστορικής εξέλιξης τους και των ιδεολογικών τους αρχών, αλλά και μεγάλες εσωτερικές ανακολουθίες, ως αποτέλεσμα αποσπασματικών πολιτικών, όπως στην Ελλάδα. Για την ενδελεχή και συγκριτική μελέτη τους έχουν διαμορφωθεί διάφορες τυποποιήσεις, δηλαδή ομαδοποιήσεις με έμφαση σε τέσσερα κριτήρια: στην ασφαλιστική κάλυψη (επιλεκτική ή καθολική), στην οργάνωση, στην ποιότητα και τη χρηματοδότηση του κράτους πρόνοιας (Υφαντόπουλος, 2009), που συμβάλλουν στην αποσαφήνιση βασικών λειτουργιών στα συστήματα πρόνοιας. Τέτοιες θεωρητικές ομαδοποιήσεις κρατών πρόνοιας, είναι μεταξύ άλλων, οι τυπολογίες των Titmuss (υπολειμματικό, βιομηχανικό- με βάση τις αρχές του Bismarck- και θεσμικό/ αναδιανεμητικό-με βάση τις αρχές του Beveridge), Esping- Andersen (Φιλελεύθερο, συντηρητικό –κορπορατιστικό και σοσιαλδημοκρατικό) και Ferrera (ύπαρξη και τέταρτου μοντέλου- του Νότιου μοντέλου) (Σακελλαρόπουλος, 1999). Η περαιτέρω ανάλυση των παραπάνω, καθώς και η ανάλυση των κρατών πρόνοιας της Ευρώπης, γενικότερα, ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, ωστόσο περιλαμβάνεται στην εργασία για να αναδείξει τη σημασία της κοινωνικής πολιτικής και τα κύρια «μονοπάτια», που ακολουθούν χώρες της Ευρώπης. Παρακάτω, η ανάλυση θα επεκταθεί στα χαρακτηριστικά του Νοτίου μοντέλου, όπως το περιγράφει ο Ferrera, στο οποίο ανήκει η Ελλάδα, ώστε να γίνουν κατανοητά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του θεσμικού πλαισίου υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα.

3.1.3. Μια ειδική περίπτωση: Το μοντέλο (τυποποίηση) που ανήκει η Ελλάδα.

Σύμφωνα με τον Ferrera, στις χώρες της νότιας Ευρώπης – Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία και Ελλάδα- εξαιτίας των ιδιαίτερων γεω- εξελικτικών συνθηκών που επικράτησαν σε αυτές διαμορφώθηκαν κράτη πρόνοιας με κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά (Ferrera, 1999). Στην Ελλάδα επικρατούν τα περισσότερα από αυτά. Έχοντας ως γνώμονα την ανάλυση των ζητημάτων που συνδέονται με την υγειονομική πολιτική, άμεσα ή έμμεσα η αναφορά δεν εμβαθύνει στο σύνολο των χαρακτηριστικών του μοντέλου αλλά περιορίζεται στα κάτωθι:

- 1) Οι εισοδηματικές μεταβιβάσεις με τη μορφή επιδομάτων είναι το κυρίαρχο στοιχείο της πολιτικής, διαμορφώνοντας ένα μοντέλο ακραίας Βισμαρκιανής αντίληψης, όπου

οι παροχές σε χρήμα επικρατούν και είναι σε εξάρτηση με την εργασία, χωρίς την ύπαρξη «ενός ελάχιστου δικτύου ασφάλειας», όπως στα αλλά ευρωπαϊκά κράτη. Η λογική του Ελληνικής κοινωνικής πολιτικής εστιάζει κυρίως στη δαπάνη πόρων που μπορούσαν να διατεθούν στην κοινωνία για πρόσκαιρη ικανοποίηση ατομικών αναγκών μέσω της επιδοματικής ενίσχυσης κι όχι η δημιουργία υποδομών που θα έκαναν αποτελεσματικότερη την παρέμβαση του κράτους σε όλους τους τομείς κοινωνικού ενδιαφέροντος (Χλέτσος,1999). Έτσι, η δέσμευση πόρων για επιδόματα, άφησε μικρή εμβέλεια κινήσεων χάραξης μιας πιο ορθολογικής πολιτική υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία δεσμεύουν μεγάλα ποσά από τις εισφορές των εργαζομένων για να διαθέσουν επιδόματα και συνεπώς αδυνατούν να επεκτείνουν την κάλυψη περισσότερων υγειονομικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους.

- 2) Υπάρχει μεγάλη ανισορροπία στην κοινωνική προστασία υπέρ του γήρατος με παροχές και χρηματικές ροές, που καλύπτουν όλο το φάσμα των κοινωνικών κινδύνων για του γηραιότερους, δημιουργώντας έτσι μια δημογραφική πόλωση που αδικεί τις νεότερες γενιές (Ferrera, 1999). Για τον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα, χαρακτηριστική είναι η έλλειψη υποδομών και πολιτικής πρόληψης ή οικογενειακού προγραμματισμού σε σχέση με τις υποδομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Ούτε προσφέρεται ιδιαίτερη φροντίδα υγείας σε νεαρές ή υπονήφιες μητέρες, όπως πλήρη κάλυψη ειδικών προγεννητικών εξετάσεων, πλήρη κάλυψη εξόδων τοκετού και δωρεάν πρωτοβάθμια κάλυψη για νεογέννητα. Σύμφωνα με την ποσοστιαία κατανομή δαπανών κοινωνικής προστασίας, του συστήματος ESSPROS, που περιλαμβάνει δαπάνες, όπως ασθένειας, αναπηρίας, γήρατος, στέγασης, σίτισης, ανεργίας, οι δαπάνες γήρατος είναι υψηλότερες από της ασθένειας, και μάλιστα διαχρονικά αυξάνονται ενώ οι δαπάνες υγείας μειώνονται, όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1: Ποσοστιαία κατανομή των δαπανών κοινωνικής προστασίας του συστήματος ESSPROS στην Ελλάδα										
κατηγορίες	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ασθένεια	26,5	26,5	27,8	28,7	28,1	29,0	29,1	29,2	25,9	21,4
γήρας	47,5	47,4	47,8	43,2	43,6	42,4	41,4	42,3	44,0	51,3

Πηγή: ELSTAT,2015

- 3) Η καθολικότητα της Υγειονομικής περίθαλψης, έχει διαμορφωθεί υπό την έννοια ότι όλες οι χώρες του Νότου έχουν Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ferrera, 1999). Στην Ελλάδα το σύστημα χαρακτηρίζεται από μια δυαδικότητα: Υπάρχει αναπτυγμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας στα πρότυπα του Beveridge και σύστημα εθνικής ασφάλισης στα πρότυπα του μοντέλου Bismarck (Χλέτσος, 1999).
- 4) Ο Χαμηλός βαθμός διείσδυσης του κράτους στην προνομιακή σφαίρα και στην ανάπτυξη δημοσίων φορέων και θεσμών με μεγάλος όφελος για τον ιδιωτικό τομέα (Ferrera, 1999). Σε ότι αφορά τον τομέα υγείας, παρατηρείται χαμηλή παραγωγικότητα στον δημόσιο τομέα σε ιατρικές πράξεις και ειδικές εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας, όπως οι αξονικές τομογραφίες και υπέρμετρη αύξηση στην υιοθέτηση τεχνολογιών υψηλού κόστους, αλλά και κερδοφορίας από τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια εξαιτίας των πολιτικών που ακολουθούνται, όπως ελλιπής έλεγχος της προκλητής ζήτησης με ταυτόχρονη θέσπιση νόμων για την ανταγωνιστικότητα του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και τη δυνατότητα επιλογής των χρηστών, που επέτρεψαν την υπερδιόγκωση του ιδιωτικού τομέα της υγείας στην Ελλάδα (Νιάκας, 1993)
- 5) Η Θεσμική ευνοιοκρατία, οι πελατειακές σχέσεις με σχεδόν θεσμοθετημένα δίκτυα ευνοϊκής μεταχείρισης από το κράτος πρόνοιας (Ferrera, 1999). Όσο αφορά τον υγειονομικό τομέα, το ενδιαφέρον στρέφεται στα οργανωμένα συμφέροντα στον ιατρικό χώρο και την πρόσβασή τους στους θεσμούς άσκησης εξουσίας στη χώρα.
- 6) Εκτεταμένη γραφειοκρατία και χαμηλή αποδοτικότητα στις δημόσιες υπηρεσίες, οι οποίες στελεχώνονται κυρίως από δημοσίους υπάλληλους που έχουν προσληφθεί μέσω της πολιτικής ευνοιοκρατίας και των πελατειακών σχέσεων (Ferrera, 1999).
- 7) Το βάρος της χρηματοδότησης του κράτους είναι άνισα κατανομημένο. Οι φόροι επιβαρύνουν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες και επαγγελματικούς χώρους, χωρίς αυτοί να δέχονται κάποια επιπλέον κοινωνική εύνοια. Ταυτόχρονα, το μεγάλο ζήτημα των χωρών αυτών είναι η παραοικονομία και η φοροδιαφυγή (Ferrera, 1999). Αυτές οι διαπιστώσεις δημιουργούν ανισότητες που επιδρούν στην πρόσβαση των πολιτών στον υγειονομικό τομέα. Η δημόσια χρηματοδότηση προέρχεται σε μεγαλύτερο μέρος από τη φορολογία και έπειτα από την κοινωνική ασφάλιση. Στην Ελλάδα, τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού προέρχονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τους μισθωτούς και συνταξιούχους, ενώ παράλληλα πληρώνουν και μεγάλες, σχετικά με τα εισοδήματά τους, ασφαλιστικές εισφορές. Έτσι, επικρατεί μεγάλη ανισοτιμία, εάν

συνυπολογιστεί επιπλέον, ότι πολλές ομάδες του πληθυσμού φοροδιαφεύγουν (Νιάκας, 1995 και Σουλιώτης, 2000). Σχετικά με την παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα, είναι χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, για τις ανεπίσημες ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών, τα λεγόμενα «φακελάκια», κι όπως πιο πρόσφατα καταγράφεται στην έκθεση «Euro Health Consumer Index 2014» στην ερώτηση «εάν ο ασθενής αναμένεται να πληρώσει ανεπίσημα», η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση σε σχέση με άλλες 36 χώρες της Ευρώπης.

Σύμφωνα με τον Ferrera, το Νότιο μοντέλο βρίσκεται σε θεσμικό αδιέξοδο εξαιτίας των εσωτερικών του αντινομιών και των εξωτερικών πιέσεων για δημοσιονομική σύγκλιση από τις δεσμεύσεις των χωρών στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Φαίνεται ότι συνολικά η υγειονομική πολιτική στην Ελλάδα χρειάζεται ανασύσταση με ένα Εθνικό Σχέδιο για την Υγεία, που θα επαναπροσδιορίζει τον τρόπο λειτουργίας του, ώστε να είναι πιο αποτελεσματικό. Το ζήτημα αυτό δεν προέκυψε ως έκτακτη ανάγκη λόγω της οικονομικής κρίσης το 2009, αλλά είναι συνυφασμένο με την ίδια την ύπαρξη του θεσμού του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

3.2. Ανάλυση της θεσμοθετημένης προ - ΕΟΠΥΥ περιόδου υγειονομικής κάλυψης των πολιτών και η αλληλοεπίδρασή της με τις οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις.

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της προ - ΕΟΠΥΥ θεσμικής κατάστασης ήταν η ανισοτιμία στην πρόσβαση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών από ένα δίκτυο τριάντα (30) περίπου ασφαλιστικών οργανισμών, που ο καθένας από αυτούς είχε διαφορετικό νομοθετικό πλαίσιο, που καθόριζε το ποσοστό των καταβαλλόμενων εισφορών, την κάλυψη, τις παροχές και τις προϋποθέσεις για την απονομή των παροχών (Οικονόμου, 2012).

3.2.1. Η χρηματοδότηση του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

Η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα προέρχεται από τρεις πηγές: τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία), την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket πληρωμές και ιδιωτική ασφάλιση). Το ζήτημα της επιλογής της βέλτιστης πολιτικής για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας έχει απασχολήσει για πολλές δεκαετίες τους μελετητές, ιδίως γιατί η ασυνέχεια στην παραγωγή

ολοκληρωμένου και σταθερού μηχανισμού χρηματοδότησης από τη γένεσή του, το ωθεί να ακροβατεί σε κανόνες ελεύθερης αγοράς και κρατικού κεντρικού σχεδιασμού, χωρίς τους απαραίτητους κανόνες ρύθμισης του πλαισίου χρηματοδότησής του, που να διασφαλίζει τη βιωσιμότητά του (Σουλιώτης, 2000).

Ιστορικά, το ζητούμενο στη χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση ισότητας και αποδοτικότητας. Το εξαιρετικά χαρακτηριστικό του εγχώριου συστήματος είναι η διαχρονικά υψηλή ιδιωτική δαπάνη, η οποία αποτελείται κυρίως από απευθείας πληρωμές των πολιτών για υπηρεσίες υγείας και ξεπερνά τις δεκαετίες του 80΄ και 90΄ το 40% της συνολικής χρηματοδότησης (Mossialos et Le Grand, 1999). Επίσης, σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ, αυτή βρίσκεται σε αντίστοιχα υψηλό επίπεδο (περίπου στο 38%) και τη δεκαετία του 2000. Η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη περιορίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες με βάση το εισόδημα, ιδίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης, οδηγώντας σε οικονομικό αδιέξοδο τα φτωχότερα μέρη του πληθυσμού, μιας και η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι ανελαστική, ενώ ταυτόχρονα υφίσταται η αρχή της «ασύμμετρης πληροφόρησης», δηλαδή ο χρήστης των υπηρεσιών δεν γνωρίζει τι υπηρεσίες χρειάζεται να καταναλώσει, αλλά κατευθύνεται από τον ιατρό που έχει επιστημονική γνώση (Λιαρόπουλος, 2007). Ουσιαστικά αυτή η κατάσταση, είτε είναι επίσημες πληρωμές είτε ανεπίσημες, αποτελεί μια άτυπη μορφή συνασφάλισης και συν-πληρωμών (Κυριόπουλος, 2001) και είναι παράμετρος που αποδεικνύει την αδυναμία του συστήματος να διαχειριστεί σωστά τη χρηματοδότησή του.

Επιπλέον, η δημόσια χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος είναι μια μικτή περίπτωση μπεβεριτζιανής και βισμαρκιανής αντίληψης, δηλαδή προέρχεται τόσο από τη φορολογία (άμεση και έμμεση), όσο από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών στα ασφαλιστικά ταμεία. Θεωρητικά, και στη διεθνή πρακτική η ύπαρξη ενός Εθνικού συστήματος υγείας (όπως στη Μ. Βρετανία) σημαίνει δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος, χωρίς την ύπαρξη ασφαλιστικών οργανισμών. Αντιθέτως, η ύπαρξη ασφαλιστικών οργανισμών (όπως στην Γερμανία) σημαίνει χρηματοδότηση του συστήματος από εισφορές και διοίκηση της παροχής υγείας, μέσω κανόνων δημόσιας ασφάλισης. Στην Ελλάδα, ο μεικτός χαρακτήρας που επικρατεί αποδεικνύει μια μη σταθερή και συγκροτημένη, ως προς τα μέσα και τους στόχους, πολιτική χρηματοδότησης. Τα στατιστικά αποδεικνύουν μια κατάσταση πολιτικής ασυνέχειας. Η ανατροπή των ποσοστών στο μείγμα δημόσιας χρηματοδότησης είναι

εμφανής: το 1975 η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το 59,2% έναντι 40,8 % του κρατικού προϋπολογισμού (Νιάκας, 1995), ενώ από την εποχή της ίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας διαφαίνεται μια συνεχή σχέση υποκατάστασης της συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης με τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή από κοινωνική ασφάλιση 56,3% και κρατικός προϋπολογισμός 44,7% το 1981, στο 35,2% και 64,8% το 1997 αντίστοιχα (Σουλιώτης, 2000).

Η κατάσταση αυτή οδηγεί τους μελετητές του συστήματος σε σημαντικά συμπεράσματα: Πρώτον, αυτή η συνύπαρξη των δυο μορφών χρηματοδότησης, διαμορφώνει ένα σύστημα «μη λογικά συνεκτικό», με τους κανόνες λειτουργίας του κάθε μοντέλου χρηματοδότησης να συγκρούονται εσωτερικά στο ελληνικό παράδοξο. Από τη διεθνή εμπειρία, εξάλλου η «συνύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης στα πλαίσια ενός μπερβερτζιανά δομημένου συστήματος χρηματοδότησης είναι σχεδόν αδύνατη, και όπου αυτή υπάρχει, οδηγεί σε μη βέλτιστα αποτελέσματα και χαρακτηριστικές, όπως συμβαίνει στη χώρα μας, ανευθυνότητες» (Μπουρσανίδης, 1997). Επομένως, προκύπτει ως επείγουσα αναγκαιότητα, η επιλογή ενός ξεκάθολου μοντέλου χρηματοδότησης, ώστε να υπάρχει ένα λειτουργικό σύστημα με αποδοτικό χαρακτήρα.

Δεύτερον, η τάση για υποκατάσταση της συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης από τον κρατικό προϋπολογισμό δείχνει μια θεσμική ανακολουθία και μια σύγχυση στόχων: κατά κανόνα, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας με βάση τη ζήτηση και τους ισχύοντες κανόνες αποζημίωσης, όπως για παράδειγμα το ημερήσιο νοσήλιο για τα νοσοκομεία. Ωστόσο, η αρχή αυτή δεν ισχύει στο ελληνικό σύστημα, όπου οι κρατικές επιχορηγήσεις στα νοσοκομεία δεν κατευθύνονται από τη ζήτηση (όπως στα μοντέλα Bismarck) ή τις ανάγκες του πληθυσμού (όπως στα συστήματα τύπου Beveridge), αλλά παθητικά εκ των υστέρω για να καλύψουν το μεγαλύτερο μέρος του προϋπολογισμού, ο οποίος διαμορφώθηκε από την προσφορά (Κυριόπουλος, 1997). Μια βασική παράμετρος, η οποία πρέπει να τονισθεί, σχετίζεται με τη νοσοκομειακή κάλυψη: Από την ίδρυση του ΕΣΥ ακολουθήθηκε μια πολιτική τιμών που καθόριζε πλασματικά σε πολύ χαμηλά επίπεδο το ημερήσιο νοσήλιο, το οποίο αποζημιωνόταν από τα ασφαλιστικά ταμεία, με αποτέλεσμα τα ασφαλιστικά ταμεία να συμμετέχουν στο ελάχιστον στη χρηματοδότηση των κρατικών νοσοκομείων. Όταν αυτή η πολιτική άλλαξε, από το 1993 κι έπειτα, προστέθηκε ένας επιπλέον λόγος για τεράστια ελλείμματα στους κλάδους υγείας των ταμείων, που

αδυνατούσαν να πληρώσουν το αυξημένο νοσήλιο (Νιάκας, 1995). Επιπλέον, όσο αφορά την τάση για συσσώρευση ελλειμμάτων και συνεπώς για υποκατάσταση από την κρατική χρηματοδότηση έχει πολλές αιτίες, όπως οι δημογραφικές εξελίξεις, η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης (με άνισους όρους, βλέπε, ΟΓΑ), η αύξηση των επιδομάτων και οι εισφορές σε χαμηλότερα από τα αναγκαία επίπεδα (Σουλιώτης, 2000). Επομένως, τα μεγάλα ελλείμματα στους κλάδους υγείας, τα οποία δημιουργήθηκαν από τη μη ορθολογική πολιτική χρηματοδότησης, επί δεκαετίες, αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα για την προώθηση των στόχων τους, δηλαδή της προάσπισης της υγείας των ασφαλισμένων τους.

Τέλος, η αύξηση της συμμετοχής στην υγειονομική κάλυψη του κρατικού προϋπολογισμού, δηλαδή της χρήσης των εσόδων από τη φορολογία, εγείρει το θέμα της δικαιοσύνης του συστήματος. Αυτό δεν σήμαινε ότι, εάν το σύστημα χρηματοδότησης στηριζόταν αποκλειστικά σε ένα σύστημα φορολογίας, το οποίο παράγει κάθετη και οριζόντια δικαιοσύνη, θα ήταν κοινωνικά άδικο, αντιθέτως αυτή η κατάσταση θα παρήγαγε ένα δίκαιο χρηματοδοτικό σύστημα. Το πρόβλημα της ελληνικής περίπτωσης είναι ότι ισχύουν ταυτόχρονα μεγάλα φορολογικά βάρη για τα χαμηλά εισοδήματα, τα οποία προέρχονται κυρίως από έμμεση φορολογία, μιας και το 60% των φόρων είναι έμμεσοι, αλλά κι από πολλούς άμεσους με ελάχιστη ή μηδενική αφορολόγητη βάση στους φόρους εισοδήματος και φόρους κατοχής ακίνητων περιουσιακών στοιχείων και ταυτόχρονα υποχρεωτικές εισφορές υγείας στα ασφαλιστικά ταμεία. Ωστόσο, τόσο η εξάρτηση από τους έμμεσους φόρους υπονομεύει την οριζόντια και κάθετη ισότητα, μιας και οι πολίτες φορολογούνται ανεξαρτήτως εισοδήματος (Οικονόμου, 2012), όσο και οι μεγάλες εισφορές στα ταμεία, όπως του ΟΑΕΕ ή του ΤΣΜΕΔΕ, οι οποίες είναι ανεξάρτητες του εισοδήματος. Όταν για παράδειγμα κάποιος πολίτης πληρώνει όλους τους φόρους άμεσα και έμμεσα, αλλά δεν μπορεί να πληρώσει την ασφάλιση υγείας του για κάποιο χρονικό διάστημα είτε επειδή η επιχείρηση του παύσει τη λειτουργία της (π.χ. ΟΑΕΕ, ΤΣΜΕΔΕ, ΤΣΑΥ, ΟΓΑ) ή μείνει άνεργος (ΙΚΑ), τότε δεν δικαιούται πλήρη ασφαλιστική κάλυψη υγείας (σε είδος και σε χρήμα) με την λήξη της ασφαλιστικής του ικανότητας. Το γεγονός αυτό δεν συμβάλει στην κοινωνική ανακατανομή του εισοδήματος, και την επίτευξη κοινωνικής συνοχής.

Ήταν η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας ένα βασικός τομέας σε κρίση ακόμα και πριν την οικονομική κρίση, που ξέσπασε το 2009 στη χώρα; Η απάντηση είναι ασφαλώς καταφατική. Ουσιαστικά, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, είναι, για

δεκαετίες, στην κορυφή των συζητήσεων για τη μεταρρύθμιση του συστήματος, με πολύπλευρες διαστάσεις. Αν και το ζήτημα δεν εξαντλήθηκε με τα παραπάνω, ωστόσο δίνεται ένα γενικό πλαίσιο του προβλήματος, επομένως δεν θα γίνει επιπλέον επέκταση. Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ σημαίνει συλλογή των δημόσιων χρηματοδοτικών πόρων σε έναν φορέα, ο οποίος θα τους διαχειρίζεται με όρους μονοφωνίου (Οικονόμου, 2012). Αυτό θα έχει μακροπρόθεσμα εκ του αποτελέσματος επίδραση στη συλλογή πόρων, αφού αυτή η πολιτική σκοπό έχει τη χρησιμοποίηση, όσο τον δυνατόν λιγότερων πόρων με τον αποδοτικότερο οικονομικά τρόπο. Πρέπει να σημειωθεί ωστόσο, ότι η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ήταν ένα μόνο βήμα προς την αλλαγή, δεν εξάλειψε τις στρεβλώσεις του μοντέλου χρηματοδότησης, αλλά ανάδειξε το πρόβλημα ως υπαρκτικό για τον μεγαλύτερο οργανισμό υγείας και άνοιξε το διάλογο για αυτό. Δημόσια, ο καθηγητής Λιαρόπουλος εκφράζει την επιστημονική του άποψη ότι όσο η χρηματοδότηση του εν λειτουργία ΕΟΠΥΥ προέρχεται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, ιδίως σε περιόδους βαθιάς οικονομικής ύφεσης και υψηλής ανεργίας, τόσο ο οργανισμός θα αντιμετωπίζει σημαντική στενότητα πόρων και ελλείμματα. Αντιθέτως, εάν η μεταρρύθμιση προχωρήσει στην κατεύθυνση αλλαγής πλαισίου χρηματοδότησης στα πρότυπα της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Βρετανίας, με χρηματοδότηση από μια προοδευτική φορολογία, τότε μπορεί να διασφαλιστεί ένα πιο αποδοτικό μοντέλο λειτουργίας για τον οργανισμό, αλλά και για την κοινωνία, αφού θα απαλλαγούν εργοδότες και εργαζόμενοι από εισφορές για ασφάλιση υγείας (Λιαρόπουλος, 2012).

3.2.2. Το ζήτημα του μεγάλου αριθμού ταμείων κοινωνικής ασφάλισης υγείας στην αποζημίωση υπηρεσιών υγείας, στις συμβάσεις με τους παρόχους υπηρεσιών και το αποτέλεσμα των συσσωρευμένων χρεών.

Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί συνένωση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων με πρωταρχικό σκοπό τη δημιουργία ενός οργανισμού, που θα αποζημιώνει παροχές υγείας με έναν ενιαίο κανονισμό σχεδόν για όλους τους ασφαλισμένους της χώρας και θα διαπραγματεύεται ενιαία συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους υγείας. Τι επικρατούσε στην προ-ΕΟΠΥΥ εποχή; Η κατάσταση αυτή υπηρετούσε την ισοτιμία των ασφαλισμένων; Ήταν οικονομικά αποτελεσματική; και εν τέλει μπορούσε να συνεχίσει να υφίσταται αυτό το καθεστώς;

Τα βασικά γνωρίσματα της προ –ΕΟΠΥΥ περιόδου, μπορούν να αναζητηθούν στους ίδιους τους θεσμούς κοινωνικής προστασίας της υγείας, αλλά και στα ποσοτικά μεγέθη που φανερώνουν το μέγεθος του προβλήματος.

Σχετικά με τις δαπάνες υγείας: Το κάθε ταμείο και οργανισμός παροχής περίθαλψης είχε τη δική του αντίληψη για την ποσότητα, το περιεχόμενο και τον τρόπο αναγνώρισης δαπανών υγείας των ασφαλισμένων του. Χαρακτηριστικά παραδείγματα:

Α) Πρόσβαση σε παρόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Όλοι οι ασφαλισμένοι μπορούν να αναζητούν φροντίδα υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο στο ΕΣΥ. Τη μεγαλύτερη ελευθερία πρόσβασης σε ιδιώτες ιατρούς έχουν οι ασφαλισμένοι του ΟΠΑΔ, οι οποίοι μπορούν να διαλέξουν να εξεταστούν από οποιοδήποτε ιατρό ενός ευρύτατου δικτύου συμβεβλημένων και οργανισμός να αποζημιώνει τους ιατρούς κατά πράξη και περίπτωση. Για εξετάσεις οι άμεσα ασφαλισμένοι δεν πληρώνουν συμμετοχή στα συμβεβλημένα ιδιωτικά εργαστήρια, ενώ τα μέλη πληρώνουν το 25%, σύμφωνα με το Π.Δ 157/91, που περιλαμβάνει όλες τις προς αποζημίωση ιατρικές πράξεις και τις τιμές αποζημίωσής τους από τους ασφαλιστικούς φορείς. Ο ΟΑΕΕ ορίζει μια πιο περιορισμένη πρόσβαση, αφού οι ασφαλισμένοι γράφονται σε λίστες συγκεκριμένων ιατρών συμβεβλημένων με τον οργανισμό, οι οποίοι πληρώνονται με αντιμισθία. Τόσο στον ΟΠΑΔ, όσο και στον ΟΑΕΕ, οι ασφαλισμένοι σε έκτακτες περιπτώσεις μπορούσαν να κάνουν χρήση υπηρεσιών μη συμβεβλημένου και να αποζημιωθούν με συγκεκριμένο χρηματικό ποσό για αυτή την επίσκεψη. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ έχουν πολύ περιορισμένη πρόσβαση σε ιδιώτες, δηλαδή σε ειδικές περιπτώσεις, ενώ οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ εξυπηρετούνται για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσω των Μονάδων Υγείας του ταμείου.

Μετακινήσεις αιμοκαθαρόμενων ασφαλισμένων: υπάρχουν διαφοροποιήσεις ως προς τελικό ποσό αποζημίωσης, αλλά και τον τρόπο υπολογισμού. Στον ΟΠΑΔ (ΦΕΚ 213/τβ/05) ο υπολογισμός της αποζημίωσης ήταν με την πράξη, δηλαδή για κάθε μετακίνηση για αιμοκάθαρση ο ασφαλισμένος λάμβανε 13 ευρώ. Στο ΙΚΑ (απόφαση Δ.Σ.125/09) και στον ΟΑΕΕ (ανάλογα με απόφαση Δ.Σ. και ΦΕΚ 1814/τβ/99) υπήρχε πλαφόν στα μεγάλα αστικά κέντρα και αποζημίωση με βάση την απόδειξη του TAXI σε αναλογία με τη χιλιομετρική απόσταση για άτομα που διέμεναν εκτός πρωτεύουσας νομών. Στον ΟΓΑ (ΦΕΚ 292/τβ/07) το ποσό αποζημίωσης διέφερε εάν οι μετακινήσεις γινόταν εκτός (650 ευρώ) ή εντός νομού (450 ευρώ).

Ερευνώντας τους κανονισμούς παροχών των ταμείων και τις σχετικές εγκυκλίους εντοπίζονται αρκετές ακόμα διαφοροποιήσεις, όπως στη νοσοκομειακή περίθαλψη και στις ποσότητες και στον τρόπο αποζημίωσης υγειονομικού υλικού, σκευασμάτων ειδικής διατροφής, πρόσθετων ειδών και νυχτερινών νοσοκόμων, που διαμόρφωναν μια κατάσταση ανισότητας μεταξύ των ασφαλισμένων με ίδιες ανάγκες υγειονομικής κάλυψης. Η ανισότητα αυτή εκφρασμένη σε ποσοτικά στοιχεία παρουσιάζεται για το έτος 2010 στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 2: Στοιχεία για την κατά κεφαλήν δαπάνη περίθαλψης στα ταμεία το έτος 2010						
Ασφαλιστικό ταμείο	κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας	κατά κεφαλήν δαπάνη ΠΦΥ	Κατά κεφαλήν δαπάνη νοσοκομειακής περίθαλψης	Κατά κεφαλήν δαπάνη φαρμάκων	Κατά κεφαλήν δαπάνη για παροχές σε χρήμα	Ιατροί ανά 1.000 ασφαλισμένους
ΙΚΑ- ΕΤΑΜ	863,7	23,4	181,0	398,1	58,3	1,2
ΟΑΕΕ	705,0	56,3	54,0	136,8	9,0	2,1
ΟΓΑ	766,5	149,8	172,4	545,8	2,0	4,9
ΟΠΑΔ	962,0	262,8	220,9	368,6	29,1	7,7

Πηγή: Σουλιώτης, 2013

Σχετικά με τις συμβάσεις με τους ιδιώτες προμηθευτές, όπως σημειώνεται, «από τη διεθνή εμπειρία των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού τομέα φαίνεται ότι τα δημόσια συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από ένα φορέα-αγοραστή των υπηρεσιών, ο οποίος διαθέτει ισχυρή μονοφωνιακή δύναμη κατά τη διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές, επιτυγχάνει καλύτερο έλεγχο και συγκράτηση της συνολικής δαπάνης υγείας» (Οικονόμου, 2012). Στην Ελλάδα για δεκαετίες, ανεξαρτήτως εάν τα ταμεία προσπαθούσαν να ελέγχουν τις πληρωμές νοσηλίων (επισκέψεις σε ιδιωτικά ιατρεία, ιατρικές πράξεις και νοσήλια σε ιδιωτικές κλινικές) με κατασταλτικά μέτρα (επιβολές προστίμων και διακοπές συμβάσεων σε αποδεδειγμένες παραβάσεις) και να εξορθολογικοποιήσουν ή όχι τις συμβάσεις τους με τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, δεν υπήρξε ολοκληρωμένη κι ενιαία

διαπραγμάτευση. Το κάθε ταμείο όριζε κανόνες συμβάσεων, που δέσμευαν τους παρόχους για τη μερίδα των ασφαλισμένων που εκπροσωπούσε. Έτσι, πολλοί πάροχοι μπορεί να είχαν πολλαπλές και παράλληλες συμβάσεις με ξεχωριστά ταμεία ή να διάλεγαν με ποιο ταμείο θα συμβληθούν. Στην ουσία το ίδιο ζητούμενο, δηλαδή η πρόσβαση ασφαλισμένων στον ιδιωτικό τομέα, είχε πολλά πρόσωπα, σε ένα σύστημα που τα ασφαλιστικά ταμεία είναι «ο σημαντικότερος πελάτης» του ιδιωτικού τομέα (Οικονόμου, 2012).

Στο ερώτημα εάν η κατάσταση που επικρατούσε ήταν οικονομικά αποτελεσματική, η απάντηση είναι αρνητική. Επικρατούσαν φαινόμενα «υπερκατανάλωσης» υπηρεσιών υγείας, ιδίως στον τομέα του φαρμάκου και των διαγνωστικών εξετάσεων, εξαιτίας του «πολυκερματισμού του συστήματος, λόγω των πολλών κλάδων και φορέων υγείας, με διαφορετικές καλύψεις και συστήματα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας», της «χαλαρής δομής και οργάνωσης» και της «αποτυχίας ενσωμάτωσης μηχανισμών, κινήτρων και πολιτικών έλεγχου του κόστους, καθώς και της ενιαιοποίησης της χρηματοδότησης» (Πολύζος, 1997). Επιπλέον, βασική παράμετρος που συνέβαλε σε μια σειρά προβλημάτων στο σύστημα υγείας της προ –ΕΟΠΥΥ περιόδου είναι «η έλλειψη ενός μηχανισμού συστηματικής και ακριβούς καταγραφής των δεδομένων που αφορούν τη δαπάνη υγείας στην Ελλάδα κι έχει για πολλές δεκαετίες στερήσει από την κεντρική διοίκηση τη δυνατότητα να λαμβάνει αποφάσεις στη βάση αξιόπιστων πληροφοριών» (Σουλιώτης, 2013).

Από τα παραπάνω αντλούνται χρήσιμα συμπεράσματα για τη λειτουργία της κοινωνικής πρόνοιας και των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας βρέθηκε, ακόμα και πριν τη βαθιά οικονομική κρίση, να «πάσχει» από σημαντική κρίση ταυτότητας, τουλάχιστον από την πλευρά της ασφάλισης υγείας που μελετάται, αφού αμφισβητείται εκ θεμελίων ο θεσμικός του ρόλος στην προστασία της κοινωνικής ισότητας και βελτίωσης του επιπέδου ζωής. Παρόλο που η αύξηση των πόρων για την υγεία από τη δεκαετία του 80΄και μέχρι την πρόσφατη οικονομική κρίση ήταν απρόσκοπτη, δεν ήταν ταυτόχρονα αποτελεσματική στην άμβλυνση των ανισοτήτων (Σουλιώτης, 2013). Αυτό αποτελεί στοιχείο απόδειξης ότι η μεταρρύθμιση προς ένα «μονοπάτι», που θα διασφαλίζει την ισότητα και θα υπόσχεται αποτελεσματικότητα ιατρική και οικονομική, έχει ολοένα και μικρότερο κόστος μετάβασης, είναι στην ουσία επιβεβλημένη, από τις ίδιες τις συνθήκες που διαμόρφωσε η πρότερη θεσμική κατάσταση.

3.3. Τα δεδομένα την περίοδο σύστασης του ΕΟΠΥΥ: κλάδοι υγείας των ταμείων και των οργανισμών περίθαλψης στη δίνη της οικονομικής κρίσης.

Από το 2009 η χώρα εισήρθε σε βαθιά οικονομική κρίση, η οποία οδήγησε στην υπογραφή, το Μάιο του 2010, Μνημονίου χρηματοοικονομικής διάσωσης της Ελληνικής οικονομίας με την αποκαλούμενη «τρόικα», δηλαδή την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Τη χρόνια αυτή, οι κοινωνικό – οικονομικοί δείκτες έδειχναν πόσο μεγάλη ήταν η επίδραση της κρίσης χρέους στη χώρα και τον πληθυσμό- η ανεργία αυξήθηκε στο 14,2% και το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 3,5%- (Simou et Koutsogeorgou,2013).Η οικονομική κρίση επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού και το υγειονομικό σύστημα αλληλένδετα και πολυδιάστατα. Η βασική παράμετρος είναι η ταυτόχρονη μείωση της διαθεσιμότητας εισοδήματος στα νοικοκυριά και ο περιορισμός της δημοσιονομικής ικανότητας του κράτους, ώστε να μειώνεται η ευχέρεια για παρεμβάσεις στην κοινωνία.

3.3.1. Η επίδραση της βαθιάς οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού.

Από το 2009 μέχρι σήμερα, όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη αποδεικνύουν το βάθος και τον δομικό χαρακτήρα της οικονομικής κρίσης στη χώρα. Σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ., από το 2009 η μείωση του ΑΕΠ είναι συνεχής, με αποκορύφωμα το 2011 που έφτασε σε ποσοστό - 8,2%, ενώ παράλληλα το δημοσιονομικό έλλειμμα και το δημόσιο χρέος κινούνταν σε πολύ υψηλά επίπεδα. Από κοινωνικής πλευράς, είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική η εξέλιξη των ποσοστών της ανεργίας στη χώρα, από 7,6% το 2008 σε 27,5% το 2013, που είναι και το μεγαλύτερο μεταξύ των χωρών που βρίσκονται εντός και εκτός ευρωζώνης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης, η Ελλάδα είναι η χώρα της ευρωζώνης με το υψηλότερο ποσοστό,35,7% το 2013, κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και τρίτη στη σειρά, μετά τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία, στις χώρες της ένωσης. Τα στοιχεία του παρακάτω πινάκα παραθέτονται ενδεικτικά για την οικονομική κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης στη χώρα.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	242,09	237,43	226,21	207,75	194,20	182,43

(σε δισ. Ευρώ)						
ΑΕΠ σε τρέχουσες (% μεταβολή)	4,0	-1,9	-4,7	-8,2	-6,5	-6,1
Χρέος Γενικής Κυβέρνησης (κατά Μάαστριχτ)	109,3	126,8	146,0	171,3	156,98*	174,9
Δημόσιο Έλλειμμα (% του ΑΕΠ)	-9,9	-15,2	-11,1	-10,1	-8,6	-12,2
Δημόσια κατανάλωση (% μεταβολή)	-2,1	1,6	-4,3	-6,6	-5,0	-6,5
Ιδιωτική κατανάλωση (% μεταβολή)	3,0	-1,0	-7,1	-16,8	-28,7	-9,5
Ακαθάριστος σχηματισμός πάγιου κεφαλαίου	-6,6	-13,2	-20,9	-16,8	-28,7	-9,5
Άνεργοι (σε χιλιάδες)	387,9	484,7	639,4	881,8	1.195,1	1.330,4
Ανεργία (μέσο ετήσιο ποσοστό)	7,8	9,6	12,7	17,9	24,4	27,5
Μακροχρόνια ανεργία (ως ποσοστό της συνολικής)	47,1	40,4	44,6	49,3	59,1	67,1
πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (% επί συνόλου)	28,1	27,6	27,7	31,0	34,6	35,7

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. (Η ελληνική οικονομία / Μάρτιος 2015 και Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα /Μάρτιος 2015)

*περιλαμβάνει μείωση του χρέους σύμφωνα με το πρόγραμμα ανταλλαγής ομολόγων (PSI)

Η οικονομική κρίση αποδεικνύει τον σημαντικό ρόλο των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, όπως το εισόδημα, το επίπεδο διαβίωσης, το μορφωτικό επίπεδο και την εργασία του ατόμου. Το γενικό επίπεδο υγείας των πολιτών εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό (20-30%) από τους κοινωνικούς οικονομικούς και ευρύτερα περιβαλλοντικούς παράγοντες (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Η αναζήτηση σε έρευνες και επιστημονικά άρθρα οδηγεί στη συλλογή πολλών σχετικών στοιχείων:

Η μεγάλη ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια και οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης συνδέονται άμεσα με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, την αύξηση των ποσοστών εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες και το αλκοόλ, καθώς και την υιοθέτηση ανθυγιεινού τρόπου ζωής, όπως της επιλογής χαμηλής ποιότητας τροφής κι αύξησης της κατανάλωσης καπνού. Αυτή η κατάσταση, όσο εξελίσσεται, σε μακροχρόνια βάση, οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και πρόωγη θνησιμότητα, ιδίως στα άτομα που βρίσκονται σε κοινωνικό αποκλεισμό και σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως μετανάστες και χρόνια πάσχοντες από ψυχικά και σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος Τσαντού,2010). Όπως σημειώνεται, η ανεργία συνδέεται με αύξηση της μέσης τιμής της θνησιμότητας από 20% μέχρι 25% σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις (Κυριόπουλος, 2012).

Ειδικότερα, η ψυχική υγεία είναι αυτή που έχει πολλαπλά επηρεαστεί από την οικονομική κρίση. Η απώλεια της εργασίας και η πολλή μεγάλη δυσκολία εύρεσης νέας, δημιουργούν έντονα κοινωνικό-ψυχολογικά προβλήματα, όπως καταστάσεις συνεχούς άγχους, θλίψης και θυμού, αλλά και ατομική απογοήτευση, μείωση της κοινωνικότητας και έλλειψη αυτοσεβασμού και απαίτησης του σεβασμού των άλλων, που οδηγούν όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού στην κατάθλιψη. Ειδικότερα στην Ελλάδα, όπου η οικονομική κρίση έχει αυξήσει το ποσοστό των ατόμων που είναι μακροχρόνια άνεργοι και σε κίνδυνο φτώχιας και κοινωνικού αποκλεισμού (πίνακας, 3), το πρόβλημα γίνεται ιδιαίτερα έντονο. Όπως διαπιστώνεται, τα άτομα με διαγνωσμένη βαριάς μορφής κατάθλιψη είναι 2,6 φορές περισσότερα το 2011 σε σχέση με το 2008 (Simou, 2014). Επιπροσθέτως, η μείωση του εισοδήματος και παράλληλα η ύπαρξη δανειακών υποχρεώσεων των νοικοκυριών συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Από διεθνείς έρευνες έχει βρεθεί ότι από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα το 23% έχει χρέη που προέρχονται από δανεισμό και μόνο το 8% του συνόλου δεν έχει οικονομικά χρέη (Κυριόπουλος, Αθανασάκης, Πάβη, 2012). Είναι χαρακτηριστική η αύξηση της χρήσης

αντικαταθλιπτικών κατά 34,8% και αντιψυχωσικών σκευασμάτων κατά 18,6% την περίοδο 2006 με 2011 στην Ελλάδα (Κυριόπουλος, 2012).

Είναι εμφανές, από τα παραπάνω –εάν και είναι περιορισμένη αναφορά των επιπτώσεων- ότι η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού και συνεπώς οδηγεί σε αύξηση της ανάγκης κι επομένως της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

3.3.2. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ασφάλιση υγείας και την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού.

Όπως θα αναμενόταν, η αύξηση της ζήτησης, από την πραγματική αύξηση των αναγκών της κοινωνίας για υγειονομική φροντίδα, θα έπρεπε να οδηγήσει σε αύξηση των δημόσιων δαπανών για αυτήν. Όμως, η ήδη δυσμενή οικονομική κατάσταση των ασφαλιστικών ταμείων και η δέσμευση της κυβέρνησης για να διατηρηθούν οι δημόσιες δαπάνες υγείας κάτω από το 6% του ΑΕΠ για το 2012, οδήγησε σε βαθιά οικονομική δυσπραγία, αφού εκείνη τη χρονιά το ονομαστικό Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν μειώθηκε κατά 6,5% (πίνακας 3) και η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας κατά 12,6% (Economou, et al, 2014) Είναι χαρακτηριστικά τα στοιχεία του παρακάτω πίνακα, που δείχνουν τα ποσοστά μείωσης, τόσο της ιδιωτικής, όσο και της δημόσιας δαπάνης υγείας, σε απόλυτους αριθμούς, δηλαδή ως αποτέλεσμα της συνολικής μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος.

Πίνακας 4: Μεταβολές των δαπανών υγείας, μεταξύ 2009-2010, 2010-2011 και 2011-2012			
Δαπάνες	2010/2009	2011/2010	2012/2011
	%	%	%
Γενικής κυβέρνησης	-11,5	2,2	-10,5
Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης	-13,6	-4,8	-14,0
Συνολική Δημόσια Δαπάνη Υγείας,	-12,8	-2,0	-12,6
Ιδιωτική ασφάλιση	23,7	-0,4	-1,6
Ίδιες πληρωμές	-7,5	-4,7	-12,3

Συνολική Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας,	-5,6	-4,4	-11,4
Άλλες πηγές (Εκκλησία, μη κυβερνητικές οργανώσεις κτλ)	39,2	-28,4	2,1
Συνολική Δαπάνη Υγείας	-10,2	-2,9	-12,1

Πηγή: Economidou, et al 2014

Η οικονομική κρίση, οδηγεί τους πολίτες να αυξήσουν την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας σε δημόσιες δομές, σε σχέση με το παρελθόν, αφού δυσκολεύονται να καλύψουν τις χρεώσεις στον ιδιωτικό τομέα, λόγω μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματός τους. Η μείωση της χρήσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι πολύ έντονη μεταξύ 2009 και 2011, αφού σχεδόν αγγίζει το 50%, όπως επίσης και η χρήση κλινικών παρεμβατικών τεχνολογιών στον δημόσιο τομέα, αφού για αυτές καλύπτονται σε μεγάλο μέρος από ίδιες πληρωμές (Κυριόπουλος, Αθανασάκης και Πάβη, 2012). Η αύξηση υποδοχής ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία μεταξύ 2009 και 2012 είναι 35,6%. Παράλληλα αυξάνεται η δαπάνη λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, με την κλειστή νοσηλεία να αυξάνεται κατά 11% (από 64% το 2009 σε 71% το 2012), και μεταξύ 2010 και 2011 οι χειρουργικές επεμβάσεις κατά 6% και κατά 18% οι εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ κατά 1,8% οι επείγουσες οδοντιατρικές υπηρεσίες μεταξύ 2011 και 2012 (Economidou, et al 2014).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει ωστόσο να τονιστεί, ότι εξακολουθεί να είναι πολύ υψηλό το ποσοστό των ίδιων πληρωμών σε σχέση με τη συνολική δαπάνη υγείας και μάλιστα ότι αυξάνεται εν μέσω κρίσης από 27,6% το 2009 σε 28,8% το 2012. Μπορεί να μη βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, όπως αυτά ίσχυαν στις αρχές της δεκαετίας (38,2% το 2003), αλλά συνεχίζει να αποδεικνύει πόσο στρεβλά «ιδιωτικό» είναι το σύστημα υγείας στη χώρα εξαιτίας της μεγάλης αναποτελεσματικότητάς του (Economidou, Kaitilidou, et al 2014). Εάν μάλιστα συνδυαστεί το γεγονός ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η τάση είναι να μειώνεται η συνολική δαπάνη για επισκέψεις σε γιατρούς και οδοντίατρος, προκειμένου τα νοικοκυριά να εξοικονομήσουν πόρους για πρωταρχικές κι επείγουσες ανάγκες του οικογενειακού προϋπολογισμού (Κυριόπουλος, Αθανασάκης και Πάβη, 2012), το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι το ποσοστό των ίδιων πληρωμών αυξάνεται για να καλύψει επείγουσες κι αναπόφευκτες ιατρικές ανάγκες, που αδυνατεί το δημόσιο σύστημα να καλύψει αποτελεσματικά, ενώ υπάρχει δηλωμένη ανάγκη.

Από την άλλη, κι ενώ η ζήτηση για δωρεάν δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται, γενικεύεται η μείωση των εσόδων από εισφορές και από τον κρατικό προϋπολογισμό στα ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Η αύξηση της ανεργίας και της ημιαπασχόλησης, καθώς και η μείωση του ενεργά ηλικιακά πληθυσμού, έχει επιφέρει μια μείωση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων από 30,7 δισεκατομμύρια ευρώ το 2008 στα 24,4 το 2013. Επιπλέον, οι μνημονικοί στόχοι οδηγούν στον περιορισμό της κρατικής ενίσχυσης από τον προϋπολογισμό προς το ταμείο υγείας των δημόσιων υπαλλήλων (ΟΠΑΔ), με συνέπεια από το Ιανουάριο του 2011 να αυξηθούν οι εισφορές των δημόσιων υπαλλήλων για περίθαλψη στο 5,1% του μισθού τους από 2,55% και το 2013 να αυξηθεί και το ποσοστό εισφορών για τη συνταξιοδότησή τους από 2,55% στο 4% (Economou, Kailitidou, 2014).

Εν μέσω της κατάστασης που περιγράφηκε πιο πάνω, αποφασίστηκε η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2011 στα πλαίσια της προσπάθειας μείωσης των δαπανών υγείας και της αποδοτικότερης χρήσης των περιορισμένων διατιθέμενων οικονομικών πόρων. Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ νομοθετήθηκε με τον Ν.3819/11. Η απόφαση αυτή ήταν σύμφωνη με το πρώτο μνημόνιο για τη δανειακή σύμβαση, που υπογράφηκε στις 8 Μαΐου του 2010, το οποίο προέβλεπε για τον τομέα της υγείας «η κυβέρνηση να προγραμματίσει να διαχωρίσει τον κλάδο υγείας από τον κλάδο συνταξιοδότησης συγχώνευση τα κονδύλια, για την απλοποίηση του υπερβολικά κατακερματισμένου συστήματος, καθώς και να συγκεντρώσει όλες τις σχετικές με την υγεία δραστηριότητες υπό την αρμοδιότητα ενός μόνο υπουργείου».

Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ ήταν μια απρόσμενη εξέλιξη στην τροχιά της εξέλιξης του θεσμού της ασφάλισης υγείας στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα; Στο κεφάλαιο αυτό αποδείχτηκε μέσω της ανάλυση θεωρητικών επιχειρημάτων και τεκμηρίων, όπως στατιστικών στοιχείων, ότι η χρονική στιγμή που επιλέχτηκε να πραγματοποιηθεί η σύσταση του ΕΟΠΥΥ ήταν μια πραγματικά κρίσιμη και πιεστική για τη βιωσιμότητα και την εκπλήρωση του κοινωνικού ρόλου της παροχής υγειονομικής περίθαλψης περίοδος. Οι πολίτες ασφαλισμένοι ή μη έχουν αυξημένες πραγματικές ανάγκες για περίθαλψη, αφού η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιδράσεις στο επίπεδο υγείας τους, αλλά το σύστημα αδυνατεί να ανταποκριθεί, γιατί αντιμετωπίζει ολοένα και μεγαλύτερα χρηματοδοτικά ελλείμματα. Δεν ήταν όμως μια απρόσμενη εξέλιξη, αλλά αντιθέτως μια ζητούμενη από δεκαετίες, όπως αποδεικνύουν τα θεσμικά χαρακτηριστικά και τα οικονομικά μεγέθη των προηγούμενων ετών. Ουσιαστικά, η χώρα είχε αποτύχει να διαμορφώσει μια ορθή πολιτική

χρηματοδότησης, όπως επίσης και να περιορίσει τη δαπάνη υγείας ιδιαίτερα τα χρόνια μεταξύ 2000 και 2009, με προφανές επακόλουθο το έλλειμμα στους εθνικούς λογαριασμούς που σχετίζονται με την υγεία να έχει φτάσει τα 50 δισεκατομμύρια και να αποτελεί «σημαντικό παράγοντα» στον εθνικό οικονομικό εκτροχιασμό και στην επιβολή επιτήρησης από την τρόικα (Economou, Kaitelidou, et al, 2014). Κατά συνέπεια, οι ιδιαίτερα δυσμενείς συνθήκες για την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού από ένα δημόσιο σύστημα την περίοδο σύστασης του ΕΟΠΥΥ, δημιούργησαν μια υποχρεωτική συνθήκη για αλλαγή μονοπατιού. Με τον ΕΟΠΥΥ, θεσμοθετήθηκε το 2011 μια νέα κατεύθυνση πολιτικής υγείας; Ο ΕΟΠΥΥ είναι η μεταρρύθμιση, που εμπεριέχει κάτι νέο: τον επίσημα θεσμοθετημένο συντονισμό της δημόσιας ασφάλισης υγείας, είναι η ενσάρκωση ενός φορέα, ο οποίος σκοπό έχει να συμβάλει καθοριστικά στην αποδοτικότητα του συστήματος υγείας στη χώρα. Χρειάζεται να επισημανθεί, ωστόσο, ότι, αυτή η μεταρρύθμιση δεν «διόρθωσε» όλες τις στρεβλώσεις που περιγράφηκαν πιο πάνω και δεν οδήγησε σε ένα βέλτιστο σύστημα, αλλά ότι έθεσε σε νέα τροχιά την εξέλιξη του θεσμού της δημόσιας ασφάλισης υγείας, ώστε πάνω της να μπορούν να διαμορφωθούν ευκολότερα από ότι στο παρελθόν οι πολιτικές που θα αλλάξουν το σύστημα υγείας.

Θα μπορούσε, όμως, να μην έχει προκύψει; ή η αλλαγή μονοπατιού να είχε άλλη κατεύθυνση; Η απάντηση δεν μπορεί παρά να αναζητηθεί σε πολιτικό επίπεδο. Στο επόμενο κεφάλαιο, θα αναλυθεί κάτω από ποιες συνθήκες αυτή η δυσμενής κατάσταση, που περιγράφηκε, μετατράπηκε σε ευκαιρία αλλαγής μονοπατιού, και πως έδωσαν την συγκεκριμένη κατεύθυνση δηλαδή ποιες ήταν οι προϋποθέσεις, που επέτρεψαν ή επέβαλλαν αυτή τη μεταρρύθμιση και δεν την απέτρεψαν για άλλη μια φορά, όπως σε πολλαπλές περιπτώσεις στο παρελθόν που παρουσιάστηκαν στο κεφάλαιο 2, με την πιο πρόσφατη να είναι η περίπτωση της αποτυχίας υλοποίησης του ΟΔιΠΥ.

4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΥΓΚΥΡΙΑΣ: ΕΝΑ ΠΛΕΓΜΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕΤΕΤΡΕΨΕ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΣΕ ΕΥΚΑΙΡΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΜΟΝΟΠΑΤΙΟΥ – ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΟΠΥΥ.

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται διεξοδικά οι παράγοντες, που συνέβαλλαν στη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, εν μέσω βαθιάς οικονομικής κρίσης και ασφυκτικών χρηματοδοτικών συνθηκών για την ασφάλιση υγείας, όπως αναπτύχθηκε παραπάνω. Η θεωρητική προσέγγιση του

ιστορικού θεσμισμού, όπως αναλύθηκε στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου 2, θεωρεί ότι ένα κρίσιμο σημείο στην ιστορική εξέλιξη των θεσμών εμπεριέχει, εκτός από την έντονη ανάγκη για αλλαγή πολιτικής, λόγω αντικειμενικών συνθηκών, συγκεκριμένες πολιτικές και θεσμικές συνθήκες ως παράγοντες αλλαγής μονοπατιού, που η διερεύνησή τους παρακάτω θα χρησιμοποιηθεί για να απαντηθεί το κρίσιμο ερώτημα του κεφαλαίου: Ποιες είναι οι πολιτικές συνθήκες που μετέτρεψαν την κρίση σε ευκαιρία;

Η διερεύνηση του πολιτικού πλαισίου χωρίζεται σε δυο παράλληλα και αλληλένδετα συστατικά: την ευρωπαϊκή πολιτική και την εσωτερική. Η πρώτη περιλαμβάνει τις βασικές έννοιες και ιδεολογικές κατευθύνσεις που συνδέονται με την ευρωπαϊκή ολοκλήρωση και τον ρόλο των ευρωπαϊκών θεσμικών παραγόντων, τη διατυπωμένη στρατηγική για την υγεία και την επιβολή μέσω μνημονίου των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στην υγεία και συγκεκριμένα τα σχετικά με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Η δεύτερη περιλαμβάνει το πολιτικό περιβάλλον, στο οποίο διαμορφώθηκε η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση στο εσωτερικό της χώρας, από τις απόψεις βασικών δρώντων κατά τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, έως τη στάση των πολιτικών κομμάτων και των οργανωμένων συμφερόντων. Η διαδικασία αυτή σκοπό έχει να αναδείξει την κάθε πλευρά, αλλά εν τέλει να συνθέσει τα δεδομένα που προέρχονται από αυτές, ώστε να παρουσιαστεί όλο το φάσμα της πολιτικής αναζήτησης.

Παρενθετικά επισημαίνεται, ότι στην ενότητα αυτή η έρευνα έχει μια μεικτή βάση άντλησης δεδομένων με σκοπό την ολόπλευρη αναφορά στις πολιτικές πράξεις του συνόλου των δρώντων. Έτσι, εκτός από βιβλιογραφικές πηγές, χρησιμοποιούνται και πηγές από τον καθημερινό τύπο, που έχουν αναρτηθεί στο διαδικτυό, όπως σχετικά άρθρα προς το ευρύ κοινό και δημόσιες δηλώσεις των βασικών δρώντων στη μεταρρύθμιση από τους προσωπικούς τους ιστότοπους, δελτία τύπου του ΕΟΠΥΥ και του Υπουργείου Υγείας, ώστε να αποδειχθεί ο σκοπός της ενότητας, δηλαδή ποια είναι η κυρίαρχη πολιτική συγκυρία στη χρονική περίοδο της υλοποίησης της σύστασης του ΕΟΠΥΥ.

4.1. Οι θεσμοθετημένοι εξωγενείς παράγοντες πολιτικής πίεσης.

Οι εξωγενείς πιέσεις για μεταρρυθμίσεις έχουν καθοριστικό ρόλο. Οι πιέσεις αυτές προέρχονται από τρεις θεσμούς, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, που διαμόρφωσαν τον «μηχανισμό στήριξης»

της ελληνικής οικονομίας και από το τεχνικό κλιμάκιο, που αποτελείται από εκπροσώπους των αντίστοιχους θεσμούς, την επονομαζόμενη «τρίοικα». Το πρώτο ερώτημα που προκύπτει είναι για τον ρόλο της τριοίκας στη σύσταση του ΕΟΠΥΥ και την πορεία του. Εάν όμως το ερώτημα σε αυτή την ενότητα περιοριστεί στην αναζήτηση του ρόλου της τριοίκας, θα προκύψει μια βασική έλλειψη, αφού θα αποσιωπά την στρατηγική προσέγγιση της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία, η οποία γίνεται κατανοητή τόσο από επίσημα σχετικά έγγραφα, όσο και από την ιστορική πορεία της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, από την οποία προκύπτουν σαφείς πολιτικές και ιδεολογικές συνέχειες. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να απαντηθεί πρωτίστως, σε ποιο επίπεδο βρίσκεται η Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση κι επομένως ποιος ο θεσμικός ρόλος των οργάνων της και η αλληλεπίδραση των κρατών – μελών, ποια η ευρωπαϊκή πολιτική για τα συστήματα υγείας, η ιδεολογική κατεύθυνση και ποιοι οι στόχοι που έχουν τεθεί και στη συνέχεια ποίος είναι ο ρόλος της τριοίκας, τι επιβάλλουν τα μνημόνια και τελικά τι σημαίνει αυτή η πολιτική πίεση στην κρίσιμη χρονικά συγκυρία για την ελληνική πραγματικότητα.

4.1.1. Σύντομη αναφορά στην ευρωπαϊκή πορεία ενοποίησης και στις βασικές αρχές της.

Η πορεία προς την Ευρωπαϊκή Ένωση άρχισε λίγο μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, όταν πλέον είχε γίνει ευρύτερα κατανοητό ότι η ειρηνική συνύπαρξη και η συνεργασία για εμπορικούς και γενικότερα οικονομικά σκοπούς ήταν αμοιβαία επωφελής. Όπως δήλωνε ο Σούμαν στις 9 Μαΐου του 1950, η ενοποίηση της Ευρώπης δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί άμεσα, αλλά σταδιακά, με την υλοποίηση συγκεκριμένων επιτευγμάτων στη βάση της αλληλεγγύης μεταξύ των Ευρωπαίων (Τσακαλογιάννης, 2000). Η πρώτη προσπάθεια έγινε από κράτη που επιθυμούσαν να διασφαλιστούν τα συμφέροντα της βαριάς βιομηχανίας τους, χάλυβα και άνθρακα, μέσω της ειρηνικής συνεργασίας μεταξύ τους υπό μορφή κοινότητας. Η κοινότητα αυτή, δεν παρέμεινε στάσιμη αλλά βρέθηκε σε μια έντονη εξελικτική πορεία με τρεις παράλληλους στόχους: τη διεύρυνση, την εμβάθυνση και την ολοκλήρωση. Οι στόχοι αυτοί σταδιακά υλοποιούνται δημιουργώντας ένα νέο περιβάλλον για τα κράτη μέλη και επιδρώντας ποικιλοτρόπως στο εσωτερικό τους. Έτσι, οι κορυφαίες στιγμές αρχίζουν από την συνθήκη των Παρισίων το 1951 για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα, που υπογράφηκε από έξι κράτη, τη Γαλλία τη Δυτική Γερμανία, την Ιταλία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες και συνεχίζουν με την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα (ΕΟΚ), η οποία συμφωνήθηκε με τη συνθήκη της

Ρώμης το 1957, και αργότερα το 1992 στη Συνθήκη του Μάαστριχτ, που θεσμοθετεί την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις μεταρρυθμιστικές συνθήκες του Άμστερνταμ το 1997, της Νίκαιας το 2001 και της Λισαβόνας το 2007. Οι ευρωπαϊκές συνθήκες διαμόρφωσαν όλο το εποικοδόμημα της Ένωσης και όρισαν θεσμικά όργανα με διακριτές αρμοδιότητες, δηλαδή το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Ευρωπαϊκό Ελεγκτικό Συνέδριο. Οι θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη συνεχή λειτουργία τους παράγουν κοινή πολιτική για τα κράτη μέλη με γνώμονα τις κοινές αρχές που έχουν συμφωνηθεί από τις ιδρυτικές συνθήκες. Η κοινή πολιτική των κρατών μελών διαμορφώνεται ύστερα από συζητήσεις και διαπραγματεύσεις, στα πλαίσια των θεσμικών της οργάνων, με κυρίαρχο το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από τους αρχηγούς των κρατών μελών και τον πρόεδρο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και ο ρόλος τους είναι κατεξοχήν διακυβερνητικός.

Η βασική αντίληψη που συνοδεύει την οικοδόμηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης γίνεται αντιληπτή από τα επίσημα κείμενα που συνοδεύουν την ίδρυση και τη λειτουργία της και μπορεί να συνοψιστεί στο ότι ο κινητήριο μοχλός για μια ευημερούσα Ευρώπη είναι η οικονομική ανάπτυξη και η ευημερία των κατοίκων της μέσω της ειρηνικής συνύπαρξης, του αμοιβαίου σεβασμού και της υπεράσπισης της δικαιοσύνης μεταξύ των κρατών μελών. Ορισμένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η ανάπτυξη μιας ενιαίας αγοράς εντός των κρατών μελών, μέσα στην οποία κινούνται ελεύθερα οι πολίτες, τα αγαθά, οι υπηρεσίες και τα κεφάλαια, και η διαμόρφωση κοινών πολιτικών και στρατηγικών μέσω των θεσμικών οργάνων της, που στόχο έχουν τη σταδιακή εμβάθυνση της ενοποίησης των κρατών μελών. Η επιδίωξη κοινών πολιτικών, όπως πολιτικών δημοσιονομικής εξυγίανσης και διοικητικής μεταρρύθμισης σε υπηρεσίες παροχής δημοσίων αγαθών, όπως είναι ο τομέας της υγείας, συνδέονται με τον βασικό στόχο για οικονομική ανάπτυξη των κρατών μελών, που θα οδηγήσει και στην εμβάθυνση της Ευρωπαϊκής ενοποίησης. Το βασικό ζητούμενο των πολιτικών της Ένωσης, σύμφωνα με την Ετήσια επισκόπηση της Ανάπτυξης (AGS) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του 2014, είναι η οικοδόμηση της ανάπτυξης και της ανταγωνιστικότητας με σκοπό μια βιώσιμη ανάκαμψη των οικονομικών. Η ανάπτυξη αυτή συνδέεται με τη δημοσιονομική εξυγίανση που θα είναι φιλική στην ανάπτυξη της οικονομίας, μέσω της επιβολής ενός μείγματος μέτρων για τα έσοδα (φορολογία) και τις δαπάνες των κρατών, που θα προωθούν την επίτευξη αποτελεσματικότερων δημόσιων

υπηρεσιών με περιορισμένους πόρους και εξορθολογισμού της δημόσιας διοίκησης σε όλα τα επίπεδα.

Ποια όμως είναι η πολιτική ή οι γενικές κατευθυντήριες γραμμές για την υγεία και τον σχεδιασμό συστημάτων υγείας στην Ένωση; Παρακάτω γίνεται μια προσπάθεια να δοθεί μια περιγραφική απάντηση.

4.1.2. Η στρατηγική για την υγεία και τα υγειονομικά συστήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ο τομέας της υγείας, όπως και οι άλλες πτυχές της κοινωνικής πολιτικής, δεν υπήρξε προτεραιότητα στην πορεία της Ευρωπαϊκής ιστορίας, αφού κυριαρχεί η έννοια της οικονομικής έναντι της κοινωνικοπολιτικής ολοκλήρωσης. Γενικότερα, οι επιδιώξεις της Ένωσης για τον τομέα της υγείας διατυπώνονται ως γενικές αρχές και επιδιώξεις σε κείμενα στρατηγικής που δεν έχουν δεσμευτικό αλλά καθοδηγητικό χαρακτήρα. Η αρμοδιότητα δηλαδή για την άσκηση πολιτικής υγείας και καθορισμού της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, των παροχών και της χρηματοδότησης τους, ανήκει στα κράτη μέλη.

Μερικές ουσιαστικά χαρακτηριστικές αρχές και επιδιώξεις μπορούν να συνοψιστούν από τα κάτωθι:

Στη Λευκή Βίβλο που εκδόθηκε το 2007 και αφορά τη στρατηγική για την υγεία στην ΕΕ για την περίοδο 2008-2013, αναφέρεται ότι «σύμφωνα με τη μεταρρυθμιστική συνθήκη της Λισαβόνας προτείνεται η ενίσχυση της πολιτικής υγείας» και παραθέτονται μια σειρά από ζητήματα που αφορούν την προσαρμογή των ευρωπαϊκών συστημάτων στα νέα δεδομένα της εποχής, όπως τις σύγχρονες απειλές για την υγεία και τα νέα τεχνολογικά δεδομένα, που επιδρούν στους σκοπούς αλλά και στο περιεχόμενο των συστημάτων υγείας. Ωστόσο, δεν προβλέπεται κάποιο ενιαίο σύστημα αλλά ενιαία πολιτική και ενίσχυση της συνεργασίας των κρατών μελών για την επίτευξη καλύτερης υγείας των πολιτών.

Το άρθρο 152 της συνΕΚ ορίζει ότι ο ρόλος της Ένωσης είναι επικουρικός για τη δημόσια υγεία και ότι η πολιτική υγείας ανήκει στην σφαίρα της εθνικής αρμοδιότητας. Αυτή η διατύπωση δεν εμποδίζει τη συνεχή διαμόρφωση συγκλητικών πολιτικών και πρακτικών για τον τομέα της υγείας στην Ένωση, ούτε και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να επεξεργάζεται τα μεγέθη της δημόσιας υγείας και των συστημάτων υγείας στα κράτη μέλη, ώστε να βγαίνουν χρήσιμα συμπεράσματα για την άσκηση πολιτικής υγείας στα κράτη. Για παράδειγμα, έχει

διαμορφωθεί το στατιστικό πρόγραμμα ESSPROS, για τη σύγκριση των ποσοτικών στοιχείων, αλλά και ετήσιες εκθέσεις για τα αποτελέσματα των ασκούμενων εθνικών πολιτικών και τη σύσταση επιτροπών ειδικών για τα σύστημα (Expert Group on Health Systems Performance Assessment) με την εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Οι δράσεις αυτές δείχνουν την εντεινόμενη τάση της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ασχοληθεί εντονότερα με το ζήτημα της δημόσιας πολιτικής υγείας στα κράτη μέλη ως συνάρτηση της προσπάθειας για οικονομική ευημερία των κρατών, δηλαδή της θεμελιώδους αρχής της, αλλά και για να εντείνει την προσπάθειά της για αποτελεσματικά και οικονομικά αποδοτικότερα συστήματα υγείας.

Ειδικότερα, σε πρόσφατη ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, στις 4/4/2014, με τίτλο «για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας» τονίζεται ότι εξαιτίας τόσο των αυξανόμενων κοινών προκλήσεων, όπως της γήρανσης του πληθυσμού, όσο και της έντονης οικονομικής κρίσης, «τα συστήματα υγείας πρέπει να είναι ανθεκτικά: πρέπει να μπορούν να προσαρμόζονται αποτελεσματικά σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, αντιμετωπίζοντας σημαντικές προκλήσεις με περιορισμένους πόρους». Σύμφωνα με την Επιτροπή, από την εμπειρία των μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν στις χώρες μελή τα τελευταία χρόνια, αποδεικνύεται ότι στα ανθεκτικά συστήματα υγείας για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών τους συνυπάρχουν οι κάτωθι παράγοντες: σταθερός χρηματοδοτικός μηχανισμός, ορθές μέθοδοι προσαρμογής στους κινδύνους, χρηστή διακυβέρνηση, ροές πληροφοριών στο σύστημα (e- health), επαρκής κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας και επαρκής και καταρτισμένο εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας.

Το βασικό σημείο που πρέπει να τονιστεί, με βάση τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, είναι η βασική επιδίωξη για συστήματα υγείας που θα λειτουργούν με τρόπο αποτελεσματικό για όλους τους πολίτες και ισότιμο και οικονομικά αποδοτικό. Όπως θα τονιστεί και πιο κάτω, η βασική μεταρρύθμιση που επέβαλε η τρόικα στην Ελλάδα, εκτός από την άμεση αναγκαιότητα για μείωση των δαπανών υγείας λόγω την έντονης οικονομικής κρίσης και των ελλειμμάτων του κράτους, ήταν η διασφάλιση ενός οικονομικά αποδοτικού συστήματος υγείας με διασφάλιση της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, με περιορισμό των διαθέσιμων πόρων, στο πλαίσιο του οποίου δημιουργήθηκε κι ο ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ με βάση τα παραπάνω είναι μια μεταρρυθμιστική προσπάθεια σύμφωνη με τις βασικές αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των πρόσφατων ανακοινώσεων της Ευρωπαϊκής

Επιτροπής. Ο οργανισμός αποτελεί την εθνική προσπάθεια για σύγκλιση με τους ευρωπαϊκούς στόχους για αποτελεσματικά προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα, αφού αποτελεί φορέα χρηστής διακυβέρνησης της δημόσιας ασφάλισης υγείας με μονοψωνιακή δύναμη διαπραγμάτευσης, διαμορφώνει κατάλληλες ροές πληροφόρησης με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και σταδιακά την επίτευξη ηλεκτρονικών αρχείων στα πλαίσια των ευρωπαϊκών επιταγών υγειονομικής πολιτικής και έχει κοστολογήσει σε σταθερές τιμές ιατρικές πράξεις, εξετάσεις και αγαθά, όπως ορθοπεδικά είδη, τα οποία αποζημιώνει.

Παραπάνω, έγινε μια γενική αναφορά στην Ευρωπαϊκή κατεύθυνση της πολιτικής υγείας και συγκεκριμένα των επιδιώξεων για τα συστήματα υγείας. Ποιος ο ρόλος της «τρόικας» και του μνημονίου στη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; Είναι συνέχεια ή επιβολή της ενεργοποίησης των πολιτικών της ΕΕ οι μνημονιακές υποχρεώσεις της χώρας για μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας και κατ' επέκταση η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ;

4.1.2. Η «τρόικα» και η μνημονική υποχρέωση για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ.

Η μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, όπως και πολλών άλλων τομέων δημόσιας πολιτικής, αποτέλεσαν υποχρέωση της δανειακής σύμβασης που υπογράφηκε το 2010. Τα κράτη της ευρωζώνης και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο παρείχαν χρηματοδοτική στήριξη στην Ελλάδα, δεσμεύοντάς την να προχωρήσει με μεταρρυθμίσεις, που θα τη μετέτρεπαν σε βιώσιμη οικονομία με προοπτικές ανάπτυξης σύμφωνες με την ιδεολογική και πολιτική κατεύθυνση της ΕΕ. Οι θεσμοί που εμπλέκονται είναι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων και την καλύτερη απορρόφηση των διαθέσιμων κονδυλίων της ΕΕ, δημιουργήθηκε ένας εποπτικός τεχνοκρατικός μηχανισμός, μια «ομάδα δράσης» από εκπροσώπους- υπαλλήλους της ΕΕ και ορισμένους εθνικούς εμπειρογνώμονες. Η ομάδα αυτή δεν καθορίζει την πολιτική, αλλά συντονίζει τη δράση των δημοσίων φορέων, προσφέρει τεχνογνωσία για την υλοποίηση των δεσμεύσεων της χώρας και αξιολογεί την πρόοδο των μεταρρυθμίσεων. Η πίεση για μεταρρυθμίσεις, όπως σε όλους τους τομείς, έτσι και στον τομέα της υγείας, προέρχεται από τις ρήτρες δανεισμού, τα μνημόνια που έχουν υπογραφεί μεταξύ Ελλάδας και των τριών θεσμών. Η θεσμική υπεροχή των συμβαλλόμενων και η αναγκαιότητα του δανεισμού της χώρας από αυτούς, υπό την έννοια ότι δεν είχε περιθώρια

εναλλακτικών κινήσεων, διαμόρφωσαν όχι ένα «ασφυκτικό», αλλά ένα «υποχρεωτικό» περιβάλλον για τις μεταρρυθμίσεις.

Το πρώτο μνημόνιο συνεννόησης περιλάμβανε: το Μνημόνιο Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, Μνημόνιο στις συγκεκριμένες προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής και Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης. Οι διατυπωμένες ρήτρες, που αφορούν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ είναι: Στο πρώτο Μνημόνιο Χρηματοπιστωτικής πολιτικής, που διαμορφώθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στις 03/05/2010, ψηφίστηκε από τη βουλή και εκδόθηκε νόμος, ο Ν. 3845/10 (φεκ 65/τΑ/06/05/2010), ως στόχος οικονομικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, έκτος από μέτρα για την οικονομική διοίκηση των νοσοκομείων, αναφέρεται ότι « η κυβέρνηση προγραμματίζει, επίσης, να διαχωρίσει τον κλάδο υγείας από τον κλάδο συνταξιοδότησης, να συγχωνεύσει τα κονδύλια για την απλοποίηση του υπερβολικά κατακερματισμένου συστήματος, καθώς και να συγκεντρώσει όλες τις σχετικά με την υγεία δραστηριότητες υπό την αρμοδιότητα ενός μόνο υπουργείου»

Στο πρώτο επικαιροποιημένο μνημόνιο συνεννόησης στις 06/08/2010, το ενδιαφέρον στις μεταρρυθμίσεις στο τομέα της υγείας εστιάζεται στην αποδοτικότερη λειτουργία των νοσοκομείων και τη ρύθμιση των οικονομικών τους, ενώ δεν γίνεται αναφορά για τον διαχωρισμό του κλάδου υγείας.

Στο δεύτερο επικαιροποιημένο μνημόνιο συνεννόησης στις 22/11/20, μεταξύ των στόχων για τη μεταρρύθμιση είναι οι διοικητικές μεταρρυθμίσεις που περιλαμβάνουν «την ενοποίηση των πακέτων παροχών μεταξύ των ταμείων»

Στο τρίτο επικαιροποιημένο μνημόνιο στις 11/02/2011, δίνονται οδηγίες για κοινή δράση των ταμείων. Στο κείμενο θεωρείται ότι η κυβέρνηση πρέπει να λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, ώστε όλα τα ταμεία να χρησιμοποιούν με τρόπο οικονομικά αποδοτικό την ηλεκτρονική συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων και ότι πρέπει να γίνουν όλες οι ενέργειες για την καθιέρωση ενός «ενιαίου μηχανογραφικού συστήματος παροχών υγείας (σύστημα ηλεκτρονικής υγείας). Επίσης αναφέρεται ότι «η κυβέρνηση κινείται προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης εξίσωσης μεταξύ των ταμείων σε ότι αφορά τα ποσοστά των εισφορών και στα πακέτα των ελαχίστων παροχών, με στόχο την πλήρη εξίσωση τους μέχρι το 2012, με βάση τον Ν.3655/2008». Στο ίδιο κείμενο αναφέρεται ότι η ανεξάρτητη ομάδα εμπειρογνομόνων σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την ΕΚΤ και το ΔΝΤ θεωρούν αναγκαία, μεταξύ άλλων, την «εναρμόνιση των πακέτων παροχών υγειονομικής

περίθαλψης μεταξύ των ταμείων» και ότι στον τομέα των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων υγείας «η κυβέρνηση αρχίζει την υλοποίηση των μέτρων που έχει συστήσει η ανεξάρτητη ομάδα για την υγειονομική περίθαλψη».

Στο τέταρτο επικαιροποιημένο μνημόνιο στις 02/07/2011, αναφέρεται ότι «η κυβέρνηση σχεδίασε μια νέα θεσμική δομή για τον τομέα της υγείας, συγχωνεύοντας διαφορετικά ταμεία υγείας, περιορίζοντας τη φαρμακευτική δαπάνη και εφαρμόζοντας αυστηρότερους λογιστικούς ελέγχους των δαπανών στα νοσοκομεία». Είναι η περίοδος που πλέον μπαίνουν χρονοδιαγράμματα και ποσοτικοί στόχοι για τη νέα δομή που έχει προκύψει νομοθετικά, αλλά επίσημα θα λειτουργήσει από τις αρχές του 2012. Στα επίσημα κείμενα, που ακολουθούνε αυτό το κείμενο, ο ενοποιημένος φορέας θα έχει πλέον θεσμική υπόσταση και όνομα, θα είναι ο ΕΟΠΥΥ.

Η μικρή αναφορά στα κείμενα των επικαιροποιημένων μνημονίων σκοπό έχει την ανάδειξη του σταθερού προσανατολισμού των ευρωπαϊκών κειμένων προς τη μείωση των δαπανών υγείας και την αποδοτικότερη χρήση των πόρων και στα πλαίσια αυτά τη σταθερή αναγνώριση και προτροπή για ενοποίηση των κλάδων υγείας των ταμείων.

Ποια η υπόσταση της πίεσης από εξωγενείς παράγοντες; Η πίεση για μεταρρυθμίσεις προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικότερης διάρθρωσης της ασφάλισης υγείας στη χώρα δεν είναι ξένη προς τις κατευθύνσεις της ευρωπαϊκής πολιτικής υγείας. Αντιθέτως, είναι ιδεολογικά σύμφωνη με τις υπογραφείσες συμφωνίες και τα κείμενα στρατηγικών προοπτικών στα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης πριν ακόμα τη μνημονική περίοδο για την Ελλάδα. Η οικονομική κρίση και οι υποχρεώσεις που ανέλαβε η Ελλάδα απέναντι στους δανειστές της, οδήγησε σε μια υπό πίεση υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων που ήταν αναγκαίες στη δαιδαλώδη διοικητική μηχανή του κράτους και διαπιστωμένες από δεκαετίες. Είναι, όμως μια σαφέστατα διαχρονική πολιτική κατεύθυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, για τον ΕΟΠΥΥ η εξωγενής πίεση είναι βασικός παράγοντας για τη σύστασή του. Δεν είναι, όμως, μια «απροσδόκητη» πολιτική πράξη, αλλά μια απόλυτα εναρμονισμένη με τις πολιτικές εμβάθυνσης, που ακολουθούνται εντονότερα τα τελευταία χρόνια στην Ευρωπαϊκή Ένωση και συνεπώς «προσδοκώμενη». Συνδέεται με την προσπάθεια να δημιουργηθούν συστήματα ανθεκτικά, που θα λειτουργούν στα πλαίσια της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας, όπως αυτά διακηρύσσονται στα επίσημα κείμενα της

Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Η Ευρωπαϊκή πίεση, έχει καταλυτικό χαρακτήρα για την υλοποίηση του ΕΟΠΥΥ, γιατί συνδέεται με τις δανειακές υποχρεώσεις, κι επομένως έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα για τη δανειολήπτρια χώρα. Είναι, επομένως, κυρίαρχος παράγοντας. Είναι, όμως, κι ο μοναδικός; Αυτό διερευνάται στη συνέχεια του κεφαλαίου.

4.2. Οι θεσμικοί παράγοντες στο εσωτερικό της χώρας.

Η πρόταση για ίδρυση ενός ενιαίου φορέα, στα πρότυπα που διαμορφώθηκε ο ΕΟΠΥΥ, δεν ήταν μια μεταρρύθμιση που εισήγαγε για πρώτη φορά το μνημόνιο συνεργασίας ή δεν ήταν μια αυτούσια ευρωπαϊκή πρόταση ή άλλων διεθνών θεσμών. Από την αναδρομή στην ιστορία των προτάσεων που δεν υλοποιήθηκαν τις προηγούμενες δεκαετίες, στο κεφάλαιο 2, διαπιστώνεται ότι υπήρξε πολλαπλά πανομοιότυπη πρόταση των «ειδικών», δηλαδή καθηγητών πολιτικής υγείας, επιστημονικών επιτροπών, και υπουργών υγείας στη χώρα. Χαρακτικές περιπτώσεις προτάσεων είναι του ΟΔΙΠΥ, από τον υπουργό υγείας Α. Παπαδόπουλο το 2001, αλλά και παλιότερες, όπως οι προτάσεις του καθηγητή Σισσούρα (ΕΦΥ). Στις περιπτώσεις αυτές πολλοί θεσμικοί παράγοντες ήταν αρνητικά διακείμενοι προς την αλλαγή.

Ωστόσο, η δύσκολη οικονομική θέση της χώρας και οι δεσμεύσεις της προς τους εταίρους της ΕΕ και του ΔΝΤ, διαμόρφωσαν ένα περιβάλλον προώθησης μεταρρυθμίσεων, μιας και το κόστος παραμονής στο ίδιο μονοπάτι είναι μεγαλύτερο από το κόστος της αλλαγής. Καθοριστικός παράγοντας για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ είναι η δημόσια πολιτική στο εσωτερικό της χώρας, υπό την έννοια ενός πολιτικού momentum, δηλαδή μια πολιτικής συγκυρίας, που πρόσφερε πρόσφορο έδαφος για μεταρρυθμίσεις. Πως διαμορφώθηκαν – ή διαφοροποιήθηκαν από το παρελθόν της αδράνειας- οι παράγοντες στο εσωτερικό της χώρας, ώστε να «ανοίξει ένα παράθυρο ευκαιρίας» για την εγκαθίδρυση του ΕΟΠΥΥ στη συγκεκριμένη συγκυρία;

Η ερμηνεία του αποτελέσματος μπορεί να αναζητηθεί σε πολλούς παράγοντες που συνυπήρξαν σε κατάλληλες προς την αλλαγή συναρτήσεις και εκφράζονταν μέσω διαμορφωμένων θεσμών με προκαθορισμένη ισχύ και κύρος, όπως το υπουργείο υγείας και η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4.2.1. Πολιτικοί θεσμοί: η κυρίαρχη πολιτική αντίληψη και στάση των άμεσα εμπλεκόμενων.

Το κόμμα που βρέθηκε στην κυβέρνηση, το ΠΑΣΟΚ, μετά από τις εκλογές τον Οκτώβριο του 2009, ήταν «σχετικά» θετικά προδιατεθειμένο να υιοθετήσει μια μεταρρύθμιση τύπου ΕΟΠΥΥ. Αυτό γίνεται φανερό από το δημοσιοποιημένο «πλαίσιο κυβερνητικού προγράμματός» του, σχετικά με τις προτεραιότητες της κοινωνικής πολιτικής του, στις οποίες ο στόχος ενός δίκαιου και βιώσιμου ασφαλιστικού συστήματος συνδέεται με την οικονομική ενίσχυση του συστήματος και τη διασφάλιση της οικονομικής του ισορροπίας. Στα πλαίσια αυτά αναφέρεται χαρακτηριστικά: «προωθούμε την κοινοπραξία και την σύμπραξη των τεσσάρων μεγάλων φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ), με στόχο τον από κοινού έλεγχο των δαπανών υγείας, την αναδιαπραγμάτευση για την αγορά υπηρεσιών υγείας, τη συνείσπραξη των εισφορών, χωρίς να καταργούμε την αυτονομία τους». Από το προεκλογικό αυτό στόχο φαίνεται ότι η αντίληψη της κοινής πολιτικής υγείας για τα μεγάλα ταμεία ήταν εμπεδωμένη πεποίθηση σε μορφή πολιτικού κομματικού πλαισίου, όχι όμως και η εξάλειψη της αυτονομίας τους, με τη δημιουργία ενός μόνο πλήρως ενοποιημένου οργανισμού. Η πιθανή απάντηση σε αυτό είναι είτε γιατί δεν είχε γίνει συνειδητή η αναγκαιότητα ύπαρξης ενός οργανισμού, είτε γιατί είχε γίνει, αλλά αυτός ο στόχος έφερνε ανατροπή στη θεσμική αδράνεια και αυτό δεν εξυπηρετούσε τους σκοπούς μιας εκλογικής αναμέτρησης. Είναι φανερό ότι η προαναγγελία μιας τέτοιας μεταρρυθμίσεις θα έφερνε αναστάτωση για το μελλοντικό εργασιακό περιβάλλον στους εργαζόμενους των ταμείων, αλλά και στους συμβεβλημένους παρόχους υγείας, οι οποίοι πιθανόν θα αντιδρούσαν αρνητικά στις εκλογές. Επίσης, μετά την εκλογή του κόμματος, στις προγραμματικές δηλώσεις στη βουλή στις 16/10/2009 τονίζεται ότι στόχος της κυβέρνησης θα είναι να ενισχυθούν τα οικονομικά των ταμείων «όχι μόνο με κρατικούς πόρους, αλλά και με δραστική καταπολέμηση της εισφοροδιαφυγής και της σπατάλης και τη σύμπραξη των τεσσάρων μεγάλων φορέων ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ». Έτσι, είναι γεγονός ότι η κυβέρνηση αυτή ήταν γενικότερα θετική σε μια λύση «κοινοπραξίας» και «σύμπραξης» των μεγάλων ταμείων στον τομέα της υγείας.

Η λήψη της απόφασης για τη σύσταση ενιαίου οργανισμού περίθαλψης έγινε στα πλαίσια ομοφωνίας εντός του κυβερνητικού σχήματος και βρήκε στήριξη τόσο από άμεσα πολιτικά στελέχη του κυβερνώντος κόμματος, όσο και των στελεχών των συναρμόδιων υπουργείων

υγείας και εργασίας καθώς και των οργανισμών που θα συνενώνονταν. Από τις δημόσιες δηλώσεις τους, τόσο την περίοδο της διεργασίας για τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, όσο και μεταγενέστερα, διαπιστώνεται έντονη στήριξη στο εγχείρημα και πνευματική ενότητα των τοποθετήσεων και των σκέψεων γύρω από την αναγκαιότητα της λειτουργίας ενός οργανισμού που θα προσφέρει ισότιμες παροχές στους ασφαλισμένους και θα επιδιώκει τη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας. Μεταξύ των βασικότερων πρωταγωνιστών της δημιουργίας του Οργανισμού, σε πολιτικό επίπεδο, των οποίων βρέθηκαν δημόσιες δηλώσεις στο διαδίκτυο σχετικά με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ήταν ο τότε υπουργός υγείας Ανδρέας Λοβέρδός, η Γενική Γραμματέας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθηνά Δρέττα, ο Λοβέρδος Σπυρόπουλος, ως διοικητής του ΙΚΑ, αλλά και ο πρώτος πρόεδρος του ΕΟΠΥΥ, Γεράσιμος Βουδούρης και ο αρχικά αντιπρόεδρος του ΕΟΠΥΥ, Κυριάκος Σουλιώτης, οι οποίοι ήταν πριν την ίδρυση του οργανισμού πρόεδροι του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ αντίστοιχα. Χαρακτηριστικά, στην πρώτη συνεδρίαση του Δ.Σ. του νεοσύστατου οργανισμού στις 22/06/2011 παρουσιάστηκε το λογότυπο του νεοσύστατου οργανισμού, που σύμφωνα με το αντίστοιχο δελτίο τύπου, το οποίο αναρτήθηκε στον ιστότοπο του ΟΑΕΕ, δείχνει τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα του οργανισμού και τη στενή συνεργασία των τεσσάρων φορέων. Η συνεδρίαση αυτή συνοδεύτηκε από μια δημόσια εικόνα συνεργασίας και αισιοδοξίας για τη λειτουργία του οργανισμού, με δηλώσεις που έδειχναν την προσπάθεια για συνεργασία, όπως ανέφερε ο διοικητής του ΙΚΑ από «την πλευρά του ΙΚΑ θα συμβάλει με όλες του τις δυνάμεις και το πολύ αξιόλογο ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτει για τη επιτυχία του νέου οργανισμού», αλλά και από δηλώσεις για την ίδια τη μεταρρύθμιση, όπως δήλωσε ο τότε διοικητής του ΟΓΑ, Πέτρουλας Παναγιώτης: ο ΕΟΠΥΥ «δεν πρόκειται για μια τεχνητή αλλαγή στο θέμα της υγείας αλλά για μια ουσιαστική τομή στο πως το κράτος και η κοινωνία αντιλαμβάνεται το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας». Επίσης, ο πρώτος πρόεδρος του οργανισμού δήλωνε: «το εγχείρημα αυτό είναι μοναδικό στην ιστορία της χώρας μας και σηματοδοτεί μια σημαντική αλλαγή για την ΠΦΥ» και ότι «ο εξορθολογισμού των δαπανών και η δημιουργία υπηρεσιών ποιότητας αποτελεί βασική μας προτεραιότητα και η συγκρότηση του νέου οργανισμού είναι ένα καθοριστικό βήμα για την αναβάθμιση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα», με τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων να είναι απολύτως σύμφωνη, με βάση τις δηλώσεις της περί αναγκαιότητας μείωσης των δαπανών. (Εξπρές, 26/06/2011).

Προκειμένου να γίνει περισσότερο ευδιάκριτη η πολιτική και πνευματική ταύτιση ορισμένων από τους άμεσους διαμορφωτές του ΕΟΠΥΥ, αλλά και το περιεχόμενο της πολιτικής τοποθέτησής τους, παρατίθενται σημεία από δημόσιες δηλώσεις τους, ανά κατηγορία βασικών ερωτημάτων, οι οποίες είναι εξαιρετικά σημαντικές εξαιτίας του θεσμικού ρόλου των προσώπων αυτών, κατά τη διάρκεια της μεταρρύθμισης, χωρίς να είναι δυνατό να γίνει πλήρη και αναλυτική αναφορά σε όλες αυτές:

4.2.1.1. Ήταν αναγκαία η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ο Υπουργός Υγείας, Ανδρέας Λοβέρδος, υποστηρίζει ότι συνολικά το μεταρρυθμιστικό έργο στην υγεία «έπρεπε να έχει γίνει από τις δεκαετίες του 70', 80', 90' από εμάς μόνους μας, δίχως την ΕΕ και τους λοιπούς», υπό την έννοια ότι ήταν επιβεβλημένο από αυτές τις δεκαετίες κι όχι επειδή πρόεκυψαν προβλήματα στην πρόσφατη οικονομική κρίση. Μάλιστα, για να τονίσει την αναγκαιότητα των μεταρρυθμίσεων, ανέφερε χαρακτηριστικά, ότι το σχετικό με την υγεία τμήμα του μνημονίου συντάχτηκε αποκλειστικά από την ελληνική πλευρά δια μέσου των ειδικών συμβούλων του προκειμένου να μην μπορούν να αλλάξουν οι επόμενοι υπουργοί το περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων. Πιο συγκεκριμένα, για τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ανέφερε ότι σηματοδότησε την «διατήρηση του δημόσιου συστήματος υγείας, δίχως να κλείσουν υποδομές, παρά την έλλειψη ανάπτυξης, τη διατήρηση στη ζωή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους, που αν δεν υπήρχε ο ΕΟΠΥΥ θα είχε ήδη αμφισβητηθεί, αφού η πληρωμή των συντάξεων θα αύξανε με ιλιγγιώδεις ρυθμούς τις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις προς προμηθευτές, γιατρούς και φαρμακεία και συνεπώς θα παροξυνόντουσαν τα προβλήματα που οδηγούν σε απεργίες, εμπάργκο, ελλείψεις φαρμάκων κ.α.» (Λοβέρδος, 2014)

Αντίστοιχα, η τότε Γενική Γραμματέας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθηνά Δρέττα, υποστηρίζει μεταξύ άλλων ότι αποτελεί «όρο επιβίωσης των ασφαλιστικών ταμείων και κυρίως του ΙΚΑ και προαπαιτούμενο για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση του πολίτη» ο διαχωρισμός των κλάδων υγείας των ταμείων και η συνεργασία τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Δρέττα, 2011).

Επιπρόσθετα, ο Κυριάκος Σουλιώτης, ο οποίος διατέλεσε αντιπρόεδρος του ΕΟΠΥΥ την πρώτη περίοδο λειτουργίας του, θεωρεί ότι η σύσταση του Οργανισμού αποδήμησε πολλές από τις στρεβλώσεις, που υπήρχαν πριν τη μεταρρύθμιση, οι οποίες δεν μπορούσαν να συνεχιστούν, γιατί παρήγαγαν μια σειρά από προβλήματα που έθιγαν τόσο τον ασφαλισμένο

όσο το ασφαλιστικό σύστημα και επομένως ήταν αναγκαία η σύσταση του Οργανισμού. Όπως υποστηρίζει, υπήρχε γενικότερη αδυναμία πρόσβασης και μεγάλη ανισότητα πρόσβασης μεταξύ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με βάση το κόστος της ΠΦΥ ανά φορέα, αλλά ακόμα και ανάμεσα σε ασφαλισμένους του ίδιου οργανισμού, όπως συνέβαινε στον ΟΠΑΔ, στον οποίο οι συμβεβλημένοι ιατροί διέφεραν ανά νομό σε ποσοστό, εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν υπήρχε πολιτική σχεδιασμού για αυτό το ζήτημα στον οργανισμό. Επομένως, υπήρχε ανάγκη για την εφαρμογή «ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας» μέσω ενός ενιαίου για όλους τους ασφαλισμένους οργανισμού. Επίσης, αναποτελεσματικές υπηρεσίες, μη αποδοτική χρήση των πόρων και απουσία ελεγκτικών μηχανισμών, αφού δεν υπήρχε ενιαίος μηχανισμός διαχείρισης πόρων και ελέγχου της συνταγογράφησης, όπως αυτό προέκυψε με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, με τον ΕΟΠΥΥ (Σουλιώτης, 2014).

Από τα παραπάνω, γίνεται φανερό ότι πολιτικά πρόσωπα με θεσμικές αρμοδιότητες ήταν υπέρμαχοι της ιδέας της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ, εφόσον είχαν κατανοήσει την αναγκαιότητα για αυτήν τη μεταρρύθμιση.

4.2.1.2. Ήταν η «κατάλληλη συγκυρία» για την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, από θεσμικής πλευράς;

Η Αθηνά Δρέττα υποστηρίζει ότι, «η ιδέα της ενοποίησης όλων των παροχών στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι πολύ απλή και πολύ παλιά και έχει νομοθετηθεί παρά πολλές φορές, τουλάχιστον τέσσερις, όμως αυτό που κάνει τη διαφορά στην περίπτωση της εγκαθίδρυσης του ΕΟΠΥΥ, είναι αυτή η συγκεκριμένη στιγμή (2011) γιατί αποτελεί ένα πολιτικό momentum, το οποίο σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να χαθεί, γιατί δεν υπάρχει δυνατότητα αποτυχίας λόγω των οικονομικών συγκυριών». Όπως εξήγησε, με τον όρο «πολιτικό momentum» αναφέρεται στην «άριστη συνεργασία των δύο υπουργείων, δηλαδή των υπουργείων εργασίας και του υπουργείου υγείας, αλλά κυρίως στην κατανόηση και στη θέληση της κοινωνικής ασφάλισης αυτή τη φορά να δώσει ένα κομμάτι των αρμοδιοτήτων της, που μέχρι τότε το θεωρούσε αποκλειστικά δικό της, ιδιοκτησιακά δικό της, κυρίως γιατί το θεωρούσε ως πηγή εξουσίας για τους εκάστοτε διοικούντες το σύστημα».

Επίσης, τη διάθεσή τους για συνεργασία εξέφρασαν όλοι οι διοικητές των τεσσάρων μεγάλων ταμείων, ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΟΠΑΔ, που αποτέλεσαν το πρώτο σχήμα του ΕΟΠΥΥ, κατανοώντας την ανάγκη τόσο για ομαλή μεταβατική περίοδο, όσο και το γενικότερο πνεύμα της μεταρρύθμισης. Χαρακτηριστικά, η διοίκηση του ΙΚΑ αναγνωρίζει σε ανακοίνωσή της, την «απαράδεκτη κατάσταση» που αντιμετώπιζαν οι ασφαλισμένοι του ταμείου με τη μεγάλη

αναμονή στις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ και θεωρεί ότι με το μεταβατικό μέτρο προς τον ΕΟΠΥΥ, στις 7/2/2011, που επιτρέπει σε ασφαλισμένους του να εξετάζονται από συμβεβλημένους γιατρούς του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ, θα υπάρξει βελτίωση στην πρόσβαση για αυτούς. Επίσης, ενδεικτική είναι η καλή συνεργασία μεταξύ ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για την καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, που εντάσσεται στη μεταρρύθμιση και ξεκίνησε από τον ΟΑΕΕ στις αρχές του 2011.

Τα παραπάνω αποτελούν δηλώσεις και ενδείξεις για το καλό κλίμα συνεργασίας των θεσμικών παραγόντων και της ενιαίας κατανόησης της μεταρρύθμισης που υλοποιούταν και επομένως αποτελούν την κατάλληλη συγκυρία για την εγκαθίδρυσή της.

4.2.1.3. Ποιο είναι το βασικό χαρακτηριστικό του οργανισμού και οι επιδιώξεις των διαμορφωτών του;

Το κύριο ζητούμενο για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, για όλους τους θεσμικούς διαμορφωτές του Οργανισμού, είναι η επίτευξη αποδοτικότερης και ποιοτικότερης παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους. Οι δημόσιες δηλώσεις τους είναι χαρακτηριστικές:

Ο Γεράσιμος Βουδούρης δήλωνε στις 22/6/2011 ότι «ο εξορθολογισμό των δαπανών και η δημιουργία υπηρεσιών ποιότητας αποτελεί βασική μας επιδίωξη και η συγκρότηση του νέου οργανισμού είναι ένα καθοριστικό βήμα για την αναβάθμιση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα».

Αντίστοιχα, η Αθηνά Δρέττα θεωρεί ότι οι λόγοι για τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι α) η καλύτερη εξυπηρέτηση του πολίτη μέσω της ευκολότερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, β) οι ποιοτικότερες υπηρεσίες και γ) η εξοικονόμηση κάποιων δαπανών μέσω της μείωσης της σπατάλης που υπήρχε με τη συνταγογράφηση και την υπερτιμολόγηση υλικών (συνέντευξη στο newsit στις 16/2/2015). Αναλυτικότερα, υποστηρίζει ότι «ο νέος οργανισμός έχει σαν αποστολή των σχεδιασμό ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Επίσης, ότι θα έχει μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη ως ο μεγάλος αγοραστής κι όχι κάθε ταμείο ξεχωριστά και θα καθορίσει τα κριτήρια και τους όρους σύναψης με τους παρόχους υγείας. Τέλος, με το ενιαίο πακέτο παροχών, δηλαδή τον κανονισμό παροχών του ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλισμένοι όλων των ταμείων θα αντιμετωπίζονται ισότιμα (ομιλία στις 21/1/2011).

Ομοίως, τόσο ο Ανδρέας Λοβέρδος, όσο και ο Κυριάκος Σουλιώτης στις δηλώσεις τους υποστηρίζουν τα ίδια επιχειρήματα.

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η επιχειρηματολογία σχετικά με τον οργανισμό είναι κοινή για τους διαμορφωτές του και αυτό αποτελεί ένα ισχυρό στοιχείο που ενισχύει τη θετική ροπή προς τη μεταρρύθμιση.

4.2.2. Πολιτικοί θεσμοί: τι υποστήριξε η αντιπολίτευση.

Για την πληρέστερη εικόνα των πολιτικών στάσεων στο εσωτερικό της χώρας θα γίνει επιγραμματική αναφορά στη στάση των κομμάτων του κοινοβουλίου το 2011 απέναντι στη σύσταση του ΕΟΠΥΥ.

Νέα Δημοκρατία: Η στάση του κόμματος ήταν θετική στη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, ωστόσο καταψήφισε επί της αρχής το νομοσχέδιο που περιλάμβανε τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ κι έκανε κριτική στον τρόπο με τον οποίο έγινε, κατηγορώντας τον υπουργό υγείας για προχειρότητα σε επιμέρους ζητήματα που συνοδεύουν τη λειτουργία του. Χαρακτηριστικά στο δελτίο τύπου στις 3/1/2012 για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ αναφέρεται στη θέση του κόμματος: «λέμε ναι στη λειτουργία ενός Ενιαίου Φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (ΕΟΠΥΥ), με ελεύθερη επιλογή ιατρού και δυνατότητα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από όλους τους γιατρούς, συμβεβλημένους και μη – με αξιοπρεπή αμοιβή».

ΣΥΡΙΖΑ: Ο ΣΥΡΙΖΑ ήταν αρνητικός στην θέσπιση του οργανισμού και καταψήφισε το νομοσχέδιο «διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», στο οποίο προβλεπόταν η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ. Στην τοποθέτηση του προέδρου του κόμματος, Αλέξη Τσίπρα, γίνεται αναφορά στο ότι δεν θα μπορούσε να χρηματοδοτηθεί ένας οργανισμός για τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ με το 0,6% του ΑΕΠ, όταν πριν το ΙΚΑ χρηματοδοτούταν με το 1% και πως με το νομοσχέδιο «διαλύει ότι έχει απομείνει από τις δημόσιες υποδομές κοινωνικής πρόνοιας».

ΚΚΕ: Το ΚΚΕ ήταν αρνητικό στη δημιουργία του οργανισμού, αναφέροντας ότι το νομοσχέδιο περί «διαρθρωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» που προέβλεπε τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, «ανατρέπει» ένα μεγάλο μέρος των κοινωνικών παροχών. Σχετικά με τον ΕΟΠΥΥ, σε δελτίο τύπου για την επικείμενη δημιουργία του αναφέρει: «προωθεί την ελάχιστη παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους,

προνομιακού επιπέδου». Η τότε γραμματέας του κόμματος, Αλέκα Παπαρήγα, χαρακτήρισε το νομοσχέδιο στη συζήτηση στη βουλή «εγκληματικό» (Ναυτεμπορική, 9/2/2011)

ΛΑΟΣ: Το κόμμα αυτό κατανήφισε επί της αρχής το νομοσχέδιο που περιλάμβανε την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και ο πρόεδρος του κόμματος, Γεώργιος Καρατζαφέρης, το χαρακτήρισε ως «ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση αλλά μετέωρο» (Ναυτεμπορική, 9/2/2011).

Ένα σημαντικό στοιχείο, το οποίο πρέπει να προσμετρηθεί στους θετικούς παράγοντες προς την πραγματοποίηση της αλλαγής μονοπατιού, είναι ότι η αξιωματική αντιπολίτευση, δεν ήταν αρνητική στη βασική πτυχή της μεταρρύθμισης, δηλαδή στην ενοποίηση των κλάδων υγείας των ταμείων στον ενιαίο φορέα, τον ΕΟΠΥΥ. Αυτή η πολιτική στάση, οδήγησε και οι μετέπειτα υπουργοί που προήρθαν από αυτόν τον κομματικό σχηματισμό, να είναι θετικοί στην συνέχιση της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, στηρίζοντας στην ουσία την συγκεκριμένη μεταρρύθμιση. Επομένως, είχε διασφαλιστεί ο όρος μιας ευρείας κομματικής συμφωνίας για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης.

4.2.3. Ομάδες συμφερόντων και συνδικαλιστική δράση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία.

Ο ΕΟΠΥΥ δεν συστάθηκε χωρίς να υπάρχουν σθεναρές αντιδράσεις ομάδων συμφερόντων και συνδικαλιστικών φορέων. Κυρίαρχο ρόλο στις οργανωμένες αντιδράσεις έπαιξαν οι ιατρικοί σύλλογοι και λιγότερο οι συνδικαλιστικοί φορείς των εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία.

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ σκοπό είχε μεταξύ άλλων την περιστολή των δημόσιων δαπανών για την υγεία, κυρίως αυτών που θεωρούνταν άσκοπες ή προϊόν προκλητικής ζήτησης. Ωστόσο, η οργανωμένη αντίσταση στην αλλαγή, στην συγκεκριμένη συγκυρία δεν απέτρεψε τη μεταρρύθμιση, όπως σε προηγούμενες προσπάθειες. Ίσως γιατί είχε γίνει κατανοητό ότι η κοινωνική ασφάλιση, που αποτελεί και τον μεγαλύτερο πελάτη των ιατρών, δεν θα μπορούσε να συνεχίσει να δαπανά τα ίδια ποσά που δαπανούσε πριν κρίσης. Επομένως, το κόστος να μην πραγματοποιηθεί καμιά μεταρρύθμιση θα ήταν πιθανόν μεγαλύτερο, λόγω μη βιωσιμότητας του συστήματος, από το κόστος δημιουργίας ενός μονοψωνιακού οργανισμού, του ΕΟΠΥΥ. Έτσι, η αντίσταση δεν είχε μαζικό χαρακτήρα από το σύνολο των ιατρών ή η αντίσταση στην αλλαγή των ιατρικών συλλόγων δεν βρήκε το κατάλληλο πολιτικό έρεισμα στην κυβέρνηση για να εμποδίσει τελικά τη μεταρρύθμιση.

Η αναζήτηση στοιχείων για τα παρακάτω πραγματοποιήθηκε κυρίως από τους επίσημους ιστότοπους των συνδικαλιστικών φορέων των ιατρών και εργαζομένων, αλλά και από τα ποικίλα δημοσιεύματα στο διαδίκτυο, ώστε να υπάρχει μια περιορισμένη αλλά πολύπλευρη παρουσίαση της στάσης τους.

A) Η στάση των οργανωμένων ομάδων των παρόχων υγείας.

Τα συλλογικά όργανα των γιατρών εναντιώθηκαν στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, επειδή θεώρησαν ότι θίγει τα συμφέροντα του κλάδου τους. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Ιατρών ζήτησε μάλιστα από τα μέλη του να μη συμβληθούν με τον ΕΟΠΥΥ. Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ανέφερε ότι το νομοσχέδιο για τον ΕΟΠΥΥ «βλάπτει τους ασφαλισμένους και είναι απαξιωτική, υποτιμητική έως και εξευτελιστική για τους ιατρούς» (Ναυτεμπορική, 2/9/2011). Επίσης, οι ιατρικοί σύλλογοι προχώρησαν σε κατάληψη του Υπουργείου Υγείας κατά τη διάρκεια της συζήτησης του νομοσχεδίου για τον ΕΟΠΥΥ, στη βουλή (Καθημερινή, 11/2/2011), προκειμένου να ασκήσουν πίεση στην κυβέρνηση. Ωστόσο, η κίνηση αυτή δεν βρήκε πλατειά υποστήριξη από τον ιατρικό κόσμο και το κάλεσμα να μην υπάρχουν συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ δεν εισακούστηκε από όλους τους ιατρούς. Έτσι, η επιδίωξη να δημιουργηθεί πρόβλημα στη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, ώστε να αρχίσει την λειτουργία του χωρίς ένα δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών, που θα εξέταζαν και θα συνταγογραφούσαν δωρεάν ασφαλισμένους, δεν πραγματοποιήθηκε.

Ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, επίσης κράτησε σκληρή στάση. Ακολουθούσε τακτική διακοπής πίστωσης προς τα ταμεία τόσο πριν τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, όσο και το 2012 με σκοπό τη διασφάλιση των συμφερόντων του κλάδου.

Επίσης, εντός της βουλής, υπήρχε και κομματική εκπροσώπηση των συμφερόντων των ιατρών και φαρμακοποιών. Ιδιαίτερα η ΝΔ και το ΣΥΡΙΖΑ τόνισαν το ζήτημα των συμφερόντων των ιατρών, θεωρώντας ότι θίγονται οικονομικά. Χαρακτηριστικά, ο πρόεδρος του ΣΥΡΙΖΑ ανέφερε ότι «οι νέες συμβάσεις (των γιατρών) θα ευθυγραμμιστούν με τις χειρότερες που υπάρχουν, του ΟΑΕΕ» εξοντώνοντας οικονομικά τους γιατρούς, ενώ η ΝΔ «κατηγορήθηκε» από τον τότε Υπουργό ότι υποθάλπει τις συντεχνίες (Ναυτεμπορική, 9/2/2011).

B) Η στάση των συνδικαλιστικών φορέων των εργαζομένων.

Οι εργαζόμενοι στα ασφαλιστικά ταμεία εκπροσωπούσαν συνδικαλιστικά από την ΠΟΠΟΚΠ, η οποία υπάγεται στην ΑΔΕΔΥ, τον κεντρικό συνδικαλιστικό φορέα στο δημόσιο τομέα. Οι συνδικαλιστικές δηλώσεις ήταν επικριτικές στο εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ, όπως διαφαίνεται από τα δελτία τύπου που εξέδωσε η ομοσπονδία. Τα επιχειρήματα κατά του νόμου που προέβλεπε τον ΕΟΠΥΥ πήγαζαν από την εναντίωση στο μνημόνιο. Ο ΕΟΠΥΥ θεωρήθηκε ότι είναι μια πολιτική του μνημονίου, που σκοπό είχε την «εμπορευματοποίηση» της υγείας και ότι ο κανονισμός παροχών του νέου οργανισμού θα χρησιμοποιηθεί ως «μηχανισμός περικοπής- εξοικονόμησης πόρων κι όχι ως μηχανισμός αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών» (ΠΟΠΟΚΠ, 27/01/2011). Ωστόσο, από τις ανακοινώσεις της ομοσπονδίας δεν διαφαίνεται κλίμα εναντίωσης στη δημιουργία αυτή καθαυτή του οργανισμού, αλλά η στάση της είναι να σταθεί επικριτικά σε επιμέρους ζητήματα και να εκφράσει γενικότερες ανησυχίες. Για παράδειγμα, σε δελτίο τύπου στις 30/03/2011 με θέμα τη «στελέχωση» της κεντρικής υπηρεσίας του ΕΟΠΥΥ, η ομοσπονδία προτείνει να ληφθεί «αποκλειστικά» υπόψη για τη μετακίνηση σε αυτή η «αίτηση προτίμησης» των υπαλλήλων και όχι κάποιος άλλος τρόπος (όπως για παράδειγμα με αξιολόγηση τυπικών προσόντων). Η συνδικαλιστική αυτή στάση αποκαλύπτει μια μετριοπαθή πολιτική αντίληψη απέναντι στην μεταρρύθμιση. Η στάση αυτή είναι μια προσπάθεια να καθησυχαστούν οι υπάλληλοι, που εκείνη την περίοδο βρίσκονταν σε ανασφάλεια για τη μετακίνηση τους στον νέο φορέα, ότι η ομοσπονδία θα εργαζόταν προς την πλευρά της «δίκαιης μετακίνησης» του προσωπικού των ταμείων. Μια άλλη διάσταση είναι πως γίνεται προσπάθεια να σταλθεί το μήνυμα ότι θα προστατευτεί η αδράνεια ενάντια στην διοικητική μεταρρύθμιση που θα έθιγε το ζήτημα της αξιολόγησης στο δημόσιο. Ο συνδικαλισμός στην Ελλάδα συνδέεται, άρρηκτα και διαχρονικά με τις πελατειακές σχέσεις, αλλά και τον «κομματικό αποικισμό», ιδίως, από την μεταπολίτευση και μετά, που χαρακτηρίζει τόσο αυτόν, όσο και ολόκληρη την κοινωνία (Λάδη, 2011). Αν και όπως υποστηρίζεται η κομματικότητα των συνδικαλιστικών φορέων σταδιακά μειώνεται, σύμφωνα με συνδικαλιστικά στελέχη (Λάδη, 2011), οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι ο υφυπουργός εργασίας, Γεώργιος Κουτρομάνης, την περίοδο διαμόρφωσης του ΕΟΠΥΥ, ήταν το αμέσως προηγούμενο διάστημα πρόεδρος της ΠΟΠΟΚΠ.

Επίσης, την περίοδο σχεδιασμού του ΕΟΠΥΥ, πραγματοποιήθηκαν στάσεις εργασίας και απεργίες, στα πλαίσια του γενικότερου κλίματος κατά των μνημονιακών δεσμεύσεων της χώρας. Βασικό στοιχείο είναι ότι δεν είχαν κύριο αίτημα την κατάργηση του νόμου για τη

σύσταση του ΕΟΠΥΥ, αλλά κινούνταν στα πλαίσια γενικότερης κριτικής σε αυτόν, η οποία συνδέονταν με μια γενικότερη αντιμνημονιακή ρητορική (για παράδειγμα, δελτίο τύπου ΠΟΠΟΚΠ για απεργία στις 11/5/2011 ή στάσεων εργασίας).

Όπως είναι αναμενόμενο, τέτοιου είδους δηλώσεις και κινητοποιήσεις δεν αποτέλεσαν παράγοντα για την αποτροπή της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ. Έτσι, παρατηρείται ότι ο χώρος της εκπροσώπησης των συμφερόντων των εργαζομένων δεν εναντιώθηκε στη δημιουργία του οργανισμού.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι, η αντίσταση στην αλλαγή και οι αντίστοιχες δράσεις δεν απέτρεψαν τη σύσταση του οργανισμού. Γιατί συνέβη αυτό; Πιθανή απάντηση σε αυτό να είναι η μη έντονη δράση τους, η μη συσπείρωση μεγάλου μέρους των μελών των συνδικαλιστικών συλλόγων, η αδύναμη πρόσβαση στην εξουσία, η λανθάνουσα αντίληψη του ρόλου τους, η κοινή κομματική προέλευση της ηγεσίας των συνδικαλιστών των εργαζομένων με την κυβέρνηση ή η κατανόηση της αναγκαιότητας σύστασης του ΕΟΠΥΥ, δηλαδή η συνειδητοποίηση του συνολικού κόστους της μη πραγματοποίησής του. Η αλήθεια ίσως να βρίσκεται σε ένα συνδυασμό των παραπάνω. Το γεγονός είναι ότι η συγκεκριμένη καταγεγραμμένη δράση δεν είχε μεγαλύτερη διαμορφωτική βαρύτητα για την υλοποίηση του ΕΟΠΥΥ από ότι η πολιτική βούληση και στάση των επίσημων πολιτικών θεσμών.

4.2.4. Η κοινή γνώμη και η πολιτική κουλτούρα και τα κληροδοτήματα πολιτικής.

Η κοινή γνώμη ή γενικότερα η άποψη των πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας είναι ένα σημαντικός παράγοντας που λαμβάνεται ή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους πολιτικούς διαμορφωτές του συστήματος υγείας, είτε γιατί αντικειμενικά οι πολίτες είναι αυτοί που επηρεάζονται άμεσα από τις πολιτικές αποφάσεις και τις θεσμικές ρυθμίσεις, είτε για καθαρά πελατειακούς- εκλογικούς λόγους, που είναι μέρος της πολιτικής κουλτούρας στην Ελλάδα.

Το ζητούμενο που τίθεται διαχρονικά από τους πολίτες και αποτελεί μόνιμο αίτημα προς τους σχεδιαστές πολιτικής υγείας είναι η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και η άρση των εμποδίων στην πρόσβαση σε αυτές, στάση η οποία πηγάζει από την προσδοκία για καλύτερο επίπεδο υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ συστάθηκε με σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών με μειωμένη χρηματοδότηση τους, μέσω της καλύτερης διαχείρισης των διατιθέμενων πόρων. Σε έρευνα της kappa- research σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημοσίας Υγείας, που απευθυνόταν σε πολίτες σε στατιστικό δείγμα 2.206 ανδρών και

γυναικών, ηλικίας άνω των 18 ετών από τις 5 μέχρι και τις 7 Σεπτεμβρίου 2012, αναφέρεται ότι το 42% κρίνουν θετικά τον ΕΟΠΥΥ παρά τη μειωμένη χρηματοδότηση, όμως θεωρούν αναγκαία την οικονομική του ενίσχυση με ποικίλους τρόπους (Βήμα, 23/09/2012). Φυσικά, η έρευνα αυτή δεν αποτελεί απάντηση ότι γενικά η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ικανοποιεί τους πολίτες, αλλά ένδειξη ότι υπάρχει μια γενική αποδοχή.

Ωστόσο, υπάρχει και μια άλλη διάσταση στο ζήτημα, αυτή της πολιτικής αντίληψης των πολιτών για την ασφαλιστική και γενικότερα κρατική προστασία της υγείας. Αυτή η αντίληψη αποτελεί, από νομικής άποψης, απαίτηση των πολιτών, υπό την έννοια του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία, και διαχρονικά προστατεύεται με την εγγύηση θεσμών, δηλαδή από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας. Σε θεωρητικό επίπεδο, «το κοινωνικό δικαίωμα στην προστασία της υγείας ορίζεται ως το δικαίωμα που εγείρει ο άνθρωπος έναντι του κράτους προκειμένου το τελευταίο να του παρέχει υπηρεσίες υγείας και να προβαίνει σε θετικές ενέργειες, ώστε να του εξασφαλίζει προληπτικά ή θεραπευτικά την ανώτερη δυνατή σωματική, ψυχική και διανοητική ευεξία» (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2013). Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ δεν θα μπορούσε να θίξει αυτή τη διάσταση, αντιθέτως έπρεπε να προστατεύει και να ενισχύσει τη διάσταση της προστασίας της υγείας. Οι πολίτες, συνεπώς, δεν θα μπορούσαν να αποδεχτούν την υποβάθμιση ή τη διάλυση της προστασίας της υγείας από το κράτος στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας και οι σχεδιαστές της πολιτικής υγείας, υπό την υποχρέωση της «θετικής ενέργειας», δεν μπορούσαν να αδιαφορήσουν μπρος στα συσσωρευμένα προβλήματα της υγειονομικής κάλυψης.

Θα μπορούσε, όμως, να έχει δημιουργηθεί ένα τελείως διαφορετικό σχήμα για την υγεία των ασφαλισμένων, όπως ένα αμιγώς ιδιωτικό, να καταργηθεί, δηλαδή ο δημόσιος χαρακτήρας ασφάλισης υγείας και να θεσμοθετηθούν ιδιωτικά κριτήρια ασφάλισης ή να δημιουργηθεί ένα σύστημα μηδενικής συμμετοχής στο κόστος παροχής και οι υπηρεσίες να προσφέρονται με δελτίο σε όλους, από ένα κράτος αποκλειστικό παραγωγό και διανομέα υπηρεσιών; Η απάντηση είναι αρνητική, με βάση τον συσχετισμό της ισχύς των προτάσεων και το ανθεκτικό θεσμικό αποτύπωμα του πολιτικού κληροδοτήματος στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των αρχών του κράτους πρόνοιας. Έτσι, αλλά παρόμοια ή αυτά τα ενδεχόμενα δεν μπορούσαν να ενταθούν στο διάλογο για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, γιατί είναι ξένα προς την πολιτική κουλτούρα που κυριαρχεί τόσο στην κοινωνία και στους

διαμορφωτές της πολιτικής υγείας στη χώρα όσο και στις θεσμοθετημένες πολιτικές τους συστήματος υγείας της χώρας. Επομένως, επιλέγοντας τη σύσταση ενός οργανισμού που δεν απορρίπτει τα κληροδοτήματα της κοινωνικής πολιτικής των προηγούμενων δεκαετιών, δεν δημιουργούνται έντονες αντιδράσεις και αντιστάσεις από την κοινωνία αθροιστικά ή με βάση την ταξική της διάσταση, στην οποία ο νέος αυτός θεσμικός σχηματισμός κατέχει κυρίαρχο κρατικό παρεμβατικό ρόλο. Ο ΕΟΠΥΥ δεν συντέλεσε σε μια «επανάσταση» στην κληροδοτούμενη πολιτική, αλλά σε μια μεταρρύθμιση στο υπάρχον κληροδοτήμα πολιτικής υγείας.

Θα πρέπει να προστεθεί, ότι η έκφραση της κουλτούρας του κοινωνικού κράτους, ως κληροδοτήμα πολιτικής στους ισχύοντες διαχρονικά κανονισμούς παροχών των ταμείων, αποτέλεσε βασικό συστατικό του νεοσύστατου οργανισμού. Η διαμόρφωση του νέου κανονισμού παροχών δεν ήταν ξένη σε περιεχόμενο και φιλοσοφία από τους κανονισμούς παροχών των ταμείων, κυρίως του ΟΠΑΔ, του ΟΑΕΕ και του ΙΚΑ, αν και έδωσε νέα διάσταση στις παροχές υγείας. Ακολούθησε τις ίδιες βασικές αρχές, αλλά και «αντέγραψε» άρθρα των κανονισμών των ταμείων. Οι παροχές σε είδος προς όλους τους ασφαλισμένους έχουν πανομοιότυπο περιεχόμενο, αν και μπορούν να έχουν διαφοροποιηθεί οι προϋποθέσεις ή το τελικό ποσό αποζημίωσης. Έτσι, αποτέλεσε μια αρμονική συνέχεια αυτών, γεγονός που μπορεί να συνδεθεί τόσο με την κουλτούρα παροχών των ταμείων, της οποίας φορείς ήταν οι διαμορφωτές του νέου κανονισμού παροχών, όσο και με το περιορισμένο χρονοδιάγραμμα που υπήρχε για την έναρξη λειτουργίας του οργανισμού. Κυρίως όμως, συνδέεται με το γεγονός ότι δεν ήθελε κανείς θεσμικός παράγοντας η σύσταση του ΕΟΠΥΥ να σημαίνει την αλλοτρίωση της κουλτούρας του κράτους πρόνοιας, όπως αυτή θεμελιώνεται διαχρονικά από διεθνείς διακηρύξεις, που από την ίδρυση τους τα ασφαλιστικά ταμεία με λανθάνουσες ή μη εφαρμογές παρήγαγαν κοινωνική πολιτική.

Στο εσωτερικό της χώρας αθροιστικά οι συνθήκες δημιουργούσαν ένα ευνοϊκό περιβάλλον προς τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια της κυβέρνησης, για τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Οι διάφορες διαφωνίες δεν οδήγησαν στη διατήρηση της αδράνειας, αλλά αποδείχτηκε ότι δεν αποτελούσαν σημαντικό κόστος, τέτοιο που θα εμπόδιζε τη μετάβαση στο νέο μονοπάτι. Αντιθέτως, η πολιτική στάση των άμεσα εμπλεκομένων ήταν ευνοϊκή και σύμφωνη με την υιοθέτηση της μεταρρύθμισης. Οι ομάδες συμφερόντων, οι συνδικαλιστικοί φορείς των

εργαζόμενων και γενικότερα το αντιπολιτευτικό κλίμα της συγκεκριμένης περιόδου, αποδείχθηκαν αδύναμες ή αναποτελεσματικές, ώστε να μπορέσουν να εμποδίσουν τη δημιουργία του οργανισμού. Η κρίσιμη κατάσταση που δημιουργεί η οικονομική κατάσταση στη χώρα κατεύθυνε συνειδητά ή μη τις στάσεις των εμπλεκόμενων φορέων, είτε εκείνων που ήταν θετικοί εκ θέσεως για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, όπως για παράδειγμα της πολιτικής ηγεσίας στο υπουργείο υγείας, με αποτέλεσμα να επιταχύνουν τις διαδικασίες, είτε εκείνους που παραδοσιακά αντιτίθενται στις αλλαγές, όπως οι συνδικαλιστικές παρατάξεις, ώστε να μην συμβάλλουν στην αδράνεια. Ακόμα και η κοινή γνώμη δεν εκφράστηκε επίσημα αρνητικά, αλλά και τα κόμματα της αντιπολίτευσης δεν επέμειναν στην πολιτική κουλτούρα ή πρακτική της αντιπαράθεσης και της έντονης εναντίωσης και δεν κατάφεραν να δημιουργήσουν ένα γενικευμένο αίσθημα δυσαρέσκειας στις κυβερνητικές επιλογές. Έτσι, οι πολιτικοί παράγοντες ήταν θετικοί, ώστε η κρίσιμη ιστορικά στιγμή, δηλαδή η οικονομική κρίση και τα αδιέξοδα που εντείνονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας, να μετατραπούν σε κρίσιμη συγκυρία με κόστος αλλαγής μονοπατιού μικρότερο από της παραμονής.

Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ είναι μια πραγματική αλλαγή μονοπατιού, μια ριζική μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας. Δεν αποτελεί απλά ένα μέτρο για την καθιέρωση μιας πολιτικής υγείας, αλλά μετασχηματίζει τους θεσμούς που χρόνια είχαν παγιωθεί. Όπως αναλύθηκε παραπάνω, η συγκεκριμένη στιγμή δημιούργησε το κατάλληλο περιβάλλον για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, άνοιξε δηλαδή ένα «παράθυρο ευκαιρίας». Οι θεσμικοί παράγοντες που συνέβαλλαν ήταν τόσο από το εξωτερικό περιβάλλον της χώρας, κυρίως το ευρωπαϊκό-αλλά και το διεθνές υπό την έννοια ότι συμμετέχει και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο-αλλά και από το εσωτερικό της χώρας. Ωστόσο, επειδή οι παράγοντες δεν είναι ποτέ σταθεροί, αυτό που έχει σημασία να τονιστεί είναι η χρονική στιγμή που ανοίγει ένα «παράθυρο ευκαιρίας», δηλαδή μια «συμπτωματική λογική». Υπό την έννοια αυτή, εάν τα παράθυρα άνοιγαν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, τα αποτελέσματα μπορεί να ήταν τελείως διαφορετικά (Νικολετζος,2008). Για παράδειγμα, εάν η κυβέρνηση είχε άλλη πολιτική ταυτότητα, εάν δεν υπήρχε πολιτική σύμπνοια για μεταρρυθμίσεις, εάν η πολιτική δεν είχε ευρωπαϊκό προσανατολισμό, εάν υπήρχε με ποικίλα μέσα μεγάλη αντίδραση των ομάδων συμφερόντων, για παράδειγμα με άμεση επιβολή των συμφερόντων της μέσω της επίδρασής της στην κυβέρνηση, δηλαδή οι πολιτικοί παράγοντες και η οικονομική κρίση να βρίσκονταν σε διαφορετική συνάρτηση μεταξύ τους, όπως όλες αυτές οι μεταβλητές να είχαν διαφορετικό συντελεστή βαρύτητας, τότε το αποτέλεσμα που θα πρόεκυπτε θα ήταν τελείως διαφορετικό.

Παραπάνω αναπτύχθηκε το πλαίσιο δημόσιας πολιτικής, το οποίο έκανε ικανή τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ και διαχώρισε αυτήν τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια από τις αποτυχημένες του παρελθόντος. Στην επόμενη ενότητα, θα αναζητηθεί εάν το «παράθυρο ευκαιρίας» για μεταρρυθμίσεις, που άνοιξε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και συγκεκριμένα για την εγκαθίδρυση του ΕΟΠΥΥ, δεν αποτελούν «μικρές παρενθέσεις», δηλαδή ότι ο οργανισμός θα μπορέσει να οδηγηθεί στην παγίωσή του ως ένα νέο θεσμικό υπόδειγμα στο υγειονομικό σύστημα της χώρας.

5. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2014 ΣΤΟΝ ΕΟΠΥΥ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ –Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ «ΚΛΕΙΔΩΝΕΙ» ΜΕ ΜΕΤΡΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ.

Οι μεταρρυθμίσεις κρίνονται ως επιτυχημένες ή αποτυχημένες ανάλογα τον χρόνο και τα κριτήρια που χρησιμοποιεί ο αναλυτής. Η πολιτική επιτυχία της ψήφισης μιας μεταρρύθμισης δεν ισοδυναμεί με επιτυχής εφαρμογή της στο άμεσο διάστημα μετά την ψήφιση και ούτε η ψήφιση ούτε η αρχική θεσμοθέτηση διασφαλίζουν τη βιώσιμη μακροήμερευση μιας νέας μεταρρύθμισης-ενός νέου θεσμού. Προϋποθέσεις για την επιτυχία των διοικητικών μεταρρυθμίσεων είναι πρώτον, η ύπαρξη μιας νέας πνευματικής κι πολιτικής ηγεσίας, η οποία θα κατευθύνει την αλλαγή και δεύτερον πνευματική και πολιτική συνοχή των μεταρρυθμίσεων, ώστε να αποφευχθεί η αποτυχία τους. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι οι μεταρρυθμίσεις που προσπαθούν να «προσαρμόσουν» το προηγούμενο υπόδειγμα στις νέες συνθήκες στερούνται συνήθως πνευματικής και πολιτικής συνοχής, με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν (Λάδη, 2011).

Η ύπαρξη μιας «νέας πνευματικής και πολιτικής ηγεσίας» σημαίνει ότι μπορεί να υφίσταται μια κρίσιμη συγκυρία, στην οποία τα άτομα που θα αναλάβουν τον σχεδιασμό και το συντονισμό της μεταρρύθμισης, δηλαδή θα ηγηθούν της θεσμικής αλλαγής, θα είναι αποφασισμένα για την υλοποίησή της, χωρίς να μετρούν το πρόσκαιρο πολιτικό κόστος που μπορεί να προκύψει για παράδειγμα από τη σύγκρουση με ομάδες συμφερόντων ή την αρνητική γνώμη της κοινωνίας για αυτή. Μια κατάλληλη για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης «νέα πνευματική και πολιτική ηγεσία» οφείλει να εξετάζει όλους τους παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στη διοικητική αδράνεια και στην εγκατάλειψη ή «μετάθεση για το μέλλον» μεταρρυθμίσεων, ώστε να συγκρουστεί αποτελεσματικά με αυτούς. Ταυτόχρονα, να μελετά τα θεσμικά κληροδοτήματα πολιτικής υγείας, να αναλύει τις

δυνατότητες της διοικητικής μηχανής, που θα κληθεί να αλλάξει δρόμο, ώστε να εφαρμόσει πολιτικές κοινωνικά δίκαιες, αλλά και πρακτικά εφαρμόσιμες.

Επίσης, η ύπαρξη «πνευματικής συνοχής» έχει την έννοια της ολοκληρωμένης αντίληψης της μεταρρύθμισης στα πλαίσια ενός εθνικού υγειονομικού σχεδιασμού. Η εσωτερική συνοχή του σχεδιασμού ελέγχεται, υπό το πρίσμα της διασφάλισης μιας λειτουργικής σύνδεσης όλων των διαδικασιών που δομούν το νέο διοικητικό οικοδόμημα, στα πλαίσια μιας εκ των προτέρων ιδεολογικής συμφωνίας των σχεδιαστών για την κατεύθυνση της πολιτικής της και επαρκούς επιστημονικής τεκμηρίωσης. Η ύπαρξη πνευματικής συνοχής αποτρέπει τον αυτόνομο σχεδιασμό και συνδέει νοηματικά τις αρχές της μεταρρύθμισης με το περιεχόμενο του συνόλου της υγειονομικής πολιτικής της χώρας, ώστε να μην προκύπτουν αντιφάσεις και αντικρουόμενες λειτουργίες μεταξύ τους και επομένως διοικητικές ή οικονομικές αναποτελεσματικότητες.

Όπως παρουσιάστηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, υπήρξε πολιτική βούληση και επιστημονική, πολιτική και διοικητική υποστήριξη για τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, εκτός από τις μνημονιακές ρήτρες, οι οποίες πηγάζουν από την ευρωπαϊκή πολιτική υγείας, για την προώθηση της συγκεκριμένης διοικητικής μεταρρύθμισης, ενώ οι αντιστάσεις δεν ήταν ικανές να αποτρέψουν την υλοποίηση των σχεδιασμών. Επίσης, ο ΕΟΠΥΥ δεν αποτέλεσε ένα μέτρο ή μια μεταρρύθμιση προσαρμογής στην κατάσταση της οικονομικής δυσπραγίας, όπως θα μπορούσε να είναι μια αναμόρφωση των κανονισμών παροχών των ταμείων, αλλά έφερε ένα νέο καθεστώς, που δεν είχε προηγούμενο στην Ελληνική πραγματικότητα. Ωστόσο, από την αρχή της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ διαπιστώθηκαν αναποτελεσματικότητες και αδυναμία επαρκούς χρηματοδότησης, λόγω της έντονης οικονομικής δυσπραγίας της χώρας και των μνημονιακών στόχων για περιορισμό της δημόσιας δαπάνης υγείας (έως 6% του ΑΕΠ, το 2012) και διατυπώθηκαν προτάσεις για δομική μεταρρύθμισή του ή μέτρα για τον εξορθολογισμό της λειτουργίας του και των σκοπών του. Έτσι, δύο χρόνια μετά από την έναρξη της λειτουργίας του, πραγματοποιήθηκε η αναμενόμενη μεταρρύθμισή του: Οι πρώην μονάδες υγείας του ΙΚΑ, που με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΟΠΥΥ εντάχτηκαν σε αυτόν, τελικά αποσπάστηκαν από αυτόν, ώστε να χτισθεί μια νέα δομή υγείας, το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) Το βασικό ερώτημα είναι εάν η εξέλιξη αυτή σηματοδοτεί την αποσταθεροποίηση του νέου μονοπατιού και αποδεικνύει τη σαθρότητα του εγχειρήματος ή θα οδηγήσει σε μια καθοριστική αλλαγή υποδείγματος και στην παγίωση της υγειονομικής

μεταρρύθμισης που άρχισε με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ το 2011: Η θεσμική αυτή αλλαγή θα δημιουργήσει τις δικές της εξαρτήσεις ως προς την τροχιά της εξέλιξής της; Με άλλα λόγια «διαλύει» ή «κλειδώνει» τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και το θεσμικό του μέλλον κατευθύνοντάς τον προς μια ανθεκτική και αποτελεσματική λειτουργία; Στην ενότητα αυτή, θα γίνει προσπάθεια πρώτον, να διερευνηθεί εάν υπήρχε «πνευματική συνοχή» και πολιτική συμφωνία, για τον τρόπο συνέχισης στο ίδιο μονοπάτι και να παρουσιαστούν τα βασικά επιχειρήματα της μεταρρύθμισης και δεύτερον να αναδειχθούν ενδεχόμενα και προτάσεις, που συνδέονται με το μέλλον του Οργανισμού και είναι περισσότερο ή λιγότερο αρμονικά συνδεδεμένα σε αυτή την κατεύθυνση.

5.1. Ο ΕΟΠΥΥ και η διάκριση των ρόλων του αγοραστή και του παραγωγού υπηρεσιών υγείας.

Στην προσπάθεια να εξηγηθεί γιατί προκύπτει μια μεταρρύθμιση πρέπει να απαντηθεί γιατί σχεδιάζεται και υλοποιείται ένας θεσμός, δηλαδή ποιο το αρχικό όραμα πολιτικής και επομένως πότε και γιατί αναδιαμορφώνεται, δηλαδή μεταρρυθμίζεται. Η βασική ιδέα που στηρίχτηκε η σύσταση του ΕΟΠΥΥ ήταν, όπως έχει πολλαπλά υποστηριχτεί, η διασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών για τους ασφαλισμένους με ενιαίους κανόνες και ταυτόχρονη μείωση των δαπανών, δηλαδή η δημιουργία ενός οργανισμού ο οποίος θα εργάζεται με γνώμονα τη διασφάλιση μέγιστης οικονομικής αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων. Πως διασφαλίστηκε, επομένως, μέσα από τη μεταρρύθμιση αυτός ο στόχος και μπορεί εν τέλει να διατηρήσει τον ΕΟΠΥΥ σε ένα δρόμο σταθεροποίησης; Η προσπάθεια να απαντηθούν τα παραπάνω θα γίνει με μια αλληλένδετη παρουσίαση των απόψεων των ειδικών και των πολιτικών γεγονότων.

5.1.1. Η αμφισβήτηση της βιωσιμότητας του νεοσύστατου οργανισμού και οι προτάσεις των «ειδικών».

Στον πυρήνα της αμφισβήτησης της βιωσιμότητας του νέου μονοπατιού βρίσκεται η μειωμένη χρηματοδότησή του και η οικονομική του δυσπραγία και όχι η ίδια η ιδέα του Οργανισμού. Έτσι, η βελτίωση της οικονομικής του αποδοτικότητας έκανε επιτακτική την ανάγκη για αλλαγή της «τεχνολογίας παραγωγής». Το γεγονός ότι ο Οργανισμός άρχισε τη λειτουργία του με χρέη, τα οποία σχετιζόταν με ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις προς τους

παρόχους υγείας, όπως χαρακτηριστικά με τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς του ΟΠΑΔ, δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση. Η αμφισβήτηση αυτή προήρθε τόσο από «ειδικούς» των οικονομικών και της πολιτικής υγείας όσο και από πολιτικούς θεσμούς, είχε δηλαδή ενότητα και συνοχή στην αντίληψη της ανάγκης για παρέμβαση και της γενικής κατεύθυνσης της δράσης. Τα χρονικά πλαίσια που διεξήχθη ο πλούσιος σε απόψεις διάλογος για τη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ ήταν αρκετά περιορισμένα, λόγω των έντονων οικονομικών προβλημάτων και των δεσμεύσεων της χώρας για διοικητικές μεταρρυθμίσεις και μειώσεις στη δημόσια δαπάνη υγείας.

5.1.1.1. Ευρωπαϊκή πολιτική και θεμελιώδεις αρχές.

Οι μακροοικονομικές πιέσεις στο σύστημα υγείας από τα δημοσιονομικά ελλείμματα και οι συνεχώς μεγαλύτερες ανάγκες για ακριβές υπηρεσίες υγείας, αλλά και οι βασικές αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, όπως αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 4, καθοδηγούν τις μεταρρυθμίσεις σε ολόκληρη την Ευρώπη. Μια τάση στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, στα ευρύτερα πλαίσια της προώθησης της πολιτικής του ανταγωνισμού σε όλους τους τομείς οικονομικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος, είναι η εισαγωγή οιονεί αγορών σε αυτά,.

Βασική πολιτική παραδοχή των υπευθύνων της μεταρρύθμισης στην Ελλάδα είναι η αναγνώριση της λειτουργίας οιονεί αγορών στην υγεία, ως κεντρική συνιστώσα για μια επιτυχή μεταρρύθμιση. Θεωρητικά, η έννοια των «οιονεί αγορών» συνδέεται με την εισαγωγή διαφόρων τύπων ανταγωνισμού στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας με σκοπό την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών και τον έλεγχο της υγειονομικής δαπάνης με τον διαχωρισμό παραγωγού και αγοραστή (Saltman, 1998). Στο βασικό υπόδειγμα των οιονεί αγορών (quasi market) «το κράτος διατηρεί τον έλεγχο της χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Με αυτόν τον τρόπο, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν εξαρτάται από το εισόδημα των ατόμων και η διανομή τους είναι δικαιότερη». Επίσης, «το κράτος δεν παρέχει απευθείας τις υπηρεσίες στους δικαιούχους, αλλά αναθέτει την προσφορά τους σε ανεξάρτητους παραγωγούς- προμηθευτές, οι οποίοι αναγνωρίζονται μεταξύ τους» (Le Grand, 2007). Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, η έννοια των «μηχανισμών τύπου αγοράς» αναφέρεται σε κάθε μορφή δημόσιας πολιτικής που εμπεριέχει ένα τουλάχιστον χαρακτηριστικό της αγοράς, όπως ανταγωνισμός και η τιμολόγηση υπηρεσιών. Η πολιτική αυτή έχει δοκιμαστεί σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες με σκοπό να αντιμετωπιστούν τα αδιέξοδα των συστημάτων υγείας σε

περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως της πετρελαϊκής, και έντονης αμφισβήτησης των παραδοσιακών αρχών των κενυσιανών ή σοσιαλδημοκρατικών συστημάτων πρόνοιας (Ματσαγγάνης, 1994).

Στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, οι αποφάσεις για εισαγωγή των οιονεί αγορών πραγματοποιείται, στα πλαίσια μιας συνολικής υγειονομικής και διοικητικής μεταρρύθμισης, σε μια διαδικασία εξευρωπαϊσμού των δημόσιων πολιτικών. Η κρίση και οι πιέσεις μέσω των προγραμμάτων δημοσιονομικής σταθερότητας οδήγησε στην απόφαση για συνέχιση της πορείας του ΕΟΠΥΥ. Στο ελληνικό υπόδειγμα αλλαγής οι συνθήκες οιονεί αγοράς έχουν θεσμοθετηθεί αρκετά χρόνια πριν με τις συμβάσεις των ταμείων με τους ιδιώτες παρόχους υγείας. Ωστόσο, ο ΕΟΠΥΥ δημιούργησε καλύτερη λειτουργία της σύμπραξης αυτής και εν τέλει τα ΠΕ.ΔΥ., με την αυτόνομη δομή τους από το αγοραστή-ΕΟΠΥΥ, οδηγούν πιο κοντά στην ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης των οιονεί αγορών στη χώρα, με σκοπό την αποδοτικότερη χρήση των ιδιαίτερα περιορισμένων πόρων και ένα μακροπρόθεσμο κέρδος των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας.

5.1.1.2. Οι αντικρουόμενες απόψεις των ειδικών.

Μεταξύ των διατυπωμένων προτάσεων για τη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ υπήρξαν αντικρουόμενες απόψεις, κυρίως στο ζήτημα εάν πρέπει ή όχι να γίνει ο διαχωρισμός αγοραστή και παραγωγού υπηρεσιών υγείας, αλλά και σε επιμέρους ζητήματα με κυρίαρχο τη θέση των ιατρών στο νέο θεσμικό πλαίσιο.

Από τη μια βρίσκονται τα βασικά επιχειρήματα που στηρίχτηκε η μεταρρύθμιση. Το βασικό σχέδιο που υποστηρίχτηκε από το Υπουργείο Υγείας στα πλαίσια της πρωτοβουλίας «υγεία εν δράση», με πρόεδρο τον Παύλο Θεοδωράκη, σε συνεργασία της ομάδας δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, δημοσιεύτηκε τον Σεπτέμβριο του 2013. Σύμφωνα με το σχέδιο, ο κύριος στόχος για τον ΕΟΠΥΥ είναι η « επικέντρωση του ΕΟΠΥΥ στην κύρια αποστολή του ως εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας και ενδυνάμωση του ρόλου του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας, με ταυτόχρονη κατάργηση του διττού του ρόλου ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας». Ο ρόλος αυτός εξειδικεύεται: α) στη συνδιαμόρφωση του προϋπολογισμού της ΠΦΥ με το Υπουργείο Υγείας, ανάλογα της βασικής δέσμης παροχών, σε ετήσια βάση, β) στη σύναψη συμβάσεων για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και τη χρηματοδότησή τους, ενώ παράλληλα φροντίζει για τον έλεγχο του όγκου, των ποιοτικών χαρακτηριστικών των παροχών και την ισοκατανομή των διαθέσιμων πόρων και γ)

διαμορφώνει ένα μηχανισμό έλεγχου σε επίπεδο σύμβασης για την ορθολογική χρήση των πόρων, ιδίως στην παραπομπή για ακριβές διαγνωστικές πράξεις και παραπομπές στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Είχε μόλις προηγηθεί η επιστημονική πρόταση της «επιτροπής Σουλιώτη», η οποία τέθηκε υπόψη του Υπουργείου Υγείας κι αυτή, τον Σεπτέμβριο του 2013 και ως βασικό στόχο είχε τη διοικητική ανεξαρτητοποίηση της ΠΦΥ από τον ΕΟΠΥΥ και τη συνένωση όλων των δομών Πρωτοβάθμιας υπό την εποπτεία των ΥΠΕ, αναλύοντας της αρχές και τις λειτουργίες που οφείλει να έχει η ΠΦΥ στην Ελλάδα, όπως τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, τον οικογενειακό ιατρό, την κατ' οίκον νοσηλεία, τη διευκόλυνση της πρόσβασης και τις σχέσεις των ιατρών με τη δημόσια δομή ΠΦΥ. Όμως, δεν οριοθετεί επακριβώς τη σχέση παραγωγής ΕΟΠΥΥ και νέας δομής ΠΦΥ, δηλαδή εάν πρέπει να υπάρχει πλήρης διαχωρισμός αγοραστή και παρόχου, αλλά θεωρεί τον ΕΟΠΥΥ «διαχειριστή του συνόλου των δημοσίων πόρων για την υγεία».

Από την άλλη, διατυπώθηκαν οι απόψεις «ειδικών», που διαφοροποιούνταν από τον σχεδιασμό των ΠΕ.ΔΥ, αυτό καθαυτό, αλλά δεν διαφωνούσαν με την αυξημένη ένταση της ανάγκης για μεταρρύθμιση. Θα πρέπει να τονιστεί ότι στο συγκεκριμένο σημείο γίνεται μια ελάχιστη ενδεικτική αναφορά σε ορισμένες δημοσιευμένες στο διαδίκτυο μη σύμφωνες απόψεις «ειδικών πολιτικής υγείας» κι όχι μια πλήρη παρουσίασή τους. Ο σκοπός είναι να διασφαλιστεί, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, η αντικειμενικότητα της παρουσίασης των ιδεών που διαμορφώθηκαν, καθώς και να τονιστεί πως στη μεταρρύθμιση αυτή, αλλά και γενικότερα στις επιχειρούμενες αλλαγές μονοπατιού δημόσιας πολιτικής υπάρχουν ιδέες και προτάσεις, οι οποίες έχουν αντικρουόμενο περιεχόμενο ή και όραμα, όμως αυτό δεν εμπόδισε ούτε γενικότερα εμποδίζει την πορεία της μεταρρύθμισης. Αντιθέτως, η κριτική και η διαφοροποίηση των ιδεών μπορεί να εμπλουτίσει, υπό το πρίσμα μιας διαλεκτικής αντίληψης, το τελικό αποτέλεσμα και μπορεί να αναδείξει το σύνολο του ζητήματος.

Ενδεικτικά, ο καθηγητής οικονομικών της υγείας, Γιάννης Κυριόπουλος, ανάλυσε την εναντίωσή του στο συγκεκριμένο χαρακτήρα μεταρρύθμισης, θεωρώντας ότι ο πλήρης διαχωρισμός ΕΟΠΥΥ και ΠΦΥ συγκεντρώνει τις αδυναμίες των μοντέλων Beveridge και Bismarck και οδηγεί σε εκτεταμένες ίδιες πληρωμές και προπληρωμές. Ενδυναμώνει τον μονοπωλιακό ρόλο της προσφοράς, ενώ ταυτόχρονα εμπερικλείει, λόγω οικονομικής στενότητας, εμπόδια πρόσβασης και διαθεσιμότητα σε δημόσιες δομές και συνεπώς οδηγεί σε

αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για να αρθούν τα εμπόδια αυτά. Έτσι, «η μεταρρύθμιση πρακτικά οδηγεί στην αποδυνάμωση της ασφάλισης υγείας (Κυριόπουλος, 2013).

Επίσης, μπορεί να αναφερθεί η ριζική αντίθεση του καθηγητή Δημήτρη Νιάκα, ο οποίος υποστήριξε τη διαφωνία του για τον διαχωρισμό των ρόλων του αγοραστή και του παρόχου υπηρεσιών υγείας, με το επιχείρημα ότι «τα ολοκληρωμένα συστήματα ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας είναι από τα πλέον αποδοτικά». Ως βασικό επιτυχημένο υπόδειγμα θεωρεί τον Οργανισμό Διατήρησης Υγείας, Health Maintenance Organizations (HMOs) στις ΗΠΑ, κρίνοντας ότι η καθετοποίηση της παροχής υπηρεσιών υγείας μειώνει το συνολικό κόστος παραγωγής. Ο ΕΟΠΥΥ θα ενδυναμωνόταν, σύμφωνα με αυτή την άποψη, αν αναλάμβανε εξολοκλήρου την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με όλες τις δομές, δηλαδή Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ και το Υπουργείο Υγείας τη νοσοκομειακή περίθαλψη (Protagon.gr, 5/10/13). Η ιδέα ενός ενιαίου φορέα ΠΦΥ τύπου HMOs έχει ξαναδιατυπωθεί αρκετά πριν τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Η ανασυγκρότηση αυτή θα περιλάμβανε «την «εκμετάλλευση» και βελτίωση των υπηρεσιών του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα, την αξιοποίηση της ιδιωτικής υποδομής και τη διαμόρφωση ενός πλαισίου λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας, βασισμένου σε ένα πλέγμα συμβολαίων και συμβάσεων» (Σουλιώτης, Λιόνης, 2003).

Τέλος, από τον Αύγουστο του 2012 έχει δημοσιευτεί μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για τον ΕΟΠΥΥ, με την οποία προσεγγίζεται κριτικά το εγχείρημα και διατυπώνεται διαφωνία για τη δημιουργία «ασφαλιστικού μονοψωνίου». Όπως χαρακτηριστικά σημειώνεται στη μελέτη: «η προσπάθεια σύστασης μονοψωνίου με διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση για την άρση των αντινομιών του συστήματος υγείας εικάζεται ότι μπορεί να συνεισφέρει στη μείωση της δημόσιας δαπάνης, αλλά αδυνατεί να άρει το σύνολο των στρεβλώσεων» με βασικό λόγω ότι «ένα δημόσιο μονοψώνιο ενδιαφέρεται πρωτίστως για τη συγκράτηση του κόστους και τη μείωση της δαπάνης παρά για την κοινωνική αποδοτικότητα». Έτσι, η μελέτη προειδοποιεί ότι η μονοψωνιακή δύναμη του ΕΟΠΥΥ δεν θα περιορίσει τις μονοπωλιακές τάσεις στην ιδιωτική αγορά υπηρεσιών υγείας κι έτσι θα αυξηθούν οι αναποτελεσματικότητες του συστήματος υγείας της χώρας που αυτό «επιτείνει την ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους του χρόνου και των τιμών και κατά συνέπεια των παραπληρωμών» (Σκρουμπέλος, Καπάκη και άλλοι, 2012)

5.1.2. Η μεταρρύθμιση ΕΟΠΥΥ και ΠΦΥ από την πλευρά των πολιτικών πράξεων – υποστήριξης ή αντίστασης.

Με τον Ν. 4238/14 καθορίστηκε η αλλαγή σκοπού στον ΕΟΠΥΥ και ιδρύθηκαν τα ΠΕ.ΔΥ.. Η πολιτική αντιπαράθεση που συνόδευε αυτή τη μεταρρύθμιση είχε αρκετές πτυχές στις οποίες γίνεται μια ενδεικτική αναφορά παρακάτω.

5.1.2.1. Πολιτικοί θεσμοί: Οι αντικρουόμενες απόψεις των κομμάτων του κοινοβουλίου.

Την περίοδο της ψήφισης του νόμου για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας τη συγκυβέρνηση αποτελούσαν τα κόμματα της ΝΔ και του ΠΑΣΟΚ. Ο υπουργός Α. Γεωργιάδης υπερασπίστηκε έντονα το συγκεκριμένο νομοσχέδιο με βασικό σκοπό να αντιμετωπιστεί κάθε πράξη αντίστασης των ιατρών των μονάδων υγείας, ώστε να υλοποιηθεί η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση. Βασικό στοιχείο της θεσμικής στήριξης αποτελεί η παραδοχή ότι «το σύνολο σχεδόν των βουλευτών» της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων συμφώνησε με τα πορίσματα των δυο επιστημονικών επιτροπών, ότι «ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να έχει διπλό ρόλο και πρέπει να επικεντρωθεί σε αυτό του αγοραστή» (onmed,9/10/13).

Το ΠΑΣΟΚ που βρισκόταν στη συγκυβέρνηση, επίσης, χαρακτήρισε την μεταρρύθμιση αυτή ως «αναγκαία» και πρότεινε «τη σωστή οργάνωση του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας με κατάλληλες υπηρεσίες ελέγχου και την υπαγωγή του στο Υπουργείο Εργασίας» (Ναυτεμπορική, 14/01/2014).

Στο αντίποδα βρέθηκαν οι επίσημες θέσεις της αντιπολίτευσης, που στο κοινοβούλιο αντιπροσωπεύτηκε από το ΣΥΡΙΖΑ, τους Ανεξάρτητους Έλληνες, το ΚΚΕ, τη ΔΗΜΑΡ και τη Χρυσή Αυγή.

Ο ΣΥΡΙΖΑ ήταν ριζικά αντίθετος στην αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ και τη δημιουργία των ΠΕ.ΔΥ.. Καταδίκασε τη συγκεκριμένη πολιτική ως «καταστροφική», υπό το πρίσμα ότι μεταξύ άλλων προέβλεπε τη «διάλυση των πολυϊατρίων του ΕΟΠΥΥ» και δήλωσε τη «στήριξη στις κινητοποιήσεις» των ιατρών των μονάδων υγείας (δελτίο τύπου στις 06/12/2013).

Οι Ανεξάρτητοι Έλληνες, επίσης, έκαναν λόγο για «καταστροφικό έργο», προσπαθώντας να υποστηρίξουν τους γιατρούς, που εργάζονταν στις μονάδες υγείας, θεωρώντας ότι οι

σχεδιασμοί της κυβέρνησης υποβαθμίζουν σε όλα τα επίπεδα την περίθαλψη (Ναυτεμπορική, 29/11/2013).

Το ΚΚΕ, απέρριψε τη λογική της μεταρρύθμισης, διότι «δεν αποτελεί φιλολαϊκή απάντηση» στα οξυμένα προβλήματα υγειονομικής κάλυψης και υποστήριξε ότι δεν θα στήριζε καμιά άλλη παραλλαγή του, που να βασίζεται στη «συνύπαρξη κρατικού και ιδιωτικού τομέα και στην ανταποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας» (Ναυτεμπορική, 13/01/2014). Στην ψηφοφορία του νομοσχεδίου το ΚΚΕ δεν το στήριξε υπό την ένσταση ότι είναι μέρος της «καπιταλιστικής αναδιάρθρωσης» με βάση τις επιταγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ναυτεμπορική, 6/2/2014).

Η ΔΗΜΑΡ, επίσης, εξέφρασε τις αντιρρήσεις της για το νομοσχέδιο θέτοντας επιμέρους θέματα συνταγματικότητάς του και καταψήφισε το νομοσχέδιο (Ναυτεμπορική, 06/02/2014).

Τέλος, η Χρυσή Αυγή, κράτησε αρνητική στάση (Ναυτεμπορική, 06/02/2014).

Από τα παραπάνω, γίνεται φανερό ότι τα κοινοβουλευτικά κόμματα της αντιπολίτευσης δεν στήριξαν τη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ. Κρίνοντας από τις δράσεις και τις πολιτικές δηλώσεις τους, αυτή η στάση μπορεί να προήλθε, είτε από την προσπάθειά τους να γίνουν αρεστά σε μεγάλες ομάδες συμφερόντων, όπως οι ιατροί, είτε από τις θεμελιώδεις ιδεολογικές και πολιτικές τους θέσεις, είτε από ένα συνδυασμό και των παραπάνω. Η αντίθεσή τους αυτή δεν συνοδεύτηκε από δημοσίευση ολοκληρωμένης πρότασης για την επίλυση των παθογενειών στον ΕΟΠΥΥ και την ΠΦΥ σε ρεαλιστικά πλαίσια στο οικονομικοκοινωνικό και θεσμικό εσωτερικό και ευρωπαϊκό περιβάλλον της χώρας. Ωστόσο, η αντιπολίτευση δεν κατάφερε να αποτρέψει την ψήφιση και υλοποίηση του νομοσχεδίου για τη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ.

5.1.2.2. Ομάδες συμφερόντων: Η στάση των γιατρών υπαλλήλων των Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ).

Στους γιατρούς που δούλευαν με υπαλληλική σχέση στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ τέθηκαν οι επιλογές είτε να παραμείνουν με αποκλειστική απασχόληση στο δημόσιο σύστημα υγείας είτε να γίνουν ιδιώτες ιατροί και να έχουν το δικαίωμα σύμβασης με τον Οργανισμό. Μέχρι τη μεταρρύθμιση του 2014 στους γιατρούς των Μονάδων Υγείας είχε παραχωρηθεί το δικαίωμα να είναι δημόσιοι υπάλληλοι και παράλληλα να διατηρούν το προσωπικό τους ιδιωτικό ιατρείο, το οποίο μπορούσε να έχει σύμβαση, με τον Οργανισμό. Στη ρήξη αυτού

του καθεστώτος οι γιατροί αντέδρασαν έντονα με συνεχιζόμενες κινητοποιήσεις και απεργίες, οι οποίες βρήκαν υποστήριξη από κόμματα της αντιπολίτευσης, αλλά δεν απέτρεψαν την υλοποίηση του κυβερνητικού σχεδιασμού. Επιπρόσθετα, και η ομοσπονδία νοσοκομειακών ιατρών (Ο.Ε.Γ.Ν.Ε.), σύμφωνα με τις δηλώσεις του προέδρου της, Δημήτρη Βαρνάβα, αντέδρασε για πιθανή μεταφορά ιατρών από τις Μονάδες Υγείας στα νοσοκομεία και συμμετείχε στις απεργιακές κινητοποιήσεις ενάντια στη μεταρρύθμιση (onmed,12/12/2013).

Επίσης, έντονα αντίθετος στη μεταρρύθμιση ήταν και ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.). Ενδεικτικά, στην εισήγηση του προέδρου του Π.Ι.Σ., Μ. Βλασταράκου, στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων στις 29/01/2014, αναφέρει ότι το νομοσχέδιο για την αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ και τη δημιουργία των ΠΕ.ΔΥ. είναι καταστροφικοί σχεδιασμοί που εναντιώνονται στην έννοια του κράτους πρόνοιας και κινούνται με γνώμονα μια « κυνική λογιστική προσέγγιση», με σκοπό τη μείωση των δαπανών υγείας σε όλους του τομείς με βάση την «πολιτική προθυμία της τρόικας», της οποίας την πολιτική τη χαρακτηρίζει «εγκληματική πρακτική» για το παρόν και το μέλλον του υγειονομικού συστήματος της χώρας.

5.1.2.3. Η κοινή γνώμη: Η επιθυμητή από την πλευρά των πολιτών, πολιτική υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

Είναι κοινή πεποίθηση ότι οι πολίτες προσδοκούν ποιοτικές δημόσιες υπηρεσίες ΠΦΥ, ενώ απορρίπτουν την ιδέα μιας πλήρως ιδιωτικοποιημένης ΠΦΥ, γιατί αυτή θα έχει τεράστιες οικονομικές συνέπειες στον οικογενειακό προϋπολογισμό. Αν λάβουμε υπόψη ότι η κοινή αντίληψη ταυτίζεται με τις παγκόσμιες διακηρύξεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τότε μπορεί να γίνει αναφορά στη διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978, σύμφωνα με την οποία ως ΠΦΥ ορίζεται « η βασική περίθαλψη που βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, προσβάσιμες από όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας, σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν. Η ΠΦΥ συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας της χώρας, στο οποίο επιτελεί κεντρικό ρόλο, αποτελώντας ταυτόχρονα και τον πυρήνα της γενικότερης κοινωνικής οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας» (Τούντας,2008). Το κριτήριο της κοινής αντίληψης για την ΠΦΥ πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο κατά τον σχεδιασμό όσο και κατά τη λειτουργία της ΠΦΥ, δηλαδή μπορεί να ληφθεί υπόψη ως μια γενική κατεύθυνση πολιτικής. Θα πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι οι πολίτες κατά τη διάρκεια της δημιουργίας δεν

εξέφρασαν κάποια σημαντική αντίσταση, είτε μεμονωμένα, είτε ως σύλλογοι ασθενών, ότι επικρατεί μια γενική δυσαρέσκεια για τα ΠΕ.Δ.Υ. Το γεγονός αυτό εντάσσεται στη γενικότερη αντίληψη ότι σε περιόδους έντονης οικονομικής κρίσης οι αντιστάσεις των πολιτών στις μεταρρυθμίσεις είναι περιορισμένες. Σε πανελλαδική έρευνα της ΚΑΠΑ research τον Σεπτέμβριο του 2014, όμως, οι πολίτες φαίνονται δυσαρεστημένοι, τόσο από τον ΕΟΠΥΥ όσο και από τα ΠΕΔΥ και είναι χαρακτηριστικό ότι θέτουν σαν προτεραιότητα για επένδυση χρημάτων την ενίσχυση του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης, θεωρούν ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΠΕΔΥ δεν είναι η προσδοκώμενη. Στο δείκτη «πολύ κακή/ κακή» ποιότητα, ποσοστό 34,9% των ερωτηθέντων ανέφερε τα ΠΕ.ΔΥ. και σε ποσοστό 23% τα Κέντρα Υγείας αντίστοιχα. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν χαρακτηριστικά υψηλότερη δυσαρέσκεια με βάση την αξιολόγηση ποιότητας των ιδιωτικών εργαστηρίων που καταμετρήθηκε με ποσοστό 3,8% και των ιδιωτικών κλινικών, με 7,6% αντίστοιχα. Επίσης, πρώτα σε δυσαρέσκεια είναι τα ΠΕ.ΔΥ. και σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία, δηλαδή τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, των οποίων το ποσοστό δυσαρέσκειας βρίσκεται στο 27,7%. Η δυσαρέσκεια αυτή, βέβαια, δεν σήμαινε ότι η πολιτική επιλογή της διάκρισης αγοραστή παραγωγού ήταν λάθος ή την αντιλαμβάνονται εσφαλμένα οι πολίτες, αλλά ότι χρειάζεται να γίνουν πολλά βήματα ακόμα για τη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών, το περιεχόμενο των οποίων ξεφεύγει από τον σκοπό της παρούσας εργασίας. Η κοινή γνώμη αναδεικνύει ότι το θέμα της επένδυσης στη ΠΦΥ είναι σημαντική για αυτήν, όπως ακριβώς συμβαίνει και για την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας στο σύνολο του. Επομένως, η ανάπτυξη των ΠΕ.ΔΥ. θα έχει θετικό αντίκρισμα στους πολίτες, αναπτύσσοντας σταδιακά μια κουλτούρα κοινωνικής στήριξης μιας ΠΦΥ ανεξάρτητης από την ασφαλιστική κάλυψη υγείας και τον ΕΟΠΥΥ.

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι η μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ πραγματοποιήθηκε σε ένα πολιτικό κλίμα έντονης αμφισβήτησης, αν και ήταν αναγκαία για τη βιωσιμότητα του και τη βελτίωση της λειτουργίας του. Ήταν αποτέλεσμα της πίεσης των συνθηκών, αλλά και της κατανόησης, από την πλευρά της πολιτικής ηγεσίας, ότι έπρεπε να αντιμετωπίσει άμεσα και με αποφασιστικότητα τις αποδεδειγμένες στρεβλώσεις της προηγούμενης δομής. Αναλυτικότερα, αυτές οι εξελίξεις έδειξαν, από την πλευρά της ανάλυσης της δημόσιας πολιτικής ότι α) ο αρχικός σχεδιασμός του ΕΟΠΥΥ δεν είχε μελετηθεί επαρκώς στα πλαίσια ενός μακροχρόνιου σχεδίου υγειονομικής πολιτικής της χώρας, με αποτέλεσμα να ήταν αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του σε ένα πολύ σύντομο χρονικό διάστημα από

την έναρξη της λειτουργίας του, β) η έλλειψη ομοφωνίας, σε μεγάλο βαθμό, από την πλευρά των ειδικών πολιτικής υγείας, αποδεικνύει επίσης την απουσία εθνικού σχεδιασμού, αλλά και το γενικότερο «πρόχειρο» χαρακτήρα των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων στη χώρα. Κυριάρχησε η απουσία ευρύτερης πολιτικής συνεννόησης και εντάθηκε η αρνητική στάση απέναντι στη διεξαγωγή της, στα πλαίσια μιας ευρύτερης στάσης του πολιτικού κόσμου της χώρας να αντιστέκεται – πολλές φορές χωρίς τεκμηριωμένα και ξεκάθαρα επιχειρήματα- στην ιδέα της σταθερής συναίνεσης για την επίτευξη αναγκαίων θεσμικών μεταρρυθμίσεων στη χώρα, δ) πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια συνδικαλιστικών αντιδράσεων, από ομάδες συμφερόντων του ιατρικού κόσμου, που είχαν πολιτικό έρεισμα σε κόμματα της αντιπολίτευσης στα πλαίσια ενός πελατειακού διοικητικού μοντέλου διακυβέρνησης, μεταφέροντας όλο το ενδιαφέρον της διεξαγωγής της μεταρρύθμισης στη διασφάλιση των μικρό- συμφερόντων του κλάδου τους κι όχι στο περιεχόμενο της νέας πολιτικής, ε) δεν έλυσε όλα τα υπαρκτά ζητήματα, υπό την έννοια είτε των γενικά αποδεκτών αιτήματα των πολιτών, των στόχων σύγχρονης πολιτικής υγείας που εκφράζονται μέσα από διεθνείς διακηρύξεις και ευρωπαϊκά κείμενα, είτε αυτών που συνεχώς προκύπτουν από την οικονομική δυσπραγία της χώρας, όπως της αύξησης της ανισότητας πρόσβασης για οικονομικούς και γεωγραφικούς λόγους.

5.2. Ενδεχόμενα και προτάσεις των «ειδικών» για το μέλλον του Οργανισμού.

Η εξέλιξη του θεσμού απασχολεί έντονα τους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας στη χώρα, είτε έχουν επίσημα θεσμικό ρόλο είτε ανήκουν στην κατηγορία των «ειδικών», μιας και η λειτουργία του έχει μεγάλη επίδραση σε ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα, τόσο από την πλευρά του κράτους και των ιδιωτών παραγωγών υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά σχεδόν του συνόλου των ασφαλισμένων της χώρας. Τα ενδεχόμενα της εξέλιξής του και οι επίσημα διατυπωμένες προτάσεις δείχνουν τον βαθμό σύγκλισης ή απόκλισης από την ουσία του αρχικού σχεδιασμού, δηλαδή το όραμα και την προοπτική που σχετίζονται με τον Οργανισμό. Θα μπορέσει να επιβιώσει παρόλο την οικονομική κρίση; Θα έχει ρυθμιστικό ρόλο στην εξοικονόμηση των δημοσίων δαπανών υγείας; Θα διασφαλίσει ισότητα πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, συντελώντας τον κοινωνικό του ρόλο; Θα αποτελέσει πυλώνα μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα εισάγοντας καινοτόμες πολιτικές και εφαρμογές τεχνολογίας; Θα συνεχίσει εν τέλει να ανατροφοδοτεί τη βελτίωσή

του, μέσω αποφάσεων πολιτικής, που στηρίζονται σε ένα σύστημα τεκμηρίων, δηλαδή μια evidence based ανάλυση των δεδομένων; Παρακάτω, γίνεται μια προσπάθεια να αποτυπωθούν- αν και σε περιορισμένη περιγραφή και ανάλυση- τα ενδεχόμενα και οι προτάσεις υπό το πρίσμα του αρχικού ερωτήματος της μελέτης, δηλαδή να συσχετιστούν οι συνθήκες που επικρατούν σε κάθε επεισόδιο πολιτικής με αυτό καθεαυτό το επεισόδιο και τα αποτελέσματα του στο σύνολο της θεσμικής λειτουργίας του Οργανισμού και του υγειονομικού συστήματος γενικότερα.

5.2.1. Θεσμοί, τυπικοί κι άτυποι που αντιστέκονται στην ολοκλήρωση του Οργανισμού ή αλλοιώνουν τον αρχικό σχεδιασμό πολιτικής και η πολιτική αποδοτικότητα τους.

Από την σύντομη λειτουργία του Οργανισμού μπορούν να παρατεθούν διάφορα ζητήματα, τα οποία θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν υπολείμματα της προηγούμενης δομής στη νέα ή γενικότερα εμπόδια στη συνεχιζόμενη μεταρρύθμιση μέσω ΕΟΠΥΥ. Αυτά αποδεικνύουν τη σταθερότητα ορισμένων θεσμών τυπικών ή άτυπων μέσα στα όρια της νέας δομής και τα οποία μπορεί να έχουν τη μορφή εγκατεστημένης διοικητικής κουλτούρας, διοικητικών αδυναμιών, έλλειψης συντονισμού και επικοινωνίας των προθέσεων πολιτικής, συνδικαλιστικής αντίστασης και αναντιστοιχία στόχων και προθέσεων μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και επιμέρους φορέων, όπως των Ασφαλιστικών Ταμείων, αλλά της ευρύτερης κυρίαρχης πολιτικής βούλησης.

Αρχικά, θα γίνει αναφορά σε μια εμφανή στο ευρύ κοινό παράμετρο, που εντάσσεται στα πλαίσια της μικροπολιτικής στη διοίκηση του οργανισμού, υπό τη μορφή ερωτήματος για το μέλλον του Οργανισμού, αφού η περίοδος που διανύεται είναι μια μεταβατική περίοδο για τη δημιουργία μιας επιθυμητής αδράνειας- σταθεροποίησης για τον θεσμό και τη δράση συμβεβλημένων παρόχων: Γιατί η εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων του οργανισμού δεν πραγματοποιείται από μια ενιαία υπηρεσία (μέχρι την περίοδο που γράφεται η παρούσα εργασία), αλλά αντίστοιχα από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ για τους μισθωτούς και τους συνταξιούχους αντίστοιχα και από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ για τους υπόλοιπους; Πιο συγκεκριμένα κι ενώ με τον Ν4254/2014 και τη σχετική διοικητική απόφαση που εκδόθηκε από τον ΕΟΠΥΥ (Δ11α/14628/05-05-2014), μεταφέρθηκαν στον ΕΟΠΥΥ 90 υπάλληλοι του ΙΚΑ ΕΤΑΜ, οι οποίοι εργάζονταν σε τμήματα παροχών, αυτή η μεταφορά ακολουθήθηκε με έγγραφο που «αναβάλουν» την πράξη αυτή (Δ11α/οικ16768/06/05/2015). Αυτή η κατάσταση της διατήρησης διαφορετικών διοικητικών

δομών είναι μια κατάσταση «μη εξέλιξης» του θεσμού, που προσκρούει στη δημιουργία ενιαίας κουλτούρας εξυπηρέτησης στους προς εξυπηρέτηση πολίτες, από ενιαίες διοικητικές δομές, από τις μικροδιαφοροποιήσεις στον τρόπο κατάθεσης δικαιολογητικών αλλά και την αντίληψη ότι απευθύνονται διαφορετικές υπηρεσίες.

Στην παραπάνω παράμετρο, θα πρέπει να προστεθούν τα γενικότερα κληροδοτήματα πολιτικής στη δημόσια διοίκηση, τα οποία επιβραδύνουν τη λειτουργία του συνόλου της δημόσιας διοίκησης στην χώρα. Ο ΕΟΠΥΥ στηρίζεται σε μια διοικητική μηχανή από δημόσιους υπαλλήλους, σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας, που δεν έχουν αξιολογηθεί με αντικειμενικά κριτήρια (τίτλους σπουδών, επίπεδο γνώσης αντικειμένου, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, παραγωγικότητα) και έχουν, σε άγνωστο αριθμό περιπτώσεων (αφού δεν υπάρχουν επίσημα τεκμήρια), τοποθετηθεί σε μη αντίστοιχες των προσόντων τους θέσεις. Επίσης, δεν πραγματοποιήθηκε από την έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού καμιά οργανωμένη προσπάθεια να επιμορφωθεί κατάλληλα το προσωπικό του, ώστε να γνωρίσει το όραμα και τους σκοπούς του νέου θεσμού, αλλά και τα εργαλεία υλοποίησης, ώστε να εργαστεί ως μια αποτελεσματική ομάδα για αυτά. Μια διοικητική μηχανή που δεν έχει ορθολογικά σχεδιαστεί, αν δεν αποτελεί εμπόδιο, σίγουρα δεν είναι προστατευμένη ή είναι επιρρεπείς σε λανθάνουσες διοικητικές συμπεριφορές, αφού στηρίζει την επιτυχή λειτουργία της σε συγκυριακές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα να μην χρειαστεί να αντιμετωπίσει κρίσιμες και επείγουσες καταστάσεις ή συγκυριακά να υπάρχουν χαρισματικές προσωπικότητες με την αρμοδιότητα της απόφασης, σε κάθε βαθμίδα, που θα επιλύσουν καθημερινά ή ειδικά ζητήματα. Η κουλτούρα της μη αξιολόγησης του έργου των δημοσίων υπαλλήλων, αλλά και η υποτίμηση της σημασίας ενός καλά οργανωμένου και ενημερωμένου προσωπικού, συνεπώς, αποτελούν ένα επιπλέον εμπόδιο στην ευόδωση των στόχων του Οργανισμού.

Ένα άλλο ζήτημα είναι η αντίσταση στην πολιτική του οργανισμού, υπό τη μορφή συνδικαλιστικής πίεσης με το μέτρο της λεγόμενης «αναστολής σύμβασης», που ασκούν οι οργανωμένες ομάδες συμφερόντων από την πλευρά των συμβεβλημένων παρόχων υγείας, όπως σύλλογοι ιδιωτικών κλινικών, εργαστηρίων και ιδιωτών ιατρών. Η στάση αυτή έχει ως αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να μην μπορούν να εξυπηρετηθούν, υπό τους όρους της σύμβασης του Οργανισμού και την κείμενη νομοθεσία από αυτούς, παρόλο που έχουν όλες τις τυπικές προϋποθέσεις, αλλά να απαιτείται η καταβολή του συνόλου της δαπάνης των

υπηρεσιών με ίδια πληρωμή. Τέτοιες κινήσεις πίεσης από την πλευρά των παροχών έχουν προκύψει σε διάφορες περιόδους, όπως για παράδειγμα τον Δεκέμβριο του 2014 τα οικονομικά αιτήματα από τις ιδιωτικές κλινικές. Η ανακοίνωση του Συνδέσμου Ιδιωτικών Κλινικών έκανε λόγο για «ανικανότητα σωστού οικονομικού προγραμματισμού», «κατ' εξακολούθηση παραβίαση των συμβατικών υποχρεώσεων από την πλευρά του ΕΟΠΥΥ» και «συνεχιζόμενη κοροϊδία» (δελτίο τύπου ΣΕΚ, 27/11/2014), δηλώνοντας ότι η επίσχεση σκοπό είχε να πληρωθούν στις κλινικές όλες οι ληξιπρόθεσμες οφειλές του οργανισμού. Ο ΕΟΠΥΥ, αμύνθηκε δηλώνοντας στις κλινικές ότι «οι κλινικές που θα γνωστοποιούν επίσχεση στον Οργανισμό, θα εισάγεται και συζητείται στο διοικητικό συμβούλιο η διακοπή της σύμβασης τους» (δελτίο τύπου ΕΟΠΥΥ, 03/12/2014). Ο ΕΟΠΥΥ στην ουσία χρησιμοποίησε τη μονοψωνιακή δύναμή του από την πλευρά του δημόσιου για να σταματήσει τη διαμαρτυρία των ιδιωτικών κλινικών. Έτσι, αυτές οι πιέσεις δεν έχουν συντελέσει στην απομάκρυνση της διοίκησης του οργανισμού από τους αρχικούς στόχους πολιτικής, δηλαδή τον έλεγχο και τη μείωση των δαπανών υγείας. Επομένως, ομάδες συμφερόντων με θεσμική δύναμη έχουν ασκήσει αντιστάσεις προς τον ΕΟΠΥΥ, κάνοντας λόγο για διακοπή συμβάσεων, χωρίς, όμως, να έχουν προτείνει ή επιδιώξει μια ολιστική εκτροπή της σχέσης τους ή οριστική διακοπή της σύμβασής τους.

Επιπλέον, από την πλευρά των ευρύτερων πολιτικών εξελίξεων στη χώρα, υπάρχει μια αναδιάταξη πολιτικών δυνάμεων σε επίπεδο εξουσίας, που πιθανώς να σηματοδοτεί νέα κατεύθυνση για τον ΕΟΠΥΥ. Στις 25/01/2015 οι εθνικές εκλογές στην Ελλάδα ανέδειξαν την κυβέρνηση ΣΥ.ΡΙΖ.Α. –Ανεξάρτητων Ελλήνων. Αυτή η πολιτική εξέλιξη μπορεί να αποδειχθεί μια αρνητική ή θετική προς την υφιστάμενη μεταρρύθμιση συγκυρία ή να οδηγήσει σε άλλου τύπου πολιτική για τον ΕΟΠΥΥ; Η απάντηση είναι δύσκολη, γιατί στηρίζεται σε υπό διαμόρφωση γεγονότα και πολιτικές δηλώσεις. Αναφορικά, οι προς διαβούλευση θέσεις του ΣΥ.ΡΙΖ.Α. για την υγεία και τον ΕΟΠΥΥ δείχνουν μια σύγχυση ή μια ιδεολογικά μη συμφωνία στη διάκριση του ρόλου παραγωγού-αγοραστή στη δημόσια παροχή ΠΦΥ, η οποία μπορεί να εντοπιστεί για παράδειγμα στη φράση: «βάση για το νέο σύστημα ΠΦΥ θα αποτελέσουν οι δημόσιες μονάδες υγείας, που υπάρχουν ήδη και υπολειπوغούν, δηλαδή οι μονάδες του ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ και τα κέντρα υγείας» (ΣΥ.ΡΙΖ.Α., 09/2014). Επιπλέον, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ θεωρήθηκε ότι πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια μιας «ακραίας νεοφιλελεύθερης λογικής, μείωσης των δημοσίων δαπανών υγείας» και ότι αντίστοιχα το νομοσχέδιο για την Ίδρυση των ΠΕ.ΔΥ. είναι «νομοσχέδιο έκτρωμα»

(ΣΥ.ΠΙΖ.Α., 13/02/2014), το οποίο «ανοίγει τον δρόμο για την περαιτέρω υποβάθμιση του δημόσιου συστήματος της ΠΦΥ, την πλήρη ιδιωτικοποίησή του και την παράδοσή του στα μεγάλα επιχειρηματικά συμφέροντα, με τον ΕΟΠΥΥ «αγοραστή» υπηρεσιών υγείας από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα» (ΣΥΡΙΖΑ,11/01/2014).Αυτές οι θέσεις δεν κινούνται στα πλαίσια της προηγούμενης διακομματικής συμφωνίας, προς την κατεύθυνση που χαραχτηκε για τον ΕΟΠΥΥ και οι αντίστοιχες κυβερνητικές δεν έχουν ακόμα διαμορφωθεί ή ανακοινωθεί επίσημα. Χαρακτηριστική πολιτική κατάσταση αυτής της μη συμβατότητας είναι πρώτον, η μη επιλογή διοικητή του ΕΟΠΥΥ από τον Φεβρουάριο, αφού ο πρόεδρος του Οργανισμού, Κοντός Δημήτριος, υπέβαλε την παραίτησή του αμέσως μετά την εκλογή της νέας κυβέρνησης και παρέμεινε στη θέση του προέδρου μέχρι την αντικατάστασή του και υπάρχει έλλειψη εκδήλωση ενδιαφέροντος ή διαφωνία εντός του κυβερνητικού σχήματος για την επιλογή του κατάλληλου πολιτικά/κομματικά προσώπου. Δεύτερον, οι δημόσιες τοποθετήσεις του Υπουργού Υγείας, Παναγιώτη Κουρουμπλή, φανερώνουν την πρόθεση της πολιτικής ηγεσίας του υπουργείου για αλλαγές στην πολιτική του οργανισμού. Για παράδειγμα η δήλωση ότι «το κράτος θα πληρώνει στις ιδιωτικές κλινικές μόνο πράξεις που δεν μπορούν να γίνουν σε Δημόσιο Νοσοκομείο»(15/02/2015,ygeia360). Ωστόσο, επειδή η συγκεκριμένη διατριβή γράφεται σε χρόνο παράλληλο των γεγονότων, δεν είναι εφικτό να συμπεριλάβει όλες τις εξελίξεις στο ζήτημα και να τις αναλύσει με κριτική σκέψη εντάσσοντάς τες στα θεωρητικά πλαίσια του ιστορικού θεσμισμού, όπως είναι και ο σκοπός της. Επομένως, δεν θα γίνει περαιτέρω αναφορά, υπό τον κίνδυνο της μη αντικειμενικής ανάλυσης, η οποία θα στηρίζεται σε ενδεχόμενα.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν ορισμένα μόνο σημεία και σίγουρα δεν καλύπτουν το θέμα εξολοκλήρου, απλά δείχνουν τον χαρακτήρα των τυπικών και άτυπων θεσμών που εμποδίζουν ή τείνουν να εμποδίσουν το μονοπάτι, που έχει ανοίξει με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ και το περιεχόμενο αυτών των εμποδίων. Στην ουσία περιγράφεται ένα δείγμα του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του Οργανισμού.

5.2.2. Οι προτάσεις των «ειδικών» και πολιτικών παραγόντων θέτουν τον ΕΟΠΥΥ στο επίκεντρο, δυναμώνοντας την προοπτική του.

Από την έναρξη της λειτουργίας του Οργανισμού υπήρξαν δημόσιες προτάσεις για την ολοκλήρωση της υγειονομικής μεταρρύθμισης, που άνοιξε μέσω αυτού. Σκοπός αυτών των προτάσεων είναι να υποδείξουν το μέλλον του μεταρρυθμιστικού μονοπατιού, ώστε να

μπορέσει να ανταπεξέλθει στους αρνητικούς παράγοντες, όπως η οικονομική δυσπραγία. Παρακάτω αναφέρονται επιγραμματικά βασικά σημεία με σκοπό όχι να αναλυθούν οι προτάσεις, αλλά να αναδειχθεί το γεγονός ότι η επιστημονική κοινότητα και οι σχεδιαστές πολιτικής ασχολούνται διαρκώς με την ενδυνάμωση της θεσμικής θέσης του ΕΟΠΥΥ, τη σταθεροποίηση του δρόμου που έχει ανοιχτεί με αυτόν κι όχι την ανατροπή του.

Όπως υπονοήθηκε παραπάνω, υπάρχουν ποικίλες προτάσεις για αλλαγή τεχνολογίας παραγωγής στον ΕΟΠΥΥ, αλλά και γενικότερα συνέχισης της υγειονομικής μεταρρύθμισης με πυρήνα τον ΕΟΠΥΥ. Στις προτάσεις που αναφέρθηκαν πιο πάνω (Θεοδωράκη, Σουλιώτη κ.α.), υπήρχε συμφωνία ότι εξέχουσα σημασία στο σύστημα έχει η παρουσία του οικογενειακού ιατρού ως «πρώτο σημείο επαφής» με το σύστημα υγείας. Η πρόταση αυτή συνδέεται τόσο με τη συγκράτηση της δημόσιας δαπάνης από την αποφυγή μη αναγκαίων για την υγεία του χρήστη ιατρικών πράξεων και εξετάσεων που καλύπτονται από το σύστημα υγείας και τον περιορισμό της ανορθόδοξης πρόσβασης στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (gatekeeping – πρόταση επιτροπής «υγεία εν δράση»), όσο και για τη διασφάλιση μιας ορθολογικής σχέσης των πολιτών με τη δημόσια παροχή υγείας και προαγωγής της πρόληψης και της χρήσης του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας (πρόταση επιτροπής Σουλιώτη).

Η χρήση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, η οποία αναφέρθηκε στις δυο μελέτες, αλλά και γενικότερα έχει προταθεί από τον επιστημονικό κόσμο και υπάρχει εμπειρία από την εφαρμογή του στο διεθνές περιβάλλον σε συστήματα υγείας. Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας μπορεί να προσφέρει ολοκληρωμένη εικόνα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας που έχει λάβει κάθε χρήστης, αλλά και να καταγραφεί το συνολικό ιστορικό του και οι πιθανές ιδιαιτερότητες του κάθε χρήστη. Επιπλέον, μπορεί να ενημερώνει τον χρήστη του, για τις ορθές για το πρόβλημα υγείας του διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες μέσα από μια βάση δεδομένων, αλλά και να προσφέρει συμβολή στην πρόληψη ασθενειών μέσω ενημέρωσης για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής ή υπενθύμισης διεξαγωγής εργαστηριακών ελέγχων με βάση τα στοιχεία που θα έχει εισάγει ο υπεύθυνος γιατρός και τη διεθνή βιβλιογραφία. Μια ολοκληρωμένη γενικότερα εφαρμογή φακέλου ασθενή με διευρυμένες δυνατότητες μπορεί να προσφέρει οφέλη τόσο στους χρήστες όσο και στο σύστημα υγείας με μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα χαρακτηριστικά. Περισσότερη ευημερία και υγεία στους χρήστες και λιγότερο κόστος για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, λόγω μιας ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτή η πρόταση, ουσιαστικά, συνδράμει στη συνέχιση της

μεταρρύθμισης στο δρόμο της αποτελεσματικής φροντίδας με αποδοτικό τρόπο για το σύστημα υγείας και συνεπώς βοηθά στην εδραίωσή της.

Επιπλέον, σε διαφορετικό επίπεδο, υπάρχουν προτάσεις που προτείνονται για να διασφαλίσουν την επαρκή χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ. Μια τέτοια πρόταση, που δημοσιεύτηκε, είναι του καθηγητή Λιαρόπουλου για ενιαία χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας τους εισοδήματος, χωρίς να υπάρχει διάκριση μεταξύ ασφαλιστικών φορέων. Το βασικό επιχείρημα της πρότασης είναι ότι «η δυνατότητα καταβολής εισφορών φθίνει», ενώ αντιθέτως «αυξάνει η αμοιβή του κεφαλαίου σε όλες τις μορφές του». Η πρόταση της κρατικής ασφάλισης υγείας συνδέεται με τη βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ, εφόσον συνδυαστεί με μια αναδιάρθρωση του ίδιου του οργανισμού μέσω ενός πιο ορθολογικού και αναπτυξιακού συστήματος χρηματοδότησης, που υπερσχύει η συμβολή της φορολόγησης και καταργούνται οι εισφορές εργασίας, που επιτείνουν την ύφεση σε μια εποχή έντονης ανεργίας και αδυναμίας πληρωμής εργασιακών εισφορών.

Παραπάνω έγινε αναζήτηση σχετικά με το βασικό ερώτημα που τέθηκε στην αρχή της ενότητας, δηλαδή εάν μπορεί να σταθεροποιηθεί ως θεσμός ο ΕΟΠΥΥ, παρά την αναγκαιότητα για μεταρρυθμίσεις, τις αναφορές σε μη βιωσιμότητα του οργανισμού και την ανοιχτή συζήτηση για μια συνολικότερη μεταρρύθμιση. Η απάντηση είναι θετική, μόνο υπό προϋποθέσεις. Οι εξελίξεις του 2014 οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπήρχε πολιτική απόφαση για υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων, που θα άλλαζαν ριζικά την αντίληψη της δημόσιας υγείας, σε συνέχεια της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ και όχι να προσαρμόσουν ευκαιριακά στη δεινή οικονομική κατάσταση της χώρας το σύστημα υγείας. Αποδεικνύεται πως ακόμα και να προκύψουν αλλαγές στο ίδιο τον οργανισμό ή στο περιβάλλον του, όπως για παράδειγμα στα ασφαλιστικά ταμεία ή γενικότερα στη χρηματοδότησή του, δεν θα σηματοδοτήσουν την επιστροφή στο παλιό καθεστώς, και δεν θα οδηγήσουν σε διαμετρικά αντίθετες λύσεις με την πρόταση πολιτικής υγείας που πρεσβεύει ο θεσμός, γιατί «παγιώνεται» η ιδέα του ίδιου του θεσμού στους σχεδιαστές και στους «ειδικούς» πολιτικής υγείας. Η έλλειψη, όμως, ενός ξεκάθਾਰου και μακροχρόνιου σχεδιασμού από την αρχή της μεταρρύθμισης, καθώς και η έλλειψη πολιτικής συναίνεσης, αποτελούν τα αδύναμα σημεία της προσπάθειας. Μια μεταστροφή της πολιτικής ηγεσίας, για παράδειγμα ή η ασάφεια των σχεδιασμών, και μια επίμονη διοικητική αδρανοποίηση στο μακρύ μονοπάτι της διοικητικής κουλτούρας στην Ελλάδα, μπορούν να οδηγήσουν σε καταστάσεις εγκλωβισμού στις ίδιες τις αδυναμίες του

οργανισμού και να εμποδίσουν τη συνολικότερη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας. Έτσι, η ύπαρξη μη κοινής αντίληψης των αρμοδίων για την πολιτική υγείας, αλλά και η μη εμπέδωση της ανάγκης για συστηματική κι ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των θεμελιωδών προβλημάτων στο σύνολο της κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας, δεν προδιαθέτουν ένα ευοίωνο μέλλον για τον Οργανισμό. Τελικά, η απάντηση στο κρίσιμο ερώτημα της «παγίωσης» της θεσμικής αλλαγής βρίσκεται στον αν αυτή εντάσσεται σε έναν συνεκτικό κοινά αποδεκτό από τα πολιτικά κόμματα υγειονομικό σχεδιασμό, ο οποίος θα έχει διαμορφωθεί μέσω μιας πολιτικής συναίνεσης, πλούσιου διαλόγου με τους «ειδικούς» της πολιτικής υγείας και τις επιταγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφόσον η χώρα βρίσκεται σε αυτήν. Η ελληνική πραγματικότητα δεν ικανοποιεί αυτή τη ρήτρα.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή ασχολήθηκε με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, υπό το πρίσμα του ιστορικού θεσμιτισμού. Ο στόχος ήταν να αποδειχθεί χρήσιμη ως μελέτη τόσο για τη δημόσια πολιτική υγείας στην Ελλάδα, όσο και για την κατανόηση και την τεκμηρίωση των μεταρρυθμίσεων την περίοδο της δημοσιονομικής προσαρμογής. Η προσπάθεια εστιάζει στο να διαφωτιστούν ποιες είναι οι κατάλληλες συνθήκες και οι συνδυασμοί πολιτικών πράξεων και γεγονότων που οδηγούν στην αλλαγή μονοπατιού στην ιστορική πορεία των θεσμών. Έτσι, το κεντρικό ερώτημα που τέθηκε επιμόνως σε κάθε ενότητα που προηγήθηκε σχετίζεται με τη διερεύνηση των συνθηκών που οδηγούν σε διοικητικές μεταρρυθμίσεις, με επίκεντρο την περίπτωση της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ. Ο ΕΟΠΥΥ δημιουργήθηκε μέσα σε συνθήκες βαθιάς οικονομικής κρίσης. Η κρίση αυτή είχε πολυδιάστατα αποτελέσματα και σε αυτή τη βάση εξετάστηκε στην παρούσα εργασία. Για την πραγματοποίηση της μεταρρύθμισης μεγάλη σημασία έχει, η συγκεκριμένη χρονική περίοδος. Το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης το 2009 πυροδότησε τις στρεβλώσεις και τις αδυναμίες του προ υπάρχοντος συστήματος ασφαλιστικής κάλυψης και υγείας στη χώρα. Ταυτόχρονα, από τη μία εντατικοποίησε το αίτημα για παρέμβαση του κράτους στις αυξημένες υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, ενώ παράλληλα έθεσε με τον πλέον πρακτικό τρόπο επί τάπητος το θέμα κόστους των υπηρεσιών υγείας και εύρεσης χρηματοδότησης του συστήματος. Με άλλα λόγια, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας ξεπερνάει πλέον ως θέμα τη συζήτηση σε ακαδημαϊκό επίπεδο και εντάσσεται στον πυρήνα

πολιτικών μεταρρυθμίσεων που η Ελλάδα αποφασίζει να πάρει. Παράλληλα, πολιτικοί και δημοσιονομικοί περιορισμοί, που ιστορικά είχαν αναπτυχθεί αδυνατούν μεν-ενίοτε δρουν και ως καταλύτες- να σταματήσουν τη θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ, δεν επιτρέπουν, όμως, την πλήρη, ουσιαστική και πρακτική στήριξη του εγχειρήματος, το οποίο και σήμερα παραμένει μετέωρο.

Η ιδέα ενός ενιαίου φορέα υγείας δεν ήταν καινούρια για τους «ειδικούς» στη χώρα, αλλά μια πρόταση που επαναλαμβανόταν δεκαετίες πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, όπως αναφέρθηκε στην ενότητα 2 του δεύτερου κεφαλαίου. Πολλοί παράγοντες, όπως η μη ωριμότητα των θέσεων ή η θεσμική επιρροή των ομάδων συμφερόντων ή η ισχύ κληροδοτημάτων πολιτικής και παγιωμένων νοοτροπιών και πολιτικής κουλτούρας στους θεσμούς κοινωνική ασφάλισης και στα κόμματα, δεν επέτρεψαν τη μετατροπή των προτάσεων σε πράξεις θεσμοθέτησης ενός τέτοιου είδους μεταρρύθμισης.

Το 2009 η οικονομική κρίση που άρχισε να διαφαίνεται οδήγησε το 2010 στην απόφαση της κυβέρνησης να ζητήσει τη δανειοδότηση της Ελληνικής οικονομίας, η οποία και πραγματοποιήθηκε με τη σύμπραξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου. Τα μνημόνια, που έθεσαν τους όρους δανεισμού, προέβλεπαν μεταξύ άλλων την επιβεβλημένη μεταρρύθμιση στην υγεία. Μια από τις ζητούμενες μεταρρυθμίσεις ήταν η σύσταση ενιαίου φορέα υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ δημιουργήθηκε κάτω από τις ασφυκτικές δημοσιονομικές συνθήκες της εποχής, που απειλούσαν τη βιωσιμότητα του μέχρι τότε συστήματος και πολιτικής σύγκλυσης, τόσο ισχυρής που δεν επέτρεψε σε άλλους παράγοντες οι οποίοι στο παρελθόν αντιστάθηκαν, να καταφέρουν τη ματαίωσή του. Έτσι, όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3 και 4 η συγκυρία, οικονομική και πολιτική, οδήγησε στο να είναι μικρότερο το κόστος εγκατάστασης του ΕΟΠΥΥ, από ότι της παραμονής των παλιών θεσμών. Οι ασφαλισμένοι θα αντιμετώπιζονταν ισότιμα από τον νέο Οργανισμό και οι πάροχοι θα είχαν έναν νέο ενιαίο πλαίσιο διαπραγμάτευσης με τον ενιαίο οργανισμό. Η θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ, ουσιαστικά, άνοιξε ένα νέο μονοπάτι δημόσιας πολιτικής υγείας.

Η ίδρυση του Οργανισμού, θεωρητικά «κλειδώνει» με μέτρα και προτάσεις σε μια κατεύθυνση που τεκμηριωμένα οδηγεί στη σταθεροποίησή του ως ένα μέρος ενός συνολικού σχεδιασμού για την υγεία προς μια κατεύθυνση δημιουργίας οριζών αγοράς, με ελεγχόμενο ανταγωνισμό μεταξύ των συστημάτων των παρόχων. Στο τέταρτο κεφάλαιο, που προηγήθηκε, διερευνήθηκε η αλλαγή στον ΕΟΠΥΥ με τον διαχωρισμό της παροχής από την

αγορά υπηρεσιών. Αυτή η διάκριση, που πραγματοποιήθηκε στις αρχές του 2014 με στόχο να διαμορφωθούν κατάλληλες συνθήκες για τη συνέχιση της πορείας του, βρήκε τόσο πολιτική στήριξη όσο και εναντίωση. Υπάρχουν επίσης αρκετές προτάσεις για διαθρωτικές αλλαγές, όπως η αλλαγή του πλαισίου χρηματοδότησής του και η βελτίωση της διαπραγματευτικής του δύναμης, αλλά και η διαμόρφωση των παροχών του προς τους ασφαλισμένους στη βάση της οικονομικής αποδοτικότητας, της ιατρικής αποτελεσματικότητας και της ισότητας στην πρόσβαση, σύμφωνα με τη διεθνή αλλά και εγχώρια εμπειρία και θεωρητική γνώση. Τόσο οι δράσεις όσο και οι προτάσεις αποδεικνύουν την ανάγκη εθνικής συνεννόησης στον υγειονομικό τομέα.

Η διερεύνηση των παραπάνω προσφέρει σε θεωρητικό, αλλά και πρακτικό επίπεδο, γνώση για την αλλαγή μονοπατιού στη δημόσια πολιτική σε ευρύτερα πλαίσια, αλλά και πιο συγκεκριμένα για τον υγειονομικό τομέα και για τον ΕΟΠΥΥ. Ένα βασικό ζήτημα είναι εάν όντως μπορεί να εμπεδωθεί και να ολοκληρωθεί η μεταρρύθμιση που υλοποιήθηκε με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Εάν, με άλλα λόγια, υπάρχει η πολιτικά και πνευματικά κοινή γλώσσα στους σχεδιαστές του οργανισμού και η αντίστοιχη συνοχή στη διοικητική μηχανή και κουλτούρα στον ίδιο τον θεσμό. Έπειτα, αν υπάρχει η θέληση για συνέχιση στο ίδιο μονοπάτι της μεταρρύθμισης. Τα ευρήματα αυτής της έρευνας δεν ήταν ενθαρρυντικά προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Ωστόσο, η πολιτική επιστήμη, δεν μπορεί να προβλέψει το μέλλον, υπό την έννοια της τυχαίας ή επιθυμητής επιλογής προβολής μελλοντικών δράσεων, μπορεί ωστόσο μελετώντας ex post τα επεισόδια πολιτικής δράσης, να οριοθετήσει τις αντικειμενικές συνθήκες αλλαγής και ανατροπής αλλά και παγίωσης και εμπλουτισμού ενός θεσμού. Ο ΕΟΠΥΥ ιδρύθηκε γιατί ήταν συγκυριακά εφικτό σε σχέση με άλλες χρονικές περιόδους, ενώ ταυτόχρονα ήταν κι ένα απαραίτητο διάβημα δημόσιας πολιτικής κι έπειτα έγινε το νέο σημείο αναφοράς των υποστηριχτών αλλά και των πολέμιων του. Το μονοπάτι που ανοίχτηκε δεν μπορεί να αμφισβητηθεί σε υπαρξιακό επίπεδο στο μετέπειτα διάστημα, αλλά η ιστορική του εξέλιξη, δηλαδή η παγίωση και η συνέχειά του, θα εξαρτηθούν από την πολιτική βούληση, την οικονομική βιωσιμότητά του, την πραγμάτωση του κοινωνικού του ρόλου, ώστε να υπάρχει κοινωνική εμπέδωση της κουλτούρας της νέας πολιτικής και ευρύτατη κοινωνική υποστήριξη και τελικά να συνδεθεί αναπόσπαστα και ολοκληρωτικά με την έννοια της παροχής υγείας στη χώρα. Μια πολιτική αστάθεια, ετερόκλητες πολιτικές υγείας, λόγω της εναλλαγής στην εξουσία διαφορετικών κομμάτων, η επίδραση της δράσης ομάδων συμφερόντων και η έλλειψη μακροχρόνιου σχεδιασμού με εσωτερική συνέπεια και συνέχεια

για τον ΕΟΠΥΥ, σε ένα ορθολογικό πλαίσιο ιδεών και στόχων, μπορεί να είναι αιτίες για να μην αντέξει η μεταρρύθμιση. Η πολυεπίπεδη θεώρηση της συγκυρίας, η βαθιά κατανόηση της εποχής, «εξηγεί» τη μεταρρύθμιση που προκύπτει ή την αδράνεια που εδραιώνεται ενάντια στην προσπάθεια για θεσμική αλλαγή. Για τον ΕΟΠΥΥ, το ερώτημα που τίθεται διαρκώς είναι πόσο μακρύ ή σύντομο θα είναι τελικά το μονοπάτι του. Η απάντηση, δεν είναι αυτόματα από τη μια ή από την άλλη πλευρά, αλλά θα βρίσκεται πάντα σε εξάρτηση του συνόλου των ιστορικών γεγονότων που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με αυτόν.

7. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelis, A., et al, (2014), *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*, European Observatory on Health Systems and Policies.

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D. et al, (2014), *Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population*, Social Cohesion and development 2014 9(2),99-115

European Commission. *Communication from the commission: Annual Growth Survey 2014*, COM (2013)800 final, Brussels.2013.

Health consumer Powerhouse. *Euro Health Consumer Index 2014*, Brussels.2015.

Mossialos, E., Le Grand, J. (1999), *Cost containment in the EU, an overview*, in *Health care and cost containment in the European Union*, Ashgate publishing limiting, pp 1-42

Saltman, R., Figueras, J., Sakellarides, K. (1998), *Critical challenges for health care reform in Europe*, WHO (copyright), Open University Press Mc- GrawHill Education, England.

Simou, E., Koutsogeorgou, E.(2013), *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review*, Elsevier, Ireland

Wendt, C. (2009), *Ideas and Institutions in the field of healthcare*, Annual Conference of the Research Committee 19 of the International Sociological Association “Social Policies: Local Experiments, Traveling Idea, Montreal, 2009.

8. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

Αφουξενίδης,Α.(1999), *Το ελληνικό κράτος πρόνοιας, καμπή αναδιάρθρωση ή αποδόμηση;*, στο Ματσαγγάνης, Μ., (επιμ) *Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στην Νότια Ευρώπη*, Εταιρεία Πολιτικού Προβληματισμού «Νίκος Πουλαντζάς» & Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Βενιέρης, Δ. (1995), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: η ιστορία της μεταρρύθμισης*, στο Κυριόπουλος, Ι., Σισσούρας, Α. (επιμ) *Ενιαίος Φορέας Υγείας Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Βενιέρης, Δ. (2003), *Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Νους «ασθενής» εν σώματι υγιεί;* ,στο Βενιέρης, Δ., Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.) *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα, προκλήσεις και προοπτικές*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Esping- Andersen, G. (2002), «Αναζητώντας την καλή κοινωνία ακόμα μια φορά; », στο Esping – Andersen, G & Gallie, D, Hemerijck,A& Myles,J. «Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος», Διόνικος,Αθήνα,2006, σελ 42-74

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013*, COM(2007)630 τελικό, 23.10.2007. Βρυξέλλες,2007.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ανακοίνωση της Επιτροπής: *Για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας*,COM(2014) 215 τελικό, 4.4.2014. Βρυξέλλες,2014.

Ferrera, M. (1996), «*Η ανασυγκρότηση του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη*» στο Ματσαγγάνης, Μ. (επιμ.) «*Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη*», Εταιρεία Πολιτικού Προβληματισμού «Νίκος Πουλαντζάς» & Ελληνικά Γράμματα,Αθήνα,1999, σελ 33-65

Grand, J., (2007), *Κίνητρα, δράσεις και δημόσια πολιτική*, στο Πελαγίδης, Θ., Παρασκευόπουλος, Χ. (επιμ) Κέντρο θεσμικών μεταρρυθμίσεων, Παπαζήση, Αθήνα

Κουρέα- Κρεμαστινού, Τ.(2007), *Δημόσια Υγεία, Θεωρία, Πράξη, Πολιτική*, Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ.(2007), *Οι περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση*, *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, 1:35-67

Κυριόπουλος, Ι. (1997), *Ισότητα ή ελευθερία στην αγορά υπηρεσιών υγείας: το πραγματικό πολιτικό δίλημμα και ο Ενιαίος Φορέας Υγείας*, στο Κυριόπουλος, Ι., Σισσούρας, Α. (επιμ) *Ενιαίος Φορέας Υγείας Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα, σελ 19-48.

Κυριόπουλος, Ι., Οικονόμου, Χ., Γεωργούση, Ε. (2001), *Ασφαλιστική κάλυψη και ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας*, στο Κυριόπουλος, Ι, Λιαρόπουλος, Λ. ,Μπουρσανίδης, Χ, και Οικονόμου, Χ., (επιμ) *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Ι., Τσιάντου, Β. (2010), *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(5):834-840

Κυριόπουλος, Ι. (2011), *Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα .Διαθέσιμο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/H%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%84%CE%B7%20%CE%B4%CE%AF%CE%BD%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%80%CF%81%CE%AF%CE%BB%CE%B9%CE%BF%CF%82%202011%20%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%5B%CE%9B%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1%20%CF%83%CF%85%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%84%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%CF%82%5D.pdf

Κυριόπουλος, Ι. (2012). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα. Διαθέσιμο στο: http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%BF%CE%B9%20%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1.pdf

Κυριόπουλος, Ι. (2013), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Κωτσονόπουλος, Λ. (2011), *Θεωρίες κοινωνικού κράτους: συγκρότηση κρίση αναδιάρθρωση*, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

Λάδη, Σ., Νταλάκου Β. (2010), *Προσεγγίσεις δημόσιας πολιτικής, ως πολιτική διαδικασία*, στο *Ανάλυση δημόσιας πολιτικής*, Παπαζήση, Αθήνα, σελ 45-77

Λάδη,Σ.(2011), *Οικονομική κρίση και διοικητική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα και στην Κύπρο, ευκαιρίες και περιορισμοί*, Κέντρο Ευρωπαϊκών και Διεθνών υποθέσεων, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, Λευκωσία.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Το οικονομικό περιβάλλον στον τομέα της υγείας, στο Οργάνωση υπηρεσιών υγείας*, Βήτα, Αθήνα, σελ 51-80 τ.Α

Λιαρόπουλος, Λ.(2012), *Ο πραγματικός ΕΟΠΥΥ*, άρθρο εφημερίδα ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ στις 07/01/2012.

Λιαρόπουλος, Λ. (2013),*Εθνική Ασφάλιση Υγείας: Πρόταση μεταρρύθμισης*.

Ματσαγγάνης. (1994), *Μεταρρυθμίσεις τύπου οιονεί αγορών σε δημόσια συστήματα υγείας, στο Όρια και σχέσεις δημόσιου και ιδιωτικού, Ε΄ επιστημονικό συνέδριο 23-24 Νοεμβρίου, Πάντειος, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα.*

Μόσιαλος, Η., Allin, S. (2007), *Ομάδες συμφερόντων και η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, στο Featherstone, K. (επιμ) Πολιτική στην Ελλάδα η πρόκληση του εκσυγχρονισμού, Οκτώ, Αθήνα*

Μπουρσανίδης, Χ.(1997),*Εναλλακτικά υποδείγματα διοικητικής συγκρότησης ενός ενιαίου φορέα υγείας- μια κριτική προσέγγιση από τη σκοπιά της κοινωνικής πολιτικής και των κοινωνικών επιστημών διοικητικής μεταρρύθμισης*, στο Κυριόπουλος, Ι., Σισσούρας, Α. (επιμ) *Ενιαίος Φορέας Υγείας Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα, σελ 77-112

Muller, P., Surel, Y. (2002), *Ανάλυση των πολιτικών του κράτους, ανάλυση δημόσιων πολιτικών*, Δάρδανος- Τυπωθήτω, Αθήνα, σελ 61-90.

Νιάκας, Δ.(1993),*Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος σε σχέση με τις Διεθνείς Εξελίξεις*, στο Κυριόπουλος, Ι., Νιάκας, Δ. (επιμ.) *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών, Αθήνα, σελ 189-211

Νιάκας, Δ. (1995), *Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, εισήγηση στο Σεμινάριο του Ινστιτούτου Ερευνών και Πολιτικής Στρατηγικής*, στο Πολιτική για την Υγεία. Οργάνωση- Χρηματοδότηση- Τεχνολογία, Γνώση, Αθήνα.

Νικολέντζος, Α.(2008), *Η επιρροή των ιατρών στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας 1983-*

-2001, Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, Λονδίνο

Οικονόμου, Χ. (2004), Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες, Διόνικος, Αθήνα.

Οικονόμου, Χ. (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα, ο ρόλος και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, ΙΝΕ –Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, Αθήνα

Παπαρρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Π (2013), *Κοινωνικές Ανισότητες και δικαίωμα στην προστασία της υγείας στην Ελλάδα*, στο Ψημμένος, Ι (επιμ.) *Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα.

ΠΑΣΟΚ (2009), *Πλαίσιο Κυβερνητικού Προγράμματος, συνοπτική παρουσίαση, Οκτώβριος 2009- πρώτα ο πολίτης*.

Pierson, P. (2000), *Increasing returns, Path dependence and the study of Politics*, American Political Science Review, Harvard University, Vol. 94, No.2

Πολύζος, Ν. (1997), *Πολιτικές συγκράτησης δαπανών και έλεγχου κόστους*, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα

Ρομπόλης, Σ., Χλέτσος, Μ., (1995), *Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας*, Παρατηρητής, Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος, Θ.(1999), «Αναζητώντας το νέο κοινωνικό κράτος», στο Σακελλαρόπουλος, Θ. (επιμ.), «*Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*». Κριτική, Αθήνα, σελ 23-57

Σακελλαρόπουλος, Θ.(2006), *Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004*, κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη, σελ 5-36.

Σκουτέλης, Γ.(1995), *Ενιαίος Φορέας Υγείας: Ρεαλισμός και Ουτοπία*, στο Κυριόπουλος, Γ. (επιμ), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Θεμέλιο, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα.

Σουλιώτης, Κ., Λιόνης, Χ. (2003), *Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2003,20(5):466-476.

Σουλιώτης, Κ. (2013), *Αύξηση των δαπανών υγείας και διερεύνηση των ανισοτήτων . Το ελληνικό «παράδοξο»(;) της πολιτικής υγείας*, στο Οικονόμου, Χ. (επιμ), *Υγεία, Κοινωνία και Οικονομία, Ανισοτιμές σχέσεις –Χάσματα ευζωίας, Αλεξάνδρεια, Αθήνα* σελ 125-141.

Σουλιώτης, Κ., Θηραίος, Ε., Καϊλιτίδου, Δ.,κ.α. (2013), *Βασικά σημεία πρότασης για την μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Αθήνα.

Σκρουμπέλος, Α., Καπάκη, Β., Αθανασάκης, Κ., Σουλιώτης, Κ., Κυριόπουλος, Γ. (2012), *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας- Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (εοπυ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα*.

Τούντας, Γ. (2008), « Υπηρεσίες Υγείας», Οδυσσέας, Αθήνα, σελ 106-188.

Υπουργείο Υγείας- πρωτοβουλία «Υγεία εν δράση» (2013), *Σχεδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*.

Υφαντόπουλος, Ι (1988), *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα, οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Ι. (1997), *Ενιαίος Φορέας Υγείας. Η διαδικασία υπέρβασης των ανισοτήτων*, στο Κυριόπουλος, Ι., Σισσούρας, Α. (επιμ) *Ενιαίος Φορέας Υγείας Αναγκαιότητα και Αυταπάτη*, Θεμέλιο, Αθήνα, σελ 229-247.

Υφαντόπουλος, Ι., Μπαλούρδος, Δ., Νικολόπουλος, Β.(2004), *Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας*, Guterberg, Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Ι. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας, Θεωρία και πολιτική*, Τυπωθήτω, Αθήνα.

Χλέτσος, Μ.(1999), *Νέες τάσεις στην κοινωνική πολιτική. Η περίπτωση της Ελλάδας*, στο Ματσαγγάνης, Μ., (επιμ) *Προοπτικές του κοινωνικού κράτους στην Νότια Ευρώπη*, Εταιρεία Πολιτικού Προβληματισμού «Νίκος Πουλαντζάς» & Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ 267-286

9. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Διαδικτυακές παραπομπές για ομιλίες, συνεντεύξεις, δημόσιες δηλώσεις, δελτία τύπου και άρθρα.

Διάφορες ομιλίες Παπαδόπουλου Αλέκου στο www.apapadopoulos.gr ημερομηνία προσπέλασης 20/02/2015

Ομιλία του Πρωθυπουργού Γεώργιου Α, Παπανδρέου – προγραμματικές δηλώσεις της κυβέρνησης στην βουλή, (16-10-2009) διαθέσιμο στο: papandreou.gr/ομιλία-του-πρωθυπουργού-γιώργου-α-παπ-39/ ημερομηνία προσπέλασης: 20/04/2015.

Ομιλία του Ανδρέα Λοβέρδου στην παρουσίαση βιβλίου του Κυριάκου Σουλιάτη, την 01/05/2014, πηγή: ygeia360.gr ημερομηνία προσπέλασης: 15/12/2014

Ομιλία της Αθηνάς Δρέττας στο ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ με θέμα: «φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης», την 21/01/2011, Ηράκλειο Κρήτης, πηγή: dretta.gr, ημερομηνία προσπέλασης :15/12/2014

Συνέντευξη της Αθηνάς Δρέττας στο newsit.gr με θέμα: «πότε και πως θα λειτουργήσει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας» στις 16/02/2011, πηγή: dretta.gr ημερομηνία προσπέλασης 30/12/2014.

Ομιλία του Κυριάκου Σουλιάτη στο 10^ο Πανελλήνιο Συνέδριο για τη διοίκηση την οικονομικά και της πολιτικές υγείας, με θέμα: «Το παρόν και το μέλλον των μεταρρυθμίσεων στον χώρο της υγείας» στις 20/12/2014, πηγή: healthpolicycongress.gr

Δημόσιες δηλώσεις μετά την πρώτη συνεδρίαση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ στις 26/06/2011, πηγή: express.gr

Άρθρο με θέμα «είμαστε άρρωστοι με την υγεία» στο Βήμα, (σχολιασμός έρευνας της kappa Research και της ΕΣΔΥ) ημερομηνία δημοσίευσης 23/09/2012.

Δελτίο τύπου στις 03/01/2012 του τομέα υγείας της ΝΔ, διαθέσιμο στο: http://front.nd.gr/web/32842/press/-/journal_content/56_INSTANCE_1wmJ/32842/864457 (προσπέλαση στις 20/04/2015)

Ομιλία του Αλέξη Τσίπρα στο κοινοβούλιο στις 09/02/2011 διαθέσιμο στο: <http://www.syriza.gr/article/id/42827/Omilia-toy-Proedroy-ths-K.O.-toy-SYRIZA-Aleksh->

[Tsipra-sthn-Olomeleia-ths-Boylhs-kata-th-diarkeia-ths-syzhthshs-toy--nomoschedioly-gia-thn-Ygeia.html#.VTz2LpOAlmo](#) (προσπέλαση στις 20/04/2015)

Ανακοίνωση του γραφείου τύπου του ΚΚΕ για το νομοσχέδιο για τις διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, στις 23/01/2011, διαθέσιμο στο: http://www.kke.gr/anakoinoseis_grafeioly_tpyoy/anakoinosh_toy_grafeioly_tpyoy_gia_to_nomoschedio_ths_kybernhshs_sxetika_me_tis_diarthrotikes_allages_se_ygeia_-_pronoia?morf=0 (προσπέλαση στις 24/04/2015).

Ναυτεμπορική, 09/02/2011, διαθέσιμο στο: <http://www.naftemporiki.gr/printStory/347154>, (προσπέλαση στις 24/04/2015)

Καθημερινή, 11/02/2011, διαθέσιμο στο: <http://www.kathimerini.gr/723893/opinion/epikairothta/arxeio-monimes-sthles/h-katalhyh-twn-giatrwn> (προσπέλαση στις 24/04/2015)

Δελτίο Τύπου ΠΟΠΟΚΠ στις 27/01/2011 διαθέσιμο στο: www.popokp.gr (προσπέλαση στις 24/04/2015).

Θέσεις για την Υγεία ΣΥ.ΡΙΖ.Α., διαθέσιμο στο http://www.syriza.gr/theseis/pros_diavoulefsi_ygeia.pdf (προσπέλαση στις 02/05/2015)

Κουρουμπλής Παναγιώτης, δημόσια δήλωση στις 15/02/2015 διαθέσιμο στο : <http://www.ygeia360.gr/el/health-politics/item/15747-p-koyroymplhs-telos-oi-idiwtikes-klinikes-gia-toys-asfalismenouy-toy-eopyy> (προσπέλαση στις 02/05/2015)

ΣΥΡΙΖΑ, δημόσια δήλωση στις 13/02/2014 «δήλωση του Γιάννη Μπασκόζου, υπεύθυνου από ΠΓ ΣΥΡΙΖΑ για την υγεία για τον ΕΟΠΥΥ», διαθέσιμο στο : <http://www.syriza.gr/article/Dhlwsh-toy-Giannh-Mpaskozoy-ypeythynoy-apo-PG-SYRIZA-gia-thn-Ygeia-gia-ton-EOPYY.html#.VUo-7JOAlmo> (προσπέλαση στις 06/05/2015).

ΣΥΡΙΖΑ, «ανακοίνωση του τμήματος υγείας σχετικά με το σχέδιο νόμου για την μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» στις 11/01/2014 διαθέσιμο στο: <http://www.syriza.gr/article/Anakoinwsh-toy-Tmhmatos-Ygeias-schetika-me-to-schedio-nomoy-gia-th-metarrythmish-ths-Prwtobathmias-Frontidas-Ygeias..html#.VUpBBpOAlmo> (προσπέλαση στις 06/05/2015).

ΕΟΠΥΥ, δελτίο τύπου στις 03/12/2014 διαθέσιμο στο www.eopyy.gov.gr/ΕγγραφαΕΟΠΥΥ/Νέα-Ανακοινώσεις-ΔελτίαΤυπου/ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ_ΓΙΑ_ΤΟΥΣ_ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ_ΤΟΥ_ΕΟΠΥΥ_04-12-2014.pdf, ημ προσπέλασης στις 21/05/2015.

Σύνδεσμος Ελληνικών Κλινικών, δελτίο τύπου στις 27/12/2014, διαθέσιμο στο http://sek.org.gr/wp-content/uploads/2014/11/ΔΕΛΤΙΟ-ΤΥΠΟΥ-ΣΕΚ-26,11,14._ΤΑ-ΠΑΡΑΜΥΘΙΑ-ΤΕΛΟΣ_ΕΠΙΣΧΕΣΗ-ΑΠΟ1-1-12.pdf, ημ προσπέλασης στις 21/05/2015.

ΣΥΡΙΖΑ, «απόφαση της Π.Γ. του ΣΥΡΙΖΑ και της πανελλαδικής συνδιάσκεψης του τμήματος υγείας του ΣΥΡΙΖΑ» στις 06/12/2013, διαθέσιμο στο: <http://www.syriza.gr/article/id/32446/APOFASH-THS-P.G.-TOY-SYRIZA-KAI-THS-PANELLADIKHS-SYNDIASKEPSHS-TMHMATOS-YGEIAS-SYRIZA.html#.VWIWX0aAlmo>, ημ. Προσπέλασης στις 22/05/2015.

Onmed, 9/10/13 διαθέσιμο στο: <http://www.onmed.gr/ygeia-politiki/item/301512-klima-sunainesis-gia-eopyy-kai-pfy-stin-vouli> ημ. Προσπέλασης στις 25/05/2015.

Π.Ι.Σ. 29/01/2014 «εισήγηση προέδρου κ. Μιχαήλ Βλασταράκου προέδρου Π.Ι.Σ. στην επιτροπή κοινωνικών υποθέσεων της βουλής» διαθέσιμο στο: http://www.pis.gr/index.php?MDL=pages&Branch=N_N0000000100_N0000002018_N0000002004_S0000000516 ημ. Προσπέλασης 25/05/2015.

Ναυτεμπορική, 14/01/2014, «ΠΑΣΟΚ: αναγκαία η μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ», διαθέσιμο στο: <http://www.naftemporiki.gr/story/752918/pasok-anagkaia-i-metarruthmisi-tou-eopyy>, ημ. προσπέλασης στις 25/05/2015.

Ναυτεμπορική, 13/01/2014, «Αντιδρά το ΚΚΕ στο ν/σ για την πρωτοβάθμια υγεία», διαθέσιμο στο: <http://www.naftemporiki.gr/story/752453/antidra-to-kke-sto-ns-gia-tin-protobathmia-ugeia>, ημ προσπέλασης στις 25/05/2015.

Ναυτεμπορική, 29/11/2013, «Ανεξάρτητοι Έλληνες: ο Υπουργός Υγείας συνεχίζει το καταστροφικό του έργο», διαθέσιμο στο: <http://www.naftemporiki.gr/story/736511/aneksartitoi-ellines-o-upourgos-ygeias-sunexizei-to-katastrofiko-tou-ergo>, ημ προσπέλασης στις 25/05/2015.

Ναυτεμπορική, 06/02/2014, «Υπερψηφίστηκε επί της αρχής το ν/σ/ για την ΠΦΥ», διαθέσιμο στο: <http://www.naftemporiki.gr/story/762732/yperpsifistike-epi-tis-arxis-to-ns-gia-to-pedy>, ημ προσπέλασης στις 25/05/2015.

Νιάκας, Δ. συνέντευξη στο protagon.gr στις 5/10/2013 διαθέσιμο στο: <http://www.protagon.gr/?i=protagon.el.ygeia&id=28133> ημ προσπέλασης στις 21/05/2015.

Onmed,12/12/2013 διαθέσιμο στο: <http://www.onmed.gr/eopyy/item/305030-diafonei-i-oenge-ston-tropo-entaxis-ton-giatron-eopuu-sto-esu> ημ. Προσπέλασης στις 26/05/2015.

Πηγές στο διαδίκτυο που χρησιμοποιήθηκαν.

www.oaee.gr

www.ika.gr

www.oga.gr/

www.opad.gr

www.eopyy.gov.gr

www.et.gr

www.europa.eu

www.pfs.gr

www.pis.gr

www.isa.gr

