



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ευρωπαϊκή Ενοποίηση, Οικονομική Κρίση
και Προοπτικές του Κράτους Πρόνοιας.**

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΔΑΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΕΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΑΘΗΝΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2021

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Ευρωπαϊκή Ενοποίηση, Οικονομική Κρίση και Προοπτικές
του Κράτους Πρόνοιας.**

Χριστίνα Δάρα

**Επιβλέπων Καθηγητής
Πέτρος Δημητρίου**

Νοέμβριος 2021

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Ευρωπαϊκή Ενοποίηση, Οικονομική Κρίση και Προοπτικές
του Κράτους Πρόνοιας.**

Χριστίνα Δάρα

**Επιβλέπων Καθηγητής
Πέτρος Δημητρίου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμό Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Νοέμβριος 2021

Περίληψη

Μια προσπάθεια ανάλυσης της έννοιας του κοινωνικού κράτους και των πολιτικών που απορρέουν από αυτό είναι συνήθως βασισμένη σε ιδεολογικές θεωρήσεις. Με αυτό εννοούμε ότι στο μείγμα πολιτικών επιχειρημάτων συναντούμε περισσότερη έμφαση στην ιδεολογία και λιγότερη στις εφαρμοσμένες πρακτικές και τα αποτελέσματά τους. Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή επιχειρεί κατά το δυνατόν να υπερβεί αυτό το χάσμα δίνοντας έμφαση στην εφαρμοσμένη πολιτική στον χώρο της υγείας και τις επιπτώσεις αυτής στο κοινωνικό σύνολο. Θα προσπαθήσουμε να αποδείξουμε ότι οι ιδεολογικές αναφορές προκύπτουν από την επιλογή της άσκησης συγκεκριμένης πολιτικής και όχι το αντίστροφο. Με βάση την παραπάνω ανάλυση θα παρουσιαστούν σενάρια για τις προοπτικές του κοινωνικού κράτους.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής είναι η παρουσίαση των προοπτικών της πολιτικής υγείας εντός της Ε.Ε. και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στα σχετικά πεδία. Έμφαση θα δοθεί στην Ελλάδα ως περίπτωση μελέτης και τα ευρήματα θα συσχετιστούν με ομοειδείς εξελίξεις που αφορούν τα κράτη της Ε.Ε.

Μεθοδολογία: Η μεθοδολογία θα βασιστεί σε ένα συνδυασμό αναλυτικών εργαλείων. Η βιβλιογραφική έρευνα είναι το πρώτο εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί σαν αφετηρία για μια πιο κριτική προσέγγιση. Επιπρόσθετα, η ποιοτική ανάλυση θα χρησιμοποιηθεί προκειμένου να προμηθεύσει εμπειρικά δεδομένα για την στήριξη της υπόθεσής μας ή όχι.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής αποκαλύπτουν τη σταδιακή διάβρωση του κοινωνικού κράτους ειδικά στην Ελλάδα αλλά αυτό μπορεί να παρουσιαστεί ως η γενική τάση που αφορά όλα τα κράτη της Ε.Ε.

Summary

An attempt to analyze the concept of the welfare state and the policies that result from it, is usually based on ideological views. By this we mean that in the mix of political arguments we find more emphasis on ideology and less on applied practices and their results. The present M.A. dissertation tries to bridge this gap as much as possible by emphasizing the implemented policy in the field of health and its effects on society as a whole. We will try to prove that ideological references arise from the choice of a particular policy and not the other way around. Based on the above analysis, scenarios for the perspectives of the welfare state will be presented.

Goal: The goal of this M.A. dissertation is the presentation of the perspectives of health policy within the EU states and the effects of economic crisis in the relevant fields. Emphasis will be given to Greece as a case study and the findings will be correlated with similar developments concerning the E.U. states.

Method: The methodology will be based on a combination of analytical tools. Literature review is the first tool that will be used as a starting point of a more critical approach. Furthermore the quality analysis will be used in order to provide factual evidence in support of our hypothesis or not.

Results: The findings of this M.A. dissertation reveal the gradual erosion of the social state, specifically in Greece but this can be presented as a general tendency concerning all the EU states.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Πέτρο Δημητρίου για την πολύτιμη καθοδήγηση που μου προσέφερε στην εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Ευχαριστώ, επίσης, τον συνοδοιπόρο της ζωής μου και σύζυγό μου Βασίλη, για την αμέριστη στήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, καθώς και τα παιδιά μου Νίνα και Παναγιώτη, στα οποία και αφιερώνω την μεταπτυχιακή μου διατριβή.

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή	1
2	Αντιφάσεις προγραμματικής και εφαρμοσμένης πολιτικής της Ε.Ε.	3
2.1	Μαξimalισμός vs ρεαλισμού	3
2.2	Η σύνθεση των αντιφάσεων ως εφαρμοσμένη πολιτική πρακτική.....	6
2.3	Η ανάγκη κριτικής αναθεώρησης.....	9
2.4	Κριτική προσέγγιση.....	11
2.4.1	Δυνατότητες με βάση το Φιλελεύθερο μοντέλο.....	11
2.4.2	Δυνατότητες με βάση το Κορπορατιστικό μοντέλο.....	13
2.4.3	Δυνατότητες με βάση το Σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο.....	14
2.4.4	Δυνατότητες με βάση το Αμιγώς σοσιαλιστικό μοντέλο.....	15
3	Η κρίση στην Ελλάδα	18
3.1	Τα «ασθενή» οικονομικά της Υγείας πριν την κρίση.....	18
3.2	Μεταρρυθμίσεις στον χώρο της Υγείας στα χρόνια των Μνημονίων.....	20
3.2.1	Κλάδος Φαρμάκου.....	21
3.2.2	Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση.....	23
3.2.3	Άλλα μέτρα τιμολογιακού χαρακτήρα.....	23
3.2.4	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).....	24
3.2.5	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.).....	26
3.2.6	Αποτίμηση των μεταρρυθμίσεων στον χώρο της Υγείας.....	28
4	Κριτική Ιδεολογικών Οικονομικών Αφηγημάτων	33
4.1	Ορθολογικότητα.....	33
4.2	Ακόρεστες Ανάγκες.....	34
5	Μια απόπειρα ανάλυσης του ρόλου του Κοινωνικού κράτους στην Υγεία	36
5.1	Μια πολιτική εκ διεστώτων.....	36
5.2	Homo Economicus vs ορθολογικού υποκειμένου.....	38
5.3	Ανθρώπινο Υποκείμενο vs νομικής οντότητας.....	39
5.4	Οι πολλαπλασιαστές της εντροπίας.....	42
5.5	Ο Μετανεωτερικός μετεωρισμός της Μεθοδολογίας. Το Τέλος του «λόγου» ως ορθολογικότητας.....	44

6	Εμπειρική Έρευνα	48
6.1	Είδος Έρευνας.....	48
6.2	Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	49
6.3	Ορισμός το Δείγματος.....	50
6.4	Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων.....	51
7	Ανάλυση Αποτελεσμάτων Έρευνας	52
7.1	Δυσλειτουργίες στο χώρο της Υγείας πριν και μετά την κρίση.....	52
7.2	Αξιολόγηση Δράσεων.....	56
7.3	Η Συμμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε σχέση με τις διακηρυγμένες αρχές του.....	61
7.4	Ολοκληρωμένο Σύστημα Φροντίδας Υγείας και Μεταρρυθμίσεις.....	64
7.5	Περιοριστική Πολιτική και Επιπτώσεις.....	67
8	Συμπεράσματα	69
9	Επεξεργασία των πιθανών σεναρίων	73
9.1	Κύριες Οικονομικές Τάσεις.....	73
9.2	Οι Δημιουργοί των Σεναρίων – Οι Δρώντες.....	77
9.2.1	Ο Γενικός Πληθυσμός.....	77
9.2.2	Οι Επαγγελματίες του Κλάδου της Υγείας.....	82
9.2.3	Οι Κυρίαρχοι του Παιχνιδιού. Μονοπωλιακό–Ολιγοπωλιακό Κεφάλαιο και Κράτος..	85
10	Συμπεράσματα και Αδυναμίες Διατριβής	89
10.1	Συμπεράσματα Διατριβής.....	89
10.2	Αδυναμίες Διατριβής.....	90
	Παράρτημα	91
	Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	91
	Βιβλιογραφία	93

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγή

Αντικείμενο αυτής της μελέτης είναι το κοινωνικό κράτος και το μέλλον του, επικεντρωμένο στην περίπτωση της Ελλάδας. Η οικονομική κρίση υπήρξε κομβικό σημείο για την αναθεώρηση της πολιτικής στο χώρο της υγείας. Βέβαια η μελέτη αυτή δεν μπορεί να περιοριστεί μόνο στα ελληνικά δεδομένα. Η παραγωγή πολιτικής δεν είναι μόνο εσωτερικό ζήτημα της χώρας, από τη στιγμή που αυτή είναι ενταγμένη σε μια υπερεθνική οντότητα. Για το λόγο αυτό αρχικά θα εξεταστούν τα νομικά κείμενα και οι συνθήκες που αποτυπώνουν τα κοινωνικά δικαιώματα στον χώρο της υγείας. Αν και οποιοδήποτε νομικό κείμενο από μόνο του δεν παράγει κανένα αποτέλεσμα χωρίς τον αντίστοιχο μηχανισμό εφαρμογής (εφαρμοσμένη πολιτική, ερμηνεία του νόμου κλπ) τα κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αναφέρονται στα κοινωνικά δικαιώματα διέπονται από μαξιμαλισμό. Αν συνυπολογιστεί η πλήρης απουσία της αντιστοίχισης σκοπών και μέσων που θ' απαιτούσε η πιστή τήρηση των νομικών κειμένων, προκύπτει το εύλογο ερώτημα πώς εγκρίνονται τέτοιου είδους ουτοπικές διακηρύξεις και πάνω σε αυτό θα παρατεθούν πιθανές ερμηνείες.

Περνώντας στο πεδίο της εφαρμοσμένης πολιτικής βρισκόμαστε αντιμέτωποι με αλλαγές υποδείγματος οι οποίες επίσης δεν συμβιβάζονται με καμία ιδεολογική συνιστώσα, τουλάχιστον σε ό,τι αφορά το «οπλοστάσιο» της καθεμίας για την υπέρβαση του προβλήματος. Το προαναφερθέν υπόδειγμα συγκεκριμενοποιήθηκε με πληθώρα μέτρων στην Ελλάδα όπου και πάλι προέκυψε ασυμπτότητα μεταξύ διακηρυγμένων στόχων και μέσων επίτευξης. Η λογιστική κατά βάση λογική των μέτρων ακύρωσε τις προσπάθειες μεταρρύθμισης που θα σέβονταν την ουσία των κοινωνικών δικαιωμάτων. Βέβαια οι αριθμοί δεν ψεύδονται. Άρα το μοντέλο που υιοθετήθηκε δεν έλαβε υπόψη του και κάποιες άλλες σοβαρές παραμέτρους οι οποίες και θα αναλυθούν στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή.

Προς επιβεβαίωση της θεωρητικής κατά βάση προσέγγισης κρίνεται χρήσιμη και η πρωτογενής έρευνα, τα αποτελέσματα τη οποίας πρέπει να συνάδουν με τη βασική υπόθεση εργασίας.

Τέλος, αναφερόμενοι στις προοπτικές θα επεξεργαστούν τα πιθανά μοντέλα εξέλιξης του κοινωνικού κράτους στο χώρο της υγείας μέσα από την εκπόνηση σεναρίων. Το «κλειδί» για την εκπόνηση σεναρίων είναι πάντα τα υποκείμενα - ατομικά ή και συλλογικά - οι επιδιώξεις των οποίων είναι ο διαμορφωτής της μελλοντικής τους στάσης και πρακτικής.

Κεφάλαιο 2

Αντιφάσεις Προγραμματικής και Εφαρμοσμένης Πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης

2.1 Μαξιμαλισμός vs Ρεαλισμού

Η πρόσφατη ιστορία της Ευρώπης (χώρες της ευρωζώνης και της Ε.Ε.) εμφανίζει μια εξόφθαλμη παραδοξότητα. Όσο περισσότερο εξασφαλίζονται ή διευρύνονται τα κοινωνικά δικαιώματα σε διακρατικό επίπεδο, μέσω της επεξεργασίας και κύρωσης διακρατικών συνθηκών, τόσο περισσότερο περιστέλλονται ή σχετικοποιούνται στο επίπεδο των δικαιούχων. Οι φαινομενικά αντίστροφες δυναμικές θα μπορούσαν να ερμηνευθούν ως απλά απότοκα της μεταμοντέρνας διάγνωσης για την διάρρηξη της σχέσης σημαίνοντος και σημαινόμενου (Perniola M., 1991:74-78) . Ωστόσο, οι συνδυασμένες πρωτοβουλίες και εφαρμοσμένες πολιτικές Ευρωπαϊκών και κρατικών θεσμών οδηγούν σε συγκεκριμένα υλικά αποτελέσματα που η δυναμική τους υπερβαίνει πολύ την έννοια του σημείου. Κάθε εφαρμογή πολιτικής συνιστά μια καινούργια αφετηρία επαναπροσδιορισμού των ατομικών και συλλογικών υποκειμένων ταυτόχρονα στο επίπεδο δράσης όσο και στο φαντασιακό. (Κονδύλης Π., 2012:28-29) . Η προδιατεταγμένη αρμονία ανάμεσα στην κοσμοεικόνα και στην συγκεκριμένη οπτική του υποκειμένου της απόφασης ανάγεται με άλλα λόγια στο γεγονός ότι η οπτική αυτή διαμορφώθηκε και εκλεπτύνθηκε ακριβώς εντός και διαμέσου της απόφασης, από την οποία προήλθε η κοσμοεικόνα.

Η ίδια η εφαρμογή θέτει καινούργια σημεία τα οποία γεννούν τις σημασίες που θα τους αντιστοιχηθούν. Καμιά αναγωγή στο φαντασιακό και τη σημειολογία δεν είναι επαρκής.

Ούτε το πρώτο είναι ενιαίο καθώς κάθε κοινωνικός σχηματισμός έχει τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, ούτε η δεύτερη είναι ικανή να προεξοφλήσει ή έστω να εικάσει τις καινούργιες απότοκες «σημασίες».

Επανερχόμενοι στο χάσμα μεταξύ κρατικών και διακρατικών κειμένων, μπορούμε να τα εξετάσουμε από καθαρά νομική σκοπιά. Τα κύρια διακρατικά κείμενα φιλοδοξούν να ενσωματώσουν όλη την παράδοση του Ευρωπαϊκού Διαφωτισμού στον τομέα των δικαιωμάτων του ανθρώπου ενώ ταυτόχρονα υπάρχει και η θέσπιση ειδικών ρυθμίσεων για την ομαλή λειτουργία του ενιαίου οικονομικού χώρου της Ευρώπης. Ενδεικτικά αναφέρονται εδώ:

- Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948 άρθρ. 25)
- Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (1961 άρθρ. 11,13)
- Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (1966 άρθρ. 12)
- Η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη (Π.Ο.Υ. – Άμστερνταμ 1994)
- Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών (2002)

Στον αντίποδα τα κρατικά κείμενα περιστρέφονται κυρίως γύρω από τη ρύθμιση ή την απο- ρύθμιση της αγοράς υγείας είτε συνολικά είτε κατά τομέα συνυπολογίζοντας τις δράσεις ποικίλων ομάδων και συμφερόντων όπως αυτά συναρθρώνονται εντός τους.

Μια πρώτη απόπειρα προσέγγισης δεν μπορεί παρά να εστιάσει στη διαφορά προέλευσης μεταξύ των νομοθετημάτων. Τα διακρατικά εμφορούνται από τον κλασικό φιλελευθερισμό ή ακριβέστερα το μείγμα φιλελευθερισμού – ωφελιμισμού που τα διακρίνει έχει περισσότερα στοιχεία από το πρώτο συστατικό. Αντίθετα, τα κρατικά κείμενα είναι περισσότερο απότοκα μιας ρεαλιστικής - διαχειριστικής αντίληψης, με τον ωφελιμισμό να βγαίνει πανηγυρικά νικητής.

Μια δεύτερη προσέγγιση αφορά το μέτρο της ισχύος που διέπει κάθε θεσμίζον κείμενο. Το θέμα της ισχύος φαίνεται κατ' αρχήν αδιάφορο καθώς η ισχύς του νόμου δεν είναι ζήτημα της θεσμιζουσας αρχής αλλά των μηχανισμών επιβολής. (Dahl R. 1979:94-95). Ωστόσο, χωρίς αυτούς ακριβώς τους μηχανισμούς επιβολής το «γράμμα του νόμου» - όσο καλός, δίκαιος και ανθρώπινος αυτός κι αν είναι - παραμένει «κενό γράμμα». Για το δίκαιο υπάρχει μια αρχή και αυτή είναι η ισχύς, η προϋπόθεση ο λόγος του να γίνει τελεστικός λόγος, δηλαδή να επιβληθεί. (Derrida J. 2015:17)

Η διαφορά ισχύος που χαρακτηρίζει την επιβολή των νομικών κειμένων βαίνει αναπόφευκτα σε βάρος κάποιων ενώ ωφελεί σκανδαλωδώς κάποια άλλα. Κάποια από τα κείμενα στερούνται τον οποιοδήποτε μηχανισμό επιβολής. Το δικαίωμα μπορεί να είναι αναγνωρίσιμο από όλους, αλλά ο δικαιούχος δεν διατηρεί τον ανθρώπινο χαρακτήρα του. Αντίθετα, μπορεί να είναι δικαιούχος μόνο ως πολίτης (περίπτωση Ισπανίας όπου δικαιούχοι δεν ορίζονται τα ανθρώπινα όντα εν γένει, ούτε οι κάτοικοι, αλλά μόνο οι πολίτες) ή κάτοικος κάποιου κράτους το οποίο μπορεί με τη σειρά του να περικόψει ή και να επαυξήσει κατά το δοκούν τις όποιες εγγυήσεις των διακρατικών κειμένων. (Στάκλερ Ντ., Μπάσου Σ., 2014)

Αντίθετα τα κείμενα των οποιονδήποτε μέτρων ρύθμισης / απο- ρύθμισης της αγοράς υγείας έρχονται πάντα με συνοδεία την εγγύηση της (πετυχημένης ή όχι) εφαρμογής τους. Άσχετα με το αν είναι διακρατικές ή κρατικές θεσμίσεις ή ισχύς που διατίθεται για την εφαρμογή τους εγγυάται ότι θα αναχθούν σίγουρα στους τελεστικούς λόγους, με την προσθήκη μάλιστα των χαρακτηριστικών της άμεσης έλευσης και της τελικής κατάσχυσης (ακόμα κι αν τελούν σε αναντιστοιχία με τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα)«... η δικαιοσύνη χωρίς την ισχύ είναι αδύναμη (με άλλα λόγια η δικαιοσύνη δεν είναι δικαιοσύνη, δεν μπορεί να αποδοθεί αν δεν έχει την ισχύ να είναι enforced...)»(Derrida J. 2015:36).

Η ασυμμετρία μεταξύ διάθεσης μέσων (ισχύος δηλαδή) για την επίτευξη των διακηρυγμένων στόχων μόνο ως συγκυριακή δεν μπορεί να θεωρηθεί. Ό,τι ανάγεται στη σφαίρα της δικαιοσύνης ως αυθύπαρκτης και παν-ανθρώπινης αρετής εξοβελίζεται από

την πραγματική πολιτική. Αν και επικυρώνεται τυπικά ως υπέρτατος νόμος, κάτι σαν άλλο «βασίλειο των ουρανών» σε επίπεδο χρησιμότητας γίνεται ένα απλό είδωλο, μια λανθάνουσα μυστικιστική αναφορά σε μια άλλη πραγματικότητα που θα έρθει ίσως κάποτε, αν είμαστε βέβαια αρκετά πειθήνιοι για να επιτύχουμε τα επιθυμητά επίπεδα οικονομικής ευημερίας. Τότε μόνο υπάρχει μια αόριστη υπόσχεση για κατίσχυση των πολιτικών που βασίζονται στο σεβασμό των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η ημέρα αυτή άλλωστε μπορεί με άνεση να αναβάλλεται επ' αόριστον καθώς η ετυμηγορία περί οικονομικών δεικτών δεν παραμένει ποτέ σταθερή και μπορεί να ενσωματώνει διαρκώς καινούργιες ποσοτικές και ποιοτικές απαιτήσεις.

2.2 Η σύνθεση των αντιφάσεων ως εφαρμοσμένη πολιτική πρακτική

Αν και το παραπάνω συμπέρασμα βγαίνει αυθόρμητα, ενώ ταυτόχρονα συμφωνεί με την Ντερριντιανή φιλοσοφία του Δικαίου δεν μπορούμε να του αποδώσουμε ιδιαίτερη ερμηνευτική αξία. Και αυτό γιατί σε κάθε περίπτωση το σκεπτικό που συνοδεύει όλα τα θεσμοθετημένα μέτρα είναι ένα και το αυτό. Αν η διαφορά υπήρχε απλά και μόνο σαν συνέπεια των διαφορετικών θεσμιζουσών κοσμοθεωριών, τότε δεν θα υπήρχε ένα ενιαίο σκεπτικό αλλά δύο αντιτιθέμενα με συγκρουσιακούς μάλιστα όρους. Η ιδέα της δικαιοσύνης στην εσχατολογική μάλιστα εκδοχή της θα αντιμαχόταν το ποταπό και συμφεροντολογικό «θύραθεν» δίκαιο. Ή, αν το αποδώσει κανείς, με όρους του Foucault M.(2012), η κυβερνητικότητα στη νομική εκδοχή της θα είχε να αντιμετωπίσει ένα φοβερά αποδομητικό γι' αυτήν αντίπαλο, τον οποίο μάλιστα θα είχε η ίδια δημιουργήσει. Τίποτα τέτοιο δεν συμβαίνει. Η αντίφαση σε επίπεδο ιδεολογικής και σημασιολογικής διαφοροποίησης είναι έκφραση μιας και μόνης πολιτικής επιλογής η οποία δεν γεννά την αντίθεση σε αυτήν, αλλά αντίθετα την γεννά για να εξυπηρετήσει το δικό της στρατηγικό σχεδιασμό (Κονδύλης Π. 2012:48). Οι διακηρύξεις κάθε λογής δικαιωμάτων άλλωστε δεν σημαίνουν αυτόματα και την εμπέδωσή τους. Αντίθετα μπορεί να σημαίνουν την χρήση ισχύος υπέρ αυτών των δικαιωμάτων από τρίτους οι οποίοι επωφελούνται όχι όντας δίκαιοι αλλά όντας ισχυροί.

Εξάλλου οι πολιτικές που εφαρμόζονται εντός των χωρών της Ευρωζώνης και της Ε.Ε. ακολουθούν την ατραπό που ακολουθεί η διεθνής πολιτική. Προς απογοήτευση μάλλον των φεντεραλιστών οι σχεδιασμοί ή οι στρατηγικές επιλογές της Ε.Ε. υλοποιούνται με πρακτικές διαπραγματεύσεων μεταξύ κυρίαρχων κρατών ή των επιτετραμμένων τους δηλαδή πρακτικές που επιτρέπουν να εμφιλοχωρήσουν όλα τα στοιχεία που διέπουν μια κλασσική διπλωματική διαπραγμάτευση. Παρατηρούμε, λοιπόν, την εκδίπλωση όλων των ανταγωνιστικών εθνικών συμφερόντων και μάλιστα σε ένα άνισο ισοζύγιο ισχύος. Και είναι ακριβώς σε αυτό το πεδίο που η επίκληση των δικαιωμάτων του ανθρώπου αντί να προστατεύει τα ανθρώπινα υποκείμενα, χρησιμεύει για να νομιμοποιήσει παρεμβάσεις εξωτερικών παραγόντων σε εσωτερικές υποθέσεις μιας κυρίαρχης χώρας. Η διεθνής πολιτική βρίθει τις τελευταίες δεκαετίες από τέτοιες «αγαθοεργείς» παρεμβάσεις.

Οι Ευρωσκεπτικιστές μπορούν να επιχαιρούν καθώς τα υποτιθέμενα ανθρώπινα δικαιώματα (συμπεριλαμβανομένου αυτού της υγείας) στερούνται τον οποιοδήποτε μηχανισμό που θα εγγυούνταν την προστασία ή την διεύρυνσή τους. Αντίθετα σε όλους τους κανόνες της στρατηγικής δεν υπάρχει καμιά απολύτως αντιστοίχιση σκοπών και μέσων. Η Ευρώπη θεσμοθετεί αλλά δεν πράττει τίποτα για να εκπληρώσει τον στόχο που θέτει. Αντίθετα, η εφαρμογή των οποιονδήποτε μέτρων αποτελεί αρμοδιότητα των εκάστοτε εθνικών κυβερνήσεων , οι οποίες δικαιούνται να έχουν τελείως διαφορετικές προτεραιότητες.

Ωστόσο μια τέτοια θέσμιση επιτρέπει στους εκάστοτε ισχυρούς να εγκαλούν επιλεκτικά τους οποιουδήποτε «παραβάτες» καθώς οι τελευταίοι «εγκλημάτησαν» κατά των θεμελιωδών αρχών της Ευρώπης όσο και κατά των δικαιωμάτων των πολιτών τους.

Η Ευρώπη λειτουργεί λίγο - πολύ σαν τον Δία στον Προμηθεακό μύθο. Εννοείται εδώ ότι η αναφορά γίνεται στον κλασσικό Προμηθεακό μύθο και όχι στην πλατωνική του εκδοχή, σύμφωνα με τον οποίο ο Προμηθέας αφήνεται να αυτενεργεί χωρίς να γνωρίζει ότι οι ενέργειές του θα ενοχοποιηθούν εκ των υστέρων από τον Δία. Η Ε.Ε. δρώντας με παρόμοιο

τρόπο αφήνει να εκτυλιχτεί το νήμα των γεγονότων χωρίς να αναμιγνύεται, όπως θα μπορούσε άλλωστε, για να αποτρέψει μια μη επιθυμητή έκβαση. Αντίθετα, σκοπεύει ακριβώς σε αυτό, στη μη επιθυμητή έκβαση, που θα της επιτρέψει να δράσει σαν δικαστής και τιμωρός. Όσο μάλιστα εξαντλεί την αυστηρότητά της στην αρμοδιότητα της επίκρισης της, τόσο περισσότερη ισχύ αποκτά. Και φυσικά, όσο περισσότερο αυξάνει το πεδίο δράσης - την εφαρμογή της επίκρισης - τόσο διευρύνει τα περιθώρια ισχύος ή δυνητικής ισχύος της.

Το υπέρτατο δίκαιο (θείκό, δίκαιο των φυσικών νόμων κλπ) χρησιμεύει περισσότερο σαν καταλύτης για να εφαρμοστεί ο ανθρώπινος νόμος. Αυτός είναι ο δεσμός που ενοποιεί τον υπερφίαλο νομικίστικο βολονταρισμό του Ευρωπαϊκού Δικαίου με την παντοδύναμη τάση για realpolitik ή με άλλη διατύπωση, όλες οι πιθανές ενέργειες μπορούν να χαρακτηριστούν επιλήψιμες σύμφωνα με τις καινοφανείς θεωρίες περί δικαιοσύνης (Sen Am. 2015:45-48).

Βέβαια, αν σκεφτούμε με όρους στρατηγικής τότε -υποθετικά- έχουμε βρει το κλειδί της τοποθεσίας. Μπορούμε εύκολα να διαλύσουμε την απειλή του αντιπάλου γνωρίζοντας το - και πάλι υποθετικά- αδύναμο σημείο του. Όμως δυστυχώς το σημείο αυτό είναι πρακτικά απαραβίαστο. Το κοινωνικό κράτος ή σωστότερα η λειτουργία του κοινωνικού κράτους αποκλείει την οποιαδήποτε ορθή αντιστοίχιση σκοπών και μέσων. Η ίδια η δομή του κράτους βασίζεται στην επέκταση της ισχύος του (Τσουκαλάς Κ. 1991:396-408). Στα πλαίσια της οποιασδήποτε κοινωνίας έχει δομηθεί ένα σύγχρονο κράτος που αναγνωρίζει την ισότητα των πολιτών του, έχει παράλληλα αναπτυχθεί και μια επιχειρηματολογία δικαιολόγησης (ή μη) των ανισοτήτων μεταξύ των πολιτών του. Άσχετα με το ποιες και πόσες από αυτές τις ανισότητες δικαιολογούνται ή όχι, δημιουργείται μια αξίωση για άρση των ανισοτήτων που θεωρούνται απαράδεκτες (Τσουκαλάς Κ. 1991:396-408).

Η ανταπόκριση του πολιτικού συστήματος και του κρατικού μηχανισμού στην άρση αυτών των ανισοτήτων δεν είναι απλώς ένα από τα ελάσσονα καθήκοντα πολιτικής, αλλά βασική προϋπόθεση για τη νομιμοποίηση της οποιασδήποτε κρατικής εξουσίας.

Το αν η ανταπόκριση αυτή είναι πετυχημένη ή όχι δεν αποτελεί μείζον ζήτημα. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που η λύση των προβλημάτων εξαγγέλλεται ως «οικονομοτεχνική μελλοντολογία» δηλαδή αναβάλλεται για μια μελλοντική κατάσταση ενώ για το μεσοδιάστημα μπορούν να εφαρμοστούν ημίμετρα τα οποία πάντως κατοχυρώνουν τη θέση του κράτους ως ρυθμιστή. Αντίθετα το μείζον ζήτημα είναι η ενίσχυση της ισχύος του κράτους ως διαμεσολαβητή, εγγυητή ή ακόμα και δημιουργού συμφερόντων – άρα και την ισχύ του, ενώ οι αυξανόμενες αρμοδιότητές του μπορούν εύκολα να χρησιμοποιηθούν ως άλλοθι για να παρακαμφθεί οποιαδήποτε προσπάθεια χρηματοδοτικής λογοκρισίας.

2.3 Η ανάγκη κριτικής αναθεώρησης

Απέναντι σε αυτή την τάση δεν έχουν σημειωθεί πετυχημένες αντιδράσεις. Ακόμα και οι οπαδοί των θεωριών του «λιγότερου κράτους» δεν έχουν κάποιο αντίδοτο για το πώς θα σταματήσει η επέκταση της κρατικής αρμοδιότητας σε όλο και περισσότερα πεδία δραστηριοτήτων. Το αίτημα για λιγότερο κράτος δεν αφορά το κράτος και την πολιτική εξουσία «εν γένει» αλλά επικεντρώνεται κυρίως σε τομείς δραστηριοτήτων, που αν λειτουργήσουν με όρους αγοράς ή έστω «οιονεί αγοράς», εγγυώνται τεράστια κερδοφορία (Foucault M. 2012:54) *«...τα όρια αρμοδιότητας της διακυβέρνησης θα καθοριστούν από τα σύνορα ωφελιμότητας μιας διακυβερνησιακής παρέμβασης...»* εννοείται προς όφελος της αγοράς. Η προσήλωση των θεωριών αυτών στην «αγορά» παραλείπει να αναφέρει ότι οι δράσεις που αναλαμβάνει το οποιοδήποτε κράτος στοχεύουν στην καταπολέμηση των συνεπειών της λειτουργίας της αγοράς – του καταμερισμού του πλούτου που προκύπτει από τη λειτουργία της- αναλαμβάνοντας αυτό που οι μαρξιστές αποκαλούν *«αναπαραγωγή των όρων της παραγωγής»*, (Αλτουσέρ Λ. 1994:69-75) εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την κοινωνική συναίνεση. Αντίθετα, όπου η αγορά λειτουργεί ικανοποιητικά (π.χ. εμπορικές αλυσίδες) δεν υπάρχει κανένα έδαφος να εμφιλοχωρήσει η κρατική ισχύς.

Οι οπαδοί του λεγόμενου «λιγότερου κράτους» μπορούν λοιπόν, να επιχαίρουν σε πολλές περιπτώσεις για την αέναα επεκτεινόμενη λειτουργία του, κυρίως γιατί το κοινωνικό

δικαίωμα εξ ορισμού μπορεί εύκολα να μεταβληθεί σε αγοραίο. «...άρα η ελευθερία στο καθεστώς του φιλελευθερισμού δεν είναι δεδομένη, δεν είναι μια περιοχή εντελώς παγιωμένη που χρήζει σεβασμού ...η ελευθερία είναι που κατασκευάζεται ανά πάσα στιγμή...» (Foucault M. 2012:77). Εννοείται ότι τα ανωτέρω σχόλια ισχύουν και για την κρατική παρέμβαση η αρμοδιότητα της οποίας καταλαμβάνει ή απελευθερώνει τα πεδία στα οποία αναφέρεται ο Foucault. Το κοινωνικό δικαίωμα άλλωστε μεταφράζεται συχνά (σχεδόν πάντα) σε υποκατάστατο πληρωμών, κάνοντας ακόμη ευκολότερη τις παραπάνω μεταπτώσεις. Δεν είναι σε καμιά περίπτωση πλήρες εγγυημένο δικαίωμα. Το κράτος μπορεί να γίνει ο «πολιορκητικός κριός» της αγοράς, μετατρέποντας απλές κοινωνικές σχέσεις σε «ιονεί εγχρήματες συναλλαγές». Όταν μετατρέψει πλήρως τις σχέσεις αυτές, τότε μπορεί να αποσυρθεί ολικά ή μερικά έχοντας πάντως στο μεταξύ δημιουργήσει μια νέα αγορά. Η επέκταση μάλιστα των αρμοδιοτήτων του προδιαγράφει ακριβώς μια τέτοια εξέλιξη, καθώς κάποια στιγμή η έλλειψη των πόρων σε σχέση με τον τεράστιο αριθμό των σκοπών του αναγκαστικά θα επιφέρει μερική τουλάχιστον παραχώρηση των πεδίων δράσης προς όφελος της αγοράς. Ως μερική παραχώρηση μπορούμε εδώ να θεωρήσουμε και τις λανθάνουσες μορφές ροής κεφαλαίου από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα ακόμα και σε περιπτώσεις που η δραστηριότητα παραμένει ουσιαστικά «δημόσια» (π.χ. Σε περιπτώσεις εξωτερικών συνεργατών, υπεργολάβων, προμηθευτών, ερευνητών κλπ), καθώς δημιουργείται γι' αυτούς μια αγορά που πριν δεν υπήρχε καν, και μάλιστα μια αγορά με ελάχιστη χρηματοδοτική λογοκρισία, αφού αυτή συνήθως δεν υφίσταται ούτε από τη μεριά του κράτους ούτε από την αγορά η οποία ως νεοπαγής ή ακόμα και αδιάβροχη στερείται την ανταγωνιστική μορφή που έχουν λάβει άλλες αγορές.

Η απουσία οποιασδήποτε εμμενούς κριτικής που έχει βλέψεις να αποδιρθώσει ή να μεταρρυθμίσει το υπάρχον *modus operandi* μας ωθεί στην ανάγκη παρουσίασης κάποιων πιθανών ιδεολογημάτων - ενεργημάτων που λάμπουν δια της απουσίας τους. Η συντομότατη παρουσίαση έχει περισσότερο τη μορφή σκαριφήματος και λιγότερο τη μορφή μιας πλήρους εικόνας και είναι χρήσιμη για την εκπόνηση του οποιουδήποτε σεναρίου για πιθανές αλλαγές υποδείγματος πολιτικής υγείας.

2.4 Κριτική προσέγγιση

Παίρνοντας ως αφορμή το αξίωμα ότι η θέση «γεννά» την αντίθεση, θα αναφερθούμε σε μια τεράστια ποικιλία αντιθέσεων που εστιάζουν στα προβλήματα του χώρου της υγείας. Η αναφορά αυτή έχει διττό χαρακτήρα. Είναι και μια ενδεικτική παρουσίαση της κριτικής – άρα και συναφών στρατηγικών διαχείρισης των προβλημάτων - της μη υλοποίησης τους ή της στρεβλής και μονόπλευρης πρακτικής που εισάγουν όταν και εφόσον ενεργοποιούνται.

2.4.1 Δυνατότητες με βάση το φιλελεύθερο μοντέλο

Για να γίνουν άμεσα φανερά όσα παρατέθηκαν παραπάνω θα ξεκινήσουμε με την (νεο)φιλελεύθερη κριτική στάση απέναντι στα προβλήματα του χώρου. Παραδόξως η φιλελεύθερη θεώρηση μπορεί να παρουσιάσει μια τεράστια ποικιλία θεωρητικών εργαλείων – άρα και των συναφών δράσεων. Λέμε παραδόξως γιατί αυτά τα εργαλεία παραμένουν ανενεργά, ακόμα και όταν οι κυβερνώντες είναι απροκάλυπτα (νεο)φιλελεύθεροι.

Η πρώτη μομφή που μπορεί να απευθύνει κατά του status quo ένας φιλελεύθερος αφορά τον ατελή ή νοθευμένο ανταγωνισμό της αγοράς υγείας. Και φυσικά εδώ δεν αναφερόμαστε απλά στη δήθεν εμπέδωση του ανταγωνισμού έναντι μιας ηγεσίας τιμών που είναι κατά βάση απρόσβλητη λόγω συνθηκών ολιγοπωλίου αλλά στην πλήρη ανταγωνιστική αγορά με βάση τα θέσφατα του φιλελευθερισμού (Heilbroner R. – Thurow L. 1984:255) Σε μια τέτοια αγορά είναι θεωρητικά αδιανόητη όχι μόνο η διαφήμιση, αλλά ακόμα και η διαφοροποίηση των προϊόντων σε βάση ονομασίας τους (Heilbroner R. – Thurow L. 1984:194-195). Ο κλασικός φιλελευθερισμός είναι η δυνητική κόλαση του marketing, τουλάχιστον σε επίπεδο θεωρίας καθώς το τελευταίο νοθεύει τους όρους του ανταγωνισμού και επομένως αποτελεί «έγκλημα καθοσιώσεως» για την αγορά.

Η δεύτερη μομφή προέρχεται από την ίδια τη μορφή και τη λειτουργία που επιτελεί η αγορά. Η αγορά για τους φιλελεύθερους είναι κυρίαρχα ένας τρόπος δικαιοσύνης. Στην αγοραία τιμή ενός προϊόντος πρέπει υποχρεωτικά να αντιστοιχεί μια αξία χρήσης ή ικανοποίησης για τον αγοραστή. Η σχέση κόστους – οφέλους και κόστους – αποτελεσματικότητας από τη σκοπιά της δικαιοσύνης επιδέχεται πολλές ερμηνείες, ειδικά όταν ο αγοραστής είναι μονοψώνιο (περίπτωση Ελλάδας) και μπορεί να θέσει τους όρους του εμπορίου με βάση τη δική του αντίληψη περί δικαιοσύνης (Heilbroner R. – Thurow L. 1984:83). Και για να μην χαρακτηριστούμε αιθεροβάμονες πρέπει να συμπληρώσουμε ότι τέτοιες πρακτικές δεν είναι απλά σχέδια επί χάρτου που αγνοούν τις πραγματικές συνθήκες. Ένα κορυφαίο παράδειγμα τέτοιας πολιτικής αποτελούν οι διαγωνισμοί της NASA η οποία αντί να ακολουθεί μια αγοραία τιμολόγηση για την αποζημίωση των τεχνολογικών καινοτομιών, διεξήγαγε διαγωνισμούς ορίζοντας η ίδια το ποσό της αποζημίωσης για το R&D της κάθε πατέντας που προτίθετο να αγοράσει (<https://robotics-edu.gr/category/nasa/04-11-2021>).

Βέβαια ο (νεο) φιλελευθερισμός αποτυγχάνει να γίνει αποτελεσματικό εργαλείο ριζικής αναμόρφωσης του συστήματος, όχι γιατί δεν μπορεί αλλά κυρίως γιατί δεν θέλει. Οι όποιες προσπάθειες επιβολής αγοραίας οικονομικής ορθολογικότητας αφορούν μόνο μερικές παραφυάδες (π.χ. ηθικός κίνδυνος) και όχι τον κορμό του συστήματος. Έτσι καταλήγει στην προβληματική του «ποιος» θα πληρώσει «τι» και όχι «γιατί» και «πώς» το πληρώνει, ούτε και αν υφίσταται λογική γι' αυτές τις πληρωμές. Οι ροές κεφαλαίων (οι μεταβιβαστικές πληρωμές του τομέα της υγείας) αφήνονται ανεξέλεγκτες αρκεί να καρπούνται τα κέρδη οι ιδιώτες. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Μ. Βρετανίας (Στάκλερ Ντ. , Μπάσου Σ. 2014:186-191)

2.4.2 Δυνατότητες με βάση το κορπορατιστικό μοντέλο

Μια συνάρθρωση του φιλελευθερισμού με πιο σοσιαλίζουσες ή κεϋνσιανές απόψεις μπορεί να ενεργοποιήσει τα εργαλεία του κορπορατισμού και της προσπάθειας ρύθμισης κάποιων αγοραίων συναλλαγών. Οι διμερείς διαπραγματεύσεις, όπως έχει χαρακτηριστικά επισημανθεί «σε αυτού του τύπου τις αγορές, οι τελικές τιμές εξαρτώνται από δυνάμεις όπως η διαπραγματευτική ικανότητα των δυο μερών» (Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ελπ., 2012:44) μπορούν να εγκαινιάσουν τη δημιουργία μιας «λεόντειου εταιρείας» στην οποία το ένα μέρος (σύνολο των ΝΠΙΔ της υγείας, υπουργείο Υγείας, ασφαλιστικά ταμεία, δημόσιοι φορείς κλπ) μπορεί να προβάλει την δυσανάλογη ισχύ του έναντι των προμηθευτών. Η ισχύς δεν αφορά μόνο το βαθμό κυριαρχίας στην αγορά (μονοψώνιο) αλλά και την διαμόρφωση των ίδιων των αγοραίων όρων. Το κράτος μπορεί με νόμιμο τρόπο να μετατρέψει μια σειρά συναλλαγών από επικερδείς σε επιζήμιες ή οριακά κερδοφόρες, βγάζοντας έτσι οικονομικούς «παίκτες» από το παιχνίδι. Αν και η πρακτική αυτή σπάνια ενεργοποιείται, αποτελεί μια μεγάλη απειλή για οποιονδήποτε συναλλασσόμενο. Ο «λέων» της εταιρείας δεν χρειάζεται να «κατασπαράξει», αρκεί η υπόμνηση ό,τι μπορεί να το πράξει.

Βέβαια ο «λέων» μπορεί ποτέ να μην διεκδικήσει τη μερίδα του, όπως ακριβώς έκανε και κάνει η Ελληνική πολιτεία, με εξαίρεση ίσως την χρονική περίοδο που ενεργοποιήθηκε αυτή η δυνατότητα με την αλλαγή στην πολιτική του φαρμάκου και την είσοδο των γενόσημων φαρμάκων. Ίσως η ευθύνη αυτής της αδράνειας να πρέπει να αναζητηθεί και στους υπαγορευμένους όρους πολιτικής από τους δανειστές που ευνοεί πασίδηλα την απορρύθμιση έναντι της κεϋνσιανής ή άλλης κορπορατιστικής ρύθμισης. «...η επίθεση του ΔΝΤ στην οικονομία του ελληνικού σώματος συνεχίστηκεΕφόσον η συλλογή και η ανάλυση των στοιχείων της δημόσιας υγείας δεν αποτελούσαν προφανώς προτεραιότητα, η ΤΡΟΪΚΑ συνέχισε να επιβάλλει νέες πολιτικές λιτότητας...» (Στάκλερ Ντ., Μπάσου Σ. 2014:167).

2.4.3 Δυνατότητες με βάση το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο

Περνώντας σε ακόμα πιο σοσιαλίζουσες – κυρίως σοσιαλδημοκρατικές ως προς το μείγμα πολιτικών που χρησιμοποιούνται - τάσεις ανοίγονται και άλλα πεδία όπως αυτό της κοινωνικής οικονομίας και της μη αγοραίας ρύθμισης. Έχουμε δηλαδή τη δυνατότητα να αγνοήσουμε όχι μόνο τους υφιστάμενους αγοραίους όρους, αλλά το σύνολο ή υποσύνολα της αγοράς υγείας.

Αν και η σοσιαλδημοκρατία ήταν και είναι υπέρ της αγοραίας οικονομίας, αυτό δεν σημαίνει ότι όλα τα πεδία της αγοράς είναι απαλλαγμένα από την πιθανή υφαρπαγή των δραστηριοτήτων τους από το κράτος, έστω και αν η υφαρπαγή έχει συνήθως πρόσκαιρο χαρακτήρα. Οι συγκεκριμένες δραστηριότητες μπορούν να υπαχθούν είτε απευθείας στην αρμοδιότητα των κρατικών φορέων, είτε σε κάποια μεικτά σχήματα. Ειδικά από τη στιγμή που ένα αγαθό αναχθεί σε «δημόσιο δικαίωμα» ή συνηθέστερα «δωρεάν δημόσιο δικαίωμα» ο εξοβελισμός της αγοράς από την εμπορία ή κατασκευή του αγαθού είναι δυνατός έως και επιβαλλόμενος. Ωστόσο υπάρχει μια σειρά αιτιάσεων έναντι των αποτελεσμάτων αυτής της πρακτικής:

- η οικονομική αποτελεσματικότητα δεν είναι πάντα η βέλτιστη
- οι πάγιες τάσεις που υπάρχουν σε γραφειοκρατικά ρυθμιζόμενα συστήματα συμπιέζουν ακόμη περισσότερο την παραγωγικότητα και αυξάνουν το κόστος
- η κατάληξη παρόμοιων εγχειρημάτων εμπορικοποιεί όλο και περισσότερες κοινωνικές σχέσεις.

Αναλυτικότερα και σχηματικότερα η πορεία που έχουν διαγράψει διάφορα αγαθά:

Αγοραίο αγαθό για λίγους
(μικρός κύκλος εργασιών, μικρός αριθμός εταιρειών ή επαγγελματιών κλπ)



δημόσιο δικαίωμα ή κοινωνικό δικαίωμα για όλους (αύξηση του κύκλου εργασιών, των μονάδων κατασκευής ή παροχής του αγαθού, των επαγγελματιών κλπ)



διεύρυνση του χαρακτήρα του δημοσίου δωρεάν δικαιώματος (αύξηση όλων των παραπάνω σε παράλογο ή μη αναγκαίο επίπεδο)



αγοραίο ή «οιονεί αγοραίο» αγαθό για όλους, ενδεχόμενη μέριμνα για τους οικονομικά αδύναμους (η επίκληση του εξορθολογισμού οδηγεί σε παραχώρηση των δραστηριοτήτων ή μέρους αυτών στην αγορά. Ο τεράστιος κύκλος εργασιών παραμένει και οι ροές κεφαλαίων συνιστούν ένα νέο El Dorado σε σχέση με την αρχική αγοραία λειτουργία)

Ένα ανάλογο παράδειγμα είναι αυτό των «αρνητικών αγαθών» που στο πρόσφατο παρελθόν δεν συμμετείχαν στην αγορά (Heilbroner R. – Thurow L. 1984:181-182). Τ' αρνητικά αγαθά όπως η ρύπανση, η κακή αισθητική, η δυσαρέσκεια από την εργασία και άλλα έχουν ήδη εμπορευματοποιηθεί μέσα από ανάλογες διαδικασίες.

2.4.4 Δυνατότητες με βάση το αμιγώς σοσιαλιστικό μοντέλο

Τελευταία αφέθηκε η κριτική που είναι δυνατή από τα αμιγώς μαρξιστικά και κομμουνιστικά υποκείμενα (συλλογικά και ατομικά) καθώς πλάι στην ήδη γνωστή επιχειρηματολογία που εδράζεται στην κριτική του καπιταλισμού, επιβάλλεται να αναφερθούμε κυρίως στην ήδη υπάρχουσα κυβερνητική εμπειρία από τις πρώην και νυν κομμουνιστικές χώρες. Και αυτό γιατί η πρακτική εφαρμογή υποδειγμάτων πολιτικής είναι σχεδόν απύσχα από το κομμουνιστικό στρατόπεδο, αν και στον τομέα της υγείας σε πρώην και νυν κομμουνιστικές χώρες δεν παρουσιάζεται σημαντική υστέρηση στην διαφύλαξη της δημόσιας υγείας (πηγή από το διαδίκτυο για το ύψος των δαπανών του προϋπολογισμού <https://unstats.un.org/unsd/snaama/downloads>), ούτε

και σημαντικά κόστη, παρά τον αμιγώς δημόσιο και γραφειοκρατικό χαρακτήρα των συστημάτων τους.

Η κύρια προσπάθεια των συστημάτων των χωρών αυτών ήταν να επιτευχθεί ένα πραγματικά «ασύμμετρο» αποτέλεσμα καθώς τα συστήματα υγείας λειτουργούσαν με ένα αδιανόητα μικρό ποσοστό προαπαιτούμενων, κυρίως στον τομέα των παγίων κεφαλαίων και των αναλωσίμων. Το ανθρώπινο κεφάλαιο υποκαθιστούσε στον μέγιστο δυνατό βαθμό το πάγιο κεφάλαιο (π.χ. οι διαγνωστικές ικανότητες του θεράποντος όφειλαν να υποκαθιστούν πληθώρα απεικονιστικών ή διαγνωστικών συσκευών) ενώ ολόκληρες κατηγορίες αναλωσίμων πραγματικά απουσίαζαν (π.χ. σύριγγες μιας χρήσης). Η ύπαρξη και η επιτυχία ανάλογων πρακτικών αποσιωπάται πλήρως στις μέρες μας. Η λιτή και ταυτόχρονα επιτυχημένη δημόσια υγεία δεν συνάδει με τις πρακτικές επιδεικτικής κατανάλωσης που επιβάλλονται στις καπιταλιστικές οικονομίες ακόμα και για τους οπαδούς του ιστορικού υλισμού. Οι τελευταίοι μάλλον από μια παρόρμηση περί του «πολιτικά ορθού» βρίσκονται συχνότερα να διεκδικούν τη διάχυση της επιδεικτικής κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας σε όλο τον πληθυσμό, αντί να υποδεικνύουν τις επιτυχίες που εκπηγάζουν από την δική τους εφαρμογή πολιτικής.

Πριν όμως αναπτύξουμε τρόπους για να υπερβούμε αυτή τη φαινομενικά αδιέξοδη κατάσταση οφείλουμε να εξετάσουμε την ιστορική διαδρομή του Ελληνικού συστήματος υγείας. Η εξέταση αυτή θα μας δώσει τη δυνατότητα να διακρίνουμε και τα μέχρι τώρα πεπραγμένα όσο και τις αποφάσεις που διαμόρφωσαν ένα πλέγμα θεσμών, σχέσεων και συμφερόντων το οποίο έχει από μόνο του τη δυναμική του. Το πλέγμα αυτό όχι μόνο επιδιώκει τη συνέχειά του αλλά και την πολλαπλή διεύρυνσή του (Κονδύλης Π. 2012:61), κάνοντας αδύνατη την εύκολη μεταρρύθμισή του. Ταυτόχρονα λόγω και της εμπέδωσης του αξιώματος της «δημόσιας υγείας» στο κοινωνικό φαντασιακό η οποιαδήποτε πραγματοποίηση αλλαγών στο υπάρχον πλέγμα αντιμετωπίζεται σαν ανοσιούργημα εναντίον της «ιερής αγελάδας» του τομέα της υγείας. Το γεγονός ότι η υγεία ούτε είναι αμιγώς δημόσια, ούτε και ότι είναι δωρεάν (στην Ελλάδα είναι μάλλον εμπράγματο αγοραίο δικαίωμα και λιγότερο δωρεάν κοινωνική παροχή) έχει λίγη μέχρι στιγμής σημασία για το κοινωνικό φαντασιακό. Άλλωστε το τελευταίο σαν κομμάτι της

ιδεολογίας αντιστοιχεί σε μια «παράσταση» της φαντασιακής σχέσης του ατόμου με τις συνθήκες ύπαρξής του (Αλτουσέρ Λ. 1994:99).

Κεφάλαιο 3

Η Κρίση στην Ελλάδα

3.1 Τα «ασθενή» οικονομικά της υγείας πριν την κρίση

Η περίοδος πριν από την κρίση στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ξαφνική και σχεδόν αδικαιολόγητη μεγέθυνση των δαπανών για την υγεία. Το επίθετο «αδικαιολόγητη» δεν αναφέρεται μόνο στην απουσία δεικτών νοσηρότητας ή θνησιμότητας που να επιβάλλουν μια ανάλογη αύξηση, ούτε και στην οριακότατη επίδραση που είχαν αυτές οι δαπάνες στην βελτίωση των δεικτών υγείας γενικότερα. Η τεράστια αυτή επέκταση δεν δικαιολογείται ούτε από διεκδικήσεις ή προσδοκίες των πολιτών. Αν εξαιρέσει κανείς το θέμα των συντάξεων, η κοινή γνώμη ελάχιστα ασχολείται με αιτήματα ή προγράμματα που έχουν σαν στόχο (ή έστω αποτέλεσμα) την αύξηση αυτών των δαπανών. Αντίθετα θα μπορούσε να διαφανεί η κριτική στάση των κοινωνιών απέναντι σε ανάλογες πρακτικές η οποία όμως παρέμεινε ασθενική και εξαντλήθηκε σε ένα είτε αυτοτιμωρητικό είτε καταγγελτικό λόγο απέναντι στις νέες πρακτικές.

Η υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών υπηρεσιών και φαρμακευτικών προϊόντων δεν υπήρξε ποτέ ένα θέμα για το οποίο η ελληνική κοινωνία δήλωσε κάποιου είδους συμφωνία ή έστω σιωπηρή συναίνεση. Ωστόσο, το θέμα αυτό θεωρήθηκε δευτερευούσης, ακόμα και περιθωριακής, σημασίας και έτσι η οποιαδήποτε αντίθεση υπήρξε ασυντόνιστη και ανίσχυρη.

Η αντίθετη τάση κυριάρχησε σε ό,τι αφορά τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, κρατικούς και ιδιωτικούς συνεπικουρούμενους από τους επαγγελματίες υγείας και τους συναφείς εμπορικούς κύκλους (προμηθευτές, φαρμακεία κλπ). Η μεγέθυνση των εν λόγω φορέων υπήρξε εκτατική (ποσοτική και όχι ποιοτική) σε ό,τι αφορούσε τις ήδη υφιστάμενες δραστηριότητες (κατασκευή νέων νομαρχιακών νοσοκομείων, συνεχείς

παραγγελίες εξοπλισμού και προσλήψεις προσωπικού, επέκταση των ιδιωτικών κλινικών σε ό,τι αφορά τον αριθμό κλινών όσο και τις δραστηριότητές τους) ενώ προστέθηκαν και νέα «καινοφανή» πεδία δραστηριοτήτων που αφορούσαν είτε την κατά γράμμα αντιγραφή αντιστοιχών εφαρμογών από άλλες ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι») είτε αποτελούσαν ιδιόμορφες εμπορικές - χρηματοπιστωτικές εφαρμογές στα πλαίσια μιας διευρυμένης και διεθνοποιημένης αγοράς (π.χ. η λειτουργία των φαρμακο-αποθηκών, ασφαλιστικά συμβόλαια ή προϊόντα για ιδιωτικούς παρόχους υγείας, outsourcing δημοσίων και ιδιωτικών φορέων υγείας κλπ).

Η διαμορφωθείσα, λοιπόν, κατάσταση αποτέλεσε το λειτουργικό ανάλογο μιας καταστροφικής υπερ- συσσώρευσης ακόμα και αν εξέλειπαν οι όποιες εξωτερικές πιέσεις. Για μια απλή ανάλυση του κατά πόσο τα συσσωρευόμενα κεφάλαια περιόρισαν αισθητά τις όποιες προσδοκίες μελλοντικής (κυρίως μεσο - μακροπρόθεσμης κερδοφορίας) αρκεί η αναφορά στον λόγο κεφαλαίου/ εισοδήματος, όπως αυτός αποτυπώνεται από τον Th. Piketty (2014:206-209). Η κρίση υπερ - συσσώρευσης οδηγεί με την σειρά της σε «εναλλακτικά ηγεμονικά προγράμματα» και «εναλλακτικές στρατηγικές συσσώρευσης» (Bonfeld W., 1987:60-61).

Ακόμα και για ένα μη ειδήμονα περί των οικονομικών η χρήση απλώς της κοινής λογικής πιστοποιεί την προαναγγελθείσα καταστροφή. Οι λόγοι είναι απλοί:

- Ολοένα και περισσότερα πάγια κεφάλαια (εξοπλισμός, κτίρια κλπ) επενδύονται σε μια αγορά που δεν διευρύνεται αναλόγως ώστε να εγγυάται την αποδοτικότητά τους
- Τα προαναφερθέντα κεφάλαια δημιουργούν και υποχρεώσεις προς τρίτους (π.χ. τράπεζες, μετόχους κλπ)
- Ο κύκλος των εργασιών βασίζεται σε μια τεχνητή ζήτηση που δεν εδράζεται στην καταναλωτική κουλτούρα, ούτε και σε σταθερά εισοδήματα (ελέω κρίσης) άρα δεν είναι εγγυημένος
- Η διεύρυνση αυτή του κύκλου εργασιών δημιουργεί περαιτέρω ανάγκες για συσσώρευση κεφαλαίων ακόμα και για τις απλές εμπορικές συναλλαγές. Χρειάζονται

ακόμα περισσότερα διαθέσιμα προκειμένου να υπάρχουν εμπορικά αποθέματα, να καλυφθούν οι λειτουργικές δαπάνες των επιχειρήσεων ή των ιδρυμάτων κλπ. Οι ανάγκες αυτές είτε αδρανοποιούν την περιουσία των ιδιοκτητών (κράτους, ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτών) δεσμεύοντας ένα δυσανάλογο ποσοστό, απλά και μόνο για να λειτουργήσει το σύστημα, είτε τους ωθούν σε δανεισμό δημιουργώντας ακόμα μεγαλύτερες απαιτήσεις.

- Οι προσδοκίες διογκούμενης κατανάλωσης που βασίζονται στους δικαιούχους υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τους ασθενείς, χωρίς φυσικά τη συναίνεση ή απαίτηση των ιδίων, δεν απολαμβάνουν καμία πραγματική αξιοπιστία, καθώς οι πληρωτές είναι άλλοι (ασφαλιστικά ταμεία, ασφαλιστικές εταιρείες) και πολλοί από αυτούς βρίσκονται ήδη σε δυσχερή οικονομική θέση. Η κατανάλωση δηλαδή δεν σημαίνει αναγκαστικά και πληρωμή, σε τρέχουσες τουλάχιστον τιμές. Η οποιοσδήποτε συναλλαγές μπορούν να γίνουν επιζήμιες.

Μια ταχεία αποτίμηση των συνθηκών ακόμα και στην προ της οικονομικής κρίσης περίοδο καταλήγει σχεδόν αβίαστα στο συμπέρασμα πως ολόκληρο το σύστημα υγείας, ιδιωτικό και δημόσιο, ήταν στα όρια της κατάρρευσης.

3.2 Μεταρρυθμίσεις στον χώρο της υγείας στα χρόνια των μνημονίων

Αναδείχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο ότι όποια θεωρητική ατραπό κι αν ακολουθήσει κανείς θα καταλήξει αναμφίβολα στο συμπέρασμα ότι το σύστημα υγείας βρισκόταν σε κρίση άσχετα με την δυσχερή οικονομική κατάσταση στην οποία περιήλθε η χώρα.

Ωστόσο, η τελευταία δημοσιονομική κρίση προσδιόρισε και το πρίσμα με το οποίο αποφασίστηκαν τα μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης του συστήματος υγείας. Όπως θα φανεί και από την παράθεση των μέτρων που ελήφθησαν, αυτά είχαν ένα κυρίαρχα λογιστικό χαρακτήρα τόσο στη σύλληψη όσο και στην εφαρμογή τους. Η παλαιότερη δομή του ελληνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ) που ίσχυε από τον ιδρυτικό νόμο 1397/1983 είχε διαγνωσμένα προβλήματα και στην επάρκειά του και σε ό,τι αφορά το ικανοποιητικό

επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών του με πολλές κριτικές να κάνουν λόγο ακόμη και για ιδιαιτέρως μηδενική αποτελεσματικότητα σε ορισμένους τομείς. (Σαραντοπούλου Ζ., 2015: 256-257) Ήταν προφανής λοιπόν η ανάγκη αναδιάρθρωσης του συστήματος αυτού ακόμη και χωρίς την έλευση της οικονομικής κρίσης. Η αναγκαιότητα αυτή ήρθε σε δεύτερη μοίρα υπό την πίεση της ανάγκης για προσαρμογή σ' ένα πρόγραμμα περικοπής δαπανών αφού ο κύριος στόχος ήταν το λογιστικό αποτέλεσμα και όχι η παροχή δωρεάν υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό ακόμα και με υποβαθμισμένα τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της.

Χαρακτηριστικό είναι ότι η κύρια προσπάθεια είναι η λογιστική προσαρμογή στις μνημονιακές απαιτήσεις για περιορισμό των κρατικών δαπανών για την υγεία στο ποσοστό του ΑΕΠ που έθεσε η ΤΡΟΪΚΑ (Δ.Ν.Τ. , Ε.Ε. και Ε.Κ.Τ.), άσχετα με τον αν αυτό ήταν επί της ουσίας επαρκές για την κάλυψη των αναγκών (Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ελπ. 2012:115-116). Η περίθαλψη έπρεπε να λειτουργήσει με όσα χρήματα της απέδιδε ο κρατικός προϋπολογισμός και αυτό οδήγησε σε παράδοξα μέτρα και δυσμενείς καταστάσεις (π.χ. να μην αντικαθίσταται το προσωπικό του χώρου υγείας που συνταξιοδοτείται επιφέροντας την ανάλογη δυσλειτουργία στη στελέχωση του τομέα ή να υπάρχουν ελλείψεις σε αναλώσιμα στα μονάδες υγείας με όποιο αποτέλεσμα θα μπορούσε να έχει αυτό).

3.2.1 Κλάδος Φαρμάκου

Για τον κλάδο αυτό ελήφθησαν μέτρα σε τρεις άξονες:

- Τιμολόγηση
- Αποζημίωση
- Συνταγογράφηση

Η τιμολόγηση αντιμετωπίστηκε μέσω της εισαγωγής της λίστας φαρμάκων για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα η οποία περιελάμβανε τα φαρμακευτικά σκευάσματα που αποζημιώνονται (θετική λίστα) ενώ ταυτόχρονα δημιουργήθηκε και μια αρνητική λίστα φαρμάκων (Ι.Ο.Β.Ε. 2011:242-247,261).

Η τιμή των φαρμακευτικών σκευασμάτων προσδιορίστηκε βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών των κρατών - μελών της Ε.Ε. 7 (N.3790/2009). Ουσιαστικά επρόκειτο για επανατιμολόγηση σε θεωρητικά πολύ χαμηλότερες τιμές η οποία αν και έκοβε τους δεσμούς με ένα παρελθόν ανεξέλεγκτης τιμολόγησης μπορούσε να θεωρηθεί συμβατή με τη λειτουργία της αγοράς.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή για την ακρίβεια μια από τις συνέπειες της νέας πολιτικής συνταγογράφησης που βασιζόταν στη δραστική ουσία αντί για την εταιρική αγοράία επωνυμία του φαρμάκου συνεπαγωγικά μείωσε το κόστος της αποζημίωσης αφού πρακτικά τα ταμεία δεν επωμίζονταν το βάρος να πληρώνουν τα πρωτότυπα φάρμακα με βάση τα brand names τους αλλά επαναπροσανατολίστηκαν στο να αποζημιώνουν τα πολύ μικρότερα κόστη γενόσημων σκευασμάτων, όπου αυτό ήταν εφικτό.

Επιπρόσθετα, σε ό,τι αφορά το ύψος της αποζημίωσης ελήφθησαν επιπλέον μέτρα όπως:

- η είσπραξη από το Δημόσιο της εκ των προτέρων καθορισμένης επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρίες του ποσού (υπό την μορφή της έκπτωσης) αναλόγως του ύψους πωλήσεων της εταιρείας (rebate), τόσο προς τα νοσοκομειακά ιδρύματα όσο και προς τα ασφαλιστικά ταμεία. (N. 3918/2011)
- η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στα φαρμακευτικά σκεύσματα
- η συμμετοχή, από πλευράς των ασθενών, του ποσού 1 ευρώ για κάθε συνταγή φαρμάκων

3.2.2 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αξίζει ιδιαίτερη μνεία λόγω ότι σχετίζεται με εφαρμοσμένες πολιτικές που διατρέχουν πολλά πεδία. Θεσμοθετείται με τον Ν.3892/2010 με τον οποίο επιχειρήθηκε να δοθεί λύση στο πρόβλημα της αδιαφάνειας της συνταγογράφησης και ό,τι αυτό συνεπαγόταν (αυξανόμενες δαπάνες μέχρι και επίπεδα ανεξέλεγκτης σπατάλης στο τομέα των φαρμακευτικών σκευασμάτων και αλόγιστη χρήση ιατρικών υλικών και ιατρικών προϊόντων εν γένει). Είναι σαφές ότι η διαφάνεια των πράξεων αυτών είναι αναγκαία συνθήκη για να συλλεχθούν στοιχεία για τον πληθυσμό και τις ανάγκες του, άρα επιτρέπει την εκπόνηση του στρατηγικού σχεδιασμού για την υγεία βασισμένου σε πραγματικά στοιχεία και όχι σε εικασίες ή ευσεβείς πόθους. Όμως και πάλι η κύρια στόχευση του μέτρου αυτού αφορούσε το λογιστικό του χαρακτήρα καθώς η διαφάνεια έδωσε τη δυνατότητα για τη λήψη δύο μέτρων, του clawback και του rebate. Το πρώτο εξασφαλίζει ότι οι πραγματικές δαπάνες δεν θα υπερβούν τις προ- υπολογισμένες καθώς το επιπλέον ποσό θα πρέπει να επιστραφεί από τις φαρμακευτικές εταιρίες προς το δημόσιο, και το δεύτερο (Rebate) εξασφαλίζει ακόμη χαμηλότερη δαπάνη σε σχέση με την τιμολόγηση. Η ελληνική πολιτεία μιμούμενη τα «χρηστά συναλλακτικά ήθη» όπως περιγράφονται στον αστικό της κώδικα επιβάλλει τη λογική του πελάτη χονδρεμπορίου και στο χώρο του φαρμάκου. Όσο υψηλότερη είναι η κατανάλωση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος ή ιατρικού υλικού τόσο μεγαλύτερο θα είναι και το ποσό της έκπτωσης επί της τιμής από τον προμηθευτή. (η αγοραία λογική του bonus).

3.2.3 Άλλα μέτρα τιμολογιακού χαρακτήρα

Στη κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται μέτρα που αφορούν τον περιορισμό των δαπανών σε διάφορα πεδία: νοσοκομειακές αποζημιώσεις, εξω -νοσοκομειακές ιατρικές πράξεις, δικαιώματα αποζημίωσης για την κατανάλωση ιατρικών ειδών κ.α.

Σε ότι αφορά τα νοσοκομεία ο περιορισμός των δαπανών επιχειρήθηκε να γίνει μέσω των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN-DRGs) Η αποζημίωση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων καθορίστηκε με βάση μια διαδικασία προϋπολογισμένης και εξ αρχής καθορισμένης τιμολόγησης για το κόστος παραγωγής κάθε υπηρεσίας υγείας. (IOBE

2011:172-173). Επισημαίνουμε ότι αυτή η κοστολόγηση δεν αφορά πραγματικές τιμές ιατρικών πράξεων ανά ιατρικό περιστατικό ούτε τον αριθμό και τη βαρύτητα των περιστατικών αυτών, είναι απλά ένα λογιστικό πλαφόν που προσδιορίζει το ποσό που μπορεί να δαπανήσει κάθε ιατρική μονάδα ανά ιατρικό περιστατικό.

Επιπλέον τα νοσοκομεία επιχείρησαν να μειώσουν το λειτουργικό τους κόστος μέσω της μείωσης του μισθολογικού κόστους του προσωπικού στις τακτικές αποδοχές και στα επιδόματα (σε ιατρικούς λειτουργούς και νοσοκομειακούς υπάλληλους), και ταυτόχρονα «πάγωσαν» οι νέες προσλήψεις και δεν αναπληρώθηκε το προσωπικό που συνταξιοδοτήθηκε ή αποχώρησε για άλλους λόγους από την υπηρεσία. (Νιάκας Δ.,2014).

Επίσης, διάφορες έξω -νοσοκομειακές δαπάνες εξοβελίστηκαν από το χώρο της δημόσιας υγείας καθώς οι αποζημιώσεις γι' αυτές μειώθηκαν ή καταργήθηκαν. Το ύψος και η διαδικασία που απαιτείται για αποζημίωση εξωνοκομειακών δαπανών δίνει την εντύπωση ότι η μεταρρύθμιση αυτή στόχευσε στην μετακύλιση μιας μερίδας δαπανών υγείας στους ασφαλισμένους (αποζημίωση για γυαλιά μυωπίας, οδοντιατρικές εργασίες, φυσιοθεραπείες κ.α.) (Σαραντοπούλου Ζ., 2015: 258)

3.2.4 Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)

Με τον Ν. 3918/2011 συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με σκοπό να παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη αυτών. Εκ του ιδρυτικού νόμου προβλεπόταν ότι ο νέος φορέας θα είναι πάροχος και αγοραστής υπηρεσιών υγείας, ωστόσο αργότερα, με τον Ν.4238/2014 περιορίστηκε μόνο στο ρόλο του αγοραστή.

Έχοντας ως στόχο την δημιουργία ενός μοναδικού (μονοψωνίου) ενιαίου και συνεπώς ισχυρού φορέα στην αγορά υπηρεσιών υγείας, η κυβέρνηση προχώρησε στην σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ στον οποίο συνενώθηκαν οι κλάδοι υγείας των κύριων ταμείων της χώρας αρχικά των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ) και στην

συνέχεια των όλων των υπολοίπων. Για την Ελλάδα η μεταρρύθμιση αυτή άλλαξε παντελώς την έως τότε υφιστάμενη κατάσταση. Οι παροχές «πολλών ταχυτήτων» στον τομέα της υγείας, υπό την έννοια των διαφορετικών και άνισων παροχών ανά ασφαλιστικό ταμείο, αντικαταστάθηκε από έναν και μοναδικό φορέα που υποσχόταν «ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας» (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας).

Από τις πρώτες ημέρες της σύστασής του ο ΕΟΠΥΥ αντιμετώπισε λειτουργικά προβλήματα και απρόθυμες συμπεριφορές από τους εμπλεκόμενους, τα οποία έθεταν εμπόδια και καθυστερήσεις στην υλοποίηση του μέτρου: οι συμβεβλημένοι ιατροί προέβαλαν αντιρρήσεις στους όρους συνεργασίας τους με τον ΕΟΠΥΥ, έλειπε η κατάλληλη τεχνική υποστήριξη ώστε να λειτουργήσει ομαλά η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, το διοικητικό προσωπικό των κλάδων υγείας των εντασσόμενων στον ΕΟΠΥΥ ασφαλιστικών ταμείων καθυστέρησε να μεταφερθεί στο νέο οργανισμό και τέλος, τέθηκαν σοβαρά θέματα ως προς την διεκπεραίωση των ήδη υφιστάμενων εκκρεμών αιτημάτων αποζημίωσης ιατρικών πράξεων προς τους ασφαλισμένους και προς τους ιατρούς και τα διαγνωστικά κέντρα.

Η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ, βάσει του άρθρ. 19 του Ν.3918/2011 προερχόταν από:

- την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό (0,6% του ΑΕΠ)
- τις εισφορές του κλάδου ασθενείας των εργαζομένων, των εργοδοτών και των συνταξιούχων κάθε εντασσόμενου στον ΕΟΠΥΥ ταμείου
- τις προσόδους περιουσίας, την απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών
- τις προσόδους από την χρηματοδοτική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών
- την είσπραξη ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρίες
- τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους των ασφαλιστικών εταιριών

Οι δημογραφικοί δείκτες της χώρας παρουσίαζαν τα τελευταία χρόνια σημάδια γήρανσης του πληθυσμού. Η οικονομική κρίση στην οποία είχε επέλθει η χώρα με την ανεργία σε διαρκή άνοδο καθώς και το δημογραφικό πρόβλημα το οποίο εξαιτίας της υπογεννητικότητας ολοένα και αυξανόταν, οδήγησαν ένα σημαντικό ποσοστό του εργατικού δυναμικού να μεταναστεύσει στο εξωτερικό προς εύρεση εργασίας. Αποτέλεσμα

των ανωτέρω ήταν ότι ο νεοσύστατος οργανισμός είχε να διαχειριστεί και να ικανοποιήσει έναν πληθυσμό «αυξημένων ιατρικών αναγκών».

Ο ΕΟΠΥΥ, όπως σχεδιάστηκε στον ιδρυτικό του νόμο, στόχευε στο να παρέχει αποτελεσματικές δηλαδή ποιοτικά ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας, ισότιμες και προσβάσιμες στο σύνολο του πληθυσμού. Όλα αυτά υποσχόταν να τα πραγματοποιήσει ικανοποιώντας ταυτόχρονα και τους όρους των μνημονιακών δεσμεύσεων για λιγότερο κόστος στην υγεία. Το ιδιαίτερος σημαντικό αυτό μέτρο δεν απαιτούσε ουσιαστικά βελτίωση των υφιστάμενων δομών αλλά έθετε νέα θεμέλια στον χώρο της υγείας και πιθανότατα θα μπορούσε να επιτελέσει το έργο του αν είχε την δυνατότητα να λειτουργήσει απαλλαγμένος από τις δυσλειτουργίες και τις γραφειοκρατικές αγκυλώσεις της δημόσιας διοίκησης εν γένει, και τις κάθε είδους παρεμβάσεις του Υπουργείου ιδιαιτέρως.

3.2.5 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)

Μια πρόσθετη πολιτική που θα ενίσχυε σημαντικά τον χώρο των παροχών υγείας στη χώρα μας ήταν η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Στην Π.Φ.Υ. εντάχθηκαν τα αγροτικά κέντρα υγείας, τα πρώην πολυϊατρεία του ΙΚΑ, οι συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. εργαστήρια

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της χώρας έδειχναν σημάδια γήρανσης, γεγονός που δημιουργούσε μεγαλύτερες υγειονομικές ανάγκες τις οποίες καλούταν να ικανοποιήσει ο υγειονομικός τομέας. Οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες της χώρας και οι μνημονιακές συμβάσεις επέβαλαν επιτακτικά μεταρρυθμίσεις με στόχο τη άμεση μείωση των δαπανών. Από το όποιο σχήμα θα λειτουργούσε όμως, η κοινωνία δεν μπορούσε παρά να εξακολουθήσει να έχει ανάγκη από ποιοτικές υπηρεσίες σε καθολική βάση κάλυψης του πληθυσμού.

«...Η υγεία με την ευρεία της έννοια είναι το προϊόν όχι μόνο της παροχής κάποιων υπηρεσιών, αλλά μιας γενικότερης στάσης του ατόμου και της κοινωνίας απέναντι στην ασθένεια και στη διατήρηση της υγείας...» (Λιαρόπουλος Λ. 2010:225-231)

Πέρα από την θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών, εξίσου σημαντικοί στόχοι των συστημάτων υγείας είναι η προαγωγή της υγείας καθώς και η πρόληψη. Λαμβάνοντας μέριμνα για όλα τα παραπάνω, τότε και μόνο μπορούμε να μιλάμε για ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας το οποίο στις σύγχρονες κοινωνίες πρέπει να αποτελείται από δομές προσβάσιμες σε όλο τον πληθυσμό, ιδανικά μιλώντας, ακόμη και στους λιγοστούς κατοίκους της πλέον ακριτικής περιοχής της χώρας και επιπρόσθετα δίνει έμφαση στην πρόληψη. (Διανέοσις Φεβρ. 2020:σελ. 51-57)

Υπό την πίεση της οικονομικής κρίσης, η προαγωγή της δημόσιας υγείας και πρόληψης θα μπορούσε ίσως και να «εξισορροπήσει» την πιθανή μείωση της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των μειωμένων δαπανών και να διασφαλίσει με αυτό τον τρόπο μια σειρά από υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς. Κατά παρόμοιο τρόπο και η ανάπτυξη των προσυμπτωματικών ελέγχων αποφέρει μακροπρόθεσμα οικονομικά οφέλη, διότι συντελεί στην πρόληψη εκδήλωσης παθήσεων, δαπανηρών για το σύστημα υγείας (I.O.B.E. 2011:6,362)

Οι άξονες αυτοί ανέδειξαν το αναγκαίο αίτημα για την ολοκληρωμένη λειτουργία δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) οι οποίες στο εσωτερικό τους θα διέθεταν:

- ανθρώπινο δυναμικό, ιατρικό και διοικητικό, επαρκώς καταρτισμένο και τοποθετημένο ανά περιοχή κατόπιν στρατηγικού σχεδιασμού ώστε να ικανοποιεί τα αιτήματα για ιατρική φροντίδα
- κτιριακό αλλά και ιατρικό εξοπλισμό ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας ανά περιοχή
- χρηματοδότηση από κεντρικό φορέα ο οποίος θα αποτελεί και τον βασικό ελεγκτικό μηχανισμό των δαπανών σε τακτική βάση και πιθανούς επαναπροσδιορισμούς όπου κρίνεται απαραίτητο

Σε μια εποχή που η νοσοκομειακή περίθαλψη (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες του πληθυσμού διότι είναι αδύνατο σε ρεαλιστικές συνθήκες να προσφέρει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό, και παράλληλα είναι ιδιαίτερος δαπανηρή για το σύστημα υγείας ακόμη κι αν αναφερόμαστε σε εύρωστα οικονομικά κράτη, η αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν ένα πολύ σημαντικό μέτρο με πολλαπλά οφέλη. Όχι μόνο γιατί θα μπορούσε να βοηθήσει στη μείωση των δαπανών αλλά γιατί και ως φιλοσοφία και στάση απέναντι στην προώσπιση της υγείας του πληθυσμού είναι βαθιά ανθρωποκεντρική, και ωφελεί το σύνολο της οικονομίας της χώρας καθώς μια καλή φροντίδα υγείας τονώνει την ζωή στην περιφέρεια συνεπώς κατά μια έννοια συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας.

Ωστόσο, κάποιοι σχεδιασμοί πραγματοποιήθηκαν από την ελληνική πολιτεία (οικογενειακός ιατρός, πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι») ενώ πολλές προσπάθειες έμειναν ημιτελείς (Διανέοσις Φεβρ. 2020: 137-141) . Τα μέχρι σήμερα πεπραγμένα στο χώρο της υγείας δείχνουν ότι πολλοί από αυτούς τους σχεδιασμούς έμειναν δυστυχώς σε επίπεδο ρητορικής.

3.2.6 Αποτίμηση των Μεταρρυθμίσεων στον χώρο της Υγείας

Έχει προαναφερθεί η θέση ότι ο κεντρικός άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφονται τα παραπάνω μέτρα είναι η διαχείριση των οικονομικών του κράτους με μόνο κριτήριο την προσαρμογή στις έξωθεν επιβαλλόμενες απαιτήσεις. Αυτές, όπως ήδη αναφέρθηκε, επέβαλαν τον περιορισμό των δαπανών σ' ένα αναλογικά μικρό ποσοστό του ΑΕΠ χωρίς να ενδιαφέρουν οι τρόποι επίτευξης αυτού του στόχου. Αυτή η λογική του «τίποτα άλλο δεν είναι σημαντικό» αποτυπώνεται ανάγλυφα τόσο στη λογική των μέτρων όσο και στην εφαρμογή τους. Μέτρα τα οποία είχαν ποιοτικά χαρακτηριστικά πχ ΠΦΥ και πώς αυτή θα μπορούσε να αξιοποιηθεί, βρίσκονται συστηματικά στο παρασκήνιο, με την εφαρμογή τους να είναι προβληματική ή πολλές φορές να αφήνεται στην τύχη της. Κατά τα έτη των μνημονίων για παράδειγμα δεν σημειώθηκε κάποια αξιοσημείωτη επίδοση σε αυτό το πεδίο. (Διανέοσις Φεβρ. 2020:137-141) Αν είχε συμβεί κάτι τέτοιο θα είχαμε να πανηγυρίζουμε για

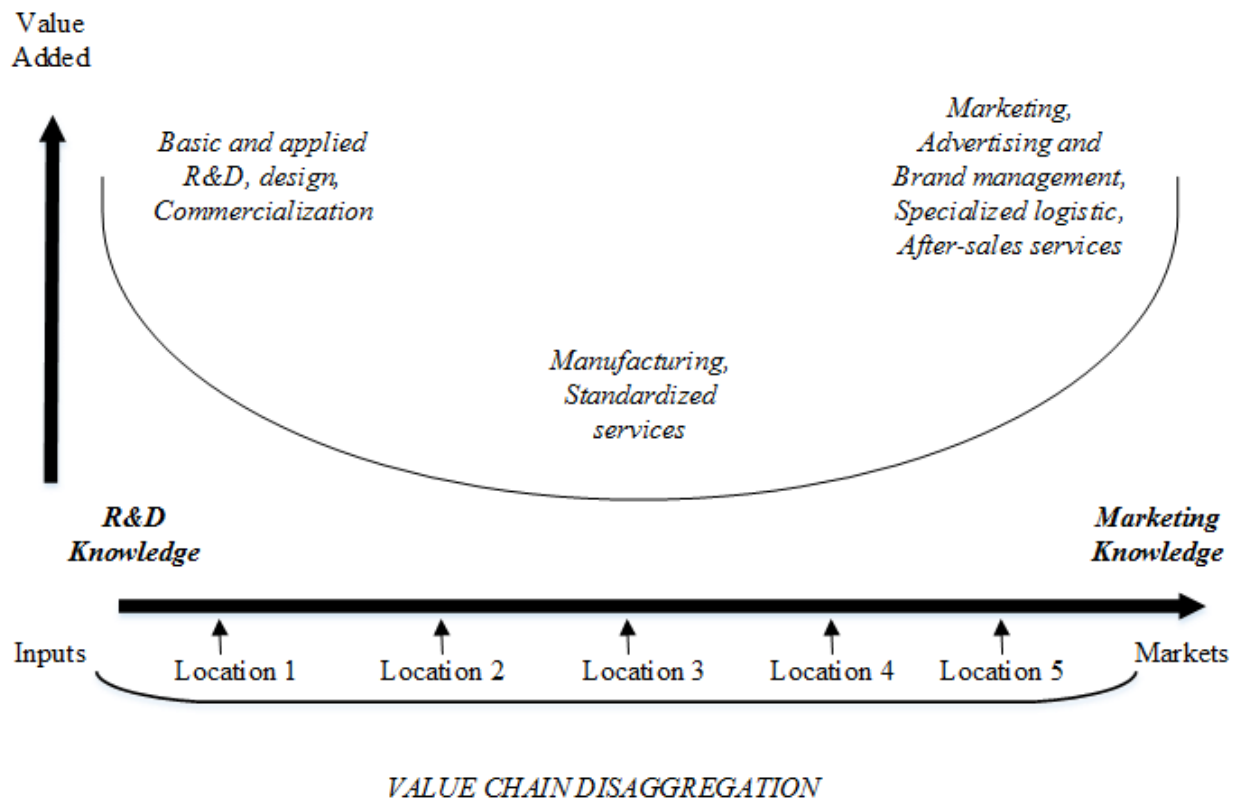
μια επιτυχία, πράγμα που κανείς πολιτικός δεν θα παρέλειπε να πράξει. Μόνη μέριμνα λοιπόν απέμεινε η λογιστική προσαρμογή των δημοσίων δαπανών στα προκαθορισμένα από τις συμβάσεις επίπεδα. Αυτό έγινε όχι με την εκλογίκευση των δαπανών αλλά με την περικοπή τους άσχετα με το πόσο οδυνηρό ή άδικο θα μπορούσε να θεωρηθεί αυτό.

Πρέπει σε αυτό το σημείο να θυμίσουμε ότι το σύστημα υγείας ακόμα και πριν τις μνημονιακές ρυθμίσεις θεωρούνταν ένα αμάγαλμα δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με το δημόσιο κομμάτι του να μαστίζεται από διάφορα προβλήματα η επίλυση των οποίων θα μπορούσε να έχει σοβαρές επιπτώσεις στον τομέα της δημοσιονομικής πειθαρχίας, όσο και στα οικονομικά των κοινωνιών. Αναφέρουμε χαρακτηριστικά τα προβλήματα που σχετίζονται με τη στελέχωση και τον εξοπλισμό των μονάδων υγείας, την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις άτυπες πληρωμές, την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας σε μια χώρα με τη γεωγραφία της Ελλάδας που δυσχεραίνει αυτό το έργο, την υπερκατανάλωση φαρμάκων και άλλα. Με το νέο νομοθετικό πλαίσιο τα προβλήματα αυτά δεν αντιμετωπίζονται απλά περιορίζονται. Για θέματα όπως η υπερκατανάλωση φαρμάκων απλά μπαίνει ένας πήχης (ένα οικονομικό μέγεθος) τον οποίο δεν είναι δυνατόν να ξεπεράσουν. Μπορεί κάλλιστα να συνεχιστεί απλά με φθηνότερα φάρμακα ή για μικρότερο αριθμό φυσικών προσώπων. Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε ότι κάποια από αυτά τα προβλήματα εντάθηκαν αντί να θεραπευτούν. Για παράδειγμα το πρόβλημα της στελέχωσης έγινε ακόμη πιο έντονο από την αποχώρηση λόγω συνταξιοδότησης του προσωπικού χωρίς να υπάρχουν νέες προσλήψεις.

Ήδη, λοιπόν, από τη φάση του σχεδιασμού ήταν φανερός ο ανορθολογισμός που συνόδευε τα μέτρα αυτά. Η μέριμνα για τις επιπτώσεις των μέτρων αυτών στο κοινωνικό σώμα ήταν ανύπαρκτη. Ακόμα και ο οικονομικός ορθολογισμός εκπαραθυρώθηκε καθώς δεν συζητήθηκε σε καμιά περίπτωση η σχέση κόστους – οφέλους των μέτρων για το γενικό πληθυσμό. Αν υποθέσουμε ότι τα μέτρα αυτά πάρθηκαν για τη διαχείριση ενός κοινωνικού αγαθού και δικαιώματος μπορούμε να καταφύγουμε σε ένα ιδεολογικό λόγο που θα εξυπηρετήσει κάθε λογής επιχειρηματολογία, γι' αυτό θ' ακολουθήσουμε μια άλλη ατραπό και θα υποθέσουμε ότι οι παροχές του κλάδου υγείας είναι άλλο ένα οικονομικό αγαθό ομοειδές με τα υπόλοιπα αγοραία προϊόντα. Με βάση αυτή τη λογική τα μέτρα που

εφαρμόστηκαν περιγράφουν ένα καθεστώς «μειωμένων αποδόσεων» , (<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/economics/point-of-diminishing-returns/>) δεδομένου πως είναι από μεμπτό έως απαράδεκτο σαν οικονομική πρακτική στο χώρο της ελεύθερης αγοράς. Πρακτικά για κάθε περαιτέρω εισροή, οι εκροές (turnout) γίνονται όλο και μικρότερες και μάλιστα όχι λόγω αμιγούς οικονομικής απόδοσης αλλά μέσω πολιτικών αποφάσεων και κρατικής εξουσιαστικής επιβολής. Η μορφή της κρατικής παρέμβασης επιβεβαιώνει ότι το μοντέλο της απορρύθμισης των κεϋνσιανών αρχών του κράτους πρόνοιας δεν αντιστοιχεί με την νεοφιλελεύθερη ιδεολογία *«το μεταφορντιστικό και μετακεϋνσιανό κράτος δεν είναι με κανένα τρόπο ένα ασθενές κράτος, αποκομμένο από την κοινωνία, που επιτρέπει στις «δυνάμεις της αγοράς» να δρουν ανεμπόδιστα' αντιθέτως είναι ένα ισχυρό κράτος αυτονομημένο από την πολλαπλότητα των κοινωνικών συμφερόντων, παρεμβατικών κατά πολλούς και διαφορετικούς τρόπους και καλά εξοπλισμένο...»* (Bonfeld W., 1987:43). Σε ό,τι αφορά τους κοινωνούς τα χρηστά συναλλακτικά ήθη που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν έχουν καμιά ισχύ.

Το μέγεθος της αποτυχίας των μέτρων γίνεται ακόμα μεγαλύτερο αν αναλογιστεί κανείς το ποιοι επεξεργάστηκαν και πρότειναν τα συγκεκριμένα μέτρα. Υποτίθεται ότι οι εν λόγω ειδήμονες εμπνεόμενοι από τη λογική της αγοράς θα ελάμβαναν και αντίστοιχης έμπνευσης μέτρα. Αυτός ο σχεδιασμός λείπει παντελώς. Αναφερόμαστε στον σχεδιασμό του προϋπολογισμού των δαπανών με βάση τη λογική της εφοδιαστικής αλυσίδας «supply chain» που θα μπορούσε να επαναπροσδιορίσει ριζικά το κόστος των υπηρεσιών και των αγαθών του χώρου της υγείας. Αυτή η ευρύτατα γνωστή πρακτική αξιοποιεί την κυρίαρχη θέση που έχουν διάφορα στάδια της παραγωγής και κυκλοφορίας των αγαθών στην οικονομία (smiling curve) Στα δυο άκρα της καμπύλης τοποθετούνται ο σχεδιασμός του προϊόντος και η διαφήμιση και ο κλάδος πωλήσεων (εννοείται εδώ το marketing, όχι η λιανική) του αγαθού.



Διάγραμμα 1: Καμπύλη αποδόσεων εφοδιαστικής αλυσίδας

Δεδομένου ότι και τα δυο αυτά κερδοφόρα πεδία ανήκουν ή μπορούν να ανήκουν εύκολα στη σφαίρα αρμοδιότητας του δημοσίου, το κόστος μπορεί να συμπιεστεί στα κατώτερα επίπεδα της καμπύλης ήδη από τη φάση του προϋπολογισμού. Αντίστοιχες οικονομικές πρακτικές εφαρμόζονται σε όλους τους κλάδους της οικονομικής δραστηριότητας και έχουν επιφέρει την μείωση του κόστους στην πλειονότητα των αγαθών. Μια αντίστοιχη λύση θα μπορούσε να έχει δοθεί και στη δραστηριότητα του χώρου της υγείας ή τουλάχιστον θα μπορούσε να έχει διερευνηθεί αφού μια τέτοια ριζική λύση θα εξασφάλιζε και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του υγειονομικού συστήματος.

Βέβαια, ένα μέτρο όπως οι περικοπές αν και έχει όλα τα αρνητικά χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν είναι εύκολο στην εφαρμογή του. Τέτοιου τύπου μέτρα μπορούν να επιβληθούν ακόμα και από προβληματικά λειτουργούσες κυβερνήσεις. Ο δημοσιονομικός

«κόφτης» μπορεί να επιβληθεί ακόμα και από ένα failed state, απλά δεν θα προβεί σε άλλες μεταβιβαστικές πληρωμές (οι εκκρεμότητες πληρωμών από τα ασφαλιστικά ταμεία μετά την δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ουσιαστικά «πάγωσαν» για πολλά χρόνια και πολλές από αυτές τις πληρωμές δεν υλοποιήθηκαν μέχρι σήμερα). Ο ισχυρισμός δεν θεωρείται άδικος γιατί οποιοδήποτε και να είναι το ύψος της δαπάνης αν δεν προσδιοριστούν τα κριτήρια με βάση τα οποία αυτή θεωρείται αναγκαία βρίσκεσαι σε πλήρη άγνοια για το τι σου παρέχει αυτή η μεταβιβαστική πληρωμή. Το αγαθό μπορεί να είναι ποιοτικά απαράδεκτο ακόμα κι αν το ύψος της δαπάνης είναι πολύ χαμηλότερο του «κόφτη». Αναφέρουμε εδώ διάφορα νομαρχιακά νοσοκομεία της επαρχίας τα οποία δεν ήταν επί της ουσίας σε θέση να παρέχουν ούτε στο ελάχιστο υπηρεσίες υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους. Όσο φθηνά λοιπόν και να κόστιζαν στο σύστημα υγείας, ήταν επί της ουσίας μια δαπάνη με ελάχιστο όφελος.

Πώς δικαιολογείται λοιπόν ότι αυτή η οριζόντια περικοπή δαπανών θεωρήθηκε η χρυσή τομή αποδεκτή από Ευρωπαίους και Έλληνες ταυτόχρονα, τη στιγμή που είχε τεράστιο πολιτικό κόστος, βραχυπρόθεσμο και μάλιστα ορατό εξ αρχής. Βέβαια η απόνομιμοποίηση των τότε κυβερνώντων δεν έγινε με κάποια θεωρητική ανάλυση για την σκοπιμότητα και την αποτελεσματικότητα των μέτρων αλλά βασίστηκε στη βιωματική εμπειρία δηλαδή εκ του αποτελέσματος των μέτρων. Γιατί λοιπόν εξέλειπε η φαντασία ή η μεταφορά γνωστών πρακτικών από άλλα οικονομικά πεδία; Ίσως γιατί έτσι η αγοραία διαδικασία έμεινε στο απυρόβλητο. Κάθε υπολογισμός της σχέσης κόστους – οφέλους από την κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κριτική αποτίμηση από τους υπόλοιπους κοινωνούς. Αν υπήρχε λοιπόν μια αποτίμηση της πραγματικής λογιστικής αξίας των ιατρικών πράξεων ή των υλικών θα προσδιοριζόταν και μια τάξη μεγέθους με βάση την οποία κάθε μεμονωμένος καταναλωτής και κάθε οργανισμός θα μπορούσε να κάνει και αυτός τις αποτιμήσεις του πράγμα που μέχρι στιγμής δεν έχει ακόμη συμβεί. Ο ανορθολογισμός που ενυπήρχε στο χώρο της υγείας κυρίως μέσα από την «αυθεντία» των επαγγελματιών του κλάδου επεκτείνεται από την ιατρική πράξη αυτή καθεαυτή και στα οικονομικά του κλάδου. Κάνοντας ένα παραλληλισμό, όσο αδύναμος είναι ο ασθενής στα χέρια του ειδήμονα ιατρού, τόσο αδύναμο εμφανίζεται και το κράτος μπροστά στην οικονομική λειτουργία του κλάδου υγε

Κεφάλαιο 4

Κριτική Ιδεολογικών Οικονομικών Αφηγημάτων

Αναλύοντας τις δαπάνες υγείας από αυστηρά οικονομική σκοπιά πρέπει να διευκρινίσουμε τα προβλήματα που προκύπτουν από τα «προπαρτορικά αμαρτήματα» της ίδιας της οικονομικής σκέψης. Ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει σε δύο αξιώματα:

- στην άποψη ότι τα οικονομικά υποκείμενα (επιχειρήσεις, άτομα, νοικοκυριά κλπ) ενεργούν ορθολογικά και
- στην άποψη ότι οι ανθρώπινες ανάγκες είναι ακόρεστες εν γένει.

(Δάρα Χρ. Πολιτικές συγκράτησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. ΑΠΚΥ ΠΥΣ 614 εργασία 2)

4.1 Ορθολογικότητα

Το πρώτο αξίωμα έρχεται σε καταφανή αντίθεση με την καταγεγραμμένη δράση και τις επιλογές ατόμων και συλλογικών υποκειμένων (κοινωνίες, κράτη, σωματεία κλπ) που σε πολλές περιπτώσεις οδήγησαν σε καταστροφικά αποτελέσματα. Αγνοεί ακόμα ότι πολλές οικονομικές πράξεις είναι αποτέλεσμα εξωοικονομικού καταναγκασμού (φόροι, δασμοί, εισφορές) ή αμιγούς οικονομικού καταναγκασμού που πολλές φορές προσιδιάζει μια πραγματική “δαρβινική εκκαθάριση”. Για παράδειγμα, σε μια οικονομία που δεν προωθεί την πλήρη απασχόληση ο μισθωτός οφείλει να παρέχει την εργατική του δύναμη σε ικανοποιητική ποσότητα, για τα κριτήρια της επιχείρησης που τον απασχολεί αλλιώς θα υποστεί «απειλή εξαφάνισης» σαν οικονομικό υποκείμενο. Αντίστοιχα και μια επιχείρηση οφείλει να πετύχει ικανοποιητική κερδοφορία αλλιώς αντιμετωπίζει παρόμοια ποινή. Με μια άλλη διατύπωση θα λέγαμε ότι τα υποκείμενα μπορούν να γίνουν απλοί «συντελεστές»

ακόμα και ενδιάμεσα προϊόντα σε μια οικονομική διαδικασία χωρίς να έχουν αυτοτέλεια και ορθολογικότητα.

(Δάρα Χρ. Πολιτικές συγκράτησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. ΑΠΚΥ ΠΥΣ 614 εργασία 2)

4.2 Ακόρεστες Ανάγκες

Το δεύτερο αξίωμα που μπορεί να συνοψιστεί στο «διαρκώς περισσότερα» ισχύει μόνο για τις συμβολικές ανάγκες που αναφέρονται σε επιδεικτική κατανάλωση. Οι πραγματικές ανάγκες καλύπτονται με ένα πεπερασμένο αριθμό πόρων, έστω και αν αυτός θεωρηθεί υψηλός. Ακόμα και ο πιο λαίμαργος άνθρωπος δεν μπορεί να καταβροχθήσει πάνω από μια (έστω μεγάλη) ποσότητα τροφής ανά ημέρα. Η μόνη βουλιμία που δεν μπορεί να κορεστεί είναι αυτή για «καινούργια συμβολικά αντικείμενα» η κοστολόγηση των οποίων καταστρατηγεί κάθε σχέση κόστους και πραγματικής ωφέλειας. Αν δανειστούμε τα λόγια του Α. Νικολάι (1991) θα λέγαμε ότι « η συνολική παθολογία που κινητροδοτεί τους συντελεστές του συστήματος πηγάζει από μια μονομανή διαστροφικότητα της παιδιάς» όπου παιδιά σημαίνει «παιχνίδι...δραστηριότητα ανώφελη, φανταστική, περιορισμένη στο χώρο και το χρόνο». Δυστυχώς, με κυνικό τρόπο οφείλουμε να παραδεχτούμε ότι για την αγορά δεν υπάρχει κανένας φραγμός στην προσπάθεια οικειοποίησης του πλεονάσματος που παράγει κάθε κοινωνία. (Δάρα Χρ. Πολιτικές συγκράτησης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. ΑΠΚΥ ΠΥΣ 614 εργασία 2)

Αναδιατυπώνοντας το αξίωμα θα ήταν ακριβέστερο να λέγαμε ότι ακόρεστες είναι οι ανάγκες της αγοράς για πελάτες που θα καταναλώνουν διαρκώς πρακτικά άχρηστα, πολλές φορές ακόμα και εικονικά (Rifkin J. 2001:213-214) υπερτιμολογημένα προϊόντα και υπηρεσίες, όσο κι αν είναι το πλεόνασμα, ακόμα και αν σε αυτό προστεθούν άμεσα προεξοφλήσεις μελλοντικών εισοδημάτων (π.χ δανεισμός, μόχλευση κλπ).

Η στοχοποίηση των φυσικών προσώπων εκ μέρους της οικονομικής θεωρίας αποτελεί βασικό άξονα ανάλυσης για την επικρατούσα οικονομική επιστήμη. Και ακριβώς λόγω αυτής της επικριταίας συμπεριφοράς φτάνουμε σ' ένα σημείο ισορροπίας (« το αόρατο

χέρι » του Άνταμ Σμιθ). Όμως εδώ δεν έχουμε να κάνουμε με ένα ουδέτερο σημείο. Αντίθετα, με βάση τα μαθηματικά, οδηγεί σε επαγωγές, είναι ένα αρχιμήδειο σημείο με βάση το οποίο κατασκευάζονται όλες «...οι συναρτήσεις αλήθειας ενός δοσμένου συνόλου προτάσεων...», (Wittgenstein L. 1978:31) με άλλα λόγια δείχνει προς κάπου και εν προκειμένου δείχνει τον «ένοχο» ή καλύτερα τον «αποδιοπομπαίο τράγο» προκειμένου να μείνει ο πραγματικός ένοχος στο απυρόβλητο.

Κεφάλαιο 5

Μια Απόπειρα Ανάλυσης του Ρόλου του Κοινωνικού Κράτους στην Υγεία

5.1 Μια πολιτική εκ διεστώτων

Η πολιτική υγείας οφείλει υποχρεωτικά να εξετάζεται σε συνάρτηση με την ευρύτερη εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική ως υποσύνολό της και ταυτόχρονα εμβληματική εφαρμογή της.

Ως υποσύνολο υπάγεται στους περιορισμούς που επιβάλλουν οι εκάστοτε διαθέσιμοι πόροι για αναδιανεμητική πολιτική (στις στοχεύσεις των δρώντων για μεγιστοποίηση του κέρδους τους και στη διαρκή τάση της εξουσίας να μεγιστοποιεί τα πεδία διαμεσολάβησης της) ενώ ως εμβληματική εφαρμογή οφείλει να επιδεικνύει συμβατότητα με την κυρίαρχη αφήγηση (ή ιδεολογία για τους μαρξιστές) ενώ παράλληλα οφείλει να δρα και σαν νομιμοποιητικός μηχανισμός της εξουσίας στα μάτια των κοινωνιών.

Ωστόσο αντί να εξεταστεί ως ακριβώς ενιαίο σύνολο προϋποθέσεων ή απαιτήσεων (ή έστω προθετικότητας) η εκάστοτε ανάλυση ή πολιτική επιχειρηματολογία επικεντρώνει σε ένα μόνο από τα ανωτέρω στοιχεία, κατακερματίζοντας το υπό εξέταση θέμα, υποβαθμίζοντας σε βαθμό ακυρότητας την αντιληπτική και αναλυτική της ικανότητα. Έτσι, ακόμη και αν θεωρήσουμε δεδομένο το «τεκμήριο της αθωότητας» και δεν επιδικάσουμε στους φορείς του δημοσίου ή του επιστημονικού λόγου την ανάλογη σκοπιμότητα, παραμένει προφανής ένας κατακερματισμός των λόγων περί υγείας, βάσει του οποίου μπορεί να υιοθετηθεί ένα οποιοδήποτε νέο υπόδειγμα αναδιανομής,

ή ένα νέο αφήγημα περί νομιμοποιητικής λειτουργίας, κυρίως σε ό,τι αφορά τη λειτουργία του κράτους, ενός μηχανισμού που θεωρείται εκ των προτέρων ως αγαθοποιός. Η απουσία ανάλυσης για την ίδια τη δομή και την προθετικότητα των κρατικών μηχανισμών σημαίνει ότι εκ παραδρομής, το υπό εξέταση υλικό αντιμετωπίζεται ανορθολογικά.

Αν ακολουθήσουμε το κλασσικό φιλοσοφικό μοντέλο σκέψης στην ακολουθία

- *causa materialis*
- *causa formalis*
- *causa finalis*
- *causa efficiens*

(Χάιντεγκερ Μ. 2011:164-165)

θα προκύψουν τα ακόλουθα:

για το πρώτο, δηλαδή το υλικό αίτιο, σύμφωνα με το κλασσικό διαφωτιστικό υπόδειγμα που ξεκινά από τους Lock και Hobbes ανακαλύπτουμε ότι το υλικό που συγκροτεί ένα κράτος είναι η κατασχεμένη ή διαπιστευμένη ελευθερία των πολιτών του την οποία και δεν πρόκειται ποτέ να τους αποδώσει πίσω. Η υλική υπόσταση του κράτους λοιπόν περιλαμβάνει ακριβώς όσες ελευθερίες αρνείται στους κοινωνούς ή τις χειραγωγεί ώστε να είναι κατ' όνομα μόνο ελευθερίες.

Για την *causa formalis* έχουμε τις ίδιες περίπου παρατηρήσεις. Το κοινωνικό μόρφωμα – άσχετα με το αν δίδεται η εικόνα μιας συν-ομάδωσης των ομοίων ή των ίσων- δεν υπάρχει σαν άθροισμα ή σύνολο των κοινωνιών και των σχέσεών τους. Αντίθετα σε αυτό το σύνολο προστίθεται ένα άλλο σύνολο που αποτελείται από νομικές προσωπικότητες. Η σχέση μεταξύ των δύο (φυσικών και νομικών προσώπων) έχει τη μορφή «λεοντείου εταιρείας».

Η *causa finalis* και πάλι μπορεί να εξεταστεί σαν προσπάθεια της κρατικής αρχής να επιβληθεί σε ένα όλο και διογκούμενο πλέγμα σχέσεων, ως διαμεσολαβητής που ταυτόχρονα διεκδικεί όλο και περισσότερα πεδία δραστηριοτήτων στα οποία να ασκήσει ακριβώς αυτό το διαμεσολαβητικό ρόλο. Όπως γίνεται φανερό ο τελεολογικός σκοπός

ακόμα και με τη μορφή του κλασσικού φιλοσοφικού υποδείγματος δεν μπορεί να αποφύγει μια μομφή προς το κράτος έναντι της πάντα υπαρκτής απειλής του ολοκληρωτισμού που δεν εξαντλείται στη στενή έννοια της βιοπολιτικής.

Causa efficiens ή το «ποιος κινεί τα νήματα» κατά τον Χάιντεγκερ Μ.(2011). Φυσικά οι κατέχοντες την πραγματική εξουσία. Με τον όρο πραγματική αναφερόμαστε σε μια εξουσία συνεχόμενη, παγιωμένη, ποδηγετούσα και ενσωματώνουσα. Είναι εμφανές ότι έχοντας τους ανωτέρω συλλογισμούς ως βάση η έννοια του κράτους και της δράσης του απέχει πάρα πολύ και από την αγαθοποιό δράση όσο και από την θεώρησή του ως μιας αδρανούς οντότητας (βλέπε θεωρίες τύπου «black box»)

Τα παραπάνω είναι τα πρώτα εισαγωγικά σχόλια που κρίνονται αναγκαία προκειμένου να ακολουθήσει μια πολυεπίπεδη ανάλυση

5.2 Homo economicus vs ορθολογικού υποκειμένου

Εκκινώντας από τις παραδοχές της οικονομικής επιστήμης οφείλουμε να αναλύσουμε την προφανή διάσταση μεταξύ πραγματικότητας και μεθοδολογικών αξιωμάτων, όσο και την ανάδραση των δευτέρων στα πρώτα, μια ελευθερία ανάδρασης ανάλογη της δυνατότητας ανάδρασης του εποικοδομήματος κατά τους στρουκτουραλιστές.(Αλτουσερ Λ. 1994:75-82) Είναι βέβαιο προφανές ότι η αδηφάγος συμπεριφορά του homo economicus δεν μπορεί να βρει εφαρμογή στο χώρο της υγείας και αυτό γιατί αν και υπάρχει το τεκμήριο της ωφέλειας ως ενδεχομενικότητα απουσιάζει το τεκμήριο της απόλαυσης. Κανένας σώφρων άνθρωπος δεν επιδιώκει να κάνει περισσότερα των αναγκαίων χειρουργικών επεμβάσεων για παράδειγμα, με εξαίρεση της την κοσμητική ιατρική - την οποία δεν μπορούμε να συμπεριλάβουμε σε οποιαδήποτε μορφή αμιγούς κοινωνικής πολιτικής - η οποιαδήποτε προσφυγή του υποκειμένου σε θεραπευτικές πρακτικές συνεπάγεται απώλειες: χρόνου, ελευθερίας δράσης, απόλαυσης, εισοδήματος κλπ. Εξάλλου μια κατανάλωση υπηρεσιών ή προϊόντων καθ' υπερβολών ακυρώνει και την οποιαδήποτε ωφέλεια. Για παράδειγμα η υπερκατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Ωστόσο, ο homo economicus ως βάση των αναλύσεων εξυπηρετεί τα μέγιστα στη συσκότιση της ανάλυσης των δαπανών με βάση την πραγματική ροή των κεφαλαίων. Οι υπαίτιοι της διόγκωσης μένουν στο απυρόβλητο.

5.3 Ανθρώπινο υποκείμενο vs νομικής οντότητας

Η συνήθης σχέση που περιγράφεται από τις πολιτικές θεωρίες όσο και από τους εκάστοτε ειδήμονες του κλάδου είναι αυτή μεταξύ πολιτικής και πολίτη. Οι μόνες ορατές προσωπικότητες είναι οι φυσικές προσωπικότητες ή οι συνομαδώσεις τους. Σαν μια τέτοια ακριβώς συνομάδωση περιγράφεται και το ίδιο το κράτος - άρα και οι συναφείς υπηρεσίες - θεσμοί του χώρου της υγείας. Οι προκύπτουσες αναλύσεις φυσικά αποτυγχάνουν να αποδώσουν την πραγματικότητα, καθώς όπως θα αποφαίνονταν οι κήνσορες της αναλυτικής φιλοσοφίας οι αναλύσεις αυτές έχουν σαν βάση τους ένα λανθασμένο πεδίο ορισμού για τις συναρτήσεις τους, με αποτέλεσμα το οποιοδήποτε άθροισμα η γινόμενο αληθών προτάσεων να μην αντιστοιχεί στο υπό εξέταση πεδίο. (Wittgenstein L. 1978:29-31) Υπάρχει πράγματι προφανής δομική ασυμπτότητα μεταξύ πραγματικότητας και πορισμάτων. Το ότι αυτό είναι από επιθυμητό έως επιδιωκόμενο είναι πρόβλημα άλλης τάξης. Προφανώς η επιδίωξή μας είναι να προσδιοριστεί σωστά το πεδίο ορισμού πάνω στο οποίο θα δομηθούν οι οποιεσδήποτε υποθέσεις εργασίας.

Συγκεκριμένα, το σύγχρονο κράτος - παρά τις εξαγγελίες του- δεν είναι πρωταρχικά μια πραγμάτωση μιας κοινωνίας τροφού των πολιτών της. Οι προνομιακές μορφές των οποίων το κράτος αποτελεί και μήτρα και τροφό και εγγυητή είναι οι νομικές και όχι οι φυσικές προσωπικότητες. Οι πρώτες σε αντίθεση με τις δεύτερες, καθώς στερούνται φυσικής ύπαρξης, αδυνατούν να λειτουργήσουν εκτός ενός πλαισίου ισχύος που να λειτουργεί διασφαλίζοντάς τις. Επίσης απολαμβάνουν σκανδαλώδη προνόμια, με κυριότερο το θεσμοθετημένο περιορισμό των ευθυνών τους, άρα και της λογοδοσίας τους σε περίπτωση που αυτή γίνει απαιτητή. Αυτό είναι και το κριτήριο που χρησιμοποιεί ο Bodin J. (Schmitt C. 2016:21) για να καθορίσει ποιος είναι κυρίαρχος και ποιος κυριαρχούμενος.

Η θεμελιακή αυτή διαφορά, που αφορά τον τρόπο προσδιορισμού για τα όρια ελευθερίας που απολαμβάνουν τα φυσικά και τα νομικά πρόσωπα τελεί υπό συγκάλυψη, με περιστασιακή και μόνο καταγγελία ή κριτική των πιο καταφανών περιπτώσεων, που παρόλα αυτά κατατάσσονται στις “εξαιρέσεις” μιας κατά τα άλλα φυσιολογικής δράσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι κορυφαίοι διανοητές όπως ο Rawls John (2017) παραλείπουν αυτό το οφθαλμοφανές γεγονός. Όμως η ίδια η σύλληψη της νομικής μορφής είναι εξαιρετική σε ό,τι αφορά την εκφυγή της από την λογοδοσία.

Η ίδια η έννοια της ελευθερίας προϋποθέτει την υπευθυνότητα – αν μη τι άλλο για να πληρείται η ορθολογική απαίτηση της συνεπειοκρατίας. Αυτή τουλάχιστον η ερμηνεία ισχύει για τους κοινωνούς. Το ελεύθερο υποκείμενο υφίσταται μόνο ως υπεύθυνο υποκείμενο, σε οποιαδήποτε αντίθετη περίπτωση θα τεθεί υποχρεωτικά είτε υπό κηδεμονία είτε υπό επιτήρηση (αυτή η τελευταία αφορά και τις τιμωρητικές πρακτικές).

Στον αντίποδα οι νομικές προσωπικότητες συγκροτούνται προνομιακά στο πεδίο της άρνησης κάθε υπευθυνότητας. Στην επικράτεια της αγοραίας οικονομίας για παράδειγμα οι νομικές προσωπικότητες είναι η επιτομή της «βουλιμικής» συμπεριφοράς του homo economicus, ακόμα και στα πεδία που αυτή η συμπεριφορά θα ήταν προφανώς παράλογη όπως εν προκειμένω πολλές δραστηριότητες του κλάδου της δημόσιας υγείας, που υποτίθεται ότι εκκινούν από τη φυσική και πηγαία αλληλεγγύη προς τον συνάνθρωπο και επομένως η αφετηρία τους όσο και οι συνακόλουθες εκδηλώσεις τους τοποθετούνται ακριβώς στον αντίποδα της προαναφερθείσης οικονομικής συμπεριφοράς. Η αντιστοίχιση της νομικής προσωπικότητας στο εμπράγματο επιτρέπει στην προσωπικότητα ή τις προσωπικότητες αυτές κάθε δράση που απεμπολεί τα δικαιώματα όλων των υπολοίπων, ακόμη και όταν αυτά προβλέπονται σε δεσμευτικές διμερείς συμφωνίες. Το εμπράγματο άλλωστε δεν έχει καμία ηθική. (Τσουκαλάς Κ. 1991:63-64)

Τα ίδια ακριβώς ισχύουν και περί των θεσμικών μορφών που υποτίθεται ότι θεραπεύουν τις αστοχίες της ελεύθερης αγοραίας οικονομίας. Και οι θεσμοί από την πλευρά τους

μπορούν μονομερώς να αθετήσουν ή να αναθεωρήσουν τις οποιεσδήποτε συμφωνίες έχουν συνάψει, παραιτούμενοι από κάθε έννοια υπευθυνότητας και στοιχειώδους συνέπειας. Ως προς το τελευταίο είναι χαρακτηριστική η μνημειώδης ευκολία των ελληνικών θεσμικών μορφωμάτων να αθετούν τις οποιεσδήποτε διμερείς συμφωνίες, αναθεωρώντας μονομερώς οποιοδήποτε δικαίωμα οικονομικής φύσης απολάμβαναν οι πολίτες του ελληνικού κράτους, ενώ ταυτόχρονα και πάλι μονομερώς επέβαλε πληρωμές υπέρ τρίτων (όπως για παράδειγμα η εισφορά αλληλεγγύης στην Ελλάδα). Συγκριτικά παλαιότερες μορφές ηγεμονικών μηχανισμών για παράδειγμα οι φεουδάρχες του Μεσαίωνα ήταν μάλλον ενάρετοι, ολιγαρκείς και υπεύθυνοι αντισυμβαλλόμενοι. Μάλιστα, στις περιπτώσεις που επεδείκνυαν ανάλογη ανεύθυνη συμπεριφορά ανέλαμβαναν το ρίσκο να βρεθούν αντιμέτωποι με κάποια «Jacquerie» (εξέγερση χωρικών κατά των ευγενών στην Γαλλία το 1358) ρισκάροντας τη βιολογική εκκαθάριση του οίκου τους. Αντίθετα οι θεσμοί δεν ρισκάρουν τίποτε, εκτός ίσως από την προσωρινή παύση ή διαπόμπευση κάποιου φυσικού προσώπου που θα λειτουργήσει προσωρινά ως «αποδιοπομπαίος τράγος», για να σκηνοθετηθεί μια υποτιθέμενη κάθαρση.

Έτσι σχεδόν αντιστρέφεται το μοντέλο του «black box». Αντί οι μεγάλες οργανώσεις να δέχονται ως εισροές (inputs) τα αιτήματα των οικονομικών ή πολιτικών υποκειμένων παράγοντας στη συνέχεια τα ποθητά αποτελέσματα με την μορφή εκροών (outputs), είναι η ίδια η κοινωνία αυτή που πρέπει να συμμορφωθεί – αδιάφορο το ακουσίως ή εκουσίως - στα αιτήματα των ηγεμονικών οργανώσεων και να τροφοδοτήσει αυτές τις οργανώσεις (Agamben G. 2016:44-63) με βάση ένα μοντέλο που πραγματώνει μια απολυταρχία Χομπσιανής έμπνευσης και όχι το μοντέλο μιας φιλελεύθερης και ανταγωνιστικής αγοραίας οικονομίας.

5.4 Οι πολλαπλασιαστές της εντροπίας

Το ζήτημα της ίδιας της δυνατότητας της ανάδρασης σχετίζεται και με τις προδιαγραφές των ίδιων των φορέων. Η ίδια η λειτουργία τους, θέτει ως μεθοδολογική προϋπόθεση την απρόσωπη σχέση με τους κοινωνούς όσο και την όποια ανάληψη δράσης μετά από προσφυγή της γραφειοκρατίας σε ανάλυση διακριτών και εύρυθμων στατιστικών κατηγοριών. Αυτό έχει ως συνέπεια την αδυναμία ή την πρακτική απροθυμία επέμβασης όσο τα προβλήματα είναι ακόμη μικρά άρα μη αποτυπώσιμα από τις υπάρχουσες στατιστικές κατηγορίες. Η ίδια λοιπόν η λειτουργία των θεσμών θέτει ως προϋπόθεση τη διάχυση της εντροπίας. Τότε μόνο δικαιολογείται η επέμβαση των θεσμών. Ένα εύστοχο παράδειγμα δίδεται από τον Κ. Τσουκαλά (1991) στο έργο του *«Είδωλα πολιτισμού»*: *«...ο δυστυχής μεμονωμένος κοινωνός του οποίου το σπίτι καταρρέει, αν και αποτελεί πρωταρχικό υπόδειγμα ατόμου για το οποίο οφείλουν να υπάρχουν εκδηλώσεις κοινωνικής αλληλεγγύης, είναι απίθανο να λάβει την οποιαδήποτε αρωγή...»*. Πολύ απλά αν δεν διαμορφωθεί μια κατάταξη ανάλογη του επιχειρηματικού πελατολογίου καμία κρατική οργάνωση δεν θα αναλάβει την παραμικρή δράση.

Ακόμη και αν κάτι τέτοιο είναι λογικό σαν συνέπεια της γραφειοκρατικής δομής των μεγάλων οργανώσεων, υπάρχει και ένας ακόμα ιδιαίτερα επικίνδυνος παράγοντας που επιτείνει την εξάπλωση της εντροπίας. Αυτός δεν είναι άλλος από την Ισχύ. Αν εκφράσουμε την πολιτική ισχύ που απολαμβάνουν οι ανωτέρω οργανώσεις με την μορφή μιας προνομιούχου θέσης σε ένα κορπορατιστικό μοντέλο τότε είναι δυνατό να καταρρεύσει ή να παρεμποδιστεί η ίδια η δυνατότητα ορθολογικής επεξεργασίας. *«...η φαινομενική συμμετρία μεταξύ κεφαλαίου και εργασίας ως "κοινωνικών εταίρων" στο πλαίσιο θεσμοποιημένης τριμερούς συνεργασίας με το Κράτος συγκαλύπτει αποτελεσματικότερα τις άνισες ταξικές επιπτώσεις του συστήματος...»* (Μαυρογορδάτος Γ. 1988:23) Αν παραθέσουμε για παράδειγμα τις απόψεις του Π. Κονδύλη (2012) στο έργο του *«Ισχύς και απόφαση»* θα βρούμε ρητές αναφορές για το ότι κάθε απόφαση του υποκειμένου – φορέα της ισχύος έχει ως στόχους τόσο την επαύξηση και εμπέδωση της ισχύος του, όσο και τη συμβατότητα των λόγων του με μια κοσμοεικόνα που προβάλλει και νομιμοποιεί αυτές ακριβώς τις απαιτήσεις. Αν λοιπόν οποιαδήποτε κρατική θεσμική οργάνωση ή κάποιο υποσύνολό της αποτύχει, έστω και μερικά, είτε να διαγνώσει, είτε να θεραπεύσει είτε να ενσωματώσει ένα πρόβλημα στο υπόδειγμα του πλέγματος των

εξουσιαστικών διαμεσολαβητικών πρακτικών της, τότε προφανώς το πρόβλημα γι' αυτήν να είναι ανύπαρκτο, ασήμαντο (αδιάφορο το ποσοτικά ή ποιοτικά), φαντασική εικόνα – ουτοπική επιδίωξη ή ακόμη και προβοκάτσια. (Στάνκλερ Ντ. –Μπάσου Σ. 2014:160-166)

Το Χαϊντεγκεριανό “*Her- vor- bringen*” ήτοι ο τρόπος να έρχεται κάτι σε προφάνεια είναι πιθανό να εκδηλώνεται τόσο από την εκκάλυψη όσο και από τη συγκάλυψη (Χάιντεγκερ Μ., 2011:171-172).

Το “*Vorstellen*” («...λέμε αλήθεια και την κατανοούμε συνήθως ως ορθότητα του παραστασιακού σκέπτεσθαι...») ως παραστασιακό σκέπτεσθαι είναι απόλυτα δυνατό να αντιδιαστέλλεται πλήρως την αλήθεια.

Συμπερασματικά οι παραγόμενες αποφάνσεις, όσο και οι σημασιογόνες συμπαραδηλώσεις του δεν μπορούν, εν προκειμένω να θεωρηθούν ως απλά ιδεολογήματα με τα πάγια χαρακτηριστικά τους (απλουστευτικά, απολογητικά, αντιεπιστημονικά, κλπ). Γιατί οι ανάλογες αποφάνσεις ανήκουν στο πεδίο των οργανωτικών λόγων τους κράτους, άρα είναι εφαλτήριο και μήτρα για τους προκύπτοντες κελευστικούς λόγους της εξουσίας. Κοντολογίς οι αποφάνσεις αυτές συγκροτούν ένα σχεδόν αδιάβροχο- άρα και απρόσβλητο από τους υπόλοιπους κοινωνούς – πυρήνα αλήθειας, ενδεικτικό ίδιας προθετικότητας προς ίδιον όφελος και μπορούν να εξεταστούν μόνο με την αντιστοίχιση τους με εφαρμοσμένες ή προτεινόμενες πολιτικές.

Οι οργανισμοί που επιφορτίζονται με την διασφάλιση της δημόσιας υγείας μπορούν απλά να «εξαφανίσουν» ένα πρόβλημα αντί να επιχειρήσουν να το επιλύσουν ή να προσποιηθούν ότι ανταποκρίνονται σε όποιο βαθμό επάρκειας τους επιτρέπουν τα μέσα που διαθέτουν. Κάτι τέτοιο άλλωστε έγινε και στην περίπτωση των καρκινοπαθών και στην περίπτωση των μαζικά ανασφάλιστων ελλήνων πολιτών την περίοδο της κρίσης. Το ότι η προαναφερθείσα πρακτική είναι ένας προφανής πολλαπλασιαστής της εντροπίας, εκφρασμένος ως “ρεαλιστική πολιτική” μπορεί κάλλιστα να αντιστοιχηθεί με το πρόταγμα της απορρύθμισης όλων των οικονομικών πεδίων δραστηριότητας. Η συμπληρωματικότητα της λειτουργίας κρατικών και οικονομικών μορφωμάτων είναι

άλλωστε αναγκαία προϋπόθεση για την αναπαραγωγή των σχέσεων και των δυνάμεων παραγωγής στο σύγχρονο καπιταλιστικό υπόδειγμα οικονομίας είτε επιλέγεται η ρύθμιση είτε η απορρύθμιση ενώ είναι επίσης αδιάφορο και το μοντέλο συσσώρευσης εκτατικό ή εντατικό, αν και η Ελλάδα ανήκει στο τελευταίο.

Οι μόνες περιπτώσεις που οι δράσεις δεν συμπορεύονται είναι οι περιπτώσεις κατά τις οποίες απειλείται με κατάρρευση το όλο οικοδόμημα. Τότε μπορεί να εμφανιστεί για παράδειγμα μια Κεϋνσιανής έμπνευσης οικονομική δράση ή μια προσφυγή σε κοινωνικές πολιτικές που διατηρούν ένα ελάχιστο επίχρισμα δημόσιου και αλληλέγγυου χαρακτήρα. Ωστόσο και αυτές οι τελευταίες τείνουν να γίνουν επιλεκτικότες όσο και σπάνιες, πάντα εφαρμοσμένες ως κατεπείγον, προσωρινό ή ανακόλουθο πολιτικό μέτρο το οποίο στερείται της ανάλογης «ορθολογικότητας».

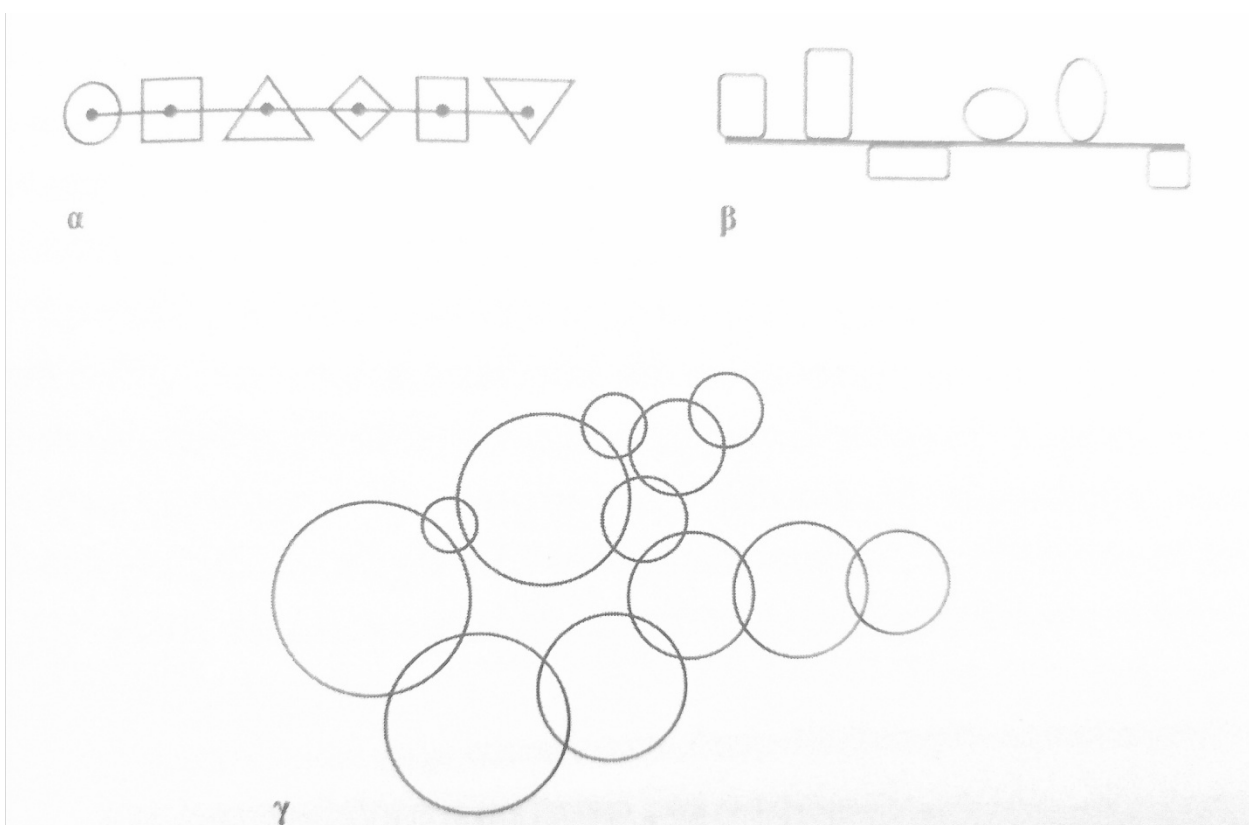
5.5 Ο Μετανεωτερικός μετεωρισμός της Μεθοδολογίας. Το τέλος του “λόγου” ως ορθολογικότητας

Αν και απομένουν μόνο τα φαντάσματα των λόγων που σέβονται την συνεπειοκρατία και την αιτιοκρατία (λόγων αναλυτικών, αποφαιτικών, συμπερασματικών, τελολογικών, ακόμα και ιδεολογικών ή σωτηριολογικών) δεν υπολείπμαστε καθόλου από λόγους περί της διαχείρισης της κατάστασης. Αντίθετα οι λόγοι που θα χαρακτήριζε κανείς αμιγώς οργανωτικούς και απροκάλυπτα κελευστικούς δείχνουν να πολλαπλασιάζονται. Οι νεόκοπες «επιστημονικές» θεωρήσεις αποφεύγουν επιμελώς την ενασχόληση με την ιστορικότητα που διέπει τα γεγονότα. Αντίθετα υιοθετούν μια απόλυτα φορμαλιστική αν-ιστορικότητα ακολουθώντας την προκλητική και άκριτη προσκόλληση σε ένα ισομορφισμό με ανάλογες μαθηματικές θεωρίες.

Η θεωρία καταστροφών (πηγή από το διαδίκτυο <http://www.kostasbeys.gr/articles.php?s=3&mid=1096&mnu=1&id=23189>) για παράδειγμα αναβαθμίζεται – πάντα μέσω του ισομορφισμού- σε μεθοδολογική σχολή για την ανάλυση της πολιτικής (όπως στην περίπτωση της θεωρίας του ιστορικού

θεσμισμού(Λαδή Στ. – Νταλάκου Β. 2010:66-68) . Αυτο-τοποθετούμενοι με ακρίβεια στον αντίποδα του έλλογου όντος αρνείται την οποιαδήποτε ανάλυση που βασίζεται στην έλλογη δράση ή στις έλλογες ιστορικές πραγματώσεις. Αντίθετα, καταδεικνύει ως κύριο χαρακτηριστικό ανάλυσης την αιφνίδια αλλαγή κατάστασης, την «καταστροφή» των μαθηματικών, για να τη διαχειριστεί (εννοείται εκ των υστέρων) και για να δικαιολογήσει τους ίδιους τους διαχειριστές της «καταστροφής» συσκοτίζοντας παράλληλα το γεγονός ότι οι ίδιοι αυτοί οι διαχειριστές ως δρώντες έχουν την ευθύνη και για την έλευση της «καταστροφής», μιας καταστροφής που δεν είναι μαθηματική και άρα δεν έχει μεθοδολογικά εισαγωγικά (η μαθηματική καταστροφή είναι η ριζική μετάπτωση που δεν μπορεί καν να υπολογιστεί, σε αντίθεση με τις εξεταζόμενες συνθήκες πολύ συγκεκριμένων ιστορικών μεταβολών και επιλογών).

Βέβαια είναι εύκολος ο αντίλογος. Όλες λίγο πολύ οι πολιτικές θεωρίες είναι έμπλεες ισομορφικών ή ισοτοπικών σχημάτων.(Λαγόπουλος Αλ., Boklund – Λαγοπούλου Κ. 2016:149)



Εικόνα 1. (Λαγόπουλος Αλ., Boklund – Λαγοπούλου Κ. 2016:149)

Η θεωρία της προόδου για παράδειγμα στην εικόνα 1 έχει τη μορφή γραμμικής ιστοτοπίας (σχήμα α) ενώ η συμπληρωματικότητα των πολιτικών δράσεων που παρουσιάσαμε ήδη σε προηγούμενο κεφάλαιο μπορεί να αποδοθεί από ένα συνδυασμό των σχημάτων α και γ, όπου το α αντιπροσωπεύει την ιστορικότητα (αλλαγές πολιτικής εξουσίας) και το γ τα αφηγήματα των εκάστοτε διεκδικητών της εξουσίας. Γιατί λοιπόν αντιδρούμε στο σχήμα β που θα μπορούσε ενδεχομένως να είναι μια αναπαράσταση ενός ασυνεχούς αφηγήματος; Προφανώς γιατί το σύμφυρμα (έτσι ονομάζεται το ανάλογο σχήμα) αυτό από διαφορετικές ιστορικές δράσεις πέρα από την ιστορική ασυνέχεια εγκαινιάζει ένα παράγοντα συνάρθρωσης του υλικού του (κρίση- καταστροφή) που παραπέμπει σε έκτακτη κατάσταση την κατάσταση δηλαδή που αναδεικνύει την τελική εκπόρευση της κυριαρχίας όπως αυτή απαντάται στα έργα του Bodin J. ή στον ορισμό του Schmitt C. (2016:21,27-29) που συνεπάγεται ένα τελείως διαφορετικό πολιτικό υπόδειγμα περί κρατικής δομής. Το κράτος – απόφαση ή η εξουσία ως απόφαση αν αποκρυσταλλωθούν ως έννοιες και γίνουν τα κυρίαρχα εργαλεία ανάλυσης μιας οποιασδήποτε μεθοδολογίας παραπέμπουν ανεπιστρεπτί στην απολυταρχία, άσχετα με το οποιοδήποτε πολιτειακό καθεστώς (δημοκρατία, βασιλεία κλπ). Επιπλέον, τα ακραιφνώς θεολογικά χαρακτηριστικά με τα οποία αναλύεται η ιστορία δηλαδή κάτι σαν διαδοχικές θεοκρισίες με τον ηγεμονεύοντα σε ρόλο αιμοσταγούς θεράποντα μιας εκδικητικής θεότητας, υπερβαίνουν ακόμα και τα όρια της βιοπολιτικής καθώς αντί για συντήρηση του ανθρώπινου όντος – έστω αλλοτριωμένου και ποδηγετημένου- μπορούμε να μεταβούμε άνετα σε μια πρακτική που προσομοιάζει πρωτόγονη ανθρωποθυσία εκπεφρασμένη με σύγχρονους δραματουργικούς όρους. Άλλωστε η διαπόμπευση και ο αποκλεισμός των «ένοχων ομάδων» από τις παροχές υγείας μετέρχεται ακριβώς την ίδια σκηνοθεσία με τον τελετουργικό φόνο και πιθανότατα είναι ακόμη πιο ανθρωποβόρος πρακτική βραχυπρόθεσμα, όσο και χρηματοβόρος μακροπρόθεσμα.

Κλείνοντας αυτή την αναγκαία όσο και σύντομη μεθοδολογική ανάλυση θα πρέπει να σχολιάσουμε όλα τα ανωτέρω περί επιστροφής της θεολογικής σκέψης. Η θεσμική – νομική αποτύπωση των κρίσεων έχει όπως το θέτει ο Derrida J. (2015:158) έχει καθαρά

τα γνωρίσματα της απόλυτης Θεϊκής βίας «...αντί να θεμελιώνει το Δίκαιο, το καταστρέφει. Αντί να θέτει όρια, τα καταλύει...αντί να απειλεί, πλήττει και κυρίως, και αυτό είναι το ουσιώδες, αντί να θανατώνει δια του αίματος, θανατώνει και εξολοθρεύει χωρίς έγχυση αίματος. Το αίμα κάνει όλη τη διαφορά...». (Το κείμενο αν και σχολιάζεται από τον Derrida J. ανήκει στον Benjamin W.) Η μη έγχυση αίματος έχει ως συνέπεια την συγκάλυψη των δρώντων – των ικανών να χρησιμοποιήσουν τη βία ή τον θεσμικό καταναγκασμό – όσο και τα κίνητρά τους. Εξάλλου ο καταναγκασμός του ανθρωπίνου δικαίου ασκείται χάριν του εαυτού του επιβεβαιώνοντας ή επιβάλλοντας απλά ένα προ – νόμιο, ένα συμφέρον του ισχυρού που υφίσταται ήδη προ της οποιασδήποτε θέσπισης ή θέσμισης.

Κεφάλαιο 6

Εμπειρική Έρευνα

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, εκτός από την βιβλιογραφική μελέτη κρίθηκε ως ιδιαιτέρως χρήσιμη και εξίσου απαραίτητη η διεξαγωγή μιας πρωτογενούς έρευνας. Οι απόψεις των εργαζομένων για την κατάσταση στον τομέα της υγείας τόσο πριν όσο και μετά την κρίση, κυρίως δε μετά τις μεταρρυθμίσεις που επιλέχθηκαν να πραγματοποιηθούν στον Υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα, ήταν παράγοντας που έπρεπε αναντίρρητα να διερευνηθεί.

6.1 Είδος Έρευνας

Ανάμεσα στα δύο είδη ερευνών που εφαρμόζονται στις κοινωνικές επιστήμες, της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας, επιλέχθηκε η δεύτερη. Η ποιοτική έρευνα διερευνά και ερμηνεύει σε βάθος τις στάσεις, αντιλήψεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων, γι' αυτό και τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο στις επιστήμες υγείας. (Γαλάνης Π. 2017: 834-840)

Εδώ δεν ενδιαφέρει τον ερευνητή η ποσοτικοποίηση αλλά η ερμηνεία του κοινωνικού φαινομένου και τα αίτια που συντελούν στην διαμόρφωσή του. Πρέπει να προβεί στην καταγραφή των απόψεων και στη συνέχεια στην επεξεργασία και περιγραφή των δεδομένων ώστε ν' απαντηθούν τα κρίσιμα ερευνητικά ερωτήματα (Γαλάνης Π. 2017: 834-840). Στην παρούσα ποιοτική έρευνα τα ερωτήματα περιστράφηκαν γύρω από την περιγραφή της κατάστασης στον υγειονομικό χώρο πριν την κρίση, τυχόν αλλαγές αυτής μετά την κρίση, την αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων βάσει της εργασιακής εμπειρίας των ερωτώμενων, τον βαθμό στον οποίο υπηρετεί ή αλλιώς συμμορφώνεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας με τις αρχές της καθολικότητας, της ισότητας και της αποτελεσματικότητας, το κατά πόσο ολοκληρωμένο μπορεί να θεωρείται το έργο φροντίδας της υγείας που παρείχε παλαιότερα και παρέχει μετά την κρίση το Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπό συνθήκες αυστηρής δημοσιονομικής πίεσης για μείωση δαπανών.

6.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Η επικρατέστερη μέθοδος συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα είναι η συνέντευξη. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιούνται ατομικά, δηλαδή μοναδικοί συμμετέχοντες είναι ο ερευνητής και ο ένας και μοναδικός κάθε φορά ερωτώμενος ο οποίος μπορεί ελεύθερα χωρίς φόβο ή δισταγμό - που πιθανώς θα δημιουργούσε η παρουσία άλλων προσώπων - να εκφράσει την θέση του πάνω στο θέμα της έρευνας (Γαλάνης Π. 2017: 834-840). Για την εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκαν ατομικές τηλεφωνικές συνεντεύξεις στους ερωτώμενους. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο αρχικός σχεδιασμός της

ερευνήτριας ήταν να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις στον χώρο εργασίας των ερωτώμενων κατόπιν συνεννόησης για τον καθορισμό της ημέρας και ώρας, αλλά η είσοδος της στα νοσηλευτικά ιδρύματα δεν ήταν εφικτή λόγω των περιορισμών από την πανδημία. Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις έγιναν σε προκαθορισμένη - από τους ερωτώμενους- ημέρα και ώρα, μετά το πέρας της εργασίας τους. Το ερωτηματολόγιο είχε ημι-δομημένη μορφή, είχε δηλαδή δομηθεί ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείτο από πέντε ερωτήσεις της ερευνήτριας προς συζήτηση, αλλά υπήρχε και η δυνατότητα να εξελιχθεί ελεύθερα η συζήτηση ή να ή να γίνουν νέες διευκρινιστικές ερωτήσεις ανάλογα με τις απαντήσεις που έδινε ο ερωτώμενος. Οι ερωτήσεις ήταν «ανοικτού» τύπου και διαμορφώθηκαν με κύριες μέριμνες της ερευνήτριας να μην κατευθύνουν την απάντηση και να είναι όσο το δυνατόν κατανοητές στον ερωτώμενο (Γαλάνης Π. 2017: 834-840)

6.3 Ορισμός του Δείγματος

Στην ποιοτική έρευνα το δείγμα δεν απαιτείται να είναι αριθμητικά μεγάλο αλλά να έχει επιλεγεί στοχευμένα, δηλαδή να έχει τις γνώσεις ώστε να κρίνεται κατάλληλο για την συγκεκριμένη έρευνα. Αυτό το είδος λέγεται «δείγμα σκοπιμότητας» διότι ο ερευνητής σκοπίμως το επιλέγει ανάμεσα σε πολλά άλλα δείγματα και η τεχνική ονομάζεται «σκόπιμη δειγματοληψία». Έχει επισημανθεί ότι ένα μεγάλο ποσοτικά δείγμα θα μπορούσε να λειτουργήσει αρνητικά για την εγκυρότητα της ποιοτικής έρευνας, αφού εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας των ερωτώμενων χάνονται τα ιδιαίτερα και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά, τα οποία επιζητά να ανεύρει και να ερμηνεύσει η ποιοτική έρευνα. (Μαντζούκας Σ. 2007:88)

Στην εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκαν δέκα ατομικές τηλεφωνικές συνεντεύξεις κατά το χρονικό διάστημα 10 - 18 Οκτωβρίου 2021. Πέντε από αυτές είχαν ως δείγματα νοσηλευτές εργαζόμενους σε συνολικά τρία μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας (Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων θώρακος Αθηνών «Σωτηρία») και οι υπόλοιπες πέντε συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ιατρικούς λειτουργούς από τους οποίους οι τρεις εργάζονται στο

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ευαγγελισμός» και οι δύο εργάζονταν παλαιότερα στο Ασκληπιείο Νοσοκομείο Βούλας αλλά τα τελευταία χρόνια εργάζονται ως ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Τα δείγματα μοιράζονταν ισόποσα και στα δύο φύλα αν και αυτό προέκυψε τυχαία γιατί δεν είχε ιδιαίτερη σημασία για την έρευνα. Αυτό που ενδιέφερε ήταν η πολυετής εργασιακή εμπειρία ώστε να καλυφθεί και το χρονικό διάστημα πριν την κρίση και για το λόγο αυτό επιλέχθηκαν δείγματα με τουλάχιστον είκοσι έτη εργασιακής εμπειρίας στον χώρο της υγείας.

Τηρήθηκε η ανωνυμία των ερωτώμενων βάσει του κώδικα δεοντολογίας, για το λόγο αυτό στην έρευνα αναφέρονται ως Νοσηλεύτης 1-5 και Ιατρικός Λειτουργός 1-5. Πριν την έναρξη της συνέντευξης όλοι οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν ότι η συνέντευξη διεξάγεται στα πλαίσια ολοκλήρωσης μεταπτυχιακής διατριβής της ερευνήτριας η οποία πρόκειται να υποβληθεί στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

6.4 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων ερμηνεύει τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί και ακολουθεί την διαδικασία των συνεντεύξεων.

Μετά την ολοκλήρωση όλων των συνεντεύξεων και το στάδιο της καταγραφής των δεδομένων, οι απαντήσεις διαβάστηκαν από την ερευνήτρια πολλές φορές και με ιδιαίτερη προσοχή. Εντοπίστηκαν τα σημεία εκείνα των απαντήσεων που έδιναν χρήσιμες πληροφορίες για τους σκοπούς της έρευνας, αυτά που απαντούσαν δηλαδή στα ερευνητικά ερωτήματα καθώς και άλλα σημεία που δεν είχαν εντοπιστεί εξ' αρχής αλλά αξιολογήθηκαν από την ερευνήτρια ως χρήσιμα δεδομένα για το θέμα της διατριβής. Ακολούθησε μια προσπάθεια θεματικής ανάλυσης των στοιχείων αυτών. Αρχικά αναγνωρίστηκαν τα νοήματα και μετά κωδικοποιήθηκαν, κατηγοριοποιήθηκαν δηλαδή οι απαντήσεις βάσει του εννοιολογικού τους περιεχομένου. Στη συνέχεια οργανώθηκαν οι επαναλαμβανόμενες

κοινές ερμηνείες/απαντήσεις οι οποίες αποτέλεσαν τις θεματικές. Οι θεματικές αυτές επεξεργάστηκαν από την ερευνήτρια και οδήγησαν, μέσα από την ανάλυση και την ερμηνεία τους στην εξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας που αφορούσε κυρίως στις απαντήσεις των ερευνητικών ερωτημάτων τα οποία είχαν τεθεί στην αρχή και παράλληλα στην ανάδειξη και άλλων χρήσιμων συμπερασμάτων (Τσιώλης Γ., 2017)

Κεφάλαιο 7

Ανάλυση Αποτελεσμάτων Έρευνας

7.1 Δυσλειτουργίες στον χώρο της Υγείας πριν και μετά την κρίση

Οι ερωτώμενοι επικεντρώθηκαν στα λειτουργικά προβλήματα του κλάδου που επηρεάζουν άμεσα την καθημερινότητά τους στο χώρο εργασίας.

Σχεδόν όλοι μίλησαν για το πρόβλημα υποστελέχωσης του προσωπικού το οποίο προϋπήρχε της κρίσης σε ορισμένους κλάδους, κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά εντάθηκε με τις μεταρρυθμίσεις και πλέον αφορά το σύνολο των κλάδων του προσωπικού.

«... υπήρχε το θέμα έλλειψης προσωπικού δηλαδή είχαμε πολλούς ιατρούς αλλά λίγους νοσηλευτές Μετά την κρίση λιγόστεψε το προσωπικό, είχαμε το φαινόμενο της γήρανσης του προσωπικού γιατί έφευγαν πολλοί συνάδελφοι λόγω συνταξιοδότησης και δεν γίνονταν αντικαταστάσεις με νέες προσλήψεις και εντάθηκε πολύ αυτό το πρόβλημα....»

Νοσηλευτής 3

«...Ένα σοβαρό πρόβλημα που είχαμε πριν την κρίση το οποίο μετά την κρίση εντάθηκε ήταν το πρόβλημα έλλειψης προσωπικού στα νοσοκομεία...»

Νοσηλευτής 1

«...πριν την κρίση δεν είχαμε προσωπικό... βέβαια μετά την κρίση αυτό έγινε χειρότερο! Έφυγαν πολλοί με συνταξιοδότηση και μείναμε ακόμη λιγότεροι!...»

Νοσηλευτής 4

Οι γενικότερες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της κρίσης οδήγησαν πολλούς εργαζόμενους του χώρου της δημόσιας υγείας σε αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό, γεγονός που επηρέασε δυσμενώς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Οι πιο χρήσιμοι και απαραίτητοι επιστήμονες του χώρου της υγείας αποχώρησαν για να βρουν καλύτερες συνθήκες ζωής, και όσοι λειτουργοί συνέχισαν να εργάζονται στο εθνικό σύστημα υγείας ήταν πλέον εξουθενωμένοι από το νέο, ακόμη πιο ασφυκτικό πλαίσιο των συνθηκών εργασίας.

«...λόγω της κρίσης έφυγαν στο εξωτερικό για να εργαστούν εκεί πολλοί ιατροί οπότε πλέον δεν είχαμε ούτε νοσηλευτές ούτε ιατρούς αρκετούς στα δημόσια νοσοκομεία. Ουσιαστικά έμειναν στα νοσοκομεία οι διευθυντές και οι ειδικευόμενοι και με αυτούς η δουλειά δεν μπορούσε να βγει. Εμείς χρειαζόμασταν τους επιμελητές οι οποίοι έφυγαν για το εξωτερικό. Έκαναν κάποιες προσλήψεις επικουρικών ιατρών και νοσηλευτών (προσέλαβαν νοσηλευτές από λίστα ανέργων του ΟΑΕΔ) οι οποίοι θα εργάζονταν με συμβάσεις ενός ή δύο ετών στα νοσοκομεία. Όμως πολλοί από αυτούς, μόλις τελείωνε η σύμβασή τους και είχαν πλέον μια εργασιακή εμπειρία στο βιογραφικό τους έφευγαν για αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό οπότε και πάλι προσλαμβάναμε νέους (χωρίς εμπειρία) εργαζόμενους στα νοσοκομεία και αυτό δεν βοηθούσε στην επίλυση του προβλήματος...»

Νοσηλεύτης 3

«...βέβαια μετά την κρίση χειροτέρευσε αυτό, το προσωπικό μειώθηκε ακόμη περισσότερο.... επτά άτομα έφευγαν και ένας ερχόταν.... κάναμε πάνω από 15 εφημερίες τον μήνα... ήταν πάρα πολύ κουραστικό για εμάς!...»

Ιατρικός Λειτουργός 1

Κάποιοι αναφέρθηκαν στο πρόβλημα των ανασφάλιστων πολιτών, το οποίο υπήρχε πριν την κρίση αλλά εντάθηκε μετά την έλευσή της. Οι ανασφάλιστοι πολίτες απευθύνονταν στο νοσοκομείο διότι κατά την περίοδο των μνημονίων μπορούσαν μόνο να ελπίζουν ότι πιθανώς θα εξυπηρετηθούν στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Αυτό οδήγησε σε αύξηση της δουλείας των εργαζομένων στα νοσοκομεία.

«...για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα είχαμε το δυσάρεστο πρόβλημα των ανασφάλιστων ασθενών που δεν μπορούσαμε να εξυπηρετήσουμε Αυτό ήταν ένα πρόβλημα που υπήρχε μεν πριν την κρίση αλλά εντάθηκε πάρα πολύ με την οικονομική κρίση...»

Νοσηλεύτης 2

«... είχαμε το πρόβλημα του ανασφάλιστου ασθενούς το οποίο ήταν για εμένα πολύ σοβαρό. Εμείς βέβαια σαν πολιτική μας στα νοσοκομεία πάντα δεν θέλαμε και δεν θέλουμε όταν φτάσει σ' εμάς κάποιος ασθενής να τον διώξουμε λόγω μη κάλυψης...»

Νοσηλεύτης 4

Θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη ότι η κρίση δημιούργησε περισσότερες υγειονομικές ανάγκες προς κάλυψη στον πληθυσμό και συνεπώς μεγαλύτερη ροή των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Δεδομένου ότι οι ασθενείς δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα, συσσωρεύτηκαν όλες οι επιπλέον ανάγκες προς κάλυψη στο εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο ήδη ήταν υποστελεχωμένο για τους ανωτέρω αναφερόμενους λόγους.

«...αυξήθηκαν και οι ασθενείς που έπρεπε να δούμε γιατί λόγω οικονομικής κρίσης πολλές ασθένειες εμφανίζονται... »

Ιατρικός Λειτουργός 2

«...αυξήθηκαν οι ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία γιατί δεν είχαν χρήματα για να πάνε στα ιδιωτικά. Έτσι αυξήθηκε πολύ ο αριθμός των ασθενών που έπρεπε να δεχτούμε στα νοσοκομεία και δυσκολευτήκαμε πάρα πολύ...»

Νοσηλευτής 2

Ένα πρόβλημα που υπήρχε προ κρίσης στην καθημερινότητα των εργαζομένων, και βελτιώθηκε μετά την κρίση ήταν η συνταγογράφηση φαρμάκων. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μείωσε την γραφειοκρατία, όμως ταλαιπώρησε πολύ τους εργαζόμενους τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της λόγω τεχνικών προβλημάτων στο σύστημα λειτουργίας της.

«...η ηλεκτρονική συνταγογράφηση μας επίλυσε προβλήματα, βοήθησε στη δουλειά μας αν και στην αρχή ήταν δύσκολο να εφαρμοστεί και πολλοί ιατροί δυσανασχετούσαν με αυτό...»

Νοσηλευτής 3

Αντίθετα, εμφανίστηκαν νέα ζητήματα που δυσκόλεψαν την καθημερινότητα των εργαζομένων, ένα από τα οποία ήταν και η συνταγογράφηση γενόσημου φαρμάκου. Η δυσκολία ήταν στην έλλειψη εμπιστοσύνης των ασθενών για τα γενόσημα και στις αντιδράσεις που αυτοί είχαν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι εργαζόμενοι από την πλευρά τους, μη έχοντας δυνατότητα να συνταγογραφήσουν πρωτότυπα φάρμακα, έδιναν μεγάλο αγώνα να πείσουν τους ασθενείς να λάβουν θεραπείες με γενόσημα φάρμακα.

«...μετά την κρίση μπήκαν στη δουλειά μας τα γενόσημα φάρμακα και αντιμετωπίσαμε ένα πρόβλημα που πριν δεν είχαμε. Αντέδρασε πολύ ο κόσμος που ερχόταν στο νοσοκομείο, δεν τα είχαν συνηθίσει, φοβόντουσαν και δεν ήθελαν να λάβουν γενόσημα. Επέμεναν να λάβουν τα πρωτότυπα αλλά εμείς είχαμε περιορισμό σε αυτό και δεν μπορούσαμε να δώσουμε πρωτότυπα. Σε αυτό το θέμα μπορώ να πω ότι μετά την κρίση...»

Νοσηλευτής 1

Υπήρξε βέβαια και η απόψη, αν και από μόνο μια ερωτώμενη, ότι πριν την κρίση η κακή κατάσταση στο χώρο της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα ήταν συνέπεια κακής διαχείρισης

και έλλειψης προγραμματισμού, καθώς επίσης και ότι μετά την έλευση της κρίσης η στάση μέρους του προσωπικού συνέβαλε στο να ενταθούν τα εργασιακά προβλήματα στον χώρο της δημόσιας υγείας και να προστεθούν στα ήδη υπάρχοντα και νέα προβλήματα.

«...πριν την κρίση θα έλεγα ότι υπήρχε αλόγιστη χρήση των πάντων.... υλικών, φαρμάκων.... όλα! Λόγω της κρίσης άλλαξαν λίγο αυτά... άρχισε να γίνεται ένας έλεγχος για να παίρνουμε τα απαραίτητα (υλικά, φάρμακα κλπ)...γενικά θα έλεγα ότι προβλήματα αντιμετωπίσαμε γιατί δεν ήθελαν κάποιοι συνάδελφοι (ιατροί κυρίως) να κάνουν αλλαγές.... ήταν θέμα συμπεριφοράς εργασιακής δηλαδή... για παράδειγμα όταν έγινε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έπρεπε να γράφουν τα φάρμακα οι ιατροί... πολλοί αντέδρασαν, και έδιναν τους κωδικούς τους στους νοσηλευτές για να κάνουν την συνταγογράφηση γιατί δεν ήθελαν οι ίδιοι να ασχοληθούν με αυτό.... φόρτωναν δηλαδή τη δουλειά στους νοσηλευτές και φόρτωναν και την ευθύνη (που είναι πολύ βασικό) στους νοσηλευτές! Αυτό ήταν ένα νέο πρόβλημα αλλά δημιουργήθηκε από την συμπεριφορά των εργαζομένων....»

Νοσηλευτής 5

7.2 Αξιολόγηση Δράσεων

Η ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είχε θετικό αντίκτυπο για τους ιδιώτες συμβεβλημένους παρόχους γιατί διευκόλυνε την διαδικασία αποζημίωσής τους

«... ο ΕΟΠΥΥ έλυσε προβλήματα γραφειοκρατίας με τα ταμεία για εμάς τους ιατρούς..»

Ιατρικός Λειτουργός 3

Στο δημόσιο σύστημα υγείας όμως, ιδιαιτέρως στην δευτεροβάθμια φροντίδα, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ενώ αρχικά κρίθηκε ως θετικό μέτρο στη συνέχεια δεν εμφάνισε κάποιο θετικό αποτέλεσμα, πιθανώς επειδή δεν ολοκληρώθηκε η λειτουργία του, τουλάχιστον με την μορφή που αυτός ο οργανισμός είχε στην αρχή σχεδιαστεί.

«...θετικό μέτρο ήταν και η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αλλά πιστεύω ότι δεν ολοκληρώθηκε η λειτουργία του και δεν έφτασε ένα θετικό αποτέλεσμα από αυτό το εγχείρημα στα νοσοκομεία...»

Νοσηλευτής 1

«...έγινε ο ΕΟΠΥΥ, ένωσε όλα τα ταμεία, και ήταν θετική δράση αλλά και αυτός μετά περιορίστηκε.... θέλω να πω.. ξεκίνησε ένα μέτρο με μεγαλύτερες βλέψεις αλλά δεν ξέρω πώς... δεν στηρίχθηκε αρκετά; Δεν απέδωσε τόσο...»

Ιατρικός Λειτουργός 4

Για το νέο τρόπο συνταγογράφησης, ο οποίος κρίθηκε από πολλούς ερωτώμενους ως θετικό μέτρο, σχολιάστηκε ευνοϊκώς κυρίως το λογιστικό του μέρος δηλαδή η ικανότητα του συστήματος να προσφέρει έλεγχο και να οδηγεί στην μείωση των δαπανών ενώ ταυτόχρονα εκφράστηκε έντονη δυσαρέσκεια για την κακή τεχνική υποδομή του συστήματος που κράτησε για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η χρήση ιατρικών πρωτοκόλλων σε αυτό τον μηχανισμό έφτασε μέχρι του σημείου να ακυρώνει την επιστημονική επάρκεια των ιατρών.

«...κοιτάζτε, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση για εμένα είναι πολύ θετικό μέτρο! Μπορεί στην αρχή να μην δούλευε καλά, αλλά τώρα είναι οκ και είναι για εμένα καλό γιατί γίνεται έλεγχος!

- Έλεγχος όταν λέτε...?

Γίνεται έλεγχος για όλους μας! Για τους ασθενείς και για τους ιατρούς... για τα πρώτα δύο χρόνια είχαμε πρόβλημα ...κολλούσε το ηλεκτρονικό σύστημα συνέχεια, δεν υποστηριζόταν καλά τεχνικά, αυτό θέλω να πω.... αντιμετωπίσαμε διαρκώς πρόβλημα... εντάξει, μετά από δύο χρόνια περίπου το ξεπεράσαμε κι αυτό.....»

Ιατρικός Λειτουργός 1

«...δεν λειτουργεί.... πρέπει όλη την ημέρα ο ιατρός να είναι μπροστά στον υπολογιστή και να προσπαθεί να γράψει τα φάρμακα! Όλη την ημέρα να κάνει τον γραφέα! Και όταν λειτουργεί το σύστημα.... πρέπει ο ιατρός να προσαρμόσει στο σύστημα την επιστήμη του,

συνταγογραφώντας ό,τι αναγνωρίζει το σύστημα ως πρωτόκολλο θεραπείας και όχι την θεραπεία που ενδείκνυται βάσει της επιστήμης..»

Ιατρικός Λειτουργός 5

Θα πρέπει να αναφερθεί, ως ίσως μη αναμενόμενο από την ερευνήτρια, ότι εκφράστηκε και αμφισβήτηση από μια ερωτώμενη για τα αποτελέσματα της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων - ως μεταρρύθμιση της φαρμακευτικής πολιτικής στην Ελλάδα - στην υγεία των ασθενών.

«...όσον αφορά στα γενόσημα φάρμακα, δεν νομίζω ότι γνωρίζουμε ακόμη όλα τα στοιχεία για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά τους, αυτά θα φανούν μετά από χρόνια χρήσης...»

Νοσηλευτής 2

Παρά την επιτυχία στον τομέα της τιμολόγησης υπήρξε αναφορά που εξηγεί τις ελλείψεις φαρμάκων λόγω ακριβώς αυτής της πολιτικής

«...το χαμηλό κόστος στο φάρμακο; Αυτό ξέρετε πού οδηγεί;...σε έλλειψη φαρμάκων... ο ΕΟΠΥΥ δεν πληρώνει καλά και οι φαρμακοβιομήχανοι δίνουν τα φάρμακα στο εξωτερικό, κυρίως δηλαδή γίνεται εξαγωγή φαρμάκων στο εξωτερικό και μετά εμείς εδώ έχουμε ελλείψεις!...»

Ιατρικός Λειτουργός 5

Ως δράσεις που λήφθηκαν από την Πολιτεία και είχαν αρνητικά αποτελέσματα αναφέρθηκαν οι μειώσεις μισθών και οι πολλές υπερωρίες των εργαζομένων του χώρου υγείας. Οι μειώσεις μισθών αφορούσαν βέβαια το σύνολο των υπαλλήλων όλου του δημόσιου τομέα της χώρας και όχι αποκλειστικά τον χώρο των εργαζομένων της υγείας. Η αύξηση των υπερωριών των εργαζομένων, επίσης ήταν αποτέλεσμα της έλλειψης προσωπικού κυρίως λόγω συνταξιοδοτήσεων και λόγω ότι δεν έγιναν προσλήψεις για να μην επιβαρυνθεί περισσότερο ο κρατικός προϋπολογισμός. Ωστόσο, οι ερωτώμενοι έδειξαν έντονη δυσαρέσκεια για την κατάσταση που βίωσαν εξαιτίας των παραπάνω μέτρων. Η

δυσαρέσκεια αυτή δεν επικεντρώθηκε στο οικονομικό μέρος όσο στην εξάντληση του προσωπικού που καθιστούσε επισφαλή την τέλεση των καθηκόντων του.

«...Οι βάρδιες που αναλογούσαν στο μήνα έγιναν βάρδιες που αναλογούσαν στην εβδομάδα και αυτό μας εξαντλούσε...»

Νοσηλεύτης 3

«...στα αρνητικά θα έλεγα την μείωση μισθών και τις απλήρωτες για πολύ μεγάλο διάστημα υπερωρίες που κάναμε εμείς το προσωπικό. Πολλές και κουραστικές βάρδιες χωρίς τις ανάλογες απολαβές. Ακόμη και οι βασικές μας αποδοχές μειώθηκαν πολύ...»

Νοσηλεύτης 1

Σημαντική φάνηκε να είναι, για αρκετούς ερωτώμενους, η ανάπτυξη των ηλεκτρονικών συστημάτων στον χώρο εργασίας τους (e-health) καθώς διέκριναν ότι συμβάλλει στο να κερδίζουν πολύτιμο χρόνο στην δουλειά τους και να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Αναφέρθηκαν και εδώ τεχνικές αδυναμίες κατά τα πρώτα έτη της χρήσης των συστημάτων αυτών, όπως συνέβη και στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Στις δράσεις που δεν έγιναν ή τυπικά δεν ολοκληρώθηκαν αλλά σε κάθε περίπτωση πρακτικά δεν λειτούργησαν ενέταξαν πολλοί την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.). Αυτό τονίστηκε αρκετά, καθώς επηρέαζε άμεσα την ροή της δουλειάς των εργαζομένων στα νοσοκομεία.

«...υπήρχαν και άλλα μέτρα αλλά δεν προχώρησαν... Ο οικογενειακός ιατρός ας πούμε για παράδειγμα.... δεν έχει ολοκληρωθεί αυτό.... δεν λειτουργεί καλά... Τα ΤΟΜΥ, τα αστικού τύπου κέντρα υγείας θα μπορούσαν να κάνουν, αν λειτουργούσαν σωστά, να κάνουν μια πρώτη εκκαθάριση και μια αξιολόγηση πριν φτάσει ο ασθενής στο νοσοκομείο.... έχουμε πολλές επισκέψεις στα νοσοκομεία από περιστατικά που δεν είναι για νοσοκομείο....μίλησαν για ένα σχέδιο για την ΠΦΥ που όμως δεν προχώρησε....δεν υπάρχει συνεργασία μεταξύ ΠΦΥ και νοσοκομείων,...δεν υπάρχει οργάνωση και αξιολόγηση των περιστατικών από τα ΤΟΜΥ προς τα νοσοκομεία...»

Ιατρικός Λειτουργός 1

Δεν αναφέρθηκε μόνο η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και η κακή επικοινωνία των νοσοκομείων με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) ως προς την σωστή κατανομή των ασθενών στα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Διαπιστώθηκε από τα παραπάνω μια έλλειψη ομαλής ροής της εργασίας στο σύνολο του χώρου της φροντίδας υγείας. Αν η φροντίδα υγείας μπορούσε να ειπωθεί ως μια αλυσίδα, φάνηκε πως οι κρίκοι που την αποτελούσαν δεν έδεναν σωστά....

Νέα προβλήματα παρουσιάστηκαν από τις μειώσεις προσωπικού άλλων ειδικοτήτων πέρα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Απαραίτητοι υπάλληλοι στον τομέα της καθαριότητας όπως και εξειδικευμένο τεχνικό προσωπικό που κάποτε εργάζονταν σε μόνιμη καθημερινή βάση θυσιάστηκαν λόγω της ανάγκης για μείωση των δαπανών στην υγεία χωρίς μάλλον να υπολογιστούν οι σοβαρές συνέπειες όχι μόνο για τους εργαζόμενους αλλά και για την υγεία των ασθενών.

«...πριν την κρίση, είχαμε σε μόνιμη και σταθερή βάση κάποιες ειδικότητες απαραίτητες για την δουλειά μας για παράδειγμα υδραυλικούς και ηλεκτρολόγους. Σκεφτείτε ότι αν σπάσει κάποιος σωλήνας μπορεί σε μια ώρα να πλημμυρίσει μια ολόκληρη πτέρυγα ασθενών με σοβαρά νοσήματα και για εμάς αυτό είναι πολύ κρίσιμο. Είχαμε λοιπόν πάντα διαθέσιμους κάποιους τεχνικούς για να διορθώνουν άμεσα τέτοιου είδους προβλήματα. Λόγω της κρίσης... δεν είχαμε σε μόνιμη βάση αυτούς τους τεχνικούς και κάθε φορά που προέκυπτε τεχνικό πρόβλημα αναζητούσαμε τεχνικό με αίτημα στην τεχνική υπηρεσία του νοσοκομείου, πράγμα που ήταν πολύ χρονοβόρο σαν διαδικασία. Επίσης οι συμβάσεις που έκανε το νοσοκομείο για τεχνική υποστήριξη από εξωτερικούς συνεργάτες δεν εξασφάλιζε καθημερινή υποστήριξη που χρειαζόταν το νοσοκομείο αλλά ανά δυο ή τρεις ημέρες διαθεσιμότητα τεχνικού....»

Νοσηλεύτης 3

«...οι νοσηλευτές καλύπτουν όλα τα κενά του νοσοκομείου.... τις καθαρίστριες που δεν έχουμε...καλύπτουν τα κενά των τεχνικών και εκτελούν και τεχνικές εργασίες, τα κάνουν όλα...έτσι όμως χάνουν χρόνο που θα έπρεπε να αφιερώσουν στο πραγματικό αντικείμενο δουλειάς τους.... »

Οι ερωτώμενοι έκαναν προτάσεις γι' αυτά που η Πολιτεία δεν έκανε αλλά αυτοί κρίνουν απαραίτητα να γίνουν. Αναφέρθηκαν κυρίως σε:

- προσλήψεις μονίμου και όχι επικουρικού προσωπικού
- εκσυγχρονισμό των κτιριακών εγκαταστάσεων
- οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα που θα προσφέρονται στο σύνολο των εργαζομένων
- περαιτέρω ανάπτυξη της τεχνολογίας e – health
- πλήρη λειτουργία της ΠΦΥ

7.3 Η Συμμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) σε σχέση με τις Διακηρυγμένες Αρχές του

Και πριν την κρίση δεν υπήρχε συμμόρφωση και μετά ακόμη λιγότερη. Τονίζεται δε και από κάποιους η ανεπάρκεια του συστήματος σε βασικές παροχές υγείας στην περιφέρεια, η γεωγραφική δηλαδή ανισοκατανομή στην δυνατότητα πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας

«...τα νοσοκομεία στα νησιά υπολειτουργούν, τα επαρχιακά νοσοκομεία δεν είναι επανδρωμένα με προσωπικό όλων των ειδικοτήτων... καταλήγουν πολλά περιστατικά να έρθουν πάλι στα νοσοκομεία της Αθήνας... Η επαρχία στην ουσία δεν έχει την ίδια πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας....»

Ιατρικός Λειτουργός 2

«...υπάρχει όμως ένα άλλο θέμα... οι διαφορές κάλυψης ανάμεσα στον πληθυσμό της περιφέρειας σε σχέση με την κάλυψη που έχει ο πληθυσμός της Αθήνας ας πούμε.... Υπάρχουν επαρχιακές πόλεις που τα νοσοκομεία τους δεν έχουν ούτε τις βασικές ειδικότητες ιατρών π.χ. παθολόγους ή έχουν έναν μόνο!...οπότε πάλι πολλά περιστατικά πηγαίνουν στις μεγάλες

πόλεις! Δεν μπορούμε να πούμε ότι το σύστημα υγείας είναι το ίδιο αποτελεσματικό για όλο τον πληθυσμό της χώρας... ..»

Ιατρικός Λειτουργός 1

Αναφέρεται εδώ σε σχέση με την αποτελεσματικότητα του συστήματος ότι ορισμένες δομές διατηρούν ένα καλό επίπεδο υπηρεσιών - για παράδειγμα τα επείγοντα περιστατικά -και λειτουργούν κυρίως λόγω της υψηλής αίσθησης καθήκοντος του προσωπικού, άλλες όμως υπολειτουργούν ή επί της ουσίας δεν λειτουργούν

«...γενικότερα οι επιστήμονες είναι καλοί αλλά οι συνθήκες είναι δύσκολες, για παράδειγμα τα ραντεβού στα νοσοκομεία καθυστερούν και οι κλίνες δεν επαρκούν, οι ασθενείς δυστυχώς στοιβάζονται κάποιες φορές στα ράντζα γιατί δεν επαρκούν οι κλίνες... από αυτή την άποψη απαιτούνται βελτιώσεις...».

Ιατρικός Λειτουργός 2

«..... να πω ότι πρέπει να επιβάλλεται ένας προληπτικός έλεγχος γιατί οι ΜΕΘ έχουν στην Ελλάδα συγκεκριμένο - μικρό αριθμό κλινών... μην τις καλύπτουμε με περιστατικά που έφτασαν εκεί λόγω έλλειψης προληπτικού ελέγχου και χάνουμε τα σοβαρά περιστατικά!...»

Ιατρικός Λειτουργός 1

Αυτό όμως είναι εξω - θεσμικό... η επαγγελματική ηθική υποκαθιστά τα όργανα που ορίζονται θεσμικά για να εξυπηρετήσουν αυτές τις ανάγκες.... εξωτερικά ιατρεία, ΠΦΥ κλπ συνεπώς, δεν είναι ούτε εγγυημένη παροχή για τον δικαιούχο ούτε υποχρεωτική μέριμνα για τον εργαζόμενο στο σύστημα υγείας... άρα η ισορροπία αυτή είναι τόσο εύθραυστη που κινδυνεύει με ακαριαία αναίρεση, αν τυχόν παρατηρηθούν τα οποιαδήποτε αρνητικά αποτελέσματα.

«...καθολικότητα και ισότητα να υπάρχουν πλέον γιατί όλοι μπαίνουν στο δημόσιο σύστημα υγείας, όλοι έχουν τις ίδιες παροχές αλλά να σας πω και κάτι... και ΑΜΚΑ να μην έχει κάποιος εμείς πάντα θα τον εξυπηρετούσαμε αν ερχόταν...».

Νοσηλεύτης 4

Η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας σχετίζεται άμεσα με το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό και πολλοί ερωτώμενοι έκριναν ότι μετά την κρίση η πολιτική μείωσης του προσωπικού, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της μείωσης των δαπανών, στοίχισε πολύ στην αποτελεσματικότητα του τομέα της δημόσιας υγείας.

«...το προσωπικό στο σύνολό του κάνει πραγματικά το καλύτερο που μπορεί αλλά τελικά αυτό που κάνει δεν επαρκεί, δηλαδή το σύστημα δεν είναι αποτελεσματικό γιατί είμαστε λίγοι και ό,τι και να κάνουμε, όσο καλά και να κάνουμε τη δουλειά μας δεν μπορεί να γίνει η δουλειά και να πούμε ότι ναι, είμαστε αποτελεσματικοί στο σύστημα υγείας.... Παλαιότερα, πριν την κρίση, πιστεύω ότι ήταν κάπως καλύτερα...»

Νοσηλεύτης 3

Ως προς την ισότητα και την καθολικότητα έγιναν αναφορές στο πρόβλημα των ανασφάλιστων πολιτών το οποίο πλέον έχει τυπικά λυθεί αφού όσοι διαθέτουν Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Α.Μ.Κ.Α.) μπορούν να έχουν τυπικά πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά παράλληλα οι ερωτώμενοι δεν παρέλειψαν να κάνουν αρνητικά σχόλια για την οριζόντια μείωση που πραγματοποιήθηκε στις παροχές καθώς και για την εξίσωση των παροχών σε όσους πληρώνουν εισφορές υπέρ του κλάδου υγείας και αυτούς που δεν πληρώνουν.

«...υπάρχει δηλαδή μια καθολική κάλυψη των ασθενών αλλά έγινε και μια οριζόντια μείωση παροχών για να καλυφθούν όλοι οι ασθενείς από το σύστημα υγείας...»

Νοσηλευτής 3

«...Στη νοσοκομειακή περίθαλψη, στα εξωτερικά ιατρεία νομίζω υπάρχει καθολικότητα γιατί είτε πληρώνεις εισφορές είτε δεν πληρώνεις, όταν θα μπεις στο νοσοκομείο αν έχεις ΑΜΚΑ θα καλυφθείς. Βέβαια, αυτός που πληρώνει εισφορές τελικά καλύπτει και αυτούς που δεν πληρώνουν εισφορές και με αυτό εγώ δεν συμφωνώ...»

Ιατρικός Λειτουργός 3

7.4 Ολοκληρωμένο Σύστημα Φροντίδας Υγείας και Μεταρρυθμίσεις

Οι απαντήσεις εκφράζουν ομόφωνα την πλήρη απεμπόλιση της μέριμνας για ολοκληρωμένη υγεία και αντίθετα προσανατολίζονται αποκλειστικά και κύρια στη θεραπεία με άξονα την νοσοκομειακή περίθαλψη και μόνο. Αυτό φαίνεται από την πλημμελή λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων, της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των κατηγοριών που σχετίζονται με χρόνια νοσήματα. Η ίδια η διάγνωση γίνεται κατά κόρον εντός των νοσοκομειακών μονάδων (εισαγωγή ή παράτυπη προσφυγή στα τμήματα επειγόντων περιστατικών). Αν είχε, αντιθέτως, ολοκληρωθεί όπως τουλάχιστον είχε αρχικά ειπωθεί πως θα γίνει, το δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, θα είχαν «απελευθερωθεί» τα νοσοκομεία από ένα μεγάλο αριθμό περιστατικών που έτσι κι αλλιώς δεν τους αναλογούσε και δεν τους αφορούσε ως αντικείμενο εργασίας στην πραγματικότητα και αυτό θα βοηθούσε ως ένα βαθμό το αναμενόμενα κουρασμένο ανθρώπινο δυναμικό να καταφέρει να εργαστεί σε έστω λίγο καλύτερες συνθήκες και ίσως ν' αποφύγει την κατάρρευση ή την λύση της φυγής στο εξωτερικό. Η Π.Φ.Υ. φάνηκε από τις τοποθετήσεις των ερωτώμενων στην έρευνα πως ήταν ίσως ο πιο κρίσιμος παράγοντας ο οποίος θα μπορούσε να συμβάλλει καθοριστικά στη διαδικασία διαμόρφωσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, το οποίο ταυτόχρονα θα έπρεπε να ικανοποιεί την προϋπόθεση της άμεσης και

ομαλής συνεργασίας με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια βαθμίδα υγείας. Αν η Π.Φ.Υ. είχε λειτουργήσει, όπως στόχευε μεταξύ άλλων, ως φίλτρο που θα απέτρεπε τους ασθενείς από την άσκοπη επίσκεψη στο νοσοκομείο διότι θα παρείχε την ιατρική φροντίδα που τα άτομα θα είχαν ανάγκη, τότε θα είχαμε επιτύχει ταυτόχρονα ικανοποίηση των χρηστών και σημαντικό περιορισμό των δαπανών.

«...σχεδιάστηκαν δράσεις που θα βελτίωναν το σύστημα όμως ΔΕΝ λειτούργησαν όπως για παράδειγμα η ΠΦΥ. Αυτή θα ικανοποιούσε μια μερίδα των ασθενών και δεν θα έφταναν σ' εμάς στα νοσοκομεία, όμως αυτό δεν έγινε. Όταν όμως κάποιος φτάσει στο νοσοκομείο, είμαστε υποχρεωμένοι να προχωρήσουμε σε πολλές εξετάσεις και αυτό κοστίζει στο σύστημα υγείας. Πρέπει λοιπόν να γίνεται με κάποιο τρόπο ένας «έλεγχος εισόδου» στο νοσοκομείο. Να μην φτάνουν τόσοι ασθενείς στο νοσοκομείο γιατί αρκετοί από αυτούς δεν έχουν στην ουσία ιατρικό λόγο να έρθουν και γιατί δεν μπορούμε να εξυπηρετήσουμε τόσο μεγάλο αριθμό ασθενών...»

Νοσηλευτής 2

«...αποκατάσταση γίνεται μόνο σε προγράμματα με ιδιώτες ιατρούς. Γενικά, δεν γίνονται όλα αυτά... πώς να γράψει ο ιατρός εξετάσεις προληπτικές ...αφού ελέγχεται και έχει ποινή αν γράψει πολλά... Μόνο θεραπεία κάνουμε ...και σε αυτό έχουμε περιορισμούς...»

Ιατρικός Λειτουργός 3

Δεν υπάρχει καν η πρόβλεψη για κατανομή των περιστατικών ανά βαθμίδα υγείας.

«...το ΤΡΙΑΖ είναι η διαλογή των ασθενών μόλις εισαχθούν στο νοσοκομείο.... αν είχε τη δυνατότητα να κάνει αξιολόγηση και διαχωρισμό για το τι πρέπει να μείνει στο νοσοκομείο και τι να φύγει να πάει στην πρωτοβάθμια γιατί δεν είναι επείγον ούτε σοβαρό περιστατικό, ...τότε ναι θα είχαμε αποτελεσματικότητα.... τώρα τι αποτελεσματικό να είναι το νοσοκομείο; Το ΤΡΙΑΖ δεν έχει ούτε μια πλατφόρμα σε υπολογιστή να στείλει εκείνη τη στιγμή τον ασθενή

με ραντεβού σε πρωτοβάθμια δομή υγείας! Τόσο δύσκολο είναι κάτι τέτοιο να γίνει; Όποιος φτάσει μέχρι το νοσοκομείο θα μπει και θα περιμένει να εξυπηρετηθεί!...»

Νοσηλευτής 4

Βέβαια θα πρέπει να επισημανθεί ότι η συμπεριφορά αυτή από μέρους των δικαιούχων συνδέεται τόσο με την οικονομική τους δυσπραγία (ανικανότητα ανταπόκρισης σε κόστος επισκέψεων και εξετάσεων στην Π.Φ.Υ. όσο και στη μακρά αναμονή που θα απαιτείτο για μια οικονομικά προσιτή εξέταση)

«...ένα νοσοκομείο που βάλλεται γιατί οι ασθενείς δεν έχουν χρήματα , οδηγεί σε συσσώρευση δουλειάς...»

Νοσηλευτής 4

Η ομοφωνία στις απαντήσεις σκιαγραφεί ένα ιστορικό χαμένων ευκαιριών στον τομέα της ολοκληρωμένης υγείας η οποία υποτίθεται ότι αποτελούσε έναν από τους κύριους μεταρρυθμιστικούς στόχους πέρα του λογιστικού μέρους της στοχοθεσίας.

«...ποιες μεταρρυθμίσεις έγιναν; Ούτε ένα σύστημα ελέγχου εισόδου στα νοσοκομεία δεν έκαναν! Δεν έγιναν μεταρρυθμίσεις!!!! Τίποτα από αυτά δεν έλαβε υπόψη του το σύστημα υγείας!...»

Νοσηλευτής 4

«...όχι, δεν έλαβε υπόψη του όλα αυτά ούτε θεωρώ ότι στην Ελλάδα κοιτάζουμε κάτι άλλο εκτός από την θεραπεία κάποιας ασθένειας όταν αυτή έχει ήδη προκύψει... Απλώς εδώ λόγω της κρίσης κόψαμε δαπάνες...».

Νοσηλευτής 2

«...στην θεραπεία επικεντρώνεται το σύστημα, σχεδόν αποκλειστικά θα έλεγα...»

7.5 Περιοριστική Πολιτική και Επιπτώσεις

Εννέα από τους δέκα ερωτώμενους απήντησαν emphaticά «όχι» και μόνο ένας μίλησε για δυνατότητα λειτουργίας του συστήματος δημόσιας υγείας υπό καθεστώς μειωμένων δαπανών υπό προϋποθέσεις οι οποίες όμως μέχρι σήμερα δεν πληρούνται.

«...δυστυχώς δεν μπορεί!...»

Νοσηλευτής 4

«...όχι, υποβαθμίζουμε το σύστημα υγείας λόγω των μειωμένων πόρων...»

Νοσηλευτής 2

«...όχι βέβαια!...»

Ιατρικός Λειτουργός 5

«...προφανώς όταν κόβεις από την υγεία η οποία ήδη υπολειτουργούσε από πριν, θα χειροτερέψει η κατάσταση...»

Ιατρικός Λειτουργός 1

«...ναι, μπορεί!... Αυτά που χρειαζόμαστε είναι: προγραμματισμός, έλεγχος και σωστή διαχείριση...»

Νοσηλευτής 5

Η περιοριστική πολιτική που επιλέχθηκε δεν κατάφερε να γίνει μια πολιτική εκλογίκευσης των δαπανών, παράγοντας έτσι το ίδιο περίπου αποτέλεσμα, αλλά αντίθετα ήταν μια οριζόντια περικοπή υλικών, μέσων και ανθρώπινου δυναμικού η οποία σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερωτώμενων υποβάθμισε σημαντικά το σύστημα υγείας, ακόμα και σε

συμβολικό επίπεδο. Στις απαντήσεις των ερωτώμενων δεν διαφάνηκε ότι αναζητήθηκαν πρακτικές ή τουλάχιστον ότι έγιναν προσπάθειες να ανευρεθούν πολιτικές που θα εξασφάλιζαν μια ισορροπία ανάμεσα στις αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς και στην απαιτούμενη μείωση των δαπανών υγείας.

«...για ένα σύγχρονο κράτος δεν είναι ποιότητα να έρχονται να κάνουν οι ΜΚΟ τις ιατρικές υπηρεσίες που δεν κάνει το κράτος!...»

Ιατρικός Λειτουργός 1

Τόνισαν πολλοί, σε αυτό το σημείο της συνέντευξης, την ανάγκη που είχε το σύστημα υγείας, κατά την περίοδο της κρίσης και δυστυχώς μέχρι σήμερα εξακολουθεί να έχει, για πόρους ώστε να συντηρήσει και να βελτιώσει τις εγκαταστάσεις του, ν' αυξήσει τον αριθμό των κλινών στα νοσοκομεία προκειμένου να μπορεί ν' ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού και οπωσδήποτε να διαθέτει σύγχρονα μέσα και εξειδικευμένο προσωπικό.

«...όχι, δεν μπορεί ν' ανταποκριθεί επαρκώς. Γιατί δεν έχει το απαραίτητο προσωπικό και δεν έχει και τα απαραίτητα μέσα δηλαδή τον σωστό εξοπλισμό που απαιτείται για να γίνει όπως πρέπει η δουλειά μας. Δεν μπορώ να πω ότι θα κάνουμε την ίδια δουλειά όταν έχουμε στο νοσοκομείο έναν σύγχρονο αξονικό τομογράφο υψηλής ευκρίνειας με αυτό που θα δούμε σ' ένα παλιού τύπου μηχάνημα..... και θεωρώ ότι ειδικά ο ασθενής που πληρώνει εισφορές για τον κλάδο υγείας δικαιούται να έχει καλές παροχές υγείας. Επιπλέον, υπάρχουν σε πολλά περιστατικά τεχνικές που είναι παλαιές και επώδυνες για τον ασθενή ενώ μπορούμε να έχουμε σύγχρονα μέσα με τα οποία δεν θα βιώνει πόνο και αυτό νομίζω ότι είναι βασικό..... Έχουν κάνει περικοπές σε ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς για να μειώσουν τις δαπάνες τα τελευταία χρόνια. Σκεφτείτε όμως ότι υπάρχουν πολλές ασθένειες που απαιτούν τη συμβολή ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού κατά τη νοσηλεία του ασθενούς. Είναι, λοιπόν, βασικοί τομείς που δεν μπορούμε να κάνουμε εκπτώσεις....»

Νοσηλεύτης 3

Κεφάλαιο 8

Συμπεράσματα

Αν η ανάλυση, η προερχόμενη από την ελληνική, την ξένη βιβλιογραφία και το διαδίκτυο, ειδωθεί σαν υπόθεση εργασίας τότε οι συνεντεύξεις όχι μόνο επιβεβαιώνουν την υπόθεση εργασίας αλλά φανερώνουν μια ακόμη πιο σκληρή πραγματικότητα. Τα μέτρα ήταν κατ' ουσία λογιστικά και ο χαρακτήρας αυτός σήμαινε ότι η οποιαδήποτε μέριμνα για το κοινωνικό δικαίωμα της υγείας υποχωρούσε πάντα μπροστά στις ανάγκες του προϋπολογισμού.

Επίσης οι συνεντεύξεις αποκάλυψαν και επιπρόσθετα προβλήματα όπως η σημαντική διαφορά στις παροχές υγείας που απολαμβάνει ο πληθυσμός των μεγάλων πόλεων σε σχέση με τους κατοίκους της περιφέρειας, γεγονός που αυξάνει την ανισοτιμία στην υγεία και έχει προεκτάσεις επικίνδυνες για την οικονομική ανάπτυξη της περιφέρειας.

Όλοι οι ερωτώμενοι υπέδειξαν προβλήματα που σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό, γεγονός που κατ' αυτούς μπορεί να πυροδοτήσει μια νέα κρίση στον χώρο της δημόσιας υγείας. Ακόμη κι αν βρεθούν κάποτε οι πόροι για αποτελεσματική επάνδρωση του συστήματος υγείας, πιθανώς να μην υπάρχει πλέον το ανθρώπινο κεφάλαιο για να το στελεχώσει.

Επιπλέον επισημαίνεται ότι η αποτυχία του οργανωτικού σκέλους όπως η παραμέληση της Π.Φ.Υ. σίγουρα επηρεάζει και την αποτελεσματικότητα του συστήματος καθώς ανθρώπινο δυναμικό (εργατοώρες) όπως και πάγια κεφάλαια (κλίνες) καλύπτουν αλλότριες ανάγκες από αυτά που θα έπρεπε να εξυπηρετούν υποβαθμίζοντας έτσι ακόμη περισσότερο την αποτελεσματικότητα.

Εδώ θα πρέπει να υπενθυμιστεί ότι αυτή η εμπειρική έρευνα ενσωματώνεται στο θέμα της εργασίας στην οποία εξετάζονται οι προοπτικές του κράτους πρόνοιας. Φυσικά οι ερωτώμενοι δεν κλήθηκαν να απαντήσουν σε αυτό το θεωρητικό κατά βάση ερώτημα αλλά από τις απαντήσεις τους μπορούμε να συνάγουμε τις στάσεις που θα συντελέσουν στη μελλοντική διαμόρφωση του κοινωνικού κράτους. Ένα πρώτο συμπέρασμα είναι ο ριζικός de facto εκτατικός περιορισμός. Αν θεωρηθεί ότι το κοινωνικό κράτος αποτελείται από διάφορες «περιοχικές» δομές, δηλαδή πεδία αρμοδιοτήτων, παρατηρείται ότι κάποια από αυτά τα πεδία εγκαταλείπονται. Η Π.Φ.Υ. ανήκει καταστατικά (de jure) στις αρμοδιότητες του κοινωνικού κράτους, όμως στην πραγματικότητα εγκαταλείπεται. Αυτό ανοίγει ένα πεδίο δραστηριοτήτων που μπορεί να καλυφθεί μόνο από ιδιωτικές δομές αν υποθεθεί ότι το επίπεδο διαβίωσης ανακάμψει και ο πληθυσμός μπορεί να καλύψει το κόστος αυτών των δαπανών. Η Π.Φ.Υ. λοιπόν κατ' ουσία παραχωρείται στον ιδιωτικό τομέα φροντίδας υγείας. Από το δημόσιο δικαίωμα περνάμε σιωπηρά στο αγοραίο δικαίωμα. Το μόνο που φάνηκε να λειτουργεί με ομαλότητα και κανονικότητα είναι η διεκπεραίωση των μεταβιβαστικών πληρωμών. Όταν το μόνο το οποίο επιτυγχάνεται είναι αυτό, οι οιωνοί για το δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι καθόλου ευνοϊκοί.

Ενώ φαίνεται λοιπόν να έχει διευθετηθεί το θέμα της εύρυθμης λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα με οικονομικό πάροχο το κράτος, οι αντίστοιχες δομές του δημοσίου αφήνονται να καρκινοβατούν λόγω σωρείας προβλημάτων. Τα προβλήματα αυτά, δηλαδή η υποστελέχωση του προσωπικού, η υπερεργασία και η παραμέληση των παγίων κεφαλαίων προδιαγράφουν μια επιδεινούμενη κατάσταση η οποία σε βάθος χρόνου θα οδηγήσει σίγουρα σε αδιέξοδο και δεν υπάρχει καμία μέριμνα για την αποφυγή ενός τέτοιου σεναρίου. Σε αυτή την περίπτωση με αναποτελεσματικό όλο το δημόσιο σύστημα υγείας θα είναι πολύ εύκολο να αναπροσανατολιστούν οι πόροι προς τους ιδιώτες δημιουργώντας ένα κατ' ουσία ιδιωτικό σύστημα που ζει από τις κρατικές μεταβιβαστικές πληρωμές. Ήδη με αφορμή την πανδημία του covid - 19 εγκαινιάστηκε μια τέτοιου είδους ρύθμιση. Από τη στιγμή που τα δημόσια νοσοκομεία έγιναν στην πλειοψηφία τους δομές που δέχονταν αποκλειστικά περιστατικά covid οι ιδιωτικές δομές κλήθηκαν να μεριμνήσουν για την πλειονότητα όλων των υπόλοιπων non-covid περιστατικών. Οι ανεξάρτητοι επιχειρηματίες του χώρου εκμεταλλεύτηκαν την υγειονομική κρίση για να αποσπάσουν μερίδια αγοράς, πληρωτέα κατά βάση από το δημόσιο τομέα.

Αυτό που επίσης συνάγεται από την εμπειρική έρευνα, χωρίς βέβαια να είναι εκπεφρασμένο είναι η συνολική απουσία της έννοιας του δικαιώματος στην υγεία, όπως αυτό είχε αποκρυσταλλωθεί στο κοινωνικό φαντασιακό τις προηγούμενες δεκαετίες. Το δικαίωμα στην υγεία υπήρχε ως αίτημα και μάλιστα δυναμικό στον χώρο του κοινωνικού φαντασιακού στην Ελλάδα. Παρότι όλοι γνώριζαν για τις δυσλειτουργίες του συστήματος, αρχές όπως η καθολικότητα και η αποτελεσματικότητα βρίσκονταν πάντα στον πυρήνα της στοχοθεσίας για τον χώρο της υγείας. Όλες οι προηγούμενες μεταρρυθμίσεις είτε κρίθηκαν επιτυχημένες είτε όχι ενσωμάτωναν πάντα αυτό το βασικό στόχο και όχι με την μορφή του ευχολογίου αλλά σαν πραγματική επιδίωξη. Πριν την κρίση, ακόμη και οι τελικά αποτυχημένες προσπάθειες στον χώρο της υγείας (ίδρυση υγειονομικών μονάδων στην ελληνική περιφέρεια στις αρχές της δεκαετίας του 2000) είχαν σαν στόχο να εξασφαλίσουν το δημόσιο δικαίωμα στην υγεία επιλύοντας το πρόβλημα της γεωγραφικής ανισοκατανομής των υπηρεσιών υγείας. Η έννοια του δικαιώματος μέχρι τότε παρέμενε κραταιή και δεν υποχώρησε παρά τις αποτυχίες.

Στον αντίποδα, οι ερωτώμενοι της παρούσας εμπειρικής έρευνας επέδειξαν μια ριζική αντιστροφή του κοινωνικού φαντασιακού καθώς η έννοια του δικαιώματος απουσίαζε παντελώς ή αναφέρθηκε αλλά εξαιρετικά αποδυναμωμένη ως πρόταγμα. Το δικαίωμα στην υγεία έχει σταματήσει ν' αποτελεί αφετηρία δράσεων. Όλοι οι ερωτώμενοι ασχολούνται κατά κύριο λόγο με την δύσκολη καθημερινή ρουτίνα που τους έχει επιβληθεί. Ο ορίζοντας, λοιπόν, έχει περιοριστεί και είναι εμφανές καθώς κανένας δεν καταθέτει προτάσεις με άξονα το δικαίωμα στην υγεία αν και ένα τέτοιο ερώτημα είχε τεθεί. Από την απόλυτη κυριαρχία των προηγούμενων ετών το δικαίωμα στην υγεία φαίνεται να περνά στην αφάνεια. Η έκπτωσή του αυτή συνάγεται και από απαντήσεις που δόθηκαν σε σχέση με τους ανασφάλιστους πολίτες, όπου η περίθαλψη λαμβάνει πλέον χαρακτήρα φιλανθρωπίας, γίνεται δηλαδή παρά τους κανονισμούς και τις ρυθμίσεις του κοινωνικού κράτους και εξαρτάται αποκλειστικά από τη συνείδηση του κάθε εργαζόμενου.

Άρρητη αλλά εμφανής για την ερευνήτρια είναι επίσης και η απαισιόδοξη προοπτική θεώρηση του στενού δημοσίου συστήματος υγείας. Σε αντίθεση με το λογιστικό κομμάτι που αφορά τις μεταβιαστικές πληρωμές και για το οποίο οι απαντήσεις καταδεικνύουν τόσο τα προβλήματα όσο και την επίλυσή τους, οι απαντήσεις για τις δημόσιες δομές και

την λειτουργία τους εστιάζονται σε προβλήματα χωρίς ορατό τέλος, ή μια πιθανή μέθοδο επίλυσης. Χωρίς να δηλωθεί ρητά, υπάρχει η γενική παραδοχή της αδυναμίας ανταπόκρισης στις προκλήσεις που αντιμετώπισαν ως εργαζόμενοι του κλάδου υγείας. Η απαισιόδοξη αυτή στάση ισοδυναμεί με παραίτηση από κάθε προοπτική θεώρηση. Το μέλλον δεν αποτελεί στοιχείο που να ενεργοποιεί τους ερωτώμενους για πρόοδο και βελτίωση, όπως θα ανέμενε κανείς από κάθε κατηγορία εργαζομένων, πολύ περισσότερο δε από ένα κλάδο που είναι και επιστημονικά καταρτισμένος και απολαμβάνει και ένα ιδιαίτερο κοινωνικό status από την φύση της εργασίας του. Κατά κανόνα, αυτοί που δεν αναφέρονται στο μέλλον είναι αυτοί για τους οποίους οι προοπτικές είναι ζοφερές. Αυτό είναι πολύ επικίνδυνο σαν στάση ειδικά επειδή προέρχεται από ένα επιστημονικά άρτιο κλάδο.

Κεφάλαιο 9

Επεξεργασία των Πιθανών Σεναρίων

Με βάση τα πραγματικά γεγονότα και στηριζόμενοι στα προηγούμενα πορίσματα μας θα ξεκινήσουμε μια επεξεργασία σεναρίων για τις πιθανές μορφές που μπορεί να πάρει το σύστημα υγείας στα πλαίσια της Ε.Ε.

9.1 Κύριες Οικονομικές Τάσεις

Κατ' αρχήν όπως δείχνουν τα στοιχεία σε οποιοδήποτε σενάριο που δεν παραπέμπει απευθείας σε ριζικά διαφορετική κοινωνική οργάνωση (άρα και σε αποδημία από την Ε.Ε.) οι κρατικές δαπάνες για την υγεία θα έχουν αυξητική τάση, άσχετα με την αποτελεσματικότητά τους (<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

Αυτό θα συμβεί όχι λόγω των κοινωνικών αιτημάτων για ανάλογες πρακτικές αλλά, όπως αναδείχθηκε παραπάνω, λόγω της υποχρέωσης που έχει αναληφθεί από το ίδιο το κράτος προκειμένου να συντηρηθεί και να μεγεθυνθεί η αγορά του κλάδου υγείας, προς όφελος τόσο του ιδίου όσο και των προ-νομιούχων οικονομικών παιχτών του κλάδου. Με τον όρο προ-νομιούχοι νοούνται οι φυσικές και νομικές προσωπικότητες των οποίων τα συμφέροντα προ-υπάρχουν της οποιασδήποτε θέσπισης ή θέσμισης, αδιάφορο το αν με τη στενή νομική έννοια είναι αγοραίες ή κρατικές. Η αυξητική αυτή τάση δεν είναι δήλωση προθετικότητας για καλύτερες υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, δηλώνει κυρίαρχα την ανάδειξη του συγκεκριμένου αγαθού σε εμπράγματο δικαίωμα, άρα αγαθό σε σπάνη τουλάχιστον σε όσο περισσότερες υποκατηγορίες του κλάδου υγείας αυτό μπορεί να είναι εφικτό. Η αποδημία αυτή από την βελτιστοποίηση και την μαζικότητα άρα από τους οικονομικά αποδεκτούς δείκτες στην αμιγή προσπάθεια ψυχολογικού χειρισμού – εντυπωσιασμού (τον φετιχισμό του εμπορεύματος κατά τον Marx, τις νεόκοπες θεωρίες

περί ομπτζεκτιβισμού) και την εξαιρετικότητα εισάγει τις προϋποθέσεις της μέγιστης κερδοφορίας καθώς αρνείται τη σχέση κόστους – οφέλους (ή τη σχέση της αξίας ανταλλαγής με την αξία χρήσης). Για τη μέγιστη κερδοφορία η συνήθης διεθνής πρακτική έχει σαν κύριο άξονα είτε τις αδικαιολόγητες ανατιμήσεις του προϊόντος ή της υπηρεσίας είτε τη μείωση του κύκλου ζωής του προϊόντος. Η παραπάνω διαπίστωση αφορά βέβαια όλα τα προϊόντα και τις υπηρεσίες και όχι μόνο τον κλάδο υγείας άρα η υλοποίηση αυτής της πρακτικής μπορεί να παρουσιάσει αρκετές παραλλαγές χωρίς όμως να διαφεύγει από τον γενικό κανόνα. Ειδικά μάλιστα για τη συγκεκριμένη αγορά που εμφανίζει χαρακτηριστικά αδιαβροχοποίησης έναντι του οικονομικού ορθολογισμού ακόμα και στο αγοραίο κομμάτι της, όντας ανεξάρτητη στην πραγματικότητα τόσο από το περίφημο *willingness to pay*, (<https://www.priceintelligently.com/blog/willingness-to-pay>), όσο και από τους μηχανισμούς διαμόρφωσης της τιμής μέσω του ανταγωνισμού. Άρα υπάρχει εγγύηση για τεράστια βραχυπρόθεσμα κέρδη για όσους προμηθευτές, επαγγελματίες, χρηματοδότες και μεσάζοντες “παίξουν σωστά το παιχνίδι”.

Οι κύριοι μοχλοί αυτής της διαδικασίας πιστεύουμε οτι θα είναι οι εξής δύο:

- η γενικευμένη μετονομασία (*rebranding*) υπηρεσιών και προϊόντων ως αντίδοτο σε παρελθούσες τιμολογήσεις. Για παράδειγμα παραδοσιακές ιατρικές μέθοδοι, με μηδενικό σχεδόν κόστος θα αναβαθμιστούν σε νεόκοπες και καινοφανείς πρακτικές και υλικά, ξεφεύγοντας έτσι από την οποιαδήποτε παραπομπή σε παρελθοντικές αποτιμήσεις για τη σχέση αξία χρήσης- αξία ανταλλαγής.
- Η κατάτμηση των πρακτικών και των υλικών (θεραπευτικά σχήματα και σκευάσματα α,β και γ διαλογής, πολλά και σταδιακά βήματα για τη διάγνωση, την θεραπεία και την πιθανή αποθεραπεία) όπου κάποια τμήματα από την προκύπτουσα κατάτμηση θα εμπίπτουν στην κατηγορία των πολυτελών και δαπανηρότατων αγαθών, περίπου στο υπόδειγμα των *premiums* των ασφαλιστικών συμβολαίων που συνάπτονται στις Η.Π.Α. Το γεγονός ακριβώς οτι αυτά θα εμπίπτουν σε μια τέτοια κατηγορία τους επιτρέπει ακριβώς να εκφύγουν από τους περιορισμούς που θα προέκυπταν από αμιγώς οικονομικούς υπολογισμούς. Εδώ για παράδειγμα, με βάση την ελληνική περίπτωση, εμπίπτουν κάποια μέτρα για την δωρεάν εισαγωγή των

ασθενών στα νοσοκομεία (μέτρα που πάρθηκαν για να θεραπεύσουν κάποιες αδικίες προηγούμενων μέτρων ή ρυθμίσεων). Το ανορθολογικό στοιχείο της συγκεκριμένης νομικής ρύθμισης είναι ότι αντί να εξασφαλίσει σε πρώτο επίπεδο μια ατρωσία του πληθυσμού σε σχέση με όσες περισσότερες ασθένειες μπορεί, εξασφαλίζοντας έτσι τις βέλτιστες δυνατές οικονομίες κλίμακας (υλικά, απασχολούμενοι, κτιριακές υποδομές κλπ), έρχεται να θεραπεύσει όλα τα περιστατικά μόνο όταν αυτά έχουν γίνει επίφοβα για την υγεία του ασθενούς εκτοξεύοντας έτσι τις δαπάνες, καθώς το ίδιο έχει κάνει την περίπτωση του κάθε ασθενούς δαπανηρή πέρα από κάθε ορθολογικό υπολογισμό. Άρα η κατάτμηση των δικαιούχων πρόληψης ή άλλων παρομοίων πρακτικών σε ομάδες προνομιούχων και μη, αντί να πετύχει την αναγκαία εξοικονόμηση πόρων γίνεται μοχλός για πληθώρα μεταβιβαστικών πληρωμών (άρα και κερδών).

Η απουσία ορθολογικών κριτηρίων επιτρέπει στην τιμολόγηση οποιουδήποτε προϊόντος και υπηρεσίας να είναι έρμαιο των διαθέσεων του κάθε οικονομικού παίκτη, που ας μην το ξεχνάμε λειτουργεί ήδη με βάση τους όρους διαμόρφωσης των τιμών σε καθεστώς ολιγοπωλίου και μονοπωλίου – άρα οι τιμές πάντα παίρνουν την ανιούσα προκειμένου για το ίδιο προϊόν.(Heilbroner R. - Thurow L. 1984:249-255). Πολιτικές που πιθανόν στοχεύουν στην υποκατάσταση της δαπανηρής αυτής πρακτικής, όπως η χρήση υλικών χαμηλού κόστους (για παράδειγμα τα γενόσημα φάρμακα), μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω ενός αδιόρατου άρα και ανεπίκριτου πολιτικού χειρισμού. Αυτός ο χειρισμός είναι είτε η μακροπρόθεσμη αναθεώρηση του ύψους της δαπάνης για την ανάλογη κατηγορία υλικών ή υπηρεσιών και συμπερασματικά μπορούν να αγοραστούν τα ακριβότερα και καλύτερα διαφημιζόμενα υλικά και υπηρεσίες, είτε με τη συνηθέστερη πρακτική εντός της Ε.Ε. που είναι η «άσπιλη» διαδικασία θέσπισης προδιαγραφών. Η τελευταία, ως εργαλείο πολιτικής χρησιμεύει χωρίς να κινεί τις ανάλογες υποψίες στον αποκλεισμό αγαθών από την αγορά χωρίς άλλη δικαιολόγηση πέρα από την προδιαγραφή καθεαυτή. Το σκεπτικό μιας τέτοιας απόφασης εξάλλου δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο πολιτικής κριτικής από τους κοινωνούς σε ό,τι αφορά το επιστημονικό ή με άλλα λόγια αμιγώς τεχνοκρατικό του υπόβαθρο. Έτσι η πολιτική διαδικασία μπορεί να επιβάλει σε ολόκληρες κατηγορίες προϊόντων, υπηρεσιών ή και επαγγελματιών την εκπαραθύρωση ή και την πιθανή έκλειψη από την αγορά αφού

έχουν κριθεί απλώς ως ακατάλληλες. Ωστόσο, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η μόνη ακαταλληλότητα ήταν η ασυμβατότητα με το καθεστώς εντατικής συσσώρευσης και τις διαδικασίες εξω- οικονομικής απόσπασης πλεονάσματος από τον κρατικοδίαιτο παρασιτισμό (ως παράδειγμα αναφέρονται τα πιστοποιητικά καταλληλότητας για επαγγελματίες υπηρεσιών του κλάδου, αποκλειστικές νοσοκόμες).

Προφανώς πρωτοτυπούμε καθώς στους βασικούς άξονες δεν συμπεριλαμβάνουμε την βιοπολιτική. Ωστόσο η τελευταία είναι κυρίως ένα εργαλείο πειθάρχησης στο μέτρο που επιτυγχάνει την επιβολή της κυρίαρχης αφήγησης. Η βιοπολιτική ως πρακτική σωματοποίησης των μύθων της εξουσίας περί του εκάστοτε ορθού δεν συμπεριλαμβάνει αφ' εαυτής κάποιο κοστολόγιο ή τον τρόπο να προσδιοριστεί το ύψος του. Έξάλλου, στο έργο του Foucault M. «Η γέννηση της Βιοπολιτικής» (2012) δεν υπάρχει πουθενά οικονομική αποτίμηση για τις νεόκοπες αυτές πρακτικές. Έτσι, αποτελεί μόνο ένα δευτερογενές όπλο που δεν αποτελεί καν απαραίτητη προϋπόθεση για τον όποιο σχεδιασμό. Το να υπάρχει ή σωστότερα να εκβιάζει τη συναίνεση γύρω από το τι αξίζει να πληρωθεί δεν σημαίνει αυτόματα και την ανάλογη οικονομική δυνατότητα. Αντίθετα, το σημαντικό είναι να υπάρξουν οικονομικές ροές ανεξάρτητα από τη συναίνεση ή όχι του πληθυσμού. Έτσι, η πειθήνια στάση που εξασφαλίζει η σωματοποίηση καθίσταται απλά ένας πολλαπλασιαστής της ισχύος της εξουσίας στον αντίποδα της αυτονομίας και της αυτενέργειας του ατόμου. Όμως εν προκειμένω το οποιοδήποτε άτομο αδυνατεί να αυτενεργήσει (είναι αδύνατο να κάνει το ίδιο την ιατρική πράξη). Η αναγκαστική προσφυγή σε τρίτους ακυρώνει την προθετικότητα του ατόμου και εδώ ακριβώς είναι που τα εργαλεία της βιοπολιτικής εξαντλούν τη χρησιμότητά τους. Ενδεχομένως και μόνο αν το οποιοδήποτε υποκείμενο κάνει αποτίμηση- είναι σπάνια η δυνατότητα να πραγματώσει κάτι τέτοιο με όρους επιστημονικούς άρα και αδιάβλητους- η βιοπολιτική να έχει μια οριακή χρησιμότητα ως ένας πολλαπλασιαστής της δύναμης της ετερονομίας πάνω του.

9.2 Οι Δημιουργοί των Σεναρίων – Οι Δρώντες

Η παρούσα ανάλυση θα ακολουθήσει την αντίστροφη πορεία σε σχέση με τα συνήθη πρότυπα, δηλαδή θα περάσει από τους πιο αδύναμους και ασήμαντους παράγοντες στους πλέον ισχυρούς και σημαντικούς. Η αξιολόγηση της ισχύος γίνεται με βάση την τυπολογία του Olson M. (1991:211-272) για τα χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών. Ο σκοπός αυτής της αντιστροφής δεν είναι άλλος από τον πολύ γρήγορο αποκλεισμό παραγόντων που παίζουν κυρίαρχα ρόλο «αποδιοπομπαίου τράγου», καθώς εμφανίζονται ως καθοριστικοί απλά και μόνο για να τους επιδικαστεί το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης, ενώ στην ουσία μπορούν να χαρακτηριστούν ως αμελητέοι ή ως πραγματικά ανενεργοί στη διαμόρφωση των αποφάσεων και αποτελούν τα προνομιακά θύματα των όποιων επανασχεδιασμών.

9.2.1 Ο Γενικός Πληθυσμός

Η πρώτη θέση ανήκει στον γενικό πληθυσμό (πολίτες και κατοίκους εντός των κρατικών δομών της Ευρωπαϊκής επικράτειας). Αν και οι περισσότερες αναλύσεις πιστώνουν το σύνολο των οικονομικών αστοχιών κυρίαρχα σε αυτό τον παράγοντα, ο γενικός πληθυσμός αποτελεί απλά ένα ενδιάμεσο προϊόν στη διαδικασία μεγέθυνσης των οικονομικών ροών και ως τέτοιο δεν έχει την ισχύ να επηρεάσει το παραμικρό. Μπορεί βέβαια να είναι το τέλειο άλλοθι για να αγνοηθούν οι οικονομικές ροές εν γένει, καθώς όλα γίνονται « στο όνομα των πολιτών και των κατοικούντων» της Ε.Ε. Αυτό το “στο όνομα” δεν σημαίνει και υπέρ τους. Αν και τα κίνητρα και τα συμφέροντα όσων επικαλούνται το γενικό πληθυσμό θα αναλυθούν παρακάτω, πρέπει να γίνει μια αναφορά στο ισοζύγιο ισχύος και την ελευθερία δράσης του παράγοντα αυτού.

Οι απαιτήσεις για παροχές πολύ σπάνια τίθενται σαν πρόταγμα από τον ίδιο τον γενικό πληθυσμό. Οι συνήθεις κινητοποιήσεις του παράγοντα αυτού – κυρίως στην Ελλάδα – έχουν πολύ περισσότερο σαν στόχο τον ορισμό του ύψους των συνταξιοδοτικών χορηγήσεων και πολύ λιγότερο τις υπηρεσίες υγείας. Αλλά για λόγους στοιχειοθέτησης ενός σεναρίου μπορούμε να υποθέσουμε ότι ο γενικός πληθυσμός μπαίνει στον πειρασμό να αναμετρηθεί με τους υπόλοιπους παίκτες χρησιμοποιώντας την όποια ισχύ του. Τα σενάρια που θα εκπονηθούν δεν μπορούν να αναφερθούν στις περιπτώσεις εκείνες που

εμπεριέχουν σαν κύρια παράμετρο μια ριζική αλλαγή πολιτικοοικονομικού μοντέλου καθώς κάτι τέτοιο θα σήμαινε αυτόματα και τελεσίδικα την έξοδο ή την εκπαραθύρωση από την Ε.Ε. Και έτσι βρίσκεται εκτός του αντικειμένου της παρούσας μελέτης.

Βασικός άξονας του σεναρίου είναι η μόνη πιθανή διεκδίκηση που δύνανται να προβάλλουν και να απαιτήσουν οι συμμετέχοντες σε μαζικούς κοινωνικούς αγώνες, δηλαδή η αύξηση των δαπανών. Η τελευταία ως μετρήσιμο μέγεθος μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο διεκδίκησης καθώς η συμμόρφωση ή μη των υπολοίπων παραγόντων ή παικτών είναι εμφανής και μπορεί να έχει ως προκύπτον αποτέλεσμα τη συμμόρφωσή τους είτε εκούσια είτε ως προϊόν επιβολής (σε εξαιρετικές πάντως περιπτώσεις που οι συλλογικές οργανώσεις και η ευρύτερη κοινωνία πολιτών είναι πολύ πιο οργανωμένες σε σχέση με τα όσα συμβαίνουν σήμερα). Ωστόσο υπάρχουν πεδία πάνω στα οποία δεν μπορούν να προβληθούν αιτήματα ή απαιτήσεις για έλεγχο. Το πρώτο επίδικο εδώ είναι ο έλεγχος των ροών του χρήματος τόσο στις απαιτήσεις των προαπαιτούμενων της δαπάνης (δηλαδή από ποιους θα προκύψει το επιπλέον ποσό που απαιτείται) όσο και των μεταβιβαστικών πληρωμών που εγκαινιάζει η δαπάνη αυτή (πού δηλαδή θα καταλήξουν τα χρήματα). Τα υπόλοιπα ζητήματα που ο γενικός πληθυσμός αφήνει ανοικτά ως αναρμόδιος επ' αυτών – έστω και σε επικουρικό ρόλο αποτίμησης- είναι η αποτελεσματικότητα και ο ορθολογισμός των ρυθμίσεων που συνοδεύουν κάθε τέτοια νέα διευθέτηση, άρα και η βιωσιμότητα της διευθέτησης καθ' εαυτήν. Κοντολογίς, απουσιάζει κάθε μέσο που εγγυάται την επιτυχία και την μακροήμερευση της όποιας νέας συμφωνίας ή επιτυχίας. Έτσι τα έκδοχα σενάρια μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο βασικές κατηγορίες :

α) το σενάριο εκτυλίσσεται σε συνθήκες που η αιτούμενη αναδιανεμητική δαπάνη είναι εύκολο να μεταφερθεί στους δικαιούχους και μάλιστα ως πολλαπλάσιο της αρχικής προϋπολογισμένης της αξίας. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί να σημειωθεί μια αρχική επιτυχία του γενικού πληθυσμού στην κατεύθυνση μιας πολιτικής διευθέτησης. Στη συνέχεια βέβαια θα επιχειρηθεί από τους υπόλοιπους παίκτες η κατάσταση να μπει στη γνωστή ατραπό που περνά από την υποτιθέμενη κοινωνικά αλληλέγγυα αναδιανομή στην αντίστροφη αναδιανομή πλεονάσματος. Η υποτιθέμενη συμμόρφωση των παικτών

χρησιμοποιείται για να δρομολογηθούν όλα τα στάδια του σεναρίου αυτού δηλαδή να προκύψουν δυσανάλογα μεγάλες και αχρειαστες δαπάνες που να εξασφαλίζουν επαρκείς ροές πλεονάσματος το οποίο επίσης θα επιχειρήσουν να το πιστώσουν στους αρχικούς δικαιούχους.

Υπενθυμίζεται εδώ ότι αυτή η δυνατότητα για τους υπόλοιπους παίκτες είναι πέρα για πέρα αυτονόητη καθώς όπως έχει προαναφερθεί ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας και της ορθολογικότητας είναι εκτός του πεδίου αρμοδιότητας του γενικού πληθυσμού και μονοπωλείται από τις ομάδες των γραφειοκρατών, των οικονομικών εμπειρογνομόνων και των πολιτικών διαχειριστών οι οποίοι στα πλαίσια μιας ανάλυσης ομάδων συμφερόντων απαρτίζουν προνομιακά μια δική τους ομάδα. Τα προσχήματα για αυτή την εξέλιξη μπορεί να είναι ποικίλα και ευφάνταστα (ανάγκη εκπόνησης μελετών, πιλοτικά σχέδια, αποκεντρωτικές δομές για λόγους προσβασιμότητας, επανυπολογισμός των κονδυλίων ως ανεπαρκών, προμήθειες υλικού, δημιουργία αποθεματικών, προσλήψεις νέου προσωπικού, επιμορφωτικά σεμινάρια, αποζημιώσεις εξωτερικών συνεργατών και ειδικών εμπειρογνομόνων, διαφημίσεις...) πάντως υπάρχουν πάντοτε στο δυνητικό «οπλοστάσιο» των υπόλοιπων παικτών και από τη χρονική στιγμή της ενεργοποίησής τους υποβάλουν τον πληθυσμό σε επαχθείς δαπάνες χωρίς τελικά να μπορεί να διαγνωστεί καμιά ανάλογη μεταβολή στους δείκτες υγείας. Η οποιαδήποτε ορατή βελτίωση που μπορεί να επέλθει πιστώνεται σίγουρα στους υπόλοιπους παίκτες που θα αποκομίσουν ποικίλα οφέλη – ανάλογα βέβαια της θέσης που κατέχουν- δηλαδή για την ομάδα των επιχειρηματιών και των επαγγελματιών του κλάδου υπάρχει η πραγμάτωση της προσδοκίας της αυξημένης κερδοφορίας ενώ για το πολιτικό προσωπικό, τους τεχνοκράτες και τους ειδικούς που στελεχώνουν τις ανάλογες θέσεις προβλέπονται νέα πεδία εξουσίας και διαμεσολάβησης (το αν αυτό συνεπάγεται και κέρδη είναι συνάρτηση φαινομένων διαπλοκής ή διαφθοράς που φυσικά η ανάλογη εξέλιξη δεν μπορεί να προεξοφληθεί εδώ, πάντως είναι πολύ πιθανό λόγω της αύξησης της ισχύος τους οι παίκτες αυτοί να επιδιώξουν να αποκομίσουν και οικονομικά οφέλη όπως για παράδειγμα τη μορφή των άτυπων πληρωμών ή τη συμμετοχή σε προμήθειες).

Ένα προσφιλέσ παράδειγμα για την ελληνική περίπτωση είναι η καταχρηστική υπερκατανάλωση υπηρεσιών και υλικών ακόμα και στην περίπτωση υγείων ατόμων στα χρόνια πριν την έλευση της κρίσης (για παράδειγμα υπήρχε υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων) η οποία αποτελεί εγγύηση χειρότερης παρά καλύτερης υγείας λόγω των επιπτώσεών της. Το αποτέλεσμα αυτής της πρακτικής δηλαδή οι επιπλοκές ή οι ελαττωμένες φυσικές άμυνες κλπ εξασφαλίζουν αυξημένο πελατολόγιο για τους υπόλοιπους παίκτες. Έτσι καταδεικνύεται και η στόχευση που είχε πιθανόν αυτή η πρακτική, δηλαδή την δυνατότητα διεύρυνσης της αγοράς στις περιπτώσεις εκείνες που η ζήτηση δεν ανταποκρίνεται στην προφορά κατά την πάγια τακτική που ακολουθείται σε ανάλογες περιπτώσεις.

β) στην περίπτωση αυτή η αιτούμενη αναδιανεμητική δαπάνη είτε δεν υπάρχει ως πλεόνασμα ούτε και μπορεί να μετατεθεί στο γενικό πληθυσμό. Ακόμα και αν προκύψει μια επιτυχία θα είναι βραχύβια. Ο γενικός πληθυσμός πολύ σύντομα θα βρεθεί αντιμέτωπος με μια επαπειλούμενη ή καλπάζουσα κρίσιμη κατάσταση (ισομορφική των μαθηματικών καταστροφών όπως έχει προαναφερθεί) η οποία θα χρησιμοποιηθεί ως άλλοθι για να ακυρωθούν όχι μόνο τα συγκεκριμένα οφέλη αλλά και για να επανεξεταστούν όλα τα οφέλη που προέκυψαν ποτέ από την πολιτική και τη συνδικαλιστική δράση. Εννοείται ότι ο γενικός πληθυσμός είναι το πρώτο θύμα σε μια τέτοια διαδικασία, αν και βάσει μελετών θα ήταν επιστημονικά προτιμητέο να αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες για να ανταπεξέλθει και να ανακάμψει από την κρίση. Γι' αυτό άλλωστε και έγινε νύξη για την κρίση ως άλλοθι.

Ωστόσο αυτή ακριβώς η θυματοποίηση του γενικού πληθυσμού τον καθιστά ξανά ένα «δυνάμει» πελατολόγιο καθώς μπορεί να προμηθεύσει μια στρατιά αναξιοπαθόντων προκειμένου να προκύψουν εκ του μηδενός οι επιχειρηματολογίες για την ανάγκη αύξησης των δαπανών. Το «εκ του μηδενός» αναφέρεται στην αιφνίδια αλλαγή στάσης που μπορεί να χαρακτηρίσει είτε μεμονωμένους παίκτες είτε τις ομάδες παικτών στο σύνολό τους. Οι προαναφερθέντες σε αυτή την περίπτωση ενεργοποιούν μια δυνατότητα που ενυπάρχει σύμφωνα με τη σύλληψη του κοινωνικού κράτους. Η σύλληψη αυτή θεωρεί ότι όλες οι ανισότητες ή οι παράγοντες που αντιτίθενται στην

ευζωία είναι δυνητικά πεδία διαμεσολάβησης του κράτους (υπό τον μανδύα πάντα της αγαθοεργίας). Αρκεί ένα πεδίο να καταδειχτεί ως τέτοιο για να κριθεί επιβεβλημένη μέριμνα έστω κι αν είναι προς το παρόν αδύνατη η θεραπεία του προβλήματος (συνηθέστερα λόγω περιορισμένων πόρων). Μάλιστα, απλά και μόνο η αποκάλυψη του συγκεκριμένου προβλήματος το καθιστά ένα κύριο πολιτικό πρόταγμα, πράγμα που έχει σαν άμεση συνέπεια την εκφορά τόσο διαπιστωτικών όσο και ιδεολογικών λόγων. Φυσικά αυτό συμβαίνει για όλο το φάσμα των αρμοδιοτήτων του κοινωνικού κράτους.

Η εμβριθής και ενίοτε λυρική ανάλυση που γίνεται πίσω από εμβληματικούς όσο και μεγαλόστομους τίτλους επιτρέπει την πλειοδοσία των πολιτικών και κοινωνικών φορέων, είτε και μεμονωμένων πολιτών επί των προταγμάτων αυτών έστω και αν η λύση αναβάλλεται για το μέλλον. Εξάλλου για να διευρύνεις ή να δημιουργήσεις μια αγορά οφείλεις να καταφύγεις σε ένα μηχανισμό δημιουργίας προσδοκιών.

Συμπερασματικά λοιπόν τα κίνητρα όσων πλειοδοτούν σε ευαισθησία για τα θύματα είναι έμπλεα ιδιοτέλειας. Η επιχειρηματολογία τους, αν εξεταστεί σε συνάρτηση με την πραγμάτωση των λύσεων επί των προβλημάτων, μπορεί μόνο να επιβεβαιώσει το διαδικτυακό ρητό *«όταν κάτι σου παρέχεται δωρεάν, τότε το εμπόρευμα είσαι εσύ»*. Αν η κατάταξη του γενικού πληθυσμού στο ναδίρ της ισχύος ξενίζει κάποιους, αρκεί να αναφέρουμε τον Karl von Clausewitz και τη διαπίστωσή του ότι *«ο πόλεμος είναι η συνέχεια της πολιτικής»*. Αν λοιπόν στον πόλεμο ο γενικός πληθυσμός είναι ένα απλό αναλώσιμο το ίδιο ισχύει και για το πεδίο της πολιτικής.

9.2.2 Οι επαγγελματίες του κλάδου υγείας

Η δεύτερη θέση από το τέλος ανήκει δικαιωματικά στις ομάδες επαγγελματιών του κλάδου. Βέβαια, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό η κατηγορία αυτή διαθέτει την ικανότητα να επηρεάζει την πολιτική υγείας και επομένως να καρπώνεται τα

αντίστοιχα οφέλη, ωστόσο από την άλλη δεν είναι σε καμία περίπτωση διασφαλισμένη έναντι των συνεπειών μιας κρίσης (φανταστικής ή πραγματικής). Όπως διαπιστώνεται και στην Ελλάδα είναι δυνατό να υπάρξουν και ανεργία και μείωση εσόδων και επαγγελματική υποβάθμιση, ανυποληψία, προλεταριοποίηση. Άρα οι επιπτώσεις της «κρίσης» είναι ανάλογες με αυτές που βιώνονται από τις υπόλοιπες εξειδικευμένες επαγγελματικές ομάδες και τις μερίδες των μικρο-καπιταλιστών ή μικρο-επιχειρηματιών.

Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τον ειδικό ρόλο που εκπληρώνουν οι επαγγελματίες της υγείας. Στις ανοδικές φάσεις του οικονομικού κύκλου (αυτό που θα αποκαλούσαμε «υπό κανονικές συνθήκες») αποτελούν ένα πολύτιμο σύμμαχο για τις πιο ισχυρές ομάδες παικτών, ένα προνομιακό ταξικό σύμμαχο κατά την Μαρξιστική ανάλυση. Αντίθετα, σε δυσμενείς συνθήκες για τον οικονομικό κύκλο είναι δυνατή η προσωρινή διάρρηξη αυτής της συμμαχίας. Αυτή η διάρρηξη είναι πρόσκαιρα συμφέρουσα για τους ισχυρότερους καθώς μπορούν να επιχειρήσουν να μειώσουν το μερίδιο των ομάδων επαγγελματιών στις οικονομικές ροές. Αντίθετα σε μακρό χρόνο είναι κάθε άλλο παρά συμφέρουσα καθώς διακυβεύεται η δυνατότητα των ισχυρών να διευρύνουν τον κύκλο εργασιών ή της επιρροής τους. Οι ομάδες που μπορούν να προμηθεύσουν τους πραγματικούς «πράκτορες» για τα συμφέροντα των ισχυρών (κατ' αναλογία των εμπορικών αντιπροσώπων) είναι οι ομάδες των επαγγελματιών της υγείας. Αναφερόμαστε σε «προμήθεια πρακτόρων» γιατί δεν χρειάζεται, ούτε και συμφέρει να αναλάβουν αυτό το ρόλο άπαντα τα μέλη. Ο ρόλος άλλωστε αυτής της ιδιότυπης μορφής εμπορικού αντιπροσώπου είναι είτε να «ανοίξει» μια αγορά και στη συνέχεια να εξασφαλίσει τα πολυπόθητα μερίδια επί των συνολικών πωλήσεων, είτε σε μια προϋπάρχουσα αγορά να αυξήσει τα μερίδια αγοράς του ιδίου και των προμηθευτών του. Η υποβάθμιση που θα συνεπαγόταν μια ανοιχτή παραδοχή του ρόλου αυτού, τουλάχιστον ως προς τα πεδία της επιστημονικότητας και του κύρους απαιτεί ο ρόλος αυτός να μείνει συγκαλυμμένος πίσω από το προκάλυμμα του επαγγελματισμού και της προσφοράς. Άλλωστε οι επαγγελματίες της υγείας κατέχουν τον τίτλο του «λειτουργού» ως του πιο αρμόζοντος επαγγελματικού προσδιορισμού για τους ίδιους.

Εξάλλου κάθε νέο «άνοιγμα» αγοράς ή προσπάθεια απόσπασης μεριδίου είναι πιο λογικό να επιχειρείται όταν συνοδεύεται με την αίγλη της επιστημονικής καινοτομίας, της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και της επαγγελματικής αρτιότητας. Ειδικά όταν οι επαγγελματίες του κλάδου κατά πλειοψηφία πληρούν αυτά τα κριτήρια. Στον αντίποδα κάθε καλής έξωθεν μαρτυρίας η αμαύρωση της εικόνας (προσωπικής ή συλλογικής) ακυρώνει την όποια δυνατότητα συνεργασίας με τους ισχυρούς. Έτσι είναι λογικό ένα μεγάλο μερίδιο των επαγγελματιών να μην διανοείται καν να ασκήσει το ρόλο του εμπορικού πράκτορα. Η εθελούσια αποχή από το ιδιότυπο αυτό εμπόριο, ακόμα και αν συνοδεύεται από έντονη πολεμική για όσους συναδέλφους «ενδίδουν» είναι ένας πολλαπλασιαστής επαγγελματικού κύρους για όλη την υπό εξέταση ομάδα. Άρα είναι αναγκαία, για να ασκηθούν οι προαναφερθείσες εμπορικού τύπου δραστηριότητες. Διευκρινίζεται εδώ ότι η ίδια η αποχή μπορεί να συνιστά ένα ιδιαίτερο εμπόρευμα, κατά τα πρότυπα των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων ή Μη Κερδοσκοπικών Σωματείων. Ο «εθελοντισμός» σημαίνει μικρότερα λειτουργικά κόστη, άρα και μεγαλύτερα περιθώρια για μετατόπιση των δαπανών στην κατανάλωση των αγαθών εμπορικού χαρακτήρα. Αν τα χρηματιστηριακά γραφεία επιλέγουν να λειτουργούν «με τα λεφτά των άλλων», εννοείται πάντα κερδοφόρα, είναι δυνατόν και για τις εταιρίες του κλάδου της υγείας να αποκομίζουν κέρδη «με την αφιλοκερδή εργασία των άλλων».

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να γίνουν ορισμένα διευκρινιστικά σχόλια για να αναδειχτεί η ιδιότυπη αυτή σχέση. Προσομοιώνοντας το σκεπτικό και τις προσδοκίες των ισχυρών θα λάβει χώρα μια παραδειγματική προσέγγιση των δυνατοτήτων που προσφέρει η αφιλοκερδής επαγγελματική προσφορά. Υποτίθεται, λοιπόν, ότι μια ομάδα ιατρών ονόματι Χ εξασκούν το επάγγελμά τους είτε αφιλοκερδώς είτε έναντι τιμήματος πολύ μικρότερου του συνήθους. Αυτή η οικονομική συμπεριφορά με βάση τους αντίστοιχους οικονομικούς νόμους θα έχει σαν αυτόματη συνέπεια την αυξημένη ζήτηση που προσφέρει η συγκεκριμένη ομάδα. Αυτό συνεπάγεται ένα πελατολόγιο που μπορεί να κατέχει ένα δυσανάλογο μερίδιο της αγοράς για διάφορες κατηγορίες αγαθών (φάρμακα, αναλώσιμα, διαγνωστικούς ελέγχους κλπ). Φυσικά, η ομάδα Χ δεν υπάρχει εν κενώ. Σίγουρα, υπάρχουν και τα εταιρικά εκείνα συμφέροντα που θα επιδιώξουν να προσεταιριστούν αυτό το πελατολόγιο. Έτσι, η υποθετική εταιρία Ψ έχει τη δυνατότητα

να προσεγγίσει την ομάδα X και να εξασφαλίσει για παράδειγμα μειωμένες τιμές για μια κατηγορία αγαθών, κερδίζοντας έτσι ένα αντίστοιχο μερίδιο αγοράς. Εννοείται ότι η ζήτηση θα επαναπροσανατολιστεί λόγω μειωμένης τιμής προσφοράς προς τα αγαθά που προσφέρει η εταιρία Ψ. Υποτίθεται ότι αυτό (μειωμένες τιμές προσφοράς άρα αυξημένη ζήτηση) συμβαίνει εις βάρος της κερδοφορίας, ξεχνώντας βέβαια να υπολογίσει κανείς το κόστος που θα είχε η προώθηση του προϊόντος με συμβατικά μέσα (διαφημίσεις, αποζημιώσεις ιατρικών επισκεπτών, μπόνους για τους επαγγελματίες κλπ). Άρα η συνολική μείωση του λειτουργικού κόστους, που μπορεί κάλλιστα να είναι πολύ μικρότερη από την όποια έκπτωση. Επιπροσθέτως, ένα άλλο κόστος που μπορεί να μειώσει η εταιρία Ψ είναι και αυτό της ευρύτερης εταιρικής της προβολής. Η συγκεκριμένη ενέργεια μπορεί να προβληθεί ως υποδειγματική πράξη εταιρικής ευθύνης και κοινωνικής ευαισθησίας, εξασφαλίζοντας την ανάλογη προβολή με ελάχιστο κόστος.

Αυτό το πράγματι ιδιότυπο παράδειγμα στοχεύει στη διαύγηση της τακτικής που ακολουθείται μέσα στο πλέγμα σχέσεων εταιριών (και των άλλων δυνατών παικτών) με τις επαγγελματικές ομάδες. Οι ομάδες αυτές είναι οι εγγυητές του πελατολογίου τους ενώ ταυτόχρονα αποτελούν μια ανεπιθύμητη λειτουργική δαπάνη την οποία καταβάλουν προσπάθειες να απομειώσουν όποτε αυτό είναι εφικτό. Δηλαδή, αυτή ακριβώς η απομείωση μπορεί να συντελεστεί ευχερέστερα σε συνθήκες πραγματικής ή εικονικής κρίσης, όταν πάνω από τους επαγγελματίες του κλάδου επικρέμονται οι απειλές που προαναφέρθηκαν.

Συμπερασματικά, με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε για τις οικονομικές ροές και τον ρόλο των επαγγελματιών σε αυτές, η μετατόπιση του κύκλου εργασιών στα φαρμακευτικά προϊόντα θα δημιουργήσει νέες εστίες ισχυρής ζήτησης στις οποίες οι εταιρίες θα πρέπει να διαθέτουν τους αντίστοιχους επαγγελματίες – εμπορικούς πράκτορες. Η τάση διόγκωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στα νοσοκομεία και η ανάλογη μείωση στο υπόλοιπο της αγοράς σημαίνει ότι οι νοσοκομειακοί ιατροί και οι νοσηλευτές θα αποτελέσουν μακροπρόθεσμα προνομιακό εταίρο για τους μεγάλους παίκτες. Μια απουσία αυτής της σχέσης, εξάλλου, θα σήμαινε και ακύρωση της

ικανότητας των εταιριών να προωθήσουν τα προϊόντα τους και να εξασφαλίσουν τα σκοπούμενα μερίδια αγοράς. Το αντίθετο ισχύει για τους εξω- νοσοκομειακούς ιατρούς (κυρίως τους ιδιωτεύοντες). Το συρρικνούμενο πελατολόγιο θα σημάνει και την ανάλογη συρρίκνωση του ενδιαφέροντος των ισχυρών.

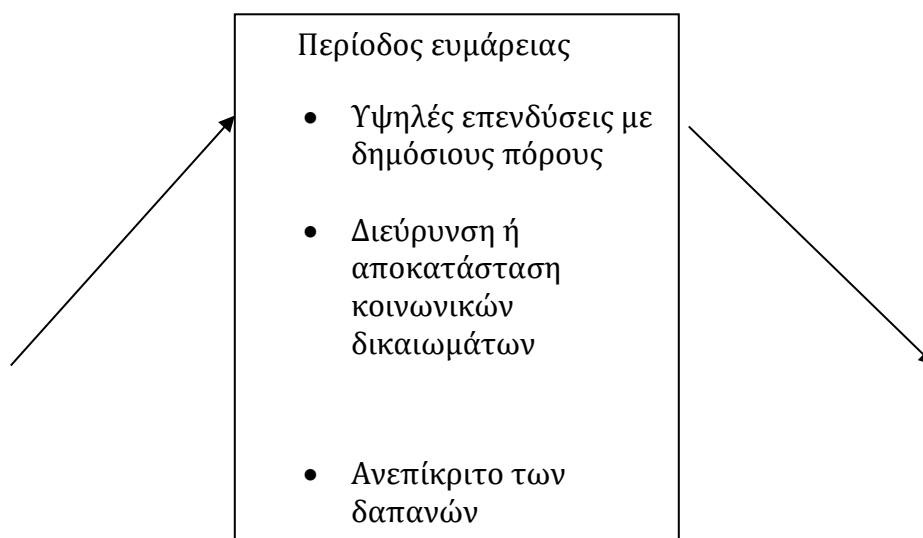
Αυτή είναι, άλλωστε, και διαχρονικά η μοίρα όλων των «πρακτορευόντων» υπέρ των συμφερόντων τρίτων. Χαρακτηριστικές είναι και οι ομοιότητες με την δραστηριότητα όσο και την ιστορική πορεία διάφορων μειονοτικών θυλάκων που ανέλαβαν υπεργολαβικά να «ανοίξουν» διάφορες αγορές για λογαριασμό των πάλαι ποτέ παγκοσμιοποιητών (Έλληνες, Εβραίοι και Αρμένιοι στην Οθωμανική Αυτοκρατορία και την Νότια Ρωσία, Κινέζικες παροικίες στην Ινδοκίνα κλπ). Οι ξαφνικές μεταπτώσεις από την επιτυχία στην απόλυτη επισφάλεια είναι ενδεικτικές της ειδικής θέσης που καταλαμβάνουν οι επαγγελματίες του κλάδου.

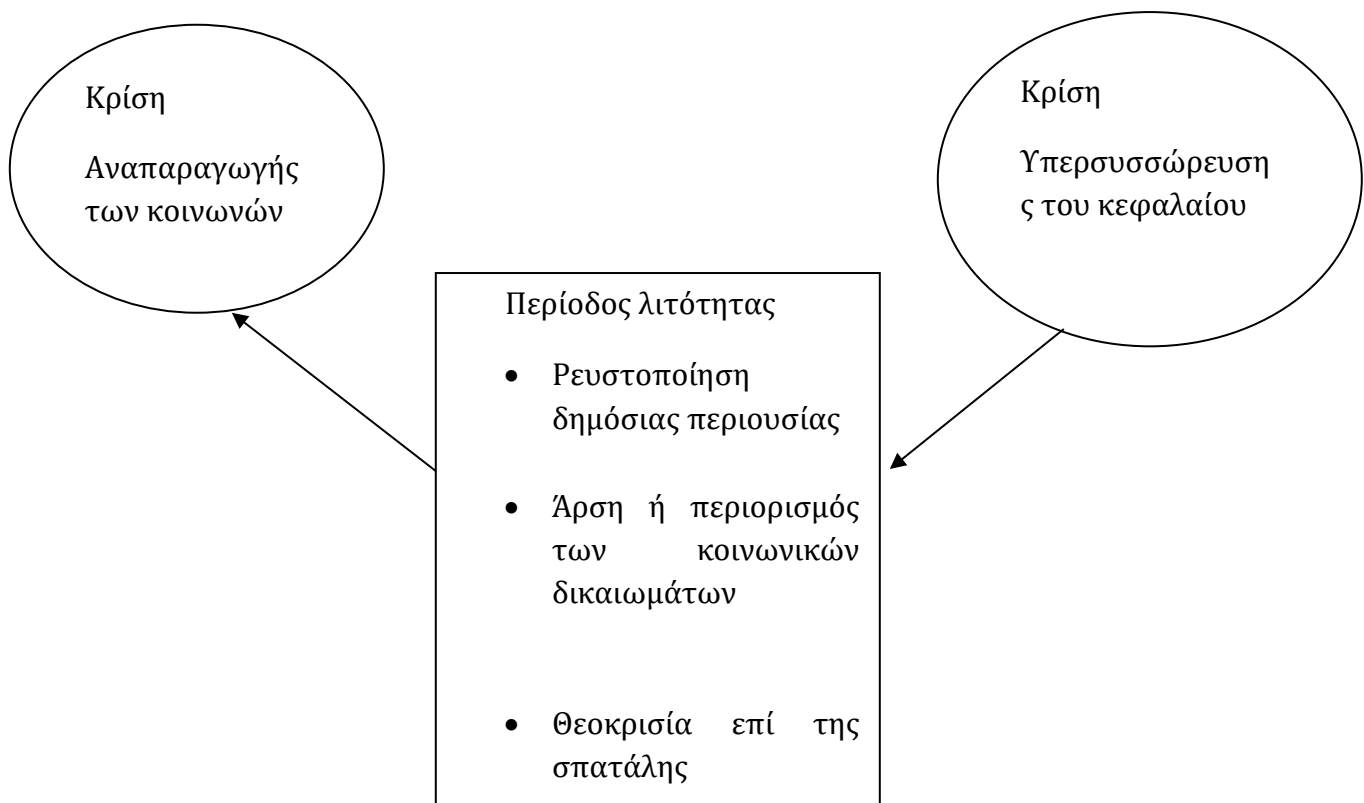
9.2.3 Οι Κυρίαρχοι του Παιχνιδιού. Μονοπωλιακό - Ολιγοπωλιακό Κεφάλαιο και Κράτος

Θα φανεί παράδοξο που βάζουμε δυο φαινομενικά ανταγωνιστικούς παίκτες στην ίδια κατηγορία. Οι κεφαλαιούχοι και το κράτος με βάση ένα βασικό μοντέλο οικονομικής θεώρησης θα αναλύονταν ως αντίρροπες δυνάμεις αφού ο ένας αποτελεί το μέρος της προσφοράς (κεφάλαιο) και ο άλλος το μέρος της ζήτησης (κράτος). Όμως τα κλασσικά οικονομικά δεν μπορούν να προσφέρουν μια εις βάθος ανάλυση όπως αναδείχτηκε και παραπάνω. Αντίθετα «... η διαδικασία της καπιταλιστικής ανάπτυξης συλλαμβάνεται εννοιακά ως μια διαδικασία αλληλεξάρτησης της διεξόδου του κεφαλαίου στην κοινωνία, της κοινωνικής αποσύνθεσης και της κρατικοποίησης της κοινωνίας...» (Bonfeld W., 1987: 60) Έτσι κεφάλαιο και κράτος συν-λειτουργούν, το μεν κεφάλαιο φτιάχνοντας «εναλλακτικές στρατηγικές συσσώρευσης» το δε κράτος «ανασυγκροτεί και ενσωματώνει την κοινωνία ανάλογα με τις ανάγκες της διευρυμένης αναπαραγωγής» (Bonfeld W., 1987: 61). Όσο υφίσταται η σχέση αυτή στην τωρινή της μορφή που μοιάζει αδιάρρηκτη οι δυο αυτοί παίκτες θα συν- λειτουργήσουν, το δε κράτος για να μεγιστοποιήσει τα

πεδία και τον βαθμό της εξουσίας του, το δε κεφάλαιο για να μεγιστοποιήσει τα κέρδη του.

Ένα υπόδειγμα αυτής της πολιτικής ήταν η προσπάθεια αναδιάρθρωσης του χρηματοπιστωτικού συστήματος στην Ελλάδα το οποίο κρίνεται ότι περιέχει τις αναλογίες εκείνες που προσδιορίζουν το μείγμα της κοινωνικής πολιτικής που θα εφαρμοστεί. Ο χρηματοπιστωτικός τομέας πέρασε αρχικά από την φάση κερδοσκοπικής ασυδοσίας (κρίση «κόκκινων» δανείων με μεγάλη ευθύνη των ίδιων των τραπεζών, η οποία διαρκεί ακόμα στην Ελλάδα), στην αναδιάρθρωση. Η εξυγίανση αυτού του τομέα επικεντρώθηκε αποκλειστικά στον τομέα της προσφοράς χρήματος (δηλαδή τα τραπεζικά ιδρύματα), τομέα που νέμονταν προνομιακά οι κεφαλαιούχοι, ενώ αντίθετα δεν λήφθηκε κανένα μέτρο από την πλευρά της ζήτησης (αξιόχρεο και πιστοληπτική ικανότητα πολιτών) με αποτέλεσμα η ζήτηση αυτή να καταρρεύσει. Όντως ο αριθμός των νέων χορηγήσεων στα χρόνια της κρίσης στην Ελλάδα ήταν δραματικά περιορισμένος. Αυτό βέβαια επέτρεψε με τη σειρά του να περάσουμε στην τρίτη φάση η οποία χαρακτηρίζεται από την επιστροφή της κερδοσκοπικής ασυδοσίας με τα ευεργετήματα που αυτή εξασφαλίζει για το κεφάλαιο. Έχουμε βιώσει ήδη σε αυτό τον τομέα μια επανακύκλιση η οποία πιθανότατα θα αντιγραφεί και στον τομέα της υγείας. Αν συνυπολογιστούν και οι θεωρητικές αναλύσεις που συνάδουν με τα σημερινά δεδομένα (Πουλαντζάς Ν. 1990:205-212) δηλαδή αυτές περί της αγαστής συνεργασίας κράτους και κεφαλαίου , μορφοποιείται ένα μοντέλο επανακύκλισης που διαμορφώνεται ως εξής:





Σε όλες τις φάσεις αυτού του κύκλου οι κυρίαρχοι παίκτες μεγιστοποιούν τα κέρδη τους. Το κεφάλαιο εξασφαλίζει την κερδοφορία του στην περίοδο της ευμάρειας λόγω πληθώρας μεταβιβαστικών πληρωμών και στην περίοδο της λιτότητας μέσω της οικειοποίησης της δημόσιας περιουσίας ή δραστηριότητας.

Το κράτος αντίστοιχα και στις δυο φάσεις αναλαμβάνει εκτενείς ρυθμίσεις για την οργάνωση της κοινωνίας από τις οποίες δεν θα παραιτηθεί ποτέ. Η διαδικασία αυτή ακυρώνει το σκεπτικό την λογική της αλληλέγγυας αναδιανομής πλεονάσματος λόγω της οποίας δικαιολογήθηκε η ίδια η συγκρότηση του κράτους πρόνοιας. Οι μηχανισμοί κοινωνικής αλληλεγγύης άλλωστε είναι αυτό που απαιτείται την περίοδο της κρίσης, ενώ δεν είναι τόσο χρήσιμη ή παραγωγική τα χρόνια της αφθονίας. Με βάση αυτό το μηχανισμό αίρεται και το παράδοξο της ύπαρξης τόσο διαφορετικών καταστατικών αρχών(Νομοθεσία Ε.Ε. – Εθνική νομοθεσία) που να ρυθμίζουν τα θέματα της υγείας και το καθένα με τη σειρά του θα χρησιμοποιηθεί ανάλογα με τη φάση του «κύκλου».

Κεφάλαιο 10

Συμπεράσματα και Αδυναμίες Διατριβής

10.1 Συμπεράσματα Διατριβής

Το κοινωνικό δικαίωμα και εν προκειμένω το δικαίωμα στην υγεία μπορεί κάθε στιγμή να περιοριστεί ή να διευρυνθεί εξαιρώντας τους κοινωνούς από την οποιαδήποτε ικανότητα να προσδιορίσουν την έκταση ή ακόμη και τον ορισμό του ίδιου του δικαιώματος, άσχετα με τον αυτονόητο χαρακτήρα του δικαιώματος αυτού όταν πρόκειται για την υγεία. Η κατάσταση του να είσαι υγιής ή μη δεν είναι σε καμία περίπτωση αποτέλεσμα διαβούλευσης ή πολιτικής απόφασης. Επομένως η πρόσβαση στο δημόσιο αγαθό «υγεία», εφόσον ως τέτοιο υφίσταται, δεν μπορεί λογικά να υπαχθεί σε περιορισμούς, ωστόσο η κρατική πολιτική πρακτική μπορεί να υπερβεί την κοινή λογική και να εδραιώσει την εξουσία της ακυρώνοντάς την.

Η αποχώρηση από τη σφαίρα της λογικής γίνεται μέσω ιδεολογικών λόγων που χρησιμοποιούνται για να δικαιολογήσουν την αλλαγή πολιτικής. Κρίθηκε αναγκαίο, στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή, να μελετηθούν εις βάθος τα επιχειρήματα που συνδέονται με την ανάγκη αλλαγής πολιτικής και τις συνακόλουθες λύσεις. Δεν παραλήφθηκε κανένα από τα κυρίαρχα ιδεολογικά αφηγήματα, ακόμα κι αυτά που βρίσκονται στον πυρήνα των ευρύτατα αποδεκτών επιστημονικών θεωριών.

Η ανάλυση κατέληξε στην αποδόμηση των προαναφερθέντων αφηγημάτων και η μόνη θεωρητική οδός η οποία άφηνε περιθώρια για την διεξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων ήταν η προσφυγή σε πρωτογενές υλικό, δηλαδή τα δρώντα υποκείμενα, ατομικά και συλλογικά και τα συμφέροντα αυτών. Όλοι οι θεωρητικοί λόγοι για την Υγεία εξετάστηκαν υπό αυτό το πρίσμα ως συμπυκνωμένη επιχειρηματολογία που αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση συμφερόντων των δρώντων υποκειμένων. Αντίστοιχα, το κοινωνικό δικαίωμα εξετάστηκε υπό το πρίσμα των μεταβιβαστικών πληρωμών, δηλαδή ως απόσπαση και αναδιανομή πλεονάσματος, συνεπώς δυνητικά και ως αντίστροφη αναδιανομή.

Η έρευνα κατέδειξε ότι οι ομάδες αυτές διέπονται από άνιση κατανομή ισχύος και με αυτό το κριτήριο μπορούν να καταταχθούν σε προνομιακές και μη – προνομιακές.

Διαχρονικά μάλιστα, φαίνεται ότι το ισοζύγιο ισχύος τείνει να κλίνει υπέρ των προνομιούχων. Η δράση των προνομιούχων ομάδων οδηγεί σε συνδυασμό πολιτικής επιρροής και οικονομικής δύναμης, η οποία επιτυγχάνεται μέσω συμπαιγνίας. Η σύμπληξη αυτών των συμφερόντων σε μια ενιαία λειτουργούσα ομάδα δεν αφήνει πολλά περιθώρια για αισιοδοξία, κυρίως γιατί οι υπόλοιποι δρώντες αδυνατούν να οργανώσουν μια αποτελεσματική στρατηγική βασισμένη πάνω στα δικά τους συμφέροντα. Η αδυναμία αυτή αφήνει το πεδίο ελεύθερο τόσο στις κερδοσκοπικές τάσεις της αγοράς όσο και στις εξουσιαστικές τάσεις του κράτους. Υπό αυτές τις συνθήκες, το δικαίωμα στην υγεία καθίσταται μετέωρο και επισφαλές.

10.2 Αδυναμίες Διατριβής

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή δεν κατέστη δυνατή η διενέργεια ποσοτικής έρευνας λόγω περιορισμένου χρόνου, αν και θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μια τέτοιου είδους αντιπαραβολή ανάμεσα στα ευρήματα αυτής με τα ευρήματα της βιβλιογραφικής μελέτης και της ποιοτικής έρευνας.

Η δεύτερη αδυναμία προκύπτει από την ίδια τη φύση του θέματος της μεταπτυχιακής διατριβής. Οι προοπτικές, ως αντικείμενο μελέτης, μπορούν να παρουσιαστούν μόνο ως τάσεις με βάση τη δυναμική και τα δεδομένα της παρούσας συγκυρίας. Άρα η παρουσίαση συμπερασμάτων δεν προσφέρει τον μέγιστο βαθμό βεβαιότητας ώστε αυτά να αναχθούν σε αμιγώς επιστημονικά πορίσματα.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Η Ε.Ε. αντιμετώπισε μια οικονομική κρίση η οποία είχε αντίκτυπο στις δημόσιες πολιτικές κάθε κράτους -μέλους. Αποτέλεσμα αυτού του φαινομένου ήταν να ασκηθούν πιέσεις στα κοινωνικά συστήματα μέρος των οποίων είναι και τα συστήματα υγείας.

Στη χώρα μας, κάτω από τις ασφυκτικές πιέσεις των μνημονιακών συμβάσεων για μείωση των δαπανών στην υγεία και υπό τον φόβο μιας ενδεχόμενης κατάρρευσης των δημοσίων οικονομικών, σχεδιάστηκαν μια σειρά από μεταρρυθμίσεις. Οι τομείς των αλλαγών στην υγεία αφορούσαν :

- Την φαρμακευτική πολιτική (τιμολόγηση, αποζημίωση, γενόσημα κ.α.)
- Την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης
- Την σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
- Την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.
- Αλλαγές στις αμοιβές του προσωπικού και στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων (μείωση τακτικών αμοιβών και υπερωριών, μειωμένη αναπλήρωση του προσωπικού που αποχώρησε από την υπηρεσία)
- Άλλες μεταρρυθμίσεις (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια κ.α.)

- 1) Ποια ήταν τα προβλήματα που αντιμετωπίζατε στην εργασία σας πριν την κρίση, και αν κάποια από αυτά τα προβλήματα εντάθηκαν ή επιλύθηκαν μετά την κρίση, ή αν αντιμετωπίσατε νέα προβλήματα.
- 2) Ποιες ήταν οι δράσεις της Πολιτείας που λήφθηκαν και βελτίωσαν το σύστημα, ποιες αυτές που λήφθηκαν και χειροτέρεψαν το σύστημα και ποιες δράσεις δεν έγιναν και θα προτείνατε εσείς;
- 3) Οι βασικοί πυλώνες ενός δημοσίου συστήματος υγείας θεωρούνται ότι είναι η καθολικότητα, η ισότητα και η αποτελεσματικότητά του στον πληθυσμό. Σε σχέση με αυτούς τους τρεις άξονες, πώς θεωρείτε ότι ανταποκρινόταν το ελληνικό σύστημα υγείας πριν και μετά τις μεταρρυθμίσεις;

4) Έχει ειπωθεί ότι «Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η αντιμετώπιση των αναγκών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού σε όλο το φάσμα της φροντίδας (προστασία - πρόληψη - προαγωγή της υγείας, θεραπεία και αποκατάσταση), αλλά και ιατροκοινωνικής μέριμνας. Οι κοινωνίες, όμως, αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν και οι ανάγκες υγείας, οι αξίες και οι προσδοκίες για περίθαλψη και φροντίδα».

Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας ήταν μια ευκαιρία για ικανοποίηση των παραπάνω αναγκών.

Πιστεύετε ότι το Εθνικό σύστημα Υγείας της χώρας έλαβε υπόψη του τα παραπάνω και πού δεν έχει αδράξει τις ευκαιρίες μέχρι σήμερα;

5) Το καθεστώς λιτότητας και δημοσιονομικής πειθαρχίας επιλέχθηκε ως λύση για την έξοδο από την οικονομική κρίση. Υπό τις συνθήκες μειωμένων πόρων, μπορεί το δημόσιο σύστημα υγείας της χώρας ν' ανταποκριθεί επαρκώς; Αν όχι, πού εντοπίζετε υποβαθμίσεις ή κακή λειτουργία του συστήματος;

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλτουσέρ Λ., (1994) Θέσεις, Αθήνα :Εκδόσεις Θεμέλιο, σελ 69-82, 99

Καστοριάδης Κ.,(1981) Η Φαντασιακή Θέσμιση της Κοινωνίας. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.

Κονδύλης Π.,(2012) Ισχύς και Απόφαση, Αθήνα: Εκδόσεις Στιγμή, σελ. 28-29, 48, 61

Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη Ελπ., (2012) Οικονομική Κρίση και Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ.44, 115-116

Λαγόπουλος Αλ., Βοκλουνδ-Λαγοπούλου Κ., (2016) Θεωρία της Σημειωτικής. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη σελ 149

Λαδή Στ., Νταλάκου Β., (2010) Ανάλυση Δημόσιας Πολιτικής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ 66-68

Λιαρόπουλος Λ.,(2010) Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Σχεδιασμός- Προγραμματισμός-Αξιολόγηση, Α' τόμ., Αθήνα, , Εκδ. Βήτα , σελ. 225 - 231

Μαυρογορδάτος Γ., (1988) Μεταξύ Πιτυοκάμπτη και προκρούστη. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, σελ 23

Νικολάι Α. (1991) Οι Χώρες Α.Κ.Ε., οι Ν.Β.Χ., οι Μετατοπιζόμενοι και οι Άλλοι ή οι Τριτοκοσμικές Ατυχίες της Ανάγκης, της Φιλοτιμίας και της Ηδονής, Μάππα Σ. (επιμ.) Φιλοδοξίες και Ψευδαισθήσεις της Συνεργασίας Ευρώπης και Τρίτου Κόσμου: ΛΟΜΕ IV , Σελ. 167-205, Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας.

Πουλαντζάς Ν., (1990) Οι Κοινωνικές Τάξεις στον Σύγχρονο Καπιταλισμό. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, σελ 205-2012.

Στάκλερ Ντ. , Μπάσου Σ (2014) Πολιτικές Ζωής και Θανάτου. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός, σελ. 186-191, 160-167

Τσουκαλάς Κ., (1991) Είδωλα Πολιτισμού. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, σελ.396-408, 63-64

Χάιντεγκερ Μ. ,(2011) Περί Πολιτικής, Περί Αλήθειας, Περί Τεχνικής, Αθήνα: Εκδόσεις Ηριδανός, σελ 164-167

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Agamben G., (2016) Στάσις. Αθήνα: Εκδόσεις Κουκκίδα, σελ 44-63

Bonfeld W., (1987) Αναδιατύπωση της Θεωρίας του Κράτους Bonfeld W., Holloway J., (επιμ.) Μεταφορντισμός και Κοινωνική Μορφή. Αθήνα: Εκδόσεις Εξάντας, σελ 60-61,43

Dahl R., (1979) Σύγχρονη Πολιτική Ανάλυση, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση σελ. 94-95.

Derrida J., (2015) Ισχύς Νόμου, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη, σελ. 17,36, 158

Foucault M., (2012) Η Γέννηση της Βιοπολιτικής. Αθήνα: Εκδόσεις Πλέθρον, σελ.54, 77

Heilbroner R.,Thurow L., (1984).Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Olson M, (1991) Κράτος πρόνοιας και εκπαίδευση, Θεσσαλονίκη Εκδόσεις Αφοί Κυριακίδη σελ 211-272

Perniola M.,(1991) Η Κοινωνία των Ομοιωμάτων. Αθήνα:Εκδόσεις Αλεξάνδρεια σελ. 74-78.

Piketty Th., (2014) Το Κεφάλαιο τον 21^ο Αιώνα. Αθήνα: Εκδόσεις Πόλις, σελ. 206-209

Rawls J., (2017) Ο πολιτικός Φιλελευθερισμός. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.

Rawls J., (2006) Η Δίκαιη Κοινωνία. Αθήνα: Εκδόσεις Πόλις

Rifkin J., (2001) Η Νέα Εποχή της Πρόσβασης. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη σελ 213-214

Schmitt C., (2016) Πολιτική Θεολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Κουκκιδά, σελ. 27-29

Sen Am., (2015) Η Ιδέα της Δικαιοσύνης. Αθήνα: Εκδόσεις Πόλις, σελ 45-48

Wittgenstein L., (1978) Tractatus Logico Philosophicus. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ 29-31

Διαδικτυακές Πηγές

Black box theory

<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/287954?journalCode=phos>

Γαλάνης Π. Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας, Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(6):834-840. <https://www.mednet.gr/archives/2017-6/pdf/834.pdf> ημερομηνία ανάκτησης 19-10-2021

<https://corporatefinanceinstitute.com/resources/knowledge/economics/point-of-diminishing-returns/> ημερομηνία ανάκτησης 05-11-2021

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart> ημερομηνία ανάκτησης 01-11-2021

Διανέοσις, Το Νέο ΕΣΥ, Φεβρ.2020: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας
https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf
ημερομηνία ανάκτησης 10-10-2021

Η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη (Π.Ο.Υ.
– Άμστερνταμ 1994)
[http://www.rethymnohospital.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=84
&Itemid=86](http://www.rethymnohospital.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=84&Itemid=86) ημερομηνία ανάκτησης 01-11-2021

Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών (2002)
[https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services
_co108_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 01-11-2021

Θεωρία Καταστροφών
<http://www.kostasbeys.gr/articles.php?s=3&mid=1096&mnu=1&id=23189>
ημερομηνία ανάκτησης 01-11-2021

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (Ι.Ο.Β.Ε.) (2011), συλλογικό έργο,
Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου , Αθήνα σελ
242-247, 261, 172-173, 6, 362
http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01092011_REP_GR.pdf ημερομηνία ανάκτησης
20-10-2021

Μαντζούκας Σ., (2007) Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα Η επιστημολογία, οι μέθοδοι
και η παρουσίαση, Ανασκόπηση Νοσηλευτική 46(1):88
[https://eclass.uop.gr/modules/document/file.php/TS162/%CE%91%CE%BD%CE%AC%
CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7%20%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CF%84%CE
B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE
E%AD%CE%BD%CF%89%CE%BD.pdf](https://eclass.uop.gr/modules/document/file.php/TS162/%CE%91%CE%BD%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7%20%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%BF%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CF%89%CE%BD.pdf) ημερομηνία ανάκτησης 19-10-2021

N. 1397/1983 <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>
ημερομηνία ανάκτησης 04-11-2021

N. 3790/2009 <https://www.e-nomothesia.gr/kat-naytilia-nausiploia/n-3790-2009.html> ημερομηνία ανάκτησης 04-11-2021

N. 3892/2010 <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3892-2010.html> ημερομηνία
ανάκτησης 04-11-2021

N. 3918/2011 <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3918-2011.html> ημερομηνία
ανάκτησης 04-11-2021

N. 4238/2014 <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-4238-2014.html> ημερομηνία
ανάκτησης 04-11-2021

Νιάκας Δ., (2014) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας,
Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας.

https://www.researchgate.net/profile/Dimitris-Niakas/publication/281148778_Greek_financial_crisis_and_the_effects_on_health_care_system/links/55d88aaf08ae9d65948f911b/Greek-financial-crisis-and-the-effects-on-health-care-system.pdf ημερομηνία ανάκτησης 12-10-2021

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (1961 άρθρ. 11,13)
<https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c10ae992> ημερομηνία ανάκτησης 01-11-2021

Οικουμενική διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948 άρθρ. 25)
https://unric.org/el/wp-content/uploads/sites/5/2019/05/UDHR_simple_greek.pdf ημερομηνία
ανάκτησης 01-11-2021

<https://robotics-edu.gr/category/nasa/> ημερομηνία ανάκτησης 04-11-2021

Σαραντοπούλου Ζ. (2015) Οι μεταρρυθμίσεις υπό το πρίσμα της συμβολής τους στη μείωση των δαπανών υγείας. Επιστημονικά χρονικά. τομ. 20 τευχ. 3 σελ. 256-257

http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p15-3-5.pdf

ημερομηνία ανάκτησης 10-10-2021

Smiling curve

[https://www.researchgate.net/figure/The-Smile-curve-of-GVCs-Source-Shih-](https://www.researchgate.net/figure/The-Smile-curve-of-GVCs-Source-Shih-1992_fig1_325274330)

1992_fig1_325274330 ημερομηνία ανάκτησης 01-11-2021

Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (1966 άρθρ. 12)

<https://unric.org/el/%CE%B4%CE%B9%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%AD%CF%82-%CF%83%CF%8D%CE%BC%CF%86%CF%89%CE%BD%CE%BF-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B1-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CE%BA%CE%BF%CE%B9-2/>

ημερομηνία ανάκτησης 01-11-2021

Τσιώλης Γ., (2017) Θεματική Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων, εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη, ΕΑΠ ΠΜΣ Επιστήμες της Αγωγής,

http://www.amarkos.gr/material/Thematic_Analysis.pdf ημερομηνία ανάκτησης 19-10-2021

Willingness to pay <https://www.priceintelligently.com/blog/willingness-to-pay>

ημερομηνία ανάκτησης 03-11-2021