



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
"ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ"

Διπλωματική Εργασία
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.
ΤΟ ΧΘΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΗΜΕΡΑ

Φοιτήτρια: Μαράντου Κωνσταντίνα – mar12042

Επιβλέπων Καθηγητής: Ευαγγελόπουλος Παναγιώτης - Λέκτορας

*Εργασία υποβληθείσα στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του Πανεπιστημίου
Πελοποννήσου για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος*

Φεβρουάριος 2014

Τρίπολη

Ευχαριστίες

Παραδίδοντας την εργασία μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Παναγιώτη Ευαγγελόπουλο για την πολύτιμη καθοδήγησή του, καθώς και την οικογένειά μου για την αμέριστη και ανιδιοτελή στήριξη που μου προσέφερε σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της μελέτης μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	i
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ii
Περίληψη	1
Abstract	2
Εισαγωγή.....	3
Κεφάλαιο 1.....	8
Τι είναι κοινωνικό κράτος; Πώς ορίζεται και ποιος είναι ο σκοπός του;	8
Κεφάλαιο 2.....	24
Η δημόσια υγεία ως αγαθό στην Ελλάδα. Πότε καθιερώθηκε και ποιους αφορά.	24
Κεφάλαιο 3.....	36
Κοινωνικό κράτος και υγεία στη δεκαετία 1980. Η περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	36
Κεφάλαιο 4.....	45
Κοινωνικό κράτος και υγεία στις δεκαετίες 1990 και 2000. Η εξέλιξη της υπάρχουσας πολιτικής.....	45
Κεφάλαιο 5.....	57
Η υγεία σήμερα. Θύμα της οικονομικής κρίσης;.....	57
Συμπεράσματα – Επίλογος.....	77
Βιβλιογραφία.....	81

Περίληψη

Οι πρόσφατες εξελίξεις που αφορούν την οικονομική πολιτική της Ελλάδας έχουν φέρει εκ νέου στο φως τον επιστημονικό προβληματισμό που περιστρέφεται γύρω από το θέμα του κοινωνικού προσώπου του κράτους. Πράγματι, η βαθειά οικονομική ύφεση και η συστηματική έκπτωση των καθιερωμένων κοινωνικών παροχών του κράτους προς τις διάφορες κοινωνικές ομάδες των πολιτών έχουν ανατρέψει σημαντικά το παλαιότερο σκηνικό, όπου το όραμα δημόσιας υγείας μέσω του Ε.Σ.Υ., παρόλα τα ελαττώματά του, ήταν γεγονός. Στην παρούσα εργασία πρόκειται να προχωρήσουμε σε μια ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας αναφορικά με τις εξελίξεις στην σχέση κοινωνικού κράτους και δημόσιας υγείας στη χώρα μας και συνάμα σε μια διερεύνηση της τρέχουσας πραγματικότητας. Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των σημερινών συνθηκών και η εκτίμηση της ισχύουσας κατάστασης στις κοινωνικές παροχές της δημόσιας υγείας. Μεθοδολογικά η εργασία ακολουθεί το πρότυπο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και κατά συνέπεια αξιοποιεί ως εργαλεία της τα σχετικά συγγράμματα, τις έγκριτες ερευνητικές δημοσιεύσεις και τα συναφή επιστημονικά άρθρα.

Abstract

Recent developments concerning the economic policy of Greece have brought again to light the scientific debate that revolves around the theme of social corporate state. Indeed, the deep economic recession and the systematic reduction of established social welfare state to the various social groups of citizens have been significantly invalidate the earlier scene, where the vision of public health through the Health Service, despite his faults, was a fact. In this work we are going to move on to an overview of recent literature on developments in relation welfare state and public health in our country, yet in an exploration of the current reality. The ultimate aim of this study is to record the current conditions and the assessment of the current situation in the social benefits of public health. Methodological work modeled on literature review and therefore utilize as tools of the relevant literature, the reputable research publications and related scientific articles.

Εισαγωγή

Η έννοια του κοινωνικού κράτους, αποκλειστικά σαν έννοια και μόνο, δεν είναι μια σύγχρονη επινόηση. Ήταν κατά τα τέλη του 17^{ου} αιώνα μετά Χριστόν, όταν στην πιο μεγαλειώδη, κατά τη γνώμη μας, ανάκαμψη των γραμμάτων και των τεχνών, ο άνθρωπος ως οντότητα μπήκε στο μικροσκόπιο της επιστήμης. Ήταν η εποχή του Διαφωτισμού, ενός κινήματος που ξεκίνησε από τη Γαλλία, μια χώρα που, κουρασμένη και ταλαιπωρημένη από τις παράξενες και εκκεντρικές απαιτήσεις των αυτοκρατόρων της, ήθελε να βάλει στο επίκεντρό της τον άνθρωπο, παρέχοντάς του όλα εκείνα τα πνευματικά και υλικά αγαθά που θα τον βοηθούσαν να εξελιχθεί.

Οι Διαφωτιστές πρέσβευαν τον ορθολογισμό και την πίστη στην πρόοδο, αξιώνοντας αλλαγές σε όλους τους τομείς στους οποίους σημειωνόταν ανθρώπινη δράση όπως οι πολιτικοί και κοινωνικοί θεσμοί, η εκπαίδευση, η θρησκεία και η οικονομία, ενώ τάχθηκαν υπέρ της ατομικής ελευθερίας και ενάντια στην τυραννική διακυβέρνηση και στην καταπίεση που εκπορευόταν από τη σκληροπυρηνική Καθολική Εκκλησία. Βασικός φορέας των ιδεών ήταν η ανερχόμενη αστική τάξη που μέχρι εκείνη την περίοδο παρέμενε αποκλεισμένη από το σύστημα της απολυταρχίας. Ήταν η περίοδος που ο Τζον Λοκ θα διατύπωνε τη θεωρία του «Κοινωνικού Συμβολαίου» προτρέποντας στη δημιουργία ενός ευρωπαϊκού πλαισίου που θα υποστήριζε τα δικαιώματα του ανθρώπου και ο Ζαν – Ζακ Ρουσσώ θα υπερασπιζόταν το δικαίωμα της ελευθερίας του ανθρώπου, ενώ θα δεχόταν ως κυρίαρχη μόνο την εκάστοτε κυβέρνηση.

Όλα αυτά συνέβησαν στην αρχή της θεμελίωσης του κοινωνικού κράτους. Από εκείνη την περίοδο πέρασαν πολλά χρόνια και ο θεσμός που

μελετάμε στην συγκεκριμένη έρευνα είτε δεν αναπτύχθηκε όπως θα ήθελαν οι εμπνευστές του είτε καταπατήθηκε πλήρως, δεδομένων των πολιτικών συνθηκών που επικρατούσαν στις χώρες της Ευρώπης. Σήμερα, ωστόσο, μπορούμε να μιλήσουμε για μια αναγέννηση του κοινωνικού κράτους, πάντα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, δεδομένων των εξελίξεων και των προόδων που έχουν επιτευχθεί σε όλους τους τομείς, όπως για παράδειγμα στην επιστήμη ή στην τεχνολογία. Η Ελλάδα δεν αποτελεί την εξαίρεση του κανόνα και, παρά τις όποιες δυσκολίες που αντιμετώπισε κατά καιρούς στην προσπάθεια θέσπισης ενός κοινωνικού κράτους, βάδισε στα χνάρια των έτερων ευρωπαϊκών χωρών, χαράσσοντας τη δική της πορεία, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του μεγέθους της.

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια μελέτης του κοινωνικού κράτους σε εθνικό πλαίσιο, έτσι όπως αυτό έχει δημιουργηθεί και εφαρμόζεται από τις ελληνικές κυβερνητικές αρχές. Πιο συγκεκριμένα, στόχος μας είναι να εστιάσουμε στον άξονα της δημόσιας υγείας και να τον συσχετίσουμε με την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους στη χώρα μας. Με αυτόν τον τρόπο θα θέλαμε να καταδείξουμε αν οι αρχές του κοινωνικού κράτους που εφαρμόζονται στη χώρα μας έχουν όντως δημιουργηθεί προς χάριν των πολιτών, παρέχοντάς τους όλα εκείνα που χρειάζονται προκειμένου να είναι εξασφαλισμένοι στο πιο σημαντικό, ίσως, κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας θα προσδιορίσουμε την έννοια του κοινωνικού κράτους. Αρχικά, θα κάνουμε μια σύντομη σχετικά, αναφορά στον ορισμό του, έτσι όπως έχει εκείνος διατυπωθεί από διακεκριμένους μελετητές του δικαίου, προκειμένου να δούμε εκ των έσω τον πυρήνα του και στις αξίες που πρέπει να υιοθετούνται από τις εκάστοτε χώρες που τις υιοθετούν. Θα κάνουμε μια μικρή ιστορική αναδρομή στις φάσεις από τις οποίες περιήλθε μέχρι να

αποκτήσει την οριστική του μορφή, έτσι όπως αυτή εφαρμόζεται στα ευρωπαϊκά και μη κράτη σήμερα. Στη συνέχεια, θα αναφερθούμε στα είδη του κοινωνικού κράτους έτσι όπως αυτό εφαρμόζεται μέσα από διάφορα μοντέλα προκειμένου καταστήσουμε σαφή το σκοπό για τον οποίο αυτό δημιουργήθηκε αλλά και με ποιο τρόπο ο άνθρωπος μπορεί να βγει ωφελημένος από την ύπαρξη του. Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει και στο μοντέλο του κοινωνικού κράτους που εφαρμόζεται στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσα στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας μας θα αναφερθούμε αποκλειστικά στην έννοια της δημόσιας υγείας. Θα μελετήσουμε την υγεία ως δημόσιο αγαθό που παρέχεται στους πολίτες ενώ θα προβούμε σε μια ιστορική αναδρομή και ειδικότερα στο πότε καθιερώθηκε ως δημόσιο αγαθό στην Ελλάδα και ποιους αφορά. Θα κάνουμε επίσης μια πρώτη ενδοσκόπηση στο ρόλο που παίζει η δημόσια υγεία έτσι ώστε να ερευνήσουμε αν όντως καλύπτει όλο το φάσμα των σημείων που τη συνιστούν, όπως ο δωρεάν χαρακτήρας της. Σκοπός μας είναι να αποδείξουμε ότι η υγεία είναι ένας από τους σημαντικότερους πυλώνες της πολιτικής του κοινωνικού κράτους και θα πρέπει να συνεχίσει να βρίσκεται στο επίκεντρο αυτής.

Τα επόμενα κεφάλαια είναι αποκλειστικά αφιερωμένα στην συγκριτική μελέτη της σχέσης του κοινωνικού κράτους και της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες. Συγκεκριμένα, στο τρίτο κεφάλαιο πραγματευόμαστε την περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το οποίο θεσμοθετήθηκε τη δεκαετία του 1980 και το οποίο αποτέλεσε σημείο αιχμής της κοινωνικής πολιτικής που εφαρμοζόταν εκείνη την περίοδο στη χώρα. Στο τέταρτο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με τη δημόσια υγεία ως άξονα του κοινωνικού κράτους κατά τις δεκαετίες 1990 και 2000, στεκόμενοι στις όποιες καινοτομίες ή παραλείψεις που

ενυπήρχαν. Ξεχωριστό κεφάλαιο αποτελεί η κοινωνική πολιτική που εφαρμόζεται στην υγεία σήμερα, δεδομένων των περιορισμών που υφίστανται όλοι οι τομείς του κράτους ελέω της οικονομικής κρίσης που μαστίζει τη χώρα. Η απόφαση αυτή είναι συνειδητή μιας και θα θέλαμε να αποτυπώσουμε την κατάσταση που επικρατεί σε αυτό το πεδίο ειδικά όταν ασκούνται σε αυτό μεγάλες πιέσεις λόγω της δυσάρεστης κατάστασης την οποία καλείται να αντιμετωπίσει.

Το τελευταίο κομμάτι του πονήματός μας απαρτίζεται από τα συμπεράσματα που εξαγάγαμε μέσα από την πορεία της έρευνάς μας. Συγκεκριμένα, θα αποτυπώσουμε όλα εκείνα που μας έκαναν εντύπωση και μέσω ορισμένων προτάσεων και ιδεών που έχουν τεθεί από τους ασκούντες την κοινωνική πολιτική σήμερα θα ερευνήσουμε την κατάσταση στην οποία βρίσκεται σήμερα η δημόσια υγεία και επιπλέον θα προσπαθήσουμε να σκιαγραφήσουμε το μέλλον της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα ώστε να δούμε αν το κοινωνικό κράτος θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στις τυχόν απαιτήσεις που μπορεί να ανακύψουν σε αυτό το πεδίο.

Όλο αυτό τον καιρό που η μελέτη μας βρισκόταν σε εξέλιξη, ανακαλύψαμε πως μπορεί σε θεωρητικό πλαίσιο η ιδέα ενός κράτους – πρόνοιας να λειτουργεί φυσιολογικά, εντούτοις σε πρακτικό πεδίο υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις και παραλείψεις. Μέσα από αυτή την επισταμένη εργασία θα προσπαθήσουμε να δώσουμε απαντήσεις σε καίρια ερωτήματα όπως: α) η δομή του κοινωνικού κράτους είναι κατάλληλα συστημένη ώστε να παρέχει στον πολίτη ότι πραγματικά έχει ανάγκη, β) υπάρχουν τρόποι με τους οποίους το κοινωνικό κράτος μπορεί να γίνει εύκολα προσβάσιμο στους ανθρώπους και γ) τελικά το κοινωνικό κράτος εξυπηρετεί τους σκοπούς για τους οποίους δημιουργήθηκε;

Σε αυτά τα ερωτήματα αλλά και σε άλλες ενδιαφέρουσες επιστημονικές διαπιστώσεις θα αναφερθούμε αναλυτικά στη συνέχεια αυτής της εργασίας. Τέλος, κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε τις μεθόδους που ακολουθήσαμε για τη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος η οποία βασίστηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για τους σκοπούς της έρευνάς μας αξιοποιήσαμε τα σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα συγγράμματα, τις έγκριτες επιστημονικές δημοσιεύσεις, και τα συναφή δημοσιευμένα άρθρα, επιστημονικά και δημοσιογραφικά.

Κεφάλαιο 1

Τι είναι κοινωνικό κράτος; Πώς ορίζεται και ποιος είναι ο σκοπός του;

Πριν αρχίσουμε οποιαδήποτε αναφορά για τη λειτουργία και τις προτεραιότητες του κοινωνικού κράτους, θα θέλαμε να δώσουμε έναν, όσο το δυνατό, περιεκτικό ορισμό αυτής της έννοιας. Όπως διαβάζουμε στον Χατζόπουλο (2010), με τον όρο «κοινωνικό κράτος» εννοούμε τη μορφή εκείνη του σύγχρονου αστικού κράτους που προέκυψε μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και αποβλέπει στη διασφάλιση, μέσα από μηχανισμούς δικαιότερης αναδιανομής του πλούτου, ενός ικανοποιητικού επιπέδου κοινωνικής δικαιοσύνης και συνοχής. Η πραγμάτωση των κοινωνικών δικαιωμάτων (λ.χ. δημόσια υγεία, παιδεία, κοινωνική ασφάλιση, εργασία, προστασία ευπαθών κατηγοριών πολιτών κ.ά.) αποτελεί το βασικότερο μέσο για την επίτευξη των στόχων του κοινωνικού κράτους.¹

Σαν πρώτη παρατήρηση λοιπόν, αναφέρουμε πως το κοινωνικό κράτος αναπτύχθηκε σε μια τρομερά ευαίσθητη κοινωνική και πολιτική περίοδο (μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου) κατά την οποία όλη η Ευρώπη προσπαθούσε να ανασυνταχθεί και να αναδιοργανωθεί σε όλα τα επίπεδα. Η όλη αυτή προσπάθεια συντελέστηκε με ένα και μοναδικό σκοπό: να προσφέρει στους πολίτες της ένα νέο πλαίσιο ζωής, σβήνοντας τις όποιες προηγούμενες, λυπηρές μνήμες που είχε επιφέρει το πιο αιματηρό και συνάμα το πιο απάνθρωπο γεγονός της νεότερης ευρωπαϊκής ιστορίας. Επιπλέον, αξίζει να κάνουμε μια στοχευμένη αναφορά στους τρόπους με

¹ Χατζόπουλος, Α. (2010), «Κοινωνικό κράτος: τέλος εποχής», στο *NOHMA Social Welfare Magazine* http://www.swm.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=212&Itemid=

τους οποίους θα γινόταν πραγματικότητα το κοινωνικό κράτος. Διαβάζουμε για «δικαιότερη αναδιανομή του πλούτου» και για προσπάθεια δημιουργίας ενός «ικανοποιητικού επιπέδου κοινωνικής δικαιοσύνης και συνοχής». Με λίγα λόγια οι πολίτες θα έχαιραν την αύξηση των εσόδων τους τα οποία θα προέρχονταν από την ισομερή διανομή των χρημάτων του κράτους σε όλο τον κοινωνικό ιστό κάτι που στην συνέχεια θα οδηγούσε σε ένα σεβαστό επίπεδο κοινωνικής ομαλότητας μέσω της έννοιας του δικαίου και κατ' επέκταση στη σύσφιξη των κοινωνικών δεσμών. Πρόκειται δηλαδή για μια τακτική προσέγγισης του λαού προσφέροντάς του όλα όσα επιζητά από την αρχή της δημιουργίας των συγκροτημένων κοινωνιών, δηλαδή απόκτηση του δικαιώματος στην ιδιοκτησία αλλά και του δικαιώματος της δικαιοσύνης και της ισότητας.

Ο Βερναδάκης (2009) δίνει μια διαφορετική διάσταση στην έννοια του κοινωνικού κράτους. Συγκεκριμένα αναφέρει πως *στην πραγματικότητα, το κοινωνικό κράτος είναι το πολιτικό αποτέλεσμα του μεταπολεμικού συμβιβασμού μεταξύ κεφαλαίου και εργασίας στις χώρες της δυτικής (τότε) Ευρώπης, συμβιβασμός που είχε δύο όψεις: από τη μια την αποδοχή εκ μέρους των δυνάμεων της εργασίας της λειτουργίας των θεσμών της ελεύθερης αγοράς και του οικονομικού ανταγωνισμού (του καπιταλιστικού συστήματος), από την άλλη την αποδοχή εκ μέρους του κεφαλαίου βασικών κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων των κυριαρχούμενων τάξεων.*²

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε πώς βλέπουμε το κοινωνικό κράτος μέσα από την οπτική του προαναφερθέντος μελετητή. Παρατηρούμε πως το κοινωνικό κράτος αποτελεί συνισταμένη δύο βασικών παραγόντων

² βλ. Βερναδάκης, Χρ. (2009), Το κοινωνικό κράτος στη Δυτική Ευρώπη: βασικές σημειώσεις παραδόσεων μαθήματος, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών ΑΠΘ: Θεσσαλονίκη

της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, του κεφαλαίου από τη μία πλευρά και της εργατικής τάξης από την άλλη. Αποτυπώνεται λοιπόν σαν κάποιου είδους συμφωνία ανάμεσα στους δύο μεγάλους εκπροσώπους της καπιταλιστικής σφαίρας, των εργοδοτών και των εργατών. Αυτή η συμφωνία βασίζεται στην αποδοχή από μέρους των εργατών των όρων που διακρίνουν την ελεύθερη αγορά (την οποία υπηρετεί το κεφάλαιο) και του ανταγωνισμού που αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό της, και στον επιμερισμό, από μεριάς του κεφαλαίου, των δικαιωμάτων της εργατικής τάξης σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Είναι λοιπόν ένα είδος «συμβολαίου» το οποίο έχει υπογραφεί έχοντας λάβει αμοιβαία γνώση των απαιτήσεων και των περιορισμών που έχουν επιβληθεί τόσο από το περιβάλλον όσο και από την ίδια τη φύση των συμβαλλόμενων.

Στην Ελλάδα, η έννοια του κοινωνικού κράτους καθιερώθηκε, όπως σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, με σοβαρή καθυστέρηση συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη της Γηραιάς Ηπείρου. Φτάσαμε στην εποχή της μεταπολίτευσης για να παρατηρήσουμε πως η κατοχύρωση της αρχής του κοινωνικού κράτους έγινε με έμμεσο τρόπο. Απετέλεσε μια καινοτομία του Συντάγματος του 1975, η οποία αρχικά αντιμετωπίστηκε με μεγάλη αμηχανία. Ρητή διατύπωση της αρχής δεν υπήρχε στο συνταγματικό κείμενο, όμως γινόταν δεκτό ότι προέκυπτε επαγωγικά από επιμέρους συνταγματικές διατάξεις. Όπως αναφέρει ο Κατρούγκαλος (2001), *η αρχή του κοινωνικού κράτους αναγνωρίστηκε πανηγυρικά με την αναθεώρηση του Συντάγματος το 2001. Η νέα διάταξη, όμως, της παρ. 1 του άρθρου 25, στην πραγματικότητα δεν εισήγαγε για πρώτη φορά, αλλά απλώς επιβεβαίωσε την κατοχύρωση της αρχής που ήδη αναφερόταν στο Σύνταγμα του 1975/1986. Στο ίδιο κείμενο διαβάζουμε επίσης πως το κοινωνικό κράτος αποτελεί «ιδία πολιτειολογική μορφή», η οποία, ως θεμελιώδης οργανωτική αρχή*

προσδιορίζει το πολίτευμα, ιδίως ως προς τις σχέσεις πολίτη – κράτους και τις συναφείς αρμοδιότητες και υποχρεώσεις της πολιτειακής εξουσίας.³

Μέσα από τα γραφόμενα του Κατρούγκαλου ενημερωνόμαστε πως η πρώτη πραγματική προσπάθεια για συνταγματική κατοχύρωση του κοινωνικού κράτους έγινε μόλις το 1986, δώδεκα χρόνια από την αποκατάσταση της δημοκρατίας η οποία έλαβε χώρα το 1974, ενώ η οριστική κατοχύρωσή της έγινε το 2001. Πρόκειται για ένα μεγάλο χρονικά κενό κατά το οποίο δεν γνωρίζουμε τις δράσεις που έγιναν από πλευράς της νεοαποκατεστημένης ελληνικής δημοκρατίας προκειμένου αυτή να δείξει μια πλευρά της που θα ήταν τουλάχιστον δίπλα στον πολίτη, ιδιαίτερα μετά από μια τόσο ευαίσθητη πολιτικά και κοινωνικά περίοδο όπως ήταν η Δικτατορία και στην οποία το κράτος μόνο το κοινωνικό του πρόσωπο δεν επέδειξε προς τον ελληνικό πληθυσμό. Το δε περιεχόμενο αυτής (ενν. της συνταγματικής κατοχύρωσης) είναι αυτό που καθορίζει τις σχέσεις ανάμεσα στους πολίτες και το κράτος τόσο σε επίπεδο «δούναι» όσο και σε επίπεδο «λαβείν» και από τις δύο πλευρές. Με λίγα λόγια πρόκειται για μια σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους δύο παράγοντες που τη συνιστούν οι οποίοι, στη συγκεκριμένη περίπτωση που μελετάμε, είναι το κράτος και οι πολίτες.

Σε αυτό το σημείο κρίνουμε αναγκαίο να κάνουμε μια μικρή αναδρομή στο ποιόν του κοινωνικού κράτους. Το κοινωνικό κράτος έχει τις ρίζες του στο κίνημα του φιλελευθερισμού. Όπως διαβάζουμε στο λήμμα της Wikipedia για τον φιλελευθερισμό *ο φιλελευθερισμός είναι μια πολιτική φιλοσοφία ή κοσμοθεωρία, θεμελιωμένη στις ιδέες της ελευθερίας και της ισότητας. Οι φιλελεύθεροι ασπάζονται ένα ευρύ φάσμα απόψεων, ανάλογα με*

³ Κατρούγκαλος, Γ. (2001), «Το κοινωνικό κράτος σε πολιορκία» στο *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 134 – 135, Α΄ - Β΄, σελ. 71 - 100

τρόπο με τον οποίον κατανοούν τις αρχές αυτές, αλλά γενικά υποστηρίζουν ιδέες, όπως η διεξαγωγή ελεύθερων και δίκαιων εκλογών, τα πολιτικά δικαιώματα, η ελευθερία του Τύπου, η θρησκευτική ελευθερία, το ελεύθερο εμπόριο και η ιδιοκτησία.⁴ Εν συντομία λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως ο φιλελευθερισμός ασπάζεται την πλήρη ελευθερία πράξης του κράτους σε όλους τους τομείς δράσης του με μοναδικό σκοπό το όφελος των πολιτών του.

Ο φιλελευθερισμός αναπτύχθηκε κατά τον 18^ο αιώνα μαζί με την αστική τάξη. Βασίζεται στην αρχή του «ό,τι δεν απαγορεύεται, επιτρέπεται» (φιλελεύθερη αρχή) και παρά τη γενικολογία που αποπνέεται από τη συγκεκριμένη διατύπωση, έχει συγκεκριμένη νομική έννοια η οποία σχετίζεται με τα ατομικά δικαιώματα. Η φιλελεύθερη αρχή έχει άμεση σχέση με την έννοια του «κράτους – δικαίου», μέσα στο οποίο κατοχυρώνεται ένα πλαίσιο ατομικών δικαιωμάτων όπως της ισότητας, της ανεξιθρησκείας και της ιδιοκτησίας, ενώ προστατεύει το άτομο περιορίζοντας την ισχύ της εκτελεστικής εξουσίας που πηγάζει από τη «δημοκρατική αρχή», δηλαδή την αρχή της πλειοψηφίας.

Για την έννοια του φιλελεύθερου κράτους διαβάζουμε στον Μανιτάκη (2007): *το φιλελεύθερο κράτος είναι το κατεξοχήν κράτος δικαίου, η πρώτη ιστορικά μορφή κρατικής εξουσίας που υπόκειται στο δίκαιο και ασκείται σύμφωνα με αυτό. Η φιλελεύθερη δημοκρατική εξουσία οργανώνεται και ασκείται σύμφωνα με προκαθορισμένους, πάγιους, γενικούς και αφηρημένους κανόνες δικαίου οι οποίοι την οριοθετούν και την περιορίζουν. Πρόκειται για μια εξουσία αποπροσωποποιημένη, μορφοποιημένη κανονιστικά και*

⁴ Για το λήμμα «Φιλελευθερισμός» βλ. την ιστοσελίδα <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A6%CE%B9%CE%BB%CE%B5%CE%BB%CE%B5%CF%85%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82>

περιορισμένη, επειδή συναντά φραγμούς ή όρια στη δράση της που απορρέουν από τους νόμους και το Σύνταγμα, που αποσκοπούν στην αποτροπή ή στην περιστολή της κρατικής αυθαιρεσίας και του αυταρχισμού.⁵ Σημειώνουμε το επιπλέον στοιχείο του φραγμού που υπάρχει στη δράση του φιλελεύθερου κράτους και το οποίο τίθεται από το ίδιο, ως ανώτατη πολιτειακή αρχή μέσω της εκάστοτε νομοθεσίας και του Συντάγματος το οποίο το διαφυλάσσει.

Το κοινωνικό κράτος δεν αποτελεί την ανατροπή του φιλελεύθερου αστικού κράτους, αλλά την μετεξέλιξή του. Καλύπτει μάλιστα τις ελλείψεις που παρουσιάζει το φιλελεύθερο κράτος το οποίο είχε υιοθετήσει έναν ρόλο αποχής από την οικονομία. Με την καθιέρωση του κοινωνικού κράτους το κράτος θα προσπαθεί να διασφαλίσει τις συνθήκες της κοινωνικής αναπαραγωγής και να επεκτείνει τη δράση του, παρεμβαίνοντας άμεσα στην οικονομία και την κοινωνία. Με λίγα λόγια, το κοινωνικό κράτος θα έρθει πιο κοντά στον πολίτη κάνοντας προσπάθειες να καλύψει όλες τις ανάγκες του που μπορεί να ανακύψουν ανά πάσα στιγμή, ενδυναμώνοντας με αυτό τον τρόπο την έννοια του κράτους – δικαίου.

Σημαντική διαφορά υπάρχει ανάμεσα στις έννοιες του κοινωνικού κράτους και του κράτους πρόνοιας. Όπως διαβάζουμε στον Κοντιάδη (2008) *οι όροι κράτος πρόνοιας και κοινωνικό κράτος χρησιμοποιούνται συχνά ως ταυτόσημοι, όμως ορθότερο είναι να αναδεικνύεται το διαφορετικό εννοιολογικό τους περιεχόμενο. Ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται, κατά περιγραφικό τρόπο, σε εκείνη τη μορφή καπιταλιστικού κράτους που δρα μέσω της παροχικής, κοινωνικής διοίκησης, με σκοπό την άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών. [...] Το κράτος πρόνοιας αποτελεί εκείνη τη*

⁵ Μανιτάκης, Α. (2007), *Τι είναι κράτος;*, Αθήνα: Σαββάλας, σελ. 83 - 84

μορφή κράτους που συμπεριλαμβάνει μεταξύ των θεμελιωδών σκοπών του την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και παρεμβαίνει στον οικονομικό χώρο προκειμένου να αναδιανείμει στους πολίτες ένα μερίδιο του εθνικού εισοδήματος και να εγγυηθεί ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης. Από την άλλη πλευρά, το κοινωνικό κράτος αποτελεί ένα υποσύνολο, μια συγκεκριμένη μορφή θεσμικής οργάνωσης του κράτους πρόνοιας που αναπτύχθηκε ιδίως σε χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης και συναρτάται με ιδιαίτερα οργανωτικά και κανονιστικά χαρακτηριστικά.⁶ Θα μπορούσαμε να πούμε λοιπόν πως η έννοια του κοινωνικού κράτους είναι περισσότερο θεσμική και εμπεριέχει μια νομική «εσάνς» παραμένοντας αποκλειστικά και μόνο μέσα στα όρια που θέτει για αυτό η νομική επιστήμη. Αντίθετα, η έννοια του κράτους – πρόνοιας έχει κοινωνικό και πολιτικό περιεχόμενο και ουσιαστικά «αγκαλιάζει» όλα εκείνα τα σημεία στα οποία πρέπει να πατήσει και να βασιστεί η ανάπτυξη της εκάστοτε κοινωνικής πολιτικής.

Παρ' όλα αυτά, οι δύο αυτοί όροι δεν μπορούν να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά γιατί διαφέρουν, αρχικά, στο περιεχόμενό τους. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ο όρος «κοινωνικό κράτος» είναι αυτός που χρησιμοποιείται κατά κόρον στη νομική ορολογία για την αποτύπωση του συγκεκριμένου θεσμού ενώ ο όρος «κράτος – πρόνοιας» είναι αυτός που εμπεριέχει τα σημεία – κλειδιά πάνω στα οποία πρέπει να χαραχθεί μια κοινωνική πολιτική από αυτούς που πρόκειται να την εφαρμόσουν. Εκτός αυτού, η χρήση στο Σύνταγμα του όρου «κοινωνικό κράτος» καθιστά αδόκιμη την ορολογική εναλλαγή. Το κράτος πρόνοιας δεν πρέπει να συγχέεται με το κοινωνικό κράτος, μιας και αποτελεί μόνο ένα τμήμα αυτού, ενώ αντίθετα το πρώτο αποτελεί μια ιστορικά καθορισμένη μορφή του καπιταλιστικού

⁶ Κοντιάδης, Ξ. (2008), Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 17

κράτους στις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες η οποία χαρακτηρίζεται από τη διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας, και ειδικότερα στον άξονα της κοινωνικής αναπαραγωγής. Επομένως, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι το κράτος πρόνοιας αποτελεί έννοια γένους σε σχέση με το κοινωνικό κράτος, μια συνιστώσα αυτού, απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία του.

Έχοντας αναλύσει σε μεγάλο βαθμό την έννοια του κοινωνικού κράτους, θα ροούμε πως αυτό το σημείο είναι κατάλληλο να αναφερθούμε στην ουσία αυτού και στον απώτερο σκοπό της δημιουργίας του. Όπως διαβάζουμε στον Δημητρόπουλο (2004), το κοινωνικό – ανθρωπιστικό κράτος (Socialstaat) είναι το κράτος εκείνο που συνταγματικά υποχρεούται, όχι μόνο να σέβεται, αλλά και να προστατεύει και να εξασφαλίζει την ανθρώπινη αξία. Είναι το Κράτος εκείνο το οποίο έχει σαν σκοπό την εξασφάλιση αλλά και την προστασία της ανθρώπινης αξίας, που συνδέεται άμεσα με την κοινωνία και δεν απέχει από αυτήν, όπως συμβαίνει με το φιλελεύθερο κράτος, αλλά στρέφεται προς αυτήν και αφουγκράζεται τον κοινωνικό προβληματισμό.⁷ Μιλάμε λοιπόν, για ένα κράτος που στέκεται στο πλευρό του πολίτη, όντας αρωγός του και παρέχοντάς του όλα όσα εκείνος χρειάζεται για να εξασφαλίσει την ακεραιότητα και την βιωσιμότητά του.

Ο Δημητρακόπουλος προβαίνει και σε μια διάκριση του κοινωνικού κράτους σε δύο κύριες μορφές: το **προστατευτικό** και το **εξασφαλιστικό**. Ως «προστατευτικό κοινωνικό κράτος» ορίζεται το κοινωνικό κράτος το οποίο υποχρεούται συνταγματικά να προστατεύει την ανθρώπινη αξία και τα συνταγματικά δικαιώματα που την εξειδικεύουν από επιθετικές ενέργειες των συνανθρώπων. Ως «εξασφαλιστικό κοινωνικό κράτος» ορίζεται το

⁷ βλ. Δημητρόπουλος, Α. (2004), *Γενική Συνταγματική Θεωρία – Σύστημα Συνταγματικού Δικαίου*, τόμ. Α΄, Αθήνα: Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ. 176 - 178

κοινωνικό κράτος που υποχρεούται να εξασφαλίζει συνταγματικά στους πολίτες τα οικονομικά αγαθά που είναι απαραίτητα για την ανεμπόδιστη άσκηση των δικαιωμάτων του ανθρώπου.⁸ Εν ολίγοις, το προστατευτικό κοινωνικό κράτος έχει ως σκοπό τη διασφάλιση του ατόμου ως προσωπικότητα από όλες τις πτυχές, αναγνωρίζοντας με αυτό τον τρόπο την ανθρώπινη αξία. Συνεπικουρικά του προστατευτικού κοινωνικού κράτους, το εξασφαλιστικό λειτουργεί έχοντας ως στόχο τη φροντίδα για την οικονομική κάλυψη του ανθρώπου, έτσι ώστε εκείνος να είναι ελεύθερος και καλυμμένος από άποψη οικονομικών πόρων προκειμένου να ασκήσει τα δικαιώματά του. Με λίγα λόγια λοιπόν, το κοινωνικό κράτος θέτει ως πρώτη προτεραιότητά του τον άνθρωπο ως ύπαρξη καθώς μεριμνά για την προστασία του και την παροχή όλων εκείνων που κρίνονται αναγκαία για την εξασφάλισή του.

Στον Κοντιάδη διαβάζουμε για τα μοντέλα του κράτους – πρόνοιας που αναπτύχθηκαν ανά τους καιρούς βάσει ορισμένων κριτηρίων όπως ο μηχανισμός χρηματοδότησης, το είδος και η ποιότητα των παρεχόμενων χρηματικών ενισχύσεων και υπηρεσιών, η λογική της κατανομής τους και οι ομάδες πληθυσμών στις οποίες απευθύνονται. Έτσι λοιπόν έχουμε:

- τα μοντέλα κοινωνικής προστασίας που δημιουργήθηκαν με κριτήριο το εύρος της κρατικής παρέμβασης κατά τον Titmuss (1990).

Χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες:

α. **το υπολειμματικό μοντέλο**, όπου το κράτος πρόνοιας περιορίζεται στο ρόλο ενός «δικτύου ασφαλείας» (safety net) το οποίο ενεργοποιείται στις περιπτώσεις που οι μηχανισμοί της ελεύθερης αγοράς αδυνατούν να καλύψουν ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης,

β. **το θεσμικό – αναδιανεμητικό μοντέλο**, κατά το οποίο η κοινωνική πολιτική ενός κράτους αποσκοπεί στην καθολική κάλυψη των αναγκών,

⁸ βλ. Δημητρόπουλος, Α. (2004), ό.π., σελ. 178 - 180

ανεξάρτητα από τους μηχανισμούς που δραστηριοποιούνται στην ελεύθερη αγορά και

γ. **το βιομηχανικό μοντέλο επιδόσεων** όπου οι εκάστοτε κοινωνικές ανάγκες καλύπτονται με βάση την παραγωγικότητα και τις επιδόσεις που σημειώνονται στον τομέα της εργασίας σύμφωνα με τις αρχές της αξιοκρατίας και του επαγγελματικού status.

- τα μοντέλα που συνδυάζουν τον τρόπο και την έκταση απονομής παροχών από κοινού με τη σχέση κάθε κοινωνικής ασφάλειας με την αγορά καθώς και την επίδραση της λειτουργίας του στη διαδικασία της κοινωνικής διαστρωμάτωσης σύμφωνα με τον Esping – Andersen (1990). Έτσι έχουμε τα κάτωθι μοντέλα κρατών – πρόνοιας:

α. **το μοντέλο που χαρακτηρίζεται από το χαμηλό επίπεδο των παροχών και από τη σκόπευση με επιλεκτικό τρόπο (φιλελεύθερο αγγλοσαξωνικό – liberal)**. Αντιστοιχεί στο υπολειμματικό μοντέλο του Titmuss. Οι κοινωνικές παροχές γίνονται αφού προηγηθεί έλεγχος των εισοδημάτων ή των οικονομικών μέσων και στοχεύουν στην επανένταξη των δικαιούχων στην παραγωγική διαδικασία. Οργανώνονται δε με τέτοιο τρόπο ώστε η αποεμπορευματοποίηση να διατηρηθεί στο χαμηλότερο δυνατό επίπεδο. Το μοντέλο αυτό εφαρμόζεται σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ο Καναδάς και το Ηνωμένο Βασίλειο. Όπως σχολιάζεται για το συγκεκριμένο μοντέλο *ο αυστηρός έλεγχος των προσωπικών δεδομένων των ληπτών και η λειτουργία του συστήματος με βάση, κατά κύριο λόγο, προνοιακές υπηρεσίες και μόνο δευτερευόντως χρηματικές παροχές συνεπάγονται, σε μεγάλο βαθμό, την κοινωνική απαξίωση των δικαιούχων*. Με λίγα λόγια, πρόκειται για ένα μοντέλο όχι τόσο κοινωνικό (με την έννοια ότι βρίσκεται δίπλα στον πολίτη παρέχοντάς του όσα εκείνος έχει πραγματικά ανάγκη) αλλά για ένα καθαρά οικονομικό μοντέλο που βάζει σε προτεραιότητα τα ταμεία του κράτους αντί για τους πολίτες.

β. το μοντέλο που αποσκοπεί στη διατήρηση των διαφορών των κοινωνικών status (συντηρητικό – κορπορατιστικό μοντέλο – **conservative – corporatist**). Εδώ έχουμε περιορισμό της χρήσης της ιδιωτικής ασφάλισης ενώ δίνεται ιδιαίτερη βάση στην αναπαραγωγή των οικογενειακών προτύπων. Πρόκειται για ένα μοντέλο εντελώς αντίθετο με εκείνο του φιλελεύθερου – αγγλοσαξωνικού που εναρμονίζεται με το αντίστοιχο βιομηχανικό μοντέλο του Titmuss. Όπως διαβάζουμε για το συγκεκριμένο μοντέλο *η έντονη διαφοροποίηση μεταξύ των κοινωνικών ομάδων αποτυπώνεται επίσης στην κανονιστική οργάνωση του συστήματος και στη χρηματοδότηση με βάση τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και την αντίστοιχη απόδοση παροχών με γνώμονα τον ασφαλιστικό δεσμό*. Χαρακτηριστικά παραδείγματα κρατών που εφαρμόζουν το συντηρητικό μοντέλο κοινωνικής πολιτικής αποτελούν η Γερμανία, η Γαλλία, η Αυστρία και η Ιταλία.

γ. το **σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο**. Κατά το σοσιαλδημοκρατικό μοντέλο το κράτος εγγυάται την επαγγελματική απασχόληση ενώ η καθολική κάλυψη και η αποεμπορευματοποίηση επεκτείνονται και στα μεσαία κοινωνικά στρώματα θεσμοθετώντας με αυτό τον τρόπο τα βασικά δικαιώματα του πολίτη. Το συγκεκριμένο μοντέλο εφαρμόζεται κυρίως στις σκανδιναβικές χώρες και, όπως διαβάζουμε, έχει σαν βασικά του χαρακτηριστικά τη χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας και την άσκηση κοινωνικής πολιτικής μέσω των ανάλογων υπηρεσιών με χαμηλό βαθμό κανονιστικότητας. Θεωρείται το αντίστοιχο του θεσμικού – αναδιανεμητικού μοντέλου του Titmuss.⁹

⁹ βλ. Κοντιάδης, Ξ. (2008), ό.π. σελ. 20 – 23.

Παρατηρούμε λοιπόν πως τα μοντέλα κοινωνικής πολιτικής που ακολουθούνται κατά καιρούς από ορισμένα κράτη τόσο της Ευρώπης όσο και στην Αμερική δεν έχουν πάντοτε ως προτεραιότητά τους τον άνθρωπο. Ταυτόχρονα με την ικανοποίηση των επιταγών του κοινωνικού κράτους, πασχίζουν να διατηρήσουν σε όσο το δυνατόν χαμηλότερο επίπεδο τις δαπάνες που σχετίζονται με την πρόνοια εφαρμόζοντας τακτικές συνεχούς ελέγχους. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μερική υποβάθμιση του πολίτη ως ανθρώπου καθώς με την εφαρμογή τέτοιων πρακτικών, ουσιαστικά μπλοκάρεται η πρόσβασή του σε θεμελιώδη δικαιώματα που συνθέτουν την υπόστασή του στο σύνολο της κοινωνίας.

Αντίθετα, σε χώρες όπου εφαρμόζεται μια μετριοπαθής κοινωνική πολιτική έχουμε την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών. Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε πως η κοινωνική πολιτική με τον τρόπο που ασκείται σε αυτές τις συγκεκριμένες χώρες είναι απολύτως επιτυχής μιας και θέτουν ως προτεραιότητά τους την επίτευξη αυτού του στόχου. Η ενδυνάμωση του κοινωνικού ιστού αποτελεί ίσως το βασικό πυλώνα της πραγμάτωσης αυτής της πολιτικής. Επιπλέον, στις χώρες όπου υλοποιείται ένα κοινωνικό σχέδιο αποκλειστικά προσανατολισμένο στις ανάγκες και τα θέλω των πολιτών του μπορούμε να μιλήσουμε για τη δημιουργία και τη διατήρηση μιας αρμονικής κοινωνίας όπου όλα τα μέλη της αντιμετωπίζονται ισότιμα από το κράτος, το οποίο κατ' επέκταση έχει πετύχει απόλυτα το στόχο του αναφορικά με ύπαρξη δικαιοσύνης ανάμεσα στα άτομα που την απαρτίζουν.

Σε σχέση με την κοινωνική πολιτική που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, αυτή υλοποιείται μέσω ενός εντελώς διαφορετικού πλαισίου δράσης, γνωστό και ως *νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο*. Πληροφορούμαστε, για ακόμη μια φορά, από τον Κοντιάδη πως *το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους – πρόνοιας (latin – rim model) παρουσιάζει κατ' αρχάς σημαντικές ομοιότητες προς τα δομικά χαρακτηριστικά του συντηρητικού – κορπορατιστικού*

μοντέλου, στο οποίο υπάγονται οι κεντροευρωπαϊκές χώρες. Ειδικότερα, ακολουθεί το βισμαρκιανό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, η χρηματοδότηση της κοινωνικής προστασίας αντλείται κυρίως από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, η κοινωνική πρόνοια οριοθετείται κατά βάση από την αρχή της επικουρικότητας και τα κοινωνικά δικαιώματα καταγράφονται στο Σύνταγμα και οργανώνονται θεσμικά με υψηλό βαθμό κανονιστικής τυποποίησης. Ωστόσο, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποκλίνει ουσιαδώς από το κεντροευρωπαϊκό, με κριτήρια πρωτίστως την αποτελεσματικότητα και το εύρος της κοινωνικής προστασίας. Η σχετική υπανάπτυξη του κράτους πρόνοιας, η επιλεκτική εφαρμογή της νομοθεσίας από την κοινωνική διοίκηση, ο ιδιαίτερος ρόλος της οικογένειας στην παροχή φροντίδας, η πολυδιάσπαση και η συντεχνιακή λειτουργία των φορέων κοινωνικής προστασίας αποτελούν τα γενικά χαρακτηριστικά του νοτιοευρωπαϊκού μοντέλου.¹⁰

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως στη χώρα μας εφαρμόζεται ένα «νόθο» σύστημα κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της πρόνοιας το οποίο παρουσιάζει αρκετά προβλήματα κατά την εφαρμογή του, κάτι που έχει σαν συνέπεια να μην είναι αρκούντως αποτελεσματικό τόσο σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών όσο και σε επίπεδο κάλυψης πληθυσμού. Τις ατέλειες του νοτιοευρωπαϊκού συστήματος παραθέτει ο Ferrera, εστιάζοντας σε επτά βασικά σημεία όπως:

- τη βαρύνουσα σημασία των εισοδηματικών μεταβιβάσεων και την εσωτερική πόλωση των συστημάτων αναπλήρωσης εισοδήματος,
- τη μη ισόρροπη κατανομή της προστασίας σε όλο το φάσμα των ασφαλιστικών κινδύνων, που εκδηλώνεται κυρίως με την

¹⁰ Κοντιάδης, Ξ. (2008), ό.π., σελ. 23

υπερπροστασία ως προς τον κίνδυνο του γήρατος και την υπανάπτυξη των οικογενειακών παροχών και της δημόσιας στεγαστικής πολιτικής,

- την αντίληψη της καθολικότητας ως προς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε αντίθεση προς την έντονη πολυδιάσπαση των συστημάτων αναπλήρωσης εισοδήματος με βάση τον ασφαλιστικό δεσμό,
- την ισχυρή διαπλοκή ανάμεσα στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα σχετικά με την υγεία και την πρόνοια,
- την πελατειακή συμπεριφορά της κοινωνικής διοίκησης που σε ορισμένες περιπτώσεις χαρακτηρίζεται τουλάχιστον απροκάλυπτη,
- τη χαμηλή αποδοτικότητα των κοινωνικών παροχών,
- την ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις επιμέρους επαγγελματικές ομάδες, τόσο εξαιτίας της πολυδιάσπασης των νομικών καθεστώτων όσο και λόγω της εκτεταμένης παραοικονομίας.¹¹

Το σύστημα κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα δεν μπορεί παρά να χαρακτηριστεί τουλάχιστον ως επιβαρυντικό για τον πολίτη μιας και δεν του προσφέρει όσα δικαιωμάτια του ανήκουν υπό τη σκέπη των αγαθών και ουσιαστικά δεν συμβαδίζει με τις αρχές του κοινωνικού κράτους, έτσι όπως αυτές διατυπώθηκαν από τους πρωτοπόρους των κοινωνικών επιστημών κατά την περίοδο του Διαφωτισμού. Αντίθετα, τον εξαναγκάζει σε μια μορφή «παζαριού» προκειμένου να εξασφαλίσει αυτά που υπό άλλες συνθήκες θα του παρέχονταν αυτονόητα δωρεάν. Επιπλέον, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί και ως ιδιαίτερος αποδοτικό δεδομένου ότι ρίχνει το βάρος της δράσης του σε συγκεκριμένες ενέργειες όπως η στήριξη ορισμένων ευπαθών ομάδων (π.χ. ηλικιωμένοι) και δεν έχει αναπτύξει μια πολιτική που να αποκτά καθολικό εύρος, υπολογίζοντας με αυτό τον τρόπο τις ανάγκες όλων των μελών που απαρτίζουν την κοινωνία.

¹¹ βλ. Κοντιάδης, Ξ. (2008), ό.π., σελ. 23 – 24.

Κλείνουμε αυτό το κεφάλαιο με την εξής παρατήρηση: το κοινωνικό κράτος βασίζεται σε μια σχέση αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο κράτος και την κοινωνία κατά την οποία γίνεται συνεχής ανταλλαγή στοιχείων και δεδομένων για την ενίσχυση και τη διασφάλιση του πολίτη ως ανθρώπου. Μοναδικό χαρακτηριστικό αυτής της σχέσης είναι το γεγονός ότι η λειτουργία αυτή πραγματοποιείται χωρίς να εκφυλίζεται η ποιότητα της κάθε αρχής. Με λίγα λόγια, το κάθε ένα στοιχείο που λαμβάνει χώρα στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής δεν αλλοιώνεται ως προς το θεσμικό του ρόλο. Η αλληλεπίδραση λαμβάνει χώρα μέσω της αναγνώρισης δικαιωμάτων κοινωνικής συμμετοχής και επιρροής της πολιτικής βούλησης καθώς επίσης και με την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στους όρους επιβίωσης του ανθρώπου, κάτι που επιτυγχάνεται μέσω της αναγνώρισης των κοινωνικών δικαιωμάτων του. Επιπλέον, το κοινωνικό κράτος αναγνωρίζει τον κοινωνικό ανταγωνισμό και τη σύγκρουση από κοινού με την εκπροσώπηση συλλογικών συμφερόντων. Σκοπός αυτής της ενσωμάτωσης είναι η συμβολή στην κοινωνική συνοχή, μέσα από διαδικασίες και μηχανισμούς κοινωνικής συναίνεσης και διαλόγου. Έτσι, μπορούμε να πούμε πως το κοινωνικό κράτος είναι περισσότερο συμμετοχικό και δημοκρατικό σε αντίθεση με την προηγούμενη μορφή του, το φιλελεύθερο, το οποίο θεωρούσε αρχικά ενεργούς πολίτες μόνο τους ιδιοκτήτες.

Σχετικά με τα μοντέλα σύμφωνα με τα οποία εφαρμόζονται οι αρχές του κοινωνικού κράτους, θα μπορούσαμε να πούμε πως αυτά εξαρτώνται άμεσα από το οικονομικό εύρος των κρατών που την εφαρμόζουν αλλά και από τη γενικότερη φιλοσοφία που έχει υιοθετηθεί σχετικά με αυτό το θέμα. Δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός πως ανεπτυγμένα οικονομικά κράτη εφαρμόζουν μια σκληρή, καθ' ομολογία, κοινωνική πολιτική, εν μέρει εις βάρος των πολιτών τους μ' ένα και μοναδικό σκοπό τη διαφύλαξη

των συμφερόντων τους. Αντιστάθμισμα αυτών των κρατών αποτελούν οι χώρες που έχουν ως βασική τους προτεραιότητα την ευημερία των πολιτών τους. Έργο λοιπόν, της κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζουν αυτά τα κράτη είναι η παροχή όλων εκείνων των αγαθών είτε αυτά είναι υλικά είτε υπηρεσίες προκειμένου να διευκολύνουν τη ζωή των ανθρώπων που ζουν εντός των ορίων τους, κάνοντας πραγματικότητα την έννοια του κοινωνικού κράτους σε όλο το φάσμα του. Στη συνέχεια αυτής της μελέτης θα ασχοληθούμε με την έννοια του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα και ειδικότερα με τις δράσεις και τις ενέργειες που υλοποιεί στον τομέα της υγείας ώστε να δούμε ιδίως όμοια αν όντως οι παράγοντες της χώρας μας φέρουν εις πέρας ένα πραγματικό σχέδιο κοινωνικής πολιτικής σε αυτό το πεδίο.

Κεφάλαιο 2

Η δημόσια υγεία ως αγαθό στην Ελλάδα. Πότε καθιερώθηκε και ποιους αφορά.

Πριν κάνουμε οποιαδήποτε αναφορά στο ιστορικό θεσμοθέτησης της δημόσιας υγείας στη χώρα μας, κρίνουμε απαραίτητο να δώσουμε έναν ορισμό της προκειμένου να καταστήσουμε σαφές το εύρος στο οποίο εκτείνεται. Η αλήθεια είναι πως ένας ορισμός μονάχα, δεν μας έδινε τη σιγουριά που επιθυμούσαμε να έχουμε σχετικά με το αντικείμενο της δημόσιας υγείας. Για το λόγο αυτό, παραθέτουμε τρεις χαρακτηριστικούς ορισμούς για το συγκεκριμένο αντικείμενο που διατυπώθηκαν από ανθρώπους και φορείς που έχουν ως κύρια ενασχόλησή τους την έρευνα γύρω από τη δημόσια υγεία και οι οποίοι θαρρούμε πως είναι και οι πιο στοχευμένοι όσον αφορά την ουσία της έννοιας που έχουμε θέσει υπό μελέτη.

Ο πρώτος ανήκει στον αμερικανό ερευνητή Winslow ο οποίος στις αρχές του εικοστού αιώνα, και πιο συγκεκριμένα το 1923 έδωσε για πρώτη φορά το στίγμα της δράσης της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα λοιπόν με τον Winslow δημόσια υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη α) να προλαμβάνεται η νόσος, β) να επιμηκύνεται η ζωή, γ) να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση του κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωπη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη

διατήρηση της υγείας του. Σχετικά με τον ορισμό αυτό, η Κουρέα - Κρεμαστινού αναφέρει πως ο ορισμός αυτός βασίστηκε στην τότε επιτυχία του ελέγχου των λοιμωδών νόσων και στην πρόκληση που αποτελούσαν για τη δημόσια υγεία οι αναφαινόμενες επικίνδυνες «επιδημίες» των μη λοιμωδών νόσων ή χρόνιων νόσων ή μη μεταδιδόμενων νόσων, παρατηρώντας πως ο Winslow έδωσε μεγαλύτερη βάση στον τομέα της πρόωμης διάγνωσης και θεραπείας παρά στην αναζήτηση άλλων στρατηγικών για την πρόληψη των χρόνιων νόσων.¹²

Ένας ακόμη ορισμός που μας κίνησε το ερευνητικό ενδιαφέρον ήταν αυτός που διατυπώθηκε από ένα μεγάλο φορέα της Αμερικής. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ (1988) λοιπόν, *δημόσια υγεία είναι όλα όσα κάνουμε εμείς, ως κοινωνία, συλλογικά προκειμένου να εξασφαλίσουμε τις συνθήκες που είναι αναγκαίες για τη διατήρηση της υγείας όλων των ατόμων. Αυτό απαιτεί την επιτυχημένη αντιμετώπιση των συνεχών και αναδυόμενων απειλών για την υγεία των ανθρώπων, και περιλαμβάνει τόσο άμεσες κρίσεις, όπως την επιδημία του AIDS, όσο και διαρκή προβλήματα του πληθυσμού και νέες προκλήσεις, όπως οι βλάβες και οι χρόνιες ασθένειες, η γήρανση του πληθυσμού ή η τοξικότητα των νέων προϊόντων, που μεταφέρεται μέσω του αέρα, του νερού, του εδάφους ή των τροφών. Αυτά και άλλα προβλήματα εντείνουν την ανάγκη για προστασία της υγείας ενός έθνους, μέσω αποτελεσματικών, οργανωμένων και συνεχών προσπαθειών, από το δημόσιο τομέα».*¹³ Με λίγα λόγια, για τους αμερικανούς επιστήμονες η δημόσια υγεία είναι ένα καθαρά συλλογικό ζήτημα καθώς θα πρέπει να ενεργοποιηθεί όλη η κοινωνία για τη διαφύλαξή της. Έχουμε λοιπόν μια μετάθεση της δραστηριοποίησης από το καθαρά ατομικό πεδίο στο

¹² Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2010), *Δημόσια Υγεία. Θεωρία - Πράξη – Πολιτικές*. Αθήνα: Τεχνόγραμμα, σελ. 19

¹³ Gostin, L.O., (2000) *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*, California: University of California Press, σελ. 13

συλλογικό κομμάτι, συλλογικότητα που εκφράζεται και από τα μέλη που απαρτίζουν ένα κοινωνικό σύνολο αλλά και από την κρατική μέριμνα για το θέμα αυτό.

Ο πλέον πρόσφατος ορισμός της δημόσιας υγείας ανήκει στους Beaglehole και Bonita (2004), οι οποίοι ισχυρίζονται πως *δημόσια υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο (διαρκή) ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού*. Η Κουρέα – Κρεμαστινού αναφέρει πως ο ορισμός αυτός, σύμφωνα με τους συγγραφείς του, συγκεντρώνει τα κύρια σημεία της πρακτικής της δημόσιας υγείας: δράση και παρεμβάσεις (action) που απαιτούν συλλογική (collective – συνεργατική ή οργανωμένη) προσπάθεια, αειφόρος ανάπτυξη (sustained) που σημαίνει την ανάγκη ενσωμάτωσης των πολιτικών δημόσιας υγείας σε υποστηρικτικά συστήματα ώστε να έχουν διάρκεια και συνεχή ανάπτυξη και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού που υπονοεί φροντίδα για μείωση των ανισοτήτων υγείας. [...] Είναι αρκετά ευρύς ώστε να περιλαμβάνει αφενός μεν τις δραστηριότητες του συστήματος ιατρικής φροντίδας, αφετέρου να αναγνωρίζει τη σημασία που έχει η αντιμετώπιση των υποκείμενων κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών καθοριστών της υγείας και της ασθένειας.¹⁴

Πριν προβούμε στο σχολιασμό των προαναφερομένων ορισμών για τη δημόσια υγεία, θα πρέπει να αναφέρουμε πως η ανωτέρω παράθεσή τους κατά φθίνουσα χρονολογική σειρά έγινε σκοπίμως. Ο λόγος αυτής της εκούσιας επιλογής είναι πως θα θέλαμε να κάνουμε μια μικρή σύγκριση ανάμεσα σε αυτούς ανά τις εποχές προκειμένου να εξετάσουμε κατά πόσο έχουν μεταβληθεί οι παράγοντες που ορίζουν τη δημόσια υγεία. Με αυτό τον τρόπο, ευελπιστούμε να δείξουμε την πρόοδο που έχει γίνει, τουλάχιστον σημασιολογικά, στον συγκεκριμένο τομέα.

¹⁴ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2010), ό.π., σελ. 20 -21

Ο ορισμός του Winslow αντικατοπτρίζει τους βασικούς στόχους της δημόσιας υγείας σε μια χρονική περίοδο όπου ο συγκεκριμένος τομέας βρισκόταν κυριολεκτικά στα σπάργανα της επιστήμης. Υπογραμμίζουμε ορισμένες λέξεις – κλειδιά προκειμένου να κάνουμε πιο σαφή το συλλογισμό μας. Ο Winslow μιλάει για «πρόληψη», για «προαγωγή» της υγείας, για «εξυγίανση» του περιβάλλοντος, για «λοιμώδεις νόσους», για «ατομική υγιεινή» και για «οργάνωση» των υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για έναν ορισμό ο οποίος διατυπώθηκε μόλις το 1923, σε μια περίοδο όπου πόλεμοι ξεσπούσαν αλυσιδωτά και ασθένειες, που σήμερα τις θεωρούμε εξαλειμμένες, μάστιζαν μεγάλα κομμάτια του πληθυσμού. Ο αμερικανός βακτηριολόγος μάλιστα, θέτει μέσω της ορολογίας του τους βασικούς πυλώνες πάνω στους οποίους πρέπει να οικοδομηθεί το κτήριο της δημόσιας υγείας. Κάνει λόγο για πρόληψη, θέτει τον άνθρωπο προ των ευθυνών του στο κομμάτι της εξασφάλισης της ατομικής του υγείας αλλά κάνει μνεία και στην περίπτωση δράσης όσον αφορά μια κρατική παρέμβαση μέσω της ανάπτυξης υπηρεσιών σχετιζόμενων με την «κοινή» υγεία.

Από την άλλη πλευρά, ο ορισμός του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ εμφανίζεται σε μια εποχή όπου η δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο απειλείται εξαιτίας της εμφάνισης μιας νέας νόσου, άγνωστης μέχρι τότε στα καταγεγραμμένα ιατρικά δεδομένα και η οποία δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί άμεσα με τη χορήγηση των κατάλληλων σκευασμάτων. Είναι η δεκαετία του 1980 όπου η νόσος του AIDS κάνει την πανηγυρική της εμφάνιση και σκορπά τον τρόμο στους ανθρώπους, προσβάλλοντας ίσως το πιο ευαίσθητο κομμάτι των ανθρώπινων σχέσεων, τις σεξουαλικές συνενυρέσεις. Στον συγκεκριμένο ορισμό γίνεται μια σαφέστατη αναφορά στο κομμάτι της ομαδικής αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων που μπορεί να ανακύψουν στο πεδίο της υγείας και μπορούμε να πούμε με

ασφάλεια πως πλέον η δημόσια υγεία αρχίζει να αποτελεί μια από τις βασικότερες μέριμνες του κοινωνικού κράτους, δεδομένων και των προόδων που έχουν συντελεστεί ως ένα βαθμό στην επιστήμη.

Για τον ορισμό των Beaglehole και Bonita δεν έχουμε να σχολιάσουμε τίποτε περισσότερο από όσα αναφέρθηκαν από την Κουρέα – Κρεμαστινού και τα οποία αποτυπώνουν τα θετικά βήματα που έχουν γίνει στον τομέα της υγείας με το πέρασμα των χρόνων αλλά και την πρόοδο του κοινωνικού κράτους το οποίο πλέον μεριμνά για τον άνθρωπο ουσιαστικά, παρέχοντάς του ένα διαρκώς εξελισσόμενο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγειονομικού ενδιαφέροντος, χωρίς να κάνει κάποια διάκριση εις βάρος του.

Ασπαζόμαστε τα λόγια της Κουρέα – Κρεμαστινού σχετικά με τη δυσκολία στην πρακτική της δημόσιας υγείας στις μέρες μας. Αναφέρει χαρακτηριστικά πως *ο δύσκολος τομέας της σημερινής πρακτικής της δημόσιας υγείας είναι η προσπάθεια εξισορρόπησης των δράσεων τόσο για τον έλεγχο των ατομικών κινδύνων υγείας όσο και για τον έλεγχο των υποκείμενων οικονομικών και κοινωνικών αιτιών της ασθένειας και της υγείας.*¹⁵ Θα μπορούσαμε να πούμε πως η δημόσια υγεία είναι ένα συνονθύλευμα πρακτικών που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας τόσο σε επίπεδο ατομικό (βελτίωση της υγείας του ασθενούς) όσο και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου, λαμβάνοντας υπόψη και το οικονομικό σκέλος που πρέπει να καλυφθεί, συνήθως από κάποιον δημόσιο φορέα, για την εξάλειψή της. Επιπλέον, βλέπουμε πως η υγεία του ανθρώπου και, κατ' επέκταση, η δημόσια υγεία χρειάστηκε να έρθει στο επίκεντρο του κρατικού ενδιαφέροντος αφού είχε προηγηθεί κάποιο σημαντικό γεγονός, όπως μια επιδημία, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τη ρήση του πατέρα της

¹⁵ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2010), ό.π., σελ. 21

Ιατρικής, του Ιπποκράτη, για τον οποίο «κάλλιον το προλαμβάνειν, παρά το θεραπεύειν».

Όσον αφορά την δημόσια υγεία στην Ελλάδα, θα πρέπει να πούμε πως αυτή, δυστυχώς, δεν ήταν πάντοτε θεσμός του κράτους. Όπως αναφέρει η Κουρέα – Κρεμαστινού, το 1833, λίγο μετά την άφιξη του βασιλιά Όθωνα έγινε μια πρώτη απόπειρα για οργάνωση του υγειονομικού τομέα μέσω της ίδρυσης του Υγειονομικού Τμήματος ή της Υγειονομικής Αστυνομίας, όπως δημοσιεύτηκε με το διάταγμα της 3/4/1833. Αρχηγός αυτής της προσπάθειας ήταν ο Βαυαρός γιατρός του βασιλιά Όθωνα, ο Dr. Witmer, ενώ μέχρι το 1896 στη θέση του προϊσταμένου της υγειονομικής υπηρεσίας μπορούσε να τοποθετηθεί είτε γιατρός είτε διοικητικός υπάλληλος. Το 1896 τα πράγματα διαφοροποιήθηκαν ελαφρώς μιας και τη θέση του υγειονομικού προϊσταμένου μπορούσε να καταλάβει κάποιος που είχε το δίπλωμα του Διδάκτορα της Ιατρικής και ασκούσε το επάγγελμα του γιατρού για δέκα (10) συναπτά έτη. Το 1910 πάλι, ένας κάτοχος του διπλώματος της Νομικής Σχολής θα ήταν εφικτό να οριστεί προϊστάμενος στη συγκεκριμένη υπηρεσία.¹⁶

Το 1914 το Υγειονομικό Τμήμα μετονομάζεται σε Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Δημόσιας Αντιλήψεως. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε πως μέχρι και το 1917 ο τομέας της δημόσιας υγείας βρισκόταν ανάμεσα στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Εσωτερικών. Την ίδια χρονιά συστάθηκε το Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημόσιας Αντιλήψεως το οποίο θα αναλάμβανε εξ ολοκλήρου τον τομέα της δημόσιας υγείας. Το 1922, και με αφορμή τα τραγικά γεγονότα της Μικρασιατικής Καταστροφής, η οποία είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του μεγάλου μεταναστευτικού ρεύματος προς την Ελλάδα, δημιουργείται το

¹⁶ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2010), *ό.π.*, σελ. 151

Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως το οποίο διατηρήθηκε μέχρι και το 1932, όταν καταργήθηκε και συγχωνεύθηκε ως Γενική Διεύθυνση Υγιεινής στο Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως και μετέπειτα Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως το 1935 και σε Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως από το 1936.¹⁷

Το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως με τον καταναγκαστικό νόμο 2588 του 1940 θα αλλάξει την ονομασία του σε Υπουργείο Εθνικής Πρόνοιας, ενώ το 1944 θα πραγματοποιηθεί η ανασυγκρότηση του Υπουργείου Υγιεινής. Η ύπαρξη του Υπουργείου Υγιεινής θα είναι τρομερά σύντομη μιας και το 1945 θα συγχωνευθεί ξανά με το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, για να διαχωριστεί στη συνέχεια με τον Α.Ν 363/1945 σε δύο ανεξάρτητα υπουργεία: το Υπουργείο Υγιεινής και το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας.

Το 1952, το Υπουργείο Υγιεινής συγχωνεύθηκε για ακόμη μια φορά με το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, ως Γενική Διεύθυνση και με τη μορφή αυτή λειτούργησε έως το 1964, μια χρονιά που αποφασίστηκε να δημιουργηθεί ανεξάρτητο Υπουργείο Υγιεινής. Αλλαγή τελέστηκε και το 1967, όπου το Υπουργείο συγχωνεύθηκε για ακόμα μια φορά ως Γενική Διεύθυνση Υγιεινής στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας που μετονομάστηκε το 1968 σε Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.¹⁸

Το 1981 το Υπουργείο έγινε Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας και το 1989 ονομάστηκε Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το 1995 αποκτά ξανά την παλιά του ονομασία ως Υπουργείο Υγείας – Πρόνοιας καθώς οι κοινωνικές ασφαλίσεις μεταφέρθηκαν στο

¹⁷ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ., ό.π.

¹⁸ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ., ό.π.

Υπουργείο Εργασίας. Ο κύκλος κλείνει το 2004 όταν και τελικά μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ονομασία που διατηρεί μέχρι και σήμερα.¹⁹ Παρατηρούμε λοιπόν, μια τάση «τυπολατρείας» όσον αφορά το κομμάτι της θεσμοθέτησης της δημόσιας υγείας στη χώρα μας, μιας και καταγράψαμε υπεράριθμες μετονομασίες φορέων και μεταθέσεις αρμοδιοτήτων, σε σημείο να πιστεύουμε πως οι φορείς που έπρεπε να δράσουν σε αυτό το πεδίο προσπαθούσαν να αποποιηθούν τις ευθύνες που έρχονται μαζί με την ανάληψη ενός τέτοιου καθήκοντος.

Θεωρητικά, η υγεία στην Ελλάδα είναι ένα δημόσιο αγαθό. Τι σημαίνει όμως αυτό; Όπως διαβάζουμε στους Ρομπόλη και Ιωακείμογλου, ορίζουμε ως δημόσιο αγαθό *κάθε αγαθό στο οποίο έχουν πρόσβαση όλα τα άτομα ανεξάρτητα από τάξη, φύλο, φυλή, έθνος, ηλικία, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο, εισόδημα και ασφαλιστικό φορέα, με μοναδική προϋπόθεση την ιδιότητα του πολίτη. Επιπλέον, οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να έχουν την ίδια ποιότητα για όλους τους πολίτες. Η έννοια του δημόσιου αγαθού παραπέμπει στην έννοια του πολίτη, των κοινωνικών δικαιωμάτων και της δημοκρατίας, σε αντίθεση με την έννοια του εμπορεύματος που παραπέμπει στην έννοια του καταναλωτή, των ευκαιριών και της αγοράς.*²⁰ Ο ορισμός αυτός είναι απόλυτα σαφής και μας καλύπτει από όλες τις πλευρές. Κατανοούμε λοιπόν πως ένα δημόσιο αγαθό είναι προσβάσιμο από όλους ανεξαιρέτως, με τα ίδια χαρακτηριστικά και την ίδια ποιότητα. Ισχύει όμως αυτό απόλυτα για το αντικείμενο της μελέτης μας, δηλαδή τη δημόσια υγεία;

¹⁹ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ., ό.π.

²⁰ Ρομπόλης, Σ. – Ιωακείμογλου, Η., «Οι δαπάνες υγείας και η δημοσιονομική πολιτική μετά την κρίση»

Η απάντηση που θα μπορούσε να δοθεί σε αυτό το ερώτημα είναι, με ειλικρίνεια, «όχι ακριβώς». Όπως διαβάζουμε στον Οικονόμου (2012), ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παρότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας. Χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους.²¹ Στεκόμενοι στα γραφόμενα του Οικονόμου παρατηρούμε πως η υγεία στην Ελλάδα δεν είναι μια απόλυτη αρμοδιότητα του δημοσίου τομέα. Ουσιαστικά είναι ένα κράμα, μια μείξη που αποτελεί απόρροια της σύμπραξης των δημοσίων και ιδιωτικών φορέων που δραστηριοποιούνται σε αυτόν τον κλάδο. Πώς λοιπόν αποτελεί δημόσιο αγαθό από τη στιγμή που για την κάλυψη ορισμένων υπηρεσιών είναι απαραίτητη η συμμετοχή του ιδιωτικού κλάδου και κατά συνέπεια, η πληρωμή τους προς αυτόν από τους πολίτες;

Την ίδια στιγμή, όπως διαβάζουμε στον Ιωακείμογλου (2010), η αύξηση των δαπανών υγείας διεθνώς αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις εθνικές κυβερνήσεις, οι οποίες αναζητούν πολιτικές για την αναχαίτιση της εν λόγω αύξησης, στον βαθμό που η διόγκωση των συνολικών δαπανών αντανακλά μία άνοδο και των δημοσίων δαπανών υγείας. Η πολιτική λύση που κατεξοχήν προκρίθηκε στην δεκαετία του 2000 για να μην επιβαρυνθεί ο δημόσιος προϋπολογισμός είναι, αφενός μεν, η μετατροπή της αναλογίας δημοσίων/ ιδιωτικών δαπανών που μεταφέρει το βάρος των επιπλέον δαπανών υγείας απευθείας στους πολίτες, αφετέρου δε, ο εξορθολογισμός των

²¹ Οικονόμου, Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών υγείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, σελ. 18

δημοσίων δαπανών.²² Βρισκόμαστε λοιπόν, μπροστά σε μια περίπλοκη υπόθεση που αγγίζει τα όρια του παράλογου καθώς, αν και υπάρχει μια πρακτική κοινωνικής πολιτικής για την πρόσβαση των πολιτών στην υγεία, εντούτοις οι πολίτες στρέφονται προς τους ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι χώρες να βρίσκονται αντιμέτωπες με την αύξηση των ιδιωτικών εξόδων για τον παράγοντα αυτό, κάτι που αναπόφευκτα συμπαρασύρει προς την άνοδο και τα δημόσια έξοδα των κρατών μιας και εφαρμόζεται η τακτική της σύμπραξης ιδιωτικού και δημόσιου τομέα. Άμεσο αποτέλεσμα είναι η επί πληρωμή πρόσβαση των πολιτών στην υγεία, γεγονός που καταπατά το θεμελιώδες δικαίωμά τους να χαίρουν δωρεάν του αγαθού αυτού.

Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση σε αυτό το φαινόμενο. Όπως διαβάζουμε και πάλι στον Ιωακείμογλου, *οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο στην Ελλάδα (υπολογισμένες σε ισοτιμίες αγοραστικής δύναμης, ώστε να είναι συγκρίσιμες με τις αντίστοιχες δαπάνες σε άλλες χώρες, είναι ελαφρώς χαμηλότερες του μέσου όρου του ΟΟΣΑ. Ανέρχονταν το 2007 σε περίπου 2,8 χιλιάδες δολάρια ετησίως και ήταν συγκρίσιμες με τις αντίστοιχες δαπάνες σε χώρες με υψηλότερο ΑΕΠ ανά κάτοικο, όπως η Ιαπωνία, η Ιταλία και η Φινλανδία.*²³ Την αιτία αυτής της αύξησης τη δίνει ο ερευνητής στη συνέχεια της μελέτης του. *Το σχετικά υψηλό επίπεδο δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ταχεία αύξηση των δαπανών της περιόδου 1995-2008. Ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δαπανών στην Ελλάδα ανήλθε, κατά την συγκεκριμένη περίοδο, σε περίπου 5% σε σταθερές τιμές. Η ταχεία άνοδος των δαπανών στην Ελλάδα μετά το 1995 οφείλεται στην διαδικασία ταχείας οικονομικής*

²² Ιωακείμογλου, Ηλ. (2010), *Υπηρεσίες Υγείας – από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ/ ΑΔΕΔΥ, σελ. 16

²³ Ιωακείμογλου, Ηλ. (2010), *ό.π.*, σελ. 31

ανάπτυξης που παρατηρήθηκε κατά την περίοδο 1995-2008, όπως είναι αναμενόμενο, καθώς υπάρχει, για όλες τις χώρες, ισχυρή συσχέτιση της αύξησης των δαπανών υγείας ανά κάτοικο και της μεγέθυνσης του ΑΕΠ ανά κάτοικο.²⁴

Με λίγα λόγια, η οικονομική άνθηση που έζησε η χώρα για κάτι παραπάνω από μια δεκαετία συνέβαλε ιδιαίτερα στην αύξηση των ιδιωτικών εξόδων για την υγεία. Δεν μπορούμε να φανταστούμε τους λόγους που οδήγησαν τους Έλληνες πολίτες στην υιοθέτηση μιας τέτοιας νοοτροπίας από τη στιγμή που, κακήν κακώς, η υγεία στη χώρα είναι θεσμοθετημένη ως ένα δημόσιο αγαθό. Αυτή η στάση πιθανότατα να οφείλεται στη μη εμπιστοσύνη που ανέπτυξαν οι πολίτες απέναντι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (όπως θα δούμε στη συνέχεια της εργασίας μας) εξαιτίας του γενικότερου σχεδιασμού του ή λόγω της απογοήτευσης που ένιωσαν ως λήπτες των ιατρικών υπηρεσιών από κρατικούς φορείς, παράγοντες που τους έστρεψαν στον ιδιωτικό τομέα, εφαρμόζοντας εν μέρει την αγοραστική φιλοσοφία του «ό,τι είναι καλής ποιότητας, κοστίζει».

Τελικά, η υγεία στην Ελλάδα είναι ένα αγαθό που παρέχεται δωρεάν στους πολίτες ή αποκτιέται μόνο από εκείνους που έχουν την οικονομική δυνατότητα να την αποκτήσουν; Οι απόψεις γι' αυτό το θέμα ποικίλλουν. Εμείς ωστόσο θα προσεγγίσουμε το θέμα ανά περιόδους. Θα αναφερθούμε στην ανάπτυξη της δημόσιας υγείας στη χώρα μας την τελευταία τριακονταετία σχολιάζοντας ταυτόχρονα τη μορφή της έτσι ώστε να έχουμε μια καθαρή εικόνα για την κοινωνική της διάσταση αλλά και για να μελετήσουμε κατά περιπτώσεις τα στάδια εξέλιξης ή στασιμότητάς της,

²⁴ Ιωακείμογλου, Ηλ. (2010), ό.π., σελ. 34

πάντοτε έχοντας ως βασικό άξονα την προσπελασιμότητα αυτής από τους πολίτες.

Κεφάλαιο 3

Κοινωνικό κράτος και υγεία στη δεκαετία 1980. Η περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Η Ελλάδα δεν ήταν από τις ευνοημένες χώρες που είχαν αναπτύξει εγκαίρως το δικό τους σύστημα υγείας. Όπως διαβάζουμε στην Κουρέα – Κρεμαστινού, *στον Ελλαδικό χώρο η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό παρουσίασε σημαντική χρονική υστέρηση σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μάλιστα αναφέρει πως η υστέρηση αυτή δεν αποδίδεται σε οικονομικές διαφορές, όπως αυτές καταγράφονται σε επίπεδο κοινωνικο – οικονομικής ανάπτυξης, αλλά κυρίως σε διαρθρωτικούς και πολιτισμικούς λόγους.*²⁵ Ενώ οι χώρες της Ευρώπης οργανώθηκαν στον τομέα της υγείας λίγο μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, η Ελλάδα έπρεπε να αντιμετωπίσει στο εσωτερικό της το σκληρό εμφύλιο πόλεμο, που κόστισε έναν επιπλέον μεγάλο αριθμό ανθρώπινων ζωών, αλλά και τη δικτατορία των συνταγματαρχών λίγα χρόνια μετά το τέλος του εμφυλίου. Αποτέλεσμα αυτών των εσωτερικών αναταραχών ήταν να μη διαμορφωθεί εγκαίρως μια συγκεκριμένη πολιτική για τη δημόσια υγεία, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα την απουσία δράσης στο συγκεκριμένο πεδίο και κατά συνέπεια τη μη παροχή ανάλογων υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Τη δεκαετία του 1980 λαμβάνει χώρα στην Ελλάδα η μεγαλύτερη αλλαγή στον τομέα της υγείας, μια αλλαγή που κατά τις Βελονάκη και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου (2006), ορίζεται ως *η σημαντικότερη*

²⁵ Κουρέα - Κρεμαστινού, Τζ. (2010), ό.π., σελ. 157

μεταπολεμικά μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος.²⁶ Πρόκειται για τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας ο οποίος θα καλύπτεται αποκλειστικά με πόρους από το δημόσιο ταμείο και ο οποίος θα ήταν προσβάσιμος από όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), όπως ονομάστηκε η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση, ήταν ένα μεgalόπνοο σχέδιο που στόχευε στην ουσιαστική θεμελίωση της δημόσιας υγείας στη χώρα. Βάσει του σχεδιασμού του, το Ε.Σ.Υ. προέβαινε στην ενοποίηση των δημόσιων οργανισμών περίθαλψης και έθετε το Κράτος ως το μοναδικό φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας προς το σύνολο των πολιτών με τρόπο ισότιμο και ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική του κατάσταση.

Με τον νόμο 1397/1983 λοιπόν, γίνεται η συνταγματική θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο στόχευε στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού και στην δικαιότερη κατανομή των υγειονομικών πόρων. Όπως αναφέρει η Κουρέα –Κρεμαστινού, η φιλοσοφία του νόμου είχε τις εξής θεμελιώδεις αρχές:

- η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους,
- κάθε πολίτης έχει το ίδιο δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα,
- η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και υλοποιείται από ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας.²⁷

²⁶ Βελονάκη, Β. – Σ. – Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. (2006), «Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα» στο *Νοσηλευτική*, 45 (4), σελ. 491 - 499

²⁷ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2010), ό.π. σελ. 160

Το Κράτος, λοιπόν, θα ήταν ο μοναδικός υπεύθυνος για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες ενώ η χρηματοδότηση θα έπρεπε να γίνεται από μια ενιαία πηγή. Οι διάφορες υπηρεσίες θα έπρεπε να ενοποιηθούν σε έναν οργανισμό. Ο νόμος προέβλεπε επίσης και την απαγόρευση λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων και νοσηλευτηρίων. Διαβάζουμε επίσης ότι τα κύρια χαρακτηριστικά του ήταν η δημιουργία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), η μετατροπή των νοσοκομείων που θεσμικά εντάσσονταν ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) καθώς επίσης και η ίδρυση Κέντρων Υγείας, αστικού και μη αστικού τύπου, και Περιφερειακών Ιατρείων ως δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι Λιαρόπουλος κ.ά. (2006) συμπύσσουν τα χαρακτηριστικά του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας αναφερόμενοι στα εξής σημεία:

- τη δημιουργία καθεστώτος πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς του ΕΣΥ με σημαντική αύξηση των μισθών τους,
- την παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας 400 κέντρων υγείας, εκ των οποίων τα 180 σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές έχοντας λειτουργική διασύνδεση με τα τοπικά νοσοκομεία,
- τη συγκρότηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας τα οποία θα ήταν υπεύθυνα για τον έλεγχο και τον συντονισμό των κατά τόπους δομών υγείας και

- την ανάπτυξη νέων μονάδων υγείας και αγορά σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.²⁸

Παρατηρούμε λοιπόν πως με το νέο σχέδιο για το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδος πραγματοποιείται μια στροφή 180° όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες αλλά και ως προς τον εκσυγχρονισμό και την εναρμόνισή του με τις επιταγές της τεχνολογίας και της εξέλιξης που σημειώνει η επιστήμη. Επιπλέον, πρέπει να αναφέρουμε πως πρόκειται όντως για μια ριζοσπαστική πολιτική η οποία φιλοδοξεί να παράσχει σε όλους τους πολίτες ανά την επικράτεια ιατροφαρμακευτική κάλυψη και περίθαλψη. Χαρακτηριστικό αυτής της προσπάθειας είναι η ίδρυση και δημιουργία Κέντρων Υγείας που λειτούργησαν σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και προσέφεραν σημαντική βοήθεια στους κατοίκους τους στον τομέα της υγείας, χωρίς να είναι απαραίτητη η μετάβασή τους στην «πρωτεύουσα» για τέτοιες υποθέσεις. Το πιο σημαντικό όμως είναι η κατοχύρωση του δικαιώματος στη δημόσια υγεία ως κοινωνικό αγαθό και η δωρεάν παροχή του ισότιμα και ποιοτικά, δικαίωμα που, κατά τη γνώμη μας, καθυστερημένα θεσμοθετήθηκε. Με αυτό τον τρόπο, όπως παρατηρούν οι Λιαρόπουλος κ.ά. (2006) η Ελλάδα προσαρμόστηκε με τις βασικές αρχές που απέρρεαν από την εποχή της «Ανάπτυξης και της Ισοτιμίας», η οποία χαρακτήριζε τα δυτικά υγειονομικά συστήματα της δεκαετίας του 1960 και του 1970.²⁹

Μια αξιόλογη παρατήρηση σχετικά με τη σημασία του νόμου με τον οποίο θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας κάνουν οι Βελονάκη και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου. Υπογραμμίζουν πως η μεταρρύθμιση

²⁸ Λιαρόπουλος, Λ. κ.ά. (2006), «Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία» στο *Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη – Δελιβάνη*, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, σελ. 504

²⁹ Λιαρόπουλος, Λ. κ.ά. (2006), ό.π., σελ. 501 -525

αυτή χαρακτηρίζεται ως προσπάθεια εξορθολογισμού της λειτουργίας των υγειονομικών υποδομών, εκσυγχρονισμού των υποδομών, αναβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών και αποκατάστασης κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας.³⁰ Όμως η υγειονομική μεταρρύθμιση του 1980 είναι όλα αυτά που αναφέρουν οι ερευνήτριες;

Στεκόμαστε στην έννοια της «κοινωνικής δικαιοσύνης» στην οποία έγινε νύξη από τις Βελονάκη και Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου προκειμένου να σχολιάσουμε επί της ουσίας τη σημασία της συγκεκριμένης μεταρρύθμισης στον άξονα του κοινωνικού κράτους. Πράγματι, η θέσπιση ενός ενιαίου φορέα παροχής υπηρεσιών υγειονομικού επιπέδου είναι ένα κομμάτι το οποίο αποτελεί αναγκαία συνιστώσα για την ύπαρξη ενός κοινωνικού κράτους. Η δωρεάν παροχή των υπηρεσιών αυτών αλλά και η ισότητα που, θεωρητικά τουλάχιστον, τη διέπει τόσο ως προς την προσβασιμότητα όσο και ως προς την ποιότητα μας κάνει να αισθανόμαστε πως όντως το κράτος λειτούργησε στην συγκεκριμένη περίπτωση στεκόμενο στο πλευρό του πολίτη, εξασφαλίζοντας ένα προνόμιο που μέχρι τότε, κυριολεκτικά, ήταν ανύπαρκτο. Επιπλέον, η απαγόρευση μετά νόμου της δημιουργίας και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, είναι ένα χαρακτηριστικό σημείο της θέλησης των τότε κυβερνητικών δυνάμεων να καθιερώσουν ένα σύστημα υγείας καθόλα δημόσιο, αποκλείοντας οποιαδήποτε παρουσία του ιδιωτικού τομέα που αυτόματα θα σήμαινε και την επί πληρωμή παροχή υπηρεσιών.

Μιλάμε λοιπόν για μια επαναστατική πολιτική που εμπεριέχει πολλά από τα συστατικά που θα μπορούσαν να υπάρχουν σε ένα σχέδιο για τη δημόσια περίθαλψη το οποίο εφαρμόζεται από ένα κοινωνικό κράτος. Ήταν μια προσπάθεια αξιοσημείωτη όχι μόνο γιατί έλαβε γνώση των αναγκών

³⁰ Βελονάκη, Β. – Σ. – Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. (2006), ό.π.

των πολιτών στο κομμάτι της υγείας αλλά και από το γεγονός ότι έγινε για να καλύψει ένα μεγάλο κενό που υπήρχε τόσα χρόνια μετά την αποκατάσταση της Δημοκρατίας, κάνοντάς μας να αναρωτιώμαστε με ποιον τρόπο καλύπτονταν οι απαιτήσεις του πληθυσμού για αυτό το αγαθό.

Παρά όμως τις καινοτομίες που εισήχθησαν με τη νέα νομοθεσία για την παροχή υγείας, εντούτοις δεν άλλαξε τίποτε ριζικά. Η υγειονομική περίθαλψη ήταν ένα προϊόν που, ναι μεν, θα παρέχονταν αποκλειστικά από τα δημόσια νοσοκομεία, όμως και οι ιδιωτικές και αγροτικές κλινικές που ήδη είχαν συσταθεί θα συνέχιζαν το έργο τους. Με λίγα λόγια, μπήκε φραγμός στη δημιουργία νέων ιδιωτικών μονάδων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και όχι στη λειτουργία των ήδη υπαρχουσών οι οποίες συνέχισαν απρόσκοπτα το έργο τους. Παράλληλα, οι υπηρεσίες που παρείχαν τα νοσοκομεία είχαν άμεση εξάρτηση από το χρηματικό ποσό που θα μπορούσε να δώσει κάποιος ώστε να πληρώσει για αυτές ή ανάλογα με την ασφαλιστική του κάλυψη που του παρεχόταν από τον εργοδότη του βάσει του νόμου. Με αυτό τον τρόπο, όσοι δεν είχαν μια κατώτερης κλίμακας ασφαλιστική κάλυψη από κοινού με τους ανασφάλιστους και όσους δεν ήταν σε θέση να πληρώσουν, έγιναν λήπτες υπηρεσιών κατώτερης ποιότητας.

Ως παράδειγμα της προαναφερθείσας κατάστασης μπορούμε να φέρουμε την ύπαρξη «θέσεων» στα νοσοκομεία, όπου οι θέσεις αποτελούν τις κλίνες που είναι διαθέσιμες σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα. Ανάλογα με το επίπεδο της ασφαλιστικής κάλυψης ή των χρημάτων που μπορούσε να διαθέσει ένας πολίτης για τη νοσηλεία και τη θεραπεία του, τοποθετείτο στον αντίστοιχο θάλαμο κλινών. Με αυτό τον τρόπο είχαμε νοσηλεία είτε στην πρώτη είτε στη δεύτερη είτε στην τρίτη θέση των ιδρυμάτων, διάκριση ελάχιστα συμβατή με την έννοια της πρόνοιας και της δικαιοσύνης που πρέπει να περιβάλλει μια κοινωνική πολιτική.

Τροχοπέδη στη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί και η ύπαρξη ανεξάρτητων υπηρεσιών υγείας (όπως τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων) οι οποίες λειτουργούν παράλληλα με τα δημόσια νοσοκομεία και τις κλινικές και ελέγχονται από άλλα υπουργεία πέραν του Υπουργείου Υγείας. Χρησιμοποιούμε το παράδειγμα που αναφέρει η Κουρέα – Κρεμαστινού προκειμένου να κάνουμε σαφέστερο τον ισχυρισμό μας. Αναφέρει λοιπόν η ερευνήτρια ότι *το ΙΚΑ που ανήκει στο Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας καλύπτει με τις υπηρεσίες υγείας περισσότερο από το ήμισυ του πληθυσμού της Ελλάδας και είναι εκτός συστήματος ΕΣΥ. Έτσι, μέχρι σήμερα το λεγόμενο «Εθνικό Σύστημα Υγείας» αφορά κυρίως δομές που εποπτεύονται μόνο από το Υπουργείο Υγείας όπως τα κρατικά νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και ορισμένες άλλες υπηρεσίες και φορείς.*³¹ Έτσι, θα μπορούσαμε να πούμε πως ο στόχος ίδρυσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας που αποτελούσε τη συγκέντρωση όλων των υπηρεσιών υγείας στην αρμοδιότητα ενός και μόνο φορέα δεν επετεύχθη ούτε κατά το ελάχιστο καθώς, όπως βλέπουμε, αυτές μπορούν να παρασχεθούν και από διαφορετικούς φορείς ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα που καλύπτει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών.

Πρόβλημα υπήρξε και με τον έλεγχο των παράπλευρων – αν θα μπορούσαμε να τις χαρακτηρίσουμε κατ’ αυτό τον τρόπο - λειτουργιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Όπως διαβάζουμε στους Λιαρόπουλο κ.ά. (2006) *η ενασχόληση του Κράτους αποκλειστικά με την προσφορά υπηρεσιών, χωρίς την παράλληλη ανάπτυξη αξιόλογων μηχανισμών ελέγχου, ενίσχυσε την εξάρτηση του πολιτικού συστήματος από συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες στο χώρο της υγείας δημιουργώντας παράλληλους*

³¹ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2010), ό.π., σελ. 158

πόλους εξουσίας.³² Εν συντομία, ήταν το ίδιο το σύστημα που με την απουσία του, έδωσε χώρο στους ιδιώτες επαγγελματίες υγείας να αναπτυχθούν και να δραστηριοποιηθούν σε αυτό τον τομέα. Δεν αποκλείουμε μάλιστα οι υπηρεσίες των ιδιωτών να ήταν καλύτερης ποιότητας και καλύτερου επιπέδου από εκείνες του δημοσίου τομέα, ίσως και να κάλυπταν με το δικό τους τρόπο τα κενά που μπορεί να αντιμετώπιζαν οι πολίτες στις συναλλαγές τους με τους κρατικούς φορείς.

Οι Λιαρόπουλος κ.ά. θέτουν μάλιστα έναν προβληματισμό που στα μάτια μας τουλάχιστον φαίνεται ορθός. Αναφέρουν πως *οι σημαντικοί αυτοί θεσμοί ποτέ δεν λειτούργησαν με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουμε σήμερα σοβαρούς πολιτικούς και δημοσιονομικούς κινδύνους. Καθώς οι ανάγκες υγείας αυξάνονται, μεγαλώνουν και οι πιέσεις προς την κεντρική εξουσία για αυξημένη δημόσια χρηματοδότηση, η οποία όμως δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε μεγαλύτερη απόδοση και ικανοποίηση του Πολίτη. Και τούτο διότι η απουσία ελέγχου επιτρέπει τη ροή των δημόσιων πόρων προς τον ιδιωτικό επιχειρηματικό τομέα και τα ατομικά ιδιωτικά συμφέροντα που καλλιεργούν μια εκλεκτική σχέση με τους διαχειριστές του δημοσίου χρήματος.*³³ Υπάρχει λοιπόν μια υποψία για ανάπτυξη μιας πελατειακής σχέσης ανάμεσα στους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας και το δημόσιο που στόχο έχει την απομύζηση κονδυλίων υπέρ των δραστηριοτήτων τους, πράγμα καθόλου απίθανο αν λάβουμε υπόψη μας τη ραγδαία άνοδο των ιδιωτικών εξόδων για την υγεία.

Όμως η επιτυχία μιας πολιτικής κρίνεται από συνεχή εφαρμογή της, είτε αυτή είναι αυτούσια είτε με ορισμένες αλλαγές, στο πέρασμα του χρόνου. Στη συνέχεια της εργασίας μας θα παρουσιάσουμε την εξέλιξη του

³² Λιαρόπουλος, Λ. κ.ά. (2006), ό.π., σελ. 505

³³ Λιαρόπουλος, Λ. κ.ά. (2006), ό.π., σελ. 505

Εθνικού Συστήματος Υγείας ανά τις δεκαετίες που ακολούθησαν τη δημιουργία του ώστε στο τέλος να κρίνουμε αν, παρά τις καινοτόμες παροχές του, κατάφερε να γίνει αυτό που στόχευαν οι εμπνευστές του: ένα σύστημα υγείας για τον πολίτη.

Κεφάλαιο 4

Κοινωνικό κράτος και υγεία στις δεκαετίες 1990 και 2000. Η εξέλιξη της υπάρχουσας πολιτικής

Υποτίθεται πως, όταν εφαρμόζεται μια - σωστή τουλάχιστον - πολιτική, πρέπει να επικαιροποιείται συχνά έτσι ώστε να προσαρμόζεται στις ανάγκες των ομάδων για τις οποίες έχει δημιουργηθεί. Στην περίπτωση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα τα πράγματα ήρθαν λίγο διαφορετικά. Γιατί, ναι μεν το σύστημα υγείας προσπάθησε να εναρμονιστεί με τις απαιτήσεις των χρηστών του, εντούτοις ήρθε αντιμέτωπο με ορισμένες συνθήκες που πιθανώς οι εμπνευστές του να μην τις είχαν προβλέψει.

Θέλοντας να πάρουμε τα πράγματα με τη σειρά, αρχικά θα αναφερθούμε στις προσπάθειες που κατέβαλε το Εθνικό Σύστημα Υγείας να εκσυγχρονιστεί και να γίνει ακόμα πιο προσβάσιμο στους πολίτες σχολιάζοντας ταυτόχρονα τις δράσεις αυτές έτσι ώστε να δούμε αν συμβαδίζουν με τις προϋποθέσεις που έχουν τεθεί για την εξασφάλιση ενός κοινωνικού κράτους.

Ενώ η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έλαβε χώρα το 1983, χρειάστηκε λίγο παραπάνω από μια δεκαετία προκειμένου να αναβαθμιστεί ένα σημαντικότερο κομμάτι του τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Φτάσαμε χρονολογικά στο 1994 για να γίνει ο σχεδιασμός και η δραστηριοποίηση ίσως του πιο απαραίτητου μέρους στην αλυσίδα της δημόσιας υγείας. Με το νόμο 2194/1994 που περιλαμβάνει άρθρα για την

«Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» τέθηκαν τα θεμέλια για τη σύγχρονη οργάνωση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) με στόχο τη λειτουργία του ως φορέα επείγουσας προνοσοκομιακής νοσηλείας με εξειδικευμένες μονάδες, εκπαίδευση του προσωπικού και συμμετοχή γιατρών στη λειτουργία του. Με λίγα λόγια, χρειάστηκαν έντεκα ολόκληρα χρόνια για δημιουργηθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα παροχής άμεσης βοήθειας στον ασθενή από την παραλαβή του με το ασθενοφόρο μέχρι τη διακομιδή του στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Το γεγονός ότι με αυτή τη νομοθετική ρύθμιση καθορίζεται η εκπαίδευση του προσωπικού που στελεχώνει το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας αλλά και η στελέχωσή του με γιατρούς μας κάνει να αναρωτιώμαστε με ποιο τρόπο γινόταν η μεταφορά των ασθενών στα κέντρα παροχής περίθαλψης πριν από τη θεσμοθέτηση αυτού του νόμου. Παρά όμως τις, εύλογες θαρρούμε, απορίες μας πρέπει να πούμε πως ο νόμος 2194/1994 είναι ένα χαρακτηριστικό δείγμα της προσπάθειας που τελείται από τους υψηλά ιστάμενους της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα για αναμόρφωση και βελτίωση του συστήματος υγείας στη χώρα.

Όπως διαβάζουμε στον Ρομπόλη, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στα τέλη του 1995 κάλεσε τις πολιτικές δυνάμεις και τους κοινωνικούς φορείς σε διάλογο, στη βάση ενός πλαισίου επτά προϋποθέσεων για τον «Εκσυγχρονισμό του Εθνικού συστήματος υγείας» στη χώρα μας. Συνοπτικά οι επτά αυτές προϋποθέσεις συμπυκνώνονται στην:

- α) δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας,
- β) εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού,
- γ) θεσμική διοικητική και οικονομική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων,
- δ) επιστημονική αναβάθμιση του υγειονομικού προσωπικού,
- ε) αναδιοργάνωση του ΕΚΑΒ και επέκτασή του σε όλη την χώρα,
- στ) αναβάθμιση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και

ζ) εξασφάλιση της αναγκαίας οικονομικής υποστήριξης, κυρίως, στην αρχική φάση του προγράμματος μεταρρύθμισης του υγειονομικού μας συστήματος.³⁴

Η νομοθετική διάταξη που αναφέραμε παραπάνω, όπως διαβάσαμε στο ίδιο απόσπασμα, δεν προχώρησε στη Βουλή των Ελλήνων για να ψηφιστεί από το σύνολο των βουλευτών. Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να κάνουμε ορισμένες παρατηρήσεις. Πρώτον, για ακόμα μια φορά τίθεται από τους αρμόδιους κυβερνητικούς προϊστάμενους ζήτημα για δημιουργία ενός ενιαίου φορέα παροχής, κάτι που αποδεικνύει έμμεσα την αποτυχία της εφαρμογής της κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας με το προηγούμενο νομοσχέδιο του 1983. Δεύτερον, παρατηρούμε πως για πρώτη φορά επιχειρείται μια προσπάθεια παροχής υγειονομικών υπηρεσιών εκτός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (βλ. την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού) αλλά και τη γενικότερη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των δομών και των υπηρεσιών του κράτους για τον τομέα αυτό, σημάδι που δείχνει ότι η μεταρρύθμιση του 1983 δεν πέτυχε απόλυτα τους σκοπούς της. Τέλος, εστιάζουμε στο κομμάτι της οικονομικής ενίσχυσης η οποία θα χρησιμοποιηθεί για αυτή τη μεταρρύθμιση, παράμετρος που έρχεται σε αντίθεση με την αρχή της μεταρρύθμισης του '83 όπου αναφέρεται πως η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα γίνει από μια ενιαία πηγή.

Για την τροπολογία αυτή γράφει ο ίδιος ερευνητής: *σαν πρώτη παρατήρηση αναφερόμαστε στην διαφορετική εκτίμησή τους (σημ. των στελεχών του υπουργείου) για τις ανάγκες του ΕΣΥ καθώς και τις απαιτούμενες παρεμβάσεις για την αναδιάρθρωσή του. Η παρατήρηση αυτή αναδεικνύει την αναγκαιότητα προσήλωσης της υγειονομικής πολιτικής στην*

³⁴ Ρομπόλης, Σ. «Πολιτικές υγείας» (χ.χ.), σελ. 1

εκπόνηση ενός μεσο-μακροπρόθεσμου σχεδιασμού υγείας ο οποίος από μεθοδολογική άποψη απαιτείται να περιλαμβάνει: τον προσδιορισμό των σημερινών προβλημάτων και δυσλειτουργιών σε μακρο και μικρο-υγειονομικό επίπεδο, την αποσαφήνιση του χαρακτήρα των προβλημάτων, την διαμόρφωση της υγειονομικής στρατηγικής για τα επόμενα χρόνια, τον προσδιορισμό των απαιτούμενων θεσμικών μέσων και μέτρων πολιτικής, το επίπεδο των αναγκαίων δαπανών υγείας, τις πηγές χρηματοδότησης, το χρονοδιάγραμμα εφαρμογής της σχεδιασμένης πολιτικής υγείας, τους φορείς εφαρμογής, παρακολούθησης, ελέγχου, αξιολόγησης των πολιτικών υγείας και απόδοσης του υγειονομικού συστήματος. Ένας τέτοιος αναγκαίος σχεδιασμός για την βελτίωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας, θα πρέπει να αποτελεί έργο ενός οργάνου κοινωνικής εκπροσώπησης με διαχρονικότητα, αποτελεσματικότητα και επιστημονική υποστήριξη.³⁵

Με λίγα λόγια, ο Ρομπόλης υπογραμμίζει την ανάγκη σχεδιασμού ενός μακρόπνοου πλάνου βάσει του οποίου θα καθορίζεται η λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας και η αντιμετώπιση των τυχόν εσωτερικών προβλημάτων του μέσω των δομών που το ίδιο θα έχει συστήσει για αυτές τις περιπτώσεις. Πρόκειται για ένα αρκετά μεγαλεπήβολο σχέδιο αν λάβει κανείς κατά νου τις οργανωτικές διαστάσεις του αλλά και το γεγονός ότι θα εφαρμοστεί σε μια χώρα σαν την Ελλάδα η οποία δεν έχει μεγάλη σχετικά εμπειρία στο κομμάτι της παροχής υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο τομέα, αναλογιζόμενοι και την καθυστερημένη – χρονικά – έναρξη δραστηριότητας σε αυτόν το πεδίο.

Διαβάζουμε και πάλι στον Ρομπόλη πως *το Μάιο του 1996 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κοινοποιεί στις πολιτικές δυνάμεις και τους κοινωνικούς φορείς για διάλογο ένα άλλο προσχέδιο νόμου για την*

³⁵ Ρομπόλης, Σ., ό.π., σελ. 1 - 2

«οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών του ΕΣΥ». Το συγκεκριμένο προσχέδιο περιλαμβάνει έξι βασικές προτάσεις οι οποίες ειδικότερα αναφέρονται:

- α) στην Επιτροπή παραπόνων πολιτών,*
- β) στην σύνθεση των διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων,*
- γ) στην διαδικασία επιλογής του Προέδρου των διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων,*
- δ) στην καθιέρωση ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστό) νοσηλίου διαφοροποιημένου κατά κατηγορία παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών,*
- ε) στις εργασιακές σχέσεις των νοσοκομειακών γιατρών με την εισαγωγή, κύρια, τριετούς θητείας των Επιμελητών Β' και πενταετούς θητείας των Επιμελητών Α', και*
- στ) στην σύνθεση των Επιτροπών κρίσεων.³⁶*

Για τις ρυθμίσεις του 1996 θα κάνουμε τόσο ένα γενικό σχόλιο όσο και ένα ειδικό. Μετά λύπης μας βλέπουμε πως αντί να υπάρξει εστίαση στην ουσιαστική βελτίωση του συστήματος ως προς τις παροχές στον πολίτη, βλέπουμε πως υπάρχει κινητοποίηση μόνο για τη διευθέτηση διαδικαστικών σημείων του νόμου όπως είναι ο καθορισμός των μελών των συμβουλίων των νοσοκομείων με αποτέλεσμα να μη δίνεται ιδιαίτερη βάση στα πραγματικά προβλήματα και τα κενά του συστήματος. Αυτό όμως που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τους όρους που συστήνουν ένα κοινωνικό κράτος είναι η διάταξη για την καθιέρωση ενός ημερήσιου νοσηλίου το οποίο θα διαφέρει ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχονται στους λήπτες.

Η πρόταση του Υπουργείου για επιβολή χρημάτων ως αντίτιμο παροχής υπηρεσιών υγείας από κάποιο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα είναι ίσως η πιο αντιδεοντολογική άποψη που έχει ποτέ προταθεί στα πλαίσια

³⁶ Ρομπόλης, Σ., ό.π., σελ. 1

εφαρμογής μιας κοινωνικής πολιτικής. Πρόκειται για μια «συνθήκη» που παραβιάζει απ' άκρον εις άκρου την έννοια της πρόνοιας ενώ ταυτόχρονα καταπατά το δικαίωμα των πολιτών στην δωρεάν πρόσβαση στην υγεία, έτσι όπως αυτή έχει θεσμοθετηθεί και από το Σύνταγμα της χώρας. Κινούμαστε στην ίδια συχνότητα και με τον μελετητή Ρομπόλη ο οποίος αναφέρει πως με την πρόταση τριετούς θητείας των Επιμελητών Β' και πενταετούς θητείας των Επιμελητών Α' [...] ανατρέπεται ο βασικός πυλώνας του ΕΣΥ, που είναι το εργασιακό καθεστώς της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Μία ακόμη παρατήρηση που διαπερνά με διαφορετικό τρόπο τις δύο προτάσεις αφορά την χρηματοδότηση και την κάλυψη των ελλειμμάτων των νοσοκομειακών σχηματισμών. Στην πρώτη πρόταση του Σχεδίου νόμου, την ορθολογική οικονομική διαχείριση των νοσοκομείων επωμίσθηκε ο ενιαίος φορέας υγείας, ενώ στην δεύτερη πρόταση του Σχεδίου νόμου, την επωμίζεται η καθιέρωση του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστό) νοσηλίου διαφοροποιημένου κατά κατηγορία παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Όμως, θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι και για τις δύο προτάσεις χρηματοδότησης, η επίτευξη των νοσοκομειακών τους στόχων, όπως έχει αποδειχθεί δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί, δημιουργώντας παράλληλα σοβαρά προβλήματα στην χρηματο-οικονομική κατάσταση των κλάδων και των ταμείων υγείας.³⁷ Πρόκειται λοιπόν για μια καθαρά ουτοπική πρόταση που λειτουργεί εις βάρος τόσο των πολιτών που θα καλούνταν να πληρώσουν για κάτι που μέχρι πρότινος τους παρέχόταν δωρεάν με συνταγματική κατοχύρωση όσο και του ίδιου του κράτους μιας και η εφαρμογή τέτοιων πρακτικών, αίρουν την εμπιστοσύνη που έχουν οι πολίτες προς το πρόσωπό του.

Τρία χρόνια αργότερα, με το νόμο 2519/1997 γίνεται μια προσπάθεια για ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, για

³⁷ Ρομπόλης, Σ., ό.π., σελ. 2

οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών καθώς επίσης και για ρυθμίσεις σχετικές με το φάρμακο. Ο νόμος αυτός προέβλεπε τη σύσταση Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας – Πρόνοιας ως τμήμα της Γενικής Διεύθυνσης κάθε Διοικητικής Περιφέρειας και οι οποίες θα αποτελούνταν από τρία τμήματα: Δημόσιας Υγείας, Υπηρεσιών Υγείας και Υπηρεσιών Πρόνοιας. Παρατηρούμε πως για μια ακόμη φορά πραγματοποιείται η σύσταση πολλών φορέων σχετικών με την υγεία που, κατά τη γνώμη μας, μόνο καλό δεν φέρουν στον πολίτη, μιας και τον αναγκάζουν να εμπλακεί σε χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες, κάτι που δεν αρμόζει σε ένα κράτος που θέλει να είναι ευέλικτο και να παρέχει στους πολίτες τις υπηρεσίες του απρόσκοπτα.

Οι νόμοι 2889 και 2920 του 2001 ακολούθησαν για να καλύψουν, για ακόμη μια φορά, θέματα οργανωτικού ενδιαφέροντος. Συγκεκριμένα, με το νόμο 2989/2001 κατοχυρώνεται η λειτουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ) με σκοπό την αποκέντρωση της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας ήταν ουσιαστικά περιφερειακές δομές του Υπουργείου Υγείας και ήταν υπεύθυνα για την αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια στην οποία ανήκαν. Σκοπός τους ήταν η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας που θα προσέφεραν μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας σε τομείς όπως η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η μετονοσοκομειακή φροντίδα, η αποκατάσταση, η κατ' οίκον νοσηλεία και η ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όπως διαβάζουμε στους Λιαρόπουλο κ.ά. αιώτερος σκοπός της μεταρρύθμισης του 2001 ήταν *η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου*

υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.³⁸ Για ακόμα μια φορά βλέπουμε πως στη στοχοθεσία και αυτής της μεταρρύθμισης περιλαμβάνεται η δημιουργία ενός φορέα που θα παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες υψηλού επιπέδου, στόχος που είχε τεθεί και με τη μεταρρύθμιση του 1983 αλλά ποτέ δεν επετεύχθη.

Στους ίδιους μελετητές διαβάζουμε πως οι επιμέρους στόχοι περιελάμβαναν μεταξύ άλλων την κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του συστήματος, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τέλος, την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων του συστήματος.³⁹ Σε αυτό το σημείο έχουμε να παρατηρήσουμε το εξής: νιώθουμε πως και σε αυτή τη νομοθετική διάταξη επαναλαμβάνεται η θέληση του κράτους να δημιουργήσει ένα σύστημα υγείας απόλυτα προσβάσιμο από τους πολίτες οι οποίοι θα αντιμετωπίζονται ισότιμα από αυτό. Όμως αυτός ο στόχος έπρεπε ήδη να είχε γίνει πραγματικότητα σχεδόν μια εικοσαετία πριν. Έχουμε λοιπόν μπροστά μας μια αδιαμφισβήτητη απόδειξη αποτυχίας του μεγάλου σχεδίου του 1983 που θα αναγεννούσε τη χώρα στον τομέα της δημόσιας υγείας και θα έδινε στα μέλη της κοινωνίας της ένα άρτιο σύστημα περίθαλψης το οποίο όχι απλά θα ήταν δωρεάν, αλλά θα ήταν και για όλους.

Στους ίδιους μελετητές διαβάζουμε και για τα μέτρα που θα γίνονταν αρωγοί για την πραγμάτωση αυτού του έργου. Βλέπουμε λοιπόν πως η εφαρμογή αυτής της μεταρρύθμισης θα γινόταν με τους εξής τρόπους:

³⁸ Λιαρόπουλος, Λ. κ.ά. (2006), ό.π., σελ. 518

³⁹ Λιαρόπουλος, Λ. κ.ά. (2006), ό.π., σελ. 518

- με τη συγκρότηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) στα οποία θα υπάγονται πλέον οι μονάδες του ΕΣΥ της αντίστοιχης περιφέρειας προκειμένου να πραγματοποιηθεί η περίφημη «αποκέντρωση» των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, κάθε Περιφερειακό Σύστημα Υγείας έχει το δικαίωμα να συστήσει θυγατρικές εταιρείες οι οποίες θα έχουν ως αντικείμενό τους το διαχειριστικό μέρος των προμηθειών, την ανάπτυξη και τη συντήρηση των κτιριακών υποδομών και τη διαχείριση των ξενοδοχειακών λειτουργιών.
- Με την πρόσληψη διοικητών – managers στις νοσοκομειακές μονάδες μετά από ανοικτή προκήρυξη και επιλογή από την αντίστοιχη Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υγείας.
- Με τη δημιουργία νέων οργανισμών λειτουργίας των νοσοκομείων στους οποίους για πρώτη φορά προβλεπόταν η λειτουργία της Ξενοδοχειακής – Τεχνικής Υπηρεσίας, του Τμήματος Οργάνωσης και Πληροφορικής, του Τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.
- Με τη δημιουργία Αυτοτελών Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών σε νοσοκομεία που έχουν διαθεσιμότητα άνω των 200 κλινών με στόχο την εξάλειψη των πλασματικών εισαγωγών αλλά και την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών.
- Με τη δυνατότητα θέσπισης ειδικών θέσεων Ξενοδοχειακής Αναβάθμισης έως 20% της δυναμικότητας των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων ώστε αυτά να γίνουν ανταγωνιστικά και στον τομέα των ξενοδοχειακών υπηρεσιών σε σύγκριση με τον ιδιωτικό τομέα. Με το μέτρο αυτό θα άνοιγε το πεδίο σύναψης συμφωνιών με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και η προσέλκυση μεμονωμένων ιδιωτών που στόχο είχε την εισροή χρημάτων στα δημόσια ταμεία.

- Με τη λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων εντός των δημοσίων νοσοκομείων τα οποία θα χρηματοδοτούνται από άμεσες προκαθορισμένες πληρωμές των χρηστών.⁴⁰

Για τον προαναφερθέντα νόμο έχουμε να σχολιάσουμε το εξής γεγονός: ένα από τα σημεία του περιεχομένου του είναι η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό άξονα, κάτι που όμως είχε θεσπιστεί με το μεταρρυθμιστικό νόμο του 1983. Μας φαίνεται αδικαιολόγητη αυτή η μεγάλη χρονική καθυστέρηση, σχεδόν μια εικοσαετία, για να γίνει πραγματικότητα ένα από τα βασικά πλαίσια πάνω στα οποία βασίστηκε η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Δεν μπορούμε να μιλάμε για παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας από τη στιγμή που δεν υπήρχαν οι κατάλληλες υποδομές τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, ειδικά όταν αυτές έχουν καθοριστεί σε χρόνο πολύ προγενέστερο και ακόμα περισσότερο, όταν στόχος του εθνικού συστήματος υγείας αποτελούσε η «αποκέντρωση», η δημιουργία δηλαδή κέντρων παροχής υπηρεσιών υγείας μακριά από την πρωτεύουσα ή τις μεγάλες πόλεις κάθε νομού. Πέρα όμως από την «απειθαρχία» στις σχετικές διατάξεις που είχαν διατυπωθεί παλιότερα, πρέπει να αναφέρουμε και την τάση εμπορευματοποίησης της υγείας και της απομάκρυνσης αυτής από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο έπρεπε να ενταχθεί και να αναπτυχθεί. Για να γίνουμε σαφέστεροι, κάνουμε νύξη στα μέτρα της επέκτασης των κλινών στα νοσοκομεία αλλά και στη λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων επί πληρωμή. Οι δύο αυτές παράμετροι δεν συνάδουν με το κοινωνικό προφίλ της δημόσιας υγείας η οποία, ως αγαθό, παρέχεται στους λήπτες της δωρεάν και όχι με καταβολή κάποιου χρηματικού ποσού. Παρατηρούμε λοιπόν μια γενικότερη τάση ιδιωτικοποίησης της υγείας, χαρακτηριστικό που δεν συμβαδίζει με τις επιταγές ενός κράτους πρόνοιας.

⁴⁰ βλ. Λιαρόπουλος, Λ. κ.ά., ό.π., σελ. 521

Ο νόμος 2920/2001 ουσιαστικά λειτούργησε ως «ελεγκτής» του Εθνικού Συστήματος Υγείας καθώς με τον παρόντα νόμο δημιουργήθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας (ΣΕΥΥΠ), σκοπός του οποίου ήταν η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και φορείς αρμοδιοτήτων ή εποπτείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης αλλά και των υπηρεσιών υγείας των ασφαλιστικών φορέων σε όλη την Ελλάδα, ανάμεσα σε αυτούς και οι φορείς της δημόσιας υγείας. Με λίγα λόγια, δημιουργείται ένα σώμα ελέγχου των υπηρεσιών που σχετίζονται με την δημόσια υγεία όταν, κυριολεκτικά, δεν έχουν συσταθεί οι περισσότερες από αυτές. Θαρρούμε πως δεν είναι αναγκαίο να αναφέρουμε ξανά ότι οι προαναφερθείσες νομοθεσίες αποτελούν δείγματα της γραφειοκρατικής αντίληψης που υπάρχει στο δημόσιο τομέα της χώρας γενικότερα, αντίληψη που συνέχισε να υπάρχει και μετά, όπως αποτυπώνεται και στους νόμους 3106/2003, 3329/2005 και 3527/2007.

Παρατηρώντας όλη την πορεία του τομέα της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα κατά τις δεκαετίες του 1990 και το 2000 βλέπουμε πως δεν πραγματοποιούνται ουσιαστικές δράσεις έτσι ώστε να μπορούμε να πούμε πως συνεχίζεται και βελτιώνεται η υγειονομική πολιτική που ξεκίνησε να εφαρμόζεται τη δεκαετία του 1980. Μόνο η σύσταση και η λειτουργία του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας μπορεί να καταλογιστεί ως ένα θετικό βήμα στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής. Η άποψή μας αυτή βασίζεται και στη μελέτη ξένων εμπειρογνομώνων για τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας που έλαβε χώρα το 1994. Όπως διαβάζουμε σχετικά στην Κουρέα – Κρεμαστινού (2010), το 1994 συγκροτήθηκε επιτροπή ξένων εμπειρογνομώνων με πρόεδρο τον Abel Smith οι οποίοι μετά από επιτόπιο έλεγχο του Ελληνικού Συστήματος Υγείας παρουσίασαν «Έκθεση» για την υπάρχουσα κατάσταση όλων των δομών του συστήματος

υγείας της χώρας καθώς και προτάσεις για τη μεταρρύθμισή του. Τα βασικά σημεία της έκθεσης όσον αφορά το κομμάτι των παροχών υπηρεσιών υγείας συνοψίζονται στα εξής σημεία:

- αδυναμία στη δημόσια υγεία
- ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών
- έλλειψη ικανοποίησης και εμπιστοσύνης από το κοινό
- μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες
- υπερσυγκεντρωτισμός και γραφειοκρατική διοίκηση⁴¹

Τα αποτελέσματα της έκθεσης Smith δυστυχώς επαληθεύτηκαν και κατά τη δεκαετία του 2000 καθώς οι νόμοι που ακολούθησαν δεν έλαβαν σοβαρά υπόψη τους τα αποτελέσματα και τις προτάσεις της επιτροπής. Στη συνέχεια της μελέτης μας θα εξετάσουμε το θέμα της δημόσιας υγείας σήμερα, έτσι ώστε να καταγράψουμε και να σχολιάσουμε τις τυχόν αλλαγές που μπορεί να έχουν επέλθει.

⁴¹ Κουρέα – Κρεμαστινού, Τζ. (2010), ό.π., σελ. 159

Κεφάλαιο 5

Η υγεία σήμερα. Θύμα της οικονομικής κρίσης;

Από το 2008 η Ελλάδα βρίσκεται στη δίνη ενός μεγάλου κυκλώνα οικονομικής φύσεως. Η χρηματοπιστωτική κρίση που διανύουμε αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Πέρα από τα οποία προβλήματα που έχει επιφέρει στις κοινωνικές δομές των κρατών από την οποία πλήττονται, η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας ενώ απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης.

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας συρρικνώθηκε το 2008 υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας η ανεργία στην Ελλάδα το 2008 ανήλθε στο ποσοστό του 7,1%, το 2009 στο ποσοστό του 9%, το 2010 στο ποσοστό του 12,2% ενώ το 2011 ανήλθε στο 18,4% για να κλείσει το 2012 στο ποσοστό του 23,6%.⁴² Σκοπίμως κάνουμε αναφορά στους συγκεκριμένους δείκτες καθώς θεωρούμε πως η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τους δείκτες των εργαζόμενων και των ανέργων

⁴²http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO02_DT_MM_08_2011_01_F_GR.pdf και http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS_IN_NUMBERS_GR.pdf

στη χώρα μιας και η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται μέσω της ασφαλίσεως τους στα αντίστοιχα ασφαλιστικά ιδρύματα που υπάγονται. Αν λοιπόν κάποιος δεν εργάζεται, αυτομάτως χάνει το δικαίωμα πρόσβασης στη δωρεάν δημόσια υγεία και θα πρέπει να καταφεύγει σε κάποιον ιδιώτη γιατρό ή θεραπευτήριο για να αναζητήσει περίθαλψη.

Έτσι, τόσο η οικονομική κρίση όσο και τα απότοκά της έχουν δημιουργήσει ένα δυσχερές κλίμα σε όλο το εύρος της πολιτικής των κρατών που τα υφίστανται. Όπως διαβάζουμε στον Ρομπόλη, (2013) *η οικονομική κρίση και ύφεση, η αύξηση της ανεργίας, η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής, το δημόσιο έλλειμμα και το δημόσιο χρέος, η μείωση της απασχόλησης και η απομείωση των ομολόγων του ελληνικού δημοσίου κατά 50%, περισφίγγουν δυσμενώς, παρά τις διακηρύξεις «θωράκισης» του κοινωνικού κράτους, την οικονομική κατάσταση των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα και στα άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.*⁴³

Από τον Ρομπόλη πληροφορούμαστε και για τους τρόπους αντιμετώπισης αυτής της κρίσης. Διαβάζουμε λοιπόν πως οι εξελίξεις αυτές στις σημερινές συνθήκες της οικονομικής κρίσης και ύφεσης αντιμετωπίζονται στα κράτη-μέλη με νομοθετικές παρεμβάσεις στην κατεύθυνση κυρίως: της μεταβίβασης σημαντικών βαρών στις νέες γενεές, της μετατόπισης από διανεμητικά σε κεφαλαιοποιητικά συνταξιοδοτικά συστήματα και της εμπορευματοποίησης των δημόσιων αγαθών, με την ανάληψη της χρηματοδότησης από τους χρήστες με την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών. Με άλλα λόγια, τα κράτη-μέλη επιλέγουν σήμερα την προσφιλή και πεπατημένη μέθοδο της εισπρακτικής και

⁴³ Ρομπόλης, Σ. (2013), «Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος» στο *Κοινωνική πολιτική*, τευχ. 1, σελ. 8

αναποτελεσματικής (εκ του αποτελέσματος) λογικής για την χρηματοδότηση του ελλείμματος και την εξασφάλιση πόρων με τρόπους (μείωση των παροχών και επιδείνωση των όρων και των συνθηκών ικανοποίησης των κοινωνικών αναγκών) που διευρύνουν το κοινωνικό έλλειμμα και συρρικνώνουν, τις προϋποθέσεις κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης, μετατρέποντας σταδιακά το ευρωπαϊκό πρότυπο του κράτους-πρόνοιας σε πρότυπο κράτους-φιλανθρωπίας.⁴⁴

Με λίγα λόγια, και έτσι όπως φαίνεται από τα γραφόμενα του Ρομπόλη, για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης, οι υπεύθυνοι για την άσκηση της εκάστοτε κυβερνητικής πολιτικής στις πληγείσες περιοχές έχουν αποφασίσει να περιορίσουν σε μεγάλο βαθμό τις κοινωνικές παροχές ως αντιστάθμισμα των απωλειών που καλούνται να αντιμετωπίσουν σε επίπεδο πόρων. Αποτέλεσμα αυτού είναι να καταπατούν βασικά δικαιώματα που παρέχει ένα κράτος δικαίου στους πολίτες του για να κλείσουν τις τρύπες που μπορεί να αντιμετωπίζουν σε οικονομικό επίπεδο αλλά και για να προλάβουν τυχόν συνέπειες αυτού του φαινομένου στον εσωτερικό τους σχεδιασμό.

Αναμφισβήτητα η δημόσια υγεία είναι ένα από τα θύματα της οικονομικής κρίσης. Όπως διαβάζουμε στους Σίσκου κ.ά. (2008) *το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Από την πλευρά της προσφοράς, το σύστημα είναι οργανωμένο κατά το πρότυπο Beveridge⁴⁵, με την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και εξωνοσοκομειακής φροντίδας μέσω ενός δικτύου κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τα οποία καλύπτουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού. Από την*

⁴⁴ Ρομπόλης, Σ. (2013), ό.π., σελ. 8

⁴⁵ σημ. Το σύστημα υγείας τύπου Beveridge είναι εκείνο κατά το οποίο η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους.

πλευρά της ζήτησης, το σύστημα λειτουργεί κατά το πρότυπο *Bismarck*⁴⁶ μέσω των 39 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Αυτή, ωστόσο, αποτελεί μια σχηματική περιγραφή, η οποία δεν απεικονίζει πλήρως την πραγματική κατάσταση.⁴⁷ Παρατηρούμε λοιπόν την πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας τόσο στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών από τους αντίστοιχους φορείς όσο και στο επίπεδο ζήτησης υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία που έχουν αναλάβει το ρόλο της κάλυψης των πολιτών σε αυτό τον τομέα.

Για την εξάλειψη αυτής της πολυπλοκότητας ιδρύθηκε το 2011 ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) με λειτουργικό του σκοπό τη παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες ως ο μοναδικός φορέας για την θέση αυτή. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ προήλθε από τη συνένωση των κλάδων υγείας των κυριότερων ασφαλιστικών ταμείων όπως του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), του Ταμείου Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων (Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.), του Οίκου Ναύτου (Ν.Α.Τ.) και άλλων ασφαλιστικών φορέων. Οι ιατρικές του υπηρεσίες θα παρέχονται από τους εξής τομείς:

- α. τα κρατικά νοσοκομεία
- β. τα κέντρα υγείας
- γ. τα κέντρα υγείας αστικού τύπου
- δ. τους συμβεβλημένους ιατρούς

⁴⁶ σημ. Το σύστημα υγείας τύπου *Bismarck* είναι εκείνο κατά το οποίο κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι).

⁴⁷ Σίσκου, Ο. – Καϊτελίδου, Δ. – Θεοδώρου, Μ. – Λιαρόπουλος, Λ. (2008), «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο» στο *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), σελ. 664

ε. τους μη συμβεβλημένους με το συγκεκριμένο φορέα ιατρούς όπου οι ασθενείς θα χρεώνονται την επίσκεψη.⁴⁸

Στο φυλλάδιο για το ρόλο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ στο γενικότερο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) διαβάζουμε πως ο προσανατολισμός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και η ολοκλήρωση της ανασυγκρότησης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) οφείλουν να αναδειχθούν σε εγχειρήματα στρατηγικής σημασίας για την επιθυμητή μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας. Συνοπτικά προτείνονται:

1. **Ενιαίος Φορέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:** Δημιουργείται ενιαίος φορέας, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία των μονάδων παροχής ΠΦΥ και θα ενσωματώνει τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία του ΕΣΥ, τους αγροτικούς γιατρούς και τους συμβεβλημένους παρόχους ΠΦΥ, και θα λειτουργεί υπό έναν προϋπολογισμό και ενιαία διοίκηση.

2. **ΕΟΠΥΥ, Αγοραστής και Πάροχος ΠΦΥ:** Η ανάληψη από τον ΕΟΠΥΥ της διοίκησης, του προϋπολογισμού, του συντονισμού και του ελέγχου των δράσεων της ΠΦΥ θα γίνει μέσω δύο Γενικών Διευθύνσεων, (α) της Γενικής Διεύθυνσης Παροχής Υγείας και (β) της Γενικής Διεύθυνσης Αγοράς Υγείας. Στόχος της διπλής αυτής ιδιότητας του ΕΟΠΥΥ είναι αφ' ενός η εισαγωγή συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά και τον έλεγχο των μονοπωλιακών τάσεων από μέρους των παρόχων του ιδιωτικού τομέα και αφ' ετέρου η οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος, ο καλύτερος έλεγχος

⁴⁸ από το λήμμα της Wikipedia για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στην ιστοσελίδα http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%9F%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82_%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%87%CE%AE%CF%82_%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82

δαπανών αλλά και η διασφάλιση ενός στοιχειώδους πακέτου παροχών στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.

3. Λειτουργική Αναδιάρθρωση των Μονάδων ΠΦΥ: Η ανάγκη αναδιάρθρωσης των 550 περίπου μονάδων είναι επιβεβλημένη. Η αναδιάρθρωση αυτή θα προκύψει από τη γεωγραφική και πληθυσμιακή κατανομή όλων των υφιστάμενων δομών ΠΦΥ με στόχο την εξάλειψη των ελλείψεων, την κατάργηση επικαλύψεων των μονάδων και την πλήρη αξιοποίηση του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού, των κτιρίων και του εξοπλισμού.

4. Συγκρότηση Δικτύων ΠΦΥ: Τα δίκτυα αποτελούν ολοκληρωμένη μορφή παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, συγκροτούνται από δημόσιες δομές ΠΦΥ και το σύνολο των συμβεβλημένων ιδιωτών παρόχων της περιοχής ευθύνης του δικτύου με στόχο την πλήρη και συνεχή φροντίδα υγείας του πληθυσμού. Με το νέο ενιαίο σύστημα, που θα καλύπτει όλο τον πληθυσμό, θα αναστραφεί η ροή στα Νοσοκομεία, θα παρέχονται καλύτερες υπηρεσίες στους ασφαλισμένους και θα μπορούν να αντιμετωπισθούν τυχόν επιδημικά φαινόμενα. Για τη συγκρότηση των δικτύων λαμβάνεται υπ' όψιν η εμπειρία και φιλοσοφία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Βρετανία, της μεθόδου αποζημίωσης των προμηθευτών στη Γερμανία, αλλά και η προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος, προτείνεται η συγκρότηση δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

5. Διεπιστημονική Στελέχωση Δικτύων ΠΦΥ: Τα δίκτυα ΠΦΥ στελεχώνονται από γενικούς γιατρούς, ειδικούς γιατρούς, οδοντιάτρους, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, τεχνολόγους ειδικοτήτων ως συγκροτημένη ομάδα υγείας σύμφωνα με το πνεύμα και τις αρχές της Alma Ata του Π.Ο.Υ., έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στη διατομεακή προσέγγιση και διαχείριση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού.

6. Ένα Δίκτυο ΠΦΥ ανά Καλλικρατικό Δήμο: Τα δίκτυα ΠΦΥ προκύπτουν με βάση την τοπική αυτοδιοίκηση και ανήκουν σε ένα οργανωτικό σχήμα, ενώ ο ΕΟΠΠΥ αναλαμβάνει τη διοίκηση, τον προγραμματισμό, τον συντονισμό και τον έλεγχο των δράσεων ΠΦΥ, ενώ διαχειρίζεται και τον ενιαίο προϋπολογισμό ΠΦΥ. Τα κριτήρια για τη συγκρότηση των δικτύων καθορίζονται από το μέγεθος του πληθυσμού αναφοράς, την προσβασιμότητα και τις γεωγραφικές αποστάσεις, τα ιατρικά ιστορικά δεδομένα και τις τάσεις μετακίνησης του πληθυσμού.

7. Νομαρχιακό Δίκτυο ΠΦΥ ανά Περιφερειακή Ενότητα: Σε κάθε Περιφερειακή Ενότητα λειτουργεί το Νομαρχιακό Δίκτυο ΠΦΥ με κλειστό προϋπολογισμό που περιλαμβάνει το σύνολο των δαπανών ΠΦΥ του νομού και για παροχή και για αγορά. Το Δίκτυο αυτό έχει έναν κεντρικό πυρήνα, την Νομαρχιακή Μονάδα Αναφοράς Υγείας, η οποία είναι υπεύθυνη και εποπτεύει τα επιμέρους δίκτυα των Καλλικρατικών δήμων της Περιφερειακής Ενότητας. Στη Νομαρχιακή Μονάδα υπάγονται οι Τοπικές Μονάδες υγείας, οι συμβεβλημένοι ιατροί και τα Περιφερειακά Ιατρεία της Περιφερειακής Ενότητας.

8. Κλειστός Σφαιρικός Προϋπολογισμός ανά Περιφερειακή Ενότητα: Η διαμόρφωση του κλειστού-σφαιρικού προϋπολογισμού ανά Περιφερειακή Ενότητα, προκύπτει στη βάση ιστορικών απολογιστικών στοιχείων και ειδικότερα, αφ' ενός του μεγέθους του πληθυσμού και αφ' ετέρου παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με τα επιδημιολογικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης. Η ιδιομορφία συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών δίνει τη δυνατότητα συνεκτίμησης πρόσθετων παραγόντων. Πιθανές εξοικονομήσεις στον ετήσιο προϋπολογισμό θα διατίθενται στο δίκτυο προς επένδυση σε επιμέρους δράσεις και προγράμματα προς αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Περιφερειακή Οικονομική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ είναι αρμόδια και παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού του Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ, ανά τετράμηνο.

9. Ελευθερία επιλογής γιατρών αναφοράς: Στο πλαίσιο του εκάστοτε δικτύου ΠΦΥ κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα εγγραφής ή μη στο δίκτυο και σε γιατρό/ούς αναφοράς (γενικός γιατρός, παθολόγος, καρδιολόγος, γυναικολόγος, παιδίατρος), με ελευθερία και δυνατότητα επιλογής του γιατρού.

10. Υποστηρικτικός ο ρόλος των γιατρών αναφοράς: Ο ρόλος των οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς σχετίζεται με την παρακολούθηση του ασφαλισμένου, αλλά και τη δυνατότητα κατεύθυνσής του σε άλλες ειδικότητες, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία, προκειμένου να διευκολυνθεί το “ταξίδι” του στο σύστημα υγείας. Οι οικογενειακοί γιατροί/γιατροί αναφοράς δεν αποτελούν την υποχρεωτική πύλη εισόδου σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και διατηρείται ο σεβασμός στην ελεύθερη επιλογή του πολίτη. Η φιλοσοφία της υιοθέτησης των οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς θεμελιώνεται στη βάση της διευκόλυνσης της πρόσβασης στο σύστημα περίθαλψης (gate opening) και όχι στη δημιουργία εμποδίων στην πρόσβαση και περιορισμών στην επιλογή των χρηστών. Η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται μέσω της αναπομπής από τους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων προς τον οικογενειακό γιατρό/γιατρό αναφοράς για την παρακολούθηση και τον έλεγχο του ασθενούς.

11. Αποζημίωση Οικογενειακών Γιατρών/Γιατρών Αναφοράς: Οι συμβεβλημένοι οικογενειακοί γιατροί/γιατροί αναφοράς (γενικοί γιατροί, παθολόγοι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι και παιδίατροι) αποζημιώνονται με βάση την κατά κεφαλήν αποζημίωση, με το ετήσιο εισόδημά τους να διαμορφώνεται αναλόγως των εγγεγραμμένων ασθενών. Επιπρόσθετα, εισάγονται πρόσθετα κριτήρια (πχ διαχείριση χρόνιων ασθενών, ηλικιακός παράγοντας, κατ’ οίκον επίσκεψη, άσκηση ιατρικής σε άγονες και παραμεθόριες περιοχές κλπ), τα οποία αίρουν τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, προάγουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών και ενισχύουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ ταυτόχρονα περιορίζουν τη διόγκωση της ζήτησης προς τα νοσοκομεία. Οι γιατροί λοιπών ειδικοτήτων

αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση σε συνάρτηση με τον όγκο των παραγόμενων υπηρεσιών και το σφαιρικό προϋπολογισμό του Νομαρχιακού Δικτύου ΠΦΥ.

12. Διατήρηση και βελτίωση των υφιστάμενων εργασιακών σχέσεων: Οι εργασιακές σχέσεις του ιατρικού, υγειονομικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού το οποίο υπηρετεί στις μονάδες υγείας των δικτύων, είναι σεβαστές και διατηρούνται. Για το νέο σύστημα ΠΦΥ που δημιουργείται, η πολυμορφία και η ευελιξία των εργασιακών σχέσεων μπορεί να γίνει πλεονέκτημα με βάση και τις νέες απαιτήσεις (ολοήμερη λειτουργία). Παράλληλα, θα δοθεί η δυνατότητα στους γιατρούς να αιτηθούν την αλλαγή του υφιστάμενου καθεστώτος τους και τη μετατροπή της σύμβασής τους με βάση τις ανάγκες οι οποίες προκύπτουν, καθώς και η επιλογή, εφόσον ο γιατρός κληθεί να παράγει επιπλέον έργο, και το επιθυμεί, να αποζημιώνεται για το επιπλέον έργο, με βάση την αρχή ίση αμοιβή για ίσο έργο.

13. Ολοήμερη λειτουργία των δικτύων: Η λειτουργία των μονάδων προσδιορίζεται σε ολοήμερη βάση με ωράριο λειτουργίας (8πμ-8μμ). Όπου απαιτείται, οι μονάδες ΠΦΥ λειτουργούν σε 24ωρη βάση εκ περιτροπής με στόχο να διασφαλίζεται η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

14. Συνεχής και Ολοκληρωμένη Φροντίδα: Τα Δίκτυα ΠΦΥ συνδέονται με τις νοσοκομειακές δομές, παραπέμπουν τους ασθενείς σε αυτές όταν χρήζουν περαιτέρω ενεργειών και υποδέχονται τους ασφαλισμένους μετά τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας, η προσανατολισμένη υποστήριξη και η καθοδήγηση των ασθενών στα υπόλοιπα σημεία του υγειονομικού συστήματος.

15. Εισαγωγή Ηλεκτρονικής Κάρτας Υγείας: Καθιερώνεται η «κάρτα υγείας», η οποία παρέχει πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό του ασθενή και καταγράφει την πορεία του εντός του συστήματος. Οι κινήσεις του ασθενή σε συμβεβλημένα διαγνωστικά και κλινικές, εφόσον έχουν υψηλό κόστος,

εκτελούνται μετά από έγκριση των μονάδων του δικτύου, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα προκλητής ζήτησης.

16. **Αναβάθμιση πληροφοριακών υποδομών:** Για την κάλυψη των πληροφοριακών αναγκών του Οργανισμού αναπτύσσεται ολοκληρωμένο λογισμικό. Το λογισμικό αυτό, παρακολουθεί το σύνολο της λειτουργίας των Δικτύων (υπηρεσίες παροχής και αγοράς), καταγράφει όλη τη διαθέσιμη πληροφορία και παράγει ποσοτικές και ποιοτικές αναλύσεις με μορφή αναφορών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Παράλληλα, σε όλες τις περιφερειακές ενότητες εγκαθίσταται λογισμικό οικονομικής διαχείρισης για την παρακολούθηση εξέλιξης των κλειστών σφαιρικών προϋπολογισμών.

17. **Επιθεώρηση και κλινικός έλεγχος ΕΟΠΥΥ:** Η παραβατικότητα στο χώρο της υγείας αποτελεί, διαχρονικά, πληγή στο χώρο της οικονομίας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Είναι αναγκαία και επιβάλλεται η αναδιάρθρωση και η ενίσχυση του Σώματος Επιθεώρησης του ΕΟΠΥΥ για τον έλεγχο της εφαρμογής του ΕΚΠΥ και όλων των δαπανών σε δομές υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές). Επιπρόσθετα, συγκροτείται Ειδικό Σώμα Ελεγκτών Κλινικού Ελέγχου για την εφαρμογή του *clinicalaudit*.

18. **Πιστοποίηση και διασφάλιση ποιότητας δικτύου:** Η εισαγωγή διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε να αξιοποιούνται με το μέγιστο αποτελεσματικό τρόπο οι εισφορές των ασφαλισμένων και να συνδέεται η ποιότητα με την αποζημίωση από την κοινωνική ασφάλιση. Παράλληλα, εισάγεται σαφές πλαίσιο για την πιστοποίηση όλων των μονάδων ΠΦΥ (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) με κοινούς όρους και προϋποθέσεις, που θα ενισχύσει τη θεραπευτική αξιοπιστία.

19. **Νέοι θεσμοί υποστήριξης ΕΟΠΥΥ:** Εισάγονται νέοι θεσμοί όπως η Μονάδα Ανάλυσης και Τεκμηρίωσης, η Επιτροπή Διαπραγματεύσεως και η Επιτροπή Βέλτιστης Πρακτικής Κλινικού Ελέγχου που θα υποστηρίξουν επιστημονικά τους στόχους του ΕΟΠΥΥ, ως αγοραστή και παρόχου υπηρεσιών υγείας.

20. **Εκπαίδευση με προσανατολισμό την ΠΦΥ:** Η εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού αναφορικά με τους σκοπούς της ΠΦΥ και τον ρόλο των δράσεων δημόσιας υγείας για τη διατήρηση του επιπέδου υγείας και τη συγκράτηση της υγειονομικής δαπάνης, καθώς και για το όραμα, την αποστολή και τους στόχους του εγχειρήματος και της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ, προκειμένου να υποστηρίξουν το εγχείρημα και να ανταποκριθούν στους επιμέρους ρόλους τους.

21. **Σύγχρονη διακυβέρνηση ΕΟΠΥΥ:** Το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ ανασυγκροτείται με στόχους την αποτελεσματικότητα και την αντιπροσωπευτικότητα. Στο Συμβούλιο συμμετέχουν εκπρόσωποι της πολιτείας, οι κοινωνικοί εταίροι, οι θεσμικοί εκπρόσωποι των χρηστών και τα συλλογικά όργανα των παρόχων.

22. **Διεύρυνση χρηματοδότησης ΕΟΠΥΥ:** Η επανεξέταση του τρόπου και των πηγών χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ, και ειδικότερα του ύψους της κρατικής επιχορήγησης και του ύψους των εισφορών. Η υιοθέτηση πρόσθετων εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης, που θα εξασφαλίσουν σε βάθος χρόνου τη βιωσιμότητα του Οργανισμού.⁴⁹ Βλέπουμε λοιπόν μια τάση για διεύρυνση του ρόλου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και της εγκαθίδρυσής του ως μοναδικού παρόχου υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Βλέπουμε λοιπόν μια τάση για διεύρυνση του ρόλου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και της εγκαθίδρυσής του ως μοναδικού παρόχου υπηρεσιών υγείας μέσα σε ένα εκτεταμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η προσπάθεια αυτή έγειρε πολλές αντιδράσεις στον ιατρικό τομέα αλλά και στην κοινωνία η οποία διαμαρτυρήθηκε για μαζικοποίηση των ασθενών και για μείωση της

⁴⁹ Αθανασάκης, Κ. κ.ά. (2013), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ. 4 βήματα για τη μεταρρύθμιση. Αθήνα, σελ. 7 – 11.

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ελέω της μείωσης του κόστους παροχής τους.

Ποιες όμως είναι οι συνέπειες που επέφερε η κρίση ειδικά στο εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας; Διαβάζουμε ξανά στους Σίσκου κ.ά. πως η υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ, σε συνδυασμό με τα οργανωτικά του προβλήματα, έχουν υπονομεύσει το δημόσιο σύστημα προσφοράς. Την ίδια ώρα, η λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης μέσω των 39 ταμείων υγείας οδηγεί σε χαμηλή αποδοτικότητα, από την πλευρά της ζήτησης.⁵⁰ Από την έρευνα που έκαναν οι προαναφερθέντες για το συγκεκριμένο ζήτημα προέκυψε ότι οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά τις συναλλαγές τους με τα δημόσια ταμεία λόγω των περίπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών, των καθυστερήσεων στην καταβολή των αποζημιώσεων και των ασαφειών αναφορικά με τις παρεχόμενες καλύψεις.⁵¹ Πέρα λοιπόν από τα προβλήματα που επέρχονται εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, σημαντικό είναι και το ζήτημα της γραφειοκρατικής διαδικασίας που δεν επιτρέπει στους ασφαλισμένους την άμεση επιστροφή των χρημάτων που έχουν προκαταβάλει για την θεραπεία τους.

Η κατάσταση στον τομέα της υγείας μετά και το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης είναι, κυριολεκτικά, ασθενική. Όπως διαβάζουμε στη μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2013), η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων στην περίοδο μετά το 2010 έχει εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η οποία επιτείνεται και εξαιτίας της μείωσης της ιδιωτικής δαπάνης. Η κατάρρευση αυτού του μηχανισμού και η ύπαρξη «πλεονάζουσας» ζήτησης

⁵⁰ Σίσκου, Ο. κ.ά., ό.π., σελ. 669

⁵¹ Σίσκου, Ο. κ.ά., ό.π.

έχει ως αποτέλεσμα σημαντικό μέρος αυτής να μην βρίσκει ανταπόκριση, κυρίως σε ευπαθή στρώματα του πληθυσμού.⁵² Με λίγα λόγια, αν και οι πολίτες στρέφονται μαζικά προς το δημόσιο τομέα για την παροχή περίθαλψης, εντούτοις το κράτος δεν μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες ανάλογες προς τη ζήτηση που έχουν λόγω της έλλειψης χρημάτων.

Η θέση αυτή που διατυπώνεται από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας βρίσκει σύμφωνους τους Κυριόπουλο και Τσιάντου (2010). Αναφέρουν χαρακτηριστικά πως τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη. Παράλληλα πιστεύουν πως στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Για το λόγο αυτό πιστεύουν ότι η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η

⁵² Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013), *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία*, Αθήνα, ανάκτηση από τον ιστότοπο http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf

ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών. Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.⁵³ Έτσι, για μια ακόμη φορά, οι δημόσιοι πάροχοι υγείας φαίνονται ανέτοιμοι να αντιμετωπίσουν τη ζήτηση που έχουν οι υπηρεσίες τους αλλά και τα εσωτερικά προβλήματα που υποβαθμίζουν σε μεγάλο βαθμό το ρόλο τους στην κοινωνία.

Παράλληλα, υπάρχει σοβαρό πρόβλημα και με την οικονομική κατάσταση των ασφαλιστικών ταμείων που εγγυώνται την πρόσβαση των εγγεγραμμένων στα μητρώα τους πολιτών. Λόγω της κρίσης αναγκάστηκαν να μετατρέψουν τα αποθεματικά τους σε ομόλογα του ελληνικού δημοσίου τα οποία στη συνέχεια «κουρεύτηκαν» ως θυσία στο βωμό της μείωσης του δημόσιου χρέους της χώρας. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν η τεράστια μείωση των χρημάτων που είχαν στα ταμεία τους οι ασφαλιστικοί φορείς, τα οποία χρησιμοποιούντο κατά βάση για την παροχή των υπηρεσιών υγείας προς τους ασφαλισμένους τους. Δυστυχώς, πέρα από τους ασφαλιστικούς φορείς και άλλοι φορείς που ορίζονται ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) υπέστησαν αυτή την κατάσταση.⁵⁴

Ενδιαφέρουσα είναι και η προσέγγιση του Ρομπόλη γενικότερα πάνω στο θέμα οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος. Συγκεκριμένα, παρατηρεί την *αναγκαιότητα αλλαγής της μονομερούς και αναποτελεσματικής (ηλικία συνταξιοδότησης, προσδόκιμο όριο ζωής)*

⁵³ Κυριόπουλος, Γ. –Τσιάντου, Β. (2010), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη» στο *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5), σελ. 837

⁵⁴ Για λεπτομέρειες βλ. Παπαϊωάννου, Γ., «Πώς χάθηκαν τα λεφτά των Ταμείων», άρθρο στην εφημερίδα *Το Βήμα*, ημερομηνία δημοσίευσης 8/4/2012, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=452339>

διαχειριστικής προσέγγισης επαρκών και οικονομικά βιώσιμων συστημάτων κοινωνικής πολιτικής. Ως εκ τούτου, θεωρούμε ότι η διαχειριστική και περιοριστική προσέγγιση, αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις πολύπλευρες διαστάσεις της μακροχρόνιας οικονομικής βιωσιμότητας και κοινωνικής αποτελεσματικότητας του κοινωνικού κράτους. Και τούτο γιατί εμπεριέχει ένα σοβαρό «γενετικό» λάθος στην σύλληψη, στα μέσα και τους στόχους, το οποίο συνίσταται στον εσφαλμένο ορισμό του προβλήματος, με την έννοια ότι το πρόβλημα στην κοινωνική αποτελεσματικότητα και στην οικονομική βιωσιμότητα του κοινωνικού κράτους στην Ευρώπη δεν είναι για παράδειγμα, το προσδόκιμο ζωής, το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης, το ύψος των κοινωνικών δαπανών, κλπ.. Το πρόβλημα, κατά την γνώμη μας, είναι η δυναμική της ανάπτυξης, το μέγεθος της απασχόλησης και η αναδιανομή του εισοδήματος. Γι' αυτό ακριβώς και η συμβολή των παραμετρικών αλλαγών που εφαρμόζονται από το 1990 και μετά στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την οικονομική βιωσιμότητα του κοινωνικού κράτους είναι περιορισμένη, αφού οι υιοθετούμενες λύσεις οδηγούν σε αναποτελεσματικές διαδοχικές νομοθετικές παρεμβάσεις. Έτσι, οι εφαρμοζόμενες πολιτικές από το 1990 και μετά αποστέρησαν το κοινωνικό κράτος στις χώρες της Ε.Ε. από νέους πόρους παρά την συρρίκνωση των κοινωνικών και συνταξιοδοτικών δικαιωμάτων, χωρίς να καταστεί δυνατή, όπως εξήγγειλε η εφαρμοζόμενη περιοριστική πολιτική νεοκλασικής έμπνευσης, η αντιμετώπιση του διαρθρωτικού προβλήματος του κοινωνικού κράτους, το οποίο συνίσταται στην αποκατάσταση του ρόλου του, του περιεχομένου του, της λειτουργίας του, της χρηματοδότησής του και των στόχων του.⁵⁵ Εν ολίγοις, όπως αντιλαμβανόμαστε από τις παρατηρήσεις του Ρομπόλη, το όλο σύστημα του κοινωνικού κράτους έχει δομηθεί πάνω σε λανθασμένες βάσεις καθώς έπρεπε να έχει λάβει υπόψη του διαφορετικές συνισταμένες από εκείνες που το συγκροτούν. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που, κατά

⁵⁵ Ρομπόλης, Σ. (2013), ό.π., σελ. 5

τον ερευνητή, η χώρα μας έχασε ένα μεγάλο ποσοστό από τα κονδύλια και τις χρηματοδοτήσεις των ευρωπαϊκών της εταιρών που θα τη βοηθούσαν σημαντικά στη χάραξη μιας σωστής κοινωνικής πολιτικής κατά τα βήματα των υπόλοιπων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στον τομέα των υποδομών η υγεία έχει δεχθεί επίσης σημαντικά πλήγματα. Πολλοί υγειονομικοί οργανισμοί και κάμποσοι φορείς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης έχουν καταργηθεί ή συγχωνευθεί με μεγαλύτερες μονάδες. Ως εκ τούτου, η περιφέρεια και κυρίως οι παραμεθόριες περιοχές βρίσκονται συχνά στο έλεος της τύχης, αφού δεν έχουν τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στην περίθαλψη. Το ανθρώπινο κεφάλαιο των νοσοκομειακών μονάδων έχει υποστεί επιπλέον μειώσεις. Η αδυναμία του κράτους να ανανεώσει τις συμβάσεις του μη μόνιμου προσωπικού, αλλά και το πάγωμα των προσλήψεων έχει οδηγήσει τον τομέα της υγείας σε μια διογκωμένη ανεπάρκεια προσωπικού.⁵⁶

Σημαντική απόρροια της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας είναι και η αναγκαστική χρήση γενόσημων φαρμάκων από τους ασθενείς προκειμένου να μειωθεί το κόστος θεραπείας τους σε περίπτωση που αυτή παρέχεται από κάποιο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Τι εννοούμε όμως με τον όρο «γενόσημο φάρμακο»; Όπως διαβάζουμε στην ιστοσελίδα του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) *γενόσημο προϊόν είναι ένα φαρμακευτικό προϊόν που παρασκευάζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι ίδιο με ήδη εγκεκριμένο προϊόν (το πρωτότυπο προϊόν/φάρμακο ή προϊόν αναφοράς) και είναι ασφαλές και αποτελεσματικό. Το γενόσημο προϊόν περιέχει την ίδια δραστική ουσία, όπως το προϊόν*

⁵⁶βλ. Καράτζιου, Ντ., «Κακούργημα το κλείσιμο δημόσιων νοσοκομείων» στην εφημ. *Ελευθεροτυπία*, ημερομηνία δημοσίευσης 30/6/2013, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=372043>

αναφοράς, σε ίδια ποσότητα, γι' αυτό και είναι θεραπευτικά ισοδύναμο με το πρωτότυπο.⁵⁷ Πρόκειται λοιπόν για χρήση αντίγραφων φαρμάκων της πατέντας εκείνων που θεωρούνται από τους εθνικούς οργανισμούς φαρμάκων κάθε χώρας ως πρωτότυπα. Με τη χρήση αυτών των τύπων φαρμάκων το Υπουργείο Υγείας υπολογίζει τη μείωση του κόστους θεραπείας τουλάχιστον στο μισό σε σύγκριση με τη δαπάνη που θα έπρεπε να γίνει με τη χρήση πρωτότυπων φαρμάκων. Η εν λόγω τακτική έχει δημιουργήσει αντιδράσεις στο χώρο της υγείας γενικότερα καθώς τόσο οι γιατροί όσο και οι πολίτες κάνουν λόγο για εκπτώσεις στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που μπορούν να επιφέρουν σοβαρά προβλήματα στην υγεία των ασθενών παρά τις όποιες εγγυήσεις που δίνουν οι ιθύνοντες του τομέα της υγείας στη χώρα μας.⁵⁸ Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ότι η λίστα των φαρμάκων μέρος του κόστους των οποίων καλύπτει το εκάστοτε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης έχει με τη σειρά της συρρικνωθεί. Έτσι, οι ασφαλισμένοι πολίτες είναι υποχρεωμένοι, όχι μόνο να καταβάλλουν μεγαλύτερες δαπάνες για την εξασφάλιση των φαρμάκων τους, αλλά και να καλύπτουν τις ανάγκες τους με σκευάσματα χαμηλότερης ποιότητας.⁵⁹

Δεδομένης της κατάστασης που επικρατεί και στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης, το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε να εντάξει αρκετές από τις δράσεις του στο Ευρωπαϊκό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.) προκειμένου να συνεχιστεί το έργο των φορέων της δημόσιας

⁵⁷ Για λεπτομέρειες σχετικά με τη χρήση γενόσημων φαρμάκων επισκεφθείτε την ιστοσελίδα <http://ekstrateia.eof.gr/>.

⁵⁸ βλ. Μπουλουτζά, Π., «ΕΟΦ: Τα γενόσημα είναι ασφαλή», άρθρο στην εφημερίδα *Καθημερινή*, ημερομηνία δημοσίευσης 29/02/2012, ανάκτηση από την ιστοσελίδα <http://www.kathimerini.gr/451675/article/epikairothta/ellada/eof-ta-genoshma-einai-asfalh>

⁵⁹ βλ. Αθανασάκης, Κ. – Κυριόπουλος, Γ. – Πάβη, Ε. (2012), Οικονομική κρίση και υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 31-32

υγείας. Συγκεκριμένα, οι δράσεις που θα χρηματοδοτηθούν από τα κονδύλια του προαναφερθέντος προγράμματος αφορούν:

- την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν και την επιβαρύνουν
- την επιδημιολογική αξιολόγηση και καταγραφή των σημαντικότερων ασθενειών που εμφανίζονται στον ελληνικό πληθυσμό
- την καταγραφή και βελτίωση του τρόπου ζωής του πληθυσμού, με στόχο την πιο υγιεινή διαβίωση
- τη συνεχή ενημέρωση του πληθυσμού για θέματα υγείας και υγιεινής
- τον ανασχεδιασμό, το συντονισμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού
- την καταγραφή, αξιολόγηση και κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας του πληθυσμού
- την παρακολούθηση και τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών και την παρεμπόδιση εξάπλωσής τους (αν και όπου εμφανιστούν)
- τον έλεγχο των φυσικών πόρων, των αποβλήτων, της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, με στόχο την περιβαλλοντική υγεία
- τον αυξημένο υγειονομικό έλεγχο στις πύλες εισόδου της χώρας και στις περιοχές με αυξημένο τουρισμό από το εξωτερικό
- τη δημιουργία δικτύου υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας που θα καλύπτει αποτελεσματικά όλα τα ανωτέρω, σε συνεργασία υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας στην περιφέρεια, Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στη νομαρχία, δημοτικές υπηρεσίες) με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και

τις αντίστοιχες νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.⁶⁰

Όπως διαβάζουμε στο κείμενο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, οι προβλεπόμενες δράσεις στοχεύουν στο γενικότερο εθνικό στόχο της εξασφάλισης σε μακροχρόνια βάση υψηλού επιπέδου υγείας και της ευεξίας του συνόλου του πληθυσμού της χώρας. Οι μελλοντικές προσπάθειες βελτίωσης και ανάπτυξης του συστήματος Δημόσιας Υγείας θα έχουν ως κεντρικό στόχο μια ολοκληρωμένη εθνική και περιφερειακή στρατηγική Δημόσιας Υγείας, που θα προασπίζει την υγεία του πληθυσμού, θα μειώνει τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα, μέσω κατάλληλων συλλογικών δράσεων.⁶¹ Έτσι, παρά τις όποιες δυσκολίες που προβλέπονται από τους ερευνητές αλλά και καταδεικνύονται από τα στατιστικά δεδομένα, βλέπουμε πως το κράτος προσπαθεί να εξασφαλίσει πόρους για τη συνέχιση της παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, εμμένοντας ωστόσο σε ορισμένες πρακτικές γραφειοκρατικής τακτικής που αντιστοιχούν σε εποχές παλαιότερες της σημερινής αλλά και να διατηρήσει το βαριά πληγωμένο κύρος του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθιστώντας το έναν ικανό φορέα διατέλεσης αυτής της λειτουργίας.

Καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης του ζητήματος της παροχής υγείας στον καιρό της κρίσης παρατηρήσαμε πως οι όλες προσπάθειες που έχουν γίνει για το συμβιβασμό και την εναρμόνιση του κοινωνικού κράτους στα νέα αυτά δεδομένα έχουν ως κοινό παρανομαστή τους της μείωση του κόστους από πλευράς του κράτους προκειμένου να συνεχιστεί η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Επιπλέον,

⁶⁰ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*, Αθήνα, σελ. 168

⁶¹ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008), ό.π

παρατηρήσαμε πως Το ζήτημα που θέτουμε εμείς σαν ερευνητές είναι ένα: αυτές οι ρυθμίσεις – πρωτοβουλίες μπορούν να εξασφαλίσουν μια άρτια δημόσια υγεία ειδικά σε αυτούς τους καιρούς; Στα συμπεράσματα αυτής της εργασίας θα συζητήσουμε αυτή την περίπτωση μαζί με όσα εξαγάγαμε από αυτή την έρευνα.

Συμπεράσματα – Επίλογος

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια συσχετισμού του κοινωνικού κράτους με το κομμάτι της δημόσιας υγείας. Μέσα από την έρευνά μας, προσπαθήσαμε να εξετάσουμε αν η Ελλάδα πληροί τις προϋποθέσεις που έχουν τεθεί από τους κοινωνικούς επιστήμονες στο κομμάτι της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας όμως, δεν ήταν αυτά που επιθυμούσαμε.

Μετά λύπης μας διαπιστώσαμε πως το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα άργησε να αναλάβει δράση σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αν και τελικά ξεκίνησε τη δραστηριότητα του, εντούτοις αυτή δεν έγινε ποτέ ολοκληρωμένα ή έστω κατά τήρηση των βασικών αρχών πάνω στο οποίο προγραμματίστηκε. Την άποψή μας αυτή επιβεβαιώνουν τα στοιχεία που έχουμε παραθέσει στα αντίστοιχα κεφάλαια της μελέτης μας. Συνοπτικά αναφέρουμε την απουσία κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας καθώς επίσης και φορέων υλοποίησής της τουλάχιστον μέχρι τη δεκαετία του 1980 όταν και έγινε μια πρώτη προσπάθεια για τη θέσπιση κοινωνικής πολιτικής μέσω της δημιουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Στη συνέχεια η ύπαρξη πολλών φορέων για το σκοπό που δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας κάνει σχεδόν ανεξέλεγκτη τη λειτουργία τους ενώ δεν υπάρχει προγραμματισμός για την ανάπτυξή τους και δεν εντάσσονται θεωρητικά σε κανένα σύστημα υγείας, μολονότι και οι υπηρεσίες αυτές υπό την ευρεία έννοια συμμετέχουν και απαρτίζουν το συνολικό σύστημα υγείας της χώρας. Ομοίως, η ποιότητα και ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν μπορεί να αξιολογηθεί πλήρως λόγω της πολυπληθυσμικότητας αυτών.

Με το πέρασμα των χρόνων δεν έγινε κανένα βήμα ουσιαστικής προόδου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας ενώ οι ιθύνοντες της αρμοδιότητας αυτής κατανάλωσαν άσκοπα χρόνο και ίσως χρήμα αναλώνοντας τις γραφειοκρατικές δομές της δημόσιας υγείας και όχι σκεπτόμενοι τις προσφορές που θα μπορούσαν να δώσουν στους πολίτες. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι πολίτες να στερηθούν βασικά προνόμια στο κομμάτι της δημόσιας υγείας ή ακόμα και να μην έχουν καθόλου πρόσβαση στο συγκεκριμένο αγαθό.

Τέλος, οι ριζικές μεταβολές που έχουν επέλθει λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν αλλοιώσει πλήρως την έννοια της δημόσιας υγείας, μετατρέποντάς τη σε μια μέθοδο προσέλκυσης χρημάτων για το κράτος και όχι παροχής υπηρεσιών προς τους πολίτες με αποτέλεσμα να μην εκπληρώνει το σκοπό για τον οποίο έχει συσταθεί. Όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας μας, η χώρα αυτή την περίοδο διανύει τη δυσκολότερη στιγμή της καθώς έχει περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό το οικονομικό της εύρος και κατά συνέπεια τα αγαθά και οι υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει στους πολίτες της.

Δυστυχώς, ο νόμος της αγοράς έχει αποδείξει πως όταν το κόστος είναι χαμηλό συνήθως και η ποιότητα του προϊόντος είναι εξίσου χαμηλή. Δεν μπορούμε να πούμε με απόλυτη ακρίβεια αν αυτό ισχύει και στο πεδίο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Το μόνο σίγουρο σε αυτή την περίπτωση είναι ότι οι πολίτες δεν έχουν σήμερα τη δημόσια υγεία που οφείλει να τους παρέχει ένα άρτια δομημένο κοινωνικό κράτος αλλά αντίθετα, η περίθαλψή τους έχει γίνει αντικείμενο πολυτελείας καθώς καλούνται να πληρώσουν υπέρογκα ποσά για την εξασφάλιση αυτού του αγαθού. Επιπλέον, πρέπει να ανεχτούν και τις εκπτώσεις που κάνει το ίδιο το κράτος στον τομέα αυτό στην προσπάθεια που κάνει να εναρμονίσει τις απώλειες που καταγράφει

εξαιτίας της οικονομικής κρίσης με τη συνέχιση των κοινωνικών υγειονομικών παροχών.

Για τη μεταβολή της υγείας από αγαθό σε ένα είδος εμπορεύματος σημαντικά είναι τα λόγια που εκφέρουν οι Ρομπόλης και Ιωακείμογλου. Συγκεκριμένα αναφέρουν πως *ο αρχικός πολιτικός στόχος της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες, απαξιώνεται και αντικαθίσταται από τον στόχο της συγκρότησης ενός επιχειρηματικού κλάδου παραγωγής υπηρεσιών υγείας που λειτουργεί με τους «νόμους της αγοράς», δηλαδή της καπιταλιστικής οικονομίας. Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες υγείας τείνουν να μετατραπούν, στον βαθμό που συνεχίζεται η διαδικασία υποχώρησης των δημοσίων δαπανών υγείας και της μεγέθυνσης των ιδιωτικών δαπανών, από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα. Τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, τα οποία αναμφίβολα αντιμετώπιζαν προβλήματα στις σχέσεις τους με τα δημόσια ταμεία και τα νοσοκομεία εξαιτίας των γραφειοκρατικών διαδικασιών και των λειτουργικών δυσλειτουργιών, είχαν εντούτοις πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες χάρη στην ιδιότητα του πολίτη που δικαιούται της χρήσης των δημόσιων αγαθών. Καθώς οι υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται σε εμπορεύματα, τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος θα αντιμετωπίσουν σοβαρές δυσκολίες που θα προστεθούν σε όσες ήδη αντιμετωπίζουν λόγω της μακροχρόνιας αναδιανομής του εισοδήματος που πραγματοποιείται σε βάρος των εισοδηματικά ασθενέστερων τάξεων.*⁶²

Η άποψη των Ρομπόλη και Ιωακείμογλου επαληθεύεται μέσα από την επικαιρότητα. Η είδηση ότι το Υπουργείο Υγείας σχεδιάζει την επιβολή εισιτηρίου αξίας 25 ευρώ για την είσοδο στα νοσοκομεία και τη χρήση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από τους πολίτες που δεν μπορούν να έχουν κάλυψη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από έναν ασφαλιστικό

⁶² Ρομπόλης, Σ. – Ιωακείμογλου, Η., ό.π.

φορέα έσπειρε τον πανικό σε μεγάλη μερίδα του πληθυσμού η οποία βρίσκεται σε δεινή οικονομικά θέση.⁶³ Επιπλέον, η επιβολή χρέωσης ενός ευρώ ανά την εκτέλεση συνταγογραφούμενων φαρμάκων έχει φέρει δυσφορία στους πολίτες που καλούνται ουσιαστικά να χρηματοδοτήσουν το κράτος για τη θεωρητικά «δωρεάν» υγεία.⁶⁴ Αναφέρουμε ξανά και την προσπάθεια του κράτους να παρέχει στους ασθενείς αντίγραφα φάρμακα, γνωστά και ως γενόσημα, προκειμένου να μειώσει το κόστος της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης.

Έχοντας κατά νου όλες αυτές τις συνιστώσες του προβλήματος, δεν μπορούμε να είμαστε αισιόδοξοι για το μέλλον της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Ήδη, όπως διαβάζουμε στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο, οι εξελίξεις είναι ραγδαίες και δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι για το ποια θα είναι η επόμενη κίνηση που μπορεί να γίνει από τους αρμόδιους φορείς στο συγκεκριμένο πεδίο. Το μόνο που μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα είναι πως η έννοια του κοινωνικού κράτους στη χώρα μας έχει καταλυθεί καθώς οι παροχές που υπό φυσιολογικές συνθήκες δίνονταν δωρεάν στους πολίτες, τώρα παρέχονται μέσω αντιτίμου, κάτι που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τις αρχές του κοινωνικού κράτους. Ας ελπίσουμε πως σύντομα θα σταματήσει να υπάρχει αυτή η ανισότητα σε βάρος των πολιτών και πως θα χαραχθεί μια νέα πολιτική που θα αντιμετωπίζει τους πολίτες σαν ανθρώπους και όχι σαν τράπεζες.

⁶³ <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=27201&subid=2&pubid=113193043>

⁶⁴ <http://www.capital.gr/News.asp?id=1931897>

Βιβλιογραφία

- **Gostin, L.O., (2000)**, «*Public Health Law: Power, Duty, Restraint*», University of California Press, California, USA.
- **Αθανασάκης, Κ., Κυριόπουλος, Κ. και Πάβη, Ε. (2012)**, «*Οικονομική Κρίση και Υγεία. Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- **Αθανασάκης, Κ., (2013)**, «*Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ. 4 βήματα για τη μεταρρύθμιση*», ΕΟΠΥΥ, Αθήνα. Ανάκτηση από τον ιστότοπο http://www.iatronet.gr/enimerosi/EOPYY_first%20draft%2015_10%20Final.pdf.
- **Ανώνυμου, (2013)**, «*Έρχεται το 25ευρω για όποιον νοσηλεύεται σε νοσοκομείο*», *Ημερησία*, 30 Δεκεμβρίου, Αθήνα, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=27201&subid=2&pubid=113193043>
- **Βελονάκη, Β., Καλοκαιρινού, Σ., και Αναγνωστοπούλου, Α., (2006)**, «*Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα*», *Νοσηλευτική*, τεύχος 45 τόμος 4, Αθήνα.
- **Βερναδάκης, Χ., (2009)**, «*Το κοινωνικό κράτος στη Δυτική Ευρώπη*», βασικές σημειώσεις μαθήματος, πανεπιστημιακές σημειώσεις, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών, Σχολή Νομικών, Πολιτικών και Οικονομικών Επιστημών, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

- **Δημητρόπουλος, Α., (2004)**, «Γενική Συνταγματική Θεωρία – Σύστημα Συνταγματικού Δικαίου», τόμος Α΄, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.
- **Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013)**, «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία», Αθήνα, ανάκτηση από τον ιστότοπο http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf
- **Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (2013)**, Εκστρατεία «Δράση για τη σωστή χρήση του φαρμάκου», Αθήνα, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://ekstrateia.eof.gr/>
- **Καράτζιου, Ν., (2013)**, «Κακούργημα το κλείσιμο δημόσιων νοσοκομείων», *Ελευθεροτυπία*, 30 Ιουνίου, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=372043>
- **Κατρούγκαλος, Γ., (2001)**, «Το κοινωνικό κράτος σε πολιορκία», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 134 – 135, Α΄ - Β΄
- **Κοντιάδης, Ξ., (2008)**, «Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας», Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
- **Κουρέα – Κρεμαστινού, Τ., (2010)**, «Δημόσια Υγεία. Θεωρία - Πράξη – Πολιτικές», Εκδόσεις Τεχνόγραμμα Αθήνα.

- **Κουρλιμπίνη, Β., (2013)**, «Αλλάζουν όλα στην υγεία το 2014», *Capital*, 30 Δεκεμβρίου, Αθήνα, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://www.capital.gr/News.asp?id=1931897>.
- **Κυριόπουλος, Γ., και Τσιάντου, Β., (2010)**, «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, τεύχος 27 (5).
- **Λιαρόπουλος, Λ., (2006)**, «Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία» στο Τιμητικός Τόμος Μαρίας Νεγρεπόντη – Δελιβάνη, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- **Μανιτάκης, Α., (2007)**, «Τι είναι κράτος», Εκδόσεις Σαββάλας, Αθήνα.
- **Μπουλουτζιά, Π., (2012)**, «ΕΟΦ: Τα γενόσημα είναι ασφαλή», *Καθημερινή*, 29 Φεβρουαρίου, ανάκτηση από την ιστοσελίδα <http://www.kathimerini.gr/451675/article/epikairothta/ellada/eof-ta-genoshma-einai-asfalh>
- **Οικονόμου, Χ., (2012)**, «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών υγείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα.
- **Παπαϊωάννου, Γ., (2012)**, «Πώς χάθηκαν τα λεφτά των Ταμείων», *Το Βήμα*, 8 Απριλίου, ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=452339>
- **Ρομπόλης, Σ., (2012)**, «Η Ελληνική Οικονομία και η απασχόληση», *Εκθέσεις*, τεύχος 14, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αύγουστος, Αθήνα.

- **Ρομπόλης, Σ., (2013),** «Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος», *Κοινωνική πολιτική*, τεύχος 1, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Απρίλιος, Αθήνα.
- **Ρομπόλης, Σ., και Ιωακείμογλου, Η., (2009),** «Οι δαπάνες υγείας και η δημοσιονομική πολιτική μετά την κρίση», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Δεκέμβριος, Αθήνα.
- **Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ., και Λιαρόπουλος, Λ., (2008),** «Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τεύχος 25(5), Αθήνα.
- **Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008),** «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία», Αθήνα.
- **Χατζόπουλος, Α. (2010),** «Κοινωνικό κράτος: τέλος εποχής», *Social Welfare Magazine NOHMA*, ανάκτηση από τον ιστότοπο http://www.swm.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=212&Itemid=

- Wikipedia.org, λήμμα «Φιλελευθερισμός», ανάκτηση από τον ιστότοπο <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A6%CE%B9%CE%BB%CE%B5%CE%BB%CE%B5%CF%85%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82>
- Wikipedia.org, λήμμα «Ε.Ο.Π.Υ.Υ.» ανάκτηση από τον ιστότοπο http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%9F%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82_%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%87%CE%AE%CF%82_%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82