

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

---

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Σημεία αρνησικυρίας και Πολιτικές Μετατροπής στην Πολιτική Υγείας.  
Η περίπτωση της τελευταίας Μεταρρύθμισης του  
Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
(N.4486/2017)»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Νέλλη Συμπερά

Αθήνα, 2021

### **Τριμελής Επιτροπή**

Λουδοβίκος Κωτσονόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων

Χρίστος Παπαθεοδώρου, Αντιπρύτανης - Καθηγητής

Διονύσης Γράβαρης, Καθηγητής



Copyright © Κανέλλα Σιμπερά, 2021

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτική ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς την συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων της συγγραφέως.

## Συντομογραφίες

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΠΕ.Σ.Υ.: Περιφερειακά ολοκληρωμένα Συστήματα Υγείας

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΤΟΜΥ: Τοπικές Μονάδες Υγείας

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ο.Ι: Οικογενειακός Ιατρός

*«Ο καθηγητής γιατρός πρέπει να βρίσκεται στους δρόμους,  
παρατηρώντας, ψηλαφώντας, βλέποντας, ακούγοντας, αγγίζοντας,  
μοχθώντας να θεραπεύσει με το караβάνι των μαθητευόμενων  
που τον αποκαλούν με το όνομα των ονομάτων:*

*Δάσκαλο!...*

*Ναι, γιατρουδάκια:  
το ζητούμενο δεν είναι να κάνετε τους καμπόσους  
και να χρεώνετε ένα σωρό λεφτά και να πουλάτε δισκία γέλης...  
Είναι να σας στέλνουν παντού να θεραπεύετε, να επινοείτε και,  
με μια λέξη, να υπηρετείτε»*

*Έκτορ Αμπάδ Φασιολίνσε «Η λήθη που θα γίνουμε»*

## *Ευχαριστίες*

*Θα πρέπει να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και επιβλέποντα της εργασίας, Λουδοβίκο Κωτσονόπουλο, για την καθοδήγησή του κατά τη συγγραφή της και την πραγματική του ενασχόληση καθ' όλη τη διαδικασία προετοιμασίας και εκπόνησής της. Ήταν εξαιρετικά βοηθητικός στην κατανόηση της ουσίας των εννοιών της Πολιτικής Επιστήμης που προσεγγίσαμε και του τρόπου με τον οποίο αυτές μπορούν να χρησιμεύσουν ως εργαλεία ερμηνείας της (μη) εφαρμογής κοινωνικών πολιτικών.*

*Ευχαριστώ τον Αντώνη και την Ηλέκτρα που με βοήθησαν να φτάσω στο τέλος αυτής της διαδρομής με αμέριστη και αδιάκοπη στήριξη. Η συγγραφή μιας διπλωματικής εργασίας είναι ως επί το πλείστον μια μοναχική διαδικασία. Η εργασία αυτή αποτελεί εξαίρεση, αφού δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη βοήθειά τους.*

*Στον Παύλο και την Μαρία*

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	9
Abstract .....	10
Εισαγωγή.....	11
Κεφάλαιο 1. Το θεωρητικό πλαίσιο.....	13
1.1. Η τάση των πολιτικών θεσμών για διατήρηση της καθεκτιστικής τάξης .....	13
1.2. Οι διαδικασίες της ρεμβοειδούς μεταβολής και της μετατροπής.....	15
1.3. Θεωρίες σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.....	18
1.3.1. Θεωρία της επαγγελματικής ισχύος.....	18
1.3.2. Ιστορικός θεσμισμός.....	21
1.3.3. Θεωρία Δομικών Συμφερόντων.....	22
1.3.4. Η θεωρία της εκχώρησης εξουσίας από το Κράτος.....	22
Κεφάλαιο 2. Οι απαρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	24
2.1. Μεταξύ νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού και Μαρξιστικής θεωρίας.....	24
2.2. Η ΠΦΥ ως απότοκο της συνεργασίας ΠΟΥ-UNICEF-Χριστιανικής Ιατρικής Επιτροπής... 25	
2.2.1. Συνεργασία ΠΟΥ- UNICEF.....	26
2.2.2. Συνεργασία ΠΟΥ - Χριστιανικής Ιατρικής Επιτροπής.....	27
2.3. Η διάσκεψη-ορόσημο για την ΠΦΥ.....	30
Κεφάλαιο 3. Η ιστορική εξέλιξη και διαμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα ως εξαρτημένη πορεία ενός Δημόσιου Συστήματος προς την ιδιωτικοποίηση.....	32
3.1. Το περιεχόμενο και η ουσία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).....	32
3.2. Η αποτύπωση της υφιστάμενης δομής του ελληνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .....	32
3.3. Το εκκρεμές των ελληνικών μεταρρυθμίσεων υπό το πρίσμα της διαδικασίας των αυξουσών αποδόσεων .....	34
3.3.1. Η αντίστιξη μεταξύ της θέσπισης ενός δημοσίου συστήματος και της ουσιαστικής ιδιωτικοποίησής του.....	34
3.3.2. Η θεσμοθέτηση της καθολικής πρόσβασης και μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	36
3.3.3. Η συντηρητική απορρύθμιση .....	38
3.3.4. Η ψευδεπίγραφη επανακοινωνικοποίηση του αγαθού της υγείας και η αποτυχία άμβλυνσης της ανισότητας στην πρόσβαση.....	39
3.3.5. Οι άτολμες μεταρρυθμίσεις.....	41

3.3.6. Η αναδιάρθρωση του συστήματος παροχής ΠΦΥ ως μέσο μείωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	43
3.4. Η χαρτογράφηση του συστήματος πριν την τελευταία μεταρρύθμιση.....	45
Κεφάλαιο 4. Το ιστορικό-πολιτικό πλαίσιο που οδήγησε στη μεταρρύθμιση του Ν.4486/2017 .....	49
4.1. Οι γενικότερες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες.....	49
4.2. Η αποσάθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. ....	51
4.3. Το περιεχόμενο του Ν.4486/2017 .....	53
4.3.1. Η δομή του νέου συστήματος.....	54
Κεφάλαιο 5. Η ιατρική κοινότητα ως παίκτης αρνησικυρίας .....	58
5.1. Η δεσπόζουσα θέση της ελληνικής ιατρικής κοινότητας .....	58
5.2. Οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας πριν την ψήφιση του νόμου 4486/2017 .....	60
5.3. Οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας μετά τη ψήφιση του νόμου 4486/2017 .....	69
Συμπεράσματα .....	73
Πηγές – Βιβλιογραφία.....	76



## Περίληψη

Η παρούσα εργασία θέτει στο επίκεντρό της την εξέταση της δυνατότητας άσκησης αρνησικυρίας εκ μέρους της ιατρικής κοινότητας σε κάθε απόπειρα μεταρρύθμισης του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Οι έννοιες της πολιτικής επιστήμης που επιστρατεύονται σε αυτήν την προσπάθεια καταγραφής και ερμηνείας του φαινομένου αυτού είναι η «μετατροπή» (conversion), η «ρεμβοειδής μεταβολή» (drift), το «κρίσιμο σταυροδρόμι» (critical pathway), οι «αύξουσες αποδόσεις» (increasing returns), το «σημείο αρνησικυρίας» (veto point). Το αντικείμενο αυτής της μελέτης αφορά την αποτύπωση αυτής της δυνατότητας του ιατρικού κόσμου και του τρόπου αντίδρασης του ενόψει των μεταρρυθμίσεων του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα και ιδίως της πιο πρόσφατης.

Η συγγραφή της εργασίας βασίστηκε σε βιβλιογραφική έρευνα, στην αναζήτηση και καταγραφή δημοσιευμάτων της περιόδου προετοιμασίας και εφαρμογής της μεταρρύθμισης του ν.4486/2017 και σε αρχειακό υλικό.

Η μελέτη ξεκινά παρουσιάζοντας τα θεωρητικά εργαλεία ανάλυσης. Στη συνέχεια πραγματοποιείται η ιστορική αναδρομή της ΠΦΥ διεθνώς από την οποία προκύπτει και η τελική διαμόρφωση του περιεχομένου της. Από την παρουσίαση σε παγκόσμιο επίπεδο, επικεντρωνόμαστε στη συνέχεια στην Ελλάδα, απαριθμώντας όλες τις -ως επί το πλείστον ανολοκλήρωτες μεταρρυθμίσεις, με στόχο την ανάδειξη του γεγονότος πως τις διακηρύξεις υπέρ ενός δημόσιου και δωρεάν συστήματος διέψευσε η εν τοις πράγμασι ιδιωτικοποίησή του. Μετά την παρουσίαση του περιεχομένου του συστήματος ΠΦΥ που θεσπίστηκε με τον νόμο 4468/2017, λαμβάνει χώρα η περιγραφή της δεσπίζουσας θέσης της ιατρικής κοινότητας ως παίκτη αρνησικυρίας με δυνατότητα να παρεμποδίζει την εφαρμογή σημαντικών παραμέτρων της πιο πρόσφατης μεταρρύθμισης. Με επίκεντρο την ψήφιση του νόμου 4486/2017, η παρουσίαση των αντιδράσεων της ιατρικής κοινότητας σε αυτόν διακρίνεται σε δύο περιόδους: πριν και μετά τη ψήφισή του. Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύεται η ισχύς αυτής της ομάδας πίεσης, καθώς επεξηγούνται οι μέθοδοι που επελέγησαν ώστε να μην υπάρξει θετική αντιμετώπιση της μεταρρύθμισης από το στάδιο κιάλας του σχεδιασμού της και εν συνεχεία, όταν αποτελούσε πλέον νόμος του Κράτους, να μην ολοκληρωθεί.

### Λέξεις-κλειδιά

1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
2. Ιατρική κοινότητα
3. Παίκτης αρνησικυρίας
4. Μετατροπή
5. Αύξουσες Αποδόσεις

“Veto points and Conversion in Health Policy.  
The case of the most recent PHC system reform in Greece  
(Law 4486/2017)”

Nellie Simpera

**Abstract**

This dissertation examines the role of the medical profession as a veto player in any attempt of the Greek Ministry of Health to reform Primary Health Care Services in Greece (PHC). To this end we used theories and notions of social sciences, such as “conversion”, “drift”, “critical pathway”, “increasing returns”, “veto point”. Our main goal is to describe the ways in which the medical profession can act as a veto player and to present all its reactions to the attempted reforms of the PHC System in Greece, especially to the most recent one.

The necessary bibliographical research comes with the research and recording of publications during the period before the legislation and during the implementation of the reform (Law 4486/2017), as well as archival material.

The dissertation begins by presenting the theories of historical institutionalism, which served as theoretical tools of analysis. The detailed account of the history of PHC at an international level guides us to the description of its final form and content. Starting from the international level, we then focus on PHC system’s organization and provisions in Greece, where all the attempted reforms were never fully implemented. Our aim is to highlight the fact that the declarations in favor of a public and free-for-all system have been denied by the privatisation of health services. Following the presentation of the content of the PHC system established by Law 4468/2017, takes place the description of the medical profession’s dominant position, as a veto player who has the potential to impede the implementation of important parameters of the most recent reform. Focusing on the adoption of Law 4486/2017, the presentation of the reactions of the medical community to it is divided into two periods: before and after its adoption. This chapter highlights the power of this interest group, as it explains the methods chosen in order to halt the implementation of the reform.

*Keywords*

1. Primary Health Care
2. Medical Community
3. Veto player
4. Conversion
5. Increasing Returns

## Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να εξετάσει τη λειτουργία της ιατρικής κοινότητας ως παίκτη αρνησικυρίας στο εσωτερικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αξιοποιώντας τις θεωρίες της πολιτικής επιστήμης που πραγματεύονται τις διαδικασίες της ρεμβοειδούς μεταβολής, της μετατροπής και των σημείων αρνησικυρίας. Ο ρόλος αυτός της ιατρικής κοινότητας εντοπίζεται ιδίως κατά τη διάρκεια των προσπαθειών μεταρρύθμισης του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Το αντικείμενο της μελέτης αφορά την αποτύπωση του τρόπου αντίδρασης της ιατρικής κοινότητας και την ερμηνεία της, ειδικά κατά την πιο πρόσφατη απόπειρα μεταρρύθμισης του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα, χρησιμοποιώντας τα θεωρητικά εργαλεία του νεοθεσμισμού.

Η υπόθεση εργασίας που τέθηκε στο επίκεντρο της έρευνας και της συγγραφής της μελέτης ήταν πως η ιατρική κοινότητα αντιδρά σε κάθε απόπειρα μεταρρύθμισης του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, προκειμένου να ανακόψει την πορεία της, λειτουργώντας ως παίκτης αρνησικυρίας και επιστρατεύοντας, ως επί το πλείστον, τη διαδικασία της μετατροπής.

Τα ερευνητικά ερωτήματα με βάση τα οποία δομήθηκε η μελέτη και η αξιοποίηση της βιβλιογραφίας αφορούσαν:

α) το περιεχόμενο των θεωριών της πολιτικής επιστήμης που πραγματεύονται και εξειδικεύουν τις έννοιες της μετατροπής, της ρεμβοειδούς μεταβολής, των σημείων αρνησικυρίας και άλλων εννοιών του νεοθεσμισμού, με σκοπό να διευκολυνθεί η ερμηνεία των καταγεγραμμένων αντιδράσεων

β) την ιστορική διαμόρφωση και το περιεχόμενο της ΠΦΥ, το οποίο και σηματοδοτεί τη σπουδαιότητα των υπηρεσιών της για το σύστημα υγείας και τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό

γ) την καταγραφή των αντιδράσεων της ιατρικής κοινότητας σε κάθε απόπειρα μεταρρύθμισης του συστήματος ΠΦΥ και ειδικότερα στην πιο πρόσφατη από όλες όσες έχουν γίνει στη χώρα

δ) την ερμηνεία των αντιδράσεων αυτών με βάση τις προαναφερθείσες θεωρίες της πολιτικής επιστήμης.

Η μεθοδολογία που επελέγη για τη συγγραφή της εργασίας αποτελείται κατά βάση από βιβλιογραφική έρευνα, αναζήτηση και καταγραφή δημοσιευμάτων κατά την περίοδο προετοιμασίας και εφαρμογής της πιο πρόσφατης μεταρρύθμισης και από αρχειακό υλικό, από επαγγελματική ενασχόληση με αυτήν. Η βιβλιογραφική έρευνα αφορούσε ως επί το πλείστον την ανάλυση των θεωριών της πολιτικής επιστήμης, την ιστορική αναδρομή και την εμβάθυνση στο περιεχόμενο και τη σπουδαιότητα της ΠΦΥ. Οι θεωρίες της πολιτικής επιστήμης

αποτελέσαν το θεωρητικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο βασίστηκε στη συνέχεια η ανάλυση των ιστορικών ευρημάτων από την ανασκόπηση των αντιδράσεων της ιατρικής κοινότητας.

Ως εκ τούτου, η παρούσα εργασία ξεκινά με την παρουσίαση του θεωρητικού πλαισίου της πολιτικής επιστήμης, προκειμένου να θέσει στον αναγνώστη της το πεδίο στο οποίο θα κινηθεί η ανάλυσή της. Στη συνέχεια εξιστορείται η πορεία διαμόρφωσης της ΠΦΥ ως υποσυστήματος ενός εθνικού συστήματος υγείας αλλά κυρίως ως βασικού του πυλώνα με σκοπό την προαγωγή της υγείας και την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών. Σε αυτό το κεφάλαιο εξετάζεται ο σημαίνων ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των συνεργασιών του με άλλους Διεθνείς Οργανισμούς για τη θεωρητική ανάπτυξη αλλά και την εφαρμογή της ΠΦΥ. Παρουσιάζονται επίσης και τα δύο οικονομικο-πολιτικά πλαίσια (νεοφιλελευθερισμός - κομμουνισμός) στο εσωτερικό των οποίων αναπτύχθηκε η ΠΦΥ με διαφορετικές μεθόδους και προτάγματα.

Η παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης και της τελικής διαμόρφωσης του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα υπό το πρίσμα της εξαρτημένης πορείας ενός μάλλον κατ' επίφαση δημόσιου συστήματος, το οποίο διαχρονικά οδεύει προς την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών του, αποτελεί το τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Σε αυτό παρατίθενται συνοπτικά όλες οι απόπειρες μεταρρύθμισης και εξορθολογισμού του ελληνικού συστήματος ΠΦΥ, στοιχείο απαραίτητο προκειμένου να πλαισιώσει ιστορικά την ανάλυσή μας και να αποτελέσει μια ομαλή μετάβαση στην επόμενη ενότητα. Σε αυτήν επιχειρείται η παρουσίαση της πολιτικο-κοινωνικής κατάστασης όπως είχε διαμορφωθεί πριν την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση. Στο δεύτερο μέρος του ίδιου κεφαλαίου περιγράφεται το περιεχόμενο της μεταρρύθμισης, οι άξονές της και οι στόχοι της.

Τέλος, το πέμπτο κεφάλαιο επιστεγάζει την απόπειρα αναλυτικής παρουσίασης της ιατρικής κοινότητας ως παίκτη αρνησικυρίας, εστιάζοντας στη θέσπιση και στην προσπάθεια εφαρμογής της μεταρρύθμισης του 4486/2017. Κατόπιν της κατοχύρωσης εκ μέρους του ιατρικού κόσμου μιας δεσπόζουσας θέσης στο εσωτερικό του πολιτικού συστήματος, οι αντιδράσεις και οι τρόποι με τους οποίους φαίνεται να έθεσε προσκόμματα στην πλήρη εφαρμογή του νέου συστήματος, διακρίνονται εδώ σε δύο χρονικές περιόδους: πριν και μετά τη ψήφιση του νόμου 4486/2017. Σε αυτό το σημείο της παρούσας ανάλυσης θα καταδειχθεί σαφώς πως, παρά τις όποιες διαπιστωθείσες ετερογένειες στο εσωτερικό αυτής της επαγγελματικής ομάδας, ο ρόλος της ως παίκτης αρνησικυρίας, ενόψει πιθανής απώλειας προνομίων της, αποδεικνύεται ιδιαίτερα ισχυρός.

## Κεφάλαιο 1. Το θεωρητικό πλαίσιο

### 1.1. Η τάση των πολιτικών θεσμών για διατήρηση της καθεκτηστικής τάξης

Οι πολιτικές διευθετήσεις είναι ασυνήθιστα ανθεκτικές στην αλλαγή (Pierson, 2000). Το ίδιο ισχύει και για τα βασικά χαρακτηριστικά των δημόσιων πολιτικών και των επίσημων θεσμών. Τόσο τα μεν, όσο και τα δε μεταβάλλονται ιδιαίτερα δύσκολα για δύο βασικούς λόγους. Κατά πρώτον, οι σχεδιαστές θεσμών και πολιτικών μπορεί να επιθυμούν να δεσμεύσουν τους διαδόχους τους στην πολιτική εξουσία. Οι πολιτικοί δρώντες έχουν πάντα υπόψη τους πως οι πολιτικοί τους αντίπαλοι μπορεί σύντομα να αναλάβουν την εξουσία. Προκειμένου να προστατευθούν, ενδέχεται να θεσπίσουν κανόνες, οι οποίοι θα δυσχεραίνουν ιδιαίτερα την μετατροπή υφιστάμενων ρυθμίσεων. Λαμβάνοντας υπόψη και τον τρόπο με τον οποίο η δημόσια εξουσία κατανέμεται και ασκείται σε μία δημοκρατία, η μόνη τους επιλογή συχνά είναι ο αποκλεισμός των πολιτικών τους αντιπάλων. Κάτι τέτοιο όμως συχνά έχει ως αποτέλεσμα και τον δικό τους αποκλεισμό. Σε πολλές περιπτώσεις συνεπώς δημιουργούν δομές, τις οποίες ούτε οι ίδιοι μπορούν να ελέγξουν.

Κατά δεύτερον, σε πολλές περιπτώσεις, οι πολιτικοί δρώντες επιλέγουν να «αυτοπεριορίζονται». Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, δρουν αποδοτικότερα, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, όταν αποκλείουν ορισμένες από τις διαθέσιμες επιλογές τους. Το κεντρικό σημείο αυτής της θεωρίας συνοψίζεται στο ότι αυτό το χαρακτηριστικό διατήρησης της καθεκτηστικής τάξης από τα πολιτικά συστήματα ενισχύει τις ήδη σημαντικές δυσκολίες που αυτά αντιμετωπίζουν ακόμα και όταν ακολουθούν μια ήδη υφιστάμενη πορεία. Αυτή η τάση σηματοδοτεί την έντονη έφεση των πολιτικών συστημάτων να εμφανίζουν το φαινόμενο των «αυξουσών αποδόσεων» (*increasing returns*).

Οι αύξουσες αποδόσεις θα μπορούσαν να περιγραφούν και ως *διαδικασίες θετικής ανατροφοδότησης*. Δύο είναι τα σημαντικά τους χαρακτηριστικά:

α) αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο, με την πάροδο του χρόνου, αυξάνονται αισθητά τα κόστη που προκύπτουν λόγω της αλλαγής από μια επιλογή σε μία άλλη, μέσα σε δεδομένο κοινωνικό πλαίσιο

β) εστιάζουν το ενδιαφέρον σε ζητήματα χρονικής συγκυρίας και αλληλουχίας γεγονότων, ώστε τα λεγόμενα «κρίσιμα σταυροδρόμια» να καταστούν διακριτά από τις χρονικές περιόδους που ενισχύουν τυχόν αποκλίνουσες τάσεις. Σε μια διαδικασία αυξουσών αποδόσεων, δεν παίζει ρόλο μόνο το τί συμβαίνει αλλά και το πότε. Το ζήτημα της χρονικής συγκυρίας βρίσκεται στο επίκεντρο της ανάλυσης.

Οι διαδικασίες των αυξουσών αποδόσεων χαρακτηρίζονται από πολύ ενδιαφέροντα γνωρίσματα, τα οποία συνοψίζονται από τον Arthur (1994), ως εξής:

1. *Μη προβλεψιμότητα*: οφείλεται στο γεγονός πως τα αρχικά γεγονότα μιας αλληλουχίας είναι ιδιαίτερος επιδραστικά αλλά και εν μέρει τυχαία, συνεπώς πολλές και διαφορετικές εκβάσεις είναι πιθανές, ενώ είναι αδύνατο να προβλεφθεί εκ των προτέρων ποια θα είναι η τελική έκβαση.

2. *Απουσία ευελιξίας*: Όσο περισσότερο έχει προχωρήσει μια διαδικασία, τόσο περισσότερο δυσχεραίνεται η αλλαγή πορείας. Εάν δε, η πορεία προς μια κατεύθυνση έχει προχωρήσει πολύ, τότε μια συγκεκριμένη κατάληξη θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη.

3. *Μη εργοδικότητα*: Τυχόν συνέπειες τυχαίων γεγονότων που επισυμβαίνουν στην αρχή μιας πορείας δεν παύουν να υφίστανται. Δεν μπορούν να αγνοηθούν, καθώς τροφοδοτούν μελλοντικές επιλογές. Ακόμα και τα ασήμαντα γεγονότα έχουν μνήμη.

4. *Δυνητική αναποτελεσματικότητα μιας πορείας*: Μακροπρόθεσμα, το αποτέλεσμα που παγιώνεται μπορεί να έχει λιγότερες θετικές συνέπειες από μια εναλλακτική που εγκαταλείφθηκε στην πορεία.

Στα παραπάνω χαρακτηριστικά, ο Pierson (2000) προσθέτει και μια σημαντική, γενική παρατήρηση: η αλληλουχία των γεγονότων είναι νευραλγικής σημασίας. Τα αρχικά γεγονότα είναι σημαντικότερα από τα υπόλοιπα και λόγω αυτού, διαφορετικές αλληλουχίες γεγονότων μπορούν να προκαλέσουν διαφορετικά αποτελέσματα.

Η σύνδεση αυτή υπονοεί πως το έναυσμα για τη δημιουργία συγκεκριμένων μοτίβων, τα οποία επαναλαμβάνονται μέσα στον χρόνο ακόμη και όταν το αρχικό γεγονός έχει πάψει πλέον να υφίσταται, δόθηκε σε μια ορισμένη χρονική στιγμή. Εντούτοις, το να εστιάσει κάποιος μόνο στα γεγονότα μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά αποπροσανατολιστικό. Με αυτόν τον τρόπο θα έμνε σε μία στιγμιαία εξήγηση, αντί για μία εκτεταμένη χρονικά θεώρηση. Οι προϋποθέσεις για να συμβούν ορισμένα γεγονότα στο παρόν, δημιουργήθηκαν στο παρελθόν.

Συνεπώς, επίκεντρο της έρευνας γίνεται το «κρίσιμο σταυροδρόμι» (*critical juncture*), το γεγονός που θέτει την εξέλιξη των γεγονότων σε μια ορισμένη πορεία. Εξίσου σημαντικοί είναι και οι μηχανισμοί αναπαραγωγής της υφιστάμενης πορείας, οι οποίοι μπορεί να μοιάζουν εκ πρώτης όψεως χωρίς ενδιαφέρον από αναλυτικής άποψης. Με αυτόν τον τρόπο, η κατανόηση των αυξουσών αποδόσεων μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα επικοδομητική στην αναζήτηση της προέλευσης του κοινωνικού οφέλους των δημόσιων πολιτικών.

Για ορισμένους θεωρητικούς, οι αύξουσες αποδόσεις είναι η γενεσιουργός αιτία της «εξαρτημένης πορείας» (*path dependence*). Επιχειρώντας να δώσει μια ερμηνεία του όρου υπό τη στενή του έννοια, η Margaret Levi έγραφε το 1997: «Ο όρος εξαρτημένη πορεία σημαίνει πως από τη στιγμή που μία χώρα ή περιοχή έχει ξεκινήσει μια πορεία, το κόστος από μια αλλαγή σε αυτή είναι ιδιαίτερα υψηλό. Κατά τη διάρκειά της θα υπάρξουν χρονικά σημεία στα οποία θα

παρουσιαστούν και άλλες επιλογές, αλλά ο βαθμός ανθεκτικότητας ορισμένων θεσμών εμποδίζει τη δυνατότητα εύκολης μεταβολής της αρχικής επιλογής».

Αυτή η αποτύπωση της εξαρτημένης πορείας, στην οποία τα στάδια που έχουν προηγηθεί προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση προκαλούν τη συνέχιση της πορείας σε αυτήν, συνδέεται άρρηκτα με την έννοια των αυξουσών αποδόσεων. Σε αυτήν τη διαδικασία η πιθανότητα να γίνουν περαιτέρω βήματα προς την αρχική κατεύθυνση αυξάνεται με κάθε κίνηση προς την ίδια πορεία. Η αιτία αυτού του φαινομένου έγκειται στο γεγονός πως τα σχετικά οφέλη από μια υφιστάμενη δραστηριότητα, σε σχέση με άλλες πιθανές επιλογές, αυξάνεται προοδευτικά συν τω χρόνω. Συνεπώς, το κόστος εξόδου ή επιλογής μιας εναλλακτικής γίνεται ολοένα και μεγαλύτερο.

Η εξαρτημένη πορεία ενισχύεται από ορισμένες προϋποθέσεις (Νικολέντζος, 2008):

α) όταν οι εφαρμοζόμενες πολιτικές έχουν δημιουργήσει μεγάλους θεσμούς με σημαντικό κόστος δημιουργίας (Pierson 1994)

β) όταν οι θεσμοί λειτουργούν προς όφελος οργανωμένων ομάδων συμφερόντων, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν είτε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων (δηλαδή μέσω σημείων αρνησικυρίας, κυρίως στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης) (Immergut, 1992), είτε την επακόλουθη εφαρμογή της πολιτικής

γ) όταν οι θεσμοί περιλαμβάνουν μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις

δ) όταν οι θεσμοί αντικατοπτρίζουν τις ευρύτερες πολιτισμικές και οικονομικές αξίες μιας κοινωνίας και

ε) όταν οι συνθήκες θέτουν εμπόδια στην πορεία της αλλαγής, τα οποία κανείς δεν αναμένει ή επιθυμεί (Hacker, 2002, Oliver and Mossialos, 2005).

## **1.2. Οι διαδικασίες της ρεμβοειδούς μεταβολής και της μετατροπής**

Πρόσφατες μελέτες στο πεδίο των κοινωνικών επιστημών (Hacker, Pierson, Thelen, 2015) κινούνται γύρω από το ζήτημα των θεσμικών αλλαγών. Οι θεσμοί παύουν να αντιμετωπίζονται ως σταθερές οντότητες και το ενδιαφέρον των θεωρητικών επικεντρώνεται στις διαδικασίες με τις οποίες αυτοί μεταβάλλονται καθώς και στη σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ της θεσμικής αλλαγής και των αποτελεσμάτων των εκάστοτε εφαρμοζόμενων πολιτικών.

Οι δημόσιες πολιτικές αποτελούν επίσημους θεσμούς, καθώς εμπεριέχουν εκτελεστούς κανόνες δικαίου και δημιουργούν νέους οργανισμούς με εξουσία είτε λήψης αποφάσεων, είτε επιβολής κανόνων εκ μέρους του κράτους. Σε αυτό το πλαίσιο θα εξετάσουμε το περιεχόμενο των εννοιών της *ρεμβοειδούς μεταβολής (drift)* και της *μετατροπής (conversion)*.

Ως *ρεμβοειδής μεταβολή* μπορεί να χαρακτηριστεί η διαδικασία κατά την οποία οι θεσμοί και οι πολιτικές μένουν σκόπιμα στάσιμες, ενώ το πλαίσιο μέσα στο οποίο υφίστανται, μεταβάλλεται, με αποτέλεσμα την τροποποίηση ή την αλλοίωση της επίδρασής τους. Πρόκειται ουσιαστικά για την αποτυχία των ατόμων στα κέντρα λήψης αποφάσεων να τροποποιήσουν τους νόμους, όταν οι μεταβαλλόμενες συνθήκες επηρεάζουν τα όποια κοινωνικά οφέλη των κανόνων δικαίου. Αυτό συνήθως γίνεται με τρόπους που δε γίνονται αντιληπτοί από όλους τους πολιτικούς δρώντες. Η ρεμβοειδής μεταβολή προκύπτει χωρίς την τροποποίηση των ίδιων των νόμων. Πρόκειται όμως και για κάτι παραπάνω από απλή πολιτική αδράνεια. Μια τέτοια περίπτωση, για παράδειγμα είναι η μη αναπροσαρμογή του κατώτατου μισθού με βάση τον πληθωρισμό.

Η ρεμβοειδής μεταβολή εξαρτάται από το κατά πόσο επηρεάζονται τα αποτελέσματα εφαρμογής ενός θεσμού από το πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτός υφίσταται, από το κατά πόσο οι πολιτικές είναι σχεδιασμένες με τρόπο ώστε να διευκολύνεται η αναπροσαρμογή τους ενόψει μεταβαλλόμενων συνθηκών και από το κατά πόσο δυσχεραίνεται ή όχι αυτή η επικαιροποίηση. Το έναυσμα για αλλαγή δίνεται από την ασυνέχεια του πλαισίου, όταν προκύπτουν δηλαδή μεταβολές τις οποίες οι υφιστάμενοι θεσμοί δεν επαρκούν για να τις χειριστούν.

Οι προϋποθέσεις για να επισυμβεί η διαδικασία αυτή είναι:

1. η μεταβολή των συνθηκών γύρω από τις πολιτικές και τους θεσμούς με τέτοιο τρόπο ώστε να τροποποιούνται οι συνέπειες τους.
2. οι αλλαγές στις εκροές των πολιτικών να καθίσταται ορατή.
3. οι αλλαγές αυτές να είναι δυνητικά αναστρέψιμες.
4. να μη γίνονται ή να εμποδίζονται τυχόν προσπάθειες τροποποίησης των κανόνων με βάση τα νέα δεδομένα.

Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει πως σε μία δημοκρατική πολιτεία η πλειοψηφία μπορεί να υποστηρίξει τη μη ανάληψη δράσης που προκαλεί η ρεμβοειδής μεταβολή. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η αποτυχία επικαιροποίησης νόμων ή κανόνων δεν οφείλεται σε συνειδητή επιλογή της πλειοψηφίας, αλλά στις παρελκυστικές τακτικές ισχυρών μειοψηφιών ή δρώντων με εξουσία αρνησικυρίας.

Η πολιτική της *μετατροπής* αφορά την μετατροπή ενός ήδη υφιστάμενου θεσμού ή πολιτικής μέσω μιας διαδικασίας επιτακτικής επανερμηνείας, επανακατεύθυνσης ή επανιδιοποίησης. Συνδυάζει στοιχεία σταθερότητας στη θεσμική μορφή και αλλαγές στην επίδραση που αυτή επιφέρει. Προκύπτει κυρίως όταν οι πολιτικοί δρώντες έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν τη κατεύθυνση θεσμών ή πολιτικών προκειμένου να επιτύχουν σκοπούς, που δεν συμπεριλαμβάνονταν στους αρχικούς τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, δρώντες που δεν



αποτελούν μέρη της συμμαχίας που έθεσε τους αρχικούς, επίσημους κανόνες, τους τροποποιεί προκειμένου να επιτευχθούν οι (ενίοτε πολύ διαφορετικοί) δικοί τους. Συνεπώς, η πολιτική της μετατροπής τροφοδοτείται από την αμφισημία των κανόνων και την πληθώρα πολιτικών επιπέδων, στο εσωτερικό των οποίων διευκολύνεται η επανερμηνεία τους.

Σε αντίθεση με τη ρεμβοειδή μεταβολή, η μετατροπή απαιτεί επανερμηνεία ήδη υφιστάμενων νόμων με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξυπηρετήσουν νέους σκοπούς. Το έναυσμα για την μετατροπή είναι η ασυνέχεια των δρώντων, καθώς όσοι δεν συμμετείχαν στη διαμόρφωση των κανόνων προσπαθούν να τους κατευθύνουν προς άλλους στόχους.

Οι προϋποθέσεις που ευνοούν την προσφυγή στην πολιτική της μετατροπής είναι:

1. οι θεσμοί και οι κανόνες να είναι αρκούντως εύκολα αναπροσαρμόσιμοι ώστε να μπορούν να εξυπηρετήσουν διάφορους σκοπούς.
2. οι σκοποί αυτοί να αμφισβητούνται πολιτικά
3. οι πολιτικοί δρώντες να μπορούν να επανακατευθύνουν έναν θεσμό ή μια πολιτική προκειμένου να εξυπηρετήσουν νέους σκοπούς, ενώ
4. μένουν άθικτοι οι αρχικοί επίσημοι κανόνες.

Η διαδικασία της μετατροπής μας θυμίζει πως οι θεσμοί είναι «πολυεργαλεία» που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διαφορετικούς σκοπούς. Οι θεσμοί μπορούν να παράξουν πολλά πιθανά αποτελέσματα και συχνά απρόβλεπτα. Αυτό οφείλεται σε δύο παράγοντες: στο γεγονός πως αυτά τα αποτελέσματα συχνά εξελίσσονται με αργούς ρυθμούς σε πυκνά θεσμικά περιβάλλοντα και στο ότι οι φορείς που είναι αρμόδιοι για τη διαμόρφωση και τη λειτουργία των θεσμών είναι διαφορετικοί από αυτούς που τους θεσπίζουν. Η πολιτική της μετατροπής συχνά επιδιώκεται από δρώντες των οποίων στόχος είναι η άμεση τροποποίηση ή ακόμη και η υπονόμευση των αρχικών σκοπών και λειτουργιών ενός θεσμού ή μιας πολιτικής. Χαρακτηριστικό της γνώρισμα είναι και το ότι λαμβάνει χώρα σε ένα λιγότερο ορατό πεδίο.

Οι δύο αυτές διαδικασίες, της ρεμβοειδούς μεταβολής και της μετατροπής, αλλάζουν τον τρόπο αντιμετώπισης των πολιτικών πεδίων στα οποία λαμβάνει χώρα η αμφισβήτηση των νέων πολιτικών. Λόγω του ότι προκύπτουν μέσω της τροποποίησης υφιστάμενων θεσμών, διαδραματίζονται συχνά στο παρασκήνιο της νομοθετικής εξουσίας. Τις ίδιες τις διαδικασίες είναι δύσκολο να τις εντοπίσει κάποιος άλλος, εκτός από τους πολιτικούς δρώντες που τις παρακολουθούν, προκειμένου να προβλέψουν και να επηρεάσουν τις εξελίξεις. Συνήθως, αυτοί είναι που γνωρίζουν και ευκαιρίες που μπορεί να υφίστανται σε ήδη θεσπισμένους νόμους και κατέχουν προνομιακή θέση προκειμένου να προστατεύσουν τα κεκτημένα τους. Συνεπώς, απαιτείται και στενή παρατήρηση της διάδρασης μεταξύ των διαφόρων επιπέδων της

κοινωνικής δραστηριότητας, προκειμένου κάποιος να εντοπίσει τις διαδικασίες της ρεμβοειδούς μεταβολής και της μετατροπής.

Η θεμελιώδης πηγή τους εντοπίζεται στην ισχυρή τάση πολλών δημοκρατικών πολιτικών να διατηρήσουν μια υφιστάμενη κατάσταση αμετάβλητη. Υπάρχει πληθώρα παραγόντων που εμποδίζει την εύκολη δημιουργία νέων θεσμών: η πόλωση, η θέσπιση κανόνων που απαιτεί υψηλό βαθμό συναίνεσης ή ενισχύει συγκεκριμένους δρώντες με δυνατότητα αρνησικυρίας, οι υποστηρικτές υφιστάμενων συμφωνιών, τυχόν προβλήματα στην συλλογική δράση και στον απαιτούμενο συντονισμό. Συνήθως, οι πολιτικοί δρώντες που δεν επιθυμούν την αλλαγή υφιστάμενων θεσμών ή καταστάσεων έχουν δεσπόζουσα θέση σε πολιτικά συστήματα, στα οποία το status quo διαφόρων κοινωνικών ομάδων έχει βαρύνουσα σημασία.

### **1.3. Θεωρίες σχετικά με τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης**

Η διεθνής βιβλιογραφία που ασχολείται με την πολιτική των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας κατέδειξε τη σημασία της σχέσης μεταξύ του κράτους και του ιατρικού επαγγέλματος (Immergut 1991, Freidson 1994, Tuohy 1999). Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας για τους ερευνητές οποιασδήποτε μεταρρύθμισης ενός συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να αναγνωρίσουν, να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν τη σχέση μεταξύ του κράτους και της ιατρικής κοινότητας. Για το λόγο αυτό παρακάτω παρατίθενται τέσσερα θεωρητικά πλαίσια από την κοινωνιολογία και την πολιτική επιστήμη, τα οποία σχετίζονται με το αντικείμενο της παρούσας ανάλυσης: κοινωνιολογική θεωρία της επαγγελματικής ισχύος, ιστορικός θεσμισμός, θεωρία δομικών συμφερόντων και θεωρία της εκχώρησης εξουσίας από το Κράτος.

#### **1.3.1. Θεωρία της επαγγελματικής ισχύος**

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων σαράντα ετών, έχουν αναπτυχθεί αρκετές θεωρίες σχετικά με την επαγγελματική ισχύ των γιατρών, προκειμένου κυρίως να εξηγήσουν τον κεντρικό ρόλο τους στις σύγχρονες κοινωνίες. Πολλοί μελετητές υποστηρίζουν ότι το ιατρικό επάγγελμα έχει κυρίαρχο ρόλο, όχι μόνο στην παροχή υπηρεσιών, αλλά και στη διαδικασία χάραξης πολιτικής, επηρεάζοντας το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ευρύτερα. Υποστηρίζουν ότι αυτή η κυριαρχία προέρχεται από την επιστημονική εξειδίκευση που μόνο οι γιατροί κατέχουν. Δεδομένου ότι η πολιτική υγείας επηρεάζει άμεσα το εισόδημά τους, τις συνθήκες εργασίας, τη δυνατότητα αξιοποίησης των γνώσεων, της εξουσίας και του κύρους τους, είναι προφανείς οι λόγοι για τους οποίους εμπλέκονται στην πολιτική υγείας.

Το κύριο συμπέρασμα από τη σύγχρονη συζήτηση μεταξύ των θεωρητικών που μελετούν την επαγγελματική ισχύ είναι ότι ανεξάρτητα από τους λόγους της επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών - ιδιαίτερη επιστημονική εξειδίκευση, μονοπωλιακή θέση στην αγορά ή ευρύτεροι πολιτισμικοί παράγοντες - από τη στιγμή της καθιέρωσής της, το ιατρικό επάγγελμα βρίσκεται σε προνομιακή θέση ως πολιτική ομάδα πίεσης για την προστασία των κεκτημένων του ακόμη και όταν αυτά αμφισβητούνται (Immergut 1992). Η θεωρία των *σημείων αρνησικυρίας* (Immergut, 1990) υποστηρίζει πως είναι ορισμένες από τις ιδιότητες των πολιτικών συστημάτων που τα καθιστούν ευάλωτα στην επιρροή του ιατρικού κόσμου. Δεν υφίστανται ομάδες αρνησικυρίας στο εσωτερικό των κοινωνιών, αλλά *σημεία αρνησικυρίας* μέσα στα πολιτικά συστήματα.

Οι θεωρίες της επαγγελματικής ισχύος προσφέρουν ορισμένες εξηγήσεις σχετικά με το πώς τα μέλη της ιατρικής κοινότητας, παρότι αποτελούν ουσιαστικά μια μειοψηφία του εκλογικού σώματος, έχουν την ισχύ να επηρεάζουν πολιτικές αποφάσεις. Οι ιστορικές μελέτες ανάπτυξης της επαγγελματικής ισχύος κατέγραψαν τις διαδικασίες με τις οποίες καθιερώθηκε η ιατρική ως ένας τομέας τεχνικής εξειδίκευσης και στη συνέχεια πέτυχε τη νομική αναγνώριση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών μεθόδων και περιορισμούς στην άσκηση του επαγγέλματος. Άλλοι θεωρητικοί εστίασαν στις οικονομικές επιπτώσεις της μικρής αγοράς λόγω των νομικών περιορισμών άσκησης του επαγγέλματος καθώς οι ρυθμίσεις σχετικά με τον τρόπο απόκτησης άδειας άσκησης επαγγέλματος περιορίζουν τον αριθμό των διαθέσιμων γιατρών και αυξάνουν την αξία των ιατρικών υπηρεσιών.

Συνεπώς είναι σχετικά εύκολο για την ιατρική κοινότητα να διαπραγματευτεί με επιτυχία τους όρους εργασίας της στο πλαίσιο των εκάστοτε εθνικών συστημάτων υγείας. Εντούτοις, παρά αυτόν τον κοινό παρανομαστή, μια συγκριτική ανάλυση μεταξύ διαφορετικών Ευρωπαϊκών χωρών αποκαλύπτει μια διαφορετική ιστορική πορεία στην επίτευξη στόχων, όπως για παράδειγμα η ρύθμιση της χορήγησης άδειας άσκησης επαγγέλματος. Στη Σουηδία και τη Γαλλία, η κυβερνητική γραφειοκρατία θέσπισε συστήματα χορήγησης άδειας και ελέγχου της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ στην Ελβετία, η ομοσπονδιακή δομή του κράτους και η φιλελεύθερη πολιτική ιδεολογία καθυστέρησε τη διαδικασία αυτή.

Εάν λοιπόν μετατοπίσουμε το πεδίο έρευνάς μας από το κύρος που απολαμβάνουν οι επαγγελματίες γιατροί εν γένει στην κοινωνία, στην πραγματική επιρροή που έχουν κατά τη ψήφιση νέων νομοσχεδίων, οι κλασικές προσεγγίσεις δεν επαρκούν για την εξήγηση των διαφορών που εντοπίζονται στην ικανότητά τους να υπερασπίζονται την οικονομική τους αυτονομία ενάντια στον κρατικό παρεμβατισμό.

Ένας τρόπος για να εξηγηθεί το πώς μια εκλογική μειοψηφία έχει τη δυνατότητα να εμποδίσει την υλοποίηση πολιτικών προτάσεων είναι η εξέταση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των δημοκρατικών πολιτικών θεσμών. Όπως έχουν υποστηρίξει πολλοί θεωρητικοί είναι ιδιαίτερα δύσκολο να καταρτιστεί κάποια πρόταση ή νομοσχέδιο που να μπορεί να εφαρμοστεί επικρατώντας της εκάστοτε υφιστάμενης κατάστασης. Συχνά οι εθνικοί πολιτικοί θεσμοί έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να εμποδίζουν την προώθηση ρηξικέλευθων πολιτικών αλλαγών. Εν γένει αυτοί οι θεσμοί διασφαλίζουν τη σταθερότητα στις συνέπειες των εφαρμοζόμενων πολιτικών και στις θεσμικές διευθετήσεις μέσω μηχανισμών που επιτρέπουν σε έναν πυρήνα πολιτικών αντιπροσώπων να ασκήσουν αρνησικυρία σε νομοθετικές προτάσεις. Εάν φανταστούμε τα πολιτικά συστήματα ως αλληλοσυνδεδεμένα πεδία και εξετάσουμε τους κανόνες εκπροσώπησης του καθενός, μπορούμε να προβλέψουμε τα πεδία στα οποία ενδέχεται να αναδειχθούν σημεία αρνησικυρίας. Η τύχη των νομοθετικών πρωτοβουλιών εξαρτάται από τον αριθμό και τις ευκαιρίες που θα υπάρξουν για την ανάδειξη των σημείων αυτών.

Στις ευρωπαϊκές χώρες, η εκτελεστική εξουσία συνήθως προωθεί αλλαγές στις εφαρμοζόμενες πολιτικές, ενώ τα σημεία αρνησικυρίας προκύπτουν σε επόμενα στάδια. Η επιτυχία μιας μεταρρύθμισης κρίνεται από το εάν η εκτελεστική εξουσία θα καταφέρει να επικυρώσει τις προτεινόμενες αλλαγές σε άλλα πεδία. Ειδικά όταν υφίσταται ισχυρή κυβερνητική πλειοψηφία στο κοινοβούλιο ή ισχυρή κομματική πειθαρχία, η εκτελεστική εξουσία μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις χωρίς τον φόβο άσκησης αρνησικυρίας. Με τον τρόπο αυτόν οι συνταγματικοί κανόνες και η έκβαση των εκλογικών αναμετρήσεων αποτελούν το πλαίσιο στο εσωτερικό του οποίου πραγματοποιείται η διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο συντελεστής-κλειδί είναι η ανεξαρτησία της εκτελεστικής εξουσίας από ενδεχόμενη άσκηση αρνησικυρίας σε επόμενα στάδια αυτής της διαδικασίας.

Συνεπώς η «ισχύς» των εκάστοτε ομάδων συμφερόντων δεν είναι μια ιδιότητα η οποία τις διακρίνει και εξαρτάται από ένα χαρακτηριστικό τους γνώρισμα, όπως ο αριθμός των μελών τους ή οι συνδρομές που συγκεντρώνουν. Ούτε οι πολιτικοί θεσμοί είναι διαρκώς δεκτικοί ή μη σε πολιτικές επιρροές. Αντίθετα, οι ευκαιρίες άσκησης αρνησικυρίας προκύπτουν από τον σχεδιασμό των πολιτικών θεσμών. Υπό αυτήν την οπτική προσφέρεται και μια εξήγηση τόσο για την επιρροή των ομάδων συμφερόντων, όσο και για την επίδραση των πολιτικών θεσμών στα αποτελέσματα των πολιτικών. Η ύπαρξη ή μη ευκαιριών αρνησικυρίας είναι νευραλγικής σημασίας. Οι ομάδες συμφερόντων, όπως για παράδειγμα οι γιατροί, προκειμένου να εμποδίσουν τη θέσπιση ενός νόμου, θα πρέπει να προσεγγίσουν τον απαραίτητο αριθμό μελών του κοινοβουλίου, που θα επιτρέπει την ανατροπή των αποφάσεων της εκτελεστικής εξουσίας,

και να τα πείσουν να το πράξουν. Συνεπώς, τα σημεία αρνησικυρίας ενθαρρύνουν συγκεκριμένα είδη συμπεριφοράς ομάδων συμφερόντων. Επιπροσθέτως, το εσωτερικό των πεδίων χάραξης πολιτικής και οι κανόνες που διαμορφώνουν την κοινοβουλευτική εκπροσώπηση χαρακτηρίζονται από διαφορετική κάθε φορά κατανομή εκπροσώπων, προτιμήσεων ή συμφερόντων. Το γεγονός αυτό μπορεί να τροποποιήσει ουσιαστικά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης των πολιτικών καθώς και την έκβασή τους. Προϊόντος του χρόνου, οι διαμάχες μεταξύ ομάδων συμφερόντων και άλλων πολιτικών δρώντων καθιερώνουν χαρακτηριστικά μοντέλα λήψης αποφάσεων, με αποτέλεσμα η διαδικασία χάραξης πολιτικών να ακολουθεί σε κάθε κράτος, διαφορετικούς κανόνες ή «λογικές».

### 1.3.2. Ιστορικός θεσμισμός

Οι θεωρητικοί του Ιστορικού θεσμισμού εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι θεσμοί κατανέμουν την εξουσία άνισα μεταξύ κοινωνικών ομάδων και επιχειρούν να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο, σε περιπτώσεις διαμάχης μεταξύ αντίπαλων κοινωνικών ομάδων με διακύβευμα περιορισμένους διαθέσιμους πόρους, οι θεσμοί (τυπικές ή άτυπες διαδικασίες, παγιωμένες πρακτικές, κανόνες και συμβάσεις που ενσωματώνονται στην οργανωτική δομή της πολιτείας και της πολιτικής οικονομίας) ευνοούν ορισμένα συμφέροντα και ζημιώνουν άλλα. Οι εκπρόσωποι του ιστορικού θεσμισμού πιστεύουν ότι η οργάνωση της πολιτικής οικονομίας (ανάλυση των θεμελιωδών ζητημάτων που ανακύπτουν στον καπιταλισμό από τη συσσώρευση και τη διανομή του πλεονάζοντος προϊόντος) είναι ο κυρίαρχος παράγοντας διαμόρφωσης των συνεπειών της σύγκρουσης μεταξύ των ομάδων. Αυτή η θεωρία συνδέεται στενά με μια ιστορική αναπτυξιακή προοπτική για τη δημόσια πολιτική και το κράτος. Οι μελετητές της υποστήριξαν ότι η αλλαγή πολιτικής ακολουθεί σε μεγάλο βαθμό μια εξαρτημένη πορεία («*pathdependent*»). Αυτό σημαίνει πως συγκεκριμένοι θεσμοί περιορίζουν την εξέλιξη της πολιτικής σε συγκεκριμένα μονοπάτια. Προγενέστερες αποφάσεις και γεγονότα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της μεταγενέστερης ανάπτυξης των θεσμών και των πολιτικών (Hacker 2002), όπως αναφέρθηκε και παραπάνω.

Ωστόσο μπορούν να συμβούν ριζικές αλλαγές, εάν ένα σημαντικό εξωγενές γεγονός (επί παραδείγματι κάποια τεχνολογική εξέλιξη, μεταβολή στα δημογραφικά δεδομένα ή στο πολιτικό κλίμα, ασυνήθιστα επιδραστικοί παράγοντες χάραξης πολιτικής ή εξωγενής κρίση) επηρεάσει την ισορροπία στο εσωτερικό των κυρίαρχων συμφερόντων. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται σε διάφορες θεσμικές μελέτες ως «*κρίσιμο σταυροδρόμι*» (Berins-Collier και Collier, 1991, Lavdas, 1995, Guillen, 2002). Με άλλα λόγια, οι εξελίξεις σε πολιτικό επίπεδο χαρακτηρίζονται από κρίσιμες στιγμές που διαμορφώνουν τις βασικές συνθήκες της κοινωνικής

ζωής για μεγάλα χρονικά διαστήματα από τη στιγμή που θα συμβούν. Ο ιστορικός θεσμισμός έχει χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση πολιτικών της υγείας και ειδικότερα μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (Immergut 1992, Γουίλσφορντ 1995, Tuohy 1999).

### **1.3.3. Θεωρία Δομικών Συμφερόντων**

Η θεωρία των δομικών συμφερόντων (Alford, 1975) υποστηρίζει ότι ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης και η δυναμική του καθορίζονται από συγκρούσεις μεταξύ θεμελιωδών, δομικών συμφερόντων. Αυτά μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

1. κυρίαρχα συμφέροντα (το ιατρικό επάγγελμα),
2. φορείς αμφισβήτησης (οι «εταιρικοί εξορθολογιστές», κυρίως υψηλόβαθμα στελέχη της διοίκησης) και
3. ομάδες πίεσης σε μειονεκτική θέση (η κοινότητα και οι ασθενείς).

Ενδέχεται στην πορεία να εμφανιστούν νέα δομικά συμφέροντα, λόγω της τεχνολογικής προόδου, των μεταβολών στην κατανομή της εργασίας και παροχής της υγειονομικής περίθαλψης και τυχόν απόπειρας τροποποίησης του τρόπου κατανομής των αποδοχών ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες και τάξεις. Οι διοικητές νοσοκομείων, τα κυβερνητικά στελέχη που σχεδιάζουν πολιτικές και οι οργανισμοί δημόσιας υγείας έχουν ένα κοινό δομικό συμφέρον να διασπάσουν το επαγγελματικό μονοπώλιο των γιατρών στην παραγωγή και τη διάθεση της υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς αυτοί οι παίκτες μπορεί να αμφισβητήσουν θεμελιώδη συμφέροντα των επαγγελματικών μονοπωλίων. Αυτό συμβαίνει σε ένα θεσμικό πλαίσιο που ωστόσο τους εμποδίζει να αποκτήσουν αρκετή ισχύ, ώστε να οργανώσουν και να συντονίσουν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με τον τρόπο που θα ήθελαν.

Τέλος, όσον αφορά την κατηγορία των «μειονεκτούντων», πρόκειται για τα δομικά συμφέροντα του κοινωνικού συνόλου, τα οποία όμως, όχι μόνο δεν εκπροσωπούνται σε μεγάλο βαθμό, αλλά και τα μέλη της δεν αποτελούν μια οργανωμένη ομάδα πίεσης. Ως αποτέλεσμα αυτού, τα αυτοτελή αιτήματά τους δεν ικανοποιούνται.

### **1.3.4. Η θεωρία της εκχώρησης εξουσίας από το Κράτος**

Ο Talcott Parsons ήταν ένας από τους πρώτους διανοητές που αποτύπωσαν τα χαρακτηριστικά του επαγγελματισμού (*professionalism*) - επιστημονική εξειδίκευση, κώδικες ηθικής, εποπτεία μόνο από επαγγελματίες συναδέλφους - ως μια αναγκαιότητα που προκύπτει από μια κοινωνική ανάγκη. Κατά την άποψή του, η ιατρική ως εργασία είναι «αλτρουιστική, με στόχο την παροχή υπηρεσίας στην κοινωνία» και «ρυθμίζεται από την επαγγελματική ηθική» (Parsons 1991: xxii).

Η αλτρουιστική άποψη του Parsons αμφισβητήθηκε από τις «εξουσιοκεντρικές» προσεγγίσεις (βεμπεριανές, νεο-βεμπεριανές, μαρξιστική και φεμινιστική). Ο Freidson (1994) ήταν ο πρώτος που αμφισβήτησε την άποψη πως όλα τα απαραίτητα από κοινωνικής άποψης επαγγέλματα είχαν την ίδια αυτονομία και τα ίδια προνόμια με τους γιατρούς. Στη «Μεγάλη Θεωρία» του για την επαγγελματική κυριαρχία υποστήριξε ότι η ιατρική κατέχει κυρίαρχη θέση στους τομείς της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης. Η κυριαρχία της ενισχύεται από την κοινωνική και πολιτισμική της εξουσία. Έκρινε ότι οι ιατρικές γνώσεις μένουν ανεπηρέαστες από κοινωνικούς παράγοντες, αλλά πως η αξιοποίησή τους εξυπηρετούσε παράλληλα και τα συμφέροντα της συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας στον περιορισμό του ανταγωνισμού, την αύξηση των μισθών και του ελέγχου που αυτή ασκεί στους τομείς της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης.

Αυτό που πέτυχε ο Freidson (1970) ήταν να αναπροσανατολίσει την προσοχή από την αντιμετώπιση των γιατρών ως «κοινωνικούς δρώντες» και τις λειτουργίες της συμπεριφοράς τους, σε μια νέα δομική προοπτική. Ο Freidson κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αυτονομία του ιατρικού επαγγέλματος είναι κάτι που του έχει εκχωρηθεί από το κράτος, στο πλαίσιο των προσπαθειών αυτής της επαγγελματικής ομάδας να επηρεάσει τις υιοθετούμενες πολιτικές προς όφελός της. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση μεταξύ κράτους και ιατρικού επαγγέλματος (με την επίσημη εκπροσώπησή του είτε από συλλογικούς φορείς, είτε από μεμονωμένα μέλη τους) είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία και τη διαμόρφωση του ελέγχου του ιατρικού επαγγέλματος επί της εργασίας του.

Το κύριο συμπέρασμα είναι ότι ανεξαρτήτως από το πού πηγάζει η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών - εξειδικευμένες γνώσεις, μονοπωλιακή θέση στην αγορά ή ευρύτεροι πολιτισμικοί παράγοντες - από τη στιγμή που παγιώνεται η επαγγελματική του αυτονομία, το ιατρικό επάγγελμα ως ομάδα πίεσης έχει μία μοναδική θέση για την υπεράσπιση των συμφερόντων του (Immergut 1992).

## Κεφάλαιο 2. Οι απαρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

### 2.1. Μεταξύ νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού και Μαρξιστικής θεωρίας

Οι γεωπολιτικές και οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε διαφορετική ιστορική περίοδο καθορίζουν διαχρονικά την εξέλιξη των τρόπων οργάνωσης και των μεθόδων χρηματοδότησης των συστημάτων και των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Η περίοδος του Ψυχρού Πολέμου, η οποία διήρκησε περίπου από το 1946 έως το 1991, χαρακτηρίστηκε από την ταυτόχρονη ύπαρξη δύο εντελώς διαφορετικών οικονομικών συστημάτων (Jakovljevic, M., Camilleri, C., Rancic, N., Grima, S., Jurisevic, M., Grech, K., & Buttigieg, S. C., 2018): της Οικονομίας της Αγοράς και της Κεντρικώς Σχεδιασμένης Οικονομίας. Τα δύο αυτά μοντέλα αντιμετώπιζαν με εντελώς διαφορετικό τρόπο τον κοινωνικό ρόλο της υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017).

Το Δυτικό μοντέλο της Οικονομίας της Αγοράς, με προεξάρχουσες τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, πρέσβευε και επεδίωκε την επικράτηση του νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού. Αντίστοιχα, στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης αναπτύχθηκαν διάφορα μοντέλα, με τα δύο πιο ευρέως αποδεκτά να είναι αυτά του Bismarck και του Beveridge (Wallace L. S., 2013). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να υπογραμμιστεί πως στο δυτικό κόσμο οι επιφανείς οικονομολόγοι της Υγείας αντελήφθησαν πολύ σύντομα τη σπουδαιότητα της επιστροφής στην επένδυση στην υγειονομική περίθαλψη και του ρόλου που διαδραματίζει η Δημόσια Υγεία στο βαθμό παραγωγικότητας μιας κοινωνίας (Musgrove P., 1993). Γενικά, το επίπεδο της ιατρικής τεχνολογίας και της καινοτομίας ήταν κατά βάση υψηλότερο σε σχέση με την Ανατολική Ευρώπη.

Εντούτοις, αυτά τα συστήματα χαρακτηρίζονταν από σημαντικά μειονεκτήματα, όπως οι κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα και στην οικονομική προστασία των πολιτών. Αξίζει να σημειωθεί πως σε ορισμένες από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης με τα πιο ανεπτυγμένα συστήματα υγείας (Griffin & Khan, 1992) αυτές οι ανισότητες επιδεινώθηκαν λόγω των αυξανόμενων ρυθμών παγκοσμιοποίησης που ακολούθησαν το τέλος του Ψυχρού πολέμου.

Από την άλλη πλευρά, οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, υπό την ηγεσία της ΕΣΣΔ, χαρακτηρίζονταν από Κεντρικώς Σχεδιασμένες Οικονομίες, στα θεμέλια των οποίων βρισκόταν η Μαρξιστική θεωρία. Το μοντέλο χρηματοδότησης και παροχής της υγειονομικής περίθαλψης που εφαρμοζόταν σε αυτές τις χώρες ήταν το σοβιετικό μοντέλο Semashko. Αυτό ήταν και το πρώτο το οποίο παρείχε καθολική υγειονομική περίθαλψη από τις αρχές της δεκαετίας του '30. Ακόμη και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα δικαιούνταν βασικές ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες παρέχονταν εξ ολοκλήρου από το κράτος (Gollancz, 1934). Εν γένει, το σύστημα



κοινωνικής δικαιοσύνης στην Ανατολική Ευρώπη ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικό (Krieger, Birn, 1998). Η φτώχεια είχε σχεδόν εξαλειφθεί και οι κοινωνικές ανισότητες με όρους πρόσβασης σε δημόσια υγειονομική περίθαλψη ήταν πολύ λιγότερες σε σύγκριση με τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Rowland & Telyukon, 1991). Φαινόμενα διαφθοράς στο σύστημα υγείας, όπως οι άτυπες πληρωμές ελέγχονταν και διατηρούνταν σε ένα χαμηλό επίπεδο (Forgotson, E. H., & Forgotson, J., 1970).

Αυτό ήταν το ιστορικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο που είχε διαμορφωθεί πριν και κατά την ανάδυση της έννοιας της ΠΦΥ. Όπως στο πολιτικό επίπεδο, έτσι και σε αυτό των πολιτικών υγείας, υφίστατο μια αντίστοιχη αντίθεση μεταξύ δύο σχολών. Αφενός, υπήρχε η σχολή της *οριζόντιας προσέγγισης*, της οποίας βασικός στόχος ήταν η επιδίωξη εξάλειψης μιας ασθένειας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, οι προσπάθειες καταπολέμησης της ελονοσίας στα τέλη της δεκαετίας του '50. Εντούτοις, αυτή είχε αρχίσει να δέχεται σφοδρή κριτική.

Στον αντίποδά της, άρχισαν να καταγράφονται νέες προτάσεις με έμφαση στο *επίπεδο της πρόληψης και της δημόσιας υγείας*. Χαρακτηριστικός εκπρόσωπος αυτής της σχολής, η οποία αμφισβητούσε την αποτελεσματικότητα της νοσοκομειοκεντρικής προσέγγισης και τόνιζε τις ελλείψεις στο επίπεδο της πρόληψης, ήταν και ο John Bryant με το βιβλίο του «Health and the Developing World» (Bryant, 1969). Ο ίδιος εντάχθηκε το 1960 στο ανθρώπινο δυναμικό του Πανεπιστημίου του Βερμόντ και έλαβε τη θέση του Διευθυντή του προγράμματος κλινικών δοκιμών. Το βιβλίο του προέκυψε κατόπιν της έρευνας για την υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οποία του ανατέθηκε από το Ίδρυμα Ροκφέλλερ. Το βιβλίο "Health & the Developing World" με την συστηματική του προσέγγιση και τα ουσιώδη συμπεράσματα ενέπνευσε μια ολόκληρη γενιά φοιτητών σχολών Δημόσιας Υγείας.

## **2.2. Η ΠΦΥ ως απότοκο της συνεργασίας ΠΟΥ-UNICEF-Χριστιανικής Ιατρικής Επιτροπής**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), μία εξειδικευμένη υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών με αρμοδιότητα τη δημόσια υγεία, μέσα από μια παράλληλη συνεργασία με την Χριστιανική Ιατρική Επιτροπή<sup>1</sup> και την UNICEF<sup>2</sup>, κατέληξε στη διοργάνωση της Διεθνούς

---

<sup>1</sup> Η Χριστιανική Ιατρική Επιτροπή, ένας οργανισμός του Παγκόσμιου Συμβουλίου Εκκλησιών και της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας της Λουθηρανικής Εκκλησίας, δημιουργήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '60 από ιατρούς-ιεραποστόλους. Αυτοί πραγματοποιούσαν αποστολές σε αναπτυσσόμενες χώρες (Paterson G., 1998) και η εμπειρία τους επηρέασε ιδιαίτερα τη διαμόρφωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Η λειτουργία της έληξε και επίσημα τη δεκαετία του 1990.

<sup>2</sup> Το Διεθνές Ταμείο Επείγουσας Βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (United Nations International Children's Emergency Fund- UNICEF) δημιουργήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών με στόχο την παροχή

Διάσκεψης για την ΠΦΥ και στην κατάρτιση της Διακήρυξης της Άλμα Άτα, του Καταστατικού Χάρτη για την ΠΦΥ.

### **2.2.1. Συνεργασία ΠΟΥ- UNICEF**

Η περίοδος μεταξύ 1968 και 1975 χαρακτηρίστηκε από πολύ σημαντικές αλλαγές στις προτεραιότητες που έθεσε ο ΠΟΥ στα προγράμματά του. Για πάνω από μία δεκαετία (1950-1960) το βασικό του πρόγραμμα αφορούσε την εξάλειψη της ελονοσίας. Στις αρχές της δεκαετίας του '60 όμως οι υγειονομικές υποδομές αναγνωρίστηκαν ως προαπαιτούμενο για την επιτυχία του προγράμματος. Την ίδια περίοδο η UNICEF, στην προσπάθειά της να αυξήσει τη διαθέσιμη χρηματοδότηση για την περαιτέρω ανάπτυξη των ιατρικών υπηρεσιών που παρείχε, αναζήτησε τεχνική υποστήριξη από τον ΠΟΥ. Σε απάντηση αυτού του αιτήματος, ο ΠΟΥ ετοίμασε το 1964 μια σύντομη μελέτη (World Health Organization, 1954) με γενικές αρχές για την ανάπτυξη βασικών υπηρεσιών υγείας. Αυτό το μοντέλο περιέγραφε μια ιεραρχική κατανομή ιατρικών δομών, οι οποίες θα στελεχώνονταν από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών δημόσιας υγείας.

Το 1967 δημιουργήθηκε ένα νέο τμήμα στον ΠΟΥ, αυτό της Επιδημιολογικής Έρευνας και Μεταδιδόμενων Ασθενειών (Research in Epidemiology and Communications Science). Ο επικεφαλής του, ο Dr Kenneth N. Newell, ήταν επιδημιολόγος με ειδίκευση στις μεταδιδόμενες ασθένειες. Ένα από τα ερευνητικά προγράμματα τα οποία ανέπτυξε, ήταν και αυτό σχετικά με την οργάνωση και τον στρατηγικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος του ήταν «η ανάπτυξη και η παρουσίαση μεθόδων που θα αναδείκνυαν πως μια ορθολογική προσέγγιση στη διαμόρφωση των στρατηγικών υγείας είναι επιθυμητή, δυνατή και αποτελεσματική» (Litsios, 1969). Ο όρος «ορθολογική προσέγγιση» περιέκλειε την ενσωμάτωση επιδημιολογικών, οικολογικών και συμπεριφορικών στοιχείων και παραγόντων στη διαδικασία σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας.

Τον Μάιο του 1973, η 26<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, υιοθέτησε το ψήφισμα WHA26.35 με τίτλο «Οργανωτική Μελέτη Μεθόδων Προώθησης της Ανάπτυξης Βασικών Υπηρεσιών Υγείας». Σε αυτό επιβεβαιωνόταν η μεγάλη προτεραιότητα που θα έπρεπε να δοθεί στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες θα ήταν «εξίσου προσβάσιμες και αποδεκτές από όλο τον πληθυσμό, θα ανταποκρίνονταν στις ανάγκες του και στις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες της εκάστοτε χώρας, ενώ το επίπεδό τους από τεχνολογικής άποψης θα ήταν το

---

ανθρωπιστικής βοήθειας σε παιδιά, μητέρες και άντρες που ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες και τη στήριξη σχετικών αναπτυξιακών προγραμμάτων.

ενδεδειγμένο, προκειμένου να μπορεί να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της κάθε χώρας σε μια δεδομένη στιγμή» (WHO, 1985). Κατόπιν και αυτής της εξέλιξης, στάθηκε ακόμη πιο εύκολο να οργανωθεί μια περαιτέρω στενή συνεργασία μεταξύ ΠΟΥ και UNICEF προκειμένου να αναζητήσουν από κοινού νέες προσεγγίσεις για την ικανοποίηση των βασικών υγειονομικών αναγκών των ανθρώπων.

Η σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ του ΠΟΥ και της UNICEF, οδήγησε το 1975 στη σύνταξη μιας κοινής έκθεσης, με τίτλο «Εναλλακτικές Προσεγγίσεις στην Ικανοποίηση των Βασικών Υγειονομικών Αναγκών στις Αναπτυσσόμενες Χώρες». Ο όρος «εναλλακτικές» επελέγη προκειμένου να υπογραμμίσει τις ελλείψεις των παραδοσιακών οριζόντιων προγραμμάτων που εστίαζαν στην καταπολέμηση συγκεκριμένων ασθενειών. Σύμφωνα με την έκθεση, οι βασικές αιτίες θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες ήταν ο υποσιτισμός, οι λοιμώδεις νόσοι, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού και οι διαρροϊκές νόσοι, οι οποίες «οφείλονταν στην ένδεια, στις άσχημες συνθήκες διαβίωσης και στην άγνοια» (Djukanovic and Mach, 1975). Η έκθεση εξέταζε επίσης και επιτυχημένες περιπτώσεις ανάπτυξης συστημάτων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στο Μπαγκλαντές, στην Κίνα, στην Κούβα, στην Ινδία, στον Νίγηρα, στη Νιγηρία, στην Τανζανία, στη Βενεζουέλα και στην πρώην Γιουγκοσλαβία, προκειμένου να εντοπίσει τους κύριους λόγους επιτυχίας τους.

### **2.2.2. Συνεργασία ΠΟΥ - Χριστιανικής Ιατρικής Επιτροπής**

Ο ΠΟΥ, όμως, εκτός από την UNICEF, ξεκίνησε και εμβάθυνε την συνεργασία του με τη Χριστιανική Ιατρική Επιτροπή. Η Χριστιανική Ιατρική Επιτροπή αποτελούσε ένα ημι-αυτόνομο σώμα με βασική του αποστολή να υποστηρίζει το Παγκόσμιο Συμβούλιο Εκκλησιών στην αξιολόγηση και την υποστήριξη των ιατρικών προγραμμάτων που υλοποιούσε η Εκκλησία στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ο βασικός λόγος για το ενδιαφέρον του Παγκόσμιου Συμβουλίου Εκκλησιών ήταν το γεγονός πως οι υπηρεσίες που παρείχαν τα περισσότερα από τα 1200 νοσοκομεία, τα οποία διαχειρίζονταν φορείς του, είχαν αρχίσει να είναι παρωχημένες, ενώ τα λειτουργικά τους κόστη αυξάνονταν δραματικά (Christian Medical Commission (CMC), First Meeting, Geneva, September 1968, 1). Διαπιστώθηκε λοιπόν η ανάγκη διενέργειας ερευνών και συλλογής στοιχείων ώστε να βρεθούν τρόποι παροχής υπηρεσιών υγείας που να ανταποκρίνονται στις εκάστοτε τοπικές ανάγκες και να μην εξαντλούν τους πόρους της Εκκλησίας.

Καθώς ο στόχος που αναδείχθηκε από αυτήν τη διαδικασία ήταν η καταπολέμηση των ανισοτήτων, το Παγκόσμιο Συμβούλιο Εκκλησιών έδωσε προτεραιότητα σε αυτό που μετέπειτα ονομάστηκε «Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας», δηλαδή σε «μια οργανωμένη προσπάθεια για

παροχή υπηρεσιών υγείας και ιατρικής φροντίδας, η οποία θα αποσκοπούσε στην ικανοποίηση όσο περισσότερων καταγεγραμμένων αναγκών ήταν δυνατόν με τους διαθέσιμους πόρους και με βάση προσεκτικά τιθέμενες προτεραιότητες. Ένα τέτοιο πρόγραμμα δεν θα έπρεπε να σχεδιαστεί αποκομμένο από την κοινωνία, αλλά ως μια διάσταση της γενικότερης ανάπτυξής της» (WHO Archives, 1969).

Το Παγκόσμιο Συμβούλιο Εκκλησιών αναζήτησε παγκοσμίως παραδείγματα παρεμβάσεων στην κοινότητα, τα οποία θα αποτελούσαν καλές πρακτικές ανάπτυξης ολοκληρωμένων δράσεων (“The Commission’s Current Understanding of its Task”, 1968).

Τρεις ήταν οι περιπτώσεις που παρουσιάστηκαν ενώπιον του Παγκόσμιου Συμβουλίου Εκκλησιών κατά το διάστημα μεταξύ 1971 και 1973 και οι οποίες αποδείχθηκαν νευραλγικής σημασίας για τον προσδιορισμό του περιεχομένου της ΠΦΥ από τον ΠΟΥ (Djukanovic and Mach, 1975): της Κίνας, της Βενεζουέλας και της Τανζανίας. Ο Newell τις διέκρινε με βάση τον τρόπο που αναπτύχθηκαν στην κοινότητα. Η Κίνα εκπαίδευε μεγάλο αριθμό υγειονομικού προσωπικού («ξυπόλητοι γιατροί») που παρείχε υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα, εν είδει δεύτερης εργασίας, η Βενεζουέλα εισήγαγε τη λεγόμενη «απλοποιημένη ιατρική», ενώ η Τανζανία κινητοποίησε τον αγροτικό της πληθυσμό στα αποκαλούμενα «χωριά Ujamaa», τα οποία είχαν σοσιαλιστική οργάνωση και προέτρεπαν τη λαϊκή συμμετοχή στο σχεδιασμό της ανάπτυξης των υπηρεσιών.

Ειδικά το σώμα των «ξυπόλητων γιατρών» στην Κομμουνιστική Κίνα και η δημοτικότητα που άρχισε να έχει σε παγκόσμιο επίπεδο η ευρεία αύξηση παροχής ιατρικών υπηρεσιών σε αγροτικές περιοχές αποτέλεσαν σημαντική επιρροή στην ανάπτυξη της ΠΦΥ. Η αυξανόμενη δημοσιοποίηση αυτού του είδους των υπηρεσιών συνέπεσε χρονικά με την είσοδο της Κίνας στα Ηνωμένα Έθνη και στον ΠΟΥ. Οι «ξυπόλητοι γιατροί», των οποίων ο αριθμός αυξήθηκε δραστικά από τις αρχές της δεκαετίας του ’60 ως και την Μεγάλη Προλεταριακή Πολιτιστική Επανάσταση (1964-1976) αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας, που κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων. Αυτοί διέμεναν στην επαρχιακή κοινότητα στην οποία προσέφεραν και τις υπηρεσίες τους και προέτασαν την προληπτική ιατρική σε σχέση με τη θεραπεία, ενώ συνδύαζαν τη λεγόμενη «δυτική» ιατρική με την παραδοσιακή (Sidel, 1972).

Ο Newell αντιπαρέβαλε αυτό το νεοεμφανιζόμενο μοντέλο που επέτρεπε στους ανθρώπους να διασφαλίζουν τροφή, παιδεία και στις κοινότητες να αναπτύσσουν έννοιες, όπως η υπευθυνότητα, η υπερηφάνεια, η αξιοπρέπεια και στο οποίο παρατηρήθηκε βελτίωση της αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων, με τις παραδοσιακές πολιτικές δημόσιας υγείας, όπως η εξάλειψη της ελονοσίας και η παροχή πόσιμου νερού. Η πρόκληση που παρουσιαζόταν τώρα

ήταν οι άνθρωποι που εργάζονταν στον τομέα της υγείας να αποδεχθούν αυτούς τους ευρύτερους αναπτυξιακούς στόχους ως ένα διακύβευμα που άξιζε να επιδιωχθεί.

Έως το καλοκαίρι του 1973, το Παγκόσμιο Συμβούλιο Εκκλησιών είχε συγκεντρώσει το παγκόσμιο ενδιαφέρον σε πολλές δράσεις που προσέφεραν καινοτόμους τρόπους βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτές οι εξελίξεις συνέπεσαν με την αλλαγή στην ηγεσία του ΠΟΥ, απαραίτητη προϋπόθεση για τη στενότερη συνεργασία του με το Παγκόσμιο Συμβούλιο Εκκλησιών<sup>3</sup>. Ο Δανός Halfdan T. Mahler εξελέγη Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ το 1973 και παρέμεινε σε αυτή τη θέση έως το 1988. Έτσι, εντάθηκαν οι προσπάθειες αναζήτησης εναλλακτικών τρόπων ικανοποίησης των αναγκών των αναπτυσσόμενων χωρών. Άλλωστε, ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '60 είχαν αρχίσει να αυξάνονται οι δράσεις του ΠΟΥ που αφορούσαν στην ανάπτυξη των «βασικών υγειονομικών υπηρεσιών» (από 85 το 1965 έφτασαν τις 156 το 1971) (Djukanovic V. and E. P. Mach, 1975). Οι δράσεις αυτές αποτέλεσαν τους θεσμικούς προπομπούς των προγραμμάτων ΠΦΥ, που θα εμφανίζονταν αργότερα.

Τον Ιούλιο του 1974 η 27<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας υιοθέτησε το Ψήφισμα WHA27.44, το οποίο καλούσε τον ΠΟΥ να παρουσιάσει στην 55<sup>η</sup> συνεδρίαση του Εκτελεστικού Συμβουλίου, τον Ιανουάριο του 1975, την πρόοδο που θα είχε επιτευχθεί στο έργο «της υποστήριξης των κυβερνήσεων προκειμένου να κατευθύνουν τα προγράμματα υπηρεσιών υγείας προς τους υψηλούς στόχους που είχαν τεθεί, δίνοντας προτεραιότητα στην ταχεία και αποτελεσματική ανάπτυξη του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας». Αυτή ήταν και μίας πρώτης τάξεως ευκαιρία για τους Mahler και Newell να εισάγουν την ΠΦΥ με έναν ολοκληρωμένο τρόπο, βασιζόμενοι στη δουλειά που είχε γίνει τα προηγούμενα δύο χρόνια. Η μελέτη που παρουσίασαν υποστήριζε πως «οι διαθέσιμοι πόροι στην κοινότητα» θα έπρεπε να εναρμονιστούν με «τους πόρους που ήταν διαθέσιμοι για τις υπηρεσίες υγείας». Προς επίτευξη αυτού του στόχου θα έπρεπε να υιοθετηθεί μια νέα προσέγγιση, στην οποία οι νέες υπηρεσίες θα παρέχονταν από μια σειρά περιφερειακών δομών. Αυτές θα σχεδιάζονταν με βάση το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα καλούνταν να λειτουργήσουν.

Τον Ιανουάριο του 1975, ο Newell δημιούργησε και επίσημα το πρόγραμμα ΠΦΥ συμπεριλαμβάνοντας στα μέλη όσους είχαν καταρτίσει τη σχετική μελέτη προς το Εκτελεστικό Συμβούλιο. Η νέα αυτή προτεραιότητα προκάλεσε ανάμεικτα συναισθήματα στο εσωτερικό του οργανισμού. Εντούτοις, ένα ευρύ φάσμα μη Κυβερνητικών Οργανώσεων έσπευσαν να συνεργαστούν, με αποτέλεσμα λίγο καιρό αργότερα να δημιουργηθεί η Επιτροπή ΜΚΟ για την

ΠΦΥ. Αυτή ήταν και ο φορέας που προετοίμασε τη Διεθνή Διάσκεψη για την ΠΦΥ που έγινε τον Σεπτέμβριο του 1978.

### 2.3. Η διάσκεψη-ορόσημο για την ΠΦΥ

Το γεγονός-ορόσημο για την ΠΦΥ ήταν η Διεθνής Διάσκεψη, η οποία διεξήχθη στην Άλμα Άτα τον Σεπτέμβριο του 1978. Η πόλη ήταν η πρωτεύουσα της Σοβιετικής Δημοκρατίας του Καζακστάν και βρισκόταν στην ασιατική περιοχή της Σοβιετικής Ένωσης. Σύμφωνα με έναν από τους διοργανωτές, η διάσκεψη είχε ως στόχο να υπερβεί «την κυριαρχία μιας ομάδας οργανισμών υγείας» και να «ασκήσει πιέσεις» για την ΠΦΥ (WHO International Conference on Primary Health Care 1978, November 1977–January 1978, P/21/87/5, WHO Archive, Geneva). Έλαβαν μέρος 3000 αντιπρόσωποι από 134 κυβερνήσεις και 67 διεθνείς οργανισμούς από όλο τον κόσμο. Η πλειοψηφία των αντιπροσώπων προερχόταν από τα εθνικά Υπουργεία Υγείας. Το 97% των 70 εκπροσώπων που προέρχονταν από χώρες της Λατινικής Αμερικής ανήκε σε φορείς με αντικείμενο τη Δημόσια Υγεία. Συμμετείχαν επίσης η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, η Οργάνωση Τροφίμων και Γεωργίας και ο Οργανισμός Διεθνούς Ανάπτυξης και μη Κυβερνητικές και θρησκευτικές Οργανώσεις, όπως ο Ερυθρός Σταυρός, το Medicus Mundi<sup>4</sup> και πολιτικά κινήματα, όπως η Οργάνωση για την Απελευθέρωση της Παλαιστίνης και η Οργάνωση του Λαού της Νοτιοδυτικής Αφρικής.

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα, η έκδοση της οποίας ήταν το βασικό επίτευγμα αυτής της Διάσκεψης, ήταν ήδη γνωστή σε πολλούς από τους συμμετέχοντες και έγινε δεκτή με ενθουσιασμό. Ο όρος «Διακήρυξη» επελέγη προκειμένου να υποδηλώσει τη μεγάλη σπουδαιότητα του κειμένου, όπως άλλες σημαντικές διακηρύξεις ανεξαρτησίας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στόχος της κίνησης αυτής ήταν η δημιουργία μιας οικουμενικής και τολμηρής δήλωσης, που θα επείχε τη θέση μανιφέστου. Επρόκειτο για μια ασυνήθιστη εξέλιξη, ειδικά δεδομένου ότι, έως τότε, τα ψηφίσματα του ΠΟΥ αποτελούσαν συνήθως προϊόν συμβιβασμού. Ως μελλοντικός στόχος τέθηκε το σύνθημα «Υγεία για Όλους έως το 2000». Τρεις ήταν οι βασικές ιδέες που διέπνεαν τη Διακήρυξη: χρήση της «κατάλληλης τεχνολογίας» ανάλογα με το εκάστοτε περιστατικό, «ιδεολογικά αντίβαρα στον ιατρικό ελιτισμό» και η έννοια της υγείας, ως «εργαλείου» για την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη”.

<sup>3</sup> Το 1970, το Παγκόσμιο Συμβούλιο Εκκλησιών είχε ιδρύσει από κοινού με τον ΠΟΥ μια Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση, αλλά έως το 1974 αυτή η σχέση δεν είχε αναπτυχθεί περισσότερο από ορισμένους προσωπικούς δεσμούς μεταξύ κάποιων στελεχών των δύο οργανώσεων.

<sup>4</sup> Διεθνές δίκτυο οργανώσεων δημόσιου χαρακτήρα, το οποίο δραστηριοποιείται στο πεδίο της διεθνούς συνεργασίας και συνηγορίας στον τομέα της υγείας. Στόχος των μελών του δικτύου είναι η καταπολέμηση της φτώχειας σε διεθνές επίπεδο, μέσω της προώθησης της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και της υγείας ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα.

Η πρώτη παράμετρος προέκυψε από την κριτική του αρνητικού ρόλου που διαδραμάτιζε η «ασθενοκεντρική τεχνολογία» (Mahler H. Lancet, 1975). Ο όρος αναφερόταν στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ο οποίος είτε ήταν αρκετά εξειδικευμένος και κοστοβόρος, είτε δεν ανταποκρίνονταν στις απλές ανάγκες υγείας των χαμηλότερων οικονομικών στρωμάτων. Ως ανάγκη τονιζόταν περισσότερο η δημιουργία μικρών ιατρείων σε αγροτικές περιοχές και παραγκουπόλεις, αντί για μεγάλα νοσοκομεία.

Η κριτική στον ελιτισμό, η δεύτερη βασική έννοια της Διακήρυξης, σήμαινε κατ' ουσίαν την απόρριψη της υπερεξειδίκευσης του ιατρικού προσωπικού, η οποία παρατηρούνταν στις αναπτυσσόμενες χώρες και των πολιτικών υγείας που ακολουθούσαν το μοντέλο «από τα πάνω προς τα κάτω». Αντίθετα, τονιζόταν η σπουδαιότητα της εκπαίδευσης των *κοινοτικών φροντιστών* (lay health personnel) και των δράσεων σε αυτήν.

Τέλος, η Διακήρυξη συνέδεσε την υγεία με την ανάπτυξη. Οι ιατρικές υπηρεσίες γίνονταν πλέον αντιληπτές ως μέρος της διαδικασίας βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των ανθρώπων. Η ΠΦΥ σχεδιάστηκε ως το νέο επίκεντρο του δημόσιου συστήματος υγείας. Αυτό απαιτούσε μια διατομεακή προσέγγιση: την συνεργασία μιας πληθώρας δημόσιων και ιδιωτικών φορέων σε διαφορετικές πτυχές της δημόσιας υγείας (εκπαίδευση σε θέματα δημόσιας υγείας, κατάλληλες συνθήκες στέγασης, ύδρευσης, συνθήκες υγιεινής). Επιπροσθέτως, η σχέση μεταξύ υγείας και ανάπτυξης λάμβανε πλέον και πολιτικές προεκτάσεις. Σύμφωνα με τον Mahler, η υγεία θα έπρεπε να αποτελέσει ένα εργαλείο για την ανάπτυξη και όχι απλά ένα υποπροϊόν της οικονομικής προόδου.

### **Κεφάλαιο 3. Η ιστορική εξέλιξη και διαμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα ως εξαρτημένη πορεία ενός Δημόσιου Συστήματος προς την ιδιωτικοποίηση**

#### **3.1. Το περιεχόμενο και η ουσία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 42 χρόνια μετά τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, εξακολουθεί να είναι μια ουσιαστική παράμετρος και βασικό στοιχείο ενός ολοκληρωμένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη δημιουργία και την εφαρμογή των πολιτικών που έχουν ως στόχο την προαγωγή και την προστασία της δημόσιας υγείας σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο (Φιλαλήθης, 2008).

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίστηκε η βασική φροντίδα υγείας, η οποία στηρίζεται σε πρακτικές μεθόδους, επιστημονικά στέρεες και κοινωνικά αποδεκτές, ενώ με τη βοήθεια της τεχνολογίας, γίνεται καθολικά προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή στους πολίτες μιας τοπικής κοινωνίας, η οποία οφείλει με τη σειρά της να συνδράμει στην ανάπτυξη της (ΠΟΥ, 1978). Αποτελεί κεντρική λειτουργία και συνεπώς αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας μιας χώρας, και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας τοπικής κοινωνίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως αποτελεί το πρώτο στάδιο επαφής του ατόμου και της οικογένειας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο παύει να είναι μια αόριστη και θεωρητική οντότητα στην ατομική και συλλογική συνείδηση. Αντίθετα, συνιστά ένα συγκροτημένο σύνολο επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, ξεπερνώντας τους συμβατικούς στόχους καταπολέμησης της ασθένειας και στοχεύοντας στη δια βίου φροντίδα της υγείας του πληθυσμού (ΠΟΥ, 1978).

#### **3.2. Η αποτύπωση της υφιστάμενης δομής του ελληνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Η ΠΦΥ αυτή την στιγμή στην Ελλάδα, παρέχεται μέσα από μία μίξη υπηρεσιών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχουν 3 μοντέλα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Economou, Kaitelidou, Karanikolos, Maresso, 2017):

**1. Παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ μέσω του ΕΣΥ:** Περιλαμβάνει Κέντρα Υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β), τα περιφερειακά ιατρεία και τις Τοπικές Ομάδες Υγείας (ΤΟΜΥ).

Στις αγροτικές, ημιαστικές και αστικές περιοχές, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, παρέχονται κυρίως από ένα δίκτυο 400 Κέντρων Υγείας, τα οποία είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς, παιδίατρος, γυναικολόγους, ορθοπεδικούς, οφθαλμιάτρος, ουρολόγους,



οδοντιάτρους, γενικούς χειρουργούς, ψυχολόγους, ακτινολόγους, μικροβιολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές, μαίες και κοινωνικούς λειτουργούς. Επιπλέον, περίπου 1.700 αγροτικά ιατρεία, τα οποία διοικητικά ανήκουν στα Κέντρα Υγείας, στελεχώνονται με γιατρούς, που θεωρούνται υπάλληλοι του δημοσίου και πτυχιούχους ιατρικής. Κάθε Κέντρο Υγείας, καλύπτει τις ανάγκες υγείας μεταξύ 10.000-30.000 κατοίκων, και περιλαμβάνει εξεταστήρια, αίθουσα βραχείας νοσηλείας, βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό, ακτινολογικά και μικροβιολογικά εργαστήρια, σπητικά χειρουργεία, οδοντιατρείο και ασθενοφόρο.

Τέλος, βρίσκονται σε λειτουργία 127 ΤΟΜΥ (από τις 239 που προέβλεπε ο σχεδιασμός του Υπουργείου Υγείας για το πρώτο στάδιο της μεταρρύθμισης) στις 13 περιφέρειες της χώρας, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε περίπου 450.000 εγγεγραμμένους πολίτες και υπηρεσίες προαγωγής υγείας στις ευρύτερες κοινότητες όπου δραστηριοποιούνται.

**2. Παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ μέσω της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ):** Περιλαμβάνει κλινικές και υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας οργανώσεων πολιτών. Απευθύνεται κυρίως σε ανασφάλιστο πληθυσμό, όπως επίσης και σε πρόσφυγες και μετανάστες. Με την πίεση προς το δημόσιο σύστημα να αυξάνεται, ο ρόλος των δήμων, των ΜΚΟ (μέσω κοινοτικών κλινικών και φαρμακείων) και άλλων ανεπίσημων ομάδων επαγγελματιών υγείας και εθελοντών μεγάλωσε. Συμβάλλουν σημαντικά στην εξασφάλιση της πρόσβασης φτωχών και ανέργων σε κάποιες βασικές υπηρεσίες υγείας. Σε όλη την Ελλάδα, λειτουργεί ένα δίκτυο περίπου 40 κοινοτικών κλινικών, οι οποίες προσφέρουν δωρεάν ιατρική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της προαγωγής υγείας. Αυτές οι κλινικές λειτουργούν με γενικούς γιατρούς, καρδιολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους, οδοντιάτρους και οφθαλμιάτρους.

**3. Παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ μέσω του ιδιωτικού τομέα:** Περιλαμβάνει γιατρούς με ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία. Όταν δεν είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ οι ιδιωτικοί φορείς αποζημιώνονται είτε μέσω άμεσης πληρωμής, είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Στην Ελλάδα, τα ιδιωτικά ιατρεία είναι περίπου 22.000 και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα περίπου 3.527. Τα περισσότερα από αυτά είναι εξοπλισμένα με μηχανήματα προηγμένης τεχνολογίας και βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη. Ο ΕΟΠΥΥ υπογράφει συμβάσεις με τα ιδιωτικά εργαστήρια και

διαγνωστικά κέντρα. Όσον αφορά τις υπηρεσίες αποκατάστασης και υπηρεσίες που έχουν ως πληθυσμό-στόχο τους ηλικιωμένους, ο ιδιωτικός τομέας φαίνεται να κυριαρχεί.

### **3.3. Το εκκρεμές των ελληνικών μεταρρυθμίσεων υπό το πρίσμα της διαδικασίας των αυξουσών αποδόσεων**

#### **3.3.1. Η αντίστιξη μεταξύ της θέσπισης ενός δημόσιου συστήματος και της ουσιαστικής ιδιωτικοποίησής του**

Η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας που προηγήθηκε καθιστά κατανοητό πως, παρά τους διακηρυγμένους σκοπούς του Έλληνα νομοθέτη κατά τη διάρκεια τριών τουλάχιστον δεκαετιών για τη δημιουργία και την ενίσχυση ενός δημόσιου συστήματος, το τελικό αποτέλεσμα μπορεί εύλογα να θεωρηθεί απόδειξη της αποτυχίας του. Διαχρονικά, όπως θα καταδειχθεί και στη συνέχεια, το πεδίο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αποτέλεσε προνομιακό πεδίο δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα. Μοναδική εξαίρεση, η περίοδος μετά τη θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), κατά την οποία το πολιτικό σκηνικό της χώρας είχε εστιάσει στην κοινωνικοποίηση του αγαθού της υγείας.

Σε μια απόπειρα η ιστορική αναδρομή που θα ακολουθήσει, να ιδωθεί υπό το πρίσμα των πολιτικών θεωριών που αναλύουν την εγγενή τάση του πολιτικού συστήματος για τη διατήρηση του status quo, θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο το πεδίο της ΠΦΥ έγινε το «πεδίο μάχης» μεταξύ ενός δημόσιου συστήματος καθολικής παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της ιδιωτικοποίησης ενός εξαιρετικά κρίσιμου κομματιού του φάσματος των υπηρεσιών υγείας με συνέπειες για όλα τα υπόλοιπα επίπεδα τους.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 το πολιτικό σκηνικό στη χώρα σηματοδότησε την απόπειρα απομάκρυνσης από συντηρητικές πολιτικές δυνάμεις και το νεοφιλελεύθερο δόγμα οργάνωσης της οικονομίας, με ορόσημο τη θέσπιση του ΕΣΥ. Στη συνέχεια, την τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση διαδέχθηκε μια συντηρητική, η οποία θεσμοθέτησε τις προϋποθέσεις για τη δραστηριοποίηση των ιδιωτών στον τομέα της Υγείας. Αυτό οδήγησε σε πολιτικό-ιδεολογικό επίπεδο την μετατροπή ενός συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος, σε εμπορεύσιμο αγαθό. Κυρίως όμως αποτέλεσε το «κρίσιμο σταυροδρόμι», το οποίο εισήγαγε μια θεμελιώδη αλλαγή στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Έκτοτε καμία πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας δεν επιχείρησε να νομοθετήσει τον περιορισμό της ιδιωτικής δραστηριότητας. Από εκείνο το χρονικό σημείο και έπειτα φαίνεται πως ενεργοποιήθηκε η

διαδικασία των *αυξουσών αποδόσεων*, με την έννοια πως κάθε απόπειρα μεταρρύθμισης με πρόσημο την καθολική και δωρεάν πρόσβαση του πληθυσμού σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας βρέθηκε αντιμετώπιη με ισχυρότατες αντιδράσεις από μεγάλη μερίδα εργαζομένων στον αντίστοιχο τομέα, και κυρίως της ιατρικής κοινότητας.

Η συνθήκη αυτή στάθηκε καθοριστική για την πορεία των πολιτικών που θεσμοθετήθηκαν και εν συνεχεία είτε δεν εφαρμόστηκαν, είτε εφαρμόστηκαν εν μέρει. Η είσοδος των ιδιωτών στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αποτέλεσε προνομιακό πεδίο κερδοσκοπίας, καθώς το κόστος παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών είναι πολύ χαμηλότερο από αυτό του δευτεροβάθμιου επιπέδου φροντίδας, ενώ οι υιοθετούμενες ρυθμίσεις μετακύλησαν σταδιακά όλο και μεγαλύτερο μέρος της δαπάνης στους εξυπηρετούμενους. Η εκκίνηση αυτής της κατεύθυνσης φαίνεται να πυροδότησε ουσιαστικά τη συνέχιση της εξαρτημένης πορείας του - μόνο κατ' όνομα - δημόσιου συστήματος στην ουσιαστική ιδιωτική παροχή των υπηρεσιών, δημιουργώντας καίρια προσκόμματα στην καθολική πρόσβαση στο αγαθό της υγείας. Οι συνέπειες της πορείας αυτής έχει πολλαπλές επιδράσεις, καθώς η έλλειψη οργανωμένης και ουσιαστικής πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας επηρεάζει τόσο την πρόσβαση και στα υπόλοιπα επίπεδα του συστήματος, όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην αποδοτική χρήση των οικονομικών πόρων.

Η έλλειψη οργανωμένου συστήματος ΠΦΥ αναδεικνύεται όμως και ως συνέπεια της ύπαρξης και άλλων αντικρουόμενων συμφερόντων που στόχευαν και στοχεύουν στη διατήρηση του status quo της «τακτικής αποδιοργάνωσης» που επικρατεί στον Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα, όπως το είχε θέσει ο Υπουργός, κος Παπαδόπουλος.

Καταρχάς, όλες τις προηγούμενες δεκαετίες, έως και την συνένωσή τους, τα διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία ήθελαν να προστατεύσουν τόσο τα δικά τους συμφέροντα, όσο και τα συμφέροντα των ασφαλισμένων τους. Τα «ευγενή»<sup>5</sup> ασφαλιστικά ταμεία, όπως αυτά των τραπεζικών υπαλλήλων, του τότε δημόσιου φορέα τηλεπικοινωνιών προσπαθούσαν να διατηρήσουν τα προνόμιά τους. Το ΙΚΑ και η Διοίκησή του (9.000 γιατροί και πάνω από 5,5 εκατομμύρια ασφαλισμένοι, το οποίο ουσιαστικά αποτελούσε ένα δεύτερο Εθνικό Σύστημα Υγείας) ήθελαν να προστατεύσουν τα συμφέροντα των εργαζομένων του, ενώ μετά το 1974, η πλειοψηφία των προέδρων του, δεν ήθελε να χάσει την εξουσία και το κύρος τους λόγω μίας συγχώνευσης στο πλαίσιο του ΕΣΥ.

---

<sup>5</sup>Ονομάζονταν «ευγενή» ταμεία επειδή αντιπροσώπευαν ουσιαστικά μια μειονότητα του ελληνικού πληθυσμού, κυρίως ελευθεροεπαγγελματίες και δημόσιους υπαλλήλους, οι οποίοι κατέβαλαν χαμηλότερες εισφορές σε σχέση με τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ και απολάμβαναν καλύτερους όρους πρόσβασης και ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης από τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ ή του ΟΓΑ.

Τα συμφέροντα των κυρίαρχων «ευγενών» ασφαλιστικών ταμείων είναι ενδεικτικά της άνιση κατανομής εξουσίας και πόρων στην ίδια την ελληνική κοινωνία και, ως εκ τούτου, οι προνομιούχες ομάδες ασφαλισμένων εκείνης της εποχής (των ελεύθερων επαγγελματιών και των δημοσίων υπαλλήλων) διατήρησαν τα προνόμιά τους στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, τόσο με όρους πρόσβασης, όσο και ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Νικολέντζο (2008), πολλοί ερευνητές (Davaki και Mossialos 2005, Mossialos και Allin 2006) υποστηρίζουν ότι στην Ελλάδα, η κυριαρχία των «ευγενών» ασφαλιστικών ταμείων ήταν που εμπόδιζε οποιαδήποτε εφαρμογή ενός οργανωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η πλειοψηφία των νοσοκομειακών και των πανεπιστημιακών γιατρών επίσης δεν ενδιαφερόταν για την ΠΦΥ ή ακόμη και δεν την επιθυμούσε, καθώς επικράτησαν οι φόβοι πως κάτι τέτοιο θα προκαλούσε σταδιακά την απώλεια αποδοχών, κυρίως μέσω της μείωσης των άτυπων πληρωμών («φακελάκι»). Την ήδη υφιστάμενη αυτή τάση επέτεινε και η επιλογή του Υπουργού Υγείας, κ. Γεννηματά, να επενδύσει στην ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης. Το γεγονός αυτό ενίσχυσε το ρόλο των νοσοκομειακών, των πανεπιστημιακών και των ιδιωτών γιατρών. Αυτό σήμαινε πως οι γιατροί συνέχισαν να διατηρούν παράνομα ιδιωτικά ιατρεία, προκειμένου να δέχονται τους ασθενείς τους, τα οποία σε πολλές περιπτώσεις βρισκόνταν μέσα στα νοσοκομεία στα οποία εργάζονταν. Οι πανεπιστημιακοί γιατροί άλλωστε διαχρονικά αντιτάσσονταν σε ένα οργανωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, καθώς διατηρούσαν νόμιμα ιδιωτικά ιατρεία. Το ίδιο φυσικά ίσχυε και για τους πάνω από 25.000 ιδιώτες γιατρούς που αντιμετώπισαν τις μεταρρυθμίσεις για την ΠΦΥ, ως μια βάσιμη απειλή για την μείωση του εξυπηρετούμενου πληθυσμού τους και άρα και των εσόδων τους.

### **3.3.2. Η θεσμοθέτηση της καθολικής πρόσβασης και μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Στις εκλογές του 1981, η κοινωνικοπολιτική δυναμική της μεταπολίτευσης (Petmesidou, 1991) έφερε για πρώτη φορά στην εξουσία ένα σοσιαλιστικό κόμμα. Στο πλαίσιο της μεγαλεπήβολης ανάπτυξης φιλολαϊκών μέτρων κοινωνικής πολιτικής που εγκαινιάστηκαν, η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, με το Ν.1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας», συνιστά τη λυδία λίθο της σύγχρονης ελληνικής κοινωνικής προστασίας (Βενιέρης, 2003). Αυτή επήλθε με το πέρας μιας μακράς περιόδου κοινωνικής αναταραχής, η οποία ακολούθησε δύο παγκόσμιους πολέμους και κοινωνικούς αγώνες για την αποκατάσταση της δημοκρατίας.

Στην Εισηγητική Έκθεση του Ν. 1397/1983 τονίζεται ότι η παροχή της φροντίδας υγείας υπάγεται στην αποκλειστική ευθύνη του κράτους, πρέπει να στηρίζεται στην αναγνώριση ότι η

υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, να εξασφαλίζει για κάθε πολίτη, ανεξαρτήτου κοινωνικής και οικονομικής θέσης, ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη, καθώς και ενεργή συμμετοχή του στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας. Ενδεικτικό του πολιτικού κλίματος και του στίγματος που ήθελε να δώσει τότε ο Έλληνας νομοθέτης, ήταν η θεσμοθέτηση της απαγόρευσης της ίδρυσης και της επέκτασης των ιδιωτικών κλινικών.

Τότε έγινε και η πρώτη απόπειρα για ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, με έμφαση στην αγωγή και προαγωγή της υγείας. Οι δομές που τέθηκαν στο επίκεντρο του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Τα Κέντρα Υγείας θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική διασύνδεση με αυτά. Στον ίδιο νόμο εισήχθη για πρώτη φορά ο θεσμός του οικογενειακού - γενικού γιατρού.

Ωστόσο, βασικές ρυθμίσεις του νέου θεσμικού πλαισίου δεν εφαρμόστηκαν, όπως οι προβλέψεις που αφορούσαν τις μεταρρυθμίσεις στην ΠΦΥ. Ο Ν. 1397/83 προέβλεπε την κατάργηση όλων των έως τότε υφιστάμενων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ίδρυση κέντρων υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, καθώς και την απόδοση σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από τα ασφαλιστικά ταμεία των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας. Τελικά, ιδρύθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου, ενώ η κατάργηση των άλλων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας και η λειτουργία του ειδικού λογαριασμού δεν υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα την επίταση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας και τη διατήρηση της πανσπερμίας των δομών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Οικονόμου, 1994).

Με την κοινοποίηση του νομοσχεδίου προκλήθηκαν αντιδράσεις στο εσωτερικό του ίδιου του κυβερνώντος κόμματος, εντός του οποίου εκφράζονταν φόβοι για ενδεχόμενη απώλεια των κοινωνικών ερεισμάτων του. Οι αντιδράσεις αυτές οδήγησαν στην καθυστέρηση της κατάθεσης του νομοσχεδίου στη Βουλή, η οποία έγινε τον Ιούνιο του 1983. Η κύρια αντίδραση όμως προήλθε από τις κοινωνικές ομάδες, των οποίων τα συμφέροντα πλήττονταν από το νομοσχέδιο: οι ιδιοκτήτες των κερδοσκοπικών επιχειρήσεων στο χώρο της παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, οι γιατροί, και κυρίως οι πανεπιστημιακοί, που ασκούσαν ιδιωτικό έργο, η γραφειοκρατία των κατακερματισμένων – αλλά με σχετικά αυτόνομη διαχείριση τεράστιων κεφαλαίων – ασφαλιστικών ταμείων, που δεν ήθελαν την αποκέντρωση των εξουσιών τους, κάποια συνδικάτα ή επαγγελματικές ομάδες, που απολάμβαναν εξαιρετικά

προνόμια υγειονομικής περίθαλψης από τα ευγενή τους ασφαλιστικά ταμεία, η διατήρηση των βαθιά εδραιωμένων πελατειακών σχέσεων (Μωυσή, 2020).

Άλλος ένας παράγοντας που συνετέλεσε στην αποτυχία εφαρμογής των προβλεπόμενων μεταρρυθμίσεων ήταν οι συνέπειες ορισμένων ρυθμίσεων, οι οποίες δεν είχαν προβλεφθεί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, οι περιορισμοί που τέθηκαν στη δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, σε συνδυασμό με τη μη εφαρμογή των προβλεπόμενων διατάξεων για την ΠΦΥ. Οι συνεπακόλουθες αδυναμίες που δημιουργήθηκαν στο δημόσιο τομέα σε αυτό το επίπεδο, οδήγησαν στην κατακόρυφη αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η λειτουργία αυτών των κέντρων δεν ελέγχεται ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν, ενώ αυτά εξακολουθούν να επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ και των ασφαλιστικών ταμείων που συνάπτουν συμβάσεις με αυτά.

Αυτό που αξίζει να ειπωθεί από πολιτική σκοπιά και ως ενδεικτικό στοιχείο των συσχετισμών των πολιτικών δυνάμεων της περιόδου, είναι πως η πολιτική της μεταρρύθμισης είχε ζυμωθεί επί μακρόν και σταδιακά είχε ως ένα βαθμό επιτύχει μια άτυπη μορφή οριζόντιας πολιτικής συμφωνίας. Ουσιαστικά, η επικράτηση νέων πολιτικών τάσεων στον ιατρικό στίβο ολοκλήρωσε το πλαίσιο προϋποθέσεων για τη δημιουργία του ΕΣΥ. Οι νεότεροι γιατροί, σε αντίθεση με τους παλαιότερους πανεπιστημιακούς, πιο δραστήριοι και εργαζόμενοι κυρίως σε γενικά νοσοκομεία, υποστήριζαν με θέρμη ένα νέο σύστημα. Με την προσωρινή κατάκτηση του ελέγχου των ιατρικών συλλόγων, άνοιξαν το δρόμο του ΕΣΥ. Άμεσες επιπτώσεις του γεγονότος αυτού ήταν η τόσο σημαντική διεύρυνση των δυνατοτήτων απασχόλησης των γιατρών (Philalithis, 1986) όσο και η αναδιάταξη των πολιτικών και οικονομικών δυνάμεων στο χώρο της υγείας (Βενιέρης, 2003).

### **3.3.3. Η συντηρητική απορρύθμιση**

Το 1992 επιχειρήθηκε μια γενικότερη παλινδρόμηση στην πολιτική υγείας με τη θεσμική αναθεώρηση της φιλοσοφίας του ΕΣΥ. Ο Ν.2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας» σηματοδότησε μια στροφή στο νεοφιλελεύθερο παράδειγμα οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, καθώς εντωμεταξύ είχε μεσολαβήσει η αλλαγή στη διακυβέρνηση της χώρας και η κατάληψη της εξουσίας από το συντηρητικό κόμμα της Νέας Δημοκρατίας. Οι άξονες της νέας φιλοσοφίας ήταν ο περιορισμός της ευθύνης του κράτους, η αναβίωση του ιδιωτικού τομέα και η ελεύθερη επιλογή γιατρού. Οι βασικές της επιλογές συνδέονταν με την ανάπτυξη της ιδιωτικής περίθαλψης, τη δυνατότητα επίσκεψης των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιώτες γιατρούς

τέσσερις φορές το χρόνο, τη δυνατότητα των γιατρών του ΕΣΥ να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία με μείωση μισθού (Βενιέρης, 2003).

Ο νόμος προέβλεπε την υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στις τότε Νομαρχίες και τη χρηματοδότησή τους από αυτές, τη δυνατότητα επιλογής των γιατρών του ΕΣΥ μεταξύ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και μερικής απασχόλησης με παράλληλη άσκηση ιδιωτικού έργου, την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και τη συνεπακόλουθη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, την ελευθερία επιλογής ιατρού και νοσηλεύτη/τριας από τους πολίτες, την αύξηση των νοσηλίων και τη θέσπιση εισιτηρίου για επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και για εισαγωγή.

Η βασική του διαφοροποίηση από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ έγκειται στην απουσία αναφοράς σε έναν ενιαίο φορέα υγείας, στον χαρακτήρα των φορέων υγείας, στα είδη της παρεχόμενης περίθαλψης και στον τρόπο οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών ΠΦΥ. Παρόλο που τα βασικά χαρακτηριστικά και ο σκοπός των μονάδων ΠΦΥ δεν παρουσιάζει πολλές διαφορές, μια βασική εντοπίζεται στη σιωπηλή κατάργηση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, του ακρογωνιαίου λίθου οργάνωσης και παροχής ποιοτικών υπηρεσιών. Η απαλοιφή του σε συνδυασμό με την απελευθέρωση της δραστηριότητας της ιδιωτικής αγοράς σηματοδοτεί τη σαφή ιδεολογική τοποθέτηση της τότε κυβέρνησης υπέρ της άποψης πως το αγαθό της υγείας αποτελεί ένα προϊόν εμπορεύσιμο, στο οποίο ο βαθμός προσβασιμότητας κάθε ασθενή εξαρτάται άμεσα από την οικονομική του δυνατότητα.

### **3.3.4. Η ψευδεπίγραφη επανακοινωνικοποίηση του αγαθού της υγείας και η αποτυχία άμβλυνσης της ανισότητας στην πρόσβαση**

Η εκ νέου αλλαγή του πολιτικού σκηνικού με τις εκλογές του 1993 και την επάνοδο στην εξουσία του Πανελλήνιου Σοσιαλιστικού Κόμματος (ΠΑΣΟΚ) οδήγησε στην έκδοση του Ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος απέβλεπε-τουλάχιστον σε επίπεδο ρητορικής-στην επαναφορά του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ. Το 1994, ο Υπουργός Υγείας, Δ. Κρεμαστινός, προκειμένου να αντιμετωπίσει τα εκκρεμή, οξυμμένα και χρονίζοντα προβλήματα στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, συγκρότησε δυο επιτροπές εμπειρογνομόνων, εκ των οποίων η μία αποτελούνταν από διεθνείς προσωπικότητες, ευελπιστώντας ότι τα πορίσματά τους θα διαμόρφωναν ένα νέο πλαίσιο, το οποίο θα παρέκαμπε τους παίκτες αρνησικυρίας που αντιδρούσαν σε κάθε προσπάθεια μεταρρύθμισης (Μωυσή, 2020).

Οι προτάσεις της μιας επιτροπής έγιναν αποδεκτές από την κυβέρνηση και πολλές από αυτές αρχικά αντιμετωπίστηκαν θετικά και από την αντιπολίτευση, η οποία όμως στην πορεία

τροποποίησε τη στάση της, καθώς οι κοινωνικές αντιδράσεις αυξάνονταν. Ακολούθησαν συντεχνιακές αντιδράσεις αλλά και επιστημονικές αμφισβητήσεις και τελικά το σύνολο των μεταρρυθμιστικών προτάσεων δεν πήρε ποτέ τη μορφή νόμου ψηφισμένου από τη Βουλή (Μωυσή, 2020).

Η βασική αντίδραση προήλθε από τους νοσοκομειακούς γιατρούς, τα κεκτημένα εργασιακά δικαιώματα των οποίων απειλούσε η προτεινόμενη πολιτική, καθώς και από τη γραφειοκρατία των ασφαλιστικών ταμείων, τους συνδικαλιστικούς φορείς και τις ομάδες συμφερόντων. Τα βασικά τους επιχειρήματα ήταν πως επιχειρούνταν η επιβολή αναλογιστικής λογικής στην ιατρική επιστήμη, απειλούνταν η μονιμότητα του δημοσίου τομέα και εισάγονταν νεοφιλελεύθερες πρακτικές στο ΕΣΥ. Η αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας δεν επέτρεψαν την καθολική υλοποίηση των διατάξεων του νομοσχεδίου, που ουσιαστικά δεν εφαρμόστηκε ποτέ (Μόσιαλος & Allin, 2007, σ.309). Οι μόνες ρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν αποτελούσαν ανώδυνες παρεμβάσεις που δεν απειλούσαν τη διαίωνιση πολιτικών και οικονομικών ισορροπιών, με επίκεντρο τα ζητήματα των εργασιακών σχέσεων των γιατρών.

Επανήλθαν σε ισχύ οι διατάξεις του Ν. 1397/1983 που σχετίζονταν με τις γενικές αρχές που διέπουν το σύστημα, με το εργασιακό καθεστώς των γιατρών και με την εκ νέου μετατροπή των Κέντρων Υγείας σε αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Ωστόσο, ο νέος νόμος δεν κατήργησε τις προβλέψεις του προηγούμενου όσον αφορά τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα, τις ελευθερίες που είχαν παραχωρηθεί στον ιδιωτικό τομέα και τα μέτρα συμμετοχής του ασθενή στο κόστος περίθαλψης. Συνεπώς, διαφαίνεται μια πρόθεση επιστροφής στον ορισμό και τη διαφύλαξη του αγαθού της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αλλά περισσότερο σε διακηρυκτικό επίπεδο. Οι ρυθμίσεις που αφήνουν ανοικτό το πεδίο δραστηριοποίησης των ιδιωτών με στόχο τη κερδοσκοπία παραμένουν σε ισχύ, γεγονός που σηματοδοτεί την απροθυμία της τότε πολιτικής ηγεσίας να έρθει αντιμέτωπη με τις αντιδράσεις των εκπροσώπων αυτού του τομέα και των αντίστοιχων επιχειρηματικών και ιατρικών συμφερόντων.

Η μετεξέλιξη της σοσιαλιστικής διακυβέρνησης, μετά το θάνατο του ηγέτη της, σηματοδότησε την απόπειρα του νέου - τότε - Υπουργού Υγείας να προωθήσει μέσω ενός νομοσχεδίου πολιτικές σχετικές με τη διοικητική αποκέντρωση του συστήματος, μέσα στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν και προβλέψεις για την ΠΦΥ. Με το Ν.2519/1997 («Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις») προβλέφθηκε η διαμόρφωση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΔΠΦΥ). Στο πλαίσιο των ΔΠΦΥ, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα



Πολυϊατρεία των Ασφαλιστικών Οργανισμών θα λειτουργούσαν υπό ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μια σημαντική πρόβλεψη του νόμου ήταν η αναδιοργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με τη θεσμοθέτηση της ειδικότητας του γενικού ιατρού και το συντονισμό της λειτουργίας των διάφορων δομών μέσω του γαλλικού μοντέλου των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Στα Δίκτυα αστικών ή ημιαστικών περιοχών θα παρείχαν υπηρεσίες ιδιώτες γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, παθολογίας ή παιδιατρικής, που θα διατηρούσαν ιατρείο μέσα στην περιοχή ευθύνης του Δικτύου, με το οποίο και θα συμβάλλονταν. Είχαν επίσης τη δυνατότητα να παραπέμπουν τους ασθενείς τους είτε σε γιατρούς ειδικοτήτων, είτε για εργαστηριακές/ διαγνωστικές εξετάσεις. Η επιλογή του οικογενειακού γιατρού γινόταν ελεύθερα από τον πληθυσμό ευθύνης του κάθε Δικτύου.

Όπως και με τις προηγούμενες μεταρρυθμίσεις, οι διατάξεις του Ν. 2519/1997 δεν εφαρμόστηκαν. Οι δομικές και λειτουργικές αδυναμίες του ΕΣΥ συνέχισαν να αναπαράγονται και στις αρχές της νέας χιλιετίας τέθηκε εκ νέου το ζήτημα της μεταρρύθμισής του.

### **3.3.5. Οι άτολμες μεταρρυθμίσεις**

Οι νομοθετικές ρυθμίσεις που εισήχθησαν στην εθνική έννομη τάξη και αφορούν την ΠΦΥ κατά τη δεκαετία του 2000 θεσπίστηκαν το διάστημα 2001-2004 από την τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση και χαρακτηρίζονται είτε από ατολμία, είτε από πλήρη αποτυχία εφαρμογής τους. (Οικονόμου, 2012).

Οι κεντρικοί στόχοι της μεταρρύθμισης που επιχειρήθηκε αρχικά αφορούσαν τη μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας δημόσιου χαρακτήρα και τον εξορθολογισμό των δαπανών του. Αυτοί προωθήθηκαν με την προσπάθεια υλοποίησης μιας εθνικής πολιτικής πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Ως σημεία αιχμής της ανασυγκρότησης αναδείχθηκαν, ειδικά όσον αφορά την ΠΦΥ, η δημιουργία Περιφερειακών ολοκληρωμένων Συστημάτων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), η ανάδειξη της πρωτοβάθμιας και της δημόσιας υγείας και η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας.

Στα τέλη Ιουλίου του 2000, ο τότε Υπουργός Υγείας, Αλέκος Παπαδόπουλος, παρουσίασε το προτεινόμενο νομοσχέδιό του. Δεδομένου ότι αυτό δεν περιελάμβανε εξουσιοδοτικές διατάξεις για μετέπειτα έκδοση εφαρμοστικών κανονιστικών πράξεων, προκάλεσε σφοδρότατες αντιδράσεις. Εκτός από τους δημοσίους υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας και των νοσοκομείων, οι οποίοι αντιδρούσαν στην περιφερειακή αποκέντρωση της εξουσίας τους που θα μεταβιβαζόταν στους περιφερειακούς διευθυντές των ΠΕ.Σ.Υ.,

αντέδρασε και η γραφειοκρατία των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς δεν επιθυμούσε καμία αλλαγή στο υφιστάμενο status quo.

Βασικοί παίκτες αρνησικυρίας αναδείχθηκαν για άλλη μια φορά όλοι οι ιατρικοί κλάδοι, οι οποίοι παρά τον κατακερματισμό των συνδικαλιστικών τους οργάνων, επεδίωκαν συντονισμένα την ανατροπή της δρομολογημένης μεταρρύθμισης (Μωυσή, 2020). Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονταν οι γιατροί του Ι.Κ.Α., των οποίων η μονιμότητα στο δημόσιο κλονιζόταν, οι συμβεβλημένοι με τα ταμεία γιατροί, οι οποίοι θα αναγκάζονταν να εργάζονται σε ένα περισσότερο ανταγωνιστικό περιβάλλον, οι νοσοκομειακοί γιατροί, που αρνούσαν να δεχθούν την αποκέντρωση μέσω των ΠΕ.Σ.Υ., το ενοποιημένο ασφαλιστικό ταμείο, τα συστήματα ελέγχου ποιότητας, τις ευέλικτες προαγωγές μέσω αξιολόγησης και τα απογευματινά ιατρεία.

Ο ιδιωτικός τομέας, που, ως «ο κυριότερος πελάτης των ασφαλιστικών ταμείων» θα αναγκαζόταν επίσης να δραστηριοποιείται σε ένα ανταγωνιστικότερο περιβάλλον, όπου τα κρατικά νοσοκομεία θα αναλάμβαναν έναν πολύ ενεργότερο και πιο απορροφητικό των διατιθέμενων στην υγεία κονδυλίων ρόλο, αντιτασσόταν επίσης στη μεταρρύθμιση.

Η κυριότερη αντίδραση όμως προήλθε από τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, που αφενός είχαν τη δυνατότητα να ασκούν επιρροή εκ του σύνεγγυς στις πολιτικές διαδικασίες (Colombotos & Fakiolas, 1993, σ.143-8) και αφετέρου στη συγκεκριμένη περίπτωση λειτούργησαν ως «αιχμή του δόρατος» της πανστρατιάς της αντίθεσης στο νομοσχέδιο. Οι προτεινόμενες ρυθμίσεις στις οποίες εναντιώνονταν αφορούσαν την υποχρεωτική επιλογή μεταξύ της παραμονής στο ΕΣΥ και της εξόδου από αυτό, την αποκέντρωση και την εμπορεία που θα επιβαλλόταν από τα ΠΕ.Σ.Υ., τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, το σύστημα αξιολόγησης και την ένταξη των ανεπίσημων πληρωμών στο σύστημα μέσω των απογευματινών ιατρείων. Εν τέλει προσέφυγαν ενώπιον του Αρείου Πάγου και όταν η προσφυγή τους απερρίφθη, προέβησαν σε επαναλαμβανόμενες απεργιακές κινητοποιήσεις, μη συμμετέχοντας στις εξετάσεις των τμημάτων των ιατρικών σχολών της χώρας, όπου ασκούσαν το εκπαιδευτικό τους έργο (Μωυσή, 2020).

Εν τέλει, ο Ν.2889/2001 («Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις») επέφερε μια ελάχιστονα αλλαγή στο πεδίο της ΠΦΥ, η οποία αφορούσε απλώς την αλλαγή της διοικητικής μορφής των Κέντρων Υγείας και την υπαγωγή τους ως ανεξάρτητες διοικητικές και κλινικές ομάδες στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας κάθε Περιφέρειας.

Στις μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του 2000 εντάσσεται και ο Ν. 3235/2004 («Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»). Σύμφωνα με τις προβλέψεις του, δινόταν προαιρετικά η δυνατότητα στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης να εγκαθιδρύσουν δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να εισαγάγουν το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και του προσωπικού

νοσηλευτή. Επιπροσθέτως, θεσπιζόταν η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Ο νόμος προέβλεπε τη μετατροπή των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών ταμείων σε αστικά κέντρα υγείας, την ίδρυση νέων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης και την ανάπτυξη μηχανισμών πιστοποίησης των μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ακόμα, δινόταν η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας με ειδική διαδικασία αδειοδότησης. Ο Ν.3235/2004 έρχεται και αυτός να προστεθεί στον μακρύ κατάλογο των μεταρρυθμίσεων που έμειναν μόνο στα χαρτιά. Οι περισσότερες από τις προβλέψεις του καταργήθηκαν με την αλλαγή της κυβέρνησης το 2004.

### **3.3.6. Η αναδιάρθρωση του συστήματος παροχής ΠΦΥ ως μέσο μείωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών**

Το 2010 σηματοδότησε το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την αντίστοιχη υπογραφή των τριών μνημονίων που τη συνόδευαν. Αυτό σήμανε και την εφαρμογή σκληρών, ακραία φιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών (Οικονόμου, 2012). Στο πλαίσιο αυτό, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της, σημαντικό μέρος των οποίων αφορούσαν τον τομέα της υγείας.

Δύο από αυτές τις μεταρρυθμίσεις με τις οποίες έγινε και η απόπειρα αναδιάρθρωσης των Υπηρεσιών ΠΦΥ, ήταν η ψήφιση των νόμων 3918/2011 («Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις») και 4238/2014 («Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις»). Με τον πρώτο ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ως ο βασικός πάροχος υπηρεσιών υγείας, απορροφώντας τον κλάδο υγείας της πλειοψηφίας των ασφαλιστικών ταμείων. Με τον δεύτερο ο ΕΟΠΥΥ μετατρέπεται σε αγοραστή υπηρεσιών και οι δομές υγείας όλων των ταμείων εντάσσονται στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), μεταφέρονται στο ΕΣΥ και ενοποιούνται οργανωτικά.

Αναλυτικότερα, με το Ν.3918/2011, εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ) με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας ήταν η συγκέντρωση σε αυτό όλων των πόρων υγείας, ώστε αυτό να λειτουργήσει ως μονοψώνιο, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη απέναντι στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Ουσιαστικά, με το νόμο αυτόν ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατρέπεται σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών αυτών στους ενταγμένους στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης πολίτες. Δε διαθέτει δικές του μονάδες

παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά συμβάλλεται σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο με ιδιωτικούς φορείς (γιατρούς, φαρμακοποιούς, οπτικούς, φυσικοθεραπευτές, διαγνωστικά εργαστήρια, ιδιωτικά θεραπευτήρια και Κλινικές), προκειμένου να παρέχει υπό συγκεκριμένους όρους «ιδιωτική περίθαλψη» στους δικαιούχους βάσει ενός προκαθορισμένου πακέτου παροχών (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας – Ε.Κ.Π.Υ.) (Μωυσή, 2020).

Η εισαγωγή των μεταρρυθμίσεων βρέθηκαν επίσης ενώπιον αντιδράσεων, οι οξύτερες εκ των οποίων προήλθαν από το ιατρικό σώμα. Ωστόσο, το γεγονός πως οι διατάξεις που αφορούσαν τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. απαιτούσαν την μετέπειτα έκδοση υπουργικών αποφάσεων, προκειμένου να εφαρμοστούν πλήρως και η πρόβλεψη για χρονική μετάθεση της έναρξης ισχύος του νόμου, δημιούργησε μια περιορισμένη «στάση αναμονής», χωρίς έντονες αντιδράσεις.

Τον Ιανουάριο του 2014 ο Υπουργός Υγείας, Άδωνης Γεωργιάδης, παρουσίασε το νομοσχέδιο που αφορούσε τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με το νομοσχέδιο αυτό θεσμοθετούνταν το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αποτελούμενο από τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ., τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, που στο μεταξύ είχαν ενταχθεί στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., και τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρόχους. Οι γιατροί θα είχαν στη διάθεσή τους επτά ημέρες, για να αποφασίσουν εάν θα παρέμεναν στο Π.Ε.Δ.Υ. ως πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή θα διατηρούσαν το ιατρείο τους, απομακρυνόμενοι από το δημόσιο σύστημα υγείας. Το νομοσχέδιο αυτό για την πρωτοβάθμια φροντίδα ξεσήκωσε πραγματική θύελλα αντιδράσεων από όλο το φάσμα του ιατρικού κόσμου. Οι γιατροί του πρώην Ι.Κ.Α. προκήρυξαν απεργία η οποία διήρκησε δύο μήνες, αντιδρώντας στην κατάργηση των θέσεών τους και τη διαδικασία της κινητικότητας στην οποία θα έμπαιναν υποχρεωτικά. Υπήρξαν επίσης αντιδράσεις από την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.) και από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.), ο οποίος ζητούσε να αποσυρθεί άμεσα το νομοσχέδιο και να ξεκινήσει ουσιαστικός διάλογος για την ΠΦΥ (Μωυσή, 2020).

Τελικά, με το Ν. 4238/2014 προβλέφθηκε η δημιουργία ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας. Σύμφωνα με το νόμο, η ΠΦΥ αποτελούσε πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παρέχοντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας τους (αρ.1 παρ.4). Οι δομές παροχής των υπηρεσιών ήταν δημόσιες και ιδιωτικές. Οι δημόσιες διασυνδέονται λειτουργικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά με τα Νοσοκομεία Αναφοράς τους, μέσα στην οικεία Υγειονομική Περιφέρεια. Προβλέφθηκε επίσης η θέσπιση των Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, προκειμένου οι δομές εντός τους να έχουν συγκεκριμένες

περιοχές και πληθυσμό αναφοράς. Στο ΠΕΔΥ περιλαμβάνονταν και οι επαγγελματίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ως ομάδα με συγκεκριμένους ρόλους, η οποία θα εργαζόταν σε επίπεδο κοινότητας. Οι οικογενειακοί γιατροί θα παρείχαν τις υπηρεσίες τους είτε ως εργαζόμενοι στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, είτε ως συμβεβλημένοι γιατροί στο ιδιωτικό τους ιατρείο. Μια σημαντική διάταξη αφορούσε την αλλαγή του σκοπού του ΕΟΠΥΥ, για τον οποίο προβλεπόταν η λειτουργία του αποκλειστικά ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους.

Αν έπρεπε να σχολιάσουμε συνοπτικά το περιεχόμενο της μεταρρύθμισης αυτής, θα μπορούσαμε να πούμε πως δεν παρατηρούνται ρηξικέλευθες αλλαγές σε σχέση με τις ρυθμίσεις που είχαν ήδη εισαχθεί στην εθνική έννομη τάξη στο παρελθόν. Επανερχονται εκ νέου έννοιες και θεσμοί, όπως ο οικογενειακός γιατρός, το δίκτυο των υπηρεσιών, οι διεπιστημονικές ομάδες. Αυτό όμως που θα πρέπει να υπογραμμιστεί είναι πως καμία από αυτές τις ρυθμίσεις δεν εφαρμόστηκε συντεταγμένα και με σοβαρό προγραμματισμό. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η διαίωσιση του κατακερματισμού των δομών και η ελλιπής εξυπηρέτηση του πληθυσμού. Για ακόμα μια φορά οι διατάξεις που θεσπίστηκαν παρέμειναν σε διακηρυκτικό επίπεδο, ενώ σε συνδυασμό με τις συνέπειες των ρυθμίσεων του Ν. 3918/2011, η μείωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες και η διαίωσιση των υφιστάμενων παθογενειών σηματοδότησε την ανάγκη για περαιτέρω βελτίωση του συστήματος.

### **3.4. Η χαρτογράφηση του συστήματος πριν την τελευταία μεταρρύθμιση**

Εν κατακλείδι, σε μια απόπειρα παράθεσης ορισμένων εκ των βασικών χαρακτηριστικών του ελληνικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτό διαμορφώθηκε μετά τις προαναφερθείσες παρεμβάσεις, καταλήγουμε σε μια συνοπτική περιγραφή των όρων οργάνωσής του και παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Η αποτύπωση αυτή έχει τρεις στόχους: α) να δώσει μια περιεκτική εικόνα του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτό είχε πλέον διαμορφωθεί πριν την τελευταία-έως τώρα-απόπειρα μεταρρύθμισής του, β) να καταδείξει πώς η εικόνα αυτή διαμορφώθηκε μετά από αλληπάλληλες και σε μεγάλο βαθμό θνησιγενείς μεταρρυθμίσεις και γ) να αναδείξει τους βασικούς παίκτες αρνησικυρίας στις απόπειρες μεταρρύθμισής του συστήματος ΠΦΥ.

Ένα συνεκτικό και καθολικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν επιτεύχθηκε ποτέ, λόγω της αποτυχίας να προταθεί και να εφαρμοστεί ένα καλά συναρμοσμένο πλαίσιο μεταρρυθμίσεων που να απολαμβάνει επαρκούς δημόσιας και πολιτικής υποστήριξης. Διαμορφώθηκε ένα σύστημα κατακερματισμένο, με διαφορετικών ειδών μονάδες, χωρίς

συγκεκριμένα σημεία εισόδου στο σύστημα για τον χρήστη των υπηρεσιών, με παρόχους που ανήκουν τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Αυτός ο δεύτερος, χρηματοδοτείται είτε από τα ασφαλιστικά ταμεία μέσω συμβάσεων, είτε απευθείας από τους ίδιους τους ασθενείς (*out of pocket payments*). Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ χαρακτηρίζονται από ανισοκατανομή ανά την επικράτεια, ένα πρόβλημα που επιδεινώνεται λόγω των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων της χώρας καθώς και της γήρανσης του πληθυσμού, ιδιαίτερα στις νησιωτικές και τις απομακρυσμένες περιοχές. Η λειτουργία των δομών επηρεάζεται ιδιαίτερα από έλλειψη συντονισμού, ενώ δεν υφίσταται κανένας θεσμοθετημένος και οργανωμένος τρόπος καταγραφής της εισόδου αλλά και της πορείας των ασθενών στο σύστημα, όπως και λειτουργικό σύστημα παραπομπών από τον γενικό-οικογενειακό γιατρό σε γιατρούς ειδικότητας. Σημαντικό στοιχείο σε σχέση με την ουσία και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι η απουσία σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας, βασικού πυλώνα της ΠΦΥ, ενώ υπηρεσίες που βρίσκονται στον πυρήνα της, όπως η κατ' οίκον φροντίδα και παρακολούθηση, η διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών στους εκάστοτε πληθυσμούς ευθύνης της κάθε μονάδας ουδέποτε σχεδιάστηκαν και υλοποιήθηκαν ολοκληρωμένα σε όλη την χώρα.

Ο οικογενειακός γιατρός δεν ανέλαβε ποτέ έως σήμερα τον κεντρικό ρόλο που του αναλογεί μέσα στο σύστημα: αυτόν του συντονιστή της ομάδας υγείας, του πυλωρού του συστήματος και του γιατρού-συμβούλου της οικογένειας, που γνωρίζει το ιατρικό ιστορικό των μελών της και παρέχει φροντίδα ολιστικού τύπου. Το σύστημα παραμένει διαχρονικά ιατροκεντρικό και λόγω της σημαντικής αντίστασης του ιατρικού κατεστημένου, χωρίς αξιοποίηση άλλων επαγγελματιών υγείας.

Όσον αφορά την επαγγελματική τάξη των γιατρών, ως παίκτη αρνησικυρίας στις επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις, στο εσωτερικό της περιλαμβάνει δύο κατηγορίες, με βάση την εργασιακή σχέση: τους γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τους ιδιώτες. Αυτή η διάκριση, ωστόσο δεν φαίνεται να διαφοροποιεί δραστικά τα συμφέροντα και τις επιδιώξεις τους ενόψει κάθε επιχειρούμενης μεταρρύθμισης. Υπό κανονικές συνθήκες αποτελούν δύο αντιτιθέμενες ομάδες συμφερόντων, ωστόσο ενώπιον των εξαγγελιών για μεταρρύθμιση του συστήματος παροχής υγείας και ειδικότερα πρωτοβάθμιας φροντίδας, διαχρονικά πρόταγματά τους αποδείχθηκαν τα κλαδικά τους αιτήματα. Από την αποσπασματική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων όλων των προηγούμενων δεκαετιών, όπως παρουσιάστηκαν σε αυτό το κεφάλαιο, αποδεικνύεται πως και οι δύο επαγγελματικές κατηγορίες, παρά την ουσιαστική διαφορά τους σε σχέση με το εργασιακό τους καθεστώς, έχουν έναν κοινό παρανομαστή: την

επιδίωξη ακύρωσης στην πράξη οποιασδήποτε παρέμβασης επιχειρεί να αναδιοργανώσει το ΕΣΥ και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Οι νοσοκομειακοί και πανεπιστημιακοί γιατροί είτε δεν ενδιαφέρονται στην πραγματικότητα για τη δημιουργία μιας ποιοτικής ΠΦΥ, είτε την αντιμετωπίζουν ακόμα και εχθρικά, δεδομένου ότι, εάν λειτουργούσε αποδοτικά, θα μπορούσε να ανακόψει την εισροή ασθενών στα νοσοκομεία. Κάτι τέτοιο, θα μπορούσε να σημάνει απώλεια κύρους, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις και την απώλεια άτυπων πληρωμών. Μια αποτελεσματικά οργανωμένη ΠΦΥ θα οδηγούσε άλλωστε και στη μείωση των νόμιμων εσόδων των γιατρών. Όπως διαφάνηκε από την ανάλυση που προηγήθηκε, στην Ελλάδα έχει διαμορφωθεί διαχρονικά ένα εξόχως νοσοκομειοκεντρικό σύστημα μέσα στο οποίο οι γιατροί του ΕΣΥ νομιμοποιούνται να ασκούν επαγγελματική δραστηριότητα και ως ιδιώτες. Αυτό επιτεύχθηκε με τη δυνατότητα που δόθηκε στους πανεπιστημιακούς γιατρούς να διατηρούν και ιδιωτικά ιατρεία και στους γιατρούς των γενικών νοσοκομείων να δέχονται ασθενείς ιδιωτικά μέσα στα ίδια τα δημόσια νοσοκομεία. Η μείωση των εισερχόμενων ασθενών στα νοσοκομεία, λόγω της αντιμετώπισης αρκετών προβλημάτων σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, θα είχε ως αποτέλεσμα και τη μείωση της χρήσης αυτού του είδους των ιδιωτικά παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι γιατροί που δραστηριοποιούνται στην ελεύθερη αγορά ως ιδιώτες έχουν και αυτοί ουσιαστικά τους ίδιους λόγους να αντιταχθούν στην αναδιοργάνωση του συστήματος ΠΦΥ. Ο κίνδυνος απώλειας εσόδων είναι το βασικό διακύβευμα, καθώς αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει στη μείωση των ασθενών που τους επισκέπτονται ιδιωτικά και των γιατρών που θα συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Η καταπολέμηση των αδυναμιών του δημόσιου συστήματος θα επιδρούσε ανασχετικά στον ρυθμό εισροής των ασθενών στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα που καλύπτουν έως σήμερα μεγάλες ανάγκες των πολιτών και κενά του ΕΣΥ. Τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα δεν χρηματοδοτούνται μόνο απευθείας από τους χρήστες των υπηρεσιών τους αλλά και από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω των συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ και άλλα ασφαλιστικά ταμεία. Ο αριθμός των συμβάσεων αυτών θα μειωνόταν κατά πολύ σε περίπτωση που θα δομούνταν και θα χρηματοδοτούνταν επαρκώς ένα οργανωμένο σύστημα ΠΦΥ.

Αυτή ήταν σε γενικές γραμμές η εικόνα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, πριν από την πιο πρόσφατη-έως σήμερα τουλάχιστον-εκ νέου απόπειρα μεταρρύθμισής του. Ένα σύστημα κατακερματισμένο, υποστελεχωμένο και υποχρηματοδοτούμενο, με εγκαθιδρυμένα πλέον ιδιωτικά συμφέροντα ιδιαίτερα στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ισχυρούς παίκτες αρνησικυρίας να ανθίστανται σθεναρά σε κάθε μεταρρυθμιστική απόπειρα. Στη συνέχεια θα περιγραφεί με περισσότερες λεπτομέρειες το κοινωνικο-πολιτικό τοπίο στη χώρα, όπως είχε διαμορφωθεί την περίοδο πριν

από την απόπειρα της πιο πρόσφατης μεταρρύθμισης και τις συνθήκες που ουσιαστικά την κατέστησαν αναγκαία.



## Κεφάλαιο 4. Το ιστορικό-πολιτικό πλαίσιο που οδήγησε στη μεταρρύθμιση του

N.4486/2017

### 4.1. Οι γενικότερες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες

Οι συνθήκες λιτότητας και περιστολής των δημοσίων δαπανών που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από το 2010, είχαν πολλαπλές συνέπειες σε πολλούς τομείς χάραξης και υλοποίησης δημόσιων πολιτικών, μεταξύ των οποίων και αυτός της Υγείας. Σύμφωνα με τον Παπαθεοδώρου (2015), ακόμη και πριν από την κρίση, οι Έλληνες δεν είχαν υψηλό βιοτικό επίπεδο, σε σύγκριση με τους άλλους Ευρωπαίους, σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της κυρίαρχης ρητορικής.

Η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν από το 2010 είχαν καταστροφικές επιπτώσεις στη φτώχεια και στο επίπεδο διαβίωσης. Σύμφωνα με τον ευρέως χρησιμοποιούμενο ορισμό της «σχετικής φτώχειας» (60% του διάμεσου ισοδύναμου εισοδήματος), τα ποσοστά φτώχειας αυξήθηκαν από 19,7% το 2008, σε 23,1% το 2011. Σε ένα μόνο έτος, το κατώφλι της φτώχειας για ένα μονομελές νοικοκυριό μειώθηκε από 549 ευρώ το 2010 σε 476 ευρώ το 2011. Την ίδια περίοδο, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού αυξήθηκε από 31% σε 34,6%. Ομοίως, το χάσμα φτώχειας διευρύνθηκε σημαντικά, από 23,4% το 2008, σε 29,9% το 2011.

Την ίδια χρονιά, πάνω από το ένα τρίτο του ελληνικού πληθυσμού ζούσε κάτω από το όριο της φτώχειας, ενώ ένας στους δύο φτωχούς είχε διαθέσιμο μηνιαίο εισόδημα χαμηλότερο από €334. Είναι αξιοσημείωτο ότι σε μόλις ένα έτος (2010-2011) το ποσοστό του πληθυσμού που ζούσε κάτω από το όριο φτώχειας του 2007 αυξήθηκε κατά 11 ποσοστιαίες μονάδες. Αυτή είναι η χρονιά που θεσπίστηκαν οι πολιτικές λιτότητας, μετά την τρικομματική μνημονιακή συμφωνία που υπέγραψαν η τότε ελληνική κυβέρνηση και η τρόικα.

Αυτό δεν αποτελούσε ελληνική καινοτομία, καθώς η Ευρωπαϊκή Επιτροπή φαίνεται πως άδραξε την ευκαιρία, προκειμένου μέσω της κρίσης να προωθήσει «μεταρρυθμιστικές πολιτικές» σε έναν μεγάλο αριθμό χωρών (Azzopardi Muscat et al. 2015). Ειδικότερα, όμως, όσον αφορά τη χώρα μας και παρά την υποτιθέμενη μη εμπλοκή της στη χάραξη των κοινωνικών πολιτικών των κρατών-μελών της ΕΕ, με την υπογραφή των Μνημονίων μεταξύ της Ελλάδας και της Τρόικας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είχε αναλάβει τον ρόλο αξιολογητή όλων των εφαρμοζόμενων πολιτικών στην Υγεία (Burgi, 2019).

Σύμφωνα με έκθεση του Γραφείου Προϋπολογισμού της Βουλής για το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα, το 2014 το 15% του πληθυσμού στην Ελλάδα ζούσε σε συνθήκες ακραίας φτώχειας (Matsaganis and Leventi 2013, Matsaganis et al. 2016). Το ποσοστό αυτό, το 2009 ήταν 2,2% και το 2013, 10,8%. Το νέο «δίκτυο ασφαλείας» και το αναδιαμορφωμένο

«Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Μοντέλο» δε συμπεριελάμβαναν τρόπους βελτίωσης των όρων διαβίωσης, ούτε λάμβαναν υπόψη τους τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Αντίθετα, φαίνονταν να προσανατολίζονται προς περιορισμένες παροχές υπό προϋποθέσεις, οι οποίες θα επέτρεπαν απλώς την επιβίωση των ατόμων που ζούσαν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας.

Θα περίμενε κανείς ότι κατά τη διάρκεια της κρίσης το σύστημα κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα θα είχε ενισχυθεί προκειμένου να προστατευθούν οι άνθρωποι από τον αυξανόμενο κίνδυνο φτώχειας και στέρησης. Ωστόσο τα μέτρα λιτότητας επιδείνωσαν το, ήδη αδύναμο, ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας (Παπαθεοδώρου, 2015). Επίσης, οι δαπάνες για τη στήριξη του κοινωνικού κράτους αντιμετωπίστηκαν ως οι βασικοί υπαίτιοι του τεράστιου δημοσίου χρέους και της οικονομικής κρίσης.

Ειδικότερα, η μείωση του αριθμού των δημόσιων φορέων παροχής υγείας, και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενέτεινε σημαντικά τις δυσμενείς συνέπειες των πολιτικών λιτότητας (Burgi, 2019). Το 2010, το πρώτο Μνημόνιο επέβαλε δραστικές περικοπές στις δαπάνες για την υγεία για το 2012, από 6,6% του ΑΕΠ σε 6%. Εκείνη την περίοδο, η ελληνική κυβέρνηση υπερέβη ακόμα και τις προσδοκίες των δανειστών της. Αποτέλεσμα αυτής της προσήλωσης στην επίτευξη των δημοσιονομικών στόχων ήταν η μείωση των δαπανών για το 2012 στο 5,7%. Έκτοτε σημειώθηκε σταθερά πτωτική πορεία, με αποτέλεσμα το 2014 να φτάσουν το 4,6% και το 2016, το 4,8%. Προκειμένου να υπάρξει ένα μέτρο σύγκρισης, αναφέρουμε πως στις χώρες της Ευρώπης, το αντίστοιχο ποσοστό ξεκινούσε από 6,5% και αυξανόταν περαιτέρω στις πιο ανεπτυγμένες χώρες.

Στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων μειώθηκε πάνω από 50%. Αυτή η μείωση των δαπανών σε συνδυασμό με την υποστελέχωση, την αύξηση του εξυπηρετούμενου πληθυσμού και τις ελλείψεις σε υλικοτεχνικές υποδομές έφεραν τις δομές της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στα όρια της κατάρρευσης. Η ενοποίηση των τεσσάρων ταμείων στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), θεωρήθηκε πως θα μπορούσε να αποτελέσει μια πολυαναμενόμενη λύση, η οποία θα διασφάλιζε την καθολικότητα και την ισότητα στην πρόσβαση. Ωστόσο, το δημοσιονομικό και πολιτικό πλαίσιο εκείνης της χρονιάς υποσκέλιζε το διακύβευμα της ισότητας. Το «κούρεμα» των ασφαλιστικών ταμείων που συγχωνεύτηκαν στον ΕΟΠΥΥ κόστισε το 53,5% των αποθεματικών τους, καθώς αυτά ήταν υποχρεωμένα να τα διαθέσουν στην Τράπεζα της Ελλάδος ως εγγύηση.

## 4.2. Η αποσάθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα δεν θα μπορούσε να εξαιρεθεί από τις περικοπές που επιβλήθηκαν σε όλο τον τομέα της Υγείας, οι οποίες περιελάμβαναν μειώσεις στις παροχές των κοινωνικών ασφαλίσεων υγείας, αύξηση της συμμετοχής για τις διαγνωστικές εξετάσεις, μειώσεις μισθών και μειώσεις προσωπικού (Kaitelidou and Kouli 2012; Kondilis et al. 2013). Κατά το διάστημα 2009-2014 οι δαπάνες για τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μειώθηκαν κατά 55%. Οι μειώσεις αυτές ήρθαν να προστεθούν σε ένα ήδη κατακερματισμένο σύστημα, που δε διασφάλιζε ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και το οποίο ήδη αντιμετώπιζε ιδιαίτερες δυσκολίες και πριν το 2010.

Το 2014, ο τότε Υπουργός Υγείας, κ. Γεωργιάδης με την ίδρυση του ΠΕΔΥ, προκάλεσε τεχνηέντως την «οικειοθελή» αποχώρηση του μισού ιατρικού προσωπικού που εργαζόταν στα Κέντρα Υγείας, τα οποία δύο χρόνια νωρίτερα είχαν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ. Τον Φεβρουάριο έκλεισαν εν μία νυκτί οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, με την εξαγγελία για επανέναρξη της λειτουργίας τους μέσα σε διάστημα ενός μήνα. Αυτό τελικά συνέβη πολύ αργότερα, ενώ στο μεσοδιάστημα περίπου 6.500 με 8.000 γιατροί είχαν απολυθεί. Η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας ανακοίνωσε πως αυτοί θα μπορούσαν να επιστρέψουν στο δημόσιο σύστημα, με την προϋπόθεση πως το εργασιακό τους καθεστώς θα ήταν πλέον πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης· θα έπρεπε συνεπώς να κλείσουν τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν μια μερίδα γιατρών να επιλέξουν να συνταξιοδοτηθούν, άλλοι να παραιτηθούν από το δημόσιο σύστημα και μια μειοψηφία να κινηθεί δικαστικά. Αυτοί οι τελευταίοι δικαιώθηκαν, με αποτέλεσμα να επιστρέψουν στις θέσεις τους διατηρώντας και τα ιδιωτικά τους ιατρεία, για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Η εικόνα που διαμορφώθηκε μετά και από αυτήν την εξέλιξη ήταν η ύπαρξη τριών διαφορετικών εργασιακών καθεστώτων για μια επαγγελματική ομάδα, η οποία παρείχε τις ίδιες υπηρεσίες στο ΠΕΔΥ: οι νεο-εισερχόμενοι γιατροί υπέγραψαν συμβάσεις ορισμένου χρόνου με αποτέλεσμα να δικαιούνται πολύ χαμηλότερους μισθούς, οι παλαιότεροι διατήρησαν μια σχετικά υψηλή αποζημίωση, ενώ όσοι επέστρεψαν κατόπιν των δικαστικών αποφάσεων που τους δικαίωσαν διατήρησαν τις μισθολογικές τους απολαβές στα προηγούμενα επίπεδα, καθώς και τα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Οι κυβερνητικές επιλογές, οι οποίες είχαν ως σκοπό και την επίτευξη του στόχου για δραστική μείωση του ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα, κατ' επιταγή των δεσμεύσεων της χώρας στους δανειστές, αποδείχθηκαν εξαιρετικά προβληματικές για ακόμα μερικούς λόγους.

Λόγω της υποστελέχωσης των δομών, πολλές από τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας τέθηκαν ουσιαστικά εκτός λειτουργίας. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν η κατακόρυφη αύξηση της εισροής των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Νοσοκομείων. Ως λύση σε αυτή την παράπλευρη συνέπεια προτάθηκε η αύξηση των συμβάσεων των ιδιωτών γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ. Οι συμβεβλημένοι γιατροί θα αποζημιώνονταν με 2.000 ευρώ μηνιαίως, προκειμένου να εξυπηρετούν 200 ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Το μέτρο αυτό ήταν εξαιρετικά αναποτελεσματικό και κοστοβόρο, καθώς οι περισσότεροι γιατροί δήλωναν πως πραγματοποίησαν τις 200 επισκέψεις μέσα στην πρώτη εβδομάδα του μήνα, με αποτέλεσμα οι όσες πραγματοποιούνταν τις υπόλοιπες τρεις εβδομάδες του μήνα να αποζημιώνονται αποκλειστικά μέσω ιδιωτικών δαπανών των ασθενών.

Η κατακόρυφη αύξηση των φτωχοποιημένων και ανασφάλιστων πολιτών, οι οποίοι ήταν αποκλεισμένοι από οποιαδήποτε πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, προκάλεσε μια συνεπακόλουθη αύξηση του αριθμού Κοινωνικών Ιατρείων και Φαρμακείων. Επρόκειτο για αυτό-οργανωμένες δομές, οι οποίες άρχισαν να επεκτείνονται στο σύνολο της Επικράτειας. Αυτά αποτέλεσαν και έναν μοχλό άσκησης πίεσης προς την κυβέρνηση, μαζί με το ευρύτερο κοινωνικό κίνημα διαμαρτυρίας, προκειμένου να υιοθετηθούν μέτρα προστασίας των ανασφάλιστων. Έτσι, το 2013, ο Υπουργός Υγείας, εισήγαγε ένα σύστημα μερικής κάλυψης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για μόλις 100.000 ανασφάλιστους μέσω κουπονιών (voucher), στο οποίο δεν συμπεριλαμβανόταν η φαρμακευτική κάλυψη.

Το καλοκαίρι του 2014, ακολούθησε η έκδοση μιας ακόμη υπουργικής απόφασης που ρύθμιζε τους όρους πρόσβασης των ανασφάλιστων στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Αυτή διασφαλιζόταν υπό όρους και κατόπιν έγκρισης από τριμελείς επιτροπές, οι οποίες συγκροτούνταν στα εκάστοτε νοσοκομεία. Εντούτοις, στην πραγματικότητα η πρόβλεψη αυτή δεν εφαρμόστηκε ποτέ πλήρως. Αντίθετα, οι ανασφάλιστοι, κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο, καλούνταν να υπογράψουν ένα έγγραφο με το οποίο αναγνώριζαν το οποίο κόστος επρόκειτο να προκληθεί από τη νοσηλεία τους καθώς και το αντίστοιχο χρέος τους προς το νοσοκομείο. Σε περίπτωση απλής επίσκεψης σε νοσοκομειακό γιατρό, ο ασθενής επωμιζόταν το συνολικό κόστος τυχόν συνταγογράφησης διαγνωστικών εξετάσεων ή φαρμακευτικής αγωγής.

Τον Αύγουστο του 2015, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε μια έκθεση εκτίμησης κοινωνικών επιπτώσεων για το Τρίτο Πρόγραμμα Προσαρμογής της Ελλάδας, η οποία, σύμφωνα με τον Ανεξάρτητο Εμπειρογνώμονα των Ηνωμένων Εθνών για το Εξωτερικό Χρέος και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, Juan Pablo Bohoslavsky, ήταν απογοητευτική από πολλές απόψεις. Η αξιολόγηση δεν κατάφερε να αποτυπώσει τα αίτια της κρίσης, ενώ προς μεγάλη

του έκπληξη απουσίαζε από το σύνολο του κειμένου ο όρος «ανθρώπινα δικαιώματα» (Bohoslavsky, 2015). Παράλληλα, σε παγκόσμιο επίπεδο, κατά τα έτη 2013 και 2014 «τα συνολικά κέρδη των δισεκατομμυριούχων που δραστηριοποιούνται στους τομείς του φαρμάκου και της υγείας εν γένει, αυξήθηκαν από 170 δισ. σε 250 δισ. δολάρια».

Αυτές ήταν εν συντομία οι συνθήκες που επικρατούσαν την περίοδο πριν τη διαμόρφωση του περιεχομένου και τελικά τη ψήφιση του Ν.4486/2017, τόσο σε επίπεδο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, όσο και σε ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο. Αυτοί όμως ήταν παράλληλα και οι λόγοι για τους οποίους το μετέπειτα κυβερνών κόμμα του Συνασπισμού Ριζοσπαστικής Αριστεράς (ΣΥΡΙΖΑ) αποφάσισε να θεσπίσει εκ νέου ένα ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο θα εξυπηρετούσε τόσο τον στόχο της ελάφρυνσης του βάρους εξυπηρέτησης όλου του πληθυσμού από τα νοσοκομεία, όσο και κυρίως της δωρεάν, απρόσκοπτης και καθολικής πρόσβασης του πληθυσμού στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η προσπάθεια εγκαθίδρυσης και λειτουργίας ενός τέτοιου συστήματος, δεν επιβαλλόταν πλέον από τα διεθνή πρότυπα του ΠΟΥ, αλλά είχε καταστεί αναγκαία συνθήκη για τη διασφάλιση της επιβίωσης μεγάλου μέρους του πληθυσμού που διέμενε στην ελληνική επικράτεια (Ελλήνων πολιτών καθώς και μεταναστών, προσφύγων με ή χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα).

#### **4.3. Το περιεχόμενο του Ν.4486/2017**

Στο Ν.4486/2017 καταγράφηκε η πιο πρόσφατη-έως σήμερα-συστηματική προσπάθεια μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ΠΦΥ. Βασικότερος στόχος αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η βελτίωση των υγειονομικών δεικτών του πληθυσμού και ειδικότερα η αντιμετώπιση του υψηλού επιπολασμού των χρόνιων και μη μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ήταν επίσης η διεύρυνση της «χωρητικότητας» του δημόσιου συστήματος υγείας και η προώθηση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού, ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εκ νέου θεμελίωση του Κοινωνικού Κράτους.

Στις επιδιώξεις του ήταν η απόπειρα στοχευμένης αντιμετώπισης των κυριότερων στρεβλώσεων που αντιμετώπιζε το δημόσιο σύστημα υγείας. Αυτές αφορούσαν τον κατακερματισμό της φροντίδας, την έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού για την προαγωγή υγείας και την πρόληψη, η συνταγογραφική αντιμετώπιση των νοσημάτων, η συγκέντρωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, με αποτέλεσμα την αύξηση των εμποδίων στην πρόσβαση και την επιβάρυνση της λειτουργίας των νοσοκομείων και η αύξηση των ίδιων δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, που

οφειλόταν στην προκλητή ζήτηση, την παθητική ιδιωτικοποίηση και τη διόγκωση του φαινομένου των παράτυπων πληρωμών.

Βασική πρόβλεψη ήταν η κατάργηση του ΠΕΔΥ και η ενοποίηση των δομών του ως Κέντρων Υγείας. Επανεισάγεται η τομεοποίηση των Υπηρεσιών και η ηλεκτρονική διακυβέρνηση του συστήματος μέσω του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ), επιχειρείται αποσαφήνιση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού, θεσπίζονται πανεπιστημιακές μονάδες εξειδίκευσης στην ΠΦΥ και εισάγεται μια νέα δομή, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY).

#### **4.3.1. Η δομή του νέου συστήματος**

Το σύστημα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ αναπτύσσεται πλέον σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο βρίσκονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY), ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες ΠΦΥ.

α) Στο πρώτο επίπεδο, στο σημείο εισόδου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), παρέχονται υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ επαγγελματίες υγείας.

Οι ToMY αποτέλεσαν την κορωνίδα της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης. Σκοπός ήταν να λειτουργήσουν ως οικογενειακές μονάδες υγείας γειτονιάς, στελεχωμένες από ολιγομελείς, πολυκλαδικές διεπιστημονικές ομάδες, αποτελούμενες από γενικούς γιατρούς ή παθολόγους, παιδίατρο, νοσηλευτές ή επισκέπτες υγείας, κοινωνικό λειτουργό, διοικητικούς υπαλλήλους, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Το μοντέλο παροχής υπηρεσιών των ToMY είναι προσανατολισμένο στην πρόληψη και την προαγωγή υγείας, στην εξατομικευμένη προσέγγιση, στην κοινοτική παρέμβαση και στη συνέχεια της φροντίδας. Ταυτόχρονα θα αναπτύσσονταν εξωστρεφείς και κοινοτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις (εμβολιασμοί σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δράσεις ενημέρωσης για τον γενικό πληθυσμό, τακτικές επισκέψεις σε σχολεία, ΚΑΠΗ, χώρους εργασίας).

Σύμφωνα με τον νόμο, κάθε ToMY διαρθρώνεται δορυφορικά γύρω από το Κέντρο Υγείας του Τομέα ΠΦΥ, από το οποίο και εποπτεύεται. Ο πληθυσμός ευθύνης της ανέρχεται σε περίπου 10.000 – 12.000 κατοίκους. Το δίκτυο αυτό είχε ως στόχο να αντιμετωπίζει άμεσα τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Παράλληλα, προβλεπόταν η μεγιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς οι Οικογενειακοί Γιατροί και οι ομάδες υγείας έχουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης, έχουν ως

πεδίο παρέμβασης την κοινότητα, προσεγγίζουν ολιστικά τα προβλήματα υγείας των πολιτών και τη συνέχεια στη φροντίδα, ενώ είναι υπεύθυνοι για τον πληθυσμό ευθύνης τους. Βασικό ρόλο στη φιλοσοφία του νέου συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαδραματίζει η εστίαση στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση.

Ο κάθε πολίτης θα είχε τον Οικογενειακό του Ιατρό (ΟΙ), στον οποίο θα απευθυνόταν απεριόριστα και δωρεάν για οποιοδήποτε θέμα υγείας. Ο γιατρός θα ήταν ο «πλοηγός» του μέσα στο Σύστημα Υγείας. Θα τον παρακολουθούσε, θα τον ενημέρωνε και θα διευκόλυνε την πρόσβασή του σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Το βασικό και ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της οικογενειακής ιατρικής είναι ο ενεργητικός ρόλος του γιατρού: ο Οικογενειακός Γιατρός δεν περιορίζεται στο να ικανοποιεί τις ανάγκες για φροντίδα υγείας μόνο στους ασθενείς που προσφεύγουν σε αυτόν, αλλά μεριμνά και φροντίζει για την πρόληψη, την αγωγή και την προαγωγή της υγείας όλων των ατόμων για τα οποία είναι υπεύθυνος. Προσφέρει τις υπηρεσίες του στο άτομο, την οικογένεια, την κοινότητα. Σκοπός της ειδικότητας αυτής είναι να προσφέρει ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών και προληπτικών υπηρεσιών όπως εκτίμηση παραγόντων κινδύνου, πρώιμη ανίχνευση νόσου, βελτίωση της στάθμης υγείας του πληθυσμού και διατήρησή της, θεραπευτική αγωγή, κοινωνική μέριμνα, μέριμνα στο τελευταίο στάδιο ζωής, οικογενειακός προγραμματισμός και μητρότητα.

β) Στο δεύτερο επίπεδο του νέου συστήματος περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Υγείας του πρώην ΠΕΔΥ, οι οποίες με την κατάργηση του ΠΕΔΥ μετονομάστηκαν επίσης σε Κέντρα Υγείας. Αυτές οι μονάδες αποκτούν πλέον κεντρικό ρόλο στην ΠΦΥ, εκσυγχρονίζεται η λειτουργία τους και διευρύνονται οι αρμοδιότητές τους. Ενισχύονται και λειτουργούν ως η εξειδικευμένη και διαγνωστική βαθμίδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ακόμα και με 24ωρη λειτουργία.

Αυτή η δεύτερη βαθμίδα της ΠΦΥ στελεχώνεται από ιατρικό και λοιπό προσωπικό ειδικοτήτων, που μπορεί να αντιμετωπίσει σύνθετα προβλήματα υγείας σε αυτό το επίπεδο του συστήματος. Έτσι, πλέον δεν θα κατευθύνονταν αυθαίρετα τα περιστατικά στα Νοσοκομεία, αλλά μόνο όταν το προσωπικό θα έκρινε ότι ο ασθενής χρήζει περαιτέρω διερεύνησης ή νοσηλείας σε επίπεδο δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Για πρώτη φορά καθιερώθηκε διαδικασία παραπομπής, ως απαραίτητη προϋπόθεση πρόσβασης στα Κέντρα Υγείας και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα περιστατικά). Με τον τρόπο αυτό, ο οικογενειακός γιατρός κατέστη υπεύθυνος για την παραπομπή του ασθενή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και για την εν γένει «πλοήγησή» του στο σύστημα. Σύμφωνα με την

αιτιολογική έκθεση του νόμου, η καθιέρωση της διαδικασίας παραπομπών αποσκοπούσε στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, αφού ένας μεγάλος όγκος περιστατικών που υποδέχονται τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, αναμενόταν να αντιμετωπίζεται πολύ νωρίτερα, από τις δομές της ΠΦΥ.

Για την αποτελεσματική εφαρμογή του συστήματος παραπομπών αλλά και την εν γένει παρακολούθηση της πορείας των ασθενών μέσα στο σύστημα, θεσπίστηκε για πρώτη φορά και η δημιουργία, διατήρηση και ενημέρωση Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ). Ουσιαστικά επρόκειτο για το αναγκαίο ηλεκτρονικό εργαλείο που θα διασφάλιζε τη συνέχεια στη φροντίδα. Θα αποτελούσε τη βάση καταγραφής της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς και την πλέον κατάλληλη πλατφόρμα για τη διενέργεια επιδημιολογικών ερευνών, καθώς θα εμπεριείχε όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τους πολίτες, τους επαγγελματίες υγείας, τη διοίκηση του συστήματος και τη χάραξη πολιτικής υγείας.

Σε σχέση με το νέο πλαίσιο συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με τους ιδιώτες γιατρούς, αυτές θα χρησιμοποιούνταν συμπληρωματικά σε περιοχές, όπου είτε δεν αναπτύσσονταν ΤοΜΥ, είτε ο αριθμός τους δεν επαρκούσε για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Συνεπώς, ο νόμος προέβλεπε πως οι γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι που θα λειτουργούσαν ως οικογενειακοί γιατροί, θα έκαναν εγγραφή του πληθυσμού ευθύνης και θα αμείβονταν βάσει του αριθμού των εγγεγραμμένων. Για τις υπόλοιπες ειδικότητες προβλεπόταν η «αγορά» (δέσμευση) χρόνου στα ιδιωτικά ιατρεία τους, ώστε σε ένα συγκεκριμένο καθημερινό ωράριο οι γιατροί αυτοί να δέχονται ασθενείς δωρεάν.

Οι επιδιώξεις της τελευταίας μεταρρύθμισης λοιπόν, σχετίζονταν κυρίως με τους γενικούς σκοπούς της πρόληψης της νόσου, της ολοκληρωμένης φροντίδας του πληθυσμού με βάση τις αρχές της δωρεάν, καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες και της προστασίας των ευπαθών και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Για πρώτη φορά ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος απομακρύνεται από το ιατροκεντρικό και πατερναλιστικό μοντέλο διαχείρισης της ασθένειας και θέτει την Ομάδα Υγείας ως κεντρικό άξονα ανάπτυξης διεπιστημονικής και διεπαγγελματικής συνεργασίας. Επιχειρήθηκε επίσης η εξάλειψη της αποσπασματικής και συνταγογραφικής αντιμετώπισης των ασθενών, όπως και η καθιέρωση ενός σταθερού σημείου εισόδου στο σύστημα. Τέλος, η λειτουργία της εγγραφής του πληθυσμού σε οικογενειακό γιατρό στόχευε στην εγκαθίδρυση των εννοιών της ευθύνης και της λογοδοσίας του οικογενειακού γιατρού στον πληθυσμό ευθύνης του.

Απέναντι σε αυτές τις επιδιώξεις εμφανίστηκε η ιατρική κοινότητα ως παίκτης αρνησικυρίας επιχειρώντας και εν τέλει επιτυγχάνοντας να εμποδίσει την πλήρη εφαρμογή της



μεταρρύθμισης. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται η διαμόρφωση της δεσπόζουσας θέσης της και οι συγκεκριμένοι τρόποι αντίδρασής της εν όψει και κατόπιν της ψήφισης του 4486/2017.

## Κεφάλαιο 5. Η ιατρική κοινότητα ως παίκτης αρνησικυρίας

### 5.1. Η δεσπόζουσα θέση της ελληνικής ιατρικής κοινότητας

Στην Ελλάδα, ο ρόλος, η επιρροή, η εξουσία και η αυτονομία των γιατρών δεν έχουν αμφισβητηθεί σημαντικά. Η ελληνική ιατρική κοινότητα διατείνεται πως εξακολουθεί να έχει μοναδική γνώση, τεχνογνωσία και αυτονομία (Freidson 1993, Coburn και Willis 2003), χαρακτηριστικά που την κατατάσσουν μεταξύ των σημαντικότερων, επιδραστικότερων και ισχυρότερων επαγγελματικών ομάδων της ελληνικής κοινωνίας. Θα πρέπει εδώ να τονιστεί και η πληθωρική παρουσία του ιατρικού κόσμου στα κομματικά όργανα, στα βουλευτικά έδρανα και στους υπουργικούς θώκους με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την προστασία του αδιάβλητου στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε πολιτικό και θεσμικό επίπεδο (Venieris, 1997). Ενδεικτική είναι η διαπίστωση πως από τους 32 πολιτικούς που διετέλεσαν Υπουργοί Υγείας στην Ελλάδα από το 1974 έως σήμερα, οι μισοί<sup>6</sup> ήταν γιατροί.

Σύμφωνα με τη θεωρία των δομικών συμφερόντων του Alford (1975), τα κυρίαρχα συμφέροντα σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή αυτά της ιατρικής κοινότητας, μπορούν να τεθούν υπό αμφισβήτηση, μόνο εάν διαμορφωθούν ως αντίθετος πόλος, ισχυρά δομικά συμφέροντα των γραφειοκρατών ή/και των οργανώσεων των ασθενών. Στην Ελλάδα, αυτές οι δύο ομάδες συμφερόντων δεν έχουν ιδιαίτερη πολιτική ισχύ και δεν μπορούν να εναντιωθούν στα συμφέροντα του ιατρικού επαγγέλματος.

Ειδικότερα, ο ρόλος της Γραφειοκρατίας σε αυτό το «θεσμικό τρίγωνο» (Πολιτική Εξουσία-Γραφειοκρατία-Κοινωνία των Πολιτών) στο πεδίο χάραξης και υλοποίησης μιας πολιτικής αναδεικνύεται πολύ μικρότερος από αυτόν της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας ενός Υπουργείου. Οι στόχοι οι οποίοι τίθενται από αυτήν την τελευταία σπάνια συνδιαμορφώνονται από κοινού με την εκάστοτε καθ' ύλην αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου, η οποία αποτελεί και τη «θεσμική μνήμη» της Δημόσιας Διοίκησης. Αντίθετα, ο επιδιωκόμενος κάθε φορά στόχος αποφασίζεται από τον εκάστοτε Υπουργό ή Κυβέρνηση και εν συνεχεία τα στελέχη της Δημόσιας Διοίκησης καλούνται να τον υλοποιήσουν. Συχνά ο ρόλος τους περιορίζεται στη σύνταξη διοικητικών εγγράφων και σχεδίων κανονιστικών πράξεων που απαιτούνται για την υλοποίηση των πολιτικών, χωρίς να τους δίνεται η δυνατότητα για ουσιαστικές προτάσεις και παρεμβάσεις.

---

<sup>6</sup> Ανδρέας Κοκκέβης, Σπυρίδων Δοξιάδης, Βασίλειος Δερδεμέζης, Παρασκευάς Αυγερινός, Γιάννης Φλώρος, Γεώργιος Μερίκας, Μαριέττα Γιαννάκου, Γεώργιος Σούρλας, Δημήτρης Κρεμαστινός, Λάμπρος Παπαδήμας, Κωνσταντίνος Στεφανής, Νικήτας Κακλαμάνης, Χρήστος Κίττας, Αθανάσιος Δημόπουλος, Ανδρέας Ξανθός, Βασίλης Κικίλιας.

Συνεπώς, είναι ευχερέστερο για τις ενδιαφερόμενες ομάδες πίεσης να απευθυνθούν σε μια πολιτική ηγεσία, προκειμένου είτε να προωθήσουν, είτε να παρεμποδίσουν την εφαρμογή μιας πολιτικής, από το να επιχειρήσουν το ίδιο με τους γραφειοκράτες ενός Υπουργείου. Στην περίπτωση που μια ομάδα πίεσης εκπροσωπεί την επαγγελματική τάξη στην οποία ανήκει και ο ίδιος ο επικεφαλής ενός Υπουργείου, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η ισχύς αρνησικυρίας της είναι ακόμα μεγαλύτερη. Αυτός είναι και ένας βασικός λόγος για τον οποίο, στην Ελλάδα, το ιατρικό επάγγελμα εξακολουθεί να είναι σημαντικός παίκτης αρνησικυρίας που μπορεί να επηρεάσει την υιοθέτηση ή μη προτεινόμενων πολιτικών.

Ένας ακόμη παράγοντας που επιδεινώνει περαιτέρω την ήδη αδύναμη θέση της Γραφειοκρατίας στο προαναφερθέν «θεσμικό τρίγωνο», σχετίζεται με την απουσία σχεδιασμού και εφαρμογής ενός μακρόπνοου, κοινής αποδοχής, εθνικού σχεδίου δράσης για την Υγεία με συγκεκριμένους άξονες. Η έλλειψη αυτή ευνοεί την αλλαγή της στοχοθεσίας ενός Υπουργείου, όχι μόνο ανά κυβερνητική θητεία, αλλά ακόμη και ανά υπουργική θητεία. Η έλλειψη σταθερών και απαρτέγκλιτων στόχων δημιουργεί περισσότερες ευκαιρίες παρέμβασης από τις εκάστοτε ομάδες πίεσης προς μια πολιτική ηγεσία.

Ο τρόπος και η διαδικασία λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με τις δαπάνες και τη χρηματοδότηση του συστήματος επιδρούν και αυτές στο περιεχόμενο των υιοθετούμενων πολιτικών αλλά και στην αποδυνάμωση της τρίτης ομάδας πίεσης, αυτής των ασθενών και εν γένει των πολιτών. Ο τρόπος και το ύψος της χρηματοδότησης δε βασίζεται σε προηγούμενη έρευνα επιδημιολογικών δεικτών ή αναγκών του πληθυσμού. Αντίθετα, η κατανομή των κονδυλίων συνήθως στοχεύει στην κάλυψη των δαπανών λειτουργίας των δομών υγείας. Οι σχετικές αποφάσεις λαμβάνονται με βάση τη χρηματοδότηση του συστήματος κατά το προηγούμενο οικονομικό έτος, ενώ η χρηματοδότηση των μονάδων υγείας γίνεται αναδρομικά χωρίς ιδιαίτερη διαφοροποίηση κατά τη διάρκεια των ετών. Σε αυτή τη διαδικασία, οι πολίτες δεν εκπροσωπούνται σε κανένα επίπεδο της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας (Theodorou et al., 2010). Συνεπώς, οι ανάγκες και οι προτιμήσεις τους δεν λαμβάνονται υπόψη και δεν έχουν τη δυνατότητα να επιδράσουν σε κανένα στάδιο της διαδικασίας. Σε ένα άλλο επίπεδο, εξίσου σημαντικό, εντοπίζεται και η επίδραση της εξουσιαστικής σχέσης μεταξύ γιατρών και ασθενών, αφού το αρχετυπικό στερεότυπο σχέσης γιατρού-ασθενούς δεν έχει ακόμη αμφισβητηθεί. Το στερεότυπο αυτό συνομιλεί και με τη θεσμική εκμετάλλευση των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας από την ιατρική κοινότητα.

Όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες διαμόρφωσαν ένα σύστημα που σχεδιάζεται, δημιουργείται και εφαρμόζεται προς το συμφέρον μιας πολύ ισχυρής συντεχνίας, με φυσικό επακόλουθο αυτή να έχει αποκτήσει πλέον και έννομα συμφέροντα για τη διατήρηση του status

quo (Immergut 1992, Χολ και Τέιλορ 1996, Immergut 1998). Αυτό αποδείχθηκε από την περιγραφή των μεταρρυθμίσεων που επιχειρήθηκαν όλες τις προηγούμενες δεκαετίες και την αντίσταση του ιατρικού κόσμου σε αυτές και θα αναδειχθεί και από τα ακόλουθα κεφάλαια στα οποία καταγράφονται οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας πριν και μετά τη ψήφιση του Ν.4486/2017.

## **5.2. Οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας πριν την ψήφιση του νόμου 4486/2017**

Από τη διαχρονική παράθεση των παρεμβάσεων που έχουν γίνει στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από το 1983 έως το 2017 και την περιγραφή της δομής του συστήματος πριν την τελευταία μεταρρύθμιση αποδεικνύεται πως η πολιτική επιλογή να επιτραπεί στην ιδιωτική πρωτοβουλία η δραστηριοποίηση χωρίς κανέναν περιορισμό και έλεγχο στον τομέα παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε συνδυασμό με τη διαχρονική απουσία διορθωτικών παρεμβάσεων στον τρόπο λειτουργίας των δημόσιων φορέων αποτέλεσαν το *κρίσιμο σταυροδρόμι* που δημιούργησε τις προϋποθέσεις για την ουσιαστική ιδιωτικοποίηση αυτών των υπηρεσιών. Από αυτό ξεκίνησε η *εξαρτημένη πορεία* του ΕΣΥ και κυρίως του πεδίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας προς την ιδιωτικοποίηση. Βασική προϋπόθεση για την εξαρτημένη πορεία ήταν η αντίδραση της οργανωμένης ομάδας συμφερόντων των γιατρών, η οποία είχε τη δυνατότητα να επηρεάζει είτε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, είτε την (μη) εφαρμογή μιας πολιτικής.

Όπως καταδείχθηκε και από την περιοδολόγηση των μεταρρυθμίσεων, οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας στις απόπειρες-έστω σε προγραμματικό επίπεδο-παρέμβασης στον τρόπο οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών υγείας, ήταν άμεσες και ανυποχώρητες. Ειδικότερα από τη στιγμή που εισήχθη στον τομέα παροχής αυτών των υπηρεσιών η ιδιωτική πρωτοβουλία χωρίς έλεγχο και εποπτεία, το κομμάτι της ιατρικής κοινότητας που δραστηριοποιούνταν σε αυτόν αντιδρούσε διαχρονικά σε κάθε ενδεχόμενη μεταρρύθμιση που θα οδηγούσε σε απώλεια αποδοχών.

Ίδια ήταν και η αντίδραση από την πλευρά των γιατρών που είχαν ενταχθεί στο ΕΣΥ, είτε νοσοκομειακών, είτε πανεπιστημιακών. Το νοσοκομειοκεντρικό σύστημα αύξησε την ισχύ αρνησικυρίας τους. Στην πλειοψηφία τους, οι αντιδράσεις τους συμπεριλάμβαναν μεγάλες απεργιακές κινητοποιήσεις και διαμαρτυρίες, κυρίως ενόψει των επερχόμενων αλλαγών σε κεκτημένα εργασιακά τους δικαιώματα. Οι ρυθμίσεις που άφηναν ανοικτό το πεδίο δραστηριοποίησης των ιδιωτών με στόχο τη κερδοσκοπία παρέμειναν διαχρονικά σε ισχύ, κάτι που καταδεικνύει και την απροθυμία των πολιτικών ηγεσιών να έρθουν αντιμέτωπες με τις αντιδράσεις των αντίστοιχων επιχειρηματικών και ιατρικών συμφερόντων.

Οι προαναφερθείσες πολιτικές επιλογές στον τομέα χάραξης της πολιτικής υγείας τροφοδότησαν διαχρονικά χρόνιες παθολογίες του συστήματος, όπως ο κατακερματισμένος χαρακτήρας του, η υποχρηματοδότηση, η υποστελέχωση και ο υδροκεφαλισμός της χωροταξικής διάρθρωσης των υπηρεσιών και επέτειναν τη στροφή των ληπτών υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Βασικά διακυβεύματα της τελευταίας επιχειρούμενης μεταρρύθμισης ήταν η ανατροπή της παγιωμένης κατάστασης, η καταπολέμηση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών και ως εκ τούτου και των συμφερόντων της ομάδας πίεσης που επιθυμούσε τη διατήρησή τους.

Η μεταρρύθμισή αυτή βρέθηκε αντιμέτωπη με την ήδη υφιστάμενη ομάδα πίεσης της ιατρικής κοινότητας, όπως αυτή είχε διαμορφωθεί τις προηγούμενες δεκαετίες. Στο εσωτερικό της εντοπίζονται δύο διαφορετικές ομάδες με κριτήριο διάκρισής τους το εργασιακό τους καθεστώς. Η μια περιλαμβάνει τους γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η άλλη τους ιδιώτες γιατρούς. Το διαφορετικό εργασιακό τους καθεστώς, παρόλο που τις οδηγεί σε διαφορετικές και κατά βάση αντικρουόμενες μεταξύ τους επιδιώξεις, ενόψει της οποιασδήποτε απόπειρας μεταρρύθμισης του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, φαίνεται διαχρονικά να είναι το σημείο τομής που τις οδηγεί σε κοινή αντίδραση.

Οι νοσοκομειακοί και πανεπιστημιακοί γιατροί αντιδρούν στην εγκαθίδρυση ενός ποιοτικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς αυτό θα μπορούσε να ανακόψει την εισροή ασθενών στα νοσοκομεία και συνεπώς απώλεια κύρους και εσόδων. Το ίδιο ισχύει και για τους γιατρούς που δραστηριοποιούνται ως ιδιώτες και εν γένει για τα ιδιωτικά συμφέροντα στον χώρο της υγείας, όπως τα διαγνωστικά κέντρα. Η μείωση του αριθμού των εξυπηρετούμενων ασθενών, οι οποίοι προσέρχονται σε αυτά είτε ιδιωτικά, είτε ως ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ θα οδηγήσει σε απώλεια εσόδων.

Συνεπώς, παρά τις δομικές διαφορές μεταξύ των δυο υπο-ομάδων πίεσης, υφίσταται ένα κοινό σημείο ως επιδίωξη και αυτό σχετίζεται με την παρεμπόδιση της μετατροπής των όρων παροχής των υπηρεσιών, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε απώλεια κύρους και εσόδων. Αυτό είναι και το σημείο τομής τους το οποίο και διαφάνηκε με σαφήνεια μέσω των αντιδράσεών τους κατά την πιο πρόσφατη απόπειρα μεταρρύθμισης του συστήματος ΠΦΥ.

Αυτές καταγράφηκαν κατά τη συνεδρίαση της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της Βουλής στις 27 Ιουλίου του 2017. Κατά τη συνεδρίαση αυτή έλαβε χώρα η ακρόαση των εξωκοινοβουλευτικών εκπροσώπων, μεταξύ των οποίων παρευρέθησαν και τοποθετήθηκαν και εκπρόσωποι ομοσπονδιών και συλλόγων της ιατρικής κοινότητας. Εκεί διαφάνηκε χωρίς περιστροφές η προσπάθεια της ιατρικής κοινότητας να προστατεύσει την υφιστάμενη κατάσταση και τα κεκτημένα της. Από τη μελέτη των πρακτικών προκύπτει πως

δεν υπήρξε καμία διάθεση συναίνεσης και αποδοχής του προτεινόμενου συστήματος. Η στάση της αποτέλεσε την υπεράσπιση ενός ιδιωτικοποιημένου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας έναντι της προσπάθειας ανασύστασης ενός δημόσιου συστήματος καθολικής πρόσβασης.

Οι αντιδράσεις των εκπροσώπων της ιατρικής κοινότητας συνάδουν απόλυτα με τη στάση τους όλες τις προηγούμενες δεκαετίες, μπροστά στο ενδεχόμενο ενίσχυσης των δημόσιων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Όπως αναδείχθηκε από τη χρονική περιοδολόγηση των μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας από το 1983, δύο ήταν τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος τα οποία επηρέασαν τη διαμόρφωσή του από την ίδρυση του ΕΣΥ: ο νοσοκομειοκεντρικός του χαρακτήρας και η ολοένα και αυξανόμενη ιδιωτική δαπάνη των χρηστών. Τα δύο αυτά χαρακτηριστικά συνδέονται άμεσα και με τα συμφέροντα της ιατρικής κοινότητας, η οποία έχει επιλέξει διαχρονικά να τα υπερασπίζεται απέναντι σε κάθε προσπάθεια νομοθετικών ή άλλων παρεμβάσεων. Είναι χαρακτηριστικό πως οι συνδικαλιστικές οργανώσεις των γιατρών με μια συντηρητική λογική ανθίστανται σε μεταρρυθμίσεις ακόμα και όταν επιχειρούνται από κυβερνήσεις στις οποίες μπορεί να πρόσκεινται πολιτικά ή και κομματικά. Σε κρίσιμες στιγμές, όταν απειλούνται τα συμφέροντά τους, ενεργούν ως μια ισχυρή και αποφασιστική συντεχνία βάζοντας κατά μέρος την όποια κομματική γραμμή (Νικολέντζος, 2008).

Η νοσοκομειοκεντρική δομή του συστήματος υγείας ενίσχυσε ιδιαίτερα τη θέση των συνδικαλιστικών οργανώσεων των νοσοκομειακών και των πανεπιστημιακών γιατρών σε κάθε περίοδο που προηγούνταν μιας μεταρρύθμισης του συστήματος. Δεδομένου ότι αυτές οι επαγγελματικές ομάδες είχαν διαχρονικά τη δυνατότητα να διαπραγματεύονται με επιτυχία τους όρους εργασίας τους στο πλαίσιο του ΕΣΥ και με παγιωμένη την επαγγελματική τους αυτονομία, χρησιμοποίησαν τη μοναδική τους θέση για την υπεράσπιση των συμφερόντων τους. Ο Πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ) και ο εκπρόσωπος της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (ΟΕΝΓΕ) παρά την παραδοχή πως το ύψος των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υψηλό και πως ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού είναι ουσιαστικής σημασίας για ένα αποτελεσματικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, είδαν στο προτεινόμενο σύστημα μεταξύ άλλων έναν ανασχετικό ρόλο όσον αφορά την πρόσβαση των ασθενών στα υπόλοιπα επίπεδα φροντίδας. Στην πραγματικότητα, το επίδικο ήταν το ενδεχόμενο ανάδειξης ενός άλλου επιπέδου του συστήματος, εκτός από το νοσοκομειακό (δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο) ως βασικότερου και πιο καίριου για την εξυπηρέτηση των ασθενών. Δεν θα πρέπει να λησμονείται πως με βάση το προτεινόμενο νομοσχέδιο, η παροχή των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας θα γινόταν από ομάδες επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο από γιατρούς. Το σύστημα συνεπώς

επεφύλασσε σημαίνουσες θέσεις και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες, όπως οι μαίες ή οι κοινωνικοί λειτουργοί. Κάτι τέτοιο θα σήμαινε την αμφισβήτηση της σπουδαιότητας της ιατρικής ειδικότητας, η οποία όπως προαναφέρθηκε, έχει επέλθει ελάχιστα στην Ελλάδα.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ), προσκείμενος παραδοσιακά στο συντηρητικό χώρο και ελεγχόμενος από κατεστημένα επαγγελματικά συμφέροντα (Φιλαλήθης, 2008), δε συναίνεσε σε καμία από τις προτεινόμενες παρεμβάσεις. Ενδεικτικό ήταν πως μια από τις ρυθμίσεις στις οποίες ο ΠΙΣ έφερε ισχυρές αντιρρήσεις ήταν η δυνατότητα πραγματοποίησης ιατρικών πράξεων και συνταγογράφησης από άλλες επαγγελματικές ομάδες. Η στάση αυτή αποδεικνύει εκ νέου πως η ιατρική κοινότητα ανθίσταται σθεναρά σε οποιαδήποτε απόπειρα μείωσης της επαγγελματικής της ισχύος και μεταβίβασης σε άλλες επαγγελματικές ομάδες προνομίων, που θεωρεί πως της ανήκουν δικαιωματικά.

Η απόπειρα μείωσης των υπηρεσιών που παρέχονται με ιδιωτικές δαπάνες των ασθενών είναι η δεύτερη παράμετρος που καθόρισε την αρνητική στάση των γιατρών απέναντι στην προτεινόμενη μεταρρύθμιση. Η εκπρόσωπος των συμβεβλημένων γιατρών του ΕΟΠΥΥ, υποστήριξε πως η ύπαρξη ενός εκτεταμένου δικτύου ιδιωτών ανά την επικράτεια επαρκούσε για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού, ενώ κατηγόρησε την προτεινόμενη παρέμβαση ως μεροληπτική υπέρ των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και των οικονομικά αδύνατων πολιτών. Όσον αφορά αυτήν την επαγγελματική ομάδα της ιατρικής κοινότητας, η σημαντικότερη ρύθμιση του νομοσχεδίου αφορούσε την κατάργηση του συστήματος των 200 επισκέψεων, οι οποίες συνήθως εξαντλούνταν τις πρώτες μέρες του μήνα. Το νέο πλαίσιο συμβάσεων προέβλεπε δέσμευση χρόνου για τη δωρεάν εξυπηρέτηση των πολιτών καθ' όλη τη διάρκεια του μήνα. Οι συμβεβλημένοι γιατροί θα έπρεπε να δηλώσουν συγκεκριμένο καθημερινό ωράριο εντός του οποίου θα δέχονταν τους εγγεγραμμένους σε αυτούς πολίτες δωρεάν, ενώ ο δεσμευμένος χρόνος σε εβδομαδιαία βάση δεν θα μπορούσε να υπολείπεται των 24 ωρών. Με τον τρόπο αυτό ο έλεγχος πραγματοποίησης των επισκέψεων γινόταν πολύ αποτελεσματικότερος και συνεπώς η αποζημίωση των γιατρών δεν γινόταν χωρίς τη διαπίστωση πως όντως είχαν παράσχει τις υπηρεσίες για τις οποίες είχαν δεσμευτεί.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται συνοπτικά οι απόψεις και οι αντιρρήσεις που εκφράστηκαν στο υπό συζήτηση νομοσχέδιο στην εν λόγω συνεδρίαση.

Φορέας Απασχόλησης	Εκπρόσωποι ιατρικής κοινότητας	Αντιρρήσεις σε προτεινόμενες ρυθμίσεις	Συμφωνία με στοιχεία του Ν/Σ	Συναίνεση στο προτεινόμενο Ν/Σ
<b>Δημόσιο Σύστημα</b>	<p>Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ)</p>		<p>Οι ιδιωτικές δαπάνες για την ΠΦΥ είναι πολύ υψηλές με αποτέλεσμα τη δημιουργία προσκομμάτων στην πρόσβαση</p> <p>Υποχρηματοδότηση και ιδιωτικοποίηση του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ οδηγούν στην πλημμελή λειτουργία των μονάδων</p>	<p>Καμία συναίνεση</p> <p>Το Ν/Σ υλοποιούσε μνημονιακές δεσμεύσεις</p>
	<p>Εκπρόσωπος της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ)</p>	<p>Ανασχετικός ρόλος των ΤοΜΥ στη ροή των ασθενών της τα υπόλοιπα επίπεδα φροντίδας</p> <p>Μη διασφάλιση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών</p> <p>Μη ενδεδειγμένη αναλογία μεταξύ πληθυσμού ευθύνης και επαγγελματιών υγείας</p> <p>Μη ολοκληρωμένος σχεδιασμός της μεταρρύθμισης</p> <p>Χρηματοδότηση: κοινοτικοί πόροι, προπομπός της πλήρους ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών</p> <p>Ανησυχία σε σχέση με τη δυνατότητα εκπλήρωσης των υποχρεώσεων εκ μέρους των μελών των διεπιστημονικών ομάδων</p>		<p>Καμία συναίνεση</p>



		των ΤοΜΥ		
	<p>Πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Υγειονομικού Προσωπικού Π.Ε.Δ.Υ.</p>	<p>Αντιρρήσεις για διευρυμένο ωράριο λειτουργίας δομών</p> <p>Λειτουργία του Ο.Ι. ως πυλωρού θα δημιουργήσει προσκόμματα στην πρόσβαση των ληπτών</p> <p>Η πληθώρα των ειδικών γιατρών μια ικανή συνθήκη για την αυτοπαραπομπή των ασθενών</p>	<p>Γενική στήριξη θεσμού ΤοΜΥ και ρόλου Ο.Ι.</p>	<p>Καμία συναίνεση</p>
	<p>Γενική Γραμματέας της Ομοσπονδίας Ιατρών Πλήρους &amp; Αποκλειστικής Απασχόλησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας</p>	<p>Κανένας λόγος δημιουργίας νέων μονάδων ΠΦΥ</p> <p>Κενά στο κομμάτι της χρηματοδότησης</p>	<p>Αναγκαιότητα ΤοΜΥ για την επιδημιολογική μελέτη πληθυσμών ευθύνης,</p> <p>Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας</p> <p>Πρόληψη και προαγωγή υγείας</p> <p>Υποστήριξη Ο.Ι. ως gate keeper του συστήματος</p>	<p>Καμία συναίνεση</p>

<b>Ιδιωτική Αγορά</b>	Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ)	Αντιρρήσεις σε σχέση με τη λειτουργία του Ο.Ι. ως πυλώρου του συστήματος	Υποστήριξη θεσμού Ο.Ι.	Καμία συναίνεση  Το περιεχόμενο του Ν/Σ ήταν αντίθετο με πάγιες θέσεις του ιατρικού κόσμου
	Πρόεδρος της Ένωσης Ιατρών ΕΟΠΥΥ	<p style="text-align: center;">Ύπαρξη μεγάλου και οικονομικά αποδοτικού δικτύου των ιδιωτικών ιατρείων και διαγνωστικών εργαστηρίων που έχουν συμβληθεί και χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ</p> <p style="text-align: center;">Ανησυχία για σταδιακή αντικατάσταση του ιδιωτικού τομέα από ένα δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ</p> <p style="text-align: center;">Σχέση εργασίας πλήρους &amp; αποκλειστικής απασχόλησης δεν παρέχει κίνητρα για αύξηση της αποδοτικότητας των γιατρών</p> <p style="text-align: center;">Πιθανότητα περιορισμένου ενδιαφέροντος εκ μέρους της ιατρικής κοινότητας για τη στελέχωση των νέων μονάδων</p> <p style="text-align: center;">Ανησυχία σε σχέση με βαθμό ανταπόκρισης των δομών του δεύτερου επιπέδου της ΠΦ και του ΕΣΥ</p> <p style="text-align: center;">Ουσιαστική μεροληψία του Ν/Σ υπέρ της δημόσιας παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, σε σχέση με τους ιδιώτες παρόχους που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ</p>		Καμία συναίνεση

	<p>Πρόεδρος της Ελληνικής Ένωσης Γενικής Ιατρικής</p>	<p>Θεσμός Ο.Ι. ως μέσο παρεμπόδισης της πρόσβασης των ασθενών στο σύστημα.</p> <p>Χρηματοδότηση από κοινοτικούς πόρους</p> <p>Μη ελκυστικότητα θέσεων εργασίας</p> <p>Το προτεινόμενο σχέδιο δεν είχε την αποδοχή του ιατρικού κόσμου, παρά των μεμονωμένων επαγγελματιών που είχαν πρόσβαση στα κέντρα λήψης αποφάσεων.</p> <p>Επιφυλάξεις για την επίτευξη ικανοποιητικού βαθμού στελέχωσης των δομών</p> <p>Αντιρρήσεις για τον τρόπο αποζημίωσης των γιατρών</p> <p>Ανεπάρκεια περιγραφής στη διαδικασία παραπομπής,</p> <p>Μεγάλος αριθμός των εγγεγραμμένων ανά οικογενειακό γιατρό</p> <p>Βασικοί στόχοι του νομοσχεδίου:  -η μεροληψία υπέρ των οικονομικά/κοινωνικά αδύναμων πολιτών  -η δημιουργία ενός συστήματος με χαμηλές δαπάνες.</p>	<p>Ενίσχυση της ΠΦΥ καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού</p>	<p>Καμία συναίνεση</p>
--	---	--	--	------------------------

	<p>Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής (ΕΛ.Ε.ΓΕ.ΙΑ.)</p>	<p>Διαφορετικές εργασιακές σχέσεις</p> <p>Πάγια αντιμισθία &amp; καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ενδεχόμενο ανασχετικής επίδρασης στην επιτυχία του εγχειρήματος</p> <p>Ανησυχία σε σχέση με βιωσιμότητα του εγχειρήματος</p> <p>Ενδεχόμενο έλλειψης ενδιαφέροντος για συμμετοχή εκ μέρους των παιδιάτρων</p>	<p>Σύστημα παραπομπών</p> <p>Υποστήριξη θεσμού Ο.Ι</p>	<p>Καμία συναίνεση</p>

### 5.3. Οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας μετά τη ψήφιση του νόμου 4486/2017

Οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας συνεχίστηκαν και μετά τη ψήφιση του νόμου και ουσιαστικά, παρά αυτήν. Οι ιατρικοί σύλλογοι προκήρυξαν απεργίες<sup>7</sup>, τα βασικά αιτήματα των οποίων ήταν η μη εφαρμογή ή η κατάργηση των προβλέψεων του νόμου 4486/2017 σχετικά με:

- την ανάθεση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού στους παθολόγους και τους γενικούς γιατρούς που εργάζονταν ήδη στο σύστημα

- τη διορία που είχε τεθεί έως αρχικά, τον Μάρτιο του 2018 και εν συνεχεία το τέλος του έτους, στους γιατρούς που εργάζονταν στο δημόσιο σύστημα και εξακολουθούσαν παράλληλα να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία, να επιλέξουν ένα από τα δύο εργασιακά καθεστάτα.

Όσον αφορά το πρώτο μέτρο, επρόκειτο για τη ρύθμιση του άρθρου 6 του ν.4486/2017, σύμφωνα με την οποία ως οικογενειακοί ιατροί ορίστηκαν γιατροί ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ενώ παράλληλα κάθε γιατρός είχε εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, ο ανώτατος αριθμός του οποίου ήταν 2.250 άτομα. Στο πλαίσιο της απόπειρας να ακυρώσουν στην πράξη την εφαρμογή των νομοθετικών ρυθμίσεων, οι γιατροί, εκτός από τη συμμετοχή τους σε απεργιακές και άλλες κινητοποιήσεις, επέλεξαν και άλλους τρόπους αντίδρασης.

Καταρχάς αρνήθηκαν να εγγράψουν τον πληθυσμό, ο οποίος έκανε το σχετικό αίτημα μέσω της αντίστοιχης ηλεκτρονικής πλατφόρμας, ενώ παράλληλα προσέφυγαν δικαστικά εναντίον της νομοθετικής ρύθμισης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ολοένα και αυξανόμενη δυσφορία του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, ο οποίος είτε αιτούνταν την εγγραφή σε οικογενειακό γιατρό και αυτή δεν ολοκληρωνόταν ποτέ, είτε, και λόγω της ελλιπούς πληροφόρησης εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας, δυσκολευόταν να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες ΠΦΥ.

Η προσφυγή της ιατρικής κοινότητας στη δικαιοσύνη στόχευε στην ακύρωση της ρύθμισης του νόμου σχετικά με τον ορισμό τους ως οικογενειακών γιατρών. Τον Απρίλιο του 2019 έγινε τελικά δεκτή η αγωγή ασφαλιστικών μέτρων που είχαν υποβάλλει 64 γιατροί οι οποίοι εργάζονταν σε δομές ΠΦΥ της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας με την υπ' αριθμ. 1845/29.03.2019 απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου. Με την εκδίκαση της αγωγής για επιβολή ασφαλιστικών μέτρων ουσιαστικά απαγορευόταν πλέον, έως και την οριστική εκδίκαση της υπόθεσης, το Υπουργείο Υγείας να εκδόσει κανονιστική πράξη με την οποία οι συγκεκριμένοι γιατροί θα έπρεπε να εργαστούν ως οικογενειακοί γιατροί, χωρίς τη

---

<sup>7</sup> Δελτίο Τύπου Πανελλήνιας ομοσπονδίας συλλόγων επιστημονικού υγειονομικού προσωπικού ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ (ΠΟΣΕΥΠΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ)

συγκατάθεσή τους. Φυσικά αυτοί δεν ήταν οι μόνοι που είχαν προσφύγει στη δικαιοσύνη. Αναμένεται ακόμη η εκδίκαση και άλλων σχετικών αγωγών, η έκβαση των οποίων είναι εξαιρετικά πιθανό να είναι η ίδια με την προαναφερθείσα απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου.

Η δεύτερη θεσπισμένη ρύθμιση αφορούσε την επιλογή μεταξύ της θέσης του οικογενειακού γιατρού στο δημόσιο σύστημα ή της διατήρησης του ιδιωτικού ιατρείου. Μερίδα γιατρών των Κέντρων Υγείας που εργάζονταν και ως ιδιώτες προσέφυγε επίσης στη δικαιοσύνη. Θα πρέπει να σημειωθεί πως η σχετική ρύθμιση συμπεριλαμβανόταν σε νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας για τη Ψυχική Υγεία, ενώ η αρχική προθεσμία για την υποβολή της αίτησης παραμονής στο δημόσιο σύστημα ήταν η 31<sup>η</sup> Ιουνίου του 2017 και για την οριστική παύση λειτουργίας των ιατρείων, η 31<sup>η</sup> Μαρτίου του 2018. Ωστόσο, τον Μάρτιο του 2018, το Υπουργείο Υγείας έκανε δεκτό σχετικό αίτημα της ιατρικής κοινότητας και παρέτεινε την προθεσμία για το κλείσιμο των ιδιωτικών ιατρείων έως τις 31 Δεκεμβρίου του 2018. Η επιλογή ανάμεσα στα δύο εργασιακά καθεστάτα αφορούσε και τους γιατρούς, οι οποίοι είχαν ήδη προσφύγει στη Δικαιοσύνη και δυνάμει δικαστικών αποφάσεων επιβολής ασφαλιστικών μέτρων, εξακολουθούσαν να εργάζονται στο δημόσιο σύστημα και να διατηρούν το ιδιωτικό τους ιατρείο. Το Υπουργείο Υγείας, σε μία προσπάθεια η πλειονότητα των γιατρών να επιλέξουν να μείνουν στο δημόσιο σύστημα ΠΦΥ, νομοθέτησε όσο το δυνατόν περισσότερες ευνοϊκές ρυθμίσεις ως κίνητρα παραμονής σε αυτό: κατάταξη στο βαθμό του Διευθυντή, δυνατότητα των γιατρών με «νοσοκομειακές» ειδικότητες να έχουν ενεργό συμμετοχή στην πρωινή και απογευματινή λειτουργία και στην εφημερία των όμορων νοσοκομείων με την αντίστοιχη αποζημίωση.

Τον Ιανουάριο του 2018 μια νέα δικαστική απόφαση επέτρεψε σε 283 γιατρούς να επιστρέψουν στο ΕΣΥ, χωρίς την υποχρέωση να κλείσουν το ιδιωτικό τους ιατρείο στο τέλος του 2018, ενώ τους επιδικάστηκε και αποζημίωση περίπου 24.000 ευρώ στον καθένα για το διάστημα από 01.04.2014 έως 31.03.2015. Οι οργανικές θέσεις των γιατρών αυτών ανήκαν σχεδόν σε όλες τις Υγειονομικές Περιφέρειες: 1<sup>η</sup> (Κεντρική και Ανατολική Αττική), 2<sup>η</sup> (Πειραιάς και Αιγαίο), 5<sup>η</sup> (Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα), 6<sup>η</sup> (Πελοπόννησος, Ήπειρος, Ιόνια Νησιά και Δυτική Ελλάδα) και 7<sup>η</sup> (Κρήτη). Συνεπώς, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως δυνάμει των δικαστικών αποφάσεων αυτών μια σημαντική παράμετρος της πρόσφατα θεσπισμένης νομοθεσίας ακυρώθηκε από τη δικαστική εξουσία και σχεδόν στο σύνολο της επικράτειας, αντίθετα με τη βούληση και τις ενέργειες της νομοθετικής εξουσίας. Επιπροσθέτως, με την

εφαρμογή των δικαστικών αυτών αποφάσεων, δημιουργήθηκαν για ακόμα μία φορά εργαζόμενοι δύο ταχυτήτων, καθώς υπήρξαν και γιατροί οι οποίοι δεν είχαν προσφύγει στη δικαιοσύνη, αλλά επέλεξαν την παραμονή τους στο δημόσιο σύστημα, κλείνοντας τα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Μια ακόμα έμπρακτη αντίδραση της ιατρικής κοινότητας στην πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση εκδηλώθηκε μετά την προκήρυξη της πρόσκλησης ενδιαφέροντος για 2.868 θέσεις προκειμένου να στελεχωθούν οι ΤΟΜΥ, τον Αύγουστο του 2017. Μια δεύτερη προκήρυξη ακολούθησε τον Ιούλιο του 2018 (953 θέσεις), όμως η ανταπόκριση των γιατρών δεν ήταν η αναμενόμενη από την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας. Η εξήγηση που δόθηκε από τους ίδιους τους εκπροσώπους της ιατρικής κοινότητας ήταν πως ο τρόπος της χρηματοδότησης από κοινοτικούς πόρους προσέδιδε στο εγχείρημα προσωρινό χαρακτήρα και αβεβαιότητα για τη βιωσιμότητά του. Ένα ακόμα από τα επιχειρήματα προκειμένου να αποθαρρυνθούν οι γιατροί από τη συμμετοχή τους στη στελέχωση των ΤΟΜΥ αφορούσε το εργασιακό καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, καθώς οι εκπρόσωποί τους επικαλούνταν την απαγόρευση άσκησης ιδιωτικού έργου ως το βασικό αίτιο του μειωμένου ενδιαφέροντος.

Στη λειτουργία των ΤΟΜΥ αντιδρούσαν και οι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι θα συμβάλλονταν με τον ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, οι πολίτες και οι ασθενείς δεν χρειάζονται οικογενειακό ή γενικό γιατρό προκειμένου να τους καθοδηγήσει σε κάποιον ειδικό γιατρό μέσα στο σύστημα υγείας, αφού οι γνώσεις τους επαρκούν πλέον για την επιλογή του ειδικού γιατρού από τους ίδιους, ανάλογα με τα συμπτώματά τους. Σε ένα λιγότερο ορατό επίπεδο, μια βασική συνέπεια της εύρυθμης και απρόσκοπτης λειτουργίας των ΤΟΜΥ θα ήταν ο ολοένα και μειούμενος αριθμός συμβάσεων μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των ιδιωτών γιατρών, εφόσον πλέον οι ανάγκες του πληθυσμού σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα καλύπτονταν από τις νέες δομές.

Οι αντιδράσεις της ιατρικής κοινότητας στη μεταρρύθμιση του συστήματος, η οποία περιλάμβανε τη δημιουργία και την ανάπτυξη νέων δομών μέσα στο δημόσιο σύστημα αλλά και τον εξορθολογισμό της λειτουργίας των ήδη υφιστάμενων, αποτελούν την εκδήλωση του φαινομένου της μετατροπής, όπως αυτή παρουσιάστηκε στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Από την ανάλυση που προηγήθηκε διαπιστώνουμε πως οι αρχικοί κανόνες δικαίου που θεσπίστηκαν έμειναν κατ' ουσία άθικτοι. Εντούτοις, η ιατρική κοινότητα ως παίκτης αρνησικυρίας κατάφερε την αδρανοποίηση της εφαρμογής τους, είτε με την άρνησή της να συμμετάσχει στο νέο σύστημα, είτε με την προσφυγή στη δικαιοσύνη ώστε να ακυρωθεί η εφαρμογή θεσπισμένων κανόνων δικαίου. Είναι χαρακτηριστικό πως οι εκπρόσωποι της

ιατρικής κοινότητας κατά την ακρόαση των φορέων πριν από τη ψήφιση του νομοσχεδίου είχαν τονίσει το γεγονός πως δεν είχαν συμμετάσχει όλοι στη διαμόρφωση των κανόνων και αυτός ήταν ένας ακόμη λόγος για την μη αποδοχή τους.

Η διαδικασία της μετατροπής στην εξεταζόμενη περίπτωση εντοπίζεται και στο γεγονός πως οι φορείς που διαμόρφωσαν την υιοθετούμενη πολιτική, εν προκειμένω η πολιτική-νομοθετική εξουσία, ήταν διαφορετικοί από τους φορείς που κλήθηκαν να την υλοποιήσουν (εκτελεστική εξουσία και Δημόσια Διοίκηση). Οι απόπειρες ελλειπούς ή μη εφαρμογής του νέου συστήματος έλαβαν χώρα σε ένα λιγότερο ορατό πεδίο από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας και εν γένει τους πολίτες. Τα μέλη της ιατρικής κοινότητας ως δρώντες αρνησικυρίας παρεμπόδισαν αρκετά αποτελεσματικά την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, αρνούμενα τα ίδια να εφαρμόσουν νομοθετημένα μέτρα, ενώ παράλληλα προσέφυγαν στη δικαιοσύνη, παρακάμπτοντας ουσιαστικά τη νομοθετική εξουσία. Οι διαδικασίες αυτές ήταν στην πλειοψηφία τους δράσεις τις οποίες δύσκολα θα μπορούσαν να εντοπίσουν κάποιοι εκτός των πολιτικών δρώντων που εμπλέκονταν άμεσα στην θεσμοθέτηση και την υλοποίηση των διαδικασιών.

Νευραλγικό ρόλο στην παρεμπόδιση της εφαρμογής του θεσμικού πλαισίου διαδραμάτισε, όπως έχει ήδη αναλυθεί, η προνομιακή θέση των γιατρών στο σύστημα ως παίκτες αρνησικυρίας με ιδιαίτερη ισχύ. Η ισχύς αυτή έχει διαμορφωθεί και παγιωθεί διαχρονικά, ενώ στο «θεσμικό τρίγωνο» που διαμορφώνεται μεταξύ της ιατρικής κοινότητας, της Δημόσιας Διοίκησης και των πολιτών/ασθενών, η πρώτη είναι αυτή που έχει την μεγαλύτερη ισχύ από όλες. Άλλωστε πρόκειται για ομάδα πίεσης, η οποία διαχρονικά κατέχει προνομιακή θέση προκειμένου να προστατεύσει τα κεκτημένα της. Η δεσπόζουσα θέση της ιατρικής κοινότητας είναι αυτή που της επέτρεψε για ακόμα μια φορά να διατηρήσει το υφιστάμενο status quo προς όφελός της, εμποδίζοντας τη δημιουργία νέων θεσμών ή την τροποποίηση/μεταρρύθμιση υφιστάμενων. Δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί ότι οι πολιτικές υγείας επηρεάζουν άμεσα το εισόδημα, τις συνθήκες εργασίας, τη δυνατότητα αξιοποίησης των γνώσεων, της εξουσίας και του κύρους της. Είναι προφανείς λοιπόν οι λόγοι για τους οποίους η ιατρική κοινότητα δραστηριοποιήθηκε όσο το δυνατόν περισσότερο προκειμένου να παρεμπόδισει την μεταρρύθμιση της ΠΦΥ.



## Συμπεράσματα

Η χρονική περίοδος συγγραφής της παρούσας εργασίας, συνέπεσε με την πλήρη εξέλιξη της πανδημίας Covid-19 και με τις ανυπολόγιστες, ακόμα, συνέπειές της στον κοινωνικό ιστό, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στο προσδόκιμο ζωής της χώρας, σε ανθρώπινες ζωές. Η συνθήκη αυτή απέδειξε για ακόμα μία φορά, με τον πιο αδιαμφισβήτητο τρόπο, πως η Υγεία είναι ένας από τους σημαντικότερους τομείς - αν όχι ο πιο σημαντικός - της Κοινωνικής Πολιτικής και του Κοινωνικού Κράτους, αφού συνδέεται άμεσα με την ίδια την ανθρώπινη ζωή και την ποιότητά της. Το δικαίωμα πρόσβασης σε αυτήν μέσω ενός πλήρους φάσματος ποιοτικών υπηρεσιών υγείας είναι μια αναγκαία συνθήκη για την κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη.

Ένας αποτελεσματικός και δίκαιος τρόπος πρόσβασης όλων σε υπηρεσίες υγείας, εκτός από τη δωρεάν παροχή τους, είναι και ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός πλήρους και αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Δεδομένου ότι ο στόχος αυτού του υποσυστήματος είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας ενός πληθυσμού και η προαγωγή της υγείας του, οι υπηρεσίες του θα πρέπει να συμβάλλουν στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των ασθενών. Αυτό το τρίπτυχο μετουσιώνει τη διαδικασία εκδημοκρατισμού της υγείας: το κέντρο βάρους μετατοπίζεται από τον γιατρό στο άτομο. Αυτό δε γίνεται πλέον αντιληπτό ως ένας μεμονωμένος ιδιώτης, αλλά ως μέλος μιας κοινότητας με συγκεκριμένες ανάγκες και χαρακτηριστικά.

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να εξετάσει τον ρόλο της ιατρικής κοινότητας στην ελλιπή εφαρμογή της πιο πρόσφατης μεταρρύθμισης του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποίησε τα θεωρητικά εργαλεία της νεοθεσμικής προσέγγισης, της μετατροπής και των σημείων αρνησικυρίας. Η δομή προσέγγισης του θέματος πλαισιώθηκε με τις σχετικές θεωρίες της πολιτικής επιστήμης και την ιστορική αναδρομή στη διαμόρφωση του περιεχομένου της ΠΦΥ σε διεθνές επίπεδο. Κατόπιν, μέσω της περιοδολόγησης των ελληνικών μεταρρυθμίσεων, αναδείχθηκε πως η εισαγωγή των ιδιωτών στον τομέα της Υγείας αποτέλεσε το «κρίσιμο σταυροδρόμι» από το οποίο ξεκίνησε η εξαρτημένη της πορεία προς την εμπορευματοποίηση των υπηρεσιών της.

Όλες οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος ΠΦΥ είτε χαρακτηρίστηκαν από ατολμία, είτε δεν εφαρμόστηκαν ποτέ πλήρως. Κομβικό ρόλο ειδικά στις αποτυχημένες αυτές προσπάθειες εξορθολογισμού του συστήματος φαίνεται να έχει η ιατρική κοινότητα, ως βασικός παίκτης αρνησικυρίας. Επιστρατεύοντας τακτικές, οι οποίες εντάσσονται ως επί το πλείστον στη διαδικασία της μετατροπής, πέτυχαν την πολιτική αμφισβήτηση των σκοπών των εκάστοτε

μεταρρυθμίσεων, την εν τοις πράγμασι ακύρωση των θεσπισμένων κανόνων, την ίδια στιγμή που οι ίδιοι οι κανόνες παρέμειναν σχεδόν άθικτοι.

Ειδικότερα, η πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση του συστήματος ΠΦΥ, με τη θέσπιση του νόμου 4486/2017, κατέδειξε πως τα σημεία αρνησικυρίας, τα οποία επέτρεψαν στην ιατρική κοινότητα να παρεμποδίσει την πλήρη εφαρμογή του, εντοπίστηκαν περισσότερο στο στάδιο της υλοποίησής του. Παρόλο που η ιατρική κοινότητα εκδήλωσε την αντίθεσή της και πριν τη ψήφιση του νόμου, η εκτελεστική εξουσία δεν αντιμετώπισε ιδιαίτερα εμπόδια κατά τη διαδικασία νομοθέτησης. Ωστόσο δεν συνέβη το ίδιο και στα επόμενα στάδια της υλοποίησης και εφαρμογής του νέου συστήματος.

Ένα από τα στοιχεία που αναδείχθηκαν από την παρούσα μελέτη είναι η διαπίστωση της διαχρονικής, έντονης παρουσίας του ιατρικού κόσμου σε κομματικά όργανα, στο Κοινοβούλιο και στους υπουργικούς θώκους. Αυτή επέτρεψε τη συστηματική υπεράσπιση των συμφερόντων και των κεκτημένων του σε όλες τις απόπειρες παρέμβασης στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Εξετάζοντας κατ' επέκταση το θεσμικό τρίγωνο Πολιτικής Εξουσίας-Γραφειοκρατίας-Κοινωνίας των Πολιτών διαπιστώθηκε πως ο πρώτος πόλος έχει πολύ μεγαλύτερο περιθώριο άσκησης αρνησικυρίας από τη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα από τους άλλους δύο. Οι στενές σχέσεις μεταξύ της πολιτικής εξουσίας και της ιατρικής κοινότητας δίνει στη δεύτερη τη δυνατότητα να παρέμβει ουσιαστικά στα πεδία χάραξης και υλοποίησης της αντίστοιχης πολιτικής. Η δυνατότητα αυτή ενισχύεται και από την έλλειψη μακροπρόθεσμων και κοινά αποδεκτών στόχων και σχεδιασμού πολιτικών. Στο θεσμικό αυτό τρίγωνο οι ρόλοι της Γραφειοκρατίας και της Κοινωνίας των Πολιτών εμφανίζονται πιο αδύναμοι να παρέμβουν σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας. Ο ρόλος των πολιτών αποδυναμώνεται περαιτέρω εάν συνυπολογιστεί και η ισχύς του ιατρικού πατερναλιστικού μοντέλου και του στερεότυπου της σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς, ως μιας εξουσιαστικής σχέσης του πρώτου στον δεύτερο.

Στο εσωτερικό της ιατρικής κοινότητας εντοπίστηκαν δύο κατηγορίες, με βάση το εργασιακό τους καθεστώς. Αυτός ο τρόπος διάκρισης αντικατοπτρίζει τα δύο διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας) και εν γένει διαφοροποιεί το περιεχόμενο των διεκδικήσεων αυτών των δύο κατηγοριών εργαζομένων. Εντούτοις, στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε πως ενόψει της πιθανότητας μεταρρύθμισης και εξορθολογισμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, τόσο οι ιδιώτες γιατροί, όσο και όσοι εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αποκτούν έναν κοινό παρανομαστή, ο οποίος λειτουργεί διαχρονικά ως το σημείο σύγκλισης των αντιδράσεών τους. Σε αυτόν εντοπίζεται και η διαδικασία των αυξουσών αποδόσεων, καθώς οι αντιδράσεις που

προκαλούνται έναντι κάθε απόπειρας θεσμικής αναπροσαρμογής του συστήματος έχει ως στόχο τη διατήρηση του υφιστάμενου επαγγελματικού κύρους και των αποδοχών της ιατρικής κοινότητας. Το νοσοκομειοκεντρικό σύστημα προσφέρει περαιτέρω ενίσχυση της ισχύος αρνησικυρίας στους γιατρούς του ΕΣΥ και τους πανεπιστημιακούς.

Αποδεικνύεται συνεπώς, πως έως σήμερα, η ιατρική κοινότητα, ως ομάδα πίεσης, εξακολουθεί να διαθέτει επαρκή ισχύ ώστε να εμποδίζει αλλαγές ή μεταρρυθμίσεις που αντιτίθενται στα κλαδικά της συμφέροντα. Ως ένα μέσο αντιμετώπισης της υφιστάμενης κατάστασης φαίνεται να αναδεικνύεται τουλάχιστον από την παρούσα μελέτη η ενίσχυση των δύο έτερων πόλων του θεσμικού τριγώνου που αναλύθηκε εδώ. Η ενίσχυση του ρόλου της Γραφειοκρατίας στο σχεδιασμό και την υλοποίηση ενός μακρόπνοου σχεδίου διασφάλισης της παροχής δωρεάν και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και η ενδυνάμωση της Κοινωνίας των Πολιτών, όχι μέσω μιας ασθενοκεντρικής προσέγγισης, αλλά ως κοινωνικό και συνολικό πρόταγμα διεκδίκησης όλων των πολιτών, θα μπορούσαν να αποδυναμώσουν σταδιακά την ισχύ αρνησικυρίας της ιατρικής κοινότητας και να στηρίξουν μελλοντικές παρεμβάσεις εξορθολογισμού και εξυγίανσης του συστήματος παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

## Πηγές – Βιβλιογραφία

### Νόμοι

N.1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας»

N.2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας»

N.2519/1997 «Ανάπτυξη και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»

N.2889/2001 «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις»

N.3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

N.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

N.4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις»

N.4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»

### Αιτιολογικές Εκθέσεις

Αιτιολογική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»

<https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/mfrohealth-eis-olo.pdf>

### Ιστοσελίδες

[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) Declaration of Alma-Ata

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%BF\\_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82\\_\(%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1\)\\_%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%BF_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_(%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1)_%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1) Υπουργείο Υγείας (Ελλάδα)

Δελτίο Τύπου Πανελλήνιας ομοσπονδίας συλλόγων επιστημονικού υγειονομικού προσωπικού ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ (ΠΟΣΕΥΠΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ)

<http://www.seypikathes.gr/el/Portals/0/Templates/%CE%94%CE%95%CE%9B%CE%A4%CE%99%CE%9F%20%CE%A4%CE%A5%CE%A0%CE%9F%CE%A5%20%CE%91%CE%A0%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%99%CE%91%CE%A3%204%20&%205-10-2018.pdf>

<https://www.healthreport.gr/%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CF%81%CE%AD%CF%86%CE%BF%CF%85%CE%BD-%CF%83%CF%84%CE%BF-%CE%B5%CF%83%CF%85-%CF%80%CF%81%CF%8E%CE%B7%CE%BD-%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CE%AF-%CF%84%CE%BF%CF%85/>

<https://virus.com.gr/apofasi-chastouki-gia-tis-apolysis-tou-nomou-georgiadi/>

<https://e-thessalia.gr/magnisia-molis-dyo-giatri-echoun-ekdilosi-endiaferon-gia-tis-20-thesis-topikes-monades-ygias/>

<https://www.dimokratianews.gr/dimokratia/kindynos-gia-fiasko-me-ti-nea-protovathmia-frontida-ygeias/>

## **Βιβλιογραφία**

### **Ελληνόγλωσση**

Βενιέρης Δ., Παπαθεοδώρου Χρ. «Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα-Προκλήσεις και Προοπτικές», Αθήνα 2003, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα

Βουλή των Ελλήνων, Γραφείο Προϋπολογισμού, 2014, Πολιτικές ελαχίστου εισοδήματος στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα: Μια συγκριτική ανάλυση

<http://www.taxheaven.gr/news/news/view/id/20513>

Κουρής, Γ. και Φιλαλήθης, Α. (2009), Αξιολόγηση της πολιτικής για την υγεία στην Ελλάδα (2000-2006): Ασυνέχεια πολιτικής και μετάθεση στόχων, στο Δικαίος Κ., Πεμπτεζόγλου, Μ., Πετμεζίδου, Μ. (επιμ.), Κοινωνική Πολιτική, Κοινωνική Διοίκηση, Κοινωνική Εργασία και Κοινωνική Παρέμβαση: Παρούσα κατάσταση και μελλοντικές τάσεις και προοπτικές. Πρακτικά Πανεργατικού Συνεδρίου για τον εορτασμό της 10ετίας του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Αθήνα: Κριτική. [σελ. 347-367]

Μωραΐτης Ε, Γεωργούση Ε, Ζηλίδης Χ, Θεοδώρου Μ, Πολύζος Ν. (1995) «Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής», Αθήνα: Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας.

Μωυσή Κορνηλία, (2020) Διπλωματική Εργασία «Η “Μνημονιακή” Μεταρρύθμιση του Κλάδου Υγείας της Κοινωνικής Ασφάλισης: Αποτελέσματα και Προοπτικές», Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Πολιτικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Κατεύθυνση: «Πολιτική Ανάλυση»

Ξύδης Γ. «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα Αξιολόγηση από τους λειτουργούς της», Πανεπιστήμιο Πειραιώς-Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης- Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας», Πειραιάς, 2014.

Οικονόμου Χαράλαμπος, (2012) Επιστημονική Έκθεση «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Φιλαλήθης Α. (2008) «30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας;», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής*, Τόμος 20, Τεύχος 3.

## **Ξενόγλωσση**

### **A**

Azzopardi-Muscat, Natasha, Timo Clemens, Deborah Stoner, and Helmut Brand. 2015. “EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors.” *Health Policy* 119: 375-83.

### **B**

Bohoslavsky, Juan Pablo. 2015. “End of Mission Statement.” Athens: December 8. Retrieved 12 February 2016 from

[http://www.ohchr.org/Documents/Issues/IEDebt/EOM\\_Statement\\_Greece\\_IEForeignDebt\\_EN.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/IEDebt/EOM_Statement_Greece_IEForeignDebt_EN.pdf)

Bryant J. H., *Health and the Developing World* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 1969), ix–x.

Bulletin of the World Health Organization | October 2008, 86 (10)

Burgi Noëlle. The Downsizing and Commodification of Healthcare: The Appalling Greek Experience Since 2010. E. Doxiadis and A. Plakas. Living under Austerity. Greek Society in Crisis, Berghahn Books, pp.217-250, 2018, 9781785339332. fhal-01968005f

Ανακτήθηκε από <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01968005>

Burki Talha, “Health under austerity in Greece”, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 391 February 10, 2018

Ανακτήθηκε από: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30242-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30242-3)

## C

Christian Medical Commission “The Commission’s Current Understanding of its Task” (paper presented at the annual meeting of the Christian Medical Commission, September 2–6, 1968)

Colombotos, J., & Fakiolas, N. P. (1993). The Power of Organised Medicine in Greece. In F. . Hafferty & J. B. McKinlay (Eds.), *The Changing Medical Profession: An International Perspective*. New York: Oxford University Press

Christian Medical Commission (CMC), First Meeting, Geneva, September 1968, 1.

CMC’s letter of application for nongovernmental organization (NGO) relationship with WHO, February 3, 1969, WHO Archives, Fonds Records of the Central Registry, third generation of files, 1955–1983 (WHO.3), file N61/348/77.

CSDH (Commission on Social Determinants of Health). 2008. Closing the gap in a generation: Health equity through action on social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Accessed 02 April 2015 from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf).

## D

Interview with David Tejada-de-Rivero, in *World Federation of Public Health Associations, Conference Bulletin 1* (1977): 1, Folder “WHO International Conference on Primary Health Care 1978, November 1977–January 1978,” P/21

Djukanovic, V, Mach, E. P, World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1975). *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries : a joint UNICEF/WHO study* / edited by V. Djukanovic, E. P. Mach. World Health Organization.

Ανακτήθηκε από: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40076>

Djukanovic V. and E. P. Mach, eds., *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries: A Joint UNICEF/WHO Study* (Geneva: WHO, 1975), 110.

## E

Economou Charalampos, Kaitelidou, Daphne, Karanikolos, Marina, Maresso Anna, *Health Systems in Transition* Vol. 19 No. 5 2017 Greece Health system review, World Health Organization 2017, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, σελ.85

Evans JR, Hall KL, Warford JN, Shattuck Lecture--health care in the developing world: problems of scarcity and choice. *Engl J Med*. 1981 Nov 5; 305(19):1117-27.

## F

Forgotson, E. H., & Forgotson, J. (1970). Innovations and experiments in uses of health manpower: a study of selected programs and problems in the United Kingdom and the Soviet Union. *Medical care*, 8(1), 3–14.

Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1097/00005650-197001000-00002>

## G

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet (London, England)*, 389(10083), 1981–2004.

Ανακτήθηκε από: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30874-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30874-7)

Gollancz Victor(1934), Semashko NA. *Health Protection in the USSR*. London



Griffin, Keith and Khan, Azur, Globalization and the Developing World: An Essay on the International Dimensions of Development in the Post-Cold War Era (July 16, 1992). UNDP Human Development Report Office Paper No. 2,

Ανακτήθηκε από: <https://ssrn.com/abstract=2294619>

## **H**

Hacker Jacob S., Paul Pierson, and Kathleen Thelen (2015) «Drift and conversion: hidden faces of institutional change». *Strategies for Social Inquiry Advances in Comparative-Historical Analysis*, edited by James Mahoney and Kathleen Thelen. Cambridge University Press, σελ.180-204

Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and Executive Board, Volume 2, 1973–1984 (Geneva: WHO, 1985), 18.

## **I**

Immergut Ellen M. (1990). Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care. *Journal of Public Policy*, 10, pp 391-416

Ανακτήθηκε από: doi:10.1017/S0143814X00006061

## **J**

Jakovljevic, M., Camilleri, C., Rancic, N., Grima, S., Jurisevic, M., Grech, K., & Buttigieg, S. C. (2018). Cold War Legacy in Public and Private Health Spending in Europe. *Frontiers in public health*, 6, 215.

Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00215>

## **K**

Kaitelidou, Daphne, and Eugenia Kouli. 2012. “Greece: The health system in a time of crisis.” *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 18(1): 12-14.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/162959/Eurohealth\\_Vol-18\\_No-1\\_web.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf)

Kanagaratnam K., “A Review of the Bellagio Population and Health Papers,” May 9, 1979, Folder “Health and Population,” Rockefeller Foundation Archives (hereafter RFA), Record

Group (hereafter RG) A82, Series 120, Box 1776, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, NY.

Karanikolos, Marina, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P. Mackenbach, and Martin McKee. 2013. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." *The Lancet* 381(9874): 1323–31, April 13. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).

Kondilis, Elias, Stathis Giannakopoulos, Magda Gavanna, Ioanna Ierokakonou, Howard Waitzkin, and Alexis Benos. 2013. "Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case." *American Journal of Public Health*, April 18: e1-e8. doi: 10.2105/AJPH.2012.301126.

Kouris, Gavriil & Souliotis, Kyriakos & Philalithis, Anastas. (2007). Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες Αποτυχίας και Κανόνες Ορθού Μεταρρυθμιστικού Σχεδιασμού, σελ. 82-90, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Ιούλιος-Δεκέμβριος 2007, 1:35-67.

Kyriopoulos, Giannis. 2015. «Υγεία: νικητές και ηττημένοι της κρίσης» (Health: 'winners' and 'losers' of the crisis). *The Huffington Post*, June 19. [http://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-\\_583\\_b\\_7619170.html](http://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-_583_b_7619170.html).

Krieger, N., & Birn, A. E. (1998). A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *American journal of public health*, 88(11), 1603–1606.

Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.2105/ajph.88.11.1603>

## L

Litsios S., "A Programme for Research in the Organization and Strategy of Health Services" (paper presented at the WHO Director General's Conference, June 25, 1969). WHO Headquarters, Geneva.

Litsios S., "The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach", *Public Health Then and Now*, Peer Reviewed, *American Journal of Public Health*, November 2004, Vol 94, No. 11

## M

Mahler H. T., Primary Health Care, an Analysis of Some Constraints, an Address Delivered to the Special Congregation for the Conferment of an Honorary Degree on Dr. Halfan T. Mahler at the University of Lagos (Lagos: University of Lagos Press, 1980), 10, Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library, Geneva.

Mahler H. T., “The Political Struggle for Health: Address of the Director General at the 29th Session of the Regional Committee for the Western Pacific, Manila, August 21, 1978,” Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library, Geneva.

Mahler H, Health--a demystification of medical technology. *Lancet*. 1975 Nov 1; 2(7940):829-33.

Matsaganis, Manos, and Chrysa Leventi. 2013. “E anatomia tes ftoheias sten Ellada tou 2013” (Anatomy of Poverty in 2013 Greece). Newsletter 5. Athens: Athens University of Economics, Public Policy Research Unit. [http://www.paru.gr/files/newsletters/NewsLetter\\_05.pdf](http://www.paru.gr/files/newsletters/NewsLetter_05.pdf).

Matsaganis, Manos, Chrysa Leventi, and Eleni Kanavitsa, and Maria Flevotomou. 2016. “Mia Apodotikotere Politike gia ten Katapolemese tes Akraias Ftoheias” (A more efficient policy to fight extreme poverty). Dianeosis, Athens: Athens University of Economics, Public Policy Research Unit.

[http://www.dianeosis.org/wpcontent/uploads/2016/06/ftwxeia\\_version\\_070616\\_3.pdf](http://www.dianeosis.org/wpcontent/uploads/2016/06/ftwxeia_version_070616_3.pdf)

Musgrove P. (1993). Investing in health: the 1993 World Development Report of the World Bank. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 27(3), 284–286.

Methodology of Planning an Integrated Health Programme for Rural Areas, Second Report of the Expert Committee on Public-Health Administration (Geneva: World Health Organization [WHO], 1954), WHO Technical Report Series 83.

## N

Nikolentzos Athanasios “The influence of the medical profession on the National Health Service of Greece, 1983-2001” London School of Hygiene and Tropical Medicine, Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy, 2008

## O

Oxfam. 2015, “Wealth: Having it all and wanting more”, Oxfam Issue Briefing, January-  
[https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file\\_attachments/ib-wealth-having-allwanting-more-190115-en.pdf](https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/ib-wealth-having-allwanting-more-190115-en.pdf).

## P

Pan American Health Organization, *Salud para Todos en el Siglo Veintiuno* (Washington, DC: PAHO, 1997)

Papatheodorou Christos, Economic crisis, poverty and deprivation in Greece “The impact of neoliberal remedies in Greek capitalism in crisis: Marxist analysis” / edited by Stavros Mavroudeas., 2015 Routledge, p.206

Parker AW, Walsh JM, Coon M, A normative approach to the definition of primary health care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1976 Fall; 54(4):415-38.

Paterson G., “The CMC Story, 1968–1998,” *Contact* 161–162 (1998): 3–18

Petmesidou, M. and Guillén, A.M. (2008), ‘Southern-style’ National Health Services? Recent Reforms and Trends in Spain and Greece. *Social Policy & Administration*, 42: 106-124.

Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251-267. doi:10.2307/2586011

## R

Rifkin SB, Muller F, Bichmann W, Primary health care: on measuring participation. *Soc Sci Med.* 1988; 26(9):931-40.

Rowland, D., & Telyukov, A. V. (1991). Soviet health care from two perspectives. *Health affairs (Project Hope)*, 10(3), 71–86.

Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.3.71>

Rubel A. J., “The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America,” *Latin American Research Review* 2 (1966): 37–56.

## S

Sidel V. W. (1972). The barefoot doctors of the People's Republic of China. *The New England journal of medicine*, 286(24), 1292–1300.

Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1056/NEJM197206152862404>

Simou Effie, Koutsogeorgou Eleni, «Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review», *Health Policy*, Volume 115, Issues 2–3, 2014, Pages 111-119, ISSN 0168-8510,

Ανακτήθηκε από <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>.

## T

Theodorou, Mamas & Samara, Katerina & Pavlakis, Andreas & Middleton, Nicos & Polyzos, Nikolaos & Maniadakis, Nikos. (2010). The Public's and Doctors' Perceived Role in Participation in Setting Health Care Priorities in Greece. *Hellenic journal of cardiology : HJC Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*. 51. 200-8.

## V

Venieris D.N. (1997) *The History of Health Insurance in Greece: The Nettle Governments Failed to Grasp*, LSE Health, D.P. No9. London: London School of Economics and Political Science

## W

Wallace L. S. (2013). A view of health care around the world. *Annals of family medicine*, 11(1), 84.

Ανακτήθηκε από: <https://doi.org/10.1370/afm.1484>

Walsh JA, Warren K N Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *Engl J Med*. 1979 Nov 1; 301(18):967-74.