

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ  
ΤΟΥ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΥ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ  
KEVIN FEATHERSTONE

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ  
ΓΙΩΡΓΟΣ ΝΙΑΡΧΟΣ

Εκδόσεις Οκτώ

Τίτλος πρωτοτύπου: *Politics and Policy in Greece*  
*The Challenge of Modernisation*  
*edited by Kevin Featherstone*

Copyright © 2006 Taylor & Francis Group, All rights reserved  
Authorised translation from the English language edition published by Routledge,  
a member of the Taylor & Francis Group

Copyright © για την ελληνική γλώσσα: Εκδόσεις Οκτώ  
Πρώτη έκδοση στην ελληνική γλώσσα: Νοέμβριος 2007  
ISBN: 978-960-89426-3-9

Μετάφραση: Γιώργος Νιάρχος  
Επιμέλεια, διόρθωση: Άννα Περιστέρη  
Σχεδιασμός εξωφύλλου: K2 design  
Φωτογραφία εξωφύλλου: Πάνος Κοκκινιάς  
Σελιδοποίηση, μοντάζ: Ανάγραμμα

Εκδόσεις Οκτώ  
Αλέξανδρος Μανωλάκης & Σια Ε.Ε.  
Ιοφώντος 7  
116 34 ΑΘΗΝΑ  
Τ: 210 7298252  
e-mail: info@okto.com.gr  
URL: www.okto.com.gr

Το παρόν έργο πνευματικής ιδιοκτησίας προστατεύεται κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας (Ν. 2121/1993 όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει σήμερα) και τις διεθνείς συμβάσεις περί πνευματικής ιδιοκτησίας. Απαγορεύεται η αναδημοσίευση, η αναπαραγωγή, ολική, μερική ή περιληπτική ή η απόδοση κατά παράφραση ή διασκευή του περιεχομένου του βιβλίου με οποιονδήποτε τρόπο χωρίς τη γραπτή άδεια των εκδοτών του.

# ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΗΛΙΑΣ ΜΟΣΙΑΛΟΣ ΚΑΙ SARA ALLIN

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά την καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1984, η επόμενη σημαντική προσπάθεια μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα σημειώθηκε σχεδόν δύο δεκαετίες αργότερα. Αν εξαιρέσουμε ορισμένα χαρακτηριστικά, τόσο πολιτικά όσο και του ίδιου του συστήματος υγείας, που διευκολύνουν την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, όπως η μονοκομματική κυβέρνηση και η υπερπροσφορά γιατρών (πράγμα που μπορεί να υποδηλώνει σχετική κάμψη της ισχύος του ιατρικού επαγγέλματος), ορισμένα άλλα χαρακτηριστικά ενδέχεται να παρεμποδίζουν την αλλαγή, όπως τα πελατειακά δίκτυα και η αποσπασματική χρηματοδότηση. Τα χαρακτηριστικά αυτά επιτρέπουν στους ενδιαφερομένους να μπλοκάρουν την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας προκειμένου να διατηρήσουν τα διάφορα οφέλη που αποκομίζουν από την αποδιάρθρωση του συστήματος. Το αποτέλεσμα είναι ότι το ελληνικό ΕΣΥ εξακολουθεί να έχει τις ιδιότητες ενός κατακερματισμένου και οπισθοδρομικού συστήματος χρηματοδότησης, παραμορφώσεις στην κατανομή των πόρων (πολλαπλά επαγγελματικά ταμεία με άνιση κάλυψη, ιστορικά θεμελιωμένη κατανομή πόρων σε νοσοκομεία), στρεβλά κίνητρα για τους παροχείς και σημαντική εξάρτηση από δαπανηρές εισροές.

Αρκετοί αναλυτές της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας έχουν χρησιμοποιήσει θεωρίες που υπογραμμίζουν τον ρόλο του ιατρικού επαγγέλματος στη μεταρρυθμιστική διαδικασία. Για παρά-

δειγμα, υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία που συνδέει τον μειούμενης βαρύτητας ρόλο του ιατρικού επαγγέλματος με την ικανότητα των κυβερνήσεων να εισαγάγουν μεταρρυθμίσεις στην υγειονομική περίθαλψη (Salter 2002· Hassenteufel 1996· Wilsford 1995). Εστιάζοντας στο ιατρικό επάγγελμα, οι Freddi και Bjorkman (1989: 1-5) εντοπίζουν παράγοντες στο πολιτικό και το θεσμικό περιβάλλον του συστήματος υγείας που επηρεάζουν την ιατρική αυτονομία. Το πολιτικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από την εγγύτητα του πολιτικού συστήματος με το σύστημα υγείας, την περιπλοκότητα του περιβάλλοντος στο οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις και τους δρώντες στον τομέα της πολιτικής (για παράδειγμα, δημόσια διοίκηση, πολιτικοί και συνδικάτα). Επιπροσθέτως, ο Tuohy (1999) παρουσιάζει ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων τονίζοντας τη σπουδαιότητα της ισορροπίας επιρροής μεταξύ των σημαντικών ενδιαφερομένων (κρατικοί φορείς, ιδιωτική χρηματοδότηση και επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης — κυρίως τα ιατρικά επαγγέλματα) και του μείγματος των μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου (έλεγχος ιεραρχικός, βασισμένος στην αγορά και με συλλογική ευθύνη).

Παρότι τα στοιχεία από τα παραπάνω εννοιολογικά πλαίσια βοηθούν στην κατανόηση του ρόλου των θεσμών και των επαγγελματιών της υγείας στη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος, η περιπλοκότητα της ελληνικής περίπτωσης απαιτεί ευρύτερο πλαίσιο ανάλυσης. Η σημαντική αύξηση του αριθμού των γιατρών κατά τις προηγούμενες δεκαετίες δεν έχει ακόμη καταλήξει στην αναμενόμενη αντίστοιχη κάμψη της ισχύος τους. Η ιατρική αυτονομία έχει αυξηθεί λόγω του κατακερματισμένου συστήματος υγείας στο οποίο πολλαπλές ομάδες συμφερόντων αντιλαμβάνονται την αλλαγή ως παίγνιο μηδενικού αθροίσματος και συντάσσουν τα συμφέροντά τους εναντίον της μεταρρύθμισης. Υπήρξαν δύο σημαντικές μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα: η πρώτη (1983-1984) εφαρμόστηκε μόνον εν μέρει, ενώ η δεύτερη (2000-2002) εμποδίστηκε σε μεγάλο βαθμό από τις ομάδες συμφερόντων: νομοθετήθηκαν μερικά μόνον στοιχεία της, ενώ μετά την πρώτη διετία προέκυψε αδιέξοδο. Το άρθρο αυτό εξετάζει τα κίνητρα των βασικών ενδιαφερομένων εντός ενός κατακερματισμένου συστήματος υγείας, ενός πολιτικού περιβάλλοντος που χαρακτηρίζεται, αφενός από πελατειακές σχέσεις μεταξύ του πολιτικού κόμματος που βρίσκεται στην εξουσία και ορισμένων ομάδων, και αφετέρου από δημοσιονομικούς περιορισμούς που εμποδίζουν να τεθεί ως προτεραιότητα στην πολιτική ατζέντα η υγειονομική περίθαλψη.

Νέες θεσμικές προοπτικές, όπως αυτές που προτείνει ο Hacker (2002) είναι χρήσιμες για να κατανοήσουμε τα κίνητρα των ενδιαφερομένων και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων αυτοί εμποδίζουν τη μεταρρύθμιση. Ο Hacker (2002: 303-311) εντοπίζει αρκετές περιστάσεις κατά τις οποίες είναι λιγότερο αναμενόμενο να επιτευχθεί μεταρρύθμιση: για παράδειγμα, όταν η πολιτική οδηγεί στη δημιουργία θεσμών με σημαντικό κόστος εγκαθίδρυσης· όταν οι θεσμοί αντικατοπτρίζουν τα ευρύτερα χαρακτηριστικά της οικονομίας· και όταν οι υπάρχοντες θεσμοί ωφελούν σημαντικές ομάδες οργανωμένων συμφερόντων, έτσι ώστε, όσο ισχυρότερη είναι η αντίθεση στην αλλαγή, τόσο περισσότερες ευκαιρίες θα έχουν οι ομάδες να εμποδίσουν τη μεταρρύθμιση και να επηρεάσουν τις πολιτικές αποφάσεις. Οι συνθήκες αυτές ισχύουν και στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης.

Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τη θεσμική θεωρία ορθολογικής επιλογής για να ερμηνεύσουμε τα κίνητρα των πολλαπλών ομάδων συμφερόντων να παρεμποδίσουν τη μεταρρύθμιση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι δρώντες έχουν παγιωμένες προτιμήσεις και στοχεύουν στη μεγιστοποίηση της «ωφελιμότητας» τους με τη χρήση στρατηγικών υπολογισμών<sup>1</sup> επιπλέον, οι θεσμοί δημιουργούνται μέσω εκούσιας συμφωνίας μεταξύ δρώντων, συμφωνία που βασίζεται σε μια εκτίμηση του πόσα μπορούν να κερδηθούν από τη συνεργασία (Hall, Taylor 1996). Οι θεωρητικοί της ορθολογικής επιλογής πρεσβεύουν επίσης ότι τα άτομα επιδιώκουν να μεγιστοποιήσουν ένα σύνολο στόχων βάσει των προτιμήσεών τους και ότι οι θεσμοί διατηρούνται επειδή οι άνθρωποι —ή, τουλάχιστον, οι ισχυρότεροι μεταξύ αυτών— εκτιμούν ότι, εάν τους παρακάμψουν, αυτό θα τους οδηγήσει σε δυσμενέστερη θέση. Επομένως, η επιβίωση ενός θεσμού εξαρτάται από το κατά πόσον ισχυροί παίκτες θεωρούν ότι δημιουργεί μεγαλύτερα καθαρά οφέλη απ' ό,τι οι εναλλακτικές θεσμικές μορφές· στην πράξη, λοιπόν, τα θεσμικά πλαίσια, από τη στιγμή που αποφασίζονται, τείνουν να είναι αρκετά δύσκαμπτα (Rothstein 1996· Shepsle 1986).

Υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ της μεταρρύθμισης του 2000 και της μεταρρύθμισης της περιόδου 1983-1984. Η μεταρρύθμιση του 1983-1984 αντιπροσώπευε την πρώτη προσπάθεια να γίνει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ενιαίο· γι' αυτό τον λόγο υπήρξε και σημαντικό κόστος εγκαθίδρυσης. Το 1984 το σχέδιο ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων εγκαταλείφθηκε (λόγω αντιδράσεων των ενδιαφερομένων) και η εστίαση μετακινήθηκε στην επέκταση του νο-

σοκομειακού κυρίως τομέα. Το κατακερματισμένο σύστημα υγειονομικής ασφάλισης διατηρήθηκε και δεν κατέστη ενιαίο. Έτσι υπήρξαν αρκετοί «κερδισμένοι»: οι γιατροί και το προσωπικό των νοσοκομείων (δημόσιοι υπάλληλοι)· προνομιάς ασφαλιστικά ταμεία<sup>2</sup> που είχαν πρόσβαση σε έναν διευρυμένο νοσοκομειακό τομέα χωρίς να επωμίζονται το πλήρες κόστος (λόγω κυβερνητικών επιδοτήσεων)· και οι εργαζόμενοι στη γεωργία, η κάλυψη των οποίων επεκτάθηκε και στα φάρμακα. Αντιθέτως, η μεταρρύθμιση του 2000 ήταν μια απόπειρα να αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο του συστήματος και απειλήσει να μειώσει τα προνόμια πολλών ομάδων συμφερόντων. Από την άποψη της θεωρίας της ορθολογικής επιλογής, σε αυτή την περίπτωση, οι ομάδες συμφερόντων είδαν τη μεταρρύθμιση ως παίγνιο μηδενικού αθροίσματος. Παρά τα αποκλίνοντα συμφέροντά τους, είχαν κίνητρο να διατηρήσουν τα προνόμιά τους και να αντισταθούν στις προτεινόμενες αλλαγές.

Η επόμενη ενότητα παρέχει μια σύνοψη της εξέλιξης του ελληνικού συστήματος υγείας, η οποία ακολουθείται από μια σύντομη περιγραφή της τρέχουσας κατάστασής του. Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να αναλύσει τη φιλόδοξη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του 2000 μέσω της οπτικής της θεσμικής θεωρίας ορθολογικής επιλογής, εντοπίζοντας τους αρχικούς στόχους της μεταρρύθμισης, τις αντιδράσεις των ενδιαφερομένων και το νομοθετικό αποτέλεσμα. Καταλήγοντας, θα εξετάσουμε ορισμένες μελλοντικές προκλήσεις.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η κοινωνική υγειονομική ασφάλιση στην Ελλάδα προήλθε από ένα σύστημα επαγγελματικών ταμείων που κάλυπτε μικρό ποσοστό του πληθυσμού στις αρχές της δεκαετίας του 1930. Ο νόμος με τον οποίο καθιερώθηκε το ασφαλιστικό ταμείο για όλους τους εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΙΚΑ) το 1932 ήταν ο πρώτος που αντιμετώπισε τις ανισότητες της κοινωνικής ασφάλισης. Καθώς η κάλυψη που παρείχε το ΙΚΑ ήταν αρκετά περιορισμένη, ως το 1940 είχαν δημιουργηθεί αρκετά πρόσθετα ταμεία για διάφορους επαγγελματικούς κλάδους. Ο Εμφύλιος Πόλεμος (1946-1949) που ακολούθησε τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο συνέβαλε στην ύφεση της ελληνικής οικονομίας και την έντονη πολιτική πτώση, με μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να είναι ανεπαρκώς καλυμμένο αναφορικά με το κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών.

Το πολιτικό κλίμα παρέμεινε δυσμενές για την καθολίκευση και στις ακόλουθες δεκαετίες. Η ήττα της Αριστεράς στον Εμφύλιο Πόλεμο ήταν ένα από τα πολλά εμπόδια. Επιπλέον, αναπτύχθηκαν πελατειακές σχέσεις μεταξύ του κράτους και ορισμένων κοινωνικών ομάδων, δημιουργώντας ένα πολιτικό περιβάλλον που ενίσχυε την άνιση κατανομή προνομίων (Μουζελis, Ραγουλάτος 2002). Επιπροσθέτως, δεν υπήρξε συγκεκριμένη περίοδος εκβιομηχάνισης ούτε αναπτύχθηκε μεσαία τάξη. Κατά τις δεκαετίες του 1950 και του 1960 αναπτύχθηκαν πολλές μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις που απασχολούσαν κατά κύριο λόγο ανειδίκευτους εργάτες. Το περιβάλλον χαρακτηριζόταν από περιορισμένο συνδικαλισμό και έντονο κρατικό έλεγχο των λιγοστών εργατικών συνδικάτων. Στη διάρκεια εκείνης της περιόδου, ορισμένα συνδικάτα υπαλλήλων μπόρεσαν να διασφαλίσουν πληρέστερη ασφαλιστική κάλυψη, οδηγώντας έτσι στην ανάπτυξη των αποκαλούμενων προνομιακών ασφαλιστικών ταμείων.

Σε αυτό το στάδιο, το σύστημα υγείας αποτελούνταν κυρίως από ιδιωτικές παροχές με τους επαγγελματίες της υγείας να εργάζονται τόσο στον ιδιωτικό όσο και τον δημόσιο τομέα. Το 1961, η τότε δεξιά κυβέρνηση επέκτεινε την κοινωνική ασφάλιση δημιουργώντας ένα πρόσθετο ασφαλιστικό ταμείο, τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος παρείχε κυρίως στον πληθυσμό της υπαίθρου συντάξεις και στοιχειώδη ιατρική φροντίδα, κατά πάσα πιθανότητα ως αντίβαρο στην εντεινόμενη δυσάρεσκεια σε βάρος της κυβέρνησης και στα απρόσμενα υψηλά ποσοστά που είχε αποσπάσει ένα αριστερό κόμμα στις εκλογές του 1958. Η επταετής στρατιωτική δικτατορία (1967-1974) και η ακόλουθη επταετής συντηρητική διακυβέρνηση (από τη Νέα Δημοκρατία) κατά τη δεκαετία του 1970 ήταν περίοδοι περιορισμένων επενδύσεων στον τομέα της υγείας. Το 1980, ο υπουργός Υγείας Σπύρος Δοξιάδης είχε ως στόχο την αναδιοργάνωση του τομέα της υγείας με αρκετές αλλαγές: την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας, ενός σώματος υγειονομικού προγραμματισμού που θα αποτελούνταν από εκπροσώπους των διαφόρων ενδιαφερομένων μερών· αποκέντρωση διαφόρων τομέων της διαδικασίας λήψης αποφάσεων προς τις περιφέρειες· δικαίωμα για άσκηση ιδιωτικής ιατρικής στα δημόσια νοσοκομεία· και μεταρρύθμιση της εκπαίδευσης των γιατρών. Ωστόσο, λόγω της εντονότατης αντίδρασης απ' όλες τις ιατρικές ενώσεις αλλά και από το ίδιο του το κόμμα, καθώς και λόγω των εξωγενών περιορισμών όπως οι πετρελαϊκές κρίσεις του 1973 και του 1979, οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις δεν συζητήθηκαν ποτέ στο Κοινοβούλιο.

### *Η καθιέρωση του ΕΣΥ*

Μια νέα εποχή στην πολιτική που αφορούσε την υγεία εγκαινιάστηκε με την άνοδο του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία το 1981 και την επακόλουθη εφαρμογή του νόμου για το ΕΣΥ (το 1983), ο οποίος απέδιδε σε όλους το δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης και ισχυριζόταν δίκαιη κατανομή των υγειονομικών πόρων. Το ΠΑΣΟΚ κέρδισε τις εκλογές με 48% των ψήφων. Με την αντιπολίτευση σε σύγχυση και το ΠΑΣΟΚ να ενστερνίζεται τους ιδεολογικούς στόχους σημαντικής κοινωνικής μεταρρύθμισης υπό το σύνθημα της «Αλλαγής», το περιβάλλον φαινόταν ώριμο τόσο για την ψήφιση όσο και την εφαρμογή αυτής της μεταρρύθμισης. Επιπλέον, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, ο οποίος κατά το παρελθόν εναντιωνόταν σθεναρά στις μεταρρυθμίσεις, για πρώτη φορά επηρεαζόταν από το ΠΑΣΟΚ. Επίσης, η μεταρρύθμιση είχε αποκτήσει ερείσματα μεταξύ των νέων γιατρών που δυσκολεύονταν να διασφαλίσουν την επαγγελματική τους αποκατάσταση λόγω του αυξανόμενου αριθμού των γιατρών στην Ελλάδα (Davaki, Mossialos 2005).

Σύμφωνα με τον νόμο του ΕΣΥ, το κράτος θα γινόταν ο κύριος πάροχος των υπηρεσιών υγείας, και τα ασφαλιστικά ταμεία θα συνενώνονταν σε έναν φορέα. Το δικαίωμα στις υγειονομικές υπηρεσίες θα συνδεόταν με την υπηκοότητα παρά με κάποια επαγγελματική ομάδα. Ο νόμος προέβλεπε επίσης την απορρόφηση και την τελική κατάργηση του ιδιωτικού τομέα: τέθηκε μορατόριουμ στη δημιουργία νέων ή την επέκταση των υπαρχόντων ιδιωτικών νοσοκομείων, ενώ τα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία κρατικοποιήθηκαν. Οι γιατροί στο ΕΣΥ (συμπεριλαμβανομένων και των πανεπιστημιακών) θα απασχολούνταν πλήρως και δεν θα μπορούσαν να ασκήσουν την ιατρική ιδιωτικά. Επιπλέον, ένα σύστημα με παραπεμπτικά βασισμένο στον οικογενειακό γιατρό και ένα δίκτυο κέντρων υγείας σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές επρόκειτο να αποτελέσει το πρώτο βήμα προς την οργάνωση ενός συνολικού συστήματος βασικής περίθαλψης.

Το ΕΣΥ θα αποκεντρωνόταν με την εγκαθίδρυση Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας τα οποία θα είχαν συμβουλευτική και εποπτική εξουσία για ζητήματα υγείας σε δέκα υγειονομικές περιφέρειες (Tountas κ.ά. 2002). Η αποκέντρωση είχε ως στόχο να διευκολύνει την πιο δίκαιη κατανομή των υγειονομικών πόρων, δίνοντας προτεραιότητα στην ανάπτυξη μιας υγειονομικής υποδομής της υπαίθρου προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες (Kygiouroulos, Tsalikis 1993).



Ωστόσο, οι ενδιαφερόμενοι αντέδρασαν αρνητικά, με αποτέλεσμα να μην υλοποιηθούν οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις. Γιατροί με ιδιωτικά ιατρεία, αυτόνομα ασφαλιστικά ταμεία, συνδικάτα και κοινωνικές ομάδες που απολάμβαναν ενισχυμένα προνόμια υγειονομικής περίθαλψης από προνομιούχα ταμεία (για παράδειγμα, τα συνδικάτα της ΔΕΗ, των Τραπεζών και του τομέα των τηλεπικοινωνιών, καθώς και οι δημόσιοι υπάλληλοι) και γραφειοκράτες που δεν ήθελαν την αποκέντρωση των εξουσιών, απειλήθηκαν από αλλαγές που θα μπορούσαν να μειώσουν τα προνόμια που απέρρεαν από το υπάρχον κατακερματισμένο σύστημα. Μέλη των κομμάτων της αντιπολίτευσης μαζί με υψηλά ιστάμενα στελέχη του ΠΑΣΟΚ διαμαρτυρήθηκαν εντονότατα για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και ο πρόεδρος του Κοινοβουλίου Γιάννης Αλευράς απείλησε ακόμα και με παραίτηση εάν τα προνόμια των ασφαλιστικών ταμείων καταργούνταν (Davaki, Mossialos 2005).

Άλλοι παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτή την αντίδραση είναι η διατήρηση βαθιά εδραιωμένων πελατειακών σχέσεων (Lyrintzis 1984), η υπερβολική γραφειοκρατική διοίκηση, οι ανεπαρκείς ικανότητες σχεδιασμού και διαχείρισης και η έλλειψη τεχνικών δυνατοτήτων και εμπειρίας στη διαχείριση της αλλαγής. Έτσι το ΕΣΥ δεν εφαρμόστηκε πλήρως.

Μεταξύ του 1983 και του 1984, ήταν όλο και περισσότερο επιτακτικό να αποκηρύσσεται η ενοποίηση των ταμείων λόγω της κακής κατάστασης της ελληνικής οικονομίας (μεταξύ 1981 και 1985 το δημόσιο έλλειμμα αυξήθηκε κατά σχεδόν 50%) και λόγω των πιέσεων που ασκούσαν από τους σημαντικούς ενδιαφερομένους και τους πανεπιστημιακούς γιατρούς. Έτσι, το 1984 ανέλαβε το Υπουργείο Υγείας ο Γιώργος Γεννηματάς, εξέχουσα μορφή του σοσιαλιστικού κόμματος, ο οποίος άλλαξε γρήγορα την πορεία της μεταρρύθμισης. Ο υπουργός ανακοίνωσε ότι τα ταμεία δεν θα ενοποιούνταν. Η εστίαση της μεταρρύθμισης μετακινήθηκε από τη βασική περίθαλψη και την καθολίκευση του συστήματος προς την επέκταση του νοσοκομειακού τομέα. Αυτή η μεταστροφή πολιτικής θεωρήθηκε από την κυβέρνηση μέσον για να διασφαλιστεί ένα επιχείρημα για τις επικείμενες εκλογές. Οι νοσοκομειακοί γιατροί και οι δημόσιοι υπάλληλοι επίσης τη θεώρησαν μέσον για την επέκταση της βάσης ισχύος τους και την ενίσχυση των δικών τους πελατειακών σχέσεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ενώ εγκαθιδρύθηκαν περί τα 200 κέντρα υγείας στην ύπαιθρο και σε ημιαστικές περιοχές, και οι φαρμακευτικές παροχές επεκτάθηκαν στους δικαιού-

χους του ΟΓΑ, ο κύριος όγκος της μεταρρύθμισης επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης, ιδιαίτερα στις δύο μεγαλύτερες πόλεις, Αθήνα και Θεσσαλονίκη, όπου έδρευαν η ένωση των δημοσίων υπαλλήλων των νοσοκομείων (Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων, ΠΟΕΔΗΝ) και τα συνδικάτα των γιατρών. Στα νοσοκομεία του ΕΣΥ δημιουργήθηκαν προσωπικές θέσεις για γιατρούς που συνδέονταν με το ΠΑΣΟΚ και η απόπειρα, το 1985, να κατοχυρωθεί η αποκλειστική απασχόληση των πανεπιστημιακών γιατρών εντός του ΕΣΥ δεν ψηφίστηκε ποτέ από το Κοινοβούλιο λόγω έντονων παρασκηναϊκών πιέσεων αλλά και αντίρρησης του ίδιου του πρωθυπουργού.

Ωστόσο, η άνιση κάλυψη διατηρήθηκε, ο οικογενειακός γιατρός και το σύστημα με τα παραπεμπτικά δεν ίσχυσαν, η αποκέντρωση δεν προωθήθηκε και τα ιδιωτικά έξοδα για την υγειονομική περίθαλψη εξακολούθησαν να αυξάνονται (Tragakes, Polyzos 1998). Το τελευταίο μπορεί να αποδοθεί: α) στους περιορισμούς ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων, οι ιδιοκτήτες των οποίων έστρεψαν την προσοχή τους προς τον διαγνωστικό τομέα β) στη συνήθεια των ανεπίσημων πληρωμών στα δημόσια νοσοκομεία, η οποία διατηρήθηκε.

### *1985-2000: μεταρρυθμιστικό τέλμα*

Μεταξύ 1985 και 2000, η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας δεν ήταν προτεραιότητα της μεταρρυθμιστικής ατζέντας. Κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης από τη Νέα Δημοκρατία, από το 1990 ως το 1993, στόχος ήταν η μείωση των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων και η αύξηση της ιδιωτικοποίησης στον τομέα της υγείας. Η κυβέρνηση επέτρεψε την ίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων το 1992, αλλά οι αλλαγές που σημειώθηκαν ήταν μικρές, δεδομένου ότι είχε ήδη σημειωθεί στροφή του ενδιαφέροντος του ιδιωτικού τομέα από τα νοσοκομεία προς πιο αποδοτικές επενδύσεις, όπως η διαγνωστική και η ιατρική τεχνολογία. Επιπλέον, επιτράπηκε εκ νέου η μερική ιδιωτική απασχόληση των γιατρών στα δημόσια νοσοκομεία, η οποία ωστόσο αποδείχθηκε ανεπιτυχής, αφού οι γιατροί εξακολούθησαν να κατευθύνουν τους ασθενείς τους στα ανεπίσημα ιατρεία τους. Προτάθηκε επίσης η επέκταση της ελεύθερης επιλογής γιατρών (η οποία ίσχυε μόνον για μέλη των προνομιακών ταμείων) σε ολόκληρο τον πληθυσμό, αλλά λόγω οικονομικών περιορισμών το σχέδιο αυτό δεν υλοποιήθηκε ποτέ.

Με την άνοδο του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία το 1993, προσκλήθηκε στην Ελλάδα μια διεθνής επιτροπή ειδικών για να εξετάσει τις μεταρρυθμιστικές εναλλακτικές για το σύστημα υγείας (Abel-Smith κ.ά. 1994). Η επιτροπή αυτή έκανε αρκετές συστάσεις: την ανάπτυξη των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών· την καθιέρωση ενός σχήματος γενικών γιατρών-παθολόγων με κατά κεφαλήν αποζημίωση· την απάλειψη των διαφορών στην παροχή βασικής περίθαλψης μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων· τη βελτίωση της διαχείρισης των νοσοκομείων· την κατάργηση της μονιμότητας του νοσοκομειακού προσωπικού· και την εισαγωγή ενός συστήματος με παραπεμπτικά από τους παθολόγους. Έμφαση επίσης δόθηκε στην ανάγκη να συγκεντρωθούν οι πόροι της υγειονομικής περίθαλψης για να δημιουργηθεί ένα ενοποιημένο ταμείο το οποίο θα λειτουργούσε ως μοναδικός αγοραστής δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών.

Παρότι το Υπουργείο Υγείας δέχτηκε τις αρχές της έκθεσης της επιτροπής, το τεταμένο πολιτικό κλίμα στην Ελλάδα, το οποίο οφειλόταν στην κρίσιμη κατάσταση της υγείας του πρωθυπουργού Ανδρέα Παπανδρέου και την αμφιθυμία της κυβέρνησης, δεν επέτρεψε τη διεξοδική συζήτηση των συστάσεων αυτών (Tountas κ.ά. 1995). Οι ενδιαφερόμενοι που είχαν συμφέρον από τη διατήρηση του status quo αντιτάχθηκαν γρήγορα στις προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις. Για παράδειγμα, τα συνδικάτα των νοσοκομειακών γιατρών διαφώνησαν με την αλλαγή στη διαχείριση του συστήματος των δημοσίων νοσοκομείων ισχυριζόμενα ότι αυτή θα απειλούσε τη μονιμότητά τους και ότι θα εγκαθίδρυε νεοφιλελεύθερες πολιτικές (Savidas 2000).

Μεταξύ 1996 και 2000, η ατζέντα της δημόσιας πολιτικής επικεντρώθηκε σε μεγάλο βαθμό στην εκπλήρωση των κριτηρίων για την ένταξη στην ΟΝΕ. Κατά τη διάρκεια εκείνης της περιόδου υπήρξαν τρεις υπουργοί Υγείας, καθένας από τους οποίους είχε μικρή επίδραση στη μεταρρύθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών. Τον Φεβρουάριο του 1996, ο νέος πρωθυπουργός Κώστας Σημίτης όρισε υπουργό Υγείας τον Αναστάσιο Πεπονή. Παρότι υπήρχαν μεταρρυθμιστικά σχέδια, λέγεται ότι ο πρωθυπουργός ζήτησε από τον υπουργό να μην τα παρουσιάσει στο Κοινοβούλιο λόγω των επικείμενων εκλογών. Μετά τις εκλογές του 1996, νέος υπουργός Υγείας ορίστηκε ο Κώστας Γείτονας. Στα μεταρρυθμιστικά σχέδια της θητείας του περιλαμβάνονταν η δημιουργία ενός συντονιστικού σώματος για τα ασφαλιστικά ταμεία, χωρίς ωστόσο σαφή εντολή (η λειτουργία αυτού του φορέα συνεπαγόταν τακτικές συναντήσεις με

τους διευθυντές των ταμείων, αν και σε διάστημα τριετίας πραγματοποιήθηκαν μόνον δύο τέτοιες συναντήσεις) και η δημιουργία δικτύων βασικής περίθαλψης από ομάδες ειδικών, σχέδιο για το οποίο δεν δόθηκαν ποτέ λεπτομέρειες. Μετά τον ανασχηματισμό του 1999, υπουργός Υγείας ανέλαβε ο Λάμπρος Παπαδήμας, ωστόσο ο ρόλος του ήταν περισσότερο ρόλος επιστάτη του συστήματος με κύρια μέριμνα τη διαχείριση ζητημάτων της καθημερινότητας παρά ρόλος διαμορφωτή προτάσεων για αλλαγή της πολιτικής.

Οι πρωτοβουλίες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας παρέμειναν μάλλον στατικές έως το 2000, οπότε το ΠΑΣΟΚ κέρδισε και πάλι τις εκλογές. Ο νέος υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος, ο οποίος είχε εφαρμόσει μέτρα φορολογικής μεταρρύθμισης και είχε παρέμβει στην τοπική αυτοδιοίκηση με κάποια επιτυχία, ανακοίνωσε ένα σημαντικό σχέδιο μεταρρύθμισης της υγείας. Προτού αναλύσουμε λεπτομερέστερα εκείνη τη μεταρρύθμιση, πρέπει να περιγράψουμε εν συντομία το σύστημα ως είχε τότε.

## ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από τον κατακερματισμό του διοικητικού πλαισίου, τις υψηλές συνολικές δαπάνες (9,4% του ΑΕΠ το 2000) με μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης απευθείας από τους ασθενείς (out-of-pocket) (41%), τη σημαντική επικάλυψη δημόσιας και ιδιωτικής άσκησης της ιατρικής, τις ανεπαρκείς νοσοκομειακές υπηρεσίες, το χαμηλό επίπεδο βασικής περίθαλψης και την ανισότητα στις παροχές κάλυψης μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων των διαφορετικών ταμείων. Ο έλεγχος και η επίβλεψη του συστήματος είναι ανεπαρκείς, ενώ ο έλεγχος των επαγγελματιών της υγείας χαλαρός λόγω της απουσίας συστημάτων τήρησης ιατρικών αρχείων, υγειονομικών πληροφοριών και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών. Η Ελλάδα είναι ακόμη υποχρεωμένη να στηρίζεται σε περισσότερο δαπανηρούς ανθρώπινους πόρους για τη λειτουργία του συστήματος υγείας της: υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών (με τον υψηλότερο αριθμό ιατρών ανά 1.000 άτομα στην ΕΕ), ενώ μόλις το 2% αυτών είναι γενικοί γιατροί-παθολόγοι.

Το σύστημα στηρίζεται σε ένα μείγμα από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους τόσο για τη χρηματοδότηση όσο και για την παροχή των υπηρεσιών. Η κάλυψη για την υγειονομική περίθαλψη παρέχεται

μέσω τριών κύριων πόρων: το ΕΣΥ, τα υγειονομικά ασφαλιστικά ταμεία και την ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη. Το ΕΣΥ παρέχει νοσοκομειακή και βασική περίθαλψη μέσω περίπου 200 κέντρων υγείας και 1.000 θέσεων αγροτικών γιατρών στον πληθυσμό της υπαίθρου και των ημιαστικών κέντρων. Τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν πάνω από το 95% του πληθυσμού. Από τα 30 υγειονομικά ασφαλιστικά ταμεία που υπάρχουν σήμερα, τα τρία μεγαλύτερα —το ΙΚΑ (εργάτες και υπάλληλοι), ο ΟΓΑ (αγρότες) και ο ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών)— καλύπτουν περίπου το 80% του πληθυσμού. Ένα 7% είναι ασφαλισμένο στον Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ), σχήμα που αφορά τους δημόσιους υπαλλήλους, τα μέλη των οικογενειών τους και το στρατιωτικό προσωπικό. Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ έχουν πρόσβαση σε ξεχωριστό δίκτυο κέντρων βασικής περίθαλψης, οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ έχουν περιορισμένη πρόσβαση στους παροχείς βασικής περίθαλψης και τα υπόλοιπα ταμεία προσφέρουν ελεύθερη επιλογή ιατρών και καλύτερη πρόσβαση σε συμβεβλημένους ιδιωτικούς γιατρούς και διαγνωστικά κέντρα. Οι εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία αντλούνται εν μέρει από τους εργοδότες και τους εργαζομένους, ενώ επιδοτούνται και από την κυβέρνηση. Το 8% περίπου του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση, η οποία, σε μεγάλο βαθμό, αποτελείται από ατομικά ασφαλιστήρια και συχνά στοχεύει νεαρά και υγιή τμήματα του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιούνται ακόμη μέθοδοι ορθολογικής κατανομής πόρων για τη ρύθμιση διαφορών όσον αφορά τις ανάγκες και την πρόσβαση ανάλογα με την περιφέρεια ή διαφορών όσον αφορά τον παράγοντα διακινδύνευσης από ταμείο σε ταμείο. Οι πόροι κατανέμονται μάλλον βάσει ιστορικού προηγούμενου και, σε κάποιον βαθμό, βάσει πολιτικής διαπραγμάτευσης. Κατά συνέπεια, οι περιφερειακές ανισότητες είναι σημαντικές με την πλειονότητα των πόρων να είναι συγκεντρωμένοι σε αστικά κέντρα, όπως η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη. Επιπλέον, οι πόροι υγείας στρέφονται προς δαπανηρότερες και πιο εξειδικευμένες διαγνωστικές μεθόδους. Για παράδειγμα, ο αριθμός των αξονικών τομογράφων ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2001 ήταν 16,4: υψηλότερος από τον αντίστοιχο της Μεγάλης Βρετανίας (6,1), της Γαλλίας (9,7) και των Ηνωμένων Πολιτειών (13,2) (OECD 2004), πράγμα που μπορεί να αποδοθεί στη γοργή επέκταση του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της διαγνωστικής και της ιατρικής τεχνολογίας κατά τη δεκαετία του 1980.

Γιατροί με ειδικότητα που εργάζονται σε νοσοκομεία του ΕΣΥ και

κέντρα βασικής περίθαλψης αμείβονται με μισθό. Όλοι οι γιατροί των νοσοκομείων του ΕΣΥ απασχολούνται πλήρως και, έως πρόσφατα, δεν τους επιτρεπόταν να παρακολουθούν ασθενείς ιδιωτικά. Πολλοί ωστόσο το έκαναν, παρά την απαγόρευση, με αποτέλεσμα να μην καλύπτουν το πλήρες ωράριό τους. Οι γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνονται κατ' αποκοπήν. Ωστόσο, οι αμοιβές τείνουν να είναι μάλλον χαμηλές, ενώ οι γιατροί συμπληρώνουν το εισόδημά τους με επιπλέον χρεώσεις. Ελλείπει συστημάτων επίβλεψης, το κίνητρο για βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, διασφάλιση της κατάλληλης θεραπείας και ορθολογική συνταγογράφηση είναι μικρό. Επιπλέον, στην Ελλάδα επικρατεί καθεστώς ανεπίσημων αμοιβών, το οποίο οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη συνολικής υγειονομικής κάλυψης και ενισχύεται από την υπερπροσφορά προσοδοθήρων γιατρών.

#### Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2000: ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΥΚΑΙΡΙΑ

##### *Αρχικοί στόχοι της μεταρρύθμισης και νομοθετικό αποτέλεσμα*

Με την επανεκλογή του ΠΑΣΟΚ, τον Απρίλιο του 2000, παρατηρήθηκε ένας βαθμός αμφισημίας αναφορικά με την κατεύθυνση του επόμενου μεγάλου κυβερνητικού σχεδίου για το σύστημα υγείας, κυρίως διότι το προηγούμενο τετραετές πλάνο είχε επικεντρωθεί στην πλήρωση των στόχων για την ένταξη της Ελλάδας στην ΟΝΕ. Ο νέος υπουργός Υγείας ήταν ισχυρό στέλεχος του κυβερνώντος κόμματος και υπήρχαν μεγάλες προσδοκίες ότι η κυβέρνηση θα εγκαινίαζε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον δημόσιο τομέα. Τέσσερις μήνες αφότου ανέλαβε, ανήγγειλε ένα σχέδιο μεταρρύθμισης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τα τέσσερα συστατικά στοιχεία του οποίου ήταν: 1) ο συντονισμός των δραστηριοτήτων αγοράς και ελέγχου των ασφαλιστικών ταμείων μέσω του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (ΟΔΠΥ)· 2) η καθιέρωση 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ)· 3) η οργάνωση ενός βασικού συστήματος περίθαλψης μέσω συμβάσεων με γιατρούς βασικής περίθαλψης· και 4) η εισαγωγή ενός προγράμματος αξιολόγησης για τους γιατρούς του ΕΣΥ, πέραν της ρύθμισης των εργασιακών σχέσεων προκειμένου να ενταχθούν στο σύστημα οι ανεπίσημες αμοιβές.

Ο στόχος του συντονισμού των ασφαλιστικών ταμείων ήταν να δημιουργηθεί ένας μονοψωνιακός αγοραστής προκειμένου να εξορ-

θολογίσει το σύστημα αγορών. Η πρόταση του υπουργού είχε ως στόχο την παγίωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων που κάλυπταν το 87% του πληθυσμού, δίνοντας στα υπόλοιπα ταμεία τη δυνατότητα να ενταχθούν και αυτά οικειοθελώς. Χωρίς να διαλύει κανένα ταμείο, ο υπουργός πρότεινε τη δημιουργία μιας μονάδας, του ΟΔΙΠΥ, για τη διαχείριση των πόρων τους. Δεν υπήρξε ωστόσο σχεδιασμός για την εξίσωση των παροχών υγείας μεταξύ των ταμείων.

Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας είχαν στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Το νομικό καθεστώς κάθε νοσοκομείου θα καταργούνταν και θα υπαγόταν στις περιφέρειες. Η αλλαγή αυτή θα επέτρεπε στους περιφερειακούς διευθυντές να σχεδιάζουν το σύστημα υγείας για την περιφέρεια, αντί να περνούν μέσω των νοσοκομείων, τα οποία ελέγχονταν σε μεγάλο βαθμό από κομματικά στελέχη και συνδικάτα. Έτσι, οι περιφερειακοί διευθυντές θα είχαν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τους εργαζομένους να επιτρέψουν για παράδειγμα, στο προσωπικό να μετακινηθεί από τμήμα σε τμήμα και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Τομείς στους οποίους έως τότε η δυσκαμψία ήταν σημαντική, με το προσωπικό να είναι δεσμευμένο σε συγκεκριμένα τμήματα και νοσοκομεία.<sup>3</sup> Ένας επιπλέον σκοπός ήταν να μεταφερθεί στις περιφέρειες η βάση ισχύος των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων, η πλειοψηφία των οποίων αποτελούνταν από μέλη διορισμένα από την κυβέρνηση και αντιπροσώπους των συνδικάτων των νοσοκομείων. Συνολικά, η πρόταση αντιπροσώπευε μια αλλαγή στη θεσμική δομή του συστήματος υγείας, εισάγοντας έναν διαμεσολαβητή μεταξύ νοσοκομείων και Υπουργείου Υγείας. Πραγματοποιούνταν έτσι μια μετακίνηση στη διαδοχή της λογοδοσίας (εξού και μια απώλεια εξουσίας) τόσο από το υπουργείο όσο και από τα νοσοκομεία προς τις περιφέρειες· η διαδικασία αυτή έμελλε να συναντήσει σημαντικές αντιδράσεις και στα δύο μέτωπα.

Ο υπουργός πρότεινε την καθιέρωση ενός συστήματος βασικής περίθαλψης που ως είχε στόχο να εγγράφεται ο πληθυσμός σε έναν «προσωπικό» γιατρό. Οι σύμβουλοι θεωρούσαν ότι ο όρος «οικογενειακός γιατρός» δεν θα κάλυπτε την «ατομιστική νοοτροπία» των Ελλήνων και ότι θα εκλαμβάνονταν ως αυστηρό σύστημα βασικής περίθαλψης αποτελούμενο από γιατρούς διορισμένους από την κυβέρνηση, χωρίς την ελεύθερη επιλογή των πολιτών. Οι γιατροί της βασικής περίθαλψης θα ήταν συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία και θα πληρώνονταν κατά κεφαλήν. Ενώ θα επιτρεπόταν η άμεση πρόσβαση σε ωτορινολαρυγγολόγους, οφθαλμιάτρους, δερ-

ματολόγους, γυναικολόγους και ψυχιάτρους, η πρόσβαση του ασθενούς σε άλλες ειδικότητες θα βασιζόταν σε παραπεμπτικό του προσωπικού γιατρού — επρόκειτο για την καθιέρωση ενός συστήματος «ελέγχου της εισόδου». Εάν οι ασθενείς παρέκαμπταν τον προσωπικό τους γιατρό, θα έπρεπε να επωμιστούν το μισό κόστος της επίσκεψης στον ειδικό. Η πρόταση λοιπόν άφηνε κάποια ελευθερία επιλογής, περιλάμβανε όμως και κίνητρα για τους ασθενείς να αποδεχτούν το σύστημα των παραπεμπτικών. Αντιστοίχως, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα σύστημα ιατρικών αρχείων και να συντονιστούν οι πληροφορίες για τους ασθενείς, οι ειδικοί θα έπρεπε να ενημερώνουν τον προσωπικό γιατρό του ασθενούς για την επίσκεψή του. Εάν ο ασθενής δεν είχε παραπεμπτικό, ο ειδικός θα έπρεπε και σε αυτή την περίπτωση να ενημερώσει τον προσωπικό γιατρό για την επίσκεψη και, μέχρι να γίνει αυτό, ο ειδικός δεν θα εισέπραττε το υπόλοιπο μισό της αμοιβής του από το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενούς.

Το τέταρτο συστατικό στοιχείο της μεταρρύθμισης του 2000 αφορούσε τις εργασιακές σχέσεις. Οι μόνιμοι γιατροί του ΕΣΥ είχαν την επιλογή να αποκτήσουν απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία εντός των νοσοκομείων, προκειμένου να επισημοποιηθούν μερικές από τις άτυπες αμοιβές που συνήθως εισέπρατταν. Όλες οι εξετάσεις και οι διαγνωστικές διαδικασίες που θα συνδέονταν με την επίσκεψη σε αυτά τα ιατρεία θα πληρώνονταν από το κεντρικό ταμείο προκειμένου να επαναπροσανατολιστούν προς τα δημόσια νοσοκομεία ορισμένες πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων για διαγνώσεις στον ιδιωτικό τομέα. Ο υπουργός διευθετούσε επίσης τις πολλαπλές εργασιακές σχέσεις των πανεπιστημιακών γιατρών, υποχρεώνοντάς τους να επιλέξουν την άσκηση της ιατρικής είτε στον δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Εάν παρέμεναν στο ΕΣΥ, θα εισέπρατταν ένα επιμίσθιο της τάξης των 1.000 ευρώ τον μήνα και θα διατηρούσαν την επιλογή των απογευματινών ιατρείων. Εάν όμως επέλεγαν τον ιδιωτικό τομέα, οι πανεπιστημιακοί γιατροί δεν θα είχαν το δικαίωμα να γίνουν διευθυντές κλινικών του ΕΣΥ. Ο υπουργός πρότεινε επίσης να ενοποιήσει τη βασική περίθαλψη με την περίθαλψη που πρόσφερε το ΙΚΑ: τότε οι 5.000 (από τους 8.000) γιατροί που είχαν συμβάσεις ορισμένου χρόνου με το ΙΚΑ θα είχαν τη δυνατότητα να ανταγωνιστούν άλλους γιατρούς για συμβάσεις στο σύστημα των προσωπικών γιατρών βασικής περίθαλψης.

Το μεταρρυθμιστικό σχέδιο περιλάμβανε επίσης την καθιέρωση επίσημης αξιολόγησης για όλους τους διευθυντές και το προσωπικό



των νοσοκομείων. Η οργανωσιακή δομή των νοσοκομείων είναι ιεραρχική με καθορισμένη διαδοχή θέσεων: διευθυντής, αναπληρωτής διευθυντής και κατόπιν τρεις βαθμούς ειδικευμένων και ειδικευόμενων γιατρών. Το σύστημα είναι ιδιαίτερα δύσκαμπτο, οι προαγωγές σπάνιες και οι διευθυντές αντικαθίστανται μόνον με τη συνταξιοδότησή τους. Ένας γιατρός με ειδικότητα ή ένας αναπληρωτής διευθυντής μπορεί να ανέλθει σε ανώτερη βαθμίδα μόνον εάν υπάρξει κενή θέση σε άλλο νοσοκομείο. Επιπλέον, το σύστημα δεν παρέχει κίνητρα για επαγγελματική ανάπτυξη, απόκτηση νέων δεξιοτήτων και περαιτέρω κατάρτιση. Αρχικά λοιπόν, το σχέδιο ήταν προς όφελος της αξιολόγησης του προσωπικού και της αύξησης των ευκαιριών για προαγωγή, προκειμένου να ενθαρρύνει τη βελτίωση της ποιότητας. Επιπλέον, η μεταρρύθμιση περιλάμβανε και πρόταση για τη δημιουργία ενός φορέα ελέγχου ποιότητας ο οποίος θα συγκέντρωνε στοιχεία αναφορικά με την απόδοση των γιατρών και των νοσοκομείων, για παράδειγμα σχετικά με ιατρικά σφάλματα και την καταλληλότητα της περίθαλψης.

### *Αντιδράσεις των ενδιαφερομένων*

Σε αντίθεση με παλιότερες απόπειρες μεταρρύθμισης του συστήματος, το μεταρρυθμιστικό σχέδιο του 2000 ήταν σαφές και δεν περιλάμβανε διατάξεις που θα προσδιορίζονταν στο δεύτερο στάδιο της νομοθετικής διαδικασίας (με προεδρικά διατάγματα). Αυτός ο παράγοντας εξηγεί τις άμεσες και έντονες αντιδράσεις των ενδιαφερομένων στη μεταρρύθμιση. Κανονικά, οι νόμοι που απαιτούν προεδρικό διάταγμα δεν μπορούν να εφαρμοστούν χωρίς πρωτοβουλία του αντίστοιχου υπουργείου και στοιχεία οιοδήποτε νόμου παραμένουν ακαθόριστα ή είναι αμφίσημα μπορούν να αναθεωρηθούν αργότερα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ψήφιση του νόμου δεν εξασφαλίζει την εφαρμογή του, καθιστώντας έτσι λιγότερο επιτακτικό για τις ομάδες συμφερόντων να αντισταθούν στην ψήφιση ενός νόμου τον οποίο θεωρούν δυσμενή. Παραδόξως, σε αυτές τις περιστάσεις, η νομοθεσία μπορεί να τεθεί σε εφαρμογή χωρίς σημαντική αντίθεση, πράγμα που συνέβη με τις περισσότερες μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στο παρελθόν, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων του 1983-1984 που είχαν αφήσει πολλά στοιχεία να οριστούν με προεδρικά διατάγματα. Το 2000, ωστόσο, το γεγονός ότι δεν υπήρχαν λεπτομέρειες του νόμου που θα έπρεπε να οριστούν με προεδρικά διατάγματα λειτούργησε ως κίνητρο για τις ομάδες συμφερόντων να παρέμβουν προτού

συζητηθεί το νομοσχέδιο στο Κοινοβούλιο. Όπως συνοψίζεται στον Πίνακα 1 και αναλύεται ακολούθως, οι βασικοί ενδιαφερόμενοι του ελληνικού συστήματος υγείας επρόκειτο να χάσουν λόγω της μεταρρύθμισης προνόμια, εξουσία και αυτονομία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1  
ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΤΟΥ 2000

Ενδιαφερόμενοι	Λόγοι αντίδρασης στη μεταρρύθμιση	Δράση και αιτήματα
<i>Γιατροί</i>		
Γιατροί του ΙΚΑ	Εναντιώνονταν στο σύστημα βασικής περιθαλψής διότι θα σήμαινε την επιλογή των ικανοτέρων από αυτούς.	Μονιμότητα, αυξήσεις μισθών. Επαναλαμβανόμενες απεργιακές κινητοποιήσεις: 2000-2001.
Νοσοκομειακοί γιατροί	Αξιολογήσεις νοσοκομειακού προσωπικού, επίβλεψη δραστηριοτήτων, απογευματινά ιατρεία, μειωμένη επιρροή στη λήψη αποφάσεων.	Μισθολογικές αυξήσεις, αυξήσεις στο προσωπικό. Απεργιακές κινητοποιήσεις (κυρίως τον Ιανουάριο και τον Φεβρουάριο 2001).
Ιδιώτες, αυτοαπασχολούμενοι γιατροί	Απογευματινά ιατρεία, συντονισμένο ταμείο (πράγμα που σήμαινε αυξημένη επίβλεψη).	Αύξηση αμοιβών. Απεργιακές κινητοποιήσεις που συνέπεσαν με απεργιακές κινητοποιήσεις άλλων ιατρικών ενώσεων.
Πανεπιστημιακοί γιατροί	Περιορισμένη άσκηση ιατρικής.	Διατήρηση του status quo — να εξακολουθήσουν να εργάζονται στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Επαναλαμβανόμενες απεργιακές κινητοποιήσεις.
<i>Δημόσιοι υπάλληλοι</i>		
Υπουργείο Υγείας	Μειωμένη ισχύς (με τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές).	Καμία συγκεκριμένη δράση, παρά τη γενική δυσανεμία με τη μεταρρύθμιση.
Νοσοκομεία	Τα νέα ΠΕΣΥ αντιπροσωπεύουν μια μεταβίβαση της ισχύος στους περιφερειακούς διευθυντές και τους διαχειριστές των νοσοκομείων, διαβρώνοντας τις πελατειακές σχέσεις. Αξιολογήσεις νοσοκομειακού προσωπικού.	Αυξήσεις προσωπικού και μισθών. Απεργιακές κινητοποιήσεις με τους νοσοκομειακούς γιατρούς.

(συνέχεια)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 (συνέχεια)

Ενδιαφερόμενοι	Λόγοι αντίδρασης στη μεταρρύθμιση	Δράση και αιτήματα
<i>Ασφαλιστικά ταμεία</i>		
«Προνομιούχα ταμεία»	Αντίθεση στο συντονισμένο ταμείο.	Διατήρηση του status quo
ΙΚΑ	Αντίθεση στο συντονισμένο ταμείο.	Διατήρηση του status quo
<i>Πολιτικά κόμματα</i>		
ΠΑΣΟΚ	Επισημώς δεν υπήρξε αντίθεση στη μεταρρύθμιση. Ανεπισημώς επειδή πολλοί βουλευτές και υπουργοί είχαν δεσμούς και στήριζαν τις δημοσιοϋπαλληλικές ενώσεις ήταν δυσαρεστημένοι με τις πρωτοβουλίες του υπουργού Υγείας και τη μεταβίβαση εξουσίας στα ΠΕΣΥ.	
Αντιπολίτευση (ΝΔ)	Γενική αντίθεση στη μεταρρύθμιση' υποστήριξε τους πανεπιστημιακούς γιατρούς.	Δημόσιες δηλώσεις διαφωνίας.
<i>Κυβέρνηση</i>		
Πρωθυπουργός	Ανοικτά υπέρ της μεταρρύθμισης, αν και δεν πρόβη σε βαρύνουσες υποστηρικτικές δηλώσεις.	Λέγεται ότι δεν ήθελε να βρεθεί ο υπουργός αντιμέτωπος με τους πανεπιστημιακούς γιατρούς.
Υπουργός Οικονομικών	Καμία ανοικτή αντίθεση στη μεταρρύθμιση και δέσμευση για αύξηση των δαπανών για την Υγεία.	Στην πράξη, η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης μειώθηκε.
Υπουργός Παιδείας	Όπως και ο πρωθυπουργός, ανοικτά ήταν υπέρ της μεταρρύθμισης, αν και δεν την υπερασπίστηκε σθεναρά.	Λέγεται ότι συντάχθηκε με τους πανεπιστημιακούς γιατρούς.
<i>Ιδιωτικός τομέας</i>		
Νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα	Δεν υπήρξε ανοικτή αντίθεση στη μεταρρύθμιση.	Διατήρηση του status quo, διότι αισθάνθηκαν να απειλούνται από την προοπτική ενοποίησης των ταμείων και τα απογευματινά ιατρεία.

### *Δημόσιοι υπάλληλοι*

Οι Έλληνες γραφειοκράτες έχουν συνήθως παιδεία νομικού ή πολιτικού επιστήμονα, σπανίως δε πρόσθετη κατάρτιση πριν από την υπηρεσία τους ή κατά τη διάρκειά της. Το αποτέλεσμα είναι συχνά να μην έχουν την απαραίτητη οργανωσιακή συγκρότηση, το στάτους, τα προνόμια τάξης και την ειδίκευση που συνήθως συνδέονται με τους Δυτικοευρωπαίους συναδέλφους τους. Παρότι σχετικά μεγάλη σε μέγεθος, η ελληνική δημόσια διοίκηση παραμένει σε σημαντικό βαθμό αναποτελεσματική και αδύναμη σε σύγκριση με τα πολιτικά κόμματα (Sotiropoulos 1995). Λόγω της ελληνικής παράδοσης παρέμβασης συμφερόντων μέσω πατρωνίας, η κεντρική δημόσια διοίκηση έχει αποτύχει να αποκτήσει ανεξάρτητο ρόλο στο πολιτικό σύστημα. Το δε Υπουργείο Υγείας ειδικότερα έχει επηρεαστεί έντονα από το ΠΑΣΟΚ με την πάροδο των ετών, πολλοί υπάλληλοι του Υπουργείου, στο πλαίσιο της διαδικασίας πολιτικής πατρωνίας έχουν αποσπαστεί από τις αρχικές θέσεις τους σε νοσοκομεία και δεν είναι επαρκώς εφοδιασμένοι για τον νέο ρόλο τους ως υπάλληλοι της κεντρικής δημόσιας διοίκησης.

Επιπλέον, οι κυβερνήσεις τόσο του ΠΑΣΟΚ όσο και της συντηρητικής Νέας Δημοκρατίας έχουν επιτύχει να διογκώσουν τον πολιτικό χαρακτήρα της δημόσιας διοίκησης με τη δημιουργία διυπουργικών επιτροπών, τα μέλη των οποίων διορίζονται από την πολιτική ηγεσία. Αυτό ίσχυσε σε μεγάλο βαθμό κατά τη δεκαετία του 1980, όταν το ΠΑΣΟΚ διόρισε έναν αριθμό πολιτικών του υποστηρικτών σε κλινικές και μη κλινικές θέσεις στα δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον, ο πρόεδρος και αρκετά μέλη του διοικητικού συμβουλίου της ΑΔΕΔΥ (Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων) προέρχονται από την ομοσπονδία εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία, ΠΟΕΔΗΝ, δημιουργώντας έτσι περισσότερο περιχαρακωμένα συμφέροντα εντός αυτής της οργάνωσης-ομπρέλας.

Δημόσιοι υπάλληλοι, τόσο στο Υπουργείο Υγείας όσο και στα νοσοκομεία αντιτάχθηκαν στην περιφερειακή αποκέντρωση της εξουσίας στα ΠΕΣΥ, η οποία σηματοδοτούσε μια μεταβίβαση εξουσίας από τα κομματικοποιημένα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων στους περιφερειακούς διευθυντές. Η ΠΟΕΔΗΝ εξέφρασε τη συνολική δυσαρέσκειά της για τις μεταρρυθμίσεις με τη δήλωση που της αποδίδεται σύμφωνα με την οποία «οι μεταρρυθμίσεις δεν είναι προς το συμφέρον του προσωπικού των νοσοκομείων και των ασθενών του ΕΣΥ» (*Athens News* 2001α). Ο νέος νόμος για τα ΠΕΣΥ

προέβλεπε την αντικατάσταση των διορισμένων πελατειακών θέσεων των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων με έναν διαχειριστή και πιο αδύναμα διοικητικά συμβούλια. Η ΠΟΕΔΗΝ ήταν αποφασισμένη να αποκτήσει περισσότερη εξουσία, υπονομεύοντας τον ρόλο των διαχειριστών των νοσοκομείων. Η ένωση δεν αντέδρασε εξαρχής ελπίζοντας ότι θα μπορούσε να επηρεάσει τον διορισμό των διαχειριστών των νοσοκομείων, από τη στιγμή όμως που κατέστη σαφές ότι η επιρροή της μειώθηκε και ότι μερικοί από τους περιφερειακούς διευθυντές και διαχειριστές των νοσοκομείων δεν πρόσκεινταν στο κυβερνών πολιτικό κόμμα, η ΠΟΕΔΗΝ ενορχήστρωσε διαμαρτυρίες σε διάφορα νοσοκομεία.

Η απώλεια από πλευράς των νοσοκομείων της ανεξάρτητης νομικής τους υπόστασης αντιπροσώπευε μια πρόσθετη μεταβίβαση εξουσίας στις περιφέρειες. Η αντίθεση σε αυτήν τη μεταβίβαση εξουσίας αποκαλύφθηκε σε κάποιον βαθμό από μια δήλωση που έκανε ο πρόεδρος της ΑΔΕΔΥ τον Δεκέμβριο του 2003, αρκετό καιρό αότου εφαρμοόστηκε η συγκεκριμένη πολιτική. Η ένωση «θεωρούσε ότι [τα ΠΕΣΥ] θα έπαιζαν ρόλο στον σχεδιασμό και θα εμπλέκονταν σε μικρότερο βαθμό στα καθημερινά διοικητικά και διαχειριστικά προβλήματα των νοσοκομείων [...] στις περιφέρειες. Τα ΠΕΣΥ μπορούσαν να έχουν αυξημένες δραστηριότητες, όπως να λειτουργούν ως σώμα που θα μπορούσε να εγγυηθεί τη συμπληρωματικότητα των δραστηριοτήτων [...] στα κύρια αστικά κέντρα. Τα νοσοκομεία θα έπρεπε να διατηρήσουν τη νομική τους οντότητα». (Βουλή των Ελλήνων 2003: 456)

### *Ασφαλιστικά ταμεία*

Ο συντονισμός των δραστηριοτήτων των ταμείων αντιπροσώπευε ένα μέσο για την καθιέρωση ενός μονοψωνιακού αγοραστή, προκειμένου να διευκολυνθεί η ορθολογική κατανομή πόρων και να πιεστούν οι παροχές για την ποιότητα και τις τιμές. Παρότι η πρόταση περί συντονιστικού σώματος δεν αφορούσε την αντιστάθμιση των παροχών, εντούτοις θεωρήθηκε από τα ταμεία ως το πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση. Επιπλέον, οι ισχυρότερες και περισσότερο προνομιούχες κοινωνικές ομάδες δεν ήθελαν τον συντονισμό των ταμείων διότι φοβούνταν ότι θα έχαναν τα προνόμια τους. Ο πρόεδρος της Ομοσπονδίας Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΝΓΕ) αποκάλυψε τη διαδεδομένη άποψη ότι ο συντονισμός των ταμείων θα μείωνε τα προνόμια ορισμένων από αυτά, δηλώνοντας

ότι η ΓΣΕΕ «φοβάται πως ο ΟΓΑ θα ενοποιηθεί με το ΙΚΑ και την ΑΔΕΔΥ και ότι μπορεί να χάσουν την ελεύθερη επιλογή των γιατρών». (Βουλή των Ελλήνων 2003: 459)

Τέλος, κάποια αντίδραση από το ΙΚΑ μπορεί να αποδοθεί σε «προσωπικές διαφορές» και σε μια από καιρό παγιωμένη «βεντέτα» μεταξύ του διευθυντή του ΙΚΑ και του υπουργού Υγείας. Διαδόθηκε ευρέως στα μέσα ενημέρωσης ότι ο υπουργός και ο διευθυντής του ΙΚΑ, που λογοδοτούσε στον υπουργό Εργασίας, διαφωνούσαν ως προς τον ρυθμό της μεταρρύθμισης. Πιο συγκεκριμένα, τα στελέχη του ΙΚΑ θεωρούσαν ότι ρόλος τους θα ήταν να ηγούνται των συντονιστικών δραστηριοτήτων της κοινωνικής ασφάλισης καθώς και της μεταρρύθμισης της βασικής υγειονομικής περίθαλψης και δεν ήταν ικανοποιημένοι όταν κατέστη σαφές ότι αυτό δεν θα συνέβαινε.

### *Γιατροί*

Παρότι το επίπεδο συνδικαλισμού των γιατρών έχει μειωθεί την τελευταία εικοσαετία, δύο κυρίως συνδικάτα του δημόσιου τομέα διατηρούνται ισχυρά: το συνδικάτο των γιατρών του ΕΣΥ (ΟΝΓΕ) και το συνδικάτο των γιατρών του ΙΚΑ (Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Επιστημονικού Υγειονομικού Προσωπικού Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ). Επίσημες ιατρικές ενώσεις, οι οποίες βάσει της νομοθεσίας ιδρύθηκαν για να ασκούν συγκεκριμένες δημόσιες λειτουργίες, μετέχουν και αυτές σε διαπραγματεύσεις ως συνδικάτα εκ μέρους των γιατρών (Colombotos, Fakiolas 1993), ενώ οι συμβεβλημένοι αυτοαπασχολούμενοι γιατροί σε διάφορες περιοχές έχουν ιδρύσει τη δική τους ένωση. Επιπλέον, όλοι οι γιατροί υποχρεούνται να ανήκουν σε γεωγραφικά καθορισμένες ιατρικές ενώσεις ή συλλόγους, οι οποίοι εκπροσωπούν τα συμφέροντά τους. Από αυτούς, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (ΙΣΑ) και ο οργανισμός ομπρέλα (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, ΠΙΣ) —ο οποίος θεωρητικά συμβουλευεί το Υπουργείο Υγείας για ιατρικά ζητήματα— είναι οι πλέον δραστήριοι. Αυτά τα συνδικάτα των γιατρών έχουν μακρόχρονους πολιτικούς δεσμούς και ασκούν πίεση εκ των έσω στα ανταγωνιζόμενα πολιτικά κόμματα. Ο ΠΙΣ, ο ΙΣΑ (εκτός από μια σύντομη περίοδο, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, όταν ο έλεγχός του πέρασε στα χέρια της Αριστεράς) και η ΠΟΣΕΥΠΙΚΑ θεωρούνται γενικώς ότι εκπροσωπούν τη δεξιά πλευρά του πολιτικού φάσματος και η ΟΝΓΕ την αριστερή.

Η εγγύτητα των πανεπιστημιακών γιατρών με το πολιτικό περι-

βάλλον είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Οι πανεπιστημιακοί γιατροί θεωρείται ότι ασκούν σημαντική επιρροή στους κυβερνητικούς διορισμούς προσωπικού σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, καθώς και στις πολιτικές υγείας. Η επιρροή τους εκφράζεται συνήθως ανεπίσημα και προσωπικά, σε ατομικό επίπεδο (Colombotos, Fakiolas 1993), ή μέσω των ισχυρών τους δεσμών με ιδιοκτήτες μέσων μαζικής ενημέρωσης μάλλον παρά μέσω οιασδήποτε επίσημης οργάνωσης (Davaki, Mossialos 2005).

Εφόσον υπάρχουν ανταγωνιστικά συνδικάτα στο πλαίσιο του ιατρικού επαγγέλματος με μικρή συνεργασία μεταξύ τους, θα περίμενε κανείς αυτός ο διαχωρισμός να αποδυναμώσει την ισχύ των γιατρών. Ωστόσο, όλες οι ενώσεις των γιατρών είχαν κοινό συμφέρον να ανακόψουν τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, αν και για διαφορετικούς λόγους, εξού και διατηρήθηκαν και λειτούργησαν ως ισχυρή ομάδα συμφερόντων. Οι γιατροί του ΙΚΑ ήταν οι πρώτοι που αντέδρασαν στη μεταρρύθμιση: αντιστάθηκαν σθεναρά στην πρόταση οι 5.000 από τους 8.000 γιατρούς που είχαν κυλιόμενες συμβάσεις ορισμένου χρόνου να ανταγωνιστούν για να ενταχθούν στο νέο σύστημα βασικής υγειονομικής περίθαλψης. Προκήρυξαν απεργία τον Ιούλιο του 2001 και συνέχισαν με αντίστοιχες κινητοποιήσεις καθ' όλη τη διάρκεια εκείνης της χρονιάς, απαιτώντας μονιμότητα για τους συμβασιούχους. Ο Παπαδόπουλος επέμεινε ότι οι γιατροί δεν θα μονιμοποιούνταν, πράγμα που προκάλεσε πρόσθετες κινητοποιήσεις. Υπήρξε επίσης πίεση για αυξήσεις μισθών πολύ μεγαλύτερες από τη σύμβαση συλλογικής εργασίας που είχαν υπογράψει η ΓΣΕΕ και οι εργοδότες. Το 2002, ωστόσο, οι γιατροί του ΙΚΑ ανακάλεσαν νέες απειλές για κινητοποιήσεις, καθώς οι τεταμένες σχέσεις τους με το Υπουργείο Υγείας είχαν κάπως εξομαλυνθεί: είχε γίνει προφανές ότι οι μεταρρυθμίσεις αναφορικά με τη βασική περίθαλψη δεν επρόκειτο να εφαρμοστούν.

Μετά τις εντονότερες αντιρρήσεις των γιατρών του ΙΚΑ, η σημαντικότερη αντίδραση στις προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις προήλθε από τους πανεπιστημιακούς γιατρούς. Το κλίμα ήταν εξαρχής αρνητικό για τη μεταρρύθμιση: το ακόλουθο απόσπασμα από ένα κύριο άρθρο στον Τύπο είναι σαφές:

Τα μεγάλα και τα μικρά συμφέροντα που θίγονταν από την επιχειρούμενη μεταρρύθμιση φρόντισαν να βρουν ερείσματα και στο εσωτερικό της κυβέρνησης. Κυρίως η πανίσχυρη συντεχνία των πανεπιστημιακών ιατρών, η οποία λειτούργησε σαν αιχμή

του δόρατος της ευρύτερης εκστρατείας για τη ματαίωση της μεταρρύθμισης. Στην πρώτη φάση, ο Αλέκος Παπαδόπουλος δέχθηκε παραινέσεις από κορυφαία στελέχη του ΠΑΣΟΚ, αλλά και από τον ίδιο τον πρωθυπουργό, να μην καταργήσει το σκανδαλωδώς προνομιακό καθεστώς των πανεπιστημιακών ιατρών. Από τη στιγμή που αρνήθηκε να ανακρούσει πρύμναν, ουσιαστικά άρχισε και η αντίστροφη μέτρηση. (Καθημερινή 2002α)

Οι πανεπιστημιακοί γιατροί εναντιώνονταν στην υποχρεωτική επιλογή μεταξύ ιδιωτικής άσκησης της ιατρικής και του ΕΣΥ. Σε άλλο κύριο άρθρο περιγράφεται η αντίδρασή τους στο μεταρρυθμιστικό σχέδιο του Υπουργείου:

Οι πανεπιστημιακοί ιατροί αποδεικνύονται ιδιαίτερος πείσμονες μαχητές στη σύγκρουσή τους με το Υπουργείο Υγείας. Μπορεί να μην ύψωσαν κόκκινες σημαίες και να μην κατέβηκαν στο πεζοδρόμιο, αλλά επί της ουσίας ακόμα και οι πιο σκληροτράχηλοι συνδικαλιστές φαντάζουν μικρομεσαίοι ερασιτέχνες μπροστά τους. Όπως συμβαίνει σε τέτοιου είδους περιπτώσεις ο «καβγάς είναι για το πάπλωμα». Τα συμφέροντα που διακυβεύονται σ' αυτήν τη σύγκρουση είναι πολύ μεγάλα. [...] Μέχρι τώρα, οι πανεπιστημιακοί κρύβονται πίσω από την αδράνεια του Υπουργείου Παιδείας. (Καθημερινή 2002β)

Οι πανεπιστημιακοί γιατροί εξέφρασαν την αντίθεσή τους στον Άρειο Πάγο, ισχυριζόμενοι ότι καταπατούνταν τα ανθρώπινα δικαιώματά τους βάσει της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Το δικαστήριο ωστόσο απέρριψε την επιχειρηματολογία τους, και οι γιατροί προχώρησαν σε απεργία αρνούμενοι να διδάξουν τους φοιτητές τους. Εκείνο το διάστημα, ο Τύπος έδωσε σημαντικό βήμα στις απόψεις και την εκστρατεία τους.

Αντιμέτωπο με αυτή την αντίθεση, το Υπουργείο Υγείας πρότεινε να δοθεί στους πανεπιστημιακούς γιατρούς για αποκλειστική τους χρήση το νέο νοσοκομείο του Λεκανοπεδίου (το Αττικό Νοσοκομείο στο Χαϊδάρι). Λέγεται ότι οι γιατροί θεώρησαν ακατάλληλη την τοποθεσία, καθώς το νοσοκομείο βρισκόταν εκτός του κέντρου, σε περιοχή χαμηλών εισοδημάτων. Επισήμως, ωστόσο, υποστήριξαν ότι το νοσοκομείο δεν ήταν επαρκώς εξοπλισμένο (για παράδειγμα, ότι δεν υπήρχαν αρκετά αμφιθέατρα, αν και αυτά θα μπορούσαν εύκολα να προστεθούν) και αρνήθηκαν την προσφορά. Μόνον μετά



την αντικατάσταση του υπουργού Υγείας, τον Ιούνιο του 2002, από έναν πρώην καθηγητή Ιατρικής δέχτηκαν οι καθηγητές το νοσοκομείο στο Χαϊδάρι,<sup>4</sup> διατηρώντας παράλληλα την ελευθερία να ασκούν το επάγγελμά τους τόσο στον ιδιωτικό τομέα όσο και στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ακριβώς το διακύβευμα που βρισκόταν στο επίκεντρο της αρχικής ανταλλαγής.

Οι νοσοκομειακοί γιατροί αντιτάχθηκαν στη μεταρρύθμιση για διάφορους λόγους. Πρώτον, οι διαχειριστές των νοσοκομείων και τα ΠΕΣΥ θα επέβλεπαν τις νοσοκομειακές δραστηριότητες με τρόπο διαφορετικό από τα πολιτικά διορισμένα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, τα οποία είχαν άλλα συμφέροντα. Δεύτερον, ένα ενοποιημένο ταμείο και ο επακόλουθος εξορθολογισμός του συστήματος θα είχαν αντίκτυπο στην κλινική αυτονομία των γιατρών, ειδικότερα αναφορικά με τον έλεγχο ποιότητας και τις κατευθυντήριες γραμμές άσκησης της ιατρικής. Τρίτον, τα προτεινόμενα επίσημα συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου ποιότητας θα συνεπάγονταν περισσότερη εργασία για τους γιατρούς, ενώ δεν υπήρχε περιθώριο για προαγωγές εντός του παγιωμένου νοσοκομειακού συστήματος. Τέταρτον, επικρίνονταν τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία στο πλαίσιο της υποδομής του ΕΣΥ, με το επιχείρημα ότι θα δημιουργούσαν ένα σύστημα δύο ταχυτήτων αυτή η κριτική, ωστόσο, πρέπει να εξεταστεί στο πλαίσιο του ήδη υπάρχοντος συστήματος των δύο ταχυτήτων το οποίο χαρακτηρίζεται από διαδεδομένες ανεπίσημες αμοιβές.

Το αποτέλεσμα ήταν να απεργήσουν οι νοσοκομειακοί γιατροί τον Ιανουάριο και τον Φεβρουάριο του 2001, κατά τη διάρκεια της περιόδου που το σχετικό νομοσχέδιο συζητιόταν στο Κοινοβούλιο, διεκδικώντας υψηλότερες απολαβές και προσλήψεις προσωπικού. Σύμφωνα με τον πρόεδρο της ένωσης νοσοκομειακών γιατρών της Αθήνας, ο λόγος για τις απεργιακές κινητοποιήσεις που συνέπεσαν με τη συζήτηση της μεταρρύθμισης στη Βουλή ήταν να «τονιστεί η σημασία της διατήρησης του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ και να διασφαλιστεί ότι θα παρέμενε προσβάσιμο στο κοινό» (*Athens News*, 2001β)· έτσι, οι νοσοκομειακοί γιατροί έδιναν έμφαση στο επιχείρημα εναντίον των απογευματινών ιδιωτικών ιατρείων. Ειπώθηκε επίσης ότι «το νομοσχέδιο δίνει την εντύπωση ότι τα νοσοκομεία θα μετατραπούν σε ιδιωτικές εταιρείες [...] προβλέπει τη δημιουργία κρατικών επιχειρήσεων που θα ελέγχουν τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία τους» (*Athens News*, 2001γ). Οι γιατροί του ΕΣΥ απαίτησαν «αύξηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων» και ζήτησαν η

κυβέρνηση «να δώσει περισσότερα χρήματα στο ΕΣΥ και να αφήσει τα νοσοκομεία στην ησυχία τους» (*Athens News*, 2001δ). Επιπλέον, λέγεται ότι οι γιατροί του ΕΣΥ πίστευαν πως «δεν θα μπορούσαν να διατηρήσουν την επαγγελματική τους ελευθερία» και πως, παρότι δεν υπήρχαν σχέδια για μείωση προσωπικού, από τη στιγμή που το νομοσχέδιο θα ψηφιζόταν θα «αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη διασφάλιση πλήρους απασχόλησης» (*Athens News*, 2001γ).

Οι ιδιωτικά συμβεβλημένοι γιατροί αντιτάχθηκαν στον συντονισμό των ταμείων και τα απογευματινά ιατρεία. Ένας μονοψωνιακός αγοραστής θα δημιουργούσε περισσότερο ανταγωνιστικό περιβάλλον και θα απαιτούσε αυξημένη επίβλεψη, παραδειγματος χάριν, για την ποιότητα της περίθαλψης και τον τρόπο συνταγογράφησης. Οι ιδιώτες γιατροί οργάνωσαν απεργιακές κινητοποιήσεις που συνέπεσαν με τις κινητοποιήσεις των νοσοκομειακών γιατρών (ΟΝΓΕ και Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας-Πειραιά, ΕΙΝΑΠ), των δημοσίων υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ) και της ΓΣΕΕ (*Athens News*, 2001ε). Έτσι, παρά τα διαφορετικά συμφέροντα των διαφόρων ομάδων γιατρών και δημοσίων υπαλλήλων, οι αντιδράσεις ήταν κοινές και, κάποιες φορές, συντονισμένες.

### Ο ιδιωτικός τομέας

Παρότι η επίσημη αντίδραση από τον ιδιωτικό τομέα ήταν μικρή, οι περισσότεροι από τους ιδιώτες επιχειρηματίες αντιτάχθηκαν στη μεταρρύθμιση. Αν και οι ιδιοκτήτες των ιδιωτικών νοσοκομείων και διαγνωστικών κέντρων δεν πήραν ανοικτά θέση κατά τη διάρκεια της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας, δεν ήθελαν την εφαρμογή της. Για παράδειγμα, ο ισχυρός διαγνωστικός τομέας ήταν αντίθετος με τον συντονισμό των ταμείων, διότι, όπως και για τους γιατρούς, αυτό θα σήμαινε αυξημένη επίβλεψη, ανταγωνιστικές τιμές, ένταση των ελέγχων ως προς την καταλληλότητα της περίθαλψης και τον σχεδιασμό των συμβολαίων στα οποία υπήρχαν διαφορετικοί όροι και συνθήκες για τα διάφορα ανεξάρτητα ταμεία. Επίσης, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα κινδύνευαν να χάσουν το μερίδιό τους στην αγορά εάν το δημόσιο σύστημα βασικής περίθαλψης βελτιωνόταν· αντιτάχθηκαν επίσης και στην καθιέρωση των απογευματινών ιατρείων, αφού αυτά θα επαναπροσανατόλιζαν τις πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων από τα διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα στα δημόσια νοσοκομεία. Όπως αναφέρθηκε σε αθηναϊκή εφημερίδα, «ιδιωτικές κλινικές, νοσοκομεία και διαγνωστικά

κέντρα αποτελούν τους σημαντικότερους “πελάτες” των ασφαλιστικών υγειονομικών ταμείων, απορροφώντας σημαντικό μερίδιο από τις σχετικές δημόσιες δαπάνες» (*Athens News*, 2001στ).

Εν αντιθέσει με τα ιδιωτικά νοσοκομεία και τα διαγνωστικά κέντρα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν είχαν να χάσουν ή να κερδίσουν από τη μεταρρύθμιση, εφόσον συνιστούσαν πολύ μικρό μερίδιο της ασφαλιστικής αγοράς.

### *Κυβέρνηση και αντιπολίτευση*

Οι υπουργικές ευθύνες για τον τομέα της υγείας μοιράζονται μεταξύ του Υπουργείου Υγείας, που έχει την ευθύνη των νοσοκομείων, του Υπουργείου Εργασίας, που επιβλέπει τα ασφαλιστικά ταμεία, και του Υπουργείου Παιδείας, που είναι υπεύθυνο για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς. Υπάρχουν επομένως εν δυνάμει διαφορετικά συμφέροντα εντός της κυβέρνησης. Έτσι ανέκυψε αντίθεση στη μεταρρύθμιση και στους κόλπους του ΠΑΣΟΚ. Οι πολιτικοί, συνηθισμένοι στο να μπορούν να επηρεάζουν συγκεκριμένες προσλήψεις σε διοικητικά συμβούλια νοσοκομείων, δεν είχαν πλέον τις πολιτικές διασυνδέσεις με κάποιους από τους περιφερειακούς διευθυντές και διαχειριστές των νοσοκομείων οι οποίοι λογοδοτούσαν άμεσα στον υπουργό Υγείας. Επιπροσθέτως, ο πρωθυπουργός δεν επιδίωκε την προώθηση αλλαγών. Και, καθώς την κυβέρνηση την απασχολούσαν δημοσιονομικοί περιορισμοί, υπήρχε μικρή στήριξη για επενδύσεις και επέκταση του τομέα της υγείας και, σε ό,τι αφορά το σχέδιο αξιολόγησης των νοσοκομείων, η στήριξη για τη δημιουργία περιθωρίου για προαγωγές ήταν και αυτή μικρή.

Η αντιπολίτευση, παρότι είχε ταχθεί εναντίον της μεταρρύθμισης, δεν είχε να προσφέρει κάποιο εναλλακτικό σχέδιο. Ο αρχηγός της αξιωματικής αντιπολίτευσης πραγματοποίησε επισκέψεις σε δημόσια νοσοκομεία —με σημαντική κάλυψη από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης— προκειμένου να εντοπιστούν εμφανή προβλήματα, όπως ανεπαρκείς συνθήκες υγιεινής ή απαρχαιωμένος εξοπλισμός. Η αντιπολίτευση συντάχθηκε ανοικτά με τους πανεπιστημιακούς γιατρούς και το αίτημά τους να παραμείνουν και στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Το κύριο κόμμα της αντιπολίτευσης, η Νέα Δημοκρατία, φέρεται ότι δήλωσε πως «σε κάποιους τομείς το νομοσχέδιο παραβίαζε τα συνταγματικά δικαιώματα και ότι θα έφερναν το θέμα στο δικαστήριο εάν το νομοσχέδιο ψηφιζόταν» (*Athens News*, 2001β): αυτή η απειλή ωστόσο δεν υλοποιήθηκε ποτέ. Η Νέα Δημοκρατία πρόβαλε

επίσης το επιχείρημα ότι η καθιέρωση των απογευματινών ιατρείων δημιουργούσε ένα σύστημα δύο ταχυτήτων, υπονομεύοντας την αρχή της ισονομίας.

Τα δύο κόμματα της Αριστεράς που εκπροσωπούνται στο Κοινοβούλιο (το Κομμουνιστικό Κόμμα Ελλάδας και ο Συνασπισμός της Αριστεράς και της Προόδου) αντιτάχθηκαν και αυτά στη μεταρρύθμιση, ισχυριζόμενα ότι επρόκειτο για δεξιά, νεοφιλελεύθερη και τεχνοκρατική προσέγγιση, προκειμένου να ενταθεί ο κρατικός έλεγχος και να καταστρατηγηθούν τα δικαιώματα των εργαζομένων.

### *Μέσα μαζικής ενημέρωσης και κοινή γνώμη*

Αν και δεν πρόκειται για καίριους ενδιαφερομένους του συστήματος υγείας, είναι σημαντικό να εξετάσουμε τον ρόλο που διαδραμάτισαν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης στη μεταρρυθμιστική διαδικασία. Η πλειονότητα των ιδιωτικών μέσων μαζικής ενημέρωσης στην Ελλάδα είναι μικρές οικογενειακές εταιρείες που έχουν αναπτυχθεί σε μεγάλους ομίλους εταιρειών, οι οποίοι εμπλέκονται σε δημόσια έργα, χρηματιστηριακές αγορές και κάποιες επιχειρήσεις τυχερών παιγνίων. Η αγορά ελέγχεται από μια μικρή ομάδα εταιρειών που προσπαθεί να διατηρήσει την ισορροπία δυνάμεων και στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε επιδοτούμενα από το κράτος έργα.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παραδοσιακά δεν έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στις μεταρρυθμίσεις του τομέα της υγείας. Ωστόσο, η αντίληψη ότι αυτός ο τομέας δεν επηρεάζεται και τόσο από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ανατράπηκε με την κάλυψη του συγκεκριμένου πακέτου μεταρρύθμισης. Καθ' όλη τη διάρκεια της θητείας του Αλέκου Παπαδόπουλου, η κάλυψη ήταν εκτεταμένη. Στα αρχικά στάδια της μεταρρύθμισης υπήρξε σημαντική θετική δημοσιότητα, μετά την ψήφιση του νόμου όμως, το 2001, η κάλυψη ήταν μεικτή και σε ορισμένες περιπτώσεις αρνητική ακόμα και μεταξύ των «φιλοκυβερνητικών» μέσων. Δεν είναι σαφές εάν αυτό αντικατόπτριζε την απουσία καθαρής κυβερνητικής στήριξης για τη μεταρρύθμιση.

Οι δημοσκοπήσεις αποκάλυψαν αυξημένο ενδιαφέρον για τα ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης κατά τη μεταρρυθμιστική διαδικασία μεταξύ 2000 και 2002. Οι τάσεις της κοινής γνώμης από την MRB έδειξαν ότι 43,7% των ερωτηθέντων θεωρούσαν, τον Δεκέμβριο του 2001, την υγειονομική περίθαλψη ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που αντιμετώπιζε η Ελλάδα<sup>5</sup> η υγειονομική περίθαλψη

είχε αναδειχθεί στο δεύτερο σημαντικότερο ζήτημα μετά την ανεργία (56,4%), ενώ έναν χρόνο νωρίτερα, τον Δεκέμβριο του 2000, αποσπούσε ποσοστό της τάξης του 36,8% (MRB 2004). Τον Ιούλιο του 2002, η υγειονομική περιθαλψη είχε ακόμα υψηλότερα ποσοστά (55,6%, και αναδεικνυόταν και πάλι ως το δεύτερο σημαντικότερο ζήτημα μετά την ανεργία, η οποία απέσπασε το 64%). Τον Δεκέμβριο του 2003, μόλις έξι μήνες μετά την αντικατάσταση του υπουργού, υπήρξε μείωση της σπουδαιότητας που αποδιδόταν στην υγειονομική περιθαλψη, η οποία έφτασε το 39,7%. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είχε μειωθεί σημαντικά και η κάλυψη ζητημάτων υγειονομικής περιθαλψης από τα μέσα ενημέρωσης.

### *Ποια μέτρα νομοθετήθηκαν τελικά;*

Ο υπουργός ανακοίνωσε τα σχέδιά του για τη μεταρρύθμιση στα τέλη Ιουλίου 2000 και κάλεσε όλους τους ενδιαφερομένους να εκφράσουν τις απόψεις τους αναφορικά με αυτά μέσα σε ένα τρίμηνο. Όπως προαναφέρθηκε, η αντίθεση στις πρωτοβουλίες της νέας μεταρρύθμισης προήλθε από διάφορες κατευθύνσεις. Η κρίσιμη απώλεια της δυναμικής της πολιτικής σημειώθηκε μέσα σε ένα εξάμηνο μετά την ανακοίνωση των υπουργικών προθέσεων τον Ιούλιο του 2000. Τον Δεκέμβριο του 2000, ο υπουργός είχε αποφασίσει να τροποποιήσει τις προτάσεις του, και ο νόμος που ψηφίστηκε από το Κοινοβούλιο στις αρχές του 2001 ήταν κατά πολύ ασθενέστερος από τις αρχικές προσδοκίες.

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για την τροποποίηση των μεταρρυθμιστικών σχεδίων. Πρώτον, παρότι ο υπουργός Οικονομικών δημιούργησε την εντύπωση μιας υγιούς οικονομίας και είχε δηλώσει τον Μάιο του 2000 ότι «ο επόμενος προϋπολογισμός θα είναι προϋπολογισμός υγειονομικής περιθαλψης» (Χρυσολωρά, Πολίτης 2000),<sup>6</sup> ήταν ευρέως γνωστό ότι τα πράγματα δεν ήταν έτσι. Ο πραγματικός προϋπολογισμός για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας μειώθηκε κατά 4,52 εκατομμύρια ευρώ μεταξύ 2000 και 2001 (Γενικό Λογιστήριο του Κράτους 2002).<sup>7</sup> Αυτή η δημοσιονομική ανασφάλεια εντάθηκε από τις σημαντικές επενδύσεις που έγιναν για τους επικείμενους Ολυμπιακούς Αγώνες, οι οποίοι εκείνη την εποχή συνιστούσαν πολιτική προτεραιότητα και ασκούσαν πιέσεις στο ήδη χρεωμένο δημόσιο ταμείο. Κατά δεύτερον, αποφασίστηκε να μην αντιμετωπιστούν κατά μέτωπο οι συνδικαλιστικοί ηγέτες εν όψει της έντονης αντίδρασής τους τόσο στην ενοποίηση των ταμείων κοινωνικής

ασφάλισης όσο και στη μείωση της ισχύος τους που θα απέρρευε από την καθιέρωση των ΠΕΣΥ. Τρίτον, η κυβέρνηση δεν επιθυμούσε τη διατήρηση της δυσανεξίας των γιατρών του ΙΚΑ, οι οποίοι διαφωνούσαν με την υποχρέωση να ενταχθούν στο σύστημα βασικής περιθαλψής —οπότε ήταν πιθανόν πολλοί να αποκλειστούν λόγω ανεπάρκειας— και αντέδρασαν με μακρές κυλιόμενες απεργιακές κινητοποιήσεις. Τέλος, στην κυβέρνηση δεν επικρατούσε κλίμα υποστήριξης για τον υπουργό και τις μεταρρυθμίσεις του, όπως φαίνεται και από ένα κύριο άρθρο της εφημερίδας *Καθημερινή*: «Το καλοκαίρι του 2000, λίγους μήνες μετά την ανάληψη του Υπουργείου Υγείας, ο υπουργός Αλέκος Παπαδόπουλος ανακοίνωσε ένα φιλόδοξο σχέδιο μεταρρύθμισης. Το υπουργικό συμβούλιο το ενέκρινε, γρήγορα όμως ο υπουργός βρέθηκε ολομόναχος». (*Καθημερινή* 2002α)

Έτσι ο υπουργός αποφάσισε να προωθήσει πρώτα τη μεταρρύθμιση του νοσοκομειακού τομέα. Το 2001 ψηφίστηκε νόμος για την καθιέρωση των ΠΕΣΥ. Δημιουργήθηκαν δεκαεπτά Περιφερειακά Συστήματα Υγείας: τρία στην Αθήνα, δύο στη Θεσσαλονίκη και από ένα στις υπόλοιπες διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Το αποκεντρωμένο σύστημα είχε στόχο να δημιουργήσει μια δομή «παράλληλη» με τη δομή του υπουργείου για τον συντονισμό των νοσοκομειακών υπηρεσιών και του σχεδιασμού σε επίπεδο περιφέρειας. Ο αναθεωρημένος νόμος περιλάμβανε προβλέψεις για την ανάπτυξη των ΠΕΣΥ, τη νομιμοποίηση των απογευματινών ιατρείων και την υποχρέωση των πανεπιστημιακών γιατρών να επιλέξουν αποκλειστικά τον ιδιωτικό τομέα ή το ΕΣΥ. Ο υπουργός υποστήριξε ότι, μετά την ανάληψη των πρώτων σταδίων της μεταρρύθμισης, θα ακολουθούσαν ο συντονισμός των ασφαλιστικών ταμείων, η καθιέρωση του συστήματος βασικής περιθαλψής και η ανάπτυξη ενός φορέα ελέγχου ποιότητας.

Ο νόμος ψηφίστηκε τον Μάρτιο του 2001. Ο υπουργός έσπευσε να διορίσει περιφερειακούς διευθυντές και λίγο μετά διαχειριστές των νοσοκομείων ζήτησε επίσης από τους πανεπιστημιακούς γιατρούς να αποφασίσουν σε ποιον τομέα θα παρέμεναν μόνιμα. Ωστόσο, υπήρξαν καιρία προβλήματα με αυτή τη διαδικασία ταχείας εφαρμογής της μεταρρύθμισης. Οι αντιδράσεις των βασικών ενδιαφερομένων, όπως περιγράφηκαν πιο πάνω, διατηρήθηκαν σε όλη τη διάρκεια της διετίας της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας, δημιουργώντας κλίμα αναταραχής. Υπήρξαν προβλήματα προσωπικού στα ΠΕΣΥ, διότι χρειαζόταν εξειδικευμένο προσωπικό, αλλά το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης όρισε πολύ αυστηρές διαδικασίες πρόσληψης.

Καθώς τα σχέδια να καθιερωθεί ένας μονοψωνιακός αγοραστής είχαν παραμεριστεί, δημιουργήθηκαν σημαντικά προβλήματα στην εφαρμογή των ΠΕΣΥ. Εάν δημιουργούνταν ένα συντονιστικό σώμα για τα ασφαλιστικά ταμεία, αυτό θα μπορούσε να συνάπτει συμβόλαια για υπηρεσίες μέσω των ΠΕΣΥ, πράγμα που με τη σειρά του θα έδινε σε αυτά σημαντικές εξουσίες, γεγονός που θα συνέβαλλε στην αποτελεσματικότητα και την ποιότητα της περίθαλψης. Ωστόσο, επειδή οι οικονομικοί πόροι δεν ήταν παγιωμένοι και κατανομημένοι στα ΠΕΣΥ για την αγορά υπηρεσιών, η εξουσία τους για την εφαρμογή των αλλαγών ήταν περιορισμένη.

Ο υπουργός άρχισε επίσης να εφαρμόζει τα απογευματινά ιατρεία στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Θεωρήθηκε ότι η εφαρμογή αυτού του σχεδίου έγινε εσπευσμένα και ότι δεν είχαν ληφθεί επαρκώς υπόψη η κατάλληλη υποδομή και η στήριξη. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία δεν πληροφορήθηκαν για το πώς θα λειτουργούσαν τα απογευματινά ιατρεία, ενώ δεν είχε οριστεί ούτε ο κατάλληλος χώρος για τη λειτουργία τους. Παρότι δεν έχει υπάρξει επίσημη αξιολόγηση, θεωρείται ότι υπήρξαν σχετικά ανεπιτυχή. Η αμοιβή των ειδικευμένων χειρουργών, για παράδειγμα, διατηρήθηκε σε χαμηλά επίπεδα, πράγμα που προσέλκυσε ελάχιστους χειρουργούς. Επιπλέον, πολλοί γιατροί ήταν απρόθυμοι να περιορίσουν την ιδιωτική άσκηση της ιατρικής στο επίσημο απογευματινό ωράριο και προτίμησαν να συνεχίσουν να δέχονται άτυπες αμοιβές (δηλαδή, να έχουν αφορολόγητο εισόδημα). Αρκετοί επίσης δεν θέλησαν να συμμετάσχουν, θεωρώντας ότι μια μέτρια φήμη θα τους εμπόδιζε να προσελκύσουν ασθενείς.

Όπως αποκαλύπτεται από τις αντιδράσεις τους, η «βεντέτα» με τους πανεπιστημιακούς γιατρούς ήταν σημαντική. Οι απεργίες σήμαιναν ότι πολλοί φοιτητές Ιατρικής δεν μπόρεσαν να εξεταστούν στα μαθήματά τους. Και, από τη στιγμή που το δικαστήριο αποφάνθηκε εις βάρος τους, οι απεργιακές κινητοποιήσεις των πανεπιστημιακών γιατρών εντάθηκαν.

Η μεταστροφή, εκείνη την περίοδο, του πολιτικού ενδιαφέροντος της κυβέρνησης από την υγεία στις συντάξεις περιέπλεξε ακόμα περισσότερο τις συνθήκες για την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων. Όπως εκτιμούσε μια εφημερίδα το 2001, «το σημερινό αδιέξοδο για τις συντάξεις [...] μπορεί να ανακόψει τον μεταρρυθμιστικό ζήλο του Παπαδόπουλου» (*Athens News*, 2001στ). Μαζί με τους δημοσιονομικούς περιορισμούς και τις εντονότερες αντιδράσεις των συνδικάτων, ο υπουργός άρχισε να χάνει σε δημοτικότητα και εντός της

κυβέρνησης. Με αυτό το δεδομένο, πολλοί ενδιαφερόμενοι ανέμεναν την αντικατάστασή του στον ανασχηματισμό του Οκτωβρίου 2001 μετά το συνέδριο του ΠΑΣΟΚ. Κάπως απρόσμενα, ωστόσο, ο Παπαδόπουλος εκλέχτηκε με σημαντικό ποσοστό μεταξύ των κομματικών μελών στην Κεντρική Επιτροπή του ΠΑΣΟΚ, πράγμα που εξηγεί κατά πάσα πιθανότητα την απροθυμία του πρωθυπουργού να τον αντικαταστήσει εκείνη την περίοδο. Στις αρχές του 2002, η πίεση προς τον υπουργό αναφορικά με την επιτυχή εφαρμογή της μεταρρύθμισής του είχε ενταθεί. Σε μια συνέντευξη στην εφημερίδα *Καθημερινή*, τον Ιούνιο του 2002, ο Αλέκος Παπαδόπουλος εξέφρασε τη δυσaréσειά του για το ελληνικό πολιτικό σύστημα και ανακοίνωσε δημόσια ότι δεν θα ήταν υποψήφιος στις επόμενες εκλογές, αν και ζητούσε από τον πρωθυπουργό να συνεχίσει την εφαρμογή της μεταρρύθμισης (*Καθημερινή* 2002α). Αρκετοί υπουργοί και σημαντικά κομματικά στελέχη τού επιτέθηκαν με την αιτιολογία ότι δεν στήριζε την κυβέρνηση.

Ο πρωθυπουργός τότε τον αντικατέστησε αμέσως με τον Κώστα Στεφανή, έναν συνταξιούχο καθηγητή Ιατρικής, ο οποίος ήταν εξέχον μέλος της Ακαδημίας Αθηνών. Ανεξάρτητα από την επάρκεια του νέου υπουργού Υγείας, ο διορισμός του επικρίθηκε για τον συμβολικό του αντίκτυπο. Εν όψει της «βεντέτας» μεταξύ πανεπιστημιακών γιατρών και του προηγούμενου υπουργού, ο διορισμός του Στεφανή θα μπορούσε να θεωρηθεί ως τοποθέτηση του πρωθυπουργού στον πλευρό των πρώτων.

Μεταξύ Ιουνίου 2002 και Δεκεμβρίου 2003 υπήρξε επιβράδυνση του ρυθμού των αλλαγών, και ο κύριος προβληματισμός ήταν να μην προκληθούν πρόσθετες αρνητικές αντιδράσεις και αντίθεση εκ μέρους των βασικών ενδιαφερόμενων μερών. Τον Δεκέμβριο του 2003, ψηφίστηκε μια τροπολογία σύμφωνα με την οποία ο πρόεδρος της ΑΔΕΔΥ μπορούσε να περιληφθεί στην επιτροπή αξιολόγησης των διαχειριστών των νοσοκομείων του ΕΣΥ έτσι η ισχύς αυτής της ισχυρής ομάδας συμφερόντων αυξήθηκε περισσότερο.

Επιπλέον, τον Απρίλιο του 2003, ο υπουργός ανακοίνωσε το σχέδιό του να αναπτύξει ένα σύστημα βασικής περίθαλψης και να συντονίσει τα ταμεία με το Υπουργείο Εργασίας με τη στήριξη του υπουργού Οικονομικών. Το σχέδιο ήταν να τεθούν τα τέσσερα μεγαλύτερα ταμεία (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΟΠΑΔ) υπό έναν φορέα επίβλεψης, στηριγμένο στο ΙΚΑ, επικεφαλής του οποίου θα ήταν ο αναπληρωτής υπουργός Εργασίας, με τον υπουργό Οικονομίας να δηλώνει: «Τα τέσσερα ταμεία θα συντονίσουν τα προγράμματα βα-



σικής τους περίθαλψης, έτσι ώστε να βελτιώσουν την πρόσβαση των μελών τους στα δημόσια νοσοκομεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τις ιδιωτικές κλινικές» (*Athens News*, 2003). Ωστόσο, έως τον Δεκέμβριο του 2003, τρεις μήνες πριν από τις εκλογές (τις οποίες έχασε το ΠΑΣΟΚ) δεν είχαν διατυπωθεί συγκεκριμένες προτάσεις, πράγμα που δημιουργεί ορισμένες αμφιβολίες για την ειλικρίνεια των εξαγγελιών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το παρόν άρθρο κάνει μια επισκόπηση της ιστορικής ανάπτυξης του ελληνικού συστήματος υγείας και της σημερινής του κατάστασης και αναλύει την πλέον πρόσφατη προσπάθεια μεταρρύθμισής του, σχεδόν 20 χρόνια μετά την τελευταία σημαντική αλλαγή η οποία εισήγαγε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Ένα εννοιολογικό πλαίσιο επικεντρωμένο στον ρόλο των επαγγελματιών της υγείας δεν μπορεί να εξηγήσει πλήρως την πορεία της μεταρρύθμισης στην Ελλάδα. Παρότι οι γιατροί αποτελούν σημαντική ομάδα συμφερόντων, υπάρχουν και πολλά άλλα επενδεδυμένα συμφέροντα που πρέπει να ενσωματωθούν στο ευρύτερο πλαίσιο. Οι προοπτικές της θεωρίας της θεσμικής ορθολογικής επιλογής προσφέρουν θεωρήσεις αναφορικά με το γιατί ομάδες συμφερόντων με διαφορετική πολιτική ένταξη και διαφορετικά προνόμια και επενδεδυμένα συμφέροντα υιοθέτησαν κοινή στάση έναντι της μεταρρύθμισης, καθώς καθεμία από αυτές την έβλεπε ως παίγνιο μηδενικού αθροίσματος. Αυτές οι πράξεις διευκολύνθηκαν από το κατακεραματισμένο σύστημα υγείας από τους δημοσιονομικούς προβληματισμούς που γεννούσαν οι περιορισμένοι δημόσιοι πόροι, οι οποίοι ενίσχυαν την απροθυμία επένδυσης λόγω του σημαντικού κόστους εγκαθίδρυσης, εγκαθίδρυση που προϋπέθετε θεσμικές αλλαγές, όπως η καθιέρωση ενός συστήματος βασικής περίθαλψης και από το θεσμικό πλαίσιο στο οποίο στηριζόταν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης το οποίο περιλάμβανε πελατειακά δίκτυα που ευνοούν τις συγκεκριμένες ομάδες συμφερόντων με τις οποίες η κυβέρνηση είναι απρόθυμη να βρεθεί αντιμέτωπη.

Το κληροδότημα της απόπειρας του 2000 για μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγείας θα μπορούσε να είναι πως, μεσοπρόθεσμα, οι επερχόμενες κυβερνήσεις θα διστάσουν να αναλάβουν οιοσδήποτε σημαντικές σχετικές μεταρρυθμίσεις. Από την άλλη πλευρά, το σύστημα εξελίσσεται με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι

δημόσιες δαπάνες και να εντείνεται η δημόσια δυσaráσκεια. Επομένως, εάν οι τάσεις αυτές διατηρηθούν, με δεδομένη την κακή κατάσταση των δημόσιων οικονομικών, ενδέχεται να υπάρξει πίεση από το Υπουργείο Οικονομικών για περιορισμό των εξόδων. Είναι ασαφές κατά πόσον μελλοντικές κυβερνήσεις θα επικεντρωθούν στην ιδιωτικοποίηση (μεταφέροντας μέρος του κόστους στον ιδιώτη) ή στον εξορθολογισμό του συστήματος. Ο εξορθολογισμός με τη μορφή του συντονισμού του κατακερματισμένου συστήματος αγορών, της δημιουργίας ενός μονοψωνιακού αγοραστή, για παράδειγμα, σε αντίθεση με την ιδιωτικοποίηση, μπορεί τελικά να βελτιώσει την κάλυψη και την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί όμως να είναι πολιτικά αμφισβητήσιμος.

Έως τώρα, το ενδιαφέρον των περισσότερων μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας επικεντρωνόταν στη βελτίωση των διαχειριστικών δομών (όπως με την εισαγωγή των ΠΕΣΥ), με δεδομένο ότι πολλές ισχυρές ομάδες συμφερόντων εμπόδισαν την ενοποίηση ή τον συντονισμό των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, ωστόσο αυτό που πρέπει να αντιμετωπιστεί είναι το σημαντικό ζήτημα των οικονομικών ροών και της αγοραστικής ισχύος. Έως ότου δημιουργηθεί ένα είδος συντονισμένου ασφαλιστικού ταμείου, οποιαδήποτε προσπάθεια αντιμετώπισης των πολλών προβλημάτων του ελληνικού συστήματος υγείας (όπως η μειούμενη χρηματοδότηση, η κατανομή των πόρων, τα ανεπαρκή κίνητρα για τους παροχείς να βελτιώσουν την ποιότητα και την παραγωγικότητα, η έλλειψη συστημάτων επίβλεψης και πληροφόρησης και οι ανεπίσημες αμοιβές) θα έχουν μικρή επιτυχία λόγω της μικρής οικονομικής επιρροής που μπορεί να ασκηθεί στους παραγωγούς της υγειονομικής περίθαλψης στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

## ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Υπάρχουν ωστόσο άφθονες αποδείξεις στη βιβλιογραφία των πειραματικών οικονομικών και της ψυχολογίας που δείχνουν ότι τα άτομα δεν έχουν σταθερές προτιμήσεις, αλλά μάλλον κατασκευάζουν τις προτιμήσεις τους βάσει του τρόπου με τον οποίο περιγράφονται ή «πλαισιώνονται» οι αποφάσεις. Βλ., για παράδειγμα, Kahneman, Tversky (2000).

2. Τα προνομιούχα ασφαλιστικά ταμεία είναι ταμεία που παρέχουν στα μέλη τους εκτεταμένη κάλυψη και ελεύθερη επιλογή γιατρού.

3. Η δυσκαμψία και η πολιτική διεύθυνση στον τομέα της υγείας διαπιστώνονται και από μια δήλωση της πρώην αναπληρώτριας υποδιοικητού του τομέα υγείας του

ΙΚΑ Ευρυδικής Χατζηανδρέου: «Πρέπει να πω ότι συνάντησα σημαντική αντίσταση όταν προσπάθησα να μεταθέσω εργαζόμενους μόνον και μόνον επειδή ήμουν απολύτως πεπεισμένη ότι δεν έκαναν σωστά την εργασία τους και αποτελούσαν εμπόδιο στη βελτίωση [...]. Είναι κρίμα όταν προσπαθείς να μεταθέσεις ένα άτομο σε άλλη θέση, επειδή αποδεικνύεται σημαντικό εμπόδιο, να επικαλείται αυτό το άτομο κομματική ένταξη υποστηρίζοντας ότι είναι θύμα πολιτικών διώξεων». (Καθημερινή 2003)

4. Στο νοσοκομείο του Χαΐδαρίου κατέληξαν να εργάζονται περί τους 170 πανεπιστημιακούς γιατρούς, αριθμός που αντιπροσωπεύει μόλις το 20% του προσωπικού της Ιατρικής Σχολής.

5. Δεν είναι σαφές κατά πόσον αυτό ίσχυσε εξαιτίας των υψηλών προσδοκιών για την εφαρμογή του μεταρρυθμιστικού σχεδίου ή εξαιτίας της αυξημένης κάλυψης των σχετικών ζητημάτων από τα μέσα ενημέρωσης, ή και για τους δύο λόγους.

6. Ο αναπληρωτής υπουργός Οικονομίας Γιώργος Δρυσ πρόεβη σε ανάλογους ισχυρισμούς τον Οκτώβριο του 2000: «Ο προϋπολογισμός του 2001 χαρακτηρίζεται προϋπολογισμός υγειονομικής περιθάλψης, εκπαίδευσης και απασχόλησης [...]. [Σκοπός μας είναι] να επιτύχουμε, για πρώτη φορά, ένα πλεόνασμα προϋπολογισμού της τάξης του 0,5% του ΑΕΠ». (Tsolis 2000)

7. Η μείωση είναι μεγαλύτερη εάν οι δαπάνες εκτιμηθούν σε τιμές του 2000 (135,6 εκατομμύρια ευρώ ή 3,87%).

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abel-Smith, B., J. Calltrop, M. Dixon, Ad D. Dunning, R. Evans, W. Holland, J. Bryan, E. Mossialos 1994. *Report on the Greek Health Services*, Athens: Ministry of Health and Welfare.
- Athens News 2001α. «Doctors Strike Out Anew at Reform Bill», 28 Ιανουαρίου, A01, [www.athensnews.gr](http://www.athensnews.gr).
- Athens News 2001β. «Doctors Determined to Fight Reforms», 25 Ιανουαρίου, A02, [www.athensnews.gr](http://www.athensnews.gr).
- Athens News 2001γ. «Hospital Doctors Set to Decide Today Whether to Continue to Strike», 25 Ιανουαρίου, A02, [www.athensnews.gr](http://www.athensnews.gr).
- Athens News 2001δ. «Doctors March Against Health Bill, Parliament Vote Delayed», 31 Ιανουαρίου, A03, [www.athensnews.gr](http://www.athensnews.gr).
- Athens News 2001ε. «More Strikes Over Health Reform», 30 Ιανουαρίου, A02, [www.athensnews.gr](http://www.athensnews.gr).
- Athens News 2001στ. «Trouble With Health Funds?», 11 Μαΐου, A09, [www.athensnews.gr](http://www.athensnews.gr).
- Athens News 2003. «Four Health Funds Shall Be One», 2 Απριλίου, A35, [www.athensnews.gr](http://www.athensnews.gr).
- Colombotos, J., N. P. Fakiolas 1993. «The Power of Organised Medicine in Greece», στο F. W. Hafferty, J. B. McKInlay (επιμ.), *The Changing Medical Profession: An International Perspective*. New York, Oxford University Press.
- Davaki, K., E. Mossialos 2005. «Plus ça change: Health Sector Reform in Greece», *Journal of Health Policy, Politics and Law* 30:1, υπό έκδοση.
- Freddi, G., J. W. Bjorkman (επιμ.) 1989. *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*. London, Sage Publications.

- Hacker, J. S. 2002. *The Divided Welfare State*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hall, P. A., R. C. R. Taylor 1996. «Political Science and the Three New Institutionalisms», *Political Studies* 44, 5: 936-957.
- Hassenteufel, P. 1996. «The Medical Profession and Health Insurance Policies: A Franco-German Comparison», *Journal of European Public Policy* 3,3: 461-480.
- Γενικό Λογιστήριο του Κράτους 2002. *Ετήσια έκθεση εσόδων εξόδων 2001*. Αθήνα, Γενικό Λογιστήριο του Κράτους.
- Βουλή των Ελλήνων 2003. *Πρακτικά των συνεδριάσεων των Διαρκών Επιτροπών*, 11 Νοεμβρίου.
- Kahneman, D., A. Tversky (επιμ.) 2000. *Choice, Values and Frame*. New York, Cambridge University Press.
- Καθημερινή* 2002α. «Θολό τοπίο στην Υγεία», 12 Ιουνίου, <http://www.kathimerini.gr>.
- Καθημερινή* 2002β. «Πανεπιστημιακοί Γιατροί», 23 Ιανουαρίου, <http://www.kathimerini.gr>.
- Kathimerini* 2003. «An Outsider in the Greek Civil Service», 12 Ιουλίου, <http://www.ekathimerini.com>.
- Kyriopoulos, Y., G. Tsalikis 1993. «Public and Private Imperatives of Greek Health Policies», *Health Policy* 26,2: 105-117.
- Lyrantzis, Ch. 1984. «Political Parties in Post-Junta Greece: A Case of Bureaucratic Clientilism?», *West European Politics* 7, 2: 99-118.
- Mouzelis, N., G. Pagoulatos 2002. «Civil Society and Citizenship in Post-war Greece», κείμενο εργασίας, Athens University of Economics and Business, <http://www.aueb.gr/deos/papers/Mouzelis-Pagoulatos-AUEB-Discussion-Paper1.pdf>.
- MRB 2004. *The Most Important Issues Facing Greece Today: Trends*, Athens. MRB Hellas S. A.
- OECD 2004. *Health Data*. Paris, OECD.
- Rothstein, Bo 1996. «Political Institutions: An Overview» στο Robert E. Goodwin, H.-D. Klingemann (επιμ.), *A New Handbook of Political Science*. Oxford, Oxford University Press.
- Salter, B. 2002. «Medical Regulation: New Politics and Old Power Structures», *Politics* 22, 2: 59-67.
- Sanidas, M. 2000. «The Reform of the Greek Health Care System», αδημοσίευτο κείμενο, London School of Economics and Political Science.
- Shepsle, K. A. 1986. «Institutional Equilibrium and Equilibrium Institutions», στο H. F. Weisberg (επιμ.), *Political Science: The Science of Politics*. New York, Agathon.
- Sotiropoulos, D. 1995. «The Remains of Authoritarianism: Bureaucracy and Civil Society in Post-Authoritarian Greece», Κείμενο εργασίας 66. Madrid, Juan March Institute.
- Tragakes, E., N. Polyzos 1998. «The Evolution of Health Care Reform in Greece: Charting a Course of Change», *International Journal of Health Planning and Management* 13, 2: 107-130.
- Tountas, Y., H. Stefannson, S. Frissiras 1995. «Health Reform in Greece: Planning and Implementation of a National Health System», *International Journal of Health Planning and Management* 10, 4: 283-304.
- Tountas, Y., P. Karnaki, E. Pavi 2002. «Reforming the Reform: the Greek National Health System in Transition», *Health Policy* 62, 1: 15-29.

- Τσώλης, Ζ. 2000. «Συνέντευξη με τον υφυπουργό Οικονομικών κ. Γ. Δρυ για το μεγάλο στοίχημα του νέου προϋπολογισμού», *Το Βήμα*, 29 Οκτωβρίου, <http://tonima.dolnet.gr>.
- Tuohy, C. H. 1999. «Dynamics of a Changing Health Spere: The United States, Britain and Canada», *Health Affairs* 18, 3: 114-134.
- Wilsford, D. 1995. «States Facing Interests: Struggles Over Health Care Polityc In Advanced, Industrialised Democracies», *Journal of Health Politics, Policy and Law* 20, 3: 571-613.
- Χρυσολωρά, Ε., Σ. Πολίτης 2000. «Οι 8 αλλαγές με τον νέο νόμο για το Χρηματιστήριο», *Τα Νέα*, 20 Μαΐου, <http://ta-nea.dolnet.gr>, πρόσβαση στις 5.9.2004.