

ΜΙΑ ΑΝΟΡΘΟΔΟΞΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΑΚΜΗΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

ΜΑΝΟΣ ΜΑΤΣΑΓΓΑΝΗΣ



GREEC'E ANATOMY



1.

Ένα από τα μεγαλύτερα (και θλιβερότερα) παράδοξα της παρατεταμένης μεταπολίτευσης είναι δίχως άλλο η παραβολική τροχιά που διέγραψε ο δημόσιος τομέας της υγείας, από τις μεγάλες προσδοκίες των αρχών της δεκαετίας του '80 στη σημερινή πραγματικότητα. Κατά τη γνώμη μου, η ιστορία αυτή αν και όχι εντελώς απαλλαγμένη από φωτεινά σημεία¹ είναι από πολλές απόψεις μια ιστορία παρακμής. Θεωρώ ότι η διαλεύκανση αυτής της ιστορίας είναι απαραίτητη: όχι μόνο για την καλύτερη ερμηνεία του αδιεξόδου της δημόσιας πολιτικής υγείας, αλλά και για την πληρέστερη κατανόηση των συστημικών εμποδίων πάνω στα οποία είναι καταδικασμένη να προσκρούσει κάθε απόπειρα ανάταξης του δημόσιου τομέα στη σημερινή Ελλάδα της κρίσης των αρχών της δεκαετίας του '10.

Ο Μάνος Μатσαγγάνης διδάσκει ευρωπαϊκές κοινωνικές πολιτικές και πολιτικές απασχόλησης στο Τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών Οικονομικών Σπουδών του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 ήταν ίσως η πιο φιλόδοξη μεταρρύθμιση των κυβερνήσεων ΠΑΣΟΚ –την εποχή εκείνη στη φάση της μέγιστης ακμής τους. Η Εισηγητική Έκθεση του νομοσχεδίου για το ΕΣΥ ανέφερε ότι ο στόχος του ήταν ούτε λίγο ούτε πολύ «η αποεμπορευματοποίηση του αγαθού

υγεία». Όπως ήταν αυτονόητο, η αριστερή αντιπολίτευση υποστήριζε τη δημιουργία ενός κρατικού συστήματος υγείας. Λιγότερο αυτονόητο ήταν ότι το ίδιο ίσχυε και για ένα σημαντικό τμήμα της (με την ορολογία της εποχής) «φωτισμένης δεξιάς», με πρώτο τον Σπύρο Δοξιάδη, υπουργό Υγείας τα χρόνια 1977-1981. Παρά τις αντιρρήσεις των ιατρικών συλλόγων, η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ προσέφερε σε χιλιάδες νέους γιατρούς ένα μέλλον σίγουρης επαγγελματικής ανέλιξης και βελτιωμένων αποδοχών στο ασφαλές περιβάλλον του Δημοσίου. Τέλος, σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις, μεγάλο τμήμα της κοινής γνώμης τασσόταν επίσης υπέρ της «αλλαγής στην υγεία», έχοντας πιστέψει στη ρεαλιστική ουτοπία ενός δημόσιου συστήματος υγείας όπως αυτό των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, η πρόσβαση στο οποίο να εξαρτάται από την ανάγκη για περίθαλψη, όχι από το εισόδημα ή την κοινωνική θέση.

Τρεις δεκαετίες αργότερα, το τοπίο έχει αλλάξει δραματικά. Η συνολική δαπάνη υγείας έχει φτάσει σε υψηλά επίπεδα, και συνεχίζει να αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς. Η αναλογία των γιατρών στον πληθυσμό είναι από τις υψηλότερες διεθνώς. Η διαθεσιμότητα νοσοκομειακών κλινών έχει βελτιωθεί σημαντικά, ιδίως στην περιφέρεια. Η χρήση πανάκριβων μηχανημάτων βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι πιο διαδεδομένη στην Ελλάδα παρά σε χώρες πλουσιότερες και με μεγαλύτερη παράδοση πολιτικής υγείας. Και όμως, η εμπιστοσύνη της κοινής γνώμης στο ΕΣΥ είναι χαμηλή, η περίθαλψη εξακολουθεί να κοστίζει πολύ στους ασθενείς ακόμη και όταν είναι θεωρητικά δωρεάν, ενώ η ιδιωτική ιατρική συνεχίζει να ευμερεί. Με δυο λόγια, η υγεία στην Ελλάδα είναι περισσότερο εμπορευματοποιημένη παρά ποτέ.

Ένα πρόβλημα από το οποίο σίγουρα δεν πάσχει η υγεία στη χώρα μας είναι έλλειψη πόρων. Ενδεικτικά, στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, σε σχέση με τη Βρετανία (η οποία, εκτός της μακράς και ένδοξης ιστορίας του δικού της ΕΣΥ, γνώριζε την εποχή εκείνη μια μεγάλη επέκταση στην υγεία), η Ελλάδα διέθετε 30% περισσότερες νοσοκομειακές κλίνες ανά κάτοικο, υπερδιπλάσιο αριθμό γιατρών, τρεισήμισι φορές περισσότερους αξονικούς τομογράφους και δυόμισι φορές περισσότερους μαγνητικούς τομογράφους. (Από την άλλη, είχε μόνο το ένα τρίτο των νοσοκόμων.) Ενώ η συνολική δαπάνη υγείας προ ΕΣΥ ήταν χαμηλή, κάτω από 6% του ΑΕΠ, σήμερα πλησιάζει το 10% (ας σημειωθεί ότι στη Βρετανία, όπως στην Ισπανία και την Ιταλία, είναι γύρω στο 8,5% του ΑΕΠ). Το μερίδιο της δημόσιας στη συνολική δαπάνη υγείας διαφέρει ανάλογα με τις εκτιμήσεις από 50% σε 60%, είναι δηλαδή σαφώς χαμηλότερο από ό,τι στην Ιταλία και την Ισπανία (όπου κυμαίνεται από 70% σε 80%), και πολύ χαμηλότερο από ό,τι στην Βρετανία (80% με 90% του ΑΕΠ).²

Εν τω μεταξύ, παρότι η υγεία κοστίζει στους φορολογούμενους περισσότερο παρά ποτέ, οι ασθενείς συνεχί-

ζουν να βάζουν το χέρι βαθιά στην τσέπη. Σύμφωνα με τα στοιχεία ενός πρόσφατου «Ευρωβαρόμετρου»,³ σε ερώτηση σχετική με το κόστος της περίθαλψης, το ποσοστό όσων αυθόρμητα απάντησαν «είναι δωρεάν» δεν ξεπερνούσε στη χώρα μας το 5%, ενώ έφτανε το 32% στην Ισπανία (το ΕΣΥ της οποίας θεσμοθετήθηκε την ίδια εποχή με το ελληνικό) και το 50% στη Βρετανία. Το ποσοστό όσων αντίθετα έβρισκαν το κόστος της περίθαλψης πολύ ή αρκετά δυσβάστακτο ήταν 71% στην Ελλάδα, έναντι μόλις 22% στην Ισπανία και 13% στη Βρετανία.

Συχνά το ποσό που πρέπει να πληρώσουν οι ασθενείς για την περίθαλψή τους εμπίπτει σε αυτό που οι οικονομολόγοι της υγείας ονομάζουν «καταστροφικές δαπάνες». Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας SHARE,⁴ η οποία καλύπτει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων ηλικίας 50+ σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, το ποσοστό όσων απάντησαν ότι τα έξοδα περίθαλψης απορροφούσαν πάνω από 25% του διαθέσιμου εισοδήματός τους ήταν 10% στην Ελλάδα (έναντι 5% στην Ιταλία, 3% στην Ισπανία, και μόλις 1% στην Τσεχία). Το αντίστοιχο ποσοστό στο φτωχότερο 20% του δείγματος έφτανε το 39% στην Ελλάδα (έναντι 20% στην Ιταλία, 12% στην Ισπανία, 4% στην Τσεχία).

Γενικά οι φτωχοί πληρώνουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό του (χαμηλότερου) εισοδήματός τους για υγεία. Άλλη εργασία⁵ που ανέλυσε τα στοιχεία της ίδιας έρευνας SHARE διαπίστωσε ότι το μέσο μερίδιο των εξόδων περίθαλψης στο εισόδημα των ατόμων ηλικίας 50+ στην Ελλάδα ήταν 14% στο φτωχότερο 20% του δείγματος, έναντι 3% στο πλουσιότερο 20%. Αυτό επιβεβαιώνουν και τα πιο πρόσφατα στοιχεία της Eurostat,⁶ σύμφωνα με τα οποία το ποσοστό όσων δεν μπόρεσαν να κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας, παρότι είχαν ιατρική ανάγκη, επειδή δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα, ήταν 4% στην Ελλάδα έναντι 2% στην ΕΕ-27. Το αντίστοιχο ποσοστό στο φτωχότερο 20% του δείγματος έφτανε το 7% στην Ελλάδα έναντι 5% στην ΕΕ-27. Προηγούμενη δική μας έρευνα⁷ έδειξε ότι το ειδικό βάρος της οικογενειακής δαπάνης για υγεία ήταν υψηλότερο σε νοικοκυριά ηλικιωμένων, ζευγαριών με μικρά παιδιά, καθώς και ασφαλισμένων του ΟΓΑ.

Τέλος, όσον αφορά την ποιότητα της περίθαλψης όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες, τα στοιχεία του προαναφερθέντος «Ευρωβαρόμετρου»⁸ δείχνουν ότι το ποσοστό όσων την έβρισκαν «πολύ κακή» ή «αρκετά κακή» έφτανε το 52% στην Ελλάδα, έναντι μόλις 15% στην Ισπανία και 18% στη Βρετανία.

Ας ανακεφαλαιώσουμε. Ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα δεν πάσχει από έλλειψη πόρων: αντίθετα, έχουμε υπερπροσφορά γιατρών, νοσοκομειακών κλινών και πανάκριβης βιοϊατρικής τεχνολογίας, ενώ ξοδεύουμε περισσότερα παρά ποτέ. Και όμως, η κοινή γνώμη έχει σε χαμηλή εκτίμηση της ποιότητας της υγείας, η περίθαλψη κοστίζει ακριβά (τόσο που πολλοί Έλληνες περισσότεροι από

ό,τι άλλοι Ευρωπαίοι στερούνται αναγκαίες υπηρεσίες), ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας βαραίνουν δυσανάλογα τους φτωχότερους και πιο ηλικιωμένους ασθενείς.

Είναι προφανές ότι κάτι πήγε στραβά. Το ερώτημα είναι τι.

2.

Στις ρίζες της κακοδαιμονίας βρίσκεται ένα κρίσιμο «σχεδιαστικό σφάλμα». Αντί η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ να συμβαδίζει με την κατάργηση των ταμείων υγείας, όπως θα ήταν λογικό και όπως συνέβη στην Ιταλία (εν μια νυκτί) και στην Ισπανία (σε βάθος 20ετίας), στην Ελλάδα ΕΣΥ και ταμεία υγείας συνυπάρχουν.⁹ Το πώς ακριβώς φτάσαμε σε αυτή την παγκόσμια πρωτοτυπία σχετίζεται με ένα όχι και τόσο γνωστό επεισόδιο κοινοβουλευτικής ιστορίας. Το αρχικό σχέδιο νόμου για το ΕΣΥ προέβλεπε τη συγχώνευση όλων των ταμείων υγείας σε έναν Ενιαίο Φορέα Υγείας. Η διαφαινόμενη «εξίσωση προς τα κάτω» είχε προκαλέσει σφοδρές αντιδράσεις μεταξύ των ασφαλισμένων των «ευγενών ταμείων» νομικών, μηχανικών και υγειονομικών, καθώς και των συντεχνιών του Δημοσίου, των τραπεζών και των ΔΕΚΟ. Οι αντιδράσεις κορυφώθηκαν κατά τη συζήτηση του νομοσχεδίου στην ολομέλεια της Βουλής. Αμέσως μετά την ολοκλήρωση της ομιλίας του Παρασκευά Αυγερινού (εισηγητή της πλειοψηφίας), πήρε το λόγο «ως απλός βουλευτής» ο Γιάννης Αλευράς (πρόεδρος της Βουλής, ισχυρός ανήρ του ΠΑΣΟΚ και πρώην πρόεδρος της ΟΤΟΕ). Η ομιλία του τελευταίου έμεινε στα χρονικά όχι μόνο για το ασύνηθες του εγχειρήματος, αλλά και για τον απερίφραστο τρόπο με τον οποίο απείλησε να τεθεί επικεφαλής όσων επιχειρούσαν να τορπιλλίσουν το νομοσχέδιο, τουλάχιστον σε αυτό το κρίσιμο σημείο. Ο Ανδρέας Παπανδρέου (τότε πρωθυπουργός) αποφάσισε ότι το θέμα παραήταν ασήμαντο για να ριψοκινδυνεύσει τη συνοχή της κυβέρνησης. Ο Αυγερινός ήθελε ΕΣΥ, ο Αλευράς ήθελε χωριστά ταμεία –προς τι τα μίσση και ο αλληλοσπαραγμός; ας έχουμε και τα δύο.

Κάπως έτσι λοιπόν αποκτήσαμε και ΕΣΥ και ταμεία. Το πρόβλημα είναι ότι αυτή η ασυνάρτητη συνύπαρξη Beveridge και Bismarck στο ίδιο σύστημα μας κόστισε μάλλον ακριβά. Αφενός, η καθ'ημάς εκδοχή κοινωνικής ασφάλισης αναπαρήγαγε και διεύρυνε τις κοινωνικές ανισότητες από το πεδίο των εισοδημάτων στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας, επιτρέποντας στις πιο εύπορες ομάδες να αυτοεξαιρούνται από τη αναγκαστική αλληλεγγύη ενός ενιαίου συστήματος. Συχνά, μάλιστα, η αναδιανομή είναι αντίστροφη –όπως γίνεται με την επιδότηση των ευγενών ταμείων από το κοινωνικό σύνολο μέσω των «κοινωνικών πόρων». Τέλος, η έλλειψη κάποιου μηχανισμού μεταφοράς πόρων προς ταμεία με δυσμενές δημογραφικό προφίλ μετατρέπει την παρακμή κάποιων κλάδων ή επαγγελμάτων (π.χ. των ναυτικών) σε χρεωκοπία των αντίστοιχων ταμείων (σε αυτή την περίπτωση του ΝΑΤ). Αφετέρου, όσον

αφορά την οικονομία του δημόσιου τομέα της υγείας, η συνύπαρξη ΕΣΥ και ταμείων (σε συνδυασμό πάντοτε με τον κατακερματισμό των τελευταίων) πολλαπλασίασε το διαχειριστικό κόστος και εμπόδισε και το ΕΣΥ και τα ταμεία να δράσουν ως «μονοψωνητές», δηλαδή ως προνομιακοί αγοραστές. Γενικά, και τα δύο μοντέλα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας (όπως στη Γερμανία ή τη Γαλλία) και του ΕΣΥ (όπως στη Βρετανία ή τη Σουηδία)– έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Διατηρώντας εν ζωή τα ταμεία υγείας και μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, καταλήξαμε με ένα σύστημα που συνδυάζει τα μειονεκτήματα των δύο μοντέλων, χωρίς κανένα από τα πλεονεκτήματά τους.

Η σχετική βιβλιογραφία¹⁰ αναφέρει και άλλους παράγοντες συστημικής αποτυχίας, οι οποίοι συνδέονται με το παραπάνω «σχεδιαστικό σφάλμα» αλλά και μεταξύ τους. Για παράδειγμα, η ανυπαρξία μιας εύλογης διοικητικής δομής, με καλά καθορισμένους ρόλους, σαφείς διαδικασίες λογοδοσίας, με ρεαλιστικούς αλλά και αυστηρούς εισοδηματικούς περιορισμούς συνέβαλε κατά πολύ στο να μην μπορεί να δοθεί απάντηση στο απλό ερώτημα «ποιος είναι υπεύθυνος για την πολιτική υγείας στην Ελλάδα». Το ίδιο και η χαμηλή στάθμη όλων των βαθμίδων του διοικητικού προσωπικού του ΕΣΥ και των ταμείων, η οποία αντανakλά βέβαια τις γενικότερες αδυναμίες της δημόσιας διοίκησης εν Ελλάδι,¹¹ έχει όμως και ειδικότερες όψεις –κάποιες από τις οποίες αποκαλύφθηκαν το 2001, κατά την εν τέλει αποτυχημένη απόπειρα αξιοκρατικής επιλογής διοικητών νοσοκομείων επί υπουργίας Αλέκου Παπαδόπουλου.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι παράγοντες αυτοί, καθώς και άλλοι (π.χ. η συνεχής αύξηση του αριθμού των γιατρών, η ισχύς των ομάδων συμφερόντων, η περιχαράκωση του ΕΣΥ σε «εθνικό σύστημα νοσοκομείων» και η συνακόλουθη de facto ιδιωτικοποίηση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης), οι οποίοι έχουν επίσης συζητηθεί στη σχετική βιβλιογραφία, συνέβαλαν στη σημερινή κατάσταση.

Παρόλα αυτά, η συνδυασμένη ερμηνευτική ισχύ των «αναγνώσεων» αυτών μου φαίνεται τελικά μάλλον περιορισμένη σε σχέση με το μέγεθος της προς εξήγηση αποτυχίας. Έτσι, έχω σταδιακά σχηματίσει την πεποίθηση ότι πέρα και πάνω από τους παραπάνω παράγοντες βρίσκεται ένας άλλος, που πολλαπλασιάζει τις αρνητικές συνέπειές τους, και που δεν έχει ακόμη μελετηθεί όσο θα έπρεπε. Ας το ονομάσουμε «ηθική κρίση».¹²

3.

Η ερμηνεία που προτείνω μπορεί να συνοψιστεί ως εξής. Κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες οι κυρίαρχες αξίες στην Ελλάδα του ιατρικού κόσμου και των άλλων πρωταγωνιστών του τομέα υγείας παρέμειναν ασύμβατες με την δεοντολογία και τους κανόνες συμπεριφοράς σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Ίσως μάλιστα οι συλλογικές αντιλήψεις των γιατρών και άλλων σταδιακά να απομακρύνθη-

καν και άλλο από το ήθος του δημόσιου λειτουργήματος, και να προσχώρησαν στον κανόνα του ατομικού πλουτισμού, γρήγορα και σχεδόν με κάθε τρόπο.¹³

Φυσικά, δεδομένου ότι τα σχετικά φαινόμενα δεν επιδέχονται ακριβούς μέτρησης, «αποδείξεις» για μια τέτοια ερμηνεία είναι δυσεύρετες. Αντίθετα, οι ενδείξεις αφθονούν, αν και ο χαρακτήρας τους είναι αναγκαστικά ανεκδοτολογικός και αποσπασματικός.

Όπως συχνά συμβαίνει, μια καλή πηγή πληροφοριών για το πνεύμα μιας εποχής είναι η λογοτεχνία. Οι προσεκτικοί αναγνώστες των περιπετειών του Αστυνόμου Χαρίτου ίσως θυμούνται το πώς ο γιατρός Ουζουνίδης (μετέπειτα σύντροφος της κόρης του Χαρίτου) είχε κληθεί να δώσει εξηγήσεις στο νοσοκομείο όπου εργαζόταν επειδή δεν έπαιρνε φακελάκι. Όταν δε ο διευθυντής του τού ζήτησε «να κάνει τουλάχιστον ότι παίρνει», αποφάσισε να τηρήσει μια ενδιάμεση στάση: συνέχισε να μην παίρνει φακελάκι, ούτε έλεγε ότι παίρνει, το άφηνε απλώς να εννοηθεί.¹⁴

Όπως δείχνουν τα (ελάχιστα) διαθέσιμα δεδομένα, λίγοι γιατροί τηρούν μια τέτοια στάση αρχής στην πραγματική ζωή. Σε μια πρόσφατη έρευνα 336 ατόμων που νοσηλεύθηκαν σε νοσοκομεία του ΕΣΥ το 2005, 36% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι πλήρωσαν τουλάχιστον μια φορά φακελάκι, ενώ ακόμη 4% δήλωσαν ότι τους ζητήθηκε από τον γιατρό αλλά εκείνοι αρνήθηκαν. Μόνο 4% ανέφεραν ότι προσφέρθηκαν να πληρώσουν αλλά ο γιατρός αρνήθηκε. Τα σχετικά ποσά κυμάνθηκαν από φιλοδωρήματα των 20 ευρώ έως πληρωμές της τάξης των 8.000 ευρώ (μέσο ποσό 418 ευρώ). Δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στη συμπεριφορά των γιατρών ανάλογα με το εισόδημα ή την κοινωνική τάξη των ασθενών.¹⁵

Φυσικά το φακελάκι προϋπήρχε του ΕΣΥ. Άλλωστε, η επίσημη αιτιολόγηση της αύξησης των αποδοχών των γιατρών του ΕΣΥ το 1985 κατά 250% δεν ήταν άλλος από τον τερματισμό της πρακτικής αυτής.¹⁶ Προφανώς το μέτρο δεν απέδωσε.

Η περιφρόνηση της δεοντολογίας φαίνεται να είναι το ίδιο διαδεδομένη εντός και εκτός ΕΣΥ. Πολλοί – ίσως οι περισσότεροι – γιατροί δεν φαίνεται να θεωρούν επιλήψιμη την αποδοχή «δώρων» από τους ασθενείς, ή από τους προμηθευτές νοσοκομειακού εξοπλισμού, ή από τους «ιατρικούς επισκέπτες» που εκπροσωπούν κάποια φαρμακευτική εταιρεία. Πολύ λιγότερο επιλήψιμη φαίνεται να θεωρούν τη συμμετοχή σε εξωτικά ταξίδια που διοργανώνονται με πρόσχημα κάποιο «συνέδριο», συνήθως αμφίβολης επιστημονικότητας, με όλα τα έξοδα πληρωμένα από κάποια φαρμακευτική εταιρεία.¹⁷

Σε ένα τέτοιο «αξιακό» περιβάλλον ο,τιδήποτε μπορεί να συμβεί –και κατά κανόνα συμβαίνει. Εκτεταμένη «προκλητή ζήτηση», ακόμη και με τη μορφή χειρουργικών επεμβάσεων σε ασθενείς που δεν τις χρειάζονται.¹⁸ Είσπραξη από γιατρούς υπέρογκων ποσών για φάρμακα ή άλλες υπη-

ρεσίες τις οποίες δεν παρείχαν ποτέ.¹⁹ Υπερτιμολογήσεις προμηθειών.²⁰ Χρηματισμός γιατρών για την προώθηση ιατρικών ειδών στα δημόσια νοσοκομεία.²¹ Είναι περιττό να προστεθεί ότι η φοροδιαφυγή μεταξύ των γιατρών έχει πάρει ενδημικές διαστάσεις.²² Υπό αυτές τις συνθήκες, είναι μάλλον αναμενόμενο αυτό που διαπιστώνει πρόσφατο «Ευρωβαρόμετρο», ότι δηλαδή το ποσοστό των ερωτηθέντων που θεωρούν ότι «η διαφθορά στον δημόσιο τομέα υγείας είναι εκτεταμένη» φθάνει το 82% στην Ελλάδα, έναντι 32% στο σύνολο της ΕΕ-27.²³

Η διαφθορά ενίοτε σκοτώνει. Εμβληματική είναι εδώ η περίπτωση της Αμαλίας Καλυβίνου, μιας νεαρής γυναίκας που έχασε τη μάχη κατά του καρκίνου τον Μάιο 2007, μετά από μια απίστευτη σειρά λανθασμένων διαγνώσεων, διανθισμένων με απαιτήσεις γιατρών για φακελάκι, ενώ ήταν ασθενής του ΕΣΥ.²⁴

Ως οικονομολόγος είμαι εκπαιδευμένος να αναζητώ έναν τρόπο ευθυγράμμισης των ατομικών κινήτρων με το δημόσιο συμφέρον. Έχω καταλήξει στο συμπέρασμα ότι περιθώρια για έναν τέτοιο τρόπο αντιμετώπισης της κρίσης του ΕΣΥ απλώς δεν υφίστανται. Ο προσωπικός μου «δρόμος προς τη Δαμασκό» ήταν μια συνομιλία μου πριν λίγα χρόνια με έναν καθόλα συμπαθή γιατρό για το θέμα των απογευματινών ιατρείων –δηλαδή την απόπειρα του τότε υπουργού υγείας Αλέκου Παπαδόπουλου να επεκτείνει τις ώρες λειτουργίας των κρατικών νοσοκομείων, προσφέροντας ταυτόχρονα στους γιατρούς του ΕΣΥ έναν νόμιμο τρόπο αύξησης των εισοδημάτων τους. Ούτε λίγο ούτε πολύ, ο συμπαθής γιατρός μου εξήγησε ότι με αμοιβή 50 ευρώ (ανά επίσκεψη των 15 λεπτών) τα απογευματινά ιατρεία «δεν άξιζαν τον κόπο». Τότε λοιπόν μου αποκαλύφθηκε η (πικρή) αλήθεια: ότι κανένα δημόσιο σύστημα υγείας πουθενά στον κόσμο –και πολύ λιγότερο στη σημερινή πρακτικά χρεωκοπημένη Ελλάδα– δεν είναι σε θέση να πληρώνει σε τόσους πολλούς γιατρούς τόσα χρήματα όσα έχουν συνηθίσει να κερδίζουν στη σημερινή κατάσταση ανομίας στο χώρο της υγείας.

4.

Η προηγούμενη συζήτηση δείχνει ότι το πλέγμα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας (ΕΣΥ, ταμεία υγείας και ιδιωτικός τομέας) κοστίζει υπερβολικά στους φορολογούμενους και στους ασθενείς, αφήνει δυσαρεστημένους τους περισσότερους χρήστες, και προκαλεί απaráδεκτες ανισότητες και σπατάλη πόρων. Από την άλλη, επιτελεί ένα σημαντικό έργο: παρέχει σταθερή απασχόληση και υψηλές αποδοχές σε όσους εργάζονται εκεί, ή εμπλέκονται με κάποιον άλλο τρόπο στις λειτουργίες του –δηλαδή στους γιατρούς, αλλά όχι μόνο.

Για το λόγο αυτό βάλτωσαν ή έμειναν απλώς ανεφάρμοστα το ένα μετά το άλλο όλα τα μεταρρυθμιστικά σχέδια που δοκιμάστηκαν στο παρελθόν, ακόμη και τα πιο φι-

λόδοξα: όχι επειδή ήταν κακοσχεδιασμένα ή επειδή δεν υποστηρίχθηκαν επαρκώς –παρόλο που συχνά ίσχυε και αυτό.

Με αυτά τα δεδομένα, η μεταρρύθμιση στην υγεία δεν μπορεί να βασιστεί στην «εξαγορά» ισχυρών αντιπάλων ώστε να δώσουν τη συναίνεσή τους σε αλλαγές θετικού αθροίσματος. Στις παρούσες συνθήκες, τέτοιες αλλαγές είναι πιθανώς ανέφικτες, με την τεχνική έννοια του όρου.

Συνεπώς, εάν η παραπάνω διάγνωση είναι ορθή, τα περιθώρια βελτιώσεων είναι απελπιστικά περιορισμένα όσο η ηθική κρίση εξακολουθεί να μαστίζει το σύστημα υγείας. Κατά τη γνώμη μου, η μοναδική ελπίδα μιας μελλοντικής απόπειρας μεταρρύθμισης στην υγεία είναι η πρωταρχική συσσώρευση ενός «κοινωνικού κεφαλαίου»: με άλλα λόγια ο εντοπισμός πρώτα, και η συνειδητή ενίσχυση και υποστήριξη έπειτα, μιας κρίσιμης μάζας γιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών στελεχών και υπαλλήλων που να είναι διατεθειμένοι να προσφέρουν στο δημόσιο σύστημα, με μόνο αντίτιμο ένα αξιοπρεπές, απλώς, εισόδημα –και επιπλέον «κέρδος» την αυτοεκτίμησή τους, τον σεβασμό κάποιων συναδέλφων τους, και την αγάπη των ασθενών τους.

Δίχως μια τέτοια κρίσιμη μάζα ανθρώπων, καμμία μεταρρυθμιστική απόπειρα δεν θα καταφέρει όχι να αντιστρέψει αλλά ούτε καν να επιβραδύνει τον καλπάζοντα εκφυλισμό του τομέα της υγείας στη χώρα μας σε εφιαλτικό κακέκτυπο της ρεαλιστικής ουτοπίας ενός δημόσιου συστήματος υγείας, η πρόσβαση στο οποίο να εξαρτάται από την ανάγκη για περίθαλψη, όχι από το εισόδημα ή την κοινωνική θέση.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- 1 Για παράδειγμα, η θεαματική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας (από 1,8% το 1980 σε 0,3% το 2009) δύσκολα μπορεί να θεωρηθεί άσχετη με τη γενική βελτίωση της διαθεσιμότητας και του εξοπλισμού των μαιευτικών και των παιδιατρικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα στην περιφέρεια.
- 2 Όλα τα στοιχεία προέρχονται από OECD (2009) Health Data. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. Ειδικά για την Ελλάδα βλ. επίσης Siskou O., Kaitelidou D., Parakonstantinou V., Liaropoulos L. (2008) Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy* 88 (2) 282-293.
- 3 Βλ. Eurobarometer (2007) Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf). Τα μεγέθη αναφέρονται στο κόστος των επισκέψεων στο γιατρό. Παρόμοια ήταν η εικόνα όσον αφορά τις νοσοκομειακές υπηρεσίες (παρότι το ποσοστό όσων θεωρούσαν το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης δυσβάστακτο ήταν χαμηλότερο σε όλες τις χώρες).
- 4 Οι εκτιμήσεις προέρχονται από δική μας ανάλυση της βάσης δεδομένων Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (<http://www.share-project.org>).
- 5 Βλ. Λαμπρέλλη Δ., O'Donnell O. Η μεγάλη επιβάρυνση άμεσων πληρωμών για την υγεία στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Στο: Λυμπεράκη Α., Τήνιος Π., Φιλαλήθης Α.

(2009) *Ζωή 50+: υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και την Ευρώπη*. Αθήνα: Κριτική.

- 6 Οι εκτιμήσεις προέρχονται από δική μας ανάλυση της βάσης δεδομένων European Union Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC).
- 7 Βλ. Matsaganis M., Mitrakos T., Tsakloglou P. (2009) Modelling health expenditure at household level in Greece. *European Journal of Health Economics* 10 (3) 329–336.
- 8 Βλ. Eurobarometer (2007) Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf). Τα μεγέθη αναφέρονται στην ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Παρόμοια ήταν η εικόνα όσον αφορά τις υπηρεσίες των γιατρών (παρότι το ποσοστό όσων θεωρούσαν την ποιότητά τους κακή ήταν χαμηλότερο σε όλες τις χώρες).
- 9 Βλ. Guillén A. (2002) The politics of universalisation: establishing national health services in Southern Europe. *West European Politics* 25 (4) 49–68. Βλ. επίσης Cabiedes L., Guillen A. (2001) Adopting and adapting managed competition: health care reform in southern Europe. *Social Science & Medicine* 52 (8) 1205-1217.
- 10 Βλ. ενδεικτικά Carpenter M. (2003) On the edge: the fate of progressive modernization in Greek health policy. *International Political Science Review* 24: 257–72. Davaki K., Mossialos E. (2005) Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (1–2) 143–168. Mossialos E., Allin S. (2005) Interest groups and health system reform in Greece. *West European Politics* 28 (2) 420-444. Mossialos E., Allin S., Davaki K. (2005) Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics* 14 S151-S168. Nikolentzos A., Mays N. (2008) Can existing theories of health care reform explain the Greek case (1983–2001)? *Journal of European Social Policy* 18 (2) 163–176. Tountas Y., Karnaki P., Pavi E. (2002) Reforming the reform: the Greek national health system in transition. *Health Policy* 62 (1) 15–29.
- 11 Sotiropoulos D.A. (2004) Southern European public bureaucracies in comparative perspective. *West European Politics* 27 (3) 405-422.
- 12 Έχω θίξει παρεμπιπτόντως το θέμα αυτό σε προηγούμενα κείμενά μου. Βλ. Matsaganis M. (1996) Constraints to health reform in Greece: on the interaction of institutions and values. Department of Economics Working Paper 96-10, University of Crete. Βλ. επίσης Matsaganis M. (1998) From the North Sea to the Mediterranean? Constraints to health reform in Greece. *International Journal of Health Services* 28 (2) 333-348. Ένα μόνο πιο πρόσφατο κείμενό μου επικεντρώνεται ακριβώς σε αυτό το θέμα – βλ. Ματσαγγάνη Μ. (2007) Η κρίση του ΕΣΥ είναι κυρίως ηθική. Προοδευτική Πολιτική 12 Ιουνίου 2007 (<http://www.rpol.gr/cm/index.php?LID=1&Datain=3297>).
- 13 Σύμφωνα με την ορολογία του Le Grand, πρόκειται για σταδιακή μετατόπιση από «ιπποτική» προς «κατεργάρικη» συμπεριφορά. Βλ. Le Grand J. (2003/2007) *Κίνητρα, δράσεις και δημόσια πολιτική*. Αθήνα: Παπαζήση.
- 14 Βλ. Μάρκαρης Π. (1998) *Άμυνα ζώνης*. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
- 15 Βλ. Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T. (2008) Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 87 (1) 72–81.
- 16 Βλ. Davaki K., Mossialos E. (2005) Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (1–2) 143–168.
- 17 Χαρακτηριστική είναι η παρακάτω υπόθεση, όπως εξιστορείται στην εφημερίδα *Καθημερινή* (Βλ. Τέλλογλου Τ. (2009) Η σχέση

- των επιστημόνων υγείας και των φαρμακοβιομηχανιών στην Ελλάδα. *Καθημερινή* 5 Μαρτίου 2009.) Το 2000, δύο Έλληνες γιατροί έγραψαν στο εγκυρότατο επιστημονικό περιοδικό *Britisch Medical Journal* το άρθρο «1.001 αραβικές νύχτες» (Βλ. Giannakakis I.A., Ioannidis J.P.A. (2000) Arabian nights: 1001 tales of how pharmaceutical companies cater to the material needs of doctors: case report. *British Medical Journal* 321 1563-1564). Το άρθρο περιέγραφε τις εμπειρίες του ενός εκ των δύο συγγραφέων από τη συμμετοχή του σε ένα συνέδριο γνωστής φαρμακευτικής εταιρείας στην Ιορδανία για σκοπούς άσχετους με την ιατρική επιστήμη. («Αφθονη ψυχαγωγία, πεντάστερα ξενοδοχεία και δωρεάν διακοπές είχαν επιστρατευτεί τότε στην κατεύθυνση της κατευθυνόμενης συνταγογράφησης».) Όταν η φαρμακευτική εταιρεία διαμαρτυρήθηκε, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος κάλεσε τον τοπικό ιατρικό σύλλογο στα Γιάννινα (σημ.: ο ένας συγγραφέας είναι καθηγητής στο εκεί πανεπιστήμιο) να επέμβει. Τελικά ο τοπικός ιατρικός σύλλογος κάλεσε το μέλος του σε απολογία!
- 18 Πρόσφατη έρευνα υπολόγιζε τον αριθμό των καισαρικών τομών το 2002 σε μια ιδιωτική κλινική της Αθήνας σε 53% όλων των γεννήσεων. Το αντίστοιχο ποσοστό σε δύο δημόσια νοσοκομεία ήταν 42%. Βλ. Mossialos E., Allin S., Karras K., Davaki K. (2005) An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *European Journal of Public Health* 15 (3) 288-295. Η συχνότητα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα είναι η υψηλότερη σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ.
- 19 Ενδεικτικά: «Όπως αποκάλυψε ο διοικητής του ΟΓΑ, οι ελεγκτές του οργανισμού εντόπισαν στα ράφια φαρμακείου [στην Αρκαδία] μεγάλο αριθμό συσκευασιών φαρμάκων από τις οποίες έλειπαν τα κουπόνια. Ανέφερε επίσης ότι βρέθηκαν περί τα 77 βιβλιάρια υγείας και συνταγολόγια τόσο του ΟΓΑ όσο και άλλων Ταμείων, ενώ ανακαλύφθηκαν ακόμα και συνταγές που είχαν χρεωθεί σε ασφαλισμένους εν αγνοία τους, αλλά και σε ανθρώπους που ζουν μόνιμα ακόμα και στην Αμερική.» [Κομπίνα με συνταγές ΟΓΑ. *Ελευθεροτυπία* Παρασκευή 3 Δεκεμβρίου 2010.] Επίσης: «Η Ελλάδα ξόδευε για φάρμακα όσα μια χώρα με τον πληθυσμό της Ισπανίας», επισήμανε ο πρωθυπουργός κατά τη χθεσινή επίσκεψή του στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών, όπου άρχισε να εφαρμόζεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση. [Γεωργάκης Η. «Ηλεκτρονικό φρένο στη ληστεία με τα φάρμακα. Ετήσια σπατάλη δύο δισ. ευρώ μέσω συνταγών» *Τα Νέα* Πέμπτη 4 Νοεμβρίου 2010.]
- 20 «Ξέρετε πόσο κόστιζε πριν από δύο χρόνια ένα stent που τοποθετείται σε μία αρτηρία», αναρωτήθηκε ο βουλευτής του ΠΑΣΟΚ κ. Λ. Γρηγοράκος. «Από 1.500 έως 2.000 ευρώ. Σήμερα κοστίζει πάνω από 40.000 ευρώ. Αν ρωτήσετε τους γιατρούς θα σας πουν ότι δεν κοστίζει πάνω από 5.000 ευρώ. Και τα υπόλοιπα 35.000 ευρώ, πού πήγαν; Αν δεν τα βρούμε, δεν πρόκειται να σωθούν τα ασφαλιστικά Ταμεία». [«Τα ακριβά στεντ, η συνταγογράφηση και τα ταξίδια στην Καραϊβική». *Καθημερινή* 17 Δεκεμβρίου 2009.]
- 21 «Δώδεκα γιατροί δημόσιων νοσοκομείων από όλη την Ελλάδα καλούνται από την εισαγγελέα Εφετών Αθήνας ως ύποπτοι τέλεσης κακουργηματικών πράξεων που αφορούν εμπλοκή τους σε μία από τις μεγαλύτερες υποθέσεις διαφθοράς στον τομέα υγείας. Οι γιατροί συνδέονται με το τεράστιο σκάνδαλο χρηματισμού από εταιρεία ορθοπεδικών ειδών, προκειμένου να προωθηθούν τα προϊόντα της στα νοσοκομεία ζημιώνοντας έτσι το ελληνικό Δημόσιο με δεκάδες εκατομμύρια ευρώ. Ενδεικτική του οικονομικού μεγέθους του σκανδάλου είναι η ομολογία στελέχους της εταιρείας που εκτίει ποινή στις βρετανικές φυλακές, ότι «από το 2002 μέχρι και το 2005 δόθηκαν περισσότερα από πέντε εκατομμύρια ευρώ μίζες σε Έλληνες γιατρούς». Βέβαια η ιστορία δεν περιορίζεται στον χρηματισμό ορισμένων μόνο γιατρών αλλά επεκτείνεται και σε διευθυντές νοσοκομείων αλλά ακόμη και σε υπαλλήλους του υπουργείου Υγείας που φέρεται να πληροφορούσαν τους ενδιαφερομένους για τις κινήσεις των αρμόδιων υπουργών.» [Οι λογαριασμοί «καίνε» τους γιατρούς της μίζας. *Ελευθεροτυπία* Δευτέρα 17 Μαΐου 2010.]
- 22 «Ζήτησα από την Γενική Γραμματεία Πληροφοριακών Συστημάτων τα καθαρά ετήσια εισοδήματα μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας, σε ένα συγκεκριμένο μέρος της Αθήνας. Και τα στοιχεία είναι πράγματι εξαιρετικά ενδιαφέροντα. Καθαρά ετήσια εισοδήματα γιατρών με ιατρεία στην περιοχή του Κολωνακίου: από τα 150 άτομα που έχουν ιατρείο στο Κολωνάκι, 30 δηλώνουν καθαρά ετήσια εισοδήματα κάτω από 10.000 ευρώ, άλλοι 30 δηλώνουν καθαρά ετήσια εισοδήματα από 10.000 μέχρι 20.000 ευρώ, άλλοι 30 περίπου καθαρά ετήσια εισοδήματα από 20.000 έως 30.000 ευρώ.» [Δηλώσεις του Υπουργού Οικονομικών για την αντιμετώπιση της φοροδιαφυγής. Δελτίο τύπου 19 Νοεμβρίου 2009. Υπουργείο Οικονομικών (http://www.mnec.gr/el/press_office/DeltiaTypou/articles/article1158.html)]
- 23 Βλ. Eurobarometer (2009) The attitudes of Europeans towards corruption. Special Eurobarometer 325 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_325_en.pdf).
- 24 Η Αμαλία Καλυβίνου περιέγραφε τα καθημερινά πάθη της στο blog της με εύγλωττο τίτλο (<http://fakellaki.blogspot.com>).