

Social Cohesion and Development

Vol 3, No 2 (2008)



Regulation and reforms of the Greek National Health System: comparisons with the European experience

Λίλα Αντωνοπούλου

doi: [10.12681/scad.8890](https://doi.org/10.12681/scad.8890)

Copyright © 2016, Λίλα Αντωνοπούλου



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

To cite this article:

Αντωνοπούλου Λ. (2016). Regulation and reforms of the Greek National Health System: comparisons with the European experience. *Social Cohesion and Development*, 3(2), 109–120. <https://doi.org/10.12681/scad.8890>

Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία

Λίλα Αντωνοπούλου, *Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

Regulation and reforms of the Greek National Health System: comparisons with the European experience

Lila Antonopoulou, *Aristotle University of Thessaloniki*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας έχει γνωρίσει πολλές απόπειρες μεταρρυθμίσεων. Η πρώτη από αυτές ανάγεται στα χρόνια που ακολούθησαν την ίδρυσή του, το 1983. Η τελευταία προσπάθεια μεταρρύθμισης του ΕΣΥ χρονολογείται στο 2005. Στην παρούσα μελέτη, καταρχάς φωτίζονται τα κύρια χαρακτηριστικά της δομής και της εξέλιξης του ΕΣΥ. Στη συνέχεια, γίνεται επισκόπηση των προσπαθειών μεταρρύθμισης του συστήματος, με άξονα ερμηνείας κριτήρια και δεδομένα που αντιλούνται από την εμπειρία της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της χώρας. Η σύγκριση της εξέλιξης του ΕΣΥ με την τύχη που επιφυλάχθηκε στα εθνικά συστήματα υγείας άλλων ευρωπαϊκών χωρών μετά πρόσφατες μεταρρυθμίσεις τους, περιστρέφεται με επίκεντρο την τάση που καταγράφηκε στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων εκείνων και συνίστατο στη μετατόπιση του βάρους της χρηματοδότησης ιδίως του δημόσιου νοσοκομειακού θεσμού, από τον κρατικό προϋπολογισμό στους ιδιωτικούς, οικογενειακούς προϋπολογισμούς των πολιτών.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Σύστημα υγείας, πολιτική υγείας, μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας, Ελλάδα, Ευρώπη.

ABSTRACT

The Greek National Health System (ESY) has undergone many attempts for reform. The first one is traced back during the first years after its foundation in 1983 and the last one is dated during 2005. Following a description of the characteristics and the development of the ESY, this study reviews the tendencies of its reforms interpreting them according to criteria which stem from the Greek experience of economic and social development. The comparison of the ESY's development with the potential outcomes of the national health systems of other European countries, due to recent reforms, is approached from the perspective that these reforms have the tendency to transfer the weight of financing, especially in the case of the public hospital, away from the national budget upon private family budgets.

KEYWORDS: Health care system, health policy, health system reforms, Greece, Europe.

1. Εισαγωγικά: οι δομές του κράτους και της κοινωνίας στην Ελλάδα και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)¹

Οι νεωτερικές προσεγγίσεις της υπανάπτυξης, η οποία ενδημεί όχι μόνο στις σχέσεις Βορρά-Νότου αλλά και στο εσωτερικό του καθενός από τα δυο υπό-συστήματα του παγκόσμιου συστή-

ματος (πάντοτε κάποιες χώρες στο Βορρά θα είναι λιγότερο αναπτυγμένες από άλλες, όπως το ίδιο συμβαίνει και στο Νότο), από τη δεκαετία του 1970 επιμένουν ότι ούτε η υπανάπτυξη μιας χώρας ούτε η έξοδος απ' αυτήν είναι γραμμικά φαινόμενα. Κοιτώντας τα πράγματα σε δεδομένη ιστορική στιγμή, η υπανάπτυξη μιας χώρας δεν οφείλεται σε —ούτε εκδηλώνεται με— παράγοντες ταυτόσημους ή παρόμοιους μ' εκείνους που κάποτε στο παρελθόν βρέθηκε μια άλλη χώρα η οποία σήμερα —στη δεδομένη ιστορική στιγμή— είναι αναπτυγμένη. Έτσι, δεν μπορεί κανείς έγκυρα να πει ότι δεν απομένει στη σημερινή υπανάπτυκτη χώρα τίποτε άλλο από το να αντιγράψει ή να μιμηθεί αποφάσεις ή διαδικασίες τις οποίες είχε ακολουθήσει στο παρελθόν ο αναπτυγμένος κόσμος για να βγει από τη δική του υπανάπτυξη. Η υπανάπτυξη μιας κοινωνίας οφείλεται στα δικά της, ξεχωριστά αίτια, που δεν συμπίπτουν μ' εκείνα της υπανάπτυξης του όποιου άλλου κοινωνικού σχηματισμού, όπως ξεχωριστές είναι οι μέθοδοι που αρμόζουν σε κάθε χώρα ώστε, εφόσον το επιθυμεί και το επιδιώκει, να ξεφύγει από την υπανάπτυξη.

Η Ελλάδα, μέσα στις δομές του διεθνοποιημένου ευρωπαϊκού καπιταλιστικού συστήματος όπου είναι ενταγμένη από τη σύσταση του ανεξάρτητου κράτους (τρίτη δεκαετία του 19ου αιώνα), έχει εξαρχής καταλάβει και διατηρεί σταθερά τη χαμηλότερη θέση —από τη σκοπιά του επιπέδου ανάπτυξης— στην ιεραρχία των χωρών που συνθέτουν το σύστημα αυτό. Στα πλαίσια αυτά, οι νεωτερικές αντιλήψεις για την ανάπτυξη, ποτέ στην Ελλάδα δεν πέρασαν το φράγμα των παραδοχών τους από φωτισμένους διανοούμενους για να εγκατασταθούν στις προτεραιότητες της δράσης των πολιτικών και οικονομικών ελίτ. Με την τελευταία αυτή διαπίστωση, εννοούμε ότι οι στόχοι ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού της οικονομίας και της κοινωνίας που κατά περιόδους προωθούν πολιτικές δυνάμεις της χώρας, παρόλο που πάντοτε αντλούν —ρητά ή σιωπηρά— ένα μέρος της νομιμοποίησής τους από την επίκληση της κατάκτησης, μέσω αυτών, ενός επιπέδου ανάπτυξης ισόκυρου μ' εκείνο της Ευρώπης, ουδέποτε άγγιξαν το βαθύτερο πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας. Το πρόβλημα αυτό είναι πρόβλημα εξουδετέρωσης των πατριαρχικών, ημι-φεουδαρχικών και αναχρονιστικών νοοτροπιών και «αξιών» που, με επίκεντρο το πανίσχυρο κράτος, διαχέονται διαχρονικά σε ολόκληρο το κοινωνικό σώμα. Οι αναπτυξιακές και εκσυγχρονιστικές πολιτικές των ελίτ που κυβερνούν, ταυτίζονται πάντοτε, στην πραγματικότητα, με αποσπασματικές και επιφανειακές μεταρρυθμίσεις του ενός ή του άλλου τμήματος του κρατικού μηχανισμού. Όσο κι αν οι προτεραιότητες αυτές νομιμοποιούνται κοινωνικά και μέσω της θετικής υποδοχής τους από πλατιά στρώματα του πληθυσμού, άλλο τόσο, ως προς τις ουσιαστικές και διαδικαστικές λεπτομέρειές τους, κατά κανόνα προσκρούουν σε συμφέροντα και νοοτροπίες που εκπορεύονται από τον ανθρώπινο τύπο ο οποίος είναι παγιωμένος εδώ και δεκάδες χρόνια στην ελληνική κοινωνία (στο δημόσιο-κρατικό σκέλος της, αλλά και στο ιδιωτικό): αυτόν που αδυνατεί να λειτουργήσει με βάση αφηρημένες αρχές καθολικής ισχύος, αλλά που λειτουργεί με βάση μεροληπτικές αρχές και επιμέρους συμφέροντα (Κονδύλης, 2000: 22).

Το σύστημα υγείας είναι ένα τομέας δημόσιας και ιδιωτικής δράσης, που προνομιακά αποκρυσταλλώνει αυτή την ελληνική «αναπτυξιακή» εμπειρία. Η ίδρυση, το 1983, του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), αποτέλεσε το θεσμικό σχήμα με το οποίο επιχειρήθηκε, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η εγκαθίδρυση ενός δημόσιου συστήματος προστασίας της υγείας. Η αξιοθρήνητη κατάσταση στην οποία βρίσκονταν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας στις παραμονές ίδρυσης του ΕΣΥ, εξαιτίας της χρόνιας εγκατάλειψής τους από το δημόσιο χρηματοδοτικό μηχανισμό της περίθαλψης, νομιμοποιούσε το ιδρυτικό έργο. Εξάλλου, η εναπόθεση του οικονομικού βάρους της προστασίας της υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς, είχε τροφοδοτήσει την ανάπτυξη της «ιδιωτικής πρωτοβουλίας» στον τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης: αυτή, πέραν του ότι πρόσφερε μια μάλλον χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, ανέτρεπε την ισότητα της πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, που θεωρητικά μόνο την εγγυούνταν το δημόσιο νοσοκομείο. Υπό τις εν λόγω

συνθήκες, στο επίκεντρο της ίδρυσης του ΕΣΥ τοποθετήθηκε το νοσοκομειακό σύστημα της χώρας, με κύριο μιν σκοπό την αναβάθμιση της υλικο-τεχνικής υποδομής του, του ανθρώπινου δυναμικού του και της διοίκησης των επιμέρους μονάδων του, με στόχο δε —αποκλειστικά— την εξασφάλιση ίσης και δωρεάν πρόσβασης όλου του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη.

Όμως, η ίδια πολιτική δύναμη που συνέλαβε και κατέστρωσε την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, ήταν εκείνη που λίγα χρόνια αργότερα, κι ενώ εξακολουθούσε να ασκεί την κυβερνητική εξουσία, παραδέχτηκε την αδυναμία του συστήματος που ιδρύθηκε να πετύχει τους σκοπούς του και να εξυπηρετήσει τους καταστατικούς του στόχους (Τούντας, 2002: 115). Έτσι, η επιδίωξη «μεταρρύθμισης της μεταρρύθμισης» εγγράφηκε στην ημερήσια πολιτική διάταξη αμέσως μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1980 και, από τότε μέχρι σήμερα, επανειλημμένα ήταν τα κυβερνητικά εγχειρήματα αναθεώρησης ουσιαστών και θεσμικών παραμέτρων της λειτουργίας του ΕΣΥ.

Στις τρεις ενότητες της μελέτης μας που ακολουθούν, εξετάζουμε τη ρύθμιση και τις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ στα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιώντας κατά βάση σαν σταθερές ερμηνευτικές παραμέτρους δεδομένα που προκύπτουν από τη σκιαγράφηση που μόλις κάναμε για το κράτος, την κοινωνία και την ανάπτυξη τους στην Ελλάδα, σε σύγκριση με την Ευρώπη.

2. Νοσοκομειοκεντρική δομή του ΕΣΥ και εξέλιξη του δημόσιου νοσοκομειακού θεσμού στην Ευρώπη

Η εγκατάλειψη του θεσμού του δημόσιου νοσοκομείου από όλες τις κυβερνήσεις της μεταπολεμικής περιόδου, την οποία εισαγωγικά επισημόναμε, δεν έδινε κανένα περιθώριο στην κυβερνώσα πολιτική δύναμη του 1983 να μην αναδείξει το ΕΣΥ σ' ένα κατά βάση «νοσοκομειοκεντρικό» σύστημα υγείας. Από το σημείο όμως του να δοθεί έμφαση, από τους σχεδιαστές του ΕΣΥ, στο βαθύ μετασχηματισμό του νοσοκομειακού θεσμού (ο οποίος μετασχηματισμός είχε στο επίκεντρό του την καθιέρωση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους απασχόλησης), μέχρι στο να υποβαθμιστούν ή να αγνοηθούν οι λοιπές συνιστώσες ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας, η απόσταση ήταν μεγάλη. Οι συνιστώσες αυτές, που υποβαθμίστηκαν ή αγνοήθηκαν από το ΕΣΥ, είναι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η προληπτική ιατρική, η αύξηση και η καλή κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού, η δημιουργία τμημάτων ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας στα νοσοκομεία, καθώς και ο θεσμός του γενικού γιατρού, του οικογενειακού γιατρού και του γιατρού της κοινωνικής ιατρικής. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προβλέφθηκε από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ να λειτουργήσει στις αστικές, τις ημιαστικές και τις αγροτικές περιοχές της χώρας. Στις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές ιδρύθηκαν τα Κέντρα Υγείας. Όσα απ' αυτά σήμερα λειτουργούν, παρέχουν χαμηλής στάθμης θεραπευτικές υπηρεσίες, αντί για ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και για πρόληψη που ήταν ο αρχικός τους σκοπός. Τα κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές ποτέ δεν δημιουργήθηκαν. Μόνον είκοσι περίπου χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ, άρχισε να σχεδιάζεται η ίδρυση στην Αθήνα —όπου ζει ο μισός πληθυσμός της Ελλάδας— ενός δικτύου τέτοιων κέντρων υγείας, που θα στελεχώνονται βασικά από γενικούς γιατρούς και παραϊατρικό προσωπικό και θα παρέχουν ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (διάγνωση-αντιμετώπιση-παρακολούθηση των συμπτωμάτων των πιο συχνά εμφανιζόμενων χρόνιων νοσημάτων, παροχή άμεσης περίθαλψης σε επείγοντα περιστατικά, διαχείριση παραγόντων κινδύνου μεγάλης σημασίας, προληπτική ιατρική, κατ' οίκον νοσηλεία, εμβολιασμοί, αγωγή υγείας στα σχολεία, κλπ.). Το πρώτο από τα κέντρα αυτά άρχισε να λειτουργεί σε συνοικία της Αθήνας, μόλις τον Ιούνιο 2004.

Αυτή η απόλυτη —τελικά— έμφαση που δόθηκε στο δημόσιο νοσοκομείο ως «ραχοκοκαλιά» του ΕΣΥ, μας επιτρέπει σήμερα να υποθέσουμε ότι οι σχεδιαστές του συστήματος είχαν εγκλωβί-

στεί στην αντίληψη ότι η συγκρότηση του ελληνικού συστήματος υγείας, θα έπρεπε υποχρεωτικά να περάσει από το στάδιο στο οποίο την εποχή εκείνη βρίσκονταν τα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων χωρών της Ευρώπης. Το στάδιο αυτό, δεν ήταν άλλο από εκείνο που συνίστατο στην οικοδόμηση, μέσω γενναίων επενδύσεων που είχαν μέχρι τότε γίνει σε προηγμένη ιατρική τεχνολογία και υποδομές, ενός άρτιου δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος, έτσι ώστε να ικανοποιούνται οι απαιτήσεις των πολιτών για ίση και δωρεάν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες προστασίας της υγείας (Rosanvallon, 1981). Το ότι αυτό το υπόδειγμα νοσοκομειακού συστήματος οι ιδρυτές του ΕΣΥ φαίνεται να είχαν κατά νου, αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι η περίοδος ίδρυσης του ΕΣΥ συνέπεσε με τα πρώτα χρόνια συμμετοχής της Ελλάδας στην ευρωπαϊκή ολοκλήρωση: ιδιαίτερα στα ζητήματα της κοινωνικής πολιτικής, πολλές δημόσιες αποφάσεις είχαν ληφθεί, τότε, με σκοπό την εναρμόνιση της χώρας με τα ευρωπαϊκά δεδομένα (π.χ., τα μέτρα για την προστασία της υγείας των εργαζομένων, για τις ομαδικές απολύσεις, κλπ.). Ωστόσο, ακριβώς την εποχή εκείνη, το αναπτυγμένο νοσοκομειακό σύστημα των ευρωπαϊκών χωρών είχε αρχίσει να υφίσταται ένα σοβαρό μετασχηματισμό. Δεν ισχυριζόμαστε βέβαια ότι οι ιδρυτές του ΕΣΥ θα όφειλαν να είχαν προβλέψει την πορεία προς αυτό το μετασχηματισμό. Απλώς αποσκοπούμε μεταξύ άλλων να δείξουμε, με τη βοήθεια των επισημάνσεών μας που γίνονται στις δύο επόμενες ενότητες της μελέτης και αφορούν κυρίως στις μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ, ότι, σήμερα, οι κυβερνητικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για το ΕΣΥ, δεν θα είχε το παραμικρό νόημα να συμμεριστούν την κατάληξη που δόθηκε στο μετασχηματισμό του δημόσιου νοσοκομείου στην Ευρώπη.

Επί του παρόντος, όσον αφορά στο μετασχηματισμό του δημόσιου νοσοκομείου στον αναπτυγμένο ευρωπαϊκό χώρο, επισημαίνουμε καταρχάς ότι κατά την εποχή της συγκρότησης του ΕΣΥ, η ανάγκη των ευρωπαϊκών κυβερνήσεων να αναπροσανατολίσουν τους εθνικούς προϋπολογισμούς προς την κατεύθυνση της εξόδου του δευτερογενούς τομέα των οικονομιών από την ύφεση που τότε επικρατούσε στην παγκόσμια αγορά, τις οδήγησε στη συγκράτηση της δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας. Στα χρόνια εκείνα, προφανώς για να μην καταβάλλουν το πολιτικό κόστος δραστηκών περικοπών αυτής της χρηματοδότησης της υγείας, οι κυβερνήσεις απλώς είχαν στρέψει την προσοχή τους στην ενθάρρυνση λιγότερο δαπανηρών υγειονομικών πολιτικών. Άρχισαν δηλαδή να ευνοούν, συγκρατημένα και αποσπασματικά, τη συγκρότηση εξωνοσοκομειακών προγραμμάτων περιθάλψης, την πρόληψη, καθώς και την προφύλαξη από τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς κινδύνους που απειλούν την υγεία των ανθρώπων. Λίγα χρόνια αργότερα, η αναγκαιότητα να διασφαλιστεί η ανταγωνιστικότητα της ευρωπαϊκής οικονομίας μέσα στο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, ικανοποιήθηκε με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ (1992), που καθιέρωσε το κοινό ευρωπαϊκό νόμισμα και -κυρίως- επέβαλε στις χώρες μέλη της Ένωσης να εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητα του ενιαίου νομίσματος διαμέσου μιας σοβαρής πειθαρχίας στα δημόσια οικονομικά τους: μιας πειθαρχίας, που αναλύεται στην περιστολή των ελλειμμάτων, του δημόσιου χρέους και του πληθωρισμού, εις τρόπον ώστε ένα μεγάλο μέρος των πόρων των δημόσιων ταμείων να στραφεί στην ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα των εθνικών οικονομιών και της επιβιώσής του μέσα στην παγκόσμια αγορά.

Σ' αυτά ακριβώς τα πλαίσια, οι δαπάνες του κοινωνικού κράτους άρχισαν να υφίστανται, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, τη μεγαλύτερη πίεση. Η δημόσια χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στις χώρες μέλη της «ευρωζώνης», απορρόφησε ένα μεγάλο μέρος της πίεσης αυτής. Στο επίκεντρο της συρρίκνωσης των δαπανών υγείας βρέθηκε, πλέον, η συρρίκνωση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης, ευρύτερα δε η λειτουργία και η χρηματοδότηση του θεσμού του νοσοκομείου. Απώτερο αποτέλεσμα της εξέλιξης αυτής δεν θα μπορούσε να ήταν άλλο από τη μετακύλιση, βαθμιαία, του βάρους της χρηματοδότησης της προστασίας της υγείας από το Δημόσιο στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς των πολιτών (μέσω των μηχανισμών του ιδιωτικού τομέα

της ασφάλισης) και, σε τελική ανάλυση, η ανατροπή του θεμελίου των συστημάτων υγείας που είχαν μέχρι τότε εγκαθιδρυθεί: της ισότητας της πρόσβασης, στις νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας, του συνόλου των πολιτών, χωρίς διακρίσεις ανάλογα με το εισόδημά τους ή την κοινωνική τους θέση.

Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας προς την κατεύθυνση αυτή, που δρομολογήθηκαν στην Ευρώπη κατά την προηγούμενη δεκαετία, έχουν ήδη συζητηθεί (Αντωνοπούλου, 2001: 863 επ.). Μια ειδικότερη πτυχή τους ωστόσο αξίζει να συζητηθεί περισσότερο, ώστε να φωτίσει πληρέστερα τις επισημάνσεις μας που θα ακολουθήσουν για το ΕΣΥ.

Η πιο διαδεδομένη μεταρρύθμιση, στην Ευρώπη, του θεσμού του δημόσιου νοσοκομείου, μοιάζει να είναι η ενστάλλαξη, μέσα σ' αυτόν, της εμπορευματικής αποτελεσματικότητας, μέσω της καθιέρωσης ενός νέου τρόπου χρηματοδότησης του δημόσιου νοσοκομείου, που εκφέρεται ως «πληρωμή κατ' ασθένεια» (*tarification à l'activité*). Οι παλιοί τρόποι χρηματοδότησης, που συνίσταντο είτε στο σφαιρικό προϋπολογισμό του νοσοκομείου είτε στο ημερήσιο νοσήλιο, οι οποίοι καλύπτονταν από τον κρατικό προϋπολογισμό ή/και από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, υποτίθεται ότι ευθύνονταν για τα υψηλά διοικητικά κόστη των νοσοκομείων, για την έκρηξη των ελλειμμάτων των νοσοκομειακών προϋπολογισμών, εν γένει δε για τη σπατάλη των δημόσιων πόρων και την αναποτελεσματικότητα του δημόσιου νοσοκομείου (Κοντούλη-Γεϊτονα, 1992: 19, Υφαντόπουλος, 2003: 438-443). Με το νέο τρόπο χρηματοδότησης, ο οποίος συνίσταται στη θέσπιση μιας σταθερής τιμής για την αμοιβή των φροντίδων που καταναλώνονται κατά τη θεραπεία της κάθε ασθένειας, τα νοσοκομειακά ιδρύματα εντάσσονται σε μια κατάσταση ανταγωνισμού μεταξύ τους: για το σχηματισμό της σταθερής αυτής τιμής (που θα εκφράζεται με βάση το μέσο όρο του κόστους της φροντίδας που παρασχέθηκε σε συγκεκριμένη, προγενέστερη, περίοδο), κάθε νοσοκομείο θα έχει συμφέρον να συγκρατήσει όσο το δυνατό περισσότερο το κόστος, έτσι ώστε να προσελκύσει στις δικές του υπηρεσίες υγείας τη χρηματοδότηση ιδίως των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης (Cases et al., 2002: 7 et seq., Cornilleau & Ventelou, 2004: 20 et seq.). Μέσω του συγκεκριμένου τρόπου χρηματοδότησης, μπορεί μεν να ομογενοποιηθεί βαθμιαία το κάθε εθνικό σύστημα υγείας από την άποψη του (ενιαίου) τρόπου χρηματοδότησης που θα διέπει τόσο τη δημόσια όσο και την ιδιωτική συνιστώσα του υπό-συστήματος της προσφοράς περίθαλψης (Mossé, 2000: 5). Όμως, από την άλλη μεριά, αυτή ακριβώς η ευθυγράμμιση του θεσμού του δημόσιου νοσοκομείου με τους ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης θα έχει, για τον πρώτο, σημαντικές παράπλευρες επιπτώσεις. Τα δημόσια νοσοκομεία που δεν θα καταφέρουν να προσφέρουν ελκυστικές τιμές υγειονομικών φροντίδων στους φορείς ζήτησης περίθαλψης θα αναστείλουν τη λειτουργία τους, ενώ κάποια από εκείνα που θα το καταφέρουν θα είναι στο μεταξύ πολύ πιθανό ή να έχουν διακινδυνεύσει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, ή να έχουν «εξειδικευτεί» σε οικονομικά αποδοτικές υγειονομικές φροντίδες εγκαταλείποντας την παροχή μη οικονομικά αποδοτικών φροντίδων. Σε κάθε μια από τις περιπτώσεις αυτές, οι μεν ιδιωτικοί φορείς προσφοράς περίθαλψης θα καιροφυλαχτούν για να καταλάβουν το έδαφος που θα αφήνει ελεύθερο το άτυπα ιδιωτικοποιημένο –πλέον– δημόσιο νοσοκομείο, η δε ανάληψη του βάρους της χρηματοδότησης της περίθαλψης από τα νοικοκυριά θα αποτελεί την πιο αρμόζουσα απάντηση στην εναγώνια επιδίωξη των πολιτών για προστασία της υγείας τους (Artus, 2007: 35-36). Αν και σποραδικά επισείονται τέτοια «σενάρια καταστροφής» του δημόσιου νοσοκομειακού θεσμού και του εθνικού συστήματος υγείας με αφορμή την καθιέρωση της χρηματοδότησης της νοσοκομειακής περίθαλψης βάσει της «πληρωμής κατ' ασθένεια» (Expert, 2005, Mills & Cautron, 2004), ο τρόπος αυτός χρηματοδότησης φαίνεται να έχει καθιερωθεί σε είκοσι περίπου ευρωπαϊκές χώρες, μετά όμως αρκετά μακροχρόνιες περιόδους προπαρασκευής, αφού ο μέσος όρος του κόστους της νοσοκομειακής φροντίδας κατά ασθένεια απαιτεί υπολογισμό κόστους που ανάγεται, χρονικά, προς τα πίσω. (Expert, 2004), Η τελευταία ευρωπαϊκή χώρα που καθιέρωσε τον τρόπο αυτό χρηματοδότησης είναι η Γαλλία, το 2004.

3. Ώσωση του ΕΣΥ μέσα στις δομές και νοσοτροπίες του κράτους και της κοινωνίας στη σημερινή Ελλάδα

Με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 και με τη λειτουργία του συστήματος μέχρι σήμερα, στις πατρι-αρχικές δομές και νοσοτροπίες του ελληνικού κράτους και κοινωνίας προστέθηκε η αποστολή να υπηρετήσουν την προστασία της υγείας των Ελλήνων πολιτών. Στην πράξη, οι εν λόγω δομές και νοσοτροπίες «μεταδόθηκαν» στο ΕΣΥ, κατόπιν ατελέσφορες τις προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος που έγιναν στα τελευταία χρόνια και συνέβαλαν καθοριστικά στην τωρινή του απαξίωση. Οι παρατηρήσεις μας που ακολουθούν δίνουν μια μερική μεν, αλλά πάντως αντιπροσωπευτική εικόνα αυτής της ώσωσης των δομών και νοσοτροπιών του ελληνικού «κρατικο-κεντρικού» κοινωνικού συστήματος με το εθνικό σύστημα υγείας. Εκ προοιμίου τονίζουμε ότι κάθε άλλο παρά καταστρώθηκαν, οι επισημάνσεις αυτές, με σκοπό να απαξιώσουν την –αναμφισβήτητη– επιστημονική κατάρτιση και επαγγελματική αφοσίωση που μεμονωμένοι –και πολλοί– γιατροί και διοικητικοί υπάλληλοι του ΕΣΥ διαθέτουν και επιδεικνύουν, συχνότατα με αυταπάρνηση, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Το κράτος στην Ελλάδα του σήμερα, όπως και στην Ελλάδα της εποχής της ίδρυσής του, διαχωρίζεται από την κοινωνία κατά τρόπο ατελή. Περισσότερο αντικατοπτρίζει την κοινωνία, παρά λειτουργεί –όπως συμβαίνει στην υπόλοιπη Ευρώπη– σαν εξάρτημα ομάδων συμφερόντων με οικονομικά κυρίαρχη θέση στην κοινωνία (Μακρυνδημήτρης, 1999: 88). Αποτελεί τη μόνη συνεκτική οικονομική δύναμη προς την οποία στρέφονται οι πάντες (τα εκατομμύρια των Ελλήνων μικροϊδιοκτητών και μικροαστών, όπως και η περίφημη «ιδιωτική πρωτοβουλία»), επιδιώκοντας στην καλύτερη περίπτωση τη ρύθμιση και την προστασία ιδιωτικών συμφερόντων (που συχνά παίρνει διαστάσεις ιδιοποίησης των πόρων του δημόσιου ταμείου), στη χειρότερη δε περίπτωση τη μαζική στελέχωση του κράτους στη βάση μεθόδων ελάχιστα αξιοκρατικών: οι «στρατιές» των χαμηλά αμειβόμενων –και εξίσου χαμηλόβαθμης κατάρτισης και ειδικεύσεως– δημόσιων υπαλλήλων, καθλώνονται σε συνθήκες αντιπαραγωγικής απασχόλησης και καθλώνουν, με τη σειρά τους, τον κρατικό μηχανισμό σε δυσκαμψία και αναποτελεσματικότητα. Το αποτέλεσμα είναι να έχει μεγάλη δυσκολία ευδοκίμησης, στο πλαίσιο του κρατικού μηχανισμού, ένα σύγχρονο πνεύμα μεθοδολογίας και φιλοσοφίας της διοίκησης σε όλα τα επίπεδα και τις βαθμίδες.

Έτσι, όταν δεκαοκτώ χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ –το 2001–, και αφού προηγουμένως είχε γίνει μια –μάλλον αποτυχημένη– προσπάθεια αναδιάρθρωσης της διοίκησης του ΕΣΥ σε περιφερειακή κλίμακα (Αντωνοπούλου, 2001α: 339 επ.), το ΕΣΥ αποσυγκεντρώθηκε σε 17 «περιφερειακά συστήματα υγείας» (ΠΕΣΥ), που πήραν τη μορφή αυτόνομων νομικών προσώπων. Αποστολή κάθε ΠΕΣΥ ήταν να δημιουργήσει ένα «ολοκληρωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας» στο επίπεδο της περιφέρειάς του, καθώς και να συντονίζει τις δράσεις, την οργάνωση και τη διοίκηση όλων των μονάδων υγείας του ΠΕΣΥ που εδρεύουν στην περιφέρεια. Αυτές, δηλαδή τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, έχασαν τη νομική αυτοτέλεια που μέχρι τότε είχαν και μετατράπηκαν σε «αποκεντρωμένες και υπηρεσιακά ανεξάρτητες μονάδες» του κάθε ΠΕΣΥ (Νόμος 2889, 2001: άρθρο 1 § 3).

Παρόλο που πηγή έμπνευσης για τα ΠΕΣΥ αποτέλεσε η αποσυγκέντρωση των συστημάτων υγείας που ήδη εφαρμοζόταν στην υπόλοιπη Ευρώπη (π.χ. τα Regional Offices στο Ην. Βασίλειο, ή οι Agences Regionales d' Hospitalisation στη Γαλλία) (Laplace et al., 2002: 47 et seq.), στην Ελλάδα η σχετική θεσμική διάρθρωση εξοπλίστηκε μ' ένα πλήθος ειδικών αρμοδιοτήτων διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης (Σακελλαρόπουλος & Οικονόμου, 2006: 27), χωρίς σ' αυτές να προστεθεί η μοναδική αρμοδιότητα που θα έδινε το στίγμα των περιφερειακών διοικήσεων της υγείας ως οντοτήτων ορθολογικά οργανωμένων: η αρμοδιότητα να καθορίζουν τα ΠΕΣΥ τους προς επίτευξη

στόχους της πολιτικής υγείας στις περιφέρειες, να αποτιμούν τα αποτελέσματα μέσω των οποίων θα διαπιστώνεται το τυχόν μέγεθος απόκλισης από τους επιδιωκόμενους στόχους και να προσδιορίζουν τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα. Επιπρόσθετα, τα φαινόμενα κακοδιοίκησης και παθολογικής γραφειοκρατίας που ενδημούν σ' ολόκληρο τον ελληνικό κρατικό μηχανισμό (νομικισμός, διάχυση ευθυνών, χαμηλή παραγωγικότητα, μικρός βαθμός εξειδίκευσης, καθυστερήσεις στη διεκπεραίωση, υποκατάσταση σκοπών από συγκυριακές επιδιώξεις, κλπ.), διαχύθηκαν εύκολα σε όλες τις βαθμίδες της διοικητικής ιεραρχίας των ΠΕΣΥ και κυρίως των νοσοκομείων, πολύ περισσότερο αφού η νομοθετική ρύθμιση του 2001 δεν πρόβλεψε την εισαγωγή μιας ορθολογικής —όσο και καταναγκαστικής— μεθόδου διοίκησης παρά μόνον για την κορυφή της διοικητικής ιεραρχίας των νοσοκομείων. Πρόκειται για τη θέση του διοικητή του κάθε νοσοκομείου, που προβλέφθηκε ότι θα καταλαμβάνεται από πρόσωπο που θα υπηρετεί με θητεία και θα υπογράφει με το οικείο ΠΕΣΥ «συμβόλαιο αποδοτικότητας» (στο οποίο θα καταχωρίζονται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που θα αναλαμβάνει ο διοικητής για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων), έτσι ώστε να μπορεί ο διοικητής να απολυθεί αν οποτεδήποτε διαπιστωθεί ότι δεν πέτυχε τους στόχους που αναγράφονται στο συμβόλαιο (Νόμος 2889, 2001: άρθρο 5 § 6B). Όσο για το φαινόμενο κακοδιοίκησης των νοσοκομείων, ένα πρόσφατο πόρισμα του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας περιγράφει με τα μελανότερα χρώματα τις εκδηλώσεις του φαινομένου, για τη λεπτομερή παράθεση των οποίων θα χρειαζόμασταν αρκετές σελίδες (Έκθεση πεπραγμένων, 2004).²

Μια άλλη πτυχή της ώσμωσης των δομών και νοοτροπιών της ελληνικής κοινωνίας με τη λειτουργία του ΕΣΥ, εστιάζεται στο ρόλο των γιατρών του ΕΣΥ. Παντού στον καπιταλιστικό κόσμο η κουλτούρα του ιατρικού επαγγέλματος έχει μian ιδιαιτερότητα σε σχέση με την κουλτούρα όλων των άλλων επαγγελμάτων. Το κίνητρο για κάποιον ώστε να επιδοθεί στις εξαιρετικά μακροχρόνιες σπουδές που θα του επιτρέψουν να πάρει την άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, είναι η προοπτική να ανταμειφθεί μ' ένα συνδυασμό παροχών: με την ικανοποίηση από αυτή την ίδια την άσκηση του επαγγέλματος, με το κοινωνικό κύρος που απορρέει από την έντιμη και ανθρωποκεντρική άσκηση του επαγγέλματος και με τη θεμιτή προσδοκία υψηλού εισοδήματος. Σε κάθε χώρα επικρατούν διαφορετικές αναλογίες μεταξύ αυτών των στοιχείων (Ματσαγγάνης, 1995: 167), αλλά ίσως μόνον στην Ελλάδα, όπου το αστικό εργασιακό ήθος είναι ουσιαστικά άγνωστο είδος, το ιατρικό σώμα κυριολεκτικά κυριαρχείται από την προσδοκία του υψηλού εισοδήματος. Εξειδικευόμενη η κυρίαρχη αυτή επιδίωξη των μελών του ιατρικού σώματος στους γιατρούς του ΕΣΥ, και συνδυαζόμενη αφενός μεν με την παρότρυνση των γιατρών του ΕΣΥ από το ίδιο το κράτος σε πρακτικές παρανομίας (βελτίωση των μισθών των γιατρών μέσω της ανοχής του κράτους σε πλασματικές εφημερίες), αφετέρου δε με ακραίες ατομικιστικές συμπεριφορές των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας που εκφυλίζονται σε πρακτικές δωροδοκίας προς τους γιατρούς (και, φυσικά, δωροληψίας από τους γιατρούς), δίνει ένα εκρηκτικό μίγμα νοοτροπιών των γιατρών του εθνικού νοσοκομειακού συστήματος: νοοτροπιών που, πέραν του ότι συνίστανται σε παραβιάσεις των νόμων, καταλήγουν σε παραβάσεις της ιατρικής δεοντολογίας και στην υπονόμευση του κύρους των γιατρών στην κοινωνία, το οποίο όμως ούτως ή άλλως δεν είναι υψηλό.

Ενδεικτικά, τέλος, παραθέτουμε ένα ακόμη δείγμα της αδυναμίας να εμπέδωθούν, στους κόλπους του ΕΣΥ (στην ουσία, στους κόλπους του κράτους), οι νεωτερικές αξίες της ορθολογικότητας. Το 1997, η Βουλή νομοθέτησε τα δικαιώματα των ασθενών που νοσηλεύονται στα δημόσια νοσοκομεία, ακολουθώντας τη σχετική διεθνή πρακτική. Ο κατάλογος των σχετικών δικαιωμάτων, περιλαμβάνει: την πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου ` την παροχή φροντίδας υγείας με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ασθενούς ` τη συγκατάθεση ή άρνηση για κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να γίνει ` την αναλυτική πληροφόρηση για ό,τι αφορά την κατάσταση της υγείας που να επιτρέπει τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ` την πλήρη και εκ των προτέρων

ενημέρωση για πιθανούς κινδύνους από ασυνήθιστες, πειραματικές, διαγνωστικές, εκπαιδευτικές και θεραπευτικές πράξεις, καθώς και τη συγκεκριμένη συγκατάθεση για υποβολή σ' αυτές· την προστασία της ιδιωτικής ζωής στο μέτρο του δυνατού και την εγγύηση του απόρρητου χαρακτήρα του ιατρικού φακέλου και ιστορικού· το σεβασμό και την αναγνώριση των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων· την υποβολή αρμοδίως διαμαρτυριών και ενστάσεων και την πλήρη γνώση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν απ' αυτές (Νόμος 2519, 1997: άρθρο 1).

Το μοναδικό πρακτικό αποτέλεσμα της νομοθέτησης αυτών των δικαιωμάτων ήταν ότι μέσα σε λίγα χρόνια τετραπλασιάστηκε ο αριθμός των αγωγών σε δικαστήρια με τις οποίες ασθενείς ζητούν αποζημιώσεις για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους. Τούτο προκύπτει από την πρώτη από τις δυο σχετικές με το θέμα μας εμπειρικές έρευνες, οι οποίες δίνουν, εξάλλου, μια πιο ακριβή εικόνα της έκτασης της παραβίασης των δικαιωμάτων των ασθενών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε από το πανεπιστήμιο της Αθήνας.³ Σύμφωνα μ' αυτήν, προφορική συναίνεση πριν από κάποια θεραπεία ή εξέταση ζητήθηκε από το 24,6% των νοσηλευόμενων ασθενών που μετείχαν στην έρευνα, ενώ γραπτή συγκατάθεση έδωσε μόνον το 8,7%. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, μόλις το 7% είχαν υπογράψει ότι συμφωνούν με την επέμβαση. Επίσης, οι έξι στους δέκα ασθενείς δήλωσαν πως δεν καταλαβαίνουν τι θα πει «πληροφορημένη συναίνεση», τη στιγμή που ο νόμος προβλέπει —όπως ήδη μνημονεύσαμε— ότι οι άρρωστοι δικαιούνται να πληροφορηθούν ό,τι αφορά την κατάστασή τους, καθώς και ότι η πληροφόρηση που θα τους δοθεί πρέπει να τους επιτρέπει να αποκτήσουν πλήρη εικόνα για την ασθένειά τους, ώστε να μπορούν να πάρουν σωστές αποφάσεις. Η δεύτερη έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο κοινωνικού προγράμματος, και κατέγραψε τις απόψεις ασθενών από τη Γερμανία, την Ελλάδα, το Ην. Βασίλειο την Ισπανία και τη Φινλανδία για το αν τηρούνται ή όχι τα δικαιώματά τους. Οι ασθενείς όφειλαν να βαθμολογήσουν με άριστα το 5 την πληροφόρηση που δέχονται, τη συναίνεσή τους στις θεραπείες που κάνουν, το σεβασμό της ιδιωτικότητάς τους (ιατρικό απόρρητο, αξιοπρέπεια) και τη συμμετοχή τους στη λήψη των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων. Σύμφωνα με την έρευνα, όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο λιγότερο τηρούνται τα ατομικά δικαιώματα. Η Ελλάδα βρέθηκε στη χειρότερη θέση και στις τέσσερις ομάδες δικαιωμάτων (1,9 βαθμοί στην πληροφόρηση, 1,4 στη συναίνεση, 2,4 στο ιατρικό απόρρητο-αξιοπρέπεια και 2,1 στη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων).⁴

4. Συμπερασματικά: η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ του 2005 και η προοπτική νέων μεταρρυθμίσεων

Από τις παρατηρήσεις μας που προηγήθηκαν, μπορεί αβίαστα να προκύψει ένα πρώτο συμπέρασμα. Παρόλο που δεν απουσιάζουν αποφάσεις, από τη μεριά της κεντρικής πολιτικής εξουσίας της χώρας, για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ μέσω του «εμβολιασμού» του με στοιχεία ορθολογικής οργάνωσης και διοίκησης, τόσο η ίδρυση όσο και οι κατοπινές μεταρρυθμίσεις του συστήματος παρέμειναν κατά βάση εγκλωβισμένες στην αναπαραγωγή της ελληνικής ιδιαιτερότητας, η οποία ταυτίζει το ίδιο το κράτος με τις δομές και νοοτροπίες υπανάπτυξης της κοινωνίας. Επομένως, η αρχική μας διαπίστωση ότι ποτέ στην Ελλάδα η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός δεν άγγιξαν το βαθύτερο, πολιτιστικό μετασχηματισμό της κοινωνίας και του κράτους, επιβεβαιώνεται πλήρως στην περίπτωση του ΕΣΥ. Μια γνήσια μεταρρύθμιση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, θα όφειλε να έχει χαρακτήρα «εξωτερικότητας» (extraneité) απέναντι στις υφιστάμενες δομές. Ειδικότερα, μια τέτοια μεταρρύθμιση θα έπρεπε να δώσει έμφαση στη συγκρότηση ολοκληρωμένου και αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και στην πρόληψη από τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και διατροφικούς κινδύνους που υπονομεύουν την υγεία των πο-

λιτών. Πέραν αυτού του αντικειμένου της, μια σωστή μεταρρύθμιση θα χρειαζόταν απαραίτητα να μεταστρέψει τις νοοτροπίες των ανθρώπινων παραγόντων του συστήματος (των γιατρών, των χρηστών), μέσα από δράσεις στον τομέα της εκπαίδευσης και, ευρύτερα, της μόρφωσης ως μέσου κοινωνικοποίησης των ατομικών συμπεριφορών.

Δεν θεωρούμε ότι η νέα μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, που ενέκρινε η Βουλή στις 22 Μαρτίου 2005 βάσει πρότασης νόμου που εισήγαγε η σημερινή κυβέρνηση, έχει κάτι ουσιαστικό να προσφέρει προς την κατεύθυνση της μεταρρύθμισης που, αδρά, μόλις περιγράψαμε. Το κέντρο βάρους του νέου καθεστώτος του ΕΣΥ, βρίσκεται στο ότι στα δημόσια νοσοκομεία ξαναδίνεται η νομική αυτοτέλεια που είχαν πριν από τη μεταρρύθμιση του 2001 (Νόμος 3329, 2005: άρθρο 7 § 1), κι αυτό με σκοπό να μπορούν να αντιμετωπίζουν «*τα ειδικά προβλήματα και τις ιδιαίτερες ανάγκες της περιοχής ευθύνης τους χωρίς ασφυκτικές, γραφειοκρατικές καθοδηγήσεις*» (Αιτιολογική έκθεση, 2005: 5). Το πόσο απατηλός είναι ο ισχυρισμός του νέου νόμου ότι η νομική αυτοτέλεια των νοσοκομείων θα τα απαλλάξει από τη γραφειοκρατική περιπλοκότητα, φαίνεται από το εξής γεγονός: σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, από τις 15 ουσιαστικές αρμοδιότητες του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μόνον δύο δεν τελούν υπό την τελική έγκριση του διοικητή της «Υγειονομικής Περιφέρειας»· από τις 27 ουσιαστικές αρμοδιότητες του διοικητή του νοσοκομείου, 5 (που είναι και οι σπουδαιότερες, αφού αφορούν το επιχειρησιακό σχέδιο του ιδρύματος, τον προϋπολογισμό, κττ.) τελούν υπό την τελική έγκριση του διοικητή της «Υγειονομικής Περιφέρειας», 12 τελούν υπό την τελική έγκριση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, ενώ 10 ουσιαστικές αρμοδιότητες θα τις ασκεί ο διοικητής του νοσοκομείου χωρίς να υπόκειται στην έγκριση άλλης αρχής. Την άσκηση της πολιτικής υγείας σε περιφερειακή κλίμακα ο νέος νόμος την εμπιστεύεται στο αυτόνομο νομικό πρόσωπο «Διοίκηση της Υγειονομικής Περιφέρειας» (ΔΥΠΕ), που στην πραγματικότητα είναι απλώς η νέα ονομασία των ΠΕΣΥ. Πάντως, λαμβανομένης υπόψη της κακοδιοίκησης του ΕΣΥ και της απαξίωσής του, στις αρμοδιότητες των ΔΥΠΕ προστίθενται ορισμένες καινούργιες, που υποτίθεται ότι θα συμβάλουν στην έξοδο του ΕΣΥ από τα παραπάνω φαινόμενα που το μαστίζουν. Πρόκειται για τις αποφάσεις που θα μπορούν να παίρνουν οι ΔΥΠΕ σχετικά με τη δημιουργία ενιαίου συστήματος μηχανοργάνωσης, την ομογενοποίηση και τον έλεγχο των προμηθειών υλικού και ιατρικών μηχανημάτων, καθώς και την ίδρυση κέντρων εξυπηρέτησης των πολιτών, τα οποία θα επιλύουν τις δυσλειτουργίες που ανακύπτουν στις σχέσεις των νοσοκομείων με τους καταναλωτές των υπηρεσιών του. Εξάλλου, σ' αυτό τον τελευταίο τομέα, της πρόσβασης δηλαδή των πολιτών στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, η σημερινή κυβέρνηση πιστώνεται και με την πρωτοβουλία της να θεσμοθετήσει, τον Απρίλιο 2005, τον Συνήγορο της Υγείας, η αρμοδιότητα του οποίου εκτείνεται σ' ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων της νοσοκομειακής περίθαλψης: στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, αλλά και στη διερεύνηση ιατρικών σφαλμάτων, όπως και στην έρευνα για τις συνέπειες στην υγεία των χρηστών των φροντιδών υγείας από την κακή οργάνωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου (Συνήγορος του πολίτη, 2005).

Απομένει να επαληθεύσουμε, υπό το φως των παρατηρήσεών μας σ' αυτές τις δυο τελευταίες ενότητες της μελέτης, τον αρχικό μας υπαινιγμό ότι το ΕΣΥ, παρόλο που ιδρύθηκε σύμφωνα με το πρότυπο των «νοσοκομειοκεντρικών» συστημάτων υγείας της Ευρώπης, δεν θα είχε κανένα νόημα, σήμερα, να δεχτεί στους κόλπους του μεταρρυθμίσεις, οι οποίες θα παρακολουθούσαν την «τύχη» που έχει στο μεταξύ επιφυλαχθεί στο δημόσιο νοσοκομείο στην υπόλοιπη Ευρώπη: τη βαθμιαία δηλαδή εμπορευματοποίηση της χρηματοδότησής του, ως συνέπεια της οποίας τείνει να ανατραπεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο οικοδομήθηκαν τα εθνικά συστήματα υγείας (η ισότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας όλων των πολιτών, χωρίς διακρίσεις εισοδήματος ή κοινωνικής τάξης) (Guillaume, 2007: 31).

Υπέρ της επαλήθευσης του υπαινιγμού μας εκείνου, θα μπορούσε να συνηγορήσει το απλό γεγονός ότι ποτέ οι μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ των τελευταίων χρόνων δεν αντιμετώπισαν το ενδεχόμενο να προβλέψουν τις νομοθετικές προϋποθέσεις ώστε να αντικατασταθεί ο ισχύων τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού νοσοκομείου (το ημερήσιο νοσήλιο) από τη χρηματοδότηση με «πληρωμή κατ' ασθένεια», η οποία όπως τονίσαμε ήδη έχει διαδοθεί στην Ευρώπη ως αγωγός της σταδιακής μετακύλισης του βάρους της χρηματοδότησης της υγείας από το Δημόσιο στα άτομα. Η πιο αξιόπιστη συνηγορία στην αρχική μας παρατήρηση, προέρχεται όμως από την ίδια την πραγματικότητα της λειτουργίας του ΕΣΥ και των επιπτώσεών της στους πολίτες.

Έτσι, ως αποτέλεσμα της ελλειμματικής κατάστασης του ΕΣΥ, η οποία οφείλεται στο φαινόμενο που αποκαλέσαμε ώσμωση του συστήματος με τις υπανάπτυκτες δομές του κράτους και της κοινωνίας, η Ελλάδα έχει ήδη «κατακτήσει» το αποτέλεσμα εκείνο στη διαχείριση του εθνικού συστήματος υγείας (τη μετακύλιση του βάρους της δαπάνης υγείας από το Δημόσιο στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς), το οποίο οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες με πολλή προσπάθεια προσπαθούν να πετύχουν, κυρίως μέσω της καθιέρωσης της εμπορευματικής λογικής στη χρηματοδότηση του νοσοκομείου. Το 2002, η Ελλάδα είχε το «προνόμιο» να έχει τα «πρωτεία» μεταξύ των χωρών της ΕΕ στο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας επί του ΑΕΠ (47,1%) και, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, να μην αμφισβητείται στα «πρωτεία» αυτά παρά μόνον από τις ΗΠΑ (55,1%), το Μεξικό (55,1%) και τη Νότια Κορέα (47,9%).⁵ Βέβαια, πάντοτε η Ελλάδα είχε τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ μέσα στην Ευρώπη (Αντωνοπούλου, 2002: 38). Όμως, δέκα χρόνια νωρίτερα —το 1992— το «προνόμιο» αυτό το αμφισβητούσε από την Ελλάδα η Πορτογαλία (41,4%, έναντι 45,4%, τότε, της Ελλάδας), η οποία όμως κατόρθωσε να μειώσει το 2002 το ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία επί του ΑΕΠ στο 29,5%, ενώ η Ελλάδα ... το αύξησε στο ήδη αναφερθέν ποσοστό (OECD, 2004). Εξάλλου, αξίζει να προστεθεί ότι, σύμφωνα με τους υπολογισμούς του ΟΟΣΑ, παρά τη χαμηλότερη αύξηση της παραγωγικότητας του ιδιωτικού τομέα της οικονομίας που καταγράφει η Ελλάδα στην Ευρώπη (μόλις 1%), η χώρα παρουσιάζει έναν από τους υψηλότερους ρυθμούς αύξησης της παραγωγικότητας ειδικά στον τομέα των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (καταλαμβάνει, ο τομέας αυτός, την πέμπτη θέση στην Ευρώπη) (OECD, 2004). Τέλος, αδιάφυστη απόδειξη της ακμής της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας είναι όχι μόνον η διαχρονική αύξησή της κατά την περίοδο 1997-2005 με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,7%, αλλά και τα εκατοντάδες εκατομμύρια ευρώ που έχουν επενδυθεί σε φιλόδοξα επιχειρηματικά σχέδια ίδρυσης ή επέκτασης ιδιωτικών νοσοκομείων (γενικές κλινικές, μαιευτήρια) τα σχέδια αυτά, σε συνδυασμό με τον ολοένα και εντονότερο ανταγωνισμό στο χώρο της υγείας, κατέληξαν στη δημιουργία ισχυρών και πολυδύναμων μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, οι ισχυρότερες από τις οποίες επέκτειναν τις δραστηριότητές τους εκτός ελληνικών συνόρων αποκτώντας έτσι τη μορφή εταιριών πολυεθνικού χαρακτήρα (ICAP, 2006).

Σημειώσεις

1. Σύντομη απόδοση της παρούσας μελέτης μας στη γαλλική γλώσσα, έχει δημοσιευτεί, με τίτλο *Grèce: Régulation et réformes du système national de santé*, στην επιθεώρηση *Chronique Internationale de l'IREs*, N° 98, janvier 2006, p.p. 17-24.
2. Επιγραμματικά σχεδόν παραθέτουμε μερικές μόνον από τις διαπιστώσεις του Σώματος των επιθεωρητών: αναφορικά με τις οικονομικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, διαπιστώθηκαν βασικές παραλείψεις στην είσπραξη χρημάτων στα εξωτερικά ιατρεία, μη τήρηση στοιχείων για πάγια περιουσιακά στοιχεία, απώλεια τιμολογίων προμηθευτών, κ.λπ. Αναφορικά με τον τομέα διαχεί-

ρισής υλικού στα νοσοκομεία, αυτός χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη μηχανοργάνωσης και επαρκών χώρων αποθήκευσης, μη σωστή λειτουργία των επιτροπών παραλαβής υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, κενά στην απογραφή υλικών, έλλειψη πρωτοκόλλων ακρήστευσης και καταστροφής υλικού, κλπ. Προβλήματα διαπιστώθηκαν και στη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, με βασικότερα απ' αυτά την έλλειψη προσωπικού, την καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση ασθενών, την αδυναμία ελέγχου του αριθμού των ασθενών που συνολικά εξετάζονται, τη μη τήρηση καταλόγου εισαγωγής τακτικών περιστατικών και καρτελών νοσηλείας ασθενών, την εξέταση αρρώστων από ειδικευόμενους γιατρούς χωρίς την παρουσία ειδικευμένων, τη συμμετοχή σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία γιατρών που παράλληλα εφημέρευαν, κ.λπ.

3. Πρόκειται για έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Νοσηλευτικής του πανεπιστημίου Αθηνών το 2004, υπό τη διεύθυνση της καθηγήτριας Χ. Λεμονίδου (στοιχεία πληροφόρησης και επικοινωνίας στο: <http://www.nurs.uoa.gr:85/index>).
4. Στην έρευνα, «πρώτευσε» η Φινλανδία (4,1 βαθμοί στην πληροφόρηση, 3,3 στη συνείδηση, 4,5 στο ιατρικό απόρρητο-αξιοπρέπεια και 3,4 στη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων), ακολουθούμενη από το Ην. Βασίλειο, τη Γερμανία και την Ισπανία - Πηγή: Biomed2, 2004.
5. Τα ποσοστά αυτά για τις υπόλοιπες χώρες μέλη της Ένωσης των 15 ήταν: για το Λουξεμβούργο 14,6%, τη Σουηδία 14,7%, το Ην. Βασίλειο 16,6%, τη Δανία 17,1%, τη Γερμανία 21,5%, τη Γαλλία 24%, τη Φινλανδία 24,3%, την Ιταλία 24,4%, την Ιρλανδία 24,8%, την Ισπανία 28,6%, το Βέλγιο 28,8%, την Πορτογαλία 29,5%, την Αυστρία 30,1% και την Ολλανδία (στοιχεία του 1997) 32,2% - Πηγή: OECD, 2004.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Αιτιολογική έκθεση (2005), *Αιτιολογική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»*, στο www.parliament.gr.
- Αντωνοπούλου Λ., (2001), «Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας. Προφάσεις και επιπτώσεις με αρνητικό κοινωνικό πρόσημο», στο: *Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διεθνές συνέδριο «Κοινωνία των 2/3». Διαστάσεις του σύγχρονου κοινωνικού προβλήματος*, σ.σ. 863-880, Αθήνα.
- Αντωνοπούλου Λ., (2001α), «Οργανωτικά σχήματα του Ε.Σ.Υ. σε περιφερειακή κλίμακα, σύμφωνα με τον πρόσφατο νόμο για τον εκσυγχρονισμό του», στο: *1ο Συμπόσιο Περιφερειακής Ανάπτυξης «Προβλήματα ελληνικής περιφερειακής ανάπτυξης»*, ΑΠΘ, 27 & 28 Μαρτίου 1998, σ.σ. 339-345, Θεσσαλονίκη.
- Αντωνοπούλου Λ., (2002), *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη*, Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- Artus P., (2007), «Déplafonner les dépenses de santé: modalités et conséquences», in: M. Guillaume (dir.), *Économie de la santé: Une réforme ? Non, une révolution!*, p.p. 33-40, Paris: PUF.
- Biomed2 (2004), Ευρωπαϊκό ερευνητικό πρόγραμμα Biomed2, στο: <http://www.empa.ch/>.
- Cases Ch., Cuneo Ph., Hartmann L., Moschetti K., Rochaix L., (2002), «La tarification à la pathologie: Leçons de l'expérience étrangère», in: *Dossiers solidarité et santé*, p.p. 7-18, Paris: La Documentation Française.
- Cornilleau G. & Ventelou B., (2004), «La réforme française de l'assurance-maladie», in: *Problèmes économiques*, no 2862, 10.11.2004, p.p. 20-25.

- Έκθεση πεπραγμένων, (2004), *Έκθεση πεπραγμένων 2002-2003 του Συμβουλίου Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας* (ΣΕΥΥΠ). Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 2004.
- Expert P., (2004), *La tarification à l'activité. Médecine et gestion: une dynamique nouvelle*, Paris: Berger-Levrault.
- Expert P., (2005), «Santé et deniers publics», in: *Le Monde*, 15.4.2005.
- ICAP (2006), *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, Ιούλιος 2006*. Τομέας μελετών και συμβούλων διοίκησης της ICAP, Κλαδικές μελέτες, Αθήνα, Ιούλιος 2006.
- Guillaume M., «Le paradoxe de la santé», in: M. Guillaume (dir.), *Économie de la santé: Une réforme ? Non, une révolution!*, p.p. 33-40, Paris: PUF.
- Κονδύλης Π., (2000), *Η παρακμή του αστικού πολιτισμού. Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα εποχή και από το φιλελευθερισμό στη μαζική δημοκρατία*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Κοντούλη-Γείτονα Μ., (1992), *Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων*, Αθήνα: διδακτορική διατριβή.
- Laplace L., Kamendje B., Nizard J., Coz J.M., Chaperon J. (2002), «Les systèmes de santé français et anglais: évolution comparée depuis le milieu des années 90» in: *Santé publique*, vol. 14, no 1, p.p. 47-56.
- Μακρυδημήτρης Α., (1999), *Διοίκηση και κοινωνία. Η δημόσια διοίκηση στην Ελλάδα*, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Μασαγγάνης Μ., (1995), «Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοι της: προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα;», στο: Γ. Κυριόπουλος (επιμ.), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι επιλογών* σ.σ. 149-172, Αθήνα: Θεμέλιο.
- Mills C. & Cautron J., (2004), *Le système de santé. Résistances et alternatives. Critique de la contre-réforme Douste-Blazy et perspectives*, Paris: Le Temps des Cerises.
- Mossé Ph., (2000), *Les théories de la convergence appliquées à l'analyse économique des réformes des systèmes hospitaliers*. Document de travail – LEST-CNRS-UMR 6123.
- Νόμος 2519 (1997), *Νόμος 2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο»*, στο: ΦΕΚ Α 165/97.
- Νόμος 2889 (2001), *Νόμος 2889/01 «Ίδρυση των περιφερειακών συστημάτων υγείας»*, στο: ΦΕΚ Α 37/01.
- Νόμος 3329 (2005), *Νόμος 3329/05 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»*, στο: ΦΕΚ Α 81/05.
- OECD (2004): *OECD Health Data 2004*, 3rd edition, in: www.irdes.fr/ecosante/OCDE/411010.html
- Rosanvallon P., (1981), *La crise de l'État-providence*, Paris: Seuil.
- Σακελλαρόπουλος Θ. & Οικονόμου Χ., (2006), «Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στο σύστημα κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα», στο: *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, σ.σ. 5-36, Άνοιξη 2006, τόμος 1ος, τεύχος 1.
- Συνήγορος του πολίτη (2005), *Συνήγορος του πολίτη: Σνήγορος για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη*, στο: <http://www.synigoros.gr/ygeia/index.htm>.
- Τούντας Γ., (2002), *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Οδυσσεύς/Νέα Υγεία.
- Υφαντόπουλος Γ., (2003), *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.