
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΕΣΙΟΥΡΓΟΥ ΑΝΤΙΘΕΣΕΩΝ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σταμάτης Βαρδαρός

Υποψήφιος διδάκτωρ, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Τα κοινωνικά δικαιώματα και η θεσμοθετημένη ευθύνη της πολιτείας για κατοχύρωσή τους, όπως αποτυπώθηκε στο μεταπολεμικό κοινωνικό κράτος, αποτέλεσαν θεμέλιο λίθο της αστικής δημοκρατίας. Παράλληλα όμως το κοινωνικό κράτος υπήρξε το αποτελεσματικότερο εργαλείο νομιμοποίησης του ίδιου του καπιταλισμού, αντανακλώντας ένα συμβιβασμό μεταξύ δημοκρατίας και καπιταλισμού, που οδήγησε στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα σε συνύπαρξη του με μια ισχυρή οικονομία της αγοράς, με πεδίο εφαρμογής τα κράτη της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Το «ισοζύγιο» αυτής της σχέσης διέφερε σημαντικά από χώρα σε χώρα, ωστόσο παντού επικρατούσε η αντίληψη ότι φορέας εκπλήρωσης αυτών των δικαιωμάτων έπρεπε να είναι το κράτος, ώστε με κάποιον τρόπο αυτά να μείνουν μακριά από τον ανταγωνισμό της αγοράς.

Κρίσιμο σημείο στην «αποκλειστική διαχείριση» των κοινωνικών δικαιωμάτων από το κράτος αποτέλεσε, βέβαια, και η ύπαρξη μεγαλύτερου περιθωρίου κέρδους στη βιομηχανική παραγωγή, τουλάχιστον στην πλειονότητα των ανεπτυγμένων χωρών κατά την πρώτη μεταπολεμική περίοδο. Άλλωστε ο καπιταλισμός θεμελιώθηκε και γνώρισε την ακμή του κατά τη φάση της εκβιομηχάνισης (19ος και 20ός αιώνας), όταν και η διευρυμένη βιομηχανική παραγωγή καταναλωτικών αγαθών δημιούργησε τον λεγόμενο αναπτυξιακό κύκλο, ο οποίος συνίστατο στην επένδυση, παραγωγή και πώληση αγαθών και επανεπένδυση των εσόδων. Μιλώντας για επένδυση αυτή την περίοδο αναφερόμαστε μόνο σε τεχνολογικό εξοπλισμό και εγκαταστάσεις, εφόσον η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, ή, ακριβέστερα, η μέριμνα για την αναπαραγωγή της εργατικής δύνα-

μης, είχε εκχωρηθεί σχεδόν εξ ολοκλήρου στο κράτος, εκχώρηση που αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο και του μεταπολεμικού κοινωνικού κράτους.

Ενώ όμως ο πλούτος της κοινωνίας αύξανε, αυξανόταν και η ζήτηση στον τομέα των υπηρεσιών, καθώς ο πολίτης έδειχνε μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την ψυχαγωγία, για νέες μορφές οικονομικών υπηρεσιών (π.χ. τραπεζικά προϊόντα), αλλά και για την εκπαίδευση ή τις υπηρεσίες υγείας. Κατά συνέπεια, το κεφάλαιο άρχισε να διαβλέπει σημαντικά περιθώρια κέρδους σε αυτή την «αγορά», η οποία μέχρι πρότινος βρισκόταν εκτός του κύριου συστήματος συσσώρευσης. Οι προσπάθειες του κεφαλαίου να αποκτήσει πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες παίρνουν μάλιστα διάφορες μορφές και δεν εξαντλούνται στο σχεδόν απλοϊκό δίλημμα περί ιδιωτικοποίησης ή όχι των υπηρεσιών του κοινωνικού κράτους. Η σχέση της αγοράς με το κοινωνικό κράτος είναι πιο σύνθετη απ' ό,τι θεωρείται συνήθως, έτσι, μεταξύ του δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών και της κλασικής μορφής ιδιωτικοποιήσεων, που συνίσταται στην ιδιοποίηση από την αγορά των συντελεστών της παραγωγής και στη μεταβίβαση τίτλων ιδιοκτησίας, μεσολαβούν και ορισμένα άλλα επίπεδα αγοραίων πρακτικών, όπως η δημιουργία αγορών μέσα στον ίδιο τον δημόσιο τομέα, οι ιδιωτικοποιήσεις, που οδηγούν (ή δεν οδηγούν) στη δημιουργία πλήρως ελεύθερων αγορών, η ανάθεση σε ιδιώτες μέρους των υπηρεσιών που μέχρι πρότινος επιτελούσε το κράτος και εν γένει η «εμπορευματοποίηση» των δημόσιων υπηρεσιών και του κοινωνικού κράτους, η οποία συνίσταται στην εισαγωγή πρακτικών εμπορίου στον τρόπο λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών.¹ Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η εμπορευματοποίηση συνήθως (αν όχι πάντα) δεν οδηγεί στη δημιουργία τέλειων αγορών, αλλά, αντιθέτως, ευνοεί τη συγκεντροποίηση και τη δημιουργία ισχυρών ολιγοπωλίων.

Το κοινωνικό κράτος λοιπόν, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, αποτέλεσε τον πλέον εποικοδομητικό συμβιβασμό στο πλαίσιο της αστικής δημοκρατίας, και αν για τον μεν καπιταλισμό τα περιορισμένα περιθώρια κέρδους στον τομέα των υπηρεσιών αλλά και η αναγκαιότητα κοινωνικοποίησης του κόστους αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης αποτέλεσαν τη βασική αιτία αποδοχής –αν όχι επιδίωξης– αυτού του «συμβιβασμού», για την ίδια τη δημοκρατία, σε ένα αφαιρετικό πλαίσιο, η αναγνώριση και κατοχύρωση των κοινωνικών δικαιωμάτων και η συνακόλουθη ανάπτυξη και εδραίωση του κοινωνικού κράτους ως φορέα υλοποίησης και διασφάλισής τους αποτέλεσαν παράλληλα τεκμήριο και εγγύηση εκδημοκρατισμού του πολιτικού συστήματος. Άλλωστε μόνο εντός ενός τέτοιου πολιτικού πλαισίου ήταν εφικτή η διατύπωση και άρθρωση αντίστοιχων αιτημάτων από την πλευρά της εργατικής τάξης.

1. Κ. Κράουτς, *Μεταδημοκρατία*, Εκκρεμές, Αθήνα 2006.

Στην ελληνική πραγματικότητα η θεμελίωση και ανάπτυξη έστω ενός υπολειμματικού τύπου κοινωνικού κράτους, μέρος του οποίου αποτέλεσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας, δεν μπορεί να εξηγηθεί ως απόρροια της καπιταλιστικής ανάπτυξης και των επακόλουθων κοινωνικών διεργασιών. Εξάλλου αφετηρία εδραίωσης του κοινωνικού κράτους, και εν προκειμένω του ΕΣΥ, θεωρείται η δεκαετία του 1980, περίοδος που ακολουθεί τις πετρελαϊκές κρίσεις της δεκαετίας του 1970, οι οποίες σηματοδότησαν την αντίστροφη μέτρηση για το μεταπολεμικό κοινωνικό κράτος. Στην ελληνική περίπτωση η συγκρότηση του ΕΣΥ ως συστατικού στοιχείου του οικοδομούμενου εκείνη την περίοδο (υπολειμματικού) κοινωνικού κράτους υπήρξε συνέπεια του εκδημοκρατισμού του πολιτικού συστήματος, αντανάκλαση κοινωνικών διεκδικήσεων αλλά και κατοχύρωση κοινωνικών δικαιωμάτων, των οποίων η αναγνώριση σηματοδοτεί και την άρρητη δέσμευση διασφάλισης της ισονομίας των πολιτών. Ήταν δε η απόδειξη της ωρίμανσης και ισχυροποίησης της δημοκρατίας και κατοχύρωσης των πολιτικών δικαιωμάτων που ακολούθως επέτρεψε και τη διατύπωση και αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων, καθιστώντας φορέα υλοποίησής τους την ίδια την πολιτεία. Συνεπώς, η συγκρότηση του ΕΣΥ ήταν συνέπεια και παράλληλα τεκμήριο εκδημοκρατισμού του πολιτικού συστήματος, και η απόπειρα ανάπτυξής του κατέστη σκόπιμη και εφικτή μόνο όταν οι δημοκρατικοί θεσμοί αντικατέστησαν το μεταπολεμικό αυταρχικό κράτος. Άλλωστε μέχρι τη μεταπολίτευση ακόμη και αυτά τα πολιτικά δικαιώματα αποτελούσαν αντικείμενο κοινωνικής διεκδίκησης.

Επιπλέον, το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε «εργαλείο» εκδημοκρατισμού του ίδιου του μέχρι τότε νοούμενου «συστήματος» υγείας.² Είναι χαρακτηριστικό ότι, τόσο σε συμβολικό όσο και σε πραγματικό πολιτικό επίπεδο, μία σημαντική επιμέρους σύγκρουση συμφερόντων στο εσωτερικό του συστήματος υγείας εκφραζόταν από τη διαμάχη νέων γιατρών (μέχρι πρότινος εκτός συστήματος υγείας), οι οποίοι υποστήριζαν και έβρισκαν πολιτική έκφραση μέσα από το ΠΑΣΟΚ, εναντίον μιας άλλης ομάδας γιατρών μεγαλύτερης ηλικίας και επιρροής, οι οποίοι αποτελούσαν κατά κάποιον τρόπο ένα ιδιότυπο ιατρικό κατεστημένο, που εκείνη την περίοδο ταυτιζόταν πολιτικά με το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας. Στον ιδρυτικό μάλιστα για το ΕΣΥ νόμο 1397 του 1983 είναι εμφανής η προσπάθεια του νομοθέτη, αν όχι να ρυθμίσει, τουλάχιστον να επηρεάσει το πρόσημο αυτής της σχέσης, καταλήγοντας τελικά να δημιουργήσει ένα νέο ιατρικό κατεστημένο.

2. Η έννοια του «συστήματος» εδώ είναι ταυτόσημη με εκείνη του «κατεστημένου» και αναφέρεται κατά βάση στις μέχρι τότε παγιωμένες σχέσεις εξουσίας στο εσωτερικό του επιστημονικού-επαγγελματικού τομέα υγείας.

Στην ελληνική περίπτωση ο βασικός λόγος και στόχος συγκρότησης του ΕΣΥ ήταν η άμβλυση των ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Ήταν άλλωστε μία περίοδος όπου γινόταν ευδιάκριτη η ανάγκη κρατικής παρέμβασης για την άμβλυση κατ' αρχάς των κοινωνικών ανισοτήτων, όσον αφορά στην προστασία της υγείας, οι οποίες πηγάζαν πρωτίστως από την κοινωνική θέση³ και από τις υλικές συνθήκες ύπαρξης (έτσι όπως ορίζονται από την κοινωνική θέση) και δευτερευόντως από αναδυόμενες και ως ένα βαθμό κυρίαρχες κοινωνικές αξίες, που καθόριζαν μία συγκεκριμένη κουλτούρα ως προς την υγεία και την αρρώστια. Λίγο πριν εξάλλου την ψήφιση του ν. 1397/83 είχε δημοσιευτεί και η κλασική πλέον Μαύρη Έκθεση (Black Report) του Βρετανικού Υπουργείου Εργασίας (1982),⁴ η οποία παρουσίαζε αναλυτικά τη σύγχρονη προβληματική γύρω από τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, και της οποίας το βασικό πόρισμα έδειχνε ότι η θνησιμότητα για τις ηλικίες 15-64 ετών ήταν διπλάσια στα άτομα των κατώτερων κοινωνικών τάξεων σε σχέση με εκείνους που κατατάσσονταν στην ανώτερη κοινωνική τάξη.

Σε αυτό το πλαίσιο, η ιδρυτική στόχευση του ΕΣΥ μετουσίωνε σε απόλυτο βαθμό την πρόσληψη της υγείας ως ενός κοινωνικού αγαθού και, κατ' επέκταση, αντιλαμβανόταν τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ως εκπλήρωση ενός μεζζονος κοινωνικού δικαιώματος. Πράγματι, σε διακηρυκτικό επίπεδο ο ν. 1397/83 επιδίωκε την άρση των κοινωνικών αλλά και περιφερειακών ανισοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και ακόμη προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος υγείας και τη σύνδεση της χρηματοδότησης με τις κατά τόπους ανάγκες, την υλοποίηση του Δημοκρατικού Προγραμματισμού με τον κοινωνικό έλεγχο του συστήματος από συνδικαλιστικούς, επιστημονικούς και τοπικούς φορείς, την εισαγωγή του θεσμού του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, καθώς και τη λειτουργία πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα ενιαίο και καθολικής κάλυψης δημόσιο (εθνικό) σύστημα υγείας.

Για μία σειρά λόγους ωστόσο η εξέλιξη του ΕΣΥ παρεξέκλινε σημαντικά από τις ιδρυτικές εξαγγελίες περί «υγείας ως κοινωνικού αγαθού». Όπως προκύπτει από τη διαχρονική παρατήρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας, οι οποίες σημειώνουν μια συνεχή αυξητική τροχιά, 25 χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ η ιδιωτική δαπάνη υγείας είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη δημόσια.

3. Την οποία θα ορίσουμε ως τη σχέση προς τα μέσα παραγωγής και τον τρόπο ένταξης στην παραγωγική διαδικασία.

4. P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead, *Inequalities in Health (The Black Report)*, Penguin Books, London 1982.

Επιπλέον, η καθολικότητα του συστήματος σήμερα τίθεται υπό έντονη αμφισβήτηση, λόγω κυρίως του χωροταξικού υδροκεφαλισμού του, που συνοψίζεται στην ύπαρξη ενός ελλειμματικού δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στον κατά βάση νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος, με έμφαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και στο υπερειδικευμένο και παράλληλα ανισομερώς κατανεμημένο ιατρικό προσωπικό.⁵ Στην πραγματικότητα δηλαδή το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν λειτουργήσε παρά ελάχιστα ως πραγματικά «Εθνικό». Τα περιορισμένα περιθώρια κέρδους στη βιομηχανική παραγωγή, αλλά και η χρονική συγκυρία κατά την οποία ξεκίνησε η δόμηση του ΕΣΥ, παράλληλα με την ανεπαρκή και καθυστερημένη ολοκλήρωση της συγκρότησής του, επέτρεψαν στο κεφάλαιο, ή, ακριβέστερα, το προέτρεψαν, να επιδιώξει συνεχή και σημαντική παρουσία στον τομέα των υπηρεσιών υγείας κατά την τελευταία εικοσαετία.

Πίνακας 1.

Ποσοστό δημόσιας δαπάνης στο σύνολο της δαπάνης για την υγεία (διαθέσιμα έτη)

1970	1980	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
42,6	55,6	59,9	54,1	55,9	53,7	53,4	54,6	54,5	50,2
1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005
52,0	53,0	52,8	52,1	53,4	44,2	47,4	47,0	46,4	42,8

Πηγή: ΟΟΣΑ (τελευταία ενημέρωση Οκτώβριος 2007).

Παρατηρώντας κανείς (Πίνακας 1) για αυτή την εικοσαετή περίοδο το ποσοστό της δημόσιας δαπάνης επί των συνολικών δαπανών υγείας, διαπιστώνει ότι η Ελλάδα βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τις αρχές της δεκαετίας του 1970, καθώς το 2005 η δημόσια δαπάνη για την υγεία αποτελούσε το 42,8% των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό το 1970 ήταν μόλις 42,6%. Είναι αξιοσημείωτο ότι, ακόμη και στην εντελώς απελευθερωμένη αγορά υπηρεσιών υγείας των ΗΠΑ, των οποίων η κουλτούρα είναι εντελώς ξένη ως προς τα εθνικά συστήματα υγείας, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για την υγεία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι μεγαλύτερο (45,1%) από αυτό της Ελλάδας.⁶ Η ιδιωτική δαπάνη υγείας αντίστοιχα ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης

5. Γ. Υφαντόπουλος, *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Τυπωθήτω, Αθήνα 2006.

6. Στοιχεία για το 2005 από ΟΟΣΑ, *Δαπάνες Υγείας*, τελευταία ενημέρωση Οκτώβριος 2007

υγείας είναι η μεγαλύτερη στον ΟΟΣΑ, αγγίζοντας το 57,2% της συνολικής δαπάνης υγείας (2005).

Υπήρξαν, βέβαια, διακυμάνσεις στη σχέση δημόσιων-ιδιωτικών δαπανών υγείας κατά τη διάρκεια της εικοσαετούς διαδρομής του ΕΣΥ. Η προσπάθεια δόμησης ενός δημόσιου συστήματος υγείας τη δεκαετία του 1980 αποτυπώνεται και στη σχέση δημόσιων-ιδιωτικών δαπανών υγείας, καθώς σε αυτή τη χρονική περίοδο οι δημόσιες δαπάνες καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής δαπάνης υγείας, αγγίζοντας το 60% το 1987 και ακολουθώντας από εκεί και πέρα, με διάφορες αυξομειώσεις, πτωτική τροχιά, ειδικότερα μετά το 1999.

Συνεπώς, ο τομέας υγείας στην Ελλάδα φαίνεται σε όλη τη διάρκεια ύπαρξης του ΕΣΥ να διατηρεί έναν οιονεί εμπορευματοποιημένο χαρακτήρα, καθώς οι υπηρεσίες υγείας κάθε άλλο παρά εκτός της αγοράς βρίσκονταν, ακόμη και κατά την περισσότερη κρατικοκεντρική δεκαετία του 1980. Αυτό που μεταβάλλεται στην παρουσία του ιδιωτικού κεφαλαίου στον τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι το πεδίο δραστηριοτήτων του. Έτσι, κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας του ΕΣΥ οι ιδιωτικοί πόροι διοχετεύονται κυρίως σε δραστηριότητες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με έμφαση αρχικά στα ακτινολογικά και μικροβιολογικά εργαστήρια και στη συνέχεια στα διαγνωστικά κέντρα, με επίκεντρο μάλιστα τις αστικές περιοχές. Αυτή η εξέλιξη ως ένα βαθμό μπορεί ενδεχομένως να εξηγήσει και το έλλειμμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο ίδιο το ΕΣΥ, ειδικότερα στα αστικά κέντρα, που οδήγησε στον κορεσμό των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και εντέλει στην απαξίωσή τους. Αντίθετα, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 ο ιδιωτικός τομέας υγείας μεταφέρει τις δραστηριότητές του σε επίπεδο μεγάλων νοσηλευτικών και μαιευτικών κλινικών, οι οποίες συγκροτούνται στις αρχές της δεκαετίας του 1990, όταν η κυβέρνηση Μητσοτάκη προωθεί την απελευθέρωση των υπηρεσιών υγείας και προτάσσει την αρχή της ελεύθερης επιλογής. Το μεγαλύτερο μέρος από αυτές τις κλινικές αποτελεί είτε μετεξέλιξη υφιστάμενων παραιατρικών μονάδων του ιδιωτικού τομέα, π.χ. διαγνωστικών κέντρων, είτε επέκταση στο χώρο της υγείας επιχειρήσεων με παρεμφερές ή εντελώς διαφορετικό πεδίο οικονομικών δραστηριοτήτων (π.χ. ασφαλιστικές εταιρείες ή ακόμη και ξενοδοχειακές επιχειρήσεις).

Το εντυπωσιακό στοιχείο στον ιδιωτικό τομέα υγείας στην Ελλάδα ωστόσο, όπως και αλλού, είναι ότι, ενώ η απελευθέρωση των υπηρεσιών υγείας θεωρήθηκε ως το αντίβαρο στον αντιπαραγωγικό και πολυδάπανο κρατικό συγκεντρωτισμό και παράλληλα ως εργαλείο λειτουργίας του ανταγωνισμού, η ίδια η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι που παρουσιάζει τάσεις συγκεντροποίησης. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο δείκτης συγκέντρωσης των μεριδίων αγοράς των ιδιωτικών κλινικών ανέρχεται στο 70% περίπου για τις 9 μεγαλύτε-

ρες εταιρείες του κλάδου,⁷ τη στιγμή που, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας για το 2004, στο σύνολο της χώρας λειτουργούσαν 196 ιδιωτικές κλινικές. Ακόμη πιο ολιγοπωλιακή είναι η κατάσταση στις ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές, όπου ο δείκτης συγκέντρωσης για τις τέσσερις μεγαλύτερες επιχειρήσεις διαμορφώνεται περίπου στο 84% επί της αγοράς που προκύπτει από τα ιδιωτικά μαιευτήρια.⁸

Η εικόνα των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα λοιπόν προσομοιάζει πολύ περισσότερο σε καρτέλ παρά σε μία πλήρως ανταγωνιστική αγορά, που λειτουργεί προς όφελος του καταναλωτή-χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη μας μάλιστα ότι αντικείμενο δραστηριοποίησης αυτών των επιχειρήσεων αποτελεί ένα αγαθό δημόσιου συμφέροντος, αλλά και την τάση των επιχειρηματικών συμφερόντων να εκμεταλλεύονται τη δεσποζουσα θέση τους στην αγορά, προκειμένου να καταστούν ημιθεσμικοί συνομιλητές της πολιτικής ελίτ, γίνεται αντιληπτό ότι, σε ένα χώρο έντονου κοινωνικού ενδιαφέροντος αλλά και ισχυρής κρατικής παρουσίας, η επιβολή των όρων της αγοράς δημιουργεί συνθήκη κρίσης όχι μόνο για το κοινωνικό κράτος αλλά και για την ίδια τη δημοκρατική λειτουργία του πολιτικού συστήματος.

Σε όλη τη φάση δόμησης και εξέλιξης του ΕΣΥ το κεφάλαιο είχε έντονη παρουσία στο σύστημα υγείας, οδηγώντας στη δόμηση ενός μικτού συστήματος υγείας, στο οποίο συνυπήρχαν το δημόσιο ΕΣΥ και οι φορείς υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, από τη μια μεριά, και ο ιδιωτικός τομέας υγείας από την άλλη. Το ισοζύγιο αυτής της σχέσης είναι που μεταβάλλεται σταδιακά τα τελευταία είκοσι χρόνια, καθώς το 60-40 του τέλους της δεκαετίας του 1980 υπέρ της δημόσιας δαπάνης έχει αντικατασταθεί πλέον από μία αναλογία σχεδόν 40-60, αυτή τη φορά υπέρ της ιδιωτικής δαπάνης υγείας. Αυτή η εξέλιξη αναπαράγει εξ ορισμού τις συνθήκες ανισότητας όσον αφορά στην προστασία της υγείας, καθώς γίνεται αντιληπτό ότι, δεδομένου του μοντέλου ανάπτυξης της οικονομίας και των συνθηκών κοινωνικής αναπαραγωγής, όσο μεγαλύτερο μερίδιο του τομέα υγείας καλύπτει η αγορά, τόσο δυσκολότερη γίνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες

7. Η εταιρεία Ιατρικό Αθηνών ΕΑΕ (1.050 κλίνες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη) καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο (24,9%) και ακολουθεί στη δεύτερη θέση η Υγεία Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών Α.Ε. (θεραπευτήριο Υγεία) με μερίδιο 9,4%. Στην τρίτη θέση με μερίδιο 7,2% βρίσκεται η Περσεύς Α.Ε. (Metropolitan Hospital) (στοιχεία: ICAP 2007).

8. Το Ιαώ κατέχει την πρώτη θέση για το 2006 με μερίδιο 39,4%. Ακολουθούν το Μητέρα (μερίδιο 30,5%), το Λητώ (μερίδιο 8,8%) και η Γένεσις στη Θεσσαλονίκη (μερίδιο 5,3%) (ομοίως στοιχεία από ICAP 2007).

υγείας για τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Επιπλέον, η δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα υγείας επικεντρώνεται στα αστικά κέντρα, γεγονός που καταδεικνύει ακόμη εντονότερα την αποτυχία άρσης των περιφερειακών ανισοτήτων από το ΕΣΥ αναφορικά με τις υποδομές υγείας. Έτσι, π.χ., παρά τη βελτίωση που παρατηρείται στην υγειονομική υποδομή ορισμένων περιφερειών, είναι χαρακτηριστικό ότι ο αριθμός κλινών που αναλογούν ανά 1.000 άτομα στην Αττική είναι 6,1 (2001), τη στιγμή που το αντίστοιχο μέγεθος για τη Θράκη είναι λιγότερο από το μισό του, αγγίζοντας το 2,8.

Αυτή όμως δεν είναι η τελευταία φάση του «δράματος» του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, καθώς όχι μόνο ένα μεγάλο μέρος των χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών υγείας προέρχεται από την αγορά, αλλά και εδώ –όπως στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης που είχαν αναπτύξει ένα περισσότερο εύρωστο κοινωνικό κράτος– έχει αρχίσει από την προηγούμενη δεκαετία κιάλας η διαδικασία εμπορευματοποίησης του υπολειμματικού δημόσιου τομέα υγείας, με δύο κυρίως τρόπους: την εισαγωγή αφενός νεοφιλελεύθερων αρχών και πρακτικών στη διοίκηση του ΕΣΥ⁹ και την εμπλοκή του κεφαλαίου στο δημόσιο σύστημα υγείας μέσω των Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (των περίφημων ΣΔΙΤ). Οι νεοφιλελεύθερες πρακτικές διοίκησης του συστήματος όμως, επιχειρώντας να αξιοποιήσουν την «αποτελεσματικότητα» της αγοράς, οδηγούν συχνά σε στρέβλωση της βασικής στόχευσης του συστήματος (ενδεικτικό παράδειγμα η προσπάθεια από τους διευθυντές των νοσοκομείων να περιορίσουν τα ράντζα!).¹⁰

Οι ΣΔΙΤ, από την άλλη, αν και θεωρούνται μέτρο σχετικά ήπιας μεταρρύθμισης σε σχέση με την κλασική μορφή ιδιωτικοποίησης,¹¹ ωστόσο μπορούν να οδηγήσουν σε αλλοίωση της έννοιας του δημόσιου συμφέροντος, καθώς αυτό, στο πλαίσιο μίας ΣΔΙΤ, δεν είναι απόλυτα διακριτό από το επιχειρηματικό συμφέρον του ιδιώτη συμβαλλόμενου. Επιπλέον, αυτά τα επιχειρηματικά συμφέροντα, ερχόμενα σε τόσο στενή λειτουργική διασύνδεση με τον δημόσιο τομέα, αναπτύσσουν προνομαχική σχέση με τους πολιτικούς και τους κρατικούς αξιωματούχους, σε σημείο τέτοιο που καθιστά αρκετά δυσδιάκριτη την όποια διαχωριστική γραμμή μεταξύ κυβέρνησης και ιδιωτικών συμφερόντων.

Αυτό που μένει εντέλει στο κράτος είναι ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας υπολειμματικού τύπου, το οποίο, όντας σε διαδικασία εμπορευματοποίησης, αδυνα-

9. Το λεγόμενο New Public Management.

10. Αυτή η προσπάθεια της διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων αντιμετωπίζεται συχνά από την κοινή γνώμη ως ένας δείκτης βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας στο ΕΣΥ, παραγνωρίζοντας το ενδεχόμενο έλλειμμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

11. Καθώς η κυριότητα, ο τελικός έλεγχος και η ευθύνη παραμένει στο Δημόσιο.

τεί να εμπεδώσει και, κατ' επέκταση, να υλοποιήσει τις θεμελιώδεις αρχές λειτουργίας του κοινωνικού κράτους. Το ΕΣΥ πλέον φαίνεται να μεταβαίνει σε μία κατάσταση στην οποία η κρατική μέριμνα διατηρείται ως περιθωριακό κατάλοιπο, και μάλιστα για τα χαμηλότερα στρώματα του πληθυσμού. Όπως έγραφε ο Richard Titmuss¹² το 1970 όμως, τα κατάλοιπα της κρατικής μέριμνας προσφέρουν υπηρεσίες χαμηλής στάθμης, γιατί μόνο οι οικονομικά και πολιτικά αδύναμοι τις χρησιμοποιούν. Σε αυτή την περίπτωση, βέβαια, το «ΕΣΥ-κατάλοιπο» μάλλον με τιμωρία μοιάζει παρά με πολιτικό και κοινωνικό δικαίωμα.

Η συγκρότηση του ΕΣΥ εξηγείται υπό το αναλυτικό πρίσμα εκδημοκρατισμού τόσο του πολιτικού συστήματος όσο και του κρατικού μηχανισμού. Η ίδρυσή του άλλωστε περιλαμβάνει το συμβολισμό αναγνώρισης των πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων από το κράτος και συνιστά παράλληλα ένα μέσο εκδημοκρατισμού του ίδιου του συστήματος υγείας. Αυτός ο εκδημοκρατισμός αποτέλεσε και αναγκαία συνθήκη για οποιαδήποτε μελλοντική απόπειρα άρσης των ανισοτήτων και παροχής στον πολίτη υπηρεσιών υγείας, υπό την πρόσληψή τους ως δημόσιου αγαθού. Στο κομμάτι εκδημοκρατισμού λοιπόν βασικών κρατικών λειτουργιών η ίδρυση του ΕΣΥ αποδείχθηκε ότι λειτούργησε ευεργετικά. Αντιθέτως, στην πρόσληψή του ως ενός βασικού εργαλείου άσκησης κοινωνικής πολιτικής αποδείχθηκε θνησιγενές, εξαιτίας της παράπλευρης, και σε καμία περίπτωση απλά συμπληρωματικής, λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα υγείας προς αυτό.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας λειτουργεί ως ένα ιδιότυπο και αναμφισβήτητα πανίσχυρο καρτέλ. Είναι εκείνος δε που φαίνεται σήμερα να αποτελεί τον βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της φυσιογνωμίας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Αποτέλεσμα του κρίσιμου και κομβικού ρόλου του ιδιωτικού κεφαλαίου στον τομέα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί όχι η ιδιωτικοποίηση της υγείας, με την παραδοσιακή έννοια του όρου,¹³ αλλά μία ιδιότυπη εμπορευματοποίηση του δημόσιου τομέα υγείας. Ο εμπορευματοποιημένος ωστόσο δημόσιος τομέας υγείας, εκχωρώντας θεμελιώδεις δραστηριότητές του στο ιδιωτικό κεφάλαιο, καταλήγει να λειτουργεί ως έκφραση ενός κοινωνικού κράτους κατάλοιπου, πλήττοντας κατ' αυτό τον τρόπο όχι μόνο το περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων, αλλά τελικά και τη λειτουργία της ίδιας της δημοκρατίας.

12. R. M. Titmuss, *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*, Allen & Unwin, London 1970.

13. Κατοχή δηλαδή των μέσων παραγωγής από το ιδιωτικό κεφάλαιο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βενιέρης, Δ. (2000), «Οι περιπέτειες υγείας στην Ελλάδα», *Το Βήμα/Νέες Εποχές*, 8/4/2000.
- Freedland, M. R. (2001), «The Marketization of Public Services», στο Crouch, C. – Eder, K. – Tambini, D. (επιμ.), *Citizenship, Markets and the State*, Oxford: Clarendon Press.
- Humphries, J. – Rubery, J. (1995), *The Economics of Equal Opportunities*, Manchester: Equal Opportunities Commission.
- ΙΑΠΑΔ / ΔΟΜ / Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών (2006), *Equality in Health*, Greek National Report, Αθήνα.
- ICAP (2007), *Μελέτη για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα.
- Klein, R. (1982), «Private Practice and Public Policy: Regulating the Frontiers», στο McLachlan, G. – Maynard, A. (επιμ.), *The Private/Public Mix in Health*, London: The Nuffield Provincial Hospital Trust Editions.
- Κονιάδης, Ξ. (2001), *Μεταμορφώσεις του κοινωνικού κράτους στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Κράουτς, Κ. (2006), *Μεταδημοκρατία*, Αθήνα: Εκκρεμές.
- Κυριόπουλος, Γ. – Σουλιώτης, Κ. (2002), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Νιάκας, Δ. – Σκουτέλης, Γ. – Κυριόπουλος, Γ. (1990), «Διερεύνηση της παραοικονομικής δραστηριότητας στον υγειονομικό τομέα. Μια πρώτη ποσοτική προσέγγιση», *Επιθεώρηση Υγείας*, 1(6): 42-45.
- Πετμεξίδου, Μ., – Παπαθεοδώρου, Χ. (επιμ.) (1998), *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός*, Αθήνα: Εξάντας.
- Petmesidou, M. – Mossialos, E. (επιμ.) (2006), *Social Policy Developments in Greece*, London: Ashgate.
- Ρομπόλης, Σ. (1999), *Υγεία και οικονομία*, Αθήνα: Καμπύλη.
- Σπανού, Κ. (2005), *Η πραγματικότητα των δικαιωμάτων. Κρατικές πολιτικές και πρόσβαση σε υπηρεσίες*, Αθήνα: Σαββάλας.
- Στασινοπούλου, Ο. (1997), *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα: Gutenberg.
- Titmuss, R. M. (1970), *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*, London: Allen & Unwin.
- Townsend, P. – Davidson, N. – Whitehead, M. (1982), *Inequalities in Health (The Black Report)*, London: Penguin Books.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*, Αθήνα: Τυπωθήτω.

Βάσεις δεδομένων

ΟΟΣΑ, *Δαπάνες Υγείας 2007*.

ΠΟΣΕ-ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, *Επιλογή στοιχείων*.