

ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΣΗΜΟ

Αίλα Αντωνοπούλου

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Ζούμε σε μία εποχή που οι μηχανισμοί πολιτικής και ιδεολογικής χειρα-γώγισης της ιδιότητάς μας ως πολιτών, μας κάνει να αισθανόμαστε ότι όσο μεγαλώνουμε κι όσο πιο πολύ ζούμε, τόσο περισσότερο δημιουργούμε δυσβάσταχτα βάρη για το κοινωνικό σύνολο, υπέρογκες δαπάνες για την περίθαλψη, έκρηξη των ελλειμμάτων των ασφαλιστικών οργανισμών και των κρατικών προϋπολογισμών. Τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών, που είχαν καθιερώσει και εγγυούνταν κατά την τελευταία πενήνταετία την ισότητα στην πρόσβαση και την πλήρη κάλυψη των κοινωνικών κινδύνων, κατηγορούνται ότι ευθύνονται, μαζί με τη βελτίωση των εισοδημάτων, για την επιμήκυνση της ανθρώπινης ζωής, γι' αυτή τη σύγχρονη «μάστιγα» των εθνικών οικονομιών.

Πράγματι οι ηλικιωμένοι -λένε οι στατιστικές-, καταναλώνουν τρεις, τέσσε-ρεις και πέντε φορές περισσότερο από τους άλλους, ενώ επιπλέον δεν παράγουν. Αντίθετα, στον κόσμο της τεχνολογίας, προϊόντα και μηχανήματα ζουν λίγο, αφού χάνονται από την αγορά αντικαθιστάμενα από άλλα, δυναμικά και καινοτόμα, που κι αυτά εντάσσονται στον αέναα κινούμενο κύκλο της σύντομης - αλλά αποδοτικής- ζωής.

Επειδή μια ωμή και σκαιά αντιμετώπιση του ανθρώπου ως μέλους της παραγωγικής διαδικασίας ανάλογη μ' εκείνη που επιφυλάσσεται στα μηχανήματα θα ανήκε σ' ένα οργουελιανό τοπίο, από το χρονικό ορόσημο του οποίου - πάντως - έχουμε αρκετά απομακρυνθεί, οι κυβερνήσεις έχουν αποδυσθεί, στη διάρκεια της τρέχουσας δεκαετίας, στην επεξεργασία και την εκτέλεση συστηματικών και επιτήδειων πολιτικών ευθυγράμμισης των συστημάτων υγείας στις προσαγές της αγοράς.

Στη μελέτη που ακολουθεί, εξετάζουμε διεξοδικά, μετά από μία σύντομη αναφορά στην εξέλιξη των δαπανών υγείας, αυτό το μεταρρυθμιστικό έργο των

κυβερνήσεων. Τις αποφάσεις και τις δραστηριότητές τους αυτές, τις αποτιμούμε σε συνάρτηση με την αμείλικτη πραγματικότητα του αποκλεισμού ολόένα και ευρύτερων κατηγοριών του πληθυσμού από την υγειονομική φροντίδα.

Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στον αναπτυγμένο κόσμο

Στη διάρκεια των τριών πρώτων μεταπολεμικών δεκαετιών, οι συνολικές δαπάνες υγείας - δημόσιες και ιδιωτικές - των χωρών μελών του ΟΟΣΑ αυξάνονταν σταθερά ως ποσοστό του Α.Ε.Π., σημειώνοντας επί παραδείγματι αύξηση 7% ετησίως κατά την περίοδο 1960-1975, τη στιγμή που το Α.Ε.Π. είχε πολλαπλασιαστεί επί 3,7 φορές στη διάρκεια εκείνης της τριακονταετίας. Ειδικά όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες υγείας, στις δεκαετίες 1960 και 1970 αυξήθηκαν ακόμη πιο γρήγορα απ' ό,τι οι συνολικές δαπάνες υγείας: ο μέσος όρος του μεριδίου των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας στις χώρες μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτύξεως (ΟΟΣΑ) πέρασε από 64% το 1960 στο 74% το 1970, για να ξεπεράσει το 78% στις αρχές της επόμενης¹. Πρόσφατα παρατηρείται μία μικρή μείωση αυτού του τμήματος των δαπανών, που φαίνεται να συμβαδίζει με την επιβράδυνση της αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας: το ποσοστό των δαπανών υγείας στο Α.Ε.Π. αυξήθηκε κατά 0,8 ποσοστιαίες μονάδες ανάμεσα στο 1980 και το 1992, ενώ είχε αυξηθεί κατά 1,9 κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970².

Η αντινομία των εθνικών συστημάτων υγείας: θεσμική ισότητα στην πρόσβαση και κοινωνικές ανισότητες

Η «γενναιοδωρία» των κυβερνήσεων των αναπτυγμένων χωρών όσον αφορά την παραχώρηση πόρων για την υγειονομική περίθαλψη των πληθυσμών κατά τη μεταπολεμική τριακονταετία, συμβάδιζε με τον εφησυχασμό τους ως προς τις επιπτώσεις των δαπανών αυτών στη δημοσιονομική τους ισορροπία, αφού διέθεταν ένα ισχυρό ιδεολογικο-πολιτικό έρεισμα που νομιμοποιούσε τις κρατικές λειτουργίες: απηχούσε, στην πραγματικότητα, μία θεμελιώδη αρχή του κράτους-πρόνοιας, την αρχή της *αλληλεγγύης* των άνισα δομημένων εθνικών κοινωνιών, τη συνδρομή δηλαδή του κοινωνικού συνόλου στα αδύναμα μέλη του. Στο πεδίο της προστασίας της υγείας που μας ενδιαφέρει, αυτή η θεμελιώδης αρχή, υλοποιημένη μέσω του θεσμού της ασφαλιστικής κάλυψης, τροφοδότησε τα εθνικά συστήματα υγείας που οικοδομήθηκαν μ' ένα ξεκάθαρο στόχο: τη διαρκή βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα και της ποιότητας των προσφε-

ρόμενων υπηρεσιών. Η επίτευξη *ισότητας* στην πρόσβαση, παρέπεμπε στο δικαίωμα όλων των πολιτών στη θεραπεία και την πρόληψη, όποια κι αν είναι τα μέσα που απαιτούνται να επιστρατευθούν για το σκοπό αυτό, η οικονομική τους κατάσταση, η ηλικία τους, ή η κατάσταση της υγείας τους.

Οι κυβερνητικές πολιτικές αποδείχθηκαν συνεπείς στις θεσμικές κατοχυρώσεις της ισότητας στην πρόσβαση. Η ασφάλεια κατά της ασθένειας επεκτάθηκε στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού, αυτή δε η παρέμβαση των ασφαλιστικών οργανισμών στη χρηματοδότηση των υγειονομικών δαπανών, όχι μόνο ευνόησε την ίση πρόσβαση στις υγειονομικές φροντίδες, αλλά υπήρξε το απαραίτητο βοηθητικό εργαλείο για την ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής - εξ' αιτίας του αυξημένου κόστους πολλών καινοτόμων ιατρικών παρεμβάσεων. Παράλληλα, οικοδομήθηκαν εθνικά συστήματα υγείας ικανά να ανταποκριθούν στην αυξημένη πρόσβαση του πληθυσμού, με μέτρα αύξησης των νοσοκομειακών κλινών, εξανθρωπισμού των νοσοκομείων, εξασφάλισης της εισόδου της υψηλής διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας στις νοσηλευτικές μονάδες, κ.λ.π.

Όλες αυτές οι κατοχυρώσεις και τα επιτεύγματα, καταρχάς βελτίωσαν, μαζί με την άνοδο του βιοτικού επιπέδου που είχε τότε σημειωθεί, την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, όπως δείχνουν οι παραδοσιακά χρησιμοποιούμενοι δείκτες της πολιτικής υγείας (επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης, μείωση του ποσοστού βρεφικής, νεογνικής και περιγεννητικής θνησιμότητας). Κυρίως όμως, συνέβαλαν στη διατήρηση και την αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης, στην ενσωμάτωση των κοινωνικών τάξεων, ακόμη και στην αύξηση της πελατείας των γιατρών - εφόσον η πλήρης κάλυψη των δαπανών περίθαλψης εξουδετέρωσε το φαινόμενο της ελαστικότητας της τιμής και του εισοδήματος. Κατ' αυτό τον τρόπο, οι κυβερνητικές πολιτικές λειτούργησαν ως ρυθμιστικός παράγοντας για τη συσσώρευση του κεφαλαίου, όχι όμως και για τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων απέναντι στην αρρώστεια και το θάνατο.

Πραγματικά, οι κίνδυνοι αυτοί εξακολουθούν να καθορίζονται κατά μεγάλο μέρος από τη συμμετοχή σε μία κοινωνική τάξη ή κοινωνική ομάδα³. Έτσι, στη Γαλλία για παράδειγμα, αποδεικνύεται ότι στις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες που βρίσκονται στο χαμηλότερο σημείο της κοινωνικής ιεραρχίας οι πιθανότητες θανάτου στις ηλικίες 35 και 60 χρόνων μειώθηκαν μεταξύ 1955 και 1980 πολύ λιγότερο (-7% για τους ειδικευμένους εργάτες και -8% για τους αγρότες) σε σχέση με τη μείωση που παρατηρήθηκε σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα (-28% για τα στελέχη επιχειρήσεων και τα ελεύθερα επαγγέλματα και -21% για τα μεσαία στελέχη της διοίκησης)⁴. Επίσης, συστηματικές εμπειρικές έρευνες που έγιναν κατά τις τρεις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες στη Μ. Βρετανία, τη Γαλλία, τις ΗΠΑ, απέδειξαν ότι υπάρχει μία παρατεταμένη διαφο-

ροποίηση στην κατανάλωση ιατρικής περίθαλψης ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες, που δεν αίρεται με τη θεσμικά κατοχυρωμένη ισότητα στην πρόσβαση. Και πάλι στη Γαλλία είχε αποδειχθεί ότι ο δείκτης κατανάλωσης περίθαλψης για τα «ανώτερα στελέχη επιχειρήσεων και ελεύθερα επαγγέλματα» και τα «μεσαία στελέχη της διοίκησης» είναι αντίστοιχα 223,8 και 175, έναντι 84,2 και 97,8 αντίστοιχα για τους «εργάτες» και τους «αγρότες», τη στιγμή μάλιστα που οι τελευταίοι είναι εκτεθειμένοι σε σοβαρότερους κινδύνους υγείας απ' ό,τι οι πρώτοι⁵.

Οι κατευθυντήριοι προσανατολισμοί των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας: οι αρχικές προσεγγίσεις και η κατοπινή τους ωρίμανση

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και μετά, οι κυβερνήσεις προσέδωσαν στις πολιτικές υγείας ένα στόχο διαφορετικό από εκείνο που μέχρι τότε ακολουθούσαν: *τη συγκράτηση των δαπανών υγείας*. Διαπιστώνοντας την υπέρμετρη επιβάρυνση των εθνικών προϋπολογισμών εξ αιτίας των δημόσιων δαπανών περίθαλψης που αποροφούσαν τα αντίστοιχα εθνικά συστήματα υγείας, οι αποφάσεις που είχαν ληφθεί μπορούν να συνοψισθούν στη χαρακτηριστική διατύπωση που μεταχειρίστηκε πρόσφατα, για τα προβλήματα εκείνης της περιόδου, ένας σχολιαστής: πεποιθήση όλων ήταν ότι «αρκούσε να ελαφρύνουν λίγο τη βάρκα, για να ξεπεράσουν την τρικυμία»⁶.

Σ' εκείνα τα μέτρα ανήκαν ορισμένες ενέργειες περιορισμού της ζήτησης μέσω της κατάργησης κάποιων παροχών ή της μείωσης του επιπέδου της ασφαλιστικής κάλυψης, όπως και ενέργειες ορθολογικοποίησης της προσφοράς (επί παραδείγματι, καθιέρωση του υγειονομικού χάρτη, αξιοποίηση της λειτουργίας του γενικού γιατρού που είναι λιγότερο πληθωριστική από αυτή του ειδικού, εφαρμογή ελέγχων κατά τη διατίμηση των ιατρικών πράξεων, κ.λ.π.). Οι δημόσιες ενέργειες στο χώρο της ζήτησης αποσκοπούσαν στη μετακύλιση του οικονομικού βάρους της προστασίας της υγείας στα ίδια τα άτομα, και συνοδεύονταν με την προσδοκία ότι αυτά θα μείωναν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Επίσης, οι ίδιες ενέργειες μείωσαν μεν το βάρος των ταμείων ασθενείας των ασφαλιστικών οργανισμών και ευνόησαν μία πρόσκαιρη αποκατάσταση της ισορροπίας των λογαριασμών, αλλά αποδείχτηκαν περιορισμένης αποτελεσματικότητας για τη μακροχρόνια εξέλιξη των δαπανών υγείας.

Έτσι, προς τα τέλη της επόμενης δεκαετίας και κυρίως καθόλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, οι κυβερνήσεις των αναπτυγμένων χωρών επιδόθηκαν σε *ριζικές μεταρρυθμίσεις* των συστημάτων υγείας, ανάγοντάς τες μάλιστα σε μείζονος σημασίας πολιτικό πρόβλημα για τους κοινωνικούς σχηματισμούς. Ο

προσεκτικότερος παρατηρητής - αν όχι ο ανεπίσημος σύμβουλος - αυτών των πολιτικών επιλογών τους, ο ΟΟΣΑ, επισημαίνει ότι οι δημόσιες πολιτικές στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης *τείνουν* πλέον με σαφήνεια στην εξυπηρέτηση τριών «μεγάλων στόχων»⁷: την *επίτευξη δικαιοσύνης*, τον *έλεγχο των δαπανών στο μακροοικονομικό επίπεδο* και τη *μικροοικονομική αποδοτικότητα*. Με άλλα λόγια, αποσκοπείται από τη μια μεριά τα συστήματα υγείας να καταναλώνουν ένα καθορισμένο ποσοστό του Α.Ε.Π. ανάλογα με την κατάσταση του προϋπολογισμού της κάθε χώρας και, από την άλλη μεριά, σε μικροοικονομικό επίπεδο, να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών περίθαλψης με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Στα πλαίσια αυτά, αναζητάται μία συμβιβαστική λύση σε σχέση με τα αιτήματα δικαιοσύνης και οικονομικής αποδοτικότητας, αποδίδοντας στη δικαιοσύνη την έννοια της εξασφάλισης όχι πλέον της ίσης πρόσβασης του πληθυσμού στην πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας, αλλά την *πρόσβαση σ' ένα minimum ιατρικής φροντίδας*.

Μία συνθετική προσέγγιση αυτών των στόχων δίνει την ακόλουθη εικόνα των προσανατολισμών που διαμορφώνονται όσον αφορά τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας.

Η διαδικασία δημιουργίας μιας υποδομής για τον αποτελεσματικό έλεγχο των δαπανών, αποβλέπει κατά βάση στη μετατροπή των σχέσεων που συνδέουν όλους τους εμπλεκόμενους στο σύστημα υγείας: τους ασθενείς, τους γιατρούς, τα ασφαλιστικά ταμεία, τις τοπικές ή περιφερειακές υγειονομικές αρχές, τα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τις παραδοσιακές δομές που διαθέτει κάθε εθνικό σύστημα υγείας, όλοι οι πρωταγωνιστές περιβάλλονταν με συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους, συμπληρώνοντας με τις λειτουργίες τους το «puzzle» του κάθε συστήματος. Έτσι, οι οργανισμοί χρηματοδότησης της περίθαλψης - είτε πρόκειται για τις δημόσιες αρχές είτε τα ταμεία ασθενείας είτε τις ιδιωτικές ασφαλίσεις - αποτελούσαν τους μεσολαβητές ανάμεσα στους ασθενείς και τους προμηθευτές της περίθαλψης (νοσοκομεία, γιατροί). Με το μεταρρυθμιστικό έργο που μεθοδεύεται, οι χρηματοδοτικοί αυτοί οργανισμοί τείνουν να αποβάλλουν τον παλιό παθητικό τους ρόλο και να περιβληθούν μ' εκείνον του εντολοδόχου των καταναλωτών για την εκτίμηση και την αγορά αγαθών και υπηρεσιών περίθαλψης. Το νέο αυτό ρόλο, ο οποίος θα τους μετατρέψει σε αγοραστές περίθαλψης, επιδιώκεται να τον ασκούν με την παραχώρηση σ' αυτούς, από τις κεντρικές αρχές, ενός «σφαιρικού προϋπολογισμού» (*enveloppe budgétaire global*). Το γεγονός αυτό θα έχει ως συνέπεια την ενδυνάμωση της ευθύνης τους τόσο απέναντι στους καταναλωτές για την ποσότητα και την ποιότητα της περίθαλψης που θα προσφέρουν, όσο και απέναντι στην κεντρική εξουσία για τη συγκράτηση των δαπανών τους μέσα στα όρια του προϋπολογισμού που τους παραχωρήθηκε.

Υπό τις συνθήκες αυτές, μία άλλη κεντρικής σημασίας συνέπεια του ρόλου του αγοραστή περίθαλψης που προσδίδεται στους οργανισμούς χρηματοδότησης της περίθαλψης, συνίσταται στο ότι αυτοί αναγκαστικά θα αναζητούν να συμβάλλονται με τα νοσοκομεία που θα τους παρέχουν την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας με το μικρότερο κόστος, παρακινώντας έτσι, τα τελευταία, να ανταγωνίζονται μεταξύ τους για να προσελκύσουν τη χρηματοδότηση. Η πρακτική της σύναψης συμβολαίων ανάμεσα στα νοσοκομεία και τους χρηματοδοτικούς οργανισμούς περίθαλψης, φαίνεται να είναι το επιστέγασμα της καθιέρωσης του ανταγωνισμού στο πλαίσιο του ενός από τα δύο σκέλη των βασικών πρωταγωνιστών του υγειονομικού συστήματος: σ' εκείνο των προμηθευτών περίθαλψης. Για την ακρίβεια, σε αντίθεση με τις παραδοσιακές δομές των υγειονομικών συστημάτων που καθιερώνουν την ολική χρηματοδότηση του συνόλου των υγειονομικών παροχών ή την παθητική πληρωμή από τα ασφαλιστικά ταμεία των τιμολογίων που εμφανίζουν οι προμηθευτές, τα συμβόλαια θα καταρτίζονται μετά τη διενέργεια μειοδοτικών διαγωνισμών για την επιλογή των ειδικών παροχών που επιζητούν οι αγοραστές. Επίσης, οι συμβάσεις αυτές θα μπορούν να συμβάλλουν στην διαμόρφωση ανταγωνιστικών τιμών των προσφερόμενων υπηρεσιών και στη συμπίεση του κόστους, όπως και να προσφέρουν εργαλεία ελέγχου της ποιότητας, της ποσότητας και του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών, ιδιαίτερα στην περίπτωση που ο χρηματοδοτικός οργανισμός περίθαλψης επιδιώκει να συμβληθεί με προμηθευτή υπηρεσιών σε μακροχρόνια βάση. Τέλος, πάντοτε στο πλαίσιο των συνθηκών ανταγωνισμού που τείνουν να επικρατήσουν μεταξύ των νοσοκομείων κατά την προμήθεια υπηρεσιών υγείας, η αυτονομία την οποία αυτά θα διαθέτουν θα αξιοποιείται για τη διεξαγωγή άμεσων διαπραγματεύσεων με το προσωπικό τους όσον αφορά τους όρους απασχόλησης και τις αμοιβές, αντί, όπως συμβαίνει στις παραδοσιακές δομές των συστημάτων υγείας, οι νοσοκομειακές αρχές να δεσμεύονται από συλλογικές συμβάσεις εργασίας που καταρτίζονται σε εθνικό επίπεδο.

Όλοι οι νέοι προσανατολισμοί που μέχρι στιγμής εκθέσαμε αναφορικά με τα εθνικά συστήματα υγείας, περιστρέφονται γύρω από το διαχωρισμό ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές υπηρεσιών περίθαλψης, συμπληρώνονται δε με παράλληλες ενέργειες που αποσκοπούν στον περιορισμό της ζήτησης. Οι ενέργειες για τις οποίες πρόκειται, εδώ, δεν είναι καινοτόμες, αφού φαίνονται να επαναλαμβάνουν, με μεγαλύτερη όμως ένταση, τις δόκιμες πρακτικές της αύξησης της ίδιας συμμετοχής των ασθενών στις δαπάνες για περίθαλψη, του αποκλεισμού ορισμένων παροχών από την ασφαλιστική κάλυψη, αποσκοπώντας σε κάθε περίπτωση στην εισαγωγή μιας ρύθμισης της ζήτησης για υγεία μέσω της τιμής.

Το μεταρρυθμιστικό έργο στην πράξη: διαφοροποιήσεις και συγκλίσεις

Η επιβεβαίωση από την κυβερνητική πρακτική, στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, των προσανατολισμών του μεταρρυθμιστικού έργου στα εθνικά συστήματα υγείας που σκιαγραφήσαμε προηγουμένως, συναρτάται άμεσα από το βαθμό συγκεντροποίησης των δαπανών και των αποφάσεων που επικρατεί σε κάθε χώρα.

Έτσι, η άμεση υιοθέτηση όλων αυτών των προσανατολισμών έχει αποδειχθεί ευκολότερη στην περίπτωση των *συγκεντροποιημένων* εθνικών συστημάτων υγείας, όπου δηλαδή υπάρχει μία μόνο πηγή χρηματοδότησης των δαπανών περιθαλψης (Μ. Βρετανία, Ιρλανδία, Ν. Ζηλανδία). Αντίθετα, στα *αποκεντρωμένα* συστήματα, όπου η παροχή περιθαλψης είναι οργανωμένη από τις τοπικές ή τις περιφερειακές αρχές, η κεντρική εξουσία έχει περισσότερες δυσκολίες στη συγκράτηση των συνολικών δαπανών περιθαλψης (π.χ. Καναδάς, Αυστραλία, Φινλανδία, Σουηδία). Το ίδιο συμβαίνει και στα *συστήματα* όπου η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας πραγματοποιείται από το θεσμό της *κοινωνικής ασφάλισης*. Στις περιπτώσεις αυτές, η κύρια δυσκολία ανάγεται στο συντονισμό της δράσης - του συνήθως μεγάλου αριθμού - των ταμείων ασθένειας απέναντι στους προμηθευτές περιθαλψης, ώστε να καταστούν μονοψώνιο στο χώρο της αγοράς περιθαλψης και να ασκήσουν πιέσεις για την εφαρμογή του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών (π.χ. Γερμανία).

Στην πραγματικότητα, η απόλυτη επικράτηση των εν λόγω προσανατολισμών συνέβη στη χώρα που διέθετε το πλέον συγκεντροποιημένο σύστημα υγείας, τη Μ. Βρετανία. Πράγματι, η νέα Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service) που συγκροτήθηκε ως αποτέλεσμα των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων, δίνει την εικόνα μιας «αρχιτεκτονικής μπάροκ» του εθνικού συστήματος υγείας, «συνεταιριζοντας» την ισχυρή παρουσία του κράτους με τη λειτουργία του ελεύθερου ανταγωνισμού ανάμεσα στους προμηθευτές της ιατρικής φροντίδας⁸. Μετά από μία περίοδο μελέτης και έρευνας για τη σκοπιμότητα και τη μεθοδευση της μεταρρύθμισης, η βρετανική κυβέρνηση διατύπωσε τις λεπτομέρειές της στη «Λευκή Βίβλο για την Υγεία» το 1989 και έθεσε σε ισχύ τα μέτρα που την υλοποιούν το 1991.

Η κεντρική ιδέα που διαπερνά το νέο βρετανικό σύστημα υγείας αναλύεται στη διατήρηση της δωρεάν πρόσβασης στην περίθαλψη και της χρηματοδότησης από τους φόρους που ίσχυαν από το 1947, καθιερώνοντας παράλληλα σχέσεις ανταγωνισμού μεταξύ των νοσοκομείων και των κλινικών με διακηρυγμένη πρόθεση τη βελτίωση της υγείας και την αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης των καταναλωτών μέσα στα όρια, όμως, ενός περιοριστικού προϋπολογισμού. Ειδικότερα, οι ασθενείς δεν απευθύνονται πλέον άμεσα στο νοσοκομείο με πα-

ραπεμπτικό του γενικού τους γιατρού, αλλά σε έναν από τους «αγοραστές» περίθαλψης, ο οποίος είναι επιφορτισμένος να ενεργεί για λογαριασμό τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Ο «αγοραστής» περίθαλψης μπορεί να είναι είτε η υγειονομική αρχή μιας επαρχίας (district) είτε μία ομάδα γενικών γιατρών, οι οποίοι αγοράζουν νοσοκομειακές υπηρεσίες για λογαριασμό των ασφαλισμένων της επαρχίας, επιβλέποντας με αυστηρότητα την άριστη κατανομή των πόρων. Κατ' αυτό τον τρόπο, η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας εμφανίζεται κατά βάση να μεγιστοποιείται, με προσδοκούμενες συνέπειες μία συγκεντροποίηση του ιατρικού προσωπικού - που με τη σειρά της συνεπάγεται πρόσθετες εξοικονομήσεις πόρων - και την ανάληψη από τα - άρτια εξοπλισμένα - ιδιωτικά ιατρεία που δημιουργούνται φροντίδων υγείας οι οποίες στο παρελθόν ασκούνταν από τα νοσοκομεία. Ταυτόχρονα, τα νοσοκομεία παρακινούνται να συγχωνεύονται ενδεχομένως μεταξύ τους (trusts), δημιουργώντας οντότητες που διαθέτουν αυτονομία και λειτουργούν ανταγωνιστικά στις μεταξύ τους σχέσεις⁹.

Σε όλες τις λοιπές αναπτυγμένες χώρες, των οποίων τα εθνικά υγειονομικά συστήματα ανήκουν είτε στην κατηγορία των αποκεντρωμένων είτε σ' εκείνη των κοινωνικοποιημένων συστημάτων, οι πολιτικές αποφάσεις με αντικείμενο την υιοθέτηση των νέων αρχών και προσανατολισμών περνά από συμπληρωματικές πολιτικές αποφάσεις, οι οποίες αφορούν τη **δημιουργία συγκεντρωτικών δομών** στη χρηματοδότηση - πάντοτε μέσα σε περιοριστικά πλαίσια - των συστημάτων υγείας.

Στη Γερμανία, επί παραδείγματι, όπου υπήρχε η παράδοση ευρείας αυτονομίας τόσο των ομόσπονδων κρατών (Lander) όσο και των κοινωνικών εταίρων στο πλαίσιο του συστήματος υγείας, ουσιώδες στοιχείο της μεταρρύθμισης είναι η συγκρότηση της λεγόμενης «Συμφωνημένης δράσης» όλων των ενδιαφερομένων για τη λειτουργία του συστήματος. Ο θεσμός αυτός αποτελεί μία διαρκή συνδιάσκεψη όλων των ενδιαφερομένων, που με τις συστάσεις τις οποίες απευθύνει στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην επίλυση των διενέξεων που ανακύπτουν κατά την κατανομή των πιστώσεων του προϋπολογισμού στα ταμεία ασθένειας και τους προμηθευτές περίθαλψης¹⁰. Στην ίδια χώρα, φυσικά, οι κυβερνητικές αποφάσεις δεν είναι απύσυχες στο πεδίο της εισαγωγής των μηχανισμών της αγοράς στο σύστημα υγείας: για παράδειγμα, ο ανταγωνισμός εισάγεται κι εδώ στο προσκήνιο, όχι όμως όπως συμβαίνει στη Μ. Βρετανία μεταξύ των νοσοκομείων, αλλά μεταξύ των 850 ταμείων ασφαλιστικής κάλυψης της υγείας που είναι γεωγραφικά και κατά επάγγελμα διασπαρμένα, ανάμεσα στα οποία κάθε ασθενής μπορεί πλέον να επιλέξει εκείνο που παρέχει την καλύτερη ποιότητα φροντίδων περίθαλψης. Κατ' επέκταση αυτής της ελευθερίας επιλογής του ασφαλιστικού φορέα που παρέχεται στους πο-

λίτες, τα ασφαλιστικά ταμεία έκδηλα παρακινούνται να συμπεριφέρονται ως «αγοραστές» υπηρεσιών υγείας, συνάπτοντας πολυετή συμβόλαια με νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές στο εσωτερικό κάθε Land¹¹.

Στη Γαλλία, η συγκεντροποίηση της δομής ελέγχου των δαπανών υγείας και μεταφοράς των πιστώσεων στα ταμεία ασθενείας και τα νοσοκομεία, προωθήθηκε με την έγκριση από τα δύο νομοθετικά σώματα της χώρας ενός συνταγματικού νόμου - αυξημένης τυπικής ισχύος -, στις 19.2.1996, σύμφωνα με τον οποίο το Κοινοβούλιο της χώρας είναι εκείνο που θα αποφασίζει κατ' έτος για το ύψος της χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης συμπεριλαμβανομένων των ταμείων ασθενείας. Το Κοινοβούλιο, επιπρόσθετα, εξοπλίζεται με την εξουσία επιβολής κυρώσεων εναντίον των δημόσιων λειτουργιών που συμβάλλουν σε υπερβάσεις του ύψους των δαπανών που έχουν κατανεμηθεί στους διάφορους αποδέκτες¹². Σχετικά με τη Γαλλία, αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι καταλογίζεται στις κυβερνήσεις της των τελευταίων χρόνων «διστακτικότητα» και «σκεπτικισμός» όσον αφορά την εισαγωγή των μηχανισμών της αγοράς στο σύστημα υγείας¹³, παρόλο που πρόσφατα έχουν σημειωθεί θεσμικές κινήσεις προς αυτή την κατεύθυνση. Έτσι, οι Περιφερειακοί Οργανισμοί Νοσοκομειακής Περίθαλψης (Agences Regionales d' Hospitalisation), που ιδρύθηκαν στις αρχές αυτής της χρονιάς με σκοπό να συμβάλλουν στην αποδοτικότερη διαχείριση των πιστώσεων που θα κατανέμονται από το Κοινοβούλιο στις περιφέρειες για τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, προβλέπεται ότι μπορούν να συνάπτουν πολυετή συμβόλαια με νοσοκομειακά ιδρύματα, κέντρα ερευνών, ιδιώτες επαγγελματίες του τομέα της υγείας, τα οποία σε κάθε περίπτωση θα αφορούν, μεταξύ άλλων, την πολιτική των νοσοκομειακών ιδρυμάτων όσον αφορά τη χρηματοδότηση της λειτουργίας τους και των επενδύσεών τους. Οι ίδιοι οργανισμοί προβλέπεται επίσης να συνάπτουν μακροχρόνιες συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές, οι οποίες, μεταξύ άλλων, θα καθορίζουν κατά τομέα περίθαλψης τις τιμές των νοσοκομειακών υπηρεσιών, καθώς και στόχους σχετικούς με την παροχή περίθαλψης¹⁴.

Είτε πρόκειται για οποιαδήποτε από τις τρεις ευρωπαϊκές χώρες που μόλις αναφέραμε είτε για κάθε άλλη αναπτυγμένη χώρα, η *σύγκλιση* της κάθε μιας προς τον κοινό τόπο των βασικών προσανατολισμών των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας που επίσης εκθέσαμε, περιέχει την - φαινομενικά μόνο - αντίρροπη κίνηση της ενίσχυσης των εξουσιών της κεντρικής αρχής και της ταυτόχρονης διεύρυνσης των ορίων των ευθυνών και των πρωτοβουλιών όλων των υπόλοιπων πρωταγωνιστών (γεωγραφικών και επαγγελματικών) του κάθε συστήματος. Παντού, το κράτος καταλείπει μεν στους κοινωνικούς πρωταγωνιστές σημαντικά περιθώρια αυτονομίας, επιβεβαιώνοντας όμως ταυτόχρονα το ρόλο της κεντρικής εξουσίας ως αυστηρού θεματοφύλακα των μακροοικονομικών ισορρο-

απλώς *κάποια* προστασία έναντι των οικονομικών συνεπειών της ασθένειας, που η πληρωμή της θα συνδέεται με το ατομικό εισόδημα και δεν θα θεμελιώνεται στον ατομικό κίνδυνο που ο καθένας διατρέχει¹⁸.

Πέρα από αυτά τα ιδεολογικά επιχειρήματα, η σημερινή πραγματικότητα της έντασης του κοινωνικού αποκλεισμού, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, στο πεδίο των υπηρεσιών υγείας, είναι αμείλικτη. Έτσι, στις Ηνωμένες Πολιτείες, πρόσφατες εμπειρικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η αυξημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων που καθιερώθηκε με τη μεταρρύθμιση των δημόσιων οργανισμών περίθαλψης (Medicare, Medicaid), κινδυνεύει να μεταφέρει ένα μέρος του εισοδήματος των φτωχών ασθενών προς αυτούς που βρίσκονται σε καλή υγεία και είναι πιο πλούσιοι. Η έρευνα ανέδειξε στην επιφάνεια μεγάλη μείωση της πρόσβασης στο σύστημα περίθαλψης, καθώς και της ζήτησης για άμεση περίθαλψη και πρόληψη που παρουσίασαν οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε έρευνα που αφορούσε ορισμένες επαρχίες του Καναδά, όπου η επίδραση των μέτρων περιορισμού της πρόσβασης ήταν πιο μεγάλη στα παιδιά οικογενειών χαμηλού εισοδήματος, όπου η αύξηση της συμμετοχής στις δαπάνες μείωσε κατά 40% τη δυνατότητα περίθαλψης¹⁹.

Στη Μεγάλη Βρετανία και τις ΗΠΑ, (στη βρετανική κυβέρνηση αξίζει να σημειωθεί ότι τα συνδικάτα καταλογίζουν ότι, εισήγαγε τη μεταρρύθμιση του 1989-1991 μεταφέροντας αυτούσια την εμπειρία των μεταρρυθμίσεων στις ΗΠΑ που είχε προηγηθεί²⁰), πρόσφατη συγκριτική έρευνα αποδεικνύει τη διαρκή επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των «μειονεκτικών χαμηλών τάξεων» (disadvantaged lower classes) έναντι των «πλεονεκτικών υψηλών τάξεων» (advantaged upper classes) στη διάρκεια της πεντηκονταετίας 1930-1980, η οποία εντάθηκε ακόμη περισσότερο κατά τη διάρκεια της αμέσως επόμενης δεκαπενταετίας (1980-1994), όταν δηλαδή άρχισαν να εφαρμόζονται οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας²¹. Ειδικότερα στη Μ. Βρετανία, η τελευταία μελέτη της εθνικής στατιστικής υπηρεσίας της χώρας αποδεικνύει ότι το προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις σταμάτησε ν' αυξάνεται, από το 1987 και μετά, για πρώτη φορά εν καιρώ ειρήνης από τη βικτωριανή εποχή²².

Στη Γαλλία, σ' ένα χώρο όπου η υψηλή ασφαλιστική κάλυψη είχε θεαματική επιτυχία, σ' εκείνον της περιγεννητικής επίβλεψης, και όπου η καλή επίβλεψη και υγειονομική φροντίδα είχε εκδηλωθεί με τη μείωση των γεννήσεων πρόωγων νεογνών, με τη μετακύλιση του οικονομικού βάρους αυτής της φροντίδας στο ίδιο το άτομο ως συνέπεια των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων διευρύνθηκαν τα χάσματα που ήδη υπήρχαν ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες: 6,8% των γυναικών που ανήκαν σε νοικοκυριά με αρχηγό εργά-

τη, μισθωτό αγρότη ή άνεργο δεν απευθύνθηκαν σε γιατρό κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης έναντι 2,2% εγγύων γυναικών άλλων κοινωνικών κατηγοριών, ήταν δε, ακριβώς, στην πρώτη κατηγορία των γυναικών που το ποσοστό των πρόωγων νεογνών ήταν το πιο υψηλό²³.

Σε τελική ανάλυση, για όλες τις χώρες των οποίων τα εθνικά υγειονομικά συστήματα δοκιμάζονται από το μεταρρυθμιστικό κύμα των τελευταίων χρόνων, η επιστημονική έρευνα έρχεται με τη σειρά της να καταδείξει τις επιζήμιες επιπτώσεις των μέτρων αναίρεσης των εξισωτικών λειτουργιών του κράτους-πρόνοιας για τις κοινωνικο-επαγγελματικές ομάδες του πληθυσμού που βρίσκονται στο χαμηλό επίπεδο της κοινωνικής ιεραρχίας. Από το μεγάλο αριθμό των ερευνών που έχουν διεξαχθεί είτε για μεμονωμένες χώρες²⁴ είτε - συχνότερα - για περισσότερες χώρες και σε συγκριτική βάση (στη δεύτερη δε περίπτωση ανεξάρτητα από το εάν καταλήγουν²⁵ ή όχι²⁶ σε ιεραρχήσεις μεταξύ των χωρών που εξετάζονται ανάλογα με τον κοινωνικό αποκλεισμό που έχουν προκαλέσει τα μεταρρυθμιστικά μέτρα), επιλέγουμε να αναφερθούμε σε δύο. Στη Σουηδία, έρευνα έχει αποδείξει ότι το υγειονομικό σύστημα δεν αντιμετωπίζει με την ίδια επάρκεια που εκδήλωνε παλιότερα την περίπτωση των χειρώνακτων εργατών, οι οποίοι βιώνουν περισσότερο σε σχέση με κάθε άλλη κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία τη λεγόμενη «διπλή υποφορά» (double suffering), - δηλαδή αφενός εμφανίζουν τις πιο μακροχρόνιες ασθένειες και αφετέρου οι ασθένειες που εμφανίζουν έχουν σ' αυτούς μεγαλύτερη ένταση στα συμπτώματα και μεγαλύτερη συχνότητα²⁷. Έρευνα, τέλος, που πραγματοποιήθηκε σε μία άλλη σκανδιναβική χώρα, τη Νορβηγία, αποδεικνύει μεν γενικά ότι οι ανισότητες στην υγεία που βιώνονται από άτομα της «τρίτης ηλικίας» αποδίδονται στη λεγόμενη «κληρονομιά του παρελθόντος» (legacy of the past) - με την έννοια ότι άμεσα αποδίδονται στη θέση που τα άτομα αυτά κατείχαν στην κοινωνική ιεραρχία ενόσω μετείχαν ενεργά στην αγορά εργασίας-, αλλά καταλήγει στο κατηγορηματικό πόρισμα ότι, εν τέλει, το «σύστημα κράτους-πρόνοιας» που έχει εγκαθιδρυθεί στη χώρα αυτή και που για πολλούς θεωρούνταν υποδειγματικό στο δυτικοευρωπαϊκό χώρο, ως αποτέλεσμα των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων που αναιρούν πολλές από τις εξισωτικές λειτουργίες του αδυνατεί να «ξεριζώσει» τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία²⁸.

Επίμετρο - Συμπεράσματα

Η έκταση της μελέτης μας δεν επέτρεψε κάποια σύντομη έστω αναφορά στα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας. Απλώς επισημαίνουμε - όσο κι αν αυτό φαντάζει ... ειρωνικό - ότι το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται εξ ορι-

σμού σε πορεία σύγκλισης προς ένα και μοναδικό σημείο των αποτελεσμάτων των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας των άλλων ευρωπαϊκών χωρών: την ανάληψη από την ιδιωτική οικονομία ενός σημαντικού μέρους των δαπανών περίθαλψης, με ό,τι τούτο συνεπάγεται για την ένταση των κοινωνικών ανισοτήτων απέναντι στην υγεία. Πράγματι στη χώρα μας, η ιδιωτική δαπάνη περίθαλψης ανέκαθεν βρισκόταν και εξακολουθεί να βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, εξ αιτίας της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει ο δημόσιος τομέας της περίθαλψης και της κατασπατάλησης των πόρων από τους δημόσιους υγειονομικούς θεσμούς, εν τέλει δε εξ αιτίας του ότι υπ' αυτές τις συνθήκες η εμπιστοσύνη των πολιτών προς τη δημόσια περίθαλψη ουδέποτε κερδήθηκε - αλλά και ούτε πρόκειται ποτέ να κερδηθεί ενόσω η πολιτική κοινωνία δεν αντιμετωπίζει με αποφασιστικότητα την παθογένεια του Ε.Σ.Υ.

Η ανάλυση που προηγήθηκε στις κύριες ενότητες της μελέτης, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αν οι κυβερνήσεις ενδιαφέρονταν για την επεξεργασία και την άσκηση μιας αληθινής πολιτικής υγείας, οι μεταρρυθμίσεις τους σ' αυτό τον τομέα θα είχαν άλλη κατεύθυνση. Πραγματικά, οι έρευνες σχετικά με την κοινωνική ανισότητα στις οποίες αναφερθήκαμε, μπορούν να υποδείξουν σε κάθε κυβέρνηση την πορεία προς την οικοδόμηση συστημάτων υγείας **κοινωνικά αποτελεσματικών**, χωρίς τις σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις που απαιτεί το βιομηχανοποιημένο μοντέλο της σύγχρονης θεραπευτικής ιατρικής. Η πορεία αυτή, στην πράξη, αξιώνει το μετασχηματισμό των πολιτικών υγείας σε **υγιείς δημόσιες πολιτικές**. Μία υγιής δημόσια πολιτική είναι εκείνη που προάγει την υγεία των πολιτών, με ανάπτυξη δημόσιων δραστηριοτήτων σε τομείς που φαινομενικά δεν έχουν άμεσα σχέση μ' αυτήν. Ο κύκλος των επιστημόνων που εκφράζονται από τις σελίδες του καινοτόμου περιοδικού *Futures*, επισημαίνει ότι επειδή καθημερινά αποδεικνύεται ότι η υγεία, εκτός της θεραπευτικής περίθαλψης, δεν ανήκει στις ύψιστες προτεραιότητες του πολιτικού συστήματος, επιβάλλεται να δοθεί από τις δημόσιες αρχές έμφαση σε πολιτικές που ασκούν καθοριστική επίδραση στην υγεία των πολιτών και αφορούν την εκπαίδευση, τις συνθήκες εργασίας, την απασχόληση, τη στέγαση, τη χρήση της γης, το κυκλοφοριακό πρόβλημα, προπάντων δε τις παρεμβάσεις στο περιβάλλον²⁹.

Είναι βέβαια αυτονόητο ότι ο εφησυχασμός των πολιτών, και ιδιαίτερα των μελών των τοπικών κοινωνιών, δεν αποτελεί εγγύηση ότι οι αντιλήψεις αυτές μπορούν να εισακουσθούν από τις δημόσιες αρχές. Απαιτείται, αντίθετα, η κοινωνία των πολιτών, στο βαθμό που πρώτη η ίδια θα συνειδητοποιήσει τον καθοριστικό ρόλο που έχουν για την υγεία οι κοινωνικοί, οι οικονομικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, να επιβάλλει στις κυβερνητικές εξουσίες την αντίληψη ότι πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε προτεινόμενης πολιτικής να εκτιμώ-

νται οι πιθανές επιπτώσεις της στην υγεία του πληθυσμού. Η ίδια, τέλος, καθώς βιώνει την καθημερινότητα των επιπτώσεων των πρόσφατων μεταρρυθμιστικών πολιτικών που εξετάσαμε, οφείλει να θέσει, με το δικό της τρόπο, στους υπεύθυνους της κυβερνητικής πολιτικής, τα ερωτήματα που έχει ήδη θέσει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: Πού παράγεται η υγεία; Ποιά επένδυση δημιουργεί το μεγαλύτερο κέρδος για την υγεία; Η επένδυση αυτή, στην πραγματικότητα, μειώνει την ανισότητα και σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα;

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- ¹ Πηγή: O.C.D.E., *Nouvelles orientations dans la politique de santé. Etudes de politique de santé no 7*, 1996, σ. 9. Πρβλ. και N.Tanti-Hardouin, *Economie de la santé*, 1994, σ. 14-15.
- ² O.C.D.E., στο ίδιο, σ. 12.
- ³ Ένας Βρετανός ερευνητής, ο Roy Carr-Hill, εξειδικευμένος στην κοινωνική στατιστική, επεσήμαινε στο πλαίσιο ενός διεθνούς συμποσίου για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία ότι η ίδια η διαμόρφωση των κοινωνικών τάξεων, ως στατιστικό εργαλείο, έγινε στη Μ. Βρετανία χρησιμοποιώντας ευρύτητα τα δεδομένα κοινωνικής θνησιμότητας των διαφόρων επαγγελματιών. Κατ' ανάλογο τρόπο επιχειρείται στη Γαλλία να εξακριβωθεί ότι η κοινωνική ιεραρχία που διαμορφώνεται βάσει της διαφοροποιημένης θνησιμότητας μεταξύ των επαγγελματιών καλύπτει, στην πραγματικότητα, διαφορετικές ιεραρχίες που κατασκευάζονται βάσει άλλων δεικτών, όπως το εισόδημα, η περιουσία, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο βαθμός στον οποίο χρησιμοποιούνται τα πολιτιστικά αγαθά, το διαθέσιμο δίκτυο προσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, κ.λ.π. Βλ. εκτενώς P. Aiach, «*La santé et ses inégalités*», στο *Esprit*, No 229, Fvriier 1997, σ. 65.
- ⁴ N.Tanti-Hardouin, *ό.π.* σημ. 1, σ. 186.
- ⁵ Βλ. P. Surault, *L'inégalité devant la mort*, 1979, σ. 105-106
- ⁶ J. Le Goff, «*Crise et insécurité sociale. Traitement de choc pour la santé européenne*», *Le Monde Diplomatique*, juillet 1997, σ. 25.
- ⁷ O.C.D.E., *ό.π.* σημ. 1, σ. 7.
- ⁸ J. Le Goff, *ό.π.* σημ. 5, σ. 25.
- ⁹ Για μια εκτενή περιγραφή του βρετανικού μεταρρυθμιστικού έργου, βλ. O.C.D.E., *A la recherche de micanismes de marche. Les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*, 1995, σ. 14 επ.
- ¹⁰ Βλ. O.C.D.E., *ό.π.* σημ. 1, σ. 73.
- ¹¹ Βλ. J. Le Goff, *ό.π.* σημ. 5, σ. 25
- ¹² Βλ. εκτενώς S.-A. Rozenblum, «*Santé: enjeux et défis*», στο *Revue Politique et Parlementaire: Santé-L'exception française*, no 987, mar.-avr. 1997, σ. 109-111.
- ¹³ Βλ. ενδεικτικά J. Le Goff, στο ίδιο, όπως και S.-A. Rozenblum, στο ίδιο, σ. 114.
- ¹⁴ Βλ. σχετικά G. Fabre-Rosane, «*Hôpital: attention, travaux*», *Revue Politique et Parlementaire*, *ό.π.* σημ. 11, σ. 44.
- ¹⁵ J. Le Goff, *ό.π.* σημ. 5, σ. 25.
- ¹⁶ Βέβαια, είναι αλήθεια ότι σε πολλές χώρες, μετά τη λήψη των μέτρων ανατροπής της ισότητας πρόσβασης των πολιτών στις φροντίδες περίθαλψης, οι κυβερνήσεις, μπροστά στις αντιδράσεις που σημειώθηκαν ή που απειλήθηκε να προκληθούν και να θέσουν σε κίνδυνο την πολιτική αξιοπιστία ή και την επιβίωσή τους, αναγκάστηκαν σχεδόν αμέσως να ε-

φαρμίζουν μέτρα προστασίας για τα χαμηλά εισοδήματα και τους χρόνιους ασθενείς. Στη Ν. Ζηλανδία, επί παραδείγματι, η κατακόρυφη αύξηση που θεσπίστηκε, το 1992, της ίδιας συμμετοχής των ασφαλισμένων στις δαπάνες περιθαλψής, προκάλεσε τη γενικευμένη άρνηση των πολιτών να πληρώνουν τους λογαριασμούς που τους αφορούσαν, υποχρεώνοντας αργότερα την κυβέρνηση να υπαναχωρήσει από τις αρχικές αποφάσεις της. Όμως ο αποσπασματικός χαρακτήρας αυτών των εξαιρέσεων πουθενά δεν κρίθηκε ότι αρκούσε για να μετριάσει την κατηγορηματικότητα των μέτρων περιορισμού των εξισωτικών δομών των εθνικών συστημάτων υγείας. Βλ. Ο.Κ.Δ.Ε., *ό.π.* σημ. 1, σ. 62.

- 17 Αναφέρονται από τον Π. Αιач, *ό.π.* σημ. 3, σ. 63-64.
- 18 O.C.D.E., *ό.π.* σημ. 1, σ. 7
- 19 Σχετικά με την εμπειρία των πολιτικών αυτών στη βόρεια Αμερική και τις κοινωνικές επιπτώσεις τους, βλ. αντί άλλων J. Donzelot & M.-C. Jaillet, «*Europe, Etats-Unis: convergences et divergences des politiques d'insertion*», στο *Esprit*, no 232, mai 1997, σ. 70 επ.
- 20 Ειδικά επισημαίνεται ότι στη Μ. Βρετανία μεταφέρθηκε η εμπειρία των αμερικανικών «Health Maintenance Organizations» (HMO), τα οποία παρέχουν μεν στα μέλη τους ιατρική, εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη με αντίτιμο τη συνδρομή των μελών τους σ' αυτά. Βλ. E. Chamorand, «*Le système de santé américain*», στο *La Documentation française*, 1996, σ. 80.
- 21 O. Fein, «*The influence of social class on health status: American and British research on health inequalities*», στο *Journal of General Internal Medicine*, vol. 10(10), 1995, σ. 577 επ.
- 22 Αναδημοσίευση από την εφημερίδα *The Guardian*, στην Καθημερινή, 11.9.1997.
- 23 Βλ. σχετικά J.-P. Moatti, «*Les privilèges de la santé*», στο *Le triomphe des inégalités*, Le Monde Diplomatique-Manière de voir 5, septembre 1989, σ. 65. Στο σημείο αυτό αξίζει να τονίσουμε ότι η περίθαλψη των πρόωγων νεογνών είναι ιδιαίτερα υψηλού κόστους, απαιτώντας δαπανηρές και καινοτόμες θεραπευτικές μεθόδους και μεγάλη διάρκεια νοσηλείας. Στον τομέα παραγωγής αυτών των ιατρικών μηχανημάτων δραστηριοποιείται το διεθνικών διαστάσεων κεφάλαιο, που διαμορφώνει υψηλά ποσοστά κέρδους. Έτσι, η επιβάρυνση που επιφέρει η εντατική θεραπεία πρόωγων νεογνών είναι κατά πολύ υψηλότερη από τη δαπάνη για περιγεννητική φροντίδα. Αυτό το παράδειγμα μας οδηγεί στο συλλογισμό ότι οι τάσεις συγκράτησης των δαπανών μέσω ενεργειών σαν αυτών που πρωτοεφαρμόστηκαν κατά την περίοδο που εξετάζουμε, όχι μόνο είναι κοινωνικά αναποτελεσματικές, αλλά και από οικονομική άποψη είναι ατελέσφορες.
- 24 Από τις πολυάριθμες μελέτες για μεμονωμένες χώρες, επιλέγουμε να παραπέμφουμε σε μία συγκεκριμένη, για το λόγο ότι περιέχει μία χρήσιμη επισκόπηση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται σε μελέτες για μεμονωμένες χώρες με σκοπό την καταγραφή και ανάλυση των κοινωνικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στην υγεία: N.E. Adler, W.T. Boyce, M.A. Chesney, S. Folkman & S.L. Syme, «*Socioeconomic inequalities in health. No easy solution*», στο *JAMA*, vol. 269(24), Jun. 1993, σ. 3140 επ.
- 25 Βλ. ενδεικτικά A.E. Kunst, J.J. Geurts, L. van den Berg, «*International variation in socioeconomic inequalities in self reported health*», στο *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 49(2), Apr. 1995, σ. 117 επ. (η έρευνα αφορά τη Μ. Βρετανία, τη Σουηδία, την Ιταλία και τις ΗΠΑ, αξιολογεί δε τις δύο πρώτες χώρες ως εμφανίζουσες λιγότερες ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη απ' ό,τι οι άλλες δύο), όπως και J.P. Mackenbach, A.E. Kunst, A.E. Cavelaars, F. Groenhouf & J.J. Geurts, «*Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working*

Group on Socioeconomic Inequalities in Health», στο Lancet, vol. 349, Jun. 1997, σ. 1655 επ.(η έρευνα αφορά τη Γαλλία, την Ελβετία, την Ισπανία, τη Νορβηγία, τη Σουηδία και τη Φινλανδία, οι δε ιεραρχήσεις μεταξύ των χωρών στις οποίες καταλήγει ποικίλουν ανάλογα με τους διάφορους δείκτες που χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση των κοινωνικών ανισοτήτων).

- ²⁶ Βλ. επί παραδείγματι P. Aiach & S. Curtis, «*Social inequalities in self-reported morbidity: interpretation and comparison of data from Britain and France*», στο Social Science and Medicine, vol. 31(3), 1990, σ. 267 επ., O. Rahkonen, S. Arber, E. Lahelma, «*Health inequalities in early adulthood: a comparison of young men and women in Britain and Finland*», στο Social Science and Medicine, vol. 41(2), Jul. 1995, σ. 163 επ., O. Fein, «*The influence of social class on health status: American and British research on health inequalities*», στο Journal of General Internal Medicine, vol. 10(10), Oct. 1995, σ. 577 επ.
- ²⁷ N. Blank & F. Diderichsen, «*Social inequalities in the experience of illness in Sweden: a "double suffering"*», στο Scandinavian Journal of Social Medicine, vol. 24(2), Jun 1996, σ. 81 επ.
- ²⁸ E. Dahl & G. Birkelund, «*Health inequalities in later life in a social democratic welfare state*», στο Social Science and Medicine, vol. 44(6), Mar. 1997, σ. 871 επ.
- ²⁹ T. Hancock & M. Garrett, «*Beyond Medicine. Health challenges and strategies in the 21st century*», στο Futures, vol. 27, no 9/10, 1995, σ. 943.