

## Το σύστημα υγείας στη Βρετανία

Κωνσταντίνος Δικαίος\*

### Περίληψη

Το άρθρο εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) και την επιλογή της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Υποστηρίζει ότι σημαντικές αλλαγές που υποβοήθησαν την ανάπτυξη των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων υγειονομικής περίθαλψης, είχαν ήδη συντελεστεί πριν την πρόσφατη αναδιοργάνωση του NHS το 1990, και επικεντρώνεται στις δαπάνες για το NHS εξετάζοντας το ρυθμό αλλαγής τους σε σταθερές τιμές. Ακολούθως, στρέφεται στην ανάλυση των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων από το 1970, και αποπειράται μια σύγκριση μεταξύ των δύο. Λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική κρίση και τα υπόλοιπα στοιχεία, όπως τη σχετική νομοθεσία, καταλήγει ότι ακόμη και τώρα ο κυρίαρχος παράγων που καθορίζει την ανάπτυξη της «ιδιωτικής επιλογής» υγείας στη Βρετανία, είναι οι εξελίξεις στο NHS.

### Εισαγωγή

Ένα από τα περισσότερο συζητημένα ζητήματα στη βρετανική πολιτική κατά την προηγούμενη κυβερνητική περίοδο, είναι η (κατά τις κατηγορίες της -τότε- αντιπολιτεύσεως) προϊούσα ιδιωτικοποίηση και συρρίκνωση του γιγαντιαίου Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Η πολιτική αυτή κριτική επικεντρωνόταν στις λειτουργίες του NHS, που αντιμετωπιζόταν σαν ένας «αγαθός γίγαντας», και η απάντηση της -τότε- κυβερνήσεως είναι ότι σέβεται μεν τον θεσμό αλλά δεν τον αντιμετωπίζει σαν «ιερή αγελάδα»

---

\* Διδάκτωρ Πολιτικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Εδιμβούργου.

που πρέπει να μείνει ανέγγιχτη και να μην εκσυγχρονιστεί. Η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη αντιμετωπιζόταν, από την αντιπολίτευση και από μεγάλες μερίδες του πληθυσμού, ως ένα «τέρας» που είναι έτοιμο να καταβροχθήσει το «γίγαντα» και μαζί του τη βρετανική κοινωνία μέσω της καταστροφής ενός από τους σημαντικότερους παράγοντες του μεταπολεμικού δικτύου ασφαλείας. Η εν λόγω αντιπαράθεση εξαντλείται κυρίως σε ζητήματα πολιτικής ρητορείας και δεν προσεγγίζει προβλήματα οικονομίας και πολιτικής της υγείας, κενό που εν μέρει καλύπτει η ακαδημαϊκή βιβλιογραφία.

Το γενικότερο πρόβλημα είναι η έλλειψη των συγκρίσεων του «γίγαντα» με το «τέρας», και κυρίως της διερεύνησης της εξάρτησης του ενός από το άλλο, κάτι που θα αποπειραθεί αυτό το άρθρο.

Το άρθρο χωρίζεται σε πέντε μέρη. Τη βιβλιογραφική επισκόπηση, την ανάλυση δεδομένων για το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, την ανάλυση δεδομένων για την «ιδιωτική επιλογή» και τέλος τη σύγκριση των δύο και τα συμπεράσματα.

## Βιβλιογραφική επισκόπηση

Η πρόσφατη αγγλική βιβλιογραφία, που επικεντρώνεται στο ζήτημα της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να κατανεμηθεί σε δύο κύριες κατηγορίες. Την «εμπορική» και την ακαδημαϊκή.

Η πρώτη αποτελείται από σύντομα υπομνήματα και άρθρα γραμμένα από απασχολούμενους και έχοντες συμφέροντα στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας ή στην επί πληρωμή παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Όπως είναι αναμενόμενο, οι εργασίες αυτές δεν παρουσιάζουν επιστημονικό ενδιαφέρον· μολαταύτα δεν πρέπει να παραβλεφθούν από την έρευνα, καθώς προσφέρουν αρκετές πληροφορίες για την κατάσταση, δομή και διαπλοκή συμφερόντων στο συγκεκριμένο χώρο «εκ των έσω». Στη διαπλοκή αυτών των συμφερόντων δίνει έμφαση ο Smith (1993) (στέλεχος της ασφαλιστικής BUPA) που ζητάει περιορισμό του κόστους των θεραπειών (κυρίως των ιδιωτικών). Από πλευράς «εμπορικού» ενδιαφέροντος, τα άρθρα αυτά προσπαθούν να προβλέψουν τις εξελίξεις στην αγορά μετά τη νομοθετική αλλαγή της 1-4-1992 και την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις εν λόγω

αγορές (Clallach, 1992), ενώ γίνονται και αναφορές στο πώς η χρηματοδότηση του NHS μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Jacobs, 1992) και τέλος αναγνωρίζουν ότι (στη Βρετανία) η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί περισσότερο επιλογή «πολυτελείας» παρά «ανάγκης» (Clallach, 1993).

Από την άλλη πλευρά, η ακαδημαϊκή βιβλιογραφία (Widgery, 1979· Wicks, 1982· McLachlan και Maynard, 1982· Illife, 1986· Mohan, 1986· Rayner, 1986· Higgins, 1988· Harrison και Wistow, 1992) παρουσιάζει (εν μέρει) επιρροές από τις πολιτικές θέσεις των συγγραφέων και στρέφεται εναντίον της ιδέας περικοπής δαπανών και της ιδιωτικοποίησης, μέσα από μία ιδεολογική προσέγγιση επηρεασμένη από την ηθική «Φαβιανή» και «Beveridge-ιανή» παράδοση. Κλασικό είναι το έργο της Higgins (1988), που πραγματεύεται μία σειρά ζητημάτων όπως τη σχέση ιδιωτικής υγείας και «ελευθερίας επιλογής» και τις αιτίες ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης υπηρεσιών υγείας, λόγω «αρνητικών» στιγμών στο NHS (απεργίες), όσο και κυβερνητικών επιλογών που υποβοηθούν τη συγκεκριμένη επιλογή (έκπτωση των συνδρομών-ασφαλιστρών από το φορολογητέο εισόδημα για τους ηλικιωμένους, δυνατότητα ασφάλισης μέσω του εργοδότη, δυνατότητα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής από γιατρούς του NHS). Παράλληλα, γίνεται συζήτηση για τα κοινωνικά ταξικά χαρακτηριστικά των ιδιωτικά ασφαλισμένων καθώς και αναφορά στην περίφημη διάκριση Βορρά-Νότου σε σχέση με την ιδιωτική επιλογή. Μεγάλο ενδιαφέρον στο συλλογικό τόμο των McLachlan και Maynard (1982) παρουσιάζει η συνεισφορά του Forsyth (1982), που προτείνει ότι ενώ οι αλλαγές στο NHS και τις πολιτικές τις σχετικές με το NHS, όπως η κατάργηση των «ιδιωτικών» κλινών<sup>1</sup> στα νοσοκομεία στα μέσα της δεκαετίας του 1970, προξένησαν προβλήματα στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, τα οικονομικά προβλήματα του NHS εσήμαιναν ότι οι ασθενείς θα ήταν πιθανό να προτιμήσουν να αναζητήσουν ιδιωτική περίθαλψη. Ο Forsyth ορθά συνδυάζει τις αλλαγές στην νομοθεσία και τις πολιτικές περί το NHS με την εξέλιξη της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Στην περίπτωση του Mohan (1986), εκτός από την ιδεολογική-πολιτική τοποθέτηση, η μεθοδολογική επιρροή από τους Muller και Neussus 1979<sup>2</sup> είναι εμφανής, καθώς ο συγγραφέας θεωρεί ότι το κρατικό NHS θα αναλάβει τη φροντίδα του πληθυσμού που δεν πρόκειται να ξαναεργαστεί, ενώ οι ιδιωτικές εταιρίες, αυτήν του παραγωγικού τμήματος του πληθυσμού. Επίσης, γίνεται αναφορά στη σχέση νομοθεσίας με την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα (άρση της κατάργησης των «ιδιωτικών κλι-

ών» το 1980, αλλαγές στη νομοθεσία περί ιδιωτικών νοσοκομείων κ.τ.λ.). Σε ένα πιο πρόσφατο άρθρο τέλος, οι Judge και Solomon (1993) εξετάζουν τις παραμέτρους που επηρεάζουν την ικανοποίηση του πληθυσμού από τις υπηρεσίες του NHS (δημογραφία, Τύπος κ.λπ.), που σε πολλές περιπτώσεις έχουν αρνητικό αποτέλεσμα (μείωση της ικανοποίησης) και μπορούν να οδηγήσουν στην επιλογή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Περνώντας στην κριτική της μέχρι τώρα βιβλιογραφίας (που επίσης περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και Illife, 1986· Petchey, 1989· Harrison και Wistow, 1992· Hudson, 1992, Allsop και May, 1993· Salter, 1995) και σε συμφωνία με τους Levitt (1977) και Maynard (1993), που υποστηρίζουν ότι είναι ανεδαφικό να αναμένουμε την εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων για εξελίξεις στο NHS σε σύγκριση μετά τις αλλαγές στο θεσμικό επίπεδο, επειδή υπάρχει μία αναγκαία χρονική υστέρηση για τη συλλογή, επεξεργασία και ανάλυση των διαφόρων στατιστικών και οικονομικών δεδομένων, θέλουμε να παρατηρήσουμε ότι τα συμπεράσματα μερικών άρθρων είναι πρόωρα και πάσχουν από έλλειψη επαρκών εμπειρικών στοιχείων. Επίσης, οι συγκρίσεις μεταξύ του NHS και της επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας έχουν επικεντρωθεί είτε (α) στην εξέλιξη της δομής και των οικονομικών του NHS, είτε (β) στην εξέλιξη της ιδιωτικής επιλογής, είτε (γ) στη «θεσμική» και «νομική» σχέση μεταξύ των δύο. Το παρόν άρθρο αποπειράται να συνδυάσει τα δύο, δίνοντας περισσότερο «βάρος» στην οικονομική διάσταση.

Νωρίτερα, αναφερθήκαμε στα προβλήματα και τους περιορισμούς που θέτει το κόστος της ασφάλισης. Εδώ θα θέλαμε να παρατηρήσουμε τα εξής: οι απόψεις για αν και κατά πόσον το κόστος της περίθαλψης επηρεάζει άμεσα το κόστος των ασφαλιστών, είναι διχασμένες, με την πλειοψηφία των ασφαλιστών να συμφωνούν με αυτή την υπόθεση και να ζητούν μείωση του κόστους· και τον κύριο σχολιαστή (Laing) να διαφωνεί, προτείνοντας ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είχαν τόσα αποθέματα από παρελθούσες χρήσεις, που μπορούσαν να κρατήσουν το κόστος χαμηλό.

## Το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε με Νόμο του 1946 και αποτελεί αποτέλεσμα και επιστέγασμα των κοινωνικών

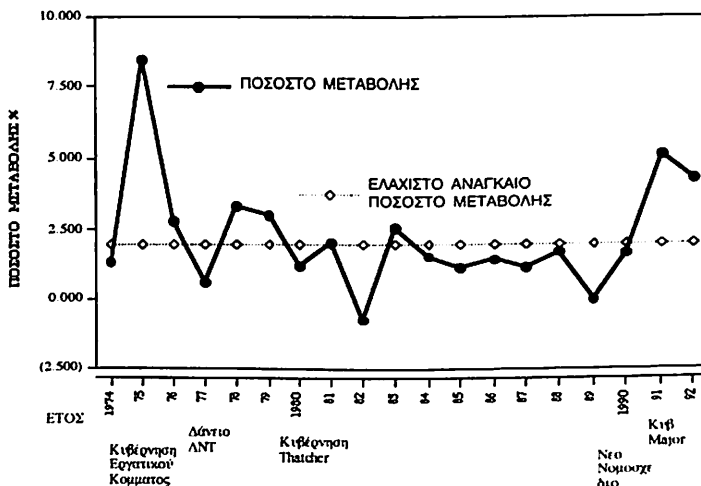
αλλαγών που συνετελέσθησαν στο Ηνωμένο Βασίλειο ανάμεσα στο 1911 και το 1945 και κυρίως κατά την περίοδο του Β΄ Παγκοσμίου. Η περίοδος χαρακτηρίζεται από τη δημοσίευση της περίφημης *Beveridge Report (Report on Social Insurance and Allied Services*, από τον Sir William Beveridge) το 1942. Το NHS καλύπτει εξίσου όλον τον πληθυσμό<sup>3</sup> τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη δωρεάν (με ελάχιστες εξαιρέσεις, όπως π.χ. γυαλιά για τους μη πένητες)<sup>4</sup>.

Υπάρχει μία σειρά δεικτών για την εξέταση του NHS. Γενικά μπορούμε να αναφερθούμε στους οικονομικούς δείκτες, τους δείκτες προσωπικού (αριθμός γιατρών, νοσηλευτών κ.τ.λ.), τους δείκτες κλινών, και τέλος τις ενδείξεις των αποτελεσμάτων της λειτουργίας του συστήματος (ημέρες νοσηλείας, άτομα στην αναμονή νοσοκομειακής κλίνης για μη επείγουσες περιπτώσεις, κ.τ.λ.).

Οι οικονομικοί δείκτες με την σειρά τους είναι πάρα πολλοί. Ο συχνότερα παρατηθόμενος (κυρίως από τους εκάστοτε κυβερνώντες), είναι οι δαπάνες κατ' έτος σε τρέχουσες τιμές, ενώ γίνονται αναφορές και στις δαπάνες σε σταθερές τιμές (συνήθως πενταετίας ή δεκαετίας). Διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΟΟΣΑ προτιμούν να εξετάζουν τις δαπάνες ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος, ενώ διάφοροι οικονομολόγοι (κυρίως κεϋνσιανοί) προτιμούν να χρησιμοποιούν το ποσοστό των δαπανών υγείας επί των συνολικών δαπανών του προϋπολογισμού. Στο άρθρο αυτό θα περιοριστούμε σε έναν από τους οικονομικούς δείκτες και θα εξετάσουμε το ρυθμό αλλαγής των δαπανών (για την υγεία) σε σταθερές τιμές κατ' έτος.

Έτσι, ο ρυθμός αλλαγής των δαπανών από το 1974 έως το 1992 είναι:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1**  
 Ποσοστό μεταβολής δαπανών για το NHS  
 σε σταθερές τιμές 1974 (-1973) έως 1992 (-1991)



**Σημείωση:** 1974-1979 διακυβέρνηση της χώρας από το Εργατικό Κόμμα· 1976 δάνειο και παρέμβαση Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (1979 εκλογή Συντηρητικών (Thatcher). Το 1989 δημοσιεύτηκε η κυβερνητική πρόταση για μεταρρύθμιση του NHS. Στο τέλος του 1990 ανέλαβε την πρωθυπουργία ο κος Major.

**Πηγή:** Βρετανικοί Εθνικοί Λογαριασμοί (National Income and Expenditure, National Accounts, CSO) Λονδίνο, διάφορες χρονολογίες εκδόσεως.

Παρά το γεγονός ότι ξεκινάμε την ανάλυσή μας με στοιχεία της δεκαετίας του 1970, θα θέλαμε να παρατηρήσουμε ότι το 1969 ήταν μία χρονιά «αρνητικής αλλαγής», ενώ τα στοιχεία για την υπόλοιπη –προ του 1970– περίοδο, δείχνουν υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. Η περίοδος 1970-75 είχε ακόμη πιά εντυπωσιακούς ρυθμούς αλλαγής, καθώς σε αυτά τα πέντε χρόνια υπήρξε αύξηση (σε σταθερές τιμές) της τάξεως του 20,6%, δηλαδή κατά μέσο όρο 4,13% κατ’ έτος, το οποίο είναι το μεγαλύτερο ποσο-

στό αύξησης στην ιστορία του NHS για μία πενταετία. Ειδικότερα, τα χρόνια μετά το 1973 δείχνουν ταχύτατη ανάπτυξη μέσα στην πρώτη πετρελαϊκή κρίση. Για όλη την δεκαπενταετία η αύξηση δαπανών είναι της τάξης του 58%, που σημαίνει ένα μέσο όρο 3,8% κατ' έτος.

Η ανάπτυξη κατά την περίοδο 1974-1980 (22% ή 3,7% κατ' έτος) ήταν σταθερή ακόμη και μετά το δάνειο και την παρέμβαση του ΔΝΤ το 1976, καθώς οι τότε κυβερνήσεις των Εργατικών απεφάσισαν να κατευθύνουν τις περικοπές δαπανών σε άλλους τομείς του κοινωνικού κράτους και όχι στο πολιτικά ευαίσθητο «ταμπού» του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Περνώντας στα χρόνια του «Θατσερισμού», το 1982 είναι η πρώτη χρονιά μετά το 1969 που έχουμε περικοπές στις δαπάνες για το NHS. Αν και οι δαπάνες σε τρέχουσες τιμές είναι πολύ υψηλές και για την ακρίβεια οι υψηλότερες στην ιστορία του NHS, ο ρυθμός αύξησης σε πραγματικές τιμές είναι αρκετά χαμηλός. Η συνολική αύξηση για την περίοδο 1980-89 είναι 10,3%, κατά μέσο όρο 1,1% το χρόνο. Τα ποσοστά αυτά είναι το χαμηλότερο στην ιστορία του NHS για μία περίοδο τόσο μακρά όσο η δεκαετία, με το ρυθμό αλλαγής να αυξάνεται το 1990 (-1989) στο 1,9%, αλλά πάλι να παραμένει κάτω του 2%, που είναι απαραίτητο κατά την κυβέρνηση για την εύρυθμη λειτουργία του NHS<sup>5</sup>, έτσι ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες του αυξανόμενου αριθμού των ηλικιωμένων, τα προβλήματα από «νέες» ασθένειες όπως το AIDS, το κόστος της νέας ιατρικής τεχνολογίας κ.λπ. Από την άλλη πλευρά όμως πρέπει να παρατηρήσουμε ότι τα στοιχεία για τις κυβερνήσεις Major είναι σαφώς καλύτερα. Για το έτος 1991 παρατηρούμε την υψηλότερη αύξηση κατά τα πρόσφατα χρόνια (5,1%), ενώ το 1992 η αύξηση ήταν επίσης πολύ υψηλή (4,17%) παρά την οικονομική κρίση και τα προβλήματα ρευστότητας της βρετανικής οικονομίας εκείνα τα χρόνια<sup>6</sup>.

## Η «ιδιωτική επιλογή» υγείας στη Μεγάλη Βρετανία

Η υγειονομική περίθαλψη στη Βρετανία, παρέχεται μέσω της συνυπάρξεως και του συνδυασμού του κρατικού ΕΣΥ (NHS) και ιδιωτικών φορέων. Ο Laing (1985) χωρίζει το όλο σύστημα σε τέσσερις υποκατηγορίες: (α) υπηρεσίες που παρέχονται από το κρά-

τος και πληρώνονται από αυτό, (β) υπηρεσίες που παρέχονται από το κράτος και πληρώνονται ιδιωτικά, (γ) υπηρεσίες που παρέχονται ιδιωτικά και πληρώνονται από το κράτος και τέλος (δ) υπηρεσίες που παρέχονται ιδιωτικά και πληρώνονται ιδιωτικά. Σε ένα σημαντικό άρθρο του το 1986 ο Mohan θα προσφέρει μία πολύ σημαντική διάκριση ανάμεσα στις δύο κατηγορίες φορέων που εμπλέκονται στην ιδιωτική παροχή ή πληρωμή παροχών υγειονομικής περίθαλψης. Η διάκριση αυτή αναφέρεται από τη μία πλευρά στην ιδιωτική χρηματοδότηση (ασφαλιστικές εταιρίες και οργανισμοί) υπηρεσιών υγείας, και από την άλλη στην ιδιωτική παροχή αυτών των υπηρεσιών (ιδιωτικά νοσοκομεία, «ιδιωτικές κλίνες» κρατικών νοσοκομείων, γιατροί, κ.τ.λ.). Η διάκριση του Mohan οφείλεται, μεταξύ άλλων, στη διαφορά συμφερόντων καθώς οι (ιδιωτικοί) ασφαλιστικοί οργανισμοί επιθυμούν και ζητούν από τους παρέχοντες υπηρεσίες, μείωση ή περιορισμό του κόστους, έτσι ώστε να είναι σε θέση να διατηρούν τα ασφάλιστρα σε χαμηλές και προσιτές τιμές, καθώς επίσης και να έχουν περιθώριο κέρδους.

Πέραν των προηγούμενων, οι ιδιωτικοί ασφαλιστές υγειονομικής περίθαλψης είναι δυνατό να χωριστούν σε δύο ακόμη υποκατηγορίες. Αυτές που (τυπικά) δεν επιζητούν το κέρδος, αλλά αποτελούν «ταμεία αυτασφάλισεως», και τις καθαρά «εμπορικές», ασφαλιστικές εταιρίες, που σε αρκετές περιπτώσεις είναι παραρτήματα ή θυγατρικές μεγάλων ασφαλιστικών εταιριών του γνωστού «City» του Λονδίνου. Τα «ταμεία αυτασφάλισεως» κάλυπταν άλλοτε το 93% της αγοράς ενώ οι «ασφαλιστικές εταιρίες» το υπόλοιπο 7%. Τα σημαντικότερα «αυτασφαλιστικά ταμεία» είναι η British United Provident Association (BUPA), η Western Provident Association (WPA) και το Private Patients Plan (PPP) που πριν μερικά χρόνια μοιραζόντουσαν μεταξύ τους το 98% της αγοράς (Social Trends, 1985), λίγο πριν το 1989 το 92% (Social Trends, 1989), ενώ σύμφωνα με τον Laing (1993), το 1990 οι BUPA, WPA και PPP ήλεγχαν το 83,14% και το 1991 το 79,15%. Αυτό συμβαίνει λόγω της ανάπτυξης των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών. Οι κύριες εταιρίες που ασχολούνται με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Βρετανία είναι η American Medical International (AMI) και η HUMANA, ενώ (όπως προαναφέρθηκε) διάφοροι «παραδοσιακοί» ασφαλιστικοί οργανισμοί και εταιρίες (όπως η Sun Alliance, και η Norwich Union) μπήκαν πρόσφατα και αυτοί στο χώρο. Αν και θα ακολουθήσουμε το παράδειγμα των περισσότερων Βρετανών αναλυτών και θα επικεντρώσουμε τη προσοχή μας στα τρία κυρίαρχα «αυτασφαλιστικά ταμεία»<sup>7</sup> και την εξέλιξη και ανάπτυξή τους, θα



προβούμε σε σύντομες αναφορές και παρατηρήσεις για την όλη εξέλιξη της «ιδιωτικής επιλογής», κυρίως λόγω της μείωσης του μεριδίου των «Μεγάλων Τριών» από το 98% στο 79% μέσα σε περίπου δέκα χρόνια.

Το μέρος αυτό θα εξετάσει τα εμπειρικά δεδομένα για την «ιδιωτική επιλογή». Θα αναλυθούν στοιχεία σχετικά με τα οικονομικά μεγέθη των «αυτασφαλιστικών ταμείων» και των «ασφαλιστικών εταιριών» καθώς και ο αριθμός των συνδρομητών/μελών ή πελατών τους. Για τις περιόδους αυξήσεως του αριθμού των συνδρομητών/μελών ή πελατών ή των εισφορών που πληρώθηκαν, θα υποστηρίξουμε ότι αποτελούν περιόδους ανάπτυξης των οργανισμών αυτών<sup>8</sup>.

### Το νομοθετικό πλαίσιο για την «ιδιωτική επιλογή» υγείας

Παρά τα όσα θα πίστευε αρχικά κανείς, το νομοθετικό πλαίσιο για την «ιδιωτική επιλογή» υγειονομικής περίθαλψης στη Βρετανία, δεν είναι ούτε τεράστιο ούτε –ακόμη περισσότερο– έργο των κυβερνήσεων των Συντηρητικών υποστηρικτών της ιδιωτικοποίησης και της ελεύθερης αγοράς μετά το 1979. Ο νόμος που επιτρέπει την παροχή ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης στη μεταπολεμική Βρετανία είναι αυτός καθ' αυτός ο νόμος συγκρότησης του NHS «1946 National Health Service Act» (Acts of Parliament, 1946). Στο σημείο αυτό πρέπει να παρατηρήσουμε ότι ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί να λάβει χώρα είτε μέσα στις εγκαταστάσεις των νοσοκομείων του NHS, στις λεγόμενες «ιδιωτικές» ή «επι πληρωμή κλίνες» (private-pay beds), είτε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Ο νόμος επέτρεπε στους γιατρούς να προσφέρουν ιδιωτικές υπηρεσίες τόσο μέσα στα νοσοκομεία του NHS όσο και «σε οποιοδήποτε άλλο νοσοκομείο» (Παράγραφος 5/2 του β' Μέρους του Νόμου 1946/1981)<sup>9</sup>.

Οι λειτουργίες των ιδιωτικών νοσοκομείων και νοσηλευτηρίων καθορίζονται από μία σειρά νόμων<sup>10</sup> στο επίπεδο των υπηρεσιών και του εξοπλισμού, των γνώσεων και προσόντων των εργαζομένων σε αυτά κ.λπ. Γενικά οι κανονισμοί είναι αυστηροί και δύσκαμπτοι, ακόμη και αυτοί του νόμου του 1984, που ο παρατηρητής μπορεί να ανέμενε «χαλάρωση» των κανονισμών και περιορισμών από πλευράς του κράτους και συνακόλουθη ανάληψη της ευθύνης και του ελέγχου από την «αγορά».

Ο σημαντικότερος νόμος που αφορά την ιδιωτική επιλογή στην υγειονομική περίθαλψη κατά την προ-Θατσερική περίοδο, ψηφί-

στηκε το 1976. Ο νόμος αυτός, που έμεινε γνωστός ως ο νόμος της Barbara Castle<sup>11</sup>, κατήργησε τις «ιδιωτικές-επί πληρωμή» κλίνες στα κρατικά νοσοκομεία και επίσης προώθησε την ιδέα της κοινωνικής ισότητας. Ο νόμος αυτός είχε μεγάλη σημασία για τους ιδιωτικούς ασφαλιστές υγειονομικής περίθαλψης, καθώς το μεγαλύτερο θύλακτρο της ιδιωτικής επιλογής καταργήθηκε, και έτσι το ενδιαφέρον του κόσμου για την «ιδιωτική επιλογή» μειώθηκε, καθώς οι πρώτοι δε θα μπορούσαν να προσφέρουν στους δεύτερους τη συγκεκριμένη εξυπηρέτηση<sup>12</sup>. Μολαταύτα ο Laing (1992) γράφει ότι ο κύριος αποτρεπτικός παράγων ήταν οι τιμές που πρότειναν οι ασφαλιστές, καθώς «επιδίωξαν να αυξήσουν το αποθεματικό τους». Από την άλλη πλευρά όμως, η αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου συνεισέφερε στην ανάπτυξη των ιδιωτικών νοσοκομείων, καθότι προσπάθησαν να καλύψουν το κενό. Ο αριθμός των κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων σχεδόν διπλασιάστηκε ανάμεσα στο 1977 (1.605 κλίνες) και το 1991 (3.054) στο Λονδίνο και παρουσίασε μία αύξηση (7.035 το 1980 σε 10.911 το 1991) στην υπόλοιπη χώρα (στο ίδιο). Παρά την αλληλεπικάλυψη των περιόδων κατάργησης και επαναφοράς των ιδιωτικών κλινών στα κρατικά νοσοκομεία το 1980 από τις κυβερνήσεις Thatcher<sup>13</sup>, η αύξηση του αριθμού των κλινών είναι ενδεικτική. Επίσης είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα τεχνικά απαραίτητο χρονικό διάστημα περίπου 18 μηνών από τη στιγμή που παίρνεται η απόφαση για την κατασκευή ή επέκταση ενός νοσοκομείου, έως τη στιγμή που οι νέες κλίνες θα είναι διαθέσιμες (Forman και Saldana, 1986).

Κατά τα χρόνια των κυβερνήσεων Thatcher (μετά το Μάιο του 1979) παρατηρούμε μία πολιτική σαφώς φιλικότερη προς την «ιδιωτική επιλογή υγείας». Σημαντικές αλλαγές το 1980 ήταν η επαναφορά των «ιδιωτικών-επί πληρωμή» κλινών στα κρατικά νοσοκομεία<sup>14</sup> και το «νέο συμβόλαιο» για τους γιατρούς ανώτατης βαθμίδας (consultants), που τους επέτρεπε να ασκούν ιδιωτική ιατρική στο χρόνο της ενασχόλησής τους με το NHS, αν δέχονταν μία μείωση των αποδοχών τους κατά 10%.

Τέλος τα πιο πρόσφατα νομοθετήματα που σχετίζονται με την «ιδιωτική επιλογή» στον τομέα όχι της προσφοράς περίθαλψης αλλά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, είναι τα Insurance Acts του 1981 και του 1982 που ρυθμίζουν με τροπολογίες, ζητήματα υποχρεώσεων των ασφαλιστικών εταιριών και των αυτασφαλιστικών ταμείων προς τους πελάτες τους. Επίσης αυτή είναι η περίοδος που αποφασίστηκε ότι τα ασφάλιστρα που πληρώνουν οι ηλικιωμένοι εκπίπτουν του φορολογητέου εισοδήματος. Ως ένα πρώτο

συμπέρασμα για την όλη περίοδο των κυβερνήσεων Thatcher, πρέπει να ειπωθεί ότι έγιναν αλλαγές προς μία μικρή μείωση της σημασίας του κρατικού NHS και προς όφελος της «ιδιωτικής επιλογής», αλλά, όπως παρατηρεί και ο Illife (1986), ότι οι αλλαγές αυτές δεν ήταν όσες θα απαιτούσε μία πλήρης και άκρατη εφαρμογή των θεωριών των ακραίων ιδεολόγων της Νέας Δεξιάς<sup>15</sup>. Μέσα σε ένα τέτοιο νομοθετικό πλαίσιο η επιλογή περίθαλψης στον ιδιωτικό τομέα εμφανίζεται ως μία μικροσκοπική και πρόσθετη, που λειτουργεί παράλληλα με το NHS. Η συγκεκριμένη επιλογή έχει ελάχιστη χρησιμότητα όσο το επίπεδο υπηρεσιών που παρέχει το NHS παραμένει υψηλό.

Το ερώτημα που προκύπτει είναι αν έχει υπάρξει αλλαγή στην συμμετοχή της «ιδιωτικής» επιλογής στο όλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατά τα τελευταία χρόνια, και αν ναι, ποιό είναι οι παράγοντες που επηρέασαν την αλλαγή αυτή. Για να απαντήσουμε σ' αυτό το ερώτημα θα εξετάσουμε την ανάπτυξη της «ιδιωτικής επιλογής», και θα τη συγκρίνουμε με τα στοιχεία για το NHS που εξετάσαμε νωρίτερα. Για την εξέταση της «ιδιωτικής επιλογής» θα προσεγγίσουμε στατιστικά και οικονομικά στοιχεία, δηλαδή τον αριθμό των πελατών/ασφαλισμένων και το ποσό των ασφαλιστρών που έχουν πληρωθεί.

### Η απόδοση των ιδιωτικών εταιριών υγειονομικής περίθαλψης

Το 1990 στους καταλόγους συνεργατών της BUPA υπήρχαν περίπου 12.000 υψηλόβαθμοι γιατροί (consultants), που ασκούσαν και ιδιωτική ιατρική (BUPA 1990, στοιχεία από ιδιωτική αλληλογραφία με τον εν λόγω οργανισμό). Ο αριθμός αυτός προέκυψε μετά τη «νέα σύμβαση» του 1980 στην οποία προαναφερθήκαμε. Οι γιατροί αυτοί «χρησιμοποιούν» για τους ασθενείς τους κατά κύριο λόγο τις «ιδιωτικές-επί πληρωμή» κλίνες του NHS και τα διάφορα ιδιωτικά θεραπευτήρια. Καθώς το άρθρο αυτό επικεντρώνεται στην εξέταση των ασφαλιστών και όχι των παρεχόντων ιδιωτική υγεία, θα εξετάσουμε μόνον τον αριθμό των «ιδιωτικά ασφαλισμένων» και τα οικονομικά στοιχεία των ασφαλιστικών οργανισμών με ένα διαχωρισμό σε περιόδους «προ-Thatcher» και «Thatcher». Πιο συγκεκριμένα, θα εξετάσουμε τον αριθμό των ιδιωτικά ασφαλισμένων για να δούμε τη διεύρυνση της εν λόγω αγοράς, ενώ όσον αφορά τα οικονομικά στοιχεία θα προσεγγίσουμε τα ασφαλιστρα που πληρώθηκαν σε «σταθεροποιημένες τι-

μές»<sup>16</sup> και το ρυθμό αλλαγής τους κατ' έτος, όπως κάναμε και για τις δαπάνες για το NHS.

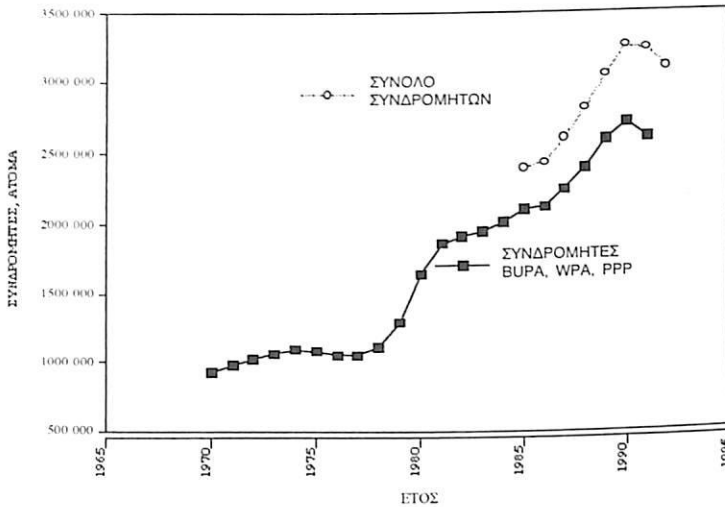
### *Ο αριθμός των πελατών*

Οι πίνακες αυτοί εξετάζουν την ανάπτυξη των «Τριών Μεγάλων» (BUPA, WPA, PPP) όσον αφορά τον αριθμό των πελατών τους, ενώ γίνονται αναφορές και στους υπόλοιπους φορείς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Θα εξετάσουμε τον αριθμό των «συνδρομητών» (subscribers) και όχι των δικαιούχων (people covered) καθώς (α) με βάση τις πηγές που χρησιμοποιήσαμε είναι ασαφές πόσα άτομα καλύπτονται από κάθε συμβόλαιο και (β) η BUPA στα τέλη της δεκαετίας του 1980 επαναπροσδιόρισε τον «πολλαπλασιαστή» (συνδρομητής × «άτομα» = δικαιούχοι) κι έτσι γίνεται αδύνατη η σύγκριση μεταξύ των δύο περιόδων (Laing 1988).

Οι ιδιωτικοί ασφαλιστές υγειονομικής περίθαλψης είχαν μία ομαλή και σταθερή ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου. Μολαταύτα, υπήρξε μία παύση της ανάπτυξης από τα μέσα ως τα τέλη της δεκαετίας του 1970 λόγω της καταργήσεως των «ιδιωτικών» κλινών στα νοσοκομεία του NHS από την Barbara Castle. Αυτό πιθανότατα υπήρξε το αποτέλεσμα μίας ορθολογικής επιλογής από πλευράς των «συνδρομητών», καθώς η πλειοψηφία των ιδιωτών ασθενών νοσηλευόταν στις εν λόγω κλίνες μέσω συμβολαίων μεταξύ (ιδιωτικού) ασφαλιστικού φορέα και κρατικού νοσοκομειακού φορέα και δευτερευόντως στα ιδιωτικά θεραπευτήρια. Από τη στιγμή που μία από τις κύριες προσφορές της «ιδιωτικής επιλογής» χάθηκε, δεν υπήρχε ιδιαίτερος λόγος ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ πρέπει να πάρουμε υπ' όψη και την άποψη του Laing για τις τιμές των ασφαλιστρών. Γενικά πάντως υπήρξε σταθερή ανάπτυξη κατά την περίοδο της λεγόμενης μεταπολεμικής συναίνεσης (1945-79). Οι συνδρομητές-πελάτες (subscribers) αυξήθηκαν κατά 1.018.000 στα 24 χρόνια της περιόδου 1954-79 δηλαδή κατά μέσο όρο κατά 42.416 ή (15,5%) το χρόνο.

Για την περίοδο του Θατσερισμού τα στοιχεία είναι διαφορετικά. Για να γίνει σαφέστερη η διαφορά, ο πίνακας περιλαμβάνει στοιχεία και της προ-Θάτσερ περιόδου καθώς ξεκινάει από το 1970.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2**  
 Συνδρομητές ιδιωτικής ασφάλισης υγείας 1970-1992



**Σημειώσεις:** Το 1976 καταργήθηκαν οι ιδιωτικές κλίνες· το 1980 επανεισήχθησαν. Τα στοιχεία για το 1992 αποτελούν εκτίμηση.

**Πηγή:** *Laign's Review of Private Health Care*, 1987, 1988 και 1993.

Οι αλλαγές οφείλονται στην επαναλειτουργία των ιδιωτικών κλινών, και τη νέα σύμβαση εργασίας που εξετάστηκαν στην προηγούμενη παράγραφο, καθώς και στις περικοπές δαπανών στο NHS που παρατηρήσαμε το 1982. Επιπροσθέτως, ένας σημαντικός λόγος είναι «ιστορικός». Βρισκόμαστε στην περίοδο μετά τον περίφημο «χειμώνα της δυσαρέσκειας» του 1978-1979 και τις μεγάλες απεργίες στο δημόσιο τομέα, οι οποίες εκλόνισαν την εμπιστοσύνη του κόσμου στις υπηρεσίες του. Το 1980 (που είναι και η πρώτη «πλήρης» χρονιά της κυβερνήσεως Thatcher), παρατηρούμε τη μεγαλύτερη ετήσια αύξηση στον αριθμό των συνδρομητών (27,47%), ενώ μετά ο ρυθμός αλλαγής μειώνεται εντυπωσιακά. Γενικά, η «ιδιωτική επιλογή» παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα την περίοδο της κυβερνήσεως Thatcher από ό,τι την αμέσως προηγούμενη μεταπολεμική.

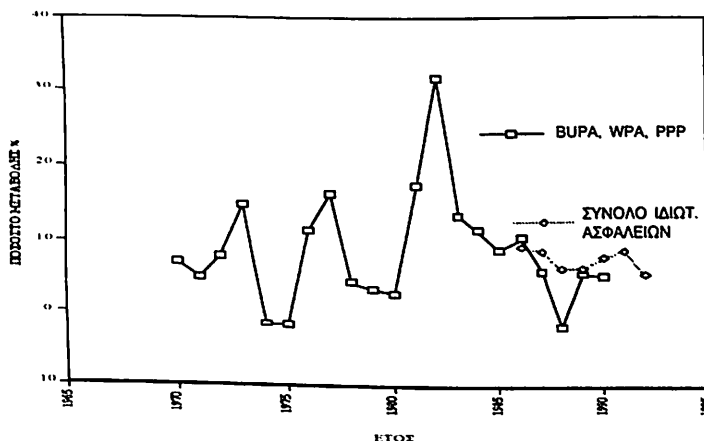
## Εισφορές που πληρώθηκαν στους φορείς ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε σταθερές τιμές

Η προσέγγιση κάτω από αυτή την προοπτική δείχνει ότι υπήρξαν ανακοπές αλλά ακόμη και πτωτικές τιμές στην ανάπτυξη της «ιδιωτικής επιλογής», όπως το 1965 και το 1974-1975. Σε γενικές γραμμές πάντως, υπάρχει μία ανοδική πορεία κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της περιόδου.

Όπως προκύπτει από την εξέταση των στατιστικών στοιχείων, η αύξηση, το 1974-1980 ήταν αργή μόλις £38,74 εκατομμύρια ή μία συνολική αύξηση της τάξεως του 35,4% (ένα μέσο όρο 5,9% το χρόνο). Κατά τη διάρκεια της περιόδου παρουσιάζονται δύο πτωτικές τάσεις το 1975 (£1,23 εκατομμύρια ή 1,1% λιγότερα σε σχέση με το 1974) και επίσης τον πρώτο χρόνο της διακυβέρνησης Thatcher (£4,5 εκατομμύρια ή 2,5%). Καθ' όλη τη διάρκεια των επομένων χρόνων της περιόδου Thatcher παρουσιάζεται σημαντική αύξηση. Οι εισφορές που πληρώθηκαν από το 1980 ως το 1986 σχεδόν διπλασιάστηκαν (σε σταθεροποιημένες τιμές του 1980). Η μεγαλύτερη ετήσια αύξηση ήταν £55 εκατομμύρια (ή 31,6%) και παρουσιάζεται το 1982 (διαφορά με το 1981). Από εκεί και πέρα η αύξηση βρίσκεται γύρω στο 10% (με εξαίρεση το 1985-87). Γενικά, κατά την περίοδο αυτή η αύξηση των εισφορών ήταν μεγάλη, αν και οι Τρεις Μεγάλοι έχασαν ένα μερίδιο της αγοράς σε σχέση με τους «εμπορικούς» ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Εξετάζοντας το «ρυθμό αλλαγής» (όπως κάναμε νωρίτερα για το εθνικό σύστημα υγείας) σε σταθερές τιμές, βλέπουμε τα εξής:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**  
Ποσοστό μεταβολής ιδιωτικής ασφάλισης 1970-1992



**Σημειώσεις:** Κυβέρνηση των Εργατικών από το Φεβρουάριο του 1974 ως το Μάιο του 1979. Το 1976 (1977 στη Σκωτία) η Barbara Castle καταργεί τις «ιδιωτικές» κλίνες. Το 1979 εκλογή κυβερνήσεως Thatcher, το 1980 επαναφορά των ιδιωτικών κλινών και εφαρμογή της νέας σύμβασης εργασίας για τους υψηλόβαθμους γιατρούς. Τα στοιχεία για το 1992 αποτελούν εκτίμηση. «Τρεις Μεγάλοι» αναφέρεται στο άθροισμα των συνδρομών των BUPA WPA και PPP.

**Πηγή:** Laign's Review of Private Health Care 1987 and 1988 (and National Income and Expenditure/National Accounts CSO - «the blue book», to create «standardiser»).

Η σύγκριση των ρυθμών αλλαγής κατ' έτος δείχνει αστάθεια. Γενικότερα όμως μπορούμε να δούμε δύο περιόδους, την πρώτη ως τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και τη δεύτερη να ακολουθεί αμέσως μετά. Κατά την πρώτη περίοδο υπήρχε μεγάλη αστάθεια, σχετικά αργή ανάπτυξη και περίοδοι με αρνητικούς δείκτες. Αντίθετα το 1982 έχουμε τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση (31,6%), ο μέσος όρος είναι άνω του 10% ενώ στην όλη περίοδο δεν έχουμε περιόδους με αρνητικά στοιχεία. Εκτός από τα έτη 1980

και 1987, η περίοδος των κυβερνήσεων Thatcher παρουσιάζει για την «ιδιωτική επιλογή» καλύτερα στοιχεία από την περίοδο 1955-75. Φαίνεται ότι η επαναφορά των «ιδιωτικών κλινών» και η «νέα σύμβαση εργασίας» υποβοήθησαν την «ιδιωτική επιλογή», ενώ αντίθετα, προβλήματα προκλήθηκαν από την οικονομική κρίση μετά το 1989-1990.

### Συμπεράσματα για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης

Σε γενικές γραμμές, η εξέλιξη των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης δείχνει μία ανοδική τάση με ορισμένες περιόδους να είναι ευνοϊκότερες και να έχουν καλύτερα αποτελέσματα από άλλες. Η ανάπτυξη ήταν αργή ως τα μέσα της δεκαετίας του 1970, όταν παρουσιάστηκε μία σύντομη περίοδος ανακοπής, και ταχύτερη αργότερα (από τις αρχές μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980). Τέλος, μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1980, παρατηρείται μία περίοδος αργής ανάπτυξης.

Η ανοδική πορεία των αρχών της δεκαετίας του 1980 ανεκόπη στα μέσα της δεκαετίας για μία σειρά από λόγους.

Σαν μία πρώτη παρατήρηση θα λέγαμε ότι η αγορά κορέστηκε. Όσοι μπορούσαν και ήθελαν να πληρώσουν για την «ιδιωτική επιλογή» το έκαναν στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας (μέχρι το 1982-83) και οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς δεν μπορούσαν να βρουν άλλους πελάτες (σε αυξητικούς ρυθμούς), ειδικότερα όσο δεν υπήρχαν νέες πολιτικές, όπως μείωση φορολογίας κ.τ.λ. Δευτερευόντως, τα ασφάλιστρα ήταν τόσο ακριβά που τα μεσαία εισοδηματικά στρώματα δε μπορούσαν να ανταποκριθούν, όταν μάλιστα είχαν άλλες οικονομικές υποχρεώσεις, όπως την αποπληρωμή στεγαστικών δανείων σε περιόδους που τα επιτόκια ήταν πολύ υψηλά για τον έλεγχο του πληθωρισμού.

Με δύο λόγια, αν και η περίοδος ήταν ακόμη ευνοϊκή στα μέσα και τα τέλη της δεκαετίας του 1980, δεν ήταν πιά ευνοϊκή από ό,τι στις αρχές της δεκαετίας, έτσι ώστε να υποβοηθήσει μία παραιτέρω ανάπτυξη των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης, ενόσω η ίδια η αγορά σε εκείνες τις τιμές είχε κορεστεί.

Πρέπει τέλος να αναφερθεί γενικότερα ότι στη Βρετανία η ασφάλιση αυτή αφορά έναν πολύ περιορισμένο αριθμό και μία πολύ περιορισμένη κατηγορία εργαζομένων, ενώ υπάρχουν και άλλοι συντρέχοντες λόγοι για την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλι-



σης (ανταγωνισμός μεταξύ εργοδοτών για την προσέλκυση διευθυντικών στελεχών). Από την άλλη πλευρά, η πρόσφατη οικονομική κρίση προξένησε μείωση του αριθμού των (ιδιωτικά) ασφαλισμένων για πρώτη φορά από το 1974-75, ενισχύοντας την άποψη ότι η επιλογή της ιδιωτικής κάλυψης είναι ένα προϊόν πολυτελείας. Αν και μία αλλαγή του γενικού πλαισίου θα μπορούσε να επηρεάσει προς μία κατεύθυνση, το κόστος που βασίζεται στις λειτουργικές και δομικές παραμέτρους, που αναφέραμε νωρίτερα, θα εμπόδιζε (μακροπρόθεσμα) μία μεγάλη ανάπτυξη.

Όσο οι πολιτικές αυτές δεν εφαρμόζονται, οι φορείς ιδιωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης παραμένουν σε στενή εξάρτηση από τις πολιτικές για το NHS. Αποτελούν κάτι το «επιπρόσθετο» και όχι έναν αντίπαλο, καθώς απευθύνονται σε μία συγκεκριμένη αγορά, αφού η πλειοψηφία των πολιτών δεν είναι σε θέση να πληρώσει τα ασφάλιστρα. Η μόνη πιθανή λύση θα ήταν για την κυβέρνηση να μειώσει τόσο πολύ τις δαπάνες για το NHS, ώστε να εξαναγκάσει τον κόσμο να στραφεί προς την ιδιωτική επιλογή. Κάτι τέτοιο όμως θα είχε τεράστιο πολιτικό κόστος, όπως έχουν δείξει οι έρευνες των Goodin και LeGrand (1987). Μένει βεβαίως να εξεταστεί αν υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ δαπανών για το NHS και εισφορών για την «ιδιωτική επιλογή». Το ζήτημα αυτό θα εξεταστεί στο επόμενο μέρος του άρθρου.

## Σύγκριση μεταξύ NHS και ιδιωτικών φορέων ασφάλισης υγειονομικής περιθάλψεως

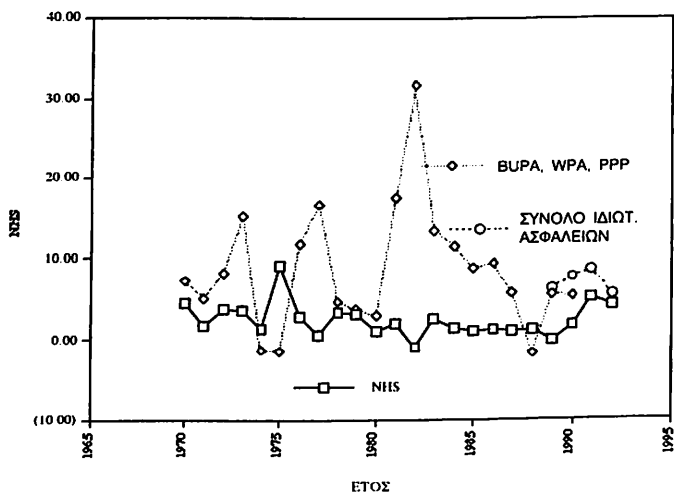
Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να συγκρίνει το NHS με τους ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης και αντιστρόφως, για να εξετάσει το ζήτημα της σχετικής εξέλιξης, έτσι ώστε να δώσει μία σαφέστερη ιδέα του συνολικού ζητήματος της ιδιωτικοποίησης της υγειονομικής περίθαλψης στη σύγχρονη Βρετανία καθώς και των προσδιοριστικών παραμέτρων της ιδιωτικοποίησης αυτής<sup>17</sup>.

Είναι ολοφάνερο ότι δεν είναι δυνατό να υπάρξει καμία σύγκριση μεγέθους των δύο συνιστωσών του όλου πλέγματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το NHS είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης στη Βρετανία, και ένας από τους μεγαλύτερους στον κόσμο<sup>18</sup> και έχει ως στόχο την υγειονομική κάλυψη ολόκληρου του βρετανικού πολιτισμού και όχι ενός συγκεκριμέ-

νου αριθμού ατόμων. Όπως λέει ο Klein «ο ιδιωτικός τομέας ανταποκρίνεται στη ζήτηση, ενώ ο δημόσιος καλύπτει ανάγκες» (1982). Επιπροσθέτως, οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, δεν έχουν μεγάλα και σημαντικά τμήματα επειγόντων περιστατικών, ενώ οι ασφαλιστικοί φορείς είναι επιλεκτικοί όσον αφορά μερικές κατηγορίες πελατών<sup>19</sup>. Γι' αυτό θα γίνει μία σύγκριση της ανάπτυξης των δύο συστημάτων, που εξετάζει ποιός από τους δύο εμφανίζει ταχύτερους ρυθμούς ανάπτυξης.

Ο σαφέστερος δείκτης είναι η σύγκριση του «ρυθμού αλλαγής των «εσόδων» σε σταθερές τιμές. Με άλλα λόγια ο συνδυασμός των πινάκων που χρησιμοποιήθηκαν στις προηγούμενες παραγράφους (ρυθμός αλλαγής σε σταθερές τιμές). Η εικόνα για την όλη περίοδο μετά το 1970 δείχνει:

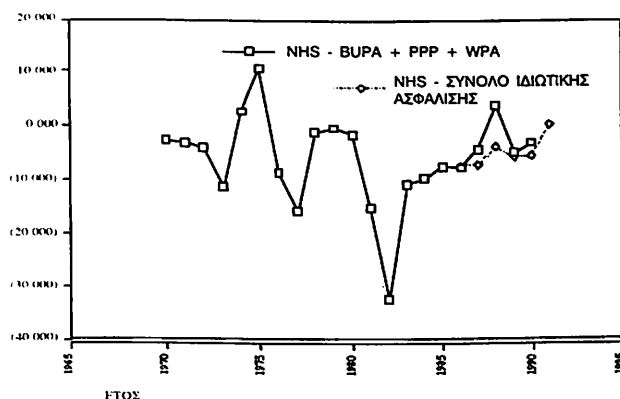
**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**  
 Ρυθμοί μεταβολής NHS και ιδιωτικής ασφάλισης  
 υπηρεσιών υγείας 1970-1992



ότι οι φορείς ιδιωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης είχαν ταχύτερη ανάπτυξη από το NHS αλλά όχι σε σημαντικό βαθμό, ενώ υπήρξαν και περίοδοι που το NHS είχε καλύτερους ρυθμούς, όπως τα μέσα της δεκαετίας του 1960<sup>20</sup>, και τα μέσα της δεκαε-

τίας του 1970<sup>21</sup>. Από τις αρχές ως τα μέσα της δεκαετίας του 1980, οι φορείς ιδιωτικής ασφάλισης παρουσιάζουν πολύ καλύτερους ρυθμούς από το NHS, ενώ στα τέλη της δεκαετίας η διαφορά ξαναμειώνεται μέσω ενός συνδυασμού αύξησης του ρυθμού αλλαγής στο NHS και μείωσης αυτού των ιδιωτικών φορέων. Σε γενικές γραμμές, παρατηρούμε ότι οι φορείς ιδιωτικής ασφάλισης έχουν μεγαλύτερη αστάθεια από το NHS, και ξαναβλέπουμε τις τρεις περιόδους στην εξέλιξή τους, ειδικά αν εξεταστούν σε σύγκριση και αντιπαράθεση με το NHS. Αυτό ενισχύει τη θέση ότι οι φορείς ιδιωτικής ασφάλισης βρίσκονται σε στενή σχέση με τη συνολική απόδοση και ανάπτυξη του κρατικού φορέα. Αποπειρώμενοι μία πιά άμεση σύγκριση του ρυθμού αύξησης των ιδιωτικών φορέων με αυτόν του κρατικού, αφαιρούμε τους ρυθμούς αύξησης των ιδιωτικών φορέων από αυτούς του NHS.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5**  
Σχέση NHS και ιδιωτικής ασφάλισης  
υπηρεσιών υγείας 1970-1992



Πηγή: Laing's Review and National Accounts various years.

Στην περίπτωση αυτή, βλέπουμε τις διαφορετικές περιόδους ακόμη ευκρινέστερα, καθώς και την καλύτερη επίδοση των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης κατά τη μετά το 1979 περίοδο. Εξετάζο-

ντας την (περίπου) εικοσαετία από το 1970 ως τις αρχές της τρέχουσας δεκαετίας, βλέπουμε τις διαφορές ανάμεσα στις περιόδους Castle και Thatcher και τη μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις επιδόσεις του ιδιωτικού και του κρατικού φορέα στις αρχές της δεκαετίας του 1980, που οφείλεται τόσο στις περικοπές δαπανών στο NHS, όσο και στην αντίληψη του κόσμου για τις υπηρεσίες στα κρατικά νοσοκομεία (ακριβέστερα, στους θαλάμους των κρατικών νοσοκομείων) μετά το χειμώνα της δυσαρέσκειας, ενώ η επαναφορά του νομοθετικού πλαισίου που επιτρέπει την άσκηση ιδιωτικής ιατρικής δεν πρέπει να παραβλεφθεί. Η μείωση της διαφοράς στα μέσα και τα τέλη της περασμένης δεκαετίας, δεν οφείλεται τόσο σε καλύτερη «επίδοση» του ρυθμού αλλαγής των δαπανών για τον κρατικό φορέα, που παρουσιάζει (όπως εξετάσαμε νωρίτερα) μερικά από τα χειρότερα ποσοστά ετήσιας μεταβολής, όσο σε μία φθίνουσα επίδοση των ιδιωτικών φορέων, ενώ στα τέλη της δεκαετίας, η μείωση της διαφοράς αφορά κυρίως τους «τρεις μεγάλους», λόγω της εισόδου των «συμβατικών ασφαλιστικών εταιριών» στην εν λόγω αγορά. Τέλος, στη σύντομη περίοδο της τρέχουσας δεκαετίας που εξετάζουμε, η διαφορά μειώθηκε ακόμη περισσότερο, τόσο λόγω της αλλαγής στάσης από τις κυβερνήσεις Major, όσο και από τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης.

## Συμπεράσματα

Μέχρι στιγμής έχουμε παρατηρήσει μία ανάπτυξη του NHS στη δεκαετία του 1970 και εν μέρει του 1990 και μία αναστολή και αναστροφή αυτής της ανάπτυξης στη δεκαετία του 1980. Από την άλλη πλευρά, η ανάπτυξη της ιδιωτικής επιλογής είναι σχετικά σταθερότερη και σαφώς ταχύτερη κατά τα πρώτα χρόνια του «Θατσερισμού». Σε μία συγκριτική προσέγγιση μπορούμε να πούμε ότι το ειδικό βάρος του NHS, ειδικά αν εξεταστεί σε σχέση με την «ιδιωτική επιλογή», μειώνεται, ενώ –αντίστροφα– αυτό της «ιδιωτικής επιλογής» μεγαλώνει ως συστατικό μέρος του όλου συστήματος παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Το ζητούμενο πλέον είναι να εξετάσουμε την αιτιακή σχέση ανάμεσα στο NHS και στην ανάπτυξη της «ιδιωτικής επιλογής».

Υπάρχουν κυρίως δύο παράγοντες που καθορίζουν την ανάπτυξη του NHS και των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ο προ-

διοριστικός παράγων για το NHS είναι κυρίως (αν όχι αποκλειστικά) η χρηματοδότησή του, ενώ ο παράγων για τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς είναι τόσο η χρηματοδότηση του NHS, όσο και η νομοθεσία για τη λειτουργία του, κυρίως σε ζητήματα που αφορούν τις «επί πληρωμή» κλίνες και την ιδιωτική εργασία των γιατρών. Ενώ δευτερευόντως καθοριστικοί παράγοντες είναι η νομοθεσία για την φοροαπαλλαγή των ασφαλιστρών, η απόδοση<sup>22</sup>, και η άποψη για την απόδοση Judge and Solomon (1993) του NHS κ.λπ. Σε γενικές γραμμές ο ιδιωτικός τομέας χρειάζεται το NHS «για να παρέχει την πιο ακριβή και μακράς διάρκειας περίθαλψη για αυτούς με τη μικρότερη οικονομική επιφάνεια ενώ από την άλλη πλευρά το NHS χρειάζεται τον ιδιωτικό τομέα ως μία πολιτική ασφαλιστική βαλβίδα», καθώς άτομα που το επιθυμούν και είναι σε θέση να ανταποκριθούν στο κόστος των ασφαλιστρών «επιλέγουν ιδιωτικά» (Klein, 1982). Στο σημείο αυτό, ο Klein αμελεί τη σπουδαιότητα της νομοθεσίας περί των «επί πληρωμή» κλινών και της ιδιωτικής εργασίας των ιατρών, ως παραγόντων που αυξάνουν την εξάρτηση του ιδιωτικού τομέα από το δημόσιο ή τις εν γένει κρατικές πολιτικές. Ενώ η αποτελεσματικότητα του NHS εξαρτάται από την χρηματοδότησή του και από την νομοθεσία για την οργάνωση και λειτουργία του, η «αγοραία επίδοση» των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης, εξαρτάται περισσότερο από το NHS και από τη νομοθεσία που αφορά περιφερειακά ζητήματά του.

Η καθοδική πορεία των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1970, είναι το αποτέλεσμα της κατάρτησης των επί πληρωμή κλινών και της καλύτερης επίδοσης του NHS, που ήταν τέτοια, ώστε έκανε τους Βρετανούς να θεωρούν άχρηστη την «ιδιωτική επιλογή», ειδικά από τη στιγμή που το κόστος των ασφαλιστρών αυξήθηκε. Την περίοδο αυτή έχουμε μία ανάπτυξη του NHS<sup>23</sup> και μία ανακοπή στο ρυθμό ανάπτυξης της «ιδιωτικής επιλογής». Αυτή είναι ίσως και η πρώτη φορά που η σχέση και εξάρτηση ανάμεσα στο (β-) ΕΣΥ και τους ιδιωτικούς φορείς, γίνεται φανερή.

Οι αρχές της δεκαετίας του 1980, επιδεικνύουν μία αναστροφή των ρυθμών ανάπτυξης της προηγούμενης περιόδου. Το NHS συρρικνώνεται ενώ οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς αναπτύσσονται με ταχύτατους ρυθμούς. Αν και έχουν αντιστραφεί οι όροι, η σχέση ανάμεσα στις δαπάνες και τη νομοθεσία για το NHS και την ανάπτυξη των ιδιωτικών φορέων ασφάλισης γίνεται σαφέστατη, καθώς είναι η περίοδος με την πλέον αργή αύξηση των δαπανών για το NHS, με το 1982 να παρουσιάζει αρνητικές τιμές και το

υπόλοιπο της δεκαετίας να βρίσκεται γύρω στο 1,1%, και στο επίπεδο της νομοθεσίας να «επανεισάγονται» οι «επί πληρωμή» κλίνες στα νοσοκομεία του NHS και να πρωτοεφαρμόζεται το νέο συμβόλαιο εργασίας για τους υψηλόβαθμους ιατρούς.

Οι ιδιωτικοί φορείς ασφάλισης συνέχισαν να αυξάνουν το «μέγεθος» τους σε σχέση με αυτό του NHS, ως τη στιγμή που η αγορά κορέστηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1980, ενώ αργότερα παρά τη συνέχιση της συρρίκνωσης του κρατικού φορέα σε όρους οικονομικούς, προσωπικού και κλινών, δεν υπάρχει σημαντική αύξηση του ιδιωτικού τομέα, λόγω της έλλειψης νέων πολιτικών που θα υποβοηθούσαν αυτήν την επιλογή<sup>24</sup>.

Επίσης, όπως αναφέρθηκε λίγο νωρίτερα, υπήρξε νομοθεσία αλλά και άλλα γεγονότα και αντιλήψεις που επηρέασαν την «αποτελεσματικότητα» του NHS και η «αποτελεσματικότητα» του NHS επηρέασε την ανάπτυξη των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης είτε αρνητικά, είτε θετικά. Ακόμη και σε αυτή την περίπτωση όμως, είναι το NHS και η αποτελεσματικότητά του στο να αντιμετωπίζει προβλήματα (και η άποψη των Βρετανών γι' αυτήν την αποτελεσματικότητα) που παραμένει κυρίαρχος παράγων για την «ιδιωτική επιλογή».

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα όμως, υπήρξαν και μερικοί λόγοι που συνδέονται με την αγορά και αυτούς καθ' εαυτούς τους φορείς ιδιωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης. Οι αλλαγές του νομοθετικού πλαισίου μετά το 1990<sup>25</sup> δείχνουν μία επιθυμία της κυβέρνησης να μειώσει το ρόλο του NHS και να προσφέρει μία κάποια υποστήριξη στα ιδιωτικά νοσοκομεία (ενώ η υποστήριξη στους φορείς ασφάλισης είναι υπό συζήτηση). Από την άλλη πλευρά όμως, η οικονομική κρίση είναι ένα πρόσθετο εμπόδιο στην ανάπτυξη των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων, ειδικά από τη στιγμή που δεν έχουν παρθεί νέα μέτρα που θα βοηθούσαν τον «αποκορεσμό» της αγοράς. Αξιοσημείωτο είναι ότι η παρούσα οικονομική κρίση σε αντίθεση με αυτή του 1980-83 «χτύπησε» και τις μεσαίες και ανώτερες τάξεις, καθώς πολλά στελέχη εταιρειών και άλλοι «ασπρογιακάδες» απολύθηκαν από τις δουλειές τους ή βρέθηκαν στη λεγόμενη παγίδα του στεγαστικού δανείου (mortgage trap), επειδή τα επιτόκια αποπληρωμής των δανείων ήταν υψηλά και τα έσοδα της οικογένειας ανεπαρκή για την κάλυψή τους, ενώ η αξία του ακινήτου είχε πέσει τόσο, που η πώλησή του ήταν ασύμφορη.

Αν και στο παρόν άρθρο δε θα θέλαμε να μπούμε σε λεπτομέρειες, θα αναφέρουμε απλώς ότι η εξέλιξη της επίδοσης των

φορέων ιδιωτικής ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι το αποτέλεσμα και το αντικαθρέφτισμα των αλλαγών στη Βρετανική πολιτική από το 1970 έως σήμερα, αν όχι για την όλη μεταπολεμική περίοδο.

Συγκεφαλαιώνοντας, έχουμε να παρατηρήσουμε ότι η τάση ιδιωτικοποίησης δεν αφορά τόσο το NHS όσο το όλο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης<sup>26</sup> ήδη πριν τις αλλαγές που εισήγαγε ο Νόμος του 1990. Το NHS, έχει συρρικνωθεί τόσο σε σχέση με τις διευρυνόμενες ανάγκες, όσο και το ειδικό του βάρος σε σχέση με την «ιδιωτική επιλογή». Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικοί φορείς έχουν αναπτυχθεί σε όλη την περίοδο μετά το 1979 και οι συνθήκες είναι σαφώς ευνοϊκότερες για τον ιδιωτικό φορέα από το 1979 και μετά, απ' ό,τι ήταν νωρίτερα. Μολαταύτα το NHS παραμένει ο κυρίαρχος παράγων και οι φορείς ιδιωτικής ασφάλισης εξαρτώνται από αυτό και την επίδοσή του, ευρισκόμενοι στα όρια του όλου συστήματος παροχής (εν προκειμένω πληρωμής) υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ο κυρίαρχος παράγων για την ανάπτυξη των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης ήταν και είναι η επίδοση του NHS που μπορεί να εξηγηθεί μέσω των δαπανών του<sup>27</sup>, ένα ζήτημα που παραβλέπει ο Mohan (1986), ενώ ο Illife (1986) βρίσκεται στη σωστή κατεύθυνση αν και απουσιάζουν τα εμπειρικά στοιχεία. Σε σωστή κατεύθυνση βρίσκονται επίσης οι Judge και Solomon (1993), με την άποψη περί της αντιλήψεως για το NHS (από την κοινή γνώμη). Το άρθρο τους όμως, πάσχει από την απουσία συσχετισμού με την ανάπτυξη της «ιδιωτικής επιλογής», κάτι που μελέτησε η Higgins (1988) με τις αναφορές της στις απεργίες του 1979 κ.λπ. Παρά τη σημασία των οικονομικών στοιχείων για το NHS, δεν πρέπει να παραβλέψουμε αυτήν του νομοθετικού πλαισίου και κυρίως αυτού που αναφέραμε «νομοθεσία καταχωρημένη ως νομοθεσία περί του NHS» (Mohan, Higgins 1988), κάτι που αποτελεί έναν πρόσθετο παράγοντα της πρωτοκαθεδρίας του NHS<sup>28</sup>. Ζητήματα όπως η έκπτωση από το φορολογητέο εισόδημα, έχουν προς το παρόν μικρότερη επίδραση, αν και στο μέλλον ίσως παίξουν ουσιαστικότερο ρόλο. Η τρέχουσα οικονομική κρίση (ή έστω η οικονομική κρίση που άρχισε το 1989 και τελείωσε στα τέλη του 1994) μείωσε τον αριθμό των «ιδιωτικά ασφαλισμένων», αποδεικνύοντας ότι η «ιδιωτική επιλογή» γίνεται κατανοητή και από τους ίδιους τους επιλέγοντες, ως «είδος πολυτέλειας» και όχι ανάγκης (Pollard 1992).

Εν κατακλείδι, η πλειονότητα των σχολιαστών ως τώρα, επικέντρωνε το ενδιαφέρον σε έναν μόνο παράγοντα και σε μερικές

περιπτώσεις παρέβλεπε τα εμπειρικά στοιχεία. Αντιθέτως, το παρόν άρθρο προσπάθησε να δείξει τη σχέση ανάμεσα στη χρηματοδότηση του NHS και την οικονομική επίδοση των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης, δίνοντας σημασία στη μη ακαδημαϊκή βιβλιογραφία των εκ των έσω ασχολουμένων με τη συγκεκριμένη οικονομική δραστηριότητα, λαμβάνοντας υπόψη του και άλλους παράγοντες όπως το νομικό πλαίσιο, την οικονομική κρίση, και την αντίληψη για το NHS.

## Σημειώσεις

1. Τα βρετανικά κρατικά νοσοκομεία δεν έχουν «θέσεις» αλλά «θαλάμους». Ήδη όμως από τον νόμο ίδρυσης του NHS το 1946, κάθε νοσοκομείο μπορούσε να έχει και ορισμένες κλίνες σε δωμάτια με περισσότερη ησυχία κ.τ.λ. Η χρήση αυτών των δωματίων γινόταν με αίτηση του ασθενούς, ο οποίος κατέβαλε και το σχετικό κόστος, εκτός από τις περιπτώσεις που η χρήση γινόταν με πρόταση του θεράποντος ιατρού, οπότε ήταν δωρεάν. Οι «ιδιωτικές κλίνες» καταργήθηκαν το 1976 από την τότε υπουργό υγείας Barbara Castle και ξαναεπιτράπηκαν το 1980 επί κυβερνήσεων Thatcher. Στην περίπτωση αυτών των κλινών το «ιδιωτικό» (private) έχει περισσότερο την έννοια της χρήσης παρά της ιδιοκτησίας, που παραμένει κρατική.

2. Στο Holloway και Piccioto (eds, 1978) όπου προτείνουν ότι ο ρόλος της κοινωνικής πολιτικής, είναι να διατηρεί υγιές το εργατικό δυναμικό.

3. Ως γνωστόν το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας –ή ορθότερα η Εθνική Υπηρεσία Υγείας– (National Health Service NHS) για το οποίο από εδώ και πέρα θα χρησιμοποιούμε επί το πλείστον τον όρο NHS, δεν είναι ασφαλιστικός φορέας στον οποίο οι ασφαλισμένοι δίνουν εισφορές και τους καλύπτει πρόσβαση σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη (όπως π.χ. το ελληνικό σύστημα), αλλά σύστημα ευρείας κάλυψης αναγκών (comprehensive) που καλύπτει εξίσου όλους τους πολίτες της χώρας και χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας.

4. Το ζήτημα είναι τεράστιο και στην παράγραφο αυτή περιοριζόμαστε σε μία επιγραμματική αναφορά.

5. Δες το γράμμα του Mr. B. Hayhoe, υφυπουργού υγείας, προς την επιτροπή κοινοβουλευτικού ελέγχου, (βλέπε HC 264, 1 Feb. 1988), και τη σχετική απόφαση της επιτροπής (στο ίδιο).

6. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι η κυβέρνηση κατηγορήθηκε (στην πολιτική «κονίστρα» και τον Τύπο) ότι οι νέες αυτές δαπάνες κατευθύν-



θηκαν όχι στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών αλλά στην οργανωτική αλλαγή του NHS, τη διαφήμιση της αλλαγής αυτής και τους υψηλούς μισθούς των νέων διευθυντικών στελεχών. Δυστυχώς, είναι πολύ δύσκολο να αποδειχθεί κάτι τέτοιο και έτσι για μία ακόμη φορά θα αναφερθούμε στην άποψη των Levitt (1977) και Maynard (1993) για τις αναλύσεις τρεχουσών εξελίξεων και τις συνακόλουθες προβλέψεις.

7. Εδώ θα πρέπει να παρατηρηθεί ότι τα «αυτασφαλιστικά ταμεία» αν και κατά νόμο δεν αποβλέπουν στο κέρδος και πρέπει να επανεπενδύουν όλο το πλεόνασμά τους προς όφελος των μελών (ή έστω πελατών τους), κατ' ουσίαν αποτελούν κερδοσκοπικούς οργανισμούς για τα στελέχη τους που πληρώνονται με βάση την «επιτυχία» του ταμείου.

8. Καθώς, όπως προαναφέρθηκε, οι «Τρεις Μεγάλοι» (BUPA, WPA, PPP) είναι αυτασφαλιστικά ταμεία που δεν πραγματοποιούν «κέρδη», η παράμετρος αυτή είναι αδύνατο να εξεταστεί.

9. Η παράγραφος αυτή θεωρείται «διαπραγματευτικό αντάλλαγμα» που πρόσφερε η τότε κυβέρνηση των Εργατικών προς τους ιατρικούς συλλόγους, που ανθίσταντο στην πλήρη κρατικοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης.

10. «Nursing Homes», Act, 1975 (*Book of Statutes*, 1975) και «The Registered Homes», Act, 1984. Πρέπει να παρατηρηθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις τα «νοσηλευτήρια» αυτά είναι απλώς και μόνο μικρά ιδιωτικά γηροκομεία.

11. Τότε Υπουργός Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, και ένα από τα γνωστότερα και σημαντικότερα στελέχη της αριστεράς πτέρυγας των Εργατικών· σήμερα μέλος της Βουλής των Λόρδων. Ο νόμος αφορούσε την Αγγλία, Ουαλλία και Β. Ιρλανδία, ενώ η κατάργηση των ιδιωτικών κλινών στη Σκωτία έγινε το 1977 με άλλο νόμο.

12. Οι κλίνες των ιδιωτικών νοσοκομείων δεν επαρκούσαν να καλύψουν την όλη ζήτηση.

13. Το 1980 η επαναφορά των κλινών δεν έγινε με τους όρους του 1946 «ώστε να μην επηρεάζεται η κοινωνική ισότητα στην πρόσβαση στα νοσηλευτικά ιδρύματα», αλλά με βάση τις ανάγκες της τοπικής αγοράς.

14. Κατά τον Laing (1992) αυτά παρουσιάζουν μειωμένη σπουδαιότητα λόγω της αύξησης των κλινών στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

15. Εν προκειμένω αναφερόμαστε σε θεωρητικούς όπως οι Buchanan, Burton και Wagner, Friedman, Hayek, Lees, Letwin και Redwood, αρκετοί από τους οποίους έχουν χρησιμοποιήσει το NHS ως το κατ' εξοχήν παράδειγμα παρέμβασης στην «ελεύθερη επιλογή», το οποίο και πρέπει να καταργηθεί για να εκπληρωθεί ο σκοπός της ελευθερίας του ατόμου (στην αγορά).

16. Τα ασφάλιστρα σε «σταθεροποιημένες τιμές» δεν υπάρχουν στα εμπειρικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα είτε από τη Βρετανική στατιστική υπηρεσία είτε από τους φορείς ιδιωτικής ασφάλισης. Ο τρόπος υπολογισμού των σταθεροποιημένων τιμών θα εξεταστεί στη συνέχεια του άρθρου.

17. Η ιδιωτικοποίηση της υγείας αποτελεί ένα από τα κύρια ζητήματα πολιτικής συζήτησης και ένα από τα μεγαλύτερα πολιτικά «ταμπού» στη Βρετανία.

18. Με περίπου 800.000 ως 1.000.000 εργαζομένους από τα ανώτατα διευθυντικά στελέχη ως το βοηθητικό προσωπικό (οδηγοί, συνεργεία καθαρισμού και σίτισης) που σε αρκετές περιπτώσεις είναι εργαζόμενοι με μερική απασχόληση ή και συμβάσεις ορισμένου χρόνου (που δεν ανανεώνονται), εξ ου και η απόκλιση στα στοιχεία.

19. Η επιλογή γίνεται κυρίως «εις βάρος» των ηλικιωμένων που έχουν πολύ ακριβότερη περίθαλψη, και γίνεται με δύο τρόπους. Καταρχήν, οι τιμές των ασφαλιστρών ακριβαίνουν υπερβολικά για τους άνω των 65, και επίσης για αυτές τις ηλικίες γίνεται μόνο ανανέωση συμβολαίων, ενώ δε γίνονται δεκτοί νέοι πελάτες.

20. Εκτός του παρόντος πίνακα, κυρίως λόγω κάθετης πτώσης του ρυθμού αλλαγής της «ιδιωτικής επιλογής», με το ρυθμό αλλαγής του NHS να παραμένει σταθερός, ενώ κατά τα μέσα της δεκαετίας του '70 παρατηρούμε αύξηση, τόσο του ρυθμού αλλαγής των δαπανών για το NHS, όσο και μείωση του ρυθμού αλλαγής των εισφορών για την «ιδιωτική επιλογή».

21. Και στις δύο περιπτώσεις υπό κυβερνήσεις του Εργατικού Κόμματος.

22. Εδώ θα θυμίσουμε τη μείωση της εμπιστοσύνης στο NHS μετά το «χειμώνα της δυσaréσκειας» του 1979.

23. Τόσο όσον αφορά το ρυθμό αύξησης των δαπανών, και τον αριθμό των νοσηλευτών/τριών και μαιών, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο με τον αριθμό των ιατρών.

24. Π.χ. να εκπίπτουν του φορολογητέου εισοδήματος οι ασφαλιστικές εισφορές όλων και όχι μόνο των ηλικιωμένων· γράμμα του Derek Damerell («Chief Executive of BUPA), *The Times*, 9-2-1982.

25. Με την εφαρμογή του White Paper, *Working for Patients*, που πρωτοπαρουσιάζεται στις 31-1-1989. Με το νέο νομικό πλαίσιο, τα (κρατικά) νοσηλευτικά ιδρύματα δύνανται να αποδεσμευτούν από τον έλεγχο των δημοτικών και νομαρχιακών συμβουλίων, να λειτουργήσουν με ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια, να συνάπτουν συμβόλαια για παροχή υπηρεσιών σε ιδιωτικά ασφαλισμένους στα «αυτασφαλιστικά ταμεία» ή τις «παραδοσιακές ασφαλιστικές εταιρίες» κ.τ.λ. Επίσης, τα ιδιωτικά νοσοκομεία δύνανται πλέον να συνάπτουν συμβόλαια με τις κατά περιοχή υγειονομικές επιτροπές για την υγειονομική φροντίδα των κατοίκων (η φροντίδα αυτή είναι δωρεάν για τον ασθενή και πληρώνεται από το κράτος μέσω της τοπικής επιτροπής), δηλαδή αυτό που αναφέραμε νωρίτερα ως ιδιωτική παροχή και δημόσια πληρωμή (βλ. Laing, 1985 και νωρίτερες αναφορές στο παρόν άρθρο).

26. Αυτό είναι σημαντικό για τη βρετανική πολιτική και κυρίως για την κομματική αντιπαράθεση. Οι Συντηρητικοί έχουν κατηγορηθεί από

την Εργατική αντιπολίτευση ότι επιθυμούν την ιδιωτικοποίηση του NHS που αποτελεί ίσως την «ιερότερη αγελάδα» της βρετανικής πολιτικής. Περιέργως, λίγα έχουν λεχθεί για την υφέρπουσα ιδιωτικοποίηση του όλου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της συρρίκνωσης του κρατικού φορέα και της ανάπτυξης του ιδιωτικού.

27. Ακόμη και στην περίπτωση της περιόδου μετά το 1989. Η αύξηση των δαπανών για το NHS συμπίπτει με τη μείωση του ρυθμού αύξησης της ιδιωτικής ασφάλισης.

28. Για να επανέλθουμε στην παραβολή που χρησιμοποιήθηκε στην εισαγωγή, ο γίγας έχει πράγματι συρρικνωθεί αλλά το τέρας είναι ακόμη πολύ ασθενικό για να τον βλάψει. Αντίθετα, αν ο «γίγας» ταϊστεί καλύτερα (αύξηση δαπανών) και αν του φροντίσουν τις πληγές από τις οποίες τρέφεται το «τέρας» (ιδιωτικές κλίνες, συμβόλαιο υψηλόβαθμων γιατρών), κάτι που επαγγέλεται το Εργατικό Κόμμα, το οποίο προηγείται στις δημοσκοπήσεις, τότε το τέρας θα επιβιώσει μεν αλλά θα φανεί ακόμη ασθενικότερο και η εξάρτησή του από το «γίγαντα» θα γίνει σαφέστατη. Αυτά όμως αποτελούν αντικείμενο της μελλοντολογίας και όχι της πολιτικής επιστήμης και της ανάλυσης των πολιτικών υγείας.

## Βιβλιογραφία

- Allsop Judith and May Annabell, «Between the Devil and the Deep Blue Sea: Managing the NHS in the wake of the 1990 Act», *Critical Social Policy* 38, Autumn 1993, σελ. 5 κ.ε.
- British United Provident Association, *Managing the Costs of Services*, BUPA, PAC/PH/pd, 7-11-1990.
- British United Provident Association, *Overview of the Private Sector of Health Care in the United Kingdom* (από προσωπική επικοινωνία με το αυτασφαλιστικό ταμείο· δεν υπάρχουν στοιχεία για το συγγραφέα, κ.τ.λ.), BUPA ref. PAC/KR/cm, 5 December 1990.
- BUPA Research Insurance Division, *Fact Sheet*, RP86/13B, March 1986.
- BUPA, *Report and Accounts*, various years.
- Challah Sabri, «The Private Health Care Sector; seeking higher ground», στο: Laing William (ed.), *Laing's Review of Private Health Care*, Laing and Buisson, London, 1993.
- Culyer Alan, *The NHS and the market: Images and Realities*, Mc Lachlan and Maynard, 1982.
- Dikeos Konstantinos, *Capitalist Relations and State Policy: The De-*

- velopment of the Mode of Health Maintenance in Contemporary Britain: A case study*, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Εδιμβούργου, 1992.
- Fitzhugh William, *Key Trends and Financial Review*», στο: William Fitzhugh (ed.), 1992.
- Fitzhugh William, *The Fitzhugh Directory of Independent Health Care. Financial Information*, Health Care Information Services, London, 1992.
- Fitzhugh William, *The Fitzhugh Directory of NHS Trusts Financial Information*, Health Care Information Services, London, 1993.
- Forman and Saldana, *The role of private insurance in health care cost containment*, στο: Laing William (ed.), 1986.
- Forsyth Gordon, *The semantics of health care policy and the inevitability of regulation*, in: McLachlan and Maynard, 1982.
- General Household Survey, HMSO, London, various years.
- Goodin Robert and LeGrand Julian, *Not Only the Poor. The Middle Classes and the Welfare State*, Allen and Unwin editions, London, 1987.
- Ham Christopher, *Health policy in Britain*, MacMillan, London, 1982.
- Harrison Stephen and Wistow Gerald, «The Purchaser/Provider Split in English Health Care: Towards explicit rationing?», *Policy and Politics*, vol. 20, no 2, 1992, σελ. 123-130.
- Higgins Joan, *The Business of Medicine*», MacMillan, London, 1988.
- Hill Charles and Woodcock John, *The National Health Service*, Christopher Johnson, London, 1949.
- Hudson Bob, «Quasi Markets in Health and Social Care in Britain: can the public sector respond?», *Policy and Politics*, vol. 20, no 2, 1992, σελ. 131-142.
- Illife Steve, «The Politics of Health Care: the NHS under Thatcher» *Critical Social Policy*, 14, Winter 1985-1986, σελ 57-72.
- Jacobs Peter, *The Future of Private Health Care*», στο: Fitzhugh, 1992.
- Judge Ken and Solomon Michael, «Public Opinion and the National Health Service: Patterns and Perspectives in Consumer Satisfaction», *Journal of Social Policy* 22, July 1993.
- Klein Rudolf, «Private practice and public policy: Regulating the frontiers», in: McLachlan and Maynard Alan, *The private health care sector in Britain*, 1982.
- MacLachlan Gordon and Maynard Alan, *The Private/Public Mix in Health*, The Nuffield Provincial Hospital Trust editions, London, 1982.

- Laing William (ed.), *Keeping the lid on costs?*, Institute of Economic Affairs, London, 1986.
- Laing William (ed.), *Laing's Review of Private Health Care 1987 and 1988 and 1993*, Laing and Buisson, London.
- Laing William, *Going Private; Independent Health Care in London*, King's Fund, 1992.
- Laing William, *Private Health Care Insurance and the Private Health Care in the UK*, Laing and Buisson, London, 1991.
- Levitt Ruth, *The Reorganised National Health Service*, Croom Helm editions, London, 1976.
- Maynard Alan, *Facts Please: Prejudices are for Politicians*, Fitzhugh, 1993.
- McLachlan and Maynard (eds), *The Public/Private Mix in Health Care*, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1982.
- Mohan John, «Private Medical Care and the British Conservative Government: What Price Independence?», *Journal of Social Policy*, vol. 15, 3, 1986, σελ. 337-360.
- National Income and Expenditure and «National Accounts»* (επίσης γνωστό ως «The Blue book»), CSO, London, relevant years.
- Petchey Roland, «The Politics of Destabilisation», *Critical Social Policy* 25, Summer 1989, σελ. 82-97.
- Pollard Keith, *1992, a Year of Change*, Fitzhugh, 1992.
- Rayner Geof, «Health Care as a Business? The emergence of a commercial hospital sector in Britain», *Policy and Politics*, vol. 14, no 4, 1986, σελ. 439-459.
- Smith Michael, «Healthcare Futures the Independent Sector in 2000», in: Laing William (editor), *Laing's Review of Private Health Care*, Laing and Buisson, London, 1993.
- Smith M.J., *Expanding the Market' Are Insurers in the Driving Seat?*, Ομιλία στο: «IHA Annual Conference», 18 October 1990.
- Social Trends*, HMSO, 1985 και 1989.
- Whitney Ray, *National Health Crisis: A Modern Solution*, Shepherd Walwyn, London, 1988.

#### Κυβερνητικές εκδόσεις

- «National Health Service», Act (*Acts of Parliament*, 1946, Chapter 81).
- «Nursing Homes», Act, 1975 (*Book of Statutes*, 1975, Chapter 37).
- «The Registered Homes» Act 1984 (1984, Chapter 23).
- «National Health Service and Community Care Act» (*Book of Statutes*, 29 July 1990, Chapter 19).

*House of Commons Social Services Select Committee, HC 264, 1  
February 1988.*

### Εφημερίδες

*The Times, 5-2-1982.*

*The Times, 9-2-1982.*

*The Times, 26-11-1991.*

