

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Μέθοδοι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και επιδράσεις τους στους στόχους του συστήματος υγείας. Τι μπορεί να μάθει η Ελλάδα από την διεθνή εμπειρία;»

Σπουδάστρια:

Σωτηρία Ρέντζιου

Εισηγητής Καθηγητής:

Λεωνίδας Παρασκευόπουλος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 1998

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

Εισαγωγή 1

Κεφάλαιο Πρώτο. Συστήματα χρηματοδότησης και επίδρασή τους πάνω στους στόχους των υπηρεσιών υγείας 4

1.1. Τι περιλαμβάνουν οι δαπάνες υγείας 8

1.2. Παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας 9

1.3. Οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας 12

1.4. Κύρια συστήματα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας 16

1.4.1. Πηγές (ενδιάμεσοι φορείς) χρηματοδότησης 18

1.4.1.1. Χρηματοδότηση από κρατικό προϋπολογισμό 19

1.4.1.2. Χρηματοδότηση από κοινωνική ασφάλιση 21

1.4.1.3. Ιδιωτική ασφάλιση 23

1.4.1.4. Εξωτερική βοήθεια 25

1.4.2. Μέθοδοι αμοιβής των γιατρών 25

1.4.2.1. Κατάταξη των μεθόδων αμοιβής των προμηθευτών ανάλογα με το χρόνο καταβολής της αμοιβής 29

Κεφάλαιο Δεύτερο. Μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στο διεθνή χώρο και εμπειρία – επιδράσεις από την εφαρμογή τους στους στόχους των συστημάτων υγείας 32

2.1. Δημόσια χρηματοδότηση. Τάσεις και εξελίξεις..... 34

2.2. Επιδράσεις από τις εξελίξεις στη δημόσια χρηματοδότηση 39

2.2.1. Ισότητα 39

2.2.2. Αποδοτικότητα 40

2.3. Ιδιωτική χρηματοδότηση. Τάσεις και εξελίξεις 42

2.4. Επιδράσεις από τις αλλαγές στην ιδιωτική

χρηματοδότηση	43
2.4.1. Πόροι	43
2.4.2. Αποδοτικότητα	46
2.4.3. Ισότητα	50
2.4.4. Βιωσιμότητα	52
2.4.5. Επιπτώσεις στην υγεία	53
2.5. Ασφάλιση υγείας. Τάσεις και εξελίξεις	54
2.6. Η επίδραση των αλλαγών στην ασφάλιση υγείας	55
2.6.1. Ύψος χρηματοδοτικών πόρων	55
2.6.2. Αποδοτικότητα	56
2.6.3. Ισότητα	58
2.6.4. Βιωσιμότητα	63
2.6. Εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης. Τάσεις και εξελίξεις	64
2.7. Επιδράσεις από τις αλλαγές στην εξωτερική χρηματοδότηση	65
2.7.1. Αποδοτικότητα	65
2.7.2. Ισότητα	66
2.7.3. Βιωσιμότητα	66
2.8. Συμπεράσματα	68
<u>Κεφάλαιο Τρίτο.</u> Το σύστημα χρηματοδότησης των – υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Τι μπορεί να μάθει η χώρα μας από διεθνή εμπειρία	73
3.1. Η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης	73
3.2. Η χρηματοδότηση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης	76
3.3. Προτάσεις για την μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης στη χώρα μας	81
3.3.1. Προτεινόμενο σύστημα χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας	81
3.3.2. Προτεινόμενο σύστημα χρηματοδότησης της	

δευτεροβάθμιας φροντίδας	87
<u>Κεφάλαιο Τέταρτο.</u> Συμπεράσματα – Προτάσεις	94
4.1. Συμπεράσματα	94
4.2. Προτάσεις	97
Βιβλιογραφία	99

ΠΙΝΑΚΕΣ

<i>Πίνακας 1</i> Δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ 1972, 1982, 1992	Σελ. 6
<i>Πίνακας 2</i> Πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας	18

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

<i>Διάγραμμα 1</i> . Οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας	Σελ. 15
<i>Διάγραμμα 2</i> Η αγορά της εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης	74
<i>Διάγραμμα 3</i> . Η αγορά της νοσοκομειακής περίθαλψης	77
<i>Διάγραμμα 4</i> . Προτεινόμενη αγορά εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης	83
<i>Διάγραμμα 5</i> . Προτεινόμενη αγορά νοσοκομειακής περίθαλψης	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας, του ΤΕΙ Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας είναι η περιγραφή των συστημάτων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και των μεταρρυθμίσεών τους τα τελευταία χρόνια, καθώς και των τρόπων με τους οποίους οι μεταρρυθμίσεις αυτές επηρεάζουν την παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας, μεταβάλλουν το επίπεδο υγείας, και επομένως επιδρούν στους στόχους των συστημάτων υγείας. Η αποτίμηση της διεθνούς εμπειρίας και η διερεύνηση των δυνατοτήτων αξιοποίησής της από την χώρα μας, είναι ο φιλόδοξος στόχος αυτής της εργασίας.

Αφορμή αποτέλεσε το ότι πολλές χώρες (συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας) προχωρούν τα τελευταία χρόνια σε μεταρρυθμίσεις και αναδιοργάνωση των συστημάτων τους, δεδομένου ότι τα υγειονομικά συστήματα βρίσκονται σε κρίση. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας συνδέει τους στόχους της πολιτικής για την υγεία με τις διαδικασίες υλοποίησής τους, και επομένως επιβεβαιώνει ή αλλοιώνει την επιλογή προτεραιοτήτων. Επίσης, συνδέεται με την διαμόρφωση των προτύπων συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, των διαχειριστών και των χρηστών υγείας, και επομένως αποτελεί σοβαρό παράγοντα επίδρασης στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Εξετάζοντας τα τεκταινόμενα στον διεθνή χώρο μπορούν να εξαχθούν αξιοποιήσιμα συμπεράσματα για τη χώρα μας. Τα μηνύματα και οι εμπειρίες των χωρών αυτών, λαμβάνοντας υπόψη τις όποιες ιδιαιτερότητες, μπορούν να συμβάλλουν στην προσπάθεια που καταβάλλεται και στην χώρα μας για

την βελτίωση του επιπέδου παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, στο περιοριστικό πλαίσιο που της επιβάλλει τόσο η εθνική όσο και η διεθνής οικονομική συγκυρία.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει την αξιοπιστία των προτάσεων που προβάλλονται και κυριαρχούν στον χώρο των επιστημόνων της υγείας στη χώρα μας, καθώς και οι παρεμβάσεις των ξένων εμπειρογνωμόνων που έχουν προσκληθεί κατά καιρούς από τις ελληνικές κυβερνήσεις για την επίλυση των προβλημάτων του ελληνικού συστήματος υγείας. Ο βασικός σκοπός ενός σύγχρονου συστήματος υγείας είναι να βελτιώσει το επίπεδο υγείας και την ποιότητα ζωής και επομένως το επίπεδο κοινωνικής ευημερίας. Σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας ο κεντρικός σχεδιασμός διαθέτει πόρους προς το σκοπό αυτό. Αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος υγείας βελτιώνει και την συνολική κοινωνική ευημερία. Οποιοσδήποτε επιλογές σχετικά με την χρηματοδότηση, την παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας, μεταβάλλουν το επίπεδο υγείας και επομένως επιδρούν στους στόχους του συστήματος υγείας.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν να γίνει μια εκτίμηση των επιπτώσεων από τις μεταρρυθμίσεις στις οποίες έχουν προχωρήσει διάφορες χώρες πάνω στους βασικούς στόχους των συστημάτων υγείας, όπως αποδοτικότητα, ισότητα και ελευθερία επιλογής, διερευνώντας κυρίως τη διεθνή βιβλιογραφία. Ακολούθως να αναζητηθούν επιχειρήματα για την εξέταση της αξιοπιστίας των προτάσεων μεταρρύθμισης που κυριαρχούν στον ελληνικό χώρο.

Η εργασία είναι **δομημένη** σε τέσσερις ενότητες - κεφάλαια. Στο **πρώτο κεφάλαιο** εξετάζονται τα συστήματα χρηματοδότησης περιγραφικά, αλλά και σε σχέση με την επίδραση του καθενός στους στόχους των υπηρεσιών υγείας. Για λόγους διευκόλυνσης του αναγνώστη, στην αρχή του

κεφαλαίου συζητείται συνοπτικά η σύνθεση των δαπανών υγείας, οι λόγοι που οδήγησαν στην ραγδαία αύξησή τους τα τελευταία χρόνια και οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας. Στο **δεύτερο κεφάλαιο** αναλύεται η διεθνής εμπειρία από τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στις διάφορες χώρες, υπό το πρίσμα των επιδράσεών τους πάνω στους στόχους των συστημάτων υγείας. Στο **τρίτο κεφάλαιο** αποτυπώνεται συνοπτικά η υπάρχουσα κατάσταση από πλευράς χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας και εξετάζεται η αξιοπιστία των μεταρρυθμιστικών προτάσεων που κυριαρχούν στον ελληνικό χώρο, υπό το φως των επιδράσεών τους στους στόχους του ΕΣΥ, όπως μας διδάσκει η διεθνής εμπειρία. Τέλος, στο **τέταρτο κεφάλαιο** παρουσιάζονται συμπεράσματα και προτάσεις προς τους σχεδιαστές του συστήματος υγείας, σχετικά με τα ζητήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό και εφαρμογή μεταρρυθμίσεων/αλλαγών στο υποσύστημα χρηματοδότησης.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής, τους:

Λ. Παρασκευόπουλο, επίκουρο καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος της εργασίας μου.

Την οικογένεια μου και όλους όσους βοήθησαν για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΠΑΝΩ ΣΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και των υπηρεσιών υγείας (μονάδων), αποτελεί ένα ιδιαίτερα κρίσιμο υποσύστημα, το οποίο επιδρά καθοριστικά στην ευρυθμία, την ευστάθεια και την εξέλιξη του συστήματος υγείας.

Αντλώντας από «Συστήματα Υγείας. Διδακτικές Σημειώσεις 1995», Λ. Παρασκευόπουλος, το υποσύστημα χρηματοδότησης:

-Συνδέει στους στόχους της πολιτικής για την υγεία, με τις διαδικασίες υλοποίησης τους,

και επομένως

--επιβεβαιώνει ή αλλοιώνει την επιλογή προτεραιοτήτων.

-Συνδέεται με τη διαμόρφωση των προτύπων συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, των διαχειριστών και των χρηστών υγείας,

και επομένως

--αποτελεί σοβαρό παράγοντα επίδρασης στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υγείας (ποσοτικών ή ποιοτικών

χαρακτηριστικών των υπηρεσιών υγείας), που το αναγάγει και σε όργανο αλλαγών ή διαχείρισης μεταβολών του συστήματος υγείας.

Ένα υποσύστημα χρηματοδότησης πρέπει:

-να επιδεικνύει ικανότητα μαθήσεως, δηλαδή να διδάσκεται από την αποκτώμενη εμπειρία και να αυτο - τροποποιεί τα επιμέρους στοιχεία και χαρακτηριστικά του,

και επομένως

--πρέπει να συνδέεται με κατάλληλα συστήματα πληροφόρησης, και να διαθέτει αντίστοιχους μηχανισμούς επανατροφοδότησης (feed back), οι οποίοι να δίνουν τα τροποποιητικά σήματα.

Η εντυπωσιακή ανάπτυξη και διεύρυνση των συστημάτων υγείας τη μεταπολεμική περίοδο, οδήγησε στην αύξηση των δαπανών για την υγεία με ρυθμό πολύ μεγαλύτερο από το ρυθμό ανάπτυξης των οικονομιών των χωρών.

Έχει αποδειχθεί ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η γενικότερη κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας συνδέονται μεταξύ τους.

Οι δαπάνες υγείας μετριοούνται είτε ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, είτε σε δολάρια ΗΠΑ εκφρασμένα σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (PPPs). Οι δαπάνες υγείας μπορούν να εκφραστούν και ως ποσοστό επί της εγχώριας κατανάλωσης, δείκτης που έχει υιοθετηθεί πρόσφατα από διεθνείς οργανισμούς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ:1972, 1982, 1992.

ΧΩΡΑ	1972	1982	1992
Αυστραλία	5,8	7,7	8,8
Αυστρία	5,4	8,0	8,8
Καναδάς	7,2	8,4	10,1
Δανία	6,3	6,8	6,5
Φιλανδία	6,0	6,8	9,4
Ελλάδα	3,9	4,4	5,4
Ισλανδία	5,7	6,9	8,5
Ιταλία	5,9	6,9	8,5
Λουξεμβούργο	4,6	6,9	7,4
Νέα Ζηλανδία	5,3	6,9	7,7
Νορβηγία	5,9	6,8	8,3
Πορτογαλία	4,1	6,3	6,0
Σουηδία	7,5	9,6	7,9
Ελβετία	5,5	7,5	9,3
Τουρκία	μ/δ	3,6	4,1
ΗΠΑ	7,6	10,3	14,0
Βέλγιο	4,3	7,4	8,2
Γαλλία	6,2	8,0	9,4
Γερμανία	6,5	8,6	8,7
Ιρλανδία	6,7	8,4	7,1
Ολλανδία	6,7	8,4	8,6
Ισπανία	4,4	6,0	7,0
Μ. Βρετανία	4,7	5,9	7,1
Ιαπωνία	4,8	6,8	6,9
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	5,7	7,2	8,1

Πηγή: ΟΟΣΑ.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ αποτελούσαν το 1992 κατά μέσον όρο το 8,1% του ΑΕΠ. Το 1982 το 7,2% του ΑΕΠ και το 1972 το 5,7% του ΑΕΠ. Παρατηρείται μια μεγάλη αύξηση των δαπανών τη δεκαετία 1972-1982. Αύξηση των δαπανών έχουμε και τη δεκαετία 1982-1992, που όμως είναι κατά 50% μικρότερη από εκείνη της προηγούμενης δεκαετίας.

Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, δαπανούσε το 1972 για υπηρεσίες υγείας το 3,9% του ΑΕΠ, το 1982 το 4,4% του ΑΕΠ και το 1992 το 5,4% του ΑΕΠ.

Σήμερα όλες οι ανεπτυγμένες χώρες ζουν ένα «πυρετό» μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων στα συστήματα υγείας, που περιλαμβάνουν μια μεγάλη ποικιλία μέτρων και πολιτικών προς όλες τις κατευθύνσεις, με σκοπό να συγκρατήσουν τις δαπάνες σε εκείνα τα μεγέθη, που να είναι υποφερτά από τις οικονομίες. Τα μέτρα αυτά απευθύνονται τόσο προς την πλευρά της ζήτησης, δηλαδή τους ασθενείς όσο και προς την πλευρά της προσφοράς δηλαδή τους προμηθευτές. Επιπλέον γίνονται διαρθρωτικές αλλαγές και οργανωτικές παρεμβάσεις, με σκοπό την καλύτερη και αποδοτικότερη κατανομή και αξιοποίηση των πόρων υγείας.

Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο, πριν την εξέταση των συστημάτων χρηματοδότησης, να γίνει συνοπτική αναφορά:

- στους παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας
- στους στόχους των υπηρεσιών υγείας

1.1. ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΟΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τρεις είναι οι βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας:

- **Οι Ιατρικές**
- **Οι Νοσοκομειακές**
- **Οι Φαρμακευτικές**

Αναλυτικότερα:

Οι **ιατρικές** δαπάνες περιλαμβάνουν:

- 1) αμοιβές γιατρών, οδοντογιατρών κλπ.
- 2) δαπάνες για εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις
- 3) δαπάνες για διάφορες θεραπείες (π.χ. φυσιοθεραπείες).

Οι **νοσοκομειακές** δαπάνες περιλαμβάνουν:

- 1) δαπάνες για νοσηλεία
- 2) δαπάνες επεμβάσεων
- 3) δαπάνες εργαστηριακών εξετάσεων
- 4) δαπάνες φαρμάκων

Οι **φαρμακευτικές** δαπάνες περιλαμβάνουν:

- 1) δαπάνες για φάρμακα
- 2) δαπάνες για πρόσθετη περίθαλψη (π.χ. ΟΠΤΙΚΑ).

1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι δαπάνες υγείας αυξάνονται τα τελευταία χρόνια με γοργούς ρυθμούς.

Για την συγκράτηση των δαπανών απαραίτητη προϋπόθεση είναι η γνώση των παραγόντων που οδηγούν σ' αυτή την αύξηση, έτσι ώστε να μπορούν να επιβληθούν κατάλληλα μέτρα ελέγχου αυτών.

Οι παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας είναι:

α) Δημογραφικοί παράγοντες

Η ηλικιακή δομή του πληθυσμού άλλαξε λόγω χαμηλού δείκτη αναπαραγωγικότητας και λόγω βελτίωσης του προσδοκώμενου επιβίωσης. Το αποτέλεσμα είναι μια συνεχώς αυξανόμενη δημογραφική γήρανση. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών ήταν το 1940 3,5%, το 1950 έφτασε το 6,67%, το 1986 πλησίασε το 13% και το 2000 προβλέπεται να υπερβεί το 15%.

Είναι γνωστό ότι ο κόστος για υπηρεσίες υγείας των ατόμων άνω των 65 ετών είναι στις ανεπτυγμένες χώρες τέσσερις, κατά μέσο όρο, φορές μεγαλύτερο από εκείνο των ατόμων 15-65 ετών, ενώ για τα άνω των 75 ετών είναι 6 έως 10 φορές μεγαλύτερο.

β) Επιδημιολογικοί παράγοντες

Το σημερινό επιδημιολογικό πρότυπο, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής και του νέου καταναλωτικού προτύπου, κυριαρχείται ολοένα και

περισσότερο από χρόνια και εκφυλιστικά νοσήματα (π.χ. καρδιοπάθειες), τις αναπηρίες, τα ατυχήματα και το AIDS. Ιδιαίτερα για το AIDS έχει υπολογιστεί ότι η περίθαλψη ενός ασθενή με AIDS στοιχίζει περίπου 32.000 δολάρια ετησίως

Στην Ελλάδα συγκεκριμένα από το 1938 μέχρι το 1975 έχουμε μείωση των μολυσματικών ασθενειών και παράλληλα αύξηση των καρδιαγγειακών και καρκινικών παθήσεων, δηλαδή δραματική μεταβολή του νοσολογικού φάσματος. Αυτή η αύξηση σε συνδυασμό και με τη γήρανση του πληθυσμού οδήγησε σε αύξηση των δαπανών για την υγεία.

γ) Οικονομικοί παράγοντες

Η βελτίωση του ατομικού εισοδήματος και κατ' επέκταση και του οικογενειακού, έκανε το άτομο να είναι πιο απαιτητικό και να ζητεί όλο και περισσότερες και καλύτερες υπηρεσίες υγείας. Η βελτίωση αυτή του εισοδήματος οδηγεί στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και εκτός κοινωνικής ασφάλισης, με αποτέλεσμα να αυξάνεται έτσι το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης.

Επίσης η σταδιακή μείωση των ωρών εργασίας οδήγησε στη μείωση του κόστους ευκαιρίας του χρόνου του ασθενή, με αποτέλεσμα τη συχνότερη προσφυγή στο σύστημα υγείας.

Τέλος, η επέκταση και διεύρυνση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης οδήγησε σε μεγάλη αύξηση της ζήτησης και των δαπανών υγείας. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται δια μέσου της κοινωνικής ασφάλισης έχουν συνήθως τιμές μηδενικές κατά τη στιγμή της κατανάλωσης, με αποτέλεσμα να μη λειτουργεί ο αποτρεπτικός μηχανισμός των τιμών για τους καταναλωτές.

δ) Ψυχο- κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες

Η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου, η επαγγελματική αποκατάσταση, η εγκατάλειψη παραδόσεων, καθώς επίσης και οι πρόοδοι που έχουν γίνει στον τομέα της ιατρικής αύξησαν τις προσδοκίες και απαιτήσεις του κοινού. Έτσι σήμερα όλο και πιο πολύ εγκαταλείπονται οι παραδοσιακοί μηχανισμοί περίθαλψης και αναζητούνται νέες μέθοδοι.

ε) Αύξηση της διαθεσιμότητας και βελτίωση της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών υγείας.

Τα τελευταία χρόνια συντελέστηκε μια αύξηση του αριθμού των γιατρών, αύξηση των κλινικών και των κέντρων υγείας, αύξηση του αριθμού των φαρμάκων κλπ.

Αυτή η αύξηση είχε σαν αποτέλεσμα εκτός από την αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και την αύξηση των δαπανών των υπηρεσιών υγείας, αφού οι νέες τεχνολογίες και τα νέα φάρμακα μπορεί να είναι πιο εξελιγμένα αλλά είναι και πιο ακριβά.

Επίσης, η είσοδος και διάδοση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στο σύστημα υγείας αποτέλεσε λόγο αύξησης των δαπανών των υπηρεσιών υγείας και αυτό γιατί παρά τα θετικά αποτελέσματα που επέφερε στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών, το κόστος αγοράς της λειτουργίας και συντήρησής της είναι πολύ μεγάλο.

Τέλος, η καλύτερη διαδικασία παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, ο περιορισμός των περιφερειακών ανισοτήτων και η πρόοδος που συντελέστηκε στις συγκοινωνίες, βελτίωσαν κατά πολύ την προσπελασιμότητα.

1.3. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αντλώντας από «Οικονομική της Υγείας. Διδακτικές σημειώσεις», Θ. Πισιμίσης, 1995, στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η άνοδος του επιπέδου υγείας και της ευημερίας των πολιτών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι η επίτευξη άλλων επιμέρους στόχων, οι οποίοι εξυπηρετούν το γενικό αυτό στόχο.

Οι στόχοι αυτοί είναι:

- 1) **Αποδοτικότητα**
- 2) **Ισότητα**
- 3) **Ελευθερία επιλογής**

1) ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ

Αποδοτικότητα είναι η σχέση μεταξύ εισροών και εκροών σε ένα σύστημα παραγωγής. Οι εισροές είναι οι διάφοροι συνδυασμοί των συντελεστών παραγωγής και οι εκροές τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες που παράγονται.

Η οικονομική αποδοτικότητα δηλαδή συσχετίζει το κόστος με την παραγωγή και προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει το κόστος για ένα δεδομένο επίπεδο παραγωγής ή να μεγιστοποιήσει την παραγωγή με ένα δεδομένο κόστος.

Υπάρχουν τρεις μορφές αποδοτικότητας:

- ◆ **Αποδοτικότητα κατανομής (allocative efficiency)**, η οποία αφορά την παραγωγή των κατάλληλων προϊόντων στις κατάλληλες ποσότητες. Έτσι αποφεύγονται σπατάλες σπανίων πόρων.
- ◆ **Τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency)**, η οποία αφορά το να επιτυγχάνεται η σωστή ποσότητα παραγωγής στο χαμηλότερο κόστος.

- ◆ **Αποδοτικότητα διανομής (distributive efficiency)**, η οποία αφορά τον τρόπο με τον οποίο διανέμεται η παραγωγή στα μέλη μιας κοινωνίας.

2) ΙΣΟΤΗΤΑ

Ισότητα σημαίνει παροχή ίσων ευκαιριών σε όλους. Αναφέρεται στην δημιουργία ίσων ευκαιριών στην Υγεία και στην κατά το δυνατόν άμβλυση των εκάστοτε διαφοροποιήσεων.

Η ισότητα διακρίνεται σε:

- Ισότητα στη διανομή υπηρεσιών υγείας
- Ισότητα στη χρηματοδότηση

➤ Όσον αφορά την διανομή των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε την **οριζόντια** και **κάθετη** ισότητα.

Η **οριζόντια** ισότητα ορίζεται ως «*ίση μεταχείριση ίσων*». Αυτό συμβαίνει όταν στη διανομή των υπηρεσιών υγείας υπάρχουν οι εξής αρχές:

- Ίση πρόσβαση για ίση ανάγκη
- Ίση χρησιμοποίηση υπηρεσιών για ίση ανάγκη
- Ίση ποιότητα φροντίδας για όλους.

Η ΙΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ

- Στη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας
- Στη χρονική διάρκεια αναμονής για την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.
- Την κατανομή των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κοινωνικών και οικονομικών τάξεων του πληθυσμού.

ΙΣΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΣΗΜΑΙΝΕΙ

Οι υπηρεσίες υγείας να χρησιμοποιούνται για άτομα με τις ίδιες ανάγκες και να αποφεύγεται η προτίμηση σε συγκεκριμένα άτομα και τάξεις.

ΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΙΤΥΓΧΑΝΕΤΑΙ

Όταν οι υπηρεσίες υγείας έχουν τυποποιημένη μορφή και όταν υπάρχει παράλληλα τρόπος ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κάθετη ισότητα σημαίνει την άνιση μεταχείριση ατόμων με άνισες ανάγκες. Για παράδειγμα, η νοσηλεία για νεφρική ανεπάρκεια δεν είναι δυνατόν να έχει την ίδια μεταχείριση με ένα τοκετό, γιατί οι ανάγκες στις δύο αυτές περιπτώσεις είναι τελείως άνισες.

- Όσον αφορά τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε πάλι την **οριζόντια** και **κάθετη** ισότητα.

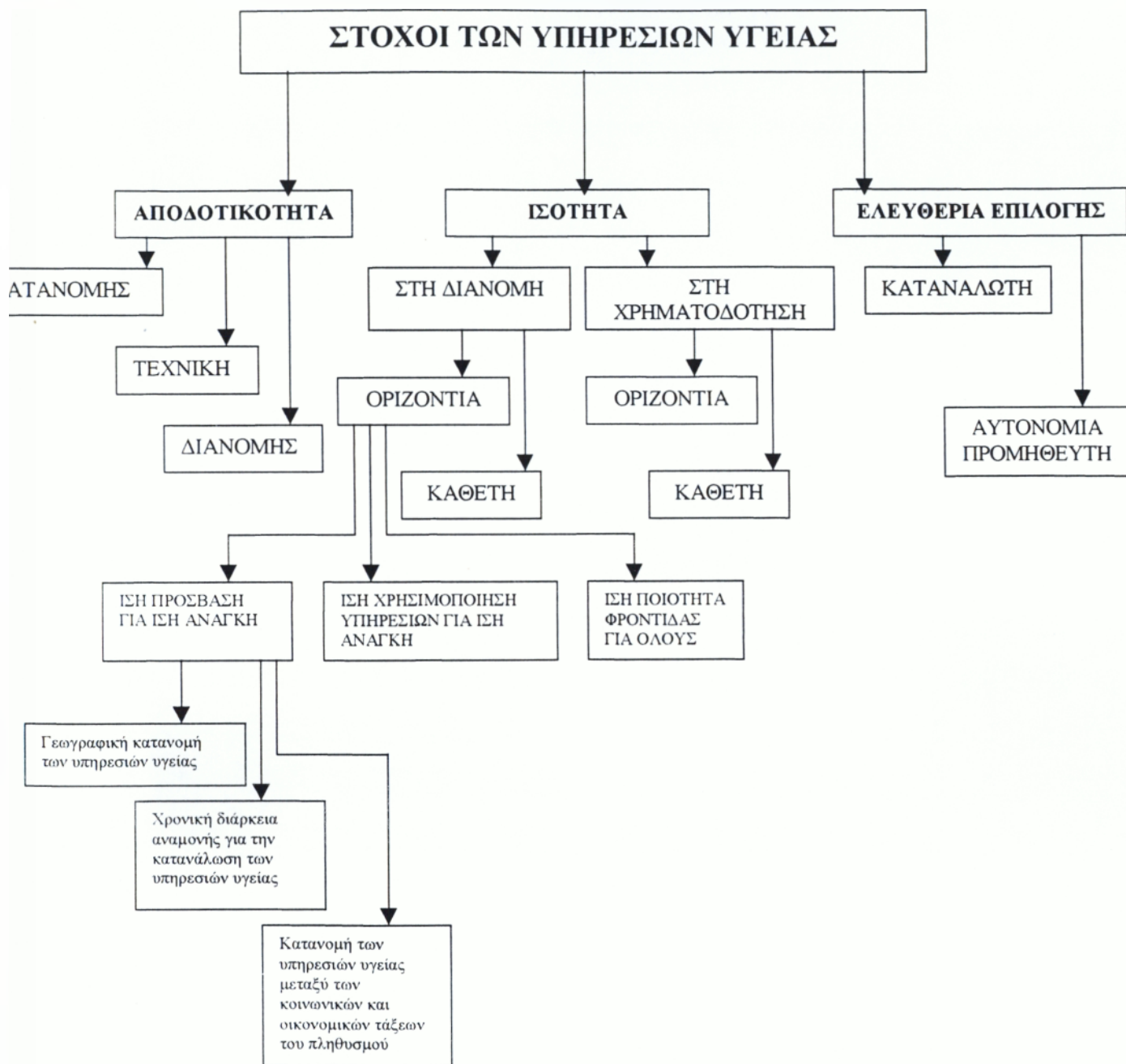
Οριζόντια ισότητα σημαίνει την ίση συμμετοχή στη χρηματοδότηση όλων των ατόμων του ίδιου εισοδηματικού επιπέδου.

Κάθετη ισότητα σημαίνει ότι τα άτομα με ανόμοια εισοδήματα θα πρέπει να έχουν και ανόμοια συμμετοχή στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

3) ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Ελευθερία επιλογής σημαίνει ο ασθενής να δύναται να επιλέγει τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας, και ο προμηθευτής να ενεργεί χωρίς εξωτερικά επιβαλλόμενους περιορισμούς στην άσκηση του λειτουργήματός του.

Διάγραμμα 1. ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



1.4. ΚΥΡΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Θεωρητικά μπορούν να υπάρξουν δέκα πέντε διαφορετικά υποσυστήματα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, που διαφοροποιούνται ανάλογα με το **αντικείμενο της αμοιβής**, με το **ποιος διαμορφώνει το ύψος της αμοιβής** και **ποιος φορέας** (ιδιωτικού χαρακτήρα ή το δημόσιο) - που παίζουν το ρόλο του ενδιάμεσου, μεταξύ καταναλωτή και προμηθευτή - **συγκεντρώνει τους χρηματικούς πόρους**, για να αμειφθούν οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, και **τους τρόπους με τους οποίους η αμοιβή καταβάλλεται**.

Τρεις διαφορετικοί τρόποι αμοιβής μπορούν να διακριθούν ως προς το αντικείμενο της αμοιβής:

- Στον πρώτο τρόπο το αντικείμενο της αμοιβής είναι **η χρήση του παραγωγικού πόρου** «π.χ. ο χρόνος που αφιερώνεται από τον προμηθευτή». Στο σύστημα αυτό ο προμηθευτής προσφέρει τις υπηρεσίες του εντός προκαθορισμένου ωραρίου και πιθανόν να είναι επιφορτισμένος και με άλλα καθήκοντα, όπως διοικητικά και διδασκαλία.
- Στον δεύτερο τρόπο το αντικείμενο της αμοιβής είναι **ο όγκος των υπηρεσιών που παρέχει ο προμηθευτής**. Στα συστήματα αυτά χρησιμοποιούνται κλίμακες αμοιβών, που κατηγοριοποιούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες με κάποιο βαθμό ακρίβειας. Η κλίμακα αμοιβών του Quebec (Καναδάς) για παράδειγμα, είναι πολύ λεπτομερής και κατηγοριοποιεί περίπου 7 χιλιάδες ιατρικές υπηρεσίες. Σε αντίθεση, η κλίμακα αμοιβών στη Γαλλία είναι λιγότερο λεπτομερής και συνδυάζει μια

ιατρική υπηρεσία, που αναγνωρίζεται με ένα γράμμα της αλφαβήτου (π.χ. Κ για εγχείριση) με έναν συντελεστή (π.χ. 50 για μικρής σημασίας επέμβαση). Στο δεύτερο αυτό τρόπο αμοιβής συναντώνται δύο διαφορετικές κατηγορίες, ανάλογα με το εάν πάγιες δαπάνες (π.χ. κεφαλαιουχικός εξοπλισμός) χρησιμοποιούνται ή όχι. Εάν χρησιμοποιούνται, το κόστος αγοράς του εξοπλισμού ενσωματώνεται στην αμοιβή, αλλά το σημαντικότερο, η ύπαρξη του εξοπλισμού μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της ποσότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα στην ακτινολογία.

- Στο τρίτο σύστημα το αντικείμενο της αμοιβής είναι **η ευθύνη που αναλαμβάνει ο προμηθευτής για την υγεία του ασθενούς**. Στο σύστημα αυτό δύο κατηγορίες μπορούν να διακριθούν:

α) ευθύνη για την υγεία των εγγεγραμμένων στη λίστα του για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο

β) ευθύνη για την παροχή ενός συγκεκριμένου τύπου ιατρικής φροντίδας.

Τρεις διαφορετικοί τρόποι αμοιβής μπορούν να διακριθούν ανάλογα με το ποιος προσδιορίζει το ύψος της αμοιβής – αποζημίωσης:

- Στο πρώτο σύστημα **ο ίδιος ο προμηθευτής** καθορίζει το ύψος της αμοιβής του *“free-fee fixing”*. Το σύστημα αυτό δεν είναι διαδεδομένο και συναντάται μόνο στη Γαλλία (*Secteur II physicians*).
- Στο δεύτερο σύστημα **γίνονται διαπραγματεύσεις** μεταξύ των εκπροσώπων των προμηθευτών γιατρών και των τρίτων πληρωτών όπου προκύπτουν κλίμακες αμοιβών, τις οποίες μπορούν να απαιτούν οι γιατροί. Βέβαια έχει παρατηρηθεί ότι οι γιατροί διαθέτουν διακριτική ευχέρεια – δύναμη στην εφαρμογή ή μη αυτών των κλιμάκων. Σε ένα «κλειστό» σύστημα, όπου δηλαδή τίθενται όρια στο ύψος των συνολικών δαπανών, οι διαπραγματεύσεις καθορίζουν το ύψος της συνολικής

δαπάνης. Απεναντίας σε ένα «ανοικτό» σύστημα το ύψος της συνολικής δαπάνης θα διαμορφωθεί εκ των υστέρων, αφού είναι δυνατόν να λάβουν χώρα ποσοτικές μεταβολές.

- Στο τρίτο σύστημα το εισόδημα των προμηθευτών προσδιορίζεται από μια **κεντρική υπηρεσία** (π.χ. Επιτροπή Τιμών και Εισοδημάτων). Στην περίπτωση αυτή το επίπεδο του εισοδήματος και η διαχρονική εξέλιξή του (για κάθε προμηθευτή) μπορεί να εξαρτάται από την προϋπηρεσία του ή να σχετίζεται με την πραγματική απόδοση του προμηθευτή.

1.4.1. ΠΗΓΕΣ (ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΙ ΦΟΡΕΙΣ) ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Οι πηγές χρηματοδότησης του τομέα της υγείας μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις κατηγορίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ
-Γενική φορολογία	-Εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών	-Οικογενειακό εισόδημα	-Βοήθεια σε χρήμα, σε είδος και τεχνογνωσία από άλλες χώρες και διεθνείς οργανισμούς
-Ειδική φορολογία	-Εισφορές αυτοαπασχολουμένων	-Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	
	-Ειδική εισφορά προσώπων και επιχειρήσεων	-Εργοδοτικές παροχές	
		-Δωρεές, φιланθρωπίες	

1.4.1.1. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟ

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε πολλές χώρες του κόσμου. Συγκεκριμένα αποτέλεσε κύρια πηγή χρηματοδότησης του εθνικού συστήματος υγείας της Βρετανίας από το 1948 μέχρι και σήμερα. Τα έσοδα του προϋπολογισμού προέρχονται από τη φορολογία.

Δύο είναι οι πηγές εσόδων της φορολογίας:

- A) Η **Γενική Φορολογία**, δηλαδή άμεσοι και έμμεσοι φόροι (π.χ. φόρος εισοδήματος, προστιθέμενης αξίας).
- B) Η **Ειδική Φορολογία** με έμμεσους ή άμεσους φόρους. Έμμεση ειδικοί φόροι είναι η φορολόγηση ειδικών καταναλωτικών προϊόντων (π.χ. καπνός, οινοπνευματώδη ποτά).

Τα συστήματα υγείας που στηρίζονται στον κρατικό προϋπολογισμό παρουσιάζουν μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Το κράτος εφόσον διαχειρίζεται τον κρατικό προϋπολογισμό μπορεί να ελέγξει το ύψος και την κατανομή των δαπανών.
- ✓ Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των προγραμμάτων γίνεται κεντρικά, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται μια ορθολογική κατανομή των υπηρεσιών.
- ✓ Ο περιορισμός των δαπανών γίνεται ευκολότερος και αυτό οφείλεται στις οικονομίες κλίμακας που απολαμβάνει το σύστημα στην αγορά, λόγω του τεράστιου σε όγκο κύκλου εργασιών. Οι οικονομίες κλίμακας είναι πολλών ειδών:

- Εμπορικές, λόγω του τεράστιου όγκου των αγορών κεφαλαιουχικού εξοπλισμού και υπηρεσιών.
 - Διαχειριστικές, εφόσον δεν απαιτείται η δημιουργία επιπλέον μηχανισμών συλλογής των πόρων υγείας. Οι αναλογούντες πόροι για την υγεία συλλέγονται δια μέσου του υπάρχοντος μηχανισμού συλλογής των φόρων.
 - Διοικητικές, λόγω μεγάλου αριθμού είναι δυνατή η υψηλή εξειδίκευση των στελεχών του.
- ✓ Μείωση του λειτουργικού κόστους επέρχεται και από τη μονοπωνιακή δύναμη που απολαμβάνει το σύστημα στην αγορά. Οι υγειονομικές αρχές λειτουργούν ως αποκλειστικός αγοραστής των υπηρεσιών υγείας, για λογαριασμό των πολιτών, επιβάλλοντας έτσι κανόνες στους προμηθευτές.
 - ✓ Είναι κοινωνικά πιο δίκαια αφού ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, δηλαδή τα οικονομικά βάρη κατανέμονται με βάση το εισόδημα. Είναι το μόνο σύστημα που ικανοποιεί το ένα κριτήριο της κάθετης ισότητας που είναι η προοδευτικότητα στη συμμετοχή στο κόστος ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός.
 - ✓ Τα συστήματα αυτά εξαφανίζουν το φαινόμενο της αντιστροφής επιλογής λόγω της έλλειψης και λόγω του μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα των οργανισμών.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ❖ Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού και Νοσοκομείου.
- ❖ Η γραφειοκρατία του δημόσιου τομέα δημιουργεί δυσκολίες πρόσβασης και αναποτελεσματικότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας (λίστες αναμονής κλπ.).
- ❖ Η έλλειψη οικονομικών κινήτρων, λόγω της έλλειψης συνθηκών κάποιου εσωτερικού ανταγωνισμού, επηρεάζουν αρνητικά την αποδοτικότητα.

- ❖ Υστερούν σε οικονομική αυτοτέλεια, λόγω της εξάρτησής τους από τη δημοσιονομική πολιτική της εκάστοτε κυβέρνησης. Βρίσκονται συνεχώς κάτω από την απειλή περικοπών στη χρηματοδότηση, γιατί εξαρτώνται άμεσα από τα δημόσια έσοδα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη του συστήματος να γίνονται δύσκολα.
- ❖ Υπάρχει άγνοια από την πλευρά του ασθενή για το τι πληρώνει για την υγεία του, με αποτέλεσμα να μη ενδιαφέρεται να περιορίσει την υψηλή κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ Τέλος, λόγω του ότι η πληρωμή φόρων είναι κάτι που ο μέσος πολίτης αντιπαθεί και λόγω της έλλειψης άμεσης συσχέτισης πληρωμών φόρων και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, ο φορολογούμενος πολίτης είναι αρνητικά διακείμενος σε περαιτέρω αύξηση των φόρων.

1.4.1.2. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η κοινωνική ασφάλιση ως πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε και εφαρμόστηκε το 1883 στη Γερμανία του Bismark. Χώρες όπως ο Καναδάς, η Γαλλία, η Αυστραλία και η Γερμανία έχουν στηρίξει τα συστήματα υγείας τους στην κοινωνική ασφάλιση.

Παρά τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν από χώρα σε χώρα σχετικά με τον αριθμό των ασφαλιστικών ταμείων, το ύψος των εισφορών, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και το εύρος κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μια κλασσική μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, που στηρίζεται στους εργοδότες και στους εργαζόμενους.

Τα έσοδα δηλαδή της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Οι υποχρεωτικές εισφορές εισπράττονται ως σταθερό ποσοστό από τη μισθοδοσία τόσο των

εργαζομένων, όσο και των εργοδοτών. Το ύψος του ποσοστού αυτού καθορίζεται από το ίδιο το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση. Η εισφορά του εργοδότη υπολογίζεται με διαφορετικό ποσοστό, συνήθως μεγαλύτερο από αυτό του εργαζομένου.

Οι εισφορές τόσο των εργαζομένων όσο και των εργοδοτών χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης π.χ. αμοιβές προσωπικού, εξετάσεις κλπ., ενώ τα έξοδα, κεφαλαιουχικού εξοπλισμού συνήθως χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τα συστήματα υγείας που στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση παρουσιάζουν μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Στα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση γνωρίζει ο καταναλωτής τι πληρώνει κάθε μήνα για την υγεία, δημιουργείται έτσι συνείδηση του κόστους στον καταναλωτή, με αποτέλεσμα να περιορίζει τη ζήτηση.
- ✓ Όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στην ίδια δέσμη υπηρεσιών υγείας.
- ✓ Η συμμετοχή των εργοδοτών είναι μεγαλύτερη από εκείνη των εργαζομένων.
- ✓ Οι ασθενείς έχουν ελευθερία επιλογής γιατρού και Νοσοκομείου, τους δίνεται δηλαδή η δυνατότητα να επιλέξουν, έστω και αν αυτό μπορεί να σημαίνει πολλές φορές οικονομική επιβάρυνση.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ❖ Το υψηλό κόστος της εργοδοτικής εισφοράς του εργοδότη, σε σχέση με τον εργαζόμενο, μεταφέρεται τελικά στον ίδιο τον εργαζόμενο είτε άμεσα με την ανάλογη μείωση του μισθού, είτε έμμεσα με την αύξηση της τιμής των παραγόμενων προϊόντων.
- ❖ Επιβάρυνση του διοικητικού κόστους σημαντική, λόγω των διαδικασιών που απαιτούνται για τη συλλογή εισφορών και τη χρηματοδότηση των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όταν ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είναι πολύ μεγάλος.
- ❖ Η είσπραξη σταθερής εισφοράς από το μισθό του εργαζομένου στερείται της προοδευτικότητας της φορολογικής κλίμακας, με τις ανάλογες επιπτώσεις στην κάθετη ισότητα.
- ❖ Η μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια, η αδυναμία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης να καλύψει τις δαπάνες αυτές και η έλλειψη των εισφορών των ανίκανων προς εργασία, ανάγκασαν τον κρατικό προϋπολογισμό να καλύψει τις δαπάνες αυτές, με αποτέλεσμα η βασική αρχή της κοινωνικής ασφάλισης για «*διμερή χρηματοδότης*» να μετατρέπεται σε «*τριμερή*», δηλαδή εργαζόμενοι, εργοδότες, κράτος.

1.4.1.3. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας πήρε μεγάλες διαστάσεις ιδιαίτερα μετά το 1960. Το 1993, η Παγκόσμια Τράπεζα ανακοίνωσε ότι σε πολλές χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης καλύπτουν το μεγαλύτερο μερίδιο του συνολικού εθνικού κόστους για την Υγεία.

Η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα γίνεται από δύο πηγές:

-ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

-ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗ

Οι πόροι που αντλούνται τα χρήματα για τις παραπάνω πηγές είναι:

- *Το εισόδημα των νοικοκυριών*
- *Οι εργοδοτικές παροχές*
- *Η ιδιωτική ασφάλιση*
- *Οι δωρεές ατόμων ή φιλανθρωπικών σωματείων.*

Τα συστήματα υγείας που στηρίζονται στην ιδιωτική ασφάλιση παρουσιάζουν μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ✓ Η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει συμπληρωματικές καλύψεις, όπως εξασφάλιση καλύτερων ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσιών (π.χ. μονόκλινα δωμάτια, τηλεόραση κλπ.), καθώς επίσης και κάλυψη του κινδύνου απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- ❖ Στη ιδιωτική ασφάλιση δεν υπάρχουν τιμές ασφαλιστρων που να ικανοποιούν τη σχέση «ίση συνεισφορά για άτομα με ίση ικανότητα πληρωμής και υψηλότερη για άτομα με μεγαλύτερη ικανότητα πληρωμής», με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι αρχές της κάθετης και οριζόντιας ισότητας.
- ❖ Οι τιμές των ασφαλιστρων δεν έχουν υπολογιστεί ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν χαμηλό επίπεδο υγείας. Αυτό σημαίνει ότι άτομα που έχουν κακή υγεία καλούνται να πληρώσουν περισσότερο και συνήθως αυτά τα άτομα είναι άνθρωποι με χαμηλά εισοδήματα.

- ❖ Επειδή η ασφάλεια ζωής συνδέεται σχεδόν πάντα με την απασχόληση, δημιουργεί ανωμαλίες για αυτούς που αλλάζουν εργασίες, γι' αυτούς που είναι άνεργοι και για τους συνταξιούχους.
- ❖ Το κόστος των ασφάλιστρων των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών είναι υψηλό. Για το λόγο αυτό απευθύνεται συνήθως σε κοινωνικές τάξεις με υψηλά εισοδήματα, που μπορούν και επιθυμούν να έχουν συμπληρωματική ασφαλιστική κάλυψη.

1.4.1.4. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω των ειδικών υπηρεσιών των αναπτυγμένων χωρών και μέσω των διεθνών οργανισμών (π.χ. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Ερυθρός Σταυρός, τα Ηνωμένα Έθνη κλπ.). Συγκεκριμένα βοηθούν με:

- Δωρεάν παροχή υγειονομικού υλικού
- Ομαδικούς εμβολιασμούς
- Παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

1.4.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΜΟΙΒΗΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ

Ο τρόπος αμοιβής των προμηθευτών επιδρά στην συμπεριφορά τόσο των ίδιων όσο και των καταναλωτών, με συνέπειες στους στόχους των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή στην αποδοτικότητα και ισότητα. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο τρόπος αμοιβής στο χώρο της υγείας επηρεάζει βασικά ποσοτικά και ποιοτικά μεγέθη όπως, τον όγκο και το κόστος των υπηρεσιών, την κατανομή των πόρων, την ποιότητα των υπηρεσιών, την ισότητα του συστήματος απέναντι στους πολίτες κλπ.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Υπάρχουν τέσσερις τρόποι αμοιβής της εργασίας των γιατρών:

- 1) **Αμοιβή κατά πράξη**
- 2) **Αμοιβή με μισθό**
- 3) **Αμοιβή με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων**
- 4) **Ελεύθερη αγορά**

1) ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΤΑ ΠΡΑΞΗ

Ο γιατρός αμείβεται για κάθε επιμέρους υπηρεσία που προσφέρει. Η πληρωμή του γιατρού γίνεται είτε από τον ασθενή, που κατόπιν μπορεί να εισπράξει μέρος ή όλο το ποσό από τον ασφαλιστικό φορέα, είτε απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα, βάση προσυμφωνημένων τιμολογίων. Το σύστημα αυτό είναι ιδιαίτερα επιθυμητό από τους γιατρούς, αφού τους επιτρέπει να αυξήσουν τα εισοδήματά τους, με την αύξηση των υπηρεσιών που παρέχουν. Το σύστημα αυτό επιτρέπει στον ασθενή να διαλέξει ο ίδιος όποιο γιατρό θέλει. Έτσι επιτυγχάνεται σε μεγάλο βαθμό η ελευθερία επιλογής, που αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους του συστήματος υγείας. Παράλληλα παρέχει στο γιατρό επαγγελματική αυτονομία, αφού τον ενθαρρύνει να βελτιώσει την υποδομή του ιατρείου του και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει, για να μπορέσει να προσελκύσει μεγαλύτερη πελατεία. Επίσης, δημιουργεί μια προσωπική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς, η οποία είναι σημαντική στη θεραπευτική διαδικασία.

Το σύστημα αυτό όμως απαιτεί υψηλό διοικητικό κόστος για την καταγραφή και τον έλεγχο των ιατρικών πράξεων και για την πληρωμή των γιατρών. Επίσης είναι πληθωριστικό, αφού ενθαρρύνει το γιατρό να προσφέρει όσο το δυνατό περισσότερες υπηρεσίες για να αυξάνεται έτσι το εισόδημά του. Ακόμα η δυνατότητα αυτής της προσφοράς προκαλεί βλάβη

στον ασφαλιστικό φορέα. Το σύστημα αυτό λειτουργεί σήμερα σε πάρα πολλές χώρες όπως στη Γερμανία, Νορβηγία, Βέλγιο, Καναδά, Αυστραλία κλπ.

2) ΑΜΟΙΒΗ ΜΕ ΜΙΣΘΙΟ

Ο γιατρός που αμείβεται με μισθό είναι υπάλληλος του ασφαλιστικού φορέα. Ο γιατρός συμβάλλεται με το φορέα ασφάλισης με σχέση εξαρτημένης εργασίας και συμφωνεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στους ασφαλισμένους του φορέα, για συγκεκριμένες ώρες ημερησίως και να αμείβεται με την συμφωνηθείσα αμοιβή. Το σύστημα αυτό κυριαρχεί στους γιατρούς που απασχολούνται στα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα αγροτικά ιατρεία κ.α.

Δεν υπάρχει ανταγωνισμός για προσέλκυση πελατών. Εκδηλώνονται γραφειοκρατικά φαινόμενα. Η έλλειψη κινήτρων για αποδοτικότητα των γιατρών δημιουργεί φαινόμενα παραοικονομίας στον τομέα της υγείας, με μια μορφή παράνομης αμοιβής κατά πράξη του γιατρού από τον ίδιο τον ασθενή. Αυτό τοποθετεί τους οικονομικά αδύνατους σε μειονεκτική θέση.

3) ΑΜΟΙΒΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΩΝ

Ο γιατρός αμείβεται με ένα εκ των προτέρων καθορισμένο συνήθως προκαταβαλλόμενο ποσό ανά ασφαλισμένο, αναλαμβάνοντας την υποχρέωση να του παρέχει για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα ένα συγκεκριμένο "πακέτο" ιατρικών υπηρεσιών. Το ποσό αυτό καταβάλλεται σε μηνιαία ή ετήσια βάση και ανεξάρτητα εάν ο ασφαλισμένος κατανάλωσε ή όχι υπηρεσίες υγείας.

Η μέθοδος αυτή έχει εφαρμογή στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και ειδικότερα στους οικογενειακούς γιατρούς. Ο ασθενής επιλέγει τον

οικογενειακό γιατρό, εγγράφεται στη λίστα του και για κάθε πρόβλημα υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφύγει μόνο σε αυτόν. Η προσφυγή στις ειδικότητες και στο νοσοκομείο γίνεται μόνο ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού. Ο γιατρός έχει επαγγελματική αυτονομία, αφού είναι υπεύθυνος για η στελέχωση, την οργάνωση και τη λειτουργία του ιατρείου του. Για τον ασφαλιστικό φορέα το κόστος είναι σε μεγάλο ποσοστό προβλέψιμο, ενώ το σύστημα δε δημιουργεί κίνητρα για υπερκατανάλωση των υπηρεσιών, αλλά αντίθετα ενθαρρύνει τους γιατρούς να προάγουν την πρόληψη και να περιορίζουν τις άσκοπες επισκέψεις.

Η μέθοδος αυτή μειονεκτεί από την άποψη ότι ο ασθενής δεν έχει ελευθερία επιλογής, ενώ από την άλλη μεριά ο γιατρός έχει το περιθώριο να απορρίψει κάποιους ασθενείς που θεωρεί ότι καταναλώνουν πολλές υπηρεσίες υγείας π.χ. ηλικιωμένους.

4) ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΑΓΟΡΑ

Στο σύστημα αυτό οι τιμές των υπηρεσιών καθορίζονται αποκλειστικά από τους ίδιους τους γιατρούς με βάση τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης. Οι ασθενείς πληρώνουν τους γιατρούς με βάση τις τιμές αυτές και αποζημιώνονται στη συνέχεια μερικώς ή πλήρως από τον ασφαλιστικό τους φορέα. Το σύστημα αυτό δημιουργεί ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών, ο οποίος όμως τελικά δεν λειτουργεί προς όφελος του συστήματος, δημιουργώντας πολλές πάγιες εξωνοσηλευτικές δαπάνες. Έτσι ενώ οι αμοιβές των γιατρών στις ΗΠΑ είναι τριπλάσιες από αυτές του Καναδά, το τελικό καθαρό τους εισόδημα είναι μόλις κατά το 1/3 υψηλότερο.

Το αποτέλεσμα λοιπόν της ελεύθερης αγοράς είναι η έλλειψη αποδοτικότητας, η ανυπαρξία ισότητας και ο πληθωρισμός του τομέα υγείας.

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Οι μέθοδοι αποζημίωσης των νοσοκομείων διακρίνονται σε:

-Αποζημίωση εκ των Υστέρων (ΑΥ) - (*retospective reimbursement*), με το σύστημα της αμοιβής κατά επέμβαση (ανοικτό νοσήλιο) και με το σύστημα της αμοιβής κατά ημέρα νοσηλείας (κλειστό νοσήλιο) ή με μεικτό σύστημα των δύο προηγούμενων (ευλύγιστο νοσήλιο), και σε

-Αποζημίωση εκ των Προτέρων (ΑΠ) - (*prospective reimbursement*), με το σύστημα των προϋπολογισμών

1.4.2.1. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΜΟΙΒΗΣ ΤΩΝ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ

Ένας τρόπος κατηγοριοποίησης που βοηθά στην αξιολόγηση των συστημάτων αμοιβής των προμηθευτών, μπορεί να επιτευχθεί με το διαχωρισμό τους σε δύο ομάδες, ανάλογα με το πότε καταβάλλεται η αμοιβή:

- α) εκ των προτέρων
- β) εκ των υστέρων

Η διαφορά μεταξύ αμοιβής με λίστα και της αμοιβής κατά πράξη γίνεται περισσότερο κατανοητή με αναφορά στο χρόνο. Η ΑΚΠ είναι ένας τύπος αμοιβής εκ των υστέρων, ενώ η αμοιβή με λίστα είναι μία εκ των προτέρων αμοιβή για την περίοδο που καλύπτει η σύμβαση. Στην εκ των προτέρων κατηγορία περιλαμβάνεται και η αμοιβή με μισθό, δεδομένου ότι το ύψος του μισθού και γενικά των κινήτρων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του γιατρού, είναι γνωστά εκ των προτέρων.

Συστήματα εκ των υστέρων αμοιβής

Οι προμηθευτές συχνά υποστηρίζουν ότι το πλεονέκτημα της ΑΚΠ είναι ότι ενδυναμώνει την ελευθερία τους, σχετικά με την άσκηση του λειτουργήματός τους και την «συνέχεια» στη φροντίδα για τον ασθενή. Σε μελέτη έχει αποδειχθεί ότι στο σύστημα ΑΚΠ σημειώθηκαν 22% περισσότερες επισκέψεις κατά ασθενή, σε σύγκριση με επισκέψεις που έγιναν σε γιατρούς που αμείβονταν με μισθό. Όσον αφορά τη «συνέχεια» στη φροντίδα, αποδείχτηκε ότι οι ασθενείς προτιμούν να επισκέπτονται σε πιο συχνή βάση τους γιατρούς τους, όταν αυτοί αμείβονται με ΑΚΠ.

Το μειονέκτημα του συστήματος ΑΚΠ είναι ότι επιτρέπει στους προμηθευτές να διαμορφώνουν ελεύθερα την ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Ένας αριθμός μελετών έχει αποδείξει ότι σε χώρες με διαφορετικά συστήματα αμοιβής, όπως Καναδάς και Μ. Βρετανία, ο αριθμός των εγχειρίσεων ήταν συγκριτικά μεγαλύτερος σε χώρες που εφαρμόζεται το σύστημα ΑΚΠ (Καναδά). Άλλες μελέτες απέδειξαν ότι οι προμηθευτές έχουν την ικανότητα να απορροφούν την επίδραση στο εισόδημά τους από τη μείωση των αμοιβών τους, αυξάνοντας την ποσότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Με άλλα λόγια, είναι σε θέση να διατηρούν το εισόδημά τους, ακόμα και αν στην αγορά διαμορφώνονται χαμηλότερα επίπεδα αμοιβών.

Δύο άλλα προβλήματα που συνδέονται με το σύστημα αμοιβής κατά πράξη είναι το φαινόμενο **fee-creep** και το φαινόμενο **της υποκατάστασης των εισροών**. Το πρώτο φαινόμενο αναφέρεται στην διαχείριση της κλίμακας αμοιβών από τον προμηθευτή, με σκοπό να μεγιστοποιηθεί το εισόδημα του. Με δεδομένη την ατελή πληροφόρηση του πληρωτή, η διαδικασία διαπραγμάτευσης συνήθως οδηγεί σε μια δομή αμοιβής που ευνοεί τον προμηθευτή.

Οι υψηλότερες αμοιβές για παράδειγμα της τεκνοποίησης με καισαρική τομή, μπορεί να αποδειχθεί σημαντικός παράγοντας για την επιλογή της μεθόδου τεκνοποίησης. Το φαινόμενο υποκατάστασης εισροών αναφέρεται στο γεγονός ότι σε ένα σύστημα ΑΚΠ οι γιατροί δεν επιτρέπουν την υποκατάστασή τους από άλλους προμηθευτές (κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό), όπως θα έκαναν εάν αμείβονταν με μισθό ή με λίστα.

Συστήματα εκ των προτέρων

Τα συστήματα αμοιβής εκ των προτέρων επιδιώκουν να προσφέρουν κίνητρα, ώστε να περιοριστεί το κόστος και να αναπτύξουν ένα σύστημα άσκησης του επαγγέλματός τους περισσότερο αποδοτικό, από πλευράς κόστους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΑ – ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΑ

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, σε πολλές χώρες οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Στην τριακονταπεντία μεταξύ του 1950-80, οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν με γρηγορότερο ρυθμό από το ΑΕΠ, σε όλες σχεδόν τις χώρες. Παρά το γεγονός ότι και στην αρχή της δεκαετίας του 60 είχε γίνει αντιληπτό ότι μια τέτοια αυξητική τάση θα έπρεπε αργά ή γρήγορα να ελεγχθεί, εντούτοις το κλίμα το οποίο επικρατούσε την εποχή εκείνη, δηλαδή αυτό της σχεδόν άνευ προηγουμένου οικονομικής ανάπτυξης, στις περισσότερες χώρες ήταν τέτοιο, που τελικά δεν επέβαλλε άμεσες πολιτικές συγκράτησης των αυξητικών τάσεων στις δαπάνες υγείας.

Το παραπάνω κλίμα έμελλε να αναστραφεί δραματικά μέσα στη δεκαετία του '70, λόγω της οικονομικής κρίσης που ξέσπασε μετά την αναπροσαρμογή των τιμών του πετρελαίου το 1973 και '79 και που οδήγησε στις περισσότερες χώρες στη λήψη μέτρων που αποσκοπούσαν είτε στον περιορισμό της αυξητικής τάσης των δαπανών υγείας, είτε στην άμεση περικοπή τους. Την περίοδο που ακολούθησε, η ύπαρξη και λειτουργία του «κράτους πρόνοιας», αναπόσπαστο μέρος και υποσύστημα του οποίου είναι η υγειονομική περίθαλψη, άρχισε να περνάει κρίση και να προπαγανδίζεται η νεοφιλελεύθερη ιδεολογία για «λιγότερο κράτος». Αν και οι παραπάνω ιδέες δεν βρήκαν ποτέ μεγάλη απήχηση στα πλατιά λαϊκά στρώματα, εντούτοις

μέσα από την ίδια την οικονομική κρίση και τη δυσφορία των πλατιών κοινωνικών στρωμάτων σε περαιτέρω επιβολή φόρων, δημιουργήθηκε ευνοϊκό κλίμα για τη δράση εκ μέρους των διαφόρων κυβερνήσεων για τη συγκράτηση και περιστολή των δαπανών υγείας. Το όλο κλίμα διευκόλυνε την συνειδητοποίηση και αποδοχή του γεγονότος ότι οι δαπάνες υγείας σαν ποσοστό του ΑΕΠ θα πρέπει, εξ ανάγκης, στο εξής αφ' ενός να είναι πεπερασμένες και αφ' ετέρου ότι μέσα σε αυτό το περιοριστικό πλαίσιο των σπάνιων φυσικών και ανθρωπίνων πόρων, θα πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια για την καλύτερη δυνατή αξιοποίησή τους.

Η παραδοχή των παραπάνω ιδεών και κατευθύνσεων οδήγησε από τα μέσα της δεκαετίας του '70 και καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 στην αναζήτηση εκ μέρους των κυβερνήσεων μεθόδων, για τη συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και σε πολλές χώρες στη μεταρρύθμιση και αναδιοργάνωση των υπηρεσιών αυτών.

Αν και αρκετές χώρες, στην παραπάνω χρονική περίοδο, βρίσκονταν κάτω από την ισχυρή επίδραση της νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας ή και ισχυρών συντηρητικών κυβερνήσεων, εντούτοις ο ρόλος της δημόσιας χρηματοδότησης εξακολουθεί να είναι κυρίαρχος. Συγχρόνως, ο ρόλος της εθελοντικής ασφάλισης υγείας περιορίστηκε και έχει ήδη καταλάβει ή πρόκειται να καταλάβει συμπληρωματική θέση σε σχέση με το δημόσιο τομέα και την υποχρεωτική κάλυψη. Παρόλα αυτά, είναι αναμφισβήτητο ότι οι μεταρρυθμίσεις εισήγαγαν μέτρα για την ιδιωτικοποίηση της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και σκοπός της παρακάτω ανάλυσής μας είναι η εξέταση των επιδράσεων των μέτρων αυτών πάνω στους στόχους των συστημάτων υγείας στις διάφορες χώρες, όπως προκύπτει από την μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας.

2.1. Δημόσια χρηματοδότηση. Τάσεις και εξελίξεις

Ως δημόσια χρηματοδότηση ή δημόσιες δαπάνες, νοείται εδώ ως η χρηματοδότηση που προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό ή από την κοινωνική ασφάλιση ή και τα δύο. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αν και διαφέρουν από χώρα σε χώρα, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, παίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση. Η συμμετοχή αυτή κυμαίνεται από 20%-80%.

Πρόσφατες τάσεις για το ρόλο των δημοσίων δαπανών για την υγεία αντικατοπτρίζουν τις μεταβολές που έχουν επέλθει στην γενικότερη δημοσιονομική πολιτική διάφορων χωρών, ως αποτέλεσμα προσαρμογών που έγιναν σ' αυτές λόγω οικονομικών και πολιτικών αλλαγών. Στις διάφορες χώρες οι κυβερνήσεις προχώρησαν σε μεταβολές των πολιτικών τους, προκειμένου οι οικονομίες των χωρών να προσαρμοστούν σ' αυτές τις αλλαγές. Στα πλαίσια αυτών των αλλαγών επηρεάστηκαν σημαντικά και οι δαπάνες για την υγεία.

Στη **Χιλή** για παράδειγμα την τελευταία δεκαετία έχουμε μια σημαντική στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα. Το σύστημα χρηματοδότησης που μέχρι πρόσφατα βασιζόταν στην γενική φορολογία και στην κοινωνική ασφάλιση, έχει σημαντικά τροποποιηθεί και βασίζεται και σε μεγάλο πλέον βαθμό στην ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση.

Επίσης, στις χώρες της **Ανατολικής Ευρώπης** όπου το σύστημα ήταν καθαρά δημόσιο και κεντρικά σχεδιασμένο, παρατηρείται σημαντική στροφή σε ένα πιο πλουραλιστικό σύστημα, που εξαρτάται όλο και λιγότερο από την απ' ευθείας δημόσια χρηματοδότηση.

Γερμανία

Η Γερμανία είχε για 45 χρόνια δύο διαφορετικά συστήματα υγείας. Το σύστημα υγείας της Ομοσπονδιακής Γερμανίας θεσπίστηκε το 1883 από τον Bismarck, αναπτύχθηκε και βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια της μακρόχρονης ιστορίας του και οδηγήθηκε σε σημαντικές αλλαγές στα τέλη της δεκαετίας του '70 και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80.

Μετά το δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, η Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας (Ανατολική Γερμανία) και για 45 χρόνια, υιοθέτησε ένα δημόσιο σύστημα υγείας τελείως διαφορετικό από αυτό της Δυτικής Γερμανίας. Με την ενοποίηση όμως της (FRG) Δυτικής Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας και της (GDR) Ανατολικής Λαϊκής Δημοκρατίας της Γερμανίας τον Οκτώβρη του 1990 συμφωνήθηκε ότι τα συστήματα υγείας θα έπρεπε να ενσωματωθούν. Αυτό είχε πραγματικά την πρόθεση να αναπτυχθεί στην πρώην GDR ένα σύστημα βασισμένο στην ασφάλιση με βάση την εμπειρία της FRG και να προσαρμοστεί, με μικρή αλλαγή, στην περιοχή και τον πληθυσμό της GDR.

Το πρόσφατα προσαρμοσμένο σύστημα σκοπεύει να καλύψει τον πληθυσμό των 16 εκ. της πρώην GDR, το οποίο συνήθιζε να διευθύνει 17 περιοχές που απασχολούν 5.000.000 προσωπικό πάνω από 500 νοσοκομεία και 600 πολυκλινικές, με σχεδόν 1000 επιπλέον κέντρα υγείας. Στο καινούργιο σύστημα συμπεριλαμβάνεται σχεδόν όλος ο πληθυσμός της πρώην GDR μέσα στην κάλυψη των κεφαλαίων υγείας που έχουν ήδη διατεθεί από τη FRG.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το 60% των δαπανών για την υγεία προέρχονται από τις εισφορές των υποχρεωτικώς και εθελοντικώς ασφαλισμένων στο ασφαλιστικό σύστημα υγείας, το 21% από τη γενική φορολογία, το 7% από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και περίπου το 11% αποτελούν οι απ' ευθείας πληρωμές.

Εφαρμόζεται το σύστημα του σφαιρικού προϋπολογισμού, σε συνδυασμό με το σύστημα της αμοιβής κατά πράξη. Τα ταμεία ασθενείας πληρώνουν απ' ευθείας τους προμηθευτές υγείας για τις υπηρεσίες τους. Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί ακολουθούν επιπλέον και το σύστημα επιστροφής χρημάτων στους ασθενείς. Οι Δημόσιες υπηρεσίες

υγείας χρηματοδοτούνται από την Κυβέρνηση. Οργανώθηκαν τοπικοί και πολιτειακοί σύλλογοι από τους ιδιώτες γιατρούς, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ταμεία Ασθενείας για το ύψος των αμοιβών τους, για τις υπηρεσίες που προσφέρουν στα μέλη των ταμείων αυτών.

ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Το συνολικό κόστος του συστήματος υγείας ανερχόταν το 1989 στο 8,2% του ΑΕΠ, από το οποίο το 31,5% για νοσοκομειακή περίθαλψη, το 17,5% για εξωνοσοκομειακή το 15,6% για φαρμακευτική, το 9,7% για οδοντιατρική, το 3,8% για πρόληψη, το 16,7% για επιδόματα σε χρήμα και το 5% για διοικητικά έξοδα. Παρατηρούμε μια αύξηση των δαπανών από το 1970, η οποία άρχισε να σταθεροποιείται το 1990 (5,9% του ΑΕΠ το 1970, 8,1% το 1975, 8,4% το 1980, 8,8% το 1988 και 8,3% το 1990). Επίσης το μερίδιο των ιδιωτικών δαπανών αυξήθηκε από 18% το 1977, σε 22% το 1989. Ο ρυθμός αύξησης των ταμείων Ασθενείας έπεσε από 5,8% το χρόνο, το 1988, στο 3% το χρόνο 1989.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Υπάρχουν 3 τύποι νοσοκομείων στη Γερμανία. Τα δημόσια ομοσπονδιακά, τα δημόσια πολιτειακά και τα τυπικά νοσοκομεία. Ακόμη τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τα ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία.

Οι δύο πρώτοι τύποι νοσοκομείων απασχολούν γιατρούς που αμείβονται με μισθό, αν και οι διευθυντές των κλινικών μπορούν να δέχονται ασθενείς επί πληρωμή. Ενώ τα ιδιωτικά νοσοκομεία πληρώνουν τους γιατρούς με το σύστημα της αμοιβής κατά πράξη.

Τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από τα ταμεία Ασθενείας και τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς, ενώ το κόστος των επενδύσεων που μπορεί να κάνουν καλύπτεται από τις τοπικές κυβερνήσεις.

Από το 1986 η χρηματοδότηση των νοσοκομείων γίνεται με το σύστημα του σφαιρικού προϋπολογισμού, κατόπιν διαπραγματεύσεων μεταξύ αντιπροσώπων των ταμείων Ασθενείας και κάθε νοσοκομείου. Με το σύστημα αυτό καθορίζεται το ημερήσιο νοσήλιο το οποίο πληρώνεται από τα ταμεία ασθενείας το ύψος του νοσηλίου καθορίζεται με βάση το σταθερό και το μεταβλητό λειτουργικό κόστος, κατά της διάρκεια του έτους, καθώς και ενός προσδοκώμενου ρυθμού πληρότητας.

Στην πλειοψηφία των χωρών, περιλαμβανομένων και των λιγότερο ανεπτυγμένων, ο ρόλος της δημόσιας χρηματοδότησης στην υγεία γίνεται όλο και περισσότερο αδρανής και λιγότερο κεντρικά προγραμματισμένος. Η οικονομική στασιμότητα ή ύφεση διακρίνεται ξεκάθαρα στον τομέα της υγείας με την μετάβαση ανθρώπινων και υλικών πόρων προς τον ιδιωτικό τομέα. Σε διάφορες χώρες, για παράδειγμα στην Κίνα, στην Κολομβία κλπ., έχει σημειωθεί σημαντική αύξηση του μεριδίου των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία από τις αρχές του 1980.

Νιγηρία

Παραδοσιακά, οι Νιγηριανοί έχουν βασιστεί στον ιδιωτικό τομέα, ειδικά σε ιεραποστολές και σε άλλους φιλανθρωπικούς οργανισμούς και παραδοσιακούς προμηθευτές για την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτοί οι προμηθευτές πάντα χρέωναν τους ασθενείς για την φροντίδα που παρείχαν. Μετά την ανεξαρτησία όμως της Νιγηρίας το 1960, ευνοϊκές, οικονομικές συνθήκες έδωσαν τη δυνατότητα να εξαπλωθεί η κάλυψη υγειονομικής φροντίδας απ' το δημόσιο τομέα.

Η οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1980 και η αρνητική επιρροή στα έσοδα της κυβέρνησης αποτέλεσε λόγο για αλλαγές. Η κυβέρνηση αδυνατούσε να χρηματοδοτήσει την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών ενόψει ενός αυξανόμενου πληθυσμού με μεγάλες προσδοκίες. Επίσης, η ποιότητα των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών από τις δημόσιες υπηρεσίες μειωνόταν με αποτέλεσμα πολλοί Νιγηριανοί να δέχονται να πληρώσουν για φροντίδα υψηλής ποιότητας στον ιδιωτικό τομέα, ακόμα κι αν αυτό σήμαινε οικογενειακό δανεισμό. Η κυβέρνηση τώρα μελετώντας την κατάσταση που επικρατεί στην Νιγηρία στον τομέα της υγείας σχεδιάζει έναν αριθμό ιδιωτικών πηγών χρηματοδότησης.

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

Η επιβάρυνση των χρηστών υπάρχει σε πολλές δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες και είναι χαμηλότερη σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε σύγκριση με τα άλλα

επίπεδα.

Εν τούτοις, η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος είναι ακόμα ασήμαντη, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Οι χαμηλές αμοιβές των προμηθευτών, η απροθυμία των πολιτικών να αυξήσουν τις αμοιβές αυτές για πολιτικούς λόγους και το αναποτελεσματικό σύστημα είσπραξης των αμοιβών αυτών, εξηγεί αυτή τη μικρή συμμετοχή των χρηστών στο κόστος.

Στην πολιτεία Οργου για παράδειγμα, οι εισπράξεις από την συμμετοχή των χρηστών στο κόστος κάλυψε λιγότερο από το 5% των συνολικών δαπανών για την υγεία από το 1984-1988. αν και η συμμετοχή των ασθενών στην αγορά των φαρμάκων ξεπέρασε το 80% των δαπανών αυτών. Πιστεύεται όμως ότι αν προσπερνούνταν τα πολιτικά εμπόδια η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντική πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Τέλος, σχετική μελέτη έδειξε ότι μια μεσαία πενταμελής οικογένεια ξοδεύει για την υγεία περίπου το 20% του κατώτατου μισθού στη Νιγηρία.

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παίζει πολύ περιορισμένο ρόλο. Η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι υποχρεωμένη να εφαρμόσει ένα Εθνικό Ασφαλιστικό Πρόγραμμα Υγείας. Η πρώτη φάση της εφαρμογής είναι να καλύψει όλους τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Το προτεινόμενο πρόγραμμα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Αμοιβή των προμηθευτών με το σύστημα της λίστας
- Ένα ασφαλισμένο πρόσωπο και τα προστατευόμενα μέλη του μπορούν να αναζητήσουν υπηρεσίες είτε σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες, είτε σε εγκεκριμένες ιδιωτικές.
- Οι ασφαλιστικές εισφορές είναι από τους εργαζόμενους και εργοδότες, σε ποσοστό 1 : 3.
- Το πληρωτέο ποσό κάθε εργαζόμενου είναι το ίδιο, ανεξάρτητα απ' το εισόδημα.

Το προτεινόμενο όμως πρόγραμμα χρειάζεται επανεκτίμηση, ώστε να μειωθούν τα αναμενόμενα υψηλά διοικητικά έξοδα της εφαρμογής του και για να μειωθούν ακόμα οι ενδογενείς ανισότητες.

2.2. Επιδράσεις από τις εξελίξεις στη δημόσια χρηματοδότηση

2.2.1. Ισότητα

Τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό έχουν ένα σημαντικό αναδιανεμητικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει την αναδιανομή του εισοδήματος μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού και επιτυγχάνεται με την προοδευτικότητα της άμεσης φορολογίας.

Για να γίνει κατανοητό αυτό θα πρέπει να το εξετάσουμε σε αναφορά με το ζήτημα της κάθετης ισότητας. Αντλώντας από «Οικονομική της Υγείας. Διδακτικές Σημειώσεις. 1995», Θ. Πισιμίσης, το ένα κριτήριο για κάθετη ισότητα είναι η προοδευτικότητα και συμμετοχή στο κόστος, ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός. Η άμεση φορολογία είναι το μόνο σύστημα που εξασφαλίζει την απαιτούμενη προοδευτικότητα στις εισφορές, λόγω της προοδευτικότητας της φορολογικής κλίμακας.

Το δεύτερο κριτήριο αφορά την αναδιανομή εισοδήματος σύμφωνα με το επίπεδο υγείας του καθενός. Εφόσον οι ασφαλιστικές εισφορές δεν εξαρτώνται από το μέγεθος του κινδύνου, αλλά από το μέγεθος του εισοδήματος, αυτόματα γίνεται μια αναδιανομή εισοδήματος. Η αρχή άνιση μεταχείριση για άνιση ανάγκη, συνεπάγεται αναδιανομή εισοδήματος από άτομα με υψηλό επίπεδο υγείας σε άτομα με χαμηλό επίπεδο.

Στις χώρες της Ευρώπης αυτή τη στιγμή γίνονται μελέτες για τον προοδευτικό χαρακτήρα, καθώς και για την ισότητα στην χρηματοδότηση και τη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Περιορισμένη συστηματική μελέτη των θεμάτων αυτών έχει αναληφθεί σε αναπτυσσόμενες χώρες. Όπως θα

αναλύσουμε παρακάτω λεπτομερέστερα, η κατάσταση στις **Φιλιππίνες** δείχνει ότι η χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών είναι αντιστρόφως προοδευτική. Απ' την άλλη πλευρά στην **Ινδονησία** και τη **Μαλαισία**, το σύστημα διανομής των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών βρέθηκε να προωθεί την ισότητα στη χρηματοδότηση και να βελτιώνεται συνεχώς προς αυτή την κατεύθυνση.

2.2.2. Αποδοτικότητα

Το μειονέκτημα της χρηματοδότησης μέσω του κρατικού προϋπολογισμού είναι ότι η έλλειψη μηχανισμού τιμών επηρεάζει αρνητικά την αποδοτικότητα στην κατανομή των πόρων, εφόσον δεν υπάρχει μηχανισμός που να συνδέει αποτελεσματικά την αποδοτικότητα των συντελεστών παραγωγής με την κατανομή των πόρων. Πολλές κυβερνήσεις έχουν προσπαθήσει να λύσουν το πρόβλημα αυτό, παρόλα όμως τα μέτρα που έχουν ληφθεί, η αρνητική αυτή επίδραση συνεχίζεται. Οργανωτικές μεταβολές έχουν γίνει είχαν ως σκοπό να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την ισότητα του συστήματος αυτού. Εν τούτοις, η βελτίωση της ισότητας στη διαδικασία αύξησης των δημοσίων εσόδων, αφορά αναθεώρηση του φορολογικού συστήματος, το οποίο δεν εμπίπτει στις αρμοδιότητες και στον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας.

Φιλιππίνες

Στις Φιλιππίνες, οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται από σειρά ιδιωτών και δημόσιων προμηθευτών. Το 1/3 των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων ανήκει στο δημόσιο τομέα, αλλά τα δημόσια νοσοκομεία τείνουν να είναι μεγαλύτερα απ' τα ιδιωτικά και ο μισός περίπου αριθμός κλινών στο νοσοκομειακό σύστημα ανήκει στη δημόσια δικαιοδοσία.

Πιο πρόσφατες εκτιμήσεις δείχνουν ότι οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης αναλογούν στο 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Απ' τα κεφάλαια που διατίθενται

στο δημόσιο τομέα υγείας, το 65% διατίθενται στα νοσοκομεία, το 14% στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το 19% στη διοίκηση και το 2% στην κατάρτιση.

Στόχος των κυβερνήσεων που προμηθεύουν τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες χρηματοδοτούνται μέσω των εσόδων από φόρους είναι να βελτιώσουν την ισότητα στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Το χρηματοδοτικό αυτό όμως πρόγραμμα μπορεί να είναι πολύ αντιστρόφως προοδευτικό. Η ανισότητα απορρέει από την αντιστρόφως φορολογική φύση του φορολογικού συστήματος. Στις Φιλιππίνες, περίπου το 60% των δημόσιων παροχών για την υγεία συγκεντρώνεται από έμμεσους φόρους. Η φορολογική κλίμακα για τα χαμηλά, μεσαία και υψηλά εισοδήματα είναι 27%, 32% και 18% αντίστοιχα. Αυτή η κατάσταση απορρέει από την αντιστρόφως προοδευτική φύση των έμμεσων φόρων και από την αποτυχία της κυβέρνησης να επιβάλλει ένα φοροδοτικό σύστημα στους πλούσιους.

Ο παρακάτω πίνακας, που προέρχεται από την έρευνα του 1987 του Εθνικού Συστήματος Υγείας των Φιλιππίνων δείχνει ότι ενώ η χρησιμοποίηση των δημόσιων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών μειώνεται ανάλογα με το εισόδημα, οι δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες χρησιμοποιούνται το ίδιο απ' τις ομάδες χαμηλού και υψηλού εισοδήματος. Αυτό σημαίνει ότι οι ομάδες υψηλού εισοδήματος δέχονται τόση επιχορήγηση όση δέχονται και οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος, το οποίο ίσως να μην ήταν επιθυμητό.

Χρήση Δημόσιων Υπηρεσιών από τους πολίτες ανά εισοδηματικό κλιμάκιο (σε ποσοστό)

Εισοδηματικό κλιμάκιο	Αγροτική Υγειονομική Μονάδα	Νοσοκομείο	Φορολογική κλίμακα
Κατώτερο	38%	31%	27%
Μεσαίο	34%	35%	32%
Ανώτερο	20%	30%	18%
Άλλο	8%	4%	-

Πηγή: Solon et al. "Health sector financing in the Philippines", 1991.

2.3. Ιδιωτική χρηματοδότηση. Τάσεις και εξελίξεις

Η στροφή σε ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης έχει γίνει με διάφορους τρόπους, αλλά ίσως η πιο σημαντική αλλαγή στη δεκαετία του 1980 ήταν η εισαγωγή ή και η προώθηση του θεσμού της **επιβάρυνσης των ασθενών** για δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες. Ο θεσμός αυτός αποτελεί χαρακτηριστικό χωρών στις οποίες η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη σε μεγάλο βαθμό για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Μεγαλύτερες αλλαγές έχουν γίνει σε χώρες της Αφρικής όπου είτε εισήγαγαν για πρώτη φορά το θεσμό της επιβάρυνσης των χρηστών, είτε αύξησαν την επιβάρυνσή τους.

Στις χώρες **Γκάνα**, **Λεσόθο** και **Ζιμπάμπουε** έχουν σημειωθεί σημαντικές αυξήσεις στην επιβάρυνση των ασθενών στο κόστος. Στην Ασία, αν και οι αλλαγές δεν είναι τόσο δραματικές, απ' το τέλος της δεκαετίας του 1980 πολλές χώρες έχουν εφαρμόσει κάποιο σύστημα συμμετοχής στο κόστος των νοσοκομειακών ασθενών. Εν τούτοις, με εξαίρεση την **Κίνα**, το ποσοστό των εθνικών δαπανών για την υγεία που χρηματοδοτήθηκε δια μέσου της επιβάρυνσης των ασθενών αυξήθηκε από 19,1% το 1980, σε 43,8% το 1985. Επίσης, στη **Δημοκρατία της Κορέας** και στην **Ταϊλάνδη**, όπου η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος συνιστά ένα υψηλό ποσοστό των υγειονομικών δαπανών, τα έσοδα από την πηγή αυτή δεν αποτελούν μια σημαντική πηγή εσόδων για τον τομέα της υγείας.

Στην **Ινδονησία** το 1985/86 τα έσοδα από την πηγή αυτή αποτέλεσαν περίπου το 10% των δαπανών για την υγεία. Το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων αυτών προήλθε από τα Νοσοκομεία. Εκεί τα Νοσοκομεία κατορθώνουν να καλύπτουν το 20% των δαπανών τους με αμοιβές εκτός του δημόσιου προϋπολογισμού, ενώ τα Κέντρα Υγείας καλύπτουν μόνο το 3% των δαπανών του.

Η συμμετοχή στο κόστος έχει εφαρμοστεί λιγότερο **στην Λατινική Αμερική**. Στη **Βολιβία** το 1989 βρέθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό χρηματοδότησης προήλθε από την συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, αν και το σύστημα δεν ήταν σαφώς προσδιορισμένο και παντού ομοιόμορφο.

Στη **Γουατεμάλα**, υπήρχε μια μικρή χρέωση για τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων, η οποία δεν έχει αυξηθεί από το 1970. Σε άλλες χώρες, όπως στη **Νικαράγουα**, δεν έχει οριστεί επίσημη χρέωση για υπηρεσίες, αν και οι ασθενείς πληρώνουν για τα φάρμακα τους ή πρόσθετες υγειονομικές υπηρεσίες.

2.4. Επιδράσεις από τις αλλαγές στην ιδιωτική χρηματοδότηση

2.4.1. Πόροι

Υπάρχουν σοβαρές αντιρρήσεις σχετικά με την ικανότητα του ιδιωτικού τομέα να βελτιώσει τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα της οικονομίας. Πρώτα απ' όλα τα άτομα απλά μπορεί να μην επιλέξουν τη χρήση του ιδιωτικού τομέα. Οι εμπειρίες της **Χιλής** είναι σημαντικές. Μετά το πραξικόπημα του 1973 η νέα κυβέρνηση επέβαλε ένα αυστηρό πρόγραμμα λιτότητας με δραματικές μειώσεις του προϋπολογισμού του δημόσιου τομέα και προσανατολίστηκε στην ιδιωτικοποίηση. Αν και ένα πακέτο πολιτικών, το οποίο περιελάμβανε την ίδρυση ενός νέου σχήματος υγειονομικής ασφάλισης και την αύξηση των αμοιβών στο δημόσιο τομέα, περιορισμένη εισροή ιδιωτικών κεφαλαίων σημειώθηκε. Αυτό ίσως οφείλεται κυρίως στην έλλειψη της ζήτησης. Οι πολιτικές λιτότητας οδήγησαν σε οικονομική ύφεση και οι πολίτες απλά δεν είχαν αρκετά χρήματα για να αναζητήσουν υγειονομική φροντίδα από ιδιωτικούς φορείς. Μετά από 7 χρόνια εφαρμογής του θεσμού

της ιδιωτικής ασφάλισης μόνο το 14% του πληθυσμού είχε καλυφθεί ασφαλιστικά, καθώς οι εισφορές ήταν σχετικά πολύ υψηλότερες από τα μεσαία εισοδήματα.

Η εξέλιξη του ιδιωτικού τομέα δεν δημιουργεί απαραίτητα πρόσθετους πόρους για την υγεία. Θεωρητικά δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθεί εάν η επέκταση του ιδιωτικού τομέα θα «αποκλείσει» ή όχι το δημόσιο τομέα. Μπορούν να συμβούν διάφορα σενάρια, για παράδειγμα οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μπορούν να αυξηθούν, αλλά αν αυξάνεται ταυτόχρονα και το κόστος, τότε η ποσότητα των υπηρεσιών μπορεί να παραμείνει η ίδια ή ακόμα και να μειωθεί.

Υπάρχουν λίγες εμπειρικές αποδείξεις για το τι ακριβώς συμβαίνει όταν ο ιδιωτικός τομέας επεκτείνεται. Αλλά με κανένα τρόπο δεν είναι ξεκάθαρο ότι επιπλέον πόροι θα καταστούν διαθέσιμοι σε όλα τα επίπεδα και σε όλα τα τμήματα του υγειονομικού τομέα. Στην **Ουρουγουάη** η μεγέθυνση του ιδιωτικού τομέα συμπίεσε τη χρηματοδότηση από το δημόσιο τομέα και είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας από τις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες. Επιπλέον, ακόμα και αν ο ιδιωτικός τομέας επιτύχει να φέρει επιπλέον χρηματοδοτικούς πόρους στον τομέα της υγείας είναι πιθανόν να αναπτυχθεί ανταγωνισμός μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (π.χ. προσέλκυση επαγγελματιών υγείας), ο οποίος βέβαια είναι περιορισμένος βραχυχρόνια.

Το σύστημα της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος μπορεί να αυξήσει τους διαθέσιμους χρηματοδοτικούς πόρους σε εθνικό επίπεδο, αυξάνοντας έτσι τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα ή σε επίπεδο κοινότητας ή ακόμα και μονάδας υγείας. Οι χρηματοδοτικοί αυτοί πόροι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για η ενίσχυση άλλων δραστηριοτήτων, οι οποίες παρουσιάζουν ελλιπή χρηματοδότηση.

Σε εθνικό επίπεδο, η δυνατότητα του συστήματος να αυξήσει τα συνολικά έσοδα του υγειονομικού τομέα έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ περιορισμένη. Έχει εκτιμηθεί ότι τα έσοδα δια μέσου του συστήματος αυτού δεν είναι δυνατόν να ξεπεράσουν στο κοντινό μέλλον το 20%-25% των δαπανών του υγειονομικού τομέα και σε πολλές χώρες μάλιστα, το ποσοστό αυτό είναι πολύ χαμηλότερο. Για παράδειγμα, σε χώρες της Αφρικής, το ποσοστό αυτό είναι περίπου 4% και ελάχιστες χώρες μόλις πρόσφατα έχουν καταφέρει να ανεβάσουν το ποσοστό αυτό στο επίπεδο του 15% (**Γκάνα, Λεσόθο**). Πάντως πολύ λίγες χώρες έχουν πετύχει υψηλότερα ποσοστά, αφού ταυτόχρονα συνδυάζουν το σύστημα αυτό με ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, που καλύπτει το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού.

Σε επίπεδο μονάδας υγείας, η εμπειρία δείχνει ότι το σύστημα μπορεί και πράγματι παρέχει μια σημαντική πηγή εσόδων για την κάλυψη λειτουργικών δαπανών που δεν εμπίπτουν στο πάγιο σύστημα μισθοδοσίας. Τέτοιου είδους δραστηριότητες συνήθως γίνονται αντικείμενο περικοπών στον προϋπολογισμό, αλλά την ίδια στιγμή είναι πολύ σημαντικές δραστηριότητες για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Σε επίπεδο κοινότητας, η επιτυχία του μέτρου παρουσιάζεται μικτή. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα έσοδα από την εφαρμογή του συστήματος έχουν χρησιμοποιηθεί (**Ταϊλάνδη**) για την επέκταση κοινωνικών προγραμμάτων, ενώ σε άλλες περιπτώσεις κάλυψαν μόνο τις δαπάνες έναρξής τους και απαιτήθηκαν εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης, προκειμένου αυτά να συνεχίσουν να λειτουργούν. Πάντως, μεταξύ 1988-90, σε Αφρικάνικες χώρες το σύστημα επέτρεψε την πλήρη κάλυψη (100%) λειτουργικών δαπανών σε επίπεδο μονάδας υγείας.

2.4.2. Αποδοτικότητα

Είναι πάρα πολύ δύσκολο να αποδειχθεί εμπειρικά, εάν η αύξηση του υγειονομικού ιδιωτικού τομέα βελτιώνει ή μειώνει τη συνολική αποδοτικότητα του συστήματος. Στο μικροοικονομικό επίπεδο υπάρχουν μερικές ενδείξεις που αποδεικνύουν ότι οι ιδιώτες προμηθευτές κατορθώνουν να παρέχουν υπηρεσίες πιο φθηνά από το δημόσιο τομέα. Για παράδειγμα, μελέτες στην **Ινδία** απέδειξαν ότι οι δημόσιες υπηρεσίες ήταν πιο δαπανηρές, ενώ οι υπηρεσίες που πρόσφεραν οι ιδιωτικοί οργανισμοί μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ήταν πιο φθηνές. Εν τούτοις, δεν είναι ξεκάθαρο ότι το είδος της υπηρεσίας ή η ποιότητα της υπηρεσίας είναι η ίδια σ' αυτές τις περιπτώσεις. Το γεγονός ότι οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα και οι υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα ενδεχομένως απευθύνονται σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμών, σημαίνει ότι οι υπολογισμοί της συνολικής αποδοτικότητας είναι σχεδόν αδύνατον να πραγματοποιηθούν.

Η συνεισφορά της επιβάρυνσης των ασθενών στην τεχνική αποδοτικότητα και στην αποδοτικότητα κατανομής, εξαρτάται από τον τρόπο με το οποίο οι πόροι αυτοί χρησιμοποιούνται. Υπάρχουν σημαντικές αμφιβολίες για την επίδραση των πόρων αυτών πάνω στην αποδοτικότητα της διοίκησης.

Οι απευθείας πληρωμές των ασθενών, εκτός από τη δυνατότητα τους να αυξάνουν τα έσοδα, μπορούν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα κατανομής, αποθαρρύνοντας τους ασθενείς να κάνουν χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών όταν η ασθένεια τους δεν είναι σοβαρή, ενθαρρύνοντας τη χρήση του συστήματος παραπρομπής και προωθώντας την ορθολογική χρήση των φαρμάκων και της διαγνωστικής και θεραπευτικής τεχνολογίας. Τα επιχειρήματα αυτά έχουν ισχύ όταν το επίπεδο της επιβάρυνσης των χρηστών είναι τέτοιο, ώστε να αντικατοπτρίζει παράγοντες

όπως, το εισόδημα του χρήστη, τον τύπο της λαμβανόμενης φροντίδας, τη γεωγραφική περιοχή και το επίπεδο φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια).

Στην πράξη δεν υπάρχουν αρκετές τεκμηριωμένες περιπτώσεις όπου το σύστημα συμμετοχής των χρηστών στο κόστος έχει βελτιώσει την αποδοτικότητα κατανομής. Στην **Ζανζιβάρη** το αποτέλεσμα που βρέθηκε ήταν αντίθετο. Η σχέση μεταξύ αύξησης του κόστους συμμετοχής του ασθενή και της ηθικής βλάβης του καταναλωτή, ερευνήθηκε και δεν βρέθηκαν αποδείξεις για τη μείωση της ηθικής αυτής βλάβης. Στην πραγματικότητα η μεγαλύτερη μείωση στη χρήση των υπηρεσιών σημειώθηκε στις υπηρεσίες πρόληψης, κάτι που ήταν ακριβώς το αντίθετο από τις προθέσεις των σχεδιαστών του συστήματος.

Εμπειρικά δεδομένα που να υποστηρίζουν την θεώρηση ότι η συμμετοχή των χρηστών στο κόστος θα μειώσει τις ουρές αναμονής στα νοσοκομεία και θα αυξήσει τη χρήση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας είναι επίσης περιορισμένα. Στο **Λεσόθο**, θέτοντας υψηλότερη αμοιβή στα νοσοκομεία απ' τα Κέντρα Υγείας, υπήρχε η ελπίδα να επηρεαστεί το πρότυπο της ζήτησης. Έρευνες για τη χρήση των υπηρεσιών έχουν δείξει αποτυχία αυτού του στόχου.

Αύξηση της συμμετοχής του κόστους των χρηστών, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μια στροφή των ασθενών από τις δημόσιες υπηρεσίες προς τις ιδιωτικές, όπως έγινε στο **Πακιστάν**. Αν οι ιδιωτικές αγορές είναι μη αποδοτικές (π.χ. αν είναι μονοπωλιακές) η στροφή αυτή μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω μείωση της συνολικής αποδοτικότητας του υγειονομικού τομέα.

Το σύστημα συμμετοχής των χρηστών, παρά το δυνητικό ρόλο στην προώθηση της αποδοτικότητας κατανομής στο σύστημα υγείας, πάντα

δημιουργεί νέες διοικητικές δαπάνες ανάλογα με το μέγεθος και το σκοπό του συστήματος. Οι δαπάνες αυτές περιλαμβάνουν και δαπάνες έναρξης εφαρμογής αλλά και λειτουργικές δαπάνες. Το μέγεθος αυτών των δαπανών πρέπει να ληφθεί υπόψη σε συνδυασμό με τη δυνατότητα του συστήματος να αυξήσει τα έσοδα.

Σε μερικές χώρες της Αφρικής το κόστος της συλλογής των εσόδων έχει κάνει το σύστημα μη βιώσιμο, με δεδομένο το επίπεδο των πραγματοποιηθέντων εσόδων.

Σε μια μελέτη του, ο Jimenez παρατηρεί, ότι οι δαπάνες συλλογής των εσόδων ποικίλουν ευρέως. Στο **Σουδάν** για παράδειγμα, οι δαπάνες συλλογής εσόδων για την πρωτοβάθμια φροντίδα ήταν το 1979 περίπου το 10% των εσόδων, ενώ στο νοσοκομειακό τομέα έφτασαν το 75%. Επιπλέον τεκμαρτές δαπάνες δημιουργούνται από την καθυστέρηση της χρήσης των εσόδων. Στη **Ζάμπια** όλα τα έσοδα έπρεπε να περάσουν από το επαρχιακό επίπεδο όπου τοποθετούνταν σε τραπεζικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας. Τα έσοδα θα μπορούσαν μετά να αποδεσμευτούν και να χρησιμοποιηθούν σε χρήσεις που είχαν εγκριθεί από τον Υπουργό Υγείας. Δηλαδή, οι χρηματοδοτικοί αυτοί πόροι έμεναν ανεκμετάλλευτοι σε επαρχιακούς τραπεζικούς λογαριασμούς. Με ρυθμούς πληθωρισμού πάνω από 100%, υπήρξε μια σημαντική απώλεια της αγοραστικής τους δύναμης. Ένα από τα διδάγματα που βγαίνουν είναι ότι, για να δημιουργήσουμε κατάλληλα κίνητρα για είσπραξη και για να περιορίσουμε τα έξοδα, τα έσοδα θα πρέπει να διατηρούνται στο ίδρυμα όπου συγκεντρώνονται.

Ζιμπάμπουε

ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

Από την αρχή της ανεξαρτησίας της, η Δημοκρατία της Ζιμπάμπουε έχει εφαρμόσει το σύστημα συμμετοχής των ασθενών στο κόστος για τις δημόσιες, τοπικές και ιεραποστολικές υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα που εφαρμόζεται παρέχει δωρεάν φροντίδα για όλους τους πολίτες που το εισόδημά τους είναι κάτω από \$150 το μήνα και για όσους έχουν μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα το ποσοστό συμμετοχής στο κόστος έχει προοδευτικό χαρακτήρα. Το σύστημα απέτυχε μέχρι στιγμής να αποδώσει. Συγκεκριμένα τα Νοσοκομεία κατόρθωσαν δια μέσου του συστήματος να καλύψουν μόνο το 2%-3% των συνολικών δαπανών τους.

Οι βασικοί λόγοι για τη χαμηλή απόδοση του συστήματος είναι:

- ♦ Η νοοτροπία και η χαμηλή εκπαίδευση των υπαλλήλων που εφαρμόζουν το σύστημα στα νοσοκομεία.
- ♦ Δυσκολίες στο να προσδιοριστεί ποιος δικαιούται δωρεάν περίθαλψη, δηλαδή ποιος έχει εισόδημα κάτω από 150 δολάρια (Ζιμπάμπουε) το μήνα.
- ♦ Το χαμηλό ποσό χρέωσης των ασθενών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.
- ♦ Χαμηλή ροή πληροφόρησης μεταξύ των διαφόρων τμημάτων των νοσοκομείων.
- ♦ Έλλειψη μηχανογράφησης που θα μπορούσε να βελτιώσει την απόδοση του συστήματος.

Τα τελευταία χρόνια η οικονομία της Ζιμπάμπουε περνάει σοβαρή κρίση. Στα διάφορα μέτρα σταθεροποίησης της οικονομίας έχουν περιληφθεί και μέτρα βελτίωσης του συστήματος συμμετοχής των χρηστών, προκειμένου να αυξηθούν τα έσοδα και να μειωθεί η συμμετοχή του δημοσίου προϋπολογισμού στη λειτουργία των Νοσοκομείων. Τον τελευταίο χρόνο τα μέτρα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα μια σημαντική αύξηση της απόδοσης του συστήματος. Προς την ίδια κατεύθυνση έχουν αναθεωρηθεί και οι εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και η επέκταση του συστήματος ασφάλισης προς καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές όμως έχουν επιφέρει σοβαρές πολιτικές αντιδράσεις και σοβαρές αντιρρήσεις των επαγγελματιών υγείας. Υποστηρίζουν ότι το σύστημα συμμετοχής

στο κόστος έχει επηρεάσει αρνητικά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα των φτωχών πληθυσμών. Γι' αυτό μελετώνται μέτρα προκειμένου να ελεγχθεί η εφαρμογή του συστήματος και να προστατευτούν οι πληττόμενοι πολίτες.

2.4.3. Ισότητα

Έχει υποστηριχθεί ότι το σύστημα επιβάρυνσης των χρηστών μπορεί να βελτιώσει τη διανομή των ωφελειών και ταυτόχρονα των βαρών από τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος, ανάμεσα στο πληθυσμό. Τα εμπειρικά όμως στοιχεία επάνω στην ισότητα δείχνουν ότι η επίδραση του συστήματος είναι μικτή. Μελέτες έχουν δείξει ότι χρήστες του συστήματος που ανήκουν σε υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια δεν είναι ευαίσθητοι στις αλλαγές των τιμών και ταυτόχρονα χρήστες που ανήκουν σε χαμηλά εισοδηματικά κλιμάκια μειώνουν τη ζήτηση τους για υγειονομικές φροντίδες, όταν το κόστος παροχής των υπηρεσιών αυξάνει. Με άλλα λόγια στους πλούσιους η υγειονομική φροντίδα είναι ανελαστική, όσον αφορά την τιμή, αλλά για τους φτωχούς γίνεται αυξανόμενα ελαστική ως προς την τιμή. Τα αποτελέσματα κάποιων μελετών έδειξαν ότι σε σημαντικές αυξήσεις της επιβάρυνσης των χρηστών η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας μειώθηκε κατά το ήμισυ. Σε υψηλά εισοδηματικά κλιμάκια παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας μειώθηκε λίγο στην αρχή, αλλά σύντομα επανήλθε στα προηγούμενα επίπεδα. Στους φτωχούς η ζήτηση μετά την αρχική μείωση δεν ανέκαμψε και οι ρυθμοί χρησιμοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών παρέμειναν χαμηλοί. Μια επιπλέον ανησυχία είναι σε ποια έκταση το σύστημα μπορεί να επηρεάσει την πιο ευπαθή ομάδα της κοινωνίας, που είναι τα παιδιά.

Εάν ο σκοπός της επέκτασης του ιδιωτικού τομέα είναι να συμπληρώσει τους ήδη διαθέσιμους πόρους του υγειονομικού τομέα, τότε ο ιδιωτικός τομέας πρέπει να προσελκύει αυτούς που μπορούν να πληρώσουν

για υπηρεσίες, προσφέροντάς τους υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Αυτό υπονοεί ότι οι πλουσιότεροι θα έχουν πρόσβαση σε καλύτερη φροντίδα απ' ό,τι οι φτωχοί. Αυτό θα μπορούσε να είναι αποδεκτό από τις κυβερνήσεις, αν τουλάχιστον θα μπορούσαν να προσανατολίσουν τους πρόσθετους χρηματοδοτικούς πόρους στους φτωχούς. Δυστυχώς όμως τέτοιου είδους μελέτες δεν έχουν γίνει και επομένως δεν μπορεί να εκτιμηθεί η επίδραση από την επέκταση του ιδιωτικού τομέα πάνω στην ισότητα.

Εναλλακτικά, εάν η επέκταση του ιδιωτικού τομέα χρησιμοποιείται για να υποκαταστήσει την δημόσια χρηματοδότηση, τότε πολλοί φτωχοί άνθρωποι δεν θα μπορούν να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, οπότε δεν θα έχουν πρόσβαση σ' αυτές. Υπάρχουν ισχυρισμοί ότι οι μεταρρυθμίσεις φιλελευθεροποίησης του συστήματος στη **Χιλή** είχαν το παραπάνω αποτέλεσμα. Οι επιδράσεις των πολιτικών ιδιωτικοποίησης του ιδιωτικού τομέα πάνω στην ισότητα, έχουν δημιουργήσει σοβαρές αμφιβολίες για το αν μπορούν να έχουν πολιτική αποδοχή. Ένας άλλος προβληματισμός που έχει αναπτυχθεί είναι ότι καθώς ο ιδιωτικός τομέας θα μεγαθύνεται και οι πλουσιότεροι θα αναζητούν όλο και περισσότερο τις υπηρεσίες του, η τρέχουσα υποστήριξη προς το εθνικό σύστημα υγείας σταδιακά θα μειώνεται, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας θα φθίνουν και θα δημιουργηθεί έτσι ένα σύστημα δύο ταχυτήτων, με χαμηλής ποιότητας υπηρεσίες στους φτωχούς πληθυσμούς.

Ορισμένη από την αρχική υποστήριξη για την επιβάρυνση των χρηστών, προέκυψε από την παρατήρηση ότι πολλοί άνθρωποι ήδη πλήρωναν ουσιώδη ποσά στον ιδιωτικό τομέα. Όμως υποστηρίχτηκε ότι πρέπει να διακρίνουμε τη διαφορά ανάμεσα στην προθυμία για πληρωμή και στην ικανότητα για πληρωμή. Σε μερικές περιπτώσεις οι άνθρωποι μπορεί να είναι ικανοί να πληρώσουν για τις δημόσιες υπηρεσίες, αλλά μπορεί να μη θέλουν να πληρώσουν, καθώς θεωρούν τη λαμβανόμενη φροντίδα στο

δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, ότι είναι δύο αρκετά διαφορετικά αγαθά. Δεύτερον και ίσως πιο σημαντικό, η προθυμία για πληρωμή μπορεί να μην υποδηλώνει πάντα ικανότητα για πληρωμή. Το ρίσκο από την ανεπαρκή φροντίδα υγείας είναι τόσο μεγάλο, ώστε οι άνθρωποι μπορεί να δανείζονται πολύ περισσότερα απ' όσα μπορούν να πληρώσουν, προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις δαπάνες για την υγεία. Για παράδειγμα οι Baum και Seuski αναφέρουν ότι το 60% των αγροτών στο **Thai**, αναγκάστηκαν να πουλήσουν γη για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στο κόστος υγείας. Ακόμη στο **Παπούα της Νέας Γουίνέας**, το 41% των ασθενών που επισκέφτηκαν ιδιώτες γιατρούς, δανείστηκαν χρήματα για να πληρώσουν το κόστος των επισκέψεων αυτών. Τέτοια στοιχεία δηλώνουν ότι η ασφάλιση και οι μηχανισμοί επιμερισμού του κινδύνου, θα έπρεπε να θεωρηθούν ως πιθανά εναλλακτικά συστήματα του συστήματος συμμετοχής στο κόστος.

Οι επιδράσεις πάνω στην ισότητα του συστήματος συμμετοχής του κόστους και της επέκτασης του ιδιωτικού τομέα, εξαρτώνται κυρίως από τη δέσμευση της κυβέρνησης να ανακατανείμει τα έσοδα ή τους αποδεδειμένους πόρους στις πιο φτωχές ομάδες του πληθυσμού. Η έκταση στην οποία το σύστημα συμμετοχής στο κόστος κατορθώνει να βοηθήσει στην επιτυχία πολιτικών στόχων, θα εξαρτηθεί ολοκληρωτικά από την έκταση κατά την οποία τα έσοδα θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη αυτών των στόχων.

2.4.4. Βιωσιμότητα

Μια άποψη της βιωσιμότητας κάθε χρηματοδοτικού μηχανισμού που είναι πολύ σημαντική για την επιτυχία του, είναι η αποδοχή της μεθόδου τόσο από τους σχεδιαστές του συστήματος, όσο και από τους καταναλωτές. Στο παρελθόν, το σύστημα συμμετοχής των χρηστών στο κόστος δεν ήταν ελκυστικό από τους πολιτικούς, διότι είχαν πολιτικό κόστος. Όμως, όπως φαίνεται και από τον αριθμό των χωρών που υιοθέτησαν το σύστημα αυτό, οι

οικονομικοί μηχανισμοί έχουν αποδειχθεί δυνατότεροι από την πολιτική. Η αποδοχή του συστήματος από τους καταναλωτές από την άλλη πλευρά, φαίνεται να σχετίζεται με τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και με την ικανότητά τους να πληρώσουν.

2.4.5. Επιπτώσεις στην Υγεία

Δυστυχώς, καμία μελέτη δεν έχει γίνει για να εξετάσει τις επιπτώσεις των αυξανόμενων ιδιωτικών χρηματοδοτικών πόρων στο επίπεδο της υγείας.

2.5. Ασφάλιση Υγείας. Τάσεις και εξελίξεις

Σε πολλές χώρες της δυτικής και νότιας Ευρώπης η αναγκαστική κοινωνική ασφάλιση υγείας αποτελεί μακροχρόνια παράδοση. Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού σ' αυτές τις χώρες ποικίλει. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας πολλές χώρες όπως η **Γερμανία** και η **Ολλανδία**, θέσπισαν νομοθεσία που μείωσε ελαφρώς την αναλογία των ατόμων που αναγκαστικά καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση. Η κάλυψη από προαιρετικά κερδοσκοπικά ασφαλιστικά προγράμματα αυξήθηκε, καθώς οι πλούσιες χώρες είχαν τη δυνατότητα να εξυπηρετηθούν από τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης. Αλλού, άτομα που καλύπτονταν ήδη από κοινωνική ασφάλιση αγόρασαν επιπρόσθετα ιδιωτική προστασία, εν μέρει γιατί η νομοθεσία σε μερικές περιπτώσεις μείωνε το επίπεδο των πλεονεκτημάτων που παρέχονταν από τα υποχρεωτικά προγράμματα.

Κατά την διάρκεια της περασμένης δεκαετίας, σε πολλά μέρη του κόσμου αυξήθηκε ο αριθμός των υποχρεωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων. Πολλές χώρες της Λατινικής Αμερικής δημιούργησαν υποχρεωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας. Σε πολλές χώρες της Αφρικής, λόγω της υψηλής αναλογίας του πληθυσμού που εργαζόταν στον ανεπίσημο τομέα και σε κακές οικονομικές συνθήκες η υποχρεωτική ασφάλιση θεωρούνταν για μεγάλο χρονικό διάστημα ότι δεν ήταν δυνατόν να έχει αποτελέσματα. Στο προσκήνιο των αυστηρών περιορισμών του προϋπολογισμού, πολλές κυβερνήσεις όπως της **Γκάνα**, της **Νιγηρίας** και της **Ζιμπάμπουε**, αναθεώρησαν τη θέση τους και τώρα μελετούν τρόπους ώστε να μπορέσουν να προωθήσουν την ίδρυση υποχρεωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας. Άλλες χώρες στη Γαλλο-ομιλούμενη Αφρική, για παράδειγμα το **Καμερούν**, σκέφτονται να μετατρέψουν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, που μέχρι τώρα παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες σαν συμπληρωματικές παροχές, σε σύστημα πλήρους υγειονομικής κάλυψης.

Χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης όπως, η **Βουλγαρία**, η **Τσεχοσλοβακία**, η **Ουγγαρία**, η **Πολωνία** μετακινούνται από τις εθνικές υπηρεσίες υγείας στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία είχαν καταργήσει στα τέλη της δεκαετίας του 1940. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλειας υγείας στη **Δημοκρατία της Τσεχίας**, για παράδειγμα, τέθηκε σε εφαρμογή τον Ιανουάριο του 1992.

Στη Νότιο – ανατολική Ασία, ορισμένα κράτη όπως η **Κίνα**, οι **Φιλιππίνες**, η **Δημοκρατία της Κορέας**, εισήγαγαν υποχρεωτική ασφάλιση υγείας κατά τη διάρκεια του 1960, με αποτέλεσμα να έχουν πετύχει, τουλάχιστον ονομαστικά, μια υψηλή κάλυψη του πληθυσμού. Η ταχύτητα με την οποία αυτά τα προγράμματα αναπτύχθηκαν δημιουργούσε συχνά προβλήματα. Αυτό όμως δεν αποθάρρυνε έναν αριθμό γειτονικών χωρών να αναπτύξουν τα δικά τους υποχρεωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας, απλά προχώρησαν πιο προσεκτικά για την επίτευξη της ανάπτυξης των προγραμμάτων αυτών. Η **Ταϊλάνδη** πέρασε ένα νόμο κοινωνικής υπηρεσίας το 1990, που καλύπτει όλες τις εταιρίες του ιδιωτικού τομέα με 20 ή περισσότερους υπαλλήλους και η κοινωνική ασφάλιση υγείας λειτουργεί στη χώρα από το Μάρτιο του 1991. Η **Ινδονησία** και η **Μαλαισία** ακόμη σκέφτονται τις προτάσεις. Το υπάρχον δίκτυο πρόνοιας υγείας σ' αυτές τις χώρες είναι πλήρως περιεκτικό, έτσι ώστε σε αντίθεση με το Λατινοαμερικάνικο, οι περισσότερες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

2.6. Η επίδραση των αλλαγών στην ασφάλιση υγείας

2.6.1. Ύψος χρηματοδοτικών πόρων

Ένας λόγος για τον οποίο ένας αριθμός χωρών εισήγαγε κοινωνική ασφάλιση υγείας, ήταν οι προοπτικές της να ελκύει επιπλέον χρηματοδοτικούς

πόρους στον τομέα της υγείας. Σε αντίθεση με τα πιο πολλά συστήματα που χρηματοδοτούνται από φόρους, οι ασφαλιστικές εισφορές έχουν χαρακτηριστεί ως χρηματοδοτικοί πόροι αποκλειστικά για την υγεία και δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς. Όμως, όσο μεγαλύτερη είναι η αναλογία του πληθυσμού στην ανεπίσημη οικονομία, τόσο πιο δύσκολο θα είναι να αυξηθούν οι εισφορές. Αυτό δεν αποτελεί φαινόμενο μόνο των αναπτυσσόμενων χωρών αλλά παρατηρείται και στις βιομηχανικές χώρες, όπου υπάρχουν αγορές εργασίας που λειτουργούν έξω από τη θεσμική αγορά εργασίας. Οι αναπτυγμένες χώρες συχνά αποτυχαίνουν να συγκεντρώσουν τις κατάλληλες εισφορές των αυτό-ασφαλισμένων. Αν η ανεργία αυξηθεί και οι πραγματικοί μισθοί μειωθούν, το πραγματικό επίπεδο των πόρων εντός του υγειονομικού ασφαλιστικού συστήματος μειώνεται αυτόματα, αφού οι εισφορές σχετίζονται με τους μισθούς. Απ' την άλλη πλευρά σε περιόδους ανάπτυξης της οικονομικής δραστηριότητας, ο υγειονομικός τομέας κερδίζει αυτόματα από τους αυξανόμενους μισθούς. Αυτό ισχύει επίσης σε κάποιο βαθμό και για τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από φόρους.

2.6.2. Αποδοτικότητα

Μια ανησυχία που συνδέεται συχνά με την ασφάλιση υγείας είναι ότι το ασφαλιστικό συμβόλαιο θα αυξήσει την ηθική βλάβη και ότι ο αριθμός των επισκέψεων εντός του υγειονομικού συστήματος καθώς επίσης και το μέσο κόστος για κάθε επίσκεψη θα αυξηθεί. Αυτό έχει σαν συνέπεια τη μείωση της αποδοτικότητας κατανομής. Αυτά τα αποτελέσματα είναι επουδενί λόγο αναπόφευκτα. Η επίδραση της ασφάλισης βασίζεται στο είδος του συμβολαίου ανάμεσα στον προμηθευτή και στο ασφαλιστικό ίδρυμα, περισσότερο από οτιδήποτε άλλο. Κατά την άποψη της κοινωνίας, το ασφαλιστικό σύστημα μπορεί να κατανείμει πολύ περισσότερους

χρηματοδοτικούς πόρους στη θεραπευτική φροντίδα, από τη στιγμή που χρηματοδοτεί μόνο προσωπικές υγειονομικές υπηρεσίες.

Όσον αφορά τη διοικητική αποδοτικότητα, το κόστος διοίκησης είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην ανάπτυξη νέων διευθετήσεων για κοινωνική ασφάλιση υγείας. Το διοικητικό κόστος στα ασφαλιστικά κεφάλαια της Δυτικής Ευρώπης τείνει να ανέλθει περίπου στο 5%, αλλά στο **Μέσο Λάγγο** στη Λατινική Αμερική φτάνει περίπου το 28% των συνολικών εσόδων. Στην Αφρική, το κόστος μπορεί να είναι ακόμα πιο υψηλό. Στο **Μάλι** για παράδειγμα, εκτιμήθηκε ότι το 50% των ασφαλιστικών κεφαλαίων απορροφήθηκε στη διοίκηση. Η μεταβολή μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από τη φτωχή διοικητική ικανότητα και τους ανεπαρκείς οικονομικούς ελέγχους σε ορισμένες χώρες, αλλά η πραγματική μορφή του ασφαλιστικού συστήματος παίζει αναμφισβήτητα έναν επίσης σημαντικό ρόλο.

Στη **Δημοκρατία της Κορέας**, ένας μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών ταμείων καλύπτει διαφορετικές ομάδες πληθυσμού, έτσι η διοικητική ικανότητα είναι τεμαχισμένη και δεν υπάρχει ανταγωνισμός ανάμεσα στις ομάδες, καθώς η αγορά είναι διαχωρισμένη. Μέσα σε τέτοια αποσπασματικά γραφειοκρατικά συστήματα είναι συχνά δύσκολο να κρατηθούν χαμηλά τα διοικητικά έξοδα, αν και υπάρχουν παραδείγματα που υποδεικνύουν το αντίθετο. Στην **Ολλανδία** το σχέδιο Dekker στοχεύει στο να στρέψει την ύπαρξη ενός μεγάλου αριθμού ασφαλιστικών ταμείων προς το όφελος της χώρας, με το να προωθηθεί ο ανταγωνισμός ανάμεσά τους. Μια τέτοια στρατηγική είναι εξαιρετικά περίπλοκη και είναι δύσκολο να υλοποιηθεί. Χωρίς προσεκτική κυβερνητική ρύθμιση, οι ασφαλιστικές εταιρίες θα υιοθετήσουν στρατηγικές αποκλεισμού ορισμένων κοινωνικών τάξεων και θα χρεώσουν σε άλλες κοινωνικές τάξεις απαγορευτικά υψηλά ασφάλιστρα, προκειμένου να προωθήσουν τα δικά τους κέρδη. Το σχέδιο Dekker υποστηρίζεται από ένα

πολύπλοκο δίκτυο κυβερνητικών επεμβάσεων, για να διασφαλιστεί ότι η αγορά εργάζεται για το καλό της κοινωνίας.

Σε μερικές χώρες, κυρίως στην Λατινική Αμερική, που έχουν δημιουργήσει κοινωνική ασφάλιση υγείας μόνο για ορισμένα τμήματα του πληθυσμού, ο διαχωρισμός των υποχρεώσεων ανάμεσα στα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας και στο Υπουργείο Υγείας δεν είναι πάντα σαφής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία επικαλύψεων στην παροχή των υπηρεσιών υγείας – μια σημαντική αιτία υψηλού διοικητικού κόστους και μειωμένης αποδοτικότητας κατανομής. Σε ορισμένες χώρες όπως **Βολιβία**, **Μεξικό**, γίνονται προσπάθειες για να βρεθούν τρόποι βελτίωσης του συντονισμού ανάμεσα στα προγράμματα και επιπλέον να βελτιωθεί η συνολική διατομεακή αποδοτικότητα.

2.6.3. Ισότητα

Τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας μπορεί να μεταφέρουν πόρους όχι μόνο από τους υγιείς στους ασθενείς, αλλά και ακόμη από τους πλουσίους στους φτωχούς. Μια από τις αρχές της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι ότι πρέπει να προωθεί την κοινωνική σταθερότητα. Αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές αν οι εισφορές σχετίζονται με το εισόδημα, αλλά τα οφέλη παρέχονται σύμφωνα με την ανάγκη, ασχέτως με το ποσό που ένα άτομο έχει εισφέρει.

Η πιθανότητα απομάκρυνσης από την κοινωνική ασφάλιση υγείας και συμμετοχής στα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία δημιουργήθηκε για άτομα με υψηλότερα εισοδήματα σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες, μειώνει τη συνολική ισότητα του τομέα της υγείας. Ένας άλλος παράγοντας που μειώνει την ισότητα είναι η μείωση των παροχών της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, όπως συνέβη σε μερικές από τις Ευρωπαϊκές χώρες, αφού

μόνο οι ευπορότεροι έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν επιπλέον ιδιωτική ασφάλιση.

Κριτική για το αποτέλεσμα της ισότητας των προγραμμάτων και της κοινωνικής ασφάλισης, εκφράστηκε και σε άλλα μέρη του κόσμου. Η ιστορική ανάλυση της χώρας **Μέσα- Λάγγο** για τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης στη Λατινική Αμερική, υποστηρίζει ότι στις περισσότερες χώρες οι ασφαλισμένοι είναι αστοί μισθωτοί. Αυτή η σχετικά πλούσια ομάδα καλύπτεται γενικά από ένα εξαιρετικά ακριβό δίκτυο κοινωνικής υπηρεσίας, του οποίου οι δέκτες μερικές φορές χρηματοδοτούν λιγότερο από το 1/3. Έτσι, πράγματι η πολιτεία ή ο εργοδότης υποστηρίζει την πρόνοια υγείας για τις μεσαίες τάξεις. Ακόμα και όταν οι κυβερνήσεις δεν συνεισφέρουν άμεσα στα ασφάλιστρα, συνήθως παρέχουν φοροαπαλλαγή και στον εργοδότη και στον εργαζόμενο. Ακόμα, η εμπειρία της **Μέσα – Λάγγο** αποδεικνύει, ότι καθώς οι πιο δυναμικές ομάδες λαμβάνουν πρώτες κοινωνική ασφάλιση, είναι πολύ πιθανό για προσωπικό τους συμφέρον να αποκλείσουν άλλες ομάδες από τα ίδια οφέλη, για να αποφύγουν έτσι το βάρος της επιδότησης των φτωχότερων ομάδων. Αυτά τα προβλήματα που δημιουργούνται σε σχέση με την ισότητα επιβάλλουν να γίνεται σαφής διαχωρισμός του ρόλου και του σκοπού των νομοθετημένων προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, μέσα στο όλο σύστημα της χρηματοδότησης της πρόνοιας υγείας και των υπηρεσιών που πρέπει να παρέχουν.

Τα προγράμματα εκτός Λατινικής Αμερικής έχει επίσης υποστηριχθεί ότι προκαλούν ανισότητες. Ο Vogel εξέτασε προτεινόμενα υποχρεωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας στη **Γκάνα**, **Νιγηρία** και **Ζιμπάμπουε** και υποστήριξε ότι και οι τρεις χώρες θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν κυβερνητικά κεφάλαια για να βελτιώσουν την πρόνοια υγείας των μεσαίων τάξεων. Στο **Burundi** το 1980 βρέθηκε ότι η συνολική δαπάνη για 45.000 ασφαλισμένα

άτομα ανήλθε σε ύψος μεγαλύτερο από το μέσο προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας.

Μπορεί να είναι πιο ρεαλιστικό να δεχτεί κανείς ότι ξεκινώντας από τα τρέχοντα επίπεδα διανομής εισοδήματος και διανομής των πόρων πρόνοιας, ή παροχή απολύτως ίσης υγειονομικής κάλυψης (μέσω ασφαλιστικών προγραμμάτων) για όλους δεν είναι εφικτή. Έτσι προέκυψε η ιδέα για ξεχωριστή μεταχείριση των αστικών και αγροτικών περιοχών. Για παράδειγμα στην **Ταϊλάνδη**, το πολυσυζητημένο πρόγραμμα «κάρτας υγείας» συνεχίζει να ασφαρίζει άτομα σε ορισμένες αγροτικές περιοχές επιβαρύνοντας το κόστος της φροντίδας που παρέχεται από την κυβέρνηση. Ο νέος νόμος για την κοινωνική ασφάλιση δίνει περισσότερες παροχές σε αυτούς που απασχολούνται στον επίσημο τομέα εργασίας. Μένει να διαπιστωθεί πως αυτά τα δύο συστήματα πρόνοιας υγείας θα συγκλίνουν, καθώς επίσης και ποιοι θα είναι οι ρόλοι που το καθένα θα αναλάβει σε μια συνολική στρατηγική για την υγειονομική φροντίδα.

Στην περίπτωση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι απαραίτητο οι κυβερνήσεις να ενθαρρύνουν τη διεύρυνση των ασφαλιστικών προγραμμάτων, προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες. Η ισότητα ή η ανισότητα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, στηρίζεται σημαντικά στο βαθμό στον οποίο οι δημόσιοι χρηματοδοτικοί πόροι που προέρχονται από την ασφάλιση χρησιμοποιούνται για την πρόνοια υγείας του ανασφάλιστου μέρους του πληθυσμού. Ακόμα κι αν υπάρχει ένας μεγάλος επίσημος τομέας, η καθολική ασφαλιστική κάλυψη υγείας δε μπορεί να επιτευχθεί μέσω των μηχανισμών της αγοράς και της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Το σύστημα υγείας των **Η.Π.Α.** δείχνει ότι η αντίστροφη επιλογή θα σημαίνει ότι τα πιο φτωχά και πιο άρρωστα άτομα θα είναι αδύνατον να ασφαλιστούν, εξ' αιτίας του υψηλού κόστους.

Λατινική Αμερική

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η Λατινική Αμερική, όπως και πολλές άλλες περιοχές, υπέστη μια σοβαρή οικονομική κρίση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980. Η οικονομική αυτή κρίση επέφερε ένα μεγάλο αριθμό προβλημάτων:

- 1) **Αστάθεια των εσόδων και των πλεονεκτημάτων:** τα έσοδα των κοινωνικών υπηρεσιών διαβρώθηκαν από τον πληθωρισμό, ενώ το κόστος της πρόνοιας αυξήθηκε.
- 2) **Αποκλεισμός των φτωχών:** αυτοί που δεν έχουν σταθερό εισόδημα, δηλαδή οι πιο φτωχοί, δε συμμετέχουν στα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, με αποτέλεσμα οι κυβερνήσεις να καλύπτουν το κόστος της φροντίδας τους έξω από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.
- 3) **Επικαλύψεις:** μια έλλειψη συντονισμού ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας και στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, οδήγησε στη μη αποδοτική χρήση των πόρων σε πολλές χώρες.
- 4) **Ανισότητες:** Στην Κολομβία μόνο το 20% του πληθυσμού καλύπτεται από ασφάλεια υγείας.

Εμπειρία της Χιλής.

Σημαντικές αλλαγές έγιναν και κατά η διάρκεια της δεκαετίας του 1980. Η πρώτη αλλαγή διαχώρισε τα ταμεία προστασίας του εισοδήματος (ανεργία, σύνταξη) από τα ταμεία υγειονομικής φροντίδας. Επίσης, ανατέθηκε στον ιδιωτικό τομέα ο ρόλος του διαχειριστή των δύο παραπάνω ειδών ταμείων. Οι υπηρεσίες πρόνοιας, υγείας χρηματοδοτούνται τώρα μέσα από 3 ιδρύματα:

- α) ταμείο ιδιωτικής ασφάλισης υγείας με το όνομα ISAPRE,
- β) ταμείο εθνικής υγείας SONASA και
- γ) το Υπουργείο Υγείας.

Κάθε εργαζόμενος έχει τη δυνατότητα να διαλέξει οποιονδήποτε από αυτούς τους ασφαλιστικούς μηχανισμούς. Στη πράξη όμως λόγω του υψηλού κόστους των ασφαλιστρών, μόνο οι πλούσιοι έχουν τη δυνατότητα για το ISAPRE, ενώ οι φτωχότεροι περιορίζονται στο

να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.

Μερικά από τα **θετικά** αποτελέσματα των παραπάνω αλλαγών είναι:

Ανταγωνισμός: αφού οι εργαζόμενοι μπορούν να διαλέξουν την ασφαλιστική εταιρία που προσφέρει την καλύτερη ποιότητα φροντίδας μέσα στο σύστημα, οι εταιρίες ανταγωνίζονται μεταξύ τους.

Προτιμήσεις καταναλωτών: η επιλογή που δίνεται στους εργαζόμενους τους επιτρέπει να διαλέγουν τον τύπο φροντίδας που προτιμούν.

Δημόσια Υγεία: η Κυβέρνηση μπορεί να επικεντρώσει τις προσπάθειές της σε άλλες προτεραιότητες της δημόσιας υγείας.

Μερικά από τα **αρνητικά** αποτελέσματα των αλλαγών είναι:

Το σύστημα είναι άνισο: αυτοί με υψηλό εισόδημα εξυπηρετούνται πολύ καλά, ενώ αυτοί με χαμηλό εισόδημα έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην πρόνοια.

Οι ιδιωτικές εταιρίες καλύπτουν μόνο ορισμένα είδη θεραπείας και κυρίως καλύπτουν υγιείς ανθρώπους: Τα ασφάλιστρα για τους ηλικιωμένους και τους σοβαρά ασθενείς είναι πάρα πολύ υψηλά. Ακόμα αυτό το πρόβλημα παροξύνεται από το γεγονός ότι όλα τα συμβόλαια πρέπει να ανανεώνονται σε ετήσια βάση. Έτσι όταν γίνεται αντιληπτό ότι κάποιος ασφαλισμένος είναι σοβαρά άρρωστος, η ασφαλιστική εταιρία δεν του ανανεώνει το συμβόλαιο.

Η κυβέρνηση πρέπει να φροντίζει για συγκεκριμένες ομάδες, καθώς επίσης και για συγκεκριμένες και ακριβές θεραπείες.

Από τότε που άλλαξε το σύστημα, η κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέμεινε χαμηλή. Μόνο το 11,5% του πληθυσμού καλύφθηκε από το ISAPRE στις αρχές της δεκαετίας 1990. Ακόμα, για τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες λήφθηκαν πρόσφατα, μέτρα για τη βελτίωση της Παροχής των υπηρεσιών υγείας. Δημιουργήθηκε μια επιτροπή για το ISAPRE η οποία έκανε μια σειρά από τροποποιήσεις στους υπάρχοντες κανονισμούς. Οι τροποποιήσεις αυτές είχαν σαν στόχο να βελτιωθεί το ποσοστό κάλυψης, να βελτιωθεί το πακέτο παροχών που προσφέρονται από τις ασφαλιστικές εταιρίες και να αυξηθεί ο βαθμός ανταγωνισμού στην αγορά. Είναι ακόμα πολύ νωρίς για να φανεί πόσο επιτυχείς ήταν αυτοί οι νέοι κανονισμοί.

2.6.4. Βιωσιμότητα

Τα ασφαλιστικά συστήματα υγείας, δημόσια και ιδιωτικά, είναι ευπρόσδεκτα από τους εργοδότες και εργαζόμενους. Ο κύριος λόγος γι' αυτό είναι ότι τα ασφαλιστικά συστήματα είναι προγράμματα που θεωρούνται ωφέλιμα, και εγγυώνται ένα πακέτο παροχών με αντάλλαγμα την καταβολή ασφαλίσεων. Τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από φόρους δεν παρέχουν την ίδια αξιοπιστία.

2.6. Εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης. Τάσεις και εξελίξεις

Εξωτερικοί οικονομική βοήθεια για τον τομέα της υγείας υπό τη μορφή δωρεών ή με τη μορφή δανείων, κατόπιν διμερών η διακρατικών συμφωνιών, είναι συνηθισμένο φαινόμενο στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Το ακριβές επίπεδο τέτοιου είδους χρηματοδότησης είναι συχνά δύσκολο να υπολογιστεί, καθώς οι δανειστές επιβάλλουν στους δανειοδοτούμενους την εφαρμογή προγραμμάτων με τέτοιο τρόπο, που είναι δύσκολο να διαχωριστεί το ακριβές ποσό για κάθε τομέα. Τέτοια χρηματοδότηση μπορεί να είναι σημαντική. Στην Αφρική για παράδειγμα το 90% της συνολικής δημόσιας χρηματοδότησης προέρχεται από εξωτερικές πηγές.

Στην κεντρική και Ανατολική Ευρώπη τα προγράμματα εξωτερικής βοήθειας για την υγεία αυξάνουν διαρκώς. Οι φορείς που παρέχουν τέτοια δάνεια είναι κυρίως η Ευρωπαϊκή Ένωση, η Παγκόσμια Τράπεζα και η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Ανοικοδόμησης και Ανάπτυξης.

Ο Οργανισμός για Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη ΟΕΔC αναφέρει ότι ένας μέσος όρος 5,3% της συνολικής βοήθειας από διακρατικές συμφωνίες το 1988, ήταν για την υγεία και για δραστηριότητες που αφορούσαν την βελτίωση των συνθηκών ζωής του πληθυσμού. Από αυτές, το 6,1% της χρηματοδότησης προερχόταν από την Παγκόσμια Τράπεζα και το 19,1% της χρηματοδότησης από ειδικευμένη χρηματοδοτική υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών.

2.7. Επιδράσεις από τις αλλαγές στην εξωτερική χρηματοδότηση

2.7.1. Αποδοτικότητα

Η εξωτερική χρηματοδότηση μπορεί να προωθεί την αποδοτικότητα κατανομής, παρακάμπτοντας τη χαμηλή αποδοτικότητα στις δομές της δημόσιας διοίκησης, που παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα με το προσωπικό της και επομένως μπορεί να αφιερώσει ένα μεγάλο μέρος της σε προτεραιότητες, όπως εμβολιασμοί ή ειδικά προγράμματα για ομάδες πληθυσμού με μεγαλύτερη ανάγκη. Όπου η εξωτερική χρηματοδότηση έχει χρησιμοποιηθεί σε σύνδεση με κυβερνητικά προγράμματα, η τακτική να χρηματοδοτηθούν κεφαλαιακές επενδύσεις ή δαπάνες ανάπτυξης, παρά τις λειτουργικές δαπάνες, έχει επιδεινώσει την υπάρχουσα χαμηλή αποδοτικότητα κατανομής. Η πρακτική των δανειστών απ' αυτήν την άποψη έχει στραφεί, τα τελευταία 5 χρόνια, προς τη χρηματοδότηση των τρεχουσών δαπανών και είναι πιθανόν να επεκταθεί ακόμα περισσότερο προς αυτήν την κατεύθυνση, καθώς οι χρηματοδότες αποφεύγουν τη χρηματοδότηση προγραμμάτων και προτιμούν την υποστήριξη των διατομεακών υπηρεσιών στην πολιτική τους.

Η τεχνική και διοικητική αποδοτικότητα του εξωτερικού δανεισμού έχει αποτελέσει αντικείμενο αμφισβητήσεων. Πάντως τα εξωτερικώς χρηματοδοτούμενα και επανδρωμένα προγράμματα, που μερικές φορές προσλαμβάνουν επιλεγμένους δημόσιους υπαλλήλους με υψηλούς μισθούς, φαίνεται ότι μπορούν να αποδώσουν καλύτερα από ότι οι δημόσιες υπηρεσίες, που λειτουργούν με σκοπό να καλύψουν μόνο το κόστος τους και χρησιμοποιούν παραδοσιακές μεθόδους διοίκησης.

2.7.2. Ισότητα

Όσον αφορά την ισότητα, ο ΟΕCD αναφέρει ότι παρά τη δηλωμένη δέσμευση των χωρών να υποστηρίξουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με σχετικά υψηλή χρηματοδότηση, οι χώρες υποκινούμενες από τους δανειστές χρηματοδοτούν υπηρεσίες και εγκαταστάσεις σε αστικές περιοχές που χαρακτηρίζονται από την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία (νοσοκομεία και "ειδικευμένες κλινικές"). Ακόμη, η εξωτερική χρηματοδότηση χρησιμοποιείται συνήθως για την δημιουργία προγραμμάτων σε απομακρυσμένες ή αδικημένες περιοχές (π.χ. για πρόσφυγες στην **Αιθιοπία** και στο **Πακιστάν**) και για την παροχή και διανομή απαραίτητων φαρμάκων, που προορίζονται αρχικά για τους λιγότερο καλά εξυπηρετούμενους πληθυσμούς (όπως στις δραστηριότητες της Δανέζικης Διεθνούς Αναπτυξιακής Υπηρεσίας "DANIDA" στην Ηνωμένη Δημοκρατία της **Τανζανίας** και τους ιατρούς χωρίς σύνορα στο **Μάλι**).

2.7.3. Βιωσιμότητα

Η αποδοτικότητα των προγραμμάτων που βασίζονται σε εξωτερική χρηματοδότηση φαίνεται να είναι δυνητικά μεγαλύτερη. Το γεγονός όμως ότι τα προγράμματα αυτά επιβάλλονται από τους δανειστές και είναι αποκλειστικά σχεδιασμένα από αυτούς, κάνει τον έλεγχο των προγραμμάτων αυτών, από τη μεριά των χωρών που τα εφαρμόζουν, αδύνατο. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα τέτοιων προγραμμάτων που σταμάτησαν μετά από δύο ή τρία χρόνια εφαρμογής τους. Αυτό το πρόβλημα είχε αναφερθεί ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην επιδείνωση της νοοτροπίας - ηθικής των επαγγελματιών υγείας – και όχι μόνο αυτών που απασχολούνται στα πιλοτικά προγράμματα, και ότι έχει οδηγήσει και πολλούς επαγγελματίες υγείας να μετακινηθούν στον ιδιωτικό τομέα. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις το επίπεδο της εξωτερικής χρηματοδότησης μπορεί να κάνει το πρόγραμμα τεχνικώς μη

αποδοτικό (τεχνική αποδοτικότητα), σε σύγκριση με το εάν είχε χρηματοδοτηθεί με δημόσιους πόρους και επομένως μη βιώσιμο. Για παράδειγμα, μια αύξηση του κόστους επειδή η τεχνική βοήθεια έχει αποχτηθεί από το εξωτερικό, δεν σημαίνει ότι θα συνοδεύεται και από αντίστοιχη βελτίωση της απόδοσης.

Αξιολόγηση των αναγκών εξωτερικής χρηματοδότησης πρέπει να γίνεται και στο επίπεδο ατομικού σχεδίου ή προγράμματος, αλλά και σε εθνικό επίπεδο. Το εθνικό σύνολο των προγραμμάτων υγείας που εξυπηρετούνται από εξωτερική χρηματοδότηση μπορεί να είναι πολύ μεγάλο. Δεδομένα που αφορούν τις δραστηριότητες αυτές είναι τυπικά αδύναμες, οπότε και ο συντονισμός είναι αποδοτικά αδύνατος. Οι δημόσιες υπηρεσίες αντιλαμβάνονται και ορίζουν διαφορετικά τα προγράμματα υγείας απ' ότι οι υπηρεσίες των δανειστών, με αποτέλεσμα οι σχεδιαστές του εθνικού συστήματος υγείας να μην έχουν συνολική εικόνα των στόχων και των χρηματοδοτικών πόρων που εισρέουν στον ιδιωτικό τομέα.

Πρόσφατες ανησυχίες των ξένων δανειστών είναι η διατήρηση και των δραστηριοτήτων που χρηματοδοτούνται από δανειστές και των εγχωρίων δημόσιων προγραμμάτων, καθώς και η διερεύνηση των δυνατοτήτων υποστήριξης των κυβερνήσεων στις προσπάθειές τους. Η νέα πρόταση είναι η εξωτερική χρηματοδότηση να σχεδιάζεται για μεγαλύτερη χρονική περίοδο, 10-15 χρόνια, και να κινείται στα πλαίσια προγράμματος ή τομεακής βοήθειας, παρά στην υποστήριξη προγραμμάτων. Μ' αυτό τον τρόπο η εξωτερική χρηματοδότηση μπορεί να ενσωματωθεί για να ταιριάζει στη δομή και στις αρχές των συστημάτων υγείας των δεκτών και να χρησιμοποιηθεί για την εξυπηρέτηση των λειτουργικών εξόδων των υποδομών των υπηρεσιών υγείας.

2.8. Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας που έχει γίνει καλύπτει διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και οι ερευνητές, όπως είδαμε, έχουν κάνει χρήση ποικίλων κριτηρίων. Σημαντική δουλειά έχει γίνει περιγράφοντας την επίδραση της επιβάρυνσης των χρηστών και της συλλογικής χρηματοδότησης. Σε αντίθεση, λίγα είναι γνωστά για τα αποτελέσματα της ιδιωτικοποίησης του υγειονομικού τομέα και του εξωτερικού δανεισμού. Όσο για τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την εκτίμηση, σπάνια οι μελέτες προσπάθησαν να ερευνήσουν την επίδραση των πηγών χρηματοδότησης στην κατάσταση της υγείας. Το τελευταίο, είναι ένα περίπλοκο θέμα έρευνας, αλλά η σημαντικότητα αυτού του κριτηρίου καθιστά την ανάγκη για περισσότερη προσοχή.

Η πλατιά εφαρμογή του συστήματος της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος απαιτεί λειτουργική εξέταση των συνεπειών από την εισαγωγή του συστήματος αυτού ή της αύξησης της επιβάρυνσης των χρηστών. Γενικά η εμπειρία, όσον αφορά τις επιβαρύνσεις των χρηστών, δείχνει ότι αυτοί οδηγούν σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας όπου υπάρχει:

1. αυξημένη διαθεσιμότητα σε επίπεδο υπηρεσιών μονάδος υγείας
2. μεγαλύτερη υπευθυνότητα των προμηθευτών για τον πληθυσμό
3. υψηλότερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα
4. μια σταδιακή, παρά ξαφνική αύξηση των τιμών
5. τοπική διαχείριση των πόρων
6. ανταγωνιστικότητα με τις υπηρεσίες άλλων προμηθευτών

Πριν από κάθε αλλαγή πολιτικής, οι κυβερνήσεις δεν πρέπει μόνο να εκτιμούν τα πιθανά έσοδα από τις αλλαγές στην επιβάρυνση, αλλά πρέπει να εξετάζουν και τα πιθανά αρνητικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει η αλλαγή αυτή. Η εξέταση αυτή μπορεί να περιλαμβάνει:

1. ότι οι διαφορετικές στρατηγικές θα είναι κατάλληλες για διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών
2. ότι υπάρχει μία διαφορά ανάμεσα στις ονομαστικές επιβαρύνσεις, σχεδιασμένες να αποθαρρύνουν τη μη απαραίτητη χρήση υπηρεσιών και στις επιβαρύνσεις που είναι σχεδιασμένες να ανακτήσουν το κόστος των υπηρεσιών
3. ότι η πολιτική των επιβαρύνσεων για δημόσιες υπηρεσίες θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ευκαιρίες που μπορεί να έχει ο χρήστης, επιλέγοντας τον ιδιωτικό τομέα.

Οι μελέτες για την επιβάρυνση των χρηστών αφήνουν ακόμη κάποια αναπάντητα ερωτήματα όπως:

-πόσο σημαντικές είναι οι καθυστερήσεις στην αναζήτηση της φροντίδας για άτομα που αδυνατούν να πληρώσουν για τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας;
-όσον αφορά το προηγούμενο, χρειάζονται περισσότερες πληροφορίες πάνω στη ζήτηση, ώστε να σχεδιαστούν απαλλακτικές πολιτικές. Το ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσο αυτές οι απαλλαγές θα είναι εφικτές και πόσο δαπανηρή θα είναι η εκτέλεση μίας καθοδικής κλίμακας;

Υπήρξε μια σημαντική αύξηση του ιδιωτικού τομέα. Η αύξηση αυτή όμως δεν συνοδεύτηκε από μελέτες που να ερευνούν τα αποτελέσματα της αλλαγής αυτής. Αν και η αρχική δικαιολόγηση για την ιδιωτικοποίηση ήταν συχνά για να αυξηθούν οι διαθέσιμοι πόροι του τομέα της υγείας, το αν αυτό επιτυγχάνεται πάντα είναι ασαφές, αφού η επίδραση της αυξανόμενης ιδιωτικής χρηματοδότησης πάνω σε άλλους πόρους εσόδων είναι άγνωστη. Μέθοδοι αξιολόγησης για την δεν έχουν αναπτυχθεί, σε αντίθεση με εκείνες για την αξιολόγηση της επιβάρυνσης των χρηστών. Ένα σημείο εκκίνησης για παραπέρα έρευνα θα ήταν μία πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση των εμπειριών, όπως στη **Χιλή**, η οποία είχε ουσιώδη εμπειρία στην ιδιωτικοποίηση. Όπως

αποδεικνύει το Χιλιανό παράδειγμα, η χρηματοδότηση του ιδιωτικού τομέα μπορεί να χρειαστεί να ρυθμίσεις, προκειμένου να απορροφήσει την επίδραση από τις αποτυχίες της ελεύθερης αγοράς. Ακόμη, λίγη έρευνα έχει γίνει για να εξερευνηθούν κατάλληλοι ρυθμιστικοί μηχανισμοί και τα αποτελέσματά τους πάνω στη συμπεριφορά του ιδιωτικού τομέα.

Επιπλέον, τα προγράμματα ασφάλισης θεωρούνται ένας τρόπος προσέλκυσης μίας επιπρόσθετης σταθερής πηγής χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας και αμοιβαίας ανάληψης κινδύνων. Τέτοια προγράμματα επικρίθηκαν ότι είναι άδικα, μη αποδοτικά κυρίως στο τομέα των διοικητικών δαπανών. Όμως κανένα από αυτά τα χαρακτηριστικά δεν είναι αναπόφευκτα και βασίζονται πολύ στο σχεδιασμό του συστήματος ασφάλισης. Για παράδειγμα, τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να αποβούν άδικα αν αυξήσουν τα οφέλη, αντί να επεκτείνουν την κάλυψη και σε άλλες ομάδες του πληθυσμού, αλλά οι κυβερνήσεις μπορούν να ενεργήσουν για να εξασφαλιστεί ότι αυτό δεν θα συμβεί. Οι επικαλύψεις, σε επίπεδο φορέων, φαίνεται ότι είναι ένα μεγάλο πρόβλημα με τα ασφαλιστικά προγράμματα, αλλά τελευταία οι χώρες το αναγνωρίζουν αυτό και προσπαθούν να εξασφαλίζουν καλύτερο συντονισμό και/ή ολοκλήρωση των διαφορετικών συστημάτων χρηματοδότησης της υγείας. Υπάρχουν ακόμη αναπάντητα ερωτήματα για τον καλό σχεδιασμό και την εφαρμογή των ασφαλιστικών προγραμμάτων. Για παράδειγμα, η εύρεση τρόπων για την ασφαλιστική κάλυψη ατόμων στον ανεπίσημο τομέα της εργασίας, παραμένει πρόβλημα και για τις αναπτυσσόμενες και για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Σε χώρες που στηρίζονται σημαντικά στην εξωτερική χρηματοδότηση, οι κυβερνήσεις μπορεί να χρειάζονται υποστήριξη με τη διαχείριση των δανειακών κεφαλαίων στον τομέα της υγείας. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν απλές κατηγοριοποιήσεις σε προγράμματα λογιστικής παρακολούθησης των δραστηριοτήτων/δανειακών κεφαλαίων, τα οποία

μπορούν να εκτελεστούν/χρησιμοποιηθούν είτε άμεσα από τους δανειστές, είτε να συνδεθούν με κυβερνητικά προγράμματα. Μια μακροχρόνια δέσμευση από τους δανειστές θα μπορούσε να είναι ότι θα αφιερώνουν περισσότερους πόρους, σε μικρότερο αριθμό χωρών. Τέτοιες μακροχρόνιες δεσμεύσεις με σταθερή και τακτική χρηματοδότηση στη βάση προγραμμάτων, θα μπορούσε να παρέχει ουσιαστική βοήθεια για τη διαδικασία προσαρμογής, σε χώρες που προβαίνουν σε δομικές αλλαγές.

Είναι προφανές ότι η επιτυχία των αλλαγών στους πόρους χρηματοδότησης, συχνά εξαρτάται:

- ◆ από τον τρόπο με τον οποίο εκτελούνται οι αλλαγές,
- ◆ από την ευρύτητα της συζήτησης και τη διαθεσιμότητα της έρευνας,
- ◆ από την αξιολόγηση για τις επιπτώσεις παραπέρα μεταρρυθμίσεων.

Η αποδοτικότητα των εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης συνήθως δεν εξαρτάται από την ίδια την πηγή, αλλά από τα χαρακτηριστικά του συστήματος μέσα στο οποίο εκτελείται οποιαδήποτε αλλαγή. Συγκεκριμένα:

- ◆ αν υπάρχει επικάλυψη ανάμεσα σε διαφορετικές πηγές,
- ◆ αν οι μηχανισμοί έχουν πλήρως καθοριστεί, και
- ◆ αν τα άτομα που υλοποιούν τις αλλαγές έχουν εκπαιδευτεί και παρακινηθεί σωστά.

Είναι σχεδόν αδύνατον να αξιολογηθεί η αλλαγή σε πηγές χρηματοδότησης, χωρίς να ληφθεί υπόψη η χρήση που γίνεται στους πόρους που απελευθερώνονται. Παρατηρήθηκε ότι η επιβάρυνση των χρηστών είναι περισσότερο επιτυχής αν οι μονάδες υγείας μπορούν να διαχειριστούν τα έσοδα απ' αυτό το σύστημα. Το αποτέλεσμα στην ισότητα από την επέκταση

του ιδιωτικού τομέα, εξαρτάται από το τι θα συμβεί στις υπάρχουσες δημόσιες πηγές χρηματοδότησης. Χρειάζεται να γίνει περισσότερη έρευνα σ' αυτόν τον τομέα. Είναι απαραίτητο να διευθετηθούν μεθοδολογικές ανησυχίες όπως, πώς θα μετρηθεί η επίδραση που μία αλλαγή στη σχετική σπουδαιότητα μιας πηγής χρηματοδότησης, έχει πάνω στη λειτουργία άλλων πηγών;

Μέθοδοι έρευνας έχουν αναπτυχθεί για την αξιολόγηση των αλλαγών στις πηγές χρηματοδότησης.

Έρευνες οικογενειών χρησιμοποιήθηκαν για να αναγνωριστούν τα ακριβή χαρακτηριστικά αυτών που εγκαταλείπουν το δημόσιο σύστημα πρόνοιας – υγείας, καθώς αυξάνονται οι ασφαλιστικές εισφορές και πως αυτά ποικίλουν, ανάλογα με τις εξαιρέσεις που προβλέπονται και τον τύπο των ασφαλιστρών. Επίσης για να διερευνηθούν ζητήματα που αφορούν καθυστερήσεις στη χρήση των υπηρεσιών και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα από πλευράς των χρηστών.

Δεδομένα από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αν και είναι λιγότερο λεπτομερειακά, είναι φθηνότερο να συγκεντρωθούν. Τέτοιες έρευνες μπορούν να συμπληρώνονται από ευρύτερες μελέτες που αφορούν και άλλες επιστήμες, όπως ανθρωπολογία και επιδημιολογία. Αυτές οι μελέτες μπορούν να ερευνήσουν ορισμένους από τους ποιοτικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση, όπως η αντιλαμβανόμενη από τα άτομα ποιότητα των διαφόρων προμηθευτών και την αντίδραση των ιδιωτών προμηθευτών σε αλλαγές του ασφαλιστικού συστήματος. Τέτοια εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν ευρέως για να εκτιμηθεί η επίδραση της επιβάρυνσης των χρηστών και των προγραμμάτων κοινωνικής χρηματοδότησης, όμως μπορούν επίσης να φανούν χρήσιμα και για τη μελέτη – έρευνα άλλων πηγών χρηματοδότησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΑΘΕΙ Η ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΓΕΝΙΚΑ

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα. Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις της τελευταίας ιδιαίτερα δεκαετίας, ο υγειονομικός τομέας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα στη οργάνωση και λειτουργία, στη χρηματοδότηση και αποτελεσματικότητα, με μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών, με ανύπαρκτη δημόσια υγεία, με πληθωρισμό γιατρών και μεγάλες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό, με πολύ αδύναμη ανάπτυξη της ΠΦΥ και με στοιχεία αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς εκ μέρους πολλών γιατρών.

3.1. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Το διάγραμμα 2, επιχειρεί να αποτυπώσει την λειτουργία της αγοράς της πρωτοβάθμιας ανοικτής περίθαλψης. Όπως διαπιστώνεται, στα δύο μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ, τα οποία καλύπτουν το 75% περίπου του συνολικού πληθυσμού, η χρηματοδότηση και προσφορά των υπηρεσιών προέρχεται από ένα φορέα. Στην περίπτωση του ΙΚΑ, ο φορέας είναι το ΙΚΑ, στην περίπτωση του ΟΓΑ, ο φορέας είναι το κράτος. Παρατηρείται δηλαδή ότι τόσο η ζήτηση, όσο και η προσφορά εκπροσωπείται από τον ίδιο οργανισμό.

Διάγραμμα 2 Η ΑΓΟΡΑ ΤΗΣ ΕΞΩ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΑΓΟΡΑΣΤΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΣ	ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ
ΙΚΑ	;	α) ΙΚΑ <ul style="list-style-type: none"> → Πολύιατρεία → Οικ. Γιατρός β) Κρατικά Νοσοκομεία
ΟΓΑ	;	Κράτος <ul style="list-style-type: none"> → Αγροτ. Ιατρεία → Κ.Υ. → Κρατ. Ν/μεία
ΔΗΜΟΣΙΟ	ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ	α) Ιδιώτες β) κρατικ. Νοσοκομεία
ΤΕΒΕ	;	α) ΤΕΒΕ (Οικ. Γιατρός) β) Συμβάσεις
ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ	;	Όλες οι παραπάνω επιλογές
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	;	;

Η ταύτιση της ζήτησης με την προσφορά φέρνει σε θέση αδυναμίας τους χρήστες των υπηρεσιών, οι οποίοι δεν είναι δυνατό να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους. Το παραπάνω οργανωτικό πλαίσιο περιορίζει επίσης, τουλάχιστον θεωρητικά, τη ζήτηση, αφού αυτή εξαρτάται από την προσφορά.

Η παραγωγή των φροντίδων υγείας από τον χρηματοδότη δημιουργεί επίσης και ένα άλλο πρόβλημα στους προμηθευτές – γιατρούς των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι αμείβονται με μηνιαίο μισθό. Η μέθοδος αποζημίωσης με μισθό, τακτική που ακολουθείται από το κράτος και το ΙΚΑ, στην περίπτωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προκαλεί δυσαρέσκεια στους γιατρούς, οι οποίοι δεν έχουν κανένα κίνητρο να αυξήσουν την αποδοτικότητά τους ή/και να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των χρηστών. Αν αυτό συνδυασθεί με τους απαράδεκτα χαμηλούς μισθούς της πλειοψηφίας των γιατρών που απασχολούνται στο ΙΚΑ, τότε μπορεί κάποιος να υποθέσει βάσιμα ότι οι γιατροί επιδιώκουν να μειώσουν τον όγκο της εργασίας, είναι δυνατό να προσφέρουν χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών και έχουν κάθε λόγο να παραπέμπουν τους ασθενείς για δευτεροβάθμια χρήση υπηρεσιών. Αυτό δεν σημαίνει ότι το σύνολο των επαγγελματιών υγείας (γιατροί του ΙΚΑ και των Κέντρων Υγείας) εκμεταλλεύονται πράγματι αυτή την οργανωτική αδυναμία του συστήματος και λειτουργούν με αυτό τον τρόπο. Όμως ανεξάρτητα και πέραν αυτού, απαιτείται για τους ορθολογικά σκεπτόμενους σχεδιαστές της υγειονομικής πολιτικής, να λάβουν υπόψη τους την παραπάνω αδυναμία και να προχωρήσουν στην άρση της.

Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών φορέων και η αδυναμία του ΕΣΥ για τη θεσμοθέτηση κανόνων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, διόγκωσε τα προβλήματα αλλά και το κόστος των υπηρεσιών, το οποίο καλύπτεται σε σημαντικό βαθμό από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.

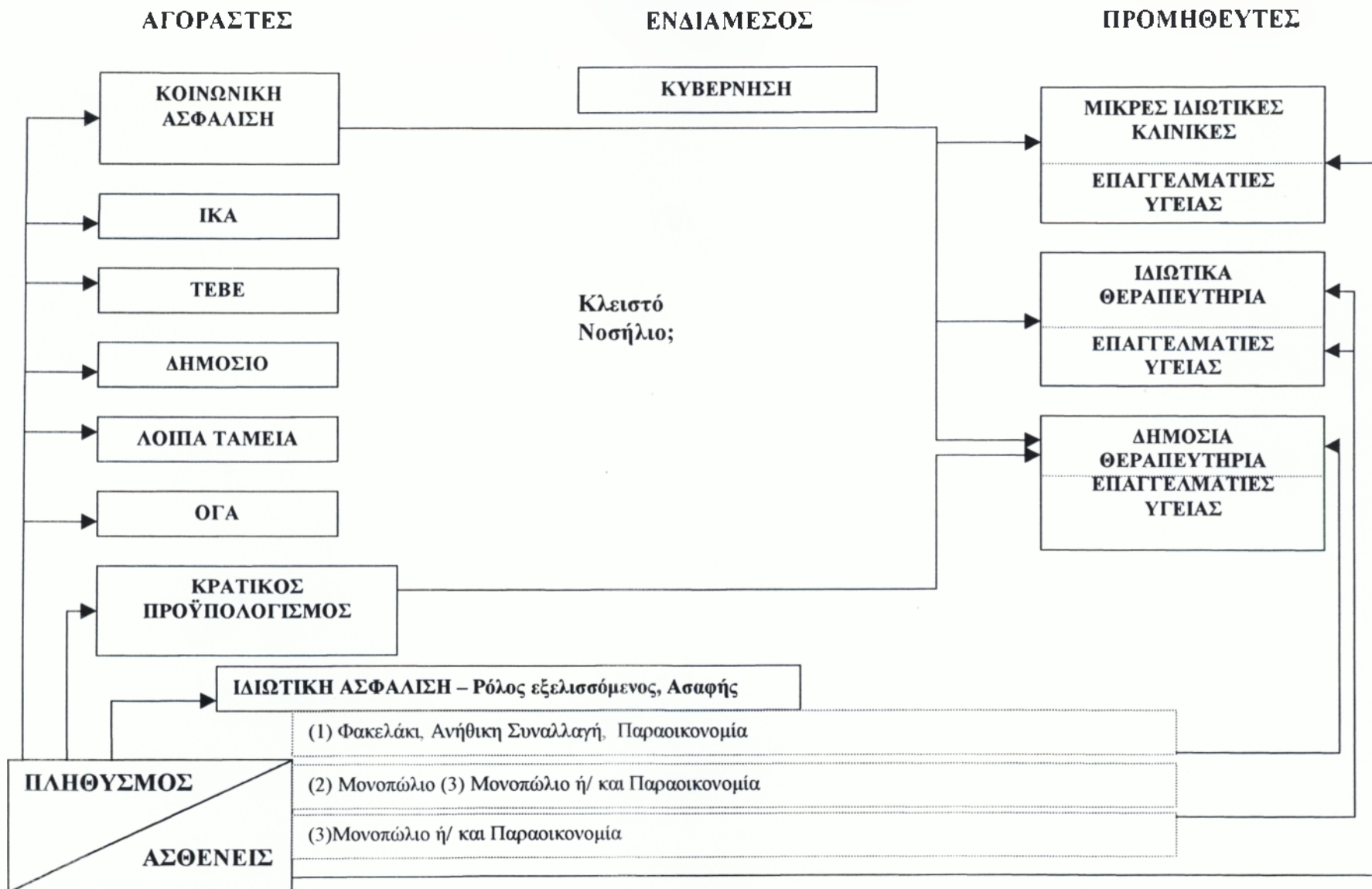
Παρά το γεγονός ότι τα κέντρα υγεία των αγροτικών περιοχών βελτίωσαν σημαντικά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας του αγροτικού πληθυσμού, η αγορά της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει τέτοιες ιδιαιτερότητες και αδυναμίες που αποδεικνύει το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας όχι μόνο μη ικανοποιητικό στα μάτια των χρηστών, αλλά και μη λειτουργικό.

3.2. Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Το διάγραμμα 3 παρακάτω, επιχειρεί να αποτυπώσει τις οικονομικές ροές και την υποτιθέμενη αγορά της νοσοκομειακής περίθαλψης, όπως αυτή παρουσιάζεται στη χώρα μας σήμερα. Οι οικονομικές ροές και σχέσεις έχουν την αφετηρία τους στον πληθυσμό και δια των ενδιαμέσων καταλήγουν στους παραγωγούς των νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπου κλίνει ο κύκλος του οικονομικού συστήματος. Παρατηρείται ότι διαμέσου των εισφορών του πληθυσμού (συμπεριλαμβάνονται και οι εισφορές των εργοδοτών στην περίπτωση της εξαρτημένης εργασίας), οι οικονομικές ροές είναι τεσσάρων ειδών.

- Η πρώτη αφορά τις κλασικές ροές προς τους οργανισμούς της κοινωνικής ασφάλισης, η οποία είναι υποχρεωτική και καθορίζεται κάθε φορά από το καθεστώς του ασφαλιστικού φορέα. Με εξαίρεση τον ΟΓΑ, που καλύπτει τους αγρότες, όλα τα άλλα κοινωνικά στρώματα συμμετέχουν με τις εισφορές τους στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών.
- Στη δεύτερη οικονομική ροή, πηγή χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, ο οποίος ο οποίος συντίθεται από την άμεση και έμμεση φορολογία και χρηματοδοτεί άμεσα τον ΟΓΑ για να αγοράσει υπηρεσίες και τα δημόσια νοσοκομεία.

Διάγραμμα 3. Η ΑΓΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



- Μια Τρίτη οικονομική ροή αφορά τον πληθυσμό ή τις επιχειρήσεις, που καλύπτουν τους εργαζόμενους με συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η συγκεκριμένη πηγή μπορεί να χρηματοδοτεί και να καλύπτει τμήμα ή όλη την συμμετοχή των ασθενών, οι οποίοι χρησιμοποιούν νοσοκομειακές υπηρεσίες και η οποία συμμετοχή μπορεί επίσης να προέρχεται κατευθείαν από τους ασθενείς (ατομικό διαθέσιμο εισόδημα) προς τους παραγωγούς των υπηρεσιών, χωρίς τη διαμεσολάβηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.
- Στην τέταρτη περίπτωση η οικονομική ροή περιγράφεται σύμφωνα με τις κατευθύνσεις των γραμμών 1,2 και 3 του διαγράμματος. Πιο συγκεκριμένα, η γραμμή (1) αφορά ανήθικες κατά τεκμήριο συναλλαγές, το γνωστό σε όλους “φακελάκι”, το οποίο είτε δίδεται ως έκφραση ευχαριστιών, είτε επιβάλλεται από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών και αποτελεί συναλλαγή που κινείται στον υπόγειο χώρο της οικονομικής δραστηριότητας. Η δεύτερη (2) και η τρίτη (3) οικονομική ροή των ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα, διαμορφώνεται ως επί το πλείστον αυθαίρετα από τους παραγωγούς, λόγω της μονοπωλιακής δύναμης που αυτοί ασκούν σε μια ατελή αγορά που συνδυάζεται με τα εγγενή χαρακτηριστικά της ατελούς πληροφόρησης ή/και την αποστροφή/αδυναμία πρόσβασης στο δημόσιο τομέα και μπορεί να κινείται σε ορισμένες περιπτώσεις στον χώρο της παραοικονομίας.

Σύμφωνα με το αποτυπωμένο διάγραμμα των οικονομικών ροών της αγοράς των νοσηλευτικών υπηρεσιών, το κυρίαρχο στοιχείο που καθορίζει τους όρους, το μέγεθος και τον όγκο των ροών και διαμορφώνει σε ένα μεγάλο ποσοστό την επί μέρους συμμετοχή των πηγών χρηματοδότησης προς τους προμηθευτές, είναι η κυβερνητική βούληση. Η τελευταία εκφράζεται ενσυνείδητα ή όχι, διαμέσου του κλειστού νοσηλίου και των τιμών που αυτό

κάθε φορά λαμβάνει, με βάση τις αποφάσεις της Επιτροπής Τιμών και Εισοδημάτων. Επομένως, η πολιτική χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών θεωρεί ως δεδομένη μέθοδο αποζημίωσης το κλειστό νοσήλιο, το οποίο καθορίζεται από την Επιτροπή Τιμών και Εισοδημάτων.

Παρόλα αυτά στο διάγραμμα υπάρχει ένα ερωτηματικό, αναφορικά με τη μέθοδο του κλειστού νοσηλίου. Το ερωτηματικό σχετίζεται άμεσα με την υπάρχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί κατά τα τελευταία χρόνια και αφορά κυρίως την συγκράτηση του κλειστού νοσηλίου σε χαμηλές τιμές. Οι χαμηλές τιμές του νοσηλίου, ειδικά στον ιδιωτικό τομέα οδήγησαν στην μη αποδοχή του και την υπέρβασή του. Έτσι, ορισμένα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια διαμορφώνουν πλέον αυθαίρετα και μονοπωλιακά τις τιμές τους και δεν αποδέχονται να αποζημιώνονται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, απαιτώντας την απευθείας αποζημίωση από τους χρήστες των υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα αρκετοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, αλλά και το δημόσιο που καλύπτει τους δημοσίους υπαλλήλους, προκειμένου να αντιμετωπίσει την υφιστάμενη απαράδεκτη κατάσταση, έχει ξεπεράσει το κλειστό νοσήλιο και δέχεται να αποζημιώνει εκτός κλειστού νοσηλίου ορισμένες παρακλινικές εξετάσεις και φάρμακα, τα οποία έπρεπε να συμπεριλαμβάνονται στην καθορισμένη τιμή του κλειστού νοσηλίου. Με δεδομένη την εξέλιξη αυτή και τις χρηματικές ροές που επιβαρύνουν τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς των ασθενών, διατυπώνεται ο ισχυρισμός, ότι η πολιτική του κλειστού νοσηλίου αφορά μόνο τα δημόσια νοσοκομεία ή τα ιδιωτικά, τα οποία προσφέρουν χαμηλή ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών ή / και παρέχουν υπηρεσίες σε κορεσμένες νοσηλευτικά περιοχές. Η χαμηλή τιμή όμως του κλειστού νοσηλίου προκαλεί αύξηση των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού και μια μετατροπή της σύνθεσης των πηγών χρηματοδότησης. Έτσι η σχέση 60% κοινωνική ασφάλιση και 40% κρατικός

προϋπολογισμός των δημοσίων δαπανών υγείας το έτος 1975 μετατράπηκε σε 40% και 60% αντίστοιχα το έτος 1996.

Με βάση την παραπάνω ανάλυση, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

- Η αγορά των νοσοκομειακών υπηρεσιών δεν λειτουργεί, με τις υφιστάμενες δομές και μέθοδο χρηματοδότησης, δηλαδή δεν υφίσταται ένα είδος ελεγχόμενης ζήτησης από τους χρηματοδότες των υπηρεσιών.
- Διαπιστώνεται αύξηση της συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού, του οποίου η σημερινή σύνθεση των εσόδων του δεν καλύπτει το θεμελιώδες κριτήριο της ισότητας. Με την έννοια αυτή οι δαπάνες για την υγεία δεν πληρούν τον σκοπό τους, που είναι η αναδιανομή του εισοδήματος.
- Βρίσκεται σε εξέλιξη μια υψηλή επιβάρυνση του χρήστη στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα στις χειρουργικές επεμβάσεις.

3.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Διάφορες προτάσεις έχουν γίνει κατά καιρούς για την μεταρρύθμιση του συστήματος χρηματοδότησης στη χώρα μας. Στην προσπάθειά μας να εξετάσουμε την αξιοπιστία των προτάσεων που προβάλλονται και κυριαρχούν στον χώρο των επιστημόνων της υγείας στη χώρα μας, καθώς και των παρεμβάσεων των ξένων εμπειρογνομόνων που έχουν προσκληθεί κατά καιρούς από τις ελληνικές κυβερνήσεις για την επίλυση των προβλημάτων του ελληνικού συστήματος υγείας, παρουσιάζουμε εδώ μία αντιπροσωπευτική πρόταση για την μεταρρύθμιση της χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας, υπό το φως των συμπερασμάτων που εξήχθησαν από την διερεύνηση της διεθνούς εμπειρίας στο προηγούμενο κεφάλαιο.

3.3.1. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

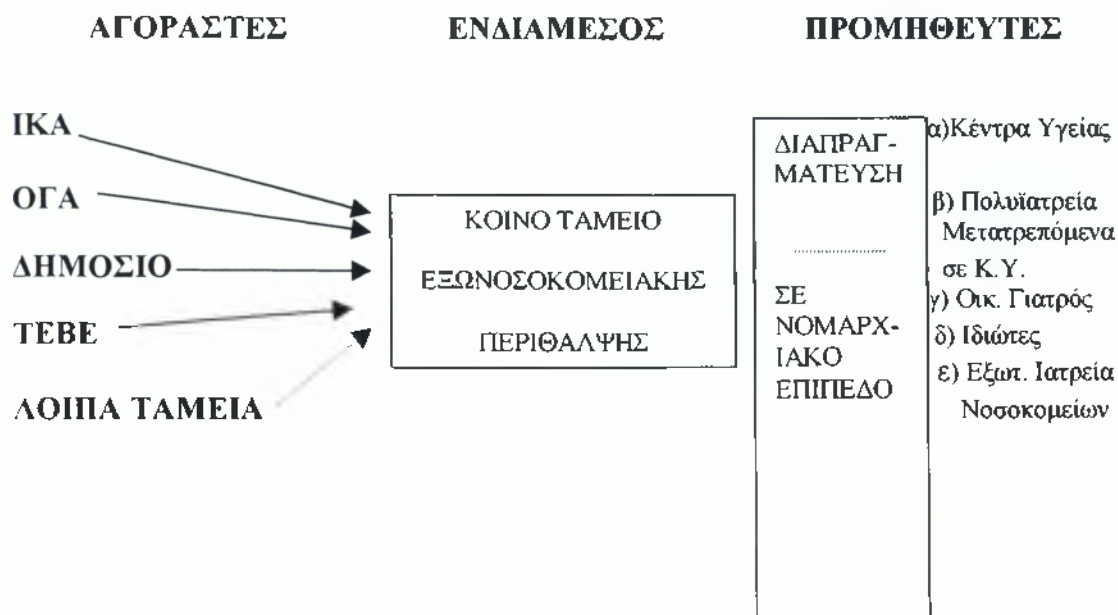
Με την υπάρχουσα σύνθεση των εσόδων του κρατικού προϋπολογισμού και την ευρείας εκτάσεως φοροδιαφυγή, έχει προταθεί για την εκπλήρωση του κριτηρίου της ισότητας η σταδιακή αλλαγή στη σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης. Δηλαδή η μείωση του ποσοστού του κρατικού προϋπολογισμού και αντίστοιχη αύξηση της συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης. Με δεδομένο όμως ότι μια αύξηση των εισφορών των εργαζομένων και εργοδοτών θα επιβάρυνε την εγχώρια βιομηχανία και την ανταγωνιστικότητα των ελληνικών προϊόντων, με αποτέλεσμα την αύξηση των εισαγωγών, την μείωση των θέσεων εργασίας και την παραγωγή ενός φαύλου κύκλου ελλειμμάτων – ανεργίας – κρίσης, προτείνονται ρυθμίσεις που δεν θα

επιβάρυναν την ήδη κακή θέση της ελληνικής οικονομίας και την προοπτική της ευρωπαϊκής σύγκλισης.

Με βάση τις εισφορές του κρατικού προϋπολογισμού και τους τέσσερις βασικούς κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών ΙΚΑ, ΟΓΑ, Δημόσιο και ΤΕΒΕ έχει προταθεί η σύσταση Κοινού Ταμείου Υγείας (ΚΤΥ). Το τελευταίο με την αντιπροσώπευση του 90% του πληθυσμού, θα λειτουργεί ως αγοραστής για λογαριασμό των ασφαλισμένων. Το ΚΤΥ θα συγκροτείται από δύο επιμέρους ταμεία, ένα για κάθε επίπεδο περίθαλψης (Πρωτοβάθμια-Δευτεροβάθμια).

Στο διάγραμμα 4 επιχειρείται να παρουσιασθεί με συνοπτικό τρόπο η δυνατότητα λειτουργίας ενός Κοινού Ταμείου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (ΚΤΠΠ), το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει σε πρώτη φάση τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων ΙΚΑ, ΟΓΑ, Δημόσιο και ΤΕΒΕ. Το ΚΤΠΠ μπορεί να είναι ένα υποσύστημα του Κοινού Ταμείου Υγείας. Η ένταξη των υπολοίπων κλάδων και ταμείων υγείας είναι εθελοντική και εξαρτάται αποκλειστικά από τη βούληση των ασφαλισμένων. Το Κοινό Ταμείο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης θα λειτουργεί με διαπραγματεύσεις με τους προμηθευτές, σε νομαρχιακό επίπεδο. Σε ότι αφορά τις διαδικασίες συγκρότησής του, αυτό μπορεί να ξεκινήσει με το χαλαρό δεσμό της αντιπροσώπευσης και να φθάσει σε μια πλήρη ενιαία οργανωτική μορφή στα πλαίσια ή σε αυτονομία με το Κοινό Ταμείο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η δυνατότητα για ένα Κοινό Ταμείο με δύο λειτουργίες (Νοσοκομειακή – Πρωτοβάθμια φροντίδα) είναι πιθανή και προς συζήτηση.

Διάγραμμα 4. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΑΓΟΡΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ρολος συμπληρωματικός
Όπου το Κ.Τ.Ε.Π. δεν
Προσφέρει κάλυψη ή / και
Υπάρχει συμμετοχή ασθενούς

ΕΠΙΛΟΓΕΣ

- Υφιστάμενη κατάσταση
- -//- -//- με βελτιώσεις και οριακές αλλαγές
- Πλήρη ανεξαρτητοποίηση προμηθευτών από αγοραστές – χρηματοδότες
- Θεσμός οικογενειακού γιατρού
- Κ.Υ. στην Τ.Α. και αποζημίωση προμηθευτών με βάση τον πληθυσμό
- Ιδιώτες με σύμβαση και έλεγχος τιμών και όγκου ιατρικών πράξεων
- Καθορισμός αριθμού επισκέψεων δωρεάν και επιβάρυνση χρήστη για επιπλέον
- Συνδυασμός παραπάνω

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Κοστολόγηση
- Συμβάσεις ή / και συμμετοχής
- Περιορισμός παραπομπών

ΦΑΡΜΑΚΟ

- Έλεγχος τιμών και κόστους
- Generics
- Λίστες - Συνταγολόγιο

Στα πλαίσια της παραπάνω πρότασης, η πλευρά της προσφοράς είναι αναγκαίο να αυτονομηθεί πλήρως από τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Στην κατηγορία των αυτόνομων πλέον προμηθευτών μπορεί να περιλαμβάνονται:

- Κέντρα Υγείας
- Πολυιατρεία ΙΚΑ μετατρέπόμενα σε Κέντρα Υγείας αστικού τύπου
- Οικογενειακοί γιατροί με ιδιωτικά ιατρεία
- Ελεύθεροι επαγγελματίες με τα ιδιωτικά τους ιατρεία
- Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων

Οι δυνατότητες για επιλογές είναι πολλές και ποικίλες. Η παράδοση της χώρας μας σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά του πληθυσμού επιβάλλουν την ύπαρξη των επιλογών στην προσφορά, αν και αυτό ίσως εμπεριέχει μεγαλύτερο κόστος. Η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη επιτρέπει την πρόταση για την ύπαρξη πολλών επιλογών, παρά το σημαντικό κόστος που αυτή έχει.

Το Κοινό Ταμείο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης που διαρθρώνεται και λειτουργεί σε νομαρχιακό επίπεδο, έχει τα εξής πλεονεκτήματα αρχής. Γνωρίζει τη συμπεριφορά και τις συνήθειες του τοπικού πληθυσμού ως και τα προβλήματα στην παροχή των υπηρεσιών και το υφιστάμενο δυναμικό των επαγγελματιών. Αυτή η γνώση του παρέχει τη δυνατότητα να λειτουργεί με ευελιξία, να ικανοποιεί τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του πληθυσμού και ταυτόχρονα να ελέγχει σε ένα βαθμό το κόστος. Το τελευταίο μπορεί να επιτευχθεί κάτω από την πίεση του ανταγωνισμού στην προσφορά για την προσέλκυση των χρηστών.

Οι επιλογές με τις αντίστοιχες ρυθμίσεις για την αποζημίωση των προμηθευτών των φροντίδων υγείας, είναι δυνατό να είναι οι ακόλουθες στην πλευρά της προσφοράς.

- ◆ Ετήσιες συμβάσεις με οικογενειακούς γιατρούς, εάν και όπου αυτοί είναι διαθέσιμοι. Αποζημίωση των οικογενειακών γιατρών κυρίως με βάση των αριθμό των εγγραφόμενων (κατά κεφαλή), με διαφοροποιήσεις για τους χρονίως πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και τα παιδιά που κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών, για να περιορισθεί το φαινόμενο της αντίστροφης επιλογής.
- ◆ Υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση για την κτιριακή υποδομή και τη συντήρησή της και αποζημίωση των προμηθευτών κατά κεφαλή για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η διατήρηση ενός τμήματος των αμοιβών είναι επίσης δυνατή για όλους τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σήμερα και πρόσθετη αποζημίωση στη βάση του παραγόμενου έργου που πρέπει να ελέγχεται από το Κοινό Ταμείο, είναι επίσης μια ανοικτή επιλογή στην περίπτωση που οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας δεν αποδεχθούν την κατά κεφαλή αποζημίωση.
- ◆ Προγραμματικές συμβάσεις ετήσιας διάρκειας με ελεύθερους επαγγελματίες γιατρούς, με διακανονισμό των τιμών αποζημίωσης ανά επίσκεψη και ταυτόχρονο έλεγχο του όγκου των παρεχομένων ιατρικών πράξεων Ένας κλασικός τρόπος για τον έλεγχο του κόστους στην περίπτωση αυτή είναι οι διαφοροποιημένες τιμές αποζημίωσης, αναφορικά με τη χρήση. Δηλαδή, προοδευτική μείωση των τιμών αποζημίωσης ή/και επιβάρυνση του χρήστη, πέρα από το όριο μιας λογικής χρήσης.

- ♦ Ένας συνδυασμός όλων των παραπάνω και νέων καινοτομιών κάθε φορά, με βάση την υπάρχουσα κατάσταση και τις συνθήκες που επικρατούν σε κάθε νομό της χώρας. Είναι αναγκαίο όμως να τονισθεί, ότι οι προτιμήσεις των χρηστών καταγράφονται κάθε χρόνο από το Κοινό Ταμείο και δεσμεύουν αυτούς για όλο το χρονικό διάστημα.

Παράλληλα είναι δυνατό με την ύπαρξη του Κοινού Ταμείου να υπάρχουν πειράματα σε ορισμένους νομούς της χώρας, αναφορικά με κάθε σύστημα προσφοράς Πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Είναι δυνατό δηλαδή να εφαρμοστεί σε δύο οι τρεις νομούς πειραματικά, μία και μοναδική μέθοδος π.χ. ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, οι συμβάσεις με τους ελεύθερους επαγγελματίες ή τα κέντρα υγείας με την άσκηση της ομαδικής ιατρικής. Αυτό θα δώσει την ευκαιρία εξαγωγής χρήσιμων συμπερασμάτων για τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες της κάθε μεθόδου προσφοράς, στα πλαίσια των προτιμήσεων και επιλογών του ελληνικού πληθυσμού.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι αν και οι διαφοροποιήσεις στην προσφορά σε νομαρχιακό επίπεδο είναι θεμιτές, είναι αναγκαία η θέσπιση κανόνων κεντρικής κατεύθυνσης που θα αφορούν ολόκληρο τον πληθυσμό. Οι κανόνες αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν την οικονομική συμμετοχή των ασθενών στη χρήση και στο είδος των υπηρεσιών, τις διαδικασίες επιβάρυνσης και τις τυχόν εξαιρέσεις.

Η ύπαρξη του Κοινού Ταμείου λόγω της μονοφωνιακής δύναμης που συγκεντρώνει, επιβάλλει εκτός από τον ανταγωνισμό των προμηθευτών, τη θεαματική βελτίωση της συμπεριφοράς και της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών γιατί οι προμηθευτές βρίσκονται στην ανάγκη να προσελκύουν τους χρήστες που έχουν ανοικτή τη δυνατότητα επιλογών. Ταυτόχρονα, το Κοινό Ταμείο δίδει τη δυνατότητα για την κοστολόγηση των διαγνωστικών και παρακλινικών εξετάσεων, στη βάση του κόστους

παραγωγής και ένα θεμιτό κέρδος. Επιβάλλει τη συμμετοχή στο κόστος, όπου και αν αυτό κρίνεται αναγκαίο και μειώνει τον αριθμό των διαγνωστικών εξετάσεων υψηλής τεχνολογίας, αφού έχει τη δυνατότητα να σταματήσει την οικονομική συναλλαγή του παραγγέλλοντος την εξέταση με τον παραγωγό. Τέλος, είναι δυνατό να ελέγξει το κόστος της φαρμακευτικής κατανάλωσης, αφού η μονοφωνιακή του δύναμη είναι δυνατό να προωθήσει τον έλεγχο των τιμών των φαρμάκων, τη θέσπιση εθνικού συνταγολογίου, την επιβολή της οικονομικής τους αξιολόγησης κλπ.

3.3.2. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Οι προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις της χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα ελπίζεται ότι εκπληρώνουν κριτήρια ισότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας και σε κάποιο βαθμό συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Στο διάγραμμα 5 επιχειρείται να αποτυπωθεί η συνολική πρόταση για την αλλαγή της χρηματοδότησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Η πρόταση βασίζεται στην λειτουργία του Ενιαίου Ταμείου Υγείας για την εξασφάλιση των χρηματοδοτικών πόρων. Μια ενδεχόμενη πηγή άντλησης πρόσθετων πόρων είναι η εισαγωγή ασφαλίστρου στον αγροτικό πληθυσμό, ο οποίος την δεκαετία του '80 αύξησε τη δυνατότητα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες και σήμερα ένα μεγάλο τμήμα του βρίσκεται σε θέση να συνεισφέρει για την υγειονομική του κάλυψη. Ταυτόχρονα για να εκπληρωθεί η αρχή της ισότητας και να χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής και να προσφέρονται με βάση την ανάγκη, χρειάζεται να αυξηθούν οι εισφορές των κοινωνικών στρωμάτων που έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν. Τέτοια στρώματα, όπως αυτοαπασχολούμενοι, ελεύθεροι επαγγελματίες κλπ. που κυρίως φοροδιαφεύγουν, αλλά και άλλες

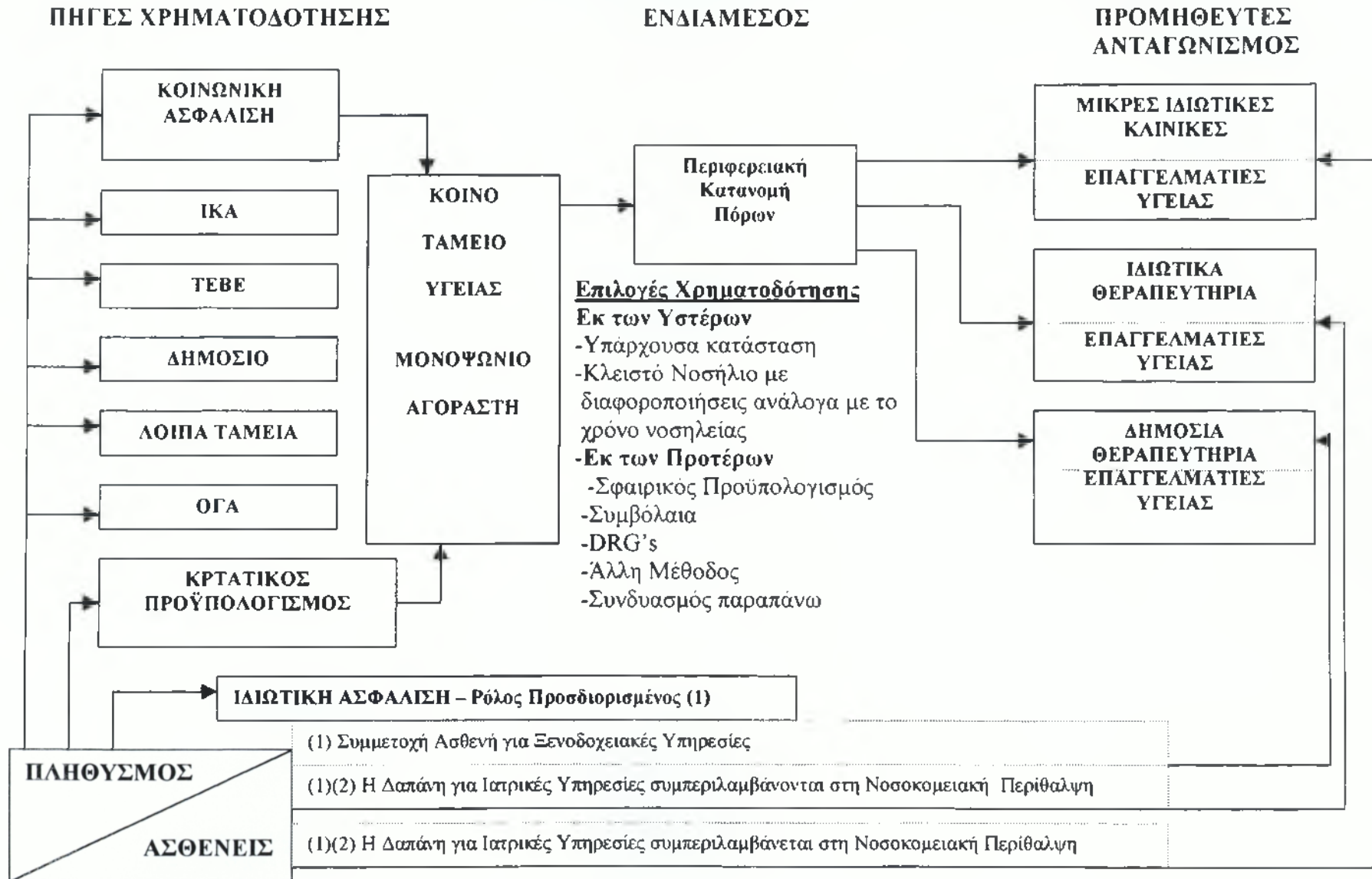
κατηγορίες που έχουν χαμηλές εισφορές για την υγεία σε σχέση με αυτούς που ασφαλίζονται στο ΙΚΑ, είναι οι δυνητικές επιλογές για την σταδιακή αλλαγή της σύνθεσης των πηγών χρηματοδότησης με την ταυτόχρονη ικανοποίηση του κριτηρίου της ισότητας.

Ο μεγάλος όγκος του ΚΤΥ στην αγορά θα του προσδίδει σημαντική και μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ολιγοπωλίου ή μονοπωνίου. Έτσι θα υπάρχει ένας πόλος στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας που θα έχει την δύναμη, αν όχι να επιβάλλει τα συμφέροντα των χρηστών, τουλάχιστον να διαπραγματεύεται και να εξυπηρετεί τα συμφέροντά τους με ένα αποτελεσματικό τρόπο.

Το ίδιο χρονικό διάστημα ή σε δεύτερη φάση μπορούν στο Κοινό Ταμείο να εισέλθουν με την δική τους θέληση όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και κλάδοι υγείας. Αυτό θα εξαρτηθεί από την επιτυχία του εγχειρήματος, αν και η παραμονή εκτός Κοινού Ταμείου θα αποδειχθεί βραχυπρόθεσμα ανέφικτη. Αυτό γιατί οι τιμές – συμβόλαια στην αγορά των νοσηλευτικών υπηρεσιών θα αλλάξουν σημαντικά και θα σταματήσει η σημερινή έμμεση χρηματοδότηση του κρατικού προϋπολογισμού προς τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Το Κοινό Ταμείο μπορεί να αποκτήσει ενιαία μορφή και οργάνωση με μεταφορά προσωπικού από τα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης, μπορεί να αποτελέσει μια ανοικτή προοπτική για μεταγενέστερη συγχώνευση των κλάδων υγείας, αν αυτό αποφασισθεί για λόγους αποδοτικότητας από τους ασφαλισμένους. Ακόμη, μπορεί να λειτουργήσει τεχνητά με συμβάσεις μεταξύ των ταμείων και του κράτους, με σκοπό την αντιπροσώπευσή τους από το κράτος ή κάποιο ασφαλιστικό ταμείο που είναι μόνιμο ή αλλάζει εκ περιτροπής. Η επιλογή είναι ανοικτή για κάθε ενδεχόμενο.

Διάγραμμα 5. ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΑΓΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Η σταδιακή υλοποίηση της πρότασης με τη μέθοδο της αντιπροσώπευσης, ζήτημα το οποίο δεν απαιτεί νομοθετικές παρεμβάσεις, προτείνεται ως η προσφορότερη λύση με σκοπό να εντοπισθούν τα πιθανά προβλήματα και αδυναμίες υλοποίησης, ώστε σε επόμενο στάδιο να υπάρξει η απαραίτητη αξιολόγηση και βελτίωση λειτουργίας του προτεινόμενου σχεδίου. Με άλλα λόγια, η πρόταση σε αρχικό στάδιο προβλέπει ένα πειραματισμό και μια σταδιακή υλοποίηση για την υπέρβαση των αδυναμιών στην πράξη, στοιχείο καθοριστικό σε κάθε αναγκαία αλλαγή.

Η ύπαρξη του Κοινού ταμείου, εκπληρώνει το κριτήριο της οριζόντιας ισότητας αφού δίνει τη δυνατότητα για αναδιανομή του εισοδήματος, ικανοποιεί το κριτήριο της αποτελεσματικότητας γιατί μειώνει σε ένα βαθμό το κόστος των επί μέρους υφιστάμενων οικονομικών συναλλαγών και δίδει την δυνατότητα ελέγχου των προμηθευτών, οι οποίοι προκειμένου να έχουν οικονομικές ροές πρέπει να ανταγωνίζονται, να έχουν χαμηλό κόστος παραγωγής και να προσφέρουν αποδεκτή ποιότητα υπηρεσιών. Έτσι, ο ανταγωνισμός επιβάλλεται στην πλευρά της προσφοράς, η οποία στη χώρα μας είναι τελείως ανεξέλεγκτη και υπάρχουν πολλά ερωτηματικά για το κόστος παραγωγής και την ποιότητα του παρεχόμενου έργου.

Ταυτόχρονα η λογική του Κοινού Ταμείου δίδει τη δυνατότητα για την περιφερειακή κατανομή των πόρων και προωθεί την περιφερειακή ισότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, διευκολύνοντας την δυνατότητα για ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η περιφερειακή κατανομή των πόρων μπορεί να εκπληρωθεί με οποιαδήποτε μέθοδο που θα επιλεγεί με κριτήρια τον πληθυσμό ή/και τις υγειονομικές ανάγκες. Αν και για το τελευταίο ζήτημα υπάρχουν διαφορετικές και συγκρουόμενες απόψεις, η περιφερειακή κατανομή των πόρων με βάση τον πληθυσμό (κατά κεφαλή), είναι μια μέθοδος που είναι αποδεκτή και ακολουθείται ακόμη και σε εθνικά υγειονομικά συστήματα.

Σε περιφερειακό επίπεδο μπορεί να λειτουργήσουν αποκεντρωμένες υπηρεσίες και όργανα του Κοινού Ταμείου ή και αντιπρόσωποι που απλά θα διαπραγματεύονται σε περιφερειακό επίπεδο με τους τοπικούς προμηθευτές. Ο προσδιορισμός του τύπου και της μορφής που θα λάβουν τα περιφερειακά όργανα εξαρτάται κυρίως από την οργανωτική συγκρότηση του Κοινού Ταμείου Υγείας. Ταυτόχρονα απαιτείται να προσδιορισθεί για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας, ποιες νοσοκομειακές υπηρεσίες θα χρηματοδοτηθούν από τη διαδικασία του Κοινού Ταμείου σε όλες τις περιφέρειες και ποιες όχι. Για παράδειγμα, οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, η μεταμόσχευση νεφρών και άλλες επεμβάσεις υψηλής τεχνολογίας, των οποίων το υψηλό κόστος και το εξειδικευμένο προσωπικό καθιστούν αδύνατη τη διάχυσή τους σε όλες τις περιφέρειες, είναι δυνατό και επιβάλλεται να χρηματοδοτούνται πριν από την περιφερειακή κατανομή των πόρων. Το ίδιο επίσης μπορεί να συμβεί για τις εκπαιδευτικές και ερευνητικές ανάγκες, σε συνδυασμό με την πρόσθετη χρηματοδότηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία εφημερεύουν και απαιτείται για το σκοπό αυτό πρόσθετο υγειονομικό προσωπικό.

Το Κοινό Ταμείο και η περιφερειακή κατανομή των πόρων θα περιορίσουν στο ελάχιστο τις διαπεριφερειακές ροές των ασθενών στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και Θεσσαλονίκης και θα βελτιώσουν την κατανομή όχι μόνο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του υγειονομικού συστήματος, αλλά θα συμβάλλουν έμμεσα στην περιφερειακή ανάπτυξη της χώρας. Τούτο θα συμβεί αν η παραπομπή ασθενών από τις περιφέρειες προς τα νοσηλευτικά κέντρα επιβαρύνει τους προϋπολογισμούς των περιφερειών, όπως είναι φυσικό, και παράλληλα η μετακίνηση των ασθενών με δική τους πρωτοβουλία επιβαρύνει τον οικογενειακό προϋπολογισμό του ασθενή και όχι το Κοινό Ταμείο. Με τον τρόπο αυτό, το χρήμα ακολουθεί τους ασθενείς, θεσπίζονται κανόνες ενός ενιαίου και περιφερειακά οργανωμένου υγειονομικού συστήματος, όπου η συλλογική κάλυψη και το εύρος των αναγκών υγείας προσδιορίζεται εκ των προτέρων με ανοικτές διαδικασίες, η

μη τήρηση των οποίων έχει κάποιες συνέπειες τόσο για τους προμηθευτές, όσο και για τους καταναλωτές των υπηρεσιών.

Η υλοποίηση της προτεινόμενης παρέμβασης στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών δίδει επίσης τη δυνατότητα για χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων, αλλά και για την λεπτομερή ανάλυση του κόστους και του οφέλους των υπάρχοντων ή των νέων θεραπευτικών προγραμμάτων – θεραπειών μέσω της οικονομικής αξιολόγησης. Το Κοινό Ταμείο προκειμένου να συμβληθεί και να χρηματοδοτήσει ένα νέο πρόγραμμα έχει τη δυνατότητα να ζητήσει ή να πραγματοποιήσει το ίδιο μελέτες οικονομικής αξιολόγησης, ώστε να διαθέτει τους πόρους αποδοτικά. Καθορίζει και επιβάλλει έτσι την ανάπτυξη των υπηρεσιών ή την επιλογή στην ανάπτυξη των υπηρεσιών με βάση κριτήρια αποδοτικότητας.

Στο διάγραμμα 5 καταγράφονται επίσης οι δυνατότητες για την αναδρομική και προοπτική χρηματοδότηση των προμηθευτών που συμβάλλονται με το Κοινό Ταμείο, το οποίο επιχειρεί να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Αν και οι επιλογές είναι αρκετές μια προοπτική χρηματοδότηση είναι περισσότερο αποτελεσματική, όπως η διεθνής εμπειρία και βιβλιογραφία καταδεικνύει. Παρά το γεγονός ότι, λόγοι αποτελεσματικότητας επιβάλουν την εκ των προτέρων αποζημίωση με τη μέθοδο των διαγνωστικών κατηγοριών (DRGs), δεν πρέπει να παραγνωρίζονται οι υπάρχουσες δυνατότητες της δημόσιας διοίκησης και η κατάσταση των ελληνικών νοσοκομείων (έλλειψη πληροφοριακών συστημάτων, ανεπάρκειες στο επαγγελματικό επίπεδο του ανθρώπινου δυναμικού, νοοτροπίες και συμπεριφορές). Υπό τους παραπάνω περιορισμούς, η αντιμετώπιση της χρηματοδότησης είναι δυνατό να ξεκινήσει με την προοπτική μέθοδο του σφαιρικού προϋπολογισμού ή τις προγραμματικές συμβάσεις και συμβόλαια, έως ότου υπάρξει η απαραίτητη υποδομή και γνώση για να εφαρμοσθούν μελλοντικά οι διαγνωστικές

κατηγορίες ασθενειών ή τα μικτά συστήματα ομαδοποίησης των ασθενών ως μέθοδος αποζημίωσης.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται περισσότερο σαφής και προσδιορισμένος με τις προτάσεις που διατυπώνονται για την λειτουργία της νοσοκομειακής αγοράς. Η αποσαφήνιση του πλαισίου λειτουργίας των πόλων της ζήτησης και της προσφοράς, δίνει τη δυνατότητα στην ιδιωτική ασφάλιση να αναπτύξει πρωτοβουλίες εάν το επιθυμεί, σε εκείνους τους τομείς που δεν καλύπτονται από τη δημόσια χρηματοδότηση και να προσφέρει έτσι εναλλακτικές λύσεις σε εκείνες τις ομάδες του πληθυσμού που επιδιώκουν πολλαπλές επιλογές και πρόσθετη κάλυψη. Για παράδειγμα, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να καλύπτει το πρόσθετο κόστος καλύτερων ξενοδοχειακών υπηρεσιών στο νοσοκομείο, το κόστος της επιβάρυνσης σε κάποιου είδους επεμβάσεις, θεραπείες και προγράμματα ή το κόστος των κοσμητικών χειρουργικών επεμβάσεων κλπ. Αυτό το οποίο επιβάλλεται όμως για λόγους ισότητας είναι να αντιμετωπισθεί σε νέα βάση το πλαίσιο των φορο-απαλλαγών των εταιριών και των μεμονωμένων ατόμων, τα οποία αγοράζουν προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε πολλές χώρες έχουν εμφανιστεί κάποιες κοινές τάσεις και εξελίξεις. Ακολουθώντας τις εξελίξεις και του οικονομικού τομέα έχει διαμορφωθεί τάση ελευθεροποίησης και του υγειονομικού τομέα. Επίσης έχει αυξηθεί η χρηματοδότηση από ιδιωτικές πηγές και έχει δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στους μηχανισμούς της αγοράς, προκειμένου να δομηθούν οι λειτουργίες του υγειονομικού τομέα. Οι αλλαγές αυτές έχουν ριζοσπαστικές επιπτώσεις στους ρόλους όλων των συμμετεχόντων στον υγειονομικό τομέα.

Αν και οι τάσεις είναι προφανείς, η ακριβής μορφή των αλλαγών στη χρηματοδότηση έχει διαφοροποιηθεί σύμφωνα με τη δομή του συστήματος και της πολιτικής βιωσιμότητας της αλλαγής εντός αυτού, στις διάφορες χώρες. Μερικές κυβερνήσεις θεωρούν ότι ο θεσμός της συμμετοχής των χρηστών είναι δυνατόν να τους εξασφαλίσει τα επιπλέον έσοδα που απαιτούνται, ενώ άλλες έχουν στραφεί κυρίως στην ασφάλιση. Ενώ μερικές χώρες περνούν από μία φάση ταχύτατης ιδιωτικοποίησης, άλλες έχουν προτιμήσει τους μηχανισμούς της αγοράς, προκειμένου να ενθαρρύνουν αύξηση της αποδοτικότητας του δημόσιου τομέα. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχει δυνατότητα αποκλειστικών επιλογών στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα. Οι μεταρρυθμίσεις μπορούν να συμπληρώνουν η μία την άλλη ή να έχουν αρνητική επίδραση η μία πάνω στην άλλη. Τα συστήματα υγείας είναι από τη φύση τους πλουραριστικά. Ένας αριθμός διαφορετικών πηγών χρηματοδότησης, διαφορετικοί μηχανισμοί αμοιβών, κίνητρα στους προμηθευτές και ενίσχυση του ρόλου των αγοραστών, συνυπάρχουν. Η πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι κυβερνήσεις είναι πως θα διαχειριστούν και

θα συντονίσουν αυτές τις διαφορετικές δομές, με σκοπό να επιτύχουν αρμονία στο σύστημα ως σύνολο.

Σημαντικές αλλαγές έχουν επέλθει στους ρόλους των καταναλωτών και των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας στα συστήματα υγείας. Μερικές φορές αυτές οι αλλαγές πηγάζουν από αλλαγές που έχουν γίνει στον τρόπο χρηματοδότησης. Για παράδειγμα, η βελτίωση του ρόλου των αγοραστών είναι αποτέλεσμα της μεταρρύθμισης στη χρηματοδότηση, που στόχευε στο να διαχωρίσει τον ρόλο του προμηθευτή από αυτόν του αγοραστή. Άλλες αλλαγές όπως η αποκέντρωση, έχουν μία λογική από μόνες τους και συμπληρώνουν τις μεταρρυθμίσεις που γίνονται στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα.

Πρόσφατες αλλαγές στη χρηματοδότηση συχνά αναγνώριζαν την ανάγκη των καταναλωτών να εκφράζουν τις επιθυμίες τους για υπηρεσίες υγείας, αλλά με δεδομένα τα προβλήματα της ατελούς πληροφόρησης δεν είναι ξεκάθαρο πόσο η επιλογή του καταναλωτή μπορεί να προωθήσει τον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών και να επηρεάσει θετικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι καταναλωτές δεν είναι δυνατόν να έχουν όλη την πληροφόρηση που χρειάζεται για να κάνουν την καλύτερη επιλογή, αλλά ούτε και αισθάνονται άνετα να αναλαμβάνουν αυτοί την ευθύνη της απόφασης, η οποία πολλές φορές αφορά τη ζωή τους.

Εντούτοις, τα περιορισμένα δεδομένα που είναι διαθέσιμα δυσκολεύουν τις γενικεύσεις. Σε περιπτώσεις που οι καταναλωτές έχουν σημαντική εμπειρία του συστήματος, για παράδειγμα σε συνηθισμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, προτιμούν όλο και περισσότερο να διαμορφώνουν τη δική τους κρίση. Προκύπτει λοιπόν η ανάγκη να διακριθούν ευκρινώς οι περιπτώσεις όπου οι καταναλωτές μπορούν να είναι

αποτελεσματικοί διαμεσολαβητές (agents) και οι περιπτώσεις όπου ο δημόσιος αρχές θα πρέπει να αναλαμβάνουν την ευθύνη των αποφάσεων.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες αυτή τη στιγμή προβληματίζονται για το πώς θα εφαρμόσουν μέτρα ρύθμισης και ελέγχου του ιδιωτικού τομέα υγείας, ο οποίος είναι ήδη μεγάλος και μεγεθύνεται ταχύτατα. Ένα σημαντικό στοιχείο σε αυτόν τον προβληματισμό πρέπει να είναι ο εντοπισμός των περιπτώσεων όπου οι καταναλωτές είναι περισσότερο ευάλωτοι.

Στις περιπτώσεις όπου ο ατομικός καταναλωτής αποτυγχάνει να λάβει λογικές και πληροφορημένες αποφάσεις αναζητώντας υγειονομική φροντίδα, ο θεσμικός αγοραστής μπορεί να είναι περισσότερο αποδοτικός. Αν και οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις που αφορούν το management της αγοράς έχουν γίνει στις βιομηχανοποιημένες χώρες, μπορούν να εξαχθούν σημαντικά διδάγματα για τις υπό ανάπτυξη και ειδικά σε αυτές όπου αυτή τη στιγμή δημιουργούνται ασφαλιστικά συστήματα κοινωνικού χαρακτήρα.

Πολλές από τις μεταρρυθμίσεις στη χρηματοδότηση επιδιώκουν την αύξηση της αυτονομίας των προμηθευτών, με σκοπό να αυξηθεί η υπευθυνότητά τους και να ενθαρρύνονται οι προμηθευτές, ώστε να ανταποκρίνονται περισσότερο στα κίνητρα που δημιουργούν η απελευθέρωση της αγοράς και η ισχυροποίηση του ρόλου του καταναλωτή.

Οι χώρες πρέπει να κατανοήσουν ότι υπάρχει πληθώρα πολιτικών μέτρων διαθέσιμων για τη βελτίωση της χρηματοδότησης και οργάνωσης των συστημάτων υγείας, τα οποία μπορεί να έχουν καλές και κακές επιπτώσεις στους στόχους των συστημάτων υγείας. Πριν την εφαρμογή οποιασδήποτε αλλαγής θα πρέπει να γίνει προσεκτικά πλήρης καθορισμός των στόχων της πολιτικής. Συγκεκριμένοι εναλλακτικοί πολιτικοί στόχοι μπορούν να

εκτιμηθούν υπό τα φως του βάρους που δίνεται στη πολιτική για την υγεία των ατόμων.

4.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εξέταση της διεθνούς εμπειρίας, όπως αναλύθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο, διαμορφώνει τις παρακάτω προτάσεις προς τους σχεδιαστές του συστήματος υγείας, σχετικά με τα ζητήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό και εφαρμογή μεταρρυθμίσεων – αλλαγών στο υποσύστημα χρηματοδότησης:

- Υπό το φως των οικονομικών αλλαγών και την πιθανή ανάγκη για πολιτικές μεταρρυθμίσεις, οι κυβερνήσεις πρέπει να βελτιώνουν την πληροφόρηση τους σχετικά με τις συνέπειες των υπάρχοντων συστημάτων χρηματοδότησης και στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα και επίσης, τη πληροφόρηση για τις συνολικές τάσεις στην απόδοση των υπηρεσιών, που σχετίζεται με τους δείκτες υγείας και με τους στόχους του συστήματος υγείας.
- Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να αξιολογούν τα τρέχοντα και προγραμματισμένα πολιτικά μέτρα και τις αλλαγές στη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, με βάση τους στόχους του συστήματος.
- Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις εμπειρίες άλλων χωρών, ακόμα και αυτών οι οποίες αντιμετωπίζουν διαφορετικές καταστάσεις, διότι μπορεί να εξαχθούν σημαντικά διδάγματα για την πολιτική εφαρμογή των μέτρων.
- Δεδομένου ότι η εμπειρία από τις επιπτώσεις των αλλαγών στη χρηματοδότηση πάνω στην υγεία είναι περιορισμένη και τα συμπεράσματα

δεν είναι δυνατόν να εκλογικευτούν, οι κυβερνήσεις πρέπει να εισαγάγουν τις αλλαγές τμηματικά και σε μικρή κλίμακα. Προσεκτική μέτρηση της επίδρασης των αλλαγών - μεταρρυθμίσεων στους στόχους του συστήματος, θα πρέπει να προηγείται κάθε απόφασης περαιτέρω γενίκευσης των αλλαγών.

Όσον αφορά τη χώρα μας, δεδομένου ότι οι προτάσεις για την αναθεώρηση του συστήματος χρηματοδότησης αποδεικνύονται αξιόπιστες και συνεπείς με τους στόχους του συστήματος υγείας, πρέπει να θεωρηθεί ότι οι διαδικασίες που υπολείπονται για την υλοποίησή τους είναι πλέον καθαρά πολιτικές και επομένως ξεφεύγουν από τους σκοπούς της παρούσης εργασίας. Οι πολιτικές διεργασίες διαμορφώνονται στα πλαίσια του πολιτικού συστήματος που κατά την παρούσα περίοδο, όπως πολλοί υποστηρίζουν, χαρακτηρίζεται από τον ευρωπαϊκό του προσανατολισμό. Ο προσανατολισμός αυτός πιθανόν να αποτελέσει και το εχέγγυο για την επιτυχία της προσπάθειας βελτίωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Οικονομική της Υγείας. Διδακτικές Σημειώσεις», Πισμίσσης Θ., ΤΕΙ Καλαμάτας, 1995.
2. «Συστήματα υγείας. Διδακτικές Σημειώσεις», Παρασκευόπουλος Α., ΤΕΙ Καλαμάτας, 1995.
3. «Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα», Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Αθήνα 1996.
4. «Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας», Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., Αθήνα 1991.
5. «Η Οικονομία και η Υπόγεια Οικονομία στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία», Κυριόπουλος Γ., Αθήνα 1992.
6. «Εισήγηση για την Δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας και την Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Έκθεση της Επιτροπής για τον Ενιαίο Φορέα Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα 1995.
7. «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων», Abel-Smith B. et al, Φαρμέτρικα, Αθήνα 1994.
8. «Αναμενόμενες Επιπτώσεις από την Αλλαγή της Χρηματοδότησης των Νοσοκομείων», Νιάκας Δ., Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, Αθήνα 1992.

9. «Σφαιρικός Προϋπολογισμός, μια μορφή χρηματοδότησης των Νοσοκομείων. Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.», Κοντούλη-Γείτονα Μ., Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1992.

10. «**European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies**»

edited and written by R. B. Saltman and J. Figueras

WHO Regional Publications, European Series, No. 72, 1997.

11. «**Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research**»

edited by K. Janovsky, WHO/SHS/NHP/1996.

12. «**Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.**

Report of a WHO Study Group»

Technical Report Series, No. 829, 1993.