

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:



**«ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ
ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ»**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:
ΓΕΩΡΓΟΥΛΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 1999

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

ΟΙ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	4
---	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ: ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ

ΑΝΑΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ	9
2.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της αποκέντρωσης	10
2.2. Τύπος αποκέντρωσης	11
<i>Αποσυμπύκνωση</i>	12
<i>Ένα παράδειγμα αποσυμπύκνωσης. Πολωνία</i>	13
<i>Μεταβίβαση</i>	13
<i>Ένα παράδειγμα μεταβίβασης. Σουηδία</i>	14
<i>Ένα παράδειγμα μεταβίβασης. Ισπανία</i>	15
<i>Προσεκτική μεταβίβαση. Πολωνία</i>	15
<i>Ακραίο μεταβίβασης παράδειγμα. Φιλανδία</i>	15
<i>Εξουσιοδότηση</i>	16
<i>Παράδειγμα εξουσιοδότησης. Ουγγαρία</i>	17
<i>Παράδειγμα εξουσιοδότησης. Ιταλία</i>	17
<i>Αποσυμπύκνωση συνδυαζόμενη με εξουσιοδότηση. Ηνωμένο Βασίλειο</i>	18
<i>Ιδιωτικοποίηση</i>	18
<i>Ένα παράδειγμα ιδιωτικοποίησης. Η Τσέχικη Δημοκρατία</i>	20
<i>Ένα παράδειγμα δυσκολιών ιδιωτικοποίησης. Ουγγαρία</i>	21
<i>Ένα παράδειγμα ανασυγκέντρωσης της εθνικής ασφάλειας υγείας στο Καζακστάν</i>	21
2.3. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αποκέντρωσης	22
<i>Αποκέντρωση / Συγκέντρωση σε πιο επίπεδο; Παράδειγμα Κροατία</i>	27
<i>Ουγγαρία. Αποκέντρωση – Ποιες αρμοδιότητες</i>	28
<i>Ρώσικη Ομοσπονδία. Αποκέντρωση – Σε ποιον;</i>	28

2.4. Αξιολογώντας την αποκέντρωση	29
-----------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	31
Γενικά	31
3.1. Συμμετοχή των πολιτών	33
3.2. Τα δικαιώματα των ασθενών και η ποιότητα της φροντίδας	34
3.3. Επιλογή Ασφαλιστή και Προμηθευτή	36
3.4. Αξιολόγηση. Η σύγκρουση των αλλαγών τακτικής – πολιτικής	38
<i>Συμπέρασμα</i>	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Ο ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	41
4.1. Προσδιορίζοντας τη Δημόσια Υγεία	42
4.2. Ο ενδοτομεακός ρόλος της Δημόσιας Υγείας	44
4.3. Μεταρρυθμίζοντας τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας	46
4.4. Έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών και της περιβαλλοντικής υγείας	47
4.5. Παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων	49
<i>Παράδειγμα: Παροχή αποτρεπτικών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου</i>	50
4.6. Προαγωγή της υγείας	51
<i>Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας και οι δραστηριότητες προαγωγής υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο</i>	53
4.7. Έρευνα της δημόσιας υγείας	53
4.8. Υπάρχοντα πρότυπα στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας	54
4.9. Ο ρόλος της πολιτείας στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας	55
4.10 Αναπτύσσοντας υπηρεσίες δημόσιας υγείας	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	57
Γενικά	57
5.1. Ιστορική εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Οι πρώτες σημαντικές προσπάθειες οργάνωσης και συγκρότησης του υγειονομικού τομέα (1945 – 1974 πριν το Ε.Σ.Υ. περίοδος 1974 – 1983)	58
<i>Περίοδος: 1945 – 1974</i>	58
<i>Πριν το Ε.Σ.Υ. περίοδος 1974 – 1983</i>	59

5.2. Ο Νόμος 1397/83 για το Ε.Σ.Υ.	60
5.3. Η Μετά – Ε.Σ.Υ. περίοδος	61
5.4. Αποκέντρωση και ιδιωτικοποίηση: Η Ελληνική πραγματικότητα	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 65

Γενικά	65
6.1. Διαπραγματευτική δύναμη των ασθενών και των πολιτών	65
6.2. Τα δικαιώματα των Ελλήνων ασθενών	66
6.3. Επιλογή προμηθευτή και ασφαλιστή	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 69

Γενικά	69
7.1. Το πόρισμα της επιτροπής των ξένων εμπειρογνομόνων	69
7.2. Οι προτάσεις των τριών Επιτροπών του Υπουργείου Υγείας	71
<i>Συμπέρασμα</i>	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΟΙ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ

ΟΣΩΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ –

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 75

8.1. Το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο της επανεξέτασης της δομής της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα	75
8.2. Η καταγωγή και η εφαρμογή μεταρρυθμιστικών προτάσεων αγοράς και δημοσίου ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα της Ελλάδας	76
8.3. Η αναγκαία και δυνατή μεταρρύθμιση στη φροντίδα υγείας	77
8.4. Κράτος ή Αγορά: ποια οδό καλείται να επιλέξει η Ελληνική κοινωνία για το σύστημα υγείας της;	81

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 83

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η “pro-market” πολιτικές για την υγεία προωθήθηκαν τα τελευταία χρόνια. Ο προβληματισμός που έχει δημιουργηθεί εν τω μεταξύ για την αποτελεσματικότητά τους, διαμορφώνει νέες πρακτικές και στρατηγικές παρέμβασης. Σκοπός της εργασίας είναι να καταγράψει τις πρόσφατες εξελίξεις αντλώντας από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Η σχετική συζήτηση είναι επίκαιρη για την χώρα μας, δεδομένου ότι το Ελληνικό σύστημα υγείας διέρχεται περίοδο αναμόρφωσης. Είναι σημαντικό οι μεταρρυθμίσεις που σχεδιάζονται να λαμβάνουν υπόψη την διεθνή εμπειρία, αν και φιλτραρισμένη από την Ελληνική πραγματικότητα.

Αλλώστε, όπως θα διαφανεί στην παρούσα εργασία, το είδος των μεταρρυθμίσεων που απαιτούνται σήμερα για την βελτίωση του Ε.Σ.Υ. είναι σχετικά διαφορετικό από το είδος των μεταρρυθμίσεων που υλοποιούνται σήμερα στις χώρες της Ευρώπης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την οικογένειά μου για τη συμπαράστασή τους και τον καθηγητή μου Λεωνίδα Παρασκευόπουλο για τη συνεργασία και τη συμβολή του στην συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγειονομική πολιτική εμφανίζει στη χώρα μας την μορφή ενός εκκρεμούς. Την τελευταία δεκαετία έχουν επιχειρηθεί δύο μεταρρυθμίσεις εντελώς αντίθετης κατεύθυνσης και έχουν επιφέρει μια περίπλοκη και αντιφατική κατάσταση.

Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση πραγματοποιείται στη δεκαετία του '80 και αποτελεί μια απόπειρα συγκρότησης ενός δημόσιου μονοπώλιου παροχής υπηρεσιών υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, κατά το πρότυπο του Βρετανικού υγειονομικού συστήματος, αλλά και με αρκετές προσμίξεις συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά παρέμεινε μετέωρο και ανεκπλήρωτο, όσον αφορά τις επιδιώξεις του και τους επιδιωκόμενους στόχους του. Στις αρχές της δεκαετίας του '90 επιχειρήθηκε σε κάποιο βαθμό η εγκατάσταση μιας ανταγωνιστικής αγοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες, με κύρια χαρακτηριστικά την ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης – αποκρατικοποίησης, τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών υγείας και την μεταφορά σημαντικού βάρους της χρηματοδότησης στους οικιακούς προϋπολογισμούς, με τελική επίπτωση την ολοκληρωτική κρίση και πλήρη απορύθμιση του υγειονομικού τομέα. Πρόσφατα, με μία σειρά από προτάσεις επανήλθε το θέμα της ανασυγκρότησης της φροντίδας υγείας, η οποία εμπνέεται από τις αρχές του ανταγωνισμού και της μείωσης της κρατικής παρέμβασης στην υγεία.

Το βασικό ερώτημα λοιπόν που επανατίθεται από επιστημονικής αλλά και πολιτικής απόψεως είναι σε ποιο βαθμό είναι ιδεολογικά, πολιτικά και κοινωνικά επιθυμητή η εμπλοκή του κράτους στον υγειονομικό τομέα και επίσης εάν είναι εφικτή η εφαρμογή κανόνων αγοράς και συνθηκών ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας στις τρέχουσες κοινωνικές, οικονομικές και ασφαλιστικές συνθήκες της χώρας μας.

Υπάρχουν δύο στερεότυπες απαντήσεις στο ερώτημα αυτό : η πρώτη, χρησιμοποιεί ιδεολογικά και πολιτικά επιχειρήματα και θεωρεί ότι τα οικονομικά και η αγορά δεν έχουν σχέση με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ η δεύτερη, χρησιμοποιεί επίσης ιδεολογικά επιχειρήματα και επισημαίνει ότι η φύση και ο χαρακτήρας του αγαθού υγείας, καθώς και οι υπηρεσίες υγείας δεν διαφέρουν από τις συνήθειες αγορές.

Είναι προφανές ότι το ερώτημα είναι ιδεολογικού, πολιτικού, κοινωνικού και οικονομικού χαρακτήρα και οι επιστήμες υγείας και των υπηρεσιών υγείας, μπορούν να συμβάλλουν στην αποσαφήνιση της αυξανόμενης πολυπλοκότητας στον υγειονομικό τομέα και στην διατύπωση εναλλακτικών υποδειγμάτων οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Πρόσφατα σε πολλά Ευρωπαϊκά Κράτη επιχειρείται η εισαγωγή στοιχείων αγοράς στα εθνικά συστήματα υγείας και με την έννοια αυτή αναζητείται η σύζευξη ανταγωνισμού και κρατικής παρέμβασης. **Η σύζευξη αυτή μεταξύ των άλλων ονομάζεται και δημόσιος ανταγωνισμός.**

Τα Ευρωπαϊκά υγειονομικά συστήματα φτάνοντας σε ένα αρκετά υψηλό στάδιο ωρίμανσης, άρχισαν να εξετάζουν τακτικές και πολιτικές, οι οποίες θα βοηθήσουν στην περαιτέρω αναμόρφωση των συστημάτων τους.

Πολλές Ευρωπαϊκές κυβερνήσεις άρχισαν να επανεξετάζουν την δομή της διακυβέρνησης των συστημάτων τους, τους τρόπους αναδιοργάνωσης τους μέσα από την αποκέντρωση, συγκέντρωση και ιδιωτικοποίηση, καθώς επίσης και την ενίσχυση της διαπραγματευτικής ισχύος των πολιτών μέσα από διαδικασίες και μηχανισμούς, όπως η συμμετοχή τους στην διαμόρφωση υγειονομικής πολιτικής, την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών και την ελευθερία επιλογής προμηθευτή και ασφαλιστή. Επιπρόσθετα, προτάθηκαν πολιτικές με σκοπό την ενίσχυση δημόσιας υγείας.

Στην εργασία αυτή επιχειρείται ανασκόπηση της Ευρωπαϊκής και διεθνούς εμπειρίας από τις μεταρρυθμίσεις των υγειονομικών συστημάτων, αντλώντας από τη διεθνή βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΙ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στα τέλη του 1980, πολλές Ευρωπαϊκές κυβερνήσεις άρχισαν να επανεξετάζουν την δομή της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας. Σε χώρες όπου το κράτος έχει υπάρξει παραδοσιακά, ο κύριος διαχειριστής στον τομέα υγείας, παρατηρούμε έναν επαναπροσδιορισμό όσον αφορά την θεώρηση της δημόσιας κυριαρχίας και ταυτόχρονα του ρόλου του κράτους σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις του τομέα υγείας.

Οικονομικές, κοινωνικές, δημογραφικές, τεχνοκρατικές, τεχνολογικές και ιδεολογικές δυνάμεις υποχρέωσαν τους σχεδιαστές πολιτικής των χωρών της Β. Ευρώπης, της περιοχής της Μεσογείου και της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, να αναθεωρήσουν τις υπάρχουσες σχέσεις και δομές της εξουσίας. Σε χώρες, όπου το κράτος έχει παίξει λιγότερο σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας μια διαδικασία επαναπροσδιορισμού βρίσκεται σε πορεία αλλά από διαφορετικό σημείο έναρξης. Στις χώρες αυτές, το κράτος έπαιζε στοιχειώδη ρυθμιστικό ρόλο.

Μολονότι, η πίεση για αλλαγή ήταν ανομοιογενής στις διάφορες χώρες της Ευρώπης, φαίνεται να υπάρχουν παράλληλες τάσεις σχετικά με την διακυβέρνηση του συστήματος υγείας. Κάποιες λειτουργίες του κράτους έχουν αποκεντρωθεί σε περιφερειακές και δημοτικές αρχές και άλλες έχουν δοθεί στην ιδιωτική πρωτοβουλία (σε χώρες της C.E.E.¹ και C.I.S.²) ή σε ιδιωτικό management.

Αντίθετα, σε χώρες όπου το κράτος παίζει λιγότερο κεντρικό ρόλο, παρατηρείται μια αύξηση της κρατικής παρέμβασης σε διάφορους υποτομείς των συστημάτων τους. Τα πιο σημαντικά θέματα που προέκυψαν, ήταν η ευθύνη για τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων. Οι Δυτικές Ευρωπαϊκές χώρες, είχαν αναπτύξει διαφορετικές οργανωτικές δομές στις υπηρεσίες, που σχετίζονται με την υγεία.

Το μείγμα του δημοσίου, οιωνοί δημόσιου, ημιαυτόνομου ιδιωτικού, ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού και ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα σε κάθε εθνικό σύστημα υγείας, αντανακλά την συγκεκριμένη ιστορία μιας χώρας, έθιμα και κουλτούρα (παιδεία), όπως και τις ισχύουσες πολιτικές και οικονομικές ισοδυναμίες.

¹ χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης

² χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης - σημερινή δορυφόροι της Ρωσίας π.χ Ουκρανία, Λετονία, Λευκορωσία κ.λ.π.

Στις C.E.E. και στις C.I.S. χώρες, ο σχεδιασμός ήταν εξ' ολοκλήρου ευθύνη των κρατικών φορέων. Η παρούσα δεκαετία έχει επιφέρει αλλαγές σε αυτά τα οργανωτικά πρότυπα. Λόγω νέων προσδοκιών και νέων δυνατοτήτων, οι ισχύουσες ρυθμίσεις επανεξετάζονται και εναλλακτικές διευθετήσεις συζητούνται, προτείνονται και υιοθετούνται.

Η μεγαλύτερη πίεση για αλλαγή, αφορά κυρίως, τον συγγενικό ρόλο του ιδιωτικού τομέα στην λειτουργία και σε μερικές χώρες στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας. Παρά το γεγονός ότι, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ορισμένα πολιτικά πρόσωπα είχαν απλοποιήσει αυτό το θέμα στην έκφραση “**κράτος εναντίον αγοράς**”, στην πράξη, τα θέματα είναι περισσότερο περίπλοκα. Είναι φανερό, ότι δεν υπάρχει μια μορφή αγοράς που να μπορεί να υιοθετηθεί για τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Οι μηχανισμοί της αγοράς, περιλαμβάνουν έναν αριθμό από διαφορετικά εργαλεία, όπως η κυριαρχία του καταναλωτή (ελεύθερη επιλογή του ασθενή), συμβάσεις και ελεύθερη διαπραγμάτευση. Τα παραπάνω εργαλεία, μπορούν να υιοθετηθούν σε αγορές που είναι οργανωμένες σε διάφορες αρχές, όπως α) τιμή, β) ποιότητα ή γ) μερίδιο αγοράς. Οι μηχανισμοί της αγοράς μπορούν να εισαχθούν σε διάφορους τομείς του συστήματος υγείας στην χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας, σε μια ή περισσότερες υποομάδες παραγωγής των υπηρεσιών υγείας (μεταξύ νοσοκομείων, μεταξύ προμηθευτών) και στους μηχανισμούς κατανομής των χρηματοδοτικών πόρων στους προμηθευτές. Κίνητρα ανταγωνισμού μπορούν να εισαχθούν για να επιρεάσουν την συμπεριφορά των προμηθευτών. Στη πράξη λοιπόν, δεν υπάρχει μια απόφαση που πρέπει να ληφθεί, αλλά μια σειρά από αυτές. Δεν πρόκειται για την μονολιθική προσκόλληση σε απλοποιήσεις του τύπου «**κράτος ή αγορά**», αλλά για την αντιμετώπιση μιας σειράς μικροτέρων αποφάσεων. Η διαδικασία του παίρνω μια απόφαση, χρειάζεται να είναι όχι μόνο στρατηγική αλλά και επιπλέον πρακτική στη φύση, σαν αποτέλεσμα αυτό, τυπικά περιλαμβάνει ένα μεγάλο πλήθος από προσεγγίσεις, αν όχι συμβιβασμούς.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η απόφαση που λήφθηκε συνδυάζει στοιχεία και των δύο μοντέλων, δηλαδή αναμιγνύει μια αυξανόμενη χρήση των κινήτρων της αγοράς, με συνεχόμενες ιδιοκτησίες και δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην συγκεκριμένη, αυτή υβριδική προσέγγιση έχει δοθεί ένας αριθμός από διαφορετικά ονόματα:

- **Εσωτερική αγορά**
- **Δημόσιος ανταγωνισμός**
- **Αγορά προμηθευτών**
- **Οιωνεί αγορά**

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή αυτού του τύπου της δημοσίως σχεδιασμένης και διαχειριζόμενης αγοράς, έχει παίξει σημαντικό ρόλο στην αναμόρφωση

της υγείας στην Φιλανδία, Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο καθώς και σε ποικίλες C.E.E και C.I.S χώρες.

Οι μηχανισμοί της αγοράς στον τομέα της υγείας, περιλαμβάνουν και θεωρητικά αλλά και πρακτικά διλήμματα. Από θεωρητικής πλευράς, η φροντίδα υγείας θεωρείται από πολλούς ακαδημαϊκούς (εκτός από νεοκλασικούς οικονομολόγους) ότι είναι ένα κοινωνικό αγαθό, μέσα στο οποίο η παροχή των υπηρεσιών σε κάθε άτομο είναι επίσης χρήσιμη στο σύνολο της κοινωνίας. Αυτή η άποψη, έχει διαμορφώσει μια επιμέρους ομοφωνία στις περισσότερες Ευρωπαϊκές κοινωνίες σχετικά με την σοβαρότητα της διεθνούς κάλυψης και της αλληλεγγύης, όσον αφορά τον σχεδιασμό των συστημάτων χρηματοδότησης των φροντίδων υγείας. Τα κίνητρα της αγοράς στηρίζονται στην διαπίστωση, ότι κάθε υπηρεσία είναι ένα κατάλληλο εμπόρευμα προς πώληση στην ανοιχτή αγορά. Στο σημείο αυτό, πρέπει να πούμε ότι υπάρχει η κλασική αντίληψη ότι η αγορά απαιτεί μια καθαρή διαφοροποίηση ανάμεσα στην πλευρά της ζήτησης (αγοραστής) και στην πλευρά της προσφοράς (πωλητής). Ακόμα, η μοντέρνα φροντίδα υγείας συγκροτεί μια σχέση τεσσάρων (4) μερών που περιλαμβάνει : **τον ασθενή, τον γιατρό, το νοσοκομείο, και τον πληρωτή**. Οπότε, η εφαρμογή των κινήτρων αγοράς στην φροντίδα υγείας, θα επικεντρωθεί απαραίτητα, έτσι και αλλιώς, στις υποαγορές παρά το γεγονός ότι είναι κατανοητή στον χαρακτήρα.

Πρέπει επίσης να αναφερθούν δύο επιπλέον διλήμματα, τα οποία αφορούν την θεωρία της αγοράς στην φροντίδα υγείας. **Πρώτον**, οι γιατροί είναι ταυτόχρονα προμηθευτές των υπηρεσιών (στους ασθενείς) και αγοραστές (από το νοσοκομειακό προσωπικό), και έτσι προστίθεται μία επιπλέον πλούλοκότητα στις απλές υποθέσεις της αγοράς. **Δεύτερον**, η νεοκλασική οικονομική θεωρία υποθέτει ότι οι σταυροειδείς επιδοτήσεις ανάμεσα στις δύο κατηγορίες πληρωτή και πελάτη, είναι αναποτελεσματικές και άδικες. Παρόλα αυτά, η κοινωνική λειτουργία ενός υπεύθυνου συστήματος φροντίδας υγείας, περιλαμβάνει βασικές σταυροειδείς επιδοτήσεις: επιδότηση από νέο σε ηλικιωμένο, από πλούσιο σε φτωχό και από υγιή σε ασθενή.

Ο ρόλος που μπορούν ή θα έπρεπε να παίξουν οι μηχανισμοί της αγοράς, μέσα σ' ένα κοινωνικό σύστημα υγείας παραμένει αμφιλεγόμενος. Δεκαπέντε χρόνια έντονης διαπραγμάτευσης έχουν ακολουθήσει την δημοσίευση της πρώτης μεγάλης ακαδημαϊκής μελέτης πάνω σ' αυτό το θέμα. Οι πολέμιοι των κινήτρων της αγοράς, διατύπωσαν σοβαρές διαφωνίες σχετικά με αυτή την μελέτη. Σύμφωνα με την άποψη αρκετών αξιολογών μελετητών, οι μηχανισμοί αγοράς δημιουργούν απαραίτητα συνθήκες στις οποίες τρωτοί πληθυσμοί, ειδικότερα οι λιγότερο ευκατάστατοι, δεν θα έχουν ίση πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες. Επίσης, ανησυχίες έχουν εκφραστεί σχετικά με την πιθανότητα η ατομικότητα της αγοράς, να οδηγήσει στην διάβρωση της

συλλογικής υπευθυνότητας, η οποία ενισχύει την Ευρωπαϊκή ευημερία. Η συμμετοχή των μηχανισμών της αγοράς στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας η οποία αντικαθιστά μιας πηγή ή συλλογικούς φορείς ασφάλισης, με πολλαπλά ανταγωνιστικούς, ιδιώτες ασφαλιστές, έχει κριθεί σαν οικονομικά, κλινικά και κοινωνικά αντιπαραγωγικό. Η χρησιμοποίηση των μηχανισμών της αγοράς για να αντικατασταθεί η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, έχει επίσης αμφισβητηθεί, ως μια στρατηγική για ένα κοινωνικά υπεύθυνο σύστημα διανομής των υπηρεσιών υγείας.

Οι δύο Δυτικο - Ευρωπαϊκές χώρες, των οποίων οι μεταρρυθμίσεις προσανατολίζονται στην αγορά, όπως η Σουηδία και η Αγγλία έχουν τραβήξει την διεθνή προσοχή, αφού τον τελευταίο χρόνο έχουν άρει την εμπιστοσύνη τους στα κίνητρα της αγοράς. Η **βασική προσδιοριστική λέξη**, στη Σουηδία, τόσο στο εθνικό όσο και στο περιφερειακό επίπεδο, έχει γίνει η **“συνεργασία”** και έχει ανανεωθεί επανεμφάνιση του ενδιαφέροντος, που βασίζεται στις περιφέρειες, δηλαδή τον περιφερειακό σχεδιασμό καθώς και στην εθνική ρυθμιστική παρέμβαση, (ιδιαίτερα στις φαρμακευτικές δαπάνες). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο σημερινός Υπουργός Υγείας, έχει αναλάβει να δώσει έμφαση στις παραδοσιακές υπευθυνότητες των περιφερειακών αρχών υγείας και η προσοχή έχει εστιαστεί προς την λογική των μακροπρόθεσμων συμβάσεων, που βασίζονται σ’ ένα υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης.

Η ικανότητα των ανταγωνιστικών μηχανισμών να αναπτύξουν αποτελεσματικότητα και να μειώσουν το κόστος, όχι μόνο στον τομέα υγείας αλλά και στα δημόσιες δαπάνες συνολικά, είναι ένα σημαντικό θέμα για τους σχεδιαστές εθνικής πολιτικής. Στον τομέα υγείας, υπάρχει μεγάλη ανησυχία ότι το κόστος διεκπαιρέωσης των συμβάσεων (το κόστος των υπηρεσιών που τιμολογούνται, διαπραγματευόμενες συμβάσεις και δικαστικοί αγώνες) μπορεί, προοδευτικά, είναι μεγαλύτερο από πραγματικές βελτιώσεις στην αποτελεσματικότητα της λειτουργίας του συστήματος υγείας. Σοβαρές αμφισβητήσεις έχουν εκφραστεί, σχετικά με τον διπλασιασμό του κεφαλαιουχικού εξοπλισμού και των ακριβών εγκαταστάσεων που μπορεί να προκαλέσει ο ανταγωνισμός της αγοράς. Ένα άλλο θέμα είναι το κατά πόσο το συνολικό κέρδος του ολικού προϋπολογισμού από το σύστημα των συμβάσεων, ιδιαίτερα όταν πρώην δημόσιες υπηρεσίες ιδιωτικοποιούνται, προέρχεται κυρίως από μειωμένες αμοιβές και επιδόματα (ειδικά πληρωμές συντάξεων), του βοηθητικού προσωπικού του τομέα υγείας, και κατά αυτόν τον τρόπο, την μείωση των αμοιβών και επιδομάτων ενός τομέα εργατικού δυναμικού, που ήδη είναι χαμηλόμισθο.

Επίσης τα Υπουργεία προχώρησαν στον επαναπροσδιορισμό των δικών τους καθηκόντων και υπευθυνότητων. Πρέπει να πούμε ότι τα Υπουργεία Υγείας έχουν ανταποκριθεί σ’ αυτές τις πιέσεις για αλλαγή με ποικίλους τρόπους.

Ένα βασικό ζήτημα που αρχικά εμφανίστηκε στις χώρες της C.E.E. και C.I.S αλλά και στην Ελλάδα, το Ισραήλ και στην Ισπανία, αφορούσε την αρμοδιότητα των Υπουργείων που διατηρούσαν τις καθημερινές υπευθυνότητες για την λειτουργία των συστημάτων υγείας. Πρόκειται για ένα ευαίσθητο ζήτημα, του οποίου η αλλαγή συχνά επηρεάζει την κατάσταση και την ασφάλεια της εργασίας του προσωπικού που δουλεύει στα συστήματα υγείας. Τέτοιες αλλαγές είναι σημαντικές, για να δώσουν την δυνατότητα στους υπεύθυνους, να επικεντρωθούν σε πιο σημαντικά θέματα εθνικής στρατηγικής και ανάπτυξης του συστήματος υγείας.

Οι ρυθμίσεις της αγοράς (του τομέα υγείας) από το κράτος είναι ένα σχετικό θέμα. Έχει επεκταθεί πέρα από παραδοσιακά “διατάζω και ελέγχω” μέτρα, ώστε να συγχωνεύσει νέες ρυθμίσεις που προέρχονται από την αγορά και βασίζονται σε νέα κίνητρα. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι η συμβολή των ρυθμιστικών και ανταγωνιστικών μέτρων, εξαρτάται από το πως διαμορφώνεται και εμφανίζεται η αγορά. Ρυθμιστικά μέτρα έχουν επιδείξει την αποτελεσματικότητά τους σε ορισμένες περιοχές, πιο πρόσφατα στον έλεγχο των φαρμακευτικών δαπανών. Βέβαια, η ρύθμιση είναι μια αξιόλογη ιδέα, μόνο όταν πρώτα, μπορεί λογικά να επιτύχει τον αντικειμενικό της σκοπό και δεύτερον, όταν μπορεί να γίνει χωρίς να δημιουργεί οικονομικές και χρηματοδοτικές παραμορφώσεις στη δομή και στην ποιότητα των υπηρεσιών που διανέμονται. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, οι κανόνες πρέπει να είναι ελαστικοί και θα πρέπει να εξυπηρετούν τις πολλαπλές τεχνικές, γεωγραφικές και δημογραφικές διαφορές, οι οποίες μπορούν να υπάρξουν σε μια δημοκρατική κοινωνία, μέσα φυσικά στα όρια που επιβάλλονται από έναν εθνικό νόμο. Ειδικότερα, οι αποτελεσματικοί κανόνες θα πρέπει να ασχολούνται με την παρακολούθηση και αξιολόγηση των εκροών και όχι με τον καθορισμό των εισροών.

Με τον ίδιο τρόπο, ανταγωνιστικά μέτρα θα πρέπει να σχεδιάζονται προσεκτικά για να επιτύχουν τον προτιθέμενο αντικειμενικό τους σκοπό. Όπως επισημαίνουν οι περισσότεροι οικονομολόγοι, δεν υπάρχει χώρος για απεριόριστη δραστηριότητα της αγοράς στην παροχή ενός κοινωνικού αγαθού, όπως η φροντίδα υγείας. Η χρησιμότητα την οποία οι σχεδιαστές πολιτικής, με βάση τους μηχανισμούς αγοράς έχουν επιτύχει, πρέπει να συνδυάσει στενή παρακολούθηση και αξιολόγηση, όπως και συγκεκριμένα πρότυπα για τους συμμετέχοντες στην αγορά. Πράγματι, η απόφαση να υιοθετηθεί μια οργάνωση που προσανατολίζεται πιο πολύ στα κίνητρα, στον ένα ή τον άλλο υποτομέα του συστήματος υγείας, είναι φανερό ότι δεν απαιτεί λιγότερη κυβερνητική δραστηριότητα, αλλά διαφορετική δραστηριότητα. Τελικά, κάποιοι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι κυβερνήσεις πρέπει να είναι πιο ικανές στο να επιβλέπουν τις συμβάσεις και τις άλλες ρυθμίσεις της αγοράς, παρά να παρέχουν τις υπηρεσίες άμεσα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ: ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΑΝΑΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

Γενικά

Η αποκέντρωση είναι η κεντρική αρχή της αναμόρφωσης του τομέα υγείας σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Θεωρείται ένα αποτελεσματικό μέσο για τη βελτίωση της διανομής των υπηρεσιών, την εξασφάλιση καλύτερης κατανομής των πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες, για την βελτίωση της συμμετοχής της κοινότητας και του πολίτη στη διαδικασία κατάρτισης των προτεραιοτήτων στην υγεία και για την μείωση των ανισοτήτων. Σημαντικές εξελίξεις στα συστήματα πληροφόρησης έχουν αυξήσει την τεχνική εφικτότητα της αποκέντρωσης.

Η αποκέντρωση είναι ελκυστική επειδή είναι αρκετά δύσκολο για την κεντρική διοίκηση να είναι αρκετά κοντά στους χρήστες των υπηρεσιών, για να δίνει τις κατάλληλες απαντήσεις στις εκφρασμένες προτιμήσεις. Γενικώς, πολλοί πλέον δυσανασχετούν με συγκεντρωτικούς και γραφειοκρατικούς οργανισμούς. Σχεδόν σε κάθε χώρα, έχουν αναγνωριστεί τα ίδια **μειονεκτήματα των συγκεντρωτικών συστημάτων**: α) **Φτωχή αποτελεσματικότητα**, β) **αργή διαδικασία αλλαγής και καινοτομιών** και γ) **έλλειψη ανταπόκρισης σε αλλαγές του περιβάλλοντος, που επηρεάζουν την υγεία και τη φροντίδα υγείας**.

Ποικίλοι αντικειμενικοί σκοποί έχουν αναφερθεί για να αιτιολογήσουν την αποκέντρωση. Έχει θεωρηθεί ως πολιτικό πρότυπο οργάνωσης, που παρέχει τα μέσα για συμμετοχή του πολίτη ενώ παράλληλα βελτιώνει την υπευθυνότητα των δημοσίων υπαλλήλων. Για παράδειγμα, διευρισμένος τοπικός έλεγχος μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ανταπόκριση στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, βελτιωμένη οικονομική διαχείριση και δημιουργία κινήτρων για τους τοπικούς παράγοντες διευκολύνοντας, έτσι την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων. Επίσης έχει θεωρηθεί σαν ένας τρόπος μεταφοράς της υπευθυνότητας για ανάπτυξη από το κέντρο προς την περιφέρεια και συνεπώς σαν ένα τρόπο να αποκεντρώνεται η ευθύνη για την αποτυχία της ικανοποίησης των αναγκών της τοπικής κοινωνίας. Η αποκέντρωση μπορεί να προσφέρει στους προμηθευτές ευκαιρίες να αυξήσουν το εισόδημά τους μέσα από απευθείας διαπραγματεύση με πιο “πρόθυμους” τοπικούς παράγοντες στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

Ιστορικά, πολλές Δυτικο - Ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτύξει την τοπική αυτοδιοίκηση. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα, οι κεντρικές κυβερνήσεις αναπτύχθηκαν κάπως αργότερα απ’ ότι εκείνες της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Ένα πλήθος χωρών έχουν κληρονομήσει δομές που παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από τοπικούς πόρους. Κάποιες κεντρικές κυβερνήσεις όμως, έχουν πολλές φορές θέσει περιορισμούς σε τοπικές αυτοδιοικήσεις. Η βελτίωση της ποιότητας των δημοσίων υπηρεσιών υγείας στο σύνολο της επικρατείας μιας χώρας, είναι ο αντικειμενικός σκοπός ενίσχυσης της κεντρικής κυβέρνησης. Στο πρώτο μισό της δεκαετίας του '90, έχοντας αντιμετωπίσει οικονομική ύφεση καθώς και την ανάγκη να ελεγχθούν οι συνολικές δημόσιες δαπάνες, κάποιες κεντρικές κυβερνήσεις προχώρησαν σε περαιτέρω συρρίκνωση των αρμοδιοτήτων της τοπικής αυτοδιοίκησης.

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της αποκέντρωσης

Η αποκέντρωση μπορεί να οριστεί ως η μεταφορά εξουσίας ή η διάχυση εξουσιών στο σχεδιασμό, στη διαχείριση και στη λήψη αποφάσεων από το εθνικό επίπεδο σε υποεθνικό επίπεδο ή πιο γενικά, από υψηλότερα σε χαμηλότερα επίπεδα της διοίκησης. Η αποκέντρωση έχει ευθύνη για την λήψη αποφάσεων στο κατώτερο επίπεδο της οργάνωσης. Από την μια, σε πλήρως αποκεντρωμένα συστήματα, όλες οι αποφάσεις θα λαμβάνονται στο κατώτερο λειτουργικό επίπεδο και ίσως, στο σημείο της υλοποίησης. Από την άλλη, σε ολοκληρωτικά συγκεντρωτικά συστήματα, όλες οι αποφάσεις λαμβάνονται στο ανώτατο επίπεδο διοίκησης. Στην πραγματικότητα, οι οργανώσεις δεν υφίστανται σε καθαρή μορφή στα δύο άκρα, αλλά λειτουργούν σε διάφορα σημεία ανάμεσα τους.

Ομοίως, τα περισσότερα συστήματα φροντίδας υγείας δεν είναι συνεπώς οργανωμένα σύμφωνα με το ένα ή το άλλο συγκεκριμένο μοντέλο. Κάποια στοιχεία ή υποτομείς μπορούν να είναι λίγο ή πολύ αποκεντρωμένα ή συγκεντρωτικά. Για παράδειγμα, μέχρι πρόσφατα το σύστημα υγείας της Σουηδίας διοικούνταν κεντρικά (αν και μόνο από το επίπεδο περιοχών και προς τα κάτω) όμως το μεγαλύτερο μέρος της οδοντιατρικής φροντίδας παρέχεται ιδιωτικά. Στη Γερμανία οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι επίσημα αποκεντρωμένες, και όμως η παρακολούθηση και ο κανονισμός εκατοντάδων ταμείων υγείας, μέσα από έναν μικρό αριθμό εκλεκτικών υπηρεσιών έχει κάποια χαρακτηριστικά που μοιάζουν με εκείνα ενός συγκεντρωτικού συστήματος.

Επιπλέον, η ακριβής ισορροπία ανάμεσα στον συγκεντρωτισμό και την αποκέντρωση, μεταβάλλεται με τον καιρό. Στο Καζακστάν λήφθηκαν μέτρα αμέσως μετά την απόκτηση της εθνικής ανεξαρτησίας το 1991, για την αποκέντρωση του έλεγχου πάνω στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, με αποτέλεσμα σύντομα να διευρυνθούν οι διαφορές ανάμεσα στις πλούσιες και φτωχές περιοχές της χώρας. Το 1995 προτάθηκε η επανασυγκέντρωση εξουσίας στην χρηματοδότηση της υγείας, από μια νέα υπηρεσία που λεγόταν Ταμείο Ασφάλισης Υγείας.

2.2 Τύπος αποκέντρωσης

Ποικίλοι τύποι αποκέντρωσης μπορούν να εντοπιστούν. Τέσσερις βασικοί τύποι περιγράφονται σύντομα παρακάτω:

1. Αποσυμπύκνωση
2. Μεταβίβαση
3. Εξουσιοδότηση
4. Ιδιωτικοποίηση

Η διάκριση μεταξύ αυτών είναι βασικά η νομική τους κατάσταση. Άλλοι παράγοντες όπως, η χρηματοδοτική εξουσία, μέσα εκπροσώπησης της τοπικής κοινότητας και γεωγραφικές συνθήκες, είναι επίσης σημαντικοί στην ταξινόμηση των τύπων αποκέντρωσης.

Μελέτες πάνω στην αποκέντρωση, συχνά περιλαμβάνουν και την ιδιωτικοποίηση. Αυτό όμως, έχει αμφισβητηθεί στα σημεία όπου η μεταφορά εξουσίας στον ιδιωτικό τομέα, συνιστά την υιοθέτηση ενός αρκετά διαφορετικού συστήματος οργάνωσης και διαχείρισης δραστηριοτήτων, παρά μετατόπιση ανάμεσα σε ποικίλες μορφές οργάνωσης και κατανομής υπευθυνοτήτων σ' ένα μόνο σύστημα. Αποκέντρωση και ιδιωτικοποίηση είναι δύο διαφορετικές διαδικασίες οι οποίες μπορεί ή όχι να είναι αλληλένδετες. Για να είμαστε πιο σαφείς, είναι πιθανόν να δούμε την μεταφορά εξουσίας και τις λειτουργίες από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα σαν μια διαδικασία ιδιωτικοποίησης. Ωστόσο, η ιδιωτικοποίηση εμφανίζεται εδώ σαν μια μορφή αποκέντρωσης, αν και είναι σημαντικά διαφορετική από τις άλλες. Το θέμα βέβαια περιπλέκεται περισσότερο σε μοντέλα όπου δημόσιοι φορείς γίνονται αγοραστές φροντίδων υγείας που μπορεί ή όχι να παρέχονται ιδιωτικά (από κερδοσκοπικές ή μη κερδοσκοπικές οργανώσεις).

Μία περίληψη των διαφορετικών τύπων αποκέντρωσης δίνεται στον παρακάτω πίνακα [1].

Πίνακας ΙΙ: Τύποι αποκέντρωσης

Τύπος αποκέντρωσης	Επεξήγηση / ορισμός
Αποσυμπύκνωση (Διοικητική αποκέντρωση)	Η λήψη αποφάσεων μεταφέρεται σ' ένα κατώτερο διοικητικό επίπεδο (δημόσιος υπάλληλος)
Μεταβίβαση (πολιτική αποκέντρωση)	Η λήψη αποφάσεων μεταφέρεται σ' ένα κατώτερο πολιτικό επίπεδο
Εξουσιοδότηση	Καθήκοντα κατανέμονται σε ενεργούντες σ' ένα κατώτερο οργανωτικό επίπεδο.
Ιδιωτικοποίηση	Καθήκοντα μεταφέρονται από τη δημόσια στην ιδιωτική ιδιοκτησία

Πηγή: Borgenhammer

“Αποσυμπύκνωση”

Η **αποσυμπύκνωση** (διοικητική αποκέντρωση) αναφέρεται στη διανομή διοικητικών ευθυνών μέσα στην υπάρχουσα δομή της κεντρικής κυβέρνησης. Μόνο διοικητικά, όχι πολιτικά η εξουσία μεταφέρεται σ' ένα ή περισσότερα κατώτερα επίπεδα. Αυτό έχει ονομαστεί **“υπουργικό” μοντέλο**, όπου διοικητικές ευθύνες μεταβιβάζονται σε τοπικές υπηρεσίες των υπουργείων. Εφόσον, η αποσυμπύκνωση περιλαμβάνει τη μεταφορά διοικητικής παρά πολιτικής εξουσίας, αντιμετωπίζεται ως λιγότερη εκτεταμένη μορφή

αποκέντρωσης. Πιθανόν λόγω της λιγότερο ριζοσπαστικής φύσης της, η διοικητική αποκέντρωση είναι η πιο συχνή μορφή αποκέντρωσης.

Η τοπική διοίκηση σε περίπτωση διοικητικής αποκέντρωσης μπορεί να έχει τις εξής μορφές. Στο κάθετο πρότυπο, το προσωπικό είναι αρμόδιο για θέματα του οικείου υπουργείου. Ο δεύτερος τύπος αφορά την ολοκληρωμένη ή νομαρχιακή αυτοδιοίκηση. Στη πιο ακραία μορφή του, ένας εκπρόσωπος της κεντρικής κυβέρνησης είναι αρμόδιος για θέματα ενός υπουργείου (π.χ. του υπουργείου εσωτερικών ή της τοπικής αυτοδιοίκησης) και για την αποτελεσματικότητα όλων των κυβερνητικών λειτουργιών σ' εκείνη την περιοχή. Τα τομεακά κυβερνητικά υπουργεία, ασκούν τεχνική μόνο επίβλεψη στο προσωπικό τους. Ένα παράδειγμα αποσυμπύκνωσης δίδεται παρακάτω.

Ένα παράδειγμα αποσυμπύκνωσης, Πολωνία.

Στην Πολωνία, μια μεγάλη αναμόρφωση της δημόσιας διοίκησης πραγματοποιήθηκε το 1990, ως ένα βήμα στη διαδικασία του πολιτικού μετασχηματισμού, απομακρυνόμενη από το συγκεντρωτικό μοντέλο. Οι επαρχιακές (voivod - shie) αρχές απέκτησαν σημαντική δύναμη. Σ' αυτό το επίπεδο ασχολήθηκαν με το σχεδιασμό, πήραν αποφάσεις σχετικά με την δομή των ιδρυμάτων υγείας και κατένειμαν κεφάλαια στα πλαίσια κεντρικά συμφωνημένων προϋπολογισμών. Ένας επαρχιακός υπάλληλος υγείας εκλέχτηκε και απασχολήθηκε από αρχές που λειτουργούν σ' αυτό το επίπεδο. Έτσι λοιπόν στην πράξη το Υπουργείο Υγείας έχασε την δυνατότητα του να επηρεάζει τις υπηρεσίες υγείας.

Πηγή: Polinowska και Tymowska

“Μεταβίβαση”

Κατά την εφαρμογή της μεταβίβασης (πολιτικής αποκέντρωσης) οι κεντρικές κυβερνήσεις αφήνουν κάποιες λειτουργίες σε άλλους ή νέους φορείς εκτός του απευθείας ελέγχου τους. Μεταβίβαση σημαίνει ενδυνάμωση ή δημιουργία υποεθνικών επιπέδων της κυβέρνησης, τα οποία είναι ουσιωδώς ανεξάρτητα από τη κεντρική κυβέρνηση, όσον αφορά συγκεκριμένες λειτουργίες. Οι φορείς αυτοί είναι οι περιφερειακές ή τοπικές αυτοδιοικήσεις.

Έτσι, η μεταβίβαση συνεπάγεται μια πιο δραστική αναδόμηση των υπηρεσιών υγείας από ότι στην αποσυμπύκνωση. Δύο σημαντικά θέματα προκύπτουν. Πρώτον, υπάρχουν περιπτώσεις όπου απαιτούνται υψηλές δαπάνες για κάλυψη τρεχουσών υποχρεώσεων των υπηρεσιών υγείας και την ίδια στιγμή οι τοπικές αυτοδιοικήσεις έχουν περιορισμένα μέσα αύξησης των εσόδων τους. Για το λόγο αυτό, συνηθίζεται η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας

να παραμένει εκτός ελέγχου και υπευθυνότητας της τοπικής αυτοδιοίκησης, αφού δεν είναι σε θέση να τις χρηματοδοτεί. Στις περιπτώσεις, που οι δαπάνες λειτουργίας τους καλύπτονται από κρατικές επιχορηγήσεις προς την τοπική αυτοδιοίκηση, αυτό συνεπάγεται εξάρτηση και μείωση της αυτονομίας της τοπικής διοίκησης. Σε τέτοιες περιπτώσεις και ιδιαίτερα όταν η επιχορήγηση καλύπτει πραγματοποιημένες δαπάνες (σύστημα προϋπολογισμών), οι υπηρεσίες υγείας έχουν κίνητρο να δαπανούν περισσότερα και να γίνονται μη αποδοτικές. Δεύτερον, η μεταβίβαση μπορεί να περιπλέκει τις προσπάθειες να ενοποιηθούν οι φροντίδες πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου και να σχηματίσουν περιφερειακές δομές. Παραδείγματα μεταβίβασης δίνονται παρακάτω:

Ένα παράδειγμα μεταβίβασης: Σουηδία.

Η Σουηδία (με πληθυσμό περίπου 9 εκατομμύρια) προσφέρεται ως παράδειγμα ενός συστήματος που βασίζεται στη φορολογία, στο οποίο η ευθύνη για τη χρηματοδότηση και οργάνωση των υπηρεσιών, μεταβιβάζεται στο περιφερειακό διοικητικό επίπεδο με την μορφή 26 δημοκρατικά εκλεγμένων πολιτειακά συμβουλίων. Αυτά τα συμβούλια, λαμβάνουν μερικώς την χρηματοδότηση τους από κρατικές επιχορηγήσεις και από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά κυρίως από αναλογικούς φόρους εισοδήματος που επιβάλλουν απευθείας στον πληθυσμό. Επιπλέον, τα περιφερειακά συμβούλια έχουν την ευθύνη να οργανώνουν το σύστημα διανομής των υπηρεσιών υγείας στις γεωγραφικές περιοχές τους. Οι περισσότερες μονάδες παροχής φροντίδων υγείας και σχεδόν όλα τα νοσοκομεία, ανήκουν και λειτουργούν υπό την δικαιοδοσία των περιφερειακών συμβουλίων.

Εν συντομία, τρεις προτάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να περιγράψουν την γενική δομή των υπηρεσιών υγείας στην Σουηδία:

1. Η λήψη των αποφάσεων είναι αποκεντρωμένες προς τις τοπικές δημόσιες αρχές, π.χ. τα περιφερειακά συμβούλια.
2. Το κάθε περιφερειακό συμβούλιο μονοπωλεί, όταν πρόκειται για την διανομή των υπηρεσιών υγείας, την περιοχή του.
3. Τα περιφερειακά συμβούλια έχουν και εφαρμόζουν τις δικές τους τακτικές κι έτσι έχουν ολοκληρωμένα την ευθύνη για την χρηματοδότηση και την παροχή της φροντίδας υγείας.

Πηγή : Anell

Ένα παράδειγμα μεταβίβασης: Ισπανία.

Στην Ισπανία, το 1986 νομοθετήθηκε το εθνικό σύστημα υγείας και τέθηκαν οι αρχές και το πλαίσιο λειτουργίας του. Το 1981, η πρώτη μεταβίβαση αφορούσε το δίκτυο υπηρεσιών κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής φροντίδας (INSALND) και έλαβε χώρα στην Καταλονία. Ακολούθησε η Ανδαλουσία, η περιφέρεια Βάσκης και η Βαλεντία (1988) καθώς και η Ναβάρρα και έπειτα η Καλίτσια (1991). Μ' αυτή την διαδικασία ένα εξαιρετικά συγκεντρωτικό μοντέλο διαχείρισης της φροντίδας υγείας σε εθνικό επίπεδο, τελείωσε. Οι κυβερνήσεις των αυτόνομων κοινοτήτων είναι υπεύθυνες για την διαχείριση των υπηρεσιών υγείας δια μέσου των περιφερειακών κοινοβουλίων από τα οποία περνούν και ελέγχονται οι περιφερειακοί προϋπολογισμοί για την φροντίδα υγείας. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι η κρατική επιχορήγηση από την εθνική κυβέρνηση, σύμφωνα με προσυμφωνημένα αντικειμενικά κριτήρια. Η μεταβίβαση ήταν διοικητικά και πολιτικά πολύ σημαντική. Αν και έχει αναμορφώσει πολλές πλευρές των υπηρεσιών υγείας, η επίδρασή της στην οργάνωση και στον διοικητικό εκσυγχρονισμό του συστήματος δεν έχει ακόμα αποδειχτεί, μετά από δέκα χρόνια και βέβαια δεν συγκρίνεται με τις αρχικές προσδοκίες.

Πηγή: Freire

Προσεκτική μεταβίβαση : Πολωνία

Το 1993, η Πολωνική κυβέρνηση πέρασε στο επόμενο βήμα της αναμόρφωσης της δημόσιας διοίκησης, που είχε εγκαινιαστεί 3 χρόνια νωρίτερα. Ο μεγαλύτερος αντικειμενικός της σκοπός ήταν ουσιαστικά να ενδυναμώσει τις τοπικές αρχές, που η επιρροή τους στα θέματα υγείας ήταν πολύ περιορισμένη. Εκλέχτηκαν τοπικά συμβούλια με ανοιχτές εκλογές. Στα πλαίσια πιλοτικού προγράμματος, που άρχισε το 1994, 43 μεγάλες πόλεις προσκλήθηκαν να αναλάβουν την ευθύνη διαχείρισης των μονάδων υγείας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την μεταφορά της λήψης αποφάσεων από τις επαρχιακές στις τοπικές αρχές σε 28 πόλεις, στις οποίες κατοικεί το 20% και πλέον του πληθυσμού της χώρας. Το πείραμα συνεχίζεται, οπότε είναι πολύ νωρίς για να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα.

Πηγή: Hunter et al.

Ακραίο μεταβίβασης παράδειγμα: Φιλανδία

Η Φιλανδία έχει ένα σύστημα φροντίδων υγείας που χρηματοδοτείται κυρίως από φορολόγηση, με τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας να παρέχονται από προμηθευτές του δημόσιου τομέα. Από διοικητικής άποψης είναι ένα αρκετά

πολύπλοκο σύστημα πολλαπλών επιπέδων, στο οποίο είναι υπευθυνότητα 460 τοπικών αρχών (δημοτικά συμβούλια) να οργανώνουν την διανομή των υπηρεσιών. Η κυβέρνηση έχει ρόλο στο σχεδιασμό, στην επίβλεψη και στη χρηματοδότηση (περίπου στο 50%) των υπηρεσιών. Η αυτοδιαχείριση των δημοτικών συμβουλίων, που εκλέγονται δημοκρατικά και έχουν το δικαίωμα να επιβάλλουν φόρους, υπάρχει για περισσότερο από 100 χρόνια και η συνολική πολιτική τάση είναι να αναθέτει περισσότερη δύναμη σ' αυτά. Οι διοικητικές αναμορφώσεις που ποικίλουν και που έγιναν στο Φιλανδικό δημόσιο τομέα στα τέλη του 1990, σκοπεύουν να δώσουν στα δημοτικά συμβούλια ακόμα περισσότερη ελευθερία και ευθύνη να οργανώσουν τις υπηρεσίες τους, μ' ένα σύνολο ελαχίστων οδηγιών από το κέντρο. Στο μακρο επίπεδο, αυτή η αναμόρφωση φιλοδοξούσε να μειώσει περαιτέρω το ρυθμιστικό ρόλο του κράτους και τον έλεγχο του πάνω στις δαπάνες και στο μικροεπίπεδο να εισαγάγει στοιχεία ανταγωνισμού μεταξύ των δημοσίων υπηρεσιών, ώστε να αναγκαστούν να βελτιώσουν την οργάνωση τους και επομένως να συγκρατήσουν το κόστος λειτουργίας τους. Με την αντικατάσταση το 1993 του συστήματος κρατικής επιχορήγησης με βάση τις δαπάνες, με ένα άλλο σύστημα που στηρίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια, όπως δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία χρηματοδοτικά, τα δημοτικά συμβούλια τώρα έχουν την ευκαιρία να κατανέμουν τις κρατικές επιχορηγήσεις, ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και την πολιτική βούληση.

Πηγή: Martikainen και Usikyla

“ Εξουσιοδότηση ”

Στη περίπτωση της **εξουσιοδότησης**, δίδεται η δυνατότητα στην εξουσιοδοτημένη αρχή να εφαρμόζει αποφάσεις χωρίς την απευθείας εποπτεία ανώτερης αρχής. Αυτή η μορφή αποκέντρωσης, έχει εφαρμογή σε καθορισμένα καθήκοντα και όχι σε όλες τις δραστηριότητες. Η ελκυστικότητα της εξουσιοδότησης, είναι ότι μπορούν να παρακαμφθούν αγκυλώσεις της δημόσιας διοίκησης και το management να γίνεται πιο ευέλικτο. Εάν η διαχείριση του εθνικού συστήματος υγείας γίνεται από εξουσιοδοτημένο φορέα, ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας θα περιοριστεί σε θέματα στρατηγικής και πολιτικής.

Επίσης, η εξουσιοδότηση μπορεί να αναφέρεται στην προμήθεια ή στην χρηματοδότηση υπηρεσιών ή και στα δύο. Στην πράξη, υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί συνδυασμοί των δύο αυτών στοιχείων. Παραδείγματα εξουσιοδότησης δίδονται παρακάτω.

Παράδειγμα εξουσιοδότησης: Ουγγαρία.

Καθώς το σύστημα ασφάλισης Υγείας (ιδρύθηκε το 1991) αναπτυσσόταν στην Ουγγαρία, διάφορες τακτικές και της αποκέντρωσης και της συγκέντρωσης έλαβαν χώρα. Η ίδρυση ενός ανεξάρτητου ταμείου ασφάλισης υγείας και η μετάβαση από ένα κρατικά ελεγχόμενου συστήματος χρηματοδότησης, σ' ένα αυτοδιαχειριζόμενο σύστημα ασφάλισης ήταν σημαντικά βήματα στη διαδικασία της αποκέντρωσης. Από την άλλη μεριά, καθώς τώρα ολόκληρο το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από μια υπηρεσία, πιθανόν να εκληφθεί σαν συγκέντρωση. Η αποκέντρωση και η περιφερειοποίηση επιδιώχτηκαν με το πρόγραμμα του 1994, αλλά εφαρμογή αυτών δεν επιτεύχθηκε. Για παράδειγμα, θεώρηθηκε ότι μια σημαντική πλευρά για την συνέχιση της μεταρρύθμισης ήταν ο συντονισμός ανάμεσα στους συμμετέχοντες στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και γι' αυτό ένα Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας θα έπρεπε να ιδρυθούν. Αυτά τα συμβούλια θα είναι ειδικοί φορείς που θα μεσολαβούν μεταξύ των κοινωνικών εταίρων. Αυτοί οι φορείς δεν δημιουργήθηκαν ποτέ και η προσέγγιση του Υπουργείου Πρόνοιας στην αναδιοργάνωση της δομής του νοσοκομειακού τομέα, ευνόησε τον υπερσυγκεντρωτισμό.

Πηγή: Orosz

Παράδειγμα εξουσιοδότησης : Ιταλία

Το ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας ήταν παραδοσιακά οργανωμένο κάτω από ένα σύστημα εθελοντικής κοινωνικής ασφάλισης. Η αναμόρφωση του 1978 άλλαξε δραστικά την κατάσταση. Μειώθηκαν δραστικά τα πολλά διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία και ιδρύθηκε ένα νέο, ομοιογενώς δομημένο ταμείο. Το 1980, αυτό το πλαίσιο οργάνωσης άρχισε να φανερώνει δύο σοβαρά ελαττώματα: υπερπολιτικοποίηση και έλλειψη ορθολογικών χρηματοδοτικών κινήτρων.

Μια άλλη αναμόρφωση έγινε το 1992. Η πρώτη μεγάλη αλλαγή ήταν η λεπτομερής μεταμόρφωση της διοικητικής δομής των μονάδων υγείας. Αυτά μετατράπηκαν σε “δημόσιες επιχειρήσεις” και τους δόθηκαν οργανωτική αυτονομία και υπευθυνότητα. Δεν διοικούνται πλέον από πολιτικές επιτροπές, αλλά από έναν γενικό διευθυντή, ο οποίος διορίζεται από τις περιφερειακές αρχές με βάση τα επαγγελματικά του προσόντα και του οποίου το συμβόλαιο ανανεώνεται κάθε 5 χρόνια. Μεγαλύτερα νοσοκομεία μπορούν τώρα να ιδρύονται με αυτόνομη οργάνωση και διοίκηση. Λειτουργούν με ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς και τα πλεονάσματα τους μπορούν να

χρησιμοποιηθούν για επένδυση και κίνητρα για το προσωπικό. Αδικαιολόγητα ελλείμματα μπορούν να οδηγήσουν στην απώλεια της αυτόνομής τους.

Πηγή: Ferrera, M. Unpublished data 1994.

Αποσυμπύκνωση συνδυαζόμενη με εξουσιοδότηση : Ηνωμένο Βασίλειο.

Οι μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) ξεκίνησαν στη Βρετανία το 1991. Η αποκέντρωση ήταν ένα ζήτημα κλειδί από την αρχή: μια μορφή αποσυμπύκνωσης και εξουσιοδότησης μαζί. Η μεταβίβαση αποκλείστηκε. Εκλεγμένες περιφερειακές αρχές υγείας ή ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας με τις τοπικές κυβερνήσεις δεν θεωρήθηκαν σοβαρές επιλογές. Οι αναμορφώσεις επιδίωξαν την αποκέντρωση με την εισαγωγή μιας εσωτερικής αγοράς στην οποία αγοραστές και προμηθευτές διαχωρίστηκαν, και οι προμηθευτές ευθαρύνθηκαν να μούν στο θεσμό των "trusts". Αυτό επέτρεψε στα νοσοκομεία και στις υπηρεσίες κοινότητας να έχουν μεγαλύτερη ελευθερία απ' ό,τι αν θα είχαν παραμείνει υπό την διοίκηση και τον έλεγχο των περιφερειακών αρχών υγείας. Οι επιτροπές έγκρισης των trusts είναι υπόλογοι στον Υπουργό Υγείας, οπότε η σύνδεση με το κέντρο παραμένει. Η μεγάλη επιτυχία των μεταρρυθμίσεων υπήρξε ο θεσμός των προϋπολογισμών για τους οικογενειακούς γιατρούς. Η κυβέρνηση προωθεί δραστήρια αυτό το μοντέλο, γιατί θεωρεί ότι ο θεσμός των προϋπολογισμών είναι ένα ιδιαίτερα πετυχημένο χαρακτηριστικό της μεταρρύθμισης.

Πηγή: Hunter

"Ιδιωτικοποίηση"

Η **ιδιωτικοποίηση** είναι η απόλυτη μορφή αποκέντρωσης και αυτό γιατί υπάρχει η πρόθεση να αντικατασταθεί η δημόσια κυριαρχία όσον αφορά την λήψη αποφάσεων, με ιδιωτικές εταιρείες. Τα βασικά οφέλη της ιδιωτικοποίησης είναι η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και υψηλότερη ποιότητα που εξασφαλίζουν τα συστήματα υγείας. Επιπλέον, κυβερνήσεις με δημοσιονομικά προβλήματα αντιμετωπίζουν την ιδιωτικοποίηση σαν ένα τρόπο να μειώσουν μέσω αυτής, τα δημόσια κεφάλαια που απαιτούνται στον τομέα της υγείας.

Τα μειονεκτήματα της ιδιωτικοποίησης είναι όμως αρκετά σημαντικά. Η ιδιωτική διαχείριση και το επενδεδυμένο κεφάλαιο αποβλέπουν στο κέρδος και στον τομέα της υγείας, όπως συμβαίνει άλλωστε σε όλες τις ιδιωτικές αγορές. Οι προσπάθειες για την επίτευξη του κέρδους μπορούν να οδηγήσουν

στην εγκατάλειψη του καλού δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα να παρατηρείται μεροληψία σε βάρος ασθενών και ευαίσθητων ομάδων που έχουν το δικαίωμα για φροντίδα υγείας. Πρόσφατες εμπειρίες με ιδιωτική ανταγωνιστική ασφάλιση στην Τσεχική Δημοκρατία στο Ισραήλ, στην πρώην Σοβιετική Ένωση και σ' ένα μικρότερο βαθμό στις Κάτω Χώρες, έχουν επιβεβαιώσει παρατηρήσεις που έχουν επισημανθεί στις Η.Π.Α. ότι συχνά οι ιδιωτικοί ασφαλιστές καθοδηγούμενοι από το κέρδος εφαρμόζουν την αντίστροφη επιλογή. Στη Σουηδία βρέθηκε ένα ιδιωτικό εργαστήριο που σκοπίμως έστειλε πλαστογραφημένα αποτελέσματα εξετάσεων αίματος σε γιατρούς για να εξασφαλίζει μεγαλύτερη και επαναμβαλόμενη πελατεία με αποτέλεσμα να έχει μεγάλο χρηματικό κέρδος. Η ιδιωτικοποίηση μπορεί συχνά να οδηγήσει σε επανασυγκέντρωση, αφού ιδιωτικές εταιρίες συνχωνεύονται για να επιτύχουν οικονομίες κλίμακας.

Η ιδιωτικοποίηση για να μην υπονομεύει πιο διευρημένες πολιτικές υγείας, θα πρέπει να συνοδεύεται από ισχυρούς κρατικούς μηχανισμούς ελέγχου. Πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε χώρα που επιτρέπει τη μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες υγείας, π.χ. Η.Π.Α., έχει επίσης δημιουργήσει ένα μεγάλο δημόσιο ρυθμιστικό μηχανισμό. Οι γιατροί στις Η.Π.Α. για παράδειγμα, αν και ιδιώτες υπόκεινται σε έλεγχο, αλλά και πιθανή δικαστική εξέταση για κάθε ιατρική πράξη που κάνουν. Αντιστρόφως προσφάτως ανεξαρτητοποιημένες χώρες C.I.S., όπως το Καζακστάν και το Κιρκιστάν, βλέπουν ότι η ιδιωτικοποίηση χωρίς κανονισμούς έχει σαν αποτέλεσμα τα Υπουργεία Υγείας τους να διαθέτουν λιγότερα μέσα για τον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας, που λαμβάνουν οι ασθενείς. Εν συντομία, είναι παράδοξο το γεγονός ότι όσο περισσότερο ένα σύστημα υγείας βασίζεται σε μηχανισμούς αγοράς, όσον αφορά τη χρηματοδότηση και την διανομή στην φροντίδα υγείας, τόσο μεγαλύτερος ο ρυθμιστικός έλεγχος που πρέπει να ασκούν οι κυβερνήσεις.

Καμία απ' αυτές τις 4 προσεγγίσεις αποκέντρωσης δεν μπορεί να υπάρξει σε καθαρή μορφή. Οι χώρες χρησιμοποιούν διαφορετικά πρότυπα ταυτόχρονα, για διαφορετικές δραστηριότητες. Για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο το οργανωτικό μοντέλο είναι ένα, αυτό της αποσυμπύκνωσης, αλλά η αλυσίδα της διοίκησης από το κέντρο προς την περιφέρεια διακόπτεται από ορισμένα τοπικά και περιφερειακά γραφεία, τα οποία είναι ορισμένα από το Υπουργείο Υγείας, που έχει την μορφή της διευθύνουσας αρχής. Στο κέντρο οι λειτουργίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας λειτουργεί ως μία μορφή εξουσιοδοτημένης εκτελεστικής αρχής. Η κατάργηση του μεσαίου επιπέδου το 1996 (οι προηγούμενες 14 περιφερειακές αρχές υγείας είχαν αντικατασταθεί με 8 περιφερειακά γραφεία, τα οποία είχαν γίνει εκτελεστικά όργανα του Εθνικού Συστήματος Υγείας) μπορεί να ειδοθεί από 2 γωνίες. Επισήμως η αφαίρεση μιας ενδιάμεσης διοικητικής γραμμής αποκεντρώνει τις υπηρεσίες. Στην πράξη, θα μπορούσε να ισχυροποιήσει τη δύναμη της κεντρικής

κυβέρνησης, αφού οι τοπικές αρχές υγείας προσκολούνται πολύ στην κυβέρνηση για την νομιμότητα τους και να επιβάλουν οποιαδήποτε αληθινή πρόκληση. Γι' αυτό είναι δυνατόν η επίσημη αποκέντρωση να είναι τελικά επανασυγκέντρωση.

Η έκβαση της μεταβίβασης οφείλεται αποκλειστικά στην ενίσχυση της τοπικής διοίκησης. Στις χώρες όπου περιφερειακές ή τοπικές διοικήσεις της φροντίδας υγείας, έχουν πετύχει στο έργο τους διατήρησαν τη ρύθμιση αυτή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η μεταφορά της ευθύνης για την λήψη αποφάσεων και για την εκτέλεση των αποφάσεων αυτών από την κεντρική κυβέρνηση στις τοπικές διοικήσεις, έδωσε την δυνατότητα σε πολλούς να αποκομίσουν πολιτικά οφέλη, μέσω της διαστρέβλωσης των δημοκρατικών ελέγχων. Αυτά τα διλήμματα είναι ιδιαίτερα έντονα στις χώρες της C.E.E και C.I.S., όπου πριν από την αλλαγή οι τοπικές διοικήσεις υγείας ήταν μόνο φορείς εκπλήρωσης εθνικών πολιτικών.

Ένα παράδειγμα ιδιωτικοποίησης : η Τσέχικη Δημοκρατία.

Η Τσέχικη Δημοκρατία επιχείρησε γρήγορη ιδιωτικοποίηση των φαρμακείων. Ο καθένας επιτρεπόταν να ανοίξει και να κατέχει ένα φαρμακείο και οι άδειες ήταν διαθέσιμες - σε υψηλή τιμή - από το "φαρμακευτικό επιμελητήριο". Ο στόχος ήταν να βελτιώσει την διαθεσιμότητα φαρμάκων και να επιτρέψει σε δυνάμεις της αγοράς και στον ανταγωνισμό να επηρεάσουν τις τιμές. Το σχέδιο υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας σκόπευε να καλύψει τα έξοδα της συνταγογράφησης φαρμάκων, αλλά υπήρχε μια τακτική για ατομική ευθύνη πληρωμής για κάθε συνταγή και μια προτεινόμενη τιμή πέρα από την οποία επιχορήγηση πλέον δεν πληρωνόταν. Σαν αποτέλεσμα ο αριθμός των φαρμακοποιών μεγάλωσε αισθητά, ειδικά σε μεγαλύτερες πόλεις και όλα τα φάρμακα είναι τώρα διαθέσιμα. Όμως υπάρχει μια τάση να αποθηκεύουν μόνο τα πιο ακριβά φάρμακα. Εάν ένας Γενικός γιατρός προτείνει ένα φτηνότερο φάρμακο, τα φαρμακεία συνηθίζουν να το αλλάζουν με ένα πιο ακριβές μάρκα και οι ασθενείς να πρέπει να πληρώσουν τη διαφορά.

Πριν το 1990, κάπου 110-180 φαρμακευτικά προϊόντα καταχωρούνται ετησίως. Ακολουθώντας την απελευθέρωση των εισαγωγών φαρμάκων, το 1990 ο αριθμός των καταχωρήσεων αυξήθηκε δραστικά. Το 1991, 1992 και '93 υπήρχαν 827, 1344 και 1356, αντίστοιχα. Τώρα είναι πάνω από 10.000 μάρκες στην αγορά φαρμάκων. Τα συνολικά έξοδα για φάρμακα περίπου διαπλασιάστηκαν ανάμεσα στο 1991 και 1993.

Πηγή : Rubas , Manx D, unpublisued data 1993

Ένα παράδειγμα δυσκολιών ιδιωτικοποίησης : Ουγγαρία

Μετά τις πολιτικές αλλαγές στην Ουγγαρία το 1990, η κυβέρνηση δεν αντιλήφθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στο κόσμο των επιχειρήσεων και στις υπηρεσίες φροντίδων υγείας. Ένα από τα κύρια συνθήματα των μεταρρυθμίσεων ήταν “η ιδιωτικοποίηση του σωματείου επιχειρήσεων θα πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα με την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας”. Όμως η πραγματικότητα αποδείχτηκε πολύ πιο περίπλοκη από ότι η θεωρία. Η σχέση ανάμεσα στον τομέα επιχειρήσεων φροντίδων υγείας και το Ουγγρικό Ινστιτούτο Ασφάλισης Υγείας (ιδρύθηκε το 1991) είναι εξαιρετικά λεπτή. Ο προϋπολογισμός του 1991 έδωσε το δικαίωμα στο Ινστιτούτο, να συνάψει συμβόλαια με ιδιώτες προμηθευτές, όμως δεν είχαν οριστεί λεπτομέρειες σχετικά με το ποια στοιχεία θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη όταν υπογράφονται τα συμβόλαια ή πως θα έπρεπε οι τιμές να καθοριστούν. Ένας άλλος περίπλοκος παράγοντας είναι ότι τα ασφαλιστρα που μαζεύονται από το Ινστιτούτο Ασφάλισης Υγείας, δεν καλύπτουν τα έξοδα που απαιτούνται για την λειτουργία του συστήματος. Η κυβέρνηση έχει συμφωνήσει να καλύψει το έλλειμμα μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, αλλά αυτό αμφισβητείται μια και το έλλειμμα τώρα είναι αισθητό (53 δισεκατομμύρια ανάμεσα στο 1992 και '94).

Πηγή: Orosz

Ένα παράδειγμα ανα - συγκεντρώσης της εθνικής ασφάλισης υγείας στο Καζακστάν

Οι νέες προτεινόμενες ρυθμίσεις της ασφάλισης υγείας είναι μια απόδειξη ότι η χρηματοδοτική αποκέντρωση στα oblasts που ιδρύθηκαν με νόμο το 1993 ήταν μια αποτυχία και θα 'πρεπε να έχει αντιστραφεί. Γι' αυτό το λόγο, αλλά και της δυνατής θέσης των oblasts μέσω του Προέδρου υπό το νέο Σύνταγμα, η τύχη του προσχεδίου του νόμου εθνικής ασφάλισης δεν είναι βέβαιη.

Τα έσοδα της ασφάλισης Υγείας θα εισπραχθούν από ένα νέο - ιδρυθέν Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας. Αυτό το ταμείο, δεν θα διοικείται από το Υπουργείο Υγείας, αλλά από ένα χωριστό κρατικό φορέα με υπευθυνότητες σε 3 διαφορετικά υπουργεία – Υπουργείο Χρηματοδότησης, Υπουργείο Κοινωνικών Σχέσεων και Υπουργείο Υγείας. Οι διαδικασίες μέσα από τις οποίες το ταμείο αυτό θα καταναίμει τα χρήματα του, δεν είναι εντελώς διαφανείς. Η νομοθεσία του 1995 για την ασφάλιση υγείας παρέχει το 10% των εσόδων του ταμείου για να χρησιμοποιηθεί από το Υπουργείο Υγείας σαν εξισωτική χρηματοδότηση, που παρέχει πρόσθετους πόρους σε φτωχότερα oblasts. Το πιο πιθανό αποτέλεσμα είναι ότι μόνο αυτό το 10%

των εξόδων ασφάλισης υγείας θα ρεύσει στο ταμείο, πράγματι πλούσια oblasts είναι θυμωμένα γιατί χάνουν τον έλεγχο πάνω ακόμα κι σ' αυτό το σύνολο. Υπό αυτή τη ρύθμιση το υπόλοιπο 90% των εσόδων θα παρέμενε μέσα στο oblast, το οποίο είχε εισπραχθεί σ' ένα τοπικό γραφείο oblast του ταμείου.

Πηγή: Saltman & Akarou

2.3. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αποκέντρωσης.

Η αποκέντρωση φαίνεται σαν ένα μέσο να επιλυθούν τα προβλήματα που είχαν παρουσιαστεί σε περίπλοκες δημόσιες γραφειοκρατίες. Τα αποκεντρωμένα ιδρύματα έχουν έναν αριθμό πλεονεκτημάτων σε σχέση μ' αυτά που είναι συγκεντρωμένα. Αυτά είναι τα εξής:

- Είναι πιο ελαστικά και μπορούν να ανταποκριθούν πιο γρήγορα σε καταστάσεις και ανάγκες που μεταβάλλονται.
- Είναι πιο αποτελεσματικά, όπως οι εργατές της πρώτης γραμμής είναι πιο ικανοί να αναγνωρίσουν προβλήματα και τις ευκαιρίες.
- Είναι πιο σύγχρονα και νεωτεριστικά, όσον αφορά τους τύπους των λύσεων που υιοθετούν.
- Επίσης συμβάλλουν στην αναπέρωση του ηθικού, την μεγαλύτερη δέσμευση και την μεγαλύτερη παραγωγικότητα στον τόπο εργασίας.

Μερικές κυβερνήσεις έχουν εφαρμόσει αρχές διοίκησης των οργανισμών του δημοσίου τομέα, που έχουν την βάση τους στον ιδιωτικό τομέα. Γνωστή σαν τη “νέα δημόσια διοίκηση” αυτή η στρατηγική δίνει έμφαση στον ανταγωνισμό και στην μέτρηση της απόδοσης. Ο πίνακας παρακάτω αναφέρει τα κύρια αποτελέσματα που αναμένονται.

Πίνακας 2 : οφέλη αποκέντρωσης

Τύπος αποκέντρωσης	Ωφέλη
Αποσυμπύκνωση	Μειωμένη απαίτηση για κεντρικές διοικητικές υπηρεσίες. Εφαρμογή καινοτομιών στη περιφέρεια.
Μεταβίβαση	Μεγαλύτερη δυνατότητα να λαμβάνονται οι αποφάσεις τοπικά και περισσότεροι άνθρωποι να επιρεάζουν τις αποφάσεις. Μικρότερη τοπική εξάρτηση.
Εξουσιοδότηση	Γρηγορότερη εφαρμογή
Ιδιωτικοποίηση	Ανεξαρτησία, από πολιτικά πρόσωπα που θεωρούνται ότι είναι ανίκανοι να πάρουν αποφάσεις και πολλές φορές ο ρόλος τους είναι αδιαφανείς.

Πηγή: Bovgenhammer

Η επιτυχής αποκέντρωση χρειάζεται ένα ειδικό κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Ο **Bovgenhammer** έχει αναγνωρίσει τις ακόλουθες απαιτήσεις:

- **Επαρκής τοπική διοίκηση και ικανότητα διεύθυνσης.**
- **Ιδεολογική βεβαιότητα στην εφαρμογή καθηκόντων.**
- **Ετοιμότητα να γίνουν δεκτές αρκετές ερμηνείες για ένα πρόβλημα.**

Και οι ίδιοι οι φορείς πρέπει να μεταβληθούν: “Οι οργανισμοί που αποκεντρώνουν εξουσία ανακαλύπτουν επιπλέον ότι πρέπει να ολοκληρώσουν τις αποστολές τους, να δημιουργήσουν εσωτερικές κουλτούρες γύρω από τις βασικές αξίες και αποτελέσματα μέτρων”.

Η αποκέντρωση μπορεί να έχει **αρνητικά αποτελέσματα**:

- **Διασπασμένες υπηρεσίες**
- **Αποδυνάμωση των κεντρικών τμημάτων υγείας**
- **Αδικία**

- Πολιτική εκμετάλλευση για την προώθηση συγκεκριμένων ενδιαφερόντων ή συμφερόντων.
- Τέλος αποδυνάμωση της κατάστασης της θέσης του δημόσιου τομέα.

Η εμπειρία πολλών χωρών τα τελευταία χρόνια αποδεικνύει ότι υπάρχουν κάποιες καθορισμένες περιοχές, όπου η δύναμη λήψης αποφάσεων δεν θα έπρεπε να αποκεντρωθεί.

Τέσσερις τέτοιες περιοχές μπορούν να αναγνωριστούν:

- Η βασική δομή για πολιτική υγείας.
- Στρατηγικές αποφάσεις όσον αφορά την ανάπτυξη των πηγών της υγείας.
- Κανονισμοί που αφορούν δημόσια ασφάλεια.
- Παρακολούθηση, εκτίμηση και ανάλυση της υγείας του πληθυσμού και προμήθεια φροντίδας υγείας.

Η πρώτη απ' αυτές τις 4 αποτελεί ένα βασικό μέρος των κρατικών δραστηριοτήτων, ενώ σημαντικές αποφάσεις θα έπρεπε να είναι περιορισμένες στο υψηλότερο κυβερνητικό επίπεδο. Η πολιτική υγείας περιλαμβάνει βασικές και σταθερές αξίες, που μπορούν να επηρεάσουν πολλές πλευρές της κοινωνικής ζωής. Αυτά τα ζητήματα στρατηγικής θα έπρεπε συνεπώς να προσδιορίζονται με τις ίδιες διαδικασίες που εφαρμόζονται σε άλλες δημόσιες τακτικές.

Η δεύτερη περιοχή είναι ένα χαρακτηριστικό κλειδί ολόκληρου του συστήματος υγείας. Οι αποφάσεις για τους πόρους που αφιερώνονται στην υγεία είναι στρατηγικές και γι' αυτό διαμορφώνουν το μέλλον ολόκληρου του συστήματος. Τέτοιες βασικές ανησυχίες περιλαμβάνουν το προσωπικό (εκπαίδευση και διαπιστεύματα, χορήγηση αδείας) τη μέγιστη ανάπτυξη κεφαλαίου, τον ακριβό εξοπλισμό, την έρευνα και την ανάπτυξη. Αυτές οι αποφάσεις που σχετίζονται με τους πόρους απαιτούν μια ευρεία ανασκόπηση για να εξασφαλίσουν μια κατάλληλη ισορροπία, αλλά και την αποτελεσματική διαχείριση σπάνιων πόρων.

Η Τρίτη περιοχή περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν την προστασία του δημοσίου συμφέροντος. Ο κανονισμός για νέα φάρμακα, ιατρικές επεμβάσεις και τα διαπιστευτήρια των προμηθευτών, θα έπρεπε να είναι ζητήματα για

κεντρικό έλεγχο. Η εμπειρία σε μερικές χώρες της C.E.E και C.I.S, αποδεικνύει ότι κατώτερα επίπεδα εξουσίας μπορούν να είναι πιο ευάλωτα σε διαφθορά απ’ ότι υψηλότερα επίπεδα. Η τελευταία περιοχή επικεντρώνεται στην παρακολούθηση και αξιολόγηση της συνολικής κατάστασης της υγείας των πολιτών. Η εκτίμηση ανισοτήτων, η απόκτηση υγείας, η αποτελεσματικότητα, η ποιότητα φροντίδας, η ελευθερία επιλογής των καταναλωτών και τα δικαιώματα των ασθενών, μπορούν να είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για επιρροή, όσον αφορά την συμπεριφορά των αποκεντρωμένων περιοχών. Αφού εξ’ ορισμού η αποκέντρωση συμπεριλαμβάνει τον έλεγχο πάνω σε σημαντικές υπηρεσίες, σε νέους λήπτες αποφάσεων, είναι ουσιαστικό να μπορεί να παρακολουθεί αν αυτοί οι νέοι φορείς λειτουργούν ικανοποιητικά. Η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών των αξιολογήσεων, μπορεί να είναι ένα ισχυρό αντικίνητρο για ανεπιθύμητη συμπεριφορά.

Οι διαφορετικές μορφές αποκέντρωσης μπορούν κάθε μια ξεχωριστά να δημιουργήσουν συγκεκριμένα προβλήματα. Αυτά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3: “κίνδυνοι αποκέντρωσης”

Τύπος αποκέντρωσης	Κίνδυνοι
Αποσυμπύκνωση	Η “δεξιά” να μην γνωρίζει πάντα τι κάνει η “αριστερά”. Απαράδεκτες αποκλίσεις στην πράξη.
Μεταβίβαση	Απουσία πολιτικού ελέγχου
Εξουσιοδότηση	Μειωμένος επαγγελματισμός. Δυσκολία στη διατήρηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας, εάν τα αποκεντρωμένα τμήματα είναι πολύ διασπασμένα.
Ιδιωτικοποίηση	Εμφάνιση ιδιωτικών μονοπωλίων που μπορεί να εκμεταλλευτούν την δύναμή τους. (Αποτυχία της αγοράς).

Πηγή : Bovgenhammer

Στα αποκεντρωμένα συστήματα, είναι πιο δύσκολο να υπάρχει ένα επαρκές επίπεδο ομοιομορφίας, όσον αφορά την λήψη αποφάσεων, απ’ ότι σε συγκεντρωμένα. Οικονομίες κλίμακας δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν και μερικές φορές και οι ειδικοί και ο εξοπλισμός υπο - χρησιμοποιούνται.

Πρέπει να πούμε σε αυτό το σημείο ότι οποιαδήποτε απόφαση για αποκέντρωση εμφανίζει **3 σημαντικά ζητήματα:**

- Το επίπεδο στο οποίο η αποκέντρωση θα 'πρεπε να λάβει χώρα.
- Σε ποιόν η εξουσία θα 'πρεπε να αποκεντρωθεί.
- Οι αρμοδιότητες που θα 'πρεπε να αποκεντρωθούν.

Η επιλογή του επιπέδου αποκέντρωσης είναι σημαντική όσον αφορά τη σχέση κέντρου - περιφέρειας και συγκεκριμένα τον τύπο της υπευθυνότητας που υιοθετείται. Όσο πιο τοπικό το επίπεδο τόσο πιο δυσεύρετα είναι τα διοικητικά στελέχη, και η πρόνοια εμφανίζεται διασπασμένη, γεγονός που οφείλεται στο μεγάλο αριθμό μικρών λειτουργικών μονάδων και στην δυσκολία παροχής επαρκών υπηρεσιών στους μεγάλους πληθυσμούς. Μια λύση είναι να καθιερωθεί μια ιεραρχία με επίπεδα, όπως περιοχές και συνοικίες, ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια. Η αποκέντρωση είναι το μάτι που παρατηρεί και το τι φαίνεται η αποκέντρωση από μία κεντρική προοπτική.

Όσο για την ερώτηση σε ποιόν να αποκεντρώσει, μέσα στα πλαίσια ενός μεταβιβασμένου συστήματος, πρέπει να πούμε ότι η τοπική διοικητική αρχή θα εκλεγεί και θα είναι υπεύθυνη για το δικό της εκλογικό σώμα. Όπου η πολιτική υγείας και η διοίκηση παραμένει υπευθυνότητα της κεντρικής κυβέρνησης, είναι δυνατόν οι αποκεντρωμένοι οργανισμοί να έχουν τη μορφή ενός καθορισμένου συμβουλίου. Τα συμβούλια υγείας μπορούν να θεωρηθούν σαν ένας τρόπος μέσο των οποίων οι τοπικές υπηρεσίες υγείας, γίνονται περισσότερο ανταποκρινόμενες στις τοπικές τους κοινότητες, χωρίς να μεταβιβάζεται η δύναμη σε μια τοπική κυβερνητική δομή ή να μετακινείται πλήρως η γραμμή της υπευθυνότητας προς το κέντρο.

Παρόλα αυτά τα διορισμένα συμβούλια έχουν κατηγορηθεί ότι δεν έχουν δημοκρατική νομιμότητα και ότι είναι διαχειριστικά όργανα της κυβέρνησης. Ακόμα κι όταν η ευθύνη μεταβιβάζεται σε μια τοπική διοικητική αρχή, η κεντρική κυβέρνηση τυπικά διατηρεί την εξουσία της και την εξασκεί μέσα από το σύστημα διορισμών και με άλλους τρόπους. Η ευθύνη πηγαίνει προς τα πάνω, ακόμα κι αν η μεταβίβαση είναι προς τα κάτω. Οι υπευθυνότητες αποκέντρωσης παραμένουν ένας βαθμός κύριας επιρροής και φαίνεται να είναι μια αισιόδοξη μορφή αποκέντρωσης για πολλές χώρες. Έχει περιληφθεί στο τμήμα για το Ηνωμένο Βασίλειο στον τίτλο ενός ντοκουμέντου που εκδόθηκε αργά το 1994 "Τοπικές ελευθερίες, εθνικές ευθύνες". Από το εκτελεστικό όργανο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθιερώθηκαν οι βασικοί κανόνες που αφορούν την εξελισσόμενη εσωτερική αγορά στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, επιτυγχάνοντας μια αντικειμενική ισορροπία στις τοπικές ελευθερίες ταυτόχρονα με μια εθνική προσέγγιση, που εξασφαλίζει ισότητα και δικαιοσύνη.

Τα καθήκοντα που αποκεντρώνονται περιλαμβάνουν, άνοδο εσόδων, διαμόρφωση πολιτικής και σχεδιασμό, κατανομή πόρων, χρηματοδότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και εσωτερικό συντονισμό υπηρεσιών και τομέων. Η αύξηση των εσόδων μπορεί να διανέμεται από το κράτος στις περιφερειακές ή τοπικές διοικήσεις, όπως στη Φιλανδία και την Ισπανία, ή μπορεί να είναι υπευθυνότητα μιας περιφερειακής διοίκησης, όπως στη Σουηδία ή ενός ημί-δημοσίου νομοθετικού σώματος, όπως στη Γερμανία και τις Κάτω Χώρες.

Η διαμόρφωση πολιτικής και ο σχεδιασμός διαχωρίζονται συνήθως ανάμεσα στα κεντρικά και υποεθνικά επίπεδα, αν και το ακριβές mix θα ποικίλει ανάμεσα στις χώρες και ανάλογα με τον χρόνο. Γενικά, η τοπική ελευθερία στη διαμόρφωση πολιτικής και στο σχεδιασμό περιορίζεται από το γεγονός ότι λειτουργεί σε μια κεντρική καθορισμένη οργάνωση, η οποία επιθυμεί την θέσπιση προτεραιοτήτων.

Η αποκέντρωση συνήθως προτιμάται σαν ένα μέσο για την βελτίωση του συντονισμού των υπηρεσιών και των ενεργειών σε τοπικό επίπεδο. Επίσης αντανακλά την αναγνώριση ότι η υγεία και άλλες υπηρεσίες πέρα και έξω από το σύστημα φροντίδας υγείας, πρέπει να περιληφθούν στην αναμόρφωση της πολιτικής αντζέτας.

Αποκέντρωση / Συγκέντρωση σε πιο επίπεδο; Παράδειγμα Κροατία

Στην πρώην Γιουγκοσλαβία κατά την διάρκεια του σοσιαλιστικού καθεστώτος, οι υπηρεσίες υγείας ήταν πολύ αποκεντρωμένες, αλλά υπέφεραν από αναποτελεσματική οργάνωση και δεν υπήρχαν ψευδαισθήσεις για το τι μπορούσε η αποκέντρωση μόνη της να πετύχει. Η Κροατία με 4,7 εκατομμύρια κατοίκους αποφάσισε να μεταβιβάσει την ευθύνη χρηματοδότησης από τις τοπικές διοικήσεις, στο Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας, μια πολύ συγκεντρωτική χρηματοδοτική υπηρεσία. Αυτή η ανάπτυξη συνδεόταν με προσεκτική και σταδιακή ιδιωτικοποίηση γενικής μορφής, η οποία όμως δημιουργεί ανταγωνισμό στους προμηθευτές, εισάγει τις συμβάσεις και επιτρέπει επιλογή στους ασθενείς. Ο κύριος λόγος για τον οποίο δεν επιλέχτηκε γρήγορη ιδιωτικοποίηση, ήταν ότι θα παρουσίαζε υψηλό κίνδυνο αφού οι ιδιώτες γιατροί ήταν λιγότερο προσιτή σε πολίτες με μέτρια ή χαμηλά εισοδήματα. Οι Κροατικές μεταρρυθμίσεις είναι ακόμα πολύ πρόσφατες για να γίνει οποιαδήποτε αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους, αλλά φαίνεται ότι το χάος και η αναρχία που δημιουργήθηκε από την προηγούμενη αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας έχουν εξαφανιστεί.

Πηγή: Oreskovic

Ουγγαρία: Αποκέντρωση-Ποιές αρμοδιότητες;

Η πολιτική παρέμβαση από το κράτος μπορεί να υπονομεύσει τα ενδεχόμενα προνόμια της αποκέντρωσης. Στην Ουγγαρία τα συμφέροντα του Ινστιτούτου Ασφάλισης Υγείας και του Υπουργείου Πρόνοιας συγκρούστηκαν στο τέλος του 1993. Ακολουθώντας τη θεωρία της αυτοδιοίκησης το Ι.Α.Υ. θα έπρεπε να παίρνει αποφάσεις για την σύναψη ή μη συμβάσεων με τους προμηθευτές των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ο Υπουργός Πρόνοιας επέμενε παρόλα αυτά ότι το Ινστιτούτο υπογράφει συμβάσεις με όλες τις υπηρεσίες, που προηγουμένως είχε χρηματοδοτήσει. Το 1995 που προέκυψαν οι νέες συμβάσεις μια μικρή επιτροπή που αποτελούνταν από τέσσερα μέλη ορίστηκε από το Υπουργείο και το Ι.Α.Υ για να κάνουν προτάσεις σχετικά με την σύναψη των συμβάσεων. Αυτή η συμπεριφορά αντιφάσκει με τον κύριο αντικειμενικό σκοπό της μεταρρύθμισης, που ήταν να απομακρύνει το Υπουργείο από την απευθείας διαχείριση της φροντίδας Υγείας. Επίσης ήταν αντιφατικό ένα κυβερνητικό διάταγμα (το φθινόπωρο του 1994), το οποίο έκανε προτάσεις για σημαντικές αλλαγές προς την πλευρά της αποκέντρωσης, μέσω των περιφερειακών συμβουλίων.

Πηγή: Grosz

Ρωσική Ομοσπονδία: Αποκέντρωση – Σε ποιόν ;

Ο αντικειμενικός σκοπός της μεταρρύθμισης της φροντίδας υγείας στη Ρωσική Ομοσπονδία ήταν να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας, στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, στην διοικητική αποκέντρωση, στη ρήξη του κρατικού μονοπωλίου όσον αφορά τον εφοδιασμό, στη σύσταση κάποιων στοιχείων της αγοράς μέσα από την υιοθέτηση των δικαιωμάτων και των επιλογών των ασθενών και σε “ μια σχεδιασμένη αγορά ”. Στην διάρκεια της νομοθετικής διαδικασίας και της συζήτησης στο κοινοβούλιο, αυτές οι αρχές, εξασθένησαν, τροποποιήθηκαν, προσαρμόστηκαν και τελικά, έγιναν νομοθεσία που εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 1991. Η νομοθεσία τροποποιήθηκε τον Απρίλιο του 1993, αλλά παρόλα αυτά αποδείχτηκε αδύνατο να αντικαταστήσει τις αυθεντικές αρχές. Μια ανεξάρτητη μη κερδοσκοπική και πιστωτική υπηρεσία, το Ομοσπονδιακό Ταμείο Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας συστάθηκε, για να εξασφαλίσει την κατάλληλη ισορροπία ανάμεσα σε διαφορετικές περιοχές. Τα ταμεία της περιφερειακής ασφάλισης Υγείας καθιερώθηκαν, με σκοπό να συγκεντρώσουν τις ασφαλιστικές αμοιβές και να πληρώσουν για τις υπηρεσίες που παρέχονταν σε ασφαλισμένα άτομα από ιατρικές εξετάσεις. Όμως, η πραγματική ασφάλιση υγείας για τον πολίτη οργανώνεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Αυτές υπογράφουν συμβάσεις με τους εργαζομένους και τις τοπικές αρχές για την υποχρεωτική ασφάλιση του εργατικού

δυναμικού τους και λαμβάνουν υπηρεσίες από ιατρικά ιδρύματα και τον ιδιωτικό ιατρικό τομέα.

Η εμπειρία κατά την διάρκεια των δύο (2) πρώτων χρόνων της εφαρμογής της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, έχει δείξει ότι οι ασφαλιστικές εισφορές είναι πολύ χαμηλές 3,6%, το ακριβές ποσό εξόδων είναι 11,2%. Το έλλειμα του προϋπολογισμού χειροτερεύει, εξαιτίας του δικού τους ελλείματος στον προϋπολογισμό, οπότε οι τοπικές διοικήσεις δεν μπορούν να πληρώσουν για τους πληθυσμούς για τους οποίους είναι υπεύθυνοι. Επιπλέον, τα ταμεία υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας έλαβαν κάποια οικονομική ενίσχυση από τον κρατικό προϋπολογισμό, αλλά αντί να πάρουν ιατρικό εξοπλισμό ή φαρμακευτικά προϊόντα, εισήχθησαν σε εμπορικές, κερδοσκοπικές επιχειρήσεις χωρίς να συμβουλευτούν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Όσες υπηρεσίες δεν έχουν υπογράψει συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρίες βασίζονται ακόμα στον κρατικό προϋπολογισμό για χρηματοδότηση. Τέλος, ένα σημαντικό μέρος των εσόδων που συγκεντρώθηκαν, έχει καταναλωθεί στο να συντηρεί την γραφειοκρατία των ασφαλιστικών ταμείων και σε καμία περίπτωση δεν έχει ευνοήσει τους ασθενείς.

Η Ρωσική Ομοσπονδία έχει επιχειρήσει ένα πολύ περίπλοκο και γραφειοκρατικό σύστημα ασφάλισης υγείας, που παρέχει τη δυνατότητα στις εταιρίες ιδιωτικής ασφάλισης να εκμεταλλευτούν το σύστημα για τα δικά τους κερδοσκοπικά συμφέροντα, χωρίς να επιδεικνύουν την απαραίτητη υπευθυνότητα για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που θά πρεπε να παρέχουν. Επίσης, δυσκολίες στην ερμηνεία της νομοθεσίας και των τροποποιήσεών της, έχουν δημιουργήσει μια κατάσταση όπου υπάρχουν διαφορετικές πρακτικές σε διαφορετικές περιοχές, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ανισότητα ανάμεσα στον πληθυσμό.

Πηγή : Tchernjavskii & Komarov

2.4. Αξιολογώντας την αποκέντρωση

Το αποτέλεσμα της αποκέντρωσης δεν έχει αξιολογηθεί υπό το φώς των ωφελειών στην υγεία, την ισότητα, την αποτελεσματικότητα, τη ποιότητα της φροντίδας και την ελευθερία επιλογής του καταναλωτή. Αυτοί που παίρνουν αποφάσεις το θεωρούν δεδομένο ότι η αποκέντρωση αυτόματα φέρνει θετικές αλλαγές και έχουν υποθέσει ότι δεν υπάρχει ανάγκη για αξιολόγηση. Επιπλέον, τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν έχουν οριστεί σαφώς. Θα ήταν σημαντικό εάν οι σχεδιαστές πολιτικής μπορούσαν να προσδιορίσουν σαφώς τι είδους βελτιώσεις αναμένονται από τακτικές αποκέντρωσης. Κατά πόσο τα πλεονεκτήματα της αποκέντρωσης υπερτερούν των πιθανών μειονεκτημάτων, όπως επικαλύψεις υπηρεσιών, ασυνέχειες στην διανομή τους και υψηλές λειτουργικές δαπάνες, είναι ένα θέμα που πρέπει να λυθεί από τους

σχεδιαστές προσεκτικά. Δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο οι χώρες που έχουν υιοθετήσει δραστική αποκέντρωση, υποσυνείδητα να συγκεντρώνουν και πάλι τον έλεγχο πάνω σε στοιχεία κλειδιά του συστήματος, όπως η χρηματοδότηση ή οι ρυθμίσεις που αφορούν τη λειτουργία των επαγγελματιών υγείας. Η ιδιωτικοποίηση μόνο σπάνια έχει θεωρηθεί σαν μια βιώσιμη στρατηγική στην Δ. Ευρώπη και σε χώρες που ανομοιογενώς έχει εφαρμοστεί (C.E.E. και C.I.S.), υπάρχει σοβαρή ανησυχία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γενικά

Εκτός από τους στόχους της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας οι Ευρωπαίοι σχεδιαστές πολιτικών για την υγεία ασχολήθηκαν και με την έννοια της διαπραγματευτικής ικανότητας των ασθενών. Οι πολίτες πρέπει να έχουν λόγο ή να μπορούν να επιλέγουν το γιατρό τους και το νοσοκομείο και σε ορισμένα θέματα να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. Επιπλέον αναζητούν να τους επιτραπεί να συμμετάσχουν τοπικά στην διαμόρφωση πολιτικών, όταν αυτό είναι δυνατό, μέσα από την αποκέντρωση.

Ιδέες για τη συμμετοχή των πολιτών και την ελευθερία επιλογής των ασθενών συνδέονται με διάφορες φιλοσοφίες, σχετικά με την χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας και την οργάνωσή της. Κάποιοι αναλυτές υποστηρίζουν ότι το να λαμβάνεις υπόψιν τις απόψεις του κοινού, μέσω μιας διευρημένης συμμετοχής στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων, μπορεί να εκδημοκρατήσει τις υπηρεσίες υγείας, καθιστώντας το ιατρικό επάγγελμα και την πολιτεία πιο υπεύθυνους. Αυτή η προσέγγιση τυπικά συνδέεται με την άποψη ότι η φροντίδα υγείας είναι “ κοινωνικό αγαθό ”, όπως συμβαίνει σε δημόσιου χαρακτήρα συστήματα υγείας. Σε αντίθεση, η ανησυχία για την ελευθερία επιλογής του ατόμου συνδέεται με συστήματα που δίνουν έμφαση σε στοιχεία αγοράς, όπως ο ανταγωνισμός. Η επιλογή του ασθενή σ’ αυτή την περίπτωση, συνήθως συνδέεται με την έννοια της κυριαρχίας του καταναλωτή και τα συστήματα είναι διαμορφωμένα έτσι ώστε να εξυπηρετούν τις απαιτήσεις των χρηστών τους. Αυτοί οι δύο (2) διαφορετικοί τύποι λογικής, υπονοούν ότι η έννοια της συμμετοχής έχει περιοριστεί στις ανάγκες των ασθενών, καθώς και η έννοια της επιλογής του προμηθευτή έχει παραδοσιακά συνδεθεί με τις επιθυμίες του ασθενή.

Αυτή η ανάλυση όμως είναι ατελής. Σε μερικά συστήματα, όπου στοιχεία αγοράς έχουν εισαχθεί, το κοινό και η κοινότητα ερωτούνται επίσης για τις απόψεις τους σχετικά με προτεραιότητες. Σ’ αυτήν τη περίπτωση βέβαια, έμφαση δίνεται στο κοινό που αντιδρά και όχι σε διαδικασίες που οδηγούν σε αντιπροσωπευτική συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικής.

Προσεγγίζοντας το θέμα πολιτικά και δημοκρατικά, η ελευθερία επιλογής του ασθενή ερμηνεύεται σαν μια άσκηση στα δημοκρατικά του δικαιώματα. Η ελευθερία επιλογής του ασθενή γίνεται ένας μηχανισμός, με τον οποίο τα άτομα μπορούν να ασκούν περισσότερη επιρροή σχετικά με ότι συμβαίνει σε

αυτούς, μέσα σ' ένα δημόσιο σύστημα υγείας, μέσω της επιλογής του νοσοκομείου και του γιατρού. Έτσι η επιλογή του ασθενή, γίνεται ένα πολιτικό χαρακτηριστικό στο οποίο οι ασθενείς μέσω της συμμετοχής τους βοηθούν στη νομιμοποίηση της αρχής του συστήματος διανομής υπηρεσιών. Επίσης, η ελευθερία επιλογής του ασθενή είναι μια σημαντική έννοια για την εξέταση των προσεγγίσεων των χρηστών στα συστήματα της φροντίδας υγείας, ανεξάρτητα από το αν είναι ιδιωτικά ή δημόσια.

Για την εξέταση των προσεγγίσεων αυτών, της συμμετοχής των ασθενών, χρησιμοποιείται μια βαθμίδα συμμετοχής που περιγράφει τους διαφορετικούς βαθμούς δύναμης που είναι διαθέσιμη στον καταναλωτή. Αυτή η διακύμανση από την διαχείριση και την θεραπεία, μέσω της πληροφόρησης, της διαβούλευσης και του οικογενειακού προγραμματισμού, στην συνεργασία και στην δύναμη, υπάρχει όταν οι αποφάσεις παίρνονται από τους πολίτες παρά από κυβερνήσεις ή προμηθευτές υπηρεσιών.

Ένα παρόμοιο σύστημα ταξινόμησης, διαφοροποιεί τον βαθμό της εξουσίας που μπορεί να θεωρηθεί ότι επιφέρει "διαπραγματευτική ικανότητα των ασθενών". Η γκάμα αυτή κινείται από τη χαμηλότερη, στην μεγαλύτερη δυνατή διαπραγματευτική ικανότητα του ασθενή. Αρχίζει με ηθική πειθώ (η ικανότητα μόνο να ρωτάς για να ακούγεις), μέσω επίσημου πολιτικού ελέγχου και κλιμακώνεται με την ικανότητα ο ίδιος ο ασθενής να ελέγχει την δική του μοίρα. Πιέσεις με την μορφή παράκλησης από ασθενείς να αναθεωρήσει η απόφαση ενός γιατρού, είναι η μικρότερη διαπραγματευτική ικανότητα που μπορεί να αποκτήσει ο ασθενής. Αυτά που κινούνται στην βαθμίδα είναι : νόμιμα φάρμακα, η ετήσια ελευθερία επιλογής από ασθενείς των ασφαλιστών τους, η ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου χωρίς να υπάρχει άμεση σύνδεση με την πληρωμή των προμηθευτών, δημοκρατικός έλεγχος πάνω στην χρηματοδότηση και την προμήθεια υπηρεσιών, επιρροή πάνω σε έναν τύπο θεραπείας και τελικά επιλογή γιατρού και νοσοκομείου συνδεδεμένη με τη πληρωμή των προμηθευτών. Το κλειδί για να κατανοηθεί η διαπραγματευτική ικανότητα του ασθενή είναι ο βαθμός επιρροής του ατόμου πάνω σε συγκεκριμένες αποφάσεις, σχετικά με την διανομή υπηρεσιών. Για να επιτευχθεί όμως η διαπραγματευτική ικανότητα, οι ασθενείς πρέπει να αποσπάσουν σημαντικό έλεγχο, όσον αφορά τους προϋπολογισμούς και τον επιμερισμό των πόρων πέρα από managers και προμηθευτές. Όμως, έμφαση πρέπει να δοθεί κυρίως στην σοβαρότητα της ελευθερίας επιλογής και του ελέγχου των αποφάσεων από τον ασθενή. Υπάρχει βέβαια, ένας αριθμός από άλυτα θέματα που έχουν σχέση με την ελευθερία επιλογής στην φροντίδα υγείας. Το πρώτο αφορά το κατά πόσο η ελευθερία επιλογής είναι τόσο σημαντική για τους ασθενείς, όπως πιστεύουν κάποιοι πολιτικοί αναλυτές. Σε ποιο βαθμό είναι σημαντική η επιλογή για όλη την προμήθεια της φροντίδας υγείας ή είναι σημαντική μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, όπως στις υπηρεσίες μητρότητας; Ένα άλλο θέμα

είναι το κατά πόσο, σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά της φροντίδας υγείας, οι ασθενείς έχουν δυνατότητα πρόσβασης σε αρκετές πληροφορίες για να κάνουν, αν θέλουν, πληροφορημένες επιλογές. Τελικά, υπάρχει το ζήτημα της ανισότητας της πρόσβασης στην επιλογή : αυτοί με τους περισσότερους πόρους (χρήματα, χρόνο και δύναμη) είναι πιο πιθανόν να έχουν περισσότερες δυνατότητες να κάνουν επιλογές.

3.1. Συμμετοχή των πολιτών

Δύο θέματα κλειδιά υπάρχουν :

- α) Πως η φωνή του πολίτη ακούγεται, σε σχέση με την δομή του συστήματος φροντίδας υγείας σε διαφορετικές χώρες και
- β) Πόση εξουσία και δύναμη έχουν οι πολίτες να επηρεάσουν αποφάσεις.

Οι χώρες έχουν λάβει ποικίλες προσεγγίσεις σε ομαδικά και ατομικά επίπεδα. Στη Φιλανδία, οι πολίτες έχουν επίσημη επιρροή μέσω δημοτικών επιτροπών υγείας. Το εκλεγμένο δημοτικό συμβούλιο επιλέγει μια επιτροπή υγείας, που αποτελείται από τον αρχίατρο από το δημοτικό κέντρο υγείας και μία μίξη από τοπικούς παράγοντες, που εκπροσωπούν τις απόψεις των πολιτών. Η Αγγλία έχει υιοθετήσει μια διαφορετική προσέγγιση, τα μέλη των περιφερειακών αρχών υγείας δεν εκλέγονται, αλλά διορίζονται και δεν περιλαμβάνουν αυτόματα εκπροσώπους πολιτών, ενώ τα τοπικά κοινοτικά συμβούλια υγείας υπάρχουν εδώ και είκοσι (20) χρόνια. Αυτά είναι όργανα που διαμορφώνονται ειδικά για να εκπροσωπούν τα συμφέροντα των πολιτών στην φροντίδα υγείας. Σε αντίθεση με την Φιλανδία, τα μέλη αυτών των συμβουλίων δεν είναι εκλεγμένα, αλλά διορισμένα και τα συμβούλια τείνουν να έχουν ένα συμβουλευτικό και πληροφοριακό ρόλο.

Οι C.E.E. χώρες έχουν ραγδαία ανάπτυξη στον εθελοντικό τομέα, συμπεριλαμβανομένης μιας ποικιλίας ομάδων στήριξης ασθενών. Την ίδια στιγμή ένα ανεξάρτητο μέσο ενημέρωσης έχει δώσει δημοσιότητα σε θέματα συμμετοχής και επιλογής των ασθενών. Στην Πολωνία, ο σημαντικός ρόλος που έπαιξε ο τύπος αντιστακλάται στην δημιουργία μιας κίνησης των δικαιωμάτων των ασθενών.

Μια από τις πιο επιτυχημένες μεταρρυθμίσεις στην Πολωνία είναι η καθιέρωση τοπικών αυτόδιοικούμενων συμβουλίων με επιτροπές υγείας. Παρά την κεντρική χρηματοδότηση και παροχή των φροντίδων υγείας, πολλές τοπικές κυβερνήσεις έχουν αναλάβει κάποιες ευθύνες της φροντίδας υγείας, κυρίως όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, αυτές οι ευθύνες τους έχουν δοθεί διαμέσου της εξουσιοδοτήσεως, όπως και ο προϋπολογισμός και αυτό περιορίζει την διαπραγματευτική τους δύναμη. Οι τοπικές κυβερνήσεις πρέπει να

συμβουλευτούν το κέντρο για το κλείσιμο ή την ίδρυση νέων μονάδων υγείας στις περιοχές τους.

3.2. Τα δικαιώματα των ασθενών και η ποιότητα της φροντίδας

Σε ορισμένα Ευρωπαϊκά κράτη μια συνηθισμένη πολιτική είναι η εισαγωγή μηχανισμών για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Εφόσον αυτό δεν περιλαμβάνει απαραίτητα δημόσια συμμετοχή, είναι μία προσπάθεια να γίνει η παροχή υπηρεσιών υγείας πιο ευάλωτη στις απαιτήσεις των ασθενών. Στην Πολωνία για παράδειγμα, μια πράξη που πέρασε το 1991 βεβαιώνει ότι οι ασθενείς δικαιούνται να έχουν: ένα επίπεδο φροντίδας εφάμιλλο με την τρέχουσα ιατρική γνώση, πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους, πληροφορημένη συγκατάβαση ή άρνηση σε συγκεκριμένα συστατικά της φροντίδας υγείας, τον δικό τους ιδιωτικό-προσωπικό χώρο και αξιοπρέπεια και τέλος έναν ειρηνικό και αξιοπρεπή θάνατο. Επιπλέον, κατά την διάρκεια της θεραπείας, ο ασθενής έχει το δικαίωμα για προσωπική τηλεφωνική επικοινωνία και αλληλογραφία με το εξωτερικό περιβάλλον, να φροντίζεται από την οικογένεια ή τους φίλους και να λαμβάνει πνευματική φροντίδα. Καμία πρόνοια δεν έχει ληφθεί για την εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων. Ο καταστατικός χάρτης των δικαιωμάτων των ασθενών προσφάτως έχει καταρτιστεί, αν και ακόμα, δεν έχει γίνει Νόμος.

Το 1992 η Αγγλία παρουσίασε τον καταστατικό χάρτη των ασθενών με δέκα (10) δικαιώματα, χρησιμοποιώντας εθνικά και τοπικά δεδομένα, σαν μια προσπάθεια για την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Η έμφαση δίδεται σε δεδομένα παρά σε νόμιμα δικαιώματα και έτσι η επιτυχία του χάρτη θα εξαρτάται από την ποιότητα των μηχανισμών και των διαδικασιών που αναπτύσσονται για να δώσουν υπόσταση στις αρχές αυτές, από τη σοβαρότητα που τις διέπει και από εκείνους που είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή τους. Χωρίς αποτελεσματικούς μηχανισμούς, ο χάρτης αυτός δεν μπορεί να δώσει πολλά για την ενίσχυση της διαπραγματευτικής δύναμης των πολιτών.

Σε αντίθεση με την προσέγγιση της Πολωνίας και της Αγγλίας, η Φιλανδία το 1993 προσδιόρισε τα δικαιώματα των ασθενών με νόμο. Αυτό αποτελεί ορόσημο για την ιστορία της νομοθεσίας στην Ευρώπη. Ο νόμος δίνει στους ασθενείς το δικαίωμα για καλή υγεία και ιατρική φροντίδα και περίθαλψη, πρόσβαση στην φροντίδα υγείας, πληροφόρηση και αυτοδιάθεση. Η θέση των νεωτέρων ασθενών, η επείγουσα περίθαλψη και το δικαίωμα για πληροφόρηση και καλή κλινική μεταχείριση, καλύπτονται επίσης. Ίσως, η πιο σημαντική πράξη της Φιλανδικής νομοθεσίας είναι ο ρόλος του Διοικητικού Επιτρόπου των ασθενών. Σύμφωνα με το Φιλανδικό σχέδιο, κάθε υπηρεσία φροντίδας υγείας πρέπει να ορίζει ένα Διοικητικό Επίτροπο, που θα είναι υπεύθυνος για έναν αριθμό τοπικών μονάδων φροντίδας υγείας. Ο ρόλος του

Επιτρόπου περιλαμβάνει τη συμβούλευση των ασθενών πάνω σ' όλα τα πρακτικά θέματα που αφορούν την εφαρμογή του νόμου, όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών και να βοηθά τους ασθενείς στο να γράψουν ένα παράπονο ή μια αίτηση για αποζημίωση.

Η Ολλανδία έχει επιτύχει την πιο κατανοητή προσέγγιση που έχει σχέση με τα δικαιώματα των ασθενών. Η νομοθεσία της για τα ιατρικά συμβόλαια, η οποία υλοποιήθηκε τον Απρίλιο του 1995, παρουσιάζει καθαρά τα κύρια δικαιώματα των ασθενών. Η νομοθεσία αντιμετωπίζει τη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του γιατρού σαν ένα " ειδικό συμβόλαιο ", μέσα στα πλαίσια του νόμου των αστικών συμβολαίων. Αυτό δίνει στον ασθενή την δυνατότητα για άμεση διεκδίκηση των δικαιωμάτων του από τον γιατρό, αλλά και μέσω δικαστηρίων, χωρίς να βασίζεται σε περαιτέρω ενέργειες από την κυβέρνηση. Οι διάταξεις αυτής της νομοθεσίας περιλαμβάνουν πληροφορημένη συγκατάβαση, πληροφόρηση, πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία και δεδομένα, περιόδους διατήρησης των ιατρικών δεδομένων, εχεμύθεια, τη νόμιμη θέση των νεωτέρων και των ενηλίκων που δεν είναι ικανοί να παίρνουν αποφάσεις, την ιατρική στήριξη, τη χρήση ιατρικών δεδομένων και αρχείων, καθώς και τη χρήση ανθρώπινου ιστού για ερευνητικούς σκοπούς.

Η Ιταλία έχει υιοθετήσει μια διαφορετική προσέγγιση με την Επιτροπή Κρίσεως για τα δικαιώματα των ασθενών. Η επιτροπή αυτή αποτελείται από συνηθισμένους ανθρώπους, οι οποίοι εθελοντικά παρακολουθούν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, λύνοντας τα παράπονα των ασθενών και ενεργώντας περισσότερο με ανθρωπιστικές μεθόδους διοίκησης. Εκπρόσωποι της Επιτροπής υπάρχουν σε κάθε υπηρεσία του συστήματος υγείας σε όλη την Ιταλία.

Ένας μηχανισμός μέσω του οποίου η απογοήτευση των χρηστών μπορεί να εκφραστεί ενεργά, είναι μια επίσημη διαδικασία παραπόνων. Σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Αγγλίας, υπάρχει ένδειξη μιας ραγδαίας αύξησης του αριθμού των παραπόνων, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Είναι δύσκολο να αναγνωριστεί κατά πόσο αυτό οφείλεται σε μια πραγματική αύξηση των παραπόνων, ή του γεγονότος ότι τώρα είναι πιο εύκολο να εκφραστούν παράπονα. Οι περισσότερες χώρες έχουν επίσημα συστήματα για την διοχέτευση παραπόνων, αν και η διάταξη των διόδων μεταφοράς των παραπόνων μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, όσον αφορά τον διαμαρτυνόμενο. Στην Αγγλία, το σύστημα παραπόνων πρόσφατα έχει αναθεωρηθεί. Οι ενάγοντες μπορούν να προωθήσουν τα παράπονά τους, μέσω ενός εσωτερικού συστήματος και αν πάλι δεν ικανοποιηθούν, μπορούν να ζητήσουν το παράπονό τους να διευθετηθεί από μια ομάδα στην οποία προεδρεύει ένας ιδιώτης. Είναι αρμοδιότητα της υγείας ή της εμπιστοσύνης, που αποφασίζει πότε ή όχι μια ομάδα συγκαλείται.

Ένα από τα θέματα που συνδέονται με τα συστήματα παραπόνων είναι ότι οι υπηρεσίες που ασχολούνται με τα παράπονα μπορούν να παίρνουν αποφάσεις μόνο σχετικά με πειθαρχικά μέτρα, αφού η χρηματική αποζημίωση τείνει να διευθετείται από τα δικαστήρια, ειδικά όταν υπάρχει διαφωνία ανάμεσα στις δύο πλευρές. Η Φιλανδία επιχείρησε να ασχοληθεί με το πρόβλημα το 1987 προωθώντας σχετική νομοθεσία. Ένα Συμβούλιο Τραυματισμών Των Ασθενών δημιουργήθηκε στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγείας. Το καθήκον του Συμβουλίου αυτού είναι να προτείνει κατά πόσο η αποζημίωση θα πρέπει να πληρωθεί, και εάν ζητηθεί το Συμβούλιο πρέπει επίσης, να δώσει τη γνώμη του πάνω στο ποσό της αποζημίωσης που πρέπει να δοθεί. Η Σουηδία είχε μια αλάνθαστη δομή για αρκετές δεκαετίες που διοικούσαν από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Πρόνοιας και χρηματοδοτούνταν από τα Συμβούλια της περιφέρειας, με μια μικρή χρηματική συμβολή ανά άτομο.

Αρκετοί μηχανισμοί παραπόνων υπήρχαν στην Πολωνία. Αυτά τα συστήματα παραπόνων που περιλάμβαναν την κρατική γραφειοκρατία και ήταν ριζωμένα στον διαχειριστικό νόμο, αμφισβητούνται πολύ. Διαδικασίες προώθησης παραπόνων από τους ασθενείς υπάρχουν επίσης στο σύστημα των επαγγελματικών αυτόδιαχειριζόμενων συλλόγων και οι ασθενείς μπορούν να παραπονεθούν μέσω του Επιτρόπου για τα δικαιώματά τους.

3.3.Επιλογή Ασφαλιστή και Προμηθευτή

Το ζήτημα της επιλογής ασφαλιστή και προμηθευτή στην φροντίδα υγείας είναι περίπλοκο. Πολλές χώρες στην Ευρώπη επιτρέπουν στους ασθενείς να επιλέγουν τους προμηθευτές τους π.χ. τον οικογενειακό γιατρό τους, τον εξειδικευμένο γιάτρο, το νοσοκομείο ή τον νοσοκομειακό τους γιατρό. Σ' έναν περιορισμένο αριθμό κρατών, οι ασφαλιζόμενοι μπορούν να επιλέγουν τον ασφαλιστή τους, αν και στις βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες στην χρηματοδότηση της ασθένειας, αυτή η προοπτική, παραδοσιακά είναι διαθέσιμη μόνο σ' εκείνους που έχουν υψηλά εισοδήματα. Επιπλέον, σε κάποιες χώρες, ορισμένοι ασθενείς με μια συγκεκριμένη βαθμίδα συνθηκών (βασικά χρόνια πάσχοντες ή αυτοί που ακολουθούν συγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες), μπορούν να επιρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις και να αποφασίζουν για την πορεία της θεραπείας τους.

Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψιν την επιλογή προμηθευτή οι περισσότερες χώρες που βασίζονται στην φορολογία και στα ταμεία ασθένειας, επιτρέπουν στα άτομα να διαλέξουν τον οικογενειακό τους γιατρό. Αυτή η επιλογή, ισχύει τυπικά για μια καθορισμένη περίοδο (3 μήνες στην Γερμανία, 1 χρόνος στην Δανία) και μόνο λίγες χώρες απαιτούν επίσημη έγκριση γι' αυτές τις επιλογές, από μια δημόσια υπηρεσία. Η Φιλανδία είναι από τις λίγες χώρες στην Δυτική

Ευρώπη που ακόμα εφαρμόζουν τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, με την πεποίθηση ότι η προσιτή φροντίδα μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική, εάν όλοι σε μια συγκεκριμένη γειτονιά περιθάλπονται από τον ίδιο γιατρό ή ομάδα γιατρών. Οι Φιλανδοί που μπορούν να πληρώσουν για ιδιωτικό γιατρό βέβαια, έχουν την ικανότητα να εξέλθουν οικειοθελώς από το δημόσιο σύστημα ανάθεσης οικογενειακών γιατρών.

Η επιλογή ειδικού γιατρού ή νοσοκομείου παραμένει επίμαχο θέμα. Δεν παρατηρείται ομοφωνία ανάμεσα στις χώρες για το εάν οι ασθενείς θα 'πρεπε να είναι ελεύθεροι να έχουν ιατρική φροντίδα από ειδικούς ή εάν, αντίθετα, οι οικογενειακοί γιατροί θα 'πρεπε να συμπεριφέρονται σαν "θυρωροί" στο σύστημα, στέλνοντας τους ασθενείς σε ειδικούς γιατρούς.

Παραδείγματα και για τις δύο προσεγγίσεις μπορούν να βρεθούν σε συστήματα υγείας βασισμένα σε φορολογία, όπως και σε κοινωνική ασφάλιση. Οι Σουηδοί ασθενείς μπορούν να απευθυνθούν σε ειδικούς γιατρούς, ενώ οι ασθενείς στη Φιλανδία και στην Αγγλία όχι. Οι Γερμανοί ασθενείς μπορούν να απευθυνθούν, ενώ οι Δανοί όχι. Στην Δανία περίπου 2,5% του πληθυσμού διαλέγουν ασφάλεια της ομάδας 2, η οποία επιτρέπει την πρόσβαση σ' έναν ειδικό γιατρό αλλά πρέπει να πληρώσουν επιπλέον αμοιβή. Επιπλέον σε κάποια συστήματα που βασίζονται στο φόρο, οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν να πληρώσουν από την τσέπη τους (στη Φιλανδία για παράδειγμα να πληρώσουν τη διαφορά ανάμεσα στις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και στο ακριβές κόστος) για να επισκεφτούν έναν ιδιωτικό γιατρό.

Η επιλογή νοσοκομείου είναι περίπου το ίδιο μ' αυτή της επιλογής γιατρού. Από το 1991 στη Σουηδία και από το 1993 στη Δανία, επιτρέπεται στους ασθενείς να διαλέγουν το νοσοκομείο τους για συγκεκριμένες θεραπευτικές διαδικασίες. Αυτό έγινε για να μειωθούν οι ώρες αναμονής στο νοσοκομείο, για να βελτιωθεί η παραγωγικότητα του νοσοκομείου, αλλά και για να επιτρέψει στους ασθενείς να έχουν μεγαλύτερο έλεγχο, όσον αφορά την πορεία της θεραπείας τους μέσα σε ένα δημόσιο σύστημα. Αντίθετα, στο Ηνωμένο Βασίλειο η ανάπτυξη των συμβολαίων έχει οδηγήσει στο να περιοριστεί η επιλογή των ασθενών σ' αυτά τα νοσοκομεία που έχουν οικογενειακό γιατρό με το σύστημα των προϋπολογισμών (**Fundholding**), ή με το σύστημα των περιφερειακών υγειονομικών αρχών υγείας. Αν και ορισμένες αξιολογήσεις οδηγούν στο συμπέρασμα ότι μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής των ασθενών έχει βοηθήσει στην επιτυχία των παραπάνω στόχων, τελικά συμπεράσματα σχετικά με το θέμα θα πρέπει να εξαχθούν όταν θα γίνουν ικανοποιητικές μελέτες.

Η επιλογή ασφαλιστή είναι επίσης ένα θέμα αμφιλεγόμενο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μόνο μια χώρα στην ευρύτερη Ευρωπαϊκή περιοχή, το Ισραήλ, προσφάτως παρέχει την δυνατότητα για διεθνή ασφάλιση, η οποία

επιτρέπει στους ασθενείς να διαλέγουν ανάμεσα σε ανταγωνιστικές ιδιωτικές εταιρείες. Όταν οι Δανοί επιχειρήσαν να συστήσουν πολλαπλούς ανταγωνιστικούς ασφαλιστές, βρήκαν ότι δημιούργησε αδιαπέραστα εμπόδια στην διατήρηση της κοινωνικής αλληλεγγύης. Η ανταγωνιστική ασφάλιση επίσης αποδείχτηκε ότι είναι μια πολύ ακριβή προσέγγιση, η οποία προσφέρει λίγα πλεονεκτήματα σχετικά με επιπρόσθετες υπηρεσίες.

Οι ασθενείς μόνο περιστασιακά επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις σχετικά με την περιθαλπή τους. Κάποιες χώρες, για παράδειγμα, συμβουλευονται ηλικιωμένους ασθενείς, για το εάν θα ήθελαν να μουν σ' ένα σπίτι φροντίδας ή να παραμείνουν στο σπίτι τους με υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον.

3.4. Αξιολόγηση: Η σύγκρουση των αλλαγών τακτικής – πολιτικής

Η απόδειξη σχετικά με τη σύγκρουση αυτών των αλλαγών στα επίπεδα της δημόσιας συμμετοχής και της ελεύθερης επιλογής, προέρχεται κυρίως από μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα δεδομένα μελέτης υποδηλώνουν ότι η επίδραση ήταν μικτή. Για παράδειγμα οι **Bruster et al.**, σε εθνική μελέτη τους πάνω στις απόψεις των ασθενών για την νοσοκομειακή φροντίδα (σε εθνικό επίπεδο), έδειξε ότι τα δεδομένα που τέθηκαν στους ασθενείς, δεν συναντιούνταν σ' έναν αριθμό περιοχών, δηλαδή εξηγήσεις για την περίθαλψη τους, πρόσβαση στα αρχεία υγείας, επιλογή σχετικά τη συμμετοχή τους στην εκπαίδευση των μαθητών και εγγυημένη εισαγωγή σε νοσοκομείο μέσα σε δύο (2) χρόνια από την στιγμή που τοποθετήθηκαν σε λίστα αναμονής.

Ενδείξεις από την έρευνα στην Βρετανία για τις κοινωνικές συμπεριφορές, δείχνουν ότι οι μεταρρυθμίσεις έχουν μειώσει τις δαπάνες για την υγεία και έχουν βοηθήσει στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στην λειτουργία της υπηρεσίας υγείας. Το κοινό όμως, αναλογιζόμενο την λειτουργία της υπηρεσίας υγείας, δεν είναι πεπεισμένο ότι οι απόψεις του λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν. Το 1987, σχεδόν τα 2/3 σκέφτηκαν ότι, εάν ένα νοσοκομείο είχε να επιλέξει ανάμεσα στο να κάνει εύκολη τη ζωή στους ασθενείς ή ευκολότερη στους γιατρούς, το νοσοκομείο θα επέλεγε να κάνει ευκολότερη τη ζωή στους ασθενείς. Το 1993, μόνο οι μισοί περίπου, περίμεναν ότι τα νοσοκομεία θα έκαναν την παραπάνω επιλογή, ενώ μόνο 1 στους 4 πίστευε ότι θα είχαν σίγουρα ή πιθανότατα τη δυνατότητα να πούν κάτι σχετικά με το σε ποιο νοσοκομείο θα πήγαιναν αν χρειαζόταν μια εγχείρηση. Έχει επίσης προταθεί ότι το όριο του χρόνου στη λίστα αναμονής, μπορεί να εστιάζεται σε λιγότερες σημαντικές πλευρές της αναμονής. Οι **Cartwright** και **Windsor**, βρήκαν ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι με την καθυστέρηση ανάμεσα στην παραπομπή από τον οικογενειακό γιατρό, στην εξέτασή τους σε ένα εξωτερικό ιατρείο, παρά με το γεγονός ότι μήκαν στη λίστα αναμονής.

Οι ενδείξεις σχετικά με την συμβολή του θεσμού του fundholding στην ελευθερία επιλογής των ασθενών είναι περιορισμένες και έτσι δύσκολο να αξιολογηθούν. Οι προσδοκίες ότι η εισαγωγή του fundholding θα οδηγούσε στο να ακολουθούν τα λεφτά τους οι ασθενείς, και ότι οι fundholders γιατροί θα επαύξαναν την επιλογή των ασθενών με το “ να ψωνίζουν ” για αυτούς φροντίδες υγείας, δεν έχει υλοποιηθεί ακόμα, αφού οι fundholders έχουν την τάση να στηρίζουν τα τοπικά νοσοκομεία. Μια πρόσφατη αναφορά της Λογιστικής Επιτροπής βρήκε ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στο σύστημα των προϋπολογισμών (fundholding) είχαν καλύτερη πρόσβαση σε νοσοκομειακή φροντίδα, λόγω των μικρότερης λίστας αναμονής. Μία πιο πρόσφατη μελέτη βρήκε όμως, ότι δεν ήταν βέβαιο ότι οι fundholding οικογενειακοί γιατροί θα λάβουν σοβαρότερα υπόψιν τους τις προτιμήσεις των ασθενών, απ’ ότι εκείνοι οι οποίοι δε συμμετέχουν στο σύστημα fundholding.

Υπάρχουν άλλες περιοχές, όπου οι πολιτικές υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν επιχειρήσει να επεκτείνουν την ελευθερία επιλογής και οι μεταρρυθμίσεις έχουν προσπαθήσει να αυξήσουν την διαπραγματευτική δύναμη των ασθενών, ώστε να ενεργούν ως καταναλωτές και να ψωνίζουν για την δική τους φροντίδα υγείας. Όμως, αρκετοί σχολιαστές (π.χ. Leavy) είναι σκεπτικοί πάνω σ’ αυτό το θέμα. Αμφισβητούν τα κίνητρα των ασθενών να ενεργούν ως καταναλωτές και αμφιβάλλουν για την ικανότητά τους να επιλέγουν. Γι’ αυτούς με χρόνιες παθήσεις, για παράδειγμα, μια σχέση εμπιστοσύνης και αυτοπεποίθησης, που δημιουργήθηκε κατά την διάρκεια μιας ασθένειας, θα μπορούσε να αποτελέσει ένα δυνατό κίνητρο για να διατηρηθεί. Μια πρόσφατη μελέτη βρήκε ότι το νέο σύστημα έχει οδηγήσει σε μείωση του ρυθμού μετακινήσεων μεταξύ των ασθενών και των οικογενειακών γιατρών.

Ομοίως, καθώς η αύξηση της αναλογίας του πληθυσμού που καλύφθηκε από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει σταθεροποιηθεί, παραμένει ακόμα προσφιλής στους ευκατάστατους. Οι ενδείξεις δείχνουν ότι η χρήση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αυξάνει, έστω οριακά, την ελευθερία επιλογής του καταναλωτή. Εκείνοι που είχαν χρησιμοποιήσει την ιδιωτική φροντίδα υγείας πίεσαν προς την κατεύθυνση της αύξησης της ποιότητας των παροχών υγείας, της προσωπικής φροντίδας και της ικανότητας να επιλέγουν πότε θα γίνει η περίθαλψή τους, αλλά υπήρχαν λίγες αποδείξεις ότι επιλέγουν ανάμεσα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Οι ασφαλισμένοι είχαν περιορισμένη γνώση του κόστους νοσηλείας και ένιωθαν ότι τους έλειπε η ικανότητα να αξιολογήσουν τις ενέργειες των διαφόρων συμβούλων με σκοπό να κάνουν μια πληροφορημένη επιλογή. Αντί να επιλέξουν με βάση το υψηλότερο όφελος, στηρίζονται στον οικογενειακό γιατρό του Εθνικού Συστήματος Υγείας για να αποφασίσουν εάν θά πρεπε να επιλέγουν την ιδιωτική περίθαλψη και, αν ναι, ποιόν σύμβουλο θα ’πρεπε να συναντήσουν.

Αυτό αποδεικνύει ότι οι ασθενείς μπορούν κάλιστα να στηρίζονται σε επαγγελματίες υγείας και ότι το θέμα είναι πώς θα λειτουργήσει αυτή η στήριξη.

Λαμβάνοντας υπόψη τον σαφή περιορισμό των υπηρεσιών υγείας, οι αγοραστές κάποιες φορές έχουν καλέσει το κοινό να βάλει προτεραιότητες στις προτιμήσεις του. Αυτή είναι μια διαδικασία που το κοινό φαίνεται απρόθυμο να συμμετέχει, υποστηρίζοντας ότι αυτό είναι κυρίως ευθύνη των γιατρών.

Συμπέρασμα

Η παραπάνω σύντομη ανασκόπηση, βασισμένη σε εμπειρίες από επιλεγμένες χώρες, δείχνει ομοιότητες και διαφορές σε υιοθετημένες πολιτικές και κάποια δεδομένα αποτελεσματικότητας. Κάποιες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν υιοθετήσει την προσέγγιση της πειθούς, ενώ άλλες, όπως η Φιλανδία, έχει υιοθετήσει την παρέμβαση της κυβέρνησης με νομοθετικά μέσα, που στοχεύει στην ενίσχυση των δικαιωμάτων των ασθενών και της συμμετοχής του κοινού. Στην Ιταλία, η πολιτική διαμορφώθηκε από το κοινωνικό κίνημα περισσότερο και όχι από μία πάνω προς τα κάτω ρυθμιστική παρέμβαση της κυβέρνησης. Παραμένουν περιορισμένα πάντως τα στοιχεία από τα οποία θα μπορούσε κάποιος να εξάγει συγκριτικά συμπεράσματα, σχετικά με τους πιο αποτελεσματικούς μηχανισμούς εκπροσώπησης των απόψεων των χρηστών, στο συνολικό σύστημα παροχής φροντίδων υγείας.

•

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

Ο ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι μεταρρυθμίσεις στη φροντίδα υγείας συχνά επικεντρώνονται σε θέματα που συνδέονται με την **παροχή** υπηρεσιών, την αναζήτηση τρόπων **οργάνωσης, χρηματοδότησης** και παροχής φροντίδων υγείας με το **πιο αποτελεσματικό τρόπο**. Μικρότερη προσοχή έχει δοθεί στην πλευρά της ζήτησης και συγκεκριμένα πως η ανάγκη για φροντίδα υγείας μπορεί να ελαχιστοποιηθεί, με την βελτίωση των ευρύτερων προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας του πληθυσμού. Και αυτό αντανακλάται παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν επισήμως υιοθετήσει πολιτικές για την μεταρρύθμιση της φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας, στα πλαίσια της στρατηγικής “Υγεία για Όλους”.

Δύο σημαντικά θέματα προκύπτουν:

- Το πρώτο αφορά την διαβεβαίωση ότι οι μεταρρυθμίσεις του τομέα υγείας επιφέρουν βελτιώσεις στην υγεία του πληθυσμού.
- Το δεύτερο αφορά το κατά πόσο μια δυνατή υποδομή στη δημόσια υγεία, και οι κατάλληλες ικανότητες, μπορούν να συνεισφέρουν στον σχεδιασμό και την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του τομέα υγείας.

Εάν ο απώτερος σκοπός των μεταρρυθμίσεων στον τομέα υγείας είναι να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού, η μεταρρύθμιση των υπηρεσιών υγείας πρέπει να 'ναι μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου που αναγνωρίζει την επίδραση των κοινωνικών, φυσικών και οικονομικών παραγόντων στην υγείας και αντίστροφα. Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας μπορούν να εντοπιστούν στους παραπάνω παράγοντες και παρέχουν την μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια για την υγεία. Πράγματι, οι σημαντικότερες προκλήσεις υγείας στην Ευρώπη επιζητούν πολιτικές που περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, συμπεριλαμβανομένων της διανομής του εισοδήματος, (την απασχόληση, την παιδεία, τις μεταφορές και την γεωργία).

Στη δεύτερη περίπτωση, μια δυνατή υποδομή δημόσιας υγείας, με την ικανότητα να προσδιορίζει τις ανάγκες για φροντίδες υγείας και να αναγνωρίζει, αναπτύσσει και να εφαρμόζει κατάλληλες υπηρεσίες, ανταποκρινόμενη στις παραπάνω ανάγκες, είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, επειδή οι μεταρρυθμίσεις επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

Αυτό που χρειάζονται οι χώρες για να αναπτύξουν μια μοντέρνα υποδομή δημόσιας υγείας, είναι τεχνικές ικανότητες ώστε να προσδιορίσουν τις ανάγκες για υγεία και φροντίδες υγείας και την ικανότητα ν' αναπτύξουν αποτελεσματικές και εφικτές πολιτικές και μηχανισμούς που προωθούν την ενδοτομεακή δράση και την πολιτική δημόσιας υγείας. Παρά την αυξημένη γνώση σχετικά με τον ρόλο της δημόσιας υγείας, αυτό το θέμα ακόμα δεν αναφέρεται επαρκώς σε κάποια μεταρρυθμιστικά προγράμματα.

Αυτός το κεφάλαιο αναλύει αυτά τα θέματα κυρίως από την πλευρά των μεταρρυθμίσεων του τομέα υγείας. Περιλαμβάνει μια συζήτηση πάνω στον προσδιορισμό της δημόσιας υγείας και τον ενδοτομεακό ρόλο της δημόσιας υγείας. Αν και αναγνωρίζεται ότι η λειτουργία της δημόσιας υγείας ενσωματώνει μια μεγάλη ποικιλία φορέων σε διαφορετικούς τομείς, θα επικεντρωθούμε σ' εκείνα τα κομμάτια της υποδομής της δημόσιας υγείας που είναι ζωτικά για το τομέα της φροντίδας υγείας.

4.1. Προσδιορίζοντας την Δημόσια Υγεία

Αρχικά, είναι απαραίτητο να προσδιορίσουμε τι εννοείται με την δημόσια υγεία, καθώς έχει ποικίλους προσδιορισμούς κατά την διάρκεια των χρόνων και σε διαφορετικά μέρη. Για παράδειγμα, στην Ουγγαρία, επτά (7) διαφορετικές λέξεις αναγνωρίστηκαν για να περιγράψουν συγκεκριμένες πλευρές της δημόσιας υγείας, με έννοιες που κυμαίνονται από την “**παραδοσιακή υγιεινή**” μέχρι και την “**κοινωνική ιατρική**”. Στην Ουγγαρία όπως και σε κάποιες άλλες χώρες, κάποιοι όροι που μπορούν να μεταφραστούν σαν δημόσια υγεία, όπως η Γερμανική *Volksgesundheit*, έχουν ιστορική έννοια που δεν είναι πολιτικά παραδεκτή.

Πάνω από σαράντα (40) χρόνια πριν, το 1952 ο **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας** με μια ειδική Επιτροπή της Διοίκησης της Δημόσιας Υγείας, που βασίζονταν πάνω σ' έναν ορισμό του 1923 από τον **Winslow**, δήλωνε ότι **δημόσια υγεία** είναι :

- *“η επιστήμη και η τέχνη της αποτροπής ασθενειών, η παράταση της ζωής,*
- *η προώθηση της πνευματικής και σωματικής υγείας και η αποτελεσματικότητα μέσω οργανωμένων προσπαθειών της κοινότητας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος,*
- *ο έλεγχος των μεταδιδόμενων ασθενειών,*
- *η εκπαίδευση του ατόμου για την προσωπική υγιεινή,*
- *η οργάνωση ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών για την έγκαιρη διάγνωση και την προληπτική θεραπεία της ασθένειας και την ανάπτυξη ενός κοινωνικού μηχανισμού για την εξασφάλιση σε κάθε*

άτομο ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου για την διατήρηση της υγείας, οπότε οργανώνοντας αυτά τα οφέλη, έχει ο κάθε πολίτης την δυνατότητα να αντιληφθεί το δικαίωμά του για υγεία και μακροζωία”.

Η επίδραση του παραπάνω ορισμού μπορεί να διαπιστωθεί σε δύο (2) ευρέως χρησιμοποιούμενους ορισμούς :

- Ο πρώτος από το Αμερικανικό Ινστιτούτο Φαρμάκων, : “οργανωμένες κοινοτικές προσπάθειες που στοχεύουν στην αποτροπή της ασθένειας και στην προαγωγή της υγείας”.
- Ο δεύτερος από την αναφορά της Επιτροπής Acheson πάνω στο μέλλον της δημόσιας υγείας στην Αγγλία : “ η επιστήμη και η τέχνη της αποτροπής της ασθένειας, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας, μέσω οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας”.

Αυτοί οι ορισμοί είναι εξαιρετικά ευρύς και δεν αναφέρονται σαφώς στον θεραπευτικό τομέα. Στην πράξη, σε πολλές χώρες, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας έχουν κρατηθεί χωριστά από τον θεραπευτικό τομέα. Βέβαια, αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο, ότι οι δύο (2) τομείς πρέπει να εργαστούν μαζί, για το αμοιβαίο καλό τους. Ο θεραπευτικός τομέας δεν θα 'πρεπε να ανταποκρίνεται παθητικά σε όσους επιζητούν φροντίδα, αλλά θα 'πρεπε επίσης να συμμετέχει σε αποτρεπτικές δραστηριότητες. Η δημόσια υγεία μπορεί να συμβάλλει στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, προσφέροντας μια προοπτική στον πληθυσμό, αλλά και με το να βοηθάει στην ανάπτυξη πολιτικών που βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών.

Αυτές οι απόψεις είναι βασικές στην “ νέα κίνηση της δημόσιας υγείας ” και πιέζουν το περιβάλλον της δημόσιας υγείας με μια ευρεία κλίμακα δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής φροντίδας, που συμβάλλει στην προστασία, προαγωγή και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Barnard, K., μη – δημοσιευμένα δεδομένα, 1995). Μια λεπτομερής επεξήγηση του Frenk δηλώνει ότι:

“Η νέα δημόσια υγεία, περιλαμβάνει συστηματικές προσπάθειες να προσδιοριστούν οι ανάγκες υγείας και να οργανώσουν, επαρκείς και πλήρης υπηρεσίες υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την διαδικασία της πληροφόρησης που απαιτείται για τον χαρακτηρισμό των συνθηκών του πληθυσμού και την κινητοποίηση των πόρων, που είναι αναγκαίων για να ανταποκριθούν σε τέτοιες συνθήκες. Σ’αυτή την περίπτωση, η έννοια της δημόσιας υγείας είναι η υγεία του κοινού.Οπότε, περιλαμβάνει την οργάνωση του προσωπικού και την παροχή των υπηρεσιών υγείας που απαιτούνται για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την διάγνωση και τη θεραπεία και την φυσική, κοινωνική και την επαγγελματική αποκατάσταση”.

4.2. Ο ενδοτομιακός ρόλος της Δημόσιας Υγείας

Οι κυρίαρχοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας δρουν σε διάφορα επίπεδα :

- Καταρχάς υπάρχουν διαφορές στους γενετικούς παράγοντες, με κάποια άτομα να είναι πιο ευαίσθητα σε ασθένειες απ' ό,τι άλλα. Η κατανόηση της συμβολής των γενετικών παραγόντων εξαπλώνεται ραγδαία, αντλώντας από ένα συνδυασμό επιδημιολογικών μελετών (σαν αυτή των διδύμων, οικογενειακών δέντρων και υιοθετημένων παιδιών), και νέων εργαστηριακών τεχνικών που κάνουν δυνατή την αναγνώριση και των γονιδίων και των συγγενικών πρωτεϊνών που εμπλέκονται στην ασθένεια. Σε λίγες περιπτώσεις, με τον εντοπισμό ενός μόνο γονιδίου ή μιας χρωμοσωμιακής ανωμαλίας, μπορούν να προσδιορίσουν την αιτία της ασθένειας. Πιο απλά, είναι μια έκδηλη προδιάθεση της ασθένειας που θα επιδεινώνεται μόνο στην παρουσία άλλων παραγόντων.
- Μια δεύτερη ομάδα παραγόντων συνδέεται με τον τρόπο ζωής και το περιβάλλον. Αυτή περιλαμβάνει την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, διαίτα και αιτίες ατυχημάτων. Τελικά, υπάρχει μια κλίμακα παραγόντων που έχουν διαφορετική επίδραση όσον αφορά τη συχνότητα καρδιακών νοσημάτων, καρκίνου, ατυχημάτων και πνευματικής υγείας. Επίσης αυτή η ομάδα περιλαμβάνει τις ανισότητες στο εισόδημα, την αίσθηση της προσωπικής αυτονομίας και την κοινωνική στήριξη. Η σπουδαιότητα αυτών των παραγόντων αρχίζει να διαφαίνεται. Καθώς οι μηχανισμοί, μέσω των οποίων αυτοί δρουν χρειάζονται ακόμα ξεκαθάρισμα, υπάρχει μια όλο και πιο διογκωμένη απόδειξη, σχετικά με την σημασία της σύνδεσης ανάμεσα στους ψυχολογικούς παράγοντες και του ανοσοποιητικού συστήματος.

Αυτοί οι διαφορετικοί παράγοντες μπορεί να αλληλεπιδράσουν, όπως φάνηκε στην περίπτωση του καπνίσματος. Ένας καπνιστής με γενετικά καθορισμένα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστεί καρδιακή προσβολή, παρά κάποιος χωρίς. Επιπλέον, ένα άτομο με σχετικά χαμηλό εισόδημα, είναι πιο πιθανό να καπνίσει και σε ένα καθορισμένο επίπεδο κατανάλωσης καπνού, είναι πιθανό να αναπτύξει καρκίνο των πνευμόνων. Μελετητές όπως ο **Vincho**, στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, υποστήριζαν ότι πρέπει να γίνουν αλλαγές στην κοινωνική πολιτική. Η καταγραφή των επαγγελματιών στις απογραφές και πάνω στα πιστοποιητικά θανάτου σε χώρες όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει ενθαρρύνει μια σταθερή αύξηση της έρευνας όσον αφορά τη σχέση ανάμεσα στην στέρηση και την υγεία. Η αναφορά "**Black Report**", που εκδόθηκε το 1980, επιβεβαίωσε πέρα

από κάθε αμφιβολία, τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική στέρηση και στην ασθένεια.

Ευρύτερη γνώση της πολυπλοκότητας των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας, έχει οδηγήσει σε μια νέα προσέγγιση την προαγωγή της υγείας, που βασίζεται πάνω σε μια πολυπαραγοντική αντίληψη της υγείας. Παρουσιάστηκε σε έρευνα, της Καναδικής κυβέρνησης το 1974, “ **Μια νέα προοπτική στην υγεία των Καναδών**”. Αυτή η μελέτη, (συνχά αποκαλούνταν η αναφορά La lande, προς τιμή του προέδρου της μελέτης), εισήγαγε την αντίληψη του “ **health feld**” όπου η υγεία αντιμετωπίζεται σαν ένα προϊόν του τρόπου ζωής, του περιβάλλοντος, της ανθρώπινης βιολογίας και της φροντίδας Υγείας. Αυτή η προσέγγιση αποτελεί επίσης τη βάση της Ευρωπαϊκής στρατηγικής **Υγεία για Όλους** που υιοθετήθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δέκα χρόνια μετά το 1984, και την χάρτα της Οττάβα για την προώθηση της υγείας το 1986, η οποία καθόριζε πέντε (5) περιοχές δράσης :

- **Δημιουργία υγειονομικής πολιτικής.**
- **Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.**
- **Ενδυνάμωση κοινοτικής δράσης.**
- **Ανάπτυξη προσωπικών ικανοτήτων.**
- **Αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας.**

Αυτές οι αρχές ενδυναμώνουν το ρόλο της δημόσιας υγείας με το να δίνουν στα άτομα και στις κοινότητες την ικανότητα να αυξήσουν τον τον έλεγχο πάνω στα προσδιοριστικά στοιχεία της υγείας. Η ανάγκη για ενδοτομεακή δράση είναι ένα κεντρικό θέμα αυτής της προσέγγισης. Εάν, παράγοντες όπως η φτώχεια, η διατροφή και η κατανάλωση καπνού, είναι κάποια σημαντικά προσδιοριστικά της ασθένειας, τότε μία ευρεία κλίμακα φορέων θα πρέπει να εμπλακεί. Αυτή η κλίμακα περιλαμβάνει την κεντρική κυβέρνηση και την τοπική αυτοδιοίκηση, μη κυβερνητικούς οργανισμούς και κοινοτικές ομάδες, όπως και ιδιωτικούς οργανισμούς.

Ενδοτομεακά προγράμματα μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσω επισήμων και ανεπισήμων ενεργειών, αναμειγνύοντας δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, άτομα να δρουν μόνα τους ή σε ομάδες και οργανισμούς μέσα και έξω από τον τομέα υγείας. Επιπλέον, πολλές πολιτικές που λήφθηκαν για να πετύχουν αντικειμενικούς σκοπούς, όχι συγκεκριμένα που σχετίζονταν με την υγεία, όπως κοινοτική ανάπτυξη, ή αναδιανομή του πλούτου, μπορεί να έχουν σημαντικές συνέπειες για την υγεία.

Ένα από τα πιο γνωστά παραδείγματα αυτής της ενδοτομεακής προσέγγισης, είναι το πρόγραμμα “**Υγείας Πολίτης**” του Π.Ο.Υ., το οποίο περιλάμβανε

650 πόλεις της Ευρώπης και περισσότερες από 1.000 από ολόκληρο τον κόσμο. Μέσα σ' αυτό το κίνημα, οι τοπικές αυτοδιοικήσεις και ένα ευρύ φάσμα θεσπισμένων και εθελοντικών υπηρεσιών και οργανισμών, έχουν ενωθεί για να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν υγιείς τοπικές πολιτικές. Οι περιοχές δράσης περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την οικολογική διαχείριση, την κοινωνική στήριξη για ευπαθείς ομάδες και προγράμματα που αφορούν την ισότητα, την κοινοτική ενδυνάμωση και τον σχεδιασμό για την υγεία. Αυτά και άλλα κοινοτικά προγράμματα που αφορούν την υγεία, όπως το “North Karelia Project”, το οποίο αφορούσε το υψηλό επίπεδο των καρδιακών νοσημάτων στη Φιλανδία, φάνηκαν να είναι αποτελεσματικά στο να προκαλούν αλλαγή συμπεριφοράς και επομένως να βελτιώνουν την υγεία.

Σε εθνικό επίπεδο, αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν διαμορφώσει ή είναι στην διαδικασία διαμόρφωσης, στρατηγικών υγείας που επηρεάζονται από αυτή την ενδοτομεακή προσέγγιση. Η στρατηγική για την εθνική υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο, είναι ένα παράδειγμα αλλά παρόμοιες στρατηγικές εμφανίζονται στη Γαλλία, το Λουξεμβούργο, στις Κάτω Χώρες, Ελβετία και την Τουρκία. Κάποιες C.E.E και C.I.S χώρες, όπως η Τσεχική Δημοκρατία, η Εσθονία, η Λιθουανία, η Πολωνία και η Σλοβενία, αναπτύσσουν επίσης στρατηγικές που ενσωματώνουν τις αρχές της ενδοτομεακής δράσης και της προαγωγής της υγείας. Διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένων της Βουλγαρίας, Δανίας, Φιλανδίας, Ουγγαρίας, Ιρλανδίας και Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν ορίσει ενδο υπουργικές ή ενδοτμηματικές επιτροπές για να συντονίσουν τις πολιτικές υγείας. Αυτές προωθούν ένα μηχανισμό που έχει σκοπό να τοποθετήσει την υγεία στην πολιτική agenda , αν και, αναπόφευκτα, δεν μπορούν να εγγυηθούν ότι θα παραμείνει εκεί.

4.3. Μεταρρυθμίζοντας τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Τα διάφορα στοιχεία που περιλαμβάνονται στον όρο “ δημόσιες υπηρεσίες υγείας ” ποικίλουν στην Ευρώπη. Στις χώρες της C.E.E. και C.I.S και σε περιοχές της Νότιας Ευρώπης, ο όρος έχει ληφθεί πολύ λίγο υπόψιν, καλύπτοντας μόνο λίγα προσδιοριστικά στοιχεία της υγείας όπως περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και μεταδοτικές ασθένειες. Σε άλλες χώρες έχει αναπτύξει ένα πιο ευρύ ρόλο παρακολούθησης της συνολικής υγείας του πληθυσμού.

Υπάρχει μικρή επίσημη διεθνής καθοδήγηση σχετικά με το τι είναι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αναφορά Acheson παρέχει κάποια βοήθεια, ορίζοντας την κοινωνική ιατρική σαν: “ ο κλάδος της ιατρικής που ειδικεύεται στην δημόσια υγεία. Οι κύριες ευθύνες του είναι, η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, ο προσδιορισμός των αναγκών υγείας, η ενθάρρυνση των πολιτικών που προάγουν την υγεία και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας”.

Αυτό αποτελεί ένα καλόν ορισμό, αν και πρέπει να αναγνωριστεί ότι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, κινούνται πέρα από την κοινωνική ιατρική. Πράγματι, αν και ο ρυθμός προόδου ποικίλλει ανάμεσα στις χώρες, υπάρχει μια γενική τάση προς ένα πολύπειθαρχημένο μοντέλο των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, στο οποίο οι ανώτερες θέσεις, καταλαμβάνονται από κοινωνιολόγους, πολιτικούς αναλυτές και οικονομολόγους.

Δεδομένου των διαφορετικών απόψεων για το τι είναι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, μια ρεαλιστική προσέγγιση είναι να εξετάσουμε τις κύριες λειτουργίες που είναι κοινές για τα περισσότερα συστήματα, αναγνωρίζοντας ότι συχνά αντανακλούν τα διαφορετικά πιστεύω και οργανώνονται με ποικίλους τρόπους. Αυτές οι κύριες λειτουργίες αναφέρονται εδώ με **τέσσερις (4) κύριους τίτλους** :

α) Έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών και της περιβαλλοντικής υγείας.

β) Παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων.

γ) Προαγωγή της υγείας.

δ) Έρευνα της δημόσιας υγείας.

4.4. Έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών και της περιβαλλοντικής υγείας

Αυτά τα δύο θέματα εξετάζονται μαζί γιατί, ιστορικά, ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών και της περιβαλλοντικής υγείας έχουν αντιμετωπιστεί ως ο κεντρικός ρόλος της δημόσιας υγείας. Σε πολλές χώρες, η δημόσια υγεία ακόμα επικεντρώνεται σ' αυτές τις δύο λειτουργίες. Πρόσφατα η έλευση νέων μολύνσεων, όπως αυτές που προκαλούνται από βακτήρια που αντιστέκονται στα αντιβιοτικά, έχει ξαναδώσει έμφαση στην σπουδαιότητα αυτού του ρόλου. Στη Γαλλία και την Ελβετία, ο H.I.V. είναι η αιτία ουσιαστικής ενίσχυσης της λειτουργίας της δημόσιας υγείας σε εθνικό επίπεδο. Παρά την μακρά παράδοση της δημόσιας υγείας, σχετικά με τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, υπάρχουν σημαντικές εθνικές διαφορές όσον αφορά την εφαρμογή.

Σε επίπεδο δομών, οι χώρες διαφέρουν στο κατά πόσο η ευθύνη της λειτουργίας, ανήκει στην τοπική αυτοδιοίκηση, όπως στη Γερμανία και την Σκανδιναβία ή στις κεντρικές υπηρεσίες υγείας, όπως στην Ιταλία και στις C.E.E χώρες ή διαχωρίζονται ανάμεσα στα δύο, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η δημόσια υγεία είναι μέρος του Συστήματος Υγείας αλλά η περιβαλλοντική υγεία είναι ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης. Στην

πραγματικότητα, δεν υπάρχει επαρκής απόδειξη σχετικά με το ποια προσέγγιση είναι καλύτερη από την άλλη. Αυτό που φαίνεται πιο σημαντικό είναι ότι, όπου και αν ανήκει η ευθύνη, θα 'πρεπε να υπάρχουν ισχυρές επίσημες ή ανεπίσημες διασυνδέσεις με άλλους φορείς που εμπλέκονται στο σύστημα υγείας ή σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες, και επίσης στενοί δεσμοί ανάμεσα στους γιατρούς και αυτούς που χαράζουν την πολιτική.

Αν και ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών αντιμετωπίζεται από πολλούς σαν κάτι το λιγότερο σημαντικό στην μεταρρύθμιση της φροντίδας υγείας, το καθένα μπορεί να επηρεάζει το άλλο. Οποιαδήποτε αποτυχία του ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών μπορεί να έχει σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις, για τις υπηρεσίες υγείας. Το κλείσιμο των βιομηχανιών τροφίμων, για παράδειγμα μπορεί να έχει συνέπειες στην ανάπτυξη της εθνικής οικονομίας. Η μεταρρύθμιση του τομέα υγείας μπορεί επίσης να επηρεάσει τα υπάρχοντα συστήματα όσον αφορά τον έλεγχο και την παρακολούθηση των μεταδοτικών ασθενειών. Πολλές χώρες, ειδικά εκείνες με πολλούς ανεξάρτητους προμηθευτές, δεν έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένα και σαφή συστήματα παρακολούθησης και ελέγχου. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η εμφάνιση νέων καταστάσεων δεν περνά απαρατήρητη. Μεταρρύθμιση του τομέα υγείας, που οδηγεί σε διάσπαση των εργαστηριακών δικτύων, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο υπάρχουσες δραστηριότητες παρακολούθησης και ελέγχου.

Διαφορές επίσης μπορεί να εντοπιστούν και στην προσέγγιση της περιβαλλοντικής υγείας. Μερικά συστήματα όπως οι υγειονομικοί και επιδημιολογικοί (*sanepid*) σταθμοί στις C.E.E χώρες, μόνο μερικώς καλύπτουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Αυτές οι χώρες θα πρέπει να αναπτύξουν πιο φιλοσοφημένες πολυπειθαρχικές προσεγγίσεις, αναγνωρίζοντας την ανάγκη για ικανότητες σε νέα πρότυπα όπως η γεωγραφία, τα οικονομικά, η πολιτική ανάλυση και τα μαθηματικά προτυπά και πρέπει να ξεφύγουν από το υπάρχον ιατροκεντρικό μοντέλο. Το βέλτιστο πρότυπο είναι αυτό στο οποίο ο περιβαλλοντικός έλεγχος βασίζεται σ' ένα συνδυασμό έκθεσης και παρακολούθησης της κατάστασης της υγείας, με την δυνατότητα να τις ολοκληρώνει και στη συνέχεια να σχεδιάζει και να εφαρμόζει κατάλληλες πολιτικές, που περιλαμβάνουν οικονομικές, εκπαιδευτικές και λειτουργικές αποφάσεις. Καμία Ευρωπαϊκή χώρα δεν πετυχαίνει αυτό το ιδανικό μοντέλο, αλλά κάποιες όπως οι Κάτω Χώρες, έχουν κάνει μεγαλύτερη πρόοδο απ' ότι άλλες.

Οι ευρείες διακυμάνσεις που παρατηρούνται στην ποιότητα των πολιτικών, που αφορούν τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών και της περιβαλλοντικής υγείας είναι ένα θέμα που απασχολεί τους Ευρωπαίους. Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποστηρίζει προγράμματα για την ανάπτυξη κοινών συστημάτων παρακολούθησης και ελέγχου καθώς και συστημάτων (δικτύων) αλληλοενημέρωσης και επικοινωνίας, σε απάντηση (μερικώς), των

διαβλεπόμενων απειλών από την αύξηση της κινητικότητας του πληθυσμού, καθώς επίσης και την εμφάνιση νέων ασθενειών όπως: AIDS και σπογγώδεις εγκεφαλοπάθεια . Οι κυβερνήσεις χρειάζονται επίσης να ενεργοποιηθούν για να επιτύχουν αποτελεσματική παρακολούθηση και για να έχουν υπό τον έλεγχό τους την εμφάνιση νέων ασθενειών.

4.5. Παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων

Η δεύτερη περιοχή στην οποία η δημόσια υγεία έχει αναμιχθεί είναι η παροχή υπηρεσιών σε συγκεκριμένες ομάδες, όπως τα παιδιά (συμπεριλαμβανομένης της σχολικής υγιεινής), οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με μαθησιακές δυσχέρειες και οι ασθενείς που πάσχουν για παράδειγμα από φυματίωση. Ο ρόλος αυτός αναπτύχθηκε εξαιτίας της αδυναμίας να σχεδιαστούν χρηματοδοτικά ή άλλα κίνητρα που θα έπειθαν ιδιωτικούς γιατρούς να φροντίζουν τέτοιες ομάδες. Έτσι λοιπόν το κράτος έλαβε μέριμνα γι' αυτές τις ομάδες. Σε χώρες με κοινωνικό σύστημα ασφάλισης, τα έσοδα των υπηρεσιών υγείας αρχικά περιορίστηκαν σ' αυτούς που εργάζονταν – κυρίως άντρες – δίνοντας τη δυνατότητα στο σύστημα της δημόσιας υγείας, να παρέχει υπηρεσίες υγείας στους άνεργους, στις μητέρες και στα παιδιά. Ακόμα και στις χώρες που η κυβέρνηση ήταν υπεύθυνη για όλες τις υπηρεσίες υγείας, όπως στο **μοντέλο Beveridge** στο Ηνωμένο Βασίλειο ή το **μοντέλο Seimashko** στη Σοβιετική Ένωση, τα δύο συστήματα έχουν παραμείνει χωριστά. Σε λίγες χώρες, όπως το Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες, κάποιες απ' αυτές τις υπηρεσίες προμηθεύονται από μη κυβερνητικούς οργανισμούς.

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας σταδιακά ενσωματώνονται στις κύριες υπηρεσίες υγείας. Αυτό αντανακλά την διαπίστωση ότι η ύπαρξη δύο διαφορετικών συστημάτων διπλασιάζει τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες και συχνά παρέχουν χαμηλής ποιότητας φροντίδα. Επίσης έχει γίνει μια γενική μετακίνηση προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης εφαρμοσμένων μοντέλων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στα οποία οι οικογένειες έχουν ένα μόνο σημείο επαφής με τις υπηρεσίες υγείας. Σαν αποτέλεσμα, η δημόσια υγεία αποσύρεται από την απευθείας διοίκηση των υπηρεσιών, που αφορούν ομάδες με ειδικές ανάγκες. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, από την αρχή του 1970 υπήρχε μια σταθερή μεταφορά της ευθύνης για τον περιορισμό των ιατρικών υπηρεσιών, από την δημόσια υπηρεσία υγείας στα ταμεία ασθένειας.

Σε χώρες όπου η δημόσια υγεία εξακολουθεί να έχει διαφορετικά προγράμματα παροχής υπηρεσιών που αφορούν τις ειδικές ομάδες, υπάρχει το ζήτημα της ενσωμάτωσης αυτών των δραστηριοτήτων με τις κύριες υπηρεσίες υγείας. Δεν είναι όμως αρκετό να καταργηθούν τα συστήματα αυτά που είναι ακόμα κοινά στις χώρες C.E.E. και C.I.S. και να υποθεθεί ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν, θα αναληφθούν από τις κεντρικές υπηρεσίες. Σε

πολλές χώρες, αυτά τα προγράμματα εφαρμόστηκαν λόγω της αποτυχίας άλλων προμηθευτών να αντιληφθούν τις ανάγκες των μειονεκτικών ομάδων. Επιπλέον, επαρκής αντικατάσταση θα είναι δύσκολη, όπου ισχυρά πρωτοβάθμια δίκτυα φροντίδας υγείας δεν έχουν αναπτυχθεί.

Η ολοκλήρωση θα πρέπει να επιτευχθεί μέσα από ένα πλαίσιο σαφών και μετρήσιμων αντικειμενικών στόχων, με αποτελεσματική παρακολούθηση και συστήματα ανάδρασης, και με αυτούς που είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή των αλλαγών, ώστε να έχουν την δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν μια ποικιλία μηχανισμών. Σε κάποιες περιπτώσεις, θα είναι απαραίτητο να εργαστούν μέσα σε μία σχέση συμβάσεων ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές. Ένας πολύπλοκος συνδυασμός μέσων θα απαιτηθεί για να επιτευχθεί, περιλαμβάνοντας όχι μόνο χρηματοδοτικά κίνητρα αλλά και κεφαλαιοχικούς ελέγχους καθώς και άλλες μορφές ρυθμίσεων. Υπάρχει βέβαια και η περίπτωση της διατήρησης κάποιων παράλληλων υπηρεσιών, όπως προγράμματα οικογενειακού σχεδιασμού, που απευθύνονται σε εφήβους και κλινικές για τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, σε χώρες όπου οι πολιτισμικές συμπεριφορές μπορεί να αποτρέψουν τους ανθρώπους από το να αναζητούν φροντίδα από τους οικογενειακούς τους γιατρούς.

Όσο για τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, οποιαδήποτε κίνηση προς μεγαλύτερο πλουραλισμό, είναι επικίνδυνη. Σε χώρες όπου ολοκληρωμένες υπηρεσίες έχουν αναπτυχθεί, η εισαγωγή του ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών μπορεί να οδηγήσει σε μία κατάρρευση προσεκτικά διαμορφωμένων σχέσεων.

Παράδειγμα :Παροχή αποτρεπτικών υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η παρακολούθηση της παιδικής υγείας και ο εμβολιασμός του παιδιού έχουν περάσει στην ευθύνη των οικογενειακών γιατρών. Υψηλά επίπεδα αμεσότητας έχουν επιτευχθεί με την άριστη χρήση του ενσήματος των συμβάσεων, στους οικογενειακούς γιατρούς, αν επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους. Η παρακολούθηση γίνεται από προσωπικό της δημόσιας υγείας με έδρα τους τις υγειονομικές αρχές, που μπορούν να παρέχουν συμβουλές και στήριξη, αν οι στόχοι δεν επιτυγχάνονται. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων και αυτών με μαθησιακές δυσκολίες, φροντίζονται από ειδικούς που εργάζονται πάνω σε τι έχει ονομαστεί “πρωτεύουσα-δευτερεύουσα διασύνδεση”. Αυτό έχει σκοπό να ξεπεράσει το πρόβλημα της περιθωριοποίησης των ευαίσθητων ομάδων από τις κεντρικές υπηρεσίες.

4.6. Προαγωγή της υγείας

Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, το μοντέλο της προαγωγής της υγείας που υιοθετήθηκε σε κάποιες χώρες βασίζεται στην ενδοτομεακή προσέγγιση, στην οποία εμπλέκονται επαγγελματίες από μια ποικιλία επιστημονικών κλάδων όπως επιδημιολογία, κοινωνική πολιτική, ψυχολογία, μάρκετινγκ, ανθρωπολογία και οικονομικά. Σε λίγες χώρες όμως, οι δραστηριότητες βασίζονται ακόμα σ' ένα ξεπερασμένο ιατρικό μοντέλο που περιλαμβάνει προγράμματα προληπτικής ιατρικής και κατάρτισης υγείας, με μικρή συνεργασία ή συντονισμό μεταξύ τους.

Οι δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας δεν έχουν λάβει μια κεντρική θέση μέσα στις μεταρρυθμίσεις του τομέα της φροντίδας υγείας. Στις χώρες της C.E.E. και C.I.S., η προαγωγή της υγείας είναι μια σχετικά νέα δραστηριότητα. Ένα εμπόδιο στην ανάπτυξη της προαγωγής της υγείας πηγάζει από πρόσφατες κινήσεις για την σύσταση ενός συστήματος ασφάλισης υγείας, στο οποίο η κάλυψη δεν είναι απαραίτητα καθολική και μπορεί να προσδιοριστεί από ατομικές συνεισφορές. Άλλα εμπόδια είναι η κατανόηση σχετικά με το τι περιλαμβάνουν οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, η απουσία μιας υποδομής για την προαγωγή της υγείας και η αντίσταση από τα παραδοσιακά συστήματα δημόσιας υγείας.

Παρόλα αυτά, αρκετές χώρες έχουν αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ανάπτυξης υπηρεσίας για την προαγωγή της υγείας μέσα στο σύστημα της φροντίδας υγείας. Στη Βουλγαρία, για παράδειγμα, το Υπουργείο Υγείας έχει δημιουργήσει ένα Εθνικό Κέντρο Προαγωγής Υγείας, το οποίο παίζει ηγετικό ρόλο στην εφαρμογή της εθνικής στρατηγικής για την υγεία. Αυτό το κέντρο έχει αρχίσει να επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της προαγωγής της υγείας, μέσα στον τομέα φροντίδας υγείας και πέρα απ' αυτόν. Στην Εσθονία, όπου το Εθνικό Σύστημα βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση από το 1994, το Εθνικό Συμβούλιο Ασφάλισης Υγείας έχει συμφωνήσει να συνεισφέρει στις δραστηριότητες της δημόσιας υγείας δίνοντας 0,5% επί των συνολικών εσόδων του. Αυτή είναι μια σίγουρη πηγή χρηματοδότησης για την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων που αφορούν την προαγωγή της υγείας. Η νομοθεσία όσον αφορά την οργάνωση της φροντίδας υγείας έχει ορίσει υπεύθυνους για τη φροντίδα υγείας και την διοίκηση της δημόσιας υγείας, τους περιφερειακούς γιατρούς. Αυτοί μαζί με ειδικούς της δημόσιας υγείας έχουν εκπαιδευτεί για την προαγωγή της υγείας και αρχίζουν να καθιερώνουν δραστηριότητες προαγωγής της υγείας στην περιφέρεια και σε τοπικό επίπεδο.

Όπως δείχνουν αυτά τα παραδείγματα, η ανάπτυξη της προαγωγής της υγείας σε κάποιες χώρες της C.E.E. έχει εξελιχθεί σύμφωνα με τις τοπικές περιστάσεις, το ενδιαφέρον και την ειδικευση. Η επιτυχής προαγωγή της

υγείας φαίνεται να βασίζεται σε μια εθνική δέσμευση μέσω της νομοθεσίας και της εθνικής πολιτικής υγείας. Ένα εθνικό κέντρο προαγωγής της υγείας, με επαρκή χρηματοδότηση ώστε να οδηγήσει στην ανάπτυξη αρμοδιοτήτων μέσα στην προαγωγή υγείας, είναι επίσης σημαντικό. Οποιαδήποτε μεταρρύθμιση του συστήματος φροντίδας υγείας πρέπει να διασφαλίζει ότι η προαγωγή της υγείας είναι οικοδομημένη σε επίπεδο διανομής. Μ' αυτή την έννοια, ένας προσδιορισμένος ρόλος της προαγωγής υγείας μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι σημαντικός.

Στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες η επίδραση των μεταρρυθμίσεων στη λειτουργία της προαγωγής υγείας, μέσα στο σύστημα υγείας ποικίλει. Σε κάποιες χώρες με κοινωνική ασφάλιση, όπως η Γαλλία και η Γερμανία, τα ταμεία ασθένειας έχουν αναλάβει την ευθύνη για κάποιες δραστηριότητες προαγωγής υγείας, που έχουν συσταθεί στο πλαίσιο του σχεδίου αποζημίωσης των πρακτικών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Γενικά, η ασχολία σχετικά με την συγκράτηση του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών έχει μεταθέσει το ενδιαφέρον στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η έκταση στην οποία οι χώρες εφάρμοσαν πολιτικές για να ενδυναμώσουν τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ποικίλει. Βέβαια, αυτό επικέντρωσε και πάλι την προσοχή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που δίνει δυνατότητες για προαγωγή υγείας και για πρόληψη ασθενειών.

Μακροπρόθεσμα, η ανάγκη για μείωση του κόστους της φροντίδας υγείας και της ζήτησης θα εστιάζει την προσοχή στα οφέλη για την υγεία και την αποτελεσματικότητα των κλινικών παρεμβάσεων για την προαγωγή της υγείας. Οι δυσκολίες στην μέτρηση της προαγωγής υγείας σε σχέση με την κλινική αποτελεσματικότητα, σημαίνει ότι η προαγωγή της υγείας δεν έχει παίξει κεντρικό ρόλο στην μεταρρύθμιση του τομέα υγείας. Μέχρι να υπάρξουν πειστικοί τρόποι αξιολόγησης των παρεμβάσεων της προαγωγής υγείας, που να ικανοποιούν τις ανάγκες των managers, των γιατρών και των όσων προωθούν προγράμματα προαγωγής της υγείας, οι πλήρεις δυνατότητες της προαγωγής υγείας δεν θα αναγνωριστούν. Δυνατότητες για την αύξηση των εργασιών που αφορούν την προαγωγή της υγείας μέσα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεν έχουν εκμεταλλευτεί πλήρως.

Η προαγωγή υγείας απαιτεί αναγνώριση σ' ένα στρατηγικό επίπεδο. Μια αποτελεσματική υποδομή χρειάζεται επίσης να μπορεί να στηρίξει τους προωθούντες την υγεία σε τοπικά και εθνικά επίπεδα. Αυτοί οι οποίοι εργάζονται για την προαγωγή της υγείας χρειάζεται να γεφυρώσουν το χάσμα ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και στους άλλους σχετικούς τομείς. Θα 'πρεπε να προσδιορίσουν, στη βάση σωστών επιδημιολογικών αποδείξεων, ότι οι μεγάλες προκλήσεις της υγείας που αφορούν τους πληθυσμούς τους,

αναπτύσσουν προγράμματα για δράση και εφαρμόζουν πολιτικές που περιλαμβάνουν τις μεθόδους που είναι διαθέσιμες να φέρουν αλλαγή στη γνώση, τη συμπεριφορά και την πρακτική.

Παρακάτω μπορούμε να διακρίνουμε την επίδραση των μεταρρυθμίσεων στον τομέα υγείας στην Αγγλία, πάνω στις δραστηριότητες της προαγωγής υγείας.

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας και οι δραστηριότητες προαγωγής υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι μεταρρυθμίσεις της φροντίδας υγείας, έχουν προσφέρει μερικές δυνατότητες για την προαγωγή της υγείας, μέσα από την δημιουργία επιτροπών για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και την διανομή των υπηρεσιών της προαγωγής υγείας. Η δυνατότητα για στρατηγική επιρροή έχει επίσης ενδυναμώσει την εθνική στρατηγική για την υγεία και τον πρωταγωνιστικό ρόλο που έχει δοθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την εφαρμογή της. Η ολοκλήρωση των στόχων της εθνικής στρατηγικής για την υγεία μέσα στο σύστημα, έχει οδηγήσει σε σχέδια αγοράς που αντιμετωπίζουν εθνικούς στόχους με προσδιορισμένες περιφερειακές προτεραιότητες για την υγεία. Επίσης, το σύστημα των συμβάσεων των οικογενειακών γιατρών, απαιτεί από τους ίδιους τους να δίνουν συμβουλές προαγωγής υγείας στους ασθενείς. Αυτή είναι μια σημαντική πρόοδος που βελτιώνεται σε ετήσια βάση.

Η απόκτηση υπηρεσιών προαγωγής υγείας μέσω των συμβάσεων έχει οδηγήσει στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων στην προαγωγή υγείας με κλινικούς όρους και όρους κόστους-αποτελεσματικότητας. Επιπλέον η προαγωγή της υγείας έχει γεννήσει ερωτήματα του τύπου πόσο η πρόοδος της προαγωγής υγείας είναι κατανοητή μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας και σε ποια έκταση τα κριτήρια αξιολόγησης θα έπρεπε να περιλαμβάνουν πρόσθετα κριτήρια επιτυχίας, όπως ισότητα.

4.7. Έρευνα της δημόσιας υγείας

Ο τελικός ρόλος της δημόσιας υγείας είναι να υιοθετήσει την έρευνα. Οι σύγχρονες υπηρεσίες υγείας οδηγούνται προοδευτικά στη Βιοιατρική έρευνα και είναι σημαντικό το γεγονός ότι η έρευνα της δημόσιας υγείας συμβαδίζει. Η κατεύθυνση που παίρνει θα επηρεαστεί από την έννοια της δημόσιας υγείας που υιοθετήθηκε από κάθε χώρα. Στην πιο ευρεία έννοια, η έρευνα της δημόσιας υγείας περιλαμβάνει τη χρήση επιδημιολογικών μεθόδων για να περιγράψει τις ανάγκες ενός πληθυσμού για υγεία, για να αναγνωρίσει τους κινδύνους της υγείας και τους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της

ασθένειας. Επιπλέον, εμπεριέχει την ανάπτυξη πολιτικών για να αντιμετωπιστούν αυτοί οι κίνδυνοι και οι προσδιοριστικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Στην πράξη, σχετικά λίγες χώρες κάνουν τέτοια έρευνα, και όταν το κάνουν, είναι σπάνια μέρος μιας καλά σχεδιασμένης στρατηγικής, που σχεδιάστηκε για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του πληθυσμού.

4.8. Υπάρχοντα πρότυπα στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας

Τα προηγούμενα κεφάλαια έχουν εξετάσει τους ρόλους που υιοθετήθηκαν από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και ερεύνησαν πως θα αναπτύσσονταν, σαν απάντηση στην πρόκληση των αλλαγών και στην υγεία και στη φροντίδα υγείας. Το ακόλουθο κεφάλαιο απομακρύνεται απ' αυτή τη λειτουργική ανάλυση για να εξετάσει πως, στην πράξη, οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας οργανώνονται και τι ενδείξεις υπάρχουν για να στηρίξουν τις διαφορετικές προσεγγίσεις.

Υπάρχει μια σημαντική διαφορά στον τρόπο που οι Ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτύξει τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Η κατηγοριοποίηση της δομής της εθνικής δημόσιας υγείας είναι πολύπλοκη, λόγω εν μέρει, της δυσκολίας ανάπτυξης ενός αναμφισβήτητου προσδιορισμού του τι θα 'πρεπε να κατηγοριοποιηθεί σαν δημόσια υγεία σε κάθε χώρα και εν μέρει, στην έλλειψη πληροφόρησης. Γενικά, όμως, η δημόσια υγεία εμφανίζεται πιο ανεπτυγμένη στις Σκανδιναβικές χώρες, στην Ιρλανδία, τις Κάτω Χώρες, την Ελβετία και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σε κάποιες άλλες χώρες, όπως η Ιταλία και η Ισπανία, υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, με κάποιες περιοχές να συνεισφέρουν πολύ στην δημόσια υγεία. Αν και υπάρχουν διαφορές στις δομές και τις διαδικασίες, όλες αυτές οι χώρες έχουν σύγχρονα συστήματα παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών, καλά ανεπτυγμένα προγράμματα προαγωγής υγείας, όπως και μηχανισμούς για την οικοδόμηση της δημόσιας υγείας εντός της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Αρκετές χώρες παίρνουν πρωτοβουλίες οι οποίες θα ενδυναμώσουν την λειτουργία της δημόσιας υγείας τους, είτε μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης, είτε με την αναδόμηση υπηρεσιών. Αυτές είναι η Δανία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ουγγαρία και η Πολωνία. Άλλες, όπως η Αυστρία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, έχουν κάνει λιγότερα, αν και οι υπηρεσίες είναι καλά ανεπτυγμένες σε μερικές περιοχές.

Στις C.I.S χώρες, υπάρχει μικρός ενθουσιασμός για την μεταρρύθμιση του *sanepid* συστήματος με την επικέντρωσή τους στην παραδοσιακή υγιεινή και στην στενά ορισμένη, εργαστηριακή προσέγγιση. Εφόσον οι προϋπολογισμοί των χωρών έχουν συρρικνωθεί, έτσι και η χρηματοδότηση αυτών των υπηρεσιών έχει καταρρεύσει. Δεδομένων των τρεχουσών προκλήσεων που

προκλήθηκαν από τον κοινωνικό διαχωρισμό, αυτή η συρρίκνωση των προϋπολογισμών έχει προκαλέσει κρίσεις ακόμα και σε περιοχές όπου οι υπηρεσίες είχαν επιτυχία, όπως ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών. Στις C.E.E χώρες, η εικόνα είναι πιο πολύπλοκη. Η Ουγγαρία έχει αναλάβει μια ευρεία αναδόμηση του προηγούμενου sanepid συστήματος, για να περιλάβουν προαγωγή υγείας όπως και επιδημιολογία μη μεταδοτικών ασθενειών, αν και η διαδικασία αλλαγής ήταν δύσκολη. Κάποιες αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί στην Ρουμανία, οδηγώντας σε μια ολοκλήρωση των στοιχείων των υπηρεσιών. Άλλες χώρες, όπως η Βουλγαρία, η Τσέχικη Δημοκρατία και η Σλοβακία, έδωσαν λιγότερη έμφαση στην αναμόρφωση του συστήματος.

4.9. Ο ρόλος της πολιτείας στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας

Όπως σημειώθηκε νωρίτερα, τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι τα αποτελέσματα ενός μίγματος οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και ιστορικών παραγόντων έξω από το ίδιο το σύστημα. Η αντιπαράθεση μπορεί να έχει σημασία εάν διαφορετικές προσεγγίσεις είναι ισόποσα αποτελεσματικές, αλλά δεν είναι αυτό το θέμα. Υπάρχουν περιοχές στις οποίες οι χώρες έχουν διαφορετικά επίπεδα επιτυχίας στην ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών υγείας, που καθορίζονται για παράδειγμα, από τις μεγάλες διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στην συχνότητα καπνίσματος και στους αριθμούς θανάτων από τροχαία ατυχήματα.

Ένας παράγοντας που φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο είναι ο τρόπος με τον οποίο το κράτος εμπλέκεται στην πολιτική υγείας. Αυτός περιλαμβάνει το επίπεδο της αποκέντρωσης, την έκταση εθνικής και περιφερειακής παρέμβασης στην πολιτική υγείας και το βαθμό ανάπτυξης υποδομών της δημόσιας υγείας. Ένας άλλος παράγοντας κλειδί, είναι η παρουσία της δημόσιας υγείας στο επίπεδο της λήψης αποφάσεων.

Η σπουδαιότητα της δημόσιας υγείας στην λήψη αποφάσεων διαφαίνεται σε προγράμματα παρακολούθησης καρκίνου του στήθους, προαγωγής υγείας και στην μόλυνση από HIV και AIDS. Οι χώρες που εισήγαγαν πολιτικές νωρίς ήταν εκείνες στις οποίες υπήρχε μια σχετική παρουσία της δημόσιας υγείας στο επίπεδο λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, φαίνεται να ήταν πιο εύκολο να εφαρμοστεί ένα πρόγραμμα όπου υπήρχε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υπηρεσιών υγείας, όπως στις Σκανδιναβικές χώρες ή το Ηνωμένο Βασίλειο. Επίσης οι πολιτικές για το σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου νεογεννήτων, δείχνει την σπουδαιότητα της δημόσιας υγείας, αν και σε μερικές χώρες μη κυβερνητικοί και κλινικοί οργανισμοί έπαιξαν επίσης ένα σημαντικό ρόλο.

4.10.Αναπτύσσοντας υπηρεσίες δημόσιας υγείας

Η ανάπτυξη της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη είναι ανομοιόμορφη. Είναι καλά ανεπτυγμένη σε λίγες χώρες, με μεγάλο αριθμό καταρτισμένων επαγγελματιών, που είναι εφοδιασμένοι με τα απαραίτητα προσόντα ώστε να προσδιορίζουν τις ανάγκες, να συμβουλεύουν περί συμβάσεων και να αξιολογούν την εφαρμογή τους. Στο άλλο άκρο η δημόσια υγεία περιθωριοποιείται, περιορισμένη σε σχετικά αναποτελεσματική παρακολούθηση που βασίζεται σε εργαστήρια και παρακολούθηση των μεταδοτικών ασθενειών, ενώ είναι συχνά υπεύθυνη για την παροχή 2^{ης} κλάσης υπηρεσιών για μειονεκτικές ομάδες.

Υπάρχει ένα θέμα για την ανάπτυξη ενός νέου μοντέλου υπηρεσιών δημόσιας υγείας, το οποίο θα περιελάμβανε μια βελτιωμένη προσέγγιση για τις μεταδοτικές ασθένειες και την περιβαλλοντική υγεία, απόσυρση από την διανομή των υπηρεσιών υγείας αφού ολοκληρώνονται μέσα από κύριες υπηρεσίες, μία εσωτερική και πολύ πειθαρχιμένη προσέγγιση στην προαγωγή υγείας και μεγαλύτερη συμμετοχή στον σχεδιασμό, και την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας. Αν αυτοί οι ρόλοι έπρεπε να ολοκληρωθούν ή αν έπρεπε να κατανεμηθούν σε μια ποικιλία δομών, αυτό εξαρτάται από το τι επικρατεί σε κάθε χώρα. Ένας αποτελεσματικός συντονιστικός μηχανισμός, είναι πιο σημαντικός. Υπάρχει μια ιδιαίτερα επείγουσα ανάγκη να αυξηθεί η διαθεσιμότητα ικανοτήτων στη δημόσια υγεία σ' αυτές τις χώρες που εισάγουν μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας, βασισμένες στην αγορά.

Η μεταρρύθμιση της δημόσιας υγείας θα επιτύχει μόνο εάν υπάρχουν αρκετοί επαγγελματίες υγείας διαθέσιμοι, και εάν τους έχουν δοθεί οι απαραίτητες ικανότητες. Οι επενδύσεις στην κατάρτιση και πρόσληψη επαγγελματιών δημόσιας υγείας με τα σχετικά προσόντα, ποικίλλουν ανάμεσα στις χώρες. Έχει γίνει μια αξιοσημείωτη βελτίωση σ' αυτό το θέμα προσφάτως, αφού κάποιες χώρες έχουν καθιερώσει νέα προγράμματα κατάρτισης. Η επένδυση στην κατάρτιση πρέπει να συνδυαστεί με ικανοποιητική χρηματοδότηση της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας, όπου οι επαγγελματίες υγείας θα αποζημιώνονται περίπου ομοιόμορφα με τους συναδέλφους τους, που παρέχουν θεραπευτικές υπηρεσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Γενικά

Η πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, συμβαδίζει με την πορεία ανάπτυξης του ίδιου του ελληνικού κράτους. Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα παρά τα σημαντικά βήματα που έγιναν, ιδιαίτερα κατά την μεταπολεμική περίοδο, παρέμεινε ένα από τα λιγότερα αναπτυγμένα κοινωνικο – οικονομικά υποσυστήματα, τόσο από άποψη μεγέθους και οργάνωσης, αλλά και από άποψη πολιτικής προτεραιότητας.

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας αναπτύχθηκαν και ωρίμασαν με γοργό ρυθμό αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και αργότερα προχώρησαν στη φάση των μεταρρυθμίσεων και της αναδιοργάνωσης. Αντίθετα το Ελληνικό κράτος, εμφανίζεται απρόθυμο, υποτονικό και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει την ίδια περίοδο μια παρόμοια επεκτατική πολιτική υγείας. Στη μεταρρυθμιστική και αναδιοργανωτική φάση μπαίνει μόλις το 1974, αμέσως μετά την πτώση της δικτατορίας, όταν αρχίζει να καλλιεργείται πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας που θα οδηγούσε σε ένα εθνικό σύστημα υγείας, παρόμοιο με εκείνο των άλλων ανεπτυγμένων ευρωπαϊκών χωρών.

Το 1981, με την αλλαγή της πολιτικής εξουσίας, οι συνθήκες είναι πλέον ώριμες και γίνεται το πρώτο μεγάλο βήμα με την ψήφιση του νόμου 1397/83 που αποτελούσε την “ πρώτη προσπάθεια εφαρμογής ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας, που θα βασίζεται στις αρχές της ισότητας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα”. Αμέσως μετά παρατηρείται μια μεγάλη και αρκετά γρήγορη ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα, που περιορίζεται ευρέως σε έργα υποδομής, ιδιαίτερα στην επαρχία. Όμως η προσπάθεια που επιχειρήθηκε, με το νόμο του ΕΣΥ, για την αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, δεν ολοκληρώθηκε και έτσι σήμερα, πολλά παλαιά προβλήματα αναζητούν ακόμη λύσεις, ενώ έχουν δημιουργηθεί καινούργια που πιέζουν προς μια νέα μεταρρυθμιστική προσπάθεια.

5.1. Ιστορική εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Οι πρώτες σημαντικές προσπάθειες οργάνωσης και συγκρότησης του υγειονομικού τομέα (1945 – 1974 πριν το Ε.Σ.Υ. περίοδος 1974 – 1983)

Περίοδος : 1945 – 1974

Όπως ήδη αναφέραμε οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, μπήκαν στη φάση της ταχείας ανάπτυξης και ωρίμανσης αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Αντίθετα το Ελληνικό κράτος την περίοδο από το 1945 και μετά προσπαθεί αρχικά να μαζέψει τα κομμάτια του, να συνέλθει από την φτώχεια, τις τεράστιες καταστροφές που προκάλεσε η Γερμανική κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης γινόταν μέσα από ένα συνοθύλεμα φορέων και υπηρεσιών, κατά τρόπο ανοργάνωτο και αναποτελεσματικό. Υπηρεσίες προσέφεραν εκτός από το κράτος, η τοπική αυτοδιοίκηση, το Ι. Κ. Α. το ΠΙΚΠΑ, ο Ερυθρός Σταυρός και περισσότερα από εκατό (100) ασφαλιστικά ταμεία και φορείς.

Είχε γίνει αντιληπτό από την τότε κυβέρνηση ότι οι δυνατότητες για γρήγορη και ριζική ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα ήταν πολύ περιορισμένες και το μόνο που απέμενε ήταν η αξιοποίηση της υπάρχουσας υποδομής. Το 1948 έγιναν περιορισμένες επενδύσεις στον τομέα της υγείας μέσα στο πλαίσιο της προσπάθειας οικονομικής ανόρθωσης της χώρας.

Η αποσπασματική κρατική πολιτική συνεχίστηκε έως το 1953, όταν για πρώτη φορά το κράτος επιχειρεί την δημιουργία ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Ειδικότερα ψηφίζεται το Ν. Δ. 2592 “ περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως” που προέβλεπε :

- Την αποκέντρωση του συστήματος και τον κοινωνικό έλεγχο με τη δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την λειτουργία περιφερειακών επιτροπών με τη συμμετοχή των παραγωγικών τάξεων και των κοινωνικών φορέων.
- Την υπαγωγή όλων των μονάδων υγείας στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας.
- Την ίση γεωγραφική κατανομή των νοσοκομειακών κλινών και
- Την ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ιδιαίτερα στην περιφέρεια με τη λειτουργία υγειονομικών σταθμών.

Ο παραπάνω νόμος ήταν για την εποχή πρωτοποριακός, αλλά δυστυχώς δεν υλοποιήθηκε ποτέ και έτσι η πρώτη προσπάθεια οργάνωσης του συστήματος δεν πραγματοποιήθηκε.

Τα χρόνια που ακολούθησαν δεν είχαν να επιδείξουν κάτι σημαντικό από πλευράς προσπαθειών οργάνωσης του υγειονομικού τομέα. Το Ι.Κ.Α. και άλλοι φορείς συνεχίζουν, ασυντόνιστα και χωρίς συγκεκριμένο πρόγραμμα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας. Εξάιρεση ίσως αποτελεί ο **νόμος 4169 του 1961** με τον οποίο ιδρύθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο. Γ. Α.).

Η περίοδος της δικτατορίας (1967 – 1974) δεν έχει να επιδείξει επίσης τίποτα το ιδιαίτερο προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, εκτός από το Ν.Δ. 67/68 με το οποίο καθιερώθηκε η ετήσια υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου (το αποκαλούμενο αγροτικό) για τους απόφοιτους ιατρικών σχολών.

Σε επίπεδο προτάσεων, σημαντικό είναι το **σχέδιο του 1969 “Σχεδιασμός της Κοινωνικής πολιτικής”** του τότε Υπουργού Υγείας της Δικτατορίας Λ. Πάτρα. Το σχέδιο αυτό προέβλεπε την δημιουργία ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασισμένο στους οικογενειακούς γιατρούς και η δημιουργία “ **ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας και περιθάλψεως ασθενείας** ” στον οποίο θα εντάσσονταν όλα τα ταμεία και οι φορείς, ώστε σταδιακά να αποτελέσει πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Ήταν μια καλά μελετημένη πρόταση που όμως δεν υλοποιήθηκε ποτέ.

Πριν το Ε. Σ. Υ. περίοδος 1974 – 1983 :

Η περίοδος μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας έδειξε ότι οι συνθήκες είναι πλέον ώριμες για την εγκαθίδρυση ενός πραγματικά εθνικού συστήματος υγείας, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί στις άλλες χώρες της Ευρώπης.

Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) μέσα από μία μελέτη που εκπόνησε για τον υγειονομικό τομέα, έκανε μια ολοκληρωμένη πρόταση για μεταρρύθμιση.

Η μελέτη αυτή αφού προσδιόρισε τα κυριότερα προβλήματα, πρότεινε πέντε(5) εναλλακτικές λύσεις σε κεντρικό επίπεδο :

- Τη δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής Υπηρεσίας Υγείας.

- Την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ).
- Το συντονισμό και την συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- Την ανάπτυξη κέντρων υγείας που θα είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς.
- Την ανάπτυξη νοσοκομείων στην περιφέρεια που θα είναι συνδεδεμένα με τα κέντρα υγείας.

Επίσης, πρέπει να πούμε ότι ζητούσε να αποσαφηνιστεί η πολιτική του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα υγείας, υποστηρίζοντας ότι η κύρια ευθύνη πρέπει να αναληφθεί από το ίδιο το κράτος. Οι προτάσεις αυτές δεν υλοποιήθηκαν ποτέ, λόγω της αντίθεσης των γιατρών και των περισσότερων πολιτικών δυνάμεων. Η κατάσταση στην υγεία δεν έδειχνε να βελτιώνεται και να οδηγείται σε ριζική αναμόρφωση.

Τέλος το **1980** έγινε μια σημαντική προσπάθεια για την δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας με το νομοσχέδιο με τίτλο “ **Μέτρα προστασίας της Υγείας** ”. Τα κύρια μέτρα που προέβλεπε το νομοσχέδιο αυτό ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, η σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, η εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού κ. α. Όμως και αυτή η σημαντική πρόταση δεν έγινε ποτέ νόμος.

5.2.Ο Νόμος 1397 / 83 για το Ε. Σ. Υ.

Η νέα κυβέρνηση που εκλέχτηκε το 1981 προχώρησε στην μεταρρύθμιση του εθνικού συστήματος υγείας.

Οι πρώτες ενέργειες της προς την κατεύθυνση αυτή ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.ΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Το ΚΕ.Σ.Υ., σύμφωνα με το νόμο, συγκροτείται από εκπροσώπους των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, από εκπροσώπους της πολιτείας και εκπροσώπους των πολιτών. Είναι γνωμοδοτικό όργανο για θέματα σχεδιασμού, οργάνωσης, προγραμματισμού, ελέγχου και συντονισμού των

υπηρεσιών υγείας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Σήμερα ο σημαντικός ρόλος του Κ.Ε.Σ.Υ. έχει αποδυναμωθεί.

Ο νόμος 1397 / 83 αποτελεί την μεγαλύτερη και σημαντικότερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό Υγειονομικό σύστημα, γιατί για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι σωστές βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι βασικές αρχές και προβλέψεις του νόμου ήταν :

- Κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες.
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών μέσα από τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και την συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις με τη σύσταση και λειτουργία των περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.ΣΥ) και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Η υγειονομική περιφέρεια θα αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, τα νομαρχιακά νοσοκομεία και το περιφερειακό πανεπιστημιακό νοσοκομείο.
- Έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη δημιουργία κέντρων υγείας, περιφερειακών ιατρείων και τη στελέχωσή τους με γιατρούς γενικής ιατρικής.
- Βελτιώσεις στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών μέσα από την ταχύρυθμη ανάπτυξη της υποδομής και οργάνωσης των νοσοκομείων. Με βάση το 5ετές πρόγραμμα 1983 – 1988 προβλεπόταν η ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω της ενίσχυσης των νομαρχιακών νοσοκομείων, την ανέγερση νέων νομαρχιακών και περιφερειακών νοσοκομείων, το εκσυγχρονισμό, εξοπλισμό και την πλήρη κάλυψη των αναγκών σε προσωπικό όλων των νοσοκομείων. Οι γιατροί του Ε.Σ.Υ. θα έπρεπε να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης δηλαδή να μην ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, να μην συμμετέχουν σε εταιρείες και να μην κατέχουν θέση σε άλλο δημόσιο ή ιδιωτικό οργανισμό.

5.3. Η Μετά – ΕΣΥ περίοδος

Η υλοποίηση του νόμου 1397 / 83 άρχισε αμέσως, όμως δυστυχώς δεν έχουν δημοσιευτεί σχέδια που να υποδεικνύουν τις προτεραιότητες που είχαν τεθεί

στην αρχική φάση της ανάπτυξης του ΕΣΥ για να επιτρέπουν μια σωστή αξιολόγηση του έργου του.

Τα αποτελέσματα του νόμου δέκα έξι (16) χρόνια μετά την εφαρμογή του είναι επιγραμματικά τα εξής :

- **Οι δημόσιες δαπάνες υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά και ανέρχονται σήμερα στο 5,5% του Α.Ε.Π., το οποίο είναι αρκετά υψηλό σε σύγκριση με άλλα αναπτυγμένα κράτη.**
- **Σημειώθηκε αύξηση στους μισθούς των γιατρών του Ε.Σ.Υ.**
- **Σημειώθηκε σημαντική βελτίωση στον τομέα των υποδομών.**
- **Η απαγόρευση των γιατρών να ασκούν ιδιωτικό έργο δεν εφαρμόστηκε πιστά.**
- **Παρατηρείται ανατροπή της ισορροπίας μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα υπέρ του πρώτου.**
- **Παρατηρείται σημαντική δραστηριότητα στο χώρο των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.**
- **Στον τομέα της χρηματοδότησης η κατάσταση παρέμεινε η ίδια.**
- **Στον τομέα του σχεδιασμού και της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα.**
- **Σε επίπεδο χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, αξιολόγησης του παραγόμενου έργου και ανατροφοδότησης του συστήματος τα αποτελέσματα είναι αρνητικά.**

Το 1992 η τότε κυβέρνηση ψηφίζει το νόμο 2071 και εισάγει αλλαγές στο υγειονομικό σύστημα. Οι αλλαγές αυτές μετέβαλαν τα βασικά σημεία του νόμου του 1983.

Ειδικότερα :

- **Ενώ τα κέντρα υγείας χρηματοδοτούνται μέχρι τότε μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία είναι συνδεδεμένα, με το νέο νόμο γίνονται διοικητικά αυτόνομα και χρηματοδοτούνται από τις νομαρχίες.**

- Οι γιατροί του ΕΣΥ έμειναν ελεύθεροι να αποφασίσουν την μορφή απασχόλησής τους, διαλέγοντας πλήρη ή μερική απασχόληση. Εάν επέλεγαν μερική απασχόληση θα ελάμβαναν μικρότερους μισθούς, αλλά θα είχαν το δικαίωμα άσκησης και ιδιωτικού έργου. Λίγοι γιατροί επέλεξαν αυτή τη μορφή απασχόλησης.
- Η σημαντικότερη όμως αλλαγή του νόμου ήταν η μεταβολή της φιλοσοφίας του συστήματος. Η πολιτεία δεν εξασφαλίζει πλέον την πλήρη πρόσβαση στους πολίτες όπως ήταν ο κύριος στόχος του νόμου 1397 / 83, αλλά εγγυάται την ύπαρξη ιδιωτικών ή δημοσίων οργανισμών που θα παρείχαν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες, οι οποίοι θα είχαν ελευθερία επιλογής.

Τέλος πρέπει να πούμε ότι ο πιο πρόσφατος νόμος 2194 /94 ανέτρεψε σχεδόν όλες τις αλλαγές του παραπάνω νόμου και επανέφερε τις αρχές και τους στόχους του 1397 / 83.

5.4. Αποκέντρωση και ιδιωτικοποίηση : Η Ελληνική πραγματικότητα

Όπως παρατηρούμε από την πορεία εξέλιξης του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από το 1945 μέχρι και σήμερα υιοθετείται η αποκεντρωτική πολιτική και γίνονται προσπάθειες για αποκέντρωση του υγειονομικού συστήματος. Όλες οι προσπάθειες πέφτουν στο κενό.

Η πρώτη προσπάθεια **αποκέντρωσης** του συστήματος έγινε με το Ν.Δ. 2592 την περίοδο 1945 – 1974 με την δημιουργία υγειονομικών περιφερειών και την λειτουργία περιφερειακών επιτροπών με την συμμετοχή των παραγωγικών τάξεων και των κοινωνικών φορέων. Η διάταξη αυτή που αφορούσε την αποκέντρωση δεν υλοποιήθηκε ποτέ.

Το 1980 το νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη βουλή με τίτλο “Μέτρα προστασίας Υγείας” είχε ως κύριο άξονα την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, όμως ούτε και αυτό το νομοσχέδιο δεν έγινε νόμος.

Η μεγαλύτερη όμως προσπάθεια αποκέντρωσης έγινε με το νόμο 1397 / 83 του Ε.Σ.Υ. που αποτελεί μέχρι και σήμερα την μεγαλύτερη προσπάθεια αναδιοργάνωσης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Μια από τις βασικές αρχές του νόμου ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών μέσα από τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις με τη σύσταση και λειτουργία των περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών

αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά Συμβούλια. Όμως τα αποτελέσματα από την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας δεν ήταν τα αναμενόμενα. Ενώ δημιουργήθηκε το κεντρικό συμβούλιο υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ποτέ δεν απέκτησε τις αρμοδιότητες σχεδιασμού και προγραμματισμού που ο νόμος προέβλεπε. Επίσης τα προβλεπόμενα από το νόμο περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕ.Σ.Υ) δεν λειτούργησαν ποτέ και έτσι η περιφερειακή ανάπτυξη, οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών παρέμεινε μόνο στα χαρτιά. Η διοίκηση του υγειονομικού συστήματος παραμένει μέχρι σήμερα στην αποκλειστική ευθύνη της κεντρικής εξουσίας και ειδικότερα του Υπουργείου Υγείας.

Τέλος με το νόμο 2071 / 92 επιχειρήθηκε μια διοικητική και χρηματοδοτική αποκέντρωση. Ενώ τα κέντρα υγείας χρηματοδοτούνταν μέχρι τότε μέσω των προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία ήταν συνδεδεμένα, με το νόμο αυτό επιχειρήθηκε να γίνουν διοικητικά αυτόνομα και να χρηματοδοτούνται κατευθείαν από τις νομαρχίες. Ο νόμος 2194 / 94 επανέφερε τα κέντρα υγείας σε διοικητική και οικονομική σύνδεση με τα νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γενικά

Όπως αναφέραμε στο 3^ο κεφάλαιο πολλές Ευρωπαϊκές χώρες προχώρησαν στην υιοθέτηση μηχανισμών για την ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας των ασθενών και την συμμετοχή τους σε τοπικά κοινοτικά συμβούλια, που έχουν ένα συμβουλευτικό και πληροφοριακό ρόλο όσον αφορά την φροντίδα υγείας. Επίσης εισήγαγαν μηχανισμούς για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και τη δυνατότητα ελεύθερης επιλογής προμηθευτή και ασφαλιστή.

Το ελληνικό κράτος, με δεδομένα τα μεγάλα και συσσωρευμένα προβλήματα του υγειονομικού τομέα, εμφανίζεται, αδύναμο να παρακολουθήσει αυτές τις εξελίξεις και να υιοθετήσει παρόμοιους μηχανισμούς, πέρα από κάποιες σπασμωδικές κινήσεις, κυρίως όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών και την δυνατότητα επιλογής προμηθευτή και ασφαλιστή υπηρεσιών υγείας.

Παρακάτω θα προσπαθήσουμε να σκιαγραφήσουμε, όσο αυτό είναι δυνατό, τις προσπάθειες που γίνονται προς αυτή την κατεύθυνση.

6.1. Διαπραγματευτική δύναμη των ασθενών και των πολιτών

☛

Η ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας των ασθενών μέσα στη φροντίδα υγείας επιτυγχάνεται με την συμμετοχή τους, σε τοπικά κοινοτικά συμβούλια κατά το πρότυπο των Ευρωπαϊκών κρατών. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα της Φιλανδίας και της Βρετανίας που είναι πρωτοπόρες όσον αφορά την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.

Η Ελλάδα δεν έχει προχωρήσει ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας των ασθενών και των πολιτών μέσα από παρόμοιες διαδικασίες για την ίδρυση τοπικών συμβουλίων με ρόλο συμβουλευτικό και πληροφοριακό. Η μόνη προσπάθεια που είναι αξιοσημείωτη και πρέπει να αναφερθεί έγινε με το νόμο 1397 / 83 που προέβλεπε την ίδρυση περιφερειακών συμβουλίων υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.). Οι λειτουργία των συμβουλίων αυτών, θα ενίσχυε τον ρόλο των πολιτών και κατ' επέκταση της κοινότητας στις αποφάσεις. Τα συμβούλια αυτά (ΠΕ.Σ.Υ.) δεν λειτουργούσαν ποτέ και έμειναν ασκήσεις επί χάρτου.

Πρέπει να σημειώσουμε στο σημείο αυτό, ότι το ελληνικό κράτος πρέπει να κινηθεί προς την κατεύθυνση της ενίσχυση της διαπραγματευτικής ικανότητας των ασθενών γιατί είναι σχεδόν βέβαιο, ότι οι φωνές των πολιτών και της κοινής γνώμης θα βοηθήσουν στην αναμόρφωση του συστήματος υγείας και θα εξασφαλίσουν την εύρυθμη λειτουργία του.

6.2. Τα δικαιώματα των Ελλήνων Ασθενών

Το ελληνικό κράτος δεν έχει υιοθετήσει μια συγκεκριμένη πολιτική εισαγωγής μηχανισμών για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Τα δικαιώματα των ασθενών είναι σχεδόν ανύπαρκτα και δεν εντάσσονται σε κανένα νομοθετικό πλαίσιο.

Παρένθεση ίσως αποτελεί ο νόμος 1397 / 83 που ορίζει ότι, **όλοι οι πολίτες έχουν δικαίωμα ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.**

Επιπλέον, πρέπει να αναφέρουμε ότι το 1996 με το προσχέδιο νόμου για την **“οργάνωση και Διοίκηση των υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ.”** και ειδικότερα με το δεύτερο άρθρο του νόμου, επιχειρείται ο έλεγχος της ποιότητας και αποδοτικότητας του Ε.Σ.Υ. μέσω μιας **Επιτροπής Παραπόνων Πολιτών**. Η επιτροπή είναι πενταμελής και αποτελείται από τον Πρόεδρο (πρόσωπο με κύρος) και τέσσερις συνδικαλιστές (**ΠΙΣ, ΟΕΝΤΕ, ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΕ**) οι οποίοι, όπως πρόβλεπε το άρθρο θα καλούνταν να ελέγξουν και να εισηγηθούν την τιμωρία των παραπτώμων νοσοκομειακών λειτουργιών. Βέβαια το βασικό ερώτημα που τίθεται, είναι αν οι συνδικαλιστές αυτοί που **απαρτίζουν την Επιτροπή Παραπόνων των πολιτών** θα στείλουν στο πειθαρχικό τους ίδιους τους ψηφοφόρους τους. Επομένως είναι σαφές ότι δεν εξασφαλίζεται η διαφάνεια και η αντικειμενικότητα των αποφάσεων της επιτροπής.

Αυτό που χρειάζεται, λοιπόν είναι ένα νομοθετικό πλαίσιο που να κατοχυρώνει τα δικαιώματα των πολιτών και φυσικά η δημιουργία μιας επιτροπής παραπόνων ανεξάρτητη από τους φορείς του υγειονομικού συστήματος, ώστε οι αποφάσεις της να μην αμφισβητούνται.

Αξίζει να πούμε ότι το δεύτερο άρθρο του παραπάνω προσχεδίου νόμου μέχρι σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί

6.3. Επιλογή προμηθευτή και ασφαλιστή

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, το ζήτημα της επιλογής στη φροντίδα υγείας είναι περίπλοκο. Στην Ελλάδα επιτρέπεται στους ασθενείς να επιλέξουν τους προμηθευτές τους π.χ. τον παθολόγο τους, τον εξειδικευμένο γιατρό, ακόμα και το νοσοκομείο. Τα ασφαλιστικά ταμεία π.χ. Ι.Κ.Α., Τ.Ε.Β.Ε. κ.τ.λ. δίνουν την δυνατότητα στους ασφαλισμένους να επιλέξουν τον παθολόγο τους ή τον εξειδικευμένο γιατρό τους μέσα από ένα περιορισμένο πλήθος γιατρών που είναι συμβεβλημένο με το εκάστοτε ασφαλιστικό ταμείο. Για παράδειγμα ο ασφαλισμένος στο Ι.Κ.Α. έχει την δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε τρεις ή και περισσότερους παθολόγους. Βέβαια πρέπει να πούμε ότι σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται ένας ασφαλιστικός οργανισμός να μην διαθέτει ένα συγκεκριμένο ειδικό γιατρό. Η έλλειψη κάποιου ειδικού γιατρού αλλά κυρίως η αναξιοπιστία του δημοσίου τομέα υγείας οδηγεί τους ασθενείς στο να επισκεφτούν ιδιώτες γιατρούς. Από πρόσφατη έρευνα βρέθηκε ότι τέσσερις στους δέκα ασθενείς – ασφαλισμένους στο Ι.Κ.Α. επισκέπτονται κάποιον ιδιώτη γιατρό τουλάχιστον μια φορά το χρόνο με συχνότερες επισκέψεις σε οδοντίατρο, γυναικολόγο και παιδίατρο είτε γιατί δεν έχουν εμπιστοσύνη στους γιατρούς του Ι.Κ.Α., είτε γιατί θέλουν μια δεύτερη γνώμη. Έτσι δικαιολογείται το γεγονός ότι η Ελλάδα παρουσιάζει περίπου τριπλάσιες ιδιωτικές δαπάνες υγείας από τις υπόλοιπες χώρες, παρά το γεγονός ότι λειτουργεί την τελευταία δεκαετία το Εθνικό Σύστημα Υγείας που υποτίθεται ότι πρέπει να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό. Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να αναφέρουμε, ότι τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν ένα μέρος της ιδιωτικής δαπάνης που κάνει ο ασφαλισμένος.

Επίσης το ΕΣΥ δίνει την δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέγουν το νοσοκομείο που θέλουν να επισκεφτούν για την αντιμετώπιση ενός εκτάκτου περιστατικού, για επίσκεψη νοσοκομειακού γιατρού ή για την πραγματοποίηση κάποιας επέμβασης. Αυτό όμως πέρα από το γεγονός ότι δίνει στους ασθενείς ελευθερία επιλογής έχει ένα βασικό μειονέκτημα. Το μειονέκτημα είναι ότι οι ασθενείς συγκεντρώνονται στο κέντρο και σε μεγάλα νοσοκομεία, τα οποία φημίζονται για τις ποιοτικές υπηρεσίες υγείας που παρέχουν και τους γιατρούς τους, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συνωστισμοί, το φαινόμενο των ράντζων και αύξηση του χρόνου αναμονής.

Το ελληνικό κράτος δεν δίνει την δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέξουν ανάμεσα σε ιδιωτικούς και δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς. Υποχρεώνει τους ασθενείς να ασφαλιστούν σε δημόσιο οργανισμό, ανάλογα με το επάγγελμά τους. Βέβαια οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα αφού πρωτίστως ασφαλιστούν σε δημόσιο φορέα, να επιλέξουν σαν συμπληρωματική ασφάλιση ένα ιδιωτικό ασφαλιστικό οργανισμό. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, που δεν είναι μόνο

το αποτέλεσμα της δημοσιονομικής κρίσης του συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων, αλλά κυρίως οφείλεται στην προώθηση ενός νέου κοινωνικού συμβολαίου όπου ο παράγοντας ιδιωτικό τείνει να αντικαταστήσει το κοινωνικό. Βέβαια υπάρχουν προβλήματα, τα οποία δεν ευνοούν την ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφαλιστικής δραστηριότητας όπως η γήρανση του πληθυσμού. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μέχρι σήμερα η κερδοφορία των ασφαλιστικών εταιρειών είναι ιδιαίτερα χαμηλή, πράγμα που σημαίνει ότι : α) ή τα προβλεπόμενα έσοδα από τις επενδύσεις τους ήταν χαμηλά ή ότι οι δαπάνες τους, ήταν υπερβολικά υψηλές σε σχέση με τα έσοδά τους, β) υπάρχει αδυναμία ανταπόκρισης στις μελλοντικές υποχρεώσεις τους, εφόσον η κερδοφορία παραμένει σε χαμηλά επίπεδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γενικά

Στην Ελλάδα, παρά το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις, **η δημόσια υγεία είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Επομένως, είναι σαφές ότι δεν μπορούμε να μιλήσουμε για εξελισσόμενο ρόλο της δημόσιας υγείας.** Επιπρόσθετα, είναι αδύνατο να αναφερθούμε σε λειτουργίες όπως έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών, περιβαλλοντική υγεία, προμήθεια υπηρεσιών σε συγκεκριμένες ομάδες, προώθηση της υγείας, έρευνα της δημόσιας υγείας, οι οποίες επινοήθηκαν από τις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης για την αντιμετώπιση προβλημάτων συστημάτων υγείας στο στάδιο της ώριμης ανάπτυξης. Η προσπάθεια εφαρμογής στην Ελλάδα, των παραπάνω λειτουργιών, θα έπεφτε στο κενό, αφού στη χώρα μας το Εθνικό Σύστημα Υγείας δείχνει να μην έχει ακόμη καταφέρει να σταθεί στα πόδια του, πόσο μάλλον να “ωριμάσει”.

Το μόνο που μπορούμε να αναφέρουμε, είναι οι προτάσεις των δύο επιτροπών που συγκρότησε το Υπουργείο Υγείας στις αρχές του 1994 από ξένους και Έλληνες εμπειρογνώμονες με σκοπό να προτείνουν μέτρα για την αναμόρφωση του συστήματος. Στο πόρισμα που κατέθεσαν οι ξένοι εμπειρογνώμονες, σε συνεργασία με την ελληνική επιτροπή τον Ιούνιο του ίδιου χρόνου γίνονται κρίσιμες επισημάνσεις και προτείνεται σειρά βελτιωτικών αλλαγών και μέτρων με σκοπό την ανάπτυξη και οργάνωση του συστήματος υγείας. Επίσης παραθέτουμε και τις προτάσεις των τριών Επιτροπών που συγκροτήθηκαν μετά την κατάθεση του πορίσματος των ξένων εμπειρογνομώνων, οι οποίες επεξεργάστηκαν καλύτερα και αναλυτικότερα τα θέματα του παραπάνω πορίσματος.

7.1. Το πόρισμα της επιτροπής των ξένων εμπειρογνομώνων

Το πόρισμα των ξένων εμπειρογνομώνων, αναφέρει στην αρχή ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από υπανάπτυκτη δημόσια υγεία, από πληθωρισμό γιατρών ειδικοτήτων, από αντιδεοντολογικές ή ανήθικες συμπεριφορές ή ανήθικες συμπεριφορές εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας και από εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στη συνέχεια προτείνει μια δέσμη μέτρων τα σημαντικότερα των οποίων είναι τα εξής :

- Η δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ) στον οποίο θα ενταχθούν αρχικά τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία και στον οποίο θα πρέπει να μεταβιβάζονται όλοι οι πόροι που προορίζουν για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- Η σύσταση και λειτουργία περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων με ουσιαστικές αρμοδιότητες, με στόχο την αποκέντρωση του συστήματος. Τα συμβούλια αυτά πέρα από τις άλλες αρμοδιότητες θα έχουν την ευθύνη για την διαχείριση των πόρων που τους εκχωρεί ο ΕΦΥ.
- Η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος θα εργάζεται με λίστα ασφαλισμένων στο ιδιωτικό του ιατρείο και θα αμείβεται κατά κεφαλή ασφαλισμένου.
- Η θεσμική, διοικητική και οικονομική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, με τη λειτουργία απογευματινών ιατρείων σ' αυτά. Για να αποκτήσουν τα νοσοκομεία ευελιξία σε διάφορους τομείς προτείνεται να γίνουν ανώνυμες εταιρείες, στις οποίες το κράτος θα κατέχει το 99% των μετοχών και η τοπική αυτοδιοίκηση το υπόλοιπο 1%.
- Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων να γίνεται μέσα από σφαιρικούς προϋπολογισμούς, που θα προέρχονται από τα περιφερειακά υγειονομικά συμβούλια και οι γιατροί να αμείβονται κατά πράξη και μέσα σε ανώτατα προϋπολογισμένα όρια.
- Η επιστημονική αναβάθμιση του υγειονομικού προσωπικού με συνεχιζόμενη εκπαίδευση και μετεκπαίδευση. Πρόσληψη του προσωπικού με αξιοκρατικά κριτήρια, έλεγχος του κατά ταχτά χρονικά διαστήματα, επιβράβευση ή τιμωρία ανάλογα με την απόδοσή του. Προτείνεται επίσης μακροπρόθεσμα η άρση της μονιμότητας του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Έμφαση στην ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας, μέσα από περιφερειακές υπηρεσίες, που θα στελεχώνονται από ειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό.
- Η σύνταξη περιορισμένης θετικής λίστας φαρμάκων και ο σαφής προσδιορισμός των μη συνταγογραφημένων φαρμάκων.

- Για την επίτευξη της προτεινόμενης μεταρρύθμισης απαιτούνται εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης για τα διοικητικά στελέχη, τους γιατρούς δημόσιας υγείας και τους γιατρούς γενικής ιατρικής. Επίσης προτείνεται η ίδρυση ιατρικής σχολής με έμφαση στην οικογενειακή ιατρική και η θέσπιση ιατρικού συμβουλίου για την τήρηση του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. Το κόστος υλοποίησης της προτεινόμενης μεταρρύθμισης, σύμφωνα με το πόρισμα είναι δυνατό να καλυφθεί μέσα από τον έλεγχο του σπάταλου καθεστώτος των φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων.

7.2. Οι προτάσεις των Τριών Επιτροπών του Υπουργείου Υγείας

Μετά την κατάθεση του προαναφερθέντος πορίσματος, συγκροτήθηκαν στο Υπουργείο Υγείας τρεις (3) επιτροπές, που επεξεργάστηκαν αναλυτικότερα τα θέματα που αφορούν την δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και του οικογενειακού γιατρού και την οργάνωση των μονάδων υγείας καθώς και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Το πόρισμα της πρώτης επιτροπής το 1995 αφού πρώτα επισημαίνει και αυτό με τη σειρά του, τα σημαντικά προβλήματα του συστήματος προτείνει την δημιουργία ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (ΕΦΥ). Στόχος του φορέα αυτού θα είναι η ενιαία οργάνωση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με την δημιουργία του ΕΦΥ υποστηρίζεται ότι μπορεί να επιτευχθεί αποδοτικότητα, ισότητα στην χρηματοδότηση, καλύτερη ποιότητα, ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες, αυτονομία στους προμηθευτές και μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής, εκ μέρους του ασθενή.

Σύμφωνα με τις προτάσεις ο ΕΦΥ θα έχει τις εξής ευθύνες :

- Να συγκεντρώνει τους οικονομικούς πόρους του υγειονομικού τομέα.
- Να εξασφαλίζει την ορθολογική κατανομή τους στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τις προτεραιότητες και τους στόχους της πολιτικής υγείας.
- Να ελέγχει και να αξιολογεί την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων στους τομείς της πολιτικής προμηθειών, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της φαρμακευτικής δαπάνης και της χρήσης ιατρικής τεχνολογίας.

Αρχικά προτείνεται να ενταχθούν στον ΕΦΥ, το ΙΚΑ, το ΟΓΑ, το ΤΕΒΕ και το ταμείο του Δημοσίου, αλλά και όσα άλλα θα θελήσουν οικειοθελώς να ενταχθούν σ' αυτόν. Τα ταμεία που θα ενταχθούν στον ΕΦΥ, θα είναι υποχρεωμένα να μεταβιβάσουν το σύνολο των πόρων που αναφέρονται στους προϋπολογισμούς τους για τον κλάδο ασθένειας σε είδος. Η κρατική επιχορήγηση που μέχρι σήμερα δινόταν κατευθείαν στα νοσοκομεία για την κάλυψη των ελλειμμάτων τους, θα δίνεται στον ΕΦΥ. Τα χρήματα που θα συγκεντρώνει ο ΕΦΥ θα τα κατανέμει στις περιφέρειες και μετά αυτές στους προμηθευτές υγείας.

Επίσης προτείνεται τα νοσοκομεία να χρηματοδοτούνται με τη μορφή ετήσιων σφαιρικών προϋπολογισμών, ενώ το θέμα του τρόπου χρηματοδότησης της εξωνοσοκομειακής φροντίδας παραμένει ανοικτό. Τα ταμεία τα οποία δεν θα ενταχθούν στον ΕΦΥ, θα πρέπει να καταβάλουν στο ΕΣΥ, το ανάλογο κόστος των υπηρεσιών υγείας που καταναλώνουν, το οποίο θα καθορίζεται από τον ΕΦΥ και τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

Επιπλέον, ο ΕΦΥ θα έχει την μορφή ΝΠΔΔ και θα διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο, το Διοικητή και το Γενικό Διευθυντή. Η διοικητική διάρθρωση του ΕΦΥ θα περιλαμβάνει τις διευθύνσεις :

- α) Οικονομικής διαχείρισης.
- β) Αξιολόγησης και ποιοτικού ελέγχου.
- γ) Στατιστικής παρακολούθησης.
- δ) Ελέγχου των πόρων.

Το πόρισμα της δεύτερης επιτροπής, αφού προηγουμένως θέτει το πλαίσιο των γενικών αρχών για ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που θα έχει δημόσιο χαρακτήρα, θα διασφαλίζει την άνετη πρόσβαση, θα εξασφαλίζει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, το δικαίωμα επιλογής και την πλήρη ικανοποίηση του ασθενή προτείνει :

- Την αυτονόμηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την δημιουργία ενός συστήματος που θα βασίζεται στην περιφερειακή οργάνωση, μέσα από την δημιουργία ενός εποπτευόμενου οργανισμού από το Υπουργείο Υγείας του ΠΦΥ, ο οποίος θα έχει ισχυρή περιφερειακή διάρθρωση και έντονα αποκεντρωτικό χαρακτήρα. Ο οργανισμός αυτός θα αναλάβει μαζί με τις υπόλοιπες υπηρεσίες του ΕΣΥ, την εξασφάλιση της παροχής των αναγκαίων πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας σε πανελλαδικό επίπεδο.
- Η χρηματοδότηση του οργανισμού θα γίνεται κυρίως από τον ΕΦΥ, με τη μορφή ετήσιας συνολικής αμοιβής για όλες τις υπηρεσίες που θα

προσφέρει στους ασφαλισμένους των ταμείων που έχουν ενταχθεί στον ΕΦΥ.

- Οι υπηρεσίες θα παρέχονται από τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία στις αγροτικές περιοχές και από τα πολυϊατρεία και περιφερειακά – οικογενειακά ιατρεία στις αστικές περιοχές. Στα κέντρα υγείας και στα πολυϊατρεία θα υπηρετούν γιατροί των βασικών ειδικοτήτων και θα γίνονται βασικές εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ στα περιφερειακά ιατρεία θα υπηρετούν γιατροί γενικής ιατρικής.
- Σχετικά με το εργασιακό καθεστώς και τον τρόπο αμοιβής των οικογενειακών γιατρών προτείνονται διάφοροι εναλλακτικοί τρόποι με επικρατέστερο εκείνο που συνδυάζει την ανάμιξη γιατρών – δημοσίων υπαλλήλων και γιατρών ιδιωτών με σύμβαση. Ειδικότερα προτείνεται για όσους ήδη υπηρετούν να παραμείνουν αν θέλουν με πλήρη μόνιμη σχέση και να συνεχίσουν να αμείβονται με μισθό. Όμως για τους νέους οικογενειακούς γιατρούς που θα ενταχθούν στο σύστημα, προτείνεται να έχουν πενταετή σύμβαση εργασίας και να αμείβονται κυρίως κατά κεφαλή. Θα εργάζονται στα ιδιωτικά ιατρεία, κατά προτίμηση σε ομάδες, που θα στελεχώνονται με το αναγκαίο προσωπικό. Οι οικογενειακοί γιατροί θα εργάζονται με λίστα 1800 ασφαλισμένων που θα εγγράφονται μια φορά το χρόνο.

Τέλος το πόρισμα της τρίτης επιτροπής προτείνει το εξής :

- Αυτονομία των νοσοκομείων του ΕΣΥ μέσα από την μεταβολή της νομικής της μορφής από ΝΠΔΔ σε ΝΠΙΔ ή ανώνυμες εταιρείες υπό κρατική ιδιοκτησία. Με αυτή την μεταβολή θα αποδεσμευτούν από το ενιαίο μισθολόγιο του δημοσίου, από το απαρχαιωμένο δημόσιο λογιστικό, από την νομοθεσία των κρατικών προμηθειών και θα αποκτήσουν ευελιξία και αυτονομία, τόσο στη διοίκηση όσο και στη διαχείριση.
- Εισαγωγή του μανάτζμεντ στα νοσοκομεία, το οποίο θα ασκεί ο διευθύνων σύμβουλος ή ο γενικός διευθυντής.
- Τα νοσοκομεία πρέπει να χρηματοδοτούνται μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών από τον Ενιαίο Φορέα Υγείας.
- Αλλαγή του οργανογράμματος των νοσοκομείων. Δηλαδή προτείνεται η δημιουργία επιπλέον διευθύνσεων οικονομικών, ξενοδοχειακής

υποδομής, τεχνικών υπηρεσιών και τμημάτων ποιοτικού ελέγχου, σχεδιασμού και ανάπτυξης και εκπαίδευσης.

- Αλλαγή του τρόπου προμηθειών.

Συμπέρασμα

Οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνομόνων κινούνται προς τη σωστή κατεύθυνση αν και σε πολλές περιπτώσεις κάνουν μηχανιστική μεταφορά κάποιων Ευρωπαϊκών εμπειριών, στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αυτό που χρειάζεται λοιπόν είναι να προσαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα και επιτέλους να ληφθούν σοβαρά από τους αρμόδιους ώστε να γίνει το μεγάλο βήμα που χρειάζεται το εθνικό μας σύστημα.

Επίσης οι προτάσεις των τριών (3) επιτροπών του Υπουργείου Υγείας είναι αξιόλογες και πλησιάζουν περισσότερο την ελληνική πραγματικότητα. Γενικά, όμως παρατηρείται μια αδράνεια και έτσι οι προτάσεις αυτές ουσιαστικά μέχρι σήμερα παραμένουν ασκήσεις επί χάρτου, πέρα από κάποιες σπασμωδικές κινήσεις, οι οποίες δεν είναι ικανές να μας δώσουν εν τέλει ένα αποτελεσματικό Δημόσιο σύστημα υγείας.

*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΟΙ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

8.1. Το πολιτικό και κοινωνικό πλαίσιο της επανεξέτασης της δομής της διακυβέρνησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Είναι γνωστό ότι το κοινωνικό κράτος εμφανίζει τα πρώτα χρηματοδοτικά προβλήματα στην δεκαετία του '70 και εισέρχεται σε κρίση στην δεκαετία του '80 η οποία καταγράφηκε ιστορικά ως κρίση του κράτους πρόνοιας και σχετίζεται με πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί έχουν επιδράσει στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα και έχουν συμβάλει στην κρίση του κράτους πρόνοιας.

Παρά το γεγονός ότι έχει διαπιστωθεί διαφορά φάσης στην ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους ανάμεσα στην Ελλάδα και τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες εξαιτίας του γεγονότος, ότι το κράτος πρόνοιας στην χώρα μας επιχειρήθηκε να οικοδομηθεί σε συνθήκες οικονομικής ύφεσης στην δεκαετία του '80, εν τούτοις υπάρχουν ομοιότητες ως προς τα αίτια της κρίσης.

Η πολιτική και ιδεολογική ηγεμονία του νεοφιλελευθερισμού, κυρίως προς το τέλος της δεκαετίας του '80 και η υιοθέτησή της από την κυρίαρχη πολιτική πάλη, δημιούργησε την εικόνα διάλυσης και καταστροφής του κράτους πρόνοιας. Το κλασικό υπόδειγμα, κατά το οποίο ένα φάσμα κοινωνικών υπηρεσιών χρηματοδοτείται από φόρους και εισφορές ανάλογες με το εισόδημα, παράγεται από δημόσιους και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και τελικά διανέμεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό με κριτήριο την ανάγκη, τέθηκε σε πλήρη αμφισβήτηση. Η αποδυνάμωση του δημόσιου χαρακτήρα με την αυξανόμενη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παραγωγή, την διανομή και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αποτέλεσε την στρατηγική επιδίωξη. Οι θεωρητικοί της φιλελεύθερης εκδοχής, υποστηρίζουν ότι η συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας και ο περιορισμός της ανάμιξης του κράτους στην χρηματοδότηση μιας μικρότερης δέσμης υπηρεσιών κατώτερης ποιότητας η οποία απευθύνεται στα άτομα και τις οικογένειες που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας, συνιστά την προϋπόθεση για την μείωση των κοινωνικών εξόδων και την ανασυγκρότηση της οικονομίας.

Παρά τις επίμονες προσπάθειες, η πολιτική αυτή κατέρρευσε και το κράτος πρόνοιας εξακολουθεί να υπάρχει. Η απόρριψη των ιδεών της αποκρατικοποίησης, οφείλεται σε πολιτικούς λόγους και κυρίως στην αποστροφή της κοινής γνώμης προς τις συνέπειες της ιδιωτικοποίησης -

αποκρατικοποίησης, την υψηλή κοινωνική αποδοχή του κράτους πρόνοιας από το εκλογικό σώμα και τα οφέλη που έχουν οι μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις από τη λειτουργία του. Επίσης συνέβαλε το γεγονός ότι το κράτος πρόνοιας έχει την οικονομική δυνατότητα να παράγει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες με χαμηλό κόστος. Ειδικότερα, στο πεδίο της οικονομικής πολιτικής, έγινε σταδιακά αντιληπτό ότι το κράτος πρόνοιας αποτελεί έναν αποτελεσματικό μηχανισμό παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και αντίστροφα, ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες αποτελούν προνομιακό πεδίο οικονομικής δράσης του δημόσιου τομέα, γιατί έχει την δυνατότητα να ρυθμίζει συγκεντρωτικά τον όγκο παραγωγής και να ελέγχει την αποδοτικότητα των πόρων και, συμπληρωματικά να εγγυάται με την εισαγωγή μηχανισμών δημόσιου και κοινωνικού ελέγχου τις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η τρέχουσα απόπειρα μεταρρύθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας με την εισαγωγή του “ ανταγωνισμού ” στην αγορά υπηρεσιών υγείας και κυρίως την επιχείρηση ελέγχου του υγειονομικού τομέα από το ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα, συνδυάζεται με μία επίθεση εναντίον της πολιτικής, αλλά και της πολιτικής ιδεολογίας. Με το πρόσχημα ότι η υγεία πρέπει να βρίσκεται πάνω από τις πολιτικές ιδεολογίες και να βασίζεται στην συναίνεση, επιχειρεί να εμφανίσει τις προτεινόμενες αλλαγές ως αντικειμενικές και αναγκαίες.

8.2. Η καταγωγή και η εφαρμογή μεταρρυθμιστικών προτάσεων αγοράς και δημοσίου, ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα της Ελλάδας

Η εμπειρία των μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν σε πολλά Ευρωπαϊκά κράτη όπως Ολλανδία και Βρετανία είναι για τη χώρα μας ασφαλώς χρήσιμη. Η βασικότερη όμως αντίρρηση για την εισαγωγή δημοσίου ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα, είναι αν η παρέμβαση αυτή αποτελεί προτεραιότητα, δεδομένου ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας είναι πλήρως απορυθμισμένη και απαιτεί πρωταρχικά την ενίσχυση της παρέμβασης του κράτους. Ο ελεγχόμενος ή ο δημόσιος ανταγωνισμός είναι αναγκαίο να συνεχιστεί στην προσπάθεια ανασυγκρότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά είναι βέβαιο ότι η αποσπασματική εισαγωγή τους στην παρούσα φάση θα αποδιοργανώσει ακόμη περισσότερο το σημερινό σύστημα, το οποίο βρίσκεται σε συνθήκες πλήρους απορύθμισης. Συνεπώς, η έκθεση της ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων (Abel – Smith και άλλων, 1994), καθώς επίσης και τα πορίσματα των επίκουρων επιτροπών (ΥΥΠΚΑ, 1994), παρά το γεγονός ότι ενσωματώνουν μερικές από τις καλύτερες σκέψεις και ιδέες Ελλήνων μελετητών, όπως αυτή της δημιουργίας ενός ενιαίου σχήματος μονοψωνιακού χαρακτήρα στην αγορά υπηρεσιών υγείας, περιέχει τον κίνδυνο της επιλεκτικής υιοθέτησης ορισμένων προτάσεων, με

τρόπο που θα οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα από αυτά στα οποία διατείνεται η πρόταση. Για παράδειγμα, η παραχώρηση, διοικητικής αυτονομίας στα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση απορύθμισης και σχεδόν μηδενικής κρατικής παρέμβασης, σε συνδυασμό με τις διευρυνόμενες αντιδεοντολογικές συμπεριφορές, θα επιτείνει τα εκφυλιστικά φαινόμενα. Σύμφωνα λοιπόν με μελετητές, οι οποίοι έχουν παρατηρήσει τις πρόσφατες αλλαγές στα Ευρωπαϊκά δημόσια συστήματα υγείας, παρά το γεγονός ότι μεταρρυθμιστικές προτάσεις οι οποίες βασίζονται σε διάφορα υποδείγματα ανταγωνισμού ήδη δοκιμάζονται με κάποια επιτυχία αλλού, θα ήταν λάθος ο προσανατολισμός σε αυτήν την κατεύθυνση και η δογματική και μηχανιστική μεταφορά τους σε ένα σύστημα, το οποίο δεν διαθέτει βασικές και αποτελεσματικές μεθόδους προγραμματισμού και διαχείρισης.

8.3. Η αναγκαία και δυνατή μεταρρύθμιση στην φροντίδα υγείας

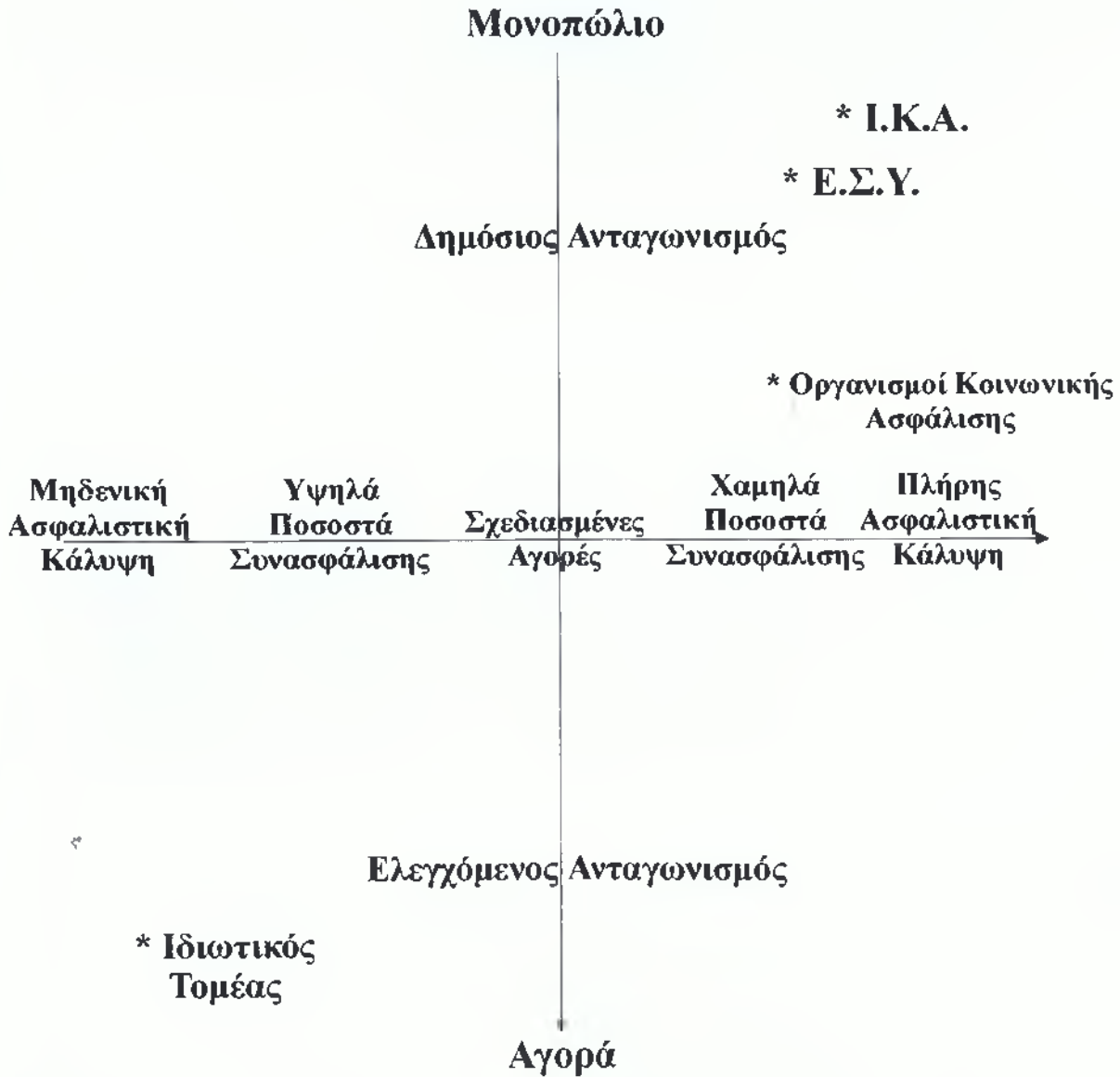
Ο υγειονομικός τομέας στην χώρα μας συνίσταται από τέσσερις, σχεδόν αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές, όπως φαίνεται παρακάτω και στο διάγραμμα 1.

Αυτές είναι :

- Το Εθνικό Σύστημα Υγείας με τη μορφή κρατικού ολιγοπωλίου στη νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων με τη μορφή διμερούς μονοπωλιακού ιατροασφαλιστικού συμπλέγματος στην ανοικτή περίθαλψη.
- Οι οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης με τη μορφή μιας μονοψωνιακής αγοράς.
- Ο ιδιωτικός – υγειονομικός τομέας, με τη μορφή αγοράς (σχεδόν) πλήρους ανταγωνισμού.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Οργανωτικό και διαχειριστικό συνεχές στην αγορά υπηρεσιών υγείας



Το υποστηρικτικό υλικό της προτεινόμενης μεταρρύθμισης (Abel – Smith, κ.α., 1994 – ΥΥΠΚΑ, 1994) έχει ένα πλούτο επισημάνσεων σε δευτερογενή και παραγόμενα θέματα, δεν επιχειρεί όμως την αποκατάσταση των αρχών της αποδοτικότητας, της ισότητας και του ελέγχου του κόστους. Το μόνο που επιδιώκεται είναι η προσπάθεια “αντικειμενοποίησης” πολιτικών επιλογών και προσπάθεια ανακατανομής των πόρων. Η προσπάθεια αυτή συνδέεται με μια επίθεση κατά του πολιτικού συστήματος και των επιλογών του στο υγειονομικό τομέα κατά την τελευταία 20ετία.

Οι προτεινόμενες πολιτικές δεν λαμβάνουν υπόψη αυτή την ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει η αγορά υπηρεσιών Υγείας και δεν απαντούν στα βασικά ζητήματα της ισότητας, της αποδοτικότητας και του ελέγχου του κόστους. Αντίθετα, βασίζονται σε στερεότυπα και μηχανιστικές μεταφορές φιλελεύθερης έμπνευσης.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι η φιλελεύθερη εκδοχή στην υγεία με την διατύπωση του “ ανταγωνισμού ”, εκφυλίστηκε σε μια σειρά τεχνικών ρυθμίσεων και η προσπάθεια συρρίκνωσης του δημόσιου χαρακτήρα δεν επέφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, κατά τους εμπνευστές του εγχειρήματος.

Σε μια πρόσφατη έκθεση του ΟΟΣΑ, η οποία αναφέρεται στα συστήματα υγείας σε είκοσι δύο (22) χώρες του ΟΟΣΑ, υπογραμμίζει, όσον αφορά τις πολιτικές αποδοτικότητας και ισότητας ότι καμία χώρα η οποία προχώρησε σε περικοπές στη ζήτηση ή σε πολιτικές συρρίκνωσης των παροχών υγείας, δεν κατόρθωσε να ελέγξει τις δαπάνες υγείας στα επιθυμητά επίπεδα (Culyer, 1989). Αντίθετα, οι χώρες εκείνες στις οποίες η εμπλοκή του κράτους είναι αποτελεσματική, ως προς την πλευρά της προσφοράς, δηλαδή του ελέγχου της δραστηριότητας του ιατρικού σώματος και της ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας είχαν θετικά αποτελέσματα.

Η βασική λοιπόν κατεύθυνση της αναγκαίας και δυνατής μεταρρύθμισης οφείλει να είναι ο έλεγχος της προσφοράς και η ενδυνάμωση της πλευράς της ζήτησης – χρηματοδότησης. Είναι βέβαιο ότι οι μηχανισμοί κεντρικού σχεδιασμού μπορεί να προσφέρουν σημαντικά προς την κατεύθυνση αυτή και μια σημαντική παρέμβαση είναι η θέσπιση Υγειονομικού Χάρτη, ώστε με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, να καθορίζονται τα όρια ανάπτυξης των ανθρωπίνων, οικονομικών και υλικών πόρων και της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Οπότε, μπορεί να υπάρξει έλεγχος του όγκου παραγωγής, του τρόπου διανομής, των συνολικών δαπανών υγείας και της κατανομής των πόρων. Η οργανωτική και λειτουργική ανασυγκρότηση της νοσοκομειακής υποδομής, η οποία απορροφά το 65% των συνολικών δαπανών υγείας, αποτελεί το επίκεντρο αυτής της παρέμβασης, με την οποία είναι δυνατό να υπάρξει πολιτική έλεγχου του κόστους και μείωση των δαπανών. Αυτό θα έχει σαν

αποτέλεσμα την απελευθέρωση πόρων, την αποκατάσταση της αρχής της ισότητας στην πρόσβαση και τον περιορισμό της παραοικονομίας.

Η ενδυνάμωση της ζήτησης-χρηματοδότησης αποτελεί το κρίσιμο σημείο της αναγκαίας και δυνατής μεταρρύθμισης, σε συνδυασμό με την προώθηση μιας τέτοιας πολιτικής που προϋποθέτει τον έλεγχο της προσφοράς. Η συγκρότηση ενός νέου οργανωτικού σχήματος, το οποίο ενσωματώνει πιθανόν τους μεγάλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μπορεί να υπηρετεί βραχυπρόθεσμα πολιτικές περικοπής των δημοσίων δαπανών ή ελέγχου των πόρων της ασφάλισης υγείας, αλλά δεν μπορεί να συμβάλλει στην προαγωγή της ισότητας και της αποδοτικότητας. Είναι προφανές ότι το πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης δεν έχει γίνει επαρκώς αντιληπτό. Μερικοί θεωρούν ότι ο έλεγχος των πόρων θα οδηγήσει σε λύσεις. Αυτό που είναι αναγκαίο, λοιπόν, είναι η ενίσχυση της μονοφωνιακής δυνατότητας και μέσα από αυτή η ενίσχυση της διαπραγματευτικής ισχύος. Ως εκ τούτου, η συγκρότηση ενός σχήματος με τη μορφή ομοσπονδίας των φορέων της ασφάλισης υγείας, υπηρετεί αυτή την επιδίωξη και συγκεντρώνει το σύνολο των δυνάμεων και αποφεύγει την διχοτόμηση της ασφάλισης. Επίσης συντονίζει την αγορά εργασίας, προάγει το πνεύμα εναρμόνισης και σύγκλισης των παροχών και των εισφορών με κριτήρια την ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη και μεσοπρόθεσμα αποκαθιστά τους μηχανισμούς οριζόντιας και κάθετης αναδιανομής. Η ισότητα “ προς τα πάνω ” είναι επιθυμητή και ρεαλιστική, ενώ μια “ αλληλοσυμπληρούμενη αγορά ” μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων ισχυροποιεί το δημόσιο τομέα και τις πολιτικές ελέγχου του κόστους.

Συμπερασματικά λοιπόν, πρέπει να πούμε ότι οι έστω ατελής προτεινόμενες μεταρρυθμίσεις της τελευταίας δεκαετίας στην Ελλάδα κινήθηκαν και σκοπεύουν στην εντελώς αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή στην αποδυνάμωση ακόμη περισσότερο της πλευράς της ζήτησης – χρηματοδότησης, προς όφελος της προσφοράς, η οποία καθίσταται ανεξέλεγκτη. Αύξηση του κόστους θα επιδεινώσει τα δημοσιονομικά και ασφαλιστικά ελλείμματα, θα προάγει πολιτικές πρόσθετης χρηματοδότησης από τα νοικοκυριά και τελικά θα διαμορφώσει ένα σύστημα δύο ταχυτήτων.

Αυτό που απαιτείται λοιπόν, είναι μια νέα ισορροπία μεταξύ της ανεξέλεγκτης προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας, ώστε να επιτευχθεί αποδοτικότητα στο σύστημα και συγκράτηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

8.4. Κράτος ή Αγορά: ποια οδό καλείται να επιλέξει η Ελληνική κοινωνία για το σύστημα υγείας της :

Το ζήτημα που έχει τεθεί από επιστήμονες των πολιτικών υγείας είναι εάν η Ελλάδα θα επιλέξει μια αγορά υπηρεσιών υγείας πλήρους ανταγωνισμού ή θα πρέπει να τελειοποιήσει το δημόσιο μονοπώλιο. Το δίλημμα για επιλογή αγοράς πλήρους ανταγωνισμού στερείται κάθε σοβαρότητας : οι λόγοι που περιορίζουν το ρόλο της αγοράς στην παροχή, διανομή και χρηματοδότηση του τομέα υγείας, δεν συνδέονται με την απομάκρυνση από την πολιτική εξουσία των φιλικά προς την αγορά προσκείμενων δυνάμεων, αλλά με τις χαρακτηριστικές ιδιότητες του αγαθού “ υγεία ”, που το κάνουν να διαφέρει από τα άλλα αγαθά.

Τα επιχειρήματα περί ανατροπής του συστήματος και του δημόσιου χαρακτήρα του, από την συντηρητική διακυβέρνηση των προηγούμενων χρόνων, όπως εκφράζονται από πολιτικούς και συνδικαλιστικούς κύκλους, δεν συνοδεύονται από στοιχεία παρέμβασης στο νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας.

Ο φόβος της ανατροπής των κατακτήσεων έχει οδηγήσει σε μια άρνηση των πολιτικο – συνδικαλιστικών ή ιατρικών συμφερόντων να σταθούν αυτοκριτικά στις συνεχιζόμενες δυσκαμψίες του ελληνικού συστήματος, οι οποίες είναι διαπιστωμένες από τα τέλη της δεκαετίας του '80 και προτιμούν την διαιώνισή τους.

Η επιλογή του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος δεν ταυτίζεται αναγκαστικά με την πραγματοποίηση ενός δημόσιου μονοπωλίου, πόσο μάλλον με τη θέσπιση ενός ενιαίου διοικητικού εθνικού φορέα παροχής, διανομής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας κάτω από την ίδια σκέπη. Το μοντέλο παραγωγής και χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας στον ίδιο σχηματισμό είναι αποδεκτό ότι αποτελεί το πλέον οικονομικό πρότυπο. Πρόκειται για ένα εκτεταμένο “ οργανισμό διατήρησης υγείας”, ένα πανελλήνιο ΙΚΑ κατά το ελληνικό πρότυπο. Πράγματι, το κόστος των 250 δρχ. για ιατρική επίσκεψη στο ΙΚΑ δεν μπορεί να επιτευχθεί με κανένα άλλο μέσο οργάνωσης ή διαχείρισης.

Η ελληνική κοινωνία στην δεκαετία του 1990, περίοδο κατά την οποία είναι ήδη ενταγμένη στην Ε. Ε. και με δεδομένη την ελεύθερη διακίνηση υπηρεσιών υγείας κατά το δυτικό καταναλωτικό πρότυπο, αλλά και με την πραγματικότητα ενός ήδη υπάρχοντος ιδιωτικού τομέα, δεν είναι δυνατό να επιλέξει μοντέλο, το οποίο μπορεί να ήταν σωτήριο στις δεκαετίες του 1950 και 1960 αλλά δεν ανταποκρίνεται ποιοτικά και αισθητικά στις σημερινές επιλογές της.

Μοιραία λοιπόν η ελληνική πραγματικότητα μας οδηγεί σε μια τρίτη λύση, που κινείται προς την κατεύθυνση των εμπειριών των μεταρρυθμίσεων της προηγούμενης δεκαετίας, δηλαδή την ενδυνάμωση και επέκταση του ελέγχου της δημόσιας εξουσίας αλλά και την θεσμοθέτηση πολιτικών διαμεσολάβησης μεταξύ των ανεξάρτητων παραγωγών και χρήσεων υπηρεσιών υγείας και εισαγωγής μορφών ελεγχόμενου ανταγωνισμού στο σύστημα.

Βέβαια, είναι αναγκαίο να πούμε για μια ακόμη φορά, ότι θα ήταν λάθος η σχηματική μεταφορά ξένων εμπειριών μεταρρυθμίσεων στη χώρα μας, χωρίς να λάβουμε υπόψη την ελληνική πραγματικότητα, τις επιλογές προτεραιοτήτων και την μικρή ιστορική παράδοση του συστήματός μας. Απαιτείται, λοιπόν, ένας προσεκτικός και δύσκολος ελληνικός δρόμος μεταρρύθμισης, ο οποίος θα απορρέει από τη διαμορφωμένη συνολική εθνική πολιτική υγείας, που σήμερα λείπει παντελώς.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **SALTMAN, R.B & AKANON**, *A Decentralization : the case of Kazakstan* . Geneva , wold Health Organization, 1996 (document).
2. **BORGENHAMMER, E.** *At varda liv: organisation etik kvaliter:* (looking after life: organization ethics quality). Stockholm S.N.S. Forlag ,1993.
3. **POLINOWSKA, S. & TYMOWSKA & Poland: in Johnson, N.** *Private markets in health and welfare.* Oxford , Bery , 1995.
4. **FREIRE , J. M.** *Healt care reforme in Spain.* In : Artundo ,C. et al ed. *Health care reforme in Europe.* Madrid, Ministry of health and Consumer Affairs. 1993.
5. **ANELL, A.** *Implementing plannet markets in health care: the care of Sweden.* In : Saltman, R. B. & von offer , C. ed. *Implementing plannet markets in health care.* Buckingham , open university Press , 1995..
6. **HUNTER, D, ET. AL.** *Optimal balance of centralized and decentralized management responsibilities.* In : Saltman R. B. et al ed. *Critical challenges for European health policy.* Buckingham open University press.
7. **MARTIKAINEN, A & USIKYLA P.** *Restrucenving health policies - the Finnish case.* Helsinki , University of Helsinki, 1996.
8. **OROSZ , E.** *Decentralization and Health care system change in Hungary.* Buda pest Eotnos Lorand university, 1995.
9. **HUNTER, D. J.** *The case for closer cooperation between local authorities and the NHS.* British medical Journal , 1995.
10. **RUBAS, L.** *Health care transformation in the czech Republic : analysis of the future.* Prague, Committee for Social Policy and Health , Parliament of the Czech Republic, 1994.
11. **ORESKOVIC, S.** *The miracle of centralisation Eurohealth ,* 1995.
12. **TCHERNJAVSKII, V. E. & KOMARON ,Y.** *Decentralization and changes in the functioning of health care system in the Russian Federation Moscow Medsocecon - Inform ,* 1996.

13. **BRUSTER , S. ET. AL.** *Survey of hospital patients British medical journal* (1994).
14. **CARTWRIGHT , A. & WINDSOR, J.** *Outpatient and their doctors.* London H. M. Stationery office, 1992.
15. **WINSLOW, C. E. A.** *Evolution and signiticance of the modern public health campaing.* New York Arno 1923.
16. **HIV/AIDS surveillance in Europe.** Saint Manrice , European center for the Epidemio logical Monitoring of AIDS , 1996.
17. **WELLINGS, K.** *Assessing AIDS/HIV prevetion. What do we know in Europe.* General population . Sozial -und Praventivmedizin , 1994.
18. **ACHESON, E.D** *Public health in Egland .Report of the commitee of enguiry into the future development of the public health function.* London, H.M Stationery Office, 1988.
19. **FRENK, J.** *The new public health. In: The crisis of public health: reflections for the debate.* Washington, Pan American Health Organization, 1992.
20. **SHAPIRO, S. ET AL.** *Ten -to - fourteen - year effect of screening on breast cancer mortality.* Journal of the National Cancel InSTITUTE, 1982.
21. **TABAR, L. ET. AL** *Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography.* Lancet, 1985.
22. **Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Στο σταυροδρόμι των επιλογών.**
Επιμέλεια : **Γιάννης Κυριόπουλος** . Εκδόσεις Θεμέλιο/ κοινωνία και υγεία. Ιούνιος 1995.
 - **ΚΡΑΤΟΣ Η ΑΓΟΡΑ; Η ΚΡΙΣΙΜΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ.** **Γιάννης Κυριόπουλος**
 - **ΕΝΙΑΙΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ : ΠΡΕΑΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΥΤΟΠΙΑ.** **Γιώργος Δ. Σκουτέλης.**
23. **ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ .** **Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρής, Σωτήρης , Σούλης,** Αθήνα 1996.
24. **ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ:** Γιώργος Ι. Στάθης: *Το Ε.Σ.Υ χρειάζεται ριζικές αλλαγές.* Μάιος - Ιούνιος 1996.