



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '90»**

ΑΖΩΙΔΟΥ ΝΟΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Επίκουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2006



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΟΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '90»

ΑΖΩΙΔΟΥ ΝΟΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Επίκουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<u>Σελίδα</u>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΡΩΣΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ	6
1.1. Γενική αναδρομή	6
1.2. Σύσταση Ρωσικής Ομοσπονδίας	7
1.2.1. Κατάσταση Υγείας μετά το 1991	11
1.3. Ιστορική αναδρομή	14
1.3.1. Ανάπτυξη Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ	18
2.1. Οργανωτική δομή του Συστήματος Υγειονομικής Φροντίδας	18
2.1.1. Ιστορική αναδρομή	18
2.1.2. Η τρέχουσα οργάνωση του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης	19
- Υπουργείο Υγείας	22
- Το παράλληλο σύστημα	24
- Ρωσική Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών	24
- Ασφαλιστικοί οργανισμοί	24
- Ιδιωτικός τομέας	25
- Εθελοντικός τομέας	25
2.2. Οργάνωση, Ρύθμιση και Διαχείριση	26
2.2.1. Οργάνωση	26
2.2.2. Ρύθμιση	30
- Φαρμακευτικά είδη	30
- Υψηλή τεχνολογία	31
- Προσόντα Προσωπικού	31
- Τα πρότυπα	33

2.2.3. Διαχείριση	33
- Διοικητική αποκέντρωση του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης	35
- Μετάβαση	36
- Εξουσιοδότηση	38
- Αποσυμπίεση	38
- Ιδιωτικοποίηση	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ	40
3.1. Κύριο σύστημα χρηματοδότησης και δημοσιονομική κάλυψη	40
3.1.1. Ιστορική αναδρομή	40
3.1.2. Αδυναμίες του Σοβιετικού Συστήματος στη χρηματοδότηση	40
3.1.3. Σύσταση νομοθεσίας της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Ρωσική Ομοσπονδία	41
3.2. Συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης	42
3.2.1. Υπερκοστολόγηση	44
3.2.2. Παράνομες πληρωμές (φακελάκια)	45
3.2.3. Χρηματοδότηση από εθελοντική ασφάλιση υγείας	46
3.2.4. Εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης	47
3.3. Ωφέλειες και περιορισμοί του Συστήματος Υγείας	47
3.3.1. Οφέλη	47
3.3.2. Περιορισμοί	50
3.4. Δαπάνες Συστήματος Υγείας	50
3.5. Χρηματοδότηση Νοσοκομείων	54
3.6. Πληρωμή Γιατρών	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΙΑΝΟΜΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ	58
4.1. Δομή του Σοβιετικού Συστήματος Υγείας	58
4.2. Πρωτοβάθμια και Δημόσια Υγειονομική Φροντίδα	60

4.2.1. Δημόσια Υγειονομική Φροντίδα	62
4.3. Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα	65
4.4. Κοινωνική Φροντίδα	69
4.5. Ανθρώπινο Δυναμικό και Κατάρτιση	70
4.6. Φαρμακευτικές και Τεχνολογικές εκτιμήσεις στο Σύστημα Υγείας	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ	78
ΡΩΣΙΑΣ	
5.1. Σκοποί και Αντικειμενικοί Στόχοι	78
5.2. Περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων και η Νομοθεσία	79
5.3. Εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων	83
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	106

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Αντικείμενο της εργασίας είναι η αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων στο Σύστημα Υγειονομικών Φροντίδων της Ρωσίας.

Αφορμή αποτέλεσε η διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης, που επέφερε καθοριστικές αλλαγές και στο Σύστημα Υγείας της Ρωσίας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του Συστήματος Υγείας της Ρωσίας και της μεταρρύθμισής του τη δεκαετία του '90.

Η *μεθοδολογία* που ακολουθήθηκε ήταν αφενός η ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας, αφετέρου η άντληση επιτόπου πληροφόρησης με προσωπικές συνεντεύξεις.

Αντιμέτωπισα δυσκολίες στη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, λόγω του ότι ήταν αποκλειστικά στην Αγγλική και Ρωσική γλώσσα. Συνάντησα πληθώρα εννοιών που φαινόταν να αντιμετωπίζονταν διαφορετικά ως προς το περιεχόμενό τους στις δύο γλώσσες. Έπρεπε να αναζητώ κάθε φορά ερμηνεία στις εμπειρίες συγγενών μου, που ζουν στην περιοχή. Η σημαντικότερη και ουσιαστική δυσκολία βέβαια ήταν ότι οι μελέτες αξιολόγησης των μεταρρυθμίσεων είναι ανύπαρκτες ή περιορίζονται σε λιγοστούς τομείς του συστήματος.

Η εργασία είναι δομημένη σε πέντε κεφάλαια.

Μετά την παρούσα εισαγωγή, στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται μία γενική αναδρομή για την Ρωσική Ομοσπονδία σχετικά με τη σύσταση της Ρωσικής Ομοσπονδίας, την κατάσταση υγείας μετά το 1991 και την ανάπτυξη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην οργάνωση και διαχείριση του Συστήματος Υγείας της Ρωσίας πριν τις μεταρρυθμίσεις. Αναλύονται θέματα οργάνωσης, ρύθμισης και διαχείρισης του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης.

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται ζητήματα χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας της Ρωσίας, με αναφορές στις γενικότερες δαπάνες, συμπληρωματικές πηγές

χρηματοδότησης, ωφέλειες και περιορισμοί του συστήματος υγείας καθώς και τρόπους αποζημίωσης των νοσοκομείων και πληρωμής των γιατρών.

Στο τέταρτο κεφάλαιο διαπραγματευόμαστε ζητήματα που αφορούν το σύστημα διανομής των υγειονομικών φροντίδων, τη δομή του Σοβιετικού συστήματος υγείας, με αναφορές στη πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια και δημόσια κοινωνική φροντίδα. Επίσης, γίνεται λόγος για την κοινωνική φροντίδα, τους ανθρώπινους πόρους, την εκπαίδευση, τις φαρμακευτικές και τεχνολογικές δυνατότητες του Συστήματος Υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας της Ρωσίας τη δεκαετία του '90. Αξιολογούνται οι σκοποί, οι στόχοι, το περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων και πορεία εφαρμογής τους.

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

- στους συγγενείς μου, που ζουν σε πρώην Δημοκρατία της Σοβιετικής Ένωσης, και συνέβαλαν με σημαντική πληροφόρηση στη γενική κατανόηση του υπό εξέταση συστήματος υγειονομικών φροντίδων,
- στη θεία μου κα. Κιρνόσοβα Σβετλάνα, νοσηλεύτρια, που μοιράστηκε μαζί μου τις γνώσεις και εμπειρίες της, οι οποίες με βοήθησαν στην κατανόηση της λειτουργίας του υπό εξέταση συστήματος υγειονομικών φροντίδων,
- στον κ. Παρασκευόπουλο Λ., Επίκουρο Καθηγητή του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος,
- την οικογένειά μου και όλους όσους επέδειξαν υπομονή και κατανόηση κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΡΩΣΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ

1.1. Γενική αναδρομή

Η Ρωσική Ομοσπονδία καλύπτει μια έκταση 17 εκατομμυρίων τ.χλμ. και είναι η μεγαλύτερη χώρα στον κόσμο, σύμφωνα με την επιφάνεια που καλύπτει¹. Έχει μια ακτή 37.653 χλμ. και όρια εδάφους 19.961 χλμ. οριοθετώντας τις ακόλουθες χώρες: Αζερμπαϊτζάν, Λευκορωσία, Κίνα, Εσθονία, Φινλανδία, Γεωργία, Καζακστάν, Βόρεια Κορέα, Λετονία, Λιθουανία, Μογγολία, Νορβηγία, Πολωνία και Ουκρανία. Τα κλίματά της περιλαμβάνουν εκείνα των στεπών στο Νότο, υγρό ηπειρωτικό στην Ευρωπαϊκή Ρωσία, πολικού ψύχους στη Σιβηρία και τούντρα στο πολικό Βορρά. Οι χειμώνες ποικίλλουν από δροσερό κλίμα κατά μήκος της Μαύρης Θάλασσας σε ψυχρό στη Σιβηρία, και τα καλοκαίρια από θερμό στις στέπες σε δροσερό κλίμα στον αρκτικό Βορρά. Τα δάση καλύπτουν το 46% του εδάφους και μόνο 8% είναι καλλιεργήσιμα, δεδομένου ότι τα μεγαλύτερα μέρη είναι είτε παρά πολύ κρύα είτε παρά πολύ ξηρά για τη γεωργία. Η χώρα είναι πλούσια σε φυσικούς πόρους που έχουν σημαντικά αποθέματα πετρελαίου, αέριο, άνθρακα, ξυλεία και πολλές στρατηγικές μεταλλευμάτων. Εντούτοις, το κλίμα, η έκταση και οι αποστάσεις θέτουν τα εμπόδια στη πλήρη εκμετάλλευση αυτών των πόρων.

Περιβαλλοντικά, η Ρωσική Ομοσπονδία πάσχει από την ατμοσφαιρική ρύπανση που προκαλείται από τη βαριά βιομηχανία, την εκπομπή καρβουνο-ηλεκτρικών εγκαταστάσεων, την μεταφορά σε μεγάλες αστικές περιοχές βιομηχανικής και γεωργικής ρύπανσης μέσω υπόγειων υδάτων και θαλάσσιων ακτών, την αποδάσωση και εδαφολογική διάβρωση, την ραδιολογική μόλυνση, εδαφολογική μόλυνση από τις γεωργικές χημικές ουσίες και μόλυνση υπόγειων ρευμάτων από τοξικά απόβλητα.

Η πρωτεύουσα της Ρωσικής Ομοσπονδίας είναι η Μόσχα, με πληθυσμό 9 εκατ. κατ. Διοικητικά, η χώρα διαιρείται σε 49 ομπλαστ (περιοχές), 21 δημοκρατίες, 10 αυτόνομα εδάφη, 2 ομοσπονδιακές πόλεις (Μόσχα και Αγία Πετρόπουλη), 7 Κράις.

Ο πληθυσμός της Ρωσικής Ομοσπονδίας υπολογίστηκε να είναι 144,8 εκατ. κατ. τον Απρίλιο του 2001 και έχει μειωθεί από το 1992 λόγω υπερβολικού αριθμού θανάτων αναλογικά με τον αριθμό των γεννήσεων (Shkolnikov και Chervyakov, 2000). Μια μερίδα

¹ The World Fact Book - Russia, <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/rs.html> (17.8.05).

της φυσικής μείωσης του πληθυσμού (περίπου 40% προς το τέλος της δεκαετίας του '90) αποζημιώνεται με μια θετική αναπλήρωση από τις πρώην Σοβιετικές δημοκρατίες. Η μεγαλύτερη εισροή ήταν από το Αζερμπαϊτζάν, το Καζακστάν, το Ουζμπεκιστάν και την Ουκρανία, με τους περισσότερους μετανάστες να είναι Ρώσοι. Εντούτοις, εσωτερικά η Ρωσία διαιρείται σε δύο ζώνες: μία αυτή που κερδίζει πληθυσμό και μία αυτή που χάνει. Τα βόρεια και ανατολικά μέρη της Ρωσίας χάνουν τον πληθυσμό, ενώ οι νότιες παραμεθόριες περιοχές του Ευρωπαϊκού μέρους της Ρωσίας κερδίζουν. Ο πληθυσμός γεννά, καθώς το ποσοστό των ατόμων ηλικίας κάτω των 15 ετών μειώθηκε από 22,9% το 1991 σε 19% το 1999 και το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας πάνω από 64 ετών αυξήθηκαν από 10,2% σε 12,5%.

Η επίσημη γλώσσα είναι τα Ρωσικά². Η μεγαλύτερη θρησκευτική ομάδα είναι η Χριστιανική Ορθοδοξία η οποία υπολογίζεται να έχει περίπου 35-40 εκατ. οπαδούς με το μέρος της. Μέρος του πληθυσμού είναι Μουσουλμάνοι και μια σημαντική μερίδα είναι άθεοι.

Επίσης, υπάρχουν στο σύνολο άνω των 100 καταγεγραμμένες υπηκοότητες.

Η Ρωσία παρουσιάζει ένα πολύ υψηλό ποσοστό βασικής εκπαίδευσης (98,4% του ενήλικου πληθυσμού). Περίπου 60% του πληθυσμού άνω των 16 ετών έχουν ολοκληρώσει τουλάχιστον τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η εκπαίδευση είναι υποχρεωτική και δωρεάν για όλα τα παιδιά μεταξύ 7 και 17 ετών. Η ποιότητα της εκπαίδευσης είναι υψηλή, αν και τα προγράμματα σπουδών χρονολογούνται παλαιά, ενώ οι πόροι (βιβλία, εξοπλισμός κλπ.) παρέχονται σε πολύ μικρές ποσότητες.

1.2. Σύσταση Ρωσικής Ομοσπονδίας

Η Ρωσία διακήρυξε την ανεξαρτησία της στις 12 Ιουνίου 1990 (Ημέρα Ανεξαρτησίας) (Солженицын, 2001, σελ. 15). Ένα χρόνο αργότερα, στις 12 Ιουνίου 1991, ο Μπόρις Γιέλτσιν έγινε ο πρώτος δημοκρατικά εκλεγμένος Ρώσος Πρόεδρος. Στις 8 Δεκεμβρίου 1991 οι Πρόεδροι της Λευκορωσίας, της Ρωσίας και της Ουκρανίας υπέγραψαν μια συνθήκη για να καταργήσουν την Ένωση Σοβιετικής Σοσιαλιστικής Δημοκρατίας (ΕΣΣΔ) και να διαμορφώσουν την Κοινοπολιτεία Ανεξάρτητων Κρατών (ΚΑΚ), η οποία επεκτάθηκε αργότερα για να περιλάβει επιπλέον 11 κράτη της πρώην

² Στο ίδιο.

Σοβιετικής Ένωσης. Η ΕΣΣΔ έπαψε τυπικά να υπάρχει στις 25 Δεκεμβρίου 1991, όταν ανήγγειλε ο Πρόεδρος Γκαρμπαντσοβ την παραίτησή του. Την ίδια ημέρα πέρασε η νομοθεσία με τίτλο «Αλλαγή ονόματος του Κράτους ΕΣΣΔ», σύμφωνα με την οποία από εκείνη την ημερομηνία το όνομα του Ρωσικού Κράτους έπρεπε να διαβάζεται και να γράφεται ως «Ρωσική Ομοσπονδία» (Ρ.Ο.). Τον Δεκέμβριο του 1993 η Ρωσική Ομοσπονδία πραγματοποίησε τις πρώτες ελεύθερες κοινοβουλευτικές εκλογές της. Σύμφωνα με ένα νέο Σύνταγμα, το οποίο εγκρίθηκε με εθνικό δημοψήφισμα στις 12 Δεκεμβρίου 1993, το πολίτευμα της χώρας είναι Ομοσπονδιακή Λαϊκή Δημοκρατία³. Κυβερνητικές δυνάμεις αποτελούνται από τον Πρόεδρο, την Ομοσπονδιακή Συνέλευση (το Κοινοβούλιο), την Κυβέρνηση (Υπουργεία) και τα δικαστήρια. Ο Πρόεδρος, που είναι ο αρχηγός του Κράτους, εκλέγεται με την άμεση και καθολική ψήφο. Η προεδρική θητεία είναι τέσσερα έτη με μέγιστο δικαίωμα επανεκλογής δύο θητειών. Το Σύνταγμα παραχωρεί εκτελεστικές δυνάμεις στον Πρόεδρο, συμπεριλαμβανομένη και εκείνη που διορίζει τον Πρωθυπουργό, Πρόεδρο της Κεντρικής Τράπεζας καθώς και τον Πρόεδρο του Συνταγματικού Δικαστηρίου υπό τον όρο να υπάρχει και έγκριση από το Κοινοβούλιο. Εντούτοις, ο Πρόεδρος έχει την δύναμη να διαλύσει το Κοινοβούλιο εφόσον η επιλογή του πρωθυπουργού του απορρίπτεται επανειλημμένα, ή εάν δεν πάρει δύο συνεχόμενες φορές ψήφο εμπιστοσύνης μέσα σε 3 μήνες.

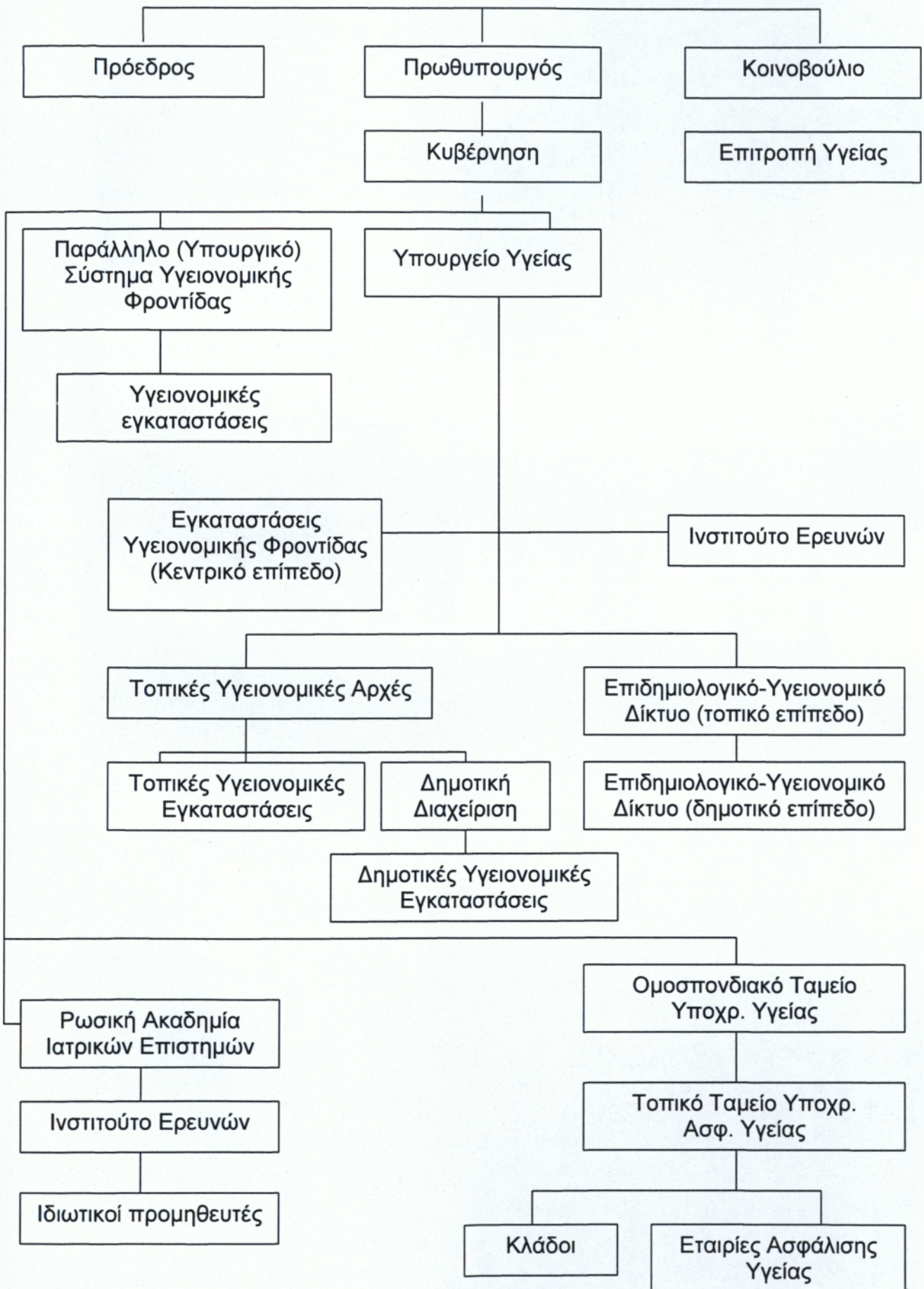
Το Κοινοβούλιο είναι το ανώτατο νομοθετικό Σώμα και αποτελείται από το νομοθετικό, το εκτελεστικό και το δικαστικό.

Παρακάτω παρατίθεται σχετικό Οργανόγραμμα για την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας.

Στις εκλογές του 1999 συμμετείχαν 26 πολιτικές παρατάξεις, εκ των οποίων μόνο οι 6 συγκέντρωσαν το 5% (ποσοστό απαραίτητο για την κοινοβουλευτική αντιπροσώπευση, αφού τα περισσότερα πολιτικά κόμματα είναι αδύναμα και χωρισμένα) (Солженицын, 2001).

³ Στο ίδιο.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΡΩΣΙΚΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ



Οικονομικές αλλαγές και οι επιδράσεις στο βιοτικό επίπεδο

Υπήρξε αδιαφιλονίκητα μια οικονομική κατάρρευση στη Ρωσική Ομοσπονδία μετά την ανεξαρτησία, οι συνέπειες της οποίας είναι δύσκολο να μετρηθούν ακριβώς και είναι πιθανόν ο βαθμός του να έχει ξεπεράσει και αυτούς που έχουν καταγραφεί από τις οικονομικές στατιστικές⁴. Υπολογίζεται ότι το ΑΕΠ μειώθηκε κατά προσέγγιση 12% στην πραγματικότητα το 1991, ενώ ο πληθωρισμός ανήλθε στα τριπλά ψηφία ακόμα και πριν από την φιλελευθεροποίηση τιμών. Σε αντίθεση με άλλες ανατολικές ευρωπαϊκές χώρες που κατόρθωσαν να αντικαταστήσουν σχετικά γρήγορα μετά την ανεξαρτησία τους, το ΑΕΠ στη Ρωσική Ομοσπονδία συνέχισε να συμβάλλεται για ακόμη τέσσερα έτη⁵. Οι λόγοι αυτής της μείωσης είναι οι εξής: 1) η μακρά υφιστάμενη εστίαση στη βιομηχανική ανάπτυξη, 2) η ανεπάρκεια σεβασμού στην αποδοτικότητα, τις περιβαλλοντολογικές ανησυχίες ή το κόστος ευκαιρίας, 3) η διακοπή του εμπορίου με τις ανατολικές ευρωπαϊκές χώρες, 4) η ανικανότητα στήριξης στη γεωργία λόγω έλλειψης επιχορηγήσεων που δεν ήταν πλέον προσιτές, 5) η διακοπή του υπάρχοντος οικονομικού προγράμματος χωρίς να υπάρχει άλλο πρόγραμμα για αντικατάστασή του και 6) τα συγκροτούμενα ρεύματα υποστήριξης της γρήγορης μεταρρύθμισης και η ισχυρή αντίσταση από την παλαιά πολιτική ελίτ⁶.

Από το 1992, ο προσανατολισμός της μακροοικονομικής πολιτικής είχε εστιαστεί στη φιλελευθεροποίηση των τιμών, την μακροοικονομική σταθεροποίηση και την ένταξη στη διεθνή οικονομία. Εντούτοις, δεν ήταν δυνατό να αρχίσουν να δρουν αποτελεσματικά οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν. Παρόλο που η παραγωγή και η απασχόληση βρίσκεται στα χέρια του ιδιωτικού τομέα, η συμμετοχή του Κράτους είναι πολύ μεγάλη (Гайдар, Синельников, Трофимов, Коваль, Воиовик, 2003).

Ο τριψήφιος πληθωρισμός συγκρατήθηκε μέχρι το 1995 και η οικονομία δοκίμασε μια μικρή ανάκαμψη το 1997. Ωστόσο, αυτό τελείωσε με την οικονομική κρίση του 1998, η οποία οδήγησε στην υποτίμηση του ρουβλιού.

Αυτά τα γεγονότα έχουν αποδοθεί στα επίμονα δημοσιονομικά ελλείμματα και το συσσωρευμένο χρέος, τις ελλειπείς μεταρρυθμίσεις στον οικονομικό τομέα και την έλλειψη ευρείας πολιτικής υποστήριξης για πρωτοβουλίες, μαζί με τις μειωμένες αξίες των κύριων

⁴ Tragakes και Lessof, "Health Care Systems in Transition: Russian Federation", Tragakes E., Copenhagen, 2003.

⁵ Economy, http://russiansabroad.com/russian_history_175.html (10.10.2004).

⁶ Στο ίδιο.

προϊόντων εξαγωγής (κυρίως πετρέλαιο) το 1997-1998. Το ανταγωνιστικό ρούβλι και οι αυξανόμενες τιμές του πετρελαίου στα επόμενα έτη, οδήγησαν στην αποκατάσταση το 1999 και το 2000, με το ΑΕΠ να ανέρχεται σε 5,4% και 8,9% αντίστοιχα. Ο πληθωρισμός μετά την υποτίμηση έπεσε σε περίπου 20% στο τέλος του 2000.

Αυτές οι εξελίξεις αύξησαν την εμπιστοσύνη καθώς οι οικονομικές προοπτικές για τη χώρα είχαν βελτιωθεί. Η αύξηση, όμως, επιβραδύνθηκε το 2001 και, το πιο σημαντικό, η κυβέρνηση δεν εκμεταλλεύθηκε την οικονομική ανάκαμψη για να ωθήσει μπροστά με δομικές μεταρρυθμίσεις.

Η οικονομική κρίση έχει ασκήσει σαφώς σημαντική επίδραση στο βιοτικό επίπεδο, αυξάνοντας κατά πολύ το ποσοστό του πληθυσμού που ζει στη φτώχεια ή με εισοδήματα λιγότερα απ' ό,τι υπολογίζεται επίσημα για να είναι το ελάχιστο επιβίωσης. Στη περίοδο 1992-1993 η φιλελευθεροποίηση των τιμών προκάλεσε μια γενική πτώση 40% στο πραγματικό εισόδημα. Το 1992 ένα κατ' εκτίμηση 33,5% του πληθυσμού ήταν φτωχό (δηλαδή στα εισοδήματα κάτω από το ελάχιστο επιβίωσης), ενώ το 1993 αυτό ήταν 31,5%. Στα έτη 1994-1998, οι φτωχοί αποτέλεσαν κατά προσέγγιση 21-25% του πληθυσμού, αλλά το 1999 λόγω της οικονομικής κρίσης του προηγούμενου έτους το ποσοστό των φτωχών ανήλθε σε σχεδόν 29% του πληθυσμού (Tragakes και Lessof, 2003).

Ο βασικός παράγοντας που συμβάλλει στους αυξανόμενους αριθμούς ατόμων που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας είναι το επίπεδο αμοιβών. Ένας περαιτέρω παράγοντας που οφείλεται στην αύξηση της φτώχειας είναι η αυξανόμενη ανεργία καθώς και ο πληθωρισμός ο οποίος επιδεινώνει την εισοδηματική ανισότητα, δεδομένου ότι τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού είναι αυτά που δέχονται το σκληρότερο χτύπημα.

1.2.1. Κατάσταση Υγείας μετά το 1991

Η κατάσταση της υγείας του Ρωσικού πληθυσμού μειώθηκε αισθητά μετά την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης, στα τέλη του 1991 (Shkolmikov-Cherviakov, 2000).

Την τελευταία δεκαετία η Ρωσία είχε δεχθεί έναν πρωτοφανή κλονισμό: τον συνδυασμό μιας δραματικής πτώσης του ποσοστού γεννήσεων και της αυξημένης θνησιμότητας, με αποτέλεσμα να παρουσιάσει μειωμένα ποσοστά αύξησης, τα οποία έγιναν αρνητικά το 1992. Τον ίδιο χρόνο τα ποσοστά θανάτου στη Ρωσική Ομοσπονδία ήταν μεγαλύτερα από τα ποσοστά γέννησης για πρώτη φορά, πράγμα που ισχύει και μέχρι σήμερα. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, η θνησιμότητα αυξήθηκε για όλες τις ηλικιακές ομάδες, εκτός από τα νήπια και τα παιδιά, και για τα δύο φύλα αν και η αύξηση

ήταν μεγαλύτερη για τους άνδρες. Η μέγιστη αύξηση στη θνησιμότητα ήταν μεταξύ αντρών ηλικίας 40-49 ετών, η οποία διπλασιάστηκε σχεδόν (αύξηση 87% στη περίοδο 1990-1994). Μέχρι το 1992 το προσδόκιμο επιβίωσης μειώθηκε στα ίδια επίπεδα όπως το 1985, το οποίο ακολουθήθηκε από μια μεγαλύτερη πτώση την περίοδο 1993-1994 και έπειτα μια βαθμιαία αύξηση από το 1995 και μετά.

Η κύρια αιτία θανάτου στη Ρωσία είναι η καρδιαγγειακή πάθηση, η οποία κατέχει τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη⁷. Αυτοί οι θάνατοι εμφανίζονται συχνά σε νεότερη ηλικία.

Η δεύτερη πλέον σημαντική αιτία θανάτου περιλαμβάνει τις εξωτερικές αιτίες τραυματισμού και τις δηλητηριάσεις (που περιλαμβάνει την ανθρωποκτονία, την αυτοκτονία, τις δηλητηριάσεις οινοπνεύματος κλπ.). Όπως με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, αυτοί οι θάνατοι αυξήθηκαν το 1994.

Η μητρική θνησιμότητα είναι μια από την υψηλότερη στην Ευρώπη, η οποία μειώνεται σταθερά (σημαντική μείωση την περίοδο 1995-2000), παρά την οικονομική κρίση και τις πιέσεις στο σύστημα υγείας. Επίσης, σε σημαντικά υψηλά επίπεδα στην ευρωπαϊκή περιοχή βρίσκονται οι αμβλώσεις⁸, οι οποίες αποτελούν αιτία μητρικής θνησιμότητας, η βρεφική θνησιμότητα⁹ και νοσηρότητα, καθώς και η θνησιμότητα από τις μολυσματικές και παρασιτικές ασθένειες.

Ένα ξέσπασμα στις αρχές της δεκαετίας του '90 προκλήθηκε από την διφθερίτιδα. Αυτό οφειλόταν στην κατάρρευση των προγραμμάτων εμβολιασμού, ως αποτέλεσμα των φόβων για τον ιό του Aids, καθώς επίσης και στις αποτυχίες στο σύστημα κρατικής υγειονομικής-επιδημιολογικής επιτήρησης. Λήφθηκαν αποτελεσματικά μέτρα για να βελτιωθεί το ποσοστό εμβολιασμού. Μια αυξημένη ανησυχία τώρα υπάρχει για την ερυθρά¹⁰. Επίσης, υπάρχει μια αύξηση στη σύμφυτη σύφιλη. Περαιτέρω έχει υπάρξει αυξανόμενη επίπτωση άλλων πολυάριθμων ασθενειών, που προηγουμένως ήταν υπό

⁷ *Public Health*, www.publichealth.pitt.edu/soupercourse/soupercourse.PPT/22011-23001/22041.ppt (18.3.2005). *Highlights on health in the Russian Federation*, σελ. 5, <http://www.euro.who.int/document/e72504.pdf> (18.3.2005).

⁸ A. Popov, "Family Planning and Induced Abort in Post-Soviet, Russian of the early 1990: Unmet Needs in Information Supply", http://www.rang.org/pubs/conf_proceedings//2CF124/CF124 chap.3.html (15.9.05).

⁹ Στο ίδιο.

¹⁰ Στο ίδιο.

έλεγχο, συμπεριλαμβανομένης της χολέρας, του τυφοειδούς πυρετού, της ιλαράς και της ηπατίτιδας. Είναι αξιοσημείωτο ότι ακόμη και η ελονοσία επανεμφανίζεται.

Ποσοστά μόλυνσης HIV άρχισαν να αυξάνονται αισθητά στο τελευταίο μισό της δεκαετίας του '90. Οι επιπτώσεις που έχουν καταχωρηθεί μέχρι τώρα είναι χαμηλές απ' ό,τι στις δυτικές χώρες. Ένας τρόπος αύξησης είναι η μετάδοση από τις βελόνες που χρησιμοποιούν οι χρήστες, καθώς ο αριθμός αυτών αυξάνεται συνεχώς και από την σεξουαλική μετάδοση, η οποία επιδεινώνεται από την έλλειψη αποτελεσματικής εκπαίδευσης στα Ρωσικά σχολεία.

Όπως αναφέρθηκε ήδη, το αλκοόλ¹¹ είναι μια σημαντική αιτία της πρόωρης θνησιμότητας στη Ρωσία. Μετά από την κατάρρευση της εκστρατείας κατά του αλκοόλ το 1987, η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξήθηκε αισθητά. Αυτό βοηθήθηκε από την μικρότερη αύξηση των τιμών του αλκοόλ απ' ό,τι για τα άλλα καταναλωτικά αγαθά.

Η υγεία των παιδιών και των εφήβων είναι ένα πολύ ανησυχητικό ζήτημα. Το πρόβλημα σε μεγάλο βαθμό συσχετίζεται με το μεγάλο ποσοστό παιδιών που ζουν υπό μειονεκτικούς κοινωνικούς και οικονομικούς όρους, καθώς μεγάλα ποσοστά παιδιών είναι άστεγα ή υπό την επίβλεψη ενός γονέως, ζώντας υπό άσχημες συνθήκες, ή έχουν εγκαταλείψει το σχολείο¹².

Υπήρξε μια χαρακτηριστική αύξηση στις ανθρωποκτονίες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, σε επίπεδο 20 φορές υψηλότερο απ' ό,τι στη δυτική Ευρώπη. Όπως και αλλού, τα περισσότερα θύματα γνωρίζουν τους παράγοντες που τους βλάπτουν και το αλκοόλ είναι ένας σχεδόν σταθερός παράγοντας.

Τα υψηλά επίπεδα περιβαλλοντικής υποβάθμισης σημαίνουν ότι μεγάλο ποσοστό του αστικού πληθυσμού ζει με τα υψηλά επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης. Θεωρείται ότι το παραπάνω συνδέεται με αναπνευστικές ασθένειες.

¹¹ M. Sckolnikov, "The Russian Epidemiological Crisis as Mirrored by Mortality Trends", [http://www.rang.org/pubs/conf_proceedings ICF 124/CF 124 chap.4 html](http://www.rang.org/pubs/conf_proceedings_ICF_124/CF_124_chap.4.html) (15.9.05).

¹² Στο ίδιο.

1.3. Ιστορική αναδρομή

1.3.1. Ανάπτυξη Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Στην τσαρική Ρωσία το συντριπτικό μέρος του πληθυσμού αποτελούνταν από αγρότες (Солженицын, 2001, σελ. 193-205). Το 1864, ως τμήμα των φιλελεύθερων μεταρρυθμίσεων που θεσπίστηκαν από τον τσάρο Αλέξανδρο τον Β', καθιερώθηκαν η δημόσια ιατρική φροντίδα και οι άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Προέκυψαν πολυάριθμοι ιατρικοί σταθμοί οι οποίοι ήταν επανδρωμένοι από έναν γιατρό και βοηθητικό προσωπικό, καθώς επίσης και μερικά νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνταν από την φορολογία και ήταν δωρεάν. Αυτό το δίκτυο, παρόλο που ήταν ανεπαρκές για να καλύψει τις ανάγκες 80 εκατ. ανθρώπων, παρείχε μια στερεά βάση επάνω στην οποία θεμελιώθηκε αργότερα το Σοβιετικό Σύστημα, δεδομένου ότι κατέδειξε τη δυνατότητα εξασφάλισης ιατρικής φροντίδας ως μια δωρεάν δημόσια υπηρεσία η οποία εξασφαλιζόταν από τους μισθοδοτημένους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης.

Στο πρώτο μέρος του 20ού αιώνα, η συσσωρευτική εμπειρία του Α΄ Παγκόσμιου Πολέμου, ο εμφύλιος πόλεμος και η επακόλουθη πείνα, και οι μαζικές επιδημίες ήταν καταστρεπτικές για την υγεία, αφού είχαν καταστρέψει ένα μεγάλο μέρος της υπάρχουσας υποδομής και δημιούργησαν μακροπρόθεσμα φορτία για την υγεία.

Ο προγραμματισμός για την αναδημιουργία περιέλαβε την ανάπτυξη από τον Nikolai Semashko των αρχών υγειονομικής περίθαλψης στις οποίες το Σοβιετικό Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επρόκειτο να βασιστεί στα εξής (Tragakes-Lessof, 2003, σελ.23):

- Κυβερνητική ευθύνη για την υγεία
- Καθολική πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες
- Μία προληπτική προσέγγιση στις «κοινωνικές αρρώστιες»¹³
- Μια στενή σχέση μεταξύ της επιστήμης και της ιατρικής πρακτικής
- Συνέχιση της φροντίδας μεταξύ της προώθησης υγείας, της θεραπείας και της αποκατάστασης

¹³ Ο όρος «κοινωνικές αρρώστιες» χρησιμοποιούνταν για να αναφερθούν στις ασθένειες και συνδέθηκαν με την εργασία και τις συνθήκες διαβίωσης των εργαζομένων και περιλάμβαναν κυρίως τις μολυσματικές και επαγγελματικές ασθένειες.

Με βάση αυτές τις αρχές, το Κράτος ανέπτυξε ένα ενοποιημένο Σύστημα Υγείας που παρείχε δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες για τον καθένα. Τεράστια έμφαση δόθηκε στον επιδημιολογικό έλεγχο και την πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών από το 1920 και μετά. Οργανώθηκαν μικρές υγειονομικές μονάδες, για να γίνουν αργότερα «υγειονομικοί-επιδημιολογικοί σταθμοί». Στα πλαίσια του πρώτου πενταετούς σχεδίου του 1928, το Υπουργείο Υγείας ενέτεινε τις προσπάθειες για την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών υπό μορφή πολυκλινικών για τους βιομηχανικούς εργάτες και τους αγρότες, και καθόρισε να καθιερώσει τις ιατρικές σχολικές εγκαταστάσεις ώστε να επεκταθεί το εργατικό δυναμικό υγειονομικής περίθαλψης. Το 1937 τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης καταργήθηκαν. Τα Νοσοκομεία, Φαρμακεία και οι άλλες εγκαταστάσεις Υγείας εθνικοποιήθηκαν και παρουσιάστηκαν υπό την διαχείριση Υγειονομικών Περιφερειών. Οι παράλληλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης οργανώθηκαν για ορισμένες βιομηχανίες, υπουργεία και άλλες κατηγορίες (ηγεσία συμβαλλόμενων μερών, υπεράσπιση, ανθρακωρύχοι, εργαζόμενοι βαριάς βιομηχανίας, εργαζόμενοι στις μεταφορές κ.ά.).

Το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης ήταν υπό κρατικό έλεγχο, το οποίο χρηματοδοτούσε τις υπηρεσίες από τα εισοδήματα δημόσιας διοίκησης ως τμήμα των εθνικών προγραμμάτων κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης έγιναν υπάλληλοι του Κράτους, το οποίο πλήρωνε τους μισθούς και παρείχε τις προμήθειες σε όλα τα ιατρικά όργανα. Το Υπουργείο Υγείας στο πλαίσιο του ακριβούς Κανονισμού από το Κομμουνιστικό Κόμμα, θέσπισε τους υποχρεωτικούς κανόνες για τις εγκαταστάσεις και το εργατικό δυναμικό. Ο κύριος πολιτικός προσανατολισμός καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της περιόδου ήταν να αυξηθούν οι αριθμοί κρεβατιών στα νοσοκομεία και το ιατρικό προσωπικό.

Μέχρι το 1941 όταν μπήκε η Ρωσία στον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης αναπτύχθηκε καλά και είχε πετύχει να φέρει τις περιεκτικές υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Κατά την διάρκεια του πολέμου, ήταν σε θέση να ανταποκριθεί στις ογκώδεις απαιτήσεις για παροχή φροντίδας για τους τεράστιους αριθμούς στρατιωτών και πολιτικών θυμάτων. Επιπλέον, καμία μαζική επιδημία δεν εμφανίστηκε παρά τις εξαιρετικά αντίξοες συνθήκες για τον πληθυσμό.

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η προσοχή στράφηκε στην επανοικοδόμηση και την επέκταση της ανθρώπινης και φυσικής ικανότητας, καθώς και επίτευξης ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες Υγειονομικής Περίθαλψης. Κατά συνέπεια, προέκυψε ένα

σύστημα με το οποίο κάθε περιοχή υποτίθεται ότι έπρεπε να έχει τους υγειονομικούς-επιδημιολογικούς σταθμούς, νοσοκομεία, πολυκλινικές και ειδικά θεραπευτήρια με υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες του πληθυσμού.

Οι μεταπολεμικές κυβερνήσεις της Σοβιετικής Ένωσης επηρεάστηκαν από τις συνέπειες του πολέμου. Έτειναν να στρέψουν τις δραστηριότητές τους στον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών και στη διανομή υγειονομικής φροντίδας μέσω του εργασιακού χώρου¹⁴.

Η εστίαση στις μολυσματικές ασθένειες οδήγησε όχι μόνο στα εκτενή προληπτικά μέτρα αλλά και στη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού κρεβατιών που επέτρεψε την απομόνωση των μολυσματικών περιπτώσεων. Εντούτοις, η επιδημιολογική αύξηση της δεκαετίας του '60 βρήκε την Κυβέρνηση απροετοίμαστη ψυχολογικά και ανίκανη να ανταποκριθεί. Υπήρξε μια απροθυμία να γίνει αποδεκτός ο αυξανόμενος αντίκτυπος των μη μεταδιδόμενων ασθενειών και της ανικανότητας του Συστήματος Υγείας. Αντί να αναθεωρηθεί η προσέγγισή τους, οι Κυβερνήσεις επέλεξαν να καταστείλουν τα στοιχεία και να δημιουργήσουν ακόμα περισσότερα κρεβάτια.

Μια περαιτέρω κληρονομιά είναι η υποτίμηση του ιατρικού προσωπικού. Η Σοβιετική εποχή κράτησε τους γιατρούς και τις νοσοκόμες σε ένα τμήμα του μη παραγωγικού τομέα της κοινωνίας και αποδοκίμασε την αμοιβή τους. Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γιατρών ήταν γυναίκες, έτεινε να επιδεινώσει αυτή την κατάσταση. Αυτό είχε μείνει σαν παράδοση χαμηλής αμοιβής σε σχέση με τους βιομηχανικούς εργάτες.

Το Σοβιετικό σύστημα, παρά τις διάφορες ρωγμές, κατάφερε ένα αληθινό επίτευγμα δηλαδή να υπερνικήσει μεταδιδόμενες αρρώστιες, κατέστησε τις περιεκτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διαθέσιμες σε έναν τεράστιο πληθυσμό, παρείχε μια βάση για τις κοινοτικές δραστηριότητες υγείας συμπεριλαμβανομένης της υποχρεωτικής ανοσοποίησης και των περιοδικών ελέγχων υγείας και ενθάρρυνε μια παραγωγή δεσμευμένη για παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Συνειδητοποιείται η ανάγκη να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και να ενισχυθεί η ικανοποίηση χρηστών αντιμετωπίζοντας τα ζητήματα δημογραφικών και υγείας. Αυτές οι ανησυχίες, που συνδέονται με την αναγνώριση της ανάγκης να έρθουν αντιμέτωπα τα ζητήματα της ικανότητας υποστήριξης, προέτρεψαν σε μια μεταρρύθμιση του Συστήματος

¹⁴ D. Balabanova, *Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries*, http://www.llh.at/publications/01_ihs_02.pdf (10.9.05).

Υγείας που το επίκεντρό της είναι η χρηματοδότηση των μηχανισμών. Η χρηματοδότηση η οποία γινόταν προηγουμένως από την γενική φορολογία, έχει μετατοπιστεί εν μέρει σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, πράγμα που παρέχει το υπόβαθρο για τη διαδικασία μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης της Ρωσίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

2.1. Οργανωτική δομή του Συστήματος Υγειονομικής Φροντίδας

2.1.1. Ιστορική αναδρομή

Μέχρι το 1991 το Σύστημα Υγείας της Σοβιετικής Ένωσης (Tragakes και Lessof, 2003) οργανώθηκε σύμφωνα με τις ιδιαίτερα συγκεντρωμένες γραμμές του Σοβιετικού Συστήματος. Η ευθύνη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μεταβιβάστηκε στο Υπουργείο Υγείας της ΕΣΣΔ που ρύθμιζε την διαχείριση και κατανομή των πόρων μέσω των Υπουργείων Υγείας μέσα στις 15 Σοβιετικές σοσιαλιστικές Δημοκρατίες, έπειτα υπόκειντο στην επίβλεψη του Υπουργείου της Ρωσικής Σοβιετικής Σοσιαλιστικής Δημοκρατίας, το οποίο κάλυπτε περισσότερο από 80% του εδάφους της Σοβιετικής Ένωσης. Εντούτοις, πήρε μέρος στον πολιτικό σχηματισμό και έτεινε να πραγματοποιήσει εθνικά καθορισμένες υπερ-σοβιετικές οδηγίες. Τμήματα του Υπουργείου Υγείας όλης της Σοβιετικής Ένωσης ήταν:

- Θεραπευτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- Υγειονομική φροντίδα μητέρας και παιδιού
- Ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση
- Υπηρεσίες σανατορίων και επιδημιολογικές υπηρεσίες
- Σανατόρια και θέρετρα.

Το Υπουργείο επίσης επόπτευε άμεσα τις υγειονομικές υπηρεσίες και τα όργανα και επιτηρούσε τα Ερευνητικά Κέντρα Πανούκλας και την Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών της ΕΣΣΔ, οι οποίες ρύθμιζαν στη συνέχεια τα μεμονωμένα δημοκρατικά ερευνητικά Κέντρα.

Το Ρωσικό Υπουργείο παρείχε ειδικές δημοκρατικές υγειονομικές υπηρεσίες. Αυτές οι δημοκρατικές οργανώσεις περιλάμβαναν τα ιατρικά εκπαιδευτικά ιδρύματα και ερευνητικά κέντρα, ειδικά δημοκρατικά νοσοκομεία και τις πολυκλινικές (κέντρα εξωτερικών ασθενών), τις νοσηλευτικές σχολές και τα σανατόρια. Η δημοκρατική διοίκηση επίσης έλεγχε τα επιδημιολογικά κέντρα, αρμόδια για τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών και των περιβαλλοντολογικών κινδύνων καθώς και των σχολών νοσηλευτικής.

Την διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών την αναλάμβαναν οι τοπικές αυτοδιοικήσεις. Αυτές διαχειρίζονταν τα νοσοκομεία και τις πολυκλινικές. Οι αυτόνομες Νομαρχιακές Δημοκρατίες αναλαμβάναν την παροχή δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών. Υπήρχαν τα λεγόμενα ραΐον (μικρότερες περιοχές), τα οποία παρείχαν τις υπηρεσίες των πολυκλινικών. Υπήρχαν επίσης τα αγροτικά Συμβούλια όπου οι αγροτικοί ιατροί παρείχαν ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες μαιίας.

2.1.2. Η τρέχουσα οργάνωση του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Η Ρωσική Ομοσπονδία διαιρείται διοικητικά σε τρία επίπεδα: το ομοσπονδιακό, το περιφερειακό και το δημοτικό επίπεδο¹⁵.

Μετά από τη διοικητική αποκέντρωση του Ρωσικού διοικητικού συστήματος, αφού διαλύθηκε η Σοβιετική Ένωση, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποκεντρώθηκε. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ακολουθεί τη διοικητική δομή της χώρας και διαιρείται σε ομοσπονδιακό, περιφερειακό και δημοτικό διοικητικό επίπεδο.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ρωσικής Ομοσπονδίας, το Κράτος είναι υπεύθυνο για τη νομοθεσία και προστασία των ανθρωπίνων και πολιτικών δικαιωμάτων του πολίτη και οι Ομοσπονδιακοί και Περιφερειακοί τομείς είναι αρμόδιοι για τον συντονισμό των ζητημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Η νομοθεσία του 1993 με τον τίτλο «Βασικές αρχές της Νομοθεσίας της Ρωσικής Ομοσπονδίας για την προστασία της υγείας των πολιτών» καθορίζει ως ευθύνες της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης¹⁶ τα εξής:

- Προστασία των ανθρωπίνων και πολιτικών δικαιωμάτων και ελευθεριών στον τομέα της προστασίας της υγείας
- Επεξεργασία μιας Ομοσπονδιακής πολιτικής για την προστασία της υγείας των πολιτών
- Επεξεργασία και εφαρμογή των Ομοσπονδιακών προγραμμάτων για την ανάπτυξη υγειονομικής περίθαλψης, την πρόληψη, παροχή ιατρικής περίθαλψης, εκπαίδευση δημόσιας υγείας και άλλα ζητήματα για την προστασία της υγείας των πολιτών

¹⁵ Russian Health Care System, <http://www.euro.who.int/observatory/CtyInfo/CtryInfoRes?COUNTRY=RUS> (12.9.95).

¹⁶ Constitution of the Russian Federation, <http://www.departments.bucknell.edu/russian/const/constit.html> (18.9.05).

- Καθορισμός του ποσοστού των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη στα πλαίσια του ομοσπονδιακού προϋπολογισμού· επεξεργασία μιας φορολογικής πολιτικής σε σχέση με την προστασία της υγείας
- Διαχείριση της ομοσπονδιακής ιδιοκτησίας που χρησιμοποιείται για την προστασία της υγείας
- Καθιέρωση κοινής στατιστικής και λογιστικού συστήματος
- Ανάπτυξη κοινών κριτηρίων και προγραμμάτων εκπαίδευσης για την ιατρική και φαρμακευτική κατάρτιση, προσδιορισμός ενός καταλόγου ειδικοτήτων για την υγειονομική περίθαλψη
- Καθιέρωση ποιοτικών προτύπων ιατρικής φροντίδας και έλεγχος συμμόρφωσης με αυτά
- Ανάπτυξη και έγκριση ενός βασικού προγράμματος για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και καθιέρωση δασμολογικών για τα ασφάλιστρά του
- Καθορισμός ωφελειών για ορισμένες ομάδες πληθυσμού που λαμβάνουν ιατρικές και κοινωνικές φροντίδες και φαρμακευτικές προμήθειες
- Οργάνωση της κρατικής επιδημιολογικής-υγειονομικής επιτήρησης, εκτόνωση και έγκριση των υγειονομικών κανονισμών, κανόνων και προτύπων για την καλύτερη επιδημιολογική-υγειονομική επιτήρηση, οργάνωση του συστήματος για την καλύτερη υγειονομική προστασία του εδάφους της Ρωσικής Ομοσπονδίας
- Συντονισμός των κρατικών δραστηριοτήτων και των διοικητικών αρχών, των τομέων της οικονομίας και των δημοτικών κρατικών και ιδιωτικών συστημάτων περίθαλψης
- Καθιέρωση των διαδικασιών για την ιατρική πείρα
- Καθιέρωση των διαδικασιών για την χορήγηση αδειών για ιατρική και φαρμακευτική απασχόληση

Σύμφωνα με την ίδια νομοθεσία, το περιφερειακό επίπεδο έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- Ανάπτυξη και κατανομή των περιφερειακών προϋπολογισμών
- Υλικοτεχνικό ανεφοδιασμό για τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης υπό την ιδιοκτησία της περιοχής
- Έγκριση υποχρεωτικών προγραμμάτων ασφάλισης της υγείας

- Καθιέρωση πρόσθετων ωφελειών για ορισμένες ομάδες πληθυσμού που λαμβάνουν ιατρο-κοινωνική φροντίδα και φαρμακευτική προμήθεια
- Συντονισμό δραστηριοτήτων των κρατικών αρχών, των θεμάτων των δημοτικών και ιδιωτικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στο επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας
- Χορήγηση αδειών για ιατρική και φαρμακευτική δραστηριότητα στην κάθε περιοχή.

Τέλος, το δημοτικό επίπεδο έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- Συντήρηση και ανάπτυξη των δημοτικών εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης
- Εξασφάλιση της υγειονομικής ευημερίας του πληθυσμού
- Ανάπτυξη τοπικού προϋπολογισμού για τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης.

Η νομοθεσία είναι ασαφής σχετικά με την ακριβή σκιαγράφηση των ευθυνών του ομοσπονδιακού επιπέδου προς τον περιφερειακό, καθώς επίσης και το περιφερειακό επίπεδο προς το δημοτικό.

Το Νοέμβριο του 1991, το Υπουργείο Υγείας ολόκληρης της Ένωσης σταμάτησε να υπάρχει και επανεγκαθιδρύθηκε ως νέο Υπουργείο Υγείας και Ιατρική Βιομηχανία της Ρωσικής Ομοσπονδίας. Αυτό περιέλαβε την συγχώνευση των δύο· το Σοβιετικό Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Υγείας της Ρωσικής Δημοκρατίας. Ενώ υπήρξε ένας βαθμός σύγκρουσης πέρα από τις σχετικές ευθύνες των δύο ιεραρχιών, οι ομοιότητες επέτρεψαν τη σχετικά ομαλή ενσωμάτωσή τους. Το ίδιο έτος η Ακαδημία των Ιατρικών Επιστημών της ΕΣΣΔ που ήταν αρμόδια για την Ιατρική έρευνα επανεγκαθιδρύθηκε ως Ρωσική Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών.

Επίσης, το 1991, οι υγειονομικές και επιδημιολογικές υπηρεσίες αναβαθμίστηκαν και συγκροτήθηκαν ως Κρατική Υγειονομική-Επιδημιολογική Επιτήρηση, θεσμικά και οικονομικά ανεξάρτητη από το Υπουργείο Υγείας. Αυτή η νέα αυτόνομη θέση ανέλαβε την ευθύνη για τα Ερευνητικά Κέντρα Πανούκλας, Περιφερειακά Κέντρα για την επιδημιολογική-υγειονομική επιτήρηση και μερικά άλλα Επιδημιολογικά Κέντρα. Αυτές ήταν οι μόνες σημαντικές αλλαγές στην υπουργική δομή.

Τον Αύγουστο του 1996, η Κρατική Υγειονομική-Επιδημιολογική Επιτήρηση επανεντάχθηκε στο Υπουργείο Υγείας ως τμήμα του και η ευθύνη για την ιατρική

βιομηχανία επανήλθε στο εμπορικό-βιομηχανικό επίπεδο. Στο σχέδιο παρουσιάζεται η διοικητική δομή του Συστήματος Υγείας.

- Υπουργείο Υγείας

Ομοσπονδιακό επίπεδο: Το Υπουργείο Υγείας¹⁷ είναι στο υψηλότερο διοικητικό επίπεδο και διευθύνεται από έναν Υπουργό που διορίζεται από τον πρωθυπουργό και εγκρίνεται από το Κοινοβούλιο. Οι κύριες ευθύνες της είναι:

- Ανάπτυξη και εφαρμογή κρατικής πολιτικής στην υγειονομική περίθαλψη
- Ανάπτυξη και εφαρμογή των Ομοσπονδιακών Προγραμμάτων Υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης υγείας, υγειονομική αγωγή, την πρόληψη
- Ανάπτυξη του σχεδίου νομοθεσίας
- Διακυβέρνηση των Ομοσπονδιακών ιατρικών εγκαταστάσεων
- Ανάπτυξη ιατρικής εκπαίδευσης και εργατικού δυναμικού
- Έλεγχος επιδημιολογικής και περιβαλλοντολογικής υγείας και στατιστικές υγείας
- Έλεγχος μολυσματικών ασθενειών
- Εκπόνηση των κανονισμών υγείας
- Έλεγχος και χορήγηση αδειών των φαρμάκων
- Ανακούφιση καταστροφής (καταστροφική ιατρική).

Το Υπουργείο Υγείας υποβάλλεται σε συχνές αλλαγές στην οργανωτική δομή του, που περιλαμβάνει τις συγχωνεύσεις των τμημάτων ή της δημιουργίας νέων, καθώς επίσης και την σταθεροποίηση ή την αναδιανομή των λειτουργιών. Οι αλλαγές αυτές γίνονται με την πρόθεση του αυξανόμενου ελέγχου των εφαρμοζόμενων μεταρρυθμίσεων, ενισχύοντας τη στρατηγική πρόβλεψη και βελτίωση γενικά του γενικού συντονισμού και την αποτελεσματικότητα των λειτουργιών του Υπουργείου.

Οι παροχές σε ομοσπονδιακό επίπεδο περιλαμβάνουν τα ιδιαίτερα ειδικευμένα ιατρικά όργανα που παρέχουν την τριτοβάθμια φροντίδα.

Οι πόροι του Υπουργείου Υγείας διατίθενται από το Υπουργείο Οικονομικών. Χρησιμοποιούνται για να χρηματοδοτήσουν τα επιστημονικά και ερευνητικά ιδρύματα,

¹⁷ Η σωστή μετάφραση από τα Ρωσικά είναι «Υπουργείο Υγειονομικής Περίθαλψης», αλλά στο παρόν έγγραφο θα αναφέρεται ως Υπουργείο Υγείας.

την κλινική δραστηριότητα της Ρωσικής Ακαδημίας της Ιατρικής Επιστήμης, τα επιστημονικά Κέντρα και τις ιατρικές Σχολές.

Περιφερειακό επίπεδο: Σε αυτό το επίπεδο την περιφερειακή υγειονομική περίθαλψη κυβερνούν οι διοικητικές μονάδες. Πριν από τη νομοθεσία του 1993 που καθιέρωσε ένα υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας, οι περιφερειακές κυβερνήσεις είχαν τον πλήρη έλεγχο των περιφερειακών κεφαλαίων για την υγειονομική περίθαλψη. Μετά από την εφαρμογή της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας έχασαν μια μερίδα αυτού του ελέγχου στις πρόσφατα δημιουργημένες περιοχές με υποχρεωτική ασφάλισης υγείας. Παρόλο που υπάρχει μερική εφαρμογή του συστήματος ασφάλισης υγείας, οι περιφερειακές και τοπικές κυβερνήσεις ελέγχουν αυτήν την περίοδο ένα μέρος της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη, και έτσι διατηρούν έναν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση. Οι περιοχές αυτές πρέπει να συμμορφωθούν με τα ομοσπονδιακά προγράμματα, ειδικότερα εκείνα που στρέφονται γύρω από τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών που ορίζονται ως όντα υψηλής κοινωνικής προτεραιότητας. Μετά από τη διοικητική αποκέντρωση στις αρχές με μέσα της δεκαετίας του '90 απολαμβάνουν την ιδιαίτερη αυτονομία μέσα στις διοικητικές μονάδες τους. Μερικά περιφερειακά Τμήματα Υγείας εμπλέκονται βαθιά στον καθορισμό των ημερήσιων διατάξεων μεταρρύθμισης, τον έλεγχο της ποιότητας και την λήψη παρόμοιων πρωτοβουλιών, ενώ αλλά δεν είναι ιδιαίτερα ενεργά.

Όσον αφορά τον περιφερειακό επίπεδο, οι εγκαταστάσεις περιλαμβάνουν τα εξής χαρακτηριστικά: ένα Γενικό Νοσοκομείο Ενηλίκων περιέχει 1.000 κρεβάτια και ένα Νοσοκομείο Παιδών περιλαμβάνει 400 κρεβάτια και εγκαταστάσεις εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών (εξωτερικά ιατρεία) που προορίζονται να παρέχουν υπηρεσίες για ολόκληρο τον πληθυσμό της περιοχής. Επιπλέον, αυτό το επίπεδο περιλαμβάνει ειδικευμένα ιατρικά όργανα για τις μολυσματικές ασθένειες, τη φυματίωση, τις διανοητικές ασθένειες κ.ά.

Τοπικό (δημοτικό) επίπεδο: Σε πολλές μεγαλύτερες πόλεις οι Αρχές εμφανίζονται να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία μεταρρύθμισης, ενώ στις αγροτικές περιοχές οι λειτουργίες των αρμοδίων για την υγεία αρχών έχουν τείνει να γίνουν η ευθύνη των Κεντρικών Νοσοκομείων της περιοχής.

Σε τοπικό επίπεδο, οι πόλεις έχουν χαρακτηριστικά ένα Νοσοκομείο με πολλές ειδικότητες για ενήλικους με περίπου 250 κρεβάτια και Νοσοκομείο Παιδών με περίπου 200 κρεβάτια. Επιπλέον, υπάρχουν Νοσοκομεία έκτακτης ανάγκης, ένα ειδικευμένο

Νοσοκομείο 700 κρεβατιών για τις μολυσματικές ασθένειες και τη φυματίωση, Μαιευτήρια, Νοσοκομεία για άτομα με ειδικές ανάγκες και ψυχιατρεία καθώς και διαγνωστικά κέντρα και πολυκλινικές.

Στη περίπτωση των αγροτικών περιοχών, τα όργανα περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά ένα Κεντρικό Νοσοκομείο με περίπου 250 κρεβάτια, το οποίο μπορεί επίσης να το χρησιμοποιήσουν ως μια πολυκλινική. Μερικές περιοχές μπορούν να έχουν ένα μικρότερο Νοσοκομείο με περίπου 100 κρεβάτια.

- Το παράλληλο σύστημα

Το παράλληλο σύστημα αποτελείται από τα Υπουργεία και τις δημόσιες επιχειρήσεις, που παραδοσιακά παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας αποκλειστικά για τους υπαλλήλους τους και τις οικογένειές τους. Αυτές οι υπηρεσίες είναι γενικά ανώτερης ποιότητας και χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Οικονομικών.

Συνολικά, μόνο μια σχετικά μικρή μερίδα αυτών των υψηλότερων υπηρεσιών τίθεται στη διάθεση του ευρύτερου πληθυσμού. Παρόλα αυτά υπάρχει πρόσβαση στις περισσότερες από αυτές τις υπηρεσίες σε ιδιωτική βάση, όταν δηλαδή πληρώνει ο ασθενής μέσω της εθελοντικής (ιδιωτικής) ασφάλισης. Λόγω όμως του πολύ υψηλού κόστους αποκλείει την ευρύτερη πρόσβαση.

- Ρωσική Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών

Με την ανεξαρτησία της Ρωσικής Ακαδημίας το 1991, η προηγούμενη Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών της ΕΣΣΔ έγινε η Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών της Ρωσικής Ομοσπονδίας, και συνέχισε να είναι αρμόδια για την ιατρική έρευνα. Όπως και κατά την διάρκεια της Σοβιετικής Ένωσης διατήρησε την ανεξαρτησία του από το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας. Χρηματοδοτείται μέσω του Ομοσπονδιακού προϋπολογισμού. Η ανάθεση έρευνας γίνεται από το Υπουργείο Οικονομικών με συμφωνία με το Υπουργείο Επιστημών και για την κλινική δραστηριότητα από το Υπουργείο Υγείας.

- Ασφαλιστικοί οργανισμοί

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τους προμηθευτές

υγειονομικών φροντίδων για λογαριασμό των ασφαλισμένων τους και πληρώνουν δαπάνες ιατρικής, νοσηλευτικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Οι ασφαλισμένοι καταβάλουν ασφαλιστικές εισφορές στον ασφαλιστικό φορέα ο οποίος με την σειρά του πληρώνει τα νοσήλια στο Νοσοκομείο.

- Ιδιωτικός τομέας

Η ιδιωτική παροχή, ενώ νόμιμα είναι επιτρεπόμενη, δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί σημαντικά στον τομέα της υγείας, αν και υπάρχουν στοιχεία της αναδυόμενης ιδιωτικής δραστηριότητας με μια δυνατότητα για αύξηση. Ο τομέας της υγείας δεν ενσωματώθηκε στα σχέδια για την γρήγορη ιδιωτικοποίηση, που συνέτριψε όλους τους άλλους τομείς και αποκλείστηκε σκόπιμα λόγω του ότι οι εγκαταστάσεις και οι προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης δεν έπρεπε να έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα ώστε να υποστηριχτούν οι αρχές της ισότητας και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες.

Τα Νοσοκομεία παρέχουν τα κρεβάτια στις επιχειρήσεις και τους προμηθευτές της εθελοντικής ασφάλισης υγείας που πληρώνουν εξ ονόματος των αντίστοιχων υπαλλήλων και των συνδρομητών τους. Η ιδιοκτησία των Νοσοκομείων, ωστόσο, παραμένει αποκλειστικά στον δημόσιο τομέα.

Ο ιδιωτικός τομέας είναι σχετικά καλά ανεπτυγμένος στην περίπτωση των φαρμακευτικών προμηθειών. Η Οδοντιατρική και η Οφθαλμολογία ακολουθούν. Τα φάρμακα εξωτερικών ασθενών δεν καλύπτονται από το βασικό πακέτο και πρέπει να αγοραστούν από τα φαρμακεία. Όλες, εκτός από τις πιο βασικές οδοντικές υπηρεσίες, είναι διαθέσιμες σε μια βάση αμοιβής/πράξης και η παροχή των οδοντοστοιχιών και άλλων προσθέσεων είναι κατά ένα μεγάλο μέρος μέσω του ιδιωτικού τομέα.

- Εθελοντικός τομέας

Ο εθελοντικός τομέας ή μη κυβερνητικός τομέας είναι ακόμα υπανάπτυκτος και αντιμετωπίζει εχθρότητα από πολλές παραδοσιακές κρατικές αντιπροσωπείες, οι οποίες αμφισβητούν το νομικό καθεστώς τους. Οι φιλανθρωπικές οργανώσεις είχαν ένα φτωχό αρχείο διαδρομής από την άποψη της οικονομικής εντιμότητας καθώς ήταν ανοικτές στην κατάχρηση από το παρελθόν. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις έχουν ενθαρρυνθεί από τις διεθνείς αντιπροσωπείες. Αν και τείνουν να μην είναι σε θέση να προσφέρουν τις υπηρεσίες οι ίδιοι, ο ρόλος τους αναπτύσσεται.

2.2. Οργάνωση, Ρύθμιση και Διαχείριση

2.2.1. Οργάνωση

Το Σοβιετικό πρότυπο κεντρικού προγραμματισμού στρέφεται γύρω από την κατανομή κεφαλαίου, την αναζήτηση υπερεθνικών κανόνων και την παραγωγή του ανθρώπινου δυναμικού¹⁸. Οι αρμόδιοι για τον σχεδιασμό στηρίχθηκαν σε μια φόρμουλα προσέγγισης που επέτρεψε να κυριαρχήσει η κερδοσκοπία. Η βασική δομική μονάδα ήταν οι εισαγωγές (αριθμοί κρεβατιών και γιατρών), παρά οι εξαγωγές (τα αποτελέσματα) οι οποίες καθορίστηκαν αρχικά από τα επίπεδα του πληθυσμού. Οι πόροι, φυσικοί και ανθρώπινοι, ακολούθησαν έπειτα τους αριθμούς των κρεβατιών.

Έγινε μια ρύθμιση της χρηματοδότησης. Ο ετήσιος κύκλος προϋπολογισμών παρήγαγε σαφή βραχυπρόθεσμα σχέδια, αλλά αυτά, επηρεασμένα από προηγούμενο ιστορικό, δεν επέτρεψαν καινούριες στρατηγικές ή καινοτομίες. Με το σκεπτικό ότι θα συνεχιζόταν η ίδια κατάσταση όπως ήταν στα προηγούμενα έτη, έπεται ότι οι μηχανισμοί για την αλλαγή παρέμεναν υποανάπτυκτοι.

Η διαδικασία μεταρρύθμισης έχει παρουσιάσει μεγάλη πρόκληση σε αυτή τη προσέγγιση προγραμματισμού. Υπάρχει ξεκάθαρα η ανάγκη για προσέγγιση στα ζητήματα δημόσιας υγείας, όμως το Υπουργείο Υγείας χρηματοδοτεί ελάχιστα την Υγειονομική Φροντίδα, με αποτέλεσμα η δύναμή του να περιορίζεται. Τα διάφορα τμήματα και αυτόνομες περιοχές έχουν ένα εκτιμένο δικαίωμα στον προγραμματισμό του φυσικού και ανθρώπινου δυναμικού που έχουν επιπτώσεις στις εγκαταστάσεις και το προσωπικό τους, αλλά αντιμετωπίζουν τους αυστηρούς οικονομικούς περιορισμούς και την αβεβαιότητα για το νέο ρόλο τους.

Αυτή η τάση επιδεινώνεται από την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη ότι ο κεντρικός προγραμματισμός είναι αυταρχικός και το σημαντικότερο είναι το αποτέλεσμα του οικονομικού χάους βιώνεται από τις μειονεκτούσες περιοχές. Η νομική απαίτηση από την Τοπική Κυβέρνηση να στείλει τους προτεινόμενους προϋπολογισμούς στο Υπουργείο για έγκριση έχει παραμεριστεί και υποστηρίζεται ότι η Κεντρική Κυβέρνηση μπορεί να καταφέρει να επιβληθούν οδηγίες εξόδων. Αυτό υπονομεύει τον δηλωμένο στόχο του

¹⁸ Department of Health Policy and Services, Health Systems Analysis Unit, World Health Organization, Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/donment/e_72969.pdf

Υπουργείου για συντήρηση ενός βασικού πακέτου Υγειονομικής Φροντίδας σε ολόκληρη την Ομοσπονδία. Ένας υψηλός βαθμός περιφερειακής απόκλισης έχει εισαγάγει το σύστημα αφηφώντας τον κεντρικό στόχο, θέτοντας και συγκρούοντάς τον με τις έννοιες αποτελεσματικού προγραμματισμού και δικαιοσύνης στην παροχή υγειονομικής φροντίδας.

Το Κεντρικό Κράτος συνεχίζει να συλλέγει τα στοιχεία όσον αφορά τα επίπεδα (κατάσταση) υγείας των πολιτών. Αυτό αναμένεται να αποτελέσει την βάση του προγραμματισμού της υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, η ανισότητα μεταξύ των περιοχών από την άποψη εισοδήματος, παράγει την δομική ανικανότητα στο σύστημα να εξετάσει πλήρως την δυσαναλογία στην εδαφική χρηματοδότηση, με κίνδυνο η δυνατότητα της υγειονομικής υπηρεσίας να μην ανταποκριθεί στην Ομοσπονδιακή ημερήσια διάταξη. Το τμήμα χρηματοδότησης, προμήθειας και ανεφοδιασμού δεν υποστηρίχθηκε από κανέναν επίσημο μηχανισμό, ούτε από τους ασφαλιστές ούτε από την τοπική Κυβέρνηση, με αποτέλεσμα να μην αναλάβει κανένας την ευθύνη.

Το θέμα ήταν ότι οι μηχανισμοί αγοράς θα εξασφάλιζαν και την σωστή χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων και μια προσέγγιση στον προγραμματισμό ως προς τις τιμές. Τα οικονομικά κίνητρα, δηλαδή η δυνατότητα για αποδοτικότερη αποταμίευση από τα κατά κεφαλήν εισοδήματα, αναμένονταν να ενθαρρύνουν τις ασφαλιστικές εταιρίες ώστε να δώσουν προτεραιότητα στην οικονομικά αποδοτική φροντίδα και τους καθορισμένους τοπικούς στόχους υγείας. Επίσης, προβλέφθηκε ότι τα Νοσοκομεία και οι Πολυκλινικές θα επικέντρωναν εκ νέου τις πολιτικές τους στην ανταπόκριση. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών και των προμηθευτών επρόκειτο να μεγιστοποιήσει τα οφέλη του συστήματος, ενώ οι αρμόδιες για την υγεία Αρχές θα αποθαρρύνονταν να κάνουν καταχρήσεις σε αντιδιαστολή με την έναρξη χάραξης πολιτικής. Ωστόσο, στην πράξη οι υπολογισμοί σε όλα τα επίπεδα έχουν καθοριστεί από τους ευρύτερους οικονομικούς περιορισμούς παρά από οποιοδήποτε ανεξάρτητο μέτρο ανάγκης.

Επιπλέον, πολλές περιοχές αισθάνονταν να απειλούνται από την επικρατούσα οικονομική αβεβαιότητα, και αυτό έχει υπονομεύσει τις προσπάθειές τους να θέσουν τις προτεραιότητες ή να αναπτύξουν σημαντικά σχέδια. Το περιθώριο για τον επαναπροσδιορισμό των προσεγγίσεων στην παροχή φροντίδας περιορίζεται, ιδιαίτερα ακόμη και σε εκείνες τις περιοχές που είναι οικονομικά σταθερές.

Η παραγωγή των γιατρών και των νοσοκόμων αποτελεί ακόμα αντικείμενο πρόβλεψης που πραγματοποιείται από το Υπουργείο Υγείας σε Ομοσπονδιακό επίπεδο. Προσπάθειες καταβάλλονται για να υπολογιστούν οι αριθμοί ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που θα απαιτηθούν για να διατηρήσουν τα δεδομένα επίπεδα υπηρεσιών¹⁹.

Προς το παρόν δεν υπάρχει αντιληπτή ανάγκη για επενδύσεις για νέα νοσοκομεία ή κλινικές, αλλά υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη για χρηματοδότηση, εξοπλισμό και επισκευές στα υπάρχοντα κτίρια. Σύμφωνα με τη νομοθεσία, όλες οι σημαντικές και κύριες επενδύσεις πρόκειται να χρηματοδοτηθούν από τα έσοδα γενικών προϋπολογισμών όλων των διοικητικών επιπέδων για τα αντίστοιχα όργανα μέσα στην αρμοδιότητά τους. Οι δευτερεύουσες επενδύσεις πρόκειται να χρηματοδοτηθούν από τα εισοδήματα των προμηθευτών. Οι ασφαλιστικές εταιρίες, στη συνέχεια, αναμένονται να συμπεριλάβουν ένα συστατικό μέρος για να καλύψουν τις επαναλαμβανόμενες δαπάνες συμπεριλαμβανομένης της συντήρησης. Ωστόσο, στην πράξη, τα κονδύλια του προϋπολογισμού είναι ανεπαρκή, σημαντικές κύριες επενδύσεις αποτυγχάνουν να αναληφθούν και οι δευτερεύουσες επενδύσεις ακολουθούνται μόνο μέχρι το σημείο που υπάρχουν επαρκή εισοδήματα προμηθευτών. Επιπλέον, δεδομένου ότι τα ασφαλιστικά κεφάλαια και οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν έχουν ακόμα αναλάβει τον ρόλο στις αποκτήσεις, οι λίγες αγορές που γίνονται χρηματοδοτούνται από τις περιφερειακές και τοπικές αρμόδιες για την υγεία Αρχές.

Στην πράξη, η επένδυση που πραγματοποιείται χρηματοδοτείται από την Τοπική Κυβέρνηση. Κατά συνέπεια, έχουν υπάρξει ελάχιστες προσπάθειες να ενσωματωθούν αυτές οι αποκτήσεις σε μια εθνική ή περιφερειακή πολιτική, ούτε συμβάλλουν σε οποιοδήποτε τοπικό σχέδιο. Αντ' αυτού, αυτό φαίνεται να απεικονίζει το γεγονός ότι ορισμένες περιοχές έχουν πλεονάζοντα κεφάλαια και τα διαθέτουν στην παραγωγή των παραγόμενων επί παραγγελία αγορών για τον τομέα της υγείας.

Είναι η γρήγορη μετατόπιση στη περιφερειακή αυτονομία προπάντων η οποία έχει υπονομεύσει τις προσπάθειες προγραμματισμού. Ο αντίκτυπος της διοικητικής αποκέντρωσης ήταν να επιδεινωθούν οι ανισότητες μεταξύ των περιοχών και να υπονομευθούν οι προσπάθειες προγραμματισμού των κύριων δαπανών και του ανθρώπινου δυναμικού. Μερικές περιοχές αναπτύσσουν ρητούς μηχανισμούς λήψης αποφάσεων, αλλά πολύ περισσότεροι κάνουν τις επιλογές σε καθαρά ειδική βάση και

¹⁹ Το γεγονός ότι πολύ άνθρωποι συνεχίζουν να εργάζονται μετά την ηλικία συνταξιοδότησης, και άνω των 70 ετών, τους περιπλέκει τον στόχο προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού.

συχνά σε αντίδραση στην οικονομική πίεση. Ο πολιτισμός και οι δεξιότητες των περιοχών δεν ικανοποιούν τους στόχους που εκτελούνται κεντρικά, με αποτέλεσμα το Υπουργείο Υγείας να είναι ανίκανο να προσφέρει την υποστήριξη που απαιτείται. Η εφαρμογή επίσης εμφανίζεται να είναι χτυπημένη παντού εκτός από τις οικονομικά ευνοούμενες περιοχές. Είναι σαφές πως οι πιο μειονεκτούσες περιοχές θα αντιμετωπίσουν την ελλιπή Ομοσπονδιακή καθοδήγηση.

Από το 1998 άρχισαν οι προσπάθειες να εισαχθεί ένας νέος μηχανισμός προγραμματισμού, ο οποίος περιλαμβάνει τις βασικές διοικητικές οντότητες και στα δύο επίπεδα αρχής.

Η συμφωνία έγινε μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των Περιφερειακών αρμοδίων για την υγεία Αρχών που θέτουν το εγγυημένο πακέτο προγράμματος ως μηχανισμό δέσμευσης ισορροπίας για την ελεύθερη υγειονομική περίθαλψη και τους διαθέσιμους πόρους. Το εγγυημένο πακέτο προγράμματος καθορίζει τους ελάχιστους τύπους φροντίδας που πρόκειται να παρασχεθούν δωρεάν από τις περιοχές της Ομοσπονδίας και είναι ένα εργαλείο προγραμματισμού που προορίζεται να διευκολύνει την διαδικασία αναδιάρθρωσης προς την αυξημένη φροντίδα εξωτερικών ασθενών και επιπλέον προσπαθεί να προσεγγισθεί με την δωρεάν παροχή υπηρεσιών με το συνολικό ποσό κεφαλαίων το οποίο διατίθεται για αυτό το ζήτημα.

Υπάρχουν δύο επίπεδα ανάπτυξης και κοστολόγησης του πακέτου. Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας διαμορφώνει το πρόγραμμα και τα τοπικά τμήματα υγείας σε συνεργασία με τις τοπικές κυβερνήσεις προγραμματίζουν από κοινού τα εδαφικά προγράμματα των κρατικών εγγυήσεων. Οι περιοχές υποχρεώνονται να αναπτύξουν τα εδαφικά προγράμματα συμμορφωμένες με τους κανόνες του Υπουργείου Υγείας, αλλά είναι ελεύθερες να περιλάβουν πρόσθετες δωρεάν υπηρεσίες. Το ομοσπονδιακό πρόγραμμα εγκρίνεται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τα προγράμματα μικρότερων περιοχών από τις αντίστοιχες εδαφικές κυβερνήσεις. Και οι δύο αναθεωρούνται ετησίως. Το πρόγραμμα στρέφεται στο να αναδομηθεί η διάταξη υγειονομικής περίθαλψης με συμφωνία μείωσης των ημερών νοσηλείας ασθενή ανά κρεβάτι που θα επιτρέψει την μείωση κόστους και μεγαλύτερη ανταπόκριση στους εξωτερικούς ασθενείς. Περαιτέρω, ο κυβερνητικός στόχος είναι να προγραμματιστεί η χρήση μαζί με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους προκειμένου να καθοριστεί πόσο η Κυβέρνηση μπορεί να παρέχει δωρεάν. Οι περιοχές έπειτα αναπτύσσουν δικούς τους κανόνες οι οποίοι δεν μπορούν να διαφέρουν από τους κυβερνητικούς. Εντούτοις, τα

δημόσια κεφάλαια είναι ανεπαρκή να συναντήσουν τις δεσμεύσεις για την δωρεάν υγειονομική περίθαλψη. Τα ελλείμματα όμως δεν οδηγούν στη μείωση των εγγυημένων οφελών καθώς οι περιοχές που είναι ενεργές σε αυτήν την διαδικασία, τα τμήματα υγείας τους έχουν βελτιώσει την ικανότητα προγραμματισμού τους και για πρώτη φορά έχουν αναμειχθεί στον προγραμματισμό εργασίας και τη διαχείριση πληροφοριών, με συνέπεια να έχουν συνείδηση δαπανών και υπευθυνότητα. Αυτή η πρωτοβουλία αντιπροσωπεύει μια σημαντική προσπάθεια να συμπληρώσει το κενό προγραμματισμού που δημιουργείται από την γρήγορη διοικητική αποκέντρωση και την περιφερειακή αυτονομία.

2.2.2. Ρύθμιση

Η ρύθμιση έχει κι αυτή επηρεαστεί έντονα από την μετατόπιση της εξουσίας από το κέντρο και τη διακοπή μερικών από τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς της Σοβιετικής εποχής. Πριν από το 1991, το Υπουργείο Υγείας όλης της Σοβιετικής Ένωσης ήταν αρμόδιο για την ρύθμιση των φαρμακευτικών ειδών, ιατρική τεχνολογία, πρότυπα ιατρικού προσωπικού και ιατρικών οργάνων και την κατάρτιση των ιατρών και νοσοκόμων. Χαρακτηριστικά, η πολιτική και τα πρότυπα καθορίστηκαν κεντρικά. Τα Επιδημιολογικά Κέντρα έπαιξαν επίσης έναν σημαντικό ρόλο στην αναθεώρηση των υγειονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών και στην επιβολή κανονισμών υγιεινής.

Η αποκέντρωση είχε σημάνει ότι οι ρυθμιστικές δυνάμεις έχουν μεταβιβαστεί σε σημαντικό βαθμό. Η αυξημένη ευθύνη έχει ανατεθεί στο τμήμα Υγείας ή τις Επιτροπές των Περιφερειακών και Τοπικών Αρχών ως εκτελεστές των εθνικών οδηγιών. Είναι γεγονός ότι οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης ανήκουν στις Περιφερειακές και Τοπικές Κυβερνήσεις, αυτό όμως δεν δημιουργεί καμία σημαντική σύγκρουση συμφερόντων από την άποψη κανονισμών.

Γενικά, ο ρυθμιστικός ρόλος των περιοχών έχει αυξηθεί, και αυτό δημιουργεί μερικές συγκρούσεις με το Ομοσπονδιακό επίπεδο, το οποίο προσπαθεί να επιβάλει την εξασθενίζουσα εξουσία του. Πρόσφατα, το Υπουργείο Υγείας εξέτασε τις δραστηριότητες σε Περιφερειακό επίπεδο, με σκοπό την επιβολή ενός πιο ομοιόμορφου ρυθμιστικού πλαισίου για την Ομοσπονδία.

- Φαρμακευτικά είδη

Τα φαρμακευτικά είδη υπόκεινται θεωρητικά στη νομοθεσία από διάφορες απόψεις στην αλυσίδα ανεφοδιασμού. Η κατασκευή είναι υπό την αιγίδα του Ομοσπονδιακού

Υπουργείου Βιομηχανίας, ενώ το Υπουργείο Υγείας χορηγεί άδεια παραγωγής και επιτηρεί τις εισαγωγές.

Τα φαρμακευτικά είδη διανέμονται από τα νοσοκομεία δωρεάν είτε από τα φαρμακεία τα οποία μπορεί να είναι δημόσια και ιδιωτικά. Οι προϊστάμενοι γιατροί είναι υπεύθυνοι για την παροχή συνταγών στους ασθενείς και οι τοπικές Αρχές ελέγχουν τα πρότυπα στα φαρμακεία ανεξάρτητα από την ιδιοκτησία. Μέχρι σήμερα δεν υπήρχε κανένας κανονισμός της τιμής εισόδων με συνέπεια τα τεράστια περιθώρια κέρδους. Το 2000 η Κυβέρνηση εισήγαγε την εγγραφή των τιμών των εισαγωγών, η οποία θα μπορούσε ενδεχομένως να χρησιμοποιηθεί για να ρυθμίσει τις τιμές. Εντούτοις, στην πράξη το σύστημα δεν είναι αποτελεσματικό.

- Υψηλή τεχνολογία

Παρόλο που η παραγωγή και η εισαγωγή του εξοπλισμού υπόκεινται στην υπουργική επίβλεψη δεν υφίσταται κανένας έλεγχος για την απόκτηση υψηλής τεχνολογίας. Το Κράτος ως επί το πλείστον δεν έχει πλέον τη δύναμη να υπαγορεύσει την πολιτική στις περιοχές (Tragakes και Lessof, 2003, σελ. 51). Πολύ πρόσφατα εισήχθη ένας κανόνας σχετικά με την συγκεντρωμένη προμήθεια (από τις Ομοσπονδιακές και Περιφερειακές Κυβερνήσεις) σε μια βάση υποβολής προσφορών, αλλά μόνο για τον πολύ ακριβό εξοπλισμό. Διαφορετικά, οι τοπικές αποφάσεις μπορούν να ληφθούν χωρίς καμία αναφορά στην Ομοσπονδιακή καθοδήγηση και ο βασικός παράγοντας στον καθορισμό των αγορών είναι η διαθεσιμότητα των κεφαλαίων. Ούτε η Τοπική Κυβέρνηση έχει την επίσημη δύναμη να προκαλέσει τα Νοσοκομεία ή Κλινικές να πάρουν απόφαση για αγορά. Από τότε που οι αρμόδιες για την υγεία Αρχές χρηματοδοτούν τις περισσότερες αγορές, είναι σε θέση να ασκήσουν και να έχουν την γενική ευθύνη για τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Στις εκτιμώμενες αιτήσεις για τον εξοπλισμό, την κρίση των κλινικών αξιών τους, ή ακόμα και την επιθεώρηση της κατάστασης και της ποιότητας του υπάρχοντος εξοπλισμού, οι επιτροπές υγείας δεν φαίνεται να έχουν αγοραστεί όταν τα κεφάλαια διατίθενται, παρά την επιβολή των δηλωμένων δεσμεύσεων για την χρηματοδότηση προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

- Προσόντα Προσωπικού

Δεν υπάρχει καμία απαίτηση από τον επίσημο κανονισμό για τα άτομα που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν τη νέα τεχνολογία (Tragakes και Lessof, 2003, σελ. 51-53).

Μάλλον γίνεται αποδεκτό ότι οι προμηθευτές του εξοπλισμού παρέχουν την κατάρτιση για τις σχετικές δεξιότητες και ότι η διακριτικότητα του ανώτερου προσωπικού θα τα προστατεύσει από το προσωπικό που ασκεί άπρεπα. Στη πραγματικότητα λίγα γίνονται γενικώς για να ρυθμίσουν και να ενημερώσουν τους γιατρούς και τις νοσοκόμες μόλις αυτοί ξεκινούν την πρακτική τους.

Αυτή την στιγμή δεν απαιτείται να χορηγηθεί άδεια ιατρικού προσωπικού. Αν κι ένα τέτοιο σχέδιο έχει ανακοινωθεί, καμία άδεια δεν απαιτείται για το προσωπικό για να πραγματοποιήσει τις ιδιαίτερες διαδικασίες. Το προσόν παρέχει το δικαίωμα για άσκηση. Το Σοβιετικό σύστημα απαιτούσε από τους γιατρούς να λαμβάνουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην υπηρεσία που εκπαιδεύονταν κάθε 5 χρόνια. Οι γιατροί δεν επιλέγουν να επιδιώξουν την αναγνώριση της αυξανόμενης εμπειρίας τους μέσω των υπάρχουσών βελτιωτικών διαδικασιών και είναι σε θέση να αποφύγουν οποιοδήποτε επίσημο έλεγχο των δεξιοτήτων τους. Ωστόσο, οι διευθυντές νοσοκομείων επιβλέπουν την απόδοση των συναδέλφων, ειδικά επειδή είναι υπεύθυνοι για τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στους μηχανισμούς τους.

Τα νοσοκομεία / πολυκλινικές που επιθυμούν να χρεώνουν τους ασθενείς σε μια βάση αμοιβής, κατά πράξη υποβάλουν αίτηση για μια ειδική άδεια και ενημερώνουν την Τοπική Επιτροπή Υγείας για τα προτεινόμενα επίπεδα αμοιβών. Εντούτοις, οι κανονισμοί αυτοί εμφανίζονται να αγνοούνται εκτενώς (τουλάχιστον στις μεγάλες πόλεις) και δεν υπάρχει κανένα στοιχείο των Οργανισμών Τοπικής Κυβέρνησης που να καθορίζει τα επίπεδα αμοιβών. Σε άλλα νοσοκομεία οι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί και δημοσιονομικές αποφάσεις, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων αμοιβής για το προσωπικό, επιδόματα και συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υπό τον έλεγχο του Διευθυντή των νοσοκομείων αλλά μπορούν να διερευνηθούν από τις τοπικές Αρχές.

Η ιατρική εκπαίδευση παραμένει υπό τις ρυθμιστικές δυνάμεις του Υπουργείου σε εθνικό επίπεδο²⁰. Η εκπαίδευση των γιατρών και των νοσοκόμων είναι ακόμα στο πλαίσιο του δημόσιου τομέα και το Υπουργείο Υγείας δεν θα επιτρέψει την αναγνώριση των ιδιωτικών ιατρικών σχολών. Επικοινωνεί με το Υπουργείο Υγείας για να επιτηρήσει τα πρότυπα, ελέγχει τις διδακτέες ύλες, ρυθμίζει τη συμπεριφορά των διαγωνισμών, εξετάσεων κ.ά. Ωστόσο, ακριβώς όπως στη Σοβιετική εποχή, μερικές από αυτές τις λειτουργίες πραγματοποιούνται σε περιφερειακό επίπεδο και το Υπουργείο δεν είναι ικανό

²⁰ *Highlights on Health in the Russian Federation, November 1999.*
<http://www.euro.who.int/document/e72504.pdf>, σελ. 26 (18.3.2005).

να διερευνήσει την ποιότητα των τοπικών ρυθμιστικών διαδικασιών. Ούτε είναι ικανό ή πρόθυμο να επιβάλλει ένα όριο που να περιορίζει τον αριθμό σπουδαστών που εισάγονται στα Περιφερειακά Ιατρικά Σχολεία. Ο αριθμός ιατρικών σπουδαστών επομένως παραμένει υψηλός, αν και οι πτυχιούχοι δεν είναι πλέον εγγυημένοι για την εφ' όρου μακροχρόνια απασχόληση. Η ειδική κατάρτιση εμπίπτει επίσης στις ρυθμιστικές ευθύνες των Κεντρικών Αρχών και το Υπουργείο Υγείας καθορίζει τις απαιτήσεις κατάρτισης για καθεμία από τις ειδικές ιατρικές σταδιοδρομίες²¹.

- Τα πρότυπα

Είναι σαφές ότι το επίπεδο ελέγχου που χρησιμοποιούταν παλαιότερα από το κέντρο έχει μειωθεί κατά την διάρκεια των προηγούμενων ετών. Αυτό δεν μπορεί να προκάλεσε τις αναδυόμενες αδικίες μεταξύ των περιοχών για την κατάσταση του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων, δεδομένου ότι αυτές είναι το αποτέλεσμα των οικονομικών περιορισμών. Εντούτοις, η αποδυνάμωση του επιτακτικού κεντρικού ελέγχου των προτύπων δεν έχει κάνει τίποτε για να βοηθήσει τις περιοχές που αγωνίζονται να τα αντιμετωπίσουν. Όλο και περισσότερα Νοσοκομεία, Κλινικές και Επιτροπές Υγείας στις μειονεκτούσες περιοχές περιορίζονται στη διαχείριση κρίσεων και επιτρέπουν στα πρότυπα να τα παρασύρουν, ενώ εκείνες οι περιοχές που έχουν τα διαθέσιμα κεφάλαια τείνουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις κατά τρόπο ειδικό και χωρίς υποστήριξη μιας μακροπρόθεσμης άποψης. Δεν υπάρχει κανένα σχέδιο να παρουσιαστεί στους περαιτέρω ρυθμιστικούς οργανισμούς αυτή τη στιγμή. Μάλλον αναμένεται ότι η γενική κατάσταση θα σταθεροποιηθεί επιτρέποντας στους υπάρχοντες οργανισμούς και τα ασφαλιστικά Ταμεία να εκτελέσουν τους ρόλους τους αποτελεσματικότερα.

2.2.3. Διαχείριση

Σε Ομοσπονδιακό επίπεδο, η αποτελεσματικότητα του τρέχοντος Συστήματος Διαχείρισης Υγειονομικής Περίθαλψης συμβιβάζεται με τις αδυναμίες του Υπουργείου Υγείας. Οι προτεραιότητες του Υπουργείου Οικονομικών και οι πολιτικές κατευθύνσεις στις βασικές περιοχές βρίσκονται σε σύγκρουση με το Υπουργείο Υγείας, που προκαλεί αντιφατικά αποτελέσματα. Το Υπουργείο Οικονομικών ενημερώνει το Υπουργείο Υγείας

²¹ Αυτά έχουν αναδομηθεί από το 1991 με ένα τριετές πρόγραμμα για τους οικογενειακούς γιατρούς / τους γενικούς γιατρούς.

για το επίπεδο των διαθέσιμων πόρων για την υγειονομική περίθαλψη και πώς αυτοί πρέπει να δαπανηθούν, επιμένοντας στη χρήση των δημοσιονομικών πόρων για τους μισθούς του Ομοσπονδιακού ιατρικού προσωπικού. Ο αριθμός ασθενών σε αυτές τις εγκαταστάσεις μειώνεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών επιδεινώνεται λόγω των πόρων οι οποίοι πρέπει να διανεμηθούν σε πολλά μέρη.

Το Υπουργείο Οικονομικών βρίσκεται σε παρόμοια κατάσταση δεδομένου ότι προσδιορίζει τα προγράμματα επένδυσης. Όμως, το Υπουργείο Οικονομικών αποφασίζει πού θα χρησιμοποιηθούν, όταν, και ποια ποσά με τις περιορισμένες διαβουλεύσεις με το Υπουργείο Υγείας²².

Παρά την ασαφή νομοθεσία σχετικά με τις αντίστοιχες αρμοδιότητές τους, οι σχέσεις μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Ομοσπονδιακού επιπέδου είναι θετικές και βελτιώνονται. Το Ομοσπονδιακό επίπεδο πήρε διάφορες ευθύνες οι οποίες στο παρελθόν πραγματοποιούνταν από το Υπουργείο Υγείας (π.χ. ποιοτικός έλεγχος, τυποποίηση υγειονομικής περίθαλψης). Τώρα, το Υπουργείο Υγείας καθορίζει ουσιαστικά την πολιτική, ενώ το Ομοσπονδιακό επίπεδο την εφαρμόζει σε συνεργασία μ' αυτό.

Οι πόροι που είναι στη διάθεση του Υπουργείου Υγείας (Tragakes και Lessof, 2003, σελ. 54) για να επιδράσουν στις περιοχές, περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Εξουσία για να καθορίσει τα πρότυπα για τη διάγνωση και θεραπεία, εξοπλισμό εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης, ιατρικές προμήθειες και εξοπλισμό, φαρμακευτική και ιατρική φροντίδα.
- Δημοσιονομικοί πόροι για να χρηματοδοτήσει την ικανότητα των Ομοσπονδιακών ιατρικών εγκαταστάσεων.
- Πληροφορίες πηγών, πόρων.
- Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού.

Αυτοί οι τομείς είναι ιδιαίτερα ανεπαρκείς για να εξασφαλιστούν μερικοί στόχοι, όπως το να μπορεί το Υπουργείο Υγείας να επιτύχει τους στόχους του στην αναδόμηση της υγειονομικής περίθαλψης σε όλη τη Ρωσική Ομοσπονδία. Όπως έχει σημειωθεί παραπάνω, το Υπουργείο Υγείας μπορεί να καθορίσει τα πρότυπα, δεν μπορεί όμως αποτελεσματικά να εξασφαλίσει συμμόρφωση με αυτούς καθώς η εφαρμογή είναι ευθύνη των επιμέρους περιοχών. Ουσιαστικά το Υπουργείο Υγείας είναι ανίκανο να επιβάλει τις αρχές του σε όλες τις περιοχές.

²² WHO, World Health Report, 2000. health Systems Improving Performance, Geneva, 2000.

Εκτός από την αφαίρεση κάποιων δικαιοδοσιών της μέσω της διοικητικής αποκέντρωσης, το Υπουργείο Υγείας πάσχει από εσωτερικές αδυναμίες οι οποίες μειώνουν περαιτέρω τα όρια δυνατοτήτων του να επηρεάσει τις περιοχές. Στο σύστημα διαχείρισής του δίνεται προτεραιότητα στην εξέταση των καθημερινών ζητημάτων σε αντιδιαστολή με τη συνέχιση των μεγάλων στρατηγικών στόχων. Εκτιμώντας ότι βραχυπρόθεσμοι στόχοι έχουν ένα καλά ανεπτυγμένο διαδικαστικό σύστημα, οι στρατηγικές λειτουργίες δεν κυβερνώνται από επαρκείς μηχανισμούς. Επιπλέον, τα υπάρχοντα τμήματα δεν διαθέτουν αρκετό χρόνο να μεταρρυθμίσουν τις δραστηριότητες, με τον περισσότερο χρόνο να ξοδεύεται στα καθημερινά λειτουργικά ζητήματα ή τον προγραμματισμό και χρηματοδότηση Ομοσπονδιακών εγκαταστάσεων.

Το 2000, το Υπουργείο Υγείας προσπάθησε και επανέκτησε την εξουσία με έμμεση επιβολή μιας κάθετης δομής μέσω των ειδικών συμφωνιών με τις περιοχές για τις αντίστοιχες ευθύνες τους. Εντούτοις, ελέγχοντας μόνο μια πολύ περιορισμένη μερίδα των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και η αντιμετώπιση των διευθυντικών και διοικητικών δεξιοτήτων, το Υπουργείο έβρισκε τον στόχο πολύ δύσκολα. Πολλές περιοχές, ιδιαίτερα οι οικονομικά ισχυρότερες, έχουν αποκτήσει την εμπειρία και τις δεξιότητες στη διαχείριση των πόρων, αναπτύσσουν σαφείς έννοιες σ' αυτά που θα ήθελαν να κάνουν και έχουν αρχίσει να ορίζουν δική τους πολιτική υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια έχει προκύψει ένταση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας, η οποία μεροληπτεί υπέρ της επανασυγκέντρωσης και των περιοχών που χρησιμοποιούν την ανερχόμενη ανεξαρτησία τους για να αναπτύξουν τις διοικητικές ικανότητες και είναι απρόθυμοι να την παραδώσουν σε μια κεντρική αρχή. Ο βαθμός στον οποίο αυτές οι σχέσεις έχουν αναπτυχθεί ποικίλει και οι πιο αδύναμες περιοχές παραμένουν εξαρτημένες από το Υπουργείο Υγείας.

Στο Περιφερειακό επίπεδο, οι οργανωτικές δομές των Περιφερειακών αρμόδιων για την υγεία Αρχών πάσχουν από διάφορες ανεπάρκειες και διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή, ενώ έχουν δικαίωμα να καθιερώσουν οργανωτικές δομές προτίμησής τους.

- Διοικητική αποκέντρωση του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '80, η δομή των υγειονομικών υπηρεσιών στη Σοβιετική Ένωση ήταν ιδιαίτερα κεντρική. Μετά από την αποσύνθεση της Σοβιετικής Ένωσης, κάθε μορφή διοικητικής αποκέντρωσης είναι μέρος των μεταρρυθμίσεων στη Ρωσική Ομοσπονδία (Tragakes και Lessof, 2003, σελ. 64).

- Μετάβαση

Η μετάβαση των δυνάμεων στον τομέα της υγείας άρχισε το 1989 όταν το Υπουργικό Συμβούλιο της ΕΣΣΔ εξέδωσε κανονισμούς ορίζοντας αλλαγές από το κέντρο, κάθετη διαχείριση στην αποκεντρωμένη διαχείριση.

Δηλώθηκε ότι οι περισσότεροι από τους πόρους που θα απαιτούνταν για ένα τοπικό Σύστημα Υγείας θα ελεγχόταν από τα τοπικά Συμβούλια. Περαιτέρω, οι κανόνες προσωπικού, ο κύριος μηχανισμός κεντρικού ελέγχου κατά την διάρκεια της Σοβιετικής περιόδου δεν θα ήταν πλέον υποχρεωτικός. Ξεκινώντας το 1989 οι προϊστάμενοι των προμηθευτών είχαν δικαίωμα να καθορίσουν τα επίπεδα και τους μισθούς του προσωπικού και μπορούσαν να μεταφέρουν τα κεφάλαια από το ένα στοιχείο σε άλλο.

Παρόλα αυτά, λόγω της ελλιπούς διευθυντικής ικανότητας εκ μέρους των τοπικών Αρχών, αυτές οι νέες ελευθερίες μετά βίας εφαρμόστηκαν. Η πραγματική μετάβαση δυνάμεων στον τομέα της υγείας πρέπει να τοποθετηθεί στα πλαίσια της ευρύτερης αύξησης της περιφερειακής αυτονομίας παρά την αυξανόμενη κεντρική αδυναμία στη Ρωσική Ομοσπονδία. Από νωρίς κατά την διαδικασία μεταρρύθμισης προέκυψαν συγκρούσεις μεταξύ του κέντρου και των Περιφερειακών Κυβερνήσεων με τις τελευταίες συχνά να αρνούνται να συμμορφωθούν με τις οδηγίες κεντρικής πολιτικής. Εκτιμώντας ότι το Κέντρο προέβλεπε μια διαδικασία διοικητικής αποκέντρωσης από τους ανώτερους από κοινού έγινε βαθμιαία πιο αντιδραστικό παρά υπερδραστικό στις σχέσεις του με τις περιοχές καθώς αυτές πήραν τις δυνάμεις οι οποίες και αυξάνονταν. Δεδομένου ότι το Κέντρο άρχισε να αθετεί τις δικαιοδοτικές ευθύνες του προς τις περιοχές παρά τις σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, πολλές από αυτές άρχισαν την αυτονομία πέρα από αυτήν που προβλέφθηκε στο Σύνταγμα του 1993, τους Ομοσπονδιακούς νόμους ή άλλες διμερείς συμφωνίες μεταξύ των συμβαλλομένων μερών. Αυτό οδήγησε σε μια πραγματική αυτονομία των περιοχών, αν και σπάνια είχαν είτε τη νομική εξουσία είτε την οικονομική είτε διοικητική δυνατότητα να ενεργήσουν αποτελεσματικά.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία του 1991 για τη διαδικασία προϋπολογισμών των διοικητικών μονάδων²³, στα συμβούλια των αντίστοιχων μονάδων επιτρεπόταν η ανάπτυξη, η έγκριση και η εφαρμογή των προϋπολογισμών τους ανεξάρτητα. Κατά

²³ Νόμος "On the budget process of rayons, cities, city rayons, towns, rural settlements and other territorial units of the RSFSR", Οκτώβριος 1991 (No. 1734-1), Constitution of the Russian Federation, 18.9.2005.

συνέπεια, δεν χρειαζόντουσαν πλέον την περαιτέρω έγκριση είτε από το Υπουργείο Υγείας είτε από το Υπουργείο Οικονομικών. Οι ευρύτερες αλλαγές στα διοικητικά και δημοσιονομικά συστήματα ακολουθήθηκαν στη νομοθεσία του 1992 κάνοντας τα δικαιώματα των ομπλαστ ίσων με εκείνους των δημοκρατιών της Ρωσικής Ομοσπονδίας στο πλαίσιο της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Το Σύνταγμα του 1993 επιβεβαίωσε τα δικαιώματα των τοπικών Αρχών που τους χορηγήθηκαν από τους προηγούμενους νόμους. Όλη αυτή η νομοθεσία έθεσε τα θεμέλια για την πλήρη μετάβαση της δύναμης από το κέντρο στις Περιφερειακές και Τοπικές Κυβερνήσεις, που μπορούσαν πλέον να διαχειριστούν τους πόρους χρηματοδότησης και ιατρικές υπηρεσίες, να διορίσουν τους προϊσταμένους των αρμοδίων για την υγεία Αρχών και ιατρικών εγκαταστάσεων και να αναπτύξουν τα προγράμματά τους για την υγειονομική περίθαλψη, την πρόωση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Οι Περιφερειακές αρχές διαχειρίζονται τώρα τις ιατρικές εγκαταστάσεις έχοντας το δικαίωμα ιδιοκτησίας και οι Τοπικές Κυβερνήσεις αντίστοιχα τα δημοτικά Νοσοκομεία και τις Κλινικές. Η επακόλουθη αποκεντρωμένη και τεμαχισμένη δομή έχει δημιουργήσει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που μοιάζει με ένα πλήθος συνδεδεμένων, ημιανεξάρτητων, εδαφικών μονάδων. Υποστηρίζεται ότι το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης σήμερα αποτελείται από πέντε ασυντόνιστες υπηρεσίες: Το Υπουργείο Υγείας, το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, το επιδημιολογικό σύστημα, τα παράλληλα συστήματα και την Ρωσική Ακαδημία των Ιατρικών Επιστημών. Επιπλέον, οι πρώτες δύο από αυτές αποκεντρώνονται κάθετα. Το αποτέλεσμα είναι η ελλιπής διακυβέρνηση για το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης, δεδομένου ότι το Υπουργείο Υγείας δεν είναι πλέον ικανό να θέσει την πολιτική και τις προτεραιότητες υπό μορφή συστάσεων. Ο τεράστιος τεμαχισμός του Συστήματος το αποτρέπει από το να είναι σε θέση να λειτουργήσει ως ενιαίο Εθνικό Σύστημα και να υπάρχει σοβαρός κίνδυνος, το Ρωσικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης να διαλυθεί.

Έγινε κάποια προσπάθεια εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας να επιβάλει έμμεσα μια κάθετη δομή επάνω στο Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης μέσω μιας σειράς συμφωνιών μεταξύ των περιοχών και του κέντρου, εντούτοις τα αποτελέσματα στην καλύτερη περίπτωση θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «αδύναμα». Υπάρχει επίσης σχέδιο νομοθεσίας που αντιμετωπίζει αυτό το ζήτημα και προσπαθεί να αποκαταστήσει την κάθετη αρχή του Υπουργείου Υγείας και να αυξήσει τη χρηματοδότηση Ομοσπονδιακών προϋπολογισμών του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης. Εντούτοις, το σχέδιο αντιμετωπίζει την Κυβερνητική αντίθεση λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων.

- Εξουσιοδότηση

Μια άλλη σημαντική μορφή διοικητικής αποκέντρωσης στη Ρωσική Ομοσπονδία είναι η εξουσιοδότηση, που προτρέπεται από τη νομοθεσία ασφάλισης υγείας του 1991/1993. Η λογική ήταν να δημιουργηθεί ένα σύστημα αγοραστή-προμηθευτή ξεχωριστό σε ένα μη κυβερνητικό σύστημα οργάνωσης, διοίκησης και χρηματοδότησης, βασισμένη στις ανταγωνιστικές δυνάμεις αγοράς που θα προωθούσαν την αποδοτικότητα αλλά παραμένουν υπό δημόσιο έλεγχο.

- Αποσυμπίεση

Αποσυμπίεση των δυνάμεων εμφανίστηκε μέσω της μεταφοράς των ευθυνών για τον έλεγχο και την ρύθμιση των προτύπων από το Υπουργείο Υγείας στις επιτροπές υγείας των περιοχών.

- Ιδιωτικοποίηση

Η διάσπαση αγοραστή-προμηθευτή του 1991/1993 προετοίμασε το έδαφος για τις ανταγωνιστικές ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες να προσφέρουν την κάλυψη σε τοπικό επίπεδο. Επιπλέον η παροχή υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα έχει επιτραπεί για τους γιατρούς, τους οδοντίατρους και τους φαρμακοποιούς. Η μεταφορά της ιδιοκτησίας των φυσικών εγκαταστάσεων του συστήματος παροχής υγείας έχει περιοριστεί στα φαρμακεία, τις ιατρικές βιομηχανικές επιχειρήσεις εξοπλισμού και μερικές οδοντικές πολυκλινικές. Οι ιδιωτικοί γιατροί αποτελούνται από ειδικούς, όπως οι οδοντίατροι, γυναικολόγοι, δερματολόγοι κ.ά. Οι ιδιωτικές διαγνωστικές εγκαταστάσεις περιορίζονται στον υπέρηχο και τις ακτίνες-Χ, αν και μερικές ιδιωτικές κλινικές προσφέρουν περιπλοκότερο διαγνωστικό εξοπλισμό.

Μια ιδέα ανάπτυξης της υγειονομικής περίθαλψης και της ιατρικής επιστήμης στη Ρωσική Ομοσπονδία αναπτύχθηκε από το Υπουργείο Υγείας το 1997 και βεβαιώνει την ανάγκη να αναπτυχθεί ο ιδιωτικός τομέας ως ο σημαντικότερος δομικός μετασχηματισμός που πρέπει να ακολουθηθεί στον τομέα της υγείας.

Το 1992 ανακοινώθηκε μια πρόταση για την ιδιωτική πρακτική με τίτλο «Ρύθμιση της ιδιωτικής ιατρικής δραστηριότητας». Θα καθιέρωνε το δικαίωμα στην ιδιωτική πρακτική, ρυθμιστικό πλαίσιο και το δικαίωμα στους ιδιώτες επαγγελματίες να κάνουν

συμβάσεις με ασφαλιστές. Ο νόμος αυτός δεν πέρασε ποτέ, αν και είναι ακόμα υπό εξέταση. Είχε πολλούς αντιπάλους και η προτιμημένη κατεύθυνση για τον θεσμικό μετασχηματισμό της παροχής ήταν αρχικά «μη κερδοσκοπική ιδιωτικοποίηση» που σήμαινε τον μετασχηματισμό του Κράτους και των δημοτικών εγκαταστάσεων σε αυτόνομες, σχεδόν δημόσιες, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις. Αυτό το πρότυπο κατά μια έννοια εξέτασε μια πιθανή λύση στο πρόβλημα των εγκαταστάσεων. Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη των δημοτικών κεφαλαίων, αυτό φάνηκε ως μια βιώσιμη εναλλακτική λύση. Οι δημοτικές αρχές και οι ιδιωτικοποιημένες επιχειρήσεις θα ήταν ομοϊδρυτές των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και θα μοιράζονταν την ευθύνη της χρηματοδότησης και λειτουργίας τους. Εντούτοις, αυτό δεν υλοποιήθηκε ποτέ και το ζήτημα δεν συζητείται πλέον. Θεωρείται επίσης απίθανο να περάσει στο εγγύς μέλλον νόμος σχετικά με τη ιδιωτική πρακτική.

Αν και η ιδιωτική πρακτική επιτρέπεται, δεν υποστηρίζεται από το Κράτος. Οι περιορισμοί στην ανάπτυξη ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνουν τους πολύ υψηλούς φόρους και τις κύριες απαιτήσεις για την αγορά των ιατρικών εγκαταστάσεων. Αυτά προκαλούν τις πολύ υψηλές τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι πολυάριθμοι περιοριστικοί παράγοντες αποθαρρύνουν τη συμμετοχή των ιδιωτικών προμηθευτών στο νομοθετικό σύστημα.

Η βιασύνη με την οποία αναλήφθηκε να γίνει η διοικητική αποκέντρωση οδήγησε σε μια ακατάλληλη σκιαγράφηση των δικαιωμάτων και των ευθυνών μεταξύ των Ομοσπονδιακών, Περιφερειακών και Τοπικών Κυβερνήσεων. Με τις περισσότερες αποφάσεις να εναπόκεινται στις περιφερειακές και τοπικές Αρχές και τη δύναμη του Ομοσπονδιακού Κέντρου που περιορίζεται σοβαρά, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ανίκανο να ακολουθήσει την αποδοτική χάραξη πολιτικής.

Η τάση να καταργηθούν οι παραδοσιακοί μηχανισμοί πριν να καθιερωθούν νέοι, έχει δημιουργήσει τις πραγματικές δυσκολίες στις μειονεκτούσες περιοχές και υπάρχουν στοιχεία ανισοτήτων που εισάγονται στο σύστημα. Ενώ η πρόσφατη τάση είναι στην κατεύθυνση της επανασυγκέντρωσης, υπάρχουν εμπόδια δεδομένου ότι τα συμφέροντα που δημιουργούνται από τη διοικητική αποκέντρωση αντιστέκονται σε οποιαδήποτε πίεση να εγκαταλείψουν τη δύναμη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ

3.1. Κύριο σύστημα χρηματοδότησης και δημοσιονομική κάλυψη

3.1.1. Ιστορική αναδρομή

Υπό το Σοβιετικό σύστημα, η υγειονομική περίθαλψη σχεδόν αποκλειστικά χρηματοδοτήθηκε μέσω των Κρατικών δημοσιονομικών πόρων σε διάφορα επίπεδα. Οι δημοκρατικές εγκαταστάσεις χρηματοδοτήθηκαν από δημοκρατικούς προϋπολογισμούς, ενώ οι διάφορες περιοχές κάλυψαν τις δαπάνες των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης μέσα στα όριά τους.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του Σοβιετικού συστήματος ήταν η εξουσιοδότηση ολόκληρου πληθυσμού με μια περιεκτική σειρά υπηρεσιών. Η Σοβιετική Ένωση στη πραγματικότητα ήταν το πρώτο κράτος που εγγυήθηκε, σύμφωνα με το Σύνταγμα, δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες για όλους τους πολίτες. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ήταν επίσημα δωρεάν με εξαίρεση τα φαρμακευτικά είδη, αν και υπήρξαν διάφορες κατηγορίες ανθρώπων που απαλλάσσονταν από την πληρωμή²⁴. Στη πράξη οι ασθενείς έπρεπε συχνά να πληρώνουν για τις υπηρεσίες (φακελάκι).

3.1.2. Αδυναμίες του Σοβιετικού Συστήματος στη χρηματοδότηση

Οι αντικειμενικοί στόχοι της καθολικής και δίκαιης πρόσβασης και παροχής στη Σοβιετική Ένωση ακολουθήθηκαν με τους ανεπαρκείς δημοσιονομικούς πόρους, εις βάρος της ποιότητας και της εκτίμησης δαπανών και αποδοτικότητας. Το αποτέλεσμα ήταν ένα ιδιαίτερα ανεπαρκές σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρει χαμηλή ποιότητας υπηρεσίες οι οποίες δεν επέτυχαν την επιθυμητή δικαιοσύνη και απέτυχαν να συμβάλουν στη διατήρηση της υγείας του πληθυσμού²⁵. Το Σοβιετικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης όπως η Σοβιετική οικονομία γενικά, περιβλήθηκε από τα προβλήματα που προκλήθηκαν από την έμφαση στον κεντρικό προγραμματισμό, οδηγώντας στην

²⁴ Περιλάμβανε παιδιά, συνταξιούχους, έγκυες γυναίκες, ανάπηρους, βετεράνους πολέμου κ.ά.

²⁵ D. Balabanova, *Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries*, ό.π.

επικράτηση διεστραμμένων κινήτρων και σημαντικών δομικών δυσαναλογιών, όπως υποχρηματοδότηση, αναποτελεσματικότητα και μειωμένη ποιότητα λόγω μεγάλου αριθμού ιατρών, κρεβατιών, κίνητρα για παραμονή των ασθενών (υγιή) για αρκετό καιρό με σκοπό μεγαλύτερου προϋπολογισμού για το επόμενο έτος, φακελάκια και έλλειψη δικαιοσύνης λόγω του παράλληλου συστήματος αφού αυτά πρόσφεραν καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες στα μέλη τους.

3.1.3. Σύσταση νομοθεσίας της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας στη Ρωσική Ομοσπονδία

Με την γρήγορη εισαγωγή των απευθυνόμενων στην αγορά μεταρρυθμίσεων σε άλλους τομείς της Ρωσικής οικονομίας, αποφασίστηκε ότι η Ρωσία θα εισήγαγε ένα σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας που θα στηριζόταν σε μεγάλο ποσοστό στις δυνάμεις της αγοράς για να διορθώσει τα πολλά δεινά της Ρωσικής υγειονομικής περίθαλψης (Tragakes και Lessof, 2003, σελ. 68).

Υπό την πίεση των σοβαρών οικονομικών δυσκολιών λόγω της στασιμότητας της οικονομίας (Гайдар, Синельников, Трофимов, Коваль, Воиовик, 2003), τις περικοπές των προϋπολογισμών και της φιλελευθεροποίησης των τιμών ο Ανώτατος Σοβιετικός της ΕΣΣΔ πέρασε το νόμο «σχετικά με την ασφάλιση υγείας των πολιτών της ΕΣΣΔ» τον Ιούνιο του 1991 ως αρχική προσπάθεια να παρέχει ένα νομικό πλαίσιο για τις εκτεταμένες αλλαγές που προγραμματίστηκαν για την χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης. Αυτός ο νόμος θεωρήθηκε ότι έχει μερικές θεμελιώδεις αδυναμίες, επομένως τροποποιήθηκε και επανεκδόθηκε τον Απρίλιο του 1993 και έγινε αποδεκτός ως βάση για την επόμενη εφαρμογή του συστήματος ασφάλισης υγείας.

Οι βασικοί στόχοι της νομοθεσίας αυτής ήταν να προωθηθούν οι νέες πηγές χρηματοδότησης προκειμένου να αυξηθούν οι υπάρχουσες δημοσιονομικές πηγές, για να παρέχουν ένα μηχανισμό για την συγκέντρωση κεφαλαίων, και για να συνεχίσουν να παρέχουν την καθολική πρόσβαση και την περιεκτική κάλυψη για τον πληθυσμό εισάγοντας την ελευθερία της επιλογής του προμηθευτή και του ασφαλιστή (Normand and Reilhard, 2002). Η επίτευξη αυτών των στόχων επρόκειτο να διευκολυνθεί μέσω της βελτιωμένης διαχείρισης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και της εισαγωγής των

μηχανισμών που θα στηρίζονταν σε μεγάλο βαθμό στην αρχή της αγοράς του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστών και των προμηθευτών αντίστοιχα²⁶.

3.2. Συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης

Η υγειονομική περίθαλψη στη Ρωσική Ομοσπονδία χρηματοδοτείται μέσω ενός μίγματος των δημοσιονομικών και ασφαλιστικών πηγών. Οι πίνακες 3.1 και 3.2 παρουσιάζουν τα ποσά που συνεισφέρονται από κάθε πηγή την τελευταία δεκαετία.

Οι πίνακες περιλαμβάνουν τις περισσότερες αλλά όχι όλες τις πηγές χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης.

Πίνακας 3.1: Κύριες πηγές χρηματοδότησης (σε τρισεκατομμύρια ρούβλια)

Πηγή χρηματοδότησης	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ομοσπονδιακός προϋπολογισμός	0.1	0.6	2.3	3.9	4.3	9.8	5.7	10.1	16.2	23.1
Περιφερειακός προϋπολογισμός	0.4	4.8	17.4	37.1	51.9	6.3	57.7	92.9	136.5	158.3
Από τους οποίους:										
Συνεισφορές για υποχρεωτική ασφάλιση υγείας άνεργου πληθυσμού	-	-	1.2	4.1	5.6	6.5	7.0	10.9	17.9	23.8
Υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για εργαζόμενο πληθυσμό	-	1.0	4.2	9.0	13.9	18.3	20.0	31.1	51.1	59.6
Ιδιωτικές συνεισφορές για εθελοντική ασφάλιση υγείας	-	-	0.1	0.4	1.2	2.2	3.4	3.8	7.2	-
Πληρωμές για ιατρικές υπηρεσίες	-	0.1	0.6	2.9	5.6	9.3	11.4	17.4	27.5	37.8
Πληρωμές για φαρμακευτικά είδη	-	-	2.1	8.1	12.2	19.8	26.3	51.7	70.1	-
Εταιρικές πληρωμές για ιατρικές υπηρεσίες	-	-	0.3	0.2	0.6	2.1	2.6	2.6	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	-	-	26.9	61.2	88.5	126.6	124.7	207.8	-	-

Πηγή: Tragakes και Lessof, "Health Care Systems in Transition: Russian Federation", Tragakes E., Copenhagen, 2003.

²⁶ Funding Health Care: Options for Europe, Διαδίκτυο, σελ. 189-190.

Πίνακας 3.2: Κύριες πηγές χρηματοδότησης (% του συνολικού)

Πηγή χρηματοδότησης	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ομοσπονδιακός προϋπολογισμός	11.3	8.9	8.6	6.4	4.9	7.7	4.6	4.9
Περιφερειακός προϋπολογισμός	88.7	75.3	64.7	60.6	58.6	53.1	47.1	44.7
Από τους οποίους:								
Συνεισφορές για υποχρεωτική ασφάλιση υγείας άνεργου πληθυσμού	-	0.5	4.5	6.7	6.3	5.1	5.6	5.2
Υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για εργαζόμενο πληθυσμό	-	-	15.6	14.7	15.7	14.5	16.0	15.9
Ιδιωτικές συνεισφορές για εθελοντική ασφάλιση υγείας	-	0.9	1.5	2.0	2.5	2.7	3.0	3.5
Πληρωμές για ιατρικές υπηρεσίες	-	1.6	2.2	4.7	6.3	7.3	9.1	8.4
Πληρωμές για φαρμακευτικά είδη	-	-	7.8	13.2	13.7	15.6	21.1	24.9
Εταιρικές πληρωμές για ιατρικές υπηρεσίες	-	-	1.1	0.3	0.7	1.7	2.1	1.2
ΣΥΝΟΛΟ	100	100	100	100	100	100	100	100

Πηγή: *Tragakes και Lessof, "Health Care Systems in Transition: Russian Federation", Tragakes E., Copenhagen, 2003.*

Όπως ο πίνακας 3.2 δείχνει, το μερίδιο των Ομοσπονδιακών προϋπολογισμών είναι μικρό και μειωμένο, ανέρχεται ακριβώς κάτω από 5% το 1999. Τα επόμενα έτη υπήρξε ιδιαίτερη αύξηση για την υγειονομική περίθαλψη στον Ομοσπονδιακό προϋπολογισμό που απεικονίζει το πρόσφατο πνεύμα της επανασυγκέντρωσης.

Ο πίνακας 3.3 επιδεικνύει πώς διατίθενται τα κονδύλια του Ομοσπονδιακού προϋπολογισμού. Από το Υπουργείο Υγείας πληρώνονται η κατάρτιση, έρευνα, δραστηριότητες δημόσιας υγείας, μεγάλες επενδύσεις και η τριτοβάθμια φροντίδα. Η μερίδα που διατίθεται «σε άλλους οργανισμούς» περιλαμβάνει τη χρηματοδότηση για την Ρωσική Ακαδημία Επιστημών και για το παράλληλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Πίνακας 3.3: Χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης Ομοσπονδιακών προϋπολογισμών (%)

	1999	2000
Υπουργείο Υγείας	81.5	79.4
Άλλοι Οργανισμοί	18.5	20.6
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Πηγή: Tragakes και Lessof, "Health Care Systems in Transition: Russian Federation", Tragakes E., Copenhagen, 2003.

Οι περιφερειακοί προϋπολογισμοί υγείας αποτελούν περίπου 45% της χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης αλλά έχουν μειωθεί σημαντικά από το 1992. Τα κεφάλαια του περιφερειακού κυβερνητικού προϋπολογισμού μπορούν να διατεθούν για δύο λόγους: για να πληρωθούν ορισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης άμεσα και για να πληρωθούν οι ασφαλιστικές συνεισφορές που πρέπει να γίνουν εξ ονόματος του άνεργου πληθυσμού. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους επιλέγουν οι περιφερειακές κυβερνήσεις να κάνουν την κατανομή του προϋπολογισμού τους για την υγειονομική περίθαλψη.

Το υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας, συμβάλλει με σχετικά μικρό μερίδιο το οποίο είναι αρκετά σταθερό σε 15% περίπου από την έναρξη του συστήματος.

Οι συνολικές ιδιωτικές πηγές προσθέτουν μέχρι 47.3% ή σχεδόν τα μισά από την συνολική χρηματοδότηση. Αυτό είναι πολύ περισσότερο απ' ό,τι θα ήταν αναμενόμενο για ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που προτάσσεται υπέρ της δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης για ολόκληρο τον πληθυσμό.

3.2.1. Υπερκοστολόγηση

Το ασφαλιστικό σχέδιο, έτσι όπως λειτουργεί στη Ρωσική Ομοσπονδία, το μεγαλύτερο μέρος του δεν περιλαμβάνει διατάξεις για τη διανομή του κόστους. Ο μόνος που εγκρίνεται επίσημα είναι οι δαπάνες για το επικρατούν Νοσοκομείο ή τις υπηρεσίες, όπως οδοντική φροντίδα, στερεότυπες οφθαλμολογικές υπηρεσίες, οι περισσότερες ιατρικές ενισχύσεις και προσθέσεις, φάρμακα εξωτερικών ασθενών και οι υπηρεσίες που αποκλείονται από τη βασική συσκευασία.

Χρέωση οδοντιατρικής φροντίδας, συνταγών των ασθενών και οδοντικών προσθέσεων ήταν όλη η τυποποιημένη Σοβιετική πρακτική. Στη περίπτωση των φαρμακευτικών ειδών υπάρχουν διάφορες ομάδες που απαλλάσσονται από την πληρωμή. Σύμφωνα με τους επίσημους κανόνες δεν υπάρχει καμία σημαντική αύξηση του αριθμού υπηρεσιών για τις οποίες οι ασθενείς αναμένονται να πληρώνουν μέσα στη ρυθμισμένη δεσπόζουσα τάση. Παρά τους επίσημους κανόνες, εντούτοις, υπήρξε αύξηση του ποσού συμμετοχής κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90.

Η αύξηση της υπερκοστολόγησης οφείλεται²⁷ στην αναγκασμένη συμμετοχή των ασθενών στη κάλυψη εκείνης της μερίδας των δαπανών, τις οποίες το νομοθετημένο κεφάλαιο είναι ανίκανο να καλύψει. Παροχές της δωρεάν υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης, ανίκανοι να καλύψουν τις δαπάνες τους μέσω δημόσιων κεφαλαίων, χρεώνουν για τις υπηρεσίες που κανονικά πρέπει να παρέχουν δωρεάν. Η Κυβέρνηση, ανίκανη να παρέχει την απαραίτητη χρηματοδότηση, αναγκάζεται να γίνουν αποδεκτές αυτές οι νόμιμα αμφισβητήσιμες πρακτικές. Αυτό οδηγεί σε καταστάσεις μεγάλης ανισότητας, καθώς οι ασθενείς μπορούν ο καθένας να λάβει μια υπηρεσία δωρεάν, ή μπορεί να την πληρώσει πλήρως ανάλογα με τον τύπο παρεχόμενης φροντίδας ή τον τόπο που παρέχεται. Αυτά σχεδόν ανέρχονται σε 47% ή σχεδόν στο μισό από την συνολική χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης.

3.2.2. Παράνομες πληρωμές (φακελάκια)

Στη Σοβιετική εποχή, το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης συμπλήρωνε συνήθως το εισόδημά του μέσω της διαδεδομένης πρακτικής της αποδοχής φιλοδωρημάτων²⁸. Η πλήρης έκταση αυτού ήταν άγνωστη. Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Σοβιετικό Κοινωνιολογικό Ίδρυμα τη δεκαετία του '80, η «μαύρη» μερίδα της οικονομίας της υγειονομικής περίθαλψης ανήλθε περίπου στο 17% του συνολικού προϋπολογισμού του Συστήματος Υγειονομικής Φροντίδας. Είναι σαφές ότι ήταν μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης, ιδιαίτερα η πληρωμή των γιατρών και νοσοκόμων²⁹.

²⁷ WHO, Regional Office for Europe, *Highlights on health in the Russian Federation*, November, 1999.

²⁸ Στοιχεία αναφέρουν ότι το μέγεθος αυτών των πληρωμών επιχορηγούσε το εισόδημα του προσωπικού καθώς και ένα μέρος που χρησιμοποιούνταν για να αγοραστούν προμήθειες ή άλλα ιατρικά αγαθά.

²⁹ Προσωπική συνέντευξη από Κιρνόσοβα Σβετλάνα, Νοσηλεύτρια Συστήματος Υγειονομικής Φροντίδας ΕΣΣΔ και Ρωσικής Ομοσπονδίας.

Στη Ρωσική Ομοσπονδία σήμερα οι παράνομες πληρωμές αντιλαμβάνονται σε ευρύτερο πλαίσιο ως δωροδοκίες³⁰. Σύμφωνα με μια διετή μελέτη πάνω στην δωροδοκία που χρηματοδοτείται από την Δανική Κυβέρνηση και την Παγκόσμια Τράπεζα, οι Ρώσοι πληρώνουν 36 δισεκατομμύρια δολάρια ανά έτος στις δωροδοκίες, ένα ποσό που ανέρχεται στα μισά έξοδα της Κυβέρνησης το 2002. Από αυτό το ποσό, 2,5 δισεκατομμύρια δολάρια περιλαμβάνει την «περιστασιακή δωροδοκία» συμπεριλαμβάνοντας την πληρωμή για τις κανονικά δωρεάν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αφού βρέθηκε να είναι ο τομέας που απορροφά το μεγαλύτερο μερίδιο αυτών των δωροδοκιών, που ανέρχονται σε ποσό πάνω από 600 εκατομμύρια δολάρια. Η μελέτη διαπίστωσε ότι τουλάχιστον 12 εκατομμύρια Ρώσοι δεν επιδιώκουν ιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται επειδή δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά να πληρώσουν τη δωροδοκία.

Οι παράνομες πληρωμές επομένως συνεχίζουν αδιαφιλονίκητα να είναι η πηγή χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη. Ο κακός συνδυασμός μεταξύ των εξουσιοδοτήσεων από την μία και οι περιορισμένοι επίσημοι πόροι από την άλλη, δεν επιτρέπουν στο σύστημα οποιαδήποτε πιθανότητα επιβίωσης.

3.2.3. Χρηματοδότηση από εθελοντική ασφάλιση υγείας

Η εθελοντική ασφάλιση υγείας εγκρίθηκε αρχικά το 1991, με περαιτέρω ρυθμιστική νομοθεσία τον επόμενο χρόνο. Μπορεί να προσφερθεί σε άτομα ή ομάδες του προσωπικού μιας επιχείρησης και επιτρέπει στον πληθυσμό που καλύπτεται να λαμβάνει πρόσθετες υπηρεσίες πέρα από εκείνες που περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο. Προσφέρεται αποκλειστικά από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Σύμφωνα με τη νομοθεσία υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας του 1993, η εθελοντική ασφάλιση μπορεί να προσφερθεί από τους ιδιωτικούς ασφαλιστές που είναι μέλη του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας.

Η εθελοντική ασφάλιση στη Ρωσική Ομοσπονδία παίζει πολύ μικρό ρόλο στη χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης. Η συμβολή της υπολογίστηκε περίπου σε 3,5% του συνόλου της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης το 1999. Οι ιδιωτικές

³⁰ F.G. Feeley, I.M. Sheiman, S.V. Shishkin, *Health Sector Informal Payments in Russia*, <http://dcc2.bunic.bu.edu/RussianLegalHealthReform/ProjectDocuments/n650.IIIB6.Article.pdf> (18.0.05).

ασφαλιστικές εταιρίες επικεντρώνονται να προσφέρουν πρόσθετες υπηρεσίες για να συμπληρώσουν το βασικό πακέτο της δωρεάν ιατρικής φροντίδας και εστιάζουν στη παροχή καλύτερων ξενοδοχειακών υπηρεσιών. Κατόπιν, συντάσσουν συμβάσεις με τις κλινικές και τα νοσοκομεία. Επομένως, οι ασφαλιστικές εταιρίες είναι ικανές να εγγυηθούν για την πρόσβαση των πελατών τους σε καλύτερες εγκαταστάσεις και με άριστο προσωπικό χωρίς να πρέπει να επωμισθούν το πλήρες κόστος αυτού αφού επιχορηγούνται από τα δημόσια κεφάλαια.

3.2.4. Εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης

Οι εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης αποτελούνται από τα δάνεια ή τις επιχορηγήσεις που χορηγούνται από διάφορες οργανώσεις. Ο βαθμός στον οποίο η Ρωσική Ομοσπονδία έχει ωφεληθεί από τέτοια βοήθεια είναι περιορισμένος.

3.3. Ωφέλειες και περιορισμοί του Συστήματος Υγείας

3.3.1. Οφέλη

Η Ρωσική Ομοσπονδία κληρονόμησε από τη Σοβιετική Ένωση μια κληρονομιά εγγυήσεων για ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος των πολιτών για δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες οι οποίες είχαν διατυπωθεί σε γενικούς τομείς στο Σοβιετικό Σύνταγμα. Δεν υπήρξε ποτέ ένα καθορισμένο πακέτο υπηρεσιών, οι πολίτες ήταν εγγυημένοι με μια πλήρης σειρά υπηρεσιών που προσφέρονται από τις ιατρικές εγκαταστάσεις στις οποίες είχαν πρόσβαση. Στη πράξη, η ισότητα μεταξύ των πολιτών συμβιβάστηκε από την διαφορετική πρόσβαση και ποιότητα των υπηρεσιών από περιοχή σε περιοχή και σύμφωνα με τη θέση του καθενός στη πολιτική ιεραρχία³¹.

Η εγγύηση μιας πλήρους σειράς δωρεάν υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν έχει αλλάξει με την ανεξαρτησία, αλλά μάλλον έχει επιβεβαιωθεί μέσω του νέου Ρωσικού Συντάγματος και του νέου νόμου σχετικά με τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (Tragakes-Lessof, 2003, σελ. 91-93). Σύμφωνα με τη νομοθεσία ασφάλισης υγείας του 1991, που τροποποιήθηκε το 1993, το νομοθετικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εγγυάται στον πληθυσμό μια περιεκτική σειρά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η κάλυψη είναι καθολική, βασισμένη στην υπηκοότητα και δεμένη στη

³¹ D. Balabanova, *Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries*, ό.π.

διαμονή, αφού η έλλειψη της καθιερωμένης νόμιμης κατοικίας σημαίνει ότι κάποιος δεν έχει εξασφαλισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης³².

Το πρώτο βασικό πακέτο εγκρίθηκε από το Συμβούλιο των Υπουργών το 1992 μέσω ενός διατάγματος που τιτλοφορείται ως «Ασφάλιση υγείας των πολιτών της ΕΣΣΔ». Περιλαμβάνουν τις ακόλουθες γενικές κατηγορίες φροντίδας: φροντίδα έκτακτων αναγκών, πρωτοβάθμια ιατρική και κοινωνική περίθαλψη, προληπτικές και διαγνωστικές θεραπείες στις πολυκλινικές, ανάρρωση, έλεγχος και αποκατάσταση παιδιών, εφήβων, αναπήρων και παλαίμαχων πολέμου, νοσοκομειακή φροντίδα.

Τα παραπάνω περιλαμβάνουν όλη την ιατρική δικαιολογημένη φροντίδα σε 29 ιατρικές ειδικότητες. Τα φάρμακα των ασθενών συμπεριλαμβάνονται στο βασικό πακέτο, αλλά σύμφωνα με την επικρατούσα ρύθμιση, το κόστος των φαρμακευτικών ειδών που ορίζονται στους εξωτερικούς ασθενείς πρέπει να πληρωθούν από τους ίδιους. Αυτό ισχύει εάν η συνταγή γράφεται σε μια ειδική κλινική ή από έναν γενικό επαγγελματία, εκτός αν ο ασθενής εμπίπτει σε μια από τις απαλλάξιμες ομάδες.

Άλλη νομοθεσία που διαμορφώνεται πάνω στα επίπεδα εξουσιοδότησης περιλαμβάνει Υπουργική απόφαση του Ιουνίου του 1993 που διευκρινίζει τα δικαιώματα εργασιμου πληθυσμού στο βασικό πακέτο φροντίδας που καλύπτεται από 29 ιατρικές ειδικότητες.

Το πρώτο σημαντικό βήμα από μέρος της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης να αναθεωρήσει την δέσμευσή του για την δωρεάν υγειονομική περίθαλψη πραγματοποιήθηκε το 1998 με το κρατικό πρόγραμμα να εγγυάται την εξασφάλιση της δωρεάν παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες της Ρωσικής Ομοσπονδίας. Αυτό στη πραγματικότητα δεν αλλάζει τη δομή (τα οφέλη), εντούτοις προσπαθεί να παρέχει τα εργαλεία που θα επιτρέψουν τις δεσμεύσεις για φροντίδα να ισορροπούν με τους πόρους. Ο στόχος είναι να διευκρινιστεί το συνολικό κεφάλαιο που απαιτείται να συναντήσει το κόστος των παρεχόμενων δωρεάν υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και να καθορίσει πώς πρόκειται να συλλεχθούν οι πόροι και πώς να διατεθούν. Το πρόγραμμα περαιτέρω καθορίζει τον τύπο και το μέγεθος της δωρεάν φροντίδας που πρόκειται να διανεμηθεί και στη πραγματικότητα επιβεβαιώνει τις εξουσιοδοτήσεις που ήδη είναι σε ισχύ.

³² Πρέπει να σημειωθεί ότι η εξασφάλιση μιας άδειας παραμονής δεν είναι εύκολος στόχος στη Ρωσική Ομοσπονδία. Για να το καταφέρει κάποιος πρέπει να έχει μόνιμη κατοικία και έγκριση από διάφορες δημοτικές αρχές (Συνέντευξη Κιρνόσοβα Σβετλάνα).

Το πρόγραμμα άρχισε να λειτουργεί στις περισσότερες περιοχές χωρίς όμως τα αναμενόμενα αποτελέσματα καθώς οι περιοχές δεν ήταν για διάφορους λόγους ικανές να ανταπεξέλθουν στα ζητούμενα του προγράμματος. Για τον λόγο αυτό, στην προσπάθεια βελτίωσης, το 2000 έγιναν κάποιες συστάσεις που εγκρίθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Οικονομικών. Αυτές οι συστάσεις καθόριζαν τον σκοπό, τις αρχές και την δομή του προγράμματος καθώς και κανόνες για την φροντίδα και τις δαπάνες της.

Παρακάτω παρατίθεται η δωρεάν ιατρική φροντίδα και τα φαρμακευτικά είδη, όπως ορίζονται από το πρόγραμμα.

Δωρεάν υπηρεσίες που καλύπτονται από τους Κυβερνητικούς προϋπολογισμούς:

- Φροντίδα επειγόντων περιστατικών
- Νοσοκομειακή και πολυκλινική φροντίδα σε ασθενείς με κοινωνικές ασθένειες, όπως δερματολογικές και αφροδισιακές ασθένειες, φυματίωση, AIDS, διανοητικά προβλήματα, ναρκωτικά, ανωμαλίες εγκυμοσύνης και τοκετού, μερικούς τύπους παιδικών και νηπιακών ασθενειών
- Ιατρεία ελέγχου υγιών παιδιών
- Ειδικευμένη φαρμακευτική φροντίδα
- Μερικοί τύποι ακριβών ιατρικών φροντίδων

Δωρεάν υπηρεσίες που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας:

- Πολυκλινική και νοσοκομειακή φροντίδα σε ασθενείς με μεταδοτικές και παρασιτικές ασθένειες, καρκίνο, ενδοκρινολογικές ασθένειες, δερματικές, διατροφικές ανωμαλίες, ασθένειες νευρικού συστήματος, ασθένειες αίματος, παθολογία ανοσοποιητικών συστημάτων, καρδιακές και κυκλοφοριακές ασθένειες, ωτορινολαρυγγολογικές και αναπνευστικές ασθένειες, όλοι οι τύποι τραυματισμών και δηλητηριάσεων, ασθένειες οστών και μυών κ.ά.

Υπάρχουν υπηρεσίες που αποκλείονται ρητά από το σύστημα. Αυτές είναι: καλλυντικές χειρουργικές επεμβάσεις, ομοιοπαθητικές και εναλλακτικές θεραπείες, προσθετικές οδοντιατρικές υπηρεσίες κ.ά.

Το πρόγραμμα του 1998 των εγγυημένων οφελών συνεχίζει να εγγυάται την δωρεάν υγειονομική φροντίδα. Η προσπάθεια να ισορροπήσουν οι πόροι υγειονομικής περίθαλψης με το πραγματικό κόστος των ιατρικών υπηρεσιών μέσω ενός εγγυημένου πακέτου οφελών, δεν έχει παραγάγει οποιαδήποτε πρακτικά αποτελέσματα λόγω απροθυμίας να αλλάξει η αρχή της δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης.

3.3.2. Περιορισμοί

Το πρόβλημα κατά βάθος, που κρύβεται υπό το πακέτο οφελών, το οποίο είναι η μεγαλύτερη πολιτική δυσκολία να καθιερωθεί ένας θετικός κατάλογος υπηρεσιών, επεκτείνεται σε όλη την Ευρώπη³³ και παραπέρα. Ένας αρνητικός κατάλογος ή ένας κατάλογος αποκλεισμών είναι ευκολότερο να καθιερωθεί, αν και σ' αυτή τη περίπτωση είναι πολύ δύσκολο να αποφευχθούν οι παραλογισμοί, πράγμα αναπόφευκτο με τους υπάρχοντες περιορισμένους πόρους.

3.4. Δαπάνες Συστήματος Υγείας

Λόγω ελλιπούς υποβολής, εκθέσεων οικονομικών ροών, κανένας δεν γνωρίζει πραγματικά το μέγεθος των οικονομικών πόρων που διατίθενται για το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης στη Ρωσική Ομοσπονδία. Οι τομείς ανησυχίας είναι οι μη καταγεγραμμένοι προϋπολογισμοί του παράλληλου Συστήματος Υγείας, η αβεβαιότητα του ακριβούς ποσού που ξοδεύεται στις περιοχές τώρα με την άσκηση του ανεξάρτητου ελέγχου και σημαντικά και ουσιαστικά οι μη καταγεγραμμένες παράνομες πληρωμές για τις υπηρεσίες. Επιπλέον, λίγα γίνονται για να καταγραφούν τα χρηματικά ποσά που συγκεντρώνονται από την πώληση των υπηρεσιών μέσα στα Νοσοκομεία και τις Πολυκλινικές.

Η περαιτέρω δυσκολία στη παραγωγή των αξιόπιστων εκτιμήσεων προέρχεται από τον γρήγορο πληθωρισμό, ο οποίος ήρθε από έλεγχο μόνο μετά την αθέτηση του 1998 και τις αλλαγές στις κυβερνητικές προσεγγίσεις στην τήρηση αρχείων. Οι προσπάθειες για καταχώρηση σε ευρετήρια, αποδείχθηκαν δύσκολες, αλλά σε σύγκριση με τα μετρήσιμα επίπεδα δαπανών κατά τη διάρκεια της αποσύνθεσης της Σοβιετικής Ένωσης, τα πραγματικά έξοδα έχουν μειωθεί, με συνέπεια την ανεπαρκή παροχή των βασικών αναγκών στο σύστημα.

Το παράλληλο Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης, που αποτελείται από πολυάριθμο διοικητικό οργανισμό που παρέχουν υπηρεσίες στους υπαλλήλους τους,

³³ Funding Health Care: Options for Europe, Διαδίκτυο, σελ. 189-190.

υπολογίζεται να απορροφά λιγότερο από 20% του Ομοσπονδιακού προϋπολογισμού, αν και απορροφά πρόσθετα μη καταγεγραμμένα εκτός προϋπολογισμού κεφάλαια³⁴.

Ως συνέπεια αυτών των παραλείψεων και αβεβαιοτήτων, εκτιμήσεις για τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως μερίδιο του ΑΕΠ ποικίλουν ευρέως.

Εντούτοις, ο αριθμός που παρέχεται έχει υποτιμηθεί των αληθινών εξόδων για την υγειονομική περίθαλψη, δεδομένου ότι περιλαμβάνει μόνο τις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης, αλλά αποκλείει τις παράλληλες υπηρεσίες, οι οποίες φυσικά χρηματοδοτούνται δημόσια. Λείπουν επίσης οι επίσημες ιδιωτικές πληρωμές, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών ασφαλιστικών πληρωμών και οι ανεπίσημες ιδιωτικές πληρωμές.

Οι στατιστικές Goskonistat βάζουν τις συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στο 4.6% του ΑΕΠ το 1999. Η Έκθεση Παγκόσμιας Υγείας του 2000 υπολογίζει το Συνολικό Δημόσιο συν το ιδιωτικό μερίδιο εξόδων στο ΑΕΠ να είναι υψηλότερο κατά 5.4% το 1997, με βάση μια εκτίμηση ενός μεριδίου 23.2% των ιδιωτικών εξόδων στη συνολική υγειονομική περίθαλψη που υπονοούν ένα μερίδιο δημόσιων εξόδων στο ΑΕΠ σε 4.15%, και ιδιωτικό μερίδιο εξόδων σε 1.25%. Αυτή η εκτίμηση των ιδιωτικών εξόδων είναι πολύ χαμηλή, έναντι μιας εκτίμησης από μια έρευνα Δεκεμβρίου του 1997 σε 3.000 Ρωσικές οικογένειες, σύμφωνα με τις οποίες το συνολικό ιδιωτικό μερίδιο δαπανών είναι περίπου 47%. Εάν αυτοί οι αριθμοί χρησιμοποιούνται, αυτό σημαίνει ότι το συνολικό μερίδιο δαπανών υγειονομικής περίθαλψης του ΑΕΠ θα ήταν μεταξύ 6.5% και 7%.

Οι πολυάριθμες διαφορετικές εκτιμήσεις των εξόδων υγειονομικής περίθαλψης ως μερίδιο του ΑΕΠ είναι ενδεικτικό των δυσκολιών στη παραγωγή των ακριβών υπολογισμών και απεικονίζει τις διαφορετικές υποθέσεις που κατευθύνονται σ' αυτές.

³⁴ Βλ. Συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης.

Πίνακας 3.4: Τάσεις των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στη Ρωσική Ομοσπονδία 1994-1999

Συνολικές Δαπάνες Υγειονομικής Περίθαλψης	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Αξία τρεχουσών τιμών (τρεις ρούβλια)	26.6	61.2	88.5	126.6	124.7	207.8
Αξία σταθερών τιμών (τρεις ρούβλια)	26.9	21.9	22.6	26.9	24.1	25.1
Αξία τρεχουσών τιμών, κατά κεφαλήν	197.4	161.1	166.3	198.8	178.8	186.4
Μερίδιο του ΑΕΠ (%)	4.4	4.0	4.1	5.1	4.6	4.6
Δημόσιο ως μερίδιο των συνολικών δαπανών στην υγειονομική περίθαλψη (%)	88.9	81.7	75.3	75.3	67.7	65.5

Πηγή: Goskonistat of the Russian Federation and *Ekonomika zdavookhra neniya* N. 7, 2001.

Ο πίνακας 3.4 παρουσιάζει την ανάπτυξη των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης την περίοδο 1994-1999 και παρουσιάζει ότι βυθίστηκε, στην πραγματικότητα, το 1995, ανακτήθηκε στο επίπεδο του 1994 μέχρι το 1997 και έπειτα έπεσε για τα επόμενα δύο έτη. Σαφώς, οι δυσκολίες επιδεινώθηκαν πολύ από την οικονομική κατάρρευση του 1998.

Ενώ είναι υπερβολικά δύσκολο να φθάσει σε ένα ακριβές σχήμα, είναι αρκετά σίγουρο ότι η δημόσια χρηματοδότηση στην πραγματικότητα έχει μειωθεί από την αποσύνθεση της Σοβιετικής Ένωσης.

Ο πίνακας 3.5 παρουσιάζει την πραγματική ανάπτυξη από το 1991, τα συνολικά Δημόσια έξοδα καθώς και τις μετοχές από την ασφάλιση υγείας. Τα συνολικά Δημόσια έξοδα αυξάνονται στην πραγματικότητα το 1993, εν μέρει λόγω της εισαγωγής της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, στη συνέχεια έπεσε απόκρημνα, έτσι ώστε μέχρι το 1999 στάθηκε μόνο στα 2/3 του επιπέδου του 1991. Αυτή η τεράστια πτώση οφείλεται κυρίως στη πτώση των δημοσιονομικών εξόδων, τα οποία μέχρι το 1999 είχαν μειωθεί περίπου στο μισό του επιπέδου του 1991.

Πίνακας 3.5: Ανάπτυξη δημόσιων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Συνολικό Δημόσιο	100	80	108	98	72	71	81	67	67	71
Προϋπολογισμός	100	80	91	81	59	57	65	51	51	55
Υποχρεωτική ασφάλιση υγείας	-	-	17	17	13	14	16	16	16	16

Πηγή: Shishkin S., *Russian Health Care Finance Reform, Moskow: Teis, 2000, σελ. 93. Στα Ρωσικά (www.iet.ru).*

Επομένως, αυτό σημαίνει ότι η πολύ μικρή πτώση που στη πραγματικότητα ήταν σίγουρη στις συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης (δημόσια και ιδιωτικά), οφείλονταν στην ταυτόχρονη ιδιωτική αύξηση και της υπερκοστολόγησης, να αντισταθμίζουν την πτώση του δημόσιου μεριδίου.

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η μεταρρύθμιση δεν πέτυχε την αύξηση των αρχικά προσδοκόμενων χρηματοδοτικών πόρων μέσω της υποχρεωτικής ασφάλιση υγείας. Οι δαπάνες του τμήματος ασφάλισης το 2000 αντιπροσωπεύεται ακριβώς από το 1/4 των συνολικών δημόσιων δαπανών. Η αρχική πρόθεση ήταν ότι η ασφάλιση υγείας θα ήταν αρμόδια για τα 2/3 της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης.

Σαφώς, είναι σχεδόν αδύνατο να γίνουν οριστικές δηλώσεις για τις υγειονομικές δαπάνες στη Ρωσική Ομοσπονδία όταν τόσο μεγάλο μέρος των χρημάτων που ξοδεύονται, τυπικά δεν καταγράφονται, ούτε είναι δυνατό να γίνουν οι ακριβείς συγκρίσεις με την πάροδο του χρόνου. Εντούτοις, είναι σαφές ότι ο τομέας της υγείας αντιμετωπίζει πραγματικές δυσκολίες στην εξασφάλιση ικανοποιητικών πόρων για να συνεχίσει να λειτουργεί ειδικά στις πιο στερημένες περιοχές. Το έλλειμμα στην επίσημη χρηματοδότησης αποζημιώνεται όλο και περισσότερο από τις ανεπίσημες πληρωμές, με μια ιδιαίτερα επιβλαβή επίδραση στη δικαιοσύνη. Η Μόσχα, η Αγία Πετρούπολη και άλλα αστικά κέντρα εμφανίζονται σχετικά καλύτερα, ενώ οι αγροτικές περιοχές δοκιμάζουν τις πραγματικές πιέσεις. Αν και υπήρξαν πάντα κάποιες αδικίες στο Σοβιετικό σύστημα, υπήρξαν όμως και ανακατανομές κεφαλαίων που σ' ένα βαθμό εξίσωναν τα κατά κεφαλήν έξοδα στις περιοχές. Υπό το νέο σύστημα οι ανισότητες εμφανίζονται να μεγαλώνουν όλο και περισσότερο.

3.5. Χρηματοδότηση Νοσοκομείων

Ιστορικά, τα Νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν (πληρώνονταν) με προϋπολογισμούς, βασισμένους κατά ένα μεγάλο μέρος στους αριθμούς κρεβατιών³⁵. Οι πολυκλινικές λάμβαναν τα κεφάλαια σύμφωνα με έναν παρόμοιο τύπο ο οποίος χρησιμοποιούσε έναν ιδεολογικό αριθμό επισκέψεων αντί τον αριθμό κρεβατιών. Αυτοί οι προϋπολογισμοί αυξάνονταν κάθε χρόνο βάση ενός κεντρικά συμφωνημένου αριθμού ο οποίος κάλυπτε τον πληθωρισμό, την αύξηση κλπ. Υπήρχαν, επομένως, διεστραμμένα κίνητρα να επεκτείνουν δραστηριότητες προκειμένου να κερδίζουν περισσότερους πόρους.

Η μετατόπιση σε ένα χρηματοδοτικό σύστημα βασισμένο εν μέρει στους ασφαλιστικούς μηχανισμούς ήταν προορισμένο να αντιμετωπίσει αυτά τα ζητήματα και μέσω ασφάλισης βασισμένης στις πιέσεις τιμολόγησης να δημιουργήσει κίνητρα στα Νοσοκομεία να μειώσουν τον χρόνο παραμονής και να χρησιμοποιήσουν τις διαγνωστικές δοκιμές και έρευνες πιο ορθολογικά. Η ενδεχόμενη μέθοδος πληρωμής ήταν για να καθορίσει την αξία οποιασδήποτε ιδιαίτερης περίπτωσης ασθενή ενάντια σε ένα πρόγραμμα διαγνωστικών ταξινομήσεων. Οι πληρωμές στις πολυκλινικές γίνονταν με ποικίλους τρόπους, παρέχοντας την ενθάρρυνση να θεραπεύουν τους ασθενείς στα εξεταστήρια παρά να τους παραπέμπουν στα Νοσοκομεία. Επιπλέον, αναμενόταν ότι τα Νοσοκομεία και οι πολυκλινικές θα λάμβαναν περίπου 30% των πόρων χρηματοδότησής τους από τα Ομπλαστ ή ραϊόν με βάση τις πραγματικές δαπάνες τους. Στη πράξη η λειτουργία της νέας χρηματοδότησης είναι πιο σύνθετη και η πληρωμή των Νοσοκομείων διαφέρει από τις αρχικές προτάσεις.

Στις περιοχές όπου το ασφαλιστικό σχέδιο είναι πλήρως λειτουργικό, οι αρμόδιες αρχές συνάπτουν σύμβαση με ασφαλιστικές εταιρίες για παροχή φροντίδας για τον ασφαλισμένο πληθυσμό. Στην αρχή δημιουργήθηκε ένα κατά κεφαλήν επίδομα από τις τοπικές αρχές για την ασφαλιστική εταιρία για κάθε μεμονωμένο που καλύπτεται. Οι ασφαλιστικές εταιρίες έπειτα συμβάλλονται με τους τοπικούς προμηθευτές (Νοσοκομεία, Πολυκλινικές ή και Ιατρεία) για το βασικό πακέτο φροντίδας όπως καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας σε συνδυασμό με την Ομοσπονδιακή αρχή. Οι τιμές τέθηκαν μετά από συμφωνία. Αυτό το βασικό πρότυπο είναι ακόμα σε ισχύ εκτός από το αν οι τοπικές αρχές διαθέτουν τα κεφάλαια στις ασφαλιστικές εταιρίες αναδρομικά. Αυτή η θεμελιώδης

³⁵ I. Sheiman, "Paying hospitals in Russia", π. *Eurohealth*, τ. 7, αρ. 3, Αύγουστος 2001, σελ. 8.

αλλαγή ήρθε σε απάντηση στους φόβους της κατάχρησης³⁶. Θεωρήθηκε ότι η ρίζα του προβλήματος βρισκόταν στη μεταφορά των ποσών στις ασφαλιστικές εταιρίες, οι οποίες έτειναν να τα επενδύσουν υποθετικά και όχι πάντα με επιτυχία.

Οι ασφαλιστικές εταιρίες και αυτές πλήρωναν τους προμηθευτές αναδρομικά. Οι αναδρομικές πληρωμές, εντούτοις, δεν απόβλεπαν καμία δυνατότητα επίδρασης στη νοσοκομειακή συμπεριφορά από άποψη οικονομίας. Τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή τη μέθοδο πληρωμής, επομένως, περιλαμβάνουν δύο ιδιαίτερα στενά συνδεδεμένα ζητήματα: Ο αμφισβητήσιμος ρόλος των ασφαλιστικών εταιριών και ο αντίκτυπος στη συμπεριφορά του Νοσοκομειακού προμηθευτή.

3.6. Πληρωμή Γιατρών

Το 1991, οι μέσες αποδοχές στις υγειονομικές υπηρεσίες ήταν μόνο 75.4% του Εθνικού μέσου όρου. Ένας γιατρός πληρώνεται αυτή την περίοδο όπως ένας δάσκαλος σχολείου πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και κερδίζει λίγο περισσότερο από μια νοσοκόμα ή μια μαία³⁷. Ένας απλός χειρουργός σε ένα δημόσιο νοσοκομείο μπορεί να κερδίζει 1.500 ρούβλια μηνιαίως, ισοδύναμο με 50 αμερικάνικα δολάρια, ενώ σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο στη Μόσχα μπορεί να κερδίζει ως και 1.500 δολάρια. Δεν υπάρχει καμία διαφορά στον τρόπο που πληρώνεται ένας γιατρός πρωτοβάθμιου τομέα από έναν άλλον του δευτεροβάθμιου. Ωστόσο, υπάρχουν περισσότερες ευκαιρίες για έναν ειδικό και για αυτούς που εργάζονται στα νοσοκομεία να προάγουν τα προσόντα τους και να πάρουν πρόσθετες ευθύνες κι έτσι τείνουν να έχουν περιθωριακά τους υψηλότερους μισθούς.

Όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης δημόσιου τομέα δουλεύει σε μισθοδοτημένη βάση και οι πιο πολλοί προσλαμβάνονται έμμεσα από το Κυβερνητικό επίπεδο, αρμόδιο για το ιδιαίτερο όργανο. Οι συμβάσεις απασχόλησης καθορίζουν το ποσοστό αμοιβής και μπορούν να διευκρινίσουν τις ώρες ή τις μετατοπίσεις, ο όγκος της εργασίας από άποψη αριθμού ασθενών ή τη σειρά ευθυνών.

Δεδομένου ότι όλο το ιατρικό προσωπικό απασχολείται αποτελεσματικά, τα βασικά επίπεδα μισθών συμφωνούνται κεντρικά. Αναβαθμίζονται ετησίως σύμφωνα με τις

³⁶ Οι φόβοι κατάχρησης δημιουργήθηκαν ύστερα από μια αναθεώρηση στις δαπάνες και τα αποθέματα που ισχύουν.

εκτιμήσεις του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Οικονομικών, όσο είναι εφικτό μέσα στους περιοριστικά πλαίσια του προϋπολογισμού του Συστήματος Υγείας. Δεν υπάρχει παράδοση ανεξάρτητων συνδικάτων που να αντιπροσωπεύουν τα ιατρικά επαγγέλματα και όσα υπάρχουν είναι παράνομα, κατά συνέπεια ασκείται ελάχιστη πίεση. Υπάρχει, ωστόσο, διαδεδομένη δυσαρέσκεια για τα ποσοστά πληρωμών και μια σαφής αναγνώριση εκ μέρους των ανώτερων σχεδιαστών πολιτικής ότι υφίσταται μια ηθική καταπεστική κατάσταση και έχει αρνητικές συνέπειες στην απόδοση της υγειονομικής υπηρεσίας³⁸. Ειδικά μεταξύ αυτών είναι τα συχνά αναφερόμενα φαινόμενα γιατρών που καταβάλλουν ελάχιστη ή καμία προσπάθεια, που εξετάζουν πολύ λίγους ασθενείς, όμως λαμβάνουν το ίδιο μηνιαίο εισόδημα με τους συναδέλφους που δεσμεύονται στους ασθενείς τους. Αυτό υπονομεύει το κίνητρο του παραγωγικού προσωπικού.

Σε απάντηση αυτών των δυσκολιών, έγινε μια προσπάθεια να επεκταθεί το σχέδιο επιδομάτων που άρχισε κατά τη διάρκεια της περεστρόικα. Στα νοσοκομεία και στους διευθυντές πολυκλινικών της δεκαετίας του '80 χορηγήθηκε η αυτονομία να δίνουν επιδόματα στο προσωπικό που απέδιδε καλά. Τώρα που το δικαίωμα να παραχθεί το εισόδημα και να διατηρηθούν τα κέρδη έχει επεκταθεί, οι μεγαλογιατροί αναμένεται να έχουν μεγαλύτερο εισόδημα και να περιορίσουν την απόδοση σε σχέση με τα κίνητρα.

Ο τρόπος επιδότησης άλλαξε. Επειδή όλοι θα μπορούσαν να έχουν ιδιότητες και ικανότητες επιδότησης και λόγω έλλειψης επίσημων μέσων αξιολόγησης, τα επιδόματα απονεμήθηκαν σε όλους ανεξάρτητα από την παραγωγικότητα.

Η δυνατότητα να επηρεαστεί το προσωπικό υπονομεύεται περαιτέρω από την εκτενής πρακτική των παράνομων πληρωμών. Ενώ και οι νοσοκόμες και οι γιατροί δέχονται αυτές τις πληρωμές, οι γιατροί έχουν μεγαλύτερη δύναμη στις πηγές και πρόσβαση στα φαρμακεία, εξετάσεις και εισαγωγές κι έτσι είναι ικανότεροι να συμπληρώσουν το επίσημο εισόδημά τους. Αυτός είναι ο τρόπος με τον οποίο οι γιατροί έχουν μεγαλύτερο μισθό από τις νοσοκόμες, μαίες και ειδικευόμενες.

Ο ιδιωτικός τομέας, αν και ακόμα υποανάπτυκτος στη Ρωσική Ομοσπονδία, τείνει να χρησιμοποιήσει περισσότερες ποικίλες προσεγγίσεις στη πληρωμή των παθολόγων. Οι σχεδόν ιδιωτικές, αμοιβή κατά υπηρεσία πολυκλινικές οι οποίες προσφέρουν οδοντιατρική ή οφθαλμολογική φροντίδα πληρώνουν το προσωπικό τους με ένα μισθό συν ένα μερίδιο

³⁷ N. Stefantschikova, L. Lacumina και T. Tchetremina, *Socio-Economic Status of Health Care Workers in the Russian Federation*, ILO, Geneva, 2001.

³⁸ Συνέντευξη από Κιρνόσοβα Σβετλάνα (Νοσηλεύτρια).

των κερδών. Οι ιδιώτες παθολόγοι χρεώνουν αμοιβή κατά υπηρεσία και αν δουλεύουν σε κάποια κλινική διατηρούν το 40-70% των εσόδων με το υπόλοιπο να συμβάλλεται στις τρέχουσες δαπάνες.

Η Κυβέρνηση σαφώς έχει αναγνωρίσει ότι μια γενική αναβάθμιση του επιπέδου των μισθών απαιτείται για να επιλυθούν τα ζητήματα κινήτρου και της απόδοσης στον τομέα της Υγειονομικής Περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΝΟΜΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ

4.1. Δομή του Σοβιετικού Συστήματος Υγείας

Η Σοβιετική υποδομή υγειονομικών υπηρεσιών παρέδιδε την φροντίδα μέσω μιας ιεραρχίας εγκαταστάσεων σε συγκεκριμένα διοικητικά επίπεδα³⁹. Η βασική διοικητική μονάδα στο κατώτατο σημείο της ιεραρχίας ήταν του «ουτσαστοκ» που, στις αγροτικές περιοχές, κάλυπτε πληθυσμό περίπου 7.000 με 30.000. Οι πρωτοβάθμιες ανάγκες τους κάλυπταν από νοσοκόμες. Οποιαδήποτε προβλήματα απαιτούσαν πιο σύνθετη βοήθεια, θα παραπέμπονταν σε αγροτικό Κέντρο Υγείας, Νοσοκομείο ή σε κάποια κινητή μονάδα, τα οποία κανονικά απασχολούν έναν γενικό παθολόγο ή θεραπευτή και έναν παιδίατρο εκτός του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτά τα Κέντρα παρείχαν μίγμα πρωτοβάθμιας και στερεότυπης δευτεροβάθμιας περίθαλψης και συχνά είχε μικρό αριθμό κρεβατιών (20-25). Οι πιο σύνθετες περιπτώσεις θα παραπέμπονταν σε Πολυκλινικές ή Νοσοκομεία. Οι εγκαταστάσεις αυτού του επιπέδου πρόσφεραν ειδικές δευτεροβάθμιες υπηρεσίες είτε σε εξωτερικούς ασθενείς (Πολυκλινικές) είτε εσωτερικούς (Νοσοκομεία). Αυτά τροφοδοτούσαν τις Πολυκλινικές και τα Νοσοκομεία των Ομπλαστ τα οποία μπορούσαν να αναφερθούν να παραπέμψουν σε Δημοκρατικού ή Σοβιετικού επιπέδου Κέντρα⁴⁰.

Ο αστικός πληθυσμός σε γενικές γραμμές καλύφθηκε με τον ίδιο τρόπο εκτός από το δίκτυο των υπευθύνων της πρωτοβάθμιας φροντίδας που αποτελούνταν από ιατρούς που δούλευαν έξω από τις Πολυκλινικές. Όπως τα πόστα της αγροτικής φροντίδας, προορίστηκαν να εξετάσουν τις βασικές ανάγκες του πληθυσμού και να παραπέμψουν προς τα πάνω στις Πολυκλινικές των περιοχών και των Ομπλαστ είτε στα Νοσοκομεία αυτών, τα οποία παρέπεμπαν στην τριτοβάθμια φροντίδα. Εντούτοις, η παροχή της δευτεροβάθμιας φροντίδας ήταν ελαφρώς πιο σύνθετη στην αστική ρύθμιση. Εκτός από τους οικογενειακούς γιατρούς των ουτσάστοκ, κάθε Πολυκλινική φρόντιζε να απασχολεί βασικούς συμβούλους, να προσφέρουν ειδικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Επιπλέον,

³⁹ Περιστατικά τα οποία απαιτούσαν σύνθετη ειδική φροντίδα μπορούσαν να παραπεμφθούν απευθείας στο επίπεδο του Ομπλαστ ή στη τριτοβάθμια υγειονομική φροντίδα χωρίς να περάσει από τα ενδιάμεσα στάδια.

⁴⁰ Συνέντευξη από Κιρνόσοβα Σβετλάνα (Νοσηλεύτρια).

οι παροχές πρωτοβάθμιας φροντίδας συχνά μοιράζονταν το ίδιο κτίριο, όπως τις Πολυκλινικές των περιοχών (ράιον), όπου σειρά ειδικών εξωτερικών ιατρείων ήταν κρατημένη. Οι πρωτοβάθμιοι και δευτεροβάθμιοι προμηθευτές σήμαναν ότι οι ασθενείς συχνά κατέφευγαν άμεσα στις ειδικές κλινικές. Σε μεγαλύτερες κωμοπόλεις ή πόλεις οι ασθενείς μπορούσαν να έχουν πρόσβαση εύκολα στις κλινικές του επιπέδου Ομπλαστ όπου υπήρχαν Πολυκλινικές αποκλειστικά για γυναίκες και παιδιά. Όλο αυτό υπονόμει την αρχή του gatekeeper («θυρωρού»)⁴¹ που θολώνει τα όρια μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας.

Οι συνδέσεις μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας στα Νοσοκομεία και τις Πολυκλινικές ήταν επίσης προβληματικές. Παρόλο που η δομή του συστήματος ήταν κατάλληλη για την ανάπτυξη τέτοιων συνδέσεων, στην πράξη αυτό δεν παρουσιάστηκε. Η φροντίδα προσφερόταν στις Πολυκλινικές σε απομόνωση από την παροχή εσωτερικής φροντίδας στα Νοσοκομεία (Petron, 2005). Αυτό σήμαινε ότι οι ασθενείς εισάγονταν από μια Πολυκλινική σε Νοσοκομείο και πήγαιναν πίσω στα εξωτερικά ιατρεία για την συνέχεια της φροντίδας. Η ποικιλία κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκε από τους γιατρούς σε διάφορες περιστάσεις και η αποτυχία να επικοινωνήσουν επίσης επέτρεψε ακατάλληλες παραπομπές, καθώς ο φτωχός συντονισμός ενθάρρυνε τον διπλασιασμό των υπηρεσιών και στα δύο μέρη του συστήματος. Τελικά η φροντίδα που θα έπρεπε να είναι στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρέμεινε στον δευτεροβάθμιο ειδικό τομέα.

Τέλος, η επιτήρηση της δημόσιας υγείας γινόταν μέσω των επιδημιολογικών δικτύων τα οποία υπέβαλαν έκθεση προς τα πάνω στο Υπουργείο Υγείας. Διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στη συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων, στη διαχείριση των μολυσματικών ασθενειών που ξεσπούσαν και ρύθμιση υγειονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών. Ήταν επίσης μέρος της διανομής προγραμμάτων ανοσοποίησης και υπεύθυνο για την εξασφάλιση συμμόρφωσης στα πρωτοβάθμια κέντρα υγειονομικής φροντίδας.

Η πολυπλοκότητα στη σύνδεση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας συνεχίζεται και στη Ρωσική Ομοσπονδία. Δεν έχει αλλάξει σχεδόν καθόλου από την Σοβιετική εποχή και οι Πολυκλινικές συνεχίζουν να προσφέρουν πρωτοβάθμια φροντίδα και ειδικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Η μεταρρύθμιση χρηματοδοτικού μηχανισμού

⁴¹ Λ. Παρασκευόπουλος, *Συστήματα Υγείας*, ενότητα 1.1, σελ. 15, Καλαμάτα, 2004.

πρέπει να προτρέψει επαναπροσδιορισμό των ορίων μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

4.2. Πρωτοβάθμια και Δημόσια Υγειονομική Φροντίδα

Τα ουτσαστοκ (Κέντρα Υγείας Αγροτικών Ιατρείων) παρέχουν την βασική ενότητα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας (World Health Organization). Όπως στη Σοβιετική εποχή, αυτό σημαίνει ότι στις αγροτικές περιοχές οι ασθενείς καλύπτονται από σταθμούς που επανδρώνονται από νοσοκόμες και μαίες και στις αστικές περιοχές παρουσιάζονται στον παθολόγο πρωτοβάθμιας φροντίδας στην τοπική Κλινική. Υπάρχει η ίδια ιεραρχία των Κλινικών και Νοσοκομείων στα ράιον (rayon), ομπλαστ (oblast) ή κρατικό επίπεδο τα οποία σύνθετα περιστατικά μπορούν να παραπεμφθούν (Tragakes και Lessof, 2003, σελ. 120-122).

Πρώτο επίπεδο

Αγροτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί: Καλύπτουν πληθυσμό περίπου 4.000 και προσφέρει ανοσοποίηση, βασικό έλεγχο και στερεότυπες εξετάσεις, όπως και φροντίδα κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης και φροντίδα του νεογέννητου. Μπορούν επίσης να θεραπεύουν μικροτραυματισμούς και να κάνουν επισκέψεις κατ' οίκον, αλλά δεν μπορούν να δώσουν οδηγίες και εντολές. Το προσωπικό εκπαιδεύεται για δύο έτη πέρα από την νοσοκομειακή κατάρτιση, προσλαμβάνονται από το Τοπικό Κυβερνητικό Σώμα και εποπτεύονται από το κοντινότερο Κέντρο Υγείας ή Πολυκλινική.

Κέντρα Υγείας καλύπτουν κάποιο αριθμό ουτσαστοκ ή μεγαλύτερο αριθμό αγροτικού πληθυσμού γύρω στα 7.000 άτομα ή παραπάνω. Επανδρώνονται από έναν θεραπευτή, έναν παιδίατρο και μερικές φορές από μαιευτήρα ή γυναικολόγο καθώς επίσης και νοσηλευτικό προσωπικό και μαίες. Προσφέρουν μια σειρά πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της ανοσοποίησης, εξέτασης και θεραπείας, δευτερευουσών ασθενειών και επίβλεψη χρόνιων περιστατικών όπως και πιστοποίησης ασθενειών και εικοσιτετράωρη κάλυψη. Τα Κέντρα Υγείας έχουν κάποιο αριθμό κρεβατιών και είναι σε θέση να παρέχουν διάφορες υπηρεσίες στους ασθενείς όπως και να εκτελούν δευτερεύουσες χειρουργικές επεμβάσεις. Πολλά από τα κρεβάτια, ωστόσο, χρησιμοποιούνται για κοινωνική φροντίδα και τείνουν να καλυφθούν από ευπαθείς και ηλικιωμένους παρά από αρρώστους. Το προσωπικό προσλαμβάνεται από τις τοπικές

επιτροπές υγείας στους οποίους ανήκουν και οι εγκαταστάσεις και πάλι δεν υπάρχει αποτελεσματικός τρόπος επιλογής ασθενών λόγω έλλειψης προσωπικού και λόγω απόστασης μεταξύ των Κέντρων Υγείας.

Αστικές Πολυκλινικές εξυπηρετούν τις περιοχές που διαιρούνται σε ούτσαστοκ περίπου 4.000 ατόμων. Κάθε πολυκλινική καλύπτει μερικές ούτσαστοκ ανάλογα με το διοικητικό τμήμα διάφορες πολυκλινικές αντιστοιχούν σ' ένα Δημοτικό Νοσοκομείο. Οι Πολυκλινικές στεγάζουν διάφορους θεραπευτές και βοηθητικό προσωπικό και παρέχουν κάλυψη που συνδέεται με τη γενική πρακτική, συμπεριλαμβανομένης της περιοχής φροντίδας σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών. Οι γιατροί κανονικά έχουν περίπου 1.700 ασθενείς στον κατάλόγό τους. Στις μικρές πόλεις οι παιδίατροι μπορεί να μοιράζονται τις ίδιες εγκαταστάσεις πολυκλινικών, αν και καλύπτουν μόνο 800 ασθενείς κατά μέσο όρο. Οι ασθενείς αναθέτονται σε έναν γιατρό βάσει τη ταχυδρομική τους διεύθυνση. Όπως στη Σοβιετική εποχή οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αλλάξουν τους γιατρούς τους, αλλά αυτό απαιτεί την έγκριση του Διευθυντή της Πολυκλινικής. Το γεγονός ότι οι ασθενείς συνεχίζουν να διατίθενται χωρίς επιλογή υπονομεύει την εμπιστοσύνη στο σύστημα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και εξηγεί γιατί υπάρχουν τόσες πολλές αυτο-παραπομπές στην δευτεροβάθμια υγειονομική φροντίδα.

Εκτός από τους οικογενειακούς γιατρούς, οι πολυκλινικές προσλαμβάνουν τρεις ή τέσσερις ειδικούς ανάλογα με το μέγεθος και το προφίλ τους. Οι ειδικότητες που αντιπροσωπεύονται συνήθως είναι η μαιευτική/γυναικολογία, καρδιολογία, ρευματολογία και η ογκολογία. Αυτοί οι γιατροί παρέχουν την δευτεροβάθμια εξωτερική φροντίδα μόνο αν τα όρια μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης μπερδεύονται καθώς οι ασθενείς αυτο-παραπέμπονται.

Ανεξάρτητα ιατρεία: Εκτός από τους προμηθευτές της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας που έχουν απαριθμηθεί παραπάνω, υπάρχουν ανεξάρτητα ιατρεία στις αστικές περιοχές που προσφέρουν αντίστοιχη της διαθέσιμης φροντίδας μέσω των αγροτικών ιατρείων / Κέντρων Υγείας, Κλινικών και Κέντρων ατυχήματος και έκτακτης ανάγκης, ενώ συνδέονται με τα Νοσοκομεία. Κάποια πρωτοβάθμια φροντίδα πραγματοποιείται μέσω της ειδικής (δευτεροβάθμιας) φροντίδας, θέτοντας και τους εξωτερικούς και τους εσωτερικούς, ως συνέπεια την αποτυχία να συντονιστεί η φροντίδα ή να αντιμετωπιστούν οι περιπτώσεις αποτελεσματικά.

Ειδικές πολυκλινικές: Στις κωμοπόλεις, πόλεις και μεγάλους οικισμούς σε όλη τη χώρα υπάρχει ένα δίκτυο πολυκλινικών για τα παιδιά όπου γενικοί και ειδικοί παιδίατροι έχουν

αναλάβει τη λειτουργία τους. Λειτουργεί ως κανονική Πολυκλινική αλλά θεραπεύει μόνο παιδιά τα οποία πρέπει να φθάνουν μέχρι την ηλικία των 19 ετών. Επιπλέον υπάρχουν πολυκλινικές αφιερωμένες αποκλειστικά στις γυναίκες και γενικά στις γυναικολογικές και μαιευτικές υπηρεσίες.

4.2.1. Δημόσια Υγειονομική Φροντίδα

Το επιδημιολογικό δίκτυο ήταν αρμόδιο για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της Σοβιετικής εποχής. Αποτελείται από μία σειρά εγκαταστάσεων (υγειονομικός-επιδημιολογικός σταθμός) και υπέβαλε έκθεση προς τα πάνω στα ραϊόν, τα ραϊόν στα ομπλαστ, τα ομπλαστ στο δημοκρατικό επίπεδο και τελικά στο Υπουργείο Υγείας της ΕΣΣΔ. Αυτό το σύστημα είχε το πλεονέκτημα των ομοιόμορφων σίγουρων προτύπων (στη θεωρία τουλάχιστον) αλλά και το μειονέκτημα παρεμπόδισης σύνδεσης με τους οργανισμούς της Τοπικής Κυβέρνησης. Τα καθήκοντά του περιλάμβαναν: παράδοση προγραμμάτων ανοσοποίησης μέσω των τοπικών κλάδων του, έλεγχος ξεσπασμάτων των μολυσματικών ασθενειών, συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων, έλεγχος και ρύθμιση υγιεινής, υγιεινή και περιβαλλοντολογική υγεία.

Ευθύνη της προώθησης υγείας της υγειονομικής αγωγής και της πρόληψης κατά μεγάλο βαθμό μέχρι το 1991 την είχε το Υπουργείο Υγείας. Από τότε το Υπουργείο έχει διατηρήσει μερικές μόνο λειτουργίες και το επιδημιολογικό δίκτυο έχει την ευθύνη των Ομοσπονδιακών, Περιφερειακών και Τοπικών Κανονισμών για την προώθηση υγείας και την πρόληψη ασθενειών.

Οι ευθύνες του επιδημιολογικού δικτύου αυτή την περίοδο περιλαμβάνουν τα εξής:

- Πρόληψη και έλεγχος μεταδοτικών ασθενειών
- Ανοσοποίηση
- Υγιεινή παιδιών και εφήβων, υγεία και διατροφή στους παιδικούς σταθμούς και τα σχολεία
- Ασφάλεια των τροφίμων
- Ραδιενεργειακή ασφάλεια
- Πρόληψη ασθενειών στον επαγγελματικό χώρο
- Περιβαλλοντολογική υγεία
- Επιδημιολογικός έλεγχος και ανάλυση
- Έλεγχος συνθηκών εργασίας

- Υγειονομική αγωγή και προώθηση υγείας τρόπου ζωής.

Το επιδημιολογικό σύστημα εκτέλεσε σημαντικό ρόλο πριν από τη δεκαετία του '60. Ήταν ικανό να προσφέρει τις βασικές επεμβάσεις, όπως ανοσοποίηση και διανυσματικός έλεγχος στον διάσπαρτο πληθυσμό. Εντούτοις, δεν ήταν σε θέση να προσαρμοστεί στις διαφορετικές περιστάσεις. Πολλά εργαστήρια είναι ξεπερασμένα και κατά συνέπεια ανίκανα να ανταποκριθούν σε όλο και περισσότερο σύνθετους μολυσματικούς παράγοντες (π.χ. ανθεκτικά στα αντιβιοτικά, αυτά που απαιτούν πρόσθετους εργαστηριακούς ελέγχους). Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για να ερευνηθούν τα ξεσπάσματα είναι επίσης κατά ένα μεγάλο βαθμό ξεπερασμένα, βασισμένα στην εργαστηριακή έρευνα παρά την επιδημιολογική έρευνα που χρησιμοποιούν μελέτες με περιπτωσιολογικό έλεγχο και σύγχρονα συστήματα επιτήρησης. Η εργαστηριακή εστίαση του συστήματος το έχει αφήσει επίσης με ελάχιστο προσωπικό εκπαιδευμένο στη σύγχρονη δημόσια υγεία και ελάχιστα προετοιμασμένο για τους στόχους του σε σχέση με τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες.

Το επιδημιολογικό σύστημα είναι τώρα υπεύθυνο για τη διεύθυνση επιδημιολογικών μελετών για ασθένειες στα περιφερειακά και ομοσπονδιακά επίπεδα και έχουν γίνει πληθώρα συνεδριάσεων για να αναθεωρηθεί αυτό το θέμα σε κεντρικό επίπεδο. Εντούτοις, στην πράξη η έλλειψη καλής θέλησης και πόρων αποτρέπουν αυτές τις λειτουργίες από την πραγματοποίηση.

Η προστασία του περιβάλλοντος είναι ευθύνη του επιδημιολογικού συστήματος σε συνεργασία με το Υπουργείο Περιβάλλοντος. Το επιδημιολογικό σύστημα διευκρινίζει τα επίπεδα επικίνδυνων ουσιών και το Υπουργείο διευκρινίζει και ελέγχει την ορθολογική χρήση των προτύπων και την ανανέωση φυσικών πόρων. Παρόλα αυτά η έλλειψη δεξιοτήτων και πόρων έχει περιορίσει την αποτελεσματικότητα των μέτρων.

Λαμβάνοντας υπόψη τη γρήγορη επιδείνωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού ξεκίνησε από τα τέλη της δεκαετίας του '80 μία από τις πρώτες νομοθετικές πράξεις που εισήχθη το 1991· ήταν ο νόμος σχετικά με την υγειονομική-επιδημιολογική ευημερία του πληθυσμού. Ο νόμος αυτός δήλωσε τα δικαιώματα και τις ευθύνες του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια υγείας και υγειονομικής περίθαλψης, καθόρισε τις υποχρεώσεις και ευθύνες όλων των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης (δημόσιους και ιδιωτικούς) και πιστοποίησε τις γενικές απαιτήσεις για την εξασφάλιση της υγειονομικής και επιδημιολογικής ευημερίας χωρίς καμία ένδειξη για το πώς αυτό θα επιταχυνθεί.

Το 1992, το Εθνικό Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής (ΕΚΠΙ), υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, άρχισε μια προσπάθεια να βελτιωθεί η τεχνική, οργανωτική και επιστημονική ικανότητα για την προώθηση υγείας και πρόληψη ασθενειών. Το ΕΚΠΙ ενήργησε ως πράκτορας σύνδεσης μεταξύ περιφερειακής, εθνική και διεθνούς αντιπροσωπείας και οι επαγγελματικές οργανώσεις συμμετείχαν στην πρόληψη των μη μεταδιδόμενων ασθενειών.

Καθ' όλη τη δεκαετία του '90, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) υποστήριζε έντονα την υγεία για όλες τις πολιτικές ως εργαλείο για τα μέλη της πολιτικής της ανάπτυξης υγείας. Το 1997 στη Μόσχα, οργανώθηκε ένα υψηλού επιπέδου πολιτικό σεμινάριο το οποίο όμως δεν έφτασε πολύ μακριά λόγω αλλαγής του Υπουργείου Υγείας σε κρίσιμη στιγμή. Από τότε η ΠΟΥ προσπαθεί για μια υγειονομική πολιτική στη Ρωσική Ομοσπονδία.

Παρ' όλες τις πολιτικές που σημειώνονται παραπάνω και τις επίσημες δηλώσεις σχετικά με τη σημασία της κρίσης στην υγεία, η πραγματική πολιτική δέσμευση για την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού δεν φαίνεται πουθενά. Μια έρευνα για τη Ρωσική λογοτεχνία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι, ενώ είναι επίσημα αναγνωρισμένο πως οι μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση του Συστήματος Δημόσιας Υγείας είναι επιτακτικές, οι στόχοι των μεταρρυθμίσεων είναι κακώς καθορισμένοι και οι προτεινόμενες στρατηγικές δεν είναι κατάλληλες για την επίτευξη των στόχων.

Παρ' όλα αυτά, διάφορες πρωτοβουλίες έχουν αναληφθεί με σκοπό την ανάπτυξη της ικανότητας στους τομείς της προώθησης και της πρόληψης υγείας. Μία από τις σημαντικότερες απαιτήσεις είναι να εκπαιδευτεί το προσωπικό στη σύγχρονη δημόσια υγεία.

Το 1999 υιοθετήθηκε νέα νομοθεσία με τίτλο «Υγειονομική-Επιδημιολογική ευημερία του πληθυσμού». Σύμφωνα μ' αυτόν, καταβάλλονται προσπάθειες να καθιερωθεί μια ενιαία επιδημιολογική υπηρεσία. Μερικά Υπουργεία, όπως το Υπουργείο Εσωτερικών, Δικαιοσύνης και άλλοι οργανισμοί, έχουν το δικό τους παράλληλο επιδημιολογικό σύστημα που λειτουργούν ανεξάρτητα και είναι αρμόδιοι για επιδημιολογικά καθώς και ζητήματα υγιεινής στο τομέα της αρμοδιότητάς τους. Υπό το νόμο του 1999, όλα αυτά τα χωριστά συστήματα ήταν να συγκεντρωθούν υπό την Ομοσπονδιακή συγκεντρωμένη κρατική υπηρεσία, αλλά αυτό δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμα.

Γίνονται προσπάθειες να εκτελούνται διάφορα προγράμματα για την πρόληψη των μη μεταδιδόμενων ασθενειών. Αρκετά από αυτά τα προγράμματα εκτελούνται σε εθνικό επίπεδο. Για παράδειγμα, το προεδρικό πρόγραμμα του 1993 για τα παιδιά της Ρωσίας που στόχο έχει την ανάπτυξη ενός μηχανισμού που να βοηθάει ανάπηρους, ορφανά, παιδιά προσφύγων, παιδιά που ζουν στο μακρινό Βορρά, παιδιά που έχουν επηρεαστεί από το ατύχημα του Τσερνομπίλ. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει επίσης δραστηριότητες για τρέχοντα προβλήματα όπως εγκληματικότητα παιδικής ηλικίας, ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών για τα παιδιά και οργάνωση καλοκαιρινών διακοπών.

Άλλα Ομοσπονδιακά προγράμματα περιλαμβάνουν: Ασφαλή μητρότητα, κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, εξετάσεις για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, ηπατίτιδα, διαβήτη, άσθμα κ.ά. στα παιδιά του Βορρά. Όλα αυτά τα προγράμματα υποστηρίζονται από Κοινωνικά Ιδρύματα, ΠΟΥ και Παγκόσμια Τράπεζα.

4.3. Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα

Το δίκτυο των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων εγκαταστάσεων συνδυάζει τα Νοσοκομεία, Νοσοκομεία εξωτερικών ασθενών και ειδικά Κέντρα που εδρεύουν στις Πολυκλινικές (Ziganshina, Sirotkin, Greenberg, 2003). Η υποδομή που κληρονομήθηκε από τη Σοβιετική εποχή παραμένει κατά ένα μεγάλο μέρος άθικτη. Οι βασικές μονάδες που παρέχουν την δευτεροβάθμια φροντίδα είναι οι ακόλουθες:

Ουτσαστοκ Νοσοκομεία / Κέντρα Υγείας: Αυτές είναι μερικές μονάδες (20-50 κρεβάτια) σε αγροτικές περιοχές που προσφέρουν την βασική κάλυψη με μια ομάδα προσωπικού η οποία περιλαμβάνει έναν απλό χειρουργό, θεραπευτή και έναν παιδίατρο. Μεγάλο μέρος της εργασίας τους περιέρχεται στις πρωτοβάθμιες ή κοινωνικής φροντίδας κατηγορίες, αλλά μπορούν να πραγματοποιηθούν και απλές χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και να αντιμετωπιστούν απλές χρόνιες και οξείες περιπτώσεις.

Ραϊόν Νοσοκομεία: Κάθε ραϊόν, είτε αστική είτε αγροτική, εξυπηρετείται από ένα ραϊόν νοσοκομείο που έχει 100-700 ή/και παραπάνω κρεβάτια. Προορίζονται για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες δευτεροβάθμιας φροντίδας και εξυπηρετεί 40.000-150.000 ασθενείς προσφέροντας μια πλήρη σειρά γενικών ιατρικών και χειρουργικών ειδικοτήτων. Παρέχουν επίσης παιδιατρική, μαιευτική και γυναικολογική φροντίδα εκτός αν στη περιοχή υπάρχει κάποιο ειδικό νοσοκομείο.

Πολυκλινική ραϊόν: Κάθε ραϊόν παρέχει επίσης ένα Κέντρο Περιθαλψής εξωτερικών ασθενών με μια πλήρη σειρά ειδικοτήτων για θεραπεία εκείνων που δεν απαιτείται η εισαγωγή του σε νοσοκομείο. Σ' αυτά επίσης μπορούν να απευθυνθούν άτομα για αποκατάσταση μετά από το νοσοκομείο. Ο συντονισμός μεταξύ των δύο συστημάτων εξωτερικών ασθενών και μεταξύ του πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου τομέα δεν είναι πάντα ικανοποιητικός.

Ομπλαστ (περιφερειακά) Νοσοκομεία: Κάθε ομπλαστ έχει ένα Νοσοκομείο που δέχεται τις σύνθετες περιπτώσεις που έχουν παραπεμφθεί από τα Νοσοκομεία και τις Πολυκλινικές των ραϊόν. Όλες οι ειδικότητες και υπο-ειδικότητες αντιπροσωπεύονται και τα προσόντα του προσωπικού και η προσφερόμενη φροντίδα είναι περιπλοκότερα απ' ό,τι σε επίπεδο ραϊόν.

Πολυκλινικές Ομπλαστ: Ειδικές υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών παρέχονται στο επίπεδο αυτό. Αυτές είναι διαφορετικές από τις ακόλουθες κλινικές εξωτερικών ασθενών που παρέχονται από τα Νοσοκομεία και υπάρχουν ζητήματα συντονισμού και συνοχής της περίθαλψης.

Ειδικά νοσοκομεία και Πολυκλινικές: Αυτά αφιερώνονται στα παιδιατρικά με μια πλήρη σειρά ειδικοτήτων και υπο-ειδικοτήτων. Υπάρχουν επίσης Νοσοκομεία (και Πολυκλινικές) αποκλειστικά για γυναίκες, παρόλο που αυτά τείνουν να ειδικευτούν μόνο στη μαιευτική και γυναικολογική φροντίδα. Αναλαμβάνουν τις παραπομπές των σύνθετων περιστατικών από το κατώτερο επίπεδο του συστήματος για εσωτερικούς και για εξωτερικούς ασθενείς.

Επιχειρησιακά και άλλα Υπουργικά Νοσοκομεία και Πολυκλινικές: Οι επιχειρησιακές Πολυκλινικές προσφέρουν μερικές ειδικές ή δευτεροβάθμιες υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Πολύ λίγες επιχειρήσεις προσφέρουν εσωτερικές εγκαταστάσεις παρόλο που έχουν κάποια κρεβάτια σε παλιά συλλογικά αγροκτήματα που επιτρέπουν την είσοδο στους ασθενείς μόνο για στοιχειώδη φροντίδα. Οι επιχειρήσεις που είναι οικονομικά υγιείς χρηματοδοτούν τις εγκαταστάσεις τους αποκλειστικά από τους ίδιους πόρους τους και σε μερικές περιπτώσεις παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα. Σύμφωνα με τη νομοθεσία ασφάλισης υγείας, ακόμη και επιχειρήσεις με το δικό τους παράλληλο σύστημα, προορίστηκαν να συμβάλουν στο σύστημα ασφάλισης υγείας των υπαλλήλων τους οι οποίοι θα καλύπτονταν από το ασφαλιστικό και επιχειρησιακό σύστημα. Εντούτοις, πολλές επιχειρήσεις που αντιμετωπίζουν τις αυστηρές οικονομικές πέσεις έχουν κλείσει τις εγκαταστάσεις τους. Τα παράλληλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των

διαφόρων Υπουργείων τείνουν επίσης να συγκεντρώσουν τις δευτεροβάθμιες υγειονομικές φροντίδες τους υπό την ρύθμιση εξωτερικού ασθενή. Υπάρχουν επίσης κι άλλοι οργανισμοί που προσφέρουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Τα περισσότερα από αυτά τα όργανα συμβάλλουν τώρα μια μερίδα (συνήθως μικρή) των υπηρεσιών τους στο σύστημα ασφάλισης υγείας για την χρήση των αντίστοιχων υπηρεσιών από το ευρύτερο κοινό.

Ομοσπονδιακά Νοσοκομεία και Πολυκλινικές προσφέρουν την πιο σύνθετη φροντίδα στα μεγάλα και ιδιαίτερα εξειδικευμένα Νοσοκομεία ή Πολυκλινικές, συνήθως στη Μόσχα. Αυτά είναι συχνά συνδεδεμένα με τα ερευνητικά ιδρύματα στους αντίστοιχους τομείς και προσφέρουν ιδιαίτερα πολύπλοκες δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες.

Ημερήσια Νοσοκομεία: Αυτά προέκυψαν σε όλα τα επίπεδα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90. Είναι μονάδες συνδεδεμένες με τα Νοσοκομεία και τις Πολυκλινικές, όπου ολόκληρη η διαδικασία γίνεται σε μια ημέρα.

Σανατόρια θεραπείας και αποκατάστασης: Η αποκατάσταση, μια Σοβιετική παράδοση, είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Τα σανατόρια θεραπείας και αποκατάστασης δίνουν τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες καταστάσεις, να τους αποσπάσουν από την κατανάλωση αλκοόλ, μεταχείριση ιδιαίτερων διαταραχών και σε σοβαρές περιπτώσεις να προλαμβάνουν την αναπηρία. Η θεραπεία περιλαμβάνει σωματική άσκηση, μασάζ, βελονισμό κλπ. από τις ειδικευμένες νοσοκόμες υπό την καθοδήγηση των γιατρών.

Όλα τα παραπάνω παραμένουν υπό δημόσια ιδιοκτησία. Οι συμβάσεις προσωπικού γίνονται με τα όργανα απασχόλησης και ασφαρίζονται τελικά από την τοπική Επιτροπή Υγείας. Οι εγκαταστάσεις εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών επιχορηγούνται από την γενική φορολογία υπό τον έλεγχο και τις οδηγίες της τοπικής Κυβέρνησης και συμβάλει στις συμβάσεις με ασφαλιστικά κεφάλαια για την παρεχόμενη θεραπεία. Ο τρόπος που αυτό λειτουργεί στην πράξη ποικίλει παρά πολύ σε ολόκληρη τη χώρα. Υπάρχουν περιοχές όπου τα ασφαλιστικά μέτρα δεν λειτουργούν και δεν παίζουν κανέναν ρόλο στη χρηματοδότηση της δευτεροβάθμιας φροντίδας και άλλες όπου συμβάλουν μέχρι 80% στις δαπάνες Νοσοκομείων ή Πολυκλινικών.

Υπάρχει ένας αναδυόμενος ιδιωτικός τομέας αλλά είναι πολύ μικρός. Οι εγκαταστάσεις περιλαμβάνουν τις Πολυκλινικές (αμοιβή/πράξη), που προσφέρουν ένα μίγμα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, ιδιωτικές διαγνωστικές εγκαταστάσεις και πολύ λίγα ιδιωτικά Νοσοκομεία. Η πλειοψηφία των πληρωμών

ανατίθεται σε ιδιωτικούς ασφαλιστές οι οποίοι έχουν αναλάβει και την διοίκησή τους. Οι Κλινικές και τα Νοσοκομεία απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της παρεχόμενης ιδιωτικής φροντίδας.

Παρατηρούνται προβλήματα στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα καθώς υπάρχει ιδιαίτερη υπερπρομήθεια της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας στη Ρωσική Ομοσπονδία, ιδιαίτερα στις εγκαταστάσεις. Η Ρωσική Ομοσπονδία έχει τον μεγαλύτερο αριθμό κρεβατιών ανά πληθυσμό στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα. Έχουν γίνει προσπάθειες να μειωθεί αυτός ο αριθμός, καθώς απορροφά το μεγαλύτερο μέρος του κεφαλαίου, αλλά δεν παρατηρείται βελτίωση. Ένα άλλο πρόβλημα είναι η ικανοποίηση ασθενών και προσωπικού με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης⁴². Οι συνθήκες στα Νοσοκομεία και τις Πολυκλινικές είναι συχνά κακές. Η κατάρρευση των κυβερνητικών επενδυτικών προγραμμάτων σήμανε ότι η διάρθρωση των κτιρίων θα επιδεινωθεί γρήγορα. Τα προγράμματα συντήρησης δεν μπορούν να υλοποιηθούν και ο εξοπλισμός συχνά δεν είναι σύγχρονος και βρίσκεται σε κακή κατάσταση για να επισκευαστεί. Σαράντα-πέντε τοις εκατό από τις εγκαταστάσεις των Νοσοκομείων έχουν έλλειψη τρεχούμενου νερού. Αυτό οδηγεί στη δυσαρέσκεια εκ μέρους των ασθενών και του προσωπικού, ιδιαίτερα των γιατρών, οι οποίοι βρίσκουν περιορισμούς στην επαγγελματική πρακτική, από τις φυσικές καταστάσεις εξαιρετικά απογοητευτικές. Άλλοι λόγοι δυσαρέσκειας αφορούν τις υψηλές τιμές φαρμάκων, χαμηλές δεξιότητες και προσόντα των γιατρών, αδιάκριτη στάση του προσωπικού και μεγάλες σειρές αναμονής για επίσκεψη παθολόγων (WHO, Regional Office for Europe, November, 1999).

Επίσης υπάρχει πολύ διαδεδομένη δυσαρέσκεια μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και εστιάζεται ιδιαίτερα στους μισθούς. Αυτοί ήταν πάντα χαμηλοί, αλλά από το 1991 έχουν διαβρωθεί περαιτέρω, αποτυγχάνοντας εντυπωσιακά να συμβαδίσουν με τον υπερπληθωρισμό. Φτωχές συνθήκες εργασίας, καθυστέρηση πληρωμών, κακώς διατηρημένες εγκαταστάσεις, ξεπερασμένος εξοπλισμός και οι ελλείψεις στις ιατρικές προμήθειες και τα φαρμακευτικά είδη αναφέρθηκαν επίσης ως αιτίες δυσαρέσκειας.

⁴² Συνέντευξη από Κιρνόσοβα Σβετλάνα (Νοσηλεύτρια).

4.4. Κοινωνική Φροντίδα

Οι περισσότερες υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας στο τέλος της Σοβιετικής περιόδου, ήταν υπό την εποπτεία του Ερυθρού Σταυρού που χρηματοδοτούνταν από εθελοντικές συνεισφορές και κρατικές δωρεές. Με την οικονομική κρίση, μετά από την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης, η έλλειψη πόρων ανάγκασαν το σύστημα να εξαφανιστεί. Μετά την περικοπή των δραστηριοτήτων του Ερυθρού Σταυρού, μερικές από τις πρωτοβουλίες του αναλήφθηκαν από το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων. Όμως, λόγω της υπερχρηματοδότησης, λίγες από τις δραστηριότητες Κοινωνικής Φροντίδας κατόρθωσαν να επιζήσουν.

Οι υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας είναι επομένως πολύ περιορισμένες στη Ρωσική Ομοσπονδία. Το Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης συνεχίζει να έχει το φορτίο πολλών ασθενών με χρόνιες ασθένειες, ηλικιωμένων και εκείνων με ψυχιατρικές ασθένειες συνεχίζει να πραγματοποιείται υπό μεγάλη δυσκολία. Δεν υπάρχουν επαρκείς στρατηγικές για την φροντίδα ή την υποστήριξη των ανθρώπων με διανοητικές ή φυσικές αναπηρίες, πράγμα που οδηγεί σε ακατάλληλη χρήση των ιατρικών εγκαταστάσεων από τις ειδικές ομάδες αναγκών.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες στη Σοβιετική εποχή ήταν σχετικά υποανάπτυκτες και έχουν ακόμα για να φτάσουν το επίπεδο εκείνο των Ευρωπαϊκών χωρών. Δεν υπάρχουν κέντρα ημερήσια, ούτε υπάρχει σύστημα πρόωθησης βοηθών νοσοκόμων, το οποίο να επιτρέπει στα άτομα που χρήζουν βοήθεια να μπορούν να συνεχίζουν να ζουν ανεξάρτητοι στα σπίτια τους. Αυτό αφορά εκείνους με διανοητική ή φυσική αναπηρία.

Μικρός αριθμός «οίκων ευγηρίας» παρέχεται μέσω του προϋπολογισμού ευημερίας αλλά είναι αξιοθρήνητα ανεπαρκής από άποψη στέγασης και διαθεσιμότητας. Από το 1993 έγιναν προσπάθειες να δημιουργηθούν οίκοι ευγηρίας για ηλικιωμένους και χρόνια άρρωστους.

Η φροντίδα των διανοητικά αρρώστων γινόταν μέσω της χρήσης των κρεβατιών που προορίζονταν για τους βαριά ψυχιατρικά αρρώστους αν και υπήρχε πολύ μικρός αριθμός αυτών, αφού το ποσοστό εισαγωγών σ' αυτούς τους οίκους ήταν πολύ μικρός. Οι εγκαταστάσεις για τα άτομα με διανοητικά και ψυχιατρικά προβλήματα, συμπεριελάμβαναν ιδρύματα για ασθενείς με χρόνια προβλήματα, με τη χρέωση να γίνεται από τους γιατρούς, αλλά απέτυχαν να παρέχουν επαρκή μη ιατρική φροντίδα.

Δεν υπάρχει κανένας ιδιωτικός τομέας στη κοινωνική φροντίδα μέχρι σήμερα. Όλη η παρεχόμενη φροντίδα είναι κυρίως δημόσια και στηρίζεται στη χρηματοδότηση της τοπικής Κυβέρνησης και τις ασφαλιστικές συνεισφορές που επικρατούν στη σχετική περιοχή.

Το Υπουργείο Υγείας σχεδιάζει να συντονιστεί με τις τοπικές Κυβερνήσεις με σκοπό να διευκολυνθεί η μετατόπιση κρεβατιών στη παροχή μακροπρόθεσμης ή χρόνιας φροντίδας. Υπολογίζεται ότι το 20% των κρεβατιών θα μπορούσαν να αναπροσδιοριστούν ωφέλιμα κατά αυτόν τον τρόπο. Είναι απαραίτητο να καθοριστεί με ποιον τρόπο πρέπει να γίνεται η χρηματοδότηση για αυτήν την μετατόπιση.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες να δημιουργηθούν άσυλα για ηλικιωμένους, ορφανούς και ανάπηρους.

4.5. Ανθρώπινο Δυναμικό και Κατάρτιση

Η Σοβιετική Ένωση είχε παραδοσιακά τον μεγαλύτερο αριθμό προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης από τα διεθνή πρότυπα και αυτό συνεχίζεται να είναι έτσι και για την Ρωσική Ομοσπονδία (WHO, Regional Office for Europe, November, 1999). Αυτό απεικονίζει την Σοβιετική προσέγγιση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, η οποία ήταν να παρέχει μεγάλο αριθμό Κέντρων Υγείας, Κλινικών, Νοσοκομειακών κρεβατιών με σχετικά υψηλή αναλογία προσωπικού/κρεβατιού ή προσωπικού/δυνατότητας. Δεδομένου ότι οι γιατροί και οι νοσοκόμες θεωρούνταν να είναι μη παραγωγικά στοιχεία της κοινωνίας, ήταν φτηνοί να προσληφθούν και οι διευθυντές Νοσοκομείων και Κλινικών και είχαν ελάχιστα κίνητρα να ελέγχουν τα επίπεδα προσωπικού. Αυτή η κατάσταση είναι πολύ αργά για να αλλάξει. Σε απόλυτο αριθμό, η Ρωσική Ομοσπονδία σήμερα έχει κατά προσέγγιση 600.000 ενεργούς παθολόγους⁴³.

Υπάρχει επίσης ένας σχετικά μεγάλος αριθμός φαρμακοποιών και οδοντιάτρων.

Η πτώση στον αριθμό ιατρικού προσωπικού στο πρώτο μισό της δεκαετίας του '90 μπορεί να έγινε για διάφορους λόγους. Εν μέρει, οφειλόταν στις ρυθμίσεις των προηγούμενων στοιχείων να αποκλείουν τα μη-Ρωσικά μέρη της πρώην Σοβιετικής Ένωσης που είναι τώρα ανεξάρτητα και είχαν ελαφρώς υψηλότερες αναλογίες γιατρών/πληθυσμό από την ίδια τη Ρωσία. Μερικοί οφείλονται στην έξοδο εκείνων που

⁴³ http://www.rusiansabroad.com/russian_history_175.html (21.10.04).

πλησίαζαν την ηλικία συνταξιοδότησης οι οποίοι αισθάνθηκαν πιο τιμητικά να αποσυρθούν από το να προσαρμοστούν στις αλλαγές του συστήματος. Υπήρξαν επίσης περικοπές στο προσωπικό όταν έκλεισαν λόγω οικονομικών πέσεων κάποιες αγροτικές εγκαταστάσεις και μαζί μ' αυτές κάποιες επιχειρήσεις που ήταν βασισμένες σ' αυτές. Διάφοροι από αυτούς έχουν ανοίξει πάλι δεδομένου ότι η οικονομία έχει σταθεροποιηθεί και το προσωπικό εμφανίζεται να είναι επανεγκατεστημένο.

Μέρος της πτώσης στον αριθμό γιατρών ήταν επίσης το αποτέλεσμα των Σοβιετικών προσπαθειών για να αντιμετωπίσει τα ζητήματα πρόσληψης υπερβολικού αριθμού υπαλλήλων από τα μέσα προς τα τέλη της δεκαετίας του '80 με μείωση εισαγωγών στις ιατρικές σχολές, δίνοντας αφορμή για πτώση του αριθμού νέων γιατρών στις αρχές της δεκαετίας του '90. Μαζί με τη φυσική απώλεια, αυτό δημιούργησε πτώση στο μέσο αριθμό του συνολικού προσωπικού, όχι άμεσα αποδοτικό στις μεταβαλλόμενες περιστάσεις του Ρωσικού κράτους. Συγχρόνως, υπήρξε μεγαλύτερη είσοδος σπουδαστών στις ιατρικές σχολές στις αρχές του 1990, εν μέρει λόγω της ανικανότητας του Κέντρου να συμβάλλει περιορισμούς στην είσοδο στα πανεπιστήμια. Είναι αξιοσημείωτο ότι ο αριθμός συνέχισε να αυξάνεται μέχρι τη μεγάλη πτώση το 1999, η οποία συνεχίστηκε το 2000. Ο αριθμός νοσοκόμων, από την άλλη μεριά, ήταν σταθερός στο πρώτο μισό του 1990 και άρχισε να αυξάνεται στο δεύτερο μισό της δεκαετίας⁴⁴.

Για να είναι κατάλληλος κάποιος ως γιατρός, χρειάζεται έξι χρόνια γενικής ιατρικής εκπαίδευσης και δύο χρόνια για να γίνει ειδικός. Ο αριθμός ειδικοτήτων που αναγνωρίζονται στη Ρωσική Ομοσπονδία είναι υψηλότερος από το μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης, με πάνω από 80 κλάδους της Ιατρικής ως ειδικοί τομείς πρακτικής⁴⁵.

Η Σοβιετική Ένωση υποτίμησε τους γενικούς γιατρούς και παθολόγους πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά με την ανάγκη να δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα τώρα έχουν αναγνωρισθεί. Με αυτό αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα για κατάρτιση των ιατρών παθολόγων. Ένα διετές επιμορφωτικό πρόγραμμα εισήχθη το 1992, κάνοντας τη γενική πρακτική ειδικότητα με δικά της δικαιώματα. Η ενίσχυση των δεξιοτήτων των οικογενειακών γιατρών συμβάλει στην αύξηση του κύρους και της θέσης τους.

⁴⁴ Οι λόγοι είναι λόγω κύρους και προσδοκίας για υψηλότερο μισθό.

⁴⁵ Γίνονται κινήσεις να μειωθεί ο αριθμός ειδικοτήτων, αλλά ελάχιστη πρόοδος έχει γίνει στον περιορισμό της πρόσβασης στην κατάρτιση αυτών των ειδικοτήτων.

Οι νοσοκόμες στα Νοσοκομεία και τις Κλινικές θεωρούνται λίγο περισσότερο από βοηθοί των γιατρών και παίζουν μικρό ρόλο στην όλη κλινική εργασία⁴⁶. Στη μόνη περίπτωση όπου μια νοσοκόμα παίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση και θεραπεία ασθενή είναι όταν αυτή είναι μαία, όπου μετά από πρόσθετη κατάρτιση ένα με δύο έτη, η νοσοκόμα-επαγγελματίας είναι σε θέση να παίζει πρωταρχικό ρόλο στη φροντίδα. Η εκπαίδευση των Νοσοκόμων στο παρελθόν πραγματοποιούνταν από τους γιατρούς, πρόσφατα όμως αυτός ο ρόλος αναλήφθηκε και από τις νοσοκόμες.

Οι διοικητικές δεξιότητες και η σχετική κατάρτιση εξετάζονται επίσης με συνοχή για πρώτη φορά. Υπάρχει τώρα η ικανότητα για Διοίκηση Υγειονομικής Περιθαλψής στην Ιατρική Ακαδημία της Μόσχας, η οποία προσφέρει μεταπτυχιακή κατάρτιση για τον Νοσοκομειακό Διευθυντή. Όπως στη Σοβιετική εποχή, ο κύριος γιατρός ενός Νοσοκομείου ή μιας Κλινικής ενεργεί ως κύριος Υποδιευθυντής, ο οποίος παίρνει την ευθύνη για αποφάσεις προϋπολογισμών, συντήρηση των εγκαταστάσεων και των διαπραγματεύσεων με τους πληρωτές τρίτων. Μέχρι σήμερα οι ανώτεροι γιατροί, υποτίθεται ότι έπρεπε να έχουν δεξιότητες Οικονομικής και Διεύθυνσης Προσωπικού και να πραγματοποιούν αυτή τη σειρά καθηκόντων αποτελεσματικά χωρίς να προσφέρεται η απαραίτητη εκπαίδευση. Τώρα με την υποστήριξη διεθνών συνεργατών, αναπτύσσονται προγράμματα που θα παρέχουν συγκεκριμένες δεξιότητες προς το παρόν, αλλά η διαδικασία είναι σε εξέλιξη.

4.6. Φαρμακευτικές και Τεχνολογικές εκτιμήσεις στο Σύστημα Υγείας

Η δομή της φαρμακευτικής βιομηχανίας και του δικτύου διανομής έχουν αλλάξει ριζικά κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας. Πριν από την αποσύνθεση της Σοβιετικής Ένωσης, τα επίπεδα εσωτερικής παραγωγής κάλυπταν μια ουσιαστική μερίδα της εσωτερικής φαρμακευτικής κατανάλωσης, με την ισορροπία να επιτυγχάνεται με τις εισαγωγές από τις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης. Η αποσύνθεση της Σοβιετικής Ένωσης προκάλεσε ογκώδης διάσπαση στη φαρμακευτική παραγωγή και η παραγωγή περιορίστηκε στα ανεξάρτητα κράτη (Ρωσία, Λευκορωσία, Ουκρανία και σε μικρότερη έκταση Καζακστάν και Κιργιζιστάν). Η βιομηχανία η οποία παρέμεινε στην Ρωσική Ομοσπονδία ήταν κατά ένα μεγάλο μέρος ξεπερασμένη και κακώς διατηρημένη. Με τη

⁴⁶ Συνέντευξη από Κιρνόσοβα Σβετλάνα (Νοσηλεύτρια).

γρήγορη μετάβαση στην οικονομία της αγοράς, διάφοροι παράγοντες σε συνδυασμό έκαναν την φαρμακευτική αγωγή ασύμφορη και προκάλεσαν δραματική πτώση στα επίπεδα παραγωγής: απότομη αύξηση στην τιμή πρώτων υλών, ενέργειας και μεταφοράς, διάσπαση συνεταιριστικών συνδέσεων μεταξύ των εγκαταστάσεων, αυστηροί περιορισμοί πόρων, έλλειψη τελωνείου, εμπόδια στις εισαγόμενες ουσίες, αυξανόμενος ανταγωνισμός από τα εισαγόμενα προϊόντα και φορολογικά προνόμια για τους προμηθευτές εξωτερικού. Η παραγωγή ουσιών στη Ρωσική Ομοσπονδία μειώθηκε κατά 60% την περίοδο ως το 1997, οι τοπικοί παραγωγοί αύξησαν τόσο τις τιμές που τις κατέστησαν μη ανταγωνιστικές έναντι των εισαγωγών με αποτέλεσμα κατάρρευσης της παραγωγής.

Το 1997 η εσωτερική φαρμακευτική παραγωγή παρουσίασε κάποια βελτίωση και τα περιθώρια κέρδους των κορυφαίων επιχειρήσεων ήταν πολύ ικανοποιητικά. Μερικοί παραγωγοί άρχισαν τον εκσυγχρονισμό και την εγκαθίδρυση νέων εγκαταστάσεων παραγωγής. Το 70% των φαρμακευτικών παραγωγών έχουν ιδιωτικοποιηθεί.

Οι σημαντικότεροι φαρμακευτικοί αγοραστής είναι οι Ομοσπονδιακές, Περιφερειακές και Δημοτικές Αρχές, Νοσοκομεία και Πολυκλινικές, Φαρμακεία και καταναλωτές. Ο ρόλος της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης ως αγοραστής, ενώ παρακμάζει, είναι ακόμα σημαντικός εξαιτίας του μεγέθους που απαιτείται για να εκτελέσει τα εθνικά προγράμματά του (π.χ. εμβολιασμού, πρόληψης κλπ.). Μετά την ανεξαρτησία, όταν καταργήθηκε το συγκεκριμένο σύστημα αγοράς, οι περιοχές ανέπτυξαν δικό τους σύστημα προμήθειας. Τα φαρμακευτικά είδη χρησιμοποιούνται από τα Νοσοκομεία, αγοράζονται από τα κεφάλαια υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας ή μέσω του προϋπολογισμού των Νοσοκομείων.

Διανομείς χονδρικής πώλησης μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις ομάδες:

- (α) Φαρμακοποιοί οι οποίοι ανεφοδιάζουν την περιοχή τους με φάρμακα για δημόσιες υπηρεσίες. Επίσης, λειτουργούν ως ιδιωτικοί χονδρέμποροι στο λιανικό τομέα φαρμακείων καθώς επίσης και δημοτικές αλυσίδες φαρμακείων και κλινικών, συνήθως διοικούμενες από υπαλλήλους που έχουν μεταφερθεί από το παλιό σύστημα,
- (β) ιδιωτικοποιημένες στο παρελθόν κρατικές επιχειρήσεις, οι οποίες επίσης διοικούνται από τους παλιούς κρατικούς υπαλλήλους,
- (γ) νέες, κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ιδιωτικές επιχειρήσεις, μερικές εκ των οποίων είναι σε εθνικό επίπεδο με κάθετα ενσωματωμένες δομές,
- (δ) διεθνείς επιχειρήσεις με διαδικασίες Δυτικού τύπου έχοντας όλες έδρα στη Μόσχα.

Στο λιανικό εμπόριο, συνδεδεμένο με τους εξωτερικούς ασθενείς, μερικά φαρμακεία πουλήθηκαν στον ιδιωτικό τομέα αμέσως μετά την καθιέρωση της Ρωσικής Ομοσπονδίας. Τα περισσότερα φαρμακεία στην αρχή ήταν υπό κρατική κυριότητα, αλλά λόγω έλλειψης δημοσίων κεφαλαίων, άρχισαν να λειτουργούν υπό ιδιωτική χρηματοδότηση. Συγχρόνως προέκυψαν εντελώς νέα ιδιωτικά φαρμακεία. Αυτές οι ιδιωτικές επιχειρήσεις είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα και αγοράζουν φάρμακα άμεσα από τους εισαγωγείς ή τις επιχειρήσεις φαρμάκων και τα διαθέτουν. Παρά τη νέα θέση τους, είναι υποχρεωμένοι να εφοδιάζουν με δωρεάν φάρμακα στις ευπαθείς ομάδες και έπειτα να απευθυνθούν στην τοπική Κυβέρνηση για αποζημίωση των δαπανών.

Ενώ η διαθεσιμότητα των φαρμάκων έχει αυξηθεί μέσω εισαγωγών των φαρμάκων, η δυνατότητα προσέγγισης έχει μειωθεί και πολλοί Ρώσοι είναι ανίκανοι να αγοράσουν φάρμακα που χρειάζονται. Φαίνεται ότι η γενική πρόσβαση σε ορισμένα φάρμακα έχει βελτιωθεί. Παρά τη βελτίωση όμως πάνω από ένας στους πέντε ασθενείς είναι ακόμα ανίκανος να πάρει τα φάρμακά του. Εκτιμάται ότι το απρόσιτο των φαρμάκων και η έλλειψη χρημάτων είναι οι σημαντικότεροι λόγοι που αναφέρονται κατά τη διάρκεια ετών για αυτήν την ανικανότητα και η έλλειψη χρημάτων γίνεται όλο και σημαντικότερος⁴⁷.

Είναι σημαντικό να διακρίνουμε μεταξύ της πραγματικής απαίτησης για τα φαρμακευτικά είδη, καθορισμένα από τις ανάγκες του πληθυσμού και τη διαλυτική απαίτηση βασισμένη στη δυνατότητα εν δυνάμει αγοραστών να πληρώσουν. Η πραγματική απαίτηση στη Ρωσική Ομοσπονδία επηρεάζεται από τα μεγάλα ποσοστά πληθυσμού που περιλαμβάνουν τους συνταξιούχους, χρόνια αρρώστους και εκείνους που ζουν στις περιοχές και κακή ατμοσφαιρική ποιότητα, καθώς επίσης από υψηλό ποσοστό μολυσματικών ασθενειών. Η διαλυτική απαίτηση διαφέρει ουσιαστικά από περιοχή σε περιοχή, ανάλογα με τις τοπικές οικονομικές συνθήκες, πόρων χρηματοδότησης των Περιφερειακών και Τοπικών Αρχών και το εισοδηματικό επίπεδο των πολιτών. Στη Ρωσική Ομοσπονδία η διαλυτική απαίτηση είναι σαφώς χαμηλότερη απ' ό,τι η πραγματική απαίτηση.

Η κατανάλωση φαρμακευτικών ειδών επομένως τείνει να είναι σχετικά μικρή. Αυτά τα χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης κατέστησαν τη Ρωσική αγορά εξαιρετικά προσοδοφόρα για τις ξένες φαρμακοβιομηχανίες, πολλές από τις οποίες ήταν επιθετικά

⁴⁷ Συνέντευξη από Λεμπέντεβα Λένα (Παθολόγος).

διαφημιστικές στη σύγχυση των καταναλωτών και ορισμένων παθολόγων. Ο αριθμός φαρμάκων που καταχωρήθηκαν για πώληση αυξήθηκε το 1992. Αυτή την περίοδο ο κρατικός κατάλογος περιέχει 140.000 προϊόντα, πολλά από τα οποία είναι καινούρια για τους γιατρούς. Τέτοια ακραία φιλελευθεροποίηση των φαρμακευτικών προϊόντων καθιστά τον έλεγχο αδύνατο. Τα Νοσοκομεία, όχι πάντα, έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες πληροφορίες για τα φάρμακα. Το ευρύ κοινό, ασυνήθιστο στις εμπορικές πιέσεις κατά τη διάρκεια της Σοβιετικής εποχής, επηρεάζεται τώρα με τη διαφήμιση, η οποία ενισχύει παραδοσιακά την πολιτιστική προσδοκία πως κάθε διαβούλευση πρέπει να οδηγήσει σε μια συνταγή φαρμάκων.

Η απουσία οποιουδήποτε κανονισμού διαφήμισης φαρμάκων έχει οδηγήσει σε ανησυχητικές πρακτικές. Για παράδειγμα, φάρμακα τα οποία έπρεπε να πωλούνται μόνο με συνταγή, έχουν γίνει προϊόντα τηλεοπτικής διαφήμισης και πωλούνται στα φαρμακεία και τα περίπτερα (Tragakes και Lessof, 2003). Αν και οι κανονισμοί διαφήμισης φαρμάκων είναι σε ισχύ τώρα, η επιβολή τους είναι ακόμα ανεπαρκής. Ακόμη, η ανεπαρκώς αναπτυγμένη ποιοτική εξασφάλιση και το ρυθμιστικό σύστημα έχουν επιτρέψει στην αγορά να διεισδύσει με φάρμακα που είναι περιορισμένα ή απαγορευμένα αλλού, ή φάρμακα με ελάχιστη ή καμία αποδεδειγμένη θεραπευτική χρησιμότητα και εισαγωγές αμφίβολης ποιότητας από την Ανατολή ή την Ανατολική Ευρώπη⁴⁸.

Ο κανονισμός του φαρμακευτικού τομέα έχει αλλάξει με τη διοικητική αποκέντρωση και ενώ αυτό έχει φέρει μερικά θετικά αποτελέσματα, είναι λιγότερο συνεπές από αυτή της δεκαετίας του '80. Οι ευθύνες διαιρούνται μεταξύ Ομοσπονδιακού και Περιφερειακού επιπέδου. Το Υπουργείο Υγείας κάνει επισκόπηση των Ομοσπονδιακών ρυθμιστικών ζητημάτων και τα Όργανα ελέγχου ελέγχουν τα φάρμακα και τις εισαγωγές των κατόχων Ομοσπονδιακής άδειας, ενώ οι τοπικές Αρχές επιτηρούν το τοπικό δίκτυο διανομής συμπεριλαμβανομένων των φαρμακείων. Οι φαρμακευτικοί κατασκευαστές υπόκεινται στην επιθεώρηση από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Τεχνολογιών, Επιστήμης και Βιομηχανίας για την κατασκευή προτύπων και από το Επιδημιολογικό δίκτυο για τους υγειονομικούς όρους.

Οι τιμές των φαρμάκων ρυθμίζονται υπό διάφορους μηχανισμούς. Στο Ομοσπονδιακό επίπεδο το Υπουργείο Υγείας καταγράφει τις τιμές και τα προϊόντα των κατασκευαστών. Μετά από αυτό, εισάγονται οι περιορισμοί αύξησης με στόχο να

⁴⁸ Τα πλαστά φάρμακα αποτελούν περίπου το 12% της αγοράς. Νόμοι ενάντια στα πλαστά φάρμακα είναι αδύνατοι και οι ποινικές ρήτρες είναι χαμηλές είτε ανύπαρκτες.

συγκρατήσουν τις λιανικές τιμές των φαρμακευτικών ειδών. Αυτοί οι περιορισμοί διευκρινίζουν το επιτρεπόμενο ποσοστό αύξησης και για τους χονδρέμπορους και τους λιανοπωλητές. Σύμφωνα με την Ομοσπονδιακή νομοθεσία, η μέγιστη αύξηση πέρα από την τιμή του κατασκευαστή είναι 25% και οι λιανικές τιμές δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις χονδρικές τιμές κατά περισσότερο από 30%. Στην πράξη, οι αυξήσεις μέσα σ' αυτά τα όρια είναι ευθύνη των περιφερειακών αρχών και επομένως ποικίλουν από περιοχή σε περιοχή.

Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση τα τελευταία χρόνια έχει προσπαθήσει να λάβει μέτρα για να υποστηρίξει τη φαρμακευτική βιομηχανία. Το 1998 υιοθετήθηκε το πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ιατρικής Βιομηχανίας το 1998-2000 μέχρι το 2005». Αυτό πρότεινε την οργάνωση των εσωτερικών εγκαταστάσεων για την παραγωγή νέων ουσιών το οποίο θα επέτρεπε το 70% των φαρμακευτικών ειδών να καλύπτεται από την εσωτερική παραγωγή. Όμως, το πρόγραμμα έχει παραμείνει χωρίς χρηματοδότηση από κρατικό προϋπολογισμό.

Ο κανονισμός της νέας τεχνολογίας κατά ένα μεγάλο μέρος είναι σε εκκρεμότητα.

Θεωρητικά, τα ζητήματα πληρωμών αναμένονται να περιέχουν συστατικά κάλυψης κόστους στερεότυπων αποκλήσεων και συντήρησης εξοπλισμού. Όπου οι προμηθευτές θέλουν να επενδύσουν στην υψηλή τεχνολογία ή τον ακριβό εξοπλισμό, πρέπει να απευθυνθούν στην ασφαλιστική εταιρία ή στις επιχειρήσεις με τις οποίες έχουν σύμβαση για επιχορήγηση για να καλύψουν τις δαπάνες. Υποτίθεται ότι οι ασφαλιστές θα ασκήσουν έλεγχο και θα υποστηρίξουν μόνο τις αγορές που θα αντιστοιχούν στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης στην περιοχή με έμφαση στην πρωτοβάθμια και προληπτική ιατρική. Στην πράξη, οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν ήταν σε θέση ούτε να ασκήσουν έλεγχο ούτε να υποστηρίξουν τα κύρια προγράμματα. Στις περιοχές που έχει γίνει η αγορά, έχουν χρηματοδοτηθεί από την Τοπική Κυβέρνηση από τα φορολογικά έσοδα.

Σε εκείνες τις λίγες περιοχές που είχαν χρηματοδοτηθεί, δεν υπάρχει κανένας έλεγχος της πολιτικής αγοράς. Οι εισαγωγές κατά ένα μεγάλο μέρος είναι υπό την κρίση των τοπικών χρηματοδοτικών οργανισμών, οι άδειες δεν χρειάζεται να εκδοθούν είτε για την απόκτηση είτε για την χρήση του νέου εξοπλισμού και η κατάρτιση του προσωπικού αφήνεται στην κρίση των προμηθευτών. Η εμπειρία δείχνει ότι όταν τα κεφάλαια είναι διαθέσιμα, οι τοπικές Αρχές αποκρίνονται στα αιτήματα των δευτεροβάθμιων και τριτογενών παθολόγων στις ιδιαίτερα εξειδικευμένες θέσεις και επενδύουν άρπεια και

αδιαφορώντας για την μακροπρόθεσμη στρατηγική ή τις υπάρχουσες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΡΩΣΙΑΣ

5.1. Σκοποί και Αντικειμενικοί Στόχοι

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80 οι ανεπάρκειες του Σοβιετικού Συστήματος γίνονταν όλο και περισσότερες και οι αρμόδιοι υγειονομικών υπηρεσιών είχαν αναγνωρίσει την ανάγκη να αντιμετωπίσουν τις ανεπάρκειες αυτές (Shiskkin, 1998). Εισηγήσαν μερικές μεταρρυθμίσεις και ιδιαίτερα τα πειραματικά προγράμματα στο Κεμόροβο, Λένινγκραντ και Σαμάρα, σε μια προσπάθεια να εξεταστεί η δυσαναλογία μεταξύ της δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η αποσύνθεση της Σοβιετικής Ένωσης όχι μόνο έφερε στο προσκήνιο τα προβλήματα από την παλιά προσέγγιση διαχείρισης υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά τα επιδείνωσε, δημιουργώντας πιο επείγουσα την ανάγκη για μεταρρύθμιση. Η κατάσταση υγείας του πληθυσμού γρήγορα επιδεινώθηκε, με αποτέλεσμα τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης ανδρών και γυναικών. Υπήρξε μια τεράστια αύξηση της θνησιμότητας μεταξύ των ανδρών, μαζί με αναβίωση μολυσματικών ασθενειών που είχαν εξαφανιστεί για δεκαετίες, αύξηση νοσηρότητας και θνησιμότητας χρόνιων ασθενειών. Αυτή η τάση επιταχύνθηκε παρά πολύ από τις πιέσεις που δέχτηκε ο πληθυσμός από το οικονομικό χάος της δεκαετίας του '90 (Гайдар, Синельников, Трофимов, Коваль, Воиовик, 2003). Έγινε σαφές στους πολιτικούς σχεδιαστές ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες με όλη την σπατάλη και γραφειοκρατία, χρειαζόταν να επανεξεταστούν αν επρόκειτο να αντιμετωπίσουν τις μεγάλες ανάγκες. Η δαπάνη για την διατήρηση των επιπέδων παροχής της Σοβιετικής εποχής δεν στηρίχθηκε εξαιτίας της κατάρρευσης του φορολογικού συστήματος που συνόδευε άλλα οικονομικά γεγονότα. Παρουσιάστηκε επίσης η ανεπάρκεια του συστήματος και η κακή ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρονταν.

Η πολιτική ανησυχία που έφερε τέλος στο Σοβιετικό σύστημα ήταν ένας περαιτέρω παράγοντας που συνέβαλε στην απαίτηση για μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Ακριβώς όπως η περεστρόικα είχε αυξήσει τις προσδοκίες και την απαίτηση για την αλλαγή, η ίδρυση της νέας Κυβέρνησης έφερε την προσδοκία μεταρρύθμισης εκ μέρους των σχεδιαστών πολιτικής καθώς επίσης και του γενικού πληθυσμού. Ο υψηλός βαθμός κρατικής συγκέντρωσης έπρεπε να αλλαχθεί ριζικά. Η διοικητική αποκέντρωση προβλεπόταν ως συνδυαστικός κρίκος, όχι μόνο στο να επιτρέψει την μεγαλύτερη

ανταπόκριση στη λήψη αποφάσεων στο τοπικό επίπεδο, αλλά και συμβολικά μέσα στη φύση της νέας πολιτικής εποχής.

Ήταν λογικό να εξεταστούν άμεσα τα ζητήματα χρηματοδότησης, αποδοτικότητας και διοικητικής αποκέντρωσης, αφού μεγάλο μέρος της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας στράφηκε γύρω από αυτά. Ένα βασικό τμήμα των μεταρρυθμίσεων, δηλαδή η εισαγωγή υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, συνέβαλε στο να συνδέσει τα παραπάνω ζητήματα.

Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας υποστήριξε τις μεταρρυθμίσεις για την εκπαίδευση γενικών παθολόγων, αυτονομία Νοσοκομείων και διεύθυνσης Πολυκλινικών, πληρωμή προσωπικού, προγραμματισμό και ρύθμιση. Σκοπός ήταν να συνδυαστεί μια σειρά μέτρων για να ανατραπεί η επίδραση χρόνιου γραφειοκρατικού ελέγχου αποκεντρώνοντας τη διαχείριση και τις οικονομικές ευθύνες καθώς επίσης και ενθάρρυνση για μεγαλύτερη αποδοτικότητα και μεγαλύτερη ανταπόκριση στις ανάγκες των πολιτών.

5.2. Περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων και η Νομοθεσία

Η νομική βάση για τις μεταρρυθμίσεις υγειονομικής περίθαλψης σε Ομοσπονδιακό επίπεδο παρέχονταν από ποικιλία νομοθετικών πράξεων (κώδικες, Ομοσπονδιακοί νόμοι), Προεδρικά διατάγματα, Αποφάσεις και Προτάσεις της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας και Διαταγές Κυβέρνησης και Υπουργείου Υγείας και άλλων Υπουργείων. Η νομική βάση στο Περιφερειακό επίπεδο παρέχεται από τα νομοθετικά όργανα που θεσπίζονται από τις Κυβερνήσεις της Ρωσικής Ομοσπονδίας. Οι σημαντικότεροι Ομοσπονδιακοί νόμοι παρατίθενται κατά χρονολογική σειρά στο Παράρτημα¹.

Στις 25 Δεκεμβρίου του 1991 πέρασε η νομοθεσία με τίτλο «Αλλαγή ονόματος του Κράτους ΕΣΣΔ», σύμφωνα με την οποία από εκείνη την ημερομηνία το όνομα του Ρωσικού κράτους έπρεπε να διαβάζεται και να γράφεται ως «Ρωσική Ομοσπονδία» (P.O.) (Constitution of Russian Federation). Παρ' όλα αυτά, το προηγούμενο όνομα επιτράπηκε να χρησιμοποιείται στα επίσημα έγγραφα μέχρι το τέλος του 1992. Αυτό οδήγησε σε κάποια σύγχυση όσον αφορά τους τίτλους των νομικών εγγράφων, αφού μετά την ανεξαρτησία μερικά νομικά έγγραφα στο νέο κράτος αναφέρονταν ως ΕΣΣΔ και άλλα ως P.O. Κατά την διάρκεια της ίδιας περιόδου υπήρξε επίσης μια αλλαγή στο όνομα του Κοινοβουλίου σε Ομοσπονδιακή Συνέλευση της P.O. Μια επίσης αλλαγή ήταν το 1992, ο

¹ Πρέπει να σημειωθεί ότι ο κατάλογος δεν είναι πλήρης.

μετασχηματισμός της Ακαδημίας Ιατρικών Επιστημών σε Ρωσική Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών. Μετά το 1993, όλοι οι νόμοι αναφέρονται ως «Ομοσπονδιακοί Νόμοι». (Tragakes και Lessof, 2003, σελ. 172) (βλ. Παράρτημα).

Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις την δεκαετία του '90 επικεντρώθηκαν στα ζητήματα ασφάλισης υγείας των πολιτών, την υγειονομική-επιδημιολογική ευημερία, φαρμακευτικά είδη, κοινωνική προστασία των πολιτών και το βασικό πακέτο υπηρεσιών.

Ο νόμος για την ασφάλιση υγείας των πολιτών το 1991 που καθορίζει το βασικό πλαίσιο για καθιέρωση ενός συστήματος ασφάλισης υγείας για τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αφού θεωρήθηκε να έχει αδυναμίες, επανεκδόθηκε το 1993 και έγινε αποδεκτός ως βάση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας. Το 1992 με απόφαση της Κυβέρνησης, εισήχθησαν κάποια μέτρα για την εφαρμογή του νόμου που τροποποιήθηκε αργότερα καθορίζοντας τους στόχους των υπουργείων, τμημάτων και εκτελεστικών οργάνων για την εισαγωγή της υποχρεωτικής ασφάλισης, καθώς και το βασικό πρόγραμμα υγειονομικών υπηρεσιών. Την ίδια χρονιά, με απόφαση του Κοινοβουλίου επιβεβαιώνεται ο Κανονισμός του Ομοσπονδιακού επιτακτικού ταμείου ασφάλισης υγείας που καθορίζει την τιμολόγηση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Το 1993 τροποποιείται ο παραπάνω νόμος και παρέχει κάλυψη για τους άνεργους, τα παιδιά και τους ηλικιωμένους. Γίνονται κάποιες προσθήκες σχετικά με τις υποχρεώσεις των αρχών. Το 1994 με διαταγή του Ομοσπονδιακού ταμείου υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας συστήνονται μέθοδοι οικονομικού λογαριασμού στα ταμεία υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Τέλος, το 1997, με διαταγή του Ταμείου, όλα τα θέματα πρέπει να ακολουθούν τους κανόνες που περιγράφονται σ' αυτήν και να απαντούν σε όλες τις καταγγελίες των πολιτών σχετικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Το επόμενο ζήτημα με το οποίο ασχολήθηκε το Κράτος, ήταν η υγειονομική-επιδημιολογική ευημερία του πληθυσμού το 1991, με την θέσπιση του νόμου, ο οποίος δήλωνε τα δικαιώματα και τις ευθύνες του πληθυσμού, των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων. Τον ίδιο χρόνο θεσπίστηκε ο νόμος με τον οποίο καθιερώνεται η επιδημιολογική υπηρεσία ως ελεύθερη οργάνωση και διαχωρίζεται από το Υπουργείο Υγείας. Το 1995 με διαταγή του Υπουργείου Υγείας απαιτήθηκε οργάνωση υγειονομικής φροντίδας σχετικά με τις υγειονομικές υπηρεσίες για διάφορες ομάδες πληθυσμού. Το 1999 καθορίζονται με Ομοσπονδιακό νόμο οι βασικές έννοιες υγειονομικής-επιδημιολογικής ευημερίας καθώς και οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των πολιτών, του Ομοσπονδιακού επιπέδου και των επιχειρησιακών

οντοτήτων. Τέλος, το 2000 με απόφαση της Κυβέρνησης, επιβεβαιώθηκαν οι Κανονισμοί για την κρατική υγειονομική-επιδημιολογική υπηρεσία οι οποίοι αντικαθιστούν τις αποφάσεις του 1994 και του 1998.

Επίσης, ένα άλλο ζήτημα για το οποίο έγιναν πολλές μεταρρυθμίσεις ήταν τα φαρμακευτικά είδη. Το 1994 με διαταγή του Υπουργείου Υγείας, υιοθετείται ένας κατάλογος ουσιαστικών φαρμάκων που καλύπτουν 96 είδη σε 31 κατηγορίες και απαλλάσσει ορισμένες ομάδες πληθυσμού από την πληρωμή. Το ίδιο χρόνο, με απόφαση της Κυβέρνησης προβλέπονται μέτρα για να αυξηθεί η χρηματοδότηση της φαρμακευτικής βιομηχανίας και να ενισχυθεί ο έλεγχος της παραγωγής των φαρμάκων και σχετικών αγαθών. Το 1995, με διαταγή του Υπουργείου Υγείας, δίνονται κάποια προνόμια για ανάπηρους και άλλες ομάδες πληθυσμού. Το 1998 ρυθμίζεται ο τελωνειακός Κανονισμός για τις εισαγωγές και εξαγωγές φαρμάκων και έλεγχος της παρασκευής αυτών. Το 1998, ο Ομοσπονδιακός νόμος καθορίζει τα ζητήματα που αφορούν την παρασκευή, εισαγωγή, αποθήκευση, πώληση και χρήση των ναρκωτικών και ψυχιατρικών ουσιών στα σωφρονιστικά ιδρύματα. Λίγο αργότερα, τον ίδιο χρόνο, επικυρώνεται ο κατάλογος των αναγκαίων φαρμάκων ως βάση για τα φαρμακευτικά είδη. Επίσης, ψηφίζεται ο Ομοσπονδιακός νόμος που θέτει προτεραιότητα του Κράτους να ελέγχει την παρασκευή, ποιότητα, αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των φαρμακευτικών ειδών. Το 1999, με απόφαση της Κυβέρνησης, παίρνονται μέτρα κρατικών ελέγχων για τις τιμές των φαρμακευτικών ειδών και τέλος, το ίδιο έτος, χωρίζονται τα φάρμακα σε δύο κατηγορίες (φάρμακα χορηγούμενα με συνταγή γιατρού και αυτά χωρίς την απαίτηση συνταγής).

Σημαντικό ζήτημα ήταν η κοινωνική προστασία των πολιτών. Το 1995 ψηφίζεται ο Ομοσπονδιακός νόμος «Κοινωνική προστασία για τους ηλικιωμένους». Την ίδια χρονιά ψηφίζεται ο Ομοσπονδιακός νόμος για την κοινωνική προστασία αναπήρων ο οποίος τροποποιείται το 1998 και 1999.

Ζήτημα πάνω στο οποίο έγιναν μεταρρυθμίσεις ήταν το Βασικό Πακέτο Υπηρεσιών που προσφέρεται στους πολίτες. Το 1993 επιβεβαιώνεται ο κατάλογος προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στο βασικό πρόγραμμα της υποχρεωτικής ασφάλισης. Το 1998 με απόφαση της Κυβέρνησης, επιβεβαιώνεται το Βασικό Πακέτο που καθορίζει τους τύπους και το μέγεθος ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στον πληθυσμό δωρεάν. Ένα χρόνο αργότερα, απόφαση της Κυβέρνησης απαριθμεί τους στόχους του προγράμματος. Το 2000 γίνονται συστάσεις οι οποίες καθορίζουν τους σκοπούς, τις αρχές, τη δομή και καθιερώνουν τους κανόνες για το

μέγεθος της φροντίδας και τις δαπάνες τους. Στο τέλος του ίδιου έτους, με Ομοσπονδιακό νόμο γίνονται κάποιες τροποποιήσεις και προσθήκες.

Επίσης, σημαντικές μεταρρυθμίσεις έγιναν στα ζητήματα, όπως διαδικασία προϋπολογισμών, δικαιώματα και υποχρεώσεις των τοπικών και Ομοσπονδιακών αρχών απέναντι στους πολίτες τους, δημόσια υγεία, τρόπους πληρωμής παρεχόμενων υπηρεσιών, άδειες για την ιατρική και φαρμακευτική δραστηριότητα κ.ά.

Σχέδια Νόμου

Σχέδια Νόμου «Δικαιώματα ασθενών»

Ο κατάλογος των σχεδίων νόμου στη πραγματικότητα είναι αρκετά επιλεκτικός και ελλιπής αν κι έγινε προσθήκη νομοθετικών πράξεων που αφορούσαν την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη την περίοδο από το 1991. Σημειώνεται ότι την περίοδο 1996-1997 μόνο, 79 κανόνες αφορούσαν την υγεία και τα κοινωνικά ζητήματα. Την περίοδο 1991-1998, περίπου 1.500 νέοι νόμοι (σε όλες τις περιοχές) εγκρίθηκαν από την Ομοσπονδιακή Συνέλευση, ενώ τα επόμενα 3 έτη περίπου 600 νόμοι πέρασαν.

Σχέδιο Νόμου «σχετικά με τον Κανονισμό ιδιωτικής ιατρικής δραστηριότητας». Το Σύνταγμα της Ρωσικής Ομοσπονδίας και οι κανόνες Αστικού Κώδικα παρέχουν ευκαιρία για ιδιωτική δραστηριότητα στον τομέα των υγειονομικών υπηρεσιών. Η ιδιωτική πρακτική στη πραγματικότητα αυξάνεται γρήγορα, αλλά η απουσία κατάλληλων νομοθετικών οδηγιών και η απώλεια φορολογικών εσόδων, κάνει τον νομοθετικό κανονισμό θέμα επείγουσας ανάγκης. Αυτό το σχέδιο Νόμου προσπαθεί να παρέχει ρυθμιστικό πλαίσιο για την ιδιωτική δραστηριότητα στον τομέα της υγείας.

Σχέδιο Νόμου «σχετικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στη Ρωσική Ομοσπονδία». αναπτύσσει κανόνες που κυβερνούν τις δραστηριότητες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Εκτίμηση δίνεται στην αύξηση Ομοσπονδιακών προϋπολογισμών χρηματοδότησης των υγειονομικών αρχών προκειμένου να βοηθήσουν στην κάλυψη αναγκών των ιατρικών ιδρυμάτων, καθιερώνει ίσες ευκαιρίες για όλα τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, τονίζει τον ρόλο του κρατικού μηχανισμού υγειονομικής περίθαλψης και δίνει μια περίληψη της Κρατικής υγειονομικής πολιτικής που υπογραμμίζει την κρατική ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού. Το σχέδιο πέρασε στο τέλος του 1999. Η Επιτροπή Υγείας εργάζεται ακόμα πάνω σ' αυτό το σχέδιο. Η κύρια αντίθεση έρχεται από την Κυβέρνηση, η οποία δεν μπορεί να αντέξει οικονομικά να

αυξήσει την χρηματοδότηση των προϋπολογισμών Συστημάτων Υγείας όπως ορίζεται στο σχέδιο.

5.3. Εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων

Οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας είναι τόσο εκτεταμένες και η χώρα τόσο απέραντη και διαφορετική, που είναι πολύ δύσκολο να αξιολογηθεί η εφαρμογή τους.

Υπήρξε μια πραγματική και μεγάλη αποκέντρωση (διοικητική) της εξουσίας με διαβίβαση των ευθυνών για την υγεία του πληθυσμού στους οργανισμούς τοπικής Κυβέρνησης και η μη ενεργή συμμετοχή του Υπουργείου Υγείας από τον προγραμματισμό, ρύθμιση και διαχείριση. Σκοπός τώρα των τοπικών Αρχών είναι η καθοδήγηση για χάραξη πολιτικής και η προσαρμογή της παροχής στις τοπικές ανάγκες. Υπάρχουν, εντούτοις, ιδιαίτερα στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία δεν είναι όλες οι περιοχές σε θέση να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις που μεταβιβάζονται σ' αυτές. Υπήρχε έλλειψη οικονομικών και διευθυντικών ικανοτήτων, η οποία οδήγησε σε μη λήψη αποφάσεων σε μερικές περιοχές. Στα πολύ πρόσφατα έτη, επομένως, έγινε προσπάθεια εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας να συμμετέχει στις διαπραγματεύσεις με τις περιοχές, ως μέρος μιας πρωτοβουλίας να επαναβεβαιώσει τον έλεγχό του.

Η εικόνα, όσον αφορά την ασφάλιση υγείας είναι πιο μικτή. Η νομοθεσία χρηματοδότησης υγειονομικής φροντίδας του 1991 και 1993 αναμφισβήτητα ήταν υπερβολικά μια φιλόδοξη προσπάθεια να εξεταστεί το σύστημα από την αρχή. Όρισε ένα σύνθετο σύνολο νέων χρηματοδοτικών μηχανισμών βασισμένο σε ξένα συστήματα, τα οποία δεν είχαν εφαρμοστεί παγκοσμίως. Όλα αυτά αναλήφθηκαν υπό τους όρους της ακραίας οικονομικής κρίσης, πολιτικής αστάθειας, με ιδιαίτερα ελλιπή αποσπασματικό νομικό σύστημα και με περιορισμένους διοικητικούς και διαχειριστικούς πόρους. Με τις παρούσες συνθήκες, πρέπει να ειπωθεί ότι η εφαρμογή της νομοθεσίας ασφάλισης υγείας έχει λειτουργήσει κατά αυτόν τον τρόπο, παρότι η εφαρμογή έχει αποτύχει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες.

Ο βαθμός στον οποίο οι μηχανισμοί που προβλέπονται από την νομοθεσία είναι σε ισχύ, ποικίλει. Εντούτοις, η ανικανότητα μερικών εργοδοτών να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους να συνεισφέρουν και ειδικά η αποτυχία των τοπικών Κυβερνήσεων να συνεισφέρουν για τον άνεργο πληθυσμό, σήμανε ότι το εισόδημα που προέρχεται στα

ταμεία ποικίλει ευρέως και γενικά υπολείπεται του εισοδήματος που ήταν στόχος. Στη συνέχεια είναι οι μικτοί χρηματοδοτικοί μηχανισμοί για τους προμηθευτές που δεν επιτρέπουν στους προμηθευτές να συγκεντρώσουν τα πλήρη οφέλη των αλλαγών στις μεθόδους χρηματοδότησης και ανταμοιβής. Ίσως επιπλέον, οι διαθέσιμοι πόροι στον τομέα της υγείας δεν έχουν αυξηθεί όπως αναμενόταν αρχικά και το σύστημα συνεχίζει να έχει έλλειψη κεφαλαίου.

Ο ρόλος των ασφαλιστικών φορέων διαφέρει επίσης από αυτόν που προβλέπεται στη νομοθεσία. Αν και δεν ήταν ποτέ η πρόθεση των μεταρρυθμίσεων να τεθούν όρια στη διαθέσιμη φροντίδα υπό το βασικό πακέτο, ο πραγματικός τρόπος λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιριών τους έχει αφαιρέσει τα κίνητρα να ενθαρρύνουν τους προμηθευτές και να βελτιώσουν τις αποδοτικότητες. Αυτό το ζήτημα απαιτεί μεγάλη προσοχή, λαμβάνοντας υπόψη την Σοβιετική κληρονομιά, ιδιαίτερα ενός ανεπαρκούς συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που σπαταλά τους ήδη λιγοστούς πόρους.

Με μια πιο θετική άποψη, οι μεταρρυθμίσεις έχουν βοηθήσει να παραχθεί μια αίσθηση υπευθυνότητας και συνείδησης κόστους μεταξύ πολλών από τους φορείς και επαγγελματίες στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με την απόκτηση νέων οικονομικών, διευθυντικών και διοικητικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία που προτείνουν ότι ενώ η εφαρμογή του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας δεν έχει αυξήσει το συνολικό ποσό των διαθέσιμων κεφαλαίων στην υγειονομική περίθαλψη, όπως αναμενόταν αρχικά, έχει πιθανώς περιορίσει ένα μέρος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης από τις διακυμάνσεις της οικονομικής δραστηριότητας.

Διάφοροι παράγοντες έχουν συμβάλει στη διαμόρφωση των μεταρρυθμίσεων και στην εφαρμογή τους, αλλά το Υπουργείο Υγείας και τα διάφορα Ερευνητικά Κέντρα είναι τα σημαντικότερα στη σύνταξη των λεπτομερών προτάσεων μεταρρύθμισης. Γιατροί και άλλοι προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης δεν έχουν παίξει σημαντικό ρόλο σ' αυτό και ήταν σχετικά αδύναμοι ως ομάδα έναντι των αντίστοιχών τους σε μεγαλύτερο μέρος της υπόλοιπης Ευρώπης.

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και οι ομάδες πληθυσμών ή χρηστών επίσης έχουν παίξει κάποιο σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των μεταρρυθμίσεων και μόλις πρόσφατα αρχίζουν να καθιερώνονται. Υπήρξε ιδιαίτερη αμφιθυμία εκ μέρους των συντακτών των μεταρρυθμίσεων υγείας και παραδοσιακών προμηθευτών, ως προς τη δυνατότητα συμμετοχής τέτοιων ομάδων. Ωστόσο, διεθνείς οργανισμοί που συμβουλεύουν την

διαδικασία μεταρρύθμισης, θέλουν να δουν τους μη κερδοσκοπικούς και μη κυβερνητικούς φορείς σχετικά ενεργούς.

Ενώ υπάρχουν διαφορές στην προσέγγιση μεταξύ των βασικών παραγόντων, υπήρξε μια ιδιαίτερη συναίνεση τότε που οι μεταρρυθμίσεις υποβλήθηκαν αρχικά. Το γεγονός ότι οι διάφορες ομάδες ενδιαφέροντος ήταν έτοιμες να θέσουν τις διαφορές τους κατά μέρος, δείχνει το πόσο σοβαρά αντιμετωπίστηκε η κρίση στον τομέα της υγείας.

Η έλλειψη εμπειρίας στις ιδιωτικές επιχειρήσεις και η αβεβαιότητα της οικονομίας συνέβαλαν να μην εφαρμοστεί ένα μέρος του σχεδίου, που ήταν ίσως υπερβολικά αισιόδοξο. Απλά δεν υπήρξε αρκετή οικονομική ή χρηματική σταθερότητα ούτε αρκετοί πόροι για να επιτρέψει στις μεταρρυθμίσεις να πετύχουν, όπως αρχικά προβλεπόταν. Εξίσου σημαντικός ήταν ο βαθμός στον οποίο οι μεταρρυθμίσεις προϋπέθεσαν ένα επίπεδο διευθυντικής και τεχνικής ικανότητας στις επαρχίες, που δεν ήταν απλά διαθέσιμη.

Η επιτυχία των μεταρρυθμίσεων έχει συμβιβαστεί με την γενική έλλειψη κατεύθυνσης της Κυβέρνησης, όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη τα τελευταία χρόνια όπως και από την έλλειψη δέσμευσης για την αρχή πραγματικών βελτιώσεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι κατευθύνσεις που ακολουθούνται από το Υπουργείο Υγείας, όσον αφορά την ανάπτυξη του συστήματος υγείας, βασίζεται ακόμα στο concept του 1997 «Υγειονομική περίθαλψη και ανάπτυξη ιατρικής επιστήμης στη Ρωσική Ομοσπονδία». Αυτό ήταν ένα σημαντικό έγγραφο, πάνω στο οποίο επρόκειτο να βασιστεί η μεταρρύθμιση. Ονομαστικά προκύπτουν τέσσερις κύριες προτεραιότητες από αυτό το έγγραφο:

- Προώθηση υγείας, πρόληψη και προσοχή στον τρόπο ζωής
- Ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας βασισμένη στην οικογένεια
- Μείωση έμφασης για την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα
- Ποιότητα της φροντίδας.

Παρ' όλα αυτά, το έγγραφο είναι πολύ γενικό, δεν διευκρινίζει τους στόχους και επομένως δεν μπορεί να αποτελέσει βάση για διατύπωση και εφαρμογή προγράμματος. Οι ιδέες αφθονούν αλλά είναι ανόμοιες, συγκρούσιμες και αόριστα διατυπωμένες για να αποτελέσουν βάση ενός ρεαλιστικού προγράμματος. Βασικά εμπόδια στην ανάπτυξη συνεπούς και πραγματικής πολιτικής υγειονομικής περίθαλψης συνοψίζονται ως εξής:

- Παρά τις δηλώσεις, η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη δεν είναι προτεραιότητες της Κυβέρνησης, αντιθέτως.

- Το Υπουργείο Υγείας διατάζει να πάρει την ευθύνη για να φτιάξει ένα πρόγραμμα, επειδή υπάρχουν παρά πολλές αβεβαιότητες που περιβάλλουν την οικονομία και την ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής.
- Υπάρχει έλλειψη ικανοποιητικής τεχνικής πείρας, πολιτικής θέλησης και πληροφοριών, στις οποίες να βασιστεί μια συγκεκριμένη πολιτική.
- Υπάρχει έλλειψη οικονομικών και θεσμικών πόρων για να υποστηρίξει την πολιτική εφαρμογή.
- Οι περιοχές έχουν γίνει αρκετά αυτόνομες και το Υπουργείο Υγείας στερείται την απαραίτητη εξουσία πάνω τους για να επιβάλλει μια πολιτική σε εθνικό επίπεδο.

Πρόσφατες προσπάθειες εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας για να επιβεβαιώσει τον έλεγχό του σε όλες τις περιοχές, ίσως να προμήνυε μεγαλύτερο ενδιαφέρον και δέσμευση για εξέταση των προβλημάτων του συστήματος υγειονομικής φροντίδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη του Συστήματος Υγείας της Ρωσίας μας έδειξε ότι οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας στη Ρωσική Ομοσπονδία επιχειρήθηκαν σε εποχή μεγάλων πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών αναταραχών, ως απάντηση στις μεγάλες και πιεστικές απαιτήσεις της κοινωνίας εκείνη την εποχή (αρχές δεκαετίας του '90). Παρόλο που το Σύστημα ακόμα βρίσκεται υπό μεταβολή, κάποια γενικά συμπεράσματα μπορούν να συναχθούν.

Η απειλή στο επίπεδο ισότητας (με την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης) του συστήματος υγείας, με την κατάργηση υπηρεσιών στις αρχές της δεκαετίας του '90 στις περιοχές που είχαν πληγεί περισσότερο από την οικονομική κρίση, αναγνωρίστηκε και οι μεταρρυθμίσεις έθεσαν σαφή στόχο την πρόσβαση σε ένα ενιαίο πακέτο βασικής φροντίδας για όλο τον πληθυσμό. Ο στόχος θεωρήθηκε ότι θα μπορούσε να επιτευχθεί με μεταρρυθμίσεις που θα βελτίωναν την αποδοτικότητα και έτσι οι εξοικονομούμενοι πόροι θα μπορούσαν να καλύψουν ένα πακέτο βασικής φροντίδας. Αυτό βέβαια δεν έγινε. Η βελτίωση της αποδοτικότητας (μείωση σπατάλης) επιχειρήθηκε χωρίς τη θέσπιση προτεραιοτήτων, με αποτέλεσμα αύξηση των ανισοτήτων λόγω διαφορών στην οικονομική επίδοση μεταξύ περιοχών και επομένως στην ικανότητά τους να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Επιπλέον, οι ανισότητες διευρύνονται λόγω έλλειψης ενός επίσημου αποτελεσματικού και κοινωνικά δίκαιου μηχανισμού κατανομής του κόστους λειτουργίας του συστήματος (χρηματοδότηση). Η παραοικονομία και διαφθορά συνεχώς διευρύνονται, αντικαθιστώντας όλο και περισσότερο το επίσημο σύστημα αποζημίωσης του ιατρικού και λοιπού προσωπικού.

Το επίπεδο υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '90 επηρεάστηκε σοβαρά. Εξηγήθηκε εν μέρει με τον ισχυρισμό ότι ήταν αποτέλεσμα των μακροπρόθεσμων ανεπαρειών του Σοβιετικού Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης, το οποίο απέτυχε να προβλέψει την επιδημιολογική μετατόπιση ή να λάβει υπόψη την τεράστια σημασία των μη μεταδιδόμενων ασθενειών. Σημαντικότερη όμως ήταν η επίδραση στους δείκτες υγείας από τη διακοπή σε πολλές περιπτώσεις της παροχής υγειονομικών φροντίδων, λόγω των σοβαρότατων οικονομικών δυσκολιών στις οποίες περιέπεσε το σύστημα, μετά την αποσύνθεση του Σοβιετικού Κράτους. Όλα αυτά σε μια χρονική στιγμή που η υγεία των πολιτών δεχόταν αρνητικές πιέσεις, λόγω της τεράστιας αβεβαιότητας που δημιουργούσε σε όλα τα επίπεδα της ζωής τους η κατάρρευση της οικονομίας και του κράτους. Την

εποχή αυτή δικαιολογημένα λοιπόν σημειώθηκε μεγάλη αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ, με σοβαρές βέβαια συνέπειες στην υγεία των πολιτών.

Οι μεταρρυθμίσεις στόχευσαν στην **ορθολογική οργάνωση του Συστήματος Παροχής Υγειονομικής Περίθαλψης**, ώστε να εξοικονομηθούν πόροι και να καλυφθούν οι υγειονομικές ανάγκες αποτελεσματικότερα. Στα πλαίσια ορθολογικοποίησης οι μεταρρυθμίσεις περιείχαν μέτρα που αναμενόταν να δημιουργήσουν κίνητρα μετατόπισης σε πρωτοβάθμιες και προληπτικές φροντίδες, από τις πολύ περισσότερο απαιτητικές σε πόρους νοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα επηρέαζε θετικά και το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Εντούτοις, **οι δείκτες υγείας συνεχίζουν να είναι χαμηλοί**, αφού οι μεταρρυθμίσεις δεν προσέγγισαν τους στόχους τους.

Η αποδοτικότητα ενδέχεται να έχει ενισχυθεί σε εκείνες τις μονάδες υγείας που είναι ικανές να αξιοποιήσουν αποτελεσματικά τα θεσπισμένα κίνητρα, αλλά δεν είναι εμφανές ότι αυτό αφορά την πλειονότητα των υγειονομικών μονάδων. Μπορούμε να εκτιμήσουμε ότι **τα αναμενόμενα από την επιδίωξη της αποδοτικότητας δεν έχουν επιτευχθεί**. Αποδίδεται δε σε μεγάλο βαθμό στην ελλιπή εφαρμογή της εγκεκριμένης ασφαλιστικής μεταρρύθμισης.

Η ελευθερία επιλογής του καταναλωτή των υγειονομικών φροντίδων δεν έχει επεκταθεί στην πράξη. **Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα τους προμηθευτές μόνο όταν είναι σε θέση να τους πληρώσουν οι ίδιοι**. Όσον αφορά την ποιότητα, φαίνεται ότι έχει βελτιωθεί μόνο στον ιδιωτικό τομέα.

Εκτιμάται ότι ίσως πολλοί ανέμεναν πάρα πολλά από τις μεταρρυθμίσεις και τώρα αποδίδουν όλες οι εμφανείς ανεπάρκειες σε αποτυχίες της μεταρρυθμιστικής διαδικασίας. Ίσως η επείγουσα ανάγκη να αντιμετωπιστούν τα ζητήματα υγείας πίεσε σε πρόωρη διαδικασία μεταρρυθμίσεων, ενώ θα έπρεπε να δοθεί χρόνος ώστε να σταθεροποιηθεί η κατάσταση σε πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Είναι επίσης πιθανό το concept των μεταρρυθμίσεων, όπως εκφράστηκε με την εισαγωγή νέου μηχανισμού χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, να ήταν υπερβολικά προκατειλημμένο υπέρ της αντίληψης ότι το θεμελιώδες πρόβλημα στο Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν η έλλειψη πόρων. Κατά συνέπεια, τα ζητήματα επιπέδου υγείας, ποιότητας της φροντίδας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στη χρήση των πόρων, εξέλαβαν μικρότερη προσοχή, παρόλο που δικαιούνταν και απαιτούσαν χωριστή μεταχείριση. Όχι ότι τα ζητήματα αυτά αγνοήθηκαν, αλλά ίσως θεωρήθηκε ότι

αυτά θα αντιμετωπίζονταν αποτελεσματικά, έμμεσα και αυτόματα, ως συνέπεια της λειτουργίας της εσωτερικής αγοράς, η οποία δημιουργούνταν με την καθιέρωση του Συστήματος Ασφάλισης Υγείας. Η εσωτερική αγορά θεωρήθηκε ως πανάκεια για τις ελλείψεις των πόρων και άλλων δεινών του συστήματος. Δεν έχει αποδειχθεί να είναι έτσι και το Ρωσικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης αντιμετωπίζει την πρόκληση της βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, παρά την τεράστια αβεβαιότητα και τους οικονομικούς περιορισμούς.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΚΩΝ ΝΟΜΩΝ

- 1) Νόμος της ΕΣΣΔ «Ασφάλιση υγείας των πολιτών της ΕΣΣΔ» της 27ης Ιουνίου 1991 (αριθμ. 1499-1), καθορίζει το βασικό πλαίσιο για καθιέρωση ενός συστήματος ασφάλισης υγείας για τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Αυτός ο νόμος θεωρήθηκε ότι έχει μερικές θεμελιώδεις αδυναμίες. Επομένως, τροποποιήθηκε και επανεκδόθηκε στις 2 Απριλίου του 1993 (αριθμ. νόμου 4741-1).
- 2) Νόμος της ΕΣΣΔ «Υγειονομική-Επιδημιολογική ευημερία πληθυσμού της 19^{ης} Απριλίου 1991» (αριθμ. 1034-1), δηλώνει τα δικαιώματα και τις ευθύνες του πληθυσμού, των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης και δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων. (Τελευταία φορά τροποποιήθηκε στις 21 Ιουλίου 1998, Ομοσπονδιακός νόμος αριθμ. 117).
- 3) Νόμος της ΕΣΣΔ «Διαχωρισμός της κρατικής επιτροπής για υγειονομική και επιδημιολογική επιτήρηση από το Υπουργείο Υγείας» της 19^{ης} Απριλίου 1991 (αριθμ. 1034), που καθιερώνει την επιδημιολογική υπηρεσία ως ελεύθερη οργάνωση. (Το 1995 επανετάχθηκε στη δομή του Υπουργείου Υγείας).
- 4) Νόμος της ΕΣΣΔ «Τοπική αυτοδιοίκηση» της 6^{ης} Ιουλίου 1991 (αριθμ. 1559-1), καθορίζει τη δομή και τις ευθύνες της τοπικής αυτοδιοίκησης των αγροτικών περιοχών, των πόλεων και των ραϊόν (πόλεις και χωριά), καθώς και την οικονομική και χρηματική βάση τους. Στις ευθύνες τους περιλαμβάνονται ιδιαίτερα η διαχείριση όλων των Ιδρυμάτων των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγειονομικής Περίθαλψης στο έδαφός τους, ανάπτυξη της προώθησης και πρόληψης υγείας μεταξύ του πληθυσμού, βελτίωση περιβαλλοντικών συνθηκών διαβίωσης. (Τελευταία φορά τροποποιήθηκε στις 28 Αυγούστου 1995, Ομοσπονδιακός νόμος αριθμ. 154).
- 5) Νόμος της ΕΣΣΔ «Διαδικασία προϋπολογισμών των ραϊόν, πόλεων και άλλων διοικητικών εδαφικών μονάδων της ΕΣΣΔ» της 10^{ης} Οκτωβρίου 1991 (αριθμ. 1734-1), επιβεβαιώνει ότι οι περιφερειακές μονάδες μπορούν να αναπτύξουν τους προϋπολογισμούς υγείας τους, χωρίς την έγκριση του Υπουργείου Υγείας. (Τελευταία φορά τροποποιήθηκε στις 31 Ιουλίου 1995, Ομοσπονδιακός νόμος αριθμ. 118).

- 6) Διάταγμα του Προέδρου της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Μετασχηματισμός της Ακαδημίας Ιατρικών Επιστημών σε Ρωσική Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών» της 4^{ης} Ιανουαρίου 1992, που καθιέρωσε τη Ρωσική Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών ως χωριστό νομικό πρόσωπο.
- 7) Απόφαση της Κυβέρνησης της ΕΣΣΔ «Μέτρα για την εφαρμογή του νόμου της ΕΣΣΔ για την ασφάλιση υγείας των πολιτών της ΕΣΣΔ» της 23^{ης} Ιανουαρίου 1992 (αριθμ. 41) που τροποποιήθηκε στις 22 Μαΐου 1992, καθορίζοντας τους στόχους των υπουργείων, τμημάτων και εκτελεστικών οργάνων των θεμάτων της ΕΣΣΔ για εισαγωγή της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, επικύρωση διαφόρων κανονιστικών πράξεων (συμπεριλαμβανομένου του βασικού πακέτου φροντίδας) και αντιμετώπιζοντας το ζήτημα πληρωμής συνεισφορών από τους τοπικούς προϋπολογισμούς εξ ονόματος του άνεργου πληθυσμού.
- 8) Διαταγή της Κυβέρνησης της ΕΣΣΔ «Βασικό πρόγραμμα υγειονομικών υπηρεσιών από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για τους πολίτες της ΕΣΣΔ» της 23^{ης} Ιανουαρίου 1992 (αριθμ. 41), περιγράφει το πακέτο εξουσιοδοτήσεων από την ασφάλιση υγείας.
- 9) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Τα συμβούλια και διοικητική οργανισμοί των Κραϊ και των Ομπλαστ» της 5^{ης} Μαρτίου 1992 (αριθμ. 2449), καθιέρωσε ότι το Κραϊ και τα Ομπλαστ έχουν τα ίδια δικαιώματα με τις δημοκρατίες της ΕΣΣΔ στα πλαίσια κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης, δηλαδή διαχείριση του εδάφους, φυσικών πόρων και ιδιοκτησίας, και των υγειονομικών υπηρεσιών τους. Αυτό άνοιξε τον δρόμο για την διοικητική αποκέντρωση, καθορίζοντας την μετατόπιση της ευθύνης της Κυβερνητικής χρηματοδότησης από το Υπουργείο Υγείας στα Περιφερειακά και τοπικά επίπεδα και έδωσε την δυνατότητα στις τοπικές δυνάμεις να καθορίσουν τα επίπεδα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Το Υπουργείο Υγείας διατήρησε λειτουργίες όπως την διατύπωση πολιτικών υγείας, κατάρτιση και έρευνα δημόσιας υγείας.
- 10) Απόφαση του Κοινοβουλίου της ΕΣΣΔ «Επιβεβαίωση του Κανονισμού του Ομοσπονδιακού Επιτακτικού Ταμείου Ασφάλισης Υγείας» της 18^{ης} Ιουνίου 1992 (αριθμ. 5145-1), καθορίζει την τιμολόγηση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας: Κάθε εργοδότης πρέπει να πληρώσει το 36% του μηνιαίου λογαριασμού αμοιβών για κάθε υπάλληλο.

- 11) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ψυχιατρική φροντίδα και οι εγγυήσεις των δικαιωμάτων των πολιτών κατά την διάρκεια της παροχής» της 2^{ης} Ιουλίου 1992 (αριθμ. 3185-1). (Τροποποιήθηκε στις 21 Ιουλίου 1998, Ομοσπονδιακός νόμος αριθμ. 117).
- 12) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της ΕΣΣΔ «Συγχρονισμένη μετάβαση στη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη βασισμένη στην εργασία του Γενικού Παθολόγου ή Οικογενειακού Παθολόγου» της 26^{ης} Αυγούστου 1992 (αριθμ. 237), που αναγνωρίζει τον όρο «πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη» για πρώτη φορά και καθορίζει τα σχέδια για να επεκταθούν οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, αυξάνουν τον αριθμό νοσοκόμων της πρωτοβάθμιας φροντίδας και τους δίνουν μεγαλύτερες ευθύνες και παρέχουν πρόσθετη κατάρτιση για τους Γενικούς Παθολόγους.
- 13) Διάταγμα του Προέδρου της ΕΣΣΔ «Μέτρα για την ανάπτυξη υπηρεσιών δημόσιας υγείας στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 26^{ης} Σεπτεμβρίου 1992 (αριθμ. 1137), που απαιτούσε την κατανομή της απαραίτητης χρηματοδότησης για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, κατασκευή ιατρικών ιδρυμάτων και συντήρηση αυτών, ανάπτυξη προτάσεων για βελτιώσεις στη διαχείριση των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης και της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.
- 14) Απόφαση της Κυβέρνησης της ΕΣΣΔ «Διαφοροποίηση μισθών για εργασία για τις θέσεις των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης στα πλαίσια του προϋπολογισμού βάσει μιας ομοιόμορφης κλίμακας δασμολογίων» της 14^{ης} Οκτωβρίου 1992 (αριθμ. 785).
- 15) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Οργάνωση ασφαλιστικών εργασιών στην ΕΣΣΔ» της 27^{ης} Νοεμβρίου 1992 (αριθμ. 4015) καθιερώνει τις κύριες αρχές ασφαλιστικών δραστηριοτήτων σε όλα τα πλαίσια. (Τροποποιήθηκε στις 31 Δεκεμβρίου από το νόμο αριθμ. 157).
- 16) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ασφαλιστικά δασμολόγια στο Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης στην ΕΣΣΔ, στο Ταμείο Κρατικής Απασχόλησης της ΕΣΣΔ και Υποχρεωτικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας της ΕΣΣΔ για το πρώτο τρίμηνο του 1993» (αναθεωρούταν τριμηνιαία) της 25^{ης} Δεκεμβρίου 1992 (αριθμ. 4230-1) καθιέρωνε υποχρεωτικά επιπέδα συμβολής ως ποσοστό μισθών και για τα τρία κεφάλαια κοινωνικής ασφάλισης 1993.

- 17) Απόφαση του Κοινοβουλίου της ΕΣΣΔ «Ομοσπονδιακό Ταμείο για την Υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας» της 24^{ης} Φεβρουαρίου 1993 (αριθμ. 4543-1) που κάνει την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας ένα μέτρο κοινωνικής ασφάλισης: καθιερώνει με την χρηματοδότηση Περιφερειακής και Ομοσπονδιακής ασφάλισης υγείας να εξαναγκάσει την πολιτική κρατικής υγείας να συσσωρεύσει τα ασφαλιστρα από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, ανακατανέμει το εισόδημα ασφαλιστρων μεταξύ των περιοχών και εγγυάται την κάλυψη όλων των πολιτών από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας.
- 18) Διάταγμα του Προέδρου της ΕΣΣΔ «Επείγοντα μέτρα για σταθεροποίηση των προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού της ΕΣΣΔ το 1993» της 27^{ης} Μαρτίου 1993 (αριθμ. 405), σχετικά με τα κοινωνικά προβλήματα ως αποτέλεσμα των οικονομικών μεταρρυθμίσεων που απαιτούν την χρήση του υπάρχοντος επιπέδου ως κοινωνικό πρότυπο ή σημείο αναφοράς για τις αυξήσεις στους βασικούς μισθούς, συντάξεις, χορηγίες κ.ά.
- 19) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ασφάλιση υγείας των πολιτών της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 2^{ης} Απριλίου 1993 (αριθμ. 4741-1) ο οποίος τροποποιεί τον νόμο αριθμ. 1499-1 της 28^{ης} Ιουνίου 1991. Οι τροποποιήσεις παρέχουν κάλυψη για τους ανέργους, τα παιδιά, τους ηλικιωμένους και ανέργους από τις αντίστοιχες τοπικές ομάδες.
- 20) Απόφαση της Κυβέρνησης της ΕΣΣΔ «Αρμοδιότητες των οργανισμών εκτελεστικής αρχής των Κραϊ, Ομπλαστ, ανεξάρτητων (αυτόνομων) περιοχών, πόλεων Ομοσπονδιακής σπουδαιότητας για χορήγηση αδειών για διάφορες δραστηριότητες» της 27^{ης} Μαΐου 1993 (αριθμ. 492) εξουσιοδοτώντας τις τοπικές αρχές να χορηγήσουν άδεια για πολυάριθμα είδη δραστηριοτήτων π.χ. ιατρικές δραστηριότητες, εμπορικές δραστηριότητες κλπ.
- 21) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Πιστοποίηση παραγωγής και των υπηρεσιών» της 10^{ης} Ιουνίου 1993 (αριθμ. 5151-1), που θεσπίζει κανόνες για την υποχρεωτική απόκτηση πιστοποιητικού συμμόρφωσης στις απαιτήσεις για απαραίτητη ποιότητα στα διάφορα είδη ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών.
- 22) Διάταξη του Υπουργείου Υγείας της ΕΣΣΔ «Επιβεβαίωση καταλόγου προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στο βασικό πρόγραμμα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας του πληθυσμού της ΕΣΣΔ για το 1993» της 21^{ης} Ιουνίου 1993 (αριθμ. 146) που διευκρινίζει το βασικό

- πρόγραμμα σε 29 ιατρικές ειδικότητες που καλύπτουν μια τυποποιημένη σειρά υπηρεσιών.
- 23) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Βασικές αρχές της νομοθεσίας της Ρωσικής Ομοσπονδίας για την προστασία της υγείας των πολιτών» (αριθμ. 5487-1) της 22^{ης} Ιουλίου 1993, που εγκρίθηκε από το Διάταγμα του Προέδρου της ΕΣΣΔ της 14^{ης} Δεκεμβρίου 1993 (αριθμ. 2288), που καθόριζε τους στόχους της νομοθεσίας της Ρωσικής Ομοσπονδίας σχετικά με την προστασία της υγείας των πολιτών, τις ικανότητες των εκτελεστικών οργανισμών σε διάφορα επίπεδα σ' αυτή τη περιοχή, τις αρχές για την ανάπτυξη ενός συστήματος προστασίας της υγείας, βελτιώσεις στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και στη ποιότητα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, προστασία των δικαιωμάτων και των συμφερόντων των ασθενών και των εργαζομένων και την ευθύνη σε περίπτωση που προκαλείται ζημία στην υγεία των πολιτών. (Τροποποιήθηκε στις 20 Δεκεμβρίου 1999 από τον Ομοσπονδιακό νόμο αριθμ. 214 και στις 2 Δεκεμβρίου 2000 από τον Ομοσπονδιακό νόμο αριθμ. 139).
- 24) Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Δωρεά αίματος και των συστατικών του» τις 6^{ης} Σεπτεμβρίου 1993 (αριθμ. 5142-1), που κάνει αλλαγές στο νόμο της 4^{ης} Μαΐου 1992. (Τροποποιήθηκε στις 16 Απριλίου 2001, αριθμ. νόμου 34).
- 25) Απόφαση της Κυβέρνησης της ΕΣΣΔ «Μέτρα απόδοσης του νόμου της ΕΣΣΔ "Τροποποίηση και προσθήκες στο νόμο της ΕΣΣΔ για την ασφάλιση υγείας"» της 11^{ης} Οκτωβρίου 1993 (αριθμ. 1018), που απαιτεί οι αρχές όλων των υποκειμένων της ΕΣΣΔ να οργανώσουν το Ταμείο Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας της περιοχής και να εγκρίνει τα βασικά εδαφικά τους προγράμματα. Υιοθέτησε επίσης τις οδηγίες για τις μεθόδους πληρωμής των Ταμείων Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας.
- 26) Έγγραφο του Ομοσπονδιακού Ταμείου Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας «Συστάσεις σχετικά με την επιλογή της μεθόδου πληρωμής των ιατρικών υπηρεσιών» της 18^{ης} Οκτωβρίου 1993, που συστήνει τις μεθόδους ανταμοιβής για τις υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών (κατά κεφαλήν πληρωμές, πληρωμές κατά πράξη κ.ά.) και νοσοκομειακή φροντίδα (αριθμός κρεβατιών νοσοκομείου, αμοιβή κατά πράξη κλπ.).
- 27) Σύνταγμα της Ρωσικής Ομοσπονδίας (έγινε αποδεκτό με εθνικό δημοψήφισμα στις 12 Δεκεμβρίου 1993), καθιέρωσε τους όρους για την εκπλήρωση των βασικών

δικαιωμάτων των πολιτών στη Ρωσική Ομοσπονδία. Το στοιχείο 41 διευκρινίζει το δικαίωμα του πολίτη στη προστασία της υγείας και της ιατρικής φροντίδας. Σύμφωνα με το Σύνταγμα, το Κράτος διατυπώνει την πολιτική για την εκπλήρωση των Συνταγματικών δικαιωμάτων των πολιτών στον τομέα της προστασίας της υγείας και την εφαρμόζει με αποδοχή των Ομοσπονδιακών νόμων και άλλων κανονιστικών και νομικών πράξεων και αποφάσεων των τοπικών Αρχών.

- 28) Διάταγμα του Προέδρου της Ρωσικής Ομοσπονδίας καθιερώνει διυπηρεσιακές επιτροπές στην υγειονομική περίθαλψη και περιβαλλοντολογική ασφάλεια με το Κρατικό Συμβούλιο Ασφαλείας, 1994.
- 29) Διαταγή του Ομοσπονδιακού Ταμείου Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας της 19^{ης} Ιανουαρίου 1994, που συστήνει τις μεθόδους οικονομικού λογαριασμού στο Ταμείο Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας.
- 30) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας του Ιουλίου 1994 (αριθμ. 157), που υιοθετεί έναν κατάλογο ουσιαστικών φαρμάκων που καλύπτουν 96 φάρμακα σε 31 κατηγορίες και απαλλάσσει ορισμένες ομάδες πληθυσμού από την πληρωμή.
- 31) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κρατική υποστήριξη ανάπτυξης της φαρμακευτικής βιομηχανίας και βελτίωση φαρμάκων ιατρικής τεχνολογίας και ανεφοδιασμός σχετικών φαρμάκων» της 30^{ης} Ιουλίου 1994 (αριθμ. 890), προβλέπει Κυβερνητικά μέτρα για να αυξηθεί η χρηματοδότηση της φαρμακευτικής βιομηχανίας και ενισχύει τον έλεγχο της παραγωγής φαρμάκων και σχετικών αγαθών για ιατρικούς λόγους.
- 32) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κανονισμός για την λήψη αδείας για πραγματοποίηση επαγγελματιών (ιατρικών και φαρμακευτικών) δραστηριοτήτων» της 19^{ης} Δεκεμβρίου 1994 (αριθμ. 286), περιγράφει τους κανόνες που πρέπει να ακολουθηθούν για να ληφθεί άδεια για επαγγελματική εργασία σύμφωνα με το νόμο της 22^{ης} Ιουλίου 1993, αριθμ. 5487-1).
- 33) Ομοσπονδιακός νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Προστασία του πληθυσμού και περιοχών από τις ακραίες καταστάσεις ρύπανσης λόγω φυσικών και τεχνολογικών αιτιών» της 21^{ης} Δεκεμβρίου 1994 (αριθμ. 68), 1995.
- 34) Ομοσπονδιακός νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Παλαίμαχοι» της 21^{ης} Δεκεμβρίου 1995 (αριθμ. 5). (Τροποποιήθηκε στις 18 Ιανουαρίου 1998 από τους Ομοσπονδιακούς Νόμους αριθμ. 171 και 172).

- 35) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Οργάνωση Υγειονομικής Φροντίδας» της 7^{ης} Φεβρουαρίου 1995, σχετικά με τις υγειονομικές υπηρεσίες για διάφορες ομάδες πληθυσμού.
- 36) Ομοσπονδιακός νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Γενικές αρχές οργάνωσης της τοπικής αυτοδιοίκησης στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 28^{ης} Φεβρουαρίου 1995 (αριθμ. 154), καθορίζει τις λειτουργίες και τις ευθύνες των τοπικών Κυβερνήσεων τον τομέα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. (Τροποποιήθηκε στις 2 Απριλίου 1996 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 38, στις 26 Νοεμβρίου 1995 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 141 και στις 17 Μαρτίου 1997 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 55).
- 37) Ομοσπονδιακός νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Πρόληψη μετάδοσης της HIV μόλυνσης στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 30^{ης} Μαρτίου 1995 (Ομοσπονδιακός Νόμος αριθμ. 38). (Τροποποιήθηκε στις 12 Αυγούστου 1995 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 8).
- 38) Ομοσπονδιακός νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους και ανάπηρους» της 2^{ης} Αυγούστου 1995 (αριθμ. 122).
- 39) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κατάλογος ουσιαστικών αναγκαιών και διάσωσης ζωής φαρμάκων» της 6^{ης} Σεπτεμβρίου 1995, απαιτεί όλα τα φαρμακεία να έχουν απόθεμα φαρμάκων όσα διευκρινίζονται στον κατάλογο αναγκαιών φαρμάκων.
- 40) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Τροποποιήσεις και προσθήκες στις πράξεις της Ρωσικής Ομοσπονδίας για αποζημίωση από τους εργοδότες για ζημιά προκαλούμενη στους εργαζομένους από ακρωτηριασμούς, επαγγελματικές ασθένειες ή άλλη ζημιά στην υγεία που συνδέεται με την απόδοση της εργασίας» της 24^{ης} Μαρτίου 1998 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 125).
- 41) Ομοσπονδιακός νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κοινωνική προστασία αναπήρων στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 24^{ης} Νοεμβρίου 1995 (Ομοσπονδιακός Νόμος αριθμ. 181). (Τροποποιήθηκε στις 24 Ιουλίου 1998 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 5).
- 42) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Προνόμια προμήθειας φαρμάκων για ανάπηρους και άλλες ομάδες πληθυσμού σύμφωνα με τον Ομοσπονδιακό Νόμο «Βετεράνοι».

- 43) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Επιβεβαίωση των κανόνων για παρεχόμενες επί πληρωμή ιατρικές υπηρεσίες στον πληθυσμό από ιατρικά Ιδρύματα» της 13^{ης} Ιανουαρίου 1996 (αριθμ. 27), περιγράφει τους κανόνες και τους όρους για τα ιατρικά ιδρύματα για να παρέχουν ιατρική φροντίδα επί πληρωμή.
- 44) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Επιβεβαίωση κανονισμού για χορήγηση αδειών για ιατρική δραστηριότητα» της 25^{ης} Μαρτίου 1996 (αριθμ. 350), επικυρώνει τον κατάλληλο κανονισμό σχετικά με τους κανόνες απόκτησης άδειας από ιατρικό προσωπικό.
- 45) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Χορήγηση αδειών για Ιατρική δραστηριότητα» της 18^{ης} Απριλίου 1996 (αριθμ. 148), παρέχει τα μέτρα για την εφαρμογή της Κυβερνητικής Απόφασης της 25^{ης} Μαρτίου 1996. Αυτή η διαταγή απαιτεί απ' όλες τις αρμόδιες για την υγεία αρχές να ακολουθούν την ανωτέρω Απόφαση της Κυβέρνησης.
- 46) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Δημιουργία μιας διανοητικής Επιτροπής Υγείας» της 15^{ης} Απριλίου 1996 (αριθμ. 456), δημιουργεί μια επιτροπή με αντιπροσώπους από τα Υπουργεία Υγείας, Υπεράσπισης, Εσωτερικών, Σιδηροδρόμων, το Ταμείο Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας και άλλα, σύμφωνα με τα Υπουργεία Οικονομίας και Οικονομικών να συντονίσουν τις προσπάθειες όλων των ενδιαφερομένων Υπουργείων να εφαρμοστεί η κρατική πολιτική σε θέματα υγείας.
- 47) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Πιστοποίηση των γιατρών στη γενική πρακτική» της 6^{ης} Ιουνίου 1996.
- 48) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κρατικός κανονισμός στον τομέα της γενετικής εφαρμοσμένης μηχανικής» της 5^{ης} Ιουλίου 1996 (αριθμ. 86). (Τροποποιήθηκε στις 12 Ιουλίου 2000 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 96).
- 49) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Εισαγωγή προσθηκών και αλλαγών στον Κανονισμό "Πληρωμή εργασιών των εργαζομένων των δημόσιων υπηρεσιών υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας"» της 11^{ης} Νοεμβρίου 1995 (αριθμ. 372), 1997.
- 50) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Μέτρα κατά της φυματίωσης στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 7^{ης} Μαρτίου 1997.
- 51) Διαταγή του Ομοσπονδιακού Ταμείου Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας «Οργάνωση εργασιακών καταγγελιών, επιστολών και προτάσεων των πολιτών της

Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 25^{ης} Μαρτίου 1997 (αριθμ. 35), απαιτεί όλα τα θέματα να ακολουθούν τους κανόνες που περιγράφονται σε αυτή την διαταγή, να απαντούν σε όλες τις καταγγελίες των πολιτών σχετικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

- 52) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Εισαγωγές και εξαγωγές φαρμάκων και φαρμακευτικών ειδών» της 27^{ης} Μαΐου 1997 (αριθμ. 647), ρυθμίζει τελωνειακούς κανονισμούς και ελέγχει εισαγωγή και εξαγωγή φαρμακευτικών ειδών για απαγόρευση εισαγωγής απαγορευμένων φαρμάκων και ελέγχει την φαρμακευτική κατασκευή. (Προσθήκες στην πρόταση 124 έγιναν με την απόφαση της Κυβέρνησης στις 19 Δεκεμβρίου 1998, αριθ. 1606).
- 53) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Επίπεδο επιβίωσης στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 24^{ης} Οκτωβρίου 1997 (αριθμ. 134), καθιερώνει μια νομική βάση για τον καθορισμό του επιπέδου ζωής στη Ρωσική Ομοσπονδία και χρησιμοποιείται ως πρότυπο για προδιαγραφή των βασικών μισθών, κατώτατων συντάξεων και άλλα μέτρα κοινωνικής προστασίας των πολιτών της Ρωσικής Ομοσπονδίας. (Τροποποιήθηκε στις 27 Μαΐου 1999 από τον Ομοσπονδιακό Νόμο αριθμ. 75).
- 54) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Έννοια υγειονομικής περίθαλψης και ανάπτυξη ιατρικής επιστήμης στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 5^{ης} Νοεμβρίου 1997 (αριθμ. 1387), που δηλώνει τους βασικούς στόχους του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπως περιγράφεται από το Υπουργείο Υγείας: βελτιώσεις οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης, εκτίμηση των ζητημάτων χρηματοδότησης και εκσυγχρονισμός της διαχείρισης, συντήρηση επιδημιολογικής ευημερίας, ανάπτυξη ιατρικής επιστήμης, βελτιώσεις στο σύστημα ιατρικής εκπαίδευσης και επιλογής προσωπικού.

Η Κυβέρνηση επικύρωσε το σχέδιο για την εφαρμογή αυτής της έννοιας το 1997-1998 προκειμένου να εγγυηθούν τα δικαιώματα των πολιτών στην υγεία και ιατρική φροντίδα, να επιτύχει την οικονομική σταθερότητα και να βελτιώσει την αποδοτικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών και ιατρικής επιστήμης και έχει επεκταθεί μέχρι το 2010. Μια άλλη ιδέα βασισμένη στα ανωτέρω, αναπτύχθηκε το 1997 και επικυρώθηκε αργότερα καθορίζοντας την κρατική πολιτική για την ανάπτυξη ιατρικής βιομηχανίας και εφαρμοσμένης ιατρικής μηχανικής.

- 55) Διάταγμα του Προέδρου της Ρωσικής Ομοσπονδίας της 17^{ης} Δεκεμβρίου 1997 (αριθμ. 1300) υιοθετεί την «Έννοια Εθνικής Ασφάλειας της Ρωσικής Ομοσπονδίας» σύμφωνα με το οποίο η υγεία του πληθυσμού καθορίζεται να αποτελεί λόγους πάνω στους οποίους η Εθνική Ασφάλεια στηρίζεται, 1998.
- 56) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ναρκωτικά φάρμακα και ψυχοτροπικές ουσίες» της 8^{ης} Ιανουαρίου 1998 (αριθμ. 3), καθορίζει τα ζητήματα όσον αφορά την κατασκευή, εισαγωγή, αποθήκευση, πώληση και χρήση στα ιδρύματα εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών των ναρκωτικών και ψυχοτροπικών ουσιών και σχετικά σωφρονιστικά μέτρα.
- 57) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ανάπτυξη φαρμακευτικής υποστήριξης για τον πληθυσμό της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 23^{ης} Ιανουαρίου 1998 (αριθμ. 17), επικυρώνει τον κατάλογο αναγκαίων φαρμάκων ως βάση για τα φαρμακευτικά είδη στο πλαίσιο Εγγυημένου Πακέτου Προγράμματος (394 φαρμακευτικά είδη σε 55 κατηγορίες).
- 58) Διαταγή του Ομοσπονδιακού Ταμείου Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας «Τήρηση εμπιστευτικότητας με σεβασμό στα στοιχεία πληροφοριών που αποτελούν ιατρικά μυστικά» της 25^{ης} Μαρτίου 1998 (αριθμ. 30).
- 59) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ιατρικά Μέσα» (Νόμος φαρμάκων) της 22^{ης} Ιουνίου 1998 (αριθμ. 86), παρέχει το πλαίσιο για την ανάπτυξη, κατασκευή προκλινικών και κλινικών δοκιμών κατασκευής φαρμάκων, έλεγχος ποιότητας, αποτελεσματικότητας, ασφάλειας εμπορίου φαρμάκων και άλλες δραστηριότητες σχετικά με τα φαρμακευτικά είδη. Θέτει επίσης ως προτεραιότητα του Κράτους τον έλεγχο της κατασκευής, ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας των φαρμακευτικών ειδών.
- 60) Ψήφισμα της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κώδικας Ομοσπονδιακού Ταμείου Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας» της 29^{ης} Ιουνίου 1998 (αριθμ. 857), υιοθετήθηκε από την Προεδρική Διαταγή αριθμ. 729 της 29^{ης} Ιουνίου 1998, ενισχύει τον ρόλο του Ομοσπονδιακού Ταμείου Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας στον συντονισμό και διακυβέρνηση των εδαφικών κεφαλαίων.
- 61) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση κάλυψης βιομηχανικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών» της 2^{ης} Ιουλίου 1998 (αριθμ. 125).

- 62) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Επιβεβαίωση Κανονισμού για το Υπουργείο Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 2^{ης} Ιουλίου 1997 (αριθμ. 659), περιγράφει τις λειτουργίες και τα καθήκοντα του Υπουργείου.
- 63) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Βασικές εγγυήσεις για τα δικαιώματα του παιδιού στη Ρωσική Ομοσπονδία» της 24^{ης} Ιουλίου 1998 (αριθμ. 124).
- 64) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κώδικας προϋπολογισμών της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 31^{ης} Ιουλίου 1998 (αριθμ. 145), σύμφωνα με τον οποίο οι εκτελεστικοί οργανισμοί στα Ομοσπονδιακά και Περιφερειακά επίπεδα της Ρωσικής Ομοσπονδίας και οι τοπικές αυτοδιοικήσεις δέχονται τις κανονιστικές πράξεις, σχετικά με τους κανονισμούς προϋπολογισμών μέσα στα όρια των ικανοτήτων τους. Η παράγραφος 24 ιδιαίτερα παρέχει το δικαίωμα στους Ομοσπονδιακούς και Τοπικούς (αυτοδιοίκησης) οργανισμούς σε κάθε επίπεδο να πραγματοποιήσουν ανεξάρτητα τη διαδικασία προϋπολογισμών και να διαθέσει τα κονδύλια στο κατάλληλο επίπεδο.
- 65) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Επιβεβαίωση του προγράμματος Κρατικών Εγγυήσεων που εξασφαλίζουν δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 1998 (αριθμ. 1096), με συνέπεια το Πακέτο Εγγυημένου Προγράμματος το οποίο καθορίζει τους τύπους και το μέγεθος ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στον πληθυσμό δωρεάν. Το καινοτόμο χαρακτηριστικό γνώρισμά του είναι η προσπάθεια να βεβαιωθεί ότι τα διανεμηθέντα οφέλη αντιστοιχούν στους διαθέσιμους πόρους. Καθιερώνει τους δείκτες παρεχόμενης φροντίδας για να προσδιορίσει τις δαπάνες στα Ομοσπονδιακά, Περιφερειακά και Δημοτικά επίπεδα όπως και για τα Ομοσπονδιακά και Εδαφικά Ταμεία Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας. Το πρόγραμμα είναι να αναθεωρείται ετησίως. (Τροποποιήθηκε με την απόφαση της 24^{ης} Ιουλίου 2001 αριθμ. 550 αυξάνοντας την δωρεάν εξωτερική φροντίδα).
- 66) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Προφύλαξη μεταδιδόμενων ασθενειών» της 17^{ης} Σεπτεμβρίου 1998 (αριθμ. 157).
- 67) Ψήφισμα της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Πρόγραμμα Κρατικών Εγγυήσεων που εξασφαλίζουν δωρεάν παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 9^{ης} Νοεμβρίου 1998 (αριθμ. 1096),

εγκρίνει το Πακέτο Εγγυημένου Προγράμματος. Ο στόχος είναι να παρασχεθεί το συνολικό ποσό κεφαλαίων που απαιτείται για να προσεγγίσει τις δαπάνες των παρεχόμενων δωρεάν υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας καθώς επίσης και τα κεφάλαια που πρόκειται να συλλεχθούν και να καταβληθούν.

- 68) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ταξινόμηση απλών ιατρικών υπηρεσιών» της 22^{ης} Δεκεμβρίου 1998 (αριθμ. 344), απαριθμεί τα επαγγελματικά ιατρικά πρότυπα που ακολουθούνται προκειμένου να εξασφαλιστεί υψηλής ποιότητας ιατρική φροντίδα, 1999.
- 69) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Ανάπτυξη οργάνωσης φροντίδας εκτάκτων αναγκών του πληθυσμού της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 26^{ης} Μαρτίου 1999 (αριθμ. 100), καθιερώνει τους κανόνες λειτουργίας του ιατρικού και φαρμακευτικού προσωπικού των σταθμών φροντίδας εκτάκτων αναγκών.
- 70) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Μέτρα Κρατικών Ελέγχων στις τιμές των φαρμακευτικών ειδών» της 29^{ης} Μαρτίου 1999 (αριθμ. 347), περιορίζει τις επιτρεπόμενες αυξήσεις.
- 71) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Υγειονομική και επιδημιολογική ευημερία του πληθυσμού» της 30^{ης} Μαρτίου 1999 (αριθμ. 52), καθορίζει βασικές έννοιες υγειονομικής και επιδημιολογικής ευημερίας του πληθυσμού. Καθορίζει αντίστοιχες ευθύνες του Ομοσπονδιακού επιπέδου καθώς επίσης και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις πολιτών επιχειρησιακών οντοτήτων.
- 72) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Εγγυημένη παροχή φαρμακευτικών ειδών στους πολίτες της Ρωσικής Ομοσπονδίας, τα σημαντικότερα φάρμακα και σε μερικές προνομιακές καταστάσεις, παροχή φαρμακευτικών ειδών στους πολίτες» της 8^{ης} Απριλίου 1999 (αριθμ. 393). Το τελευταίο μέρος αφορά τις ευάλωτες ομάδες (ανάπηρους, παλαιμάχους πολέμου, παιδιά από 0 μέχρι 3 ετών, οργάνων και μερικών άλλων).
- 73) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Νομοθετικά θεμέλια κοινωνικής ασφάλισης» της 16^{ης} Ιουλίου 1999 (αριθμ. 165), καθιερώνει ομοιόμορφη προσέγγιση σε όλα τα είδη κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής ασφάλισης και ομοιόμορφου κοινωνικού φόρου.
- 74) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Εδαφικό Πακέτο Εγγυημένου Προγράμματος, που παρέχει δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες στους πολίτες

της Ρωσικής Ομοσπονδίας» της 26^{ης} Οκτωβρίου 1999 (αριθμ. 1194), απαριθμεί τους στόχους του προγράμματος το 2000.

- 75) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Επιβεβαίωση της Ονοματολογίας Ιδρυμάτων Υγειονομικών Υπηρεσιών» της 3^{ης} Νοεμβρίου 1999 (αριθμ. 395), απαριθμεί τα ονόματα υγειονομικών και ιατρικών ιδρυμάτων και λειτουργίες των οποίων η δραστηριότητα επιτρέπεται. (Τροποποιήθηκε στις 4 Ιουνίου 2001 από το Νόμο αριθμ. 180).
- 76) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Δασμολόγια ασφαλιστικών συνεισφορών στο Συνταξιοδοτικό Ταμείο της Ρωσικής Ομοσπονδίας, Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης, Ταμείο Κρατικής Απασχόλησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας και Ταμείο Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας για το 2000» της 20^{ης} Νοεμβρίου 1999 (αριθμ. 197), που διατηρεί το ποσοστό ασφαλιστικής συμβολής του Συστήματος Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας στο 36% για ολόκληρο τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό.
- 77) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Υπουργικό πρόγραμμα στην γενική (οικογενειακή) πρακτική» της 30^{ης} Δεκεμβρίου 1999 (αριθμ. 463), αναπτύσσει την έννοια του ιατρού παθολόγου ως ισοδύναμη του οικογενειακού γιατρού και διευκρινίζει τις νομικές, οργανωτικές, πληροφορίες και οικονομικούς μηχανισμούς απαραίτητους για την ανάπτυξη της οικογενειακής πρακτικής.
- 78) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Κατάλογος φαρμάκων σε λίστες Α και Β» της 30^{ης} Δεκεμβρίου 1999 (αριθμ. 472), δηλώνει ότι τα φάρμακα που συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο Α πρέπει να κρατούνται κλειδωμένα ενώ εκείνα στον κατάλογο Β δεν χρειάζονται.
- 79) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Προσθήκες και Τροποποιήσεις στο Νόμο της Ρωσικής Ομοσπονδίας "Κοινωνική ασφάλιση των πολιτών της Ρωσικής Ομοσπονδίας"», εισαγάγει τον ισχυρότερο κρατικό κανονισμό του Συστήματος Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας, 2000.
- 80) Επιστολή / Οδηγία του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Πιστοποίηση ιατρικού εξοπλισμού και της εφαρμοσμένης μηχανικής» της 13^{ης} Ιανουαρίου 2000 (αριθμ. 2510/28032), προβλέπει την καθιέρωση 35 οργανισμών σε 33 θέματα της Ρωσικής Ομοσπονδίας αρμόδια για την πιστοποίηση ιατρικού

εξοπλισμού και ποιοτική επιτήρηση, αποτελεσματικότητα και ασφάλεια των προϊόντων.

- 81) Συστάσεις σχετικά με «το εδαφικό Πακέτο Εγγυημένου Προγράμματος παρέχει δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες στους πολίτες της Ρωσικής Ομοσπονδίας» εγκεκριμένο στις 17 Ιανουαρίου 2000 από το Υπουργείο Υγείας και το Ομοσπονδιακό Ταμείο Υποχρεωτικής Ασφάλισης Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Χρηματοδότησης. Αυτά καθορίζουν τους σκοπούς, τις αρχές, τη δομή και καθιερώνουν τους κανόνες για το μέγεθος της φροντίδας και τις δαπάνες τους.
- 82) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Αντιπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας στις Ομοσπονδιακές περιοχές» της 30^{ης} Ιουνίου 2000 (αριθμ. 239). Από την διοικητική διαίρεση της χώρας σε επτά τμήματα το 2000, μόνιμοι αντιπρόσωποι του Προέδρου τοποθετήθηκαν σε κάθε ένα από τα τμήματα. Σε αυτά τα τμήματα υπάρχουν θέσεις αντιπροσώπων διαφόρων υπουργείων, συμπεριλαμβανομένων των αντιπροσώπων του Υπουργείου Υγείας.
- 83) Διαταγή του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Μέτρα για την πρόληψη από τις πιθανές τρομοκρατικές πράξεις» της 11^{ης} Ιουλίου 2000 (αριθμ. 257), διατάζει όλα τα ιατρικά ιδρύματα να έχουν σχέδια σχετικά με την πρόληψη τρομοκρατικών πράξεων στα ιατρικά ιδρύματα και διαδικασίες που ακολουθούνται σε περίπτωση που τέτοιες πράξεις εμφανίζονται.
- 84) Απόφαση της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Επιβεβαίωση Κανονισμού για την Κρατική Υγειονομική-Επιδημιολογική Υπηρεσία της Ρωσικής Ομοσπονδίας και κρατικοί υγειονομικοί-επιδημιολογικοί κανόνες» της 24^{ης} Ιουλίου 2000 (αριθμ. 554), αντικαθιστά τις Αποφάσεις της 6^{ης} Μαΐου 1999 και της 30^{ης} Ιουνίου 1998. Ο κανονισμός υπογραμμίζει τα ακριβέστερα πρότυπα και απαιτεί μεγαλύτερη ευθύνη για την τήρησή τους.
- 85) Διαταγή της Κυβέρνησης της Ρωσικής Ομοσπονδίας της 31^{ης} Αυγούστου 2000 (αριθμ. 1220), εγκρίνει την έννοια της προστασίας της υγείας του πληθυσμού της Ρωσικής Ομοσπονδίας για την περίοδο μέχρι το 2005. Περιέχει μια ανάλυση της υγειονομικής κατάστασης του πληθυσμού και διευκρινίζει τις κατευθύνσεις που πρέπει να ακολουθηθούν για να εξετάσει τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία και τονίζει την ανάγκη να ενισχυθούν τα προληπτικά μέτρα. Το πιο επείγον μέτρο που προσδιορίζεται περιλαμβάνει τον τρόπο ζωής που προκαλεί

υψηλή θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, εξωτερικούς παράγοντες (ατυχήματα, δηλητηρίαση, τραύματα) και μολυσματικές ασθένειες.

- 86) Ομοσπονδιακός Νόμος της Ρωσικής Ομοσπονδίας «Τροποποιήσεις και προσθήκες στη Νομοθεσία της Ρωσικής Ομοσπονδίας για προστασία της υγείας των πολιτών» της 2^{ας} Δεκεμβρίου 2000 (αριθμ. 139), εισάγει μια διάταξη στον Ομοσπονδιακό Νόμο. "Βασικές αρχές της νομοθεσίας της Ρωσικής Ομοσπονδίας για την προστασία της υγείας των πολιτών"» (της 22^{ας} Ιουλίου 1993, αριθμ. 5487-1) σχετικά με τις κρατικές εγγυήσεις για παροχή δωρεάν ιατρικών υπηρεσιών υπό το βασικό πακέτο υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

CIA, The World Fact Book, 2002.

Constitution on the Russian Federation.

PETROV, M., *Russian Health Care System, International Summer School*, Oslo, 2005.

ROEMER, M.I., National Health Systems of the World, Vol. 1, *The Countries*, Oxford University Press, 1991.

SHEIMAN, I., "Paying hospitals in Russia", *Eurohealth*, Vol. 7, No. 3, Autumn, 2001.

SHISHKIN, S., "The priorities of health care reform", *Croatian Medical Journal*, Vol. 39, No. 3, 1998.

SIKOLNIKOV, V.M. and CHERVYACOV, V.V. *Policies for the control of the transition's mortality crisis in Russia*, UNDP, Russia Transitional Family Research Institute, Moscow, 2000.

STEPANCHICOVA, N., LACUNINA, L. and TCHETVERTINA, T., *Health Care Privatization: Workers Insecurities in Eastern Europe*, ILO, Geneva, December, 2001.

TRAGAKES, E. and LESSOF, S., *Health Care Systems in transition: Russian Federation, European Observatory on Health Systems, and Policies*, Copenhagen, 2003.

WHO, Nursing and Midwifery Profile, 2000.

WHO, Regional Office for Europe Health for all database.

WHO, Regional Office for Europe, Department of Health Policy and Services, Health System Analysis Unit.

WHO, Regional Office for Europe, Highlights on Health in the Russian Federation, November, 1999.

WHO, World Health Report 2000, Health Systems: Improving performance, Geneva, 2000.

ZIGANSHINA, L.E., SIROTKIN, A.Y. and GREENBERG, H.M., *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, Vol. 70, No. 11, November, 2003.

Гаидар, Е., СИНЕЛЬНИКОВ., ТРОФИОВ, Г., АХИПОВ, С., КОВАЛЬ, Т.и
ВОИЛОВИК, Н., *Экономика российского периода*, MIT PRESS, Москва
2003.

- ΚΑΖΜΙΝ, Β.Δ., *Справочник домашнего врача, Часть 1,2*, АСТ, Москва, 1999.
- СОЛЖЕНИЦЫН, А.И., *Двести лет вместе, часть1,2*, Русский путь, Москва 2001.
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ., ΣΑΡΡΗΣ, Μ., και ΣΟΥΛΗ, Σ., *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001.
- ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Λ., *Συστήματα Υγείας: Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, Διδακτικές Σημειώσεις στο μάθημα Συστήματα Υγείας*, Καλαμάτα, 2004.