

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

**ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΧΑΜΕΤΗ ANNA ΜΑΡΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΜΠΑΚΑΡΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της εκπόνησης της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας απαιτήσε σημαντική προσπάθεια για την εξεύρεση, μελέτη και ανάλυση των βιβλιογραφικών πηγών που αναφέρονται στους εναλλακτικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών υγείας. Ένα θέμα σύγχρονο, με πολλές και δύσκολες πτυχές όπου για την υπέρβαση των δυσχερειών ήταν αναγκαία η καθοδήγηση, οι συμβουλές, οι παραινέσεις και η συμπαράσταση του επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Χρήσιμου Σταύρου. Εκφράζουμε τις θερμές ευχαριστίες προς τον καθηγητή μας, που με υπομονή και κυρίως με διάθεση προσφοράς, μας καθοδήγησε με άριστο τρόπο στην ολοκλήρωση της ερευνητικής αυτής διαδικασίας. Η διάθεσή του για ουσιαστική αρωγή και συνεισφορά σε όλα τα στάδια της πτυχιακής εργασίας αποτελούν για μας το πιο σημαντικό μάθημα, αφού αποτελεί παράδειγμα και πρότυπο πανεπιστημιακής προσωπικότητας.

Επίσης, θέλουμε με ιδιαίτερη τιμή και σεβασμό να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, που μας συμπαρυστάθηκαν και μας συμπαρυστέκονται σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας και τους ευγνωμονούμε για ότι έχουν κάνει για μας για να μας προσδώσουν ένα καλύτερο και πιο ευτυχισμένο μέλλον.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας συνδέεται με τις κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις που επικρατούν σε διάφορες περιόδους. Η οικονομική διάσταση της υγείας συνδέεται με την αδυναμία χρηματοδότησης των υψηλών δαπανών υγείας των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων. Η προσπάθεια για διατήρηση και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας εκφράζεται με τις πολιτικές προτεραιότητες και επιλογές για την οργάνωση των υγειονομικών συστημάτων, που επιδιώκουν αυτή τη βελτίωση με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Ο περιορισμός αυτός του κόστους αποκτά τα τελευταία χρόνια, όλο και μεγαλύτερη βαρύτητα στο γενικότερο προβληματισμό για τις υπηρεσίες υγείας, λόγω ακριβώς της αυξητικής τάσης που χαρακτηρίζει αυτές τις δαπάνες. Η συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου φορέα κρίνεται επιτακτική για την αποτελεσματική παροχή των υπηρεσιών υγείας, όπου ο ιδιωτικός τομέας είναι ο κύριος παραγωγός των υπηρεσιών υγείας και ο δημόσιος τομέας ο κύριος πάροχος. Η εργασία αυτή αναλύει με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία τα υπάρχοντα συστήματα υγείας, τους διάφορους τρόπους χρηματοδότησής τους, το διαχρονικό ρόλο του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και τέλος τους λόγους αναδιάρθρωσης των συστημάτων υγείας, λόγω των νέων οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών και προκλήσεων.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Συστήματα υγείας, χρηματοδότηση, αναδιάρθρωση

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	5
ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	5
1.1 Ορισμός.....	5
1.2 Αρχές συστήματος υγείας.....	5
1.3 Χαρακτηριστικά συστήματος υγείας.....	6
1.4 Κύριοι παράγοντες κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας.....	7
1.5 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό ή ως δημόσια υπηρεσία;.....	8
1.5.1 Η παροχή υγείας ως δημόσιας υπηρεσίας	8
1.5.2 Τα χαρακτηριστικά της υγείας ως δημόσια υπηρεσία	10
1.6 Προκλήσεις των μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας	12
ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	14
Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
2.1 Οι κρίσιμες διαστάσεις των συστημάτων χρηματοδότησης.....	16
2.2 Προσεγγίσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.....	17
2.2.1 Η χρηματοδοτική εξίσωση.....	17
2.2.2 Συλλογή εσόδων, συγκέντρωση κεφαλαίων και αγορά υπηρεσιών ..	18
2.2.2.1 Συλλογή εσόδων	18
2.2.2.2 Συγκέντρωση κεφαλαίων.....	19
2.2.2.3 Αγορά και παροχή υπηρεσιών υγείας.....	20
2.3 Ισορροπία εσόδων και εξόδων.....	20
2.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τα έξοδα και τα έσοδα.....	20
2.3.2 Πολιτικές εξορθολογισμού της αύξησης των δαπανών στο χώρο της υγείας	21
2.4 Κύριες μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων υγείας.....	23
2.4.1 Φορολογία.....	23
2.4.2 Κοινωνική ασφάλιση.....	24
2.4.3 Ιδιωτική ασφάλιση	25
2.5 Δευτερεύουσες μορφές χρηματοδότησης συστημάτων υγείας.....	26
2.5.1 Αποταμιεύσεις για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	26
2.5.2 Άμεσες πληρωμές	26
2.5.3 Δάνεια, χορηγίες και δωρεές	27
2.6 Ταξινόμηση συστημάτων χρηματοδότησης	27
2.7 Αύξηση παραγωγικότητας χρηματοδοτικών οργανισμών.....	28
2.8 Βασικά συμπεράσματα	30
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	32
Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ 32	
3.1 Ο ρόλος του κράτους	32
3.1.1 Δομή του κράτους.....	33
3.2 Αρχές και χαρακτηριστικά μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας.....	34
3.3 Τα βασικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας.....	36
3.3.1 Το φιλελεύθερο μοντέλο	37
3.3.2 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark).....	40

3.3.3	<i>Το Εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge)</i>	42
3.4	Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη	44
3.5	Άξονες μελλοντικής ανάπτυξης των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη 46	
3.6	Βασικά Συμπεράσματα	50
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ		52
Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ		52
4.1	Οι λόγοι της αναδιάρθρωσης των συστημάτων υγείας	52
4.2	Μορφές ιδιωτικοποίησης & απελευθέρωσης των συστημάτων υγείας .54	
4.2.1	<i>Αιτίες ύπαρξης ιδιωτικών δαπανών</i>	55
4.2.2	<i>Αλλαγές στη χρηματοδότηση στο μακρο-επίπεδο</i>	56
4.2.3	<i>Αλλαγές στη χρηματοδότηση στο μικρο-επίπεδο</i>	57
4.3	Η αποκέντρωση στα συστήματα υγείας	58
4.4	Οι αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών υγείας	61
4.5	Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο υγειονομικός τομέας είναι ο πιο ευαίσθητος και ο πιο πολύπλοκος τομέας της κοινωνίας μας. Απορροφά σημαντικούς πόρους και απασχολεί ένα μεγάλο μέρος του ενεργού πληθυσμού. Εξυπηρετεί μια μοναδική λειτουργία της αγοράς και πουθενά αλλού η σχέση μεταξύ καταναλωτή-χρήστη και προμηθευτή δεν είναι τόσο σπουδαία. Η υγεία έχει μια πολυδιάστατη έννοια. Σχετίζεται με την πλήρη ευεξία του ατόμου. Εξαρτάται και επηρεάζεται από τη συνολική υγεία του πληθυσμού, όσον αφορά το σώμα και την ψυχή, καθώς και από τις κοινωνικές του προεκτάσεις.

Το μέγεθος και η σπουδαιότητα των συστημάτων υγείας αυξάνεται σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. Η πρόοδος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και η ανάπτυξη νέων φαρμάκων συνέβαλαν στη σταθερή βελτίωση της κατάστασης της υγείας στις χώρες της Ευρώπης κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ταυτόχρονα όμως υπάρχουν και σημαντικές προκλήσεις κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας, που επιζητούν δυναμική παρέμβαση από τις χώρες, ώστε να μην διαταράσσεται ένα σύστημα υγείας και να μπορεί απρόσκοπτα να συνεχίζει την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. Η εργασία αυτή εξετάζει τους εναλλακτικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών υγείας στο ευρωπαϊκό επίπεδο μέσα από μια βιβλιογραφική μελέτη των σημαντικότερων θεωρητικών προσεγγίσεων για τη διαμόρφωση των σύγχρονων παροχών υγείας. Αντικειμενικός σκοπός της εργασίας είναι να εξετάσει την εξέλιξη των παροχών υπηρεσιών υγείας μέσα από τα νέα συστήματα χρηματοδότησης που δημιουργούνται με βάση τις νέες οικονομικές συνθήκες.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει βιβλιογραφικά τις θεωρητικές προσεγγίσεις και να εντοπίσει τους αιτιολογικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την παροχή των υπηρεσιών υγείας μέσα από τα συστήματα υγείας και συνδέονται με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η εργασία ασχολείται με την ανάλυση των παραγόντων που επηρεάζουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, τη διαμόρφωση των τιμών και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης, καθώς και με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, που έχουν σχέση και με την παραγωγή και την ορθολογική χρήση των πόρων.

Από τη διερεύνηση των συστημάτων υγείας στις χώρες της Ευρώπης προκύπτουν αρκετά κοινά θέματα τα οποία αναφέρονται κυρίως α) στον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας β) στην καλύτερη διαχείριση των νοσοκομείων και

των κέντρων υγείας, γ) στην παραγωγική αξιοποίηση των πόρων, δ) την κοινωνικά δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών και των αγαθών του συστήματος υγείας. Από αυτά προκύπτει το ουσιαστικό ερώτημα, ποιο σύστημα μπορεί να δώσει την καλύτερη δυνατή λύση στα παραπάνω προβλήματα, το Δημόσιο, το Ιδιωτικό ή ένα Μεικτό σύστημα. Ακόμα, σημαντικό είναι να διερευνηθεί ο ρόλος της δημόσιας και της ιδιωτικής ασφάλισης στα συστήματα αυτά και αν υπάρχουν τάσεις σύγκλισης μεταξύ του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα.

Βασικό κριτήριο στη διαφοροποίηση και στην απρόσκοπτη συνέχιση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας είναι ο τύπος χρηματοδότησής τους. Το σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, ακόμα και στην ίδια την Ευρωπαϊκή Ένωση, όπου χρησιμοποιούνται διαφορετικές πολιτικές συγκέντρωσης των απαιτούμενων κεφαλαίων, είτε πρόκειται για φορολογία είτε για ασφαλιστικές εισφορές. Η πλήρης εναρμόνιση στα πλαίσια μιας κοινής αντιμετώπισης της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας δεν είναι εφικτή, λόγω κυρίως διαφορετικών προσεγγίσεων (κουλτούρα, αξίες, ανάγκες υγείας) που διαμορφώνονται στην κάθε χώρα.

Με βάση αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις ανά χώρα υπάρχουν και διαφορετικές μέθοδοι παροχής των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, αναπτύσσονται εναλλακτικές μέθοδοι με την έννοια της διαφοροποίησης από ένα μονοπωλιακά δημόσιο σύστημα υγείας ή της συμπλήρωσής του με νέες μεθόδους, που εμπεριέχουν την έννοια της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Ο ιδιωτικός τομέας έρχεται να προσδώσει νέα δεδομένα στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως να αυξήσει την αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας, παρέχοντας καλύτερες υπηρεσίες στις ολόενα και αυξανόμενες ανάγκες των κατοίκων μιας χώρας.

Η ελεύθερη επιλογή των υπηρεσιών προϋποθέτει από την πλευρά του χρήστη πλήρη γνώση των τιμών των ποσοτήτων και της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών. Η διαφορά γνώσης ανάμεσα στο χρήστη και στο διανεμητή-παραγωγό είναι τόσο μεγάλη, ώστε η κυριαρχία του καταναλωτή αναιρείται. Είναι βέβαιο παράλληλα, ότι τα συστήματα υγείας μπορούν και έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν διαδικασίες και λειτουργίες μέσα στις οποίες μπορεί να γίνει σεβαστή η επιλογή του χρήστη. Να γίνει σεβαστή η επιλογή του χρήστη ενός δικτύου φροντίδων που μπορεί να του εξασφαλίσει ολοκληρωμένες υπηρεσίες.

Η διαφορά που υπάρχει μεταξύ των αναγκών υπηρεσιών υγείας και των ατομικών εισφορών δημιουργεί την ανάγκη τα κόστη να καλύπτονται από ομάδες

που έχουν την μορφή των κοινωνικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, είτε σε εθνικό είτε σε περιφερειακό επίπεδο. Στην πράξη, η χρηματοδότηση των συστημάτων παροχής υγείας γίνεται από τη φορολογία των κυβερνήσεων ή από δημόσιους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης υπερκεράζοντας τους ιδιωτικούς οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.

Ο ρόλος του κράτους και των εκάστοτε πολιτικών κυβερνήσεων με τις αποφάσεις τους, που επηρέαζαν την παροχή υγείας έχει αρχίσει να περιορίζεται εδώ και μερικές δεκαετίες, κλείνοντας ένα κύκλο που είχε ανοίξει μεταπολεμικά και όπου ήταν αναγκαίο λόγω της ανυπαρξίας ιδιωτικών κεφαλαίων. Σήμερα, ο ιδιωτικός τομέας είναι απαραίτητος για την αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, αφού μέσω και του ανταγωνισμού που αναπτύσσεται αμφίδρομα και μεταξύ των ιδιωτών αλλά και μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, παρέχονται ακόμα καλύτερες υπηρεσίες στους πολίτες.

Ο ιδιωτικός τομέας συμβάλλει ουσιαστικά στην ασύμμετρη πληροφόρηση που επικρατεί στο χώρο της υγείας, στην ευρύτερη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, στη καλύτερη αξιοποίηση των πόρων, στην καλύτερη τιμολόγηση των αγαθών μέσω του ανταγωνισμού, στον έλεγχο του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ζητήματα, που ο δημόσιος τομέας δεν μπορεί να επιλύσει μόνο με τα δικά του μέσα, με τόσο αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο.

Συνεπώς, εκτός από ένα αποκλειστικά δημόσιο σύστημα υγείας διαμορφώνεται ένα νέο σκηνικό στην παροχή υπηρεσιών υγείας, με τον ιδιωτικό τομέα να παίζει ένα καθοριστικό ρόλο, άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο ανάλογα με τα οικονομικά χαρακτηριστικά της κάθε χώρας. Δημιουργείται δηλαδή ένα μίγμα μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στα συστήματα υγείας, ώστε να αντιμετωπιστούν πολλά αρνητικά σημεία του δημόσιου τομέα, όπως η γραφειοκρατία και η αναποτελεσματική διοίκηση, αλλά και να γίνει μια νέα ολοκληρωμένη προσέγγιση στα νέα δεδομένα (ιατρικά, φαρμακευτικά, τεχνολογικά, υποδομές) των αναγκών για υπηρεσίες υγείας.

Η διάρθρωση των κεφαλαίων της εργασίας γίνεται σε τέσσερα βασικά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα βασικά στοιχεία ενός συστήματος υγείας και ασχολείται με τις αρχές, τα χαρακτηριστικά, τους κύριους παράγοντες κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, τα χαρακτηριστικά της υγείας ως δημόσιας υπηρεσίας και τέλος με τις νέες προκλήσεις που εμφανίζονται στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στη χρηματοδότηση του τομέα υγείας και αφορά την κρισιμότητα της επιλογής του άριστου συστήματος χρηματοδότησης και στη σωστή επιλογή του, στην αναγκαιότητα ισορροπίας εσόδων και εξόδων, στις κύριες και δευτερεύουσες μεθόδους χρηματοδότησης, στην ταξινόμησή τους, στην αύξηση της παραγωγικότητας με την αναδιάρθρωση του χρηματοδοτικού μοντέλου και τέλος στα βασικά συμπεράσματα του κεφαλαίου.

Το τρίτο κεφάλαιο ασχολείται με την εξέλιξη των συστημάτων υγείας. Ο ρόλος του κράτους, τα βασικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας, οι αρχές και τα χαρακτηριστικά τους είναι θέματα που αναλύονται. Ακόμα, γίνεται αναφορά στα συστήματα υγείας της Ευρώπης και στους άξονες μελλοντικής ανάπτυξης τους και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην αναδιάρθρωση των συστημάτων υγείας και συγκεκριμένα στους λόγους αναδιάρθρωσης, τις μορφές ιδιωτικοποίησης και απελευθέρωσης των συστημάτων υγείας, στην αποκέντρωση των συστημάτων υγείας, στις αλλαγές που πραγματοποιούνται και τέλος στο ρόλο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κατόπιν παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας μέσα από τη σύνθεση των συμπερασμάτων των επιμέρους κεφαλαίων

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Ορισμός

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός ενός συστήματος υγείας συνδέεται με τον ορισμό της ίδιας της έννοιας της υγείας. Ένα σύστημα υγείας δεν ταυτίζεται με το σύστημα ιατρικής ή νοσοκομειακής περίθαλψης. Αποτελεί μια ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει τον βασικό ορισμό της υγείας, όπως αυτός διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) που ορίζει την υγεία ως *«μία κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας»*. Όπως ακόμα επισημαίνει ο Π.Ο.Υ. *«η υγεία είναι ένα πρωταρχικό ανθρώπινο δικαίωμα, όπου η διασφάλιση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι μεγάλης σημασίας και παγκόσμιος στόχος και η επίτευξη του οποίου απαιτεί δράση από πολλούς οικονομικούς και κοινωνικούς τομείς πέραν του υγειονομικού τομέα»* (WHO, 1978. σελ. 1).

Η τελευταία διατύπωση αποτελεί έναν ουσιαστικό ορισμό και των συστημάτων υγείας, που διαπότισε τη διαμόρφωσή τους κατά τις τελευταίες δεκαετίες στην Ευρώπη. Ένα σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από τη μορφή του ή το χρηματοδοτικό του μοντέλο πρέπει να προασπίζει και να προάγει την υγεία, διασφαλίζοντας και βελτιώνοντας παράλληλα, το επίπεδο της ευημερίας και ποιότητας της ζωής του πληθυσμού.

1.2 Αρχές συστήματος υγείας

Ένα οργανωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης των ανθρώπινων και υλικών πόρων, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της ανθρώπινης υγείας. Ένα σύστημα υγείας πρέπει να πληροί τρεις αναγκαίες και ικανές αρχές ή προϋποθέσεις λειτουργίας, χωρίς τις οποίες δεν θα μπορέσει να επιτύχει τον τελικό του στόχο. Οι προϋποθέσεις ή αρχές αυτές είναι κοινές σε κάθε σύστημα και κάθε χώρα και είναι οι εξής (Πρακτικά Ά συνεδρίου Οικονομία και Υγεία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1989):

1. Οι στόχοι της πολιτικής υγείας καθορίζονται και συνεχώς επανεξετάζονται.
2. Καθορίζεται η διαδικασία ή τα μέτρα πολιτικής για την επίτευξη των στόχων αυτών.
3. Γίνεται συνεχής εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων ως προς την επίτευξη των στόχων.

Ο τομέας υγείας μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι οργανωμένος σε ένα σύστημα υγείας μόνο όταν χαρακτηρίζεται από τις παραπάνω τρεις αρχές, οι οποίες χαρακτηρίζουν ένα σύστημα συνεχούς ανατροφοδότησης (feedback), ώστε με βάση τους πόρους (εισροές) και τα αποτελέσματα (εκροές), να αναγνωρίζονται και τα προβλήματα του συστήματος και να επιλύονται στη βάση της ποιοτικότερης παροχής υπηρεσιών υγείας.

1.3 Χαρακτηριστικά συστήματος υγείας

Το κάθε σύστημα υγείας έχει ορισμένα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά που το προσδιορίζουν και πηγάζουν από τις ιδιαιτερότητες της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης κάθε χώρας. Με βάση τα χαρακτηριστικά αυτά, τα συστήματα μπορούν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν ως προς τον πολιτικό ή τον ιδεολογικό προσανατολισμό τους.

Έτσι, τα χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας συμπεριλαμβάνουν: α) τη διαθεσιμότητα (availability) των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τη δυνατότητα να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς χρονικούς περιορισμούς και εμπόδια, β) την προσβασιμότητα (accessibility) των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τη δυνατότητα του συστήματος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό χωρίς γεωγραφικούς περιορισμούς, χωρίς κοινωνικοοικονομικές διακρίσεις ή αποκλεισμούς, γ) τη συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών υγείας (continuity), κατά την προσφορά υγειονομικής φροντίδας, την πρόληψη και αποκατάσταση της νόσου και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών, δ) την κοινωνική δικαιοσύνη¹ (equity), η

¹ Η δικαιοσύνη στην υγεία μεταφράζεται ως η κατάσταση στην οποία τα άτομα κάνουν χρήση τόσων υπηρεσιών υγείας όσες και οι ανάγκες τους, συνεισφέροντας με βάση τις οικονομικές τους δυνατότητες (Navarro, 2000).

οποία εννοιολογικά συμπεριλαμβάνει δύο παραμέτρους, 1) την οριζόντια δικαιοσύνη, που είναι η ίση υγειονομική αντιμετώπιση των ατόμων με ίσες υγειονομικές ανάγκες και την 2) κάθετη δικαιοσύνη, που είναι η άνιση μεταχείριση μη ίσων ατόμων, λαμβάνοντας υπόψη τις μεταξύ τους ανισότητες.

Επομένως, ένα σύστημα υγείας καλύπτει τρία βασικά θέματα που είναι σε συνεχή αλληλεξάρτηση και δυναμική αλληλεπίδραση:

1. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξη της υγείας που σχετίζεται με την υπάρχουσα κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και πώς στο μέλλον θα βελτιωθεί.
2. Την παραγωγή ιατρικών υπηρεσιών, που αποτελεί την προσφορά στο σύστημα υγείας και συμπεριλαμβάνει το σύνολο των υγειονομικών μονάδων, τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και αλληλεπίδραση με σκοπό την προαγωγή της υγείας.
3. Τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών που συμπεριλαμβάνει τους τρόπους χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (ιδιωτική ασφάλιση, κοινωνική ασφάλιση μέσω ασφαλιστικών εισφορών, άμεση και έμμεση φορολογία).

Είναι προφανές ότι και τα τρία επίπεδα επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την εξέλιξη της τεχνολογίας, τη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Η κάθε μια από τις παραπάνω λειτουργικές διαστάσεις ή χαρακτηριστικά αποτελεί και την πηγή για τον προσδιορισμό της παροχής των υπηρεσιών υγείας, μέσω των στόχων της πολιτικής υγείας, αλλά και των μέτρων πολιτικής που παίρνονται για την επίτευξη αυτών των στόχων.

1.4 Κύριοι παράγοντες κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας

Μελετώντας τους παράγοντες που καθορίζουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, οι ερευνητές έχουν καταλήξει σε ένα συμπέρασμα ότι η ανάγκη για παροχή ιατρικής φροντίδας είναι η κύρια αιτία για την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Η απόφαση αυτή είναι μία εξαντλητική πορεία που αποτελείται από στάδια, αρχίζοντας από την αναγνώριση των συμπτωμάτων της ασθένειας και καταλήγοντας στην πιθανή απόφαση αναζήτησης ιατρικής φροντίδας.

Κάθε στάδιο καθορίζεται από ένα σύνολο δημογραφικών, κοινωνικών, κοινοτικών και οικονομικών παραγόντων και από το σύνολο των αξιών και των ιδεών ενός πληθυσμού, όπως διαμορφώνονται μέσα από την πολιτισμική κουλτούρα. Συνοπτικά οι παράγοντες, που συντελούν στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής²:

1. Δημογραφικοί, που περιλαμβάνουν την ηλικία, το προσδόκιμο επιβίωσης, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο υγείας.
2. Κοινωνικοί, που περιλαμβάνουν το επίπεδο εκπαίδευσης, τη φυλή, το επάγγελμα, το πολιτιστικό επίπεδο, το μέγεθος της οικογένειας, την εθνικότητα, το θρήσκευμα, τον τόπο κατοικίας (προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας).
3. Οικονομικοί, που είναι κυρίως το εισόδημα και η κοινωνική ασφάλιση.
4. Πρότυπο υγείας του πληθυσμού, που είναι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα.
5. Κοινοτικοί, που περιλαμβάνουν τις τιμές υπηρεσιών υγείας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τα νοσηλευτήρια, την ανάπτυξη σύγχρονης τεχνολογίας, τις περιοχές της χώρας και την διάκρισή τους σε αστικές, ημιαστικές, αγροτικές.
6. Ατομικές αξίες και ιδέες, όπως η αξία που δίνεται στην υγεία και την ασθένεια, τη στάση-συμπεριφορά προς τις υπηρεσίες υγείας και την πρόληψη, τη γνώση-πληροφόρηση ως προς το είδος της ασθένειας.

1.5 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό ή ως δημόσια υπηρεσία;

1.5.1 Η παροχή υγείας ως δημόσιας υπηρεσίας

Αρχικά πρέπει να οριστεί η έννοια του δημοσίου αγαθού, ώστε να μπορεί να γίνει αντιληπτή η διάκριση σε σχέση με τα ιδιωτικά αγαθά. Δημόσια είναι τα αγαθά που δεν μπορεί να παρέχει ο ιδιωτικός τομέας ή ακόμα και αν τα παρείχε δεν θα ήταν

² Πρακτικά Α συνεδρίου Οικονομία και Υγεία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1989

αποτελεσματική η παροχή τους. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι τα δημόσια αγαθά πρέπει να παρέχονται μόνο από το δημόσιο ή μια δημόσια επιχείρηση.

Τα δημόσια αγαθά δεν είναι αντικείμενο ανταγωνισμού και παρέχονται απρόσκοπτα σε όλους τους πολίτες, όπου το κράτος αποφασίζει και την ποσότητα και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση όμως του κλάδου της υγείας, αν και το κράτος είναι ο κύριος πάροχος, ο δημόσιος χαρακτήρας των υπηρεσιών υγείας αποφαίνεται ως δημόσια υπηρεσία και όχι ως δημόσιο αγαθό.

Η υγεία ως δημόσια υπηρεσία προσφέρει τα εχέγγυα στους πολίτες της να μπορούν να προγραμματίζουν, και κοινωνικά και οικονομικά, τις μελλοντικές αποφάσεις τους και τις προσδοκίες τους σχετικά με το ρόλο τους στην κοινωνία. Ειδικότερα, ο Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι *«η προστασία και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού είναι αναγκαία προκειμένου να εξασφαλιστεί η οικονομική και κοινωνική πρόοδος, ενώ παράλληλα συνεισφέρει, τόσο σε μία καλύτερη ποιότητα ζωής, όσο και στην παγκόσμια ειρήνη»* (WHO, 1978 σελ. 1). Έτσι, η υγεία ως δημόσια υπηρεσία δεν συνδέεται μόνο με την ποιότητα ζωής και με το σεβασμό των ανθρώπων στο υψηλότερο αγαθό του ανθρώπου που είναι η ζωή, αλλά συνδέεται άμεσα και με οικονομικά αποτελέσματα, είτε άμεσα (εργασία) είτε έμμεσα (παραγωγικότητα).

Είναι γεγονός ότι κάποια στιγμή ο δημόσιος τομέας εγκλωβίστηκε στα πλαίσια ενός παρωχημένου συστήματος υγείας, που δεν μπορούσε να διαχειριστεί προβλήματα, όπως την ασύμμετρη πληροφόρηση που είχαν οι ασθενείς σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, ορθή διοίκηση και διαχείριση των πόρων κ.α. Στα πλαίσια αυτά, ο δημόσιος τομέας δανείστηκε εργαλεία μανάτζμεντ, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα του υγειονομικού τομέα. Όμως, ακόμα και με την υιοθέτηση αυτών των πρακτικών, δεν μπόρεσαν να ξεπεραστούν τα βασικά δομικά προβλήματα του δημόσιου τομέα, που περισσότερο σχετίζονται με τη γραφειοκρατία και την έλλειψη χρηστής διοίκησης, οπότε η υγεία δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως δημόσιο αγαθό. Έτσι, το κράτος κράτησε το κομμάτι της παροχής των υπηρεσιών υγείας και μετεβίβασε την παραγωγή τους στον ιδιωτικό τομέα.

Οι κύριοι λόγοι που η υγεία δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως δημόσιο αγαθό είναι ότι υπάρχει μεγάλη γραφειοκρατία, δεν υπάρχει σωστή οργάνωση και σωστή διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας, ενώ υπάρχει και υπέρβαση του κόστους υπηρεσιών υγείας και ελλιπής πληροφόρηση (ασύμμετρη πληροφόρηση) όπου οι πολίτες δεν έχουν πλήρη γνώση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

1.5.2 Τα χαρακτηριστικά της υγείας ως δημόσια υπηρεσία

Η υγεία ως δημόσια υπηρεσία προσπαθεί να εκσυγχρονιστεί στα σύγχρονα δεδομένα στο τομέα της υγείας και να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, είτε κοινωνικά είτε οικονομικά. Η βασική κριτική της υγείας ως δημόσιου αγαθού είναι ότι διατηρούνται οι δαπάνες σε υψηλά επίπεδα και με τη ταυτόχρονη μείωση των εσόδων έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων και την αύξηση του δημοσίου χρέους. Η απόλυτη εμμονή στο τομέα της υγείας ως δημόσιο αγαθό θέτει θέμα οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και είναι αναποτελεσματική.

Οι μεταρρυθμίσεις είναι αναγκαίες και χρήσιμες για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας λόγω των υφιστάμενων αδυναμιών του δημόσιου συστήματος υγείας (ενδογενείς παράγοντες), καθώς έπρεπε ήδη από τις τελευταίες δεκαετίες να τεθούν οι παράμετροι εκείνες στην κλινική αποτελεσματικότητα, στην αποδοτικότητα της χρήσης των πόρων, στην ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίες μαζί με το κόστος θα έπρεπε να αποτελούν οδηγούς στην μεταρρύθμιση της υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις είναι αναγκαίες και χρήσιμες με την προϋπόθεση της ομογενοποίησης των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και την πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας που θα περιλαμβάνει και τον ιδιωτικό τομέα, ώστε να βελτιώνεται το επίπεδο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Η διάκριση είναι λεπτή και στην ουσία είναι ο τρόπος με τον οποίο η κοινωνία αντιλαμβάνεται το πώς πρέπει να προλαμβάνει και να αντιμετωπίζει τους κοινωνικούς κινδύνους. Ως εκ τούτου, η υγεία ως δημόσια υπηρεσία εκφράζει ένα νέο τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας, που θα προλαμβάνει τους κοινωνικούς κινδύνους και δεν θα έρχεται μόνο ως αγαθό που θα προσπαθεί να αποθεραπεύσει τις ασθένειες. Η υγεία ως δημόσια υπηρεσία θέλει να καταστήσει τον πολίτη πιο ενεργό και πιο υπεύθυνο, ώστε ο ρόλος του κράτους να είναι ως ένα βαθμό ρυθμιστικός, και όχι μονοπωλιακός και αποκλειστικός, δηλαδή να παρακολουθεί και να παροτρύνει τον πολίτη να αναλαμβάνει τις ευθύνες του ως προς την ικανοποίηση των δικών του ιατροφαρμακευτικών του αναγκών, χωρίς να αποκλείει τη σημασία και τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα, που θα έχει ένα ολοκληρωμένο και ουσιαστικό ρόλο στην παροχή της υγείας (Κουκουμτζής, 2013).

Η υγεία ως δημόσια υπηρεσία αναπτύσσεται με βάση συγκεκριμένες οικονομικές, κοινωνικές και δημογραφικές παραμέτρους. Σήμερα, αυτά τα δεδομένα έχουν αλλάξει και έχουν δημιουργήσει και νέες ανάγκες. Γι' αυτό και η υγεία σήμερα

ως αποκλειστικό δημόσιο αγαθό κρίνεται αναποτελεσματικό, επειδή η δομή του δεν ανταποκρίνεται επαρκώς στα νέα δεδομένα. Η υγεία ως υπηρεσία πρέπει να αποκτήσει μία νέα, σύγχρονη δομή προσαρμοσμένη στα νέα δεδομένα και στους νέους οικονομικούς και μη οικονομικούς περιορισμούς που τίθενται, εκσυγχρονίζοντας, αντικαθιστώντας ή δημιουργώντας νέες δομές που να μπορούν να καλύπτουν με ικανοποιητικό και αποτελεσματικό τρόπο τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού (Preker and Harding, 2000) .

Η υγεία όταν αντιμετωπίζεται ως δημόσια υπηρεσία έχει τα εξής χαρακτηριστικά (Mooney, 1992):

1. Αδιαιρετότητα της ποσότητας, με την παροχή ανεξαρτήτως των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες.
2. Αδιαιρετότητα της τιμής, επειδή το κόστος είναι υψηλό, η τιμή ανά μονάδα προϊόντος δεν μπορεί να εξατομικευτεί.
3. Απουσία αποκλειστικότητας, αφού από την υγεία δεν μπορεί να αποκλειστεί κανένας χρήστης.
4. Ύπαρξη εξωτερικών οικονομιών, με την έννοια ότι το όφελος από τις καλές ποιτικές υπηρεσίες υγείας είναι συλλογικό. Η υγεία του γενικότερου πληθυσμού σε έξαρση επιδημιών είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα.
5. Απουσία ανταγωνιστικότητας, αφού η υγεία δεν είναι ένας τομέας που δίνει πεδίο εξέλιξης για σκληρό ανταγωνισμό. Το κράτος είναι υπεύθυνο να καθορίσει την παροχή των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο που αυτές θα διανεμηθούν.

Οι κυριότεροι παράγοντες της δημόσιας μορφής των συστημάτων υγείας μπορεί να συνοψιστούν ως εξής: α) οι υπηρεσίες υγείας δεν εναρμονίζονται με τις εκάστοτε αρχές της οικονομικής αγοράς, β) αποφυγή μετάδοσης ασθενειών στο γενικότερο πληθυσμό, τόσο με την διαδικασία της πρόληψης όσο και με την έγκαιρη διάγνωση και αποτροπή μεγάλων επιδημιών, γ) εξισορρόπηση των αδικιών μεταξύ φτωχότερων και πλουσιότερων κοινωνικών ομάδων, ώστε όλες να απολαμβάνουν σωστές υπηρεσίες υγείας και δ) λόγω ηθικής τάξης, όπου όλοι οι άνθρωποι δικαιούνται ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ανεξαρτήτως των οικονομικών τους δεδομένων. Υποστηρίζεται ότι η κοινωνία είναι συλλογικά υπεύθυνη απέναντι στον πολίτη για την αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας και αναλογικά με το εισόδημά του ο καθένας

και τις ανάγκες του συμβάλλει στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και όχι μόνο αυτοί που κάνουν χρήση αυτής. Ακόμα, η υγεία είναι ένας τομέας αλληλεγγύης μεταξύ των κοινωνικών τάξεων, διαμορφώνοντας ένα κράτος δικαίου και ισότητας.

Συμπερασματικά, η υγεία ως δημόσια υπηρεσία αντιμετωπίζεται με την αντίληψη ο ρόλος του κράτους στα νέα δεδομένα δεν είναι απλά και μόνο να παρέχει ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας, αλλά είναι πολύ πιο ουσιαστικός. Το κράτος οργανώνει και καθορίζει τις σχέσεις μεταξύ των πολιτών, της κοινωνίας ακόμα και με τον ιδιωτικό φορέα, με κάθε δηλαδή οντότητα που συνεισφέρει στην προαγωγή ενός συστήματος υγείας. Το κράτος ρυθμίζει τις υπηρεσίες του αποδοτικά και αποτελεσματικά, ώστε να περιορίζεται η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια των πολιτών στον τομέα της υγείας, αποφεύγοντας γραφειοκρατικά πρότυπα. Ακόμα, πρέπει να διαφυλάττεται η σωστή αξιοποίηση των πόρων και ειδικά της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, όπως για παράδειγμα η φορολογία να μην δημιουργεί στρεβλώσεις και το αίσθημα της αδικίας από την πλευρά των πολιτών. Το κράτος εναρμονίζει τις σχέσεις με την ιδιωτική πρωτοβουλία και ενισχύει ακόμα περισσότερο τη συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

1.6 Προκλήσεις των μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας

Στον τομέα της υγείας, το κράτος ορίζεται ως εκείνο, που παρέχει την απαραίτητη κοινωνική προστασία στους πολίτες του, μέσα από ένα δίκαιο σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και αποτελεί το λεγόμενο κράτος-πρόνοια. Το κράτος-πρόνοια είναι υπεύθυνο να διασφαλίσει την πρόσβαση στο σύστημα υγείας όλων των πολιτών, αλλά κυρίως των ασθενέστερων κοινωνικά ομάδων.

Τα τελευταία χρόνια όμως, το κράτος αντιμετωπίζει μεγάλες δυσκολίες που απορρέουν από τη διατήρηση της μακροχρόνιας ανεργίας σε υψηλά επίπεδα και την οικονομική αστάθεια που έχουν αντίκτυπο στην χρηματοδοτική ικανότητα των συστημάτων υγείας.

Έτσι, διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι το κράτος αν και είναι ένας αναγκαίος πόλος στο σύστημα υγείας, αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες χρηματοδότησης, που το καθιστά αναποτελεσματικό να συνεχίσει να παρέχει τις κοινωνικές υπηρεσίες του και πρέπει να μεταβεί σε μια νέα λειτουργική δομή, που απαιτούν οι νέες εξελίξεις στο χώρο της υγείας.

Συγκεκριμένα, τα κράτη της Ευρώπης έρχονται αντιμέτωπα με ένα μεταλλασσόμενο διεθνές οικονομικό περιβάλλον, που περιορίζει τους πόρους τόσο σε εθνικό όσο και ευρωπαϊκό επίπεδο. Προκλήσεις, όπως η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση της ανεργίας, η αύξηση των κοινωνικά φτωχότερων κοινωνικών ομάδων δημιουργούν προβλήματα στη απρόσκοπτη συνέχιση της χρηματοδοτικής ροής. Το κράτος είναι υποχρεωμένο να αυξήσει τις εισφορές και τη φορολογία, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο τους πολίτες, όσο και γενικότερα την οικονομική κατάσταση. Επομένως, η σημερινή πρόκληση των κρατών είναι αν μπορούν να συντηρούν και να χρηματοδοτούν τα συστήματα υγείας, λόγω των συνεχών αλλαγών σε οικονομικό, δημογραφικό, κοινωνικό, ακόμα και σε τεχνολογικό επίπεδο (Κουκουμτζής, 2013).

Η αναγκαιότητα του κράτους είναι εκ των προτέρων πολύ σημαντική, αλλά υπάρχει βέβαια και η αντίληψη ότι το κράτος γίνεται εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη, λόγω γραφειοκρατικών δομών και ότι δεν μπορεί να καλύψει αποτελεσματικά τις κοινωνικές ανάγκες (Χλέτσος, 2010). Σχετικά με το ρόλο του κράτους υπάρχει αυξημένη παρέμβαση σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, όπου η ιατρική πρακτική είναι αξιοθαύμαστα υψηλή σε ατομικό επίπεδο εξαιτίας της υψηλής επιστημονικής τεχνολογίας, όμως το σύστημα συνολικά παρουσιάζει αδυναμίες, αφού ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού παραμένει ακάλυπτο. Σε αυτήν την περίπτωση, προβλέπεται περιορισμός του κράτους και καταπολέμηση της γραφειοκρατίας.

Έτσι, η σημαντικότερη πρόκληση για κάθε σύστημα υγείας είναι να διατηρηθούν υπό έλεγχο οι δαπάνες της υγείας και για να γίνει αυτό πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες, ώστε ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας να εναρμονιστούν σε ένα νέο κλίμα συνεργασίας. Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμα πιο επιτακτική στη σημερινή οικονομική κρίση.

Ένα σημαντικό στοιχείο που αποτελεί την πιο σημαντική πρόκληση ενός συστήματος υγείας είναι να διευκολύνει την ανάπτυξη και τη δράση, είτε χρησιμοποιούνται ιδιωτικοί είτε δημόσιοι πόροι. Γι' αυτό είναι σημαντικό το σύνολο της κοινωνίας να αποκτήσει σαφή γνώση των βελτιώσεων και των τελικών αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας, ώστε ο πραγματικός σκοπός της ανάπτυξης της υγείας να είναι γνωστός και αντιληπτός από τον καθένα.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ³

Η οργάνωση και η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι πολύ βασική για την αποτελεσματική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Οι χρησιμοποιούμενες μέθοδοι χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας ασκούν μέγιστη επιρροή τόσο στην προσπελασιμότητα, όσο και στο κόστος και την ποιότητά τους. Ακόμη και για συστήματα, όπου στη χρηματοδότηση υπάρχει ένα μέγιστο όριο, οι μέθοδοι πληρωμής επηρεάζουν την χρησιμοποίηση των πόρων μέσα στο καθορισμένο πλαίσιο και μπορούν κατά κάποιον τρόπο να τροποποιήσουν το συνολικό όγκο και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για το δεδομένο επίπεδο δαπανών.

Οι πόροι που χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση πρέπει να εντάσσονται στα πλαίσια της ισορροπίας μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης των υπηρεσιών. Οι δυνατότητες ενός συστήματος είναι καθοριστικής σημασίας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα που συντονίζει τις μεθόδους πληρωμής και το επίπεδο των δαπανών δύναται να ελέγξει τις επιρροές που οι ίδιες δημιουργούν, ενώ ένα αποσπασματικό σύστημα, που χαρακτηρίζεται από ανισορροπία μεταξύ οργανισμών παροχής υπηρεσιών και πληρωμής έχει λιγότερες πιθανότητες να επιτύχει το σύνολο των αντικειμενικών στόχων αποτελεσματικότητας που έχει ορίσει.

Μια αύξηση της δαπάνης υγείας δεν σημαίνει ότι έχει ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Εάν υπάρχει συνδυασμός αυξημένων δαπανών και καλύτερης αποτελεσματικότητας, αυτό σημαίνει ότι το αποτέλεσμα ποιοτικά βελτιώνεται, εάν όμως η αύξηση των δαπανών συνδυάζεται με χειρότερη αποτελεσματικότητα, τότε δυστυχώς τα πράγματα όχι μόνο δεν μπορεί να μένουν στάσιμα, αλλά και να χειροτερεύουν.

Τίθεται ένα θέμα συγκράτησης του κόστους έτσι ώστε να μην πιέζεται αυξητικά το δημοσιονομικό έλλειμμα. Η συγκράτηση του κόστους του δημοσίου σημαίνει είτε την μεγαλύτερη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος παροχής των υπηρεσιών αυτών, είτε τη χρησιμοποίηση άμεσων και έμμεσων παρεμβάσεων και την παροχή αποτελεσματικών κινήτρων στον τομέα της προσφοράς (Appleby, 1992 ch.5).

³ Η ανάλυση αυτή του κεφαλαίου στηρίζεται στο βιβλίο «Funding Care: Options for Europe, Mossialos et al. (2002), chapters 1,2»

Η χρηματοδότηση των εθνικών συστημάτων υγείας (Drouin, 2007) είναι πρωταρχικό στοιχείο για την επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας του τομέα υγείας, που αφορά τόσο την παροχή, όσο και τη βιωσιμότητα των πληρωμών των προμηθευτών υγείας. Εκτός από τη χρηματοδότηση, βασικό ρόλο έχει και η διανομή των πόρων, που αφορά τις υποδομές, την πρόληψη και κυρίως τις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Ακόμα, η επιλογή του συστήματος χρηματοδότησης παίζει σημαντικό ρόλο στις υγειονομικές δαπάνες. Είναι γνωστό ότι ο τομέας της υγείας δημιουργεί πληθωριστικές πιέσεις στην οικονομία, αφού αποτελεί έναν ανελαστικό έως και τελείως ανελαστικό κλάδο με ευαίσθητα κοινωνικά κριτήρια. Έτσι, αντικειμενικός στόχος ενός συστήματος χρηματοδότησης είναι η ισορροπία (equilibrium) μεταξύ ζήτησης και προσφοράς. Η επιλογή ενός συστήματος χρηματοδότησης επηρεάζεται από τη δομή του κράτους, τη δύναμη των κοινωνικών εταίρων και άλλων ομάδων ενδιαφέροντος, που τελικά διαμορφώνουν ποιο σύστημα υγεία θα επιλεγεί και πώς θα εφαρμοστεί στην πράξη.

Είναι γεγονός ότι τα συστήματα παροχής υγείας, για να μπορούν να είναι βιώσιμα κατά τη διάρκεια του χρόνου πρέπει να έχουν πρόσβαση α) σε υπεύθυνο ανθρώπινο κεφάλαιο, β) σε επαρκή χρηματικά διαθέσιμα και γ) σε αξιόπιστα αναλώσιμα υλικά (φάρμακα, τεχνολογική υποστήριξη κ.α.). Η εξασφάλιση αυτών των τριών παραγόντων απαιτεί οπωσδήποτε οικονομική χρηματοδότηση, τόσο για την κατασκευή υποδομών και την αποζημίωση του ανθρώπινου δυναμικού, όσο και για την αγορά των κατάλληλων φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών. Η εξεύρεση αυτών των οικονομικών διαθεσίμων για την απρόσκοπτη συνέχιση των συστημάτων παροχής υγείας αποτελεί πρόκληση για τους μάνατζερ και τους λήπτες αποφάσεων στον τομέα της υγείας. Ο σχεδιασμός για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, πρέπει να λαμβάνει υπόψη την κάλυψη αντικειμενικών σκοπών που σχετίζονται με την ίδια την πολιτική, τα οικονομικά και την κοινωνική πολιτική (Mossialos et al, pp.1).

Τα περισσότερα κράτη, που επιθυμούν να καλύψουν αυτούς τους αντικειμενικούς σκοπούς έχουν μια συνεχή πίεση, διότι υπάρχουν δύο αντίστροφες δυνάμεις, οι δαπάνες όπου αυξάνονται και οι πόροι που γίνονται σπανιότεροι. Αυτό αποτελεί και το βασικό πρόβλημα, το οποίο προσπαθούν να επιλύσουν όλα τα διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης της υγείας.

Οι λήπτες αποφάσεων έχουν τρεις επιλογές, 1) Συγκράτηση των κοστών, 2) Αύξηση χρηματοδότησης ή 3) και των δύο. Η διεθνής πρακτική έχει περάσει και από τις δύο πρώτες επιλογές, δηλαδή και από τις μεγάλες δαπάνες στο χώρο της υγείας και από τη συγκράτηση των κοστών και έχει καταλήξει σε ισορροπημένους ισολογισμούς, όπου απαιτείται και η εμφάνιση προσόδων, ώστε να αποφεύγεται η δυσβάστακτη πολιτική δανεισμού για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας (Mossialos et al, 2002, p.1).

2.1 Οι κρίσιμες διαστάσεις των συστημάτων χρηματοδότησης

Η χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων και των υπηρεσιών υγείας αποτελεί οπωσδήποτε είναι ιδιαίτερο κρίσιμο σύστημα, το οποίο επιδρά καθοριστικά στην εύρυθμη και ομαλή εξέλιξη κάθε συστήματος υγείας (Πρακτικά Ά συνεδρίου Οικονομία και Υγεία, 1989, σελ. 55-65).

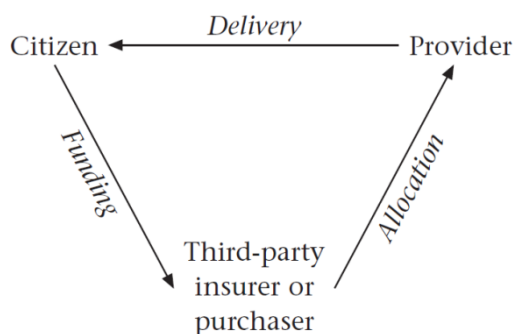
1. Συνδέει την πολιτική υγείας που επιλέγεται (Policy making), με τις διαδικασίες εφαρμογής της και υλοποίησης των προγραμματικών στόχων.
2. Επιβεβαιώνει ή απορρίπτει την επιλογή των προτεραιοτήτων.
3. Αποτελεί σοβαρό παράγοντα επίδρασης στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του συστήματος υπηρεσιών υγείας.
4. Οφείλει να επιδεικνύει προσαρμοστικότητα και να τροποποιεί επιμέρους στοιχεία και χαρακτηριστικά του.
5. Είναι ανάγκη να συνδέεται ευχερώς με τα κατάλληλα συστήματα ροής πληροφοριών, ώστε να υπάρχει μια διαδικασία ανατροφοδότησης και λύσης των προβλημάτων που προκύπτουν.
6. Αποτελεί παράγοντα διαμόρφωσης και μετασχηματισμού, όχι μόνο των ποιοτικών ή ποσοτικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών υγείας, αλλά και επιχείρησης και διαχείρισης διάφορων μεταβολών, που μπορούν να επέλθουν κατά την πορεία υλοποίησης του εκάστοτε συστήματος υγείας. Μπορεί να αποτελέσει επιχειρησιακό όργανο αλλαγών.
7. Συνιστά ιδιαίτερα ευαίσθητο πεδίο της πολιτικής υγείας, γιατί συνδέεται με τη διαμόρφωση των προτύπων συμπεριφοράς των επαγγελματιών, των διαχειριστών και των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Αυτές αποτελούν τις πιο σημαντικές πτυχές, που πρέπει να λάβει υπόψη του ένα σύστημα χρηματοδότησης για να είναι βιώσιμο μακροχρόνια και να μπορεί να χρηματοδοτεί απρόσκοπτα τις υπηρεσίες υγείας.

2.2 Προσεγγίσεις στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας⁴

Μια πρώτη προσέγγιση στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί το τρίγωνο παροχής υγείας μεταξύ ασθενών, προμηθευτών συστημάτων υγείας και τρίτων μερών. Μεταξύ αυτών των τριών μερών δημιουργούνται χρηματικές ροές και ανταλλαγή πόρων, οι οποίες είναι συνεχείς. Η απλούστερη μορφή συναλλαγής είναι η άμεση πληρωμή μεταξύ του ασθενούς και του προμηθευτή για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα 3.1 Το τρίγωνο των υπηρεσιών υγείας



Πηγή: Mossialos et al. (2002, p.2)

Η δημιουργία όμως των συστημάτων παροχής υγείας ως τρίτα μέρη, έχει ως βάση την προστασία του πληθυσμού έναντι μιας οικονομικής δυσχέρειας. Τα τρίτα μέρη μπορεί να είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτικά και δημιουργούνται για να διασπείρουν τον κίνδυνο της αβεβαιότητας, που εμφανίζεται στο χώρο της υγείας. Τα τρίτα μέρη, για να χρηματοδοτήσουν τις υπηρεσίες υγείας συλλέγουν έσοδα, άμεσα ή έμμεσα από τους ασφαλισμένους στο σύστημα υγείας.

2.2.1 Η χρηματοδοτική εξίσωση

Η χρηματοδοτική εξίσωση εστιάζεται στο ότι τα έσοδα πρέπει να ισούνται με τα έξοδα, όπου τα έξοδα με τη σειρά τους πρέπει να ισούνται με τα έσοδα συν τα κέρδη

⁴ (Mossialos et al, 2002, pp.3-7).

αυτών που εργάζονται στο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα έσοδα αποτελούνται από τη φορολογία (TF), τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης (SI), τις χρεώσεις των χρηστών (UC) και τις πληρωμές ή τις εισφορές της ιδιωτικής ασφάλισης (PI). Τα έξοδα αποτελούνται από την τιμή (P) επί την ποσότητα των αγαθών και υπηρεσιών υγείας (Q), όπου πρέπει να είναι ίσα με τα έσοδα των προμηθευτών υγείας. Αναλυτικά η εξίσωση περιγράφεται ως:

$$TF+SI+UC+PI=P \times Q$$

Επομένως, η βασική εξίσωση πρέπει να βασίζεται στην ισότητα μεταξύ των συνολικών δαπανών που απαιτούνται για τις παροχές υγείας σε έναν πληθυσμό και στα συνολικά έσοδα, που προκύπτουν από τις εισφορές του πληθυσμού για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας.

Μια βασική παράμετρος είναι πως γίνεται η αξιολόγηση της απόδοσης των διαφορετικών συστημάτων χρηματοδότησης λαμβάνοντας υπόψη τον επιμερισμό των φορτίων και των οφελών μεταξύ του πληθυσμού, την κατανομή των πόρων μεταξύ του τομέα υγείας και την τεχνική αποτελεσματικότητα. Σε πολλές χώρες ακολουθείται ένα μίγμα χρηματοδότησης μέσω φορολόγησης κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης.

2.2.2 Συλλογή εσόδων, συγκέντρωση κεφαλαίων και αγορά υπηρεσιών

Ένα σύστημα χρηματοδότησης της υγείας μπορεί να διαχωριστεί σε τρία βασικά κομμάτια: α) στη συλλογή εσόδων, β) στην συγκέντρωση κεφαλαίων και γ) στις αγορές και τις παροχές των υπηρεσιών υγείας. Οι παροχές υγείας χωρίζονται σε προσωπικές και μη προσωπικές.

2.2.2.1 Συλλογή εσόδων

Στη συλλογή εσόδων υπάρχουν μηχανισμοί χρηματοδότησης που περιλαμβάνουν την φορολογία, την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση, αλλά ακόμα ιδιωτικές δαπάνες, άμεσες πληρωμές, χορηγίες και δωρεές. Οι αποδέκτες των δαπανών υγείας μπορεί να είναι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί ή μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί ή το δημόσιο. Η μορφή των αντιπροσώπων των προηγούμενων οργανισμών επηρεάζει τα κίνητρό τους, κυρίως στους κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπου λειτουργούν με βάση τα συμφέροντα των μετόχων τους.

Η φορολογία μπορεί να διαμοιραστεί σε άτομα, νοικοκυριά και εταιρείες, ως άμεση φορολόγηση ή και μέσω της έμμεσης φορολογίας σε συναλλαγές και οικονομικά αγαθά. Η άμεση και η έμμεση φορολόγηση μπορεί να αφορά εθνικό, περιφερειακό ή και εθνικό επίπεδο.

Η κοινωνική ασφάλιση συνήθως αντλεί τους πόρους από τις εισφορές που διαμοιράζονται μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών. Η εισφορά αυτή προέρχεται ως ένα ποσοστό του εισοδήματος των εργαζομένων, ενώ για ηλικιωμένους, άτομα με ειδικές ανάγκες και ανέργους προέρχεται από ειδικά ταμεία, τα έσοδα των οποίων έχουν υπολογιστεί από φορολογίες.

Η συνεισφορά των συστημάτων ιδιωτικής ασφάλισης προέρχεται από τον ιδιώτη και μοιράζεται μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών ή και αρκετές φορές προέρχεται μόνο από τους εργοδότες.

Ένα άλλο σημαντικό κεφάλαιο στα συστήματα χρηματοδότησης της υγείας είναι η ιδιωτική αποταμίευση, όπου χρησιμοποιείται σε ιατρικές δαπάνες. Πολλές φορές, οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν ένα μέρος ή το σύνολο ορισμένων ιατρικών δαπανών με τη μορφή χρεώσεων του χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Αυτές οι χρεώσεις μπορεί να είναι μια συν-πληρωμή ενός συγκεκριμένου ποσού, ένα ποσοστό του συνολικού κόστους των υπηρεσιών ή μια ανώτατη δαπάνη, όπου από το σημείο εκείνο και μετά χρεώνεται ο ασφαλιστικός οργανισμός, καλύπτοντας το υπόλοιπο ποσό.

2.2.2.2 Συγκέντρωση κεφαλαίων

Η συγκέντρωση κεφαλαίων διαφέρει από τη συλλογή εσόδων, γιατί κάποιες μορφές εσόδων δεν επιτρέπουν την ύπαρξη οικονομικών κινδύνων, οι οποίοι να διαμοιράζονται μεταξύ των παρόχων υγείας, όπως για παράδειγμα οι ιδιωτικές αποταμιεύσεις για ιατρικές δαπάνες, οι οποίες μπορεί να είναι ανεπαρκείς. Εάν η διαδικασία προσόδων και η κοινοπραξία χρηματοδότησης είναι ενσωματωμένες, τότε η συλλογή των προσόδων γίνεται από ταμεία ή/και από εθνικούς, περιφερειακούς και τοπικούς φόρους, που επίσης διακρατούνται για να αποδοθούν όταν χρειαστούν υπηρεσίες υγείας. Σε διαφορετική περίπτωση, εάν η συλλογή των προσόδων γίνεται από διαφορετικούς οργανισμούς απαιτείται ένας μηχανισμός για το διαμοιρασμό των προσόδων σε κάθε μέλος που απαρτίζει την κοινοπραξία χρηματοδότησης. Σε περίπτωση πολλών κοινοπραξιών, η διανομή των προσόδων αντιμετωπίζει ένα ρίσκο

που συνδέεται με το προφίλ των συμμετεχόντων σε αυτήν την ομάδα, που ονομάζεται “ρίσκο προσαρμογής”. Αυτό το “ρίσκο προσαρμογής” είναι το αντιστάθμισμα στην εφαρμογή της λεγόμενης cream-skimming πολιτικής, δηλαδή μιας λανθασμένης αντίληψης, όπου η επιλογή των ασθενών γίνεται αποκλειστικά με στόχο την κερδοφορία και όχι τις ανάγκες περίθαλψης.

Στην ιδιωτική ασφάλιση, η χρηματοδότηση είναι μεταξύ των συμμετεχόντων και των ασφαλιστικών εταιρειών με τη διάκριση μεταξύ ατόμων υψηλού ή χαμηλού κινδύνου ανάγκης υπηρεσιών υγείας. Στις προσωπικές αποταμιεύσεις δεν υπάρχει κοινοπραξία, ενώ και στις χρεώσεις του χρήστη δεν υπάρχει κάποιο είδος κοινοπραξίας.

2.2.2.3 Αγορά και παροχή υπηρεσιών υγείας

Η αγορά υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στη μεταφορά των εσόδων προς τους παρόχους υγείας για το πληθυσμό, για τον οποίο παρέχεται αμοιβαία χρηματοδότηση. Η αγορά υπηρεσιών υγείας στηρίζεται στην βασική αρχή της αμεροληψίας και της αποτελεσματικότητας της διανομής των εσόδων ανάλογα με τις ανάγκες περίθαλψης.

2.3 Ισορροπία εσόδων και εξόδων

Η παράμετρος των εσόδων είναι πολύ σημαντική, αλλά ταυτόχρονα δεν πρέπει να παραβλέπεται και η παράμετρος των εξόδων. Η παράμετρος των εξόδων επηρεάζεται ασφαλώς από την ευρύτερη οικονομική κατάσταση της παγκόσμιας οικονομίας, αλλά και από την ανάπτυξη της κάθε οικονομίας ξεχωριστά. Ένα ακόμη πρόβλημα δημιουργείται και κατά την μέτρηση των εξόδων ως ποσοστό του ΑΕΠ της κάθε χώρας. Γενικότερα όμως τα περισσότερα συστήματα υγείας στηρίζονται σε μικτές πηγές χρηματοδότησης.

2.3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τα έξοδα και τα έσοδα

Τα συστήματα χρηματοδότησης διαφέρουν κατά πολύ ανάλογα με τις χώρες. Η επιταχυνόμενη μεγάλη αύξηση των δαπανών κατέστησε αναγκαία την εφαρμογή μηχανισμών που περιορίζουν όχι μόνο τις τιμές, αλλά και τον όγκο υπηρεσιών και τις συνολικές δαπάνες. Υπάρχουν αρκετές εξηγήσεις γιατί οι δαπάνες παροχής υγείας

συνεχίζουν να αυξάνονται, όπως η αύξηση των ορίων ηλικίας του πληθυσμού. Η αύξηση αυτή αυξάνει μακροπρόθεσμα τις δαπάνες υγείας και οι λήπτες αποφάσεων ακολουθούν πολιτικές συγκράτησης της αύξησης των δαπανών. Οι πολιτικές αυτές όμως μπορεί να μην πετύχουν τη μέγιστη χρησιμότητα ή την αποτελεσματικότητα που απαιτείται.

Μια σειρά παραγόντων επηρεάζουν τη διαδικασία εσόδων και εξόδων και συνεπακόλουθα τις πολιτικές εφαρμογής των δαπανών υγείας. Οι παράγοντες αυτοί χωρίζονται α) σε περιστασιακούς, όπως διάφορα πολιτικά γεγονότα που επηρεάζουν άμεσα τη λήψη αποφάσεων, β) σε δομικούς, που αφορούν τις εκάστοτε οικονομικές συνθήκες, τη δημογραφική δομή, την ανεργία, τις πολιτικές καταστάσεις που επηρεάζουν και τη ζήτηση παροχών υγείας και την εξέλιξη εσόδων-εξόδων, γ) σε περιβαλλοντικούς, όπως γεγονότα, δομές και συνθήκες που βρίσκονται έξω από τα όρια των πολιτικών αποφάσεων, αλλά που επηρεάζουν το σύστημα υγείας και δ) σε πολιτισμικούς, όπως οι αξίες που διαμορφώνονται σε έναν πληθυσμό σχετικά με την τήρηση των νόμων και την πληρωμή των φόρων, τις ιδεολογικές προσεγγίσεις για το σύστημα υγείας, την πεποίθηση της ανταπόδοσης ανεπίσημων πληρωμών για την παροχή περίθαλψης, που επηρεάζουν, επίσης τη διαμόρφωση των εσόδων και των εξόδων (Mossialos et al, pp.11-13).

2.3.2 Πολιτικές εξορθολογισμού της αύξησης των δαπανών στο χώρο της υγείας

Το πρόβλημα της μεγάλης έκτασης των δαπανών των υπηρεσιών υγείας, της κυριαρχίας των αποφάσεων των γιατρών, που επηρεάζουν τις δαπάνες και χαρακτηρίζει τα συστήματα υγείας και η αναποτελεσματικότητα στην παραγωγή και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, αναγκάζουν τους ειδικούς και τους υπεύθυνους του σχεδιασμού των πολιτικών υγείας να προσανατολιστούν σε νέες πολιτικές. Οι νέες πολιτικές αναπτύσσονται διαδοχικά σε τρεις άξονες (Kimberly and Minvielle, 2000, chapter 3):

1. Μείωση και ορθολογισμό των δαπανών υγείας

Αποτελεί τον πρώτο και τον πιο αποτελεσματικό τρόπο ελέγχου του κόστους βραχυπρόθεσμα. Η πολιτική αυτή εκφράζεται, κυρίως στα εθνικά συστήματα υγείας με ελάττωση των επενδύσεων και μη πρόσληψη προσωπικού, ενώ για τα συστήματα κοινωνικών ασφαλίσεων με ελάττωση των εγκρίσεων και πληρωμή των υπηρεσιών υγείας. Για τα συστήματα ιδιωτικών ασφαλίσεων με ελάττωση των ποσοστών και της

έκτασης των καλύψεων των συμβολαίων. Ένα τέτοιο είδος μείωσης των δαπανών οδηγεί σίγουρα σε δυσάρεστες ατομικές συμπεριφορές ή και σε κοινωνικές αντιδράσεις.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η συνεχής αύξηση των ιατρικών δαπανών υπονοεί ότι θα πρέπει να υπάρχει μια μεγαλύτερη φορολογία στους υγιείς και εύπορους για να καλυφθούν τα κόστη των ασθενών και άπορων. Αυτή η αύξηση της φορολογίας επιφέρει την αντίσταση των φορολογούμενων να πληρώσουν υψηλότερους φόρους. Αντιθέτως, όταν γίνεται προσπάθεια περικοπής των ιατρικών δαπανών, μέσω μιας εξορθολογισμένης αξιοποίησης των πόρων, οδηγεί τους προμηθευτές να προσπαθούν να πείσουν το κοινό ότι το σύστημα υγείας θα καταρρεύσει και η υγεία των ανθρώπων θα τεθεί σε κίνδυνο. Αυτό οδηγεί σε μια μεγαλύτερη πίεση των προμηθευτών προς τις κυβερνήσεις να μην ασχολούνται με τον εξορθολογισμό των δαπανών. Αλλά ακόμα οι προμηθευτές πιέζουν τους ασθενείς να στρέφονται και προς την ιδιωτική ασφάλιση για ποιοτικότερες υπηρεσίες.

2. Συμμετοχή του χρήστη στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών

Ο αντικειμενικός σκοπός αυτής της πολιτικής είναι διπλός. Αφενός επιχειρείται μια κάποια μεταφορά του βάρους της χρηματοδότησης στους καταναλωτές και αφετέρου, με τον τρόπο αυτό γίνεται προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς τους, απέναντι στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Το πρόβλημα μιας τέτοιας πολιτικής είναι να βρεθεί το σημείο ισορροπίας ανάμεσα σ' ένα επίπεδο ατομικής συμμετοχής, αρκετά χαμηλό, ώστε να μην υπονομεύει την ευχέρεια προσπελασιμότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά ταυτόχρονα, αρκετά υψηλό για να προτρέπει σε ατομική οικονομία και εκλογίκευση των δαπανών.

3. Ενδυνάμωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των οργανισμών χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας

Οι δύο προηγούμενοι άξονες πολιτικών αποσκοπούν ουσιαστικά στο να ελαττώσουν ή να επιβραδύνουν την αύξηση των δαπανών υγείας. Ο τρίτος άξονας αποσκοπεί στο να αυξηθεί η παραγωγικότητα των δαπανών και να επιταχυνθεί ο εξορθολογισμός τους.

Κάθε προσπάθεια για πιο αποδοτικά συστήματα υγείας με εξορθολογισμό των δαπανών έχει ως αποτέλεσμα να απειλούνται τα εισοδήματα ορισμένων προμηθευτών υγείας και να δημιουργούν αντιστάσεις στην πορεία αυτή. Πολλοί προμηθευτές παροχών υγείας είναι λιγότερο αποδοτικοί και υπεύθυνοι προς τους ασθενείς τους, όταν πληρώνονται μέσω του φορολογικού συστήματος

χρηματοδότησης και αυτό σχετίζεται με το πώς οι προμηθευτές πληρώνονται και όχι με το πώς χρηματοδοτείται το σύστημα υγείας. Δηλαδή, στην κοινωνική ασφάλιση ή στο σύστημα φορολογίας, ο προμηθευτής δεν νοιάζεται για τις επιλογές των ασθενών και επομένως έχει λιγότερα κίνητρα για υπευθυνότητα και αποδοτικότητα, αφού γνωρίζει ότι τα χρήματα θα τα πληρωθεί από ένα δημόσιο ταμείο.

Ακόμα, η μη αποδοτικότητα των προηγούμενων συστημάτων εστιάζεται και στο γεγονός ότι οι προμηθευτές μπορούν να λάβουν και επιπρόσθετα χρήματα, είτε επίσημα (χρεώνοντας περισσότερο) είτε ανεπίσημα. Επομένως, ένα μίγμα ιδιωτικής και δημόσιας χρηματοδότησης μεταβάλλει την αποδοτικότητα των προμηθευτών σε μια πιο θετική κατεύθυνση.

2.4 Κύριες μέθοδοι χρηματοδότησης συστημάτων υγείας

Οι βασικοί τρόποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι τρεις: α) φορολογία, β) κοινωνική ασφάλιση και γ) ιδιωτική ασφάλιση, που κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί η μη εφαρμογή μιας και μόνο μορφής, αλλά ένας συνδυασμός τους.

2.4.1 Φορολογία

Η φορολογία έχει έναν βασικό ρόλο στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και έχει τη μορφή άμεσης και έμμεσης φορολογίας. Η άμεση φορολογία αναφέρεται σε ιδιώτες, νοικοκυριά και επιχειρήσεις και επιβάλλεται ανάλογα με το ύψος των εισοδημάτων. Η έμμεση φορολογία επιβάλλεται σε συναλλαγές (π.χ. εισαγωγές-εξαγωγές) και σε αγαθά (π.χ. επί των πωλήσεων) και είναι περισσότερη αναποτελεσματική, γιατί επηρεάζει περισσότερο τα χαμηλότερα εισοδήματα.

Η διάκριση της φορολογίας αναφέρεται και στην περίπτωση των εθνικών και τοπικών φόρων. Οι τοπικοί φόροι είναι περισσότερο άμεσοι και διαφανείς και δίνουν μεγαλύτερη προτεραιότητα στις τοπικές ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού. Παρόλα αυτά, η τοπική φορολόγηση είναι πολύ περιορισμένη και δημιουργεί ανισορροπίες κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Οι εθνικοί φόροι έχουν τον πλεονέκτημα της εξισορρόπησης της παροχής υγείας σε διαφορετικές περιοχές και έχουν το βασικό πλεονέκτημα της δημιουργίας οικονομικών κλίμακας, που μειώνει αισθητά το κόστος υπηρεσιών υγείας.

Μια τελευταία διάκριση που γίνεται είναι μεταξύ γενικών και στοχευμένων φόρων. Οι γενικοί φόροι είναι πιο δίκαιοι και επιτρέπουν την εξισορρόπηση μεταξύ των δαπανών υγείας και άλλων μορφών δαπανών του κράτους. Σε αντίθεση, οι στοχευμένοι φόροι επιβάλλονται και χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στο χώρο της υγείας. Το βασικό πλεονέκτημα των τελευταίων είναι ότι οι πολίτες αισθάνονται ότι η φορολογία αυτή είναι για το σκοπό για τον οποίο επιβάλλεται και δημιουργεί τη διάθεση για την πληρωμή της.

Τα συστήματα υγείας που στηρίζονται στη φορολογία έρχονται αντιμέτωπα με τις φιλοδοξίες των προμηθευτών να αποσπούν όσο γίνεται μεγαλύτερο μέρος του εθνικού εισοδήματος. Σε αυτήν την περίπτωση, αυτά τα συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με το δίλημμα της αποδοχής της συνεχούς αύξησης των ιατρικών δαπανών ή της μείωσης τους, ερχόμενα όμως σε αντίθεση με τους προμηθευτές. Σε μια συνεχή αύξηση της οικονομίας, το σύστημα υγείας μπορεί να επεκτείνεται, χωρίς να απαιτείται η μεταφορά πόρων μεταξύ υψηλότερων και χαμηλότερων εισοδημάτων. Σε αυτήν την περίπτωση τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από τη φορολογία αποδίδουν πολύ καλά. Τα προβλήματα προκύπτουν όταν σε ύφεση της οικονομίας δεν μπορεί να χρηματοδοτηθεί το σύστημα υγείας και δημιουργούνται πιέσεις από όλους τους συμμετέχοντες, και προμηθευτές και ασφαλισμένους.

Συνοπτικά τα πλεονεκτήματα είναι ότι η φορολογία αφορά το σύνολο του πληθυσμού, υπάρχει αναδιανομή των βαρών μεταξύ των ομάδων υψηλού και χαμηλού κινδύνου και υψηλού και χαμηλού εισοδήματος και υπάρχει επίσης και διοικητική αποτελεσματικότητα. Τα μειονεκτήματα αναφέρονται στη αστάθεια του συστήματος χρηματοδότησης και στην υποχρηματοδότηση λόγω υψηλών δημοσίων δαπανών, καθώς και στην αναποτελεσματικότητα λόγω έλλειψης κινήτρων τόσο μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας όσο και μεταξύ της διοίκησης (Druin, 2007).

2.4.2 Κοινωνική ασφάλιση

Τα πλεονεκτήματα της κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι τα έσοδα είναι σταθερά, λαμβάνει υπόψη τους κοινωνικούς εταίρους, δίνει πρόσβαση σε μεγάλη και ευρεία ομάδα υπηρεσιών υγείας και μπορεί να κάνει ανακατανομή των εισφορών μεταξύ ομάδων υψηλού και χαμηλού εισοδήματος και ομάδων υψηλού και χαμηλού κινδύνου εμφάνισης ασθενειών. Τα μειονεκτήματα εντάσσονται σε μακροοικονομικά

μεγέθη, όπως η αύξηση της ανεργίας, λόγω των ασφαλιστικών εισφορών και την αύξηση του κόστους εργασίας, που επηρεάζει και την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας. Ακόμα, δεν λαμβάνει υπόψη το μη εργατικό δυναμικό μιας χώρας, το οποίο δεν μπορεί να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Δημιουργούνται προβλήματα διοίκησης και αύξηση του κόστους, ενώ και τα εκάστοτε ταμεία ασφάλισης μπορεί να είναι ευάλωτα οικονομικά αν δεν υποστηριχθούν από κρατικές επιχορηγήσεις. Οι συνεισφορές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης επηρεάζονται και από το γεγονός ότι ένα μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είναι αυτοαπασχολούμενοι και επομένως γίνεται δυσκολότερη η συλλογή των εισφορών των ασφαλισμένων.

2.4.3 Ιδιωτική ασφάλιση

Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης μπορεί να είναι είτε υποκατάστατος της εθνικής κοινωνικής ασφάλισης είτε συμπληρωματικός. Ο υποκατάστατος ρόλος εντάσσεται στα πλαίσια, όπου ένα κομμάτι του πληθυσμού εξαιρείται από τη δημόσια ασφάλιση. Έτσι, πολλοί ιδιώτες αγοράζουν τη λεγόμενη υποκατάστατη ασφάλιση υγείας. Όταν η ασφάλιση υγείας είναι συμπληρωματική, τότε και οι παροχές υγείας είναι ποιοτικότερες, με αποτέλεσμα να έχουν διαφορετική πρόσβαση μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και εκείνων που δεν έχουν. Αυτού του τύπου η ασφάλιση μπορεί να καλύψει το σύνολο ή ένα μέρος των υπηρεσιών υγείας, που εξαιρούνται από το καθιερωμένο σύστημα υγείας. Τα κόστη μιας ιδιωτικής ασφάλισης συνήθως είναι υψηλότερα, διότι εμπεριέχουν και τα κόστη διαχείρισης, διαφήμισης και μάρκετινγκ. Ένα σημαντικό κομμάτι της ιδιωτικής ασφάλισης αποτελούν και οι επιχορηγήσεις μέσω της μείωσης των φορολογικών δαπανών, για την αγορά αυτής της μορφής ασφάλισης, αν και εμφανίζουν αρκετά μειονεκτήματα, με το κυριότερο να είναι ότι αλλάζει το μίγμα χρηματοδότησης σε μια πιο άδικη βάση, αφού ωφελούνται οι φορολογούμενοι με υψηλότερα εισοδήματα και επομένως και υψηλότερη οριακή φορολογία.

Τα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι αναφέρεται στις άμεσες πληρωμές, όπου με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η χρηματοδοτική σταθερότητα. Συντελεί στην παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών και στη μείωση του κόστους μέσω του ανταγωνισμού των προμηθευτών. Τα μειονεκτήματα αναφέρονται στα υψηλά κόστη διαχείρισης και στην αδυναμία μείωσης του κόστους στα δημόσια συστήματα

χρηματοδότησης της υγείας. Ακόμα, απαιτεί επαρκή διοικητική και χρηματοδοτική υποστήριξη, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση στηρίζεται σε συγκεκριμένα ποσά πληρωμής, ανάλογα με το είδος και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Druijn, 2007).

2.5 Δευτερεύουσες μορφές χρηματοδότησης συστημάτων υγείας⁵

2.5.1 Αποταμιεύσεις για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη

Σε αυτήν τη μορφή χρηματοδότησης, οι ιδιώτες διακρατούν ένα μέρος του εισοδήματός τους σε αποταμίευση. Η πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με το κόστος των υπηρεσιών υγείας, θα έκανε τους ιδιώτες περισσότερο επιφυλακτικούς σε άσκοπες δαπάνες και θα περιόριζε τα κόστη. Ακόμα, οι αποταμιεύσεις πιστεύεται ότι θα μπορούσε να προσφέρει πρόσβαση σε παροχές υγείας στους αυτοαπασχολούμενους, που δεν θα μπορούσαν να αγοράσουν μια ιδιωτική ασφάλιση. Η μορφή αυτή πρέπει να λογίζεται ως μια συμπληρωματική μορφή χρηματοδότησης σε ένα συμπληρωματικό σύστημα, διότι μεμονωμένα οι αποταμιεύσεις δεν μπορούν να καλύψουν, τουλάχιστον για ιδιώτες με χαμηλότερα εισοδήματα, το σύνολο των ιατρικών δαπανών και γι' αυτό το λόγο το ποσοστό χρηματοδότησης αυτής της μορφής είναι πολύ μικρό.

2.5.2 Άμεσες πληρωμές

Οι άμεσες πληρωμές αφορούν όλα τα κόστη που πληρώνονται από τον καταναλωτή και περιλαμβάνουν α) άμεσες πληρωμές, β) επιμερισμό κόστους και γ) ανεπίσημες πληρωμές. Στις άμεσες πληρωμές, οι καταναλωτές πληρώνουν όλα τα κόστη που δεν καλύπτει το δημόσιο σύστημα παροχής υγείας και αφορούν κυρίως τον ιδιωτικό τομέα, όπως οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς, ιδιωτικές κλινικές κ.α.

Ο επιμερισμός κόστους αναφέρεται στη μείωση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, αυξάνοντας όμως παράλληλα και τα έσοδα μέσω της ανελαστικότητας που εμφανίζουν οι υπηρεσίες υγείας. Αυτές οι πληρωμές είναι συμπληρωματικές,

⁵ (Mossialos et al, 2002, pp.21-25).

κυρίως όταν δεν υπάρχει ένα λειτουργικό σύστημα υγείας. Η κυβέρνηση δεν μπορεί να το χρηματοδοτήσει και οι πολίτες δεν μπορούν να χρηματοδοτήσουν υπηρεσίες υγείας, μέσω φόρων και συνεισφορών.

Οι ανεπίσημες πληρωμές αφορούν πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στα πλαίσια είτε να εξασφαλίσουν καλύτερες υπηρεσίες από το ιατρικό δυναμικό είτε να θέλοντας να ευχαριστήσουν για την επιτυχή ανάρρωσή τους. Ο λόγος ύπαρξης αυτών των ανεπίσημων πληρωμών εστιάζεται στην ανεπάρκεια βασικών ιατρικών προμηθειών (φάρμακα και άλλα αναλώσιμα), στην μη ύπαρξη ιδιωτικών παρόχων υγείας, στην άμεση επαφή ασθενούς και προμηθευτή παροχής υγείας και για λόγους πολιτισμικής κουλτούρας.

2.5.3 Δάνεια, χορηγίες και δωρεές

Οι δωρεές και οι χορηγίες από μη κυβερνητικούς οργανισμούς εστιάζονται κυρίως σε χώρες με πολύ χαμηλό ΑΕΠ, όπως χώρες της Αφρικής. Είναι σημαντικό αυτές οι χορηγίες και οι δωρεές να διοχετεύονται στο σύστημα υγείας μέσω συνεννοήσεων με τις εκάστοτε κυβερνήσεις των χωρών και όχι ιδιωτικώς, αφού μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα και να υποβαθμίσουν ακόμα περισσότερο το σύστημα υγείας αυτών των χωρών, μέσω της κατασπατάλησης των κεφαλαίων που διατίθενται.

2.6 Ταξινόμηση συστημάτων χρηματοδότησης

Μετά τις τρεις βασικές κύριες προσεγγίσεις στα συστήματα χρηματοδότησης και τις δευτερεύουσες μορφές της δημιουργούνται δύο βασικοί πόλοι, που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ένα οργανωμένο σύστημα υγείας. Αυτοί οι δύο πόλοι αναφέρονται στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Οι διάφοροι εναλλακτικοί συνδυασμοί μεταξύ των δύο πόλων, δημιουργεί και διαφορετικά συστήματα χρηματοδότησης, με κύρια διάκριση τον τρόπο ελέγχου των πηγών και της χρήσης των κεφαλαίων.

Η ταξινόμηση της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας που αφορά τη σύμπραξη του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα σε ένα δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τις εξής τέσσερις βασικές κατηγορίες (Moulton et al, 2004):

1. Έλεγχος τόσο των πηγών χρηματοδότησης όσο και της χρήσης των κεφαλαίων από την πλευρά του κράτους, που αποτελεί και την πρώτη μέθοδο χρηματοδότησης μεταπολεμικά. Όλα τα δημόσια συστήματα υγείας έχουν εφαρμόσει αυτή τη χρηματοδότηση, κυρίως σε περιόδους μεγάλων κοινωνικών αναταράξεων (πόλεμοι, οικονομική κρίση κ.α.)
2. Το κράτος ελέγχει τις πηγές χρηματοδότησης, αλλά ο ιδιωτικός τομέας ελέγχει τη χρήση των κεφαλαίων. Αυτό συνήθως γίνεται με την έννοια των φορολογικών δαπανών από την πλευρά του κράτους που σχετίζεται όμως με τις ιδιωτικές δαπάνες για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη του πληθυσμού, είτε των εργαζομένων, είτε των ιδιωτών.
3. Στην τρίτη κατηγορία, ο ιδιωτικός τομέας ελέγχει τις πηγές χρηματοδότησης, αλλά το κράτος ελέγχει τις χρήσεις των κεφαλαίων. Σε αυτήν την περίπτωση, ο ιδιωτικός τομέας, κυρίως ο επαγγελματικός, λειτουργεί σαν ένα ταμείο, όπου συγκεντρώνει εισφορές με διάφορους τρόπους για να μπορέσει να αντιμετωπίσει μελλοντικά υγειονομικούς κινδύνους, που σχετίζονται με το επάγγελμά τους.
4. Ο ιδιωτικός τομέας ελέγχει τόσο τις πηγές όσο και τα κεφάλαια χρηματοδότησης. Σε αυτήν την κατηγορία ο ιδιωτικός τομέας, είτε μέσω των εργαζομένων είτε μέσω των επιχειρήσεων αναλαμβάνει ολικά το σύστημα χρηματοδότησης.

Και στις τέσσερις αυτές βασικές αρχές ταξινόμησης των συστημάτων χρηματοδότησης, σκοπός είναι η παροχή των υπηρεσιών υγείας για την προστασία της δημόσιας υγείας. Όλες οι κατηγορίες έχουν σκοπό να διαφυλάξουν το γενικό πληθυσμό από ασθένειες και να προάγουν την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας, ανάλογα με το σύστημα χρηματοδότησης που κάθε φορά υιοθετείται.

2.7 Αύξηση παραγωγικότητας χρηματοδοτικών οργανισμών

Οι χρηματοδοτικοί οργανισμοί επιδιώκουν αύξηση της παραγωγικότητας με τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις. Καμία από αυτές δεν είναι πραγματικά νέα, όλες έχουν εφαρμοστεί μέχρι ένα βαθμό στο παρελθόν στα διάφορα συστήματα υγείας. Όλες όμως λόγω αυξημένων δημοσιονομικών πιέσεων, επαναθεωρούνται και επανεξετάζονται. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις είναι (Κονδύλης, 2009):

- i. Επιδίωξη αύξησης της παραγωγικότητας με διοικητικές παρεμβάσεις στις τιμές και την ποσότητα των υπηρεσιών

Η πλειοψηφία των χωρών επιδίωξε να εμποδίσει την αύξηση των δαπανών υγείας με μηχανισμούς παρέμβασης, όπως η ελάττωση των κρεβατιών και της ανανέωσης του εξοπλισμού των νοσοκομείων, η καθιέρωση ανωτάτου ορίου πληρωμής πράξεων και προϋπολογισμών νοσοκομείων, η ελάττωση των συνολικών δαπανών και ο περιορισμός των καλύψεων για μερικές οριακές υπηρεσίες, όπως ορισμένα φάρμακα. Πάντως είναι δύσκολο να υπολογιστεί η επιτυχία αυτών των μέτρων στην ισότητα, την ανταποδοτικότητα και τον έλεγχο του κόστους, αφού μερικές χώρες παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με άλλες. Ακόμα, οι γιατροί προτρέπονται να περιορίσουν τις ανώφελες υπηρεσίες, χωρίς επιπτώσεις στην προσπελασιμότητα ή την ποιότητα των υπηρεσιών. Το πρόβλημα έγκειται στην εγκαθίδρυση μιας ισορροπημένης κλίμακας, ώστε να αποφευχθεί η παραγωγή μερικών υπηρεσιών σε βάρος άλλων.

- ii. Επιδίωξη αύξησης της παραγωγικότητας από τον ανταγωνισμό των παραγωγών.

Ο νοσοκομειακός τομέας είναι κατά βάση δημόσιος και συχνά αποτελεί τοπικό μονοπώλιο. Πιθανή εξαίρεση οι μεγάλες πόλεις όπου υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Το να αυξηθεί ο ανταγωνισμός, ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είναι μια ιδέα θεωρητικά εύκολη, αλλά πρακτικά δύσκολα εφαρμόσιμη μέσα στις συνθήκες των υπαρχουσών διοικητικών και οικονομικών δομών. Η πληρωμή από την ασφάλιση (third party payer), η δύναμη που έχουν οι παρέχοντες υπηρεσίες να αυξάνουν τη ζήτηση και τις υπηρεσίες υγείας, η σχετική άγνοια των καταναλωτών και η κυριαρχία των τοπικών μονοπωλίων αποτελούν μια σειρά εμποδίων στον ανταγωνισμό μεταξύ των παραγωγών υπηρεσιών και δεν επιτρέπουν στους καταναλωτές να συνειδητοποιήσουν το κόστος. Η γνωστή εμπειρία των DRG στις ΗΠΑ, με προπληρωμή των νοσοκομείων, ανάλογα με τη διάγνωση είχε σαν αποτέλεσμα την επιβράδυνση της αύξησης των νοσοκομειακών δαπανών, ευνοώντας την ήδη πτωτική τάση της διάρκειας νοσηλείας, με την εισαγωγή και τη διάδοση των νέων τεχνολογιών που επιτρέπουν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και την περίθαλψη κατ' οίκον. Παρόλα αυτά, η εξέλιξη των DRG δεν συνοδεύτηκε από την πτώση του ποσοστού αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας.

- iii. Επιδίωξη για αύξηση της παραγωγικότητας από την αλληλεπίδραση των φορέων χρηματοδότησης και παραγωγής υπηρεσιών υγείας.

Οι πολιτικές αύξησης της παραγωγικότητας αποβλέπουν στον επηρεασμό και την εξέλιξη της συμπεριφοράς των γιατρών και των νοσοκομειακών μονάδων ανάλογα με τις στρατηγικές ελαχιστοποίησης του κόστους των φορέων χρηματοδότησης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με το να ενταχθούν στον ίδιο οργανωτικό και διοικητικό σχήμα οι οργανισμοί χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη συνίσταται στο ότι οι οργανισμοί, όντες ταυτόχρονα χρηματοδότες και παραγωγοί υπηρεσιών υγείας, για να κερδίσουν τη μάχη της πελατείας, θα ανταγωνίζονται σε νεοτερισμούς κατά τρόπο, ώστε να μειώσουν το κόστος για τον ασθενή, διατηρώντας όμως μια καλή ποιότητα υπηρεσιών.

2.8 Βασικά συμπεράσματα

Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των διαφορετικών μορφών χρηματοδοτήσεων είναι ο τρόπος επιμερισμού του συνολικού κόστους των υπηρεσιών υγείας στο συνολικό πληθυσμό. Η χρηματοδότηση μέσω φορολογίας περιλαμβάνεται στο ευρύτερο σύστημα φορολόγησης ενός κράτους, όπου επιβάλλεται αναλογικά ανάλογα με το ύψος των εισοδημάτων. Τα υψηλότερα εισοδήματα συνεισφέρουν περισσότερο στο σύστημα φορολόγησης σε σχέση με τα χαμηλότερα. Οι άμεσες πληρωμές (Out-of-pocket payments) είναι αναλογικές σε σχέση με την χρήση των υπηρεσιών υγείας και δεν λαμβάνονται ως εισόδημα για το σύστημα υγείας. Οι άμεσες πληρωμές αφορούν χρεώσεις χρηστών (user charges) και αφορούν, κατά ένα μεγαλύτερο ποσοστό, τα χαμηλότερα εισοδήματα.

Οι δύο αυτές προσεγγίσεις, δηλαδή της χρηματοδότησης μέσω της φορολογίας και των χρεώσεων χρηστών αποτελούν την πιο σημαντική διαφορά για το ποιος πληρώνει για τις υπηρεσίες υγείας. Στη φορολόγηση υπάρχει ένα μεγαλύτερο οικονομικό φορτίο στα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ στις χρεώσεις χρηστών στα χαμηλότερα. Αυτή η διαφορά δημιουργεί και τις διαφορετικές πολιτικές προσέγγισης στη χρηματοδότηση των εθνικών συστημάτων υγείας. Κατά τη φορολόγηση, ακόμα, οι υγιείς συνεισφέρουν περισσότερο σε σχέση με τους ασθενείς. Έτσι, η στρατηγική της φορολόγησης μειώνει τα κόστη για τους ασθενείς, ενώ οι χρεώσεις χρηστών είναι μια καλύτερη στρατηγική για τους υγιείς και εύπορους. Έτσι, σε κάθε μίγμα

χρηματοδότησης δημιουργείται μια ανισορροπία μεταξύ των υγείων και εύπορων και των ασθενών και μη εύπορων. Από τη άλλη πλευρά, η κοινωνική ασφάλιση στηρίζεται στις εισφορές των ασφαλισμένων, όπου όμως περιορίζεται από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων και από το ύψος των εισφορών. Όμως, η αναλογικότητα των δαπανών υγείας που χρηματοδοτούνται από τη φορολογία είναι θετικά συσχετισμένη με τα συνολικά έξοδα που απαιτούν οι υπηρεσίες υγείας.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση στις περιπτώσεις χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, δεν υπάρχει η καλύτερη επιλογή, αφού ένα μίγμα χρηματοδότησης που θα χρησιμοποιεί πόρους από όλες τις περιπτώσεις είναι περισσότερο αποτελεσματικό και αποδοτικό. Είναι κρίσιμο, όμως για τους λήπτες αποφάσεων να διακρίνουν σε ποια φάση βρίσκεται η οικονομία μιας χώρας και με βάση αυτό, να καθορίζουν τις στρατηγικές μίγματος, ώστε να αποφεύγεται και η συνεχόμενη και πολλές φορές ανεξέλεγκτη αύξηση των ιατρικών δαπανών, αλλά και να υπάρχει δικαιότερη κατανομή των παροχών υγείας στους πολίτες μιας χώρας.

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

3.1 Ο ρόλος του κράτους

Ο ρόλος του κράτους έχει σαφώς αλλάξει και μετασχηματιστεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες, όπου περιορίζεται από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά εξακολουθεί να έχει τον βασικό εποπτικό έλεγχο όλου του συστήματος υγείας.

Η υγεία αποτελεί μια πολύ σημαντική πτυχή, που κανένας ιδιωτικός φορέας δεν μπορεί να καλύψει στην ολότητά του. Όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, οικονομικής κατάστασης αντιμετωπίζονται από το κράτος συλλογικά και όχι ατομικά, όπως κάνει ο ιδιωτικός φορέας. Και ακόμη να προάγει τις οικονομικές επενδύσεις και να υλοποιήσει τις απαραίτητες υποδομές, ώστε το κράτος να είναι κοινωνικά οργανωμένο και να αντιμετωπίζει συλλογικά τους κοινωνικούς κινδύνους και να προάγει την κοινωνική ευημερία. Σε αυτό το συνολικό πλαίσιο λειτουργίας του κράτους, ο ρόλος του είναι καθοριστικός.

Έτσι, διαμορφώνεται μια διαφοροποίηση μεταξύ του κράτους-πρόνοια και του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Η έννοια του κράτους-πρόνοια είναι ευρύτερη και περιλαμβάνει διάφορες κοινωνικές πτυχές των πολιτών, ενώ το σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι μια ειδικότερη έννοια που περιλαμβάνει την οικονομική του διάσταση, τις δαπάνες (κοινωνικές δαπάνες) και τα έσοδα (ασφαλιστικές εισφορές και φόροι στο εισόδημα) που είναι απαραίτητα για τη χρηματοδότηση των δαπανών του.

Για παράδειγμα, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα δέχεται ισχυρές πιέσεις από τη μεγάλη ανεργία και τη γήρανση του πληθυσμού, αλλά και από την συνεχιζόμενη οικονομική κρίση, που καθιστούν το σύστημα μελλοντικά αβέβαιο και ανίσχυρο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αφού η χρηματοδότηση είναι πολύ μικρή. Ακόμα, οι σημαντικές εισροές μεγάλου πλήθους μεταναστών καθιστούν τη δημόσια υγεία επιρρεπή σε έξαρση επιδημιών και αποτελούν μια επιπρόσθετη πίεση στο αδύναμο σύστημα υγείας.

Οι μεσογειακές χώρες (Ιταλία-Ελλάδα-Ισπανία-Πορτογαλία) υιοθέτησαν ένα εθνικό σύστημα υγείας εμπνευσμένο από το αγγλικό μοντέλο. Άλλες, όπως η

Γερμανία, η Ολλανδία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο δίνουν βάρος σε ένα σύστημα φιλελεύθερης παράδοσης. Η Γαλλία επέλεξε κατά ένα μέρος το φιλελεύθερο σύστημα.

Τα κράτη μέλη της Ε.Ε. αντιλαμβάνονται ότι το σύγχρονο κράτος πρόνοιας αδυνατεί πλέον να παρέχει αφθονία υπηρεσιών υγείας σ' αυτούς που τις χρειάζονται. Κατ' αρχήν υπάρχουν οι περιορισμοί των χρηματοδοτικών μέσων που διαθέτει μια χώρα. Για να καταστεί δυνατή η εκπλήρωση του όρου της δίκαιης μεταχείρισης στον τομέα της φροντίδας της υγείας, είναι βασικό όπως το κόστος της φροντίδας υγείας να αναληφθεί από την κοινωνία ως σύνολο. Τα όρια αυτού του κόστους αποτελούν υπόθεση της κάθε χώρας.

3.1.1 Δομή του κράτους

Η δομή του κράτους στον τομέα της υγείας έχει μεταβληθεί με την πάροδο του χρόνου. Κύριος λόγος αποτελεί η μετεξέλιξη της κοινωνίας, όπου η αλλαγή αυτή οδηγεί και σε νέα πρότυπα υγείας. Η ασφάλεια που παρέχει το κράτος ως πάροχος υγειονομικής περίθαλψης είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που εξελίσσει την παρουσία του στα συστήματα υγείας. Οι κοινωνικές αλλαγές, τα εργασιακά πρότυπα, οι νέες μορφές οικονομικής ανάπτυξης καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη ενός κρατικού παρόχου. Αλλά δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας και από ιδιώτες και ότι πρέπει αποκλειστικά να παρέχεται μόνο από το κράτος. Το κράτος- πρόνοιας στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρουσιάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών τους αναγκών. Τα διαφορετικά αυτά χαρακτηριστικά σχηματίζονται ανάλογα με το πως διαπλέκεται το κράτος, η αγορά και η οικογένεια στον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών.

Σύμφωνα με αυτή την ιδέα διακρίνονται τέσσερα διαφορετικά είδη κράτους – πρόνοιας (Χλέτσος, 2010, σελ. 6-7) :

1. το φιλελεύθερο, το οποίο συναντάται κυρίως στη Μ. Βρετανία και στην Ιρλανδία. Ο ρόλος του κράτους είναι να εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικής προστασίας

2. το κορπορατιστικό, το οποίο συναντάται κυρίως στην Ηπειρωτική Ευρώπη. Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από τον ενεργό ρόλο του κράτους στην παροχή κοινωνικής προστασίας.
3. Το κοινωνικοδημοκρατικό, το οποίο συναντάται κυρίως στις σκανδιναβικές χώρες. Ο ρόλος του κράτους είναι καθολικός και παρέχει κοινωνική προστασία προς όλους ανεξαρτήτως του εισοδήματός τους ή της θέσης τους.
4. Το νότιο μοντέλο, που συναντάται στις χώρες του Νότου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Βασικό χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι ότι οι ατομικές δαπάνες διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και λειτουργούν συμπληρωματικά ως ένα βαθμό με το κράτος.

Ο ρόλος του κράτους στην Ελλάδα διέπεται με βάση το τελευταίο μοντέλο και αυτό διότι στην Ελλάδα ο χαρακτήρας της κοινωνικής πολιτικής είναι αποσπασματικός, οι ατομικές δαπάνες είναι σημαντικές, υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών με άνιση κατανομή των φορολογικών υποχρεώσεων και υπάρχει μεγάλος βαθμός αναποτελεσματικής πολιτικής της υγείας, λόγω γραφειοκρατικών πρακτικών και μη λειτουργικών διοικήσεων.

Έτσι ο ρόλος του κράτους στη σύγχρονη εποχή στον τομέα της υγείας πρέπει να εκσυγχρονιστεί όσον αφορά τον τρόπο οργάνωσης απαγκιστρωμένο από συνδικαλιστικά και κομματικά πρότυπα, να αυξήσει το εύρος της προσφερόμενης κάλυψης υπηρεσιών υγείας, να μπορεί να χρηματοδοτεί τις δαπάνες του και κυρίως να είναι αποτελεσματικό ως προς το σκοπό της σωστής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

3.2 Αρχές και χαρακτηριστικά μοντέλων παροχής υπηρεσιών υγείας

Στα σύγχρονα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας εμπεριέχονται τρεις βασικές αρχές, οι οποίες ταυτόχρονα αποτελούν και προκλήσεις για την εκπλήρωσή τους. Οι αρχές αυτές είναι α) η αποτελεσματικότητα, β) η αποδοτικότητα και γ) η αρχή της ισότητας ή της κοινωνικής δικαιοσύνης⁶.

⁶ Προσαρμογή από “Συστήματα υγείας: Θεωρία και Πράξη, Ιατρικό Αθηνών, 2000”

Η πρώτη αρχή της αποτελεσματικότητας αναφέρεται στη σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Οι εισροές του συστήματος υγείας είναι πολλαπλές και ορισμένες απ' αυτές είναι δύσκολο να μετρηθούν, γιατί σχετίζονται με ποιοτικές διαστάσεις. Δεν αρκεί ο αριθμός του ιατρικού ή του νοσηλευτικού προσωπικού ή οι ώρες απασχόλησης του, αλλά η γνώση, η εμπειρία τους, ο τρόπος άσκησης τους επαγγέλματός τους, η συνεργασία τους και η επικοινωνία τους με το περιβάλλον. Το κύριο ερώτημα όπως που προκύπτει και έχει άμεση σχέση με την αρχή της αποτελεσματικότητας είναι κατά πόσο η αύξηση των δαπανών που επήλθε τα τελευταία χρόνια πράγματι βελτίωσε το επίπεδο υγείας. Κατά πόσο οι εισροές και οι πόροι που διοχετεύτηκαν στο σύστημα υγείας κατάφεραν να επιφέρουν κάποιο αποτέλεσμα. Και αυτό σχετίζεται με την αποδοτικότητα των αποφάσεων. Ο βαθμός ορθολογικότητας μιας οποιασδήποτε μεμονωμένης απόφασης εξαρτάται και επηρεάζεται από το βαθμό της ορθολογικότητας των συνθηκών μέσα στις οποίες δρα ο αποφασίζων. Όταν λείπουν η γνώση, η υποδομή και το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό εξυπακούεται ότι ο βαθμός της ορθολογικότητας θα είναι χαμηλός. Σαν αποτέλεσμα, το σύστημα θα λειτουργεί με χαμηλού βαθμού αποτελεσματικότητα ως προς το διοικείν. Στην κοινωνική πολιτική παρατηρείται μια σημαντική απόκλιση μεταξύ των νομοθετικών ρυθμίσεων (απόφαση) και του βαθμού τους (υλοποίηση). Όταν υπεισέρχονται οι παραπάνω συνθήκες, η απόκλιση επεκτείνεται και το σύστημα χαρακτηρίζεται από μη υλοποίηση αποφάσεων.

Η δεύτερη αρχή είναι της κλινικής αποδοτικότητας και αναφέρεται στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων. Είναι αναγκαίο να γίνεται αποτελεσματική χρήση των ιατρικών εξετάσεων που θα επιφέρουν τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων, χωρίς την κατασπατάληση πόρων και εξοπλισμού.

Η τρίτη βασική αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης έχει έντονες πολιτικές διαστάσεις, γιατί βασίζεται σε ηθικά κριτήρια ή αξιώματα για την κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων υγείας. Για παράδειγμα, πολλές μελέτες που έγιναν στο εξωτερικό και την Ελλάδα έδειξαν ότι οι χαμηλές κοινωνικές και οικονομικές τάξεις έχουν και ένα χαμηλότερο επίπεδο υγείας. Η ισότητα μπορεί να εξετασθεί ως προς τις περιφέρειες, ως προς τα δικαιώματα των ασθενών, ως προς το μέγεθος της πληροφόρησης, ως προς την προσπελασιμότητα, ως προς την χρήση των υπηρεσιών υγείας, ως προς την κατανομή των υπηρεσιών υγείας, ως προς την κατανομή του οικονομικού βάρους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (Κονδύλης, 2009). Φυσικά η εμπειρία από τα υγειονομικά συστήματα έχει δείξει ότι

τόσο στα ιδιωτικά όσο και στα δημόσια ασφαλιστικά συστήματα υπάρχουν έντονες ανισότητες. Πέρα από τις ανισότητες υπάρχουν επίσης ανορθολογική χρήση των κλινικών πόρων και αναποτελεσματική διαχείριση των εισροών.

Από τη μια πλευρά ο ιδιωτικός τομέας δημιουργεί ανισότητα ως προς την προσπέλαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω του συστήματος τιμών, από την άλλη πλευρά όμως ο δημόσιος τομέας αναπτύσσει έντονα γραφειοκρατικές λειτουργίες που οδηγούν σε μακροχρόνιες λίστες αναμονής και αναπόφευκτη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Τα τρία αυτά κριτήρια δεν έχουν επιτευχθεί ταυτόχρονα από κανένα σύστημα. Η οικονομική ανάλυση μας δίνει ένα σημαντικό κοινό στόχο στον οποίο θα πρέπει να αποβλέπουν όλα τα συστήματα υγείας. Δίνει τη δυνατότητα να αξιολογηθούν οι υπάρχουσες διαφορές και να διαμορφωθούν ορθολογικότερες πολιτικές διαχείρισης των πόρων υγείας. Παράλληλα, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης δεν υπήρξαν ποτέ τόσο υψηλές, απορροφώντας ένα ολοένα και αυξανόμενο μερίδιο του εθνικού εισοδήματος.

3.3 Τα βασικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας

Τα βασικά μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, α) το φιλελεύθερο μοντέλο, β) το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και γ) το εθνικό σύστημα υγείας. Το κάθε σύστημα έχει τα δικά του πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, αλλά όλα πρέπει να βασίζονται σε κοινούς στόχους και σκοπούς, που δεν είναι άλλοι από την εξυπηρέτηση των πολιτών με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Ο κρισιμότερος παράγοντας που διαφοροποιεί τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ο οικονομικός. Η οικονομική διάσταση επηρεάζει ποιο μοντέλο θα χρησιμοποιηθεί, αφού η χρηματοδότησή του είναι ο βασικός ρόλος επιλογής του. Είναι πλέον εμφανές ότι οι υψηλές κατά κεφαλή δαπάνες φροντίδας υγείας δεν επιφέρουν και υψηλότερο επίπεδο υγείας. Η διαθεσιμότητα των πόρων όσον αφορά τους στόχους της φροντίδας υγείας δεν φαίνεται να καθορίζει το επίπεδο υγείας μιας κοινωνίας. Μια κοινωνία που δαπανά κατά κεφαλή σημαντικά χρηματικά ποσά για τη φροντίδα υγείας δεν διαθέτει κατ' ανάγκην υψηλότερο επίπεδο υγείας από μία χώρα που δαπανά κατά κεφαλή λιγότερα.

Η τεχνολογία είναι ένας άλλος παράγοντας επιλογής του κατάλληλου συστήματος υγείας. Οι διαρκώς αναπτυσσόμενες ιατρικές τεχνολογικές καινοτομίες δημιουργούν νέες δυνατότητες στη φροντίδα και την περίθαλψη των ασθενών, που δεν μπορούσαν να βοηθηθούν στο παρελθόν. Οι νέες δυνατότητες είναι όμως κατά το πλείστον μάλλον δαπανηρές. Οι περιορισμοί του διαθέσιμου εισοδήματος ενισχύουν τη διαμόρφωση επιλογών σχετικά με την αποδοχή ή μη των νέων τεχνολογικών μεθόδων και με τις κοινωνικές ομάδες που θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Αυτά είναι τα προβλήματα τόσο πολιτικού, όσο και ηθικού χαρακτήρα.

Η αυξανόμενη ανάγκη λόγω της διεύρυνσης της ιατρικής ένδειξης απαιτεί την αύξηση των εγκαταστάσεων φροντίδας της υγείας. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο οικονομικό πρόβλημα της κατανομής των σπάνιων πόρων και στο ιατρικό πρόβλημα της επιλογής των ασθενών που πρέπει πρώτοι να τύχουν φροντίδας. Το ερώτημα που τίθεται σήμερα στα διάφορα κράτη αφορά τον έλεγχο του κόστους μέσα στο δεδομένο πολιτικό πλαίσιο της ίσης πρόσβασης και της καλής ποιότητας για όλους όσους χρειάζονται φροντίδα και περίθαλψη.

Η ελεύθερη επιλογή των υπηρεσιών προϋποθέτει από την πλευρά του χρήστη πλήρη γνώση των τιμών των ποσοτήτων και της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών. Η διαφορά γνώσης ανάμεσα στο χρήστη και στο διανεμητή-παραγωγό είναι τόσο μεγάλη, ώστε η κυριαρχία του καταναλωτή αναιρείται. Είναι βέβαιο παράλληλα, ότι τα συστήματα υγείας μπορούν και έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν διαδικασίες και λειτουργίες μέσα στις οποίες μπορεί να γίνει σεβαστή η επιλογή του χρήστη. Να γίνει σεβαστή η επιλογή του χρήστη ενός δικτύου φροντίδων που μπορεί να του εξασφαλίσει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας.

Ορισμένες κυβερνήσεις εξετάζουν ενδεχόμενη λύση η οποία θα προέλθει από ένα σύστημα φροντίδας της υγείας περισσότερο προσανατολισμένο προς την αγορά, ενώ άλλες έχουν πεισθεί ότι ένα εθνικοποιημένο σύστημα υγείας θα υλοποιήσει τους στόχους τους.

3.3.1 Το φιλελεύθερο μοντέλο

Το φιλελεύθερο μοντέλο υποστηρίζει ότι το κράτος πρέπει να είναι ένας ουδέτερος μηχανισμός, ο οποίος παρεμβαίνει στην αγορά μόνο όταν είναι εντελώς απαραίτητο. Δηλαδή μόνο όταν η ρύθμιση της οικονομικής τάξης δεν μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τους μηχανισμούς της αγοράς. Το κράτος πρόνοια αντιμετωπίζεται ως μια κακή

εξάπλωση του κρατικού μηχανισμού, που υποκαθιστά την ενεργητικότητα της κοινωνίας, μέσω μιας παθητικής οικονομικής κατάστασης που, έτσι κι αλλιώς δεν δίνει κίνητρα για ανάπτυξη των κοινωνικών και οικονομικών δομών, αφού όλοι θα έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το δημόσιο δεν είναι σε θέση να συνδυάσει τις ανάγκες του πληθυσμού με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται δυσαρέσκειες από την πλευρά των πολιτών. Η κριτική που γίνεται στο δημόσιο σύστημα είναι ότι η αύξηση της φορολογίας δεν είναι η λύση για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, αφού αποθαρρύνει τις επενδύσεις και την τάση για εργασία. Ακόμα, η παρουσία έντονης γραφειοκρατίας σπαταλά σημαντικούς πόρους, που μια ιδιωτική πρωτοβουλία θα μπορούσε να αξιοποιήσει πολύ περισσότερο αποτελεσματικά.

Η νεοκλασική αντίληψη της οικονομίας αναφέρεται στην ελεύθερη αγορά, όπου προϊόντα και υπηρεσίες πρέπει να ανταποκρίνονται στην ισορροπία μεταξύ ζήτησης και προσφοράς. Οι υποθέσεις που χρησιμοποιούνται από την νεοκλασική σχολή είναι ότι τα αγαθά χαρακτηρίζονται ως ιδιωτικά, το κόστος συναλλαγών είναι μηδενικό και τα δικαιώματα των προϊόντων είναι επακριβώς διατυπωμένα. Έτσι, δημιουργείται αναποτελεσματικότητα και ανισότητα στο τομέα της υγείας όταν δημόσια αγαθά διανέμονται μέσω ανταγωνιστικών αγορών ή ιδιωτικά αγαθά παράγονται από ένα δημόσιο μονοπώλιο. Ακόμα, πολλές υπηρεσίες που θεωρούνται δημόσιες έχουν τα χαρακτηριστικά των ιδιωτικών αγαθών, όπως τις εξωτερικότητες ή είναι αποκλειστικά με την έννοια ότι η κατανάλωση από έναν καταναλωτή αποκλείει έναν άλλον.

Σε αυτό το μοντέλο η υγεία αποτελεί κυρίως ένα ιδιωτικό αγαθό, αφού η υγεία αντιμετωπίζεται ως κατ' εξοχήν ζήτημα ατομικής ευθύνης και η βελτίωση της ή όχι εξαρτάται αποκλειστικά από το άτομο. Η υγεία αντιμετωπίζεται ως ένα καταναλωτικό αγαθό με τα χαρακτηριστικά της α) ανταγωνιστικότητας, όπου ο μηχανισμός των τιμών διέπεται από τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης, β) της αποκλειστικότητας, όπου η χρήση μιας υπηρεσίας αποκλείει κάποιο άλλο άτομο από την χρήση της αντίστοιχης υπηρεσίας, και γ) τη δυνατότητα επιλογής των υπηρεσιών υγείας, μέσω της ορθολογικής τους χρήσης, ανάλογα με το είδος, την ποσότητα, την αξιολόγηση και τον τόπο χρήσης τους.

Στα πλαίσια αυτού του συστήματος ο ρόλος του κράτους, όπως επισημάνθηκε προηγουμένως, είναι ιδιαίτερα περιορισμένος. Το κράτος περισσότερο έχει εποπτικό ρόλο και προσπαθεί να καλύψει κάποιες βασικές υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες

που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Ο μηχανισμός προσφοράς και ζήτησης είναι κυρίαρχος για τη διαμόρφωση των τιμών, που έχει άμεσο αντίκτυπο και στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Στο φιλελεύθερο μοντέλο ο καταναλωτής έχει πλήρη ελευθερία να επιλέξει τον αντίστοιχο ιδιώτη παραγωγό υπηρεσιών υγείας, καταβάλλοντας την αντίστοιχη τιμή που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά. Για παράδειγμα οι ΗΠΑ αποτελούν τον σημαντικότερο εκπρόσωπο του φιλελεύθερου συστήματος υγείας. Η κρατική παρέμβαση στο χώρο της Υγείας στις ΗΠΑ συνίσταται κυρίως στην καταβολή χρημάτων που καλύπτουν την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς (είναι το πρόγραμμα Medicare) και τους ηλικιωμένους (είναι το πρόγραμμα Medicaid).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι⁷ :

- η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται από τους χρήστες των υπηρεσιών με βάση τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών
- η ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα ένα ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο
- η διαμόρφωση του θεσμικού πλαισίου από την πλευρά του κράτους για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να παρεμβαίνει στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών
- εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες
- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς
- εμφανίζεται το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την διαστρέβλωση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, αφού οι ασθενείς δεν μπορούν να λάβουν ορθολογικές αποφάσεις για τις υπηρεσίες που θέλουν να καταναλώσουν.

Η ασύμμετρη πληροφόρηση στο τομέα της υγείας μπορεί να υπάρξει με τρεις βασικούς τρόπους μεταξύ: α) ασθενή και γιατρού, β) ασθενή και διαχειριστή ή συστήματος υγείας και γ) γιατρού και διαχειριστή συστήματος υγείας. Στην ουσία η έλλειψη σωστής και επαρκούς πληροφόρησης οδηγεί σε υψηλότερα κόστη, τόσο τους ίδιους τους ασθενείς όσο και συνολικά το σύστημα υγείας. Η μη σωστή πληροφόρηση, όπως για παράδειγμα η μη καταγραφή ιστορικών ιατρικών αρχείων για τους ασθενείς ή μη γνώση των οικονομικών μεγεθών τόσο του εξοπλισμού όσο

⁷ Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007)

και των θεραπειών οδηγούν ανεπιφύλακτα σε υπέρβαση του κόστους. Ακόμα, η λανθασμένη πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει και σε φαινόμενα διαφθοράς, που ακριβώς βασίζονται στη μη γνώση του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας από τα εμπλεκόμενα μέρη.

Το βασικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος υγείας είναι η περιορισμένη εμπλοκή του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, αποφεύγοντας τη γραφειοκρατία και η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας με απώτερο στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή το μέγεθος και η σύνθεση των σημερινών προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας υλοποιείται μόνο χάρη στον ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών, επιστημόνων, βιομηχανιών και πολλών άλλων. Οι καινοτομίες της ιατρικής τεχνολογίας δημιούργησαν δυνατότητες θεραπείας νόσων που κατά το παρελθόν ήταν αδύνατη. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών φροντίδας υγείας ενισχύει τους προμηθευτές να παρέχουν καλή ποιότητα. Σήμερα, αυξάνεται ταχέως η προσοχή όσον αφορά την καλή ποιότητα, γεγονός το οποίο πρέπει να εξεταστεί σε σχέση με την ποιότητα της ασφάλισης, την ποιότητα του έργου του επαγγελματία, την πιστοποίηση των κατάλληλων επαγγελματιών κ.α.

Τα κυριότερα μειονεκτήματα αυτού του συστήματος υγείας είναι η εμφάνιση υγειονομικών ανισοτήτων, αφού δεν υλοποιεί τη δίκαιη μεταχείριση στον τομέα της φροντίδας υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό και ακόμα δεν επιτυγχάνει την αποδοτικότητα στο σύστημα παροχής φροντίδας της υγείας σε μακροοικονομικό επίπεδο. Αν και υπάρχει η δυνατότητα της ίσης πρόσβασης σε αυτό το σύστημα, περιορίζεται δραματικά από το εισόδημα των καταναλωτών που μπορούν να καλύψουν αυτό το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας, αφού η κάλυψη των υγειονομικών υπηρεσιών εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Ακόμα, ένα βασικό μειονέκτημα είναι η εστίαση στη θεραπεία και στην αποκατάσταση και όχι στην πρόληψη.

3.3.2 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark)

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχτηκε στο πρότυπο του Bismark ο οποίος το 1880 θέσπισε στη Γερμανία το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.

Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Η φιλοσοφία του συστήματος είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτεται στη βάση της λογικής της ασφάλισης.

Τα χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – σύστημα τύπου Bismark είναι τα ακόλουθα⁸ :

- η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης
- η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού
- η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας
- η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού
- οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος
- έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας

Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης αποτέλεσαν δομικό συστατικό ενός νέου τρόπου οργάνωσης του κράτους κυρίως μεταπολεμικά, δημιουργώντας το κράτος πρόνοιας. Η εμφάνισή τους στηρίζεται στην επέκταση της μισθωτής εργασίας, όπου το κράτος παρέχει οικονομική ασφάλεια και κοινωνικές υπηρεσίες σε ολόκληρο τον πληθυσμό ή στο μεγαλύτερο μέρος του, φροντίζει για την αναδιανομή του εισοδήματος και κατοχυρώνει τα εργασιακά και κοινωνικά δικαιώματα. Αυτά τα συστήματα χρηματοδοτούνται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, που είναι υποχρεωτική και καθολική και στηρίζονται στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Ο ρόλος του κράτους συνίσταται τόσο στη χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, όσο και στη χάραξη του γενικότερου προγραμματικού πλαισίου της πολιτικής και της λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Ο κρατικός έλεγχος είναι διττός, τόσο στο επίπεδο της προσφοράς (καθορισμός αμοιβών, προμηθευτών κ.α.), όσο και στο επίπεδο της ζήτησης.

Τρεις βασικές παράμετροι συνιστούν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης α) η αρχή της αλληλεγγύης και αποτελεί θεμελιώδη αρχή της κοινωνικής ασφάλισης της υγείας μεταξύ των ατόμων, β) η προπληρωμή των εισφορών, όπου η συλλογή των

⁸ Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007)

εισφορών γίνεται εκ των προτέρων και ανεξάρτητα από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους και γ) η συλλογή των εισφορών σε κοινό ταμείο, όπου το βάρος επιμερίζεται στα μέλη του ταμείου και με αυτόν τον τρόπο υπάρχει μια κατανομή του οικονομικού κινδύνου, που προκύπτει από τις ατομικές δαπάνες υγείας.

Το κύριο πλεονέκτημα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι η μεγαλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά του σε σχέση με το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Έχει καταφέρει να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Το μειονέκτημα αυτού του συστήματος υγείας είναι ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων ασφαρίζει μόνο τους επαγγελματίες και ότι οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το ταμείο ασφάλισής του.

3.3.3 Το Εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge)

Το εθνικό σύστημα υγείας (σύστημα τύπου Beveridge) έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας. Το σύστημα αυτό αναπτύχθηκε στη βάση των αρχών του Beveridge. Βασική φιλοσοφική ιδέα του εθνικού συστήματος υγείας είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών. Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

Τα εθνικά συστήματα υγείας λειτουργούν βάσει της αρχής ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα. Διέπονται επίσης από τις αρχές της καθολικότητας και της μηδενικής τιμής. Η κάλυψη του πληθυσμού είναι καθολική και ενιαία σε αντίθεση με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όπου η κάλυψη είναι επιλεκτική και στοχοθετημένη. Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι δωρεάν σε όλο τον πληθυσμό σε αντίθεση τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, όπου έχουμε συνεισφορά του ασφαλισμένου στο κόστος. Η κατανάλωση γίνεται με κριτήριο την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής των ασθενών. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος. Το κράτος διατηρεί τον κεντρικό έλεγχο και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και αποφασίζει το είδος και τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σήμερα στα περισσότερα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών συνυπάρχει ένα εθνικό σύστημα υγείας με έναν ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα, τόσο στο τομέα της προσφοράς, όσο και στον τομέα της χρηματοδότησης, ενώ σε άλλες χώρες συνυπάρχει η κοινωνική ασφάλιση με την ιδιωτική ως συμπληρωματική και βοηθητική της κύριας ασφάλισης.

Έτσι, τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι⁹ :

- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία
- η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
- γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο
- κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές

Το εθνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε στα πρότυπα του σχεδίου Beveridge και παρουσιάζει ορισμένα βασικά μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα. Το βασικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι η ενίσχυση του ατομικού δικαιώματος για κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Εκτός όμως της διασφάλισης καθολικής και ισότιμης κάλυψης ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τον τόπο διαμονής τους, υπάρχουν και άλλα πλεονεκτήματα από την ανάπτυξη του εθνικού συστήματος υγείας¹⁰. Τα πλεονεκτήματα που επιφέρει η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- η εξασφάλιση δίκαιης κατανομής των πόρων
- η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείρισή του και στον έλεγχο των δαπανών του
- ότι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα
- ότι δεν υπάρχει διαστρέβλωση στην άσκηση ιατρικής και η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι καλή, αφού ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος
- ότι αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση

Τα μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

⁹ Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας (2007)

¹⁰ Αναφορικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος υγείας βλ. Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης (2001, σ.89-90)

- η ανάπτυξη γραφειοκρατίας που επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος
- η έλλειψη ελευθερίας επιλογής ιατρών και νοσοκομείων από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας
- η αδυναμία αντιμετώπισης ανισοτήτων
- η υπόθαλψη της επαγγελματικής χαλαρότητας των ιατρών
- η εμφάνιση λίστας αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις
- η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάλιστα.

Η ελλιπής πληροφόρηση και όλα τα δημιουργηθέντα προβλήματα προέρχονται και από τη μονοπωλιακή δύναμη του δημόσιου τομέα και αφορά κυρίως νομικούς και οικονομικούς περιορισμούς. Το μονοπώλιο αυτό έχει ως αποτέλεσμα και υψηλότερες τιμές, αλλά και μικρότερη ποσότητα υπηρεσιών, ενώ πολλές φορές θέτει και εμπόδια σε ιδιώτες οι οποίοι θέλουν να επενδύσουν στο χώρο της υγείας. Έτσι, η έλλειψη ανταγωνισμού οδηγεί σε μείωση της ποιότητας και σε μείωση της παραγωγικότητας του δημόσιου τομέα. Η αποτυχία του δημόσιου τομέα μπορεί να συνοψιστεί σε τρεις παραμέτρους και αφορά α) τις επιλογές των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας, β) τη συμμετοχή των άμεσα ενδιαφερόμενων (ασθενών) και γ) η υπευθυνότητα ανά ιεραρχικό επίπεδο.

3.4 Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη

Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη είναι ποικιλόμορφα, αφού καλύπτουν διαφορετικές κοινωνικές ανάγκες, προσπαθώντας να πετύχουν με τον καλύτερο και αποδοτικότερο τρόπο τους στόχους τους. Οι διάφορες μορφές τους προσδιορίζονται κυρίως στην οργάνωση, τη διοίκηση και τη χρηματοδότηση, αλλά θεμελιώνονται και σε μια κοινή βάση, που διατυπώνεται στη φράση *«καθολικότητα, πρόσβαση σε περίθαλψη καλής ποιότητας, ισότητα και αλληλεγγύη»*¹¹. Έτσι, τα συστήματα υγείας μπορούν να διαφέρουν σε πολλούς τομείς, όπως κυρίως αναπτύχθηκαν τις δεκαετίες του '70, του '80 και του '90, όπου διάφοροι οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες μετέβαλλαν τη δομή τους. Για παράδειγμα η οικονομική κρίση στις αρχές της

¹¹ Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης EE C 146 της 22.6.2006.

δεκαετίας του '70, όπως εκφράστηκε μέσα από την πετρελαϊκή κρίση και η γήρανση του πληθυσμού μετά την μεταπολεμική δραματική αύξηση του πληθυσμού, κατά τα τελευταία χρόνια, οδήγησαν σε συνεχείς αναμορφώσεις των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας.

Μεταπολεμικά, τα συστήματα υγείας δεν μπορούσε παρά να είναι αμιγώς κρατικά και το κράτος να παρέχει τις απαραίτητες ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες. Η οικονομική ανάπτυξη και η απαίτηση για νέες και γρήγορες επενδύσεις στον τομέα της υγείας οδήγησε σε μικρή, στην αρχή, συμμετοχή των ιδιωτικών κεφαλαίων, όπου κατά την πάροδο του χρόνου αυξανόταν, δημιουργώντας ένα διαφορετικό πλαίσιο σε σχέση με ένα κρατικό μονοπώλιο. Τα εθνικά αυτά συστήματα υγείας και τα συστήματα που χρηματοδοτούνταν από την κοινωνική ασφάλιση, έδειξαν κατά την ιστορική τους διαδρομή μεγάλη αντοχή και έχουν καταξιωθεί. Ένα από τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη είναι η συνθετότητά τους, αφού αρχικά διαχωρίζονται σε δημόσια και ιδιωτικά, όπου τα ιδιωτικά μπορεί να έχουν κερδοσκοπικό ή μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη είναι ο υποχρεωτικός της χαρακτήρας και αποτελεί μια ουσιαστική διαφορά με την κοινωνική ασφάλιση των ΗΠΑ, όπου η κοινωνική ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική.

Το βασικό πρόβλημα από τις προηγούμενες δεκαετίες είναι ότι δεν μπορούν να δώσουν πλέον αποτελέσματα ανάλογα με τους εισερχόμενους πόρους. Κατά το τελευταίο μισό του 20^{ου} αιώνα, τα Ευρωπαϊκά κράτη ανέπτυξαν τον τομέα της υγείας μέσω κυρίως του σωστού προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας, της ανάπτυξης της έρευνας και της καινοτομίας και στα σχετιζόμενα επαγγέλματα υγείας, στην υιοθέτηση υψηλών κριτηρίων παροχής υπηρεσιών υγείας και βέβαια στην επέκταση της χρηματοδότησής τους.

Τα τελευταία χρόνια, τα συστήματα υγείας της ΕΕ αλληλεπιδρούν ολοένα και περισσότερο μεταξύ τους. Η συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας θα τα βοηθήσει να λειτουργούν καλύτερα όταν βρίσκονται αντιμέτωπα με την αυξανόμενη κινητικότητα των ασθενών και των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν αυξανόμενες κοινές προκλήσεις, που εστιάζονται κυρίως σε δυσοίωνες μελλοντικές προσδοκίες για την συνέχιση και την εξέλιξη της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Αυτές είναι: το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, η γήρανση του πληθυσμού που σχετίζεται με αύξηση των χρόνιων νόσων και της πολυνοσηρότητας, οδηγώντας σε

αυξανόμενη απαίτηση για υγειονομική περίθαλψη, οι ελλείψεις και η άνιση κατανομή των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, οι ανισότητες υγείας και οι ανισότητες πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη.

3.5 Αξονες μελλοντικής ανάπτυξης των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη

Η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας περιορίζεται από την πρόσφατη οικονομική κρίση, αφού οι δημοσιονομικοί πόροι είναι σε έλλειψη. Η κατάσταση αυτή θέτει σε κίνδυνο την ικανότητα των κρατών μελών να παρέχουν καθολική πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη καλής ποιότητας. Τα συστήματα υγείας πρέπει να είναι ανθεκτικά, δηλαδή πρέπει να μπορούν να προσαρμόζονται αποτελεσματικά σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα, αντιμετωπίζοντας σημαντικές προκλήσεις με περιορισμένους πόρους.

Η αυξανόμενη αλληλεξάρτηση και οι κοινές προκλήσεις απαιτούν στενότερη συνεργασία. Το 2006 τα κράτη μέλη συμφώνησαν σε κοινούς στόχους σε ό,τι αφορά την προσβασιμότητα, την ποιότητα και την οικονομική βιωσιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο της ανοικτής μεθόδου συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη. Το 2011 το Συμβούλιο των υπουργών Υγείας καθιέρωσε μια διαδικασία προβληματισμού σε επίπεδο ΕΕ για να βοηθήσει τα κράτη μέλη να παρέχουν σύγχρονα, ευαίσθητα και βιώσιμα συστήματα υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, COM 2014-215 Final).

Ακόμα, υπογραμμίζει την ανάγκη να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και η οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, με παράλληλη ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς τους και της ικανότητάς τους να ανταποκρίνονται στις κοινωνικές ανάγκες και να εξασφαλίζουν στοιχειώδη δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας. Το γεγονός αυτό είχε ήδη επισημανθεί σε έντεκα κράτη μέλη¹² το 2013, όταν έλαβαν σύσταση για μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας τους. Οι συστάσεις εστιάζονταν στη βιωσιμότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, επισημαίνοντας την ανάγκη μεταρρυθμίσεων στον τομέα των νοσοκομείων, στην τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, την εξωνοσοκομειακή

¹²Αυστρία, Βουλγαρία, Τσεχική Δημοκρατία, Γερμανία, Φινλανδία, Γαλλία, Μάλτα, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία και Ισπανία.

περίθαλψη και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η επιδίωξη της ευρωπαϊκής ενοποίησης περιλαμβάνει και άλλα κριτήρια εκτός αυτών των ελευθεριών.

Τα δύο βασικά μοντέλα του υποχρεωτικού Ευρωπαϊκού συστήματος υγείας είναι α) το Bismarckian Μοντέλο και β) το Beveridgian Μοντέλο, όπου κοινό τους χαρακτηριστικό είναι η αναδιανομή των κοστών. Ειδικότερα το πρώτο μοντέλο βασίζεται στις υποχρεωτικές συνεισφορές από μισθούς, ενώ το δεύτερο στηρίζεται στην άντληση πόρων από τη φορολογία.

Συγκεκριμένα, δύο κριτήρια επηρεάζουν την εξέλιξη των συστημάτων υγείας.

1. Η κατανομή ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, η αποκέντρωση-συγκέντρωση της ρυθμιστικής εξουσίας, που ενυπάρχουν στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, πραγματοποιούνται σε ένα περιβάλλον, όπου κυριαρχούν τα μοντέλα των Bismarck και Beveridge.
2. Η αρχή της επικουρικότητας, που επιβλήθηκε ως ουσιαστικό στοιχείο της ευρωπαϊκής ενοποίησης. Είτε πρόκειται για την Ε.Ε. ή τα κράτη, είτε για τις περιφέρειες ή τοπικές αρχές ανακύπτει το ερώτημα, ποια είναι η πλέον κατάλληλη συλλογικότητα όσον αφορά την εξασφάλιση μιας αποτελεσματικής, αποδοτικής και δίκαιης παροχής και οργάνωσης των συστημάτων υγείας. Η συμπληρωματικότητα των δημόσιων αρχών με μια ιδιωτική προσφορά κυριαρχεί για μεγάλη χρονική περίοδο στην Ευρώπη.

Έτσι η εξέλιξη των συστημάτων υγείας στα κράτη μέλη της Ε.Ε. εστιάζεται σε τρεις βασικούς πυλώνες¹³:

1. *Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας.*

Η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με την ασφάλεια των ασθενών είναι βασικά συστατικά της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Ζητούμενο είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας γίνεται ολοένα και πιο σημαντική και περιλαμβάνει δείκτες όπως την μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, την εξάλειψη μεταδοτικών νόσων, την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου κ.α. Ακόμα, εξωγενείς παράγοντες, όπως η μείωση του καπνίσματος, η μικρότερη κατανάλωση αλκοόλ, η καλύτερη διατροφή και άσκηση βοηθούν στην αποτελεσματικότητα ενός

¹³ Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM 2014, 215 Final – Ανακοίνωση της επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας.

συστήματος υγείας. Όλοι οι προηγούμενοι παράγοντες διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα, δημιουργώντας ανισοροπίες μεταξύ των συστημάτων υγείας.

2. Βελτίωση της προσβασιμότητας σε υγειονομική περίθαλψη.

Τα συστήματα υγείας πρέπει να είναι προσβάσιμα. Πρόκειται για μία από τις αρχές που διατυπώνονται στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη¹⁴, ο οποίος υπογραμμίζει τη σημασία των διαφανών κριτηρίων για την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη και την υποχρέωση των κρατών να διαθέτουν επαρκές σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που δεν αποκλείει τμήματα του πληθυσμού από τη λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η προσβασιμότητα στα κράτη μέλη υπολογίζεται με βάση τον χρόνο αναμονής, την απόσταση που διανύεται και τη συμμετοχή του ασφαλισμένου στις δαπάνες.

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη «είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ διαφόρων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων της κάλυψης του συστήματος υγείας (ποιος δικαιούται υγειονομική περίθαλψη), της έκτασης της κάλυψης (τι δικαιούνται οι πολίτες), του προσιτού κόστους και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται επίσης άμεσα από την οργάνωση και τα μοντέλα διαχείρισης που χρησιμοποιούνται στα συστήματα υγείας. Οι ασθενείς ενδέχεται να θεωρήσουν δυσκολότερη την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αν τα συστήματα υγείας είναι πολύπλοκα και αδιαφανή¹⁵». Ένα βασικό στοιχείο διαφοροποίησης μεταξύ των χωρών και επηρεάζει σημαντικά την προσβασιμότητα είναι η τιμολόγηση των φαρμάκων και η επιστροφή των εξόδων προς τους πολίτες. Τα νέα φάρμακα δεν γίνονται διαθέσιμα και με τις ίδιες τιμές σε όλα τα κράτη μέλη ταυτόχρονα περιορίζοντας την προσβασιμότητά των συστημάτων υγείας.

3. Βελτίωση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας.

Κρίσιμη παράμετρος για την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας είναι η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητά τους. Και αυτό στηρίζεται στη συνεχή οικονομική υποστήριξή τους, διαφορετικά ένα σύστημα χωρίς χρηματοδοτικούς πόρους καταρρέει. Σε αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ένα σύστημα υγείας πρέπει να προσαρμόζεται σε μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα και εφαρμόζει καινοτόμες λύσεις για την αντιμετώπιση σημαντικών προκλήσεων, όπως την έλλειψη πόρων, την

¹⁴ Αναθεωρημένος Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, Στρασβούργο, 3 Μαΐου 1996.

¹⁵ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, COM 2014-215 Final.

απροσδόκητη αύξηση της ζήτησης (π.χ. λόγω επιδημιών), οι οποίες δεν εστιάζουν αποκλειστικά σε οικονομικούς δείκτες. Η Ε.Ε. έχει εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που βοήθησαν ορισμένα συστήματα υγείας να διαφυλάξουν τις προσβάσιμες και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τον πληθυσμό τους. Αυτοί οι παράγοντες είναι: Α) σταθεροί χρηματοδοτικοί μηχανισμοί, όπου υποστηρίζουν την απρόσκοπτη παροχή υπηρεσιών υγείας. Αν το σύστημα υγείας δεν έχει σταθερό χρηματοδοτικό μηχανισμό και στηρίζεται σε εισφορές της εργασίας, τότε είναι ευάλωτο σε περίπτωση μακροχρόνιας ανεργίας. Β) ορθές μέθοδοι προσαρμογής του κινδύνου, που σημαίνει ότι οι πόροι διατίθενται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού. Γ) Χρηστή διακυβέρνηση, δηλαδή καθορισμένες αρμοδιότητες με σαφή και λειτουργική οργανωτική δομή. Δ) Ροές πληροφοριών στο σύστημα, όπου η πληροφόρηση παίζει ουσιαστικό ρόλο στη λήψη αντικειμενικών και ορθολογικών αποφάσεων. Ακόμα, τα συστήματα πληροφοριών είναι πολύ σημαντικά στην ηλεκτρονική υγεία, αφού με αυτό τον τρόπο προσφέρεται εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη, η οποία είναι περισσότερο στοχευμένη, αποτελεσματική και αποδοτική και συμβάλλει στη μείωση των σφαλμάτων. Ε) Επαρκής κοστολόγηση των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή πώς οι δαπάνες μετατρέπονται σε υλικούς πόρους, που θα βοηθήσουν τα συστήματα υγείας στις διάφορες παροχές υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM 2014, pp. 11-13).

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή «η ικανότητα ακριβούς κοστολόγησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι μόνο απαραίτητη για τον έλεγχο των δαπανών, αλλά και προαπαιτούμενο για αποτελεσματικές αποφάσεις όσον αφορά τις επενδύσεις και τον καθορισμό προτεραιοτήτων». Στ) Κατάλληλο εργατικό δυναμικό, δηλαδή προσωπικό με εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στον τομέα της υγείας, που θα μπορεί να διαχειρίζεται κατάλληλα τους πόρους και τον εξοπλισμό, είτε σε βάση χρηματοδοτική είτε σε βάση παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ένας εναλλακτικός τρόπος για να διατηρηθεί η καθολική κάλυψη του ευρωπαϊκού πληθυσμού και η πρόσβασή του σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, πιθανόν, θα μπορούσε να ήταν η δημιουργία ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος υγείας και χρηματοδότησης (όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής), το οποίο θα είχε την έδρα του στις Βρυξέλλες. Θα μπορούσε, δηλαδή, όπως στις ΗΠΑ, το ενιαίο ευρωπαϊκό σύστημα υγείας να βασίζεται σε τέσσερις συντελεστές:

1. Οι αγοραστές (άτομα, επιχειρήσεις που πληρώνουν την ασφάλιση υγείας των υπαλλήλων τους και οι κυβερνήσεις), και

2. Οι ασφαλιστές να αντικατασταθούν από έναν οργανωμένο φορέα αγοραστή, όπως είναι στην Ελλάδα ο ΕΟΠΥΥ, αποτελώντας τον κύριο αγοραστή της φροντίδας υγείας της κάθε χώρας.
3. Οι παροχείς (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, φαρμακεία, ιατροί κ.ά.) να υπόκεινται στο έναν και μοναδικό οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας σε κάθε χώρα. Τόσο ο κύριος αγοραστής των υπηρεσιών υγείας κάθε χώρας όσο και οι παροχείς θα υπάγονται απευθείας στο κοινό ευρωπαϊκό σύστημα υγείας.
4. Οι προμηθευτές (φαρμακευτικές εταιρείες, εταιρείες φαρμακευτικών ειδών) να έχουν εισαχθεί ανταγωνιστικά (οιονεί αγορά) σε κάθε χώρα και να ελέγχονται από το κοινό ευρωπαϊκό σύστημα υγείας.

3.6 Βασικά Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη αποτελούν πρωταρχική ευθύνη των κρατών μελών. Η Ε.Ε. έχει εποπτικό χαρακτήρα και προσπαθεί μέσω οδηγιών και κατευθυντήριων γραμμών να προάγει με τον καλύτερο τρόπο την παροχή υπηρεσιών υγείας στα κράτη-μέλη. Ακόμα, σκοπός της είναι η μείωση των ανισοτήτων με την παροχή υποστήριξης στα κράτη μέλη των οποίων οι επιδόσεις είναι κατώτερες από τον μέσο όρο της ΕΕ για να βοηθήσει στη βελτίωση της κατάστασής τους. Οι κυριότερες ενέργειες της Ε.Ε. αφορούν:

- την ανάπτυξη εξατομικευμένου συστήματος υποβολής εκθέσεων από τις χώρες
- την εντατικοποίηση της συνεργασίας με διεθνείς οργανισμούς, ιδίως τον ΟΟΣΑ και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.
- τη μείωση της εξάρτησης των συστημάτων υγείας από τα νοσοκομεία, μέσω της καλύτερης ολοκλήρωσης της περίθαλψης σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, με έμφαση στην πρόληψη.
- τον καλύτερο προγραμματισμό των απαιτήσεων σε εργατικό δυναμικό με τις ανάλογες δεξιότητες προκειμένου να καλυφθούν αποδοτικά οι αναμενόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμα, καλύτερη κινητικότητα του εργατικού δυναμικού μεταξύ των κρατών μελών, λαμβάνοντας υπόψη το δικαίωμα της ελεύθερης κυκλοφορίας στην Ε.Ε.

- στις ενέργειες για μια ανταγωνιστική φαρμακευτική βιομηχανία, με ανάπτυξη μηχανισμών για αυξημένη διαφάνεια και καλύτερο συντονισμό με σκοπό την ελαχιστοποίηση των ακούσιων συνεπειών που μπορεί να έχουν τα υφιστάμενα εθνικά συστήματα τιμολόγησης όσον αφορά την προσβασιμότητα σε ολόκληρη την ΕΕ.
- την διεύρυνση των επιλογών των ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη για την αποφυγή αδικαιολόγητων καθυστερήσεων στη λήψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, με σημαντική παράμετρο την πληροφόρηση των πολιτών.
- την αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας (αποτελεσματικότητα, κόστος, κατάλληλα συστήματα πληροφόρησης, ηλεκτρονική υγεία).

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΑΝΑΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Οι λόγοι της αναδιάρθρωσης των συστημάτων υγείας

Ο κυριότερος λόγος ανασυγκρότησης των συστημάτων υγείας εστιάζεται κυρίως στον οικονομικό τομέα και κυρίως στη συγκράτηση του κόστους. Όλα τα ευρωπαϊκά κράτη ήρθαν αντιμέτωπα με ένα ολοένα και αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και ταυτόχρονα με ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του γενικού πληθυσμού. Σε συνδυασμό με τις τεχνολογικές και οργανωτικές καινοτομίες, τις νέες ικανότητες και δεξιότητες και την κάλυψη ολοένα και μεγαλύτερου ποσοστού του πληθυσμού, οδήγησε τα κράτη να κατανέμουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό του ΑΕΠ στον τομέα της υγείας από τη δεκαετία του 1980 και μετά.

Άλλος σημαντικός παράγοντας αποτελεί η αλλαγή της οικονομικής αντίληψης των κυβερνήσεων που αναδύθηκαν κατά την οικονομική ύφεση της δεκαετίας του 1970. Η νέα οικονομική αντίληψη διαρθρώθηκε στα πλαίσια των φοροαπαλλαγών, ώστε να ενισχυθεί το ιδιωτικό κεφάλαιο και στην αυστηρή επιτήρηση των δημοσίων ελλειμμάτων, που δεν έπρεπε να ξεπερνά το 3% του ΑΕΠ. Ο συνδυασμός αυτών των δύο παραγόντων οδήγησε σε χρηματοδοτική κρίση όλα τα υπάρχοντα συστήματα υγείας, τα οποία συνεπακόλουθα οδηγήθηκαν σε μεγάλες περικοπές κόστους.

Το ιδιωτικό κεφάλαιο είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας στον τομέα της υγείας, αφού δίνει το περιθώριο επενδύσεων περιορισμένου ρίσκου, λόγω της ανελαστικότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι ανάγκες για ιατρικές υπηρεσίες είναι συνεχείς και δεν επηρεάζονται από την φάση της παγκόσμιας οικονομίας. Είτε η οικονομία βρίσκεται σε φάση της ανάπτυξης, είτε σε φάση ύφεσης.

Ο ιδιωτικός τομέας συνέχιζε να επεκτείνεται όλο και περισσότερο στον τομέα της υγείας είναι αρχικά η παροχή αποτελεσματικότερων και ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, λόγω καλύτερων υποδομών. Σε ότι αφορά το κόστος, ο ιδιωτικός τομέας μπορεί και προσαρμόζεται και έχει μεγαλύτερη ευελιξία σε ότι αφορά το εργατικό κόστος και το κόστος υποδομών. Όμως, δεν υπάρχει ξεκάθαρη ένδειξη ότι υπερέρχει στο κόστος διαχείρισης, αφού σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο, ο ιδιωτικός

τομέας αντιμετωπίζει υψηλότερα κόστη. Ο ιδιωτικός τομέας χρησιμοποιεί κυρίως τη μέθοδο outsourcing, εξασφαλίζοντας και χαμηλότερα κόστη.

Η είσοδος όμως του ιδιωτικού τομέα στον τομέα της υγείας ενίσχυσε τον ανταγωνισμό και με αυτόν τον τρόπο έδωσε ώθηση και κίνητρο για καλυτέρευση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Έτσι, η είσοδος του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας βοήθησε στην παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας και κυρίως στις εξής κατηγορίες (Κονδύλης 2009, σελ.21-29):

1. Κρίση των κοινωνικών ασφαλίσεων. Η αυξανόμενη αναντιστοιχία μεταξύ των ενεργών/ δραστήριων ηλικιών και του εξαρτώμενου πληθυσμού (δημογραφικό πρόβλημα), οδηγεί στην υπονόμηση των δοκιμασμένων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και έχει άμεσες επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.
2. Ανανέωση της υπάρχουσας τεχνολογίας. Η ταχεία διάδοση και επέκταση των νέων τεχνολογιών σε συνδυασμό με το μικρό προσδόκιμο επιβίωσής τους (ταχύρρυθμη ανανέωση), αποτέλεσμα της μεγάλης προόδου και της επιστήμης (πληροφορική, βιοτεχνολογία, τεχνητή νοημοσύνη) οδηγεί στην αύξηση της εξάρτησης του κόστους υγείας από την χρησιμοποιούμενη τεχνολογία και του κόστους των συστημάτων υγείας από τον εξοπλισμό τους. Τα ιδιωτικά κεφάλαια συνεισφέρουν στην ανανέωση, αλλά και στην πλήρη χρήση των νέων τεχνολογιών με τον αποδοτικότερο τρόπο.
3. Αύξηση σταθερού κόστους. Η επέκταση και η αύξηση της εξάρτησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας από τα νέα τεχνολογικά δεδομένα, καθώς και ο πολλαπλασιασμός των θέσεων μισθωτής εργασίας έχει σαν αποτέλεσμα την ανατροπή της σχέσης Σταθερού/Μεταβλητού κόστους (υπέρ του πρώτου), με συνέπεια την αύξηση των λειτουργικών προβλημάτων των συστημάτων. Η άμεση αλληλεπίδραση μεταξύ της αύξησης του σταθερού κόστους, των φαινομένων δυσκαμψίας των υπηρεσιών και του περιορισμού των περιθωρίων θέσπισης κινήτρων παραγωγικότητας επιτείνει την αναποτελεσματικότητα και τη μειωμένη αποδοτικότητα των συστημάτων που στηρίζονται στο δημόσιο.
4. Γενικευμένη δυσπιστία – Ανισότητες. Η κρίση του κράτους πρόνοιας συνοδεύτηκε με τη γενίκευση της δυσπιστίας και αμφισβήτησης προς τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

4.2 Μορφές ιδιωτικοποίησης & απελευθέρωσης των συστημάτων υγείας

Ο όρος ιδιωτικός ή ιδιωτικοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει πολλές εκδοχές και δεν περιορίζεται σε μόνο μία μορφή. Από την άλλη, ελάχιστες μονάδες υγείας μπορούν να χαρακτηριστούν ως αποκλειστικά ιδιωτικές ή δημόσιες, αφού τις περισσότερες φορές επιλέγεται ένα μίγμα μεταξύ των δύο. Η αναποτελεσματικότητα πολλών συστημάτων υγείας αναφέρεται σε κακές παροχές του δημοσίου. Γι' αυτό και σήμερα πολλές χώρες επιλέγουν ένα μίγμα χρηματοδότησης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Τα κύρια χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τον ιδιωτικό από το δημόσιο τομέα σχετίζονται με μια σειρά από παράγοντες (Χλέτσος, 2010, σελ.10-21):

1. Οι κρατικές αποφάσεις για τη δομή του συστήματος υγείας και τη μορφή που θα έχει.
2. Οι αρχές διαχείρισης ενός συστήματος υγείας και αν είναι κερδοσκοπικοί ή μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί.
3. Τον τρόπο χρηματοδότησης (φορολογία, άμεσες πληρωμές κτλ.).
4. Τον τύπο της ασφάλισης και του ασφαλισμένου, όπου στο δημόσιο τομέα η ασφάλιση είναι υποχρεωτική, ενώ στον ιδιωτικό τομέα διαχωρίζεται σε τρία βασικά σημεία. Α) Υποκατάστατη, Β) Συμπληρωματική δύο περιπτώσεων είτε για ασθενείς είτε για ασθένειες που δεν καλύπτονται από τη δημόσια ασφάλιση, Γ) Εναλλακτική.
5. Εάν οι κτιριακές υποδομές είναι ιδιωτικές ή δημόσιες, όπως για παράδειγμα στη Σουηδία.

Ο χαρακτηρισμός των υπηρεσιών υγείας ως δημόσιες ή ως ιδιωτικές δεν μπορεί να καθοριστεί επακριβώς, αφού υπάρχει λεπτή διάκριση μεταξύ των δύο. Πλέον, οι υπηρεσίες που αφορούν τον τομέα της υγείας είναι τόσο πολλές, σύνθετες και εξειδικευμένες, που είναι δύσκολο ένα σύστημα υγείας να χαρακτηριστεί ως αποκλειστικά δημόσιο ή αποκλειστικά ιδιωτικό. Λόγοι, όπως η δυνατότητα συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ο περιορισμός της δημόσιας ασφάλισης, η αύξηση των άμεσων πληρωμών οδηγούν σε σαφή μετασχηματισμό του τομέα υγείας σε μια πιο ιδιωτικοποιημένη βάση.

Μια πρωταρχική μορφή ιδιωτικοποίησης είναι οι μηχανισμοί της αγοράς, όπου α) δίνουν τη δυνατότητα στους δημόσιους φορείς υγείας να εξωτερικεύουν κάποιες από τις υπηρεσίες υγείας και να χρησιμοποιούν τις ιδιωτικές υπηρεσίες και β) οι

ασθενείς επιλέγουν πώς ακριβώς θα χρησιμοποιήσουν τις δημόσιες και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Mooney, 1992).

Ακόμα μια άλλη μορφή ιδιωτικοποίησης μπορεί να είναι οι αλλαγές των κυβερνητικών δομών όσον αφορά τον δημόσιο χαρακτήρα του τομέα υγείας, που αφορούν κυρίως α) νέες μορφές χρηματοδότησης β) νέους τρόπους διοίκησης γ) τη μετατροπή των νοσοκομείων από Ν.Π.Δ.Δ σε Ν.Π.Ι.Δ. και δ) ελευθερία στην είσπραξη φόρων που αποδίδονται στη συνέχεια στις δημόσιες αρχές υγείας (Κονδύλης, 2009).

Μια άλλη μορφή που έχει χρησιμοποιηθεί σε αντιδιαστολή με την ιδιωτικοποίηση είναι η αποκέντρωση. Για την επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας αποκεντρώνονται οι χρηματοδοτικές ροές από το κράτος προς τα τοπικά επίπεδα διοίκησης. Η μορφή της αποκέντρωσης μπορεί να είναι της α) εκχωρήσεως εξουσιών σε οργανωτικό επίπεδο, β) της μεταβίβασης σε πολιτικό επίπεδο και γ) γενικότερα της από-συγκέντρωσης σε διαχειριστικό επίπεδο (Bankauskaite and Saltman 2007 pp.10-11).

4.2.1 Αιτίες ύπαρξης ιδιωτικών δαπανών

Η λειτουργία του ιδιωτικού τομέα καθορίζεται σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, από τη σχέση της ζήτησης και της προσφοράς, με τελικό στόχο την όσο το δυνατή μεγαλύτερη οικονομική απόδοση.

Στην ελεύθερη αγορά η ζήτηση καθορίζει τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, όπου οι καταναλωτές παίζουν κυρίαρχο ρόλο. Στα συστήματα υγείας η προσφορά υπηρεσιών υγείας δεν είναι προφανής, όπως στον ιδιωτικό τομέα, όπου και ο ανταγωνισμός είναι πιο έντονος. Οι καταναλωτές μπορούν να κρίνουν πιο εύκολα την ποιότητα των αγαθών και των υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα, λόγω του γεγονότος ότι οι καταναλωτές πληρώνουν άμεσα για τις παρασχεθείσες υπηρεσίες .

Οι κυριότερες αιτίες ύπαρξης των ιδιωτικών δαπανών είναι (Πρακτικά Ά συνεδρίου Οικονομία και Υγεία, 1989):

1. Η αδυναμία του δημόσιου τομέα να ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση λόγω της συμφόρησης σε μεγάλες αστικές περιοχές. Η ανεπάρκεια των ασφαλιστικών ταμείων να ανταποκριθούν στη ζήτηση έχει ως αποτέλεσμα ο

ιδιωτικός τομέας να καλύπτει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού.

2. Η ύπαρξη και η διεύρυνση των κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων στην προσπέλαση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τη προσφυγή στον ιδιωτικό τομέα.
3. Η πολυφαρμακεία, η κατευθυνόμενη και αμοιβόμενη συνταγογραφία, καθώς και άλλα προβλήματα που έχουν σχέση με τη φαρμακευτική κατανάλωση.
4. Η κακή διάρθρωση και οργάνωση των δημοσίων υπηρεσιών, η αδυναμία να ικανοποιήσουν τη ζήτηση με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας σειράς αναμονής (του μακρού χρόνου αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία κ.α.) που κάνουν μη ελκτική την εικόνα των δημοσίων υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα την στροφή στον ιδιωτικό τομέα.
5. Η παραγγελία από τους γιατρούς διαφόρων εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων, που σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας απαιτείται μακρύς χρόνος αναμονής.
6. Η δυσπιστία των ασθενών στο γιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου. Αυτό αποδεικνύεται από τη μεγάλη ροή των ασθενών σε συγκεκριμένα νοσοκομεία, που έχουν τη φήμη της καλής νοσηλείας.
7. Οι ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, η αδυναμία οργάνωσης του δικτύου των υπηρεσιών, η ανυπαρξία γενικών γιατρών και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι μη ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις γιατρών –ασθενών, η έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού στα νοσοκομεία, η ασύμμετρη πληροφόρηση κ.α.

4.2.2 Αλλαγές στη χρηματοδότηση στο μακρο-επίπεδο

Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των τελευταίων δεκαετιών που αφορά τη μορφή που έχουν τα συστήματα υγείας είναι ότι αν και οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν, ιδιαίτερα τη δεκαετία του 1990, το ποσοστό του δημόσιου τομέα σε αυτές έχει μειωθεί. Εξαίρεση αποτελούν η Αυστρία και η Πορτογαλία, αλλά στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες παρατηρείται μια σταθερή μείωση του δημόσιου τομέα στην υγεία. Η σταδιακή αυτή μείωση οφείλεται στην αύξηση των άμεσων πληρωμών και κυρίως

στην αύξηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, κυρίως στις χώρες της Ολλανδίας, της Γαλλίας και της Γερμανίας (André and Hermann 2010, pp. 11-15).

Ο πληθυσμός που καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ποικίλλει ανάλογα με την χώρα, αλλά διαπιστώνεται ότι είναι μεγαλύτερος σε αυτές που ακολουθούν το Bismarckian μοντέλο και λειτουργούν περισσότερο ως υποκατάστατες της δημόσιας ασφάλισης (Mossialos and Thomson, 2004). Όμως, η υποκατάστατη ασφάλιση είναι περιορισμένη στην Ευρώπη, όπως και η συμπληρωματική (supplementary) με εξαίρεση τα κράτη της Πορτογαλίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ελλάδας. Η επικουρική συμπληρωματική (complementary) ασφάλιση είναι ο πλέον διαδεδομένος τύπος ασφάλισης με πολύ υψηλά ποσοστά σε Γαλλία και Ολλανδία και ακολουθούν Βέλγιο και Ιρλανδία (Mossialos and Thomson, 2004). Αυτό οφείλεται στη μη κάλυψη των δαπανών ορισμένων υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο φορέα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καλύπτουν τα έξοδα από μόνοι τους ή από συμπληρωματικές ασφαλίσεις. Οι άμεσες πληρωμές των ασθενών ευθύνονται για την μείωση του ποσοστού του δημόσιου φορέα στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

4.2.3 Αλλαγές στη χρηματοδότηση στο μικρο-επίπεδο

Σημαντικές αλλαγές έχουν σημειωθεί και εντός του κλάδου των υπηρεσιών υγείας κυρίως με τις διάφορες μορφές ανταγωνισμού (εξωτερίκευση, αποκέντρωση κτλ.). Είναι χαρακτηριστικό ότι στο Beveridigian μοντέλο διαχωρίζεται η φάση της χρηματοδότησης από τη φάση της παροχής υπηρεσιών υγείας με βασικό πλεονέκτημα τον έλεγχο των υπερχρεώσεων και βασικό μειονέκτημα η απώλεια του ελέγχου για το πώς παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας.

Με αυτή τη λογική λειτουργεί το εθνικό σύστημα υγείας της Βρετανίας, όπου οι διάφοροι τομείς της υγείας λειτουργούν ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, αλλά με κριτήρια ιδιωτικού τομέα, δηλαδή λειτουργούν ως κανονικές εταιρείες με χρηστή διοίκηση των οικονομικών τους.

Μια νέα βασική διάκριση της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται μέσω του DRG (Diagnosis Related Group) συστήματος, όπου πλέον τα κόστη δεν υπολογίζονται με βάση τις ημέρες νοσηλείας, αλλά με συγκεκριμένα κατ' αποκοπή ποσών. Με αυτή τη λογική αυξάνεται η

αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού πλέον σημαντικός παράγοντας είναι η αποθεραπεία του ασθενούς και όχι η διακράτησή του περισσότερες ημέρες σε ένα νοσοκομείο.

Άλλη μορφή που μπορεί να έχει ο ιδιωτικός τομέας στην υγεία αποτελεί το PFI (Private Finance Initiative). Ιδιωτικά κεφάλαια χρησιμοποιούνται σε κάθε πτυχή των δημόσιων νοσοκομείων από το χτίσιμο μέχρι και την παροχή υπηρεσιών σε μια διαδικασία κοινοπραξίας, όπου οι ιδιώτες υπό τη μορφή ενοικίου αντλούν τα έσοδά τους σε μακροπρόθεσμη βάση 20 και πλέον ετών. Αποτελεί μια πρακτική που υιοθετείται από όλο και περισσότερα κράτη, αφού το μανάτζμεντ του ιδιωτικού τομέα και η αυστηρή τήρηση των προϋπολογισμών των έργων καθιστά ελκυστικά τα ιδιωτικά κεφάλαια (André and Hermann 2010, pp. 15-17).

Συμπερασματικά, είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μια στροφή του τομέα υγείας από ένα καθαρό δημόσιο αγαθό σε ένα αγαθό, όπου αν και ο δημόσιος χαρακτήρας είναι σημαντικός, η εισαγωγή των ιδιωτών λύνει πολλά προβλήματα, ώστε να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα και εν προκειμένω και η οικονομική σταθερότητα και η χρηματοδοτική του βιωσιμότητα.

4.3 Η αποκέντρωση στα συστήματα υγείας¹⁶

Η αποκέντρωση στο χώρο της υγείας αποτελεί μια εναλλακτική προσέγγιση στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και ορίζεται ως η εκχώρηση εξουσίας από υψηλότερα κλιμάκια διοίκησης σε χαμηλότερα, με κύριους παράγοντες τον προγραμματισμό των υπηρεσιών, τη διοίκηση και τη λήψη αποφάσεων στο χώρο της υγείας.

Η αποκέντρωση στο χώρο της υγείας έχει ως στόχο να βελτιώσει την διοικητική αποδοτικότητα με μείωση της γραφειοκρατίας και μέσω λιγότερων διοικητικών επιπέδων. Η μείωση της γραφειοκρατίας οδηγεί και σε μείωση του κόστους με τον διαχωρισμό των αγοραστών και των παρόχων. Είναι σημαντικό να δοθούν κίνητρα στους μανάτζερ, ώστε να επιτυγχάνεται η καλύτερη χρηστή διοίκηση των οργανισμών υγείας. Ακόμα, με την αποκέντρωση επιτυγχάνεται καλύτερη αποδοτική κατανομή με την καλύτερη προσαρμοστικότητα μεταξύ δημόσιων υπηρεσιών και των τοπικών αναγκών και προτιμήσεων.

¹⁶ Η ενότητα αυτή στηρίζεται στο άρθρο των Bankauskaite and Saltman (2007).

Άλλος στόχος της αποκέντρωσης είναι η ενδυνάμωση των περιφερειακών διοικήσεων, μέσω της ενεργούς τοπικής συμμετοχής. Με αυτό επιτυγχάνεται βελτίωση της τοπικής διοίκησης.

Η αποκέντρωση βοηθά στην αύξηση της καινοτομίας της εξυπηρέτησης, μέσω της προσαρμογής στις τοπικές συνθήκες και μέσω της αυξημένης καινοτομίας των περιφερειακών διοικήσεων. Επιτυγχάνεται ακόμα, αύξηση της υπευθυνότητας, μέσω της δημόσιας συμμετοχής και τον περιορισμό του ρόλου της κεντρικής κυβέρνησης.

Αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, μέσω της ολοκλήρωσης των υπηρεσιών υγείας και των ολοκληρωμένων συστημάτων πληροφόρησης και μέσω της βελτιωμένης πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας για ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες.

Αύξηση της δικαιοσύνης, μέσω της διανομής των πόρων, σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες, εκχώρηση της εξουσίας στους τοπικούς οργανισμούς για την καλύτερη διάγνωση των αναγκών των πολιτών.

Ζητήματα που αφορούν την αποκέντρωση έχουν σχέση με αυξημένες ανισότητες μεταξύ διαφορετικών διοικητικών μονάδων. Ακόμα, μπορεί να υπάρξουν εντάσεις μεταξύ κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης, αλλά και μεταξύ περιφερειακών διοικήσεων, λόγω της άνιση κατανομής των πόρων. Ακόμα, η απαραίτητη τοπική συμμετοχή είναι ένα υποκειμενικό κριτήριο. Είναι δύσκολο να μετρηθούν αντικειμενικά οι ανάγκες των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας ανά περιφέρεια και επομένως είναι δύσκολο να προϋπολογιστούν με σαφή κριτήρια, τα ποσά που πρέπει να διατεθούν για την κάλυψη αυτών των αναγκών.

Η αποκέντρωση μπορεί να έχει τα χαρακτηριστικά της α) της εκχώρησης εξουσίας (delegation) σε χαμηλότερο οργανωτικό επίπεδο, β) της αποκέντρωσης (de-concentration) σε χαμηλότερο διοικητικό επίπεδο, γ) της αποκέντρωσης (devolution) σε χαμηλότερο πολιτικό επίπεδο και δ) της ιδιωτικοποίησης όταν οι διαδικασίες μεταφέρονται από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα.

Με βάση τις προηγούμενες τέσσερις μορφές της αποκέντρωσης είναι ουσιαστικό να μετρηθούν τα αποτελέσματά της και ο αντίκτυπος της στα διάφορα συστήματα υγείας. Η μέτρηση της αποδοτικότητας της αποκέντρωσης είναι αρκετά δύσκολο να αξιολογηθεί, αλλά βασίζεται κυρίως στον τρόπο της αποκέντρωσης και στη διαδικασία υλοποίησης, στα αποτελέσματα της αποκέντρωσης και στη σύγκριση της αποκέντρωσης μεταξύ των χωρών.

Ένας βασικός παράγοντας μέτρησης της αποκέντρωσης είναι ο οικονομικός, όπου αξιολογούνται οι δαπάνες σε τοπικό και σε εθνικό επίπεδο, ώστε να διαπιστωθεί

η αποτελεσματικότητα της αποκέντρωσης. Η μείωση των δαπανών σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο είναι ένας καλός δείκτης της απόδοσης της αποκέντρωσης, αλλά θα πρέπει να αξιολογείται εκτός από τον οικονομικό τομέα και η συνολική αποδοτικότητα της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Η οικονομική διάσταση της αποκέντρωσης συνήθως αναφέρεται στο διαχωρισμό των εσόδων και εξόδων μέσα στα διάφορα επίπεδα διοίκησης. Στις περισσότερες χώρες υπάρχει μια μεταβίβαση οικονομικών πόρων από την κεντρική διοίκηση προς περιφερειακό επίπεδο.

Εκτός από την οικονομική διάσταση, μια άλλη βασική διάσταση της αποκέντρωσης είναι η πολιτική. Η πολιτική με την εκάστοτε κυβέρνηση και τα πολιτικά κόμματα επηρεάζουν με τις νομοθετικές τους πράξεις την παροχή υπηρεσιών υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Ακόμα, η πολιτική είναι και ένα μέσο ανάπτυξης κοινωνικών και πολιτισμικών κριτηρίων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της αποκέντρωσης. Επίσης, κρίσιμος παράγοντας στην πολιτική αποτελεί η ενεργή συμμετοχή των πολιτών στις αποφάσεις που κατά βάση επηρεάζουν τις δικές τους ζωές. Η αποκέντρωση οδηγεί σε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, μέσω της άμεσης επίλυσης των προβλημάτων που ανακύπτουν, στοχεύουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, αφού αποτελούν μέρος της ίδιας κοινότητας και ακόμα καλύτερη ανάλυση των κοστών που αντιμετωπίζει η κάθε περιφέρεια. Ακόμα, διαπιστώνεται μεγαλύτερη ευαισθησία και υπευθυνότητα στη διατήρηση και την προαγωγή των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά των περιφερειών, που προσπαθούν να εφαρμόσουν με τον καλύτερο τρόπο τις πολιτικές υγείας για το συμφέρον των πολιτών.

Ένα τελευταίο θέμα που ανακύπτει είναι κατά πόσον η αποκέντρωση μπορεί να βοηθήσει στην περίπτωση των νέων συστημάτων υγείας που διαμορφώνονται παγκοσμίως. Η αποκέντρωση πράγματι βοηθά στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μακροπρόθεσμη κλίμακα, που είναι και το ζητούμενο για κάθε χώρα. Είναι σημαντικό το κάθε σύστημα υγείας να μπορεί να είναι λειτουργικό για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, ώστε να είναι αξιόπιστο και να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, χωρίς βραχυπρόθεσμες μεταβολές, που μπορεί να αλλοιώσουν το χαρακτήρα και την ευελιξία του κατά την άσκηση των ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών. Ακόμα, μέσω των ενσωματωμένων υπηρεσιών υγείας, που συνδυάζει διάφορα συστήματα υγείας ή/και διαφορετικές πολιτικές στην εφαρμογή των συστημάτων υγείας. Σε αυτήν την περίπτωση, η αποκέντρωση βοηθάει στο συνδυασμό των διαφορετικών προσεγγίσεων

και δίνει και εναλλακτικές προτάσεις βελτίωσης στα ήδη υφιστάμενα συστήματα υγείας.

4.4 Οι αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει επηρεαστεί σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες από έναν πολύ βασικό παράγοντα, που δεν είναι άλλος από τη συγκράτηση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πολλές βελτιώσεις στον τομέα της υγείας έχουν επιφέρει σημαντικό οικονομικό κόστος. Μέχρι το 2009, οι δαπάνες στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες αυξήθηκε με ταχύτερο ρυθμό από ότι στην υπόλοιπη οικονομία, και ο τομέας υγείας απορρόφησε αυξανόμενο ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Μετά την εκδήλωση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης το 2008, πολλές ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τις δαπάνες στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο των ευρύτερων προσπαθειών τους να αντεπεξέλθουν στα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα και τα αυξανόμενα ποσοστά χρέους ως προς το ΑΕΠ. Μολονότι οι περικοπές αυτές ενδέχεται να ήταν αναπόφευκτες, ορισμένα μέτρα ενδέχεται να επηρεάσουν τους θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας. Η συνεχής παρακολούθηση των στοιχείων και των δεικτών για την υγεία και τα συστήματα υγείας είναι σημαντική. Από την παρακολούθηση αυτή προκύπτουν ενδείξεις για τις δυνητικές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μεταβαλλόμενων οικονομικών συνθηκών και των πολιτικών υγείας για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ποιότητα και τα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας.

Σε διαχειριστικό επίπεδο, οι ευθύνες διοχετεύτηκαν από την κεντρική διοίκηση προς τις περιφέρειες, οι οποίες περιλαμβάνουν και τη χρηματοδότηση με αποτέλεσμα το άνοιγμα ή το κλείσιμο πολλών νοσοκομείων. Αν και σε επίπεδο διαχείρισης υπήρξε αποκέντρωση, σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας υπήρξε συγκεντρωτισμός μέσω της ενοποίησης μικρότερων κλινικών σε μεγαλύτερα νοσοκομεία.

Τα ευρωπαϊκά στοιχεία δείχνουν ότι παράλληλα με το κλείσιμο των νοσοκομείων, μειώθηκε δραματικά και ο αριθμός των κλινών των ασθενών σε χώρες όπως η Ιταλία, η Γερμανία, η Γαλλία, η Ισπανία ως χαρακτηριστικότερα παραδείγματα (Κονδύλης, 2009, σελ.54-64).

Η ιδιωτικοποίηση στα νοσοκομεία είναι μια δυναμική πρακτική που άρχισε να χρησιμοποιείται κυρίως από τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Σουηδία, Γερμανία). Ο ιδιωτικός τομέας εξαγοράζει δημόσια νοσοκομεία είτε μικρότερα είτε μεγαλύτερα, απασχολώντας όμως μικρότερο αριθμό εργαζομένων σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία. Το ποσοστό των ιδιωτικών νοσοκομείων θα συνεχίζει να αυξάνεται κατά τα επόμενα χρόνια, αφού εκτός από την εξαγορά, πολλοί ιδιώτες επενδύουν σε νέα καθαρά ιδιωτικά νοσοκομεία.

Μακροπρόθεσμα συμβόλαια εξωτερίκευσης μπορεί να αποτελέσουν τη σύμπραξη ιδιωτικού και δημόσιου τομέα (Private Public Partnerships-PPPs). Η σύμπραξη είναι πολύ δημοφιλής και περιλαμβάνει τη χρηματοδότηση ή την μακροχρόνια μίσθωση (leasing) κτιριακών και τεχνολογικών υποδομών, τη διαχείριση και άλλες μορφές υπηρεσιών. Η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού φορέα δίνει τη δυνατότητα και την επιλογή της ανάπτυξης πολλών διαφορετικών προγραμμάτων στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, που θα ήταν πολύ δύσκολο να επιτευχθεί με έναν από τους δύο φορείς (Πρακτικά Ά συνεδρίου Οικονομία και Υγεία, 1989).

Μια άλλη σημαντική πτυχή των ιδιωτικοποιήσεων στο τομέα της υγείας είναι οι μεγάλες ιδιωτικές πολυεθνικές εταιρείες, που δραστηριοποιούνται σε πολλές χώρες. Αυτές οι εταιρείες μπορούν και χρηματοδοτούν αυτόνομες, επενδύσεις σε νέα νοσοκομεία και ερευνητικά κέντρα, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας και στο δημόσιο τομέα.

Άλλη προσέγγιση παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η ανάπτυξη των εσωτερικών αγορών (ή αλλιώς οιονεί αγορών), που προήλθε από το διαχωρισμό μεταξύ αγοραστών και παρόχων υπηρεσιών υγείας για τη μείωση των κοστών. Η έννοια της εσωτερικής αγοράς προσδιορίζεται ότι είναι υπεύθυνη για όλα τα κόστη και στοχεύει περισσότερο στην έννοια της ειδικής τιμολόγησης για κάθε υπηρεσία. Το τελευταίο συμπέρασμα οδήγησε στη συνέχεια σε εξωτερίκευση των υπηρεσιών υγείας σχεδόν σε όλους τους τομείς των υπηρεσιών υγείας, από την καθαριότητα και το φαγητό, μέχρι και σε πολύπλοκους τομείς όπως τεχνολογία και ειδικές εγχειρήσεις. Για παράδειγμα, στη Βρετανία της δεκαετίας του '80 τη θέση του συστήματος υγείας πήρε σταδιακά το πρότυπο των «οιονεί αγορών», το οποίο διασφάλιζε τον κοινωνικό χαρακτήρα που παρήγαγαν οι απρόσωπες γραφειοκρατίες και ενίσχυε τον ασθενή, ενώ η ιδιαιτερότητα των οιονεί αγορών έγκειται στην παραγωγή κοινωνικών υπηρεσιών, η οποία γίνεται με την ανάθεση συμβολαίων από τις κρατικές αρχές σε

οργανισμούς που ανταγωνίζονται μεταξύ τους, μέσω της εξωτερίκευσης των υπηρεσιών (outsourcing).

Οι αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών υγείας αφορά κάθε συνεκτικό κομμάτι του συστήματος υγείας, όπως τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος, τα νοσοκομεία, το προσωπικό, την τεχνολογία και εντέλει στην εξισορρόπηση μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Έτσι, τα ασφαλιστικά ταμεία θα πρέπει να αναδιοργανωθούν και να λειτουργήσουν εφ' εξής με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, δηλαδή με αυστηρή αντιστοιχία ασφαλιστρών και παροχών υγειονομικών υπηρεσιών. Ένα σύστημα σύμφωνα με το οποίο ο ασφαλισμένος δεν επιβαρύνεται καθόλου για την περίθαλψή του και επιβαρύνει τον ασφαλιστικό του οργανισμό, ίσως να μην βιώσιμο μακροπρόθεσμα. Ένα τέτοιο σύστημα δεν προσφέρει κίνητρα για εξοικονόμηση πόρων, αλλά παράλληλα διαιωνίζει αδιαφανείς διαδικασίες καταμερισμού του κόστους, μέσα στις οποίες η συγκράτηση του κόστους παίρνει χαμηλή προτεραιότητα, μιας και η κάθε νοσοκομειακή μονάδα δεν ευθύνεται καθόλου για την οικονομική της κατάσταση.

Η συγκράτηση του κόστους θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει μέτρα προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις (Πρακτικά Α συνεδρίου Οικονομία και Υγεία, 1989, σελ. 89-91):

Α) ανώτατα όρια δαπανών ανά νοσηλευτική μονάδα. Αυτά τα ανώτατα όρια θα πρέπει να επιβάλλονται, αφού πρώτα γίνουν αντικείμενο διαπραγμάτευσης στα πλαίσια κατάρτισης του ετήσιου προϋπολογισμού της κάθε νοσηλευτικής μονάδας. Τέτοια όρια δαπανών θα μεταβάλλονται μόνον εάν ενσωματώνουν κάποια συμφωνημένη αύξηση της παραγωγικότητας. Στο πλαίσιο αυτό, το βάρος της προσπάθειας θα πρέπει να δοθεί στην απασχόληση και στις αμοιβές του νοσηλευτικού προσωπικού, στις προμήθειες φαρμάκων, του μηχανολογικού εξοπλισμού και τέλος στη συμβατική παραχώρηση ορισμένων δραστηριοτήτων (outsourcing) σε ιδιωτικές εταιρείες μέσω μειοδοτικών διαγωνισμών. Έτσι, τα νοσοκομεία θα πρέπει να υιοθετήσουν ένα σύστημα τιμολόγησης που να καλύπτει αν όχι πλήρως, τουλάχιστον ένα μεγάλο μέρος από τα λειτουργικά τους έξοδα, θα πρέπει δηλαδή τα νοσοκομεία να χρεώνουν τους ασφαλιστικούς οργανισμούς με το κόστος της περίθαλψης που προσφέρουν στους ασφαλισμένους των ταμείων αυτών, δηλαδή πέρα από την πληρωμή που έχει κάνει ο χρήστης ο ίδιος των υπηρεσιών, ο ίδιος δηλαδή ο ασφαλισμένος.

Β) το κράτος θα πρέπει να αναλάβει πρωτοβουλίες εξυγίανσης ενός κεντρικού νοσοκομείου, με την τεχνική π.χ. του προϋπολογισμού μηδενικής βάσης, έτσι ώστε να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη στις οικονομικές επιπτώσεις της λειτουργίας του νοσοκομείου και στις ενδεχόμενες περικοπές δαπανών, που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν χωρίς βέβαια να υπονομεύεται ο όγκος και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στη συνέχεια και με βάση την εμπειρία αυτή, θα μπορούσε να αναμορφωθεί όλο το σύστημα των επιχορηγήσεων προς όλα τα άλλα δημόσια νοσοκομεία, ώστε αυτές οι επιχορηγήσεις πια να λαμβάνουν υπόψη το λειτουργικό πρότυπο του νοσοκομείου με το χαμηλότερο κόστος.

Γ) οι γιατροί θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν ως προς το κόστος των εξετάσεων στις οποίες υποβάλλουν τους ασθενείς τους. Θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα μεγάλο αρχείο πληροφοριών, ώστε να ελέγχεται η δραστηριότητα των γιατρών για υπερβολές σε εξετάσεις και αύξηση του κόστους.

Δ) τα νοσοκομεία θα πρέπει να εξειδικευτούν όσον αφορά τη χρήση δαπανηρού μηχανολογικού εξοπλισμού στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων παθήσεων. Η υπολειτουργικότητα στη χρήση δαπανηρού εξοπλισμού αποτελεί μόνιμο φαινόμενο στα περισσότερα νοσοκομεία και συντελεί στην κατασπατάληση διαθέσιμων πόρων.

Ε) Η τεχνολογία ως ένας απλός ορισμός περιλαμβάνει τα φάρμακα, τον εξοπλισμό, τα ιατρικά μηχανήματα, τις ιατρικές μεθόδους και τα συστήματα που αφορούν την οργάνωση της φροντίδας της υγείας. Ευρύτερα, η τεχνολογία διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση του όλου συστήματος φροντίδας της υγείας, διότι η ανακάλυψη νέων τρόπων αυτοματοποιημένης δράσης οδηγεί σε πολλές περιπτώσεις στην υλοποίηση και τη χρηματοδότηση και βοηθά όλο το σύστημα υγείας. Για παράδειγμα, η τεχνολογία μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα φάρμακα, που οδηγούν σε ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών και επομένως στη λήψη λιγότερων φαρμάκων, στην παραμονή λιγότερων ημερών στο νοσοκομείο κτλ., που βοηθούν στη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι βασικό η μείωση του κόστους να μην έχει επιπτώσεις στην ανάπτυξη της τεχνολογίας και στην έρευνα και ανάπτυξη, αφού αυτές μακροπρόθεσμα θα οδηγήσουν σε ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ένα σύστημα υγείας και θα το βοηθήσουν να εξορθολογήσει τις δαπάνες και τα κόστη του.

ΣΤ) μια επιτυχής μεταρρύθμιση θα πρέπει να στοχεύει στην επίτευξη μιας καλύτερης ισορροπίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού φορέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η μέχρι σήμερα μέτρια ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από το

δημόσιο τομέα και η μη συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, δημιουργεί ανορθολογικές καταστάσεις, που σε τελική ανάλυση υποβιβάζουν το επίπεδο της ευημερίας του πληθυσμού και καθιερώνουν ένα σύστημα δύο ταχυτήτων. Η απελευθέρωση της νοσοκομειακής δραστηριότητας είναι επιβεβλημένη, αφενός για να αντιμετωπιστεί η ολιγοπωλιακή κατάσταση και να υπάρχουν περισσότερες επιλογές για τον καταναλωτή κατά την περίθαλψή του.

Ένα σύστημα υγείας έχει μακροπρόθεσμους στόχους, αφού προσπαθεί να εξασφαλίσει τη συνεργασία μεγάλου αριθμού οργάνωσεων, ατόμων και κυβερνήσεων και αφού καλύπτει τόσο ευρύ φάσμα προβλημάτων, ο τρόπος με τον οποίο θα πραγματοποιηθούν οι αλλαγές αποτελεί τεράστια πρόκληση και απαιτεί ιδέες διαφορετικές από αυτές που είναι αποτέλεσμα συμβατικής σκέψης.

4.5 Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία συνοψίζεται ως μια προσπάθεια των χωρών-μελών να προάγουν τη δημόσια υγεία και να αποτρέπουν ασθένειες, που θα θέσουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη ζωή. Η καθολικότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας όλων των πολιτών των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ποιότητα των υπηρεσιών, η αλληλεγγύη και η ισοτιμία στην υγεία αποτελούσαν τις βασικές κοινές αρχές του υγειονομικού τομέα στα κράτη μέλη της Ένωσης. Σε αυτά τα πλαίσια, κάθε χώρα-μέλος προγραμματίζει το δικό της σύστημα υγείας, συνεργαζόμενο και με άλλες χώρες, έχοντας την ελευθερία να πράξει κατά τις δικές της ανάγκες.

Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι περισσότερο εποπτικός, αν και τίθεται το ερώτημα πώς πρέπει να αντιμετωπίζεται ο τομέας της υγείας, ως μια κερδοσκοπική εμπορική λειτουργία ή όχι. Η απάντηση στο ερώτημα κατά πόσο η Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να εφαρμόσει την παραπάνω στρατηγική για την υγεία, η οποία να είναι δεσμευτική για τα κράτη μέλη είναι αρνητική καθώς τα κράτη μέλη διατηρούν την αποκλειστικότητα της οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης δίχως η Ένωση να έχει αρμοδιότητα θεσμοθέτησης στον τομέα της υγείας. Αν ισχύει η πρώτη περίπτωση τότε ο ρόλος της Ε.Ε. θα πρέπει να είναι πιο ενεργός, ώστε να διασφαλίζεται η αρχή περί ελευθερίας του εμπορίου. Οι χώρες-μέλη υποστηρίζουν ότι ο τομέας της υγείας δεν μπορεί να ειπωθεί ως μια καθαρά οικονομική

δραστηριότητα, αφού πολλοί από τους παρόχους, όπως τα δημόσια νοσοκομεία δεν έχουν σκοπό το κέρδος. Παρόλα αυτά όμως η Ε.Ε. θέτει συγκεκριμένες οδηγίες για την παροχή υπηρεσιών υγείας μεταξύ των χωρών, κυρίως λόγω της δυνατότητας των πολιτών να επιλέγουν σε ποια χώρα μπορούν να βρουν την κατάλληλη θεραπεία και στη συνέχεια να αποζημιωθούν από το οικείο φορέα ασφάλισης της χώρας τους. Έτσι, η Ε.Ε. έχει δημιουργήσει το κατάλληλο νομικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση και λύση τέτοιων καταστάσεων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM 2014, 215 Final, σελ. 2-6).

Αποτελεί οξύμωρο το γεγονός ότι από τη μια πλευρά οι χώρες της Ευρώπης βαδίζουν προς την ευρωπαϊκή ενοποίηση βάσει της διαμορφωμένης αγοράς, δεδομένων των ελευθεριών της κυκλοφορίας των προσώπων (αγορά εργασίας γιατρών και νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας) και των ελευθεριών διακίνησης των προϊόντων και υπηρεσιών (αγορά και προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων και ιατρικών συσκευών, παροχή υπηρεσιών ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης), ενώ παράλληλα, λόγω της αρχής της επικουρικότητας, πολιτικών συμφωνιών και λόγω προβληματικού τρόπου διακυβέρνησης της ευρωπαϊκής ένωσης, η πολιτική υγείας παραμένει σε επίπεδο χώρας-μέλους.

Η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης των ασθενών σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας των χωρών της Ε.Ε. μπορεί να έχει και αρνητικές συνέπειες. Κάποιες χώρες μπορεί να υποβαθμίσουν το δικό τους σύστημα υγείας και να προωθούν τους ασθενείς τους σε άλλες χώρες, οι οποίες όμως να μην έχουν τις κατάλληλες υποδομές για να δεχτούν ασθενείς από άλλες χώρες. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχουν χώρες που μπορεί να προσφέρουν φθηνότερες υπηρεσίες υγείας, αλλά ανακύπτει το ερώτημα της ποιότητας των υπηρεσιών. Ακόμα ορισμένοι ασθενείς λόγω κουλτούρας και γνώσεων μιας άλλης γλώσσας μπορεί να μετακινούνται πολύ ευκολότερα σε άλλες χώρες, σε σχέση με ασθενείς που δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις. Έτσι, υπάρχει μια έντονη διαφοροποίηση σχετικά με την παροχή, την προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που εντάσσεται στα πλαίσια πλουσιότερων και φτωχότερων χωρών και σε ασθενείς που έχουν τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ πολλών συστημάτων υγείας ανά την Ευρώπη. Η Ε.Ε. προσπαθεί να εκσυγχρονίσει τα συστήματα υγείας κυρίως μέσα από την χρηματοδοτική σταθερότητα, η οποία θα διαφυλάξει την κοινωνική σταθερότητα και προσβασιμότητα στο σύστημα υγείας της κάθε χώρας-μέλους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM 2014, 215 Final, σελ. 11-18).

Ο ενεργός ρόλος του ιδιωτικού τομέα δεν περιορίζεται, αφού και αυτός μπορεί να συνεισφέρει σε καλύτερη απόδοση, αποτελεσματικότητα, καλύτερη διαχείριση κοστών, με τελικό προσανατολισμό τη συνεργασία με το δημόσιο τομέα για καλύτερες υπηρεσίες υγείας για το σύνολο του πληθυσμού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τομέας υγείας χαρακτηρίζεται τα τελευταία χρόνια από μεγάλες αλλαγές και προκλήσεις, που προέρχονται κυρίως από το υψηλό κόστος των υπηρεσιών. Η σημαντικότερη πρόκληση για κάθε σύστημα υγείας είναι να διατηρηθούν υπό έλεγχο οι δαπάνες της υγείας και για να γίνει αυτό πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες, ώστε ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας να εναρμονιστούν σε ένα νέο κλίμα συνεργασίας. Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων γίνεται ακόμα πιο επιτακτική στη σημερινή οικονομική κρίση κατά την κατανάλωση των υγειονομικών υπηρεσιών. Η πολιτισμική κουλτούρα, αλλά και κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, όπου η υγεία παρέχεται ως μια δημόσια υπηρεσία που εκφράζει ένα νέο τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας, που θα προλαμβάνει τους κοινωνικούς κινδύνους και δεν θα έρχεται μόνο ως αγαθό που θα προσπαθεί να αποθεραπεύσει τις ασθένειες.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στους εναλλακτικούς τρόπους παροχής υπηρεσιών υγείας και εστιάζεται σε πολιτικές υγείας που μπορούν να εναρμονιστούν στις νέες συνθήκες με βάση το σύστημα χρηματοδότησης που υιοθετείται.

Είναι γεγονός ότι τα συστήματα χρηματοδότησης με βάση τη φορολογία αντιμετωπίζουν συνεχώς μια πίεση για μια περισσότερη ιδιωτική χρηματοδότηση και κυρίως σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Στις περιόδους αυτές, οι πολίτες δεν μπορούν να πληρώσουν τους φόρους τους και οι κυβερνήσεις ακολουθούν πολιτικές περικοπής των δημοσίων δαπανών, που περιλαμβάνουν και το χώρο της υγείας. Έτσι, προκύπτει το ερώτημα ποιος λαμβάνει παροχές υγείας σε διάφορα μίγματα χρηματοδότησης. Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των διαφορετικών μορφών χρηματοδοτήσεων είναι ο τρόπος επιμερισμού του συνολικού κόστους των υπηρεσιών υγείας στο συνολικό πληθυσμό.

Στη φορολογία και στην κοινωνική ασφάλιση, όσοι έχουν ανάγκη περίθαλψης λαμβάνουν παροχές υγείας. Η δυνατότητα πληρωμής σχετίζεται με τις ατομικές εισφορές του καθενός, αλλά δεν εξαρτάται η παροχή υγείας στο αν θα λάβει ή όχι ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αφού οι ιατρικές ανάγκες καλύπτονται εξ' ολοκλήρου.

Ένα σύγχρονο σύστημα χρηματοδότησης με συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών κεφαλαίων θα δώσει τη δυνατότητα αποκέντρωσης και άσκησης ουσιαστικής

περιφερειακής πολιτικής υγείας, μέσα από την ανάδυση μηχανισμών ορθολογικής κατανομής των πόρων, ανάλογα με τον πληθυσμό και τις υγειονομικές του ανάγκες με τρόπο που θα προάγουν επίσης την ίση δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας είναι σημαντικός για την αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, αφού ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται μεταξύ των ιδιωτών αλλά και μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, δίνει τη δυνατότητα για παροχή ακόμα ποιοτικότερων υπηρεσιών στους πολίτες.

Η γενική ταυτότητα στις υπηρεσίες υγείας, όπου οι δαπάνες ισούνται με τα έσοδα, προσδιορίζει και την χρηματοδότηση ή την υποχρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Οι παροχές υγείας συνήθως υποχρηματοδοτούνται και όταν υπάρξει και οικονομική κρίση τότε όλο το σύστημα υγείας παραπαίει, με αποτέλεσμα οι προμηθευτές υγείας να δυσανασχετούν για την περικοπή των εσόδων τους.

Πολλές χώρες, ανεξάρτητα από το σύστημα χρηματοδότησης που εφαρμόζουν, βρίσκονται μπροστά στο δίλημμα της οικονομικής πραγματικότητας για έλεγχο της υπέρμετρης αύξησης των δαπανών από τη μια και της κοινωνικής αναγκαιότητας για αύξηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας από την άλλη. Όλες οι χώρες δεν είναι ικανοποιημένες από τη λύση του προβλήματος χρηματοδότησης και σχεδόν όλες προβληματίζονται ή υιοθετούν μεταρρυθμίσεις στους τρόπους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Η εισαγωγή του ελεγχόμενου ανταγωνισμού που αντλεί στοιχεία από την ελεύθερη αγορά βασίστηκε στις ατέλειες των υπηρεσιών υγείας και κυρίως στην ασυμμετρία της πληροφόρησης μεταξύ αγοραστών (ασθενών) και προμηθευτών (γιατρών), όπου οι πρώτοι εκχωρούν το δικαίωμα της επιλογής των υπηρεσιών που θα χρησιμοποιήσουν με το αντίστοιχο κόστος. Έτσι, ο παραγωγός καθορίζει όχι μόνο την προσφορά, αλλά και τη ζήτηση του προϊόντος με αποτέλεσμα την ανατροπή της συνθήκης της ελεύθερης επιλογής. Ακόμα, η κοινωνική ασφάλιση λειτουργεί ως χρηματοδότης των παρεχόμενων υπηρεσιών (third party payment) με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην έχει άμεση σχέση με το κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνει και να μην επηρεάζεται από αυτό. Έτσι, προκύπτει υπερκατανάλωση υπηρεσιών και αύξηση των δαπανών υγείας. Το ίδιο αποτέλεσμα προκύπτει και στη λειτουργία της ασφάλισης των προμηθευτών (γιατρών), οι οποίοι επίσης δεν έχουν άμεση σχέση με το κόστος και αντίθετα έχουν το κίνητρο της αυξημένης προσφοράς υπηρεσιών.

Σχετικά με το σύστημα υγείας που θα εφαρμοστεί στο μέλλον, θα πρέπει να εκτιμηθούν ο βαθμός ελεύθερης επιλογής του συστήματος, οι προτιμήσεις της

κοινωνίας καθώς και ποιες αξίες θα έχουν την προτεραιότητα στο χώρο αυτό. Δεν θα πρέπει να παραμεριστεί το γεγονός ότι καθοριστικός παράγοντας για την οποιαδήποτε απόφαση κοινωνικού χαρακτήρα είναι το εκφρασμένο και μη, σύστημα αξιών που αντανακλά η ίδια η κοινωνία.

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί η τάση σύγκλισης που παρατηρείται στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, με την επικράτηση συστημάτων ιδιωτικού τύπου παροχής υπηρεσιών υπό εθνικό προγραμματισμό και σχεδιασμό (Βέλγιο) ή με την συνύπαρξη ιδιωτικού και δημόσιου τύπου παροχής υπηρεσιών υπό εθνικό προγραμματισμό και έλεγχο (Γαλλία). Η χρηματοδότηση και η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες που έχουν αντίκτυπο στον τύπο κοινωνικής ασφάλισης.

Το μοντέλο που διαμορφώνεται διεθνώς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας είναι η σύνδεση μεταξύ του κυρίαρχου δημόσιου τομέα και του ιδιωτικού τομέα. Το μοντέλο αυτό θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ως ένα δίκτυο υπηρεσιών για την πλήρη κάλυψη των διαφόρων επιπέδων φροντίδας, από την προαγωγή υγείας και την πρόληψη έως την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Το δίκτυο θα πρέπει να επεκτείνεται και έξω από τις τυπικές υπηρεσίες, σε επίσημους φορείς και μη μιας πόλης, όπως και σε κάθε πεδίο των δραστηριοτήτων του ανθρώπου. Για την επιτυχημένη εφαρμογή του μοντέλου αυτού απαιτούνται γνώσεις, τεχνογνωσία, επιδεξιότητες και εμπειρία στη διαχείριση των μεταβολών και των συγκρούσεων του συστήματος και θα πρέπει να αναπτυχθούν νέες δομές.

Η αναβάθμιση της υγείας έγκειται στο διακλαδικό της χαρακτήρα και πρέπει να αντανακλάται στις υποδομές που στηρίζουν και ολοκληρώνουν τις πολιτικές και τα προγράμματα προαγωγής της υγείας. Ορισμένα πρότυπα και δυνατότητες επιλογής πρέπει να αναπτυχθούν και να δοκιμαστούν στο χρόνο. Πρέπει να έχουμε πλήρη συνείδηση του γεγονότος ότι οι πλέον καταφανείς υποδομές, όπως τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, τα νοσοκομεία κ.α δεν είναι κατ' ανάγκη τα μόνα κατάλληλα για την προαγωγή της υγείας. Παράλληλα με την ανάπτυξη νέων συστημάτων υγείας, μπορεί να ενισχύεται και η προαγωγή της υγείας με τον καθορισμό της σε όλα τα κυβερνητικά επίπεδα, με τη δημιουργία διευθύνσεων προαγωγής της υγείας και επανεκτίμηση και ενίσχυση των ήδη υπάρχουσών, με προγράμματα κατάρτισης υγείας σε τοπικό κυρίως επίπεδο και με τη διερεύνηση και την ενίσχυση της ευθύνης των τοπικών αρχών και της αποκέντρωσής της, με τελικό στόχο την προαγωγή της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Αναθεωρημένος Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, Στρασβούργο, 3 Μαΐου 1996

Ευρωπαϊκής Ένωσης ΕΕ C 146-22/06/2006

Ευρωπαϊκή Επιτροπή COM 2014, 215 Final – Ανακοίνωση της επιτροπής για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. και Σούλης Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Κονδύλης Η. (2009). *Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Κουκουμτζής Σ. (2013). *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα και οι συνέπειες της στην οικονομική ανάπτυξη και μεγέθυνση της χώρας*. Πτυχιακή εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.

Πρακτικά Ά συνεδρίου Οικονομία και Υγεία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1989

Συστήματα υγείας: θεωρία και πράξη (2000), Ιατρικό Αθηνών.

Χλέτσος Μ. (2010). *Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και Κοινωνία*. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

André, C., & Hermann, C. (2010). *Privatization of healthcare in Europe*. Working paper of the CNRS - Paris and FORBA-Vienna.

Appleby J. (1992). *Financing health care in the 1990s*. Open University Press, Philadelphia.

Bankauskaite V. and Saltman R. (2007). *Central issues in the decentralization debate*. Open University Press, England.

Chapman G. and Sonneberg F. (2000). *Decision making in health care: theory, psychology and applications*. Cambridge University Press, Cambridge.

Drouin A. (2007). *Methods of financing health care: A rational use of financing mechanisms to achieve universal coverage*. Technical report 05, International Social Security Association.

Kimberly J. and Minvielle E. (2000). *The quality imperative: measurement and management of quality in health care*. Imperial College Press, London.

Mooney G. (1992). *Economics, medicine and health care*. Harvester Wheatsheaf, Great Britain.

Mossialos et al. (2002). *Funding health care. Options for Europe*. Open University Press, Philadelphia.

Mossialos, E. and Thomson, S. (2004). *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Copenhagen: Observatory on Health Systems and Policies.

Moulton A. et al (2004). *Public Health Finance: A conceptual framework*. Public Health Management Practice, 10(5), 377-382.

Navarro V. (2000). *Assessment of World Health Report*. Lancet, 356: 1598-1601

Preker, Alexander S. and Harding, April (2000). *The economics of public and private roles in health care : insights from institutional economics and organizational theory*. HNP discussion paper series. Washington, DC: World Bank.

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR: World Health Organization.