

# ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Της Δρος Λαμπρ. ΚΑΡΠΟΥΖΟΥ

*(Συνέχεια εκ του προηγούμενου τεύχους)*

## **5. Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας**

Θεμέλιο πάντως για τη σύγκλιση των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας θα αποτελέσει η οικονομική σύγκλιση των κρατών-μελών της Ε.Ε. καθ' όσον πρωτεύοντα ρόλο στο θέμα της Υγείας έχουν οι επαρκείς οικονομικοί πόροι.

Η βάση για το σχεδιασμό και την εφαρμογή εθνικών στρατηγιών υγείας - όπως παρουσιάστηκε τον Οκτώβριο του 1999 στην Αυστρία, στο πλαίσιο του 3<sup>rd</sup> European Health Forum - ήταν να επιτευχθούν προκαθορισμένοι στόχοι υγείας, ούτως ώστε να εμφανιστούν καλύτεροι δείκτες υγείας, με δεδομένους τους χαμηλούς οικονομικούς πόρους.

Ήταν αμφισβητούμενο όμως αν η υγεία σαν στόχος αποτελούσε προτεραιότητα της Ευρωπαϊκής πολιτικής ατζέντας. Αντίθετα οι πολιτικές αποφάσεις για τη φροντίδα υγείας λαμβάνονται συνήθως με βάση οικονομικά κριτήρια, ενώ εφαρμόζονται κατά κανόνα πολιτικές συγκράτησης κόστους.

Το πρόβλημα όλων των συστημάτων υγείας της Ευρώπης εμφανίζεται με ραγδαία αύξηση του κόστους εξαιτίας: α) των νέων ακριβών τεχνολογιών, β) της σταδιακής γήρανσης του πληθυσμού, γ) των απεριόριστων αυξανόμενων προσδοκιών ζωής και δ) των ανελαστικών δομών του δημοσίου συστήματος προσφοράς υπηρεσιών.

Τα προβλήματα αυτά απαιτούν λύσεις για να οδηγήσουν τα συστήματα υγείας σε επιτυχία.

Για την επιτυχία ενός υγειονομικού συστήματος είναι απαραίτητη η πολιτική, διοικητική και οργανωτική υποστήριξή του.

Αλλά ταυτόχρονα είναι αναγκαία η συναίνεση των φορέων. Για το ελληνικό σύστημα υγείας απαιτείται πολιτική βούληση, τόλμη, αποφασιστικότητα, ενώ η συναίνεση των φορέων - σαν προϋπόθεση νομοθέτησης από την πολιτεία-, διαμορφώνει το status, επηρεαζόμενο από τις πολιτικές αποχρώσεις του, εκφραζόμενες μέσω των διοικήσεών τους.

Οι κομματικοί σχεδιασμοί, σε συνδυασμό με συντεχνιακές συμπεριφορές αδρανοποιούν ή και πολλές φορές αχρηστεύουν οποιοδήποτε μακροχρόνιο ορθολογιστικό σχεδιασμό σε κρίσιμους τομείς δημοσίου συμφέροντος, όπως είναι και η υγεία.

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι να διαγράφεται η πολιτική της υγείας στη σκιά μιας πολιτικής και συντεχνιακής πρακτικής συμβιβασμών, οικονομικών συμφερόντων, εξαρτήσεων και πιέσεων<sup>21</sup>.

Οι νόμοι για τα εθνικά συστήματα Υγείας ρυθμίζουν και στη δυναμική του χρόνου θέλουν αλλαγές πολλές φορές ριζικές, μέσα στις οποίες υπάγονται και οι αλλαγές στις «εργασιακές σχέσεις».

Για να εξετάσουμε σε γενικές γραμμές τις εργασιακές σχέσεις των ιατρών στις διάφορες χώρες της Ε.Ε. και εκτός αυτής θα προσεγγίσουμε τα συστήματα υγείας τους, όπου οι διαφοροποιήσεις των συστημάτων και γενικά των πολιτειακών διαρθρώσεων των χωρών δημιουργούν και τις διαφοροποιήσεις των εργασιακών σχέσεων των ιατρών.

### **Α. Γαλλία**

Θα αναφερθούμε πρώτα στη Γαλλία, στην οποία η Ιατρική Υπηρεσία οργανώνεται κατά τμήματα και τομείς (οι ονομασίες είναι διαφορετικές) και παρόμοιες με της Ελλάδας. Επικεφαλής κάθε τμήματος τοποθετείται ένας Κλινικός Διευθυντής, στον οποίο υπάγονται διοικητικά όλοι οι ιατροί και το παραϊατρικό προσωπικό του.

Τα νοσοκομεία της Γαλλίας είτε είναι Δημοσίου είτε Ιδιωτικού Δικαίου έχουν όλα σταθμό πρώτων βοηθειών. Διαθέτουν ιατρούς ειδικευμένους στην επείγουσα ιατρική (ειδικότητα για την οποία επιλέγονται να εκπαιδευθούν κυρίως ειδικευμένοι αναισθησιολόγοι και γενικοί ιατροί). Από το 1971 έχει αρχίσει ο περιορισμός από την Κυβέρνηση του αριθμού των νέων ιατρών, που αποφοιτούν από τα Γαλλικά πανεπιστήμια. Ο περιορισμός γίνεται (μέσω βαθμολογίας) στο τέλος του πρώτου έτους των σπουδών, ενώ το 1971 ενεργάφησαν στο 2<sup>ο</sup> έτος της Ιατρικής 8.600 φοιτητές σ' όλη τη Γαλλία, το 1992 ο αριθμός αυτός περιορίσθηκε στους 3.500, για ν' αυξηθεί το 1993 στους 3.650. Στο τέλος του έκτου έτους των σπουδών τους οι φοιτητές περνούν από αυστηρές εξετάσεις με συναγωνισμό στη βαθμολογία, που καθορίζει στους δικαιούμενους την ειδίκευση (κατά ειδικότητα) και εκείνους που υποχρεώνονται ν' ακολουθήσουν τη γενική ιατρική.

Οι τελευταίοι έχουν άλλα δύο χρόνια σπουδών (ειδίκευσης). Οι πρώτοι άλλα 4-5 χρόνια (ανάλογα με την ειδικότητα). Η κυβέρνηση καθορίζει τον αριθμό των ιατρών σε κάθε ειδικότητα και ανά περιοχή. Το 1993 αναλογούσε 1 ιατρός ανά 370 κατοίκους<sup>22</sup>.

Το Σύστημα Υγείας στη Γαλλία προσφέρει υψηλού επιπέδου ιατρική φροντίδα, δίνοντας μεγάλη σημασία στο ρόλο των ιατρών της γενικής ιατρικής και στο ρόλο του οικογενειακού ιατρού<sup>23</sup>.

21. Δ. Βενιέρης, *Οι περιπέτειες της Υγείας στην Ελλάδα, Επιθεώρηση Υγείας Μάιος - Ιούνιος 2000 τόμος 11, τεύχος 64, 9.*

22. Α. Ανδριανοπούλου, *Γαλλία, Ενδιαφέροντα στοιχεία για το Σύστημα Υγείας Επιθεώρηση Υγείας Τόμος 8, τεύχος 44, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 1997, 80.*

23. *European Union of General Practitioners Reference Book 1996/97 UEMO, Kensington Publications Ltd, 3d ed. France, σελ. 131.*

Από το 1984 λειτουργούν στη Γαλλία τα *Reseaux de Soins Coordonnés*<sup>24</sup> (RSCS) και αποτελούν μεταφορά και εφαρμογή της φιλοσοφίας και οργάνωσης των Αμερικάνικων ΗΜΟs<sup>25</sup> σ' ένα σύστημα υγείας μικτό και κύρια ελεγχόμενο από την κοινωνική Ασφάλιση και το κράτος, με βασική επιδίωξη τη βελτίωση της αποδοτικότητας.

Οι ιατροί σ' αυτό το σύστημα αμείβονται με μισθό, η κατά κεφαλή ή κατά πράξη, και τους δίνονται κάποια οικονομικά κίνητρα, όχι όμως τόσο ισχυρά, όσο στα ΗΜΟs.

Στη Γαλλία λόγω ισχυρής κοινωνικής ασφάλισης και αντίληψης για δωρεάν υγεία, το ασφάλιστρο καταβάλλεται στα RSCS μέσω των Ταμείων Υγείας, ύστερα από διαπραγμάτευση με το Δίκτυο.

Τυχόντα πλεονάσματα Δικτύου μπορεί να χρησιμοποιηθούν μεταξύ άλλων και για τη βελτίωση των αμοιβών των ιατρών<sup>26</sup>.

## **Β. Γερμανία**

Το γερμανικό σύστημα κοινωνικών υπηρεσιών είναι από τα πιο εξελιγμένα και τα πιο πλήρη του κόσμου. Η πρωτοποριακή συμβολή της χώρας στον τομέα της κοινωνικής νομοθεσίας άρχισε τη δεκαετία του 1980 με την κάλυψη της υγείας και την ασφάλιση από τα ατυχήματα.

Η ασφαλιστική κάλυψη της ιατρικής περίθαλψης και της συνταξιοδότησης είναι υποχρεωτικές για όλους τους εργαζόμενους, το εισόδημα των οποίων είναι κατώτερο από ένα ορισμένο όριο.

Με την αύξηση του βιοτικού επιπέδου όλο και περισσότεροι συμμετέχουν και σε ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα, που είναι μεν ακριβότερα, αλλά τις περισσότερες φορές πιο γενναιόδωρα στις παροχές τους σε σύγκριση με τα κρατικά.

Το 90% σχεδόν του πληθυσμού καλύπτεται από υποχρεωτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η Ομοσπονδιακή Γερμανία τοποθετείται στην κορυφή (σε σχέση με άλλες Δυτικοευρωπαϊκές χώρες) των δαπανών που διατίθενται για την υγεία. Οι εισφορές κυμαίνονται μεταξύ 8% και 12% των αποδοχών<sup>27</sup>.

Η ιατρική περίθαλψη είναι υψηλής στάθμης και οι αγροτικές περιοχές εξυπηρετούνται ικανοποιητικά. Τα νοσοκομεία λειτουργούν συνήθως υπό την ευθύνη των δήμων, θρησκευτικών σωματείων ή ως ιδιωτικές επιχειρήσεις ενός ή περισσότερων ιατρών.

Το επίπεδο της δημόσιας υγείας είναι υψηλό με χαρακτηριστικό παράδειγμα την εξάλειψη της φυματίωσης, που μάστιζε παλαιά τη Γερμανία.

Το εκτεταμένο σύστημα υγείας και πρόνοιας που λειτουργούσε στην πρώην Λαοκρατική Δημοκρατία της Γερμανίας αναδιοργανώθηκε και ευθυγραμμίστηκε με τα διάφορα συστήματα απασχόλησης, υγείας και συνταξιοδότησης της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας. Η ασφάλιση από ατυχήματα και η συνταξιοδότηση είναι συνδεδεμένες με τα προγράμματα υγείας και ιατρικής περίθαλψης.

24. RSCS Δίκτυα Συντονισμών Φροντίδων (*Reseaux de soins Coordonnes*).

25. ΗΜΟs: *Health Maintenance Organizations*, Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας.

26. Μ. Θεοδώρου: «Εναλλακτικές μορφές οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας ΗΜΟs-PPOs-RSCs», Αθήνα Απρίλιος 1990, 51.

27. Εγκυκλοπαίδεια, «Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα» Γερμανία έκδοση 1996 τόμος 16 (δέκατος έκτος), σελ. 365-366.

Τα τρία κυριότερα συνταξιοδοτικά προγράμματα καλύπτουν τους ανθρακωρύχους, τους εργάτες και τους υπαλλήλους.

Η προηγούμενη δεκαετία εμφάνισε, για τη Γερμανία, έντονα την αδυναμία στην οποία είχε φτάσει το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας εξ' αιτίας της συνεχούς αύξησης του κόστους του συνταξιοδοτικού συστήματος και της υγειονομικής περιθάλψης.

Το νομικό πλαίσιο στο οποίο υπάγονται οι ιατροί που εργάζονται στα κρατικά νοσοκομεία μπορεί να χαρακτηριστεί μικτό.

Οι Γερμανοί ιατροί έχουν σύμβαση με το νοσοκομείο είτε σε μόνιμη βάση είτε περιορισμένης διάρκειας.

Μερικοί ιατροί σύμφωνα με τις συμβάσεις τους έχουν το δικαίωμα να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία. Σε γενικές γραμμές η πλειοψηφία των ιατρών εργάζεται σε δημόσια νοσοκομεία και είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης<sup>28</sup>.

### Γ. Ιταλία

Οι εθνικές υπηρεσίες υγείας στην Ιταλία βασίζονται στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τον άμεσο έλεγχο των 20 τοπικών υπηρεσιών υγείας. Τα περισσότερα νοσοκομεία διευθύνονται απευθείας από τις τοπικές αυτοδιοικήσεις. Τα μεγαλύτερα νοσοκομεία όμως έχουν δικό τους προϋπολογισμό και οικονομική αυτονομία. Εκτός από το δημόσιο, που διαθέτει τις υπηρεσίες υγείας, η φροντίδα παρέχεται επίσης και με συμφωνία με ιδιωτικά νοσοκομεία. Η βάση του συστήματος υγείας είναι οι ιατροί γενικής ιατρικής, που αναφέρονται σε λίστα και από την οποία οι κάτοικοι των περιοχών μπορούν να διαλέξουν το δικό τους γενικό ιατρό.

Σχεδόν όλες οι συνταγές των φαρμάκων και οι γνωμοδοτήσεις αποφασίζονται από τους γενικούς ιατρούς, (GP) οι οποίοι κρατούν όλη την κλινική ευθύνη για τους ασθενείς και παρέχουν επείγουσα πρωτοβάθμια φροντίδα, παραπέμποντάς τους στα νοσοκομεία.

Η νοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται στους ασθενείς χωρίς χρέωση.

Με βάση τις εισφορές τους οι ασθενείς πληρώνουν μια συμμετοχή για ειδικές υπηρεσίες και για τη διαδικασία διάγνωσης<sup>29</sup>.

Όλοι οι ιατροί που εργάζονται είτε σε τοπικές υπηρεσίες υγείας είτε σε νοσοκομεία ως ιατροί γενικής ιατρικής ή ειδικοτήτων, αμείβονται με ειδικές συμβάσεις<sup>30</sup>.

### Δ. Πορτογαλία

Προσπάθειες αναδιάρθρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας κάνει η Πορτογαλία την τελευταία 5ετία θεωρώντας ότι η ανάπτυξη της ειδικότητας της γενικής ιατρικής θα στηρίξει και θα δομήσει καλύτερα το Σύστημα Υγείας. Η πλειοψηφία των ιατρών στα κρατικά νοσοκομεία εργάζονται σε μόνιμη βάση.

28. *Ανέκδοτα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοια (1997) Γραφείο Γεν. Γραμματέα.*

29. *C. Cricelli: «General practice in Italy», European Union of General Practitioners Reference Book 199697, UEMO 3d ed., 100.*

30. *Key data on health 2000 European commission, Eurostat, edition 2000, VII Annexe, Italy. 293.*

Σ' ό,τι αφορά την αποκλειστική απασχόληση στο νοσοκομείο, οι ιατροί είναι ελεύθεροι να επιλέξουν συγχρόνως και την ιδιωτική απασχόληση (30% ή να εργάζονται αυστηρά σε αποκλειστική βάση 70%).

### **Ε. Αυστρία**

Το Σύστημα Υγείας στην Αυστρία στηρίζεται στο κοινωνικό σύστημα ασφάλισης.

Το νομικό σύστημα στην Αυστρία επιτάσσει ότι η είσοδος σ' έναν οργανισμό για την απαίτηση ιατρικής ασφάλισης ξεκινά από τη στιγμή που έχουν εκπληρωθεί βασικά κριτήρια (επιλογή εργασίας). Μόνο μικρές ομάδες του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωμένες να γίνουν μέλη της απαιτούμενης ιατρικής ασφάλισης (ειδικότερα μέλη θρησκευτικών ενώσεων). Τα προβλήματα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εντάσσονται μέσα στα γενικά προβλήματα λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στα πλαίσια της διεκδίκησης για ίση πρόσβαση από όλους τους ασφαλισμένους στις υπηρεσίες του συστήματος.

Υπάρχει ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας που παρέχεται από ειδικά εκπαιδευμένους ιατρούς.

Το ασφαλισμένο πρόσωπο - ασθενής μπορεί να καλέσει ιατρό προσωπικής επιλογής, τον οποίο θα τον πληρώσει ο ίδιος αν ο ιατρός δεν είναι συμβεβλημένος με την ασφάλεια του ασθενούς, και στη συνέχεια θα τα εισπράξει από τον ασφαλιστικό οργανισμό.

Το υψηλό ποσοστό των ασφαλισμένων προσώπων στην Αυστρία αποκαλύπτει την οικονομική σημασία της σύμβασης μεταξύ ιατρών και ασφαλιστικής εταιρείας<sup>31</sup>.

Το εργασιακό καθεστώς των ιατρών εξαρτάται από το νομικό πλαίσιο της απασχόλησης. Σε πολλές περιπτώσεις οι επαρχίες ή οι κοινότητες είναι οι ιδιοκτήτες των νοσοκομείων που σημαίνει ότι το νομικό καθεστώς των ιατρών υπάγεται στις διατάξεις των δημοσίων υπαλλήλων (μόνιμη σχέση).

Σε άλλες περιπτώσεις το νομικό καθεστώς των ιατρών, που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία διέπεται απ' τις διατάξεις του αστικού δικαίου και επομένως οι ιατροί αυτής της κατηγορίας συνάπτουν συμβάσεις ιδιωτικού δικαίου.

Και αυτές οι περιπτώσεις δεν αποκλείουν τη μόνιμη βάση του ιατρού στο νοσοκομείο. Η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου γίνεται στον ελεύθερο χρόνο του ιατρού, ο οποίος είναι εργαζόμενος σε νοσοκομείο. Η τάση και οι προσπάθειες μείωσης αυτού του εργασιακού καθεστώτος είναι έκδηλη από το κράτος<sup>32</sup>, παρατηρείται όμως μια κρατική διάθεση για τον περιορισμό αυτού του εργασιακού καθεστώτος.

### **ΣΤ. Βέλγιο**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Βελγίου αναγνωρίζει το δικαίωμα του ασθενούς για ελεύθερη επιλογή και αλλαγή του ιατρού του, που θα στηρίζεται στη σχέση εμπιστοσύνης του.

31. A. Rainer Brettenthaler, Dr Michael Neumann, «Doctors of general medicine / GPs in Austria», *European Union of General Practitioners Reference Book, 1996/97, UEMO 3d ed. 85-86.*

32. Ανέκδοτα στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Έρευνα του γραφείου Γενικού Γραμματέα, Αθήνα 1997.

Έχει σημειωθεί η έξαρση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, σε σημείο που ο προσανατολισμός για την ενημέρωση των ιατρών όσον αφορά τη συγκράτηση του κόστους έχει αλλάξει τη στρατηγική για τη χάραξη της πολιτικής της υγείας<sup>33</sup>.

Οι ιατροί στο Βέλγιο μπορεί να είναι δημόσιοι υπάλληλοι ή να συνάπτουν σύμβαση εργασίας. Έχουν δυνατότητα επίσης να είναι μόνιμοι υπάλληλοι με βάση το νοσοκομείο ή μόνιμοι με συγκεκριμένη διάρκεια στην περίπτωση που συνάπτουν σύμβαση. Υπάρχει η δυνατότητα να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία αλλά αυτό εξαρτάται πάντα από τους όρους της γενικής ή ατομικής σύμβασης, που υπάρχει μεταξύ των νοσοκομείων και του ιατρού<sup>34</sup>.

## **Z. Σλοβενία**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη Σλοβενία είναι αρκετά χαλαρό, με χαρακτηριστικό την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, όχι μόνο από τα κέντρα Υγείας, αλλά και από ιατρούς γενικής ιατρικής (GP) σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ιατρών εργάζεται στα κρατικά νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, αλλά υπάρχει η τάση αύξησης της ιδιωτικής φροντίδας υγείας.

Το σύστημα δείχνει περισσότερη εμπιστοσύνη στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους ειδικευμένους ιατρούς.

Παρ' όλα αυτά όμως ο ρόλος του γενικού ιατρού είναι καλύτερος από κάποιες άλλες Ανατολικές Ευρωπαϊκές Χώρες. Παρ' όλο που η Σλοβενία είχε αποφασίσει ν' αναπτύξει πολιτειακή και ιδιωτική ιατρική πρακτική, η βασική ιδέα του Σλοβένικου Συστήματος Υγείας είναι να ανεβάσει το επίπεδο της ιατρικής φροντίδας και ν' αυξήσει την εκπαίδευση και τις μεθόδους προόδου των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας προκαλώντας τους αυτούς μάλιστα να κάνουν προτάσεις για σχεδιασμό σύγχρονου συστήματος Υγείας. Αυτό βέβαια μέσα στις γενικές προκλήσεις για την εισαγωγή πιο δημοκρατικών και ανθρώπινων σχέσεων μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς<sup>35</sup>.

## **H. Αγγλία**

Το NHS Εθνικό Σύστημα υγείας της Αγγλίας ήταν επί χρόνια πρότυπο διοίκησης και λειτουργίας, με αποτέλεσμα να προκαλεί προτάσεις και λύσεις για άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Η χώρα μας επηρεάστηκε καταλυτικά για την αρχική δημιουργία του εθνικού συστήματος υγείας το 1983.

Η σημερινή όμως κατάσταση του βρετανικού συστήματος υγείας δεν είναι τόσο καλή, αφού οι αλλαγές οι οποίες έπρεπε να είχαν αρχίσει ακόμη από τη διακυβέρνηση της Μ. Θάτσερ δε δρομολογήθηκαν σωστά ή αργοπόρησαν με αποτέλεσμα σήμερα το σύστημα να έχει προβλήματα εκροών και αυτό φαίνεται από τη λίστα των ασθενών που περιμένουν να νοσηλευθούν σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Το εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας απασχολεί επαγγελματίες υγείας και ιατρούς, που εργάζονται σε βάση πλήρους απασχόλησης αφιερώνοντας όλο το χρόνο τους στο NHS<sup>36</sup>.

33. U.E.M.O. *op. cit.* σελ. 128.

34. *Ανέκδοτα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 1997. Γραφ. Γεν. Γραμματεία.*

35. U.E.N.O., *op. cit.* σελ. 110.

36. *National Health Service, Notes for over seas medical praduates intending to train in the U.K.. BMS Publishing group National Advice Centre for Postgraduate Medical Education December 1997, σελ. 2-3.*

Οι εργοδοτικές αρχές - νοσοκομεία μπορούν από καιρού εις καιρόν να προσφέρουν μερική απασχόληση σε συμβούλους, με συμβόλαιο που μπορούν να λήξουν μέσα σ' ένα χρόνο, ή να ανανεωθούν για επιπλέον περιόδους.

Ένα νοσοκομείο μπορεί κατά την κρίση του ν' απονεμίσει μια συμπληρωματική περίοδο εργασίας σε σύμβουλο ιατρό μερικής απασχόλησης ανάλογα με τη θέση που έχει στη λειτουργία του νοσοκομείου. Έτσι μπορεί να τοποθετηθεί ως part-time general manager, και ν' αναλάβει συμπληρωματική εργασία για να καλύψει αρμοδιότητες προσωρινά του general manager. Επίσης ένα νοσοκομείο κατά την κρίση του και για καθήκοντα κλινικού εκπαιδευτή κατά συμβουλή του κοσμήτορα μετεκπαίδευσης μπορεί να συνάψει μια ξεχωριστή σύμβαση μ' ένα σύμβουλο, όπου έχει αναλάβει συγκεκριμένες υπευθυνότητες, όπως: α) το συντονισμό της ανάπτυξης και της λειτουργίας του ιατρικού ελέγχου σ' ένα νοσοκομείο ή περιοχή και β) την πρόσληψη ιατρού ειδικότητας για κάποιες μέρες εργασίας χωρίς αυτό να τον εμποδίζει στη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου. Στην περίπτωση όμως που το νοσοκομείο συνάψει σύμβαση με ιατρό πλήρους απασχόλησης, ο ιατρός αυτός: α) υποχρεούται για εργασία δέκα περιόδων ανά εβδομάδα (1 περίοδος ισούται με εργασία τεσσάρων ωρών) στο νοσοκομείο, β) έχει την υποχρέωση ν' αναπληρώνει τους απόντες συναδέλφους του, και να καλύπτει τις επείγουσες περιπτώσεις και απρόβλεπτες καταστάσεις που απαιτεί η φροντίδα των ασθενών.

Η σύμβαση μεταξύ νοσοκομείων και ιατρών είναι τέτοιας μορφής ούτως ώστε ο συμβατικό χρόνος του ιατρού ν' αξιοποιείται εργασιακά και ν' αξιολογείται ακόμα και το χρονικό διάστημα του διαλείμματος για καφέ.

Οι ιατροί των νοσοκομείων ανήκουν στις βαθμίδες α) Senior Register SR, β) Register, γ) Senior house officer και δ) House officer. Οι ιατροί αυτοί που αναλαμβάνουν εργασία για μια εργάσιμη εβδομάδα, δηλ. 40 ώρες συνάπτουν σύμβαση για α) 40 εργάσιμες ώρες την εβδομάδα και β) επιπλέον εργάσιμες ώρες, από τις 40, για κάλυψη περιστατικών.

Οι ιατροί σ' αυτές τις βαθμίδες εργάζονται σε πλήρη βάρδια, μερική βάρδια ή με κατάλογο ειδοποίησης.

Για την εύρυθμη λειτουργία των βαρδιών το νοσοκομείο κάνει ελέγχους, ούτως ώστε να καλύπτονται οι παρουσιαζόμενες ανάγκες του. Σ' αυτές τις ώρες υπηρεσίας οι ιατροί μπορούν ν' απασχολούνται με την οργανωμένη μελέτη και την εκπαίδευση.

Μια από τις θέσεις που μπορεί να έχει ο ιατρός στο νοσοκομείο είναι αυτή του Συμβούλου.

Βασική προϋπόθεση για να καταλάβει κάποιος μια τέτοια θέση ιατρού-συμβούλου ή οδοντίατρου συμβούλου πρέπει να είναι πλήρως καταχωρημένος ως ιατρικός επαγγελματίας. Η είσοδος στις βαθμίδες καριέρας του Ανώτατου Νοσοκομειακού ιατρού και οδοντιατρικού Στελέχους είναι δύσκολη και κλειστή.

Μια άλλη θέση του ιατρού είναι αυτή του Ειδικού Συνεργάτη, που για να την καταλάβει θα πρέπει να έχει υπηρετήσει τουλάχιστον 4 χρόνια σαν απλό προσωπικό και δύο χρόνια απ' αυτά να είναι στην κατάλληλη ειδικότητα ή να ήταν σε θέση περιφερειακού κοσμήτορα Μετεκπαίδευσης.

Βασική επίσης προϋπόθεση για διορισμό σε θέση ειδικού συνεργάτη είναι η συμπλήρωση δέκα ετών από την απόκτηση της αρχικής ιατρικής εκπαίδευσης. Ο διορισμός σ' αυτή τη βαθμίδα είναι κατ' αρχάς για ένα έτος, εκτός από τα έμπειρα ιατρικά στελέχη, που μετατίθενται σε θέση ειδικού συνεργάτη. Η θέση του Registrar στο νοσοκομείο είναι

η αντίστοιχη του επιμελητή Β' στην Ελλάδα. Απαιτεί προϋπηρεσία 2 τουλάχιστον ετών και μετεκπαιδευτική εμπειρία και ο διορισμός στην αρχή να είναι για ένα έτος.

Όλοι οι νοσοκομειακοί ιατροί μπορούν ν' αναλάβουν ιδιωτική άσκηση ή άλλη εργασία καθ' όσον αυτή πραγματοποιείται μετά την εκπλήρωση των υποχρεώσεων τους στο νοσοκομείο. Υπάρχουν περιορισμοί στις αποδοχές από την ιδιωτική άσκηση και εργασία που διεξάγεται στους ασθενείς του NHS ξεχωριστή ρύθμιση, εκτός από το βασικό συμβόλαιο απασχόλησης του ιατρού.

Οι ιατροί πλήρους απασχόλησης σε μια από τις προαναφερθείσες βαθμίδες εξέλιξης πρέπει να δηλώνουν ετησίως (αν το ζητά το νοσοκομείο) τις αποδοχές από την άσκηση της ιδιωτικής ιατρικής, οι οποίες δεν πρέπει να ξεπερνούν το 10% του μικτού τους μισθού συμπεριλαμβανομένων και των επιδομάτων.

Σε περίπτωση που ο ιατρός στην οποιαδήποτε βαθμίδα ξεπεράσει το ποσοστό 10% θα πρέπει να κάνει προσπάθεια μείωσης της ιδιωτικής του πελατείας<sup>37</sup>.

## 6. Τα Συστήματα Υγείας των Βορείων Χωρών

Τα συστήματα υγείας των Σκανδιναβικών χωρών δημιουργήθηκαν μέσα από μια τελείως διαφορετική κουλτούρα των λαών που τις κατοικούν (σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες) και λειτούργησαν μέσα σ' αυτή.

Το υψηλό βιοτικό επίπεδο αντικατοπτρίζει την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας και τις υψηλές παροχές προς τον πολίτη των χωρών αυτών.

Έτσι εντάσσουμε σε μια ενότητα την εξέταση σε γενικές γραμμές των συστημάτων υγείας αυτών των χωρών, όπου α) η κοινωνική ασφάλιση που είναι πολύ ανεπτυγμένη, περιλαμβάνει προγράμματα συνταξιοδότησης, καταβολής επιδομάτων ανεργίας, υγειονομικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους και την οικογένεια, β) αναπτύσσουν προγράμματα, λαμβάνουν μέριμνα για τα εργατικά ατυχήματα, τη μητρότητα και οικογενειακά επιδόματα για όλα τα παιδιά κάτω των 16 ετών όπως συμβαίνει στην Φινλανδία, γ) η τοπική αυτοδιοίκηση έχει σημαντικό ρόλο και λόγο, αφού καλύπτει χρηματοδοτήσεις πολιτικών χαμηλών εισοδημάτων (όπως στην Φινλανδία και στην Δανία), δ) οι χώρες μαστίζονταν παλαιά από επιδημίες, όπως η φυματίωση, αλλά ανέπτυξαν την προληπτική ιατρική και τη δημόσια υγεία σε μεγάλο βαθμό καταπολεμώντας τη μάλιστα της φυματίωσης που ταλαιπωρούσε τη Νορβηγία, ε) η «λαϊκή σύνταξη» καθιερώθηκε στη Νορβηγία το 1967 με σκοπό να εξασφαλίσει σ' ολόκληρο τον πληθυσμό βιοτικό επίπεδο παρόμοιο με αυτό που είχε εξασφαλίσει ο εργαζόμενος κατά τη διάρκεια της εργασιακής του ζωής, στ) η σύνταξη καλύπτει το γήρας, την αναπηρία ή την έλλειψη μέσων συντήρησης.

Το κράτος στη Νορβηγία καταβάλλει οικογενειακό επίδομα για όλα τα παιδιά μέχρι 16 ετών. Το κράτος πρόνοιας στη Δανία φροντίζει και για τις συντάξεις για χήρες άνω των 55 ετών.

### α) Σουηδία

Η Σουηδία θεωρείται από πολύ παλιά ότι κατέχει ηγετική θέση στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας σε παγκόσμιο επίπεδο και παρά τις ανισότητες που εξακολουθούν να υ-

<sup>37</sup> Ανέκδοτα στοιχεία από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Έρευνα γραφείου Γενικού Γραμματέα, Αθήνα 1997-98.



πάρχουν οι πολίτες της χώρας δικαιούνται ποικίλες μορφές κοινωνικής αρωγής. Τα προγράμματα υποχρεωτικής υγειονομικής ασφάλισης καλύπτουν στο σύνολό τους σχεδόν την αμοιβή των ιατρών, τα νοσήλια των νοσοκομείων και το κόστος των φαρμάκων. Η γενικά πολύ καλή κατάσταση της υγείας του σουηδικού λαού μπορεί ν' αποδοθεί στο σκληρό αλλά ουσιαστικά υγιεινό κλίμα, και στην υψηλού επιπέδου δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες.

Ιατροί όλων των ειδικοτήτων έχουν τη δυνατότητα ν' ασχοληθούν με την επιστημονική έρευνα, η οποία παραμένει στην πρωτοπορία της παγκόσμιας ιατρικής (χρηματοδοτεί και ερευνητικά προγράμματα σε άλλες χώρες, όπως στην Ελλάδα). Οι νοσοκομειακές εγκαταστάσεις συγκαταλέγονται στις πιο προηγμένες ολόκληρης της Ευρώπης. Η προληπτική ιατρική, υπό την έννοια της πληροφόρησης του κοινού και της έγκαιρης διάγνωσης βρίσκεται επίσης σε υψηλό επίπεδο.

Στις πιο απομακρυσμένες περιοχές, η ιατρική περίθαλψη παρέχεται κυρίως μέσω ενός δικτύου μικρότερων νοσηλευτικών μονάδων επαρχιακών ιατρών, νοσοκόμων και μαιών, που υπάγονται στα κατά τόπους κομητειακά συμβούλια<sup>38</sup>.

Εξ' αιτίας της αύξησης του κόστους για την παροχή της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης το 1994 ψηφίστηκε ο εθνικός νόμος κοινωνικής υγείας, ο οποίος αναγνωρίζει το σημαντικό ρόλο των ιατρών γενικής ιατρικής σαν «φύλακες των πυλών» και τη διατήρηση της ποιότητας στην παροχή υγείας.

Ο μεγαλύτερος Σουηδικός ιατρικός οργανισμός S.M.A. έχει μέλη πάνω από το 95% του Σουηδικού ιατρικού επαγγελματικού δυναμικού.

Ο S.M.A. έχει οκτώ επαγγελματικούς οργανισμούς, μεταξύ των οποίων είναι και ο Σουηδικός οργανισμός νοσοκομειακών ιατρών<sup>39</sup>.

Με τα θέματα υγείας στη Σουηδία ασχολούνται τα 26 περιφερειακά Συμβούλια, που εκλέγονται κάθε τρία χρόνια.

Οι προμηθευτές (ιατροί και νοσοκομεία) εξαρτώνται από τα περιφερειακά συμβούλια σε μεγάλο βαθμό τουλάχιστον, όσον αφορά τη χρηματοδότηση.

Οι υπηρεσίες υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας) λειτουργούν με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια για την προσέλκυση ασθενών.

Κύριο χαρακτηριστικό είναι η αξιολόγηση κατά δραστηριότητα (περιστατικά) και οι κλειστοί - σφαιρικοί προϋπολογισμοί σε επίπεδο κλινικής, όπου έχει εισαχθεί το ιατρικό management.

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές των χειρουργικών τμημάτων των νοσοκομείων που αύξησαν τη δραστηριότητά τους, χρησιμο-ποιώντας τα κίνητρα που τους δόθηκαν για συγκράτηση του κόστους παροχής υπηρεσιών, έχουν κατά πλειοψηφία (76%) πεισθεί ότι οι αλλαγές είναι προς τη σωστή κατεύθυνση για ν' αυξήσουν την αποδοτικότητα, ενώ μόλις 40% το αποδίδει στις αλλαγές που προωθούν τον ανταγωνισμό μεταξύ τους. Οι απόψεις των παθολόγων που προφανώς δεν ευνοήθηκαν από το σύστημα είναι αντίθετες<sup>40</sup>.

38. *Εγκυκλοπαίδεια: «Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα» Σουηδία έκδοση 1999 τόμος 54, σελ. 400.*

39. *U.E.M.O. op. cit. σελ. 125.*

40. *N. Πολύζος, «Αποδοτικότητα των Νοσοκομείων με βάση τη ταξινόμηση των ασθενών», Αθήνα 1999 σελ. 82.*

Γενικώς οι ιατροί του δημοσίου συστήματος υγείας πληρώνονται από τον προϋπολογισμό του δημοσίου και οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ιατρού στο δημόσιο σύστημα<sup>41</sup>.

## β) Φινλανδία

Το σύστημα υγείας απαρτίζεται κυρίως από Δημόσιες υπηρεσίες. Τα κέντρα υγείας, τα οποία υπάγονται στην τοπική αυτοδιοίκηση, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν, αλλά υπάρχουν επίσης ιδιωτικά ιατρεία. Ολόκληρη η χώρα διαιρείται σε νοσοκομειακές περιοχές, κάθε μια από τις οποίες διαθέτει ένα κεντρικό νοσοκομείο, που υπάγεται σε διαδημοτικό οργανισμό<sup>42</sup>. Λειτουργούν επίσης μικρά περιφερειακά νοσοκομεία και λίγες ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες. Οι ασθενείς καταβάλλουν μικρό ποσοστό των ημερήσιων νοσοκομειακών εξόδων, ενώ το κράτος καλύπτει κατά μέσο όρο το 60% της δαπάνης των φαρμάκων. Η Φινλανδία αυτή τη στιγμή έχει πλεονάζον ιατρικό δυναμικό, έτσι ώστε η ανεργία να αγγίζει και τον ιατρικό κλάδο. Οι ιατροί της χώρας είναι στη συντριπτική τους πλειοψηφία σε εργασιακή σχέση με το Δημόσιο Τομέα.

Παρά την αποκέντρωση της οργανωτικής δομής, οι όροι με τους οποίους ο Δημοσιος Τομέας παρέχει απασχόληση στο ιατρικό επάγγελμα τείνουν να είναι ενιαίοι σε εθνικό επίπεδο, ενώ η Ιατρική Ομοσπονδία της Χώρας είναι καλά οργανωμένη.

Η επέκταση της αποκέντρωσης, η εισαγωγή δομών ανταγωνισμού στο ίδιο το Δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών και η μείωση του ρυθμού αύξησης των δαπανών για υγεία δημιουργεί την ανάγκη για μεγαλύτερη ελαστικότητα στην ιατρική αγορά εργασίας, ώστε να ενισχυθεί ο ρόλος της αγοράς. Η ενίσχυση του ρόλου του μάνατζμεντ στη χώρα αυτή δεν έχει δημιουργήσει ακόμα τις τριβές, που παρατηρούνται σε άλλες χώρες, όπως στη Βρετανία, με το ιατρικό προσωπικό. Αυτό σε κάποιο βαθμό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι μεταρρυθμίσεις γίνονται αργά και προσεκτικά, ώστε να μην αλλοιωθεί ο χαρακτήρας του συστήματος. Από την άλλη πλευρά, ο συναινετικός τρόπος άσκησης πολιτικής δημιουργεί τις προϋποθέσεις για σταδιακές αλλαγές.

Κάποια ελαστικότητα υπάρχει ήδη με δεδομένο ότι το 1/3 περίπου των Φινλανδών - κυρίως νοσοκομειακών - Ιατρών ασκεί παράλληλα μερική ιδιωτική απασχόληση. Τα νοσοκομεία προάγουν σταδιακά τη δυνατότητα να δέχονται ιδιωτικούς ασθενείς, που επισκέπτονται τον ιατρό της προτίμησής τους, έξω από το ωράριο εργασίας του για τους ασθενείς του Δημοσίου, αναζητώντας πρόσθετους πόρους. Η ισορροπία εξασφαλίζεται καθώς το νοσοκομείο πληρώνεται από τον ασθενή και αμείβει το θεράποντα με αμοιβή κατά πράξη. Ευρύτερες ισορροπίες υπαγορεύουν την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των γενικών ιατρών και των διευθυντών κλινικών, σε μια προσπάθεια ελέγχου των συγκρούσεων συμφερόντων μεταξύ δημόσια και ιδιωτικής απασχόλησης.

Οι ιατροί των Κέντρων Υγείας είναι κυρίως μόνιμοι ιατροί. Το 36% του πληθυσμού είναι στη λίστα ενός γενικού ιατρού, ο οποίος αμείβεται κατά κεφαλή για κάθε ασθενή, ενώ μπορεί να λαμβάνει μικρό πρόσθετο εισόδημα με αμοιβή κατά πράξη. Το σύστημα της λίστας έχει εισαχθεί τα τελευταία χρόνια και επεκτείνεται.

41. *Key data on health 2000. European commission, Eurostat, edition 2000, VII Annexe, FIN, 295.*

42. *Εγκυκλοπαίδεια «Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνια», Φινλανδία, έκδοση 1999 τόμος 59, σελ. 356.*

Γενικότερα, η μείωση του ρόλου του κέντρου επέφερε μείωση της γραφειοκρατίας, ώστε να διευκολύνονται οι αποφάσεις σε τοπικό επίπεδο. Έτσι, η μεταφορά πόρων - υλικών - μεταξύ υπηρεσιών δεν απαιτεί πλέον έγκριση από το κέντρο, κάτι που διευκολύνει την κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας ενώ από την άλλη μειώνει την αίσθηση ασφάλειας. Οι κλαδικές συμβάσεις περιορίζονται σε συστάσεις για το ύψος των αμοιβών και σε καθορισμό κατώτατων ορίων, ώστε να διευκολυνθεί η σύνδεση της αμοιβής με την παραγωγικότητα.

Όπως οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έτσι και η Φινλανδία ακολουθεί μεταρρυθμίσεις που την απομακρύνουν από το κεντρικό σύστημα σχεδιασμού υπηρεσιών και την εισάγουν σε ένα πλαίσιο οικονομίας της αγοράς, υπό κρατική επίβλεψη και ιδιοκτησία των υγειονομικών εγκαταστάσεων<sup>43</sup>.

Τα κρατικά νοσοκομεία απασχολούν ιατρούς σε μόνιμη βάση ή με σύμβαση περιορισμένης διάρκειας.

Όμως, αν υπάρχει κενή θέση, ο εργοδότης - νοσοκομείο δεν μπορεί να την καλύψει αμέσως με πρόσληψη ιατρού σε μόνιμη βάση<sup>44</sup>. Συχνά οι εργαζότες πρώτα θέλουν να προσλάβουν ένα νέο ιατρό σε μια μόνιμη θέση, με σκοπό να ελέγξουν πως εργάζεται.

Οι νοσοκομειακοί ιατροί επιτρέπεται να διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία συμπληρωματικά με την εργασία τους στο δημόσιο νοσοκομείο. Αυτό έχει ανταπόκριση στους ιατρούς σε ποσοστό 30% περίπου.

Τέλος μπορεί ν' απαγορευτεί το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου σε νοσοκομειακό ιατρό, στην περίπτωση που προκύψει διένεξη συμφερόντων από την άσκηση των δύο αυτών εργασιών.

Με δικαστική απόφαση δικαιώθηκε ένα νοσοκομείο, το οποίο είχε απαγορεύσει σε Διευθυντή Δημόσιου Νοσοκομείου να είναι και ιδιοκτήτης ιατρείου.

### γ) Νορβηγία

Η Νορβηγία λόγω της οικονομικής ευμάρειάς της, που οφείλεται στην παραγωγή πετρελαίου, ανέπτυξε το κράτος πρόνοιας με παροχές για την οικογένεια, την υγεία, την ασφάλεια κ.ά.

Ο Ιατρικός Οργανισμός της Νορβηγίας (Norwegian Medical Association (NMA)) έχει εγγεγραμμένους το 95% των Νορβηγών ιατρών. Υποστηρίζει ότι το σύστημα υγείας της χώρας πρέπει να στηρίζεται στον οικογενειακό γενικό ιατρό για την καλύτερη οργάνωση και απόδοσή του<sup>45</sup>.

Η υποχρεωτική συμμετοχή σ' ένα εθνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης εξασφαλίζει σε όλους τους Νορβηγούς απεριόριστη ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αποζημιώσεις για ιατρικές αμοιβές, παροχή φαρμάκων δίχως περιορισμούς καθώς και χρηματική αποζημίωση για χαμένα ημερομίσθια<sup>46</sup>.

Συνεχίζεται

43. *Ministry of Social Affairs and Health (1993): Finland's targets and policies for municipal social welfare and health care. National plan for organizing social welfare and health care services Helsinki 1994-1997.*

44. *Key data on health, European Commission, 2000 σελ. 295.*

45. *U.E.M.O. op. cit. σελ. 105.*

46. *Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, Νορβηγία, έκδοση 1999 τόμος 45, σελ. 314.*