

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

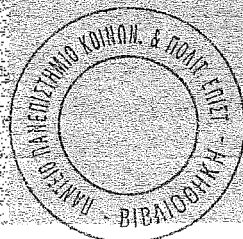
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

«ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ»

Επιμέλεια Εργασίας : ΜΠΟΥΝΤΑ ΕΛΕΝΗ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : ΟΛΓΑ ΠΑΠΑΔΑΚΗ



Σεπτέμβριος 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	4
ΤΑ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	4
ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
α. Διαφάνεια και συνέπεια της πολιτικής και των στόχων:	9
β. Κοινωνική συναίνεση	9
γ. Οικονομικός ρεαλισμός.....	9
ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ	9
ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΚΕΠΕ 1976-80	12
ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ «ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»	14
ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	16
Ο Νόμος 1278/82 για το ΚΕ.Σ.Υ.	16
Ο Νόμος 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας	17
α. Οι θεμελιακές Αρχές του ΕΣΥ :	17
β. Οι Κατευθυντήριοι Άξονες του Ε.Σ.Υ.	18
β1 Αποκέντρωση – κοινωνικός έλεγχος	18
β2. Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας – ενιαίος προγραμματισμός – ισοκατανομή	19
β.3 Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης.....	19
β.4 Θεσμός γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.....	21
β.5 Νοσοκομειακός Τομέας :	21
Νόμος 2071/1992	22
Νόμος 2194/1994	22
Νόμος 2519/1997	22
Ν.Η.Σ. και κυβέρνηση Thatcher	24
1) Ο manager	24
2) Εσωτερική αγορά (Internal Market).....	27
3) Trust	27

Σύνοψη του έργου της κ. Thatcher	30
N.H.S. και κυβέρνηση Blair	31
Γενικές Σκέψεις για το N.H.S.	39
ΕΥΡΩΠΗ – ΧΩΡΕΣ Ε.Ε.	40
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	40
ΟΛΛΑΝΔΙΑ.....	50
ΒΕΛΓΙΟ	53
ΙΣΠΑΝΙΑ	54
ΔΑΝΙΑ	56
ΓΑΛΛΙΑ	57
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	59
ΣΟΥΗΔΙΑ.....	63
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	70

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί, όταν μιλούν για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μία κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Πάντα οι ανάγκες και οι επιθυμίες για περισσότερους γιατρούς καλύτερες και πιο αποτελεσματικές θεραπείες καθώς και για περισσότερα φάρμακα είναι συνεχώς μεγαλύτερες από αυτές που διατίθενται από το υγειονομικό και το ευρύτερο κοινωνικο-οικονομικό σύστημα.

Υπάρχει, λοιπόν, ένα βασικό οικονομικό πρόβλημα ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών που προκύπτει από την έλλειψη επαρκών υπηρεσιών υγείας. Για πολλούς στο παρελθόν, η υγεία αποτελούσε αποκλειστικά υγειονομικό φαινόμενο. Επιστήμονες, όμως, όπως ο Archie Cochrane (1972) και ο Neil McKeehan έδειξαν ότι, η υγεία ενός πληθυσμού εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που είναι πιο σημαντικοί από το ίδιο το υγειονομικό σύστημα. Τέτοιοι παράγοντες είναι οι οικονομικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί, βιολογικοί, πολιτιστικοί αλλά και ψυχολογικοί. Καθώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, καθιστούν επιτακτική τη διεπιστημονική προσέγγιση των ζητημάτων που άπτονται της υγείας.

Ο Kenneth Arrow, βραβευμένος με την υψηλή διάκριση του Βραβείου Νομπέλ το 1972, συνέβαλλε καθοριστικά στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της ελεύθερης αγοράς στον τομέα της υγείας και υποστήριξε την ανάγκη κάποιας μορφής κρατικής παρέμβασης έτσι ώστε να επιτυγχάνεται ένα κοινωνικά άριστο επίπεδο.

Το 1963, στο άρθρο του με τίτλο «Αβεβαιότητα και οικονομική ευημερία στην υγειονομική περίθαλψη», που δημοσιεύτηκε στο American Economic Review, αποδεικνύει την αδυναμία της ελεύθερης αγοράς να οδηγήσει σε άριστη κατανομή των πόρων στο χώρο της υγείας. Έδωσε, μ' αυτόν τον τρόπο, το έναυσμα για τη διερεύνηση των οικονομικών θεμάτων της υγείας, ανοίγοντας το δρόμο και σε άλλους επιστήμονες να ασχοληθούν με τον τομέα αυτό.

Στη Βρετανία, δημιουργήθηκε τη δεκαετία του '70 η Σχολή των Οικονομικών της Υγείας στο πανεπιστήμιο του York με επιφανείς καθηγητές όπως ο Alan Williams, ο Antony Culyer, ο Alan Maynard, που έθιξαν ζητήματα όπως:

- τα χαρακτηριστικά του αγαθού «υγεία»
- η κατανομή των πόρων υγείας βάσει των αναγκών
- η αρχή της αποδοτικότητας της κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας

Παράλληλα, σε Αμερική και Γαλλία αναπτύσσονται διάφορες σχολές που ασχολούνται με τη μέτρηση του επιπέδου υγείας, της ποιότητας ζωής και της νοσηλείας, της χρηματοδότησης και της δίκαιης κατανομής των πόρων.

Στις μέρες μας, οι αυξημένες κοινωνικές ανάγκες, η γήρανση του πληθυσμού, η ταχύτατη βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας και οι πληθωριστικές πιέσεις, είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και σε συνδυασμό με τη φθίνουσα πορεία της οικονομικής ανάπτυξης, δημιούργησαν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης.

Όλες οι χώρες, βέβαια, δεν υιοθετούν την ίδια πολιτική για την αντιμετώπιση παρόμοιων προβλημάτων. Έτσι παρατηρείται μια απόκλιση μεταξύ των χωρών της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης και των χωρών της Νότιας Ευρώπης με χαρακτηριστικό την τάση μίμησης των Βορείων από τους Νοτίους.

Στην Ελλάδα, με την αύξηση του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος (Α.Ε.Π.) τη δεκαετία του '70 - '80, αυξάνονται και οι δαπάνες για την υγεία. Τα ελλείμματα όμως τόσο των νοσοκομείων όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών, σε συνδυασμό με τη συγκέντρωση του υγειονομικού δυναμικού στις αστικές περιοχές,

κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη συγκεκριμένου οικονομικού προγραμματισμού και οικονομικής ανάλυσης.

Οι αυξανόμενες κοινωνικές ανάγκες σε συνδυασμό με τα σύγχρονα κοινωνικά προβλήματα της ανεργίας, του πληθωρισμού, της μείωσης των εισοδημάτων και της δημιουργίας νέων μορφών φτώχειας, δημιούργησαν την ανάγκη για νέες πολιτικές υγείας, που θα έπρεπε να δίνουν έμφαση στα χρόνια προβλήματα των φτωχών και των οικονομικά αδύνατων. Η μείωση των δαπανών βλάπτει ουσιαστικά τις κατηγορίες χαμηλού εισοδήματος και γι' αυτόν τον λόγο θα πρέπει να υιοθετηθεί μια ουσιαστική πολιτική αναδιανομής των πόρων υπέρ των λιγότερο ευημερούντων τάξεων της κοινωνίας.

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τομέας υγείας είναι συνήθως ένας από τους πιο ευαίσθητους και η ανάπτυξή του έγινε σταδιακά στην πορεία του χρόνου επηρεαζόμενη από τις εξελίξεις στις ανθρώπινες αξίες, την επιστήμη, το εμπόριο και άλλες κοινωνικές δυνάμεις χωρίς ιδιαίτερο σχεδιασμό και συγκεκριμένους στόχους. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι αρχικά η κάθε χώρα διέθετε έναν τομέα υγείας, που δεν ήταν όμως οργανωμένος συστηματικά, δηλαδή με στόχους, προγραμματισμένη πορεία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Στις μέρες μας, έχουν γίνει συνειδητές προσπάθειες από αρκετές χώρες, για τη δημιουργία ενός οργανωμένου συνόλου παροχής υπηρεσιών υγείας με τρόπο που να ικανοποιεί τις απαιτήσεις ενός πραγματικού οργανωμένου συστήματος υγείας.

Προσπαθώντας να δώσουμε έναν ορισμό, θα μπορούσαμε να πούμε τα ακόλουθα :

«Ένα οργανωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού».

Από τον ορισμό προκύπτει ότι, η δημιουργία καθώς και η λειτουργία του συστήματος υγείας στηρίζεται σε αρχές που αποσκοπούν στο να:

- τίθενται και να επανεξετάζονται συνεχώς οι στόχοι της πολιτικής υγείας
- καθορίζεται η διαδικασία για την επίτευξη των στόχων αυτών
- γίνεται συνεχής εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της διαδικασίας αυτής για την επίτευξη των στόχων.

ΤΑ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τομέας υγείας, λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ότι, αποτελεί ένα σύστημα, όταν χαρακτηρίζεται από τις προαναφερθείσες αρχές. Σαν σύστημα μπορεί να αναλυθεί σε σχέση με τα κύρια οργανωτικά του χαρακτηριστικά από τα οποία απορρέουν και οι στόχοι του συστήματος. Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να πηγάζουν από τις ιδιαιτερότητες της κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης κάθε χώρας ή κάθε ιστορικής περιόδου σε μια χώρα .

Με βάση τα χαρακτηριστικά αυτά τα συστήματα μπορούν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν ως προς την αποτελεσματικότητά τους για την κάλυψη των

αναγκών υγείας του πληθυσμού ανεξάρτητα από τον πολιτικό ή ιδεολογικό τους προσανατολισμό.

Τα κύρια οργανωτικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας είναι τα εξής :

- Ο βαθμός στον οποίο διάφορες ομάδες του πληθυσμού έχουν ίση δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.
- Το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες υγείας
- Η μορφή υπηρεσιών υγείας στην οποία δίνει έμφαση το σύστημα
- Ο διαχωρισμός μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών
- Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος

Η καθεμία από τις πέντε παραπάνω διαστάσεις ή χαρακτηριστικά, αποτελεί και την πηγή για τον προσδιορισμό των στόχων της πολιτικής υγείας αλλά και των μέτρων πολιτικής που παίρνονται για την επίτευξη αυτών των στόχων.

Στόχος π.χ. που απορρέει από το πρώτο χαρακτηριστικό μπορεί να είναι η παροχή της δυνατότητας πρόσβασης σε τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας των κατοίκων όλης της χώρας. Τα αντίστοιχα μέτρα πολιτικής θα ήταν π.χ. η περιφερειακοποίηση των αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας και η ανεξαρτητοποίηση του συστήματος παροχής υπηρεσιών από τις οικονομικές δυνατότητες των πολιτών.

Στη συνέχεια, θα αναλυθούν λίγο περισσότερο τα παραπάνω οργανωτικά χαρακτηριστικά, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

α) Δυνατότητα πρόσβασης

Σε όλα τα συστήματα υγείας υπάρχουν ανισότητες στη δυνατότητα πρόσβασης διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας και ειδικότερα στις υπηρεσίες περίθαλψης. Οι ανισότητες αυτές πηγάζουν από διάφορες αιτίες, όπως :

- το ασφαλιστικό σύστημα, το οποίο συχνά βάζει οικονομικούς φραγμούς στη χρήση υπηρεσιών
- Το μορφωτικό επίπεδο των διαφόρων ομάδων (μόρφωση και υγειονομική διαφύλαξη)
- Η χωροταξική κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Συνήθως ευνοούνται οι αστικές περιοχές.
- Το κοινωνικοοικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, που επιδρά στη φανερή ζήτηση υπηρεσιών. Οι πραγματικές ανάγκες υγείας διαφέρουν από τις υπηρεσίες που πραγματικά ζητούνται.

β) Το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού

Τα συστήματα υγείας διακρίνονται επίσης και από σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το μέρος του πληθυσμού, που πράγματι καλύπτεται ή μπορεί να καλυφθεί από τις υπηρεσίες του συστήματος. Ορισμένοι παράγοντες, που επηρεάζουν το εύρος κάλυψης είναι οι ακόλουθοι:

- Η επάρκεια των υπηρεσιών και ειδικότερα των ανθρωπίνων και υλικών πόρων, που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή αυτών των υπηρεσιών.

- Η χωροταξική κατανομή των πόρων και υπηρεσιών
- Το επιστημονικό επίπεδο του υγειονομικού δυναμικού και κυρίως των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού και η κατανομή των εξειδικευμένων γνώσεων στις διάφορες ομάδες πληθυσμού.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι, η δυνατότητα κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, εξαρτάται από τη δυνατότητα ανάπτυξης και κατανομής των πόρων που χρησιμοποιούνται στην παραγωγή υπηρεσιών υγείας.

γ) η μορφή των υπηρεσιών

Είναι γεγονός ότι, με την ανάπτυξη των διαφόρων συστημάτων παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στο είδος των υπηρεσιών που προσφέρονται. Υπάρχουν π.χ. συστήματα όπως το Σοβιετικό και το Σουηδικό, που δίνουν μεγάλη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ άλλα, όπως το Γαλλικό και το Γερμανικό επικεντρώνονται περισσότερο στη δευτεροβάθμια ή νοσοκομειακή περίθαλψη.

Επίσης, τα συστήματα διαφέρουν ως προς την έμφαση που δίνουν στην πρόληψη και την αποκατάσταση σε σχέση με τη θεραπεία. Οι διαφοροποιήσεις αυτές πηγάζουν από διαφορετικές φιλοσοφίες ως προς την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί να ταξινομηθεί κατά διαφορετικούς τρόπους αλλά συνήθως οι κατηγορίες ταξινόμησης προσδιορίζονται από το αντικείμενό τους. Έτσι, μπορούμε να χωρίσουμε τις υπηρεσίες υγείας σε:

- Υπηρεσίες προαγωγής υγείας
- Προληπτικές υπηρεσίες
- Θεραπευτικές υπηρεσίες
- Υπηρεσίες αποκατάστασης
- Κοινωνικοϊατρικές υπηρεσίες

1. Υπηρεσίες προαγωγής υγείας

Εκτείνονται πολύ πέρα από τα όρια της παραδοσιακής ιατρικής ή υγειονομικής φροντίδας. Έχουν σαν στόχο, τη δημιουργία περιβαλλοντικών συνθηκών και κανόνων κοινωνικής συμπεριφοράς που προάγουν τη γενική στάθμη υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να ξεκινούν και να συντονίζονται από τον τομέα υγείας αλλά είναι από τη φύση τους διατομεακές και αποκτούν τη συνεργασία πολλών τομέων της κοινωνικής και οικονομικής ζωής.

2. Προληπτικές Υπηρεσίες

Οι υπηρεσίες αυτές, παραδοσιακά, είχαν σαν στόχο τα λοιμώδη και μεταδοτικά νοσήματα. Σήμερα, το αντικείμενό τους έχει διευρυνθεί και περιλαμβάνει όλες τις άλλες ασθένειες που μπορεί να προληφθούν όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κ.α. Σημαντικές επίσης είναι οι υπηρεσίες πρόληψης στον οδοντιατρικό τομέα.

Τα μέσα που χρησιμοποιούν οι υπηρεσίες πρόληψης πέρα από τους εμβολιασμούς είναι και τα μέτρα δημόσιας υγιεινής όπως η παροχή βιταμινών, η ιωδίωση του αλατιού, η φθορίωση του νερού και η προσαρμογή των μηχανημάτων για την αποτροπή βιομηχανικών ατυχημάτων.

Η πρόληψη αυτής της μορφής αποτελεί την πρωτογενή πρόληψη.

3. Θεραπευτικές υπηρεσίες

Συνίστανται στη χρήση φαρμάκων, χειρουργικών επεμβάσεων και άλλων φροντίδων με σκοπό τη διακοπή μιας παθολογικής κατάστασης ή την ελάττωση των επιβλαβών επιπτώσεων μιας ασθένειας. Αν οι θεραπευτικές αυτές υπηρεσίες προσφερθούν αρκετά έγκαιρα, σε πρώιμο στάδιο, έτσι ώστε να αποφευχθεί αναπηρία ή πρόωρος θάνατος, μπορούμε να τις αποκαλέσουμε και υπηρεσίες δευτερογενούς πρόληψης.

4. Υπηρεσίες Αποκατάστασης

Μπορούν να χαρακτηρισθούν και υπηρεσίες τριτογενούς πρόληψης και στοχεύουν στην αποκατάσταση των φυσικών, πνευματικών και κοινωνικών λειτουργιών του ατόμου μέσα από τις κατάλληλες ιατρικές παρεμβάσεις.

5. Κοινωνικοϊατρικές Υπηρεσίες

Αφορούν κυρίως σε μη αναστρέψιμες βαριές αναπηρίες ή νοσήματα φθοράς για τα οποία δεν χωρεί θεραπεία, ούτε αποκατάσταση. Πολλές από τις καταστάσεις αυτές εμφανίζονται σε ηλικιωμένα άτομα. Έτσι, η μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στις σύγχρονες κοινωνίες έχει σαν αποτέλεσμα την αυξημένη ανάγκη για τις κοινωνικοϊατρικές υπηρεσίες, είτε σε ειδικά ιδρύματα, είτε στην κοινότητα, αλλά πάντα με την ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού.

δ. Η Συμμετοχή του Δημόσιου και του Ιδιωτικού Τομέα

Ένας σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης των συστημάτων υγείας είναι η έκταση την οποία καταλαμβάνουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας από την άποψη των παραγωγικών πόρων που διαθέτουν. Το φάσμα μέσα στο οποίο διαφοροποιείται η ιδιοκτησία και διάθεση των πόρων είναι:

- Οι κρατικές υπηρεσίες υγείας, όπως το κεντρικό υπουργείο, οι περιφερειακές υπηρεσίες κ.α.
- Οι δημόσιοι φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Εδώ παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ως προς το εύρος κάλυψης του πληθυσμού από χώρα σε χώρα.
- Μη κυβερνητικοί κοινωνικοί φορείς. Μπορεί να είναι κοινωφελή ιδρύματα για την κάλυψη ειδικών ομάδων του πληθυσμού, όπως είναι τα παιδιά, οι ανάπηροι κ.λ.π. ή για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών όπως η φυματίωση και ο καρκίνος. Μπορεί επίσης να είναι ιδιωτικοί συνεταιριστικοί ασφαλιστικοί φορείς για ειδικές ομάδες του πληθυσμού ή κλάδους της οικονομίας.
- Ο ανεξάρτητος ιδιωτικός τομέας.

Η μελέτη του βαθμού συμμετοχής της ιδιωτικής πρωτοβουλίας σε ένα σύστημα υγείας δικαιολογείται από το γεγονός ότι, λειτουργεί συμπληρωματικά αλλά και ανταγωνιστικά προς το δημόσιο τομέα.

Τα σημεία που ευνοούν την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα είναι η ανισοκατανομή της δημόσιας υποδομής και υπηρεσιών και η τάση για ζήτηση εξειδικευμένων φροντίδων. Είναι γεγονός ότι, ο ιδιωτικός τομέας δεν εξασφαλίζει ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ενώ η σύνθεση των υπηρεσιών με χρηματικές αμοιβές ευνοεί τις ανώτερες εισοδηματικές τάξεις, αποστερώντας παράλληλα από

πολύτιμους ανθρώπινους πόρους και υπηρεσίες αυτούς που αδυνατούν να πληρώσουν.

ε. Η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας

Όλα τα κύρια συστατικά ενός συστήματος υγείας, απαιτούν σοβαρούς οικονομικούς πόρους. Σε μια κοινωνία, οι διάφοροι τομείς ανταγωνίζονται για μεγαλύτερο μερίδιο της συνολικής διαθέσιμης χρηματοδότησης. Ο τομέας υγείας χαρακτηρίζεται και από το γεγονός ότι, ενώ οι πραγματικές ανάγκες υγείας είναι ενιαίες για το σύνολο του πληθυσμού, πολλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τους οικονομικούς πόρους που απαιτεί η ισότιμη παροχή υπηρεσιών. Έτσι, σε όλες τις χώρες, λειτουργούν μηχανισμοί χρηματοδότησης με επίκεντρο το δημόσιο τομέα.

Οι μορφές χρηματοδότησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι οι εξής:

α) Κρατική χρηματοδότηση μέσω του υπουργείου υγείας ή άλλων υπουργείων με πόρους του κρατικού προϋπολογισμού.

β) Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα πλαίσια συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

γ) Οργανωμένοι ιδιωτικοί φορείς, είτε φιλανθρωπικοί, είτε φορείς ιδιωτικής ασφάλισης

δ) Τοπικοί κοινωνικοί πόροι (χρηματικές εισφορές ή εθελοντική προσφορά υπηρεσιών)

ε) Ξένη βοήθεια, ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες

στ) Ιδιωτικοί πόροι, είτε με τη μορφή συμμετοχής σε ιδιωτικές ασφαλίσεις ή με κατ' ευθείαν ιδιωτική δαπάνη για παροχή υπηρεσιών.

Το μίγμα των πηγών χρηματοδότησης, διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η χρηματοδότηση από το κράτος τόσο μεγαλύτερο είναι το εύρος των υπηρεσιών που βρίσκονται στη διάθεση του συνόλου του πληθυσμού και τόσο ευκολότερη είναι η πρόσβαση όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων στις υπηρεσίες αυτές.

Οι πηγές χρηματοδότησης διαφέρουν επίσης και ανάλογα με το είδος της υπηρεσίας. Συχνά, ένα μεγάλο μέρος των ιατρικών υπηρεσιών, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες, ενώ αντίθετα η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι σε μεγαλύτερο βαθμό, χρηματοδοτούμενη από δημόσιους πόρους.

Οι δαπάνες για πρωτογενή πρόληψη και κυρίως για την προαγωγή της υγείας καλύπτονται σχεδόν στο σύνολό τους από δημόσιους πόρους εφόσον αφορούν στο σύνολο του πληθυσμού και δεν προσφέρονται σε εξατομικευμένη βάση.

ΟΙ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η μετάβαση, από την άμορφη λειτουργία του τομέα υγείας, στην καθιέρωση ενός οργανωμένου συστήματος προϋποθέτει μία ορατή διαδικασία όπου, αφού καθοριστούν η πολιτική και οι επιμέρους στόχοι, εφαρμόζονται τα απαραίτητα μέτρα πολιτικής και αξιολογούνται συνεχώς ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

Η διαδικασία της αξιολόγησης δίνει συχνά λόγους για την αναθεώρηση των μέτρων πολιτικής εάν και όταν αποδειχτούν αναποτελεσματικά σε σχέση με τους στόχους που επιδιώκουν.

Η διαδικασία μέσα από την οποία αναπτύσσεται το Σύστημα Υγείας έχει και ορισμένες άλλες προϋποθέσεις :

α. Διαφάνεια και συνέπεια της πολιτικής και των στόχων:

Η συγκεκριμένη πολιτική υγείας πρέπει να είναι ξεκάθαρη και οι στόχοι να μην είναι αλληλοσυγκρουόμενοι ή θεωρητικοί. Επίσης, τα μέτρα πολιτικής πρέπει να ανταποκρίνονται πειστικά στους στόχους και να μην είναι ασυνάρτητα και αποσπασματικά.

β. Κοινωνική συναίνεση

Τόσο ο πληθυσμός όσο και οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας πρέπει να αποδεχθούν συνειδητά, όχι μόνο τις γενικές αρχές της πολιτικής υγείας αλλά και τους επιμέρους στόχους. Μόνο έτσι μπορούν να εφαρμοστούν τα συγκεκριμένα μέτρα πολιτικής, ξεπερνώντας τις ποικίλες αντιδράσεις που πάντοτε παρατηρούνται όταν ένα σύστημα βάζει κάποια τάξη σε μια προηγούμενη αμορφοποιητή κατάσταση.

γ. Οικονομικός ρεαλισμός

Το σύστημα υγείας ποτέ δεν αναπτύσσεται ερήμην της οικονομίας της συγκεκριμένης χώρας όπου εφαρμόζεται. Είναι αυτονόητο ότι, τα μέτρα πολιτικής πρέπει πάντα να συνοδεύονται από μια οικονομική μελέτη «βιωσιμότητας». Όσο, όμως, αυτό είναι αυτονόητο, άλλο τόσο είναι συνήθως ανύπαρκτο, γεγονός που συχνά οδηγεί στην αποτυχία μέτρων πολιτικής ή στη λανθασμένη κλιμάκωσή τους σε δεδομένο τόπο και χρόνο.

ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

Το κράτος δεν έχει μόνο την «ευθύνη παροχής υπηρεσιών», αλλά έχει κυρίως την ευθύνη της δημιουργίας ενός κοινωνικά δίκαιου, αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας. Οι αρχές αυτές προϋποθέτουν οργάνωση, ορθολογικό προγραμματισμό, προσδιορισμό και εκτίμηση των κοινωνικών αναγκών, σαφή γνώση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας των πόρων υγείας που δεν «παρέχονται», αλλά κατανέμονται βάσει των κοινωνικών αναγκών. Το κοινωνικό κράτος υφίσταται για να εξασφαλίσει ένα καλύτερο δικαίωμα για «υγεία», «πρόνοια», «εκπαίδευση», και να επιτύχει την κατάλληλη αναδιανομή των ευκαιριών και των πόρων στο σύστημα υγείας. Ο ρόλος του κοινωνικού κράτους είναι επίσης σημαντικός γιατί επιτυγχάνει την αποτελεσματική λειτουργία του κοινωνικού συστήματος, πράγμα το οποίο δεν μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο με την ύπαρξη μιας ελεύθερης αγοράς ή ενός συγκεντρωτικού γραφειοκρατικού συστήματος.

Η έννοια και η μορφή του κοινωνικού κράτους έχουν δεχθεί πολλές φορές την έντονη κριτική από τη Νεοφιλελεύθερη, την Κεϋνσιανή, τη Σουμπετεριανή, τη Φαμπιανή και τη Μαρξιστική Σχολή. Από τη διερεύνηση των συστημάτων υγείας στις χώρες της Ευρώπης προκύπτουν ορισμένα κοινά προβλήματα, τα οποία αναφέρονται:

- (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) στην κοινωνικά δίκαιη διανομή των υπηρεσιών και των αγαθών του συστήματος υγείας.

Και η κλασική ερώτηση που απασχόλησε τους οικονομολόγους υγείας την τελευταία δεκαετία είναι:

- (1) Ποιο σύστημα; Το δημόσιο, το ιδιωτικό ή το μεικτό μπορεί να δώσει την καλύτερη δυνατή λύση στα παραπάνω προβλήματα;
- (2) Ποιος είναι ο ρόλος της δημόσιας και της ιδιωτικής ασφάλισης στα συστήματα αυτά;
- (3) Υπάρχουν τάσεις σύγκλισης μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα;
- (4) Ποιες θα είναι οι επιπτώσεις ή τα οφέλη από την ελεύθερη διακίνηση αγαθών και υπηρεσιών υγείας;

Όσον αφορά την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και τις παροχές των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη, θα πρέπει να αναφερούμε ότι εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις από χώρα σε χώρα. Επίσης, η δημοσιονομική διάρθρωση της άμεσης και της έμμεσης φορολογίας διαφοροποιείται, με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτή, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, η φορολογική εναρμόνιση των άμεσων ή έμμεσων φόρων μεταξύ των χωρών-μελών της Ε.Ε. Το όνειρο της φορολογικής εναρμόνισης ενώ συζητήθηκε εκτεταμένα στη δεκαετία του 1970, έπρεπε να περάσουν τρεις δεκαετίες για να πιστοποιηθεί ότι η ιδέα αυτή είναι πια ανέφικτη. Ποιοι, λοιπόν, θα είναι οι στόχοι για τα επόμενα χρόνια;

Πέρα όμως από τους στόχους και τους προβληματισμούς, υπάρχουν τρεις βασικές αρχές στις οποίες όλα τα συστήματα υγείας καλούνται να δώσουν μια ουσιαστική οικονομική απάντηση. Οι αρχές αυτές είναι η **αποτελεσματικότητα**, η **αποδοτικότητα** και η αρχή της **ισότητας** ή της **κοινωνικής δικαιοσύνης**.

Αξίζει να εξετάσουμε λίγο περισσότερο κάθε αρχή χωριστά.

- Η πρώτη αρχή-στόχος είναι η Αρχή της αποδοτικότητας και αναφέρεται στη διερεύνηση της οικονομικής σχέσης 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 δηλαδή να αναφερθούμε στον αριθμό του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού ή στις ώρες απασχόλησής του, αλλά κυρίως στις ποιοτικές διαστάσεις της συνεργασίας του και της επικοινωνίας του με το περιβάλλον. Επίσης, πολλές φορές «ο συνολικός όγκος» των εισροών εκφράζεται σε νομισματικές μονάδες. Το γινόμενο της τιμής κάθε εισροής επί την ποσότητα που διατίθεται στην παραγωγική διαδικασία μάς δίνει το επίπεδο των δαπανών υγείας. Δηλαδή:

Δαπάνες υγείας = τιμή εισροής X ποσότητα

Εξετάζοντας λοιπόν τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ έχουμε μια χρηματική εκτίμηση του όγκου των εισροών που χρησιμοποιούνται στο

σύστημα υγείας κάθε χώρας. Το κύριο ερώτημα όμως που προκύπτει και έχει άμεση σχέση με την αρχή της αποδοτικότητας είναι κατά πόσο η αύξηση των δαπανών που επήλθε τα τελευταία χρόνια πράγματι βελτίωσε το επίπεδο υγείας. Κατά πόσον οι εισροές και οι πόροι που διοχετεύθηκαν στο σύστημα υγείας κατάφεραν να επιφέρουν κάποιο αποτέλεσμα.

- Η δεύτερη αρχή είναι η Αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας (clinical effectiveness) και αναφέρεται στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων. Από μια έρευνα του Fuchs που έγινε στις ΗΠΑ προέκυψε ότι το 10% των θεραπειών ίσως βλάπτουν τους ασθενείς ή επιδεινώνουν την υγεία τους. Ένα 10% των θεραπειών δεν επιφέρουν κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα στην υγεία των ανθρώπων. Τελικά, μόνο το 80% των θεραπειών βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων και επιτυγχάνουν επιμήκυνση και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ο Fuchs, στην ίδια μελέτη, επισημαίνει ότι το πρόβλημα δεν είναι πως ορισμένες από τις θεραπείες που υιοθετούνται δεν είναι κλινικά αποδοτικές, αλλά το ότι δεν γνωρίζουμε ποιες θεραπείες ανήκουν στο 10% των κλινικά αναποτελεσματικών και ποιες στο 80% των κλινικά αποτελεσματικών.
- Τέλος, η τρίτη βασική αρχή είναι η Αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η αρχή αυτή έχει έντονες πολιτικές διαστάσεις, γιατί βασίζεται σε ηθικά κριτήρια ή αξιώματα για την κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων υγείας. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ θνησιμότητας και κοινωνικών τάξεων. Οι κύριες ασθένειες των χαμηλότερων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων αποδίδονται στις λοιμώξεις, στα αναπνευστικά νοσήματα, στα εργατικά ατυχήματα και στις ασθένειες της πενίας. Η αρχή της ισότητας έχει πολλές διαστάσεις και με κανέναν τρόπο δεν περιορίζεται στις διαφορές της θνησιμότητας που υπάρχουν μεταξύ των κοινωνικο-οικονομικών τάξεων. Η ισότητα μπορεί να εξετασθεί ως προς τις Περιφέρειες, τα δικαιώματα των ασθενών, το μέγεθος της πληροφόρησης, την προσπελασιμότητα, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, την κατανομή των υπηρεσιών υγείας, και την κατανομή του οικονομικού βάρους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Φυσικά, η εμπειρία από τα υγειονομικά συστήματα έχει δείξει ότι τόσο στα ιδιωτικά κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα όσο και στα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα του Δημοσίου υπάρχουν έντονες ανισότητες. Πέρα από τις ανισότητες υπάρχουν επίσης προβλήματα ανορθολογικής χρήσης των κλινικών πόρων και αναποτελεσματικής διαχείρισης των εισροών. Τέλος, στα ιδιωτικά ασφαλιστικά συστήματα δεν έχει επιτευχθεί ακόμα η αρχή της αποδοτικότητας στο γενικό, το μακρο-κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

Από τη μία 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 δυσλειτουργίες που οδηγούν σε μακρόχρονες λίστες αναμονής και αναπόφευκτη μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η πραγματοποίηση λοιπόν των παραπάνω αρχών-στόχων συνεπάγεται την επίτευξη ενός επιθυμητού επιπέδου κοινωνικής ευημερίας. Η ταυτόχρονη ικανοποίηση των παραπάνω στόχων δεν είναι πάντα εφικτή, και πολλές φορές τίθεται η επιλογή μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και δίκαιης κατανομής του εισοδήματος και του πλούτου. Οι απόψεις μεταξύ των οικονομολόγων για το κατά πόσο είναι εφικτή η ταυτόχρονη ικανοποίηση των δύο στόχων διίστανται. Συνήθως για την ποσοτική εξειδίκευση των παραπάνω στόχων χρησιμοποιούνται ορισμένες ποιοτικές μεταβλητές ή κάποιοι κοινωνικοί δείκτες, οι οποίοι υπεισέρχονται σε μια γενικότερη μορφή συνάρτησης κοινωνικής ευημερίας

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίοδος 1975-1985, όσον αφορά στη οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, χαρακτηρίζεται από τρεις φάσεις οι οποίες, αν και φαινομενικά ασύνδετες, έπαιξαν σημαντικό και συμπληρωματικό ρόλο. Οι τρεις αυτές φάσεις ήταν :

- i. η πρώτη σοβαρή προσπάθεια προγραμματισμού με το πρόγραμμα υγείας του ΚΕΠΕ 1976-1980.
- ii. η επεξεργασία και σύνταξη του σχεδίου νόμου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», επί Υπουργείας Δοξιάδη, και
- iii. η ψήφιση και σταδιακή υλοποίηση των νόμων και ιδιαίτερα του Ν.1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Όσο κι αν τα τρία αυτά στάδια είναι φαινομενικά άσχετα μεταξύ τους, συνδέονται άμεσα με μία εξελικτική σχέση. Η μελέτη του ΚΕΠΕ (1976) ήταν η πρώτη σοβαρή προσπάθεια ανάλυσης του τομέα υγείας στην Ελλάδα και διαμόρφωσε τις προϋποθέσεις για ένα σωστό μελλοντικό προγραμματισμό στον τομέα. Το σχέδιο νόμου Δοξιάδη για πρώτη φορά κινητοποίησε τη διαδικασία της επιστημονικής έρευνας και επεξεργασίας των δεδομένων με σκοπό τη διαμόρφωση μιας πολιτικής υγείας. Έμμεσα δε ή άμεσα στηρίχθηκε στην ερευνητική δουλειά και τις προτάσεις του προγράμματος του ΚΕΠΕ. Τέλος, ο νόμος 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας που συντάχθηκε από μία κυβέρνηση με εντελώς αδιάφορη γενικότερη πολιτική θεώρηση υιοθέτησε σε βασικά σημεία της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας τις προτάσεις του προηγούμενου νομοσχεδίου Δοξιάδη. Διαφοροποιήθηκε όμως εξ ίσου σημαντικά σε ορισμένα άλλα σημεία για τα οποία θα πρέπει να ερευνηθεί ο πραγματικός χαρακτήρας της διαφοροποίησης.

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΟΥ ΚΕΠΕ 1976-80

Το 5ετές Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1976-80 ανατέθηκε στο Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) στο τέλος του 1975 και η σύνταξή του έγινε και ολοκληρώθηκε μέσα στο πρώτο εξάμηνο του 1976. Ήταν η πρώτη φορά στην Ελλάδα που μια αρκετά μεγάλη ομάδα υπηρεσιακών παραγόντων, ερευνητών και ανεξάρτητων επιστημόνων και καθηγητών Πανεπιστημίου προσπάθησε να μελετήσει τον τομέα υγείας στο σύνολό του και να κάνει συγκεκριμένες προτάσεις για μια εθνική πολιτική υγείας με συγκεκριμένους στόχους και μέτρα πολιτικής. Ήταν λοιπόν η πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια που έγινε στην Ελλάδα με στόχο τη μορφοποίηση του τομέα υγείας σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας. Για το λόγο αυτό νομίζουμε ότι θα πρέπει να δώσουμε μερικά στοιχεία γύρω από την εργασία αυτή.

Πρόεδρος αυτής της Ομάδας Εργασίας ήταν η τότε Γεν. Διευθύντρια του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, Κα. Μ. Βιολάκη - Παρασκευά. Υπεύθυνοι των υπο-ομάδων που δημιουργήθηκαν ήταν οι κ.κ. Σ. Δοξιάδης, Α. Ζωγρομαλλίδης, Α. Λιαρόπουλος, Γ. Μαρκαντωνάτος, Α. Σισσούρας και Δ. Τριχόπουλος.

Η Ομάδα Εργασίας κατέληξε σε μια έκθεση 460 σελίδων συντάκτες της οποίας ήταν οι κ.κ. Δ. Τριχόπουλος, Α. Λιαρόπουλος, Α. Ριτσατάκη και Α. Γκανά. Όλοι, εκτός του καθηγητή Κου. Δ. Τριχόπουλου, ήταν επιστημονικοί συνεργάτες του ΚΕΠΕ.

Όπως επισημαίνει και η πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας, η έκθεση που συντάχθηκε : «δεν αποτελεί βέβαια ένα πλήρες και συστηματικό πρόγραμμα των μέτρων που πρέπει να ληφθούν στην προσεχή 5ετία για τα θέματα της υγείας... Δίνει όμως μια

αρκετά λεπτομερή εικόνα του θέματος υγείας όπως παρουσιάζεται σήμερα στον τόπο μας, επισημαίνει και αξιολογεί του παράγοντες που το συνθέτουν, ξεκαθαρίζει τους γενικότερους σκοπούς που πρέπει να επιδιώκει η κρατική πολιτική στο θέμα αυτό, και προδιαγράφει, σε γενικές γραμμές τους στόχους που η επίτευξή τους θα βοηθήσει στην εκπλήρωση των γενικότερων σκοπών».

Η μελέτη του ΚΕΠΕ πρότεινε μια σειρά από ενέργειες που τελικά θα συνέτειναν στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα πρότεινε μια γενική Πολιτική Υγείας της οποίας βασική επιδίωξη είναι :

«... η διασφάλιση επάρκειας, ποιοτικής και ποσοτικής, των υπηρεσιών υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό».

Έτσι ως στόχοι πολιτικής τέθηκαν οι εξής :

1. Εξασφάλιση παροχών υγείας σε ίση έκταση για ολόκληρο τον πληθυσμό με τις ίδιες προϋποθέσεις
2. Διασφάλιση υψηλής ποιότητας παροχών

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων η μελέτη πρότεινε τα εξής μέτρα :

1. Γενίκευση της συλλογικής κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
2. Εναρμόνιση των παροχών των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού σε ένα πρότυπο κάλυψης που να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του λαού και να προσαρμόζεται διαρκώς στις νέες συνθήκες της χώρας και στην πρόοδο της επιστήμης και της τεχνικής.
3. Θεσμικές μεταρρυθμίσεις που θα διασφαλίζουν αποτελεσματικό σύστημα περίθαλψης και ορθολογική κατανομή στο χώρο των μέσων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
4. Διάθεση επαρκών πόρων για την υγεία και συγκεκριμένα το 3,5% του ΑΕΠ για το 1980.

Η έκθεση της ομάδας για το Πρόγραμμα 1976-1980 έδωσε πολύ μεγάλη έμφαση στη συζήτηση του επιθυμητού συστήματος υγείας. Ανέλυσε τις εναλλακτικές λύσεις θεσμικού χαρακτήρα και επισήμανε ορθά ότι η τελική επιλογή αποτελεί πολιτική απόφαση ουσιαστικής σημασίας. Η ανάλυση των τριών λύσεων θεσμικού χαρακτήρα στο πρόβλημα του συστήματος υγείας αποτελεί ένα υποδειγμα σωστής επιστημονικής ανάλυσης των δεδομένων με τρόπο τέτοιο που να βοηθάει ουσιαστικά την πολιτική εξουσία στην χάραξη πολιτικής υγείας. Με την έννοια αυτή η ομάδα εργασίας δικαίωσε απόλυτα τον ρόλο που της ανατέθηκε, δηλαδή του συμβούλου οργάνωσης προγραμματισμού στην οποία δεν ανήκει η χάραξη πολιτικής αλλά η επιστημονική ανάλυση των δεδομένων για την χάραξη της πολιτικής αυτής. Τον ρόλο αυτό, σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας παίζει, ένα θεσμοθετημένο όργανο κεντρικά τοποθετημένο στην οργανωτική δομή του συστήματος υγείας.

Κατά την ομάδα εργασίας εντοπίστηκαν τρεις «τρόποι προσπέλασης του προβλήματος της υγείας». Είναι χαρακτηριστικό εδώ ότι οι τρεις εναλλακτικές οργανωτικές μορφές που εξετάστηκαν ως «λύσεις στο πρόβλημα της υγείας», αποτελούν αυτό που χαρακτηρίζουμε ως μετάβαση σε ένα οργανωμένο σύστημα υγείας.

Οι τρεις λύσεις ή προτάσεις για την οργάνωση του τομέα υγείας ήταν :

- i. Η «δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας».
- ii. Η «ενοποίηση βασικών φορέων προστασίας της υγείας και ειδικότερα των κλάδων ασθένειας των ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ και άλλων φορέων εφόσον επιθυμούν να προσχωρήσουν».
- iii. Η «θέσπιση ευρείας συνεργασίας και συντονισμού των υφισταμένων φορέων ασφαλίσεως για την κάλυψη των αναγκών υγείας του λαού».

Η λύση που τελικά προτάθηκε ήταν η τρίτη. Κρίθηκε ότι για τα δεδομένα της εποχής εκείνης ήταν η λύση που μπορούσε να εφαρμοσθεί με τους λιγότερους κλυδωνισμούς. Πάντως δεν αποκλείστηκαν και οι άλλες δύο λύσεις που παρέμειναν ως σημεία προβληματισμού για μελλοντική πολιτική απόφαση.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η έκθεση του ΚΕΠΕ για το πενταετές πρόγραμμα υγείας (1976) αποτελεί χρήσιμη περιγραφή των συστημάτων, των αναγκών και των ελλείψεων και περιλαμβάνει και προτάσεις για την κάλυψη των ελλείψεων αυτών. Δεν αποτελεί όμως συγκεκριμένο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών υγείας ιδίως με ιεράρχηση προτεραιοτήτων και με ιδιαίτερες προτάσεις για την εφαρμογή νομοθετικών μέτρων. Το νομοσχέδιο του 1981 που ακολουθεί κάλυψε αυτές τις ελλείψεις και έτσι είναι η πρώτη προσπάθεια ολοκληρωμένου σχεδιασμού υγείας στην Ελλάδα.

ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ «ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Το «νομοσχέδιο Δοξιάδη» (Υπ. Κοινωνικών Υπηρεσιών 1981) έφθασε σε μια ολοκληρωμένη μορφή επεξεργασίας αλλά δεν ψηφίσθηκε από τη Βουλή γιατί θεωρήθηκε πολύ «προχωρημένο» για την εποχή του. Θα παραθέσουμε παρακάτω σε αρκετά εκτεταμένη μορφή το περιεχόμενο του νομοσχεδίου ακριβώς όπως αυτό εμφανίσθηκε στη Εισηγητική Έκθεση που μαζί με το νομοσχέδιο εκδόθηκε από το τότε Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών και διανεμήθηκε ευρύτατα.

Οι στόχοι του νομοσχεδίου

Το Σχέδιο Νόμου έχει τους ακόλουθους επί μέρους στόχους :

1. Να δημιουργήσει τις συνθήκες για να εκτιμηθούν οι ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Αυτό είναι η απαραίτητη βάση για κάθε ορθολογικό προγραμματισμό. Ούτε είναι φανερές ή αυτονόητες οι ανάγκες αυτές. Καλύπτονται από σύμπλεγμα αμέσων αιτημάτων που δεν είναι αναγκαστικά και τα σημαντικότερα, από ψυχολογικές επιδράσεις ανάλογα με περιστασιακές ανάγκες, από έλλειψη γνώσεων για τις απώτερες επιπτώσεις διαφόρων παραγόντων πάνω στην υγεία, από προβολή ορισμένων αναγκών και επισκόπηση άλλων σημαντικότερων και από την έλλειψη – τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς – αξιόπιστων και γενικά παραδεκτών δεικτών για τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας.
2. Να μελετήσει τα υγειονομικά συστήματα άλλων χωρών, να πάρει διδάγματα από τις επιτυχίες αλλά και τα λάθη πολλών υγειονομικών συστημάτων και να παρακολουθεί αδιάκοπα τις εξελίξεις των ιδεών και των εφαρμογών τους στο διεθνή χώρο.

3. Να θέσει τις βάσεις για προγραμματισμό που θα είναι επιστημονικά τεκμηριωμένος, χρονικά μακρός και πολιτικά θαρραλέος, ώστε να στοχεύει στην κάλυψη των μεγάλων, βασικών, μακρόχρονων αναγκών σε αντιδιαστολή προς τις άμεσες, περιστασιακές που μπορεί να φαίνονται σε ορισμένη στιγμή σημαντικές.
4. Να εξασφαλίσει την αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών μέσα σ' ένα γενικό κεντρικά καθορισμένο πλαίσιο πάνω στις βάσεις που αναπτύχθηκαν στις προηγούμενες παραγράφους. Η αποκέντρωση δεν έχει ως μόνο σκοπό την καλύτερη διοικητική λειτουργία αλλά επίσης και την παροχή μεγαλύτερων δυνατοτήτων στα άτομα που εκπροσωπούν το κοινό να διαβιβάζουν προς το κέντρο τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του πληθυσμού και να μετέχουν ενεργά στον προγραμματισμό και στη λήψη αποφάσεων. Αυτό μόνο με ευρύτατη αποκέντρωση είναι δυνατόν να επιτευχθεί και αυτό είναι ένας από τους κύριους στόχους του Σχεδίου Νόμου.
5. Να δώσει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία. Η έμφαση αυτή έχει γίνει πια διεθνώς παραδεκτή ως ο κύριος στόχος στον οποίο πρέπει να αποβλέπουν όλες οι υπηρεσίες υγείας μιας χώρας. Η έκφραση αυτής της διεθνούς τάσης είναι το Παγκόσμιο Συνέδριο που οργανώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στην Alma-Ata το 1978 και όλα τα επακόλουθα Συνέδρια και αποφάσεις Διεθνών και Εθνικών Οργανισμών πάνω στο θέμα αυτό. Έχει γίνει σε όλες τις χώρες του κόσμου παραδεκτό στη θεωρία, αλλά ακόμη πολύ απέχει από την εφαρμογή του στην πράξη, ότι μόνο η απόλυτη προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα μπορεί να μας πλησιάσει προς τη λύση των τεράστιων προβλημάτων υγείας που υπάρχουν ακόμη και στις οικονομικά, πολιτιστικά, μορφωτικά και κοινωνικά πιο αναπτυγμένες χώρες. Το παρόν Σχέδιο Νόμου προχωρεί στην αναμόρφωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας για τον αγροτικό και ημιαστικό πληθυσμό. Παρόμοια αναμόρφωση για τον αστικό πληθυσμό που καλύπτεται από πολλούς ασφαλιστικούς και άλλους φορείς θα αντιμετωπισθεί με άλλα νομοθετικά και διοικητικά μέτρα.
6. Να αναπτύξει τις νοσοκομειακές υπηρεσίες της χώρας που εξασφαλίζουν τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα για την σπατάλη με ανεπαρκή νοσοκομειακή περίθαλψη που σήμερα γίνεται σε αρκετές μικρές νοσηλευτικές μονάδες. Το μέσο για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι η ενδυνάμωση μεγαλύτερων νοσοκομείων σε νομαρχιακό επίπεδο και η αποδυνάμωση και μετατροπή τους σε άλλου τύπου υγειονομικές μονάδες των μικροτέρων νοσοκομείων που σήμερα είναι πια αδύνατο να προσφέρουν καλής ποιότητας νοσοκομειακές φροντίδες στον πληθυσμό.
7. Να εξασφαλίσει για όλα τα κλιμάκια, από το κεντρικό όργανο για συντονισμό και προγραμματισμό δηλαδή το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας έως και τη μικρότερη υγειονομική μονάδα, δηλαδή το Κέντρο Υγείας, ευρύτερη συμμετοχή στις διαδικασίες εκτιμήσεως αποτελεσμάτων, προγραμματισμού και λειτουργίας δύο ομάδων άμεσα ενδιαφερόμενων, δηλαδή των εργαζόμενων στο σύστημα υγειονομικής περιθάλψεως και αυτών που το σύστημα εξυπηρετεί, δηλαδή του κοινού.
8. Να προγραμματίζει αριθμητικά και ποιοτικά την ισόρροπη εξέλιξη του ανθρώπινου δυναμικού στις επιστήμες και στα επαγγέλματα υγείας. Ως τώρα ο αριθμός των ατόμων που εισάγονται στις σχολές για τα επαγγέλματα υγείας και αυτών που εξέρχονται από αυτές καθοριζόταν από την έλξη ή όχι κάθε επαγγέλματος και από τη δυνατότητα των σχολών να τους εκπαιδεύουν. Το Σχέδιο Νόμου καθιερώνει τα όργανα

και τις διαδικασίες με τα οποία θα εξασφαλισθεί ώστε η δημιουργία του ανθρώπινου δυναμικού για τα επαγγέλματα υγείας, να είναι ανάλογη με τις επιστημονικά καθοριζόμενες ανάγκες του πληθυσμού.

9. Να ανεβάσει το επίπεδο ικανότητας του ιατρικού δυναμικού και του δυναμικού των άλλων επαγγελματιών υγείας για την παροχή υπηρεσιών. Το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών έχοντας την ευθύνη για την ειδικευση και μετεκπαίδευση των ιατρών και των άλλων στελεχών επαγγελματιών καθώς και για την αδιάκοπη ενημέρωσή τους στις σύγχρονες γνώσεις και εξελίξεις των επιστημών και επαγγελματιών τους πρέπει να εξασφαλίσει καλύτερο προγραμματισμό των μεταπτυχιακών σπουδών, καλύτερη λειτουργία του συστήματος της μετεκπαίδευσης και αυστηρότερο έλεγχο των αποτελεσμάτων. Έχοντας διατυπώσει στις προηγούμενες παραγράφους την ανάγκη για έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία, το Σχέδιο Νόμου θεωρεί ως φυσικό επακόλουθο την ανάπτυξη ως της κύριας ιατρικής ειδικότητας της γενικής, δηλαδή της οικογενειακής ιατρικής».

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η θεσμοθέτηση και εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) αποτέλεσε τη βασική παρέμβαση της κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ στον κοινωνικό χώρο. Προς αυτή την κατεύθυνση ψηφίσθηκαν τρεις βασικοί νόμοι : ο Ν. 1278/82 για τη «Σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας», ο Ν. 1316/83 για την «Ίδρυση, Οργάνωση και Αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ) της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Κρατικής Φαρμακαποθήκης» και ο Ν. 1397/83 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Τα τρία αυτά βασικά νομοθετήματα αποτελεσαν το οικοδόμημα του ΕΣΥ και ήταν η πρώτη προσπάθεια για την οργάνωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας στη χώρα μας που επαιρνε συγκεκριμένη και νομοθετημένη μορφή.

Ο Νόμος 1278/82 για το ΚΕ.Σ.Υ.

Το πρώτο ουσιαστικό βήμα για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ήταν η ψήφιση από τη Βουλή του Νόμου 1278, τον Αύγουστο του 1982, για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.).

Σκοπός της δημιουργίας του ΚΕ.Σ.Υ., όπως αναφέρεται στη εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου που υποβλήθηκε στη Βουλή είναι :

- i. Η θεσμοθέτηση του δικαιώματος των πολιτών να συμμετέχουν ενεργά στον καθορισμό των επιλογών για την υλοποίηση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, της λειτουργίας και αποδοτικότητας.
- ii. Ο προγραμματισμός σε εθνική βάση που πηγάζει ακριβώς από την κυρίαρχη αντιπροσωπευτική μορφή που έχει το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.
- iii. Η μελέτη και επιστημονική τεκμηρίωση για την χάραξη της εθνικής υγειονομικής στρατηγικής.
- iv. Η προώθηση της αποκέντρωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας και ο σχεδιασμός προγράμματος γενικότερης περιφερειακής και χωροταξικής ανάπτυξης.

- v. Η μελέτη και ο προγραμματισμός των θεσμικών αλλαγών όλων των φορέων και υπηρεσιών υγείας που υπάρχουν σήμερα και η λειτουργία τους σε εθνικό επίπεδο με τη δημιουργία Εθνικού Φορέα Υγείας.

Έτσι, τονίζεται στην εισηγητική έκθεση, με τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας η συμμετοχή του Λαού με τη συμμετοχή των αντιπροσώπων του στη σύλληψη και καταγραφή των αναγκών και προβλημάτων στον τομέα υγείας, στην επιλογή και πρόταση συγκεκριμένων μέτρων, στην κατάρτιση και επεξεργασία γενικών και ειδικών προγραμμάτων και στην ευθύνη για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της όλης πολιτικής υγείας, θα εκφράζεται ενεργητικά και όχι παθητικά με την αποδοχή ή απόρριψη ορισμένων μέτρων.

Ο νόμος αποτελείται από 14 άρθρα με τα οποία ορίζονται ο σκοπός, η σύνθεση, οι αρμοδιότητες και τα όργανα του ΚΕ.Σ.Υ. ενώ παράλληλα θεσμοθετούνται τα πρωτοβάθμια και τα δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής του ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού.

Το ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται (άρθρο 2) από εκπροσώπους των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, που ορίζονται από τους αντίστοιχους φορείς, εκπροσώπους της πολιτείας και εκπροσώπους των πολιτών, που είναι αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας.

Είναι γνωμοδοτικό όργανο σε εθνικό επίπεδο για θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος υγείας (άρθρο 1) και συγκεκριμένα στις αρμοδιότητές του είναι (άρθρο 3) :

- i. Η ουσιαστική ευθύνη για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, τον προσδιορισμό των γενικών στόχων και κατευθύνσεων και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα υγείας και η υποβολή των σχετικών προτάσεων στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- ii. Η γνωμοδότηση για κάθε θέμα της τρέχουσας πολιτικής, όσον αφορά την υγεία που παραπέμπεται σ' αυτό και η εισήγηση μέτρων για την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων.
- iii. Η παρακολούθηση της διαδικασίας προγραμματισμού, ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και η εισήγηση διορθωτικών μέτρων.
- iv. Η ευθύνη συντονισμού και ελέγχου των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και η γνωμοδότηση για την κατανομή των πιστώσεων μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών της χώρας.
- v. Η ευθύνη διεκπεραίωσης θεμάτων καθημερινής λειτουργίας για τη λύση προβλημάτων των υπηρεσιών υγείας που μέχρι σήμερα ήταν ευθύνη και αρμοδιότητα μιας σειράς επιτροπών και συμβουλίων (Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Επιτροπή Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού, κλπ.).

Όργανα του ΚΕ.Σ.Υ. είναι η Ολομέλεια και η πενταμελής Εκτελεστική Επιτροπή που έχει την ευθύνη για την εισήγηση θεμάτων στην Ολομέλεια, καθώς και για την υλοποίηση των αποφάσεων και επιλογών της.

Ο Νόμος 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας

α. Οι θεμελιώδεις Αρχές του ΕΣΥ :

1. Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.
2. Κάθε πολίτης ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το ίδιο δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα και
3. Η προστασία της υγείας, κατά την έννοια των δύο προηγούμενων, είναι αποκλειστική ευθύνη του Κράτους. Τούτο εναρμονίζεται και με την επιταγή του Ελληνικού Συντάγματος που το άρθρο 21 παρ.3, ορίζει : «Το Κράτος μεριμνά δια την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα δια την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και δια την περίθαλψιν των πόρων» και
4. Η αποκλειστική ευθύνη του Κράτους για την προστασία της υγείας των πολιτών, υλοποιείται μέσα από ένα ενιαίο αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας που διασφαλίζει την ουσιαστικοποίηση του δικαιώματος αυτού κάθε πολίτη, καθώς και τη δυνατότητα για τη διαρκή βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στη βάση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και αξιοποιεί τα επιτεύγματα και τις εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας σε όφελος του συνόλου του Λαού».

β. Οι Κατευθυντήριοι Άξονες του Ε.Σ.Υ.

«Βασικοί κατευθυντήριοι άξονες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) που δομείται με τις διατάξεις του Ν/Σ, είναι :

1. Αποκέντρωση – κοινωνικός έλεγχος.
2. Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας υπηρεσιών υγείας – ενιαίος προγραμματισμός – ισοκατανομή.
3. Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
4. Θεσμός γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του Ε.Σ.Υ.

β1 Αποκέντρωση – κοινωνικός έλεγχος

Η αποκεντρωτική αυτή κατεύθυνση εκφράζεται :

1. Με την διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες.
2. Με τη σύσταση Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια. (Η διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και η σύσταση των ΠΕ.Σ.Υ., θα γίνει όταν θεσπιστεί η Τριτοβάθμια Αυτοδιοίκηση και αναπτυχθεί η Διοικητική Αποκέντρωση.
3. Με τις αρμοδιότητες των Νομαρχιακών Συμβουλίων, γνωμοδοτικές και εποπτικές, στο χώρο της υγείας σε επίπεδο Νομών και
4. Με την αρμοδιότητα και ευθύνη των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων για την ενιαία κατεύθυνση του έργου παροχής υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο τόσο της νοσοκομειακής περίθαλψης όσο και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η Υγειονομική Περιφέρεια θα αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένη γεωγραφική μονάδα, που θα κλιμακώνονται από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία μέχρι τα Περιφερειακά Νοσοκομεία Πανεπιστημιακού επιπέδου, τα Ειδικά Νοσοκομεία και τις Ερευνητικές Μονάδες και Ειδικά Επιστημονικά Κέντρα.

Στόχος βασικός είναι κανένας άρρωστος να μην υποχρεώνεται να αναζητήσει υπηρεσίες υγείας έξω από την περιφέρειά του, ενώ παράλληλα και τα υψηλής τεχνολογίας κέντρα να έχουν την απαραίτητη πληθυσμιακή βάση για αποδοτική και παραγωγική λειτουργία.

β2. Ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας - ενιαίος προγραμματισμός - ισοκατανομή

1. Η ενιαιοποίηση των υπηρεσιών είναι απαραίτητη για να λειτουργούν συντονισμένα και για να εφαρμοστεί πρόγραμμα ανάπτυξης που θα οδηγήσει στην εξάλειψη της σπατάλης, των αντινομιών και επικαλύψεων. Ένα πρόγραμμα που θα αξιοποιήσει πλήρως τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους που διαθέτει η χώρα μας στον τομέα της υγείας. Η ενιαιοποίηση ξεκινά από την υπαγωγή όλων των νοσοκομείων, που επιχορηγούνται με οποιονδήποτε τρόπο από το Δημόσιο, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκτός από τα νοσοκομεία των Α.Ε.Ι. όπου το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ασκεί εποπτεία και από τα νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου.
2. Η νέα οργανωτική, διοικητική και λειτουργική διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας είναι βασισμένη πάνω σε σύγχρονες αντιλήψεις διοίκησης που έχουν σαν στόχο τον κεντρικό σχεδιασμό, την αποκεντρωμένη περιφερειακή ευθύνη οργάνωσης και λειτουργίας, την υλοποίηση σε τοπική βάση, την αντιγραφειοκρατική πρακτική και τελικά την μεγαλύτερη δυνατή αύξηση της παραγωγικότητας.

Η υλοποίηση των παραπάνω στόχων περνάει μέσα από το δημοκρατικό προγραμματισμό και τον κοινωνικό έλεγχο, που εκφράζεται με :

- i. το Κ.Ε.Σ.Υ. στο επίπεδο του κεντρικού σχεδιασμού και της συνολικής ευθύνης του ελέγχου της απόδοσης του συστήματος,
- ii. τα Π.Ε.Σ.Υ. (που θα λειτουργήσουν όταν με τη θέσπιση της διοικητικής αποκέντρωσης και της τριτοβάθμιας αυτοδιοίκησης) στο επίπεδο της ευθύνης για την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος στην περιφέρεια, και
- iii. τα Νομαρχιακά Συμβούλια και τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων στο επίπεδο σύλληψης των αναγκών και υλοποίησης του προγράμματος σε τοπική βάση. Η μορφή αυτή της οργάνωσης με την χρησιμοποίηση κατάλληλα εκπαιδευμένων και εξειδικευμένων στα αντικείμενα ατόμων σε συγκερασμό με τους εκπροσώπους των εργαζομένων, της τοπικής αυτοδιοίκησης και των υγειονομικών θα καταστήσουν το σύστημα αντιγραφειοκρατικό, αποδοτικό και ευέλικτο και θα αυξήσουν την παραγωγικότητα σε όλα τα επίπεδα.

β.3 Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Εκεί που το Ν/Σ αυτό γίνεται μια ιδιαίτερα πρωτοποριακή αλλαγή, ενταγμένη μέσα στη σημερινή διεθνή πρακτική και αντίληψη για ενίσχυση του ρόλου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι η θεσμοθέτηση των Κέντρων Υγείας. Προβλέπεται η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου και πλήρους δικτύου Κέντρων Υγείας, που θα καλύψει όλο τον Ελλαδικό χώρο, ηπειρωτικό και νησιώτικο. Η δημιουργία και ανάπτυξη των πολυδύναμων Κέντρων Υγείας, που θα αντικαταστήσουν σταδιακά

όλες τις σημερινές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, εντάσσεται στην κυρίαρχη επιλογή να αναπτυχθεί η πρωτοβάθμια φροντίδα στη χώρα μας, σε ολόκληρο το φάσμα της, όπως το ορίζει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Τα κέντρα Υγείας πρώτον θα παρέχουν ιατρική περίθαλψη από οικογενειακούς γιατρούς και γιατρούς ειδικοτήτων σε ασθενείς που παραμένουν περιστασιακοί ή που χρειάζονται σύντομη νοσηλεία ή αποκατάσταση και δεύτερον θα είναι υπεύθυνα για την πρόληψη και την υγειονομική διαφώτιση, δηλαδή για τους τομείς που η ανάπτυξή τους ήταν αδύνατη στα πλαίσια της εμπορευματοποιημένης ιατρικής. Οι δραστηριότητες αυτές συνδέονται με τη δημιουργία του αυτοδύναμου τομέα της κοινωνικής ιατρικής, που γίνεται έτσι ισότιμος με τους άλλους φορείς.

Η στροφή προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη θα έχει σαν αποτέλεσμα :

- i. τη σωστή και επιστημονικά τεκμηριωμένη υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- ii. την αντιμετώπιση των βασικών προβλημάτων υγείας των πολιτών στον τόπο κατοικίας τους.
- iii. την αποφυγή άσκοπων και πολυδάπανων εισαγωγών στα Νοσοκομεία που και το υγειονομικό κόστος αυξάνουν και τη λειτουργία των Νοσοκομείων επιβαρύνουν επηρεάζοντας έτσι την απόδοσή τους.
- iv. την προστασία του περιβάλλοντος
- v. την προστασία των εργαζομένων στο χώρο δουλειάς
- vi. την ανάπτυξη των τομέων της κοινωνικής ιατρικής και της κοινωνικής φροντίδας των πολιτών.

Πέρα από το κοινωνικό όφελος η στροφή αυτή στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, θα έχει και σημαντικό οικονομικό όφελος, διότι μειώνει το κόστος λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος, ενώ παράλληλα ανεβάζει σημαντικά την ποιοτική του στάθμη.

Κύριος μοχλός για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ο οικογενειακός γιατρός. Για να πετύχουμε τους στόχους μας αυτούς θεσπίζουμε την ειδική εκπαίδευση του γιατρού, που θα αναλάβει το ρόλο του οικογενειακού γιατρού, το διαχωρισμό του οικογενειακού παιδίατρο, θεωρώντας ότι τα προβλήματα της παιδικής ηλικίας είναι και πολλά και με αρκετές ιδιαιτερότητες, τη δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού γιατρού από τους πολίτες και ανώτερο και κατώτερο αριθμό πολιτών, των οποίων την ευθύνη μπορεί να έχει ο οικογενειακός γιατρός.

Προβλέπεται ακόμα η δυνατότητα εξαίρεσης από τον πολίτη κάποιου συγκεκριμένου οικογενειακού γιατρού ή διαγραφή κάποιου πολίτη από τον κατάλογο του γιατρού, αν διαπιστωθεί αδυναμία συνεργασίας τους.»

Με ορισμένες από τις διατάξεις προβλέπονται ειδικότερα τα εξής ως προς τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία.

- i. Συνιστώνται ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού. Επίσης συνιστώνται περιφερειακά ιατρεία (Π.Ι.) ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ.
- ii. Ο σκοπός των Κ.Υ. είναι η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλες της τις μορφές. Επίσης η διακομιδή των αρρώστων στο Νοσοκομείο. Προβλέπεται επίσης η παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, υγειονομικής διαφώτισης, και υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- iii. Καταργούνται με Π. Διατάγματα, τα Κέντρα Υγείας και Πολυιατρεία των ασφαλιστικών φορέων. Οι φορείς αποδίδουν σε ειδικό λογαριασμό του

Υπ. Υγείας τις δαπάνες περίθαλψης στα κέντρα υγείας και τα Νοσοκομεία.

- iv. Κέντρα Υγείας Αστικών Περιοχών : Καθιερώνεται η ελεύθερη επιλογή οικογενειακού γιατρού.
- v. Κέντρα Υγείας μη Αστικών Περιοχών : Υπηρετούν γιατροί των νοσοκομείων στο οποίο υπάγεται το Κ.Υ. Επίσης καθιερώνεται η περιοδική επίσκεψη γιατρών από τα Νοσοκομεία της περιφέρειας. Τα Κ.Υ. λειτουργούν σε τακτό 8ωρο ωράριο 5 ημέρες την εβδομάδα.

β.4 Θεσμός γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης

Τα κύρια χαρακτηριστικά είναι :

- i. η μονιμότητα του γιατρού στο θεσμό
- ii. η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση μέσα στο Έ.Σ.Υ. και η απαγόρευση άσκησης ιδιωτικού ρόλου
- iii. η δυνατότητα του γιατρού να εξελίσσεται στο θεσμό με βάση τα επιστημονικά προσόντα και την απόδοσή του, που αξιολογούνται μέσα από τακτικές κρίσεις από θεσπισμένα όργανα
- iv. η δυνατότητα διαρκούς εκπαίδευσης
- v. η καθιέρωση ειδικού μισθολογίου που εξασφαλίζει στο γιατρό αποδοχές που ανταποκρίνονται στο έργο που προσφέρει, στις συνθήκες που ασκεί το έργο του, τις ευθύνες που του δημιουργεί η αποστολή του στην πολύχρονη πανεπιστημιακή (ειδίκευση) εκπαίδευση και στη διαρκή εκπαίδευσή του για να μην αποκόβεται από τις προόδους και εξελίξεις της επιστήμης.

β.5 Νοσοκομειακός Τομέας :

Με τις διατάξεις αυτές ρυθμίζονται θέματα όπως :

1. Η διάκριση των Νοσοκομείων σε Κρατικά και Ιδιωτικά, η ένταξη των Ν.Π.Ι.Δ. στον Δημόσιο Τομέα καθώς και τα όρια και δεσμεύσεις του Ιδιωτικού Τομέα.
2. Η Εποπτεία των Νοσοκομείων : Υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Προβλέπεται η δημιουργία Εποπτικών Συμβουλίων για τα διάφορα Νοσοκομεία.
3. Διάκριση Νοσοκομείων : Διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας μόνο σε μια ειδικότητα. Επίσης διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά λειτουργούν στην έδρα της περιφέρειας και προσφέρουν όχι μόνο περίθαλψη αλλά και εκπαίδευση και έρευνα.
4. Διοίκηση Νοσοκομείων : 5μελή συμβούλια για Νοσοκομεία μέχρι 300 κρεβατιών και 7μελή για τα μεγαλύτερα. Εκπροσωπούνται :
 - i. Το Επιστημονικό και το υπόλοιπο προσωπικό των Νοσοκομείων (από 1 μέλος)
 - ii. Η τοπική αυτοδιοίκηση (1 μέλος)
 - iii. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2 μέλη).

Στα 7μελή συμβούλια προστίθεται από ένας εκπρόσωπος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και του Υπουργείου. Προβλέπεται επίσης και η σύσταση θέσης συντονιστή της διοίκησης.

5. Οργάνωση Νοσοκομείων : Διαχωρίζονται τρεις υπηρεσίες : Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική.
6. Ρυθμίζονται τέλος, η διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, η σύσταση της Επιστημονικής Επιτροπής και η λειτουργία πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων.

Νόμος 2071/1992

Με τον νόμο 2071/1992 επιδιώκεται αλλαγή στη φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ. Η αποκλειστική ευθύνη του κράτους στην παροχή και χρηματοδότηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας αντικαθίσταται από την ελευθερία της επιλογής και τον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Σ' αυτήν την περίπτωση ο πολίτης μπορεί να προσφύγει στον ιδιωτικό ή τον δημόσιο τομέα κάνοντας χρήση του Ατομικού του Βιβλιαρίου Υγείας. Ο νόμος αυτός επιτρέπει τη σύσταση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με την μορφή ΝΠΙΔ. Το κράτος αποκτά ένα μεγαλύτερο εποπτικό ρόλο στον τομέα της υγείας και εξουσιοδοτεί την ίδρυση και λειτουργία νέων μονάδων. Η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχονται από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Ο θεσμός της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του γιατρού του Ε.Σ.Υ. αντικαθίσταται από τη μερική απασχόληση και την εισαγωγή των ιατρών - συμβούλων. Αίρονται οι περιορισμοί για τους τόπους παροχής των υπηρεσιών υγείας για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη στους ασφαλισμένους στο δημόσιο και σε ασφαλιστικά ταμεία. Προβλέπεται η δυνατότητα σύστασης κινητών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δίνεται μέριμνα στην εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, του αγροτικού και του νησιωτικού πληθυσμού. Οι μονάδες αυτές μπορούν να λειτουργούν και ως μονάδες νοσηλείας, δηλαδή δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Μία καινοτομία του νόμου αυτού είναι η οικονομική απεξάρτηση της πρωτοβάθμιας υγείας και ιδιαίτερα των κέντρων υγείας από τα νοσοκομεία. Τα κέντρα υγείας χρηματοδοτούνται από την νομαρχία και μ' αυτόν τον τρόπο αναγνωρίζονται ως αυτόνομες οικονομικές, οικονομικές και διοικητικές μονάδες. Προηγουμένως, η χρηματοδότησή τους ανήκε στα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα να μην γνωρίζει κανείς πώς ήταν οι πόροι που διατίθενταν για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Νόμος 2194/1994

Ο Νόμος αυτός αποβλέπει στον επαπροσδιορισμό των στόχων του Ε.Σ.Υ. με τον συγκεντρωτισμό των υγειονομικών υπηρεσιών να επανέρχεται στο υπουργείο υγείας και πρόνοιας. Με αυτόν τον νόμο, τα κέντρα υγείας συνδέονται ξανά διοικητικά και οικονομικά με τα νοσοκομεία. Στερούνται, δηλαδή, αυτοδύναμου προϋπολογισμού και οι υγειονομικές περιφέρειες, τα ΠΕΣΥ, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, η μορφή απασχόλησης των ιατρών επανέρχονται στη μορφή που είχε καθοριστεί με τον νόμο 1392/83.

Νόμος 2519/1997

Ο Νόμος 2519 ψηφίστηκε τον Αύγουστο του 1997 για την «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Παρόλ' αυτά δεν αποτέλεσε μία μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και απλώς «πέρασε από τη Βουλή». Κύρια σημεία του ήταν η προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών και η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Έμφαση δινόταν στην πρόληψη των νόσων, στην επίτευξη της κοινωνικής ισότητας στον τομέα της υγείας, στην οργάνωση και την διοίκηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Παρά τις φιλοδοξίες, τα πολυιατρεία παρέμειναν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τα κέντρα υγείας διατήρησαν τη σύνδεσή τους με τα νοσοκομεία, χωρίς να αποκτήσουν την αυτονομία τους.

N.H.S. και κυβέρνηση Thatcher

Οι γενικές εκλογές τον Μάιο του 1979 κατέληξαν σε νίκη των Συντηρητικών με επικεφαλής την κ. Thatcher. Κατά την επόμενη δεκαετία η κ. Thatcher εντυπωσίασε με την προσωπικότητά της και τη δράση της, που ήταν πολύ μεγαλύτερη από τη δράση ενός συνηθισμένου πρωθυπουργού.

Η κ. Thatcher τόνιζε ότι «το N.H.S. είναι ασφαλές στα χέρια μας». Κατά την εποχή της κ. Thatcher υπήρχαν πολλές διαδόσεις ότι η κυβέρνηση θα προβεί σε μεγάλες μεταβολές και συγκεκριμένα ότι η παραμονή στο νοσοκομείο δεν θα είναι δωρεάν, ενώ ο πολίτης θα επιβαρυνόταν χρηματικώς κατά την επίσκεψή του στον γενικό γιατρό.

Το κτίσιμο νέων νοσοκομείων σταμάτησε. Πάντως οι ακραίοι Συντηρητικοί εξακολούθησαν να θεωρούν τα μέτρα ανεπαρκή.

Συγχρόνως αυξήθηκε ο αριθμός των διευθυντών γιατρών στο N.H.S., ελαττώθηκε ο αριθμός των ασκούμενων γιατρών και δημιουργήθηκε μια νέα κατηγορία γιατρών οι οποίοι προσλαμβάνονταν με την υπόσχεση ότι δεν θα επιδίωκαν προαγωγή.

Το 1986 δημοσιεύθηκε ένα νέο έγγραφο υπό τον τίτλο "Project 2000" το οποίο αφορούσε κυρίως νοσηλευτές. Το βασικό στοιχείο ήταν ότι η εκπαίδευση και η εξάρτηση των σπουδαστών νοσηλευτών θα πάψει να είναι ο θάλαμος και ότι η εκπαίδευσή τους θα είναι πανεπιστημιακής βάσεως. Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει ευρεία μόρφωση, η οποία πρέπει να αφορά επιπλέον βιοχημεία, ψυχολογία, φιλοσοφία κ.α. Γενικά κάθε προσπάθεια πρέπει να καταβάλλεται όπως οι μέλλοντες νοσηλευτές έχουν ευρεία εγκυκλοπαιδική μόρφωση. Οι νοσηλευτικές σχολές πρέπει γενικά να είναι υψηλού επιπέδου.

Τα κύρια στοιχεία τα οποία η κυβέρνηση Thatcher θεώρησε απαραίτητα για το θέμα της υγείας είναι :

- 1) Ίδρυση του σώματος των managers. Η κλιμακωτή παρουσία αυτών.
- 2) Η δημιουργία της εσωτερικής αγοράς.
- 3) Η δημιουργία του N.H.S. 2000 "trust".

Ενδιαφέρον είναι ότι η επιτροπή στη οποία ανέθεσε η Thatcher τις μεγάλες μεταρρυθμίσεις δεν περιλάμβανε ούτε έναν γιατρό. Όλα τα μέλη της επιτροπής ήσαν ακόμα ασχολούμενα κυρίως με εμπορικές δραστηριότητες.

Τα σημεία αυτά θα αναλυθούν κόπως εμπεριστατωμένα.

1) Ο manager

Πρόεδρος της επιτροπής για τη μελέτη και την οργάνωση του θεσμού των managers διορίστηκε ο Roy Griffiths, αντιπρόεδρος αλυσίδας εταιρείας παντοπωλείων. Ο ορισμός που δίνει ο Griffiths στον manager είναι ο εξής : «Ο manager έχει την ευθύνη για τη λειτουργία μιας οργάνωσης, έτσι ώστε το έργο του να χαρακτηρίζεται από σύστημα και μέθοδο.»

Ο ρόλος του manager είναι να οδηγεί και να ενεργοποιεί το προσωπικό για να εκτελεί την βασική εργασία. Με άλλα λόγια ο manager είναι αυτός που οργανώνει το έργο των άλλων για να εκτελούν σωστά το έργο τους.

Ο Griffiths διακρίνει το management από την διοίκηση, διότι ο κύριος σκοπός του δεύτερου είναι να εκτελούνται οι σκοποί ενός έργου σύμφωνα με τους κανόνες. Το management είναι πιο δυναμική δραστηριότητα που αποσκοπεί στην βελτίωση.

Κατά τα πρώτα έτη του Ν.Η.Σ. μικρή σημασία είχε αποδοθεί στο management. Συζητούσαν κυρίως θέματα χρηματοδοτήσεως, σχέσεων γιατρών και κυβερνήσεων και μορφές οργανώσεων. Άλλα θέματα επάρκειας δεν συζητούνταν.

Το 1997 κυκλοφόρησε ένα βιβλίο από τον P. Bruggen υπό τον τίτλο "Who cares" που περιγράφει διάφορα παραδείγματα που διακωμωδούν το θεσμό.

Η κ. Thatcher είχε ενθουσιαστεί με τον θεσμό και πίστευε ότι όλα τα προβλήματα θα είχαν λυθεί. Η κυβέρνηση διέταξε ταχεία αλλαγή. Οι κλινικοί γιατροί περιέγραψαν το σύστημα ως ασχεδίαστο, ανεξέλεγκτο, μη επιστημονικό πείραμα. Αναφέρεται μεταξύ άλλων εγκύκλιος από manager η οποία καταλήγει στα εξής : «να μην εισέλθουν ασθενείς που πάσχουν από άσθμα, ισχαιμική καρδιακή νόσο ή εγκεφαλικά επεισόδια».

Σε μια άλλη εγκύκλιο διπλωματούχος νοσηλεύτρια έλαβε από τον manager το εξής σημείωμα : «αν θέλετε να τα πάτε καλά στην υπηρεσία σας, να πείτε ότι είσθε ενθουσιασμένη από την επιχείρηση». Ένας διευθυντής γιατρός αναφέρει ότι όταν έλαβε την απόλυσή του, για τα «συμφέροντα της υπηρεσίας» υπέγραψε μια συμφωνία να αποσύρει τα παράπονά του από την Αστυνομία.

Καθώς το θέμα των γενικών managers προχωρούσε, σημαντικός αριθμός ατόμων προσκλήθηκαν από υπηρεσίες εκτός Ν.Η.Σ. για το σώμα των managers. Υψηλοί μισθοί ήσαν διαθέσιμοι.

Οι πολυδάπανες και μοντέρνες ειδικότητες υψηλής τεχνολογίας ευνοήθηκαν πολύ οικονομικά, επειδή οι managers πίστευαν ότι αυτές άξιζαν το μεγαλύτερο κομμάτι της πίτας.

Τα προληπτικά μέτρα, συντηρητικές θεραπείες και όλα τα άλλα μέσα ήπιας ιατρικής, τα οποία είχαν χάσει την αίγλη της υψηλής τεχνολογίας, λάμβαναν μόνο μικρή μερίδα από την πίτα.

Ο Griffiths ήταν ο βασικός παράγων εισαγωγής αρχείων υγιούς επιχειρήσεως σε μια θνησκουσα υπηρεσία υγείας. Ο Griffiths προερχόταν από ταπεινή οικογένεια ανθρακωρύχων και η εμπειρία του στα προβλήματα υγείας και του Κράτους Πρόνοιας ίσως να οφείλεται εν μέρει και στο ότι αρκετά μέλη της οικογένειας είχαν σχέση με το Ν.Η.Σ. Η έκθεση του Griffiths έτυχε της πλήρους αποδοχής από την κ. Thatcher. Ο Griffiths ανέφερε συχνά το παράδειγμα του υπουργού υγείας P. Kenneth Clarke, σύμφωνα με το οποίο, ένας πολύ έξυπνος θυρωρός του νοσοκομείου έλεγε ότι στις υπηρεσίες υγείας υπάρχει πολύ διοίκηση, αλλά καθόλου management.

Επειδή είναι γνωστό ότι το κύριο θέμα δαπάνης του Ν.Η.Σ. ήταν οι μισθοί, ουσιαστικά ήταν να σταματήσει ο συνεχώς αυξανόμενος ρυθμός του εργατικού δυναμικού. Πρέπει κατά τον Griffiths να βρεθεί τρόπος να χρησιμοποιούνται οι υπάρχουσες ανθρώπινες πηγές. Σχετικά με το μεγάλο έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό ο περιορισμός του δεν θα ήταν δυνατός. Έτσι η κυβέρνηση υιοθέτησε την υπόδειξη του Griffiths να δημιουργηθεί ένα ξεχωριστό σώμα managers σε όλα τα επίπεδα, από τη διοίκηση στο υπουργείο μέχρι του τελευταίου αποδέκτη. Ο πρώτος πρόεδρος σύντομα παραιτήθηκε.

Από τους αρχικώς διορισθέντες managers μόνο 10% ήσαν νοσηλευτές ή γιατροί και οι περισσότεροι προέρχονταν από το διοικητικό προσωπικό.

Ο ρόλος του manager όπως λέχθηκε είναι να οδηγεί και να ενεργοποιεί το προσωπικό να εκτελεί σωστά την εργασία του.

Το management είναι μια πιο δυναμική δραστηριότητα που αποσκοπεί στη βελτίωση του έργου. Κατά τα πρώτα έτη του Ν.Η.Σ. μικρή σημασία είχε δοθεί στο management.

Με τον καιρό τα προβλήματα έγιναν έντονα, επειδή γιατροί και νοσηλευτές αντιμετώπισαν το θέμα των managers με εχθρότητα. Όταν όμως οι νοσηλευτές

αντιλήφθηκαν τις ευκαιρίες που παρέχει το υπόμνημα Griffiths άλλαξαν γνώμη. Όσον αφορά τους γιατρούς δεν είχαν εντυπωσιασθεί από την εφαρμογή του συστήματος, επειδή είδαν τις προτάσεις ως ένα μέσον αποσπάσεως της προσοχής των γιατρών από το βασικό μειονέκτημα του N.H.S. να χρηματοδοτεί χαμηλά.

Συμφωνούσαν όλοι με τα λόγια του Ναπολέοντα που όταν ρωτήθηκε ποια μέσα είναι απαραίτητα για να κερδηθεί ένας πόλεμος απάντησε ότι υπάρχουν τρία αναγκαία πράγματα : χρήμα, χρήμα και χρήμα.

Μεταξύ αυτών που ήταν εναντίον του θεσμού των managers ήταν ο Αμερικανός καθηγητής οικονομολόγος Enthoven, ο οποίος επισήμανε ότι το σύστημα αυτό δεν έχει επαρκώς μελετηθεί και υποστήριζε ότι λόγω της απουσίας των κινήτρων της αγοράς οι γενικοί managers θα ήταν εξίσου ανεπαρκείς να βελτιώσουν την απόδοση του λοιπού προσωπικού.

Ένα από τα μεγάλα προτερήματα του N.H.S. ήταν ότι έχει χαμηλή δαπάνη λειτουργίας. Με την είσοδο όμως των managers και από την είσοδο της εσωτερικής αγοράς, τα λειτουργικά έξοδα αυξήθηκαν σημαντικά. Το 1986 ο αριθμός των γενικών managers ήταν 1900. Το 1991 ήταν 16000 και το 1995 ο αριθμός τους ανήλθε στις 26000. Συγχρόνως η αναλογία νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού από 3,5 προς 1 το 1981, έγινε 2,1 προς 1 το 1996.

Πολύ σύντομα τα μειονεκτήματα του θεσμού καταφάνηκαν. Ο υψηλός μισθός ήταν προκλητικός για γιατρούς και νοσηλευτές. Πολλά γράφηκαν εναντίον των managers.

Ο αγγλικός λαός είχε αγαπήσει το N.H.S. Το N.H.S. είναι βαθιά ριζωμένο στην καρδιά του λαού, αλλά η συνεχής και αδιάκοπη επιτυχία οδηγεί σε άρνηση επανεξέτασης του θέματος, έτσι ώστε να μην γίνονται οι μεταρρυθμίσεις που ενδεχομένως χρειάζονται.

Η κύρια λειτουργία του σώματος των managers είναι η εξασφάλιση ότι η ευθύνη επεκτείνεται προς τα κάτω μέχρι του σημείου όπου επιτελείται το έργο. Έτσι διορίστηκαν managers στα διάφορα διαδοχικά επίπεδα των νοσοκομειακών τμημάτων.

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές αντέδρασαν έντονα γιατί είχαν την εντύπωση ότι οι managers παρεμβαίνουν στο καθαρώς ιατρικό έργο. Πολλοί πιστεύουν ότι ο θεσμός των managers προκάλεσε περισσότερη σύγχυση παρά βελτίωση στη λειτουργία των νοσοκομείων.

Κατά τους κατηγορούς των managers τα προβλήματα της γραφειοκρατίας αυξήθηκαν. Μεταξύ άλλων, οι managers κατηγορούνται ότι αυτοί ξέρουν να «μαγειρεύουν» τα αποτελέσματα, έτσι ώστε τα στοιχεία στον επίσημο απολογισμό να είναι διαφορετικά από τα πραγματικά.

Τον Σεπτέμβριο του 1992 το περίφημο "Think Tank" της Thatcher παρουσίασε μια μελέτη η οποία τόνιζε δυνατούς τρόπους μειώσεως της κρατικής δαπάνης. Προτεινονταν δυο λύσεις, «Μερική αλλαγή» που περιελάμβανε πληρωμή κατά τις επισκέψεις στους γενικούς γιατρούς και παραμονή στο νοσοκομείο και μερική αντικατάσταση του N.H.S. με σύστημα ασφαλίσεως.

Η αναφορά αυτή διέρρευσε στο περιοδικό Economist και οδήγησε στη περίφημη φράση της Thatcher «το N.H.S. είναι ασφαλές στα χέρια μας και η αρχή ότι επαρκής ιατρική φροντίδα πρέπει να παρέχεται σε όλους, ανεξάρτητα πληρωμής, είναι η βάση για οιοδήποτε τρόπο χρηματοδότησης του N.H.S.». Λίγοι πρόσεξαν την υπόσχεση της Thatcher για επαρκή ιατρική φροντίδα, ενώ συγχρόνως άφησε ανοικτή τη δυνατότητα άλλων ρυθμίσεων για τη χρηματοδότηση του N.H.S.

2) Εσωτερική αγορά (Internal Market)

Η κ. Thatcher εισήγαγε και έναν άλλο θεσμό του Εnthonen, καθηγητή Πανεπιστημίου στο Σικάγο, ο οποίος είχε γράψει πολλά για το σύστημα υγείας της Αμερικής. Σημειώτεον ότι τη δεύτερη δεκαετία του ο Enthonen είχε υπηρετήσει στο Υπουργείο Άμυνας των Η.Π.Α., υπό τον υπουργό MacNamara, ο οποίος τον είχε περιγράψει ως παιδί θαύμα στα θέματα πολέμου και ο οποίος μεταξύ άλλων είχε γράψει ότι το NATO υπερτιμά τη δύναμη της Ρωσίας.

Αυτός περιέγραψε την εσωτερική αγορά σε ένα άρθρο του υπό τον τίτλο : «Ένας άνθρωπος από τον Άρη». Κατά τον Enthonen, η βάση της εσωτερικής αγοράς είναι ο χωρισμός της χρηματοδότησης της ιατρικής φροντίδας από την παροχή της.

Αλλά ο όρος σημαίνει πολύ περισσότερα. Ο υπουργός υγείας δέχεται την ιδέα αρρώστων που ψάχνουν γύρω τους για θεραπεία, έτσι ώστε ο όρος αυτός να σημαίνει πολύ περισσότερα. Ο υπουργός υγείας υπενθυμίζει την ιδέα ενός αρρώστου που ψάχνει γύρω του για θεραπεία έτσι ώστε να βραχυυνθεί το μέγεθος της λίστας.

Την εσωτερική αγορά περιγράφει από διαφορετική πλευρά ο Άγγλος καθηγητής οικονομολόγος Maigard. Αυτός παρομοιάζει το N.H.S. με μια σχάρα με πολλά κλιμάκια για να μην χρεωθεί πολύ ο οικογενειακός γιατρός, στέλνει τον άρρωστο του στο νοσοκομείο, το οποίο πάλι με τη σειρά του τον στέλνει σε αναρρωτήριο κοκ. Έτσι κανένας δεν ξέρει το σύνολο της δαπάνης ενός αρρώστου. Προτιμότερο θα ήταν το σύνολο της αμοιβής να παρεχόταν στον οικογενειακό γιατρό, ο οποίος στη συνέχεια το χορηγεί στους διάφορους ενδιάμεσους και έτσι θα ήταν δυνατό να γνωρίζει το σύνολο της δαπάνης.

Το Συντηρητικό κόμμα έδειξε ενθουσιασμό για την εσωτερική αγορά. Το Εργατικό κόμμα, που ήταν τότε στην αντιπολίτευση έδωσε εντολή στον P. Cook υπουργό υγείας στην σκαιώδη κυβέρνηση των Εργατικών, να συντάξει ένα υπόμνημα στο οποίο παρουσίαζε τα λάθη της εσωτερικής αγοράς.

Η εσωτερική αγορά είχε ενθουσιάσει τους Συντηρητικούς και ιδιαίτερα την κ. Thatcher.

3) Trust

Άλλη μια μεταρρύθμιση των Συντηρητικών ήταν να μεταβάλλουν κυρίως τα μεγάλα νοσοκομεία σε επιχειρήσεις. Τα Trusts αυτά ήταν ικανά να απασχολούν προσωπικό, να διαπραγματεύονται όρους και συνθήκες υπηρεσίας, να κρατούν πλεονάσματα και να δανείζονται χρήματα από την κυβέρνηση ή από τον ιδιωτικό τομέα. Η ανάγκη να εξασφαλίζεται ισοζύγιο πληρωμών είναι πρωταρχική.

Μεταξύ των πρώτων μεγάλων επιχειρήσεων το Guy's και το Bradford παρουσίασαν ελλείματα πολλών εκατομμυρίων λιρών. Προς αμηχανία της κυβέρνησεως τα Trusts αυτά αναγκάστηκαν να προβούν σε κλείσιμο θαλάμων και απόλυση προσωπικού. Τα Trusts ήσαν ικανά να χρησιμοποιούν προσωπικό, να διαπραγματεύονται πληρωμές και συνθήκες λειτουργίας, να δανείζονται χρήματα, καθώς επίσης και να λαμβάνουν χρήματα από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Προέβαιναν σε συμφωνίες. Τα Trusts απαιτούσαν καλή οικονομική διαχείριση. Οι υγειονομικές αρχές έπρεπε να συνηθίσουν να εργάζονται με τα trust ως ίσοι.

Οξέα νοσοκομεία – Trusts περιελάμβαναν μονάδες ιδιωτικών ασθενών, οι οποίες μπορούσαν να συγκριθούν με ιδιωτικά νοσοκομεία. Μεταξύ των ετών 1988 και 1992 το εισόδημα από τις ιδιωτικές αυτές μονάδες, αυξήθηκε κατά 40% και

έφθασε στα 157 εκατομ. λίρες, ενώ η αναλογία της αγοράς της ιδιωτικής φροντίδας στη Βρεταννία επεκτάθηκε στα χέρια του N.H.S.

Όταν η κ. Thatcher ανέλαβε την κυβέρνηση είχε αναγγείλει ότι το N.H.S. θα προβεί σε αναθεώρηση με ειδικό βιβλίο. Πάντως γενική είναι η εντύπωση ότι οι Συντηρητικοί έχασαν τη μάχη με την κοινή γνώμη, η οποία στο σύνολό της παραδεχόταν τα προτερήματα του N.H.S. Το N.H.S. κοστίζει στην Αγγλία λιγότερα από οποιοδήποτε άλλο σύστημα υγείας Ευρωπαϊκών χωρών.

Ενδιαφέρον είναι να εξετασθεί πώς αντιμετωπίζουν το N.H.S. οι οπαδοί διαφόρων κομματικών αντιλήψεων. Σύμφωνα με τη Μαρξιστική θεωρία η οργάνωση και η πρακτική της ιατρικής, καθώς και η παροχή υπηρεσιών υγείας υποστηρίζει καπιταλιστικές αντιλήψεις στο σύγχρονο κράτος.

Με αυτό εξηγούνται οι ανισότητες, η κυριαρχία των γιατρών και η προαγωγή της οικονομίας της ασθένειας, όπως το θέλουν ο Μαρξ και ο Ένγκελς. Ο Navarro λ.χ. απορρίπτει την ιδέα ότι η δομή των υπηρεσιών υγείας και οι ανισότητες στην παροχή της μπορούν να ερμηνευθούν με την ύπαρξη δυνάμεων μέσα στο ιατρικό επάγγελμα ή είναι αποτέλεσμα έλλειψης κοινωνικής αντίδρασης στις μεταβολές.

Η παροχή του N.H.S. με τη συγκέντρωση του ενδιαφέροντος στη θεραπευτική ιατρική αντανακλά μάλλον ιδεολογία μπουρζουαζίας θεραπευτική ιατρική και το ιατρικό κατεστημένο υπηρετούν τα συμφέροντα του κεφαλαίου, συγκεντρώνοντας την προσοχή από τα αίτια που προκαλούν την αρρώστια, όπως μολυσμένο περιβάλλον, επικίνδυνες συνθήκες εργασίας κτλ.

Ο chief executive εν ονόματι του Board έχει τα εξής δικαιώματα :

- 1) Το δικαίωμα να διαμορφώσει μια βραχεία λίστα υποψηφίων για γενικό manager σε κάθε περιοχή.
- 2) Το δικαίωμα να δίνει συμβουλές για τους υποψηφίους για district chairman ο οποίος θα διορισθεί από τον Υπουργό.
- 3) Το δικαίωμα να συμβουλευεί τον Υπουργό για την κατανομή του χρήματος μεταξύ περιοχών. Θα έχει εξάλλου τις εξής υποχρεώσεις. Να εγκαταστήσει και να φροντίσει για τη λειτουργία ενός επαρκούς και απλού συστήματος πληροφοριών διαχείρισης έτσι ώστε κάθε περιοχή ανά μήνα, του παρέχει πληροφορίες για την ποιότητα, ποσότητα και δαπάνη φροντίδας στην περιοχή τους.
- 4) Να ερευνά μεγάλες εκτροπές από τον προϋπολογισμό.
- 5) Να προάγει την πρακτική σε όλη τη χώρα.
- 6) Να συνιστά μεταβολές στους managers στον Υπουργό σε κάθε περιοχή στην οποία το έργο μειονεκτεί.
- 7) Να προωθεί νέα συστήματα ανταμοιβής για management που στοχεύει στο αποτέλεσμα.
- 8) Να εξασφαλίζει εθνικά επίπεδα και ένα καλό ηθικό του N.H.S.
- 9) Να ενισχύει πολιτικές για την ανάπτυξη.
- 10) Το N.H.S. Management Board ρυθμίζει τη δαπάνη για την εγχείριση ή τη θεραπεία πολύ προσεκτικά από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.

Στα νοσοκομεία επιτρέπεται να ορίσουν αυτά ως μη κερδοφόρες εταιρείες (Trusts).

Τα νοσοκομεία πρέπει να ενθαρρύνονται να έρχονται σε συμφωνία με τον ιδιωτικό τομέα και οι κανόνες δαπάνης του υπουργείου οικονομικών πρέπει να προσαρμόζονται, έτσι ώστε να ενθαρρύνονται τέτοιες εξελίξεις. Το N.H.S Management Board πρέπει να συναθροίζει και να χρησιμοποιεί απλά στοιχεία κατά νοσοκομείο και κατά ειδικότητα αγοράς εντός του N.H.S. Ο γενικός manager σε κάθε περιοχή πρέπει να αναφέρει στις αρχές υγείας της περιοχής όπως οι βοηθοί managing director αναφέρουν.

Ο επισκέπτης των ιδιωτικών μονάδων εντυπωσιάζεται αμέσως από το ηθικό του προσωπικού καθώς και από τις καλές σχέσεις μεταξύ προσωπικού και manager. Ανάλογα στο N.H.S., διοικητικοί του κατώτερου επιπέδου φαίνονται να επηρεάζονται βαρέως από τις οδηγίες των συνδικάτων. Μερικοί βλέπουν τους εαυτούς τους όχι ως managers αλλά ως πρόξενους δράσης και διαμαρτυριών εναντίον των αρχών υγείας ή εναντίον της στέρησης με το παράπονο ότι οι αμοιβές είναι χαμηλές και ότι περισσότερο χρήμα θα λύσει το πρόβλημα.

Ακόμη πιο ευαίσθητο είναι το θέμα των νοσηλευτών. Πολλοί νοσηλευτές και προϊστάμενες λένε ότι δεν τους αρέσει το σημερινό σύστημα νοσηλευτών managers οι οποίοι έχουν τεθεί πάνω από το κεφάλι τους και επιθυμούν να πάνε πίσω στο σύστημα όπου η προϊσταμένη διηύθυνε το θάλαμο και με τη σειρά της αυτή ανέφερε στη διευθύνουσα. Τα νοσοκομεία χρειάζονται ένα καλό γενικό manager και μια διευθύνουσα πάνω από τους νοσηλευτές. Δεν έχουν ανάγκη των άλλων managers οι οποίοι έχουν εισαχθεί με τις μεταρρυθμίσεις του Griffiths, ούτε χρειάζονται μεγάλο αριθμό νεότερων managers μεταξύ του επικεφαλής και των προϊσταμένων και νοσηλευτών των θαλάμων. Περισσότεροι καλοί νοσηλευτές χρειάζονται για να μείνουν στο έργο των νοσηλευτών οι οποίοι θα πληρώνονται για την εμπειρία τους και την ικανότητά τους μάλλον παρά να καταφεύγουν σε ένα διοικητικό έργο. Όσον αφορά τα μεγάλα νοσοκομεία συνιστάται να υπάρχει ένας γενικός manager για όλο το νοσοκομείο, αλλά σκόπιμο είναι να υπάρχουν 4 ή 5 senior managers υπεύθυνοι για τα διάφορα τμήματα μέσα στο νοσοκομείο, έκαστο των οποίων ίσως θα έπρεπε να είχε τη δική του Διευθύνουσα.

Η δαπάνη του N.H.S. αύξησε συνεχώς. Ο αριθμός του προσωπικού το 1983 είχε αυξηθεί κατά 30% εντός 10 ετών και πολλοί διερωτώνταν αν ο κρατικός τομέας απουσία συναγωνισμού ήταν σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες των καταναλωτών. Δεξιοί στοχαστές εξακολουθούσαν να υποστηρίζουν σχήματα στηριγμένα σε ασφαλίσεις, τα οποία θα βοηθούσαν λόγω του συναγωνισμού. Ο Griffiths μαζί με πολλούς άλλους θεωρούσε το N.H.S. ως το μεγαλύτερο κομμάτι της κοινωνικής νομοθεσίας του αιώνα, το οποίο ανέλαβε η Βρετανία σε μια εποχή κατά την οποία οι άλλες χώρες επικέντρωναν την προσοχή τους στην προτεραιότητα της οικονομικής ανάπτυξης παρά της κοινωνικής προόδου.

Το 1980 η οικονομική κατάσταση του N.H.S. ήταν άθλια και οι πρόεδροι των 3 βασιλικών Κολλεγίων με επιστολή προς την πρωθυπουργό επισήμαναν την άθλια οικονομική κατάσταση του συστήματος και τους επερχόμενους κινδύνους πλήρους χρεωκοπίας του N.H.S. Τα έξοδα είχαν ανέβει σε υπερβολικά ύψη.

Για την αντιμετώπιση της κατάστασης η Thatcher προέβη σε ορισμένες τροποποιήσεις που αφορούσαν πληρωμή σε ορισμένα είδη, ενώ συγχρόνως εισήγαγε το θεσμό των managers και την οργάνωση της εσωτερικής αγοράς, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στην ομάδα των συμβούλων της Thatcher δεν υπήρχε ούτε ένας γιατρός, αλλά όλοι ήταν επιχειρηματίες, κάτι που δείχνει την αγάπη της για την ελεύθερη αγορά, αλλά δεν τολμούσε, επειδή ο βρετανικός λαός αγαπούσε το N.H.S. και η κατάργησή του θα προκαλούσε θύελλα με τις μεταρρυθμίσεις της. Η κ. Thatcher εισήγαγε τον χωρισμό σε αγοραστές, δηλαδή τους γιατρούς που αγοράζουν φροντίδα από τους προμηθευτές, δηλαδή αυτούς που προμηθεύουν τη φροντίδα, δηλαδή νοσοκομεία και άλλα παρεμφερή ιδρύματα.

Μετά τη θριαμβευτική νίκη των Εργατικών ύστερα από 14 χρόνια ηγεμονίας των Συντηρητικών, υπό τον Tony Blair, το Εργατικό Κόμμα προσπάθησε να επιφέρει πολλές αλλαγές. Κατάργησε την εσωτερική αγορά, τη λατρεία των Συντηρητικών και έδωσε μεγάλη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα με το σχηματισμό των Primary Care Groups.

Σύνοψη του έργου της κ. Thatcher

Η κ. Thatcher στον πρόλογό της υποσχόταν συνεχείς βελτιώσεις και διαφαινόταν μέσα από τις γραμμές ότι η κυβέρνηση ενίσχυε την ιδιωτική ιατρική ενώ συγχρόνως υπήρχαν υποσχέσεις για συνεχείς βελτιώσεις. Η κυβέρνηση μεταξύ άλλων υποσχέθηκε ελάττωση των διοικητικών δαπανών.

Η κ. Thatcher υποσχέθηκε ότι «το N.H.S. είναι ασφαλές στα χέρια μας». Κατά την εποχή της Thatcher υπήρχαν πολλές διαδόσεις ότι η κυβέρνηση θα προβεί σε μεγάλες μεταβολές και συγκεκριμένα ότι η παραμονή στο νοσοκομείο δεν θα είναι δωρεάν και ότι ο πολίτης θα επιβαρύνετο χρηματικώς κατά την επίσκεψή του στον γενικό γιατρό. Κατά τα χρόνια αυτά η μέση αύξηση των δαπανών για την υγεία ανερχόταν από έτος σε έτος σε 1,5%. Κατά το έτος 1992 η αύξηση ήταν 5,9% και το 1994 3,8%.

Πάντως στη Βρεταννία σε αντίθεση προς τις λοιπές δυτικές χώρες, στις οποίες η δαπάνη για την υγεία προερχόταν από ασφαλίσεις, η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας παρέμεινε η φορολογία. Οι επιβαρύνσεις των πολιτών για γυαλιά, οδοντοστοιχίες και συνταγές αυξήθηκαν. Αρκεί να λεχθεί ότι η δαπάνη για κάθε συνταγή ήταν 1 λίρα. Σημειωτέον ότι τα τελευταία 10 έτη η δαπάνη για κάθε συνταγή αυξήθηκε κατά 50%.

Βεβαίως οι φτωχοί, τα παιδιά και οι γέροντες δεν ήταν υποχρεωμένοι να πληρώνουν. Πάντως οι αυξήσεις αυτές δεν είχαν εντυπωσιακά αποτελέσματα και τα έσοδα του κράτους δεν αυξήθηκαν αξιόλογα από τα παραπάνω μέτρα. Το κτίσιμο νέων νοσοκομείων σταμάτησε. Οι ακραίοι Συντηρητικοί δεν ήταν ικανοποιημένοι θεωρώντας τα μέτρα ανεπαρκή.

Συγχρόνως αυξήθηκε ο αριθμός των διευθυντών στο N.H.S., ελαττώθηκε ο αριθμός των ασκούμενων γιατρών και δημιουργήθηκε μια νέα κατηγορία γιατρών οι οποίοι προσλαμβάνονταν με τη χρέωση ότι δεν θα επεδίωκαν προαγωγή.

Το 1986 δημοσιεύθηκε ένα νέο έγγραφο υπό τον τίτλο Project 2000 το οποίο αφορούσε κυρίως νοσηλευτές. Σύμφωνα με αυτό υπό την αιγίδα της κ. B. Fenwick το πρόγραμμα εκπαίδευσης νοσηλευτών επρεπε να ακολουθήσει το Αμερικανικό παράδειγμα.

Κατά μερικούς η Thatcher, η οποία έμεινε στην πρωθυπουργία 11 χρόνια, ήταν μεγάλη πολιτική προσωπικότητα, δίπλα στον Lloyd George και στον Churchill. Αυτό όμως βρίσκει πολλούς ασύμφωνους. Ήταν η εποχή των μεγάλων επαναστάσεων. Τα έξοδα του συστήματος είχαν ανέβει σε υπερβολικά ύψη. Για να αντιμετωπίσει την κατάσταση η Thatcher επέβαλε μερικές αμοιβές για ορισμένες ιατρικές πράξεις, αλλά προπαντός εισήγαγε νέους θεσμούς, με τους οποίους πίστευε ότι θα βελτιώσει την κατάσταση.

N.H.S. και κυβέρνηση Blair

Την 1^η Μαΐου του 1997 οι εκλογές στη Μ. Βρεταννία έφεραν τους Εργατικούς υπό τον Tony Blair στην εξουσία με θριαμβευτική πλειοψηφία. Το Δεκέμβριο του 1997 το κόμμα εξέδωσε εκτενή Βίβλο υπό τον τίτλο «Το Νέο N.H.S.», η οποία παρέχει το πρόγραμμα των Εργατικών για την υγεία.

Αυτό με συντομία αναφέρει τα εξής :

- 1) Καταργεί την εσωτερική αγορά.
- 2) Πριν από κάθε άλλο προγραμματισμό αναγγέλλει την προσθήκη 5 δισεκ. λιρών για το N.H.S. που θα δοθούν εντός 2 ετών. Το χρήμα αυτό προορίζεται κυρίως για την βελτίωση των υπηρεσιών καρκίνου του μαστού και καρκίνου των παιδιών και το κτίσιμο νέων νοσοκομείων.
- 3) Όπως γράφει στον πρόλογο ο νέος πρωθυπουργός «θέλω να προχωρήσει το N.H.S. για να γίνει ένα σύγχρονο σύστημα έτσι ώστε να γίνει αυτό ξανά ο φθόνος του κόσμου».

Πολλές φορές δαπανάται πολύς χρόνος για να φθάσει ο άρρωστος στον θεραπευτικό μηχανισμό. Η ποιότητα δεν είναι πάντοτε εξαιρετική. Το προσωπικό του N.H.S. αισθάνεται συχνά να αποσιπάται ο χρόνος τους και η προσπάθειά τους από την θεραπεία αρρώστων στην ανάγνωση εγγράφων.

Αυτή η Λευκή Βίβλος εξηγεί πως η κυβέρνηση εργαζόμενη με 1 εκατομμύριο προσωπικό θα διαμορφώσει ένα σύγχρονο και αξιόπιστο σύστημα υγείας προσαρμοσμένο στον 21^ο αιώνα. Ένα σύστημα το οποίο θα προσφέρει στον κόσμο ταχεία και υψηλής ποιότητας θεραπεία και φροντίδα όταν και όπου έχουν ανάγκη. Ένα N.H.S. το οποίο δεν θεραπεύει απλώς τους πολίτες όταν είναι άρρωστοι, αλλά εργάζεται για να βελτιώσει την υγεία και να περιορίσει τις ανισότητές της. Η εισαγωγή της εσωτερικής αγοράς από την προηγούμενη κυβέρνηση εμπόδισε τις υπηρεσίες υγείας από το να εστιαστούν στις ανάγκες των αρρώστων. Χρησιμοποιώντας ανταγωνισμό χάνονταν χρήματα μεταξύ των νοσοκομείων. Όπως λέει η παρούσα Λευκή Βίβλος η εσωτερική αγορά θα αντικατασταθεί από ένα σύστημα συγχωνευμένης φροντίδας». Αποτελεί τη βάση για ένα δεκάχρονο πρόγραμμα που θα βελτιώσει το N.H.S. με εξελικτικές μεταβολές μάλλον, παρά με επανάσταση. Έχοντας τα παραπάνω υπόψιν, το νέο N.H.S. παρέχει :

- 1) Στο σπίτι του ασθενούς, εύκολη και γρήγορη συμβουλή και πληροφορία για την υγεία, την αρρώστια, έτσι ώστε να είναι πιο ικανοί για να φροντίζουν για τους ίδιους και τις οικογένειές τους.
- 2) Στην κοινωνία, γρήγορη συμβουλή και θεραπεία στα τοπικά ιατρεία και κέντρα υγείας, με οικογενειακούς γιατρούς και κοινοτικούς νοσηλευτές, εργαζόμενους μαζί με όλο το άλλο προσωπικό υγείας και κοινωνίας, για να παρέχουν υπηρεσίες αμέσως εκεί.
- 3) Στα νοσοκομεία, γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες των ειδικών, που θα συνδέονται με τα τοπικά ιατρεία και κέντρα υγείας, έτσι ώστε η εισαγωγή, θεραπεία και φροντίδα να γίνεται γρήγορα, κατά τρόπο συνεχή. Στα νοσοκομεία θα έχει ο άρρωστος ταχεία πρόσβαση στις υπηρεσίες εντός δύο εβδομάδων από τη συνάντησή του με τον γενικό γιατρό, ο οποίος θα ζητεί ταχεία συνάντηση με τον σύμβουλο για όσες περιπτώσεις ο οικογενειακός γιατρός δεν αποκλείει τον καρκίνο. Αυτή η πρόσβαση εντός δύο εβδομάδων θα είναι δυνατή από τον Απρίλιο του 1999 για κάθε ασθενή με ύποπτο καρκίνο του μαστού και από το 2000 για όλους τους ασθενείς τους ύποπτους για καρκίνο οιαδήποτε οργάνου. Θα υπάρχει υπηρεσία επί 24ώρου βάσης υπό τη μορφή

συνεχούς τηλεφωνικής επαφής, μέσω της οποίας θα παρέχονται οδηγίες νοσηλευτών. Αυτή η υπηρεσία έχει αρχίσει από το Μάρτιο του 1998 και η κάλυψη όλης της χώρας θα γίνει εντός του 2000. Στην κοινωνία οι άρρωστοι θα υπηρετούνται με τα γρηγορότερα αποτελέσματα των εξετάσεων και στη συνέχεια με άμεσες οδηγίες του ειδικού στο ιατρείο του οικογενειακού και ακολούθως καθορισμό χρόνου επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία. Θα υπάρχουν επίσης και ηλεκτρονικές συνδέσεις μεταξύ οικογενειακού γιατρού και φαρμακοποιού. Κατά τη Βίβλο, στο τέλος του 1999, όλα τα ηλεκτρονικά συνδεδεμένα ιατρεία θα μπορούν να δέχονται από τα νοσοκομεία μερικά εργαστηριακά αποτελέσματα και κατά το 2002 αυτές οι υπηρεσίες θα είναι διαθέσιμες σ' όλη τη χώρα. Οι υπηρεσίες υγείας είναι ένας ισχυρός και εύκαμπτος οργανισμός. Κατά τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει περισσότερες εγχειρήσεις by-pass στεφανιαίων αρτηριών και χρήση φαρμάκων για έλκος στομάχου. Βέβαια νέα προβλήματα βρίσκονται μπροστά μας αλλά δεν πρόκειται όλα αυτά να αυξήσουν τις δαπάνες. Καθώς προχωρεί η τεχνολογία δημιουργούνται λιγότερο διεισδυτικές εγχειρήσεις και οι δαπάνες για πολλές από αυτές θα μειωθούν. Καθετήρες της καρδιάς θα αντικαταστήσουν το by-pass και σε πολλές εγχειρήσεις με 24ωρο παραμονή θα μειωθούν τα έξοδα νοσηλείας.

Κατά την επόμενη δεκαετία το N.H.S. πρόκειται να παρέχει τις υπηρεσίες του σε άλλα 100 χιλιάδες άτομα άνω των 85 ετών, αλλά αυτό θα επιφέρει μόνο το 1/9 της αύξησης του ποσού κατά την τελευταία δεκαετία. Κατά τη Βίβλο, επειδή κάθε χρόνο τα έξοδα του N.H.S. αυξάνονται, οι αρχές υπόσχονται ότι θα αυξάνουν και οι δαπάνες για το N.H.S. κάθε χρόνο. Θα αυξηθεί ο αριθμός των χειρουργημένων με 24ωρο παραμονή, κάτι που θα μειώσει πολύ το κόστος νοσηλείας.

Το N.H.S. θα λάβει νέα μορφή. Δεν θα είναι ούτε το πρότυπο της δεκαετίας του '70, ούτε το πρότυπο των πρώτων ετών της δεκαετίας του '90. Μέχρι σήμερα οι άρρωστοι προσεγγίζουν πρώτα τον συνοικιακό γιατρό ή τον φαρμακοποιό για συμβουλή πάνω σε θέματα υγείας.

Ένας άλλος νεωτερισμός είναι η εισαγωγή του θεσμού των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Groups). Οι ομάδες αυτές αποτελούνται από τους οικογενειακούς γιατρούς μιας περιοχής μαζί με τους κοινοτικούς νοσηλευτές και θα αναλάβουν την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών.

Όλες οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα είναι υπεύθυνες για τις υπηρεσίες υγείας, αλλά θα έχουν και το δικαίωμα να αποφασίζουν την κατανομή των οικονομικών παροχών.

Τα N.H.S. Trusts, δηλαδή τα σώματα που παρέχουν στον ασθενή υπηρεσίες νοσοκομείου στην κοινωνία, θα εργάζονται στο πρόγραμμα βελτίωσης της υγείας της περιοχής και θα προβαίνουν σε συμφωνίες μακράς διάρκειας με τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι συμφωνίες των υπηρεσιών αυτών θα οργανώνονται γενικά γύρω από μια ομάδα (λ.χ. παιδιών ή νόσων, όπως καρδιολογικών νόσων) θα συνδέονται σε ένα καινούριο σύνολο.

Με την κατάργηση της εσωτερικής αγοράς θα υπάρχει μείωση του κόστους κατά 1 δισεκατομμύριο κατά τη ζωή του παρόντος κοινοβουλίου. Θα υπάρχουν μηχανισμοί για να εκτιμώνται οι νέες τεχνολογίες και να μετρούν τη σχέση κόστους/αποτελέσματος. Δύο νέα σώματα δημιουργούνται. Το ένα καλείται National Institute for Clinical Excellence που θα παρέχει οδηγίες για συνεχείς βελτιώσεις του ιατρικού έργου και το άλλο National Service Frameworks για να παρέχει υπηρεσίες και όμοια ποιότητα φροντίδας καθ' όλη τη χώρα. Θα υπάρχουν σαφείς κυρώσεις όταν η εκτέλεση και η επάρκεια δεν είναι οι δέουσες. Οι Υγειονομικές Αρχές θα μπορούν να αποσύρουν ελευθερίες από τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα Trusts μπορούν να αλλάζουν τους providers αν η

λειτουργία δεν είναι η ανάλογη με το αναμενόμενο standard. Ο παρακάτω πίνακας παρέχει την οργανωτική σύνθεση του νέου N.H.S.

Οι εργατικοί στη Βίβλο για το καινούριο N.H.S. εχρησιμοποίησαν τον όρο Clinical Governance. Σύμφωνα με το λεξικό New Shorter English Dictionary, ο όρος Governance έχει 3 έννοιες :

- 1) Η πράξη, ο τρόπος ή το έργο της κυβέρνησης.
- 2) Ο έλεγχος ή ρύθμιση επίδρασης.
- 3) Η λειτουργία της δύναμης του κυβερνάν - η εξουσία του κυβερνάν.

Η εισαγωγή του όρου Governance στόχευε στη βελτίωση της ποιότητας της κλινικής φροντίδας σε όλα τα επίπεδα παροχής ιατρικής φροντίδας.

Είναι η πιο φιλόδοξη πρωτοβουλία της ποιότητας η οποία θα μπορούσε να εφαρμοσθεί στο N.H.S.

Αν και η κλινική governance μπορεί να θεωρηθεί γενικά θετική, μπορεί εξίσου να θεωρηθεί ως ένας τρόπος αντιμετώπισης της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Ο όρος Clinical Governance υποδηλεί ένα σύστημα μέσω του οποίου οι οργανώσεις του N.H.S. είναι υπεύθυνες για τη σταθερή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και της διακρίσεως υψηλών επιπέδων φροντίδας, δημιουργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο θα αναπτυχθεί η υπεροχή στην κλινική φροντίδα. Η κλινική ποιότητα ευνόησε πλειονότητα προσεγγίσεων. Γενικά εγκριθέντες ορισμοί είναι δύσκολο να επιτευχθούν και μερικοί θεωρούν τον όρο πολύ υποκειμενικό για να είναι χρήσιμος.

Το WHO βοηθεί στην εξερεύνηση της ιδέας της clinical governance. Διαιρεί την ποιότητα σε 4 κατηγορίες :

- 1) Επαγγελματική επίδοση (τεχνική ποιότητα).
- 2) Χρήση πηγών (Επάρκεια / Efficiency).
- 3) Κίνδυνος διαχείρισης (ο κίνδυνος τραύματος ή αρρώστιας συνδεδεμένου με την παρεχόμενη υπηρεσία).
- 4) Ικανοποίηση του ασθενούς από την υπηρεσία που παρέχεται.

Η διαμόρφωση της κλινικής governance θα στηρίζεται κυρίως στις πληροφορίες βασισμένες σε ευρύματα. Η κλινική governance θα αυξήσει την υψηλή ποιότητα κλινικού ελέγχου από συντεχνίτες.

Η Λευκή Βίβλος παρέχει περαιτέρω καλοδεχούμενη ένδειξη του ενθουσιασμού της κυβέρνησης να αξιολογεί εκλεγμένους νεωτερισμούς. Εξάλλου η Λευκή Βίβλος περιλαμβάνει προτάσεις ελάττωσης του χρόνου αναμονής, ταχείας πρόσβασης στις υπηρεσίες των ειδικών κλπ.

Τα N.H.S. Trusts, δηλαδή τα σώματα που παρέχουν στον ασθενή υπηρεσίες στα νοσοκομεία, θα εργάζονται στο πρόγραμμα βελτίωσης της υγείας κατά περιοχή και θα προβαίνουν σε συμφωνίες μακράς διάρκειας, με την ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Για πρώτη φορά θα υπάρχει μια ετήσια έκθεση, έτσι ώστε η Αρχή να μπορεί να προβαίνει σε συγκρίσεις των ομάδων των αρρώστων και αυτών που φροντίζουν για αυτούς.

Θα υπάρχει και Χάρτα του N.H.S. η οποία θα αναφέρει επίπεδα φροντίδας και θεραπείας που θα πρέπει να περιμένουμε από το N.H.S. Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη βοήθεια των Υγειονομικών Αρχών θα είναι υπεύθυνες για τον

πληθυσμό της περιοχής και θα έχουν συμβουλευτικές ιδιότητες. Επίσης οι ομάδες θα έχουν την ευθύνη κατάρτισης προϋπολογισμού της φροντίδας υγείας της περιοχής. Η υπηρεσία υγείας είναι μια ισχυρή εύκαμπτη οργάνωση και αναπτύχθηκε για την εκπλήρωση τρομακτικών προκλήσεων κατά τα προηγούμενα 10 χρόνια. Βέβαια νέα προβλήματα θα αναφύονται αλλά αυτά δεν θα προκαλούν αύξηση του κόστους. Καθώς προχωρεί η τεχνολογία που επιτρέπει λιγότερο διεισδυτικές, η θεραπεία θα είναι λιγότερο δαπανηρή, για ορισμένες τουλάχιστον περιπτώσεις. Το «μπαλόνι» θα αντικαθιστά προσδευτικά το by-pass. Με αυτό και με άλλες επινοήσεις ελπίζεται ότι θα μειωθεί η δαπανηρή νοσηλεία.

Οι Υγειονομικές Αρχές θα μπορούν να αποσύρουν υπηρεσίες από μια ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα Trusts μπορούν να αλλάζουν τους προμηθευτές εάν η λειτουργία δεν είναι ανάλογη με την αναμενόμενη. Οι υγειονομικές αρχές θα μεταβιβάζουν ευθύνες για νέα παροχή υπηρεσιών στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν θα είναι έτοιμες για αυτά τα καθήκοντα.

Όσον αφορά τη νέα Χάρτα του N.H.S. υπερβαίνει το εκατομμύριο και αξιοπρεπές σύστημα υγείας προσαρμοσμένο στον 21^ο αιώνα είναι απαραίτητο. Ένα σύστημα το οποίο προσφέρει ταχεία και υψηλής ποιότητας θεραπεία και φροντίδα, όταν οι πολίτες έχουν ανάγκη. Το N.H.S. δεν θεραπεύει απλώς τους πολίτες όταν είναι άρρωστοι, αλλά εργάζεται με άλλους για τη βελτίωση της υγείας και τον περιορισμό της ανισότητας υγείας. Κατακρίνει με δριμύτητα την εσωτερική αγορά, έναν θεσμό τον οποίο οι συντηρητικοί είχαν με φανατισμό υποστηρίξει.

Χρησιμοποιώντας τον ανταγωνισμό χάνονταν τα χρήματα μεταξύ των νοσοκομείων. Η εσωτερική αγορά θα αντικατασταθεί από ένα σύστημα «συγχωνευμένης φροντίδας» (integrated care). Αυτό αποτελεί τη βάση για ένα δεκάχρονο πρόγραμμα. Η Βίβλος δεν μιλά περί επανάστασης, αλλά περί προοδευτικής εξέλιξης.

Θα υπάρξει υπηρεσία επί 24ώρου βάσεως υπό τη μορφή συνεχούς τηλεφωνικής επαφής, όπου θα παρέχονται τηλεφωνικώς οδηγίες από έμπειρους νοσηλευτές στο σπίτι. Αυτή η υπηρεσία που λέγεται N.H.S. Direct έχει αρχίσει από τον Μάρτιο του '98, η δε κάλυψη όλης της χώρας θα γίνει εντός του 2000.

Στην κοινωνία, οι άρρωστοι θα εξυπηρετούνται γρήγορα με παροχή των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων. Στη συνέχεια θα παρέχονται οδηγίες παροχής υπηρεσιών του ειδικού στα ιατρεία του οικογενειακού γιατρού και αν χρειαστεί περαιτέρω επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία, θα γίνεται αμέσως ο καθορισμός του χρόνου επίσκεψης σε αυτά. Θα υπάρχει επίσης τηλεφωνική σύνδεση οικογενειακού γιατρού και φαρμακοποιού.

Το N.H.S. – Direct είναι ένα κέντρο μέσω του οποίου διενεργείται μια υπηρεσία τηλεφωνικής επικοινωνίας επί 24ώρου βάσεως, όπως είχε αναγγελθεί από το εργατικό κόμμα. Αρχικώς ιδρύθηκαν 3 μικρά πειραματικά κέντρα τα οποία λειτούργησαν τον Μάιο του 1998 και ένα χρόνο αργότερα αυτό επεκτάθηκε σε 13 κέντρα καλύπτοντας έτσι το 40% της χώρας. Η πρόθεση είναι να καλυφθεί όλη η χώρα κατά το τέλος του 2000. Ο σκοπός είναι :

- 1) Να παρέχει στους πολίτες 24ωρη πρόσβαση σε πληροφόρηση και συμβουλή, να φύγει δηλαδή το «άγχος».
- 2) Να οδηγεί τον κόσμο στη λήψη ορθής φροντίδας την ορθή ώρα.
- 3) Να καταστήσει τους πολίτες ικανούς να κοιτάζουν τον εαυτό τους όσο είναι δυνατόν. Υπάρχει ένα κέντρο το οποίο επιβλέπει τους νοσηλευτές οι οποίοι απαντούν στα τηλέφωνα.

Το Πανεπιστήμιο του Southampton το οποίο οργάνωσε το πρόγραμμα ασκήσεως των νοσηλευτών θα παρακολουθεί και θα αξιολογεί τα αποτελέσματα.

Η κυβέρνηση θα υποστηρίξει την ανάπτυξη των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας για την ίση φροντίδα και την ίση παρουσία σε όλη τη χώρα.

Οι γενικοί γιατροί οι οποίοι θα έχουν κύρια ευθύνη εντός της ομάδας θα πληρώνονται από την ομάδα.

Δεν θα υπάρχουν φραγμοί στον τρόπο κατά τον οποίο εργάζονται οι ομάδες αυτές εφ' όσον εργάζονται ικανοποιητικά, αλλά όταν μια ομάδα δεν εργάζεται ικανοποιητικά θα δέχεται συμβουλές από υγειονομικές αρχές. Στην περίπτωση που μια ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν εργάζεται καλά, οι υγειονομικές αρχές θα έχουν το δικαίωμα να αποσύρουν μέρη ή όλες τις ευθύνες ή ακόμα και να ζητούν την αλλαγή αρχηγού της ομάδας.

Οι ομάδες αυτές έχουν την ευθύνη και τα κίνητρα να διαμορφώσουν ταχείες, προσιτές και υπεύθυνες υπηρεσίες για τα άτομα της περιοχής. Θα ενθαρρύνονται επίσης να ασκούν σημαντικό μέρος για τη διαμόρφωση της περιοχής και τη βελτίωση της υγείας υπό την ευρεία έννοια.

Είναι σαφές ότι σύμφωνα με το πρόγραμμα οι ομάδες αυτές προγραμματίζεται να έχουν σημαντικό ρόλο στο μέλλον. Η πρωτοβάθμια φροντίδα γίνεται πλέον το κέντρο των N.H.S. Στο μέλλον οι primary care groups θα αντικαθιστούν κατά κάποιον τρόπο τους γενικούς γιατρούς, κατόχους κεφαλαίου (fundholders).

Τα λεγόμενα Trusts N.H.S. άλλωστε χρησιμοποιούν το 72% του όλου προϋπολογισμού του N.H.S. και παρέχουν νοσοκομειακή φροντίδα για εκατομμύρια ασθενείς.

Οι υγειονομικές αρχές θα βρίσκονται και θα εργάζονται στενά με τις υπηρεσίες του N.H.S. Αυτές οι υπηρεσίες θα είναι απαλλαγμένες από γραφειοκρατικές δραστηριότητες.

Από το 2000 θα ισχύσει το πρόγραμμα βελτίωσης υγείας, το οποίο θα είναι υπεύθυνο για τη βελτίωση του προγράμματος.

Μια νέα Χάρτα του N.H.S. θα αντικαταστήσει την υπάρχουσα χάρτα των ασθενών. Αυτή θα ενημερώνει τους πολίτες για τη φροντίδα που πρέπει να περιμένουν από το σύστημα και συγχρόνως θα τους καθορίζει και τις ευθύνες τους.

Όλες οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα αναλάβουν τις ευθύνες τους σε όλη τη χώρα από το 2000.

Για πρώτη φορά τα μέλη της πρωτοβάθμιας φροντίδας τα οποία αναγράφουν το πλείστο των συνταγών, θα ασκούν έλεγχο του τρόπου με τον οποίο θα χρησιμοποιήσουν τα κονδύλια. Οι ομάδες και όχι τα άτομα θα συμφωνούν με τις άλλες υπηρεσίες του N.H.S. και θα παρακολουθούν το θέμα της ορθής αναγραφής των συνταγών. Εξάλλου θα συνεργάζονται στενά με όλες τις υγειονομικές αρχές.

Εντύπωση προκαλεί η πρόθεση του νομοθέτη επιβολής κυρώσεων εναντίον των γιατρών η οποία για πρώτη φορά προβάλλεται ανεπιφύλακτα.

Γενικά η μεγάλη πλειοψηφία του Εργατικού κόμματος δίνει στο κόμμα μεγάλη δυνατότητα εφαρμογής του προγράμματος.

Οι Βρεταννοί οικογενειακοί γιατροί είναι πολύ πιο εξασκημένοι από ό,τι στην Αμερική και αντιμετωπίζουν όλους τους ασθενείς της οικογένειας από τα νεογνά μέχρι της γεροντικής ηλικίας. Έτσι παιδιατρική, εσωτερική παθολογία, γυναικολογία και γηριατρική θεωρούνται απλώς υποειδικότητες των ειδικοτήτων αυτών, εάν χρειασθεί να παραπεμφθεί άρρωστος σ' αυτούς.

Ο Άγγλος επιλέγει τον γιατρό του και τον διατηρεί επί χρόνια. Η διατήρηση αυτής της μακράς σχέσεως είναι σημαντική για την ιατρική εκπαίδευση, πρόληψη και σφαιρική αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας.

Όπως τονίζει ο A. Farmer, ο γενικός γιατρός είναι υπεύθυνος για τα 90% των προβλημάτων του ασθενούς, αλλά μόνο για το 10% του κόστους αυτών. Στην

περίοδο 1997 μέχρι σήμερα κατά την οποία η κυβέρνηση ανήκει στους Εργατικούς, έχουν γίνει αρκετές μεταβολές εκ των οποίων η κυριότερη είναι η δημιουργία των primary care groups, κάτι που δείχνει πόση σημασία δίνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πάντως πρέπει να σημειωθεί ότι για πρώτη φορά στο Ν.Η.Σ. αναφέρεται η επιβολή κυρώσεων εναντίον των γιατρών.

Τους τελευταίους έξι μήνες διατυπώνονται προτάσεις για μεταρρυθμίσεις και στρατηγικές βελτιώσεις στη δημόσια υγεία. Δόθηκε έμφαση σε μια δίκαιη υπηρεσία η οποία κατανέμει τις οικονομικές πηγές πιο δίκαια, απομακρύνοντας το ενδεχόμενο δύο βαθμίδων. Καλύτερη ανάμιξη υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, η οποία στηρίζεται σε συνεργασία παρά σε ανταγωνισμό καθιστά υπεύθυνο και το κοινό. Οι προτάσεις ετυχαν ευρείας αποδοχής και από το κοινό και από τους επαγγελματίες υγείας αν και φαίνεται ότι στις λεπτομέρειες περιέχει απειλές για την φροντίδα του αρρώστου και του εργαζομένου στο Ν.Η.Σ. Φαίνεται ότι τα αναγκαία κεφάλαια για να καταστήσουν την πολιτική αυτή εφικτή δεν έχουν ακόμη βρεθεί.

Γενικοί γιατροί φοβούνται και ανησυχούν κατά ποιο τρόπο οι προτεινόμενες ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να απειλήσουν και αυτούς και την φροντίδα του αρρώστου. Οι αγγλικές ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα είναι υπεύθυνες για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον τοπικό πληθυσμό, διαχειριζόμενες ένα ενιαίο λογαριασμό που θα περιλαμβάνει κεφάλαια για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνίας. Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως ήδη έχει λεχθεί θα αποτελούνται από 100000 άτομα η κάθε μία. Υπάρχουν μεγάλοι φόβοι για το μέγεθος αυτό.

Κατά την αρχή του νέου αιώνα, ο καρκίνος και η επιδημία της γρίππης προκαλούν, όπως είναι γνωστό, μεγάλα προβλήματα στο Ν.Η.Σ.

Η Μ. Βρεταννία δεν υστερεί σε γνώση στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Το Λονδίνο έχει το μεγαλύτερο Κέντρο Έρευνας του Καρκίνου, όπου έχουν προβεί σε κλωνοποίηση των περισσότερων γονιδίων από οπουδήποτε αλλού στον κόσμο. Εάν αυτή η έρευνα επεκταθεί και στη γενετική θεραπεία του καρκίνου σε όλη τη χώρα, θα υπάρχει λιγότερη αιτία παραπόνων. Αλλά, δυστυχώς, η Αγγλία έχει ένα από τα χειρότερα ποσοστά επιβίωσης από καρκίνο στις ανεπτυγμένες χώρες, το οποίο σημαίνει δαπάνη περισσότερη από 100 εκατομ. λίρες, για νέα μηχανήματα διαγνωστικά και θεραπευτικά.

Γερμανία και Γαλλία προβάλλουν περισσότερα από την Βρεταννία. Η Βρεταννία χρειάζεται διπλάσιο αριθμό ογκολόγων για να φθάσει αυτές τις χώρες, ενώ ειδικοί λένε ότι 250000 άρρωστοι πεθαίνουν στην Αγγλία αναίτια.

Αλλά δεν είναι μόνο ο καρκίνος στην κριτική που δέχεται το Ν.Η.Σ. Οι καρδιοπάθειες είναι ο μεγαλύτερος φονιάς στη Βρεταννία, περισσότεροι από οποιαδήποτε άλλη ανεπτυγμένη χώρα. Η Βρεταννία έχει την 13^η χειρότερη θέση για θανάτους από κυκλοφορικά νοσήματα για άτομα άνω των 65 ετών σε 15 χώρες προσφάτως εξετασθείσες. Το πρόβλημα είναι γνωστό αλλά κανείς δεν έχει αντιληφθεί τη βαρύτητά του. Πολλοί άνθρωποι σε αυτή τη χώρα ποτέ δεν ήσαν τόσο πλούσιοι από τη δεκαετία του 1980. Ακόμη η Βρεταννία κατέχει την τρίτη θέση στον κόσμο για τα τμήματα επειγόντων που διαθέτει, τις μακρές λίστες αναμονής και σκανδαλωδώς για νοσήματα απειλούντα τη ζωή. Το Ν.Η.Σ. έχει πάψει από μακρόν να είναι επικεφαλής της παροχής καλής ιατρικής ούτε πρόκειται να είναι. Αυτό οφείλεται στους υψηλούς φόρους οι οποίοι ελαττώνουν τον πλούτο της χώρας και δεν εμπιστεύονται τους πολιτικούς. Το σχέδιο της κυβέρνησης να ξοδεύσει επιπλέον ποσό 4,5% από ό,τι ξοδεύει, δεν θα φθάσει το επίπεδο της Γερμανίας. Η Βρεταννία ξοδεύει περισσότερες από 1000 λίρες κατά άτομο ετησίως για την υγεία ενώ το 1/6 αυτού δαπανάται ιδιωτικά, ενώ η Γερμανία ξοδεύει 1600 λίρες κατά κεφαλή με τη βάση ενός υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης, το οποίο καλύπτει το 90% του πληθυσμού. Το υπόλοιπο του γερμανικού πληθυσμού καλύπτεται από ελεύθερες ιδιωτικές ασφάλειες. Στη Βρεταννία μόνο 13% έχουν

ιδιωτική ασφάλιση, το οποίο αντιστοιχεί σε 6 εκατομ. άτομα. Ο καθένας που αμφιβάλλει για την ανάγκη για ριζική μεταβολή ας συγκρίνει την κατάσταση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ Γερμανίας και Αγγλίας. Πρέπει στη Βρετανία να γίνει κάτι πριν άλλες 250000 περιστατικών με καρκίνο πεθάνουν!

Το N.H.S. δέχεται την επίκριση ότι λειτουργεί κυρίως για το καλό αυτών που εργάζονται σ' αυτό. Το N.H.S. πρέπει να επιτυγχάνει ομοιόμορφη παροχή παρά το γεγονός ότι εκ φύσεως έχει πολλά επίπεδα στο θέμα της παροχής. Το Λονδίνο λ.χ. με τα πολλά νοσοκομεία πανεπιστημιακού τύπου έχει πολύ περισσότερες δυνατότητες από την επαρχία. Μεγάλα νοσοκομεία μπορούν να διαθέτουν πολυδάπανο εξοπλισμό προς χρήση των ασθενών που νοσηλεύουν, δηλαδή προς χρήση μεγάλου σχετικώς αριθμού ασθενών. Έτσι ασκείται μια πίεση από ασθενείς να προτιμούν τα μεγάλα νοσοκομεία με ακριβό εξοπλισμό.

Υπάρχει ένας βαθμός παθητικότητας στην Αγγλία σε αντίθεση με τη Γερμανία και τις ΗΠΑ όπου υπάρχει η τάση οι άρρωστοι να σπεύδουν αμέσως να αγοράζουν τη θεραπεία που απαιτείται χωρίς να περιμένουν πολύ γι' αυτό. Αυτή είναι η φιλοσοφία της αγοράς. Η παροχή διευρύνεται για να ικανοποιήσει τη ζήτηση, ενώ το πατερναλιστικό, αυταρχικό σύστημα αντιμετωπίζει το επείγον και για τα λιγότερο επείγοντα μεριμνά δεν παρατηρείται. Το αυταρχικό αυτό σύστημα είναι κατ' ανάγκην σκληρό και βραδύ. Το N.H.S. φαίνεται τουλάχιστον μέχρι προσφάτως να είναι το πιο πετυχημένο παράδειγμα. Ο Seldon, οικονομολόγος της δεξιάς, απέδειξε όμως ότι εάν η κυβέρνηση διοχέτευε τα χρήματα σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, θα μπορούσε να αποφύγει την υποβαθμιζόμενη ικανοποίηση από το σύστημα. Ο κύριος κίνδυνος στο απώτερο μέλλον, λέει ο D. Lee του N.H.S. είναι ότι θα εμποδίζει την εμφάνιση πιο δραστικών μεθόδων ιατρικής φροντίδας. Σε μια εργασία οι λαμβάνοντες μέρος ρωτήθηκαν αν θα ήσαν σύμφωνοι να τους δωθεί ένα voucher που θα κάλυπτε τα 2/3 της δαπάνης και θα κάλυπταν το 1/3 εξ ιδίων. 60% των πολιτών απήντησαν ότι θα το προτιμούσαν.

Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη βοήθεια των υγειονομικών αρχών θα είναι υπεύθυνες για τον πληθυσμό της περιοχής. Θα έχουν δε συμβουλευτική ιδιότητα. Επίσης οι ομάδες αυτές θα έχουν την ευθύνη της κατάρτισης προϋπολογισμού της φροντίδας υγείας της περιοχής όπου δρουν.

Η υπηρεσία υγείας είναι μια ισχυρή εύκαμπτη οργάνωση που αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση έντονων προκλήσεων κατά τα προηγούμενα 10 χρόνια. Όπως περισσότερες εγχειρήσεις (λ.χ. by-pass στεφανιαίας), εισαγωγή νέων φαρμάκων για έλκος του στομάχου και η δημιουργία μεγάλων προσδοκιών για την αντιμετώπιση του AIDS. Βέβαια νέα προβλήματα θα προκύψουν, αλλά δεν πρόκειται αυτά να προκαλέσουν αύξηση του κόστους. Καθώς προχωρεί η τεχνολογία που επιτρέπει λιγότερο διεισδυτικές εγχειρήσεις, η θεραπεία θα είναι φθηνότερη για ορισμένες περιοχές. Το μπαλόνι θα αντικαταστήσει προοδευτικά το by-pass. Έτσι θα μειωθεί η πολυδάπανη νοσηλεία.

Με την κατάρτιση της εσωτερικής αγοράς θα υπάρχει μείωση του κόστους κατά 1 δισεκατ. κατά τη ζωή του παρόντος κοινοβουλίου. Θα υπάρχουν μηχανισμοί εκτιμήσεων των νέων τεχνολογιών. Θα μετράται η σχέση κόστους/αποτελέσματος.

Δύο νέα σώματα δημιουργούνται. Το ένα καλείται National Institute for Clinical Excellence που θα παρέχει οδηγίες για συνεχή βελτίωση του ιατρικού έργου και το άλλο National Health Frameworks για να παρέχει υπηρεσίες και όμοια ποιότητα φροντίδας σε όλη τη χώρα. Θα υπάρχουν σαφείς κυρώσεις όταν η εκτέλεση και η επάρκεια δεν είναι η δέουσα. Υγειονομικές αρχές θα μπορούν να απασύρουν ελευθερίες από τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα Trusts μπορούν να αλλάξουν τους Providers αν η λειτουργία δεν είναι ανάλογη με τα αναμενόμενα standards. Οι υγειονομικές αρχές θα μεταβιβάζουν ευθύνες για νέα παροχή υπηρεσιών στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας όταν θα είναι έτοιμες γι' αυτά τα καθήκοντα. Όσον αφορά τη νέα χάρτα NHS αυτή θα παρέχει λεπτομέρειες στο

κοινό για τα επίπεδα υγείας και φροντίδας που αναμένονται και θα εξηγεί στον άρρωστο τις ευθύνες του.

Οι Εργατικοί στην Βίβλο για το νέο NHS εισήγαγαν τον όρο Clinical Governance. Κατά την Βίβλο των Εργατικών, κλινική governance είναι ένα σύστημα δια του οποίου οι οργανώσεις του N.H.S. είναι υπόλογοι για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου φροντίδας δημιουργώντας ένα περιβάλλον εις το οποίο υπάρχει εξαιρετική κλινική φροντίδα.

Γενικές Σκέψεις για το N.H.S.

Όταν το 1948 εισήχθη το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας, όλοι αναγνώρισαν ότι επρόκειτο για κοσμοϊστορικό γεγονός. Αν και προσπάθειες ασφαλίσεως των πολιτών είχαν προηγηθεί σε διάφορες χώρες, για πρώτη φορά ένα έθνος κατεστραμμένο από ένα παγκόσμιο πόλεμο, ανέλαβε την ευθύνη της αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των πολιτών του δωρεάν.

Το έθνος έδωσε την υπόσχεση ότι όταν ο πολίτης θα νοσήσει θα έχει την ευθύνη να παράσχει σε αυτόν την καλύτερη φροντίδα υγείας. Με άλλα λόγια, όταν ο πολίτης νοσούσε ήξερε σε ποιον ν' απευθυνθεί και τι να κάνει. Αυτές οι ιδιότητες, η καθολικότητα, καθώς και η δωρεάν ίση και άμεση παροχή φροντίδας ήταν κάτι το οποίο για πρώτη φορά δεχόταν το κράτος ως ευθύνη του. Αυτό προκειμένου για μια χώρα που μόλις εξήλθε από ένα καταστροφικό πόλεμο ήταν μεγάλη και τολμηρή ευθύνη και παρά ταύτα την έφερε εις πέρας επιτυχώς.

Για μερικά χρόνια το NHS είχε την πρωτοπορία του κόσμου. Στη συνέχεια διάφορα άλλα κράτη προσπάθησαν να το μιμηθούν χωρίς βέβαια να το πετύχουν πλήρως. Με την πάροδο όμως του χρόνου οι διάφορες πολιτείες της Δύσης παρουσίασαν σημαντική βελτίωση και έτσι φάνηκαν οι αδυναμίες της Βρεταννίας, έναντι των λοιπών χωρών.

Το NHS είχε εγγενείς δυσχέρειες, μια εκ των οποίων ήταν ότι η χρηματοδότησή του γινόταν από την κυβέρνηση και επομένως αυτή καθόριζε το πλάφόν της δαπάνης. Ο οικονομικός αυτός περιορισμός είχε ως συνέπεια την φτωχή χρηματοδότηση του συστήματος, κάτι που θα σήμαινε και φτωχότερη σημαντικά παροχή υγείας. Το NHS είχε χαμηλά λειτουργικά έξοδα, ενώ και μεγάλος αριθμός γιατρών που υπηρετούσε σε αυτό, είχαν χαμηλές απολαβές.

Εν τω μεταξύ οι άλλες δυτικές χώρες παρουσίασαν μεγαλύτερη και ταχύτερη οικονομική άνθηση και σε αυτές προτιμήθηκε η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δια ασφαλίσεων. Δεν είναι άσκοπο να υπομνησθεί ότι και ο Βεναν αρχικά σκόπευε να ορίσει ως μέσο χρηματοδότησεως του NHS τις υποχρεωτικές ασφαλίσεις, αργότερα όμως άλλαξε γνώμη και όρισε τη φορολογία.

Με την συμπλήρωση 50 και πλέον χρόνων από την εισαγωγή του N.H.S., διαπιστώνεται ότι έγιναν πολλές μεταρρυθμίσεις, αλλά πάντως η αρχική του μορφή παρέμεινε η ίδια. Έχουν γίνει πολλές απόπειρες ταξινομήσεως των χρόνων αυτών, που δε διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Παρέχονται οι ταξινομήσεις της Mary Higgins και του C. Webster, γνωστού από τη δίτομη ιστορία του N.H.S.

α) Η πρώτη περίοδος, (1948 - 1962), ήταν η ρομαντική εφαρμογή του συστήματος αυτού, που στηριζόταν στις αρχές του Beveridge και του Keynes. Η κεντρική κυβέρνηση είναι ο χρηματοδότης του συστήματος, κυρίως με φορολογία. Τα νοσοκομεία κρατικοποιήθηκαν και οι γιατροί του αποτέλεσαν ένα γενικό φορέα. Οι άλλοι δύο φορείς ήταν οι γενικοί ή οικογενειακοί γιατροί (μαζί με οπτικούς και φαρμακοποιούς κ.τ.λ.) ενώ η τρίτη ομάδα περιελάμβανε τους γιατρούς των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι γιατροί των νοσοκομείων ήταν έμμισθοι, ενώ αμείβονταν κατά ασθενή. Κατά τα πρώτα αυτά χρόνια, πολλά παράπονα είχαν διατυπωθεί κυρίως για παράλογες απαιτήσεις.

α) Η δεύτερη περίοδος, (1962 - 1982) ήταν η εποχή των μεγάλων σχεδιασμών και των μεγάλων προσπαθειών. Η διάκριση των τριών εξουσιών (κεντρικής, περιφερειακής, τοπικής) παρέμεινε αν και αρκετά πιο χαλαρή. Το υπουργείο διαιρέθηκε στο Ministry of Social Service, και Ministry of Health. Οι δεκατέσσερις μεγάλες περιοχές (regions) της χώρας, χωρίστηκαν σε 90 μικρότερες (districts) κάτι που διευκόλυνε την αποκέντρωση. Σημαντική ήταν η οικοδόμηση νέων

νοσοκομείων και η βελτίωση των παλαιών. Το πρόγραμμα προέβλεπε τη δημιουργία 90 μεγάλων γενικών περιφερειακών νοσοκομείων (district hospitals).

Τα νοσοκομεία αυτά είχαν όλες τις ειδικότητες επιπλέον δε πτέρυγα γηριατρικής και ψυχοπαθών.

Η θέση των νοσηλευτών βελτιώθηκε πολύ. Η κατάταξη πλέον των κατηγοριών εργαζομένων στο N.H.S. έγινε πιο σαφής με αποτέλεσμα τις κινητοποιήσεις των διαφόρων κατηγοριών με απεργίες, διαμαρτυρίες, πορείες κ.λ.π. οι οποίες κυρίως απέβλεπαν στην αύξηση των απολαυών τους.

β) Η τρίτη περίοδος, (1982 – 1989) είναι η περίοδος κατά την οποία κυριαρχεί η φυσιογνωμία της Thatcher.

Εάν η πρώτη δεκαετία του N.H.S. ήταν η περίοδος της σταθεροποίησης, η επόμενη 15ετής περίοδος ήταν η των αναστατώσεων.

ΕΥΡΩΠΗ – ΧΩΡΕΣ Ε.Ε.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Μπαίνοντας στον 21^ο αιώνα η Γερμανία είναι η μόνη χώρα που είχε συμπληρώσει 100 χρόνια Εθνικής ασφάλισης υγείας. Συγκεκριμένα το 1885 εισήγαγε χάρις στον Bismarck την ασφάλιση υγείας, το 1884 την ασφάλιση ατυχημάτων και σύνταξη γήρατος και αναπηρίας το 1889 και έγινε ένας στενός δεσμός μεταξύ χρηματοδότησεως για την υγεία, φροντίδος γήρατος και αναπηρίας. Βασικά :

1. Είναι υποχρεωτική δια νόμου η συμμετοχή σε πρόγραμμα ασφαλίσεως των εργατών.
2. Η παροχή αυτών των προγραμμάτων γίνεται μέσω μη κυβερνητικών σωμάτων, τα οποία διοικούνται από εκπροσώπους των ασφαλιζομένων και των ασφαλιστών.
3. Ευεργετήματα τα οποία συνδέονται με τις εισφορές στο παρελθόν περισσότερο παρά με την ανάγκη.
4. Ευεργετήματα δικαιούνται όσοι έχουν κάνει εισφορές στο παρελθόν.
5. Ευεργετήματα και εισφορές είναι ανάλογα με την αμοιβή.
6. Η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται από φόρους αναλόγων των κερδών και η ασφάλεια πληρώνεται από φόρους που πληρώνουν και ο εργοδότης και ο εργαζόμενος, πολλές φορές με συνδρομή και από το κράτος και τέλος
7. Επαναπληρωμή για ιατρικές υπηρεσίες γίνονται κατ' ευθείαν στον προμηθευτή. Αυτό καταργήθηκε το 1997.

Εκείνο το οποίο είναι αξιοσημείωτο είναι ότι κατά τα 100 χρόνια της ιστορίας, οι αρχές της αλληλεγγύης και της ανακατανομής έχουν παραμείνει αναλλοίωτες.

Σήμερα ενώνουν ιδιωτικούς και δημόσιους εργοδότες. Το 1885 ο νόμος περί ασφαλίσεως υγείας παρείχε ιατρική προστασία μόνο για το 26% των χαμηλόμισθων ή το 10% του πληθυσμού.

Το 1901 η κάλυψη επεκτάθηκε στη μεταφορά και το εμπόριο. Το 1911 σε αγροτικούς και δασικούς εργάτες και το 1914 σε δημοσίους υπαλλήλους. Το 1918

επεκτάθηκε στους άνεργους. Το 1927 στους ναυτικούς εργάτες, και σε όλους τους εξαρτώμενους από αυτούς το 1930. Το ίδιο έτος η ασφάλιση επεκτάθηκε σε όλους τους συνταξιούχους Γερμανούς, αγρότες και το 1966 και σε υπαλλήλους εμπόρους και το 1975 σε φοιτητές και άτομα με ειδικές ανάγκες. Το 1997 η υποχρεωτική ασφάλιση για ορισμένα ταμεία υγείας, ορισμένων κατηγοριών καταργήθηκε.

Οι γιατροί δεν ήταν ικανοποιημένοι από τα συμβόλαια με τα οποία περιορίζουν την πρόσβαση στην ιατρική με τα διάφορα ταμεία. Το 1900 ίδρυσαν επαγγελματικά σωματεία και από το 1900 κατήλθαν πολλές φορές σε απεργίες.

Το 1933 ανήλθαν στην εξουσία οι Εθνικοσοσιαλιστές, το 1942 όλοι οι μισθωτοί ανεξαρτήτου απασχολήσεως καλύφθηκαν από ασφάλιση ατυχημάτων και η περίοδος ιατρικής φροντίδος δεν είχε περιορισμούς. Άδεια εγκυμοσύνης επεκτάθηκε στις 12 εβδομάδες και εδόθησαν διάφορα επιδόματα μητρότητας. Το 1945 η Γερμανία υπέστη την γνωστή πανωλεθρία και την διαίρεσή της σε δύο Γερμανίες. Στην Ανατολική Γερμανία οι κομμουνιστές απέκτησαν το μονοπώλιο και ήλεγχαν τα πάντα. Το Κράτος έγινε πανίσχυρο ίσως περισσότερο από ότι ήταν επί Hitler, επεκτείνοντας τον έλεγχο επί του συνόλου της οικονομίας και ελαττώνοντας στο ελάχιστο ιδιωτικές οργανώσεις. Αντίθετα η Δυτική Γερμανία επέστρεψε στο προ πολέμου καθεστώς. Η επίδραση του ιατρικού σώματος αυξήθηκε σχετικά και συνέχισε να έχει επίδραση σε όλα τα χρόνια της υπάρξεώς της. Στον επόμενο πίνακα αναφέρονται τα εξής :

1951	Αποκατάσταση των αυτοκυβερνόμενων για δημόσια ασφάλιση υγείας
1953	Αποκατάσταση των αστικών δικαστηρίων
1955	Δημιουργία τοπικών και εθνικών ταμείων ασθένειας
1957	Μεταρρύθμιση των ασφαλίσεων υγείας με χορήγηση τμήματος των αποδοχών κατά τα χρόνια της αναπηρίας
1972	Υποχρεωτική ασφάλεια υγείας για ανεξάρτητους αγρότες και η ανάθεση των δαπανών στα νοσοκομεία να ορισθεί για τα Ομοσπονδιακά Κράτη.
1981	Ρύθμιση των τιμών των νοσοκομείων
1988	Νόμος που επεκτείνει και την προληπτική ιατρική, check up και φροντίδα για το σπίτι.
1993	Μεταρρύθμιση για κάλυψη υπηρεσιών γραφείου κ.τ.λ.
1996 και 1997	Εισαγωγή νόμων για αύξηση της συμπληρωματικής ιατρικής

Κατά την δεκαετία του '80, η Γερμανία κατόρθωσε να κρατήσει σταθερή την δαπάνη για την υγεία και μάλιστα να την περιορίσει από 8,4% σε 8,1% μεταξύ του '80 και '90. Αντίστοιχα οι γιατροί κατά τα έτη αυτά στα νοσοκομεία διατήρησαν αυτονομία. Οι εργάτες ήταν αναγκασμένοι να καταταγούν σε ένα ταμείο υγείας σύμφωνα με τον τόπο της κατοικίας, εργασίας κ.τ.λ. Στη Γερμανία η παροχή υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από μείγμα προμηθευτών οι οποίοι μπορεί να είναι ιατρικοί και οδοντιατρικοί επιχειρηματίες, οι οποίοι πληρώνονται κατά υπηρεσία μέχρι τα μεγάλα νοσοκομεία εις τα οποία υπάρχουν άφθονο έμμισθο ιατρικό υλικό. Ο αριθμός γιατρών στην Γερμανία είναι υψηλός. Το 1988 η Δυτική Γερμανία είχε 2,3 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους λίγο κάτω από την μέση τιμή των χωρών του ΟΕCD το οποίο ήταν 2,4. Η κατανομή των γιατρών κυμαίνεται, η πιο κατοικημένη από πλευράς γιατρών περιοχή είναι η Έσση και η Βαυαρία, οι οποίες έχουν 11,5 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους.

Είναι τριών τύπων νοσοκομεία: Δημόσια, μη κερδοσκοπικά και κερδοσκοπικά. Το 1989 ήταν 1046 νοσοκομεία δημόσια, που ανήκαν είτε στην χώρα, είτε σε τοπικές κυβερνήσεις. Αυτά παρέχουν το 50% όλων των νοσοκομειακών κλινών. Μη κερδοσκοπικά και κοινωνικά νοσοκομεία υπάρχουν και ανήκουν σε θρησκευτικές οργανώσεις είτε προτεσταντικές είτε καθολικές. Αυτά τα νοσοκομεία παρέχουν το 35% και το 15% των κλινών των μη κερδοφόρων νοσοκομείων αντίστοιχα.

Έτσι υπάρχει ένα σύνολο 3119 δημόσια και μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία το 1989 των οποίων ο αριθμός ελαττώθηκε σε 2354 το 1993, ενώ συγχρόνως αυξήθηκε ο αριθμός των ιδιωτικών κερδοσκοπικών νοσοκομείων. Η διεθνής σχέση νοσοκομειακών κλινών με πληθυσμό είναι 10,9 κρεβάτια ανά 1000 ανθρώπους. Ο μέσος όρος παραμονής ήταν 16,6 ημέρες, κάτω από τον μέσο όρο Ο.Ε.Κ.Δ. λίγο μεγαλύτερο από το διπλάσιο της Αμερικής.

Η πληρότητα κλινών ήταν 86,5%, δηλαδή πολύ υψηλή. Από το 1993 η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο λιγόστεψε ακόμη περισσότερο και περιπατητική χειρουργική αυξήθηκε πολύ αν και υπάρχουν ορισμένα νομικά κωλύματα.

Έτσι λ.χ. στους χειρουργούς της Βαυαρίας το 1996 δεν τους δόθηκε η αποζημίωση επειδή έκαναν χειρουργική στο εξωτερικό ιατρείο. Η αμοιβή 15 μάρκων για μια σκωλικοειδεκτομή θεωρήθηκε πολύ μικρή. Βασική ασφάλιση υγείας παρέχει την βάση για περιπατητική ή νοσοκομειακή φροντίδα.

Το 1989 νέα μεταρρύθμιση έδωσε μια σαφώς πολιτική εντολή στις εταιρείες κεφαλαίων ασθένειας, γιατρούς και νοσοκομεία να διαπραγματεύονται νέα εθνικά συμβόλαια τα οποία θα συγχώνευαν φροντίδα γραφείου και νοσοκομείου.

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση έχει την δύναμη να καθορίσει πολιτικές αλλά δεν έχει το δικαίωμα να καθορίζει πώς να τις διαχειρίζονται. Αυτές οι δυνάμεις παρέχονται με νόμο στις ενώσεις ταμείων ασθενείας, τις Εθνικές Ενώσεις ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και νοσηλευτών καθώς και στις ενώσεις των νοσοκομείων.

Έτσι ένα ενδιαφέρον χαρακτηριστικό της πολιτικής υγείας στην οργάνωση και στην πληρωμή στη Γερμανία είναι η δημιουργία ενδιάμεσων ρυθμίσεων σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο. Οι ομοσπονδιακές ενώσεις ταμείων υγείας και η ομοσπονδιακή ένωση των γιατρών των ταμείων ασθένειας διαπραγματεύονται συμφωνίες ομπρέλας βασισμένες σε ομοσπονδιακές οδηγίες για παροχή της ιατρικής φροντίδας. Αυτές περιλαμβάνουν το κόστος για περίπου 2000 ιατρικές πράξεις με το σύστημα αμοιβή – πράξη.

Αυτές οι τιμές αναθεωρήθηκαν για τελευταία φορά το 1997. Η επιτροπή συνεχίζει να ορίζει ανώτατα όρια για ένα γενικό προϋπολογισμό κοινής αποδοχής.

Υπάρχει ένα άλλο συμβουλευτικό εξωκοινοβουλευτικό σώμα από το 1977. Το συμβούλιο αυτό, μετά το 1990 με τα 60 μέλη του, αποτελεί το κύριο σώμα για την υγεία. Ο πίνακας ορίζει τους μείζονες αντιπροσώπους που λαμβάνουν μέρος στις συζητήσεις για μεταρρυθμίσεις. Τελευταία όμως έχει ορισθεί μια επιτροπή η οποία μελετά ενδεχόμενες μεταρρυθμίσεις στο μέλλον.

Ταμεία ασφαλίσεων : 9

Ταμεία ιατρών και οδοντιάτρων : 4

Ένωση Γερμανικών νοσοκομείων : 1

Φαρμακευτικός τομέας : 2

Ομοσπονδιακή ένωση Γερμανών φαρμακοποιών

Ομοσπονδιακή ένωση των Γερμανικών φαρμακευτικών εταιρειών

Οργανώσεις εργοδοτών και εργατικών συνδικάτων : 4

Εμπορικών συλλόγων

Υπαλλήλων

Κυβερνητικοί φορείς : 4

Το 1995 με νέα μεταρρύθμιση πιο πολύπλοκη συνέβη αντί των τριών ευρειών κατηγοριών ημερησίων πληρωμών, επαναπληρωμή κατά ένα πολύπλοκο σύστημα και προκαταβολική πληρωμή κατά περίπτωση διαπραγματευόμενη με κάθε νοσοκομείο.

Σήμερα υπάρχουν 40 D.R.G. (Disease related groups) πληρωμές για εγχειρήσεις και 104 πληρωμές κατά είδος.

Ο έλεγχος των τιμών ήταν σχετικώς ευχερής :

- 1) Όλοι οι προμηθευτές πληρωνόταν με την ίδια αμοιβή για κάθε αντικείμενο.
- 2) Οι νοσοκομειακοί γιατροί ήταν έμμισθοι με απολαβές κατώτερες από το εάν πληρώνονταν κατά περίπτωση, εξαιρέσει ολίγων διευθυντών οι οποίοι πληρώνονταν περισσότερο.

Υπάρχουν 1240 ταμεία ασθενείας. Τα άτομα και οι οικογένειές τους είναι υποχρεωμένοι να γίνουν μέλη όταν το εισόδημα το 1993 ήταν κάτω από 41 χιλ. δολάρια ή ανήκουν σε ορισμένα επαγγέλματα. Το ασφαλιστρο είναι ανάλογο με το εισόδημα. Του ασφαλιστρο το 50% πληρώνεται από τον εργοδότη και το 50% από τον εργαζόμενο.

Παρά ταύτα μετά την ήττα της το 1918 είχε υποστεί χρεωκοπία αλλά χάρη, στην εργατικότητα του λαού της και την ανεκτικότητα των δημοκρατικών χωρών δεν άργησε να αναλάβει σχετικά έτσι, ώστε 20 χρόνια μετά το τέλος του α΄ Παγκοσμίου πολέμου, το 1940, να απειλήσει όλο τον δυτικό κόσμο του οποίου είχε κατορθώσει να απειλήσει την ύπαρξη. Για αρκετό χρονικό διάστημα η άλλοτε κραταιά Βρετανική Αυτοκρατορία και στη συνέχεια χάρη στη μεγάλη βοήθεια των Αμερικανών και στην τεράστια συμβολή της Σοβιετικής Ρωσίας η Γερμανική απειλή αποτράπηκε.

Η Αγγλία, η Η.Π.Α. και η Ρωσία (η Γαλλία δεν αναφέρεται επειδή η αντίστασή της κράτησε μόλις μερικές ημέρες) - κατόρθωσαν να κάμψουν την αντίσταση των Γερμανών καθώς και των Ιαπώνων. Και ενώ είθισται ο νικητής να βγαίνει κερδισμένος και σε εδάφη και σε δύναμη συνέβη το αντίθετο. Η Μ. Βρετανία πολέμησε τη Γερμανία και την Ιαπωνία, έχασε τα πάντα και στην Αμερική και στην Ασία. Αλλά υπάρχει και το δεύτερο παράδοξο. Ενώ ευθύς μετά τον πόλεμο η Γερμανία* αντιμετώπισε μεγάλη φτώχεια, κατόρθωσε τελικά γρήγορα να συνέλθει και να αποτελεί σήμερα μια από τις πλουσιότερες χώρες του κόσμου. Ενώ αντίθετα, η Μ. Βρετανία από άποψη γενικοί πλούτου έγινε δύναμη δευτέρας κατηγορίας. Έτσι ενώ το Α.Ε.Π. της Μ. Βρετανίας είναι 22.300 δολάρια, της Γερμανίας είναι 27.000 δολάρια, της δε Ιαπωνίας 36.000 δολάρια ετησίως.

Το Γερμανικό σύστημα ασφαλίσεως διαμορφώθηκε για εκατό και πλέον χρόνια και θεωρείται ως πετυχημένο ακόμα και εκτός της Γερμανίας. Το Γερμανικό σύστημα υγείας προβάλλεται ως υποδειγματικό. Παράδειγμα ο πρόεδρος των ΗΠΑ σε έναν του λόγο αναφέρθηκε στο Γερμανικό σύστημα υγείας ως ένα πρότυπο για την επιβαλλόμενη μεταρρύθμιση του Αμερικανικού συστήματος υγείας. Πάντως γίνεται δεκτό από πολλούς ότι το σύστημα αυτό που θεωρείται επιτυχές έχει ανάγκη μεταρρυθμίσεως, εξαιτίας της αναμενόμενης «έκρηξης» των δαπανών για την υγεία. Μέχρι σήμερα σχεδόν όλες οι προσπάθειες να παρακαμφθεί αυτό το πρόβλημα, στηριζόταν απλώς σε μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών.

Κανένας από το προσωπικό των νοσοκομείων δεν γνωρίζει πόσος είναι ο μέσος όρος διαρκούς νοσηλείας. Αλλά συγχρόνως και ολίγα μόνο από το προσωπικό ενδιαφέρονται για αυτό. Οι ξένες στατιστικές δείχνουν ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας για παθολογικά περιστατικά μεταξύ 1971 και 1988 είναι 6,7 ημέρες αντί των 10,2 παλαιότερα. Ο χρόνος που η κλίνη παραμένει κενή μεταξύ 2 ασθενών μειώθηκε από 3,9 σε 2,3 ημέρες. Ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται σε

κάθε κρεβάτι, έχει αυξηθεί στην Αγγλία από 26 σε 41 ασθενείς το χρόνο, ο δε συνολικός αριθμός των ασθενών που ενοσηλεύθη εντός ενός έτους στο σύνολο των Βρετανικών νοσοκομείων ηυξήθη από 4,1 σε 5 εκατομμύρια ετησίως. Βεβαίως χρειάζεται κάποια προσπάθεια για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος και προκειμένου μεν περί παθολογικών κλινών αυτό επιτυγχάνεται όταν από την πρώτη ημέρα της νοσηλείας καθορισθεί ένα πρόγραμμα λεπτομερές για την εκτέλεση των διαφόρων ιατρικών εξετάσεων. Σήμερα ουδείς ενδιαφέρεται με αποτέλεσμα ο χρόνος μεταξύ δυο εξετάσεων να είναι 3-4 ημέρες. Το σύστημα φροντίδας κοινωνικής υγείας εισήχθη την δεκαετία του 1880 από τον Καγκελάριο Όττο Φον Μπίσμαρκ, διαμορφώθη με τον καιρό σε ένα εκτεταμένο πρότυπο κοινωνικής ασφάλισης με συστηματική βοήθεια για την οποία δεν απαιτούντο άλλες πληρωμές. Σκοπός του ήταν να αποτελεί εξαίρεση στους κανόνες του συναγωνισμού της αγοράς.

Πιστεύοντας ότι μόνο η αγορά μπορεί να παρέχει ικανοποιητική ιατρική φροντίδα. Η πολεμική αυτή συνεχίστηκε, αλλά μόνο το 1960 οι διανοούμενοι άρχισαν να παρουσιάζουν εναλλακτικές λύσεις. Για μερικούς προτιμητέο ήταν ένα αμερικάνικο σύστημα παροχής υγείας και για άλλους η ελεύθερη αγορά, αλλά αυτά ήταν αντίθετα στα βασικά χαρακτηριστικά του N.H.S. Ένας από αυτούς, ο διανοούμενος Hayek έλεγε : «είναι πιθανόν χρήσιμη για όλους η αντίληψη ότι αυτοί οι οποίοι κερδίζουν περισσότερα πρέπει να θεραπεύονται ταχύτερα από μια μη επικίνδυνη νόσο, σε βάρος μιας παραμέλησης του ηλικιωμένου και του βαριά αρρώστου». Όπου υπάρχουν Συστήματα Κρατικής Ιατρικής, βρίσκουμε γενικά ότι αυτοί οι οποίοι τις χρησιμοποιούν είναι υποχρεωμένοι να περιμένουν πολύ, επειδή όλες οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου δαπανώνται από ανθρώπους, οι οποίοι ποτέ στο μέλλον δεν θα συντελέσουν σε όφελος άλλων. Ο A. Seldon ένας από τους διανοούμενους αυτούς, υποστήριζε το 1964, ότι «πολύ λίγα δαπανώνται για να διατηρηθεί η υγεία του έθνους».

Το κοινωνικό σύστημα υγείας της Γερμανίας εισήχθη όπως ελέχθη την δεκαετία του 1880 από τον καγκελάριο Bismark και διαμορφώθηκε στη συνέχεια με τον καιρό σε ένα εξαιρετο πρότυπο κοινωνικής ασφάλειας, το οποίο αν και τόσο παλιό δεν απαιτούσε βελτίωση. Σκόπευε να αποτελέσει, μια εξαίρεση στα τυπικά χαρακτηριστικά του συναγωνισμού της αγοράς. Η βάση του ήταν εναντίον του ανταγωνισμού των σοσιαλιστών και περιλάμβανε:

- 1) Ορισμένες ιδιοτυπίες των αγορών των ασφαλίσεων.
- 2) Κοινωνικά και πολιτικά κίνητρα, όπως το γεγονός ότι το κοινωνικό κράτος είναι υπεύθυνο να προφυλάσσει τα άτομα από τον κίνδυνο ασθένειας και γενικά κινδύνους απώλειας εισοδήματος από ασθένειας.
- 3) Τον κίνδυνο υπερβολικού συναγωνισμού της αγοράς και των συνεπειών μέσα στην αγορά ασφάλειας υγείας. Εάν τα άτομα είναι υπεύθυνα για την κάλυψη των ασφαλειών υγείας σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, τα ασφάλιστρα θα διαμορφώνονται έτσι ώστε να είναι ισοδύναμα με το ρίσκο ασφαλίσεως ενός ασφαλισμένου ατόμου σχετικά με ηλικία, φύλο, νοσηρότητα κ.λ.π.

Το σύστημα απαιτεί παροχή υπηρεσιών απαραίτητων για την ζωή, απαιτεί σημαντικό αριθμό του πληθυσμού να έχουν υποχρεωτική ασφάλεια υγείας μέσα σε ασφαλισμένη κοινωνία. Προ της ενοποιήσεως Δυτικής και Ανατολικής Γερμανίας το κόστος υγείας της πρώτης ανήρχετο στο 9% του ΑΕΠ, εκ των οποίων το 6% του ΑΕΠ παρείχετο στο σύστημα υγείας. Του πληθυσμού το 91% είναι ασφαλισμένοι με το σύστημα, και το 8,8% είναι ασφαλισμένοι ιδιωτικά. Μόνο το 0,5% δεν έχουν ασφάλεια υγείας. Μεταξύ των υποχρεωτικώς ασφαλισμένων είναι υπόλληλοι με μηνιαίο εισόδημα κάτω από τα 5400 μάρκα. Τα μέλη της οικογένειας περιλαμβάνονται και είναι ελεύθεροι από κάθε πρόσθετη πληρωμή. Εξάλλου οι ακόλουθες ομάδες είναι επίσης υποχρεωτικά ασφαλισμένοι :

Μαθητευόμενοι σε τέχνες, φοιτητές, συνταξιούχοι, αγρότες και δάσκαλοι, άνεργοι, καλλιτέχνες και ελεύθεροι συγγραφείς, καθώς και πρόσωπα που εργάζονται σε υπηρεσίες που βοηθούν τους νέους και τους ανάπηρους.

- Το σύστημα φροντίδας υγείας πληρώνεται κυρίως από συνδρομές ανάλογες με το εισόδημα. Οι μισές από τις εισφορές στην ασφάλεια υγείας πληρώνονται από τους εργοδότες.

Το γερμανικό αυτό σύστημα υγείας αποτελείται από περισσότερα από 1300 διάφορα ταμεία ασφαλίσεως υγείας. Αυτά τα ταμεία είναι νομοθετημένα, αυτοδιοικούμενα σώματα, τα οποία είναι υποχρεωμένα να παρουσιάζουν ισολογισμούς με ίσα έσοδα και έξοδα. Στα ταμεία αυτά οι διευθυντές καθώς και το διοικητικό συμβούλιο αποτελούνται από εκλεγμένα άτομα που αντιπροσωπεύουν εξίσου τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες.

Το γερμανικό σύστημα διαμορφώθηκε σε σχέση με ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως τόπος εργασίας και κατοικίας, επαγγελματική κατάσταση των διαφόρων κατηγοριών εργατών (μπλε και άσπρου κολάρου). Εν τούτοις μόνο το 50% με 60% της όλης ασφαλιστικής οργάνωσης έχουν την ευκαιρία για επιλογή και αλλαγή των ταμείων, ενώ το πλείστο μέρος των υποχρεωτικά ασφαλισμένων εργατών μπλε κολάρου έχουν ενταχθεί σε ορισμένο ταμείο και δεν έχουν δικαίωμα επιλογής. Αυτά τα ταμεία διαπραγματεύονται ειδικές συμφωνίες με γιατρούς, οι οποίοι έχουν καθορισθεί από τον Οργανισμό Υγείας και εκπροσωπούνται από συνδέσμους καθορισμένων γιατρών (Kassenartzliche Vereinigung). Σε αυτές τις συμφωνίες οι ιατρικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να εξασφαλίζουν ίση, επαρκή και κατάλληλη φροντίδα για τους ασφαλισμένους και τους συγγενείς τους.

Αντίστοιχα τα ταμεία πληρώνουν τους συνδέσμους γιατρών, πλήρη αμοιβή, η οποία στη συνέχεια κατανέμεται από τους συμβασιούχους γιατρούς με μια μέθοδο για την οποία έχουν συμφωνήσει και τα δύο μέρη. Αυτά ίσχυσαν μέχρι το 1992, όταν μεταρρυθμίστηκε το σύστημα, και υπήρχε πλέον δικαίωμα επιλογής. Λήφθηκε υπόψη το δίλημμα το οποίο προέβλεπε ο γερμανός πολιτικός W.V. Humboldt, το λεγόμενο δίλημμα του Σαμαρίτη. Σύμφωνα με αυτό το δίλημμα, αυτοί οι οποίοι δεν μπορούν να βοηθήσουν τους εαυτούς τους βοηθούνται από άλλους. Εν τούτοις πολύ βοήθεια οδηγεί σε υπερβολική εξάρτηση από άλλους και μια αδυναμία να φροντίζουν για την προσωπική τους υγεία. Μια καλοπροαίρετη βοήθεια μπορεί να βλάψει, διότι αδυνατίζει περισσότερο αυτόν, που έχει ανάγκη βοήθειας. Άρνηση προσφοράς προκαλεί περαιτέρω βλάβη. Από οικονομικής πλευράς ένα σύστημα μέγιστης φροντίδας υγείας επιτυγχάνεται μόνο με ένα μεικτό σύστημα ατομικών και άλλων μέτρων.

Η εισαγωγή του ανταγωνισμού στο γερμανικό σύστημα υγείας και η συνοδευούσα ελευθερία επιλογής άρχισε το 1997. Έτσι τα πράγματα διαμορφώθηκαν ως εξής :

Από την μεταρρύθμιση του 1992 αποφασίσθηκε λειτουργικός ανταγωνισμός. Η ασφάλιση υγείας, διατηρώντας πάντοτε την αρχή της αλληλεγγύης, συνοδεύεται από ευθύνη του ατόμου. Περαιτέρω βήματα μεταρρυθμίσεως πρέπει να περιλαμβάνουν προπαντός την ευκαιρία επιλογής. Όλα δείχνουν ότι το σύστημα υγείας πρέπει να κυριαρχείται από την αρχή ευθύνης του ατόμου.

Άνω των 90% των Γερμανών ανήκουν σε ένα σχήμα ασφαλισμένων υγείας, το οποίο καλύπτει το νοσοκομείο και την πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ 5% των πολιτών καλύπτονται επιπλέον από ιδιωτική ασφάλιση. Γιατροί και νοσοκομεία πληρώνονται από ταμεία μη κερδοσκοπικά. Υπάρχουν περί τα 1500 τοιαύτα ταμεία τα οποία χωρίζονται σε 8 κατηγορίες. Δια νόμου επιβάλλεται όπως αυτά πληρώνουν, όχι μόνο την πρωτοβάθμια φροντίδα και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά και επιδόματα ασθενείας και άλλες υπηρεσίες. Κάθε ταμείο χρεώνει το δικό του ασφάλιστρο, κυμαινόμενο μεταξύ 7 και 14% των εσόδων τα οποία στη συνέχεια αφαιρούνται. Η δαπάνη μοιράζεται εξ ίσου σε εργοδότη και εργαζόμενο. Η κυρία ανησυχία στη Γερμανία είναι ότι οι δαπάνες έχουν ανέβει πολύ.

Υπάρχουν δύο κύρια αίτια :

1^ο Η παράδοση της ασφαλίσεως υγείας είναι ελεύθερες την ώρα της χρήσεως, ένας θεσμός ο οποίος ενθαρρύνει απώλεια και υπερβολική χρήση.

Γερμανικές κυβερνήσεις επί πολλά χρόνια έχουν επιλέξει τον περιορισμό των πληρωμών στο ύψος που καθορίζεται από το κράτος, αντί να ενθαρρύνουν συναγωνισμό τιμών.

Αυτές οι προσπάθειες υπήρξαν ανεπιτυχείς κυρίως επειδή οι γερμανικές κυβερνήσεις ανέχονται τους γιατρούς να ασκούν μεγαλύτερη επίδραση επί του μηχανισμού ορισμού των τιμών. Οι αμοιβές των γιατρών δεν πληρώνονται κατ' ευθείαν από τον άρρωστο, αλλά κάθε ταμείο δίνει στους συνδρομητές του μια βεβαίωση, η οποία επιδεικνύεται στο γιατρό για θεραπεία χωρίς επιπλέον επιβάρυνση. Τα ταμεία ασθενείας δεν πληρώνουν τους γιατρούς κατ' ευθείαν, αλλά πληρώνουν τους τοπικούς συλλόγους γιατρών, οι οποίοι εν συνεχεία πληρώνουν το γιατρό.

Συμμετοχή ως μέλος αυτών των εταιρειών των οποίων υπάρχουν 18, είναι υποχρεωτική (Kassen, Erstliche Vereinungen ή K.V.). Αυτές οι εταιρείες εκτός του ότι πληρώνουν τους γιατρούς, είναι επίσης υπεύθυνες για όλες τις άλλες ανάγκες του γιατρού.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 60 αυτά τα K.V. άρχισαν να πληρώνονται από ταμεία ασθενείας επί μιας βάσης δαπάνη, υπηρεσία, αντί να πληρώνονται κατά κεφαλήν.

Η νοσοκομειακή υπηρεσία είναι χωρισμένη και οι γιατροί των νοσοκομείων δεν επιτρέπεται να δέχονται αρρώστους εκτός των νοσοκομείων. Αδρά, ίσος αριθμός γιατρών εργάζονται στα νοσοκομεία και ιδιωτικά. Οι άρρωστοι μπορούν να απευθύνονται κατ' ευθείαν στο νοσοκομείο, χωρίς να περάσουν από το γενικό γιατρό.

Η Γερμανία ήταν η πρώτη χώρα που εγκαινίασε πρόγραμμα υγείας και εθνική κοινωνική ασφάλεια. Το 1883 ιδρύθη η ασφάλεια υγείας και το 1884 η ασφάλεια ατυχημάτων. Το 1889 εισήχθη ο νόμος για γήρας και αναπηρία. Όλοι αυτοί οι νόμοι ήσαν μέρη της στρατηγικής του Bismark να εξουδετερώσει μια κίνηση προς το σοσιαλισμό.

Χαρακτηριστικό αυτών των νόμων ήσαν τα εξής :

1. Συμμετοχή σε προγράμματα ασφάλισης είναι υποχρεωτική δια νόμου για κάλυψη των εργατών κάτω από ένα ορισμένο εισόδημα.
2. Η διοίκηση αυτών των προγραμμάτων έχει μεταβιβασθεί σε μη κρατικά όργανα, διοικούμενα από εκπροσώπους των ασφαλισμένων και εργοδοτών.
3. Δικαίωμα για τα ευεργετήματα είναι συνδεδεμένο με την συμμετοχή στο παρελθόν.
4. Ευεργετήματα και συμμετοχή είναι κυρίως σχετικά με το μισθό ή το ημερομίσθιο.
5. Η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται μέσω φόρων εισοδήματος, οι οποίοι κατανέμονται εξ ίσου στους εργοδότες και τον εργαζόμενο, ανάλογα του προγράμματος, ενίοτε με πρόσθετη χρηματοδότηση από το κράτος.
6. Μέχρι το 1897 η επιστροφή του ποσού για ιατρικές υπηρεσίες δινόταν στον προμηθευτή και όχι στον καταναλωτή.

Ο νόμος περί ασφαλίσεων του 1885 έδινε προστασία σε 25% των εργατών με χαμηλό ημερομίσθιο, το οποίο ελάμβανε το 10% του πληθυσμού. Το 1901 η κάλυψη επεκτάθηκε σε εργάτες μεταφορών και γραφείων, και το 1914 στους δημοσίου υπαλλήλους, το 1918 στους ανέργους, το 1927 σε ναυτεργάτες, και σε

όλους τους εξαρτώμενους το 1930. Το 1941 με νόμο επιτράπηκε σε εργάτες, των οποίων το εισόδημα υπερέβαινε την οροφή υποχρεωτικής συμμετοχής να συνεχίσουν εκουσίως. Το αυτό έτος η κάλυψη αφορούσε και όλους τους συνταξιούχους. Οι αγρότες εκαλύφθησαν το 1966, αυτοεργαζόμενοι αγρότες και συγγενείς τους το 1973 καθώς και οι φοιτητές και οι ανάπηροι. Υποχρεωτική συμμετοχή σε ορισμένα ταμεία ασθενείας καταργήθηκε το 1997.

Τα διάφορα ταμεία ήλθαν σε επαφή με τους διάφορους γιατρούς. Οι γιατροί δεν ήσαν ευχαριστημένοι με τα ατομικά συμβόλαια τα οποία περιόριζαν την πρόσβαση στους γιατρούς υπό τους όρους των ταμείων. Οι γιατροί κινητοποιήθηκαν και κατασκεύασαν δικό τους σωματείο και το 1960 εσημειώθησαν επανειλημμένες απεργίες. Το 1913 οι γιατροί και τα ταμεία ασθενείας συμφώνησαν σε ένα σύστημα ομαδικής συμφωνίας, κατά την οποία η κατανομή των αδειών εβασίζετο στον αριθμό μεταξύ του ταμείου και της ενώσεως των γιατρών. Το 1913 η συμφωνία γιατρών και ταμείων συγχωνεύθηκε στο νόμο περί εθνικών ασφαλίσεων.

Η άνοδος του Hitler αποτέλεσε την αρχή μιας νέας φάσης στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της Γερμανίας. Το 1934 οι εθνικοσοσιαλιστές κατήργησαν τα ταμεία υγείας, που διοικούντο από δικό τους διοικητικό συμβούλιο, ορίζοντας ένα διευθυντή για κάθε πρόγραμμα, το οποίο αναφέρετο στην κεντρική εξουσία. Το 1941 η ασφάλιση υγείας επεκτάθηκε στους συνταξιούχους και το 1942 όλοι οι εργάτες ανεξαρτήτως είδους εργασίας εκαλύφθησαν από ασφάλιση ατυχημάτων και η περίοδος αναρρώσεως δεν είχε πλέον όρια.

Μετά το τέλος του πολέμου, η Δυτική Γερμανία επέστρεψε στο σύστημα της αποκέντρωσης, όπως και προ του Hitler. Η επίδραση του ιατρικού επαγγέλματος κατέστη ισχυρότερη. Το 1953 επανιδρύθησαν τα εργατικά δικαστήρια, το δε 1955 εδημιουργήθησαν ενώσεις ταμείων ασθενείας κατά περιοχή και εθνικά. Το 1972 εγένετο υποχρεωτική η ασφάλιση ασθενείας για τους αγρότες και το 1974 καθορίστησαν τα νοσήλια στα νοσοκομεία. Το 1985 οι επαρχίες (Lander) κατέστησαν υπεύθυνες για τη διαχείριση των νοσοκομείων καθώς και για το ύψος των νοσηλίων. Το 1988 δια νομοθετικής πράξεως επεκτάθηκε στα check-up και στην κατ' οίκον νοσηλεία.

Προστέθηκαν οι αρχές της αλληλεγγύης και της παροχής βοηθημάτων (subsidiarity) καθώς και η αρχή της οργανώσεως κατά σώμα το οποίο σημαίνει εκπροσώπηση βασισμένη σε επαγγελματικές ομάδες. Οι Γερμανοί κατόρθωσαν να επιτύχουν τρία πράγματα :

1. Παρά το γεγονός ότι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τους γιατρούς τους, το γερμανικό σύστημα παρέχει φροντίδα πρώτης ποιότητας σε όλο τον πληθυσμό. Τα 88% του πληθυσμού, ή 72 εκατομ. πολιτών καλύπτονται από πρόγραμμα ασφαλίσεως υγείας, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό είναι είτε πλούσιοι, που δεν θέλουν να περιλαμβάνονται στο κρατικό πρόγραμμα και καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση, είτε πρόκειται περί πολιτών οι οποίοι καλύπτονται από ειδικό πρόγραμμα, όπως οι στρατιωτικοί. Μόνον 0,1% των Γερμανών είναι ανασφάλιστοι. Από αυτούς οι οποίοι καλύπτονται από εθνική ασφάλιση, οι 75% είναι υποχρεωτικά μέλη.

Κατά τη δεκαετία του 80, η Γερμανία κράτησε τη δαπάνη για την υγεία σταθερή από 8.4 στο 8.5% του ΑΕΠ. Οι γιατροί μέχρι προσφάτως διατηρούσαν την κλινική και επαγγελματική αυτονομία.

Όλοι οι Γερμανοί εργάτες των οποίων τα έσοδα είναι κατώτερα μιας οροφής είναι υποχρεωμένοι να εγγράφονται σε ένα ταμείο ασθενείας αναλόγως της περιοχής της κατοικίας, του επαγγέλματος ή του εργοδότη. Από τον Ιανουάριο του 97 η εγγραφή σε ειδικό ταμείο δεν είναι υποχρεωτική και τα ταμεία μπορούν τώρα να συναγωνίζονται μεταξύ των εργατών.

Υπάρχει γενικώς μια τάση συγχωνεύσεως μικρών ταμείων έτσι, ώστε ο αριθμός των ταμείων μεταξύ του 1970 και 1975 ελαττώθηκε από 1815 σε 960. Εγγραφή στα γραφεία των γιατρών και των νοσοκομείων γίνεται πολύ γρήγορα, συγκεκριμένα εντός ολίγων λεπτών και οι πολίτες μπαίνουν στη λίστα ενός γιατρού πολύ γρήγορα. Κανένας δεν μπορεί να αρνηθεί τη φροντίδα σε έναν άρρωστο. Αν το κάνει αυτό υφίσταται κυρώσεις. Αλλά ένας γιατρός είναι δυνατόν να αρνηθεί να ασχοληθεί με έναν άρρωστο εξ αιτίας προσωπικής συγκρούσεως ή επειδή ο άρρωστος δεν έχει την ειδική κάρτα.

Στη Γερμανία η παροχή της ιατρικής φροντίδας εξαρτάται από ένα μείγμα προμηθευτών, το οποίο κυμαίνεται από σκέτο γιατρό που πληρώνεται κατά παρεχόμενη υπηρεσία σε νοσοκομείο, και προσωπικό που πληρώνεται έμμεσα. Στην τέως Δυτική Γερμανία η ιδιοκτησία είναι αποτέλεσμα ιστορικών διαμορφώσεων και τοπικών παραδόσεων μάλλον παρά πολιτικής συνείδησης.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες νοσοκομείων, τα δημόσια, τα ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά. Το 1989 υπήρχαν 1000 δημόσια νοσοκομεία ιδιοκτησία της περιοχής ή τοπικής κυβερνήσεως. Αυτά παρέχουν το 50% των οξείων κλινών.

Μη κερδοσκοπικά ιδιωτικά νοσοκομεία ανήκουν κυρίως σε θρησκευτικά τάγματα καθολικών ή διαμαρτυρομένων. Αυτά τα νοσοκομεία παρέχουν το 35% των κλινών, ενώ 15% των νοσοκομείων είναι κερδοσκοπικά. Το 1989 υπήρχαν 3110 δημόσια ή μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία, ο αριθμός αυτός ελαττώθηκε στις 2354 το 1993. Ο αριθμός των ημερών νοσηλείας κατά κάτοικο κατ' έτος ήταν 3.5, ενώ ο μέσος όρος των ευρωπαϊκών χωρών είναι 2.8.

Οι πλείστοι των γιατρών των νοσοκομείων είναι έμμισθοι και αποκλειστικοί, και δεν τους επιτρέπεται να χρεώνουν τους αρρώστους. Ένας περιορισμένος αριθμός υψηλόβαθμων γιατρών μπορεί να χρεώνει τους εσωτερικούς ασθενείς, εφ' όσον αυτοί καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καθώς επίσης και αυτούς οι οποίοι αγοράζουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας επί πλέον της δημοσίας. Αυτοί έχουν το δικαίωμα της επιλογής γιατρών όταν νοσηλεύονται, καθώς επίσης έχουν ορισμένες ευκολίες, όπως μοναχικά δωμάτια, τηλεόραση κτλ. Οι γιατροί πληρώνονται σύμφωνα με το τιμολόγιο ιδιωτικών ασθενών. Όσον αφορά τις στρατηγικές των ταμείων ασθενείας αναφέρεται ότι πρόσφατα προσετέθησαν τα παρακάτω ευεργετήματα :

Εμβολιασμοί εκτός για ταξίδια στο εξωτερικό	Πληρωμή συνόλου, μερικό επίδομα ή καθολικό επίδομα.
Νοσηλεία στο σπίτι.	Βασική νοσηλεία και βοηθός στο σπίτι περιλαμβανομένης παρασκευής φαγητού, τα οποία πληρώνονται από το ταμείο, το οποίο καθορίζει και τη διάρκεια του ευεργετήματος.
Οικιακή βοήθεια.	Πληρωμή στο σύνολο, διάρκεια ποικίλλει.
Ιατρικές υπηρεσίες όταν το άτομο ευρίσκεται στο εξωτερικό.	Το ταμείο δυνατόν να πληρώνει για ορισμένες ανάγκες π.χ. καρδιοχειρουργική για παιδιά.
Μεταφορά.	Πληρωμή στο σύνολο, σταθερά ή καθόλου βοήθημα.
Λουτροθεραπεία.	Πληρωμή στο σύνολο, σταθερό ποσό ή καθόλου βοήθημα.

Ιατρική βοήθεια, massage.

Πλήρης πληρωμή, ορισμένο ποσό ή καθόλου πληρωμή.

Δοκιμαστικές θεραπείες, λ.χ. ομοιοπαθητική ή ολιστική ιατρική.

Το ταμείο δύναται να αποφασίσει αν θα πληρώσει ανορθόδοξες θεραπείες.

Ελαττωμένες συνδρομές.

Ασθενείς που δεν βλέπουν γιατρό για ορισμένο χρονικό διάστημα μπορούν να δεχθούν επαναπληρωμή για ορισμένες περιόδους.

Η μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο είναι 16 ημέρες δηλ. διπλάσια και πλέον από ότι στην Αμερική. Η πληρότης είναι υψηλή, 86.5%. Από το 1999 η μέση διάρκεια παραμονής ελαττώθηκε, και η περιπατητική χειρουργική αυξάνει συνεχώς, αν και υπάρχουν ακόμη μερικές νομικές και φορολογικές δυσκολίες. Έτσι λ.χ. το 1990 οι γιατροί που χειρουργούσαν επί εξωτερικής βάσης ελάμβαναν πολύ μικρό ποσό λ.χ. 15 μάρκα για μια σκωληκοειδεκτομή. Μερικά θέματα αναμένουν ακόμη τη λύση, λ.χ. εάν θα περιληφθούν εις το μέλλον αποφάσεις σχετικά με τον κίνδυνο, εάν οι συνταξιούχοι πρέπει να δέχονται διαφορετική θεραπεία, η ανάγκη για μεγαλύτερη διαφάνεια και η ελάττωση καθορισμού τιμών συναγωνισμού.

Οι Γερμανοί γιατροί οι οποίοι ασκούν εκτός νοσοκομείων πρέπει να ανήκουν σε δύο διαφορετικά σώματα :

1. Να έχουν άδεια από τον ιατρικό σύλλογο της περιοχής στο οποίο ασκούν. Ο σύλλογος αυτός των γιατρών είναι ένα είδος κρατικού σώματος που παρέχει άδεια, αλλά ενώ στις ΗΠΑ το σώμα αυτό ανήκει στο κράτος με εκπροσώπους του τα αντίστοιχα, στη Γερμανία είναι ιδιωτικά οργανωμένα και ελεγχόμενα από γιατρούς, οι οποίοι έχουν εξουσία σαν να είναι κυβερνητικοί εκπρόσωποι. Τα σώματα αυτά είναι υπεύθυνα για επαγγελματική άδεια, ασκούν πειθαρχικά καθήκοντα για ανηθικούς πράξεις.
2. Γίνεται χωρισμός των βασικών εξόδων των νοσοκομείων και των λειτουργικών. Τα πρώτα ορίζονται από την κυβέρνηση, ενώ τα δεύτερα κατευθύνονται από τα ταμεία ασθενείας και τους ιδιωτικούς ασφαλιστές.

Κατά τις αρχές του 90, σημειώθηκε ύφεση, μαζί με τα υπέρογκα έξοδα της ενώσεως των δύο Γερμανιών, που είχε ως αποτέλεσμα τα ταμεία υγείας να αυξήσουν τη συμμετοχή κατά 1%. Για το λόγο αυτό, αλλά και για άλλους η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αποφάσισε να προβεί σε οικονομικούς περιορισμούς μεταξύ των οποίων αναφέρονται οι εξής :

1. Οι αποζημιώσεις από τα ταμεία ασθενείας επάγωσαν για δύο χρόνια.
2. Δημιουργία σταθερών προϋπολογισμών των γιατρών περιπατητικής φροντίδος. Αυτή συνοδεύτηκε από αυστηρές οικονομικές κυρώσεις. Οι ιατροί των οποίων το μέσο επίπεδο παραγωγής υπερέβαινε κατά 25% την περίπτωση αυτή υφίστανται οικονομικές κυρώσεις. Εξ άλλου η Κυβέρνηση επέβαλε μερικά οικονομικά μέτρα στα φάρμακα, στις φαρμακοβιομηχανίες και στους φαρμακοποιούς. Τέλος προέβησαν σε ελάττωση των πληρωμών οδοντιατρικών επεμβάσεων.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι το γερμανικό σύστημα είναι πλουσιοπάροχο, πολύ περισσότερο από ότι το βρετανικό NHS. Η φροντίδα υγείας στη Γερμανία εν αντιθέσει με το NHS μπορεί να λεχθεί ότι πάσχει από υπερβολικές παροχές.

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Στην Ολλανδία ο γενικός γιατρός είναι το κλειδί του συστήματος υγείας. Τονίζεται αυτό διότι όπως θα δούμε η τάση σήμερα είναι να δίνεται η κύρια έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Για τους πλείστους ασθενείς, πρόσβαση γίνεται μέσω μιας επίσκεψης στον γενικό γιατρό ο οποίος είτε θα τακτοποιήσει το θέμα από πλευράς θεραπείας, είτε θα παραπέμψει τον άρρωστο στον ειδικό, κάτι δηλαδή ανάλογο με αυτό που συμβαίνει στη Βρετανία. Η αναλογία γενικών γιατρών και ειδικών είναι 2:1. Ο κάθε γενικός γιατρός έχει κατά μέσο όρο εγγεγραμμένα 2000 άτομα με μέσον όρο επισκέψεων κατά ασθενή 5 το χρόνο. Των επισκέψεων αυτών, 15% γίνονται κατ' οίκον, περί το 15% των επισκεπτομένων τον γενικό γιατρό, παραπέμπονται σε ειδικό και 24% από αυτούς, παραπέμπονται για εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ο γενικός γιατρός πληρώνεται κατά κεφαλήν από τις κοινωνικές ασφαλίσεις.

Οι ιδιωτικές ασφαλίσεις δίνουν το δικαίωμα στον ασφαλισμένο να λάβει πίσω τα χρήματα που δαπάνησε. Οι παροχές τους καλύπτονται από κοινωνικές ασφαλίσεις και ποικίλουν σημαντικά. Μια άλλη διάκριση αφορά τα ασφάλιστρα. Το ασφάλιστρο είναι υποχρεωτικό και είναι ανάλογο με το εισόδημα. Μέρος της δαπάνης για ιατρική φροντίδα πληρώνεται από γενικά έσοδα, όπως επιδόματα σε νοσοκομεία, χρηματοδότηση προληπτικών μέτρων, χρηματοδότηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ειδικά προγράμματα και συμβολή του κράτους για κάλυψη των κοινωνικών ασφαλίσεων.

Οι Ολλανδικές κυβερνήσεις είναι κατά κανόνα πολυκομματικές. Έτσι η διαμόρφωση του κράτους Πρόνοιας επιτελείται με σειρά αμοιβαίων συμβιβασμών, συντηρητικών, χριστιανικών και σοσιαλιστικών πολιτικών αντιλήψεων. Το σύστημα Πρόνοιας παρουσιάζει το παράδοξο μιας τάσεως κολεκτιβιστικής ιδεολογίας αφ' ενός και ιδεολογίας ατομικισμού αφ' ετέρου. Πολλά νοσοκομεία είναι ιδιοκτησία θρησκευτικών οργανώσεων, αλλά συγχρόνως αυτά, χρηματοδοτούνται και από το κράτος. Ιδιωτική πρωτοβουλία εκτιμάται όλως ιδιαιτέρως, αλλά ρυθμίζεται από το κράτος.

Εκείνο που χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας της Ολλανδίας είναι η έλλειψη συντονισμού των διαφόρων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και των οργανισμών που τα χρηματοδοτούν.

Μεταξύ των άλλων υποδείξεων που έκανε επιτροπή για την υγεία το 1987 άξια συγκρατήσεως είναι τα ακόλουθα.

1. Η πολιτική υγείας πρέπει να αλλάζει αποφασιστικά στην κατεύθυνση καλύτερης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο παρελθόν, η έμφαση δινόταν κυρίως στα νοσοκομεία προχωρημένης τεχνολογίας και συμμετοχής ειδικών. Οι πλείστοι σήμερα συμφωνούν ότι ο ρόλος των νοσοκομείων πρέπει να περιορισθεί και να δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα ενισχύοντας τη θέση και τη δυνατότητα των γενικών γιατρών και της φροντίδας κατ' οίκον, η οποία θα προλαμβάνει σημαντικά τις δαπανηρές εισαγωγές στα νοσοκομεία. Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι και στο θέμα αυτό η Ολλανδία υπήρξε πρωτοπόρος. Επιπλέον η ζυγαριά πρέπει να μετατοπισθεί από επαγγελματική φροντίδα σε αυτοφροντίδα. Η εξάρτηση του ασθενούς από το σύστημα πρέπει να αποθαρρυνθεί και η οικογένεια και οι οικείοι πρέπει να παρέχουν περισσότερη προσοχή στην παροχή της μη καθαρά ιατρικής φροντίδας στους χρόνιους ασθενείς και τους αναπήρους. Πρέπει να τονισθεί ο παραδοσιακός προσανατολισμός στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μη τεχνολογική και ιδιωτική πρωτοβουλία.
2. Να προτιμηθεί το σύστημα της εθνικής ασφάλισης υγείας. Η κάλυψη είναι του 90% των κοινωνικών ασφαλίσεων για όλους τους πολίτες περιλαμβανομένων και αυτών που εξαρτώνται σήμερα από ιδιωτικές

ασφαλίσεις. Πολλοί νομίζουν ότι έχουν το δικαίωμα επαρκούς φροντίδας υγείας και ιατρικής θεραπείας, και ότι εξαιτίας αυτού θεωρούν ηθική υποχρέωση της πολιτείας και κατ' ακολουθίαν των διαφόρων υπηρεσιών του κράτους να φροντίζουν γι' αυτούς. Φρονούν ότι ο περιορισμός δαπανών που ανεβάζουν τους οικονομικούς φραγμούς πρέπει να περιορισθεί, αποθαρρύνοντας έτσι την παροχή δαπανηρών φροντίδων και θεραπειών, λέγοντας ότι αυτό αποτελεί μεγάλη αδικία, ότι δηλαδή τους κόβονται τέτοιες φροντίδες και υπηρεσίες.

Το 1989 καρδιοπαθής γυναίκα 60 ετών μήνυσε τις υπηρεσίες που την είχαν βάλει σε λίστα αναμονής ενώ είχε ανάγκη άμεσης εισαγωγής.

Η δαπάνη της Ολλανδίας για την υγεία το 1958 ανερχόταν σε 1.4 δις. ολλανδικά φιορίνια, ενώ το 1990 έγινε 40 δις. Το εθνικό σύστημα υγείας της Ολλανδίας γίνεται βαθμηδόν δύο ή και περισσότερων βαθμίδων (Two tiers system). Ως σύστημα φροντίδας υγείας δύο βαθμίδων ορίζεται ένα σύστημα όπου οι διάφορες κατηγορίες υπηρεσιών διακρίνονται ως προς τη σχέση υπηρεσιών και κόστους στο επίπεδο του ατόμου. Αν λ.χ. σύμφωνα με το σύστημα, η δαπάνη του γιατρού καλύπτεται από υποχρεωτική ασφάλεια υγείας, ενώ για τις συνταγές χρειάζεται συμμετοχή, τότε ομιλούμε περί συστήματος δύο βαθμίδων. Σήμερα τα πλείστα συστήματα υγείας της Δ. Ευρώπης είναι συστήματα δύο βαθμίδων. Η εκτίμηση του περιεχομένου των διαφορών γίνεται επί τη βάση ερωτήσεων όπως η ακόλουθη :

Είναι όλες οι δαπάνες για τη χρήση όλων των υπηρεσιών καλυμμένες από υποχρεωτική ασφάλιση, εκτός π.χ. από την επί πλέον δαπάνη νοσηλείας σε πρώτη θέση; Δεν περιλαμβάνονται στην πρώτη υποχρεωτική ασφάλιση υγείας ορισμένες υπηρεσίες όπως η εξωσωματική γονιμοποίηση, πλαστικές επεμβάσεις κλπ.;

Προς το παρόν ισχύουν δύο τύποι ασφαλίσεων υγείας στην Ολλανδία. Εκείνοι οι οποίοι έχουν ετήσιο εισόδημα κάτω των 56.000 ολλανδικών φιορινιών, που αποτελεί το 62% του πληθυσμού, έχουν υπηρεσίες ασφάλισης υγείας.

Τα ασφαλιστρα εξαρτώνται κατά μέγα μέρος από το εισόδημα. Οι ασφαλισμένοι αυτού του τύπου έχουν μικρή ελευθερία να επιλέγουν μεταξύ διαφόρων επιπέδων καλύψεως.

- 3) Αυτοί που έχουν εισόδημα άνω των 56000 φιορινιών ετησίως, οι οποίοι αντιστοιχούν στο 38% του πληθυσμού, είναι ελεύθεροι να επιλέγουν ιδιωτικές ασφαλίσεις κάτι που επιλέγουν οι περισσότεροι από αυτούς. Ο καθένας είναι ελεύθερος να επιλέξει το ύψος της καλύψεως.

Μια επιτροπή υπό τον καθηγητή καρδιολογίας Dekkin κλήθηκε να διαμορφώσει κριτήρια διάκρισης μεταξύ βασικής και μη βασικής φροντίδας. Για τη βασική φροντίδα το ασφαλιστρο είναι κανονισμένο, ενώ τα επιπλέον ασφαλιστρα καλύπτονται από ηθελημένη επικουρική ασφάλιση ή κατ' ευθείαν πληρωμή. Η επιτροπή όρισε ότι εξωσωματική γονιμοποίηση καθώς και ομοιοπαθητική και οδοντιατρική εργασία σε άτομα άνω των 19 ετών δεν θεωρούνται υποχρεωτικά. Σημασία έχει και το «ασφαλισμο», δηλαδή το κατά πόσο το οικονομικό ρίσκο είναι ασφαλισμο. Αυτό εξαρτάται από το μέγεθος ρίσκου, τον αριθμό ατόμων σε ρίσκο και από το εάν η αξία της υπηρεσίας εκτιμάται εύκολα από όσους δεν την χρησιμοποιούν. Αυτή είναι υψηλή σε περιπτώσεις κυστικής ινώσεως, του συνδρόμου Down, της χορείας Huntington καθώς και σε περιπτώσεις χρονίων νόσων, όπως η ρευματοειδής αρθρίτις, η νόσος Crohn κ.α. δηλαδή νοσήματα τα οποία υποχρεώνουν τον άρρωστο σε συχνή χρήση ιατρικής φροντίδας.

Η ύπαρξη πολλών βαθμίδων στηρίζεται στην υπόθεση ότι όλες οι ανάγκες της φροντίδας υγείας δεν είναι ίσες. Στοιχεία κατά την προτίμηση στην επιλογή αποτελούν οι απαντήσεις στα εξής ερωτήματα :

1. Υπάρχουν ενδείξεις για τέτοια ποικιλία;

2. Υπό ποιάν άποψη αυτό αποτελεί διαφοροποίηση χρηματοδότησης;

Ως προς το πρώτο, ασφαλώς υπάρχει σημαντική ποικιλία σε δυνάμεις υπηρεσίας υγείας και αυτή αυξάνει. Τέτοια παραδείγματα είναι οι υπηρεσίες υγείας. Το 1994 η Ολλανδική Κυβέρνηση μετέφερε 50 εκατ. φιορίνια από τον λογαριασμό των ψυχιατρικών κλινικών για να διατεθούν στην κλινική φροντίδα και την επαγγελματική αποκατάσταση.

Τα τελευταία χρόνια η Ολλανδική Κυβέρνηση κατέβαλε μεγάλη προσπάθεια να κρατήσει σταθερή τη δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ. Αυτό το επέτυχε.

Στην Ολλανδία η εργασία κατά ομάδες των γενικών γιατρών τα τελευταία χρόνια έχει πολύ εξαπλωθεί. Τα ιατρικά κέντρα στεγάζουν όλους όσους ασχολούνται με την υγεία.

Στην Αγγλία τα κέντρα υγείας ιδρύθηκαν το 1950 και τη δεκαετία του 1980 57% των γενικών γιατρών εργάζονταν σε τέτοια κέντρα. Ολλανδία και Φινλανδία ακολουθεί αργότερα, και η Ιβηρική χερσόνησος. Γενικά η ίδρυση τέτοιων κέντρων υγείας παρουσιάζει πολλές δυσκολίες. Ο συνδυασμός των πολλών ειδικοτήτων είναι χρήσιμος ιδιαίτερος για την πρόληψη. Σύμφωνα με στατιστική, 80% του συνόλου συμβουλευονται τον γενικό γιατρό άπαξ ανά ζετία.

Τα όρια μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσοκομείων δεν είναι σταθερά, αλλά μεταβάλλονται κατά διαστήματα. Από μακρού εκτελούνται στα νοσοκομεία καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, ενώ από την άλλη μεριά με θεραπεία από του στόματος θεραπεύουν σήμερα το έλκος στομάχου.

Εάν λ.χ. με το σύστημα η δαπάνη ασφάλισης υγείας για τον γιατρό είναι υποχρεωτική, για την πληρωμή των συνταγών απαιτείται συμμετοχή του αρρώστου.

ΒΕΛΓΙΟ

Οι γιατροί είναι ελεύθεροι να γράψουν οποιοδήποτε φάρμακο, αλλά οι άρρωστοι πληρώνονται αναλόγως της κατηγορίας του φαρμάκου.

Για τα φάρμακα τα οποία αναγράφονται στον πίνακα των ανθρωποσωτήριων, οι ασθενείς λαμβάνουν όσα επλήρωσαν. Για τα φάρμακα που είναι θεραπευτικώς χρήσιμα οι άρρωστοι πληρώνουν από την τσέπη τους το 25%. Για φάρμακα ολιγότερα χρήσιμα πληρώνουν 50%. Οι φαρμακοποιοί λαμβάνουν από το ταμείο το υπόλοιπο του ποσού. Για άλλα πάλι φάρμακα ο ασφαλισμένος πληρώνει όλο το ποσό.

Οι άρρωστοι στα νοσοκομεία πληρώνουν ένα ορισμένο ποσό της ξενοδοχειακής δαπάνης, καθώς και την δαπάνη των νοσηλευτών. Χωριστή είναι η αμοιβή για τους γιατρούς. Τα ταμεία υγείας πληρώνουν για την νοσοκομειακή δαπάνη για 40 μόνο ημέρες. Οι υπηρεσίες των νοσοκομειακών γιατρών και η δαπάνη για τα φάρμακα πληρώνονται με τον ίδιο τρόπο που πληρώνονται οι νοσοκομειακοί γιατροί. Επιπλέον η κυβέρνηση πληρώνει το 95% της δαπάνης για θεραπεία ορισμένων παθήσεων, όπως καρκίνος, φυματίωση, και ψυχικές παθήσεις. Το σύστημα του Βελγίου διαφέρει από το βρετανικό κατά δύο κυρίως σημεία :

1. Το πλείστο των πληρωμών γίνεται από Εθνικές ασφαλίσεις και όχι από φορολογία.
2. Ότι οι άρρωστοι συμβάλλουν εν μέρει στις πληρωμές φορολογίας, διαφέρουν όμως κατά τούτο ότι ο καταναλωτής έχει μια φανερή συμφωνία με το ταμείο. Εάν ο γιατρός θεωρεί ότι ο άρρωστος θα ωφεληθεί από μια θεραπεία τότε ο άρρωστος θα πληρώσει γι' αυτό, ενώ στην Βρετανία όλοι οι άρρωστοι έχουν πάσα θεραπεία δωρεάν, αν και στη Βρετανία οι άρρωστοι πληρώνουν για ορισμένες κατηγορίες.

ΙΣΠΑΝΙΑ

Η επιτροπή Β. Abril η οποία συνήλθε για πρώτη φορά το 1990 και αποτελείτο από 160 μέλη, περιλαμβανομένων γιατρών, οικονομολόγων υγείας και πολιτών από το δημόσιο και επιχειρηματικό τομέα. Το έργο της επιτροπής αυτής παρουσιάζει πολλά κοινά με αυτά άλλων Δ. Ευρωπαϊκών, χωρών όπως Σουηδίας, Βρεταννίας και Ολλανδίας. Το πόρισμα της επιτροπής Abril παρουσιάστηκε στη Βουλή τον Αύγουστο του '91. Τα κύρια συμπεράσματά του ήσαν ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα έχει παραμεληθεί, υπάρχει αυξημένη χρήση διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων, ανεπαρκής δραστηριότητα δημόσιας υγείας, συγκεντρωτισμός, ανεπαρκές management κυρίως λόγω ανεπαρκούς συστήματος πληροφορικής και αποτυχία να υιοθετηθούν οι τεχνικές και οικονομικές που απαιτούνται σε ένα σύγχρονο σύστημα υγείας.

Στις 64 υποδείξεις του υπομνήματος η επιτροπή συνιστά αποκέντρωση με χωρισμό χρηματοδότησεως και προϋπολογισμού. Ευνοεί την εισαγωγή μερικών στοιχείων επιχειρήσεως καθώς επίσης και την ύπαρξη ατομικής ευθύνης για επάρκεια και ευνοούσε περισσότερη προσοχή στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

Η επιτροπή ζητούσε μεγαλύτερη δημοσιότητα της δαπάνης της φροντίδας υγείας, έτσι ώστε ο πολίτης να συνειδητοποιεί τις δαπάνες.

Αυτές οι φαινομενικά λογικές προτάσεις αντιμετωπίστηκαν με σχεδόν ομοιόμορφη εχθρότητα των πολιτών, κυρίως των σοσιαλιστών και των εργατικών σωματείων. Επειδή το πόρισμα προτείνει την συμμετοχή κατά 40% των φαρμάκων όπως και οι λοιποί κάτοικοι της Ισπανίας έως τότε τα φάρμακα εχορηγούντο δωρεάν. Η δαπάνη για τα φάρμακα ανήρχετο σχεδόν σε 2,5 δις δολ.

Το εθνικό σύστημα υγείας της Ισπανίας παρέχεται εκτενώς διότι χαρακτηρίζεται από συστηματική και αναλυτική μελέτη αν και σε πολλά σημεία η απόδοση ορισμένων σημείων προβλέπεται ότι θα παρουσιάσει μεγάλες δυσκολίες. Κατά τους εισηγητές του συστήματος κύριο στοιχείο που προκύπτει από την μελέτη του συστήματος αυτού είναι η μελέτη των προτεραιοτήτων.

Το Ισπανικό σύστημα υγείας καλύπτει τα 99% του πληθυσμού· περί τους 6-8% του πληθυσμού έχουν διπλή κάλυψη με πρόσθετο ιδιωτικής στοιχείο ασφάλισης.

Οι φόροι αποτελούν τα 75% της χρηματοδότησης του συστήματος ενώ ένα άλλο 25% προέρχεται από τις κοινωνικές ασφαλίσεις. Το 1993 το δημόσιο δαπανούσε 5,7% του εθνικού προϊόντος λίγο κάτω του επιπέδου του μέσου όρου των Ευρωπαϊκών χωρών.

Κατά την ίδια εποχή, η ιδιωτική συμμετοχή στην δαπάνη για την ιατρική φροντίδα αυξάνονταν κατά 5% ετησίως, ενώ η ιδιωτική δαπάνη κατά 2,6%. Η ταχεία αυτή αύξηση προερχόταν από αύξηση των νέων τεχνολογιών και αύξηση των απαιτήσεων του λαού, γεγονός που παρατηρείται στις πλείστες εξελιγμένες χώρες. Ως προς τα φάρμακα, η Ισπανία χαρακτηρίζεται από σημαντική δαπάνη η οποία ανέρχεται στο 20% της όλης δαπάνης για την υγεία, κάτι που είναι το υψηλότερο ποσοστό στα κράτη της Ευρωπαϊκής ενώσεως. Πρέπει να προστεθεί ότι παρά τις μεγάλες προσπάθειες περιορισμού της δαπάνης για τα φάρμακα τίποτα δεν κατορθώθηκε.

Όπως αναφέρεται σε διάφορες πηγές οι Ισπανοί ασφαλισμένοι για να αποφύγουν την πληρωμή φαρμάκων κατέφευγαν στην αναγραφή των φαρμάκων σε βιβλιάρια γερόντων δοθέντος ότι για τους γέροντες, τους φτωχούς και τους αναπήρους τα φάρμακα παρέχονται δωρεάν.

Βεβαίως εξάλλου ο καθορισμός προτεραιοτήτων υπήρχε πάντοτε για τους γιατρούς των νοσοκομείων, το νεότερο όμως ήταν ότι οι προτεραιότητες αυτές καθορίζονται εκ των προτέρων από το κράτος και πολλά φάρμακα απεκλείσθησαν από την παροχή και το δημόσιο. Στην συνέχεια το 1990 το κοινοβούλιο εξήτησε από την κυβέρνηση να ορίσει μια επιτροπή να καταγράψει την επάρκεια και τις αδυναμίες

του Εθνικού συστήματος Υγείας. Η επιτροπή αποφάνθηκε ότι τα προτερήματα του συστήματος είναι η καθολική κάλυψη, εύκολη πρόσβαση και ένα παραδεκτό επίπεδο ποιότητας.

Οι κύριες αδυναμίες που καθόρισε η επιτροπή ήταν η κακή διαχείριση (management, η γραφειοκρατία και ο συγκεντρωτισμός).

Ένα από τα πλέον αξιολογικά συμπεράσματα της επιτροπής ήταν ότι πέντε από τις 64 συστάσεις της επιτροπής σκοπόν είχαν τον καθορισμό των βασικών υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το Ισπανικό Εθνικό σύστημα.

Ύστερα από μακρά συζήτηση για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων ο νόμος τελικά ψηφίσθηκε τον Απρίλιο του 1994.

Ο καθορισμός των προτεραιοτήτων δεν γίνεται από τον γιατρό κατά την άσκηση του έργου τους, αλλά είναι εκ των προτέρων καθορισμένοι. Βεβαίως για όλα όσα δεν περιελάμβανε η βασική στήλη ήταν πάντοτε δυνατόν να το αποκτήσει ο πολίτης ιδιωτικά.

Τα κριτήρια για την απόρριψη από την στήλη των φαρμάκων που παρέχονταν από το κράτος ήταν είτε γενικά είτε ατομικά. Στην πρώτη στήλη περιλαμβάνονται κοσμητικά, προϊόντα για ειδικές δίαιτες, μεταλλικά ύδατα, ελιξίρια στοματοδοντικά, (Ιατρικοί σάπωνες), ορισμένες (συμπληρωματικές) τροφές, αναβολικά, φάρμακα απισχάνσεως, δερματολογικές παθήσεις και για ελαφρά συμπτώματα. Κάθε φάρμακο μπορεί να περιληφθεί ή να αποκλεισθεί από την δημόσια χρηματοδότηση ανάλογα με τα εξής ατομικά κριτήρια :

Δίνεται εκτενής σχετικά έκθεση. Το Εθνικό σύστημα υγείας της Ισπανίας έχει ενδιαφέρον για τους εξής λόγους. Πρώτον γιατί διατυπώθηκε ύστερα από μεγάλη και συστηματική μελέτη και δεύτερον διότι σε μια φάση της όλης μελέτης ζητήθηκε και η γνώμη του κοινού. Τονίζεται ότι δεν είναι δυνατή η δημόσια χρηματοδότηση όλων των μορφών της υγείας και των ιατρικών ευεργετημάτων.

Επομένως το κύριο ερώτημα είναι πώς θα γίνει η διάθεση των περιορισμένων αυτών οικονομικών τελών.

Αλλά προ αυτού πρέπει να γίνει συζήτηση για τους σκοπούς της ιατρικής και οι τρόποι με τους οποίους η κατάσταση της υγείας μπορεί να βελτιωθεί.

Έχει τονισθεί από πολλούς και ήδη έχει γίνει αποδεκτό από όλους ότι το πολύ από την αύξηση των τιμών σημασία έχει η βελτίωση του περιβάλλοντος και το είδος της ζωής.

Σε αρκετές περιπτώσεις η ιατρική αυτή καθ' αυτή απλώς επιβραδύνει τον θάνατο γεννώντας έτσι την ψευδή εντύπωση ότι η ζωή μπορεί να παραταθεί για πάντα.

Επειδή οι χρηματικές πηγές δεν είναι ανεξάντλητες πρέπει να λεχθεί καθαρά ότι υφίστανται θέμα προτεραιοτήτων. Το κύριο ερώτημα είναι ο καθορισμός των προτεραιοτήτων που θα τεθούν. Το εθνικό σύστημα υγείας της Ισπανίας καλύπτει το 99% του πληθυσμού και μόνο 6-8% του πληθυσμού έχουν διπλή κάλυψη με κάποια μορφή πρόσθετης ιδιωτικής ασφάλισης. Οι φόροι παρέχουν το 75% της ολικής δαπάνης για την υγεία και το υπόλοιπο 25% προέρχεται από τις ασφαλίσεις εισοδήματος ενώ το αντίστοιχο ποσό δαπάνης της Ευρωπαϊκής ενώσεως ήταν 5,7.

Το ιδιωτικό ποσό που καταναλίσκονταν για την υγεία ήταν μόνο 1,6%.

Κατά την δεκαετία του '80 η δημόσια δαπάνη για την υγεία αυξανόταν κατά 5,2% και κατά 2,6% της ιδιωτικής ασφάλισης.

Η ταχεία αυτή αύξηση της δαπάνης για την υγεία προκλήθηκε από μια αύξηση των προμηθειών όπως λ.χ. από την νεότερη τεχνολογία και την αυξημένη ζήτηση ιατρικής φροντίδας και από την αύξηση της ζήτησεως βελτιωμένης υγείας του πληθυσμού όπως σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.

Η δημόσια δαπάνη για φάρμακα αυξήθηκε κάθε χρόνο από το 1987 έως το 1991 στο 18%.

Αυτό είναι η μεγαλύτερη αύξηση των Ευρωπαϊκών χωρών εάν βέβαια ληφθεί υπόψιν ο βαθμός του πληθωρισμού.

Για τα πλείστα άτομα ο πολίτης πλήρωσε το 40% της αξίας της δαπάνης των φαρμάκων ενώ στους συνταξιούχους, στους βαριά χρόνιους ασθενείς και στους ανάπηρους όλα παρέχονται δωρεάν.

Η Ισπανία έρχεται πρώτη στο ύψος του ποσοστού της δαπάνης για τα φάρμακα μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών ανερχόμενη στο 20%. Τονίζεται από αρκετούς συγγραφείς ότι στο θέμα των φαρμάκων γίνεται σημαντικού βαθμού κατάχρηση.

Πολλοί πολίτες για να αποφύγουν την συμμετοχή τους κατά 40% αναγράφουν τα φάρμακα που προορίζονται για αυτούς στα βιβλιάρια αυτών στους οποίους δεν υπάρχει συμμετοχή. Όπως τονίζεται πρέπει να επικρατεί η ηθική αρχή ότι όλοι πρέπει να έχουν δίκαιη και ίση απέναντι στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.

Στην Ισπανία μέχρι τα μέσα του 1980 υπερίσχησε η αρχή ότι το κύριο πρόβλημα ήταν οι ανεπαρκείς ανάγκες και επομένως ο κύριος στόχος θα ήταν η αύξηση των χρηματικών πηγών που προορίζεται για την φροντίδα υγείας.

Αυτό αργότερα διαπιστώθηκε ότι είναι ανεπαρκή και ότι η διαχείριση και η χρήση των τεχνολογικών μέσων είναι οι βασικές προτεραιότητες. Εδημιουργήθησαν (πλείστοι) λογαριασμοί για περιορισμό των δαπανών. Αλλά εάν βελτιώνονταν η επάρκεια της διαχειρίσεως θα εξακολουθούσε να υπάρχει έλλειψη χρημάτων. Το συμπέρασμα είναι ότι ο καθορισμός προτεραιοτήτων, είναι αναπόφευκτος. Προτεραιότητες προβάλλουν συνεχώς, για τον άρρωστο θάλαμοι του νοσοκομείου.

Η μεγάλη ουρά αναμονής ήταν ένα συνεχές πρόβλημα.

ΔΑΝΙΑ

Στα διάφορα κράτη μόνο 15% από αυτούς που προσφεύγουν στον γενικό γιατρό παραπέμπονται στη συνέχεια σε νοσοκομείο. Ιδεώδες είναι το σύστημα της Δανίας της αντιμετώπισης των ασθενών κατά τις ώρες που οι γιατροί δεν δέχονται στα ιατρεία τους (Out of hours medical service). Διοργανώθηκε σύστημα κατά το οποίο οικογενειακοί γιατροί μιας περιοχής ενώνονται σε ένα σύστημα κατά το οποίο εργάζονται. Στις μεγάλες πόλεις υπάρχει μια υπηρεσία της οποίας οι γιατροί εκ περιτροπής δέχονται τα τηλεφωνήματα όλης της περιοχής. Ο γιατρός ή δίνει συμβουλές στο τηλέφωνο ή καλεί τον άρρωστο στο ιατρείο ή μεταβαίνει στο σπίτι του αρρώστου. Η υπηρεσία αυτή αρχίζει στις 4μμ και τελειώνει στις 8πμ. Εκτός Σαββάτου, Κυριακής και μεγάλων εορτών. Για όλες αυτές τις υπηρεσίες στη Δανία ο άρρωστος δεν πληρώνει τίποτα. Έτσι με τη μεταρρύθμιση η οποία έγινε το 1992 όλοι οι άρρωστοι έχουν άμεση τηλεφωνική πρόσβαση σε γιατρό όλες τις ώρες εκτός των ωρών κατά τις οποίες ο γιατρός δέχεται κάθε άρρωστο που είναι εγγεγραμμένος στη λίστα του. Οι περισσότερες επαρχίες έχουν εισαγάγει σύστημα υπολογιστών και παρεχόμενες ηλεκτρονικά συνταγές. Ο γιατρός όταν πηγαίνει για επίσκεψη συνδέεται με φορητό υπολογιστή. Οι γιατροί πληρώνονται για τις υπηρεσίες αυτές και είναι υπεύθυνοι για δαπάνες που έχουν σχέση με την υπηρεσία αυτή εκτός ωρών. Ο γιατρός βέβαια προτιμά την παροχή οδηγιών μέσω τηλεφώνου ή εάν αυτό δεν είναι δυνατόν, επίσκεψη του ασθενούς στο ιατρείο. Κατά κανόνα η υπηρεσία είναι διάρκειας 8 ωρών. Ο γιατρός αναλαμβάνει μια νύκτα κάθε 35 νύκτες και μια εσπέρα κάθε 15. Οι στατιστικές των υπηρεσιών υγείας της Δανίας είναι αξιόπιστες. Η Ομοσπονδία των Γενικών γιατρών της Δανίας συχνά στέλνει ερωτηματολόγιο στους γενικούς γιατρούς στο οποίο κατά τις διάφορες στατιστικές οι γιατροί απαντούν σε ποσοστό 90%. Η μεταρρύθμιση προκάλεσε σημαντική βελτίωση της υπηρεσίας.

Επισκέψεις κατ' οίκον έπεσαν από 46% σε 18%, τηλεφωνικές συμβουλές διπλασιάστησαν στο 18% και επισκέψεις στο ιατρείο στο 24%.

Η μεταρρύθμιση της υπηρεσίας εκτός ωρών ήταν μέρος μιας ευρύτερης μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας η οποία περιλαμβάνει επί πλέον και αύξηση της αμοιβής. Η μεταρρύθμιση αύξησε το εισόδημα των γενικών γιατρών κατά 100%. Κύριο εισόδημα προέρχεται από την εργασία της ημέρας. Μόνον 10% κερδίζουν περισσότερα από το 1/3 της αμοιβής από την εργασία τους εκτός ωρών. Το ποσοστό των γιατρών που δεν θέλουν εργασία εκτός ωρών έφθασε στο 34%.

Υπήρχε όμως ένα σημείο το οποίο δυσκόλευε τα πράγματα και αυτό ήταν η δυνατότης ενός ασθενούς να νοσηλεύεται σε άλλη επαρχία, αλλά προπαντός σε νοσοκομείο το οποίο εθεωρείτο ανωτέρας κλάσεως. Πίστευαν ότι εάν ο άρρωστος μπορεί να επιλέξει ελεύθερα μεταξύ νοσοκομείων, τα ανεπαρκή νοσοκομεία θα ήσαν γρήγορα εκτός λειτουργίας. Δυστυχώς οι διάφορες επαρχίες και το Υπουργείο Υγείας επέλεξαν μια μέθοδο χρηματοδότησης μεταξύ επαρχιών η οποία δημιούργησε κίνητρα για τους παρέχοντας φροντίδα υγείας και τους διοικητικούς. Αποφασίστηκε να εισαχθεί ένα σύστημα κατά το οποίο η πληρωμή θα ελάμβανε την μορφή ενός σταθερού ποσού για κάθε ημέρα νοσηλείας. Αυτό δημιούργησε κίνητρα παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο περισσότερο χρόνο από αυτόν που επιβαλλόταν. Εξάλλου δημιουργήθηκε το κίνητρο να κρατούν τον άρρωστο από άλλες επαρχίες στο τέλος της λίστας αναμονής, δοθέντος ότι η θεραπεία αυτών δεν προκαλούσε ορατό εισόδημα.

Στο παρελθόν η κατάσταση των πλείστων Δανικών νοσοκομείων ήτο κάτω του επιθυμητού με αποτέλεσμα να καταφεύγουν οι άρρωστοι σε ιδιωτικές κλινικές. Με τη βελτίωση της κατάστασης των δημοσίων νοσοκομείων η κατάσταση άλλαξε με αποτέλεσμα το μαρασμό των ιδιωτικών νοσοκομείων.

Εκείνο όμως το οποίο τιμά ιδιαίτερος τη Δανία είναι η μεταρρύθμιση που έγινε στα νοσοκομεία το 1992. Καταρτίσθηκε σημαντικό σύστημα με το οποίο μετά τις ώρες εργασίας από τις 4 μ.μ μέχρι τις 8 π.μ. έχει καταρτισθεί κατάλογος υπηρεσίας εφημερίας των γενικών γιατρών.

ΓΑΛΛΙΑ

Στη Γαλλία το σύστημα των Κοινωνικών Ασφαλίσεων χρηματοδοτείται από υποχρεωτικές συνδρομές από τις αμοιβές. Ο εργοδότης πληρώνει το 12,6% του εισοδήματος ενώ ο εργαζόμενος πληρώνει μόνο το 5,5%.

Το 1/3 όλων των γιατρών που εργάζονται σε νοσοκομεία αμείβονται με μισθό, 1/3 των γιατρών εργάζονται μόνο ιδιωτικώς και το 1/3 των γιατρών εργάζονται και ως έμμισθοι και ως ιδιωτικοί. Μερικοί έμμισθοι γιατροί εργάζονται σε κέντρα υγείας τα οποία λειτουργούν από εμπορικές ενώσεις, τον Ερυθρό Σταυρό, ή άλλες φιλανθρωπικές οργανώσεις. Αυτοί οι έμμισθοι γιατροί δεν είναι δημοφιλείς από τους οργανωμένους γιατρούς επειδή προσφέρουν την εργασία τους πλέον φθηνά από ότι οι άλλοι γιατροί. Από τους γιατρούς εν δράση οι μισοί είναι οικογενειακοί γιατροί. Οι ειδικοί εργάζονται εν μέρει στο νοσοκομείο και εν μέρει σε ιδιωτικές κλινικές, ο δε πολίτης μπορεί να τους επισκέπτεται χωρίς παραπομπή. Στη Γαλλία ο άρρωστος που επισκέπτεται έναν γιατρό είτε γενικό, είτε ειδικό τον αμείβει και στη συνέχεια ζητεί από το ταμείο επαναπληρωμή.

Αυτά τα ταμεία πληρώνουν στον πολίτη το 70% αυτού που πλήρωσε, αλλά υπάρχει μια οροφή και στην εξόφληση. Οι 50% των πολιτών έχουν μια επιπλέον ασφάλιση για να συμπληρώνει το ποσό που δεν πλήρωσε το ταμείο. Η συμπληρωματική αυτή πληρωμή γίνεται από 7000 ταμεία που παρέχουν τις υπηρεσίες τους αφίλοκερδώς. Η Γαλλία έχει περί τα 400 χιλ. δημόσια κρεβάτια και 175 χιλ. ιδιωτικά. Τα πλείστα των τελευταίων λειτουργούν μη κερδοσκοπικά εκτός ολίγων.

Στα ιδιωτικά νοσοκομεία εκτελείται σχεδόν το 50% του χειρουργικού έργου. Αν και τα ιδιωτικά αυτά νοσοκομεία ελέγχονται οικονομικώς οι οικοδομήσεις τους και η αγορά νέων μηχανημάτων δεν γίνονται χωρίς την άδεια του υπουργείου. Περίπου 30 νόσοι νοσηλεύονται δωρεάν. Οι επιθεωρητές του υπουργείου γιατροί 4 χιλ. περίπου, ελέγχουν αυτές κυρίως για μακροχρόνια παραμονή, ψυχιατρικοί άρρωστοι, καθώς επίσης και η μαιευτική φροντίδα επιβαρύνονται με χαμηλές τιμές, ενώ οι φτωχοί νοσηλεύονται δωρεάν.

Ανθρωποσωτήρια φάρμακα παρέχονται δωρεάν, αλλά μια άλλη κατηγορία φαρμάκων παρέχονται δωρεάν κατά 50%. Για άλλα φάρμακα όπως λ.χ. καθαρτικά το σύνολο της αμοιβής βαρύνει τον ασφαλισμένο. Εκείνο που χαρακτηρίζει το Γαλλικό σύστημα είναι, τα μεγάλα ποσά που πληρώνουν τα ταμεία και εν μέρει και ο άρρωστος.

Στην Αγγλία, κάθε πρόταση για την πληρωμή από την κυβέρνηση μέρους μόνο της δαπάνης θα προκαλούσε κατακραυγή και θα εθεωρείτο ότι ανοίγει το δρόμο προς το σύστημα των δύο βαθμίδων (two tiers). Αλλά στη Γαλλία το θέμα αυτό δεν έχει αντιμετωπισθεί πολιτικά. Τόσο οι δεξιοί όσο και οι Σοσιαλιστές και οι κομμουνιστές δεν διαμαρτύρονται. Στην Γαλλία για την υγεία παρέχονται τα 9,1% του Ακαθάριστου Εθνικού Εισοδήματος.

Εκ πρώτης όψεως η διοικητική δαπάνη είναι μεγάλη αλλά όπως από άλλες εργασίες καταφαίνεται είναι πολύ δύσκολο να αποφανθεί κανείς για την δαπάνη. Η υπηρεσία υγείας αυτών των χωρών χειροτερεύει, σπατάλη και ανεπάρκεια γίνονται ενδημικές.

Μια από τις πρώτες πράξεις της προσωρινής κυβέρνησης της Γαλλίας υπό τον στρατηγό de Gaulle ήταν η ίδρυση των Ordonnances de la Sécurité Sociale περιλαμβάνει σχήμα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας που παρέχει κάλυψη υγείας για όλους με ίσες συνθήκες.

Αυτό ήταν το αντίστοιχο προς το Αγγλικό μοντέλο Κράτος Πρόνοιας. Στη Γαλλία η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και οι κοινωνικές ασφαλίσεις πληρώνουν συνήθως τα 70% της δαπάνης φροντίδας. Τα χρήματα αυτά συγκεντρώνονται από συνδρομές 12,6% του εργοδότη και 5,9% του υπαλλήλου. Τα υπόλοιπα 30% συμπληρώνονται από εταιρείες ασφαλίσεων μη κερδοσκοπικές οι λεγόμενες αμοιβαίες των οποίων η κάλυψη κοστίζει ένα άλλο 2,5% του μισθού ή του ημερομισθίου. Υπάρχουν επίσης και ορθόδοξες ιδιωτικές ασφαλίσεις. Γι' αυτούς οι οποίοι ορίζονται φτωχοί, το κράτος πληρώνει όλες τις δαπάνες και για έναν ορισμένο αριθμό ασθενειών περιλαμβανομένου του καρκίνου ιατρική φροντίδα παρέχεται δωρεάν.

Των γαλλικών νοσοκομείων, το 70% είναι δημόσια και 30% ιδιωτικά στα οποία ο ασθενής πληρώνει, αλλά λίγα.

Για τις συνταγές των φαρμάκων ο ασθενής πληρώνει το 70% για φάρμακα μικρής θεραπευτικής αξίας και 40% για φάρμακα μεγαλύτερης αξίας. Τα ιδιαίτερος δραστικά και πολύτιμα φάρμακα παρέχονται δωρεάν. Οι άρρωστοι μπορούν να επισκεφθούν έναν γιατρό, ανεξάρτητα εάν αυτός είναι συνοικιακός γιατρός ή ειδικός. Εάν ο Γάλλος δεν είναι ευχαριστημένος από έναν γιατρό επισκέπτεται άλλον. Πολλοί Γάλλοι έχουν τη συνήθεια να επισκέπτονται περισσότερους από έναν γιατρό για το ίδιο ενόχλημα. Η συνήθεια αυτή οδηγεί σε ατελή αναγραφή στα αρχεία των διαφόρων γιατρών. Είναι προφανές ότι αυτό αποβαίνει εις βάρος του ασθενούς.

Ο Γάλλος θεωρεί το δημόσιο και το ιδιωτικό σύστημα ως το ένα συμπληρωματικό του άλλου. Πλέον των 300 ιδιωτικών νοσοκομείων έχουν ενταχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ο Γάλλος είναι δυνατόν εάν το επιθυμεί να εξετασθεί από ειδικό της επιλογής του, χωρίς μεγάλη χρέωση ή πληρώνοντας κάτι παραπάνω να νοσηλεύεται σε μοναχικό δωμάτιο.

Ένα ποσοστό περί το 15% των κλινών των δημόσιων νοσοκομείων ήταν ιδιωτικά, αλλά τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '60 η Γαλλική Κυβέρνηση κατάργησε τα ιδιωτικά δωμάτια κατά τον ίδιο τρόπο που η Εργατική Κυβέρνηση είχε αποφασίσει τα έτη 1974 με 1979. Αυτό όμως δεν κράτησε πολύ. Όπως και στην Αγγλία στα κρατικά νοσοκομεία επανήλθαν μοναχικά δωμάτια.

Από το 1960, η Γαλλική κυβέρνηση καθορίζει το ύψος των ιατρικών αμοιβών, αλλά μερικοί γιατροί έχουν παραμείνει εκτός του συστήματος. Το 1/3 όλων των γιατρών εργάζονται στα νοσοκομεία ως έμμισθοι, 1/3 εργάζονται ως ιδιωτικοί και το υπόλοιπο 1/3 εν μέρει στο δημόσιο. Μερικοί έμμισθοι γιατροί εργάζονται σε ιατρικά κέντρα τα οποία λειτουργούν υπό την αιγίδα εργατικών σωματείων ή του Ερυθρού Σταυρού. Των εν ενεργεία γιατρών 50% είναι γενικοί γιατροί. Οι ειδικοί εργάζονται εν μέρει στα νοσοκομεία και εν μέρει σε ιδιωτικές κλινικές όπου μπορούν να εξετάσουν άρρωστο κατ' ευθείαν χωρίς δηλαδή να έχουν προηγουμένως εξετασθεί από τον οικογενειακό γιατρό.

Στη Γαλλία, ο άρρωστος προσερχόμενος σ' έναν γιατρό είτε γενικό είτε ειδικό πληρώνει την αμοιβή, της οποίας στη συνέχεια εισπράττει το 70% από ταμεία κατά μήνα ή ανά εξάμηνο.

Τριάντα και πλέον νόσοι που θεωρούνται βαριές ή χρόνιες δεν χρεώνονται από τον γιατρό. Περί τους 4000 γιατροί ως έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι ελέγχουν τις περιπτώσεις των νοσοκομείων ως προς διάρκεια νοσηλείας.

ΝΟΡΒΗΓΙΑ

Ο αντικειμενικός σκοπός του συστήματος υγείας της Νορβηγίας είναι η παροχή φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας σε όλο τον πληθυσμό με λογικό κόστος.

Τα οργανικά στοιχεία του συστήματος διαφέρουν από τα στοιχεία άλλων Ευρωπαϊκών χωρών εξαιτίας δημογραφικών χαρακτηριστικών. Η Νορβηγία είναι μια αραιά κατοικημένη χώρα με μέσον όρο 11 άτομα κατά τετρ. χιλιόμετρο. Χάρη στο πετρέλαιο είναι πλούσια χώρα που έρχεται κατά σειρά πλούτου μετά τις Η.Π.Α., το Λουξεμβούργο και την Ελβετία.

Οι οικονομίες των διαφόρων βορείων χωρών διαφέρουν. Βεβαίως όλες οι βόρειες σκανδιναβικές χώρες είναι πλούσιες, πραγματικά δημιουργικές, με ισχυρό αίσθημα υπευθυνότητας. Η Νορβηγία από την άποψη αγοραστικής δύναμης κατά κεφαλή, είναι η πλουσιότερη των Σκανδιναβικών χωρών, αλλά εξαρτάται πολύ από το πετρέλαιο, ενώ η απομακρυσμένη Ισλανδία εξαρτάται οικονομικά από την αλιεία, καθώς επίσης και την τεχνολογική πρόοδο.

Η ανεργία δεν είναι ιδιαίτερος μικρή, ανερχόμενη στο 10% περίπου. Η χώρα αυτή έχει πολύ γενναίο σύστημα πρόνοιας, κάτι για το οποίο η χώρα είναι ιδιαίτερα υπερήφανη. Η χώρα καθώς και οι λοιπές Σκανδιναβικές χώρες έχουν υψηλή φορολογία, χωρίς όμως να διαμαρτύρονται γι' αυτό.

Οι Νορβηγοί όπως και οι άλλες σκανδιναβικές χώρες αποδίδουν μεγάλη σημασία στην κοινωνική ισότητα και οι πολίτες ένα γενναίο δίκτυο κοινωνικών ασφαλίσεων. Κατά τα τελευταία λίγα χρόνια τα ευεργετήματα ασθενείας, αναπηρίας και ανεργίας καθώς και η βοήθεια στις άγαμες μητέρες εμφανίζουν κάποια συγκράτηση. Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι η Νορβηγία είναι η μόνη χώρα του NATO που έχει σύνορα με τη Ρωσία.

Όπως ειπώθηκε, οι φόροι στη Νορβηγία καθώς και στις άλλες σκανδιναβικές χώρες είναι υψηλοί και οι κυβερνήσεις δεν διατάζουν να λιγοστεύουν τα έτη συνταξιοδότησης και η ηλικία συνταξιοδότησης, από 67 ετών έγινε 70. Χρηματοδοτούν επίσης και τους αγρότες.

Αδιαφορούν καθώς και άλλες Σκανδιναβικές χώρες για την τύχη των μεσογειακών χωρών και δεν λησμονούν ότι 3 από αυτές έζησαν για πολλά χρόνια υπό δικτατορικό καθεστώς. Το επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι πολύ υψηλό και η ευθύνη της ανήκει κατά μέγα μέρος στις επαρχιακές αρχές. Η μέθοδος πληρωμής των ειδικών γιατρών απαιτεί παραπομπή από τον οικογενειακό γιατρό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως στην Αγγλία.

Άμεσες εξετάσεις από τον ειδικό χωρίς να προηγηθεί επίσκεψη στο γενικό γιατρό δεν γίνεται. Συγκριτικά με διάφορες χώρες, η Νορβηγία έχει υψηλή δαπάνη για την υγεία, η οποία ανέρχεται σε πάνω από 8%. Μια αδρά εκτίμηση της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία δείχνει ότι 20% της ολικής δαπάνης για την υγεία καλύπτεται από σύγχρονη πληρωμή του ασθενούς. Άρρωστος στη Νορβηγία έχει ελεύθερη νοσηλεία και τα φάρμακα τα οποία δεν ανήκουν στη λίστα, όπως επίσης οι οδοντιατρικές εργασίες σε ενήλικους πληρώνονται από τον άρρωστο. Οι άρρωστοι έχουν δωρεάν ιατρική φροντίδα, εκτός από μια καθορισμένη πληρωμή 15 δολάρια ημερησίως. Κανείς άρρωστος δεν πληρώνει πλέον των 120 δολλαρίων ετησίως για όλες τις δαπάνες υγείας. Αυτά τα ευεργετήματα χρηματοδοτούνται από υποχρεωτική συμμετοχή σε σχήμα εθνικής ασφάλισης.

Η μικρή ιδιωτική αγορά είναι σχεδόν χωρίς επιχορήγηση ή αφαίρεση φόρου. Η οικονομική οργάνωση του συστήματος είναι ενδιαφέρουσα από της πλευράς της παροχής των πληρωμών. Υπάρχει ένας αποκεντρωμένος προϋπολογισμός για τους δήμους και τις επαρχίες. Οι δήμοι λαμβάνουν πρόσθετη χρηματοδότηση από το κράτος επί τη βάση δημογραφικών κριτηρίων, όπως μέγεθος πληθυσμού, ηλικιών κ.α. Στον προϋπολογισμό υπάρχει οροφή σε κάθε επίπεδο του συστήματος.

Μελετάται όπως το κόστος υγείας συγκρατείται με το σύστημα D.R.G. (Diagnoses Related Groups), το οποίο δοκιμάζεται ακόμα σε μερικά νοσοκομεία και την πληρωμή απαραίτητων φαρμάκων επί τη βάση μιας περιορισμένης λίστας από εγκριθέντα φάρμακα. Κάθε υπέρβαση του κόστους απαιτεί κυβερνητικό καθορισμό προτεραιοτήτων. Οροφή στον προϋπολογισμό με αυξανόμενες δαπάνες θεραπείας τείνει να εισαχθεί με περιορισμό δαπανηρών τεχνολογικών οργάνων σε πολλά νοσοκομεία. Ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα είναι οι μεγάλες ανισότητες των διαφόρων περιοχών ως προς το επίπεδο ποιότητας της φροντίδας.

Το πρόβλημα της κυβέρνησης αντιμετωπίζεται με περιορισμό των παροχών σε ορισμένες υψηλές προτεραιότητες, όπως προγράμματα εξωσωματικής γονιμοποίησης, αντικατάσταση του ισχίου κ.λ.π.

Η νομοθεσία καθορίζει ότι οι γιατροί και τα νοσοκομεία έχουν την υποχρέωση να παρέχουν οξεία φροντίδα, όπως επίσης υπάρχει η υποχρέωση των δήμων να παρέχουν και μέτρα προλήψεως.

Οδηγίες για καθορισμό προτεραιοτήτων έγιναν δεκτές από τους νομοθέτες της Νορβηγίας. Το σύστημα βασίζεται σε κατηγορίες υπηρεσιών υγείας που παρέχονται κατά προοδευτική ελάττωση της σημασίας.

Οι υπηρεσίες που έχουν μεγάλη προτεραιότητα κατευθύνονται προς τις ανάγκες, οι οποίες αν δεν ικανοποιηθούν θα αποτελέσουν απειλή για τη ζωή ή θα έχουν άλλες βαριές συνέπειες. Υπάρχει ένα στοιχείο επείγοντος, το οποίο ευνοεί την οξεία θεραπεία και ένα στοιχείο αντιμετώπισης της ποιότητας της ζωής, ευνοώντας χρόνιες νόσους με σοβαρή επίπτωση στη λειτουργικότητα.

Σημασία έχει το επιχείρημα της αλληλεγγύης. Αλληλεγγύη με όλες τις ομάδες της κοινωνίας είναι απαραίτητη για την πρόληψη επιδείνωσης της δημόσιας υγείας. Η ύπαρξη δύο βαθμίδων πιθανόν να υποσκάπτει την υποστήριξη από το δημόσιο σύστημα για μερικές ομάδες της κοινωνίας. Μέσα στο σύστημα ισότητας που χαρακτηρίζει τη Νορβηγία αυτό το επιχείρημα είναι ένας ισχυρός, πολιτικός, πολιτιστικός παράγων που καθορίζει το μικρό μέγεθος του ιδιωτικού τομέα. Τα παραπάνω επιχειρήματα μπορούν να εκτιμηθούν σε αυτό το πλαίσιο. Είναι αληθές ότι η ίση γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών στη Νορβηγία μπορεί να απειληθεί

από την ιδιωτική αγορά. Αυτό το επιχείρημα θα γίνει βάσιμο αν η ιδιωτική αγορά ελάττωνε την ποιότητα της δημόσιας βαθμίδας και δεν υπάρχουν άλλα προσιτά συστήματα. Στην περίπτωση αυτή η κυβέρνηση μπορεί με νόμο να επηρεάσει την κατάσταση.

Το Νορβηγικό μοντέλο στηρίζεται σε ένα πλήρες δημόσιο σκέλος, με τη δυνατότητα προσθήκης δεύτερου σκέλους εθελούσιας ασφάλισης. Μετά τον β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η Νορβηγία προσπάθησε να ιδρύσει ένα σύστημα μιας βαθμίδας αποκλειστικά δημόσιας. Αυτό στηρίζεται στην αρχή της ισότητας επηρεασμένης από τις αρχές του Σοσιαλδημοκρατικού κόμματος, δικαιοσύνης, αλληλεγγύης με ίσες ευκαιρίες και ίση δυνατότητα πρόσβασης στην εκπαίδευση και στην υγεία.

Μια αναφορά του υπουργείου υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων για την φροντίδα της υγείας, για το έτος 2000 τονίζει : «στη χώρα μας αποσκοπούμε στην ίδια πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα άσχετα με την γεωγραφική θέση και ικανότητα πληρωμής». Το σύστημα υγείας είναι ένα δημόσιο σύστημα ιατρικής φροντίδας («μια βαθμίδα, και ένας πληρωτής») οργανωμένο σε τοπικό επίπεδο. Αντίθετα προς το σύστημα των Η.Π.Α. το οποίο στηρίζεται στην αρχή της κατανόησης ότι η κυβέρνηση έχει μόνο την ευθύνη να επιτύχει το σκοπό της ισότητας, το Νορβηγικό σύστημα φροντίδας υγείας είναι οργανωμένο, ρυθμισμένο και χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση. Οι γιατροί όλων των νοσοκομείων έχουν σταθερό μισθό, που είναι περίπου κάτι μεταξύ 30-60 χιλ. δολλάρια ετησίως. Ένας γιατρός μπορεί να έχει και ιδιωτική πελατεία, αλλά τα κύρια έσοδα που προέρχονται από το μισθό, αλλά με τον σκοπό βελτίωσης των κινήτρων και αύξηση της παραγωγικότητας μερικά νοσοκομεία δέχονται μέρος των εισπράξεών τους ως αμοιβή κατά περίπτωση. Η αμοιβή εξαρτάται από το Αμερικανικό σύστημα διάγνωση ανά ομάδες (D.R.G. Diagnosis-Related-Groups). Το υπόλοιπο του συστήματος φροντίδας υγείας είναι ένα σύστημα που στηρίζεται στην αρχή της πληρωμής ανά υπηρεσία.

Το όλο σύστημα μοιάζει με το αγγλικό σύστημα και με τα αμερικανικά Η.Μ.Ο. Όλοι οι πολίτες καλύπτονται από την αρχή της ίσης πρόσβασης σε όλους τους τύπους ιατρικής φροντίδας από την προγενετική φροντίδα σε ιδιωτικές κλινικές περιλαμβανομένης και της διακοπής κυήσεως την οποία ζητεί η γυναίκα κατά τους πρώτους 3 μήνες. Κάθε τύπος θεραπείας που απαιτεί νοσηλεία σε νοσοκομείο παρέχεται δωρεάν στον πολίτη. Υπηρεσίες εξωτερικού ιατρείου παρέχονται επίσης δωρεάν εκτός από μια μικρή πληρωμή 15 δολλαρίων και δαπάνη ορισμένων φαρμάκων. Η δαπάνη για την υγεία είναι 8% του Α.Ε.Π.

Κανείς δεν δύναται να μην περιληφθεί στο Εθνικό δημόσιο σύστημα και να περιορισθεί μόνο στην ιδιωτική ασφάλιση, ούτε μπορεί ο πολίτης να ζητήσει συγκεκριμένο γιατρό της εκλογής του εντός του νοσοκομείου. Ο τομέας της ιδιωτικής φροντίδας υγείας είναι πολύ περιορισμένος, μερικά μόνον έχουν ολίγα κρεβάτια προορισμένα για εκλεκτική χειρουργική. Υπάρχουν επίσης ολίγα νοσοκομεία ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά, τα οποία χρηματοδοτούνται από το κράτος.

Μεγάλη συζήτηση έχει γίνει δημόσια ως προς το θέμα εάν στη Νορβηγία ήταν δυνατή η ίδρυση ιδιωτικού νοσοκομείου. Τον Σεπτέμβριο του '85 μια ομάδα γιατρών και επενδυτών υπέβαλαν αίτηση ίδρυσης ιδιωτικού νοσοκομείου 40 κλινών. Η αίτηση απορρίφθηκε. Δημιουργήθηκε θέμα εάν η άποψη αυτή είναι ορθή ηθικώς. Από την μια μεριά τέθηκε το ερώτημα πώς είναι δυνατόν ένας να είναι ελεύθερος να αγοράζει πολυτελή αντικείμενα ή να έχει ακριβές διακοπές και από την άλλη μεριά να εμποδίζεται να χρησιμοποιήσει τα χρήματά του για βελτίωση των όρων νοσηλείας. Είναι η άρνηση χρησιμοποίησης επιπλέον δαπάνης για την υγεία ένα παράδειγμα ισότητας παρά μόνο στο φθόνο και ενώ λιγοστεύει το επίπεδό του;

Στο αρνητικό γράμμα, το υπουργείο απάντησε ότι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που δεν επιτρέπει την διασπορά του και ότι προσθήκη ιδιωτικών νοσοκομείων θα έκανε το πρόβλημα χειρότερο.

Επίσης υποστηρίχθηκε ότι η δημιουργία ιδιωτικών νοσοκομείων θα αύξανε την ανισότητα στο θέμα αυτό. Με το ίδιο πνεύμα η κυβέρνηση απέρριψε τη χρηματοδότηση μεταβάσεως απόμων στο εξωτερικό για λόγους υγείας. Το νορβηγικό σύστημα βασίζεται σε 5 κατηγορίες ιατρικής φροντίδας που έχουν ποικίλη προτεραιότητα η οποία βαθμολογείται από 1 έως 4 προτεραιότητα. Η ταξινόμηση αυτή βασίζεται σε 3 θεμελιώδεις αρχές.

1. Υπάρχει η αρχή της ίσης προσβάσεως.
2. Υπάρχει η αρχή της βαρύτητας της νόσου. Βαρύτης της νόσου ορίζεται από την κακή έκβαση χωρίς θεραπεία.
3. Καθορίζει ποιες υπηρεσίες θα αποκλεισθούν ή θα έχουν χαμηλή προτεραιότητα.

Ισχύει κυρίως η αρχή ότι προτεραιότης πρέπει να δίνεται εις τον βαρέως πάσχοντα.

Ο αριθμός των γιατρών που εκπαιδεύονται ρυθμίζονται πάντοτε με συνεννοήσεις των σχολών και των ιατρικών εταιρειών. Ο αριθμός αυτός μεταβάλλεται κατά κανόνα.

Το σύστημα των δυο βαθμίδων ισχύει μόνο για τους πλούσιους. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι απαγορεύονται τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Το σύστημα των δυο βαθμίδων είναι αναπόφευκτο για το μέλλον. Μια μορφή μεταβάσεως από την μια βαθμίδα στις δύο λαμβάνει χώρα σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες κυρίως του βορρά. Το τελικό σημείο για την μεταμόρφωση σε ένα σύστημα δύο βαθμίδων, αλλά το σημείο εκκίνησης στη Νορβηγία είναι ομοιόμορφο σύστημα, χωρίς προς το παρόν ακόμα ύπαρξης δεύτερης βαθμίδας ιδιωτικής φροντίδας υγείας.

Νομοθέτες από το 1933 έχουν εγγυηθεί όριο αναμονής τους 6 μήνες. Οι επαρχίες είναι υπεύθυνες για την τήρηση αυτής της εγγυήσεως και είναι υποχρεωμένες εάν η ικανότητα της επαρχίας είναι χαμηλή να πληρώσει για θεραπεία εκτός της επαρχίας ακόμα και εκτός της Νορβηγίας. Δυστυχώς παρόλα αυτά ο χρόνος αναμονής δεν έχει περιορισθεί σε αποδεκτά επίπεδα. Πρέπει να προστεθεί ότι το εγγυημένο χρονικό διάστημα αναμονής δεν ισχύει για όλους τους αρρώστους. Μόνον αυτοί οι οποίοι πάσχουν από νόσους οι οποίες εάν παραμείνουν άνευ θεραπείας θα έχουν πολύ βαριές επιπτώσεις τότε έχουν αυτό το δικαίωμα. Πληρέστερη εξέταση των πρωτοκόλλων θεραπείας, επιλογή κριτηρίων για θεραπείες υψηλής δαπάνης αποκαλύπτουν ότι οι περιπτώσεις να παραλειφθούν ορισμένες θεραπείες είναι αυστηρότερες από άλλες χώρες π.χ. αυστηρά όρια υπάρχουν για μεταμόσχευση αυτόλογου ή αλλογενούς μυελού των οστών. Η Ολλανδική προσέγγιση καθορισμού προτεραιοτήτων στη φροντίδα υγείας είναι ένα παράδειγμα της γραμμής την οποία ακολουθούν οι πλείστοι των Ευρωπαϊκών χωρών, καθορισμού δηλαδή του βασικού επιπέδου. Βασικές προϋποθέσεις για την φροντίδα υψηλής προτεραιότητας είναι δραστηριότης ή ικανοποιητική σχέση δαπάνης και αποτελέσματος. Φροντίδα χαμηλής προτεραιότητας ή πολύ χαμηλή σχέση δαπάνης και αποτελέσματος αποκλείονται. Εξ αυτού του λόγου, υπάρχει ηυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες δεύτερης βαθμίδας. Η πείρα έχει δείξει ότι άτομα συχνά θέλουν να λάβουν μια θεραπεία η οποία από απόψεως κοινωνίας θεωρείται πιο αναγκαία, όπως επιλεκτική αισθητική χειρουργικής ή άλλες θεραπείες περιθωριακής χρησιμότητος.

Η δεύτερη αυτή βαθμίδα θα περιλαμβάνει ένα ευρύ πεδίο πειραματικής θεραπείας, όπως μεταμοσχεύσεις ή καινούριες θεραπείες καρκίνου όπου οι ενδείξεις ευνοϊκού αποτελέσματος είναι λιγότερο καλά αποδεδειγμένο.

Πάντως η Νορβηγία, μετά τον β' Παγκόσμιο Πόλεμο προσπαθεί να κρατήσει αποκλειστικό σύστημα μιας βαθμίδας δημόσιας φροντίδας υγείας. Αυτό στηρίζεται κυρίως στην αρχή της ισότητας στενά συνδεδεμένης με την επίδραση των δημοκρατικών κομμάτων μας και μιας κοινωνικής αλληλεγγύης, με ίσες ευκαιρίες στην πρόσβαση στην παιδεία και την φροντίδα υγείας.

Σε μια έκθεση του υπουργού υγείας και κοινωνικών ασφαλίσεων που χαράσσεται το σχέδιο φροντίδας υγείας προς το έτος 2000 εκφράζεται αυτή η άποψη : «Στη χώρα μας έχουμε ως αντικειμενικό σκοπό όλοι οι πολίτες να έχουν πρόσβαση σε ίση φροντίδα υγείας ανεξάρτητα γεωγραφικής θέσεως ή ικανότητα πληρωμής».

Όλοι οι πολίτες καλύπτονται και έχουν ίση πρόσβαση σε όλους τους τύπους της ιατρικής φροντίδας από προγενετική φροντίδα μέχρι φροντίδα σε γηροκομεία. Περιλάμβανε εκούσια έκτρωση στο α' τρίμηνο της κυήσεως. Υπάρχουν ολίγοι περιορισμοί, αλλά μόνο η συνήθης οδοντιατρική φροντίδα υγείας για ενήλικες είναι σαφώς εκτός της Εθνικής φροντίδας υγείας.

Κάθε τύπος θεραπείας που απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο είναι ελεύθερος. Υπηρεσίες εξωτερικού ιατρείου είναι ελεύθερες εκτός μιας μικρής συμμετοχής (ίσης με 15 δολάρια), καθώς και η δαπάνη για ορισμένα φάρμακα. Το βάρος της αλληλεγγύης που κατανέμεται γίνεται κυρίως με υποχρεωτικό φόρο εισοδήματος.

Η Νορβηγία δαπανά περί το 8% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος για την κάλυψη των δαπανών της ιατρικής φροντίδας.

Κανείς άρρωστος δεν μπορεί να εξέλθει του Εθνικού συστήματος και να αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Κανείς άρρωστος δεν μπορεί να διαλέξει τον γιατρό του όταν νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

ΣΟΥΗΔΙΑ

Η Σουηδία με την Νορβηγία και την Δανία και λιγότερο την Φινλανδία αποτελούν τις βόρειες χώρες που χαρακτηρίζονται από μεγάλο πολιτισμό, ευημερία και κράτος Πρόνοιας, το οποίο αποτελεί πρότυπο ζηλευτό για όλες τις άλλες χώρες. Η Σουηδία, είχε μοναρχικό πολίτευμα μέχρι το 1918, οπότε έγινε κοινοβουλευτική μοναρχία. Το 1927 που είχε πια ωριμάσει το κοινοβουλευτικό καθεστώς, η δύναμη της βασιλείας ελαττώθηκε και βαθμηδόν έχασε κάθε ισχύ. Το 1932 συνέβη η εκλογική νίκη των σοσιαλδημοκρατών. Αυτά μαζί με το αγροτικό κόμμα επέφερε διάφορες μεταβολές. Η εκτελεστική εξουσία στηριζόταν σε μια πλειοψηφία στη Βουλή. Για τους γιατρούς οι εκτελεστικές αποφάσεις ήταν μειονέκτημα με πολιτικές διαπραγματεύσεις σε μια επιτροπή το ιατρικό σώμα απαιτούσε να παρουσιάσει τις απόψεις του σε ένα forum όπου οι γνώμες εξισορροπούντο. Η πολιτική της σουηδικής φροντίδος υγείας συχνά ερμηνεύεται ως μια παλαιά παράδοση της δημόσιας προμήθειας των υπηρεσιών υγείας.

Η Βασιλική Ιατρική Ακαδημία ιδρύθηκε το 1663 από 4 Σουηδούς ιατρούς οι οποίοι στη συνέχεια αναγνωρίστηκαν από τον βασιλέα. Το 1685 οι Κουρείς προήγαγαν τους εαυτούς τους στην Χειρουργική εταιρεία. Αλλά η ιατρική Ακαδημία αρνήθηκε να τους αναγνωρίσει. Η χειρουργική εταιρεία ενσωματώθηκε με την ιατρική εταιρεία, η οποία το 1887 αποτέλεσε το «Κολλέγιο των γιατρών» το οποίο έλαβε το προνόμιο να αναγνωρισθεί ως πανεπιστήμιο που παρείχε πτυχία και δικαίωμα ασκήσεως. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνας ιδρύθηκε ένα είδος επαγγελματικής ιατρικής εταιρείας.

Ιστορικό γεγονός για την Σουηδία αποτέλεσε η ίδρυση του Σοσιαλδημοκρατικού Κόμματος, του οποίου η ηγεμονία κράτησε για πολλά χρόνια. Παράλληλα από το 1886 ιδρύθηκε το Συντηρητικό Κόμμα και το Κόμμα των Φιλελευθέρων. Προσπάθειες να ιδρυθούν εθνικές ασφαλίσεις υγείας απέτυχαν και αντί αυτών έγιναν νόμοι δια των οποίων η κυβέρνηση χορηγούσε επιδόματα για εκούσια ασφάλιση υγείας. Οι νόμοι περί ιδρύματος ασθενείας το 1891 και το 1910 παρείχαν στην κυβέρνηση το δικαίωμα να χορηγεί επιδόματα νοσημάτων σε τοπικά ταμεία, υπό τον όρο αυτά να παρέχουν επιδόματα προς κάλυψη η οποία χάθηκε λόγω νόσου. Από το 1913 έγιναν προτάσεις για υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για τους χαμηλόμισθους.

Το 1925 μια επιτροπή αποφάσισε όπως σχέδια για την εθνική ασφάλιση υγείας εγκαταλειφθούν και αντί αυτού με έναν καινούριο νόμο θα δημιουργείτο εθελούσια ασφάλιση υγείας.

Η Σουηδική κατάσταση έγινε πολύπλοκη επειδή η κίνηση για ταμείο ασθενείας διασπάστηκε σε δύο. Το 1916 ιδρύθηκε η κεντρική οργάνωση εθνικού ιδρύματος ασθενείας το οποίον απετέλεσε το εθνικό ίδρυμα. Το 1907 η Σουηδική Ιατρική εταιρεία, απείλησε τους γιατρούς ότι θα εισαγάγει Γερμανούς και Δανούς γιατρούς, των οποίων οι συνθήκες διαβιώσεως στη χώρα τους ήταν κακές. Το 1930 η κυβέρνηση παρουσίασε ένα νέο νόμο για ταμείο ασθενείας. Η συμφωνία μεταξύ των σοσιαλδημοκρατιών και του κόμματος των αγροτών επέφερε ένα είδος παράλληλης πορείας από το 1932.

Το τέλος του β' Παγκοσμίου πολέμου, όπως και στις άλλες χώρες της Ευρώπης θεωρήθηκε ως η κατάλληλη ευκαιρία να διευρύνουν τα κοινωνικά μέτρα.

Το σουηδικό κράτος Πρόνοιας βασιζόταν στο πρόγραμμα κοινωνικών ασφαλίσεων που ιδρύθηκε στις δυτικές Ευρωπαϊκές χώρες. Το 1946 και το 1947 νομικές ρυθμίσεις έγιναν για συντάξεις, επιδόματα, ασφαλίσεις υγείας και επιδόματα στέγης. Οι σοσιαλδημοκράτες ήταν τώρα σε θέση να εισαγάγουν τα κύρια θεμέλια του σουηδικού κράτους πρόνοιας. Αν και το σοσιαλδημοκρατικό κόμμα είχε την κοινοβουλευτική υπεροχή για να εφαρμόζει τις μεταρρυθμίσεις ήταν υποχρεωμένο να λάβει υπόψη και τις επιτυχίες των κομμουνιστών.

Η Σουηδική Ιατρική Εταιρεία όρισε ότι προτιμά εκούσια ασφάλιση αντί της υποχρεωτικής και συνέστησε στην Κυβέρνηση να πιέσει για περισσότερες εθνικές παροχές. Δυο χρόνια αργότερα, δηλαδή το 1948 δημοσιεύθηκε το πόρισμα της επιτροπής Hojer το οποίο ανέλυσε λεπτομερώς επαναδιοργάνωση του συστήματος ασφαλίσεως υγείας το οποίο ομοίαζε κατά πολύ με το N.H.S. Η Σουηδική Ιατρική Εταιρεία διαφώνησε ισχυρώς με τις μεταρρυθμίσεις που συνιστούσε η επιτροπή Hojer.

Δεν ήταν η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας το κύριο αίτιο διαφωνίας. Οι γιατροί θα γίνονταν έμμισθοι υπάλληλοι. Εκτός από την ομάδα των γιατρών και άλλες κοινωνικές ομάδες επετέθησαν κατά του πορίσματος του Hojer. Και η μη ψήφιση του πορίσματος Hojer εξελήφθη ως μια νίκη της Σουηδικής Ιατρικής Εταιρείας.

Ιδιωτική ιατρική πρακτική διατηρήθηκε και στα δημόσια νοσοκομεία και τα ιδιωτικά γραφεία.

Οι γιατροί θα πληρώνονταν κατά περίπτωση από τους αρρώστους και από τις ασφάλειες και όχι με μισθό από το κράτος, όπως προέβλεπε το σχέδιο του Hojer.

Έτσι αντί της εθνικής υπηρεσίας υγείας αν ένας νέος νόμος ψηφίσθηκε το 1955, ο οποίος θα εκάλυπτε όλο τον πληθυσμό για ευεργετήματα ιατρικά και χρηματικά, τα οποία θα παρέχονταν από τα προϋπάρχοντα ταμεία και θα πληρώνονταν από τον εργοδότη και τον εργαζόμενο καθώς και από την κυβέρνηση.

Τελικά η μεταρρύθμιση του Hojer υπέστη ήττα και διατήρησε έναν αριθμό μορφών ιδιωτικής πρακτικής σημαντικής για τους γιατρούς.

Δεν πέρασε πολύς καιρός και η οικονομική αυτονομία των γιατρών απειλήθηκε εκ νέου, επειδή το σοσιαλδημοκρατικό κόμμα προέβη σε διάφορες τροποποιήσεις συχνά χωρίς να συμβουλευτεί την ιατρική εταιρεία. Όλες αυτές οι προθέσεις των μεταρρυθμίσεων απέβλεπαν στην ελάττωση της δύναμης αγοράς των γιατρών, αυξάνοντας τον αριθμό τους και ελαττώνοντας το εύρος της ιδιωτικής πρακτικής.

Ο νόμος για την Εθνική ασφάλεια υγείας επέτρεπε ποικιλία μορφών ιδιωτικής ιατρικής πρακτικής. Μέσα στα δημόσια νοσοκομεία υψηλόβαθμοι γιατροί μπορούσαν να δέχονται ιδιωτικούς αρρώστους ως εσωτερικούς στα ιδιαίτερα κρεβάτια ή κατά την διάρκεια της ιδιωτικής εξωνοσοκομειακής παρακολούθησεως καθώς και στα ιδιωτικά ιατρεία. Η Σουηδική Εθνική ασφάλιση υγείας εκάλυπτε τις

δαπάνες των γιατρών για όλες τις μορφές ιδιωτικής ασφάλισης. Οι άρρωστοι πλήρωναν τους γιατρούς και στη συνέχεια πληρώνοντο από την ασφάλεια ένα ορισμένο ποσό (75%) και οι γιατροί είχαν το δικαίωμα να στέλνουν επί πλέον για λογαριασμούς για όλους τους αρρώστους, οι οποίοι έρχονταν στα ιατρεία τους ή στις κλινικές τους.

Στις μεγάλες πόλεις όπου υπήρχε η περισσότερη πελατεία η ιδιωτική φροντίδα ασθενών δηλαδή τα ιδιωτικά κρεβάτια στα νοσοκομεία και στις ιδιωτικές κλινικές ποτέ δεν ήταν μεγάλη. Αλλά η ιδιωτική εξωνοσοκομειακή πελατεία ήταν αξιόλογη στην Στοκχόλμη, στο Μάλμο και άλλες πόλεις. Ιδιαίτερα στη Στοκχόλμη το 70% των εξωνοσοκομειακών επισκέψεων τον Σεπτέμβριο του 1968 έγινε στον ιδιωτικό φορέα εκ των οποίων 62% στα ιδιωτικά ιατρεία.

Βαθμηδόν οι κυβερνήσεις των Σοσιαλδημοκρατών οργάνωσαν εκ νέου το σύστημα υγείας και απέκρουσαν ευκαιρίες για πρακτική ιδιωτικής ιατρικής.

Εσκόπευαν να αυξήσουν το σχέδιο της κυβερνήσεως και να επιτύχουν μια καλύτερη κατανομή των νοσοκομειακών πηγών. Αλλά η πλέον δραματική απειλή για τον ιδιωτικό τομέα επισυνέβηκε το 1969 με την εισαγωγή της μεταρρύθμισης «των επτά Κορωνών». Αυτή η μεταρρύθμιση απομάκρυνε τελείως την ιδιωτική ιατρική από τα δημόσια νοσοκομεία και αντικατέστησε την πληρωμή κατά περίπτωση στους διευθυντές του νοσοκομείου με πλήρεις μισθούς.

Η μεταρρύθμιση των «επτά Κορωνών» ήταν μέρος μιας πολιτικής στη περιοχή φροντίδας υγείας, φορολογίας και οικονομικής πολιτικής τα οποία υποσκοπούσαν να εδραιώσουν την εκλογική θέση σε μια εποχή κατά την οποία το εκλογικό μέλλον εκινδύνευε. Η μεταρρύθμιση «των επτά Κορωνών» έγινε σε τρεις φάσεις :

- 1) Η κυβέρνηση προετοίμασε την πρόταση για να ελαττώσει τα σχόλια της ενδιαφερόμενης ομάδας κατά το δυνατόν.
- 2) Η πρόταση συζητήθηκε στη βουλή όταν οι σοσιαλδημοκράτες είχαν απόλυτη πλειοψηφία αν και οι βουλευτές του Κέντρου και οι φιλελεύθεροι εψήφισαν το νόμο.
- 3) Μετά την ψήφιση του νόμου, συζητήσεις μεταξύ της κυβερνήσεως και της ιατρικής εταιρείας της Σουηδίας έγιναν μεταρρυθμίσεις. Οι άρρωστοι δεν θα πλήρωναν κατευθείαν τον γιατρό περιμένοντας την πληρωμή τους από τις εθνικές ασφάλισης υγείας. Αντί αυτού θα πληρώνουν το νοσοκομείο μια ενιαία πληρωμή επτά κορωνών ισοδύναμη με 1,40 δολάρια. Συγχρόνως το ιδιωτικό ταμείο των γιατρών καταργείται. Καμιά ιδιωτική πληρωμή δεν θα γινόταν μέσα στο δημόσιο νοσοκομείο.

Οι νέοι και οι αγροτικοί γιατροί δεν επηρεάστηκαν από την αφαίρεση της ιδιωτικής πελατείας από τα νοσοκομεία ούτε η ανταγωνιστική πίεση εναντίον πρακτικής ιδιωτικών ιατρείων. Η ήττα της μεταρρυθμίσεως του Hojer αντιμετωπίστηκε με αύξηση των εισαγωγών στις ιατρικές σχολές το 1950, ενώ το 1957 έγινε η απεργία των γιατρών η οποία ακολούθησε το νόμο για τα νοσοκομεία το 1959. Το 1969 καθώς και με τον νόμο Εθνικής ασφάλισης υγείας η Ιατρική Εταιρεία αντιμετωπίστηκε με μια υποστήριξη από την κυβέρνηση. Κατά την μεταπολεμική περίοδο, περίπου οι 50% των βουλευτών είχαν θέση στα επαρχιακά συμβούλια μέσα στο κόμμα.

Με τον νόμο «των επτά Κορωνών» το Σουηδικό σύστημα υγείας έκανε ένα αποφασιστικό βήμα για να γίνει μια εθνική υπηρεσία υγείας. Η πλειονότητα των γιατρών εργάζονταν σε έμμισθες κυβερνητικές θέσεις. Οι άρρωστοι πλήρωναν ένα πολύ μικρό ποσό κατά την διάρκεια της θεραπείας και το υπόλοιπο της δαπάνης πληρωνόταν από την Εθνική ασφάλιση Υγείας. Οι άρρωστοι εξακολουθούσαν να πληρώνουν, τα οποία εισέπρατταν συνέχεια από τα ταμεία ασφάλισης και στη συνέχεια το ποσοστό των πλήρους απασχολήσεως ιατρών από 15% το 1964

έπεσαν σε 6% το 1979 και η μέση ηλικία των ιδιωτικών γιατρών ανήλθε στα 57 χρόνια αντί των 39 ετών της πλήρους ιατρικής απασχολήσεως.

Το 1976 με την άνοδο των μη Σοσιαλιστικών κυβερνήσεων οι περιορισμοί της ιδιωτικής πρακτικής για τους γιατρούς των νοσοκομείων αφαιρέθηκαν και συγχρόνως έγιναν σχέδια για να τοποθετηθούν όλοι οι ιδιωτικοί γιατροί υπό την νομοθετική επίβλεψη των δημοτικών συμβουλίων, έγινε μια μελέτη για τους ιδιωτικούς γιατρούς.

Το 1982 οι Σοσιαλδημοκράτες απέκτησαν πάλι την πλειοψηφία και εισήγαγαν εκ νέου τους περιορισμούς της ιδιωτικής πρακτικής. Προηγούμενοι περιορισμοί είχαν ελαττώσει τον αριθμό των ιδιωτικών γιατρών πλήρους απασχολήσεως και ο αριθμός συνεχίστηκε να ελαττώνεται από την μη Σοσιαλιστική κυβέρνηση. Με την μεταρρύθμιση «των επτά Κορώνων» η μακρά περίοδος της επικράτησης των Σοσιαλδημοκρατών ήλθε σε ένα τέλος. Δυο χρόνια αργότερα έγινε μια προσπάθεια για ίδρυση ασφάλειας υγείας η οποία όμως καθυστέρησε.

Μία επιτροπή υπό τον Hojer διευθυντή εθνικού συμβουλίου υγείας εμελέτησε την αναδιοργάνωση του σχήματος του περιπατητικού συστήματος με τύπο ανάλογο με το N.H.S. των Βρεταννών. Η Σουηδική Ιατρική Εταιρεία εγκατέλειψε την συμπλιωτική τάση διαμαρτυρίας για την μεταρρύθμιση του Hojer και συνηγορούσε υπέρ της έμμισθου υπηρεσίας. Η αποτυχία της μεταρρυθμίσεως του Hojer θεωρήθηκε ως μια νίκη της Σουηδικής Ιατρικής Εταιρείας.

Η ήττα της μεταρρυθμίσεως του Hojer διατήρησε έναν αριθμό μορφών ιδιωτικής εταιρείας οι οποίες ήσαν ενδιαφέρουσες στο ιατρικό κοινό. Δεν ήταν πολύ πριν από την απειλή της οικονομικής αυτονομίας των γιατρών.

Οι άρρωστοι πλήρωναν τους γιατρούς τους και τα χρήματα αυτά τα ζητούσαν στη συνέχεια από τους ασφαλιστές συνήθως κατά 75% και οι γιατροί ήσαν ελεύθεροι να χρεώνουν επιπλέον κατευθείαν τον άρρωστο όταν ερχόταν στο ιατρείο τους. Το μέγιστο τμήμα του πληθυσμού ήταν στη Στοκχόλμη.

Η κύρια διαφορά μεταξύ του ιατρικού επαγγέλματος στη Σουηδία και αλλού έγκειτο στην πολιτική στρατηγική θέση. Αν και οι απεργίες ήσαν αρκετά αποτελεσματικές μεταπολεμικώς, τα αποτελέσματα των απεργιών ήσαν μικρά. Έτσι η ιδέα ότι οι γιατροί μπορούν να φράζουν κάθε μεταρρύθμιση κατερχόμενοι σε απεργία ήταν μύθος.

Οι ασθενείς στα νοσοκομεία και τις πολυκλινικές καθώς και στις άλλες περιοχές πλήρωναν τις «επτά Κορώνες». Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '80 έγινε προσπάθεια ελάττωσης των εθνικών ελέγχων στις επαρχίες.

Το 1982 ο νόμος των υπηρεσιών υγείας που ακολουθήθηκε από τη μεταρρύθμιση 1983 έως 1985 εισήγαγε δυο μεγάλες μεταβολές οι οποίες δυνάμωσαν την ανεξαρτησία και την δύναμη των επαρχιακών συμβουλίων.

Κατά το τέλος της δεκαετίας του '80 υπήρχαν τρεις σχετιζόμενες δυνάμεις εν ενεργεία αφορώσες τις ευθύνες στον τομέα της υγείας. Ο πρώτος ήταν η έντονη επιθυμία των δημοτικών υπαλλήλων να ελαττώσει τον βαθμό των Εθνικών κατευθύνσεων. Ο δεύτερος ήταν η πραγματικότητα αποκέντρωσης περιοχών αυξημένων λήψεων αποφάσεων και ο τρίτος ήταν αύξηση συνεργασίας μεταξύ επαρχιών.

Στις αρχές της δεκαετίας του '90 αυτές οι τρεις δυνάμεις ήσαν μια δύναμη για αύξηση των περιοχών μεταξύ τους. Έγινε μια νέα μεταρρύθμιση η οποία απαιτούσε δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες να αποδέχονται ασθενείς μετά 5 ημέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Το 1991 το συμβούλιο της Στοκχόλμης ήταν από τα πρώτα να αρχίσουν ένα πλήρη πρόγραμμα αγοράς.

Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου το οποίο είναι ακόμα εν ισχύ, ήταν η δημιουργία εσωτερικής αγοράς για τα νοσοκομεία αντί του σχεδιαζόμενου και ο λειτουργούντος προϋπολογισμού. Μια ιατρική υπηρεσία του Δήμου κράτησε όλες τις ευθύνες αλλά απέσυρε από την λειτουργική ευθύνη ομάδες προμηθευτών. Οι τιμές για θεραπεία στα νοσοκομεία καθορίζονται από μια ειδική λίστα τιμών είτε κατόπιν συμφωνίας είτε με απλουστευμένο σύστημα D.R.G. Συμπλήρωμα εισήχθη για να ενθαρρύνει τους αρρώστους να χρησιμοποιούν τα κέντρα υγείας ως το σημείο εκκινήσεως του συστήματος. Και οι άλλες επαρχίες ακολουθούν το ίδιο σύστημα ελαφρώς διαφορετικό. Το κρίσιμο σημείο είναι ότι τα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας ενθαρρύνονται να παράγουν αυτά τα ίδια. Δημιουργώντας μια υπηρεσία σε σχέση μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των διαφόρων μονάδων παραγωγής έργου, υπήρχε η προσδοκία ότι θα προκύψουν κίνητρα για τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας να ελαττώσουν το ποσοστό της παραπομπής στα νοσοκομεία. Η ευθύνη για τον αντικειμενικό σκοπό της «υγείας για όλους» στο οποίο παρέχεται ειδική έμφαση σε μοντέλο. Αυτές οι μεταβολές θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ένας νέος οργανισμός αγοράς που αντικαθιστούσε το διοικητικό σώμα.

Κάθε καλά εκπαιδευμένος γιατρός ήταν ελεύθερος να ασκεί όπου ήθελε μόνος ή με άλλους μια πελατεία 1000 έως 2000 ατόμων. Ο άρρωστος ήταν ελεύθερος να μεταγραφεί σε άλλη λίστα ή να ζητήσει την συμβουλή ενός ειδικού όπου ήθελε.

Οι περιορισμοί ανοίγματος ιδιωτικού ιατρείου από ειδικούς επίσης αφαιρέθηκαν. Ο γιατρός της οικογένειας πληρωνόταν και ακόμα πληρώνεται σύμφωνα με ένα μεικτό σύστημα κατά κεφαλή πληρωμής από τον δήμο και συμπληρωματικής πληρωμής από τον άρρωστο. Η πληρωμή από τον δήμο καλύπτει το 70% με 80% της πληρωμής του οικογενειακού γιατρού και στην συνέχεια διαφοροποιείται αναλόγως με την ηλικία των ασθενών. Αυτές οι μεταβολές έγιναν ως μια προσπάθεια να ενισχύσει κανείς δυναμική επάρκεια παρά ένα μέτρο μείωσης των πληρωμών. Κατά τα τελευταία 30 χρόνια ο αριθμός των ατόμων πέραν των 85 τριπλασιάστηκε.

Έτσι, στα μέσα του 1990 τα τοπικά συμβούλια έγιναν τα πλέον ενδιαφέροντα σώματα της Σουηδικής ιατρικής φροντίδας. Οι μεταβολές του 1990 είναι η πλέον σύγχρονη έκφραση της αποκέντρωσης των αρχών του συστήματος υγείας της Σουηδίας. Η λογική πίσω από την αποκέντρωση του τομέα υγείας ήταν ανάλογη με αυτή των άλλων μορφών της πολιτικής ζωής της Σουηδίας. Ο μέσος όρος γενικά της επαρχίας έχει 250 - 300.000 ανθρώπους. Στην επαρχία της Στοκχόλμης μια διοίκηση με το συντηρητικό κόμμα εξήτησε να κάνει τον νοσοκομειακό τομέα πιο επαρκή. Εκ των νοσοκομείων της επαρχίας ένα μεταμορφώθηκε σε νοσοκομείο, οφθαλμιατρείο, λόγω αυξήσεως της εμφυτεύσεως κερατοειδούς. Ένα άλλο έγινε εξωτερικό ιατρείο. Οι μεταβολές αυτές στη Στοκχόλμη έθεσαν τους λογαριασμούς των νοσοκομείων στα χέρια των συμβουλίων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτή η μορφή μεταρρύθμισης αποτελεί μια από τις πιο θαρραλέες πράξεις διότι παρείχε κατευθείαν οικονομική ενίσχυση στο σκοπό δημιουργίας ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Το 1982 η κοινωνική ιστορία της Σουηδίας είναι σημαντική επειδή εκείνο το έτος η χώρα έχασε την αρχηγία του κόσμου στη δαπάνη για φροντίδα υγείας, την οποία πήραν οι Η.Π.Α.

Στη Σουηδία κάθε νομός κυβερνάται από ένα συμβούλιο που εκλέγεται από το λαό και ασκεί πλήρη διοικητική εξουσία. Στην πράξη τα συμβούλια των επαρχιών παρέχουν ένα αρκετά σημαντικό ποσό σε δημόσιους managers και επαγγελματίες.

Από το 1982 σύμφωνα με τον νόμο περί υγειονομικών αρχών οι επαρχίες είναι υπεύθυνες για όλα τα προβλήματα υγείας. Εν τούτοις για την προχωρημένη ιατρική φροντίδα και για θέμα έρευνών η χώρα χωρίζεται σε 6 περιοχές με 1 ή 2 πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Τα φαρμακεία πληρώνονται από το κράτος εκτός για

ενδοοικογενειακή χορήγηση όταν η δαπάνη τους ή ο άρρωστος από κοινού πληρώνει το ¼ της δαπάνης. Εις την λίστα υπάρχουν 1900 φάρμακα.

Η Σουηδία είναι μοναδική για την υψηλή πολιτική υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στις αρχές της νέας χιλιετίας και ύστερα από τόσα χρόνια οικονομικών και πολιτικών εξελίξεων, στο επίκεντρο του προβληματισμού γύρω από τις ενδεχόμενες αλλαγές στα συστήματα υγείας βρίσκεται το υψηλό κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και τα συνακόλουθα προβλήματα χρηματοδότησης που αντιμετωπίζουν όλες οι χώρες και ιδιαίτερα εκείνες που έχουν επιλέξει σημαντικό βαθμό συμμετοχής του δημόσιου τομέα (εθνικά συστήματα υγείας). Το κυρίαρχο λοιπόν στοιχείο προβληματισμού είναι οι δυνατότητες των μηχανισμών της αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της ανεπάρκειας και της διάθεσης των περιορισμένων πόρων.

Είναι γνωστό ότι τα τελευταία χρόνια και ανεξάρτητα από τις διαδικασίες ενοποίησης της ευρωπαϊκής αγοράς, ο ανταγωνισμός και οι δυνάμεις της αγοράς προβάλλονται ως λύση από τους εκφραστές της νεοφιλελεύθερης πολιτικής άποψης με κύριο εκπρόσωπο την «πολιτική Θάτσερ». Εκφράστηκαν σοβαρές επιφυλάξεις για το αποτέλεσμα της λειτουργίας μιας ελεύθερης αγοράς υγείας με κοινή την αντίληψη ότι ο ανταγωνισμός είναι επικίνδυνος για την ποιότητα των υπηρεσιών, αλλά και, ακόμη πιο σοβαρό, για τη δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης (equity) των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Υπήρξαν επίσης σοβαρές επιφυλάξεις για το κατά πόσον τα αρνητικά αυτά αποτελέσματα του ανταγωνισμού αντισταθμίζονται από πραγματική μείωση του κόστους και λύση του προβλήματος της χρηματοδοτικής ανεπάρκειας.

Από την άλλη πλευρά, αναγνωρίστηκε ότι η «λογική» της αγοράς μπορεί να προσφέρει κάποιες λύσεις με την εισαγωγή του ορθολογικού σχεδιασμού και την προγραμματισμένη κατανομή των πόρων. Οι λύσεις αυτές που μπορούν να συντελέσουν στη διαμόρφωση μιας πολιτικής συμπίεσης του κόστους βρίσκονται στις παρακάτω τρεις διαπιστώσεις.

- 1) Οι μέθοδοι της σύγχρονης διοίκησης και οργάνωσης (management) που αναπτύχθηκαν κύρια στον ιδιωτικό τομέα, είναι απαραίτητα να χρησιμοποιηθούν και στον τομέα υγείας ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη μορφή του συστήματος και τη φιλοσοφία που το χαρακτηρίζει.
- 2) Η σωστή χρησιμοποίηση της ιατρικής τεχνολογίας επιβάλλει μια επαναθεώρηση του ρόλου της και κυρίως τις επιπτώσεις από τη δημιουργία τεχνητής ζήτησης. Επίσης, πρέπει να μελετηθεί η οικονομική της αποτελεσματικότητα, ιδιαίτερα σε συσχετισμό με εναλλακτικές μορφές υπηρεσιών υγείας.
- 3) Η υιοθέτηση «οριακών» μορφών ιδιωτικοποίησης σε τομείς υπηρεσιών που δεν σχετίζονται άμεσα με την υγεία, αλλά αποτελούν σημαντικά στοιχεία κόστους για το σύστημα, μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα.

Οι τάσεις που διαγράφονται στο διεθνή χώρο θα έχουν τις επιπτώσεις τους και στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και στην Ελλάδα του μέλλοντος. Οι οποιεσδήποτε ιδεολογικές παράμετροι θα εξακολουθούν να παίζουν το ρόλο τους, αλλά η έμφαση στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας δεν μπορεί παρά να τείνει προς κάποιου βαθμού εναρμόνιση με τις ευρωπαϊκές και κυρίως τις Κοινοτικές προοπτικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Davidoff, P. and Reiner, T.A. (1962), "A Choice Theory of Planning", **JAIP**, vol. 28

Parston, G. (1980), **Planners, Politics and Health Services**, London: Croom Helm

Davidoff, P. (1965), "Advocacy and Pluralism in Planning", **JAIP**, vol. 31

Peattie, L.R. (1968), "Reflections on Advocacy Planning", **JAIP**, vol. 34

Rabinovitz, F.F. (1967), "Politics, Personality and Planning" in Faludi, A. (ed.) (1973), **A Reader in Planning Theory**, Oxford, Pergamon Press Ltd.

Navarro, V. (1976), **Medicine under Capitalism**, London: Croom Helm

Hart, J.T. (1971), "The National Health Service in England and Wales – A Marxist Evaluation", Parts 1 and 2, **Marxism Today**, November and December

Kelman, S. (1975), "The Social Nature of the Definition Problem in Health", **IJHS**, vol. 5

Krause, E.A. (1977), **Power and Illness**, New York: Elsevier North-Holland

Renaud, M. (1975), "On the Structural Constraints to State Intervention in Health", **IJHS**, vol. 5

Rossdale, M. (1965), "Health in a sick society", **New Left Review**, vol. 34, pp. 82-91

WHO (1975), **Promoting Health in the Human Environment**, Geneva, WHO

WHO (1972), **Health Hazards of the Human Environment**, Geneva : WHO

Ζευγαρίδης (1984), *Εισαγωγή στο Koontz, H. και O' Donnell, C., **Οργάνωση και Διοίκηση***, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 1984

Zammit – Tabona V. (1974), "Principles and Methods of Evaluation of National Health Programmes", in **WHO, Afro Technical Papers No 7**, Regional Office for Africa

Λιαρόπουλος, Λ. (1983), «Τίτλος Υγείας : Πρέπει να Γίνει Μηχανή Οικονομικής και Κοινωνικής Αναπτυξιάς μας», **Οικονομικός Ταχυδρόμος**, 9/6/1983

Donabedian, A. (1968), "Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care", **Medical Care**, vol. 6, no. 3

Αναπλιώτη – Βαζαίου, Ε. (1984), **Παγκόσμιες αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Συστήματα**, Αθήνα

Maxwell R. (1975), **Health Care the Growing Dilemma**, McKinsey, London

Simanis J.G. (1975), **National Health Systems in Eight Countries**, U.S. DHEW, Washington

Σίσσουρας Α. (1988), Κοινωνική Δημοκρατία, **ΤΑ ΝΕΑ**, 5 Σεπτεμβρίου

Γαρδικας, Κ.Δ. (2000), «*Εθνικά Συστήματα Υγείας Διαφόρων Χωρών*», κεφ. 14-15, **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.**, Αθήνα

Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2003), «*Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*», **ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ**, 2003, Αθήνα

