



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ

ΤΟΥ

ΚΑΜΕΚΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ

ΑΜ. 113 ΕΤΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ 2007

ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

**«ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ
ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ: ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ»**

Επιβλέπων:

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Ε. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ

Ρέθυμνο 2008

ΑΞΙΟΛΟΓΗΤΕΣ

1. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ

2. ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

3. ΜΕΝΔΡΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

Ημερομηνία Αξιολόγησης:

στην Δανάη για την αγάπη και την στήριξη της...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	8
1.1 Εισαγωγή	9
1.2 Επισκόπηση της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα	9
1.3 Πλαίσιο της πολιτικής υγείας	11
1.4 Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες	13
1.4.1 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας	13
1.4.2 Προσδιορισμός δημογραφικών παραγόντων	18
1.4.3 Προσδιορισμός δεικτών κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης	20
1.5 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: η αναγόρευση της υγείας σε κοινωνικό αγαθό	25
1.6 Το ΕΣΥ: η αναγόρευση της δημόσιας υγείας σε αγαθό «εν ανεπαρκεία»	27
1.7 Η «μεταρρύθμιση» της μεταρρύθμισης (2000-2001)	30
2. ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	37
2.1 Περιεχόμενο θεσμικής παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	38
3. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	48
3.1 Αποτύπωση του φαινομένου της κερδοσκοπίας στα πλαίσια τόσο της κοινωνικής όσο και της ιδιωτικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας	49
3.2 Ανάλυση των δύο διαφορετικών μοντέλων ασφάλισης	51
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	55
4.1 Επιχειρώντας μία κριτική επισκόπηση.....	55
4.2 Μία πρόταση έρευνας	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Όνοματεπώνυμο: Απόστολος Καμέκης.

Όνομα πατρός: Ναθαναήλ.

Ημερομηνία γέννησης: 29-04-1983

Τόπος γέννησης: Θεσσαλονίκη.

Τόπος κατοικίας: Κελαιδή 13 , τ.κ. 74100 , Ρέθυμνο.

E-mail: kamekis@yahoo.gr

Τίτλοι σπουδών:

- Απόφοιτος του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης (βαθμός: 8,04)
Τίτλος πτυχιακής εργασίας: «Ενδοεπιχειρησιακή κατάρτιση και διαχείριση ανθρώπινων πόρων», (βαθμός: Άριστα 10).
- Τελειόφοιτος του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πολιτικής Ανάλυσης και Πολιτικής Θεωρίας , του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης.
Τίτλος μεταπτυχιακής εργασίας: «Δημόσιες πολιτικές και κοινωνικά ευπαθείς ομάδες: Δημόσια υγεία και πολιτικές ενσωμάτωσης».

Εργασιακή Εμπειρία:

- Εργάστηκα επί δύο μήνες (Ιούλιος – Αύγουστος 2004) στη ΔΕΥΑ Θερμαϊκού στα πλαίσια της πρακτικής άσκησης του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Παν/μου Κρήτης.
- Εργάστηκα για διάστημα εννέα μηνών (21 Φεβρουαρίου 2008 - 21 Νοεμβρίου 2008) στα πλαίσια του προγράμματος stage στο δήμο Ρεθύμνης, ως γραμματέας στην αρμόδια για θέματα Κοινωνικής μέριμνας, Αντιδήμαρχο κ. Μαρία Λιονή.
- Εργάζομαι (από τις 12 Ιανουαρίου 2009) στο Γραφείο Διεθνών Σχέσεων του Πανεπιστημίου Κρήτης, πάνω σε ευρωπαϊκά προγράμματα.

Συμμετοχή σε προγράμματα:

- 20-24/7/2009: Επίσκεψη στο Universidad de La Laguna με το Πρόγραμμα Erasmus/Επιμόρφωση Προσωπικού.

Ερευνητικές δραστηριότητες :

- Συμμετοχή στο πρόγραμμα του Πανεπιστημίου Κρήτης, Τμήμα κοινωνικής ιατρικής-Πολιτικής Επιστήμης, με τίτλο: (Βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί προσδιοριστές της στεφανιαίας νόσου σε ένα πληθυσμό χαμηλού κινδύνου στην αγροτική Κρήτη.

Δημοσιεύσεις :

- Πρακτικά του συνεδρίου με θέμα: : Πέμπτο Διεθνές Συνέδριο Ιστορίας Εκπαίδευσης «Εκπαίδευση και Κοινωνική Δικαιοσύνη», με Διεθνή Συμμετοχή, που πραγματοποιήθηκε στην Πάτρα από τις 4 έως και τις 5 Οκτωβρίου 2008.
- Πρακτικά του συνεδρίου με θέμα: Επιστημονικό Συνέδριο με θέμα: «Στοχευμένες Δράσεις Κοινωνικής Πρόνοιας και Αλληλεγγύης», που πραγματοποιήθηκε στην Μυτιλήνη από τις 5 έως τις 7 Δεκεμβρίου 2008.

Εισηγήσεις σε συνέδρια:

- «Κοινωνική ενσωμάτωση και μετανάστες στην Ελλάδα: Η εξέλιξη των πολιτικών και δομών κατάρτισης», η οποία πραγματοποιήθηκε στο Πέμπτο Διεθνές Συνέδριο Ιστορίας Εκπαίδευσης «Εκπαίδευση και Κοινωνική Δικαιοσύνη», με Διεθνή Συμμετοχή, που πραγματοποιήθηκε στην Πάτρα από τις 4 έως και τις 5 Οκτωβρίου 2008.
- «Ανάλυση ζητημάτων κοινωνικής δικαιοσύνης στην εκπαιδευτική πολιτική και το εκπαιδευτικό σύστημα», η οποία πραγματοποιήθηκε στο Επιστημονικό Συνέδριο με θέμα: «Στοχευμένες Δράσεις Κοινωνικής Πρόνοιας και Αλληλεγγύης» που πραγματοποιήθηκε στην Μυτιλήνη από τις 5 έως τις 7 Δεκεμβρίου 2008.

Παρακολούθηση συνεδρίων:

1. Διεθνές συνέδριο του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστημίου Κρήτης με θέμα: «Πανεπιστήμιο και Πολιτική» που πραγματοποιήθηκε στο Ρέθυμνο στις

- 16 και 17 Μαΐου 2003. Στο οποίο επιπροσθέτως συμμετείχα ενεργά στην διοικητική και οργανωτική υποστήριξη του συνεδρίου.
2. Διεθνές Συνέδριο των Τμημάτων Πολιτικής Επιστήμης και Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης με θέμα: «Παγκοσμιοποίηση και Πολιτική Μεταβολή» που πραγματοποιήθηκε στο Ρέθυμνο στις 28 και 29 Νοεμβρίου 2003.
 3. Συνέδριο του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με θέμα: «Νέο Θεσμικό Πλαίσιο και Πολιτικές για τους Μετανάστες» που πραγματοποιήθηκε στο Ναύπλιο στις 16 και 17 Δεκεμβρίου 2005.
 4. Συνέδριο του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστημίου Κρήτης με θέμα: «Η Εκπαιδευτική και Πανεπιστημιακή Πολιτική στο πλέγμα των Δημόσιων Πολιτικών :Το Πανεπιστήμιο των Αξιών» που πραγματοποιήθηκε στο Ρέθυμνο από τις 10 έως 12 Φεβρουαρίου 2006. Στο οποίο επιπροσθέτως συμμετείχα ενεργά στην οργανωτική και διοικητική υποστήριξη του συνεδρίου.
 5. Διεθνές συνέδριο του Τμήματος Πολιτικής Επιστήμης, Πανεπιστημίου Κρήτης με θέμα: «Σύνταγμα και πολιτική: Σύγχρονη Συζήτηση και Συμβολή του Δημήτρη Θ. Τσάτσου» που πραγματοποιήθηκε στο Ρέθυμνο από τις 6 έως 7 Ιουλίου 2008. Στο οποίο επιπροσθέτως συμμετείχα ενεργά στην οργανωτική και διοικητική υποστήριξη του συνεδρίου.
 6. Πέμπτο Διεθνές Συνέδριο Ιστορίας Εκπαίδευσης «Εκπαίδευση και Κοινωνική Δικαιοσύνη», με Διεθνή Συμμετοχή, που πραγματοποιήθηκε στην Πάτρα από τις 4 έως και τις 5 Οκτωβρίου 2008.
 7. Επιστημονικό Συνέδριο με θέμα: «Στοχευμένες Δράσεις Κοινωνικής Πρόνοιας και Αλληλεγγύης», που πραγματοποιήθηκε στην Μυτιλήνη από τις 5 έως τις 7 Δεκεμβρίου 2008.

Κοινωνικές και άλλες δραστηριότητες:

- Μέλος της συγκλήτου του Πανεπιστημίου Κρήτης ως Εκπρόσωπος του Συλλόγου φοιτητών του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Μέλος της συγκλήτου του Πανεπιστημίου Κρήτης ως Εκπρόσωπος του Συλλόγου μεταπτυχιακών φοιτητών του Πανεπιστημίου Κρήτης.

- Μέλος της Γενικής Συνέλευσης του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Κρήτης, Κρήτης ως Εκπρόσωπος του Συλλόγου φοιτητών του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Μέλος της Γενικής Συνέλευσης του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Κρήτης, Κρήτης ως Εκπρόσωπος του Συλλόγου μεταπτυχιακών φοιτητών του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Μέλος της επιτροπής κατοχύρωσης Εργασιακών και Επαγγελματικών Δικαιωμάτων του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Πρόεδρος του Συλλόγου μεταπτυχιακών φοιτητών του τμήματος Πολιτικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Πρωταθλητής Ελλάδος το 2003 στο ΤΑΕ KWON DO, στην κατηγορία 63 κιλών (ανδρών).

Ξένες Γλώσσες:

- Γνώση Αγγλικής γλώσσας σε πολύ καλό επίπεδο, κάτοχος του ‘THE OXFORD EXAMINATION IN ENGLISH AS A FOREIGN LANGUAGE’.
- Μέσος όρος 8,75 στα τέσσερα εξάμηνα Αγγλικής γλώσσας για Πολιτικούς Επιστήμονες στο Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης του Παν/μου Κρήτης.
- Παρακολούθηση Μαθημάτων Ιταλικής Γλώσσας. (χωρίς πιστοποιητικό).

Χρήση Η/Υ:

- Εξοικείωση με το περιβάλλον εργασίας Microsoft Windows και τις εφαρμογές του Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint), περιήγηση διαδικτύου και χρήση διαφόρων τύπων web-based E-mail.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, δύο κεντρικές πολιτικές αποτελούν πρωταρχικής σημασίας στόχους των συστημάτων υγείας τόσο στη χώρα μας όσο και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες: η θωράκιση της δημόσιας υγείας με παρεμβάσεις προληπτικού κυρίως χαρακτήρα, με έμφαση στην πληροφόρηση των πολιτών γύρω από τις συνέπειες των ατομικών επιλογών στην υγεία τους και η πολιτική για την ενίσχυση των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η προσπάθεια αποσαφήνισης της εφαρμογής των δημοσίων πολιτικών και των πολιτικών υγείας αναφορικά με τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Στο σημείο αυτό τίθενται τα ερωτήματα, ποιο είναι το πλαίσιο στο οποίο στηρίζεται η εφαρμογή των πολιτικών υγείας; Πώς λειτουργεί ο θεσμός αυτός στη χώρα μας στα πλαίσια της πλήρωσης των αναγκών αναφορικά με τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού; Υπάρχει η ανάγκη συγκρότησης ενός ολοκληρωμένου συστήματος στην εφαρμογή αυτών; Ποια είναι τα αποτελέσματα αυτών;

ABSTRACT

In recent years, two main policies have become the principal targets of the National Health System of our country as well as of other developed countries: the strengthening of National Health with preventative interventions, with emphasis on the citizens' information about the consequences of private health selections and the policy about the enhancement of the first degree Health care constitution.

Aim of this study is the attempt to decipher the application of public policies and Health systems in relation with the socially susceptible population. At this point several questions arise such as: What is the framework that supports the Health policies application? How does this institution work in our country in relation with the fulfillment of the socially susceptible population needs? Is there a need for the constitution of an integral system for their application? What would be the final results?

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία φιλοδοξεί να παρουσιάσει την εφαρμογή των δημοσίων πολιτικών και των πολιτικών υγείας αναφορικά με τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Το ερέθισμα για την έμπνευση αρχικά και μετέπειτα για την υλοποίηση της εργασίας αποτέλεσαν τόσο η έλλειψη των «policies» στο επίπεδο της υγείας, όσο και το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει ξεκινήσει μια έντονη διαδικασία συζήτησης των προβλημάτων τα οποία σχετίζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σκοπός της εν λόγω εργασίας αποτελεί η κατανόηση των όρων συγκρότησης ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η εφαρμογή αυτής στις κοινωνικά ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, η αποτύπωση και εν συνεχεία η εξέταση των παραγόντων που θα οδηγήσουν στην περάτωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η διατύπωση προτάσεων και τρόπων που θα οδηγήσουν στην βελτίωση και συγκρότηση του, καθώς επίσης και στόχος και σκοπός αυτής αποτελεί η αποτύπωση των προβλημάτων της ασφάλισης στον τομέα της υγείας. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού η συγκεκριμένη εργασία έχει χωριστεί σε τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πλαίσιο της πολιτικής υγείας τόσο για την Ελλάδα όσο και για τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες. Παράλληλα, γίνεται και μια προσπάθεια για την παρουσίαση και κάποιων άλλων στοιχείων όπως είναι οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, ο προσδιορισμός δεικτών κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και το συγκεκριμένο κεφάλαιο καταλήγει με την παρουσίαση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ακολούθως, στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως επίσης και το περιεχόμενο της θεσμικής παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο τρίτο

κεφάλαιο επιχειρείται η παρουσίαση του προβλήματος της ασφάλισης στον τομέα της υγείας καθώς επίσης και η αποτύπωση του φαινομένου της κερδοσκοπίας στα πλαίσια τόσο της κοινωνικής όσο και της ιδιωτικής ασφάλισης αναφορικά με αυτόν τον τομέα , όπως και η παρουσίαση μιας σύντομης ανάλυσης των δύο διαφορετικών μοντέλων ασφάλισης (της ιδιωτικής από την μία πλευράς και της δημόσιας ασφάλισης από την άλλη).

Κλείνοντας το κομμάτι της εισαγωγής θα παρουσιάσω την μεθοδολογία που ακολούθησα τόσο για την εύρεση, όσο και για την αποδελτίωση και χρησιμοποίηση όλων των σχετικών με την εργασία μου «πηγών». Η συγκεκριμένη μελέτη-μεταπτυχιακή εργασία ειδίκευσης περιορίστηκε σε δημοσιευμένες πηγές μαρτυριών. Για την επιλογή εξετάστηκαν τόσο ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, όσο και ελληνικά και ξενόγλωσσα επιστημονικά άρθρα, αλλά και ελληνικά επιστημονικά εγχειρίδια τα οποία ήταν σχετικά με το θέμα της εν λόγω εργασίας. Για την περάτωση της συγκεκριμένης εργασίας απευθύνθηκα σε μια ευρεία ποικιλία από τύπους αποδείξεων, περιλαμβάνοντας ποικίλα ερευνητικά σχέδια και τακτικές, καθώς και ανασκόπηση . Η ανασκόπηση περιλάμβανε όλα τα έγγραφα που εκδόθηκαν στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα ανάμεσα στον Ιανουάριο του 1999 και στον Ιούλιο του 2009. Για να έρθουν εις πέρας οι ετερογενείς μελέτες, χρησιμοποιήθηκε η ανασκόπηση δυο-φάσεων, έτσι ώστε η όλη διαδικασία να μπορέσει να βεβαιώσει την σχετικότητα των πορισμάτων. Στην πρώτη φάση, μια ευρύτερη ομάδα θεματικών πεδίων περιλήφθηκε για να κάνει δυνατή την σχεδίαση και εξερεύνηση ολόκληρου του πεδίου τακτικής που σχετίζεται με την πρωταρχικά ενοποιημένη πρόνοια υγείας. Στην δεύτερη φάση, αυτή η ομάδα περιορίστηκε σε ένα υποσύνολο μελετών το οποίο εστιάζει στην τακτική συνέπειας, σύμφωνα με τη θεματική της εργασίας που σχετίζονται με την εφαρμογή των δημόσιων πολιτικών και των πολιτικών υγείας,

αναφορικά με τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες. Για την διευκόλυνση της μελέτης σε πρώτο βαθμό και της συγγραφής της εργασίας ακολούθως, απευθύνθηκα εντός των αναγνωρισμένων εγγράφων. Η διαδικασία αυτή περιλάβαμε όλα τα έγγραφα που περιείχαν είτε μία δήλωση από μία απόφαση όσον αφορά τον στόχο ή το σχέδιο για εφαρμογή των πολιτικών υγείας είτε που ανέφεραν στο πως η τακτική για ολοκληρωμένη εφαρμογή των πολιτικών αυτών δημιουργήθηκε. Δημοσιεύσεις που δεν έκαναν λόγο για αυτούς τους συγκεκριμένους τομείς ή αναφέρονταν σε θέματα αποκλείστηκαν από την αναθεώρηση. Όλα τα παραπάνω αποτελούν προσμετρήσιμα κριτήρια της έρευνας. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν και ποιοτικά καθοριστικά κριτήρια τα οποία και αναπτύχθηκαν για να προσδώσουν κατανόηση των σχετικών δυνάμεων και αδυναμιών του συνολικού όγκου των στοιχείων που θα χρησιμοποιηθούν και που θα ληφθούν υπόψη κατά την διαδικασία της σύνθεσης. Ανάμεσα στα ποιοτικά καθοριστικά κριτήρια ήταν: α) ποιότητα στην αναφορά (επάρκεια στην αναφορά σημαντικών απόψεων μεθοδολογίας), β) ποιότητα στην παρέμβαση (εάν έχει χρησιμοποιηθεί κατάλληλα) και γ) ικανότητα γενίκευσης (σε ποιο βαθμό η συνηθισμένη πρακτική ή το συνηθισμένο περιβάλλον επηρεάστηκαν).

Ηλεκτρονική έρευνα

Η ηλεκτρονική έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο του 2009 από σε βάσεις δεδομένων, από 1999 μέχρι τον Ιούλιο του 2009. Η διαδικασία έλαβε χώρα χρησιμοποιώντας ένα σύνολο από προκαθορισμένους όρους τίτλων ιατρικών θεμάτων που καθορίστηκαν από την συμβουλευτική ομάδα ανασκόπησης. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν (Παροχή Πρόνοιας Υγείας) και (Ολοκλήρωση) και (Ελλάδα) ή (Πρωταρχική Πρόνοια Υγείας) και (Ελλάδα). Μια πρώτη απόφαση πάρθηκε βασισμένη σε τίτλους και, όπου υπήρχε δυνατότητα, σε αποσπάσματα, τα οποία ήταν καθορισμένα ενάντια στα προσμετρήσιμα κριτήρια. Για δημοσιεύσεις οι

οποίες φαίνονταν να έχουν τα προσμετρήσιμα κριτήρια, ή σε περιπτώσεις που δεν μπορούσε να παρθεί μία οριστική απόφαση βασισμένη στον τίτλο και/ή μόνο στο απόσπασμα, το όλο έγγραφο αποκτιόταν για λεπτομερή καθορισμό ενάντια στα προσμετρήσιμα κριτήρια. Λίστες αναφοράς όλων των περιλαμβανομένων μελετών ερευνήθηκαν επίσης για επιθυμητές έρευνες που παρέλειψε η ηλεκτρονική έρευνα.

Η έρευνα παραπομπής διεξήχθη επίσης επιλέγοντας διάφορα βασικά έγγραφα, προσδιορισμένα ήδη στην αναθεώρηση, και έπειτα ψάχνοντας για τις δημοσιεύσεις που είχαν αναφέρει αυτά τα έγγραφα. Αυτή η προσέγγιση εξασφάλισε προσδιορισμό μιας συστάδας σχετικών, και επομένως, ιδιαίτερα σχετικών, εγγράφων.

Έρευνα με το χέρι

Από τότε που οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων είναι εξ' ορισμού επιρρεπής στην γλώσσα και σε γεωγραφικές προκαταλήψεις, μια επιπλέον έρευνα με το χέρι διεξήχθη από δύο Ελληνικά περιοδικά: “Ιατρική”, “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”. Τα συγκεκριμένα περιοδικά επιλέχθηκαν ως κύρια επιστημονικά περιοδικά στους τομείς της ιατρικής (γενικά), πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, νοσηλευτικής και κοινωνικής εργασίας, αντίστοιχα. Αξιολόγησα όλους τους τόμους που δημοσιεύθηκαν κατά τη διάρκεια της προεπιλεγμένης χρονικής περιόδου. Επιπροσθέτως χρησιμοποίησα και σχετική με το αντικείμενο βιβλιογραφία. Κατά τη διάρκεια της έρευνας της βιβλιογραφίας, οι τίτλοι, τα δημοσιεύματα και οι λέξεις κλειδιά αξιολογήθηκαν ενάντια στα προσμετρήσιμα κριτήρια και έπειτα ολόκληρο κείμενο ανακτήθηκε για δημοσιεύσεις οι οποίες ικανοποιούσαν τα προσμετρήσιμα κριτήρια.

Εξαγωγή στοιχείων

Τυποποιημένες φόρμες εξαγωγής στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν, σχεδιασμένες σύμφωνα με τις επιδιώξεις της αναθεώρησης, συλλέγοντας πληροφορίες απαιτούμενες για περιγραφικούς σκοπούς και για τις μετέπειτα αναλύσεις. Τα

καταγραμμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των συμπεριλαμβανόμενων δημοσιεύσεων ήταν τα ακόλουθα: πρώτα το όνομα του συγγραφέα, το έτος της δημοσίευσης, η καταγωγή του περιοδικού (διεθνές ή ελληνικό) και θέμα μελέτης.

1. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Εισαγωγή

Με τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. η υγεία αναγνωρίζεται ως κοινωνικό αγαθό, του οποίου η προστασία επιτάσσει την παροχή υπηρεσιών υγείας από το κράτος τόσο σε επίπεδο περίθαλψης, αποκατάστασης και επανένταξης όσο και σε επίπεδο λήψης προληπτικών μέτρων για την προαγωγή θετικής συμπεριφοράς υγείας. Η αποεμπορευματοποίηση της υγείας και η σαφής κατοχύρωση της αποκλειστικής κρατικής ευθύνης για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε κάθε πολίτη, σε όλη την επικράτεια, δεν είχε μόνο συμβολικό – διακηρυκτικό περιεχόμενο, αλλά αποκτούσε νομική σημασία για τη θεμελίωση κρατικής ευθύνης από παράνομη συμπεριφορά των οργάνων του, ιδίως από πράξεις ιατρών του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι χαρακτηρίζονται από το νόμο ως όργανα του κράτους.

Παρόλα αυτά, η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. δεν συνεπαγόταν ασφαλώς τη μονοπώληση των υγειονομικών παροχών από το κράτος, η οποία άλλωστε θα ήταν αντίθετη προς τη συνταγματικά κατοχυρωμένη οικονομική ελευθερία και ιδιωτική αυτονομία. Το Ε.Σ.Υ. δεν θεσπίστηκε ως αμιγώς κρατικό σύστημα υγείας, αλλά ως μεικτό σύστημα που εξυπηρετείται από την κρατική δραστηριότητα, διατηρώντας παράλληλα τη λειτουργία ιδιωτικών ιατρείων και κλινικών, καθώς και την πολλαπλότητα των ασφαλιστικών φορέων που χορηγούν παροχές υγείας.

Η κριτική προσέγγιση της θεσμικής εξέλιξης του Ε.Σ.Υ. αναδεικνύει τη «νομοθετική αταξία» και την αναπαραγωγή ρυθμίσεων που θεσπίζονται εκ νέου και εκ παραλλήλου σε διάφορα νομοθετήματα, χωρίς πολλές φορές να καθίσταται σαφές ποιες τυχόν καταργούνται ή τροποποιούν προγενέστερες. Εμφανής καθίσταται,

άλλωστε, η απουσία μιας ενιαίας πολιτικής στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση των προβλημάτων του συστήματος. Η επαναδιατύπωση των αρχικών στόχων του Ε.Σ.Υ. αναδεικνύει τη δυσχέρεια οριστικοποίησης ενός μοντέλου διοίκησης, κάλυψης και ικανοποίησης των αναγκών του πληθυσμού, οργάνωσης και λειτουργίας του δημοσίου τομέα υγείας, καθώς και η αποσπασματική εφαρμογή του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου; Συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο τοποθετεί τη δημόσια υγεία στο επίκεντρο της σύγχρονης πολιτικής υγείας και αναδεικνύει την κρισιμότητα της σχετικής νομοθετικής ρύθμισης. Το δεύτερο κεφάλαιο υπογραμμίζει την ανάγκη να συγκροτηθεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αναδεικνύει τη σημασία του Νόμου 3235/2004. Στο τρίτο κεφάλαιο επισημαίνονται τα προβλήματα που εμφανίζονται στον τομέα της ασφάλισης στην υγεία και ποιες είναι οι επιπτώσεις σε αυτήν.

1.2. Μία επισκόπηση της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα

Τα επιστημονικά τεκμήρια σχετικά με την περιορισμένη επίδραση των υγειονομικών υπηρεσιών στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος, μετατόπισαν το ενδιαφέρον από τις φροντίδες υγείας σε μια πιο «ολιστική» αντίληψη για την υγεία. Ουσιαστικά, η μετατόπιση αυτή συνιστά προσαρμογή στις οικονομικές πιέσεις που προκαλεί η «σπανιότητα» των υγειονομικών πόρων, προς την κατεύθυνση της επίτευξης μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Υπό το πρίσμα αυτό, δύο κεντρικές πολιτικές αποτελούν πρωταρχικής σημασίας στόχους των συστημάτων υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες : η θωράκιση της

δημόσιας υγείας με παρεμβάσεις προληπτικού κυρίως χαρακτήρα, με έμφαση στην πληροφόρηση των πολιτών γύρω από τις συνέπειες των ατομικών επιλογών στην υγεία τους και η πολιτική για την ενίσχυση των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στην Ελλάδα η ανάγκη κάλυψης πρωταρχικών κενών στην παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως για πρώτη φορά επιχειρήθηκε συστηματικά με το νόμο για τη συγκρότηση του Ε.Σ.Υ., δεν επέτρεψε την έγκαιρη αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών, αν και σε επίπεδο θεσμικών παρεμβάσεων δεν έλειψαν οι σχετικές προσπάθειες. Εντούτοις, για να επέλθει μια αυτοτελής και ολοκληρωμένη νομοθετική ρύθμιση για τη δημόσια υγεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χρειάστηκαν είκοσι χρόνια επιστημονικής και πολιτικής επιχειρηματολογίας (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

Σημαντική αρωγή στην προσπάθεια αυτή προσέφερε η περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. που προβλεπόταν σε νόμο με τον οποίο επήλθε μια σημαντική μεταρρυθμιστική τομή στον υγειονομικό τομέα. Με την ίδρυση των ΠεΣΥΠ ικανοποιήθηκαν κατ' αρχάς οι απαιτούμενες διοικητικού τύπου προϋποθέσεις για την άσκηση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής σε επιμέρους περιοχές του συστήματος υγείας. Ιδιαίτερα όσον αφορά στη δημόσια υγεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τομείς στους οποίους εκ προοιμίου απαιτείται ιδιαίτερη συνέργεια του συστήματος υγείας με την κοινωνία, η περιφερειακή διάρθρωση προσέφερε τη δυνατότητα της αποκέντρωσης και της προσαρμογής των δομών του συστήματος στις τοπικές ανάγκες (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

1.3. Το πλαίσιο της πολιτικής υγείας

Εξετάζοντας την ελληνική πραγματικότητα στο χώρο της υγείας ανακαλύπτει κανείς αντιφατικά χαρακτηριστικά. Σε αντίθεση με τις αρνητικές δημογραφικές εξελίξεις, οι δείκτες νοσηρότητας, οι τάσεις θνησιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης του ελληνικού πληθυσμού διατηρούνται, επί του παρόντος τουλάχιστον, σε ικανοποιητικά επίπεδα. Το γεγονός όμως ότι οι δείκτες υγείας είναι καλοί δεν αποδίδεται στην υψηλή πολιτική προτεραιότητα, στον αποτελεσματικό συντονισμό δράσης ή στην εποικοδομητική κοινωνική συμμετοχή. Η πολιτική, οικονομική και κοινωνική υποδομή της πολιτικής υγείας ενσωματώνει χαρακτηριστικά σημαντικών κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών υστερήσεων (Ρομπόλης στον ίδιο τόμο).

Ιστορικές, πολιτισμικές και πολιτικές αιτίες συνήργησαν στην Ελλάδα για την καθυστερημένη αναγνώριση του ύψιστου αγαθού της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος και για την αργή διαδικασία ενσωμάτωσης της πολιτικής υγείας στη συλλογική κρατική κοινωνική ευθύνη. Η άσκηση πολιτικής υγείας απαιτεί τη διάθεση και τη διαχείριση σημαντικών πόρων στη βάση ενός κεντρικού θεσμικού, πολιτικού και κοινωνικού σχεδιασμού - ο οποίος δεν περιλαμβάνεται στα γνωρίσματα αυτής της περιόδου. Από την άλλη πλευρά, το επίπεδο της υγείας ενός πληθυσμού είναι πάντα συνυφασμένο με το βιοτικό επίπεδο - στοιχείο το οποίο εξελίσσεται θετικά εκείνη την περίοδο.

Μόλις μετά τη μεταπολίτευση η πολιτική υγείας καταλαμβάνει κεντρικότερο ρόλο στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική σκηνή. Το φτωχό μέτρο, που ως έννοια αφομοιώθηκε και ως πρακτική συγκροτήθηκε, αντανακλάται και στα τρία αυτά επίπεδα. Κοινωνικές πτυχές, όπως η ουσιώδης άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία, η συντονισμένη προαγωγή της δημόσιας υγείας, η συνεπής υποστήριξη

καθολικών υπηρεσιών, η διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών, παρέμειναν μάταιες προσδοκίες. Οικονομικές πτυχές, όπως η διεύρυνση του αμφιλεγόμενου ύψους, η αποδοτικότητα και ο εξορθολογισμός δαπανών, η διάρθρωση και ο συντονισμός της χρηματοδότησης, παρέμειναν άφθαστες αναζητήσεις (Ρομπόλης στον ίδιο τόμο).

Διαχρονικά, η υγειονομική περίθαλψη επικεντρώθηκε σε μια υπανάπτυκτη δημόσια νοσοκομειακή κάλυψη, κυρίως στα αστικά κέντρα, και σε μια κατακερματισμένη φτωχή πρωτοβάθμια φροντίδα, διατηρώντας ιατροκεντρικό χαρακτήρα. Η διαπλεκόμενη σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα βασίστηκε σε ένα παράτυπο πλαίσιο ανεξέλεγκτων διαδικασιών που αφορούσαν, είτε την παροχή, είτε τη χρηματοδότηση της περίθαλψης. Η εμπιστοσύνη των πολιτών στο δημόσιο τομέα της υγείας διαβρώθηκε συστηματικά, αλλά οι οικονομικές δυνατότητες του μέσου Έλληνα καθιστούν τη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών σχεδόν αναπόφευκτη.

Η δημιουργία του ΕΣΥ αποτέλεσε ένα ορόσημο όχι μόνο για την πολιτική υγείας, αλλά και ευρύτερα για την κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Οι εξελίξεις όμως ως τις αρχές του επόμενου αιώνα συντελούνται στη σκιά ενός διαρκούς ατυχήματος. Πρόκειται για μια ατελέσφορη προσπάθεια αποκατάστασης των ισορροπιών σε ζωτικούς τομείς, όπως είναι η ισότητα, η πολυδιάσπαση, η αποτελεσματικότητα και η κατασπατάληση πόρων σε όλα τα επίπεδα, η ποιότητα της φροντίδας και ο εξανθρωπισμός των υπηρεσιών, η συγκρότηση της χρηματοδότησης και ο έλεγχος των δαπανών, η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας και ο εκσυγχρονισμός της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ως θετική πτυχή αναδεικνύεται το ικανοποιητικό επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, όπως διαγράφεται από τους βασικούς δείκτες (European Commission 2002: 103-4), και σχετίζεται περισσότερο

με παράγοντες όπως οι συνθήκες διαβίωσης και διατροφής του παρελθόντος παρά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά, με μια περιορισμένη προσέγγιση, η πολιτική υγείας επικεντρώνεται στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή υγειονομικής προστασίας – μέσω μιας ορθολογικής κατανομής των πόρων και ενός ενιαίου συντονισμένου πλαισίου ενεργειών και δραστηριοτήτων. Με μια διευρυμένη και ουσιαστική οπτική, η πολιτική υγείας βρίσκεται ανάμεσα στην πολιτική βούληση και την κοινωνική υποστήριξη, και ενυπάρχει σε όλους σχεδόν τους τομείς της σύγχρονης πολιτικής και κοινωνικής δραστηριότητας. Αυτό κυρίως πραγματοποιείται διότι οι βασικότεροι παράγοντες προσδιορισμού της βελτίωσης της υγείας ενός πληθυσμού δεν καλύπτονται εξολοκλήρου από τις υπηρεσίες υγείας και συσχετίζονται άμεσα με τη διανομή του εισοδήματος, την κατοικία, την παιδεία, το περιβάλλον και από άλλους παράγοντες.

1.4. Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες

1.4.1 Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας

Στο έργο του «Η δικτατορία των γιατρών», ο Kouchner (2000) διατυπώνει τη ρήση η οποία συμπυκνώνει τον προβληματισμό της συζήτησης που αναπτύχθηκε από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 από μια σειρά ριζοσπαστών επιστημόνων που αμφισβήτησαν την παραδοσιακή προσέγγιση της πρωτοκαθεδρίας της ιατρικής επιστήμης στη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών: «Το όριο της ιατρικής είναι η φτώχεια», ή με διαφορετική διατύπωση, «οι εχθροί της υγείας είναι σύμμαχοι της φτώχειας» (WHO 2002).

Η θέση αυτή αναδεικνύει τις κοινωνικοοικονομικές πολιτικές και περιβαλλοντικές συνθήκες με μείζονες προσδιοριστικούς παράγοντες του επιπέδου υγείας. Στα πλαίσια αυτά έγινε αντιληπτό ότι η ιατρική επιστήμη είναι και αυτή προϊόν της κοινωνίας που συνδέεται με τη θρησκεία, τη φιλοσοφία, την οικονομία ή την πολιτική (Ackerknecht 1998), ενώ αμφισβητήθηκαν η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα αρκετών κλινικών παρεμβάσεων (Cochrane 2000) και η συμβολή των θεραπευτικών μεθόδων στη μείωση της θνησιμότητας από μεταδοτικές ασθένειες (McKeown 1995). Υποστηρίχθηκε ότι η ασθένεια αποτελεί σύμπτωμα κοινωνικής αναταραχής (Ferro 1999), ενώ η υγεία είναι έκφραση του τρόπου με τον οποίο το άτομο προσαρμόζεται στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής του (Dubos 1999).

Αν και υπάρχει διαφωνία ως προς το βαθμό σημαντικότητας των επιμέρους συνιστωσών, είναι γενικά αποδεκτή από το μεγαλύτερο εύρος της επιστημονικής κοινότητας η άποψη ότι, εκτός από τη βιολογική εκκίνηση κάθε ατόμου και τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, η δημογραφική δομή, οι συνθήκες διαβίωσης και στέγασης, ο τρόπος ζωής, το καθεστώς απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης και εισοδήματος επηρεάζουν την υγεία των πληθυσμών. Ως επιβαρυντικοί της υγείας παράγοντες αναφέρονται ο χαμηλός βαθμός οικονομικής ανάπτυξης, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι ψυχολογικές περιστάσεις που προκαλούν άγχος, οι άσχημες συνθήκες εργασίας και η ανεργία, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης, οι κακές συνθήκες στέγασης και διατροφής, οι ατομικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής, οι δημογραφικές τάσεις, το πολιτικό και φυσικό περιβάλλον (Schaarveld et al. 1992, Badura 1995, Garrin and Politi 1997, Wilkinson and Marmor 1998, Siegerist 2000, Woodward et al. 2000, Brenner 2001, Marmor 2002, European Commission 2003, K.Souliotis and C.Lionis 2004).

Έτσι, η εκπαίδευση αυξάνει τις κοινωνικές ικανότητες και τις ευκαιρίες του ατόμου και το βοηθά να προωθεί έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Η χαμηλή ανεργία και το υψηλό εισόδημα μειώνουν τα ποσοστά θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας. Το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια συνδέονται με κακές συνθήκες διαβίωσης, εργασίας και τρόπου ζωής, καθώς και με μικρότερη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Οι κακές συνθήκες στέγασης με την ανεπάρκεια χώρων και υποδομών υγιεινής, την ύπαρξη υγρασίας, θορύβου και ακατάλληλης θερμοκρασίας και εξαερισμού, έχουν ως αποτέλεσμα τη διευκόλυνση της εξάπλωσης μεταδοτικών ασθενειών, αλλεργιών και της φυσικής και ψυχολογικής δυσανεξίας. Η χαμηλή ποιότητα των θέσεων εργασίας σχετίζεται με την εμφάνιση επαγγελματικών ατυχημάτων και ασθενειών. Η απουσία υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων, όπως η οικογένεια, οι συγγενείς και οι ομάδες φίλων, συμβάλλει στη χειροτέρευση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων. Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής από την άποψη της διατροφής, της άσκησης και της κατάχρησης οινόπνευματων, καθώς και η μόλυνση του αέρα, των υδάτων και των τροφίμων επιδρούν αρνητικά στην υγεία του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η οικονομική και κοινωνική ευημερία και η βελτίωση του επιπέδου υγείας φαίνεται να συνδέονται στενά και να αποτελούν μια αλληλοτροφοδοτούμενη διαδικασία (Garrin and Politi 1996). Ωστόσο, όπως επισημαίνει ο Sen (1999), δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι η ένταση αυτής της σχέσης εξαρτάται από πολιτικές αποφάσεις κατανομής και χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων κατά τρόπο κοινωνικά παραγωγικό.

Επίσης, άξιο παρατήρησης αποτελεί ότι η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της ασθένειας δεν μπορεί να συνιστά αποτέλεσμα μεμονωμένων ιατρικών παρεμβάσεων και συνεπώς δεν θα ήταν ορθό να επαφίεται αποκλειστικά στη γνώση

και την πρωτοβουλία του ιατρικού σώματος. Η προάσπιση της δημόσιας υγείας αποτελεί τον κατεξοχήν διατομεακό χώρο δράσης της κοινωνικής πολιτικής, αφού προϋποθέτει την αρμονική συνύπαρξη και συλλειτουργία του συνόλου των επαγγελματιών της υγείας, των κοινωνικών και οικονομικών επιστημόνων, των εκπαιδευτικών, των περιβαλλοντολόγων και άλλων, προκειμένου να γίνουν κατανοητές οι επιμέρους ανάγκες του πληθυσμού και να αντιμετωπιστούν στο πλαίσιο μιας συνολικής δράσης.

Οι δράσεις της δημόσιας υγείας, ως αποτέλεσμα μιας τέτοιας «συλλογικής» προσέγγισης, οφείλουν να:

- καταπολεμήσουν τις ανισότητες στα επίπεδα υγείας του πληθυσμού, ιδίως με τη μείωση της έκθεσης ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων σε παράγοντες κινδύνου,
- υπογραμμίσουν και να αναδείξουν τη σχέση μεταξύ του τρόπου ζωής και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, προάγοντας ενεργητικά έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής,
- συμβάλλουν δυναμικά στην πρόληψη της ασθένειας στις ομάδες εκείνες που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο,
- ενισχύσουν το ρόλο του πολίτη στην οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών εκείνων που ανταποκρίνονται στις διαγνωσμένες ανάγκες του κοινωνικού συνόλου,

- υλοποιήσουν τις εθνικές πρωτοβουλίες με σαφείς αναφορές σε συγκεκριμένες περιφερειακές και τοπικές ανάγκες, ώστε να προάγεται η διαφοροποίηση ανάλογα με τις επιμέρους ανάγκες, στο πλαίσιο πάντα των βασικών αρχών της εθνικής πολιτικής, και έτσι τελικά, διασφαλίσουν σημαντική και μετρήσιμη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003, K.Souliotis and C.Lionis 2004). Στο επίκεντρο των στόχων αυτών της δημόσιας υγείας βρίσκεται η εξασφάλιση της πρόσβασης στην υγεία, δηλαδή η μείωση των ανισοτήτων και η αύξηση των ευκαιριών για βελτίωση της υγείας. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η πολιτική υγείας γενικά και η δημόσια υγεία ειδικότερα, με την έμφαση να δίδεται στην ουσιαστική συμμετοχή των πολιτών στο σχεδιασμό αλλά και την υλοποίηση των σχετικών δράσεων. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, μέσα από την ολοκληρωμένη πληροφόρηση για θέματα υγείας και την ενεργοποίηση των κοινωνικών μηχανισμών δράσης, καθιστά τους πολίτες ικανούς να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή και οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την προστασία της υγείας τους. Ιδιαίτερη δε έμφαση δίδεται από την πολιτική δημόσιας υγείας στη διασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση για τους πληθυσμούς εκείνους που χαρακτηρίζονται «ευαίσθητοι» κοινωνικά ή και οικονομικά, δεδομένου ότι βιώνουν ενεργητικότερα την πραγματικότητα του αποκλεισμού.

Συνολικά, η οργάνωση και η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας οφείλει να διασφαλίζει ισότιμη πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες σε όλους και να κινείται στην κατεύθυνση της κατάργησης των όποιων μορφής ανισοτήτων παρατηρούνται στα επίπεδα υγείας και ποιότητας ζωής μεταξύ διαφόρων

γεωγραφικών περιοχών ή επιμέρους κοινωνικών ομάδων (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003).

Αποτελεί, εξάλλου, κοινή παραδοχή ότι οι διαφορές που σημειώνονται στα επίπεδα υγείας του πληθυσμού διαφορετικών περιοχών είναι «επίμονες» και αποδίδονται σε παγιωμένες πολλές φορές συμπεριφορές και νοοτροπίες. Στο βαθμό που επιδιώκεται η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας για όλους χωρίς διακρίσεις, η πολιτική δημόσιας υγείας οφείλει να ξεπεράσει την αντίληψη του «ένα είδος και μέγεθος υπηρεσιών δημόσιας υγείας για όλους». Έχει ανάγκη από μια νέα προσέγγιση, η οποία θα επιτρέψει στις τοπικές κοινωνίες σε συνεργασία με την κεντρική διοίκηση να αναδιαμορφώσουν, να επαναπροσδιορίσουν και να ιεραρχήσουν τις προτεραιότητες υγείας στην κάθε περιοχή και για κάθε κοινωνική ομάδα ξεχωριστά.

Εν συνεχεία γίνεται η παρουσίαση κάποιων δημογραφικών δεδομένων, δεικτών κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης και στοιχείων του τρόπου ζωής στις νέες και υποψήφιες χώρες και τις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

1.4.2 Προσδιορισμός δημογραφικών παραγόντων

Οι δημογραφικές εξελίξεις προσδιορίζουν την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού μιας χώρας, η οποία με τη σειρά της έχει επιπτώσεις στον υγειονομικό τομέα και ειδικότερα στη διαμόρφωση του επιδημιολογικού και νοσολογικού προτύπου, στο εύρος και την ένταση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και στις δαπάνες υγείας και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης των δαπανών αυτών (OECD 1996). Η εξέταση της ηλικιακής δομής του πληθυσμού των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των νέων και υποψήφιων κρατών οδηγεί στη διαπίστωση ότι και στις δύο ομάδες χωρών παρατηρείται η σαφής τάση

δημογραφικής γήρανσης. Σύμφωνα με τις προβλέψεις των Ηνωμένων Εθνών, κατά το διάστημα 2001-2015 αναμένονται μείωση της ηλικιακής κατηγορίας των ατόμων μέχρι 15 ετών ως ποσοστού στο σύνολο του πληθυσμού και αύξηση της συμμετοχής της ηλικιακής κατηγορίας άνω των 65 ετών, με συνέπεια τη χειροτέρευση του δείκτη εξάρτησης. Το πρότυπο αυτό, ωστόσο, όπως διαπιστώνει έκθεση της επιτροπής, θα εκδηλωθεί σε διαφορετικό βαθμό και ένταση μεταξύ των περιφερειών και των χωρών της διευρυμένης Κοινότητας, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ποικιλομορφία στην ηλικιακή δομή των περιφερειών. Το γεγονός αυτό θα έχει αντίκτυπο, εκτός των άλλων, στο επίπεδο υγείας και τις ανάγκες περίθαλψης και θέτει ζητήματα επίτευξης της περιφερειακής συνοχής και της σύγκλισης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1998).

Ένας από τους πρωταρχικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ηλικιακής δομής μιας χώρας και των μεταβολών της είναι ο δείκτης γονιμότητας. Η αναπαραγωγή ενός πληθυσμού προϋποθέτει να αντιστοιχούν 2,1 παιδιά σε κάθε γυναίκα. Οι μεταβολές του δείκτη αντανακλούν αλλαγές στην ηλικία των γυναικών που μπορούν να αποκτήσουν παιδιά και στον αριθμό των παιδιών που αποκτούν και σχετίζονται με αλλαγές του ευρύτερου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος (Bagavos and Martin 2001). Ο δείκτης αυτός μειώνεται αισθητά σε επίπεδα κάτω του αναγκαίου ποσοστού αναπλήρωσης σε όλες τις χώρες-μέλη της Κοινότητας, καθώς και στις υποψήφιες χώρες, εκτός από την Τουρκία.

Μια άλλη σημαντική διαπίστωση είναι ότι ενώ ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15, παρά τη δημογραφική επιβράδυνση που παρουσιάζει, θα συνεχίσει να αυξάνεται (λόγω του θετικού ισοζυγίου φυσικής αύξησης και καθαρής μετανάστευσης), αντίστοιχη τάση προβλέπεται να παρουσιάσουν μόνο 4 από τις 13 υποψήφιες χώρες, δηλαδή η Κύπρος, η Μάλτα, η Σλοβακία και η Τουρκία. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από την πτώση των ποσοστών γονιμότητας, την

υψηλή θνησιμότητα και τις μεταναστευτικές ροές των τελευταίων χρόνων προς άλλες χώρες.

Θα πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι με βάση τις μεταβολές του δείκτη γονιμότητας είναι δυνατό να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η δημογραφική γήρανση στις νέες και υποψήφιες χώρες, αν και ορατή, δεν είναι ακόμα τόσο εκτεταμένη όσο η Ε.Ε. των 15, λόγω του χαμηλότερου προσδόκιμου επιβίωσης και της υψηλότερης θνησιμότητας, ιδιαίτερα της βρεφικής, που παρατηρείται στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Όταν όμως ολοκληρωθεί το στάδιο της δημογραφικής και επιδημιολογικής μετάβασης, η γήρανση αναμένεται να ασκήσει σημαντικές πιέσεις και στις εν λόγω χώρες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1998, European Commission 2002).

1.4.3 Προσδιορισμός δεικτών κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης

Κοινό σημείο αναφοράς της επιστημονικής κοινότητας και της δραστηριότητας των διεθνών οργανισμών από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και τις αρχές της δεκαετίας του 1970 είναι η διαμόρφωση ενός πλαισίου ευρύτερης συναίνεσης και συμφωνίας για την υιοθέτηση κοινών δεικτών, οι οποίοι να δίνουν συγκρίσιμες πληροφορίες σε σχέση με την επίτευξη του κοινού στόχου: την ανάπτυξη και την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960 τα Ηνωμένα Έθνη ανέλαβαν την πρωτοβουλία να αναπτύξουν ένα Σύστημα Κοινωνικών και Δημογραφικών Στατιστικών (System of Social and Demographic Statistics, United Nations Statistical Office 1975), το οποίο αργότερα μετεξελίσσεται σε ένα Σύστημα Κοινωνικών Δεικτών (Social Indicators System, United Nations 1978). Στο σύστημα αυτό διαμορφώνονται δείκτες οι οποίοι παρακολουθούν τις τάσεις σε τομείς όπως η

δημογραφία, η κατοικία, η υγεία, η εκπαίδευση, η απασχόληση, το εισόδημα, η κοινωνική ασφάλιση κ.λπ.

Το 1970 ο ΟΟΣΑ υιοθέτησε ένα αντίστοιχο ερευνητικό πρόγραμμα (Programme of Work on Social Indicators), του οποίου προϊόν, μεταξύ άλλων, ήταν η έκδοση το 1982 μιας λίστας 33 κοινωνικών δεικτών που μετρούσαν την ατομική ευημερία σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η υγεία, η απασχόληση, το εισόδημα κ.λπ. (OECD 1982). Η τρέχουσα προσέγγιση του ΟΟΣΑ βασίζεται στον προσδιορισμό ευρύτερων κοινωνικών στόχων, στους οποίους όλες οι χώρες είναι δυνατό να συμφωνήσουν και κατόπιν στην κοινή αναγνώριση των δεικτών που αντανακλούν τις διαφορετικές διαστάσεις κάθε στόχου (Scherer 2001).

Τέλος, στο πρώτο μισό της δεκαετίας του 1970 η Ευρωπαϊκή Ένωση ξεκίνησε την προσπάθεια ανάπτυξης κοινωνικών δεικτών με σκοπό την εξασφάλιση συγκρίσιμων δεδομένων για την παρακολούθηση της κοινωνικής κατάστασης στα κράτη μέλη της. Η προσπάθεια αυτή έγινε εντονότερη κατά τη δεκαετία του 1990, οπότε η Στατιστική Υπηρεσία της Ένωσης (Eurostat) επιχείρησε την εναρμόνιση των δεδομένων τα οποία αφορούν την κοινωνική κατάσταση στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στα πλαίσια αυτά εντάσσεται η χρηματοδότηση μιας σειράς ερευνητικών προγραμμάτων, για παράδειγμα στο πλαίσιο του TSER (Berger et al. 1999), καθώς και εκδόσεων της Eurostat (1998). Επιπροσθέτως, η Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, η οποία συστάθηκε με τη Διάσκεψη της Νίκαιας (Δεκέμβριος 2000), στο πλαίσιο της προώθησης της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Ατζέντας, κατέληξε τον Οκτώβριο του 2001 στην πρόταση υιοθέτησης από την Κοινότητα μιας σειράς κοινωνικών δεικτών που να αναφέρονται στη φτώχεια, την εισοδηματική ανισότητα, την εκπαίδευση, την απασχόληση, την υγεία και τη στέγαση (Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας 2001).

Ενδεικτική του όλου εγχειρήματος και η Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τη Χιλιετία (United Nations Millennium Declaration, Σεπτέμβριος 2000), η οποία θέτει μια σειρά επιμέρους κοινωνικών στόχων, όπως η εξάλειψη της φτώχειας και της πείνας, η βελτίωση της πρόσβασης στην εκπαίδευση, η βελτίωση του επιπέδου υγείας κ.λπ. και δηλώνει την ανάγκη ανάπτυξης κοινών δεικτών για τη μέτρηση επίτευξης των στόχων αυτών (General Assembly of United Nations - United Nations Millennium Declaration). Με βάση τη διακήρυξη προσδιορίστηκαν 48 κοινωνικοί δείκτες.

Στην παρούσα μελέτη θα ήταν αδύνατη η αναφορά σε όλους τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες ανάπτυξης των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των υποψήφιων κρατών προς ένταξη. Εκτός από το μεγάλο αριθμό των δεικτών, η περιορισμένη διαθεσιμότητα των στοιχείων για κάποιες κατηγορίες αποτελεί ένα επιπλέον πρόβλημα. Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζονται επιλεκτικά ορισμένοι δείκτες, ενδεικτικοί της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης στις εν λόγω χώρες, οι οποίοι με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία επιδρούν στο επίπεδο υγείας: το εισόδημα και η εκπαίδευση, όπως ενσωματώνονται στο Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης, καθώς και η απασχόληση (ΠΟΥ 2002).

Ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (Human Development Index) είναι προϊόν δραστηριότητας του Προγράμματος Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών που αναφέρθηκε παραπάνω. Μετράει το μέσο όρο σε μια χώρα σε σχέση με τρεις βασικές διαστάσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης: τη μακροβιότητα, το επίπεδο γνώσης και το επίπεδο ζωής. Αποτελεί ένα σύνθετο δείκτη, με τρεις μεταβλητές: το προσδόκιμο επιβίωσης, το επίπεδο εκπαίδευσης (αναλφαβητισμός στους ενήλικους σε συνδυασμό με παρακολούθηση πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) και το πραγματικό ΑΕΠ (σε μονάδες ισοδύναμης αγοραστικής αξίας).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της τελευταίας έκθεσης για την Ανθρώπινη Ανάπτυξη, οι 15 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατατάσσονται μεταξύ των 24 πρώτων ανάμεσα σε 175 χώρες, με 24^η την Ελλάδα, ως προς την επίδοσή τους σε σχέση με το Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης. Οι νέες και υποψήφιες χώρες κατατάσσονται σε χαμηλότερες θέσεις, με τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία και την Τουρκία να βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση, ακολουθούμενες από τις χώρες της Βαλτικής.

Η διαχρονική πορεία του δείκτη δείχνει ότι στις χώρες της Κοινότητας για όλο το χρονικό διάστημα 1975-2001 σημειώνεται μια σταθερή ανάπτυξη, σε διαφορετικούς ωστόσο ρυθμούς για κάθε χώρα. Αντίθετα, στις υποψήφιες χώρες διαγράφονται δυο τάσεις. Η μια τάση αφορά τα τρία κράτη της Βαλτικής, τη Ρουμανία και τη Βουλγαρία, όπου το διάστημα 1985-1995 αποτελεί περίοδο δυσμενών εξελίξεων και αναστροφής της αναπτυξιακής διαδικασίας. Η προσπάθεια επανάκαμψης φαίνεται να επιτυγχάνεται μετά το 1995. Η δεύτερη τάση εμφανίζεται στις υπόλοιπες υποψήφιες χώρες, οι οποίες σημειώνουν συνεχή ανάπτυξη για όλο το διάστημα 1975-2001. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι τα τρία από τα κράτη της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, δηλαδή η Σλοβενία, η Τσεχία και η Ουγγαρία, στο πρώτο μισό της δεκαετίας του 1990 αντιμετωπίζουν επίσης προβλήματα καταγράφοντας μικρό ρυθμό ανάπτυξης, ενώ η πορεία της Πολωνίας κατά το ίδιο διάστημα φαίνεται να είναι λιγότερο δυσμενής.

Μια δεύτερη διαπίστωση είναι ότι μερικές από τις νέες και υποψήφιες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης κατά το διάστημα 1996-2001 σημείωσαν πρόοδο πλησιάζοντας το μέσο όρο της Ένωσης, με την Εσθονία και τη Λιθουανία να καταγράφουν τα μεγαλύτερα ποσοστά αύξησης. Αντίθετα, η Τσεχία, η Τουρκία, η Ρουμανία και η Βουλγαρία σημείωσαν χειροτέρευση της θέσης τους.

Οι συνθήκες στην αγορά εργασίας έχουν σημαντική επίπτωση στο επίπεδο υγείας του εργατικού δυναμικού. Η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας δείχνει ότι καταστάσεις όπως η ανασφάλεια απασχόλησης, η απόλυση και η ανεργία σχετίζονται με την εμφάνιση σοβαρών ελλειμμάτων στη φυσική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, αύξηση της νοσηρότητας και της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Jin et al. 1997, Platt et al. 1999). Από τις νέες και υποψήφιες χώρες, μόνο η Κύπρος και η Τσεχία ξεπερνούν το μέσο ποσοστό απασχόλησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (63,9%), ενώ η Μάλτα, η Πολωνία, η Βουλγαρία και η Τουρκία βρίσκονται πιο κάτω και από την Ελλάδα, η οποία έχει το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των μελών της Κοινότητας (55,4%). Η μερική απασχόληση ως ποσοστό του συνόλου της απασχόλησης φαίνεται ότι δεν έχει την έκταση που παρουσιάζει στα κράτη-μέλη της Κοινότητας, η οποία καταγράφει μέσο ποσοστό 17,9% με τη Ρουμανία, τη Λετονία και την Πολωνία να βρίσκονται πιο κοντά σε αυτό.

Στην Ε.Ε., κατά μέσο όρο πάνω από τα δύο τρίτα των εργαζομένων απασχολούνται στον τομέα των υπηρεσιών, το 26,4% στο δευτερογενή τομέα και το 4,2%, στον πρωτογενή τομέα. Από το πρότυπο αυτό ξεφεύγουν κάπως η Ελλάδα και η Πορτογαλία, όπου στον αγροτικό τομέα απασχολείται τετραπλάσιο και υπερδιπλάσιο αντίστοιχα ποσοστό. Στην κυρίαρχη τάση της Κοινότητας, ανταποκρίνεται η Κύπρος με 71,1% των απασχολούμενων στον τριτογενή, 24% στο δευτερογενή και 4,9% στον πρωτογενή τομέα. Στα υπόλοιπα υποψήφια κράτη, ο δευτερογενής και ο πρωτογενής τομέας παραμένουν σημαντικοί θύλακοι απασχόλησης, με ακραίες περιπτώσεις τη Ρουμανία και την Τουρκία, όπου η απασχόληση στον αγροτικό τομέα υπερτερεί.

Η Κύπρος, η Ουγγαρία, η Σλοβενία και η Ρουμανία καταγράφουν τη χαμηλότερη ανεργία, το ποσοστό της οποίας βρίσκεται κάτω του μέσου όρου της

Κοινότητας (7,4%). Δύο ακόμα χώρες (Μάλτα και Τσεχία) παρουσιάζουν καλύτερα μεγέθη σε σχέση με τις υπόλοιπες 7 που έχουν υψηλή ανεργία, με πρώτες τη Βουλγαρία (19,9%) και τη Σλοβακία (19,4%). Η ανεργία στην Ισπανία, την Ελλάδα, την Ιταλία και το Λουξεμβούργο είναι η μεγαλύτερη μεταξύ των κρατών της Κοινότητας.

Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι τα υψηλά ποσοστά των μακροχρόνια ανέργων στη Σλοβακία, τη Βουλγαρία, και ακολούθως την Πολωνία και τις βαλτικές χώρες. Αντίθετα, η Κύπρος, η Τουρκία, η Ουγγαρία, η Μάλτα και η Ρουμανία βρίσκονται κάτω του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (3,3%). Το μεγαλύτερο ποσοστό μακροχρόνια ανέργων στην Ένωση καταγράφουν κατά σειρά η Ιταλία, η Ελλάδα και η Ισπανία. Επιπροσθέτως, η ανεργία των νέων ηλικίας 15-24 ετών σε χώρες όπως η Πολωνία, η Βουλγαρία, η Σλοβακία και η Λιθουανία ξεπερνά κατά πολύ το ποσοστό της Ελλάδας και της Ιταλίας (28,1% και οι δύο), ενώ και τα υπόλοιπα κράτη, με εξαίρεση την Κύπρο, βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο της Ένωσης.

1.5 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: η αναγόρευση της υγείας σε κοινωνικό αγαθό

Το ΕΣΥ συνιστά τη λυδία λίθο της σύγχρονης ελληνικής κοινωνικής προστασίας. Αποτελεί μια κορυφαία αναδιανεμητική παρέμβαση εκτεταμένων εθνικών πόρων, την πρώτη ολοκληρωμένη πολιτική υγείας που υλοποιήθηκε στη χώρα μας, και μια απόπειρα καταλυτικής αναδιάταξης δυνάμεων και συμφερόντων στο χώρο της υγείας. Η νομοθεσία του ΕΣΥ του 1983 ήταν προσανατολισμένη στην αποκέντρωση και την εισαγωγή ενός ενιαίου λειτουργικού πλαισίου ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, στην αναμόρφωση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού και

στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι ρυθμίσεις περιλάμβαναν την αναβάθμιση και διοικητική αναδιάρθρωση των νοσοκομείων, την καθιέρωση «της αποκλειστικής απασχόλησης» των γιατρών του ΕΣΥ, τον περιορισμό της προκλητής ζήτησης, την ανάπτυξη κέντρων υγείας στην περιφέρεια καθώς και μηχανισμούς σχεδιασμού και αποκέντρωσης των υπηρεσιών. Η κεντρική φιλοσοφία του ΕΣΥ συνοψιζόταν στην κρατική ευθύνη παροχής καθολικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή δυνατότητας καταβολής χρημάτων. Η εγκαθίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων απαγορεύθηκε.

Προβλέφθηκε επίσης μια πολιτική συγχώνευσης της χρηματοδότησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, πολιτική απαραίτητη για το συντονισμό, τον εξορθολογισμό, την αναδιανομή και την παρακολούθηση της αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών. Η ανάπτυξη ενός συστήματος ασφάλισης υγείας αποτελεί μια πλήρη εμποδίων διοικητική αποστολή η οποία προϋποθέτει προσεκτικό σχεδιασμό (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003). Ειδικά μέτρα απαιτούνται ώστε η ασφάλιση υγείας να ενσωματωθεί αποτελεσματικά και να εναρμονισθεί με ένα καθολικό σύστημα υγείας. Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ προωθήθηκε ως αποτέλεσμα συντεχνιακών και πολιτικών ανακατατάξεων. Επιχείρησε τομή σε ένα καθεστώς απογυμνωμένο από πολιτική και, κυρίως, κοινωνική υποστήριξη.

Το ΕΣΥ αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της υγειονομικής προστασίας στην Ελλάδα και συνοδεύθηκε από τάσεις διεύρυνσης των δαπανών υγείας. Τα νέα κέντρα υγείας, η δωρεάν πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και η διεύρυνση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης –κυρίως με τα νέα περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία- αναβάθμισαν συνολικά την πρόσβαση στην υγεία. Παράλληλα, η ανάδυση μιας νέας σημαντικής δύναμης, των γιατρών του ΕΣΥ, εκσυγχρόνισε κάπως τον τομέα των εργασιακών σχέσεων και για

μα πενταετία διαμόρφωσε μια νέα ισορροπία. Ωστόσο το σύνθετο ζήτημα των πολιτικών αμοιβής των γιατρών παρέμεινε συγκεχυμένο και το αξίωμα ότι στην υγεία η προσφορά δημιουργεί τη ζήτηση δεν ελήφθη σοβαρά υπόψη. Οι δυνατότητες για δημιουργία προκλητής ζήτησης (Evans 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003) αποδίδονται στην ισχυρή μονοπωλιακή θέση του γιατρού μέσα στο σύστημα, τόσο σε σχέση με τον ασθενή όσο και με την οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία του. Βέβαια, κάθε σύστημα πληρωμής εμπεριέχει δυνάμει μειονεκτήματα, αλλά παρόλα αυτά δύναται να λειτουργήσει σωστά. Η κάθε χώρα είναι που πρέπει να το ταιριάζει στα δεδομένα της και να διασφαλίσει ότι το απαιτούμενο διοικητικό κόστος υπολείπεται των ωφελειών από την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την αποδοχή των υπηρεσιών από μέρους των χρηστών.

1.6 Το ΕΣΥ: η αναγόρευση της δημόσιας υγείας σε αγαθό «εν ανεπαρκεία»

Η απαγόρευση άσκησης ιδιωτικής ιατρικής από τους γιατρούς του ΕΣΥ ώθησε αρκετούς αξιόλογους γιατρούς να εγκαταλείψουν το δημόσιο σύστημα, παρά τις σημαντικότερες αυξήσεις μισθών που ακολούθησαν. Είναι πάντως ενδεικτικό ότι οι κατηγορίες με αυξημένη επιρροή, οι πανεπιστημιακοί και οι στρατιωτικοί γιατροί, εξαιρέθηκαν της απαγόρευσης. Οι συζητήσεις για πλήρη και αποκλειστική απασχόληση επισκίασαν πολλά ουσιώδη θέματα της υγείας (Βενιέρης 1995). Γενικά, οι εθνικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα από τα καλύτερα παραδείγματα επιρροής του κορπορατισμού στη χάραξη της πολιτικής (Cawson 1982, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003). Κρίσιμα ζητήματα, όπως το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο εξορθολογισμός των δαπανών, η ραγδαία αύξηση του ποσοστού

των ηλικιωμένων και η ανάγκη αναπροσανατολισμού των υπηρεσιών, η αθλιότητα της ιδρυματικής περίθαλψης για τους ψυχικά ασθενείς, η δημόσια υγεία, ο εκσυγχρονισμός και η αναδιάρθρωση της ιατρικής εκπαίδευσης, παρέμειναν στο περιθώριο.

Η ενοποίηση των ασφαλιστικών κλάδων υγείας των ταμείων ματαιώθηκε αθόρυβα από μια πολιτικά οριζόντια συγκροτημένη, ωμή συντεχνιακή ανατροπή με κοινοβουλευτικό μανδύα. Από τότε και μέχρι σήμερα, οι κατακερματισμένες ασφαλιστικές υπηρεσίες υγείας ποτέ δεν εντάχθηκαν ουσιαστικά στο ΕΣΥ – παραμένοντας μια ανήκεστος πληγή αποσυντονισμού, αναποτελεσματικής διαχείρισης και κατασπατάλησης πόρων. Οι σταθερά διευρυνόμενες δημόσιες υγειονομικές δαπάνες κατευθύνθηκαν κυρίως στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, η οποία στηρίχθηκε σε μια ουσιαστικά ανεξέλεγκτη διαδικασία ετήσιων προϋπολογισμών για κάθε νοσοκομείο, αλλά δε συνοδεύθηκαν από την αναμενόμενη βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Με οικονομικούς όρους, η διαρθρωτική αποτυχία συνοψίζεται στην επίτευξη του αντίθετου, του αρχικού σκοπού, αποτελέσματος; οι συνολικές δαπάνες εξωθούνταν ολοένα και περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα.

Το ΕΣΥ αποτελεί εν πολλοίς την κορυφαία μεταρρύθμιση στο χώρο της κοινωνικής πολιτικής στη σύγχρονη Ελλάδα, καθόσον ενσωματώνει το μεγαλύτερο εθνικό μηχανισμό κάθετης αναδιανομής πόρων στην κατεύθυνση της κοινωνικής δικαιοσύνης. Ωστόσο δεν κατόρθωσε να εκπληρώσει μεγάλο μέρος από τους στόχους του και να οικοδομήσει ναι σχέση εμπιστοσύνης με τους πολίτες παρά μόνο σχέση ανοχής. Τις γκρίζες πτυχές του σκιαγραφούν αδυναμίες κυρίως πολιτικής συνέπειας και κοινωνικού σχεδιασμού: συνεπών πολιτικών προτεραιοτήτων, τεκμηρίωσης των υγειονομικών αναγκών, υλοποίησης του περιφερειακού σχεδιασμού, οργανωτικής και

διοικητικής υποδομής, εκσυγχρονισμού των νοσηλευτικών υπηρεσιών, συγκροτημένης και αποτελεσματικής χρηματοδότησης, μακροπρόθεσμης υποστήριξης των εμπλεκόμενων πλευρών, ελέγχου του κόστους και παροχής κινήτρων, αξιολόγησης στους ζωτικούς τομείς, προαγωγής της έρευνας, δημιουργίας εξειδικευμένων διοικητικών στελεχών (Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003).

Ασφαλώς η ιδεολογική αφετηρία του ΕΣΥ, η άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία με την έννοια της ευρύτερης εξασφάλισης ίσων ευκαιριών φροντίδας και της μείωσης των διαφοροποιήσεων αποτελεί ένα σύνθετο ζήτημα πολύπλευρης ανάγνωσης και κυρίως μια φιλόδοξη επιδίωξη. Μια απλή μόνο πτυχή είναι η μείωση των διαφορών μεταξύ γεωγραφικών περιοχών. Στις πιο σύνθετες διαστάσεις περιλαμβάνονται οι διαφοροποιήσεις μεταξύ εθνικών ομάδων, κοινωνικών συνθηκών, επαγγελμάτων, εργαζομένων και ανέργων, ανθρώπων διαφορετικού μορφωτικού και εισοδηματικού επιπέδου, διαφορετικού φύλου, (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003). Κατά συνέπεια, ο ευγενής αυτός σκοπός υπερβαίνει κατά πολύ τα όρια μιας παραδοσιακής πολιτικής υγείας. Παρόλα αυτά, το μέτρο στο οποίο η δημιουργία του ΕΣΥ καταπολέμησε τις ανισότητες στη φροντίδα της υγείας δεν είναι ικανοποιητικό.

1.7 Η «μεταρρύθμιση» της μεταρρύθμισης (2000-2001)

Περί τα μέσα του 2000, και μετά από παλινωδίες, δημοσιοποιήθηκε εντέλει μια πολυσύνθετη δέσμη μέτρων αναθεώρησης του ΕΣΥ βασισμένη σε ένα σχέδιο με εξαετή χρονικό ορίζοντα εφαρμογής. Οι χρόνιες δυσκαμψίες του συστήματος ήταν γνωστές στους συντάκτες του νόμου: η απροθυμία και οι αντιστάσεις δημόσιας διοίκησης και συμφερόντων, η έλλειψη επαρκούς και εξειδικευμένου προσωπικού σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη μηχανισμών συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών και των πηγών χρηματοδότησης, η άναρχη χωροταξική κατανομή των υπηρεσιών, η έλλειψη σύγχρονων κτιριακών υποδομών, οι γεωμορφολογικές ιδιαιτερότητες της χώρας, ο πληθωρισμός γιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000:3).

Οι κεντρικοί στόχοι της μεταρρύθμισης, η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας δημόσιου χαρακτήρα, η διοικητική οργάνωσή του και ο εξορθολογισμός των δαπανών του προωθήθηκαν με την προσπάθεια υλοποίησης μιας εθνικής πολιτικής πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Ως σημεία αιχμής της ανασυγκρότησης αναδείχθηκαν: η δημιουργία περιφερειακών ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας (ΠΕΣΥΠ), η ανάδειξη της πρωτοβάθμιας και της δημόσιας υγείας, η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας, η συγκρότηση κοινής χρηματοδοτικής βάσης των κλάδων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών, η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων, η καθιέρωση κάρτας υγείας ασθενούς, η μηχανογράφηση όλων των υπηρεσιών του συστήματος, η ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, η επιστημονική και οικονομική αναβάθμιση των εργαζομένων στην υγεία, η καθιέρωση αποτελεσματικών ελέγχων στην παροχή δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Αξιοσημείωτη παράμετρος του σχεδιασμού της μεταρρύθμισης ήταν η άμεση εκπόνηση του υγειονομικού χάρτη, μιας αποτύπωσης των αναγκών υγείας του πληθυσμού της χώρας για την τεκμηριωμένη ανάπτυξη συγκεκριμένων υπηρεσιών σε συγκεκριμένες περιοχές. Προαναγγέλθηκαν, επίσης, ένας χάρτης δικαιωμάτων του ασθενούς καθώς και η ανάπτυξη πολιτικών ενθάρρυνσης του εθελοντισμού και ενίσχυσης των δραστηριοτήτων των μη κυβερνητικών οργανώσεων. Τέλος, χρονοδιαγράφηκαν τα βασικά στάδια εφαρμογής του νέου διοικητικού και διαχειριστικού μοντέλου, καταγράφηκαν συνοπτικά το οικονομικό κόστος και το όφελος της νέας πολιτικής και μεθοδεύθηκε η εκπόνηση σχετικής οικονομοτεχνικής μελέτης.

Η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας και των υπηρεσιών του ΕΣΥ μέσω ενός ενιαίου οργανισμού διαχείρισης πόρων –αφετηρία απαραίτητης πολιτικής με σοβαρότατη διοικητική, οργανωτική αλλά και κοινωνική διάσταση λόγω των ανισοτήτων που διακινδυνεύει η ασφάλιση υγείας- αποτέλεσε επίσης κεντρικό σημείο τριβής. Τις σχετικές προτάσεις του Υπουργείου Υγείας δε συμμερίσθηκαν ούτε οι εργαζόμενοι στην υγεία ούτε η διοίκηση του ΙΚΑ, το οποίο εμπλέκεται σχεδόν αποκλειστικά όχι μόνο στην πολιτική ενιαίας χρηματοδότησης, αλλά και στην πολιτική πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όπως αναγνωρίζεται, η προσεκτική αποτίμηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων κάθε μεθόδου χρηματοδότησης, εναρμονισμένη στις συνθήκες στις οποίες καλείται να λειτουργήσει, συνιστά το κλειδί για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών. Είναι αμφίβολο, επίσης, αν η επιχειρούμενη ανασυγκρότηση ενσωμάτωσε επαρκώς τα θέματα του σχεδιασμού των ανθρώπινων πόρων στους στόχους της. Η υλοποίησή της συνδέεται άμεσα με το έλλειμμα διοικητικών στελεχών ή νοσηλευτικού προσωπικού και με το

πλεόνασμα ιατρικού προσωπικού (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003).

Όπως ήταν αναμενόμενο, πράξεις και παραλείψεις του παρελθόντος επέτειναν τις δυσχέρειες εφαρμογής της μεταρρύθμισης. Για παράδειγμα, η προαγωγή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης διαμέσου της αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων συνδέεται με την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού «προσωπικού» κατά το νομοσχέδιο- γιατρού. Η παραδοσιακή πολιτική «ανάπτυξης» στην κατεύθυνση ενός νοσοκομειακοκεντρικού συστήματος οδήγησε, όπως καταδεικνύουν τα στοιχεία, και στην έλλειψη χιλιάδων οικογενειακών γιατρών. Είναι απαραίτητο να αυξηθεί άμεσα και θεαματικά ο αριθμός τους και παράλληλα να περιορισθούν οι γιατροί των άλλων ειδικοτήτων (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003).

Η έλλειψη ή υπερπροσφορά επαγγελματικών ειδικοτήτων στην υγεία καταδεικνύει την απουσία σχεδιασμού σε επίπεδο ανθρώπινων υγειονομικών πόρων. Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά την τελευταία εικοσαετία τα ποσοστά γιατρών και νοσηλευτών διπλασιάστηκαν όσον αφορά τους πρώτους βρισκόμαστε στις υψηλότερες θέσεις και όσον αφορά τους δεύτερους στις χαμηλότερες θέσεις στην ΕΕ (OECD 2002). Το πλεόνασμα ιατρικού δυναμικού είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο ευθύνεται, λόγω σωρευτικών επιδράσεων, σε μια σειρά φαινομένων σπατάλης (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003). Η ιατρική εκπαίδευση είναι πολύ δαπανηρή, οι άνεργοι γιατροί όχι μόνο απορροφούν πόρους από τις πολιτικές απασχόλησης, αλλά ιδιαίτερα όταν έχουν καλές πολιτικές διασυνδέσεις πιέζουν τις κυβερνήσεις να δημιουργήσουν θέσεις εργασίας στα αστικά κέντρα παρά τις περιφερειακές ανάγκες. Σε βάρος της κοινωνικής και οικονομικής αποτελεσματικότητας η υπερπροσφορά στον ιδιωτικό τομέα καλλιεργεί την

υπερβολική και ενίοτε τη χρήση πολύ ακριβών κυρίως διαγνωστικών και εγχειρητικών υπηρεσιών και βλάπτει το εθνικό ισοζύγιο πληρωμών.

Συνοψίζοντας στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παρατηρούμε ότι η ουσιαστική προαγωγή της υγείας συνδέεται με ευρύτερες πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές αλληλεπιδρώμενες συνιστώσες. Συνδέεται πρώτον, με την ιδεολογικοπολιτική αντίληψη όπως αποτυπώνεται στις πολιτικές προτεραιότητες, και με την οικονομική ανάπτυξη όπως καταγράφεται στη διάθεση πόρων στην υγεία. Η πολιτική υγείας βρίσκεται εγκλωβισμένη σε ένα συγκεκριμένο πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον. Η συγκρότησή της είναι συνυφασμένη με το επίπεδο πολιτικής οργάνωσης, η δε δυναμική της με το επίπεδο οικονομικής ευημερίας. Δεύτερον, συνδέεται με την προαγωγή της υγείας διαμέσου ενός οικονομικά αποτελεσματικού, πολιτικά ρεαλιστικού και κοινωνικά αποδεκτού τρόπου. Η οικονομική ύφεση των τελευταίων δεκαετιών, όμως, προσανατόλισε όλες τις χώρες στη διεύρυνση τρόπων αύξησης της αποτελεσματικότητας, εξεύρεσης περισσότερων πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και διατήρησης της δαπάνης (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003). Δίχως άλλο, η μονοδιάστατη αυτή προσέγγιση δεν συμβάλλει στην επίτευξη του θεμελιώδους σκοπού, που είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας και της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα αυτές οι συνιστώσες απηχούν τις εθνικές ιδιαιτερότητες και τα διαρθρωτικά χαρακτηριστικά. Η πολιτική συγκρότηση και το θεσμικό πλαίσιο δεν συνθέτουν ευνοϊκούς παράγοντες για την ανάπτυξη της πολιτικής υγείας. Για μια ουσιαστική πολιτική υγείας προτάσσονται στόχοι αναβάθμισης της ποιότητας της φροντίδας, εκσυγχρονισμού του φάσματος περίθαλψης, διοικητικής αποκέντρωσης και εξορθολογισμού της κοινωνικής διοίκησης. Επί του παρόντος, το ελληνικό

σύστημα υγείας παραμένει κατ' όνομα «εθνικό» πρόκειται για ένα πολυδιασπασμένο μεικτό σύστημα με νοσοκομειακοκεντρικό και ιατροκεντρικό χαρακτήρα.

Επιπλέον, η συνολική δαπάνη υγείας, η οποία εκτιμάται ότι υπερβαίνει το 9% του ΑΕΠ μετά το 2000 και διατηρεί αυξητική τάση σε ρυθμό μεγαλύτερο από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ, παραμένει από τις χαμηλότερες στην ΕΕ, όπου επίσης παρατηρούνται τάσεις διεύρυνσης . Η έλλειψη συντονισμού στη χρηματοδότηση του συστήματος και ουσιαστικών μέτρων για την αποδοτικότητα της δαπάνης και τη συγκράτηση του κόστους συνιστούν νευραλγικά θέματα(K.Souliotis and C.Lionis,2004). Η εφαρμογή πολιτικών ελέγχου του κόστους δεν αποτέλεσε προτεραιότητα αντίστοιχη άλλων χωρών, ενώ ακόμη και τα μέτρα τα οποία θεσμοθετήθηκαν δεν εφαρμόστηκαν πλήρως, αποδίδοντας τελικά ελάχιστα αποτελέσματα (Sissouras et al. 1999, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003). Σε κάθε περίπτωση, το οικονομικό πρόβλημα στον τομέα της υγείας από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 εστιάζεται στη διαχείριση παρά στο ύψος των δαπανών.

Η αναβλητικότητα και η αναποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στην Ελλάδα στο χώρο της υγείας επομένως αποδίδονται στη διαχρονική επικράτηση των πολιτικών, θεσμικών και οικονομικών περιορισμών επί των διαρθρωτικών αναγκαιοτήτων. Οι δυσχέρειες μεταφράζονται σε ισχυρές πιέσεις οικονομικών και συντεχνιακών συμφερόντων στο πεδίο του κατακερματισμού κόστους-ωφέλειας στην υγεία. Οι δυνάμεις αυτές σχεδόν ελέγχουν τις πολιτικές αποφάσεις απεκδυόμενες την ανάληψη πρόσθετου κόστους ή την απώλεια οφέλους και αποτρέπουν τη διαδικασία αναδιάρθρωσης. Η ρητορεία περί αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας διαδραματίζει πλέον πρωταγωνιστικό ρόλο στην κοινωνικοπολιτική σκηνή, αλλά οι προσπάθειες ανασυγκρότησης καταλήγουν στο συρτάρι ή στην καλύτερη περίπτωση σε ατελέσφορους συμβιβασμούς.

Μακροπρόθεσμα, η έλλειψη κατάλληλης συλλογικής και πολιτικής κουλτούρας παραμένει η αποφασιστική παράμετρος για την αναβολή των διαρθρωτικών αλλαγών και στην υγεία. Οι μέχρι σήμερα προσπάθειες μεταρρύθμισης οικοδόμησαν μία ελάχιστη βάση κοινωνικής και πολιτικής υποστήριξης.

Η αναθεώρηση και η πλήρης εφαρμογή του θεσμικού πλαισίου συνδυάζουν την ανάσχεση οικονομικού κόστους και κοινωνικής αδικίας με τη διεύρυνση κοινωνικής και, εν τέλει, πολιτικής ωφέλειας. Η άσκηση σύγχρονης ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας συναρτάται με:

- την υιοθέτηση ενός πλαισίου συνολικής αποτελεσματικότητας με έμφαση αφενός στη δημιουργία λειτουργικών διοικητικών δομών και αφετέρου στην πρωτοβάθμια φροντίδα,
- την εξισορρόπηση των αντίρροπων πιέσεων και την οικοδόμηση σταθερών σχέσεων συνεργασίας σε όλο το φάσμα προαγωγής της υγειονομικής φροντίδας, όπου κατεξοχήν μια ελάχιστη συναίνεση των εμπλεκόμενων μέτρων για οποιαδήποτε πολιτική αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση της επιτυχούς υλοποίησής της,
- τη μέχρι τέλους εφαρμογή μιας νέας αναθεωρημένης στρατηγικής μακρόπνοης προοπτικής διαμέσου διακυβερνητικού συντονισμού και διακομματικής συνεργασίας,
- τη δημιουργία υποδομών για μια ολοκληρωμένη αγωγή υγείας και
- την άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία και, εν πολλοίς, της συνολικής ανισότητας.(K.Souliotis and C.Lionis,2004)

Από την άλλη πλευρά, οι πολίτες θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουν την ευθύνη τους έναντι της υγείας τους ώστε παράλληλα να επαναπροσδιοριστεί και η ανταπόκριση της πολιτικής (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003).

Με αυτή την έννοια, η ελληνική κοινωνία βρίσκεται έναντι σοβαρών ευθυνών, η πολιτεία παραμένει έναντι αναπάντητων προκλήσεων και η πολιτική υγείας κείται έναντι ανησυχητικών υστερήσεων. Το γεγονός ότι, παρά την ασθενή κοινωνικοπολιτική συγκρότηση, «νους ασθενής», η υγεία των Ελλήνων, αν πιστέψει κανείς τους σχετικούς δείκτες, παραμένει ικανοποιητική, «εν σώματι υγεί», αναπαράγει δυστυχώς μακάριο εφησυχασμό και στα τρία αυτά στάδια.

2. ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΕΝΟΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) το 1978 στην Άλμα Άτα διακήρυξε ότι «η υγεία αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα» και ότι «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου της για κάθε άτομο είναι ο σημαντικότερος παγκόσμιος κοινωνικός στόχος». Στην ίδια συνδιάσκεψη, οριοθετήθηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως περιλαμβάνουσα τόσο υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας όσο και υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης. Στο σύνολό τους, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υποστηρίχθηκε ότι οφείλουν να διασφαλίζουν υπέρ του πολίτη την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση καθώς και την άμεση αντιμετώπιση της ασθένειάς του σε «πρώτο βαθμό», χωρίς δηλαδή την ανάγκη να καταφύγει ο ασθενής σε νοσοκομειακή περίθαλψη.

- Η τελευταία, εξάλλου, συνεπάγεται κατ' αρχάς για τον πολίτη την απομάκρυνση από το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον, ενώ για το σύστημα υγείας την αυξημένη επένδυση σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Το υψηλό άλλωστε λειτουργικό κόστος των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης αποτέλεσε ένα βασικό παράγοντα ανάδειξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως βασικής προϋπόθεσης για τον έλεγχο των δαπανών υγείας διεθνώς (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

2.1 Περιεχόμενο θεσμικής παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υπό το πρίσμα αυτό διαπιστώνεται και ερμηνεύεται η αδυναμία εφαρμογής προτάσεων πλήρους διοικητικής εναρμόνισης του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στους λόγους που αποδίδεται η αδυναμία εφαρμογής καινοτομικών σχεδίων (π.χ. Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας), τα οποία, στο βαθμό που προσανατολίζονται σε μια λειτουργική ανασυγκρότηση του όλου συστήματος, εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες επιτυχούς ολοκλήρωσης και υλοποίησης.

Ειδικότερα, όσον αφορά στη συζήτηση για την επιλογή της λειτουργικής ή της διοικητικής ρύθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κομβικό σημείο φαίνεται πως αποτελούν οι υφιστάμενες δομές του ΙΚΑ στα αστικά κέντρα, οι οποίες σε πολλές από τις προσεγγίσεις αυτές αντιμετωπίζονται ως ένα αρνητικό αφετηριακό σημείο της όποιας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Υπό αυτή τη λογική, διατυπώθηκαν προτάσεις για τη δημιουργία ενός ενιαίου οργανωτικά και διοικητικά σχήματος παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με βασικές, όμως, προϋποθέσεις αφ' ενός την άρση της αυτονομίας των δομών του ΙΚΑ και την ένταξή τους στο ΕΣΥ και αφ' ετέρου τη δημιουργία μιας ενιαίας χρηματοδοτικής βάσης για την ορθολογική αξιοποίηση των πόρων υγείας. (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

Η κριτική που ασκήθηκε στις προτάσεις αυτές επικεντρώνεται στο ότι η οργανωτική και διοικητική υπαγωγή των δομών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ ενδέχεται να προκαλέσει προβλήματα αναφορικά για την οριοθέτηση του πλαισίου ιδιοκτησίας και χρήσης των μέσων παραγωγής και τη ρύθμιση του εργασιακού καθεστώτος των ιατρών, ενώ, επιπροσθέτως, θα επιφέρει ένα υψηλό διοικητικό κόστος εφαρμογής. Στο ίδιο πνεύμα, αμφισβητούνται τα αποτελέσματα σε όρους επάρκειας και ποιότητας των υπηρεσιών, από μια καθαρά διοικητική παρέμβαση στο σύστημα

υγείας, τουλάχιστον όσον αφορά στο βαθμό κατά τον οποίο κάτι τέτοιο θα γίνει βραχυπρόθεσμα αισθητό στους πολίτες.

- Η άποψη υπέρ της συγκέντρωσης και διαχείρισης των πόρων από ένα φορέα, με βασικό επιχείρημα την υψηλή αντιπροσώπευση και συνεπώς την ενίσχυση της διαπραγματευτικής θέσης της πλευράς της ζήτησης έναντι αυτής της προσφοράς, επίσης αμφισβητείται ως προς την αποτελεσματικότητα μιας τέτοιας τομής, δεδομένου ότι φορείς όπως το ΙΚΑ έχουν ήδη υψηλή αντιπροσώπευση, η οποία όμως στα πλαίσια του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου (προκαθορισμένες τιμές και υπηρεσίες) δεν επιτρέπει διαπραγματεύσεις στη βάση ευέλικτων συμβολαίων και συμβάσεων. (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

Με δεδομένα τα παραπάνω «εκκρεμή» ζητήματα, ο Νόμος 3235/2004 αποτελεί μια αυτοτελή νομοθετική ρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αξιοποιώντας τις υφιστάμενες υποδομές τόσο των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΕΣΥ όσο και των πολυϊατρείων και των τοπικών ιατρείων των ασφαλιστικών οργανισμών.

Αφετηριακή θέση του νόμου αποτελεί το ότι το κράτος οφείλει να είναι ο εγγυητής μιας επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συνέχειά τους. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας (Άρθρο 1 παρ. 1 και 2 του Ν. 3235/2004). Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. Στο πλαίσιο αυτό ο νόμος ορίζει ως προτεραιότητα δράσης της

πολιτείας τη διασφάλιση της ισότιμης και ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες (Άρθρο 1 παρ. 3 του Ν. 3235/2004). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει:

- α) τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- β) τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- γ) τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
- δ) την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και
- ε) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Έτσι, το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο ο Νόμος 3235/2004 κατοχυρώνει, είναι σαφώς προσανατολισμένο στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών (Άρθρο 1 παρ. 5 του Ν. 3235/2004):

- α) της συνέχειας στη φροντίδα, επιτρέποντας τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα υγείας στη διάρκεια του χρόνου,
- β) της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας καθώς και των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, στο μοναδικό κοινωνικό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του ασθενούς και
- γ) του προσανατολισμού στον ασθενή και στην οικογένειά του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης των ασθενών μέσα στο σύστημα.

Στην κατεύθυνση αυτή, ο νόμος επιφέρει σημαντικές οργανωτικές «ανακατατάξεις» στην υφιστάμενη δομή του συστήματος υγείας και, ειδικότερα, του υποσυστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα προβλέπεται η ενοποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς οι μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας που ανήκουν στους ασφαλιστικούς οργανισμούς μετονομάζονται σε κέντρα υγείας του οικείου οργανισμού, που εποπτεύονται και

ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσω των αρμόδιων ΠΕΣΥΠ, ως προς την ποιότητα και τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους. Επίσης, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης αποκτούν τη δυνατότητα να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους, υπό τον έλεγχο των ΠΕΣΥΠ, ενώ καθορίζονται ενιαίοι όροι και προϋποθέσεις για την ίδρυση νέων κέντρων υγείας του ΕΣΥ και των ασφαλιστικών οργανισμών (Αντωνάκης και Λιονής 1997, Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

Πιο συγκεκριμένα, δίδοντας έμφαση στη συλλογή και διαχείριση των πληροφοριών οι οποίες αντλούνται μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, ο νόμος προβλέπει σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων, το οποίο εγγυάται, αφ' ενός, στον πολίτη ότι θα βρει τον ιατρό που έχει ανάγκη χωρίς τη διαδικασία της αναμονής και, αφ' ετέρου, στο σύστημα ότι θα καταγραφούν τα δεδομένα ζήτησης και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, νομοθετικό έρεισμα αποκτούν και οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής υποστήριξης της κλινικής απόφασης, οι οποίες επιτρέπουν την ολοκληρωμένη διάγνωση και ιατρική υποστήριξη περιστατικών που εμφανίζονται σε απομακρυσμένες γεωγραφικά ή και δυσπρόσιτες περιοχές της χώρας, χωρίς να απαιτείται η μετακίνηση του ασθενούς και η συνακόλουθη οικονομική επιβάρυνση του συστήματος (Αντωνάκης και Λιονής 1997, Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

Σε ένα τέτοιο σύστημα, όπου η ευθύνη για την οργάνωση και την αποτελεσματική παροχή των υπηρεσιών μεταβιβάζεται σε σημαντικό βαθμό στην υγειονομική περιφέρεια, με την τομεοποίηση των υπηρεσιών στα όρια του οικείου περιφερειακού συστήματος υγείας, ο ρόλος του προσωπικού ιατρού αναδεικνύεται ως κεντρικός. Η καθιέρωση του θεσμού του προσωπικού – οικογενειακού ιατρού και η εξάπλωση του στο σύνολο της επικράτειας διαθέτει τη δυναμική να επιφέρει

ουσιαστική αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ειδικότερα όσον αφορά:

- στη δημιουργία και τήρηση φακέλων ιατρικού ιστορικού, η χρήση των οποίων περιορίζει τα ιατρικά σφάλματα, απαλείφει τις πρόσθετες γραφειοκρατικές καθυστερήσεις και παρέχει, με την πληροφορία που συλλέγεται, ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας και των αναγκών του ασφαλιστικού πληθυσμού στη διοίκηση του συστήματος κατά το σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών υγείας,
- στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο πολιτών, τόσο αυτών που χρήζουν απλών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσο και αυτών που χρήζουν πραγματικά εξειδικευμένης και «ακριβής» νοσοκομειακής περίθαλψης (Αντωνάκης και Λιονής 1997, Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

Ο προσωπικός ιατρός ορίζεται από τα καθήκοντά του, δηλαδή από τις υποχρεώσεις του να προσφέρει την επαρκή δέσμη υπηρεσιών φροντίδας σε όλους τους δικαιούχους του συστήματος. Ειδικότερα, ο προσωπικός ιατρός παρέχει (Γεωργούση κ.ά. 1999, Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005):

- Υπηρεσίες κατά τη διάρκεια των οποίων εξετάζει τον ασθενή και προτείνει την κατά περίπτωση ενδεδειγμένη θεραπεία στη βάση των επιταγών της κλινικής πρακτικής. Η εξέταση κατά περίπτωση μπορεί να περιλαμβάνει και την εντολή (παραπομπή) για διεξαγωγή διαγνωστικών/βιοπαθολογικών εξετάσεων, η οποία γίνεται με την ευθύνη και υπό την εποπτεία του προσωπικού ιατρού. Η προτεινόμενη θεραπεία μπορεί κατά τις ανάγκες να περιλαμβάνει και τη συνταγογράφηση των κατάλληλων για τη θεραπευτική αγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων.

- Υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, στις οποίες περιλαμβάνονται: διενέργεια εμβολιασμών, με τη συνεργασία κατά περίπτωση παιδιάτρων και νοσηλευτικού προσωπικού, διενέργεια προσυμπτωματικών ελέγχων (screening), που περιλαμβάνουν την εξέταση του συνόλου του υγιούς πληθυσμού με σκοπό την έγκαιρη και προσυμπτωματική διάγνωση παθολογικών καταστάσεων ή νοσημάτων (π.χ. Test Pap) και ενημέρωση του συνόλου του καλυπτόμενου πληθυσμού ή συγκεκριμένων ευπαθών ομάδων για την ανάγκη να υιοθετούν συμπεριφορές που μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου και εν γένει προάγουν την υγεία του πληθυσμού.
- Υπηρεσίες παροχής και ιατρικών συμβουλών και οδηγιών, στις οποίες μεταξύ άλλων περιλαμβάνεται και η ενημέρωση για παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η κακή διατροφή, η οδική συμπεριφορά κ.λπ., που σχετίζονται αιτιολογικά με βασικές αιτίες θανάτου και αυξημένη νοσηρότητα, π.χ. καρδιοαγγειακές παθήσεις, υπέρταση, παχυσαρκία, σακχαροδιαβήτης, νεοπλάσματα, οδικά ατυχήματα κ.λπ.
- Υπηρεσίες φαρμακευτικής περίθαλψης, οι οποίες συνίστανται στη συνταγογράφηση του προτεινόμενου σκευάσματος για την αντιμετώπιση της πάθησης, την παρακολούθηση της φαρμακευτικής ανοχής του σκευάσματος, την αντιμετώπιση οποιασδήποτε μορφής δυσανεξίας (π.χ. αλλεργία, στομαχικό άλγος κ.λπ.), την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ανάγκες καθώς και την ενημέρωση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς τόσο με την χορηγηθείσα αγωγή όσο και με τις οργανικές αντιδράσεις σε αυτή.
- Υπηρεσίες συγκρότησης και ενημέρωσης του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, οι οποίες περιλαμβάνουν τόσο τη δημιουργία κατά την αρχική επίσκεψη όσο και την

ενημέρωση μετά από κάθε επόμενη επίσκεψη/ιατρική πράξη/παραπομπή του ασθενούς, όπως περιγράφεται στη συνέχεια.

- Κάθε άλλη αναγκαία φροντίδα, η οποία σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης και της κλινικής πρακτικής κρίνεται από τις συνθήκες και το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς ως η ενδεδειγμένη για την πρόληψη, την αντιμετώπιση ή τον περιορισμό της ασθένειας και την προαγωγή της ποιότητας ζωής του.

Κάθε πολίτης διατηρεί το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής προσωπικού ιατρού, καθώς και της ελεύθερης αλλαγής του, μέσα από ορισμένη διαδικασία. Βεβαίως, η επιλογή αυτή γίνεται σύμφωνα με κάποια κριτήρια διαθεσιμότητας των προσωπικών ιατρών, κυρίως της γεωγραφικής εγγύτητας αλλά και του «διαθέσιμου» του ιατρού να ενσωματώσει στον κατάλογο των ασθενών του κάποιον πολίτη, χωρίς σε καμία περίπτωση να προσβάλλει το δικαίωμα του ιατρού να αρνηθεί για σοβαρούς και αιτιολογημένους λόγους την εγγραφή ασθενούς στον κατάλόγό του.

Η ανάδειξη της συμβολής του προσωπικού ιατρού στην οργάνωση και λειτουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συνδέεται με ένα συγκεκριμένο πλαίσιο συμβατικής συνεργασίας του με το σύστημα υγείας. Σε άμεση συνάφεια με τη λειτουργία του θεσμού του προσωπικού ιατρού, ο νόμος τοποθετεί δυο συμπληρωματικές παραμέτρους: α) τη λειτουργία του θεσμού του νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και β) τη λειτουργία του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασθενούς. Αναφορικά με το πρώτο, ακολουθώντας τα ευρωπαϊκά πρότυπα οργάνωσης και παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κυρίως το πρότυπο του βρετανικού National Health Service (NHS), ο νόμος προβλέπει ότι ο προσωπικός ιατρός θα συνεπικουρείται στο έργο του από το νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο νοσηλευτής απαιτείται να είναι

εξοπλισμένος με την κατάλληλη γνώση και εμπειρία, ώστε να μπορεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα να παρέχει υπηρεσίες, ακόμη και κατ' οίκον νοσηλείας, στα περιστατικά που χρήζουν σχετικής αντιμετώπισης. Η σημασία της υποστήριξης του έργου του προσωπικού ιατρού από νοσηλευτή είναι πρόδηλη σε περιπτώσεις όπως αυτές της επαναληπτικής συνταγογράφησης και του ελέγχου της πορείας μιας χρόνιας πάθησης. Στις περιπτώσεις αυτές, η ανάλωση πολύτιμων πόρων, οφείλεται περισσότερο στη «διαχείριση» και λιγότερο στην αντιμετώπιση της πάθησης και ως εκ τούτου δεν απαιτείται πάντα επανεξέταση, τουλάχιστον στο εύρος των αρχικών σταδίων, από τον προσωπικό ιατρό (Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005).

Καταληκτικά για το συγκεκριμένο κεφάλαιο επισημαίνουμε ότι, όπως έχει αναφερθεί, το πρωταρχικό στοιχείο για την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας το οποίο έχει ως κύριο σημείο, τη λειτουργία του προσωπικού ιατρού, είναι η βελτίωση της εν γένει αποτελεσματικότητας του συστήματος. Με δεδομένο ότι ο στόχος της βελτίωσης της αποτελεσματικότητας είναι πολυεπίπεδος, ο νόμος υπογραμμίζει τη σημασία της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών τόσο σε επίπεδο προσωπικού ιατρού όσο και σε επίπεδο υποδομής.

Ειδικότερα, για τους προσωπικούς ιατρούς οι ρήτρες που μπορούν να εισαχθούν στη σύμβαση συνεργασίας τους με το ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και η αξιολόγησή τους σύμφωνα με τις συμβατικές τους δεσμεύσεις μπορούν να διασφαλίσουν την ικανοποίηση υψηλών προδιαγραφών ποιότητας. Οι πληροφορίες αυτές, αφ' ενός, επιτρέπουν στον ιατρό να διαγνώσει με ασφάλεια την πάθηση στη βάση διεθνών κωδικοποιήσεων και να προτείνει την ενδεδειγμένη επιλογή φροντίδας (φαρμακευτική αγωγή, αλλαγή τρόπου ζωής, πρόσθετες εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία κ.λπ.) και, αφ' ετέρου, με την αξιολόγηση στις σχέσης κόστους

– ωφέλειας της προτεινόμενης θεραπευτικής επιλογής συμβάλουν στην αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πόρων.

Συνολικά, βασικό πλεονέκτημα του θεσπιζόμενου με το Νόμο 3235/2004 σχεδίου για τη λειτουργική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ότι προσδίδει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στο σύστημα, εμπλουτίζοντας το μείγμα των παρεχόμενων φροντίδων με υπηρεσίες πέραν των παραδοσιακών δραστηριοτήτων. Επιπροσθέτως, μέσω του ενιαίου συντονισμού των δομών του συστήματος και των διαδικασιών πρόσβασης σε αυτές, διασφαλίζεται το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε ίδιες – και επαρκείς – φροντίδες για όλους τους πολίτες. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζεται το πρόβλημα το οποίο χαρακτηρίζει για πολλές δεκαετίες την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη χώρα, λόγω της ύπαρξης πολλαπλών φορέων και υπηρεσιών, οι οποίες λειτουργούν χωρίς συντονισμό, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται είτε κενά, είτε επικαλύψεις στην παροχή τους. Επιπλέον αποκαθίσταται η συνέχεια της φροντίδας, ενώ, ταυτόχρονα, εισάγονται φραγμοί στο σύστημα, οι οποίοι δεν βασίζονται σε περιοριστικές λογικές αλλά στη βελτίωση των υφιστάμενων δομών και των συνθηκών παροχής των φροντίδων.

Ειδικότερα όσον αφορά στην τελευταία διαπίστωση, αναφέρεται ότι η διεύρυνση του χρόνου λειτουργίας και η οργάνωση των ειδικοτήτων που ο νόμος προβλέπει έχει τη δυναμική να μειώσει σημαντικά το χρόνο αναμονής των πολιτών, ενώ, επιπλέον, θα απαλλάξει τα νοσοκομεία από ένα βάρος, το οποίο, αφ' ενός, είναι αλλότριο ως προς τον αρχικό τους στόχο και, αφ' ετέρου, επιβαρύνει το κόστος λειτουργίας τους και, συνεπώς, τη συνολική δαπάνη υγείας.

Ουσιαστικά, η επιλογή της λειτουργικής παρέμβασης στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που ο Νόμος 3235/2004 πραγματοποιεί, συνιστά μια ρεαλιστική λύση. Μπορεί μάλιστα να τεθεί υπό υλοποίηση μεσοπρόθεσμα,

δεδομένου ότι αξιοποιεί τις υφιστάμενες υποδομές και διατηρεί, τουλάχιστον αρχικά, το υφιστάμενο χρηματοδοτικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες εξασφάλισης κοινωνικής συναίνεσης και στήριξης, αποφεύγοντας ανατροπές με αβέβαια αποτελέσματα. Αποτελεί, τελικά, τον «προπομπό» μιας ριζικής διοικητικής τομής στο σύστημα, η οποία θα τερματίσει τον κατακερματισμό και θα δημιουργήσει ένα ενιαίο σύστημα τόσο σε επίπεδο χρηματοδότησης όσο και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών.

3. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια, η συζήτηση γύρω από την αποτελεσματικότητα και το ρόλο της κοινωνικής ασφάλισης έχει ενταθεί, η δε αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της αμφισβητείται λόγω της δημοσιονομικής – διαχειριστικής κρίσης που πλήττει την κοινωνική ασφάλιση και λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της.

Παράλληλα, όμως, με την κρίση της κοινωνικής ασφάλισης εκδηλώνεται η έντονη διείσδυση του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα στο χώρο της ασφάλισης και της υγείας. Η ταχεία ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης οδηγεί στην προβολή της ως εναλλακτική λύση απέναντι στην κρίση της κοινωνικής ασφάλισης. Από τους υπέρμαχους της ιδιωτικής ασφάλισης θεωρείται ότι η διείσδυση του «ιδιωτικού» στο χώρο της αναπαραγωγής της εργασιακής δύναμης, θα είναι περισσότερο αποτελεσματική απ' ό,τι η κοινωνική αναπαραγωγή της εργασιακής δύναμης.

Όμως, η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση δεν μπορεί να αποτελέσει «εναλλακτική» λύση στο πρόβλημα της ασφάλισης υγείας γιατί εκφράζει έναν άλλο τρόπο οργάνωσης της αναπαραγωγής της εργασιακής δύναμης, στηριζόμενη κυρίως στο «ιδιωτικό». Εάν θέλουμε η οργάνωση της αναπαραγωγικής διαδικασίας να στηρίζεται στο «κοινωνικό», θα πρέπει οι λύσεις στο πρόβλημα της ασφάλισης υγείας να αναζητηθούν στα πλαίσια αυτού του πρότυπου οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Παρόλα αυτά, η ταχεία ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης τα τελευταία χρόνια θέτει ως κυρίαρχο πρόβλημα την ανάλυση της σχέσης ανάμεσα στο κοινωνικό και το ιδιωτικό στο χώρο της ασφάλισης υγείας.

Σκοπός αυτού του άρθρου είναι να προσδιορίσει τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής και της ιδιωτικής ασφάλισης: πρόκειται για σχέση συμπληρωματικότητας ή για σχέση ανταγωνιστικότητας; Επίσης, επιδιώκει να αξιολογήσει τις εξελίξεις της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καθώς και τις δυνατότητες και τους περιορισμούς της, προκειμένου να απαντηθεί τεκμηριωμένα το ερώτημα «Κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση υγείας».

Από τη μεθοδολογική άποψη, η ιδιωτική ασφάλιση διακρίνεται σε ιδιωτική μη κερδοσκοπική και σε ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση. Με την έννοια ιδιωτική μη κερδοσκοπική αναφερόμαστε στην ασφάλιση υγείας που παρέχεται από ταμεία ΝΠΙΔ ή από Ειδικούς Λογαριασμούς, η δημιουργία των οποίων απορρέει από συλλογικές συμβάσεις εργασίας. Αντίθετα, η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση παρέχεται από ιδιωτικές επιχειρήσεις και δη από ασφαλιστικές εταιρείες, και έχει ως στόχο την κάλυψη διαφόρων κινδύνων. Η έννοια του κερδοσκοπικού σημαίνει ότι στην πρώτη περίπτωση η προσφορά των υγειονομικών υπηρεσιών δεν αποσκοπεί στην επιδίωξη του κέρδους, αλλά στη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασφαλιστικών και υγειονομικών αναγκών των ασφαλισμένων. Αντίθετα, στη δεύτερη περίπτωση, η κάλυψη διαφόρων κινδύνων έχει ως στόχο τη μεγιστοποίηση του κέρδους από την πλευρά των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

3.1 Αποτύπωση του φαινομένου της κερδοσκοπίας στα πλαίσια τόσο της κοινωνικής όσο και της ιδιωτικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, η υπεροχή της έναντι της κοινωνικής ασφάλισης αναφέρεται σε δύο κύρια επίπεδα: Το

πρώτο είναι ότι κινείται μέσα στα πλαίσια της αγοράς και της ανταγωνιστικότητας, οπότε μπορεί να επιτύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα [επίπεδο και περιεχόμενο παροχών με το χαμηλότερο δυνατό κόστος (ασφάλιστρα, κ.λπ.)]. Το δεύτερο αφορά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, τα οποία είναι ο κεφαλοποιητικός και ο ανταποδοτικός της χαρακτήρας. Ένα άλλο βασικό στοιχείο υπεροχής της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης αποτελεί το γεγονός ότι εξαλείφονται οι αρνητικές, αν δεν αντιστρέφονται κιόλας σε θετικές, οικονομικές επιδράσεις στα κίνητρα για εργασία, αποταμίευση και επένδυση (Προβόπουλος 1987).

Γενικότερα, τα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, σύμφωνα πάντα με τους υποστηρικτές της, είναι:

- α) Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών εξασφαλίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παροχή υπηρεσιών.
- β) Οι πόροι που αντλούνται, διοχετεύονται σε επενδύσεις, ενώ η συνολική αποταμίευση αυξάνεται. Το ευνοϊκό αυτό αποτέλεσμα δε χαρακτηρίζει την κοινωνική ασφάλιση, που αν και λειτουργεί με τις αρχές του διανεμητικού συστήματος, περιορίζει τη συνολική αποταμίευση.
- γ) Η τοποθέτηση των πόρων της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης σε παραγωγικά περιουσιακά στοιχεία, αποτρέπει τη συγκέντρωση του ελέγχου των επενδύσεων από ελάχιστους δημόσιους γραφειοκρατικούς φορείς.
- δ) Τα προγράμματα της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης μπορούν να προσαρμοστούν στις συγκεκριμένες ανάγκες επιμέρους επιχειρήσεων, κλάδων ή επαγγελματιών.
- ε) Στην ασφάλιση του κλάδου υγείας, ειδικότερα, ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτών ασφαλιστών οδηγεί σε μείωση του κόστους, βελτίωση της ποιότητας των

παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, γενικά δηλαδή σε μια οικονομικά αποτελεσματική χρήση των πόρων (Προβόπουλος 1987).

Οι αδυναμίες της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης επικεντρώνονται κυρίως στην εξασθένηση της έννοιας της κοινωνικής αλληλεγγύης, στον κίνδυνο της πτώχευσης μιας ιδιωτικής εταιρείας ασφάλισης, στη συμμετοχή στο κόστος ασφάλισης ορισμένων διοικητικών δαπανών και στη σχέση ανάμεσα στον αρχικό υπολογισμό του ασφαλιστρού και όλων των μελλοντικών πιθανών καταστάσεων.

Ως πλεονέκτημα της κοινωνικής ασφάλισης μπορούν να αναφερθούν η ενίσχυση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, η μείωση του χάσματος ανάμεσα στις εισοδηματικές κατηγορίες, το χαμηλό κόστος υπηρεσιών, το γεγονός ότι δεν αποκλείονται από την ασφάλιση, όπως αντιθέτως πράττει η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση, πρόσωπα με ελάχιστες προϋποθέσεις ασφάλισης, προχωρημένη ηλικία και δυσμενή κατάσταση υγείας.

3.2 Ανάλυση των δύο διαφορετικών μοντέλων ασφάλισης

Οι υπέρμαχοι της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης στηρίζουν την επιχειρηματολογία τους σε δυο κύρια σημεία: ο ιδιωτικός χαρακτήρας της υπερτερεί σε αποτελεσματικότητα του δημόσιου, και τα χαρακτηριστικά της (κεφαλοποιητικός και αναδιανεμητικός χαρακτήρας) την καθιστούν περισσότερο φερέγγυα και αποτελεσματική. Η κύρια αντίρρηση που μπορεί να διατυπωθεί σ' αυτή την επιχειρηματολογία, είναι ότι ο ιδιωτικός χαρακτήρας μιας επιχείρησης δεν εξασφαλίζει αυτόματα όλα τα προαναφερόμενα πλεονεκτήματα. Υπάρχουν άλλοι παράγοντες, εξίσου (ή και περισσότερο) σημαντικοί, οι οποίοι επηρεάζουν τα

επιδιωκόμενα αποτελέσματα, όπως η δομή της αγοράς, η ιδιαιτερότητα της παροχής ασφάλισης στα άτομα, η κοινωνική διάταξη μιας δημόσιας επιχείρησης και η έλλειψη διάκρισης μεταξύ γενικότερων κοινωνικών επιδιώξεων, επιδιώξεων των διαφόρων κοινωνικών ομάδων και ατομικών επιδιώξεων (Βαβούρας 1987), κ.ά.

Στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση υγείας υπάρχουν ορισμένης μορφής υψηλές δαπάνες (διαφήμιση, νομικές υπηρεσίες), από τις οποίες είναι απαλλαγμένη η κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, με την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση οξύνονται οι ανισότητες στις παροχές ανάμεσα στους περισσότερο και λιγότερο αμειβόμενους ασφαλισμένους.

Σε ό,τι αφορά τη χαμηλή αποδοτικότητα της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, τα αίτιά της θα πρέπει να αναζητηθούν όχι τόσο στο δημόσιο χαρακτήρα της όσο στην εξάρτησή της από τον κρατικό μηχανισμό, με ό,τι αυτό συνεπάγεται αναφορικά με την αναχρονιστική δομή και λειτουργία της. Όμως, τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής ασφάλισης ενισχύουν την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και καθιστούν την πολιτεία υπεύθυνη απέναντι στα άτομα – πολίτες της.

Η ασφαλιστική επιχείρηση είναι ένας κερδοσκοπικός οργανισμός, με αποτέλεσμα ο κύριος στόχος της να είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους. Ο ανταγωνισμός εξαναγκάζει τις συγκεκριμένες επιχειρήσεις να προσφέρουν ολοκληρωμένες δέσμες υπηρεσιών, άρα να αυξάνουν την ικανοποίηση των ασφαλισμένων. Η επιδίωξη ολοένα και μεγαλύτερης κερδοφορίας οδηγεί σε αύξηση του ασφαλιστρού, ιδιαίτερα μάλιστα αν ληφθούν υπόψη οι ανάγκες των ασφαλισμένων. Έτσι, ο ανταποδοτικός χαρακτήρας της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης οδηγεί σε μείωση του επιπέδου παροχών και στην αύξηση των οικονομικών ανισοτήτων (Δαμόφλη 1991).

Ταυτόχρονα, η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση υγείας μπορεί να εξασφαλίσει υψηλό επίπεδο παροχών μόνο στην περίπτωση των «καλών κινδύνων», αρνούμενη να ασφαλίσει άτομα με μακροχρόνια ή και θανατηφόρα προβλήματα υγείας, εντείνοντας έτσι τον κοινωνικό ρατσισμό και καταδικάζοντας στη φτώχεια, αλλά και την εξαθλίωση πολλές κοινωνικές ομάδες.

Η δυνατότητα των ασφαλιστικών εταιρειών να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τους, καθίσταται προβληματική από τυχόν κακή διαχείριση των ασφαλιστρών που εισπράττουν, αλλά και από τη γήρανση του πληθυσμού και γενικότερα την οικονομική κρίση. Η διαφορά από την κοινωνική ασφάλιση σχετικά με τα προαναφερόμενα προβλήματα, είναι ανύπαρκτη, ενώ ο παράγοντας κέρδος περιορίζεται σημαντικά, θέτοντας ζήτημα λειτουργίας της επιχείρησης.

Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι η έναρξη της ασφαλιστικής σχέσης στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση υγείας δημιουργείται με την καταβολή του ασφαλιστρου. Στην κοινωνική ασφάλιση, η ασφαλιστική σχέση υπάρχει και όταν δεν έχουν καταβληθεί εισφορές, αρκεί να έχουν βεβαιωθεί (Βακαλόπουλος 1987).

Στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση υγείας, όπως ήδη αναφέρθηκε, υπάρχουν ορισμένης μορφής υψηλές δαπάνες (διαφήμιση, νομικές υπηρεσίες), οι οποίες μαζί με τα κέρδη απορροφούν το 40-50% των εσόδων από τα ασφάλιστρα (B.I.T., 1984). Οποιοσδήποτε κλονισμός στο χρηματιστήριο και γενικότερα στο χρηματοπιστωτικό σύστημα επιφέρει άμεσες συνέπειες στην ιδιωτικο – οικονομική διαχείριση των οργανισμών ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης υγείας.

Σε επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης, οι περιορισμοί της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης εντοπίζονται:

- σε θεωρητικούς όρους, και
- σε όρους συνύπαρξης των δημοσίων και ιδιωτικών σχηματισμών.

Σε θεωρητικούς όρους παρατηρούμε ότι με την ιδιωτική χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας αντιστρέφεται βαθμιαία η αυξητική τάση απορρόφησης του κοινωνικού αξιακού προϊόντος προς τον αναπαραγωγικό τομέα της οικονομίας (υγεία, κοινωνική ασφάλιση, υποδομή) σε όφελος του μη αναπαραγωγικού τομέα (π.χ. στρατιωτικός τομέας). Παράλληλα, με την ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση υγείας οι όροι και οι συνθήκες κοινωνικής και ασφαλιστικής αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης, εκτός του ότι είναι αντικείμενο κερδοφορίας, εξαρτώνται από το ιδιωτικό κεφάλαιο, που σημαίνει εξασθένηση κάθε κοινωνικής και πολιτικής παρέμβασης για τη βελτίωσή τους.

Η «συνύπαρξη» της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης με την κοινωνική ασφάλιση αποσπά από την τελευταία υψηλές εισοδηματικές κατηγορίες, επιτείνοντας με αυτόν τον τρόπο το δημοσιονομικό πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1. Επιχειρώντας μία κριτική επισκόπηση

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε ότι η ουσιαστική προαγωγή της υγείας συνδέεται με ευρύτερες πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές αλληλεπιδρώσεις συνιστώσες, η ανάλυση των οποίων γίνεται ακολούθως. Πρωτίστως, συνδέεται με την ιδεολογικοπολιτική αντίληψη, που αποτυπώνεται στις πολιτικές προτεραιότητες, και με την οικονομική ανάπτυξη όπως αυτή καταγράφεται στη διάθεση πόρων για την υγεία. Η πολιτική υγείας βρίσκεται εγκλωβισμένη σε ένα συγκεκριμένο πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον. Η συγκρότησή της είναι συνυφασμένη με το επίπεδο πολιτικής οργάνωσης, η δε δυναμική της με το επίπεδο οικονομικής ευημερίας. Δευτερευόντως, συνδέεται με την προαγωγή της υγείας διαμέσου ενός οικονομικά αποτελεσματικού, πολιτικά ρεαλιστικού και κοινωνικά αποδεκτού τρόπου. Η οικονομική ύφεση των τελευταίων δεκαετιών, όμως, προσανατόλισε όλες τις χώρες στη διεύρυνση τρόπων αύξησης της αποτελεσματικότητας, εξεύρεσης περισσότερων πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και διατήρησης της δαπάνης (Abel-Smith 1994, Βενιέρης και Παπαθεοδώρου 2003). Δίχως άλλο, η μονοδιάστατη αυτή προσέγγιση δεν συμβάλλει στην επίτευξη του θεμελιώδους σκοπού, που είναι η συνεχής βελτίωση της ποιότητας και της ποσότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα αυτές οι συνιστώσες απηχούν τις εθνικές ιδιαιτερότητες και τα διαρθρωτικά χαρακτηριστικά. Η πολιτική συγκρότηση και το θεσμικό πλαίσιο δεν συνθέτουν ευνοϊκούς παράγοντες για την ανάπτυξη της πολιτικής υγείας.

Για μια ουσιαστική πολιτική υγείας προτάσσονται συγκεκριμένοι στόχοι, όπως αυτός της αναβάθμισης της ποιότητας της φροντίδας, του εκσυγχρονισμού του

φάσματος περίθαλψης, της διοικητικής αποκέντρωσης και εξορθολογισμού της κοινωνικής διοίκησης. Επί του παρόντος, το ελληνικό σύστημα υγείας παραμένει κατ' όνομα «εθνικό» πρόκειται για ένα πολυδιασπασμένο μεικτό σύστημα με νοσοκομειακοκεντρικό και ιατροκεντρικό χαρακτήρα.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας Ι) παρουσιάζεται μια συνοπτική εικόνα των "επιδόσεων" της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα. Καθίσταται σαφές ότι η εθνική πολιτική υγείας δεν έχει κατορθώσει να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά το πρόβλημα των ανισοτήτων στην υγεία, δεδομένου ότι εξακολουθούν να υφίστανται περιφερειακές ανισορροπίες στην κατανομή των υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων, ανισότητες στις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών του πληθυσμού και άνιση κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας λόγω της μεγάλης έκτασης των ιδιωτικών δαπανών.

Λαμβάνοντας υπόψη, πρώτον, την απουσία συνεκτικών πολιτικών ελέγχου του κόστους, δεύτερον, τη θεωρητική ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλο τον πληθυσμό της χώρας, και τρίτον, το γεγονός ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα απορροφούν ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, η μακροοικονομική αποδοτικότητα του συστήματος θα μπορούσε να θεωρηθεί σχετικά ικανοποιητική. Όμως, η αποδοτικότητα αυτή οφείλεται περισσότερο στη ρύθμιση της αγοράς μέσω του υψηλού κόστους χρόνου και της παραοικονομίας και λιγότερο στη σχεδιασμένη πολιτική ορθολογικής διαχείρισης των πόρων από μέρους της κεντρικής διοίκησης. Από την άλλη, η μικροοικονομική αποδοτικότητα είναι αμφισβητήσιμη σε περιοχές του συστήματος λόγω της ανεπαρκούς μέχρι πρόσφατα ανάπτυξης σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης των

υγειονομικών μονάδων και της απουσίας κριτηρίων και μελετών κόστους – οφέλους για την εισαγωγή βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Πίνακας Ι. Αξιολόγηση της εθνικής πολιτικής υγείας

Κριτήρια	Αποτελέσματα
Ισότητα	<ul style="list-style-type: none"> - Περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή των πόρων. - Ανισότητες στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης. - Ανισότητες στην επιβάρυνση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών.
Μακροοικονομική αποδοτικότητα	<ul style="list-style-type: none"> - Σχετικά ικανοποιητική αποδοτικότητα, η οποία όμως είναι απόρροια του υψηλού κόστους χρόνου και των παραπληρωμών.
Μικροοικονομική αποδοτικότητα	<ul style="list-style-type: none"> - Χαμηλή - Ανεπαρκής ανάπτυξη σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης υγειονομικών μονάδων. - Απουσία κριτηρίων και μελετών κόστους – οφέλους για την εισαγωγή βιοϊατρικής τεχνολογίας.
Έλεγχος κόστους	<ul style="list-style-type: none"> - Απουσία πολιτικών ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών.
Αποτελ/τητα	<ul style="list-style-type: none"> - Ικανοποιητικό επίπεδο υγείας με προσδοκώμενη επιδείνωση.
Συνέχεια της φροντίδας	<ul style="list-style-type: none"> - Απουσία οικογενειακού γιατρού και συστήματος παραπομπής. - Αποσπασματικότητα παροχής φροντίδας.
Ποιότητα	<ul style="list-style-type: none"> - Ανεπαρκής ανάπτυξη συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. - Χαμηλή ικανοποίηση ασθενών από ξενοδοχειακές υπηρεσίες. - Χαμηλή ανταποκρισιμότητα υπηρεσιών στις προσδοκίες των πολιτών.

Πηγή: Κυριόπουλος Οικονόμου 2000

Σύμφωνα με τις παραπάνω διαπιστώσεις, η ενδεδειγμένη πολιτική υγείας στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση των υπάρχοντων προβλημάτων προϋποθέτει το σχεδιασμό και τη εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης, που να

λαμβάνει υπόψη του τόσο τις εσωτερικές παραμέτρους του συστήματος υγείας, όσο και το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτά έχει προταθεί ο επαναπροσδιορισμός της πολιτικής υγείας στη βάση τριών αξόνων:

α) Ανάπτυξη ενεργητικών κοινωνικών πολιτικών καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, οι οποίες θα βελτιώσουν το επίπεδο διαβίωσης του πληθυσμού.

β) Μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο όμως μιας ευρύτερης αναμόρφωσης του φορολογικού και του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος.

γ) Παρεμβάσεις στο ίδιο το σύστημα υγείας, με έμφαση στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών και την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό (Οικονόμου Χ.). Η λεπτομερέστερη ανάλυση των αξόνων αυτών και ο καθορισμός συγκεκριμένων επιμέρους μέτρων, με την προϋπόθεση ότι θα λάβει χώρα στο πλαίσιο ενός ουσιαστικού κοινωνικού διαλόγου, μπορούν να εξασφαλίσουν τις κοινωνικές, οικονομικές και διαχειριστικές προϋποθέσεις ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα της χώρας.

4.2 Μία πρόταση έρευνας

Ως συμπερασματικό και καταληκτικό αποτέλεσμα της εν λόγω μεταπτυχιακής εργασίας θα ήθελα να προτείνω και ταυτοχρόνως να παρουσιάσω την αναγκαιότητα υλοποίησης του ακολούθου σχεδίου έρευνας. Ο λόγος πραγματοποίησής της συγκεκριμένης μελέτης είναι η έλλειψη ανάπτυξης και χρήσης κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων αποτίμησης και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τη διεθνή

πρακτική. Σκοπός της έρευνας, όπως γίνεται αντιληπτό είναι η εύρεση του κατάλληλου τρόπου μέσω του οποίου θα επιτευχθεί τόσο η βελτίωση των υφιστάμενων όσο και η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, βελτιώνοντας έτσι την εικόνα που έχουν οι Έλληνες πολίτες για τις δημόσιες υπηρεσίες. Όπως διαπιστώνουμε, σκοπός του συγκεκριμένου σχεδίου έρευνας αποτελεί η αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του συνόλου των κέντρων υγείας της ελληνικής επικράτειας, από τα οποία και θα συλλεχθούν πληροφορίες προκειμένου να αξιολογηθεί η απόδοση και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και από την ανάλυση των οποίων θα μπορέσουν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα.

Στο κομμάτι που σχετίζεται μεθοδολογική έρευνα και πιο συγκεκριμένα με την χρήση και ανάλυση μεθόδων ποιοτικής έρευνας, επιπροσθέτως θα χρησιμοποιηθεί και η μέθοδος της συνέντευξης, η οποία θα βασιστεί στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Τα πλεονεκτήματα της ποιοτικής έναντι της ποσοτικής έρευνας είναι ότι η πρώτη μπορεί να παράγει και να επεξεργαστεί μια αχανή ποσότητα δεδομένων. Το εύρος των δεδομένων που μπορούν να συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της ποσοτικής έρευνας είναι μεγάλο και μπορεί να περιλαμβάνει από συνεντεύξεις, υλικό βασισμένο σε ατομική ή ομαδική εργασία έως και προσωπικές σημειώσεις του ερευνητή. Επίσης, η έρευνα θα βασιστεί σε αυτολεξεί σημειώσεις απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων ιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού και φυσικά των ασθενών. Αυτοί οι οποίοι θα πραγματοποιήσουν τις συνεντεύξεις θα πρέπει να γνωρίζουν τη χρονοβόρα απομαγνητοφώνηση του υλικού, ενώ παράλληλα πρέπει να ληφθούν υπόψη εξωγλωσσικά χαρακτηριστικά των συνεντευζιαζόμενων, τα οποία είναι απαραίτητα στο σχολιασμό του υλικού. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο συνεντευξιαστής δεν πρέπει με οποιοδήποτε τρόπο (μορφασμό,

κτλ.) να εμπλακεί ή καλύτερα να επηρεάσει τον συνεντευξιαζόμενο ή να γίνει μέρος της διαδικασίας της συνέντευξης.

Στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων απαραίτητη είναι η χρήση κατηγοριών, οι οποίες είτε έχουν προέλθει επαγωγικά από το υλικό είτε συμπερασματικά στην αρχή ή στην πορεία της ανάλυσης, ως μεθόδου επεξεργασίας των δεδομένων. Επιπλέον, η έρευνα μπορεί να υποστηριχτεί από συγκεκριμένα προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών που είναι ειδικά σχεδιασμένα για την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων.

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονίσουμε ότι αυτή η φιλόδοξη αλλά παράλληλα ρεαλιστική ερευνητική δραστηριότητα επιδιώκει να συμβάλει στην ανάπτυξη της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας και να καταφέρει να τις καταστήσει εξίσου ανταγωνίστηκες έναντι των αντίστοιχων αναπτυγμένων κρατών της ευρωπαϊκής ένωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abel-Smith B. κ.ά. (1994). Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα.

Ackerknecht E., (1998). Ιστορία της ιατρικής, Μαραθιάς, Αθήνα, σελ. 30.

Atkinson T., Cantillon B., Marlier E. and Nolam B. (2002). Social Indicators. The EU and social inclusion, Oxford University Press, Oxford.

Badura B. (1995). “What is and what determines health?”, in: Laaser U., Leeuw de E., Stock C., (eds.), Scientific for a public health policy in Europe, Juventa, Munchen, pp. 80-89.

Bagavos Ch. And Martin C. (2001). Low families and public policies, Sythesis report, Annual seminar, Seville, Spain 15-16 September 2000, European Observatory on Family Matters and Austrian Institute for Family Studies, Wien, pp. 12-18.

Berger ., Smitt R. and Jankowitsch B. (1999). Systems of Social Indicators and Social Reporting: The state of the Art, Mannheim.

Brenner H. (2001). Employment and public health, Final report to the European Commission, Directorate General Employment, Industrial Relations and Social Affairs, VC 2001/0224.

Carrin G. and Politi D. (1997). Poverty and health. An overview of the basic linkages and public policy measures, Technical Briefing Note, WHO Task Force on Health Economics, Geneva.

Cochrane A. (2000). Αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Τυχαίες σκέψεις για τις υπηρεσίες υγείας, Εξάντας, Αθήνα.

Cylyer A.J. (1989). “Cost Containment in Europe Health Care Financing”, Annual Supplement, σ. 21-32.

Dekker E. and Van der Werff, A. (επιμ.) (1990), Policies for Health in Countries with Pluralist Systems, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

Dubos R. (1999). Το όραμα της υγείας. Ουτοπίες, πρόοδοι και βιολογικές αλλαγές, Κάτοπτρο, Αθήνα, σελ. 40-43.

Enthoven A. (1989). “What Can Europeans Learn From Americans? Health Care Financing”, Annual Supplement.

Enthoven A. (1993a). “The History and Principles of Managed Competition”, Health Affairs, Supplement.

Enthoven A. (1993b). “Why Managed Care Has Failed to Contain Costs”, Health Affairs, Fall, p. 27-43.

Evans R.G. (1974). “Supplier Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications”, in M. Perlman (επιμ.), The Economics of Health and Medical Care, Macmillan, London.

European Commission (2002). National reports on the demographic situation in 12 Central European countries, Cyprus and Malta in 2000, Luxembourg.

European Commission (2003). The social situation in the European Union: 2003, Luxemburg, pp. 51-68.

Eurostat (1998). Living Conditions in Europe. Selected Social Luxemburg, έτη 2000, 2001, 2002.

Ferro M. (1999). Κοινωνίες άρρωστες από πρόοδο, Νέα Σύνορα, Αθήνα, σελ. 15.

Friedman M. (1975). Freedom and Capitalism, University of Chicago Press.

General Assembly of United Nations United Nations Millennium Declaration, 18 September 2000, A/RES/55/2.

Gough I. (1984). *Political Economy and Welfare State*, Macmillan, London.

Jin R. Shah C. and Svoboda T. (1997). “The impact of unemployment on health: A review of the evidence”, *Journal of Public Health Policy* 18,3: p. 275-301.

Knapp A. (1984). *The Economics of Social Care*, Macmillan, London.

Koucner B. (2000). *Η δικτατορία των γιατρών, Εξάντας, Αθήνα, σελ. 75.*

Kyriopoulos J. (1991). “Competition and Regulation Policies in Health Care Sector”, in J. Kyriopoulos – A. Sissouras – T. Philalithis, *Health Care System and the Challenges of Europe after 1992*, EC and Lambrakis Press, Athens.

Kyriopoulos J. and Nakas D. (1993). “Economic and Health Policy Issues in Biomedical Technology: The Case of Greece”, in M. Malek, et al. (επιμ.), *Strategic Issues in Health Care Management*, Wiley Publication, London.

Kyriopoulos J. and Tsalikis G. (1993). “Public and Private Imperatives of Greek Health Policies”, *Journal of Health Policy*, Vol. 26, p. 105-117.

Marmor M. (2002). “The influence of income on health: Views of an epidemiologist”, *Health Affairs*, 21, 2: p. 31-46.

Maynard A. (1985). *In Defence of Welfare*, Tavistock Publications, London.

McKeown T. (1995). “The medical contribution”, in: Davey B., Gray A., Seale C., (eds.), *Health and disease. A reader*, Pen University Press, Buckingham, pp. 182-190.

OECD (1982). *The OECD List of Social Indicators*, Paris.

OECD (1996). Ageing in OECD countries. A critical policy challenge, Paris, pp. 51-64.

Platt S., Pavis S. and Akram G. (1999). Changing labour market conditions and health. A systematic literature review (1993-1998), European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition, Dublin.

Reinhardt U. (1989). “The U.S. Health Care Financing and Delivery System: Its Experience and Lessons for Other Nations”, International Symposium on Health Care Systems, Taiwan, China cited by World Bank, Investing in Health, Oxford University Press, Oxford.

Reinhardt U. (1993). “An «All-American» Health Reform Proposal”, Journal of American Health Policy, May – June, p. 11-17.

Schaapveld K. Bergsma E. and Jongejan P. (1992). Sustainable development and health, TNO, The Netherlands.

Scherer P. (2001). “OECD work on social indicators”, in: International Conference on Indicators for Social Inclusion: Making common European Union objectives work, Antwerp, 14-15 September 2001.

Sen A. (1999). “Health in development”, in: Bulletin of the WHO, 77 (8), 619-623.

Siegerist J. (2000). “The social causation of health and illness”, in: Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S., (eds), The handbook of social studies in health biomedicine and politics”, in: Lowy I., Krige J., (eds.), Images of disease. Science, public policy and health in post-war Europe, European Commission, Luxemburg, pp. 9-27.

Starr P. and Zelman W. (1993). “A Bridge to Compromise: Competition under a Budget”, Health Affairs, Supplement.

United Nations Statistical Office (1975). Towards a System of Social and Demographic Statistics, Studies in Methods, Series F., 18, New York.

United Nations (1978). Social Indicators: Preliminary Guidelines and Illustrative Series, Statistical Papers, Series M., 63, New York.

White J. (1993). “Markets, Budgets, and Health Care Cost Control”, Health Affairs, Fall, p. 44-56.

WHO (2002). The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life, Geneva.

Wilkinson R. and Marmor M. (1998). Τα αδιάσειστα γεγονότα. Οι κοινωνικοί παράγοντες στην υγεία, ΠΟΥ, Γραφείο Περιοχής Ευρώπης, Αθήνα 1998.

Woodward A., Hales S., Litidamu N., Phillips D. and Martin J. (2000). “Protecting human health in a changing world: the role of social and economic development”, Bulletin of the WHO, 78 (9), 1148-1155.

K.Souliotis and C. Lionis (2004). Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspectives, Journal of Medical Systems, Vol.28, No 6, December 2004.

Βενιέρης Δ. και Παπαθεοδώρου Χ. (2003). Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα, προκλήσεις και προοπτικές, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Δαμόφλη Β. (1991). σελ. 19.

Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας (2001). Έκθεση για τους δείκτες στον τομέα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (1998). Δημογραφική έκθεση 1997, Λουξεμβούργο, σελ. 21.

ΠΟΥ, Γραφείο Περιοχής Ευρώπης, 2002, σελ. 160-166.

Κοντιάδης Ξ. και Σουλιώτης Κ. (2005). Σύγχρονες προκλήσεις στην πολιτική υγείας : Τέσσερις κρίσιμες νομοθετικές παρεμβάσεις, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1980). «Η Υγειονομική κρίση στην Ελλάδα: Ένα σύνθετο κοινωνικό-οικονομικό ζήτημα», Οικονομία και Κοινωνία τ.χ. 10, σ. 8-31.

Κυριόπουλος Γ. (1984). «Η Πολιτική Οικονομία της Υγείας», Οικονομικός Ταχυδρόμος, τχ. 21 (1516), σ. 29-32.

Κυριόπουλος Γ. (1985). «Ιατρική Περίθαλψη: Κρίση και Εναλλακτική Στρατηγική», στο Υγεία, Κοινωνία, Πολιτική, Εκδόσεις Πολύτυπο, Αθήνα, σ. 229-238.

Κυριόπουλος Γ. (1992). Οικονομικά και πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1993). «Ελεγχόμενος ανταγωνισμός και προοπτικές Χρηματοδότησης», στο Γ. Κυριόπουλος – Δ. Νιάκας, Η πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Λεβέτ ΤΖ. και Νιάκας Δ. (1994). Η διαχείριση της Βιοϊατρικής τεχνολογίας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. και Νιάκας Δ. (1993). «Το Υγειονομικό Σύστημα στη δεκαετία του '90: Επισημάνσεις για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του», στο Γ. Κυριόπουλος – Δ. Νιάκας, Η πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. και Νιάκας Δ. (1994). Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Ματσαγγάνης Μ. (1994). «Μεταρρυθμίσεις Τύπου “Οιονεί Αγορών” σε Δημόσια Συστήματα Υγείας», Ανακοίνωση στο 5^ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 23-26 Νοεμβρίου.

Μεπαζόγλου Τ., Heffley D., Νιάκας Δ. και Κυριόπουλος Γ. (1994). «Είναι δυνατή η επίτευξη της Αποτελεσματικότητας με την προώθηση του Ανταγωνισμού στην Ασφάλιση Υγείας», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 2, 3, σ. 3-18.

Μεπαζόγλου Τ., Heffley D., Κυριόπουλος Γ και Νιάκας Δ. (1995). «Η βέλτιστη Δομή Αγοράς στην καλυπτόμενη από την Ασφάλιση Υγειονομικής Φροντίδα: Επιπτώσεις στη Μεταρρύθμιση του Υγειονομικού Τομέα», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 4,1, σ. 3-31.

Νιάκας Δ. (1993). «Οι πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος σε σχέση με τις Διεθνές Εξελίξεις», στο Γ. Κυριόπουλος – Δ. Νιάκας, Η πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα, ό.π.

Νιάκας Δ. (1994). «Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνομόνων», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τόμ. 3,3, σ. 113-137.

Νομοθετικό πλαίσιο για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Νόμος 3235/2004.

ΥΥΠΙΚΑ (1994). Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Ανάλυση και δομή του Συστήματος, Αθήνα.

Φιλαλήθης Τ. (1995). Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στην υγεία, Αθήνα.

Χιωτάκης Σ. (1994). Για μια κοινωνιολογία των ελευθέρων επαγγελμάτων, Αθήνα.