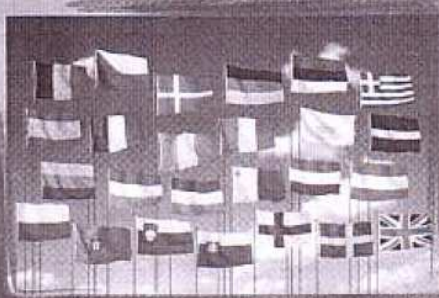


ΠΟΛΙΤΙΚΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2007 • ΤΕΥΧΟΣ 23 • ΤΙΜΗ 5 €

Η Πανευρώπη



Τα 50 χρόνια της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Μισός αιώνας Ευρωπαϊκής πορείας

Προβλήματα που απασχολούν
και ανησυχούν τους πολίτες

Ψήφος Ευθύνης

10 ιδέες για ουσιαστική
αναθεώρηση του Συντάγματος

**Η Ευρωπαϊκή
δικαστική προστασία**

Η Κύπρος και για τα πετρέλαια
μπορεί, η Αθήνα όπως πάντα
διστάζει

Εάλω η Πόλις

Η αξία της δημόσιας διοίκησης
για την πρόοδο και η απαξίωσή της

**Πολιτικές μεταρρυθμίσεις
των συστημάτων υγείας.
Υποβάθμιση ή αναβάθμιση;**

Τα μικρά κράτη της
Ευρωπαϊκής Ένωσης:
Κινητήρες της ολοκλήρωσης;

**Τα αποθέματα νερού και
η αλλαγή του κλίματος**

Milton Friedman

Το Σύμφωνο της Βασιλείας II

Πολιτικές μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας. Υποβάθμιση ή αναβάθμιση;

Μελέτη της Σουηδίας, Δανίας και Γερμανίας

Του **ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Χ. ΜΠΑΝΤΗ***

Περίληψη

Οι παρεμβάσεις και μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας της Σουηδίας, Δανίας και Γερμανίας προάγουν πλεονεκτήματα, ενισχύοντας το ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης και της ευρύτερης κοινωνικοοικονομικής περιφερειακής ανάπτυξης.

Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στον εκσυγχρονισμό και την προσαρμογή των ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού και την προώθηση των ίσων ευκαιριών πρόσβασης στην υγεία. Τα κριτήρια της οικονομικής αποδοτικότητας, της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να οριοθετούνται σε συνεργασία της κεντρικής κυβέρνησης με την τοπική αυτοδιοίκηση που δεν θα λειτουργεί εν κενώ, αλλά οι αρχές, οι στόχοι και οι προτεραιότητες θα θέτονται αντικατοπτρίζοντας τις πραγματικές ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας του τοπικού πληθυσμού και βεβαίως πάντα σε εναρμόνιση με τους εθνικούς στόχους και τις εθνικές προτεραιότητες.

Με βάση τους κανόνες που έχουν

τεθεί, όλοι οι φορείς της υγειονομικής φροντίδας θα έχουν ξεκάθαρους στόχους και προτεραιότητες καθώς και μετρήσιμα αποτελέσματα. Η διαρκής προσπάθεια για ποιοτικότερη, αποτελεσματικότερη, αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών προς τον χρήστη του συστήματος θα έχει σίγουρα πολλούς κερδισμένους: το σύστημα που σε μια συνεχή προσπάθεια βελτίωσης, θα προσεγγίζει τις ανάγκες του πολίτη, τους φορείς που να είναι αποδοτικότεροι, αποτελεσματικότεροι και ποιοτικότεροι ως προς τις υπηρεσίες που θα παρέχουν και σε τελική ανάλυση τον πολίτη που θα είναι ο αποδέκτης των καλύτερων ποιοτικά υπηρεσιών.

Λέξεις κλειδιά: οικονομική αποδοτικότητα, ποιότητα, προσβασιμότητα, συστήματα υγείας Σουηδίας, Δανίας, Γερμανίας.

Κριτήρια οικονομικής αποδοτικότητας, της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας.

Το Σουηδικό πρότυπο:

Στην Σουηδία η διοίκηση των οίκων ευγηρίας και των ψυχιατρικών ιδρυμά-

54 Πολιτικές μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας

των δόθηκαν το 1992 και 1996, αντίστοιχα στις δημοτικές αρχές. Ο στόχος αυτών των μεταρρυθμίσεων ήταν να ενσωματωθούν στις διαχειριστικές δραστηριότητες των τοπικών αρχών οι κοινωνικά ανίκανοι πληθυσμοί βελτιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Μεταξύ των ετών 1993 και 1996, ο αριθμός υπαλλήλων ανά νομαρχιακή περιφέρεια μειώθηκε κατά 13%. Μετά από το 1996 έως το 1999, αυξήθηκε πάλι, αλλά ήταν ακόμα 7% χαμηλότερα από το 1993. Μεταξύ του 1993 και 2000, ο αριθμός των νοσοκομειακών ιατρών και νοσηλευτών αυξήθηκε κατά 9 και 5%, αντίστοιχα. Αντίθετα, ο αριθμός του βοηθητικού προσωπικού με χαμηλότερη εκπαίδευση μειώθηκε κατά 35%. Την ίδια περίοδο επιτεύχθηκε εξοικονόμηση πόρων με την μείωση του αριθμού των κλινών κατά 45% και του χρόνου νοσηλείας από 11 έως και 6,3 ημέρες. Σύμφωνα με τα στατιστικά του ΟΟΣΑ η Σουηδία για τις δαπάνες της υγείας κατά την περίοδο 1993-2001 έπεσε από την τέταρτη στην έβδομη θέση. Το ίδιο εγχείρημα εφαρμόστηκε στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η ετήσια επιχορήγηση μεταξύ των ετών 1996 και 2000 ήταν 8,7% έναντι 4,5% για τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας αντίστοιχα. Σε αριθμούς οι επιχορηγήσεις του Σουηδικού κράτους για την πρωτοβάθμια υγεία μεταξύ των ετών 2002 και 2004 ήταν 1 δισεκατομμύριο €. [1,2]

Οι περισσότεροι προμηθευτές της υγείας στο σουηδικό υγειονομικό σύστημα είναι δημόσιοι υπάλληλοι. (Κρα-

τικά νοσηλευτικά ιδρύματα και μονοπωλιακή εθνική εταιρία φαρμακείων). Εξαιρέσεις αποτελούν τα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα και φαρμακεία τα οποία αμείβονται με μεικτό σύστημα ανά ασθενή με δελτίο παροχής υπηρεσιών. Από το 1990 καθιερώθηκε η αμοιβή των γιατρών κατά πράξη και η ιδιωτικοποίηση των φαρμακείων. Υπάρχει εξισορρόπηση των χρηστών των μεγάλων εισοδημάτων με αυτούς με μικρά εισοδήματα. Οι ασθενείς με υψηλά εισοδήματα δεν χρησιμοποιούν σε ίδιο βαθμό το σύστημα όσο αυτοί με χαμηλά εισοδήματα, προσδίδοντας με άλλα λόγια την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Ο ασθενής έχει δικαίωμα επιλογής του οικογενειακού γιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας χωρίς γεωγραφικούς περιορισμούς, δικαίωμα πλήρους ενημέρωσης για τις επιλογές της υγείας του και τέλος μπορεί να ζητήσει γνώμη ειδικού καθόλη τη γεωγραφική επικράτεια της χώρας του. [3]

Η λύση για τις μακροχρόνιες λίστες αναμονής δόθηκε με την ελεύθερη επιλογή των χρηστών. Δόθηκε ένα χρονικό περιθώριο τριών μηνών στις τοπικές διοικήσεις, εάν δε τα τοπικά συμβούλια δεν μπορούσαν να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη σε διάστημα τριών μηνών ο χρήστης είχε δικαίωμα να αναζητήσει προμηθευτή σε άλλο δήμο ή νομό. Σε χρονικό διάστημα δύο ετών παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του χρόνου αναμονής των χρηστών. [4]

Δανία:

Στην Δανία οι επιχορηγήσεις των νοσοκομείων είναι ανάλογες της κινή-

σεως των ασθενών και εν γένει των συνολικών δραστηριοτήτων τους. Για περισσότερα από 30 χρόνια οι τοπικές διοικήσεις καλύπτουν τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Από τα μέσα της δεκαετίας του 80 δόθηκε στα νοσηλευτικά ιδρύματα η ευχέρεια να αποφασίζουν τα ίδια για την διακίνηση και διάθεση των πόρων ανά ίδρυμα, θέτοντας ανάλογες προτεραιότητες, με στόχο την αύξηση της ποιότητας και της παραγωγικότητας. Από την δεκαετία του 90 θεσπίστηκαν συμβάσεις μεταξύ των τοπικών αρχών και των νοσοκομείων. Οι συμβάσεις ή συμφωνίες περιείχαν όρους / στόχους της παραγωγικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών των νοσοκομείων οι οποίοι έπρεπε να επιτευχθούν για την αύξηση της χρηματοδότησης. [5]

Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή του νοσοκομείου της αρεσκείας τους και σύμφωνα με το δανέζικο νόμο «τα λεφτά ακολουθούν τον ασθενή και όχι το νοσοκομείο». Όσον αφορά την διοίκηση των νοσοκομείων εισήχθη το διοικητικό σύστημα 'trojka' με την συνεργασία ενός διοικητικού, ενός διευθυντή γιατρού, μίας διευθύνουσας νοσηλεύτριας και ενός ανώτερου οικονομικού υπαλλήλου με αρμοδιότητα τη σύνταξη του προϋπολογισμού και παράλληλα του έλεγχου αυτού καθόλη τη διάρκεια του έτους. Η οικονομικοί περιορισμοί και η απόλυτη (κατά αριθμό) διαχείριση είχε σαν αποτέλεσμα την αρνητική εξέλιξη δαπανηρών ιατρικών ειδικοτήτων όπως παραδείγματος χάριν της καρδιοχειρουργικής και της ογκολογίας. [5]

Τα στοιχεία της DRGs (Diagnosis Related Groups) αποκαλύπτουν ότι κατά την διάρκεια των ετών 1996 έως 2001, παρατηρήθηκε ετήσια αύξηση της παραγωγικότητας σε ποσοστό +1,5%. Το 1980-1994 σημειώθηκε ετήσια μείωση των δαπανών -1,8% για τα εξωτερικά ιατρεία και -0,2% ανά ασθενή. Η παραγωγικότητα των υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε κατά +1-2%. Είναι σαφές ότι η αύξηση της αποδοτικότητας στα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα διαγεύδουν την άποψη των παραδοσιακών οικονομολόγων οι οποίοι λίγο πολύ, θεωρούν ότι τα δημόσια ιδρύματα είναι ανεπαρκή ή τουλάχιστον λιγότερο αποδοτικά σε σύγκριση με τα ιδιωτικά και ότι μόνο τα ιδιωτικά ιδρύματα παρουσιάζουν αυξημένη αποδοτικότητα. [6]

Για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας της Δανίας εφαρμόστηκε ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας μετρώντας ανά έτος τους θανάτους οι οποίοι προκλήθηκαν από «πιθανά» ιατρικά λάθη. Στην Δανία 3000-5000 ασθενείς χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από ιατρικά λάθη τα οποία μπορεί να είναι αποτυχημένες χειρουργικές επεμβάσεις, λάθος φάρμακα και άλλα. Την 1^η Ιανουαρίου 2002 θεσπίστηκε νόμος για την προστασία των χρηστών όπου ορίστηκαν και αξιολογήθηκαν τα λάθη, παράλληλα δημιουργήθηκε εθνικός κατάλογος περιστατικών όπου θα παρουσιάζεται με κάθε λεπτομέρεια το γεγονός. Το 1993 δόθηκε το δικαίωμα επιλογής προμηθευτή από τον ίδιο τον χρήστη λαμβάνοντας υπόψη τις παραμέτρους της αναμονής και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρατηρήθη-

56 Πολιτικές μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας

κε μια γεωγραφική μετακίνηση ασθενών οι οποίοι θα έπρεπε να μετακινηθούν σε μεγάλες αποστάσεις με μεγάλο οικονομικό κόστος. Ο ασθενής εφαρμόζει ένα είδος πίεσης προς τα νοσοκομεία έτσι ώστε αυτά να λειτουργήσουν ανταγωνιστικά προσελκύοντας όλο και περισσότερους ασθενείς χρήστες. [7]

Γερμανία:

Στην Γερμανία σε μελέτη του Wagstaff υπολογίστηκε ο δείκτης Kakwani ως μέτρο ισότητας του συστήματος σε συνάρτηση με την χρηματοδότηση της υγείας. Για το έτος 1989 υπολογίστηκε ο δείκτης Kakwani με αύξηση της φορολογίας +0,110, μείωση της κοινωνικής ασφάλειας -0,0977, έλλειμμα του δημοσίου φορέα -0,0533, αύξηση των ιδιωτικών ασφαλειών +0,1219, συνολικά καταβολή άμεσων αποζημιώσεων -0,0452 στον δημόσιο και -0,0067 στον ιδιωτικό τομέα. Σε ποσοστιαία αναλογία ερμηνεύεται με γενική φορολογία 17,7%, κρατική κοινωνική ασφάλεια 65,0%, ιδιωτική ασφάλιση 7,1% και τέλος άμεσες πληρωμές 10,2%. Τα στοιχεία δαπανών για τα έτη 1992/2001 σε ποσοστιαίες μονάδες: συνχρηματοδότηση 13,0 / 7,0%, κρατική κοινωνική ασφάλιση 64,7 / 67,6%, ιδιωτική ασφάλιση 7,4 / 8,3%, εισφορές αυτασφαλιζόμενων εργοδοτών 4,3 / 4,1 και τέλος ιδιώτες 10,7 / 12,3%. [8]

Το 1992 εφαρμόστηκε μία «εκτεταμένη μεταρρύθμιση» σύμφωνα με την οποία καταργείται η πλήρης κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης. Η νοσοκομειακή κάλυψη περιελάμβανε δύο σκέλη παροχών, πρώτον την νοσηλεία

σε ημέρες και τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις και δεύτερον τα φαρμακευτικά ήδη. Τιμολογήθηκαν 70 διαφορετικές αμοιβές ανά περίπτωση και 140 αμοιβές διαδικασίας, άνισα όμως κατανεμημένες ανά ιατρική ειδικότητα (μόνο το 50% των περιπτώσεων αφορούσε τις γυναικολογικές παθήσεις και την μαιευτική). Αποτέλεσμα των μέτρων αυτών ήταν ο περιορισμός του χρόνου νοσηλείας, η υπερεξειδίκευση των ειδικοτήτων και η αύξηση της ποιότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Ήδη έχει ξεκινήσει την εφαρμογή του DRGs, το οποίο αναμένεται να λειτουργήσει πλήρως το 2009. Βασίζεται στην δομή του Αυστραλιανού DRGs το οποίο ομαδοποιεί τους χρήστες του συστήματος ανάλογα με τη βαρύτητα και την χρονιότητα της νόσου. Σύμφωνα λοιπόν με αυτό το σύστημα θα διακινούνται οι ασθενείς στα νοσοκομεία, θα λαμβάνεται υπόψη η βαρύτητα της πάθησης και θα διακομίζονται σε ανάλογα εξειδικευμένα πανεπιστημιακά ή μη νοσοκομεία. Αντίθετα δεν έχει θεσπιστεί καμία ομοσπονδιακή πολιτική για την αποφυγή ιατρικών λαθών. Υπολογίζεται ότι ετησίως στην Γερμανία πραγματοποιούνται περί τα 40.000 «ιατρικά λάθη», από τα οποία τα 12.000 δημοσιοποιούνται. Οι αριθμοί αυτοί είναι συγκλονιστικοί εάν αναλογιστεί κανείς ότι αυτοί οι ασθενείς καταλήγουν σε νοσοκομειακά κρεβάτια ίσως μετά από μια άσκοπη και φυσικά ανεπιτυχή χειρουργική επέμβαση. Ίσως και να είναι λίγο μικρότεροι από τους αριθμούς των ασθενών οι οποίοι πεθαίνουν ετησίως από π.χ. καρκίνο του μαστού ή

τροχαία ατυχήματα. Αντίθετα με την Σουηδία και Δανία στην Γερμανία δεν υπάρχουν στοιχεία τα οποία να αναφέρουν λεπτομέρειες για τις λίστες αναμονής των γερμανικών νοσοκομείων. Εξαιρέση αποτελεί μία αναφορά ότι για το έτος 1996 το 13% των νοσοκομείων είχε λίστες αναμονής και για το 1997 ήταν 20,8%. Δεν αναφέρεται ο χρόνος αναμονής, ο αριθμός των ασθενών ή η μέση διάρκεια της αναμονής. [9]

Επίλογος - Συμπεράσματα

Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας της Σουηδίας είχαν μία βραχυπρόθεσμη επίδραση στους προμηθευτές με αύξηση της παραγωγής των υπηρεσιών και παράλληλη μείωση του χρόνου παροχής υπηρεσιών με αντίστοιχο οικονομικό όφελος. Αντικαταστάθηκε ο τρόπος διαχείρισης και διοίκησης των πόρων ως απόρροια των οικονομικών περικοπών της υγείας σε τοπικό επίπεδο. Έγινε αντιληπτό σχετικά νωρίς, την δεκαετία του 1990 ότι το μονοπωλιακό σύστημα πρέπει να συνδέεται πρωτίστως με την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι στόχοι των μεταρρυθμίσεων βασίστηκαν περισσότερο σε πολιτικές αποφάσεις και λιγότερο σε οικονομικές ανάγκες, γι' αυτό τον λόγο οι στόχοι ήταν περιορισμένοι συνήθως για την αντιμετώπιση άμεσων προβλημάτων. Κάθε μεταρρύθμιση προκαλεί νέα προβλήματα τα οποία απαιτούν επίλυση ή και εκ νέου μεταρρύθμιση. Κατά την δεκαετία του 70 και 80 εφαρμόστηκε εκτεταμένη διανεμητική πολιτική σε όλους τους τομείς υπηρεσιών χωρίς να λαμβάνεται υπόψη

η αποδοτικότητα των υπηρεσιών. Την δεκαετία του 90 απαιτήθηκαν οργανωτικές αλλαγές ενσωματωμένες μέσα στο μονοπωλιακό υγειονομικό σύστημα. Έγινε προσπάθεια για βελτίωση της αποδοτικότητας, συγκράτηση του κόστους, αμοιβή κατά πράξη, συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ευπαθείς ομάδες ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων. Οι μη σοσιαλιστικές κυβερνήσεις υποστηρίζουν την ιδιωτικοποίηση της υγείας με συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση και ιδιωτικοποίηση των δημοσίων νοσοκομείων, αντίθετα οι κυβερνήσεις των σοσιαλιστών δημοκρατών προασπίζουν τον μονοπωλιακό εθνικό χαρακτήρα της υγείας διαθέτοντας περισσότερους πόρους για τις ευπαθέστερες κοινωνικές ομάδες. [3]

Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις του Γερμανικού συστήματος υγειονομικής ασφάλισης βασίζονται στις αλλαγές της χρηματοδότησής του. Το 2003 η επιτροπή εμπειρογνομόνων Rurup Commission πρότεινε ότι για την ευημερία του SHI απαιτείται η οικονομική συμμετοχή των ασφαλισμένων στις ιατρικές παροχές και η αμοιβή των προμηθευτών κατά πράξη. [9]

Στην Δανία η μείωση των διοικητικών περιφερειών στοχεύει στην τροποποίηση των επιχορηγήσεων ανά περιφέρεια από την κεντρική κυβέρνηση, τη δημιουργία περιφερειακών νοσηλευτικών ιδρυμάτων τα οποία θα ανταποκρίνονται στις αυξανόμενες απαιτήσεις των χρηστών και της ιατρικής τεχνολογίας. Υπολογίζεται ότι με το νέο σύστημα μεταρρυθμίσεων ο τοπικός αλ-

λά διευρυμένος φορέας θα επιβαρύνεται με 540 € ανά νοσηλευόμενο δημότη. Οι τοπικές αρχές έχουν την ευχέρεια χρήσης του προληπτικού ελέγχου εξοικονομώντας με αυτό τον τρόπο χρήματα τα οποία μπορούν να διαθέσουν σε άλλους τομείς. Δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής και ιδιαίτερα στην ενημέρωση των χρηστών για τον αλκοολισμό, τα ναρκωτικά και τον καπνό. Αποτέλεσμα αυτών ήταν η αύξηση του μέσου όρου ζωής από 74 και 79 για άνδρες και γυναίκες το έτος 1996 σε 74,5 και 79,2 το έτος 2001. Οι Δανοί ως χρήστες του συστήματος αξιολόγησαν το σύστημα τους ως επαρκές και υψηλού επιπέδου σε ποσοστό 89%. [5].

Βιβλιογραφία

1. Svensson M, Edelbalk PG. 90-talets anbudskonkurrens i äldreomsorgen - nagra utvecklingstendenser. IHE-arbetsrapport nr. 1. IHE: Lund, (2001).
2. Riksforsa kringverket. Utvardering av det reformerade tandvardsstodet. RFV anser 2000:3. Stockholm, (2000).
3. Anders Anell. Swedish healthcare under pressure Health Econ. 14: S237-S254 (2005).
4. Hanning M. Maximum waiting-time guarantee - an attempt to reduce waiting lists in Sweden. Health Policy; 36: 17-35. (1996).
5. Kjeld Moller Pedersen, Terkel Christiansen and Mickael Bech The Danish

health care system: evolution Not revolution in a decentralized system Health Econ. 14: S41-S57 (2005).

6.- Sundhedsministerens Radgivende Udvalg. Sundhedsvsenets Organisation. Sygehuse, incitament, amter og alternativer (in Danish: The Organization of Healthcare. Hospitals, Incentives, Counties, and Alternatives). Statens Information: Kobenhavn Copenhagen, (2003).

7. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. J Health Econ; 18: 263-290, (1999).

8. Markus Worz and Reinhard Busse. Analysing the impact of healthcare system change in the EU member states - Germany Health Econ. 14: S133-S149 (2005).

* Ο Αθανάσιος Χ. Μπαντής είναι διδάκτωρ της Ιατρικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ζει στην Αλεξανδρούπολη και εργάζεται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ως Επιμελητής Β'.