

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ EDITORIAL

Η αναζήτηση ομοφωνίας για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη

*«Κανείς δεν κατάλαβε γιατί η ευημερία
στο Ηνωμένο Βασίλειο επιτεύχθηκε σε συνθήκες
ελεύθερου εμπορίου, ενώ η ευημερία στη Γερμανία
αυξήθηκε σε συνθήκες προστασίας»*

Vilfredo Pareto (1848–1923)

*«Δεν έχει σημασία αν η γάτα είναι άσπρη
ή μαύρη, αρκεί να πιάνει ποντίκια»*

Deng Xiaoping (1904–1997)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναφορά αυτή συνιστά μια απόπειρα συμβολής στη συζήτηση για την υγειονομική μεταρρύθμιση στη χώρα μας και υποκινείται από δύο λόγους: ο πρώτος σχετίζεται με την αποτυχία των μεταρρυθμίσεων τις τελευταίες δεκαετίες^{1,2} και ο δεύτερος με την ανάγκη αναζήτησης συναίνεσης ως προς τις κατάλληλες επιλογές και την ιεράρχησή τους.

Η ακόλουθη σειρά προτάσεων συνιστά μια προσέγγιση αρχών αλλά και αξόνων αναφοράς, που αποσκοπεί στην εισαγωγή διαρθρωτικών αλλαγών στο υγειονομικό σύστημα με βάση τα κριτήρια της ιατρικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας και της κοινωνικής ισότητας.³ Ο κύριος σκοπός είναι η ευρεία ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας και της ιατρικής περίθαλψης, ώστε να διασφαλίζεται η καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, η ευχερής πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και η αποτροπή της καταστροφικής δαπάνης των νοικοκυριών.

Η προσέγγιση αυτή δεν έχει αυστηρά επιχειρησιακό χαρακτήρα αλλά αποσκοπεί στην αναζήτηση αποδοχής και ενεργούς σύγκλισης μιας ακολουθίας προτάσεων. Με την προσέγγιση αυτή επιχειρείται η σύζευξη της ελευθερίας όπως εκφράζεται από τη δυνατότητα επιλογών και της ισότητας όπως απεικονίζεται από τις εκβάσεις στην υγεία και την πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η παρούσα σειρά προτάσεων διαμορφώθηκε κατ' αρχάς από μια ομάδα ερευνητών κυρίως οικονομολόγων της υγείας, επιστημόνων της διοίκησης και ιατρών δημόσιας υγείας και στη συνέχεια τέθηκε υπό κρίση, σε σώμα εμπειρογνομόνων, ως προς τη λογική και αληθή υπόστασή τους και ακολούθως σε διαβούλευση για την αναζήτηση ομοφωνίας σχετικά με την αξία, τη δυνατότητα υλοποίησης και την ιεράρχησή τους ως δυναμικών επιλογών.

Η πρόταση αυτή τέθηκε σε διαδικασία αναζήτησης ομοφωνίας με κριτήρια τη σκοπιμότητα, την εφικτότητα και την προτεραιότητα στην κλίμακα 1–10 (1 – η ελάχιστη προτίμηση και 10 – η μέγιστη).

Ως σκοπιμότητα ορίζεται η εξυπηρέτηση ορισμένου σκοπού ανεξαρτήτως αν ακολουθείται κατ' ανάγκη η ενδεδειγμένη διαδικασία, ως εφικτότητα η ιδιότητα κάποιας παρέμβασης να είναι τεχνικά πραγματοποιήσιμη και ως προτεραιότητα η δυνατότητα που παρέχεται σε κάποιον ή σε κάτι να προηγείται σε μια σειρά ή ακολουθία πραγμάτων.

Το σώμα εμπειρογνομόνων αποτελούσαν 12 οικονομολόγοι και οικονομολόγοι της υγείας, 14 ιατροί και νοσηλευτές, 6 φαρμακοποιοί, 6 επιχειρησιακοί επιστήμονες, 9 ακαδημαϊκοί των επιστημών της υγείας και 12 διοικητικοί επιστήμονες και στελέχη διοίκησης του υγειονομικού τομέα, δηλαδή συνολικά 59 άτομα.

Για την αποτροπή ετεροκαθορισμών, η διατύπωση γνώμης έγινε με –διπλή για κάθε πρόταση– ηλεκτρονική ψηφοφορία μετά από σχετική συζήτηση των προτάσεων. Τα αποτελέσματα της ψηφοφορίας του σώματος των εμπειρογνομόνων για την αναζήτηση ομοφωνίας για κάθε

πρόταση παραπέμπουν με την αρίθμηση σε παρένθεση, αντίστοιχα, στον πίνακα 1.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΟΜΟΦΩΝΙΑΣ

Το κράτος εγγυάται την υγεία των πολιτών και επενδύει σε αυτή

- 1.1. Η εγγύηση αυτή υλοποιείται με την επένδυση στο «κεφάλαιο υγείας» των ατόμων και των νοικοκυριών για την ανάπτυξη του «ανθρώπινου και διανοητικού κεφαλαίου» της χώρας και του «αποθέματος της υγείας» της οικογένειας.
- 1.2. Οι κατάλληλες πολιτικές για τον σκοπό αυτόν ασκούνται με την ελεύθερη πρόσβαση στα «δημόσια αγαθά» της υγείας, όπως είναι οι εμβολιασμοί, ο προσυμπτωματικός έλεγχος και η διαχείριση, καθώς και ο έλεγχος των μειζόνων συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία.
- 1.3. Η αυτοδιαχείριση των ζητημάτων της υγείας μέσα στην οικογένεια ενθαρρύνεται με τη θέσπιση του «επιδόματος υγείας» στα νοικοκυριά, ώστε όταν επιχειρούν για τη βελτίωση της υγείας και ιδιαίτερα της υγείας των παιδιών τους, να ωφελούνται με διάφορους τρόπους από μια δέσμη κινήτρων και ευνοϊκών ρυθμίσεων κυρίως ασφαλιστικού χαρακτήρα που πρέπει να θεσπιστεί για τον σκοπό αυτόν.
- 1.4. Το κράτος υποχρεούται να παρέχει επαρκή πληροφόρηση στους πολίτες και στα νοικοκυριά για την υγεία και την ιατρική περίθαλψη, ώστε να μπορούν να πραγματοποιούν ορθολογικές επιλογές και να πρωταγωνιστούν στις ανταλλαγές στην υγεία. Ακόμη, για να προστατεύονται από τις καταχρηστικές πρακτικές της πλευράς της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.
- 1.5. Αποτελεί ευθύνη του κράτους η υιοθέτηση μέτρων και πολιτικών ελέγχου και διαχείρισης των κοινωνικών και των οικονομικών ανισοτήτων που σχετίζονται με την υγεία, ώστε η ισότητα να εκφράζεται στα αποτελέσματα και στις εκβάσεις της υγείας.
- 1.6. Για τη συντήρηση και τη βελτίωση του «κεφαλαίου υγείας» το κράτος οφείλει να προάγει πολιτικές ενθάρρυνσης και αποτροπής στα ζητήματα της υγείας, όπως είναι η ειδική φορολογία (φόροι κατά Ρίγου) με την εισαγωγή φόρων «αμαρτίας» που αποτρέπουν τη χρήση βλαπτικών προϊόντων και συμπεριφορών. Επίσης, οφείλει να προωθεί τεχνικές και πολιτικές «ώθησης» (τύπου Θείλερ) με συμπεριφορικά κίνητρα για τη βελτίωση της υγείας.

- 1.7. Η φορολογική και ασφαλιστική πολιτική οφείλει να είναι συνδεδεμένη με την υγεία και να διευκολύνει τους πολίτες για την κάλυψη των αναγκών τους και την υιοθέτηση από μέρους τους θετικών επιλογών για την υγεία.
- 1.8. Στην εθνική πολιτική υγείας, καθώς και στις περιφερειακές πολιτικές, οι αρχές και οι εμπλεκόμενοι φορείς οφείλουν να ενσωματώνουν πλην των κοινωνικών και των οικονομικών δεδομένων και τις «ηθικές και πολιτισμικές αξίες» του πληθυσμού αναφοράς.
- 1.9. Οι δημόσιες αρχές οφείλουν να έχουν την ευθύνη κινητοποίησης και υποστήριξης του «κοινωνικού κεφαλαίου» της χώρας στην υγεία και προώθησης του εθελοντισμού και της ανθρωπιστικής δράσης.
- 1.10. Η κεντρική διοίκηση οφείλει να αναπτύξει πολιτικές «διπλωματίας στην υγεία» με τους διεθνείς οργανισμούς, τις όμορες χώρες και τους φορείς διεθνούς συνεργασίας και ανάπτυξης στην υγεία.
- 1.11. Το κράτος εγγυάται επίσης και προωθεί τις αξίες της «τεκμηριωμένης Βιοηθικής». Αναπτύσσει ακόμη τις αρχές και τις πρακτικές της φιλοσοφίας και της κουλτούρας του ευρύτερου δημόσιου χώρου και του κοινωνικού συμφέροντος.

Η κεντρική διοίκηση και οι θεσμοί αυτοδιοίκησης μεριμνούν για την πρόσβαση των πολιτών στην ιατρική περίθαλψη

- 2.1. Η μέριμνα της κεντρικής διοίκησης ασκείται με την εφαρμογή πολιτικών για την πληροφόρηση και την προστασία των πολιτών ως καταναλωτών ιατρικής περίθαλψης.
- 2.2. Η πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη διασφαλίζεται με βάση τα κριτήρια της ελεύθερης επιλογής και της ισότητας για ίση ανάγκη.
- 2.3. Η πλευρά της προσφοράς οργανώνεται με βάση τα «δίκτυα ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης», στα οποία συμμετέχει το σύνολο των μονάδων υγείας κρατικού, κοινωνικού και ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά τα «δίκτυα» έχει ισότιμη πρόσβαση το σύνολο των πολιτών, δηλαδή «όλοι οι πολίτες» μπορούν να προσέρχονται σε «όλους τους προμηθευτές».
- 2.4. Οι υγειονομικές μονάδες του δημόσιου, του κοινωνικού και του ιδιωτικού τομέα (πρωτοβάθμια περίθαλψη και νοσοκομεία) οργανώνονται με βάση τα «κοινά κριτήρια» υγειονομικού, κοινωνικού και επιχειρησιακού χαρακτήρα που περιγράφονται και προωθούνται από τις δημόσιες αρχές.

- 2.5. Οι υπηρεσίες υγείας υπακούουν σε «κοινούς κανόνες αξιολόγησης και πιστοποίησης» από εντεταλμένα σώματα αξιολογητών και εμπειρογνομόνων.
- 2.6. Η εποπτεία και ο έλεγχος των υγειονομικών υπηρεσιών ανατίθεται ανάλογα με το επίπεδο αναφοράς. Στην τοπική αυτοδιοίκηση η πρωτοβάθμια φροντίδα και στην περιφερειακή τα νοσηλευτικά ιδρύματα, εκτός των εκπαιδευτικών και των ερευνητικών τριτοβάθμιων νοσοκομείων, διαπεριφερειακής εθνικής εμβέλειας, που εποπτεύονται από την κεντρική διοίκηση.
- 2.7. Οι δημόσιες αρχές μεριμνούν για τη διαφάνεια στη διοίκηση, αλλά και την εμπέδωση της «δημοκρατίας στην υγεία», με τη διασφάλιση επαρκούς πληροφόρησης και την ελεύθερη και ευχερή πρόσβαση όλων στα δεδομένα της δραστηριότητάς τους, αλλά και στα αποτελέσματα της λειτουργίας των μονάδων υγείας.
- 2.8. Η κεντρική διοίκηση υποχρεούται στη δημοσίευση μιας ετήσιας «Εκθεσης για την υγεία του έθνους», καθώς και του «Δορυφορικού προϋπολογισμού υγείας», που περιέχουν τους στόχους, τις δραστηριότητες και τα αποτελέσματα των πολιτικών υγείας σε εθνικό επίπεδο. Κατ' ανάλογο τρόπο οφείλουν να ανταποκρίνονται τόσο οι περιφερειακές όσο και οι τοπικές αρχές με βάση τον πληθυσμό αναφοράς τους.

Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας γίνεται με βάση την αποδοτική χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων

- 3.1. Οι υγειονομικές μονάδες του δημόσιου, του ιδιωτικού και του κοινωνικού τομέα λειτουργούν στο πλαίσιο «ελεγχόμενου –από το κράτος– ανταγωνισμού», υπό την εποπτεία και τον έλεγχο των δημόσιων αρχών με κοινούς κανόνες και όμοια κριτήρια.
- 3.2. Η διοίκηση και η διαχείριση των κρατικών υγειονομικών μονάδων προσαρμόζεται στις τεχνικές «αυτοκυβέρνησης» και «αυτοδιαχείρισης» εντός του κατάλληλου ανταγωνιστικού θεσμικού πλαισίου επιχειρηματικότητας με βάση την επιδίωξη του δημόσιου και κοινωνικού συμφέροντος.
- 3.3. Το σύνολο των υγειονομικών μονάδων και των επαγγελματιών υγείας υποχρεούται να συμμετέχει σε τακτές και οργανωμένες λειτουργίες «ιατρικού ελέγχου», τα αποτελέσματα του οποίου πρέπει να είναι προσβάσιμα και διαφανή.
- 3.4. Η χρηματοδότηση των υγειονομικών μονάδων υπακούει στις τεχνικές και στις μεθόδους της «προοπτικής χρηματοδότησης», έτσι ώστε η πρωτοβάθμια φροντίδα να αποζημιώνεται με κριτήριο την «κατά κεφαλή πληρωμή» του καλυπτόμενου πληθυσμού ή και «την πληρωμή με βάση το είδος της ομάδας επίσκεψης», ενώ η νοσοκομειακή περίθαλψη με κριτήριο τη «διαγνωστική ομάδα με βάση τη βαρύτητα της νόσου».
- 3.5. Οι εργασιακές σχέσεις των ιατρών, των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας υπακούουν στα κριτήρια της αναζήτησης της αποδοτικής χρήσης των πόρων. Οι σχέσεις αυτές προσαρμόζονται κατά περίπτωση και με όλους τους δυνατούς τρόπους στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, αλλά και στους επιχειρησιακούς κανόνες και περιορισμούς των υπηρεσιών υγείας.
- 3.6. Ο «πλουραλισμός στις εργασιακές σχέσεις» προσαρμόζεται πρωτίστως στις ανάγκες οργάνωσης των δομών προσφοράς υπηρεσιών υγείας και δευτερευόντως στις προτιμήσεις των επαγγελματιών υγείας. Σε κάθε περίπτωση, μόνο η επιστημονική και η διοικητική ιεραρχία υπακούουν στα κριτήρια της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.
- 3.7. Η επιλογή και η αξιολόγηση του προσωπικού διέπεται από σταθερούς κανόνες αντικειμενικότητας και αξιοκρατίας και γίνεται από ανεξάρτητες επιτροπές ευρείας συναίνεσης και στο πνεύμα της «φιλοσοφίας» του ενιαίου υγειονομικού τομέα.
- 3.8. Οι επενδύσεις «στο ανθρώπινο και στο διανοητικό κεφάλαιο» των υπηρεσιών υγείας αποτελούν υψηλή προτεραιότητα της εθνικής πολιτικής υγείας. Αυτές υλοποιούνται με την κινητοποίηση πόρων από πολλαπλές πηγές στο πλαίσιο ενός πλουραλιστικού πλέγματος για την έρευνα, την εκπαίδευση και την τεχνολογική ανάπτυξη. Γ' αυτό θεσπίζεται το «Εθνικό Ίδρυμα Έρευνας και Τεχνολογίας στην Υγεία».
- 3.9. Η προμήθεια προϊόντων βιοϊατρικής και φαρμακευτικής τεχνολογίας γίνεται με πλήρη δημοσιότητα και διαφάνεια σε ανταγωνιστικό πλαίσιο. Οι ακολουθούμενες διαδικασίες ενσωματώνουν τις «διεθνείς κωδικοποιήσεις» και πρακτικές τιμολόγησης. Οι κανόνες ανταγωνισμού και διαπραγμάτευσης παραμένουν σχετικά σταθεροί στον χρόνο και τα αποτελέσματα πλήρως διαφανή και δημοσιεύσιμα.
- 3.10. Το κράτος οφείλει να αναπτύξει και να ολοκληρώσει τη μετάβαση των κρατικών υπηρεσιών υγείας και αυτών του ιδιωτικού τομέα σε ένα «ενιαίο και συνεργικό» εθνικό σύστημα υγείας.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα της αναζήτησης ομοφωνίας.

Πρόταση	Σκοπιμότητα	Εφικτότητα	Προτεραιότητα	Σύνολο	Μέσος όρος
1.1	9,11	4,79	7,95	21,85	7,28
1.2	9,59	7,00	8,89	25,48	8,49
1.3	7,92	5,00	6,60	19,52	6,51
1.4	8,61	7,17	7,55	23,33	7,78
1.5	9,26	6,00	8,19	23,45	7,82
1.6	8,92	7,67	7,68	24,27	8,09
1.7	8,36	6,67	7,37	22,40	7,47
1.8	7,90	6,62	6,10	20,62	6,87
1.9	7,30	6,54	5,67	19,51	6,50
1.10	8,34	6,76	6,53	21,63	7,21
1.11	8,59	5,71	7,42	21,72	7,24
2.1	8,31	6,70	6,92	21,93	7,31
2.2	8,82	6,13	7,53	22,48	7,49
2.3	8,47	6,00	7,08	21,55	7,18
2.4	8,21	6,38	6,85	21,44	7,15
2.5	8,72	6,19	7,25	22,16	7,39
2.6	6,82	6,03	5,74	18,59	6,20
2.7	8,29	6,66	6,33	21,28	7,09
2.8	9,28	7,63	7,43	24,34	8,11
3.1	8,03	6,16	7,49	21,68	7,23
3.2	7,46	6,28	6,26	20,00	6,67
3.3	9,41	6,83	8,30	24,54	8,18
3.4	8,54	6,86	7,05	22,45	7,48
3.5	8,08	5,84	6,08	20,00	6,67
3.6	7,54	5,63	5,70	18,87	6,29
3.7	8,61	5,26	7,33	21,20	7,07
3.8	8,16	6,37	6,54	21,07	7,02
3.9	8,75	6,82	6,98	22,55	7,52
3.10	7,85	5,66	6,51	20,02	6,67
4.1	8,63	6,32	6,68	21,63	7,21
4.2	9,38	6,78	8,32	24,48	8,16
4.3	8,32	6,62	7,62	22,56	7,52
4.4	8,59	6,18	6,95	21,72	7,24
4.5	8,51	6,76	7,18	22,45	7,48
5.1	8,50	5,94	6,94	21,38	7,13
5.2	8,26	6,73	6,76	21,75	7,25

Πίνακας 1. (συνέχεια) Αποτελέσματα της αναζήτησης ομοφωνίας.

Πρόταση	Σκοπιμότητα	Εφικτότητα	Προτεραιότητα	Σύνολο	Μέσος όρος
5.3	8,76	5,69	7,38	21,83	7,28
5.4	7,56	6,28	6,29	20,13	6,71
5.5	8,86	7,50	7,62	23,98	7,99
6.1	8,11	6,30	6,82	21,23	7,08
6.2	8,31	6,45	7,13	21,89	7,30
6.3	7,91	5,75	6,51	20,17	6,72
6.4	8,11	5,30	6,49	19,90	6,63
7.1	8,11	6,26	6,47	20,84	6,95
7.2	8,03	6,56	7,06	21,65	7,22
7.3	7,75	5,91	6,26	19,92	6,64
7.4	7,84	5,63	6,26	19,73	6,58
8.1	7,57	6,14	5,97	19,68	6,56
8.2	7,31	5,72	6,11	19,14	6,38
8.3	7,91	6,30	6,27	20,48	6,83
8.4	6,97	5,69	5,64	18,30	6,10

Η κλινική και νοσηλευτική πρακτική εφαρμόζεται με βάση τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας

- 4.1. Οι υγειονομικές μονάδες του δημόσιου, του ιδιωτικού και του κοινωνικού τομέα που λειτουργούν στο πλαίσιο «ελεγχόμενου ανταγωνισμού» τίθενται υπό την εποπτεία και τον έλεγχο των δημοσίων αρχών με κοινούς κανόνες και όμοια κριτήρια, όπως ήδη έχει επισημανθεί.
- 4.2. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας, τα κλινικά και νοσηλευτικά τμήματα και οι διοικητικές αρχές υποχρεούνται στη «συλλογή ιατρικών και νοσηλευτικών δεδομένων». Επίσης, στην «τήρηση αρχείων» σύμφωνα με τις οδηγίες των εποπτικών οργάνων, τα οποία πρέπει να είναι άμεσα και ευχερώς διαθέσιμα στις αρχές και στους πολίτες με όρους διαφάνειας και ευχερούς πρόσβασης.
- 4.3. Οι κλινικές πρακτικές υπόκεινται στις αξίες της ανθρωπιστικής Ιατρικής και της «τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας». Οι σχέσεις ιατρών και ασθενών βασίζονται στις αρχές της ελευθερίας, του σεβασμού των δικαιωμάτων και στην καλλιέργεια αισθημάτων «συμπάθειας» και αμοιβαίας εμπιστοσύνης.
- 4.4. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε δομές

του τύπου των «δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας», με τη συμβολή του συνόλου των επαγγελματιών υγείας σε «σχεδιασμένες οιονεί αγορές» και σε κοινό πλαίσιο λειτουργίας ανάμεσα στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα.

- 4.5. Η ιατρική αποτελεσματικότητα διασφαλίζεται με τη θέσπιση «εθνικών προγραμμάτων δράσης» στα μείζονα προβλήματα υγείας (νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης, υπέρταση, αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άλλα) και «οριζόντιων προϋπολογισμών» για την αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

Η διανομή της ιατρικής περίθαλψης γίνεται με βάση τα κριτήρια της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης

- 5.1. Σε όλους τους πολίτες και τα νοικοκυριά παρέχεται η δυνατότητα ευχερούς πρόσβασης σε όλα τα σημεία του υγειονομικού τομέα, χωρίς οικονομικά και διοικητικά εμπόδια που δεν τεκμηριώνονται ή δεν κρίνονται ως αναγκαία ώστε να εισαχθούν. Το κράτος δεσμεύεται να ασκεί «αντιμονοπωλιακές πολιτικές» με τη διεύρυνση της διαθεσιμότητας της πλευράς της προσφοράς για τη μείωση του κόστους του χρόνου και του χρήματος της στιγμής της ανταλλαγής.

- 5.2. Η διαδικασία πρόσβασης διασφαλίζεται με την ελεύθερη επιλογή των χρηστών και με την υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να διευκολύνουν τους πολίτες, ώστε να επιτυγχάνονται η συνέχεια και η ολοκλήρωση της φροντίδας υγείας.
- 5.3. Οι υγειονομικές αρχές οφείλουν να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την αποφυγή της «καταστροφικής δαπάνης», ειδικά για τους ανασφάλιστους, τους φτωχούς και τους χρονίως πάσχοντες. Συμπληρωματικά, αναπτύσσονται οι αναγκαίοι μηχανισμοί αναπλήρωσης του εισοδήματος για την άμβλυνση της οικονομικής βλάβης των νοικοκυριών και την αποτροπή της φτωχοποίησης των νοικοκυριών από τις καταστροφικές δαπάνες.
- 5.4. Η ελεύθερη πρόσβαση δεν υπόκειται σε περιορισμούς και δεν αναιρείται από το σύστημα παραπομπής. Η συμμετοχή σε αυτό είναι προαιρετική για τους χρήστες και υποχρεωτική για τους ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας.
- 5.5. Η βιοϊατρική και η φαρμακευτική τεχνολογία υπόκειται σε διαδικασίες ελέγχου και αξιολόγησης από το «Εθνικό Ίδρυμα Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας» που θεσπίζεται για τον σκοπό αυτόν. Η αξιολόγηση γίνεται με τους κανόνες και τα κριτήρια της διεθνούς πρακτικής και συνιστά τον «τέταρτο φραγμό», δηλαδή αποτελεί πρόκριμα για την ασφαλιστική κάλυψη.

Η διοίκηση του συστήματος υγείας βασίζεται στον ελεγχόμενο ανταγωνισμό στην πλευρά της προσφοράς και στη μονοψωνιακή δομή της πλευράς της ζήτησης

- 6.1. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) μετατρέπεται σε «μοναδικό ενιαίο πληρωτή» των υπηρεσιών υγείας έναντι όλων των υγειονομικών μονάδων του δημόσιου, του κοινωνικού και του ιδιωτικού τομέα. Ασκήι πολιτικές διαπραγματεύσεως προς την πλευρά της προσφοράς, αλλά και κάλυψης σε υπηρεσίες προς την πλευρά της ζήτησης.
- 6.2. Οι ανταλλαγές και η παροχή υπηρεσιών διαμορφώνονται με «ολοκληρωμένες συμβάσεις», στις οποίες προβλέπονται οι αμοιβαίες δεσμεύσεις μεταξύ προμηθευτών και ασφάλισης, ώστε να διαμορφώνεται μια «ενιαία συμβολαιακή αγορά» όπου εμπλέκονται το σύνολο των διαθέσιμων υπηρεσιών και το σύνολο των χρηστών υγειονομικής φροντίδας.
- 6.3. Οι «ολοκληρωμένες συμβολαιακές αγορές» ρυθμίζονται από το κράτος και εκφράζονται με τη μορφή των «δικτύων ολοκληρωμένης φροντίδας». Σε αυτές συμμετέχουν οι δομές του δημόσιου και του ιδιωτικού χαρακτήρα με ίδιους όρους στο σύνολο της δέσμης των υπηρεσιών οι οποίες καλύπτονται από την ασφάλιση, χωρίς επιλογές ή αποκλεισμούς που αναιρούν τη συνέχεια και την ολοκλήρωση της φροντίδας.

6.4. Ο ΕΟΠΥΥ ως «μοναδικός πληρωτής» διαχειρίζεται το σύνολο των διαθέσιμων οικονομικών πόρων που προέρχονται από δημόσιες πηγές. Αποζημιώνει τους υγειονομικούς φορείς με ένα σύστημα τιμών που ακολουθεί τους κώδικες και τις διεθνείς ταξινομήσεις, σε τιμές που προσδιορίζονται μετά από τεκμηριωμένη κοστολόγηση και διαπραγματεύσεις ανάμεσα στον ΕΟΠΥΥ και τους προμηθευτές, με βάση το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών και σε ανταγωνιστικό πλαίσιο.

Η ασφάλιση υγείας θεμελιώνεται στις αρχές της ισότητας, της καθολικότητας και της δίκαιης κατανομής των βαρών

- 7.1. Στον ΕΟΠΥΥ συμμετέχουν όλα τα δημόσια και κοινωνικά σχήματα ασφάλισης υγείας, καθώς και τα δημόσια προγράμματα κάλυψης των ανασφάλιστων ή άλλων ειδικών ομάδων του πληθυσμού που χρηματοδοτούνται από το κράτος. Δυνητικά στο πλαίσιο αυτό μπορεί να ενταχθεί και η πρόσθετη «συμπληρωματική ασφάλιση» δημόσιου ή κοινωνικού χαρακτήρα που είναι ευκαταία και επιτρεπτή.
- 7.2. Για την περιστολή της «μη προπληρωμένης περίθαλψης» διά μέσου της ιδιωτικής και καταστροφικής δαπάνης ενθαρρύνεται –με φορολογικά και άλλα κίνητρα– η συμπληρωματική και ανταγωνιστικής φύσης κοινωνική ή και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- 7.3. Η μείωση του κινδύνου καταστροφικής δαπάνης ή πτώχευσης των νοικοκυριών αντιμετωπίζεται με την «αναπλήρωση του εισοδήματος» με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία των ιατρικών δαπανών. Εφεξής, οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας απαλλάσσονται φορολογικά, ώστε το φορολογικό βάρος να μεταφέρεται από τους χρήστες στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι μπορούν να αποζημιώνονται σε προκαθορισμένα πλαίσια επαγγελματικής ελευθερίας και με τιμές αποζημίωσης υπό την εποπτεία και τον έλεγχο των δημοσίων αρχών.
- 7.4. Η συνεισφορά των νοικοκυριών με συμμετοχή στο κόστος τη στιγμή της ανταλλαγής όπως και η καταβολή πληρωμών για την «εκπίπτουσα δαπάνη ασφάλισης»

υπακούει στην αρχή της επιβάρυνσης «ανάλογα με το εισόδημα και αντιστρόφως ανάλογα της ανάγκης».

Η χρηματοδότηση και η αποζημίωση των υπηρεσιών υγείας υπακούει στα κριτήρια της προπληρωμένης περίθαλψης και της αποφυγής της καταστροφικής δαπάνης των νοικοκυριών

- 8.1. Η αποζημίωση των υγειονομικών μονάδων γίνεται με τη μέθοδο της «προοπτικής χρηματοδότησης» μέσω του ΕΟΠΥΥ. Ενδέχεται επίσης να γίνεται σε συνδυασμό με «συμπληρωματικά σχήματα ασφάλισης υγείας», τα οποία μπορεί να καλύπτουν τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος ή σε άλλες επιβαρύνσεις που προβλέπονται. Επίσης, μπορεί να καλύπτονται πρόσθετες υπηρεσίες και βελτιώσεις που δεν διασφαλίζονται από την κοινωνική ασφάλιση.
- 8.2. Η ενεργοποίηση του ασφαλιστικού δικαιώματος υπόκειται σε περιορισμούς, όπως είναι η συμμόρφωση των χρηστών στους ασφαλιστικούς κανόνες, καθώς και των άλλων μερών που εμπλέκονται στη διαδικασία ασφαλιστικής κάλυψης και διανομής της φροντίδας. Οι τεχνικές της «εκπίπτουσας δαπάνης» ή της «αρνητικής εισφοράς», καθώς και άλλα κίνητρα και αντικίνητρα μπορούν να εισαχθούν, κυρίως σε περιπτώσεις συμπεριφορών που ευνοούν την ορθολογική χρήση της ιατρικής περίθαλψης.
- 8.3. Η χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα βασίζεται σε τρεις πυλώνες: στη γενική φορολογία για την υποστήριξη της δημόσιας υγείας, των ανασφάλιστων και ειδικών τμημάτων του πληθυσμού και των νησιωτικών και ορεινών περιοχών, στις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης για την ιατρική και τη φαρμακευτική περίθαλψη και στις ιδιωτικές πληρωμές για τη συμμετοχή στο κόστος και στις συμπληρωματικές υπηρεσίες.
- 8.4. Η εισαγωγή κινήτρων για την ανάπτυξη «εναλλακτικών δεσμών ασφαλιστικής κάλυψης» που ανταποκρίνονται σε διαφορετικές προτιμήσεις με πρόσθετη συμμετοχή των νοικοκυριών είναι επιθυμητή. Σε αυτή την αγορά ασφάλισης είναι ευκαταία η ανταπόκριση σχημάτων ανταγωνιστικού χαρακτήρα του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη διαβούλευση και την ηλεκτρονική ψηφοφορία τα αποτελέσματα, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 1, προσφέρονται για περαιτέρω ανάλυση και ενδιαφέροντα –προς ερμηνεία– εξαγόμενα.

Κατ' αρχάς παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στην απόκριση του σώματος των εμπειρογνομόνων ως προς τα κριτήρια που τέθηκαν. Από την περιγραφική προσέγγιση φαίνεται ότι το σώμα εκφράζει ισχυρή προτίμηση, ως προς την αξία, για το μέγιστο μέρος των προτάσεων, αλλά χαμηλή για την εφικτότητα και μέτρια για την ιεραρχική τους ταξινόμηση.

Η στάθμιση κάθε κριτηρίου ως προς το ειδικό βάρος δεν επιλέχθηκε και το σώμα έκρινε τον ισοβαρή χαρακτήρα τους στην προκειμένη περίπτωση.

Από τη μελέτη του πίνακα 1 φαίνεται ότι η αναζήτηση ομοφωνίας είναι επιτρεπτή και δυνατή σε πολλές περιπτώσεις, ακόμη και σε αυτές που δεν είναι επιτεύξιμη, επειδή εισάγει μια οργανωμένη διαδικασία λήψης αποφάσεων από σώματα ειδικών διεπιστημονικού χαρακτήρα και αποτρέπει τη χειραγώγηση που συνήθως γίνεται για πολιτικούς και ιδεολογικούς λόγους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο μηχανισμός λήψης αποφάσεων στην πολιτική υγείας είναι δυσχερής και πολύπλοκος και οφείλει να θεμελιώνεται στη διεπιστημονική σύνθεση.

Το μεταρρυθμιστικό εγχείρημα προσκρούει στην έλλειψη θεσμικής ωριμότητας, στην απουσία επιστημονικής τεκμηρίωσης και στην έλλειψη συναινετικού πνεύματος μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών.³

Η αναζήτηση σύγκλισης ή και ομοφωνίας σε ένα σώμα ειδικών διεπιστημονικής σύνθεσης συνιστά μια ποιοτική μέθοδο υψηλής αξιοπιστίας και μπορεί να υποκαταστήσει επιτυχώς τις ποσοτικές μετρήσεις και επιπρόσθετα να συνεισφέρει ακόμη στην ανάδειξη χρήσιμων διαστάσεων, κυρίως στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων.

Τα ευρήματα της εν λόγω διαδικασίας αναζήτησης ομοφωνίας και συναίνεσης είναι πολλαπλά και χρήσιμα και προσφέρουν τη βάση ευρείας συζήτησης για τα όρια της κρατικής παρέμβασης, τη συμβολή της αγοράς και τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας, της ισότητας και της δίκαιης κατανομής των βαρών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά το γεγονός της υψηλής προτίμησης στην αξία των προτάσεων, η εφικτότητα είναι εξαιρετικά χαμηλή. Επίσης, οι επιλογές που σχετίζονται με την κρατική παρέμβαση είναι προτιμητέες σε σχέση με εκείνες που απαιτούν κινητοποίηση των νοικοκυριών.

Σε κάθε περίπτωση, τα ευρήματα αυτά μπορούν να συμβάλλουν στην προβληματική και στον διάλογο για την υγειονομική μεταρρύθμιση στη χώρα.

ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Η παρούσα πρόταση αναζήτησης συναίνεσης για την κινητοποίηση διαρθρωτικών αλλαγών βασίζεται σε μια «γενετική» τροποποίηση του υγειονομικού τομέα. Αποφεύγει τις αναδομήσεις «μηχανικού» χαρακτήρα, που έχουν υψηλό κόστος μετάβασης και χαμηλό βαθμό επίδοσης. Αποδίδει πρόσθετο ειδικό βάρος στη διαφάνεια της διοίκησης διά μέσου της δημοσίευσης των δεδομένων και των εκβά-

σεων. Επίσης, προσδίδει έμφαση στην ελευθερία με την προσφορά εναλλακτικών επιλογών. Ακόμη, προάγει την υγειονομική δημοκρατία με την υποστήριξη της θέσης των πολιτών. Τέλος, υπερασπίζεται την ισότητα στην πρόσβαση και την κοινωνική δικαιοσύνη με την αναλογική κατανομή των βαρών.

Γ. Κυριόπουλος

Ινστιτούτο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα

Βιβλιογραφία

1. ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ Α. *Το μετέωρο βήμα του ΕΣΥ. Τριάντα χρόνια Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ανάλυση της υλοποίησης και μαθήματα πολιτικής υγείας*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2012
2. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΕΛΛΟΓΛΟΥ Τ. *Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2019
3. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Θεωρία και πολιτική στην υγεία και την ιατρική πε-*

ρίθαλψη. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2018

Corresponding author:

J. Kyriopoulos, Institute of Health Economics, 10 Aldou Manoutiou street, 115 21 Athens, Greece

e-mail: j.kyriopoulos@i-hecon.gr; ioanniskyriopoulos@gmail.com

.....