

Η ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΑΥΤΗΣ ΣΤΙΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ¹

Δημήτριος Ιατροίδης PhD

Καθηγητής Κοινωνικού Σχεδιασμού

Μεταπτυχιακή Σχολή Κοινωνικής Εργασίας,

BOSTON COLLEGE, USA

Μετάφραση - Επιμέλεια: Λίλυ Βαριδάκη (M.S.W.)

Οι παρατηρήσεις μου, είναι αποτέλεσμα δεδομένων συγκριτικής πολιτικής, για την κρίση του τομέα της ιατρικής περίθαλψης, σε πολλές βιομηχανικές χώρες. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί η αναγκαιότητα για αναμόρφωση της ιατρικής περίθαλψης, η οποία παρουσιάστηκε στις περισσότερες χώρες μάλλον απότομα και επίμονα κατά το τέλος της δεκαετίας του '60 και στις αρχές της δεκαετίας του '90.

Ενώ δε υπάρχει μια έντονη τάση για μέριμνα προς αντιμετώπιση της κρίσης και των πολλαπλών πιέσεων για αναμόρφωση του τομέα της υγείας, ελάχιστα μπορούμε να κατανοήσουμε τη φύση τους στον συνολικό συσχετισμό. Γι' αυτό, μια ευρύτερη άποψη συγκριτικής πολιτικής δύναται να παρέχει μια διαφορετική και πιο περιεκτική εικόνα, από την ανάλυση της κρίσης της ιατρικής περίθαλψης, σε μία μόνο χώρα.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Ποιο είναι το νόημα της πρόσφατης κρίσης στον τομέα της υγείας, και οι προεκτάσεις αυτής την δεκαετία του 1990 και μετά; Η κρίση αυτή είναι το αποτέλεσμα διαφορετικών και ανεξαρτήτων παραγόντων, ξεχωριστών για κάθε μία χώρα; Ή μήπως συμβαίνει να είναι το αποτέλεσμα ριζικής μεταβολής του θεσμοθετημένου ρόλου της ιατρικής περίθαλψης σε μία ταχέως μεταβαλλόμενη κοινωνία που χαρακτηρίζεται από εκσυγχρονισμό, αστικοποίηση, βιομηχανοποίηση και παγκοσμιοποίηση;

Είναι η κρίση αυτή ένα τυχαίο φαινόμενο ή είμαστε μάρτυρες μιας γενικής αποτυχίας των παλαιών προσεγγίσεων της ιατρικής περίθαλψης για να αντιμετωπίσουν τις νέες θεσμοθετημένες πιέσεις και πραγματικότητες;

¹ Εισήγηση στο 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής και στο Διεθνές Forum Χειρουργικής, 1-5 Νοεμβρίου 1992, στην Αθήνα.

Η ανάλυση που ακολουθεί των έξι κυριότερων χαρακτηριστικών της κρίσης σε επιλεγμένες βιομηχανικές χώρες μας δείχνει προς την κατεύθυνση ότι το θέμα της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης παρουσιάζεται σαν ένας νέος σύνθετος κοινωνικός θεσμός, που απαιτεί νέα προσέγγιση, νέο τρόπο σκέψης και κατανόηση. Ωστόσο, ενώ υπάρχουν και διαφορές, όλες οι βιομηχανικές χώρες βιώνουν και τα ακόλουθα παρόμοια προβλήματα:

Η κρίση του τομέα της υγείας, ως συνακόλουθο της οικονομικής κρίσης

Πρόσφατα στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες η κρίση του τομέα της υγείας έχει γίνει το πιο σημαντικό εθνικό πρόβλημα μετά την οικονομική κρίση.

Η ιατρική περίθαλψη πάντα έρχεται δεύτερη μετά την οικονομία όταν οι Αμερικάνοι καλούνται να ονομάσουν τα ζητήματα που επηρεάζουν περισσότερο την ψήφο τους στις προεδρικές εκλογές. Πιέσεις για αναμόρφωση του συστήματος υγείας στις ΗΠΑ, εξανάγκασαν τους υποψήφιους για την Προεδρία και τα κυριότερα πολιτικά κόμματα να επιλέξουν την αναμόρφωση της ιατρικής περίθαλψης ως ένα πρωτεύον και επείγον ζήτημα για την προεκλογική εκστρατεία του 1992.

Στην Σουηδία, το 79% των ψηφοφόρων στις εκλογές του 1991, δήλωσαν ότι η ιατρική περίθαλψη ήταν “ένας πολύ σημαντικός λόγος” για να επηρεάσει την επιλογή τους σε σχέση με τα πολιτικά κόμματα.

Παρά τις υποσχέσεις της στην προεκλογική εκστρατεία η Πρωθυπουργός της Αγγλίας κα Μ. Thatcher, την δεκαετία του 1980, έβαλε στόχο την ριζική αναμόρφωση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, όπως περικοπές του προϋπολογισμού για την υγεία, αύξηση του υπόλογου των Διευθυντικών Στελεχών του τομέα υγείας και δημιουργία συνθηκών ανταγωνισμού μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι κρίσεις και οι πιέσεις για αναμόρφωση του συστήματος υγείας στην Αγγλία, δημιουργούν έντονες δημόσιες συζητήσεις όσον αφορά την ιδιωτικοποίηση, το ύψος των δαπανών, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την δικαιοσύνη (αναφερόμενοι στις κοινωνικές τάξεις και στις γεωγραφικές περιοχές).

Οι πιέσεις για αναμόρφωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα εξελίχθηκαν την δεκαετία του 1980 και 1990 σε ένα σοβαρό εθνικό και πολιτικό ζήτημα. Η Κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ το 1980, με μία πολύ σημαντική νομοθεσία εισήγαγε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Έκτοτε, συνεχίστηκαν έντονες διαφωνίες, συζητήσεις και πιέσεις για αναμόρφωση, όσον αφορά το παρόν και το μέλλον.

Στην Ολλανδία, η κρίση στον τομέα της υγείας την δεκαετία του 1980, υπέδειξε την αναγκαιότητα αναθεώρησης του συστήματος υγείας και είχε ως αποτέλεσμα ένα νέο οργανωτικό και οικονομικό σχήμα (Το σχέδιο Dekker).

Η ιδιωτικοποίηση, η δημιουργία ανταγωνισμού αγοράς στον τομέα της ιατρικής ασφάλισης, παροχής υπηρεσιών, δικαιοσύνης και η μεταφορά των ευθυνών για τις δαπάνες από το κράτος στα Νοσοκομεία είναι τα κεντρικά στοιχεία της προσπάθειας για επίλυση της κρίσης.

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Είναι λογικό να συμπεραίνουμε ότι η κρίση της υγείας συνήθως γίνεται αντιληπτή σε σχέση με διοικητικές και τεχνολογικές δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας.

Το ύψος των δαπανών και η δίκαιη και ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κυρίως των χαμηλών εισοδηματικών στρωμάτων και των κατοίκων αγροτικών περιοχών είναι δύο πολύ βασικά ζητήματα για συζήτηση και εστιάζονται:

- Στο αυξημένο κόστος της ιατρικής περίθαλψης.
- Στο απρόσιτο των ιατρικών παροχών από ορισμένους πολίτες, συμπεριλαμβανομένων και των ανισοτήτων στην κατανομή της ιατρικής περίθαλψης.

Το ύψος των δαπανών της ιατρικής ασφάλισης και των υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ, έχει γίνει για πρώτη φορά κύριο θέμα στην προεκλογική προεδρική εκστρατεία. Οι τιμές των άλλων καταναλωτικών προϊόντων, και η χώρα δαπανά ετησίως το 15% από το εθνικό της εισόδημα για ιατρική περίθαλψη, που είναι υψηλότερο από οποιαδήποτε άλλη βιομηχανική χώρα. Η Υπηρεσία Προϋπολογισμού της Αμερικάνικης Γερουσίας, εκτιμά ότι ο συνολικός αριθμός των εξόδων για την υγεία θα αυξηθεί από \$808 δισεκατομμύρια το 1992, σε \$1,7 τρισεκατομμύρια το 2000.

Παρ' όλα αυτά 35.000.000 Αμερικάνοι δεν έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Επίσης, εκατομμύρια άτομα και οικογένειες της μεσαίας τάξης, έχουν χάσει την ιατρική τους ασφάλιση, ή φοβούνται ότι πρόκειται να την χάσουν στο μέλλον. Πολλά άτομα πληρώνουν τεράστια ποσά για ασφάλιστρα και άλλα ιατρικά έξοδα που δεν καλύπτονται από την ασφάλειά τους. Το 1987 οι ΗΠΑ, ήρθαν 21η χώρα στον κόσμο σε ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, ακολουθώντας η Σιγκαπούρη, το Hong-Kong, η Ισπανία και η Ιρλανδία.

Επίσης:

Οι ΗΠΑ, αντίθετα με άλλες 70 χώρες ανά τον κόσμο, δεν παρέχουν ιατρική περίθαλψη και οικονομική βοήθεια στις έγκυες γυναίκες. Αντίθετα με άλλες 61 χώρες ανά τον κόσμο δεν ασφαλίζουν και δεν παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε όλους τους εργαζόμενους και στα εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών αυτών. Σε σύγκριση με άλλες 63 χώρες, δεν παρέχουν οικογενειακό επίδομα στους εργαζόμενους. - ενώ, σε σχέση με άλλες 17 βιομηχανικές χώρες, δεν πληρώνουν χρήματα για άδειες τοκετού.

Τέλος, καταναλωτές, στελέχη επιχειρήσεων, κρατικοί υπάλληλοι και αναλυτές προγραμμάτων υγείας συμφωνούν ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) χρειάζεται βελτίωση.

Πίνακας 1: Ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος που δαπανήθηκε για την ιατρική περίθαλψη το 1987 σε σχέση με το 1980 σε 17 χώρες

	1980	1987
ΑΥΣΤΡΙΑ	7,9	8,4
ΒΕΛΓΙΟ	6,6	7,2
ΚΑΝΑΔΑΣ	7,4	6,6
ΔΑΝΙΑ	6,8	6,0
ΓΑΛΛΙΑ	7,6	8,6
ΕΛΛΑΔΑ	4,3	5,3
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	6,5	7,4
ΙΤΑΛΙΑ	6,8	6,9
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	8,2	8,5
ΙΑΠΩΝΙΑ	6,4	6,8
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	6,6	7,7
ΙΣΠΑΝΙΑ	5,9	6,0
ΣΟΥΗΔΙΑ	9,5	9,0
ΤΟΥΡΚΙΑ	4,1	3,5
ΑΓΓΛΙΑ	5,6	6,1
ΗΠΑ	9,2	11,2
Δ. ΓΕΡΜΑΝΙΑ	7,9	8,2

Η ανησυχία για το ύψος των δαπανών και την εύκολη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη φαίνεται ότι είναι σημαντική, απαραίτητη, και δικαιολογημένη. Στην χάραξη πολιτικής, αυτοί οι δύο στόχοι όμως μπορεί να είναι αντίθετοι και αντιφατικοί. Χάραξη πολιτικής για μείωση του αυξανόμενου κόστους που είναι ο πρώτος στόχος, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες εξαιτίας του περιορισμού των υπηρεσιών και της περιορισμένης χρήσης αυτών από ορισμένα άτομα, καθώς και ο αποκλεισμός ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων από την ασφαλιστική κάλυψη. Γι' αυτό η εκπλήρωση του πρώτου στόχου (έλεγχος κόστους ιατρικής περίθαλψης) μπορεί να υπονομεύσει τον δεύτερο στόχο που είναι η προσπελασιμότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

Ωστόσο, τα μέτρα για εύκολη πρόσβαση και προαγωγή των υπηρεσιών υγείας για πιο δίκαιη και ίση κατανομή μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών και των πληθυσμιακών ομάδων που είναι ο δεύτερος στόχος στην χάραξη πολιτικής μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τις αυξημένες δαπάνες στον τομέα της υγείας.

Έτσι, η εκπλήρωση του δεύτερου στόχου (εύκολη πρόσβαση), μπορεί να υπονομεύσει τον πρώτο στόχο (έλεγχος δαπανών). Και τα δύο, είναι σοβαρά ζητήματα για την εκπλήρωση και διατήρηση υψηλού επιπέδου του τομέα της υγείας, και καταπολέμηση της ασθένειας.

Σε ένα κλίμα οικονομικής στασιμότητας, ανεργίας και εξέγερσης κατά της φορολογίας, ζητήματα όπως η πρόσβαση, η πρόληψη, η ισότητα, η κοινωνική δικαιοσύνη και ο δημόσιος έλεγχος του οικοδομήματος της βιομηχανίας της υγείας (επιχειρήσεις που παράγουν προϊόντα υγείας, εταιρίες φαρμάκων, ασφαλιστικές εταιρίες, εταιρίες ιατρικών και οδοντιατρικών εξαρτημάτων και οι κυριότεροι φορείς υγείας συμπεριλαμβανομένων νοσοκομείων και γιατρών) τείνουν να παραβλέπονται.

Χώρες όπως οι ΗΠΑ, η Αγγλία, η Σουηδία και η Ελλάδα κινούνται στον άξονα του διλήμματος: Μείωση δαπανών ή διεύρυνση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας;

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όταν η κρίση εκδηλώνεται ως αύξηση κόστους και ως δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τότε οι λύσεις στοχεύουν στην μείωση των δαπανών, και στην βοήθεια των χαμηλών εισοδηματικών ομάδων να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι αυτοί που δημιουργούν το πρόβλημα έχουν και την απάντηση και ότι η δομή της διάγνωσης ελέγχει και την στρατηγική επίλυσης του προβλήματος.

Οι κυριότεροι υποψήφιοι και τα πολιτικά κόμματα στις προεδρικές εκλογές του 1992 στις ΗΠΑ, παρουσίασαν πολλές και διαφορετικές προτάσεις και στρατηγικές για την αναμόρφωση της υγείας. Οι δύο υποψήφιοι πρόεδροι Bush και Clinton, ισχυρίζονται ότι θα αξιοποιήσουν όσο μπορούν καλύτερα τους Οργανισμούς Υγείας, οι οποίοι θα παρέχουν μεγάλη ποικιλία Ιατρικών Υπηρεσιών έναντι κάποιας μηνιαίας αμοιβής. Και οι δύο υποψήφιοι πρόεδροι υιοθέτησαν τον θεμιτό ανταγωνισμό ως μία στρατηγική για να μελετηθεί και να αναμορφωθεί προσεκτικά, η ιατρική περίθαλψη.

Με αυτήν την έννοια οι καταναλωτές ανά μεγάλες ομάδες, αντιπροσωπεύονται από έναν πολύ καλά οργανωμένο ανάδοχο, τον οποίο χαρακτηρίζουμε "φορέα". Οι φορείς αυτοί, θα ενθαρρύνουν τους ασφαλιστές, τα νοσοκομεία και τους γιατρούς να ανταγωνισθούν για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Σε πολλές περιπτώσεις ο φορέας αυτός μπορεί να είναι κάποιος Οργανισμός Υγείας.

Εδώ όμως υπάρχει η εξής μεγάλη διαφορά. Ο Clinton ισχυρίζεται ότι ένας τέτοιος ανταγωνισμός θα έπρεπε να συμβαίνει στο πλαίσιο ενός περιεκτικού λογαριασμού για όλες τις δαπάνες της ιατρικής περίθαλψης, δημόσιες και ιδιωτικές. Ο Bush είναι υπέρ του να τεθούν αυστηρά όρια στις κρατικές δαπάνες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των απόρων και των συνταξιούχων και άλλων κρατικο-προνοιακών προγραμμάτων. Πιστεύει όμως, πως το Κράτος δεν θα πρέπει να θέτει όρια στις ιδιωτικές δαπάνες για την ιατρική περίθαλψη. Ο Bush τάσσεται υπέρ του περιορισμένου κρατικού ρόλου στην ιατρική περίθαλψη. Ο Clinton πιστεύει πως πρέπει να χρησιμοποιείται η κρατική ισχύς με νέους τρόπους. Ο Bush θα επιδοκίμαζε την επιστροφή φόρων στους απόρους, και την μείωση φόρων στα μεσαία εισοδηματικά στρώματα, για να τους βοηθήσει να αγοράσουν ιδιωτική ιατρική ασφάλιση. Αυτό θα κρατήσει την ανάμιξη του κράτους όσο το δυνατόν πιο πολύ σε απόσταση. Στην καλύτερη περίπτωση το σχέδιο αυτό θα αφήσει περίπου 10.000.000 Αμερικάνους ανασφάλιστους.

Το πρόγραμμα του Clinton παρουσίασε μια καινούργια ιδέα, με την μορφή ενός Συμβουλίου αποτελούμενου από καταναλωτές και φορείς υπηρεσιών υγείας, η οποία θα καθιέρωνε εθνικά όρια στις δαπάνες για την υγεία, με ξεχωριστό προϋπολογισμό για κάθε Πολιτεία. Οι εργοδότες θα πρέπει να αγοράζουν ιατρική ασφάλιση για τους εργαζόμενους ή να πληρώσουν κάποιο ποσό σε κάποιο Δημόσιο Οργανισμό Ασφάλισης. Το Κράτος θα πρέπει να εγγυάται ασφαλιστική κάλυψη για τους άνεργους και αυτοί θα πληρώνουν συμμετοχή ανάλογη με το εισόδημά τους.

Εκπρόσωποι οργανωμένων ομάδων, γιατροί, νοσοκομεία, εταιρίες φαρμάκων, σωματεία και οι ηλικιωμένοι, είναι έτοιμοι να αντιπαρατεθούν σε οποιαδήποτε πρόταση έχει αρνητικές επιπτώσεις σ' αυτούς. Οι προτάσεις αυτές υπονοούν κάποια ανακατανομή των προνομίων ανάμεσα στους Αμερικάνους.

Η Αγγλία, Σουηδία, Ολλανδία και άλλες βιομηχανικές χώρες που έχουν σκοπό την επίτευξη ελέγχου των δαπανών, έχουν επίσης αναπτύξει ορισμένες στρατηγικές οι οποίες διαφέρουν όσον αφορά τον ρόλο του Κράτους, την κάλυψη του πληθυσμού και τους τρόπους χρηματοδότησης.

Κάλυψη ανά κατηγορίες και καθολική κάλυψη του πληθυσμού

Η κρίση δεν φαίνεται να κάνει διακρίσεις στα μοντέλα υγείας με διαφορετική πληθυσμιακή κάλυψη. Οι πιέσεις για αναμόρφωση της υγείας λειτουργούν και σε χώρες που η κάλυψη του τομέα της υγείας γίνεται ανά κατηγορίες πληθυσμού, και σε χώρες με καθολική πληθυσμιακή κάλυψη.

Ιστορικά, η πρώτη και πιο πρωτόγονη στρατηγική, για την κάλυψη της ιατρικής περίθαλψης των ατόμων ήταν κατ' αρχήν η περίθαλψη των απόρων. Ιατρική περίθαλψη παρέχεται μόνο σ' αυτούς που ήταν πραγματικά σε κατάσταση ανάγκης (δηλαδή η περίπτωση του Αγγλικού νόμου περί φτώχειας) ή βοήθεια για την κάλυψη ιατρικών δαπανών (όπως ακόμη συμβαίνει με κάποιον υπολειματικό τρόπο με την ονομασία "κοινωνική βοήθεια" στην Γαλλία, ή "sozialhilfe" στην Γερμανία, ή "άποροι" στην Ελλάδα).

Κάτι ανάλογο είναι το "medicaid" στις Ηνωμένες Πολιτείες, δηλαδή, μια σύγχρονη εκδοχή της προσέγγισης αυτής, όπου υπό την αιγίδα ενός κρατικού προγράμματος για ανακούφιση ορισμένων κατηγοριών, τα άτομα που είτε κατατάσσονται ως "κατηγορία" είτε ιατρικά κατατάσσονται "σε κατάσταση ανάγκης", τείνουν να ανακουφιστούν από τις πληρωμές των ιατρικών δαπανών, εφόσον ο εν λόγω γιατρός δέχεται άπορους πελάτες που ανήκουν στο "medicaid".

Το επόμενο στάδιο της ανάπτυξης πολιτικής από τον Bismarck και μετά απευθύνετο σε ειδικές πληθυσμιακές κατηγορίες (όχι απαραίτητα τους άπορους) να λαμβάνονται υπ' όψιν για μια πιο ευνοϊκή μεταχείριση.

Τρεις κατηγορίες συγκεκριμένα συγκέντρωσαν την προσοχή: Το σύνθετο σκεπτικό που υπογραμμίζει αυτές τις προτιμήσεις είναι το εξής:

- 1) Οι νέοι αντιπροσωπεύουν το μελλοντικό εργατικό δυναμικό κάθε χώρας.

2) Οι ηλικιωμένοι ιδιαίτερος θεωρούνται ότι το αξίζουν διότι αποτελούν μια ομάδα με περισσότερες και σοβαρότερες ιατρικές ανάγκες από τον μέσο όρο, και παράλληλα έχουν λιγότερους οικονομικούς πόρους από τον μέσο όρο.

3) Οι εργαζόμενοι θα πρέπει πάντα να διατηρούνται σε καλή κατάσταση υγείας για να μπορούν να εργάζονται, να είναι ικανοί να προστατεύουν την οικογένειά τους από την φτώχεια και οι ίδιοι να έχουν θετική ενίσχυση των κινήτρων τους για την εργασία τους.

Ακόμα και οι χώρες που μετακινήθηκαν από την “ανα-κατηγορίες” κάλυψη στην “καθολική πληθυσμιακή” κάλυψη του τομέα της υγείας, υφίστανται ισχυρές πιέσεις για αναμόρφωση του τομέα της υγείας. Οι χώρες αυτές έχουν υιοθετήσει πιο προχωρημένες πολιτικές κάλυψης του πληθυσμού. Αυτές δε έχουν εφαρμοσθεί, για διαφορετικές χρονικές περιόδους και σε διαφορετικούς βαθμούς οξυμένων καταστάσεων στην Ευρώπη αλλά όχι στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Το σκεπτικό της πολιτικής αυτής συμπεριλαμβάνει διαφόρους παράγοντες όπως την “λαϊκή” και “επαγγελματική” δυσσέσκεια με τους περιορισμούς και τις αδικίες των παροχών “ανα-κατηγορία” πληθυσμού, τα ανθρώπινα δικαιώματα, και τα κίνητρα των πολιτών μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, την οικονομική ανάπτυξη και την τεχνολογική πρόοδο.

Πληρωμή για παροχή υπηρεσιών

Οι πιέσεις για αναμόρφωση του τομέα της υγείας υφίστανται για τις χώρες που έχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στους τρόπους πληρωμής για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Καμμία χώρα δεν προσφέρει στους πολίτες της απεριόριστα, δωρεάν παροχές υπηρεσιών υγείας, δωρεάν πρόσβαση στους γιατρούς, και την επιλογή να αποφασίζουν οι ίδιοι για την θεραπεία που προτιμούν.

Η διαφορά έγκειται στο εάν ή όχι οι μελλοντικοί ασθενείς θα πρέπει να πληρώνουν, και στον βαθμό που θα έχουν πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη. Κατά το μεγαλύτερο μέρος τα άτομα που πληρώνουν καλύπτονται είτε “ιδιωτικά” είτε “κοινωνικά”, εθελοντικά ή υποχρεωτικά, με τέτοιους τρόπους ασφάλισης σχεδιασμένους να καλύψουν όλη ή μερική μερίδα του απαιτούμενου ποσού. Γενικά η ιδιωτική ασφάλιση τείνει να επιβάλει πιο περιοριστικούς τρόπους κάλυψης με μεγαλύτερη προσέγγιση στο ατομικό ρίσκο ή την ατομική ευθύνη, και πιο απαιτητική αναφορικά με τις απαιτήσεις των εισφορών, από ότι στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης. Ο κοινός παρονομαστής των διαφορών αυτών αναφέρεται στην ποικιλομορφία των διαδικασιών αντιμετώπισης όλων ή μέρους των άμεσων δαπανών.

Εδώ ακολουθούνται δύο αντίθετες τακτικές: Ή ο ασθενής πληρώνει πρώτα τον λογαριασμό και κατόπιν ζητά τα χρήματα από την ασφάλεια, ή ο λογαριασμός πηγαίνει κατ’ ευθείαν στο ασφαλιστικό ταμείο. Η δεύτερη διαδικασία είναι εκείνη που κατά κανόνα εφαρμόζεται για τις περιπτώσεις των νοσοκομειακών επιβαρύνσεων, αλλά επιβαρύνσεις για παροχές ιατρικών υπηρεσιών αντιμετωπίζονται διαφορετικά στο κάθε ασφαλιστικό σύστημα.

Έτσι στην Αμερική οι ασθενείς που καλύπτονται από το πρόγραμμα “medicare” οι οποίοι δεν έχουν καταφέρει να πείσουν τους γιατρούς τους να πληρώνονται κατ’ ευθείαν από το πρόγραμμα αυτό, πρέπει να πληρώνουν πρώτα τον γιατρό και κατόπιν να ζητούν πίσω τα χρήματα, σύμφωνα πάντα με την καθορισμένη κλίμακα πληρωμών, η οποία όμως μπορεί και να μην αντιστοιχεί στο πραγματικό ποσόν που πληρώθηκε ο γιατρός. Μια παρόμοια κατάσταση για τους ασθενείς των κοινωνικών ασφαλίσεων επικρατεί στη Γαλλία αλλά όχι και στη Γερμανία. Στη Γαλλία το σύστημα είναι σχεδιασμένο να διασφαλίζει τα συμφέροντα των επαγγελματιών υγείας στην περίπτωση κατά την οποία ένας ασθενής δεν καλύπτεται ασφαλιστικά για μια συγκεκριμένη θεραπεία. Το Γερμανικό σύστημα αντίθετα, φαίνεται ότι δίνει προτεραιότητα στα συμφέροντα των ασθενών.

Οι Γαλλικές Κοινωνικές Ασφάλιες καλύπτουν μόνο κατά ένα μέρος τους ασθενείς (συνήθως 75%), όλων των δαπανών, όπως συμβαίνει με τις ιδιωτικές ασφαλίσεις και το medicare στις ΗΠΑ, ενώ οι Γερμανικές ασφάλιες ασθενείας, δεν χρεώνουν ποσοστό συμμετοχή του ασθενούς.

Άλλοι επιχειρηματολογούν ότι οι ιατρικές υπηρεσίες που πρέπει να πληρώνονται στον τόπο της παροχής τους, εκτιμώνται περισσότερο, και υπάρχει μικρότερη πιθανότητα να γίνει κατάχρηση αυτών.

Ελευθερία επιλογής γιατρών

Υπάρχουν διαφορετικά συστήματα στις σχέσεις ασθενή και γιατρού, που εξαρτώνται από το πώς οι χώρες ανταποκρίνονται σε βασικά ερωτήματα όπως:

“Πόσο ελεύθεροι είναι οι ασθενείς να επιλέξουν τον γιατρό τους;”

Τί κλίμακα υποστηρικτικών υπηρεσιών θα είναι δυνατόν οι ασθενείς να χρησιμοποιούν πέρα από την γνωμάτευση στο ιατρείο; Την μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής την έχουν αυτοί που πληρώνουν ολοκληρωτικά από μόνοι τους για την ιατρική τους περίθαλψη, καθώς και αυτοί που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλεια, στον βαθμό που η ασφαλιστική εταιρεία αποδέχεται τον γιατρό και την θεραπεία ως θεμιτή.

Τα συστήματα των κοινωνικών ασφαλίσεων τείνουν να αποδέχονται μια πιο περιορισμένη “επιλογή” από συμβεβλημένους γιατρούς, αλλά μέσα από αυτούς τους γιατρούς, ο ασθενής έχει δικαίωμα να συμβουλευτεί όποιον θέλει.

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας οι ασθενείς πρέπει να εγγραφούν σε κάποιο συγκεκριμένο γιατρό παθολόγο, και η εγγραφή αυτή δεν μπορεί να αλλάξει χωρίς αίτηση προς την τοπική επιτροπή οικογενειακών γιατρών, η οποία δεν επιδοκιμάζει τις συχνές και επαναλαμβανόμενες αλλαγές.

Δεν ισχύει όμως το ίδιο και για το Γαλλικό Σύστημα Υγείας. Η διαφωνία έγκειται στα επιχειρήματα που αντιπαραθέτουν την μεγαλύτερη διευκόλυνση, την “συνέχεια” της παρακολούθησης και την ύπαρξη των ιατρικών πληροφοριών που κατέχει ο οικογενειακός γιατρός (προσέγγιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας), σε σχέση με το Γαλλικό σύστημα που δεν θέτει περιορισμούς στην επιλογή γιατρών.

Αναλογία Κρατικής και Ιδιωτικής περίθαλψης

Υπάρχει μια τεράστια διαφορά μεταξύ των χωρών όπως οι ΗΠΑ που διαθέτουν τις πιο ελάχιστες κρατικές παροχές συμπεριλαμβανομένων και των κρατικών νοσοκομείων μαζί με το κρατικό προσωπικό της υγείας, και χώρες όπως η Γαλλία που κατέχουν το 50% και πολλά κρατικά νοσοκομεία, και χώρες όπως η Σουηδία και Αγγλία που ο κύριος όγκος των ιατρικών υπηρεσιών είναι στα κρατικά χέρια.

Πίνακας 2: Ποσοστά συνολικών δαπανών υγείας, που διατέθηκαν από Κρατικά Ιδρύματα, το 1975.

ΣΟΥΗΔΙΑ	73,5	ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	53,9
ΑΓΓΛΙΑ	7,3	ΕΛΒΕΤΙΑ	38,1
ΙΤΑΛΙΑ	60,6	ΚΑΝΑΔΑΣ	20,7
ΓΑΛΛΙΑ	37,2	ΗΠΑ	19,0
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	19,9		

Η σχέση κρατικών και ιδιωτικών μέσων υπηρεσιών υγείας, ποικίλλει πάρα πολύ. Οι ΗΠΑ έχουν κατά μέσο όρο την χαμηλότερη αναλογία κρατικών υπηρεσιών υγείας, τη Γαλλία και η Γερμανία αρκετά υψηλότερο, ενώ η Σουηδία και η Αγγλία το πιο υψηλό από όλους σε ότι αφορά την κρατική ιδιοκτησία των διαθέσιμων υγειονομικών μέσων και διευκολύνσεων.

Η Σουηδία και η Αγγλία ξεχωρίζουν διότι η ιδιοκτησία των απαιτούμενων υπηρεσιών υγείας, δεν είναι απλά ένα συνακόλουθο αλλά ο πυρήνας της θεσμοθετημένης παρεμβατικής πολιτικής. Αυτή είναι και η τάση στην Ελλάδα. Που σημαίνει ότι ο στόχος δεν είναι να βοηθηθούν οι άνθρωποι να πληρώνουν για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, αλλά να τους παρέχονται οι ίδιες οι υπηρεσίες. Υπάρχουν όμως σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην Αγγλία, την Σουηδία και την Ελλάδα. Για παράδειγμα οι Σουηδοί εξακολουθούν να ονομάζουν το σύστημά τους ως σύστημα “ασφάλισης υγειονομικής περίθαλψης”.

Δοκιμαστικές παρατηρήσεις

Η ανωτέρω ανάλυση καταλήγει σε τρεις δοκιμαστικές παρατηρήσεις και συμπεράσματα:

α) Η κρίση δεν είναι ένα τυχαίο φαινόμενο

Είναι λογικό να παρατηρήσουμε ότι οι ισχυρές πιέσεις για αναμόρφωση της υγείας τις δεκαετίες του 1980 και 1990, στις βιομηχανικές χώρες δεν είναι ένα τυχαίο φαινόμενο. Η στιγμή, η ένταση και το σχήμα της κρίσης δεν μπορούν να ερμηνευτούν στην τύχη, σαν ένα αποτέλεσμα άσχετων, ανεξάρτητων και ιδιαίτερων παραγόντων που επικρατούν σε κάθε χώρα. Η ξεχωριστή συμφωνία σχεδόν όλων των κυριότερων παραγόντων, ότι η αναμόρφωση της υγείας έπρεπε να είχε γίνει προ πολλού στις βιομηχανικές χώρες, είναι ενδεικτικό ότι πολλές και ισχυρές δυνάμεις βρίσκονται σε λειτουργία.

Κάθε μία από τις ανωτέρω χώρες έχει διαφορετικούς στόχους για το σύστημα υγείας της, διαθέτει ένα τελείως διαφορετικό εθνικό εισόδημα, διαφορετικά εθνικά ελλείματα και διαφορετικό πληθωρισμό ή ποσοστά ανεργίας. Έχει διαφορετικά ασφαλιστικά σχήματα, τρόπους πληρωμών, κάλυψης και δαπάνες. Κάθε χώρα ξοδεύει διαφορετικά ποσοστά από το ακαθάριστο εθνικό προϊόν της για ιατρική περίθαλψη, έχει τελείως διαφορετική φιλοσοφία για τον ρόλο του κράτους στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης, διαφορετικά οργανωτικά μοντέλα για την απόδοση των υπηρεσιών υγείας, διαφορετική Κρατική και Ιδιωτική αναλογία, και διαφορετικά επίπεδα τελειότητας στην άσκηση της Ιατρικής.

β) Η συμφωνία για αναμόρφωση της υγείας δεν είναι τυχαία

Δεν είναι πολύ ρεαλιστικό να υποθέτουμε ότι η συμφωνία για αναμόρφωση της υγείας είναι τυχαία. Γιατί σχεδόν όλοι ξαφνικά παρουσιάζουν ένα ενδιαφέρον για την προώθηση της αναμόρφωσης και η θεσμική αντίσταση έχει μειωθεί δραματικά; Γιατί οι υπεύθυνοι σε θέσεις - κλειδιά αφήνουν το σημείο που είχαν εστιασμένη την προσοχή τους σε εισερχόμενους πόρους και ιατρικές ειδικότητες και αρχίζουν να συζητούν στρατηγικές αναμόρφωσης;

Οι πολιτικοί διαπίστωσαν ότι είναι αδύνατον να αγνοήσουν την ανησυχία των καταναλωτών. Επομένως, πολιτικές απαιτήσεις αναπτύχθηκαν για νέα είδη μηχανισμών με τους οποίους θα μπορούν οι πολιτικοί να ικανοποιήσουν τους ψηφοφόρους τους και να απομακρυνθούν από αντιφατικές ερωτήσεις σε ότι αφορά την παραγωγή, την κατανομή και την ανακατανομή. Οι υπεύθυνοι που ασχολούνται με τον τομέα της υγείας εδώ και πολύ καιρό επιθυμούσαν την αυτονομία να διευθύνουν το σύστημα επαγγελματικά και να αποκτήσουν άμεση διοικητική υπευθυνότητα. Τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, φθάσανε σε τέτοιο σημείο κρίσης της επαγγελματικής τους εξέλιξης που τους έκανε να ανοιχτούν προς κάθε λογική ιδέα αναμόρφωσης της υγείας, ιδιαίτερα αυτούς που πρόσφεραν μεγαλύτερη επαγγελματική αυτονομία και λιγότερο πολιτικό έλεγχο.

Ο Αμερικάνικος και ο Σουηδικός Ιατρικός Σύλλογος, κάλεσαν τους ιδιωτικούς και κρατικούς γιατρούς να σχηματίσουν τις δικές τους προτάσεις αναμόρφωσης της υγείας, και να μελετήσουν τις προτάσεις που έγιναν από άλλους.

γ) Παλιές λύσεις - Νέα προβλήματα: Παροχή υγείας ως μη-θεσμός

Οι περισσότερες προσπάθειες για κατανόηση της κρίσης και οι προσπάθειες για αναμόρφωση, βασίζονται πάνω σε μια στενή τεχνολογική άποψη της υγείας ως μη-σύστημα. (Δηλαδή σαν να μην είναι σύστημα, ενώ στην πραγματικότητα είναι). Αυτή είναι η άποψη περί υγείας ως απομονωμένες, αποσπασματικές, φτιαγμένες ειδικά για τον σκοπό αυτό λειτουργίες (ad hoc), με σκοπό την καταπολέμηση της ασθένειας στους ανθρώπους. Καθώς παρουσιάζονται νέες ανάγκες που δημιουργούνται μια συγκεκριμένη στιγμή, καινούργιες λειτουργίες προστίθενται στις παλιές με την πάροδο του χρόνου. Καθώς οι καινούργιες λειτουργίες δεν αφομοιώνονται σε ένα συγκεκριμένο σύνολο, τείνουν να διαιωνίζουν την υγεία σαν ένα μη-σύστημα.

Η υγεία σαν ένα μη-σύστημα, σχετίζεται με μια αντίληψη της κοινωνίας, που επικρατούσε στις αρχές του αιώνα. Με την εξέλιξη της κοινωνίας από τα αρχικά στάδια, υπό την επιρροή του εκσυγχρονισμού, της

εξειδίκευσης και της αστικοποίησης, έγινε πιο περίπλοκη κατά το τέλος του αιώνα η άποψη περί υγείας, (ως μη-ενότητα) δεν άλλαξε αξιοσημείωτα και παρέμεινε στατική. Η υγεία ως μη-σύστημα, εστιάζει στην ασθένεια και την θεραπεία, σε ενέργειες συγκεκριμένες για ένα σκοπό, σχετικά περιθωριακές και ασυντόνιστες, σε υπολειπόμενες στρατηγικές για την βοήθεια χρηματοδότησης θεραπευτικών προγραμμάτων ανάλογα με τις παρουσιαζόμενες ανάγκες, στην βοήθεια αυτών που δεν μπορούν να πληρώσουν, στην υγεία σαν ένα προνόμιο και στην ατομική ευθύνη. Επίσης εστιάζει στην θεραπευτική πλευρά της ασθένειας, και στις παλαιές προσεγγίσεις ιατρού - ασθενούς, που λειτουργούν ξέχωρα από τις λειτουργίες των βασικών θεσμών της κοινωνίας και των νέων δομών.

Το χάσμα ανάμεσα στις παλαιές προσεγγίσεις και στις νέες θεσμικές πραγματικότητες βρίσκεται ακριβώς στην καρδιά της κρίσης. Οι παλαιές στρατηγικές, αν και με την πάροδο του χρόνου έγιναν πιο ραφιναρισμένες, απέτυχαν στο να δώσουν μια ικανοποιητική λύση, στα προβλήματα της σύγχρονης κοινωνίας του 1990 και μετά.

Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΘΕΣΜΟΣ: ΕΝΑ ΜΟΝΤΕΛΟ

Θεσμική εξέλιξη και επανάσταση

Η υγεία στην δεκαετία του 1990 ανέκυψε ως ένα μεγάλο περίπλοκο σύστημα και ως ένας βασικός θεσμός της σύγχρονης αστικής κοινωνίας. Όντας κρίσιμο για την ευημερία και ανάπτυξη ενός έθνους το σύστημα υγείας είναι ένα κομμάτι και ένα πακέτο της επικρατούσας τάσης της κοινωνίας και αλληλεπιδρά με συστημικούς τρόπους με άλλους κεντρικούς κοινωνικούς θεσμούς.

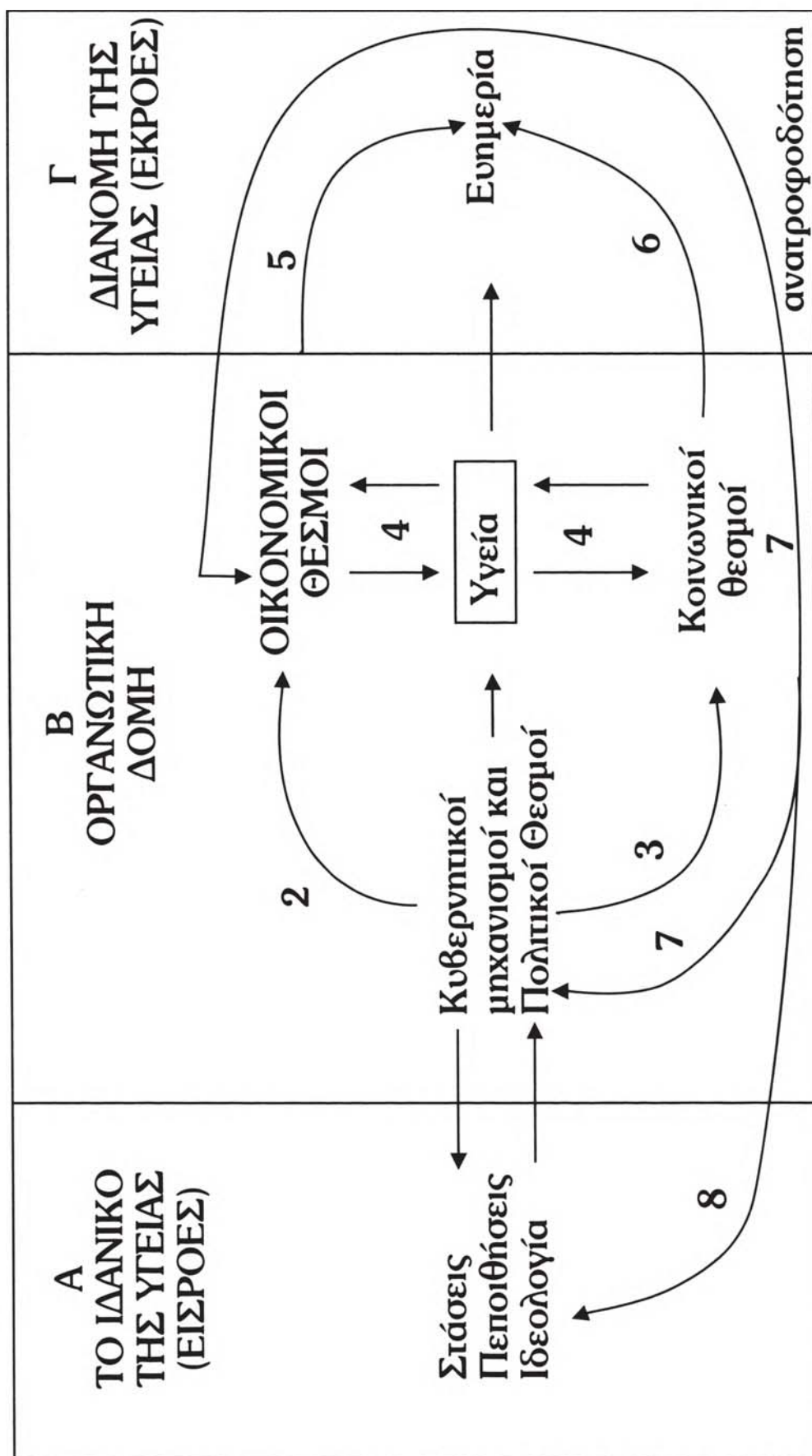
Επί πλέον η υγεία έχει εξελιχθεί σε μία ταχύτατα αναπτυσσόμενη βιομηχανία στις ΗΠΑ και σε άλλες βιομηχανικές χώρες. Το "βιομηχανικό σύμπλεγμα υγείας" όπως αποκαλείται συχνά, αποτελείται όχι μόνο από γιατρούς και ορισμένες άλλες υγειονομικές ειδικότητες, αλλά επίσης από γιγαντιαίες βιομηχανικές εγκαταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των φαρμακοβιομηχανιών, ασφαλιστικών εταιριών, βιομηχανίες ιατρικών οργάνων, νοσοκομειακές επιχειρήσεις και πολιτικές γραφειοκρατίες.

Στις διαπραγματεύσεις εργατών και εργοδοσίας, η ιατρική περίθαλψη συχνά είναι πιο σημαντική από τις αυξήσεις των μισθών. Η βιομηχανία αυτοκινήτων ισχυρίζεται ότι εξαιτίας των δαπανών για την ιατρική περίθαλψη, δεν μπορεί να επιδιώσει του ξένου ανταγωνισμού. Οι δαπάνες για την υγεία ευθύνονται για 4,4% μείωση του μέσου Αμερικάνικου ωριαίου μισθού από το 1980.

Οι Αμερικάνοι εργοδότες θα είχαν εξοικονομήσει \$1,015 ανά εργαζόμενο τον χρόνο, αν οι δαπάνες για την υγεία είχαν διατηρηθεί στο επίπεδο της γενικής οικονομικής ανάπτυξης από το 1980. Η μέση Αμερικάνικη οικογένεια υπέστη 5,3% ή \$893 πτώση στον μισθό της την χρονιά αυτή, διότι οι δαπάνες για την υγεία ξεπέρασαν την γενική οικονομική ανάπτυξη κατά 50%.

Η παλαιά άποψη για την υγεία ως μη -σύστημα, δεν λαμβάνει υπόψη της αυτήν την πρόσφατη επανάσταση και αγνοεί την ριζοσπαστική θεσμική μεταμόρφωση της υγείας από ένα μη-σύστημα εις ένα τεράστιο βιομηχανικό, περίπλοκο σύστημα, της σύγχρονης κοινωνίας.

"Ένα μοντέλο πολιτικής της υγείας σαν θεσμός και σύστημα στην σύγχρονη κοινωνία"



Οι αλλαγές στην φύση της οικονομίας και η παγκοσμιοποίησή της στην δομή της οικογένειας, στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, στην γήρανση του πληθυσμού, στον ρόλο και τις ευθύνες της κυβέρνησης, στην κοινωνική δικαιοσύνη και στα δικαιώματα του πολίτη, στο εκπαιδευτικό σύστημα και στις αξίες και στάσεις της κοινωνίας σε ότι αφορά την ευημερία, όλα αυτά τώρα διαπλέκονται με την υγεία σαν ένα σύγχρονο, περίπλοκο σύστημα της κοινωνίας.

Βασικά για να κατανοήσουμε την ριζική εξέλιξη της ιατρικής περίθαλψης σαν ένα νέο κεντρικό θεσμό της σύγχρονης κοινωνίας πρέπει να αντιληφθούμε τους κρίσιμους τρόπους με τους οποίους οι θεσμοθετημένες δυνάμεις μιας κοινωνίας (ιδεολογικές - πολιτικές - κοινωνικές - οικονομικές - πολιτισμικές) συνδυάζονται σε ένα σύστημα που επηρεάζει την πολιτική της υγείας και της ευημερίας.

Το μοντέλο που παρουσιάζεται στο σχήμα 1, έχει σχεδιαστεί σαν ένα εργαλείο για να κατανοήσουμε την εξέλιξη και την επανάσταση του σύγχρονου συστήματος υγείας και θεσμού. Είναι σαν ένας “διανοητικός οδικός χάρτης”, που μας βοηθά να οραματιστούμε την περίπλοκη θεσμική φύση της πολιτικής της υγείας, και τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία όχι μόνο των ατόμων αλλά και των ομάδων και κοινοτήτων και τον πλούτο ολοκλήρου του Έθνους.

Η Δομή του μοντέλου

Η χάραξη πολιτικής για την υγεία που πηγάζει από μία συγκεκριμένη πηγή του μοντέλου (ή του θεσμού), έχουν ως ένδειξη ένα βέλος →.

Τα βέλη επίσης τονίζουν την κατεύθυνση και την επιρροή της πολιτικής της υγείας. Δείχνουν τον τρόπο με τον οποίον ιδεολογικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί και οικονομικοί θεσμοί, αλληλεπιδρούν και συνδυάζονται, για να επηρεάσουν την πολιτική της υγείας σαν ένα σύστημα.

Γι’ αυτό το μοντέλο παρέχει κατευθυντήριες γραμμές για προσέγγιση της φύσης της πολιτικής της υγείας, ως κεντρικός κοινωνικός θεσμός και οδηγεί τους αναλυτές να αποφασίσουν πως θα φτάσουν από το ένα σημείο ανάλυσης της πολιτικής της υγείας στο άλλο.

Τρία ζητήματα πολιτικής υγείας

Το τμήμα Α αποτελείται από τις εισροές στο σύστημα υγείας. Αυτό σημαίνει τις αξίες, τις στάσεις και την ιδεολογική βάση της πολιτικής της υγείας (η αντίληψη της επιθυμητής ευημερίας που επηρεάζει την συμπεριφορά όλων των θεσμών απέναντι στην πολιτική της υγείας - σχήμα 1 - βέλος 1).

Το τμήμα Β αντιπροσωπεύει την οργανωτική δομή και την χρήση των θεσμικών πόρων της κοινωνίας, πολιτικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς, που επηρεάζουν την πολιτική υγείας και ευημερίας (σχήμα 1 - βέλη 2 και 6). Το τμήμα Γ αποτελείται από τις εκροές της πολιτικής της υγείας.

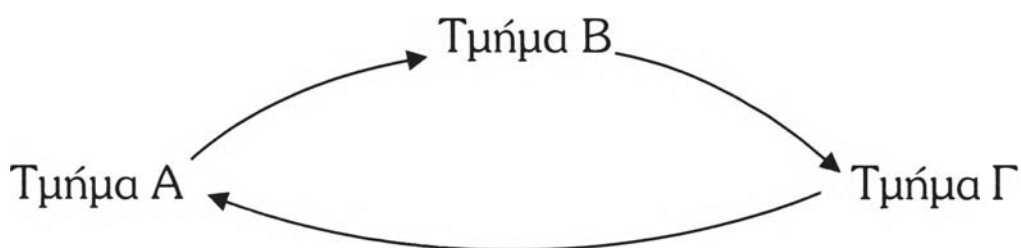
Αυτό σημαίνει τις συνθήκες υγείας και ευημερίας, και η ανατροφοδότηση ρέει ως εξής:

Η κατανομή των αγαθών και υπηρεσιών υγείας και η επιρροή της στον ανασχηματισμό πολιτικής της υγείας και η ρύθμιση των εισροών (σχήμα 1 - βέλη 5 και 8).

Τα τμήματα Α, Β, Γ, στο σχήμα 1 είναι αλληλεξαρτώμενα και συνδέονται με κυκλικό τρόπο.

Το τμήμα Α επηρεάζει το τμήμα Β το οποίο επιδρά στο τμήμα Γ το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει το τμήμα Α (σχήμα 2).

Σχήμα 2 - Η κυκλική δομή του μοντέλου



Εντός του πλαισίου αυτού, η πολιτική της υγείας δεν λειτουργεί στο κενό αλλά πηγάζει από τις θεσμικές δομές της κοινωνίας.

Κάθε ένα από τα 3 τμήματα του μοντέλου (ΑΒΓ σχήμα 1), αναφέρεται σε 3 θεμελιακά αλλά σχετικά μεταξύ τους ζητήματα πολιτικής της υγείας.

1. Το ζήτημα της επιθυμητής ευημερίας:

Τί είδος ιατρικής περίθαλψης και ευημερίας ζητείται; Ποιες δυνάμεις αποτελούν τις κύριες διαστάσεις της ιδανικής και επιθυμητής ευημερίας στην κοινωνία; Τί είδος σχέσεων υγείας θα πρέπει να επιτευχθούν;

2. Το ζήτημα της οργάνωσης των πόρων υγείας

Πώς θα έπρεπε να είναι δομημένες οι θεσμοθετημένες δυνάμεις και πώς θα έπρεπε οι ανθρώπινοι και φυσικοί πόροι να χρησιμοποιηθούν προς διατήρηση της ευημερίας;

3. Το ζήτημα της κατανομής της υγείας

Ποιο θα έπρεπε να είναι το μερίδιο της υγείας (τα παραγόμενα αγαθά και υπηρεσίες υγείας της κοινωνίας) που θα αντιστοιχούσε σε κάθε άτομο, ομάδα, κοινότητα και κοινωνική τάξη;

Εφαρμογή του Μοντέλου

Κατανοώντας την Κρίση της Υγείας στις Δεκαετίες 1980 - 1990

Η κρίση της ιατρικής περίθαλψης των δεκαετιών 1980 και 1990 στις ΗΠΑ, συμπεριλαμβανομένων και των περικοπών στα κοινωνικά προγράμματα, προήλθε από την νέο-συντηρητική ιδεολογία που παρουσιάστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, και στην πολιτική περί υγείας.

Οι νεο-συντηρητικές αξίες του 1980 και 1990, επικαλέσθηκαν μεταξύ των άλλων την ιατρική περίθαλψη ως προνόμιο και ευθύνη των ατόμων περισσότερο παρά του κράτους, την μικρότερη ανάμιξη του κράτους, την αδέσμευτη οικονομική αγορά ελεύθερη από κρατικές παρεμβάσεις, λιγότερους φόρους για τους πλούσιους, και μεγαλύτερη έμφαση στην ευθύνη του ιδιωτικού τομέα για την ιατρική περίθαλψη.

(Σχήμα 1 - Τμήμα Α - Βέλος 1).

Για συγκεκριμένες πολιτικές της υγείας δόθηκε η δικαιολογία της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής της Διοίκησης του Reagan και του Bush.

Αυτό αναφέρεται στην μείωση ή διακοπή των προγραμμάτων υγείας και μείωση της ευημερίας.

(Σχήμα 1 - Τμήμα 2 - Βέλη 2 και 4).

Ο Νεοσυντηρητισμός μείωσε τα επίπεδα ζωής, και την ευημερία πολλών Αμερικανών (Σχήμα 1 - Τμήμα Γ).

Στα πλαίσια της ροής της ανατροφοδότησης (σχήμα 1 - βέλη 7,8) λιγότερη ευημερία, περισσότερη υπανάπτυξη στην ιατρική περίθαλψη, και η αυξημένη ανισότητα κατανομής του εισοδήματος, του πλούτου και της ιατρικής περίθαλψης, επηρέασαν την πολιτική σκηνή, τις προεδρικές εκλογές, την θέση του Νεοσυντηρητισμού και του Προέδρου Bush.

Η αύξηση της φτώχειας, της πείνας, της βίας στις πόλεις και της βίας μέσα στην οικογένεια, η κακοποίηση παιδιών και γυναικών, ο αναλφαριθμητισμός, η παιδική θνησιμότητα, το έγκλημα, οι αυτοκτονίες, οι χρήσεις ουσιών, η μείωση της ευημερίας στις μεσαίες και χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις, η δημιουργία άνισων κατανομών του εισοδήματος, ο πλούτος και η υγεία στους Αμερικάνους, έφερε ως αποτέλεσμα την επαναξιολόγηση της πολιτικής της Εθνικής Υγείας, και προσπάθειες για αναμόρφωση του συστήματος υγείας. Οι παραδοσιακές λύσεις δεν μπορούσαν πια να δώσουν απάντηση στα νέα προβλήματα.

Κατανοώντας το Ευρύ Φάσμα των Προσεγγίσεων της Υγείας:

Τέσσερα Μοντέλα

Τα μοντέλα αυτά μας δίνουν μια ιδέα για την ποικιλία των προσεγγίσεων της υγείας, στις βιομηχανικές χώρες. Ένα βασικό κριτήριο για την κατανόηση των διαφορετικών προσεγγίσεων παρέχεται από τις “εισροές” στην πολιτική της υγείας (σχήμα 1 - τμήμα Α) που καθορίζουν τη σχέση Κράτους και Αγοράς (σχήμα 1 - τμήμα Β).

Τα συστήματα υγείας συχνά μπορούν να ταξινομηθούν από κάποιον εκ των δύο μηχανισμών που καθορίζουν την κατανομή της υγείας: Κράτος και Αγορά. Η προτίμηση του ενός ή του άλλου κατανομητικού μηχανισμού της υγείας, που σημαίνει το συγκεκριμένο μείγμα και των δύο, βασίζεται στα κυρίαρχα συστήματα κοινωνικών αξιών, τις στάσεις, και την ιδεολογία της κοινωνίας. (Σχήμα 1 - τμήμα Α).

Η υπόθεση είναι ότι η δομή των σύγχρονων συστημάτων υγείας αντανakλά άμεσα τις επικρατέστερες ή επιθυμητές σχέσεις μεταξύ Κράτους και Αγοράς, σε ένα πλαίσιο επιλογών των συγκεκριμένων αξιών.

Ο βαθμός στον οποίον η λογική της ελεύθερης αγοράς, περισσότερο από ότι η πολιτική θέληση των Κυβερνήσεων και αντιθέτως, κυριαρχεί το σχήμα κατανομής των πόρων μεταξύ ανταγωνιζόμενων χρήσεων υγείας και κοινωνικών αξιών, είναι μια πετυχημένη βάση για δομική ανάλυση των σύγχρονων συστημάτων υγείας.

Στις βιομηχανικές χώρες της Ανατολής και της Δύσης, η σχέση μεταξύ Κράτους και Αγοράς, αποτελεί ένα δυναμικό στοιχείο για την κατανόηση της δομής των βιομηχανικών συστημάτων ιατρικής περίθαλψης.

Το στοιχείο της Αγοράς

Σε μια ελεύθερη οικονομία που την χαρακτηρίζουν τα δύο άκρα στην κατανομή του εισοδήματος και του πλούτου, ο ανταγωνισμός της αγοράς σημαίνει ότι μερικοί άνθρωποι είναι άστεγοι και πεινασμένοι ενώ άλλοι, χρησιμοποιούν την αγοραστική τους δύναμη για πολυτελή αγαθά. Χωρίς κάποιον έλεγχο, η ελεύθερη αγορά παράγει ικανά οικονομικά αποτελέσματα ώστε να αφήνει πολλούς εργαζόμενους χωρίς εισόδημα (αναγκαστική ανεργία) και άλλους να εργάζονται για εισοδήματα στο επίπεδο της φτώχειας.

Άλλοι αισθάνονται περήφανοι και πετυχημένοι, και άλλοι ηττημένοι, αδύνατοι και ανεπαρκείς.

Ανάλογα με τις κοινωνικές αξίες που κυριαρχούν τα αποτελέσματα της ελεύθερης αγοράς μπορεί να είναι αλλά και να μην είναι ανεκτά.

Το Κρατικό (γραφειοκρατικό) στοιχείο:

Σε ένα Κρατικό σύστημα ελέγχου, το ατομικό συμφέρον είναι βέβαια η κινητήρια δύναμη αλλά περιορίζεται σε κάποιο μεγαλύτερη ή μικρότερο βαθμό, διότι οι πολίτες πρέπει να αποδεχτούν τους κοινωνικούς περιορισμούς και τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες.

Και οι δύο μηχανισμοί εξεύρεσης κοινωνικών πόρων λειτουργεί μέσα στο σύστημα αξιών μιας κοινωνίας και επηρεάζεται από αυτό.

Στο πλαίσιο των κοινωνικών αξιών, διαφορετικές συνέπειες μπορεί να περιορισθούν ή να ενθαρρυνθούν από ένα σύνολο ευρέως αποδεκτών ηθικών αξιών, όπως επί παραδείγματι:

Ατομικό ή Συλλογικό συμφέρον, πλήρης απασχόληση ή ανεργία, ίση ή άνιση οικονομική ανάπτυξη,

ανταγωνισμός ή συνεργασία, τα προνόμια ή τα βάρη των κοινωνικών τάξεων, επενδύσεις σε ανθρώπινο ή φυσικό κεφάλαιο, διατήρηση ή καταστροφή του περιβάλλοντος, μόρφωση ή αναλφαριθμισμός;

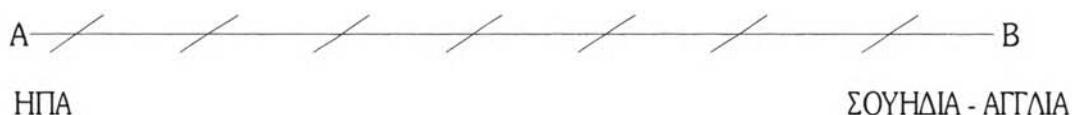
Τα αποτελέσματα που προέρχονται από μία διαφορετική σχέση μεταξύ Αγοράς και Κράτους μπορεί να μην είναι ανεκτά διότι αποκλείουν υπερβολικά από ορισμένες άλλες κοινωνικές αξίες, αποφαστικές για την κατανομή των πόρων.

Τότε η κυρίαρχουσα ηθική και το σύστημα μπορεί να προκαλέσει την Κοινωνία να επιλέξει διαφορετικό τρόπο εξεύρεσης και κατανομής των πόρων ανάμεσα από το φάσμα των σχέσεων μεταξύ Κράτους και Αγοράς.

Για παράδειγμα, μπορεί να αποφασιστεί μεγαλύτερη Κρατική παρέμβαση στην Αγορά.

Οι ΗΠΑ, η Σουηδία και η Αγγλία, αντιπροσωπεύουν τα δύο άκρα μιας κλίμακας που κυμαίνεται από ένα πολύ αποσπασματικό και πλουραλιστικό σύστημα υγείας (ΗΠΑ), σε ένα πολύ ολοκληρωμένο (Σουηδία και Αγγλία). Παρά το γεγονός αυτό, οι χώρες που βρίσκονται στα δύο άκρα της κλίμακας, και άλλες χώρες που βρίσκονται ενδιάμεσα, υπέστησαν στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές του 1990, παρόμοιες ισχυρές πιέσεις για αναμόρφωση της ιατρικής περίθαλψης.

Τα Δύο Άκρα Ενός Ευρέους Φάσματος Διαφορετικών Μοντέλων Υγείας



Τα συστήματα ιατρικής περίθαλψης ανάμεσα στα δύο άκρα της κλίμακας π.χ. το Καναδέζικο, το Ολλανδικό, το Γαλλικό, το Γερμανικό, το Ελληνικό επίσης υπέστησαν ισχυρές πιέσεις για αναμόρφωση, με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών και αύξηση της προσπελασιμότητας. Οι ΗΠΑ, που το οικονομικό τους σύστημα είναι το πλέον προσανατολισμένο στην ελεύθερη οικονομία, έχει αξιοπρόσεκτη προσκόλληση στις αρετές της ατομικής ιατρικής περίθαλψης, και στην ιατρική υψηλής τεχνολογίας, από ότι στην ικανότητά του να ελέγχει τους όρους βάσει των οποίων συνεργάζονται οι γιατροί με τους ασθενείς. Δεν υπάρχει Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης Υγείας, και το Κράτος παρεμβαίνει ελάχιστα και απρόθυμα στον τομέα της υγείας, και η κυριότερη ευθύνη για την ιατρική περίθαλψη αναλαμβάνεται από ιδιώτες, από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και τους τόπους εργασίας. Η πρόληψη και η πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένες.

Το αντίθετο μπορεί να ειπωθεί για το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία ενώ η Γαλλία, Γερμανία, Σουηδία δίνουν έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία σε κάθε περίπτωση. Η Αγγλία και η Σουηδία έχουν τα πλέον κοινωνικοποιημένα συστήματα. Στην Σουηδία, η ιατρική περίθαλψη, η Οδοντιατρική, η Νοσοκομειακή περίθαλψη, και άλλες υπηρεσίες Υγείας έχουν τοποθετηθεί κάτω από το Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης της Υγείας, το οποίο έχει την ευθύνη για σχεδιασμό, χρηματοδότηση, προαγωγή και έλεγχο της ποιότητας μαζί με τα Περιφερειακά Συμβούλια.

Στην Ελλάδα η θεωρητική βάση του ΕΣΥ, (ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ) περιέχει πολλά στοιχεία από τις προσεγγίσεις της Αγγλίας και της Σουηδίας. Αλλά στην πράξη η εφαρμογή του ΕΣΥ απέχει πολύ από το

επιθυμητό, ώστε θα μπορεί να υποτεθεί είτε ότι ή το σύστημα βρίσκεται ακόμη σε εμβρυακό και μεταβατικό στάδιο, είτε ότι οι πολιτικές αλλαγές των τελευταίων εκλογών έχουν επηρεάσει τους αρχικούς στόχους και την οργάνωση του συστήματος.

ΤΕΣΣΕΡΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα διαφορετικό μείγμα Κράτους και Αγοράς των μηχανισμών στην κατανομή των πόρων της υγείας, διακρίνει 4 κύρια μοντέλα που περιγράφουν την σχέση αυτή. (Πίνακας 3). Η αριθμητική πρόοδος των μοντέλων 1 έως 4, δεν υπονοεί κάποια προτεραιότητα.

Κάθε μοντέλο είναι συνδεδεμένο (έχει σχέση με ένα διαφορετικό μείγμα Κράτους - Αγοράς, που βασίζεται σε διαφορετικές κοινωνικές αξίες που επικρατούν.

Πίνακας 3: Τέσσερα μοντέλα στρατηγικών ιατρικής περίθαλψης

Μοντέλο 1:	Laissez - Faire ή υπολειμματικό μοντέλο. (ΗΠΑ - Αυστραλία - Νέα Ζηλανδία)
Μοντέλο 2:	Θεσμικό ή βιομηχανικό μοντέλο. (Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ιαπωνία).
Μοντέλο 3:	Εθνική Ασφάλεια Υγείας ή παρεμβατικό μοντέλο. (Δανία, Νορβηγία, Φιλανδία)
Μοντέλο 4:	Εθνική Υπηρεσία Υγείας ή αυταρχικό μοντέλο. (Αγγλία, Σουηδία, Κούβα, Κίνα, πρώην Σοβιετική Ένωση).

ΜΟΝΤΕΛΟ 1

Σ' αυτό το κλασικό μοντέλο, το κατευθυνόμενο από την ελεύθερη αγορά, οι κυβερνήσεις επιτρέπουν στις ελεύθερες οικονομίες να ασκούν έλεγχο στην πολιτική της υγείας, και παίρνουν μια θέση καλοήθους αμέλειας, απέναντι στα προβλήματα υγείας.

Στην επικρατούσα "Laissez-faire" στάση προς την ελεύθερη αγορά, αυτοί που παρέχουν ιδιωτική Ιατρική περίθαλψη, και οι ιδιοκτήτες, μπορούν να διαπραγματευτούν τιμές και να καθορίσουν πόρους υγείας, χωρίς την ανάμειξη του Κράτους ή των μεγάλων και ισχυρών ιδιωτικών εταιρειών.

Η ιδιωτική ελεύθερη αγορά λειτουργεί ως ένας αυτόματος μηχανισμός, ελεύθερος από γραφειοκρατικές δομές. Η ανακατανομή των υπηρεσιών υγείας αποθαρρύνεται διότι τα αποτελέσματα της αγοράς που βασίζονται στις αρχές της ισότητας των ευκαιριών, θεωρούνται δίκαια και σωστά και υποθετικά αντανακλούν το κυρίαρχο σύστημα αξιών. Μεγάλες ανισότητες στις υπηρεσίες παροχών ιατρικής περίθαλψης θεωρούνται δίκαια και σωστά και υποθετικά αντανακλούν το κυρίαρχο σύστημα αξιών. Μεγάλες ανισότητες στις υπηρεσίες παροχών ιατρικής περίθαλψης θεωρούνται παραδεκτές, διότι προάγουν την οικονομική επάρκεια.

Κάτω από τις περιστάσεις αυτές, στρατηγικές υγείας τύπου “laissez-faire”, χαρακτηρίζονται από πολιτικές που παρέχουν πρόσκαιρα οφέλη, υπολειμματικά, προσανατολισμένα κυρίως για να καλύπτουν έκτακτες ανάγκες, κυρίως για τους άπορους, οι οποίοι και σιγματίζονται με την αποδοχή των υπηρεσιών αυτών.

Η πολιτική της υγείας, που έχει ένα περιορισμένο πεδίο, είναι σχεδιασμένη για να προάγει το “status-quo”, και να ισχυροποιεί την ελεύθερη αγορά και τις οικογένειες όταν δυσλειτουργούν.

Δίνοντας το παράδειγμα του Προνιακού καθεστώτος στις ΗΠΑ, η ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνει και τα κάπως διαφορετικά καθεστώτα των αυταρχικών λαϊκών δικτατόρων της Λατινικής Αμερικής.

ΜΟΝΤΕΛΟ 2

Στο μοντέλο αυτό το έντονα προσανατολισμένο στην ελεύθερη αγορά, και τα δύο, Κράτος και συνασπισμένες ομάδες (συμπεριλαμβανομένης της Εκκλησίας και των μεγάλων, ιδιωτικών, οικονομικών συμφερότων), συνεισφέρουν από κοινού στις βασικές οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές αποφάσεις, σχετικά με τον καταμερισμό των πόρων υγείας, αφήνοντας ανέπαφες τις ιδιοκτησιακές σχέσεις.

Σε συνεργασία, μορφοποιούν μια πολιτική υγείας, με υπόβαθρο την αυθεντία των συνασπισμένων ομαδικών συμφερόντων που περικλείει το κύρος της εκκλησίας, των εργοδοτών, των εργασιακών ενώσεων, που υποστασιοποιούν τους σταθερούς διαχωρισμούς της κοινωνίας.

Έτσι, η υγεία που αντανakλά την συνεργασία των ιδιωτικών, εργασιακών, και κρατικοπρονοιακών προσεγγίσεων περιορίζει την ανακατανομή του εισοδήματος προς όφελος της καλύτερης έκβασης της αγοράς και των συνασπισμένων συμφερόντων.

Κάτω από τις περιστάσεις αυτές, θεσμικά καθεστώτα υγείας, χαρακτηρίζονται από ήπια αντισταθμιστικά προγράμματα, από αμελητέα ανακατανομή των υπηρεσιών υγείας, και από την αναγνώριση κάποιων κοινωνικών δικαιωμάτων.

Τα προγράμματα ιατρικής περίθαλψης που βασίζονται στην εργασία, στην παραγωγικότητα, και στην αξία (merit), εστιάζονται στην παραδοσιακή ευθύνη του ατόμου και της οικογενείας του για ιατρική περίθαλψη, και διαφορετικοί τύποι υπηρεσιών υγείας έχουν επινοηθεί για διαφορετικές κοινωνικές τάξεις.

Με το παράδειγμα του Βελγίου, της Γαλλίας και της Γερμανίας το μοντέλο αυτό μπορεί επίσης να συμπεριλάβει και το προνοιακό σύστημα της Ιαπωνίας, που χαρακτηρίζεται από έντονο πατερναλισμό στους εργασιακούς χώρους.

ΜΟΝΤΕΛΟ 3

Στο μοντέλο αυτό τα κράτη καθιερώνουν εκτεταμένη πολιτική υγείας, ασκώντας πολιτικό έλεγχο για να περιορίσουν, να καθοδηγήσουν και να ρυθμίσουν την οικονομική αγορά.

Έχουν την κυρίως ευθύνη για την εξασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης, και έτσι προλαμβάνουν ένα βέβαιο ποσοστό δυσλειτουργιών της υγείας, και επιτρέπουν την ανακατανομή της ιατρικής περίθαλψης.

Η αναγνώριση δικαιωμάτων στον τομέα της υγείας για όλους τους πολίτες, ενθαρρύνει εκτεταμένες πολιτικές για την υγεία.

Με παράδειγμα το καθεστώς υγείας της Δανίας, Φιλανδίας, Νορβηγίας, οι παρεμβατικοί τύποι προσεγγίσεων της υγείας, παρέχουν καθολικές - σφαιρικές υπηρεσίες υγείας (συμπεριλαμβανομένης της καθολικής κοινωνικής ασφάλισης) έξω από τα όρια της αγοράς, και στην βάση των αναγκών).

Προγράμματα δικαιωμάτων υγείας, με χαρακτήρα ανακατανεμητικό για την μείωση των ανισοτήτων, είναι εκτεταμένα, αποτελεσματικά, και συμπεριλαμβάνουν και την μεσαία τάξη.

ΜΟΝΤΕΛΟ 4

Κατά το μοντέλο αυτό τα κράτη καθιερώνουν εξουσιαστικό έλεγχο στις παροχές ιατρικής περίθαλψης, στην οικονομική αγορά. Μία κεντρικά καθορισμένη και διοικούμενη πολιτική ιατρικής περίθαλψης, παρέχει εκτεταμένα προγράμματα υγείας και υπηρεσίες σαν δικαίωμα όλων των πολιτών.

Οι βασικοί άξονες γύρω από τους οποίους στρέφονται οι αξίες της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ιδιοκτησίας, των κέντρων εξουσίας, και της πλήρους απασχόλησης, εμπλουτίζουν την δομή του κάθε μοντέλου.

Πίνακας 4: Αξιολογικές Διαστάσεις της Υγείας
Στον πυρήνα των μοντέλων της Υγείας, υποκρύπτονται αντιλήψεις
για την κατανεμητική δικαιοσύνη
ΑΞΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
1. Κοινωνική Δικαιοσύνη	(Bentham) οφελιμιστικό μοντέλο	(Nozick) Αγορά	(Rawl) ορθολογιστικό μοντέλο	(Marx) Αταξική. Βάση αναγκών
2. Ιδιοκτησία Υπηρεσιών Υγείας	Ιδιωτική	Ανάμικτη	Ισοζυγισμένη	Δημόσια
3. Πόλος Εξουσίας της Υγείας	Άτομο Αποκεντρωμένη	Ομάδες Ανάμικτη	Συλλογική Ισορροπική	Κρατική Κεντρική
4. Πλήρης απασχόληση	Προαιρετική	Επιθυμητή	Δικαίωμα	Νομικά κατοχυρωμένη

Στον πυρήνα της πολιτικής της υγείας βρίσκονται οι απόψεις για την κατανομή της δικαιοσύνης και της ισότητας (τί η κοινωνία θεωρεί σωστό ή λάθος και ποιος δικαιούται τι).

Οριζοντίως, οι επιλογές για την καταναεμπική δικαιοσύνη κυμαίνονται από τον οφελιμισμό (μοντέλο 1), στις απόψεις του Nozick και του Friedman (μοντέλο 2), στις απόψεις του Rawl (μοντέλο 3) και στις Μαρξιστικές απόψεις βασισμένες στις ανάγκες των ανθρώπων και όχι στην εργασία (μοντέλο 4).

Όσο πιο συνδεδεμένη με την “εργασία” είναι η άποψη περί δικαιοσύνης, τόσο πιο κοντά στην “αγορά” προσεγγίζει η λογική του μοντέλου.

Η κατανομή του εισοδήματος βάσει της ελεύθερης αγοράς θεωρείται δίκαιη και αντικειμενική (Μοντέλα 1, 2) και ως εκ τούτου η ανακατανομή δεν κρίνεται απαραίτητη. Ωστόσο, παρουσιάζονται μεγάλες ανισότητες που είναι δύσκολο να δικαιολογηθούν.

Όσο λιγότερο σχετίζεται η “εργασία” με την ιδέα της δικαιοσύνης, τόσο περισσότερο η λογική του μοντέλου πλησιάζει προς τις “ανάγκες”, και η κατανομή του εισοδήματος και του πλούτου βάσει της “ελεύθερης αγοράς”, φαίνεται άδικη. Εξ’ ου και η ανάγκη για ανακατανομή εκ μέρους του Κράτους με σκοπό να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ χαμηλών εισοδημάτων και πλούτου (μοντέλα 3, 4).

Ενώ οι κατανομές οι σχετιζόμενες με την εργασία δημιουργούν ζητήματα ανισότητας (μοντέλα 1, 2) οι εξισωτικές κατανομές, δημιουργούν ερωτήματα που συνδέονται με την ηθική της ανακατανομής των εισοδημάτων που απορρέουν από την αγορά (Μοντέλα 3, 4).

Το ζήτημα αυτό δεν μπορεί να μην προκαλεί ανησυχίες σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητα. Στενά συνδεδεμένο με την κοινωνική δικαιοσύνη, είναι το ζήτημα της ιδιότητας του πολίτη συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών δικαιωμάτων και ίσα προνόμια για όλους τους πολίτες.

Οι επιλογές σε κάθε κοινωνική αξιολογική διάσταση, (ένα συνεχές από τα αριστερά προς τα δεξιά) ενισχύουν τον χαρακτήρα κάθε μοντέλου υγείας (την κάθετη περιγραφή του). Όπως έχουν τα πράγματα, υπάρχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε κάθε ένα από τα 4 μοντέλα.

Επιπτώσεις ως προς την άσκηση πολιτικής, αναφορικά με τις επιλογές στρατηγικής για την υγεία

Το μοντέλο πολιτικής της υγείας και η ταξινόμηση των προσεγγίσεων για την υγεία, παρέχουν θεμελιακές κατευθυντήριες γραμμές προς επιλογή πολιτικής της υγείας στην δεκαετία του 1990 και μετά.

Η συστημική άποψη

Για να κατανοήσουμε κάθε ένα ξεχωριστό κομμάτι της πολιτικής της υγείας, πρέπει να αντιληφθούμε το σύνολο.

Το μοντέλο (σχήμα 1), βοηθά να κατανοήσουμε στο macro-επίπεδο τις θεσμικές δυνάμεις που σχηματίζουν την πολιτική της υγείας και επηρεάζουν τις προτεραιότητες ή τον καταμερισμό των πόρων υγείας.

Το να κατανοήσουμε επιμέρους τμήμα της πολιτικής της υγείας, πρέπει να συλλάβουμε την διάστασή του σε σχέση με το macro-επίπεδο, και τους καθοριστικούς τρόπους με τους οποίους τα στοιχεία του (οι ιδεολογικές, πολιτικές, κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές δυνάμεις) συμβάλλουν στο σύστημα υγείας.

Συνεπώς είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να αλλάξουμε κάθε ένα τμήμα του συστήματος υγείας χωρίς να λάβουμε υπ' όψιν ή να ξαναδομήσουμε τα άλλα του στοιχεία.

Η αναμόρφωση της υγείας εξαρτάται κατά ένα μεγάλο μέρος από δυνάμεις που λειτουργούν σε άλλους θεσμούς που συμβάλλουν στην άσκηση πολιτικής για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης και της οικονομικής αγοράς, της οικογένειας, του Κράτους, και των ισχυουσών αξιών.

Για παράδειγμα, οι χώρες εκείνες οι οποίες επιθυμούν να περιορίσουν τις δαπάνες προλαμβάνοντας τις ασθένειες, θα έπρεπε επίσης να κοιτάξουν την σύνδεση που υπάρχει, μεταξύ της αναμόρφωσης της ιατρικής περίθαλψης και της ανεργίας.

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι μια αλλαγή 1% στον τομέα της ανεργίας, διαφοροποιεί τις πιέσεις της υγείας και τους δείκτες κοινωνικού στρες.

Κάθε 1% αύξηση της ανεργίας, είναι συνδεδεμένη με:

- * 3,4% αύξηση εισαγωγών στα Κρατικά Ψυχιατρεία.
- * 5,7% αύξηση στις ανθρωποκτονίες.
- * 4,1% αύξηση στις αυτοκτονίες.
- * 4,0% αύξηση των εισαγωγών στις Κρατικές Φυλακές.
- * 1,9% αύξηση θανάτων από κύρωση του ήπατος.
- * 1,9% αύξηση θανάτων από νεφρικές / καρδιαγγειακές παθήσεις.
- * 1,9% αύξηση της συνολικής θνησιμότητας.

Πρόσφατες έρευνες για την ανεργία στις ΗΠΑ, επιβεβαιώνουν τα ευρήματα αυτά.

Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι 1% αύξηση του ποσοστού ανεργίας, έχει ως αποτέλεσμα μια ποσοστιαία αύξηση των:

	1990-1992 προσθετική εκτίμηση
5,6% αύξηση από καρδιακές προσβολές	35,307 θάνατοι
3,1% θανάτων από εγκεφαλικά	2,771 θάνατοι
6,7% ανθρωποκτονίες	1,459 εγκλήματα
3,4 βίαια εγκλήματα	62,607 εγκληματικότητα
2,4% εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας	223,550 εγκληματικότητας

Παρενθετικά, το καθαρό κόστος για να σταλεί το 3% αυτών που συνελήφθησαν για βίαια εγκλήματα και εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας στην φυλακή για ένα χρόνο, είναι περίπου \$45 εκατομμύρια, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται οι δαπάνες που δημιουργούνται από τα θύματα της εγκληματικότητας αυτής.

Χωρίς αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας που προέρχεται από την ανεργία, είναι δύσκολο αν όχι αδύνατο να επιτευχθεί περιορισμός του κόστους υγείας και αναμόρφωση της υγείας, οι διάφορες πολιτικές που βλέπουν την υγεία ως μη -σύστημα, τείνουν να αγνοούν την συστημική της φύση, και γι' αυτό είναι αδύνατο να προκαλέσουν αποτελεσματικές λύσεις και ανασχηματισμούς.

Η άποψη της υγείας ως μη - σύστημα, πρέπει να αντικατασταθεί από μία σύγχρονη άποψη της υγείας, σαν ένα σύστημα κοινωνικής τάξης.

Αξίες - Στάσεις και Ιδεολογία της Υγείας

(Σχήμα 1 - Τμήμα Α): Εισροές

Η πολιτική για την υγεία δεν λειτουργεί στο κενό. Συγκροτείται στον άξονα ορισμένων αξιών ή ιδεολογικών θεωριών.

Προέρχεται από τις επικρατούσες αξίες, στάσεις, και την ιδεολογία κάθε κοινωνίας, που σημαίνει: "Από την θεσμοθετημένη δομή σκέψης της κοινωνίας".

Οι δομές της σκέψης, βοηθούν κάθε κοινωνία να πετύχει αντιληπτική συνοχή και νομιμότητα, και να οργανώσει όλες τις εξατομικευμένες παρατηρήσεις σ' ένα τρόπο σκέψης που επιτρέπει να ληφθούν δραστικά μέτρα σε σχέση με διαφορετικά κοινωνικά προβλήματα.

Για παράδειγμα, στην πολιτική της υγείας, συνυπάρχουν αξιολογικής υφής διανοητικά στοιχεία που κυριαρχούν, ερμηνεύουν και δίνουν μορφή και νομιμότητα σε δραστηριότητες ή μη-δραστηριότητες για την υγεία στο πλαίσιο της κοινωνικής τάξης.

Η βάση των δομών σκέψης, είναι τα πιστεύω που παρέχουν το πλαίσιο της πολιτικής για την υγεία (Σχέδιο 1 - Τμήμα Α). Παραδείγματα: Η πεποίθηση ότι τα κοινωνικά προβλήματα και οι δυσλειτουργίες της υγείας πηγάζουν από τα άτομα σε αντίθεση με τις δομικές ανεπάρκειες - ότι ένα δεδομένο πολιτικό σύστημα εξασφαλίζει την δικαιοσύνη στην κοινωνία - ότι οι διαφορετικές ικανότητες των ανθρώπων λειτουργούν σαν μια πιθανή δικαιολογητική βάση για την εγκατάλειψη των μειονεκτούντων από την κοινωνία - την αποδοχή της κοινωνικής ανισότητας στην ιατρική περίθαλψη - και ότι το κράτος θα έπρεπε να αναλαμβάνει ευθύνες μόνο για τα προβλήματα υγείας που έχουν ήδη παρουσιαστεί, και που φυσικά δεν μπορούν να διορθωθούν από μόνα τους.

Γι' αυτό, η αναμόρφωση της υγείας εξαρτάται εν μέρει από τις απαντήσεις σε μερικές ερωτήσεις ή πιστεύω, στάσεις και ιδεολογία, ομαδοποιημένα, κάτω από 3 γενικές επικεφαλίδες.

1) Πρόσβαση στην Ιατρική περίθαλψη: Είναι δικαίωμα που παραχωρείται στο άτομο μόνο και μόνο επειδή είναι μέλος μιας κοινωνίας ή είναι ένα προνόμιο;

2) Η δύναμη για την κατεύθυνση του συστήματος: Σε τί αναλογία παρεμβαίνει η Κυβέρνηση και σε τί ο ιδιωτικός τομέας;

3) Κατανομή: Θα πρέπει απλώς να περιορίσουμε την Ιατρική φροντίδα για μερικούς με σκοπό να παρέχεται περίθαλψη σε όλους;

Διαφοροποιημένες απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές μπορούν να αποτελέσουν διαφορετικές στρατηγικές αναμόρφωσης της ιατρικής περίθαλψης.

Επί παραδείγματι, ο Καναδάς έχει Εθνική Ασφάλιση Υγείας. Οι γιατροί και τα νοσοκομεία υπάγονται στον ιδιωτικό τομέα. Τα άτομα επιλέγουν μόνα τους, τους φορείς που θα τους παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες.

Οι Επαρχιακές Κυβερνήσεις (Κράτος), πληρώνουν όλους τους λογαριασμούς, καθορίζουν με διαπραγματεύσεις τις αμοιβές των γιατρών και των νοσοκομείων, και αποφασίζουν τί νέος εξοπλισμός μπορεί να αγορασθεί.

Στην Σουηδία και την Αγγλία το Κράτος διευθύνει το σύστημα υγείας μέσα από μια Εθνική Υπηρεσία Υγείας.

Το Κράτος πληρώνει όλους τους λογαριασμούς, και αποφασίζει τί ποσά θα δαπανηθούν και πώς θα δαπανηθούν.

Οι περισσότεροι γιατροί εργάζονται για το Κράτος, και στο Κράτος ανήκουν τα περισσότερα Νοσοκομεία.

Τα άτομα επιλέγουν τους δικούς τους φορείς που θα έχουν ιατρικές υπηρεσίες.

Οι Επαρχιακές Κυβερνήσεις (Κράτος), πληρώνουν όλους τους λογαριασμούς, και αποφασίζει τί ποσά θα δαπανηθούν και πώς θα δαπανηθούν.

Οι περισσότεροι γιατροί εργάζονται για το Κράτος, και στο Κράτος ανήκουν τα περισσότερα Νοσοκομεία.

Τα άτομα επιλέγουν τους δικούς τους φορείς που θα έχουν ιατρικές υπηρεσίες.

Στην Ιαπωνία, το 40% του πληθυσμού έχει Εθνική Ασφάλεια Υγείας μέσω του Κράτους.

Αυτοί που εργάζονται για Εταιρείες που απασχολούν πάνω από 700 εργαζόμενους, ασφαλίζονται από την Εταιρεία τους, και άλλοι ασφαλίζονται μέσω μη-κερδοσκοπικών ασφαλιστικών εταιρειών, που έχουν οργανωθεί κατά επαγγέλματα π.χ. δάσκαλοι, ναυτικοί κλπ.

Στο Γερμανικό σύστημα εμφανίζονται 1200 μη κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρείες, που ονομάζονται "ταμεία ασθενείας". Εργοδότες και εργαζόμενοι, είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν φόρους προς τα "ταμεία ασθενείας", τα οποία κατόπιν καλύπτουν την ιατρική περίθαλψη.

Η απ' ευθείας κρατική δαπάνη, καλύπτει μόνο ένα μικρό μέρος του συνόλου.

Το Κράτος όμως είναι έντονα αναμεμιγμένο, ως ένας ρυθμιστής, επιβλέποντας τις διαπραγματεύσεις μεταξύ των "ταμείων ασθενείας", των γιατρών και των νοσοκομείων για να κρατηθούν οι τιμές χαμηλά.

Οι χώρες οι οποίες αποβλέπουν στο να είναι η υγεία δικαίωμα για όλους τους πολίτες θα πρέπει να αλλάξουν την έμφαση της πολιτικής τους:

1) Από υπολειμματικές στρατηγικές υγείας για τους φτωχούς, σε στρατηγικές για την ανάπτυξη της υγείας για όλους τους πολίτες, ομάδες και κοινότητες.

2) Από τους αχαλίνωτους μηχανισμούς της αγοράς, σε κρατική ευθύνη, και στην ρύθμιση των φορέων υγείας μέσω ενός κοινωνικού συμβολαίου, μεταξύ κράτους, καταναλωτών, κοινωνικών τάξεων, οργανωμένων ομάδων πολιτών, και κοινοτήτων.

Θεσμικό - Οργανωτικό πλαίσιο: Κράτος - Αγορά - Κοινωνική Πολιτική

Το Τμήμα Β του μοντέλου (σχήμα 1), τονίζει την αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ των πολιτικών για την υγεία από την μια μεριά, και τον ρόλο της Κυβέρνησης, της Αγοράς και της Κοινωνικής Πολιτικής από την άλλη.

Περιορισμός δαπανών

Οι χώρες που αποβλέπουν στον περιορισμό δαπανών, θα έπρεπε να καθιερώσουν πολιτική για την υγεία η οποία θα βασίζεται περισσότερο στην υγεία παρά στην ασθένεια, σε προληπτική ιατρική και κοινωνικές στρατηγικές περισσότερο από ότι στην θεραπεία, και που θα δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, οργανώνοντας τις παροχές των υπηρεσιών υγείας.

Επί παραδείγματι, μια αποτελεσματική και λογική στρατηγική περιορισμού δαπανών είναι οι επενδύσεις πρόληψης:

\$1 για την παιδική ανοσοποίηση, εξοικονομεί \$10 ιατρικού κόστους αργότερα.

\$1 για προγεννητική φροντίδα (συμπληρωματική διατροφή για γυναίκες, βρέφη και παιδιά) εξοικονομεί \$3 σε βραχυπρόθεσμες νοσοκομειακές δαπάνες.

\$1 για συνολική προγεννητική φροντίδα, για γυναίκες μέσω της Medicaid (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για άπορους), εξοικονομεί \$3,38 σε μετέπειτα δαπάνες για την υγεία.

\$1 για εργασιακούς συνεταιρισμούς, εξοικονομεί \$1,45 σε απώλεσθέντα κέρδη, σε εγκληματικότητα και δαπάνες για την Πρόνοια.

\$1 για ποιοτική προσχολική εκπαίδευση, εξοικονομεί \$4,75 για την αντιμετώπιση της ειδικής εκπαίδευσης αργότερα της εγκληματικότητας, της Πρόνοιας και άλλων δαπανών.

Τι ποσόν θεωρείται υπερβολικό να δαπανηθεί για την Υγεία;

Η τάση για περιορισμό των δαπανών, φαίνεται να σκοπεύει στην μείωση των μη - απαραίτητων εξόδων και σπατάλης. Αλλά τοποθετείται λάθος, αν υποθέσουμε αυτόματα ότι τα έξοδα για την υγεία πρέπει να παραμείνουν σε κάποιο συγκεκριμένο αυθαίρετο ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Ενώ είναι δυνατόν να υπερτονίζουμε την έμφαση της Ιατρικής περίθαλψης εις βάρος άλλων κοινωνικών αναγκών, είναι

επίσης δυνατόν (και πιο συνηθισμένο) να υποβαθμίζουμε την Ιατρική περίθαλψη, και συνεπώς να περικόπτουμε υπηρεσίες, ιδιαίτερα αν οι δαπάνες είναι υπέρογκες.

Αλλά τί ποσόν είναι πολύ μεγάλο ή πολύ μικρό για μία χώρα να δαπανήσει για την υγεία;

Η αναλογία των γιατρών προς τον πληθυσμό και οι δαπάνες για την υγεία αν δοθεί σαν ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (GNP), είναι χρήσιμα εργαλεία για την σύγκριση του τι ισχύει, αλλά δεν μπορούν να δείξουν τι θα έπρεπε να ισχύει.

Οι αυξημένες δαπάνες, δεν έχουν απαραίτητα ως αποτέλεσμα και την καλύτερη ιατρική περίθαλψη.

Επί παραδείγματι στις ΗΠΑ, δαπανώνται τα υψηλότερα ποσοστά του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος για την Υγεία περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη χώρα, και παρά ταύτα πολλές από αυτές τις χώρες βαθμολογούνται υψηλότερα από τις ΗΠΑ, όσον αφορά ορισμένους βασικούς δείκτες υγείας.

Η απάντηση στην ερώτηση για το πόσο πρέπει να δαπανηθεί, εξαρτάται από τους στόχους που βάσει μια χώρα για τους πολίτες της, και τις προτεραιότητες που καθιερώνει για την κατανομή των Εθνικών Πόρων (μια λειτουργία των αξιών, στάσεων και ιδεολογία μιας χώρας). Σχήμα 1 - Τμήμα Α.

Αυτό όμως δεν πρέπει να συγχέεται με την αντίληψη, ότι η Ιατρική περίθαλψη πρέπει να είναι αποτελεσματική σε σχέση με τις δαπάνες. Δηλαδή, δεν είναι αποτελεσματική σε σχέση με τις δαπάνες όταν πολυέξοδο ανθρώπινο δυναμικό, όπως οι γιατροί, εκτελούν καθήκοντα που νοσηλεύτριες και άλλο ειδικευμένο προσωπικό έχουν τη δυνατότητα να κάνουν εξίσου καλά και μάλιστα με λιγότερο κόστος. Ή όταν τα Νοσοκομεία αναγκάζονται να παρέχουν βασική ιατρική περίθαλψη, λόγω απουσίας ή δυσλειτουργίας άλλων ιατρικών διευκολύνσεων.

Κατάσταση Υγείας και Ευημερίας (Wellness)

(Σχήμα 1 - Τμήμα Γ = Εκροές)

Οι αντιλήψεις περί υγείας, ευημερίας και κοινωνικής δικαιοσύνης, επηρεάζουν την οργάνωση, παροχή και κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Καθορίζουν τα περιθώρια αντοχών, τη δυνατότητα πρόσβασης και την ανισότητα της κατανομής της υγείας και της ιατρικής φροντίδας, που μία χώρα έχει τη δυνατότητα να δεχτεί, σαν ένα ζήτημα πολιτικής. Δηλαδή, ποιο άτομο, ποια κοινωνική ομάδα και κοινότητα θα είναι υγιείς ή θα ασθενήσουν, και το κυριότερο όλων, πόση είναι η επιθυμητή συμμετοχή των πολιτών στις αποφάσεις για την υγεία. Σ' αυτό το πλαίσιο, οι χώρες πρέπει να αναπτύξουν πιο αποτελεσματικές και λειτουργικές έννοιες και δείκτες για την υγεία:

“Τι είναι υγεία στην σύγχρονη κοινωνία; Ποιανού η υγεία; Πώς μετράται; Ποιά είναι τα κοινωνικά, ψυχολογικά, φυσικά, ιατρικά και πολιτισμικά συστατικά της υγείας; Ποια είναι η σχέση τους με την ατομική και την συνολική κοινωνική εξέλιξη; Πώς αυτές οι έννοιες επηρεάζουν τις στρατηγικές για έρευνα και εκπαίδευση, ιατρική περίθαλψη και την οργάνωση της παροχής αυτής της περίθαλψης;”.

Χώρες οι οποίες ορίζουν την υγεία ως την απουσία της ασθένειας των ατόμων με αυστηρά ιατρικούς όρους, τείνουν να οδηγηθούν σε μεταρρυθμίσεις της Ιατρικής Πρόνοιας, που βασίζονται στην αντίληψη ότι η υγεία είναι ένας μη-θεσμός, σε αντιπαράθεση με χώρες οι οποίες ορίζουν την υγεία ως μία ευρύτερη ιατρική, ψυχοκοινωνική και οικονομική ενότητα στο συνολικό πλέγμα της ανάπτυξης (παρά ως ασθένεια), που βασίζονται στην άποψη ότι η ιατρική περίθαλψη είναι Θεσμός και Κοινωνικό Σύστημα.

Ο τρόπος με τον οποίο ορίζει μια χώρα την υγεία και την κοινωνική δικαιοσύνη εντός του πλαισίου της ιατρικής περίθαλψης, είναι πιθανόν να καθορίσει την αποδοχή ή την απόρριψη των κυριοτέρων μοντέλων υγείας που επισημαίνονται στο σχήμα 4.

Υπερβολική συγκέντρωση της εξουσίας στην Αγορά, (μοντέλο 1), ή στο Κράτος (μοντέλο 4), αντιμετωπίζεται από τους σχολιαστές με σκεπτικισμό.

Υπερβολική συγκέντρωση της εξουσίας στο Κράτος (μοντέλο 4) από την άλλη μεριά, θεωρείται ότι παρέχει πιο ίση δυνατότητα για ανάπτυξη των ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων, στα πλαίσια μιας ίσης κατανομής της ιατρικής περίθαλψης και των παροχών υγείας. Επίσης όμως λέγεται, ότι απειλείται η ατομική πρωτοβουλία και ο τοπικός κοινοτικός έλεγχος.

Ο Κρατισμός, ο Συγκεντρωτισμός, η Γραφειοκρατία, ο Πατερναλισμός και ο Ελιτισμός, θεωρούνται αντιδημοκρατικά και αντιπαραγωγικά.

Η ηθική βάση της ιατρικής περίθαλψης, βασικά ανταγωνίζεται την ελεύθερη αγορά του Laissez-Faire που λειτουργεί αποκλειστικά και μόνο βάσει του ατομικού συμφέροντος και κατανέμει τους πόρους της υγείας με βάση το συμφέρον προς όφελος των ισχυρών από την μια μεριά, και από την άλλη με υπερβολικά συγκεντρωτική κρατική δύναμη, που αγνοεί τις βασικές αξίες της ελεύθερης επιλογής, της κοινωνικής ευθύνης, και την συμμετοχή των πολιτών στις αποφάσεις που αφορούν την επιβίωσή τους.

Η ανάγκη για νέα μοντέλα

Εάν είναι απαραίτητο να ενσωματωθεί η ιατρική περίθαλψη στο κοινωνικό σύστημα, θα πρέπει να προκύψουν νέα μοντέλα που θα βασίζονται στην ευθύνη για ιατρική περίθαλψη, μέσω ενός συνδυασμού Κρατικής Διοίκησης, και κάποιου βαθμού καθοδήγησης ενδείξεων της Αγοράς, που θα λαμβάνονται υπόψη στις Κρατικές αποφάσεις.

Η ιατρική περίθαλψη στην σύγχρονη κοινωνία θα πρέπει να αναβαθμιστεί τουλάχιστον στο επίπεδο των άλλων κοινωνικών θεσμών, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και της κυβέρνησης.

Δεν θα πρέπει η ιατρική περίθαλψη να βγει από την Αγορά, όπως έγινε με την Εκπαίδευση και την Δημόσια Υγεία; Τα νέα μοντέλα που είναι πιθανόν να επικρατήσουν στις διάφορες χώρες στο τέλος του αιώνα και μετά, πιθανόν να αντικατοπτρίζουν το ακόλουθο κοινό πλαίσιο:

1) Να δοθεί έμφαση στην κοινωνική ευθύνη για Παγκόσμια Ασφάλιση Υγείας και Υπηρεσίες σαν Δικαίωμα για όλους τους πολίτες.

2) Αποδοχή της ευημερίας και της ιατρικής περίθαλψης ως βασικός κοινωνικός θεσμός.

Το πιο άμεσο, κοινωνικό και υπέρ της κοινωνικής ισότητας μοντέλο είναι η προσέγγιση του “αποκλειστικού πληρωτή”: Δηλαδή, ο κάθε ένας να έχει μια πλατειά κάλυψη ιατρικής περίθαλψης, και το Κράτος να είναι ο μοναδικός συλλέκτης χρημάτων μέσω φορολογίας της μισθοδοσίας, και ο αποκλειστικός πληρωτής των λογαριασμών.

3) Μία μετατόπιση σχετικά με την λήψη των αποφάσεων για την Υγεία από την Αγορά, την λογική του κέρδους και την γραφειοκρατία, προς τον λαό.

4) Στήριξη της υγείας του λαού και ενεργό συμμετοχή των πολιτών και των τοπικών κοινοτήτων στην διαμόρφωση της πολιτικής για την Υγεία.

5) Μετατόπιση από την θεραπευτική Ιατρική, στην εδραίωση της υγείας και την προληπτική πολιτική, η οποία άλλωστε αποτελεί το πρωταρχικό ενδιαφέρον άλλων κοινωνικών θεσμών.

6) Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας που συνίσταται στην διασύνδεση Εθνικών, Περιφερειακών και Τοπικών Συμβουλίων Υγείας, που συγκρατούνται από όλους τους κύριους παράγοντες υγείας, δηλαδή τους ίδιους τους καταναλωτές, το προσωπικό υγείας, τα απαραίτητα μέσα και παροχές, τις επιχειρήσεις και τους κοινοτικούς αντιπροσώπους.

Αυτό σημαίνει, έναν ριζικό μετασχηματισμό της ιατρικής πρακτικής, της εκπαίδευσης και της έρευνας, ώστε να αντανakλά πέρα από την σχέση γιατρού - ασθενούς που καλύπτεται από τον Ιπποκράτειο Όρκο, την εξίσου σημαντική σχέση γιατρού - κοινωνίας, και γιατρού - υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Paper presented at the 18th Panhellenic Conference on Surgery and International Surgical Forum, November 1-5, 1992, Athens, Greece.
2. C. Wilkie, Candidates Enter Crucible of Debates, Boston Globe, October 11, 1992, p.1 and 1G.
3. H. Bergstrom, Pressures Behind the Swedish Health Reforms, Viewpoint Sweden, No 12 July 1992, pp. 1-5.
4. Editorial, *The Boston Globe*, November 23, 1992, p. 10.
5. SOS America! A Children's Defense Budget Washington DC: Children's Defense Fund, 1990) p. 3.
6. S.O.S. America! A Children's Defense Budget (Washington, DC: Children's Defense Fund, 1990). p.3.
7. New York Times, October 18, 1992, p.1 and 26.
8. *The World Almanac and Book Facts* (New York: World Almanac, 1991) and OECD.
9. The centrepiece of Bush's plan to expand Americans' access to health insurance is a set of tax incentives to encourage families to buy coverage. He offers tax credits of up to \$3,750 for a four-person family earning under \$14,300, and tax deductions worth up to \$1,050 for families earning up to \$60,000 who have no health insurance through their workplace.

10. C. Jones, *Patterns of Social Policy*, London: Tavistock Publications, 1987, p. 147.
- 11.... the unrest of consumers. Therefore, political demands grew for new kinds of mechanisms the autonomy to run the system professionally and to acquire direct managerial responsibility. Caregivers have reached the point of crisis in their professional development which made them open to any reasonable reform idea, especially to those which offered greater professional autonomy and less political control. The American Medical Association, and the Swedish Medical Association organized both public and private physicians to ...
12. Abraham Lincoln, second annual message to the United States Congress in 1862.
13. M. Duval, "The Provider, the Government, and the Consumer", *Deadelus*, 106:206-220, 1977: J.P.
14. R.A. Knox, Union gauges health care's hit on wages, *Boston Globe*, October 23, 1992, p. 7.
15. J. Yenkin, "30 million Americans go hungry" *Boston Globe*, September 10, 1992, p. 3: Boston Globe editorial, "Deepening Poverty in America", *Boston Globe*, September 7, 1992, p. 14: D.L. Cohen, "Despite Widespread Income Growth, Study Finds Increase in Child Poverty" *Education Week*, August 5, 1992, p. 24: "More Poverty for all, *New York Times*, September 6, 1992, p. 2; "Gap Between Rich and Poor Widens, *Boston Globe*, August 28, 1992, p. 15; D. Iatridis, "Neoconservatism Reviewed", *Social Work*, March/April 1983, 28:2, pp. 101-107; D. Iatridis, "New Social Deficit: Neoconservatism's Policy of Social Underdevelopment", *Social Work* 33:, pp. 11-18 January/February, 1988; M. Marriott, "On Meaner Streets, The Violent Are More So". *New York Times*, September 13, 1992, p. 6B.
16. For more information see Rutkevich, et al., eds. *Transformations of Social Structure in the USSR and Poland*, (Moscow-Warsaw: 1974).
17. R. Nozick, *Anarchy, State and Utopia*, (New York: Basic books, 1974): J. Rawls, *A Theory of Justice*, (Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1971).
18. *Health and Other Effects of Unemployment* Joint Hearing before the Committee on Labor and Human Resources, United State Senate and the Subcommittee of Employment Opportunitics of the Committee on Education and Labor. House of Representatives, Ninely-Sixth Congress, Second Sesslon, July 24, 1980 (Washington DC: US Government Printing Office, 1980), pp. 24 Statement by H. Brenner; H. Brenner, *Estimating the Social Costs of National Economic Policy* (Washington, D.C.: US Government Printing Office, 1976).
19. M. Merva, R. Fowles, *Effects of Diminished Economic Opportunities on social stress: Heart Attacks, Strokes, and Crime* (Washington DC: Economic Policy Institutte, 1992).
20. Estimated on the basis of the actual unemployment rates between 1990-1992 in the metropolitan areas of the study.
21. See T.S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago: University of Chicago Press, 1970).
22. Children's Defence Fund, *The Nation's investment in Children: An Analysis of the President's FY 1992 Budget Proposals*, 1992, pp. 1, 5-6.