# ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 'ΟΙΟΝΕΙ ΑΓΟΡΩΝ' ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Μάνος Ματσαγγάνης, Επιστημονικός Συνεργάτης Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας Τομέας Ιατρικής Οικονομίας

Είναι πλέον κοινός τόπος μεταξύ ειδικών και μη ότι το κλασσικό υπόδειγμα ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους έδειξε σημεία κόπωσης στη δεκαετία του 70 και ανοικτής κρίσης σε αυτή του 80. Η μελέτη των αιτιών αυτής της εξέλιξης έχει ήδη υποδείξει τους παράγοντες που διαδραμάτισαν βασικότερο ρόλο, είτε αυτοί είναι οικονομικοί (πετρελαϊκές κρίσεις, στασιμοπληθωρισμός, δημοσιονομική κρίση του κράτους) είτε πολιτικοί (αμφισβήτηση του κεϋνσιανισμού, κρίση της σοσιαλδημοκρατίας, τέλος της συναίνεσης). Η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων και η συμβολή τους στην κρίση του κράτους πρόνοιας όπως αυτό είχε διαμορφωθεί στις τρεις πρώτες μεταπολεμικές δεκαετίες είναι φαινόμενα που έχουν αναλυθεί επαρκώς αλλού (Gough, 1979, Busi-Glucksmann et Therborn, 1981).

Η αυξανόμενη επιρροή των νεοσυντηρητικών ιδεών στο μεγαλύτερο μέρος της δεκαετίας του 80, και η ανεπιφύλακτη υιοθέτησή τους από πολιτικές δυνάμεις που σε αυτή την περίοδο ασκούσαν την εξουσία σε χώρες όπου το κράτος πρόνοιας ήταν ιδιαίτερα ανεπτυγμένο, οδήγησε πολλούς να προεξοφλήσουν τον επικείμενο θάνατό του. Σύμφωνα με τις τότε εκτιμήσεις, το κλασσικό υπόδειγμα, κατά το οποίο μια ευρεία δέσμη κοινωνικών υπηρεσιών χρηματοδοτείται από φόρους και εισφορές ανάλογες με το εισόδημα, παράγεται από δημόσιους και πάντως μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, και τελικά διανέμεται στους δικαιούχους (εν δυνάμει σε ολόκληρο τον πληθυσμό) με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, επρόκειτο να υποστεί ριζικές μετατροπές. Το διάδοχο υπόδειγμα δεν θα μπορούσε παρά να χαρακτηρίζεται από την αποδυνάμωση του δημόσιου χαρακτήρα βασικών συνιστωσών του κοινωνικού κράτους, όπως είναι η υγεία ή η εκπαίδευση, μέσω της αυξανόμενης συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών. Με άλλα λόγια, το κράτος πρόνοιας δεν θα απέφευγε τη μεταχείριση που μια σειρά κυβερνήσεων, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αυτή της Βρετανίας, επεφύλασσαν στους μεγάλους οργανισμούς κοινής ωφέλειας, δηλ. την ιδιωτικοποίηση. Σύμφωνα με τους θεωρητικούς του νεοσυντηρητισμού, το μέλλον ανήκε στη συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας και στον περιορισμό του κράτους στη χρηματοδότηση μιας μικρότερης δέσμης υπηρεσιών υποδεέστερης ποιότητας απευθυνόμενης στα άτομα και τις οικογένειες που βρίσκονται κάτω από το κατώφλι της φτώχειας.

Αντίθετα με τις αποκαλυπτικές αυτές προβλέψεις, ακόμη και στη Βρετανία, δέκα χρόνια ύστερα από την άνοδο της κ. Θάτσερ στην εξουσία η βασική διάρθρωση του κράτους πρόνοιας παρέμενε λίγο-πολύ αναλλοίωτη (με εξαίρεση την πώληση των διαμερισμάτων κοινωνικής κατοικίας στους ενοίκους τους) - ενώ η συμμετοχή του κοινωνικού τομέα στο εθνικό εισόδημα της χώρας εξακολουθούσε να είναι σταθερή στο 23%. Και όταν τελικά, στα τέλη της δεκαετίας του 80, η συντηρητική κυβέρνηση αποφάσισε να εφαρμόσει

ένα ευρύ πρόγραμμα μεταρρύθμισης του κράτους πρόνοιας, τα συγκεκριμένα μέτρα όχι απλώς δεν προσέγγιζαν το 'ιδεώδες' της ιδιωτικοποίησης, προς μεγάλη απογοήτευση των ιδεολόγων της ελεύθερης αγοράς, αλλά ούτε καν αμφισβητούσαν την αρχή της δημόσιας προέλευσης των πόρων από τους οποίους χρηματοδοτείται το σύστημα κοινωνικής πολιτικής. Η απόρριψη της ιδέας της ιδιωτικοποίησης οφείλεται ασφαλώς σε λόγους πολιτικούς (αποστροφή της κοινής γνώμης προς τις συνέπειες της ιδιωτικοποίησης, υψηλή αποδοχή του κράτους πρόνοιας από το εκλογικό σώμα, οφέλη από τη λειτουργία του για τις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις), αλλά και οικονομικούς (ικανότητα του κράτους πρόνοιας να παράγει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες με χαμηλό σχετικά κόστος). Ειδικά στο πεδίο της οικονομικής πολιτικής, έγινε βαθμιαία αντιληπτό ότι το κράτος πρόνοιας αποτελεί έναν εξαιρετικά αποτελεσματικό μηχανισμό παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, και αντίστροφα, ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες αποτελούν προνομιακό πεδίο της οικονομικής δράσης του δημοσίου τομέα.

Η νεοσυντηρητική εκστρατεία λοιπόν εναντίον του κράτους πρόνοιας, αν κι έφτασε μέχρι τη πολιορκία του οχυρού, απέτυχε να το αλώσει. Ακόμη και στη Βρετανία της δεκαετίας του 80, όπου η μάχη για το κράτος πρόνοιας δόθηκε υπό τις πλέον δυσμενείς συνθήκες για τους υπερασπιστές του, η τελική της έκβαση σήμανε την απομάκρυνση του ενδεχομένου της ιδιωτικοποίησης για πολλά χρόνια. Παρόλα αυτά, ούτε και το κλασσικό υπόδειγμα του κοινωνικού κράτους, όπως αυτό διαμορφώθηκε στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια, επέζησε της διαμάχης αυτής αλώβητο. Αντίθετα, τη θέση του δείχνει να παίρνει σταδιακά ένα νέο πρότυπο, που υπόσχεται τόσο την ενίσχυση του 'καταναλωτή' απέναντι στις απρόσωπες γραφειοκρατίες, όσο και τη διαφύλαξη του κοινωνικού χαρακτήρα του 'προϊόντος' που αυτές παράγουν: αυτό της χρησιμοποίησης στοιχείων ανταγωνισμού και αγοράς για την επίτευξη στόχων κοινωνικής πολιτικής, σε υβριδικούς σχηματισμούς γνωστούς ως '*οιονεί αγορές*'.

Η διευκρίνιση ορισμένων βασικών εννοιών είναι απαραίτητη σε αυτό το σημείο. Η διαφορά μεταξύ συμβατικών και οιονεί αγορών είναι το ότι στις τελευταίες (α) η παραγωγή κοινωνικών υπηρεσιών γίνεται διά της ανάθεσης συμβολαίων από τις κρατικές αρχές σε οργανισμούς, κερδοσκοπικούς ή μη, που βρίσκονται σε ανταγωνισμό μεταξύ τους, (β) οι καταναλωτές, όντας ανήμποροι να ασκήσουν την παροιμιώδη κυριαρχία τους όπως στις συνηθισμένες αγορές, εκπροσωπούνται από διαμεσολαβητές οι οποίοι λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό τους και προς το συμφέρον τους, ενώ, (γ) η αγοραστική δύναμη του τελικού καταναλωτή-χρήστη δεν εκφράζεται μέσω πληρωμών αλλά μέσω της επιλογής διαμεσολαβητή ή παραγωγού, ο οποίος με τη σειρά του πληρώνεται από τις υπεύθυνες δημόσιες αρχές (LeGrand, 1991).

Ένας περισσότερο περιοριστικός 'ιδεατός τύπος' είναι αυτός του '*δημόσιου ανταγωνισμού*', όπως προτείνεται από τους Saltman και von Otter (1992), σύμφωνα με τον οποίο δικαίωμα πρόσβασης στην αγορά έχουν μόνο παραγωγικές μονάδες δημόσιας ιδιοκτησίας, υποκείμενες σε πολιτικό έλεγχο. Υποστηρίζεται ότι ενώ οι οιονεί αγορές στοχεύουν σε 'από τα πάνω' αλλαγές δίνοντας έμφαση στην πλευρά της προσφοράς, στο δημόσιο ανταγωνισμό ο ρόλος του καταλύτη για την επίτευξη βελτιώσεων ανήκει στην πλευρά της ζήτησης. Επί πλέον, οι συγγραφείς εντοπίζουν την απειλή των οιονεί αγορών

για τον κοινωνικό τομέα όπως τον εννοούμε σήμερα στην πιθανότητα να υποχρεωθούν οι δημόσιες μονάδες να αναπροσδιορίσουν τόσο την οργανωτική δομή τους όσο και την ουσία των δραστηριοτήτων τους σύμφωνα με αυτές του κερδοσκοπικού τομέα προκειμένου να ανταπεξέλθουν στον ανταγωνισμό για την ανάθεση κρατικών συμβολαίων. Από την άλλη, γίνεται δεκτό ότι το πρόβλημα με τον δημόσιο ανταγωνισμό είναι ο κίνδυνος απώλειας δυναμικής εξαιτίας της έλλειψης εξωτερικών πιέσεων στο σύστημα.

Τέλος, η τυπολογία του σχετικού προγράμματος μελετών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) αναφέρεται στην ευρύτερη έννοια των '*μηχανισμών τύπου αγοράς*' που περιλαμβάνει κάθε μορφή δημόσιας πολιτικής στην οποία τουλάχιστον ένα από τα τυπικά χαρακτηριστικά της αγοράς είναι παρόν (ανταγωνισμός, τιμολόγηση, αποκεντρωμένη λήψη αποφάσεων, χρηματικά κίνητρα κ.ο.κ.), και η οποία αποκλείει τους δύο πόλους της παραδοσιακής δημόσιας παραγωγής και της πλήρους ιδιωτικοποίησης (Lacasse, 1992). Η τελευταία έννοια καλύπτει ένα ευρύτατο φάσμα προσπαθειών εισαγωγής στοιχείων ανταγωνισμού στο δημόσιο τομέα, με εφαρμογές που εκτείνονται από τη διαχείριση του Εθνικού Κινηματογραφικού Αρχείου στη Γαλλία μέχρι το καθορισμό των αλιευτικών δικαιωμάτων στη Βόρεια Θάλασσα - ενώ στον τομέα της υγείας, στον οποίο περιορίζεται η παρούσα εργασία, περιλαμβάνει και πειράματα περιορισμένης εμβέλειας, όπως είναι η θεσμοθέτηση της συμμετοχής του χρήστη στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης στην Ιταλία (Ferrera, 1992), ή η εισαγωγή στη Γαλλία συστήματος ευέλικτων νοσοκομειακών προϋπολογισμών, συνδεδεμένων δηλαδή με τις παρεχόμενες ημέρες νοσηλείας (Fixari et al., 1992).

Παρά το γεγονός, λοιπόν, ότι καινοτόμες μεταρρυθμίσεις διαφόρων παραλλαγών δοκιμάζονται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εμπειρία τριών κυρίως χωρών στις οποίες τολμηρές απόπειρες επαναπροσανατολισμού ολόκληρου του δημόσιου συστήματος υγείας βρίσκονται σε πλήρη εξέλιξη: στη Σουηδία, την Ολλανδία και τη Βρετανία.

Στη Σουηδία, ενώ οι γενικές κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας χαράσσονται από την κυβέρνηση (μέσω του υπουργείου υγείας και κοινωνικών υποθέσεων) και την κεντρική διοίκηση (μέσω του εθνικού φορέα υγείας και πρόνοιας), η ευθύνη για την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανήκει στα 26 περιφερειακά συμβούλια. Μέχρι το 1985, η επιρροή των περιφερειακών συμβουλίων περιοριζόταν στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας, τα οποία λειτουργούν με βάση την παροχή υπηρεσιών, έναντι μηδενικής ή συμβολικής συμμετοχής, από μισθωτούς γιατρούς και νοσοκόμους. Αντίθετα, ο ρόλος τους σε ό,τι αφορούσε τις υπηρεσίες των γιατρών του ιδιωτικού εξωνοσοκομειακού τομέα ήταν καθαρά διεκπεραιωτικός. Τα συμβούλια απλώς αποζημίωναν τους συμβεβλημένους γιατρούς με βάση το σύστημα της αμοιβής κατά πράξη και μετά εισέπρατταν με τη σειρά τους τα σχετικά ποσά από το εθνικό ταμείο υγείας. Το 1985, η μεταρρύθμιση της Ντάγκμαρ αντικατέστησε το σύστημα αυτό με ένα νέο, που προέβλεπε τη χρηματοδότηση των περιφερειακών συμβουλίων από το εθνικό ταμείο υγείας με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της κάθε περιφέρειας, αλλά και την ανάληψη από τα συμβούλια της πλήρους ευθύνης για τον προγραμματικό καθορισμό του εύρους, του όγκου και της ποιότητας των

υπηρεσιών που αυτά δέχονται να αγοράσουν για λογαριασμό των κατοίκων της περιφερείας τους.

Η μεταρρύθμιση της Ντάγκμαρ έδωσε έτσι το έναυσμα για πειράματα που κινήθηκαν προς διαφορετικές κατευθύνσεις. Μερικά συμβούλια χρησιμοποίησαν τις νέες αρμοδιότητες για να μειώσουν το μερίδιο του ιδιωτικού τομέα και να περιορίσουν τη συνολική δαπάνη για τις υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, άλλα στράφηκαν προς τον ιδιωτικό τομέα σε μια προσπάθεια να διευρύνουν το πακέτο των παρεχομένων υπηρεσιών αλλά και να μπορέσουν να συγκρίνουν το κόστος και την ποιότητά τους με τα ισχύοντα στο δημόσιο τομέα. Με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, η μεταρρύθμιση της Ντάγκμαρ οδήγησε στη δημιουργία 26 οιονεί αγορών, μιας σε κάθε περιφέρεια. Η εξέλιξη αυτή ενισχύθηκε από την πρωτοβουλία, δύο χρόνια αργότερα, του υπουργείου υγείας να επιδοτήσει τα συμβούλια με σημαντικά ποσά με σκοπό τη μείωση της λίστας αναμονής ασθενών για μη επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις, μια και το θέμα είχε φτάσει να δημιουργεί πολιτικά προβλήματα στην τότε σοσιαλδημοκρατική κυβέρνηση. Η πρωτοβουλία αυτή αποτέλεσε μια έμμεση παραδοχή της αδυναμίας των παραδοσιακών μεθόδων υγειονομικού σχεδιασμού που ακολουθούσαν τα συμβούλια να ανταποκριθούν στις συγκεκριμένες ανάγκες των κατοίκων της κάθε περιφέρειας, αλλά και οδήγησε στην ενσωμάτωση του ιδιωτικού τομέα - όπου έγιναν πολλές από τις επί πλέον χειρουργικές επεμβάσεις - στον προγραμματισμό του δημοσίου συστήματος υγείας (Saltman and von Otter, 1992).

Η περίπτωση του περιφερειακού συμβουλίου της Στοκχόλμης είναι χαρακτηριστική του πλούτου των πειραματισμών του δεύτερου μισού της δεκαετίας του 80. Η άνθιση της City-Akuten, της ιδιωτικής κλινικής που είχε λίγο νωρίτερα ιδρύσει μια ομάδα γιατρών από γνωστά δημόσια νοσοκομεία της σουηδικής πρωτεύουσας, ήταν ένα πρώτο παράδειγμα διαπλοκής του δημόσιου και ιδιωτικού στην τότε μόλις διαφαινόμενη μεικτή οικονομία της υγείας στη Σουηδία. Η κλινική επανδρώθηκε από μισθωτούς γιατρούς του δημόσιου τομέα που δούλευαν εκεί στον ελεύθερο χρόνο τους (που μπορεί να φτάσει τους τέσσερις μήνες το χρόνο, αφού το συμβούλιο της Στοκχόλμης, σε μια προσπάθεια να συγκρατήσει το ρυθμό αύξησης των δαπανών για την υγεία, είχε στα τέλη της δεκαετίας του 70 αποφασίσει να δίνει στους γιατρούς αυξήσεις στη διάρκεια της άδειας αντί στο μισθό). Η μεταρρύθμιση της Ντάγκμαρ ευνόησε την κλινική, αφού η τελευταία ήταν τώρα σε θέση να προσφέρει τη δυνατότητα ταχείας εξυπηρέτησης σε σύγχρονες εγκαταστάσεις στο κέντρο της πόλης έναντι συμβολικής συμμετοχής, ίσης με αυτή που καταβάλλεται για μια επίσκεψη σε ένα οποιοδήποτε κέντρο υγείας. Η γρήγορη επιτυχία της City-Akuten υπήρξε συμβολική των νέων δυνατοτήτων που δημιουργούσε η σχέση συνεργασίας μεταξύ ιδιωτικών μονάδων και των δημοσίων φορέων, οι οποίοι τις εντάσσουν στον προγραμματισμό του ευρύτερου τομέα της υγείας, χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες τους και ελέγχουν την ποιότητά τους για λογαριασμό των κατοίκων της περιοχής.

Το συμβούλιο της Στοκχόλμης εγκαινίασε το 1988 ένα νέο ενδιαφέρον πείραμα, στο νοσοκομειακό τομέα αυτή τη φορά, επιτρέποντας στις υποψήφιες μητέρες της πόλης να επιλέγουν εκείνες το μαιευτήριο στο οποίο επιθυμούν να γεννήσουν, αντί να είναι υποχρεωμένες να απευθυνθούν σε αυτό της περιοχής της κατοικίας τους όπως μέχρι τότε (Saltman and von Otter, 1990). Η χρηματοδότηση των μαιευτηρίων γινόταν αναδρομικά,

με βάση τον πραγματικό φόρτο εργασίας της κάθε μονάδας. Υπολογίστηκε ότι περίπου μία στις πέντε γυναίκες ζήτησαν να εισαχθούν σε άλλο μαιευτήριο από αυτό στο οποίο 'ανήκαν'. Το αποτέλεσμα της άσκησης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής κλινικής εκ μέρους των χρηστών ελάχιστα επηρέασε την οικονομική θέση των πέντε από τις επτά μονάδες της σουηδικής πρωτεύουσας, μα ευνόησε ακόμη περισσότερο το υψηλού κύρους νοσοκομείο Karolinska, ενώ δημιούργησε προβλήματα στην έβδομη κλινική που έχασε ασθενείς και συνεπώς έσοδα. Η διεύθυνση της κλινικής αυτής δέχθηκε την πίεση του συμβουλίου της πόλης για τις αιτίες της πτώσης, έκανε μια προσπάθεια αναζήτησης πρόσθετων πόρων στην παροχή διαγνωστικών εξετάσεων σε ασθενείς άλλων περιοχών, κι όταν τελικά αποφάσισε να κλείσει μια πτέρυγα για να μειώσει τα έξοδά της η απόφαση αυτή αντιμετωπίστηκε ως διαχειριστική αναγκαιότητα και όχι ως πολιτική επιταγή.

Η επιτυχία του πειράματος αυτού οδήγησε στην ελαφρά τροποποιημένη γενίκευσή του το 1991 με τη μορφή του 'μοντέλου της Στοκχόλμης' (Ματσαγγάνης, 1993). Το μοντέλο χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία μιας εσωτερικής αγοράς νοσοκομειακών υπηρεσιών σε αντικατάσταση του προηγούμενου συστήματος κατανομής των πόρων μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών. Το συμβούλιο, αν και διατηρεί τη συνολική ευθύνη για το τοπικό σύστημα υγείας, απέχει πλέον από την ενασχόληση με τα ζητήματα καθημερινής λειτουργίας και διοίκησης των εννέα νοσοκομείων και 25 κέντρων υγείας της πόλης. Το συμβούλιο κατανέμει πόρους σε εννέα νεοϊδρυθέντα 'τοπικά γραφεία υγείας' που είναι υπεύθυνα για τη διαχείριση των κέντρων υγείας που βρίσκονται στη ζώνη ευθύνης τους, όπως και για την αγορά νοσοκομειακών υπηρεσιών από οποιαδήποτε δημόσια μονάδα της πόλης μέσω προγραμματικών συμβάσεων με αυτές. Αν και αρχικά το μοντέλο κάλυπτε μόνο νοσοκομειακές υπηρεσίες ορισμένων μόνο ιατρικών ειδικοτήτων, από τις αρχές του 1993 έχει επεκταθεί σε όλο το φάσμα της νοσοκομειακής περίθαλψης εκτός της ψυχιατρικής.

Μετά τις εκλογές του 1991 που ανέτρεψαν τις σοσιαλδημοκρατικές πλειοψηφίες στο κοινοβούλιο αλλά και στα περισσότερα περιφερειακά συμβούλια, ο νέος υπουργός υγείας συγκρότησε μια επιτροπή για την εξέταση των εναλλακτικών επιλογών για τη στρατηγική μεταρρύθμιση του συστήματος. Η επιτροπή ανέθεσε σε μια μικρότερη ομάδα ειδικών την τεχνική ανάλυση τριών δυνατών λύσεων: (α) την υιοθέτηση ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο χρηματοδοτείται από έναν ειδικό φόρο εισοδήματος και εργοδοτικές εισφορές, ενώ τα περιφερειακά συμβούλια χάνουν το δικαίωμα επιβολής φόρων για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, (β) την αναδιοργάνωση των περιφερειών σε λιγότερες και μεγαλύτερες γεωγραφικές ενότητες, τα συμβούλια των οποίων διατηρούν τις σημερινές αρμοδιότητες χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας σε ένα γενικευμένο σύστημα δημόσιου ανταγωνισμού, και (γ) την ανάθεση πόρων και κάθε ευθύνης για την παροχή ή αγορά υπηρεσιών για λογαριασμό των ασθενών στους οικογενειακούς γιατρούς, στο διευρυμένο πρότυπο του βρετανικού συστήματος των προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών, όπως αναλύεται στη συνέχεια. Τον Απρίλιο του 1993 η ομάδα παρέδωσε την έκθεση της στην επιτροπή, σχολιάζοντας με ευνοϊκό τρόπο την τρίτη λύση (προς την οποία έκλινε ο ίδιος ο υπουργός), μα προτείνοντας την υιοθέτηση της πρώτης λύσης (Glennerster and Matsaganis, 1994). Η επιτροπή επρόκειτο να παρουσιάσει τη δική της τελική έκθεση πριν το τέλος του 1994. Οι πρόσφατες γενικές εκλογές, από τις οποίες

προέκυψε μια νέα σοσιαλδημοκρατική κυβέρνηση μειοψηφίας, ενώ αναμένεται να επηρεάσουν την τελική μορφή της επικείμενης μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας, δεν φαίνεται πιθανό να αλλάξουν τις γενικές της κατευθύνσεις, δεδομένου ότι ήδη από την άνοιξη του 1988 το σοσιαλδημοκρατικό κόμμα έχει ταχθεί υπέρ της συνεχούς ενίσχυσης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής εκ μέρους των ασθενών.

Ενώ στη Σουηδία (και, όπως πρόκειται να γίνει φανερό στη συνέχεια, στη Βρετανία) οι καταστατικοί σκοποί του μεταρρυθμιστικού προγράμματος ήταν η ενσωμάτωση κινήτρων για διοικητική ευελιξία και οικονομική αποτελεσματικότητα στη δυναμική ενός συστήματος που είχε ήδη εξασφαλίσει ολοκληρωτική κάλυψη του πληθυσμού και συνεπώς έναν υψηλό βαθμό κοινωνικής δικαιοσύνης, η πραγματικότητα αντίθετα του τομέα υγείας στην Ολλανδία καθιστούσε υποχρεωτική την αντιμετώπιση ενός διπλού προβλήματος: όχι μόνο αυτό της βελτίωσης της οικονομικής απόδοσης του εθνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και εκείνο της επέκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης στο 39% του πληθυσμού που, είτε ως (σχετικά) υψηλόμισθοι είτε ως αυταπασχολούμενοι, ήταν μέχρι τότε απαλλαγμένοι από την υποχρέωση να συνεισφέρουν σε αυτό (van de Ven, 1990).

Πράγματι, μέχρι πρόσφατα ο τομέας της ασφάλισης υγείας στην Ολλανδία χαρακτηριζόταν από έναν έντονο δυϊσμό. Από τη μια, η πλειοψηφία των εργαζομένων ήταν ασφαλισμένοι σε ένα από τα 40 περιφερειακά ταμεία υγείας, ανάλογα με την περιοχή στην οποία διέμεναν. Από την άλλη, ένα υπολογίσιμο τμήμα του πληθυσμού (σχεδόν τα δύο πέμπτα) ήταν απολύτως ελεύθεροι να επιλέξουν είτε να ασφαλιστούν σε μία από τις 70 ιδιωτικές εταιρείες του κλάδου, είτε ακόμη να παραμείνουν ανασφάλιστοι αν το επιθυμούν. Με άλλα λόγια, ο τομέας συνδύαζε τις κλασσικές αδυναμίες ενός κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος (έλλειψη δυνατότητας επιλογής ταμείου, απουσία κινήτρων για αποτελεσματικότητα από παραγωγούς, χρήστες και ταμεία υγείας), με όλα τα μειονεκτήματα της ελεύθερης αγοράς υγείας (μη ασφάλιση, μεροληπτική επιλογή, ανισότητες) - συν τις οργανωτικές δυσλειτουργίες που προέρχονται από την εκτεταμένη κρατική παρέμβαση για τον συντονισμό ενός συστήματος κατακερματισμένου (συμψηφισμός ελλειμμάτων ορισμένων ταμείων με τα πλεονάσματα άλλων, λεπτομερής καθορισμός τιμών και νοσηλείων, έγκριση επενδύσεων για την ανέγερση νέων νοσοκομείων, χορήγηση αδειών για την αγορά τεχνικού εξοπλισμού, κτλ). Είναι χαρακτηριστικό ότι οι απόπειρες βελτίωσης της λειτουργίας του τομέα υγείας στην Ολλανδία που η μία μετά την άλλη ετίθεντο σε εφαρμογή ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 60 δεν κατάφεραν ποτέ να τροποποιήσουν ουσιαστικά τις παραμέτρους του προβλήματος. Από τη μια η πολυπλοκότητα και η τεχνική φύση των δυσκολιών, και από την άλλη τα αντικρουόμενα συμφέροντα των εμπλεκομένων μερών κατέδειξαν τελικά το αδύνατο της εύρεσης λύσεων στα πλαίσια του συγκεκριμένου πλαισίου οργάνωσης του τομέα (van de Ven, 1990).

Η γενικευμένη αναγνώριση των συσσωρευμένων αδιεξόδων ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 80 ενθάρρυνε την κυβέρνηση (κεντροδεξιού τότε προσανατολισμού) να αναθέσει το έργο της αναζήτησης ριζικών λύσεων σε μια επιτροπή εμπειρογνωμόνων υπό τον Β. Ντέκκερ, πρώην πρόεδρο της εταιρείας Philips. Η έκθεση της επιτροπής δόθηκε στη δημοσιότητα το 1987 και οι βασικές της κατευθύνσεις έγιναν δεκτές από το κοινοβούλιο μετά από ένα χρόνο συζητήσεων. Αλλά και το νέο κοινοβούλιο, που προέκυψε μετά από

τις εκλογές του 1989 οι οποίες έδωσαν τη διακυβέρνηση σε έναν κεντροαριστερό αυτή τη φορά συνασπισμό κομμάτων, επιβεβαίωσε τη συγκατάθεσή του στο πρόγραμμα των μεταρρυθμίσεων που πρότεινε η επιτροπή Ντέκκερ. Σύμφωνα με τα παραπάνω, το πρόγραμμα έχει ήδη αρχίσει να εφαρμόζεται σταδιακά.

Παράλληλα, η ευρύτατη πολιτική και επιστημονική συναίνεση γύρω από την επικείμενη μεταρρύθμιση του τρόπου οργάνωσης και χρηματοδότησης του τομέα υγείας έχει ενθαρρύνει τα περιφερειακά ταμεία υγείας να αναπτύξουν καινοτόμες πρωτοβουλίες με τη μορφή πειραμάτων. Τα πιο σημαντικά πειράματα αφορούν στην εφαρμογή νέων μεθόδων αποζημίωσης των γενικών γιατρών - που μέχρι τώρα βασιζόταν στη κατά κεφαλή (ετήσια) αμοιβή για τους ασθενείς των ταμείων υγείας και στην αμοιβή κατά πράξη για τους υπόλοιπους ασθενείς - με σκοπό τον περιορισμό των παραπομπών ασθενών στο νοσοκομείο στις απόλυτα δικαιολογημένες περιπτώσεις. Αλλα ενδιαφέροντα πειράματα έχουν ως αντικείμενο την εφαρμογή νέων συστημάτων συλλογής πληροφοριών, την τροποποίηση των παραδοσιακών σχέσεων μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας, καθώς και το συντονισμό ασφαλιστικών φορέων, νοσοκομείων και γιατρών για τη βελτίωση της οικονομικής απόδοσης των παρεχομένων υπηρεσιών (Kirkman-Liff and van de Ven, 1989).

Το πρόγραμμα των αλλαγών που πρότεινε η επιτροπή Ντέκκερ και αποδέχθηκε το ολλανδικό κοινοβούλιο προβλέπει τη δημιουργία ενός μεικτού συστήματος, που συνδυάζει στοιχεία της εθνικής ασφάλισης υγείας με τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό. Το νέο σύστημα, αντίθετα με ό,τι ίσχυε στο παρελθόν, στοχεύει στην εξασφάλιση για το σύνολο του πληθυσμού πρόσβασης σε ένα ευρύτατο πακέτο παροχών, δίνοντας σε κάθε κάτοικο το δικαίωμα επιλογής οποιουδήποτε ασφαλιστικού φορέα, ιδιωτικού ή δημόσιου, αρκεί φυσικά αυτός να τηρεί τις βασικές προϋποθέσεις που προβλέπει η σχετική νομοθεσία. Για τη χρηματοδότηση αυτού του πακέτου παροχών, όλοι οι φορολογούμενοι συνεισφέρουν ανάλογα με το εισόδημα τους σε ένα κεντρικό ταμείο. Το ταμείο επιδοτεί τους ασφαλιστικούς φορείς με ένα προκαθορισμένο ποσό για κάθε ασφαλισμένο που τους επιλέγει. Το ποσό αυτό είναι ανεξάρτητο από τον ασφαλιστικό φορέα επιλογής, αλλά συνδέεται με το αναμενόμενο κόστος της δημογραφικής ομάδας του κάθε ασφαλισμένου. Η επιδότηση δεν εξαντλεί το κόστος της ασφαλιστικής κάλυψης αλλά πλησιάζει το 90% του συνολικού κόστους του βασικού πακέτου παροχών. Η μικρή αυτή διαφορά μεταξύ κόστους και επιδότησης ελπίζεται να δημιουργήσει κίνητρα για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας: σύμφωνα με το προτεινόμενο σχέδιο, κάθε ασφαλιστικός φορέας είναι ελεύθερος να ορίζει το ποσό της ετήσιας συνδρομής που απαιτείται για την αγορά του βασικού πακέτου ή συμπληρωματικών παροχών. Η συνδρομή αυτή πρέπει όμως να είναι πάγια, σταθερή για κάθε ασφαλισμένο, δηλαδή ανεξάρτητη από τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά και, συνεπώς, ανεξάρτητη από το κόστος των υπηρεσιών που αναμένεται να απαιτηθούν για την περίθαλψή του.

Με αυτό τον τρόπο φιλοδοξεί η μεταρρυθμιστική πρόταση να ενισχύσει την οικονομική συνείδηση των συμβαλλομένων μερών. Κατ' αρχήν, οι ασφαλισμένοι, επιλέγοντας φορέα ασφάλισης, είναι υποχρεωμένοι να λάβουν υπ' όψιν το ποσό της συνδρομής που καλούνται να καταβάλουν. Αυτό δίνει κίνητρο στους ασφαλιστικούς φορείς να διατηρούν

σε ελκυστικά επίπεδα το ποσό της συνδρομής που απαιτούν. Για να το επιτύχουν αυτό, οι φορείς ασφάλισης πρέπει να ελέγχουν το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών, επιβάλλοντας με τη σειρά τους στους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας συμβόλαια με ρήτρες συγκράτησης του κόστους - επί ποινή απωλείας μεριδίων αγοράς τόσο για τους μεν όσο και για τους δε (Ματσαγγάνης, 1993). Δεδομένου, τέλος, ότι οι κρατικές αρχές διατηρούν τον κρίσιμο ρόλο του ελεγκτού (και μαζί εγγυητή) της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ελπίζεται ότι η συγκράτηση του κόστους θα γίνεται μέσω της βελτίωσης της αποδοτικότητας και όχι σε βάρος της ποιότητας.

Βέβαια, η ιδιαιτερότητα της ολλανδικής περίπτωσης είναι το ότι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η σχεδιαζόμενη μεταρρύθμιση στοχεύει ταυτόχρονα με τη βελτίωση της οικονομικής απόδοσης και στην επέκταση της κοινωνικής δικαιοσύνης στο σύστημα ασφάλισης υγείας. Για πρώτη φορά στην ιστορία του κοινωνικού κράτους στη χώρα αυτή, πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση υγείας εξασφαλίζεται στο σύνολο του πληθυσμού και, μάλιστα, επί ίσοις όροις - αντίθετα απ' ό,τι στο παρελθόν, όταν το ύψος των εισφορών, το εύρος των παροχών και η ποιότητα των υπηρεσιών διέφεραν από ταμείο σε ταμείο και από περιοχή σε περιοχή.

Με το μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα λοιπόν δημιουργούνται οι συνθήκες για τη λειτουργία ενός συστήματος, όχι απλώς ελεγχόμενου, αλλά σχεδιασμένου ανταγωνισμού - που ενώ διατηρεί τα αναδιανεμητικά χαρακτηριστικά του παραδοσιακού κοινωνικού κράτους, και μάλιστα τα διευρύνει, επιχειρεί ταυτόχρονα να επωφεληθεί από το δυναμισμό της αγοράς. Σύμφωνα με τα δεδομένα, θα μπορούσε να κριθεί δίκαιη η εκτίμηση ότι η σχεδιαζόμενη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας στην Ολλανδία έχει κάθε δυνατότητα να επιτύχει μία σχεδόν ιδανική ισορροπία μεταξύ αγοράς και κρατικής ρύθμισης, μεταξύ αλληλεγγύης και αποδοτικότητας (van de Ven, 1991).

Στη Βρετανία ήταν μόνο που η συντηρητική κυβέρνηση μετά από αρκετά χρόνια στην εξουσία, αποφάσισε να στρέψει το μεταρρυθμιστικό της ζήλο στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας, το δημοφιλέστερο και ανθεκτικότερο των επιτευγμάτων της πρώτης μεταπολεμικής κυβέρνησης των Εργατικών, υπό τον Κ. Αττλη (1946-51). Την αφορμή είχε δώσει το χειμώνα του 1987 ένα ιδιαίτερα οξύ επεισόδιο της καθιερωμένης πλέον ετήσιας μίνι πολιτικής κρίσης γύρω από τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, που είχε προκαλέσει τη μήνι της τότε πρωθυπουργού Μ. Θάτσερ και την είχε οδηγήσει να ανακοινώσει από την τηλεόραση (απ' όπου και, παρεμπιπτόντως, το πληροφορήθηκαν οι υπουργοί της) τη σύσταση επιτροπής με σκοπό την επεξεργασία προτάσεων για τη μεταρρύθμιση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Μέσα σε ένα μόλις χρόνο οι προτάσεις της επιτροπής είχαν ήδη αποκρυσταλλωθεί με τη μορφή νομοσχεδίου προς συζήτηση, στον πρόλογο του οποίου η πρωθυπουργός έγραφε: 'στο σύνολό τους οι προτάσεις αυτές αντιπροσωπεύουν τη βαθύτερη μεταρρύθμιση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στη σαραντάχρονη ιστορία της'.

Ανεξάρτητα από τις επιθυμίες της πρωθυπουργού και των συνεργατών της, ο άξονας των προβληματισμών για την αναθεώρηση του τρόπου οργάνωσης και χρηματοδότησης του συστήματος γρήγορα απομακρύνθηκε από την ιδέα της αναζήτησης ριζοσπαστικών εναλλακτικών λύσεων στην κατεύθυνσή της ιδιωτικοποίησης του. Αντίθετα, υπό την επιρροή των προτάσεων μελετητών από τις ΗΠΑ (Enthoven, 1985), αλλά και από την ίδια τη Βρετανία (Maynard, 1986), και - πάνω απ' όλα - υπό την κυριαρχία ωριμότερων

σκέψεων ως προς τις αρνητικές επιπτώσεις στον κρατικό προϋπολογισμό τυχόν γενίκευσης της έκπτωσης των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας από τη φορολογία εισοδήματος (που μέχρι τότε ίσχυε μόνο για τους ηλικιωμένους), επικράτησε τελικά η επιλογή της ενίσχυσης του ανταγωνισμού στο εσωτερικό του συστήματος με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής του αποτελεσματικότητας.

Πιο συγκεκριμένα, η κεντρική ιδέα της μεταρρύθμισης που τέθηκε σε εφαρμογή τον Απρίλιο του 1991 ήταν η δημιουργία μιας 'εσωτερικής αγοράς' μέσα στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας, στην οποία η ευθύνη της παραγωγής υπηρεσιών υγείας διαχωρίζεται από αυτή της αγοράς των υπηρεσιών για λογαριασμό των ασθενών. Στην πλευρά της ζήτησης, οι πρωταγωνιστές είναι οι τοπικές υγειονομικές αρχές, αλλά και όσοι οικογενειακοί γιατροί είναι κάτοχοι των ειδικών προϋπολογισμών για την αγορά ορισμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών και φαρμακευτικής περίθαλψης για λογαριασμό των ασθενών τους. Σε ό,τι αφορά τις τοπικές υγειονομικές αρχές, οι βασικές τους νέες αρμοδιότητες είναι η αξιολόγηση των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής τους και η ανάθεση στους παραγωγούς υπηρεσιών του έργου της παροχής του συνδυασμού νοσοκομειακής και ανοιχτής φροντίδας υγείας που ικανοποιεί αυτές τις ανάγκες καλύτερα (Ματσαγγάνης, 1993). Στα δύο ή τρία πρώτα χρόνια του νέου θεσμού, και ενώ οι τοπικές υγειονομικές αρχές βαθμιαία αποσύρονταν από τη διοίκηση και τη λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων που τύχαινε να βρίσκονται μέσα στα γεωγραφικά τους όρια, παρατηρήθηκαν αρκετές συγχωνεύσεις μεταξύ γειτονικών τοπικών αρχών, καθώς και κοινές πρωτοβουλίες των τελευταίων με τους φορείς που είναι υπεύθυνοι για την παροχή κοινωνικής πρόνοιας (τοπική αυτοδιοίκηση) και για το συντονισμό του δικτύου των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ('οικογενειακές υγειονομικές αρχές').

Ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός οικογενειακών γιατρών - κατόχων ειδικών προϋπολογισμών πλαισιώνει τις τοπικές υγειονομικές αρχές στην πλευρά της ζήτησης. Συνήθως οργανωμένοι σε συνεταιρισμούς (αποτελούμενοι, σε μια τυπική περίπτωση, από πέντε γιατρούς, με νοσοκόμες, γραμματείς κτλ. στο προσωπικό τους, και ένδεκα χιλιάδες ασθενείς εγγεγραμμένους στα βιβλία τους), οι γιατροί εξακολουθούν να αμείβονται, όπως και οι υπόλοιποι συνάδελφοί τους, με ετήσια κατά κεφαλή αμοιβή (σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων σε αυτούς ασθενών) και πριμ (για την εκπλήρωση ορισμένων στόχων των εγγεγραμμένων σε αυτούς ασθενών) και πριμ (για την εκπλήρωση ορισμένων στόχων πολιτικής υγείας). Επί πλέον όμως, οι γιατροί αυτοί έχουν την ευχέρεια της διαχείρισης σημαντικών ποσών που προορίζονται για την αγορά ενός καθορισμένου εύρους νοσοκομειακών υπηρεσιών για λογαριασμό των ασθενών τους (επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, εργαστηριακές εξετάσεις, ορισμένες μη επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας), για τα έξοδα της φαρμακευτικής περίθαλψης των ασθενών, και για την πληρωμή των αμοιβών του διοικητικού προσωπικού που απασχολείται στα ιατρεία. Αυτό δίνει στους συμμετέχοντες γιατρούς τη δυνατότητα να ελέγχουν οι ίδιοι την κατανομή στους ασθενείς των πόρων του συστήματος που τους αναλογούν, αντί να εξαρτώνται για αυτό από απρόσωπους γραφειοκρατικούς οργανισμούς (Ματσαγγάνης, 1992). Η γρήγορη ανάπτυξη του νέου θεσμού ήταν ένα από τα πιο απρόσμενα στοιχεία της μεταρρύθμισης. Χαρακτηριστικά, ενώ στην αρχή ο θεσμός αυτός θεωρείτο μάλλον περιθωριακός στο συνολικό πλαίσιο των αλλαγών, σήμερα καλύπτει τα δύο πέμπτα περίπου των κατοίκων της Αγγλίας (οι άλλες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, δηλαδή η Ουαλία, η Σκωτία και η Βόρειος

Ιρλανδία έχουν δικές τους υγειονομικές αρχές που έχουν εφαρμόσει παραλλαγές του θεσμού των προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών).

Αναμφίβολα, η βασική καινοτομία στη πλευρά της προσφοράς είναι η καθιέρωση αυτοδιοικούμενων μονάδων που έχουν ονομαστεί 'τραστ της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας'. Τα τραστ λειτουργούν ως ανεξάρτητοι, μη-κυβερνητικοί οργανισμοί, με καταστατικό σκοπό την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης ή και, σε ορισμένες περιπτώσεις, συνεχούς φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και ατόμων με ειδικές ανάγκες. Αντίθετα με ό,τι ίσχυε στο παρελθόν, οι μονάδες αυτές δεν είναι υπόλογες στις τοπικές υγειονομικές αρχές αλλά απευθείας στον υπουργό υγείας, ο οποίος ασκεί αυτό τον εποπτικό ρόλο μέσω ειδικών 'τοποτηρητών' του επιτελικού οργάνου της Υπηρεσίας. Σε σύγκριση με τις μονάδες που ακόμη διευθύνονται από τις τοπικές υγειονομικές αρχές, τα νοσοκομεία-τραστ διαθέτουν μεγαλύτερη αυτονομία και ελευθερία κινήσεων, που περιλαμβάνουν για παράδειγμα τη διαπραγμάτευση ανεξάρτητα από εθνικές συλλογικές συμβάσεις των αποδοχών και συνθηκών εργασίας του προσωπικού, τον καθορισμό ανεξάρτητα από συμφωνίες με τα σχετικά επαγγελματικά σωματεία του αριθμού (και, φυσικά, του μείγματος δεξιοτήτων) των απασχολουμένων, καθώς και την άσκηση ορισμένης διακριτικής ευχέρειας σε σχέση με τις επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό (που εξακολουθεί κατά ένα μεγάλο μέρος να απαιτεί την έγκριση του υπουργείου οικονομικών). Ήδη, από την περασμένη άνοιξη, το μεγαλύτερο μέρος των νοσοκομειακών υπηρεσιών παρέχεται από αυτοδιοικούμενες μονάδες, που αριθμούν πάνω από 90% του συνόλου των κλινών.

Αντίθετα με τη μεταρρύθμιση του σουηδικού συστήματος υγείας που - εκτός από ορισμένα εξαιρετικά ενδιαφέροντα πειράματα - βρίσκεται ακόμη στη φάση της συζήτησης για την επιλογή ενός συγκεκριμένου νέου τρόπου οργάνωσης, αλλά και με τη μεταρρύθμιση του ολλανδικού τομέα υγείας που εφαρμόζεται σταδιακά, το πρόγραμμα μεταρρύθμισης της βρετανικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη ήδη από τον Απρίλιο του 1991. Για αυτό, η περίπτωση της Βρετανίας προσφέρεται ιδιαίτερα για μια απόπειρα αξιολόγησης, που βέβαια δεν μπορεί παρά να είναι προσωρινή, αφού αναμφίβολα είναι πολύ νωρίς για την οριστική κρίση τόσο σημαντικών αλλαγών, των οποίων οι επιπτώσεις δεν έχουν ακόμη γίνει ορατές στην ολότητά τους.

Τα ακόλουθα κριτήρια έχουν προταθεί για τη συστηματική αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων (LeGrand, 1994): ποιότητα, αποτελεσματικότητα, δυνατότητα επιλογής εκ μέρους των χρηστών, ανταποκρισιμότητα στις ανάγκες τους, και κοινωνική δικαιοσύνη. Όσον αφορά την ποιότητα, η αποτίμηση δεν μπορεί να υπεισέλθει σε καθαρά ιατρικές παραμέτρους - αφού κοινά αποδεκτός τρόπος μέτρησης της συμβολής των υπηρεσιών υγείας (πόσο μάλλον των αλλαγών στην οργάνωσή τους) στο επίπεδο υγείας των χρηστών δεν υπάρχει ακόμη. Υποκαθιστώντας την έννοια της ικανοποίησης των χρηστών στην ευρύτερη έννοια της ποιότητας, σημειώνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις σημειώθηκαν μικρές μόνο αλλαγές, γεγονός που μάλλον πρέπει να αποδοθεί στο ότι τυχόν βελτιώσεις υποσκελίστηκαν από την άνοδο των προσδοκιών. Από την άλλη, πολλές θετικές αλλαγές στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν μπορούν να αποδοθούν στις μεταρρυθμίσεις καθ' εαυτές, αλλά στο νέο συμβόλαιο των οικογενειακών γιατρών που, αν και άσχετο από τη δημιουργία των εσωτερικών αγορών, τέθηκε σε εφαρμογή ταυτόχρονα με αυτές. Αντίθετα,

καταλογίζεται υπέρ του προγράμματος αλλαγών το ότι ο θεσμός των προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών δείχνει να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, μέσω για παράδειγμα της μείωσης του χρόνου αναμονής που απαιτείται για την εισαγωγή μη επειγόντων περιστατικών στο νοσοκομείο ή για την έκδοση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, καθώς και μέσω της γενικής βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ νοσοκομειακών και οικογενειακών γιατρών για την καλύτερη παρακολούθηση όσων ασθενών παραπέμπονται για νοσοκομειακή περίθαλψη. Βέβαια, δεδομένου ότι στα δύο πρώτα χρόνια των αλλαγών η αύξηση στη χρηματοδότηση της Υπηρεσίας ήταν 6.8% και 6.2% σε πραγματικές τιμές (ενώ χαρακτηριστικά το 1989-90 ήταν μόλις 0.8% και το 1993-94 1.3%), θα ήταν εκπληκτικό αν δεν παρατηρούνταν κάποιες τουλάχιστον βελτιώσεις (Glennerster and LeGrand, 1994). Επί πλέον, όσοι οικογενειακοί γιατροί συμμετείχαν από την αρχή στο νέο σύστημα είχαν περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας, αφού ήταν κατά τεκμήριο πιο καινοτόμοι αλλά και επειδή έτυχαν μεγαλύτερης προσοχής και ενίσχυσης. Παρά τις επιφυλάξεις αυτές, αν τελικά αποδειχθεί ότι οι βελτιώσεις που προαναφέρθηκαν μπορούν να διατηρηθούν υπό κανονικούς χρηματοδοτικούς περιορισμούς και συνθήκες γενικευμένης προσχώρησης στο θεσμό, οι προϋπολογισμοί οικογενειακών γιατρών θα έχουν αναδειχθεί χωρίς αμφιβολία στην πιο επιτυχημένη πλευρά των μεταρρυθμίσεων (Glennerster et al., 1994).

Κατά τρόπο ανάλογο, είναι δύσκολο να θεμελιωθεί η με σχέσεις αιτιότητας σύνδεση των αλλαγών με τυχόν παρατηρούμενες βελτιώσεις στον τομέα της οικονομικής αποτελεσματικότητας του νέου τρόπου παροχής υπηρεσιών. Χαρακτηριστικά, έχει δειχθεί ότι ενώ το κόστος λειτουργίας των αυτοδιοικούμενων νοσοκομείων είναι χαμηλότερο απ' ό,τι σε άλλα νοσοκομεία, αυτό ίσχυε ήδη πριν από την εφαρμογή του νέου θεσμού και συνεπώς δεν μπορεί να αποδοθεί σ' αυτόν. Επί πλέον, αμφιβολίες για το αν οι πρόσφατες αλλαγές συνέβαλαν στη βελτίωση της οικονομικής απόδοσης της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας δημιουργεί το ότι η λειτουργία ενός συστήματος βασισμένου στον περιορισμένο, έστω, ανταγωνισμό αναπότρεπτα οδηγεί στην αύξηση των δαπανών για διοίκηση και οργάνωση - ενώ δεν είναι ακόμη σαφές εάν τα οφέλη από τον πολλαπλασιασμό των διευθυντικών στελεχών (μέσω για παράδειγμα της αύξησης της παραγωγικότητας στο σύνολο του συστήματος) υπερκαλύπτουν την αύξηση του κόστους αμοιβής τους.

Εάν το κριτήριο της δυνατότητας επιλογής εκ μέρους των χρηστών, καθώς και αυτό της ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες τους, έχει ικανοποιηθεί ή όχι εξακολουθεί να είναι θέμα αντιδικιών. Αναλυτές προερχόμενοι από το χώρο της ριζοσπαστικής δεξιάς (οι οποίοι, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, είδαν τις ελπίδες τους για μια σταδιακή ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας στη Βρετανία να διαψεύδονται από τη στροφή του μεταρρυθμιστικού προγράμματος προς θέσεις που δεν θίγουν το δημόσιο χαρακτήρα της χρηματοδότησης της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας), ισχυρίζονται ότι οι νέοι θεσμοί δεν ενδυναμώνουν τους χρήστες αλλά τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας για λογαριασμό τους - και ιδίως όσους οικογενειακούς γιατρούς διαχειρίζονται προϋπολογισμούς. Αν και αυτό είναι τυπικά σωστό, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αλλαγή της ισορροπίας δυνάμεων στο εσωτερικό της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας υπέρ των οικογενειακών γιατρών και σε βάρος των άλλοτε παντοδύναμων διευθυντών κλινικών είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα

προς την ενίσχυση της θέσης των ασθενών. Είναι αποδεδειγμένο ότι οι οικογενειακοί γιατροί είναι οι πλέον κατάλληλοι για το ρόλο του εκπροσώπου των ασθενών, και αυτό όχι μόνο επειδή αναπτύσσουν στενότερες σχέσεις με αυτούς, αλλά και επειδή έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθούν την πορεία της υγείας τους τόσο πριν όσο και μετά την παραπομπή τους στο νοσοκομείο. Εξ άλλου, είναι αμφίβολο κατά πόσον είναι συνετή η ενίσχυση της θέσης του ασθενή πέρα από το σημείο όπου η λήψη αποφάσεων απαιτεί πλέον ειδικές γνώσεις.

Η σημαντικότερη, όμως, ένσταση στο μεταρρυθμιστικό πρόγραμμα (και αυτή που ανταποκρίνεται στους μεγαλύτερους φόβους των χρηστών των υπηρεσιών υγείας) αφορά τις αρνητικές επιπτώσεις του στην κοινωνική δικαιοσύνη, που αναντίρρητα αποτελεί τη θεμελιώδη αρχή στην οποία περισσότερο από κάθε άλλη βασίστηκε η δημιουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας το 1948. Το αιτιολογικό της ένστασης αυτής είναι ότι κάθε ανταγωνιστικό σύστημα περικλείει (ακόμη χειρότερα: προεξοφλεί) το ενδεχόμενο της ύπαρξης κερδισμένων και χαμένων, που δεν επιτρέπεται να έχει θέση σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας. Θα μπορούσε να απαντήσει κανείς ότι αν ένα τέτοιο σύστημα είναι πάνω από όλα εγγυητής του δικαιώματος στην περίθαλψη και όχι κατ' ανάγκη παραγωγός των απαιτουμένων υπηρεσιών υγείας, όπως ακριβώς δείχνει να γίνεται ο ρόλος της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας στη σύγχρονη εποχή, το σημαντικό είναι να εξασφαλίζεται ότι οι κερδισμένοι και ιδίως οι χαμένοι δεν είναι ασθενείς, αλλά παραγωγοί υπηρεσιών υψηλής και χαμηλής παραγωγικότητας αντιστοίχως - όπου ως παραγωγικότητα εννοείται η επίτευξη όσο το δυνατόν μεγαλύτερων βελτιώσεων του επιπέδου υγείας των ασθενών για ένα δεδομένο επίπεδο πόρων και συνεπώς κόστους. Η δημιουργία ανισοτήτων μεταξύ ασθενών ήταν για πολλούς αναλυτές η αναπόφευκτη κατάληξη του νέου συστήματος των οικογενειακών γιατρών που χειρίζονται προϋπολογισμούς. Εκφραζόταν η ανησυχία ότι οι ασθενείς αυτών των γιατρών θα βρισκόντουσαν σε μειονεκτική θέση, αφού οι τελευταίοι θα μείωναν τις παραπομπές στο νοσοκομείο προσπαθώντας να αποφύγουν τυχόν ελλείμματα. Τελικά, το αντίθετο παρατηρήθηκε, με αποτέλεσμα το επιχείρημα να αντιστραφεί ώς έκφραση ανησυχίας για την τύχη των ασθενών που είναι εγγεγραμμένοι στους καταλόγους γιατρών που δεν συμμετέχουν στο νέο θεσμό. Σε απάντηση αυτής της ανησυχίας διατυπώνεται η ελπίδα ότι το παρατηρούμενο μειονέκτημα των ασθενών μη κατόχων προϋπολογισμών δεν είναι παρά ένα παροδικό φαινόμενο, που πρόκειται να εξαλειφθεί όταν επέλθει ισορροπία στην πλευρά της αγοράς υπηρεσιών - είτε μέσω της προσχώρησης στο νέο θεσμό όλων των οικογενειακών γιατρών, είτε μέσω της ανάπτυξης δεξιοτήτων αποτελεσματικής εκπροσώπησης ασθενών από τους άλλους αγοραστές υπηρεσιών (δηλαδή τις τοπικές υγειονομικές αρχές, ίσως σε συνεργασία με οικογενειακούς γιατρούς που δεν μπορούν ή δεν θέλουν να διαχειρίζονται δικούς τους προϋπολογισμούς).

Παραμένει ωστόσο το σημαντικό πρόβλημα της μεροληπτικής επιλογής, των συστηματικών δηλαδή διακρίσεων εκ μέρους αγοραστών υπηρεσιών εναντίον ασθενών που αναμένεται να κοστίσουν περισσότερο από την προκαταβολική αποζημίωση που καταβάλλουν οι δημόσιες αρχές στους πρώτους για την ασφάλιση των δευτέρων. Το πρόβλημα, που συνδέεται με τη χρησιμοποίηση μαθηματικού τύπου για τον υπολογισμό του ποσού της αποζημίωσης, είναι ιδιαίτερα κρίσιμο στην περίπτωση της ολλανδικής

μεταρρύθμισης (van de Ven, 1991), ενώ ενυπάρχει περισσότερο ως μελλοντικός κίνδυνος και λιγότερο ως άμεση απειλή στο νέο βρετανικό σύστημα (Matsaganis and Glennerster, 1994). Τέλος, η πρέπουσα προσοχή οφείλεται να δοθεί στον απόλυτα υπαρκτό κίνδυνο της μίμησης εκ μέρους του δημοσίου τομέα της οργανωτικής δομής και των δραστηριοτήτων του κερδοσκοπικού τομέα προκειμένου να ανταπεξέλθει στον ανταγωνισμό για συμβόλαια. Τα θύματα από μια τέτοια εξέλιξη θα ήταν οι υπηρεσίες 'μακράς απόδοσης' (φροντίδας ηλικιωμένων, ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και ατόμων με ειδικές ανάγκες) και οι ασθενείς στους οποίους οι υπηρεσίες αυτές απευθύνονται.

Πρέπει να είναι σαφές απ' όσα προηγήθηκαν ότι η αποτίμηση των προγραμμάτων μεταρρύθμισης του δημόσιου συστήματος υγείας στη Σουηδία, την Ολλανδία και τη Βρετανία είναι κάθε άλλο παρά ανεπιφύλακτα θετική. Αντίθετα, οι πολιτικές συγκρούσεις αλλά και οι αντιδικίες των αναλυτών γύρω από αυτές συνεχίζονται - και θα εξακολουθούν, απ' ότι φαίνεται, να συνεχίζονται για πολύ καιρό. Παρ' όλα αυτά όμως, δείχνει να διαμορφώνεται σταδιακά η συνείδηση ότι οι αλλαγές αποτελούν 'υπέρβαση και συνέχεια της παράδοσης του Bismark και του Beveridge' (Κυριόπουλος, 1992), και όχι ρήξη με αυτή. Καθώς δείχνει να παρουσιάζει σημεία εξάντλησης η μάλλον στείρα διαμάχη γύρω από το εάν η εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας είναι θεμιτή ή όχι, γίνεται σιγά-σιγά κατανοητό ότι οι οιονεί αγορές, παρά τα πλεονεκτήματα τους, δεν είναι σε θέση από μόνες τους να επιλύσουν το κομβικό πρόβλημα της αντίφασης μεταξύ των συνεχώς αυξανομένων προσδοκιών των εν δυνάμει χρηστών ενός δημοσίου συστήματος υγείας από τη μια, και των περιορισμένων πόρων που πολιτικοί και οικονομικοί παράγοντες διαθέτουν σε αυτό από την άλλη. Έχει άλλωστε σωστά παρατηρηθεί (Glennerster and LeGrand, 1994) ότι το κόστος ενός συγχρόνου κράτους προνοίας τείνει να υπερβαίνει τη δυνατότητα και διάθεση των φορολογουμένων να το αναλάβουν. Από την άλλη, το αίτημα της παροχής βελτιωμένων υπηρεσιών εξακολουθεί να είναι πιεστικό για τους υπεύθυνους της πολιτικής υγείας, αφού οι ψηφοφόροι στην Ευρώπη, αντίθετα με αυτούς στις Ην. Πολιτείες, δεν είναι (ακόμη;) διατεθειμένοι να δεχτούν υπηρεσίες χαμηλοτέρου επιπέδου, έστω και άν το αντάλλαγμα είναι η μείωση των φόρων. Με άλλα λόγια, τυχόν επιτυχία των οιονεί αγορών στην υγεία, ενώ ασφαλώς δεν πρόκειται να σημάνει την οριστική κατεδάφιση των κατακτήσεων του κοινωνικού κράτους, δεν θα αποτελέσει παρά προσωρινή διαφυγή από το παραπάνω δίλημμα, που είναι πάνω απ' όλα πολιτικό-πολιτισμικό.

Τέλος, όσον αφορά τη σημασία της εμπειρίας των μεταρρυθμίσεων για τη χώρα μας, η βασικότερη αντίρρηση που μπορεί να έχει κανείς για την εισαγωγή οιονεί αγορών στον ελληνικό τομέα υγείας αφορά το εάν αυτές αποτελούν προτεραιότητα. Κάθε πρόβλημα απαιτεί λύσεις στα δικά του μέτρα, και λύσεις που δίνονται σε διαφορετικά προβλήματα, οσοδήποτε επιτυχημένες, δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικές όταν εφαρμόζονται σε αυτό. Με την έννοια αυτή, αν και οι οιονεί αγορές θα μπορούσαν να έχουν μια θέση στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης προσπάθειας ριζικής ανάπλασης του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, είναι βέβαιο ότι η αποσπασματική εισαγωγή τους στην υπάρχουσα κατάσταση θα αποδιοργάνωνε ακόμη περισσότερο το σημερινό σύστημα. Συνεπώς, η έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνωμόνων (Abel-Smith και συν., 1994), παρά το γεγονός ότι ενσωματώνει μερικές από τις καλύτερες ιδέες ελλήνων μελετητών (όπως, για παράδειγμα,

αυτή της δημιουργίας ενός ενοποιημένου ταμείου για την μονοψωνιακή αγορά υπηρεσιών υγείας), εμπεριέχει τον κίνδυνο της επιλεκτικής υιοθεσίας ορισμένων από τις προτάσεις με τρόπο που μαθηματικά οδηγεί σε αντίθετα αποτελέσματα από αυτά στα οποία φαίνεται να προσβλέπει η επιτροπή (η παραχώρηση, για παράδειγμα, διοικητικής αυτονομίας στα δημόσια νοσοκομεία, που σε συνθήκες γενικευμένων αντιδεοντολογικών συμπεριφορών του προσωπικού τους θα επέτεινε τα σημερινά εκφυλιστικά φαινόμενα). Οπως έχουν παρατηρήσει και άλλοι μελετητές των προσφάτων αλλαγών στα ευρωπαϊκά δημόσια συστήματα υγείας (Ham, 1992), παρά το γεγονός ότι μεταρρυθμιστικές προτάσεις βασισμένες στην ιδέα του ανταγωνισμού ήδη δοκιμάζονται με κάποια επιτυχία αλλού, θα ήταν λάθος να κινηθεί κανείς σε αυτή την κατεύθυνση προτού καλά-καλά δοκιμάσει αποτελεσματικές μεθόδους προγραμματισμού και διαχείρισης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ


Abel-Smith B., Calltorp J., Dixon M., Dunning A., Evans R., Holland W., Jarman B., και Μόσιάλος Η. (1994) *Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνωμόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας*. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Φαρμέτρικα, Αθήνα.

Busi-Glucksmann C. et Therborn G. (1981) *Le defi social-democrate. Francois Maspero*, Paris. Ελληνική έκδοση 1984, Θεμέλιο, Αθήνα.

Enthoven A.C. (1985) *Reflections on the management of the National Health Service*. Occasional Paper 5. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Ferrera M. (1992) '*The case of user charges for prescription drugs in Italy*'. Occasional Papers on Public Management, Market-Type Mechanisms Series 2 45-59. OECD, Paris.

Fixari D., Moisdon J.C., and Pallez F. (1992) '*Managing modernisation in the public sector: managerial aspects of market-type mechanisms*'. Occasional Papers on Public Management, Market-Type Mechanisms Series 1 37-88. OECD, Paris.

Glennerster H. and LeGrand J. (1994) '*The development of quasi-markets in welfare provision*'. Discussion Paper 102. Welfare State Programme, London School of Economics.

Glennerster H. and Matsaganis M. (1994) '*The English and Swedish health care reforms*'. International Journal of Health Services 24(2) 231-251.

Glennerster H., Matsaganis M., Owen P., and Hancock S. (1994) *GP fundholding: wild card or winning hand?*. Open University Press, Milton Keynes.

Gough I. (1979) *The political economy of the welfare state*. MacMillan Publishers Ltd., London.

Ham C. (1992) '*Reforming the Swedish health services: the international context*'. Health Policy *21* 129-141.

Kirkman-Liff B.R. and van de Ven W.P.M.M. (1989) '*Improving efficiency in the Dutch health care system: current innovations and future options*'. Health Policy 13 35-53.

Κυριόπουλος Γ. (1992) '*Ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας*'. Κεφάλαιο 10 (σελ. 158-173) στο: Οικονομικά και πολιτικές των υπηρεσιών υγείας. Επιμέλεια Γ. Κυριόπουλου, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Lacasse F. (1992) '*The programme of studies on market-type mechanisms: issues and strategy*'. Occasional Papers on Public Management, Market-Type Mechanisms Series 1 5-36. OECD, Paris.

LeGrand J. (1991) '*Quasi-markets and social policy*'. Economic Journal 101 1256-1267.

LeGrand J. (1994) '*Evaluating the NHS reforms*'. *Chapter 10 (pp. 74-107) in: Evaluating the NHS reforms*. Edited by R. Robinson and J. LeGrand, King's Fund Institute, London.

Ματσαγγάνης Μ. (1992) '*Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βρετανία: η περίπτωση των προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών*'. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1(1) 41-50.

Ματσαγγάνης Μ. (1993) '*Μορφές ανταγωνισμού σε δημόσια συστήματα υγείας*'. Κεφάλαιο 3 (σελ. 53-81) στο: Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα. Επιμέλεια Γ. Κυριόπουλου και Δ. Νιάκα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Matsaganis M. and Glennerster H. (1994) '*The threat of cream skimming in the post-reform NHS*'. Journal of Health Economics 13 31-60.

Maynard A. (1986) '*Performance incentives in general practice*'. In: Health education in general practice. Edited by G. Teeling- Smith, Office of Health Economics, London.

Saltman R.B. and von Otter C. (1990) '*Implementing public competition in Swedish county councils: a case study*'. International Journal of Health Planning and Management 5 105- 116.

Saltman R.B. and von Otter C. (1992) *Planned markets and public competition*. Open University Press, Milton Keynes.

van de Ven W.P.M.M. (1990) '*From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system*'. European Economic Review 34 632-645.

van de Ven W.P.M.M. (1991) '*Perestroika in the Dutch health care system: a demonstration project for other European countries*'. European Economic Review 35 430-440.