

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ - ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΜΑΝΤΑΣ

**Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΒΟΣΝΙΑΣ – ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ:
ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ – ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2008

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ - ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΜΑΝΤΑΣ

**Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΒΟΣΝΙΑΣ – ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ:
ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ**

Επόπτης:

ΔΡ ΙΩΑΝΝΗΣ ΒΛΑΣΣΗΣ

**Καθηγητής Συστημάτων Υγείας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διοίκηση της Υγείας**

Μελέτη για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ – ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2008

VASILIOS – EYTHIMIOS MANTAS

**THE HEALTH SYSTEMS FINANCING
OF BOSNIA - HERZEGOVINA AND BULGARIA:
A COMPARATIVE PRESENTATION**

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”
University of Piraeus, Greece

Supervisor:
DR IOANNIS VLASSIS

PIRAEUS 2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αντικείμενο της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η παρουσίαση και η περιγραφή της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας των χωρών Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και Βουλγαρίας. Σκοπός της είναι να εξετάσει την οργανωτική δομή και διαχείριση των συστημάτων αυτών και να αναλύσει τη χρηματοδότηση και τις δαπάνες του υγειονομικού τομέα των χωρών αυτών. Σε αυτό το πλαίσιο, κρίθηκε απαραίτητο να αναλυθούν το κύριο σύστημα χρηματοδότησης και κάλυψης, οι ωφέλειες και οι παροχές του συστήματος, οι συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης και οι δαπάνες ιατρικής περίθαλψης. Τέλος, διατυπώνονται οι διαφορές της χρηματοδότησης των 2 συστημάτων υγείας και η συγκριτική ανάλυση τους.

Ειδικότερα, στο Πρώτο Κεφάλαιο, παρουσιάζονται γενικά στοιχεία για τη χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων στην Ευρώπη και στα Βαλκάνια και αναλύονται οι τρόποι κατανομής και διανομής των δαπανών υγείας.

Αντικείμενο του Δεύτερου Κεφαλαίου, είναι η περιγραφή της οργανωτικής δομής και διαχείρισης των συστημάτων υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και της Βουλγαρίας, η περιγραφή του προγραμματισμού και της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι νέες προκλήσεις που αφορούν τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών στην εποχή μας.

Σκοπός του Τρίτου Κεφαλαίου, είναι η λεπτομερής περιγραφή της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και των προβλημάτων της, τα χαρακτηριστικά του συστήματος χρηματοδότησης του (αναζήτηση κεφαλαίων και συγκέντρωση πόρων) και τα οφέλη από τις ελεγχόμενες παροχές, Ακολούθως, αναλύονται οι ιδιωτικές πληρωμές, η εθελοντική ασφάλιση υγείας, οι εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης και οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη. Τα υποκεφάλαια αυτά, αναλύονται ξεχωριστά για την Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και την Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, που αποτελούν μαζί με την ανεξάρτητη περιοχή του Brecko, το κράτος της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης.

Επιπροσθέτως, το τέταρτο Κεφάλαιο παραθέτει τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Βουλγαρίας, τη λειτουργία του συστήματος αυτού, τις παροχές και τις ωφέλειες του, τις κύριες πηγές χρηματοδότησης του, τα προβλήματά του, την ιατρική και κοινωνική ασφάλιση, τις συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης, τις δαπάνες υγείας, καθώς και τις νέες προκλήσεις και προοπτικές του.

Εν κατακλείδι, στο Πέμπτο Κεφάλαιο, γίνεται μια προσπάθεια συγκριτικής αξιολόγησης και ανάλυσης των 2 αυτών συστημάτων ως προς την οργανωτική δομή και διαχείριση τους, τους τρόπους χρηματοδότησης τους και, το ύψος και την κατανομή των δαπανών υγείας, την ποιότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και σύγκρισης ως προς τα συστήματα παροχής ιατρικής περίθαλψης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, συνέβαλλαν άμεσα και έμμεσα κάποια άτομα που θα ήταν παράλειψη μου να μην εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Ιωάννη Βλάσση, τον οποίον είχα την χαρά να γνωρίσω στα πλαίσια των μαθημάτων του μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας. Οι παρατηρήσεις του, οι συμβουλές του και η καθοδήγηση του, συνέβαλλαν τόσο στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, όσο και στον εμπλουτισμό των γνώσεων μου, καθώς και στη διεύρυνση των επιστημονικών μου οριζόντων.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους καθηγητές κυρίους Θεόδωρο Παπαηλία και Διονύσιο Γιαννακόπουλο, αλλά και όσους συνέβαλλαν στην σχεδίαση και στην υλοποίηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας που μου παρείχε πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες για την μετέπειτα επαγγελματική μου σταδιοδρομία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι μία από τις σημαντικότερες προτεραιότητες των σημερινών κυβερνήσεων. Το ύψος και οι πηγές της χρηματοδότησης, καθορίζονται σύμφωνα με τα πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα της κάθε χώρας. Τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, την άμεση και έμμεση φορολογία, την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία.

Το ύψος των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση της κάθε χώρας. Η υποχρηματοδότηση και η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν τις βασικές προβληματικές των υγειονομικών συστημάτων. Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν μεταξύ τους μεγάλες χρηματοδοτικές, οργανωτικές και λειτουργικές διαφορές.

Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη λειτουργούν 13 συστήματα-υπουργεία υγείας, τα οποία δεν έχουν αλλάξει σημαντικά από την προπολεμική περίοδο. Αυτά κατανέμονται στην Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, στην οποία η χρηματοδότηση είναι υποχρέωση του κάθε κρατιδίου. Αντίθετα, στο σύστημα υγείας της Βουλγαρίας το Υπουργείο Υγείας εφαρμόζει την κατανομή και διανομή των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με το ύψος της χρηματοδότησης τους, σε συνεργασία με το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας. Τέλος, ενώ στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη παραμένει συγκεντρωτικό το σύστημα υγείας, στη Βουλγαρία παρατηρούνται τάσεις αποκέντρωσης.

Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, προέρχεται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων, από τη φορολόγηση των εισοδημάτων και από τους προϋπολογισμούς των Καντονιών και των Δήμων. Παράλληλα, στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται στις εισφορές των εργαζομένων, στην κοινωνική ασφάλιση και

στην ιδιωτική συμμετοχή. Γενικά όμως, η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, βασίζεται κυρίως σε πόρους που προέρχονται από το κράτος.

Το σύστημα χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας της Βουλγαρίας, βασίζεται κυρίως στον κρατικό προϋπολογισμό και στους προϋπολογισμούς της τοπικής αυτοδιοίκησης. Το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας, καλύπτει μικρό μέρος των δαπανών για την υγεία ενώ τελευταία χρόνια, παρουσιάζεται αύξηση των δαπανών υγείας του συστήματος. Τέλος, η Βουλγαρία έχει συμμετάσχει σε διάφορα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που λειτουργούν συμπληρωματικά για το ύψος της χρηματοδότησης.

Συμπερασματικά, παρατηρούνται πολλές διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και της Βουλγαρίας. Οι διαφορές αυτές, διακρίνονται ως προς την οργανωτική δομή και διαχείριση των 2 συστημάτων υγείας, τους τρόπους χρηματοδότησης, το ύψος και την κατανομή των δαπανών υγείας, τα συστήματα παροχής ιατρικής περίθαλψης, καθώς και ως προς τον ετεροχρονισμό της αναδιοργάνωσης των 2 αυτών συστημάτων υγείας

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Αποδοτικότητα

Αποτελεσματικότητα

Βοσνία-Ερζεγοβίνη

Βουλγαρία

Δαπάνες υγείας

Διαχείριση

Διοίκηση

Ιδιωτική Ασφάλιση

Κοινωνική Ασφάλιση

Μελέτες Αξιολόγησης

Μεταρρύθμιση της Ιατρικής Περίθαλψης

Νοσοκομεία

Οργάνωση

Οργανωτική δομή

Παροχές

Ποιότητα

Πολιτική Υγείας

Πόροι

Προγραμματισμός

Συστήματα Υγείας

Σχέδια συστημάτων υγείας – οργάνωση και διοίκηση

Υλοποίηση της Ιατρικής Περίθαλψης

Υπηρεσίες Υγείας

Φορολογία

Χρηματοδότηση της Υγείας

ABSTRACT

The health system financing is one of the most important priorities of governments. The height and the sources of financing are determined according to political, social and economic circumstances of each country. The health care systems supported by the government finance budget, the taxation and by the social and private health insurance. The height of expenses in health system is related with the economic situation of each country. Health systems in EU have many financing, organisational and functional differences from each other.

In the Bosnia-Herzegovina there are 13 healthy systems which have not changed considerably in recent years. On the contrary, in the Bulgaria health system the distribution of health services is according to the height of their financing. Finally, while the Bosnia-Herzegovina health system remains centralized, in Bulgaria is observed tendencies of decentralisation.

The financing of health care services in Bosnia and Herzegovina emanates mainly from the contributions of workers, from the tax imposition and from the budgets of Kantons. At the same time, in Republic of Serbs of Bosnia the health system financing is based on the social insurance and on the private attendance. Generally, the financing of health sector, is based mainly on resources from the state.

The financing of health system in Bulgaria is based mainly on the government. In recent years it is presents increase of expenses for health system. Bulgaria has participated in various programs of EU that function additionally for the height of heath financing.

In conclusion, there are observed a lot of differences between the health care systems of Bosnia-Herzegovina and Bulgaria. These differences are distinguished in the organisational structure and management of two systems, in the kinds of financing, in the height and the distribution of health expenses and in the differences about the health care development for each country.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΟΣΝΙΑΣ-ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ

- 2.1. Οργανωτική δομή και διαχείριση του συστήματος υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
 - A) Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
 - B) Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας
 - Γ) Συμπεράσματα σχετικά με την οργανωτική δομή και τη διοίκηση του συστήματος υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
- 2.2. Οργανωτική δομή και διαχείριση του συστήματος υγείας της Βουλγαρίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΟΣΝΙΑΣ – ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ

- A) Κύριο σύστημα χρηματοδότησης και κάλυψης
- B) Αναζήτηση κεφαλαίων και συγκέντρωση πόρων
 - B1) Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
 - B2) Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας
- Γ) Οφέλη και ελεγχόμενες παροχές
 - Γ1) Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
 - Γ2) Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας
- Δ) Ιδιωτικές πληρωμές
 - Δ1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
 - Δ2) Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας
- E) Εθελοντική ασφάλιση υγείας

- E1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
- E2) Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας\
- ΣΤ) Εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης
 - ΣΤ1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
 - ΣΤ2) Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας
- Z) Δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ

- A) Κύριο Σύστημα χρηματοδότησης και κάλυψης
- B) Ωφέλειες και παροχές του συστήματος υγείας
- Γ) Δωροδοκίες από τους ασθενείς
- Δ) Εθελουσία ιατρική ασφάλιση
- E) Άλλες πηγές χρηματοδότησης
- ΣΤ) Δαπάνες του συστήματος υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΣΝΙΑΣ-ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ

Εισαγωγή

- A) Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας των 2 χωρών
 - A1) Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη
 - A2) Στην Βουλγαρία
- B) Ο προγραμματισμός, ο κανονισμός και τη διοίκηση των συστημάτων υγείας των 2 χωρών.
 - B1) Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη
 - B2) Στην Βουλγαρία
- Γ) Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των 2 χωρών.
 - Γ1) Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη
 - I) Στην Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
 - II) Στην Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας
 - Γ2) Στην Βουλγαρία

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.

Πηγές εισοδήματος (δομή) του Ταμείου Υγειονομικής Ασφάλισης της Δημοκρατίας των Σέρβων της Βοσνίας (σε %)

Πίνακας 2.

Συνολική δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας και σε όλη τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, το 1997 και το 1998

Πίνακας 3:

Κύριες Πηγές Χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας της Βουλγαρίας (%)

Πίνακας 4:

Τάσεις στις Δαπάνες Υγείας στη Βουλγαρία, 1990-2000

Πίνακας 5:

Δαπάνες για την Υγεία ανά Κατηγορία στη Βουλγαρία (σαν ποσοστό % της κρατικής δαπάνης για την υγεία) 1990-2000

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

- ΑΕΠ:** Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΕΓΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Γεωργικό Προϊόν
ΕΑΤΥ: Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας
ΚΜ: Νόμισμα Βοσνίας-Ερζεγοβίνης
ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Ανάπτυξης και Συνεργασίας
ΠΟΥ: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τρόπος χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, καθώς και η εξεύρεση των αναγκαίων αλλά πεπερασμένων πόρων για την απρόσκοπτη λειτουργία τους αποτελούν σημαντικά ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις.

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης είναι οι ακόλουθες:

1. Άμεση φορολογία

Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας.

2. Έμμεση φορολογία

Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική η οποία καλύπτει τις ανάγκες όλου του προϋπολογισμού, όπως στην περίπτωση του φόρου προστιθέμενης αξίας, και ειδική η οποία προορίζεται για καθορισμένο σκοπό και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά.

3. Κοινωνική ασφάλιση

Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας. Είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

4. Ιδιωτική Ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας απευθύνεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα.

5. Πληρωμές των χρηστών

Πρόκειται για τη λιγότερο ισότιμη ως προς την οικονομική επιβάρυνση πηγή χρηματοδότησης καθώς βασίζεται στο ατομικό ή το οικογενειακό διαθέσιμο εισόδημα και ως εκ τούτου δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη και δημιουργεί προβλήματα ανισότητας στην πρόσβαση.

Τα κυριότερα προβλήματα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας είναι:

- Η έλλειψη οικονομικών πόρων
- Η Κατανομή των πόρων
- Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών
- Η Έλλειψη Συντονισμού
- Οι Αντιπαραγωγικές δαπάνες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα των σημερινών κυβερνήσεων, είναι η ανεύρεση των πόρων που χρειάζονται για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το ύψος και οι πηγές χρηματοδότησης πρέπει να καθορίζονται με βάση τα ιστορικά, κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα μιας χώρας, αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται εξίσου υπόψη και τα κριτήρια κοινωνικής ισότητας και αποτελεσματικότητας.

Οι τρεις αρχές που πρέπει να ισχύουν σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα είναι:

- 1) Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, που τονίζει ότι το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που δίνεται για την υγεία, δεν θα ξεπερνάει το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
- 2) Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, που τονίζει ότι η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων υγείας, πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος, ή στην επίτευξη με το πιο μικρό κόστος ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος.
- 3) Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα που έχει ο καθένας.

Τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται από δημόσιους πόρους που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από ιδιωτικούς πόρους, τους οποίους καταβάλλουν εθελοντικά οι ιδιώτες και οι εργοδότες. Θα πρέπει φυσικά να επισημανθεί ότι ο

διαχωρισμός που γίνεται σε δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους, δε σχετίζεται σε καμία περίπτωση με το διαχωρισμό των υπηρεσιών υγείας σε κρατικές ή ιδιωτικές.

Επιπροσθέτως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία), η κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων), ο ιδιωτικός τομέας (ιδιωτική ασφάλιση, εισόδημα νοικοκυριών, παροχές υγείας από εργοδότες, διάφορες φιλανθρωπίες και λοιπές δωρεές) και η εξωτερική βοήθεια (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμια Τράπεζα κ.λπ.). Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ο δημόσιος τομέας καλύπτει περίπου το 70-95% των συνολικών δαπανών υγείας.

Ο κρατικός προϋπολογισμός, είναι η βασική πηγή χρηματοδότησης στα εθνικά συστήματα υγείας. Σαν παράδειγμα, μπορούμε να αναφέρουμε ότι στην πλειοψηφία των συστημάτων που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, η κυβέρνηση μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, επιδοτεί τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων και των νοσοκομείων, ενώ καλύπτει τις δαπάνες για δημόσια υγεία, έρευνα και εκπαίδευση.

Πριν τον Β' παγκόσμιο πόλεμο, η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό ήταν στις περισσότερες χώρες περιορισμένη, αφού κυρίως κάλυπτε τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία, τους άπορους, τους άνεργους και τους ανάπηρους. Στην περίοδο αυτή λοιπόν, οι κύριες πηγές χρηματοδότησης ήταν η κοινωνική ασφάλιση, η εκκλησία και τα διάφορα φιλανθρωπικά ιδρύματα. Βέβαια, σταδιακά το κράτος άρχισε να παίζει έναν πιο ενεργό ρόλο στη χρηματοδότηση, λόγω της ραγδαίας οικονομικής ανόδου και της διόγκωσης των δαπανών υγείας.

Τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, έχουν πολύ σημαντικά πλεονεκτήματα:

- 1) Έχουν πολύ μικρό διοικητικό κόστος, μιας και δεν απαιτείται να δημιουργηθούν επιπλέον μηχανισμοί που θα συλλέξουν πόρους υγείας.

2) Κοστίζουν λιγότερο και οι πολιτικές ελέγχου των δαπανών είναι αποτελεσματικότερες, σε αντίθεση με τα συστήματα στα οποία υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί.

3) Είναι πιο δίκαια κοινωνικά, αφού τα οικονομικά βάρη κατανέμονται με βάση το εισόδημα, σε αντίθεση με τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης.

Βέβαια, εκτός από πλεονεκτήματα, τα συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, έχουν εξίσου και κάποια μειονεκτήματα:

1) Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη τη δυνατότητα επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, σε αντίθεση με τα ασφαλιστικά ταμεία.

2) Επικρατεί ο φόβος περικοπών, γιατί εξαρτώνται από τα δημόσια έσοδα. Αντίθετα, στα συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση, οι πόροι ίσως να είναι σταθεροί και συγκεκριμένοι.

Σε ότι αφορά την κοινωνική ασφάλιση, αποτελεί σήμερα την κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας. Οι πόροι προέρχονται βασικά, από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Το ύψος τους καθορίζεται από το ίδιο το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση και υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου.

Η μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια και η αδυναμία των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, ανάγκασε τον προϋπολογισμό των κρατών να επιδοτεί τα ελλείμματα. Έτσι, η βασική αρχή της κοινωνικής ασφάλισης για διμερή χρηματοδότηση, μετατράπηκε σε τριμερή, δηλαδή εργαζόμενοι, εργοδότες και κράτος.

Τέλος, σε ότι αφορά την ιδιωτική ασφάλιση, αποτελεί στα ελεύθερα συστήματα υγείας την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Οι πόροι της, προέρχονται από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες, οι οποίοι προσφέρουν στους εργαζόμενους κάλυψη υγείας.

Η ιδιωτική ασφάλιση παρέχεται μέσα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, που δρουν ανταγωνιστικά στην ελεύθερη αγορά και επιδιώκουν το κέρδος. Λόγω του έντονου ανταγωνισμού που επικράτησε τα τελευταία χρόνια, πολλές ασφαλιστικές εταιρίες μετατράπηκαν σε φορείς ελεγχόμενης φροντίδας, οι οποίοι προσφέρουν στους ασφαλισμένους ένα συγκεκριμένο πακέτο υπηρεσιών υγείας και αμείβονται με έναν καθορισμένο αριθμό χρημάτων.

Στα εθνικά συστήματα υγείας, είτε αυτά στηρίζονται οικονομικά στην κοινωνική ασφάλιση, είτε στον προϋπολογισμό του κράτους, η ιδιωτική ασφάλιση παίζει ρόλο συμπληρωματικό, ο οποίος όμως με τον καιρό αυξάνεται. Σε αυτές τις περιπτώσεις λοιπόν, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προσφέρει συμπληρωματικές καλύψεις, που δεν προσφέρονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και περιορίζεται συνήθως σε εξασφάλιση καλύτερου ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσιών. Για αυτό και απευθύνονται σε υψηλά εισοδηματικά στρώματα του πληθυσμού. Σήμερα, υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο το 10% του πληθυσμού των δυτικοευρωπαϊκών χωρών έχουν ατομική ή ομαδική ασφάλιση υγείας, σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.

Η υποχρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, καθώς και η αναζήτηση για καλύτερη ποιότητα, αποτελούν τις βασικές αιτίες ύπαρξης του φαινομένου, το οποίο αναιρεί την αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Η υγειονομική δαπάνη καταγράφει αυξητική πορεία στις χώρες του ΟΟΣΑ, και εφόσον αυτή η τάση συνεχιστεί, οι κυβερνήσεις θα χρειαστεί να αυξήσουν τη φορολόγηση, να περιορίσουν τις δαπάνες που διαθέτουν σε άλλους τομείς της οικονομίας ή να αναγκάσουν τους χρήστες να πληρώνουν περισσότερα από την «τσέπη» τους, ώστε να διατηρήσουν βιώσιμα τα συστήματα υγείας τους.

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης υγείας ήταν μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ, μεταξύ του 1990 και του 2004, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, με εξαίρεση τη Φινλανδία. Το 1990 η υγειονομική δαπάνη ανέρχονταν κατά μέσο όρο στο 7% του ΑΕΠ (των χωρών του ΟΟΣΑ), ενώ στις μέρες μας ανήλθε σε 8,9% το 2004

και σε 8,8% το 2003. Η Βάση Υγείας του ΟΟΣΑ 2006, παρέχει ένα εύληπτο σύνολο στατιστικών δεδομένων, το οποίο αφορά την πλειοψηφία των αναπτυγμένων χωρών, με περισσότερους από 1.200 δείκτες. Σε αρκετές περιπτώσεις είναι διαθέσιμες χρονολογικές σειρές που ξεκινούν από το 1960.

Στην πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ, το μεγαλύτερο μέρος της υγειονομικής δαπάνης χρηματοδοτείται από φορολογικά έσοδα, με το 73% της συνολικής δαπάνης υγείας το 2004, να καταβάλλεται από τους δημόσιους φορείς χρηματοδότησης. Η εξασφάλιση της απρόσκοπτης χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας για τις κυβερνήσεις, καθώς η δαπάνη υγείας ως ποσοστό % του ΑΕΠ αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω, λόγω της ακριβής σύγχρονης τεχνολογίας υγείας και της γήρανσης του πληθυσμού.

Όταν αναφερόμαστε στα θέματα υγείας και καταρτίζονται προγράμματα βελτίωσης της, δημιουργούνται τεράστιες δαπάνες, που πραγματοποιούνται από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, οι οποίοι μεριμνούν για την αντιμετώπιση και επίλυση όλων των προϊόντων και υπηρεσιών της υγείας.

Όλα τα κράτη θεωρούν και αναγνωρίζουν την υγεία ως το ύψιστο κοινωνικό αγαθό, και με βάση αυτό, πολλές φορές οι κυβερνήσεις ασκούν κοινωνική πολιτική, προσπαθώντας να χορηγούν ικανό αριθμό δαπανών για καλύτερες ποιοτικά υπηρεσίες υγείας, όχι όμως στον προληπτικό τομέα αυτής. Σήμερα από όλο τον κόσμο, αν και η υγεία αναγνωρίζεται ως κοινωνική αξία, οι δαπάνες που αφορούν την πρόληψη, είναι πολύ μικρές σε σχέση με αυτές που αφορούν την ασθένεια.

Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία μέχρι τις αρχές του 2000, ήταν να χαράζει κατευθύνσεις για την προστασία κυρίως της δημόσιας υγείας. Μετά τη συνθήκη της Νίκαιας και την διακήρυξη της Λισσαβόνας, στο άρθρο 179 του μη εφαρμοσθέντος Ευρωσυντάγματος, η υγεία αναγνωρίστηκε ως μία από τις σημαντικότερες παραμέτρους ανταγωνιστικότητας των χωρών. Από τότε η υγεία άρχισε από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όχι να θεωρείται απλώς ένα κοινωνικό αγαθό, αλλά μια βασική προϋπόθεση ποιότητας ζωής, ένα στήριγμα της κοινωνικής ευημερίας

και μια κινητήρια δύναμη για την ανάπτυξη της παραγωγικότητας και την απασχόληση. Και για αυτό, τα σημερινά ευρωπαϊκά κράτη, για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας χωρίς κοινωνικές αναταράξεις που δημιουργούν η παγκοσμιοποίηση και η διεθνοποίηση της οικονομίας, θα πρέπει να βρουν τρόπους για να επιτευχθεί κοινωνική συνοχή και να περιοριστούν οι ανισότητες. Οι εθνικές κυβερνήσεις, καλούνται να επενδύσουν σε πολιτικές που να προσφέρουν στους πολίτες το αίσθημα της ασφάλειας, της κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς και την δυνατότητα απασχόλησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο τομέας της υγείας, δεν προσδιορίζεται πλέον από τις καλές υπηρεσίες ασθένειας, αλλά από πολιτικές που αναγνωρίζουν την υγεία ως παράγοντα ασφάλειας και προϋπόθεση ευημερίας. Δηλαδή, από πολιτικές που αποτελούν μακροχρόνια επένδυση σε προληπτική υγιεινή, που μέσα από αυτή, δημιουργούνται βάσεις ανάπτυξης κοινωνικής ευημερίας. Ειδικότερα, θα πρέπει να τονιστεί, ότι με βάση τα διάφορα δεδομένα και τα καταγεγραμμένα ιστορικά στο χώρο της υγείας, διαπιστώνεται ότι πολλά από τα σύγχρονα νοσήματα του λαού, συνδέονται είτε άμεσα, είτε έμμεσα με τις συνθήκες ζωής του μέσα στο περιβάλλον, συνθήκες που θίγουν την υγεία και εκθέτουν σε κινδύνους την κοινωνική ευημερία και ψυχική υγιεινή.

Τελευταία, από το Συμβούλιο της Ευρώπης, ενθαρρύνονται μεταρρυθμίσεις για επενδύσεις στην Υγεία που θα δυναμώνουν σημαντικά την οικονομική ανάπτυξη κάθε χώρας, αυξάνοντας την απασχόληση. Τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι φορέας που απασχολεί κατά μέσο όρο 9%-10% του εργατικού δυναμικού, με εξειδικευμένες γνώσεις στον τομέα της υγείας και περίθαλψης και με την τάση να αυξάνονται συνεχώς οι θέσεις εργασίας.

Η δαπάνη για την Υγεία, θα πρέπει να αντιπροσωπεύει μερίδιο του εθνικού εισοδήματος που έχει σημαντικές προεκτάσεις για την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας. Ένας τομέας Υγείας που σπαταλά άσκοπα πόρους, επιδεινώνει την οικονομία, χωρίς να φερνει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Τα συστήματα ιατρικής περίθαλψης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχουν μεταξύ τους μεγάλες οργανωτικές και λειτουργικές διαφορές. Χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία ως προς τον τρόπο εύρεσης οικονομικών πόρων και παροχής ιατρικών φροντίδων. Επειδή οι διάφορες μακροοικονομικές και μικροοικονομικές μελέτες για τον τομέα της οικονομίας της Υγείας, δίνουν αποτελέσματα μακροχρόνια, οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβαίνουν σε διάφορες μεταρρυθμίσεις, δίνοντας μεγαλύτερη προσοχή στην αποτελεσματικότητα, στην αύξηση της παραγωγικότητας, στις παροχές της υγείας και την αύξηση της απασχόλησης στον τομέα της υγείας.

Σε όλες τις μεταρρυθμίσεις που προσπαθούν οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης να επιφέρουν στον τομέα της Υγείας, υπάρχουν δυσκολίες προσαρμογής της κάθε χώρας. Κατά συνέπεια, χρειάζεται πειστική ενημέρωση για τα μακροχρόνια αποτελέσματα της οικονομίας της Υγείας.

Το υψηλό κόστος του τομέα της Υγείας για όλα τα κράτη είναι δυσβάσταχτο, γιατί για όλες τις χώρες, οι βασικές πηγές χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός και τα ταμεία υγείας και ασφάλισης των εργαζομένων. Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι η βασικότερη πηγή οικονομικής ενίσχυσης των υπηρεσιών υγείας.

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, είναι η δεύτερη, μετά τον κρατικό προϋπολογισμό, μεγάλη πηγή οικονομικής ενίσχυσης των υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν μεγάλο μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων μέσω βέβαια των οικονομικών εισφορών των ίδιων. Υπάρχουν βέβαια και οι εισφορές των εργοδοτών και των αυτοαπασχολούμενων, που συμβάλλουν στη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων. Οι τακτικές και έκτακτες, εκτός προϋπολογισμού, κρατικές επιχορηγήσεις αποτελούν και αυτές μια μικρή πηγή εσόδων στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΟΣΝΙΑΣ-ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ

2.1. Οργανωτική δομή και διαχείριση των συστήματος υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη, η οποία αποτελείται από δυο κρατίδια, την Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης και τη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, καθώς και από την ανεξάρτητη κυβερνούμενη περιοχή, το Brcko, η χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας, η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών είναι υποχρέωση του κάθε κρατιδίου. Η χώρα έχει λοιπόν 13 Υπουργεία Υγείας και Συστήματα Υγείας για έναν πληθυσμό μικρότερο των 4 εκατομμυρίων ατόμων. Αυτά αποτελούνται από:

Ένα για τη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, ένα για την περιοχή του Brcko, ένα για το Ομοσπονδιακό επίπεδο και δέκα για τα καντόνια της Ομοσπονδίας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης.

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι δεν υπάρχει εθνική εντολή για τη χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας. Αυτή η κατάσταση απαιτεί την ξεχωριστή περιγραφή κάθε συστήματος υγείας. Στο εξής λοιπόν όταν αναφερόμαστε στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης, θα εννοούμε την χρηματοδότηση της Ομοσπονδίας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και την Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας.

Το βασικό περίγραμμα του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, δεν έχει αλλάξει σημαντικά από την προπολεμική περίοδο. Η ομοιότητα ανάμεσα στο προπολεμικό και στο μεταπολεμικό σύστημα υγείας, υπάρχει παρά την διαδικασία της αναμόρφωσης, της αποκέντρωσης και της επανασυγκέντρωσης που ξεκίνησε σαν μέρος της συμφωνίας του Ντέυτον. Η έννοια της αποκέντρωσης και της επανασυγκέντρωσης, είναι θεμελιώδης για την κατανόηση

του συστήματος υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης. Πριν από τη διάλυση της πρώην Γιουγκοσλαβίας, το σύστημα υγείας ήταν συγκεντρωτικό. Σαν απόρροια του πολέμου και της επακόλουθης συμφωνίας Ντέιτον, η Βοσνία-Ερζεγοβίνη χωρίστηκε σε 2 κρατίδια, με το κάθε ένα να είναι υπεύθυνο για το δικό του σύστημα υγείας.

Η Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, επέλεξε ένα συγκεντρωτικό σύστημα υγείας, με ένα υπουργείο Υγείας να επιβλέπει το σύστημα. Αντίθετα, η Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης, επέλεξε ένα αποκεντρωτικό σύστημα καντονιών, με κάθε καντόνι να είναι υπεύθυνο για το δικό του σύστημα, σχετικά με την χρηματοδότηση του.

Όσον αφορά το σύστημα υγείας, η διαίρεση της Βοσνίας δημιούργησε έναν αριθμό προβλημάτων:

- 1) Ο διακρατιδιακός συντονισμός στα θέματα υγείας, είναι ελλιπής λόγω της απουσίας επίσημα νομοθετημένων μηχανισμών.
- 2) Μέσα στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, τα καντόνια δε συνεργάζονται επίσημα μεταξύ τους.
- 3) Η χάραξη των συνόρων οδήγησε σε άνιση γεωγραφική κατανομή των νοσοκομείων στα κρατίδια και στα καντόνια, καθώς και σε ανισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- 4) Δεν υπήρξε ήπια μεταβατική περίοδος κατά την οποία να αναπτυχθούν επαρκείς ικανότητες για την ανάληψη της δύσκολης και πολύπλοκης διαδικασίας της αποκέντρωσης.

Τα συστήματα υγείας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, κληρονόμησαν μια ξεχωριστά τυπική και ανελαστική μέθοδο προγραμματισμού, των εγκαταστάσεων και των ανθρώπινων χώρων. Ένα άλλο πρόβλημα, είναι η αδυναμία εφαρμογής της νομοθεσίας, καθώς και η αδυναμία συλλογής των ασφαλιστικών εισφορών.

A) Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Η Ομοσπονδία, έχει 11 Υπουργεία Υγείας, ένα σε ομοσπονδιακό επίπεδο και από ένα σε κάθε καντόνι. Οι λειτουργίες του Ομοσπονδιακού υπουργείου Υγείας είναι οι εξής:

- 1) Ανάπτυξη της υγειονομικής πολιτικής.
- 2) Παρακολούθηση και αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού.
- 3) Προγραμματισμός των ιατρικών εγκαταστάσεων.
- 4) Ανάπτυξη και ρύθμιση της υποχρεωτικής ασφάλισης.
- 5) Ρύθμιση του δικτύου ασφαλείας της δημόσιας υγείας και επιτήρηση των υγειονομικών ελέγχων.

Τα υπουργεία Υγείας των καντονιών, είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία νομοθεσίας και η εργασία τους είναι επικεντρωμένη στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας, και σε άλλα υγειονομικά ιδρύματα των καντονιών.

Η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από τα χρήματα των 10 ασφαλιστικών ταμείων των καντονιών και του ενός Ομοσπονδιακού Ταμείου Ασφάλισης. Οι πιστώσεις από τράπεζες, οι διεθνείς δωρεές, καθώς και τα χρήματα από τον προϋπολογισμό, παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο.

Οι εγκαταστάσεις υγειονομικής φροντίδας, είναι ανόμοια κατανομημένες προς όφελος των αστικών περιοχών. Σύμφωνα με το νόμο υγειονομικής περίθαλψης, επιτρέπεται στα καντόνια να δημιουργήσουν τους δικούς τους κανονισμούς, οι οποίοι θα ενσωματωθούν αργότερα στο Ομοσπονδιακό Σύστημα.

Η λειτουργία των ιδρυμάτων υγείας, είναι αυστηρά ιεραρχικές/διοικητικές. Κάθε κέντρο υγείας, νοσοκομείο και ίδρυμα, διοικείται από έναν Διοικητή και Υποδιοικητή, που διορίζονται από το Διοικητικό Συμβούλιο.

B) Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας

Το υπουργείο Υγείας και κοινωνικής πρόνοιας της Δημοκρατίας των Σέρβων της Βοσνίας, είναι οργανωμένο συγκεντρωτικά, αναφορικά με τις διοικητικές, ρυθμιστικές και οικονομικές υποχρεώσεις. Το υπουργείο ρυθμίζει τις ακόλουθες λειτουργίες:

- 1) Πρόληψη των ασθενειών και προώθηση της Υγείας.
- 2) Παρακολούθηση της κατάστασης της Υγείας και των αναγκών του πληθυσμού.
- 3) Οργάνωση της Υγειονομικής περίθαλψης.
- 4) Επαγγελματική εκπαίδευση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας.
- 5) Υγειονομικός έλεγχος.
- 6) Επίβλεψη και έλεγχος των ιδρυμάτων υγείας, καθώς και της επαγγελματικής απόδοσης.
- 7) Ασφάλιση της υγείας και χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης από τα δημόσια έσοδα.
- 8) Παραγωγή και διανομή των φαρμάκων, καθώς και των ιατρικών μηχανημάτων και εργαλείων.
- 9) Έλεγχος των τροφίμων και της γενικής χρήσης των προϊόντων.
- 10) Έλεγχος υγιεινής.

Το υπουργείο επίσης, επιβλέπει και παρέχει την κοινωνική ασφάλιση και το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, που περιλαμβάνει ασφάλιση σύνταξης και αναπηρίας για όλα τα επαγγέλματα, κοινωνική πρόνοια για την οικογένεια και τα παιδιά και ενέργειες των κοινωνικών οργανισμών και συλλόγων.

Το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης, είναι το μοναδικό σώμα που είναι νομικά υπεύθυνο για τη συλλογή και κατανομή των οικονομικών εισφορών στους παρόχους υγείας στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας. Αυτό το μοναδικό Ταμείο, λειτουργεί στη βάση της αλληλεγγύης και της αμοιβαιότητας. Αποτελείται από 8 περιφερειακά γραφεία και 54 παραρτήματα με μεγάλο βαθμό συγκεντρωτισμού. Το κεντρικό γραφείο του Ταμείου, είναι υπεύθυνο για τη συνολική εταιρική στρατηγική. Τα περιφερειακά

γραφεία, είναι υπεύθυνα για την υπογραφή και την παρακολούθηση των συμβολαίων, την πληρωμή των προμηθευτών και τη συλλογή των εισφορών της περιοχής τους.

Τα Ιδρύματα Υγείας που λειτουργούν στην περιοχή των Σέρβων της Βοσνίας, ανήκουν στις δημοτικές κυβερνήσεις. Αποτελούνται από 2 Κλινικά Κέντρα, 1 Κεντρικό Ίδρυμα Δημόσιας Υγείας και μερικά ιδρύματα και κέντρα ή κλινικές.

Το δίκτυο υγειονομικών ιδρυμάτων, έχει σκοπό να ορίσει τον τύπο, τον αριθμό, την δομή και την κατανομή των υγειονομικών ιδρυμάτων που δημιουργούνται από τις αρχές του κρατιδίου, της πόλης και του δήμου.

Το τμήμα του υπουργείου για τον υγειονομικό έλεγχο, είναι τυπικά υπεύθυνο για τους υγειονομικούς ελέγχους, για τον φαρμακευτικό έλεγχο και τον έλεγχο των εγκαταστάσεων.

Όπως στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, έτσι και στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, στα νοσοκομεία διορίζονται ένας διοικητής και ένας υποδιοικητής επικεφαλής του διοικητικού συμβουλίου κάθε ιδρύματος υγείας. Στα ιδρύματα που ανήκουν στην κυβέρνηση της Δημοκρατίας των Σέρβων της Βοσνίας, ο υπουργός Υγείας διορίζει διοικητές, βάσει της πρότασης του Διοικητικού Συμβουλίου.

Γ) Συμπεράσματα σχετικά με την οργανωτική δομή και τη διοίκηση του συστήματος υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Παρά τις βελτιώσεις, παραμένουν πολλά προβλήματα στα συστήματα υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης. Αν και θεωρητικά το σύστημα προσφέρει κάλυψη σε όλους τους πολίτες της χώρας, στην πράξη πολλοί άνθρωποι δεν καλύπτονται πλήρως και είναι αναγκασμένοι να πληρώνουν μόνοι τους τις υγειονομικές υπηρεσίες. Σε αυτή την κατάσταση, συμβάλλουν τα εξής προβλήματα:

- 1) Παρά την τεράστια διοικητική μηχανή, με τα 13 Υπουργεία Υγείας και τις περίπλοκες νομικές υποδιαίρεσεις, δεν υπάρχουν κανονισμοί για θέματα αξιοποίησης της υγειονομικής φροντίδας, μεταξύ των κρατιδίων.
- 2) Ο σχεδιασμός του συστήματος δυσκολεύει την επίτευξη οικονομίας κλίμακος και αποτελεσματικής διοίκησης.

Τα 2 παραπάνω προβλήματα, εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης. Η έλλειψη οικονομικών πόρων, εγκαταστάσεων και προγραμμάτων ασφάλισης, δεν επιτρέπουν στο σύστημα να λειτουργήσει σωστά.

2.2. Οργανωτική δομή και διαχείριση των συστήματος υγείας της Βουλγαρίας

Απο την δεκαετία του 1960, το Βουλγαρικό σύστημα υγείας, βασίστηκε κυρίως στο Σοβιετικό μοντέλο παροχής δημόσιων δωρεάν υπηρεσιών με χρηματοδότηση από τα φορολογικά έσοδα του κράτους, με βαρύτητα στην νοσοκομειακή περίθαλψη και ελάχιστα κίνητρα για βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, έγιναν ριζοσπαστικές μεταρρυθμίσεις όπως κυρίως η εισαγωγή ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η δημιουργία του δικτύου παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Το υπουργείο Υγείας, αναπτύσσει και εφαρμόζει την Εθνική πολιτική για την υγεία, προσδιορίζει στόχους και προτεραιότητες του συστήματος υγείας, επεξεργάζεται προγράμματα εθνικής υγείας για την βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και παρουσιάζει νομοσχέδια που αφορούν τον τομέα της υγείας. Οι εκτελεστικές λειτουργίες του Υπουργείου Υγείας, περιλαμβάνουν:

- 1) Ανάλυση επιδημιολογικών καταστάσεων και παροχή πληροφόρησης και δημοσίων σχέσεων.

- 2) Επίβλεψη των ιδρυμάτων που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του για την εφαρμογή της νομοθεσίας και την ανάπτυξη πλαισίων δράσης.
- 3) Καταγραφή των ιδιωτικών εγκαταστάσεων παροχής ιατρικών υπηρεσιών.
- 4) Πιστοποίηση των εγκαταστάσεων υπηρεσιών υγείας.
- 5) Επεξεργασία των συμβολαίων για τις διαδικασίες ιδιωτικοποίησης φαρμακευτικών και εμπορικών εταιριών στο χώρο της υγείας.
- 6) Οργάνωση υπηρεσιών για την κεντρική προμήθεια φαρμάκων και μηχανημάτων.
- 7) Καταγραφή των παρασκευαστών φαρμάκων, των φαρμακαποθηκών και των φαρμακείων.
- 8) Οργάνωση, έλεγχος, συντήρηση και ανανέωση των υπηρεσιών υγείας.
- 9) Έλεγχος της χρηματοδοτικής ροής των υγειονομικών ιδρυμάτων.
- 10) Χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών.
- 11) Προγραμματισμός και επίβλεψη των μεταρρυθμίσεων
- 12) Εναρμόνιση της νομοθεσίας με τα ευρωπαϊκά δεδομένα, στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Το υπουργείο Υγείας, συντονίζει τις δραστηριότητες του, σε συνεργασία με άλλα Υπουργεία, όπως με το υπουργείο Οικονομικών, το υπουργείο Περιβάλλοντος, το υπουργείο Παιδείας, το υπουργείο Γεωργίας, το υπουργείο Μεταφορών και με το υπουργείο Εργασίας.

Το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας (EATY), είναι ένα αυτόνομο ίδρυμα για υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Ο Νόμος για την Εθνική Υγεία του 1998, προβλέπει σύστημα ασφάλισης όμοιο με αυτό του Βίσμαρκ, με έναν μόνο ασφαλιστικό φορέα και υποχρεωτικές εργατικές εισφορές, από τα εισοδήματα των ασφαλισμένων. Η κύρια λειτουργία του EATY, είναι η διαχείριση των οικονομικών πόρων για την ιατρική περίθαλψη του πληθυσμού, με σκοπό την κάλυψη όλων των υγειονομικών αναγκών και την εξασφάλιση υψηλής ποσότητας υπηρεσιών υγείας.

Ο ιδιωτικός τομέας του συστήματος υγείας της Βουλγαρίας, επεκτάθηκε δραματικά μετά το 1991 που νομιμοποιήθηκαν τα ιδιωτικά ιατρεία. Μετά τις μεταρρυθμίσεις του

2000, πολλά ιδρύματα και ιδιωτικά ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς και μικρά διαγνωστικά κέντρα άρχισαν να λειτουργούν σαν ιδιωτικές επιχειρήσεις, οι οποίες είχαν συνάψει συμβάσεις με το ΕΑΤΥ και παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό.

Οι περισσότερες υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο. Μετά την εισαγωγή του Νόμου για την Υγεία το 1999, οι ιατροί και οι οδοντίατροι είναι ιδιοκτήτες των ιατρείων τους, μόνο όταν πρόκειται για πρωτοβάθμια περίθαλψη ή για εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες.

Εκτός από το σύστημα υποχρεωτικής ιατρικής ασφάλισης, ο Νόμος του 1999, δίνει την ευκαιρία για επιπρόσθετη ασφάλιση σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.

Το υπουργείο Υγείας καθορίζει τις πολιτικές, προτείνει νομοσχέδια και προγραμματίζει ενέργειες. Σύμφωνα με το Νόμο του 1999, το υπουργείο Υγείας μπορεί να ελέγχει όλες τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα, ακόμα και αυτές που ανήκουν σε άλλα Υπουργεία, ή σε τοπικές αρχές. Αντίθετα όμως, το σύστημα υγείας εξακολουθεί να υποφέρει από έλλειψη συντονισμού, ανάμεσα στην Κεντρική Διοίκηση και τις τοπικές αρχές, παρά την ύπαρξη 28 περιφερειακών κέντρων υγείας.

Το υπουργείο Υγείας επίσης, ορίζει τα μέτρα, τις αρχές και τους δείκτες για την πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Ακολουθώντας, διοικεί τα εθνικά του ιδρύματα και τις άλλες υπηρεσίες του, μέσω των 28 περιφερειακών κέντρων υγείας, σε συνεργασία με τους Δήμους. Ο Νόμος του 1999, επιτρέπει στα ιδρύματα υγείας, να εξελιχθούν σε αυτοδιοικούμενες μονάδες. Από το 2001, οι κλινικές μετατράπηκαν σε εμπορικές επιχειρήσεις, αν και εξακολουθούν να λαμβάνουν οικονομικές ενισχύσεις από τοπικά ή εθνικά κονδύλια.

Το κράτος διατηρεί το δικαίωμα να ελέγχει το συνολικό σύστημα υγείας. Για το σκοπό αυτό, δημιουργήθηκε η Διεύθυνση Ειδικού Ελέγχου Ασφάλισης Υγείας και η Κρατική Υπηρεσία Κοινωνικού Ελέγχου. Το ΕΑΤΥ παράλληλα, ασκεί οικονομικό και ιατρικό έλεγχο σε όσους παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες. Οι διαδικασίες των ιατρικών και

οικονομικών αυτών ελέγχων, διαφέρουν από τις διαδικασίες πιστοποίησης που αναφέραμε προηγουμένως. Το Υπουργείο Υγείας, ασκεί ελέγχους στην παραγωγή, διακίνηση, αποθήκευση και χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Υπάρχουν πολλά προβλήματα σχετικά με τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και τη διοίκηση του συστήματος Υγείας. Έγιναν ριζοσπαστικές αλλαγές στις μεθόδους προγραμματισμού και υλοποίησης, χωρίς να υπάρχει η διοικητική εμπειρία που είναι απαραίτητη.

Το Βουλγαρικό σύστημα υγείας μέχρι το 1991 ήταν απόλυτα συγκεντρωτικό. Μετά την αλλαγή της νομοθεσίας του 1997, δόθηκαν δυνατότητες στις υπηρεσίες υγείας να μεταβληθούν σε πιο αυτόνομα εμπορικά σχήματα. Επιπλέον, από το 1995 το Υπουργείο Υγείας αποκέντρωσε τις διοικητικές του υπηρεσίες σε 28 περιφέρειες της χώρας για αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη διοικητική δομή.

Ακολούθως, υπήρξε εκτεταμένη ιδιωτικοποίηση των ιατρείων και των φαρμακείων. Από τον Ιούλιο του 2000, ο φορέας ασφάλισης υγείας παρέχει τη δυνατότητα αποκεντρωμένης διοίκησης σε συνεργασία με τα περιφερειακά κέντρα υγείας. Τέλος, οι υπηρεσίες υγείας έχουν διοικητική και οικονομική αυτονομία σύμφωνα με το Νόμο του 1999, ενώ το Υπουργείο Υγείας διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο των εθνικών υγειονομικών ιδρυμάτων και των μεγάλων περιφερειακών κλινικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΟΣΝΙΑΣ – ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ

Α) Κύριο σύστημα χρηματοδότησης και κάλυψης

Πριν την έναρξη του πολέμου, το σύστημα υγείας ενισχυόταν οικονομικά από μη κυβερνητικές οργανώσεις και ιδρύματα που ονομαζόταν «Διαχειριζόμενη κοινότητα ενδιαφέροντος». Αυτά τα ιδρύματα και οι οργανώσεις, παρείχαν ασφάλιση υγείας, αναπηρίας και σύνταξης στους εργαζόμενους και τις οικογένειες τους.

Κατά τη διάρκεια του πολέμου όμως, η είσπραξη φόρων από μισθούς ήταν πρακτικά αδύνατη και το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης διαλύθηκε σαν ίδρυμα, οπότε η οικονομική ενίσχυση της Υγείας, οργανώθηκε από το υπάρχον Υπουργείο Υγείας. Στην περίοδο αυτή, οι εισφορές κάλυπταν μικρό μέρος δαπανών. Ένα άλλο μέρος, ενισχυόταν οικονομικά από τον κρατικό προϋπολογισμό, καθώς και από χρήματα μη κυβερνητικών οργανώσεων και λοιπών δωρεών. Όταν τέλειωσε ο πόλεμος, η διαδικασία χρηματοδότησης επέστρεψε στην προ του πολέμου κατάσταση με αρκετά βέβαια εμπόδια και προβλήματα και στα 2 κρατίδια.

Τα κυριότερα προβλήματα είναι:

- 1) Η ανάκαμψη της οικονομίας γίνεται πολύ αργά, οι δε οικονομικοί πόροι για το δημόσιο σύστημα είναι περιορισμένοι.
- 2) Η είσπραξη των διάφορων εισφορών είναι δύσκολη, λόγω γενικής αδυναμίας πληρωμών, το δε κράτος δε μπορεί να δώσει λύσεις, ενώ η κυβέρνηση μόλις που μπορεί να ενισχύσει οικονομικά τις ευάλωτες ομάδες.
- 3) Δεν υπάρχει ενιαίος τρόπος επιβολής εισφορών, δημιουργώντας ανισότητες στην χρηματοδότηση. Οι εισφορές των αγροτών και των ελεύθερων επαγγελματιών, είναι μικρότερες από τις εισφορές των δημόσιων υπαλλήλων.

Όλα τα παραπάνω, δημιουργούν ανισότητες μεταξύ των εργαζομένων για την καταβολή των εισφορών. Επιπλέον, δεν υπάρχει πιο αποτελεσματικός τρόπος από το υπουργείο Οικονομικών για την είσπραξη των φόρων, από τις τάξεις των εργαζομένων.

Οι μυστικές πληρωμές δεν είχαν επίσημη δημοσιότητα στα κρατίδια Βοσνία και Ερζεγοβίνη. Σχετική έρευνα στα νοικοκυριά που έγινε, αποκάλυψε ότι οι πολίτες πληρώνουν απευθείας σε πολλά ιδρύματα παροχής υγειονομικής φροντίδας. Το ποσό αυτό υπολογίζεται σε 4,7% του ΑΕΠ.

Όλα αυτά αναγνωρίζονται από το Υπουργείο Υγείας και των 2 κρατιδίων, τα οποία προβαίνουν σε αναγκαίες μεταρρυθμίσεις.

Έτσι, έγινε συμφωνία να πληρώνουν τους συνταξιούχους, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας και στα 2 κρατίδια. Η συμφωνία όμως στην πράξη δεν περιλαμβάνει την ιατρική κάλυψη, καθώς τα δικαιώματα μπορούν να πληρωθούν μόνο στον τρόπο εγγραφής του συνταξιούχου. Κατά συνέπεια, όταν οι συνταξιούχοι έχουν ανάγκη φροντίδας εκτός του τόπου διαμονής τους, είναι ανασφάλιστοι. Την ίδια σύγχυση η υπάρχουσα νομοθεσία δημιουργεί και σε εκτοπισμένους ή παλινοστούντες πολίτες και των 2 κρατιδίων.

Και τα 2 κρατίδια, κάνουνε προσπάθειες επίλυσης των θεμάτων υγείας από τις ανεπίσημες πληρωμές, καθώς και την είσπραξη φόρων από τους ελεύθερους επαγγελματίες, τους ιδιωτικούς υπαλλήλους, τους αγρότες κλπ.

B) Αναζήτηση κεφαλαίων και συγκέντρωση πόρων

B1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Στα κρατίδια Βοσνία και Ερζεγοβίνη, το τρέχον ποσοστό της ασφαλιστικής εισφοράς είναι 18% του καθαρού μισθού (14.5% το 1991 και 30% το 1997).

Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης προέρχεται βασικά από τις εισφορές των εργαζομένων, από τη φορολόγηση άλλων εισοδημάτων, από τους

προϋπολογισμούς των καντονιών και των Δήμων, από διεθνείς δωρεές και άλλες πηγές. Στα εν λόγω κρατίδια, ο νόμος του 1999 για την υγειονομική Ασφάλιση, ορίζει ότι η Ασφάλιση είναι υποχρεωτική στα καντόνια. Δικαίωμα στην ασφάλιση υγείας έχουν οι εργαζόμενοι που εκτελούν συγκεκριμένα καθήκοντα, καθώς και στα μέλη των οικογενειών τους. Το Ομοσπονδιακό υπουργείο των Οικονομικών, καθορίζει τα ποσοστά των εισφορών και τις μεθόδους υπολογισμού. Ο τρέχον μέσος όρος του ποσοστού 18% των εισφορών, είναι 13% που πληρώνουν οι εργαζόμενοι και 5% που πληρώνουν οι εργοδότες.

Κάθε χρόνο, το κάθε καντόνι υποχρεώνεται να συντάξει οικονομικό σχέδιο με έσοδα και έξοδα για την υποχρεωτική ασφάλιση. Αν οι δαπάνες είναι περισσότερες από τα έσοδα, τότε η διαφορά καλύπτεται από τους προϋπολογισμούς των καντονιών και των δήμων. Τα καντόνια έχουν 10 ταμεία υγειονομικής ασφάλισης και κατανέμουν τους πόρους σε όλα τα καντόνια. Επίσης, καθιερώνεται η υποχρεωτική επανασφάλιση εξαιτίας καταστροφικών περιστάσεων. Τα κονδύλια για την παραπάνω κάλυψη, προβλέπεται να συγκεντρωθούν από εισφορές, τις οποίες θα διαχειρίζεται το Ίδρυμα Ασφαλίσεων της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης.

Εν τούτοις, τα καντόνια έχουν το δικαίωμα να θεσπίσουν αυτόνομα τη λεγόμενη διευρυμένη ασφάλιση υγείας για την κάλυψη υπηρεσιών, που δεν περιλαμβάνονται στο υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης. Αν και τα παραπάνω στοιχεία είναι τυχαία και περιστασιακά, βγαίνει το συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική απόκρυψη των πραγματικών μισθών, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά το όλο ασφαλιστικό σύστημα στα κρατίδια Βοσνία και Ερζεγοβίνη και ειδικότερα στα καντόνια. Η έλλειψη πόρων σε συνδυασμό με την ανόμοια κατανομή στα καντόνια, σημαίνει ότι ο καταμερισμός του ρίσκου μεταξύ τους είναι μικρός, ιδιαίτερα στη Βοσνία.

B2) Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας

Σύμφωνα με το Νόμο για την Υγειονομική Ασφάλιση του 1999, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας πρέπει να παρέχει κάλυψη στους ασφαλισμένους, στην οικογένειά τους, και στα μέλη του νοικοκυριού τους. Ο νόμος περιγράφει την υποχρέωση κάθε

πληθυσμιακής ομάδας (για παράδειγμα, αγρότες, εργαζόμενοι, εργοδότες, η κυβέρνηση και δημόσιοι οργανισμοί υπεύθυνοι ευάλωτων ομάδων) να πληρώνει τις εισφορές, ενώ έχει εισαχθεί μια ιδιωτική συμμετοχή για να συνεισφέρει στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης.

Οι εισφορές βασίζονται στους μισθούς. Τα τρέχοντα ποσοστά διαφέρουν για διαφορετικές ομάδες εργαζομένων και ανέρχονται σε:

- εργαζόμενοι: 15% (7,5% από τον εργαζόμενο, 7,5% από τον εργοδότη) του καθαρού μισθού
- ελεύθεροι επαγγελματίες: 15% του καθαρού μισθού
- συνταξιούχοι: 4% της καθαρής σύνταξης
- άνεργοι: πληρώνονται από το ταμείο ανεργίας
- αγρότες: 16% του εκτιμώμενου φόρου περιουσίας συν τη διαφορά για να φθάσουν την ελάχιστη μηνιαία καταβολή
- οι συνεισφορές από τον κρατικό προϋπολογισμό δεν μπορούν να είναι λιγότερες από το μέσο όρο ποσοστού εισφοράς του προηγούμενου έτους ανά άτομο.

Το 1998, αναφέρθηκε ότι περίπου το 70% του πληθυσμού συνεισέφερε τακτικά στο Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης (γύρω στα 980.000 άτομα, εκ των οποίων τα 525.000 προέρχονταν από το δημόσιο τομέα, 150.000 ήταν συνταξιούχοι και 115.000 ήταν αγρότες).

Η αιτία του ελλείμματος είναι ότι, αν και διάφορα υπουργεία έχουν την υποχρέωση να πληρώνουν τις εισφορές για τις ευάλωτες ομάδες, μόνο ένα μικρό μέρος των εισφορών αυτών πληρώνεται κανονικά: Ανάμεσα στο 10% και το 90%, ανάλογα με την ομάδα. Στο σύνολο, το έτος 2000 οφειλόταν το 80% αυτού του ποσού.

Ο Νόμος για την Υγειονομική Ασφάλιση δεν επιτρέπει ούτε την επιλογή της μη ασφάλισης ούτε την εθελοντική ασφάλιση, η οποία θεωρείται ως περιττή και ως ένας τρόπος αποφυγής πληρωμής των εισφορών στο υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης. Ο Νόμος όμως, επιτρέπει τη λεγόμενη διευρυμένη ασφάλιση, που στην ουσία είναι

συμπληρωματική ασφάλιση με επιπλέον οφέλη, περιλαμβανομένου του κινδύνου των συμμετοχών. Ενώ η δημόσια ασφάλιση είναι υποχρεωτική και ενεργείται από το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης, ίσως επιτραπεί σε περισσότερους ανταγωνιστές να μπου στη διευρυμένη ασφαλιστική αγορά. Το ρυθμιστικό πλαίσιο, όμως, δεν έχει συμπληρωθεί, και ακόμα δεν υφίσταται τέτοια ασφαλιστική αγορά.

Πίνακας 1.
Πηγές εισοδήματος (δομή) του Ταμείου Υγειονομικής Ασφάλισης της
Δημοκρατίας των Σέρβων της Βοσνίας (σε %)

Πηγές	1998	1999
Δημόσιος τομέας	82,2	81,4
Ιδιωτικός τομέας	3,2	3,3
Ταμείο συντάξεων	1,8	3,1
Ταμείο ανεργίας	0,1	0,2
Αγρότες	2	1,7
Εθελοντική ασφάλιση	0,3	<0.1
Δημοτικός προϋπολογισμός	0,3	<0.1
Περιφερειακός προϋπολογισμός	0,4	0
Προϋπολογισμός του κρατιδίου	7,5	3,7
Εφάπαξ	1,7	0
Δωρεές και ενισχύσεις	0,5	0
Άλλες εισφορές	0	2,1
Άλλα εισοδήματα	0	4,4
Σύνολο	100	100

Πηγή: *Health resource accounts, Bosnia and Herzegovina*, Λονδίνο, Know How Fund and Health and Life Sciences Partnership, 1999.

Σημείωση: Η πραγματική οικονομική ανάπτυξη ήταν γύρω στο 35%. Αν εκφραζόταν, όμως σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης θα ήταν πολύ χαμηλότερη.

Το υπουργείο Άμυνας, παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τους στρατιωτικούς και τις οικογένειες τους. Επίσης, το υπουργείο Υγείας επιδοτεί τη χρήση του πολιτικού συστήματος υγείας από τους στρατιωτικούς σε περιπτώσεις όπου τα στρατιωτικά ιδρύματα υγείας δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες των στρατιωτικών ασθενών.

Γ) Οφέλη και ελεγχόμενες παροχές

Στη Βοσνία και την Ερζεγοβίνη υπάρχει το υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης μόνο κατ' όνομα. Και αυτό, γιατί οι πολίτες δυσκολεύονται να καλύψουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, εφόσον οι δαπάνες που πρέπει να πληρωθούν είναι υψηλές. Έτσι, οι πολίτες πληρώνουν στο ακέραιο τις αμοιβές των γιατρών. Για παράδειγμα, ο τοκετός κατά μέσο όρο στη Βοσνία, κυμαίνεται 127-270 Ευρώ, ενώ στην Ομοσπονδία 127-360 Ευρώ. Το πρόβλημα αυτό, προέρχεται από το γεγονός ότι τα θεσπισμένα δικαιώματα για δημόσια περίθαλψη και στα 2 κρατίδια, είναι μεγαλύτερα από τους διαθέσιμους πόρους.

Έτσι λοιπόν, τα προβλεπόμενα από το νόμο για δημόσια φροντίδα, στην πραγματικότητα δεν εφαρμόζονται. Δημιουργείται ένα χάσμα ανάμεσα στην απαιτούμενη φροντίδα περίθαλψης, σε σχέση με την χρηματοδοτούμενη δημόσια φροντίδα των κρατιδίων Βοσνίας και Ερζεγοβίνης. Για να γεφυρωθεί το χάσμα αυτό, ή θα πρέπει οι πολίτες να μην προσβλέπουν στη δημόσια φροντίδα με επιπτώσεις στην υγεία τους, ή θα πρέπει να γίνονται κρυφές πληρωμές για τους δημόσιους υπαλλήλους των δημόσιων ιδρυμάτων, ή να προσπερνούν τη λίστα των ασθενών και να δώσουν προτεραιότητα σε αυτούς που έχουν να πληρώσουν.

Τα τελευταία χρόνια, περίπου το ¼ των πολιτών έτυχαν υγειονομικής φροντίδας από το Κράτος πληρώνοντας κατά παράβαση της λίστας των ασθενών. Βέβαια, στη νομοθεσία και των 2 κρατιδίων, προβλέπεται για έκτακτα περιστατικά η κάλυψη της δημόσιας φροντίδας, ανεξάρτητα από την ικανότητα να πληρώσει ή μη. Η μόνιμη όμως έλλειψη

πόρων και υλικών, δημιουργεί αρκετά προβλήματα, ακόμα και στην ορθολογική αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών, τα οποία πολλές φορές καλύπτονται από οικονομικές παροχές αλληλεγγύης.

Γ1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Η κείμενη νομοθεσία της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης περί υγειονομικής φροντίδας, ορίζει ότι κάθε ασφαλισμένος δικαιούται ένα βασικό πακέτο υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το ύψος των πόρων που ήταν διαθέσιμοι σε ένα καντόνι. Οι παραπάνω παροχές ήταν οι εξής:

- 1) Πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας από ειδικούς και παροχή νοσοκομειακής φροντίδας.
- 2) Καταβολή μισθού και στην περίπτωση ασθένειας.
- 3) Καταβολή εξόδων ταξιδιού για μετάβαση ιατρικής φροντίδας.

Σε περίπτωση εργασιακής υγείας (εργατικό ατύχημα), η ασφάλεια καλύπτει υπηρεσίες πρόληψης και αποκατάστασης.

Παρά την ύπαρξη της νομοθεσίας για την παροχή αυτών των δικαιωμάτων, δεν έχει γίνει καμιά συγκεκριμένη προσπάθεια προκειμένου να καθοριστεί το ύψος υπηρεσιών και παροχών για τη δημόσια υγεία-φροντίδα.

Γ2) Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας

Στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, σύμφωνα με το Σύνταγμα υπήρχε ο νόμος του 1999 για την υγειονομική φροντίδα και ο νόμος για την θεσμοθετημένη ασφάλιση υγείας, σύμφωνα με τον οποίο οι έγκυες γυναίκες και τα παιδιά μέχρι 15 ετών, αλλά και οι πολίτες άνω των 65 ετών, δικαιούνται δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, προβλέπονται και 120 μέρες άδεια ασθένειας, αποκλείεται όμως η μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων.

Περί το τέλος του 2000, το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης εφάρμοσε το βασικό πακέτο παροχών που το είχε σαν βάση για τις χρηματοδοτούμενες από το Δημόσιο υπηρεσίες γενικής φροντίδας.

Το βασικό αυτό πλαίσιο παροχών, εγκρίθηκε από το Συμβούλιο του Ταμείου Υγειονομικής Ασφάλισης τον Μάιο του 2001 και εφαρμόστηκε το 2002. Αναμένεται και μετά το 2002 να εφαρμοστεί από την κυβέρνηση, αφού εξασφαλίσει τα οικονομικά κονδύλια, ειδικά για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Δ) Ιδιωτικές πληρωμές

Δ1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Τα καντόνια καθορίζουν το ποσοστό συμμετοχής των πολιτών για δημόσια περίθαλψη, ανάλογα με την κοινωνική θέση και τους πόρους των χρηστών. Η κυβέρνηση όμως της Ομοσπονδίας, αδυνατεί να παρέμβει στις ιδιωτικές πληρωμές στον ιδιωτικό τομέα υγειονομικής φροντίδας, όπου οι τιμές καθορίζονται από το μηχανισμό της ελεύθερης αγοράς. Το σύστημα περίθαλψης έχει ως εξής: Ο ασθενής πρέπει να πληρώσει τη μισή τιμή από τη συμμετοχή που του αναλογεί στο Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης. Την άλλη μισή, την πληρώνει στο Ταμείο που του παρέχει την φροντίδα. Πρακτικά όμως, οι ασθενείς πληρώνουν μόνο στον τομέα που τους παρέχει φροντίδα και έτσι ο τομέας αυτός παίρνει όλα τα χρήματα των συμμετοχών, τα οποία μεταφέρονται στο Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης και έτσι δημιουργείται μια σύγχυση μεταξύ ιδιωτικών πληρωμών και δημόσιας φροντίδας.

Δ2) Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας

Ο όρος ιδιωτικές πληρωμές, χρησιμοποιείται και στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, γιατί το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης δε μπορεί να εκπληρώσει όλες του τις υποχρεώσεις προς τους ασφαλισμένους λόγω έλλειψης πόρων. Υπάρχουν λοιπόν οι κρυφές πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη, χωρίς να αποδεικνύονται αυτές.

E) Εθελοντική ασφάλιση υγείας

E1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Ο νόμος για την Υγειονομική Ασφάλιση του 1997, δίνει το δικαίωμα σε ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς, να προσφέρουν εθελοντική ασφάλιση, χωρίς να προβλέπει ρυθμίσεις για τους ασφαλισμένους. Δηλαδή η Πολιτεία απλώς δίνει άδεια χωρίς να θέτει κανόνες προστασίας στους ασφαλισμένους. Βέβαια, η ιδιωτική ασφάλιση 3 χρονιά μετά την έναρξη, ήταν ανύπαρκτη πλην ορισμένων περιπτώσεων για φροντίδα υγείας στο εξωτερικό.

E2) Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας

Στη Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας, δεν υπάρχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας και τούτο γιατί δεν υπάρχουν ικανοί πόροι για τους πολίτες του κρατιδίου αυτού.

ΣΤ) Εξωτερικές πηγές χρηματοδότησης

ΣΤ1) Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Μετά το τέλος του πολέμου έγιναν χρηματοδοτήσεις από πηγές του εξωτερικού, που είναι οι εξής:

1. Από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή της Ε.Ε. μέσω του προγράμματος PFARE.
2. Από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.
3. Από την Ελβετική υπηρεσία ανάπτυξης.
4. Από την Ιαπωνική κυβέρνηση.
5. Από το Ταμείο Ανάπτυξης της Βρετανίας.
6. Από την Παγκόσμια Τράπεζα, η οποία πραγματοποίησε τα εξής 3 έργα:
 - A) Αποκατάσταση θυμάτων πολέμου 30 εκατομμύριων δολαρίων.
 - B) Νοσοκομειακές υπηρεσίες 33,5 εκατομμυρίων δολαρίων.
 - Γ) Έργα παροχής βασικών στοιχείων υγείας 12 εκατομμυρίων δολαρίων
7. Βοήθεια από πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις σε χρήμα, φάρμακα, τρόφιμα, ανθρώπινο δυναμικό, ψυχολογική υποστήριξη.

ΣΤ2) Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας

Μετά τον πόλεμο, υπήρξε ενδιαφέρον διεθνών δωρητών για επείγουσα βοήθεια στην ανοικοδόμηση, στην τεχνική υποστήριξη και στην εκπαίδευση. Επίσης, μη κυβερνητικές οργανώσεις βοήθησαν στην αντιμετώπιση των αναγκών της υγειονομικής περίθαλψης με φάρμακα και λοιπά μέσα. Επίσης, δόθηκε και εξωτερική χρηματοδότηση, χωρίς να γίνει ενημέρωση από το Υπουργείο Υγείας.

Z) Δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη

Πριν τον πόλεμο, οι υπηρεσίες υγείας για παροχή υπηρεσιών, ήταν προβληματικές. Το 1991, υπολογίζεται η δαπάνη για υγεία στο 8,2% του ΑΕΠ. Όμως, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σύμφωνα με δικά της στοιχεία, εμφανίζει ότι οι δαπάνες υγείας στον ίδιο χρόνο ανέρχονται στο 3.5% του ΑΕΠ. Η μεγάλη αυτή διαφορά οφείλεται στην κακή οργάνωση του συστήματος υγείας, όπου δεν εμφανίζονται οι ιδιωτικές πληρωμές, ή άλλες μη νόμιμες πληρωμές που ενδεχομένως θα φτάνουν το 2 με 3% του ΑΕΠ.

Από διάφορα άλλα στοιχεία, θα πρέπει να υπολογισθεί ότι πριν τον πόλεμο, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας ανέρχεται στο ποσό των 240 με 250 δολαρίων. Βέβαια, αυτό το ποσό είναι ελάχιστο έναντι των άλλων χωρών του ΟΑΣΑ και είναι προφανές ότι οι πόροι του κρατιδίου της Βοσνίας είναι περιορισμένοι. Μετά τον πόλεμο όμως, ακολουθεί μια ραγδαία αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία.

Πίνακας 2.

Συνολική δαπάνη υγειονομικής περίθαλψης στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας και σε όλη τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη, το 1997 και το 1998

Δείκτης	1997			1998		
	Ομοσπονδία Βοσνίας και Ερζεγοβίνης	Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας	Σύνολο	Ομοσπονδία Βοσνίας και Ερζεγοβίνης	Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας	Σύνολο
ΑΕΓΠ (σε εκ. ΚΜ)	4189	1614	5803	5661	1824	7485
Πληθυσμός (σε εκ.)	2,34	1,4	3,74	2,34	1,4	3,74
ΑΕΓΠ ανά άτομο (ΚΜ)	1790	1160	1555	2419	1301	2000
Δαπάνες υγείας (ΚΜ)	360	60	420	439	138	577
Δαπάνες υγείας (% ΑΕΓΠ)	8,60%	3,70%	7,20%	7,80%	7,60%	7,70%
Δαπάνες υγείας ανά άτομο	154	42,8	113,5	188	98	154
Εγχώρια δαπάνη (εκ. ΚΜ)	307	48	355	404	126	530
Δαπάνη δωρητών (εκ. ΚΜ)	51	12	63	34,6	11,6	46,2
Εγχώρια δαπάνη (% ΑΕΓΠ)	7,3	3	6,1	7,1	6,9	7,1
Δαπάνη δωρητών (% ΑΕΓΠ)	1,2	0,7	1,1	0,6	0,6	0,6

Πηγή: *Health resource accounts, Bosnia and Herzegovina*, Λονδίνο, Know How Fund and Health and Life Sciences Partnership, 1999.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ

Α) Κύριο Σύστημα χρηματοδότησης και κάλυψης

Έως το 2000, η οικονομική ενίσχυση του συστήματος στηριζόταν βασικά σε φορολογικές εισπράξεις – έσοδα από 2 πηγές: τον κρατικό προϋπολογισμό και τους προϋπολογισμούς της τοπικής αυτοδιοίκησης. Ακόμη, η οικονομική ενίσχυση του συστήματος υγείας περιέχει παράλληλα και την ιδιωτική δραστηριότητα που έχει το στοιχείο του παράνομου χρηματισμού. Νόμος του 1998 για την ιδιωτική ασφάλιση, όριζε ότι οι εισφορές για την κοινωνική ασφάλιση από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους θα αρχίσουν να παρακρατούνται, μόνο από τους εργοδότες το 1999. Τα έσοδα που προήλθαν ήταν λίγα, γιατί οι αποδοχές των εργαζομένων ήταν χαμηλές και διότι υπήρχε ανεργία και εισφοροδιαφυγή.

Έτσι, το 2000, το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας (EATY), κάλυπτε μόλις το 13% των δαπανών για την υγεία, με την ελπίδα να αυξηθεί τα μετέπειτα χρόνια.

Αρχικά, η συμμετοχή των εργοδοτών-εργαζομένων στην κοινωνική ασφάλιση, ήταν 5 προς 1 και σταδιακά έγινε 1 προς 1, γιατί μειώθηκε η συμμετοχή των εργοδοτών. Οι αυτοαπασχολούμενοι κατέβαλαν από μόνοι τους όλο το ποσό των εισφορών. Τα εργαζόμενα μέλη οικογενειών ασφαλίζουν και τα μη εργαζόμενα τους, καλύπτοντας τις ανάλογες εισφορές τους. Οι λοιποί πολίτες, άνεργοι, φτωχοί, συνταξιούχοι, φοιτητές, στρατιώτες, δημόσιοι υπάλληλοι, καλύπτονται από τον εθνικό προϋπολογισμό ή τους δημόσιους προϋπολογισμούς.

Ενώ με νόμο επιβάλλεται η υποχρέωση της κοινωνικής ασφάλισης για όλο τον πληθυσμό, εν τούτοις υπάρχουν κοινωνικές ομάδες (αθίγγανοι, άνεργοι) που δεν απολαμβάνουν καμιάς ασφάλισης. Και πράγματι, το 2000-2001 υπήρξε μείωση της κάλυψης 10% σε όλο τον πληθυσμό, ένεκα των παραπάνω κοινωνικών ομάδων που

ήταν ανασφάλιστες. Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε ότι το 76% ήταν ασφαλισμένοι στο ΕΑΤΥ, το 18% ήταν χωρίς ασφάλεια και το 6% είχαν άγνοια για την κοινωνική ασφάλιση. Όμως, η παροχή ιατρικής περίθαλψης εντός ή εκτός νοσοκομείου, είναι δικαίωμα όλων των πολιτών.

Η χρηματοδότηση της ασφάλισης της υγείας για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, άρχισε το 2000, ενώ η ενδονοσοκομειακή άρχισε το 2001. Σήμερα, η ασφάλεια της υγείας, καλύπτει σχεδόν το σύνολο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ένα μικρό τμήμα του κόστους των φαρμάκων και το 20% περίπου των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Υπολογίζεται, ότι σήμερα με την ευθύνη του συντονισμού και την χρηματοδότηση του υπουργείου Υγείας, θεωρητικά καλύπτεται πλήρως η υγειονομική περίθαλψη εντός και εκτός νοσοκομείου. Επειδή όμως μετά το 2000 υπήρξε δύσκολη οικονομική κατάσταση στη χώρα, το ποσοστό της εισφοράς στο 6% θεωρήθηκε πολύ χαμηλό για να καλύψει τα έξοδα ιατρικής περίθαλψης. Βούλγαροι και ξένοι ειδικοί είχαν προτείνει το 12% ως ποσοστό εισφοράς, ποσοστό ικανό να καλύψει τα έξοδα κοινωνικής ασφάλισης, πλην όμως ουδέποτε αυτό ψηφίστηκε από το κοινοβούλιο.

Εκτός των παραπάνω που αναφέραμε για την κοινωνική ασφάλιση και την ιατρική περίθαλψη που είναι ευθύνη του κράτους, υπάρχουν και άλλοι τομείς που έχουν ανάγκη από χρηματοδότηση και που φυσικά υπεύθυνο για αυτή, είναι το κράτος. Τέτοιοι τομείς είναι η ιατρική εκπαίδευση, οι υγειονομικοί έλεγχοι, οι μεταγγίσεις αίματος, η ιατρική έρευνα, τα προγράμματα εθνικής υγείας, οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης κ.λπ.

Τέλος, το Σύνταγμα της Δημοκρατίας της Βουλγαρίας το 1991, εξασφαλίζει το δικαίωμα της ιατρικής περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Παρότι το σύστημα υγείας σκοπεύει να παρέχει δωρεάν και καλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, στην πραγματικότητα, την τελευταία 10ετία οι έχοντες ανάγκη για περίθαλψη πολίτες αναγκάζονται να πληρώσουν από την τσέπη τους μεγάλα ποσά για να έχουν υψηλές υπηρεσίες περίθαλψης.

B) Ωφέλειες και παροχές του συστήματος υγείας

Το EATY κατόπιν συμφωνίας με τις επαγγελματικές ιατρικές οργανώσεις, κάθε χρόνο εξασφαλίζει το μέγεθος της οικονομικής ενίσχυσης βασικών ταμείων Υγείας. Ειδικότερα: Το EATY, καταρτίζει έναν κατάλογο των υπηρεσιών που καλύπτει με υπογεγραμμένες συμφωνίες. Καταρτίζεται δηλαδή ένα σύνολο ιατρικών υπηρεσιών για κάθε κλινική ειδικότητα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και για 40 περίπου κλινικές περιπτώσεις εσωνοσοκομειακής περίθαλψης. Με αυτόν τον τρόπο, το 2002, καλύφθηκαν περίπου 450 διαγνωστικές περιπτώσεις με αυξανόμενη τάση κάθε χρόνο.

Οι συμφωνίες αυτές EATY και ιατρικών επαγγελματικών ενώσεων, εντάσσονται στο λεγόμενο Εθνικό Πλαίσιο Συμβάσεων μέσα στο οποίο περιλαμβάνονται και κατάλογοι φαρμάκων που χορηγούνται δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, σε παιδιά, έγκυες γυναίκες, θηλάζουσες μητέρες και γενικά σε κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες, ειδικά καθορισμένες από το EATY, μέσα από ειδικά ασφαλιστικά προγράμματα. Υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης που δεν προβλέπονται από τα παραπάνω ειδικά προγράμματα, πληρώνονται είτε από τους ίδιους τους χρήστες, είτε από ασφαλιστικές εταιρίες ιδιωτικού δικαίου που τυχόν έχουν ασφαλιστεί οι χρήστες.

Τα βασικά προγράμματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, περιλαμβάνουν τις εξής υπηρεσίες:

1. Υπηρεσία ασθενοφόρων.
2. Ιατρικές επισκέψεις στο σπίτι.
3. Μέτρα υγειονομικής περίθαλψης.
4. Εμβολιασμοί παιδιών και λοιπού πληθυσμού.
5. Μικροβιολογικές και διαγνωστικές εξετάσεις.
6. Καθορισμών φαρμάκων για συνταγογράφηση.

Χαρακτηριστικά της εφαρμογής του παραπάνω προγράμματος είναι το εξής: Οι ασκούντες γενική ιατρική περίθαλψη, αμείβονται κατά ασθενή που εξετάζουν μέσα από την γενική λίστα ασθενών της αρμόδιας ιατρικής υπηρεσίας.

Τα δε προγράμματα διακίνησης προτεραιοτήτων υγείας, περιλαμβάνουν:

1. Περίθαλψη για μητέρες και βρέφη.
2. Ιατρική περίθαλψη εφήβων.
3. Ιατρική περίθαλψη των χρονίως πασχόντων.
4. Περίθαλψη ηλικιωμένων.
5. Περίθαλψη των προσωρινά νοσούντων.

Για τις υπηρεσίες του παραπάνω προγράμματος, οι ιατροί αμείβονται επιπλέον, γιατί δεν είναι υποχρεωτικές για το ιατρικό προσωπικό

Πίνακας 3:

Κύριες Πηγές Χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας της Βουλγαρίας (%)

Πηγή Χρηματοδότησης	1989	1994	1996	1998	1999	2000
Δημόσιες	-	98	-	-	-	-
Εθνικός Προϋπολογισμός	100	33	40	45	38,5	42
Δημοτικοί Προϋπολογισμοί	-	65	60	55	51,4	42,3
Υποχρεωτική Ασφάλιση	-	-	-	-	9,9	13
Ιδιωτικές						
Από τους ασθενείς	-	0,5	-	-	-	-
Ιδιωτική ασφάλιση	-	-	-	-	0,1	-
Άλλα	-	1,5	-	-	-	2,7
Εξωτερικές						
Ξένη βοήθεια	-	-	-	-	-	-

Πηγή: *Health resource accounts, Bulgaria*, Λονδίνο, Know How Fund and Health and Life Sciences Partnership,

1999.

Γ) Δωροδοκίες από τους ασθενείς

Όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, έτσι και στην Βουλγαρία, οι ανεπίσημες πληρωμές στο ιατρικό προσωπικό από τους ασθενείς ήταν κάτι συνηθισμένο από την δεκαετία του 1980, χωρίς βέβαια να το παραδέχονται οι κομμουνιστικές αρχές .

Το 1990, οι πληρωμές αυτές εντάθηκαν, ενώ το 1994 που έγινε σχετική έρευνα με δείγμα 10.000 ατόμων, το 43% των ερωτώμενων διατύπωσαν ότι είχαν πληρώσει μετρητά για κάποια δημόσια υπηρεσία υγείας. Άλλη επίσης έρευνα το 1997 στη Σόφια, κατέγραψε ότι το 54% των ερωτώμενων δήλωσε ότι πλήρωσε από την τσέπη του για δωρεάν υπηρεσίες υγείας από το Κράτος. Τέτοιες δωροδοκίες είναι αρκετά διαδεδομένες στα νοσοκομεία, γιατί έτσι μόνο οι ασθενείς ετύγχαναν καλών υπηρεσιών μέσα και έξω από τα νοσοκομεία. Σε μια έρευνα μάλιστα, τα 2/3 των ερωτώμενων ήταν υπέρ της πληρωμής κάποιου ποσού στο ιατρικό προσωπικό από τους ίδιους τους ασθενείς.

Στα νοσοκομεία που παρείχαν υπηρεσίες πολυτελείας (μονόκλινα, τηλεοράσεις, τηλέφωνα κ.λπ.), οι ασθενείς πληρώνουν από την τσέπη τους τα φάρμακα, εκτός των μικρών παιδιών και των ασθενών με ειδικές ανάγκες.

Όλα τα παραπάνω, οδήγησαν την κυβέρνηση της Βουλγαρίας το 1994, να θεσπίσει κάποιο ποσό πληρωμής ανάλογα με το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας. Έτσι, το 1997, καθορίστηκαν τα νομικά πλαίσια της συμμετοχής ποσοστού πληρωμής από τους ίδιους τους ασθενείς στις δαπάνες υγείας.

Από το 2001, τα ιατρικά ιδρύματα από μόνα τους με νόμο, αποφάσιζαν την αμοιβή τους για υπηρεσίες που θα προσφέρουν, καθώς και τον γιατρό που θα επιλέξουν. Οι δε εξωνοσοκομειακοί ασθενείς, πληρώνουν την φαρμακευτική τους περίθαλψη και θα πρέπει να πούμε, ότι ειδικά μετά την απελευθέρωση της αγοράς, τα φάρμακα πληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς.

Από το 1998, με το «Νόμο Ασφάλισης της Υγείας», καθορίστηκε ποσοστό συμμετοχής για επισκέψεις στους γιατρούς, καθώς και για εξωνοσοκομειακές θεραπείες. Από το παραπάνω ποσοστό συμμετοχής εξαιρούνται ορισμένες ευπαθείς ομάδες (παιδιά, ανάπηροι, άνεργοι κ.λπ.). Το ποσοστό συμμετοχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, αντιστοιχεί σε 1% επί των μηνιαίων αποδοχών του ασθενούς, και σε 2% για εσωνοσοκομειακές υπηρεσίες, όχι όμως για παραπάνω από 20 ημέρες νοσηλείας. Τα ποσά αυτά συμμετοχής των ασθενών, αυξομειώνονται ανάλογα με τις ελάχιστες μηνιαίες αποδοχές που ισχύουν στη χώρα και τις αντίστοιχες αναπροσαρμογές που συμβαίνουν μέχρι και 2 φορές το χρόνο.

Οι ασθενείς που ζητούν καλύτερες υπηρεσίες ή υπηρεσίες πολυτελείας, δεν περιλαμβάνονται στα νοσοκομειακά προγράμματα του Υπουργείου Υγείας. Οι τυχόν δωροδοκίες που γίνονται από τους ασθενείς στο ιατρικό προσωπικό, δεν είναι εύκολο να καθοριστούν ως προς το μέγεθος τους.

Δ) Εθελουσία ιατρική ασφάλιση

Η εθελοντική ιατρική ασφάλιση είναι περιορισμένη στη Βουλγαρία και γίνεται χρήση από άτομα που διαθέτουν υψηλά εισοδήματα.

Ο Νόμος περί υγείας του 1998, ορίζει ότι η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να καλύπτει συμπληρωματικά την βασική υποχρεωτική ασφάλιση για κάθε πολίτη, ο οποίος πληρώνει κάποια ιδιωτικά πακέτα ιατρικής περίθαλψης. Οι εταιρίες ιδιωτικής ασφάλισης, προσφέρουν υπηρεσίες υγείας για διαγνώσεις, θεραπείες, αποκαταστάσεις.

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Νόμου για την ιδιωτική ασφάλιση, οι ιατρικές υπηρεσίες χωρίζονται στα παρακάτω 5 προγράμματα:

- 1) Πρόγραμμα βελτίωσης της υγείας και προστασία από νοσήματα.
- 2) Πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.
- 3) Εσω-νοσοκομειακή περίθαλψη.
- 4) Πρόγραμμα Υγειονομικής υποστήριξης κοινωνικών εκδηλώσεων.

5) Πρόγραμμα αποζημιώσεως εξόδων.

Το κάθε ένα από τα παραπάνω προγράμματα, δίνει τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλέγει το πρόγραμμα που τον ενδιαφέρει, σε συνδυασμό με την οικονομική του δυνατότητα.

Η ιδιωτική ασφάλιση στη Βουλγαρία, είναι περιορισμένη λόγω της άσχημης οικονομικής κατάστασης του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού, ενώ ορισμένοι πολίτες που διαθέτουν μετρητά, προτιμούν την δωροδοκία, παρά την ιδιωτική ασφάλιση.

E) Άλλες πηγές χρηματοδότησης

Μέχρι το 1999, τα Νοσοκομειακά Ιδρύματα ελάμβαναν εισπράξεις χρημάτων από εξαιρετικές υπηρεσίας πολυτελείας. Τα χρήματα αυτά πήγαιναν σε ειδικούς λογαριασμούς και ο εκάστοτε διευθυντής του Νοσοκομείου τα διέθετε για διάφορους σκοπούς. Από το 1999 όμως και ύστερα, θεσπίστηκε νόμος που απαγόρευε αυτές τις δραστηριότητες και έτσι σήμερα με το Νόμο συμμετοχής του ασθενούς στην ιατρική περίθαλψη και με την ιδιωτική ασφάλιση, περιορίστηκε η παραπάνω αυθαιρεσία. Και τα χρήματα αυτά αποτελούν επίσημης πηγή χρηματοδότησης του νοσοκομείου.

Μια άλλη πηγή χρηματοδότησης είναι οι εθελούσιες συνεισφορές από ιδιώτες ή εταιρίες προς τα νοσοκομεία, που είναι βέβαια μικρές.

Πηγή χρηματοδότησης είναι και η βοήθεια από το εξωτερικό, αλλά και τα δάνεια από την Παγκόσμια Τράπεζα και από τα διάφορα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως το Phare και το Tempus.

Το πρόγραμμα Phare, περιλαμβάνει τα παρακάτω:

- 1) Υγειονομική περίθαλψη για καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης σε 28 περιφερειακά κέντρα και στελέχωση τους με νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, καθώς και ασθενοφόρα.
- 2) Μετεκπαίδευση και επιμόρφωση των ιατρών, καθώς πάνω από 1000 ιατροί μετεκπαιδούνται σε δίμηνα προγράμματα.
- 3) Βελτίωση των συνθηκών εκπαίδευσης στις Ιατρικές σχολές και τα Πανεπιστήμια του εκπαιδευτικού προσωπικού.
- 4) Ενίσχυση των ιδιωτικών ιατρών για την ίδρυση ιδιωτικών ιατρείων.
- 5) Μετεκπαίδευση διοικητικών υπαλλήλων και διευθυντών νοσοκομείων.
- 6) Προσήλωση ειδικών σε θέματα δημόσιας υγείας.
- 7) Μετεκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού σε σχολή που δημιουργήθηκε στο Πανεπιστήμιο της Σόφιας, εφαρμόζοντας προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- 8) Προγράμματα οικογενειακά.
- 9) Βελτίωση των συνθηκών εργασίας του υγειονομικού προσωπικού.
- 10) Ίδρυση Εθνικού Φορέα Φαρμάκων και ενεργοποίηση τομέα πολιτικής των φαρμάκων, με την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.
- 11) Υποστήριξη συνοχής του σημερινού συστήματος υγείας.
- 12) Δημιουργία και υποστήριξη ιατρικών βιβλιοθηκών στα Πανεπιστήμια της χώρας και εξοπλισμός αυτών με Η/Υ.
- 13) Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων υγείας σε συνεργασία με την Βρετανική Αρχή Εκπαίδευσης Υγείας.

Το Πρόγραμμα Tempus, συνέβαλε στη δημιουργία εργαστηρίων δημόσιας υγείας, έδωσε υποτροφίες για την απόκτηση μεταπτυχιακών διπλωμάτων, χρηματοδότησε μεταφράσεις ξενόγλωσσων συγγραμμάτων και υλοποίησε εκπαιδευτικές επισκέψεις επιστημόνων το εξωτερικό.

Επίσης, η Βουλγαρία ενέκρινε ένα δάνειο αξίας 47 εκατομμυρίων δολαρίων, το οποίο διατέθηκε για τα παρακάτω προγράμματα Υγείας:

1. Πολιτική για την υγεία και τη διοίκηση και εκπαίδευση στελεχών διοίκησης σε θέματα υγείας.
2. Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με ιατρικό εξοπλισμό, δημιουργία αγροτικών ιατρείων και εκπαίδευση 750 νοσηλευτριών και 1070 ιατρών.
3. Δημιουργία ιατρικών υπηρεσιών εκτάκτου ανάγκης, ασθενοφόρα και αναβάθμιση δημοτικών ιατρικών χώρων.
4. Αναβάθμιση του δικτύου αιμοδοσίας και μεταγγίσεων αίματος σε 5 αιματολογικές μονάδες στη Σόφια, στα Ζαγορά, στην Βάρνα και στην Φιλιππούπολη. Τώρα δε έχει ενισχυθεί ο εξοπλισμός , με όλα τα μέσα πληροφορικής.

Στις αρχές του 2000, η Παγκόσμια Τράπεζα έδωσε και δεύτερο δάνειο, της τάξης των 87 εκατομμυρίων δολαρίων, για μεταρρύθμιση όλου του συστήματος υγείας, σε συνδυασμό με την αγορά εξοπλισμού πληροφορικής.

Ειδικότερα, το δάνειο δόθηκε κυρίως για την κάλυψη των ιατρικών ιδρυμάτων, με εξοπλισμό σύγχρονης τεχνολογίας, με έμφαση στην πληροφορική, ενώ μέσα στο 2000, άρχισαν προγράμματα πληροφορικής ενημέρωσης του διοικητικού προσωπικού των Νοσοκομειακών Ιδρυμάτων.

Ένα άλλο πρόγραμμα με το όνομα TRANSFORM της Γερμανικής κυβέρνησης, υλοποιήθηκε από το 2000, με αντικείμενο την εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων στη διοικητική πληροφορική.

Επίσης, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, παρέχει συνεχή τεχνική υποστήριξη για τη βελτίωση των συνθηκών παροχής ιατρικής περίθαλψης, για την προστασία από μεταδιδόμενα νοσήματα και για την προστασία του περιβάλλοντος.

Από το 2000, βρίσκεται σε εξέλιξη η χρηματοδότηση 2 προγραμμάτων: Της δημογραφίας και της ανάπτυξης στρατηγικού προγράμματος για το Aids.

Η Ιαπωνική κυβέρνηση, στα πλαίσια Διεθνούς Συνεργασίας παρέδωσε 17 νοσοκομεία της χώρας, ενώ ταυτόχρονα εκπαίδευσε μεγάλο αριθμό ιατρικού προσωπικού σε εξειδικευμένα εργαστήρια και λοιπές ιατρικές συσκευές.

Η ελβετική κυβέρνηση και ο Ελβετικός Ερυθρός Σταυρός, χρηματοδότησαν τον εκσυγχρονισμό συσκευών αποστείρωσης σε 13 νοσοκομεία στη Βουλγαρία και την ειδική εκπαίδευση του προσωπικού.

Επίσης, η Παγκόσμια οργάνωση υγείας μαζί με το Κέντρο Περιβάλλοντος της Ευρώπης και το Βουλγαρικό Υπουργείου Υγείας, δημιούργησαν πρόγραμμα πληροφόρησης του κοινού για τα μεταδιδόμενα νοσήματα.

ΣΤ) Δαπάνες του συστήματος υγείας

Οι δαπάνες για την Υγεία στη Βουλγαρία σε ποσοστό ΑΕΓΠ (Ακαθάριστο Εθνικό Γεωργικό Προϊόν), μειώθηκαν από το 5,4% το 1991, στο 3,2% το 1996, μετά στο 4,2% το 1999 και στη συνέχεια στο 3,6% το 2000, ενώ σήμερα στο 3,1%. Η συμμετοχή του Τομέα Υγείας στις συνολικές κρατικές δαπάνες, μεταβάλλεται συνεχώς στη δεκαετία του 1990 και του 2000, από τη χαμηλή τιμή του 6,5% το 1990, στο 11% το 1998 και στο 9,3% το 1999. Αν συμπεριλάβουμε και τις ιδιωτικές δαπάνες στην υγεία, τότε μπορούμε να κάνουμε μια συνολική εκτίμηση μεταξύ του 4% και του 5,1%, σε ποσοστά ΑΕΓΠ, τα οποία είναι μικρότερα από αντίστοιχα ποσοστά χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι αιτίες της μείωσης των δαπανών για την υγεία σε ποσοστά ΑΕΓΠ, αντανακλούν της δυσκολίες της Βουλγαρικής οικονομίας στις δεκαετίες του 1990 και του 2000. Η ιατρική ασφάλιση που εγκαινιάστηκε το 1999, συνδυάστηκε αρχικά με την αύξηση των δαπανών σε ποσοστά του ΑΕΓΠ. Αυτό, είχε ως αντίκτυπο, στην απότομη μείωση των δαπανών υγείας και στα επόμενα χρόνια.

Σε υπαρκτές τιμές, το μέγεθος της ετήσιας κρατικής δαπάνης για την υγεία, μειώνεται συνέχεια από το 1990, πέφτοντας στο 1/3 (1996) πρώτα και στο 1/4 (1999) μετά.

Πίνακας 4:
Τάσεις στις Δαπάνες Υγείας στη Βουλγαρία, 1990-2000

Σύνολο για την Υγεία	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Αξία σε τρέχουσες τιμές (εκατομμύρια λέβα)	5720	31842	53814	599088	810336	933178	977686
Αξία σε τρέχουσες τιμές κατά κεφαλή	-	56	37	43	56	62	53
Πραγματικό κρατικό κονδύλι για την υγεία σε % του προϋπολογισμού το 1990	71	47	35	26	41	-	-
Ποσοστό στο ΑΕΓΠ	5,4	3,7	3,2	3,5	3,8	4,2	3,6
Ποσοστό στις συνολικές κρατικές δαπάνες	7,6	9,4	7,1	10	11	9,28	-

Πηγή: Health resource accounts, Bulgaria, Λονδίνο, Know How Fund and Health and Life Sciences Partnership, 1999.

Πίνακας 5:
**Δαπάνες για την Υγεία ανά Κατηγορία στη Βουλγαρία (σαν ποσοστό % της
κρατικής δαπάνης για την υγεία) 1990-2000**

Συνολική δαπάνη	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Νοσοκομειακής περίθαλψης (%)	-	59	-	-	-	-	-
Φάρμακα (% στις δαπάνες υγείας)	12,3	17,4	23,5	23,4	23,75	20,3	14,4
Επενδύσεις Κεφαλαίων (% στις δαπάνες υγείας)	5,8	3,4	2,3	6,8	4,4	12,2	8,3
Ποσοστό στο ΑΕΓΠ	5,4	3,7	3,2	3,5	3,8	4,2	3,6
Μισθοί και κοινωνικές παροχές (% στις δαπάνες υγείας)	56,9	50,6	45,3	42,6	50,49	44,7	32,4

Πηγή: Health resource accounts, Bulgaria, Λονδίνο, Know How Fund and Health and Life Sciences Partnership, 1999.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΒΟΣΝΙΑΣ-ΕΡΖΕΓΟΒΙΝΗΣ ΚΑΙ ΒΟΥΛΓΑΡΙΑΣ

Εισαγωγή

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και ειδικότερα το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο όπως συνήθως λέγεται, ερευνά και μελετά συνεχώς τόσο σειρά εκθέσεων συστημάτων υγείας των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όσο και την υπό ένταξη χωρών σε αυτήν.

Στόχος του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου, είναι να συγκεντρώσει συγκριτικές πληροφορίες που θα χρησιμεύσουν για την χάραξη και ανάπτυξη πολιτικής των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες.

Αυτά τα στοιχεία παρουσιάζουν ουσιαστικές και δομικές πληροφορίες για:

1. Τις διαφορετικές προσεγγίσεις στη χρηματοδότηση , ανάλογα με την οργανωτική δομή των συστημάτων υγείας των χωρών, που έχουνε διαφορές σε οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές αρχές.
2. Να περιγράψουν τις διαδικασίες εφαρμογής των προγραμμάτων μεταρρύθμισης των συγκεκριμένων συστημάτων υγείας, τα οποία συστήματα ήταν ανύπαρκτα ή λειτουργούσαν υπό μη οργανωμένη μορφή.

3. Να προσφέρουν ανταλλαγή εμπειριών από διαφορετικές μεταρρυθμιστικές στρατηγικές χωρών, στα πλαίσια οργάνωσης και τρόπους χρηματοδότησης συστημάτων υγείας.

Αυτές λοιπόν οι πληροφορίες που αναφέραμε μόλις τώρα, μας βοηθάνε να συγκρίνουμε τα συστήματα υγείας διάφορων χωρών. Έτσι, μπορούμε να διαπιστώσουμε τις τυχόν ομοιότητες, αλλά και τις διαφορετικές προσεγγίσεις, ως προς την δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας των χωρών αυτών που θέλουμε να συγκρίνουμε.

Στην παρούσα μελέτη, θα συγκρίνουμε τα συστήματα υγείας των χωρών Βοσνία-Ερζεγοβίνη και Βουλγαρία, σε 3 επίπεδα:

- A) Ως προς την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας των 2 χωρών
- B) Ως προς τον προγραμματισμό, τον κανονισμό και τη διοίκηση των συστημάτων υγείας των 2 χωρών.
- Γ) Ως προς τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των 2 χωρών.

A) Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας των 2 χωρών

A1) Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη

Στη χώρα αυτή, η οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών, είναι υποχρέωση του κάθε κρατιδίου, ενώ η περιοχή του Brcko, λειτουργεί το δικό της αυτόνομο σύστημα και κανένα κρατίδιο δεν έχει δικαιοδοσία σε αυτό.

Στην Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης, η διοίκηση του συστήματος υγείας είναι αποκεντρωμένη, με τη διοίκηση του καθενός από τα 10 Καντόνια, να παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, μέσω του δικού της Υπουργείου. Βέβαια, οι διοικήσεις των Καντονιών, συντονίζονται από το Κεντρικό Υπουργείο της Ομοσπονδίας της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης.

Αντίθετα, στην Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, υπάρχει κεντρική δικαιοδοσία για το σύστημα υγείας. Ο προγραμματισμός και οι κανονισμοί, εκτελούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας στη Μπάνια Λούκα.

Όσον αφορά για την περιοχή του Brcko, παρέχει πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα στους πολίτες της. Κάθε κρατίδιο, υποχρεώνεται να πληρώνει εισφορές υγειονομικής ασφάλισης για συνταξιούχους, για βετεράνους του πολέμου, για ανάπηρους και για όσους δεν είναι ασφαλισμένοι στην περιοχή του Brcko. Επίσης, τα κρατίδια θα συνεισφέρουν για τους άνεργους, μέχρι η περιοχή Brcko να αναλάβει τη λειτουργία ευρέσεως εργασίας.

Όσον αφορά τα Υπουργεία Υγείας των 2 κρατιδίων, μπορούμε να πούμε τα εξής:

Σε ότι αφορά την Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης, υπάρχουν 11 Υπουργεία Υγείας : ένα σε ομοσπονδιακό επίπεδο και από ένα σε κάθε καντόνι. Η ευθύνη του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας, περιορίζεται σε λειτουργίες που δε μπορούν να εκτελεστούν από τα αντίστοιχα Υπουργεία των Καντονιών, όπως η νομοθεσία και οι έλεγχοι των συνόρων. Άρα, η δικαιοδοσία για τη λειτουργία του τομέα υγείας, ανήκει στις αρχές των Καντονιών και περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας, την είσπραξη των εισφορών, τις δαπάνες, την πολιτική και τον προγραμματισμό.

Οι λειτουργίες του Ομοσπονδιακού Υπουργείου, είναι:

- η ανάπτυξη της υγειονομικής πολιτικής στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη,
- η παρακολούθηση και η αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού,
- ο προγραμματισμός των ιατρικών εγκαταστάσεων,
- η ανάπτυξη και ρύθμιση της υποχρεωτικής ασφάλισης,
- η ρύθμιση του δικτύου ασφάλειας της δημόσιας υγείας,
- καθώς και η επιτήρηση των υγειονομικών ελέγχων.

Σε ότι αφορά το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Δημοκρατίας των Σέρβων της Βοσνίας, επιτελεί μια σειρά από λειτουργίες όπως:

- την πρόληψη των ασθενειών,
- την προώθηση της υγείας,
- την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού,
- την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης,
- την επαγγελματική εκπαίδευση και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας,
- τον υγειονομικό έλεγχο,
- την επίβλεψη και τον έλεγχο των ιδρυμάτων υγείας,
- την παραγωγή και διανομή των φαρμάκων,
- τον έλεγχο των τροφίμων και της υγιεινής.

A2) Στην Βουλγαρία

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, το Βουλγαρικό σύστημα υγείας βασίστηκε κυρίως στο Σεμάσκο, που είναι ένα σοβιετικό μοντέλο δημόσιας παροχής δωρεάν υπηρεσιών, με χρηματοδότηση από τα φορολογικά έσοδα του κράτους.

Στην ίδια δεκαετία, πέρασαν νόμοι που επέτρεπαν την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, άρχισαν να λειτουργούν ξανά οι ιατρικοί σύλλογοι, ενώ οι Δήμοι ανέλαβαν την ευθύνη πολλών ιατρικών υπηρεσιών.

Στη δεκαετία του 1990, έγιναν ακόμα πιο τολμηρές μεταρρυθμίσεις, καθώς εγκαινιάστηκε ένα νέο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ αναπτύχθηκε και η πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Σε ότι αφορά το Υπουργείο Υγείας της Βουλγαρίας, αυτό εφαρμόζει την εθνική πολιτική για την υγεία, ενώ καθορίζει τις προτεραιότητες και τους στόχους του συστήματος υγείας.

Κάθε μια από τις 28 ξεχωριστές περιοχές, έχει στη διάθεση της ένα Περιφερειακό Κέντρο Υγείας και ένα γραφείο διοίκησης του Υπουργείου Υγείας. Οι εκτελεστικές λειτουργίες του Υπουργείου Υγείας, περιλαμβάνουν:

- την παροχή πληροφόρησης και δημοσίων σχέσεων,
- την ανάλυση των επιδημιολογικών καταστάσεων,
- την επίβλεψη των ιδρυμάτων που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του,
- την καταγραφή των ιδιωτικών εγκαταστάσεων παροχής ιατρικών υπηρεσιών,
- την οργάνωση υπηρεσιών για την κεντρική προμήθεια φαρμακευτικών παρασκευασμάτων,
- την οργάνωση και τον έλεγχο συντήρησης και ανανέωσης των εγκαταστάσεων υγείας,
- τον έλεγχο της χρηματοδοτικής ροής των ιδρυμάτων,
- τη χρηματοδότηση και τις πληρωμές των εγκαταστάσεων,
- την εναρμόνιση της νομοθεσίας με τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

Εκτός από το Υπουργείο Υγείας, υπάρχει επίσης ένας μεγάλος αριθμός Υπουργείων, που κατέχουν, διοικούν και χρηματοδοτούν δικές τους υγειονομικές εγκαταστάσεις. Η αναφορά γίνεται για τα Υπουργεία Άμυνας, Εσωτερικών και Συγκοινωνιών.

Ακόμα, υπάρχει και το Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο Υγείας, το οποίο είναι ένα αυτόνομο ίδρυμα για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, που ιδρύθηκε σύμφωνα με την Βουλγαρική νομοθεσία. Έχει σύστημα όμοιο με αυτό του Βίσμαρκ, με 1 μόνο ασφαλιστικό φορέα και με υποχρεωτικές εργατικές εισφορές από τα εισοδήματα των ασφαλισμένων. Ο προϋπολογισμός του ΕΑΤΥ, καθορίζεται από τη Βουλή. Η κύρια λειτουργία που επιτελεί, είναι η διαχείριση των οικονομικών πόρων για την ιατρική περίθαλψη του πληθυσμού, με υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, το ΕΑΤΥ χρηματοδοτεί το συνολικό δίκτυο υγείας για μη νοσοκομειακούς ασθενείς και τις κλινικές εκείνες, με τις οποίες έχει υπογράψει συμβάσεις.

Τέλος, υπάρχει συμβάλλει και ο Ιδιωτικός Τομέας, καθώς μετά το 1991, νομιμοποιήθηκαν τα Ιδιωτικά Ιατρεία. Μετά το 2000, πολλά ομαδοποιημένα ιδιωτικά ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης και μικρά διαγνωστικά κέντρα, άρχισαν να λειτουργούν σαν ιδιωτικές επιχειρήσεις, οι οποίες έχουν συνάψει συμβάσεις με το ΕΑΤΥ και παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό. Οι υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα πληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς, όταν οι πάροχοι δεν είναι

συμβεβλημένοι με το EATY, αν και το 95% έχει ήδη συμβάσεις με το EATY. Οι ιατροί αναγκάστηκαν να υπογράψουν συμβάσεις με το EATY, καθώς η ιδιωτική αγορά περιορίζεται και η πλειονότητα των ασθενών, δε μπορεί να πληρώσει τις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες.

Όλοι οι πάροχοι εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, δρουν σαν επιχειρηματίες. Στην αρχή των μεταρρυθμίσεων, οι δήμοι παρείχαν κτίρια και εξοπλισμό από τις πρώην πολυκλινικές, με χαμηλά ενοίκια, σε διαγνωστικά και ειδικευμένα κέντρα ιατρικής περίθαλψης. Η Παγκόσμια Τράπεζα διέθεσε δάνεια στις πρωτοβάθμιες μονάδες και σε ειδικευμένα κέντρα για αγορά σύγχρονου εξοπλισμού, καθώς και για τη μεταφορά του ιδιοκτησιακού καθεστώτος από τους Δήμους, στους ιδιώτες γιατρούς.

Μετά την εισαγωγή του Νόμου για την Υγεία το 1999, οι ιατροί και οι οδοντίατροι είναι ιδιοκτήτες των ιατρείων τους, όταν πρόκειται για πρωτοβάθμια περίθαλψη.

B) Ο προγραμματισμός, ο κανονισμός και τη διοίκηση των συστημάτων υγείας των 2 χωρών.

B1) Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη

Τα συστήματα υγείας Βοσνίας-Ερζεγοβίνης, κληρονόμησαν μια τυπική και ανελαστική μέθοδο προγραμματισμού των εγκαταστάσεων και των ανθρώπινων πόρων. Τα περισσότερα ιδρύματα υγείας, διαθέτουν κριτήρια προγραμματισμού, η πείρα όμως έχει δείξει σε μερικές περιοχές, ότι ο προγραμματισμός είναι μύθος παρά πραγματικότητα.

Ένα άλλο πρόβλημα εκτός από αυτό, είναι η αδυναμία εφαρμογής της νομοθεσίας, καθώς και η αδυναμία συλλογής των ασφαλιστικών εισφορών. Ακόμα, το θέμα της αποκέντρωσης είναι πολύ σημαντικό, ειδικά στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης.

Ας ξεκινήσουμε από την Ομοσπονδία της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης, όπου οι εγκαταστάσεις υγειονομικής φροντίδας είναι ανόμοια κατανεμημένες προς όφελος των αστικών περιοχών και των υπέρ-εξειδικευμένων επαγγελματιών. Ο προγραμματισμός

επηρεάζεται από πολιτικά συμφέροντα και εθνικούς διαχωρισμούς. Αν και οι καρδιοαγγειακές παθήσεις είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, στην Ομοσπονδία της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης, δεν υπάρχει κανένα σοβαρό πρόβλημα πρόληψης.

Σύμφωνα με το νόμο υγειονομικής περιθάλψης, επιτρέπεται στα Καντόνια να διαμορφώσουν τους δικούς τους κανονισμούς, οι οποίοι θα ενσωματωθούν αργότερα στο Ομοσπονδιακό Σύστημα.

Στην Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, το πρόγραμμα για ένα δίκτυο υγειονομικών ιδρυμάτων, έχει σκοπό να ορίσει τον τύπο, τον αριθμό, τη δομή και την κατανομή των υγειονομικών ιδρυμάτων που δημιουργούνται από τις αρχές του κρατιδίου, της πόλης και του Δήμου. Επίσης, το τμήμα του Υπουργείου για τον υγειονομικό έλεγχο είναι τυπικά υπεύθυνο για τους υγειονομικούς ελέγχους και κυρίως για τον έλεγχο και την πιστοποίηση των εισαγόμενων τροφίμων.

B2) Στην Βουλγαρία

Το υπουργείο Υγείας καθορίζει τις πολιτικές, προτείνει νομοσχέδια και προγραμματίζει ενέργειες. Η Παγκόσμια Τράπεζα υποστήριξε την πολιτική της κυβέρνησης, με το πρόγραμμα Phare από το 1996 μέχρι το 1998. Επίσης, τα 28 περιφερειακά κέντρα υγείας του Υπουργείου Υγείας, συλλέγουν στατιστικά στοιχεία για το Εθνικό Κέντρο Πληροφορικής Υγείας.

Το Υπουργείο, δημιούργησε την Εθνική Στρατηγική Υγείας, η οποία έγινε αποδεκτή από το κοινοβούλιο του 1995. Σύμφωνα με το Νόμο, το Υπουργείο Υγείας μπορεί να ελέγχει όλες τις εγκαταστάσεις υγείας στη χώρα, ακόμα και σε αυτές που ανήκουν σε άλλα Υπουργεία ή τοπικές αρχές. Επίσης, το Υπουργείο οριοθετεί τα μέτρα, τις αρχές και τους δείκτες για την πιστοποίηση των εγκαταστάσεων υγείας στη χώρα. Μεγάλος αριθμός κλινικών, πιστοποιήθηκαν το 2000 και το 2001, ενώ η πιστοποίηση πραγματοποιείται από την Επιτροπή Πιστοποιήσεων. Το Υπουργείο Υγείας, διοικεί τα εθνικά του ιδρύματα και τις άλλες υπηρεσίες του, μέσω των 28 περιφερειακών κέντρων υγείας.

Ο νόμος του 1999, επιτρέπει στα ιδρύματα υγείας να εξελιχθούν σε αυτοδιοικούμενες μονάδες με δική τους διοίκηση, ενώ από το 2001 οι κλινικές, οι οποίες μετατράπηκαν σε εμπορικές επιχειρήσεις, χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας.

Τέλος, το κράτος διατηρεί το δικαίωμα να ελέγχει το συνολικό σύστημα υγείας, για αυτό και δημιουργήθηκε μια Διεύθυνση Ειδικού Ελέγχου Ασφάλισης Υγείας, εντός του Υπουργείου Υγείας, που είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο των ασφαλιστικών εταιριών υγείας.

Γ) Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας των 2 χωρών.

Γ1) Στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη

Το σύστημα υγείας προπολεμικά, ενισχυόταν οικονομικά από μη κυβερνητικές οργανώσεις και ιδρύματα που ονομαζόταν «Διαχειριζόμενη κοινότητα ενδιαφέροντος». Αυτά τα ιδρύματα και οι οργανώσεις, παρείχαν ασφάλιση υγείας, αναπηρίας και σύνταξης στους εργαζόμενους και τις οικογένειες τους.

Μεταπολεμικά όμως, η εισπραξη φόρων από μισθούς ήταν πρακτικά αδύνατη και το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης διαλύθηκε σαν ίδρυμα, οπότε η οικονομική ενίσχυση της Υγείας, οργανώθηκε από το υπάρχον Υπουργείο Υγείας. Στην περίοδο αυτή, οι εισφορές κάλυπταν μικρό μέρος δαπανών.

Όλα αυτά, δημιουργούν ανισότητες μεταξύ των εργαζομένων για την καταβολή των εισφορών. Επιπλέον, δεν υπάρχει πιο αποτελεσματικός τρόπος από το υπουργείο Οικονομικών για την εισπραξη των φόρων, από τις τάξεις των εργαζομένων.

Οι μυστικές πληρωμές δεν είχαν επίσημη δημοσιότητα στα κρατίδια Βοσνία και Ερζεγοβίνη. Σχετική έρευνα στα νοικοκυριά που έγινε, αποκάλυψε ότι οι πολίτες πληρώνουν απευθείας σε πολλά ιδρύματα παροχής υγειονομικής φροντίδας. Το ποσό αυτό υπολογίζεται σε 4,7% του ΑΕΠ..

Όλα αυτά αναγνωρίζονται από το Υπουργείο Υγείας και των 2 κρατιδίων, τα οποία προβαίνουν σε αναγκαίες μεταρρυθμίσεις.

Έτσι, έγινε συμφωνία να πληρώνουν τους συνταξιούχους, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας και στα 2 κρατίδια. Η συμφωνία όμως στην πράξη δεν περιλαμβάνει την ιατρική κάλυψη, καθώς τα δικαιώματα μπορούν να πληρωθούν μόνο στον τρόπο εγγραφής του συνταξιούχου. Κατά συνέπεια, όταν οι συνταξιούχοι έχουν ανάγκη φροντίδας εκτός του τόπου διαμονής τους, είναι ανασφάλιστοι. Την ίδια σύγχυση η υπάρχουσα νομοθεσία δημιουργεί και σε εκτοπισμένους ή παλινοστούντες πολίτες και των 2 κρατιδίων.

Παρατηρούμε, ότι και τα 2 κρατίδια, κάνουνε προσπάθειες επίλυσης των θεμάτων υγείας από τις ανεπίσημες πληρωμές, καθώς και την είσπραξη φόρων από τους ελεύθερους επαγγελματίες, τους ιδιωτικούς υπαλλήλους, τους αγρότες κλπ.

Στη Βοσνία και την Ερζεγοβίνη υπάρχει το υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης μόνο κατ' όνομα. Και αυτό, γιατί οι πολίτες δυσκολεύονται να καλύψουν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, εφόσον οι δαπάνες που πρέπει να πληρωθούν είναι υψηλές. Έτσι, οι πολίτες πληρώνουν στο ακέραιο τις αμοιβές των γιατρών. Έτσι λοιπόν, τα προβλεπόμενα από το νόμο για δημόσια φροντίδα, στην πραγματικότητα δεν εφαρμόζονται.

Προπολεμικά, οι υπηρεσίες υγείας για παροχή υπηρεσιών, ήταν προβληματικές. Το 1991, υπολογίζεται η δαπάνη για υγεία στο 8,2% του ΑΕΠ. Όμως, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σύμφωνα με δικά της στοιχεία, εμφανίζει ότι οι δαπάνες υγείας στον ίδιο χρόνο ανέρχονται στο 3.5% του ΑΕΠ. Η μεγάλη αυτή διαφορά οφείλεται στην κακή οργάνωση του συστήματος υγείας, όπου δεν εμφανίζονται οι ιδιωτικές πληρωμές, ή άλλες μη νόμιμες πληρωμές που ενδεχομένως θα φτάνουν το 2 με 3% του ΑΕΠ. Είναι προφανές ότι οι πόροι του κρατιδίου της Βοσνίας είναι περιορισμένοι. Μετά τον πόλεμο όμως, ακολουθεί μια ραγδαία αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία

I) Στην Ομοσπονδία Βοσνίας-Ερζεγοβίνης

Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης προέρχεται βασικά από τις εισφορές των εργαζομένων, από τη φορολόγηση άλλων εισοδημάτων, από τους προϋπολογισμούς των καντονιών και των Δήμων, από διεθνείς δωρεές και άλλες πηγές. Στα εν λόγω κρατίδια, ο νόμος του 1999 για την υγειονομική Ασφάλιση, ορίζει ότι η Ασφάλιση είναι υποχρεωτική στα καντόνια. Δικαίωμα στην ασφάλιση υγείας έχουν οι εργαζόμενοι που εκτελούν συγκεκριμένα καθήκοντα, καθώς και στα μέλη των οικογενειών τους. Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο των Οικονομικών, καθορίζει τα ποσοστά των εισφορών και τις μεθόδους υπολογισμού. Αν οι δαπάνες είναι περισσότερες από τα έσοδα, τότε η διαφορά καλύπτεται από τους προϋπολογισμούς των καντονιών και των δήμων. Τα καντόνια έχουν 10 ταμεία υγειονομικής ασφάλισης και κατανέμουν τους πόρους σε όλα τα καντόνια.

Ακόμα, καθιερώνεται η υποχρεωτική επανασφάλιση εξαιτίας καταστροφικών περιστάσεων. Τα κονδύλια για την παραπάνω κάλυψη, προβλέπεται να συγκεντρωθούν από εισφορές, τις οποίες θα διαχειρίζεται το Ίδρυμα Ασφαλίσεων της Βοσνίας-Ερζεγοβίνης και τα καντόνια έχουν το δικαίωμα να θεσπίσουν αυτόνομα τη λεγόμενη διευρυμένη ασφάλιση υγείας για την κάλυψη υπηρεσιών, που δεν περιλαμβάνονται στο υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης.

Η κείμενη νομοθεσία της Ομοσπονδίας της Βοσνίας και Ερζεγοβίνης περί υγειονομικής φροντίδας, ορίζει ότι κάθε ασφαλισμένος δικαιούται ένα βασικό πακέτο υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το ύψος των πόρων που ήταν διαθέσιμοι σε ένα καντόνι. Οι παραπάνω παροχές ήταν οι εξής:

- A) Πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας από ειδικούς και παροχή νοσοκομειακής φροντίδας.
- B) Καταβολή μισθού και στην περίπτωση ασθένειας.

Γ) Καταβολή εξόδων ταξιδιού για μετάβαση ιατρικής φροντίδας.

Όσον αφορά τα καντόνια, καθορίζουν το ποσοστό συμμετοχής των πολιτών για δημόσια περίθαλψη, ανάλογα με την κοινωνική θέση και τους πόρους των χρηστών. Η κυβέρνηση όμως της Ομοσπονδίας, αδυνατεί να παρέμβει στις ιδιωτικές πληρωμές στον ιδιωτικό τομέα υγειονομικής φροντίδας, όπου οι τιμές καθορίζονται από το μηχανισμό της ελεύθερης αγοράς.

Ο νόμος για την Υγειονομική Ασφάλιση του 1997, δίνει το δικαίωμα σε ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς, να προσφέρουν εθελοντική ασφάλιση, χωρίς να προβλέπει ρυθμίσεις για τους ασφαλισμένους. Δηλαδή η Πολιτεία απλώς δίνει άδεια χωρίς να θέτει κανόνες προστασίας στους ασφαλισμένους.

Μετά το τέλος του πολέμου έγιναν χρηματοδοτήσεις από πηγές του εξωτερικού, που είναι οι εξής:

- Α. Από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή της Ε.Ε. μέσω του προγράμματος PFARE.
- Β. Από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
- Γ. Από την Ελβετική υπηρεσία ανάπτυξης
- Δ. Από την Ιαπωνική κυβέρνηση
- Ε. Από το Ταμείο Ανάπτυξης της Βρετανίας
- ΣΤ. Από την Παγκόσμια Τράπεζα, η οποία πραγματοποίησε τα εξής 3 έργα:
- Ζ. Βοήθεια από πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις σε χρήμα, φάρμακα, τρόφιμα, ανθρώπινο δυναμικό, ψυχολογική υποστήριξη

II) Στην Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας

Σύμφωνα με το Νόμο για την Υγειονομική Ασφάλιση του 1999, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας πρέπει να παρέχει κάλυψη στους ασφαλισμένους, στην οικογένειά τους, και στα μέλη του νοικοκυριού τους. Ο νόμος περιγράφει την υποχρέωση κάθε πληθυσμιακής ομάδας (για παράδειγμα, αγρότες, εργαζόμενοι, εργοδότες, η κυβέρνηση και δημόσιοι οργανισμοί υπεύθυνοι ευάλωτων ομάδων) να πληρώνει τις εισφορές, ενώ

έχει εισαχθεί μια ιδιωτική συμμετοχή για να συνεισφέρει στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης.

Ο Νόμος για την Υγειονομική Ασφάλιση δεν επιτρέπει ούτε την επιλογή της μη ασφάλισης ούτε την εθελοντική ασφάλιση, η οποία θεωρείται ως περιττή και ως ένας τρόπος αποφυγής πληρωμής των εισφορών στο υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης. Ο Νόμος όμως, επιτρέπει τη λεγόμενη διευρυμένη ασφάλιση, που στην ουσία είναι συμπληρωματική ασφάλιση με επιπλέον οφέλη, περιλαμβανομένου του κινδύνου των συμμετοχών.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα, στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, υπήρχε ο νόμος του 1999 για την υγειονομική φροντίδα και ο νόμος για την θεσμοθετημένη ασφάλιση υγείας, σύμφωνα με τον οποίο οι έγκυες γυναίκες και τα παιδιά μέχρι 15 ετών, αλλά και οι πολίτες άνω των 65 ετών, δικαιούνται δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, προβλέπονται και 120 μέρες άδεια ασθενείας, αποκλείεται όμως η μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων.

Κοντά στο 2000, το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης εφάρμοσε το βασικό πακέτο παροχών που το είχε σαν βάση για τις χρηματοδοτούμενες από το Δημόσιο υπηρεσίες γενικής φροντίδας.

Όσον αφορά τον όρο ιδιωτικές πληρωμές, χρησιμοποιείται και στη Δημοκρατία των Σέρβων της Βοσνίας, γιατί το Ταμείο Υγειονομικής Ασφάλισης δε μπορεί να εκπληρώσει όλες τις υποχρεώσεις προς τους ασφαλισμένους λόγω έλλειψης πόρων. Υπάρχουν λοιπόν οι κρυφές πληρωμές για υγειονομική περίθαλψη, χωρίς να αποδεικνύονται αυτές.

Στη Δημοκρατία Σέρβων της Βοσνίας, δεν υπάρχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας και τούτο γιατί δεν υπάρχουν ικανοί πόροι για τους πολίτες του κρατιδίου αυτού.

Μεταπολεμικά, υπήρξε ενδιαφέρον διεθνών δωρητών για επείγουσα βοήθεια στην ανοικοδόμηση, στην τεχνική υποστήριξη και στην εκπαίδευση. Επίσης, μη κυβερνητικές οργανώσεις βοήθησαν στην αντιμετώπιση των αναγκών της υγειονομικής

περίθαλψης με φάρμακα και λοιπά μέσα. Επίσης, δόθηκε και εξωτερική χρηματοδότηση, χωρίς να γίνει ενημέρωση από το Υπουργείο Υγείας.

Γ2) Στην Βουλγαρία

Μέχρι το 2000, η οικονομική ενίσχυση του συστήματος στηριζόταν βασικά σε φορολογικές εισπράξεις και έσοδα από 2 πηγές: τον κρατικό προϋπολογισμό και τους προϋπολογισμούς της τοπικής αυτοδιοίκησης. Ακόμη, η οικονομική ενίσχυση του συστήματος υγείας περιέχει παράλληλα και την ιδιωτική δραστηριότητα που έχει το στοιχείο του παράνομου χρηματισμού. Νόμος του 1998 για την ιδιωτική ασφάλιση, όριζε ότι οι εισφορές για την κοινωνική ασφάλιση από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους θα αρχίσουν να παρακρατούνται, μόνο από τους εργοδότες το 1999. Τα έσοδα που προήλθαν ήταν λίγα, γιατί οι αποδοχές των εργαζομένων ήταν χαμηλές και διότι υπήρχε ανεργία και εισφοροδιαφυγή.

Αρχικά, η συμμετοχή των εργοδοτών-εργαζομένων στην κοινωνική ασφάλιση, ήταν 5 προς 1 και σταδιακά έγινε 1 προς 1, γιατί μειώθηκε η συμμετοχή των εργοδοτών. Οι αυτοαπασχολούμενοι κατέβαλαν από μόνοι τους όλο το ποσό των εισφορών. Τα εργαζόμενα μέλη οικογενειών ασφαλίζουν και τα μη εργαζόμενα τους, καλύπτοντας τις ανάλογες εισφορές τους. Οι λοιποί πολίτες, άνεργοι, φτωχοί, συνταξιούχοι, φοιτητές, στρατιώτες, δημόσιοι υπάλληλοι, καλύπτονται από τον εθνικό προϋπολογισμό ή τους δημόσιους προϋπολογισμούς.

Η χρηματοδότηση της ασφάλισης της υγείας για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, άρχισε το 2000, ενώ η ενδονοσοκομειακή άρχισε το 2001. Σήμερα, η ασφάλεια της υγείας, καλύπτει σχεδόν το σύνολο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ένα μικρό τμήμα του κόστους των φαρμάκων και το 20% περίπου των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Το 1990, οι πληρωμές αυτές εντάθηκαν, ενώ το 1994 που έγινε σχετική έρευνα με δείγμα 10.000 ατόμων, το 43% των ερωτώμενων διατύπωσαν ότι είχαν πληρώσει μετρητά για κάποια δημόσια υπηρεσία υγείας

Όλα τα παραπάνω, οδήγησαν την κυβέρνηση της Βουλγαρίας το 1994, να θεσπίσει κάποιο ποσό πληρωμής ανάλογα με το είδος της παρεχόμενης υπηρεσίας. Έτσι, το 1997, καθορίστηκαν τα νομικά πλαίσια της συμμετοχής ποσοστού πληρωμής από τους ίδιους τους ασθενείς στις δαπάνες υγείας.

Μετά το 2001, τα ιατρικά ιδρύματα από μόνα τους με νόμο, αποφάσιζαν την αμοιβή τους για υπηρεσίες που θα προσφέρουν, καθώς και τον γιατρό που θα επιλέξουν. Οι δε εξωνοσοκομειακοί ασθενείς, πληρώνουν την φαρμακευτική τους περίθαλψη και θα πρέπει να πούμε, ότι ειδικά μετά την απελευθέρωση της αγοράς, τα φάρμακα πληρώνονται από τους ίδιους τους ασθενείς.

Από το 1998, με το «Νόμο Ασφάλισης της Υγείας», καθορίστηκε ποσοστό συμμετοχής για επισκέψεις στους γιατρούς, καθώς και για εξωνοσοκομειακές θεραπείες

Το ποσοστό συμμετοχής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης , αντιστοιχεί σε 1% επί των μηνιαίων αποδοχών του ασθενούς, και σε 2% για εσωνοσοκομειακές υπηρεσίες, όχι όμως για παραπάνω από 20 ημέρες νοσηλείας. Τα ποσά αυτά συμμετοχής των ασθενών, αυξομειώνονται ανάλογα με τις ελάχιστες μηνιαίες αποδοχές που ισχύουν στη χώρα και τις αντίστοιχες αναπροσαρμογές που συμβαίνουν μέχρι και 2 φορές το χρόνο.

Οι ασθενείς που ζητούν καλύτερες υπηρεσίες ή υπηρεσίες πολυτελείας, δεν περιλαμβάνονται στα νοσοκομειακά προγράμματα του Υπουργείου Υγείας. Οι τυχόν δωροδοκίες που γίνονται από τους ασθενείς στο ιατρικό προσωπικό, δεν είναι εύκολο να καθοριστούν ως προς το μέγεθος τους.

Ο Νόμος για την υγεία του 1998, ορίζει ότι η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να καλύπτει συμπληρωματικά την βασική υποχρεωτική ασφάλιση για κάθε πολίτη, ο οποίος πληρώνει κάποια ιδιωτικά πακέτα ιατρικής περίθαλψης. Οι εταιρίες ιδιωτικής ασφάλισης , προσφέρουν υπηρεσίες υγείας για διαγνώσεις, θεραπείες, αποκαταστάσεις.

Σύμφωνα με τις απαιτήσεις του Νόμου για την ιδιωτική ασφάλιση, οι ιατρικές υπηρεσίες χωρίζονται στα παρακάτω 5 προγράμματα:

- A) Πρόγραμμα βελτίωσης της υγείας και προστασία από νοσήματα.
- B) Πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.
- Γ) Εσω-νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Δ) Πρόγραμμα Υγειονομικής υποστήριξης κοινωνικών εκδηλώσεων.
- E) Πρόγραμμα αποζημιώσεως εξόδων.

Το κάθε ένα από τα παραπάνω προγράμματα, δίνει τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλέγει το πρόγραμμα που τον ενδιαφέρει, σε συνδυασμό με την οικονομική του δυνατότητα.

Η ιδιωτική ασφάλιση στη Βουλγαρία, είναι περιορισμένη λόγω της άσχημης οικονομικής κατάστασης του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού, ενώ ορισμένοι πολίτες που διαθέτουν μετρητά, προτιμούν την δωροδοκία, παρά την ιδιωτική ασφάλιση.

Μέχρι το 1999, τα Νοσοκομειακά Ιδρύματα ελάμβαναν εισπράξεις χρημάτων από εξαιρετικές υπηρεσίες πολυτελείας. Τα χρήματα αυτά πήγαιναν σε ειδικούς λογαριασμούς και ο εκάστοτε διευθυντής του Νοσοκομείου τα διέθετε για διάφορους σκοπούς. Από το 1999 όμως και ύστερα, θεσπίστηκε νόμος που απαγόρευε αυτές τις δραστηριότητες και έτσι σήμερα με το Νόμο συμμετοχής του ασθενούς στην ιατρική περίθαλψη και με την ιδιωτική ασφάλιση, περιορίστηκε η παραπάνω αυθαιρεσία. Και τα χρήματα αυτά αποτελούν επισήμως πηγή χρηματοδότησης του νοσοκομείου.

Μια άλλη πηγή χρηματοδότησης είναι οι εθελούσιες συνεισφορές από ιδιώτες ή εταιρίες προς τα νοσοκομεία, που είναι βέβαια μικρές.

Πηγή χρηματοδότησης είναι και η βοήθεια από το εξωτερικό, αλλά και τα δάνεια από την Παγκόσμια Τράπεζα και από τα διάφορα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως το Phare και το Tempus.

Ένα άλλο πρόγραμμα με το όνομα TRANSFORM της Γερμανικής κυβέρνησης, υλοποιήθηκε από το 2000, με αντικείμενο την εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων στη διοικητική πληροφορική.

Επίσης, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, παρέχει συνεχή τεχνική υποστήριξη για τη βελτίωση των συνθηκών παροχής ιατρικής περίθαλψης, για την προστασία από μεταδιδόμενα νοσήματα και για την προστασία του περιβάλλοντος.

Από το 2000, βρίσκεται σε εξέλιξη η χρηματοδότηση 2 προγραμμάτων: Της δημογραφίας και της ανάπτυξης στρατηγικού προγράμματος για το Aids.

Η συμμετοχή του Τομέα Υγείας στις συνολικές κρατικές δαπάνες , μεταβάλλεται συνεχώς στη δεκαετία του 1990 και του 2000, από τη χαμηλή τιμή του 6,5% το 1990, στο 11% το 1998 και στο 9,3% το 1999. Αν συμπεριλάβουμε και τις ιδιωτικές δαπάνες στην υγεία, τότε μπορούμε να κάνουμε μια συνολική εκτίμηση μεταξύ του 4% και του 5,1% , σε ποσοστά ΑΕΓΠ, τα οποία είναι μικρότερα από αντίστοιχα ποσοστά χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΕΤΥΠ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα.

Κάιν Τζένιφερ, Ντουράν Αντόνιο, Φόρτις Άμια, Γιακουμπόφσκι Έλκε,
(μετάφραση) (2002), *Μεταρρυθμίσεις του Συστήματος Υγείας Βοσνίας-Ερζεγοβίνης*,
Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων Υγείας

Κουλακζάζοφ Στάικο, Τοντόροβα Σβέτλα, Τραγάκη Έλλη, Χρίστοβα Στόικα,
(μετάφραση) (2002), *Μεταρρυθμίσεις του Συστήματος Υγείας Βουλγαρίας*, Ευρωπαϊκό
Παρατηρητήριο Συστημάτων Υγείας

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

Οικονόμου Χ. (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*,
Διόνικος, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ. (2003), *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*, Τυπωθήτω,
Αθήνα.