

# Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Καναδά

**Θεόδωρος Ι. Δαρδαβέσης**

Δρ. Ιατρός, Υγιεινολόγος – Βιοπαθολόγος

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεμελίωση της εθνικής ανεξαρτησίας του Καναδά με την αναβάθμισή του, το 1867, από αποικία σε συγκροτημένο ομοσπονδιακό κράτος ανήκει ως πρωτοβουλία και ως μεθόδευση στη Μ. Βρετανία. Η φαινομενικά παράδοξη αυτή πολιτική επιλογή της βρετανικής αυτοκρατορίας, η οποία στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα βρισκόταν στο ζενίθ της αποικιοκρατίας της εξάπλωσης, είχε ως κύριο σκεπτικό την προάσπιση των οικονομικών της συμφερόντων, έναντι του έκδηλου, τότε, εδαφικού επεκτατισμού των Η.Π.Α. εις βάρος διαφόρων χωρών της αμερικανικής ηπείρου.

Στην πράξη, η συγκρότηση του Καναδά ως κρατικής οντότητας απετέλεσε μία συνένωση Πολιτειών, μεταξύ των οποίων υπήρχαν μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς τη γεωφυσική δομή, τις κλιματολογικές συνθήκες, τις πλουτοπαραγωγικές πηγές, την πυκνότητα του πληθυσμού, την οικονομική ανάπτυξη και τη διάρθρωση των υποδομών τους. Επιπρόσθετα, υπήρχαν εμπεδωμένες, από την εποχή της πρώιμης αποικιοκρατίας, έντονες και συνεχείς αντιπαραθέσεις, σε πολιτικό και πολιτισμικό επίπεδο, μεταξύ των αγγλόφωνων και των γαλλόφωνων κατοίκων της. Τα δεδομένα αυτά ανέδειξαν ως κύριο χαρακτηριστικό του ομοσπονδιακού κράτους, τον διαιτητικό ρόλο της κεντρικής κυβέρνησης στην αντιμετώπιση των ποικίλων αντιπαραθέσεων, που αναφύονταν μεταξύ των Πολιτειών. Τον συγκεκριμένο ρόλο τον ασκούσε η καναδική κυβέρνηση παράλληλα με την εφαρμογή κεντρικής πολιτικής οικονομικής ανάπτυξης και επιβολής φόρων, με τη λήψη μέτρων για την εσωτερική ασφάλεια του κράτους, καθώς και με την άσκηση εξωτερικής πολιτικής.

Η διοικητική ευθύνη και η άσκηση πολιτικής στις επιμέρους Πολιτείες περιορίστηκαν στους τομείς της εκπαίδευσης, της υγειονομικής φροντίδας και της κοινωνικής μέριμνας με πηγές άντλησης πόρων, αφενός τα περιορισμένα έσοδα των πολιτειακών κυβερνήσεων και αφετέρου τις,

εν γένει, ανεπαρκείς χρηματοδοτήσεις του ομοσπονδιακού κράτους.

## Η πρώτη περίοδος άσκησης πολιτικής υγείας

Οι συγκυρίες που συνεισέφεραν στο περιορισμένο ενδιαφέρον για μεθοδική ανάπτυξη πολιτικής υγείας στον Καναδά κατά την περίοδο από την ίδρυση του κράτους μέχρι το τέλος του Β' παγκοσμίου πολέμου, αφορούσαν, επιγραμματικά, στα εξής:

1. Ο Καναδάς, μέχρι την εποχή των παγκοσμίων πολέμων, δεν αντιμετώπισε εξωτερικές απειλές έναντι της εδαφικής του ακεραιότητας. Ως εκ τούτου δεν αναδείχθηκε η ανάγκη λήψης μέτρων κοινωνικής συνοχής, ανάλογων των ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες αντιμετώπιζοντας συνεχώς κινδύνους πολεμικών συρράξεων, μελετούσαν και λάμβαναν μέτρα, με στόχο τη διασφάλιση της εσωτερικής ηρεμίας και την άμβλυση των ποικίλων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων των πολιτών τους.
2. Η ανεπαρκής εμβέλεια του συνδικαλιστικού κινήματος στον Καναδά και η επικρατούσα ιδεολογία της προόδου, η οποία βασίζεται στην αντίληψη περί ύπαρξης απεριόριστων ευκαιριών ατομικής ευημερίας και ευτυχίας στα πλαίσια της ελεύθερης οικονομίας και της διακίνησης αγαθών, είχαν ανάγκη την ανάφυση κάθε κοινωνικού και οικονομικού προβλήματος ως προσωπική υπόθεση του κάθε παθόντος. Με βάση τη συγκεκριμένη αντίληψη οι διαθέσιμοι πόροι για την αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων ήταν ελάχιστοι, ενώ η αρωγή προς τις ασθενέστερες πληθυσμιακές ομάδες είχε αφευθεί στην ιδιωτική πρωτοβουλία και στα φιλάνθρωπα αισθήματα των οικονομικά ισχυρών.

Αποτέλεσμα των προαναφερθέντων ήταν η περιορισμένη ανάπτυξη των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας. Οι περιορισμένες αυτές

δραστηριότητες αφορούσαν, γενικά, στα εξής:

1. Σε έκδοση οδηγιών και σε λήψη μέτρων για τον έλεγχο επιδημιών.
2. Σε θέσπιση κινήτρων για προσέλκυση υγειονομικού προσωπικού σε απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα και σε υποβαθμισμένες περιοχές.
3. Σε λήψη μέτρων για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών και, εν γένει, για την προστασία των εργαζομένων σε απομονωμένα σημεία της χώρας, καθώς και σε κατ' εξοχήν επικίνδυνες εργασίες, μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης.

Κατά την περίοδο του μεσοπολέμου το οικονομικό κραχ, που εκδηλώθηκε στις Η.Π.Α., επηρέασε δραματικά και τον Καναδά. Η οικονομική αυτή κρίση είχε ως αποτέλεσμα την πτώχευση των πολιτειακών κυβερνήσεων, της τοπικής αυτοδιοίκησης και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Επιπρόσθετα, εκδηλώθηκε αδυναμία, από την πλευρά των εργοδοτών, να καλύψουν την ιδιωτική ασφάλιση των εργαζομένων, ενώ οι εκκρεμείς οφειλές προς τα νοσοκομεία και το υγειονομικό προσωπικό διογκώθηκαν επικίνδυνα. Την ίδια περίοδο, το ισχυρό μεταναστευτικό ρεύμα Ευρωπαίων προς τον Καναδά όξυνε τα ήδη υφιστάμενα ιατροκοινωνικά προβλήματα, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές της χώρας.

Οι προαναφερθέντες παράγοντες οδήγησαν σε διεργασίες, σε εκδήλωση πιέσεων από οργανωμένες κοινωνικές ομάδες και στην ανάπτυξη προβληματισμού για την αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός προγράμματος κοινωνικής ασφάλισης εθνικής εμβέλειας. Η συγκεκριμένη ανάγκη αποτυπώθηκε στην έκθεση της Επιτροπής Rowell-Sirois, η οποία, αφού μελέτησε διεξοδικά το ζήτημα κατά την περίοδο 1937-40, τεκμηρίωσε τη σημασία και πρότεινε τη χρηματοδότηση εθνικών προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας. Η υλοποίηση, όμως, της πρότασης αυτής δεν ευοδόθηκε, λόγω της απόρριψής της από τις κυβερνήσεις των οικονομικά ισχυρών Πολιτειών, που αρνήθηκαν την πρόσθετη επιβάρυνση των τοπικών οικονομιών τους, προς όφελος των οικονομικά ασθενέστερων Πολιτειών της χώρας.

### Η θεμελίωση σύγχρονης πολιτικής υγείας

Το 1947 οι κυβερνήσεις του Οντάριο και του Κεμπέκ, μη αποδεχόμενες τη μεταβίβαση πολιτειακών αρμοδιοτήτων για τη φορολογική πολιτι-

κή προς την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, απέρριψαν ένα, ζωτικής σημασίας, πρόγραμμα διακυβερνητικής σύσκεψης για την ανασυγκρότηση της εθνικής κοινωνικής πολιτικής. Οι προτάσεις για το πρόγραμμα αυτό είχαν περιληφθεί στο λεγόμενο Green Book και ένα μέρος τους αφορούσε στην προστασία της υγείας, μέσω της ανάπτυξης ενός ευρύτατου εθνικού προγράμματος ασφάλισης της υγείας των πολιτών.

Κατά την επόμενη δεκαετία οι προσπάθειες σε ομοσπονδιακό και πολιτειακό επίπεδο επικεντρώθηκαν στην ανάπτυξη των νοσοκομειακών υποδομών. Η επικέντρωση αυτή υπήρξε μία σαφής παρέκκλιση από τους στόχους, που είχαν περιληφθεί στο Green Book και αφορούσαν σε μία ισόρροπη ανάπτυξη όλων των βαθμίδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι λόγοι της παρέκκλισης αυτής θα μπορούσαν να αποδοθούν στα εξής:

1. Στην κατακόρυφη αύξηση των αναγκών για νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω των παθήσεων και των αναπηριών που άφησε, σε χιλιάδες πολίτες, ως κατάλοιπο, ο Β' παγκόσμιος πόλεμος και λόγω των ειδικών προβλημάτων υγείας των μεταναστών, οι οποίοι, με συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς, εγκαθίσταντο στον Καναδά.
2. Στην εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η οποία, βασιζόμενη σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση αναγκών της πολεμικής περιόδου, είχε σαφή κατεύθυνση προς την κάλυψη αναγκών νοσοκομειακής περίθαλψης.
3. Στη μεγάλη αριθμητική αύξηση των ειδικών ιατρών και στη σαφή μείωση των γιατρών άνευ ειδικότητας ή γενικής ιατρικής.
4. Στην πίεση προς την πολιτική ηγεσία που άσκησαν, λόγω ιδίου συμφέροντος, οι ειδικοί ιατροί και οι ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας. Πίεση άσκησαν, επίσης, και διάφοροι οργανωμένοι κοινωνικοί φορείς, οι οποίοι μη έχοντας ενημέρωση και κατά συνέπεια ευαισθητοποίηση για τη σημασία της ισόρροπης ανάπτυξης όλων των βαθμίδων υγείας, πρόκριναν ως βέλτιστη επιλογή την ανάπτυξη νοσοκομειακών υποδομών.

### Τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας

Η συνεχής διόγκωση του νοσοκομειακού τομέα συνεισέφερε, σταδιακά, στη θέσπιση ασφα-

λιστικών προγραμμάτων για την κάλυψη των αναγκών της νοσοκομειακής περίθαλψης του πληθυσμού.

Πρωτοπόρος προς την κατεύθυνση αυτή υπήρξε η κυβέρνηση της Πολιτείας του Σασκάτσουαν. Στη φτωχή αυτή Πολιτεία του Καναδά είχε αναπτυχθεί, από τη δεκαετία του 1930, ένα κίνημα εργατών και μικροϊδιοκτητών γης, που σταδιακά εξελίχθηκε σε πολιτική οργάνωση με την επωνυμία Cooperative Commonwealth Federation – CCF. Η CCF, αναλαμβάνοντας την κυβέρνηση της Πολιτείας, θέσπισε, το 1945, το πρώτο στη χώρα πρόγραμμα υγειονομικής ασφάλισης του γενικού πληθυσμού, με πόρους προερχόμενους από υποχρεωτικές εισφορές. Την πρωτοβουλία του Σασκάτσουαν την ακολούθησαν οι Πολιτείες της βρετανικής Κολομβίας το 1949, της Αλμπέρτας το 1953 και του Οντάριο το 1956.

Το 1957 ψηφίστηκε από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση ο νόμος περί ομοσπονδιακής ασφάλισης των νοσοκομείων και των διαγνωστικών κέντρων (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act), ο οποίος καθόριζε το ύψος της συμμετοχής της καναδικής κυβέρνησης στο ήμισυ των εξόδων του κατά κεφαλή κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο. Ο νόμος αυτός διασφάλιζε, σε θεωρητικό τουλάχιστον επίπεδο, ισοκατανομή πόρων για νοσοκομειακή περίθαλψη τόσο στις πλούσιες, όσο και στις ασθενέστερες οικονομικά Πολιτείες της χώρας, καθώς και βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας στους πολίτες των χαμηλών εισοδημάτων.

Το 1960 η Κυβέρνηση της Πολιτείας του Σασκάτσουαν ξεκίνησε μια νέα πρωτοβουλία θέσπισης γενικής υγειονομικής κάλυψης των πολιτών της, η οποία, παρά τις αντιδράσεις του ιατρικού σώματος, έγινε νόμος το 1962. Η επιτυχής εφαρμογή και η θετική αποδοχή της συγκεκριμένης πρωτοβουλίας οδήγησε σε διεργασίες για τη διεύρυνση της εφαρμογής του σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Οι δυσκολίες που ανέκυψαν είχαν, εκ νέου, ως σημείο προέλευσης τις Πολιτείες του Οντάριο και του Κεμπέκ, που αντέδρασαν έντονα στο ζήτημα της άμεσης φορολογίας των πολιτών τους προς εξοικονόμηση πόρων, καθώς και τους ιατρικούς συλλόγους και τις ασφαλιστικές εταιρείες. Σταδιακά, όμως, οι διάφορες αντιστάσεις κάμφθηκαν και το 1966 η ομοσπονδιακή κυβέρνηση ψήφισε το νόμο περί ιατρικής περίθαλψης (Medical Act). Κατά την εισαγωγή του νόμου αυ-

τού προς συζήτηση στη Βουλή αναγνωρίστηκε από την κυβέρνηση η θεμελιώδης αρχή, ότι η υγεία δεν αποτελεί προνόμιο, αλλά βασικό ανθρωπινό δικαίωμα για όλους τους πολίτες της χώρας («...θα εξασφαλίσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα οικονομικών δυνατοτήτων ή συνθηκών που προϋπήρχαν και παρεμπόδιζαν την πρόσβαση αυτή στο παρελθόν»).

Ο νόμος προέβλεπε τη θέσπιση πολιτειακών ασφαλιστικών προγραμμάτων και καταβολή εκ μέρους της ομοσπονδιακής κυβέρνησης του ημίσεος του εθνικού κατά κεφαλή κόστους της ιατρικής περίθαλψης. Λίγους μήνες αργότερα η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αποσαφήνισε ότι από το 1970 οι πολιτειακές κυβερνήσεις θα επιφορτίζονταν για το σύνολο της οικονομικής ευθύνης των προγραμμάτων τους με αντιστάθμισμα φορολογικές παραχωρήσεις. Το ζήτημα αυτό προκάλεσε έντονες δημοσιονομικές διαμάχες και αντιπαραθέσεις σχετικές με το είδος της παρεχόμενης ασφαλιστικής κάλυψης και το ποιοτικό εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ειδικότερα, τα προβλήματα, που ανέκυψαν, αφορούσαν τα εξής:

1. Η βασική αρχή του νόμου «στους πάντες τα πάντα» (universality comprehensiveness) δεν έτυχε ποτέ ουσιαστικής εφαρμογής στην πράξη. Ο νόμος θέσπιζε προδιαγραφές, κατά κύριο λόγο, για την κάλυψη του κόστους της διάγνωσης, αφήνοντας ακάλυπτο το κόστος της κατανάλωσης φαρμάκων, της χρήσης άλλων θεραπευτικών μέσων και μεθόδων, καθώς και της οδοντιατρικής φροντίδας, εξαιρώντας, όμως, ορισμένες κατηγορίες συνταξιούχων και απόρων, για τους οποίους υπήρχε πρόβλεψη κάλυψης του κόστους μέσω εξειδικευμένων πολιτειακών προγραμμάτων.
2. Η χρέωση του δημοσίου για κάθε ιατρική πράξη (fee for service) με τιμές προκαθορισμένες κατά περίπτωση, στα πλαίσια συλλογικών συμβάσεων, συνεισέφερε στην κατακόρυφη αύξηση των δαπανών για την υγεία, αλλά και στην αύξηση του εισοδήματος των ιατρών. Ταυτόχρονα, το δέλεαρ της «δωρεάν» περίθαλψης στο ιατρείο αύξησε τον αριθμό των ιατρικών επισκέψεων, ενώ παράλληλα διογκώθηκε υπέρμετρα η συνταγογραφία, ιδιαίτερα για τα αντιβιοτικά και τα ψυχοτρόπα φάρμακα.

## Η αναθεώρηση της εθνικής πολιτικής υγείας

Το 1968 η ομοσπονδιακή και οι πολιτειακές κυβερνήσεις συγκρότησαν κοινές ομάδες εμπειρογνομόνων για τη μελέτη παραμέτρων, που θα οδηγούσαν στον έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Οι προτάσεις τους δημοσιοποιήθηκαν το 1970 και αφορούσαν, επιγραμματικά, στα εξής:

1. Προγραμματισμός των λειτουργιών και ορθολογική ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με γνώμονα τις υφιστάμενες και τις προβλεπόμενες πηγές πόρων.
2. Ειδική δια βίου εκπαίδευση και ενδεδειγμένη αξιοποίηση του υγειονομικού προσωπικού.
3. Ανάπτυξη προγραμμάτων προσαρμοσμένων στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας ειδικών πληθυσμιακών ομάδων.
4. Ίδρυση κέντρων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το 1977 ψηφίστηκε ο νόμος Established Programs Financing Act, ο οποίος επέτρεψε στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση να εφαρμόσει μέτρα ελέγχου των δαπανών για την υγεία. Με βάση τον νόμο αυτό η συνεισφορά της ομοσπονδιακής κυβέρνησης μειώθηκε σταδιακά από το επίπεδο του 50%, στο 22% το 1990 και σχεδόν μηδενίστηκε στις αρχές του 2000.

Το 1984 ο νέος νόμος της ομοσπονδιακής κυβέρνησης για την υγεία (Canada Health Act), χωρίς να αποκλίνει από τις αρχές του φιλοιατρικού καθεστώτος της προηγούμενης νομοθεσίας, καθιέρωσε την παροχή μη ιατρικών υπηρεσιών με ευθύνη των πολιτειακών κυβερνήσεων, απαγόρευσε την πρόσθετη επιβάρυνση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και θεσμοθέτησε την υποχρεωτική διαίτησία σε περιπτώσεις ενστάσεων επί του τιμολογίου των ιατρικών πράξεων μεταξύ των πολιτειακών κυβερνήσεων και των ιατρικών συλλόγων.

## Οι μεταρρυθμίσεις των πολιτειακών κυβερνήσεων

Η σταδιακή συρρίκνωση των ομοσπονδιακών εισφορών προς τα εθνικά προγράμματα υγείας οδήγησε τις πολιτειακές κυβερνήσεις στη λήψη σειράς μέτρων, στους εξής τομείς:

1. **Προγραμματισμός για την υγεία:** Εντάχθηκε στο ευρύτερο σχέδιο κοινωνικής ανάπτυξης, με στόχο τη σταδιακή αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της λειτουρ-

γίας Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (District Health Councils) και με χρονοδιάγραμμα υλοποίησης 10-20 χρόνια. Στα νοσοκομεία δόθηκε η δυνατότητα ανάπτυξης αυτόνομου προγραμματισμού στα πλαίσια, όμως, των ευρύτερων κατευθύνσεων που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας και τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας.

Γενικά, ο προγραμματισμός των πολιτειακών κυβερνήσεων στον συγκεκριμένο τομέα κινείται στα πλαίσια της ολιστικής αντίληψης για την υγεία της W.H.O. και του συνθήματος «Υγεία για όλους μέχρι το 2000», που διατυπώθηκε στη διακήρυξη του Διεθνούς Συνεδρίου Υγείας της Alma Ata.

2. **Αναδιοργάνωση με κριτήριο τις ανάγκες υγείας:** Αναφέρεται, κατά κύριο λόγο, στη νοσοκομειακή περίθαλψη και στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας και στη συνεχή αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και στον έλεγχο του λειτουργικού τους κόστους. Στα πλαίσια αυτά επιδιώκεται η συγχώνευση υπηρεσιών και η μείωση των νοσοκομειακών κλινών σε περιοχές, στις οποίες οι υφιστάμενες ανάγκες υπερκαλύπτονται. Πρέπει, όμως, να επισημανθεί, ότι πολλά νοσοκομεία, στην προσπάθειά τους να επιβιώσουν, έλαβαν με εσωτερικές διαδικασίες μέτρα αυτοελέγχου ως προς τον καθορισμό της έννοιας του επείγοντος περιστατικού, τη διαδικασία εισαγωγής, τη διάρκεια νοσηλείας, την αναγκαιότητα τέλεσης ορισμένων πράξεων και άλλα, με θετικά αποτελέσματα.

3. **Το ιατρικό προσωπικό:** Το 1964 επιτροπή εμπειρογνομόνων συνέστησε την αναλογία ένας γιατρός προς 857 κατοίκους, ως ιδανική για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του Καναδά. Το 1980 η συγκεκριμένη αναλογία αφορούσε σε 1:559, ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης των ιατρικών σχολών και της εγκατάστασης στη χώρα σημαντικού αριθμού ιατρών προερχομένων από το εξωτερικό. Το 1990 αντιστοιχούσε ένας γιατρός προς 518 κατοίκους, χωρίς έκτοτε να υπάρξουν αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις.

Η αριθμητική αύξηση των ιατρών είχε ως θετική συνέπεια τη γενικότερη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών υποβαθμισμένων και απομακρυσμένων περιοχών της χώρας, χωρίς όμως να αντιμετωπιστεί ριζικά το πρόβλημα

της άνισης κατανομής των ιατρών μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Πρέπει, τέλος, να επισημανθεί, ότι η αριθμητική αύξηση των ιατρών και ιδιαίτερα των ειδικών ιατρών συνεισέφερε στην κατακόρυφη αύξηση των ιατρικών πράξεων και του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας.

- 4. Η προληπτική ιατρική:** Τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής και διαμόρφωσης σωστής συμπεριφοράς υγείας, που αναπτύσσουν, κατά καιρούς, οι πολιτειακές κυβερνήσεις, παρουσιάζουν πολλά και καλά αποτελέσματα. Παράλληλα, όμως, έχουν συνεισφέρει στην υπέρμετρη ανάπτυξη κέντρων για την υιοθέτηση νέων τρόπων ζωής, στην έκδοση αντιφατικών βιβλίων για την υγεία, σε κατασκευή ιδιότυπων μηχανημάτων και συσκευών, σε νέους τύπους ένδυσης και σε άλλα προϊόντα, που αφορούν μεν σε κάποιους από τους πλέον κερδοφόρους τομείς της οικονομίας, χωρίς όμως να προσφέρουν, πάντα, θετικά αποτελέσματα για την ψυχοσωματική υγεία των χρηστών τους. Γενικά, τα μέτρα των πολιτειακών κυβερνήσεων για την άσκηση προληπτικής ιατρικής και εν γένει για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού δεν έχουν τύχει ακόμη επισταμένης επιστημονικής αξιολόγησης και αποτελούν αντικείμενο συζητήσεων.

- 5. Τα Κέντρα Υγείας:** Η αρχική θέση των Πολιτειακών Κυβερνήσεων του Καναδά για την ανάπτυξη του θεσμού των Κέντρων Υγείας υπήρξε, μάλλον, επιφυλακτική, κυρίως λόγω έλλειψης σχετικής εμπειρίας και ευαισθητοποίησης, αλλά και λόγω της έντονης αντίδρασης των ιατρικών συλλόγων στην προοπτική της λειτουργίας τους.

Το 1972 η κυβέρνηση της Πολιτείας της Μανιτόμπα πρότεινε την ίδρυση πειραματικών Κέντρων Υγείας, ενώ, την ίδια περίοδο, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση ανέθεσε σε επιτροπή εμπειρογνομόνων τη μελέτη του ζητήματος. Η επιτροπή κατέθεσε προτάσεις, που αφορούσαν στην πλήρη ανάπτυξη Κέντρων Υγείας στη χώρα, με συγκεκριμένους κανονισμούς στελέχωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησης. Οι ιατρικοί σύλλογοι, διαισθανόμενοι απειλή για τα συμφέροντα των μελών τους αντέδρασαν με πολλούς τρόπους και, μεταξύ άλλων, προχώρησαν στην ίδρυση υγειονομικών συνεταιρισμών (Walk-in Clinics,

Group Practice κ.ά.), που εμφανίστηκαν με έντονη διαφημιστική προβολή, ως υποκατάστατα των Κέντρων Υγείας.

Η μόνη πολιτειακή κυβέρνηση, που προχώρησε, χωρίς παρεκκλίσεις στην ίδρυση σημαντικού αριθμού Κέντρων Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Περίθαλψης ήταν η Κυβέρνηση του Κεμπέκ, χωρίς όμως να παρατηρηθεί κάποια αξιοσημείωτη διαφοροποίηση στο υφιστάμενο σύστημα παροχής υγείας. Στις υπόλοιπες Πολιτείες ο θεσμός των Κέντρων Υγείας παραμένει, κατά βάση στο περιθώριο της πολιτικής υγείας.

- 6. Προγράμματα υγείας ειδικών πληθυσμιακών ομάδων:** Όλες οι πολιτειακές κυβερνήσεις μείωσαν σημαντικά τις ψυχιατρικές και τις γηριατρικές κλίνες, αναπτύσσοντας παράλληλα, προγράμματα φροντίδας στο σπίτι (Home care) φροντίδας σε οργανισμούς κοινωνικής περίθαλψης (Half way homes) και προγράμματα ομάδων αλληλοβοήθειας (Self-help group). Η νέα αυτή προσέγγιση των προβλημάτων υγείας των υπερηλίκων και των ψυχοπαθών τελεί υπό συνεχή αξιολόγηση.

## Σχόλιο

Η γενικότερη διαπίστωση από την αδρή προσέγγιση του συστήματος υγείας του Καναδά είναι ότι ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας για τη χώρα αυτή δεν ανταποκρίνεται στην κυριολεξία του όρου. Η ομοσπονδιακή νομοθεσία για την παροχή υπηρεσιών υγείας έχει καθιερώσει, κατά βάση, ένα πλαίσιο αγοράς υγειονομικών υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελούν αυτόνομους οργανισμούς, που καλλιεργούν τον μεταξύ τους ανταγωνισμό, επιδιώκοντας τη μεγιστοποίηση της μερίδας τους στην αγορά υπηρεσιών από το δημόσιο.

Οι ιατροί λειτουργούν, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, ως ελεύθεροι επαγγελματίες, παρέχοντας υπηρεσίες με βάση τιμές που έχουν προκαθοριστεί στα πλαίσια συλλογικών διαπραγματεύσεων με τις πολιτειακές κυβερνήσεις. Με το δεδομένο, μάλιστα, ότι οι τιμές με τις οποίες αξιολογούνται οι ιατρικές πράξεις στον Καναδά είναι χαμηλότερες από τις αντίστοιχες τιμές που ισχύουν στις Η.Π.Α. και συνδυαστικά με το γεγονός, ότι η χώρα έχει εκτεταμένα και ανοικτά σύνορα με τις Η.Π.Α., παρατηρείται το φαινόμενο να εισέρχονται χιλιάδες Αμερικανοί πολίτες στον Καναδά

για να ανεύρουν φθηνότερη ιατρική φροντίδα.

Οι μεταρρυθμιστικές τάσεις των πολιτειακών κυβερνήσεων κινούνται στα πλαίσια της ομοσπονδιακής νομοθεσίας, που χαρακτηρίζεται ως ιατροκεντρική. Ως εκ τούτου η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας με κριτήριο το πρότυπο της ολιστικής φροντίδας υγείας του πληθυσμού απαιτεί επίμονες προσπάθειες και σύγκλιση των απόψεων μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, καθώς και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Το μείζον, όμως, είναι να υπάρξει η πολιτική βούληση για άρση των οικονομικών περιορισμών και για γενναία διάθεση πόρων στον τομέα της υγείας. Το ζητούμενο αυτό αποτελεί μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για την αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και στη χώρα μας.

## Βιβλιογραφία

1. Al Assaf, Schmelle J. The textbook of total quality in healthcare. St. Lucie Press, 1993.
2. Γαρδίκας Κ. Εθνικά Συστήματα Υγείας διαφόρων χωρών. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., 2000.
3. Clark CD. The developing Canadian community. The University of Toronto Press, 1986.
4. Fuchs V. The future of health policy. Harvard University Press, 1993.
5. Lalonde MA. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa's National Health and Welfare, 1974.
6. Lambo T, Day S. Issues in contemporary international Health. Plenum Medical, 1990.
7. Ontario Ministry of Health. Health promotion matters in Ontario. Toronto, 1987.
8. Taylor MG. Health insurance and Canadian public policy. The University of Toronto Press, 1978.
9. Tsalikis G. The political economy of decentralization of health and social services in Canada. Health Planning and Management 1989, 4, 4:293-310.
10. Τσαλίκης Γ. Το Σύστημα Υγείας του Καναδά: Μύθος και πραγματικότητα. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία 1994, 3, 1:27-53.

