

m



**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων**

**Διαπανεπιστημιακό – Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών
« Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»**

**[Ευρωπαϊκή Εδαφική Συνεργασία: Καλές Πρακτικές
Διασυνοριακής Συνεργασίας στον Τομέα της Υγείας.
Η Περίπτωση της Ελλάδας.]**

Τσιουμπλέκας Νικόλαος

Επιβλέπων : Κ. Γκορέζης Παναγιώτης

Θεσσαλονίκη, Δεκέμβριος 2018



**University of Peloponnese
Faculty of Social and Political Sciences
Department of Political Studies and International
Relations**

**Master Program in
«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»
« Local and Regional Development and Self-
governance»**

**[European Territorial Cooperation; Good Practices of
Cross-border Collaboration in Health ; the Case of Greece]**

Tsioumplekas Nikolaos

Thessaloniki, December 2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να ορίσει και να αναλύσει υπάρχουσες (καλές) πρακτικές Διασυνοριακής Συνεργασίας στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη. Η Διασυνοριακή Συνεργασία στον τομέα της υγείας ενδέχεται να περιλαμβάνει μεταφορά, κινητικότητα ή ακόμα και ανταλλαγή υπηρεσιών, πόρων ή πολιτών.

Έχει παρατηρηθεί πως πολίτες που ασθενούν δεν διστάζουν να επιλέξουν την περίθαλψη τους σε διαφορετική χώρα. Αυτό συμβαίνει είτε λόγω έλλειψης δυνατοτήτων περίθαλψης στην χώρα προέλευσης τους, είτε λόγω διαμονής τους σε παραμεθόριες περιοχές που η εγγύτητα τους με γειτονικές εγκαταστάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας καθιστά ευκολότερη την πρόσβαση τους σε αυτές.

Επίσης, πάροχοι υπηρεσιών υγείας είναι πιθανό να «αλλάξουν» , θα λέγαμε, σύνορα με σκοπό να συμμετάσχουν σε πρωτοβουλίες εκπαιδευτικού περιεχομένου, έτσι ώστε να μοιραστούν το πεδίο της αυθεντίας τους με άλλους δρώντες ή να εκπαιδευτούν από αντίστοιχους ειδικούς.

Σε άλλες περιπτώσεις, παραδείγματος χάρη, σε επείγοντα περιστατικά που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, υπάρχει μετακίνηση ασθενών ή παροχών υπηρεσιών υγείας μεταξύ συνόρων για την όσο το δυνατόν πιο γρήγορη αντιμετώπιση αυτών. Τέλος, θα μελετήσουμε την περίπτωση της Ελλάδας σε ότι αφορά την Διασυνοριακή συνεργασία στον τομέα της υγείας και τι διαστάσεις και προοπτικές δύναται να έχει.

Λέξεις κλειδιά : Ευρωπαϊκή Εδαφική Συνεργασία, Διασυνοριακή Συνεργασία στην Υγεία, Ευρωπαϊκή πολιτική υγείας, Συστήματα Υγείας

ABSTRACT

The current study tries to investigate, define and analyze the Cross-border collaboration between European Union member states, to highlight already implemented good practices and their possibilities of expansion with external state partners of the EU especially in the case of Greece.

Increasing cross- border mobility of people, goods and services in different aspects of everyday life creates complex issues concerning state relations, citizen's rights and needs. People choose to work, study or vacate in other countries nowadays and this tendency seems to increase day by day.

This issue generates discrepancies between provided national health services and the contemporary health needs of citizens. Patients seek health services in other countries and health professionals provide health services abroad in the enlarged European Union or in non EU states.

Framework for cross-border health care and collaboration provided by European Union laws is quite clear but the exclusive responsibility for the organization, provision and financing of national health care systems lies in each member state. As a result, establishing as well as implementing interstate and cross-border health collaboration with non EU states, offers new challenges to overcome.

Keywords ; Cross-border collaboration, EU health policy, Good cross-border health practices, National Health Systems.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Γεωγραφικές Προϋποθέσεις.....	7
1.2 Ιστορική αναδρομή συστήματος υγείας στην Ελλάδα	7
1.3 Ιστορική αναδρομή της Ευρωπαϊκής περιφερειακής πολιτικής.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	11
2.2 Οργάνωση συστήματος υγείας στην Ελλάδα	12
2.3 Πολιτική Υγείας στην Ε.Ε.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Καλές πρακτικές διασυνοριακής συνεργασίας στην υγεία (νοσοκομειακά ιδρύματα).....	15
3.2 Καλές πρακτικές διασυνοριακής συνεργασίας στην υγεία στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Οφέλη διασυνοριακής συνεργασίας.....	22
4.2 Εμπόδια διασυνοριακής συνεργασίας.....	23
4.3 Η Διασυνοριακή Συνεργασία στην Υγεία ως φορέας Πολιτιστικής Διπλωματίας	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Συμπεράσματα και προτάσεις.....	27

Βιβλιογραφία.....29

Εισαγωγή

Η Διασυνοριακή Συνεργασία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σημαίνει την μεταφορά, την μετακίνηση ή την ανταλλαγή υπηρεσιών, πόρων ή πολιτών που ασθενούν μεταξύ συνόρων που χωρίζουν δύο ή περισσότερες χώρες. Τα παραδείγματα είναι αρκετά στον Ευρωπαϊκό χώρο που περιλαμβάνουν τα παραπάνω στοιχεία και χαρακτηριστικά (αν και σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται έλλειψη και ενδιάμεσα κενά των μετρήσιμων στοιχείων) (Glinos et al, 2011). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει υπάρχουσες πρακτικές Διασυνοριακής συνεργασίας μεταξύ χωρών της Ε.Ε. για να μπορέσουμε να έχουμε όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη εικόνα της υφιστάμενης κατάστασης.

Υπάρχουν πάμπολλα και διαφορετικά παραδείγματα συνεργασιών όσον αφορά το περιεχόμενο, τον σκοπό και την διεκπεραίωση αυτών των συνεργασιών. Ωστόσο η πολυπλοκότητα αυτών μας περιορίζει στο να έχουμε συνεκτικά αποτελέσματα των δράσεων αυτών, καθώς οι συνθήκες, οι δρώντες και οι γεωγραφικές ιδιαιτερότητες που λαμβάνουν χώρα ξεχωριστά σε κάθε παράδειγμα Διασυνοριακής Συνεργασίας πολλές φορές μεταλλάσσονται και εξελίσσονται με ραγδαίους ρυθμούς λόγω περιστάσεων που υποσκελίζουν τον γενικό σκοπό των εκάστοτε μερών της συνεργασίας. Για τον λόγο αυτό, θα αποφύγουμε την συγκριτική ανάλυση μεταξύ των υφιστάμενων προγραμμάτων και θα εστιάσουμε περισσότερο στις δυναμικές, τις προεκτάσεις και διαστάσεις που ενδέχεται να έχει η Ελλάδα στον τομέα της Υγείας. Είναι σημαντικό για τον σκοπό της εργασίας να γίνει μια συνοπτική ιστορική αναδρομή της οργάνωσης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και εν γένει της περιφερειακής πολιτικής της Ε.Ε. ώστε να δοθεί το πλαίσιο με βάση το οποίο δομήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενίσχυση της Διασυνοριακής Συνεργασίας και οι λόγοι που διαδραμάτισαν σημαίνοντα ρόλο στις κατευθύνσεις των πολιτικών που προωθούνται από την Ε.Ε. .

Είναι σημαντικό να ξεκαθαρίσουμε πως στο παρόν πόνημα θα γίνει επιλεκτική παράθεση των κυριότερων και αποδοτικότερων παραδειγμάτων Διασυνοριακής Συνεργασίας, μαζί με τυχόν προβλήματα και εμπόδια που έλαβαν χώρα κατά την πραγμάτωση αυτών – λόγω κενών σε μετρήσιμα στοιχεία όπως αναφέραμε πιο πάνω – για την μέγιστη δυνατή αποτύπωση του φαινομένου και για την εξαγωγή συμπερασμάτων όσο το δυνατόν πιο δόκιμων. Κυρίως θα εστιάσουμε σε παραδείγματα Διασυνοριακής συνεργασίας μεταξύ Κρατών –Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς μας προσφέρουν τα περισσότερα και πιο έγκυρα στοιχεία και αμβλύνουν την πολυπλοκότητα που εμπειρεύεται σε συνεργασίες μεταξύ και άλλων εταίρων και δρώντων πέρα από αυτά. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσουμε να παραθέσουμε ευκολότερα διαφορές που υπάρχουν στα κατά τόπους κρατικά συστήματα υγείας και την αρχιτεκτονική αυτών. Επιπρόσθετα, η επικέντρωσή μας σε παρόμοια (με διασταλτική ερμηνεία) διασυνοριακά προγράμματα συνεργασίας θα λειτουργήσει καταλυτικά στην μελέτη των αποτελεσμάτων και στην εξαγωγή συμπερασμάτων καθώς δεν θα διαφέρει κατά πολύ ο βαθμός πολυπλοκότητας μεταξύ

των. Τέλος θα προσπαθήσουμε να θέσουμε ένα θεωρητικό πλαίσιο για Διασυνοριακή Συνεργασία στην Υγεία και σε περιπτώσεις που οι συμμετοχοί δεν αποτελούν Κράτη Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναλύοντας προοπτικές, ζητήματα και προβλήματα που προκύπτουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Γεωγραφικές Προϋποθέσεις

Η γεωγραφία παίζει σημαντικό ρόλο για την Διασυνοριακή συνεργασία, διότι η απόσταση και η γεωγραφική τοποθεσία αποτελούν δυο από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο με βάση τον οποίο θα οργανωθεί η συνεργασία. Παρ' όλα αυτά δεν είναι ασήμαντη η φύση των διαφόρων συνόρων που εμπλέκονται σε μια Διασυνοριακή συνεργασία και αυτό συμβαίνει διότι εξ ορισμού πολλές φορές διαφορετικά σύνορα έχουν και διαφορετική σημασιολογία και ιστορική φόρτιση μεταξύ διαφορετικών χωρών. Για παράδειγμα, διαφορετικής φύσης σύνορα χαρακτηρίζονται τα εσωτερικά σύνορα μεταξύ κρατών που βρίσκονται γεωγραφικά στον σκληρό πυρήνα της Ευρώπης (Γερμανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο κτλ) με σύνορα που βρίσκονται , παραδείγματος χάρη, στα Δυτικά Βαλκάνια.

Η Διασυνοριακή Συνεργασία μπορεί να λάβει χώρα μεταξύ ενός διακρατικού συνόρου μεταξύ 2 χωρών που γειτνιάζουν, που μοιράζονται δηλαδή κοινά σύνορα, αλλά και μεταξύ χωρών που γεωγραφικά είναι πιο μακριά. Σε περίπτωση που τα σύνορα είναι κοινά ενδέχεται να υπάρχει κουλτούρα διαπεριφερειακών σχέσεων, ιδιαίτερα στις συγκεκριμένες παραμεθόριες περιοχές με έντονο χαρακτήρα. Εάν υπάρχει αυτή η διαπεριφερειακή κουλτούρα και παρατηρείται έντονη διασυνοριακή κινητικότητα, πολλές φορές τα υπάρχοντα σύνορα δεν λειτουργούν κατασταλτικά σε ανάδειξη και πραγματοποίηση διασυνοριακών πρωτοβουλιών. Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και μεταξύ πληθυσμών με κοινά πολιτιστικά και πολιτισμικά στοιχεία που χωρίζονται όμως από διακρατικά σύνορα, έχοντας κοινή ταυτότητα. Κατ' επέκταση λοιπόν παρατηρούμε πως πέραν της γεωγραφικής εγγύτητας σημαντικοί λόγοι για την φύση των σχέσεων μεταξύ συνόρων αποτελούν οι πολιτιστικοί και ιστορικοί δεσμοί ή διαχωρισμοί και η γλώσσα.

1.2 Ιστορική Αναδρομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.

Η Ελλάδα (επίσημο συνταγματικό όνομα Ελληνική Δημοκρατία) έλαβε κρατική μορφή και αναγνωρίστηκε η ανεξαρτησία της στις 3 Φεβρουαρίου του 1830. Οι πρώτες προσπάθειες οργάνωσης του συστήματος υγείας της χώρας λαμβάνουν χώρα στα πρώτα χρόνια του νεοσύστατου κράτους.

Το σύστημα Υγείας της χώρας την δεδομένη χρονική στιγμή έχει να αντιμετωπίσει την εμφάνιση και την έξαρση επιδημιών όπως η χολέρα και η πανώλη. Δημιουργούνται, λοιπόν, τα πρώτα λοιμοκαθαρητήρια και υγειονομεία, τα οποία αποτελούν τις πρώτες κρατικές δομές περίθαλψης. Στη συνέχεια, ακολουθεί η θέσπιση του θεσμού του νομιάτρου και του επαρχιακού γιατρού, ρύθμιση που βελτιώνει και συντονίζει την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και την δημόσια υγεία του πληθυσμού. Τα πρώτα νοσοκομεία θα ιδρυθούν κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, η ίδρυση τους πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο από τους δήμους και από δωρεές ιδιωτών ευεργετών.

Με τον νόμο 3934/1911 εγκαθιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλψεως. Μέχρι τότε η δημόσια υγεία και περίθαλψη ανήκει στην δικαιοδοσία του Υπουργείου Εσωτερικών και είναι η πρώτη φορά που η περίθαλψη οργανώνεται σε ξεχωριστό υπουργικό χαρτοφυλάκιο. Η επόμενη νομοθετική μεταρρύθμιση θα λάβει χώρα 11 χρόνια αργότερα με την ψήφιση του νόμου 2882/1922 « περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγιεινής και Προνοίας», που αποτελεί ξεχωριστό υπουργείο για τη διαχείριση θεμάτων υγείας (Οικονόμου, 2004 ; Δαρδαβέσης, 2008 ; Παγάνη, 2012).

Με τον νόμο 965/1937 εισάγεται το μοντέλο της νοσοκομειακής φροντίδας στο Ελληνικό κράτος. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως η κοινωνική ασφάλιση παραμένει σε χαμηλά επίπεδα κατά την δεκαετία του 1930 παρά την ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) το 1934 . Η επόμενη νομοθετική ρύθμιση θα πραγματοποιηθεί σχεδόν 20 χρόνια αργότερα λόγω του Β' Παγκοσμίου πολέμου και του ελληνικού εμφυλίου.

Το μετεμφυλιακό ελληνικό κράτος με την ψήφιση του νομοθετικού διατάγματος 2592/1953 « Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» θέτει τις βάσεις για ένα διαφορετικό μοντέλο οργάνωσης και διοίκησης των ιδρυμάτων παροχής περίθαλψεως, στοχεύοντας σε αποκεντρωμένες δομές. Να σημειώσουμε πως η ψήφιση του νομοθετικού διατάγματος, ιδιαίτερα ρηξικέλευθου για την εποχή, έλαβε ομόφωνη θετική ψήφο από το σύνολο του σώματος της Βουλής των Ελλήνων.

Η επόμενη μεγάλη νομοθετική ρύθμιση στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, που θα αναμορφώσει πλήρως τα μέχρι τότε δεδομένα της δημόσιας υγείας, λαμβάνει χώρα το 1983 με την ψήφιση του νόμου 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Στην συγκεκριμένη νομοθετική ρύθμιση παρατηρείται μια διαφορετική προσέγγιση σχετικά με την κατεύθυνση του συστήματος υγείας, ενισχύοντας τον δημόσιο χαρακτήρα και τον κοινωνικό έλεγχο. Το ΕΣΥ αποτελεί μέχρι και σήμερα τον βασικό κορμό του συστήματος υγείας του ελληνικού κράτους. Παρεμβάσεις διορθωτικού χαρακτήρα χωρίς να υπάρχει έντονη αναμόρφωση του ΕΣΥ πραγματοποιήθηκαν με τους νόμους 2071/1992 και 2194/1994.

Μέχρι το 2011, χρονιά σύστασης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) υπήρξαν μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις(νόμος 2889/2001 , νόμος

2955/2001, νόμος 3172/2003) , οι οποίες σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό απέτυχαν , θα λέγαμε, την επίτευξη των στόχων τους. Ο ΕΟΠΥΥ ως νέο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) ιδρύθηκε με τον νόμο 2456/2011 και στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα (Παγάνη, 2012), συγχωνεύοντας τους τομείς υγείας των ασφαλιστικών ταμείων ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΙΚΑ, ΤΥΔΚΥ, ΟΠΑΔ, τον Οίκο ναύτου και του ΤΑΥΤΕΚΩ (τα 2 τελευταία ασφαλιστικά ταμεία συγχωνεύθηκαν με διαφορά λίγων μηνών από τα υπόλοιπα). Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νέου φορέα προσφέρονται από 4 κλάδους υγείας : ιατρούς συμβεβλημένους ή μη, σε κέντρα υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σε πρωην ιατρεία του ΙΚΑ και σε κρατικά νοσοκομεία.

1.3 Ιστορική αναδρομή της Ευρωπαϊκής Περιφερειακής Πολιτικής

Ως Περιφερειακή Πολιτική ορίζεται « το σύνολο των παρεμβάσεων του κράτους που αποσκοπούν στη βελτίωση της γεωγραφικής κατανομής των οικονομικών δραστηριοτήτων. Στην πραγματικότητα η περιφερειακή πολιτική προσπαθεί να διορθώσει ορισμένες χωρικές συνέπειες της ελεύθερης οικονομίας της αγοράς για να επιτύχει δυο αλληλοσχετιζόμενους αντικειμενικούς σκοπούς :την οικονομική ανάπτυξη και τη βελτίωση της κοινωνικής διανομής» (Κόνσολας, 1997).

Μέχρι το 1973, το ενδιαφέρον των κρατών μελών της ΕΟΚ για μια κοινή περιφερειακή πολιτική ήταν από μηδαμινό ως ελάχιστο, για τον λόγο ότι το επίπεδο ανάπτυξης μεταξύ των ιδρυτικών μελών της ΕΟΚ ήταν παρεμφερές και δεν υπήρχαν σοβαρές περιφερειακές ανισότητες. Ως αρχή της Ευρωπαϊκής Περιφερειακής Πολιτικής θεωρείται η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) εν έτη 1975. Παρ' όλα αυτά, μέχρι και το 1984 το ΕΤΠΑ αναλάμβανε την χρηματοδότηση έργων, τα οποία προτεινόταν από τα κράτη-μέλη και δεν είχε κατ' ουσία δυνατότητα αυτόνομης λειτουργίας. Ο Κανονισμός 2088/1985 καθιέρωσε τα Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα (ΜΟΠ) που έλαβαν χώρα από το 1986 ως το 1992, τα οποία αποτελούν την πρώτη δράση μεγάλου εύρους για την άσκηση περιφερειακής πολιτικής από μέρους της ΕΟΚ. Η Τρίτη διεύρυνση της ΕΟΚ με την Πορτογαλία και την Ισπανία, δυο ανταγωνιστικών οικονομιών, έφεραν στο προσκήνιο την ανάγκη εξισορρόπησης μεταξύ των οικονομιών των υπόλοιπων μεσογειακών χωρών, και αυτόν τον ρόλο είχε η καθιέρωση των ΜΟΠ. Τα ολοκληρωμένα προγράμματα που προωθούνταν μέσω των ΜΟΠ δρομολόγησαν την κατεύθυνση της περιφερειακής ανάπτυξης με ένα σύνθετο πλέγμα δράσεων, μέτρων και έργων με συνοχή και αλληλεξάρτηση, τα οποία είχαν και σκόπευαν σε ιεραρχημένους και συγκεκριμένους στόχους. Τα ΜΟΠ αποτέλεσαν την αρχή των δράσεων που συνεχίστηκε με τα Κοινοτικά Πλαίσια Στήριξης (ΚΠΣ), τα οποία ήταν δράσεις ακόμη μεγαλύτερου εύρους, ενεργοποίησαν τον δημόσιο και τον ιδιωτικό

τομέα, είχαν αποκεντρωτικό χαρακτήρα στο πλαίσιο εφαρμογής τους και στηρίζονταν στους τοπικούς φορείς και στην δημοκρατική συμμετοχή αυτών.

Την περίοδο 1989 – 1993 και την περίοδο 1994-1999 εφαρμόστηκαν διάφορες κοινοτικές πρωτοβουλίες, οι οποίες στόχευαν συγκεκριμένα στα εξής θέματα :

- Στην διακρατική, διαπεριφερειακή και διασυνοριακή συνεργασία
- Στην αγροτική ανάπτυξη
- Στην προστασία του Περιβάλλοντος
- Στις Περιφέρειες που είναι σε μεγάλο βαθμό απομακρυσμένες από το κέντρο
- Στην ανάπτυξη και απασχόληση ανθρώπινου δυναμικού
- Στην διαχείριση βιομηχανικών μετασχηματισμών και μεταβολών
- Στην ανάπτυξη των αστικών γειτονιών
- Στην ανασυγκρότηση του αλιευτικού τομέα

Ανάμεσα στις υπόλοιπες επιμέρους πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης η κοινοτική περιφερειακή πολιτική κατέλαβε σημαντικότερη θέση με το τρίτο Κοινοτικό Πλαίσιο στήριξης (Γ' ΚΠΣ) την περίοδο 2000-2006. Με το τρίτο Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης ενισχύονται τα χρηματοδοτικά μέσα και οι χρηματοδοτήσεις των διαρθρωτικών ταμείων και περισσότερο και αμιγώς βελτιωμένα προγράμματα απευθύνονται σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Η κοινοτική περιφερειακή πολιτική είχε ως απότοκο την άμβλυνση και τον περιορισμό των περιφερειακών ανισοτήτων μεταξύ των περιφερειών των κρατών αλλά δεν ήταν το ίδιο επιτυχής ως προς την μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των περιφερειών κάθε κράτους – μέλους ξεχωριστά. Κατά την προγραμματική περίοδο 2007-2013 δομήθηκε το πλαίσιο της Κοινοτικής Περιφερειακής Πολιτικής όπως το γνωρίζουμε σήμερα με εμπλουτισμό και αύξηση των δράσεων και αύξηση της χρηματοδότησης.

Αναφορικά τώρα με το μέλλον των διασυνοριακών προγραμμάτων στην τρέχουσα προγραμματική περίοδο, η Ε.Ε. κατέβαλε τεράστια προσπάθεια υιοθέτησης και διαμόρφωσης μιας ενιαίας πολιτικής για τους συνοριακούς χώρους είτε στα εσωτερικά της σύνορα είτε στα εξωτερικά αυτής. Μέσω αυτής της προσέγγισης αναδεικνύονται πολλές θετικές πτυχές της, καθώς διασφαλίζεται ως έναν βαθμό ο αυτοματισμός των διαδικασιών και η μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα για την βέλτιστη υλοποίηση. Πολλές φορές όμως τυχόν μονοδιάστατες προσεγγίσεις καθώς και η οριζόντια χάραξη περιφερειακών πολιτικών, χωρίς να υπολογίζουν επιμέρους ιδιαιτερότητες και ειδικές συνθήκες φέρουν το αντίθετο αποτέλεσμα από αυτό που εντάσσεται στις δράσεις και που προβλέπεται στην νέα στρατηγική της Ε.Ε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Συστήματα Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Με την Ευρωπαϊκή οδηγία 2011/24/EU ορίζεται ότι τα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι βασικό συστατικό της κοινωνικής προστασίας, η οποία παρέχεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση, και σημαντικό κομμάτι ενός μεγαλύτερου δικτύου υπηρεσιών. Έχουν σημαντική συμβολή στην κοινωνική συνοχή, στην αέναη ανάπτυξη και στην κοινωνική δικαιοσύνη.

Τα συστήματα υγείας δημόσιου χαρακτήρα ταξινομούνται σε 3 κατηγορίες :

- Στα συστήματα συμβολαίου (contractual), τα οποία έχουν μικτή χρηματοδότηση από τον εκάστοτε κρατικό προϋπολογισμό και από ασφαλιστικές εισφορές. Υπάρχουν ασφαλιστικοί φορείς, η παραγόμενη φροντίδα έχει δημόσιο χαρακτήρα και η πληρωμή των προμηθευτών γίνεται βάσει συμβάσεων. Χώρες με του συγκεκριμένου τύπου σύστημα υγείας είναι η Αυστρία, η Γερμανία και η Ολλανδία.
- Στα συστήματα ολοκλήρωσης (integrated) , τα οποία χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, χαρακτηρίζονται από οργάνωση με δομές βασισμένες σε ένα ιεραρχικό μοντέλο, το ίδιο και η διοίκηση τους, οι επαγγελματίες υγείας πληρώνονται με μισθό και οι μονάδες υγείας έχουν δημόσιο χαρακτήρα.. Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ακολουθούν το παραπάνω μοντέλο συστήματος είναι η Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Δανία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Ιρλανδία, η Φινλανδία, η Σουηδία και η Πορτογαλία.
- Στα συστήματα αποζημίωσης (reimbursement), τα οποία διοικούνται και οργανώνονται σύμφωνα με αποκεντρωμένες δομές, χρηματοδοτούνται από το κράτος και από ασφαλιστικές εισφορές, οι χρήστες όμως πληρώνουν τους προμηθευτές που έχουν ιδιωτικό χαρακτήρα και στη συνέχεια λαμβάνουν την αποζημίωση από το ασφαλιστικό σύστημα. Χώρες που ακολουθούν το μοντέλο αυτό είναι το Βέλγιο, η Γαλλία και το Λουξεμβούργο.

Σε γενικότερο πλαίσιο, τα χαρακτηριστικά που υπάρχουν στα συστήματα υγείας είναι τα παρακάτω :

- Ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες διαμορφώνεται η κατανομή των πόρων και η πρόσβαση
- Οι παροχές καλύπτονται καθολικά
- Η συμμετοχή σε αυτά έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα
- Το κόστος επιμερίζεται αλλά υπερισχύει η δημόσια χρηματοδότηση
- Οι ασφαλισμένοι λαμβάνουν την κυριότερη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες από αυτά.

Επιμέρους ζητήματα και προβλήματα υγειονομικής κάλυψης προκύπτουν λόγω του ότι πολλές φορές τα δικαιώματα περίθαλψης διάφορων πληθυσμιακών ομάδων είναι ασαφή. Παραδείγματος χάρη, παράνομοι μετανάστες, αιτούντες άσυλο, Ρομά πολλές φορές λαμβάνουν ένα μικρό ή και μηδαμινό ποσοστό υγειονομικής περίθαλψης. Επιπρόσθετα, ζητήματα προκύπτουν και σε κατοίκους που διαμένουν μόνιμα, λόγω κενών στην οργάνωση της υγειονομικής κάλυψης. Στην Αυστρία, για παράδειγμα, αν είσαι άνεργος πρέπει να λάβουν χώρα ορισμένες προϋποθέσεις διοικητικού χαρακτήρα για να λάβεις υγειονομική κάλυψη.

2.2. Οργάνωση Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αποτελείται από 4 βασικούς δομικούς πυλώνες. Τα ταμεία κοινωνικής ασφαλίσεως(διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια και ιατρεία), το Εθνικό Σύστημα Υγείας(νοσοκομειακές μονάδες, κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία, ΕΚΑΒ), την Τοπική Αυτοδιοίκηση(δημοτικά ιατρεία και υπηρεσίες πρόνοιας) και τον ιδιωτικό τομέα με όλες τις εκφάνσεις των επαγγελματιών υγείας(ιδιωτικές κλινικές, ιδιωτικούς ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα).

Η στρατηγική και η στόχευση του αφορά την γενικότερη εξασφάλιση του επιπέδου υγείας των πολιτών μέσω των επιμέρους ρυθμίσεων, την βελτίωση ολιστικά της δημόσιας υγείας, χωρίς να λαμβάνει μόνο κατασταλτικά μέτρα αλλά και εκστρατείες ενημέρωσης και πρόληψης, όπως επίσης την ενεργή και δραστήρια συμμετοχή του πολίτη. Στα παραπάνω συμβάλει η υιοθέτηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία υιοθετήθηκε το 1978 με την διακήρυξη της Διεθνούς Διάσκεψης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας(WHO, 1978). Αναγνωρίστηκε η ανάγκη για λήψη μέτρων από τις κυβερνήσεις και τις υπηρεσίες παροχής υγείας για όλους τους πολίτες με σκοπό την βελτίωση της μέριμνας υγείας και την προαγωγή συνολικά της δημόσιας υγείας. Η ΠΦΥ αποτελεί την κύρια λειτουργία και τον κεντρικό στόχο του συστήματος υγείας ενός κράτους, είναι απαραίτητο κομμάτι αυτού, συμβάλλοντας επίσης και σε άλλες διαστάσεις της ανάπτυξης μιας κοινότητας, όπως η οικονομική και η κοινωνική. Αποστολή της είναι η κατά τω δυνατόν εγγύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους χώρους της κοινότητας, στον τόπο εργασίας και διαβίωσης των ανθρώπων.

Κεντρικό σημείο του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελούν τα νοσοκομειακά ιδρύματα και οι νοσοκομειακές μονάδες. Λόγω έλλειψης ρυθμίσεων για την ελεύθερη βούληση του ασθενούς και του πολίτη να επιλέξει ο ίδιος τον τύπο υπηρεσίας που επιθυμεί, υπάρχει, θα λέγαμε, μια δυσχέρεια στο να ξεχωρίσουμε την νοσοκομειακή και την μη νοσοκομειακή φροντίδα. Σύγχυση υπάρχει, θα πρέπει να σημειώσουμε εδώ, μεταξύ των παρόχων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας λόγω των πολλαπλών φορέων που παρέχουν στον ίδιο χρόνο τις υπηρεσίες αυτές. Το πλαίσιο γίνεται πιο ευδιάκριτο στην παροχή τριτοβάθμιας περίθαλψης η οποία απαιτεί εξειδικευμένο προσωπικό και εξειδικευμένη ιατρική τεχνολογία, καθώς παρέχεται από τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία μέσω των κλινικών των.

Προβλήματα όπως η ανορθολογική διαχείριση και οργάνωση, η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και κατάλληλης υποδομής υλικών συνεχίζουν να υφίστανται παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί.

2.3 Πολιτική Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η προσφορά και η παροχή υπηρεσιών υγείας, περίθαλψης και φροντίδας με στόχο την βελτίωση και την διατήρηση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων μέσω μέτρων, δεσμεύσεων, ρυθμίσεων και αποφάσεων που λαμβάνουν χώρα, ορίζεται ως «πολιτική υγείας».

Η Ευρωπαϊκή πολιτική υγείας βασίζεται στην εξασφάλιση ενός δικτύου κοινωνικής προστασίας μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων, στην προώθηση και περιφρούρηση των τεσσάρων ελευθεριών μετακίνησης και διακίνησης εντός του εσωτερικού πλαισίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρωπαϊκής εσωτερικής αγοράς. Σε σχέση με τα παραπάνω προκύπτει μια σημαντική διάσταση με βάση την αρχή της διακυβερνησιμότητας που διέπει τους εταίρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία αφορά την διάδραση και αλληλεπίδραση των εταίρων με το κανονιστικό πλαίσιο της Ένωσης, όπως επίσης με τον διαμοιρασμό των αρμοδιοτήτων για την ανάληψη δράσεων και αποφάσεων μεταξύ των ευρωπαϊκών θεσμών και των κρατικών οντοτήτων.

Σε ειδικότερο πλαίσιο, προκύπτουν ζητήματα σύγκρουσης αρμοδιοτήτων μεταξύ του ευρωπαϊκού κανονιστικού πλαισίου και των επιμέρους εθνικών δικαιών που χρήζουν θεραπείας δυσχεραίνοντας με αυτόν τον τρόπο την ουσιαστική εφαρμογή της πολιτικής υγείας της Ένωσης και της επίτευξης των στόχων της.

Σύμφωνα με την Συνθήκη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, η ευθύνη της υγειονομικής περίθαλψης επαφίεται εξ ολοκλήρου, κάτι που αναφέρεται ρητά, στην αρμοδιότητα των κρατών-μελών. Η ίδια όμως συνθήκη, μέσω των ελευθεριών μετακίνησης και διακίνησης εγγυάται την ελεύθερη και απρόσκοπτη διασυνοριακή μετακίνηση των πολιτών των αγαθών και των υπηρεσιών ακόμα και για λόγους υγείας. Κατά αυτόν τον τρόπο, διαμορφώνεται μια κατάσταση αντιφατική, καθώς διάφορες εθνικές ρυθμίσεις στο ζήτημα της υγείας εμπίπτουν και υπόκεινται στην δικαιοδοσία του Ευρωπαϊκού δικαίου και κατ' επέκταση στην δικαιοδοσία της Ευρωπαϊκής πολιτικής. Διαμορφώνεται λοιπόν το εξής παράδοξο : «Τα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης επίσημα εμπίπτουν στην νομοθεσία της ΕΕ, αλλά τα στοιχεία που αφορούν την χρηματοδότηση, την παράδοση και την παροχή τους, επηρεάζονται άμεσα από το δίκαιο της ΕΕ» (Mossialos et al., 2010, Παγάνη 2012).

Λόγω της δυνατότητας των ασθενών να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη σε όλο το φάσμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε αυτό, πλέον, υπάρχει αλληλοσύνδεση των συστημάτων υγείας των κρατών με τις πολιτικές υγείας των εταίρων ή της ΕΕ. Η

στενότερη συνεργασία των κρατών-μελών μεταξύ τους για την όσο το δυνατόν καλύτερη και υψηλότερης ποιότητας παροχή περίθαλψης στους πολίτες των είναι απολύτως αναγκαία, θέτοντας κοινούς στόχους, κέντρα συντονισμού, ακόμα και παρατηρητήρια διασυνοριακής περίθαλψης. Οι αρχές που διέπουν την υγειονομική περίθαλψη στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η αλληλεγγύη, η ισότητα, η φροντίδα υψηλής ποιότητας και η πρόσβαση σε αυτήν, και η καθολικότητα. Για να καταστεί λειτουργική όμως πρέπει να διασαφηνιστεί το εύρος και η ευθύνη αρμοδιότητας των μερών ξεχωριστά στην διασυνοριακή συνεργασία. Είναι σημαντικό λοιπόν να διαμορφωθεί ένα σαφές πλαίσιο διασυνοριακής λειτουργίας και για τους παρόχους και για τους λήπτες της υγειονομικής φροντίδας.

Τον Οκτώβριο του 2007 η Ευρωπαϊκή επιτροπή εξέδωσε την Λευκή Βίβλο, η οποία εμπεριέχει και αποτυπώνει την ευρωπαϊκή στρατηγική για την υγεία για την περίοδο 2008-2013. Στόχοι της στρατηγικής όπως αποτυπώνονται στην Λευκή Βίβλο είναι η υγιής γήρανση, η προώθηση νέων τεχνολογιών και νέων μορφών συστημάτων υγείας και η προάσπιση, προστασία και βελτίωση της δημόσιας υγείας. Παρατηρείται λοιπόν μέσω της στρατηγικής η ανακατεύθυνση στην όλο και περαιτέρω εξατομίκευση των ασθενών, προσπαθώντας να μετακυλήσει ένα μέρος της ευθύνης στον πολίτη, καθιστώντας τον συμμετοχο και κοινωνό της στρατηγικής μέσω της ατομικής πρόληψης λαμβάνοντας υπόψη σαφώς τα δικαιώματα των ασθενών, στοχεύοντας όμως και σε εξατομικευμένες υποχρεώσεις

Πέρα από τα παραπάνω η Ευρωπαϊκή επιτροπή φαίνεται να επιμένει και να υποστηρίζει σθεναρά την δημιουργία ενός ενιαίου κοινοτικού πλαισίου για την διασυνοριακή περίθαλψη και συνεργασία. Οδηγό για το πλαίσιο αυτό αποτελεί η ευρωπαϊκή οδηγία COM(2008)414, η διάρθρωση της οποίας κινείται γύρω από τρεις κλάδους:

- Θέσπιση κοινών αρχών στα συστήματα υγείας των κρατών μελών ούτως ώστε να διασαφηνιστούν οι αρμοδιότητες, να οικοδομηθεί εμπιστοσύνη και να διευκρινιστούν τα κοινοτικά πρότυπα περίθαλψης.
- Θέσπιση ενός κοινού ειδικού πλαισίου για την διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη που θα διευθετεί τα δικαιώματα, και τα όρια αυτών, των πολιτών, καθώς επίσης και την οικονομική κάλυψη της περίθαλψης τους
- Καθιέρωση και θέσπιση, σε ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης, ευρωπαϊκής συνεργασίας μέσω, παραδείγματος χάρη, κοινού μοντέλου συνταγογραφήσεων, δημιουργία διασυνοριακών δομών περίθαλψης σε παραμεθόριες περιοχές, δημιουργία βάσεων δεδομένων με χρήση νέων τεχνολογιών και παρακολούθηση των συνεργασιών με στόχο την καλύτερη δυνατή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την αποτελεσματικότητά τους.

«Υγεία για την ανάπτυξη» (2014-2020) ονομάζεται το νέο πολυετές πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το οποίο εντάσσεται στην πολιτική υγείας της Ένωσης. Οι στοχεύσεις του προγράμματος είναι :

- Η πρόληψη νόσων και η προαγωγή της καλής υγείας των πολιτών της Ευρώπης μέσω ανταλλαγής καλών πρακτικών που σχετίζονται με την καταπολέμηση της κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών, του καπνίσματος και της παχυσαρκίας.
- Η πιο ασφαλής και ποιοτικότερη υγειονομική φροντίδα και η συνεχής βελτίωση των δυνατοτήτων πρόσβασης του πληθυσμού.
- Λήψη δράσεων για την προστασία των πολιτών από ενδεχόμενες διασυνοριακές απειλές, βελτιώνοντας το επίπεδο προετοιμασίας και την ικανότητα συντονισμού σε ανάλογες περιπτώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Καλές Πρακτικές Διασυνοριακής Συνεργασίας στον τομέα της Υγείας μεταξύ νοσοκομειακών ιδρυμάτων

Στο παρόν κεφάλαιο της εργασίας θα εξετάσουμε συνοπτικά τους λόγους Διασυνοριακής συνεργασίας μεταξύ νοσοκομειακών ιδρυμάτων και θα μελετήσουμε συγκεκριμένες Ευρωπαϊκές Διασυνοριακές συνεργασίες στον τομέα αυτό.

Αρχικά οφείλουμε να ορίσουμε το τι είναι και τι σημαίνει Διασυνοριακή συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων. Ως Διασυνοριακή νοσοκομειακή συνεργασία ορίζεται η εμπλοκή και συμμετοχή τουλάχιστον ενός νοσοκομείου σε συνεργατικές δραστηριότητες με έναν ή περισσότερους δρώντες υγείας που τοποθετούνται χωρικά σε διαφορετική χώρα με σκοπό την μεταφορά ή την ανταλλαγή υπηρεσιών υγείας, γνώσης και πληροφορίας. Η διασυνοριακή συνεργασία συνήθως περιλαμβάνει μετακινήσεις και κινητικότητα μεταξύ επαγγελματιών της υγείας και πολιτών που ασθενούν. (Glinos, Wismar 2013).

Η Διασυνοριακή συνεργασία μεταξύ νοσοκομείων εντάχθηκε στην Ευρωπαϊκή ατζέντα των προωθούμενων πολιτικών μετά την απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου για την κινητικότητα των ασθενών (patient mobility) (Palm et al, 2011, Glinos, Wismar, 2013). Τα επόμενα χρόνια έλαβαν χώρα διαβουλεύσεις στον τομέα της υγείας και έντονες διαπραγματεύσεις οι οποίες οδήγησαν στην υιοθέτηση της Ευρωπαϊκής οδηγίας 2011/24/EU για την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στην διασυνοριακή περίθαλψη και τις υποχρεώσεις των κρατών-μελών έναντι αυτών με σκοπό να θεσμοθετηθεί η πρόσβαση σε ασφαλείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας σε διασυνοριακό επίπεδο.

Παρακάτω θα παραθέσουμε μερικές υποθέσεις εργασίας πρακτικών Διασυνοριακής συνεργασίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο τόσο των θετικών στοιχείων αυτών όσο και τυχόν παραλείψεις, αστοχίες, εμπόδια και τυχόν προκλήσεις που παρουσιάστηκαν κατά την διάρκεια των δράσεων αυτών.

Νοσοκομεία Branau και Simbach(Αυστρία- Γερμανία)

Η παραπάνω συνεργασία μεταξύ των δυο νοσοκομειακών ιδρυμάτων, που κρίνεται επιτυχής, έλαβε χώρα σε μια περιοχή της Ευρώπης με ισχυρούς πολιτιστικούς, πολιτισμικούς και ιστορικούς δεσμούς. Να σημειωθεί ότι η συνεργασία ξεκίνησε το 1994, ένα χρόνο πριν η Αυστρία ενταχθεί στους κόλπους της Ευρωπαϊκής οικογένειας. Με την είσοδο της Αυστρίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1995 η προσπάθεια της προηγούμενης χρονιάς εντατικοποιήθηκε και ενισχύθηκε ακόμα περισσότερο μεταξύ των δυο νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Το πρόγραμμα ήταν σε ισχύ για πάνω από 10 χρόνια μέχρι που τερματίστηκε απότομα το 2011.

Και τα δυο συνεργαζόμενα νοσοκομειακά ιδρύματα έπρεπε να λειτουργήσουν μέσα στις πολιτικές δομές των περιφερειακών και εθνικών συστημάτων υγείας τους και η διασυνοριακή συνεργασία τους δεν μπορούσε να λειτουργήσει εκτός του πλαισίου αυτού και των ορίων, τα οποία έθεταν. Συνεπώς οι εθνικές και περιφερειακές μεταρρυθμίσεις και των 2 μερών είχαν αμφίδρομο, θα λέγαμε , αντίκτυπο. Αρχικά οι πρωτοβουλίες κινήθηκαν προς την κατεύθυνση της τοπικής διασυνοριακής συνεργασίας μεταξύ των, αλλά στην συνέχεια συμφέροντα περιφερειακού και εθνικού χαρακτήρα καθώς και το πλαίσιο της υφιστάμενης συνεργασίας περιόρισαν την ευελιξία και τον ζωτικό χώρο της συνεργασίας, οδηγώντας σταδιακά σε πολιτικές και σε μεταρρυθμίσεις σε περιφερειακό επίπεδο προς την λύση της συνεργασίας. Με αυτόν τον τρόπο αναδεικνύεται η δυσκολία και η πολυπλοκότητα τέτοιων συνεργειών, ακόμα και σε περιοχές με εξαιρετικά ισχυρούς δεσμούς και σχετική διασυνοριακή ομοιογένεια.

Νοσοκομεία Calarasi και Silistra (Ρουμανία – Βουλγαρία)

Η διασυνοριακή συνεργασία μεταξύ των δυο αυτών νοσοκομειακών ιδρυμάτων συμπυκνώνεται κυρίως στην μετακίνηση ιατρικού προσωπικού από την περιοχή της Βουλγαρίας προς την Ρουμανία λόγω σημαντικής έλλειψης της δεύτερης σε ιατρικό δυναμικό, γεγονός που οφείλεται σε μια πληθώρα παραγόντων συμπεριλαμβανομένων των μεταναστευτικών ροών από την είσοδο της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την μείωση της μισθοδοσίας και το πάγωμα των προσλήψεων στον τομέα της Δημόσιας υγείας ως μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης. Στο παρόν μοτίβο συνεργασίας έχουμε συμφωνίες μεταξύ Βούλγαρων Ιατρών και του νοσοκομείου του Calarasi και όχι με άλλα νοσοκομεία οι αρχές περίθαλψης της Βουλγαρίας. Η σοβαρότατη έλλειψη προσωπικού του νοσοκομείου της

Ρουμανίας σε ορισμένα αντικείμενα (κυρίως αναισθησιολόγους) οδήγησε στην αναζήτηση Ιατρών από την Βουλγαρία και την Δημοκρατία της Μολδαβίας. Το νοσοκομείο της Silistra της Βουλγαρίας είχε πλεονασματικό προσωπικό στην ειδικότητα των αναισθησιολόγων. Τα οφέλη για τις δυο πλευρές έχουν ως εξής : Το ρουμάνικο νοσοκομειακό ίδρυμα καλύπτει τις ανάγκες του σε εφημερίες και η Βουλγαρική πλευρά μειώνει τα μισθολογικά κόστη μέσω της διάθεσης των ιατρών στην γείτονα χώρα. Επιπρόσθετα το μισθολογικό δέλεαρ λειτουργεί θετικά ως προς την επιλογή από πλευράς των Βούλγαρων ιατρών να εργαστούν έστω και αποσπασματικά στην Ρουμανία καθώς οι μισθολογικές απολαβές στην Ρουμανία είναι σαφώς υψηλότερες σε σχέση με την Βουλγαρία. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι και οι δυο χώρες από την στιγμή που εισήλθαν στην Ε.Ε. είχαν σημαντική μείωση του πληθυσμού τους λόγω της μετανάστευσης ως απόρροια της ελεύθερης μετακίνησης που προσφέρει η συνθήκη Σένγκεν της Ε.Ε. αν και στην περίπτωση της Ρουμανίας η κατάσταση φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί και το φαινόμενο να έχει περιοριστεί σημαντικά. Επίσης είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι λειτούργησε μια τέτοια διασυνοριακή συνεργασία σε μια περιοχή με ιδιαίτερο ιστορικό βάρος λόγω παρελθοντικών διενέξεων και με απουσία συνεργατικής κουλτούρας.

Be-health project (Ελλάδα – Βουλγαρία)

Το πρόγραμμα behealth αποτελεί ένα έργο Διασυνοριακής Συνεργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο σχεδιάστηκε και υλοποιείται από την Υγειονομική περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης σε συνεργασία με την Επιθεώρηση υγείας του Blagoevrad και τα Γενικά Νοσοκομεία Καβάλας και Petrich MBAL “ Rokfeler” , στο πλαίσιο του προγράμματος Ευρωπαϊκής εδαφικής συνεργασίας « Ελλάδα – Βουλγαρία» 2007-2013.

Από την στιγμή της πλήρους ένταξης της Βουλγαρίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2007, ανάμεσα στην Βουλγαρία και την Ελλάδα παρατηρείται έντονη και συνεχώς αυξανόμενη κινητικότητα, γεγονός το οποίο οφείλεται τόσο σε εμπορικούς όσο και σε τουριστικούς λόγους. Το συγκεκριμένο φαινόμενο οδηγεί σχεδόν νομοτελειακά σε ολοένα και περισσότερες περιπτώσεις αντιμετώπισης ιατρικών περιστατικών πολιτών της μιας χώρας από το σύστημα υγείας της άλλης. Η ανταπόκριση των υφιστάμενων ιατρικών δομών στις νέες συνθήκες στη διασυνοριακή αυτή ζώνη, προϋποθέτει τη συνεργασία σε επίπεδο μονάδων υγείας, τόσο σε τοπικό όσο και σε κεντρικό επίπεδο. Οι δομές υγείας της κάθε χώρας στη διασυνοριακή ζώνη οφείλουν να συνεργάζονται στο πλαίσιο ενός μηχανισμού επικοινωνίας συνεργασίας με βασικό γνώμονα και στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την προστασία της ανθρώπινης ζωής. Με το πρόγραμμα be-health εγκαινιάζεται μια δέσμη δράσεων οι οποίες βασίζονται στην αμφίδρομη συνεργασία των δυο εθνικών συστημάτων υγείας και σε πλήρη

συμφωνία με την ευρωπαϊκή οδηγία 2011/24/ΕΕ για την Διασυνοριακή ιατρική φροντίδα.

Στην παρούσα ,λοιπόν , Διασυνοριακή συνεργασία παρατηρούμε την συμμετοχή περισσότερων από δυο δρώντων με επέκταση της συνεργασίας και μεταξύ των 2 διαφορετικών εθνικών συστημάτων υγείας, η οποία μάλιστα περιλαμβάνει χωρικά όλη την οριογραμμή των συνόρων της παραμεθορίου μεταξύ των δυο χωρών προσβλέποντας συνεχώς σε βελτιούμενες συνθήκες ιατρικής περίθαλψης και ποιοτικής αναβάθμισης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας ένθεν κακείθεν των συνόρων. Η παρούσα Διασυνοριακή συνεργασία μπορεί να αποτελέσει δόκιμο παράδειγμα διασυνοριακής συνεργασίας γενικότερα στην χωρική ζώνη της Βαλκανικής Χερσονήσου, ανάμεσα σε δυο χώρες που όχι στο τόσο μακρινό παρελθόν είχαν εχθρικές σχέσεις και στο παρόν βελτιώνουν ραγδαίως τις διμερείς τους σχέσεις και την διμερή τους συνεργασία , κάτω από την ομπρέλα της Ε.Ε. Δυστυχώς η γεωγραφική τοποθεσία της Ελλάδας, με χερσαία σύνορα με μόνο ένα μέλος της Ε.Ε. δεν της δίνει την απαραίτητη ευελιξία για να διεκδικήσει κι άλλες τέτοιες συνέργειες με άλλα Κράτη μέλη της Ε.Ε.

Cerdanya : Διασυνοριακό Νοσοκομείο (Ισπανία – Γαλλία)

Στα Γαλλο-ισπανικά σύνορα στα Πυρηναία όρη βρίσκεται ένα ορεινό και απομακρυσμένο οροπέδιο, το Cerdanya σε υψόμετρο 1200 μέτρων. Κατά την διάρκεια της χειμερινής τουριστικής περιόδου από τους 32000 μόνιμους κατοίκους της περιοχής ο πληθυσμός μπορεί να φτάσει και τις 150000 κατοίκους λόγω των τουριστικών ροών.

Στην ισπανική πλευρά των συνόρων υπήρχε ένα νοσοκομείο στο Puigcerdu, χωρίς όμως την δυνατότητα ή τον τρόπο για κάποια επέκταση. Στην Γαλλική πλευρά των συνόρων μπορούσε να προσφερθεί μόνο μαιευτική και έκτακτη ιατρική φροντίδα, σε απόσταση 100 χιλιομέτρων όμως από το Cerdanya, στην πόλη του Perpignan. Επειδή ακριβώς η συγκεκριμένη χιλιομετρική απόσταση καθιστούσε πολλές φορές απαγορευτική την μετακίνηση των ασθενών, είχε παρατηρηθεί το φαινόμενο Γάλλοι ασθενείς να επισκέπτονται τα ισπανικά νοσοκομεία για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, καθώς υπήρχε σε ισχύ μια νοσοκομειακή συμφωνία μεταξύ των εθνικών αρχών της Ισπανίας και της Γαλλίας. Προέκυπταν όμως ζητήματα σε διοικητικό, σε νομοθετικό και οικονομικό επίπεδο που δυσχέραιναν την ήδη επιβαρυνόμενη κατάσταση.

Στις 19 Σεπτεμβρίου του 2014 ξεκίνησε να παρέχει τις υπηρεσίες του το διασυνοριακό νοσοκομείο της Cerdanya. Η περίπτωση του Διασυνοριακού νοσοκομείου είναι μοναδική στην Ευρώπη μέχρι την δεδομένη χρονική στιγμή. Το προσωπικό έχει διεθνικό χαρακτήρα, υπάρχουν καθημερινές προσαρμογές στην καθημερινή ροή των εργασιών σε διάφορους τομείς(διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης, στο καθεστώς των εργαζομένων, σε διαδικασίες αποζημίωσης των ασθενών) Ωστόσο, η κίνηση

στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για το έτος 2015 ανήλθε, σύμφωνα με τα στοιχεία σε 24000 ασθενείς. Παρατηρούμε λοιπόν ότι το συγκεκριμένο σχέδιο έχει ωφελήσει σε μεγάλο βαθμό την περίθαλψη των πολιτών στην περιοχή, μόνιμων ή επισκεπτών και κατ' επέκταση επέφερε σημαντική πρόοδο στον τομέα της ευρωπαϊκής διασυνοριακής συνεργασίας.

3.2 Καλές Πρακτικές Διασυνοριακής Συνεργασίας στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Στο παρόν κεφάλαιο της εργασίας θα παραθέσουμε καλές πρακτικές διασυνοριακής συνεργασίας στον τομέα της υγείας, εστιάζοντας και σε διαφορετικές μορφές συνεργασίας πέραν της διανοσοκομειακής. Θεωρούμε δόκιμο να παραθέσουμε συνοπτικά την εξέλιξη της διασυνοριακής συνεργασίας πριν περάσουμε στα επιμέρους παραδείγματα καλών πρακτικών. Η διασυνοριακή συνεργασία, που αποτελεί μέρος της πολιτικής της Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας, μέσω ανάπτυξης ποικίλων πρωτοβουλιών, έχει εξελιχθεί τα τελευταία 28 χρόνια κυρίως μέσω του χρηματοδοτικού προγράμματος INTERREG. Ενώ η προστασία της υγείας και η προαγωγή αυτής παραμένει ευθύνη των κρατών – μελών, τα κράτη – μέλη καλούνται να συνεργαστούν με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης στις παραμεθόριες διασυνοριακές περιοχές τους. Παρακάτω ακολουθούν παραδείγματα τέτοιων συνεργειών και καλών πρακτικών διασυνοριακής συνεργασίας από τον πυρήνα της Ευρωπαϊκής Επικράτειας.

Πρόγραμμα TRISAN (Ελβετία – Γαλλία- Γερμανία)

Η στόχευση του προγράμματος TRISAN, το οποίο είναι ένα διασυνοριακό κέντρο στο οποίο συμμετέχουν 3 διαφορετικά κράτη, αποσκοπεί στην ενίσχυση των συνεργασιών και τον συντονισμό τους που λαμβάνουν χώρα εδώ και αρκετές δεκαετίες στον υγειονομικό τομέα στην περιοχή του Άνω Ρήνου. Η υποστήριξη των διοικητικών αρχών σε όλες τις πλευρές των συνόρων, καθώς και των παρόχων υπηρεσιών υγείας, αποτελεί τον σκοπό του προγράμματος, ενισχύοντας έτσι τα έργα και τις δομές των συνεργατικών σχέσεων.

Την διοίκηση και την εποπτεία του έργου την έχει το ευρωπαϊκό ινστιτούτο του Κιέλου της Γερμανίας. Ο ρόλος που διαδραματίζει στην περιοχή σε ζητήματα διασυνοριακής συνεργασίας κρίνεται ως πολύ σημαντικός, ενώ παράλληλα προωθεί την συνεργατική κουλτούρα, την αμοιβαία κατανόηση μεταξύ των συμμετόχων και την περαιτέρω ενθάρρυνση ανάπτυξης διασυνοριακών συνεργασιών.

Πρόγραμμα ZOAST (Βέλγιο- Γαλλία)

Το πρόγραμμα ZOAST αφορά την δημιουργία και εγκαθίδρυση ζωνών ως περιοχές διασυνοριακής περιφερειακής συνεργασίας και περίθαλψης στην μεθόριο μεταξύ της Γαλλίας και του Βελγίου. Έχοντας μακρά πορεία στην διαδικασία διαμόρφωσης δομών διασυνοριακής συνεργασίας έχουν φτάσει στο σημείο να αποτελούν σημείο αναφοράς και πρότυπα διασυνοριακής φροντίδας, η οποία παρέχεται στις αγροτικές και αστικές παραμεθόριες περιοχές της Ευρώπης.

Το 2015 ο αριθμός των ευρωπαίων πολιτών, είτε Βέλγων είτε Γάλλων που έλαβαν υπηρεσίες υγείας εκατέρωθεν των συνόρων, χωρίς καμία διάκριση, ανέρχεται γύρω στους 20000. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι δεν υπήρξε κανένα διοικητικό ή οικονομικό εμπόδιο κατά την διάρκεια παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες.

Η Γάλλο-βελγική συμφωνία αποτέλεσε το πλαίσιο και την νομική βάση για την συνεργασία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ρυθμίζοντας ζητήματα που απασχολούν τους ασθενείς όπως η οικονομική κάλυψη της φροντίδας που θα λάβουν(ασθενείς που υπόκεινται υποχρεωτικά σε ασφάλιση ασθένειας. Στη συνέχεια με την βοήθεια των μηχανισμών διόρθωσης των κοινωνικών ανισορροπιών, εντάσσουν τη γαλλική συμπληρωματική κάλυψη, η οποία ορίζεται στα νομικά κείμενα και από τους ασφαλιστές υγείας.(European Cross- Border Cooperation on Health : Theory and Practise, European Commission).

Πρόγραμμα IT SPATOURISM(Ελλάδα- Βουλγαρία)

Το πρόγραμμα αφορά την υλοποίηση δράσεων για την ανάπτυξη του ιαματικού τουρισμού με την χρήση νέων τεχνολογιών. Για την ανάπτυξη του συστήματος του ιαματικού τουρισμού περιέχεται σε μια κεντρική πύλη προωθητικό υλικό και πληροφορίες δραστηριοτήτων, με σκοπό την δημιουργία ενός δικτύου ιαματικών πηγών ανεξαρτήτως συνόρων. Η αναβάθμιση των υπηρεσιών προς τους πελάτες υποστηρίζεται από μια κεντρική πλατφόρμα, η οποία παρέχει πρόσβαση σε μια πληθώρα συστημάτων και υποσυστημάτων. Ηλικιωμένες πληθυσμιακές ομάδες και άτομα με ειδικές ανάγκες έχουν τη δυνατότητα μέσω αυτού του έργου, μέσω καινοτόμων λειτουργιών να απολαύσουν καινοτόμες υπηρεσίες με την χρήση ενός ενιαίου ολοκληρωμένου πληροφοριακού περιβάλλοντος.

Εξι λειτουργίες περιλαμβάνονται στο έργο. Διαδραστικές υπηρεσίες παρέχονται μέσω μιας διαδραστικής πύλης, η οποία διαθέτει συστήματα πλοήγησης και υποσυστήματα για την πιστοποίηση των χρηστών. Ενοικίαση ειδικού εξοπλισμού και διαδικτυακές κρατήσεις, καθώς και η διαχείριση των τουριστικών υπηρεσιών λειτουργούν μέσω του συστήματος του e-tourism.

Πρόγραμμα RomaAlert (Ελλάδα – Βουλγαρία)

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αφορά την καταπολέμηση και την άμβλυση των προβλημάτων και των αναγκών σε οικισμούς Ρομά. Με την συλλογή δεδομένων μετά την διεξαγωγή επιδημιολογικής έρευνας, μπήκε σε τροχιά ανάπτυξης ένα σχέδιο δράσης για μέτρα υγείας και υγιεινής τόσο σε μεσοπρόθεσμο όσο και σε μακροπρόθεσμο πλαίσιο εφαρμογής και υλοποίησης.

Στη συνέχεια έλαβε χώρα ένα πρόγραμμα σε πιλοτική μορφή, το οποίο περιελάμβανε προληπτικούς ελέγχους, εμβολιασμούς και ατομική κατάρτιση, η οποία με την σειρά της κάλυπτε τον θηλασμό, την μητρότητα, την προσωπική υγιεινή, την διατροφή, την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες την φροντίδα των παιδιών και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Στους οικισμούς των Ρομά διανεμήθηκε ενημερωτικό και υποστηρικτικό υλικό από ομάδες ιατρών και κοινωνικών λειτουργών, ενώ εκπαιδευτικοί ανέλαβαν την κατάρτιση.

Πρόγραμμα INTERSYC(Ελλάδα –Βουλγαρία)

Το παρόν έργο αφορά κυρίως τις παιδικές ομάδες πληθυσμού, ειδικότερα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που σχετίζονται κατά κύριο λόγο με την εξαφάνιση και εγκατάλειψη παιδιών, την παροχή κοινωνικής πρόνοιας και περίθαλψης σε παιδιά και σε οικογένειες που έρχονται αντιμέτωπες με δυσκολίες, καθώς και με την πρόληψη των παραπάνω καταστάσεων.

Η πρόληψη αποτέλεσε τον βασικό στόχο του προγράμματος, αναπτύσσοντας δράσεις για την βελτίωση της παιδικής υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βασικοί διεκπεραιωτές του προγράμματος, είναι οι διάφορες κινητές μονάδες (mobile units) που δημιουργήθηκαν για τον σκοπό αυτό, παρέχοντας υπηρεσίες ιατρικής πρόληψης. Σε συνδυασμό με μια εξειδικευμένη μονάδα οφθαλμολογίας και σε συνεργασία με την κινητή πολυκλινική « Ιπποκράτης», η οποία έχει στην διάθεση της τμήματα καρδιολογίας, ακτινολογίας, οδοντιατρικής και παιδιατρικής, προσέφεραν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας στους δικαιούχους. Επιπρόσθετα μέσω του έργου, προσφέρθηκαν προγράμματα κατάρτισης για το προσωπικό που εργάζεται και συνδιαλέγεται με τα παιδιά και στις δύο χώρες, ενθαρρύνοντας μάλιστα την ίδρυση υποστηρικτικών κέντρων παροχής βοήθειας για τις οικογένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Οφέλη Διασυνοριακής Συνεργασίας στην υγεία

Οι διασυνοριακές υπηρεσίες υγείας και τα προγράμματα διασυνοριακής συνεργασίας μπορούν να έχουν οφέλη στον οικονομικό τομέα, σε ζητήματα πρόσβασης και ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όσο και σε ζητήματα ισότητας (Wismar et al., 2011). Η αύξηση της παροχής και λήψης υγειονομικής φροντίδας στο εξωτερικό καθώς και η ολοένα αυξανόμενη κινητικότητα των ασθενών έχουν επιπτώσεις τόσο στις παροχές φροντίδας και περίθαλψης όσο και στο οικονομικό κόστος της εκάστοτε θεραπείας, επιπτώσεις που πρέπει να αναλυθούν και να αξιολογηθούν.

Η προσαρμογή του κάθε συστήματος στους νέους λεπτομερείς κανόνες και στο κοινό καθορισμένο νομοθετικό πλαίσιο ενδέχεται να δημιουργήσει αυξήσεις στο κόστος θεραπείας. Τα περιορισμένα οικονομικά μέσα που διαθέτουν τα κράτη- μέλη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν στους πολίτες τους, οδηγούν τα εθνικά συστήματα υγείας σε καθεστώς μεγάλης πίεσης. Αυτό συμβαίνει γιατί τα συστήματα υγείας των κρατών – μελών δεν αρκούνται μόνο στο να βελτιώνουν την δημόσια υγεία των πολιτών και την ποιότητα της υγείας τους, αλλά προσπαθούν να έχουν καθοριστική συμβολή και στην ανάπτυξη, οικονομική και βιώσιμη, των κρατών – μελών. Η συνεργασία μεταξύ των μελών ενδέχεται να αμβλύνει φαινόμενα όπως τα παραπάνω, διαμέσου του επιμερισμού του κόστους σε όλα τα συμμετέχοντα μέρη, ενισχύοντας τα και με κοινοτική χρηματοδότηση και ανεύρεση πόρων.

Παρά το γεγονός ότι σε μεγάλο βαθμό οι υπηρεσίες υγείας εμπίπτουν κατά κύριο λόγο στην αρμοδιότητα και την δικαιοδοσία των εθνικών κρατών, η συνεργασία μεταξύ τους προσφέρει ένα μεγάλο πεδίο δυνατοτήτων, έτσι ώστε να εξασφαλίσουν πληθώρα ωφελειών και για τα συστήματα υγείας, αλλά και για τους ασθενείς τους. Όπως αναφέραμε ήδη, η κινητικότητα ασθενών μεταξύ των κρατών-μελών, έχει επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και στην χώρα που προσφέρει τις υπηρεσίες υγείας και στην χώρα στην οποία είναι ασφαλισμένος ο ασθενής – πολίτης, προσθέτοντας πρόσθετη επιβάρυνση και πολυπλοκότητα σε αυτά. Πιέσεις ασκούνται στα συστήματα υγείας και από παράγοντες όπως η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, η συνεχής πρόοδος και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της ιατρικής τεχνολογίας, καθώς και από τις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις των πολιτών για υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας. Οι συνεχόμενες προκλήσεις που προκύπτουν συνεχώς, σύμφωνα και με την Επιτροπή των ευρωπαϊκών κοινοτήτων (2004) αντιμετωπίζονται καλύτερα στο πλαίσιο δημιουργίας συνεργασιών μεταξύ των συστημάτων των κρατών – μελών, βελτιώνονται οι υπηρεσίες προς τους πολίτες που τις επιθυμούν, σε συνδυασμό πάντοτε με την θέσπιση μιας συνεκτικής ευρωπαϊκής στρατηγικής.

Η κινητικότητα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα και περίθαλψη εκτός των χωρών που είναι ασφαλισμένοι, δημιουργώντας νέες συνθήκες και δυναμικές, εντείνουν την τόνωση της καινοτομίας, της εύρεσης νέων λύσεων και βέλτιστων πρακτικών, σε αποτελεσματικότερο και συνεκτικότερο σχεδιασμό, καθώς και στην

συνολικότερη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και της διακρατικής συνεργασίας. Επιπρόσθετα, με την χρήση νέων τεχνολογιών και μεθόδων δημιουργούνται καλύτερες συνθήκες για συλλογή δεδομένων, μετρήσιμων στοιχείων, τα οποία με την σειρά τους μπορούν να αναδείξουν τυχόν προβλήματα, με αποτέλεσμα να ανακατευθύνουν την στόχευση των πολιτικών για την καταπολέμηση τους.

Η συνεργασία σε μεθοριακές περιοχές μπορεί να συμβάλλει τα μέγιστα, αμβλύνοντας περιπτώσεις αποκλεισμού πληθυσμιακών μονάδων και να αντισταθμίσουν τυχόν κενά κάλυψης που υπάρχουν στα επιμέρους συστήματα υγείας. Μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι υπάρχει περιορισμένη συγκέντρωση διδαγμάτων, γνώσης και στοιχείων σε κεντρικό επίπεδο, λόγω του τοπικού χαρακτήρα που λαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό οι πρωτοβουλίες συνεργασίας, δημιουργώντας εμπόδια με αυτόν τον τρόπο στο να υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα, δυσχεραίνοντας τον κεντρικό σχεδιασμό και την υλοποίηση της ευρωπαϊκής στρατηγικής.

Οι επιπτώσεις της διασυνοριακής συνεργασίας στον τομέα της υγείας έχουν ήδη δημιουργήσει θετικά αποτελέσματα, όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο με την παράθεση μερικών καλών πρακτικών. Το γεγονός αυτό δεν σημαίνει, πως δεν υπάρχουν προβλήματα και προκλήσεις που χρήζουν αντιμετώπισης. Προβλήματα που θα επιλύονται σταδιακά όμως αν υπάρχει στρατηγική για την επιθετικότερη και εντονότερη ευρωπαϊκή ενσωμάτωση, την διαμόρφωση κουλτούρας διαπεριφερειακής συνεργασίας και συνεννόησης σε συνδυασμό με νομοθετικές παρεμβάσεις τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο που θα στοχεύουν στην σύγκλιση των κρατικών συστημάτων υγείας, μέτρο που θα πρέπει να επεκταθεί και στα υπό ένταξη κράτη στην Ένωση, για να μην χρειαστεί προσαρμογή σε δεύτερο χρόνο.

4.2 Εμπόδια στην Διασυνοριακή Συνεργασία στην Υγεία : η περίπτωση της Ελλάδας

Η περίπτωση της Ελλάδας ως κράτος – μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης που συμμετέχει σε προγράμματα διασυνοριακής συνεργασίας αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση λόγω της γεωγραφικής της θέσης και λόγω του ότι συνορεύει χερσαία μόνο με έναν Ευρωπαϊκό της εταίρο, την Βουλγαρία. Για τις ιδιαιτερότητες τις αυτές καθίσταται αρκετά απαιτητικό και δυσχερές το πλαίσιο διαμόρφωσης και αύξησης της διασυνοριακής συνεργασίας της, ζήτημα που δεν υφίσταται σε κράτη μέλη που ανήκουν στον πυρήνα (γεωγραφικά) της Ευρώπης. Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται και στα εν ενεργεία προγράμματα διασυνοριακής συνεργασίας, στα οποία συμμετέχει το ελληνικό κράτος, καθώς η πλειοψηφία αυτών είναι σε συνεργασία με την Βουλγαρία. Παρακάτω θα παραθέσουμε τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την πραγματοποίηση πρωτοβουλιών διασυνοριακής συνεργασίας πέραν της γεωγραφικής θέσης.

Προκλήσεις που παρουσιάζονται αναφορικά με την σύναψη προγραμμάτων διασυνοριακής συνεργασίας, δεν έχουν να κάνουν μόνο με τις διαφορές που υπάρχουν σε επίπεδο συστημάτων υγείας, αλλά και στις διαφορές μεταξύ των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης αυτών. Η σύγκλιση και η εναρμόνιση τους, παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες, προκύπτουν πολύπλοκα ζητήματα όσον αφορά τις οικονομικές καλύψεις των υπηρεσιών υγείας και του διαμοιρασμού και της διασαφήνισης των αρμοδιοτήτων και της δικαιοδοσίας των συμμετεχόντων μερών.

Σημαντική πίεση στα εθνικά συστήματα υγείας και κατ' επέκταση και στις συνέργειες που πραγματοποιούνται σε διασυνοριακό επίπεδο, ασκείται από την γήρανση του πληθυσμού, την δημογραφική συρρίκνωση των παραγωγικών πληθυσμιακών μονάδων που στηρίζουν τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, είτε λόγω ανεργίας είτε λόγω μετανάστευσης. Το φαινόμενο αυτό βέβαια γενικεύεται στην πλειοψηφία των κρατών – μελών, κάτι που μελλοντικά ενδέχεται να διευκολύνει τις συνεργασίες μεταξύ των μελών ή την ριζική αλλαγή της στρατηγικής της Ένωσης.

Τέλος, η διαφορά του βιοτικού επιπέδου μεταξύ των πληθυσμών των κρατών – μελών, η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων μεταξύ των συνεργαζόμενων μερών, λειτουργεί πολλές φορές προς την αντίθετη πορεία και όχι στην σύγκλιση, ζήτημα που ενισχύεται από την έλλειψη κουλτούρας συνεργασίας, ενδεχομένως και καχυποψίας και έλλειψης εμπιστοσύνης μεταξύ των μερών. Είναι διαφορετικές οι συνθήκες μιας διασυνοριακής συνεργασίας μεταξύ της περιοχής του Ανω Ρήνου για παράδειγμα, με τις συνθήκες και τις διαστάσεις μιας συνεργασίας μεταξύ δύο βαλκανικών χωρών, όπως η Ελλάδα και η Βουλγαρία.

4.3 Η Διασυνοριακή συνεργασία στην υγεία ως φορέας Πολιτιστικής Διπλωματίας

Στο παρόν κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε μια διαφορετική διάσταση που μπορεί να λάβει η πραγματοποίηση και η ενδυνάμωση πρωτοβουλιών διασυνοριακών συνεργασιών, από το πρίσμα της Πολιτιστικής Διπλωματίας. Το συγκεκριμένο ζήτημα θα μπορούσε κάλλιστα να αποτελεί ξεχωριστή μελέτη αλλά θεωρείται δόκιμο να τεθεί έστω και συνοπτικά στο παρόν πόνημα, για τους λόγους που θα παρατεθούν παρακάτω. Αρχικά ας δούμε τι ορίζεται γενικά ως Πολιτιστική Διπλωματία.

Ο όρος Πολιτιστική Διπλωματία, θεωρείται σε μεγάλο βαθμό καινοφανής όρος, και ο ακριβής ορισμός του είναι αντικείμενο ζωνής επιστημονικής αντιπαράθεσης, πολλές φορές φτάνοντας σε βαθμό σύγχυσης. Οι διαφορές προκύπτουν κυρίως από τον ορισμό που δίνει ο εκάστοτε φορέας άσκησης πολιτισμικών δράσεων σε διεθνές επίπεδο και συνεπακόλουθα μέσω ποιάς ερμηνείας επιλέγει την δράση του αυτή. Συνοπτικά, Πολιτιστική Διπλωματία ονομάζεται η εξωτερική πολιτική που ασκείται, με βάση το πολιτιστικό κεφάλαιο ενός κράτους, μέσω πολιτιστικών δράσεων, διαπολιτισμικών δικτύων με στόχο την βελτίωση των Διακρατικών Σχέσεων και την ενίσχυση του διαπολιτισμικού διαλόγου.

Σύμφωνα με το Ελληνικό Ινστιτούτο Πολιτιστικής Διπλωματίας, υποκατηγορίες της πολιτιστικής Διπλωματίας είναι η εκκλησιαστική διπλωματία, η διπλωματία των βιβλιοθηκών, η γαστρονομική διπλωματία, η διπλωματία των μουσείων, η περιβαλλοντική διπλωματία, η διπλωματία της υγείας και άλλες. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο λοιπόν θα μελετήσουμε την ενίσχυση της Διασυνοριακής συνεργασίας ως φορέα της Διπλωματίας της Υγείας. Η διπλωματία της υγείας έχει ως σημείο αναφοράς μια διαδικασία μεταξύ πολλών επιπέδων, στην οποία συμμετέχουν εθνικοί φορείς και διεθνείς οργανισμοί, σκοπεύοντας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης σε πολίτες ξένων χωρών, σκοπός που συμπίπτει με την φιλοσοφία των προγραμμάτων διασυνοριακής συνεργασίας και την στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία και την ευρύτερη πολιτική συνοχής που προωθεί. Μέσω του πλαισίου της ήπιας ισχύος (soft power) η διπλωματία της υγείας έχει θετικό αντίκτυπο, μέσω ανταλλαγής γνώσης ή παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς προωθεί την συνεργασία και την διαμόρφωση κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ των κρατών για ζητήματα των πολιτών που σε μεγάλο βαθμό είναι κοινά ανεξαρτήτως της υπηκοότητάς τους.

Παρατηρούμε λοιπόν, πως αναπτύσσονται πολλαπλές διαστάσεις και προοπτικές, ειδικά για το Ελληνικό κράτος, αν στο πλαίσιο αυτό, επιδιώξει την αύξηση της Διασυνοριακής συνεργασίας εν γένει και ειδικότερα στον τομέα της υγείας, αξιοποιώντας εργαλειακά τις πολιτικές της Ε.Ε. και την κατεύθυνσή τους, πετυχαίνοντας και κεφαλαιοποιώντας την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους Έλληνες πολίτες των παραμεθόριων περιοχών και των διακρατικών γειτόνων τους αφενός, αναβαθμίζοντας παράλληλα την εικόνα της χώρας αφετέρου.

Με τον τρόπο αυτό, κάθε φορέας που συμμετάσχει σε ένα πρόγραμμα διασυνοριακής συνεργασίας, δύναται να αποτελεί στον ίδιο βαθμό πέρα από πάροχο υπηρεσιών υγείας και φορέα άσκησης εξωτερικής πολιτικής ήπιας μορφής. Ειδικότερα, κάθε νοσοκομείο, για παράδειγμα, που θα προσφέρει τις υπηρεσίες του σε πολίτες διαφορετικής υπηκοότητας, λειτουργεί στον ίδιο χρόνο, και στον βαθμό που του αναλογεί ως φορέας εξωτερικής πολιτικής με έμμεσο τρόπο.

Επίσης, κατά τον τρόπο αυτό, την μειονεκτική θέση της Ελλάδας, γεωγραφικά, σε σχέση με τους εταίρους της στην Ευρώπη, έχουμε την δυνατότητα να την μετατρέψουμε σε πλεονέκτημα, επεκτείνοντας αντίστοιχες πρωτοβουλίες διασυνοριακής συνεργασίας με χώρες που δεν είναι ενταγμένες στην Ένωση, αλλά έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον ως προς την ένταξη τους αυτή (Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, Αλβανία). Σε περίπτωση, που μπορέσει να πραγματοποιηθεί μια μορφή διασυνοριακής συνεργασίας στον τομέα της υγείας μεταξύ της Ελλάδος, των Σκοπίων και της Αλβανίας μπορούμε να πετύχουμε τους εξής στόχους :

- Αναβάθμιση του επιπέδου των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε παραμεθόριες περιοχές της χώρας (Περιφέρεια Ηπείρου, Περιφέρεια Δυτικής

Μακεδονίας) και στις παραμεθόριες συνορεύουσες περιοχές των γειτονικών κρατών.

- Βελτίωση των διακρατικών σχέσεων μεταξύ των κρατών που συμμετέχουν, γεγονός που σε μια περιοχή, όπως τα Δυτικά Βαλκάνια, με το φορτισμένο ιστορικό υπόβαθρο διενέξεων και εθνικισμών, θα αποτελέσει θετικό βήμα για τον περιορισμό αντίστοιχων φαινομένων σε μελλοντική βάση.
- Επιτάχυνση των διαδικασιών ένταξης λόγω ταχύτερης συμμόρφωσης και επιτάχυνσης μεταρρυθμιστικών μέτρων από τις χώρες προς ένταξη στο ευρωπαϊκό κανονιστικό πλαίσιο.
- Ενίσχυση της διακρατικής εμπιστοσύνης και δημιουργία διεξόδων σε ένα ευρύτερο πλαίσιο ζητημάτων που υπάρχουν μεταξύ των χωρών.

Προκλήσεις και ζητήματα για την δημιουργία τέτοιων συνεργασιών ενδέχεται να προκύψουν σε μεγάλο βαθμό, καθώς υπάρχουν διαφορές σε επίπεδο οργάνωσης των κρατών, καθώς και στο γεγονός ότι οι προς ένταξη χώρες δεν δεσμεύονται από το ενωσιακό δίκαιο. Δυνατότητα δημιουργίας τέτοιων συνεργασιών εκτός πλαισίου κανόνων της Ε.Ε., και όπως ακολουθεί κατά συνέπεια εκτός του πλαισίου της Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας, μπορούν να δώσουν οι μορφές συνεργασίας με τα προαναφερθέντα κράτη, που υπάρχουν ήδη στον τομέα της πολιτικής προστασίας. Δηλαδή να εκκινήσουν προσπάθειες διαμόρφωσης ενός κοινού πλαισίου διασυνοριακής συνεργασίας μέσω Μνημονίου συνεργασίας και συναντίληψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συμπεράσματα και προτάσεις

Συμπερασματικά, λοιπόν από την παράθεση των στοιχείων που έγιναν στο παρόν πόνημα, παρατηρούμε πως η διασυνοριακή συνεργασία μεταξύ των κρατών- μελών , στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας, παρ' όλα τα προβλήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν έχουν περισσότερες προοπτικές και δυναμικές ανάπτυξης, διαμορφώνοντας ένα καλύτερο θεσμικό πλαίσιο όχι μόνο σε νομοθετικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο εφαρμογής λύσεων.

Βλέπουμε λοιπόν πως οι ασθενείς επιθυμούν όσο το δυνατόν υψηλότερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας και όσο εγγύτερα γίνεται στον τόπο διαμονής τους, ακόμα και αν η περίθαλψη τους λάβει χώρα σε διαφορετικό κράτος από αυτό που διαμένουν. Τα προγράμματα διασυνοριακής συνεργασίας προσφέρουν αυτήν την δυνατότητα στους πολίτες που διαμένουν σε παραμεθόριες περιοχές, μακριά από αστικά κέντρα και από μονάδες με κατάλληλη παροχή φροντίδας. Η περαιτέρω θέσπιση τέτοιων πρωτοβουλιών θα ενισχύσει το αίσθημα ασφάλειας των πολιτών, θα αυξήσει την εμπιστοσύνη τους στους θεσμούς και θα μειώσει το αίσθημα παραγκωνισμού και την πεποίθηση ότι αποτελούν πολίτες δεύτερης κατηγορίας.

Σε κράτη – μέλη όπως η Ελλάδα, που η γεωγραφική της θέση δεν διευκολύνει διασυνοριακές συνεργασίες με κράτη εταίρους της, βλέπουμε πως παρά τις αδυναμίες που υπάρχουν, δημιουργούνται συνθήκες υλοποίησης και επιτυχίας τέτοιων προγραμμάτων. Πρέπει όμως να βρεθούν τρόποι άμβλυνσης των προκλήσεων, προκλήσεων που έχουν να κάνουν με δομικές διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγείας των κρατών και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης τους. Η απόλυτη σύγκλιση και η εναρμόνιση των, όπως είδαμε, δεν μπορεί να επιτευχθεί απόλυτα. Γεγονός που οφείλει να προβληματίσει τον κεντρικό σχεδιασμό της ευρωπαϊκής στρατηγικής και της πολιτικής υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης δίνοντας της νέα κατεύθυνση και νέο περιεχόμενο προσαρμοσμένο στις δημιουργηθείσες ανάγκες.

Θα πρέπει λοιπόν, είτε να δοθεί περισσότερη ευελιξία στα κράτη – μέλη να διαμορφώσουν τις συνθήκες της διασυνοριακής συνεργασίας μεταξύ των συμμετεχόντων μερών, εξατομικεύοντας με αυτόν τον τρόπο το πλαίσιο συνεργασίας τους βασισμένο πάνω στις δικές του ανάγκες, είτε να υπάρξει ένα στιβαρό πλαίσιο λειτουργίας κοινό για όλους, ενισχύοντας έτσι τον ρυθμό προσαρμογής και σύγκλισης στο κοινό μοντέλο λειτουργίας (επιθετική προσαρμογή).

Σημαντικό θα πρέπει να θεωρείται το γεγονός, αυτές οι μεταρρυθμίσεις σύγκλισης και προσαρμογής να προσανατολιστούν εφαρμοστικά και στα υπό ένταξη κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με τον τρόπο αυτό θα μειωθεί ο χρόνος των ενταξιακών πρωτοκόλλων, θα υπάρξει πιο εύρυθμη και ομαλή προσαρμογή των υπό ένταξη χωρών και θα εξοικονομηθούν σημαντικοί πόροι της Ένωσης, αφού δεν θα χρειαστεί σε περίπτωση ένταξης περαιτέρω προσαρμογή.

Επιπρόσθετα θα πρέπει να υπάρξει ρύθμιση του νομοθετικού πλαισίου και άνοιγμα της ευρωπαϊκής στρατηγικής για διασυνοριακή συνεργασία και με κράτη, τα οποία δεν είναι μέλη της, αλλά συνορεύουν με αυτά(π.χ. η περίπτωση της Ελλάδας που έχει κυρίως σκληρά σύνορα, με χώρες που έχουν εκδηλώσει ενδιαφέρον για ένταξη.

Τελειώνοντας, θεωρείται σημαντικό το να δημιουργηθεί ένα συντονιστικό δίκτυο- παρατηρητήριο, στο οποίο θα συμμετέχουν τα κράτη – μέλη της ΕΕ, αλλά και τα υπο ένταξη κράτη που επιθυμούν να συμμετάσχουν σε προγράμματα διασυνοριακής συνεργασίας. Το παρατηρητήριο – δίκτυο θα προσφέρει συμβουλευτικές υπηρεσίες σε πρωτοβουλίες διασυνοριακών προγραμμάτων, κατευθυντήριες γραμμές για την αποτελεσματικότερη διασυνοριακή συνεργασία καθώς και δικτύωση μεταξύ των συμμετεχόντων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- www.euro.who.int
- www.europa.eu
- www.who.int
- www.eopyy.gov.gt
- www.moh.gr
- Hospitals and Borders, Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions, Glinos and Wismar 2013, European observatory on Health Systems and policies
- Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., & van Ginneken E. (2011) Cross – border health care in the European Union : mapping and analyzing practices and policies. European Observatory on Health Systems and Policies
- WHO, (1978). Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata USSR, 6-12 september 1978, Geneva New York
- Legido- Quigley H., Glinos I. Baeten R. & McKee M. (2007). Patient mobility in the European Union. British Medical Journal 334 (7586)
- Lear J. & Mossialos E. (2008). EU Law and Health policy in Europe. Euroobserver, vol 10, no3
- Schneider C. (2003). Diplomacy that works : Best Practices in Cultural Diplomacy
- Χριστογιάννης, Γ. (2006) Ελληνική Πολιτιστική Διπλωματία
- Κωστούλα Ε. (2010) Πολιτιστική Διπλωματία : Η περίπτωση της Ελλάδας (ΕΚΔΔΑ)
- Δαρδαβέσης Θ.Ι. (2008). Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833- 1981). Ιατρικό βήμα, Πολιτική της Υγείας
- ΕΛΙΑΜΕΠ (2011) Τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη
- Κόνσολας Ν. (1997) Σύγχρονη Περιφερειακή Οικονομική Πολιτική
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2004). Ανακοίνωση της Επιτροπής. Συνέχεια της διαδικασίας προβληματισμού υψηλού επιπέδου για την κινητικότητα των ασθενών και τις μελλοντικές εξελίξεις υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση