



---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη  
συγκριτικά στοιχεία με το ελληνικό σύστημα αλλά και τις  
πολιτικές υγείας που ακολουθούν**

**Παπαδόπουλος Σωτήριος**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2024



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη  
συγκριτικά στοιχεία με το ελληνικό σύστημα αλλά και τις  
πολιτικές υγείας που ακολουθούν**

**Παπαδόπουλος Σωτήριος Α.Μ.: ΟΔΥ/2124**

Επιβλέπων: Δρίβας Κυριάκος / Αναπληρωτής Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2024



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**The health care systems in Europe compared to the Greek system  
and the health policies that follow**

**Papadopoulos Sotirios**

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2024

## Ευχαριστίες

Με τη βαθύτατη ευγνωμοσύνη και την υψηλή εκτίμηση που με διέπει, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς όλους εκείνους που συμβάλλουν αποφασιστικά στην ολοκλήρωση της παρούσας Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας.

Καταρχάς, είναι καθήκον και τιμή μου να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα μου καθηγητή, τον Καθηγητή κ. Δρίβα Κυριάκος, για την αξιοσημείωτη αφοσίωση, την πολύτιμη καθοδήγηση και την ανεκτίμητη υποστήριξη που μου παρείχε.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να απευθύνω τις ευχαριστίες μου προς το Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, που ενίσχυσαν την επιστημονική μου ανάπτυξη.

Θέλω, επίσης, να ευχαριστήσω την γυναίκα της ζωής μου Μάιρα για την αμέτρητη συμπαράσταση, βοήθεια και κατανόηση που έδειξε καθόλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τους γονείς μου, Ανδρέα & Αριστέα οι οποίοι υπήρξαν πάντα στήριγμα για μένα και στους οποίους οφείλω όλη την διαδρομή των σπουδών μου, μέχρι σήμερα.



## Περίληψη

Το παρόν έγγραφο παρέχει μια ολοκληρωμένη συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, με ιδιαίτερη έμφαση στο ελληνικό σύστημα. Με την εξέταση βασικών δεδομένων και δεικτών, καθώς και των σχετικών πολιτικών υγείας, η μελέτη αποσκοπεί στον εντοπισμό ομοιοτήτων, διαφορών, δυνατών σημείων και προκλήσεων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και στη χάραξη πολιτικής.

Η ανάλυση ξεκινά προσφέροντας μια ολοκληρωμένη επισκόπηση του συστήματος υγείας, εστιάζοντας στο ελληνικό σύστημα υγείας και την ιστορική του εξέλιξη. Διερευνά επίσης τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των επιπτώσεων της εμπλοκής της Ελλάδας με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας. Η εργασία εξετάζει περαιτέρω τα συστήματα υγείας της Γαλλίας και της Γερμανίας, συγκρίνοντας και αναλύοντάς τα σε σχέση με το ευρωπαϊκό πλαίσιο. Εν συνεχεία, εμβαθύνει στην πολιτική δημόσιας υγείας, συζητώντας τις στρατηγικές και τις προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για την προαγωγή και την προστασία της υγείας των πληθυσμών. Εξετάζει επίσης την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 και τη σημασία της χάραξης πολιτικής για μελλοντικές πανδημίες. Παρουσιάζεται επίσης ένας πίνακας δαπανών και χρηματοδότησης της υγείας, ο οποίος προσφέρει πληροφορίες για τις οικονομικές πτυχές των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Συνολικά, η παρούσα εργασία συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση του ελληνικού συστήματος υγείας, των προκλήσεών του και της σύγκρισής του με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Επισημαίνει τη σημασία της πολιτικής δημόσιας υγείας, την ανάγκη αποτελεσματικής αντιμετώπισης των πανδημιών, καθώς και τις οικονομικές εκτιμήσεις που αφορούν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

**Λέξεις κλειδιά:** Υγεία, Περίθαλψη, Ευρώπη, Οικονομία, Υγειονομικό Σύστημα





**Abstract**

This paper provides a comprehensive comparative analysis of health care systems in Europe, with particular emphasis on the Greek system. By examining key data and indicators, as well as relevant health policies, the study aims to identify similarities, differences, strengths and challenges in healthcare delivery and policy making.

The analysis begins by providing a comprehensive overview of the health system, focusing on the Greek health system and its historical evolution. It also explores the challenges facing the Greek health system, including the impact of Greece's engagement with the International Monetary Fund and the financial crisis on health services. The paper further examines the health systems of France and Germany, comparing and analysing them in relation to the European context. It then delves into public health policy, discussing the strategies and approaches used to promote and protect the health of populations. It also examines the effectiveness of the health system in responding to the COVID-19 pandemic and the importance of policy-making for future pandemics. A health expenditure and financing matrix is also presented, which provides information on the financial aspects of health care systems. Overall, this paper contributes to a better understanding of the Greek health system, its challenges and its comparison with other European health systems. It highlights the importance of public health policy, the need for effective responses to pandemics, and the economic considerations related to healthcare delivery.

**Keywords:** Health, Health care, Europe, Economy, Health care system



## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	ix
Abstract .....	xi
Εισαγωγή .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	17
1.1 Τι είναι το Σύστημα Υγείας.....	17
1.2 Σύστημα υγείας Ελλάδας μια ιστορική αναδρομή .....	19
1.3 Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ).....	22
1.4 Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας .....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	34
2.1 Η Ελλάδα στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο .....	34
2.2 Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας	34
2.3 Τομέας υγείας από τα μνημόνια έως σήμερα .....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	40
3.1 Το Σύστημα Υγείας της Ευρώπης .....	40
3.2 Σύστημα Υγείας Γαλλίας .....	44
3.3 Σύστημα Υγείας Γερμανίας.....	48
3.4 Σύστημα Υγείας Ιταλίας.....	52
3.5 Σύγκριση και ανάλυση συστημάτων υγείας της Ευρώπης.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	61

4.1	Πολιτική δημόσιας υγείας .....	61
4.2	Στρατηγικές για την επιτήρηση και παρακολούθηση των ασθενειών .....	63
4.3	Μελέτες και αναφορές που υποστηρίζουν τη σημασία του μακροπρόθεσμου σχεδιασμού, της διαφάνειας και της λογοδοσίας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης 66	
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° .....	69
5.1	Σύστημα υγείας και αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του COVID-19.....	69
5.2	Συστημα υγείας και χάραξη πολιτικής για νέες πανδημίες.....	71
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° .....	78
	Δαπάνες και χρηματοδοτήσεις για την υγεία .....	78
	Επίλογος .....	83
	Βιβλιογραφία .....	85

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

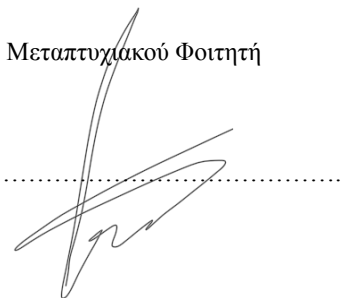
«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Ονοματεπώνυμο

Σωτήριος Παπαδόπουλος

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes, positioned above a horizontal dotted line.

## **Εισαγωγή**

Το σύστημα υγείας διαδραματίζει καίριο ρόλο στην προώθηση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών, παρέχοντας πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη και εξασφαλίζοντας αποτελεσματική αντιμετώπιση των προκλήσεων της δημόσιας υγείας. Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο να παράσχει μια ολοκληρωμένη διερεύνηση του συστήματος υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στο ελληνικό σύστημα υγείας. Εμβαθύνει στην ιστορική επισκόπηση του ελληνικού συστήματος υγείας, εξετάζει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει, το συγκρίνει με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και αναλύει τις πολιτικές δημόσιας υγείας.

Στην Ενότητα 1, εμβαθύνουμε στην έννοια του συστήματος υγείας και παρέχουμε μια ιστορική επισκόπηση του ελληνικού συστήματος υγείας. Η κατανόηση της ανάπτυξης και της δομής του ελληνικού συστήματος υγείας είναι απαραίτητη για την κατανόηση της σημερινής κατάστασης και των προκλήσεων με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο. Επιπλέον, διερευνούμε το ρόλο του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) στο ελληνικό σύστημα υγείας και τον αντίκτυπό του στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Η Ενότητα 2 επικεντρώνεται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη την εμπλοκή της Ελλάδας με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την οικονομική κρίση που επηρέασε σημαντικά την ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Εξετάζοντας τις επιπτώσεις της οικονομικής αναταραχής στην υγειονομική περίθαλψη, αποκτούμε εικόνα για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας και την ανάγκη για μεταρρύθμιση.

Στην Ενότητα 3, διευρύνουμε την οπτική μας και εξετάζουμε τα υφιστάμενα συστήματα υγείας δύο διακεκριμένων ευρωπαϊκών χωρών, της Γαλλίας και της Γερμανίας. Συγκρίνοντας και αναλύοντας αυτά τα συστήματα, αποκτούμε πολύτιμες γνώσεις σχετικά με τις διαφορετικές προσεγγίσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, τους μηχανισμούς χρηματοδότησης και τη χάραξη πολιτικής σε ευρωπαϊκό πλαίσιο.

Η Ενότητα 4 εμβαθύνει στην πολιτική δημόσιας υγείας, δίνοντας έμφαση στον κρίσιμο ρόλο της στην προώθηση και προστασία της υγείας των πληθυσμών. Εξετάζουμε διάφορες στρατηγικές και προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στη χάραξη πολιτικής για τη δημόσια υγεία, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και την αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας.

Η πανδημία COVID-19, μια παγκόσμια υγειονομική κρίση πρωτοφανούς μεγέθους, βρίσκεται στο επίκεντρο της Ενότητας 5. Αναλύουμε την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας στην αντιμετώπιση της πανδημίας, εξετάζοντας τόσο τα δυνατά όσο και τα αδύνατα σημεία. Επιπλέον, συζητάμε τη σημασία της χάραξης πολιτικής για τις νέες πανδημίες, τονίζοντας την ανάγκη για ισχυρά συστήματα υγείας και συντονισμένες αντιδράσεις.

Τέλος, στην Ενότητα 6 προσφέρουμε πληροφορίες για τις οικονομικές πτυχές των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Η κατανόηση των δαπανών και της χρηματοδότησης της υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την αξιολόγηση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας.

Με τη διερεύνηση αυτών των βασικών πτυχών του συστήματος υγείας, η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην εμβάθυνση της κατανόησης του ελληνικού συστήματος υγείας, των προκλήσεών του και της σύγκρισής του με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Αναδεικνύει επίσης τη σημασία της πολιτικής δημόσιας υγείας, της αποτελεσματικής αντιμετώπισης των πανδημιών και των οικονομικών εκτιμήσεων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

### ***1.1 Τι είναι το Σύστημα Υγείας***

Το σύστημα υγείας αναφέρεται στο πολύπλοκο δίκτυο οργανισμών, ιδρυμάτων και πόρων που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, σε άτομα και πληθυσμούς. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συστατικών που συνεργάζονται για την προώθηση, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας. Ειδικότερα, περιλαμβάνει νοσοκομεία, κλινικές, επαγγελματίες υγείας, φαρμακευτικές εταιρείες, φορείς δημόσιας υγείας, ασφαλιστικούς φορείς και διάφορους άλλους ενδιαφερόμενους φορείς (Τσαλίκης, 2008).

Στον πυρήνα του, το σύστημα υγείας στοχεύει στη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων με την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών, την προώθηση της ευεξίας και την αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ατόμων. Περιλαμβάνει πολλές βασικές λειτουργίες, όπως η παροχή υγειονομικής περίθαλψης, η χρηματοδότηση, η διακυβέρνηση και η ανάπτυξη εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης με τη σειρά της περιλαμβάνει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε άτομα, μέσω πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εξειδικευμένης περίθαλψης, υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης, διαγνωστικών εξετάσεων, χειρουργικών επεμβάσεων, αποκατάστασης και άλλων παρεμβάσεων που απαιτούνται για τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση ασθενειών. Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, κοινοτικά κέντρα υγείας και φροντίδα στο σπίτι.

Η χρηματοδότηση είναι μια κρίσιμη πτυχή του συστήματος υγείας, καθώς περιλαμβάνει τους μηχανισμούς μέσω των οποίων χρηματοδοτούνται οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης, συμπεριλαμβανομένων των κρατικών προϋπολογισμών, των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, των προγραμμάτων υγείας που χρηματοδοτούνται από τους εργοδότες, των πληρωμών

από τους ιδιώτες/ασθενείς και των φιλανθρωπικών εισφορών. Το σύστημα χρηματοδότησης στοχεύει να διασφαλίσει ότι τα άτομα έχουν πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εξασφαλίζοντας παράλληλα τη βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Η διακυβέρνηση αναφέρεται στις πολιτικές, τους κανονισμούς και τους θεσμούς που καθοδηγούν και επιβλέπουν τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Οι κυβερνήσεις διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στον καθορισμό πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης, στη θέσπιση ρυθμιστικών πλαισίων και στο συντονισμό των διαφόρων ενδιαφερομένων. Είναι υπεύθυνες για τη δημιουργία και την εφαρμογή στρατηγικών για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, την κατανομή πόρων και τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Τσαλίκης, 2008).

Το εργατικό δυναμικό της υγείας είναι ένα άλλο ζωτικό συστατικό του συστήματος υγείας. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών υγείας, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, θεραπευτές, τεχνικούς και προσωπικό υποστήριξης. Ένα ισχυρό και καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας είναι απαραίτητο για την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού, την παροχή ποιοτικής περίθαλψης και την ανταπόκριση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία.

Εκτός από αυτές τις βασικές λειτουργίες, το σύστημα υγείας περιλαμβάνει επίσης πολλά υποστηρικτικά στοιχεία που συμβάλλουν στη συνολική του αποτελεσματικότητα. Σε αυτά ανήκουν, ενδεικτικά και μη περιοριστικά, συστήματα πληροφοριών υγείας, τα οποία διευκολύνουν τη συλλογή, αποθήκευση και ανάλυση δεδομένων υγείας για την ενημέρωση της λήψης αποφάσεων και την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων υγείας.

Η έρευνα για την υγεία διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην προώθηση της ιατρικής γνώσης, στην ανάπτυξη νέων θεραπειών και στη βελτίωση των πρακτικών υγειονομικής περίθαλψης. Οι φαρμακευτικές εταιρείες και οι πάροχοι ιατρικής τεχνολογίας συμβάλλουν στην ανάπτυξη και

τη διαθεσιμότητα φαρμάκων, εμβολίων και ιατρικών συσκευών. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας επικεντρώνονται στην πρόληψη ασθενειών, στην προώθηση της εκπαίδευσης για την υγεία, στη διεξαγωγή επιτήρησης και στο συντονισμό των αντιδράσεων σε κρούσματα και έκτακτες ανάγκες. Ένα σύστημα υγείας που λειτουργεί σωστά χαρακτηρίζεται από ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά. Η καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι μια θεμελιώδης αρχή που διασφαλίζει ότι όλοι μπορούν να αποκτήσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χωρίς να αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Η ισότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στοχεύει στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και τα αποτελέσματα μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, διασφαλίζοντας ότι κανείς δεν θα μείνει πίσω. Η ποιότητα και η ασφάλεια των ασθενών είναι βασικές, για να διασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι αποτελεσματικές, βασισμένες σε στοιχεία και παρέχονται με έμφαση στην ευημερία των ασθενών. Η ανθεκτικότητα και η ετοιμότητα του συστήματος υγείας είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, πανδημιών και άλλων απειλών για την υγεία (Τσαλίκης, 2008).

Υπάρχουν προκλήσεις στα συστήματα υγείας, όπως το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, η άνιση πρόσβαση στην περίθαλψη, η κατακερματισμένη παροχή υπηρεσιών, οι ελλείψεις εργατικού δυναμικού και η επιβάρυνση των μη μεταδοτικών ασθενειών. Αυτές οι προκλήσεις απαιτούν συνεχείς προσπάθειες για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και την αντιμετώπιση των υποκείμενων κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας.

## ***1.2 Σύστημα υγείας Ελλάδας μια ιστορική αναδρομή***

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα προέκυψε μετά την ίδρυση του κράτους. Αρχικά, επικεντρώθηκε στην παροχή παροχών σε εργαζόμενους σε επικίνδυνα επαγγέλματα. Με την πάροδο του χρόνου, το πεδίο εφαρμογής της επεκτάθηκε ώστε να συμπεριλάβει επαγγελματίες από διάφορους άλλους τομείς.

Το 1836 ιδρύθηκαν τα πρώτα ταμεία αλληλοβοήθειας, τα οποία κάλυπταν διάφορους επαγγελματικούς κλάδους και προσέφεραν βασικές παροχές στα μέλη τους. Ο Αντώνιος Κριεζής διαδραμάτισε πρωτοποριακό ρόλο το 1838, τονίζοντας ιδιαίτερα τη σημασία του ελληνικού εμπορικού ναυτικού και προτείνοντας ένα ασφαλιστικό ταμείο για τη στήριξη της ανάπτυξής του. Αναγνωρίζοντας τη σημασία και τους κινδύνους που συνδέονται με το ναυτικό επάγγελμα, ο βασιλιάς Όθωνας, με επιστολή του Μαΐου 1849, προσπάθησε να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των ναυτικών σε περιόδους ανεργίας. Κατά συνέπεια, στις 29 Ιουλίου 1861, ιδρύθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT) με νόμο που συνέταξε ο πρωθυπουργός Ανδρέας Μιαούλης. Το NAT περιελάμβανε όχι μόνο ναυτικούς, αλλά και χήρες γυναίκες, ορφανά παιδιά, ορφανούς γονείς, άγαμες αδελφές, καθώς και κατώτερους αξιωματικούς και ναύτες του Βασιλικού Ναυτικού, παρά το δικαίωμά τους για σύνταξη από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επιπλέον, το ταμείο φιλοξενούσε άπορους ναυτικούς, ακόμη και αν δεν πληρούσαν όλες τις προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση (Τσαλίκης, 2008).

Η κατηγορία των "επικίνδυνων επαγγελμάτων" περιλάμβανε όλους τους αξιωματικούς και τους στρατιώτες που υπηρετούσαν στον στρατό ξηράς. Το 1852 ψηφίστηκε νόμος για την παροχή συντάξεων με βάση τα χρόνια υπηρεσίας τους. Το επόμενο έτος, το 1853, ο νόμος επεκτάθηκε ώστε να συμπεριλάβει και όσους υπηρετούσαν στο ναυτικό, ενώ το 1856 έγιναν περαιτέρω βελτιώσεις για την οριστικοποίηση των κανονισμών.

Από το 1861, οι συντάξεις χορηγήθηκαν σε ορισμένους δημόσιους υπαλλήλους μέσω βασιλικών διαταγμάτων. Ωστόσο, μόλις το 185 έγινε προσπάθεια να θεσπιστεί ένα ολοκληρωμένο συνταξιοδοτικό καθεστώς για όλους τους δημόσιους υπαλλήλους. Επιπλέον, στις 31 Μαΐου 1882, ιδρύθηκε ένα ειδικό ταμείο μέσω βασιλικού διατάγματος. Αρχικά, προωθήθηκε για την παροχή στήριξης στους ανθρακωρύχους όταν το επάγγελμά τους κηρύχθηκε επίσημα επικίνδυνο. Το ταμείο αυτό λειτουργούσε με βάση την αρχή της αμοιβαίας βοήθειας, όπου εισπράττονταν εισφορές τόσο από τους εργοδότες όσο και από τους

εργαζομένους για τη διατήρηση της ύπαρξής του (Σκουτέλης 1990).

Τα γεγονότα της Μικρασιατικής Καταστροφής είχαν σημαντικές ιστορικές και κοινωνικοασφαλιστικές επιπτώσεις για την Ελλάδα. Η μαζική εισροή περίπου 1,5 εκατομμυρίου προσφύγων είχε βαθύτατες επιπτώσεις στην κοινωνικοοικονομική δυναμική της χώρας και στη λειτουργία του ελληνικού κράτους. Η εισροή αυτή συνέβαλε στην οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε το 1923, και παρόλο που ο οικονομικός τομέας άρχισε να σταθεροποιείται μεταξύ 1924 και 1929, μια νέα κρίση ξεκίνησε το 1930 και κορυφώθηκε το 1932. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίστηκε από μειωμένους μισθούς και εκτίναξη της ανεργίας. Η ραγδαία αύξηση του πληθυσμού μεταξύ 1920 και 1940, η οποία έφτασε το 46%, έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην επιδείνωση της κρίσης (Σκουτέλης 1990).

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συνέβησαν δύο σημαντικά γεγονότα που διαμόρφωσαν την κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Το 1917 ιδρύθηκε το Υπουργείο Νοσηλευτικής και το 1922 ακολούθησε το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα υπουργεία αυτά αντιπροσώπευαν τις αρχικές προσπάθειες συντονισμού και ενοποίησης της κοινωνικής πολιτικής του ελληνικού κράτους.

Το 1922 ψηφίστηκε ο νόμος 2868, ο οποίος στόχευε τις μεγάλες ιδιωτικές επιχειρήσεις και σηματοδοτούσε την επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης. Ο νόμος υποχρέωνε τις επιχειρήσεις αυτές που απασχολούσαν πάνω από 70 εργαζόμενους να ιδρύσουν ταμεία και απαιτούσε ίσες εισφορές από τους εργοδότες και τους ασφαλισμένους εργαζόμενους. Υπό την εξουσία του Βενιζέλου, ο οποίος ήρθε στην εξουσία μετά το κίνημα του Γουδή το 1909, ο νόμος 5733 ψηφίστηκε ως απάντηση στην πίεση της πλειοψηφίας των εργαζομένων. Ωστόσο, ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε ποτέ λόγω της επακόλουθης ανατροπής της κυβέρνησης (Σούλης, 1990).

Το 1934, το Λαϊκό Κόμμα εισήγαγε τον νόμο 8298 για την κοινωνική ασφάλιση, ακολουθούμενο από τον νόμο 6298 το ίδιο έτος, ο οποίος θέσπισε το Ταμείο Κοινωνικών

Ασφαλίσεων. Η λειτουργία του Ινστιτούτου Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ξεκίνησε στην Αθήνα το 1937 και στη Θεσσαλονίκη το επόμενο έτος. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ο αριθμός των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αυξήθηκε από 9 σε 160. Ωστόσο, παρά τις εξελίξεις αυτές, πολλοί εργαζόμενοι παρέμεναν ανασφάλιστοι, αναδεικνύοντας ότι το σύστημα δεν λειτουργούσε όπως προβλεπόταν.

### **1.3 Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)**

Σημαντικός σταθμός στην εξέλιξη της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα ήταν η ίδρυση του ΙΚΑ το 1937. Το βήμα αυτό είχε ως στόχο την παροχή κάλυψης σε προηγουμένως ανασφάλιστους μισθωτούς. Οι αρχικές προσπάθειες μέσω του νόμου 5733 το 1932 είχαν αποτύχει, αλλά το 1934 ψηφίστηκε ο νόμος 6298, που οδήγησε στη δημιουργία του ΙΚΑ. Αυτός ο ιδρυτικός νόμος αντλούσε έμπνευση από τις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης στα κράτη της κεντρικής Ευρώπης και εισήγαγε μια ολοκληρωμένη ασφάλιση για τους μισθωτούς, συμπεριλαμβανομένων των συντάξεων και της υγειονομικής περίθαλψης. Όταν ιδρύθηκε το ΙΚΑ, λειτουργούσε αποκλειστικά με τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών εντός της ελληνικής οικονομίας, χωρίς να στηρίζεται σε κρατικούς πόρους. Η ιστορία του ΙΚΑ αντικατοπτρίζει στενά την ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης στο ελληνικό κράτος, καθώς έγινε ένα από τα σημαντικότερα ταμεία που προσέφεραν ασφαλιστικές υπηρεσίες και παροχές στους Έλληνες. Καθώς το ΙΚΑ εξελισσόταν, έπαιξε ρόλο στη βελτιστοποίηση άλλων ταμείων και συνέβαλε στην κατάργηση του κεφαλαιοποιητικού συστήματος. Ωστόσο, αρχικά, οι υποχρεώσεις του ΙΚΑ ήταν περιορισμένες, γεγονός που επιβράδυνε την ταχεία ανάπτυξή του (Μαρδάς, 1993).

Στη συνέχεια, από το 1937 έως το 1961, συνέβησαν σημαντικά γεγονότα που επηρέασαν τον ρυθμό ανάπτυξης της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Το ξέσπασμα του πολέμου, η περίοδος της κατοχής και ο εμφύλιος πόλεμος είχαν βαθιές επιπτώσεις. Τα γεγονότα αυτά οδήγησαν σε υλικές καταστροφές, απώλειες και μείωση του ανθρώπινου

δυναμικού. Επιπλέον, διεθνή γεγονότα όπως ο Χάρτης του Ατλαντικού, η Διακήρυξη της Φιλαδέλφειας (1944) και η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων επηρέασαν το πλαίσιο. Οι παραγωγικές δομές της χώρας καταστράφηκαν, σημειώθηκε πείνα και η κατοχή είχε ως αποτέλεσμα την υποτίμηση της δραχμής σε καθημερινή βάση. Οι έμποροι έσπευσαν να μετατρέψουν τα χρήματά τους σε φυσική μορφή πριν από τις αναμενόμενες υποτιμήσεις (Προβόπουλος, 1987). Οι Γερμανοί προσπάθησαν επίσης να εκμεταλλευτούν τον πλούτο της χώρας με δόλιες μεθόδους.

Μετά τον πόλεμο, έγιναν προσπάθειες για την ανοικοδόμηση της χώρας από τις εκτεταμένες καταστροφές που προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια της κατοχής. Οι προκλήσεις ήταν τεράστιες, καθώς οι ζημιές αντιστοιχούσαν σε 33 χρόνια εθνικού εισοδήματος ή 130 χρόνια εθνικού προϋπολογισμού. Το ξέσπασμα του εμφυλίου πολέμου και οι υπερβολικές στρατιωτικές δαπάνες, που αντιστοιχούσαν στο 27,5% των συνολικών δαπανών, προσέθεσαν περαιτέρω οικονομικές δυσκολίες. Το πολιτικό και κοινωνικό κλίμα παρέμεινε τεταμένο, επιδεινούμενο από την απουσία εσωτερικής ασφάλειας λόγω της συνεχιζόμενης ένοπλης σύγκρουσης. Ως αποτέλεσμα των συνθηκών που περιγράφηκαν προηγουμένως, η Ελλάδα εντάχθηκε στο Σχέδιο Μάρσαλ, το οποίο είχε ως στόχο την παροχή οικονομικής και τεχνικής βοήθειας στις ευρωπαϊκές χώρες για τη μεταπολεμική ανασυγκρότηση. Ωστόσο, η χώρα αντιμετώπισε προκλήσεις στην αποτελεσματική αξιοποίηση των κονδυλίων λόγω του συνεχιζόμενου εμφυλίου πολέμου. Μέρος των κεφαλαίων που έλαβε χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των συγκρούσεων αντί για αναπτυξιακούς σκοπούς, και η Ελλάδα δεν έλαβε το συνολικό ποσό που είχε διατεθεί στο πλαίσιο του Σχεδίου Μάρσαλ. Τα γεγονότα αυτά είχαν βαθύ αντίκτυπο στην οικονομική πορεία της Ελλάδας τα επόμενα χρόνια. Οι αντιμαχόμενες παρατάξεις στον εμφύλιο πόλεμο, η μία ευθυγραμμισμένη με τον καπιταλισμό και η άλλη με τον κομμουνισμό, περιέπλεξαν περαιτέρω την κατάσταση. Η κοινωνική αποσύνθεση που προκάλεσαν οι πόλεμοι είχε μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ελληνική οικονομία

(Στεργίου,1994).

Όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση, την πρόνοια και τη δημόσια υγεία, η συνεργασία μεταξύ του ελληνικού Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας και των εκπροσώπων του Τμήματος Δημόσιας Υγείας της AMAG στο πλαίσιο του Σχεδίου Μάρσαλ είχε ως στόχο την αποκατάσταση και την ενίσχυση των υπηρεσιών σε αυτούς τους τομείς. Οι Αμερικανοί προσπάθησαν επίσης να ενοποιήσουν τα περισσότερα από 200 ασφαλιστικά ταμεία που υπήρχαν στην Ελλάδα εκείνη την εποχή, εξαιρουμένου του ΙΚΑ, αλλά η προσπάθεια αυτή δεν απέδωσε το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας θεωρούνταν ένα από τα πιο πολύπλοκα της εποχής του, με το ΙΚΑ να κυριαρχεί στο σύστημα. Οι εισφορές στο ΙΚΑ συνέχισαν να αυξάνονται, επιβαρύνοντας τις επιχειρήσεις. Πολλά άλλα ταμεία ήταν υπεύθυνα για διάφορους τομείς εργασίας, προσθέτοντας πρόσθετα χρέη για τους εργοδότες, ιδίως όταν έπρεπε να καλυφθούν αναδρομικές εισφορές. Η συνεχής ίδρυση νέων ταμείων κλιμάκωσε περαιτέρω τις συνολικές εισφορές. Οι συνθήκες αυτές καθιστούσαν συχνά τις μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις οικονομικά μη βιώσιμες και οι προσπάθειες ενοποίησης των ταμείων αντιμετώπιζαν την έντονη αντίδραση των εργαζομένων (Προβόπουλος,1987).

Είναι προφανές ότι η μεταπολεμική πορεία της Ελλάδας στον κοινωνικό και ασφαλιστικό τομέα διέφερε από εκείνη των περισσότερων χωρών. Ανεπαρκής ανάπτυξη και πολυάριθμα άλλα προβλήματα χαρακτήριζαν την κατάσταση. Η επικράτηση ενός αυταρχικού, συντηρητικού και ενίοτε καταπιεστικού πολιτικού κλίματος μετά τον εμφύλιο πόλεμο εμπόδισε την ανάπτυξη και την πρόοδο στους τομείς αυτούς για αρκετές δεκαετίες. Το 1951 θεσπίστηκε ο νόμος 1846 για τη ρύθμιση των εργασιών του ΙΚΑ και την εισαγωγή νέων πλαισίων κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Η νομοθεσία αυτή αποσκοπούσε στο να διασφαλίσει ότι οι εργαζόμενοι ήταν επαρκώς ασφαλισμένοι και είχαν τη φροντίδα τους. Στο πλαίσιο αυτού του νόμου, μικρότερα ταμεία συγχωνεύθηκαν στο ΙΚΑ, επεκτείνοντας την



κάλυψή του σε περίπου 0,33% του ελληνικού πληθυσμού. Τα βασικά χαρακτηριστικά του ασφαλιστικού συστήματος κατά την περίοδο αυτή μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: (Λαναράς, 2017)

- α) Μεγαλύτερη ευελιξία στα κριτήρια επιλεξιμότητας για τη λήψη παροχών.
- β) Εισαγωγή ενός συστήματος υπολογισμού των συντάξεων που ευνοούσε τα άτομα με χαμηλότερα εισοδήματα.
- γ) Επέκταση των παροχών, ιδίως για τα άτομα που έχουν ανάγκη φροντίδας.
- δ) Πρόβλεψη για την προσαρμογή των συντάξεων ως απάντηση σε σημαντικές μεταβολές του κόστους ζωής.

Επιπλέον, το 1953, με την ψήφιση της Νέας Δημοκρατίας, εισήχθησαν κατώτατα όρια συνταξιοδότησης και διευρύνθηκε η χρηματοδότηση των κλάδων ασθένειας του ΙΚΑ (Λαναράς, 2017).

Το 1960 το ΙΚΑ ξεκίνησε μια γεωγραφική επέκταση, η οποία ολοκληρώθηκε το 1977, επεκτείνοντας την κάλυψή του σε ένα ευρύ φάσμα επαγγελματικών ομάδων. Επιπλέον, μέσω του ΝΔ 4104 το 1960, άρχισε να αναπροσαρμόζεται σταδιακά ο ελάχιστος αριθμός ετών ασφάλισης που απαιτούνταν για τη θεμελίωση συνταξιοδοτικού δικαιώματος. Η διαδικασία αυτή αποσκοπούσε στην καθιέρωση ενός συστήματος υπολογισμού της σύνταξης που θα ωφελούσε κυρίως τους ασφαλισμένους με χαμηλότερα εισοδήματα (Προβόπουλος, 1987).

#### **1.4 Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας**

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο ξεκίνησε το 1983, υπήρξε ο κύριος δημόσιος πάροχος υπηρεσιών υγείας και κλήθηκε να συνυπάρχει με τους αντίστοιχους παρόχους του ιδιωτικού τομέα (Siskou et al 2008, Σουλιώτης, 2013). Το ΕΣΥ παρείχε τόσο πρωτοβάθμια όσο και δευτεροβάθμια περίθαλψη με επίκεντρο αφενός τα νοσοκομεία, και αφετέρου τα κέντρα υγείας στις πιο απομακρυσμένες περιοχές με μικρούς πληθυσμούς. Αυτός ο προσανατολισμός γύρω από τα νοσοκομεία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο βελτίωσης της

πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία μέχρι πρότενος παρέχονταν κυρίως από τα δημόσια κέντρα υγείας που διαχειριζόταν το ΕΣΥ, όσον αφορά τις αγροτικές περιοχές, και τα ιατρεία που διαχειρίζονταν ορισμένα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης στα αστικά κέντρα (όπως ίσχυε για μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και το ΙΚΑ). Οι ασθενείς έπρεπε συχνά να περιμένουν σε μεγάλες ουρές για ιατρικές εξετάσεις ή διαγνωστικές εξετάσεις, επιλέγοντας συχνά ιδιωτικές ιατρεία που μπορούσαν είτε να συμβληθούν και να αποζημιωθούν από τα ασφαλιστικά τους ταμεία, είτε να πληρωθούν από την τσέπη τους. Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι ιδιώτες πάροχοι ανταγωνίζονταν ενεργά τους παρόχους ΕΣΥ. Το 2009, σχεδόν το 40% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών στην Ελλάδα ήταν ιδιωτικές (ΕΛΣΤΑΤ).

Το ΕΣΥ υποτίθεται ότι θα καθιέρωνε καθολική κάλυψη για όλο το ελληνικό πληθυσμό, ανεξάρτητα από τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Πριν από την κρίση, τα ασφαλισμένα άτομα μπορούσαν τυπικά να καλύπτουν έμμεσα ανασφάλιστους συζύγους και παιδιά, μέχρι να έρθουν ενηλικιωθούν ή μέχρι να ολοκληρώσουν την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι άνεργοι μπορούσαν συνήθως να παρατείνουν την κάλυψή τους για 12 μήνες, υπό την προϋπόθεση ότι είχαν καταβάλει ένα ελάχιστο ποσό κοινωνικής ασφάλισης που αφορούσε εισφορές κατά το έτος που προηγήθηκε της ανεργίας τους. Άλλοι πολίτες μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός "ειδικού βιβλιαρίου" για τους μακροχρόνια άνεργους και ενός αντίστοιχου "ειδικού βιβλιαρίου" για εκείνους με χαμηλό εισόδημα (Αλεξιάδου, 1990).

Κατά τη δεκαετία που προηγήθηκε, δηλαδή αυτή της χρηματοπιστωτικής κρίσης με αφετηρία το 2009, οι ελληνικές δημόσιες δαπάνες για υγειονομικής περίθαλψης επιταχύνθηκαν ραγδαία (κατά 2% του ΑΕΠ). Μέχρι το 2009, η Ελλάδα είχε κλείσει το χάσμα των δημόσιων δαπανών με την υπόλοιπη Ευρώπη και τον ΟΟΣΑ, αλλά είναι αξιοσημείωτο πως τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας αυτής παρέμεναν εξαιρετικά αναποτελεσματικά και κατακερματισμένα. Η πραγματική καθολική κάλυψη δεν είχε επιτευχθεί, με σημαντικά

κενά στην παροχή και την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης να παραμένουν (Kaitelidou et al, 2013, Matsaganis, 2012- Siskou et al, 2008- Souliotis et al, 2016).

Ελλείπει επίσημου μητρώου για τους ανασφάλιστους πολίτες, τα κενά αυτά εκδηλώνονταν με αύξηση του ποσοστού πληρωμών απευθείας από τους ιδιώτες, το οποίο εκτιμάται ότι έφτασε περίπου το 30% των συνολικών δαπανών υγείας (ΟΟΣΑ). Οι διοικητικές δυσκολίες και το πιθανό κοινωνικό στίγμα κατά την απόκτηση και τη χρήση βιβλιαρίων για τους ανασφάλιστους πολίτες εξακολουθούσαν να υφίστανται.

Γενικότερα, στο ελληνικό σύστημα υγείας, οι δημόσιες ασφαλιστικές παροχές αφορούν μόνο βασικές καλύψεις και εξαρτιούνται σε μεγάλο βαθμό από τους μηχανισμούς της αγοράς στην παροχή υπηρεσιών. Συναφώς επισημαίνεται ότι δεν υπάρχει διαφύλαξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αν και οι χώρες του ΟΟΣΑ έχουν ως επί το πλείστον επιτύχει σχεδόν καθολική ασφαλιστική κάλυψη υγείας, κάθε χώρα αντιμετωπίζει τις δικές της προκλήσεις για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ισότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και καμία από αυτές δεν θεωρείται εκ των προτέρων καλύτερη. Επειδή οι ελληνικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μέχρι σήμερα δεν έχουν αλλάξει τα βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος, αντιλαμβάνεται κανείς κατόπιν έρευνας ότι υπάρχουν αρκετές χώρες οι οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ομότιμες χώρες, όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των υγειονομικών τους συστημάτων (Economou, Kaitelidou, & Karanikolos, 2017).

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πριν από την οικονομική κρίση είχε κάποιες κοινές ελλείψεις και περιλάμβανε μια πληθώρα δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων πριν από την κρίση. Στην Ελλάδα, τα συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας παρέχονταν από δεκάδες ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία ήταν κυρίως διατεταγμένα με βάση την επαγγελματική κατάρτιση των εγγεγραμμένων σε αυτά. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τον κατακερματισμό και την εξασθένηση της διαπραγματευτικής δύναμης, σε σύγκριση με τον

ενιαία συστήματα σε πολλές άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Ορισμένες μεταρρυθμίσεις πριν από την κρίση (όπως ο νόμος 3655 το 2008) είχαν ήδη συμβάλει στη μείωση της διοικητικής πολυπλοκότητας με τη συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων σε μεγαλύτερες οντότητες.

Ωστόσο, κάτω από την επιφάνεια, ο κατακερματισμός του συστήματος εξακολουθούσε να υφίσταται και αρκετά από τα συγχωνευμένα ταμεία διατηρούσαν διαφορετικούς βαθμούς αυτονομίας όσον αφορά τη διακυβέρνηση και τους κανόνες. Περισσότερα αποφασιστικότερες συγχωνεύσεις τόσο στον τομέα των συντάξεων όσο και στον τομέα της υγείας έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της περιόδου δημοσιονομικής προσαρμογής, μετά το 2010 (βλ. περισσότερα στην ενότητα III). Η απουσία της επίβλεψης και οι ανεπαρκείς δημόσιες ρυθμίσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιβαρύνουν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων υπονομεύοντας την ποιότητα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, η μεγάλη εξάρτηση από τους ιδιώτες γιατρούς (κυρίως ειδικούς) για τις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων μπορεί να έδωσε κίνητρα για την υπερσυνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμακευτικών προϊόντων, ενώ ο μηχανισμός πληρωμών ανά ημέρα μπορεί να έδωσε κίνητρα για περιττές παραμονές στα νοσοκομεία (Li, 2012 και Kwon, 2012).

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης από το 2010 έχουν εισάγει σημαντικές πολιτικές και διαρθρωτικές αλλαγές που καλύπτουν όλους τους σημαντικούς τομείς της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Το γενικό θέμα των μεταρρυθμίσεων είναι ένας συνδυασμός "μακροοικονομικών" υγειονομικών πολιτικών και "μικρο" διαρθρωτικών μέτρων, για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών στρατηγικών για την υγεία. Είναι λιγότερο χρονοβόρα για την προετοιμασία και την εφαρμογή τους από ό,τι οι διαρθρωτικά μέτρα. Στα πρώτα στάδια (2010-2012) οι μεταρρυθμίσεις της πολιτικής ηγεσίας στον τομέα υγείας περιλάμβαναν κυρίως "μακροοικονομικά" μέτρα, συμπεριλαμβανομένων των ανώτατων ορίων του προϋπολογισμού (rebates και clawbacks) και των ελέγχων των τιμών (τιμολόγηση αναφοράς των φαρμάκων,

μειώσεις στις τιμές επιστροφής για τα διαγνωστικά).

Αργότερα, η εστίαση μετατοπίστηκε σε διαρθρωτικά μέτρα (π.χ. gatekeeping, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, προώθηση γενόσημων φαρμάκων, εισαγωγή ομάδων που σχετίζονται με τη διάγνωση, μέτρα τα οποία ήταν αναμενόμενα να αντικαταστήσουν σταδιακά ορισμένες από τις "μακροοικονομικές" αλλαγές στην υγείας.

Μεταξύ των "μικρο" διαρθρωτικών μέτρων ήταν και η δημιουργία του Ενιαίου Οργανισμού για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) που θα λειτουργούσε ως ενιαίος φορέας πληρωμής του συνόλου των δημόσιων συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το μέτρο αποτέλεσε αναμφισβήτητα, μια βασική μεταρρύθμιση.

Οι κύριοι τομείς μεταρρύθμισης ήταν οι ακόλουθοι:.

α. Έλεγχοι τιμών

Η καθιέρωση της τιμολόγησης αναφοράς για τα φαρμακευτικά προϊόντα μείωσε σημαντικά τις τιμές. Η μεταρρύθμιση αποσκοπούσε στη ρύθμιση των τιμών των φαρμάκων με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, των φαρμάκων χωρίς δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και των γενόσημων φαρμάκων με τον καθορισμό τιμών αναφοράς. Η τιμή αναφοράς εκ του εργοστασίου για ένα φάρμακο με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας ορίστηκε ως ο μέσος όρος των 3 χαμηλότερων τιμών του στις χώρες της ΕΕ. Ως προϋπόθεση για την είσοδο στην ελληνική αγορά, τα φαρμακευτικά προϊόντα έπρεπε να έχουν τιμολογηθεί προηγουμένως σε τουλάχιστον 3 χώρες της ΕΕ. Όταν το φάρμακο δεν διαθέτει δίπλωμα ευρεσιτεχνίας, η τιμή αναφοράς μειωνόταν κατά 50%.

Η τιμή αναφοράς τιμή ενός γενόσημου φαρμάκου καθορίστηκε στο 65% της τιμής αναφοράς εκτός πατέντας. Επιπλέον αυτές οι τιμές εκ του εργοστασίου, προέβλεπαν προσ αυξημένες κέρδους για τους χονδρέμπορους και τα φαρμακεία, με βάση το κατά πόσον το φάρμακο αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ (ή ένα μικρό αριθμό υποχρεωτικών ασφαλιστικών φορέων υγείας που εξακολουθούν να υφίστανται εκτός ΕΟΠΥΥ), αν επρόκειτο για συνταγογραφούμενο φάρμακο ή όχι και αν επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί σε δημόσια

νοσοκομεία. Ωστόσο, καθώς τα γενόσημα παράγονται κυρίως από ελληνικές φαρμακευτικές εταιρείες και υπήρχε η αίσθηση ότι οι μειώσεις των τιμών για τα γενόσημα ήταν σημαντικά μεγαλύτερες από ό,τι για άλλα φάρμακα, υπήρξε έντονη αντίσταση. Για να διατηρηθεί το κέρδος και τα περιθώριά του, οι συνεχείς μειώσεις τιμών σε συνδυασμό με τα ανώτατα όρια του προϋπολογισμού για τα φαρμακευτικά προϊόντα επέφεραν την αντικατάσταση αυτών από άλλα ακριβότερα φάρμακα (καθώς ορισμένα φθηνά φάρμακα αποσύρθηκαν από την ελληνική αγορά ή από τη λίστα αποζημίωσης) κατά την εξεταζόμενη περίοδο. Το τέλος του προγράμματος συνοδεύτηκε από διαδοχικές αλλαγές όσον αφορά τον μηχανισμό ανατιμολόγησης. Στα τέλη του 2018, η συχνότητα των αναθεωρήσεων της τιμολόγησης έγινε ετήσια.

Το πρώτο εξάμηνο του 2019, ο μηχανισμός τιμολόγησης αναθεωρήθηκε έτσι ώστε οι τιμές των φαρμάκων για τα προϊόντα εντός και εκτός πατέντας να υπολογίζονται ως ο μέσος όρος των δύο χαμηλότερων τιμών στο Ευρωζώνης (σε αντίθεση με τις τρεις χαμηλότερες στην ΕΕ). Τα προϊόντα πρέπει να έχουν προηγουμένως τιμολογηθεί σε τουλάχιστον τρεις χώρες της Ευρωζώνης (δύο για τα "ορφανά" φάρμακα). Επιπλέον, η τιμή οι μειώσεις περιορίστηκαν ετησίως στο 10% (έως ότου επιτευχθεί ο μέσος όρος της Ευρωζώνης), ενώ επιτρέπονταν επίσης ορισμένες αυξήσεις τιμών. Κατά το δεύτερο εξάμηνο του 2019, το ετήσιο ανώτατο όριο μείωσης μειώθηκε περαιτέρω στο 7%, αλλά οι αυξήσεις των τιμών δεν επιτρέπονται πλέον.

Επιπρόσθετα, εισήχθησαν χαμηλότερες τιμές για τις διαγνωστικές εξετάσεις που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Αξίζει να σημειωθεί πως οι τιμές των διαγνωστικών εξετάσεων ήταν ιδιαίτερα υψηλές στην Ελλάδα, πριν από τις μειώσεις που πραγματοποιήθηκαν σε δύο κύματα (2013 και 2015). Το τελευταίο οδήγησε σε μέση μείωση της τιμής κατά 43% των 51 πιο συχνά χρησιμοποιούμενων διαγνωστικών εξετάσεων. Παράλληλα μείωσε επίσης την τιμή όλων των άλλων εξετάσεων κατά 9% κατά μέσο όρο. Το μέτρο συμπληρώθηκε από έναν κλειστό προϋπολογισμό για τις δημόσιες δαπάνες για

διαγνωστικές εξετάσεις. Παρ' όλα αυτά, τόσο οι (πάνω από το ανώτατο όριο) δαπάνες όσο και ο αριθμός των διαγνωστικών εξετάσεων συνέχισαν να αυξάνονται κατά την περίοδο που εξετάζεται (Economou, Kaitelidou, & Karanikolos, 2017).

Εισήχθη ανώτατο όριο προϋπολογισμού για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, μέσω εκπτώσεων και μέσω ενός μηχανισμού επιστροφής. Το ανώτατο όριο του προϋπολογισμού συνδυάστηκε με τη μεταρρύθμιση για την τιμές αναφοράς, η οποία οδήγησε σε ένα περίπλοκο σύστημα εκπτώσεων και επιστροφών από το 2011:

Οι εκπτώσεις επιβάλλονται στις φαρμακευτικές εταιρείες και τα φαρμακεία μόλις υπερβαίνουν ορισμένα ανώτατα όρια όγκου πωλήσεων φαρμάκων. Οι εκπτώσεις εφαρμόζονται μηνιαίως ή τριμηνιαίως. Πρόσφατα, υιοθετήθηκε ένα ενιαίο σύστημα εκπτώσεων με εκπτώσεις που κυμαίνονται από 14% έως 30%, χωρίς ανώτατο όριο όγκου πωλήσεων. Επιπλέον, ένα τέλος εισόδου 25% εισήχθη για τα προϊόντα που εισέρχονται για πρώτη φορά στον θετικό κατάλογο (Economou, Kaitelidou, & Karanikolos, 2017).

- Τα clawbacks είναι ουσιαστικά ρητά ανώτατα όρια του προϋπολογισμού μετά τις εκπτώσεις. Όταν το ανώτατο όριο του φαρμακευτικής δαπάνης υπερβαίνεται, οι προμηθευτές επιστρέφουν κάθε έσοδο που υπερβαίνει το ανώτατο όριο, είτε ως άμεσες επιστροφές μετρητών στον ΕΟΠΥΥ είτε ως διαγραφές λογαριασμών του ΕΟΠΥΥ προς τους προμηθευτές. Οι επιστροφές (clawbacks) διακανονίζονται ανά εξάμηνο. Το φαρμακευτικό clawback μηχανισμός επεκτάθηκε το 2016 για να συμπεριλάβει τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη.

Αν και η συνολική μεταρρύθμιση υπήρξε αποτελεσματική στον έλεγχο των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών, δημιούργησε στρεβλώσεις που απορρέουν από την οριζόντια εφαρμογή της στα ολόκληρη τη φαρμακευτική βιομηχανία, συμπεριλαμβανομένων των εταιρειών που μπορεί να μην ευθύνονται για την υπέρβαση. Στη συνέχεια, η κυβέρνηση εισήγαγε αλλαγές στο φαρμακευτικό clawback υπολογισμό που μετατοπίζουν ένα επιπλέον 10% της επιβάρυνσης στις εταιρείες που είναι υπεύθυνες για ενώ το υπόλοιπο 90 τοις εκατό

εξακολουθεί να υπολογίζεται με την παλαιά μέθοδο. Πρόσφατη νομοθεσία επιτρέπει στις φαρμακευτικές εταιρείες να διακανονίσουν τις παρελθούσες υποχρεώσεις τους για clawback σε έως και 120 δόσεις, γεγονός που υποδηλώνει δυσκολίες είσπραξης, καθώς οι δαπάνες που υπερβαίνουν το ανώτατο όριο αυξάνονται χρόνο με το χρόνο. Το 2018, όλες οι επιστροφές clawback παρατάθηκαν έως το 2027 με το ανώτατο όριο αναπροσαρμοσμένο με την αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτό που αρχικά ήταν ένα προσωρινό μέτρο για τη γρήγορη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης εν αναμονή της εφαρμογής των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, μπορεί να έχει γίνει μόνιμο χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Ένας μηχανισμός clawback για τα ιδιωτικά νοσοκομεία, τις κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα εισήχθη το 2013. Επιβλήθηκε ανώτατο όριο προϋπολογισμού στις δημόσιες δαπάνες τόσο για τα εξωτερικά ιατρεία όσο και για εκείνα που αφορούν την περίθαλψη που παρέχεται από ιδιωτικά νοσοκομεία, κλινικές και διαγνωστικά κέντρα. Το 2017, το μηχανισμός clawback επεκτάθηκε περαιτέρω ώστε να καλύπτει όλα τα προϊόντα και τις υπηρεσίες που αποζημιώνονται από ΕΟΠΥΥ και καθορίστηκαν επιμέρους ανώτατα όρια δαπανών για κάθε κατηγορία προϊόντος ή υπηρεσίας (Economou, Kaitelidou,& Karanikolos,2017).

Παρόμοια με τα clawbacks, στα φαρμακευτικά προϊόντα, το ανώτατο όριο προϋπολογισμού εισήχθη ως προσωρινό μέτρο για να αντικατασταθεί τελικά από διαρθρωτικά μέτρα, αλλά επεκτάθηκε επίσης έως και το 2022 και συνδέθηκε με την αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ. Το συνολικό ανώτατο όριο δαπανών καθορίστηκε ετησίως από το 2013 και οι διακανονισμοί θα πρέπει να πραγματοποιούνται κάθε έξι μήνες. Κατά τον διακανονισμό, κάθε ιδιωτικός φορέας υπολογίζει το δικό του ανώτατο όριο προϋπολογισμού με βάση τον αριθμό των τιμολογίων που υπέβαλε, το συνολικό αριθμό των τιμολογίων που υποβλήθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και το συνολικό ανώτατο όριο δαπανών (Economou, Kaitelidou,&



Karanikolos,2017).

Ωστόσο, η είσπραξη των clawbacks για τις υπηρεσίες και τους λοιπούς παρόχους αποδείχθηκε πολύ πιο δύσκολη από εκείνη των φαρμακευτικών προϊόντων, καθώς υπάρχουν πολύ περισσότεροι ιδιωτικοί πάροχοι από ό,τι οι φαρμακευτικές εταιρείες, και οι υπηρεσίες είναι πιο δύσκολο να παρακολουθηθούν ή να αξιολογηθούν από ό,τι με φάρμακα. Υπήρξαν σημαντικές καθυστερήσεις λόγω νομικών αμφισβητήσεων για το clawback του 2013, που καθυστέρησαν έλεγχο των τιμολογίων του 2014 και αναστολές του 2015.

Ελληνικά δικαστήρια έχουν πλέον απορρίψει τις προσφυγές κατά των μηχανισμών clawback και rebate και μια σύστημα δόσεων είναι διαθέσιμο για τη διευκόλυνση των παρόχων στη διευθέτηση παρελθόντων μη εισπραχθέντων ποσών σε μηνιαία βάση (σύμφωνα με το φαρμακευτικό clawback). Η εμπειρία αυτή υποδηλώνει ότι ο μηχανισμός clawback μπορεί να μην είναι πολύ αποτελεσματικός στη ρύθμιση πολυάριθμων μικρών υπηρεσιών παρόχων υπηρεσιών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>**

### ***2.1 Η Ελλάδα στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο***

Μετά την εισδοχή της Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) στις 23 Απριλίου 2010 και το επακόλουθο αίτημα για οικονομική βοήθεια, καταρτίστηκαν τρία μνημόνια κατανόησης. Αυτά τα μνημόνια, δηλαδή το Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης (ΤΜΚ), το Μνημόνιο Χρηματοοικονομικής και Οικονομικής Πολιτικής (FEP) και το Μνημόνιο Συνεννόησης για τους Ειδικούς Όρους Οικονομικής Πολιτικής (MoU), τα οποία περιέγραφαν τους όρους και τις πολιτικές που έπρεπε να τηρήσει η Ελλάδα σε αντάλλαγμα για τη χρηματοδοτική στήριξη (Κουζής,2017) .

Τα Μνημόνια υπογράφηκαν από τον Υπουργό Οικονομικών και τον Πρόεδρο της Τράπεζας της Ελλάδος από την ελληνική πλευρά και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το ΔΝΤ από την άλλη πλευρά. Οι τρεις αυτοί φορείς αποτελούσαν την Τρόικα, η οποία ήταν υπεύθυνη για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης της Ελλάδας με τους συμφωνηθέντες όρους για την εκταμίευση των δόσεων του δανείου.

Ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των Μνημονίων, διάφοροι τομείς στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ασφάλισης, υπέστησαν σημαντικές αλλαγές, μεταρρυθμίσεις, ακόμη και καταργήσεις. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές εισήχθησαν μέσω ενός νέου νόμου που αποσκοπούσε στην αναδιάρθρωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στη χώρα (Mayer 2010).

### ***2.2 Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας***

Η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες χώρες, βίωσε μια σοβαρή οικονομική κρίση την τελευταία δεκαετία. Η κρίση, η οποία ξεκίνησε το 2009, είχε σημαντικό αντίκτυπο σε διάφορους τομείς της ελληνικής οικονομίας, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Στην παρούσα ανάλυση θα εξετάσουμε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ομαλή

λειτουργία των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

Προκλήσεις χρηματοδότησης:

Μία από τις πρωταρχικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης ήταν η δραστική μείωση των δημόσιων δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Καθώς η Ελλάδα αντιμετώπιζε αυξανόμενο χρέος και μέτρα λιτότητας, ο προϋπολογισμός της υγειονομικής περίθαλψης υπέστη σοβαρές περικοπές. Αυτές οι προκλήσεις χρηματοδότησης εμπόδισαν την ικανότητα του συστήματος υγείας να παρέχει επαρκείς πόρους, υποδομές και προσωπικό (Βαγιανός,2010).

Περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη:

Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση των ποσοστών ανεργίας και των επιπέδων φτώχειας. Ως αποτέλεσμα, πολλοί άνθρωποι έχασαν τις θέσεις εργασίας τους και την ασφαλιστική τους κάλυψη, με αποτέλεσμα την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η αδυναμία κάλυψης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης άφησαν σημαντικό μέρος του πληθυσμού χωρίς κατάλληλη ιατρική περίθαλψη, με αποτέλεσμα να καθυστερήσει ή να παραμεληθεί η θεραπεία (Βαγιανός,2010).

Ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό και προμήθειες:

Η μειωμένη χρηματοδότηση είχε άμεσο αντίκτυπο στην πρόσληψη και τη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Οι περικοπές του προϋπολογισμού οδήγησαν σε ελλείψεις προσωπικού, καθώς τα νοσοκομεία και οι κλινικές αγωνίζονταν να πληρώσουν ανταγωνιστικούς μισθούς ή να προσλάβουν νέο προσωπικό. Επιπλέον, η έλλειψη οικονομικών πόρων εμπόδισε την απόκτηση βασικού ιατρικού εξοπλισμού και προμηθειών, οδηγώντας σε ανεπαρκείς θεραπευτικές επιλογές και καθυστερήσεις στη φροντίδα των ασθενών (Στουρνάρας, 2011),

Αυξημένη ζήτηση για δημόσια υγειονομική περίθαλψη:

Η οικονομική κρίση άλλαξε επίσης το τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς περισσότεροι άνθρωποι στηρίχθηκαν στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω της απώλειας της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Αυτή η ξαφνική αύξηση της ζήτησης επιβάρυνε επιπλέον το ήδη επιβαρυσμένο δημόσιο σύστημα υγείας. Οι μεγαλύτεροι χρόνοι αναμονής για ραντεβού, τα υπερπλήρη νοσοκομεία και οι περιορισμένοι πόροι έγιναν κοινές προκλήσεις, επηρεάζοντας την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα πυροδότησε ένα σημαντικό φαινόμενο φυγής ιατρών στο εξωτερικό, καθώς πολλοί επαγγελματίες υγείας με υψηλή εξειδίκευση αναζήτησαν καλύτερες ευκαιρίες στο εξωτερικό. Το δέλεαρ των υψηλότερων μισθών και των βελτιωμένων συνθηκών εργασίας στο εξωτερικό είχε ως αποτέλεσμα την απώλεια τεχνογνωσίας και ταλέντου στο ελληνικό σύστημα υγείας. Η φυγή αυτή επιδείνωσε περαιτέρω την υπάρχουσα έλλειψη ιατρικού προσωπικού και οδήγησε σε μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Στουρνάρας, 2011),

Μείωση της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης:

Καθώς η Ελλάδα αντιμετώπιζε οικονομική αστάθεια, οι πρωτοβουλίες προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης έλαβαν λιγότερη προσοχή και χρηματοδότηση. Οι οικονομικοί περιορισμοί περιόρισαν την εφαρμογή προγραμμάτων δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εκστρατειών εμβολιασμού, των υγειονομικών εξετάσεων και των πρωτοβουλιών αγωγής υγείας. Η έλλειψη έμφασης στα προληπτικά μέτρα είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της επιβάρυνσης από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν, γεγονός που επιβάρυνε περαιτέρω το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία:

Η οικονομική κρίση είχε βαθιές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Η οικονομική ανασφάλεια, η ανεργία και το γενικότερο άγχος της κρίσης συνέβαλαν στην αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ωστόσο, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισε προκλήσεις στην επαρκή αντιμετώπιση αυτών των αναγκών λόγω των περιορισμένων πόρων και ικανοτήτων. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας αντιμετώπισαν σημαντικές πιέσεις, καθιστώντας δύσκολη την πρόσβαση των ατόμων στην απαιτούμενη φροντίδα (Κυριακούλιας, 2012).

### **2.3 Τομέας υγείας από τα μνημόνια έως σήμερα**

Κατά την περίοδο των μνημονίων, η Ελλάδα εφαρμόσε μια σειρά μέτρων λιτότητας, συμπεριλαμβανομένων σημαντικών περικοπών στις δημόσιες δαπάνες, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι περικοπές του προϋπολογισμού είχαν άμεσο αντίκτυπο στον τομέα της υγείας, οδηγώντας σε μειωμένους πόρους, ελλείψεις προσωπικού και ανεπαρκείς υποδομές (Κυριακούλιας, 2012).

Ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης:

Στο πλαίσιο των μέτρων λιτότητας, η Ελλάδα επιδίωξε να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης μέσω της ιδιωτικοποίησης ορισμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιελάμβανε τη μεταβίβαση ορισμένων δημόσιων νοσοκομείων σε ιδιωτική διαχείριση, με στόχο τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Ωστόσο, οι προσπάθειες ιδιωτικοποίησης είχαν μικτά αποτελέσματα και αντιμετώπισαν επικρίσεις σχετικά με τον αντίκτυπο στην προσβασιμότητα και την ισότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Simou, & Koutsogeorgou, 2014).

Επέκταση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης:

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη για ένα πιο ολοκληρωμένο και προσβάσιμο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η Ελλάδα επικεντρώθηκε στην ενίσχυση των υπηρεσιών

πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Καταβλήθηκαν προσπάθειες για την ενίσχυση του ρόλου των κέντρων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, τη βελτίωση των υποδομών τους και την επέκταση των υπηρεσιών τους. Η στροφή αυτή αποσκοπούσε στην προώθηση της προληπτικής φροντίδας, της έγκαιρης παρέμβασης και μιας πιο ολιστικής προσέγγισης στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Simou, & Koutsogeorgou, 2014).

**Ψηφιακός μετασχηματισμός και πρωτοβουλίες για την ηλεκτρονική υγεία:**

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει ξεκινήσει ένα ταξίδι ψηφιακού μετασχηματισμού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Έχουν υλοποιηθεί διάφορες πρωτοβουλίες ηλεκτρονικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης ηλεκτρονικών φακέλων υγείας, υπηρεσιών τηλεϊατρικής και ψηφιακών πλατφορμών για τον προγραμματισμό ραντεβού και τη διαχείριση συνταγών. Οι εξελίξεις αυτές αποσκοπούν στη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και στη διευκόλυνση του καλύτερου συντονισμού και της συνέχειας της περίθαλψης.

**Επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας:**

Για να αντιμετωπίσει το ζήτημα της περιορισμένης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, η Ελλάδα έλαβε μέτρα για την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας. Η καθιέρωση του Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΕΔΥ) είχε ως στόχο να διασφαλίσει ότι οι ευάλωτοι πληθυσμοί, όπως οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι, έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Έγιναν επίσης προσπάθειες για την ενίσχυση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και την επέκταση της κάλυψης σε περισσότερα άτομα (Simou, & Koutsogeorgou, 2014).

**Επενδύσεις σε ιατρικές υποδομές:**

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα έχει επικεντρωθεί στη βελτίωση των ιατρικών υποδομών, ιδίως όσον αφορά τις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό. Έχουν πραγματοποιηθεί αναβαθμίσεις και ανακαινίσεις σε πολλά νοσοκομεία, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της

περίθαλψης και την παροχή καλύτερου περιβάλλοντος εργασίας για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας. Επενδύσεις έχουν επίσης πραγματοποιηθεί στην προμήθεια ιατρικού εξοπλισμού και τεχνολογιών για να εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητα σύγχρονων θεραπευτικών επιλογών (Haazen & Hayer, 2010).

Έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών:

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης, η Ελλάδα έχει δώσει μεγαλύτερη έμφαση στις πρωτοβουλίες για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την ευαισθητοποίηση σχετικά με τον υγιεινό τρόπο ζωής, την προώθηση εκστρατειών εμβολιασμού και την εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου για την έγκαιρη ανίχνευση ασθενειών. Οι πρωτοβουλίες αυτές αποσκοπούν στη μείωση της επιβάρυνσης από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν και στη βελτίωση της συνολικής υγείας του πληθυσμού (Haazen & Hayer, 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### ***3.1 Το Σύστημα Υγείας της Ευρώπης***

Το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας είναι ένα πολύπλοκο δίκτυο συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που λειτουργούν σε διάφορες χώρες, το καθένα με μοναδικά χαρακτηριστικά και δομές (McKee & Healy, 2002).

#### *Ιστορική επισκόπηση*

Οι ρίζες του ευρωπαϊκού συστήματος υγείας μπορούν να εντοπιστούν στη μεταπολεμική εποχή, όπου αρκετές ευρωπαϊκές χώρες ξεκίνησαν προσπάθειες για τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Εμπνευσμένες από τις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης και της καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία και η Γερμανία ανέπτυξαν εθνικές υπηρεσίες υγείας που αποσκοπούσαν στην παροχή οικονομικά προσιτής και ποιοτικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες. Με την πάροδο του χρόνου, το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει και άλλες χώρες, η καθεμία με το δικό της μοντέλο παροχής, χρηματοδότησης και διακυβέρνησης της υγειονομικής περίθαλψης (Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

#### *Μοντέλα παροχής υγειονομικής περίθαλψης*

Το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας περιλαμβάνει μια σειρά μοντέλων παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS), όπως παρατηρείται στο Ηνωμένο Βασίλειο, παρέχει δωρεάν υγειονομική περίθαλψη στο σημείο παροχής υπηρεσιών, η οποία χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία. Το μοντέλο Μπίσμαρκ, που συναντάται σε χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία, βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, με εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών που χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν επίσης μικτά συστήματα που συνδυάζουν στοιχεία και των δύο μοντέλων, όπως στις Κάτω Χώρες. Αυτά τα διαφορετικά μοντέλα αντικατοπτρίζουν την ποικιλομορφία των προσεγγίσεων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη



(Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

#### *Καθολική κάλυψη και πρόσβαση*

Ένα από τα δυνατά σημεία του ευρωπαϊκού συστήματος υγείας είναι η δέσμευσή του για καθολική κάλυψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η υγειονομική περίθαλψη θεωρείται θεμελιώδες δικαίωμα και καταβάλλονται προσπάθειες για να διασφαλιστεί ότι όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση στην αναγκαία περίθαλψη, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Αυτή η έμφαση στην ισότητα και την κοινωνική αλληλεγγύη συμβάλλει σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία του πληθυσμού και μειώνει τις ανισότητες στην υγεία (Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

#### *Ισχυρή πρωτοβάθμια περίθαλψη*

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες δίνουν προτεραιότητα στο ρόλο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως θεμέλιο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης ενεργούν ως φύλακες, συντονίζουν και διαχειρίζονται τις συνολικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών και τους παραπέμπουν σε εξειδικευμένη περίθαλψη όταν είναι απαραίτητο. Αυτή η εστίαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει συσχετιστεί με βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, καλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και μειωμένα ποσοστά νοσηλείας.

#### *Έμφαση στην πρόληψη και τη δημόσια υγεία*

Το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας αναγνωρίζει τη σημασία της πρόληψης και των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας. Καταβάλλονται προσπάθειες για την προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής, την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης ασθενειών και τη διενέργεια υγειονομικών εξετάσεων και εμβολιασμών. Η έμφαση στην πρόληψη όχι μόνο βελτιώνει την ατομική υγεία αλλά συμβάλλει και στη βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης μειώνοντας την επιβάρυνση από χρόνιες ασθένειες και δαπανηρές θεραπείες (Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

### *Προκλήσεις της γήρανσης του πληθυσμού*

Μία από τις σημαντικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας είναι η δημογραφική μετατόπιση προς τη γήρανση του πληθυσμού. Με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και μειωμένα ποσοστά γεννήσεων, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν αυξημένη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα και διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Αυτό ασκεί πίεση στους πόρους υγειονομικής περίθαλψης και απαιτεί καινοτόμες λύσεις για να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος (Saltman,2008).

### *Οικονομική βιωσιμότητα*

Η χρηματοοικονομική βιωσιμότητα είναι ένα άλλο κρίσιμο ζήτημα για το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας. Το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας και η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες ασκούν πιέσεις στους προϋπολογισμούς της υγειονομικής περίθαλψης. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες παλεύουν με την εξισορρόπηση της ανάγκης για επαρκή χρηματοδότηση με την πίεση για τον έλεγχο του κόστους και τη διατήρηση της οικονομικής προσιτότητας της υγειονομικής περίθαλψης για τους ιδιώτες και το κράτος.

### *Ανισότητες στην υγεία*

Ενώ το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας επιδιώκει την ισότητα και την καθολική πρόσβαση, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας εξακολουθούν να υφίστανται εντός και μεταξύ των χωρών. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και η απασχόληση, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των αποτελεσμάτων της υγείας. Οι ευάλωτοι πληθυσμοί, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών, των προσφύγων και των περιθωριοποιημένων κοινοτήτων, αντιμετωπίζουν συχνά εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας παραμένει πρόκληση για το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας (Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

### *Εναρμόνιση και συνεργασία*

Το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας έχει γίνει μάρτυρας προσπαθειών προς την κατεύθυνση της εναρμόνισης και της συνεργασίας μεταξύ των χωρών μελών. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει εφαρμόσει πολιτικές και πρωτοβουλίες για την προώθηση της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, της ερευνητικής συνεργασίας και της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών. Στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, η προώθηση της καινοτομίας και η εξασφάλιση της πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πέρα από τα εθνικά σύνορα. Οι προσπάθειες εναρμόνισης περιλαμβάνουν επίσης την αμοιβαία αναγνώριση των προσόντων, των προτύπων και των κανονιστικών πλαισίων για τη διευκόλυνση της κινητικότητας των επαγγελματιών υγείας εντός της Ευρώπης.

#### *Ψηφιακός μετασχηματισμός και ανταλλαγή πληροφοριών υγείας*

Το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας υφίσταται ψηφιακό μετασχηματισμό, αξιοποιώντας την τεχνολογία για τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς. Εφαρμόζονται ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας, τηλεϊατρική και πλατφόρμες ανταλλαγής πληροφοριών υγείας για τη διευκόλυνση της απρόσκοπτης επικοινωνίας και της συνέχειας της περίθαλψης. Αυτές οι εξελίξεις έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, να βελτιώσουν το συντονισμό της περίθαλψης και να δώσουν στους ασθενείς τη δυνατότητα να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη διαχείριση της υγείας τους.

Το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας έχει εξελιχθεί σημαντικά με την πάροδο των ετών, με στόχο την παροχή καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, την προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και την έμφαση στην πρόληψη και τη δημόσια υγεία. Έχει επιδείξει πλεονεκτήματα όσον αφορά την ισότητα, την προσβασιμότητα και την ποιότητα της περίθαλψης. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν προκλήσεις όπως η γήρανση του πληθυσμού, η οικονομική βιωσιμότητα, οι ανισότητες στην υγεία και η ανάγκη

εναρμόνισης. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων απαιτεί συνεχείς μεταρρυθμίσεις, καινοτόμες λύσεις και συνεργασία μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Εστιάζοντας στη συνεχή βελτίωση, στις επενδύσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, στην πρόληψη και στην αξιοποίηση των ψηφιακών τεχνολογιών, το ευρωπαϊκό σύστημα υγείας μπορεί να προσαρμοστεί και να ευδοκιμήσει μπροστά στις εξελισσόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και τις κοινωνικές (Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

### **3.2 Σύστημα Υγείας Γαλλίας**

Το γαλλικό σύστημα υγείας θεωρείται ευρέως ως ένα από τα πιο ολοκληρωμένα και αποτελεσματικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στον κόσμο. Στην παρούσα ανάλυση, θα παράσχουμε μια ιστορική αναδρομή και θα περιγράψουμε τη δομή του γαλλικού συστήματος υγείας, τονίζοντας τα βασικά χαρακτηριστικά, τα δυνατά σημεία και τις προκλήσεις του (Chevallier, Lèprince, & Salanié, 2019).

Ιστορική επισκόπηση:

Οι ρίζες του γαλλικού συστήματος υγείας ανάγονται στα τέλη του 19ου αιώνα, όταν θεσπίστηκαν μέτρα κοινωνικής ασφάλισης για την αντιμετώπιση των κοινωνικών και υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Η ίδρυση της γαλλικής Εθνικής Ασφάλισης Υγείας (Sécurité sociale) το 1945 αποτέλεσε σημαντικό ορόσημο, παρέχοντας ένα πλαίσιο για την ολοκληρωμένη κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης. Έκτοτε, το σύστημα έχει υποστεί αρκετές μεταρρυθμίσεις για να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές ανάγκες και στις αναδυόμενες προκλήσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Chevallier, Lèprince, & Salanié, 2019).

Δομή του γαλλικού συστήματος υγείας:

Το γαλλικό σύστημα υγείας λειτουργεί με διπλή δομή, που περιλαμβάνει τόσο τον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα.

α. Δημόσιος τομέας:

Ο δημόσιος τομέας στη Γαλλία είναι υπεύθυνος για τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και λειτουργεί υπό τρεις κύριες οντότητες:

- Εθνική ασφάλιση υγείας (Assurance Maladie): Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας είναι ένα υποχρεωτικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που παρέχει υγειονομική κάλυψη στο σύνολο του πληθυσμού. Χρηματοδοτείται μέσω των εισφορών των εργαζομένων, των εργοδοτών και της κυβέρνησης. Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας επιστρέφει σημαντικό μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, επιτρέποντας στα άτομα να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες με μειωμένο κόστος (Mossialos, Wenzl, & Osborn, 2016).
- Κρατική υγειονομική περίθαλψη: Το κράτος διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην εποπτεία και τη ρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Καθορίζει πολιτικές υγείας, κατανέμει πόρους και διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας σε υποβαθμισμένες περιοχές. Το Υπουργείο Υγείας (Ministère des Solidarités et de la Santé) είναι υπεύθυνο για τη συνολική πολιτική και τη διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης.
- Δημόσια νοσοκομεία: Τα δημόσια νοσοκομεία (hôpitaux publics) αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γαλλικού συστήματος υγείας. Παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της οξείας περίθαλψης, των εξειδικευμένων θεραπειών και των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης. Τα δημόσια νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση και διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην παροχή ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης στον πληθυσμό. (Mossialos, Wenzl, & Osborn, 2016).

β. Ιδιωτικός τομέας:

Ο ιδιωτικός τομέας στη Γαλλία συμπληρώνει τον δημόσιο τομέα και περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς, κλινικές και ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ιδιωτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν βάσει ρυθμίσεων αμοιβής για την παροχή υπηρεσιών και οι ασθενείς μπορούν να

επιλέξουν να λάβουν περίθαλψη από ιδιώτες ιατρούς ή ιδρύματα. Η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη στη Γαλλία ρυθμίζεται και υπόκειται σε κυβερνητική εποπτεία για τη διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών (Sicsic, Franc, & Chantry, 2015).

#### *Καθολική κάλυψη και πρόσβαση*

Το γαλλικό σύστημα υγείας βασίζεται στην αρχή της καθολικής κάλυψης, διασφαλίζοντας ότι όλοι οι κάτοικοι έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο της Εθνικής Ασφάλισης Υγείας, τα άτομα δικαιούνται υψηλού επιπέδου αποζημίωση για ένα ευρύ φάσμα ιατρικών θεραπειών, φαρμάκων και προληπτικών υπηρεσιών. Αυτή η καθολική κάλυψη επεκτείνεται σε όλους τους κατοίκους, συμπεριλαμβανομένων των πολιτών, των νόμιμων κατοίκων και των μεταναστών χωρίς χαρτιά (Sicsic, Franc, & Chantry, 2015).

#### *Πρωτοβάθμια περίθαλψη και φύλαξη*

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στο γαλλικό σύστημα υγείας. Οι γενικοί ιατροί (*médecins généralistes*) λειτουργούν ως φύλακες, συντονίζοντας και διαχειριζόμενοι τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Οι ασθενείς υποχρεούνται να συμβουλευονται πρώτα τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο οποίος στη συνέχεια τους παραπέμπει σε ειδικούς ιατρούς, εάν είναι απαραίτητο. Αυτό το σύστημα φύλαξης έχει ως στόχο να διασφαλίσει τη συνέχεια της περίθαλψης, τη βέλτιστη χρήση των πόρων και τον έλεγχο του κόστους (Sicsic, Franc, & Chantry, 2015).

#### *Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας*

Ενώ η Εθνική Ασφάλιση Υγείας καλύπτει σημαντικό μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν συμπληρωματική ασφάλιση υγείας (*mutuelle*) για να μειώσουν περαιτέρω τις δαπάνες εκτός τσέπης. Η συμπληρωματική ασφάλιση υγείας παρέχεται από ιδιωτικούς ασφαλιστές και καλύπτει το υπόλοιπο μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης που δεν αποζημιώνονται από την Εθνική Ασφάλιση Υγείας. Η συμπληρωματική ασφάλιση υγείας μπορεί να αποκτηθεί μέσω της απασχόλησης ή

ατομικών συνδρομών.

### *Προκλήσεις και μελλοντικές εκτιμήσεις*

Ενώ το γαλλικό σύστημα υγείας αναγνωρίζεται για την προσβασιμότητα και την ολοκληρωμένη κάλυψή του, αντιμετωπίζει αρκετές προκλήσεις:

- **Οικονομική βιωσιμότητα:** Οι αυξανόμενες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και η γήρανση του πληθυσμού θέτουν οικονομικές προκλήσεις για το σύστημα. Η διασφάλιση της μακροπρόθεσμης οικονομικής βιωσιμότητας απαιτεί συνεχή μεταρρυθμίσεις και στρατηγικές για τον έλεγχο του κόστους, τη βελτίωση της αποδοτικότητας και την αποτελεσματική κατανομή των πόρων (Sicsic, Franc, & Chantry, 2015).
- **Ανισότητες στην υγεία:** Παρά την καθολική κάλυψη που παρέχει το γαλλικό σύστημα υγείας, υπάρχουν υγειονομικές ανισότητες μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών ομάδων και περιφερειών. Απαιτούνται προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ιδίως σε υποβαθμισμένες περιοχές και ευάλωτους πληθυσμούς.
- **Ενσωμάτωση της περίθαλψης:** Η ενίσχυση της ολοκλήρωσης και του συντονισμού της περίθαλψης σε διάφορα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των νοσοκομείων και των εγκαταστάσεων μακροχρόνιας περίθαλψης, είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή απρόσκοπτης και ασθενοκεντρικής περίθαλψης. Η προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας και η εφαρμογή στρατηγικών συντονισμού της φροντίδας μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Sicsic, Franc, & Chantry, 2015).
- **Ψηφιακός μετασχηματισμός:** Η υιοθέτηση των ψηφιακών τεχνολογιών και η εφαρμογή πρωτοβουλιών ηλεκτρονικής υγείας μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα,

την προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη ηλεκτρονικών φακέλων υγείας, τηλεϊατρικής και ψηφιακών λύσεων υγείας για τη βελτίωση της παροχής φροντίδας, της εξ αποστάσεως παρακολούθησης και της εμπλοκής των ασθενών.

- Προκλήσεις για το εργατικό δυναμικό: Όπως πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως, το γαλλικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά το εργατικό δυναμικό, συμπεριλαμβανομένων των ελλείψεων σε επαγγελματίες υγείας, ιδίως σε ορισμένες ειδικότητες και γεωγραφικές περιοχές. Οι στρατηγικές για την προσέλκυση και τη διατήρηση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και για την προώθηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και του συνδυασμού δεξιοτήτων, είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση ενός ισχυρού εργατικού δυναμικού (Sicsic, Franc, & Chantry, 2015).

### 3.3 Σύστημα Υγείας Γερμανίας

Το γερμανικό σύστημα υγείας φημίζεται για την ολοκληρωμένη κάλυψη, την υψηλή ποιότητας περίθαλψη και τη μεγάλη έμφαση στην κοινωνική ασφάλιση υγείας. (Blümel, & Busse, 2015).

#### *Ιστορική επισκόπηση*

Τα θεμέλια του γερμανικού συστήματος υγείας μπορούν να εντοπιστούν στα τέλη του 19ου αιώνα, με την εισαγωγή της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Η Γερμανική Αυτοκρατορία δημιούργησε το πρώτο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας στον κόσμο το 1883, γνωστό ως Krankenkassen, για να παρέχει υγειονομική κάλυψη στους βιομηχανικούς εργάτες. Με την πάροδο των ετών, το σύστημα εξελίχθηκε και επεκτάθηκε ώστε να καλύπτει διάφορες ομάδες πληθυσμού και τομείς.

Δομή του γερμανικού συστήματος υγείας:

Το γερμανικό σύστημα υγείας λειτουργεί με διπλή δομή, που περιλαμβάνει την υποχρεωτική



ασφάλιση υγείας και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Blümel, & Busse, 2015).

- Νόμιμη ασφάλιση υγείας (Gesetzliche Krankenversicherung - GKV):
- Η πλειονότητα του γερμανικού πληθυσμού (περίπου το 90%) καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, η οποία είναι υποχρεωτική για τους εργαζόμενους που κερδίζουν κάτω από ένα συγκεκριμένο εισοδηματικό όριο. Το GKV είναι ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας που χρηματοδοτείται από εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Παρέχει ολοκληρωμένη κάλυψη για ιατρικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της εξωνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, των φαρμάκων και των προληπτικών υπηρεσιών. Τα άτομα που καλύπτονται από το GKV επιλέγουν μεταξύ διαφόρων ταμείων υποχρεωτικής ασφάλισης ασθενείας (Krankenkassen), τα οποία ανταγωνίζονται με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών και τις πρόσθετες παροχές (Blümel, & Busse, 2015).
- Ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Private Krankenversicherung - PKV):
- Περίπου το 10% του πληθυσμού, κυρίως υψηλά εισοδηματικά στρώματα και αυτοαπασχολούμενοι, επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Γερμανία. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχεται από εμπορικές ασφαλιστικές εταιρείες και προσφέρει μεγαλύτερη ευελιξία και πρόσθετες υπηρεσίες σε σύγκριση με την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Τα ασφάλιστρα για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας βασίζονται στον κίνδυνο υγείας του ατόμου, την ηλικία και το επιλεγμένο επίπεδο κάλυψης.

Καθολική κάλυψη και πρόσβαση:

Το γερμανικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη δέσμευσή του για καθολική κάλυψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Κάθε κάτοικος της Γερμανίας έχει νόμιμο δικαίωμα να λαμβάνει την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την εργασιακή του κατάσταση. Ο GKV διασφαλίζει ότι όλα τα άτομα έχουν πρόσβαση σε ένα ευρύ

φάσμα ιατρικών υπηρεσιών και θεραπειών, προωθώντας την ισότητα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Blümel, & Busse, 2015).

#### Ολοκληρωμένη περίθαλψη

Η Γερμανία υπογραμμίζει τη σημασία της ολοκληρωμένης περίθαλψης και ενός συστήματος φύλαξης για τη διασφάλιση της συντονισμένης και αποτελεσματικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Allgemeinärzte) ενεργούν ως φύλακες, συντονίζοντας και διαχειριζόμενοι τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Οι ασθενείς υποχρεούνται να συμβουλευούνται τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης πριν αναζητήσουν εξειδικευμένη περίθαλψη, εκτός από επείγουσες καταστάσεις. Αυτό το σύστημα φύλαξης συμβάλλει στην προώθηση της συνέχειας της περίθαλψης, στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων και στον έλεγχο του κόστους (Blümel, & Busse, 2015).

#### Διασφάλιση ποιότητας και ρύθμιση:

Το γερμανικό σύστημα υγείας αποδίδει σημαντική σημασία στη διασφάλιση της ποιότητας και τη ρύθμιση. Τα πρότυπα ποιότητας καθορίζονται από ανεξάρτητους φορείς, όπως η Κοινή Ομοσπονδιακή Επιτροπή (Gemeinsamer Bundesausschuss), η οποία καθορίζει την κάλυψη των παροχών και τις απαιτήσεις ποιότητας για τις ιατρικές υπηρεσίες. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης οφείλουν να τηρούν αυτά τα πρότυπα για να διασφαλίζουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη και ασφάλεια των ασθενών.

#### Χρηματοδότηση και συμμετοχή στο κόστος:

Η χρηματοδότηση του γερμανικού συστήματος υγείας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, όπου οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών χρηματοδοτούν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Οι εισφορές υπολογίζονται ως ποσοστό του εισοδήματος, με τους εργοδότες και τους εργαζόμενους να μοιράζονται το κόστος. Η πρόσθετη χρηματοδότηση προέρχεται από κρατικές επιδοτήσεις και άλλες πηγές εσόδων. Τα άτομα που καλύπτονται από το GKV συμμετέχουν επίσης στο κόστος μέσω συμμετοχών για ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες

και φάρμακα (Blümel, & Busse, 2015).

Προκλήσεις και μελλοντικές εκτιμήσεις:

Παρά τα πλεονεκτήματά του, το γερμανικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει ορισμένες προκλήσεις.

1. Οικονομική βιωσιμότητα: Οι αυξανόμενες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, οι δημογραφικές αλλαγές και οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία δημιουργούν οικονομικές προκλήσεις. Οι προσπάθειες για τον έλεγχο του κόστους, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και τη διασφάλιση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας είναι απαραίτητες.
2. Ανισότητες υγείας: Ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη πρόσβαση και τα αποτελέσματα της υγείας υπάρχουν στο γερμανικό σύστημα υγείας. Οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη για ευάλωτους πληθυσμούς, όπως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και οι μετανάστες, είναι σημαντικές για την επίτευξη δίκαιης υγειονομικής περίθαλψης (Blümel, & Busse, 2015).
3. Γήρανση του πληθυσμού: Η Γερμανία, όπως και πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, βιώνει μια γήρανση του πληθυσμού, η οποία δημιουργεί προκλήσεις για τη μακροχρόνια περίθαλψη και τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Οι στρατηγικές για την εξασφάλιση επαρκών πόρων, ικανότητας εργατικού δυναμικού και ολοκληρωμένης φροντίδας για τους ηλικιωμένους είναι ζωτικής σημασίας.
4. Ψηφιακός μετασχηματισμός: Η υιοθέτηση ψηφιακών τεχνολογιών υγείας και ηλεκτρονικών φακέλων υγείας μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα και τον συντονισμό της περίθαλψης, να βελτιώσει τα αποτελέσματα των ασθενών και να υποστηρίξει πρωτοβουλίες τηλεϊατρικής. Οι συνεχείς επενδύσεις στην ψηφιακή υποδομή και την ασφάλεια των δεδομένων είναι απαραίτητες για το μέλλον του

γερμανικού συστήματος υγείας.

5. Ελλείψεις εργατικού δυναμικού: Το γερμανικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προκλήσεις όσον αφορά την πρόσληψη και τη διατήρηση επαγγελματιών υγείας, ιδίως στις αγροτικές περιοχές και σε ορισμένες ειδικότητες. Οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ελλείψεων εργατικού δυναμικού, την προώθηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και τη βελτίωση των ευκαιριών κατάρτισης είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση ενός εξειδικευμένου και βιώσιμου εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Blümel, & Busse, 2015).

### **3.4 Σύστημα Υγείας Ιταλίας**

Το ιταλικό σύστημα υγείας είναι γνωστό για την καθολική κάλυψη, την αποκεντρωμένη δομή και την έντονη έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Ferré, Belvis, & Valerio, 2014).

#### *Ιστορική επισκόπηση*

Τα θεμέλια του ιταλικού συστήματος υγείας εντοπίζονται στις αρχές του 20ου αιώνα, με την ίδρυση εταιρειών αλληλοβοήθειας και ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Το καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ιταλία εισήχθη επίσημα μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο με τη δημιουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) το 1978. Έκτοτε, το σύστημα έχει υποστεί αρκετές μεταρρυθμίσεις για να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προκλήσεις (Ferré, Belvis, & Valerio, 2014).

**Δομή του Ιταλικού Συστήματος Υγείας:**

Το ιταλικό σύστημα υγείας λειτουργεί υπό μια περιφερειακή και αποκεντρωμένη δομή, όπου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης οργανώνονται και παρέχονται κυρίως σε περιφερειακό επίπεδο.

**Εθνική Υπηρεσία Υγείας (Servizio Sanitario Nazionale - SSN):**

Το SSN είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του ιταλικού συστήματος υγείας, παρέχοντας καθολική

κάλυψη και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Χρηματοδοτείται από τη γενική φορολογία και τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το SSN καλύπτει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της νοσοκομειακής περίθαλψης, των ειδικών συμβουλών και της προληπτικής φροντίδας (Ferré, Belvis, & Valerio, 2014).

#### *Περιφέρειες και Τοπικές Υγειονομικές Αρχές*

Η Ιταλία χωρίζεται σε 21 περιφέρειες, η καθεμία με τη δική της περιφερειακή κυβέρνηση υπεύθυνη για την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι περιφέρειες έχουν σημαντική αυτονομία στη διαχείριση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, στην κατάρτιση περιφερειακών σχεδίων υγείας και στην επίβλεψη της παροχής περίθαλψης. Οι Τοπικές Αρχές Υγείας (Aziende Sanitarie Locali - ASL) είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση και τον συντονισμό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε τοπικό επίπεδο σε κάθε περιοχή.

#### *Πρωταρχική φροντίδα*

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του ιταλικού συστήματος υγείας, εστιάζοντας στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής. Οι γενικοί ιατροί (Medici di Medicina Generale) ενεργούν ως φύλακες, συντονίζοντας και διαχειριζόμενοι τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Οι ασθενείς καλούνται να συμβουλευτούν πρώτα τον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο οποίος στη συνέχεια τους παραπέμπει σε εξειδικευμένη φροντίδα εάν είναι απαραίτητο (Ferré, Belvis, & Valerio, 2014).

#### *Νοσοκομεία και Εξειδικευμένη Φροντίδα:*

Το ιταλικό σύστημα υγείας περιλαμβάνει ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων που παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα, διαγνωστικές υπηρεσίες και θεραπεία. Τα δημόσια νοσοκομεία (Aziende Ospedaliere) ανήκουν και διαχειρίζονται κατά κύριο λόγο οι

περιφέρειες, ενώ τα ιδιωτικά νοσοκομεία συμπληρώνουν τον δημόσιο τομέα. Εξειδικευμένη φροντίδα παρέχεται από ειδικούς και επαγγελματίες υγείας σε διάφορους τομείς.

#### *Καθολική κάλυψη και πρόσβαση*

Το ιταλικό σύστημα υγείας βασίζεται στην αρχή της καθολικής κάλυψης, διασφαλίζοντας ότι όλοι οι κάτοικοι έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το SSN εγγυάται ολοκληρωμένη κάλυψη για όλες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλείων, των ειδικών συμβουλών, των φαρμάκων και της προληπτικής φροντίδας. Η πρόσβαση στη φροντίδα δεν εξαρτάται από το εισόδημα ή το καθεστώς απασχόλησης (Ferré, Belvis, & Valerio, 2014).

#### *Υγειονομική Διακυβέρνηση και Κανονισμός:*

Η διακυβέρνηση της υγείας στην Ιταλία μοιράζεται μεταξύ της κεντρικής κυβέρνησης, των περιφερειακών κυβερνήσεων και των τοπικών υγειονομικών αρχών. Το Υπουργείο Υγείας (Ministero della Salute) ορίζει εθνικές πολιτικές, πρότυπα και κανονισμούς για την υγεία. Οι περιφερειακές κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση των πόρων υγειονομικής περίθαλψης και την εφαρμογή περιφερειακών σχεδίων υγείας, διασφαλίζοντας τη συνοχή με τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές.

#### *Χρηματοδότηση και επιμερισμός κόστους*

Το ιταλικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού γενικής φορολογίας, εισφορών κοινωνικής ασφάλισης και χρηματοδότησης της περιφερειακής κυβέρνησης. Οι συνεισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών χρηματοδοτούν σημαντικό μέρος του SSN, ενώ η κεντρική κυβέρνηση και οι περιφέρειες συμβάλλουν στην κάλυψη του υπόλοιπου κόστους. Μηχανισμοί επιμερισμού του κόστους, όπως οι συμπληρωματικές πληρωμές για ορισμένες ιατρικές υπηρεσίες και φάρμακα, εφαρμόζονται επίσης για τον έλεγχο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.

#### *Προκλήσεις και μελλοντικοί προβληματισμοί:*

Το ιταλικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει διάφορες προκλήσεις που απαιτούν προσοχή και συνεχείς μεταρρυθμίσεις:

**Οικονομική βιωσιμότητα:** Το σύστημα αντιμετωπίζει οικονομικές προκλήσεις λόγω του αυξανόμενου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της γήρανσης του πληθυσμού και της ανάγκης για εκσυγχρονισμό. Απαιτείται η διασφάλιση μακροπρόθεσμης χρηματοοικονομικής βιωσιμότητας.

**Περιφερειακές ανισότητες:** Διακυμάνσεις στην παροχή και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης υπάρχουν σε διάφορες περιοχές της Ιταλίας. Η αντιμετώπιση των περιφερειακών ανισοτήτων και η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη ισότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Ferré, Belvis, & Valerio, 2014).

**Ενσωμάτωση της περίθαλψης:** Η ενίσχυση της ολοκλήρωσης και του συντονισμού της περίθαλψης σε διάφορα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των νοσοκομείων και των εγκαταστάσεων μακροχρόνιας περίθαλψης, είναι σημαντική για την παροχή απρόσκοπτης και με επίκεντρο τον ασθενή φροντίδας. Η προώθηση της συνεργασίας και της επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να βελτιώσει τη συνέχεια και τα αποτελέσματα της περίθαλψης.

**Τεχνολογία και καινοτομία υγείας:** Η υιοθέτηση της τεχνολογίας και της καινοτομίας υγείας, όπως τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας, η τηλεϊατρική και οι ψηφιακές λύσεις υγείας, μπορεί να βελτιώσει την παροχή, την πρόσβαση και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η συνεχής επένδυση στην ψηφιακή υποδομή και τη διαλειτουργικότητα είναι απαραίτητη για τη βελτιστοποίηση της χρήσης της τεχνολογίας στο ιταλικό σύστημα υγείας.

**Εργατικό δυναμικό υγείας:** Το ιταλικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει προκλήσεις που σχετίζονται με την έλλειψη εργατικού δυναμικού, την κακή κατανομή και τη γήρανση του

εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Οι στρατηγικές για την προσέλκυση και τη διατήρηση επαγγελματιών υγείας, τη βελτίωση του σχεδιασμού του εργατικού δυναμικού και την προώθηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας είναι απαραίτητες για τη διατήρηση ενός ειδικευμένου και βιώσιμου εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας (Ferré, Belvis, & Valerio, 2014).

### **3.5 Σύγκριση και ανάλυση συστημάτων υγείας της Ευρώπης**

Οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν αναπτύξει διαφορετικά συστήματα υγείας, αντανακλώντας τις διαφορές σε πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά πλαίσια. Σε αυτήν το κεφάλαιο θα συγκρίνουμε και θα αναλύσουμε τα συστήματα υγείας αρκετών ευρωπαϊκών χωρών, εστιάζοντας σε βασικές διαστάσεις όπως οι μηχανισμοί χρηματοδότησης, η παροχή υπηρεσιών, η κάλυψη, η ποιότητα και τα αποτελέσματα. Εξετάζοντας αυτές τις διαστάσεις, μπορούμε να αποκτήσουμε γνώσεις για τα δυνατά σημεία, τις προκλήσεις και τα διδάγματα που αντλήθηκαν από τα διαφορετικά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας (Wendt, 2009).

#### *Μηχανισμοί Χρηματοδότησης*

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας χρησιμοποιούν διάφορους μηχανισμούς χρηματοδότησης: Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (SHI): Χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία χρησιμοποιούν μοντέλα κοινωνικής ασφάλισης υγείας όπου οι εισφορές καταβάλλονται από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και την κυβέρνηση. Αυτό το μοντέλο προωθεί την καθολική κάλυψη και την ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Jaehrling, & Méhaut, 2015).

Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS): Το Ηνωμένο Βασίλειο λειτουργεί στο πλαίσιο ενός NHS που χρηματοδοτείται από φόρους, όπου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται βάσει της ανάγκης και όχι της ικανότητας πληρωμής. Το NHS είναι γνωστό για την καθολική κάλυψη και την έμφαση στη δημόσια παροχή υπηρεσιών (Jaehrling, & Méhaut, 2015).

Μικτά συστήματα: Χώρες όπως η Ολλανδία και η Ελβετία έχουν μικτά συστήματα



χρηματοδότησης που συνδυάζουν την κοινωνική ασφάλιση υγείας με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Αυτά τα συστήματα στοχεύουν να εξισορροπήσουν την καθολική κάλυψη με την επιλογή και τον ανταγωνισμό.

#### *Παροχή υπηρεσιών*

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας παρουσιάζουν παραλλαγές στα μοντέλα παροχής υπηρεσιών: Προσανατολισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας: Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ισπανία και η Ιταλία δίνουν μεγάλη έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με τους γενικούς ιατρούς να χρησιμεύουν ως φύλακες στην εξειδικευμένη φροντίδα. Αυτή η προσέγγιση στοχεύει στην προώθηση της συντονισμένης και οικονομικά αποδοτικής φροντίδας (Wendt, 2009).

Μοντέλα με επίκεντρο το νοσοκομείο: Η Γερμανία και η Αυστρία διαθέτουν νοσοκομειοκεντρικά μοντέλα με υψηλότερο ποσοστό νοσοκομειακών κλινών και εξειδικευμένης φροντίδας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερο κόστος και προκλήσεις για την προώθηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Μικτά μοντέλα: Ορισμένες χώρες, όπως η Ολλανδία και η Σουηδία, έχουν μικτά μοντέλα που περιλαμβάνουν δημόσιο, ιδιωτικό και εθελοντικό τομέα. Αυτό επιτρέπει έναν συνδυασμό κεντρικής και αποκεντρωμένης παροχής υπηρεσιών.

#### Κάλυψη και πρόσβαση:

*Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας προσπαθούν για καθολική κάλυψη, αλλά υπάρχουν διαφορές στην κάλυψη*

Καθολική κάλυψη: Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Γαλλία, η Γερμανία και η Ιταλία έχουν επιτύχει σχεδόν καθολική κάλυψη μέσω των αντίστοιχων συστημάτων υγείας τους. Η κάλυψη βασίζεται στην ιθαγένεια ή την κατοικία, διασφαλίζοντας πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους κατοίκους.

Κατακερματισμένη κάλυψη: Ορισμένες χώρες, όπως η Ελβετία, έχουν κατακερματισμένη κάλυψη με υποχρεωτικά ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε

ανισότητες στην κάλυψη και την οικονομική προσιτότητα για ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες (Wendt, 2009).

Ευάλωτοι πληθυσμοί: Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για ευάλωτους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών χωρίς έγγραφα και των ατόμων με χαμηλό εισόδημα, διαφέρει από χώρα σε χώρα. Οι προσπάθειες για τη βελτίωση της πρόσβασης και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας συνεχίζονται σε πολλά ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

#### *Ποιότητα και αποτελέσματα*

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας προσπαθούν να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας και να επιτυγχάνουν θετικά αποτελέσματα για την υγεία:

Αποτελέσματα υγείας: Συνολικά, οι ευρωπαϊκές χώρες έχουν καλές επιδόσεις σε μετρήσεις αποτελεσμάτων υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής και τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών, με ορισμένες να επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα από άλλες (Wendt, 2009).

Εμπειρία Ασθενούς: Η εμπειρία και η ικανοποίηση των ασθενών διαφέρουν μεταξύ των συστημάτων υγείας. Παράγοντες όπως ο χρόνος αναμονής, η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς και η προσβασιμότητα επηρεάζουν τη συνολική εμπειρία του ασθενούς.

Πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας: Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν εφαρμόσει πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων διαπίστευσης, κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και πλαισίων μέτρησης απόδοσης, για να εξασφαλίσουν και να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης.

#### *Προκλήσεις και διδάγματα*

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις και έχουν να μοιραστούν πολύτιμα διδάγματα:

Οικονομική βιωσιμότητα: Το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, η γήρανση του

πληθυσμού και η πρόοδος στην ιατρική τεχνολογία θέτουν οικονομικές προκλήσεις για τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Οι στρατηγικές για τον έλεγχο του κόστους, τη βελτίωση της αποδοτικότητας και την αποτελεσματική κατανομή των πόρων είναι ζωτικής σημασίας (Saltman, & Figueras, 1998).

**Ανισότητες υγείας:** Παρά την πρόοδο στην επίτευξη καθολικής κάλυψης, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας εξακολουθούν να υφίστανται στις ευρωπαϊκές χώρες. Απαιτούνται προσπάθειες για την αντιμετώπιση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τους περιθωριοποιημένους πληθυσμούς.

**Ενσωμάτωση της περίθαλψης:** Η ενίσχυση της ολοκλήρωσης της περίθαλψης σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και η βελτίωση του συντονισμού της περίθαλψης είναι μια κοινή πρόκληση. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία έχουν εφαρμόσει πρωτοβουλίες για την προώθηση της ολοκληρωμένης περίθαλψης, η οποία μπορεί να χρησιμεύσει ως πολύτιμα μαθήματα για άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.

**Τεχνολογία πληροφοριών υγείας:** Η επένδυση στην τεχνολογία πληροφοριών υγείας, όπως τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και η τηλεϊατρική, μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα, τον συντονισμό και την προσβασιμότητα της περίθαλψης. Χώρες όπως η Εσθονία και η Σουηδία έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο στην εφαρμογή ψηφιακών λύσεων υγείας.

**Σχεδιασμός εργατικού δυναμικού:** Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν προκλήσεις που σχετίζονται με την έλλειψη εργατικού δυναμικού, την κακή κατανομή και τη γήρανση του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Οι στρατηγικές για την προσέλκυση και τη διατήρηση επαγγελματιών υγείας, την ενίσχυση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και την επένδυση στη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση είναι σημαντικές για τη διατήρηση ενός ειδικευμένου εργατικού δυναμικού.

**Διακυβέρνηση του συστήματος υγείας:** Η αποτελεσματική διακυβέρνηση και η στρατηγική ηγεσία είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Η

θέσπιση σαφών πολιτικών, ο συντονισμός των ενδιαφερομένων και η προώθηση της λογοδοσίας μπορούν να συμβάλουν στη συνολική απόδοση και βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας (Anyangwe, & Mtonga, 2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### ***4.1 Πολιτική δημόσιας υγείας***

Οι πολιτικές δημόσιας υγείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην προώθηση και προστασία της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών (Burls, 2007).

#### *Επισκόπηση της πολιτικής*

Δώστε μια σύντομη επισκόπηση της πολιτικής δημόσιας υγείας που αναλύεται, συμπεριλαμβανομένων των στόχων της, του πληθυσμού-στόχου και του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει. Αυτό θέτει το πλαίσιο για την ανάλυση.

#### *Στρατηγικές και προσεγγίσεις πολιτικής*

Πρόληψη και προαγωγή της υγείας: Αξιολογήστε την εστίαση της πολιτικής στις στρατηγικές πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Δίνει προτεραιότητα σε παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην πρόληψη της εμφάνισης προβλημάτων υγείας ή στην προώθηση υγιεινών συμπεριφορών και τρόπων ζωής; Αξιολογήστε την πληρότητα και τον τεκμηριωμένο χαρακτήρα των εφαρμοζόμενων στρατηγικών πρόληψης (Burls, 2007).

Δέσμευση των ενδιαφερομένων μερών: Αξιολογήστε την έκταση της συμμετοχής των ενδιαφερόμενων φορέων στη διαδικασία ανάπτυξης πολιτικής. Αξιολογήστε κατά πόσον τα βασικά ενδιαφερόμενα μέρη, όπως οι κοινοτικές οργανώσεις, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι σχετικές κυβερνητικές υπηρεσίες, συμμετείχαν και οι απόψεις τους ελήφθησαν υπόψη. Εξετάστε τη συμμετοχικότητα και την αποτελεσματικότητα της εμπλοκής των ενδιαφερομένων μερών.

Πολυτομεακή συνεργασία: Εξετάστε το επίπεδο της συνεργασίας μεταξύ των τομέων κατά την εφαρμογή της πολιτικής. Αξιολογήστε τον βαθμό στον οποίο η πολιτική περιλαμβάνει συνεργασίες με τομείς εκτός της υγείας, όπως η εκπαίδευση, οι μεταφορές ή η στέγαση, για την αντιμετώπιση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Αξιολογήστε την αποτελεσματικότητα αυτών των συνεργασιών για την επίτευξη των στόχων της πολιτικής

(Burls, 2007).

Ισότητα στην υγεία: Αναλύστε την προσέγγιση της πολιτικής για την αντιμετώπιση της ισότητας της υγείας. Αξιολογήστε κατά πόσον αναγνωρίζει ρητά και επιδιώκει τη μείωση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των διαφόρων ομάδων πληθυσμού. Εξετάστε τη συμπερίληψη στρατηγικών που αποσκοπούν στη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, στη μείωση των κοινωνικοοικονομικών εμποδίων και στη στόχευση ευάλωτων πληθυσμών.

#### *Διαδικασίες εφαρμογής*

Κατανομή πόρων: Αξιολογήστε την κατανομή των πόρων για την υποστήριξη της εφαρμογής της πολιτικής. Αξιολογήστε κατά πόσον δόθηκε επαρκής χρηματοδότηση, υποδομές και ανθρώπινοι πόροι για την αποτελεσματική υλοποίηση των στρατηγικών της πολιτικής. Εξετάστε την ισότητα και τη βιωσιμότητα της κατανομής των πόρων.

Ενσωμάτωση της πολιτικής: Αξιολογήστε το επίπεδο ενσωμάτωσης της πολιτικής στα υφιστάμενα συστήματα και δομές υγειονομικής περίθαλψης. Εξετάστε αν η πολιτική ευθυγραμμίζεται με άλλες πολιτικές και προγράμματα υγείας και αν ενσωματώνεται αποτελεσματικά στο ευρύτερο σύστημα υγείας. Αξιολογήστε τον συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διακυβέρνησης και των σχετικών ενδιαφερόμενων φορέων (Burls, 2007).

Παρακολούθηση και αξιολόγηση: Εξετάστε τους μηχανισμούς παρακολούθησης και αξιολόγησης που έχουν θεσπιστεί για την αξιολόγηση της προόδου και του αντικτύπου της πολιτικής. Αξιολογήστε τη χρήση μετρήσιμων δεικτών, τις μεθόδους συλλογής δεδομένων και τη συχνότητα της αξιολόγησης. Εξετάστε κατά πόσον υπάρχουν βρόχοι ανατροφοδότησης για την ενημέρωση των προσαρμογών της πολιτικής με βάση τα πορίσματα της αξιολόγησης (Burls, 2007).

#### *Επιπτώσεις και αποτελέσματα*

Αποτελέσματα για την υγεία: Αξιολογήστε τον αντίκτυπο της πολιτικής στα αποτελέσματα της

υγείας. Αξιολογήστε κατά πόσον επιτεύχθηκαν οι επιθυμητές βελτιώσεις στην υγεία, όπως η μείωση των ποσοστών ασθενειών, η βελτίωση των συμπεριφορών υγείας ή η αυξημένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Εξετάστε το χρονικό διάστημα κατά το οποίο παρατηρήθηκαν επιπτώσεις και την έκταση των αλλαγών στα αποτελέσματα της υγείας.

**Επιπτώσεις στην ισότητα:** Αξιολογήστε τον αντίκτυπο της πολιτικής στην ισότητα της υγείας. Αξιολογήστε κατά πόσον η πολιτική συνέβαλε στη μείωση των ανισοτήτων υγείας και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας για περιθωριοποιημένους ή μειονεκτούντες πληθυσμούς. Εξετάστε τον διανεμητικό αντίκτυπο των παρεμβάσεων της πολιτικής σε διάφορες ομάδες πληθυσμού.

**Βιωσιμότητα:** Αξιολογήστε τη δυνατότητα διατήρησης των επιπτώσεων της πολιτικής μακροπρόθεσμα. Εξετάστε κατά πόσον η πολιτική έχει οδηγήσει σε διαρκείς αλλαγές στα συστήματα, τις συμπεριφορές ή τις υποδομές που θα συνεχίσουν να ωφελούν την υγεία του πληθυσμού. Αξιολογήστε τις δυνατότητες της πολιτικής για επεκτασιμότητα και αναπαραγωγή σε άλλα πλαίσια (Burls, 2007).

Η αποτελεσματική επιτήρηση και παρακολούθηση των ασθενειών διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην πολιτική δημόσιας υγείας. Η παρούσα ενότητα διερευνά τις στρατηγικές και τους μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση, τον εντοπισμό και την παρακολούθηση ασθενειών στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας. Με την εφαρμογή ισχυρών συστημάτων επιτήρησης και τη χρήση προηγμένων τεχνολογιών, οι αρχές δημόσιας υγείας μπορούν να εντοπίζουν άμεσα τις εστίες, να παρακολουθούν τις τάσεις των ασθενειών και να κατανέμουν αποτελεσματικά τους πόρους.

#### ***4.2 Στρατηγικές για την επιτήρηση και παρακολούθηση των ασθενειών***

Η καθιέρωση ισχυρών συστημάτων επιτήρησης αποτελεί το θεμέλιο της αποτελεσματικής παρακολούθησης ασθενειών. Τα συστήματα αυτά αποσκοπούν στη σύλληψη και ανάλυση δεδομένων σχετικά με διάφορα συμβάντα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μολυσματικών

ασθενειών, των χρόνιων παθήσεων και των περιβαλλοντικών κινδύνων. Βασίζονται σε συνεργασίες με παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, εργαστήρια και άλλους σχετικούς ενδιαφερόμενους φορείς για τη διασφάλιση της ολοκληρωμένης αναφοράς των κρουσμάτων. Οι εξελίξεις στις ψηφιακές τεχνολογίες έχουν φέρει επανάσταση στην επιτήρηση και την παρακολούθηση ασθενειών. Οι οργανισμοί δημόσιας υγείας αξιοποιούν όλο και περισσότερο ψηφιακά εργαλεία, όπως ηλεκτρονικά αρχεία υγείας, εφαρμογές για κινητά και φορητές συσκευές, για τη συλλογή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο. Οι τεχνολογίες αυτές βελτιώνουν την επικαιρότητα και την ακρίβεια της αναφοράς ασθενειών, επιτρέπουν τον γρήγορο εντοπισμό επαφών και διευκολύνουν την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ διαφορετικών φορέων (Burls, 2007).

Η αποτελεσματική επιτήρηση απαιτεί συνεργασία μεταξύ τοπικών, εθνικών και διεθνών οργανισμών. Οι κυβερνήσεις συνεργάζονται για την ανταλλαγή δεδομένων, βέλτιστων πρακτικών και πόρων για την ενίσχυση των προσπαθειών παρακολούθησης των ασθενειών. Οι διεθνείς συνεργασίες επιτρέπουν την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση παγκόσμιων απειλών για την υγεία, όπως φαίνεται στην περίπτωση των πλαισίων ετοιμότητας και αντιμετώπισης πανδημιών (World Health Organization, 2020).

Η ανίχνευση επαφών είναι μια κρίσιμη στρατηγική για τον περιορισμό της εξάπλωσης των μολυσματικών ασθενειών. Εντοπίζοντας και ειδοποιώντας τα άτομα που έχουν έρθει σε στενή επαφή με ένα μολυσμένο άτομο, οι υγειονομικές αρχές μπορούν να απομονώσουν και να εξετάσουν τα δυνητικά εκτεθειμένα άτομα. Η χρήση ψηφιακών εργαλείων, όπως οι εφαρμογές για κινητά τηλέφωνα και η ανίχνευση από κοντά μέσω Bluetooth, έχει βελτιώσει την αποτελεσματικότητα και την επεκτασιμότητα των προσπαθειών ανίχνευσης επαφών.

Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος για την ακριβή διάγνωση μολυσματικών ασθενειών. Οι πολιτικές δημόσιας υγείας δίνουν προτεραιότητα στην ενίσχυση των εργαστηριακών ικανοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της επέκτασης της υποδομής δοκιμών, της



βελτίωσης της διασφάλισης της ποιότητας των εργαστηρίων και της διασφάλισης της διαθεσιμότητας των απαραίτητων προμηθειών και εξοπλισμού. Οι έγκαιρες και ακριβείς εξετάσεις επιτρέπουν τον άμεσο εντοπισμό των κρουσμάτων και ενημερώνουν για τις παρεμβάσεις δημόσιας υγείας.

Τα μοντέλα που βασίζονται σε δεδομένα και οι αναλυτικές μεθόδους πρόβλεψης βοηθούν στην πρόβλεψη των τάσεων των ασθενειών, στην εκτίμηση του φορτίου των ασθενειών και στην αποτελεσματική κατανομή των πόρων. Αναλύοντας διάφορες πηγές δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων επιδημιολογικών δεδομένων, δημογραφικών πληροφοριών και κοινωνικών παραγόντων της υγείας, τα μοντέλα αυτά παρέχουν πληροφορίες για τη δυναμική των ασθενειών και βοηθούν στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων (World Health Organization, 2020).

Η παρακολούθηση των βασικών δεικτών δημόσιας υγείας και των επιδημιολογικών δεδομένων είναι ζωτικής σημασίας για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των παρεμβάσεων και την παρακολούθηση των τάσεων των ασθενειών. Οι πολιτικές δημόσιας υγείας δίνουν έμφαση στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη, την επίπτωση ασθενειών, τα ποσοστά θνησιμότητας και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Η τακτική παρακολούθηση επιτρέπει στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να εντοπίζουν αναδυόμενα ζητήματα υγείας, να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και να προσαρμόζουν τις στρατηγικές αναλόγως (Papanicolas, & Smith, 2020).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών επιτήρησης και παρακολούθησης είναι απαραίτητη για τη συνεχή βελτίωση. Οι οργανισμοί δημόσιας υγείας αξιολογούν τακτικά την απόδοση των συστημάτων επιτήρησης, την ποιότητα των δεδομένων και την έγκαιρη ανταπόκριση. Αυτή η διαδικασία αξιολόγησης συμβάλλει στον εντοπισμό των δυνατών και αδύνατων σημείων, στην εφαρμογή των αναγκαίων προσαρμογών και στη βελτίωση της συνολικής αποτελεσματικότητας των προσπαθειών επιτήρησης και παρακολούθησης

ασθενειών.

#### ***4.3 Μελέτες και αναφορές που υποστηρίζουν τη σημασία του μακροπρόθεσμου σχεδιασμού, της διαφάνειας και της λογοδοσίας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης***

Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Health Affairs εξέτασε τον αντίκτυπο της διαφάνειας και της λογοδοσίας στην απόδοση της υγειονομικής περίθαλψης. Συμπερασματικά, η μελέτη στο περιοδικό υπογραμμίζει τη σημαντική επίδραση της διαφάνειας και της λογοδοσίας στην απόδοση της υγειονομικής περίθαλψης. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης συμβάλλουν στον αυξανόμενο όγκο στοιχείων που υποστηρίζουν τη σημασία αυτών των αρχών για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών, τη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και την αύξηση της εμπιστοσύνης του κοινού στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Προάγοντας τη διαφάνεια, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να παρέχουν στους ασθενείς και στα ενδιαφερόμενα μέρη πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με μέτρα ποιότητας, την ικανοποίηση των ασθενών και την οικονομική απόδοση. Οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τις επιλογές υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εντοπίσουν τομείς προς βελτίωση και να εφαρμόσουν τις απαραίτητες αλλαγές. Η λογοδοσία διασφαλίζει ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, οι πάροχοι και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θεωρούνται υπεύθυνοι για τις ενέργειες και τις επιδόσεις τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης, όπου οι οργανισμοί προσπαθούν να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας και να ευθυγραμμίσουν τις πρακτικές τους με κατευθυντήριες γραμμές που βασίζονται σε στοιχεία. Η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να δίνουν προτεραιότητα στη διαφάνεια και τη λογοδοσία ως αναπόσπαστα στοιχεία των στρατηγικών τους. Με αυτόν τον τρόπο, τα

συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα, τη βιωσιμότητα και τη συνολική ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν στους πληθυσμούς. Προχωρώντας προς τα εμπρός, η περαιτέρω έρευνα και οι προσπάθειες θα πρέπει να κατευθύνονται προς την κατανόηση των συγκεκριμένων μηχανισμών και στρατηγικών που μπορούν να προωθήσουν αποτελεσματικά τη διαφάνεια και τη λογοδοσία στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

Το Journal of Health Administration Education δημοσίευσε μια μελέτη που εξέτασε τη σημασία της λογοδοσίας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι οργανισμοί με ισχυρή κουλτούρα υπευθυνότητας είχαν βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών, υψηλότερο ηθικό των εργαζομένων και καλύτερη οικονομική απόδοση. Πιο συγκεκριμένα : Η έκθεση με τίτλο "Επίτευξη λογοδοσίας στην υγειονομική περίθαλψη: Μπορούμε να το καταφέρουμε;" από το Fund του Commonwealth εξετάζει τη σημασία της λογοδοσίας στη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Επισημαίνει πώς η λογοδοσία μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στον συστηματικό βελτιστοποίηση και παρέχει προτάσεις για την επίτευξή της. Η έκθεση υπογραμμίζει ότι η λογοδοσία παίζει ζωτικό ρόλο στην υγεία καθώς ενθαρρύνει τους παρόχους να αναλάβουν ευθύνη για τις πράξεις τους και εξασφαλίζει ότι οι ασθενείς λαμβάνουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη. Επιπλέον, υπογραμμίζει τη σημασία της λογοδοσίας στη βελτίωση της αποδοτικότητας και τη μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Για να επιτευχθεί η λογοδοσία, η έκθεση προτείνει διάφορες στρατηγικές. Προτείνει την ενίσχυση της διαφάνειας μέσω της δημόσιας αναφοράς δεδομένων ποιότητας και ασφάλειας προκειμένου να ενισχυθεί η ενημέρωση των ασθενών και η λήψη ενημερωμένων αποφάσεων. Επιπλέον, υπογραμμίζει την ανάγκη θέσπισης σαφών προσδοκιών απόδοσης στους παρόχους υγείας και τις οργανώσεις. Η έκθεση τονίζει επίσης τη σημασία της ευθυγράμμισης των οικονομικών κινήτρων με την ποιότητα και την περίθαλψη βασισμένη στην αξία. Μέσω της εφαρμογής

συστημάτων πληρωμών που επιβραβεύουν την υψηλής ποιότητας περίθαλψη ενώ μειώνουν τις περιττές υπηρεσίες, τα συστήματα υγείας μπορούν να προωθήσουν τη λογοδοσία και παράλληλα να ενισχύσουν την αποδοτικότητα. Επιπλέον, η έκθεση τονίζει την ανάγκη για οργανωσιακές κουλτούρες που δίνουν έμφαση στην ποιότητα και στη λογοδοσία. Αυτό περιλαμβάνει την προώθηση μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, την εκμάθηση από τα λάθη και την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Συνολικά, διατυπώνει ότι η λογοδοσία είναι κρίσιμη για τη μεταστροφή και τη βελτίωση των συστημάτων υγείας. Με τη θέσπιση πρακτικών όπως η διαφάνεια, οι προσδοκίες απόδοσης, τα ευθυγραμμισμένα κίνητρα και μια κουλτούρα λογοδοσίας, τα συστήματα υγείας μπορούν να εργαστούν για την παροχή υψηλής ποιότητας και αποδοτικής περίθαλψης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

### *5.1 Σύστημα υγείας και αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του COVID-19*

Η πανδημία COVID-19 έθεσε πρωτοφανείς προκλήσεις στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Καθώς τα έθνη παλεύουν με την αύξηση των κρουσμάτων, η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας τους στην καταπολέμηση του ιού έχει καταστεί κρίσιμος παράγοντας για τη διαχείριση της κρίσης. (Bollyky, & Gostin, 2020).

#### *Επαρκείς υποδομές υγειονομικής περίθαλψης*

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας απαιτεί μια ισχυρή υποδομή για την αντιμετώπιση της εισροής ασθενών. Αυτό περιλαμβάνει επαρκή νοσοκομειακά κρεβάτια, χωρητικότητα ΜΕΘ, αναπνευστήρες και εξοπλισμό ατομικής προστασίας (ΜΑΠ). Οι χώρες με καλά προετοιμασμένη υποδομή μπόρεσαν να παρέχουν έγκαιρη και κατάλληλη περίθαλψη στους ασθενείς με COVID-19, ελαχιστοποιώντας την επιβάρυνση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (World Health Organization., 2020)

#### *Δοκιμές και εντοπισμός επαφών*

Οι ταχείες και εκτεταμένες δοκιμές, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική ανίχνευση επαφών, αποδείχθηκαν ζωτικής σημασίας για τον έλεγχο της εξάπλωσης του COVID-19. Τα συστήματα υγείας που έχουν εφαρμόσει ολοκληρωμένες στρατηγικές δοκιμών, συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών δοκιμών και ορολογικών ερευνών, έχουν επιτύχει στον εντοπισμό των μολυσμένων ατόμων και των στενών επαφών τους. Αυτό επέτρεψε την άμεση απομόνωση, μειώνοντας τα ποσοστά μετάδοσης και επιτρέποντας στοχευμένες παρεμβάσεις.

#### *Υγειονομικό προσωπικό*

Η διαθεσιμότητα εξειδικευμένου και επαρκούς υγειονομικού προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών με COVID-19. Οι χώρες με ισχυρά συστήματα υγείας έχουν επενδύσει στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας,

διασφαλίζοντας ότι είναι εφοδιασμένοι με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για τη διαχείριση του ιού. Επιπλέον, ο αποτελεσματικός συντονισμός μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και οι σαφείς διάυλοι επικοινωνίας έχουν συμβάλει καθοριστικά στη βελτιστοποίηση της φροντίδας των ασθενών (Papanicolas, & Smith, 2020).

#### *Προσβάσιμη και προσιτή υγειονομική περίθαλψη*

Ένα σύστημα υγείας χωρίς αποκλεισμούς που παρέχει προσιτή και οικονομικά προσιτή περίθαλψη σε όλους τους πολίτες είναι απαραίτητο κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας. Οι χώρες με καθολική υγειονομική κάλυψη ή καλά εδραιωμένα συστήματα δημόσιας υγείας έχουν επιδείξει καλύτερα αποτελέσματα στη διαχείριση του COVID-19. Η εξασφάλιση ότι τα άτομα μπορούν να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια χωρίς οικονομικά εμπόδια ενθαρρύνει την έγκαιρη ανίχνευση και την έγκαιρη θεραπεία, μειώνοντας τελικά την επιβάρυνση των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης (Papanicolas, & Smith, 2020).

#### *Αποτελεσματικά μηνύματα δημόσιας υγείας*

Τα σαφή, ακριβή και συνεπή μηνύματα δημόσιας υγείας είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία της αντίδρασης κάθε συστήματος υγείας στο COVID-19. Οι χώρες που έχουν επικοινωνήσει αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα, όπως η χρήση μάσκας, η κοινωνική αποστασιοποίηση και η υγιεινή των χεριών, έχουν παρατηρήσει μεγαλύτερη συμμόρφωση του πληθυσμού. Επιπλέον, οι εκστρατείες δημόσιας υγείας που απευθύνονται σε συγκεκριμένες δημογραφικές ομάδες ή ομάδες υψηλού κινδύνου έχουν διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στη μείωση του συνολικού αντίκτυπου του ιού (Papanicolas, & Smith, 2020).

#### *Έρευνα και καινοτομία*

Τα συστήματα υγείας που προωθούν ενεργά την έρευνα και την καινοτομία βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της ανάπτυξης αποτελεσματικών θεραπειών και εμβολίων για το COVID-19. Η συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και διεθνών οργανισμών έχει επιταχύνει την ανακάλυψη θεραπευτικών παρεμβάσεων και την παραγωγή

εμβολίων. Αυτές οι εξελίξεις έχουν συμβάλει σημαντικά στην αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας στη διαχείριση της πανδημίας ( World Health Organization, 2020).

#### *Προσαρμοστικές πολιτικές και ευελιξία*

Η ικανότητα των συστημάτων υγείας να προσαρμόζονται και να αναθεωρούν τις πολιτικές με βάση τα αναδυόμενα στοιχεία είναι ζωτικής σημασίας για τον μετριασμό των επιπτώσεων του COVID-19. Η ευελιξία στην κατανομή των πόρων, στις κατευθυντήριες γραμμές για την υγειονομική περίθαλψη και στα μέτρα περιορισμού επέτρεψε στις χώρες να ανταποκριθούν άμεσα στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Τα συστήματα υγείας που έχουν επιδείξει ευελιξία στην εφαρμογή και την προσαρμογή των στρατηγικών έχουν παρουσιάσει καλύτερα αποτελέσματα στη διαχείριση του ιού.

Η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας στην αντιμετώπιση του COVID-19 εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των υποδομών υγειονομικής περίθαλψης, των δοκιμών και του εντοπισμού επαφών, του εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού, της προσβασιμότητας και της οικονομικής προσιτότητας της περίθαλψης, της αποτελεσματικής ανταλλαγής μηνυμάτων δημόσιας υγείας, της έρευνας και της καινοτομίας και των προσαρμοστικών πολιτικών. Οι χώρες που έχουν διαπρέψει σε αυτούς τους τομείς έχουν επιδείξει καλύτερο έλεγχο της πανδημίας, οδηγώντας σε μειωμένα ποσοστά μετάδοσης, βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς και αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς συνεχίζεται ο αγώνας κατά του COVID-19, είναι ζωτικής σημασίας για τα έθνη να μαθαίνουν ο ένας από τις επιτυχίες και τις προκλήσεις του άλλου, διασφαλίζοντας τη συνεχή βελτίωση και ενίσχυση των συστημάτων υγείας τους (Papanicolas, & Smith, 2020).

#### **5.2 Σύστημα υγείας και χάραξη πολιτικής για νέες πανδημίες**

Η εμφάνιση νέων πανδημιών, όπως η κρίση του COVID-19, αναδεικνύει την κρίσιμη σημασία αποτελεσματικών συστημάτων υγείας και ολοκληρωμένης χάραξης πολιτικής για την

αντιμετώπιση αυτών των παγκόσμιων προκλήσεων στον τομέα της υγείας. Το παρόν άρθρο έχει ως στόχο να εμβαθύνει στις βασικές πτυχές των συστημάτων υγείας και της χάραξης πολιτικής για τις νέες πανδημίες, εστιάζοντας σε στρατηγικές που μπορούν να ενισχύσουν την ετοιμότητα και την αντίδραση για τον μετριασμό των επιπτώσεων μελλοντικών επιδημιών (World Health Organization. 2020).

Ενίσχυση των συστημάτων υγείας:

Επαρκής υποδομή: Τα ισχυρά συστήματα υγείας απαιτούν μια καλά προετοιμασμένη υποδομή, συμπεριλαμβανομένων νοσοκομείων, κλινικών, εργαστηρίων και αλυσίδων εφοδιασμού. Η εξασφάλιση επαρκών νοσοκομειακών κλινών, χωρητικότητας ΜΕΘ, ιατρικού εξοπλισμού και βασικών προμηθειών είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του κύματος ασθενών κατά τη διάρκεια μιας πανδημίας.

Εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό: Η οικοδόμηση ενός ανθεκτικού εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας. Αυτό περιλαμβάνει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση των κρουσμάτων, τον έλεγχο των λοιμώξεων και τα πρωτόκολλα θεραπείας ειδικά για την αναδυόμενη πανδημία. Επιπλέον, η καθιέρωση μηχανισμών για την αύξηση της δυναμικότητας, όπως η πρόσληψη και κινητοποίηση εφεδρικών εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να βοηθήσει στην κάλυψη της αυξημένης ζήτησης κατά τη διάρκεια μιας κρίσης (World Health Organization. 2020).

Συστήματα επιτήρησης και έγκαιρης προειδοποίησης: Η εφαρμογή ισχυρών συστημάτων επιτήρησης και έγκαιρης προειδοποίησης είναι ζωτικής σημασίας για την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση νέων πανδημιών. Αυτό περιλαμβάνει την παρακολούθηση των παγκόσμιων τάσεων των ασθενειών, τη δημιουργία δικτύων επιτήρησης φρουρών και την αξιοποίηση της ανάλυσης δεδομένων και της τεχνητής νοημοσύνης για τον εντοπισμό ασυνήθιστων μοτίβων και πιθανών επιδημιών.



**Διαγνωστική ικανότητα:** Η ταχεία και ακριβής διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας για τον αποτελεσματικό περιορισμό. Η ταχεία ανάπτυξη και ανάπτυξη διαγνωστικών δοκιμών ειδικά για τη νέα πανδημία είναι απαραίτητη. Η επέκταση της εργαστηριακής ικανότητας, η εξασφάλιση ευρείας πρόσβασης σε εξετάσεις και η προώθηση της έρευνας και ανάπτυξης για εξετάσεις σε σημεία περίθαλψης μπορούν να ενισχύσουν σημαντικά τις δυνατότητες αντίδρασης (Paranicolas, & Smith, 2020).

**Χάραξη πολιτικής και σχεδιασμός:**

**Εθνικά σχέδια ετοιμότητας για πανδημία:** Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να αναπτύσσουν και να επικαιροποιούν τακτικά ολοκληρωμένα σχέδια ετοιμότητας για πανδημία, προσαρμοσμένα στα ειδικά χαρακτηριστικά των αναδυόμενων λοιμωδών νοσημάτων. Τα σχέδια αυτά θα πρέπει να περιγράφουν σαφείς ρόλους, αρμοδιότητες και μηχανισμούς συντονισμού σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένων της υγείας, των μεταφορών, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας.

**Πλαίσια αξιολόγησης κινδύνων και αντιμετώπισης:** Η καθιέρωση πλαισίων εκτίμησης κινδύνου και αντιμετώπισης με βάση επιστημονικά στοιχεία και συμβουλές εμπειρογνομόνων μπορεί να καθοδηγήσει τη χάραξη πολιτικής κατά τη διάρκεια πανδημιών. Τα πλαίσια αυτά θα πρέπει να επιτρέπουν την ταχεία λήψη αποφάσεων, συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής μέτρων περιορισμού, της κατανομής πόρων και των στρατηγικών επικοινωνίας.

**Πολυτομεακή συνεργασία:** Η εμπλοκή διαφόρων τομέων, όπως η υγεία, η γεωργία, το περιβάλλον και η εκπαίδευση, είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική χάραξη πολιτικής κατά τη διάρκεια πανδημιών. Οι συνεργατικές προσπάθειες διευκολύνουν μια ολιστική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων προκλήσεων που συνδέονται με τις αναδυόμενες μολυσματικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της ζωνοσολογικής μετάδοσης και των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων.

**Διεθνής συνεργασία:** Η ενίσχυση της διεθνούς συνεργασίας και των πλατφορμών ανταλλαγής

πληροφοριών είναι ουσιαστικής σημασίας. Αυτό περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ χωρών, διεθνών οργανισμών και ερευνητικών ιδρυμάτων για την ανταλλαγή δεδομένων, βέλτιστων πρακτικών και ερευνητικών πορισμάτων. Οι συνεργατικές προσπάθειες μπορούν να διευκολύνουν την ανάπτυξη τυποποιημένων κατευθυντήριων γραμμών, κοινών ερευνητικών έργων και τη δίκαιη κατανομή των πόρων, συμπεριλαμβανομένων των εμβολίων και των θεραπευτικών ουσιών.

Παρεμβάσεις δημόσιας υγείας:

- **Επιτήρηση και έγκαιρη ανίχνευση:** Η ενίσχυση των παγκόσμιων συστημάτων επιτήρησης, η προώθηση μηχανισμών έγκαιρης ανίχνευσης και η διευκόλυνση της ταχείας ανταλλαγής πληροφοριών είναι ζωτικής σημασίας για τον περιορισμό της εξάπλωσης νέων πανδημιών. Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία μηχανισμών για την παρακολούθηση των παγκόσμιων απειλών για την υγεία, την ενίσχυση των εργαστηριακών δικτύων και τη διευκόλυνση της συνεργασίας μεταξύ εθνικών και διεθνών οργανισμών δημόσιας υγείας.
- **Επικοινωνία και αποστολή μηνυμάτων κινδύνου:** Η αποτελεσματική επικοινωνία κινδύνου διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη διασφάλιση της εμπιστοσύνης του κοινού, της συμμόρφωσης με τα προληπτικά μέτρα και του έγκαιρου εντοπισμού των κρουσμάτων. Οι κυβερνήσεις και οι αρχές δημόσιας υγείας θα πρέπει να εφαρμόζουν σαφείς, διαφανείς και έγκαιρες στρατηγικές επικοινωνίας για τη διάδοση ακριβών πληροφοριών, την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης και την ενδυνάμωση των ατόμων να αναλάβουν τις κατάλληλες ενέργειες (Papanicolas, & Smith, 2020).
- **Κοινωνική δέσμευση:** Η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στις στρατηγικές εμπλοκής της κοινότητας, προωθώντας τις συνεργασίες με τους ηγέτες της κοινότητας, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης

και τις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών. Η εμπλοκή της κοινότητας προάγει το αίσθημα της ιδιοκτησίας, ενθαρρύνει την τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών για τη δημόσια υγεία και επιτρέπει την τοπική προσαρμογή των παρεμβάσεων. επιπλέον, η εμπλοκή της κοινότητας επιτρέπει τον εντοπισμό ευάλωτων πληθυσμών, διευκολύνει την παροχή στοχευμένων παρεμβάσεων και διασφαλίζει ότι τα μέτρα δημόσιας υγείας είναι πολιτισμικά ευαίσθητα και κατάλληλα για το πλαίσιο.

- Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις: Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, όπως η κοινωνική αποστασιοποίηση, η χρήση μάσκας και η υγιεινή των χεριών, διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στον περιορισμό της εξάπλωσης νέων πανδημιών, ιδίως στα αρχικά στάδια, όταν τα εμβόλια και τα θεραπευτικά μέσα μπορεί να μην είναι άμεσα διαθέσιμα. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να προωθήσουν την τήρηση αυτών των μέτρων μέσω εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού, εκπαίδευσης και υποστηρικτικών πολιτικών.
- Προγράμματα εμβολιασμού: Ο εμβολιασμός αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο του ελέγχου της πανδημίας. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην ανάπτυξη, παραγωγή και δίκαιη διανομή εμβολίων για τις αναδυόμενες μολυσματικές ασθένειες. Αυτό περιλαμβάνει την επένδυση στην έρευνα και την ανάπτυξη, τη δημιουργία ισχυρών δυνατοτήτων παραγωγής εμβολίων και την εφαρμογή αποτελεσματικών εκστρατειών εμβολιασμού για την επίτευξη σημαντικού μέρους του πληθυσμού (World Health Organization, 2020).
- Έρευνα και ανάπτυξη:
- Χρηματοδότηση και υποστήριξη: Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να διαθέσουν επαρκείς πόρους για τη στήριξη των προσπαθειών έρευνας και ανάπτυξης που επικεντρώνονται στην κατανόηση των χαρακτηριστικών των νέων πανδημιών, στην ανάπτυξη διαγνωστικών, θεραπευτικών και εμβολίων και στη βελτίωση της ετοιμότητας. Η

ενθάρρυνση συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και η παροχή κινήτρων για καινοτομία μπορούν να επιταχύνουν την ανακάλυψη αποτελεσματικών παρεμβάσεων.

- Κοινή χρήση και συνεργασία δεδομένων: Η διευκόλυνση της ανταλλαγής δεδομένων μεταξύ των ερευνητών, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, είναι ζωτικής σημασίας για την ολοκληρωμένη κατανόηση των αναδυόμενων μολυσματικών ασθενειών. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να προωθήσουν πολιτικές ανοικτής πρόσβασης και να δημιουργήσουν πλατφόρμες για την κοινή χρήση δεδομένων, προωθώντας τη συνεργασία μεταξύ ερευνητών και ιδρυμάτων παγκοσμίως (Paranicolas, & Smith, 2020).
- Επιτήρηση και γονιδιωματική αλληλούχιση: Η ενίσχυση των συστημάτων επιτήρησης που περιλαμβάνουν δυνατότητες γονιδιωματικής αλληλούχισης μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη ανίχνευση, στην παρακολούθηση της εξάπλωσης και στην παρακολούθηση της εξέλιξης νέων πανδημιών. Οι πληροφορίες αυτές είναι ζωτικής σημασίας για την ενημέρωση σχετικά με τις αντιδράσεις της δημόσιας υγείας, τον εντοπισμό παραλλαγών που προκαλούν ανησυχία και την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων. Η αποτελεσματική διαχείριση νέων πανδημιών απαιτεί ισχυρά συστήματα υγείας και προληπτική χάραξη πολιτικής. Η ενίσχυση των συστημάτων υγείας μέσω κατάλληλων υποδομών, εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού, δυνατοτήτων επιτήρησης και διαγνωστικής ικανότητας είναι απαραίτητη. Επιπλέον, η ισχυρή χάραξη πολιτικής περιλαμβάνει εθνικά σχέδια ετοιμότητας, πλαίσια εκτίμησης κινδύνου, πολυτομεακή συνεργασία και διεθνή συνεργασία. Οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της επιτήρησης, της επικοινωνίας κινδύνου, της εμπλοκής της κοινότητας και των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον περιορισμό της μετάδοσης των αναδυόμενων λοιμωδών νοσημάτων. Επιπλέον, οι επενδύσεις στην έρευνα και την ανάπτυξη, την ανταλλαγή

δεδομένων και τη γονιδιωματική αλληλουχία είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση των νέων πανδημιών και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Εστιάζοντας σε αυτές τις βασικές πτυχές, οι κυβερνήσεις μπορούν να ενισχύσουν την ετοιμότητα και τις ικανότητες αντίδρασής τους, διασφαλίζοντας καλύτερα την υγεία και την ευημερία των πληθυσμών τους ενόψει μελλοντικών πανδημιών (Papanicolas, & Smith, 2020).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

### Δαπάνες και χρηματοδοτήσεις για την υγεία

Οι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί αποτελούν ζωτικής σημασίας στοιχεία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας τους απαραίτητους πόρους για την εξασφάλιση της πρόσβασης των ατόμων και των πληθυσμών σε ποιοτική περίθαλψη (World Health Organization.,2018).

Τύποι μηχανισμών χρηματοδότησης:

**Χρηματοδότηση με βάση τη φορολογία:** Πολλές χώρες διαθέτουν δημόσιους πόρους από τη γενική φορολογία για τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Η προσέγγιση αυτή αποσκοπεί στην επίτευξη καθολικής κάλυψης και ισότιμης πρόσβασης στην περίθαλψη, καθώς κατανέμει το οικονομικό βάρος σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Το ποσό της χρηματοδότησης που διατίθεται για την υγειονομική περίθαλψη καθορίζεται μέσω των διαδικασιών του κρατικού προϋπολογισμού (Hanson, & Brikci,2022).

**Κοινωνική ασφάλιση:** Η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει τη συγκέντρωση οικονομικών εισφορών από ιδιώτες και εργοδότες, συνήθως μέσω υποχρεωτικών κρατήσεων από τη μισθοδοσία. Οι εισφορές αυτές χρησιμοποιούνται για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τον ασφαλισμένο πληθυσμό. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να είναι είτε θεσμοθετημένα, όπου όλοι πρέπει να συμμετέχουν, είτε εθελοντικά για συγκεκριμένες ομάδες.

**Ιδιωτική ασφάλιση υγείας:** Τα ιδιωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας είναι εθελοντικά και επιτρέπουν στα άτομα ή στους εργοδότες να αγοράζουν κάλυψη από ιδιωτικούς ασφαλιστές. Τα συμβόλαια αυτά παρέχουν πρόσθετες παροχές πέραν αυτών που καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα, δίνοντας στα άτομα πρόσβαση σε ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών ή μειώνοντας τους χρόνους αναμονής. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να συνυπάρχει με τους δημόσιους μηχανισμούς χρηματοδότησης, είτε ως συμπληρωματική είτε ως

υποκατάστατη κάλυψη(Hanson, & Brikci,2022).

Πληρωμές από την τσέπη: Οι πληρωμές από την τσέπη αναφέρονται στις άμεσες πληρωμές που πραγματοποιούν τα άτομα για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι πληρωμές αυτές μπορεί να εμφανίζονται με διάφορες μορφές, όπως συμμετοχές, εκπτώσεις ή αμοιβές για συγκεκριμένες υπηρεσίες. Οι πληρωμές από την τσέπη χρησιμοποιούνται συνήθως για τη συμπλήρωση άλλων μηχανισμών χρηματοδότησης, αλλά μπορούν επίσης να επιβαρύνουν οικονομικά τα άτομα, περιορίζοντας ενδεχομένως την πρόσβαση στη φροντίδα, ιδίως για τους ευάλωτους πληθυσμούς. Στρατηγικές για αποτελεσματικούς μηχανισμούς χρηματοδότησης:

Οικονομική βιωσιμότητα: Οι μηχανισμοί χρηματοδότησης θα πρέπει να διασφαλίζουν τη μακροπρόθεσμη οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό απαιτεί την εξισορρόπηση της παραγωγής εσόδων με το κόστος παροχής υπηρεσιών, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού, τις τεχνολογικές εξελίξεις και τις μεταβαλλόμενες δημογραφικές εξελίξεις. Η υιοθέτηση αποτελεσματικών στρατηγικών κατανομής πόρων και η διερεύνηση καινοτόμων μοντέλων χρηματοδότησης μπορούν να συμβάλουν στην οικονομική βιωσιμότητα.

Συγκέντρωση κινδύνων: Η συγκέντρωση κινδύνων περιλαμβάνει τη συλλογή και την ανακατανομή κεφαλαίων για την κατανομή των χρηματοοικονομικών κινδύνων σε έναν ευρύτερο πληθυσμό. Με τη συγκέντρωση πόρων, τα άτομα συνεισφέρουν με βάση την ικανότητά τους να πληρώνουν, και όσοι έχουν ανάγκη λαμβάνουν υποστήριξη όταν χρειάζονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι μηχανισμοί συγκέντρωσης κινδύνων, όπως η κοινωνική ασφάλιση ή η χρηματοδότηση με βάση τη φορολογία, μπορούν να προωθήσουν την αλληλεγγύη και να μειώσουν την οικονομική επιβάρυνση των ατόμων σε περιόδους ασθένειας (Hanson, & Brikci,2022).

Ισότητα και πρόσβαση: Οι μηχανισμοί χρηματοδότησης θα πρέπει να στοχεύουν στην επίτευξη ισότητας και να εξασφαλίζουν την πρόσβαση στην περίθαλψη για όλα τα άτομα, ανεξάρτητα

από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Αυτό περιλαμβάνει την εξέταση της οικονομικής προσιτότητας των υπηρεσιών, τη μείωση των οικονομικών εμποδίων και την εφαρμογή μηχανισμών για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων και των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Ο σχεδιασμός μηχανισμών χρηματοδότησης που δίνουν προτεραιότητα στους ευάλωτους πληθυσμούς και κατανέμουν τους πόρους με βάση τις ανάγκες μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της ισότιμης πρόσβασης στη φροντίδα (Hanson, & Brikci,2022).

**Αποδοτικότητα και σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας:** Οι μηχανισμοί χρηματοδότησης θα πρέπει να παρέχουν κίνητρα για την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει την προώθηση πρακτικών βασισμένων σε αποδείξεις, την εφαρμογή πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας και την υιοθέτηση μοντέλων πληρωμής που ανταμείβουν την αξία και όχι τον όγκο. Η ενθάρρυνση της προληπτικής φροντίδας, της χρήσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της κατάλληλης κατανομής των πόρων μπορούν να βελτιστοποιήσουν τα αποτελέσματα της υγείας, ελέγχοντας παράλληλα το κόστος.

**Προκλήσεις και τομείς βελτίωσης:**

**Αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης:** Μία από τις πρωταρχικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι η συνεχής αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Παράγοντες όπως η τεχνολογική πρόοδος, η γήρανση του πληθυσμού και η αυξανόμενη επιβάρυνση από χρόνιες ασθένειες συμβάλλουν στην κλιμάκωση του κόστους. Η εξεύρεση ισορροπίας μεταξύ των μέτρων περιορισμού του κόστους και της διατήρησης υψηλής ποιότητας περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των μηχανισμών χρηματοδότησης (Hanson, & Brikci,2022).

**Ανισότητες στον τομέα της υγείας:** Οι μηχανισμοί χρηματοδότησης πρέπει να αντιμετωπίζουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας και να εξασφαλίζουν ισότιμη πρόσβαση στη φροντίδα.

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες μπορούν να επηρεάσουν τις ατομικές πρόσβαση σε



υπηρεσίες υγείας, με τους μειονεκτούντες πληθυσμούς να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην περίθαλψη. Ο σχεδιασμός μηχανισμών χρηματοδότησης που δίνουν προτεραιότητα στους ευάλωτους πληθυσμούς, κατανέμουν πόρους με βάση τις ανάγκες και εφαρμόζουν στοχευμένες παρεμβάσεις μπορεί να συμβάλει στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

**Κατακερματισμός και συντονισμός:** Ο κατακερματισμός στο πλαίσιο των μηχανισμών χρηματοδότησης μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματικότητα και αποσπασματική παροχή φροντίδας. Ο συντονισμός διαφορετικών πηγών χρηματοδότησης, όπως η δημόσια και η ιδιωτική ασφάλιση, και η ενσωμάτωση της περίθαλψης σε διαφορετικούς παρόχους και ρυθμίσεις μπορούν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών χρηματοδότησης.

**Διαφάνεια και λογοδοσία:** Η διασφάλιση της διαφάνειας και της λογοδοσίας στην κατανομή και τη χρήση των κονδυλίων είναι ζωτικής σημασίας. Η καθιέρωση σαφών μηχανισμών παρακολούθησης και αξιολόγησης της απόδοσης των μηχανισμών χρηματοδότησης, καθώς και της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της περίθαλψης, μπορεί να ενισχύσει τη διαφάνεια, την εμπιστοσύνη και την εμπιστοσύνη του κοινού.

**Οικονομική προστασία:** Οι υψηλές πληρωμές από την τσέπη μπορούν να αποτελέσουν οικονομικό βάρος για τα άτομα και τις οικογένειες. Η εφαρμογή μέτρων για την προστασία των ατόμων από καταστροφικές δαπάνες υγείας, όπως ανώτατα όρια στις πληρωμές από την τσέπη ή εξαιρέσεις για ευάλωτους πληθυσμούς, μπορεί να βελτιώσει την οικονομική προστασία και να διασφαλίσει την πρόσβαση στην αναγκαία περίθαλψη (Hanson, & Brikci, 2022).

**Μακροπρόθεσμος σχεδιασμός και προσαρμοστικότητα:** Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και οι μηχανισμοί χρηματοδότησης πρέπει να μπορούν να προσαρμόζονται στα μεταβαλλόμενα δημογραφικά στοιχεία, τις επιδημιολογικές τάσεις και τις τεχνολογικές

εξελίξεις. Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός, η ανάλυση σεναρίων και η συνεχής αξιολόγηση μπορούν να βοηθήσουν στην πρόβλεψη των μελλοντικών αναγκών και να διασφαλίσουν τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των μηχανισμών χρηματοδότησης.

Οι μηχανισμοί χρηματοδότησης αποτελούν κρίσιμα στοιχεία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας τους απαραίτητους πόρους για την εξασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη. Με την υιοθέτηση στρατηγικών που προωθούν την οικονομική βιωσιμότητα, την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαφάνεια, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να βελτιστοποιήσουν την κατανομή των πόρων και να ενισχύσουν την απόδοση των μηχανισμών χρηματοδότησης. Η αντιμετώπιση προκλήσεων όπως η αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας, ο κατακερματισμός και η λογοδοσία θα συμβάλουν στη βελτίωση των μηχανισμών χρηματοδότησης. Επιπλέον, η συνεχής παρακολούθηση, αξιολόγηση και προσαρμογή είναι απαραίτητες για να διασφαλιστεί ότι οι μηχανισμοί χρηματοδότησης εξακολουθούν να ανταποκρίνονται στις εξελισσόμενες ανάγκες των πληθυσμών και να επιτρέπουν την παροχή προσβάσιμων και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Hanson, & Brikci,2022).

## Επίλογος

Η ανάλυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, με ιδιαίτερη έμφαση στο ελληνικό σύστημα, έριξε φως στα δυνατά σημεία, τις προκλήσεις και τους πιθανούς τομείς για βελτίωση στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και στη χάραξη πολιτικής. Η εξέταση των βασικών δεδομένων, των δεικτών, των μηχανισμών χρηματοδότησης και των πολιτικών υγείας παρείχε πολύτιμες πληροφορίες για τη λειτουργία και τις επιδόσεις αυτών των συστημάτων.

Ενώ τα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του ελληνικού συστήματος, μοιράζονται τη δέσμευση για την επίτευξη καθολικής κάλυψης και την παροχή πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη, οι προκλήσεις εξακολουθούν να υφίστανται. Η οικονομική βιωσιμότητα παραμένει ένα πιεστικό ζήτημα, που απαιτεί προσεκτική κατανομή των πόρων και καινοτόμα μοντέλα χρηματοδότησης. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στη φροντίδα για όλους τους πληθυσμούς, ιδίως για τις ευάλωτες ομάδες, απαιτεί στοχευμένες παρεμβάσεις και προσαρμοσμένες πολιτικές. Η ενίσχυση της ικανότητας του εργατικού δυναμικού, η προώθηση της ολοκλήρωσης της περίθαλψης και η ενίσχυση των συστημάτων πληροφοριών για την υγεία είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της συνολικής παροχής και του συντονισμού της υγειονομικής περίθαλψης.

Η ανάλυση ανέδειξε τη σημασία της συνεχούς παρακολούθησης, αξιολόγησης και προσαρμογής στα συστήματα και τις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης. Ισχυροί μηχανισμοί αξιολόγησης, υποστηριζόμενοι από αξιόπιστα δεδομένα και μετρήσιμους δείκτες, επιτρέπουν στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και να λαμβάνουν αποφάσεις βάσει τεκμηρίων. Η μάθηση από τις βέλτιστες πρακτικές σε άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και η προώθηση της

διεθνούς συνεργασίας μπορούν να παράσχουν πολύτιμες γνώσεις και να εμπνεύσουν καινοτόμες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση κοινών προκλήσεων.

Καθώς οι εξελίξεις δεν σταματούν, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι δυναμικά και πρέπει να εξελίσσονται για να ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των πληθυσμών. Ο μακροπρόθεσμος σχεδιασμός, η διαφάνεια και η λογοδοσία είναι αναπόσπαστα στοιχεία για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Με τη συμμετοχή των ενδιαφερόμενων μερών, την ακρόαση διαφορετικών απόψεων και την ιεράρχηση της ευημερίας των ατόμων και των κοινοτήτων, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να διαμορφώσουν πολιτικές που προωθούν την προσβάσιμη, δίκαιη και υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη για όλους.

## Βιβλιογραφία

1. Αθανασίου Λ., Ζερβού Φ., Κώτση Α., (1009), «Οικονομική και δημογραφική βιωσιμότητα του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος», Εκθέσεις 57, Αθήνα, ΚΕΠΕ
2. Αθανασίου Λ., Ζερβού Φ., Κώτση Α., (2012), «Η εξίσωση των ορίων ηλικίας των γυναικών προς τα αντίστοιχα των ανδρών: σημασία και επιπτώσεις». Εκθέσεις 69, Αθήνα, ΚΕΠΕ
3. Αλεξιάδου Σ. (1990), Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Περιοδικό: Διοικητική Ενημέρωση, Τεύχος 35
4. Αλεξιάδης Α. (2003), Το εθνικό σύστημα υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα, Εκδόσεις Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη
5. Βαγιανός Δ., Βέττας Ν., Μεγύρ Κ., (2010), «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μια κρίσιμη συγκυρία»
6. Βακαλόπουλος, Γ., (1993). «Εξέλιξη της συνταξιοδοτικής προστασίας στην μεταπολεμική Ελλάδα.» Επιθεώρησης Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης
7. Βενιέρης Δ., (2011) «Ευρωπαϊκή Ένωση και Συμβούλιο της Ευρώπης: ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική και ευρωπαϊκά κοινωνικά δικαιώματα στο «Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης.» Διόνικος
8. Βουρλούμης Π., (2005), «Το ασφαλιστικό με απλά λόγια», Αθήνα, Εκδόσεις Ποταμός
9. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016), Ειδική έρευνα για την οργάνωση της εργασίας και τη ρύθμιση του χρόνου εργασίας
10. Γιαλιτάκη Μ., Αθητάκη Κ. (2001), « Η κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα, Ιστορία και Προοπτικές», Ηράκλειο
11. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016), Συνθήκες διαβίωσης στην Ελλάδα

12. Έκθεση για το Ελληνικό Ασφαλιστικό Σύστημα, (1992), Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, Επιθεώρησης Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΔΚΑ), 2001 αριθμ.τευχ.1/505, σελ.290-299
13. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001), «Συστήματα υγείας», Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση
14. Καραμεσίνη Μ., (2011) «Η πολιτική απασχόλησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης» στο Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης
15. Κατρούγκαλος Γ., (2004), «Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο», Α.Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή
16. Κουζής, Γιάννης (2017). Η Κρίση και τα Μνημόνια Ισοπεδώνουν την Εργασία. *Κοινωνική Πολιτική*
17. Κουμαριανός Β. (2012), «Κωδικοποίηση αλλαγών στην Κοινωνική Ασφάλιση από το μνημόνιο μέχρι σήμερα», Αθήνα
18. Κυριακούλιας, Π., (2012), «Οι εργασιακές σχέσεις μετά το μνημόνιο, πανόραμα της μεταρρύθμισης της εργατικής νομοθεσίας 2010-2012» Μελέτη
19. Λαναράς Κ. (2017) , «Η Ασφάλιση στο ΙΚΑ – ΕΦΚΑ», Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα
20. Μαρδάς Γ.,(1993), «Οργανωτική και οικονομική του συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης», Αθήνα, Εκδόσεις Εκδοτικές Επιχειρήσεις «Το οικονομικό» Κ & Π ΣΜΠΛΙΑΣ ΑΕΒΕ
21. Πέτρουλας Π., Ρομπόλης Σ., Χλέτσος Μ., Ξυδέας Ευαγγ., (1993), «Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα- Η περίπτωση του Ι.Κ.Α», Μελέτες Νο4, Αθήνα ΙΝΕ-ΓΣΕΕ
22. Προβόπουλος Γ.Α., (1987), «Κοινωνική Ασφάλιση: μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος», Αθήνα, Εκδόσεις ΙΟΒΕ
23. Σκουτέλης Γ.Δ., (1990), «Κοινωνικές Ασφαλίσεις ανάπτυξη και κρίση». Αθήνα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας

24. Σολωμός Γ., (1991), «Κοινωνική Ασφάλισης από την κρίση στον ενιαίο φορέα», Αθήνα, Εκδόσεις «ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ» Α. Α. ΛΙΒΑΝΗ & ΣΙΑ
25. Σούλης Σ., (1990), «Βασικές Κοινωνικό Οικονομικές ανάγκες και το φαινόμενο της Κοινωνικής Ασφάλειας». Αθήνα, ΤΕΙ ΑΘΗΝΑ
26. Στεργίου Α, Σακελλαρόπουλος Θ., (2010), «Η Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση», Αθήνα, Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ
27. Στουρνάρας Γ., (2011), «Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου», Αθήνα, Εκδόσεις ΙΟΒΕ
28. Στασινοπούλου Ο. (2006), «Κράτος Πρόνοιας Ιστορική εξέλιξη – Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις», Gutenberg, Αθήνα
29. Τσαλίκης, Γ., (2008). «Η θεμελίωση της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα». Αθήνα: Παπαζήση
30. Economou, Charalampos, Kaitelidou, Daphne, Karanikolos, Marina. et al. (2017). Greece: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe.

### **Ξένη**

1. Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., & Zucman, G. (2021). World Inequality Report 2022. Belknap Press.
2. Anyangwe, S. C., & Mtonga, C. (2007). Inequalities in the global health workforce: the greatest barrier to health in sub-Saharan Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 4(2), 93-100.
3. Bollyky, T. J., & Gostin, L. O. (2020). The equitable distribution of COVID-19 therapeutics and vaccines. *JAMA*, 323(24),
4. Blümel, M., & Busse, R. (2015). The German health care system, 2015. *International profiles of health care systems*, 69, 76.
5. Burls, A. (2007). People and green spaces: promoting public health and mental well-

being through ecotherapy. *Journal of public mental health*.

6. Cabrera, A., & Álvarez, B. (2017). The Spanish pension system: current challenges and future prospects. In A. Garrido & E. Bernal (Eds.), *The demographics of an aging population and its implications for public policy* (pp. 165-186). Springer.
7. Carrasco, R., & Rodriguez, J. (2018). *The Spanish Pension System: Current situation and future challenges*. BBVA Research.
8. Chevallier, C., Leprince, M., & Salanié, B. (2019). Pension reforms in France and Europe. In *Handbook of Pension Politics* (pp. 179-194). Edward Elgar Publishing.
9. European Commission. (2021). *Pension Adequacy Report 2021: Current and future income adequacy in old age in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
10. Eurostat. (2020). *Pension statistics*.
11. Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., ... & World Health Organization. (2014). *Italy: health system review*
12. Jaehrling, K., & Méhaut, P. (2005, September). Dynamics of Change in the Public Service Sector: a comparison of working conditions in French and German hospitals. In 26th International Working Group on Labor Market Segmentation (IWPLMS) Conference, Berlin, September 2005. *sygkrish gallia germnaia*
13. Haazen, D. S., & Hayer, A. S. (2010). Financing capital costs and reducing the fixed costs of health systems. *Implementing Health Financing Reform*, 221.
14. Hanson, K., Brikci, N., Erlangga, D., Alebachew, A., De Allegri, M., Balabanova, D., ... & Wurie, H. (2022). The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *The Lancet Global Health*, 10(5), e715-e772.
15. McKee, M., & Healy, J. (Eds.). (2002). *Hospitals in a changing Europe* (Vol. 3). Buckingham: Open University Press



16. Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
17. Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. (Eds.). (2016). *International profiles of health care systems 2015: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States*. The Commonwealth Fund
18. Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2020). Health system performance comparison: An agenda for policy, information, and research. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement\_1), i3-i7.
19. Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms: Experience in western European health care systems suggests lessons for reform in the United States, according to a major international comparison by the World Health Organization. *Health affairs*, 17(2), 85-108.
20. Saltman, R. B., Figueras, J., & Sakellarides, C. (2008). *Critical Challenges For Health Care Reform In Europe*. McGraw-Hill Education
21. Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), 111-119.
22. Sicsic, J., Franc, C., & Chantry, A. A. (2015). Organisation of healthcare in France: Analysis of recent reforms and trends. *Healthcare Papers*, 14(2), 8-24.
23. Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), 432-445
24. World Health Organization. (2018). *Delivering quality health services: A global*

imperative. OECD Publishing.

25. David Blumenthal, Corinne Lewis, and Melinda K. Abrams, “Making Health Care Accountable: Considerations for the Center for Medicare and Medicaid Innovation,” *To the Point* (blog), Commonwealth Fund, June 9, 2021.
26. Maynard A. 2013. “Health Care Rationing: Doing It Better in Public and Private Health Care Systems.” *Journal of Health Politics, Policy and Law*.
27. Saltman R.B., Ferroussier-Davis O. 2000. “The Concept of Stewardship in Health Policy.” *Bulletin of the World Health Organization*