

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ &
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ
ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΟΛΛΑΝΔΙΑΣ**

Εμμανουηλία Γ. Μουστάκα

Διπλωματική Εργασία

που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής

Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των

απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού

Διπλώματος Ειδίκευσης στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου

Πειραιάς
Ιούνιος 2012

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΑΝΑΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ &
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ
ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΟΛΛΑΝΔΙΑΣ**

Εμμανουηλία Γ. Μουστάκα

Διπλωματική Εργασία

που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής
Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των
απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού
Διπλώματος Ειδίκευσης στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου

Πειραιάς
Ιούνιος 2012

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή που ορίστηκε από τη ΓΣΕΣ του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς στην υπ' αριθμ. συνεδρίασή του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου

Τα μέλη της Επιτροπής ήταν:

- κος Νεκτάριος Μιλτιάδης (Επιβλέπων)
- κα Πανοπούλου Αικατερίνη
- κος Τήνιος Πλάτων

Η έγκριση της Διπλωματική Εργασίας από το Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

UNIVERSITY OF PIRAEUS



**DEPARTMENT OF STATISTICS
AND INSURANCE SCIENCE**

**POSTGRADUATE PROGRAM IN
ACTUARIAL SCIENCE AND
RISK MANAGEMENT**

**ANALYSIS OF THE INSURANCE MECHANISM
OF HEALTH CARE SYSTEM OF
NETHERLANDS**

By
Emmanouilia G. Moustaka

MSc Dissertation

submitted to the Department of Statistics and Insurance
Science of the University of Piraeus in partial fulfilment of
the requirements for the degree of Master of Science in
Actuarial Science and Risk Management

Piraeus, Greece
June 2012

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Στην οικογένεια μου

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον πρόεδρο του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος κ. Μιχαήλ Γκλεζάκο καθώς και τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής αυτής εργασίας κ. Μιλτιάδη Νεκτάριο για την ευκαιρία που μου έδωσαν να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον και σύγχρονο θέμα καθώς και για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσαν στις σκέψεις και τους προβληματισμούς μου.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα στο σημείο αυτό να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές που με τις γνώσεις τους και το αμέριστο ενδιαφέρον τους συνέβαλαν όχι μόνο στην εκπαιδευτική μας εξέλιξη, αλλά και στην πνευματική μας καλλιέργεια, ώστε να αποκτήσουμε κριτική σκέψη και ηθική διαμόρφωση.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμφοιτητές μου διότι με τις όποιες παρατηρήσεις και κρίσεις τους συνέβαλαν στην καλύτερη συγγραφή αυτής της εργασίας.

Κλείνοντας τις ευχαριστίες αυτές θα πρέπει να ευχαριστήσω ολόψυχα τους γονείς μου για την διαρκή οικονομική και κυρίως ψυχική υποστήριξη που μου παρέχουν απλόχερα σε κάθε μου βήμα και την ενθάρρυνσή τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Σκοπός και μέλημά μου είναι η εργασία αυτή να παρέχει ουσιαστική βοήθεια σε οποιονδήποτε θα ήθελε να ασχοληθεί περισσότερο με το εν λόγω θέμα. Κλείνοντας, θα πρέπει να ευχαριστήσω για μια ακόμη φορά όσους συνετέλεσαν με κάθε τρόπο στην υλοποίηση αυτής της έρευνα και ευελπιστώ το αποτέλεσμα αυτής να είναι αντάξιο των προσδοκιών τους.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία προσπάθεια παρουσίασης, ανάπτυξης και επεξεργασίας του συστήματος υγείας της Ολλανδίας. Η εν λόγω χώρα επιλέχθηκε μεταξύ άλλων λόγω των κορυφαίων παροχών υγείας που έχει επιτύχει να προσφέρει στους πολίτες της ως αποτέλεσμα μιας σειράς καινοτόμων μεταρρυθμίσεων που έχει εφαρμόσει τα τελευταία έτη.

Η εργασία ξεκινάει με μία σειρά παρουσιάσεων των συστημάτων υγείας άλλων χωρών όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Γερμανία, η Νέα Ζηλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Οι χώρες αυτές επιλέχθηκαν μεταξύ άλλων διότι έχουν να δείξουν υψηλό επίπεδο παροχών περίθαλψης στους κατοίκους τους, υψηλή αποδοτικότητα, προσβασιμότητα και ισότητα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η ανάπτυξη του συστήματος υγείας της Ολλανδίας, όπως αυτό είχε διαμορφωθεί έως το 2006. Θα εστιάσουμε αρχικά σε κάποια γενικά στοιχεία για τη χώρα και στη συνέχεια θα ασχοληθούμε με την οργανωτική δομή του συστήματος υγείας αλλά και τις πηγές χρηματοδότησής του. Δεν θα μπορούσε από την παρουσίασή μας να λείπει η ανάλυση της κατανομής των παρεχόμενων χρηματοοικονομικών πόρων των ταμείων ασθενείας, αλλά και οι λόγοι που τελικά οδήγησαν την Ολλανδική κυβέρνηση να τροποποιήσει το εν λόγω σύστημα, δίνοντάς του μία νέα προοπτική.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με το ισχύον σύστημα υγείας της Ολλανδίας, όπως αυτό διαμορφώθηκε μετά τη μεταρρύθμισή του. Θα ασχοληθούμε και πάλι με την οργανωτική δομή του, τον τρόπο χρηματοδότησής του, τις παροχές προς τους πολίτες, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αντισταθμίζεται ο κίνδυνος στον οποίο εκτίθενται οι ασφαλιστικές εταιρίες. Την εν λόγω εργασία θα κλείσει η αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων που έχουν υλοποιηθεί, αλλά και η περαιτέρω εξέλιξή του μέσω νέων προτάσεων για την βελτίωση του συστήματος.

Τέλος, θα μπορούσε να προταθεί η χρήση της παρούσας εργασίας ως βάση για τη διεξαγωγή νεότερων ερευνών οι οποίες θα στοχεύουν στην περαιτέρω διερεύνηση του εν λόγω θέματος.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Abstract

This paper is an attempt to present, develop and process the health care system in the Netherlands. This country was chosen among others because of the top health benefits it has managed to provide its citizens with, which were achieved through a series of innovative reforms that have been implemented in recent years.

The paper begins with a series of presentations of the health care systems of other countries such as Australia, Canada, Germany, New Zealand, United Kingdom and United States of America, Sweden, Switzerland and Italy. These countries were selected amongst others because they have achieved a high level of health care for their citizens, high efficiency, access and equity.

In the second chapter we examine the development of the health care system in the Netherlands, as it was until 2006. Initially, we will focus on some general information about the country and later deal with the organizational structure of the health care system and its funding sources. We continue with the analysis of the distribution of the financial resources of the sickness funds and the reasons that eventually led to the altering of the system by the Dutch government, giving it a new perspective.

The third chapter deals with the current health care system in the Netherlands , after its reform. We will again deal with its organizational structure, its funding sources, its citizens' benefits, but also the way in which insurers offset their risk. This paper will be concluded with the evaluation of the reforms that have been implemented, and that of any further development of the system through new proposals and suggestions that aim to improve the system.

Finally, it could be suggested that this paper can be used as a basis to do further research into the examination of this issue.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Περιεχόμενα

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1.....	1
Εισαγωγή.....	1
Συστήματα Υγείας.....	2
1.1 Επισκόπηση των Συστημάτων Υγείας.....	2
1.2 Διαχρονική εξέλιξη των Συστημάτων Υγείας.....	8
1.3 Γενική αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας.....	13
1.4 Μελέτες περιπτώσεων των συστημάτων υγείας.....	14
1.4.1 Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας.....	15
1.4.2 Το σύστημα υγείας του Καναδά.....	19
1.4.3 Το σύστημα υγείας της Γερμανίας.....	22
1.4.4 Το σύστημα υγείας της Νέας Ζηλανδίας.....	25
1.4.5 Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.....	29
1.4.6 Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.....	32
Συμπεράσματα πρώτου κεφαλαίου.....	37
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2.....	41
Εισαγωγή.....	41
Το Σύστημα Υγείας της Ολλανδίας πριν το 2006.....	42
2.1 Γενικά στοιχεία για την Ολλανδία.....	42
2.2 Ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας πριν το 2006.....	46
2.3 Οργανωτική δομή και διοίκηση του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας.....	47
2.4 Προϋπολογισμός - χρηματοδότηση και δαπάνες του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας.....	52
2.5 Οι παροχές του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας.....	64
2.6 Ανάλυση της κατανομής των παρεχόμενων χρηματοοικονομικών πόρων.....	69
2.7 Λόγοι μετεξέλιξης του ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας.....	73
Συμπεράσματα δευτέρου κεφαλαίου.....	77
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3.....	79
Εισαγωγή.....	79
Το ισχύον Σύστημα Υγείας της Ολλανδίας.....	80
3.1 Οργανωτική δομή και διοίκηση του νέου συστήματος υγείας της Ολλανδίας.....	80
3.2 Προϋπολογισμός- χρηματοδότηση και δαπάνες του νέου συστήματος υγείας.....	86
3.3 Παροχές του νέου συστήματος υγείας.....	102
3.4 Προσαρμογή στον κίνδυνο – Risk adjustment.....	107

3.5 Αξιολόγηση-αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμιστικών αλλαγών του τρέχοντος συστήματος υγείας της Ολλανδίας και κατάταξή του με βάση ευρωπαϊκές έρευνες....	116
3.6 Συμπεράσματα τρίτου κεφαλαίου – Προτάσεις για βελτίωση	127
Συμπεράσματα.....	135
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	137

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εξέταση μιας σειράς συστημάτων υγείας με στόχο την τελική σύγκρισή τους με το σύστημα υγείας που ακολουθεί η Ολλανδία. Τα εν λόγω συστήματα υγείας αξιολογούνται με βάση μια σειρά κριτηρίων αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, τα οποία έχουν γίνει παγκοσμίως κοινά αποδεκτά και αφορούν:

- Στην ποιότητα της περίθαλψης
- Στην προσβασιμότητα
- Στην αποδοτικότητα
- Στην ισότητα
- Στην υγιή, παραγωγική ζωή με υψηλό προσδόκιμο
- Στα έξοδα που δαπανώνται για την υγεία

Στη συνέχεια ακολουθεί μια διαχρονική εξέλιξη των συστημάτων υγείας και πιο συγκεκριμένα θα εστιάσουμε σε δύο τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που αφορούν στα εθνικά συστήματα υγείας και στα συστήματα ασφάλισης της υγείας.

Έπειτα, ακολουθεί η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που αυτά παρουσιάζουν και η ενότητα θα κλείσει με την μελέτη των περιπτώσεων συστημάτων υγείας χωρών και πιο συγκεκριμένα της Αυστραλίας, της Γερμανίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, του Καναδά και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.

Συστήματα Υγείας

1.1 Επισκόπηση των Συστημάτων Υγείας

Στη σημερινή εποχή όπου τα συστήματα υγείας σε πολλές χώρες αντιμετωπίζουν ευρεία και ταχεία αλλαγή, υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τη σύγκριση των τρεχουσών εξελίξεων στις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από διαφορετικές χώρες όπως είναι αυτές της Αυστραλίας, του Καναδά, της Γερμανίας, της Νέας Ζηλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που εξετάζονται στην παρούσα διπλωματική εργασία. Η εξέταση αυτών των συστημάτων γίνεται με σκοπό να γίνει τελικά η σύγκρισή τους με το σύστημα υγείας που ακολουθεί η Ολλανδία, η οποία θεωρείται ότι εφαρμόζει ένα πρότυπο και καινοτόμο σύστημα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τα συστήματα υγείας που έχουν υιοθετηθεί μέχρι σήμερα από τις διάφορες χώρες αξιολογούνται με τη βοήθεια ενός αριθμού κριτηρίων αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, τα οποία έχουν γίνει παγκοσμίως κοινά αποδεκτά. Στον πίνακα που ακολουθεί λοιπόν οι χώρες συγκρίνονται μεταξύ τους ως προς τα κάτωθι κριτήρια: (Davis, K., Schoen, C., Stremikis, K., (2010))

- 1) Την ποιότητα περίθαλψης: η υψηλή ποιότητα περίθαλψης ορίζεται σαν η περίθαλψη που είναι αποτελεσματική, ασφαλής, συντονισμένη και έχει ως επίκεντρο τον ασθενή.

- Αποτελεσματική περίθαλψη: Ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας συστήματος υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς λαμβάνουν “υπηρεσίες που είναι αποτελεσματικές και κατάλληλες για την πρόληψη ή τη θεραπεία μιας δεδομένης κατάστασης και τον έλεγχο χρόνιων ασθενειών”. Η πρόληψη και η διαχείριση της περίθαλψης ασθενών με χρόνιες ασθένειες-παθήσεις είναι ζωτικής σημασίας για ένα αποτελεσματικό σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Εδώ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως η λήψη ιατρικών συμβουλών σχετικά με τη σημασία του σωματικού βάρους, τη διατροφή και την άσκηση, τη λήψη υπενθύμισης για την πραγματοποίηση προληπτικών ελέγχων, η χρήση συγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων χρόνιων παθήσεων.

- Ασφαλής περίθαλψη: Εδώ ως ασφαλής περίθαλψη περιγράφεται η αποφυγή τραυματισμών στους ασθενείς από τη φροντίδα που τους παρέχεται με στόχο να τους βοηθήσει. Εδώ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως λανθασμένη ιατρική εκτίμηση, χορήγηση λανθασμένης φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς, λήψη προειδοποιητικών μηνυμάτων στους ιατρούς μέσω του υπολογιστή σχετικά με πιθανά προβλήματα με δόσεις φαρμάκων ή αλληλεπιδράσεις τους.

- Συντονισμένη περίθαλψη: Ο συντονισμός της περίθαλψης του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας βοηθάει να εξασφαλίζεται η κατάλληλη παρακολούθηση της θεραπείας, η ελαχιστοποίηση του κινδύνου σφάλματος και η πρόληψη τυχόν επιπλοκών. Λανθασμένος συντονισμός της περίθαλψης υγείας αυξάνει το κόστος της θεραπείας, υπονομεύει την παράδοση της κατάλληλης, αποτελεσματικής περίθαλψης ενώ παράλληλα θέτει την ασφάλεια των ασθενών σε κίνδυνο. Εδώ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως η παροχή υπηρεσιών στον ασθενή από έναν οικογενειακό ιατρό, η συγγραφή παραπεμπτικών σημειωμάτων που επιτρέπουν την παροχή υπηρεσιών εξειδικευμένης περίθαλψης και περιλαμβάνουν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς από τον οικογενειακό ιατρό, ο επανέλεγχος του ασθενούς μετά από ένα χρονικό διάστημα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

- Περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή: οι υπηρεσίες σχετικά με την περίθαλψη των ασθενών πρέπει να αποδίδονται με βάση τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενή. Εδώ λαμβάνεται υπόψη η επικοινωνία του ιατρού/ παρόχου με τον ασθενή σχετικά με την επαρκή εξήγηση στους ασθενείς της κατάστασης υγείας τους, των τυχόν εξετάσεων-επεμβάσεων που απαιτούνται, τη λήψη σαφών οδηγιών για την αντιμετώπιση του προβλήματός τους, τη δυνατότητα επικοινωνίας με τον ιατρό εκτός ωρών γραφείου του.

2) Την προσβασιμότητα: η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σχετίζεται με τη λήψη έγκαιρης και προσιτής περίθαλψης.

- Κόστος προσβασιμότητας: περιλαμβάνεται το κόστος που σχετίζεται με προβλήματα προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη και λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: οι ιδιωτικές δαπάνες, η δυσκολία


που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στην πληρωμή του κόστους συμμετοχής σε κάποιες υπηρεσίες, του κόστους επίσκεψης ενός ιατρού ή του κόστους πραγματοποίησης ιατρικού ελέγχου

- Η έγκαιρη παροχή υγειονομικής περίθαλψης: εξετάζει το χρόνο αναμονής μέχρι την πρόσβαση και παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Εδώ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: χρόνος αναμονής μέχρι την λήψη εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, μέχρι την πραγματοποίηση ενός ιατρικού ραντεβού, χρόνος αναμονής σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (<1 ώρας), χρόνος αναμονής μέχρι την πραγματοποίηση επέμβασης.
- 3) Αποδοτικότητα: ένα αποδοτικό σύστημα υγείας επιδιώκει να μεγιστοποιήσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας παράλληλα ότι οι πρόσθετες επενδύσεις αποφέρουν αξία με την πάροδο του χρόνου. Για τη μέτρηση της αποδοτικότητας εξετάζει τα συνολικά εθνικά έξοδα για την υγεία σαν ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος και σαν ποσοστό που δαπανάται για την διαχείριση της υγείας και της ασφάλισης. Εδώ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: ποσοστό ατόμων που επισκέφθηκαν εξειδικευμένο ιατρό για κάποιο πρόβλημα υγείας που θα μπορούσε να είχε χειριστεί οικογενειακός ιατρός, ποσοστό ατόμων που έχουν αποσταλεί δύο φορές για τον ίδιο ιατρικό έλεγχο από διαφορετικούς ιατρούς, ποσοστό ατόμων που είχαν εξέλθει από το νοσοκομείο και απαιτήθηκε είτε εισαγωγή εκ νέου είτε επίβλεψη από εξειδικευμένο ιατρό λόγω επιπλοκών.
- 4) Ισότητα: η ισότητα ορίζεται ως η παροχή υγειονομικής περίθαλψης που δεν διαφέρει σε κανένα χαρακτηριστικό όπως η ποιότητα, φύλο, εθνικότητα, γεωγραφική θέση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Εδώ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: η παροχή μέτρων από την κυβέρνηση για την ικανοποίηση των αναγκών των πιο ευάλωτων οικονομικά ομάδων πληθυσμού, λήψη παροχής υπηρεσιών υγείας από όλους λόγω του κόστους της, ύπαρξη ανισοτήτων υγείας.

- 5) Υγείας, παραγωγική ζωή με υψηλό προσδόκιμο: Ο στόχος του συστήματος υγείας και περίθαλψης είναι να διασφαλιστεί ότι οι άνθρωποι απολαμβάνουν υγιή και παραγωγική ζωή, με υψηλή αναμενόμενη διάρκεια ζωής. Για τη μέτρηση αυτής της διάστασης λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: δείκτες θνησιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη, παιδική θνησιμότητα, προσδόκιμο ζωής.
- 6) Έξοδα σχετικά με την υγεία: Περιλαμβάνεται εκτίμηση της κατά κεφαλή δαπάνης και αποτελεί ένα χρήσιμο μέτρο σύγκρισης μεταξύ των χωρών, καθώς υποδηλώνει την οικονομική πλευρά του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Εδώ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: συνολικά έξοδα που έχουν πραγματοποιηθεί για την υγειονομική περίθαλψη, πληθυσμός.

Μία σχετική κατάταξη των συστημάτων υγείας με κριτήρια την ποιότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοτικότητα, τη δικαιοσύνη και τις κατά κεφαλή δαπάνες αποτυπώνεται στον πίνακα 1.1. που ακολουθεί:

Πίνακας 1.1: Συνολική Κατάταξη των Εθνικών Συστημάτων Υγείας

Country Rankings								
	1.00-2.33							
	2.34-4.66							
	4.67-7.00							
	AUS	CAN	GER	NETH	NZ	UK	US	
OVERALL RANKING (2010)	3	6	4	1	5	2	7	
Quality Care	4	7	5	2	1	3	6	
Effective Care	2	7	6	3	5	1	4	
Safe Care	6	5	3	1	4	2	7	
Coordinated Care	4	5	7	2	1	3	6	
Patient-Centered Care	2	5	3	6	1	7	4	
Access	6.5	5	3	1	4	2	6.5	
Cost-Related Problem	6	3.5	3.5	2	5	1	7	
Timeliness of Care	6	7	2	1	3	4	5	
Efficiency	2	6	5	3	4	1	7	
Equity	4	5	3	1	6	2	7	
Long, Healthy, Productive Lives	1	2	3	4	5	6	7	
Health Expenditures/Capita, 2007	\$3,357	\$3,895	\$3,588	\$3,837*	\$2,454	\$2,992	\$7,290	

* Εκτίμηση της κατά κεφαλή δαπάνης σε δολάρια / Πηγή: Davis, K., Schoen, C., Stremikis, K., 2010.

Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα 1.1, από μία συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας επτά χωρών σύμφωνα με τα ανωτέρω κριτήρια που παραθέσαμε, η Ολλανδία έρχεται πρώτη στην κατάταξη αποδεικνύοντας έμπρακτα την υπεροχή του συστήματος υγείας της μετά τις μεταρρυθμίσεις του 2006. Όπως θα εξετάσουμε αναλυτικά στα επόμενα κεφάλαια αυτής της εργασίας, παρόλο που το χρονικό

διάστημα από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων δεν είναι αρκετά μεγάλο για να μπορέσουμε να εξετάσουμε τις μακροχρόνιες επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων που τέθηκαν σε ισχύ, το σύστημα υγείας της Ολλανδίας φαίνεται να ξεχωρίζει ήδη για την καινοτομία και την πρωτοπορία του.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας όλων των χωρών είναι ότι δέχονται πιέσεις από την αύξηση των προσδοκιών των πολιτών-πελατών, στους οποίους απευθύνουν τις υπηρεσίες τους, ως προς τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που παρέχονται από αυτά τα συστήματα υγείας. Επίσης το κόστος της υγείας σε διάφορες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, ο Καναδάς και η Ελλάδα έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές πιέσεις ως προς τη διαχείρισή του στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σχετική με τη διοίκηση των εθνικών συστημάτων υγείας είναι και η έκθεση Griffiths (HMSO, 1988, 1999) με τις γενικές αρχές διαχείρισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και τις δύο Λευκές Βίβλους, «Εργασία για τους Ασθενείς» και «Φροντίδα για τους Ανθρώπους», οι οποίες προτείνουν μία αλλαγή της προσέγγισης των Εθνικών Συστημάτων Υγείας - ΕΣΥ σχετικά με τη διαχείριση και τη φροντίδα του πολίτη-πελάτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι βασική αρχή κάθε συστήματος υγείας σύμφωνα με το Griffiths Report είναι “να εξασφαλίσει ότι οι διαθέσιμοι πόροι αξιοποιούνται εκεί όπου χρειάζονται περισσότερο” και τα κύρια σημεία της φροντίδας υγείας σε επίπεδο κοινότητας είναι:

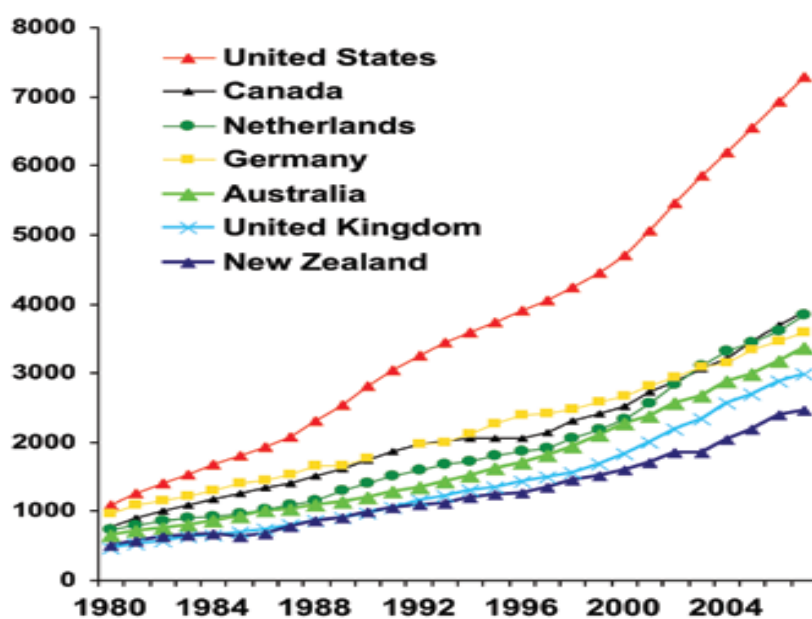
- Υπηρεσίες που ανταποκρίνονται ευέλικτα και ευαίσθητα στις ανάγκες των πολιτών και των θεραπειών τους
- Υπηρεσίες που επιτρέπουν ένα εύρος επιλογών
- Υπηρεσίες που παρεμβαίνουν όχι περισσότερο από ό,τι απαιτείται και ενισχύουν την ανεξαρτησία του ασθενούς
- Υπηρεσίες που επικεντρώνονται στα άτομα που τις έχουν μεγαλύτερη ανάγκη (Department of Health 1989).

Σήμερα αυξάνονται συνεχώς τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, που χρησιμοποιούν δημόσια χρηματοδότηση για τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και υγείας που χρειάζονται, ενώ ένας επίσης σημαντικός αριθμός ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω εξαρτάται από την ιδιωτική χρηματοδότηση.

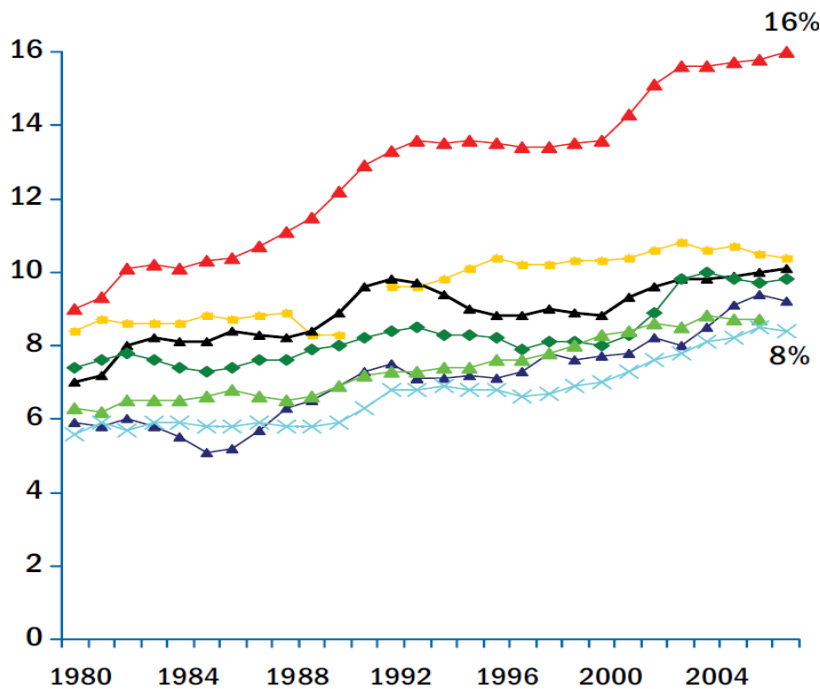
Η επιλογή, η ανεξαρτησία και η πρόληψη για την υγεία είναι διακηρυγμένες από τις κυβερνήσεις οι οποίες υπολογίζουν έτσι και το κόστος για το σύστημα υγείας που προσφέρει κάθε χώρα. Μία σημαντική εξέλιξη, της Λευκής Βίβλου το 2006: «Η Υγεία μας, Η Φροντίδα μας, Η Γνώμη μας», επιδιώκει τη μεγαλύτερη δυνατή ολοκλήρωση – συνένωση της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας, και τη διαχείριση της απόδοσης με βάση κοινούς στόχους και επιθυμητά αποτελέσματα.

Οι δαπάνες για την υγεία σε ορισμένα συστήματα υγείας που εμφανίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους για το χρονικό διάστημα από το 1980 έως το 2007 αποτυπώνονται συγκριτικά στα δύο διαγράμματα 1.1. και 1.2. που ακολουθούν. Στο πρώτο διάγραμμα αποτυπώνεται η πορεία του μέσου όρου της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία και στο δεύτερο διάγραμμα το σύνολο δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στις συγκεκριμένες χώρες του δείγματος της έρευνας. Μία γενική παρατήρηση είναι ότι και στα δύο διαγράμματα την πρώτη και την τελευταία θέση μοιράζονται αντίστοιχα οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) και το Ηνωμένο Βασίλειο (ΗΒ) αντίστοιχα. Αυτό δηλώνει ότι το σύστημα υγείας της Αμερικής-ΗΠΑ είναι το περισσότερο δαπανηρό και το σύστημα της Αγγλίας-ΗΒ το λιγότερο κοστοβόρο.

Διάγραμμα 1.1: Μέσος όρος κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία



Διάγραμμα 1.2: Σύνολο δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ



Πηγή: Organization for Economic Cooperation and Development, OECD Health Data, 2009 (Paris: OECD, Nov. 2009).

1.2 Διαχρονική εξέλιξη των Συστημάτων Υγείας

Οι απαρχές των συστημάτων υγείας εντοπίζονται στη Μεγάλη Βρετανία όπου στις 20/11/1942 η έκθεση Beveridge αποτέλεσε την απαρχή ενός διευρυμένου μεταπολεμικού κράτους πρόνοιας με σκοπό την αποκατάσταση των πολιτών, και την αντιμετώπιση των επειγόντων κοινωνικών αναγκών ύστερα από τα δεινά του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Στη συνέχεια ακολούθησαν οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με το νόμο 1948 περί Εθνικής Βοήθειας. Πιο συγκεκριμένα με βάση το νόμο του 1948 τέθηκε η βάση για τη δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος για παροχή υπηρεσιών υγείας και υποστήριξης της ανεργίας και η υποδομή για τη δημιουργία κράτους πρόνοιας.

Ωστόσο, η προέλευση της πρόνοιας βρίσκεται πολύ πιο πίσω στο χρόνο, ιδιαίτερα στις κοινωνίες της αμοιβαιότητας και της φιλίας του 19ου αιώνα, και πριν από τον νόμο της Ελισάβετ για τους φτωχούς (Elizabethan Poor Law) και την ίδρυση του Πτωχοκομείου. Η ασφαλιστική κάλυψη για ορισμένες υπηρεσίες υγείας και η υποστήριξη της ανεργίας θεσπίστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από τη Φιλελεύθερη κυβέρνηση που ανέλαβε την εξουσία το 1906 (σύμφωνα με το μοντέλο

που εγκαταστάθηκε στη Γερμανία από τον καγκελάριο Bismarck). Ωστόσο, η ανάγκη να θεσπιστεί μια πιο συνεκτική βάση για την υγεία ενισχύθηκε με τη διεξαγωγή της έρευνας Beveridge το 1941 και την έκθεση του επόμενου έτους (Beveridge 1942) που κατέληξε σε σχέδια που στόχο είχαν να υποτάξουν τους «Πέντε Γίγαντες»: θάλασσα, ασθένεια, αθλιότητα, άγνοια και απραξία. Η επερχόμενη κυβέρνηση των Εργατικών του 1945 ξεκίνησε μια σειρά μεταρρυθμίσεων η οποία έθεσε τα θεμέλια για το κράτος πρόνοιας, τα βασικά χαρακτηριστικά των οποίων παραμένουν μέχρι και σήμερα.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1940 και μετά στην Αγγλία με βάση τους νόμους: Child Welfare Act 1918 & Public Health Act 1936 κατά την περίοδο 1939-1944 με τότε υπουργό υγείας της Αγγλίας τον Col. Elliott, η ιδέα της «κοινωνικής φροντίδας» άρχισε να αναπτύσσεται ως έννοια. Αρχικά η αξία της παροχής φροντίδας υγείας εκτός της κατοικίας αναδύθηκε στον τομέα της φροντίδας του παιδιού. Οι κακές φυσικές, συναισθηματικές και πολιτιστικές συνθήκες σε πολλές ιδρυματικές εγκαταστάσεις που τονίζονται στην έκθεση της Επιτροπής Curtis (Επιτροπή για τη Φροντίδα των Παιδιών, 1946) οδήγησαν στην ανάπτυξη της παροχής φροντίδας στα παιδιά. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 άρχισε να αναδύεται η συναίνεση - προτίμηση της υποστήριξης των ηλικιωμένων να παραμείνουν στα σπίτια τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Αυτό εν μέρει οφείλεται στις ανησυχίες για τη μείωση των οικονομικών πιέσεων προς το κράτος, αλλά και από πιο ανθρωπιστικά ζητήματα, κυρίως από τις αυξανόμενες ενδείξεις από τις έρευνες και άλλες πηγές για τη συνεχιζόμενη κακή ποιότητα της ζωής που προσφέρονταν σε πολλές εγκαταστάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας (Townsend, 1964).

Σε αυτό το νέο περιβάλλον το Σχέδιο για ίδρυση Νοσοκομείου του 1962 ομοίως προέβλεπε ένα μεγάλο πρόγραμμα θεσμικών αλλαγών που θα οδηγούσαν στο κλείσιμο κατά το ήμισυ του αριθμού των κρεβατιών στα διάφορα ιδρύματα μέχρι το 1975 και στην ανάπτυξη εγκαταστάσεων στο πλαίσιο της λογικής των γενικών νοσοκομείων και όχι των ειδικών ιδρυμάτων.

Η ιστορία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις ανεπτυγμένες χώρες δείχνει ότι, σε διάφορες περιόδους όλες οι χώρες συμμερίζονται παρόμοιους στόχους υγειονομικής περίθαλψης (κατ' αρχάς να βοηθήσει τον άρρωστο με χαμηλό εισόδημα,

έπειτα να εγγυηθεί ένα εισόδημα για τους μισθωτούς που πάσχουν από κάποια ασθένεια και για τους ευρωπαίους μετά τον δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όλους), όμως η κάθε χώρα επέλεξε μία διαφορετική πορεία στην επίτευξη αυτών των στόχων. Οι διαφορές αυτές προέρχονται κυρίως από τα συντάγματα των χωρών, τον τρόπο που προβλέπουν την ανάληψη του κόστους της ζήτησης για την υγειονομική περίθαλψη (το ρόλο του κράτους, την κοινωνική-δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση), τον τρόπο με τον οποίο η παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι οργανωμένη (η σημασία των δημόσιων νοσοκομείων, ο ρόλος που διαδραματίζουν οι γενικοί ιατροί, κλπ.) αλλά και τον τρόπο που τα ιατρικά επαγγέλματα εξελίχθηκαν ιστορικά και είναι οργανωμένα (όπως η ελευθερία άσκησης επαγγέλματος της πρακτικής ιατρικής). Αυτές οι διαφορές αντανακλούν επίσης τις διαφορετικές προτεραιότητες που χαρακτηρίζουν το κάθε σύστημα: κάποια στοχεύουν στην καθολική κοινή κάλυψη των ζητημάτων της υγείας και κάποια άλλα στο δικαίωμα επιλογής της υγείας π.χ. του γιατρού, τη διατήρηση της ελεύθερης άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και την ελεύθερη επιλογή της ασφάλειας-ασφαλιστικής επιχείρησης.

Παγκοσμίως μπορεί κανείς να εντοπίσει δύο τύπους συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα (Hassenteufel, Palier, 2006):

1. Τα εθνικά συστήματα υγείας - National Health Systems (π.χ. στη Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Φινλανδία, Μεγάλη Βρετανία, Ιταλία, Ισπανία, και εν μέρει στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα) που εξασφαλίζουν σχεδόν ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες, προκειμένου να διασφαλιστεί η καθολική κάλυψη της υγείας. Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης είναι οργανωμένη κυρίως από το κράτος και χρηματοδοτείται από τους φόρους. Μερικά από τα συστήματα αυτά εξαρτώνται από μια ιδιαίτερα συγκεντρωτική οργάνωση (όπως συμβαίνει στη Μεγάλη Βρετανία κυρίως), ενώ άλλοι έχουν τους αποκεντρωμένους μηχανισμούς οργάνωσης και διαχείρισής τους (όπως συμβαίνει ιδιαίτερα στις σκανδιναβικές χώρες).
2. Τα συστήματα ασφάλισης της υγείας - Health Insurance Systems (π.χ. στη Γερμανία, Γαλλία, Αυστρία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο και σε μικρότερο βαθμό την Ολλανδία και σε ορισμένες χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης). Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης είναι εν μέρει ιδιωτική

(περίθαλψη από κινητές μονάδες-ασθενοφόρα, ορισμένα νοσοκομεία ή κλινικές) και εν μέρει δημόσια (ιδίως ένα ποσοστό των νοσοκομειακών υπηρεσιών) και τις περισσότερες φορές εγγυάται την επιλογή του γιατρού από τον ασθενή, καθώς και την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος-ιδιωτικά ιατρεία. Οι δαπάνες που προκύπτουν από την παροχή αυτών των υπηρεσιών καλύπτονται κατά κύριο λόγο από διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία υγείας και χρηματοδοτούνται από τις κοινωνικές εισφορές. Το γαλλικό σύστημα είναι συγκεντρωτικό, ενώ το γερμανικό είναι οργανωμένο σε περιφερειακό επίπεδο (ομόσπονδα κράτη).

Επίσης διαχρονικά παρατηρείται ότι οι δαπάνες για την υγεία διαφέρουν μεταξύ των χωρών και μάλιστα ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι σχετικές τάσεις με το πέρασμα του χρόνου. Σχετικός είναι ο πίνακας 1.2 που ακολουθεί:

Πίνακας 1.2: Τάσεις της κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία

TRENDS IN HEALTHCARE EXPENDITURE PER CAPITA ¹⁷				
- in US dollars PPP - ¹⁸				
	1980	1990	2000	2004
Luxembourg	640	1 530	2 980	5 090
France	700	1 530	2 450	3 160
Austria	770	1 330	2 670	3 120
Belgium	640	1 340	2 280	3 040 ¹
Netherlands	760	1 440	2 260	3 040
Germany	960	1 740	2 670	3 010 ¹
Denmark	930	1 520	2 380	2 880
Sweden	940	1 600	2 270	2 830
Ireland	520	800	1 810	2 600
United Kingdom	480	990	1 860	2 550
Italy	na	1 390	2 040	2 390
EU27	na	1 110	1 830	2 310
Finland	590	1 420	1 720	2 240
Greece	490	840	1 620	2 160
Spain	360	870	1 520	2 090
Portugal	290	670	1 620	1 810
Slovenia	na	310	1 390	1 800
Malta	na	na	1 380	1 740
Cyprus	na	na	1 230 ⁺¹	1 440
Czech Republic	na	560	980	1 360
Hungary	na	590 ⁺¹	860	1 320
Poland	na	300	590	810
Lithuania	na	160	430	790
Slovakia	na	na	600	780 ¹
Estonia	na	300 ⁺²	540	770
Latvia	na	160	340	730
Bulgaria	na	240	380*	635*
Romania	na	80	390*	570*

Πηγή: WHO, European health for all database, 2007

Για την καλύτερη κατανόηση του πίνακα 1.2 χρήσιμο είναι να προσδιοριστεί το περιεχόμενο των δαπανών υγείας - «Health Expenditures». Ο προσδιορισμός του «συνόλου των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης», όπως χρησιμοποιείται ο όρος από διεθνείς οργανισμούς (π.χ. Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης / Organisation for Economic Co-operation and Development, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας/ World Health Organisation, κ.λπ.) καλύπτει τόσο τις δημόσιες όσο και ιδιωτικές δαπάνες, για ιατρικούς ή παραϊατρικούς σκοπούς (υγειονομική περίθαλψη, εκστρατείες προώθησης και πρόληψης των ασθενειών, τη θεραπεία των ασθενειών, τις δράσεις που αποσκοπούν στη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, τη δημόσια διοίκηση, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, κλπ.). Ο δείκτης αυτός μετρά λοιπόν την τελική κατανάλωση των αγαθών και υπηρεσιών καθώς και τις επενδύσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ο ορισμός αποκλείει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια ασφάλεια (όπως η οδική ασφάλεια), τα τρόφιμα και την υγιεινή, την κατάρτιση και την έρευνα-ανάπτυξη δραστηριοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Στις συνολικές δαπάνες υγείας περιλαμβάνονται συνεπώς οι δαπάνες για:

1. Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
2. Υπηρεσίες υγειονομικής αποκατάστασης.
3. Υπηρεσίες μακροχρόνιας υγειονομικής περίθαλψης.
4. Φαρμακευτικά προϊόντα και άλλα ιατρικά προϊόντα που καταναλώνονται.
5. Την πρόληψη και τη δημόσια υγεία.
6. Τη δημόσια υγεία και την διοίκηση της κοινωνικής ασφάλισης.
7. Κεφαλαιουχικές επενδύσεις σε υποδομές υγείας.

Σημειώνεται ότι το εύρος των «δαπανών για την υγεία» που χρησιμοποιείται από τους διεθνείς οργανισμούς για συγκριτικούς σκοπούς είναι πιθανόν να διαφέρει από αυτό που χρησιμοποιείται στους εθνικούς λογαριασμούς της κάθε χώρας για την υγεία.

Πίνακας 1.3: Συνολικό Προσδόκιμο Ζωής για τις Χώρες της ΕΕ



Πηγή: WHO, European health for all database, 2007

1.3 Γενική αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας

Τα εθνικά συστήματα υγείας (National Health Systems) γενικά εξασφαλίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δικαιοσύνη και την ισότητα της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη με σχετικά χαμηλά επίπεδα δαπανών για την υγεία. Παρ' όλα αυτά μπορεί να παρέχουν μια αμφιβόλου ποιότητας θεραπεία αφού είναι γνωστά κυρίως για τις ιδιαίτερα μεγάλες λίστες αναμονής τους πριν από την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα. Τα ασφαλιστικά συστήματα υγείας, όπου η προσφορά της υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται άφθονη, επιτρέπουν στους ασθενείς να επιλέγουν τη φροντίδα που επιθυμούν. Η άνεση όπως και η ποιότητα φροντίδας είναι εγγυημένη, αλλά αυτό που διακινδυνεύεται τις περισσότερες φορές είναι το υψηλό κόστος των δαπανών για την υγεία και μερικές φορές η ανισότητα της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Τα συστήματα υγείας που αρθρώνονται με τη λογική του Μπίσμαρκ (Bismarckian) έχουν σαν βασική ιδέα τη δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο

βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Τα συστήματα που αρθρώνονται με τη λογική του Beveridge προβλέπουν πλήρη κάλυψη των αναγκών των ασθενών, χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος μέσω της φορολογίας και του κρατικού προϋπολογισμού, διανομή και έλεγχο των παροχών από το κράτος. Με άλλα λόγια, ένα βέλτιστο κατά Μπίσμαρκ σύστημα δεν οδηγεί σε καμία ανακατανομή μεταξύ των διαφορετικών εισοδηματικών ομάδων μιας κοινωνίας, ενώ το σύστημα Beveridge εμπεριέχει μία αναδιανομή (Kolmar 2007, Cremer, Pestieau 2003). Σκοπός και των δύο συστημάτων είναι η βελτίωση της ποιότητας της υγείας, η δικαιοσύνη, η καλύτερη διοίκηση του κόστους υπό όρους αποδοτικότητας, συνδυάζοντας τον έλεγχο και την έκδοση κανονιστικών πράξεων με τη διοίκηση του ανταγωνισμού και των συνεργασιών των εμπλεκόμενων στην υγεία οργανισμών και επιχειρήσεων.

Φυσικά δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι ο αντίκτυπος του ενός από τα δύο συστήματα υπερτερεί καταφανώς του άλλου, ούτε ότι υπάρχουν χώρες οι οποίες εφαρμόζουν αποκλειστικά είτε το ένα είτε το άλλο σύστημα υγείας (Helderman, 2011). Σημαντική απόδειξη της παραπάνω πρότασης αποτελεί ο πίνακας κατάταξης των συστημάτων υγείας (Πίνακας 1.1) από όπου προκύπτει ότι στην πρώτη και τη δεύτερη θέση της παγκόσμιας κατάταξης των συστημάτων υγείας βρίσκεται αντίστοιχα η Ολλανδία που έχει υιοθετήσει το μοντέλο Μπίσμαρκ και το Ηνωμένο Βασίλειο που έχει υιοθετήσει το μοντέλο Μπέβεριτζ. (Davis, K., Schoen, C., Stremikis, K., (2010)).

1.4 Μελέτες περιπτώσεων των συστημάτων υγείας

Οι παρακάτω μελέτες περιπτώσεων των συστημάτων υγείας επιλεγμένων χωρών στηρίχθηκαν σε σχετικές εργασίες που έγιναν από τους Davis, K., Schoen, C., Stremikis, K., 2010, Schabloski (2008), Dougherty (2008), Anell & Willis (2000), Commonwealth Fund (2010), Thomson Sarah, Osborn Robin, Squires David, Reed Jane Sarah, (2011). Τα στοιχεία που παρουσιάζονται αποτελούν σύνθεση και απόδοση των παραπάνω ερευνών ώστε να εμφανίζουν τη μεγαλύτερη δυνατή πληρότητα και σαφήνεια. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ο λόγος που έχουν επιλεγεί οι χώρες που θα εξετάσουμε στη συνέχεια.

Στη συνέχεια, ακολουθούν τα συστήματα υγείας άλλων έξι χωρών (Αυστραλία, Καναδάς, Γερμανία, Νέα Ζηλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής) καθώς οι χώρες αυτές έχουν επιλεγεί από το ιδιωτικό ίδρυμα «Commonwealth Fund», το οποίο έχει ως στόχο την προώθηση ενός αποδοτικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, την παροχή άμεσης πρόσβασης των ασφαλισμένων στην υγειονομική περίθαλψη, μεγάλη αποτελεσματικότητα και υψηλή ποιότητα, ιδίως για τις πιο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, παιδιά, άτομα με χαμηλό εισόδημα). Ιδιαίτερη μνεία δίδεται στις καινοτόμες πολιτικές και πρακτικές που εφαρμόζουν οι χώρες αυτές. Στα πλαίσια των παραπάνω χαρακτηριστικών εκτελούνται ανεξάρτητες έρευνες στις οποίες εξετάζονται τα συστήματα υγείας των χωρών που αναφέρθηκαν ανωτέρω ως οι χώρες που εμφανίζουν τα πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά συστήματα υγείας, με σημαντικό αριθμό καινοτομιών. (Commonwealthfund)

1.4.1 Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας

A. Γενικά

Το σύστημα υγείας της Αυστραλίας (Medicare) παρέχει στους αυστραλούς πολίτες και στους μόνιμους κατοίκους της χώρας κάλυψη υγείας σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου και αν βρίσκονται. Επίσης παρέχει κάλυψη στους επισκέπτες της χώρας και σε όσους έχουν βίζα από χώρες με τις οποίες η Αυστραλία συνδέεται με τον όρο της αμοιβαιότητας. Οι αλλοδαποί φοιτητές καλύπτονται από το ειδικό πρόγραμμα Overseas Student Health Cover (OSHC) το οποίο προπληρώνουν με τη βίζα τους πριν την άφιξή τους στην Αυστραλία. Επίσης σε όσους αναζητούν άσυλο παρέχεται περιορισμένη πρόσβαση στο Medicare, για όσο χρονικό διάστημα οι αιτήσεις τους βρίσκονται στο στάδιο της αξιολόγησης. Αντίθετα στους λαθρομετανάστες και σε όσους βρίσκονται παράνομα στη χώρα δεν παρέχεται εθνική ασφάλιση Medicare αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις τη φροντίδα υγείας τους αναλαμβάνουν κάποιοι Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί ή ο Ερυθρός Σταυρός της Αυστραλίας. Για τη διασφάλιση των ρυθμίσεων και της λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας, καθώς και των συμπληρωματικών παροχών υγείας π.χ. στους βετεράνους του πολέμου, η κεντρική

κυβέρνηση της Αυστραλίας συνεργάζεται με τις οκτώ ομόσπονδες πολιτείες της χώρας και με τις αντίστοιχες τοπικές κυβερνήσεις.

B. Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Αυστραλίας

- Η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται δωρεάν στον πληθυσμό ενώ προληπτικές εξετάσεις όπως check-up, εμβολιασμοί, έλεγχοι για καρκίνο παρέχονται εξ ολοκλήρου ή μερικώς από δημόσια ή εθνικά προγράμματα.
- Η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική αλλά ενθαρρύνεται με διάφορες μεθόδους όπως επιδοτήσεις.
- Σε δημόσιους ασθενείς το Medicare παρέχει καθολική πρόσβαση σε επιδοτούμενες ιατρικές υπηρεσίες, επιδοτούμενα φάρμακα, καθώς και δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Οι άνθρωποι μπορούν να συνάψουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας σαν μία μορφή συμπλήρωσης του δημόσιου συστήματος, προκειμένου να καλύπτουν εξ ολοκλήρου ή εν μέρει το οικονομικό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης εάν επιλέξουν να νοσηλευθούν ως ιδιωτικοί ασθενείς, για ταχύτερη πρόσβαση σε κάποια εκλεκτική/ εξειδικευμένη χειρουργική επέμβαση και για την κάλυψη των οδοντιατρικών, φυσιοθεραπευτικών και άλλων συμπληρωματικών καλύψεων που δεν καλύπτονται από τη δημόσια ασφάλιση

Γ. Κοινωνική ασφάλιση υγείας: Το εθνικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας Medicare διαχειρίζεται από κυβερνητική υπηρεσία και χρηματοδοτείται κυρίως μέσω των φορολογικών εσόδων, συμπεριλαμβανομένης μιας μικρής υποχρεωτικής ασφαλιστικής εισφοράς (σε ποσοστό 1.5% του φορολογητέου εισοδήματος εξαιρουμένων κάποιων φυσικών προσώπων με μειωμένο εισόδημα που απαλλάσσονται ή καταβάλλουν μειωμένη εισφορά), μέσω ιδιωτικών πληρωμών καθώς και μέσω άλλων μη κυβερνητικών πηγών. Πιο συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι κατά την περίοδο 2008-09, οι κυβερνήσεις χρηματοδότησαν το 69.7% των συνολικών δαπανών για την υγεία, από τα οποία το 43.2% προκύπτει από την αυστραλιανή κυβέρνηση, το 26.5% από τα οκτώ κράτη-περιοχές, ενώ το 30.3% από μη κυβερνητικές πηγές.

Δ. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχεται τόσο από κερδοσκοπικές όσο και από μη κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρίες. Η Ιδιωτική ασφάλιση υγείας καθορίζεται από το Υπουργείο Υγείας και Γήρανσης ενώ ο ιδιωτικός ασφαλιστικός κλάδος υγείας ρυθμίζεται από την Διοίκηση του Συμβουλίου Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, μια ανεξάρτητη νομική αρχή. Η κυβέρνηση ενθαρρύνει τους πολίτες να συνάπτουν ιδιωτική νοσοκομειακή κάλυψη σε νεαρή ηλικία, η οποία είναι ισόβια - για όλη τους τη ζωή- και παράλληλα τα άτομα που συνάπτουν την παραπάνω ασφάλιση έως και 30 ετών τυγχάνουν χαμηλότερου ασφαλιστρού. Αντίθετα άτομα άνω των 30 ετών καλούνται να καταβάλλουν μία ποσοστιαία αύξηση 2% των ασφαλιστρον πάνω από το βασικό επιτόκιο για κάθε έτος καθυστέρησης. Τον Ιούνιο του 2011, το 44.3% του πληθυσμού είχε ιδιωτική νοσοκομειακή ασφάλιση και το 52.5% είχε τη γενική κάλυψη περίθαλψης (η οποία περιλαμβάνει τις βοηθητικές υπηρεσίες).

Η αυστραλιανή κυβέρνηση διαδραματίζει έναν ισχυρό ρόλο στην χάραξη πολιτικής, ρυθμίζοντας και χρηματοδοτώντας το εθνικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, παρέχοντας κονδύλια και κεφάλαια στα δημόσια νοσοκομεία και στα προγράμματα υγείας για τον πληθυσμό, ενώ έχει την κύρια κανονιστική αρμοδιότητα για υπηρεσίες που είναι επιδοτούμενες από την κυβέρνηση, όπως υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων. Η αυστραλιανή κυβέρνηση παρακολουθεί και ρυθμίζει και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού κάθε αύξηση στο ασφαλιστρο θα πρέπει να εγκριθεί από το υπουργείο Υγείας και Γήρανσης της κυβέρνησης. Πολύ σημαντικό ρόλο έχουν και τα οκτώ κράτη-πολιτείες που είναι αυτόνομα να διαχειρίζονται ιατρικές υπηρεσίες που υπόκεινται σε διακυβερνητικές χρηματοδοτούμενες συμφωνίες, ενώ παράλληλα διαχειρίζονται τα δημόσια νοσοκομεία και τις υπηρεσίες που είναι βασισμένες στην αμοιβαιότητα. Εθνικές αποφάσεις για την κάλυψη των ιατρικών υπηρεσιών και φαρμάκων χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των δαπανών και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με κάθε μεταβολή του πεδίου εφαρμογής των υπηρεσιών, όπως για τον έλεγχο της πρόσβασης σε ειδικές υπηρεσίες, την ιεραρχημένη πρόσβαση σε υπηρεσίες σύμφωνα με την κλινική ανάγκη του ασθενούς, τις λίστες αναμονών και την πληρότητα κριτηρίων κόστους-αποτελεσματικότητας για τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα πριν από τη συμπερίληψη τους στο συνταγολόγιο των δημόσια επιδοτούμενων φαρμάκων.

Την τελευταία δεκαετία έχει παρατηρηθεί μεγάλη προσπάθεια της αυστραλιανής κυβέρνησης να διασφαλίσει την ποιότητα της περίθαλψης, μέσα από μία σειρά κανονιστικών στρατηγικών. Γι' αυτό το λόγο έχει δημιουργηθεί η αυστραλιανή επιτροπή για την ασφάλεια και την ποιότητα στη φροντίδα υγείας η οποία δημιουργεί και προωθεί σχετικά προγράμματα, δημοσιεύει άρθρα σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλιση των επιδόσεων υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με εθνικά πρότυπα, ενώ από τον Ιανουάριο του 2013 όλοι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι διαπιστευμένοι με βάση ένα σύνολο Αυστραλιανών Προτύπων Υγείας. Το Medicare προσφέρει οικονομικά κίνητρα και επιβραβεύσεις για όσους παρόχους ακολουθούν τα παραπάνω Πρότυπα Υγείας ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα των προγραμμάτων τους απαιτούν από τα μέλη τους να συμμετέχουν σε προγράμματα επαγγελματικής ανάπτυξης ώστε να διατηρήσουν την εγγραφή τους ως επαγγελματίες.

Τα τελευταία έτη η κυβέρνηση έχει εισάγει αρκετές μεταρρυθμίσεις και καινοτομίες με κυριότερες τις ακόλουθες:

- ✓ Δημιουργία της Αυστραλιανής Υπηρεσίας Κανονισμών Ιατρών Υγείας ως εποπτικού φορέα για την ρύθμιση των επαγγελματιών υγείας.
- ✓ Ίδρυση της Αυστραλιανής Εθνικής Υπηρεσίας Προληπτικής Υγείας (τον Ιανουάριο του 2011) με σκοπό να αναπτύξει στρατηγικές συνεργασίες σε όλους τους τομείς, να παράσχει τεχνικές συμβουλές και βοήθεια, να προωθήσει την υγεία, να μειώσει τους κινδύνους για την υγεία, στοχεύοντας παράγοντες κινδύνου των χρόνιων ασθενειών, όπως μείωση της παχυσαρκίας, κατάχρησης αλκοόλ, καπνίσματος.
- ✓ Ίδρυση μίας νέας αρχής υγείας με στόχο την παρακολούθηση της απόδοσης των δημόσιων νοσοκομείων. Η αυστραλιανή κυβέρνηση και οι πολιτείες θα συγκεντρώνουν και θα υποβάλλουν τακτικά έκθεση σχετικά με τους δείκτες (περίπου 20 δείκτες που αποσκοπούν στη μέτρηση της απόδοσης του συστήματος υγείας) της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και των επιδόσεων του συστήματος υγείας που προσδιορίζονται στο πλαίσιο του Εθνικού Πλαισίου Απόδοσης Υγείας.
- ✓ Τον Αύγουστο του 2011 αποφασίστηκε η μεταρρύθμιση των νοσοκομείων, όπου περισσότερα από 200 τοπικά δίκτυα νοσοκομείων θα λειτουργούν σε

εθνικό επίπεδο και η αυστραλιανή κυβέρνηση θα καταβάλλει για κάθε παροχή υπηρεσίας σε ασθενή, μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, ένα ποσοστό για την αποδοτικότερη αξιοποίηση της δαπάνης, ενώ το υπόλοιπο θα συνεχίζει να καταβάλλεται από τα κράτη-πολιτείες.

1.4.2 Το σύστημα υγείας του Καναδά

A. Γενικά

Το σύστημα υγείας του Καναδά παρέχει καθολική κάλυψη για ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Όλοι όσοι διαμένουν νόμιμα στον Καναδά μπορούν να έχουν πρόσβαση στα δημόσια ασφαλιστικά προγράμματα, εξαιρουμένων των μεταναστών που παραμένουν στον Καναδά πέραν της διάρκειας της νόμιμης άδειας, συμπεριλαμβανομένων όσων έχουν αρνηθεί δελτίο ασύλου και όσων έχουν εισέλθει παράνομα στη χώρα. Κάλυψη για τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας παρέχεται γενικά μέσω ενός συνδυασμού κρατικών και συμπληρωματικών προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης.

B. Βασικά χαρακτηριστικά

- ✓ Το υγειονομικό σύστημα του Καναδά είναι ιδιαίτερα αποκεντρωμένο. Τρεις Βόρειες Περιφέρειες και δέκα Επαρχίες της χώρας είναι πρωτίστως αρμόδιες για τη φροντίδα υγείας στον Καναδά.
- ✓ Το σύστημα υγείας του Καναδά συχνά αποκαλείται Medicare και αποτελεί επιρροή από το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής.
- ✓ Οι επαρχιακές και περιφερειακές κυβερνήσεις παρέχουν συμπληρωματικές παροχές όπως οδοντιατρική και οφθαλμιατρική περίθαλψη, φροντίδα στο σπίτι, κάλυψη συνταγογραφημένων συνταγών, μεταφορά με ασθενοφόρο για ευπαθείς ομάδες ατόμων όπως παιδιά, ηλικιωμένους, άτομα που χρήζουν κοινωνικής βοήθειας.
- ✓ Μέσω της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας του Καναδά παρέχεται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρόληψης και προώθησης της δημόσιας υγείας.

- ✓ Τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας πρέπει να παρέχουν κάλυψη από το πρώτο δολάριο για τις απαραίτητες ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες για όλους τους νόμιμους κατοίκους ώστε να μπορούν να λαμβάνουν τις οικονομικές συνεισφορές από τον οργανισμό Μεταφοράς Υγείας του Καναδά.

Γ. Κοινωνική ασφάλιση Υγείας: Η κυβέρνηση του Καναδά χρηματοδοτεί το δημόσιο σύστημα υγείας της κατά κύριο λόγο μέσω των φορολογικών εσόδων (εισόδημα, κατανάλωση, φόρος εισοδήματος εταιριών). Η δημόσια χρηματοδότηση αντιπροσώπευε το 71% των συνολικών δαπανών υγείας το 2009. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση συμβάλλει στη χρηματοδότηση των επαρχιών με μετρητά, μέσω της υπηρεσίας «Μεταβίβασης Υγείας του Καναδά», η οποία συμβάλλει περίπου στο 22% του συνόλου των επαρχιακών και περιφερειακών δαπανών για την υγεία. Οι μέθοδοι χρηματοδότησης ποικίλουν καθώς οι επαρχιακές/ περιφερειακές κυβερνήσεις έχουν μεγάλη ελευθερία στην κατανομή των πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε να εξυπηρετούνται καλύτερα οι ανάγκες του πληθυσμού. Η κατά κεφαλή δαπάνη διαφέρει σε κάθε επαρχία/ περιφέρεια. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η μέση κατά κεφαλή δαπάνη του Καναδά το 2006 ήταν 4.548€, με την υψηλότερη κατά κεφαλή δαπάνη να ανέρχεται στις 4.924€ στην Alberta και τη χαμηλότερη να ανέρχεται στις 3.976€ στο Quebec.

Δ. Ιδιωτική ασφάλιση Υγείας: Οι δαπάνες των ιδιωτικών προγραμμάτων υγείας αποτελούν το 30% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πολύ διαδεδομένη στον Καναδά, καθώς τα 2/3 περίπου του πληθυσμού έχουν συνάψει ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη. Στον Καναδά υπάρχουν 95 ασφαλιστικές εταιρίες ζωής οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες σε 23 εκατομμύρια Καναδούς που αντιπροσωπεύουν το 2% των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει κατά κύριο λόγο υπηρεσίες που δεν καλύπτει το δημόσιο σύστημα υγείας. Πολλοί επιλέγουν κάλυψη μέσω των ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων που τους παρέχουν οι εργοδότες τους, τα οποία παρέχουν κάλυψη για οφθαλμιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, υπηρεσίες αποκατάστασης, φροντίδα στο σπίτι, νοσηλεία σε ιδιωτικά δωμάτια. Τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα πωλούνται κατά 80% από κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρίες και κατά 20% από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ασφάλισης που εξειδικεύονται στην κάλυψη υγείας. Οι επαρχιακές και περιφερειακές

κυβερνήσεις εποπτεύουν-ρυθμίζουν την ιδιωτική ασφάλιση ζωής και υγείας ώστε να διασφαλίσουν ότι πληρούνται όλες οι υποχρεώσεις προς τα συμβαλλόμενα μέρη.

Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται μεγάλη προσπάθεια της κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλίσει την ποιότητα περίθαλψης, μέσα από μία σειρά πλαισίων με σκοπό τη βελτίωση υπηρεσιών. Η κυβέρνηση έχει διαθέσει περισσότερα κονδύλια για την υποστήριξη της καινοτομίας και την τόνωση του συστήματος με τη βελτίωση της ποιότητας. Ιδιαίτερη προσπάθεια έχει γίνει προκειμένου να διαχειρισθεί και να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των ασθενών με μεγάλη επιτυχία, αφού 8 στους 10 ασθενείς σε ολόκληρο τον Καναδά λαμβάνουν άμεση πρόσβαση στις παροχές υγείας με βάση το πλαίσιο των επιδόσεων που έχουν τεθεί για κάθε ιατρική υπηρεσία.

Το Καναδικό Ινστιτούτο Πληροφοριών για την Υγεία (Canadian Institute for Health Information) συλλέγει πληροφορίες σχετικά με το χρόνο αναμονής των ασθενών για κάθε υπηρεσία και παρακολουθεί την πρόοδο των επαρχιών/ περιφερειών στην εκπλήρωση κριτηρίων αξιολόγησης. Βέβαια, ο χρόνος αναμονής μετράται ως ο χρόνος μεταξύ της απόφασης ενός ειδικού για την αντιμετώπιση της πάθησης του ασθενούς και την παραλαβή της θεραπείας, χωρίς να μετράται ο χρόνος αναμονής για να δει τον ειδικό ιατρό που μπορεί να είναι χρονοβόρος.

Ακόμη, στα πλαίσια της μεταρρύθμισης και της αυξανόμενης επένδυσης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, έχουν δημιουργηθεί προγράμματα με στόχο να βελτιώσουν τη συστηματική διαχείριση της ασθένειας. Έτσι, ανάλογα με την οργάνωση και τις αποφάσεις κάθε (επαρχιακής/ περιφερειακής) κυβέρνησης, διενεργούνται προγράμματα πρόληψης των ασθενειών, διάδοσης νέων ερευνών και καινοτομιών, βοήθειας και συστηματικής παρακολούθησης των ασθενών με παροχή κινήτρων για την αναγνωρισμένη βελτίωση της υγείας τους κλπ. Το Συμβούλιο Υγείας του Καναδά αξιολογεί την πρόοδο στη βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της βιωσιμότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπροσθέτως, πολλές επαρχίες- περιφέρειες διατηρούν μητρώα των ασθενών για συγκεκριμένες ασθένειες (π.χ. για καρκίνο, νεφρική ανεπάρκεια, διαβήτη), ενώ το Καναδικό Ινστιτούτο για Πληροφορίες Υγείας (Canadian Institute for Health Information), ένας ανεξάρτητος, μη κερδοσκοπικός οργανισμός που χρηματοδοτείται

από τις ομοσπονδιακές και επαρχιακές κυβερνήσεις, συντάσσει τακτικές εκθέσεις σχετικά με την απόδοση του συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένων των τυποποιημένων ποσοστών θνησιμότητας και του χρόνου αναμονής των νοσοκομείων. Η υποβολή εκθέσεων σχετικά με την απόδοση του συστήματος υγείας ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό στις επαρχίες/ περιφέρειες.

Μεγάλη προσπάθεια γίνεται και για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας, αφού το 18% των Καναδών ζει σε ακραία φτώχεια και 14.000 άνθρωποι είναι άστεγοι. Δεν υπάρχει μια αρχή αρμόδια για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας, αλλά οι κυβερνήσεις των επαρχιών/ περιφερειών καθιερώνουν και χρηματοδοτούν υπηρεσίες που εστιάζουν στην προστασία και προαγωγή της υγείας, τη μείωση των ανισοτήτων υγείας, προγράμματα για την μετατόπιση φτωχών ατόμων από μέρη με πολύ μεγάλο ποσοστό φτώχειας σε μέρη με χαμηλό ποσοστό, πραγματοποίηση έρευνας και συλλογή δεδομένων για την καλύτερη κατανόηση των ανισοτήτων υγείας.

Τα τελευταία έτη η κυβέρνηση έχει προβεί σε μία σειρά καινοτομιών για τη βελτίωση του συστήματος υγείας, όπως:

- ✓ Η δημιουργία του Δικτύου Αποτελεσματικότητας και Ασφάλειας Φαρμάκων (Drug Safety and Effectiveness Network) το 2009 με σκοπό τη παραγωγή και διάδοση νέων στοιχείων σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών προϊόντων.
- ✓ Η αύξηση των επενδύσεων για λήψη και επεξεργασία στοιχείων για την παρακολούθηση και τη δημοσίευση εκθέσεων σχετικά με τις επιδόσεις του συστήματος υγείας.

1.4.3 Το σύστημα υγείας της Γερμανίας

A. Γενικά

Στο σύστημα υγείας της Γερμανίας, γνωστό ως Statutory Health Insurance, κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση αφού καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της Γερμανίας (περίπου το 85%) και αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck. Από το 2009 και έπειτα η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική στη Γερμανία για όλους τους πολίτες και τους μόνιμους κατοίκους της, είτε αυτή είναι ιδιωτική, είτε είναι δημόσια. Οι παράνομοι μετανάστες καλύπτονται από την

κοινωνική ασφάλιση σε περίπτωση ασθένειας, ενώ άτομα με χαμηλό εισόδημα καλύπτονται υποχρεωτικά από το σύστημα υγείας της Γερμανίας με τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς τους να καλύπτονται δωρεάν. Οι υψηλόμισθοι έχουν δυνατότητα επιλογής είτε της παραμονής τους σε ένα δημόσια χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα σε εθελοντική βάση (που επιλέγεται από το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού) είτε της αγοράς ιδιωτικής ασφάλειας υγείας (επιλογή κατά βάση δημοσίων υπαλλήλων και ελεύθερων επαγγελματιών).

B. Βασικά Χαρακτηριστικά

- ✓ Το σύστημα υγείας καλύπτει τις προληπτικές υπηρεσίες, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ιατρικές υπηρεσίες, διανοητική υγειονομική περίθαλψη, οδοντιατρική περίθαλψη, συνταγογράφηση φαρμάκων, παροχές ιατροφαρμακευτικής συνδρομής, αποκατάσταση, προσοχή ασύλων, αποζημίωση άδειας για λόγους υγείας.
- ✓ Υπάρχουν αρκετοί μηχανισμοί περιορισμού-συμμετοχής στο κόστος, όπως απαλλασσόμενα-εκπιπτόμενα ποσά, συμμετοχή των ασφαλισμένων με ένα ποσοστό ή με σταθερό ποσό επί του κόστους, παροχή αποζημίωσης σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος δεν λάβει άλλη υπηρεσία για ένα έτος.
- ✓ Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει κάποια έξοδα που δεν καλύπτονται από το δημόσιο, δίνοντας δικαίωμα πρόσβασης σε καλύτερες παροχές (όπως καλύτερη θέση νοσηλείας σε νοσοκομεία) καλύπτοντας μερικές πρόσθετες χρεώσεις (copayments), ειδικά για την οδοντιατρική περίθαλψη.
- ✓ Τα κράτη έχουν πολύ σημαντικό ρόλο στη δημόσια ασφάλιση υγείας καθώς κατέχουν τη συντριπτική πλειοψηφία των πανεπιστημιακών νοσοκομείων.
- ✓ Στη λήψη αποφάσεων πολύ σημαντικό ρόλο έχει μία ομοσπονδιακή επιτροπή η οποία αποτελεί μη κυβερνητική οντότητα και από το 2008 αποτελείται από 13 μέλη, 5 εκ των οποίων είναι αντιπρόσωποι των ασθενών με συμβουλευτικό ρόλο χωρίς όμως να έχουν δικαίωμα ψήφου. Η επιτροπή αυτή έχει την εξουσία, εντός του νομικού πλαισίου, να διατυπώσει λεπτομερώς και να επιβάλλει ποιες υπηρεσίες πρέπει να καλύπτονται από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και τι ποιοτικά μέτρα πρέπει να εφαρμοστούν από όλους τους παρόχους.

Γ. Κοινωνική ασφάλιση υγείας: Το σύστημα υγείας λειτουργεί με 154 αυτόνομους, μη κερδοσκοπικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς, τα λεγόμενα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία διέπονται από το νόμο. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσα από ένα ποσοστό υποχρεωτικής συνεισφοράς των ακαθάριστων αποδοχών. Πιο συγκεκριμένα από το 2011 ο ασφαλισμένος εργαζόμενος (ή συνταξιούχος) συμβάλλει με ένα ποσοστό 8.2% του ακαθάριστου μισθού, ενώ ο εργοδότης (ή το συνταξιοδοτικό ταμείο) προσθέτει ένα ποσοστό 7.3% πάνω από το ακαθάριστο μισθό, έτσι ώστε η συνδυασμένη μέγιστη συνεισφορά να είναι περίπου 575€ ανά μήνα. Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία καταβάλλονται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 25% καλύπτεται από ιδιωτικές δαπάνες. Από το 2009 η κυβέρνηση έχει θέσει ένα ενιαίο ποσοστό συμβολής και, όλες οι συνεισφορές συγκεντρώνονται από ένα κεντρικό σύστημα αναδιανομής, το οποίο διαθέτει τους πόρους στα ασφαλιστικά ταμεία με βάση ένα τύπο προσαρμοσμένο στον κίνδυνο. Αυτός ο τύπος λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το φύλο και τη νοσηρότητα από 80 χρόνια ή/και σοβαρές ασθένειες.

Δ. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Γερμανία διαδραματίζει συμπληρωματικό ρόλο, καθώς παρέχει υπηρεσίες κατά κύριο ρόλο στις δύο ομάδες που προαναφέρθηκαν (δημόσιους υπαλλήλους και ελεύθερους επαγγελματίες) αλλά και σε όσους την επιθυμούν. Το καταβαλλόμενο ασφαλιστρο που πληρώνει κάθε ασφαλισμένος είναι ανάλογο του κινδύνου που ενέχει. Ο κίνδυνος αξιολογείται κατά την σύναψη του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Η κυβέρνηση εποπτεύει τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ώστε να διασφαλίσει ότι δεν υπάρχουν μεγάλες αυξήσεις στα ασφάλιστρα κατά τη διάρκεια ισχύος των συμβολαίων (όσο η ηλικία των ασφαλισμένων μεγαλώνει) ή ότι το ασφαλιστρο δεν αποτελεί δυσανάλογη επιβάρυνση όταν το εισόδημα των ασφαλισμένων μειώνεται σημαντικά. Μάλιστα, η γερμανική κυβέρνηση έχει απαιτήσει από τις ασφαλιστικές εταιρίες να παρέχουν βασική κάλυψη για άτομα με βεβαρυσμένο ιατρικό ιστορικό τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν από το δημόσιο σύστημα υγείας και δεν μπορούν να πληρώνουν ασφαλιστρο ανάλογο του κινδύνου που ενέχουν. Κατόπιν νόμου που έχει επιβάλει η γερμανική κυβέρνηση, οι ασφαλιστικές εταιρίες υποχρεούνται να διατηρούν αποθέματα γήρατος για κάθε ασφαλισμένο από την αρχή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ώστε να επιβραδυνθεί η αύξηση των ασφαλίσεων με το πέρασμα της ηλικίας, ενώ τα αποθέματα διατηρούνται και είναι μεταβιβάσιμα σε περίπτωση

ακύρωσης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου ή μεταφοράς σε κάποια άλλη ασφαλιστική εταιρία.

Επιπρόσθετα, η κυβέρνηση έχει εισάγει τα τελευταία έτη αρκετές μεταρρυθμίσεις και καινοτομίες. Ενδεικτικά, θα αναφερθούμε στις κυριότερες από αυτές:

- ✓ Ανεξάρτητος φορέας έχει εξουσιοδοτηθεί να αξιολογήσει την ποιότητα της φροντίδας σε οίκους ευγηρίας και μακροχρόνιας περίθαλψης με κριτήριο περισσότερους από 50 δείκτες ποιότητας με στόχο τη βελτίωση της διαφάνειας σε σημαντικούς τομείς της μακροχρόνιας φροντίδας.
- ✓ Εισαγωγή κινήτρων για την ελαχιστοποίηση χρήσης υπηρεσιών υγείας μέσω συμμετοχής των ασφαλισμένων σε προγράμματα πρόληψης (π.χ. μείωσης του βάρους, της νοσηρότητας κλπ).
- ✓ Εισαγωγή ενός συστήματος κεντρικής ανακατανομής (το 2009) για τη βιωσιμότητα της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, με βάση το οποίο όλα τα ταμεία λαμβάνουν ένα ενιαίο ποσό για κάθε ασφαλισμένο προσαρμοσμένο στον παράγοντα κινδύνου του. Εάν οι συνολικές πιστώσεις δεν καλύπτουν τα έξοδα του ταμείου υγείας, το ταμείο εισάγει ένα επιπρόσθετο ονομαστικό ασφάλιστρο.
- ✓ Ενίσχυση του ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας με την εισαγωγή νέων ασφαλιστικών προγραμμάτων που δίνουν στους ασφαλισμένους πρόσθετες επιλογές επιμερισμού του κόστους όπως επιλογή εκπιπτόμενου ποσού, επιδόματα ασθενείας στους αυτοαπασχολούμενους με την πληρωμή ενός έξτρα ποσού. Τα ταμεία είναι υποχρεωμένα να υποβάλουν τακτικές εκθέσεις στις αρμόδιες αρχές σχετικά με την αποδοτικότητα των παραπάνω προγραμμάτων.

1.4.4 Το σύστημα υγείας της Νέας Ζηλανδίας

A. Γενικά

Όλοι οι κάτοικοι της Νέας Ζηλανδίας έχουν πρόσβαση σε ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Επιπλέον, τα παιδιά απολαμβάνουν δωρεάν ιατρικές φροντίδες μέχρι την ηλικία των 6 ετών, ενώ η κυβέρνηση χρηματοδοτεί σε μεγάλο βαθμό την ιατρική περίθαλψη των πολιτών που είναι εγγεγραμμένοι στο

βασικό σύστημα υγείας της χώρας. Οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν ελεύθερα το γενικό ιατρό της αρεσκείας τους, στον οποίο θα απευθύνονται σε κάθε πρόβλημα υγείας που τους προκύπτει. Στην Νέα Ζηλανδία συναντά κανείς τόσο ιδιωτικά όσο και δημόσια νοσοκομεία. Ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων είναι σαφώς μεγαλύτερος από αυτόν των ιδιωτικών και είναι σημαντικό το γεγονός ότι τα δημόσια νοσοκομεία είναι σε θέση να παρέχουν ιατρική περίθαλψη σε όλα τα τακτικά ή επείγοντα περιστατικά που προκύπτουν.

B. Βασικά Χαρακτηριστικά

- ✓ Το σύστημα υγείας καλύπτει υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας και εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακολούθηση από εξειδικευμένους ιατρούς, συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, παροχή οδοντιατρικής φροντίδας στα παιδιά, διαφύλαξη της ψυχικής υγείας των πολιτών καθώς και παροχή μέριμνας για τα άτομα με ειδικές ανάγκες.
- ✓ Οι πολίτες συνεισφέρουν στο κόστος των επισκέψεων στους ιατρούς, στο κόστος νοσηλευτικής φροντίδας, στο κόστος περίθαλψης που παρέχουν τα ιδιωτικά νοσοκομεία, στο κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς και στην οδοντιατρική φροντίδα των ενηλίκων. Πρόσθετες εναλλακτικές θεραπείες που εφαρμόζονται σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών (χρήση νέων καινοτόμων μεθόδων) καλύπτονται εξ ολοκλήρου εξ ιδίων κεφαλαίων τους. Το ποσοστό συμμετοχής των πολιτών στο κόστος της περίθαλψής τους αντιστοιχεί στο 14% των συνολικών ετήσιων εθνικών εξόδων.
- ✓ Το υπουργείο υγείας διανέμει κάθε τρίμηνο στους κεντροποιημένους φορείς (District Health Boards) μια αναφορά αξιολόγησης των νοσοκομειακών ιδρυμάτων με στόχο την κινητοποίησή τους για την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών. Η αναφορά αυτή περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, το χρόνο αναμονής τους για την παροχή της περίθαλψης, την ικανότητα άμεσης αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών, την διαθεσιμότητα του απαραίτητου ιατρικού εξοπλισμού και την δυνατότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης ψυχικών νοσημάτων. Με αυτό τον τρόπο συλλέγονται πολύτιμα στοιχεία τα οποία στη συνέχεια επιτρέπουν στην κυβέρνηση να συγκρίνει τα δεδομένα της με αυτά άλλων χωρών, όπως αυτά της Αυστραλίας.

- ✓ Όλοι οι φορείς που παρέχουν ιατρική περίθαλψη, είτε είναι νοσοκομεία, είτε είναι γηροκομεία ή λοιπά κέντρα φροντίδας και αποκατάστασης των ασθενών, οφείλουν να έχουν την απαραίτητη πιστοποίηση για τις υπηρεσίες που παρέχουν. Τα αρμόδια ελεγκτικά κλιμάκια είτε προέρχονται από κρατικές υπηρεσίες είτε ανήκουν σε ανεξάρτητες ελεγκτικές εταιρείες αποσκοπούν την καταγραφή και τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας και υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς.
- ✓ Επίσης ειδική μέριμνα παρέχεται για τους ιθαγενείς της Νέας Ζηλανδίας (Μαορί) και την περίθαλψή τους.

Γ. Κοινωνική ασφάλιση υγείας: Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσα από ένα ποσοστό υποχρεωτικής συνεισφοράς των ακαθάριστων αποδοχών. Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση μέσω της κρατικής φορολογίας σε ποσοστό 85%, μέσω εισφορών των εργαζομένων σε ποσοστό 7% και μέσω χρηματοδότησης των τοπικών αρχών της κάθε περιφέρειας σε ποσοστό 8%. Το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από κρατικούς πόρους σε ποσοστό 78% μέσω ενός ετήσιου προϋπολογισμού που συντάσσει η κυβέρνηση. Η περίθαλψη παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία σε συνεργασία με ιδιωτικούς παρόχους φροντίδας με τους οποίους έχει συμβληθεί το κράτος.

Η κυβέρνηση προσπαθώντας να ενισχύσει τους οικονομικά ασθενέστερους ώστε να μπορούν να απολαμβάνουν εξίσου με τους υπόλοιπους ένα υψηλό επίπεδο ιατρικής περίθαλψης έχει υιοθετήσει μία σειρά μέτρων. Για παράδειγμα, ισχύουν χαμηλές εισφορές των οικονομικά ασθενέστερων ατόμων για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και παροχή οικονομικής ενίσχυσης σε ασθενείς με μακροχρόνια προβλήματα υγείας ή με υψηλού κόστους νοσήματα.

Τα δημόσια νοσοκομεία διαχειρίζονται από ένα κεντροποιημένο φορέα (District Health Boards) ο οποίος επιτυγχάνει να καθορίζει και να ελέγχει την ποιότητα και των ειδών των παρεχόμενων υπηρεσιών και να σχεδιάζει, να παρέχει και να προμηθεύεται τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό ώστε να είναι δυνατή η υψηλότερη ποιοτικά ιατρική περίθαλψη. Σε όλη την επικράτεια της χώρας υπάρχουν 21 κεντροποιημένοι φορείς ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι ανάγκες της κάθε γεωγραφικής περιοχής.

Δ. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Νέα Ζηλανδία διαδραματίζει συμπληρωματικό ρόλο, καθώς παρέχει υπηρεσίες κατά κύριο ρόλο σε όσους επιθυμούν να έχουν δυνατότητα πραγματοποίησης εξειδικευμένων ιατρικών επεμβάσεων σε ιδιωτικά νοσοκομεία και επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιδιωτικούς ιατρούς. Περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού στρέφεται στην παροχή ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ το ποσό των χρημάτων που συνολικά καταβάλλεται ετησίως αντιστοιχεί στο 6% των εξόδων όλης της χώρας.

Επιπρόσθετα, η κυβέρνηση έχει εισάγει τα τελευταία έτη αρκετές μεταρρυθμίσεις και καινοτομίες. Ενδεικτικά, θα αναφερθούμε στις κυριότερες από αυτές:

- ✓ Εισαγωγή ενός συστήματος αξιολόγησης της αναγκαιότητας των ασθενών να υποβληθούν σε κάποια εγχείρηση με στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας και την καλύτερη διαχείριση των λιστών αναμονής των ασθενών. Με αυτό τον τρόπο, ασθενείς που επείγει να υποβληθούν σε κάποια επέμβαση για τη διασφάλιση της υγείας και της επιβίωσης του εντάσσονται υψηλότερα στη λίστα αναμονής συγκριτικά με άλλους που αναμένουν να υποβληθούν σε εγχειρήσεις ρουτίνας. Αυτή η μέθοδος της ιεράρχησης των ασθενών ανάλογα με τις ανάγκες τους είναι αμφιλεγόμενη από κάποιους γι' αυτό η κυβέρνηση προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα των καθυστερήσεων ανακοίνωσε την πρόθεσή της να συνεργαστεί και με κάποια ιδιωτικά νοσηλευτικά κέντρα.
- ✓ Προκειμένου να συμπεριληφθεί ένα φάρμακο στο εθνικό συνταγολόγιο πρέπει να λάβει έγκριση του εθνικού οργανισμού φαρμάκων, οποίος εξετάζει την αποτελεσματικότητά του και την καταλληλότητά τους για τους ασθενείς ενώ παράλληλα εστιάζει στη σχέση κόστους – οφέλους από τη λήψη του. Στην περίπτωση που κάποιο φάρμακο είναι ακριβό γίνεται αναζήτηση άλλων γενόσημων φαρμάκων που θα μπορούσαν να το αντικαταστήσουν. Στη συνέχεια ο εθνικός οργανισμός φαρμάκων παραγγέλνει την απαραίτητη ποσότητα αποθέματος ώστε να είναι δυνατή η άμεση κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Αν παρόλα αυτά ο ασθενής επιθυμεί να λάβει κάποιο άλλο ισοδύναμο φάρμακο το οποίο έχει υψηλότερο κόστος από το επιλεγμένο από την κυβέρνηση, χωρίς να έχει απαραίτητη ιατρικό παραπεμπτικό που να

αποδεικνύει την αναγκαιότητά του, τότε θα επιβαρυνθεί το επιπλέον κόστος αυτού.

- ✓ Εστίαση της προσοχής των ασφαλισμένων στην πρόληψη κάποιων ασθενειών (χρόνια νοσήματα) με στόχο την μείωση του κόστους που απαιτείται για την αντιμετώπισή τους.
- ✓ Εισαγωγή ενός συστήματος διαχείρισης της κάθε επιμέρους μονάδας του νοσοκομείου από έμπειρους ιατρούς, οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να αξιολογήσουν σωστά τις ανάγκες των ασθενών και να δώσουν προτεραιότητα όπου απαιτείται ώστε και οι χρόνοι αναμονής τους να μειώνονται και τα ποσοστά θνησιμότητας να συρρικνώνονται.
- ✓ Εισαγωγή ενός συστήματος παροχής κινήτρων στους τελειόφοιτους ιατρούς, νοσηλευτές και μαίες που επιθυμούν να υλοποιήσουν την πρακτική τους άσκηση, να ενταχθούν σε φορείς που χρήζουν μεγαλύτερης προσπάθειας είτε λόγω του όγκου της εργασίας, είτε λόγω της φύσης των ασθενών, είτε λόγω των ειδικευμένων γνώσεων που απαιτούνται. Με αυτό τον τρόπο άρχισε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της ύπαρξης κενών θέσεων σε κάποια περιφερειακά κυρίως νοσοκομεία και οι ασθενείς μπόρεσαν να έχουν την αρμόζουσα ιατρική περίθαλψη. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να λάβουν διευκόλυνση αποπληρωμής των δανείων που είχαν λάβει προκειμένου για τις σπουδές τους σε εύρος έως και πέντε ετών. Χαρακτηριστικό είναι άλλωστε ότι οι τελειόφοιτοι αυτοί μετά το τέλος της πρακτικής τους είχαν μεγάλη πιθανότητα να συνεχίσουν να απασχολούνται στους ίδιους οργανισμούς.

1.4.5 Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

A. Γενικά

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η ασφαλιστική κάλυψη είναι καθολική. Όλοι οι κάτοικοι έχουν δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη που είναι σε μεγάλο βαθμό δωρεάν. Για επισκέπτες της χώρας ή λαθρομετανάστες (που δεν είναι νόμιμοι κάτοικοι) παρέχεται δωρεάν υγειονομική περίθαλψη μόνο σε θεραπείες ατυχημάτων/ επειγόντων περιστατικών ή για ορισμένα λοιμώδη νοσήματα.

B. Βασικά χαρακτηριστικά

- ✓ Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από παθολόγους-οικογενειακούς ιατρούς. Μέσω των ιατρών αυτών γίνεται η πρώτη επαφή και εξέταση και εάν απαιτείται ο ασθενής αποστέλλεται στο νοσοκομείο.
- ✓ Το σύστημα υγείας διαθέτει 24-ωρη τηλεφωνική γραμμή για το κοινό που παρέχει συμβουλές σε θέματα υγείας.
- ✓ Δωρεάν υγειονομική περίθαλψη στο σημείο χρήσης.
- ✓ Το 2001, η τότε κυβέρνηση έθεσε υψηλούς στόχους για να επιτευχθεί έως για το 2010 μια μείωση 10% στη διαφορά της βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων και στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των ατόμων που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές και το γενικό πληθυσμό.
- ✓ Η νέα κυβέρνηση που σχηματίστηκε μετά την εκλογές του Μαΐου 2010 προτείνει ένα νέο σχέδιο «πριμοδότησης της υγείας» με στόχο «την προώθηση δράσης για τη βελτίωση του πληθυσμού σε ολόκληρη την υγεία και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία».

Γ. Κοινωνική ασφάλιση Υγείας: Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service) καλύπτει υπηρεσίες πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της ανοσοποίησης και προγράμματα εμβολιασμού, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ιατρικές υπηρεσίες, φαρμακευτική αγωγή ασθενών, οδοντιατρική και οφθαλμιατρική περίθαλψη, διανοητική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, μακροχρόνια φροντίδα και αποκατάσταση.

Για αρκετές από τις παραπάνω δημόσια καλυπτόμενες υπηρεσίες υπάρχουν κάποιες ρυθμίσεις επιμερισμού του κόστους στις οποίες οι ασθενείς μπορεί να επιβαρύνονται με ένα καθορισμένο ποσό ή με μία χρέωση έως ένα προκαθορισμένο ανώτατο ποσό. Για άτομα με χαμηλό εισόδημα και συγκεκριμένες ομάδες (τέκνα, εγκύους, ηλικιωμένους, ανάπηρους) ακολουθείται ευνοϊκότερη μεταχείριση, όπως απαλλαγή από τις χρεώσεις των συνταγογραφήσεων, οικονομική ενίσχυση για λήψη γυαλιών οράσεως κλπ.

Δ. Ιδιωτική ασφάλιση Υγείας: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν είναι τόσο διαδεδομένη στο Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς μόνο το 12% του πληθυσμού διαθέτει.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κατά κύριο λόγο από τη γενική φορολογία (σε ποσοστό 75%), ενώ 20% προέρχεται από το φόρο μισθωτών υπηρεσιών από όλους τους εργαζόμενους και 5% των εσόδων προέρχεται από τέλη χρήσης και άλλες πηγές εσόδων. Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου ελέγχεται από την κυβέρνηση μέσω του Υπουργείου Υγείας, το οποίο ελέγχει δέκα στρατηγικές Υγείας και αυτές με τη σειρά τους ελέγχουν όλες τις λειτουργίες του (συστήματος υγείας) μέσω των Ενώσεων Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης της περιοχής τους. Αυτές συμβάλλονται με παρόχους για υπηρεσίες που θεωρούνται απαραίτητες για τους κατοίκους. Παρ' όλα αυτά, η κυβέρνηση που εκλέχθηκε το Μάιο του 2010 έχει ανακοινώσει τη κατάργηση των ενώσεων αυτών και την ίδρυση ομάδων ονομαζόμενων ως «clinical commissioning groups» με επικεφαλείς τους ιατρούς.

Η Επιτροπή ποιοτικής περίθαλψης αποτελεί μη κυβερνητική οργάνωση η οποία εξασφαλίζει βασικά πρότυπα της ασφάλειας και της ποιότητας μέσω ενός συστήματος εγγραφής και ενός επόμενου ελέγχου. Το αρμόδιο όργανο ελέγχου (Monitor) αποτελεί τον οικονομικό ρυθμιστή όλων των φορέων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους ασθενείς του εθνικού συστήματος υγείας. Παράλληλα άλλη μη κυβερνητική οντότητα, η Ομάδα συνεργασίας και ανταγωνισμού ερευνά πιθανές παραβιάσεις του ανταγωνισμού και συμβουλεύει το Υπουργείο Υγείας σχετικά ώστε να ληφθούν οι απαραίτητες ενέργειες.

Τα τελευταία έτη παρατηρείται μεγάλη προσπάθεια της αγγλικής κυβέρνησης προκειμένου να διασφαλίσει την ποιότητα περίθαλψης, μέσα από τη θέσπιση μίας σειράς πλαισίων με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό το ρόλο έχει αναλάβει το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας που έως το 2015 θα έχει αναπτύξει 150 πρότυπα ποιότητας για τις κύριες οδούς της φροντίδας. Ακόμη, παρέχονται οικονομικά κίνητρα στους ιατρούς για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών τους, με βάση ένα σύνολο αξιολόγησης όπως εάν παρέχονται πρόσθετες παροχές, ο τρόπος διαχείρισης των καταστάσεων που αντιμετωπίζουν, ο τρόπος αντιμετώπισης και η θεραπεία χρόνιων παθήσεων, η τήρηση μητρώου με τη νόσο των ασθενών κλπ. Σε στάδιο υλοποίησης βρίσκεται η παραγωγή αναφορών και λογαριασμών ποιότητας και διαφάνειας που στόχο έχουν να παρέχουν στους ασθενείς πληροφορίες σχετικές με την απόδοση των προμηθευτών. Ήδη το παραπάνω σχέδιο

έχει εφαρμοστεί σε τομείς ψυχικής υγείας και στο μέλλον θα επεκταθεί και σε άλλες ρυθμίσεις φροντίδας όπως η γενική πρακτική.

Τα τελευταία έτη η κυβέρνηση έχει εισάγει μία σειρά από μεταρρυθμίσεις και πρόσθετα μέτρα με σκοπό τη βελτίωση του συστήματος υγείας, τα πιο σημαντικά από τα οποία αποτυπώνονται στη συνέχεια:

Ο προγραμματισμός ενός νέου μεταρρυθμιστικού προγράμματος το οποίο θα πρέπει να έχει εφαρμοστεί μέχρι το τέλος του 2014. Τα βασικότερα σημεία του προγράμματος αυτού είναι:

- Η κατάργηση των αρμόδιων υγειονομικών αρχών και η δημιουργία ενός νέου Διοικητικού Συμβουλίου ανεξάρτητου από το Υπουργείο Υγείας το οποίο θα ενημερώνεται σε ετήσια βάση σχετικά με την πρόοδο που έχει επιτευχθεί έναντι σε ένα πλαίσιο στόχων που αφορούν στην υγειονομική περίθαλψη. Οι στόχοι αυτοί καθορίζονται από τον Υπουργό Υγείας.
- Η δημιουργία νέων τοπικών ομάδων αποτελούμενες κατά βάση από ιατρούς που θα έχουν την ευθύνη για την ανάθεση έργου. Οι ομάδες αυτές θα λαμβάνουν πόρους από το Διοικητικό Συμβούλιο του Συστήματος Υγείας, αλλά θα πρέπει να δίνουν αναφορά για τη χρήση των πόρων αυτών.
- Ο ρόλος των τοπικών αρχών στο σύστημα υγείας θα επεκταθεί με τη δημιουργία συμβουλίων τοπικής αυτοδιοίκησης για την υγεία- ευημερία και την ανάληψη ευθύνης για τις λειτουργίες της δημόσιας υγείας και για τους στενότερους δεσμούς μεταξύ των υπηρεσιών υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης.
- Εισαγωγή και εκπλήρωση της αρχής «καμία υπηρεσία για μένα χωρίς εμένα». Ο ασθενής πλέον έχει τη δυνατότητα, όπου ενδείκνυται κλινικά, να επιλέξει ο ίδιος τον ιατρό σύμβουλο για τη φροντίδα του.

1.4.6 Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής

A. Γενικά

Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής είναι κατακερματισμένο, αφού υπάρχουν πολλές ιδιωτικές και δημόσιες πηγές χρηματοδότησής του, αλλά και μεγάλες διαφορές στα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού. Το 2010, 56% των

κατοίκων των ΗΠΑ έλαβε πρωτοβάθμια περίθαλψη από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, με αναλογία ποσοστών κατά 51% να την λαμβάνει από τον εργοδότη τους και το υπόλοιπο 5% να το λαμβάνει από ιδιωτική κάλυψη. Τα δημόσια προγράμματα υγείας καλύπτουν το 27% του πληθυσμού, από το οποίο το 14% καλύπτεται από το Medicare, 12% από το Medicaid και 1% από προγράμματα στρατιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Υπολογίζεται ότι το 2010 σχεδόν 50 εκατομμύρια κάτοικοι (16% του πληθυσμού) ήταν ανασφάλιστοι, ενώ από το υπόλοιπο ποσοστό ασφαλισμένων ατόμων, 29 εκατομμύρια λαμβάνουν χαμηλότερες παροχές με αποτέλεσμα να πρέπει να πραγματοποιούν υψηλές ιδιωτικές δαπάνες σε σχέση με το εισόδημά τους. Τον Ιανουάριο του 2009, το πρόγραμμα κάλυψης της υγείας παιδιών χαμηλού εισοδήματος (State Children's Health Insurance Program) σε μερικά κράτη ως επέκταση του Medicaid και σε άλλα ως ξεχωριστό πρόγραμμα αναθεωρήθηκε και επεκτάθηκε με αποτέλεσμα να καλύπτει 7.7 εκατομμύρια παιδιά. Τέλος, υπάρχει ειδικό πρόγραμμα (Veterans Administration) για παροχή περίθαλψης στους βετεράνους και τις οικογένειές τους.

B. Βασικά χαρακτηριστικά

- ✓ Τα πακέτα ασφάλισης ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της ασφάλισης, αλλά βασικά περιλαμβάνουν νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και ιατρικές υπηρεσίες. Πολλά περιλαμβάνουν ακόμη προληπτικές υπηρεσίες, φυσιοθεραπείες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κάλυψη συνταγογραφημένων φαρμάκων.
- ✓ Οι δαπάνες για την υγεία είναι περισσότερες από οποιαδήποτε άλλη χώρα.
- ✓ Η περίθαλψη γενικά παρέχεται από ιδιωτικά νοσοκομεία ή ιδιωτικούς ιατρούς.

Γ. Κοινωνική ασφάλιση υγείας: Το Medicare είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης για άτομα ηλικίας από 65 ετών και άνω καθώς και για κάποια άτομα με ειδικές ανάγκες. Το Medicare διοικείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού φόρου επί του συνολικού μισθού, ασφαλιστρών και γενικών εισοδημάτων. Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ομοσπονδιακών κρατών που καλύπτει ορισμένες ομάδες φτωχών. Το Medicaid διοικείται από τα κράτη, ακολουθώντας ένα ευρύ πλαίσιο

ομοσπονδιακών οδηγιών. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση παρέχει συμπληρωματικά κεφάλαια στα Κράτη μέλη σε κυμαινόμενες ποσότητες.

Δ. Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής παρέχεται από 1.200 κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρίες και ρυθμίζεται σε κρατικό επίπεδο από επιτρόπους κρατικής ασφάλισης, οι οποίοι επιτρέπουν έναν αρκετά μεγάλο βαθμό ευχέρειας σχεδιασμού νέων πακέτων παροχών. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας χρηματοδοτείται είτε από τις προσωπικές εισφορές των ασφαλιζομένων είτε από εθελοντικές αφορολόγητες συνεισφορές ασφαλιστρου των εργοδοτών και των εργαζόμενων από κοινού. Η κάλυψη μέσω ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων που παρέχουν οι εργοδότες είναι η κυρίαρχη μορφή κάλυψης ασφάλειας υγείας και παρέχεται μέσω οργανισμών που διαχειρίζονται τη φροντίδα υγείας (managed care organisations) που χρεώνουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας από ότι θα χρέωναν έναν μεμονωμένο ασθενή. Μερικά άτομα καλύπτονται και από τη δημόσια και από την ιδιωτική ασφάλιση.

Προκειμένου να διασφαλίσει η κυβέρνηση την ποιότητα περίθαλψης, έχει ιδρύσει μία ανεξάρτητη, μη κερδοσκοπική επιτροπή (Joint Commission) η οποία διαπιστεύει περισσότερες από 15.000 οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης σε ολόκληρη τη χώρα (κυρίως νοσοκομεία, εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, εργαστήρια) χρησιμοποιώντας κριτήρια που περιλαμβάνουν την θεραπεία των ασθενών, την αποτελεσματική διακυβέρνηση, την απόδοση και τη βελτίωση της ποιότητας. Η Εθνική Επιτροπή Διασφάλισης Ποιότητας (National Committee for Quality Assurance) είναι η κύρια επιτροπή διαπίστευσης των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας.

Διαπιστευμένοι οργανισμοί υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις σχετικά με περισσότερα από 60 μέτρα απόδοσης που πρέπει να πληρούν, ενώ ο Οργανισμός για την Έρευνα και Ποιότητα Υγείας (Agency for Healthcare Research and Quality) διεξάγει τεκμηριωμένη έρευνα σχετικά με τις πρακτικές, τα αποτελέσματα, την αποτελεσματικότητα, τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, την ασφάλεια, την εμπειρία των ασθενών, τις φυλετικές-εθνικές-εισοδηματικές διαφορές-ανισότητες και τονίζει τους τομείς που θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα για δράση.

Ένα ακόμη μέτρο για τη διασφάλιση της ποιότητας περίθαλψης είναι η σύνδεση μιας σειράς μέτρων σχετικών με την ποιότητα περίθαλψης, την υγεία, το κόστος-αποτελεσματικότητα, την ικανοποίηση των ασθενών. Τα ποιοτικά πρότυπα μέτρησης ορίζονται από το Εθνικό Φόρουμ για την Ποιότητα. Ομοσπονδιακά Αναγνωρισμένα Κέντρα Δράσης (Federally Qualified Health Centers) λειτουργούν σαν ένα δίκτυο παροχής ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πρόληψης ανεξάρτητα από την ικανότητα των ασθενών τους να πληρώσουν.

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα τελευταία έτη έχουν πραγματοποιηθεί σαρωτικές μεταρρυθμίσεις με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας υγείας. Τον Μάρτιο του 2010 υπογράφηκε ο νόμος για την Προστασία των ασθενών και την οικονομικά προσιτή φροντίδα (Patient Protection and Affordable Care Act) με κυριότερες διατάξεις τις εξής:

- Παροχή επιδοτήσεων για την ασφάλιση φυσικών προσώπων χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και φορολογικές ελαφρύνσεις για τις μικρές επιχειρήσεις.
- Την ίδρυση ενός Κέντρου Καινοτομίας Medicaid και Medicare για την ανάπτυξη και βελτίωση της ποιότητας και μείωση του κόστους.
- Ίδρυση ανεξάρτητου γνωμοδοτικού συμβουλίου πληρωμής με εντολή να μειώσει τις δαπάνες του Medicare μέσω μεταρρυθμίσεων.
- Επέκταση του Medicaid ώστε να περιλαμβάνει όλους όσους έχουν εισόδημα κάτω από 133% του ομοσπονδιακού επιπέδου της φτώχειας.
- Εξάλειψη των συμμετοχών πληρωμής για τις υπηρεσίες πρόληψης και τους εμβολιασμούς.
- Αύξηση της χρηματοδότησης για τα κοινοτικά κέντρα υγείας που παρέχουν περίθαλψη σε άτομα χαμηλού εισοδήματος και ανασφάλιστα άτομα.
- Ωστόσο, σημαντική και κρίσιμη θεωρείται η μεταρρύθμιση-ορόσημο Obama στο δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα υγείας της χώρας, η οποία κρίθηκε συνταγματική και ψηφίστηκε τον 06/2012.
- Ο νόμος της κυβέρνησης Obama απαιτεί από τις ασφαλιστικές εταιρείες να παρέχουν κάλυψη σε όλους, ανεξαρτήτως της κατάστασης της υγείας τους ή της ηλικίας τους, με λογικό αντίτιμο, προβλέπει την επέκταση της υγειονομικής κάλυψης στα 16 εκατομμύρια των φτωχότερων Αμερικανών και

έχει ως στόχο να μειωθεί το κόστος περίθαλψης και να καταπολεμήσει τον αριθμό των ατόμων που παραμένουν ανασφάλιστοι λόγω του δυσβάστακτου κόστους ασφάλισης.

Συμπεράσματα πρώτου κεφαλαίου

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των συστημάτων υγείας όλων των χωρών είναι ότι δέχονται πιέσεις από την αύξηση των προσδοκιών των πολιτών-πελατών, στους οποίους απευθύνουν τις υπηρεσίες τους, ως προς τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών που παρέχονται από αυτά τα συστήματα υγείας.

Οι απαρχές των συστημάτων υγείας εντοπίζονται στη Μεγάλη Βρετανία όπου στις 20/11/1942 η έκθεση Beveridge αποτέλεσε την απαρχή ενός διευρυμένου μεταπολεμικού κράτους πρόνοιας με σκοπό την αποκατάσταση των πολιτών, και την αντιμετώπιση των επειγόντων κοινωνικών αναγκών ύστερα από τα δεινά του Β' Παγκοσμίου Πολέμου.

Η ιστορία των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις ανεπτυγμένες χώρες δείχνει ότι, σε διάφορες περιόδους όλες οι χώρες συμμερίζονται παρόμοιους στόχους υγειονομικής περίθαλψης (κατ' αρχάς να βοηθήσει τον άρρωστο με χαμηλό εισόδημα, έπειτα να εγγυηθεί ένα εισόδημα για τους μισθωτούς που πάσχουν από κάποια ασθένεια και για τους ευρωπαίους μετά τον δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όλους), όμως η κάθε χώρα επέλεξε μία διαφορετική πορεία στην επίτευξη αυτών των στόχων.

Τα εθνικά συστήματα υγείας (National Health Systems) γενικά εξασφαλίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δικαιοσύνη και την ισότητα της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη με σχετικά χαμηλά επίπεδα δαπανών για την υγεία. Παρ' όλα αυτά μπορεί να παρέχουν μια αμφιβόλου ποιότητας θεραπεία αφού είναι γνωστά κυρίως για τις ιδιαίτερα μεγάλες λίστες αναμονής τους πριν από την πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα.

Τα ασφαλιστικά συστήματα υγείας, όπου η προσφορά της υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται άφθονη, επιτρέπουν στους ασθενείς να επιλέγουν τη φροντίδα που επιθυμούν. Η άνεση όπως και η ποιότητα φροντίδας είναι εγγυημένη, αλλά αυτό που διακινδυνεύεται τις περισσότερες φορές είναι το υψηλό κόστος των δαπανών για την υγεία και μερικές φορές η ανισότητα της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Το εθνικό σύστημα υγείας της Αυστραλίας (Medicare) παρέχει στους αυστραλούς πολίτες και στους μόνιμους κατοίκους της χώρας κάλυψη υγείας σε οποιοδήποτε μέρος του κόσμου και αν βρίσκονται. Η αυστραλιανή κυβέρνηση διαδραματίζει έναν ισχυρό ρόλο στην χάραξη πολιτικής, ρυθμίζοντας και χρηματοδοτώντας το εθνικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, παρέχοντας κονδύλια και κεφάλαια στα δημόσια νοσοκομεία και στα προγράμματα υγείας για τον πληθυσμό, ενώ έχει την κύρια κανονιστική αρμοδιότητα για υπηρεσίες που είναι επιδοτούμενες από την κυβέρνηση, όπως υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων. Η αυστραλιανή κυβέρνηση παρακολουθεί και ρυθμίζει και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού κάθε αύξηση στο ασφάλιστρο θα πρέπει να εγκριθεί από το υπουργείο Υγείας και Γήρανσης της κυβέρνησης.

Την τελευταία δεκαετία έχει παρατηρηθεί μεγάλη προσπάθεια της αυστραλιανής κυβέρνησης να διασφαλίσει την ποιότητα της περίθαλψης, μέσα από μία σειρά κανονιστικών στρατηγικών.

Το εθνικό σύστημα υγείας του Καναδά παρέχει καθολική κάλυψη για ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Όλοι όσοι διαμένουν νόμιμα στον Καναδά μπορούν να έχουν πρόσβαση στα δημόσια ασφαλιστικά προγράμματα. Η κυβέρνηση του Καναδά χρηματοδοτεί το δημόσιο σύστημα υγείας της κατά κύριο λόγο μέσω των φορολογικών εσόδων (εισόδημα, κατανάλωση, φόρος εισοδήματος εταιριών). Οι δαπάνες των ιδιωτικών προγραμμάτων υγείας αποτελούν το 30% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πολύ διαδεδομένη στον Καναδά, καθώς τα 2/3 περίπου του πληθυσμού έχουν συνάψει ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη. Η κυβέρνηση έχει διαθέσει περισσότερα κονδύλια για την υποστήριξη της καινοτομίας και την τόνωση του συστήματος με τη βελτίωση της ποιότητας, ενώ ιδιαίτερη προσπάθεια έχει γίνει προκειμένου να διαχειρισθεί και να μειωθεί ο χρόνος αναμονής των ασθενών. Μεγάλη προσπάθεια γίνεται και για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων υγείας, αφού το 18% των Καναδών ζει σε ακραία φτώχεια και 14.000 άνθρωποι είναι άστεγοι.

Στο σύστημα υγείας της Γερμανίας κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση αφού καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της Γερμανίας (περίπου το 85%) και αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck. Από το 2009 και έπειτα η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική στη Γερμανία για όλους τους πολίτες και τους μόνιμους κατοίκους της, είτε αυτή είναι ιδιωτική, είτε είναι δημόσια. Το

σύστημα υγείας λειτουργεί με 154 αυτόνομους, μη κερδοσκοπικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς, τα λεγόμενα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία διέπονται από το νόμο. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσα από ένα ποσοστό υποχρεωτικής συνεισφοράς των ακαθάριστων αποδοχών. Η κυβέρνηση εποπτεύει τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ώστε να διασφαλίσει ότι δεν υπάρχουν μεγάλες αυξήσεις στα ασφάλιστρα κατά τη διάρκεια ισχύος των συμβολαίων (όσο η ηλικία των ασφαλισμένων μεγαλώνει) ή ότι το ασφάλιστρο δεν αποτελεί δυσανάλογη επιβάρυνση όταν το εισόδημα των ασφαλισμένων μειώνεται σημαντικά.

Όλοι οι κάτοικοι της Νέας Ζηλανδίας έχουν πρόσβαση σε ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Επιπλέον, τα παιδιά απολαμβάνουν δωρεάν ιατρικές φροντίδες μέχρι την ηλικία των 6 ετών, ενώ η κυβέρνηση χρηματοδοτεί σε μεγάλο βαθμό την ιατρική περίθαλψη των πολιτών που είναι εγγεγραμμένοι στο βασικό σύστημα υγείας της χώρας. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσα από ένα ποσοστό υποχρεωτικής συνεισφοράς των ακαθάριστων αποδοχών. Πιο συγκεκριμένα, το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται σε μεγάλο βαθμό από την κυβέρνηση μέσω της κρατικής φορολογίας σε ποσοστό 85%, μέσω εισφορών των εργαζομένων σε ποσοστό 7% και μέσω χρηματοδότησης των τοπικών αρχών της κάθε περιφέρειας σε ποσοστό 8%. Τα δημόσια νοσοκομεία διαχειρίζονται από ένα κεντροποιημένο φορέα (District Health Boards) ο οποίος επιτυγχάνει να καθορίζει και να ελέγχει την ποιότητα και των είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και να σχεδιάζει, να παρέχει και να προμηθεύεται τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό ώστε να είναι δυνατή η υψηλότερη ποιοτικά ιατρική περίθαλψη. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Νέα Ζηλανδία διαδραματίζει συμπληρωματικό ρόλο, καθώς παρέχει υπηρεσίες κατά κύριο ρόλο σε όσους επιθυμούν να έχουν δυνατότητα πραγματοποίησης εξειδικευμένων ιατρικών επεμβάσεων σε ιδιωτικά νοσοκομεία και επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιδιωτικούς ιατρούς.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η ασφαλιστική κάλυψη είναι καθολική. Όλοι οι κάτοικοι έχουν δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη που είναι σε μεγάλο βαθμό δωρεάν. Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (National Health Service) καλύπτει υπηρεσίες πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της ανοσοποίησης και προγράμματα εμβολιασμού, νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, ιατρικές υπηρεσίες, φαρμακευτική αγωγή ασθενών, οδοντιατρική και οφθαλμιατρική περίθαλψη, διανοητική περίθαλψη,

συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για άτομα με μαθησιακές δυσκολίες, μακροχρόνια φροντίδα και αποκατάσταση. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν είναι τόσο διαδεδομένη στο Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς μόνο το 12% του πληθυσμού διαθέτει. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κατά κύριο λόγο από τη γενική φορολογία (σε ποσοστό 75%), ενώ 20% προέρχεται από το φόρο μισθωτών υπηρεσιών από όλους τους εργαζόμενους και 5% των εσόδων προέρχεται από τέλη χρήσης και άλλες πηγές εσόδων.

Το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής είναι κατακερματισμένο, αφού υπάρχουν πολλές ιδιωτικές και δημόσιες πηγές χρηματοδότησής του, αλλά και μεγάλες διαφορές στα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού. Τα δημόσια προγράμματα υγείας καλύπτουν το 27% του πληθυσμού, από το οποίο το 14% καλύπτεται από το Medicare, 12% από το Medicaid και 1% από προγράμματα στρατιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Το Medicare διοικείται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση και χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού φόρου επί του συνολικού μισθού, ασφαλιστρών και γενικών εισοδημάτων. Το Medicaid είναι ένα κοινό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ομοσπονδιακών κρατών που καλύπτει ορισμένες ομάδες φτωχών. Το Medicaid διοικείται από τα κράτη, ακολουθώντας ένα ευρύ πλαίσιο ομοσπονδιακών οδηγιών. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής παρέχεται από 1.200 κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρίες και ρυθμίζεται σε κρατικό επίπεδο από επιτρόπους κρατικής ασφάλισης, οι οποίοι επιτρέπουν έναν αρκετά μεγάλο βαθμό ευχέρειας σχεδιασμού νέων πακέτων παροχών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Εισαγωγή

Στην ενότητα αυτή αρχικά θα παραθέσουμε μερικά δημογραφικά στοιχεία της χώρας. Στη συνέχεια θα ακολουθήσει μια ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας πριν το 2006, ώστε να διαπιστώσουμε τις συνθήκες που συντέλεσαν στην αλλαγή του μέσα από μια σειρά μεταρρυθμίσεων που υλοποιήθηκαν. Θα εστιάσουμε στην οργανωτική δομή του συστήματος υγείας της Ολλανδίας και εν συνεχεία θα ακολουθήσει η ανάλυση των τριών τμημάτων ασφάλισης που συνυπήρχαν στη χώρα. Δεν θα μπορούσε από την ανάλυσή μας να λείπει ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας ανάλογα με τους τομείς στους οποίους αυτό επιμερίζεται. Έπειτα θα ακολουθήσει η παρουσίαση του οφέλους του εν λόγω συστήματος υγείας για τους ασφαλισμένους και τις παροχές που αυτοί απολαμβάνουν. Η ενότητα αυτή ολοκληρώνεται με τους λόγους μετεξέλιξης του ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας.

Το Σύστημα Υγείας της Ολλανδίας πριν το 2006

2.1 Γενικά στοιχεία για την Ολλανδία

Η Ολλανδία είναι μία χώρα που αποτελείται από 16 εκατομμύρια κατοίκους με αναλογία 50.5% γυναίκες- 49.5% άνδρες και είναι αρκετά πυκνοκατοικημένη χώρα καθώς κατοικούν περίπου 450 κάτοικοι ανά τετραγωνικό μέτρο. Αποτελείται από 12 επαρχίες.

Βάση της εθνικής μελέτης (Van Oers, 2003), τα τελευταία έτη η μέση αναμενόμενη διάρκεια ζωής έχει αυξηθεί προσφέροντας όχι μόνο περισσότερα έτη ζωής στους κατοίκους αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής, χάρη στην οικονομική ανάπτυξη που επικράτησε μετά το τέλος του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου καθώς και το οργανωμένο και ποιοτικό σύστημα υγείας της Ολλανδίας. Η Ολλανδία στο παρελθόν μπορούσε να συγκαταλεχθεί ανάμεσα στις χώρες με την υψηλότερη μέση αναμενόμενη διάρκεια ζωής, όμως τα τελευταία έτη περιορίζεται στο μέσο προσδόκιμο ζωής των ευρωπαϊκών χωρών (EU-15) λόγω μιας σειράς παραγόντων κινδύνων όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα, ανθυγιεινός τρόπος διατροφής, ο καθιστικός τρόπος ζωής κλπ. Όσον αφορά στη θνησιμότητα, αυτή διατηρείται σε στάσιμα χαμηλά ποσοστά σε σχέση με τα μέσα ευρωπαϊκά ποσοστά (EU-15). Σε αυτό συμβάλουν τα χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα καθώς και η αυξανόμενη εφαρμογή εξωσωματικής γονιμοποίησης από μέλλουσες μητέρες (σε μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τις ευρωπαϊκές μετρήσεις) που αντιμετωπίζουν πρόβλημα τεκνοποίησης με αποτέλεσμα τη γέννηση δίδυμων και τρίδυμων τέκνων. Οι κυριότερες αιτίες θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα και οι διάφορες μορφές καρκίνου. Στους πίνακες 2.1 και 2.2 που ακολουθούν, παρατηρούμε κάποια δημογραφικά στοιχεία για την Ολλανδία για την περίοδο 1970 έως 2006-7.

Πίνακας 2.1: Δημογραφικοί δείκτες για την περίοδο 1970-2007
Demographic indicators, 1970–2007 (selected years)

Indicator	1970	1980	1990	2000	2005	2007
Population, total (millions)	13.0	14.2	15.0	15.9	16.3	16.4
Population, female (% of total)	50.1	50.4	50.6	50.5	50.5	n/a
Population aged 0–14 (% of total)	27.3	22.3	18.2	18.6	18.4	18.1
Population aged 15–64 (% of total)	62.6	66.2	68.9	67.8	67.4	67.4
Population aged 65 and above (% of total)	10.2	11.5	12.8	13.6	14.2	14.5
Population growth (annual %)	1.2	0.8	0.7	0.8	0.2	0.2
Population density (people per km ²)	384.9	417.7	441.3	470.1	481.7	483.5
Fertility rate, total (births per woman)	2.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.7
Birth rate, crude (per 1000 people)	18.3	12.8	13.2	13.0	11.6	11.0
Death rate, crude (per 1000 people)	8.4	8.1	8.6	8.8	8.4	8.1
Age dependency ratio	59.9	51.1	45.1	47.5	48.3	48.5
Rural population (% of total population)	38.3	35.3	31.3	23.2	19.8	18.7

Source: World Bank 2009.
Note: n/a = not available.

Πίνακας 2.2: Δείκτες θνησιμότητας και προσδόκιμου ζωής για την περίοδο 1970-2006

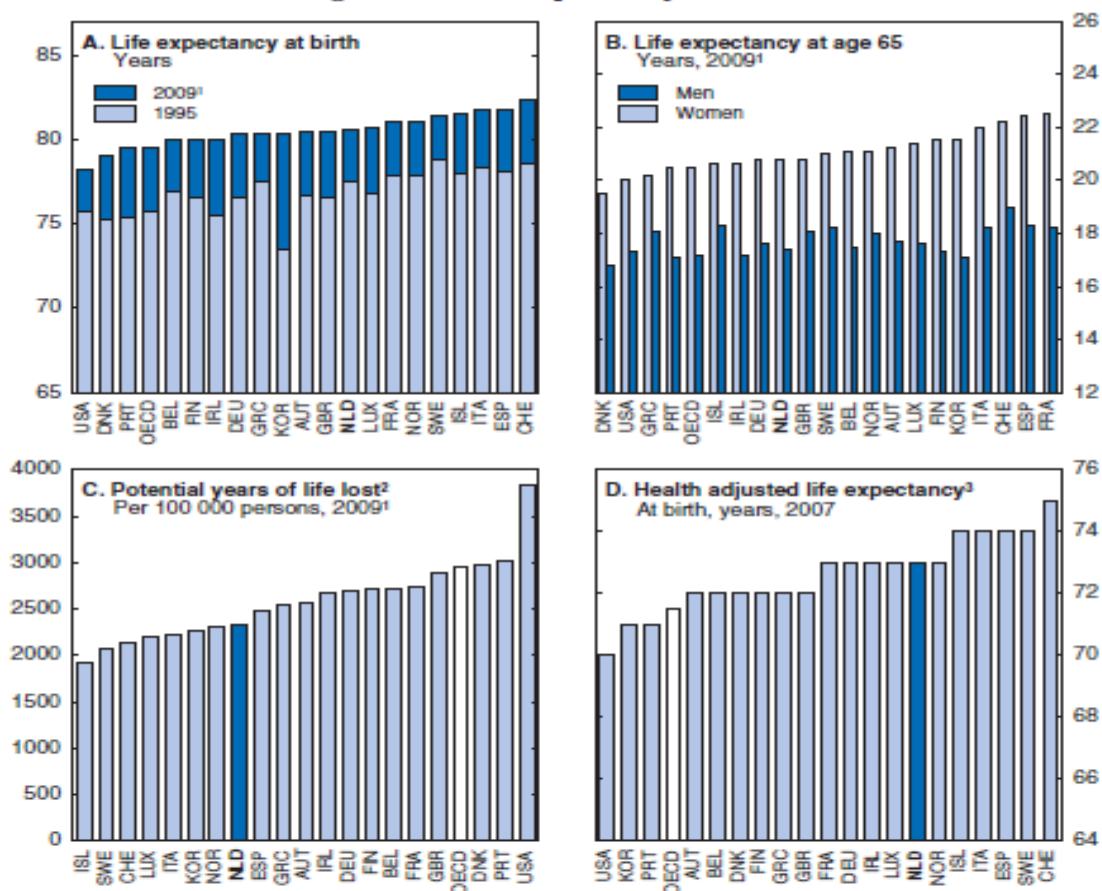
Mortality and health indicators, 1970–2006 (selected years)

Indicator	1970	1980	1990	2000	2005	2006
Life expectancy at birth, female (years)	76.5	79.2	80.1	80.6	81.6	81.9
Life expectancy at birth, male (years)	70.8	72.5	73.8	75.5	77.2	77.6
Life expectancy at birth, total (years)	73.6	75.7	76.9	78.0	79.4	79.7
Mortality rate, adult, female (per 1 000 female adults)	87.1	72.1	67.1	67.2	61.3	59.3
Mortality rate, adult, male (per 1 000 male adults)	158.6	136.7	116.5	100.1	82.7	80.8
Mortality rate, infant (per 1 000 live births)	12.0	8.7	7.2	4.6	4.6	4.5
Mortality rate, under 5 years of age (per 1 000)	15.7	10.7	8.8	6.2	5.5	5.3

Source: World Bank 2009.

Στη συνέχεια παρατηρούμε ότι συγκριτικά με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η Ολλανδία έχει να επιδείξει προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση παρόμοιο με τις περισσότερες άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Το προσδόκιμο ζωής έχει προχωρήσει πιο αργά από ό, τι στις περισσότερες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ για το χρονικό διάστημα 1995-2005 (Joumard et al., 2010) πριν από την άνοδο αρκετά απότομα στο δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 2000, σε μεγάλο βαθμό χάρη στη μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων (Mackenbach et al., 2011). Επιπλέον, ο αναμενόμενος αριθμός των ετών ζωής με καλή υγεία είναι αρκετά υψηλός, ενώ οι ολλανδοί πολίτες σπάνια υποκύπτουν σε θάνατο από ατύχημα, επιτρέποντας σχετικά μικρή δυνατότητα χαμένων ετών ζωής. Στην παιδική θνησιμότητα η απόδοση αντικατοπτρίζεται αρκετά καλή καθώς είναι πολύ κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

Διάγραμμα 2.1: Δείκτες αναμενόμενης διάρκειας ζωής



1. Or latest year of data available (2005-09); see source database for detail of country coverage.
 2. Adjusted series calculated excluding deaths from land transport accidents, accidental falls, suicides and assaults. Age group 0 to 69.
 3. Number of years expected to be lived in what might be termed the equivalent of "full health".
- Source: OECD (2011), "OECD Health Data: Health Status", OECD Health Statistics Database, December; and WHO (2011), Global Health Observatory Data Repository, World Health Organisation, May.
- StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932614871>

Η Ολλανδία καλύπτει περίπου τα δύο τρίτα του πληθυσμού της μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας της και το υπόλοιπο ένα τρίτο περίπου (κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι αλλά και άτομα με ανώτερο εισόδημα που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για τις παροχές που παρέχει η κυβέρνηση) μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών (National Union 2000). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 2000 η Ολλανδία κατετάγη 17^η για τη συνολική απόδοση του συστήματος υγείας της, 9^η στο επίπεδο της ανταπόκρισης και 13^η στο επίπεδο της επίτευξης υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2000). Επιπροσθέτως, από στατιστική έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί προκύπτει ότι το 73.2% του πληθυσμού κρίνει ικανοποιητικό το ολλανδικό υγειονομικό σύστημα το 1999 (Exter et al. 2004). Ωστόσο, όπως κάθε χώρα έτσι και η Ολλανδία έχει να αντιμετωπίσει μία σειρά από μαστιγες όπως η βία, ο

αλκοολισμός, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η χρήση ναρκωτικών, ψυχολογικά προβλήματα, η έλλειψη στέγης.

Στη συνέχεια παρατίθεται πίνακας που περιλαμβάνει μία σειρά από τα σημαντικότερα μακροοικονομικά στοιχεία για την περίοδο 1980-2002. Παρατηρούμε ότι η Ολλανδία διαθέτει μία ανοιχτή οικονομία η οποία ευημερεί, με χαμηλά ποσοστά ανεργίας από το 2000 και έπειτα, με ένα αυξανόμενο Α.Ε.Π. ενώ ο πληθωρισμός διατηρείται σε μέτρια επίπεδα. (André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004))

Πίνακας 2.3: Μακροοικονομικοί δείκτες για την περίοδο 1980-2007

Macroeconomic indicators (1980-2002)							
Indicator	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
GDP ^a per capita (in US \$PPP) ^b	8 860	12 204	16 596	21 251	27 183	27 190	29 000
GDP growth rate (% change) ^c	–	–	–	3.0	3.5	1.2	0.2
Annual average rate of inflation (%) ^c	–	–	–	1.4	2.3	5.1	3.9
Unemployment rate (%)	4.6	10.8	5.0	7.1	2.6	2.0	2.3

Sources: WHO Regional Office for Europe health for all database; ^a Eurostat 2004.

Notes: ^a GDP: gross domestic product; ^b PPP: purchasing power parity.

Macroeconomic indicators, 2007

Macroeconomic Indicator	2007
GDP (current US\$) (millions)	765 818
GDP, PPP (current International \$) (millions)	633 854
GDP per capita (current US\$)	46 750
GDP per capita, PPP (current International \$)	38 694
GDP growth (annual %)	3.5
Industry, value added (% of GDP)	24.2
Agriculture, value added (% of GDP)	2.1
Services, etc., value added (% of GDP)	73.7
Labour force, total	8 533 047
Unemployment, total (% of total labour force)	3.7*
Real interest rate (%)	3.4

Source: World Bank 2009; * Statistics Netherlands 2009.

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα που ακολουθεί, η γενικευμένη οικονομική κρίση που πλήττει το μεγαλύτερο μέρος των χωρών της Ευρώπης έχει αντίκτυπο και στα οικονομικά μεγέθη της Ολλανδίας. Πιο συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι ενώ κατά τη διάρκεια των ετών 1980-2007 υπήρχε μία ανοδική πορεία στο ακαθάριστο εθνικό προϊόν της χώρας, από το 2008 και έπειτα αρχίζει μία περίοδος μείωσης ή στασιμότητας στο αντίστοιχο μέγεθος. Οι προβλέψεις για το επόμενο έτος δίνουν μια μικρή αισιοδοξία για ανάκαμψη της πορείας της οικονομίας της χώρας.

Πίνακας 2.4: Μακροοικονομικοί δείκτες για το χρονικό διάστημα 2008-2013

	2008 Current prices EUR billion	2009	2010	2011	2012	2013
Gross domestic product	594.7	-3.5	1.6	1.3	-0.6	0.7
Private consumption	270.4	-2.6	0.4	-1.1	-0.7	-0.2
Government consumption	152.8	4.8	1.0	0.2	-0.7	-1.3
Gross fixed capital formation	121.8	-10.2	-4.4	5.8	-1.9	2.5
Public sector	20.5	4.5	-2.6	-2.3	-6.6	-3.5
Residential	37.5	-14.6	-11.5	6.3	-3.8	-0.3
Business	63.8	-12.2	-0.9	8.7	0.6	5.6
Final domestic demand	545.1	-2.2	-0.4	0.7	-0.9	0.0
Stockbuilding ¹	0.2	-0.8	1.2	0.1	-0.5	0.0
Total domestic demand	545.3	-3.1	0.9	0.8	-1.5	0.0
Exports of goods and services	453.4	-8.1	10.8	3.8	5.4	5.4
Imports of goods and services	404.0	-8.0	10.6	3.5	4.7	5.0
Net exports ¹	49.4	-0.7	0.9	0.5	0.9	0.8
<i>Memorandum items:</i>						
Harmonised index of consumer prices		1.0	0.9	2.5	2.4	1.5
Unemployment rate ²		3.7	4.4	4.4	5.3	5.7
Households saving ratio ³		6.4	3.9	5.5	6.4	7.0
Government financial balance ⁴		-5.5	-5.0	-4.6	-4.3	-3.0
General government gross debt (Maastricht definition) ⁴		60.7	62.9	65.1	70.9	73.5

1. Contributions to real GDP growth.

2. As a percentage of labour force.

3. As a percentage of disposable income.

4. As a percentage of GDP.

Source: OECD Economic Outlook, No. 91.

2.2 Ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας πριν το 2006

Στην Ολλανδία οι πρώτες προσπάθειες για παροχή υγειονομικής περίθαλψης προέρχονται κυρίως από εθελοντικούς οργανισμούς στα πλαίσια φιλανθρωπικής βάσης (κάτω από θρησκευτικές ή ιδεολογικές γραμμές). Σε ιδιωτικές και φιλανθρωπικές πρωτοβουλίες στηρίζεται και η κατασκευή της πλειοψηφίας των νοσοκομείων, τα οποία παραμένουν ακόμη και τώρα ιδιωτικές και μη κερδοσκοπικές οντότητες (περίπου το 90%-Exter et al, 2004). Παρά την ιδιωτική κυριαρχία, η ολλανδική κυβέρνηση αποτελεί τον κυριότερο ρυθμιστή στα θέματα του συστήματος υγείας.

Παρόλο που μέχρι τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο είχαν γίνει πολλές προσπάθειες από την κυβέρνηση για τη σύσταση ενός υποχρεωτικού συστήματος υγείας, όλες είχαν αποτύχει λόγω της μεγάλης αντίστασης-διαμάχης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά στο κατώτερο όριο του εισοδήματος με βάση το οποίο τα άτομα θα γίνονταν δεκτά στα ταμεία ασθένειας, τις προϋποθέσεις αποδοχής ως φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης καθώς και στη συμμετοχή των παρόχων στα ταμεία ασθένειας (Boot and Knarpen, 2001).

Ορόσημο στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης της Ολλανδίας αποτέλεσε η επιβολή από τη Γερμανία το 1941 για δημιουργία ενός υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης υγείας τύπου Bismarck για τους φτωχούς κάτω από το Νόμο Ασφάλισης Υγείας- Health Insurance Act (André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004)). Κάτω από αυτό το διάταγμα, η αγορά ασφάλισης υγείας χωρίστηκε σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Ένα υποχρεωτικό σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης που απευθύνεται σε όλους τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους. Οι συνεισφορές των εργαζόμενων και των εργοδοτών ήταν σε ίση αναλογία
- 2) Ένα εθελοντικό σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης για τους αυτοαπασχολούμενους
- 3) Ιδιωτική ασφάλιση υγείας για το υπόλοιπο του πληθυσμού

Στη συνέχεια ακολούθησαν αρκετές μεταρρυθμίσεις για περισσότερα από 50 έτη ώσπου να φτάσουμε στο σύστημα υγείας που θα περιγράψουμε στις επόμενες ενότητες. Το σύστημα υγείας που θα περιγραφεί αποτέλεσε μία λύση για ένα σημαντικό αριθμό καταστάσεων που υπήρχαν και θεωρούνταν άδικες. Μεταξύ των άλλων, τα μέτρα που λήφθηκαν αποσκοπούν σε μεγάλο βαθμό στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων άνω των 65 ετών. (André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004))

2.3 Οργανωτική δομή και διοίκηση του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας

Έως και το 2005, στην οργανωτική δομή του συστήματος υγείας της Ολλανδίας συνυπήρχαν τρία παράλληλα τμήματα ασφάλισης:

- 1) Το εθνικό σύστημα ασφάλισης με καθολική κάλυψη για έκτακτες ιατρικές δαπάνες. Το σύστημα αυτό παρέχει κάλυψη για περιπτώσεις εκτάκτων και σοβαρών ασθενειών καθώς και κάλυψη για άτομα που έχουν μη ασφαλίσιμους κινδύνους όπως τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Το σύστημα αυτό παρέχεται από μία ασφαλιστική εταιρία σε κάθε μία από τις 12 επαρχίες, ο κάθε πολίτης πληρώνει και λαμβάνει τα αντίστοιχα οφέλη από αυτό.

- 2) Δύο ρυθμιστικά καθεστώτα, ένα εκ των οποίων απευθύνεται στα ταμεία ασθενείας κοινωνικής ασφάλισης για άτομα που το εισόδημά τους δεν ξεπερνά ένα προκαθορισμένο επίπεδο και ένα στην εθελοντική και ιδιωτική ασφάλιση υγείας
- 3) Η εθελοντική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας που καλύπτει το υπόλοιπο ποσοστό του πληθυσμού που δεν καλύπτεται από τα δύο παραπάνω τμήματα ασφάλισης

Πίνακας 2.5: Το σύστημα υγείας το 2004

Supplement health insurance (voluntary) Third compartment	
Sickness funds (compulsory under a certain income)	Private health insurance (mostly voluntary)
Second compartment	
National health insurance for exceptional medical expenses (compulsory for the entire population) First compartment	

Αυτά τα τρία τμήματα ασφάλισης έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς κατεύθυνσης, αξιολόγησης και επόπτευσης των λειτουργιών τους, τους οποίους και θα εξετάσουμε παρακάτω:

Αρμόδια Υπουργεία:

- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού: Αποτελεί το αρμόδιο υπουργείο για τη διασφάλιση πρόσβασης σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών και φροντίδας υψηλής ποιότητας, την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και την ευημερία του πληθυσμού. Γι' αυτό το λόγο έχουν καθιερωθεί τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης κάτω από το Νόμο των Εκτάκτων Ιατρικών Δαπανών και τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης κάτω από το Νόμο των Ταμείων Ασθενείας. Το Υπουργείο Υγείας, μαζί με τα υπαγόμενα σε αυτό ιδρύματα και οργανισμούς, παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στην κοινωνική ασφάλιση καθώς συντονίζει την ολοκληρωμένη δημόσια ασφάλεια, ελέγχει, παρακολουθεί, επιβλέπει και επιθεωρεί την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης και είναι υπεύθυνο για την

εφαρμογή των προτύπων περίθαλψης στις αστικές περιοχές και την καταπολέμηση των ανισοτήτων υγείας.

- Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Απασχόλησης και Υπουργείο Οικονομικών: Το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Απασχόλησης συνεργάζεται και με άλλα Υπουργεία προκειμένου για την τόνωση της απασχόλησης, των σχέσεων εργασίας αλλά και την σωστή διαχείριση προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν, μεταξύ άλλων, επιδόματα ασθενείας και επιδόματα αναπήρων.

Το Υπουργείο Οικονομικών μαζί με το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού εποπτεύει όλες τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες προκειμένου να επιβεβαιωθεί η εφαρμογή του προτύπου συστήματος ασφάλισης υγείας όπως αυτό ορίζεται από την Πράξη Πρόσβασης Ασφάλισης Υγείας (Health Insurance Access Act of 1998).

Ενώσεις και Οργανισμοί Εποπτείας

- Συμβούλιο Ασφάλισης Υγείας (Health Care Insurance Board) και Εποπτικό Συμβούλιο για την Ασφάλιση Υγείας (Supervisory Board for Health Care Insurance): Οι βασικότερες από τις υποχρεώσεις του Συμβουλίου Ασφάλισης Υγείας είναι να διαχειρίζεται το νόμο των Εκτάκτων Ιατρικών Δαπανών (Exceptional Medical Expenses Act) και το Νόμο των Ταμείων Ασθενείας (Sickness Fund Act), να διαχειρίζεται τους πόρους-κονδύλια που προκύπτουν από αυτούς τους νόμους και μέσω αυτών να χρηματοδοτεί τα ταμεία ασθενείας και να καταβάλλει τους απαραίτητους πόρους για την πραγματοποίηση ερευνών και δημοσιεύσεων για την υγειονομική περίθαλψη, να εκδίδει οδηγίες σχετικά με τις διοικητικές εργασίες, να συλλέγει στατιστικά στοιχεία και να δημιουργεί ετήσιες εκθέσεις τις οποίες υποβάλλει στον υπουργό Υγείας για το έργο που έχει πραγματοποιηθεί.

Την επίβλεψη των ανεξάρτητων εκτελεστικών οργάνων και την εφαρμογή του νόμου των Εκτάκτων Ιατρικών Δαπανών και του Νόμου των Ταμείων Ασθενείας έχει αναλάβει το Εποπτικό Συμβούλιο για την Ασφάλιση Υγείας (Supervisory Board for Health Care Insurance). Τα εκτελεστικά όργανα υποχρεούνται να υποβάλουν τακτικές εκθέσεις στο Εποπτικό Συμβούλιο σχετικά με τις ενέργειές τους.

- **Ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες:** Οι ασφαλιστικές εταιρίες του ιδιωτικού τομέα υγείας αποτελούνται από κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ασφάλισης καθώς και ιδιωτικούς οργανισμούς που συνδέονται με τα ταμεία ασθενείας. Ο αριθμός των ταμείων ασθενείας όπως και των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών έχει μειωθεί σημαντικά συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη, λόγω πολλών συγχωνεύσεων που έχουν πραγματοποιηθεί με στόχο την ενδυνάμωση της θέσης στην αγορά, την επίτευξη οικονομιών κλίμακας για διοικητικές δαπάνες, τη συγκέντρωση των κινδύνων αλλά και την πιο επαγγελματική οργάνωση και διοίκησή τους. Τελικά τα ταμεία ασθενείας έχουν αναπτύξει στρατηγικές συμμαχίας με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, καθώς τα ταμεία ασθενείας ωφελούνται από την εμπειρία των ασφαλιστικών εταιριών ενώ οι ασφαλιστικές εταιρίες ωφελούνται από τη δυνατότητα ανταγωνιστικότητας παρέχοντας ένα ολοκληρωμένο πακέτο ασφαλιστικών προϊόντων (μπορεί να περιλαμβάνει ασφάλιση αστικής ευθύνης, ζωής και άλλα προγράμματα), το οποίο ξεφεύγει από την μεμονωμένη πώληση ασφάλισης υγείας.

Συμβουλευτικά και διοικητικά όργανα

Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας του συστήματος υγείας της Ολλανδίας, η λήψη αποφάσεων για την υγειονομική της περίθαλψη αποτελούσε μία πολύ σημαντική διαδικασία. Γι' αυτό το λόγο έχει επέλθει η δημιουργία κάποιων συμβουλευτικών και διοικητικών οργάνων τα οποία ελέγχονται για τη διαφάνεια των απόψεών τους. Τα κυριότερα από αυτά θα εξετάσουμε παρακάτω:

- **Συμβούλιο Υγείας (The Health Council):** Το Συμβούλιο Υγείας αποτελείται από κάποια επίσημα ανεξάρτητα μέλη, ενώ συνεργάζεται και με εξωτερικούς εμπειρογνώμονες από εγχώριες ή μη επιστημονικές κοινότητες ανάλογα με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες της δουλειάς. Κύριο καθήκον του Συμβουλίου είναι η παροχή συμβουλών στην κυβέρνηση για θέματα σχετικά με την εξέλιξη και τις νέες τάσεις-ανακαλύψεις της τεχνολογίας στην ιατρική, την υγειονομική περίθαλψη, τη δημόσια υγεία αλλά και την προστασία του περιβάλλοντος. Για την παροχή των παραπάνω πληροφοριών, τα μέλη του συμβουλίου διεξάγουν έρευνες και μελέτες με θέματα τα οποία ορίζει η κυβέρνηση και αφορούν κυρίως στην αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ασφάλεια και τη διαθεσιμότητα της τεχνολογίας σε

διάφορους τομείς όπως φυσικές επιστήμες, ιατρική έρευνα, περιβαλλοντικά θέματα, επιδημιολογικές και οικονομικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης.

- Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας (Council for Public Health and Health Care): Το Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας ασχολείται με την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών για μία σειρά θεμάτων όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας, τα δικαιώματα των ασθενών, την περαιτέρω φροντίδα και εξυπηρέτηση για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, οικονομικά θέματα, τη συνεργασία μεταξύ των θεσμικών οργάνων, την ανάπτυξη της τεχνολογίας στον τομέα της φροντίδας υγείας. Εκτός των παραπάνω, το συμβούλιο αυτό διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς παρέχει καθοριστικές συμβουλές για θέματα που προβληματίζουν την κυβέρνηση, παραθέτοντας τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα καθώς και τις συνέπειες των πιθανών πολιτικών επιλογών. Ο μεγαλύτερος αριθμός των θεμάτων που χειρίζεται αφορά σε θέματα που προκύπτουν από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού.

- Διοικητικό Συμβούλιο για τους δασμούς υγειονομικής περίθαλψης (Board for Health Care Tariffs): Οι κυριότερες υποχρεώσεις του συμβουλίου αυτού είναι να καθορίσει τις κατευθυντήριες γραμμές κάτω από τις οποίες πραγματοποιούνται οι διαπραγματεύσεις για τους δασμούς μεταξύ των ενδιαφερόμενων μελών και να αποδεχθεί τις μέγιστες τιμές χρέωσης στην υγειονομική περίθαλψη. Οι κατευθυντήριες γραμμές είναι η ραχοκοκαλιά της τιμολογιακής πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης στην Ολλανδία, αφού μετά την έγκρισή τους μπορούν να γίνουν όλοι οι σχετικοί προϋπολογισμοί.

- Συμβούλιο Αξιολόγησης Φαρμακευτικών Προϊόντων (Medicines Evaluation Board): Το συμβούλιο αυτό αξιολογεί και εγγράφει όλα τα ήδη υπάρχοντα φαρμακευτικά σκευάσματα, ενώ για τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα επίκειται αξιολόγηση με βάση την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους. Μία ανεξάρτητη αρχή του Συμβουλίου έχει την αρμοδιότητα να χορηγήσει, να απορρίψει ή ακόμη και να ανακαλέσει άδεια κυκλοφορίας φαρμακευτικού προϊόντος. Τα τελευταία έτη χάριν στους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, πολλά φαρμακευτικά

σκευάσματα εγκεκριμένα από άλλες χώρες εισάγονται απευθείας στην Ολλανδία χωρίς τη συμμετοχή τους στο αυστηρό πρόγραμμα αξιολόγησης της χώρας.

- Επιθεώρηση Υγείας (Health Care Inspectorate): Αποτελεί ανεξάρτητο οργανισμό που επιβλέπει και ελέγχει την ποιότητα και την προσβασιμότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, διερευνά τυχόν παράπονα έχοντας το δικαίωμα να υποβάλει καταγγελία στο Ιατρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο, λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα και εάν απαιτείται ενημερώνει το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού. (André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004))

2.4 Προϋπολογισμός - χρηματοδότηση και δαπάνες του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας

Η κάλυψη του κόστους της ιατρικής περίθαλψης στην Ολλανδία χρηματοδοτείται κυρίως από ένα σύνθετο σχήμα που περιλαμβάνει τόσο δημόσια όσο και ιδιωτικά κεφάλαια. Μόνο το 12% του συνολικού κόστους χρηματοδότησης της ιατρικής περίθαλψης δεν καλύπτεται από το ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχει θεσπίσει το κράτος.

Το ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχει θεσπιστεί απαρτίζεται από τρεις τομείς ανάλογα με το τρόπο διαχωρισμού των δαπανών περίθαλψης.

Πίνακας 2.6 : Πληθυσμιακή κάλυψη και καταμερισμός εξόδων υπό το σύστημα υγείας του 2004

Supplementary health insurance Third compartment (3% of health expenditure)	
Sickness funds (63% of population)	Private health insurance (30% of population)
Second compartment (53% of health expenditure)	
National health insurance for exceptional medical expenses (100% of population covered)	
First compartment (41% of health expenditure)	

Ι) Ο πρώτος τομέας περιλαμβάνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης των πολιτών που απαιτείται στις περιπτώσεις μακροχρόνιων θεραπειών ή στις περιπτώσεις θεραπειών υψηλού κόστους (Exceptional Medical Expenses Act).

Στην περίπτωση αυτή το εν λόγω κόστος δεν μπορεί να καλυφθεί από τους πολίτες, λόγω του μεγέθους του, αλλά ούτε και από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες λόγω της ζημιάς που θα τους δημιουργούσε. Για αυτές λοιπόν τις περιπτώσεις έχει θεσπισθεί ειδικό νομοθετικό πλαίσιο που ορίζει ότι το κράτος οφείλει να αναλάβει πλήρως το κόστος ιατρικής περίθαλψης. Τόσο οι πολίτες που κατοικούν στην Ολλανδία (ανεξαρτήτως εθνικότητας) όσο και οι μη μόνιμοι κάτοικοι της χώρας, οι οποίοι εργάζονται και φορολογούνται βάσει της Ολλανδικής νομοθεσίας έχουν το δικαίωμα να κάνουν χρήση των εν λόγω παροχών του τομέα αλλά και την υποχρέωση να πληρώνουν τη συμμετοχή τους σε αυτό. Στην περίπτωση που κάποιος πολίτης αρνείται την εν λόγω παροχή δεν απαλλάσσεται της συμμετοχής του, αλλά την καταβάλλει ως τμήμα του φόρου εισοδήματος που πληρώνει.

Οι πολίτες μπορούν να στραφούν σε διάφορους φορείς για την παροχή τέτοιου είδους ιατρικής περίθαλψης, στους οποίους έχει δοθεί ειδική άδεια από το κράτος και οι οποίοι βρίσκονται υπό την κρατική εποπτεία. Ο κάθε πολίτης μπορεί να αλλάξει πάροχο μια φορά το έτος και για την ενέργεια αυτή υπογράφεται σχετικό έντυπο. Όλα τα διαχειριστικά θέματα που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι, προκειμένου να εφαρμόσουν τα όσα θεσπίζονται στο νομοθετικό πλαίσιο που έχει ορίσει η κυβέρνηση, επιλύονται από μια κεντρική διαχειριστική υπηρεσία σε συνδυασμό με τα κατά τόπους περιφερειακά γραφεία. Μέσω αυτών των γραφείων οι πολίτες ενημερώνονται για τους διαθέσιμους παρόχους περίθαλψης στην περιοχή τους καθώς και για πιο εξειδικευμένες παροχές που μπορούν να λάβουν, όπως είναι η φροντίδα στο σπίτι ή η παροχή ψυχιατρικής υποστήριξης.

Το ποσοστό συμμετοχής των πολιτών για την εν λόγω παροχή ανέρχεται στο 10.25% του φορολογούμενου εισοδήματός τους και στην περίπτωση μισθωτών παρακρατείται από το εισόδημά τους και αποδίδεται στο κράτος κατευθείαν από τους εργοδότες. Όσοι ασφαλισμένοι δεν έχουν φορολογούμενο εισόδημα απαλλάσσονται της εν λόγω εισφοράς. Μέσω αυτής της εισφοράς καλύπτεται τόσο το κόστος των θεραπειών, όσο και το κόστος παροχής και διαχείρισης του προγράμματος.

Π) Ο δεύτερος τομέας περιλαμβάνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης των πολιτών που απαιτείται για την κάλυψη των βασικών και αναμενόμενων ιατρικών αναγκών τους (Sickness Fund Act).

Το κόστος αυτό καλύπτεται τόσο από δημόσια κονδύλια όσο και από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες στις οποίες στρέφονται οι πολίτες που δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα περίθαλψης. Σύμφωνα με τη νομοθεσία της Ολλανδίας, όλοι οι πολίτες έως την ηλικία των 65 ετών μπορούν να απολαμβάνουν αυτή τη δημόσια παροχή δεδομένου ότι έχουν εισοδήματα μιας ορισμένης κλίμακας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι σαν εισόδημα δεν λαμβάνεται υπόψη μόνο ο μισθός του εργαζόμενου, αλλά και τυχόν εισοδήματα που έχει από μερίσματα, κέρδη μετοχών, τόκους καταθέσεων, ομόλογα κλπ. Αναφορικά στους αυτοαπασχολούμενους, από το Γενάρη του 2000 και έπειτα θεσπίστηκε ότι και αυτοί είναι υποχρεωμένοι να εισφέρουν 8% του φορολογητέου εισοδήματός τους για την εν λόγω παροχή. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στη συμμετοχή που επιβαρύνονται αθροιστικά τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εργοδότες τους για λογαριασμό τους. Ακόμη και οι πολίτες που δεν επιθυμούν να απολαύσουν την εν λόγω παροχή είναι υποχρεωμένοι να πληρώσουν την εισφορά τους για την κάλυψη βασικών και αναμενόμενων ιατρικών αναγκών τους.

Από το 1998 ισχύει ότι οι πολίτες που ξεπερνούν την ηλικία των 65 ετών μπορούν να διατηρήσουν αυτή την παροχή χωρίς να αποτελεί πλέον το εισόδημά τους αξιολογικό κριτήριο. Αυτή η βασική αρχή ισχύει και στις ασφαλίσεις ιδιωτικού τομέα στις οποίες στρέφεται το 30% του πληθυσμού προκειμένου να εξασφαλίσει τη βασική ιατρική περίθαλψη. Σε περίπτωση που κάποιος άνω των 65 ετών έχει συνάψει ιδιωτική ασφάλιση τότε δεν είναι υποχρεωμένος να συμμετέχει στο κόστος παροχής δημόσιας περίθαλψης.

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ο κάθε ασφαλισμένος έχει να επιλέξει μεταξύ μιας μεγάλης γκάμας φορέων υγείας στους οποίους μπορεί να στραφεί και οι οποίοι βρίσκονται είτε στην περιφέρεια κατοικίας του, είτε και σε διαφορετικές περιοχές εντός και εκτός χώρας, αρκεί να είναι συμβεβλημένοι στο κρατικό πρόγραμμα

παροχής περίθαλψης. Ο ασφαλισμένος έχει και πάλι το δικαίωμα να αλλάξει πάροχο υγείας μια φορά το χρόνο κρίνοντας την επάρκεια των υπηρεσιών που απολαμβάνει, θα πρέπει να το δηλώσει εγγράφως όμως στον πάροχο με τον οποίο είναι ήδη συμβεβλημένος πριν την ημερομηνία λήξης της προθεσμίας του ενός έτους. Στην περίπτωση που κάποιος ασφαλισμένος παύσει να πληροί τις προϋποθέσεις για την ασφάλισή του, τότε θα πρέπει να το δηλώσει άμεσα στον πάροχο ιατρικής περίθαλψης με τον οποίο είναι συμβεβλημένος. Σε περίπτωση καθυστέρησης ή απόκρυψης στοιχείων, τότε υπάρχει προκαθορισμένη ποινή ανάλογα με το χρονικό διάστημα για το οποίο ο ασφαλισμένος απολάμβανε παροχές χωρίς το αντίστοιχο δικαίωμα. Προκειμένου να ενεργοποιηθούν τα δικαιώματα, τα οφέλη και οι υποχρεώσεις των ασφαλισμένων, όλα τα άτομα θα πρέπει να εγγραφούν σε κάποιο από τα ταμεία ασθένειας. Τα ταμεία ασθένειας δεν περιορίζονται πλέον σε συγκεκριμένες περιοχές, αλλά καλύπτουν ολόκληρη την Ολλανδία.

Οι πηγές από τις οποίες αντλούνται χρήματα για την κάλυψη των βασικών και αναμενόμενων αναγκών περίθαλψης είναι κυρίως κρατικά κονδύλια, οι εισφορές των ασφαλισμένων, καθώς και ειδικές εισφορές που αφορούν τους ηλικιωμένους. Αναφορικά στις εισφορές των ασφαλισμένων, αυτές αποτελούνται τόσο από ποσοστιαίες εισφορές επί του φορολογητέου εισοδήματός τους όσο και από εφάπαξ καταβολές. Ο βασικός κανόνας είναι ότι οι εισφορές, οι οποίες καταβάλλονται έως τα 65 έτη του ασφαλισμένου προσδιορίζονται βάσει του εισοδήματος του ασφαλισμένου και αποδίδονται στο κράτος τόσο από τον ίδιο όσο και κατευθείαν από τον εργοδότη του ως παρακράτηση επί του μισθού του.

Μέχρι το 1988 το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου ήταν ίδιο με το ποσοστό συμμετοχής του εργοδότη του επί του παρεχόμενου μισθού. Από το 1988 και έπειτα υπήρξε μια στροφή του συστήματος, ώστε οι εισφορές να συνδέονται απόλυτα με το εισόδημα, ο εργαζόμενος να πληρώνει μια εφάπαξ ετήσια εισφορά και ο εργοδότης του να πληρώνει ένα ποσοστό επί του παρεχόμενου μισθού. Μέσω της τροποποίησης αυτής το ποσοστό συμμετοχής του εργοδότη αυξήθηκε έναντι του ποσοστού συμμετοχής του εργαζομένου. Τα ποσοστά των εισφορών καθορίζονται ετησίως από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού.

Σε κάποιες κατηγορίες πληθυσμού, όπως οι ναυτικοί ισχύουν ειδικές ρυθμίσεις με αποτέλεσμα οι εισφορές τους να είναι χαμηλότερες συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασφαλισμένους. Αυτό ισχύει γιατί σύμφωνα με τον Κανονισμό Εμπορίου οι ιδιοκτήτες πλοίων είναι υποχρεωμένοι να μεριμνούν ώστε να είναι διαθέσιμη η παροχή ιατρικής περίθαλψης για όσο διάστημα τα πλοία βρίσκονται στο εξωτερικό. Επιπλέον, ειδικές ρυθμίσεις ισχύουν στην περίπτωση που κάποιος θελήσει να βγει σε πρόωρη συνταξιοδότηση. Σε αυτή την περίπτωση λόγω της απουσίας εργοδότη υπολείπονται οι εισφορές που θα συνέφερε εκείνος για λογαριασμό του εργαζόμενου. Αυτές τις εισφορές αναγκάζεται να πληρώσει βάσει του κανονισμού ο ίδιος ο ασφαλισμένος.

Σχετικά με την ύπαρξη εφάπαξ καταβολών, αυτές καθορίζονται ετησίως από την κυβέρνηση και διαφοροποιούνται ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα που διαλέγει να ασφαλιστεί ο κάθε πολίτης. Έτσι παρατηρείται το φαινόμενο ασφαλιστικοί φορείς με πληρέστερα προγράμματα παροχών να χρεώνουν μεγαλύτερες εφάπαξ καταβολές συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Οι εν λόγω εφάπαξ καταβολές πληρώνονται σε μηνιαία βάση από τους ασφαλισμένους.

Αναφορικά στους ηλικιωμένους, μπορούν να απολαμβάνουν ιατρική περίθαλψη στην περίπτωση που έως τα 65 έτη της ηλικίας τους παρέμεναν ασφαλισμένοι και πλήρωναν τις εισφορές που τους αναλογούσαν σύμφωνα με τα εισοδήματά τους. Αυτό ισχύει και για τις ιδιωτικές ασφαλίσεις.

III) Ο τρίτος τομέας περιλαμβάνει το κόστος ιατρικής περίθαλψης μη βασικών αναγκών και καλύπτεται στο μεγαλύτερο βαθμό από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Σε αυτή την κατηγορία εμπίπτουν τα κόστη περίθαλψης που δεν περιλαμβάνονται στις προηγούμενες δύο κατηγορίες, όπως είναι η κάλυψη του κόστους οδοντιάτρου ή κρυστάλλων οράσεως, καλύτερης ποιότητας νοσοκομειακή περίθαλψη και λοιπών παροχών, οι οποίες έχουν εκ των προτέρων οριστεί μεταξύ παρόχου και ενδιαφερόμενου.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν όχι μόνο ιατρική περίθαλψη που δεν περιλαμβάνεται στις δύο προηγούμενες κατηγορίες, αλλά εφόσον ζητηθεί από τον ενδιαφερόμενο ασφαλισμένο και παροχές βασικής ιατρικής περίθαλψης. Στον ιδιωτικό τομέα ασφαλίσεων στρέφονται κυρίως αυτοί που κατοικούν μόνιμα στην Ολλανδία και για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορούν να απολαύσουν τη δημόσια ιατρική περίθαλψη καθώς και άτομα τα οποία κατοικούν στην Ολλανδία και επιθυμούν να λάβουν πλέον της δημόσιας, πρόσθετες παροχές περίθαλψης. Τέλος, άτομα που κατά τους έξι τελευταίους μήνες ήταν ασφαλισμένοι σε κάποιο άλλο ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα μπορούν να λάβουν παροχές βασικής ιατρικής περίθαλψης από τον ιδιωτικό τομέα. Για τους φοιτητές με χαμηλές οικονομικές δυνατότητες υπάρχει ειδική μνεία ώστε να πληρώνουν μειωμένα ασφάλιστρα και να απολαμβάνουν βασική ιατρική περίθαλψη.

Όλοι οι πολίτες που πληρούν τις ελάχιστες προϋποθέσεις που ορίζονται από το κράτος μπορούν να αιτηθούν ασφάλισης, εντός του διαστήματος των τεσσάρων μηνών από την συμπλήρωση των προϋποθέσεων, σε οποιαδήποτε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία προκειμένου να λάβουν παροχές περίθαλψης. Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι τυπικά υποχρεωμένες να ασφαλίσουν τους ενδιαφερόμενους, όμως δεν είναι υποχρεωμένες να ασφαλίσουν και τα πρόσθετα- εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας του ενδιαφερόμενου προς ασφάλιση.

Το ύψος των ασφαλίσεων που επιβαρύνονται οι ασφαλισμένοι αποτελεί συνάρτηση της ηλικίας τους, δηλαδή όσο μεγαλώνει ηλικιακά ο ασφαλισμένος τόσο αυξάνεται και το κόστος των ασφαλίσεων που επιβαρύνεται. Τη διαφορά ανάμεσα στο πραγματικό κόστος της περίθαλψής του και των ασφαλίσεων που ετησίως καταβάλει καλύπτει το κράτος οποτεδήποτε αυτό απαιτείται.

Οι πηγές από τις οποίες αντλούνται χρήματα για την κάλυψη των ανωτέρω αναγκών είναι κυρίως τα ασφάλιστρα που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι στις ασφαλιστικές εταιρίες.

Τα οφέλη του συστήματος υγείας για τους ασφαλισμένους

Ι) Αναφορικά στις περιπτώσεις μακροχρόνιων θεραπειών ή στις περιπτώσεις θεραπειών υψηλού κόστους, οι πολίτες μπορούν να έχουν πρόσβαση σε τέτοιου είδους παροχές μόλις ασφαλιστούν σε κάποιο φορέα που είναι συμβεβλημένος για την παροχή τους. Έτσι παρέχεται εκτός από ιατρική περίθαλψη, νοσηλεία, φροντίδα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής και προσπάθεια για την αποκατάσταση προβλημάτων υγείας ώστε ο ασθενής να μπορέσει να επιστρέψει το συντομότερο δυνατό στην εργασία του.

Μέχρι το 1992 στην περίπτωση ατόμων που κατάγονταν από το εξωτερικό και επέλεγαν να ζήσουν μόνιμα στην Ολλανδία υπήρχε περιορισμός στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που καλύπτονταν από το δημόσιο σύστημα, έως ότου αυτοί συμπληρώσουν ένα έτος διαμονής τους στην χώρα. Σε περίπτωση βέβαια που ο ασθενής έχει να υποδείξει ιατρική γνωμάτευση από την χώρα του στην οποία αποδεικνύεται η αναγκαιότητα της παροχής φροντίδας, το Ολλανδικό κράτος δεν μπορεί να αρνηθεί κάτι τέτοιο. Διευκρινίζουμε στο σημείο αυτό ότι δεν αναφερόμαστε στην παροχή της πρωτογενούς παροχής περίθαλψης αλλά σε παροχή μακροχρόνιας κατ' οίκον νοσηλείας, στην ανάγκη εγκλεισμού του ατόμου σε ψυχιατρική κλινική, στη φιλοξενία του ηλικιωμένου σε γηροκομείο ή σε ειδικό κέντρο για άτομα με προβλήματα όρασης ή κινητικά προβλήματα. Επιπλέον, θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι ο ασθενής με τα ανωτέρω προβλήματα που ζει λιγότερο από ένα χρόνο στην χώρα δεν αποκλείεται από τις εν λόγω παροχές, αλλά θα πρέπει να επιβαρυνθεί εκείνος προσωπικά το συνολικό κόστος αυτών.

Το Ολλανδικό κράτος έχει θεσπίσει ειδική υπηρεσία η οποία αποτελείται από ανεξάρτητους κατά τόπους οργανισμούς με έργο τον καθορισμό του είδους αλλά και τη διάρκεια της περίθαλψης που απαιτείται για την φροντίδα του κάθε ασθενούς. Μετά τον εν λόγω έλεγχο ο κάθε ασφαλισμένος – ασθενής γνωρίζει με ακρίβεια ποιά είναι η περίθαλψη η οποία θα του δοθεί και έχει να επιλέξει μεταξύ δυο διαφορετικών τρόπων παροχής της. Ο πρώτος τρόπος είναι να απευθυνθεί σε ένα συμβεβλημένο πάροχο υγείας ο οποίος θα μπορέσει να καλύψει την ανάγκη του. Ο δεύτερος τρόπος είναι να πάρει ένα συγκεκριμένο ποσό χρημάτων το οποίο θεωρείται ικανό για την κάλυψη των αναγκών φροντίδας του και να απευθυνθεί ιδιωτικά πια οπουδήποτε

εκείνος κρίνει καλύτερα για την φροντίδα του. Η συγκεκριμένη εναλλακτική παρέχεται μόνο για την ανάγκη νοσηλείας και φροντίδας και όχι για το κόστος θεραπείας, αποκατάστασης και διαμονής του ασθενούς, λόγω του μεγάλου κόστους αυτών.

Οι παροχές που δίνονται από τα συμβεβλημένα με το Ολλανδικό κράτος κέντρα χωρίζονται σε επτά κατηγορίες με στόχο πάντα το είδος των αναγκών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς.

1. Κάλυψη στοιχειωδών καθημερινών αναγκών: καθάρισμα, πλύσιμο, ετοιμασία του φαγητού.
2. Κάλυψη βασικών προσωπικών αναγκών: βοήθεια στο μπάνιο του ασθενούς, το ντύσιμό του, το ξύρισμα, την περιποίηση των μαλλιών, της επιδερμίδας, την βοήθεια προκειμένου ο ασθενής να μπορεί να επισκέπτεται την τουαλέτα, την βοήθεια στο τάισμα του.
3. Κάλυψη αναγκών νοσηλείας του: την επίδεση πληγών, την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής του, την ενεσοθεραπεία, την εκμάθηση στους ασθενείς να μπορούν να ελέγχουν την πίεση και το σάκχαρο μόνοι τους.
4. Κάλυψη συμβουλευτικών αναγκών: βοήθεια στην καλύτερη οργάνωση των καθημερινών εργασιών εντός του σπιτιού, τη βελτίωση της καθημερινής διαβίωσης, τον προγραμματισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων.
5. Κινητοποίηση του ασθενούς για τη βελτίωση/ τροποποίηση της συμπεριφοράς του σε περίπτωση ύπαρξης προβληματικών συμπεριφορών.
6. Κάλυψη αναγκών θεραπείας: είτε αυτή αφορά στην ανάρρωση από κάποια ασθένεια, κάποια επέμβαση, κάποιο εγκεφαλικό ή καρδιακό επεισόδιο.
7. Κάλυψη αναγκών διαμονής του ασθενούς σε συγκεκριμένο μέρος λόγω της θεραπείας του εκεί.

Οι ασφαλισμένοι μπορούν κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να έχουν πρόσβαση σε παροχές οι οποίες χρηματοδοτούνται κατευθείαν από το κράτος. Προκειμένου να έχουν πρόσβαση σε αυτές θα πρέπει να έχουν συγκεκριμένη ιατρική έγκριση για την αναγκαιότητα αυτών, καθώς και για το είδος και το χρόνο των θεραπειών που απαιτούνται για την αποκατάσταση του εκάστοτε προβλήματος. Αυτού του είδους οι παροχές που επιχορηγούνται κατευθείαν από το κράτος είναι οι εξής:

1. Ξενώνες φιλοξενίας παιδιών με διανοητικά προβλήματα.
2. Εξατομικευμένη φροντίδα για άτομα διανοητικά καθυστερημένα.
3. Κλινικές αμβλώσεων.
4. Ιατρικά κέντρα για προγεννητικό έλεγχο καθώς και έλεγχο για την ομάδα αίματος, τη μεσογειακή αναιμία, την ηπατίτιδα και λοιπά ιατρικά θέματα.
5. Συμβουλευτική για οικογένειες με παιδιά που αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα ακοής.
6. Εθνικά κέντρα πρόληψης της γρίπης.

Στην περίπτωση που κάποιος ασφαλισμένος χρειαστεί λόγω της πάθησής του να νοσηλευτεί σε κάποιο ίδρυμα το οποίο δεν είναι συμβεβλημένο με το Ολλανδικό σύστημα περίθαλψης (π.χ. χρειαστεί να νοσηλευτεί στο εξωτερικό) και δεδομένου ότι έχει τις απαραίτητες ιατρικές βεβαιώσεις που πιστοποιούν την εν λόγω αναγκαιότητα, τότε, το κόστος της περίθαλψής του θα επιστραφεί στον ασφαλισμένο απολογιστικά. Σε κάθε περίπτωση θα ληφθεί σαν μέτρο σύγκρισης για τον υπολογισμό της αποζημίωσης το μέσο κόστος περίθαλψης ενός ασθενούς στην εν λόγω χώρα καθώς και οι ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης που αντιμετώπισε ο εκάστοτε ασθενής.

II) Αναφορικά στις περιπτώσεις κάλυψης των βασικών και αναμενόμενων ιατρικών αναγκών των ασφαλισμένων, αυτές χωρίζονται σε επιμέρους κατηγορίες ανάλογα με το είδος της παροχής.

1. Ιατρική περίθαλψη: Περιλαμβάνει θεραπείες από εξειδικευμένους ιατρούς και φυσικοθεραπευτές που απευθύνονται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Ο κάθε ασθενής δικαιούται ετησίως ένα περιορισμένο αριθμό φυσικοθεραπειών ανάλογα με την πάθησή του, όμως μπορεί να επεκταθεί ο αριθμός τους αν υπάρχει σχετική ιατρική γνωμάτευση για τέτοια ανάγκη. Σχετικά με τις επισκέψεις σε γιατρούς δεν καθορίζεται κάποιος ετήσιος περιορισμός.
2. Μαιευτική περίθαλψη: Περιλαμβάνει την καθοδήγηση και την παρακολούθηση των ασθενών για γυναικολογικά θέματα που προκύπτουν από εξειδικευμένες μαιές. Όπου η μαιά δεν μπορεί να βοηθήσει η ασθενής παραπέμπεται στον γυναικολόγο.

3. Οδοντιατρική φροντίδα: Η οδοντιατρική φροντίδα περιορίζεται στην φροντίδα των οδόντων των παιδιών και την προληπτική οδοντιατρική των ενηλίκων. Αναφορικά στα παιδιά καλύπτει την ανάγκη εφαρμογής πρόσθετων μέσων (σιδεράκια) καθώς και τον καθαρισμό και την φθορίωση των οδόντων δυο φορές το χρόνο. Τα σφραγίσματα που ενδεχομένως χρειαστούν στην περίπτωση των παιδιών έως 13 ετών παρέχονται δωρεάν. Από την ηλικία των 13 και μέχρι την ενηλικίωση οι ασθενείς επιβαρύνονται με το 50% τους κόστους της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται. Επίσης η παροχή περιλαμβάνει για τους ενήλικες εξειδικευμένες χειρουργικές οδοντιατρικές επεμβάσεις οποτεδήποτε κριθούν αναγκαίες καθώς και προσθετική οδοντιατρική για την εφαρμογή οδοντιατρικών εμφυτευμάτων. Τέλος καλύπτει την ανάγκη σχετικών ακτινογραφιών. Η τυπική οδοντιατρική φροντίδα για τους ενήλικες καλύπτεται εξολοκλήρου από δικούς τους πόρους.
4. Φαρμακευτικά προϊόντα: Η παροχή αυτή επεκτείνεται εκτός από τα φάρμακα και σε ειδικά συμπληρώματα διατροφής καθώς και σε διαιτητικά προϊόντα που ενδεχομένως απαιτούνται για την φροντίδα του ασθενούς. Ο ασθενής συμμετέχει στο 20% του κόστους των ανωτέρω λαμβάνοντας ως μονάδα μέτρησης το ενδεικτικό κόστος της κάθε ουσίας.
5. Κόστος παραμονής στο νοσοκομείο: Η παροχή αυτή καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εξόδων όπως η απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή, οι χειρουργικές και προσθετικές επεμβάσεις καθώς και οι μεταμοσχεύσεις που απαιτούνται, η παρακολούθηση από εξειδικευμένους ιατρούς καθώς και η νοσηλεία του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου.
6. Ιατρικά βοηθήματα: Στην κατηγορία αυτή ανήκει το κόστος για την εφαρμογή πρόσθετων μελών ή συσκευών υποβοήθησης των ασθενών. Προκειμένου για την κάλυψή τους οι ασθενείς πρέπει να έχουν ειδική ιατρική γνωμάτευση που να απεικονίζει την ανάγκη. Τα ιατρικά βοηθήματα είτε παρέχονται στους ασθενείς έως ότου βελτιωθεί η υγεία τους και δεν τα χρειάζονται πλέον, είτε τους δίνονται μόνιμα για την αντιμετώπιση μιας μόνιμης κατάστασής τους. Συχνά παρέχεται και η δυνατότητα αντικατάστασης ή βελτίωσης των ιατρικών βοηθημάτων οποτεδήποτε κρίνεται αναγκαίο ή και η επισκευή και συντήρησή τους. Οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να αναλάβουν τα αναμενόμενα κόστη που προκύπτουν από τη φυσική φθορά των βοηθημάτων λόγω της χρήσης που τους κάνουν.

7. Μεταφορικό κόστος: Στην κατηγορία αυτή συναντούμε την κάλυψη εξόδων μεταφοράς του ασθενούς από το χώρο στον οποίο βρίσκεται (συνήθως οικία του) έως το πλησιέστερο νοσοκομείο είτε με ασθενοφόρο, είτε με ταξί ή ιδιωτικό ΙΧ. Επιπλέον, αν κριθεί αναγκαία η μεταφορά ασθενούς με ελικόπτερο αυτή καλύπτεται και πάλι από το σύστημα υγείας της χώρας. Σε περίπτωση ασθενούς που βρίσκεται στο εξωτερικό και κρίνεται αναγκαία η νοσηλεία του σε νοσοκομείο της χώρας, τότε καλύπτεται το κόστος μεταφοράς του από τα σύνορα της χώρας ή το τοπικό αεροδρόμιο έως το νοσοκομείο. Στην περίπτωση ασθενών που ζουν και φορολογούνται στην Ολλανδία αλλά εργάζονται στο εξωτερικό, τότε καλύπτεται συνολικά το κόστος της μεταφοράς τους από το εξωτερικό σε νοσοκομείο εντός της χώρας.
8. Παροχές μητρότητας: Εδώ συναντούμε βοήθεια που παρέχεται στη μητέρα μετά τον τοκετό σχετικά με την φροντίδα του νεογνού. Περισσότερο αντιστοιχεί σε συμβουλευτική βοήθεια που παρέχεται είτε σε ειδικά κέντρα, είτε σε μαιευτήρια είτε σε κατ' οίκον επισκέψεις μαιών. Η φροντίδα αυτή παρέχεται δωρεάν σε όποια νέα μητέρα τη ζητήσει εντός του διαστήματος των 24 ωρών και έως 10 μέρες μετά τον τοκετό. Προκειμένου να μπορέσει η νέα μητέρα να λάβει την παροχή αυτή θα πρέπει να το έχει δηλώσει εγγράφως 5 μήνες νωρίτερα από την προγραμματισμένη ημερομηνία τοκετού στον φορέα (ειδικό κέντρο ή μαιευτήριο) που βρίσκεται πλησιέστερα στην οικία της.
9. Παροχές που σχετίζονται με την ακοή: Στην κατηγορία αυτή συναντάμε την κάλυψη αναγκών σχετικά με την χρήση ακουστικών βοηθημάτων, την μέτρηση της ακουστικής ικανότητας, την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς που αντιμετωπίζει πρόβλημα ακοής, την συμβουλευτική ενίσχυσή του και την εξέτασή του από εξειδικευμένο ωτορινολαρυγγολόγο.
10. Εξειδικευμένες εξετάσεις για την πρόληψη γενετικών ανωμαλιών και συναφών ανωμαλιών που παρατηρούνται. Μέσω αυτών των εξετάσεων προλαμβάνονται τα φαινόμενα γέννησης παιδιών με νοητικά ή κινητικά προβλήματα. Επιπλέον, ειδικοί γιατροί και ψυχολόγοι παρέχουν πληροφόρηση και συμβουλευτικές υπηρεσίες οποτεδήποτε κριθεί αναγκαίο. Οι έλεγχοι αυτοί υλοποιούνται σε εξειδικευμένα κέντρα τα οποία έχουν λάβει την εξουσιοδότηση του Ολλανδικού κράτους για τη δωρεάν παροχή των υπηρεσιών τους στους ασθενείς με αντίστοιχη ανάγκη.

11. Κέντρα αιμοκάθαρσης: Οι ασθενείς μπορούν είτε να επισκέπτονται τα εξειδικευμένα κέντρα αιμοκάθαρσης που τους έχουν υποδειχθεί προκειμένου να λάβουν την απαραίτητη ιατρική φροντίδα, είτε να λάβουν την απαραίτητη περίθαλψη στο σπίτι μέσω της χρήσης ειδικών μέσων. Στις παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνεται και η εκμάθηση των ασθενών ώστε να χρησιμοποιούν ορθά τα μηχανήματα που τους δίνονται στην περίπτωση της κατ' οίκον αιμοκάθαρσης.
12. Παροχές σε άτομα με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα: Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται το κόστος περίθαλψης ασθενών με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα είτε σε εξειδικευμένα κέντρα, είτε σε νοσοκομεία, είτε στην κατ' οίκον νοσηλεία των ασθενών. Ομοίως με ανωτέρω, στις παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνεται και η εκμάθηση των ασθενών ώστε να χρησιμοποιούν ορθά τα μηχανήματα που τους δίνονται στην περίπτωση της κατ' οίκον χρήσης αναπνευστικών βοηθημάτων.
13. Παροχές για την αποκατάσταση των ασθενών: Εδώ συναντούμε παροχές προς άτομα με κινητικά προβλήματα, προβλήματα όρασης, ακοής, κλπ που προσπαθούν να ενταχθούν και πάλι στο κοινωνικό και οικονομικό σύστημα της χώρας μέσω συμβουλευτικής και ιατρικής φροντίδας ώστε να μπορέσουν να γίνουν όσο ανεξάρτητοι γίνεται και να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται.
14. Τακτικές δειγματοληψίες αίματος: Στόχος στην περίπτωση αυτή αποτελεί η πρόληψη θρομβώσεων και η αντιμετώπιση ενδεχόμενων προβλημάτων σε πρώιμο στάδιο με στόχο την αποφυγή περαιτέρω θεραπειών. Εξειδικευμένοι αιματολόγοι συμβουλεύουν τους ασθενείς για τον τρόπο πρόληψης και αντιμετώπισης σχετικών προβλημάτων υγείας.

Ωστόσο, παρόλο που η λειτουργικότητα και τα οφέλη του συστήματος υγείας είναι πολλά και πολύ αξιόλογα σε κάθε τομέα ασφάλισης, υπάρχουν αρκετά σημεία τα οποία αποτελούν χρήζουν βελτίωσης και περαιτέρω αξιολόγησης προκειμένου να είναι ικανοποιημένοι οι πολίτες και να παρέχεται ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους της.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι ο τρόπος διαχωρισμού του συστήματος υγείας θεωρήθηκε από πολλούς άνισος και άδικος, καθώς υποστηρίχθηκε ότι οδηγούσε σε αύξηση των ανισοτήτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα θεωρήθηκε ότι υπήρχε το σύστημα ιδιωτικής

ασφάλισης υγείας για τους πλούσιους και το σύστημα δημόσιας ασφάλισης υγείας για τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα.

Πιο αναλυτικά, τα «προβλήματα» και οι ελλείψεις που είχαν δημιουργηθεί από τη λειτουργία του υπάρχοντος συστήματος υγείας, έχουν εντοπιστεί και παρουσιάζονται αναλυτικότερα στην ενότητα 2.7 «Λόγοι μετεξέλιξης του ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας».

(André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004))

2.5 Οι παροχές του Συστήματος Υγείας της Ολλανδίας

Η Ολλανδία έχει θεσπίσει ένα περιφερειακό δίκτυο δημόσιων κέντρων περίθαλψης που φροντίζουν για την παρακολούθηση και ιατρική εξέταση των παιδιών, τον εμβολιασμό τους, την προαγωγή της δημόσιας υγείας, την παρακολούθηση των νεογνών με στόχο την μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, την παροχή πληροφοριών για την καλύτερη υγιεινή τόσο σε χώρους εργασίας, σχολείων καθώς και εντός του σπιτιού. Επιπλέον, η Ολλανδία έχει να επιδείξει μεγάλη επιτυχία στην ανοσοποίηση του πληθυσμού της από νοσήματα όπως για παράδειγμα η ιλαρά. Ο κάθε ασθενής επισκέπτεται τον οικογενειακό του ιατρό ο οποίος τον παρακολουθεί, τον συμβουλεύει για οποιοδήποτε ιατρικό θέμα προκύψει, τον περιθάλπει και μπορεί να τον παραπέμψει και σε πιο εξειδικευμένο ιατρό οποτεδήποτε αυτό κριθεί αναγκαίο.

Τόσο οι φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης όσο και πανεπιστημιακά ιδρύματα αλλά και εξειδικευμένα ινστιτούτα εστιάζουν πάνω σε ευαίσθητους τομείς της υγείας με ευρύτερες προεκτάσεις στη δημόσια υγεία, όπως η ψυχική υγεία και η νοητική υστέρηση, η πρόληψη και η αντιμετώπιση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, η αποθεραπεία ασθενών από εξαρτημένες ουσίες, καθώς και η εξάλειψη επιδημικών ιών με στόχο την ενίσχυση της έρευνας και την παροχή καλύτερης φροντίδας στους ασθενείς. Το κράτος χρηματοδοτεί τις προσπάθειες αυτές με στόχο την βελτίωση των συνθηκών υγείας για όλους τους πολίτες.

Μεγάλο βάρος δίνεται τα τελευταία χρόνια σε θέματα πρόληψης και σωστής εκπαίδευσης του πληθυσμού όπως η σωστή και ισορροπημένη διατροφή, η τακτική

άσκηση, η μείωση του στρες, η διακοπή του καπνίσματος, ο περιορισμός της χρήσης του αλκοόλ και η τήρηση των κανόνων υγιεινής. Τα θέματα αυτά επιλέχθηκαν μεταξύ άλλων σε ειδική έρευνα που έλαβε χώρα σε όλη την επικράτεια της χώρας.

Στο παρελθόν η υγεία αποτελούσε για την Ολλανδία ένα θέμα που αντιμετωπιζόταν κεντρικά, ωστόσο με τον καιρό δόθηκαν αρμοδιότητες και σε περιφερειακά ιατρικά κέντρα και δημοτικούς φορείς με στόχο την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Οι κατευθυντήριες γραμμές και ο γενικότερος στρατηγικός σχεδιασμός σε θέματα υγείας και περίθαλψης συνεχίζει να γίνεται από κεντρικούς κρατικούς φορείς. Ιδιαίτερη προσπάθεια δίνεται για την έγκαιρη αντιμετώπιση αναγκών αίματος, μέσω ενός κεντρικού οργανισμού ο οποίος προμηθεύει με φιάλες αίματος τα νοσοκομεία της επικράτειας και φροντίζει για την διατήρηση του αναγκαίου αποθέματος. Ομοίως, μέσω κεντρικού οργανισμού γίνεται και ο εμβολιασμός παιδιών και ενηλίκων. Με αυτό τον τρόπο υλοποιείται ο απαραίτητος προγραμματισμός των εμβολίων που θα χρειαστούν, η έγκαιρη λήψη τους και η εφαρμογή τους στους ασθενείς αλλά και η αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών που ενδεχομένως εμφανιστούν. Εξαιρέση αποτελούν εμβόλια που απευθύνονται σε συγκεκριμένες υψηλού κινδύνου ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών στους οποίους παρέχονται δωρεάν και από περιφερειακά ιατρικά κέντρα. Αυτή η ενέργεια έγινε με στόχο την βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων και την προφύλαξή τους από νοσήματα καθώς τα τελευταία χρόνια το φαινόμενο γήρανσης του πληθυσμού της χώρας αυξάνεται συνεχώς.

✓ Η πρωτοβάθμια παροχή περίθαλψης

Η πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι οργανωμένη γύρω από το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος αποτελεί βασικό παράγοντα του συστήματος και απαραίτητο συστατικό ώστε να επιτραπεί η πρόσβαση των ασθενών σε πιο εξειδικευμένους ιατρούς. Ο οικογενειακός ιατρός δαπανά μεγάλο μέρος του χρόνου του στο να μιλάει με τους ασθενείς του προκειμένου να αντιληφθεί τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καθενός, τα προηγούμενα θέματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει και να διαμορφώσει μια εικόνα για την περίθαλψη που έχει ανάγκη. Επιπλέον, ο οικογενειακός ιατρός πρέπει να επικοινωνεί το είδος των προβλημάτων υγείας που προκύπτουν στους ασθενείς του. Ενδιαφέρεται για τις ψυχολογικές προεκτάσεις που ενδεχομένως έχει

ένα πρόβλημα υγείας τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Είναι υπεύθυνος για να αντιμετωπίζει επιτυχώς τις ανησυχίες και τις φοβίες των ασθενών του για την πιθανότητα που υπάρχει να νοσήσουν από ανιάτες ασθένειες. Συχνά ο ρόλος του είναι περισσότερο συμβουλευτικός και λιγότερο πρακτικός προκειμένου να αντιμετωπίσει τις ανάγκες των ασθενών του.

Πιο αναλυτικά, ο οικογενειακός ιατρός είναι υπεύθυνος για συγκεκριμένο αριθμό ασθενών τους οποίους θα πρέπει να παρακολουθεί και να αντιμετωπίζει επιτυχώς τα συνηθισμένα και κοινά προβλήματα υγείας που τους παρουσιάζονται. Επιπλέον, είναι υπεύθυνος ώστε να παρακολουθεί την πορεία ασθενών με μακροχρόνια προβλήματα υγείας και να ρυθμίζει την φαρμακευτική αγωγή που τους έχει οριστεί. Ο οικογενειακός ιατρός σε περίπτωση ανάγκης παρακολουθήσης του ασθενούς από πιο εξειδικευμένο ιατρό ή στην περίπτωση της διακομιδής του στο νοσοκομείο τους εφοδιάζει με συγκεκριμένη συνοδευτική επιστολή η οποία αναφέρει το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και δίνει την άδεια για την παροχή πρόσθετης περίθαλψης από εξειδικευμένο πάροχο (ιατρό ή νοσοκομείο). Με αυτό τον τρόπο μειώνεται ραγδαία το ποσοστό των ασθενών που τελικά επισκέπτονται τα νοσοκομεία και πιο εξειδικευμένους ιατρούς σε ποσοστό μόλις 6%, γεγονός που αντιστοιχεί και σε μειωμένο κόστος περίθαλψης για το Ολλανδικό κράτος. Πρακτικά ο μεγαλύτερος όγκος προβλημάτων υγείας όπως είναι τα προβλήματα υπέρτασης και οσφυαλγίας, η ωτίτιδα και η αμυγδαλίτιδα μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτυχώς από τον οικογενειακό ιατρό. Ο μεγαλύτερος όγκος επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς αφορά σε μυοκαρδιακά νοσήματα, χρόνια θέματα οσφυαλγίας και χρόνιες αμυγδαλίτιδες.

Ο μέσος αριθμός των ασθενών που μπορεί να παρακολουθεί ο οικογενειακός ιατρός είναι 2.300 άτομα. Παλαιότερα οι οικογενειακοί ιατροί λειτουργούσαν αυτόνομα ο καθένας. Όσο περνά ο καιρός εντάσσονται σε ιατρικά κέντρα τα οποία εκτός από τον οικογενειακό ιατρό διαθέτουν κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές και μαίες. Σε αγροτικές και παραμεθόριες περιοχές συχνά ο οικογενειακός ιατρός διατηρεί και δικό του φαρμακείο. Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε αύξηση των επισκέψεων των ασθενών σε οικογενειακούς ιατρούς που εργάζονται σε ιατρικά κέντρα παρά σε αυτούς που ασκούν το επάγγελμά τους αυτόνομα.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του Ολλανδικού συστήματος υγείας είναι το χαμηλό ποσοστό συνταγογράφησης καθώς ιατρική συνταγή δίνεται τελικά μόνο στα 2/3 των ασθενών που απευθύνονται στον οικογενειακό τους ιατρό. Επιπλέον, φάρμακα τελικά χορηγούνται μόνο στους μισούς ασθενείς από αυτούς στους οποίους δίνεται ιατρική συνταγή. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας είναι ότι ο οικογενειακός ιατρός δεν μπορεί να στείλει τον ασθενή του για παρακολούθηση στο νοσοκομείο στην περίπτωση που δεν μπορεί να τον θεραπεύσει για ένα απλό πρόβλημα υγείας. Μπορεί όμως να τον παραπέμψει εκεί προκειμένου να μπορέσει να υλοποιήσει τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις (εξετάσεις αίματος, ούρων, ακτινογραφίες, υπερηχογραφήματα και ενδοσκοπήσεις) προκειμένου να έχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του ασθενούς. Αν τελικά ο ασθενής χρειαστεί να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ο οικογενειακός ιατρός δεν τον επισκέπτεται εκεί. Αυτό αποτέλεσε και ένα βασικό μειονέκτημα του συστήματος υγείας γιατί ουσιαστικά δημιούργησε ένα κενό μεταξύ της ενδονοσοκομειακής και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης του ασθενούς.

✓ Η δευτεροβάθμια παροχή περίθαλψης

Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη κυρίως παρέχεται από εξειδικευμένους ιατρούς στα νοσοκομεία. Τα περισσότερα νοσοκομεία έχουν τόσο εξωτερικά ιατρεία όσο και εσωτερικές κλινικές. Στα εξωτερικά ιατρεία παρέχεται η δυνατότητα διαγνωστικών εξετάσεων σε ασθενείς που έχουν τα απαραίτητα παραπεμπτικά από τους οικογενειακούς τους ιατρούς. Στις εσωτερικές κλινικές γίνεται η παρακολούθηση και η νοσηλεία ασθενών που χρήζουν τέτοιας ανάγκης. Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα να επισκεφτούν με δική τους πρωτοβουλία έναν εξειδικευμένο ιατρό σε κάποιο νοσοκομειακό κέντρο. Περίπου το 40% των ασθενών θα χρειαστεί να επισκεφτεί ένα εξειδικευμένο ιατρό στη διάρκεια του έτους. Τα νοσοκομεία ασχολούνται τόσο με την ίαση και τη φροντίδα των ασθενών, όσο και με την πρόοδο της έρευνας σε ιατρικά θέματα και την εκπαίδευση των ιατρών.

Η διαχείριση των νοσοκομείων γίνεται με τη βοήθεια μάνατζερ που ορίζονται με στόχο την βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη μείωση του διαχειριστικού κόστους αυτών. Η τυπική δομή του κάθε νοσοκομείου αποτελείται από ξεχωριστά τμήματα τα οποία ενώνονται κάτω από μια κοινή διοίκηση, με στόχο την τήρηση και την επίτευξη των κοινών στόχων. Χαρακτηριστικό είναι ότι δεν είναι

λίγες οι περιπτώσεις που νοσοκομεία συνεργάζονται μεταξύ τους με στόχο την καλύτερη ανταλλαγή τεχνογνωσίας μεταξύ των εξειδικευμένων ιατρών ή του ιατρικού εξοπλισμού τους για την καλύτερη και ταχύτερη φροντίδα των ασθενών. Πολλές φορές η κεντρική αρχή του κάθε νοσοκομείου εκχωρεί αρμοδιότητες και ευθύνες στα επιμέρους τμήματα του νοσοκομείου (κλινικές) και στους εξειδικευμένους ιατρούς που ηγούνται αυτών, με στόχο την επίτευξη μεγαλύτερης ευελιξίας και άμεσης ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών. Ένας άλλος τύπος οργάνωσης του νοσοκομείου είναι η ύπαρξη ενός τριαδικού συστήματος διαχείρισης που πραγματοποιείται μέσω ενός μάνατζερ από το ιατρικό προσωπικό, ενός από το νοσηλευτικό προσωπικό και ενός διαχειριστικού μάνατζερ ο οποίος θα πρέπει να συντονίζει και να διοικεί τις επιμέρους μονάδες του νοσοκομείου. Μέσω αυτού του συστήματος υπάρχει καλύτερη κατανόηση των αναγκών του νοσοκομείου καθώς και του τρόπου με τον οποίο αυτές μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Στο δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1990 η Ολλανδία αντιλήφθηκε ότι υφίσταται μεγάλο πρόβλημα με τις λίστες αναμονής των ασθενών οι οποίοι περίμεναν να λάβουν ιατρική περίθαλψη στα νοσοκομεία της χώρας. Για το λόγω αυτό ιδρύθηκε ειδική επιτροπή που θέσπισε 12 μέτρα με στόχο την επίλυση αυτού του προβλήματος. Τα βασικά χαρακτηριστικά της στρατηγικής που ακολουθήθηκε είναι τα εξής:

- Ανάγκασαν τα κέντρα παροχής ιατρικών υπηρεσιών να δημοσιεύουν τα στοιχεία των λιστών αναμονής των ασθενών που έσπευδαν να λάβουν ιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, έπρεπε να εγγυηθούν στους ασθενείς ότι θα λάβουν την αναγκαία ιατρική φροντίδα εντός προκαθορισμένου χρονικού περιθωρίου.
- Τα κέντρα παροχής ιατρικών υπηρεσιών θα μπορούσαν να κερδίσουν πρόσθετους χρηματικούς πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό μόνο αν μπορούσαν να παρουσιάσουν ότι μπορούν να παρέχουν έγκαιρα στους ασθενείς τους υψηλού επιπέδου ιατρική φροντίδα.
- Η διαχείριση των νοσοκομείων μέσω μάνατζερ ήταν αναγκαία προκειμένου να γίνει πιο αποδοτική η διαχείριση των παρεχόμενων οικονομικών πόρων και πιο έγκαιρη και αποτελεσματική η παρεχόμενη φροντίδα προς τους ασθενείς.
- Αυξήθηκε ο αριθμός των εισακτέων στις ιατρικές σχολές με στόχο την αύξηση των ιατρών και την καλύτερη στελέχωση των νοσοκομείων.
- Έγινε γενικευμένη προσπάθεια αύξησης του αριθμού των νοσοκόμων.

Μέσω αυτής της στρατηγικής και κυρίως μέσω της χρηματοδότησης των νοσοκομείων που μπόρεσαν να μειώσουν τον αριθμό των ασθενών που περίμεναν σε λίστες αναμονής προκειμένου να εξεταστούν, το Ολλανδικό κράτος μπόρεσε να αντιμετωπίσει ένα μεγάλο πρόβλημα (μείωση των ασθενών σε λίστες αναμονής κατά 27 άτομα), παράλληλα όμως δημιούργησε και μια αύξηση του συνολικού κόστους υγείας.

(André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004), Daley Claire and Gubb James, (11/2007))

2.6 Ανάλυση της κατανομής των παρεχόμενων χρηματοοικονομικών πόρων

Σε αυτή την ενότητα θα παρουσιάσουμε έναν από τους πιο σημαντικούς τομείς σε κάθε σύστημα υγείας: την κατάρτιση του προϋπολογισμού και την κατανομή των χρηματοοικονομικών πόρων στους διάφορους τομείς του συστήματος υγείας της Ολλανδίας.

Στον πρώτο τομέα, τα εμπλεκόμενα τμήματα αποζημιώνονται πλήρως και αναδρομικά για τα έξοδά τους με βάση τις παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους από το Κεντρικό Ταμείο.

Στον δεύτερο τομέα και πιο συγκεκριμένα στην εθελοντική ασφάλιση, όπως και στον τρίτο τομέα, κάθε ασφαλιστική εταιρία οφείλει να καλύψει τα έξοδά της μέσω των ασφαλιστρών που λαμβάνει από τους ασφαλισμένους της. Σε αυτή την περίπτωση, τα ασφάλιστρα που χρεώνουν οι ασφαλιστικές εταιρίες είναι σταθμισμένα στον κίνδυνο που αναλαμβάνουν, καθώς ορίζονται από παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η περιοχή διαμονής, κατάσταση υγείας, συνήθειες όπως κάπνισμα, σωματική άσκηση κλπ

Όσον αφορά στις πληρωμές επιδομάτων των ταμείων ασθένειας στο παρελθόν (έως το 1991), όλες οι συνεισφορές των εργαζόμενων και των εργοδοτών συγκεντρώνονταν σε ένα Κεντρικό Ταμείο (Central Fund) και στη συνέχεια το εξουσιοδοτημένο Συμβούλιο Ταμείων Ασθένειας (Sickness Fund Council) για την διαχείριση του προαναφερθέντος ταμείου αποζημίωνε πλήρως τα ασφαλιστικά ταμεία για τα ιατρικά έξοδα των συνδρομητών τους.

Το 1991 ιδρύθηκε ο Νόμος Ταμείων Ασθενείας (Sickness Fund Act) με αποτέλεσμα όλες οι πληρωμές που γίνονται για να καλυφθούν τα έξοδα των επιδομάτων και των πληρωμών να υπόκεινται στο Νόμο αυτό. Το νέο σύστημα είχε σκοπό όχι μόνο να επεκτείνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των ταμείων ασθενείας, αλλά και να ωθήσει τα ταμεία να αναπτύξουν την οργάνωση και την παροχή της περίθαλψης στους ασφαλισμένους τους με τον καλύτερο και πιο αποδοτικό τρόπο, δίνοντας έμφαση στην ποιότητα, την ποσότητα αλλά και τις τιμές για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Πιο συγκεκριμένα, με τον νέο τρόπο κατάρτισης των προϋπολογισμών ο υπουργός Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού ορίζει τον τρόπο και τους όρους με τους οποίους το Συμβούλιο Ασφάλισης Υγειονομικής Περίθαλψης (Health Care Insurance Board) θα διανέμει τους πόρους στα ταμεία ασθενείας. Μόλις η διαδικασία κατανομής καθοριστεί και αφού ληφθεί η έγκριση του Υπουργού Υγείας, το Συμβούλιο ενημερώνει κάθε ταμείο ασθενείας σχετικά με το χρηματικό ποσό προϋπολογισμού που θα λάβει για το επερχόμενο έτος. Στη συνέχεια, προβαίνει στη μεταβίβαση του προαναφερθέντος χρηματικού ποσού στο ταμείο ασθενείας από το Κεντρικό Ταμείο. Το Κεντρικό Ταμείο χορηγεί τις εισφορές που έχει ήδη συγκεντρώσει από όλους τους ασφαλισμένους, οι οποίες διαφέρουν από άτομο σε άτομο και είναι ανάλογες του εισοδήματός τους.

Ανεξάρτητα από το Κεντρικό Ταμείο, κάθε ταμείο λαμβάνει ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό (έστω E : έσοδα) ως αποτέλεσμα των κατά κεφαλή σχετιζόμενων με τον κίνδυνο πληρωμών. Και αυτό με τη σειρά του πληρώνει τους παρόχους του με ένα χρηματικό ποσό (έστω Δ : δαπάνες). Μετά την εφαρμογή των τριών ρυθμιστικών μηχανισμών που θα εξεταστούν στη συνέχεια, η προκύπτουσα διαφορά ($\Delta - E$) μεταξύ των εσόδων και των δαπανών καλύπτεται από μία ονομαστική συνεισφορά που κάθε ταμείο οφείλει να έχει προκαθορίσει στα πλαίσια κατάρτισης του προϋπολογισμού του και αποτελεί ένα κριτήριο της απόδοσής του. Επιθυμία κάθε ταμείου είναι η όσο το δυνατόν χαμηλότερη ονομαστική συνεισφορά.

Με την πάροδο των ετών, ο τρόπος υπολογισμού των χορηγήσεων των ταμείων διαφοροποιείται συνεχώς καθώς προστίθενται περισσότεροι παράγοντες κινδύνου (ηλικία, φύλο, ιστορικά στοιχεία, περιοχή κατοικίας, κατάσταση αναπηρίας, κοινωνικοοικονομικές διαφορές). Ο πιο πρόσφατος και πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου που προστέθηκε στον τύπο για τον υπολογισμό των χορηγήσεων είναι οι

ομάδες φαρμακευτικών δαπανών που λαμβάνουν υπόψη την κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων στο παρελθόν.

Το μοντέλο που χρησιμοποιείται χωρίζει τα συνολικά έξοδα σε δύο ομάδες:

- ✓ Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει το σταθερό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο δεν έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν τα ταμεία ασθενείας (έξοδα που καλύπτουν τα νοσοκομεία για προσφερόμενες υπηρεσίες κάτω από το Νόμο για μακροχρόνιες θεραπείες και θεραπείες υψηλού κόστους ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν τα ταμεία ασθενείας).
- ✓ Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει το μεταβλητό κόστος της νοσοκομειακής και της εξειδικευμένης περίθαλψης το οποίο μπορεί να ελεγχθεί μέσω αποτελεσματικών αγορών, όπως αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων, εξειδικευμένης φροντίδας.
- ✓ Στις δύο παραπάνω ομάδες ενσωματώνονται και τα έξοδα των άλλων παροχών (για ιατρικά βοηθήματα, παραϊατρική και οδοντιατρική βοήθεια, παρακολούθηση από τον οικογενειακό ιατρό)

Στο τέλος κάθε έτους χρησιμοποιούνται αναδρομικά δύο ρυθμιστικοί μηχανισμοί. Αρχικά, υπολογίζεται η διαφορά μεταξύ των χορηγούμενων εσόδων και των πραγματικών εξόδων για κάθε ταμείο ασθενείας και στη συνέχεια η προκύπτουσα διαφορά μοιράζεται μεταξύ των ταμείων ασθενείας έως ένα συγκεκριμένο ποσοστό, το γνωστό ως ποσοστό εξισορρόπησης (the equalization percentage). Μέσω αυτής της εξίσωσης ρυθμίζονται οι πιθανές ασυμφωνίες στη διανεμητική λειτουργία του προϋπολογιστικού προτύπου, που είχε χρησιμοποιηθεί στην αρχή του έτους κατά τη δημιουργία του προϋπολογισμού, μετατοπίζοντας τους πόρους από τα ταμεία που είχαν λάβει πολλά έσοδα σε ταμεία που έχουν λάβει λιγότερα.

Ακόμη, στο τέλος κάθε έτους γίνεται μία δεύτερη ρύθμιση σχετική με τη συνολική διαφορά που προκύπτει μεταξύ των χορηγούμενων εσόδων και των πραγματικών εξόδων. Αυτή η ρύθμιση σχετίζεται με την ικανότητα κάθε ταμείου ασθενείας να επηρεάζει το επίπεδο των πραγματικών δαπανών του και καταβάλλεται από το Κεντρικό Ταμείο μέχρι ένα συγκεκριμένο ποσοστό, το ποσοστό επανυπολογισμού (the recalculating percentage).

Στον πίνακα που ακολουθεί βλέπουμε πιο καθαρά τη χρήση του ποσοστού εξισορρόπησης και επανυπολογισμού (equalization και recalculation percentages). Για παράδειγμα εάν τα έξοδα ενός ταμείου ασθενοείας ξεπεράσουν τον προϋπολογισμό όσον αφορά στις εξειδικευμένες υπηρεσίες του, τότε το 30% (equalization percentage) του πλεονάζοντος ποσού μοιράζεται μεταξύ όλων των ταμείων ασθενοείας. Επιπλέον, εάν τα χρήματα που διατίθενται σε όλα τα ταμεία ασθενοείας για την εξειδικευμένη φροντίδα είναι ανεπαρκή, τα ταμεία λαμβάνουν αναδρομικά το 35% (recalculation percentages) της διαφοράς που υπερβαίνει την υπολογιζόμενη δαπάνη που είχε προγραμματιστεί στα πλαίσια του προϋπολογισμού στην αρχή του έτους.

Πίνακας 2.4: Εξίσωση και επανυπολογισμός για τα διάφορα μέρη της ασθενοείας

Equalization and recalculation for the various components of the sickness

Sub-budgets	Approx. share of total budget (%)	Equalization percentage	Recalculation percentage
Fixed costs of hospital care	22	0	95
Variable costs of hospital care and specialized care	36	30	35
Other benefits (GPs, pharmaceuticals, etc.)	42	0	0

Τα ποσοστά εξίσωσης και επανυπολογισμού για την τρίτη ομάδα του πίνακα («λοιπές παροχές») έχουν καταργηθεί, ενώ στόχος είναι η μείωση του ποσοστού εξίσωσης και επανυπολογισμού στο μηδέν για τα έξοδα της δεύτερης ομάδας του πίνακα (μεταβλητό κόστος της νοσοκομειακής και της εξειδικευμένης περίθαλψης). Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, θα πρέπει να βελτιωθεί η διανεμητική λειτουργία του προϋπολογιστικού μοντέλου, ενώ παράλληλα τα ταμεία ασθενοείας θα πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα να μπορούν να διαχειριστούν και να ανταπεξέρχονται στα έξοδά τους.

Έτσι τον Γενάρη του 1997 εφαρμόστηκε ένας νέος τρίτος ρυθμιστικός μηχανισμός εξισορρόπησης για τα υψηλά κόστη (high risk pool), με σκοπό να αντιμετωπίσει τις διαφορές του κόστους των ταμείων ασθενοείας από την άνιση κατανομή των ασφαλισμένων με υψηλό κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Πλέον με το νέο τρόπο καταμερισμού των υψηλών κινδύνων, τα ταμεία ασθενοείας μπορούν να διεκδικήσουν αποζημίωση για το 90% των δαπανών κάθε ασφαλισμένου, υπό την

προϋπόθεση ότι η δαπάνη υπερβαίνει το όριο των 2.036€ και περιλαμβάνει δαπάνες που αφορούν στο μεταβλητό κόστος της νοσοκομειακής και της εξειδικευμένης περίθαλψης. Το απαιτούμενο ποσό για τον παραπάνω σκοπό χρηματοδοτείται από ένα ποσοστό κράτησης επί των μεταβλητών εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η κατάρτιση του προϋπολογισμού των διοικητικών δαπανών των ταμείων ασθενείας γίνεται ακριβώς όπως περιγράψαμε πριν για την κατάρτιση του προϋπολογισμού των παροχών, με τη μόνη διαφορά ότι εδώ δεν χρησιμοποιείται κάποιο ποσοστό εξισορρόπησης ή επανυπολογισμού. Εάν τα διοικητικά έξοδα κάποιου ταμείου είναι τελικά λιγότερα από αυτά που είχαν προϋπολογιστεί στην αρχή του έτους, τότε τα χρήματα προστίθενται στο αποθεματικό του. Σε αντίθετη περίπτωση (που ένα ταμείο δεν μπορεί να καλύψει τα διοικητικά του έξοδα όπως αυτά είχαν υπολογιστεί κατά τον αρχικό προϋπολογισμό του), τότε το έλλειμμα καλύπτεται είτε μέσω εισφορών που λαμβάνει, είτε μέσω του ήδη υπάρχοντος αποθεματικού του. (André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004))

2.7 Λόγοι μετεξέλιξης του ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας

Η θέληση και η ανάγκη για ουσιαστική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της Ολλανδίας εκφράστηκε επισήμως το 1987 όταν η επιτροπή Dekker (μία επιτροπή που είχε συσταθεί από την κυβέρνηση για να εξετάσει τη δομή και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας) δημοσίευσε έκθεση στην οποία περιλαμβάνονταν προτάσεις για την ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης, την ένωση των διαφορετικών υπάρχοντων συστημάτων σε ένα σύστημα και την προώθηση του ανταγωνισμού. Η κυβέρνηση εξετάζοντας την παραπάνω έκθεση οραματίστηκε την εφαρμογή ενός ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας για τις βασικές υπηρεσίες υγείας που θα παρέχει ένα ευρύ φάσμα παροχών και στο οποίο κάθε κάτοικος οφείλει να συμμετάσχει. Ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλεια θα παρέχεται μόνο για τις περιπτώσεις περίθαλψης που δεν παρέχονται στο βασικό προαναφερθέν πακέτο. Το ασφάλιστρο θα είναι ένα μίγμα από ένα ποσοστιαίο μέρος του εισοδήματος κάθε κατοίκου καθώς και ένα μικρό κατ' αποκοπή μέρος.

Παρ' όλο που οι σχετικές αλλαγές προγραμματίζονταν να τεθούν σε ισχύ από το 1989, η προσπάθεια αυτή απέτυχε στις αρχές τις δεκαετίας του 1990 με αποτέλεσμα

το σύστημα υγείας της Ολλανδίας να ταλαντεύεται μεταξύ προσπαθειών για ενοποίηση-εξέλιξη και προσπαθειών για διατήρηση του συστήματος ως έχει, λόγω μιας σειράς από ανατρεπτικούς παράγοντες οι οποίοι καθιστούν αδύνατη την απευθείας αλλαγή και προωθούν τη σταδιακή και αργή πραγματοποίηση των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων. Αρχικά, δεν υπάρχει σαφές κέντρο εξουσίας για τη λήψη αποφάσεων και έτσι, η ολλανδική κυβέρνηση δεν μπορεί να επιβάλει αλλαγές χωρίς τη συγκατάθεση ισχυρών ομάδων συμφερόντων, οι οποίες είναι αρνητικές από φόβο ότι η κυβέρνηση θα επικεντρώσει την προσοχή της στο δημόσιο σχέδιο περίθαλψης και θα αποδυναμώσει τη θέση τους στην αγορά. Ακόμη, ένας πολύ σημαντικός λόγος είναι η ασυμφωνία της αντιπολίτευσης καθώς η αριστερή πτέρυγα επιθυμεί την εισαγωγή της ενιαίας υποχρεωτικής ασφάλισης ενώ η δεξιά πτέρυγα επιθυμεί την προώθηση του ανταγωνισμού. Τέλος, ένας ακόμη σημαντικός αλλά συνάμα υποτιμημένος λόγος είναι η τεχνική δυσκολία σχετικά με τη διαδικασία εφαρμογής των αλλαγών λόγω συντονισμού με τους κανονισμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συντονισμού με παλιούς και νέους κανονισμούς της χώρας, της αντιμετώπισης του λειτουργικού ανταγωνιστικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, η οποία απαιτεί την ανάπτυξη και εφαρμογή μιας αποτελεσματικής πολιτικής κατά των συμπράξεων στον τομέα της υγείας.

Ωστόσο, το σύστημα υγείας της χώρας θεωρήθηκε από την κυβέρνηση ότι έπασχε από μία σειρά «ασθενειών» ως αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας αλλαγών. Πιο συγκεκριμένα θεωρήθηκε ότι:

- 1) Υπήρχε ένα άκαμπτο σύστημα δύο βαθμίδων: το σύστημα που περιλαμβάνει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας για τους πλούσιους και το σύστημα δημόσιας ασφάλισης για το υπόλοιπο μέρος του πληθυσμού που οδηγούσε σε επιδείνωση των ανισοτήτων υγείας.
- 2) Θα πρέπει να υπάρχει προώθηση της ελεγχόμενης ανταγωνιστικότητας με την κυβέρνηση να δημιουργεί τις απαραίτητες συνθήκες για την πρόληψη της ανεπιθύμητης ενέργειας της ελεύθερης αγοράς (καθώς σε μία ελεύθερη αγορά άτομα με χαμηλό εισόδημα ή άτομα με χρόνιες παθήσεις δεν θα μπορούσαν να έχουν οικονομική πρόσβαση για την φροντίδα που επιθυμούν) με στόχο την παροχή ποιοτικής περίθαλψης για όλο τον πληθυσμό. Η κυβέρνηση θα αποτελεί τον βασικό ελεγκτή με δημοσιοποίηση πληροφοριών, τον ποιοτικό έλεγχο, τη χρέωση ασφαλιστών προσαρμοσμένων στον κίνδυνο.

- 3) Υπήρχε ένα συγκεκριμένο σύστημα εξίσωσης του κινδύνου που προσπαθούσε να αντιμετωπίσει το φαινόμενο του «cream skimming» στην αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας το οποίο ήρθε σε αντιπαράθεση με τους κανόνες δικαίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Council Directive 92/49/EEC). Το «cream skimming» είναι ουσιαστικά το πρόβλημα της επιλογής εκείνων των πελατών, από τους προμηθευτές υγείας, οι οποίοι αναμένεται να αφήσουν κέρδος στους προμηθευτές (Barros, 2000) καθώς είναι πιο υγιείς, καθιστώντας έτσι την ασφάλιση ατόμων με πιο υψηλό κίνδυνο (παιδιά, ηλικιωμένοι) δύσκολη ή και αδύνατη. Ουσιαστικά, οι ασφαλιστικές εταιρίες αναζητούν την «αφρόκρεμα» της αγοράς.
- 4) Υπήρχε έλλειψη ανταγωνιστικού κινήτρου για τους ασφαλιστές και ελάχιστη ή καμία πίεση στους παρόχους για επίτευξη καλύτερης επίδοσης.
- 5) Υπήρχε μεγάλη εξάρτηση από τους εργοδότες. Οι εργοδότες χρηματοδοτούν ένα μεγάλο μέρος του κόστους ασφάλισης υγείας με αποτέλεσμα τα έσοδα για την ασφάλιση υγείας να είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την πορεία της οικονομίας.
- 6) Υπήρχαν μικρές και περιορισμένες γεωγραφικά ασφαλιστικές εταιρίες με αποτέλεσμα τη χρέωση υψηλών ασφαλιστρών σε κάποιες περιοχές, π.χ. σε πυκνοκατοικημένες αστικές περιοχές που έχουν πληγεί από μία σειρά από κοινωνικά δεινά.
- 7) Υπήρχε αναποτελεσματική και χρονοβόρα γραφειοκρατία με αποτέλεσμα να αυξάνεται κατά πολύ το κόστος.
- 8) Υπήρχαν υψηλοί έλεγχοι ως προς τον προσφορά υπηρεσιών για τους δύο πρώτους τομείς ασφάλισης (εκτός του τρίτου τομέα που παρέχεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες) με αποτέλεσμα να προκύπτουν αντικειμενικά προβλήματα στην εξυπηρέτηση των ασθενών λόγω ύπαρξης μεγάλων λιστών αναμονής και επομένως έλλειψη εστίασης της προσοχής στους ασθενείς.
- 9) Αδυναμία αλλαγής ασφαλιστικής εταιρείας για όσους είχαν ιδιωτική ασφάλιση και η αύξηση των ασφαλιστρών, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των πολιτών που έμεναν ανασφάλιστοι.
- 10) Υπήρχαν πολλά παράπονα για χρέωση υψηλών τιμών και καθυστερήσεις στη φροντίδα των ασθενών που δεν είχαν το χαρακτήρα του επείγοντος περιστατικού, ως αποτέλεσμα των δημοσιονομικών περιορισμών.

Έτσι λοιπόν μετά τις εκλογές του 2003, η ολλανδική κυβέρνηση ανακοίνωσε την πρόθεσή της να συγκεντρώσει όλα τα τρέχοντα είδη ασφάλισης και να εντάξει ένα υποχρεωτικό βασικό σύστημα υγείας για τον καθένα και να αντιμετωπίσει όλες τις παραπάνω «ασθένειες του ήδη υπάρχοντος συστήματος». Η παραπάνω πρόθεση βρήκε σύμφωνη την αντιπολίτευση και η έναρξη ισχύος του νέου συστήματος υγείας προγραμματίστηκε να γίνει από την 01/01/2006. (André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004), Barros, (2000), Daley Claire and Gubb James, (11/2007), Ministry of Health, Welfare and Sport (2006), (Schut, T. F. and Van de Ven W., (2005))

Συμπεράσματα δευτέρου κεφαλαίου

Ολοκληρώνοντας την ενότητα αυτή διαπιστώνουμε ότι η Ολλανδία καλύπτει περίπου τα δύο τρίτα του πληθυσμού της μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας της και το υπόλοιπο ένα τρίτο περίπου (κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι αλλά και άτομα με ανώτερο εισόδημα που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για τις παροχές που παρέχει η κυβέρνηση) μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών (National Union 2000). Αξιοσημείωτο είναι ότι το 2000 η Ολλανδία κατετάγη 17η για τη συνολική απόδοση του συστήματος υγείας της, 9η στο επίπεδο της ανταπόκρισης και 13η στο επίπεδο της επίτευξης υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2000). Από το 2000 και έπειτα η Ολλανδία διαθέτει οικονομία σε άνθιση με χαμηλά ποσοστά ανεργίας, με αυξανόμενο Α.Ε.Π. ενώ ο πληθωρισμός διατηρείται σε μέτρια επίπεδα (André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004). Παρ' όλα αυτά, η γενικευμένη οικονομική κρίση που πλήττει το μεγαλύτερο μέρος των χωρών της Ευρώπης έχει αντίκτυπο και στα οικονομικά μεγέθη της Ολλανδίας, με τις προβλέψεις να δείχνουν μικρή αισιοδοξία για ανάκαμψη.

Σε ιδιωτικές και φιλανθρωπικές πρωτοβουλίες στηρίζεται και η κατασκευή της πλειοψηφίας των νοσοκομείων, τα οποία παραμένουν ακόμη και τώρα ιδιωτικές και μη κερδοσκοπικές οντότητες (περίπου το 90%-Exter et al, 2004). Παρά την ιδιωτική κυριαρχία, η ολλανδική κυβέρνηση αποτελεί τον κυριότερο ρυθμιστή στα θέματα του συστήματος υγείας.

Έως και το 2005, στην οργανωτική δομή του συστήματος υγείας της Ολλανδίας συνυπήρχαν τρία παράλληλα τμήματα ασφάλισης. Η κάλυψη του κόστους της ιατρικής περίθαλψης στην Ολλανδία χρηματοδοτείται κυρίως από ένα σύνθετο σχήμα που περιλαμβάνει τόσο δημόσια όσο και ιδιωτικά κεφάλαια. Μόνο το 12% του συνολικού κόστους χρηματοδότησης της ιατρικής περίθαλψης δεν καλύπτεται από το ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχει θεσπίσει το κράτος.

Η Ολλανδία έχει θεσπίσει ένα περιφερειακό δίκτυο δημόσιων κέντρων περίθαλψης που φροντίζουν για την παρακολούθηση και ιατρική εξέταση των παιδιών, τον εμβολιασμό τους, την προαγωγή της δημόσιας υγείας, την παρακολούθηση των

νεογνών με στόχο την μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, την παροχή πληροφοριών για την καλύτερη υγιεινή τόσο σε χώρους εργασίας, σχολείων καθώς και εντός του σπιτιού.

Επιπλέον, ο κάθε ασθενής επισκέπτεται τον οικογενειακό του ιατρό ο οποίος τον παρακολουθεί, τον συμβουλεύει για οποιοδήποτε ιατρικό θέμα προκύψει, τον περιθάλπει και μπορεί να τον παραπέμψει και σε πιο εξειδικευμένο ιατρό οποτεδήποτε αυτό κριθεί αναγκαίο.

Μεγάλο βάρος δίνεται τα τελευταία χρόνια σε θέματα πρόληψης και σωστής εκπαίδευσης του πληθυσμού όπως η σωστή και ισορροπημένη διατροφή, η τακτική άσκηση, η μείωση του στρες, η διακοπή του καπνίσματος, ο περιορισμός της χρήσης του αλκοόλ και η τήρηση των κανόνων υγιεινής. Η θέληση και η ανάγκη για ουσιαστική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της Ολλανδίας εκφράστηκε επισήμως το 1987 όταν η επιτροπή Dekker (μία επιτροπή που είχε συσταθεί από την κυβέρνηση για να εξετάσει τη δομή και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας) δημοσίευσε έκθεση στην οποία περιλαμβάνονταν προτάσεις για την ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης, την ένωση των διαφορετικών υπαρχόντων συστημάτων σε ένα σύστημα και την προώθηση του ανταγωνισμού.

Η κυβέρνηση εξετάζοντας την παραπάνω έκθεση οραματίστηκε την εφαρμογή ενός ενιαίου εθνικού συστήματος υγείας για τις βασικές υπηρεσίες υγείας που θα παρέχει ένα ευρύ φάσμα παροχών και στο οποίο κάθε κάτοικος οφείλει να συμμετάσχει. Το σύστημα υγείας της χώρας θεωρήθηκε από την κυβέρνηση ότι έπασχε από μία σειρά «ασθενειών» ως αποτέλεσμα μιας μακράς διαδικασίας αλλαγών. Έτσι λοιπόν μετά τις εκλογές του 2003, η ολλανδική κυβέρνηση ανακοίνωσε την πρόθεσή της να συγκεντρώσει όλα τα τρέχοντα είδη ασφάλισης και να εντάξει ένα υποχρεωτικό βασικό σύστημα υγείας για τον καθένα και να αντιμετωπίσει όλες τις παραπάνω «ασθένειες του ήδη υπάρχοντος συστήματος». Η παραπάνω πρόθεση βρήκε σύμφωνη την αντιπολίτευση και η έναρξη ισχύος του νέου συστήματος υγείας προγραμματίστηκε να γίνει από την 01/01/2006.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Εισαγωγή

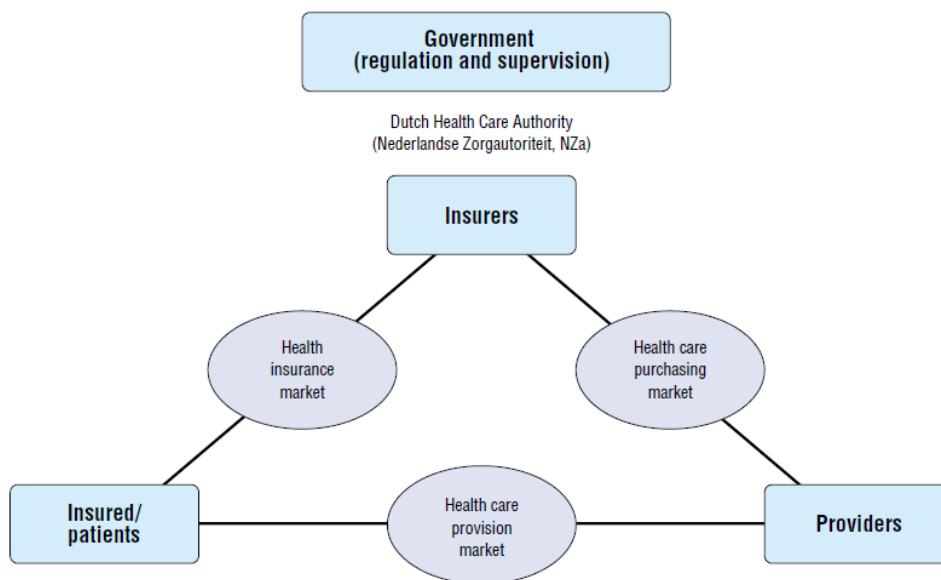
Στην ενότητα αυτή θα ασχοληθούμε αρχικά με την οργανωτική δομή και την διοίκηση του νέου συστήματος υγείας της Ολλανδίας. Ομοίως με το 2ο κεφάλαιο θα αναλύσουμε τη χρηματοδότηση και τις δαπάνες του νέου συστήματος υγείας. Εν συνεχεία θα εστιάσουμε στις παροχές του νέου συστήματος υγείας, ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα θα δοθεί στον τρόπο με τον οποίο η κυβέρνηση έχει επιλέξει να κάνει προσαρμογή στον κίνδυνο (Risk adjustment). Η χρηματοοικονομική δομή του risk adjustment θα μας απασχολήσει στη συνέχεια. Η ενότητα αυτή κλείνει με την αξιολόγηση-αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμιστικών αλλαγών του τρέχοντος συστήματος υγείας της Ολλανδίας και κατάταξή του με βάση ευρωπαϊκές έρευνες.

Το ισχύον Σύστημα Υγείας της Ολλανδίας

3.1 Οργανωτική δομή και διοίκηση του νέου συστήματος υγείας της Ολλανδίας

Η εισαγωγή του νέου συστήματος υγείας το 2006 έφερε ραγδαίες αλλαγές στην οργανωτική δομή του. Κύριος ρόλος της κυβέρνησης πλέον είναι η επίβλεψη της σωστής λειτουργίας των αγορών και όχι ο έλεγχος των τιμών, της ποσότητας και των παραγωγικών δυνατοτήτων των διαδικασιών. Ουσιαστικά, στη νέα φάση υπάρχουν τρεις αγορές: η αγορά ασφάλισης υγείας, η αγορά παροχής υγειονομικής περίθαλψης και η αγορά υγειονομικής περίθαλψης. Στο σχήμα που ακολουθεί παρατηρούμε ακριβώς το ρόλο των παραγόντων και της αγοράς κάτω από το νέο σύστημα υγείας.

Σχήμα 3.1: Ο ρόλος των εμπλεκόμενων μερών στο σύστημα υγείας της Ολλανδίας μετά το 2006



Πηγή: André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004)

Στην αγορά ασφάλισης υγείας, οι ασφαλιστικές εταιρίες παρέχουν στους πολίτες το βασικό πακέτο κάλυψης που υποχρεούνται να έχουν. Στην αγορά παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι πάροχοι προσφέρουν υπηρεσίες περίθαλψης στους

ασθενείς ενώ στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης, οι ασφαλιστικές εταιρίες διαπραγματεύονται με τους παρόχους την τιμή, την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Καθοριστικής σημασίας για τη σωστή λειτουργία του συστήματος των αγορών είναι η δυνατότητα επιλογής που παρέχεται ιδιαίτερα στους ασθενείς. Για τη διευκόλυνσή τους για λήψη συνειδητών επιλογών, η κυβέρνηση αναρτά χρήσιμες πληροφορίες μέσω του Internet σχετικά με τις λίστες αναμονής, τις τιμές και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ασφαλιστικές εταιρίες από τη μεριά τους υποχρεούνται να παρέχουν οτιδήποτε περιλαμβάνεται στο βασικό πακέτο κάλυψης ανταγωνιζόμενοι για την τιμή και την ποιότητα φροντίδας ενώ οι πάροχοι ανταγωνίζονται για τους ασθενείς προσφέροντας ποιοτική φροντίδα. Μεταξύ τους οι ασφαλιστικές εταιρίες και οι πάροχοι διαπραγματεύονται σχετικά με την τιμή και την ποιότητα υπηρεσιών, ενώ οι ασφαλιστικές εταιρίες μπορούν να δημιουργήσουν σύμβαση επιλεκτικής ανάθεσης με τους παρόχους.

Αρμόδια Υπουργεία

- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού: Στα καθήκοντα συνεχίζει να παραμένει η διασφάλιση πρόσβασης σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών και φροντίδας υψηλής ποιότητας, η προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και η ευημερία του πληθυσμού, δεδομένης όμως της ιδιωτικής πρωτοβουλίας μαζί με τις τοπικές αρχές μοιράζονται από κοινού την ευθύνη για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

- Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Απασχόλησης και συνεργαζόμενα υπουργεία: Στα καθήκοντα παραμένει η τόνωση της απασχόλησης, η ενθάρρυνση των σύγχρονων εργασιακών σχέσεων και η συνεργασία με άλλα υπουργεία για τη σωστή διαχείριση προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν, μεταξύ άλλων, επιδόματα ασθενείας και επιδόματα αναπήρων.

- Ολλανδική φορολογική και τελωνειακή Διαχείριση (The Dutch Tax and Customs Administration): Το Υπουργείο αυτό λειτουργεί σαν εφορία, αφού στα κύρια καθήκοντά του είναι η συλλογή φόρων και συνεισφορών για την κοινωνική ασφάλιση, ενώ καταβάλει και ένα επίδομα ειδικής φροντίδας το οποίο αποζημιώνει χαμηλότερα οικονομικά στρώματα για μεγάλες επιβαρύνσεις ασφαλιστρών.

Ενώσεις και Οργανισμοί Εποπτείας

- Ολλανδική Αρχή Υγείας (Dutch Health Care Authority): Αποτελεί ένα ανεξάρτητο διοικητικό όργανο τα καθήκοντα του οποίου καθορίζονται από το Νόμο Ρύθμισης της Αγοράς Υγειονομικής Περίθαλψης. Έτσι, εποπτεύει τις τρεις αγορές υγειονομικής περίθαλψης, την εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας από όλους τους εμπλεκόμενους, ενώ μπορεί να επιβάλει δασμολόγιο και κανονισμούς απόδοσης.

- Επιθεώρηση Υγείας (Health Care Inspectorate): Αποτελεί ένα συμβουλευτικό όργανο προς τον Υπουργό Υγείας, Αθλητισμού και Πρόνοιας το οποίο διασπάται σε υποεπιθεωρήσεις (για προληπτική-θεραπευτική φροντίδα, για ψυχική υγεία, για την προστασία των νέων) και κύριο καθήκον είναι η επιβολή νομικών διατάξεων για τη δημόσια υγεία, η έρευνα των καταγγελιών και των ατυχημάτων στον τομέα της υγείας, η λήψη κατάλληλων μέτρων για την ποιότητα και την προσβασιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης.

- Ολλανδική Αρχή Ανταγωνισμού (Dutch Competition Authority): Κύριο καθήκον είναι η επιβολή του θεμιτού ανταγωνισμού σε όλους τους τομείς της οικονομίας, τον έλεγχο για την τήρηση όσων ορίζει ο Ολλανδικός νόμος Ανταγωνισμού μέσω επιβολής απαγόρευσης των συμπράξεων, απαγόρευση της κατάχρησης της δεσπόζουσας θέσης στην αγορά κλπ.

- Ασφαλιστικές εταιρίες: Από το 2006, όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες λειτουργούν υπό καθεστώς ιδιωτικού δικαίου, μπορούν να αποκομίζουν κέρδη, αποδίδοντας στους μετόχους τους μερίσματα. Γενικά, οι ασφαλιστικές εταιρίες υπόκεινται σε έλεγχο και από την Κεντρική Τράπεζα της Ολλανδίας η οποία εξετάζει την ακεραιότητα και την φερεγγυότητά τους και από την Ολλανδική Αρχή για τις χρηματοπιστωτικές αγορές η οποία εποπτεύει τις χρηματοοικονομικές δραστηριότητές τους.

Συμβουλευτικά Όργανα

- Συμβούλιο Υγείας (The Health Council): Περιλαμβάνοντας τη Συμβουλευτική Επιτροπή Έρευνας της Υγείας μετά από σχετική ενσωμάτωση, στα κύρια καθήκοντα

παραμένει η παροχή συμβουλών στην κυβέρνηση για θέματα σχετικά με την εξέλιξη και τις νέες τάσεις-ανακαλύψεις της τεχνολογίας στην ιατρική, την υγειονομική περίθαλψη, τη δημόσια υγεία αλλά και την προστασία του περιβάλλοντος. Για το σκοπό αυτό διεξάγονται έρευνες από τα 200 περίπου μέλη του συμβουλίου, επιλεγμένα από επιστημονικές και σχετιζόμενες με την φροντίδα υγείας ομάδες.

- Συμβούλιο για τη Δημόσια Υγεία και Φροντίδα (Council for Public Health and Health Care): Κύριο αντικείμενο είναι η παροχή στρατηγικών συμβουλών σε θέματα της υγειονομικής περίθαλψης και πολιτικής πρόνοιας. Το Συμβούλιο παραθέτει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα πιθανών λύσεων σε διάφορα θέματα που απασχολούν τα υπουργεία αλλά και μέλη της Βουλής, σχολιάζοντας αναλυτικά τις μακροπρόθεσμες και μεσοπρόθεσμες συνέπειες κάθε επιλογής. Συνήθως οι απαραίτητες ενέργειες γίνονται κατόπιν αιτήματος, αλλά εάν απαιτηθεί το Συμβούλιο μπορεί να πάρει πρωτοβουλία.

- Φροντίδα Ασφάλισης Υγείας (Health Care Insurance Board): ο οργανισμός αυτός έχει τρία σημαντικά καθήκοντα: 1) συμβουλεύει το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού σχετικά με το βασικό πακέτο ασφάλισης υγείας, 2) διοικεί και διαχειρίζεται το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας και το Γενικό Ταμείο για έκτακτες ιατρικές δαπάνες, 3) επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι ασφαλιστικές εταιρίες ακολουθούν και εφαρμόζουν το νόμο για την Ασφάλιση Υγείας και το νόμο για τις Έκτακτες Ιατρικές Δαπάνες, δεδομένου ότι σε κάποια σημεία τα όρια των παροχών είναι ασαφή και μπορεί να υπάρξουν παρερμηνείες.

Αξιοσημείωτη είναι η δύναμη που απέκτησαν οι ασθενείς μετά την αναβάθμιση του συστήματος υγείας το 2006. Στο παρελθόν το επίκεντρο της προσοχής ήταν στραμμένο προς την παροχή υπηρεσιών ενώ τώρα είναι στραμμένο προς τη ζήτηση καθώς πλέον οι ασθενείς-καταναλωτές αντιμετωπίζονται σαν σημαντικοί παίκτες που πρόκειται να λάβουν ανεξάρτητες και ευσυνείδητες αποφάσεις. Η ολλανδική κυβέρνηση προκειμένου να ενδυναμώσει τη θέση των ασθενών εισήγαγε το πρόγραμμα «Έπτά δικαιώματα για τον ασθενή στη φροντίδα υγείας» με βάση το οποίο υπάρχουν τα εξής κάτωθι δικαιώματα: 1) δικαίωμα στη διαθέσιμη και προσιτή περίθαλψη, 2) δικαίωμα στην επιλογή και την απαραίτητη πληροφόρηση για την πραγματοποίηση συνειδητών επιλογών, 3) δικαίωμα στην ποιότητα και την

ασφάλεια, 4) δικαίωμα στην πληροφόρηση, τη συγκατάθεση, την τήρηση ιατρικού φακέλου και του ιατρικού απορρήτου, 5) δικαίωμα συντονισμού μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, 6) το δικαίωμα σε αποτελεσματική επεξεργασία των καταγγελιών και διαφωνιών, 7) το δικαίωμα συμμετοχής και χρηστής εξουσίας.

Οι καταναλωτές έχουν δυνατότητα ελεύθερης επιλογής ασφαλιστικού προγράμματος με την ασφαλιστική εταιρία της επιλογής τους, ενώ έχουν δικαίωμα αλλαγής ασφαλιστικής εταιρίας μία φορά/ έτος (την 01/01 κάθε έτους). Με αυτό τον τρόπο οι ασφαλιστικές εταιρίες ανταγωνίζονται μεταξύ τους για τις τιμές και την ποιότητα περίθαλψης που παρέχουν προκειμένου να προσελκύσουν περισσότερους πελάτες. Οι ασφαλιστικές εταιρίες είναι υποχρεωμένες να αποδεχθούν οποιοδήποτε άτομο για την παροχή του βασικού πακέτου ασφάλισης υγείας και απαγορεύεται να τροποποιήσουν το ασφάλιστρο ανάλογα με την ηλικία και το ιατρικό ιστορικό του πελάτη, ενώ για την παροχή συμπληρωματικού προγράμματος υγείας είναι ελεύθερες να μην αποδεχθούν κάποιον πελάτη (με βάση τον κίνδυνο που μπορεί να προκύπτει από την ηλικία, το ιατρικό του ιστορικό και άλλα στοιχεία). Οι πελάτες μπορούν να επιλέξουν την προσθήκη κάποιου εκπιπτόμενου ποσού στο πρόγραμμά τους (πέρα από το υποχρεωτικό που κυμαίνεται στα 150€/ χρόνο), την αγορά κάποιου προγράμματος με πολιτική επιστροφής (τα οποία παρέχουν ελεύθερη επιλογή παρόχου όμως εάν ο πάροχος χρεώσει για τις υπηρεσίες παραπάνω από τη μέγιστη αποζημίωση που ορίζει η ασφαλιστική εταιρία το έξτρα κόστος το επωμίζεται ο ασφαλισμένος) ή παροχής σε είδος (εδώ υπάρχει περιορισμένη επιλογή παρόχου).

Όλοι οι Ολλανδοί κάτοικοι έχουν ελεύθερη επιλογή ενός οικογενειακού ιατρού, μεταξύ διαφορετικών ειδών υγειονομικής περίθαλψης (ιατροί, εξειδικευμένοι θεραπευτές ή ιδρύματα) και στη μακροχρόνια περίθαλψη επιλογή μεταξύ αποδοχής παροχής σε είδος ή λήψης κάποιου χρηματικού ποσού που αντιστοιχεί σε αυτές τις παροχές και με αυτό μπορούν να οργανώσουν τη φροντίδα τους όπως αυτοί επιθυμούν (είτε από φίλους, συγγενείς, γνωστούς είτε από εξειδικευμένους επαγγελματικούς οργανισμούς).

Οι καταναλωτές πρέπει να πραγματοποιούν τις επιλογές τους (για τους παρόχους και τις ασφαλιστικές εταιρίες) κατόπιν έρευνας και συνειδητής επιλογής και απόφασης. Γι' αυτό το λόγο, η κυβέρνηση παρέχει ανάλογες πληροφορίες μέσω μιας ιστοσελίδας

(www.kiesbeter.nl) στο Internet που περιλαμβάνει γενικές πληροφορίες όπως ποιες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες, η ποιότητά τους, οι τιμές, οι λίστες αναμονής. Ποιοτικές πληροφορίες συλλέγει και η Επιθεώρηση Υγείας (Health Care Inspectorate) αλλά και ένα ειδικό όργανο μέτρησης (Consumer Quality Index) μέσω ερωτηματολογίων που συμπληρώνουν οι ασθενείς-πελάτες. Επιπρόσθετη προσοχή δίδεται στην προσβασιμότητα των web-site από τους ηλικιωμένους και τις ομάδες αναπήρων. Εκτός από το επίσημο προαναφερθέν site που τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού, υπάρχουν και άλλα ανεξάρτητα site που παρέχουν ανάλογες πληροφορίες.

Όσον αφορά στην επιλογή των ασθενών στη νοσοκομειακή περίθαλψη, οι πληροφορίες που υπάρχουν είναι σχετικά περιορισμένες. Έτσι, οι πελάτες-ασθενείς λαμβάνουν πληροφορίες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω του οικογενειακού τους ιατρού (42%), μέσω φίλων και συγγενών (11.4%), από ενημερωτικά φυλλάδια (7.8%), από το site του νοσοκομείου (7.5%) και από εξειδικευμένους ιατρούς (3.4%).

Εξίσου σημαντική είναι και η πληροφόρηση που οφείλουν νομικά να παρέχουν οι πάροχοι και οι ιατροί στους ασθενείς τους σχετικά με την εξέταση και τη θεραπεία που θα υποβληθούν συμπεριλαμβανομένων των πιθανών κινδύνων ή διαφορετικών θεραπειών και εξετάσεων και γενικότερα την κατάσταση υγείας τους και το προσδόκιμο ζωής τους. Ωστόσο, πάντα οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στη λήψη δεύτερης άποψης.

Κατόπιν έρευνας για το σύστημα υγείας, τους οικογενειακούς και τους εξειδικευμένους ιατρούς από το Δείκτη Ποιότητας Καταναλωτών που πραγματοποιήθηκε για το διάστημα 2005-2008, το 2008 οι ασθενείς φαίνεται να είναι ικανοποιημένοι. Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 91% του πληθυσμού βαθμολογεί το υπάρχον σύστημα υγείας με βαθμό από 7 και άνω.

Πίνακας 3.1: Αξιολόγηση του συστήματος υγείας από το κοινό

Ratings of the health system by the general public from 0 (very bad) to 10 (excellent)

	0-6	7-8	9-10
2005	9.5%	65.7%	24.8%
2006	10.2%	64.4%	25.5%
2007	8.4%	62.9%	28.7%
2008	9.1%	64.7%	26.2%

Sources: Damman et al. 2006; De Boer et al. 2007; Hendriks et al. 2005; Reijtsma-van Rooijen et al. 2008.

Παράλληλα, με βάση τον πιο κάτω πίνακα παρατηρούμε ότι κρίνοντας το σύστημα υγείας ολοκληρωτικά, το 42% των Ολλανδών κατοίκων πιστεύει ότι το σύστημα υγείας δουλεύει ικανοποιητικά, ενώ το 49% πιστεύει ότι απαιτούνται κάποιες αλλαγές για την καλύτερη λειτουργία του.

Πίνακας 3.2: Συνολική ικανοποίηση από το σύστημα υγείας

Overall satisfaction with the health care system

	Netherlands	Germany	United Kingdom
On the whole, the system works fairly well	42%	20%	26%
Fundamental changes are needed to make it work better	49%	51%	57%
The system needs to be completely rebuilt	9%	27%	15%

Source: Grol and Faber 2007.

(Mossialos Elias, Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Richard Saltman, (2010))

3.2 Προϋπολογισμός- χρηματοδότηση και δαπάνες του νέου συστήματος υγείας

Το νέο σύστημα υγείας στην Ολλανδία όπως αυτό διαμορφώθηκε μετά το 2006

Στην Ολλανδία το εθνικό σύστημα υγείας απορροφά το 8.9% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος της χώρας. Χαρακτηριστικό είναι ότι μεταξύ των ετών 1998 και 2007 υπήρξε μια αύξηση των πόρων που διατέθηκαν για το εθνικό σύστημα υγείας κατά 38%, γεγονός που υποδεικνύει και το τεράστιο ενδιαφέρον που έδειξε η κυβέρνηση για τον τομέα αυτό. Το κατακεφαλή κόστος της ιατρικής περίθαλψης στην Ολλανδία το 2006 ήταν πάνω από το μέσο όρο των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενώ την ίδια περίοδο τα έξοδα για την περίθαλψη σαν μερίδιο του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος ήταν οριακά πάνω από το μέσο όρο των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το σύστημα υγείας όπως αυτό διαμορφώθηκε μετά από σειρά αλλαγών αποτελείται από τρεις τομείς.

I) Ο πρώτος τομέας περιλαμβάνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης των πολιτών που απαιτείται στις περιπτώσεις μακροχρόνιων θεραπειών ή στις περιπτώσεις θεραπειών υψηλού κόστους (Exceptional Medical Expenses Act)

Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται τα κονδύλια που απαιτούνται για την ιατρική περίθαλψη ατόμων μεγάλης ηλικίας, ατόμων με νοητικά προβλήματα, ασθενών με σοβαρά κινητικά προβλήματα. Όπως γίνεται αντιληπτό σε αυτή την περίπτωση εντάσσονται κόστη που είναι εξαιρετικά δύσκολο να αναληφθούν από τους ίδιους τους ασθενείς λόγω του ύψους αυτών. Το κράτος έχοντας μεριμνήσει, αναλαμβάνει την περίθαλψη των ασθενών παρέχοντάς τους την απαιτούμενη φροντίδα ώστε να μπορούν να απολαμβάνουν μια ποιοτική διαβίωση. Ο τομέας αυτός χρηματοδοτείται κυρίως μέσω εισφορών που επιβάλλονται υποχρεωτικά σε όλους τους πολίτες και παρακρατούνται ως ένα ποσοστό του εισοδήματός τους χρησιμοποιώντας ειδικά κριτήρια. Το 2008 το 41% των εισφορών των πολιτών δαπανήθηκαν για την κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών ιατρικής περίθαλψης. Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται στους ασθενείς από συγκεκριμένους φορείς, οι οποίοι αν και λειτουργούν ανεξάρτητα, βρίσκονται σε άμεση σχέση με τις ασφαλιστικές εταιρείες και εξυπηρετούν άμεσα τους ασφαλισμένους. Για την κάλυψη των εξόδων νοσηλείας σε νοσοκομείο ή μακροχρόνιας ιατρικής φροντίδας ακολουθείται η βασική αρχή ότι τα χρήματα που παρέχονται ακολουθούν τον ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι το κράτος παρέχει ένα συγκεκριμένο ποσό χρημάτων για κάθε είδος περίθαλψης. Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τα χρήματα αυτά επιλέγοντας την ασφαλιστική εταιρεία της επιλογής του.

II) Ο δεύτερος τομέας περιλαμβάνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης των πολιτών που απαιτείται για την κάλυψη των βασικών και αναμενόμενων ιατρικών αναγκών τους (Sickness Fund Act)

Ο συγκεκριμένος τομέας απορροφά το 59% των πόρων που διατίθενται για την υγεία. Όλοι οι ασφαλισμένοι συνεισφέρουν στον συγκεκριμένο τομέα με δύο τρόπους: α) Ο πρώτος αφορά σε ένα ασφάλιστρο το οποίο καταβάλλεται στην ασφαλιστική εταιρεία με την οποία οι ασφαλισμένοι επιλέγουν να συμβληθούν. Το ασφάλιστρο αυτό είναι το ίδιο για όλους τους ασφαλισμένους που επιλέγουν το ίδιο πακέτο παροχών στην ίδια ασφαλιστική εταιρεία. Αυτό σημαίνει ότι οι ασφαλιστικές

εταιρείες δεν μπορούν να προσαρμόζουν το ύψος του ασφαλιστρού ανάλογα με τα χαρακτηριστικά κινδύνου που έχει ο κάθε ασφαλισμένος πχ. η ηλικία του, το επάγγελμά του, το ιατρικό ιστορικό του κλπ, β) ο δεύτερος αφορά σε μια εισφορά των εργαζομένων που παρακρατείται επί του εισοδήματός τους και αποδίδεται κατευθείαν στα κρατικά ταμεία. Τα ποσά που συλλέγονται από τις εισφορές των εργαζομένων στη συνέχεια διανέμονται από το κράτος στις ασφαλιστικές εταιρείες με τη βοήθεια ενός συστήματος για την διαχείριση του κινδύνου που αντιμετωπίζουν αυτές. Οι ασφαλιστικές εταιρείες αποτελούν πλέον ανεξάρτητες ιδιωτικές εταιρείες οι οποίες έχουν την δυνατότητα να διαπραγματεύονται με τους παρόχους υγείας (διαγνωστικά κέντρα) σε θέματα κόστους, όγκου και ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασφαλισμένους. Επιπλέον, οι ασφαλιστικές εταιρείες λειτουργούν με γνώμονα όχι μόνο την καλύτερη δυνατή παρεχόμενη φροντίδα προς τους ασφαλισμένους, αλλά και τη μεγιστοποίηση του κέρδους τους και την επιτυχία ενός ικανοποιητικού μερίσματος για τους μετόχους τους.

III) Ο τρίτος τομέας αποτελείται από το κόστος της πρόσθετης εθελοντικής ιατρικής περίθαλψης που περιλαμβάνει παροχές που δεν καλύπτονται από τους δύο προηγούμενους τομείς.

Το τελευταίο διάστημα υπάρχει μεγάλη ανησυχία σχετικά με την οικονομική κατάσταση των παρόχων ιατρικής περίθαλψης. Καθώς η κυβέρνηση θα αρχίσει να μειώνει σταδιακά την βοήθεια που παρέχει στις ασφαλιστικές εταιρείες, θα μειώνονται ανάλογα και τα κονδύλια με τα οποία χρηματοδοτούνται οι πάροχοι. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να φθάσουν στο επίπεδο που μόνοι τους θα χρηματοδοτούν τα κόστη τους και θα λειτουργούν κερδοφόρα παρέχοντας ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών. Παράλληλα πρέπει να έχουμε κατά νου τον διαρκώς αυξανόμενο ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων αναφορικά στις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους. Δεν είναι τυχαίο ότι η πλειοψηφία των παρόχων δεν μπορεί να επιτύχει ο δείκτης των ιδίων κεφαλαίων της εταιρείας δια το τζίρο αυτής να ξεπερνά το 25%. Για το 2006 ο εν λόγω δείκτης στον τομέα των νοσοκομείων κυμάνθηκε στο 10%, ενώ σχετικά με τους παρόχους μακροχρόνιας περίθαλψης διαμορφώθηκε στο 13%. Αυτό δημιουργεί μεγαλύτερη δυσκολία στους παρόχους να μπορέσουν να αναλάβουν μεγαλύτερο κίνδυνο αλλά και να στραφούν προς τις τράπεζες για την άντληση κεφαλαίων. Οι ασφαλιστικές εταιρείες από τη μεριά τους προσπαθώντας να

προσελκύσουν νέους πελάτες προσάρμοσαν το ασφαλιστρο σε χαμηλά επίπεδα με στόχο να γίνουν πιο δελεαστικές για τους ασφαλισμένους. Δυστυχώς το επίπεδο διαμόρφωσης των ασφαλιστρων ήταν τέτοιο που δεν κάλυπτε σε κάποιες περιπτώσεις ούτε το κόστος λειτουργίας των ίδιων των εταιρειών. Σε αυτό άλλωστε οφείλεται και η αδυναμία των εταιρειών να επιτύχουν τον χρηματοοικονομικό δείκτη που αναφέραμε ανωτέρω. Η κεντρική τράπεζα τόνισε την αυξανόμενη αβεβαιότητα σχετικά με τη χρηματοοικονομική θέση των παρόχων ιατρικής φροντίδας λόγω των διαρκών αλλαγών στο νομοθετικό πλαίσιο της υγείας ανάμεσα στο 2006 και 2008. Αυτές οι αλλαγές αφορούν κυρίως στην επέκταση των παροχών βασικής ιατρικής περίθαλψης ώστε να καλύπτουν θέματα ψυχικής υγείας, την αύξηση των θεραπειών που παρέχονται στους ασθενείς καθώς και την ένταξη των θεραπειών αποκατάστασης εντός των παρεχόμενων πακέτων σε ανταγωνιστικές τιμές. Ο διαρκής αυξανόμενος ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και ο ορισμός των ασφαλιστρων σε ανταγωνιστικές τιμές δημιουργεί έναν έντονο περιορισμό στα κέρδη των εταιρειών. Βραχυχρόνια αυτό δεν δημιουργεί πρόβλημα στις ασφαλιστικές εταιρείες γιατί μπορούν ακόμη να έχουν μια ισχυρή κεφαλαιακή επάρκεια. Μακροχρόνια όμως αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια ξαφνική απότομη άνοδο του ύψους των ασφαλιστρων ώστε να αντιμετωπιστούν επείγουσες ανάγκες κεφαλαιακής επάρκειας που ενδεχομένως προκύψουν.

Πληθυσμιακή κάλυψη και χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης των πολιτών που απαιτείται στις περιπτώσεις μακροχρόνιων θεραπειών ή στις περιπτώσεις θεραπειών υψηλού κόστους (Exceptional Medical Expenses Act)

Η ιατρική ασφάλιση για την κάλυψη της περίθαλψης των πολιτών που απαιτείται σε περιπτώσεις μακροχρόνιων θεραπειών είναι υποχρεωτική για όλους τους Ολλανδούς πολίτες, γιατί λόγω του μεγάλου κόστους αυτής δεν είναι δυνατό να την αναλάβουν ιδιωτικά οι ίδιοι. Ακόμη και όσοι εργάζονται εντός των συνόρων της χώρας και πληρώνουν φόρο εισοδήματος στο Ολλανδικό κράτος, ακόμη κι αν η κατοικία τους βρίσκεται εκτός συνόρων, είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν. Εξαίρεση σε αυτό τον κανόνα αποτελούν δύο κατηγορίες πολιτών.

A) Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει αυτούς που αρνούνται να ασφαλιστούν λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων ή λόγω της φιλοσοφίας που έχουν υιοθετήσει στη ζωή

τους. Σε αυτή την περίπτωση η Ολλανδική κυβέρνηση δεν τους αναγκάζει να ασφαλιστούν αλλά τους υποχρεώνει να πληρώνουν ένα φόρο εισοδήματος ισοδύναμο με τον φόρο που θα πλήρωνε ο εργοδότης τους για την ασφάλισή τους.

B) Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα που βρίσκονται στις δυνάμεις του στρατού και βρίσκονται εν ενεργεία. Το υπουργείο άμυνας έχει μεριμνήσει και έχει χρηματοδοτήσει και οργανώσει ξεχωριστό ταμείο ασφάλισης για αυτούς.

Το πακέτο της συγκεκριμένης παροχής προσδιορίζεται όχι με βάση τα χαρακτηριστικά της φροντίδας που προσφέρεται στον ασφαλισμένο αλλά με βάση τα χαρακτηριστικά της φροντίδας που ο ασφαλισμένος απαιτείται να λάβει από τον ασφαλιστικό φορέα. Πιο συγκεκριμένα σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται οι εξής ανάγκες που θα πρέπει να καλυφθούν:

- Προσωπική καθημερινή φροντίδα π.χ. η βοήθεια που χρειάζεται ο ασφαλισμένος ώστε να περπατήσει υποβοηθούμενος, να μπορέσει να κάνει ένα μπάνιο, να φάει ή να πει, να πάρει το μπάνιο του και να μπορέσει να ντυθεί ή να ξυριστεί ή να επισκεφτεί την τουαλέτα. Επομένως, μιλάμε για την κάλυψη καθημερινών επιβεβλημένων αναγκών του ασθενούς για τη διαβίωσή του και την υγιεινή του.
- Η παροχή φροντίδας για την επίδεση πληγών, την ενεσοθεραπεία και την εκμάθηση του ασθενούς ώστε να κάνει μόνος τους ενέσεις στον εαυτό του όταν είναι απαραίτητο.
- Συμβουλευτική ώστε να μπορεί ο ασθενής να διαχειρίζεται τον χρόνο του και τις δραστηριότητές του μέσα στην ημέρα καλύτερα, την τροποποίηση της συμπεριφοράς του ή την εκμάθηση νέων συμπεριφορών ώστε να μπορεί να συναναστρέφεται καλύτερα με τους συνανθρώπους του.
- Η παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις νοητικών ασθενειών, όπως η άνοια, με στόχο όχι μόνο τη βελτίωση της ποιότητας του άμεσα ενδιαφερόμενου αλλά και του συγγενικού του περιβάλλοντος.
- Η κατ' οίκον νοσηλεία των ασθενών που δεν έχουν τη δυνατότητα να είναι αυτοεξυπηρετούμενοι (χρηματοδοτείται έως 26 εβδομάδες ετησίως) ή η μεταφορά τους σε κάποιο ξενώνα- ίδρυμα όπου θα είναι καλύτερη η νοσηλεία και η παρακολούθησή τους από εξειδικευμένους ιατρούς.

Οι πολίτες που είναι ασφαλισμένοι σε κάποια ασφαλιστική εταιρεία για την βασική τους περίθαλψη αυτόματα θεωρούνται ασφαλισμένοι σε αυτή και για την περίπτωση μακροχρόνιων θεραπειών ή θεραπειών υψηλού κόστους. Πριν ο ασφαλισμένος μπορέσει να έχει μια τέτοια παροχή είναι απαραίτητο να γίνει έλεγχος του κατά πόσο χρήζει τέτοιας ανάγκης και κατά πόσο η ανάγκη αυτή εμπίπτει σε αυτή την κατηγορία. Ο ασφαλισμένος υποβάλλει σχετική αίτηση και περνάει από σχετική επιτροπή η οποία κρίνει την ύπαρξη αντίστοιχης ανάγκης. Ο ασφαλισμένος που τελικά λαμβάνει έγκριση μπορεί είτε να αιτηθεί για να λάβει συγκεκριμένο είδος φροντίδας είτε να λάβει ένα ποσό χρημάτων μέσω του οποίου θα στραφεί ο ίδιος σε κάποιο πάροχο για να τον εξυπηρετήσει. Συχνά οι ασφαλισμένοι που ζητούν να λάβουν χρηματική αποζημίωση στρέφονται όχι μόνο σε ειδικούς αλλά και σε άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Για αυτούς οι οποίοι ζητούν να λάβουν παροχή σε είδος έχουν θεσπιστεί ειδικά γραφεία περίθαλψης τα οποία έχουν οργανωθεί τοπικά και είναι συμβεβλημένα με τους τοπικούς παρόχους περίθαλψης μέσω των οποίων οι ασφαλισμένοι εξυπηρετούνται.

Στην Ολλανδία η χρηματική αποζημίωση παρέχεται ξεχωριστά από την ασφάλεια περίθαλψης. Οι εργοδότες είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν στους εργαζομένους τους που νοσούν το 70% του μισθού τους για τα πρώτα δύο έτη της ασθένειάς τους. Οι πρώτες δύο μέρες της ασθένειας δεν αποζημιώνονται. Στα περισσότερα επαγγέλματα οι συλλογικές διαπραγματεύσεις μεταξύ των εργαζομένων και των εργοδοτών έχουν επιτύχει να πληρώνεται το 100% του μισθού του εργαζομένου για το πρώτο έτος της ασθένειάς του.

Α) Άδειες μητρότητας: Η άδεια μητρότητας αποτελεί αναμφισβήτητο δικαίωμα των εργαζομένων και αντιστοιχεί σε 16 εβδομάδες άδειας. Η εν λόγω άδεια πρέπει να ξεκινήσει από έξι έως τέσσερις εβδομάδες πριν την αναμενόμενη ημερομηνία γέννησης του παιδιού. Η χρηματική αποζημίωση που δίνεται αντιστοιχεί στο 100% του μισθού με ένα πλαφόν των 4.000 ευρώ μηνιαίως. Τα χρήματα αυτά καταβάλλονται από την Ολλανδική κυβέρνηση. Μέχρι το 2008 οι αυτοαπασχολούμενες γυναίκες δικαιούνταν να λάβουν αποζημίωση η οποία προσδιοριζόταν σύμφωνα με το μισθό του περασμένου έτους.

Β) Επίδομα αναπηρίας: Μετά τα δύο πρώτα έτη της ασθένειας ο εργαζόμενος δικαιούται να λάβει επίδομα αναπηρίας εκτιμώμενο ως ποσοστό του εισοδήματος που χάνει λόγω της ανικανότητάς του. Η αναπηρία μπορεί να είναι είτε σωματική είτε διανοητική. Υπάρχει ειδική επιτροπή η οποία εξετάζει την κάθε περίπτωση ασθενούς και προσδιορίζει το ποσοστό της αναπηρίας του. Το επίδομα αναπηρίας μπορεί να φθάσει μέχρι και το 70% του τελευταίου μισθού που λάμβανε ο εργαζόμενος στην περίπτωση των ασθενών που έχουν μερική αναπηρία. Για αυτούς που έχουν πλήρη ανικανότητα δίνεται επίδομα που μπορεί να φθάσει μέχρι και το 75% του τελευταίου μισθού τους. Αναφορικά στα άτομα που αποκτούν κάποια αναπηρία πριν την ηλικία των 17 ετών, δίνεται επίδομα αναπηρίας υπολογιζόμενο κατά το μέγιστο βάσει του 75% του νόμιμου κατώτατου μισθού.

Γ) Επίδομα μακροχρόνιας φροντίδας: Τα μέλη των οικογενειών που φροντίζουν ένα μακροχρόνια άρρωστο άτομο δικαιούνται να λαμβάνουν 250 ευρώ ετησίως για την εν λόγω παροχή.

Χρηματοδότηση για την κάλυψη περιπτώσεων μακροχρόνιων θεραπειών ή περιπτώσεων θεραπειών υψηλού κόστους (Exceptional Medical Expenses Act)

Για τη μακροχρόνια περίθαλψη χρησιμοποιείται ένα αρκετά πολύπλοκο σύστημα που συνδυάζει την συνασφάλιση, δηλαδή ο ασφαλισμένος πληρώνει ένα σταθερό μερίδιο του κόστους μιας υπηρεσίας ως ποσοστό επί του εισοδήματός του, με ένα ανώτατο όριο ιδιωτικών δαπανών. Υπάρχουν δύο τύποι συνασφάλισης που περιλαμβάνουν ένα χαμηλό ποσοστό συνασφάλισης και ένα υψηλό ποσοστό συνασφάλισης. Για τους πρώτους έξι μήνες περίθαλψης όλοι οι ασθενείς πληρώνουν το χαμηλό ποσοστό συνασφάλισης. Μετά την πάροδο των έξι μηνών, εάν οι ασθενείς έχουν σύζυγο ή εξαρτώμενο μέλος τότε συνεχίζουν να πληρώνουν το χαμηλό ποσοστό συνασφάλισης. Σε διαφορετική περίπτωση οι ασθενείς αρχίζουν να πληρώνουν το υψηλό ποσοστό συνασφάλισης. Εφόσον συντρέχει ανάγκη, τα υπόλοιπα έξοδα καλύπτονται από τον πρώτο τομέα χρηματοδότησης που περιλαμβάνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης ανάλογων περιπτώσεων (Exceptional Medical Expenses Act).

Όσον αφορά στη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι χρησιμοποιείται ένα σύστημα επιμερισμού του κόστους το οποίο είναι ανάλογο του εισοδήματος του ασθενή,

παράλληλα όμως περιλαμβάνει ανώτατο όριο ιδιωτικών πληρωμών. Συγκεκριμένα για το 2009 το ανώτατο όριο που πλήρωνε κάποιος ασθενής ήταν 12,60€ ανά ώρα για νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. Το ποσό αυτό μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες όπως η ηλικία, η εισοδηματική κατάσταση του ασθενούς και ο αριθμός των ατόμων του νοικοκυριού. Το ακριβές ποσό υπολογίζεται και εισπράττεται από το Γραφείο Κεντρικής Διοίκησης (Central Administration Office) .

Πληθυσμιακή κάλυψη και χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης των πολιτών που απαιτείται για την κάλυψη των βασικών και αναμενόμενων ιατρικών αναγκών τους (Sickness Fund Act)

Η ιατρική ασφάλιση για την κάλυψη της βασικής περίθαλψης είναι υποχρεωτική για όλους τους Ολλανδούς πολίτες. Ακόμη και όσοι εργάζονται εντός των συνόρων της χώρας και πληρώνουν φόρο εισοδήματος στο Ολλανδικό κράτος, ακόμη κι αν η κατοικία τους βρίσκεται εκτός συνόρων είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν. Εξαιρέση σε αυτό τον κανόνα αποτελούν δύο κατηγορίες πολιτών.

A) Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει αυτούς που αρνούνται να ασφαλιστούν λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων ή λόγω της φιλοσοφίας που έχουν υιοθετήσει στη ζωή τους. Σε αυτή την περίπτωση η Ολλανδική κυβέρνηση δεν τους αναγκάζει να ασφαλιστούν για την κάλυψη της βασικής τους περίθαλψης αλλά τους υποχρεώνει να πληρώνουν ένα φόρο εισοδήματος ισοδύναμο με τον φόρο που θα πλήρωνε ο εργοδότης τους για την ασφάλισή τους. Ο εν λόγω φόρος κατατίθεται σε συγκεκριμένο καταθετικό λογαριασμό του πολίτη και από εκεί τον αντλεί η κυβέρνηση. Αν το ποσό που βρίσκεται κατατεθειμένο στον εν λόγω λογαριασμό είναι μικρότερο από το ύψος του φόρου εισοδήματος που αντιστοιχεί στο άτομο τότε θα πρέπει να καλύψει άμεσα τη διαφορά.

B) Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα που βρίσκονται στις δυνάμεις του στρατού. Το υπουργείο άμυνας έχει μεριμνήσει και έχει χρηματοδοτήσει και οργανώσει ξεχωριστό ταμείο ασφάλισης για αυτούς.

Τα παιδιά κάτω των 18 ετών ασφαλιζονται δωρεάν αλλά πρέπει να περιληφθούν στην ασφαλιστική εταιρεία που είναι ασφαλισμένος ο ένας εκ των δύο γονέων τους. Οι

περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες παρέχουν και δωρεάν πρόσθετη εθελοντική παροχή περίθαλψης στα παιδιά στην περίπτωση που ο γονέας έχει επιλέξει ένα αντίστοιχο πρόγραμμα πρόσθετης παροχής περίθαλψης για τον ίδιο. Τα ασφάλιστρα που θα έπρεπε να καταβάλλονται από τους ασφαλισμένους για τα παιδιά καταβάλλονται ετησίως στις ασφαλιστικές εταιρείες από την κυβέρνηση και για το 2007 κυμάνθηκαν σε 2,2 δις ευρώ. Αν το παιδί βρίσκεται υπό καθεστώς κηδεμονίας ή αναδοχής τότε ο ανάδοχος είναι υπεύθυνος να μεριμνήσει για την δωρεάν ασφάλιση του παιδιού.

Το πακέτο της βασικής παροχής περίθαλψης, όπως αυτό είχε προσδιοριστεί το 2009, περιλάμβανε τις εξής παροχές:

- Ιατρική φροντίδα που παρέχεται από γενικούς ιατρούς, νοσοκομεία, εξειδικευμένους ιατρούς και μαιείς.
- Παραμονή τους ασθενούς σε νοσοκομείο.
- Οδοντιατρική φροντίδα για παιδιά μέχρι την ηλικία των 22 ετών. Για μεγαλύτερης ηλικίας άτομα μόνο συγκεκριμένες οδοντιατρικές παροχές καλύπτονται από το πακέτο.
- Ιατρικά βοηθήματα και συσκευές.
- Φαρμακευτική αγωγή.
- Εξειδικευμένη φροντίδα στη περίπτωση εγκυμοσύνης.
- Μεταφορά των ασθενών στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο ή ταξί.
- Πρόσθετες ιατρικές παροχές όπως είναι οι φυσικοθεραπείες για άτομα με χρόνιες παθήσεις (οι δέκα πρώτες φυσικοθεραπείες κάθε έτους καλύπτονται από τον ίδιο τον ασθενή), η παρακολούθηση από διαιτολόγο ή η θεραπεία λόγου για τα παιδιά.
- Ψυχιατρική φροντίδα που αφορά στις 8 πρώτες συνεδρίες με ψυχολόγο που πραγματοποιούνται στο πρώτο έτος της θεραπείας. Μετά το πρώτο έτος, το είδος της ασθένειας θεωρείται μακροχρόνιο και εμπίπτει σε άλλη κατηγορία χρηματοδότησής της.

Οι παροχές του εν λόγω πακέτου ορίζονται από την κυβέρνηση και δίνονται διευκρινιστικές οδηγίες για συγκεκριμένες παροχές εφόσον ζητηθούν. Για κάποιες θεραπείες υπάρχουν εξαιρέσεις από το βασικό πακέτο παροχών. Για παράδειγμα στην περίπτωση της εξωσωματικής γονιμοποίησης επιχορηγούνται μόνο οι τρεις πρώτες

προσπάθειες. Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω υπάρχει περιορισμός στις επισκέψεις σε ψυχολόγους ή στον αριθμό των φυσικοθεραπειών που επιχορηγούνται. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι πλαστικές επεμβάσεις για λόγους αισθητικής δεν χρηματοδοτούνται εκτός αν υπάρχει ιατρική γνωμάτευση που ορίζει την ανάγκη τους.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να παρέχουν το προαναφερθέν πακέτο παροχών στους ασφαλισμένους χωρίς να κάνουν διακρίσεις ανάμεσά τους με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Οι μόνοι τομείς στους οποίους μπορούν να διαφοροποιηθούν είναι το ύψος των ασφαλιστρών που χρεώνουν και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι να αλλάζουν ασφαλιστική εταιρεία με την οποία είναι συμβεβλημένοι μια φορά το χρόνο. Οι ασφαλιστικές εταιρείες ακολουθούν δύο είδη πολιτικής:

A) Η πρώτη αφορά στην απευθείας συνεργασία των ασφαλιστικών εταιρειών με παρόχους (διαγνωστικά κέντρα) είτε μέσω της εξαγοράς τους είτε μέσω της αποκλειστικής συνεργασίας μαζί τους βάσει προκαθορισμένου συμβολαίου. Σε αυτή την περίπτωση αν οι ασθενείς επιλέγουν να απευθυνθούν στο συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο με το οποίο συνεργάζεται η ασφαλιστική τους εταιρεία για την παροχή ιατρικής περίθαλψης δεν επιβαρύνονται οικονομικά. Στην περίπτωση που απευθύνονται σε κάποιο άλλο διαγνωστικό κέντρο τότε η ασφαλιστική εταιρεία υπολογίζει ποιο είναι το ποσοστό του κόστους που θα καλύψει στον ασφαλισμένο. Το επιπλέον κόστος που ενδεχομένως προκύψει θα πρέπει να το επιβαρυνθεί ο ίδιος ο ασφαλισμένος. Οι πάροχοι είναι υποχρεωμένοι να αναρτούν τιμοκαταλόγους με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών στην περίπτωση που κάποιος επιλέξει να απευθυνθεί σε αυτές ιδιωτικά και όχι μέσω της ασφαλιστικής του εταιρείας. Βάσει ερευνών που πραγματοποιήθηκαν το 2009 μόνο ένα μικρό ποσοστό των ασθενών επέλεξε να απευθυνθεί σε άλλο πάροχο πέραν του συμβεβλημένου με την ασφαλιστική του εταιρεία και αυτό κυρίως για μεμονωμένη παροχή ιατρικής φροντίδας και όχι για νοσοκομειακή παρακολούθηση.

B) Η δεύτερη αφορά στην παροχή του δικαιώματος στους ασφαλισμένους να επιλέξουν εκείνοι ελεύθερα σε ποιο πάροχο θα απευθυνθούν για την ιατρική τους φροντίδα. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής πληρώνει ιδιωτικά το κόστος της φροντίδας του και στη συνέχεια πηγαίνει την απόδειξη παροχής υπηρεσιών στην

ασφαλιστική του εταιρεία η οποία τον αποζημιώνει αντίστοιχα. Στην πράξη, σε περιπτώσεις που το κόστος φροντίδας είναι πολύ υψηλό για να το αναλάβει ο ασφαλισμένος έστω και προσωρινά πληρώνεται κατευθείαν στον πάροχο μέσω της ασφαλιστικής εταιρείας του ασφαλισμένου. Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν το δικαίωμα να περιορίσουν το ποσό της αποζημίωσης που δίνουν στους ασφαλισμένους μέχρι ενός ορισμένου ποσού. Ωστόσο, οι πάροχοι είναι υποχρεωμένοι να μην χρεώνουν υπέρογκα ποσά για τις παροχές που προσφέρουν.

Στην πράξη οι ασφαλιστικές εταιρείες συχνά επιλέγουν να έχουν μια σύνθετη πολιτική καθορίζοντας για ορισμένες ιατρικές παροχές συγκεκριμένο πάροχο με τον οποίο συνεργάζονται και στον οποίο θα πρέπει να απευθύνονται οι ασθενείς τους και για άλλες παροχές δίνουν το δικαίωμα στους ασθενείς να επιλέξουν εκείνοι από πού θα λάβουν την απαιτούμενη περίθαλψη. Για το 2009 εκτιμήθηκε ότι το 40% των ασφαλισμένων ανήκε σε ασφαλιστικές εταιρείες που ακολουθούσαν την πρώτη πολιτική, το 25% των ασφαλισμένων ανήκε σε ασφαλιστική εταιρεία που τους έδινε το δικαίωμα να επιλέξουν εκείνοι τον πάροχο της αρεσκείας τους και το ένα τρίτο περίπου των ασφαλισμένων ανήκε σε ασφαλιστική εταιρεία που ακολουθούσε ένα συνδυασμό των ανωτέρω πρακτικών.

Ανασφάλιστοι

Παρόλο που η βασική ιατρική περίθαλψη είναι υποχρεωτική δεν είναι όλοι οι πολίτες ασφαλισμένοι. Το 2008, σύμφωνα με μετρήσεις που έγιναν, 171.000 πολίτες ήταν ανασφάλιστοι. Αυτοί οι άνθρωποι μπορούν να λάβουν ιατρική φροντίδα τη στιγμή που θα την χρειαστούν αλλά κινδυνεύουν να επιβαρυνθούν με το 130% του ασφαλιστρού που θα πλήρωναν στην περίπτωση που ήταν ασφαλισμένοι. Για τα παιδιά κάτω των 18 ετών δεν υπάρχει ποινή στην περίπτωση που δεν είναι ασφαλισμένα αλλά δεν υπάρχει και αποζημίωση για το κόστος της περίθαλψής τους. Για το 2008 υπήρχαν 35.000 παιδιά τα οποία δεν ήταν ασφαλισμένα. Επιπλέον για το ίδιο έτος υπήρχαν και 210.000 ασφαλισμένοι οι οποίοι δεν πλήρωναν το ορισμένο ασφάλιστρο για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Στην περίπτωση των ασφαλισμένων που δεν πληρώνουν το ασφάλιστρό τους, οι ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώνονται για αυτούς από το κράτος με στόχο να μην μείνουν ανασφάλιστοι. Μέχρι το τέλος του 2007 οι ασφαλισμένοι δεν είχαν το δικαίωμα να αλλάξουν

ασφαλιστική εταιρεία αν δεν εξοφλούσαν πλήρως τα ασφάλιστρα που όφειλαν. Παρόλα αυτά ο αριθμός των ασφαλισμένων που δεν πλήρωναν τα ασφάλιστρά τους συνέχιζε να αυξάνεται μέχρι το τέλος του 2009. Οι ασφαλιστικές εταιρείες προκειμένου να συλλέξουν τα οφειλόμενα ασφάλιστρα μετά το πέρας των δυο πρώτων μηνών της οφειλής στέλνουν ενημερωτική επιστολή στον ασφαλισμένο. Μετά από έξι μήνες καθυστέρησης ο ασφαλισμένος χρεώνεται με ένα πέναλτι λόγω της καθυστέρησης του που ανέρχεται σε 130 ευρώ ανά άτομο. Αυτό το ποσό θα χρεώνεται για κάθε μήνα καθυστέρησης έως ότου ο ασφαλισμένος εξοφλήσει την οφειλή του.

Οι μετανάστες χωρίς νόμιμη άδεια παραμονής στη χώρα δεν μπορούν να αιτηθούν για την παροχή βασικής ιατρικής φροντίδας. Σε περίπτωση ανάγκης οι ίδιοι επιβαρύνονται το κόστος της περίθαλψής τους. Αν δεν έχουν τα χρήματα για να την πληρώσουν τότε το κόστος της φροντίδας τους καλύπτεται από την κυβέρνηση. Τον Ιανουάριο του 2009 η παρεχόμενη φροντίδα που δίνεται σε μη ασφαλισμένους διακρίθηκε σε δυο επιμέρους τομείς. Στον πρώτο τομέα ανήκει η άμεση ιατρική φροντίδα η οποία καλύπτει ιατρική παρακολούθηση, φαρμακευτική αγωγή, διακομιδή και νοσηλεία σε νοσοκομείο λόγω επείγοντος περιστατικού και στον δεύτερο τομέα ανήκει η ιατρική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή λόγω σχετικής ιατρικής γνωμάτευσης. Αυτού του είδους η φροντίδα δίνεται σε εξειδικευμένα, εξουσιοδοτημένα από το κράτος, ιατρικά κέντρα. Για να μπορέσουν να λάβουν κρατική χρηματοδότηση τα εν λόγω κέντρα θα πρέπει να συντρέχουν κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες είναι οι εξής: α) να μπορούν να αποδείξουν ότι έχουν ανείσπρακτο λογαριασμό για τον οποίο δεν υπάρχει δυνατότητα αποπληρωμής του από τον ασθενή, β) ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος και δεν μπορεί να αιτηθεί την ασφάλισή του λόγω της μη νόμιμης παραμονής του στη χώρα, γ) η ανάγκη περίθαλψης ήταν επείγουσα και επιβεβλημένη, δ) το είδος της περίθαλψης που έλαβε ο ασθενής ανήκει στην κατηγορία βασικών παροχών περίθαλψης.

Χρηματοδότηση για την κάλυψη των βασικών και αναμενόμενων ιατρικών αναγκών των ασθενών (Sickness Fund Act)

Το ύψος του ασφαλίστρου που ορίζουν οι ασφαλιστικές εταιρείες για τις παροχές που προσφέρουν διαφοροποιείται από χρόνο σε χρόνο και προσδιορίζεται σαν ποσοστό

επί του ετήσιου εισοδήματος των ασφαλισμένων. Για το 2008 το ασφάλιστρο προσδιορίστηκε γύρω στα €1.100, πόσο που προέκυψε ως το 6% του μέσου ετήσιου εισοδήματος του ασφαλισμένου. Για το 2009 το ασφάλιστρο προσδιορίστηκε μεταξύ €933 και €1.150. Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν κάποια δέσμευση ως προς το ύψος του ασφαλίστρου που θα ορίσουν. Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν τα ασφάλιστρά τους κατευθείαν στις ασφαλιστικές τους εταιρείες, ενώ στην περίπτωση των παιδιών κάτω των 18 ετών, τα ασφάλιστρά τους καλύπτονται από την κυβέρνηση μέσω ενός Ταμείου Ασφάλειας Υγείας.

Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι ελεύθερες να προσδιορίσουν το ύψος του ασφαλίστρου που επιθυμούν. Δεν έχουν όμως το δικαίωμα να τροποποιούν το ύψος αυτού ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά του κάθε ασφαλισμένου, σαν μέθοδο αντιστάθμισης του κινδύνου που αναλαμβάνουν. Η μόνη περίπτωση στην οποία οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να προσφέρουν διαφοροποιημένα ασφάλιστρα είναι αυτή των ομαδικών ασφαλειών. Πιο συγκεκριμένα, αν μια ομάδα ατόμων π.χ. οι εργαζόμενοι μιας εταιρείας αποφασίσουν να ασφαλιστούν συλλογικά σε μια εταιρεία τότε μπορούν να πετύχουν έως και 10% μείωση του ασφαλίστρου. Επιπλέον, μπορούν να επιτύχουν καλύτερες ή και περισσότερες παροχές. Μέσω αυτού του τρόπου οι ασφαλισμένοι αποκτούν μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη και μπορούν να επιτύχουν στοχευμένες πρόσθετες παροχές ή και καλύτερες τιμές στις υπάρχουσες. Σύμφωνα με στοιχεία του 2007 το 56% των ασφαλισμένων ανήκαν σε κάποιο ομαδικό πρόγραμμα ασφάλισης.

Οι αναγκαστικές εισφορές (φόροι και εισφορές επί του εισοδήματος) συλλέγονται από ένα εξειδικευμένο φορέα, την Υπηρεσία Φόρων. Αναφορικά στους αυτοαπασχολούμενους οι εισφορές τους προσδιορίζονται ως ποσοστό του εισοδήματός τους και για το 2009 το ποσοστό της εισφοράς προσδιορίστηκε στο 4,8%. Όσον αφορά στους μισθωτούς, οι εισφορές τους προσδιορίζονται ως ποσοστό του μισθού τους και για το 2009 το ποσοστό της εισφοράς προσδιορίστηκε στο 6,9%. Η διαφορά ανάμεσα στα δύο ποσοστά προκύπτει από το γεγονός ότι στην περίπτωση των μισθωτών, ο εργοδότης συμμετέχει και αυτός στην κάλυψη των εισφορών ενώ ο αυτοαπασχολούμενος πρέπει να καλύψει μόνος του το σύνολο της εισφοράς. Όλες οι εισφορές συλλέγονται από την Υπηρεσία Φόρων, η οποία στη συνέχεια τις μεταφέρει στο Ταμείο Ασφάλειας Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την διοχέτευση τους στις

ασφαλιστικές εταιρείες, ανάλογα με το ποσοστό του κινδύνου που αναλαμβάνει η κάθε μια.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα ασφάλιστρα που επιβάλλονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες είναι σταθερά για τους ασφαλισμένους της κάθε μιας από αυτές και προσπαθώντας το κράτος να διασφαλίσει ότι ακόμη κι άτομα με χαμηλά εισοδήματα θα έχουν πρόσβαση σε ποιοτική βασική ιατρική περίθαλψη, θέσπισε το επίδομα ιατρικής περίθαλψης. Τα κονδύλια για το εν λόγω επίδομα συλλέγονται από την Υπηρεσία Φόρων μέσω της γενικής φορολόγησης που επιβάλλεται από την Ολλανδική κυβέρνηση στους πολίτες της χώρας και κατευθύνεται προς αυτούς με τα χαμηλότερα εισοδήματα. Το εν λόγω επίδομα προσδιορίζεται βάσει του ασφαλίστρου που θα έπρεπε να πληρώνει ο κάθε ασφαλισμένος με βάση το μέσο όρο των ασφαλίστρων που επιβάλλονται από τις ασφαλιστικές ανά τη χώρα. Τα άτομα που πληρώνουν ασφάλιστρο κάτω από αυτό το ποσό, δικαιούνται να εισπράξουν αυτό το επίδομα ως ενίσχυσή τους για να λάβουν καλύτερη περίθαλψη. Το επίδομα αυτό παρέχεται σε μηνιαία βάση στους ασφαλισμένους και για το 2009 το εισέπραξε το 1/3 των ενήλικων ασφαλισμένων. Παρέχεται είτε κατευθείαν στους ασφαλισμένους είτε στην ασφαλιστική εταιρεία με την οποία είναι συμβεβλημένος ο κάθε ένας.

Οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στους δημότες τους. Το κράτος τους διοχετεύει συγκεκριμένα κονδύλια με στόχο την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης πολιτών με χαμηλά εισοδήματα και προβλήματα διαβίωσης. Αυτός ο τρόπος χρηματοδότησης επιλέχθηκε με στόχο οι δήμοι να έχουν ελευθερία κινήσεων για την καλύτερη χρήση των πόρων που έχουν στη διάθεσή τους με στόχο πάντα τη βελτίωση της διαβίωσης των δημοτών τους. Οι πολίτες που χρήζουν κατ' οίκον νοσηλεία και λαμβάνουν αυτή από το δήμο τους συμμετέχουν με ένα ποσοστό στο κόστος αυτής.

Η συμμετοχή των ασφαλισμένων στην κάλυψη βασικών παροχών περίθαλψής τους προσδιορίζεται ως ένα ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό το οποίο θα πρέπει να καταβάλλεται εξ' ιδίων κεφαλαίων. Αυτό το εκπιπτόμενο ποσό για το 2009 προσδιορίστηκε στα €155 όπως αναφέρεται και παραπάνω και καταβάλλεται κατευθείαν από τον ασφαλισμένο στην ασφαλιστική του εταιρεία. Ο στόχος που επιτυγχάνεται μέσω της επιβολής του είναι να είναι πιο προσεκτικοί οι ασφαλισμένοι στις δαπάνες που

κάνουν για την υγεία τους και να μην χρεώνουν αλόγιστα την ασφαλιστική τους εταιρεία με κόστη τα οποία θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

Μέχρι το 2009 οι ασφαλιστικές εταιρείες είχαν επιλέξει να μην χρεώνουν τους ασφαλισμένους με την κάλυψη εξ' ιδίων κεφαλαίων του ανωτέρω εκπιπτόμενου ποσού στην περίπτωση που:

- επέλεξαν να στραφούν στους συμβεβλημένους με αυτές παρόχους υγείας, με τους οποίους έχουν συγκεκριμένη συμφωνία ως προς το κόστος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- ακολουθούσαν την προτεινόμενη από αυτές φαρμακευτική αγωγή
- ακολουθούσαν προγράμματα πρόληψης για διαβήτη, υπέρταση, καρδιακά νοσήματα και παχυσαρκία

Από το 2009 και έπειτα οι ασφαλιστικές εταιρείες εφάρμοσαν συστηματικά πολιτικές ώθησης των ασφαλισμένων στους συμβεβλημένους με αυτές παρόχους σαν ένα μέτρο μείωσης του κόστους.

Αναφορικά στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, υψηλού κόστους θεραπείες και χρόνιας χρήσης φαρμάκων προκειμένου να μην επιβαρύνονται με το ετήσιο εκπιπτόμενο ποσό, το κράτος τους αποζημιώνει για το ποσό αυτό.

Τέλος, προκειμένου να μειωθεί το ύψος του ασφαλίστρου τους, οι ασφαλιστικές εταιρείες προτείνουν την ύπαρξη ενός πρόσθετου εκπιπτόμενου ποσού πέραν του υποχρεωτικά ορισμένου που κυμαίνεται μεταξύ των €100 και του ετήσιου μέγιστου επιτρεπτού ορίου των €500. Οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να καλύψουν εξ' ιδίων κεφαλαίων το κόστος της περίθαλψής τους μέχρι το ποσό αυτού και το υπόλοιπο θα καλυφθεί από την ασφαλιστική εταιρεία τους.

Πρόσθετη - εθελοντική ασφάλιση υγείας (Voluntary Health Insurance)

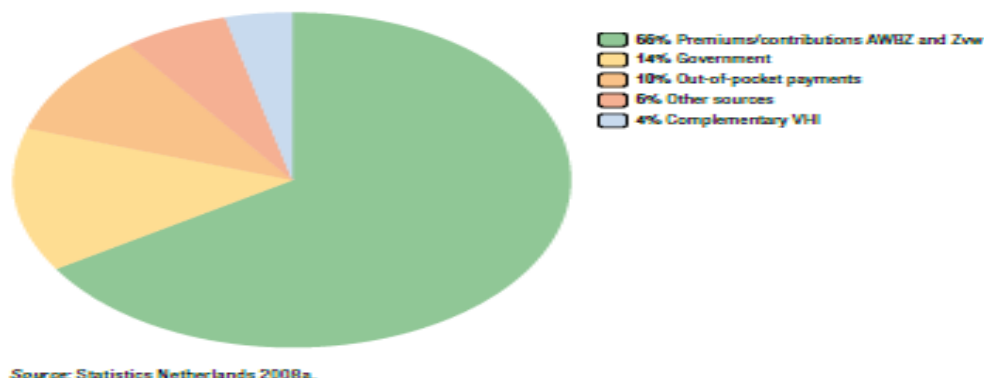
Η πρόσθετη- εθελοντική ασφάλεια υγείας περιλαμβάνει παροχές που δεν περιλαμβάνονται στις άλλες δύο προαναφερθείσες μορφές ασφάλειας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να αρνηθούν σε κάποιον ενδιαφερόμενο να παρέχουν αυτού του είδους την ασφάλεια αν κρίνουν ότι το ιατρικό ιστορικό του

είναι επιβαρυνμένο. Μέσω αυτής της ασφάλισης ο ενδιαφερόμενος μπορεί να λάβει μια σειρά παροχών υγείας, ωστόσο είναι υποχρεωμένος να επιβαρυνθεί ο ίδιος τα πρώτα 155 ευρώ του κόστους των παροχών αυτών. Σύμφωνα με στοιχεία του 2009 το 91% των ασφαλισμένων λάμβαναν επιπλέον αυτή τη μορφή ασφάλισης. Οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν τη δωρεάν εθελοντική ασφάλιση των παιδιών σαν πρόσθετο στοιχείο της αντίστοιχης παροχής των γονέων τους. Οι παροχές που προσφέρονται διαφέρουν από εταιρεία σε εταιρεία αλλά υπάρχει και ένας βασικός πυρήνας παροχών κοινός σε όλες τις εταιρείες. Τέλος, δεν είναι υποχρεωτικό ο ασφαλισμένος να στραφεί για την πρόσθετη – εθελοντική ασφάλεια υγείας στην ίδια ασφαλιστική εταιρεία στην οποία είναι ασφαλισμένος για τις άλλες μορφές ασφάλισης. Είναι ελεύθερος να κινηθεί επιλέγοντας μεταξύ μιας γκάμας εταιρειών.

Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Ολλανδίας

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας βασίζεται σε δύο βασικούς πυλώνες. Ο πρώτος αφορά στις αναγκαστικές εισφορές που επιβάλλει το κράτος στους ασφαλισμένους και οι οποίες προσδιορίζονται βάσει του ετήσιου εισοδήματός τους και ο δεύτερος αφορά στα ασφάλιστρα που πληρώνει ο κάθε ασφαλισμένος ανάλογα με την ασφαλιστική εταιρεία στην οποία είναι εγγεγραμμένος. Με βάση μετρήσεις που έγιναν το 2007 το σύστημα υγείας χρηματοδοτήθηκε κατά 66% από τις αναγκαστικές εισφορές που επιβάλλει το κράτος και τα ασφάλιστρα που ορίζουν οι ασφαλιστικές εταιρείες, κατά 20% από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και κατά 14% από χρήματα που προήλθαν από κρατικά ταμεία, όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα:

Σχήμα 3.3: Ποσοστό χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Ολλανδίας



Το ποσοστό συμμετοχής του κράτους αφορά:

- στην αποζημίωση που πληρώνει στις ασφαλιστικές εταιρείες για την ασφάλιση των παιδιών κάτω των 18 ετών
- στις δαπάνες εκπαίδευσης των εξειδικευμένων ιατρών
- στο κόστος απόκτησης εξειδικευμένων ιατρών στα νοσοκομεία
- στο κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων
- στην προώθηση της υγείας

(Mossialos Elias, Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Richard Saltman, (2010), Schut, F., Van de Ven, W., (2011), Ministry of Health, Welfare and Sport (2006), Ministry of Health, Welfare and Sport, Ministry of Foreign Affairs (September 2009))

3.3 Παροχές του νέου συστήματος υγείας

Στο Ολλανδικό σύστημα υγείας την ευθύνη για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (οποιασδήποτε μορφής: προληπτική, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, μακροχρόνια περίθαλψη) έχουν κατά κύριο λόγο οι ιδιωτικοί πάροχοι και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες.

✓ Προληπτική περίθαλψη

Όσον αφορά στη προληπτική περίθαλψη, υπάρχουν 29 δημοτικές υπηρεσίες υγείας που εκτελούν εργασίες προκειμένου για την πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή και την προστασία της υγείας σε όλους τους 443 δήμους της Ολλανδίας. Κάθε δημοτική υπηρεσία υγείας μπορεί να πραγματοποιεί τις δικές της εργασίες που μπορεί να διαφέρουν από τις εργασίες άλλης δημοτικής υπηρεσίας, αλλά όλες ακολουθούν κοινά καθήκοντα ως ορίζονται από το Νόμο Δημόσιας Υγείας (Public Health Act) και περιλαμβάνει την υγειονομική περίθαλψη νέων, την περιβαλλοντική υγεία, κοινωνικο-ιατρικές συμβουλές, περιοδικές επιθεωρήσεις υγιεινής, δημόσια υγεία για τους αιτούντες άσυλο, προληπτικοί ιατρικοί έλεγχοι-εμβολιασμοί, επιδημιολογία, εκπαίδευση για την υγεία, ψυχική υγεία της κοινότητας. Από όλα τα παραπάνω καθήκοντα, πιο σημαντικά από τους δήμους κρίνονται η υγειονομική περίθαλψη των νέων και οι ιατρικοί έλεγχοι-εμβολιασμοί.

Η υγειονομική περίθαλψη των νέων εστιάζεται στην προληπτική περίθαλψη με βασικούς άξονες την παρακολούθηση της ανάπτυξης, την έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων ή και κινδύνων υγείας, τον εμβολιασμό, τον ιατρικό έλεγχο και την παροχή πληροφοριών σχετικών με την υγεία σε άτομα από τη γέννησή τους έως και 19 ετών. Μάλιστα για τέκνα έως 4 ετών υπάρχουν ειδικά κέντρα υγείας για παιδιά που αναλαμβάνουν τα check-up τους καθώς και την παροχή συμβουλών στους γονείς τους.

Παράλληλα, το 2005 το εθνικό μέσο ποσοστό εμβολιασμών ήταν πάνω από 95% για κάθε εμβόλιο (DTP-Hib-HepB, since 1 June 2006; and MMR, MenC, pneumococci, since 1 April 2006), ενώ παράλληλα γίνονται προσπάθειες για συμμετοχή όλο και μεγαλύτερου αριθμού ατόμων σε προληπτικά προγράμματα εξέτασης διάφορων ασθενειών, όπως τεστ Παπανικολάου για πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

✓ Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη διατίθεται από μία ποικιλία παρόχων, όπως: οικογενειακοί ιατροί, φυσιοθεραπευτές, οδοντίατροι και μαίες, ανάλογα με τον τύπο και τη σοβαρότητα του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Συνήθως ο ασθενής απευθύνεται αρχικά στον οικογενειακό ιατρό ο οποίος λειτουργεί σαν μία ασπίδα του συστήματος. Αυτό αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος. Στη συνέχεια ο ιατρός κρίνει εάν θα πρέπει ο ασθενής να απευθυνθεί για την περίθαλψή του σε κάποιο νοσοκομείο ή σε κάποιον εξειδικευμένο ιατρό για την περίπτωση του (εκτός επειγόντων περιστατικών).

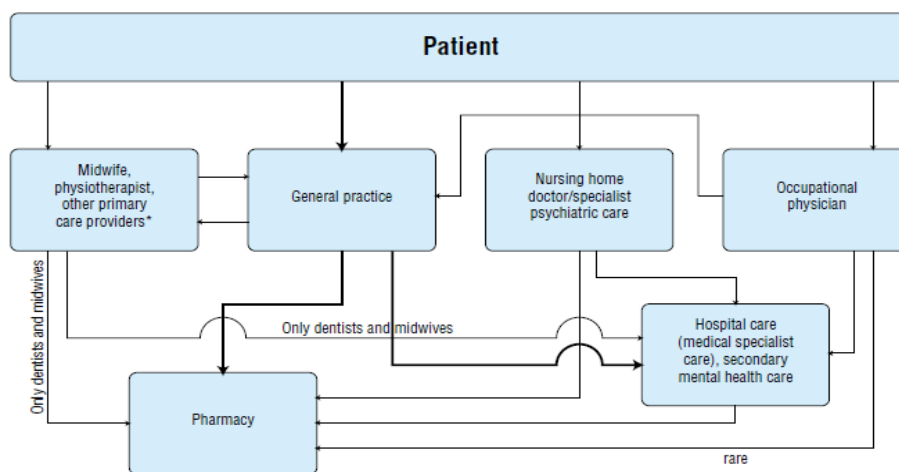
Κάθε πολίτης εγγράφεται σε έναν οικογενειακό ιατρό της δικής του επιλογής ενώ μπορεί να αλλάξει οικογενειακό ιατρό όταν επιθυμεί. Εκτιμάται ότι ένας οικογενειακός ιατρός εργασίας πλήρους ωραρίου διαθέτει περίπου 2300 ασθενείς και ότι δέχεται περίπου 5 επισκέψεις/ έτος από κάθε πελάτη τους. Λόγω της αυξημένης σημαντικότητας της θέσης που επέχει ο οικογενειακός ιατρός στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ο ασθενής θα πρέπει να έχει εύκολη και γρήγορη πρόσβαση (ο ασθενής

θα πρέπει να έχει εξετασθεί σε διάστημα 2 ημερών), ενώ γενικά ακολουθείται ένας μη παρεμβατικός τρόπος θεραπείας που περιλαμβάνει χαμηλή συνταγογράφηση και ποσοστά παραπομπής σε εξειδικευμένους ιατρούς ή νοσηλευτικά ιδρύματα (μόνο 4% των συνολικών περιπτώσεων παραπέμπεται για περαιτέρω περίθαλψη και στο 67% των συνολικών περιπτώσεων ακολουθεί συνταγογράφηση).

Εκτός από τους οικογενειακούς ιατρούς ελεύθερα προσβάσιμοι είναι και οι οδοντίατροι, οι μαίες, οι φυσιοθεραπευτές καθώς και οι πρακτικοί νοσηλευτές –ένα νέο επάγγελμα που απευθύνεται κυρίως σε άτομα με χρόνιες παθήσεις όπως διαβήτη και καρδιαγγειακά νοσήματα. Χαρακτηριστικό είναι ότι στην Ολλανδία, ποσοστό 30% περίπου των τοκετών πραγματοποιούνται στην οικία της εγκύου.

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ένα σχεδιάγραμμα με τις οδούς που ακολουθούν συνήθως οι ασθενείς:

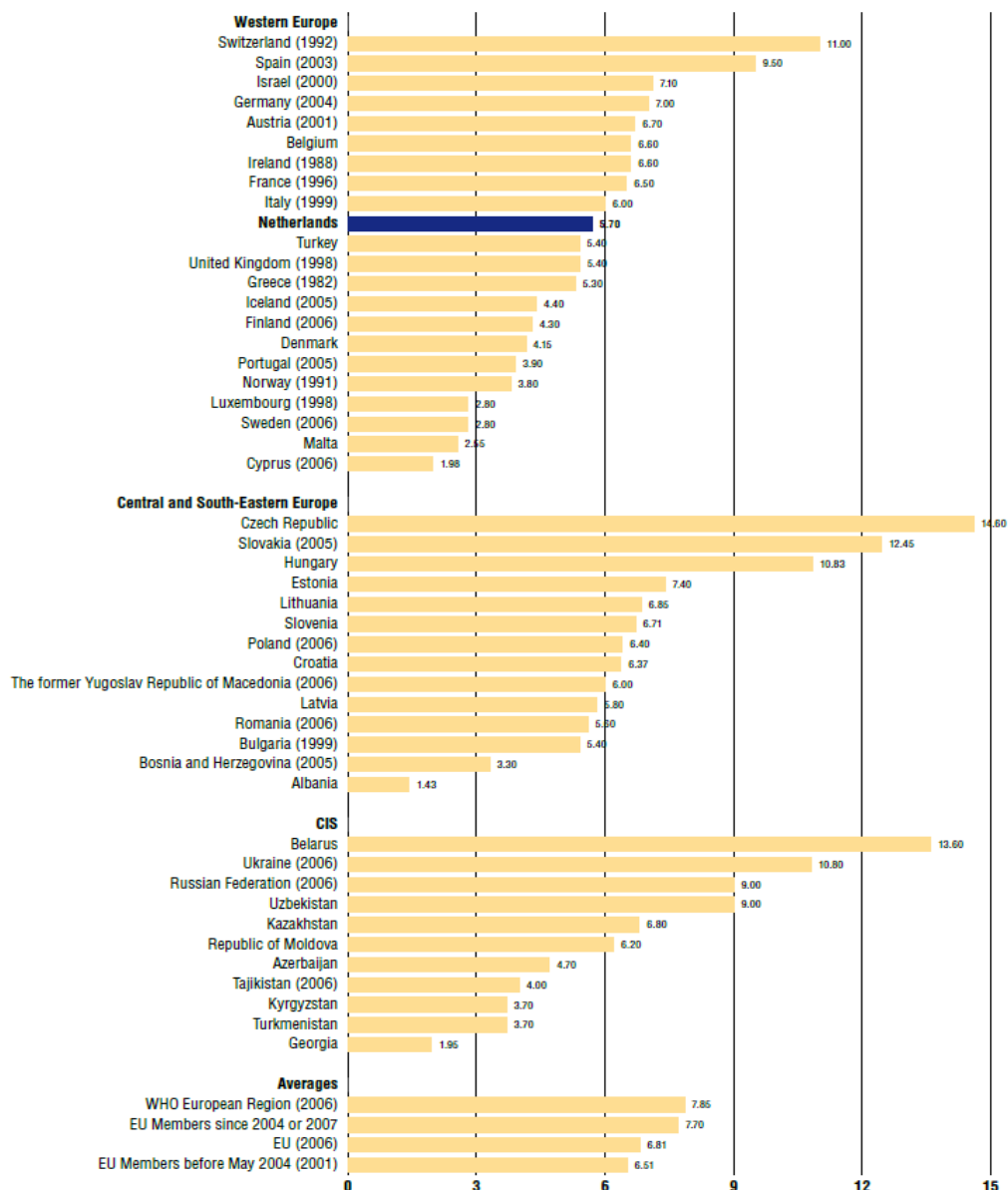
Διάγραμμα 3.1: Διάγραμμα ροής που απεικονίζει τις κινήσεις του ασθενή σε περίπτωση μη επείγουσας περίθαλψης



Notes: *Only for dietitians a referral from the GP is required; Bold arrows = largest patient flows.

Ενώ χαρακτηριστικό είναι το κάτωθι διάγραμμα που δείχνει μία σύγκριση του αριθμού των επισκέψεων ανά άτομο στην ευρωπαϊκή περιοχή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organisation) από το 2006 ή το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για κάθε χώρα.

Διάγραμμα 3.2 Μέσος αριθμός επισκέψεων σε οικογενειακό ιατρό ανά άτομο



Source: WHO Regional Office for Europe 2009.

✓ Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Η λήψη δευτεροβάθμιας περίθαλψης μπορεί να χορηγηθεί μόνο κατόπιν σχετικού παραπεμπτικού από τον οικογενειακό ιατρό ή τους εξουσιοδοτημένους παρόχους (μαίες, οδοντίατροι κλπ), εκτός από περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης. Τα νοσοκομεία διαθέτουν τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά ιατρεία (που παρέχουν διάγνωση προτού ή μετά τη νοσηλεία) καθώς και ιατρεία εκτάκτου ανάγκης.

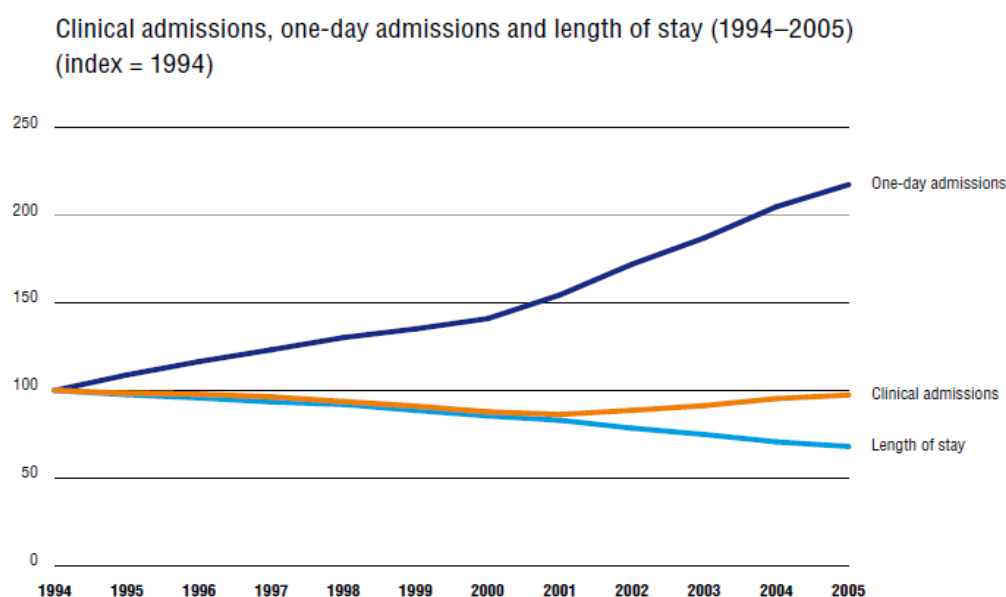
Όσοι ασθενείς έχουν σχετικό παραπεμπτικό για λήψη δευτεροβάθμιας περίθαλψης μπορούν να απευθυνθούν σε γενικά νοσοκομεία, σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, σε

κατηγοριοποιημένα νοσοκομεία, σε ανεξάρτητα κέντρα θεραπείας, σε κορυφαία κλινικά κέντρα και σε κέντρα τραύματος. Πιο συγκεκριμένα, τα κατηγοριοποιημένα νοσοκομεία επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες μορφές θεραπείας ή συγκεκριμένες ασθένειες (άσθμα, επιληψία κλπ), τα ανεξάρτητα κέντρα θεραπείας εξειδικεύονται σε εισαγωγές μίας ημέρας, τα κορυφαία κλινικά κέντρα είναι συνήθως τμήματα πανεπιστημιακών νοσοκομείων και εξειδικεύονται σε θέματα όπως μεταμοσχεύσεις οργάνων, αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από καρκίνο.

Τα περισσότερα νοσοκομεία αποτελούν μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, καθώς απαγορεύεται να υπάρχει κερδοσκοπικό κίνητρο. Παρ' όλα αυτά, από το 2008 επιτράπηκε ένα μέρος των κερδών να καταβάλλεται στους μετόχους των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σαν ένα κίνητρο για την πραγματοποίηση περισσότερων επενδύσεων για τη βελτίωση της ποιότητας και της καινοτομίας.

Τα τελευταία έτη ο αριθμός των ασθενών που λαμβάνουν δευτεροβάθμια περίθαλψη αυξάνεται συνεχώς, όμως αυτό εξομαλύνεται εάν παρατηρήσουμε το ακόλουθο διάγραμμα. Στο δεδομένο χρονικό διάστημα από 1994-2005 ο αριθμός των εισαγωγών σε νοσοκομεία παραμένει σχεδόν σταθερός, όμως παρατηρείται μία μεγάλη αύξηση-υπερδιπλασιασμός των εισαγωγών που διαρκούν μία ημέρα, ενώ ο αριθμός των εισαγωγών με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής έχει μειωθεί περίπου κατά 30% (National Institute for Public Health and the Environment 2009b)). Σύμφωνα με μία στατιστική που είχε πραγματοποιηθεί στην Ολλανδία, το 2007 το 46% των συνολικών εισαγωγών σε νοσοκομεία αποτελούσαν οι εισαγωγές μίας ημέρας.

Διάγραμμα 3.3 Τύποι εισαγωγής-νοσηλείας και διάστημα παραμονής



Source: De Bruin, Verweij and van Wieren 2008.

(Mossialos Elias, Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Richard Saltman, (2010), GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals, JD de Jong, H Verkleij, (2010), Ministry of Health, Welfare and Sport (2006), Ministry of Health, Welfare and Sport, Ministry of Foreign Affairs (September 2009))

3.4 Προσαρμογή στον κίνδυνο – Risk adjustment

Η προσαρμογή στον κίνδυνο (risk adjustment) είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιεί η ολλανδική κυβέρνηση για τη πρόληψη της επιλογής των προτιμώμενων κινδύνων (preferred risk selection). Οι ασφαλιστικές εταιρίες που καλύπτουν προγράμματα ζωής είναι υποχρεωμένες να μη διαφοροποιούν το ονομαστικό ασφάλιστρο ανάλογα με τους κινδύνους που φέρει κάθε ασφαλισμένος και να αποδέχονται κάθε άτομο που αιτείται να συνάψει ασφαλιστήριο συμβόλαιο για το βασικό πακέτο περίθαλψης. Γι' αυτό το λόγο, οι ασφαλιστικές εταιρίες λαμβάνουν από το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (Health Insurance Fund) για τους ασφαλισμένους που έχουν δυσμενή χαρακτηριστικά κινδύνου (όπως ευάλωτες ομάδες, ηλικιωμένοι, άτομα με χρόνιες παθήσεις και γενικότερα άτομα που προκαλούν υψηλότερα ιατρικά κόστη συγκριτικά με άλλους) μία χρηματική συνεισφορά που ονομάζεται προσαρμοσμένη συνεισφορά στο κίνδυνο (risk-adjusted contribution). Το μέγεθος της προσαρμοσμένης συνεισφοράς στο κίνδυνο που λαμβάνει κάθε ασφαλιστική εταιρεία εξαρτάται από τη σύνθεση του

συνόλου των ασφαλισμένων του χαρτοφυλακίου της και ως εκ τούτου όσο πιο μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων με δυσμενή χαρακτηριστικά κινδύνου έχει, τόσο μεγαλύτερη προσαρμοσμένη συνεισφορά στο κίνδυνο λαμβάνει. Η προσαρμογή στο κίνδυνο αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο καθώς εάν γίνεται σωστή εφαρμογή του, οι ασφαλιστικές εταιρίες λαμβάνουν προσαρμοσμένες στο κίνδυνο πληρωμές που ισούνται με το υψηλότερο κόστος που μπορεί να προκύψει από έναν ηλικιωμένο ή άρρωστο ασφαλισμένο αφαιρώντας έτσι κάθε οικονομικό κίνητρο που μπορεί να έχει κάθε ασφαλιστική εταιρία για να επιλέξει ή να αποφύγει την ανάληψη κάποιου κινδύνου. Αντίθετα, δίνεται η ευκαιρία για την ανάπτυξη δίκαιου ανταγωνισμού ίσων όρων μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών καθώς με αυτό τον τρόπο οι ασφαλιστικές ξεκινούν με την ίδια ικανότητα δημιουργίας κέρδους μέσω αποτελεσματικών μεθόδων όπως η μείωση των διαχειριστικών τους εξόδων και η διαπραγμάτευση για καλύτερες τιμές με τους παρόχους για τους πελάτες τους.

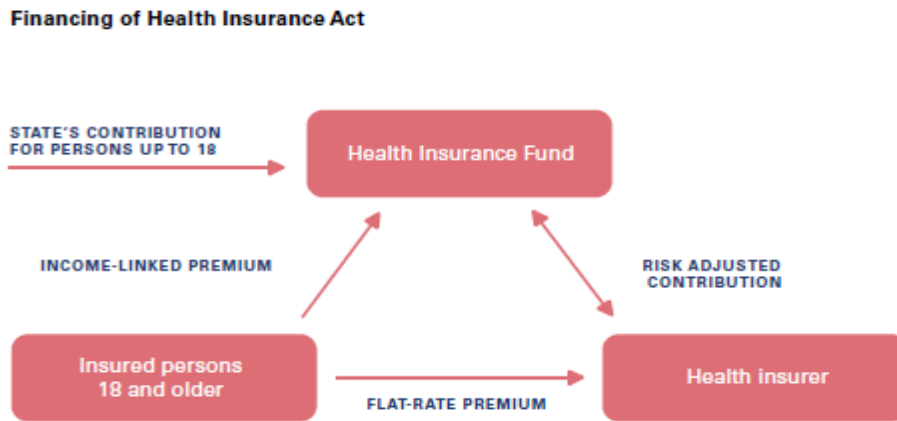
Ακόμη, ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που θα πρέπει να αντιληφθούν όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες είναι ότι είναι πολύ προτιμότερο να προσανατολίσουν τις προσπάθειές τους στην προώθηση της αποδοτικότητας της υγειονομικής περίθαλψης αντί να προσπαθούν να προσεγγίσουν συγκεκριμένες ομάδες ατόμων (με χαμηλά χαρακτηριστικά κινδύνου). Ασφαλιστικές εταιρίες που δε δίνουν την απαραίτητη προσοχή στην αποδοτικότητα της φροντίδας υγείας (χρεώνουν τις υπηρεσίες τους πιο υψηλά ή οργανώνουν τις παροχές τους λιγότερο αποτελεσματικά) από το μέσο όρο των ασφαλιστικών εταιριών σύντομα θα πρέπει είτε να αυξήσουν τα ασφάλιστρά τους, είτε να κάνουν προσωρινή χρήση κάποιου μέρους των αποθεματικών τους. Σε περίπτωση εφαρμογής υψηλότερης χρέωσης από το μέσο όρο ασφαλιστρών χωρίς αντίστοιχη παροχή υψηλότερης ποιότητας περίθαλψης, τότε οι πελάτες-ασφαλισμένοι είναι πολύ πιθανό να στραφούν σε ασφαλιστικές του ανταγωνισμού με χαμηλότερα ασφάλιστρα. Οι ασφαλιστικές εταιρίες που λειτουργούν πιο αποτελεσματικά από το μέσο όρο των ασφαλιστικών εταιριών θα μπορούν να δημιουργήσουν πλεόνασμα από τις προσαρμοσμένες στο κίνδυνο πληρωμές που θα λάβουν. Έτσι, θα έχουν τη δυνατότητα να χρεώσουν μικρότερο ασφάλιστρο από το αντίστοιχο μέσο όρο και να προσελκύσουν μεγάλο ποσοστό των ασφαλισμένων από λιγότερο αποτελεσματικές ασφαλιστικές εταιρίες χαμηλώνοντας περαιτέρω το συνολικό κόστος.

Είναι λοιπόν κατανοητό ότι το εργαλείο προσαρμογής στον κίνδυνο αποτελεί την Αχίλλειο πτέρνα όπως πολλοί χαρακτηρίζουν του συστήματος υγείας, καθώς εάν αυτό λειτουργεί σωστά, τότε μπορεί να λειτουργήσει σωστά και ο ελεγχόμενος ανταγωνισμός ακόμη και σε περιπτώσεις που οι ασφαλιστικές διαθέτουν στο χαρτοφυλάκιό τους μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων με υψηλά χαρακτηριστικά κινδύνου.

Χρηματοοικονομική δομή του risk adjustment

Όπως έχει αναφερθεί και στην ενότητα «Χρηματοδότηση για την κάλυψη των βασικών και αναμενόμενων ιατρικών αναγκών των ασθενών» όλες οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν δύο πηγές εσόδων για την κάλυψη του κόστους του βασικού πακέτου ασφάλισης. Η πρώτη πηγή είναι το ονομαστικό ασφάλιστρο (flat-rate premium) που καταβάλλουν όλοι οι ασφαλισμένοι από 18 ετών και άνω στην ασφαλιστική εταιρία που τους καλύπτει. Κάθε ασφαλιστική εταιρία ορίζει το επίπεδο του ονομαστικού ασφάλιστρου που χρεώνει στους ασφαλισμένους της, ενώ η διατήρησή του σε όσο το δυνατόν χαμηλά επίπεδα αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για να διατηρήσει τους ασφαλισμένους της και να προσελκύσει νέους. Η δεύτερη πηγή εσόδων είναι οι προσαρμοσμένες στο κίνδυνο συνεισφορές που λαμβάνουν οι ασφαλιστικές εταιρίες από το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας. Τα χρήματα αυτά προκύπτουν από τα έσοδα που συγκεντρώνονται από την Τελωνιακή και Φορολογική Διαχείριση και αποτελούν τις αναγκαστικές εισφορές (φόρος και εισφορές) επί του εισοδήματος. Στο διάγραμμα που ακολουθεί βλέπουμε τη γραφική απεικόνιση της παραπάνω χρηματοοικονομικής δομής.

Σχήμα 3.3: Χρηματοοικονομική δομή του risk adjustment



Το μέγεθος της συνεισφοράς που λαμβάνει κάθε ασφαλιστική εταιρία εξαρτάται από το προφίλ κινδύνου των ασφαλισμένων της, διασφαλίζοντας την πληρέστερη δυνατή εξάλειψη των διαφορών κόστους μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών που προκύπτουν από σχετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά υγείας των ασφαλισμένων τους.

Κάθε ασφαλιστική λαμβάνει περίπου το μισό εισόδημά της από τα ονομαστικά ασφάλιστρα και το άλλο μισό εισόδημά της από τις προσαρμοσμένες στο κίνδυνο συνεισφορές. Το ποσοστό αυτό έχει καθιερωθεί από το νόμο Ασφάλισης Υγείας (Health Insurance Act). Κάθε χρόνο το Υπουργείο καθορίζει το συνολικό διαθέσιμο ποσό για την προσαρμογή στο κίνδυνο, γνωστοποιεί τους κανόνες εφαρμογής του και όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες στις ασφαλιστικές εταιρίες ώστε να μπορούν να υπολογίσουν το ονομαστικό ασφάλιστρο που θα χρεώνουν και να εκτιμήσουν τις προβλεπόμενες πληρωμές προς τους παρόχους τους.

Οι ασφαλιστικές εταιρίες έχουν την ικανότητα να επηρεάσουν μόνο κάποια από τα έξοδα των παρόχων περίθαλψης (π.χ. δεν μπορούν εύκολα να επηρεάσουν τα κεφαλαιακά κόστη).

Γενικά, υπάρχουν τρεις μορφές εξόδων περίθαλψης:

- 1) Έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης ανεξάρτητα της παραγωγής, όπως κεφαλαιακά κόστη, κόστος θέρμανσης/ καθαρισμού του κτιρίου
- 2) Έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης και εξειδικευμένης φροντίδας που εξαρτώνται από την παραγωγή, όπως χειρουργικές αμοιβές

- 3) Έξοδα άλλων υπηρεσιών, όπως φαρμακευτική περίθαλψη, ιατρικά εξαρτήματα, φροντίδα μητρότητας

Εκ των προτέρων προσαρμογή και αναδρομική αποζημίωση (Ex-ante adjustment and retrospective compensation)

- ✓ Εκ των προτέρων προσαρμογή

Το σύστημα προσαρμογής στο κίνδυνο λειτουργεί προκαταβολικά αφού καθορίζεται πριν το ημερολογιακό έτος στο οποίο αναφέρεται. Αυτό το σύστημα βοηθάει την ασφαλιστική εταιρία να είναι πιο συνετή, αποτελεσματική και αποδοτική, αφού θα πρέπει να καλύψει τα έξοδα και τις ανάγκες της για ολόκληρη την προσεχή χρονιά με τα έσοδα που θα λάβει από την προσαρμοσμένη συνεισφορά και τα ονομαστικά ασφάλιστρα, ανεξαρτήτως των πραγματικών εξόδων που θα προκύψουν.

Η συνεισφορά αυτή βασίζεται σε μία εκτίμηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών με βάση το προφίλ κινδύνου των ασφαλισμένων (εξετάζοντας χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα κλπ που θα εξετάσουμε στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας συντελεστές βαρύτητας για το κάθε ένα από αυτά). Η συσχέτιση αυτών των χαρακτηριστικών με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών βασίζεται σε εμπειρική μέθοδο που λαμβάνει υπόψη το κόστος υγείας των ασφαλισμένων των προηγούμενων ετών. Το οικονομετρικό μοντέλο που χρησιμοποιείται για να υπολογίσει το αναμενόμενο κόστος περίθαλψης ανανεώνεται κάθε χρόνο. Όσο πιο ακριβής είναι η πρόβλεψη για το κόστος περίθαλψης, τόσο πιο δίκαιος είναι ο χρηματοοικονομικός κίνδυνος που αντιμετωπίζουν οι ασφαλιστικές εταιρίες.

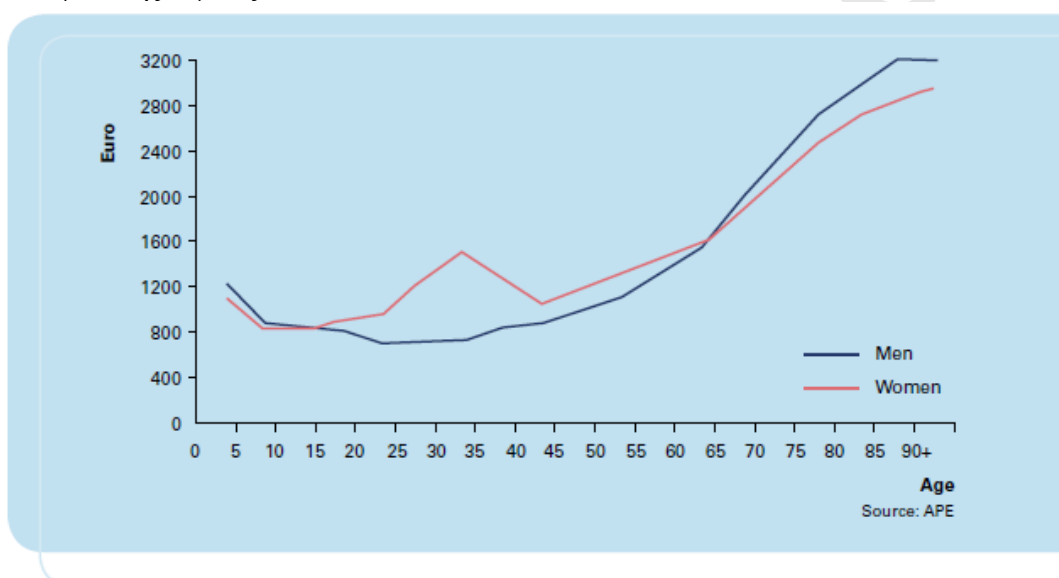
Τα χαρακτηριστικά που καθορίζουν το προφίλ κινδύνου κάθε ασφαλισμένου είναι τα κάτωθι:

- Ηλικία και φύλο: η ηλικία και το φύλο αποτελούν το πρώτο βασικό χαρακτηριστικό για το οποίο λαμβάνουν αποζημίωση οι ασφαλιστικές εταιρίες. Οι γηραιότεροι έχουν αυξημένο κόστος περίθαλψης συγκριτικά με τους νεότερους, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί το μοναδικό κριτήριο, καθώς

και σε άλλες ηλικίες παρατηρούνται αυξημένα κόστη περίθαλψης, όπως στη ηλικία των 20-35 για τις γυναίκες, λόγω μητρότητας.

Οι παραπάνω προτάσεις απεικονίζονται ως είχαν εκτιμηθεί στο παρακάτω διάγραμμα (για το 2007):

Διάγραμμα 3.4: Αναμενόμενες Δαπάνες με βάση την ηλικία και το φύλο, στα πλαίσια του Νόμου Ασφάλισης Υγείας το 2007



- Πηγή εισοδήματος: Εδώ οι ασφαλιστικές εταιρίες αποζημιώνονται για κοινωνικοοικονομικές διαφορές και ανισότητες υγείας μεταξύ των ασφαλισμένων. Για παράδειγμα, άτομα που λαμβάνουν κάποιο επίδομα ανικανότητας/ επίδομα ανεργίας/ οικονομική υποστήριξη έχουν πιο υψηλά έξοδα σε σχέση με άτομα που απασχολούνται στην αμειβόμενη εργασία.
- Περιοχή διαμονής: Εδώ η διαίρεση γίνεται με ομαδοποίηση περιοχών με βάση κοινωνικοοικονομικά, δημογραφικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη παρεχόμενη περίθαλψη. Πιο συγκεκριμένα λαμβάνονται υπόψη η αστικοποίηση, η αναλογία μεταναστών, το μέσο εισόδημα, η αναλογία ατόμων που ζουν μόνοι τους, ο δείκτης θνησιμότητας, ο αριθμός των κλινών ανά νοσοκομείο και η δυνατότητα γρήγορης πρόσβασης σε νοσοκομείο ή ιατρό. Υψηλότερες αποζημιώσεις δίνονται για ασφαλισμένους που διαμένουν σε περιοχές με υψηλά ποσοστά μεταναστών, με δείκτη θνησιμότητας άνω του μέσου όρου και χαμηλό μέσο όρο εισοδήματος ενώ χαμηλότερες αποζημιώσεις δίνονται για ασφαλισμένους που κατοικούν σε πιο

αστικές περιοχές με λίγους μετανάστες, χαμηλό δείκτη θνησιμότητας, υψηλό εισόδημα.

- Ομάδες Φαρμακευτικού Κόστους: Εδώ λαμβάνεται υπόψη η μέση κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων για ομάδες ατόμων με χρόνιες παθήσεις (όπως διαβήτης, επιληψία, ρευματισμοί) που ως εκ τούτου έχουν υψηλότερο κόστος περίθαλψης. Το χαρακτηριστικό αυτό βασίζεται στη χρήση φαρμάκων που γίνεται εκτός νοσοκομείου (φάρμακα που αγοράζονται από τα φαρμακεία και όχι φάρμακα που παρέχονται στα νοσοκομεία και δεν μπορούν να εντοπιστούν στα στοιχεία των ασφαλιστικών εταιριών). Ένα άτομο εντάσσεται σε ομάδα Φαρμακευτικού Κόστους εάν το προηγούμενο ημερολογιακό έτος είχε λάβει συνταγογραφήσεις φαρμάκων που ξεπερνούν μία προκαθορισμένη ποσότητα. Το 2007 είχαν καταμετρηθεί είκοσι διαφορετικές ομάδες Φαρμακευτικού Κόστους, μερικές από τις οποίες είναι οι εξής: ελκώδης κολίτιδα/ Νόσος του Crohn, καρδιαγγειακές διαταραχές, χρόνιες αναπνευστικές διαταραχές, γλαύκωμα, καρκίνος, HIV/AIDS λοιμώξεις, κλπ. Χαρακτηριστικό είναι ότι κάποιος ασφαλισμένος, ανάλογα με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει, μπορεί να εντάσσεται σε περισσότερες από μία εκ των παραπάνω ομάδων. Σε αυτή την περίπτωση, ο κίνδυνος που φέρει η ασφαλιστική εταιρία που καλύπτει ένα τέτοιο άτομο μειώνεται.
- Ομάδες Διαγνωστικού Κόστους: αυτός ο παράγοντας έχει προστεθεί στο μοντέλο με σκοπό να βελτιώσει την πρόβλεψη των συνεχών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης κοινών χρόνιων ασθενειών, καθώς οι ομάδες Φαρμακευτικού Κόστους αδυνατούν να εντοπίσουν ασφαλισμένους με χρόνιες παθήσεις που λαμβάνουν περισσότερο κλινική παρά φαρμακευτική αγωγή ή ασφαλισμένους που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή από τα νοσοκομεία. Στην ομάδα αυτή κατατάσσονται κυρίως ασφαλισμένοι που με βάση τη διάγνωση αναμένεται να δημιουργήσουν υψηλό κόστος το επερχόμενο έτος. Υπάρχουν ήδη 13 σχετικές ομάδες.

Η εξίσωση προσαρμογής στον κίνδυνο εφαρμόζεται μόνο στα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης και εξειδικευμένης φροντίδας που εξαρτώνται από την παραγωγή και στα έξοδα άλλων υπηρεσιών (όχι στα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης ανεξάρτητα της παραγωγής)- στα έξοδα λοιπόν που μπορεί να επηρεάσει μία ασφαλιστική εταιρία

κατόπιν διαπραγματεύσεων με τους παρόχους περίθαλψης. Για τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης ανεξάρτητα της παραγωγής που δεν μπορούν να επηρεαστούν χρησιμοποιείται ένας άλλος τρόπος προσαρμογής στον κίνδυνο, καταβάλλοντας στον πάροχο ένα προκαθορισμένο ποσό για κάθε ασφαλισμένο, με βάση τα αντίστοιχα έξοδα του παρελθόντος.

Στη συνέχεια θα δούμε δύο παραδείγματα της εκ των προτέρων προσαρμογής στον κίνδυνο. Αρχικά έχουμε μία 67-χρονη συνταξιούχο, η οποία ζει σε ένα χωριό στην ύπαιθρο και πάσχει από διαταραχή του θυρεοειδούς, για την οποία λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Δεν έχει νοσηλευτεί τα τελευταία έτη και η γενικότερη κατάσταση υγείας της αντιπροσωπεύει ένα ευνοϊκό προφίλ κινδύνου. Έπειτα, έχουμε ένα 19-χρονο φοιτητή που ζει στο Άμστερνταμ, σε ένα σπίτι που έχει νοικιάσει σε μία αρκετά καλή περιοχή. Είναι υγιής, δεν έχει κάποια χρόνια διαταραχή, δε λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή και δεν έχει νοσηλευτεί τα τελευταία έτη σε νοσοκομείο. Παρατηρούμε ότι η ασφαλιστική εταιρία λαμβάνει για το 19-χρονο υγιή φοιτητή περίπου το 1/5 των χρημάτων που λαμβάνει για την 67-χρονη συνταξιούχο με το πρόβλημα υγείας που αναφέρθηκε παραπάνω. Φαίνεται ξεκάθαρα λοιπόν ότι το σύστημα αυτό χρησιμοποιείται για να αντισταθμίσει το κόστος των ασφαλιστικών εταιριών για ασφαλισμένους με υψηλό προφίλ κινδύνου.

Risk-adjustment contribution for two fictitious persons	
Person and characteristics	Risk adjusted contribution
Woman, aged 67	970
Suffers from thyroid disorder	174
No hospitalizations in the past years	-97
Living in countryside, in good neighbourhood	-31
Source of income: state old-age pension	0
Total	1016
Man, aged 19	389
No chronic conditions	-109
No hospitalizations in the past years	-97
Living in the city	36
Source of income: paid employment/other	-20
Total	199

✓ Αναδρομική αποζημίωση

Λόγω του γεγονότος ότι η προσαρμοσμένη στον κίνδυνο συνεισφορά (risk-adjusted contribution) που δίνεται στην αρχή του έτους υπολογίζεται εκ των προτέρων και υπάρχουν πολλά στοιχεία που ενδέχεται να αλλάξουν όπως ο αριθμός των ασφαλισμένων και το προφίλ κινδύνου τους, η συνεισφορά αυτή υπολογίζεται και

αναδρομικά στο τέλος του έτους λαμβάνοντας υπόψη τον πραγματικό αριθμό και τα χαρακτηριστικά των ασφαλισμένων καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Πραγματοποιείται ουσιαστικά μία διόρθωση για πιθανές ατέλειες του μοντέλου προσαρμογής κινδύνου, η χρήση της οποίας μειώνει την τάση που υπάρχει για επιλογή των ασφαλισμένων με βάση τον κίνδυνο που ενέχουν, την αποφυγή συγκεκριμένων ομάδων, ενώ παράλληλα οι ασφαλιστικές εταιρίες αποζημιώνονται για το κόστος παροχής υπηρεσιών περίθαλψης που επωμίστηκαν, μειώνοντας το συνολικό κόστος τους. Ωστόσο, οι αναδρομικές πληρωμές αποτελούν ένα είδος αποζημίωσης-επιστροφής του κόστους, το οποίο μειώνει τα κίνητρα απόδοσης καθώς και τα κίνητρα μείωσης του κόστους της εταιρίας.

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε διαφορετικά είδη αναδρομικών αποζημιώσεων με τη σειρά που εφαρμόζονται στο υπάρχον σύστημα:

- Αναδρομική διόρθωση του αριθμού των ασφαλισμένων ανά ασφαλιστική εταιρία: Εδώ λαμβάνονται υπόψη αλλαγές που πραγματοποιούνται στη σύνθεση και στο μέγεθος του χαρτοφυλακίου της ασφαλιστικής εταιρίας. Η σύνθεση του χαρτοφυλακίου σχετίζεται με τα διάφορα χαρακτηριστικά της εξίσωσης, ενώ μπορεί να θεωρηθεί μία διόρθωση της εξίσωσης που χρησιμοποιείται στην εκ των προτέρων προσαρμογή στον κίνδυνο. Εφαρμόζεται σε όλους τους τύπους εξόδων.
- Αναδρομική διόρθωση των συνολικών εξόδων: Σκοπός αυτής της διόρθωσης είναι η αποζημίωση για τη διαφορά μεταξύ εκτιμώμενων και πραγματικών εξόδων. Με αυτό τον τρόπο, η ασφαλιστική εταιρία δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο κατά τη διάρκεια του έτους, αφού εάν το πραγματικό κόστος είναι υψηλότερο από το αναμενόμενο, τότε θα λάβει υψηλότερη προσαρμοσμένη συνεισφορά, ενώ εάν είναι χαμηλότερο θα λάβει χαμηλότερη προσαρμοσμένη συνεισφορά. Συμπεραίνουμε ότι οι ασφαλιστικές εταιρίες δεν χρειάζεται να χρεώνουν υψηλά ασφάλιστρα προκειμένου να καλυφθούν για την αβεβαιότητα της ανάπτυξης του συνολικού κόστους. Εφαρμόζεται σε όλους τους τύπους των εξόδων.
- Καταμερισμός των Outlier κινδύνων: Εδώ για κάθε ασφαλισμένο ρυθμίζεται το 90% των εξόδων που βρίσκονται πάνω από το κατώτατο όριο που έχει θεσπίσει το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας (το ποσό αυτό από 12.500€ που ήταν

το 2007 έφτασε στις 25.000€ το 2010). Με αυτό το τρόπο αποκαθίσταται η άνιση κατανομή των ακραίων αποζημιώσεων μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών. Εφαρμόζεται στα εξαρτώμενα από την παραγωγή έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης και στα έξοδα άλλων υπηρεσιών.

- Γενικός κίνδυνος που μοιράζεται μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών: Σκοπός είναι η διόρθωση ελλείψεων στην εφαρμογή του μοντέλου προσαρμογής του κινδύνου, μέσω της ρύθμισης της διαφοράς μεταξύ των πραγματικών εξόδων και της εκ των προτέρων εκτίμησης του κόστους μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών. Αυτό γίνεται με μεταφορά κεφαλαίων από εταιρίες που έχουν δημιουργήσει κέρδος σε άλλες που έχουν υποστεί ζημία. Εφαρμόζεται στα εξαρτώμενα από την παραγωγή έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Δίκτυο ασφαλείας (bandwith arrangement): Σκοπός αυτών των χρηματοοικονομικών δικτύων ασφαλείας είναι να περιορίσουν τους χρηματοπιστωτικούς κινδύνους που διατρέχουν οι ασφαλιστικές εταιρίες και γίνεται χρήση τους όταν τα πραγματικά έξοδα κάποιας ασφαλιστικής εταιρίας παρεκκλίνουν περισσότερο από 17.50€/ ασφαλισμένο από τα αναμενόμενα. Το Ταμείο Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει την ασφαλιστική εταιρία για το 90% της προκύπτουσας διαφοράς.

Στόχος της κυβέρνησης είναι η σταδιακή κατάργηση των τριών τελευταίων ειδών αναδρομικών αποζημιώσεων και η διατήρηση μόνο των δύο πρώτων.

(Ministry of Health, Welfare and Sport, (June 2008)), Mossialos Elias, Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Richard Saltman, (2010))

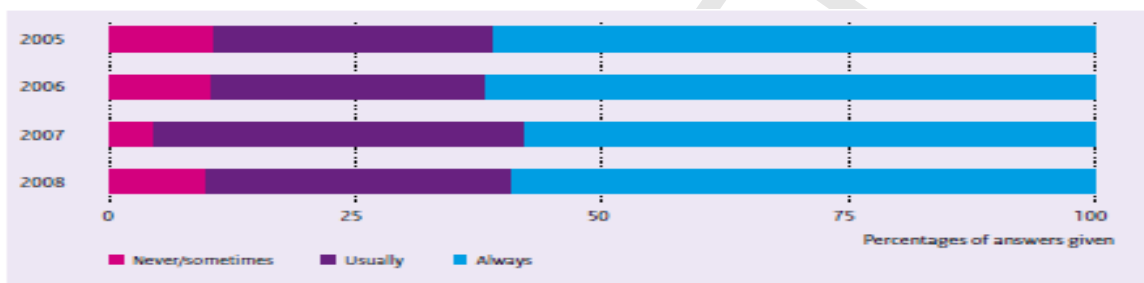
3.5 Αξιολόγηση-αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμιστικών αλλαγών του τρέχοντος συστήματος υγείας της Ολλανδίας και κατάταξή του με βάση ευρωπαϊκές έρευνες

Παρόλο που το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του νέου συστήματος υγείας της Ολλανδίας δεν είναι αρκετά μεγάλο για να είναι δυνατή η πλήρης και πραγματική εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς του, υπάρχουν μέχρι στιγμής αρκετές θετικές ενδείξεις που αποδεικνύουν ότι το

σύστημα υγείας της Ολλανδίας αποτελεί ορόσημο και παράδειγμα προς μίμηση για πολλά άλλα κράτη.

Πιο ενδεικτικά, χαρακτηριστικό είναι ότι από σχετική έρευνα που διεξήχθη σχετικά με την ταχύτητα και την επάρκεια της περίθαλψης που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες, το 90% του πληθυσμού δήλωσε ότι είναι ευχαριστημένοι με τη φροντίδα υγείας και τη περίθαλψη που λαμβάνει (το 60% τη λαμβάνει πάντα, ενώ το 30% συνήθως λαμβάνει τη φροντίδα που χρειάζεται).

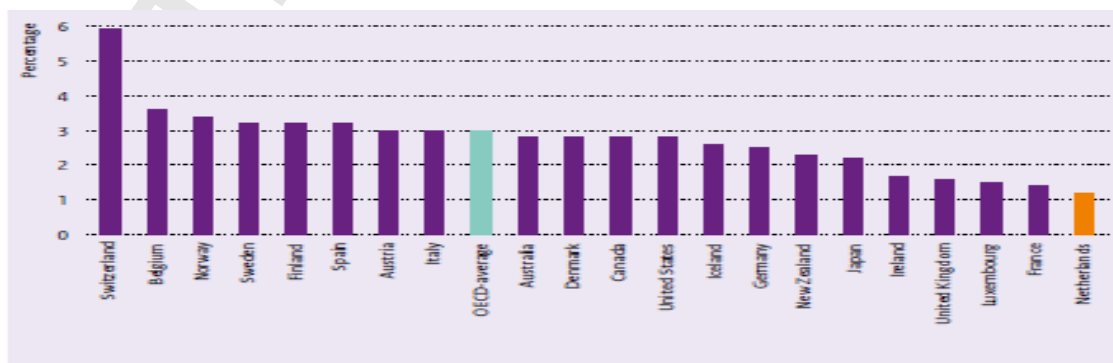
Διάγραμμα 3.5: Απόψεις ασθενών σχετικά με τη συχνότητα λήψης της φροντίδας που χρειάζονταν για την περίοδο 2005-2008



(Source: CKZ / NIVEL, 2010)

Το ποσοστό του εισοδήματος που δαπανάται σε ιδιωτικές πληρωμές και ιδιωτικά έξοδα σαν μερίδιο των συνολικών δαπανών υγείας κυμαίνεται στα χαμηλότερα επίπεδα (1.2%) του αντίστοιχου ευρωπαϊκού μέσου όρου όπως παρατηρούμε παρακάτω. Αποδεικνύεται έμπρακτα ότι η Ολλανδία έχει καταφέρει να προσφέρει ένα ποιοτικό σύστημα υγείας στους πολίτες της, το οποίο περιορίζει σε μεγάλο βαθμό την ανάγκη πραγματοποίησης ιδιωτικών πληρωμών των πολιτών για τη λήψη υγειονομικής περίθαλψης.

Διάγραμμα 3.6: Ποσοστό του διαθέσιμου εισοδήματος που δαπανήθηκε για ιδιωτικές δαπάνες στην υγειονομική περίθαλψη ανά χώρα το 2007



(Source: OECD Health Data)

Η προσβασιμότητα στους οικογενειακούς ιατρούς είναι σχεδόν άριστη, καθώς υπολογίζεται ότι λιγότερο από το 1% του πληθυσμού πρέπει να οδηγήσει περισσότερα από 10 λεπτά για να φτάσει στον οικογενειακό ιατρό/ φυσιοθεραπευτή ή φαρμακείο. Ενδεικτικός είναι ο πίνακας που ακολουθεί με το χρόνο πρόσβασης σε κάθε ειδικότητα ο οποίος επιβεβαιώνει τα ανωτέρω:

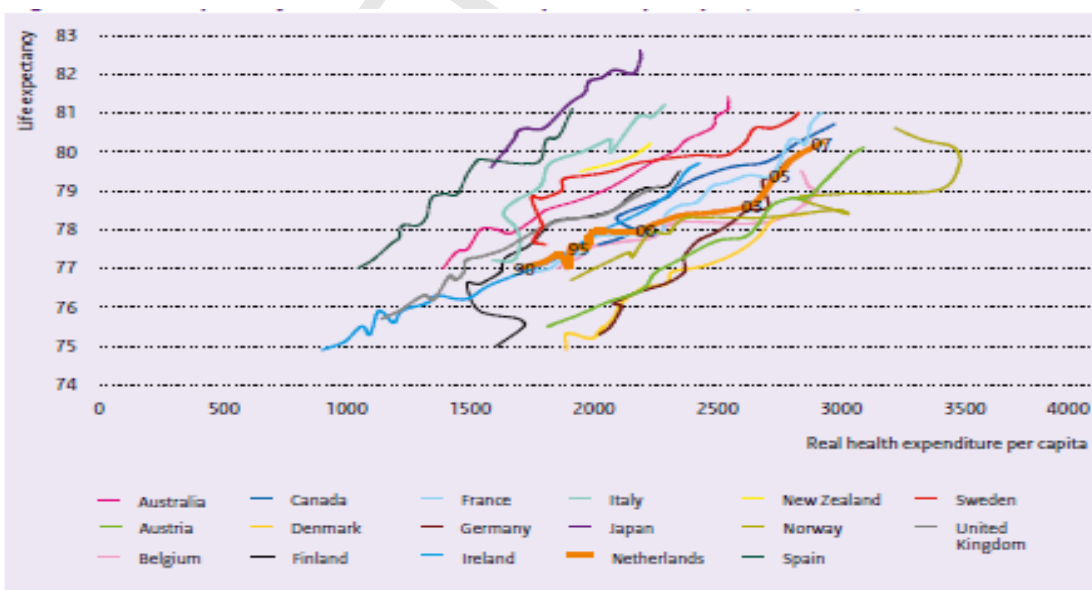
Πίνακας 3.3: Μέσος χρόνος οδήγησης προς την κοντινότερη υπηρεσία υγείας, 2008

	Driving time in minutes
Primary care	
• GPs ¹	1.3
• physiotherapists ²	1.4
• pharmacies ³	1.2
• midwives ⁴	4.0
Secondary care	
• hospitals ⁵	7.7
• nursing homes and residential homes ⁶	1.8

(Source: ¹NIVEL, 2008; ²KNMP, 2008; ³RIVM, 2009; ⁴Actiz, 2008)

Ένας από τους κύριους στόχους της Ολλανδικής κυβέρνησης είναι η βελτίωση της υγείας (η μείωση της θνησιμότητας και η βελτίωση της ποιότητας ζωής). Στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε πως συνδέονται το προσδόκιμο ζωής με τα πραγματικά κατά κεφαλή έξοδα για την υγεία. Ειδικά μετά το 2003 καταγράφεται μία σημαντική ανοδική πορεία (το σχετικό προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε από το 1990-2008 περίπου 2-5 έτη).

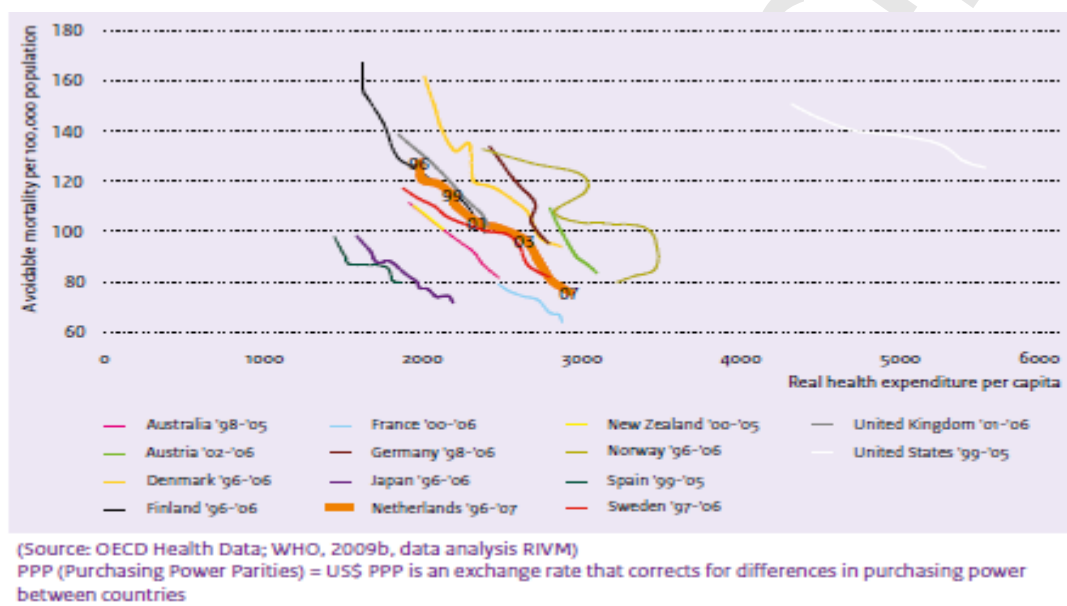
Διάγραμμα 3.7: Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση και πραγματικά κατά κεφαλή έξοδα για την υγεία για την περίοδο 1990-2007



(Source: OECD Health Data, data analysis RIVM)
 PPP (Purchasing Power Parities) = US\$ PPP is an exchange rate that corrects for differences in purchasing power between countries

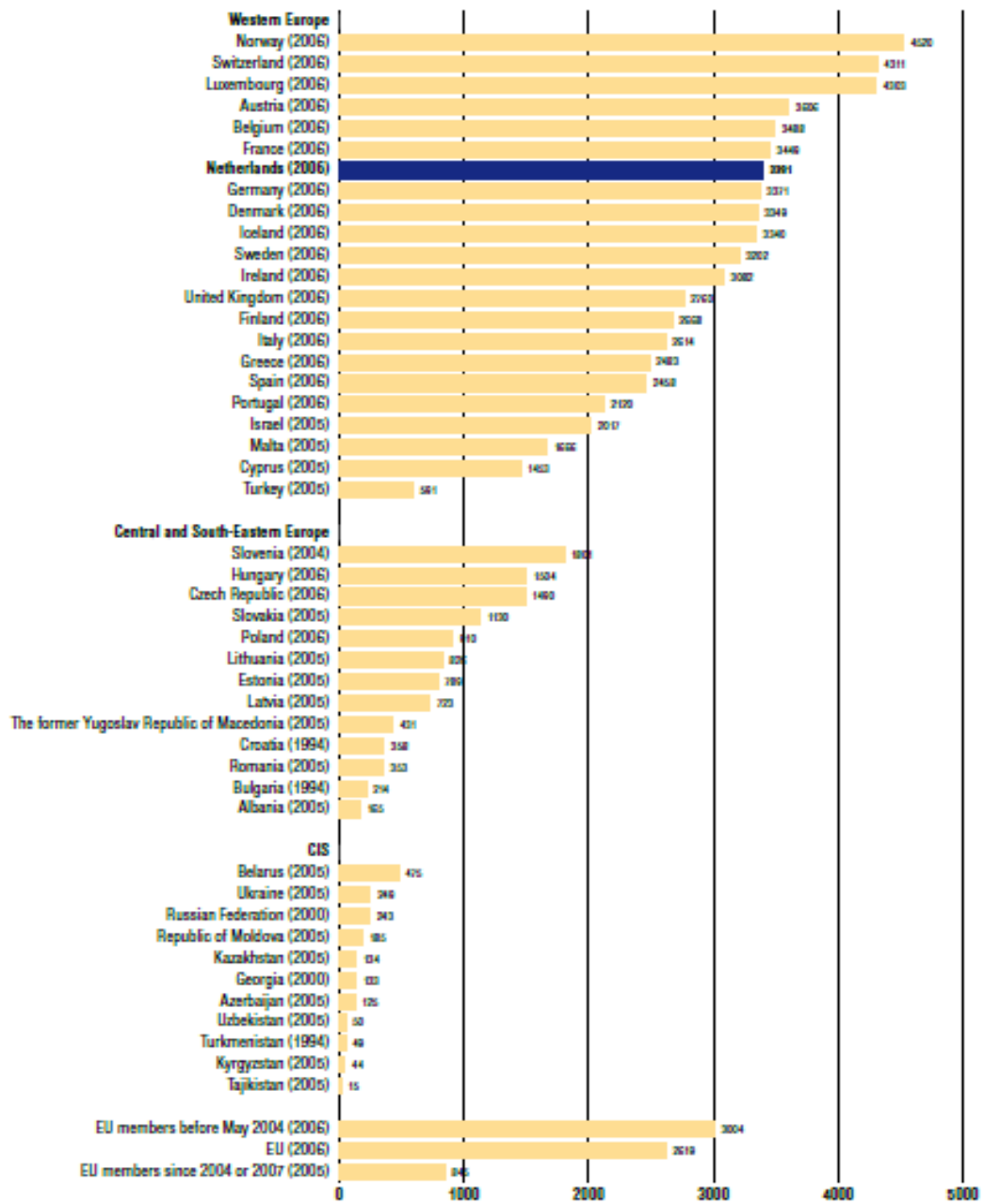
Εξίσου σημαντικό είναι το διάγραμμα που ακολουθεί, καθώς καταγράφει την αποτελεσματικότητα μεταξύ των πραγματικών κατά κεφαλή εξόδων και της θνησιμότητας. Εδώ η Ολλανδία ανήκει στις χώρες με τις καλύτερες επιδόσεις. Γενικά, η Ολλανδία έχει αυξημένες δαπάνες συγκριτικά με άλλες χώρες στον τομέα της υγείας. Αυτό οφείλεται στις αυξημένες υπηρεσίες που παρέχει στους ασφαλισμένους της, συγκριτικά με άλλες χώρες.

Διάγραμμα 3.8: Θνησιμότητα και πραγματικά κατά κεφαλή έξοδα για την υγεία για την περίοδο 1990-2007



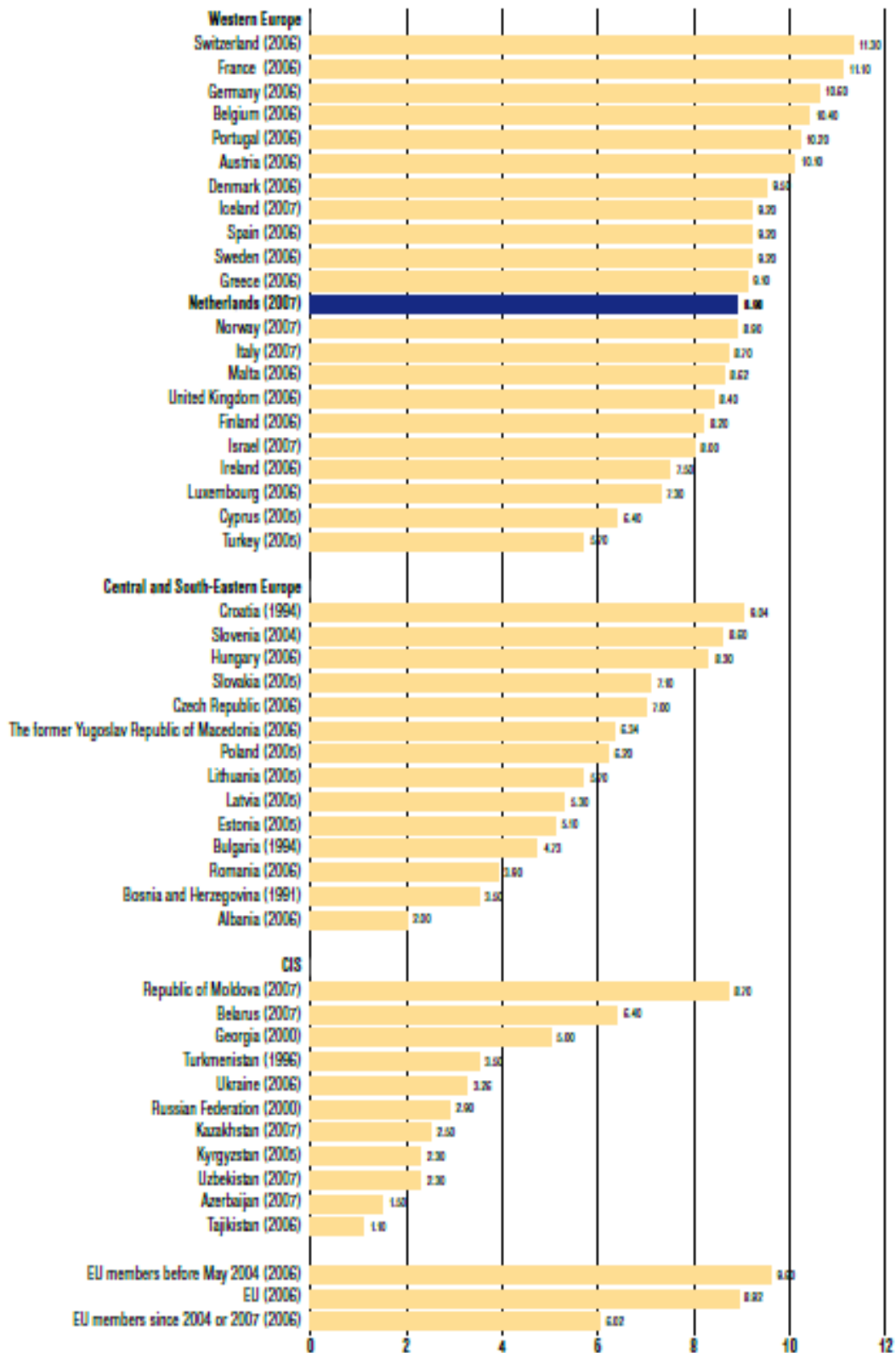
Πιο αναλυτικά, τα κατά κεφαλή έξοδα που πραγματοποιούνται για την υγεία απεικονίζονται στα διαγράμματα 3.9 και 3.10 που ακολουθούν. Στο πρώτο διάγραμμα παρατηρούμε τα κατά κεφαλή έξοδα σε δολάρια Η.Π.Α., ενώ στο δεύτερο παρατηρούμε τα έξοδα για την υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. το τελευταίο διαθέσιμο έτος για κάθε χώρα.

Διάγραμμα 3.9: Κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία σε δολάρια Η.Π.Α., με βάση το τελευταίο διαθέσιμο έτος



Source: WHO Regional Office for Europe 2009.

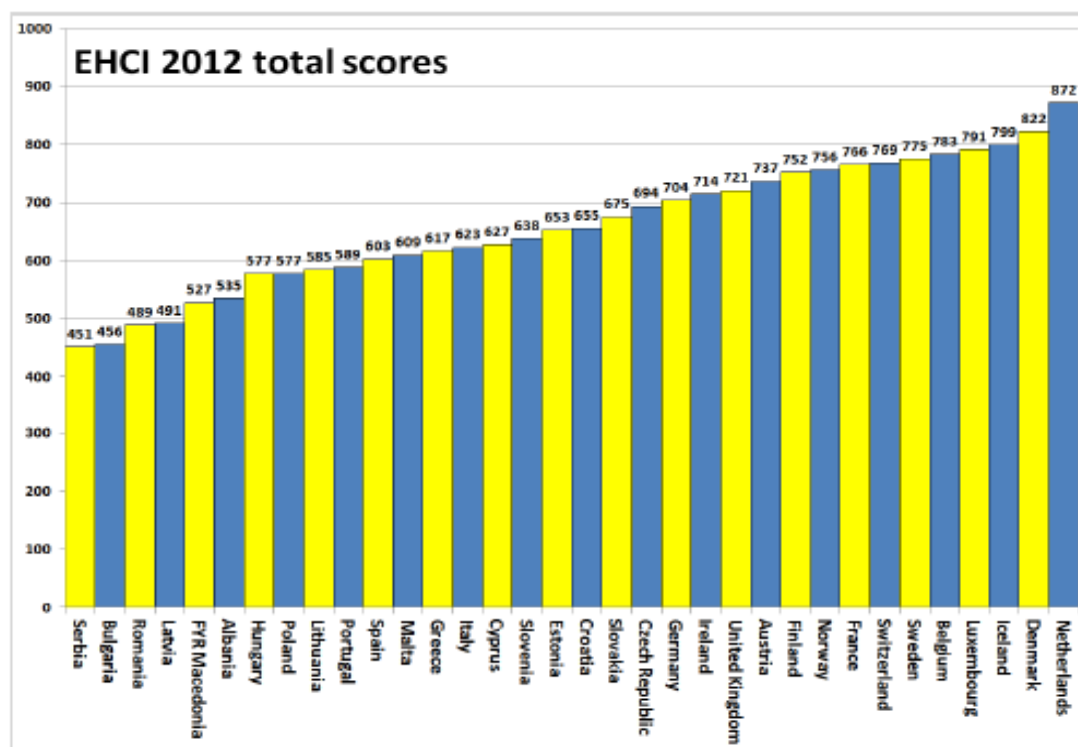
Διάγραμμα 3.10: Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ το τελευταίο διαθέσιμο έτος



Source: WHO Regional Office for Europe 2009.

Ακόμη και με βάση τον Ευρωπαϊκό Καταναλωτικό Πίνακα Κατάταξης Υγείας (Euro Health Consumer Index) που αποτελεί ένα πρότυπο για την υγειονομική περίθαλψη στην Ευρώπη και συντάσσεται από το Health Consumer Powerhouse (οργανισμό που ελέγχει και συγκρίνει τα συστήματα υγείας 34 χωρών, συμπεριλαμβανομένων των ευρωπαϊκών χωρών και του Καναδά), η Ολλανδία είναι η μοναδική χώρα που έχει παραμείνει σταθερά στις τρεις πρώτες χώρες στην συνολική κατάταξη από το 2005 ανεξάρτητα από τους τομείς των συστημάτων υγείας που εξετάζονται. Το 2012 η Ολλανδία κατάφερε να κατακτήσει την πρώτη θέση στην κατάταξη με την υψηλότερη μέχρι τώρα βαθμολογία: 872 βαθμούς από ένα δυνητικό σύνολο 1000 βαθμών.

Διάγραμμα 3.11: Συνολικές βαθμολογίες όλων των χωρών του έτους 2012



Πηγή: Euro Health Consumer Index 2012, World Consumer Powerhouse

Στον πίνακα που παρατίθεται στη συνέχεια παρουσιάζονται οι βαθμολογίες που έχουν λάβει όλες οι 34 χώρες που εξετάζονται με βάση το εθνικό σύστημα υγείας τους. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται η συνολική κατάταξη των χωρών καθώς και η βαθμολογία για κάθε μία ξεχωριστά σε καθένα από τους 5 επιμέρους κλάδους που εξετάζονται:

- 1) Δικαιώματα ασθενών και πληροφόρηση. Σε αυτό τον κλάδο εξετάζεται η ικανότητα του συστήματος υγείας να παρέχει στον ασθενή ένα αρκετά δυνατό

υπόβαθρο γνώσεων που θα του επιτρέψει να συνεργαστεί με τον επαγγελματία ιατρό για τη λήψη της καλύτερης δυνατής απόφασης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η ξεκάθαρη διατύπωση της νομοθεσίας των ασθενών, η δυνατότητα λήψης δεύτερης γνώμης, παροχή πληροφοριών υγειονομικής περίθαλψης από 24/ωρη γραμμή υγείας ή/ και μέσω Internet, αξιολόγηση των παρόχων κλπ

- 2) Προσβασιμότητα στη θεραπεία (χρόνοι αναμονής). Σε αυτό τον κλάδο εξετάζεται η ευκολία που έχουν οι ασθενείς στην λήψη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπως επίσκεψη σε ιατρό ή ειδικό ιατρό, στη λήψη διάγνωσης, θεραπείας, στην πραγματοποίηση σχετικών εξετάσεων κλπ
- 3) Ιατρικά Αποτελέσματα. Σε αυτό τον κλάδο εξετάζεται η επίδοση των συστημάτων υγείας στην παροχή και αποτελεσματικότητα θεραπευτικών αγωγών σε διάφορες ασθένειες, λαμβάνοντας υπόψη την παιδική θνησιμότητα, το ποσοστό θνησιμότητας λόγω μορφών καρκίνου, τις διάφορες ασθένειες που είναι δύσκολο να καταπολεμηθούν κλπ
- 4) Πρόληψη/ Εύρος και διαθεσιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αυτό τον κλάδο εξετάζεται η παροχή υπηρεσιών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις ρουτίνας, εμβολιασμοί, μεταμοσχεύσεις οργάνων, παροχή προληπτικών εξετάσεων σε συγκεκριμένες στοχευμένες ομάδες ατόμων, τη παροχή ανεπίσημων πληρωμών στους ιατρούς προκειμένου να τυγχάνουν μεγαλύτερης προσοχής και καλύτερης εξέτασης κλπ
- 5) Πρόσβαση- Χρήση Φαρμακευτικών προϊόντων. Στον τελευταίο κλάδο εξετάζονται στοιχεία όπως το ποσοστό δημόσιας χρηματοδότησης των φαρμακευτικών προϊόντων, ανάπτυξη φαρμάκων για συγκεκριμένες παθήσεις όπως η Σχιζοφρένεια, το Αλτσχάιμερ, ο καρκίνος, ο χρόνος μεταξύ της εγγραφής ενός φαρμάκου και της περίληψής του στο εθνικό επιχορηγούμενο σύστημα κλπ

Πίνακας 3.4: Αναλυτική βαθμολογία κάθε χώρας για κάθε επιμέρους κλάδο

Sub-discipline	Albania	Austria	Belgium	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	FYR Macedonia	Germany	Greece	Hungary	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Serbia	Slovakia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	United Kingdom
1. Patient rights and information	102	141	117	88	146	112	107	175	141	131	136	112	117	88	122	146	107	131	107	131	112	88	170	160	126	126	88	102	122	112	102	141	126	160
2. Accessibility	217	217	233	133	133	183	183	167	167	133	167	183	200	200	167	183	150	133	117	183	233	183	200	83	117	117	167	117	200	133	100	100	233	133
3. Outcomes	113	188	213	138	200	188	225	250	175	250	238	113	200	175	138	263	238	213	138	138	250	163	263	300	188	163	100	113	188	213	213	300	213	200
4. Prevention/ Range and reach of services provided	70	111	140	64	128	88	117	140	123	152	140	82	111	88	99	146	134	93	88	99	134	128	163	146	99	117	88	82	99	99	117	158	111	146
5. Pharmaceuticals	33	81	81	33	48	57	62	90	48	86	86	38	76	67	52	62	86	52	43	33	62	48	76	67	48	67	48	38	67	81	71	76	86	81
Total score	535	737	783	456	655	627	694	822	653	752	766	527	704	617	577	799	714	623	491	585	791	609	872	756	577	589	489	451	675	638	603	775	769	721
Rank	29	11	5	33	17	20	15	2	18	10	8	30	14	22	28	3	13	21	31	26	4	26	1	9	27	25	32	34	16	19	24	6	7	12

Πηγή: Euro Health Consumer Index 2012, World Consumer Powerhouse

Παρά όλο που κερδίζει μόνο έναν από τους πέντε επιμέρους κλάδους, τον κλάδο: «Εύρος και Προσβασιμότητα των υπηρεσιών», βλέπουμε ότι καταλαμβάνει μία από τις καλύτερες θέσεις και στους περισσότερους από τους υπόλοιπους κλάδους. Η μεγάλη απόκλιση στη βαθμολογία (50 βαθμούς) από τη δεύτερη σε κατάταξη χώρα, τη Δανία, οφείλεται στο γεγονός ότι το ολλανδικό σύστημα υγείας δεν φαίνεται να έχει πραγματικά αδύναμα σημεία στους υπόλοιπους επιμέρους εξεταζόμενους κλάδους εκτός από συγκεκριμένα σημεία που ενδεχομένως θα ήθελαν κάποια βελτίωση και στα οποία κάποιες άλλες ευρωπαϊκές χώρες υπερέχουν, σημειώνοντας όμως μικρές αποκλίσεις. Πιο συγκεκριμένα, όλη αυτή η εξαιρετική εμφάνιση της Ολλανδίας αποδίδεται στα εξής δυνατά σημεία του συστήματος υγείας της:

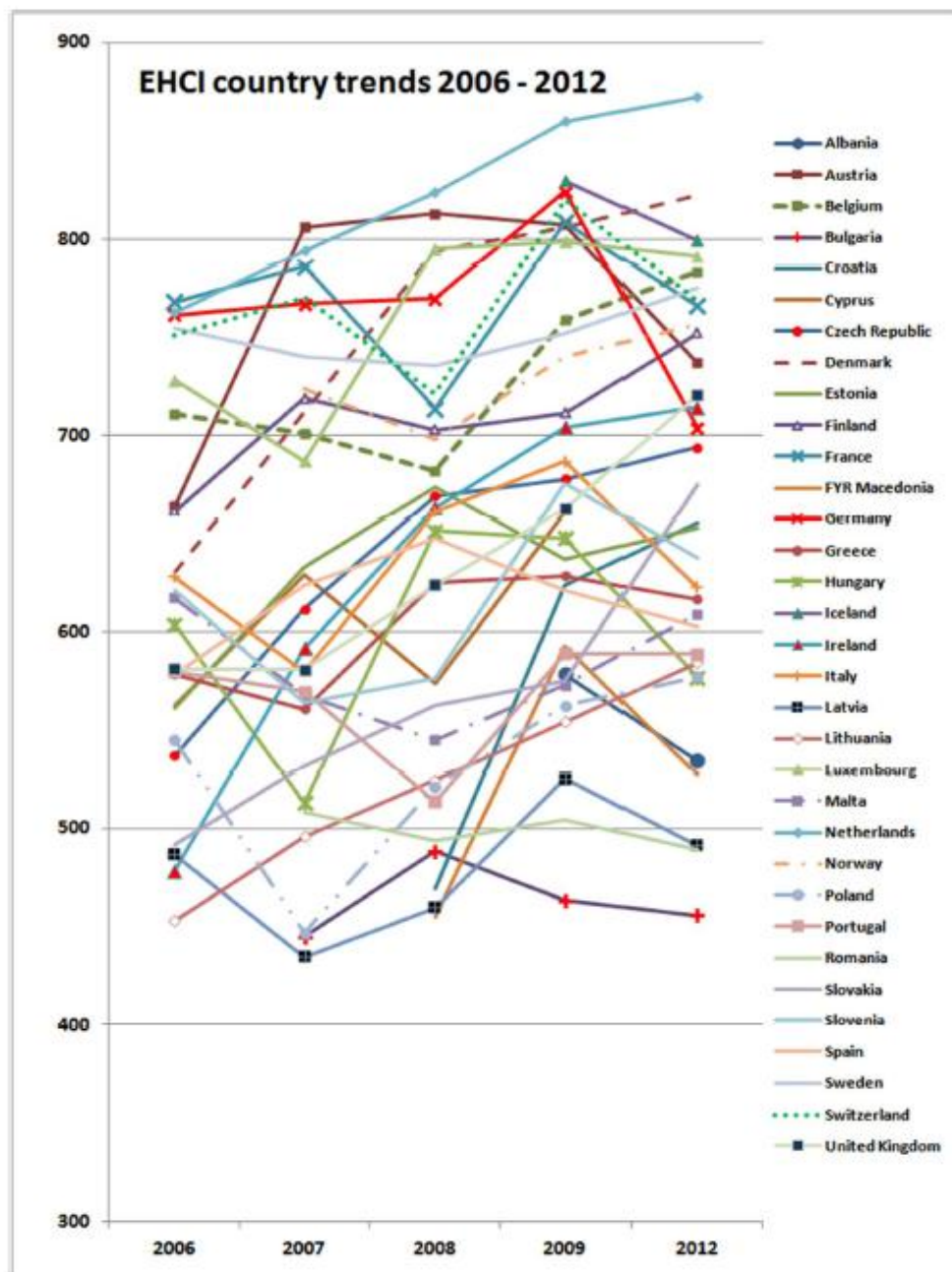
- Έχει μία πληθώρα παρόχων ασφάλισης υγείας που δρουν κάτω από περιβάλλον ελεγχόμενου ανταγωνισμού, ξεχωριστά από τα νοσοκομεία
- Έχει μία από τις καλύτερες και πιο δομημένες ρυθμίσεις για τη συμμετοχή των ασθενών στην οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης
- Έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει σε μεγάλο βαθμό ένα από τα πιο σημαντικά αδύναμά της σημεία: την προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας με τη δημιουργία 160 κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης με ιατρεία που λειτουργούν κάθε μέρα όλο το 24ωρο. Δεδομένου του σχετικά μικρού

μεγέθους της χώρας, η προαναφερθείσα ενέργεια δίνει τη δυνατότητα εύκολης και γρήγορης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη στον καθένα κάτοικο

- Οι λειτουργικές αποφάσεις λαμβάνονται κατά κύριο λόγο από επαγγελματίες ιατρούς με τη συμμετοχή των ασθενών, εξαλείφοντας έτσι τη γραφειοκρατία και τη λήψη αποφάσεων από άτομα που δεν είναι τόσο κατάλληλα

Στη συνέχεια ακολουθεί διάγραμμα που απεικονίζει τις τάσεις στις χώρες για το χρονικό διάστημα 2006-2012. Εμφανίζεται λοιπόν ο αντίκτυπος των μεταρρυθμίσεων και των αλλαγών που γίνονται στο σύστημα υγείας κάθε χώρας όσον αφορά στη φιλικότητα του συστήματος προς τον ασθενή. Η πλειοψηφία των χωρών εμφανίζει ανοδική τάση ειδικότερα στο διάστημα 2006-2009, ενώ στο διάστημα 2009-2012 παρατηρείται μία πτώση για αρκετές χώρες που ενδεχομένως να οφείλεται στην οικονομική κρίση και την προσπάθεια κάθε χώρας να περικόψει τις δαπάνες της, μειώνοντας αναγκαστικά την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα του συστήματος υγείας της. Η Ολλανδία ακολουθεί ανοδική τάση από το 2006 που άρχισαν να εφαρμόζονται οι μεταρρυθμίσεις, ενώ από τα μέσα του 2007 και έπειτα εκτινάσσεται στην κορυφή, ξεπερνώντας όλες τις υπόλοιπες χώρες της έρευνας. Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι το σύστημα υγείας της Ολλανδίας έχει αποκτήσει ανθεκτικότητα και δεν επηρεάζεται εύκολα από λοιπούς παράγοντες, για το λόγο αυτό και παραμένει σταθερά εντός των πρώτων χωρών στον Ευρωπαϊκό Πίνακα Κατάταξης Υγείας τα τελευταία έτη.

Διάγραμμα 3.12: Διάγραμμα που απεικονίζει τις τάσεις ανά χώρα για το χρονικό διάστημα 2006-2012



Πηγή: Euro Health Consumer Index 2012, World Consumer Powerhouse

Ο διευθυντής Έρευνας του Health Care Powerhouse, Dr. Arne Bjornberg, σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας- Πίνακα του 2009 αναφέρει ότι: «Καθώς η Ολλανδία συνεχίζει το προβάδισμα ανάμεσα στις χώρες με τις καλύτερες επιδόσεις, οι δείκτες δείχνουν ότι πρέπει να έχει βρει μία πετυχημένη προσέγγιση που συνδυάζει τον ανταγωνισμό για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών εντός ενός

ρυθμιστικού πλαισίου. Έχει μεριμνήσει από τα αρχικά στάδια του συστήματος υγείας της για τη δημιουργία μίας σειράς από εργαλεία πληροφόρησης που τονώνουν την ενεργή επιλογή των καταναλωτών με αποτέλεσμα αυτή η δύναμη που έχουν αποκτήσει οι ασθενείς να αποδίδει σε πολλούς τομείς».

Είναι ξεκάθαρο λοιπόν ότι η Ολλανδία έχει θέσει τα πρότυπα για μία ευρωπαϊκή μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας κάθε χώρας, αφού από την έναρξη των μεταρρυθμίσεων το 2006 μέχρι τώρα έχει σημειωθεί ραγδαία ανάπτυξη και βελτίωση. (Daley Claire and Gubb James, (2011)), (GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals, JD de Jong, H Verkleij, (2010)), (Pauline Vaillancourt Rosenau, Christiaan J. Lako, (2008)), (Health Consumer Powerhouse, (2009), Press Release), (Health Consumer Powerhouse, (2012), Euro Health Consumer Index 2012).

3.6 Συμπεράσματα τρίτου κεφαλαίου – Προτάσεις για βελτίωση

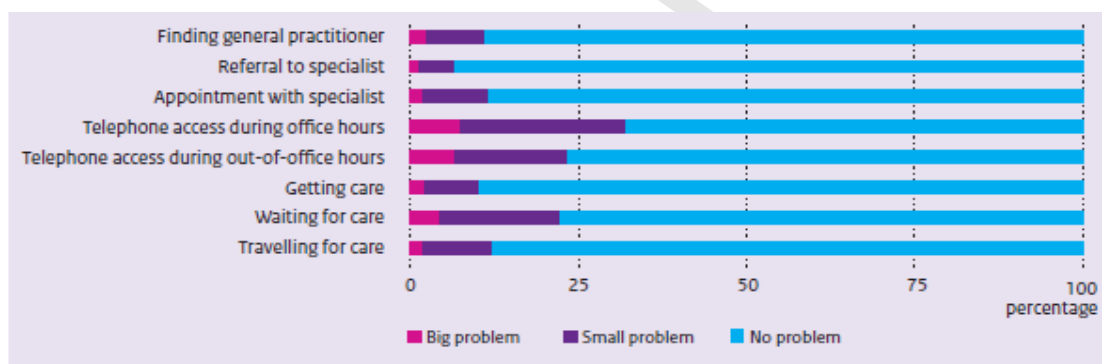
Η Ολλανδία έχει καταφέρει, συγκριτικά με το παρελθόν, να εξασφαλίσει καλύτερη ισορροπία μεταξύ κόστους και οφέλους στην προσπάθειά της να διασφαλίσει μία πιο άμεση και ποιοτική προσβασιμότητα στη φροντίδα υγείας στην παρούσα αλλά και στις μελλοντικές γενεές. Ωστόσο, παρόλο που το σύστημα υγείας της Ολλανδίας εμφανίζεται συγκριτικά καλύτερο και πιο ποιοτικό σε σχέση με αυτό άλλων χωρών, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν επιδέχεται βελτιώσεις σε κάποια αδύναμα σημεία του. Άλλωστε, η ολλανδική κυβέρνηση καθώς και οι κάτοικοι έχουν υψηλές απαιτήσεις, προσδοκώντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα σε ένα λογικό κόστος.

- Ένας από τους τομείς που χρειάζεται βελτίωση είναι οι χρόνοι αναμονής καθώς και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών. Παρόλο που όπως αναφέραμε και στην προηγούμενη ενότητα η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες είναι πολύ ικανοποιητική, υπάρχουν συγκεκριμένοι τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί, ένα αρκετά σημαντικό πρόβλημα είναι η τηλεφωνική προσβασιμότητα στους οικογενειακούς ιατρούς, τόσο εντός όσο και εκτός των ωρών γραφείου τους. Χαρακτηριστικό είναι ότι περίπου το ένα τρίτο των κλήσεων έκτακτης ανάγκης δεν απαντάται εντός του προβλεπόμενου μέσου χρόνου των 30 δευτερολέπτων. Ακόμη, περίπου το 25% των περιπτώσεων ασθενών που επισκέπτονται εξωτερικά

ιατρεία νοσοκομείων αναφέρουν ότι ο χρόνος αναμονής ξεπερνάει το πρότυπο που έχει τεθεί.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η αδυναμία του υπάρχοντος συστήματος, είναι εξαιρετικά χρήσιμο να δοθεί προτεραιότητα ώστε να προσληφθεί το απαραίτητο προσωπικό και να συμπληρωθούν οι κενές θέσεις εργασίας που προκαλούν τα παραπάνω προβλήματα, καθώς εάν συνεχίζουν να υφίστανται στο μέλλον θα σημειωθούν σοβαρά προβλήματα προσβασιμότητας στους ασθενείς.

Διάγραμμα 3.13: Ποσοστό ασθενών που αντιμετώπισαν προβλήματα στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, 2008



(Source: CKZ / NIVEL, 2010)

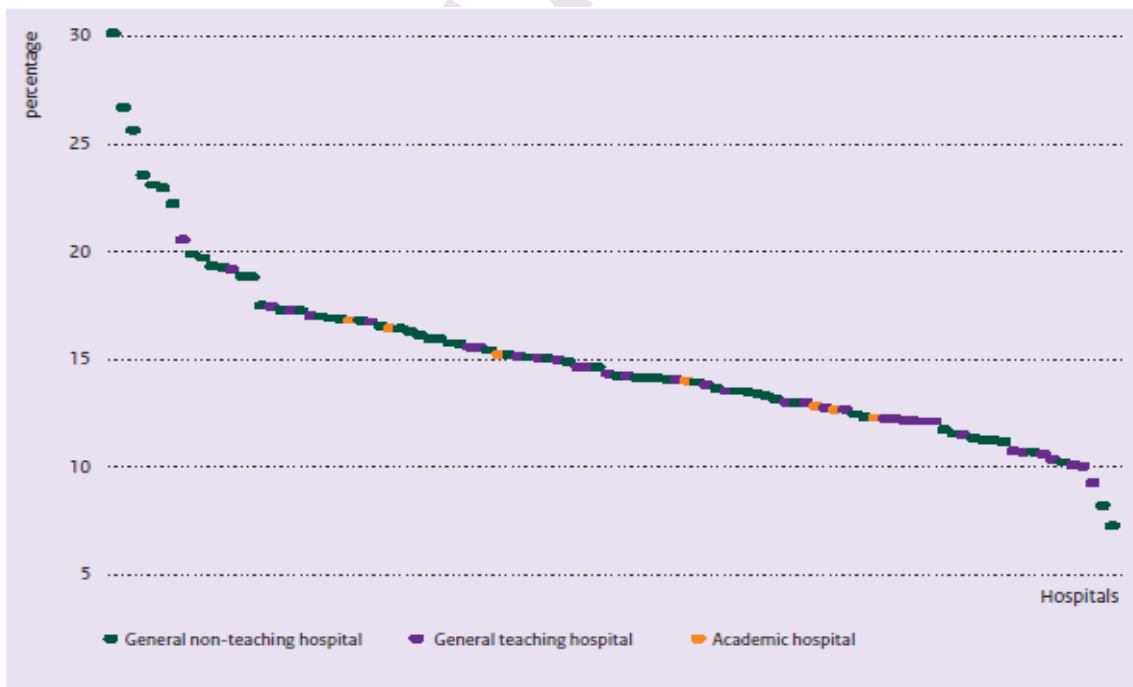
- Επιπροσθέτως, παρατηρείται μεγάλη διακύμανση στην τιμή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο κλάδος των παθολόγων στον οποίο παρατηρείται το φαινόμενο άλλοι ιατροί να συνταγογραφούν με μεγαλύτερη ευκολία φαρμακευτικά σκευάσματα σε σχέση με άλλους συναδέλφους τους οι οποίοι είναι πιο φειδωλοί. Τονίζουμε στο σημείο αυτό η Ολλανδική κυβέρνηση έχει θεσπίσει σαφείς επαγγελματικές οδηγίες, αναφορικά στον περιορισμό του όγκου των φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς. Αντίστοιχη διαφοροποίηση παρατηρείται και στο ύψος των αμοιβών των οικογενειακών ιατρών για τις παροχές που προσφέρουν.

Προς αντιμετώπιση του ανωτέρου ζητήματος, θα μπορούσε να τεθεί σε ισχύ κάποιος μηχανισμός ελέγχου της ορθότητας των ενεργειών των ιατρών με

χρήση κινήτρων- επιβραβεύσεων αλλά και σχετικών κυρώσεων για αποφυγή ακραίων διαφοροποιήσεων από τον αντίστοιχο μέσο όρο.

- Ένα ακόμη χαρακτηριστικό παράδειγμα στο οποίο θα πρέπει να εστιάσουμε είναι η διαφοροποίηση των ποσοστών απρογραμματίστων καισαρικών τομών σε γυναίκες με προφίλ χαμηλού κινδύνου στα διάφορα νοσοκομεία της χώρας. Πιο αναλυτικά, όπως παρατηρούμε σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στο διάστημα 2004-2008, στο κατωτέρω διάγραμμα τα ποσοστά των καισαρικών τομών κυμαίνονται σημαντικά από 7% έως 30%, ανάλογα με τον τύπο του νοσοκομείου (πανεπιστημιακό νοσηλευτικό ίδρυμα, νοσηλευτικό ίδρυμα με εκπαιδευτικό ή μη χαρακτήρα). Παράγοντες όπως ο χαρακτήρας του νοσηλευτικού ιδρύματος, η εξειδίκευση του ιατρικού προσωπικού, η τεχνολογία του ιατρικού εξοπλισμού, η εφαρμογή καινοτόμων μεθόδων αλλά και η συνεργασία με ιατρικά τμήματα πανεπιστημιακών σχολών επηρεάζουν καθοριστικά την επιτυχία ενός φυσιολογικού τοκετού.

Διάγραμμα 3.14: Ποσοστό απρογραμματίστων καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες χαμηλού προφίλ κινδύνου, 2004-2008



(Source: Stichting Perinatale Registratie Nederland)

Γενικεύοντας αυτό το παράδειγμα, κατανοούμε ότι τα ανωτέρω ισχύουν όχι αποκλειστικά για τις καισαρικές τομές, αλλά για το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων.

- Το σύστημα χρηματοδότησης του τομέα υγείας της Ολλανδίας θεωρείται σε μεγάλο βαθμό επιτυχημένο, καθώς το ονομαστικό ασφαλιστρο που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι και η παράλληλη χρήση συμμετοχών και εκπιπτόμενων ποσών βοηθάει στη μείωση του συνολικού κόστους. Ακόμη, βοηθάει στην αντίληψη και συνειδητοποίηση των καταναλωτών σχετικά με το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και γενικά της ασφάλισης υγείας τους.

Προκειμένου να έχουμε ακόμη μεγαλύτερο περιορισμό του κόστους υγείας, θα μπορούσε να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην επιμόρφωση των ασφαλισμένων μέσω σεμιναρίων και τηλεοπτικών ενημερώσεων σχετικά με την ευαισθητοποίησή τους απέναντι στο κόστος των ιατρικών υπηρεσιών και στον περιορισμό της άσκοπης-χωρίς πραγματικής ουσίας χρήσης αυτών. Με αυτό τον τρόπο θα είναι δυνατή η διατήρηση των ασφαλιστρων σε χαμηλότερα επίπεδα αλλά και η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών από τις ασφαλιστικές εταιρίες, υπό τον φόβο της απώλειας μέρους του πελατολογίου λόγω της καλύτερης πληροφόρησης των ασφαλισμένων.

- Αν και η μετάβαση στο νέο σύστημα υγείας προκάλεσε λιγότερα έξοδα από ότι αρχικά είχε προβλεφθεί, υπάρχει ανησυχία όσον αφορά στα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει η ανησυχία ότι οι φορολογικές ελαφρύνσεις που δικαιούνται τα άτομα αυτά μπορεί να χρησιμοποιηθούν για άλλο σκοπό από την πληρωμή των ασφαλιστρων τους.

Στην περίπτωση αυτή, το χρηματικό ποσό που χορηγείται στους χαμηλόμισθους ασφαλισμένους θα μπορούσε να αποδίδεται στον ασφαλισμένο με την προσκόμιση της σχετικής απόδειξης πληρωμής ασφαλιστρων.

- Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ασφαλισμένοι φαίνεται να χρησιμοποιούν πλήρως το δικαίωμα που έχουν για αλλαγή ασφαλιστικής εταιρίας μία φορά ανά έτος, αφού το 2006 το 30% των ασφαλισμένων χρησιμοποίησε το εν λόγω δικαίωμα. Παρόλη την προσπάθεια της κυβέρνησης για προώθηση της ελεγχόμενης ανταγωνιστικότητας με σκοπό να διασφαλίσει την καινοτομία και την ποιότητα στο σύστημα υγείας της, πολλοί από τους ασφαλισμένους φαίνεται να χρησιμοποιούν το δικαίωμα αλλαγής ασφαλιστικής εταιρίας κυρίως λόγω διαφορών που εντοπίζουν στο επίπεδο των τιμών των ασφαλιστρών και όχι λόγω διαφορών στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, θα πρέπει να υπάρξει άμεση βελτίωση των συστημάτων πληροφόρησης των ασφαλισμένων ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει κάθε ασφαλιστική εταιρία ώστε οι αποφάσεις τους να μην επηρεάζονται κατά κύριο λόγο από το κόστος των ασφαλιστρών.

- Ακόμη, η δυνατότητα επιλογής που έχει δοθεί στους ασφαλισμένους έχει αυξήσει σημαντικά τον ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών, με αποτέλεσμα πολλές να είναι αδύνατο να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους και, είτε να κλείνουν, είτε να συγχωνεύονται με άλλες. Με τον τρόπο αυτό έχει μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιριών που δραστηριοποιούνται στην Ολλανδία και επομένως έχει δημιουργηθεί μεγάλη ανησυχία για ανάπτυξη μονοπωλιακών συμφερόντων.

Προκειμένου να προληφθεί μία τέτοια ενέργεια, θα ήταν πολύ γόνιμη η προσέλκυση ξένων μεγάλων ασφαλιστικών εταιριών στη χώρα με συγκεκριμένη πολιτική που θα διασφαλίζει τη διατήρηση των ισορροπιών του αποτελεσματικού ανταγωνισμού. Σε διαφορετική περίπτωση, η προσέλκυση ξένων ασφαλιστικών εταιριών θα μπορούσε να αποβεί μοιραία απόφαση καθώς θα μπορούσε να αποδυναμώσει τις εγχώριες ασφαλιστικές δυνάμεις ή να τις αναγκάσει να βρουν άλλα κριτήρια επιλογής του πελατολογίου τους.

- Τέλος, το νέο σύστημα χαρακτηρίζεται από μείωση της γραφειοκρατίας συγκριτικά με το προηγούμενο κατά 25%. Ωστόσο, υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης μέσω της καλύτερης και απευθείας συνεργασίας των κρατικών υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία, των ασφαλιστικών εταιριών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, μέσω μίας κοινής βάσης δεδομένων στην οποία θα έχουν πρόσβαση όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.

Όλες οι μεταρρυθμίσεις που έχουν τεθεί σε ισχύ τα τελευταία έτη δεν είναι αποτέλεσμα βιαστικών κινήσεων και αποφάσεων, αλλά αποτέλεσμα διαβουλεύσεων, συζητήσεων, ερευνών και προσπαθειών πολλών ετών για την επίτευξη ενός συστήματος που χαρακτηρίζεται από πολλούς για την ευρωστία και τη σαφήνειά του. Πρωταρχικός στόχος του είναι η προώθηση του ελεγχόμενου ανταγωνισμού και η παροχή κυριαρχικού ρόλου στον καταναλωτή, με αποτέλεσμα να είναι ικανό να παρέχει προσιτή, αποτελεσματική και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους.

Το σαφές μήνυμα που προκύπτει είναι ότι όλοι πρέπει να μάθουμε από τους Ολλανδούς πρωταθλητές πώς να χτίσουμε μία ποιοτική υγειονομική περίθαλψη (value-for-money). Η μεταρρύθμιση του 2006 του συστήματος υγείας της Ολλανδίας αποτελεί ένα ζωντανό παράδειγμα για άλλες χώρες που επιθυμούν να αποφύγουν τη γραφειοκρατία που ταλαιπωρεί τους ασθενείς στις περισσότερες χώρες. Ακόμη, γίνεται αντιληπτό ότι, παρότι είναι αρκετά δύσκολο, είναι εφικτή η σταδιακή διακοπή του μονοπωλίου που κατέχει το σχέδιο δημόσιας ασφάλισης υγείας, προς όφελος των ασφαλισμένων και των παρόχων φροντίδας υγείας, καθώς οι ασφαλισμένοι αποκτούν μεγαλύτερη και πιο ενεργή δυνατότητα επιλογής και δράσης και οι πάροχοι δεν έρχονται αντιμέτωποι με μονοπωλιακές αμοιβές συστημάτων.

Ωστόσο, το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων είναι αρκετά σύντομο, οπότε θα πρέπει να παραμείνουμε σε αναμονή για να εξετάσουμε και τα μακροχρόνια αποτελέσματα από την εφαρμογή των προαναφερθέντων μεταρρυθμίσεων και τη συνολική εκτίμηση και αποτελεσματικότητά τους.

Ας ελπίσουμε ότι τα καινοτόμα και πρωτοποριακά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Ολλανδίας θα αποτελέσουν αντικείμενο εξέτασης και παραδειγματισμού για πολλές χώρες, ώστε όλοι οι ευρωπαίοι πολίτες να απολαμβάνουν ίσα δικαιώματα στην παροχή υγείας.

(Pauline Vaillancourt Rosenau, Christiaan J. Lako, (2008)), (Daley Claire and Gubb James, (2011)), (GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals, JD de Jong, H Verkleij, (2010)), (Health Consumer Powerhouse, (2012), Euro Health Consumer Index 2012)

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Συμπεράσματα

Ολοκληρώνοντας αυτή την εργασία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η υγεία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της εκάστοτε πολιτικής της κυβέρνησης σε κάθε χώρα. Οι πολίτες προσδοκούν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο παροχών στο μικρότερο δυνατό κόστος. Από την άλλη μεριά το κράτος προσπαθώντας να συνδυάσει μια σειρά παραγόντων καλείται να πάρει αποφάσεις που θα καθορίσουν την πορεία τόσο της δημόσιας όσο και της ιδιωτικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η κάθε χώρα, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που την ξεχωρίζουν, την κουλτούρα και την οικονομική της ευρωστία έχει λύσει ή τουλάχιστον προσπαθήσει να επιλύσει το ζήτημα αυτό με πιο αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο. Αν θελήσουμε να είμαστε ρεαλιστές θα πρέπει να αποδεχθούμε ότι οι πολίτες ποτέ δεν θα είναι απόλυτα ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας της χώρας τους. Συνεχώς θα προκύπτουν νέες ανάγκες, οι οποίες θα απαιτούν την κάλυψή τους ενώ βάσει των δημογραφικών μελετών που γίνονται ανά την υφήλιο ο αριθμός των ηλικιωμένων θα παρουσιάζει συνεχή αύξηση.

Η Ολλανδία αποτελεί τον φωτεινό φάρο μεταξύ των χωρών γιατί έχει επιτύχει να χαράξει τον δρόμο και να δώσει μια νέα διάσταση στον τρόπο οργάνωσης και υλοποίησης ενός συστήματος υγείας αντάξιο των προσδοκιών των πολιτών της. Στις σελίδες αυτής της εργασίας αναλύσαμε τόσο το σύστημα περίθαλψης που ίσχυε στην εν λόγω χώρα έως το 2006, όσο και τις ιδιαίτερες συνθήκες που την οδήγησαν σε μια σειρά ριζικών μεταρρυθμίσεων. Η μορφή που έχει σήμερα το σύστημα περίθαλψης των πολιτών θα μπορούσε να πει κανείς ότι έχει επιλύσει μια πληθώρα προβλημάτων που αρχικά είχαν παρατηρηθεί.

Ωστόσο, ο εφησυχασμός ποτέ δεν οδήγησε σε καλά αποτελέσματα. Ακόμη και ένα σύστημα υγείας τόσο επιτυχημένο όσο αυτό της Ολλανδίας, δεν παύει να παρουσιάζει τρωτά σημεία και αδυναμίες που χρήζουν περαιτέρω αξιολόγησης και αντιμετώπισής τους. Η διαρκής προσπάθεια για βελτίωση, η υλοποίηση νέων μεταρρυθμίσεων και την ανάπτυξη καινοτομιών αποτελεί την υγιή εξέλιξη του κάθε συστήματος.

Η περίθαλψη θα μπορούσε να παραλληλιστεί με ένα ζωντανό οργανισμό. Η στασιμότητα και η αδράνεια με σιγουριά θα οδηγούσαν στην παρακμή και στον μαρασμό του. Η διαρκής όμως ανανέωση, η προσπάθεια για τη δημιουργία ενός συστήματος υγείας που θα είναι για τον πολίτη, όχι σαν αόριστη έννοια, αλλά σαν την υψηλότερη αξία που οφείλουμε να προστατεύσουμε, θα πρέπει να αποτελεί όραμα και στόχο της κάθε κοινωνίας.

Στην Ελλάδα βρισκόμαστε εν μέσω ραγδαίων αλλαγών. Ανατροπές σε κάθε επίπεδο, οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό, καθημερινά μας θυμίζουν ότι τα πάντα επιδέχονται αλλαγών. Ο τομέας της υγείας έχει δεχθεί μεγάλο πλήγμα λόγω του περιορισμού των σχετικών κονδυλίων αλλά και την γενικότερη αδράνεια του κρατικού μηχανισμού. Είναι στο χέρι μας να χρησιμοποιήσουμε το παράδειγμα της Ολλανδίας και να εξετάσουμε κατά πόσο θα μπορούσαμε να προσαρμόσουμε αυτό στην ελληνική πραγματικότητα.

Όραμά μας πρέπει να είναι η δημιουργία των προϋποθέσεων για ένα σύστημα υγείας, αποτελεσματικό και βιώσιμο όχι μόνο στο παρόν αλλά και στο μέλλον. Ας αποτελέσει η εργασία αυτή ένα μικρό λιθάρι στην προσπάθεια αυτή και ας βρει αξιους συνεχιστές του έργου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- André den Exter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse, (2004), Health Care Systems in Transition, Netherlands, 2004.
- Anell Anders, Willis Michael, (2000), International comparison of health care systems using resource profiles, Bulletin of the World Health Organization, Vol. 78:6, pp. 770-778.
- Barros Pita Pedro, 2000, Cream-skimming, incentives for efficiency and risk adjustment, <http://129.3.20.41/eps/mac/papers/0004/0004064.pdf>
- CKZ, Centrum Klantervaring Zorg / NIVEL. Jaarrapportage klantervaringen in de zorg 2009. Utrecht: CKZ/NIVEL, 2010.
- Commonwealth Fund (<http://www.commonwealthfund.org/>)
- Commonwealth Fund, June 2010, International Profiles of Health Care Systems.
- Council Directive 92/49/EEC (18 June 1992), www.europa.eu
- Cremer, H. and P. Pestieau, (2003), Social Insurance Competition between Bismarck and Beveridge, Journal of Urban Economics, Vol. 54, pp. 181–96.
- Daley Claire and Gubb James, (2011), Healthcare Systems: The Netherlands, CIVITAS.
- Daley Claire and Gubb James, (11/2007), Health Reform in The Netherlands, CIVITAS Institute for the Study of Civil Society 2007, www.civitas.org.uk/nhs/netherlands.pdf
- Damman OC et al. (2006). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: Meting 2006 voor www.kiesBeter.nl [Experiences of insured persons with health care and health care insurers: measurement 2006 for www.kiesBeter.nl]. Utrecht, Netherlands, Institute for Health Services Research (NIVEL)
- Davis, K., Schoen, C., Stremikis, K., (2010), Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, Commonwealth Fund.

- De Boer D et al. (2007). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekeringen, meting 2007 [Experiences of insured persons with, health care and health care insurance: CQ-index Health Care and Health Care Insurers, measurement 2007]. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL)
- De Bruin A, Verweij G, van Wieren S (2008). Hoe groot is het gebruik en neemt het toe of af? [How great is the use and does it increase or decrease?] In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid [Public health status and forecasts report, national compass of public health]. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) (http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o8230n20626.html, accessed 22 September 2008).
- Dougherty Adam, (2008), International Health Care System Comparisons, ITUP.
- Economou Charalambos, (2009), Greece, Health System Review, Health Systems in Transition, Vol. 12 No 7.2010, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Griffith, J., (1966), Central Department and Local Authorities, London, Allen and Unwin.
- Grol R, Faber M (2007). Commonwealth Fund international health policy survey: Onderzoek onder consumenten en patiënten in 7 landen [Research among consumers and patients in seven countries]. Nijmegen, Centre for Quality of Care Research (WOK).
- GP Westert, MJ van den Berg, SLN Zwakhals, JD de Jong, H Verkleij, (2010), Dutch Health Care Performance Report 2010.
- Hassenteufel Patrick, Palier Bruno, (2006), Comparing health insurance reforms in Bismarckian countries: from path dependent to path breaking changes?, Conference: 'A long goodbye to Bismarck? the politics of welfare reforms in continental Europe', Harvard University, 16/17 June, 2006.
- Health Consumer Powerhouse, (2012), EP seminar, www.healthpowerhouse.com

- Health Consumer Powerhouse, (2009), Press Release, www.healthpowerhouse.com
- Health Consumer Powerhouse, (2012), Euro Health Consumer Index 2012, www.healthpowerhouse.com
- Helderman Jan-Kees, (2011), Health reform in England – Views from a Dutch perspective, Radboud University Nijmegen.
- Hendriks M et al. (2005). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: Consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl [Experiences of insured persons with health care and health care insured persons: consumer information for www.kiesBeter.nl]. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL).
- Hendriks M et al. (2008). De CQ-index: vergelijken van klantervaringen in de zorg: Achtergronddocument bij de Jaarrapportage in de Zorg 2007 van het Centrum Klantervaring Zorg [The CQ-index: comparing consumer experiences in health care: background document of the Annual Report on Health Care 2007 of the Dutch Centre for Consumer Experience in Health Care]. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL).
- HMSO (1988) Community Care: Agenda for Action (The Griffiths Report), London, HMSO.
- HMSO (1989a) Caring For People: Community Care in the Next Decade and Beyond, Government White Paper, London, HMSO.
- Kolmar, M. (2007), Beveridge versus Bismarck Public-pension Systems in Integrated Markets, Regional Science and Urban Economics, Vol. 37, pp. 649–69.
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2006), The new care system in the Netherlands, Ministry of Health, Welfare and Sport [Online]. Available: www.healthlaw.nl/healthcare_reform.pdf.
- Ministry of Health, Welfare and Sport, Ministry of Foreign Affairs (September 2009), Dutch Health Care. Available: www.minbuza.nl
- Ministry of Health, Welfare and Sport, (June 2008), Risk adjustment under the

Health Insurance Act in the Netherlands.

- Mossialos Elias, Thomson Sarah, Busse Reinhard, 2004, Voluntary health insurance in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mossialos Elias, Reinhard Busse, Josep Figueras, Martin McKee, Richard Saltman, (2010), Health Systems in Transition, Vol. 12 No. 1 2010, The Netherlands, Health System Review.
- Murray CJL, Frenk J. (2000), A framework for assessing the performance of health systems, Bulletin of the World Health Organization, Vol. 78, pp. 717–731.
- NIVEL. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2008. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Organization for Economic Cooperation and Development, OECD Health Data, (2009), Paris: OECD, Nov. 2009.
- Reitsma-van Rooijen M et al. (2008). Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, 2008 [Experiences of insured persons with health care and health care insurers: CQ-index of health care and health care insurers, 2008]. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL).
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Notitie over aanlevering Nederlandse gegevens over kwaliteit van zorg aan OECD. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Rosenau Pauline Vaillancourt, Christiaan J. Lako, (2008), An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System, pp. 1031-1055.
- Schabloski Kim Alyssa, (2008), Health care systems around the world, Insure the Uninsured Project, 38 pages.
- Schut, F., Van de Ven, W., (2011), Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?, Health Economics, Policy and Law, Vol. 6, pp. 109–123.
- Schut, T. F. and Van de Ven W., (2005), ‘Rationing and competition in the

Dutch health care system', *Health Economics*, 14: S59–S74.

- Thomson Sarah, Osborn Robin, Squires David, Reed Jane Sarah, (2011), *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund.
- Van Oers, 2003, *Health on Course? Key Messages from the 2002 Dutch Public Health Status and Forecasts Report*, Report number 270551003, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven
- WHO Regional Office for Europe (2009). *European Health for All database (HFA-DB)* [offline database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 12 October 2009).

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς