
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ**

Μπατάκης Δημήτριος

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

Πειραιάς, Έτος 2016

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ**

Μπατάκης Δημήτριος, Α.Μ.: ΔΥ/1433

Επιβλέπων: Χατζηδήμα Σταματίνα / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, Έτος 2016

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**COMPARISON OF HEALTH POLICIES IN GREECE AND
EUROPEAN UNION**

Batakis Dimitrios

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

Στην οικογένειά μου

Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν ενεργά στη διαμόρφωση αυτής της ερευνητικής εργασίας. Καταρχάς, εκφράζω ιδιαίτερες ευχαριστίες στην καθηγητριά μου Δρ. Σταματίνα Χατζηδήμα, η οποία με καθοδήγησε βήμα-βήμα μέσα από τις εβδομαδιαίες συναντήσεις μας. Ειλικρινά, δίχως την καθοδήγησή της, δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί αυτή η εργασία.

Ευχαριστίες, όμως, οφείλω να εκφράσω και στους γονείς μου στις δύσκολες οικονομικές συνθήκες, οι οποίοι μόχθησαν για να ανταπεξέλθουν, ώστε να καλύψουν τα έξοδα διαβίωσης και το κόστος των σπουδών μας.

Με επιφύλαξη παντός νομίμου δικαιώματος

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ

Σημαντικοί Όροι: Πολιτική Υγείας, Ελλάδα, Ευρωπαϊκή Ένωση, Δημόσια Υγεία

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα πραγματεύεται το ζήτημα της πολιτικής υγείας και κάνει αναφορά στις πολιτικές που διενεργούνται στην Ελλάδα και σε αυτές που λαμβάνουν χώρα σε κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως Μ. Βρετανία, Γερμανία, Ιταλία και Σουηδία. Αυτές οι χώρες έχουν διαπρέψει στον χώρο των πολιτικών υγείας και γι' αυτό και αναφέρονται. Κατόπιν, και αφού γίνει η αναφορά των πολιτικών, μπορεί ο καθένας να συγκρίνει τα συστήματα των χωρών αυτών με εκείνο της Ελλάδος. Επίσης, όσον αφορά την χώρα μας, αναφέρονται επίσης πληροφορίες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς και για το Εθνικό Σύστημα Υγείας γενικότερα. Ακόμα, αναγράφονται και μερικές ιδέες για την υγεία στην Ελλάδα σε βάθος 5ετίας. Αφού έχουν παρατεθεί λοιπόν οι πολιτικές υγείας της χώρας μας και εκείνες άλλων ευρωπαϊκών χωρών, τέλος επιχειρείται ο εξευρωπαϊσμός των εθνικών πολιτικών, που συγκλίνει στην προσέγγιση μίας διαδικασίας κατά την οποία τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. εφαρμόζουν ενιαίες πολιτικές.

COMPARISON OF HEALTH POLICIES IN GREECE AND EUROPEAN UNION

Keywords: Health policies, WHO, Bismarck system, Beveridge system, Primary health care

Abstract

This research deals with the issue of health policy, and makes reference to policies carried out in Greece and those that take place in the European Union countries, such as M. Britain, Germany, Italy and Sweden. These countries have excelled in the field of health policy and for this reason are reported. Then, after making the reporting of policies, people can compare the systems of these countries with those of Greece. Also, with regard to our country, also includes information about the Primary Health Care and the NHS in general. Still, given some ideas on health system in Greece in 5years depth. Once the health policies of our country have been cited, as well as those of the EU, finally it has been attempted a Europeanization of national policies, converging to approach a process in which the EU member states apply uniform policies.

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ **7**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Πολιτική Υγείας- Εννοιολογικές προσεγγίσεις και
χαρακτηριστικά**

2.1 Υγεία 2020 **10**

2.1.1 Ιατρικός Τουρισμός – Τάσεις και προκλήσεις **11**

2.2 Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα **15**

2.2.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας **17**

2.2.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Δεδομένα και προκλήσεις **34**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ευρωπαϊκή Ένωση και Υγεία

3.1 Η πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση **41**

3.1 Πεδία δράσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον Τομέα Υγείας **43**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Πολιτικές Υγείας στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής
Ένωσης**

4.1 Η Υγεία στη Μεγάλη Βρετανία **47**

4.2 Η Υγεία στη Γερμανία **51**

4.3 Η Υγεία στην Ιταλία **53**

4.4 Η Υγεία στη Σουηδία **59**

4.5 Σύγκριση των υπό μελέτη συστημάτων Υγείας **61**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο εξευρωπαϊσμός των πολιτικών υγείας στις μέρες μας	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συμπεράσματα	67
Βιβλιογραφία	71

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 2.1: Το Εννοιολογικό πλαίσιο των Συστημάτων Υγείας του ΠΟΥ.....	6
Εικόνα 2.2: Χάρτης Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδος	9
Εικόνα 2.3: Οι δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ το 2012.....	34
Εικόνα 2.4: Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας	36
Εικόνα 2.5: Οι εισροές του ΕΟΠΥΥ για το 2012	39
Εικόνα 3.1: Δράσεις της ΕΕ για τον τομέα της Υγείας.....	45
Εικόνα 4.1: Η δομή του Γερμανικού συστήματος Υγείας	51

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1: Κόστος μισθοδοσίας την περίοδο 2009-2011	18
Πίνακας 2.2: Σύγκριση Ιδιωτικής και Κοινωνικής ασφάλισης	20
Πίνακας 2.3: Αριθμός δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα το 2007.....	24
Πίνακας 2.4: Οι δαπάνες ανά άτομο για την Ελλάδα, την περίοδο 1999-2009.....	30
Πίνακας 2.5: Τα ταμεία που ενοποιήθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και ο πληθυσμός ασφαλισμένων αυτών	32
Πίνακας 2.6: Το προσωπικό του ΕΟΠΥΥ το 2012	33

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1: Η ποσοστιαία μεταβολή του εθνικού ακαθάριστου προϊόντος της Ελλάδος σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο του συνόλου των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.	16
Διάγραμμα 2.2: Ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης ως προς το Α.Ε.Π. της Ελλάδος την περίοδο	22
Διάγραμμα 2.3: Ποσοστό δαπανών υγείας ως προς το Α.Ε.Π. της Ελλάδος την περίοδο 2000-2009	23
Διάγραμμα 2.4: Ο αριθμός των ιατρών ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα, την περίοδο 2000-2008.....	25
Διάγραμμα 2.5: Ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα, την περίοδο 2000-2007	26
Διάγραμμα 2.6: Συγκριτικά διαγράμματα της Ελλάδος ως προς τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για την περίοδο 2000-2012.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΗΥγεία αποτελεί ένα βασικό συστατικό που επηρεάζει την ευημερία και ευτυχία των ανθρώπων. Αποτελεί, ακόμη, αναγκαία προϋπόθεση της κοινωνίας, ώστε να φθάσει στην επίτευξη των στόχων της. Το αγαθό της Υγείας, ως Κοινωνικό Αγαθό, επηρεάζεται από μία σειρά παραγόντων, κοινωνικές, φυσικές και οικονομικές συνθήκες των ανθρώπων. Η έννοια της Υγείας, πολύ συχνά, αποτελεί ανησυχία για τις εθνικές κυβερνήσεις των χωρών και η παγκοσμιοποίηση απαιτεί από αυτές να δώσουν τη δέουσα προσοχή στις διαδικασίες διαπραγμάτευσης των συνθηκών που επικρατούν διεθνώς. Συνεπώς, η αύξηση του πληθυσμού σε συνδυασμό με την δημογραφική γήρανσή του, επηρεάζουν άμεσα την κοινωνία και τις οικονομίες των κυβερνήσεων. Κι αυτό, διότι όπως γίνεται αντιληπτό, η δημογραφική γήρανση προκαλεί αναπόφευκτη αύξηση των δαπανών υγείας και κοινωνικής προστασίας (φαρμακευτικές δαπάνες, παροχή συντάξεων, κ.α.). Πράγματι, σήμερα, το μεγαλύτερο πρόβλημα των συστημάτων υγείας των χωρών αποτελεί η γήρανση του πληθυσμού, καθώς και η εξέλιξη της τεχνολογίας (βιοιατρικής και φαρμακευτικής). Κι αυτό αποτελεί πρόκληση όχι μόνο για τα συστήματα υγείας των χωρών, αλλά ακόμη και για τους ανθρώπους που διαχειρίζονται και παίρνουν αποφάσεις για την πορεία αυτών, τους ιατρούς, τους οικονομολόγους υγείας, τους μάνατζερ κ.α.

Τα οικονομικά της υγείας και το μάνατζμεντ μονάδων υγείας, έχουν αποκτήσει τεράστια σημασία τα τελευταία χρόνια, καθώς όλες σχεδόν οι κυβερνήσεις κάνουν προσπάθειες να συγκρατήσουν το κόστος, αλλά σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Κι αυτή είναι η πρόκληση που καλούνται, πλέον, να επιτύχουν. Άλλωστε, μην παραλείπεται, πως η υγεία δεν είναι μόνον ιατρική πράξη, αλλά περιπλέκεται και παράγεται και από πολλούς επαγγελματίες υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερο συχνά εφαρμόζονται πολιτικές, οι οποίες λίγο – πολύ έχουν παρόμοια αποτελέσματα μεταξύ των συστημάτων υγείας των χωρών. Οι περισσότερες πολιτικές αποφάσεις έχουν απώτερο σκοπό την μείωση του κόστους παραγωγής. Ορισμένες πολιτικές αποφάσεις ήταν οι ακόλουθες:

- α) Δόθηκε έμφαση στο επιστημονικό μάνατζμεντ

β) Δημιουργήθηκαν σχέδια μείωσης νοσοκομειακών υποδομών

γ) Αναπτύχθηκε, ιδιαίτερα, η πρόληψη της υγείας με την εφαρμογή δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

δ) Άρχισαν να λειτουργούν νέου τύπου υπηρεσίες, όπως η κατ'οίκον νοσηλεία (HomeCare) και τα χειρουργεία ημέρας (OneDaySurgery)

ε) Τέλος, μία ακόμη μεταρρύθμιση, αποτέλεσε η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και η κοστολόγηση τους (με την εισαγωγή, ειδικότερα, των DRG'S), καθώς επίσης, και η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων.

Από την άλλη, η άσκηση πολιτικής υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί δίχως τη γνώση των χαρακτηριστικών που διέπουν τον πληθυσμό που μελετάται. Τα χαρακτηριστικά αυτά θα δώσουν την κατάλληλη ώθηση, ώστε να δημιουργηθούν μεθοδολογικά εργαλεία, τα οποία με τη σειρά τους θα βοηθήσουν στο σχεδιασμό, εφαρμογή, παρακολούθηση και αξιολόγηση μιας στρατηγικής υγείας.

Κατά τη δεκαετία του '90, το ενδιαφέρον της Ε.Ε. και των ακαδημαϊκών για την ανάπτυξη του εξευρωπαϊσμού των εθνικών πολιτικών ήταν έντονο (Featherstone, 2003 και Vink, 2002). Σύμφωνα με τους Knill and Lehmkuhl, οι μηχανισμοί λειτουργίας του εξευρωπαϊσμού είναι τρεις: 1) Ο "θετικός" μηχανισμός που αφορά την τυπική μορφή του εξευρωπαϊσμού, 2) Ο "αρνητικός" μηχανισμός, ο οποίος αναφέρεται σε εκείνες τις κατευθύνσεις που έχουν σκοπό να καταργήσουν τους εθνικούς κανονισμούς, που επηρεάζουν αρνητικά την ολοκλήρωση της κοινής αγοράς και 3) Ο μηχανισμός που αναφέρεται στην επίδραση και μετατόπιση των ιδεών και αξιών των εγχώριων δρώντων.

Στον χώρο της Ευρωζώνης, η υγεία κατέχει υψηλό μερίδιο πολιτικών διαδικασιών και πεποιθήσεων. Ο εξευρωπαϊσμός έχει σημαντικές επιδράσεις στις εθνικές πολιτικές υγείας των κρατών-μελών της Ε.Ε. Από τις αρχές της δεκαετίας του '90, διαφαίνεται η τάση της Ε.Ε. να επιβάλει μία νέα κατεύθυνση για Συστήματα Υγείας των κρατών-μελών σε ότι αφορά τη δραστική μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας και την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας των χωρών αυτών(Αντωνοπούλου Λ. 2014, 60).

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η σύγκριση της πολιτικής υγείας μεταξύ διαφόρων κρατών-μελών της Ε.Ε. Αρχικά, επέλεξα την Ελλάδα γιατί η χώρα μας παρουσιάζει μια ιδιομορφία καθώς οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι από την γενική φορολογία (Beveridge) αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση(Bismarck).

Έπειτα, άλλη χώρα που επέλεξα είναι η Ιταλία, γιατί το Ιταλικό σύστημα υγείας ανήκει, από το 1979 που δημιουργήθηκε Εθνικό Σύστημα Υγείας, στην κατηγορία του μοντέλου Beveridge, το οποίο παρέχει δωρεάν υπηρεσίες σε κάθε δικαιούχο. Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο και οι αρχές κάθε περιφέρειας διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας.

Η άλλη μου επιλογή είναι η Αγγλία, επειδή το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και έκτοτε αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες. Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές. Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα, διαμέσου αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA). Οι LHA και τα fundholders αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες.

Μια άλλη περίπτωση χώρας είναι η Γερμανία. Το γερμανικό σύστημα Υγείας αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismarck, το οποίο ιδρύθηκε στη χώρα στα τέλη του 19ου αιώνα. Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία καταβάλλονται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά ιδιωτικές δαπάνες. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας και 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Το 50% των ασφαλισμένων στα Ταμεία Υγείας (κυρίως οι υψηλόμισθοι) μπορούν να επιλέξουν το ταμείο τους και το 40% αυτών μπορούν να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση. Την ευθύνη επενδύσεων κεφαλαίου στα δημόσια και ιδιωτικά

νοσοκομεία έχουν οι αρχές των 16 κρατιδίων, που διαχειρίζονται τους επιμέρους φορολογικούς προϋπολογισμούς. Η χρηματοδότηση των λειτουργικών δαπανών των νοσοκομείων προέρχεται επίσης από τα ταμεία υγείας και τις ιδιωτικές πληρωμές και καθορίζεται με βάση συμφωνηθέν νοσήλιο στο πλαίσιο σφαιρικών προοπτικών προϋπολογισμών. Η εισαγωγή στα νοσοκομεία γίνεται ύστερα από παραπομπή γενικού ή ειδικού γιατρού

Τέλος, η Σουηδία είναι μια σημαντική περίπτωση για την διεξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία στηρίζεται στο εθνικό σύστημα υγείας (μοντέλο Beveridge) με περιφερειακή οργάνωση, το οποίο χρηματοδοτείται κατά 78% από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 22% από ιδιωτικές πληρωμές.

Η ιδιωτική ασφάλιση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και η συμβολή της στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας δεν υπερβαίνει το 1% των δαπανών. Περίπου στο 20% των ιατρικών πληρωμών (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και οδοντιατρικών υπηρεσιών) συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής (co-payment).

Τόσο η χρηματοδότηση όσο και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, που συγκροτούνται σε 21 περιφερειακά και 289 δημοτικά συμβούλια. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες αποτελούνται συνήθως από ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κάθε τομέας πρωτοβάθμιας περίθαλψης χωρίζεται σε υποτομείς, που αντιστοιχούν στους επιμέρους δήμους της χώρας.

Η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τη δημόσια υγεία, την ιατρική έρευνα και τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

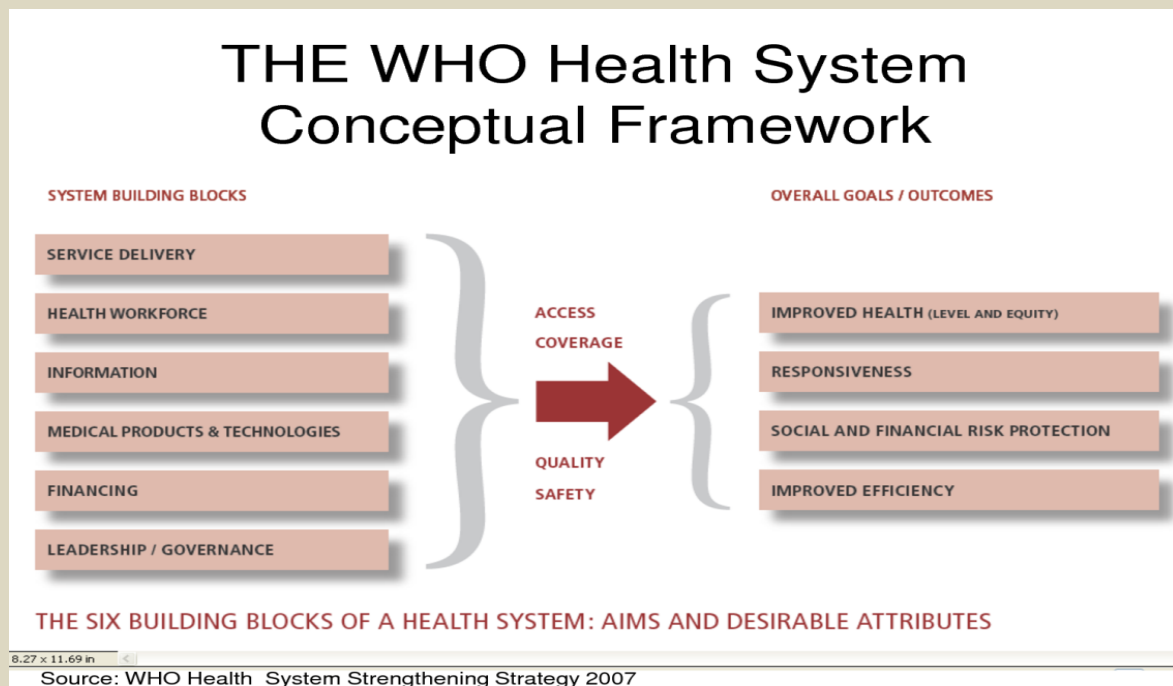
Πολιτική υγείας (health policy) ορίζεται το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει η WHO (WorldHealthOrganization) για την υγεία. Εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα των κρατικών πολιτικών (policies) κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές δομές (politics) και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά.

Η πολιτική υγείας δεν είναι εύκολη υπόθεση. Απαιτεί την εναρμόνιση πολλών επιστημών, για να υλοποιηθεί και να εφαρμοστεί σωστά. Για αυτό, πολλές φορές υπάρχουν ομάδες επιστημόνων που διερευνούν στοιχεία του πληθυσμού, αλλά και συμπληρωματικά στοιχεία αυτού, όπως οικονομικά, πολιτιστικά.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε το 19ο αιώνα. Διακρίνεται η πρώτη περίοδος 1910–1935, οπότε τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη, και ακολουθεί η περίοδος μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο, οπότε γίνεται προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων και επέκτασης των νοσοκομειακών μονάδων. Η μετά το 1980 περίοδος χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, ένταξης της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση εισήγαγε την έννοια του Εξευρωπαϊσμού, η οποία ενσωματώνεται και επιδρά τις εγχώριες πολιτικές των κρατών-μελών της. Αυτό διαφαίνεται ξεκάθαρα και στις πολιτικές υγείας που εφαρμόζουν οι χώρες-μέλη, όπως για παράδειγμα η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας, η σύσταση θεσμικών οργάνων που είχαν συσταθεί στην Ε.Ε. τα

προηγούμενα έτη κ.α. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα είναι ποικίλα, όπως η ολοκληρωτική ανάπτυξη της έννοιας και λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα, η επιτήρηση των εθνικών πολιτικών υγείας των κρατών-μελών, η αξιοκρατία στην επιλογή διοικητών κ.α. Από την άλλη μεριά, οι δράσεις της Ε.Ε. στον τομέα υγείας είναι αρκετές και συμπεριλαμβάνουν το κάπνισμα και την απαγόρευσή του, την κατανάλωση αλκοόλ, τις δράσεις για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στη δημόσια υγεία, τη σύσταση οργανισμού για την επιδημιολογική επιτήρηση των νοσημάτων κ.α. Η Ελλάδα, σε ό,τι αφορά την υιοθέτηση της αντικαπνιστικής πολιτικής, δεν έχει πετύχει στο μέγιστο. Η πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος εφαρμόστηκε, χωρίς όμως τακτικούς ελέγχους. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος αποτελεί η συνέχιση της καπνιστικής συνήθειας στους χώρους διασκέδασης και εστίασης. Αυτό συμβάλλει σε πολλές αρνητικές επιπτώσεις, με τις κυριότερες να αποτελούν την παροχή μεγάλου μέρους των δημοσίων πόρων για περίθαλψη των αρρώστων, την έξαρση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του καρκίνου, αλλά και τον αποκλεισμό των μη-καπνιστών από τους χώρους εστίασης.



Εικόνα2.1 : Το Εννοιολογικό πλαίσιο των Συστημάτων Υγείας του ΠΟΥ

Πηγή: WorldHealthOrganization 2007

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το έτος 1983, κατ' επιταγή του άρθρου 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών», ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983, με τον οποίο ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Με αυτόν τον ιδρυτικό νόμο ορίζονται οι ακόλουθες βασικές αρχές του ΕΣΥ: α) η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανήκει στο Κράτος, β) η παροχή αυτών των υπηρεσιών υγείας αφορά στο σύνολο των πολιτών, γ) η παροχή τους γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική του κατάσταση και δ) οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.

Το Ε.Σ.Υ ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ), η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Στις χώρες της Ε.Ε επικρατούν τα μεικτά συστήματα, με έμφαση στο εθνικό σύστημα υγείας (Beveridge) ή στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismark). Το σύστημα υγείας στη Ελλάδα αποτελεί συνδυασμό των παραπάνω συστημάτων, με χαρακτηριστικά τόσο του εθνικού συστήματος, όσο και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Κύριες πηγές χρηματοδότησης είναι τα ασφαλιστικά ταμεία και οι κρατικές επιχορηγήσεις. Χαρακτηριστικό του μεικτού συστήματος είναι η 'μειωμένη ανάπτυξη' σε σύγκριση με τις νότιες χώρες της Ευρώπης που ακολουθούν το σύστημα Beveridge. Αυτό οφείλεται στην αύξηση των δημοσίων δαπανών για την ανάπτυξη του σε σύγκριση με τα υπόλοιπα συστήματα. Επίσης, υψηλές δαπάνες υγείας και μειωμένες παροχές υγείας είναι ένα από τα χαρακτηριστικά του μεικτού συστήματος. Η δυσαναλογία οφείλεται στο γεγονός ότι οι χώρες με μεικτό σύστημα άρχισαν να αναπτύσσουν το εθνικό τους σύστημα υγείας σε μια περίοδο όπου η παγκόσμια οικονομία επέβαλλε όρια στις δημόσιες δαπάνες και περιόρισε τις δημόσιες υπηρεσίες. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παραμένει βαρυσήμαντος σε αυτές τις χώρες οι οποίες ήταν υπό ανάπτυξη.

Γίνεται αντιληπτό, ότι το μεικτό σύστημα φέρει τα θετικά και αρνητικά στοιχεία των προαναφερθέντων κυρίαρχων συστημάτων υγείας (Bismarck και Beveridge). Στην Ελλάδα

εφαρμόστηκε μεικτό σύστημα με κύριο πυλώνα στήριξης τον δημόσιο τομέα και επικουρικό και καταλυτικό τον ιδιωτικό, ιδιαίτερα σε διαγνωστικό επίπεδο και σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα εντοπίζουμε τρία υποσυστήματα υπηρεσιών υγείας, τα οποία δεν έχουν άμεση σχέση μεταξύ τους, ούτε διέπονται από τους ίδιους κανόνες λειτουργίας, οργάνωσης, χρηματοδότησης και ανάπτυξης. Τα υποσυστήματα αυτά είναι τα εξής: (α) το Ε.Σ.Υ, (β) υπηρεσίες δημοσίου εκτός του Ε.Σ.Υ και (γ) υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα.

Το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α) στηρίζονταν αρχικά σε δεκαεπτά περιφερειακά συμβούλια υγείας (Πε.Σ.Υ), τα οποία μειώθηκαν σε επτά υγειονομικές περιφέρειες (Υ.ΠΕ) (πρώην Πε.Σ.Υ.) και στις οποίες είχε ανατεθεί ο περιφερειακός σχεδιασμός υγείας. Στην Ελλάδα, το 2008, υπήρχαν 146 νοσοκομεία και 250 Κέντρα Υγείας (Κ.Υ) με χωρητικότητα περίπου 53000 κλίνες, ενώ επίσης, 1.400 περιφερειακά ιατρεία και εθνικά κέντρα άμεσης βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β) (κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα). Η χρηματοδότησή τους προέρχονταν κατά 75% από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατά 15% από την κοινωνική ασφάλιση ενώ το εργατικό δυναμικό την ίδια χρονιά ανέρχεται στους 73707 εργαζόμενους. Η διοικητική και λειτουργική διάρθρωση των νοσοκομείων στην Ελλάδα χωρίζεται σε τέσσερις υπηρεσίες: την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική. Οι υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας του δημοσίου περιείχαν: 28 γενικά νοσοκομεία (στρατιωτικά, ασφαλιστικών οργανισμών, ιδιωτικού δικαίου), 5.000 κλίνες (9% του συνόλου), 200 Πολυιατρεία (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α), άλλων ασφαλιστικών φορέων) και 300 Ιατρεία (Ι.Κ.Α., άλλων ασφαλιστικών φορέων, δημοτικά). Οι υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα περιείχαν: 250 μικρά κατά κανόνα νοσοκομεία και κλινικές, 14.000 κλίνες (26% του συνόλου), 350 διαγνωστικά κέντρα, 20.000 ιατρεία και εργαστήρια, 9.000 οδοντιατρεία και 8.000 φαρμακεία.



Εικόνα 2.2 : Χάρτης Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδος.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Ε.Σ.Υ στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

1. Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
2. Το Υ.Υ.Κ.Α είναι ο κύριος υπεύθυνος ανάπτυξης των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
3. Οι υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (Υ.Πε).
4. Η Π.Φ.Υ παρέχονται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς, από Κ.Υ και Π.Ι.
5. Παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας από τα πανεπιστημιακά ή γενικά νοσοκομεία.
6. Οι νοσοκομειακοί ιατροί είναι έμμισθοι, ενώ οι ιδιώτες ιατροί αμείβονται κατά πράξη.
7. Η αποζημίωση των νοσοκομείων χρηματοδοτείται από κρατικά φορολογικά έσοδα και από τις πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

Η ίδρυση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας προσέφερε πολλά σημαντικά πλεονεκτήματα στον ελληνικό πληθυσμό ως προς την υγειονομική του περίθαλψη. Η παροχή υπηρεσιών υγείας έγινε ισότιμη και προσβάσιμη σε όλους. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρείχε πλήρη κάλυψη σε όλο τον πληθυσμό. Αναπτύχθηκαν ιδιαίτερα τα νοσοκομειακά ιδρύματα, καθώς η ανάπτυξή του στηρίχτηκε σε αυτά. Ο πολίτης επωμίστηκε μικρό ποσό από το συνολικό κόστος της περίθαλψής του. Τέλος, αναπτύχθηκαν μαζικά προγράμματα αγωγής της υγείας με απώτερο σκοπό την βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Αντίστοιχα, δημιουργήθηκαν αρκετά προβλήματα και δυσλειτουργίες. Τα προβλήματα αυτά συσσωρεύτηκαν και διόγκωσαν την προβληματική του λειτουργία τα τελευταία χρόνια. Κυριότερο μειονέκτημα του Συστήματος είναι οι ιδιαίτερα αυξημένες δαπάνες που απαιτούνται για την λειτουργία του. Δεύτερον, λόγω της φύσης του, περιορίζεται αρκετά η δυνατότητα επιλογής ιατρού από τον ασθενή. Επιπλέον, δεν αναπτύχθηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την στιγμή που αναπτύχθηκαν οι δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας. Ένα ακόμα βασικό μειονέκτημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η ανισότητα που δημιουργείται λόγω γεωγραφικών κριτηρίων. Η επί ετών απουσία Υγειονομικού Χάρτη δημιούργησε πολλά οργανικά κενά, κυρίως σε περιφερειακές περιοχές. Τέλος, παρατηρήθηκε αύξηση των άτυπων πληρωμών προς το ιατρικό προσωπικό με αποτέλεσμα την αύξηση της διαφθοράς και την επιπρόσθετη επιβάρυνση των πολιτών.

Τα προαναφερθέντα μειονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας σχετίζονται με την φύση του αλλά κυρίως οφείλονται στην έλλειψη συντονισμού και κεντρικού στρατηγικού σχεδιασμού ανάπτυξης του Συστήματος.

2.1 ΥΓΕΙΑ 2020

Για την ανάπτυξη της υγείας μέσα στα ευρωπαϊκά πρότυπα παρατίθενται οι βασικοί στόχοι του προγράμματος «Υγεία 2020: Υγεία για την Ανάπτυξη», οι οποίοι είναι οι εξής:

- 1. Ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε επίπεδο Ε.Ε.**, με στόχο να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις πόρων, τόσο ανθρώπινων όσο και οικονομικών και να διευκολυνθεί η υιοθέτηση της καινοτομίας από τον τομέα της υγειονομικής

περίθαλψης, ούτως ώστε να υποστηριχθεί η ανάπτυξη καινοτόμων και βιώσιμων συστημάτων υγείας.

2. **Βελτίωση της πρόσβασης στην ιατρική εμπειρογνωμοσύνη** και ενημέρωση για ειδικά θέματα και πέρα από τα εθνικά σύνορα και ανάπτυξη κοινών λύσεων και κατευθυντήριων γραμμών για τη **βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών**, ούτως ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των πολιτών της Ε.Ε. σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.
3. **Εντοπισμός, διάδοση και προώθηση της υιοθέτησης βέλτιστων πρακτικών για οικονομικώς αποδοτικά μέτρα πρόληψης**, μέσω της αντιμετώπισης των κρίσιμων παραγόντων κινδύνου και συγκεκριμένα του καπνίσματος, της κατάχρησης οινόπνευματος και της παχυσαρκίας, όπως και του VIH/AIDS, με εστίαση στη διασυννοριακή διάσταση, με στόχο την πρόληψη των νόσων και την προαγωγή της καλής υγείας.
4. **Ανάπτυξη κοινών προσεγγίσεων** και απόδειξη της αξίας τους για τη βελτίωση της ετοιμότητας και του συντονισμού **σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας**, με στόχο την προστασία των πολιτών από διασυννοριακές απειλές υγείας.

2.1.1 Ιατρικός Τουρισμός – Τάσεις και προκλήσεις

Με την παγκοσμιοποίηση και την ταχεία ανάπτυξη των εναλλακτικών μορφών τουρισμού τα τελευταία χρόνια, η παραδοσιακή έννοια του τουρισμού έχει δει τεράστιες αλλαγές. Οι προηγμένες χώρες στον τομέα του τουρισμού έχουν συμπεριλάβει εναλλακτικές μορφές όπως χειμερινό τουρισμό, πολιτιστικό τουρισμό, θρησκευτικό τουρισμό, «πράσινο» τουρισμό και ιατρικό τουρισμό εκτός του παραδοσιακού καλοκαιρινού τουρισμού, επιτυγχάνοντας να επεκταθούν οι τουριστικές δραστηριότητές τους και τους δώδεκα μήνες του χρόνου.

Ιατρικός Τουρισμός αποκαλείται η έννοια ένας διαχείρισης ιατρικής ανάγκης που έχουν οι επισκέπτες, σε περίπτωση που βρίσκονται σε μία ξένη χώρα. Σε αυτή την περίπτωση, οι επισκέπτες – ασθενείς κατηγοριοποιούνται στις εξής κατηγορίες:

- α) Νεφροπαθείς
- β) Καρκινοπαθείς
- γ) Καρδιοπαθείς
- δ) Άτομα τρίτης ηλικίας.

Από την άλλη, ο Ιατρικός Τουρισμός περιλαμβάνει ως έννοια, τους ασθενείς που θέλουν να επιλέξουν μία συγκεκριμένη ιατρική υπηρεσία σε μία χώρα εξωτερικού. Οι πιο διαδεδομένες υπηρεσίες αυτής της κατηγορίας είναι οι εξής:

- α) Οφθαλμολογία
- β) Οδοντιατρική
- γ) Θεραπεία όγκου
- δ) Μεταμοσχεύσεις οργάνων, κ.α.¹

Ο ιατρικός τουρισμός αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές μορφές εναλλακτικού τουρισμού, λόγω των κοινωνικών, στρατηγικών και οικονομικών οφελειών για τη χώρα που τον προωθεί. Οι άνθρωποι έχουν διαφορετικούς λόγους για να πάνε σε μία χώρα του εξωτερικού και να διενεργήσουν τις ιατρικές θεραπείες τους. Οι κύριοι λόγοι όμως είναι το αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής σε κορεσμένα δημόσια συστήματα υγείας σε πολλές χώρες του κόσμου. Οι προαναφερθέντες λόγοι καθιστούν ιδιαίτερα ελκυστικές τις προτάσεις υγειονομικής περίθαλψης με υψηλή ποιότητα και ασφάλεια, οι οποίες υλοποιούνται με ταχύτητα και σε συμφέρουσα τιμή. Η τιμή αποτελεί την κινητήρια δύναμη του κλάδου. Το μέρος που επιθυμεί να μειώσει το κόστος είναι ο ασθενής, ο εργοδότης, μία κυβέρνηση ή ένας φορέας ασφάλισης. Η ανάγκη για εξοικονόμηση κόστους

¹ Σουλιώτης Κ. “ Η ανάπτυξη του Ιατρικού Τουρισμού στην Ελλάδα” Ξενοδοχειακό Επιμελητήριο της Ελλάδος

είναι ιδιαίτερα εμφανής για επεμβάσεις που δεν καλύπτονται πλήρως από τους ασφαλιστικούς φορείς στις ανεπτυγμένες χώρες, λόγω του ότι θεωρούνται ως επεμβάσεις ποιότητας ζωής ή κοσμητικής - για παράδειγμα, η εμφύτευση των ακουστικών βαρηκοΐας ή η επέμβαση αισθητικής στήθους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ασθενής επιβαρύνεται με τα έξοδα από προσωπικές αποταμιεύσεις του και οι δαπάνες αυτές μπορεί να είναι καταστροφικές. Στις Η.Π.Α, όπου πάνω από 40 εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν ασφάλιση υγείας, οι ιατρικές δαπάνες είναι μία από τις μεγαλύτερες αιτίες πτώχευσης των πολιτών. Ιστορικά, ο ιατρικός τουρισμός δέθηκε κυρίως με την αισθητική χειρουργική. Κατά συνέπεια, μία επέμβαση αισθητικής που συνδυαζόταν με spa, θεραπείες ευεξίας και διακοπές στην παραλία αποτελούσε μία υπηρεσία που ήταν εύκολο να προωθηθεί και να πουληθεί. Μετέπειτα, οι «ιατρικοί» τουρίστες αναζητούσαν οδοντιατρική θεραπεία. Οι προαναφερθείσες μορφές ιατρικού τουρισμού αποτελούν την εξω-νοσοκομειακή μορφή του ιατρικού τουρισμού, όπου απαιτείται νοσηλεία για λιγότερο από 24 ώρες. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία, ο ιατρικός τουρισμός έχει συνδεθεί με ένα ευρύ φάσμα επεμβάσεων και υπηρεσιών πολύ πιο πέρα από την αισθητική χειρουργική και την οδοντιατρική. Ο κατάλογος υπηρεσιών περιλαμβάνει ορθοπαιδικές επεμβάσεις εγχειρίσεις παράκαμψης στεφανιαίων (by pass), επεμβάσεις καταρράκτη ακόμη και επεμβάσεις νευροχειρουργικής και θεραπείας του καρκίνου (ενδο-νοσοκομειακός ιατρικός τουρισμός με νοσηλεία αρκετών ημερών ίσως και εβδομάδων).

Όπως γίνεται αντιληπτό, ο ιατρικός τουρισμός έχει μεγάλη δυναμική, ταχεία ανάπτυξη αλλά και τεράστιες απαιτήσεις. Στα πλαίσια μία εθνικής στρατηγικής και με την απαιτούμενη προώθηση από το Υπουργείο Υγείας ο κλάδος του ιατρικού τουρισμού θα μπορούσε να αποτελέσει τροχοπέδη ανάπτυξης για την χώρα μας. Για να επιτευχθεί αυτό όμως, θα πρέπει να διασφαλιστούν οι καθοριστικοί παράγοντες επιτυχίας του κλάδου:

- Διασφάλιση ποιοτικών και ασφαλών υπηρεσιών (με την καθιέρωση εξονυχιστικών ελέγχων πριν την αδειοδότηση επιχειρήσεων και υψηλού επιπέδου ανθρώπινου δυναμικού, υπηρεσιών και υποδομών). Μία απλή πιστοποίηση ISO δεν είναι αρκετή για την λειτουργία μονάδων ιατρικού τουρισμού.

- Διασφάλιση ταχύτατων διαδικασιών στις περιπτώσεις που απαιτείται (π.χ. επείγοντα περιστατικά, περιορισμένος χρόνος διαμονής).
- Συγκεκριμένη εστίαση σε επεμβάσεις και βοηθητικές υπηρεσίες, στις οποίες η χώρα μας μπορεί να φανεί ανταγωνιστική σε επίπεδο κόστους (απαιτείται έρευνα αγοράς σε παγκόσμιο επίπεδο, για να ανιχνευθούν επεμβάσεις που μπορούν να πραγματοποιηθούν με χαμηλό κόστος στην Ελλάδα). Θα είναι σαφώς δύσκολο να ανταγωνιστούμε χώρες όπως την Μαλαισία και την Ταϊλάνδη σε επεμβάσεις κοσμητικής, αλλά διαθέτουμε ανθρώπινο δυναμικό που μπορεί να πραγματοποιήσει πιο σύνθετες επεμβάσεις, με πολύ μικρότερο κόστος από ότι σε πολλές χώρες της Ευρώπης.
- Δικτύωση των ελληνικών ιδιωτικών ιατρικών μονάδων με μεσολαβητές, όπως εγχώριους και ξένους ταξιδιωτικούς πράκτορες, γιατρούς και κλινικές του εξωτερικού, καθώς και με ασφαλιστικές εταιρείες
- Οργανωμένη διαφήμιση στις αγορές του εξωτερικού (σίγουρα απαιτείται και η συνδρομή της πολιτείας).

Αποτελεί κοινό τόπο, ότι η Ελλάδα είναι ένας δημοφιλής τουριστικός προορισμός, λόγω των μοναδικών φυσικών και ιστορικών χαρακτηριστικών της. Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα είναι "high performer" χώρα στην τουριστική βιομηχανία και παρόλο που υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες για να συνδυάσει τις ιατρικές υπηρεσίες με τον τουρισμό, οι επιδόσεις της στον ιατρικό τουρισμό είναι απογοητευτικές. Η κύρια προσπάθεια θα πρέπει να στοχεύει σε μια οργανωμένη στρατηγική σύμπραξη, μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με συστηματική εξερεύνηση και εκμετάλλευση ιατρικών ευκαιριών για τον τουρισμό στην Ελλάδα. Επίσης, στην Ελλάδα λαμβάνει μέρος «ιατρική απόβαση», που αποτελείται από μία ομάδα φοιτητών της Ιατρικής Αθηνών. Οι φοιτητές επισκέπτονται κέντρα υγείας απομακρυσμένων περιοχών, που τους θερινούς μήνες παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα λόγω της αύξησης του πληθυσμού, με μορφή ιατρικού τουρισμού και έχουν ως στόχο να προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

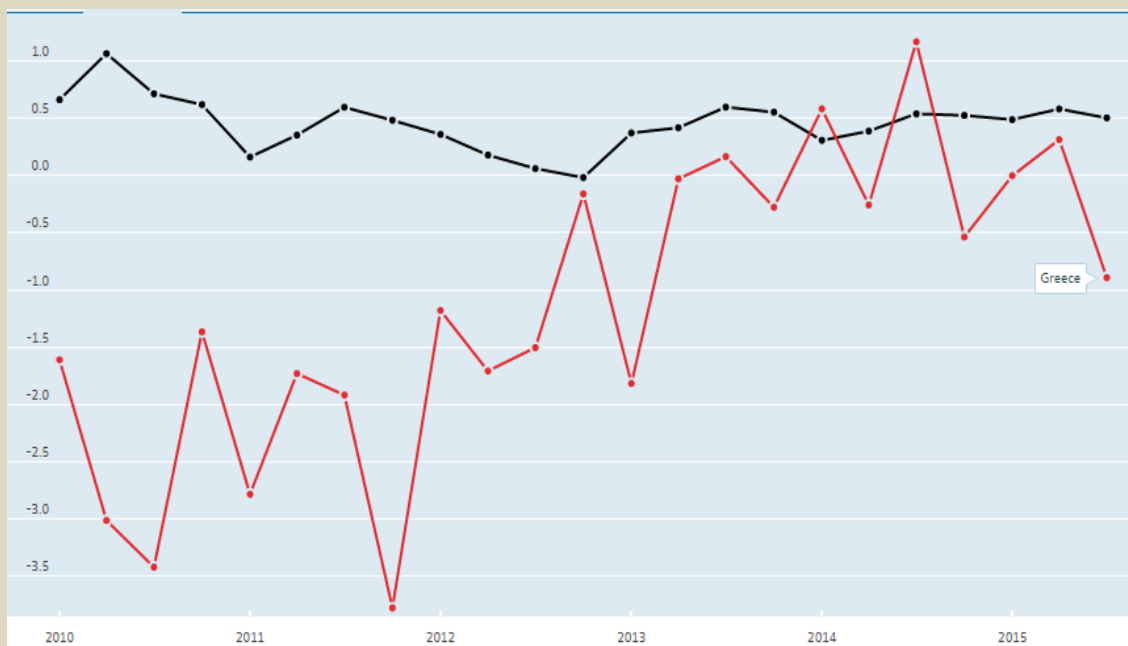
Σύμφωνα με τον Ι. Τούντα (2012), ο ιατρικός τουρισμός, σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης, απευθύνεται σε τουρίστες-ασθενείς που έχουν ανάγκη χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς και άλλων εξειδικευμένων μορφών θεραπείας, με ιατρική περίθαλψη και

φαρμακευτική αγωγή, ενώ σε επίπεδο μετανοσοκομειακής φροντίδας απευθύνεται σε επισκέπτες-ασθενείς στους οποίους παρέχεται ιατρική φροντίδα σε μονάδες αποκατάστασης και αποθεραπείας ή σε μονάδες ανάρρωσης από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας. Η σημαντικότερη αιτία του τουρισμού αποκλειστικά για ιατρικούς λόγους, βασίζεται στα περίπλοκα συστήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης πολλών χωρών, που χαρακτηρίζονται από υψηλό κόστος περίθαλψης, αλλά και μακρές λίστες αναμονής, ενώ παράγοντες που ευνοούν την ταχύτατη ανάπτυξή του είναι η βελτίωση της τεχνολογίας και του επιπέδου περίθαλψης, οι ταχύτερες υπηρεσίες υγείας και το χαμηλότερο κόστος περίθαλψης.²

2.2 ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα το 2010 υπέγραψε Μνημόνιο χρηματοδότησης της χώρας από εξωτερικούς πόρους με όρους οι οποίοι προέβλεπαν ένα πλαίσιο μεταρρυθμίσεων και περικοπές των δημοσιονομικών εξόδων του κρατικού προϋπολογισμού. Γενικά, λόγω των δημοσιονομικών μέτρων τα οποία ελήφθησαν τα τελευταία πέντε χρόνια, παρατηρήθηκε μείωση του εθνικού ακαθάριστου προϊόντος, η οποία είχε επίδραση και στην χρήση υπηρεσιών υγείας.

² Τούντας Ι (2012), ‘‘Φορέας ανάπτυξης ο Ιατρικός Τουρισμός’’, Ημερησία.gr, 28/7/2012. Διαθέσιμο στο <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26533&subid=2&pubid=112903646>



Διάγραμμα 2.1: Η ποσοστιαία μεταβολή του εθνικού ακαθάριστου προϊόντος της Ελλάδος σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο του συνόλου των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. (πηγή: www.stats.oecd.org)

Ένας από τους χώρους οι οποίοι υποχρεώθηκαν να προβούν σε ριζικές λειτουργικές και οικονομικές αλλαγές, ήταν ο χώρος της Υγείας. Ο διεθνής οικονομικός έλεγχος υπό τον οποίο έχει περιέλθει η χώρα, επιβάλλει, ειδικότερα στον υγειονομικό τομέα, ο οποίος αντιστοιχεί σε σημαντικό τμήμα της κοινωνικής παραγωγής, μια μεγάλη μείωση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων. Από το 2010 μέχρι σήμερα και αφού μεσολάβησαν πολλές διαφορετικές ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας και διαφορετικού ιδεολογικού προσήματος κυβερνήσεις, γίνονται προσπάθειες προσαρμογής στα πλαίσια που έχουν ορίσει οι δανειστές, έτσι ώστε να καταστεί βιώσιμο, οικονομικά και λειτουργικά, το σύστημα υγείας.

Με βάση την αδρή ερμηνεία των όρων του μνημονίου, προβλέπεται σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης στην υγεία, η οποία είναι ήδη από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ως ποσοστό του ΑΕΠ. Το εγχείρημα όλων των Μνημονίων μέχρι σήμερα, όσον αφορά στο Υπουργείο Υγείας, εστιάζεται στον δραστικό περιορισμό της φαρμακευτικής

δαπάνης, της δαπάνης λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα και ειδικότερα της βιοϊατρικής τεχνολογίας και, επιπροσθέτως, τη μείωση της δαπάνης της δημόσιας ασφάλισης υγείας.

Επιπρόσθετα, η μείωση της αγοραστικής δύναμης των πολιτών, λόγω της οικονομικής ύφεσης της χώρας και της αύξησης της ανεργίας, οδήγησε σε μείωση των ιδιωτικής δαπάνης για αγαθά και υπηρεσίες υγείας (>35% το 2011 και >50% το 2012), η οποία προ της κρίσης αντιστοιχούσε περίπου στο 40% της συνολικής δαπάνης υγείας.

Η αδυναμία εφαρμογής ενός νέου πλαισίου λειτουργίας και χρηματοδότησης του συστήματος υγείας έχει να κάνει με τις ιδιαιτερότητες της δομής του ελληνικού συστήματος υγείας αλλά και της ιδιοσυγκρασίας των χρηστών υπηρεσιών υγείας, και των επαγγελματιών υγείας. Επίσης, είναι γεγονός ότι, ενώ πολλές αλλαγές ήταν αναγκαίες, επιχειρήθηκε άμεση προσαρμογή στα νέα πρότυπα με αποτέλεσμα την απορρύθμιση του συστήματος υγείας και την μείωση των συνολικών δαπανών. Η μείωση των δαπανών, πέρα από τα πιθανά δημοσιονομικά οφέλη για το κράτος, δημιουργούν κοινωνικές ανισότητες, καθώς επηρεάζουν την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

2.2.1 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ

Ένας από τους πρώτους στόχους των μεταρρυθμίσεων και της γενικότερης αναδιάρθρωσης ήταν το ανθρώπινο δυναμικό του ΕΣΥ, καθώς απορροφούσε το 70 με 75% των δαπανών για την υγεία. Τα χρόνια πριν την κρίση καταγράφονταν μια αυξανόμενη τάση του προσωπικού στο χώρο της υγείας. Ο σκοπός των μέτρων που υπαγόρευε το Μνημόνιο ήταν η μείωση της μισθοδοσίας του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας. Αυτό επιδιώχθηκε με την προσαρμογή των μισθών του νοσηλευτικού προσωπικού, με τον περιορισμό των εφημεριών των ιατρών και τέλος με την μείωση των παροχών-επιδομάτων του νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον, σημαντικά επηρέασε και το πάγωμα προσλήψεων νέων ιατρών και νοσηλευτών την περίοδο της κρίσης. Πιο συγκεκριμένα, επαναπροσδιορίστηκε το ύψος των τακτικών αποδοχών των ιατρών, αλλά και των εφημεριών αυτών.

Επίσης, επιμηκύνθηκε το ωράριο λειτουργίας των νοσοκομείων με απώτερο σκοπό την αύξηση των εσόδων. Προβλέπεται ειδική ποσόστωση των εσόδων, έτσι ώστε μέρος αυτών να απορροφάται από τους ιατρούς και να αυξάνει νομίμως τις μηνιαίες αποδοχές τους.

Θεσπίστηκε ενιαίο μισθολόγιο και καταργήθηκαν 15 ειδικά μισθολόγια τα οποία προυπήρχαν.

Στα άμεσα αποτελέσματα τα οποία καταγράφηκαν, οι δαπάνες για το προσωπικό μειώθηκαν από το 2009 στο 2011, δηλαδή τον πρώτο χρόνο εφαρμογής του Μνημονίου.

Η μείωση ης δαπάνης για το προσωπικό μείωσε και το συνολικό κόστος ανά ασθενή στην Ελλάδα την περίοδο 2009-2011. Φυσικά, αυτό ήταν αναμενόμενο, καθώς μεγάλο ποσοστό των οικονομικών πόρων από τις δαπάνες για την υγεία απορροφώνται στη μισθοδοσία του προσωπικού.

ΥΠε	Κόστος Μισθοδοσίας 2009	Κόστος Μισθοδοσίας 2010	Κόστος Μισθοδοσίας 2011	Κόστος Μισθοδοσίας 2012	% Απόκλιση 2010-2011	% Απόκλιση 2009-2011	% Απόκλιση 2011-2012
1η	891.770.163	778.648.964	709.518.336		-8,88%	-20,44%	
2η	528.937.201	484.099.012	454.130.533		-6,19%	-14,14%	
3η	332.344.278	334.741.737	318.579.993		-4,83%	-4,14%	
4η	462.946.216	436.585.320	399.774.870		-8,43%	-13,65%	
5η	324.844.052	275.040.573	259.931.707		-5,49%	-19,98%	
6η	605.349.525	514.275.822	485.780.976		-5,54%	-19,75%	
7η	232.961.002	211.808.621	192.950.628		-8,90%	-17,17%	
ΣΥΝΟΛΟ	3.379.152.437	3.035.200.047	2.820.667.044	2.677.397.500	-7,07%	-16,53%	-5,08%

Πίνακας 2.1: Κόστος μισθοδοσίας την περίοδο 2009-2011. (πηγή: Υπουργείο Υγείας)

Η έλλειψη αναπλήρωσης των συνταξιοδοτούμενων για την περίοδο 2011-2015 μείωσε κατά πολύ το προσωπικό του συστήματος υγείας. Πιο συγκεκριμένα, την περίοδο 2012-2015 αποχωρούσαν ετησίως λόγω συνταξιοδότησης περίπου 1500 ιατροί. Ενώ, προ κρίσης η αναλογία ιατρών στο ΕΣΥ ήταν αρκετά μεγαλύτερη από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, αυτή εξομαλύνθηκε την περίοδο 2011-2015 λόγω μη διορισμού νέων ιατρών. Η εφαρμογή του

μέτρου 1 πρόσληψη για κάθε 5 αποχωρήσεις από τον δημόσιο τομέα, την οποία υπαγόρευε το Μνημόνιο, μείωσε αισθητά τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού του ΕΣΥ. Αν συνυπολογίσουμε το γεγονός ότι προσλήψεις δεν έγιναν ή δεν επισημοποιήθηκαν και εκκρεμούν, αντιλαμβανόμαστε ότι σε λίγα χρόνια θα προκύψει ζήτημα υποστελέχωσης. Ουσιαστικά, η πρόβλεψη που εκτιμούσε 250 με 300 διορισμούς νέων ιατρών κατ' έτος για την περίοδο 2012 με 2015 δεν επιβεβαιώθηκε ποτέ, λόγω της οικονομικής και πολιτικής αστάθειας που υπήρξε στην χώρα κατά την διάρκεια της περιόδου αυτής.

Δαπάνες της Υγείας

Γενικά, η χρηματοδότηση της Υγείας στηρίζεται σε δύο πηγές, τη Δημόσια και την Ιδιωτική. Η Δημόσια πηγή χρηματοδότησης προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης, έμμεσης και ειδικής φορολογίας. Επίσης, η δημόσια χρηματοδότηση μπορεί να προέλθει από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις υποχρεωτικά καταβαλλόμενες ασφαλιστικές εισφορές προς τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία. Οι ιδιωτικές πηγές ασφάλισης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές, οι φιλανθρωπίες και το οικογενειακό εισόδημα μέσω των άμεσων πηγών, των άτυπων και των νομίμως θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των ασθενών στο κόστος.

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης για τις δημόσιες μονάδες υγείας, δηλαδή τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. . Η δεύτερη μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης είναι τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι πηγές των ασφαλιστικών ταμείων είναι κυρίως οι εισφορές των εργαζομένων, των εργοδοτών και των αυτοαπασχολούμενων. Πριν την τελευταία ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, τα μεγαλύτερα ταμεία ήταν το Ι.Κ.Α. , το Τ.Ε.Β.Ε. και το ταμείο δημοσίων υπαλλήλων. Ο καθορισμός του ύψους των ασφαλιστικών εισφορών κάθε ταμείου γίνεται από την εκάστοτε κυβέρνηση.

Μια εναλλακτική μορφή ασφάλισης που χρηματοδοτεί το σύστημα υγείας είναι η εθελοντική ασφάλιση. Ο όρος αναφέρεται σε ιδιωτικά σχήματα που δρούν συμπληρωματικά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας ή σε δημόσια σχήματα που υποκαθιστούν την κρατική δράση πλήρως. Η διαφορά της από την κοινωνική ασφάλιση είναι ότι στην εθελοντική ασφάλιση, ο πολίτης

βάσει κριτηρίων μπορεί να εξαιρεθεί από το δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο ενώ μπορεί να υποχρεώνεται ή όχι σε ιδιωτική ασφάλιση. Σημαντικά συμβάλλει στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και ο ίδιος ο πολίτης μέσω ίδιων πληρωμών και συμμετοχής στο κόστος. Στους πόρους του συστήματος τέλος, περιλαμβάνουμε και τις ίδιες πηγές εσόδων που οι μονάδες υγείας διαθέτουν.

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	
Κοινωνική Ασφάλιση	Ιδιωτική Ασφάλιση
Οι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τα νοικοκυριά ή τους εργαζόμενους με τη μεσολάβηση όμως του κράτους που συλλέγει τους φόρους ή τις εισφορές.	Οι πόροι της ιδιωτικής ασφάλισης προέρχονται απευθείας από τα νοικοκυριά ή τους εργαζόμενους χωρίς την μεσολάβηση κάποιου ενδιάμεσου.
Υποχρεωτική ασφάλιση (mandatory coverage)	Εθελοντική ασφάλιση (voluntary coverage)
Εισφορές ανάλογα με το εισόδημα (incomebasedcontributions)	Εισφορές ανάλογα με τον κίνδυνο ασθένειας (risk – ratedcontributions) Εισφορές ανεξαρτήτως κινδύνου ή εισοδήματος (community - ratedcontributions)
Η διαχείριση της κοινωνικής ασφάλισης γίνεται από δημόσιους ή μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (privatenon-profitorpublic / quasipublicmanagement)	Η διαχείριση της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται από κερδοσκοπικές εταιρείες (commercialfor-profitmanagement)

Πίνακας 2.2 : Σύγκριση Ιδιωτικής και Κοινωνικής ασφάλισης. Πηγή SekhriN. SavedoffW. 2005 (αναπροσαρμογή)

Το Ε.Σ.Υ. και οι δαπάνες του πριν την οικονομική κρίση

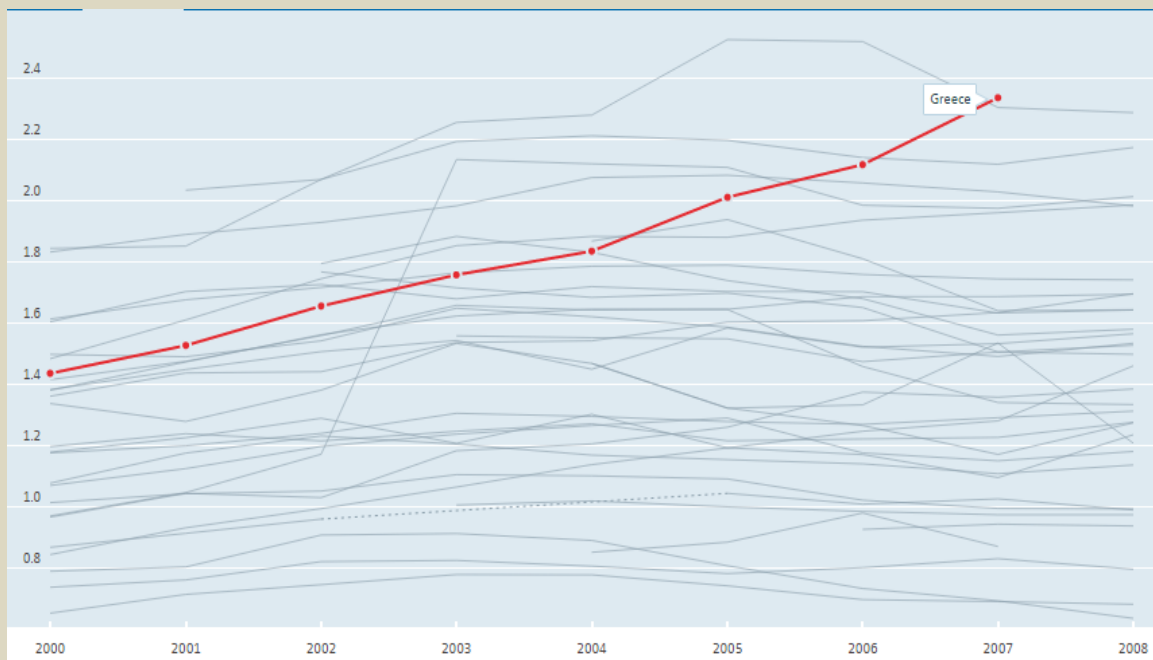
Το διάστημα πριν την οικονομική επιτήρηση της χώρας από την Ε.Ε. και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, οι δαπάνες για την υγεία είχαν αυξητική τάση, λόγω των υψηλών ρυθμών οικονομικής ανάπτυξης της χώρας την περίοδο 1995- 2007. Εκείνη την περίοδο

παρατηρήθηκε αύξηση των δαπανών υγείας ανά κάτοικο αλλά και σε σχέση με το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν της χώρας. Αυτή η παρατήρηση έχει και αντίστροφη ερμηνεία καθώς η αύξηση των δαπανών υγείας σχετίζεται με την αύξηση του ρυθμού της οικονομίας. Το διάστημα 1995-2007, σύμφωνα με δεδομένα του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία κυμαίνονταν από 7,9% έως 10% του Α.Ε.Π. της χώρας.

Παρά το γεγονός ότι αναπτύχθηκε ένα σύστημα υγείας με πυρήνα τον δημόσιο τομέα, παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της υγείας μετά το 1983 και ιδιαίτερα την περίοδο 1995-2005. Αυτή η ανάπτυξη στον ιδιωτικό τομέα της υγείας είχε άμεσο αντίκτυπο στους ρυθμούς ανάπτυξης της εθνικής οικονομίας. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας οφείλονταν στην ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, την περίοδο που το κράτος προσπαθούσε να οργανώσει το σύστημα υγείας. Το ποσοστό ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (57.1%) ήταν το 2005 το υψηλότερο μεταξύ των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α.

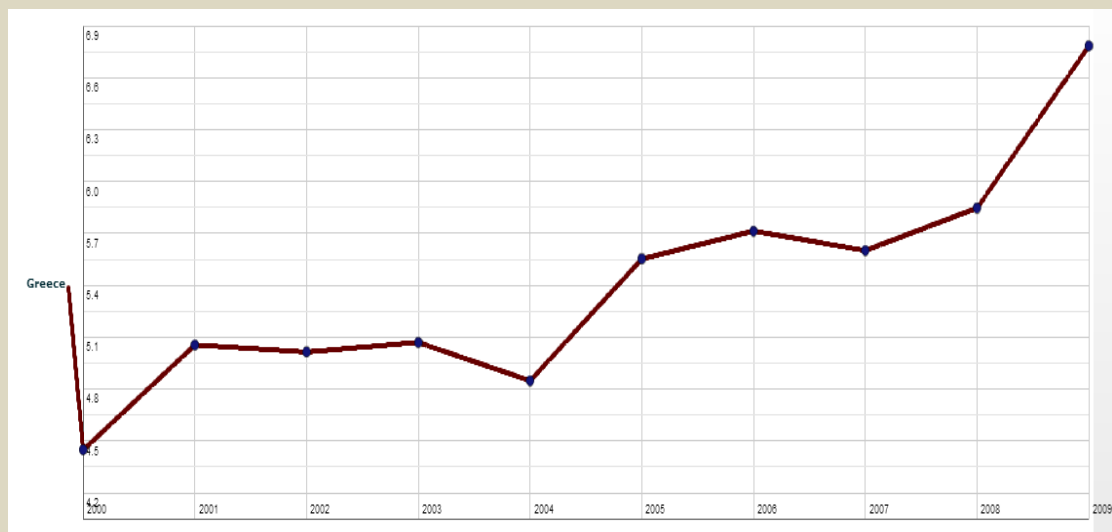
Σημαντικό έτος, ως προς τις δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, ήταν το 2006, κατά το οποίο έγινε αναθεώρηση του Α.Ε.Π. της χώρας και ξεκίνησε η αναδιοργάνωση του Ε.Σ.Υ. με σκοπό τη μείωση των κρατικών δαπανών. Η δημόσια δαπάνη για την υγεία παρέμεινε στο 10% του Α.Ε.Π. καθώς αυξήθηκε το Α.Ε.Π. της χώρας. Τη διετία 2005-2006 παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση της ιδιωτικής φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με το 2004, αλλά και μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Αυτό οφειλόταν στην προσπάθεια να καλυφθούν τα κενά του δημοσίου συστήματος, που ήταν υπό αναδιοργάνωση με αποτέλεσμα την αύξηση της ιδιωτικής χρήσης υπηρεσιών υγείας κατά 40% το 2005. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι η Ελλάδα ήταν από τις ελάχιστες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., οι οποίες δεν είχαν σύστημα λογαριασμών υγείας με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη λειτουργία του συστήματος υγείας και την αδυναμία χάραξης πολιτικής υγείας.

Οι τιμές των φαρμάκων στη χώρα, πριν την οικονομική κρίση είχαν πολύ μικρή αυξητική τάση της τάξης του 1% και ήταν στο εύρος του μέσου όρου τιμών των υπόλοιπων κρατών μελών της Ε.Ε. . Η τιμή των φαρμάκων ήταν άμεσα συνδεδεμένη με την υψηλή ζήτηση και κατανάλωση το διάστημα πριν την οικονομική κρίση και όχι με το κόστος παραγωγής αυτών.



Διάγραμμα 2.2: Ποσοστό φαρμακευτικής δαπάνης ως προς το Α.Ε.Π. της Ελλάδος την περίοδο 2000-2007 (Πηγή: www.stats.oecd.org)

Το 2007, η δαπάνη υγείας των ασφαλιστικών ταμείων για νοσοκομειακή περίθαλψη ήταν 27,2% και για φάρμακα ήταν 42,3%. Τα ελληνικά νοσοκομεία χρηματοδοτούνται από κλειστούς προϋπολογισμούς με ιστορικά κόστη, δηλαδή με δεδομένα από το προηγούμενο έτος γίνονται προβλέψεις για το επόμενο. Στην πορεία εισήλθαν τα κλειστά νοσήλεια στον τρόπο χρηματοδότησης των νοσοκομείων. Ειδικότερα, υπάρχει συγκεκριμένη κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες ομαδοποιούνται και κατηγοριοποιούνται. Παρ' όλα αυτά, τα νοσοκομεία ήταν οι αποδέκτες μεγάλου ποσού από τον προϋπολογισμό του κράτους λόγω της νοσοκομειο κεντρικής φύσης του εθνικού συστήματος υγείας. Τα νοσοκομειακά ιδρύματα της χώρας είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και κατ' επέκταση καταλαμβάνουν μεγάλο ποσοστό των δημόσιων δαπανών για την υγεία.



Διάγραμμα 2.3: Ποσοστό δαπανών υγείας ως προς το Α.Ε.Π. της Ελλάδος την περίοδο 2000-2009 (Πηγή: www.stats.oecd.org)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ειδικά σε επίπεδο πρόληψης και αγωγής της υγείας, με κεντρικό παράγοντα τον ίδιο τον πολίτη. Το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδος δεν ανέπτυξε το πρωτοβάθμιο σύστημα, λόγω της νοσοκομειακο-κεντρικής δομής του συστήματος. Το πρωτοβάθμιο σύστημα στηρίχθηκε κατά βάση στον ιδιωτικό τομέα με αρκετές ίδιες πληρωμές (outofpocket) από τους ίδιους τους πολίτες. Επιπλέον, η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα πλαίσια ενός εθνικού συστήματος υγείας, απαιτεί συντονισμό, στρατηγική, αλλά και δομές και προσωπικό σε όλη την επικράτεια. Τα ανωτέρω δεν παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα και αποτέλεσαν σημαντικά μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος, όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Πολυδύναμα Ιατρεία, τα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α και άλλων ασφαλιστικών φορέων, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες ιατρούς. Στα Κέντρα Υγείας και τα Πολυδύναμα Ιατρεία του Υπουργείου Υγείας απασχολούνταν περί τους 3500 ιατρούς το 2003. Αντίστοιχα, υπήρχαν περίπου 20.000 ιδιωτικά ιατρεία, τα οποία παρείχαν ιδιωτικές παροχές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και 9000 οδοντιατρεία. Στα πλαίσια της παροχής

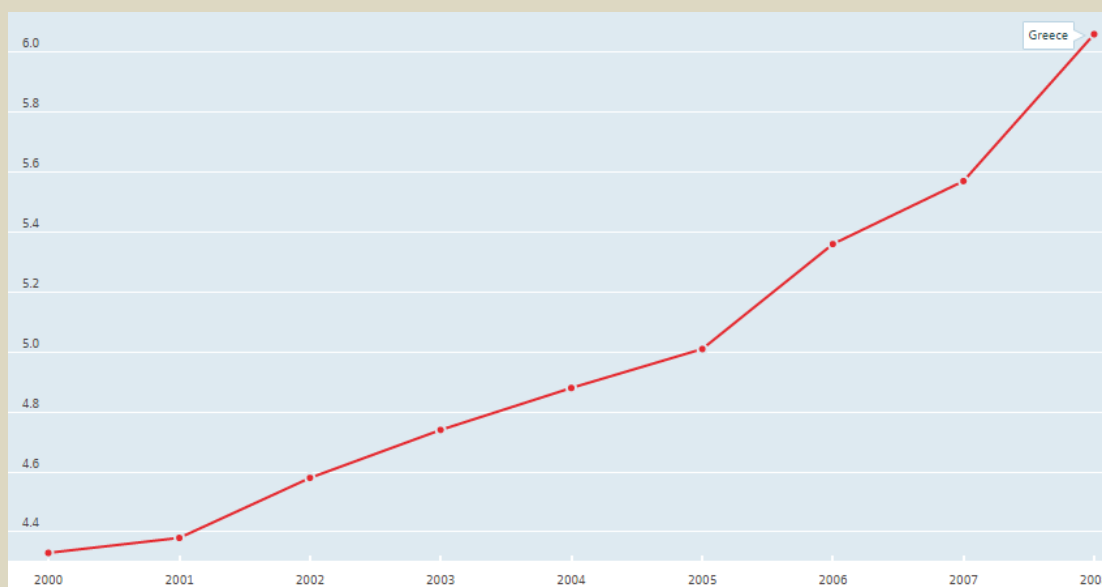
πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανήκει και το Ε.Κ.Α.Β., το οποίο παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα, αλλά και άλλες μονάδες κοινωνικής πρόνοιας.

Παρά το γεγονός της αποκέντρωσης της διοίκησης, η οποία επετεύχθη με τις Υγειονομικές Περιφέρειες, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν και είναι υποβαθμισμένη σε σχέση με άλλα κράτη μέλη της Ε.Ε. και του Ο.Ο.Σ.Α. . Επίσης, δεν αναπτύχθηκε ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος αποτελεί τον πυρήνα των περισσότερων συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα περισσότερα κράτη που εφαρμόζεται.

	Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων	Νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Σύνολο
Αριθμός Δομών στην Επικράτεια	114	18	201	1458	1791

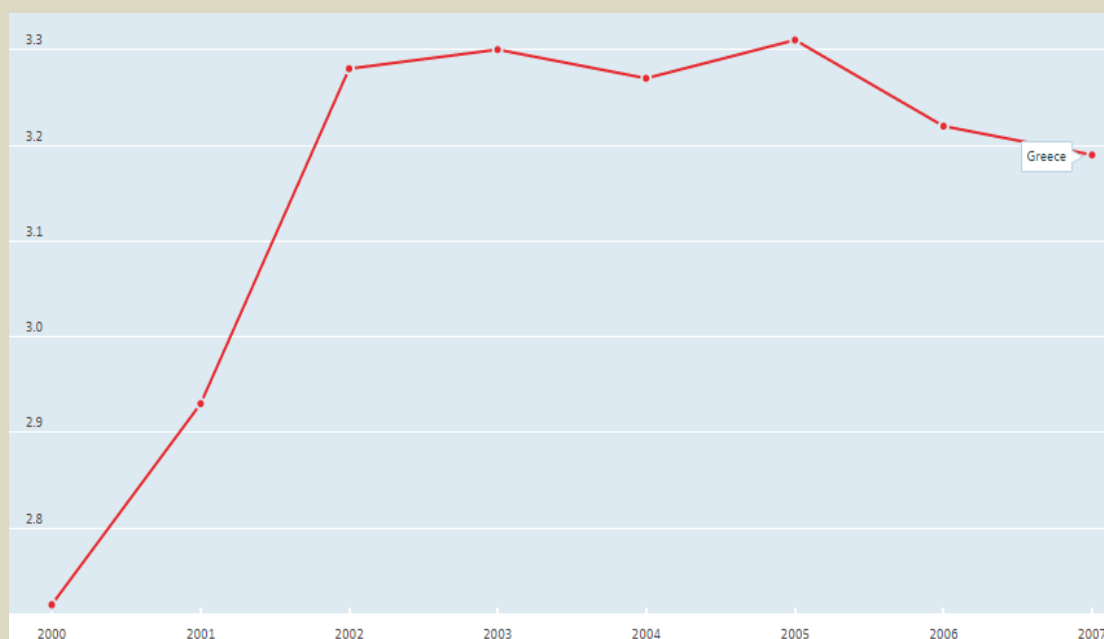
Πίνακας 2.3: Αριθμός δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα το 2007
(Πηγή: Υπουργείο Υγείας)

Τα τελευταία χρόνια, πριν την οικονομική κρίση και την δημοσιονομική επιτήρηση της χώρας, παρατηρούνταν σταθερή αυξητική τάση ως προς το ιατρικό προσωπικό της χώρας αλλά και αντίστοιχη μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού και των παραϊατρικών επαγγελματιών. Αυτή η αύξηση είχε ως άμεσο αποτέλεσμα την αύξηση της προκλητής ζήτησης, αλλά και των δαπανών εμμέσως. Η αύξηση του ιατρικού προσωπικού είναι ένας παράγοντας που επηρέασε την λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας και γενικότερα τον χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια προ κρίσης. Επιπλέον, η μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού μείωσε την ποιότητα των υπηρεσιών και δημιούργησε αρκετά λειτουργικά προβλήματα.



Διάγραμμα 2.4: Ο αριθμός των ιατρών ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα, την περίοδο 2000-2008 (πηγή : www.stats.oecd.org)

Γενικά, η έλλειψη υγειονομικού χάρτη και η μη σύνδεση εκπαιδευτικού συστήματος και συστήματος υγείας, δημιούργησε μεγάλη ανομοιογένεια και μη σωστή κατανομή, ποσοτικά και αριθμητικά, των ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών που σχετίζονται με την υγεία, στις δημόσιες δομές. Ενώ υπάρχει υψηλή αναλογία ιατρών ανά αριθμό κατοίκων (6 ιατροί ανά 1000 κατοίκους), παρατηρούνται ελλείψεις σε συγκεκριμένες ειδικότητες. Ιδιαίτερα μεγάλες ελλείψεις παρατηρούνται σε υγειονομικές δομές της περιφέρειας καθώς δεν δόθηκαν ποτέ κίνητρα για τον διορισμό ιατρών. Η απουσία επαρκούς ιατρικού προσωπικού στην επικράτεια, έχει ως αποτέλεσμα την μη ισότιμη προσβασιμότητα των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και την αύξηση των ιδίων πληρωμών τους, καθώς απευθύνονται σε ιδιωτικές μονάδες υγείας ή απλά και μόνο καταβάλλουν αντίτιμο για την μετακίνησή τους σε αστικά κέντρα με δημόσιες μονάδες υγείας. Επιπλέον, προκύπτει θέμα υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε περιοχές με έλλειψη ιατρικού προσωπικού.



Διάγραμμα 2.5: Ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα, την περίοδο 2000-2007 (πηγή : www.stats.oecd.org)

Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα πριν από την κρίση

Πριν από την έναρξη της κρίσης στην Ελληνική κοινωνία και οικονομία, παρατηρήθηκε ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση των δημόσιων αλλά και των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Από το 2000 μέχρι το 2009 παρατηρείται ραγδαία άνοδος του ποσοστού δαπανών ως προς το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν.

Γενικότερα, η αύξηση του εισοδήματος είναι ο πρώτος αιτιολογικός παράγοντας για την αύξηση των δαπανών υγείας. Η αύξηση του εισοδήματος έχει ως έμμεσο αποτέλεσμα την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Ένας άλλος αιτιολογικός παράγοντας αύξησης των δαπανών της υγείας είναι το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, σε συνδυασμό με τον ιδιαίτερα αυξημένο αριθμό ιατρικού προσωπικού. Η αγορά των υπηρεσιών υγείας προ κρίσης ήταν ιδιαίτερα διευρυμένη. Αυτό το γεγονός συνδέεται και με το αυξημένο εισόδημα των Ελλήνων προ κρίσης.

Ένας άλλος παράγοντας, που θεωρείται ότι σχετίζεται με την αύξηση των δαπανών υγείας, είναι η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης. Είναι κοινός τόπος στην συζήτηση που γίνεται στις μέρες μας, ότι ο πολίτης, όπως και οι επαγγελματίες υγείας, δεν είναι ιδιαίτερα ενήμεροι για το κόστος της περίθαλψης. Επιπροσθέτως, σημαντικό παράγοντα της επιβάρυνσης των δαπανών υγείας αποτελεί η γήρανση του πληθυσμού και η διαρκής αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Επιπλέον, η ραγδαία ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας επηρεάζει την αύξηση των δαπανών υγείας. Σε αυτό πρέπει να συνυπολογίσουμε και το φαινόμενο απουσίας ουσιαστικού φορέα αξιολόγησης τεχνολογιών στην Ελλάδα. Η υιοθέτηση μιας ιατρικής τεχνολογίας πρέπει να συνδέεται με την αξιολόγηση αυτής ως προς την τιμή, την αποτελεσματικότητα και την χρησιμότητα.

Η εκτόξευση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα οφείλεται σε δομικές και λειτουργικές αστοχίες του συστήματος. Η έλλειψη manager από την διοίκηση, όπως και η απουσία πληροφοριακών συστημάτων στο χώρο της υγείας, είναι δύο ενδεικτικές αιτίες μη ορθής λειτουργίας του συστήματος υγείας γενικότερα.

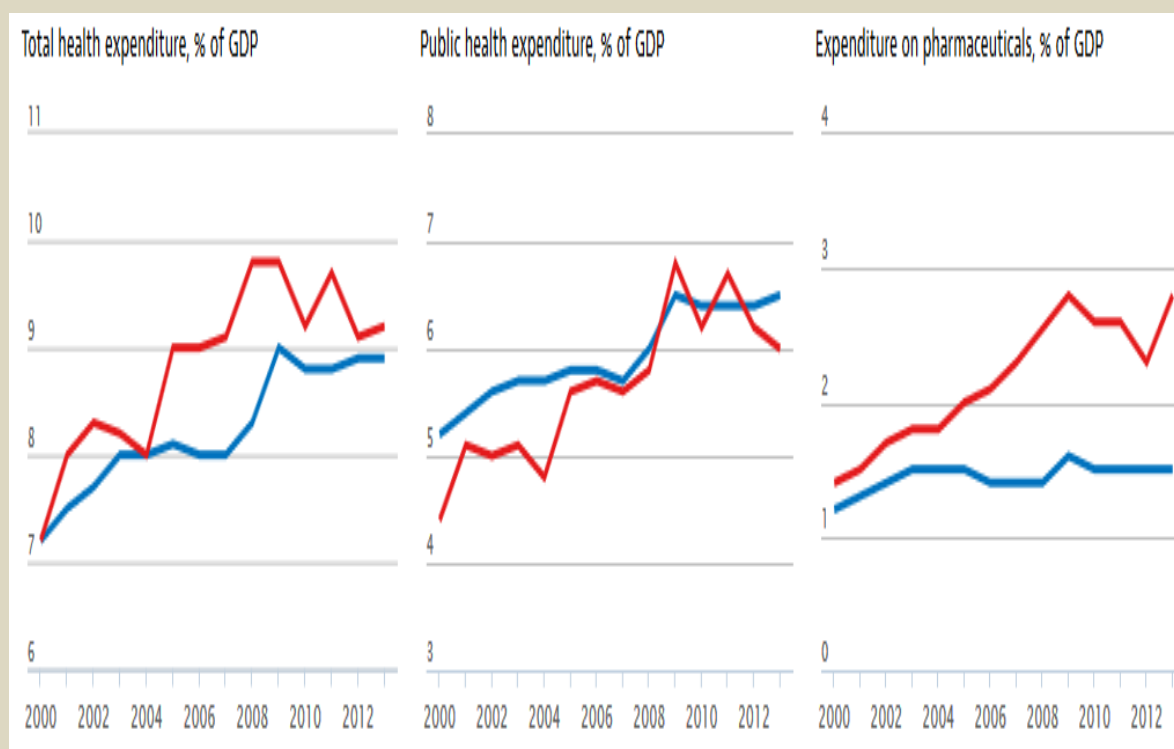
Η φαρμακευτική δαπάνη εκτοξεύτηκε τα προηγούμενα χρόνια πριν το 2009 και ένας βασικός παράγοντας ήταν η απουσία ουσιαστικού κρατικού ελέγχου στον φαρμακευτικό κλάδο. Η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση, η απουσία των γενόσημων από την αγορά και η διαδικασία τιμοδότησης φαρμάκων χωρίς να προηγείται κοστολόγηση και τιμολόγηση αυτών, εκτόξευσαν την δαπάνη.

Οι παραπάνω στρεβλώσεις αλλά και τα οικονομικά δεδομένα του κράτους και της κοινωνίας, τα οποία ήταν πολύ καλύτερα σε σχέση με την σημερινή εποχή, εκτόξευσαν τις δαπάνες για την υγεία. Όταν αναφερόμαστε σε δαπάνες για την υγεία συμπεριλαμβάνουμε και την ιδιωτική δαπάνη επιπλέον των δημόσιων δαπανών. Στην Ελλάδα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία ήταν και παραμένουν ιδιαίτερα αυξημένες, παρά την αυξημένη δημόσια δαπάνη για την υγεία. Ουσιαστικά, αυτό αποδεικνύει τις στρεβλώσεις του συστήματος, καθώς δαπανώνται τεράστια ποσά, τα οποία όμως δεν κατανέμονται σωστά έτσι ώστε να διασφαλίζεται ισότιμη και ανάλογη πρόσβαση όλων των πολιτών. Έτσι, οι περισσότεροι πολίτες υποχρεώνονται σε out-of-pocket πληρωμές.

Τα δομικά και λειτουργικά προβλήματα της υγείας στην Ελλάδα εξέθεσαν το σύστημα υγείας το οποίο έπρεπε να προσαρμοστεί βιαίως και ταχέως στα νέα οικονομικά δεδομένα που είχαν δημιουργηθεί λόγω της οικονομικής επιτήρησης της χώρας, αλλά και λόγω της συρρίκνωσης του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος που ακολούθησε της σκληρής δημοσιονομικής πολιτικής που ακολουθήθηκε.

Επιπλέον, δεδομένης της μείωσης της δημόσιας, αλλά και της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία (η οποία αποτελεί συνάρτηση του εισοδήματος) παρατηρείται χρηματοδοτική δυσκαμψία στο σύστημα υγείας και εμφανής υποχώρηση της προσφοράς. Ως εκ τούτου, εγείρονται βασικά ερωτηματικά για τη δυνατότητα διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας, σε συνθήκες δραματικής μείωσης των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων.

Κατά συνέπεια, η διασφάλιση επαρκούς ποσότητας αγαθών και υπηρεσιών υγείας στις περιοριστικές συνθήκες της συγκυρίας απαιτεί αλλαγή της «τεχνολογίας παραγωγής», δηλαδή μείζονες διαρθρωτικές αλλαγές στο «παράδειγμα» του υγειονομικού τομέα για τη βελτίωση της παραγωγικής και κατανομητικής αποδοτικότητας, ώστε η ποσότητα υπηρεσιών υγείας να παραμείνει σε ανεκτό επίπεδο και η διανομή να εστιασθεί στους χρόνιους πάσχοντες, τους ηλικιωμένους, τους φτωχούς και τους άνεργους, οι οποίοι πλήττονται σε μείζονα βαθμό.



Διάγραμμα 2.6: Συγκριτικά διαγράμματα της Ελλάδος ως προς τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ για την περίοδο 2000-2012, α) συνολικών δαπανών ως προς το ΑΕΠ, β) δημόσιων δαπανών ως προς το ΑΕΠ και γ) φαρμακευτικών δαπανών ως προς το ΑΕΠ. Με κόκκινο χρώμα η Ελλάδα και με μπλε χρώμα ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ (πηγή: <http://www.compareyourcountry.org/health>)

Public											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Greece	768	852	1 046	1 123	1 195	1 217	1 396	1 601	1 626	1 805	2 064 [€]
Private											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Greece	634	531	609	734	741	782	867	911	1 002	1 206	907 [€]
Total											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Greece	1 402	1 383	1 655	1 857	1 936	1 999	2 263	2 512	2 628	3 011	2 972 [€]
Out-of-pocket											
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Greece	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1 140	845 [€]

Πίνακας 2.4: Οι δαπάνες ανά άτομο για την Ελλάδα, την περίοδο 1999-2009. Στην πρώτη γραμμή αναγράφονται οι δημόσιες δαπάνες ανά άτομο. Στη δεύτερη γραμμή οι ιδιωτικές δαπάνες ανά άτομο. Στην τρίτη αναγράφονται οι συνολικές δαπάνες ανά άτομο. Στην τελευταία γραμμή αναγράφονται οι ίδιες πληρωμές ανά άτομο (πηγή: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

Όπως παρατηρούμε από το διάγραμμα 6 οι δαπάνες ανά άτομο αυξάνονται την δεκαετία 1999-2009, δηλαδή μέχρι την αρχή της κρίσης. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρούμε και για τις δημόσιες και για τις ιδιωτικές δαπάνες. Τα δεδομένα για τις out-of-pocket πληρωμές είναι ελλιπή, οπότε δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για αυτές τις πληρωμές. Επιπλέον, παρατηρούμε και συμπεραίνουμε ότι η αύξηση των δημόσιων δαπανών δεν περιορίζει τις ιδιωτικές δαπάνες, ούτε και το αντίστροφο. Τα δύο μεγέθη αυξάνονται σχεδόν αναλογικά.

Η ισορροπία της αγοράς υπηρεσιών υγείας

Η κατάσταση η οποία έχει διαμορφωθεί τα τελευταία χρόνια στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, στηρίζεται στην ελεύθερη επιλογή του προμηθευτή υπηρεσίας υγείας από τον

καταναλωτή. Αυτή η ισορροπία είναι δύσκολο να αλλάξει, καθώς η διαταραχή της θα είχε άμεσο αντίκτυπο στην ροή χρήματος στην αγορά υγείας.

Βέβαια, απαιτείται έλεγχος των εισροών και της κατανομής αυτών. Ο έλεγχος και η διαχείριση πρέπει να ενισχύουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής και πρόσβασης των καταναλωτών, αλλά και να δημιουργεί ένα περιβάλλον ομοιογενών κανόνων.

Επιπροσθέτως, απαιτείται η δυνατότητα ανταλλαγής του συνόλου των οικονομικών πόρων και η απομόνωση ή ενσωμάτωση των ιδίων πληρωμών. Αναγκαία συνθήκη λειτουργίας ενός μικτού συστήματος υγείας, όπως το ελληνικό, είναι ο έλεγχος του ανταγωνισμού από το κράτος, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και οι τιμές των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, είναι σημαντικό να δοθεί η δυνατότητα σε ασφαλιστικούς φορείς να διαπραγματεύονται, έτσι ώστε να επιτυγχάνουν το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα για τους ασφαλισμένους τους.

Σε επίπεδο προσφοράς των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι σημαντικό να καθοριστεί το πλαίσιο πληρωμής των προμηθευτών υγείας, έτσι ώστε να εξασφαλίζονται οι ίδιοι και να μην δημιουργούνται προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών προς τους καταναλωτές. Απαιτείται η ανασυγκρότηση του υπάρχοντος εκτεταμένου δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας. Ενώ το δίκτυο είναι επαρκές, δεν υπάρχει συντονισμός και κεντρική διαχείριση.

Ένα άλλο μείζον θέμα είναι η κάλυψη υπηρεσιών υγείας οι οποίες αναζητούνται από τους πολίτες, αλλά ταυτόχρονα είναι επαρκείς και αποδεδειγμένα αποτελεσματικές. Ουσιαστικά, υπεισέρχεται η διαδικασία της αξιολόγησης της ιατρικής τεχνολογίας στην επιστήμη των οικονομικών της υγείας.

Εν κατακλείδι, ο κανόνας ότι η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται (μόνον) σε ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες θεμελιώνουν το κριτήριο της ιατρικής αποτελεσματικότητας και καταμερίζονται ανάλογα με τον χαρακτήρα του διανεμόμενου οφέλους, μπορεί να διασφαλίσει την αποδοτική χρήση και τον έλεγχο της κατανομής των πόρων και ταυτόχρονα να παρέχει το πλαίσιο ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα.

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ

Η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό, αποτελεί την βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της κρίσης. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 90% του πληθυσμού και κατ' επέκταση κατέχει θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας. Η λογική δημιουργίας και συγκρότησης του ΕΟΠΥΥ είναι η μονοφωνιακή δύναμή του η οποία θα μπορούσε, θεωρητικά τουλάχιστον, να συγκρατήσει το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε μείζονος σπουδαιότητας μεταρρυθμιστικό εγχείρημα στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας, με κεντρική φιλοσοφία την ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, κατά τρόπο ενιαίο και ισότιμο για όλους τους κλάδους και φορείς που εντάσσονται στον Οργανισμό. Ταυτόχρονα, η θεσμική υλοποίηση του ΕΟΠΥΥ συνδέθηκε με μια σημαντική διαρθρωτική αλλαγή προς τη μετάβαση σε ένα ενιαίο δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία δικτύου ΠΦΥ.

Ασφαλιστικό Ταμείο Εντασσόμενο στον ΕΟΠΥΥ	Πληθυσμός
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	5212494
ΟΠΑΔ	1704922
ΟΓΑ	1364103
ΟΑΕΕ	811714
Οίκος Ναύτου	134483
ΤΑΥΤΕΚΩ	432398
ΕΤΑΑ	295514

Πίνακας 2.5: Τα ταμεία που ενοποιήθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και ο πληθυσμός ασφαλισμένων αυτών (πηγή: ΕΟΠΥΥ)

Η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων συγκέντρωσε στον ΕΟΠΥΥ ποικίλες μονάδες ΠΦΥ, οι οποίες ωστόσο ακολουθούν τη χωροταξική δομή του καθεστώτος πριν την ενοποίηση, με αποτέλεσμα συχνά να δημιουργούνται επικαλύψεις ή να εντείνονται σοβαρές ελλείψεις του συστήματος. Ως εκ τούτου, η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ επιφέρει ριζικές αλλαγές στοχάρτη των δομών ΠΦΥ, του ανθρώπινου δυναμικού που τις στελεχώνει, αλλά και των προσφερόμενων υπηρεσιών, του παραγόμενου έργου, των συμμετεχόντων εταιρών και συμβεβλημένων προμηθευτών υγείας.

Ειδικότητα	Αριθμός
Ιατροί	5946
Υγειονομικό Προσωπικό	2081
Διοικητικό Προσωπικό	1337
Σύνολο	9364

Πίνακας 2.6: Το προσωπικό του ΕΟΠΥΥ το 2012 (πηγή: ΕΟΠΥΥ).

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ είχε ως στόχο, πέρα από την ενίσχυση της διαπραγματευτικής του ισχύος ως μοναδικού αγοραστή, την αναδιάρθρωση και ενίσχυση του δικτύου ΠΦΥ. Δημιουργήθηκε η ιδιαιτερότητα ύπαρξης ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ αλλά και του ΕΣΥ, κάτι το οποίο δημιούργησε δυσλειτουργίες στην συνύπαρξη των δύο δημόσιων δικτύων ΠΦΥ.

Διαμορφώθηκε το παράδοξο της ύπαρξης δύο συστημάτων παροχής ΠΦΥ, δημόσιου χαρακτήρα, τα οποία απευθύνονται στο συνολικό πληθυσμό της χώρας, με ωστόσο αμφίβολες εκροές σε όρους οικονομικής αποδοτικότητας και ποιότητα, συχνές επικαλύψεις και σπατάλη σπάνιων πόρων, ενώ έντονες παρουσιάζονται και οι ελλείψεις σε συγκεκριμένα γεωγραφικά σημεία ανά την επικράτεια.

Μονάδες ΠΦΥ	Ασφαλιστικά Ταμεία	Αριθμός Μονάδων
Πολυιατρεία	(ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)	47 νομαρχιακές μονάδες
		53 τοπικές μονάδες
		219 αποκεντρωμένοι σχηματισμοί
		1 κέντρο προληπτικής ιατρικής
		2 κέντρα παιδοψυχιατρικής υγιεινής
		1 κέντρο ιατρικής της εργασίας
	Οίκος Ναύτου	2
	ΤΑΥΤΕΚΩ	9
	ΕΤΑΑ	1
	ΤΑΞΥ	1
Κέντρα Υγείας	Κέντρα υγείας	210
	Κέντρα Υγείας	8
	Αστικού Τύπου	
Σύνολο		545 σημεία ΠΦΥ

Εικόνα 2.3: Οι δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ το 2012 (πηγή: ΕΣΔΥ, Γ.Κυριόπουλος).

2.2.2 Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

Σημαντικότερο μέλημα και άμεση προτεραιότητα αποτελεί *η στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*. Πολλά περιστατικά, που οδηγούνται στα νοσηλευτήρια, δημιουργούν υψηλό κόστος, ενώ τα μισά σχεδόν από το σύνολό τους θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί, μέσω της ΠΦΥ. Για παράδειγμα, η εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού θεωρείται άμεση πολιτική ρύθμιση της φροντίδας υγείας. Ο συγκεκριμένος, με την εξέταση που θα πραγματοποιήσει στον ασθενή και τη διάγνωση, θα προχωρήσει στην απόφαση για το εάν απαιτείται η νοσηλεία του σε νοσηλευτήριο. Πολλά περιστατικά μπορούν να μην οδηγηθούν και να θεραπευθούν σε δομές της ΠΦΥ. Η πολιτική του κράτους θα πρέπει να εστιάσει στην αποτελεσματικότερη παροχή αυτών των υπηρεσιών, μέσω αξιοποίησης των δομών, του

προσωπικού, της εκπαίδευσης του πολίτη και της πρόληψης. Η πρόληψη, άλλωστε, όπως είναι γνωστόν, σώζει ζωές.

Οι αδυναμίες του ΠΦΥ πριν την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ

Σε οργανωτικό επίπεδο, η ΠΦΥ παρουσίαζε έντονες αδυναμίες αναφορικά με την ατελή και αποσπασματική διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ μεταξύ τους αλλά και με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος, τον κατακερματισμό της χρηματοδοτικής διαδικασίας, την ανακολουθία στη διάθεση των πόρων σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού, την ανισοκατανομή του προσωπικού στις μονάδες υγείας ανά τη χώρα, την αδυναμία συντονισμού των περιστατικών και την απουσία οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς

Σε λειτουργικό επίπεδο οι αδυναμίες που παρουσιάζονται είναι η συγκέντρωση ή η έλλειψη δομών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές, η απουσία κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού στελέχωσης των μονάδων ΠΦΥ για το ρόλο της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας, η απουσία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού και η αδυναμία διαθεσιμότητας των δομών στο χρόνο που ζητούνται.

Η ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ και της ΠΦΥ

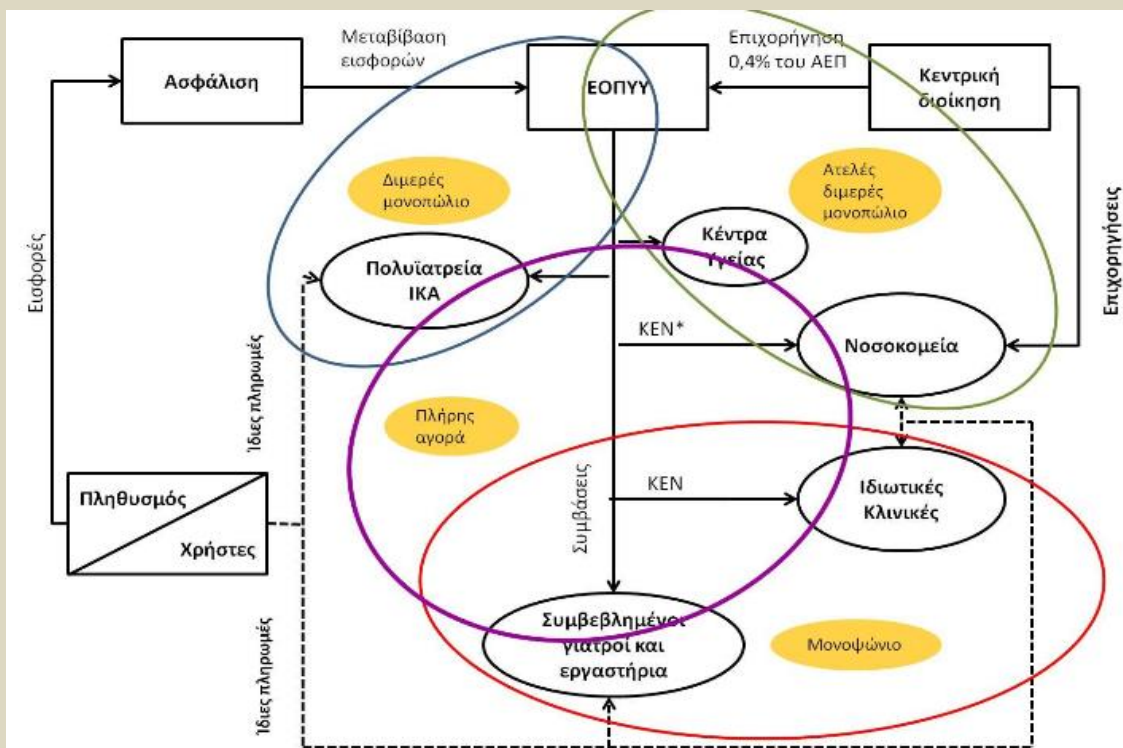
Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ δημιούργησε μεγάλη ευκαιρία στο κομμάτι αναδιάρθρωσης της ΠΦΥ και την ανάδειξη αυτής σε πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας. Με την λογική της πύλης εισόδου μέσω της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας, σκοπός ήταν η συγκράτηση και ο έλεγχος των δαπανών της υγείας. Επιπλέον, αναδεικνύεται η συμπληρωματική σχέση μεταξύ της ασφάλισης και της ΠΦΥ.

Η διαμόρφωση ενιαίου, δημόσιου συστήματος ΠΦΥ με την υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ και τη σύσταση επιμέρους Γενικών Διευθύνσεων, αποτέλεσε επιτακτική ανάγκη προκειμένου να διασφαλιστεί η πρόσβαση των πολιτών, και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, στο σύστημα υγείας.

Τα αποτελέσματα ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ

Με το σχεδιασμό αυτό, ο ΕΟΠΥΥ διαπραγματεύεται και καθορίζει τις τιμές των φαρμάκων, υλικών και υπηρεσιών υγείας, καθώς θα εφαρμόζει τις πολιτικές υγείας με σκοπό την αναβάθμιση του ΠΦΥ, θα οργανώνει τις παροχές υγείας σε εθνικό επίπεδο και θα καθορίζει το ποσοστό αποζημίωσης για το 90% του πληθυσμού.

Μέσω του ΕΟΠΥΥ πραγματοποιηθήκαν 16 νέα σχέδια συμβάσεων με παρόχους υγείας, που ισχύουν ενιαία για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Θεσπίστηκε η παροχή ιατρικών υπηρεσιών, η προμήθεια φαρμάκων, η εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων στα διαγνωστικά κέντρα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, οι υπηρεσίες «κλειστής νοσηλείας και ημερήσιας φροντίδας» σε κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, η παροχή υπηρεσιών υγείας από μονάδες αιμοκάθαρσης, η παροχή φυσικοθεραπευτικών πράξεων και υπηρεσίες στο πλαίσιο ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων.



Εικόνα 2.4: Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας(πηγή:ΕΣΔΥ, 2011).

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποδίδεται μέσω ενός δικτύου προμηθευτών το οποίο συνίσταται από τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, τα οποία έχει απορροφήσει ο ΕΟΠΥΥ, τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και από συμβεβλημένους ιατρούς. Ως εκ τούτου, διαμορφώνεται ένα διμερές μονοπώλιο το οποίο χαρακτηρίζει τη σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, ένα ατελές διμερές μονοπώλιο μεταξύ του ταμείου και των κέντρων υγείας, καθώς αυτά εξακολουθούν να υπάγονται διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία και μια μορφή μονοψωνίου μεταξύ του οργανισμού και των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών, ενώ σημαντικό μέρος της αγοράς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τη μορφή πλήρους αγοράς (χωρίς ρυθμίσεις δια μέσου της κρατικής παρέμβασης) η οποία διαχέεται συμπληρωματικά και συζευκτικά στο σύνολο του υγειονομικού τομέα. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί συνθήκες σύγχυσης και εμποδίζει την ανάπτυξη άσκησης πολιτικής για αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων.

Ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός ανάμεσα στην ασφάλιση υγείας και τους προμηθευτές ανάλογου εγχειρήματος στις αρχές της δεκαετίας του 2000 ή του αντίστοιχου βρετανικού υποδείγματος, δεδομένου ότι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί έχουν εκχωρήσει τις σχετικές αρμοδιότητες στον οργανισμό, ο οποίος από τη φύση και το χαρακτήρα του δεν έχει ως αποστολή την εκπροσώπηση των καταναλωτών έναντι των προμηθευτών, αλλά την άσκηση ασφαλιστικής πολιτικής στην υγεία.

Ο ΕΟΠΥΥ, λόγω συσσωρευμένων χρεών τα οποία απέκτησε από τα προηγούμενα ασφαλιστικά ταμεία, δεν έχει την ισχύ της διαπραγμάτευσης η οποία είχε προβλεφθεί κατά την ίδρυσή του. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνεται και η λειτουργία του οργανισμού τίθεται υπό αμφισβήτηση εξαιτίας του συσσωρευμένου χρέους το οποίο έχει μεταφερθεί στον ΕΟΠΥΥ από τα εντασσόμενα ταμεία (3,6 δις € περίπου) και ακόμη από την δυσχέρεια ανταπόκρισης στις πληρωμές των προμηθευτών (ιατροί, φαρμακεία, κλινικές, νοσοκομεία).

Η προσδοκώμενη μείωση των δαπανών ήταν μικρότερη του αναμενόμενου, λόγω του περιορισμού της μονοψωνιακής δύναμης του οργανισμού. Η μείωση της δαπάνης, εν τούτοις, χωρίς επίτευξη αποδοτικότητας από την πλευρά της προσφοράς, προκάλεσε μετακύλιση του κόστους στα νοικοκυριά και δεδομένου ότι δεν έχουν αναπτυχθεί πολιτικές βελτίωσης της

αποδοτικότητας, εκτιμάται ότι μεσοπρόθεσμα ώθησε σε μια διαδικασία αποασφάλισης και δραματικής μείωσης των παροχών.

Ενδεικτικά, η μη διασφάλιση κινήτρων στους ιατρούς λειτουργεί ως εμπόδιο σύναψης συμβάσεων με τον οργανισμό, γεγονός το οποίο οδηγεί σε περιορισμό της προσφοράς υπηρεσιών και συνεπώς σε ανικανοποίητη ζήτηση, η οποία αναζητεί διέξοδο στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, πράγμα το οποίο προκαλεί αύξηση των εισαγωγών στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα (κατά 28% το τελευταίο έτος), φαινόμενο το οποίο δεν ερμηνεύεται από την αύξηση της νοσηρότητας ή την μετακίνηση από τον ιδιωτικό τομέα.

Ο περιορισμός της προσφοράς με τον μειωμένο αριθμό συμβάσεων με ιατρούς αναιρείται από την δυνατότητα συνταγογράφησης που δίνεται σε μη συμβεβλημένους ιατρούς. Έτσι ενισχύεται η μονοπωλιακή θέση της προσφοράς και ουσιαστικά ακυρώνεται το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής και ενίσχυσης του ανταγωνισμού. Έτσι, μετακυλιέται το κόστος στα νοικοκυριά, ενώ παράλληλα προάγεται οσυντομογραφικός πληθωρισμός στη φαρμακευτική και βιοϊατρική τεχνολογία.

Η αρνητική αυτή τάση ενισχύεται και από το γεγονός απουσίας συστήματος αναφοράς από τους συμβεβλημένους ιατρούς προς τον ΕΟΠΥΥ, σε συνδυασμό με την έλλειψη μηχανισμού κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής διαχείρισης με τις συνδεδεμένες με τον οργανισμό υπηρεσίες. Η εξέλιξη αυτή έχει προφανώς δυσμενή επίπτωση στην (οικονομική) αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά καθίσταται επίσης απειλητική για την άσκηση καλής κλινικής πρακτικής και, κατά συνέπεια, πλήττει το κριτήριο της (ιατρικής) αποτελεσματικότητας.

Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού ωθείται σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες πλήρους κάλυψης προς ικανοποίηση της ζήτησης και των αναγκών του.

Επιπλέον, η διαφορά του θεμιτώς προσδοκώμενου και του πραγματικού εισοδήματος από μεγάλο τμήμα του ιατρικού σώματος, το οποίο τελικά συμβάλλεται με τον ΕΟΠΥΥ, δημιουργεί κίνητρα αντιρρόπησης, τα οποία εκφράζονται μέσω της όξυνσης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης και του πληθωρισμού των ιατρικών πράξεων (κυρίως στη φαρμακευτική και βιοϊατρική τεχνολογία) εις βάρος της ασφάλισης υγείας, αλλά και της

διεύρυνσης του φαινομένου των παραπληρωμών με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των οικογενειακών προϋπολογισμών, την έξαρση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και ακόμη την περαιτέρω διόγκωση του κύματος προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Οι εισροές του ΕΟΠΥΥ

Οι εισροές του οργανισμού, με βάση τις αρχικές εκτιμήσεις, προέρχονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους από την ετήσια κρατική επιχορήγηση και από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών σύμφωνα με τις αρχικές εκτιμήσεις των αρμοδίων δημοσίων αρχών. Από τη συμμετοχή του κράτους, η οποία αντιστοιχεί στο 0,6% του ΑΕΠ, εισέρχεται στα ταμεία του ΕΟΠΥΥ 1,5 δις € και από τις ασφαλιστικές εισφορές 4,5 δις €. Επιπλέον από τις νομοθετικές ρυθμίσεις προσαρμογής των εισφορών του ΟΠΑΔ υπολογίζονται επιπλέον 500 εκατ. € και από την εξίσωση των εισφορών των υπόλοιπων ταμείων στα επίπεδα των εισφορών του ΙΚΑ (7,65%) αναμένονται επιπλέον έσοδα 1,5 δις €.

Εισροές	2012
Σύνολο Ασφαλισμένων (σε .000)	11.351
Άμεσα	6.381
Έμμεσα	4.970
Ετήσιες Εισφορές (σε εκατ. €)	4.565
Εργοδότες	2.080
Ασφαλισμένοι	2.485
Συμμετοχή του κράτους (εκτίμηση σε εκατ. €)	1.500
Προσαρμογή εισφορών ΟΠΑΔ (εκτίμηση σε εκατ. €)	500
Ρυθμιστική προσαρμογή εισφοράς στο 7,65% (εκτίμηση σε εκατ. €)	>1.500

Εικόνα 2.5: Οι εισροές του ΕΟΠΥΥ για το 2012 (πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)

Οι εισροές του ΕΟΠΥΥ επηρεάστηκαν δραματικά και από την αύξηση της ανεργίας και την μείωση των εργοδοτικών εισφορών. Η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε την περίοδο της κρίσης, καθώς εμφανίζεται αρνητικό ισοζύγιο μεταξύ επιχειρήσεων οι οποίες ιδρύονται και αυτών οι οποίες διακόπτουν την λειτουργία τους. Σε συνδυασμό με την διόγκωση της ανασφάλιστης εργασίας, ήταν μειωμένη η άντληση ασφαλιστικών εσόδων.

Υπό το πρίσμα αυτό, διαπιστώνεται (α) η απόκλιση μεταξύ αρχικού σχεδιασμού και υλοποίησης του εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ, λόγω της δραματικής παρέκκλισης από τους στόχους των αναφερόμενων εισροών, από τις κρατικές επιχορηγήσεις, την προσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών, αλλά και την αύξηση της ανεργίας, (β) η ατελής προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ασφαλιστικού μονοψωνίου και απουσίας ιατρο-ασφαλιστικής πολιτικής, (γ) η ανάγκη λήψης διαρθρωτικών μέτρων για την ενίσχυση της θέσης της ασφάλισης και της πλευράς των χρηστών και την εισαγωγή εσωτερικού ανταγωνισμού για τη μείωση της μονοπωλιακής θέσης της πλευράς της προσφοράς και την διασφάλιση τιμών και όγκου υπηρεσιών, οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τη ζήτηση υπηρεσιών αλλά και στους διαθέσιμους πόρους και (δ) στην ανάγκη αναδιάρθρωσης των πηγών χρηματοδότησης, ώστε να υπάρξει διασφάλιση και επάρκεια στην χρηματοδοτική υποστήριξη του οργανισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1 Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Με την ιδρυτική συνθήκη της ΕΟΚ (Συνθήκη της Ρώμης) και στη συνέχεια με τη Συνθήκη του Μάαστριχ (1992), τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1999) και τη Συνθήκη της Νίκαιας (2000) σηματοδοτείται μία ολοένα και πιο ουσιαστική προσπάθεια εναρμόνισης των νομοθεσιών και των αγορών των κρατών-μελών στα ζητήματα της υγείας, αλλά και σταδιακής σύγκλισης των επιμέρους εθνικών συστημάτων υγείας.

Ιδιαίτερα οι εξελίξεις των τελευταίων ετών και η ενίσχυση των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων υγείας υπογραμμίζουν τη σημασία της ανάδειξης της δημόσιας υγείας σε βασική προτεραιότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, πολλοί επισημαίνουν ότι παρά τα θετικά βήματα που έχουν γίνει, δεν υπάρχουν ακόμα σαφείς αναφορές στα θέματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, ενώ έντονος σκεπτικισμός εκφράζεται για τη συνύπαρξη της σύγχρονης στρατηγικής της προαγωγής υγείας με την παραδοσιακή αντίληψη της πρόληψης, καθώς και για το γεγονός ότι, ενώ περιγράφονται ως βασικοί στόχοι η υψηλή προστασία της δημόσιας υγείας, η πρόληψη, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα στις υπηρεσίες, δεν προβλέπονται διατάξεις που να διασφαλίζουν το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Ο σχετικός προβληματισμός επεκτείνεται και σε άλλα επίμαχα ζητήματα, όπως είναι η ανάγκη περισσότερων πόρων, στο βαθμό που η χρηματοδότηση των προγραμμάτων υγείας δεν θεωρείται επαρκής, η διεύρυνση της ΕΕ και τα ιδιαίτερα προβλήματα δημόσιας υγείας που αντιμετωπίζουν πολλές από τις νέες χώρες, η έλλειψη διαφάνειας και κατανόησης των Ευρωπαϊκών πολιτικών υγείας από τον μέσο Ευρωπαίο πολίτη, η απουσία υποδομών και μηχανισμών για τη μέτρηση και αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία όλων των ασκούμενων Ευρωπαϊκών πολιτικών και δράσεων, καθώς και το αμφιλεγόμενο ζήτημα της εναρμόνισης των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών.

Σχετικά με το τελευταίο αυτό ζήτημα, η συντελούμενη εναρμόνιση των αγορών της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν έχει περιλάβει ακόμα την εναρμόνιση των συστημάτων υγείας,

λόγω επικουρικότητας. Η οργάνωση και η διοίκηση των συστημάτων υγείας παραμένει έτσι στην αποκλειστική δικαιοδοσία των εθνικών κυβερνήσεων.

Όμως, το γεγονός ότι εξελίσσεται ταχέως η σύγκλιση στα θέματα δημόσιας υγείας (ενώ, ήδη με την ιδρυτική Συνθήκη της Ρώμης, έχουν υπαχθεί στις διαδικασίες εναρμόνισης η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, σημαντικό μέρος της αγοράς των φαρμάκων και η κοινωνική ασφάλιση) οδηγεί και σε έμμεση αλλά σταθερά εξελισσόμενη σύγκλιση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών. Εξάλλου, μέχρι σήμερα έχουν εκδοθεί εκατοντάδες επίσημες αποφάσεις (το 1/3 από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο) για θέματα που αφορούν τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας στα κράτη-μέλη.

Η Συνθήκη της Νίκαιας το 2000, με την υιοθέτηση του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, περιέλαβε την προστασία της υγείας ως μια από τις βασικές συνιστώσες της αλληλεγγύης, δηλαδή ως ένα από τα έξι θεμελιώδη δικαιώματα. Ειδικότερα, αναφέρει ότι όλοι δικαιούνται πρόσβαση στην πρόληψη και στην ιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις των εθνικών νομοθεσιών και πρακτικών.

Δεν είναι, λοιπόν, τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια έχει τεθεί με πιο άμεσο τρόπο το ζήτημα της σύγκλισης και εναρμόνισης και των συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το γεγονός αυτό δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως απειλή για τα εθνικά δικαιώματα ή για τα επενδυμένα συμφέροντα, αλλά ως πρόκληση για την περαιτέρω βελτίωση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Η διαμόρφωση Ευρωπαϊκών προδιαγραφών και στόχων για τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην προστασία της υγείας των Ευρωπαϊκών λαών και ταυτόχρονα να ενισχύσει την προσπάθεια όχι μόνο της οικονομικής αλλά και της πολιτικοκοινωνικής ολοκλήρωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο πλαίσιο της προσπάθειας αυτής, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει δεσμευτεί σε δυο αποκλίνοντα μοντέλα: το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο και το μοντέλο του ελεύθερου ανταγωνισμού της εσωτερικής αγοράς. Έτσι, από τη μια ασκείται πίεση στις υπηρεσίες υγείας να προσαρμοστούν στους κανόνες της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς, την ίδια ώρα που οι κυβερνήσεις προσπαθούν να προσαρμόσουν τους κανόνες αυτούς στην παροχή υπηρεσιών με βάση τις αρχές του κοινωνικού μοντέλου. Βέβαια, πολλοί υποστηρίζουν ότι η παγκοσμιοποίηση και ο διεθνής ανταγωνισμός επιβάλλουν, εκτός από την

καθολικότητα, την ισότητα και την αλληλεγγύη του κοινωνικού μοντέλου και την οικονομική βιωσιμότητα. Είναι, επομένως, ανάγκη να αναζητηθούν νέοι δρόμοι οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων υγείας, που να πληρούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας, αλλά και της αποδοτικότητας.

3.2 ΠΕΔΙΑ ΔΡΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ορισμένες δράσεις της Ε.Ε. στον τομέα υγείας αποτελούν οι παρακάτω:

1) ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ

Η Ε.Ε. εισήγαγε νομοθετικές ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού από τη δεκαετία του '90. Σήμερα, η Ε.Ε. και τα μέλη της συνεργάζονται με τον ΠΟΥ για την αποτροπή και την απαγόρευση του καπνίσματος. Η πιο χαρακτηριστική συμφωνία που έγινε είναι η Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). Αποτελεί έκθεση που δημιουργήθηκε λόγω της εξάπλωσης της πανδημίας του καπνίσματος. Η Ελλάδα, δυστυχώς βρίσκεται στις πρώτες θέσεις ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και της Ε.Ε. στην κατανάλωση καπνού.

2) ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Η κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται για την ανάπτυξη καρκίνου, την αύξηση της υπέρτασης νόσου και το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αλλά και τον θάνατο (WHO, 2012) . Η Ε.Ε. άργησε αρκετά να υιοθετήσει και να εφαρμόσει ενιαία πολιτική για την κατανάλωση αλκοόλ, εισήγαγε στρατηγικές για το αλκοόλ τόσο το 2009, όσο και το 2013, αλλά για πρώτη φορά έθεσε ως σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας την κατανάλωση αλκοόλ το 2001. Δράσεις για το αλκοόλ από την Ε.Ε., σε πρόσφατη περίοδο, αποτέλεσε η στρατηγική της Ε.Ε. για την υποστήριξη των κρατών-μελών στη μείωση του αλκοόλ³⁴. Σήμερα, η κατανάλωση αλκοόλ εμφανίζει υψηλές διαφορές και ανισότητες ανάμεσα στις χώρες-μελέτης της Ε.Ε. (παράρτημα 1)

³ European Union, 2009, "First progress report on the implementation of the EU Alcohol strategy".

⁴European Parliament, 2006, "An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm".

3) ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η δράση Environment and Health Action Plan 2004-2010. Η συγκεκριμένη πολιτική επιδίωξε να αποδώσει αφενός πληροφορίες στην Ε.Ε. σχετικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία, με συνέπεια η ίδια αργότερα να βοηθήσει τα κράτη-μέλη και αφετέρου να θέσει στο επίκεντρο τη συνεργασία μεταξύ των φορέων που δραστηριοποιούνται στο περιβάλλον, την υγεία και την έρευνα.

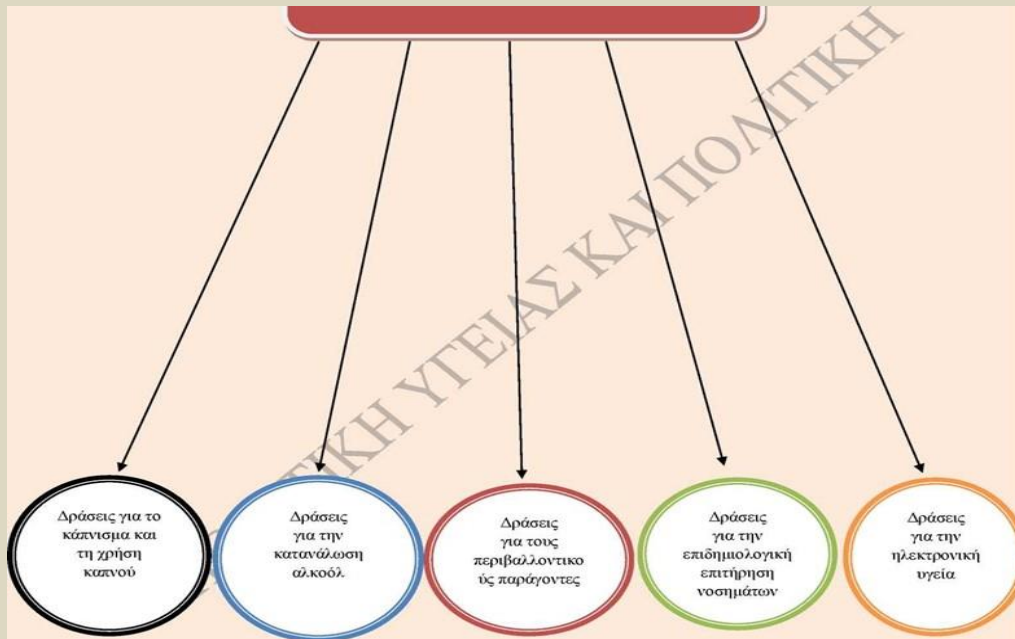
4) ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ίδρυση του ECDC, αρμόδιου οργανισμού της Ε.Ε. για την καταγραφή, επιτήρηση και αξιολόγηση των δεικτών υγείας σε επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας στα νοσήματα.

5) ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Πρόκειται για μία νέα κατευθυντήρια πολιτική της Ε.Ε. των τελευταίων ετών. Χαρακτηριστική δράση της Ε.Ε. για την προώθηση πολιτικών, που σχετίζονται με τομείς της ηλεκτρονικής υγείας, αποτέλεσε η δράση e-Health Action Plan (2004). Σύμφωνα με την δράση, οι χώρες έπρεπε να αναπτύξουν έναν εθνικό ή περιφερειακό οδικό χάρτη για την ηλεκτρονική υγεία. Μάλιστα, μέχρι το τέλος του 2006, 25/27 χώρες-μέλη παρουσίασαν κείμενα σε διάσκεψη που πραγματοποιήθηκε, όπου ανέφεραν ότι ανέπτυξαν πολιτικές για την ηλεκτρονική υγεία. Στις χώρες αυτές συγκαταλέγεται και η Ελλάδα. Οι εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας που παρουσιάστηκαν, αφορούν τον ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τις κάρτες υγείας, τα ιατρικά Portal, τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής, τις καινοτομίες σε ζητήματα ασφάλειας και ποιότητας ασθενών αλλά και εργαλεία ηλεκτρονικής υγείας για την αποτελεσματικότερη διαχείριση των νοσημάτων⁵.

⁵Hamalailen P., Doupi P., Hypponen H., (2008), “e-Health Policy and Deployment in the European Union. Review and Analysis of Progress”, STAKES, Reports 26/2008, Helsinki 2008, ISBN 978-951-33-2234-2, p.1-21, 57-58.



Εικόνα 3.1: Δράσεις της ΕΕ για τον τομέα της Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ-ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

4.1 Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Βρετανίας ξεκίνησε τη λειτουργία στις 5 Ιουλίου του 1948. Καθώς διανύει την 65η επέτειό του, υφίσταται τη μεγαλύτερη οργανωτική αλλαγή στην ιστορία του, με ένα μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού του να βρίσκεται τώρα στα χέρια ομάδων κλινικών επιτροπών (GP-led Clinical Commissioning Groups).

Η λειτουργία του Park Hospital στο Μάντσεστερ από τον υπουργό Υγείας Aneurin Bevan, είναι το αποκορύφωμα ενός εξαιρετικά φιλόδοξου σχεδίου για την πρόσβαση όλων στην υγειονομική περίθαλψη. Για πρώτη φορά, τα νοσοκομεία, οι ιατροί, οι νοσηλευτές, οι φαρμακοποιοί, οπτικοί και οδοντίατροι βρίσκονται μαζί κάτω από μια οργάνωση-ομπρέλα, για να παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας για όλους.

Οι βασικές αρχές του συστήματος είναι σαφείς: η υγειονομική υπηρεσία θα είναι διαθέσιμη σε όλους και θα χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τη φορολογία, πράγμα που σημαίνει ότι οι πολίτες θα πληρώνουν για αυτό ανάλογα με τις δυνατότητές τους.

1952 – Χρέωση ένα σελίνι για τις ιατρικές συνταγές

Εισάγεται η χρέωση 1 σελινίου (5p) για τις συνταγογραφήσεις και δημιουργείται ένα κατ' αποκοπή ποσό της 1 λίρας για τις απλές οδοντιατρικές θεραπείες, την 1η Ιουνίου 1952. Οι χρεώσεις για τις συνταγές καταργήθηκαν το 1965 και παρέμειναν δωρεάν μέχρι τον Ιούνιο του 1968, όπου εισήχθησαν επιβαρύνσεις εκ νέου.

1953 – Αποκάλυψη της δομής του DNA

1954 – Γίνεται η συσχέτιση του καρκίνου με το κάπνισμα

1954 – Εδραίωση καθημερινών επισκέψεων για τα παιδιά που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο

1958 – Ξεκίνησε πρόγραμμα εμβολιασμών για την πολιομυελίτιδα και τη διφθερίτιδα

1960 – Η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού στο Ηνωμένο Βασίλειο

1961 – Το αντισυλληπτικό χάπι γίνεται ευρέως διαθέσιμο

1962 – Το Σχέδιο Δράσης για τα Νοσοκομεία του Enoch Powell

Το ιατρικό επάγγελμα επικρίνει το διαχωρισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε τρία μέρη – νοσοκομεία, γενική ιατρική και τοπικές αρχές υγείας – και ζητά την ενοποίηση. Το Σχέδιο Δράσης για τα Νοσοκομεία εγκρίνει την δημιουργία περιφερειακών γενικών νοσοκομείων για περιοχές με πληθυσμό έως περίπου 125.000 κατοίκους και με αυτόν τον τρόπο καθορίζει την πορεία δράσης για το μέλλον. Το 10ετές σχέδιο δράσης είναι ένα μεγάλο επίβουλο σχέδιο για το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας και σύντομα καθίσταται σαφές ότι έχει υποτιμηθεί το κόστος και ο χρόνος που θα χρειαζόταν για την κατασκευή των νέων νοσοκομείων. Ωστόσο, γίνεται μια νέα αρχή και με την έλευση των κέντρων μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, νοσηλευτές και ιατροί έχουν προοπτικές για ένα καλύτερο μέλλον.

1962 – Πραγματοποιείται από τον καθηγητή John Charnely η πρώτη πλήρης αντικατάσταση ισχίου

1967 – Η έκθεση Salmon

Δημοσιεύεται η έκθεση Salmon και διατυπώνονται συστάσεις για την ανάπτυξη της δομής του νοσηλευτικού προσωπικού και του καθεστώτος του επαγγέλματος του τομέα της διοίκησης νοσοκομείου. Η έκθεση Cogwheel ερευνά την οργάνωση των ιατρών στα νοσοκομεία και προτείνει ομάδες ειδικότητας, ενώ υπογραμμίζει, επίσης, τις προσπάθειες που γίνονται για τη μείωση των μειονεκτημάτων των τριών τμημάτων του NHS – νοσοκομεία, γενική ιατρική και τοπικές αρχές υγείας – αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητα του συστήματος και τη σημασία για αλλαγές προς την κάλυψη των μελλοντικών αναγκών.

1967 – Ο νόμος για τις άμβλώσεις

Ο νόμος για τις άμβλώσεις εισάγεται από τον Φιλελεύθερο βουλευτή David Steel και περνά σε ψηφοφορία στις 27 Οκτωβρίου 1967, για να γίνει νόμος στις 27 Απριλίου 1968. Η άμβλωση νομιμοποιείται για κύηση μέχρι 28 εβδομάδων, εάν πραγματοποιείται από ένα εγγεγραμμένο ιατρό και εάν δύο επιπλέον ιατροί συμφωνούν ότι πρόκειται για διαδικασία που δεν αντίκειται στα ψυχικά και σωματικά συμφέροντα της γυναίκας. Το 1990, η άμβλωση είναι νόμιμη για κύηση έως και 24 εβδομάδων. Ο νόμος δεν εφαρμόστηκε και στη Βόρεια Ιρλανδία.

1968 – Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στη Βρετανία

1968 - Βρετανίδα γεννά εξάδυμα μετά από θεραπεία γονιμότητας

1972 – Η αξονική τομογραφία φέρει επανάσταση στον τρόπο που οι ιατροί εξετάζουν το σώμα

1975 – Ανακαλύφθηκαν οι ενδορφίνες

1978 – Γεννιέται το πρώτο μωρό του κόσμου με εξωσωματική γονιμοποίηση

1970 - Louise Brown, το πρώτο παιδί του σωλήνα γεννήθηκε στις 25 Ιουλίου 1978

1979 – Πραγματοποιείται η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση μυελού των οστών σε παιδί

1980 – Εισάγεται η Μαγνητική τομογραφία

1980 – Λαπαροσκοπική χειρουργική

1980 – The Black Report

Η Black Report, που καταρτίστηκε από τον David Ennals είχε ως στόχο να διερευνήσει τις ανισότητες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη που ήταν παρούσες παρά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας. Οι ανισότητες υγείας περιλαμβάνουν το χάσμα στη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ των κοινωνικών τάξεων, στα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και στο προσδόκιμο ζωής. Οι οικονομικά ασθενέστεροι παραμένουν ακόμη πιο ευάλωτοι στην πρόωμη θνησιμότητα σε σχέση με τους οικονομικά ισχυρούς. Η έκθεση Whitehead το 1987 και η έκθεση Acheson το 1998, κατέληξαν επίσης στο ίδιο συμπέρασμα.

1981 – Βελτίωση της βρεφικής υγείας

Αυξάνονται τα ποσοστά που αφορούν την επιβίωση των βρεφών μέσω των προγραμμάτων εμβολιασμού. Η καλύτερη υγιεινή και η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, φέρουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη υγεία τόσο για τις μητέρες όσο και για τα παιδιά.

1985 – Πραγματοποιείται μεταμόσχευση ήπατος στο νεαρότερο Βρετανό ασθενή (2 ετών)

1980 - 1987 – Μεταμόσχευση καρδιάς, πνευμόνων και ήπατος

1988 – Εισάγεται η εξέταση μαστού

1990 – Νόμος για την Υγειονομική Φροντίδα στην Κοινότητα

Πλέον, οι υγειονομικές αρχές θα διαχειρίζονται τους δικούς τους προϋπολογισμούς και θα αγοράζουν την υγειονομική περίθαλψη από τα νοσοκομεία και άλλες οργανώσεις υγείας. Για να θεωρούνται ως «πάροχοι υπηρεσιών» φροντίδας υγείας, οι οργανισμοί θα γίνουν NHS trusts – ανεξάρτητοι οργανισμοί με δικές τους διοικήσεις.

1991 – Ιδρύονται τα πρώτα 57 NHS trusts

1994 – Γίνεται η σύσταση του Μητρώου Δωρητών Οργάνων του NHS

1998 – Ξεκινά η λειτουργία της τηλεφωνικής υπηρεσίας NHS Direct

Μια από τις μεγαλύτερες ενιαίες υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας στον κόσμο, διαχειριζόμενη πάνω από μισό εκατομμύριο κλήσεις κάθε μήνα. Είναι η αρχή ενός αυξανόμενου φάσματος από βολικές εναλλακτικές λύσεις για τις παραδοσιακές υπηρεσίες γενικής ιατρικής – συμπεριλαμβανομένης της σύστασης κέντρων NHS walk-ins, τα οποία προσφέρουν στους ασθενείς θεραπεία και συμβουλές για μια σειρά τραυματισμών και ασθενειών, χωρίς την ανάγκη να κλείσουν ραντεβού. Η υπηρεσία NHS Direct έκλεισε το 2014. Αντ' αυτής, μπορεί κανείς πλέον να καλέσει το NHS 111, ένα νέο αριθμό μη-έκτακτης ανάγκης, για να καταστεί ευκολότερη η πρόσβαση σε τοπικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης του NHS στην Αγγλία.

2000 – Κέντρα NHS walk-in

Τα Κέντρα NHS walk-in, προσφέρουν εύκολη πρόσβαση σε μια σειρά από υπηρεσίες του NHS. Διαχειρίζονταν από παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCT), αλλά από την 1η Απριλίου 2013, ο ρόλος πλέον ανήκει σε ομάδες κλινικών επιτροπών. Τα Κέντρα NHS walk-in συνήθως λειτουργούν με νοσηλευτές και είναι διαθέσιμα σε όλους. Δεν χρειάζεται ραντεβού ή εγγραφή για να επισκεφθεί κανείς ένα κέντρο walk-in. Τα περισσότερα κέντρα είναι ανοιχτά κάθε μέρα και βρίσκονται σε κατάλληλες θέσεις, ώστε να δίνουν στους ασθενείς την πρόσβαση σε υπηρεσίες, εκτός των κανονικών ωρών λειτουργίας.

2002 – Το πρώτο πιλοτικό πρόγραμμα ελεύθερης επιλογής

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν αναμονή άνω των έξι μηνών, έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν τη μετάβαση τους σε εναλλακτικό πάροχο για ταχύτερη πρόσβαση σε θεραπεία.

2006 – Βελτίωση πρόσβασης στο Πρόγραμμα Ψυχολογικών Θεραπειών

Το πρόγραμμα Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) ξεκινά το 2006, προσφέροντας εύκολη πρόσβαση στις ψυχοθεραπείες του NHS για ανθρώπους που πάσχουν από κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές.

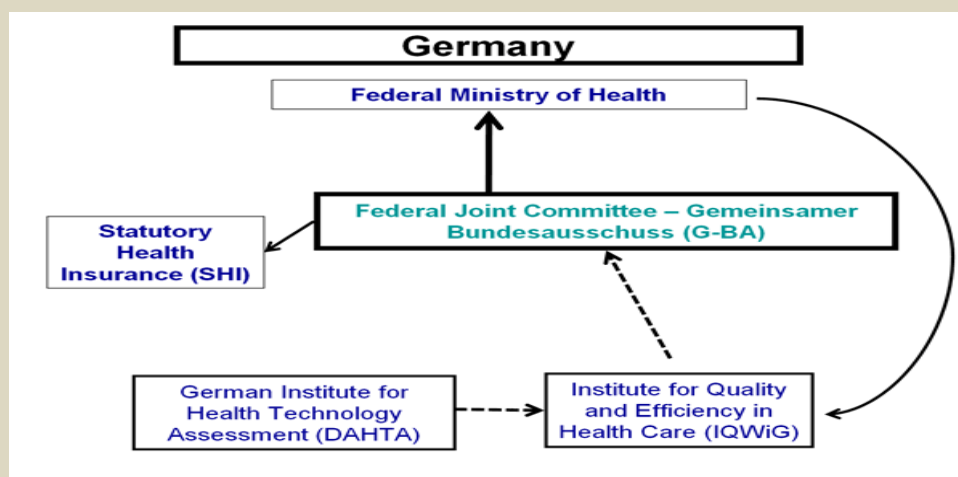
2007 – Έναρξη της ιστοσελίδας NHS Choices, ιστοσελίδας πληροφοριών για την υγεία

2000 - Ρομποτικός βραχίονας οδηγεί σε πρωτοποριακές εγχειρήσεις καρδιάς

Το NHS στη δεκαετία του 2010

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας έχει υποστεί πλέον σημαντικές αλλαγές στη δομή του πυρήνα του, σχετικά με το ποιος λαμβάνει αποφάσεις για τις υπηρεσίες του, που ανατίθενται οι υπηρεσίες υγείας, καθώς και τον τρόπο που δαπανώνται τα χρήματα.⁶

4.2 Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ



Εικόνα 4.1: Η δομή του Γερμανικού συστήματος Υγείας (Πηγή: Υπουργείο Υγείας Γερμανίας)

⁶ Πηγή: (<http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>)

Το πλαίσιο για την υγειονομική περίθαλψη στη Γερμανία έχει τεθεί με βάση την κεντρική λήψη αποφάσεων: 1) νομοθεσία που έχει θεσπιστεί από το κοινοβούλιο, 2) διατάγματα που εκδίδονται από το Υπουργείο Υγείας, 3) οδηγίες που εκδίδονται από την G-BA υπό την εποπτεία του Υπουργείου, και 4) συμβάσεις μεταξύ των αυτοδιοικούμενων οργανισμών υπό την εποπτεία του Υπουργείου. Δεν υπάρχει ανταγωνισμός για τα προϊόντα στις υπηρεσίες μεταξύ των ταμείων. Όλα παρέχουν τις ίδιες υπηρεσίες, όπως αυτές ορίζονται από την G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) ή τις διάφορες κεντρικές οργανώσεις των SHFs. Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει ίδιες υπηρεσίες, αλλά επιτρέπει και πρόσθετες παροχές (π.χ. υπηρεσίες πρώτης κατηγορίας).

Το Υπουργείο Υγείας (Bundesministerium fuer Gesundheit) θέτει το πλαίσιο για τις παρεμβάσεις της υγειονομικής περίθαλψης, εγκρίνει τα μέτρα που λαμβάνονται στο πλαίσιο αυτό και παρακολουθεί την έκβαση των μεταρρυθμίσεων.

Το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο για τα Ναρκωτικά και τα Ιατρικά βοηθήματα (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinische Produkte - BfArM) είναι μια ανεξάρτητη ομοσπονδιακή ανώτερη αρχή εντός του χαρτοφυλακίου του Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας. Υπηρετούν περίπου 1000 εργαζόμενοι - συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, φαρμακοποιών, χημικών, βιολόγων, τεχνικών βοηθών και διοικητικού προσωπικού. Οι εργασίες στο BfArM έχουν στόχο την πρόληψη των κινδύνων για την υγεία και χαρακτηρίζονται από τη συνεχή βελτίωση της ασφάλειας των φαρμάκων, την παρακολούθηση των κινδύνων των ιατρικών συσκευών, καθώς και από την παρακολούθηση της νομικής κυκλοφορίας σε ελεγχόμενες ουσίες που έχουν προγραμματιστεί στο πλαίσιο του ΟΗΕ-συμβάσεις του 1961, του 1971 και του 1988. Ένα από τα κύρια καθήκοντα της BfArM είναι η έγκριση των τελικών φαρμακευτικών προϊόντων βάσει του γερμανικού νόμου περί φαρμάκων (Arzneimittelgesetz, AMG). Κατά τη διάρκεια αυτών των διαδικασιών αδειοδότησης, που εξετάζει την απόδειξη της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και την κατάλληλη φαρμακευτική ποιότητα των τελικών φαρμακευτικών προϊόντων.

Το Γερμανικό Ινστιτούτο για την Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας (DAHTA) ιδρύθηκε το 2000, ως μέρος του γερμανικού Ομοσπονδιακού Υπουργείου Υγείας και είναι ένα τμήμα του γερμανικού Ινστιτούτου Ιατρικής Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης (DIMDI). Το DAHTA παράγει εκθέσεις σχετικά με την ιατρική, οικονομική, κοινωνική, ηθική και νομικά θέματα που σχετίζονται με το γερμανικό σύστημα υγείας, σε συνδυασμό με τη χορήγηση μιας βάσης δεδομένων, που περιέχει της δικές της εκθέσεις, καθώς και τις εθνικές και διεθνείς

εκθέσεις που παράγονται από άλλους οργανισμούς. Επίσης, παρέχει πληροφορίες για τις ομάδες συμφερόντων και, μαζί με επιστημονικά ινστιτούτα, συμμετέχει στην ανάπτυξη προτύπων.

Η μεικτή επιτροπή Ομοσπονδιακή «G-BA» (Gemeinsamer Bundesausschuss) αποτελείται από ιατρούς, οδοντιάτρους, τους εκπροσώπους του νοσοκομείου, εκπροσώπους των SHIs και τους εκπροσώπους των ασθενών. Η G-BA είναι η κεντρική μονάδα λήψης αποφάσεων για την παροχή φαρμάκων για τα άτομα που διαθέτουν με εκ του νόμου ασφάλιση υγείας. Επίσης, ρυθμίζει την επιστροφή και τους περιορισμούς στη συνταγογράφηση για λόγους αποτελεσματικότητας. Επιπλέον, η G-BA αξιολογεί τις νέες μεθόδους της ιατρικής εξέτασης και θεραπείας, αξιολογεί και κατατάσσει νέα φάρμακα στη γερμανική αγορά και είναι υπεύθυνη για τη δημοσίευση των κατευθυντήριων γραμμών επεξεργασίας (που υποβλήθηκε για έγκριση στο ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας).

Το 2004, θα συσταθεί το ανεξάρτητο Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο για την Ποιότητα και Αποτελεσματικότητα στην Υγεία (IQWiG) με σκοπό την αξιολόγηση της ιατρικής αποτελεσματικότητας, της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας. Η IQWiG αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων μετά από αίτημα της G-BA ή ανεξάρτητα. Επίσης, προετοιμάζει μη δεσμευτικές συστάσεις προς την G-BA, που περιλαμβάνουν ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας.

4.3 Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΙΤΑΛΙΑ

Ιστορική Αναδρομή

Η μεταρρύθμιση του 1978 (Νόμος αρ 833/1978) που δημιούργησε το SSN εισήγαγε την καθολική κάλυψη υγείας για τους Ιταλούς πολίτες και εκείνους που διαμένουν νόμιμα στην Ιταλία. Καθιέρωσε την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τις ανάγκες της υγείας και της αλληλεγγύης, όπως οι κατευθυντήριες αρχές του συστήματος. Οι κύριοι στόχοι της μεταρρύθμισης ήταν να διασφαλίσει σε όλους ίση πρόσβαση στα επίπεδα περίθαλψης, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την τοποθεσία, να αναπτυχθούν συστήματα πρόληψης των ασθενειών, για τον έλεγχο των δαπανών για την υγεία και να προστατεύεται ο δημόσιος δημοκρατικός έλεγχος. Ένα μεικτό σύστημα χρηματοδότησης, διαπιστώθηκε ότι σε συνδυασμό με την γενική φορολογία και τις υποχρεωτικές εισφορές ασφάλισης υγείας, σταδιακά κάνει την μετάβαση σε ένα σύστημα

πλήρως βασισμένο στην φορολογία. Το νέο σύστημα υγείας θα είναι εν μέρει αποκεντρωμένο, με τα εθνικά, περιφερειακά και τοπικά επίπεδα διοίκησης. Η κεντρική κυβέρνηση ήταν υπεύθυνη για τη χρηματοδότηση, δηλαδή τον καθορισμό των κριτηρίων για την κατανομή των πόρων στις περιφέρειες, που προσπαθούν να μειώσουν σταδιακά τις περιφερειακές ανισότητες και την διανομή των κονδυλίων. Ήταν επίσης υπεύθυνη για τον προγραμματισμό μέσω ενός τριετούς Εθνικού Σχεδίου Υγείας (Piano Sanitario Nazionale - PSN). Οι περιφερειακές υγειονομικές αρχές ήταν υπεύθυνες για τον τοπικό προγραμματισμό σύμφωνα με τους στόχους της υγείας που καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο, για την οργάνωση και την διαχείριση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και για την κατανομή των πόρων για την τρίτη βαθμίδα του συστήματος, τις τότε γνωστές ως «τοπικές μονάδες υγείας» (Unità Sanitarie Locali - άδειες USL). Οι άδειες USL ήταν λειτουργικές υπηρεσίες που ήταν υπεύθυνες για την παροχή υπηρεσιών μέσω των δικών τους εγκαταστάσεων, είτε μέσω συμβάσεων με ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών. Διοικούνταν από επιτροπές διαχείρισης που εκλέγονται από συνελεύσεις των αντιπροσώπων των τοπικών κυβερνήσεων.

Σχεδιασμός

Το κύριο μέσο για τον σχεδιασμό σε εθνικό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης είναι το Εθνικό Σχέδιο Υγείας. Συντάχθηκε από το Υπουργείο Υγείας μετά από διαβουλεύσεις με τις περιφέρειες, που στη συνέχεια εγκρίθηκε από την κυβέρνηση σε συμφωνία με την Διάσκεψη κράτους-περιφερειών και καλύπτει τρία έτη. Το πρώτο Εθνικό Σχέδιο Υγείας κυκλοφόρησε το 1994. Μέσα σε μια ευέλικτη δομή, όπως τα σχέδια των θεμελιωδών αρχών και οι αξίες του συστήματος υγείας, οι γενικοί στόχοι του SSN είναι οι στρατηγικές κατευθύνσεις για την βελτίωση της ποιότητας, την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος και για την επιστημονική έρευνα.

Το Εθνικό Σχέδιο Υγείας για την περίοδο 2011-2013 καθορίζει όλα τα επίπεδα (πρόληψη, διάγνωση, περίθαλψη, αποκατάσταση): τα κριτήρια για την εξασφάλιση ότι η χρηματοδότηση της περιφερειακής υγειονομικής περίθαλψης είναι επαρκής, τα κριτήρια για την κατανομή των πόρων των περιφερειακών ταμείων, την οικονομική βιωσιμότητα, και τα κριτήρια για την προσαρμογή των εθνικών στόχων με τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά και τις ανάγκες της υγείας των περιφερειακών πληθυσμών.

Το Εθνικό Σχέδιο Υγείας συγκρίνει επίσης τον προβλεπόμενο ετήσιο αριθμό των νέων αποφοίτων στα επαγγέλματα υγείας και τον εκτιμώμενο αριθμό των επαγγελματιών υγείας που θα χρειαστούν, λαμβάνοντας επίσης υπόψη τη μέση ηλικία του εργατικού δυναμικού. Συζητά τις πιθανές επιπτώσεις και τις διοικητικές συνέπειες των νέων διατάξεων, συμπεριλαμβανομένης της εξομάλυνσης των πολιτικών εκπαίδευσης και κατάρτισης και εξειδικεύει τις διατάξεις που περιλαμβάνονται στις ετήσιες Οικονομικές Εθνικές Νομοθεσίες, που σχετίζονται με την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

Σχεδιασμός Περιφερειακού Επιπέδου

Το κύριο όργανο σχεδιασμού υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο είναι το Περιφερειακό Σχέδιο Υγείας (RHP). Κάθε περιοχή υιοθετεί ένατοπικό σχέδιο Υγείας εντός 150 ημερών από την εισαγωγή του Εθνικού Σχεδίου Υγείας και την διαβιβάζει στο Υπουργείο Υγείας για να λάβει ανατροφοδότηση σχετικά με τη συμφωνία του με το εθνικό σχέδιο. Το RHP είναι γενικά πιο λεπτομερές από το Εθνικό Σχέδιο Υγείας. Περιλαμβάνει στοιχεία όπως η κατανομή των κλινών στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, στοιχεία έκτακτης ανάγκης και τη μακροχρόνια φροντίδα, το μέγεθος και τη θέση των νοσοκομείων, τα μέτρα για να εξασφαλιστεί η ισορροπία μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, την ενσωμάτωση μεταξύ της υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης, και τη συνεχή βελτίωση. Οι προσεγγίσεις για τον περιφερειακό σχεδιασμό ευρέως ποικίλουν: κάποιες περιοχές εκδίδουν τακτικά σχέδια, ενώ άλλα σπάνια χρησιμοποιούνται στον επίσημο σχεδιασμό για να κατευθύνουν το σύστημα.

Σχεδιασμός τοπικού επιπέδου

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν μεγάλες ενδο- και δια-περιφερειακές διαφοροποιήσεις, κάθε ASL σχεδιάζεται γενικά σε τρία επίπεδα: το Διοικητικό Συμβούλιο, το Συμβούλιο Τμήματος και αυτό που αφορά μόνο στους επαγγελματίες.

Το Διοικητικό Συμβούλιο εκτελεί τον μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό και την παρακολούθηση, η οποία περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

- 1) ορισμός των μακροπρόθεσμων θεσμικών στόχων
- 2) ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος (ανάγκες και απαιτήσεις, ενδείξεις από τον περιφερειακό και εθνικό σχεδιασμό, τα χαρακτηριστικά των άλλων οργανισμών με παρόμοια

εντολή) και του εσωτερικού περιβάλλοντος (ανάλυση SWOT σε οργανωτικό και τεχνολογικό επίπεδο)

3) ορισμός των κρίσιμων παραγόντων επιτυχίας

4) διαμόρφωση της στρατηγικής με συγκεκριμένους στόχους σχεδίων εφαρμογής

5) καθορισμός των στρατηγικών λειτουργιών ελέγχου, που αποτελείται από την παρακολούθηση και τη διόρθωση των δράσεων.

Τα μέλη του Διοικητικού Τμήματος είναι υπεύθυνα για τη σύνταξη του προϋπολογισμού για το μεσοπρόθεσμο σχέδιο, το οποίο περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1) τον προϋπολογισμό, που ορίζει ειδικούς και συγκεκριμένους υπο-στόχους που οδηγούν στην επίτευξη των γενικών στόχων, που ορίζονται μέσα από τον στρατηγικό σχεδιασμό

2) τις ευθύνες, που εκχωρούν επαρκείς πόρους για κάθε στόχο

3) την αναφορά, η οποία δημιουργεί μια περιοδική σύγκριση μεταξύ των στόχων που έχουν τεθεί και των πραγματικών επιτευγμάτων.

Οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας σε επίπεδο διαχείρισης διενεργούν βραχυπρόθεσμες παρακολουθήσεις, καθώς και τον επιχειρησιακό σχεδιασμό.

Συστήματα Πληροφοριών

Συλλογή, επεξεργασία και διάδοση δεδομένων που αφορούν το υποχρεωτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την πτώση της κατάστασης της υγείας των πολιτών στο πλαίσιο της εντολής του Υπουργείου Υγείας, Γενικής Διεύθυνσης Στατιστικής της Υγείας-φροντίδας (Στατιστική Υπηρεσία). Η ASLs συλλέγει δεδομένα και τα στέλνει σε περιοχές, οι οποίες με τη σειρά τους, τα διαβιβάζουν στο Γραφείο Υγείας.

Συγκεκριμένα στοιχεία ροών σε τοπικό επίπεδο, λαμβάνονται από το GPS και τα τμήματα ASL. Η ροή δεδομένων επιτήρησης για τις μολυσματικές ασθένειες, η SIMI (Sistema Informativo malattie Infettive), συλλέγει τις κοινοποιήσεις που κατατέθηκαν από τους ιατρούς για περιπτώσεις 47 μολυσματικών ασθενειών. Κάθε ASL τα προωθεί στον Περιφερειακό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, τον οποίο προειδοποιεί το Υπουργείο Υγείας και το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας. Αυτά μπορεί να ειδοποιήσουν τους διεθνείς οργανισμούς (ΕΕ, ΠΟΥ). Ένα ετήσιο επιδημιολογικό Δελτίο συλλέγει τα δεδομένα ανά μήνα και ανά περιοχή.

Παρεμφερής ροή δεδομένων για τους επαγγελματικούς κινδύνους και τα ατυχήματα που σχετίζονται με την εργασία.

Μία από τις πιο σημαντικές βάσεις δεδομένων είναι η Εθνική Βάση Δεδομένων για Νοσηλείες (Sistema Informativo Ospedaliero - SIO). Αυτή η βάση δεδομένων βασίζεται στο έντυπο Νοσοκομείο Απαλλαγής (scheda di Dimissione Ospedaliera - SDO), που εισήχθη το 1991, για τις εκθέσεις για όλες τις λεπτομέρειες της κάθε νοσηλείας σε δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης, την ταξινόμηση των ασθενειών με βάση την πιο πρόσφατη αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων και εισαγωγή των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς. Άλλες αξιοσημείωτες ροές δεδομένων είναι το σύστημα πληροφόρησης σχετικά με τα ατυχήματα και τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Sistema Informativo Emergenza Sanitaria - Sies). Επίσης, το μητρώο των πιστοποιητικών παράδοσης (Certificato di Assistenza al Parto - CeDAP), το οποίο συλλέγει στοιχεία σε κάθε γέννηση σε όλες τις περιοχές (από το 2008) και τα δεδομένα σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις, που συλλέγονται από το Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων.

Γενικά οι δημογραφικές στατιστικές που παρουσιάζουν ενδιαφέρον για την υγεία, όπως η γενική θνησιμότητα, η παιδική θνησιμότητα και η θνησιμότητα των γεννήσεων ζώντων παιδιών, παράγονται από το Εθνικό Ινστιτούτο Στατιστικής (Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT), το οποίο υποστηρίζει όλα τα υπουργεία και τους φορείς της κεντρικής διοίκησης. Οικονομικά και οργανωτικά δεδομένα, επίσης, συλλέγονται και αναλύονται από τον Γενικό Λογιστή (Ragioneria Generale dello Stato).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, έχουν γίνει πολλά βήματα και έχουν ληφθεί μέτρα για το συντονισμό των τοπικών, περιφερειακών και εθνικών συστημάτων πληροφόρησης. Το Πληροφοριακό Σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Sistema Informativo Sanitario - SIS) ιδρύθηκε το 1984, στο Υπουργείο Υγείας για το συντονισμό και τη διαχείριση των ροών δεδομένων του SSN. Από το 2001, ένα κεντρικό εθνικό σύστημα πληροφόρησης, για την αποθήκευση και την διαχείριση της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με τα στοιχεία, το Νέο Σύστημα Υγείας Πληροφοριών (Nuovo Sistema Informativo Sanitario - ESY), ήταν υπό ανάπτυξη. Κοινές και διαλειτουργικές γλώσσες έχουν ήδη αναπτυχθεί για τα δευτερεύοντα στοιχεία. Αυτά είναι η φαρμακευτική βάση δεδομένων της διανομής, η παρακολούθηση των δικτύων φροντίδας του Συστήματος Πληροφόρησης για την ψυχική υγεία, το παρατηρητήριο των δημοσίων επενδύσεων στον τομέα της υγείας του Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών για τους εθισμούς, η

ιχνηλασιμότητα των φαρμάκων, η έκτακτης ανάγκης και το πόσο επείγον είναι, η φροντίδα στο σπίτι των κατοικιών και η ημι-ιδρυματική φροντίδα και η κατανάλωση φαρμάκων στο πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου για την παρακολούθηση των σφαλμάτων της υγειονομικής περίθαλψης.

Αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας (ΗΤΑ)

Οι πρώτες αξιολογήσεις των ιατρικών τεχνολογιών πραγματοποιήθηκαν από την κλινική μηχανικών κατά τη δεκαετία του 1980, και εξαπλώθηκε σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Μετά τη συνάντηση της Διεθνούς Εταιρείας της Τεχνολογίας στην Φροντίδα Υγείας (ISTAHC), που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία το 1993, το ενδιαφέρον μεγάλωσε στα δημόσια περιφερειακά όργανα, ιδιαίτερα όσον αφορά τις ευκαιρίες για τον έλεγχο των τιμών. Οι μονάδες ΗΤΑ στήθηκαν σε διάφορα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και μέσω των περιφερειακών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η Emilia-Romagna ήταν η πρώτη περιοχή για να παραχθούν οι εκθέσεις ΗΤΑ. Με τη δημοσίευση των πρώτων υποτροφιών για έρευνα στο ΗΤΑ από το Υπουργείο Υγείας, το 2003 ιδρύθηκε το ιταλικό Δίκτυο Αξιολόγησης Τεχνολογίας Υγείας, καθώς και η ιταλική Κοινωνία της ΗΤΑ (SIHTA) το 2006. Κατά το ίδιο έτος, στις περιφέρειες της Emilia-Romagna και του Veneto, καθώς και το καθολικό Πανεπιστήμιο της Ρώμης, εισήλθε το έργο EUnetHTA, με στόχο τη δημιουργία ενός ευρωπαϊκού δικτύου ΗΤΑ (Favaretti et al., 2009).

Η πρώτη επίσημη αναφορά του ΗΤΑ σε θεσμικό επίπεδο ήταν το 2006-2008 στο Εθνικό Σχέδιο Υγείας, το οποίο χαρακτήρισε την αναγνώριση των εργαλείων της ως προτεραιότητα. Μετά από αυτή τη δήλωση, το κράτος-Περιφερειών Διάσκεψης αναθέτει στο AGENAS (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali) να στηρίζει τις περιφέρειες για να αναπτύξουν δραστηριότητες ΗΤΑ. Μέσα από μια ad hoc ομάδα εργασίας, το AGENAS άρχισε να δημοσιεύει εκθέσεις για τη Γενική Διεύθυνση Ιατρικών Συσκευών.

Μέχρι στιγμής, η Ιταλία δεν έχει καθιερώσει ένα εθνικό κυβερνητικό γραφείο ΗΤΑ. Η δραστηριότητα ΗΤΑ από τις κεντρικές υπηρεσίες έχει διεξαχθεί από το AGENAS στον τομέα των ιατρικών συσκευών και από το AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) για τα φαρμακευτικά προϊόντα. Ωστόσο, πέντε περιφέρειες έχουν λάβει μέτρα για να συμπεριληφθούν δομικά ΗΤΑ στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων της υγείας τους: το Veneto (οι πρόδρομοι), η Emilia-Romagna, η Λομβαρδία, το Πιεμόντε και η Τοσκάνη (CSA, 2012). Η εμπειρία τους είναι

εντελώς ανομοιογενής. Η συμμετοχή της βιομηχανίας υπάρχει μόνο στην Emilia- Romagna και η συμμετοχή των ασθενών μόνο στο Πιεμόντε. Οι άλλες τρεις περιοχές δεν παρέχουν τίποτα το σχετικό. Ο βαθμός συγκέντρωσης είναι χαμηλός στο Veneto, όπου πολλοί φορείς μοιράζονται τις ευθύνες και παίζει ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενώ είναι υψηλή στις υπόλοιπες τέσσερις περιοχές. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα και η λήψη αποφάσεων έχουν ανατεθεί σε διαφορετικούς φορείς μόνο στην Emilia- Romagna. Διαπεριφερειακές διαφορές υπάρχουν και όσον αφορά στην εφαρμογή των ΗΤΑ: το 2012, από τις 18 περιφέρειες που καταγράφου διεξαγωγή κάποιας δραστηριότητας ΗΤΑ, οι 14 τις εφαρμόζουν και στο ιατρικό και στο φαρμακευτικό κομμάτι, ενώ οι 4 - συγκεντρώνεται στην κεντρική-νότια Ιταλία - αποκλειστικά για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα.

4.4 Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗ ΣΟΥΗΔΙΑ

Το σύστημα υγείας και φροντίδας τρίτης ηλικίας της Σουηδίας έχει τη φήμη ως ένα από τα καλύτερα στον κόσμο. Ωστόσο, η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με την αυξανόμενη εμφάνιση των χρόνιων παθήσεων και την ανάγκη για ακόμη πιο σύνθετες υπηρεσίες υγείας δοκιμάζουν τις ικανότητες της Σουηδίας για το αν θα καταφέρει να συνεχίσει την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, σύμφωνα με μια νέα έκθεση του ΟΟΣΑ.

Η Σουηδία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων από τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ με 5,2% άτομα να είναι άνω των 80 ετών, σε σύγκριση με τον μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α., που είναι 4,2%. Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων είναι 3,6% του ΑΕΠ, σε σύγκριση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ 1,7%. Η χώρα έχει επίσης το μεγαλύτερο αριθμό των εργαζομένων της υγειονομικής περίθαλψης κατά κεφαλήν, και την παροχή περίθαλψης, όπου είναι γενικά πιο επιθυμητή - στο σπίτι. Επτά στους δέκα εξαρτώμενους ηλικιωμένους λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι τους.

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη Σουηδία είναι γενικά καλή. Οι τιμές που μπορούν να αποφευχθούν στο νοσοκομείο για χρόνιες παθήσεις, όπως το άσθμα (22,2 ανά 100 000 κατοίκους), είναι από τις χαμηλότερες στον ΟΟΣΑ (μέσος όρος 45,8) και το 90% των ανθρώπων που χρησιμοποιούν πρωτοβάθμια περίθαλψη στη Σουηδία δήλωσαν ότι αντιμετωπίζονται με σεβασμό και εκτίμηση από το προσωπικό. Το μητρώο Ποιότητας της Σουηδίας, το οποίο παρακολουθεί την ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς και τα αποτελέσματά τους για διάφορες συνθήκες, είναι ένα από τα καλύτερα ανάμεσα στις πιο ανεπτυγμένες χώρες του ΟΟΣΑ.

Αλλά ο συντονισμός της φροντίδας για τους ασθενείς με σύνθετες ανάγκες δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός. Λιγότεροι από τους μισούς ασθενείς με διαβήτη τύπου I, για παράδειγμα, έχουν την αρτηριακή τους πίεση ελεγχόμενη επαρκώς, με σχεδόν τρεις φορές διακύμανση (από 26% σε 68%) μεταξύ των επαρχιών της χώρας. Μόνο ένας στους έξι ασθενείς είχε έρθει σε επαφή με έναν ιατρό ή ειδικό νοσηλευτή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο για εγκεφαλικό επεισόδιο, και πάλι με σημαντική διακύμανση μεταξύ των επαρχιών.

Ο συντονισμός της περίθαλψης ανάμεσα στα νοσοκομεία, οι κύριοι φροντιστές και οι τοπικές αρχές γίνονται η μεγαλύτερη πρόκληση για την συνέχιση της άριστης υγείας και κοινωνικής φροντίδας που παρέχονται στο σύστημα της Σουηδίας, σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ. Η κεντρική κυβέρνηση θα πρέπει να καθορίσει τις αρμοδιότητες ξεκάθαρα, με την ανάπτυξη προτύπων, την ανάπτυξη της βάσης τεκμηρίωσης και την ανταλλαγή γνώσεων. Για παράδειγμα, οι κεντρικές αρχές θα πρέπει να δώσουν ένα πιο συγκεκριμένο ρόλο στην εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών με τον καθορισμό εθνικών προτύπων ποιότητας. Σαφή πρότυπα είναι ιδιαίτερα απαραίτητα για την υποστήριξη των νέων εγκαταστάσεων ενδιάμεσης φροντίδας που αναπτύσσονται από τους δήμους. Η υποδομή πληροφοριών πρέπει να βελτιωθεί με την ανάπτυξη νέων δεικτών της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται από ιατρούς και από τις υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων. Η εξεύρεση τρόπων για τη σύνδεση μεταξύ διαφορετικών πηγών δεδομένων είναι επίσης αναγκαίο φαινόμενο, για να καταστεί δυνατή μια ολοκληρωμένη εικόνα της φροντίδας ενός ατόμου.

Οι προτάσεις του ΟΟΣΑ επικεντρώνονται στα εξής:

- Να υπάρξει διασφάλιση ότι σύμφωνα με την πρόσφατη επιλογή, που είναι ο ανταγωνισμός των μεταρρυθμίσεων στους τομείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης των ηλικιωμένων, δεν θα κατακερματίσει τις υπηρεσίες για τους ασθενείς με σύνθετες ανάγκες.
- Η μέτρηση και η βελτίωση της φροντίδας των ηλικιωμένων να προσεγγισθεί με την ανάπτυξη ενός οράματος για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας, με τα ελάχιστα πρότυπα ποιότητας, ένα πλαίσιο ευθύνης και ένα κοινό πλαίσιο για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων σε μακροχρόνια φροντίδα. Ενθάρρυνση της ποιότητας.

- Να επιχειρηθεί πρόγραμμα αντιμετώπισης των ελλείψεων στην περίθαλψη μετά από ξαφνικά γεγονότα, όπως κάταγμα ισχίου ή εγκεφαλικό επεισόδιο από τους ασθενείς που προσδοκείται ότι αναρρώνουν και βρίσκονται σε καλύτερο στάδιο.

4.5 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ και συγκεκριμένα στις χώρες που αναλύσαμε είναι ποικίλα, αντικατοπτρίζοντας τις διαφορετικές κοινωνικές επιλογές. Ωστόσο, παρά τις διαφορές ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότηση, θεμελιώνονται σε κοινές αξίες, όπως αναγνωρίστηκε από το Συμβούλιο των υπουργών Υγείας το 2006: καθολικότητα, πρόσβαση σε περίθαλψη καλής ποιότητας, ισότητα και αλληλεγγύη. Τα συστήματα υγείας της ΕΕ αλληλεπιδρούν ολοένα και περισσότερο μεταξύ τους. Η έναρξη ισχύος της οδηγίας 2011/24⁷ ήταν ένα σημαντικό βήμα για την αύξηση αυτής της αλληλεπίδρασης.

Ειδικότερα, το αγγλικό σύστημα Υγείας έχει ως πρυτανεύουσες αρχές την διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την κοινωνική ισότητα, την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και την γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, είναι το κατ' εξοχήν μοντέλο το οποίο δίνει μεγάλη έμφαση στον ιδιωτικό τομέα. Είναι γνωστό πως η ιδιωτική ασφάλιση στην Αγγλία κυμαίνεται σε μεγάλα ποσοστά, έτσι ώστε να παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους ασφαλιζόμενους.

Όσον αφορά στο σύστημα Υγείας της Γερμανίας, εντοπίζουμε ότι κυρίαρχο ρόλο στη χρηματοδότησή του έχουν οι εισφορές μέσω των ασφαλίσεων των πολιτών, ενώ το ίδιο το σύστημα δίνει έμφαση στην κοινωνική ασφάλιση. Η βασική ιδέα του συστήματος αυτού είναι η δημιουργία ενός ασφαλιστικού πλαισίου, το οποίο βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων.

Στην περίπτωση της Σουηδίας, παρατηρούμε ότι η χρηματοδότηση του συστήματος Υγείας εστιάζεται στους φόρους και βάσει αυτών στηρίζεται το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας.

⁷ Οδηγία 2011/24/ΕΕ, ΕΕ L 88 της 4.4.2011

Τέλος, το Ιταλικό σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα αποκέντρωσης και οι αρχές κάθε περιφέρειας διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Οι τομείς υγείας χρηματοδοτούνται από τις περιφέρειες με σφαιρικούς προϋπολογισμούς ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης τους. Όπως και στην Ισπανία, έτσι και στην Ιταλία η ιδιωτική ασφάλιση έχει συμπληρωματικό ρόλο. Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι δημόσια. Λειτουργούν όμως και Ιδιωτικά Νοσοκομεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο ΕΞΕΥΡΩΠΑΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΜΑΣ

Η έννοια του εξευρωπαϊσμού συγκλίνει στην προσέγγιση μίας διαδικασίας κατά την οποία τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. εφαρμόζουν ενιαίες πολιτικές. Ουσιαστικά, πρόκειται για την επίδραση της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής στα κράτη-μέλη. Σύμφωνα με τον Radaelli, *"ο εξευρωπαϊσμός απαρτίζεται από μία σειρά διαδικασιών δημιουργίας, διάχυσης και θεσμοποίησης τυπικών και άτυπων κανόνων, τρόπων πολιτικής, κοινών αξιών, διαδικασιών και πεποιθήσεων που ορίζονται στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της πολιτικής της και στην συνέχεια ενσωματώνονται στην εθνική πραγματικότητα "*.

Τα χαρακτηριστικά του εξευρωπαϊσμού περιγράφονται παρακάτω:

- Πέρα από πολιτικές διαδικασίες και θέματα αφορά και στις αξίες, όπως και τα πιστεύω
- Περιλαμβάνει αρκετά στάδια και διαδικασίες, όπως η δημιουργία πολιτικής, εφαρμογή της μέσω των θεσμών και διάχυση αυτής της πολιτικής.

Οι πολιτικές της Ε.Ε. επιδρούν στις εγχώριες πολιτικές των κρατών-μελών, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στη χώρα μας στα ζητήματα της οικονομικής πολιτικής. Εύκολα διαπιστώνει κανείς την περίπτωση της ισχυρής επιρροής των πολιτικών της Ε.Ε. στο εσωτερικό της χώρας αλλά και την οικονομική πολιτική που ακολουθεί η Ελλάδα. Σε ότι αφορά τον τομέα υγείας στην Ελλάδα, ο εξευρωπαϊσμός υιοθετήθηκε από διάφορες διαδικασίες, όπως:

- μέσω σύστασης επιτροπών εμπειρογνώμων
- μέσω της διαβούλευσης ανάμεσα στους κοινωνικούς εταίρους
- μέσω σύστασης νέων θεσμικών οργάνων, όπως η σύσταση του ΟΚΕ και του ΕΟΚΦ
- μέσω της δημιουργίας των Εθνικών Σχεδίων Δράσης. Η χώρα μας άρχισε να δημιουργεί και ενσωματώνει τα Εθνικά Σχέδια Δράσης για ορισμένα νοσήματα τα τελευταία χρόνια
- μέσω των δημοσίων δαπανών υγείας και των οικονομικών των νοσοκομείων.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΕΞΕΥΡΩΠΑΙΣΜΟΥ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η Ε.Ε., ακόμη και σήμερα, έχει περιορισμένες αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας. Οι κύριες αρμοδιότητες στον χώρο της υγείας, αποτελούν υπόθεση των κρατών-μελών. Σημαντικοί παράμετροι για την μή εξασφάλιση ενός Κοινοτικού Συστήματος Υγείας αποτελούν οι σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. σε ό,τι αφορά τους δείκτες υγείας, τη χρηματοδότηση και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας αλλά και γενικότερα άλλους δείκτες όπως αυτοί της οικονομικής ανάπτυξης – άλλωστε υπάρχει άμεση διασύνδεση οικονομίας με την υγεία. Η νομοθεσία της Ε.Ε. άλλωστε για τον τομέα υγείας χαρακτηρίζεται προβληματική (MossialosE., McKeeM., PalmW., etal., 2001).

Τα πλεονεκτήματα του εξευρωπαϊσμού των δημόσιων πολιτικών υγείας είναι:

1. Η προώθηση της ιδέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας. Στην Ελλάδα, όλα τα προηγούμενα έτη, η έννοια και η εφαρμογή της πήγαινε στο κενό. Τα τελευταία έτη και με την πίεση από τους διεθνείς οργανισμούς (Π.Ο.Υ.), ξεκίνησε ουσιαστικά η δημόσια διαβούλευση για τον τρόπο που θα οργανωθεί και θα λειτουργήσει. Δυστυχώς, όμως, ακόμη δεν έχει εφαρμοστεί στην πλήρη μορφή της.
2. Τα αναπτυξιακά οφέλη στις δομές των υπηρεσιών υγείας αλλά και τις μεταρρυθμίσεις είναι πολλαπλά, μέσω της ευρωπαϊκής ώθησης. Τομείς όπως η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, η οργάνωση των ασφαλιστικών ταμείων υγείας και ο περιορισμός τους, η μεταναστευτική υγεία αποτέλεσαν ορισμένες πολιτικές στις οποίες επέδρασε ιδιαίτερα η Ε.Ε.

Από την άλλη, τα μειονεκτήματα του εξευρωπαϊσμού των δημοσίων πολιτικών υγείας είναι:

- 1) Η επιτήρηση των εθνικών πολιτικών υγείας των χωρών-μελών είναι ιδιαίτερα υψηλή. Για παράδειγμα, η μείωση των δαπανών υγείας της Ελλάδας και ιδιαίτερα της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης αποτέλεσε κύριο ζήτημα τα προηγούμενα έτη, με σκοπό την επιβολή από τους εταίρους για τη δραστική μείωσή της.
- 2) Κάθε κράτος-μέλος της Ευρωζώνης έχει διαφορετικό νοσολογικό φορτίο με μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε ορισμένα νοσήματα. Για παράδειγμα, η Ουγγαρία έχει υψηλότερο συγκριτικά δείκτη επίπτωσης και θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα από

τις υπόλοιπες χώρες. Συνεπώς, ο εξευρωπαϊσμός δύναται να συγκλίνει σε επίπεδο αποτυχίας αν δεν επιτευχθεί με βάση το επίπεδο υγείας της κάθε χώρας – μέλους.

3) Σε μία εποχή όπου η οικονομική κρίση έχει επεκταθεί σε όλα τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο εξευρωπαϊσμός συνίσταται στην αποδόμηση της υγειονομικής αλλά και κοινωνικής πολιτικής, γενικότερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα και όλα όσα παρατέθηκαν, εξάγονται ορισμένα συμπεράσματα, τα οποία έχουν ως εξής. Εκείνο που παραμένει ως κύριο ζήτημα είναι ο τρόπος εφαρμογής εξαιρετικά σημαντικών αλλαγών. Διαφορετικές ομάδες και κατεστημένα φαίνεται ότι φέρνουν εμπόδια σε οποιαδήποτε προσπάθεια μεταρρύθμισης. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων καθορίζεται, εν πολλοίς, από κομματικές μέριμνες και τις εκάστοτε ανάγκες της πολιτικής διαμάχης. Χρειάζεται να διαμορφωθούν πιο αντικειμενικά κριτήρια στη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα του συστήματος.

Είναι επίσης αναγκαία η ευρύτερη δημόσια συζήτηση για τα ζητήματα της υγειονομικής πολιτικής – μια συζήτηση που πρέπει να βασίζεται σε αντικειμενικά στοιχεία και την ανάλυση εναλλακτικών επιλογών. Τα βασικά στοιχεία μιας σύγχρονης μεταρρυθμιστικής πρότασης περιλαμβάνουν τα εξής: ενίσχυση και συντονισμό της Δημόσιας Υγείας, σταδιακή κατάργηση του δημοσιοϋπαλληλικού καθεστώτος για το προσωπικό των νοσοκομείων, εκχώρηση μεγαλύτερης αυτονομίας στα νοσοκομεία, παροχή κινήτρων στους ιατρούς ειδικοτήτων, παροχή κινήτρων για αποδοτικότερη αξιοποίηση των πόρων, ριζική αναδιάρθρωση της φαρμακευτικής περίθαλψης, ενίσχυση της ιατρικής δεοντολογίας, επαγγελματοποίηση των διοικητικών υπηρεσιών υγείας, βελτίωση και έλεγχος της ποιότητας της φροντίδας και μέτρηση της παραγωγικότητας των υπηρεσιών υγείας, αναμόρφωση του προγράμματος σπουδών των Ιατρικών Σχολών. Και τέλος, μείωση του αριθμού των φοιτητών της Ιατρικής, καθώς και μείωση του αριθμού των ειδικευομένων στις παραδοσιακές ειδικότητες.

Σημαντικότερο μέλημα και άμεση προτεραιότητα αποτελεί **η στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**. Πολλά περιστατικά που οδηγούνται στα νοσηλευτήρια δημιουργούν υψηλό κόστος, ενώ τα μισά σχεδόν από το σύνολό τους θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί μέσω της ΠΦΥ. Για παράδειγμα, η εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού θεωρείται άμεση πολιτική ρύθμιση της φροντίδας υγείας. Ο συγκεκριμένος, με την εξέταση που θα πραγματοποιήσει στον ασθενή και τη διάγνωση, θα προχωρήσει στην απόφαση για το εάν απαιτείται η νοσηλεία του σε νοσηλευτήριο. Πολλά περιστατικά μπορούν να μην οδηγηθούν και να θεραπευθούν σε δομές της ΠΦΥ. Η πολιτική του κράτους θα πρέπει να εστιάσει στην αποτελεσματικότερη παροχή αυτών των υπηρεσιών, μέσω αξιοποίησης των δομών, του

προσωπικού, της εκπαίδευσης του πολίτη και της πρόληψης. Η πρόληψη άλλωστε, όπως είναι γνωστόν, σώζει ζωές.

Επόμενη προτεραιότητα αποτελεί η **αύξηση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού στη χώρα μας και ισορροπία του αριθμού των ιατρών**. Δεν είναι δυνατόν η Ελλάδα να υπερέχει στους ιατρούς και να μην έχει νοσηλευτές. Σύμφωνα με χώρες που βρίσκονται πολλά έτη μπροστά από εμάς στον τομέα της υγείας ακολουθούν την ακριβώς αντίθετη πολιτική: υψηλός αριθμός νοσηλευτών, χαμηλός αυτός των ιατρών. Ακόμη, αναγκαία πολιτική χαρακτηρίζεται και η σωστή κατανομή του προσωπικού στις διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Ορισμένες περιοχές δεν έχουν ούτε ιατρό! Κατά συνέπεια, θα μπορούσε ένας αναγκαίος αριθμός ιατρών να κατανεμηθεί στις περιοχές αυτές, όπως τα νησιά, όπου οι κάτοικοι έχουν έλλειψη ακόμη και από βασικές υπηρεσίες υγείας. Το κράτος θα μπορούσε να προωθήσει την πολιτική αυτή με προσέλκυση προσωπικού σε αυτές τις περιοχές (με κίνητρα όπως μεγαλύτερες οικονομικές απολαβές, διάφορα επιδόματα ή και στέγαση).

Προώθηση - προαγωγή της καλής υγείας και πρόληψη των χρόνιων νόσων μέσω συγκεκριμένων δράσεων. Ο καρκίνος, οι καρδιοπάθειες και οι εγκεφαλικές νόσοι πρέπει να προληφθούν μέσα από συγκεκριμένα μέτρα και πολιτικές. Τα κράτη – μέλη απαιτείται να υποχρεωθούν στον προσδιορισμό και λήψη πρωτοβουλιών που θα οδηγήσουν, αν όχι στη μείωση, στην εξισορρόπηση της νοσηρότητας από αυτές τις ασθένειες. Αυτό θα οδηγήσει και στην εξοικονόμηση πόρων, καθώς αυτές οι ασθένειες έχουν την απαίτηση μακράς νοσηλείας, έξτρα χρόνια φαρμακευτική χορήγηση, χημειοθεραπείες, ακτινοβολίες κ.α., αλλά και στην καλύτερη και μακροβιότερη ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Εκταμίευση περισσότερων χρημάτων για την υγεία από τον προϋπολογισμό της Γενικής Κυβέρνησης. Με πιο απλά λόγια, πρέπει να αυξηθούν οι δημόσιες δαπάνες για την Υγεία. Και τονίζουμε τις δημόσιες, προκειμένου να μειωθούν οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι πολίτες μας, παρά την μεγάλη οικονομική κρίση και την απώλεια εισοδημάτων τους, είναι αναγκασμένοι να πληρώνουν όλο και περισσότερο καθημερινά για νοσηλείες, διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις σε ιδιώτες. Ο Ιδιωτικός τομέας έχει αποκτήσει τεράστια κερδοφορία, καθώς η Ελλάδα ανέρχεται στις χώρες με το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, ανάμεσα σε αυτές του Ο.Ο.Σ.Α. Είναι άμεση προτεραιότητα η Ελληνική Πολιτεία να αποκτήσει μεγαλύτερη ισχύ και να προσφέρει περισσότερες υπηρεσίες στο πληθυσμό μας, που υποφέρει από την οικονομική κρίση. Θα πρέπει, ακόμη, να τονιστεί

πως πρέπει να γίνει ανακατανομή πόρων, με το σκεπτικό να μην εστιάζεται μόνον στην περικοπή τους, αλλά στην αποδοτικότητα αυτών.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση εισήγαγε την έννοια του Εξευρωπαϊσμού, η οποία ενσωματώνεται και επιδρά τις εγχώριες πολιτικές των κρατών-μελών της. Αυτό διαφαίνεται ξεκάθαρα και στις πολιτικές υγείας που εφαρμόζουν οι χώρες-μέλη, όπως για παράδειγμα η μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας, η σύσταση θεσμικών οργάνων που είχαν συσταθεί στην Ε.Ε. τα προηγούμενα έτη κ.α. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα είναι ποικίλα, όπως η ολοκληρωτική ανάπτυξη της έννοιας και λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα, η επιτήρηση των εθνικών πολιτικών υγείας των κρατών-μελών, η αξιοκρατία στην επιλογή διοικητών κ.α. Από την άλλη μεριά, οι δράσεις της Ε.Ε. στον τομέα υγείας είναι αρκετές και συμπεριλαμβάνουν το κάπνισμα και την απαγόρευσή του, την κατανάλωση αλκοόλ, τις δράσεις για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επιδρούν στη δημόσια υγεία, τη σύσταση οργανισμού για την επιδημιολογική επιτήρηση των νοσημάτων κ.α.

Αναφορικά με τη δημόσια δαπάνη υγείας, το ποσοστό στην Ελλάδα προσέγγισε το 5,5% το 2013, έναντι 7,8% στην ΕΕ και 8,0% στην Ευρωζώνη. Αντίστοιχα στην Πορτογαλία το ποσοστό διαμορφώνεται στο 6% και στην Ιταλία στο 6,8%.

Η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία μετά το 2009, καθώς από €456 ανά κάτοικο, μειώθηκε στα €183 το 2014 (Διάγραμμα 2). Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (διαθέσιμα στοιχεία για 22 χώρες) προκύπτει ότι η κατά κεφαλήν φαρμακευτική δαπάνη από €284 το 2009 υποχώρησε στα €260 το 2013. Αντίστοιχα, στην Ευρωζώνη (διαθέσιμα στοιχεία για 17 χώρες) η κατά κεφαλήν δαπάνη υποχώρησε το 2013 στα €295, έναντι €323 το 2009.

Τέλος, η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας, αλλά και η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας εκφρασμένη σε \$PPP, στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες από ό,τι στις χώρες της ΕΕ κατά 28% και 39,4% αντιστοίχως. Αντιθέτως, η κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζεται αυξημένη, καταλαμβάνοντας έτσι την 3η ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ και την 8η ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ (33,7% Ελλάδα έναντι 22,6% ΕΕ & 26,6% ΟΟΣΑ).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, (2010), Γ.Κυριόπουλος, Β.Τσιάντου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(5):834-840
2. Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας την Περίοδο του Μνημονίου, Μελέτη του μελέτη του Ιδρύματος Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE) και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)
3. Ανδριώτη Δ., (1998), “Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα”, Εξάντας, Αθήνα
4. Δόλγερας Α., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ., Κοντός Δ., (2001), «Η πρόθεση των χρηστών για πρόσθετη πληρωμή για τη βελτίωση της ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας: Η περίπτωση του Λεκανοπεδίου Αττικής», στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ., (επιμ.), «Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο, Αθήνα
5. Γεωργούση Ε., (επιμ.), «Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα
6. Κυριόπουλος Γ., (2001), “Η επίδραση της ασφάλισης υγείας στη ζήτηση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης”, στο: Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ., (επιμ.), “Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα”, Θεμέλιο, Αθήνα
7. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Π. Μ., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήτης Τ. και ομάδα εργασίας, (2000), “Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης”, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 12, 4: 169-188
8. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2012β) Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
9. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013α), Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα.
10. Πολύζος Ν. (2014), Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Κριτική Αθήνα
11. Κυριόπουλος Γ. (2014), Κρίση, μνημόνιο και εναλλακτική στρατηγική στην υγεία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Αθήνα
12. Σουλιώτης Κ. (2000), Ο ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο Ε.Σ.Υ. , Εκδόσεις Παπαζήσης Αθήνα

13. Κυριόπουλος Γ. (2008). Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήσης Αθήνα
14. Κυριόπουλος Ι., Κυριόπουλος Η., Μπεαζόγλου Τ. (2014), Η ιατρική περίθαλψη την Ελλάδα : Κρίσιμα θέματα και αναγκαίες Μεταρρυθμίσεις, 10^ο
15. Πανελλήνιο Συνέδριο για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της υγείας, Αθήνα
16. Κυριόπουλος Ι. (2014) , Φάρμακο, Υγεία και Οικονομία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
17. Κυριόπουλος Ι., Σκρουμπέλος Α. (2012), Η υπέρβαση της κρίσης στον ΕΟΠΥΥ: ένα σχέδιο ανασυγκρότησης της ασφάλισης και της περίθαλψης.
18. Κυριόπουλος Ι. (2014), Η ανάκτηση της εθνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα
19. Μητσόπουλος Κ., (2007), *"Οι επιπτώσεις των πολιτικών κοινωνικής και οικονομικής συνοχής της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα κράτη-μέλη. Η περίπτωση της Ελλάδας. Θεσμικές και χρηματοδοτικές όψεις του εξευρωπαϊσμού Ελληνικών ΟΤΑ 1^{ου} βαθμού "* Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Σχολή Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Εφαρμοσμένης Πληροφορικής, ρ. 56-59
20. Γκάτσου Ε., (2006), *" Ο ΕΞΕΥΡΩΠΑΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ "*, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης, Κατεύθυνση Διοίκησης Οργανισμών Κοινωνικής Πολιτικής, ΙΖ Εκπαιδευτική Σειρά 2004-2006, ρ. 28-41
21. Οικονόμου Χ. (2004), «Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες», ρ. 181-182

Ξένη Βιβλιογραφία

1. European Commission (2011), "Citizens and health systems: Main results from aEurobarometer survey", Luxembourg
2. Eurostat, (2013), "Self-reported health in the European Community. Statistics infocus, populations and social conditions", Luxembourg
3. Murray C., Frenk J., (2009), "A WHO framework for health system performanceassessment", GPE Discussion Paper Series No 6, WHO, Geneva
4. D. Papadopoulou. The impact of the crisis and reforms in nursing practice. Scientific Chronicles 2015;20(2):159-174.

5. Anna Maressoat al. , (2015) Economic crisis, health systems and health in Europe, The European Observatory on Health Systems and Policies.
6. Godager G, Iversen T, Ching-to Albert Ma. "Competition, Gatekeeping, and Health Care Access". Working paper. HERO On line Working Paper Series No 2012:2
7. Bhatia M., Rifkin S., (2010). "A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe?" *Globalization and Health*. 6:13
8. OECD (2011), "An assessment of health system performance across OECD countries", OECD DEELSA/ELSA/WPI 3
9. Greer S., Fahy N., Elliott H., et al (2014), '*Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask* ', European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies No. 34, p. 12-71
10. Bulmer S. & Radaelli C., (2004) '*The Europeanisation of National Policy ?*', Queen's Papers on Europeanisation, n. 1/2004; European ^Research Papers Archive, <http://erpa/texte/2004-01a.htm>

Πηγές απο το Διαδίκτυο

1. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
2. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/statistics-illustrated>
3. <http://www.et.gr/>
4. <http://www.moh.gov.gr/>