



Πανεπιστήμιο Πειραιά

Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης
Π.Μ.Σ στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου
Επιβλέπων Καθηγητής: Κος Νεκτάριος Μιλτιάδης

Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας της Ε.Ε

Διπλωματική Εργασία

Κουτσούκαλης Ευάγγελος
Αρ. Μητρώου ΜΑΕ 08016



Πειραιάς, Δεκέμβριος 2010

Περιεχόμενα

| | |
|--|-----|
| 1 Ορισμός συστήματος υγείας | |
| 1.1 Εισαγωγή..... | 1 |
| 1.2 Στόχοι συστημάτων υγείας..... | 1 |
| 1.3 Διεθνείς τάσεις-Νέες προσεγγίσεις..... | 2 |
| 1.4 Κριτήρια αξιολόγησης του Π.Ο.Υ..... | 3 |
| 2 Κατηγορίες και κριτήρια ταξινόμησης των συστημάτων υγείας | |
| 2.1 Εισαγωγή..... | 5 |
| 2.2 Κριτήρια ταξινόμησης..... | 5 |
| 2.2.1 Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας | 6 |
| 2.2.2 Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης..... | 7 |
| 2.2.3 Μοντέλο Ιδιωτικής Ασφάλισης..... | 7 |
| 3 Περιγραφική ανάλυση των συστημάτων υγείας | |
| 3.1 Εισαγωγή..... | 8 |
| 3.2 Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας (British approach) | |
| 3.2.1 Δανία..... | 9 |
| 3.2.2 Ελλάδα..... | 21 |
| 3.2.3 Ηνωμένο Βασίλειο..... | 34 |
| 3.2.4 Ιρλανδία..... | 45 |
| 3.2.5 Τσεχία..... | 59 |
| 3.2.6 Ουγγαρία..... | 70 |
| 3.2.7 Πολωνία..... | 86 |
| 3.2.8 Ισλανδία..... | 95 |
| 3.2.9 Ιταλία..... | 107 |
| 3.3 Μοντέλο Εθνικού Συστήματος Υγείας(Canadian approach) | |
| 3.3.1 Φινλανδία..... | 119 |
| 3.3.2 Νορβηγία..... | 133 |
| 3.3.3 Ισπανία..... | 146 |
| 3.3.4 Σουηδία..... | 162 |
| 3.3.5 Πορτογαλία..... | 173 |
| 3.4 Μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης | |
| 3.4.1 Αυστρία..... | 186 |
| 3.4.2 Βέλγιο..... | 205 |
| 3.4.3 Γαλλία..... | 218 |
| 3.4.4 Γερμανία..... | 231 |
| 3.4.5 Λουξεμβούργο..... | 244 |
| 3.5 Μοντέλο Ιδιωτικής Ασφάλισης | |
| 3.5.1 Ολλανδία..... | 255 |
| 3.5.2 Ελβετία..... | 270 |
| 4 Διαχρονική συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας | |
| 4.1 Εισαγωγή..... | 281 |
| 4.2 Παράθεση διαγραμμάτων..... | 282 |
| 5 Πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στα σημαντικότερα συστήματα υγείας | |
| 5.1 Εισαγωγή..... | 325 |
| 5.2 Σημαντικότεροι τομείς μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας | 327 |
| 6 Βιβλιογραφία..... | 331 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Πολλοί όταν μιλούν σήμερα για τον υγειονομικό τομέα και συγκεκριμένα την παροχή υπηρεσιών υγείας, διαβλέπουν μια κρίση, μια κατάσταση όπου ο ασθενής, ο ηλικιωμένος και ο έχων ανάγκη ιατρικής περίθαλψης δεν τυγχάνουν σωστής φροντίδας στην υγεία. Περισσότερο ακόμη οι απλοί πολίτες δεν μπορούν να έχουν στη διάθεση και στο σύνολο την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα που χρειάζονται. Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο που ζούμε είναι δύσκολο να καθορίσουμε επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει.

Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες, τους πόρους και τους ανθρώπους των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και η διατήρηση της υγείας. Τα χαρακτηριστικά ενός άρτιου συστήματος υγείας είναι το προσωπικό, τα κεφάλαια, οι πληροφορίες, οι προμήθειες και η γενικότερη καθοδήγηση και κατεύθυνση.

1.2 Στόχοι συστημάτων υγείας

Οι άνθρωποι σήμερα στρέφονται προς το σύστημα υγείας και ζητούν βοήθεια για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο, τη θεραπεία της ασθένειας και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά αναζητούν και συμβουλές; για σωστή διατροφή και δίαιτα, για την ανατροφή του παιδιού, για την σεξουαλική συμπεριφορά, κ.α.

Οι άνθρωποι τυπικά έρχονται σε επαφή με ένα σύστημα υγείας ως ασθενείς και παρακολουθούνται από τους παρόχους των υγειονομικών υπηρεσιών μόνο μια ή δυο φορές το χρόνο. Τα συστήματα υγείας έχουν την ευθύνη όχι μόνο να βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και να τους προστατεύουν έναντι του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η ασθένεια και να τους θεραπεύουν σεβόμενοι την αξιοπρέπεια τους.

Τα συστήματα υγείας έχουν τέσσερις βασικούς στόχους :

- **Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού που υπηρετούν**
- **Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών**

- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική φροντίδα.

1.3 Διεθνείς τάσεις-Νέες προσεγγίσεις

Η κακή κατάσταση των συστημάτων υγείας σε πολλά μέρη του αναπτυσσόμενου κόσμου είναι ένα από τα μέγιστα εμπόδια όσον αφορά την αυξανόμενη πρόσβαση στην ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη. Εντούτοις, τα προβλήματα των συστημάτων υγείας δεν περιορίζονται μόνο στις φτωχές χώρες. Μερικές πλούσιες χώρες έχουν μεγάλα τμήματα πληθυσμού αποκλεισμένα από την φροντίδα ενός υγειονομικού συστήματος λόγω κάποιων άδικων ρυθμίσεων για την κοινωνική προστασία.

Τα συστήματα υγείας είναι πολύπλοκες διαδικασίες, πολύπτυχα και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Η επιλογή του σχεδιασμού ενός συστήματος υγείας είναι φορτωμένη με πρακτικές και ιδεολογικές παγίδες. Παρόλο ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην πολιτική που θα ακολουθήσουν αυτοί που θα σχεδιάσουν ένα σύστημα υγείας εντούτοις υπάρχουν πολλά κοινά σημεία τα οποία τους ενώνουν.

Ένα από τα κοινά σημεία που ενώνει τους αναδιοργανωτές και σχεδιαστές των συστημάτων υγείας είναι ότι θέλουν το σύστημα να έχει ανθρώπινη προσέγγιση και να ακολουθεί το αξίωμα, κόστος-μέγιστη ωφελιμότητα/αποδοτικότητα. Τα ερωτήματα που θα μπορούσαν να εγερθούν είναι αν υπάρχει μια ορθολογική προσέγγιση στο σχεδιασμό των συστημάτων, που να απαντά στις βασικές αρχές, ανεξάρτητα από πολιτικές και ιδεολογικές προσεγγίσεις.

Έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι τα συστήματα υγείας χρειάζονται αναδιοργάνωση. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα και από την τάση που επικρατεί στην Ευρώπη, όπου όλες οι χώρες επανεξετάζουν και αναθεωρούν τα συστήματα υγείας τους. Αυτές οι αλλαγές αναμένεται να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πολιτών και να κατοπτρίζουν την πρόοδο που επιτυγχάνεται στη βιοϊατρική τεχνολογία, ενώ αναγνωρίζεται η οικονομική αβεβαιότητα και η ανάγκη συγκράτησης των δαπανών στην υγεία.

Ακόμη δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως τα εργαλεία εκείνα που θα βοηθούν τους σχεδιαστές πολιτικής να ξεχωρίζουν μεταξύ του "καλού" και του "βέλτιστου" ή της επιλογής της καλύτερης λύσης στην αναδιοργάνωση. Δεν υπάρχει επίσης συστηματική προσέγγιση της μεταφοράς της γνώσης που αποκτάται στον τομέα αυτό από τη μια χώρα στην άλλη.

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών υφίστανται πολλαπλές πιέσεις. Η αύξηση των δαπανών λόγω δημογραφικών αλλαγών, η ευρεία διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας στα συστήματα, η επικράτηση των προσδοκιών των καταναλωτών και των προμηθευτών καθώς και η επικράτηση των χρόνιων και των εκφυλιστικών νοσημάτων αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της μιας πτυχής. Από την άλλη οι αλλαγές μέσα στα συστήματα, η προσπάθεια επίτευξης μεγαλύτερης επάρκειας και ο αυξανόμενος ανταγωνισμός αποτελούν την άλλη πτυχή.

Τα αναπτυσσόμενα κράτη προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματα αυτά λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία που έχει η υγεία για τους πολίτες και την οικονομική σημασία που έχει η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προς το λαό.

Συνολικά υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση πως για να διατηρηθεί και να βελτιωθεί η υγεία των ανθρώπων παγκοσμίως οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν υγιή και αποδοτικά συστήματα υγείας που θα παρέχουν αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία σε όλους τους ανθρώπους αποφεύγοντας φυλετικούς ή άλλους διαχωρισμούς.

1.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΟΠΩΣ ΑΥΤΑ ΟΡΙΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ

Στην έκθεση παγκόσμιας υγείας του 2000 ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας περιγράφει μια νέα προσέγγιση του βασικού του στόχου που είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού παγκοσμίως. Ο άμεσος στόχος αυτής της έκθεσης είναι η παρουσίαση νέων σχεδίων και μέτρων που θέτουν τις εμπειρικές βάσεις για την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας.

Πέντε είναι οι στόχοι που ορίζονται ως κριτήρια αξιολόγησης. Αυτοί μετριοούνται και αποτελούν τη βάση για δύο παράλληλες “ροές” αναλύσεων. Στην πρώτη, εξετάζεται ένα συνοπτικό μέτρο της υγείας ενός έθνους, η Disability Adjusted Life Year Expectancy η αλλιώς DALE. Για τη δεύτερη ροή, κατασκευάζεται ένας γενικός δείκτης της συστημικής απόδοσης από τους πέντε στόχους (συμπεριλαμβανομένου του DALE). Οι πέντε αυτοί στόχοι είναι οι εξής :

- Μεγιστοποίηση της υγείας των πληθυσμών
- Μείωση των ανισοτήτων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης
- Μεγιστοποίηση της ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας
- Μείωση της μεταβλητότητας στην ανταπόκριση αυτή
- Δίκαιη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης.

Η υγεία του πληθυσμού μετριέται από τη DALE όπως αυτή δημιουργείται από τον τομέα μελέτης ασθενειών του παγκόσμιου οργανισμού υγείας. Αυτός ο τομέας λαμβάνει τους ετήσια δημοσιευμένους αριθμούς του πληθυσμού της κάθε χώρας καθώς και τα ποσοστά θνησιμότητας για κάθε ομάδα ηλικίας και τα μετατρέπει σε δείκτες DALE.

Η ανταπόκριση των συστημάτων υγείας στους πελάτες τους μετριέται χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που ερευνά το βαθμό σεβασμού προς αυτούς (αξιοπρέπεια, αυτονομία, εμπιστευτικότητα) όπως επίσης και τον βαθμό προσαρμογής τους . (γρήγορη περίθαλψη, πρόσβαση στα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης, επιλογή του προμηθευτή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.)

Η δίκαιη χρηματοδότηση ορίζεται ως το ποσό όλων των δαπανών που πληρώνονται άμεσα ή έμμεσα από τις οικογένειες και εκφράζεται ως ποσοστό του διαθέσιμου εισοδήματος τους.

Ο δείκτης απόδοσης των συστημάτων υγείας κατασκευάζεται ως απλός σταθμισμένος μέσος όρος των αποτελεσμάτων των πέντε αυτών στόχων. Τα βάρη που λαμβάνονται υπόψη ορίζονται σε κάθε ένα από αυτούς ως εξής:

- | | | |
|----------------------------------|---|--------|
| • Δείκτης DALE | : | 25% |
| • Παροχή υγειονομικής περίθαλψης | : | 25% |
| • Ανταπόκριση του συστήματος | : | 12.5% |
| • Μείωση της μεταβλητότητας | : | 12.5 % |
| • Δίκαιη χρηματοδότηση | : | 25% |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εισαγωγή

Τα ευρωπαϊκά υγειονομικά συστήματα παρουσιάζουν αρκετές διαφοροποιήσεις και μια μελέτη των διεθνών πρακτικών στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης είναι ενδιαφέρουσα για πολλούς και διάφορους λόγους. Λαμβάνοντας υπόψη την υπερβολική αύξηση στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που αποδίδεται σε παράγοντες όπως τεχνολογία αυξανόμενου κόστους, γήρανση του πληθυσμού, αθέμιτα παρακινούμενες απαιτήσεις από προμηθευτές υγειονομικού υλικού καθώς και συνεχόμενες αυξήσεις των τιμών των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης πολλές χώρες προχωρούν στην αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας τους.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να κάνουμε μια όσο το δυνατόν πιο ορθή και αντιπροσωπευτική ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας με βάση χαρακτηριστικά γνωρίσματά τους .

2.2 Κριτήρια ταξινόμησης

Τα υγειονομικά συστήματα μπορούν να διαφοροποιηθούν σύμφωνα με δύο κύρια χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι η επικρατούσα διοικητική δομή των παρόχων υπηρεσιών υγείας, ενώ το δεύτερο είναι η κυρία πηγή χρηματοδότησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης μπορεί να είναι φόροι, πόροι του κρατικού προϋπολογισμού για την κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτικοί πόροι, συνδυασμός φόρων και πόρων του κρατικού προϋπολογισμού ή συνδυασμός ιδιωτικών πηγών και πόρων του κρατικού προϋπολογισμού. Από την άποψη της διοικητικής δομής οι πάροχοι μπορούν να είναι κυρίως δημόσιοι, ιδιωτικοί ή συνδυασμός των δυο.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την ποικιλομορφία, είναι χρήσιμο να προσπαθήσουμε να εισαγάγουμε μια τυπολογία των υγειονομικών συστημάτων που διαφοροποιείται μεταξύ του μοντέλου του Εθνικού Συστήματος Υγείας, του μοντέλου της κοινωνικής ασφάλισης και του μοντέλου της ιδιωτικής ασφάλισης.

2.2.1 ΜΟΝΤΕΛΟ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το μοντέλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας εκφράζεται με δυο (2) προσεγγίσεις. Την Βρετανική και την Καναδική προσέγγιση.

Όσον αφορά την Βρετανική προσέγγιση (British approach), αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη κρατικών παρόχων υπηρεσιών υγείας των οποίων η χρηματοδότηση υπάγεται στον κρατικό προϋπολογισμό. Η πρόσβαση στις βασικές υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης είναι καθολική και ισότιμη. Η κυβέρνηση ενεργεί και ως αγοραστής των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και ως ιδιοκτήτης και διευθυντής των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

Χώρες των οποίων το σύστημα υγείας είναι αντιπροσωπευτικό αυτού του μοντέλου είναι οι εξής :

- ΔΑΝΙΑ
- ΕΛΛΑΔΑ
- ΙΤΑΛΙΑ
- ΤΣΕΧΙΑ
- ΟΥΓΓΑΡΙΑ
- ΠΟΛΩΝΙΑ
- ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ
- ΙΡΛΑΝΔΙΑ
- ΙΣΛΑΝΔΙΑ

Όσον αφορά την Καναδική προσέγγιση (Canadian approach), αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας οι οποίοι προσφέρουν ένα τυπικό πακέτο προνομίων δημόσιας ασφάλισης το οποίο όμως χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η πρόσβαση σε όλες τις βασικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι καθολική και ισότιμη ενώ υπάρχει και διαχωρισμός του ρόλου του αγοραστή και του παρόχου των υγειονομικών υπηρεσιών το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την Βρετανική προσέγγιση όπου οι ρόλοι αυτοί είναι ενοποιημένοι. Τα νοσοκομεία πληρώνονται ένα συγκεκριμένο ποσοστό από έναν συνολικό προϋπολογισμό το ποσό του οποίου καθορίζεται για όλα τα επαρχιακά νοσοκομεία από την κυβερνητική αρχή. Οι παθολόγοι πληρώνονται επίσης βάσει των αμοιβών που καθορίζονται μεταξύ της κυβέρνησης και των ιατρικών κοινωνιών. Αξίζει να παρατηρηθεί ότι κατά κύριο λόγο λειτουργούν ως ανεξάρτητες εταιρίες. Υπάρχει ισχυρός κυβερνητικός ρυθμιστικός έλεγχος ο οποίος ουσιαστικά δεν αφήνει κανένα ρόλο στις αγορές να θέσουν τις τιμές των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Οι έλεγχοι αυτοί των αμοιβών καθώς και οι περιορισμοί στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ικανοί να περιορίσουν τις αυξήσεις των δαπανών με την πάροδο του χρόνου.

Χώρες των οποίων το σύστημα υγείας είναι αντιπροσωπευτικό αυτού του μοντέλου είναι οι εξής :

- ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ
- ΝΟΡΒΗΓΙΑ
- ΙΣΠΑΝΙΑ
- ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ
- ΣΟΥΗΔΙΑ

2.2.2 ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης αναπτύχθηκε αρχικά στη Γερμανία. Γι αυτό είναι επίσης γνωστό ως Γερμανικό μοντέλο ή ως Bismarckian μοντέλο. Είναι επίσης γνωστό και ως παραδοσιακή ασφάλεια ασθένειας. Αρχικά υπήρχαν τα 'κεφάλαια ασθένειας' (sickness funds) τα οποία ήταν κρατικοί οργανισμοί οι οποίοι προσλάμβαναν τους γιατρούς. Αργότερα οι γιατροί διασπάστηκαν σε επιτροπές οι οποίες διαπραγματεύονταν με τα 'κεφάλαια ασθένειας' την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς

Σήμερα αυτά τα κεφάλαια είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που όμως υποχρεώνουν τους εργαζομένους και τα εξαρτώμενα από αυτούς άτομα να είναι μέλη τους δίνοντας τους την δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αυτά συνεισφέρουν τόσο οι εργαζόμενοι όσο και οι εργοδότες τους. Ο ρόλος της ασφάλισης είναι αποκεντρωτικός και οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης.

Χώρες των οποίων το σύστημα υγείας είναι αντιπροσωπευτικό αυτού του μοντέλου είναι οι εξής :

- ΑΥΣΤΡΙΑ
- ΒΕΛΓΙΟ
- ΓΑΛΛΙΑ
- ΓΕΡΜΑΝΙΑ
- ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ

2.2.3 ΜΟΝΤΕΛΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Στο μοντέλο αυτό ανήκουν τα συστήματα υγείας στα οποία οι πάροχοι των υγειονομικών υπηρεσιών είναι ιδιωτικοί και η χρηματοδότηση των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης γίνεται κυρίως με ιδιωτικούς πόρους αλλά και με πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Χώρες των οποίων το σύστημα υγείας είναι αντιπροσωπευτικό αυτού του μοντέλου είναι οι εξής :

- ΟΛΛΑΝΔΙΑ
- ΕΛΒΕΤΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΑΠΑΡΤΙΖΟΥΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

ΤΩΝ ΠΟΥ ΠΟΥ

3.1 Εισαγωγή

Στα κεφάλαια που προηγήθηκαν έγινε προσπάθεια να δοθεί μια όσο το δυνατόν πιο τεκμηριωμένη έννοια του συστήματος υγείας καθώς επίσης και των στόχων που αυτό εξυπηρετεί.

Πραγματοποιήθηκε επίσης μια ακριβής ταξινόμηση των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας σε τρία διαφορετικά μοντέλα ασφάλισης με βάση κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματά τους. Η ταξινόμηση αυτή θα αποτελέσει σημαντικό οδηγό για τη συνέχιση της διπλωματικής αυτής εργασίας .

Στο παρόν κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί μία όσο το δυνατόν πιο σύντομη αλλά ταυτόχρονα αξιόπιστη περιγραφή και ανάλυση των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας που απαρτίζουν αυτά τα τρία μοντέλα ασφάλισης. Η παρουσίαση αυτή θα επικεντρωθεί σε βασικούς άξονες ενός συστήματος υγείας όπως η οργανωτική δομή του, η χρηματοδότησή του, το ανθρώπινο και φυσικό δυναμικό καθώς και η προσφορά και ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

3.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας (British approach)

3.2.1 ΔΑΝΙΑ



3.2.1.1 Εισαγωγή

Η Δανία παρόλο που είναι μικρή χώρα με 5.4 εκατομμύρια κατοίκους εντούτοις, είναι μια από τις πλουσιότερες χώρες στον κόσμο. Είναι μια μοναρχία με αρκετές αυτόνομες τοπικές κυβερνήσεις, που αποτελούνται από 5 περιφέρειες και 98 δήμους. Η υγεία του πληθυσμού, όπως αξιολογείται από την υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής, είναι σχετικά χαμηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιάσει αξιοσημείωτη αύξηση. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης εξουσιάζεται από τον δημόσιο τομέα. Όπως και οι υπόλοιπες Σκανδιναβικές χώρες, η Δανία χαρακτηρίζεται από μία ισχυρή παράδοση κράτους κοινωνικής πρόνοιας με την καθολική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας να χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία.

Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών αποκατάστασης, είναι ελεύθερη για όλους τους πολίτες εξαιρουμένων κάποιων υπηρεσιών όπως οδοντιατρική περίθαλψη και φυσιοθεραπεία. Η δικαιοσύνη και η αλληλεγγύη είναι βασικές θεμελιώδεις αξίες στο σύστημα αυτό και έρευνες που έχουν γίνει παρουσιάζουν ένα διαρκώς αυξανόμενο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Το σύστημα έχει ένα σχετικά καλό αρχείο καταγραφής των δαπανών και εισαγωγής καίριων οργανωτικών και διοικητικών αλλαγών.

3.2.1.2 Οργανωτική δομή

Το Δανικό σύστημα υγείας κυβερνάται από ένα συνδυασμό κρατικών ιδρυμάτων, περιφερειών και δήμων. Και οι τρεις αυτοί οργανισμοί έχουν δημοκρατικά εκλεγμένες γενικές συνελεύσεις και υπάρχει μια παράδοση αποκέντρωσης της διοίκησης και του προγραμματισμού των περιφερειών και των δήμων. Ο όρος κρατικά ιδρύματα περιλαμβάνει το Κοινοβούλιο, την Κυβέρνηση και διάφορα άλλα κρατικά γραφειοκρατικά ιδρύματα. Τα ιδρύματα αυτά είναι αρμόδια για το γενικό νομικό πλαίσιο που έχει ισχύ στην υγειονομική περίθαλψη και για τον συντονισμό και την εποπτεία της παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών στις περιφέρειες και τους δήμους.

Πέντε περιφέρειες είναι αρμόδιες για την παροχή πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών. Η ιδιοκτησία και η λειτουργία των περισσότερων νοσοκομείων ανήκουν σε αυτές τις περιφέρειες ενώ οι γιατροί αυτών των νοσοκομείων είναι μισθωτοί υπάλληλοι των περιφερειών αυτών.

Οι περισσότερες από τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από τους επαγγελματίες γιατρούς οργανώνονται και χρηματοδοτούνται από τον δημόσιο τομέα με ελεύθερη πρόσβαση σε αυτές όλων των κατοίκων της χώρας. Ένα μεγάλο μέρος του δημοσίου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης οργανώνεται και χρηματοδοτείται από τις περιφέρειες οι οποίες είναι υπεύθυνες για τα νοσοκομεία καθώς και για τους γιατρούς οι οποίοι είναι αυτοαπασχολούμενοι αλλά χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από τους φόρους που πληρώνουν οι κάτοικοι των περιφερειών αυτών για την υγειονομική περίθαλψη. Εκτός από τους αυτοαπασχολούμενους γιατρούς υπάρχουν και μερικά ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές τα οποία χρηματοδοτούνται από τους φόρους, την ιδιωτική ασφάλιση και τις δαπάνες των ασθενών καθώς και φαρμακεία των οποίων η άδεια χορηγείται από το κράτος.

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του δανικού συστήματος υγείας είναι η αποκεντρωτική ευθύνη για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Εντούτοις υπάρχουν σημαντικοί διαπραγματευτικοί και συντονιστικοί δίαυλοι μεταξύ του κράτους, των περιφερειών και των δήμων καθώς η πολιτική εστίαση στον έλεγχο των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης έχει ενθαρρύνει μια πιο επίσημη συνεργασία.

ΚΡΑΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η ευθύνη για τη νομοθεσία και την παροχή γενικών οδηγιών για τον τομέα της υγείας εναπόκειται στο υπουργό Υγείας. Κάθε έτος ο υπουργός Υγείας, το υπουργείο Οικονομικών και τα περιφερειακά και δημοτικά συμβούλια - που αντιπροσωπεύονται από τις δανικές περιοχές και την εθνική ένωση των τοπικών αρχών - συμμετέχουν σε μια εθνική διαπραγμάτευση των προϋπολογισμών ούτως ώστε να τεθούν οι στόχοι για τις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι στόχοι δεν είναι νομικά δεσμευτικοί. Το εθνικό συμβούλιο της υγείας, είναι ένα κεντρικό σώμα το οποίο ιδρύθηκε το 1803 και που τώρα συνδέεται με τον Υπουργό Υγείας και είναι αρμόδιο για την εποπτεία του προσωπικού υγείας, και για τη παροχή συμβουλών στις διάφορες περιφέρειες και δήμους για ζητήματα υγείας.

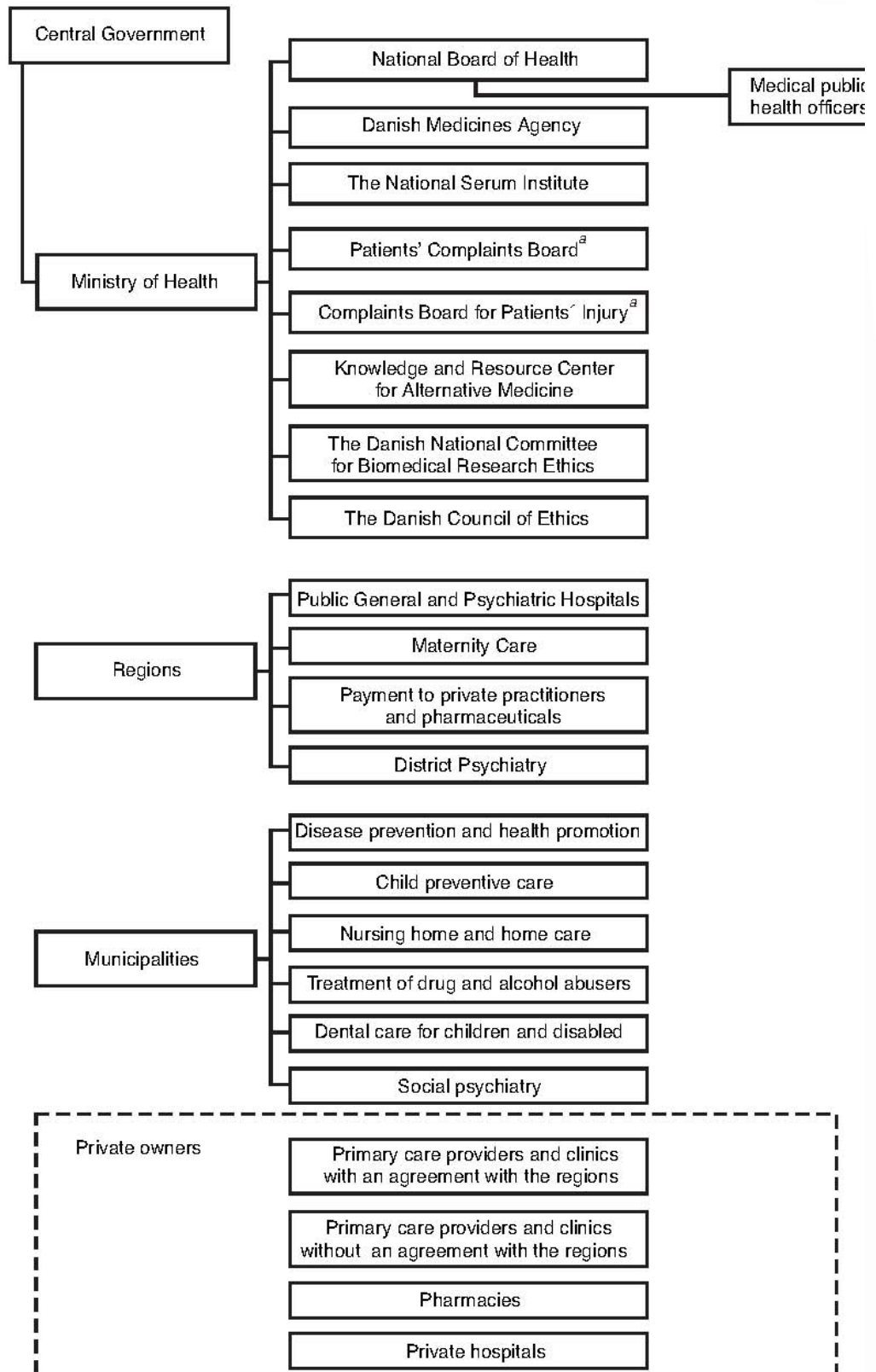
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Οι πέντε περιφέρειες κυβερνώνται από τα συμβούλια, τα οποία εκλέγονται κάθε τέσσερα έτη. Χρηματοδοτούνται από το κράτος και τους δήμους. Οι περιφέρειες κατέχουν και λειτουργούν νοσοκομεία και προγεννητικά κέντρα περίθαλψης. Χρηματοδοτούν επίσης τους επαγγελματίες γιατρούς, τους φυσιοθεραπευτές, τους οδοντιάτρους καθώς επίσης και την προμήθεια των φαρμακευτικών ειδών. Οι αποζημιώσεις για τους αυτοαπασχολούμενους γιατρούς καθώς και οι μισθοί για τους εργαζόμενους ιατρούς στις νοσοκομειακές μονάδες συμφωνούνται μέσω διαπραγματεύσεων μεταξύ των δανικών περιφερειών και των διάφορων επαγγελματικών οργανώσεων. Ο υπουργός Υγείας, το υπουργείο Οικονομικών και η εθνική ένωση των τοπικών αρχών συμμετέχουν επίσης σε αυτές τις διαπραγματεύσεις.

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Οι 98 δήμοι κυβερνώνται επίσης από συμβούλια τα οποία εκλέγονται κάθε τέσσερα έτη (ταυτόχρονα με τις περιφερειακές εκλογές των συμβουλίων). Είναι αρμόδιοι για την παροχή υπηρεσιών όπως οι ιδιωτικές κλινικές, οι ιδιωτικές νοσοκόμες, οι επισκέπτες υγείας, οι δημοτικοί οδοντίατροι και η πρόληψη και προώθηση της υγείας. Αυτές οι δραστηριότητες χρηματοδοτούνται από τους φόρους, με τα κεφάλαια αυτά να διανέμονται μέσω των γενικών προϋπολογισμών, και πραγματοποιούνται από τους μισθωτούς επαγγελματίες γιατρούς. Οι μισθοί και οι συνθήκες εργασίας διαπραγματεύονται από την εθνική ένωση των τοπικών αρχών και τις διαφορές επαγγελματικές οργανώσεις.

Πίνακας 3.1 Διάγραμμα επισκόπησης του συστήματος υγείας



3.2.1.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το δανικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από το κράτος και τους δημοτικούς φόρους. Άλλες πηγές χρηματοδότησης αποτελούν οι δαπάνες του πληθυσμού για κάποια αγαθά και υπηρεσίες υγείας και η εθελοντική ασφάλιση υγείας, η οποία συνάπτεται για να καλύψει μερικώς τις δαπάνες του πληθυσμού για τα παραπάνω αγαθά. Οι σημαντικότεροι μηχανισμοί κατανομής των πόρων παρατίθενται σε αυτό το πίνακα. Το 2003, οι συνολικές δαπάνες υγείας κατά κεφαλήν ήταν US\$ 2763 σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης της οποίας το 83% ήταν δημόσιες δαπάνες. Το μεγαλύτερο ποσό των δαπανών για τη δημόσια υγεία ξοδεύεται στα νοσοκομεία. Το μέσο ποσοστό αύξησης των συνολικών δαπανών για την δημόσια υγεία μεταξύ 1998 και 2003 ήταν 2.8%. Οι συνολικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ έχουν αυξηθεί συγκρατημένα κατά τη διάρκεια της περιόδου 1995-2003 κατά 0.1%. Αυτή η άνοδος πραγματοποιήθηκε μετά από μια πτώση στις συνολικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά τη διάρκεια της περιόδου 1980-1995.

Οι κρατικοί φόροι είναι ένας συνδυασμός φόρου εισοδήματος, φόρου προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α) (κατά 25%), ειδικού φόρου κατανάλωσης, φόρου εργασίας (8% σε όλο το προσωπικό εισόδημα), φόρου εταιρικού εισοδήματος και φόρου συμβολής για την υγεία (8%). Ο φόρος εισοδήματος αποτελεί το 50% των εσόδων από τους φόρους φόρων και η πληρωμή του γίνεται μέσω της μισθοδοσίας του υπαλλήλου είτε μέσω των κερδών των επιχειρήσεων. Υπολογίζεται με βάση μια προοδευτική κλίμακα και ένα βασικό ποσοστό που κυμαίνεται στο 5.5%.

Οι δημοτικοί φόροι επιβάλλονται αναλογικά στο εισόδημα και την ακίνητη περιουσία (ιδιοκτησία). Κάθε έτος, η κεντρική κυβέρνηση συμφωνεί σχετικά με το μέγιστο δημοτικό φορολογικό ποσοστό με την εθνική ένωση των τοπικών αρχών. Η κεντρική κυβέρνηση διανέμει επίσης τους πρόσθετους πόρους στους δήμους μέσω επιχορηγήσεων, εάν οι δήμοι αυξάνουν το επίπεδο εξυπηρέτησης τους ή πετυχαίνουν τους στόχους που τίθενται για την λήψη των κρατικών επιχορηγήσεων.

Το κράτος και οι δημοτικοί φόροι είναι οι κύριες πηγές χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στη Δανία, αλλά οι ασθενείς κάνουν επίσης συμπληρωματικές ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές αυτές δαπάνες καλύπτουν κυρίως τις δαπάνες των φαρμακευτικών ειδών, των βιταμινών, των οδοντιάτρων, της εθελοντικής συμπληρωματικής ασφάλισης και της ασφάλισης ατυχήματος.

3.2.1.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Ο αριθμός των κρεβατιών στα νοσοκομεία αλλά και στα ψυχιατρικά ιδρύματα έχει υποστεί ουσιαστική μείωση όπως μας δείχνουν και οι πίνακες 3.4 και 3.5 απεικονίζοντας μια τάση που ισχύει σχεδόν σε όλες τις δυτικοευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 3.4 νοσοκομειακή δραστηριότητα, 1996-2005

| | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2005 |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Hospitals | 79 | 76 | 61 | 58 | 52 | - |
| Discharges | 980 000 | 996 000 | 1 029 000 | 1 062 000 | 1 089 000 | 1 102 000 |
| Bed days | 5 990 000 | 5 738 000 | 5 567 000 | 5 471 000 | 5 111 000 | 4 998 000 |
| Beds | 20 476 | 19 472 | 18 484 | 18 166 | 16 668 | 16 410 |
| Average length of stay (days) | 6.1 | 5.8 | 5.4 | 5.2 | 4.7 | 4.5 |
| Bed occupancy rate (%) | 80.1 | 79.5 | 81.7 | 79.0 | 82.2 | 83.5 |

Πίνακας 3.5 δραστηριότητα ψυχιατρικών ιδρυμάτων, 1997-2003

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Hospitals | 12 | 12 | 12 | 12 | 9 | 10 | 14 |
| Discharges | 35 526 | 36 769 | 38 626 | 38 982 | 40 691 | 40 815 | 40 423 |
| Bed days | 1 440 000 | 1 433 000 | 1 442 000 | 1 406 000 | 1 373 000 | 1 330 000 | 1 280 000 |
| Beds | 4 029 | 3 999 | 4 022 | 3 894 | 3 886 | 3 799 | 3 676 |
| Bed occupancy rate (%) | 97.9 | 98.3 | 98.2 | 98.9 | 96.8 | 95.9 | 95.4 |
| Outpatient visits | 450 000 | 483 000 | 532 000 | 564 000 | 567 000 | 746 000 | 643 000 |

Η μείωση του αριθμού των κρεβατιών είναι σημαντικότερη στα ψυχιατρεία και κατά ένα μεγάλο μέρος αυτό οφείλεται σε μια πολιτική αποϊδρυματοποίησης. Κατά τη διάρκεια της περιόδου 1980-1990, ο αριθμός των κρεβατιών μειώθηκε εντυπωσιακά από 8182 σε 4906. Η γενική πτώση στον αριθμό των κρεβατιών τόσο στα νοσοκομεία όσο και στα ψυχιατρικά ιδρύματα συνδέεται με μια μεγάλη αύξηση στον αριθμό των επισκέψεων των εξωτερικών ασθενών.

Ιατρικός εξοπλισμός και ιατρικές συσκευές

Υπάρχει πολύ περιορισμένη διαθέσιμη πληροφόρηση από τα νοσοκομεία και τις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης όσον αφορά τον υπάρχοντα ιατρικό εξοπλισμό και τη χρήση του στο Δανικό σύστημα υγείας. Τα μόνα διαθέσιμα στοιχεία αφορούν τον αριθμό των μονάδων απεικόνισης μαγνητικής αντίληξης (MRI), τον αριθμό των τομογράφων (CT), και τον αριθμό των μηχανημάτων θεραπείας με ακτινοβολία. Ο αριθμός μονάδων MRI αυξήθηκε από 13 το 1990 σε 55 το 2004, που αντιστοιχεί σε αύξηση 423%. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, ο αριθμός ανιχνευτών CT αυξήθηκε από 22 σε 79, που αντιστοιχεί σε αύξηση 359%. Τέλος ο αριθμός των μηχανημάτων θεραπείας με ακτινοβολία αυξήθηκε από 25 σε 35 μονάδες.

Ανθρώπινο δυναμικό

Περίπου 11 000 γιατροί απασχολούνται στα νοσοκομεία αριθμός ο οποίος είναι μεγαλύτερος κατά 600 ιατρούς από τις αρχές αυτής της δεκαετίας. Το μέσο ετήσιο ποσοστό αύξησης των γιατρών που απασχολήθηκαν αποκλειστικά στα νοσοκομεία αυξήθηκε κατά 2.8% για την ολόκληρη χώρα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Περίπου 45% των γιατρών που απασχολούνται στα νοσοκομεία έχουν τις μόνιμες θέσεις. Το υπόλοιπο ποσοστό απασχολείται σε προσωρινές θέσεις ως τμήμα του μεταπτυχιακού εκπαιδευτικού προγράμματός του. Περίπου 3680 γιατροί είναι παθολόγοι, αριθμός ο οποίος αντιστοιχεί σε ένα ανά 1575 κατοίκους. Οι 1387 από αυτούς βρίσκονται στην πρωτεύουσα και στις μεγάλες αστικές περιοχές.

Περίπου 1100 γιατροί δεν εργάζονται σε κάποιο κλινικό κέντρο αλλά απασχολούνται πλήρως ως ανώτεροι δημόσιοι υπάλληλοι υγείας ή ερευνητές και δάσκαλοι σε δημόσια και ιδιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Οι ανώτεροι αυτοί δημόσιοι υπάλληλοι υγείας είναι αρμόδιοι για τον έλεγχο των συνθηκών υγιεινής στις αντίστοιχες περιοχές τους για την υποστήριξη των δημόσιων αρχών με την παροχή συμβουλών καθώς και την επίβλεψη των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης για λογαριασμό του εθνικού συμβουλίου υγείας.

Πίνακας 3.6 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ανά 1000 άτομα πληθυσμού, 1997-2003

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Active doctors ^a | 1.8 | 2.3 | 2.5 | 2.6 | 2.8 | 2.8 | 2.9 | 3.0 |
| Active nurses ^b | 4.9 | 6.2 | 5.7 | 6.4 | 6.9 | 7.0 | 7.1 | 7.0 |
| Active dentists | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |
| Active pharmacists | 0.3 | - | - | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | - |
| Active midwives | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |

3.2.1.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η Δανία έχει ένα αποκεντρωτικό σύστημα υγείας το οποίο βασίζεται στην χρηματοδότηση του από τους φόρους και παρέχει καθολική κάλυψη για όλους τους κατοίκους της χώρας. Εντούτοις, για να έχει ένα άτομο το δικαίωμα στη ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να έχει καταχωρηθεί ως κάτοικος στα αρχεία της χώρας για περισσότερο από έξι εβδομάδες. Όλοι εκείνοι που έχουν το δικαίωμα στην φόρο-χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη λαμβάνουν μια κάρτα που ονομάζεται πιστοποιητικό υγείας. Τη κάρτα αυτή την λαμβάνει καθένας νόμιμος κάτοικος ο οποίος είναι πάνω από 16 ετών. Τα παιδιά κάτω των 16 ετών καλύπτονται από τη κάρτα των γονιών τους. Το δικαίωμα στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης επομένως ρυθμίζεται από το νόμο.

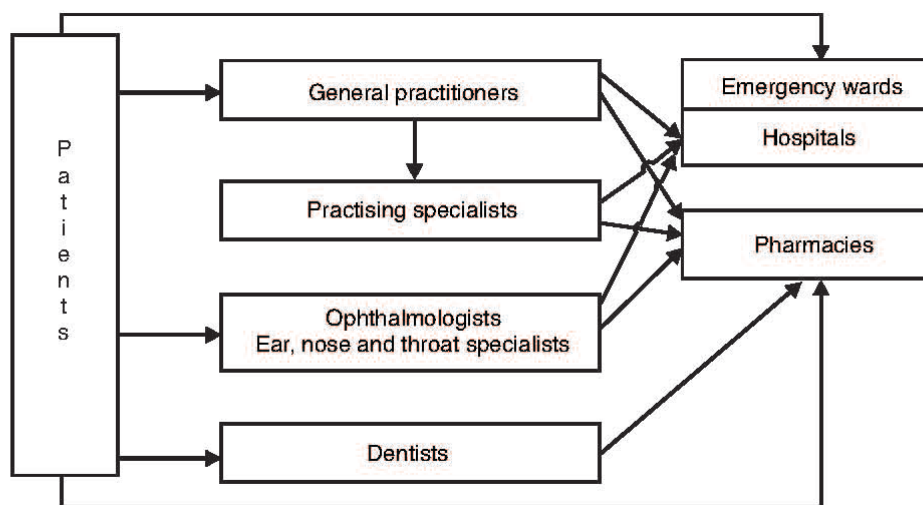
Οι πρόσθετοι κανόνες για πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες ισχύουν για τους τουρίστες, τους αλλοδαπούς, τους νόμιμους μετανάστες, τους αιτούντες άσυλο και τους παράνομους μετανάστες. Οι τουρίστες και οι αλλοδαποί που μένουν προσωρινά στη Δανία πρέπει να πληρώσουν για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι νόμιμοι μετανάστες καλύπτονται από το σύστημα υγείας και έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους κατοίκους που έχουν Δανική υπηκοότητα. Οι αιτούντες άσυλο δεν θεωρούνται κάτοικοι, μπορούν να τους παρασχεθούν οι βασικές πρώτες βοήθειες αλλά σε περίπτωση που χρειαστούν υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης υποβάλουν αίτηση στη Δανική υπηρεσία μετανάστευσης η οποία επιπροσθέτως χρηματοδοτεί αυτές τις υπηρεσίες.

Οι κατέχοντες το πιστοποιητικό υγείας έχουν ελεύθερη πρόσβαση στους παθολόγους τους οφθαλμιάτρους, τους ωτορινολαρυγγολόγους, και τους θαλάμους έκτακτης ανάγκης. Η ελεύθερη πρόσβαση περιλαμβάνει και τη μεταφορά με ασθενοφόρο.

Από το 1973 οι κάτοικοι μετά την ηλικία των 16 ετών είναι σε θέση να επιλέξουν μεταξύ δύο επιλογών κάλυψης γνωστές και ως ομάδα (1) και ομάδα (2). Η προεπιλογή κατά κύριο λόγο είναι ομάδα (1) και περίπου το 99% του Δανικού πληθυσμού διαλέγει αυτή την ομάδα. Στην ομάδα (1), τα μέλη εγγράφονται σε έναν παθολόγο της επιλογής τους ο οποίος όμως πρέπει να βρίσκεται σε απόσταση 10 χλμ από ο τόπο της μόνιμης κατοικίας τους. Τα μέλη της ομάδας (1) έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις γενικές προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Ένα άτομο στην ομάδα (1) έχει τη δυνατότητα να αλλάξει τον παθολόγο του μετά το πέρας των έξι μηνών αλλά πρώτα πρέπει να έρθει σε επαφή με τις τοπικές αρχές.

Στην ομάδα (2), τα άτομα είναι ελεύθερα να συμβουλευθούν οποιοδήποτε παθολόγο ή ειδικό. Η περιφέρεια θα καλύψει τις δαπάνες μέχρι το κόστος της αντίστοιχης θεραπείας για έναν ασθενή της ομάδας (1).

Πίνακας 3.7 Επιλογές ασθενών ομάδας 1



Εάν η παραπομπή από τον παθολόγο είναι απαραίτητη οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν μεταξύ οποιουδήποτε δημόσιου νοσοκομείου στη Δανία, υπό τον όρο ότι αυτό προσφέρει τις απαραίτητες υπηρεσίες. Αυτό είναι σύμφωνο με το νόμο περί ελεύθερης επιλογής του νοσοκομείου. Ο παθολόγος μπορεί να συμβουλέψει τον ασθενή ποιο νοσοκομείο να προτιμήσει βασιζόμενος σε πληροφορίες όπως ο χρόνος αναμονής η ποιότητα και οι πρόσθετες ανάγκες. Ο ασθενής μπορεί επίσης να επιλέξει να θεραπευθεί σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο με ιδιωτικά έξοδα όμως δε μπορεί να είναι σίγουρος ότι θα αποζημιωθεί γι αυτές τις δαπάνες. Μερικοί άνθρωποι έχουν εθελοντική ασφάλιση οποία μπορεί να καλύψει μέρος ή και όλες αυτές τις δαπάνες.

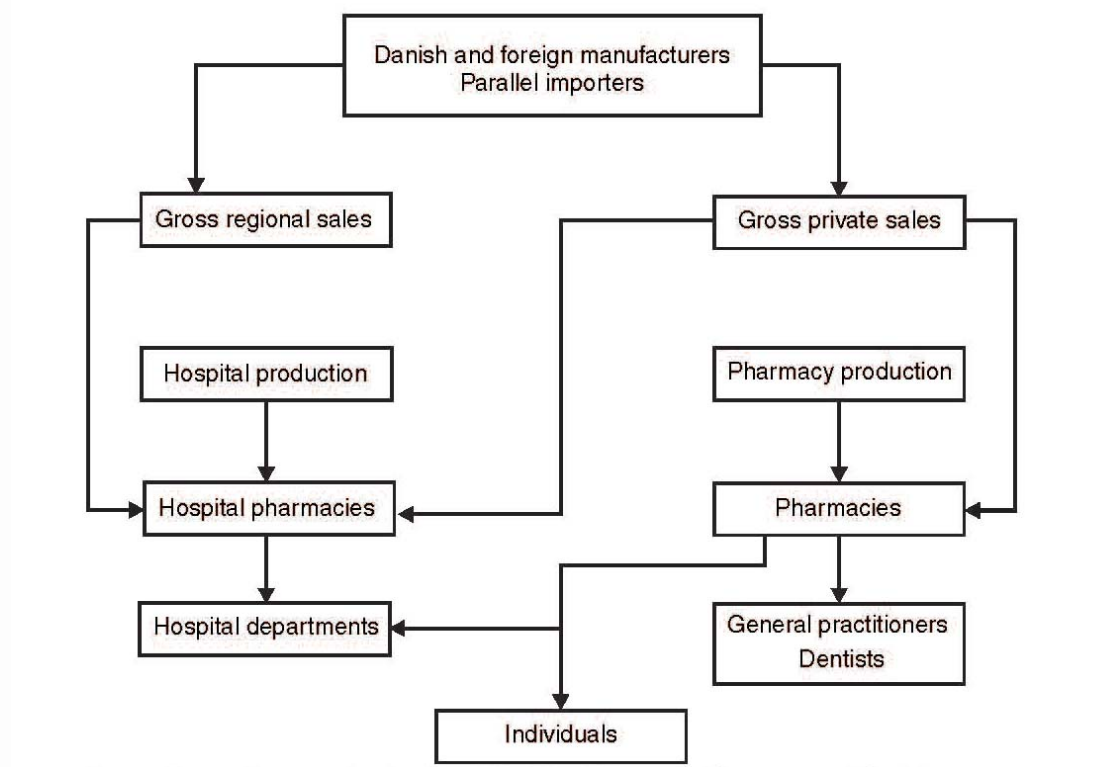
Οι ασθενείς που είχαν ένα ατύχημα ή μια οξεία ασθένεια μπορούν να νοσηλευθούν, χωρίς παραπομπή, στις μονάδες εντατικής θεραπείας οι οποίες είναι εγκατεστημένες στα νοσοκομεία. Εάν συμβεί ένα ατύχημα ο ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας μέσα σε 24 ώρες διαφορετικά, μια παραπομπή απαιτείται από έναν παθολόγο. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας είναι ανοικτές 24 ώρες την ημέρα και είναι δωρεάν.

Οι ασθενείς μπορούν να πάνε στα φαρμακεία εάν χρειάζονται τα μη συνταγογραφημένα φάρμακα ή συμβουλές σχετικά με τα δευτερεύοντα προβλήματα υγείας όπως είναι το βήξιμο, ο πόνος στους μύες και διάφορα άλλα. Διαφορετικά θα πρέπει να έχουν μια συνταγή από έναν παθολόγο ή έναν ειδικό. Ο αριθμός των ασθενών που εγγράφονται σε κάθε παθολόγο είναι περιορισμένος και καθορίζεται μέσω διαπραγματεύσεων μεταξύ της οργάνωσης των ιατρών παθολόγων, η οποία είναι μέρος της Δανικής ιατρικής ένωσης, και των Δανικών περιοχών.

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Οποιοδήποτε φαρμακευτικό προϊόν που έχει την έγκριση για παραγωγή και χορήγηση από τη Δανική αντιπροσωπεία φαρμάκων μπορεί να διανεμηθεί από τα φαρμακεία των δήμων και των νοσοκομείων.

Πίνακας 3.8 οργάνωση του συστήματος διανομής των φαρμακευτικών ειδών.



Η Δανία έχει τρεις εταιρίες που διανέμουν τα φάρμακα στα ιδιωτικά φαρμακεία, εκτός από μερικές εταιρίες που διανέμουν φάρμακα μόνο για κτηνιατρική χρήση. Τα φαρμακεία οργανώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί ότι καθένας έχει πρόσβαση σε ένα φαρμακείο, ακόμη και στις αγροτικές περιοχές όπου τα φαρμακεία μπορούν να μην είναι κερδοφόρα. Το 2009 υπήρχαν 322 φαρμακεία στη Δανία, εκ των οποίων τα 55 ήταν υποκαταστήματα μεγάλων φαρμακευτικών κλάδων.

Η κατά κεφαλήν κατανάλωση της Δανίας σε φαρμακευτικά είδη είναι αρκετά κάτω από αυτήν άλλων δυτικοευρωπαϊκών χωρών. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δαπάνες αυτές αποτελούν μόνο το 0,4 % του συνολικού ΑΕΠ της χώρας. Οι φαρμακευτικές δαπάνες στον πρωτοβάθμιο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης το 2005 ήταν 11.935 εκατομμύρια Δανικές κορώνες και στον τομέα των νοσοκομείων ήταν 4398 εκατομμύρια Δανικές κορώνες. Το 2005, οι πωλήσεις των ιατρικών προϊόντων στον τομέα των νοσοκομείων αποτέλεσαν το 27% των συνολικών πωλήσεων. Στον πρωτοβάθμιο τομέα της περίθαλψης, οι φαρμακευτικές δαπάνες χρηματοδοτήθηκαν από τις

αρμόδιες για την υγεία περιφερειακές αρχές (56%), τις συμπληρωματικές πληρωμές των ασθενών (39%) και τους δήμους (4%).

Η σταθερή αύξηση στη φαρμακευτική κατανάλωση, η οποία παρατηρήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Αυτό οφείλεται εν μέρει στον ολοένα αυξανόμενο ηλικιακά πληθυσμό. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας του 20ού αιώνα, ένας σημαντικός αριθμός νέων φαρμάκων έκανε την εμφάνιση του στην αγορά. Τα περισσότερα από αυτά ήταν είτε τροποποιήσεις των υπάρχοντων φαρμάκων, είτε φαρμακευτικά είδη για την καταπολέμηση μη ιάσιμων ασθενειών. Αυτό έχει προσελκύσει νέες καταναλωτικές ομάδες.

ΓΑΛΕΡΙΟ

3.2.2 ΕΛΛΑΔΑ



3.2.2.1 Εισαγωγή

Η Ελλάδα, ή αλλιώς η Ελληνική Δημοκρατία όπως καλείται επίσημα, βρίσκεται στο νοτιότερο άκρο της βαλκανικής χερσονήσου. Ο πληθυσμός της σύμφωνα με την απογραφή του 1991 ήταν 10 259 900, δίνοντας μια γενική πυκνότητα πληθυσμού περίπου 78 ατόμων ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Μετά από την ελληνική ανεξαρτησία το 1830 και μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα, μόνο το 10% του ενεργού ελληνικού πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη για υγειονομική περίθαλψη. Το 1922 δημιουργήθηκε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το επίπεδο της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης ήταν στοιχειώδες έναντι αυτού σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το 1941 δημιουργήθηκαν τα πρώτα δημόσια νοσοκομεία για να εξυπηρετήσουν τις πολεμικές ανάγκες, και παρέμειναν έκτοτε. Το επόμενο σημαντικό βήμα πραγματοποιήθηκε το 1953 με την θέληση της τότε ηγεσίας του τόπου να καθιερώσει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η δεκαετία του '60 αποτέλεσε μια περίοδο γρήγορης οικονομικής ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της οποίας διάφορα οικονομικά όργανα, όπως οι τράπεζες, δημιούργησαν τα δικά τους ασφαλιστικά κεφάλαιά τα οποία χρηματοδοτήθηκαν κυρίως από συνεισφορές εργοδοτών. Αυτά τα κεφάλαια παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη στους ασφαλισμένους υπαλλήλους. Παρά τα πολύ υψηλά ποσοστά της οικονομικής ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '60 και της δεκαετίας του '70, οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αντιπροσώπευαν λιγότερο από το 2.5% του ΑΕΠ. Μετά από την αποκατάσταση της δημοκρατίας το 1974, οι πολιτικές και κοινωνικές πιέσεις καθώς επίσης και οι αυξανόμενοι αριθμοί προβλημάτων στο υγειονομικό σύστημα ενέτειναν την ανάγκη για τη μεταρρύθμιση υγειονομικής περίθαλψης, κάνοντας τη ένα ζήτημα ύψιστης προτεραιότητας για τη νέα κυβέρνηση.

Το 1981 το Σοσιαλιστικό Κόμμα ήρθε στην εξουσία και οι επικρατούντες όροι ήταν ώριμοι για μια ριζική αλλαγή του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Ο κύριος πυρήνας των προτάσεων παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητος και έτσι το 1983 η κυβέρνηση πέρασε τη νομοθεσία που ενσωματώνει αυτές τις προτάσεις και εισάγει ένα νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η δεκαετία του '80 αφιερώθηκε κυρίως στην εφαρμογή της νομοθεσίας του 1983, την καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την επέκταση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

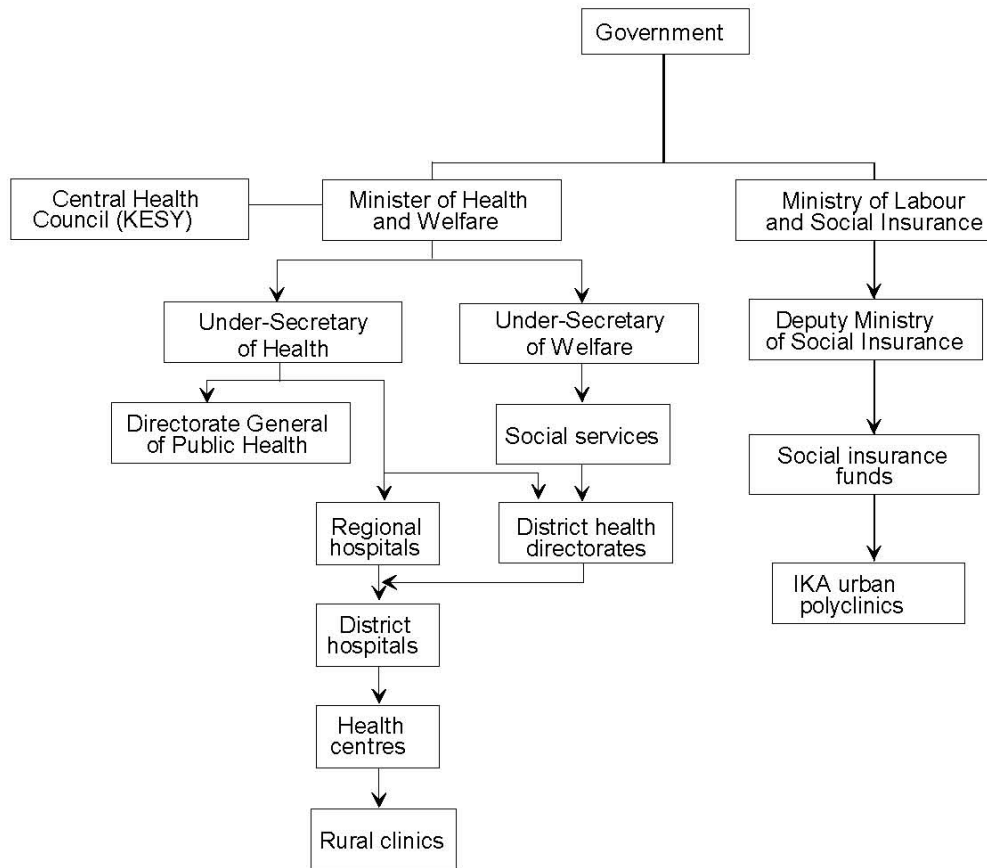
3.2.2.2 Οργανωτική δομή

Το υπουργείο Υγείας είναι το κυριότερο όργανο στην ανάπτυξη και τη χρηματοδότηση των πολιτικών υγείας. Το Υπουργείο είναι αρμόδιο για την παροχή και τη χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας καθώς επίσης και για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες των φτωχών, των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Οι τοπικές αρχές (52 νομαρχιακά διαμερίσματα), μέσω του υπουργού Υγείας, διαδραματίζουν έναν περιορισμένο ρόλο στην διοίκηση των 128 νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ και των 176 αγροτικών κέντρων υγείας. Το κεντρικό Συμβούλιο υγείας (ΚΕΣΥ) και οι επιτροπές για το AIDS, τα φάρμακα, τον καρκίνο, κ.λπ., διαδραματίζουν έναν συμβουλευτικό ρόλο στον Υπουργό.

Τα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ , ΟΓΑ, ΤΕΒΕ) βρίσκονται υπό την αρμοδιότητα του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από το Σεπτέμβριο του 1995. Διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών περίθαλψης . Το ΙΚΑ, το μεγαλύτερο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης (το οποίο καλύπτει το 50% του πληθυσμού) καλύπτει κυρίως τους εργαζόμενους υπαλλήλους και είναι αρμόδιο για τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω του ευρέως και αποκεντρωμένου δικτύου του πρωτοβάθμιων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης (πάνω από 200 αστικές πολυκλινικές και κλινικές). Ο ΟΓΑ , το δεύτερο μεγαλύτερο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει τους αγρότες και τις οικογένειές τους (25% του πληθυσμού) και τους δίνει τη δυνατότητα χρησιμοποίησης των υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ (δηλ. των αγροτικών κέντρων υγείας). Τα υπόλοιπα ταμεία παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στους δικαιούχους τους κυρίως μέσω των συμβάσεων με ιδιωτικούς παθολόγους και τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία για τις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται κυρίως από το Ε.Σ.Υ μέσω των νοσοκομείων που είναι δημόσια και χρηματοδοτημένα κυρίως από το κρατικό προϋπολογισμό καθώς επίσης και από τα ασφαλιστικά ταμεία. Εκτός από το υπουργό Υγείας και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

Το κεντρικό Συμβούλιο υγείας (ΚΕΣΥ) ιδρύθηκε μετά τη μεταρρύθμιση του 1983. Λειτουργεί ως σύμβουλος του Υπουργού στα πολιτικά θέματα υγείας ειδικά στον τομέα της δομής και της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. Αποτελείται από:3 αντιπροσώπους από τη πανελλήνια ιατρική ένωση ,14 αντιπρόσωπους από τα συνδικάτα επαγγέλματος υγείας και τις πανεπιστημιακές σχολές, 2 ανώτερους διοικητικούς υπαλλήλους από το Υπουργείο Υγείας ,τους προέδρους των 2 μεγαλύτερων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ, ΟΓΑ),τον πρόεδρο της εθνικής οργάνωσης φαρμάκων και 3 μέλη που διορίζονται από τον υπουργό Υγείας.

Πίνακας 3.9 Οργανωτικό διάγραμμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.



3.2.2.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα χρηματοδοτείται από ένα μικτό σχήμα βασιζόμενο στη φορολογία και την ασφάλιση. (συμπληρωμένο κατά ένα μεγάλο μέρος από την εθελοντική χρηματοδότηση). Υπό αυτήν τη μορφή, δεν μπορεί να ταξινομηθεί ούτε ως " Beveridge" ή " Bismarck" τύπος συστήματος. Ο κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας, και είναι αρμόδιος για τη χρηματοδότηση των αγροτικών κέντρων υγείας και τις δαπάνες των αγροτικών κλινικών (που ιδρύθηκαν ως τμήμα του Ε.Σ.Υ), τους μισθούς του προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, τις επιχορηγήσεις των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και τις επιχορηγήσεις των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης.

Η συμβολή κρατικών προϋπολογισμών στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης έχει αυξηθεί σταθερά τα τελευταία χρόνια, λόγω των συνεχώς αυξανόμενων ελλειμμάτων των κεφαλαίων. Έως το 1992, τα ελλείμματα περιορίστηκαν στον τομέα των συντάξεων. Το 1993, μετά από τις μεγάλες αυξήσεις στα ποσοστά αποζημιώσεων οι κλάδοι ασθένειας των ασφαλιστικών ταμείων άρχισαν να παρουσιάζουν ελλείμματα, αυξάνοντας κατά συνέπεια το μερίδιο της επιχορήγησης από το κρατικό προϋπολογισμό. Τα ποσοστά συμβολής κατά συνέπεια έχουν βαθμιαία αυξηθεί από το 1990.

(ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ)

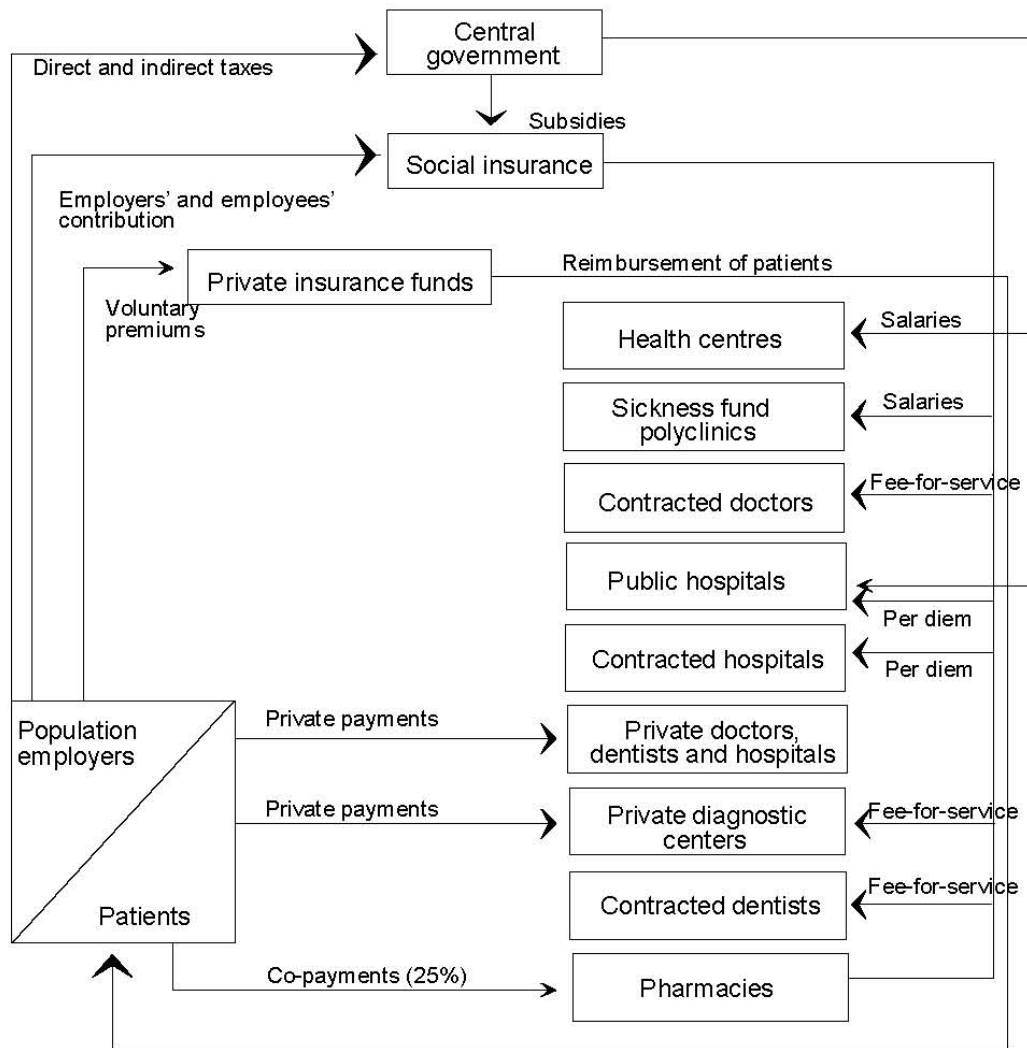
Οι επιπρόσθετες πληρωμές στην Ελλάδα λαμβάνουν τις ακόλουθες μορφές:

- Συμπληρωματικές πληρωμές για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που καλύπτονται από το Ε.Σ.Υ
- Ιδιωτικές πληρωμές, συμπεριλαμβανομένων των πληρωμών στους ιδιωτικούς παθολόγους, σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία
- Ανεπίσημες πληρωμές, ιδιαίτερα στον τομέα των νοσοκομείων.

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Υπολογίζεται ότι περίπου το 5-8% του ελληνικού πληθυσμού έχει συνάψει κάποια εθελοντική ασφάλιση υγείας. Αυτή είναι μέχρι τώρα μια σχετικά μικρή αναλογία, αλλά έχει αυξηθεί αρκετά γρήγορα και αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται. Υπάρχουν πολυάριθμες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, και ελληνικές και ξένες, που προσφέρουν ιδιωτική κάλυψη υγείας. Οι λόγοι για ιδιωτική ασφάλεια υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνουν την περιεκτική κάλυψη για υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς πάροχους καθώς επίσης και κάλυψη για συμπληρωματικές υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται ή που περιλαμβάνονται μερικώς στο Ε.Σ.Υ.

Πίνακας 3.10 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



→ Financial flows

Πίνακας 3.11 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1970-1993

| Total expenditure on health care | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Value in current prices, billion GRD | 12.0 | 27.4 | 74.1 | 224.5 | 561.0 | 682.4 | 815.0 | 955.0 |
| Value in constant prices, billion GRD90 | 218.3 | 282.3 | 354.0 | 452.2 | 561.0 | 528.6 | 547.1 | 570.5 |
| Value in current prices, per capita (US \$PPP) | 59.0 | 104.0 | 187.0 | 284.0 | 395.0 | 414.0 | 469.0 | 500.0 |
| Share of GDP (%) | 4.0 | 4.1 | 4.3 | 4.9 | 5.3 | 5.3 | 5.5 | 5.7 |
| Public as share of total expenditure on health care (%) | 53.4 | 60.2 | 82.2 | 81.0 | 84.2 | 75.7 | 76.1 | 75.8 |

Πίνακας 3.12 Πηγές χρηματοδότησης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, 1970-1993

| As share of total expenditure on health care | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Public (%) | 53.4 | 60.2 | 82.2 | 81.0 | 84.2 | 75.7 | 76.1 | 75.8 |
| In-patient care (%) | 46.4 | 44.7 | 48.9 | 52.7 | 57.5 | 58.3 | 59.2 | – |
| Pharmaceuticals (%) | 43.3 | 41.4 | 34.8 | 28.9 | 24.1 | 22.7 | 23.5 | – |
| Investment (%) | 2.6 | 5.0 | 5.0 | 7.0 | 6.0 | 6.8 | 7.6 | – |

3.2.2.4 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης του 1983, η αρχική υγειονομική περίθαλψη επρόκειτο να είναι παρεχόμενη από τα κέντρα υγείας και τις επαρχιακές κλινικές τους και στις αγροτικές και στις αστικές περιοχές. Αυτός ο νόμος, που ισχύει στο μεγαλύτερο μέρος του ακόμα και σήμερα, έθεσε τα θεμέλια για πρώτη φορά για ένα Ε.Σ.Υ. Στον τομέα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποίησε την καθιέρωση ενός ικανοποιητικού αριθμού κέντρων υγείας και επαρχιακών κλινικών, ως αποκεντρωμένες μονάδες που καλύπτουν τις ανάγκες υγείας όλων των πολιτών σε ολόκληρη τη χώρα. Σχεδόν όλα τα κέντρα υγείας που προβλέφθηκαν από τη νομοθεσία για τις αγροτικές περιοχές κατασκευάστηκαν και άρχισαν να προσφέρουν τις αρχικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Εντούτοις, στην περίπτωση των αστικών περιοχών, οι διατάξεις του νόμου δεν υλοποιήθηκαν, και η κατάσταση παρέμεινε αμετάβλητη.

Οι διάφοροι πάροχοι υπηρεσιών υγείας μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω του Ε.Σ.Υ (περιλαμβάνονται τα κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές, οι επαρχιακές κλινικές, και τα τμήματα εξωτερικών ασθενών δημόσιων νοσοκομείων). Αυτές οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, και σε μικρότερη έκταση από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης (περιλαμβάνονται οι πολυκλινικές που χρησιμοποιούνται από συγκεκριμένα ασφαλιστικά ταμεία). Αυτές οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.
- Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω των υπηρεσιών τοπικών αρχών (περιλαμβάνονται λίγες κλινικές και η πρόνοια). Αυτές οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται από το κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.
- Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω του ιδιωτικού τομέα (περιλαμβάνονται ιδιωτικοί παθολόγοι που είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία, παθολόγοι που δεν είναι συμβεβλημένοι με κανένα ασφαλιστικό ταμείο, και τα ιδιωτικά τμήματα εξωτερικών ασθενών νοσοκομείων.

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ

Το ΙΚΑ είναι το μεγαλύτερο ταμείο στην Ελλάδα το οποίο παρέχει συντάξεις , και ασφαλίσεις ασθένειας. Έως το 1982 οι κύριες πηγές χρηματοδότησής της ήταν οι συνεισφορές από τους εργαζομένους και τους εργοδότες. Από το 1982 το ταμείο λαμβάνει γενναιόδωρες επιχορηγήσεις από τον κεντρικό προϋπολογισμό. Το ΙΚΑ παρέχει τις υπηρεσίες άμεσα στα μέλη του. Απασχολεί γιατρούς που πληρώνονται με μισθό για να παρέχουν τις πρωτοβάθμιες ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες και είναι ιδιοκτήτης διάφορων κλινικών όπου παρέχεται η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Αλλά αυτές οι εγκαταστάσεις υπάρχουν μόνο σε σημαντικά αστικά κέντρα. Κατά συνέπεια για τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας το ταμείο είναι συμβεβλημένο με μερικούς ιδιωτικούς γιατρούς και ιδιωτικές κλινικές για τις αρχικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι τιμές των υπηρεσιών που παρέχονται καθορίζονται από το υπουργό Υγείας, και υποβάλλονται για έγκριση από το Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών ασφαλίσεων.

Ο ΟΓΑ καλύπτει τον αγροτικό πληθυσμό. Προσφέρει την πρωτοβάθμια περίθαλψη η οποία παρέχεται στα νοσοκομεία. Η κάλυψη για τις αρχικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης άρχισε στη δεκαετία του '60 και παρέχεται από τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης και ένα δίκτυο αγροτικών σταθμών υγείας και αγροτικών κλινικών, που επανδρώνεται από γιατρούς που είναι υποχρεωμένοι να εξυπηρετήσουν για τουλάχιστον ένα έτος μετά την αποφοίτησή τους τις αγροτικές περιοχές. Η κάλυψη για τις φαρμακευτικές παροχές εισήχθη το 1982. Ο ΟΓΑ χρηματοδοτείται κυρίως από τη φορολογία. Τα μέλη του δεν καταβάλλουν εισφορές και τα ποσοστά συμπληρωματικών πληρωμών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι αμελητέα, εκτός από την περίπτωση των φαρμάκων.

Το ΤΕΒΕ δημιουργήθηκε το 1934 προκειμένου να παρασχεθεί η ασφαλιστική κάλυψη στους ελεύθερους επαγγελματίες. Κάλυπτε ένα πολύ περιορισμένο πακέτο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, έως το 1980 όταν και επεκτάθηκε το πακέτο αυτό.. Καλύπτει επίσης την περίθαλψη και τις δαπάνες σε νοσοκομεία και φαρμακευτικά είδη. Χρηματοδοτείται από τις συνεισφορές των μελών του που ποικίλλουν σύμφωνα με το επάγγελμα και εισόδημα του ασφαλισμένου. Τα ταμεία εκείνων που απασχολούνται στις τράπεζες παρέχουν τα μέγιστα οφέλη. Χρηματοδοτούνται κυρίως από τις συνεισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Η αρχική υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από ιδιωτικούς γιατρούς και η δευτεροβάθμια από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της επιλογής των ασφαλισμένων. Το ταμείο καλύπτει τις επισκέψεις στους γιατρούς, καθώς επίσης και την οδοντιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη.

Φαρμακευτικές δαπάνες

Από το 1992, το 25% του κόστους των φαρμάκων πληρώνεται πλέον από τον ασθενή. Αυτό ισχύει για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι εξαιρέσεις γίνονται για ορισμένες κατηγορίες ασθενών που πληρώνουν το 10%, και για πρόσωπα με χρόνιες ασθένειες που είναι πλήρως απαλλαγμένα. Δεδομένου ότι τα νέα ποσοστά συμπληρωματικών πληρωμών για τα φαρμακευτικά είδη εισήχθησαν το 1992, δεν έχει υπάρξει καμία προσπάθεια να μετρηθεί μέχρι τώρα ο αντίκτυπος στην κατανάλωση. Είναι δυνατό ότι μερικές ευάλωτες ομάδες μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις (παραδείγματος χάριν οι ηλικιωμένοι με πολύ χαμηλές συντάξεις). Υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις όπου οι γιατροί προσπαθούν μερικές φορές να αποφύγουν την επιβολή μιας συμπληρωματικής πληρωμής σε ηλικιωμένους ή άλλους ασθενείς που εμφανίζονται να έχουν δυσκολία στην πληρωμή.

3.2.2.5 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Οι τρεις κύριες κατηγορίες νοσοκομείων είναι:

- (1) δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ
- (2) δημόσια νοσοκομεία που χρησιμοποιούνται από το Υπουργείο Άμυνας, το ΙΚΑ, το Υπουργείο Παιδείας και το Υπουργείο Δικαιοσύνης
- (3) ιδιωτικά νοσοκομεία, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά ιδρύματα

Το Ε.Σ.Υ κατέχει και λειτουργεί σχεδόν το 32% του συνολικού αριθμού των νοσοκομείων, τα ιδιωτικά νοσοκομεία αποτελούν περίπου το 62% του συνόλου, ενώ το υπόλοιπο 6% είναι δημόσια νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. Εντούτοις αυτά τα ποσοστά είναι παραπλανητικά όσον αφορά τους αριθμούς νοσοκομειακών κρεβατιών, δεδομένου ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία τείνουν να είναι αρκετά μικρά. Από την άποψη των αριθμών κρεβατιών, επομένως, το 63,5 % ανήκει σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ ενώ το 28.8% σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

Στα νοσοκομεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ περιλαμβάνονται 96 νοσοκομεία που παρέχουν τις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης στις περιοχές τους. Αυτά τα νοσοκομεία έχουν χαρακτηριστικά 100-200 κρεβάτια, και εξυπηρετούν πληθυσμούς που κυμαίνονται από 50 000 έως 500 000 άτομα. Παρέχουν τις υπηρεσίες περίθαλψης και έκτακτης ανάγκης καθώς και κάλυψη ποικίλων ειδικοτήτων. Τα 23 περιφερειακά νοσοκομεία παρέχουν την τριτογενή, ή ιδιαίτερα εξειδικευμένη περίθαλψη, εκτός από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ χρηματοδοτούνται από τα κεφάλαια του κρατικού προϋπολογισμού και των ταμείων.

Στα νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ περιλαμβάνονται 13 στρατιωτικά νοσοκομεία (2088 κρεβάτια), η πρόσβαση στα οποία είναι περιορισμένη στο στρατιωτικό προσωπικό και τις οικογένειές τους, και τα οποία χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Άμυνας. Τα 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ (881 κρεβάτια), για τα πρόσωπα που είναι μέλη του, χρηματοδοτούνται από ΙΚΑ.

Τα νοσοκομεία ιδιωτικού τομέα παρέχουν σε μερικές περιπτώσεις υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε πρότυπα πολυτέλειας ξενοδοχείων και βρίσκονται κυρίως στις αστικές περιοχές της Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι μικρές κλινικές με λιγότερα από 100 κρεβάτια και είναι κακώς επανδρωμένα. Αυτά τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται εν μέρει από τα ταμεία ασφάλισης που έχουν συμβάσεις με τα εν λόγω νοσοκομεία για τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους ασθενείς που είναι μέλη τους, και εν μέρει από τις ιδιωτικές συμπληρωματικές πληρωμές και την εθελοντική ασφάλιση.

Πίνακας 3.13 Δευτερογενής και τριτογενής περίθαλψη στην Ελλάδα

| | |
|--|--------|
| NHS hospitals | |
| <i>A. General/specialized</i> | |
| Regional hospitals (tertiary care) | 23 |
| District hospitals (secondary care) | 96 |
| Number of beds | 27 343 |
| <i>B. Psychiatric hospitals</i> | |
| Number of beds | 9 |
| Number of beds | 5951 |
| Sources of financing (A and B): | |
| State budget | 64% |
| Sickness funds | 33% |
| Other sources: | 3% |
| Public hospitals outside of the NHS | |
| Military hospitals: | 13 |
| IKA hospitals | 5 |
| Teaching hospitals (clinics) | 3 |
| Others (incl. psychiatric) | 6 |
| Number of beds | 4 069 |
| Sources of financing: | |
| Ministry of Defence | |
| Sickness Funds | |
| Ministry of Education | |
| Other sources | |
| Private sector hospitals | |
| <i>General hospitals and clinics</i> | |
| | 209 |
| Number of beds | 11 060 |
| Sources of financing: | |
| Sickness Funds | |
| Out-of-pocket | |
| <i>Psychiatric clinics</i> | |
| | 40 |
| Number of beds | 4 219 |
| Sources of financing: | |
| Sickness Funds | |
| Out-of-pocket | |

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.14 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης (ποσοστά)

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Doctors with a specialty | 18.3% |
| Doctors in training for a specialty | 5.1% |
| Medical graduates (no specialty) | 5.1% |
| Biologists, chemists, etc. | 0.9% |
| Dentists | 7.7% |
| Pharmacists | 5.8% |
| Nurses | 30.0% |
| Paramedicals | 5.7% |
| Administrative staff | 5.8% |
| Others | 15.5% |
| TOTAL | 100.0% |

Πίνακας 3.15 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1970-1992

| Per 1000 population | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Active physicians | 1.62 | 2.04 | 2.43 | 2.93 | 3.40 | 3.65 | 3.76 |
| Active dentists | 0.50 | 0.66 | 0.79 | 0.88 | 1.00 | 1.01 | 1.01 |
| Certified nurses | – | 0.86 | 1.07 | 1.43 | 2.31 | 2.43 | 2.57 |
| Midwives | – | – | 0.18 | 0.19 | 0.22 | 0.21 | 0.21 |
| Active pharmacists | – | – | 0.43 | 0.60 | 0.70 | 0.73 | 0.76 |
| Physicians graduating | – | – | 0.12 | 0.09 | 0.11 | 0.13 | 0.13 |
| Nurses graduating | – | – | 0.04 | 0.02 | 0.18 | 0.20 | 0.22 |

Πίνακας 3.16 Τομέας απασχόλησης των εργαζομένων στην υγεία

| | Doctors with specialty | Doctors under specialty | Medical graduates (no specialty) | Dentists | Nurses |
|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------|--------|
| | % | % | % | % | % |
| Public hospitals | 39.0 | 97.1 | 0 | 3.0 | 79.0 |
| Private hospitals | 9.0 | 0 | 0 | 0 | 11.0 |
| Rural health centres | 5.0 | 0.1 | 0 | 4.0 | 3.0 |
| Rural clinics | 0 | 0 | 38.0** | 0 | 1.0 |
| Urban IKA polyclinics | 27.0 | 2.8 | 0 | 8.0 | 6.0 |
| Private out-patient practices | 18.0 | 0 | 0 | 83.0 | n/a |
| Others* | 2.0 | n/a | 62.0 | 2.0 | n/a |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Όλο το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης που απασχολείται μέσα στο Ε.Σ.Υ, (δηλ. αγροτικά κέντρα υγείας και νοσοκομεία) είναι μισθοδοτημένοι υπάλληλοι του κράτους. Οι γιατροί που εργάζονται στις πολυκλινικές του ΙΚΑ πληρώνονται με μισθό από το ΙΚΑ. Οι ιδιωτικοί γιατροί και οι οδοντίατροι είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης πληρώνονται με αμοιβή ανά υπηρεσία. Οι αμοιβές βρίσκονται γενικά πολύ σε ένα χαμηλό επίπεδο, παρέχοντας κατά συνέπεια στους γιατρούς το κίνητρο να χρεώνουν επιπρόσθετες αμοιβές οι οποίες καταβάλλονται συνήθως ανεπίσημα.

3.2.3 ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ



3.2.3.1 Εισαγωγή

Το Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και της Βορείου Ιρλανδίας (UK) αποτελείται από τέσσερις χώρες: την Αγγλία, την Σκωτία, την Ουαλία και την Βόρεια Ιρλανδία. Ο πληθυσμός του Ηνωμένου Βασιλείου έχει φθάσει σχεδόν τα 60 εκατομμύρια. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) τέθηκε σε λειτουργία το 1948 μετά από τις διατάξεις του νόμου του 1946. Αυτός ο νόμος ήταν κρίσιμης σπουδαιότητας στην καθιέρωση ενός σχεδίου χρηματοδότησης και παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο μετά το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου. Εισηγήσε την αρχή της συλλογικής ευθύνης του κράτους για μια περιεκτική υγειονομική υπηρεσία, η οποία επρόκειτο να είναι διαθέσιμη σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Η μη χρέωση των δαπανών των χρηστών ήταν ένα κύριο χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης που έδωσε έμφαση στην ισότητα της πρόσβασης.

Μερικά από τα κύρια στοιχεία της παρούσας οργανωτικής δομής του NHS μπορούν να επισημανθούν στις σημαντικές αλλαγές που εισήχθησαν μέσω του νόμου του 1973. Αυτός ο νόμος εισήγαγε μια νέα ιεραρχική δομή και ένα νέο σύστημα ελέγχου. Κύριος συντονιστής αυτού του συστήματος θεωρείται ο εκάστοτε υπουργός Υγείας. Κάτω από το Υπουργείο υπάρχουν περιφερειακές αρμόδιες για την υγεία αρχές (RHAs) με ευρύ φάσμα ευθυνών προγραμματισμού. Κάτω από τις RHAs υπάρχουν 90 τοπικές αρχές υγείας που στη συνέχεια, διαιρέθηκαν σε τομείς και διευθύνονται από μια Ομάδα Διοίκησης τομέων. Όλες αυτές οι καινοτομίες εισήχθησαν το 1974 στο πλαίσιο των διατάξεων του νόμου του 1973.

3.2.3.2 Οργανωτική δομή

Υπουργείο Υγείας

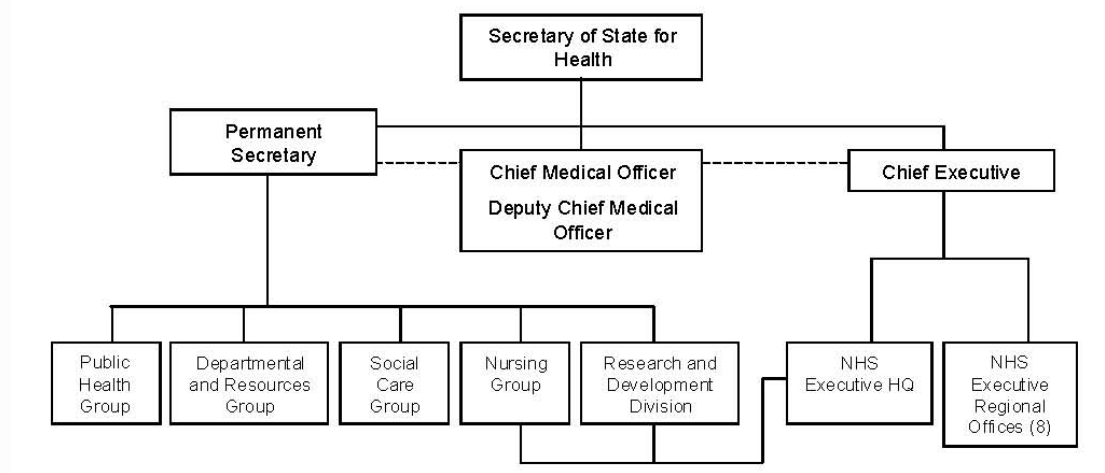
Το Υπουργείο Υγείας υπό την καθοδήγηση του αρμόδιου για την υγεία γραμματέα του κράτους, μαζί με την ομάδα του που αποτελείται από πέντε υπουργικούς συναδέλφους του, είναι αρμόδιο για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες στην Αγγλία. Ξεχωριστές αρμοδιότητες έχουν οι αντίστοιχοι αρμόδιοι γραμματείς της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βορείου Ιρλανδίας. Στην Αγγλία το Υπουργείο καθορίζει τη γενική πολιτική που θα ακολουθηθεί στην υγεία. Έχει επίσης τη γενική ευθύνη για τη λειτουργία του NHS. Ο πίνακας 3.52 δείχνει τη δομή του Υπουργείου.

Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα το Υπουργείο έχει τρεις κύριους κλάδους. Κατ' αρχάς, υπάρχει μια σειρά ομάδων και τμημάτων με συγκεκριμένες επαγγελματικές ευθύνες. Κατά δεύτερον, υπάρχει το γραφείο του Chief Medical Officer (CMO). Ο CMO είναι αρμόδιος για την παροχή ειδικών ιατρικών συμβουλών σε ολόκληρο το τμήμα. Τρίτον, υπάρχει ο ανώτερος διοικητικός υπάλληλος του NHS (NHSE), υπό την καθοδήγηση του Chief Executive. Ο ανώτερος διοικητικός υπάλληλος, είναι αρμόδιος για την ηγεσία και την κεντρική διαχείριση του NHS. Ο NHSE (ανώτερος διοικητικός Υπάλληλος) υποστηρίζει τους υπουργούς και την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας και είναι αρμόδιος για την αποτελεσματική διαχείριση καθώς και την οικονομική και αποδοτική χρήση των πόρων του NHS. Εκτός από την έδρα του που εδρεύει στο Λιντς ο NHSE έχει επιπλέον οκτώ επαρχιακά γραφεία σε ολόκληρη τη χώρα. Αυτά τα γραφεία είναι αρμόδια για την περιφερειακή εφαρμογή των εθνικών πολιτικών και, με αυτόν τον στόχο στο μυαλό, ελέγχουν την απόδοση των αρμόδιων για την υγεία αρχών.

Περιφερειακές αρχές υγείας.

Κατά την διάρκεια των μεταρρυθμίσεων του 1991, και στην περίοδο που ακολούθησε μετά από αυτές, υπήρξαν 14 RHAs στην Αγγλία. Αυτές οι περιοχές εκτελούσαν μια σειρά ενεργειών ελέγχου και διαχείρισης της απόδοσης εξ ονόματος του ανώτερου υπαλλήλου του NHS. Ως τμήμα αυτής της λειτουργίας, οι αρμόδιες για την υγεία περιφερειακές αρχές είχαν μια σύμβαση με το αντίστοιχο περιφερειακό γραφείο για να διευκρινίζεται η πραγματοποίηση των στόχων καθώς και η καταγραφή των στόχων του επομένου έτους. Το 1994, σε μια προσπάθεια να μειωθούν οι διοικητικές δαπάνες, ο αριθμός των περιφερειακών αρχών μειώθηκε από 14 σε 8. και τα επίπεδα προσωπικού τους μειώθηκαν ουσιαστικά. Συγχρόνως μετατράπηκαν σε επαρχιακά γραφεία του NHSE. Αυτό σήμαινε ότι έχασαν πολλή από την προηγούμενη αυτονομία τους, ενισχύθηκε όμως η σύνδεσή τους με τις κεντρικές αρχές.

Πίνακας 3.17 Οργανωτικό διάγραμμα του Υπουργείου υγείας.



Τοπικές αρχές υγείας

Οι τοπικές αρχές υγείας (DHAs) είναι οργανισμοί οι οποίοι λειτουργούν υπό τη γενική καθοδήγηση ενός προέδρου, που διορίζεται από το γραμματέα του κράτους, και μιας ομάδας εκτελεστικών διευθυντών. Το 1991 υπήρχαν ακριβώς 200 DHAs που εξυπηρετούσαν τους εδρεύοντες πληθυσμούς. Κάθε DHA απαιτείται να αξιολογεί τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού της και από τον προϋπολογισμό να χρηματοδοτεί τις δαπάνες του.

Ταμεία του NHS

Όσον αφορά την πλευρά της προσφοράς της εσωτερικής αγοράς, στους παρόχους υπηρεσιών δόθηκε μεγαλύτερη ελευθερία και αυτονομία μέσω της δημιουργίας των ταμείων του NHS. Αυτά τα ταμεία ανήκαν στο NHS και διοικούνταν από ένα διοικητικό συμβούλιο που περιελάμβανε εκτελεστικά και μη εκτελεστικά μέλη. Τα ταμεία αναμένονταν να ανταγωνιστούν για να συνάψουν συμβάσεις με τα DHAs και παθολόγους για την παροχή κλινικών υπηρεσιών.

Κοινοτικά συμβούλια υγείας

Τα κοινοτικά συμβούλια υγείας (CHCs) δημιουργήθηκαν το 1974 και παρέχουν μια σύνδεση μεταξύ του NHS και της αντίστοιχης κοινότητας. Υπάρχουν αυτήν την περίοδο 207 CHCs στην Αγγλία και την Ουαλία (16 συμβούλια υγείας στη Σκωτία και 4 συμβούλια υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών στη Βόρεια Ιρλανδία που εκτελούν παρόμοιες λειτουργίες με τα CHCs). Κάθε CHC έχει περίπου 16-30 οι μισοί εκ των οποίων είναι υποψήφιοι τοπικοί άρχοντες.

3.2.3.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το κύριο σύστημα χρηματοδότησης του συστήματος στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι λιγότερο σύνθετο απ' ότι στις περισσότερες χώρες. Το NHS χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας της κυβέρνησης μαζί με τις συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Το βασισμένο στην χρηματοδότηση από τους φόρους σύστημα ,δείχνει ότι ο βαθμός διαφάνειας (δηλ. η σχέση μεταξύ των μεμονωμένων φορολογικών πληρωμών και των οφελών από το NHS) είναι ακόμα μη ικανοποιητικός.

Υπάρχουν, εντούτοις, μερικές συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Υπολογίζεται ότι το NHS αντλεί περίπου το 2% του εισοδήματός του από τις ιδιωτικές δαπάνες των χρηστών. Αυτές μπορεί να είναι επιπρόσθετες πληρωμές για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ή πληρωμές για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη η οποία μπορεί να χρηματοδοτηθεί μέσω ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Πίνακας 3.20 Πηγές χρηματοδότησης (ως ποσοστό) 1988-1997

| Financial Year | 1988/ 1989 | 1989/ 1990 | 1990/ 1991 | 1991/ 1992 | 1992/ 1993 | 1993/ 1994 | 1994/ 1995 | 1995/ 1996 | 1996/ 1997 |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Total funding (£m) | 19 317 | 21 088 | 23 632 | 26 954 | 29 856 | 31 275 | 33 266 | 34 878 | 36 330 |
| Total Public | 95.2 | 94.1 | 94.5 | 94.7 | 95.0 | 94.7 | 94.5 | 94.3 | 93.7 |
| Consolidated fund expenditure | 80.1 | 77.5 | 78.8 | 80.7 | 81.8 | 82.0 | 82.4 | 82.1 | 81.5 |
| NHS element of NI contributions | 15.1 | 16.6 | 15.7 | 14.0 | 13.2 | 12.7 | 12.1 | 12.2 | 12.2 |
| Total from other sources | 4.8 | 5.9 | 5.6 | 5.6 | 5.2 | 5.4 | 5.6 | 5.8 | 6.3 |
| Charges | 3.1 | 4.5 | 4.5 | 4.1 | 3.7 | 3.1 | 2.4 | 2.3 | 2.1 |
| Capital funds from NHS Trusts | – | – | – | – | – | 1.2 | 2.2 | 2.5 | 3.0 |
| Miscellaneous | 1.7 | 1.4 | 1.1 | 1.1 | 1.5 | 1.1 | 1.0 | 1.0 | 1.2 |

Πίνακας 3.21 Κύριες πηγές χρηματοδότησης (ως ποσοστό των συνολικών δαπανών) 1975-1995

| Source of finance | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1994 | 1995 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|
| Public | | | | | | |
| Taxes | 89.0 | 89.0 | 86.0 | 79.0 | 82.0 | 84.0 |
| Other public | 7.9 | 7.3 | 8.2 | 14.3 | 11.6 | 9.8 |
| Private | | | | | | |
| Out-of-pocket | 2.2 | 2.5 | 3.3 | 3.4 | 2.9 | 2.7 |
| Private insurance | 0.9 | 1.2 | 2.5 | 3.3 | 3.5 | 3.5 |

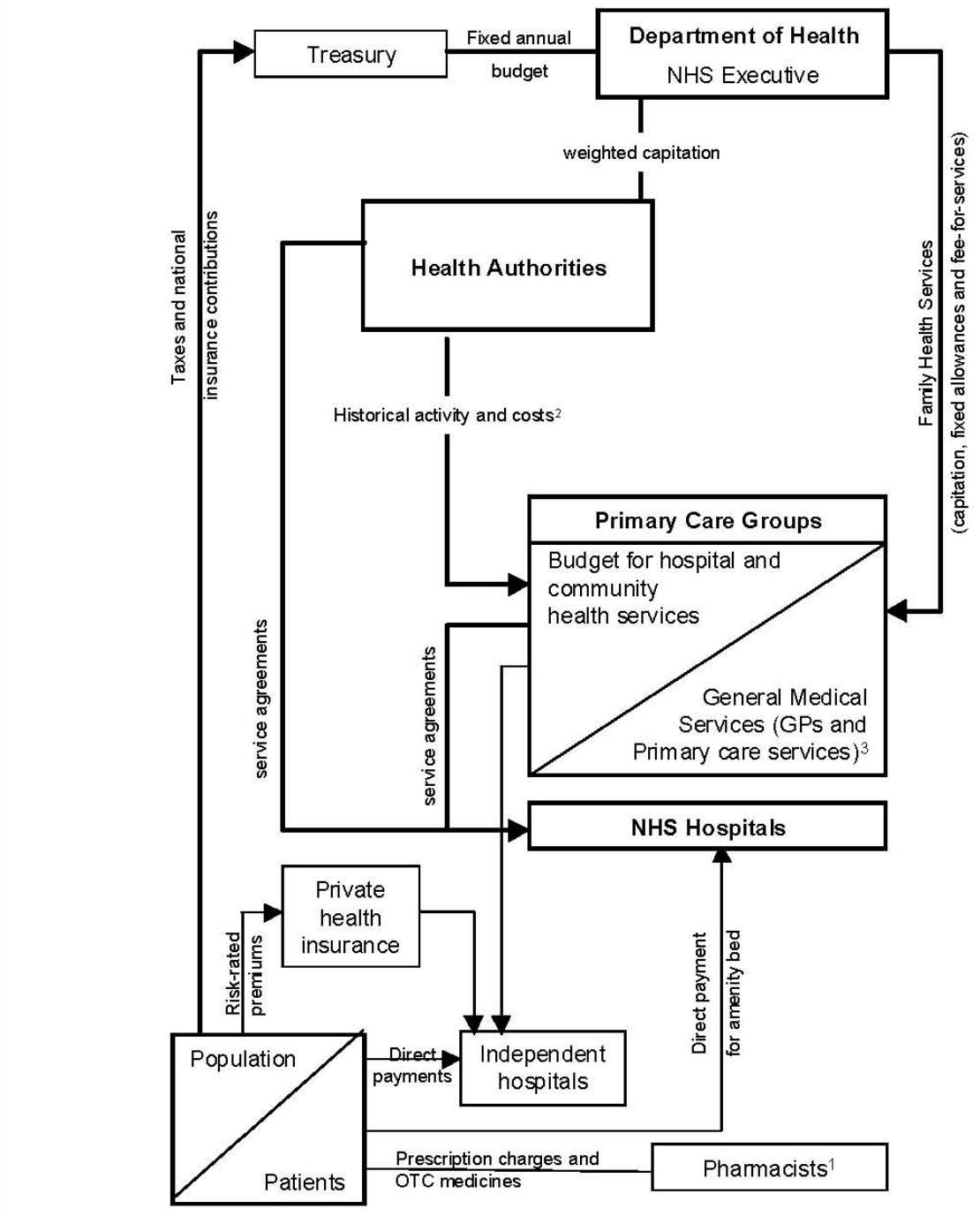
Πίνακας 3.22 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1970-1997

| Year | Value in current prices (million £) | Value in constant prices (1990) (million £) | Value in current prices per capita (US \$PPP) | Share of GDP (%) | Public as share of total expenditure on health care (%) |
|------|-------------------------------------|---|---|------------------|---|
| 1970 | 2 323 | 16 882 | 144 | 4.5 | 87.0 |
| 1975 | 5 784 | 24 488 | 271 | 5.5 | 91.1 |
| 1980 | 13 019 | 26 960 | 444 | 5.6 | 89.4 |
| 1985 | 20 859 | 30 143 | 669 | 5.9 | 85.8 |
| 1990 | 32 998 | 32 998 | 955 | 6.0 | 84.1 |
| 1991 | 37 202 | 34 395 | 1 021 | 6.5 | 83.7 |
| 1992 | 41 409 | 35 266 | 1 151 | 6.9 | 84.5 |
| 1993 | 43 372 | 34 887 | 1 165 | 6.9 | 84.8 |
| 1994 | 46 053 | 36 143 | 1 213 | 6.9 | 84.1 |
| 1995 | 48 469 | 37 169 | 1 234 | 6.9 | 84.4 |
| 1996 | 51 093 | 38 358 | 1 317 | 6.9 | 84.5 |
| 1997 | 52 300 | - | 1 347 | 6.7 | 84.5 |

Πίνακας 3.23 Ετήσια αύξηση των δαπανών του NHS 1980-1997

| Year | NHS (total) | Hospital and community health | Family health services |
|-----------|-------------|-------------------------------|------------------------|
| 1980/1981 | 9.8 | 11.5 | 4.9 |
| 1981/1982 | 1.5 | 0.6 | 4.5 |
| 1982/1983 | 2.0 | 0.6 | 4.5 |
| 1983/1984 | 1.2 | 0.5 | 2.4 |
| 1984/1985 | 2.0 | 0.7 | 4.8 |
| 1985/1986 | 0.2 | 0.0 | 0.4 |
| 1986/1987 | 4.3 | 4.5 | 4.0 |
| 1987/1988 | 5.0 | 4.9 | 5.3 |
| 1988/1989 | 4.1 | 4.1 | 5.8 |
| 1989/1990 | -0.4 | 0.1 | -2.6 |
| 1990/1991 | 3.8 | 3.8 | 2.7 |
| 1991/1992 | 7.3 | 7.1 | 7.2 |
| 1992/1993 | 5.7 | 5.7 | 6.2 |
| 1993/1994 | 1.4 | 1.0 | 2.8 |
| 1994/1995 | 3.0 | 2.9 | 4.9 |
| 1995/1996 | 2.9 | 2.9 | 2.2 |
| 1996/1997 | 0.9 | 0.1 | 3.7 |

Πίνακας 3.24 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Βρετανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



3.2.3.4 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Όλα τα άτομα που κατοικούν μόνιμα στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες του. Το καταστατικό που διευκρινίζει το πεδίο δράσης του NHS είναι ο νόμος του. Αυτός ο νόμος απαιτεί από το γραμματέα του κράτους να προωθήσει μια περιεκτική υγειονομική υπηρεσία με σκοπό την εξασφάλιση της βελτίωσης της φυσικής και πνευματικής υγείας του πληθυσμού και την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας μιας ασθένειας. Στο πλαίσιο της πρώτης παραγράφου του νόμου του 1977, όλες οι νοσοκομειακές υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται δωρεάν, εκτός αν ο νόμος απαγορεύει ρητώς την πραγματοποίηση των δαπανών. Παρακάτω παρουσιάζεται ένας πίνακας με τα δικαιώματα ενός ασθενή :

Box 1 The Patient's Charter: Rights and Standards

Rights

- To receive health care on the basis of clinical need, regardless of ability to pay;
- To be registered with a GP;
- To receive emergency medical care at any time, through your GP or the emergency ambulance service and hospital accident and emergency departments;
- To be referred to a consultant, acceptable to you, when your GP thinks it necessary and to be referred for a second opinion if you and your GP agree this is desirable;
- To be given a clear explanation of any treatment proposed, including any risks and any alternatives, before you decide whether you will agree to the treatment;
- To have access to your health records, and to know that those working for the NHS will, by law, keep their contents confidential;
- To choose whether or not you wish to take part in medical research or medical student training;
- To be given detailed information on local health services, including quality standards and maximum waiting times. You will be able to get this information from your Health Authority, GP or Community Health Council;
- To be guaranteed admission for virtually all treatments by a specific date no later than two years from the day when your consultant places you on a waiting list. Most patients will be admitted before this date. Currently, 90 per cent are admitted within a year;
- To have any complaint about NHS services – whoever provides them – investigated, and to receive a full and prompt written reply from the chief executive of your Health Authority or general manager of your hospital. If you are still unhappy, you will be able to take up the case with the Health Services Commissioner.

Standards

- Respect for privacy, dignity and religious and cultural beliefs;
- Arrangements to ensure everyone, including people with special needs, can use the services;
- Information to relatives and friends about the progress of your treatment, subject, of course, to your wishes;
- An emergency ambulance should arrive within 14 minutes in an urban area, or 19 minutes in a rural area;
- When attending an accident and emergency department, you will be seen immediately and your need for treatment assessed;
- When you go to an outpatient clinic, you will be given a specific appointment time and will be seen within 30 minutes of it;
- Your operation should not be cancelled on the day you are due to arrive in hospital. If, exceptionally, your operation has to be postponed twice you will be admitted to hospital within one month of the second cancelled operation;
- A named qualified nurse, midwife or health visitor responsible for your nursing or midwifery care;
- A decision should be made about any continuing health or social care needs you may have, before you are discharged from hospital.

Φαρμακευτικές παροχές

Οι φαρμακευτικές υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από τους φαρμακοποιούς, οι οποίοι παρέχουν τα φάρμακα και τις συσκευές που συνταγογραφούνται από τους παθολόγους. Το 1997/1998 υπήρξαν 10.503 συμβαλλόμενα φαρμακεία, ένας αριθμός που έχει παραμείνει αρκετά σταθερός κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών. Ο αριθμός συνταγών που διανέμονται, έχει αυξηθεί κατά 38% κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών και ανέρχονται σε 505.8 εκατομμύριο συνταγές το 1997/1998. Οι αυξανόμενες δαπάνες για τα φαρμακευτικά είδη αποτελεί μια σημαντική ανησυχία της κυβέρνησης.

3.2.3.5 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Γενικά περιφερειακά νοσοκομεία

Τα Γενικά περιφερειακά νοσοκομεία περιοχής αποτελούν την ραχοκοκαλιά του συστήματος. Δημιουργήθηκαν την δεκαετία του '60 προκειμένου να παρασχεθεί μια σειρά υπηρεσιών στους πληθυσμούς άνω των 150.000 ατόμων. Παρά τον μεγάλο αριθμό των αλλαγών στην οργανωτική δομή, τα DGH παραμένουν ακόμη η βάση του συστήματος υγείας. Τα DGHs έχουν μεγάλο εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών. Υπάρχουν, εντούτοις, ιδιαίτερες μετατροπές όσον αφορά το εύρος των δραστηριοτήτων τους: ο μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών ανέρχεται σε πάνω από 100 000 το χρόνο, ενώ ο μικρότερος σε περίπου 10 000.

Περιφερειακά νοσοκομεία ειδικών υπηρεσιών

Ψηλότερα από τα DGH στην ιεραρχία, υπάρχουν νοσοκομεία που προσφέρουν ιδιαίτερα ειδικευμένες υπηρεσίες εκτός από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Αυτές οι υπηρεσίες χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν: νευροχειρουργικές μεταμοσχεύσεις, μεταμοσχεύσεις καρδιών και συκωτιού και ορισμένες θεραπείες του καρκίνου.

Μικρής κλίμακας κοινοτικά νοσοκομεία

Στην τελευταία βαθμίδα υπάρχουν τα μικρής κλίμακας κοινοτικά νοσοκομεία. Αυτά μπορούν να έχουν μέχρι 200 κρεβάτια, αλλά κατά κύριο λόγο έχουν μέχρι 50 κρεβάτια, μερικά από τα οποία είναι διαθέσιμα στους παθολόγους για να περιθάλψουν τους ασθενείς τους άμεσα. Οι προαναφερθείσες εγκαταστάσεις ποικίλλουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.

Ιδιωτικά νοσοκομεία-κλινικές

Υπάρχουν περίπου 230 ιδιωτικά νοσοκομεία στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η αγορά εξουσιάζεται κυρίως από πέντε κύριες αλυσίδες νοσοκομείων:

- General Healthcare Group Ltd
- Nuffield Trust Ltd
- BUPA Hospitals Ltd,
- Community hospital group
- PPP Columbia Healthcare Ltd.

Πίνακας 3.25 Χωρητικότητες και απόδοση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, 1970-1996

| Year | Hospitals beds per 1000 population | Admissions per 100 population | Average length of stay in days |
|------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1970 | – | 10.9 | 25.7 |
| 1975 | – | 11.6 | 22.9 |
| 1980 | 7.9 | 12.17 | 19.1 |
| 1985 | 7.1 | 13.45 | 15.8 |
| 1990 | 5.7 | 14.46 | 15.6 |
| 1991 | 5.4 | 14.81 | 14.1 |
| 1992 | 5.1 | 14.94 | 12.4 |
| 1993 | 4.8 | 15.20 | 10.0 |
| 1994 | 4.6 | 15.32 | 10.0 |
| 1995 | 4.5 | 15.86 | 9.9 |
| 1996 | – | 23.10 | 9.8 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Από την καθιέρωση του NHS το 1948, οι παθολόγοι είναι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες που παρέχουν τις υπηρεσίες στο NHS στο πλαίσιο της σύμβασης. Αυτό το καθεστώς δίνει στους παθολόγους ιδιαίτερη αυτονομία. Οι όροι της σύμβασης των παθολόγων με το NHS συζητιούνται μεταξύ των αντιπροσώπων των γιατρών και της κυβέρνησης. Η εκπαίδευση και η κατάρτιση ενός γιατρού στο Ηνωμένο Βασίλειο καλύπτεται σε τρία σχετικά στάδια:

- (i) προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση
- (ii) μεταπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση
- (iii) συνέχιση της ιατρικής εκπαίδευσης.

Στην Αγγλία, οι σπουδαστές λαμβάνουν μια πενταετή εκπαίδευση σε μια από τις 19 Ιατρικές Σχολές. Αυτές είναι μέρος του πανεπιστημιακού συστήματος και χρηματοδοτούνται από το χρηματοδοτικό Συμβούλιο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ο αριθμός σπουδαστών που εισέρχονται στην Ιατρική Σχολή αυξήθηκε σταθερά από 4.311 το 1990 σε 5.091 το 1998

Πίνακας 3.26 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1980-1996(ανά 1000 άτομα)

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Active physicians | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.6 | – | – |
| Active dentists | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 |
| Certified nurses | 3.5 | 4.1 | 5.2 | 5.2 | 5.2 | 5.1 | 5.0 | 5.0 | 4.5 |
| Active pharmacists | – | – | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | – | – | – |

3.2.4 ΙΡΛΑΝΔΙΑ



3.2.4.1 Εισαγωγή

Η Δημοκρατία της Ιρλανδίας είναι μια ανεξάρτητη χώρα που αποτελείται στην πλειοψηφία της από το νησί της Ιρλανδίας, και τοποθετείται στα βορειοδυτικά της Ευρώπης. Η έκταση της ανέρχεται σε 70 282 τετραγωνικά χιλιόμετρα. Τα τελευταία χρόνια η Ιρλανδία εφαρμόζει τις ουσιαστικότερες μεταρρυθμίσεις στην οργάνωση του συστήματος υγείας της από το 1970. Η γενική ευθύνη για το υγειονομικό σύστημα εναπόκειται στην κυβέρνηση, που ασκείται μέσω του τμήματος υγείας και των παιδιών (DoHC), υπό την καθοδήγηση του Υπουργείου Υγείας και παιδιών (MoHC).

Ως τμήμα των μεταρρυθμίσεων τα συμβούλια υγείας που ήταν αρμόδιοι για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και διαφόρων προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών καταργήθηκαν την 1η Ιανουαρίου του 2005 και αντικαταστάθηκαν από ένα ενιαίο σώμα, τον ανώτερο υπάλληλο υγειονομικών υπηρεσιών (HSE). Πολλές από τις λειτουργίες καθώς το προσωπικό από την προηγούμενη δομή του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης συνυπάρχουν μέσα στο νέο HSE

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του ιρλανδικού υγειονομικού συστήματος παραμένουν οι φόροι. Το 2006, το 78.3% των συνολικών δαπανών υγείας (και δημόσιες και ιδιωτικές) χρηματοδοτήθηκαν από τη φορολογία, από τη κοινωνική ασφάλιση (PRSI) αλλά και από άλλες πηγές κυβερνητικού εισοδήματος, όπως οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης. Τα υπόλοιπα ποσοστά των συνολικών δαπανών υγείας καλύφθηκε από τις ιδιωτικές πηγές, όπως επιπρόσθετες πληρωμές σε παθολόγους, καθώς επίσης και από πληρωμές στους παρόχους της εθελοντικής ασφάλισης υγείας (VHI).

Πίνακας 3.27 Βασικοί δείκτες υγείας, 1970-2006

| | 1970 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Female life expectancy at birth (years) | 73.19 | 75.26 | 76.58 | 77.73 | 78.33 | 79.29 | 79.94 | 80.47 | 80.77 | 81.43 | 81.79 | 82.22 |
| Male life expectancy at birth (years) | 68.54 | 69.90 | 70.75 | 72.05 | 72.76 | 73.98 | 74.58 | 75.07 | 75.78 | 76.46 | 77.32 | 77.46 |
| Total life expectancy at birth (years) | 70.75 | 72.46 | 73.53 | 74.81 | 75.48 | 76.61 | 77.24 | 77.75 | 78.28 | 78.95 | 79.59 | 79.85 |
| Female mortality rate (per 1000) | 10.09 | 8.94 | 8.16 | 7.29 | 6.99 | 6.4 | 5.99 | 5.75 | 5.61 | 5.27 | 5.08 | 4.92 |
| Male mortality rate (per 1000) | 14.33 | 13.58 | 13.18 | 11.89 | 11.22 | 9.93 | 9.46 | 9.07 | 8.55 | 8.08 | 7.49 | 7.48 |
| Infant mortality rate (per 1000 live births) | 19.49 | 11.09 | 8.85 | 8.18 | 6.37 | 6.17 | 5.72 | 5.04 | 5.30 | 4.86 | 4.0 | 3.71 |
| Under-5 mortality rate (per 1000 live births) | 22.78 | 13.74 | 10.64 | 9.71 | 7.56 | 7.01 | 7.14 | 6.09 | 6.17 | 5.70 | 4.81 | 4.25 |

3.2.4.2 Οργανωτική δομή

Το ιρλανδικό υγειονομικό σύστημα διατήρησε μια σχετικά σταθερή δομή για περισσότερο από 30 έτη μέχρι τις αρχές του 2005 όπου τέθηκε σε εφαρμογή η σημαντικότερη μεταρρύθμιση του προγράμματος αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Η γενική ευθύνη για το υγειονομικό σύστημα εναπόκειται στην Κυβέρνηση. Ασκείται μέσω του DoHC υπό την καθοδήγηση του MoHC. Τα συμβούλια υγείας που ήταν αρμόδιοι για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών καταργήθηκαν την 1η Ιανουαρίου 2005 και αντικαταστάθηκαν από ένα ενιαίο σώμα, το HSE.

Το HSE παρέχει πολλές υπηρεσίες άμεσης υγειονομικής περίθαλψης, αλλά ο εθελοντικός τομέας, συμπεριλαμβανομένων των οργανώσεων που συνδέονται με την εκκλησία, διαδραματίζει και θα συνεχίσει να διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στον τομέα της υγείας και των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπλέον, υπάρχουν σχεδόν 60 ειδικές ομάδες που παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες οι οποίες έχουν δημιουργηθεί από το 1961.

Τμήμα υγείας και παιδιών

Το DoHC, υπό την καθοδήγηση του MoHC (Mary Harney) μαζί με τους Υπουργούς του κράτους, έχει ευθύνη για τον τομέα της υγείας και των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, το MoHC είναι αρμόδιο για τη στρατηγική ανάπτυξη και τη γενική οργάνωση της υγειονομικής υπηρεσίας, συμπεριλαμβανομένου του καθορισμού των νομικών κανονισμών και των διαταγών. Κάτω από την προηγούμενη δομή του συστήματος υγείας, το MoHC ήταν επίσης αρμόδιο για την εποπτεία των δραστηριοτήτων των πινάκων υγείας και άλλων εκτελεστικών, νομικών και συμβουλευτικών αντιπροσωπειών, καθώς επίσης και για τον έλεγχο των διορισμών και τις μισθοδοσίας προσωπικού της υγείας. Οι βασικοί στόχοι του DoHC στην υποστήριξη του MoHC συνοψίζονται στον έξης κατάλογο :

- Διατυπώνει και χαράζει την πολιτική η οποία θα ασκηθεί στον τομέα της υγείας,
- Προστατεύει τα συμφέροντα των ασθενών και των καταναλωτών
- Παρέχει αποτελεσματική διαχείριση των πόρων που διατίθενται από την κυβέρνηση στον τομέα της υγείας

Τμήμα χρηματοδότησης

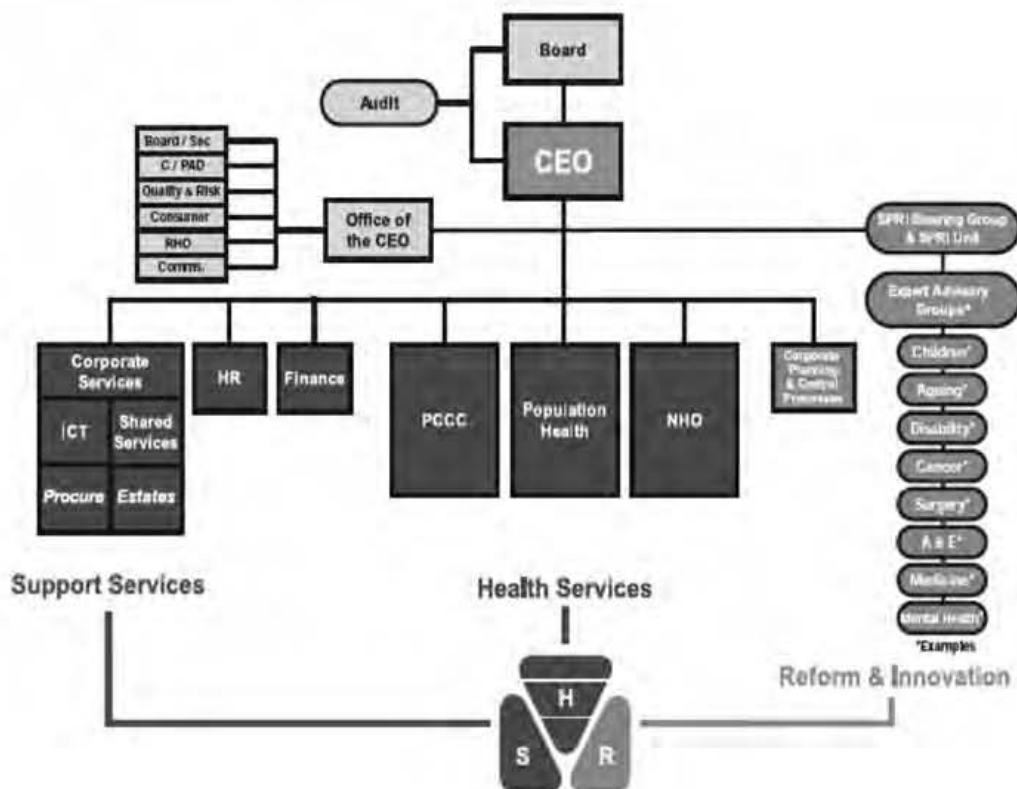
Το τμήμα χρηματοδότησης (DoF) διαθέτει τα κεφάλαια που συλλέγονται μέσω της γενικής φορολογίας στην υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη και άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες. Η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό των εθνικών δημόσιων δαπανών. Το DoF επίσης συμφωνεί με το DoHC το ανώτατο όριο στον αριθμό των υπαλλήλων ανά υγειονομική υπηρεσία

Ανώτερος υπάλληλος υγειονομικών υπηρεσιών (HSE)

Ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους του προγράμματος μεταρρύθμισης των υγειονομικών υπηρεσιών είναι το HSE. Με έναν προϋπολογισμό που ξεπερνάει τα €13 δισεκατομμύρια είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης του κράτους με περισσότερους από 65.000 υπαλλήλους υπό την εργοδοσία του και περισσότερους από 35.000 έμμεσα χρηματοδοτούμενους οι οποίοι εργάζονται στα εθελοντικά νοσοκομεία και τους οργανισμούς που χρηματοδοτούνται από το HSE. Έχει την έδρα του στη κομητεία Kildare. Το HSE διαιρείται σε τρεις κύριες διευθύνσεις.

- Διεύθυνση υγείας και προσωπικής κοινωνικής παροχής υπηρεσιών,
- Διεύθυνση υπηρεσιών υποστήριξης και
- Διεύθυνση μεταρρύθμισης και καινοτομίας

Πίνακας 3.28 Οργανωτική δομή του HSE



Εθνικό γραφείο νοσοκομείων (NHO)

Το εθνικό γραφείο νοσοκομείων (NHO) είναι αρμόδιο για τη διαχείριση των υπηρεσιών στα 51 νοσοκομεία της χώρας, μέσω δικτύου που απαρτίζεται από τα οκτώ μεγαλύτερα νοσοκομεία - δύο σε κάθε περιφερειακή περιοχή. Είναι επίσης αρμόδιο για τη συμβουλή, την οργάνωση, τον προγραμματισμό και το συντονισμό των υπηρεσιών. Το NHO συμβουλεύει επίσης για την παροχή ειδικών υπηρεσιών οι οποίες δεν είναι διαθέσιμες στη χώρα και θα πρέπει να αναζητηθούν αλλού.

Διεύθυνση πρωτοβάθμιας κοινοτικής και συνεχούς φροντίδας (PCCC)

Η Διεύθυνση πρωτοβάθμιας, κοινοτικής και συνεχούς φροντίδας (PCCC) είναι αρμόδια για μια σειρά υπηρεσιών συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, των υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, τα παιδιά, των υπηρεσιών για άτομα με ειδικές ανάγκες και των υπηρεσιών πνευματικής υγείας. Από τις Σεπτεμβρίου 2005 η διεύθυνση PCCC αποτελείται από 32 τοπικά γραφεία υγείας (LHOs).

Διεύθυνση υγείας πληθυσμού

Η διεύθυνση υγείας πληθυσμού είναι αρμόδια για το στρατηγικό προγραμματισμό όλων των πτυχών του HSE προκειμένου να επηρεαστούν θετικά η υγεία, η παροχή υπηρεσιών υγείας και οι εκβάσεις των υποθέσεων σχετικά με την προώθηση και την προστασία της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού. Είναι επίσης αρμόδιο για τις ανοσοποιήσεις, τον έλεγχο μόλυνσης και τις Περιβαλλοντικές Υγιεινές.

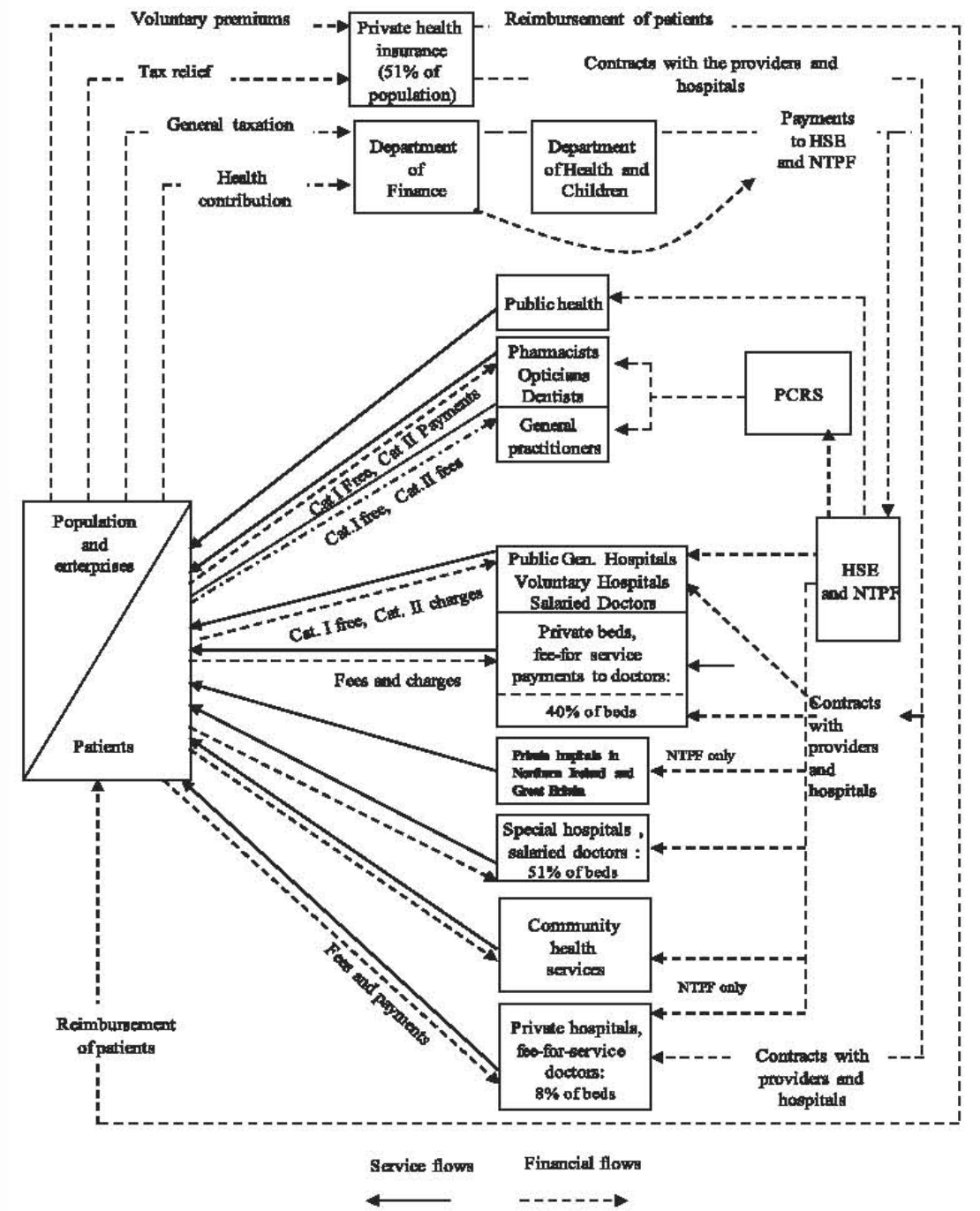
Αρχή πληροφοριών και ποιότητας υγείας

Το HIQA, που δημιουργήθηκε με προσωρινή μορφή το 2005 και με πλήρεις νομικές δυνάμεις το Μάιο του 2007, είναι αρμόδιο για την ανάπτυξη των πληροφοριών υγείας προωθώντας και εκτελώντας τα προγράμματα εξασφάλισης ποιότητας και επιτηρώντας την αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας.

Εθνική υπηρεσία αποζημιώσεων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Έχοντας αρχικά δημιουργηθεί ως πίνακας πληρωμών το 1972, αυτή η αντιπροσωπεία ήταν αρμόδια εξ ονόματος όλων των συμβουλίων υγείας για τον υπολογισμό, την εφαρμογή και την επαλήθευση των πληρωμών των υπηρεσιών των παθολόγων, τις συνταγογραφήσεις και τις πληρωμές των φαρμάκων.

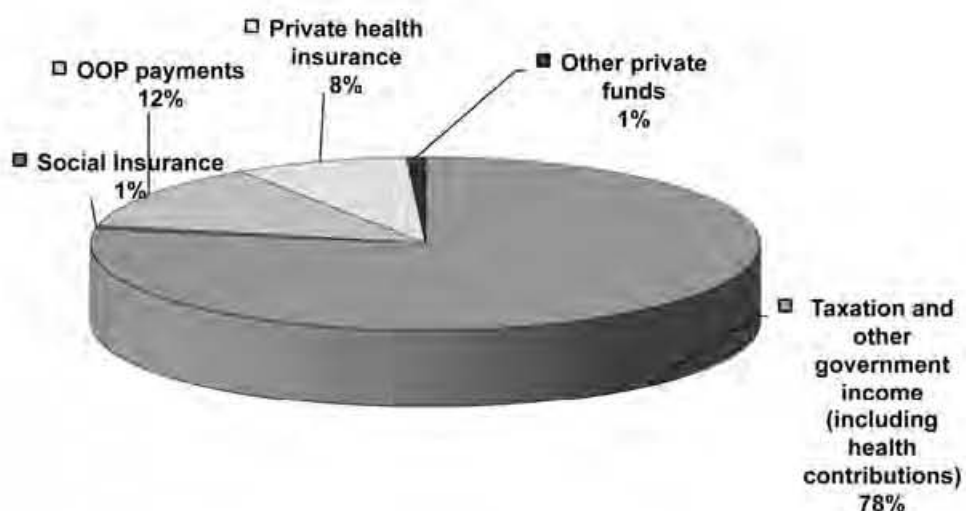
Πίνακας 3.29 Οργανωτική δομή του Ιρλανδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



3.2.4.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του ιρλανδικού υγειονομικού συστήματος παραμένουν οι φόροι. Το 2006, το 78.3% των συνολικών δαπανών υγείας (και δημόσιες και ιδιωτικές) χρηματοδοτήθηκαν από τη φορολογία, από τη κοινωνική ασφάλιση (PRSI) αλλά και από άλλες πηγές κυβερνητικού εισοδήματος, όπως οι ειδικοί φόροι κατανάλωσης. Τα υπόλοιπο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας καλύφθηκε από τις ιδιωτικές πηγές, όπως επιπρόσθετες πληρωμές σε παθολόγους, καθώς επίσης και από πληρωμές στους παρόχους της εθελοντικής ασφάλισης υγείας (VHI).

Πίνακας 3.30 Συνολικές δαπάνες υγείας ανά πηγή χρηματοδότησης, 2006



Πίνακας 3.31 Πρόσθετες πιστώσεις εισοδήματος που χρηματοδοτούν το κόστος των τρεχουσών δαπανών υγείας, 2003-2007

| Revenue source | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Health contributions | 855.9 | 950.5 | 1116.7 | 1188.4 | 1298.2 |
| Excise duties on tobacco products | 167.6 | 167.6 | 167.6 | 167.6 | 167.6 |
| Births, deaths and marriage certificates | 0.4 | 0.5 | 0.4 | 0.7 | 0.4 |
| Recoupment of certain Ophthalmic Services Scheme costs from the Social Insurance Fund | 4.01 | 4.1 | - | 9.5 | 5.7 |
| Recoupment of certain Dental Treatment Services Scheme costs from the Social Insurance Fund | 9.1 | 4.9 | - | 17.0 | 9.1 |
| Recovery from United Kingdom Department of Health for share of the Leopardstown Park Hospital | - | - | 0.7 | - | 0.2 |
| Charges for maintenance in private and semi-private hospitals | - | 224.0 | 174.4 | 231.7 | 266.7 |
| Dormant accounts – economic and social disadvantage/ disability | - | - | - | - | 1.0 |
| Superannuation | - | 168.0 | 156.5 | 176.6 | 192.0 |
| Miscellaneous receipts | 0.09 | 98.0 | 135.6 | 119.8 | 105.1 |
| Total | 1037.1 | 1617.6 | 1751.9 | 1911.3 | 2046.0 |

Πίνακας 3.32 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1980-1991

| Public health expenditure | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 |
|--------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Net non-capital expenditure (1) | 890.1 | 1 044.6 | 1 203.7 | 1 311.6 | 1 384.0 | 1 484.7 | 1 547.8 | 1 551.0 | 1 563.7 | 1 673.5 | 1 847.8 | 2 043.6 |
| Euro Soc Fund | 10.4 | 15.0 | 21.1 | 26.3 | 23.2 | 24.0 | 21.7 | 23.2 | 22.6 | 29.1 | 30.0 | 31.6 |
| Lottery | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | 4.4 | 5.7 | 6.2 | 10.9 | 27.3 |
| Treatment benefits (2) | 8.0 | 10.2 | 12.1 | 15.9 | 18.0 | 19.4 | 21.1 | 21.2 | 23.1 | 20.4 | 19.7 | 21.6 |
| Total non-capital expenditure | 908.5 | 1 069.8 | 1 236.8 | 1 353.8 | 1 425.3 | 1 528.1 | 1 590.6 | 1 599.9 | 1 615.1 | 1 729.2 | 1 908.4 | 2 124.1 |
| Health capital expenditure | 44.4 | 56.5 | 62.5 | 67.3 | 70.5 | 72.4 | 74.5 | 73.1 | 53.7 | 57.1 | 56.1 | 45.6 |
| Lottery capital expenditure | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | 2.5 | 3.8 | 2.5 | 8.4 |
| Total capital expenditure | 44.4 | 56.5 | 62.5 | 67.3 | 70.5 | 72.4 | 74.5 | 73.1 | 56.2 | 60.9 | 58.7 | 54.0 |
| Total public expenditure | 952.9 | 1 126.3 | 1 299.3 | 1 421.1 | 1 495.7 | 1 600.5 | 1 665.1 | 1 673.0 | 1 671.4 | 1 790.2 | 1 967.1 | 2 178.1 |
| Private expenditure | | | | | | | | | | | | |
| VHI expenditure (3) | 39.2 | 53.8 | 82.2 | 103.2 | 117.6 | 131.5 | 149.1 | 190.6 | 209.4 | 200.6 | 217.3 | 234.8 |
| Other non-household (4) | 3.7 | 4.3 | 5.1 | 5.5 | 5.8 | 6.2 | 6.3 | 6.5 | 6.5 | 7.0 | 7.6 | 8.5 |
| Household expenditure | 101.2 | 118.8 | 138.3 | 181.4 | 199.5 | 217.1 | 288.9 | 293.4 | 318.1 | 339.7 | 366.8 | 408.3 |
| Private capital expenditure | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | 27.0 | 47.6 | 57.9 | 65.4 | 55.6 | 38.7 |
| Total private expenditure | 144.1 | 177.0 | 225.5 | 290.1 | 311.5 | 354.9 | 471.3 | 538.1 | 591.8 | 612.7 | 647.3 | 690.3 |
| Total expenditure | 1 097.0 | 1 303.3 | 1 524.8 | 1 711.2 | 1 818.6 | 1 955.4 | 2 136.5 | 2 211.1 | 2 263.2 | 2 402.9 | 2 614.4 | 2 868.4 |
| % GDP (public) | 10.2 | 9.9 | 9.6 | 9.6 | 9.1 | 9.0 | 6.7 | 6.3 | 5.8 | 5.5 | 5.4 | 5.8 |
| % GDP (private) | 1.5 | 1.5 | 1.7 | 2.0 | 1.9 | 2.0 | 1.9 | 2.0 | 2.1 | 1.9 | 1.8 | 1.8 |
| Total % GDP (5) | 11.7 | 11.4 | 11.3 | 11.7 | 11.0 | 11.0 | 8.5 | 8.3 | 7.8 | 7.4 | 7.2 | 7.6 |
| %GNP (public) | 10.5 | 10.4 | 10.4 | 10.5 | 10.2 | 10.2 | 7.4 | 6.9 | 6.6 | 6.4 | 6.1 | 6.4 |
| % GNP (private) | 1.7 | 1.7 | 1.8 | 2.2 | 2.2 | 2.3 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.2 | 2.0 | 2.0 |
| Total % GNP (5) | 12.2 | 12.1 | 12.2 | 12.7 | 12.3 | 12.4 | 9.5 | 9.2 | 8.9 | 8.5 | 8.0 | 8.4 |

Πίνακας 3.33 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1992-2007

| | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007* |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Public health expenditure | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Net non-capital expenditure (1) | 2 284.8 | 2 537.2 | 2 700.6 | 2 896.0 | 2 966.2 | 3 418.8 | 3 793.9 | 4 564.8 | 5 349.8 | 6 729.7 | 7 856.6 | 8 772.9 | 9 561.0 | 10 709.9 | 11 502.6 | 13 076.2 |
| Euro Soc Fund | 33.8 | 35.0 | 35.6 | 25.5 | 22.2 | 21.1 | 23.2 | 23.4 | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a | n/a |
| Lottery | 38.5 | 23.4 | 24.0 | 23.1 | 23.0 | 24.6 | 25.3 | 9.1 | 9.3 | 9.6 | 9.9 | 10.2 | 10.4 | 10.7 | 10.1 | 11.6 |
| Treatment benefits (2) | 22.1 | 31.5 | 33.1 | 35.8 | 37.6 | 39.5 | 43.2 | 49.7 | 63.6 | 62.2 | 60.8 | 63.3 | 70.5 | 65.5 | 95.0 | 91.6 |
| Total non-capital expenditure | 2 379.1 | 2 627.1 | 2 793.3 | 2 980.4 | 3 049.0 | 3 504.0 | 3 885.6 | 4 647.0 | 5 422.7 | 6 801.5 | 7 933.4 | 8 852.8 | 9 641.9 | 10 786.1 | 11 607.7 | 13 179.4 |
| Health capital expenditure | 41.9 | 41.9 | 69.1 | 116.8 | 147.1 | 161.0 | 179.4 | 228.2 | 291.4 | 371.1 | 504.6 | 511.6 | 505.9 | 513.8 | 467.3 | 549.2 |
| Lottery capital expenditure | 14.0 | 14.0 | 14.1 | 5.1 | 5.1 | 5.9 | 7.6 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | n/a | 2.5 |
| Total capital expenditure | 55.9 | 55.9 | 83.2 | 121.9 | 152.2 | 166.9 | 187.0 | 230.7 | 293.9 | 373.6 | 507.1 | 514.1 | 508.4 | 516.3 | 467.3 | 551.7 |
| Total public expenditure | 2 435.0 | 2 683.0 | 2 876.5 | 3 102.3 | 3 201.2 | 3 670.9 | 4 072.6 | 4 877.7 | 5 716.6 | 7 175.1 | 8 440.5 | 9 366.9 | 10 150.3 | 11 302.4 | 12 075.0 | 13 731.1 |
| Private expenditure | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VHI expenditure (3) | 258.5 | 283.9 | 314.5 | 341.3 | 370.3 | 396.8 | 438.7 | 459.2 | 536.3 | 578.3 | 660.0 | 750.0 | 840.5 | 896.7 | 961.4 | 1 087.9 |
| Other non-household (4) | 9.5 | 10.5 | 11.2 | 12.0 | 12.3 | 14.1 | 15.7 | 18.9 | 22.1 | 27.8 | 32.5 | 36.3 | 39.2 | 46.3 | 50.6 | 57.1 |
| Household expenditure | 447.2 | 462.2 | 478.9 | 512.1 | 534.6 | 585.9 | 598.1 | 683.6 | 766.5 | 970.1 | 1 140.9 | 1 304.9 | 1 493.4 | n/a | n/a | n/a |
| Private capital expenditure | 127.6 | 81.3 | 131.0 | 152.6 | 202.2 | 167.6 | 239.7 | 372.1 | 464.5 | 548.9 | 376.0 | 286.0 | 206.7 | n/a | n/a | n/a |
| Total private expenditure | 842.8 | 837.9 | 935.6 | 1 018.0 | 1 119.3 | 1 164.4 | 1 292.2 | 1 533.8 | 1 788.4 | 2 125.1 | 2 209.4 | 2 377.2 | 2 579.8 | n/a | n/a | n/a |
| Total expenditure | 3 277.8 | 3 520.8 | 3 812.1 | 4 120.3 | 4 320.5 | 4 835.3 | 5 364.7 | 6 411.6 | 7 505.0 | 9 300.2 | 10 649.9 | 11 744.1 | 12 730.1 | n/a | n/a | n/a |
| % GDP (public) | 6.1 | 6.2 | 6.2 | 6.9 | 6.5 | 6.5 | 6.3 | 6.4 | 6.6 | 6.3 | 6.5 | 6.9 | 6.9 | 7.0 | 6.8 | 7.2 |
| % GDP (private) | 2.1 | 1.9 | 2.0 | 1.9 | 1.9 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | 1.9 | 1.7 | 1.8 | 1.8 | n/a | n/a | n/a |
| Total % GDP (6) | 8.2 | 8.2 | 8.2 | 7.8 | 7.4 | 7.2 | 6.9 | 7.2 | 7.3 | 8.1 | 8.2 | 8.7 | 8.7 | n/a | n/a | n/a |
| % GNP (public) | 6.8 | 7.0 | 6.9 | 6.6 | 6.2 | 6.2 | 6.0 | 6.4 | 6.5 | 7.4 | 8.2 | 8.4 | 8.3 | 8.3 | 7.9 | 8.5 |
| % GNP (private) | 2.4 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.0 | 1.9 | 2.0 | 2.0 | 2.2 | 2.1 | 2.1 | 2.1 | n/a | n/a | n/a |
| Total % GNP (6) | 9.2 | 9.1 | 9.1 | 8.8 | 8.4 | 8.2 | 7.9 | 8.4 | 8.5 | 9.6 | 10.3 | 10.5 | 10.4 | n/a | n/a | n/a |

Εθελοντική ασφάλιση υγείας(VHI)

Η VHI έχει διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στο ιρλανδικό υγειονομικό σύστημα για σχεδόν 50 έτη και περίπου το 51% του πληθυσμού καλύπτονται από κάποια μορφή ιδιωτικής ασφάλισης. Το μεγαλύτερο εθελοντικό ασφαλιστικό σώμα είναι το VHI BOARD το οποίο δημιουργήθηκε το 1957. Η εθελοντική ασφάλιση υγείας εκπληρώνει δύο ρόλους στην Ιρλανδία: κατ' αρχάς, ενεργεί ως συμπλήρωμα στο σύστημα δημόσιας υγείας, και παρέχει την κάλυψη για τις δαπάνες που επιβάλλονται στους μη κατόχους των καρτών υγείας για ορισμένες υπηρεσίες όπως η χρήση κρεβατιών. Δεύτερον, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας εκπληρώνει έναν συμπληρωματικό ρόλο στο δημόσιο σύστημα, δεδομένου ότι οι συνδρομητές μπορούν να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής για τις διάφορες υπηρεσίες.

3.2.4.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Δημόσια νοσοκομεία

Το 2007 υπήρχαν 53 νοσοκομεία που παρείχαν περίθαλψη μέσα στο δίκτυο NHO του HSE. Αυτά περιελάμβαναν δύο ειδικά νοσοκομεία για τα παιδιά, το εθνικό νοσοκομείο αποκατάστασης και το βασιλικό νοσοκομείο για τη περίθαλψη των ματιών και των αυτιών. Υπήρχαν επίσης οκτώ πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Πίνακας 3.34 Χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο νοσοκομεία

| HSE Area | Number of hospitals | Average number of inpatient beds available | Average length of stay (days) | Average number of day beds available | Day cases |
|---------------------|---------------------|--|-------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| Dublin/Mid Leinster | 15 | 3 627 | 7.3 | 361 | 164 519 |
| Dublin/North-East | 11 | 2 728 | 7.3 | 317 | 107 042 |
| Southern | 14 | 2 950 | 6.0 | 254 | 113 441 |
| Western | 13 | 2 789 | 5.8 | 321 | 124 829 |
| Total | 53 | 12 094 | 6.6 | 1 253 | 509 831 |

Κοινοτικά νοσοκομεία

Τα κοινοτικά νοσοκομεία περιλαμβάνουν τις μονάδες στις οποίες πραγματοποιούνται οι χειρουργικές επεμβάσεις και στις οποίες παρέχονται μαιευτικές και παιδιατρικές υπηρεσίες.

Πίνακας 3.35 Κοινοτικά νοσοκομεία, 1997-2005

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Inpatient beds available | 2 383 | 2 384 | 2 394 | 2 375 | 2 343 | 2 252 | 2 172 | 2 175 | 2 165 |
| Inpatients discharged | 20 325 | 20 332 | 20 085 | 20 202 | 17 654 | 16 085 | 15 233 | 14 466 | 14 176 |
| Bed days used | 709 431 | 707 815 | 709 164 | 719 321 | 706 977 | 703 383 | 700 881 | 687 927 | 679 639 |
| Average length of stay | 34.9 | 34.8 | 35.3 | 35.6 | 40.0 | 43.7 | 46.0 | 47.6 | 47.9 |
| % occupancy | 81.6 | 81.3 | 81.1 | 82.8 | 82.7 | 85.6 | 88.4 | 86.6 | 86.0 |
| Outpatient attendances | 43 315 | 45 728 | 45 990 | 46 093 | 41 371 | 40 860 | 44 037 | 37 443 | 32 005 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.36 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1997-2006

| Grade/category | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| Medical/Dental | 4 976 | 5 153 | 5 385 | 5 698 | 6 285 | 6 775 | 6 792 | 7 013 | 7 266 | 7 712 |
| Nursing | 27 346 | 26 611 | 27 044 | 29 177 | 31 429 | 33 395 | 33 766 | 34 313 | 35 248 | 36 737 |
| Health and social care Professionals | 5 969 | 6 422 | 6 836 | 7 613 | 9 228 | 12 577 | 12 692 | 12 830 | 13 952 | 14 913 |
| Management/administration | 8 844 | 9 480 | 10 599 | 12 366 | 14 714 | 15 690 | 15 766 | 16 157 | 16 699 | 17 262 |
| General support staff | 20 705 | 21 973 | 22 928 | 25 216 | 13 803 | 13 729 | 13 838 | 13 771 | 13 227 | 12 910 |
| Other patient and client care | n/a | n/a | n/a | n/a | 14 842 | 13 513 | 13 647 | 14 640 | 15 586 | 16 739 |
| Total | 67 841 | 69 640 | 72 793 | 80 070 | 90 302 | 95 679 | 96 501 | 98 723 | 101 978 | 106 273 |

Στην Ιρλανδία οι σπουδαστές πρέπει να μελετήσουν την ιατρική για έξι χρόνια σε μια από πέντε Ιατρικές Σχολές της χώρας : Κολλέγιο του Δουβλίνου, Πανεπιστημιακό κολέγιο του Δουβλίνου, Πανεπιστημιακό κολέγιο του Κορκ, εθνικό πανεπιστήμιο της Ιρλανδίας, πανεπιστήμιο του Galway. Τα πρώτα δύο ή τρία έτη βασίζονται στις πανεπιστημιακές σπουδές, επικεντρώνονται στην επιστήμη των πυρήνων, της ανατομίας, της βιοχημείας και της φυσιολογίας. Για τα τελευταία τρία έτη οι σπουδαστές ασκούνται στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία όπου η διδασκαλία στρέφεται στην κλινική ιατρική και τα σχετικά θέματα όπως η παθολογία, η φαρμακολογία και η ιατρική δημόσιας υγείας

Οι παθολόγοι κατά κύριο λόγο είναι αυτοαπασχολούμενοι εργαζόμενοι ενώ υπάρχουν και κάποιοι οι οποίοι εργάζονται είτε στη δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα αποκλειστικά. Η πλειοψηφία των παθολόγων θεραπεύει τους ασθενείς και του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα. Οι κάτοχοι της ιατρικής κάρτας πρέπει να εγγραφούν στον κατάλογο ενός συγκεκριμένου παθολόγου. Ο κατάλογος αυτός χρησιμοποιείται στην πληρωμή των παθολόγων καθώς οι παθολόγοι πληρώνονται με ένα είδος κεφαλικής αμοιβής.

Κάποιο παθολόγοι οι οποίοι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα συνάπτουν συμβάσεις με το HSE για να παρέχουν τη χρηματοδοτούμενη από το δημόσιο περίθαλψη στους ασθενείς τους όταν φθάνουν στην ηλικία 70 ή εάν οι ασθενείς είναι μολυσμένοι με την ηπατίτιδα Γ, καθώς επίσης και - γενικότερα – όταν παρέχουν υπηρεσίες μητρότητας και υπηρεσίες εμβολιασμού εξ ονόματος του HSE.

3.2.4.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Μέχρι το τέλος του 2004 τα συμβούλια υγείας ήταν αρμόδια για την παροχή μιας σειράς υπηρεσιών προώθησης της δημόσιας υγείας σε ολόκληρη τη χώρα. Αυτές οι λειτουργίες έχουν αναληφθεί πλέον από το HSE και συγκεκριμένα την Διεύθυνση της υγείας του πληθυσμού. Αυτό το τμήμα είναι αρμόδιο για την προώθηση και την προστασία της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού καθώς και ορισμένων ομάδων-στόχων.

Η κάλυψη στο ιρλανδικό υγειονομικό σύστημα είναι καθολική για καθένα που κατοικεί στη χώρα. Στο πλαίσιο του νόμου υγείας (τροποποίηση) του 1991, η κάλυψη είναι βασισμένη περισσότερο στον τόπο κατοικίας παρά στην υπηκοότητα ή τη δυνατότητα της συμβολής του ατόμου προς τη γενική φορολογία. Το HSE είναι αρμόδιο για τον εάν ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί κάτοικος Ιρλανδίας. Αυτό απαιτεί συνήθως διαβίωση στην Ιρλανδία για περισσότερα από ένα έτη. Τα άτομα διατηρούν το δικαίωμα να ασκήσουν έφεση ενάντια σε μια δυσμενή απόφαση που λαμβάνεται από το HSE. Όλοι εκείνοι που χαρακτηρίζονται ως κάτοικοι, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με το εισόδημα καθώς και άλλα κριτήρια ταξινόμησης.

Εκείνοι που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία θεωρούνται κατάλληλοι για το σχήμα αποζημίωσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCRS) και λαμβάνουν τις «ιατρικές κάρτες». Αυτό σημαίνει ότι όλες οι υπηρεσίες εκτός από τη μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομειακή μονάδα παρέχονται δωρεάν. Το υπόλοιπο του πληθυσμού εμπίπτει στην δεύτερη κατηγορία για την οποία παρέχεται ελεύθερη πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης, με τις δαπάνες όμως για τους παθολόγους τους να αναλαμβάνονται πλήρως από τους ασθενείς.

Πίνακας 3.37 Ποσοστό πληθυσμού με ιατρική κάρτα , 1980-2007

| Year | % Population with Medical Card |
|-------------|---------------------------------------|
| 1980 | 35.0 |
| 1985 | 36.7 |
| 1990 | 36.7 |
| 1995 | 35.2 |
| 1996 | 34.5 |
| 1997 | 33.6 |
| 1998 | 32.0 |
| 1999 | 31.1 |
| 2000 | 30.3 |
| 2001 | 31.2 |
| 2002 | 29.8 |
| 2003 | 29.6 |
| 2004 | 28.4 |
| 2005 | 29.5 |
| 2006 | 28.9 |
| 2007 | 30.2 |

Πίνακας 3.38 Απαραίτητο εβδομαδιαίο ποσοστό εισοδήματος για κατοχή ιατρικής κάρτας

| Category | Aged under 66 | 66-69 |
|---|----------------------|--------------|
| Single person living alone | 276.00 | 302.00 |
| Single person living with family | 246.00 | 260.00 |
| Married couple/lone parent family with dependent children | 400.00 | 447.00 |
| Allowance for first two children aged under 16 | 57.00 | 57.00 |
| Allowance for third and subsequent children | 61.50 | 61.50 |
| Allowance for first two children aged over 16 (with no income) | 58.50 | 58.50 |
| Allowance for third and subsequent children over 16 (with no income) | 64.00 | 64.00 |
| Dependants aged over 16 in full-time third-level* education that is not grant aided | 117.00 | 117.00 |

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Τα περισσότερα φαρμακευτικά είδη διανέμονται από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς. Το HSE συμβάλει με τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς ούτως ώστε να παρασχεθούν οι υπηρεσίες στους κατόχους των ιατρικών καρτών. Για τους χρήστες αυτών των υπηρεσιών, οι φαρμακοποιοί λαμβάνουν μια σταθερή αμοιβή διανομής (μεταξύ €2.85 και €3.27), συν την αποζημίωση για τις ιατρικές δαπάνες από την υπηρεσία αποζημιώσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης του HSE. Οι φαρμακοποιοί διαπραγματεύονται επίσης τις εκπτώσεις με τους χονδρεμπόρους για τα φάρμακα που παρέχουν κάτω από αυτά τα ασφαλιστικά σχήματα. Οι φαρμακοποιοί είναι συμβεβλημένοι με το HSE για να καλύψουν το υπόλοιπο του πληθυσμού όσον αφορά την φαρμακευτική του παροχή. Κάτω από αυτό το σχέδιο τα άτομα πληρώνουν το πλήρες κόστος των φαρμάκων (μέχρι ένα ανώτατο όριο το οποίο καθορίζεται στα €90 το μήνα) στους φαρμακοποιούς.

3.2.5 ΤΣΕΧΙΑ



3.2.5.1 Εισαγωγή

Η Δημοκρατία της Τσεχίας είναι μια περιβαλλόμενη από ξηρά χώρα της Κεντρικής Ευρώπης, και οριοθετείται στη δύση από τη Γερμανία, στα βορειοανατολικά από την Πολωνία, στην ανατολή από τη Σλοβακία, και στο νότο από την Αυστρία. Η έκταση της χώρας είναι περίπου 78.867 km². Στα μέσα του 2007 η Δημοκρατία της Τσεχίας είχε πληθυσμό 10.33 εκατομμυρίων κατοίκων, με το 73.5% περίπου να ζει στις αστικές περιοχές. Υπήρχαν 5.07 εκατομμύρια άνδρες και 5.26 εκατομμύρια γυναίκες. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής παρουσιάζει συνεχιζόμενη αύξηση στη Δημοκρατία της Τσεχίας, φθάνοντας τα 73.82 έτη για τους άνδρες και τα 80.30 έτη για τις γυναίκες το 2007. Αυτά τα ποσοστά ήταν αρκετά μεγαλύτερα από το μέσο όρο των χωρών που προσχώρησαν στην ΕΕ το 2004 και το 2007.

Η Δημοκρατία της Τσεχίας έχει ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλειας υγείας (SHI) το οποίο βασίζεται στην υποχρεωτική ιδιότητα μέλους σε ένα από τα 10 ταμεία ασφαλίσεως υγείας. Τα ταμεία είναι κατά το ήμισυ δημόσια και ενεργούν ως πληρωτές και αγοραστές της περίθαλψης. Οι κύριες ευθύνες του Υπουργείου Υγείας περιλαμβάνουν τον καθορισμό της πολιτικής σε ημερήσια διάταξη της υγειονομικής περίθαλψης, την εποπτεία του συστήματος υγείας και την προετοιμασία της νομοθεσίας που θα ασκηθεί στον τομέα της υγείας. Οι συνολικές δαπάνες υγείας στη Δημοκρατία της Τσεχίας οι οποίες ανήλθαν σε 6,7 % επί του ΑΕΠ το 2007 έχουν παραμείνει σε σχετικά χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τα αντίστοιχα της δυτικής Ευρώπης.

3.2.5.2 Οργανωτική δομή

Το σύστημα υγείας στη Δημοκρατία της Τσεχίας έχει τρία χαρακτηριστικά οργανωτικά γνωρίσματα:

- Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (SHI) με καθολική ιδιότητα μέλους, το οποίο χρηματοδοτείται από τις υποχρεωτικές συνεισφορές οι οποίες έχουν την μορφή φόρου επί του συνολικού μισθού και χωρίζονται ισόποσα μεταξύ των εργοδοτών και των εργαζομένων
- Ποικιλομορφία των υπηρεσιών περίθαλψης με κυρίως ιδιωτικούς παρόχους περίθαλψης και κυρίως δημόσια νοσοκομεία
- Διαπραγματεύσεις για ζητήματα κάλυψης και αποζημιώσεων, οι οποίες εποπτεύονται από την κυβέρνηση

Ο ρόλος του κράτους και των υπουργείων του

Το ίδιο το κράτος διαδραματίζει πολλούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένου αυτού του νομοθέτη (το Κοινοβούλιο) της πηγής χρηματοδότησης στην περίπτωση των συνεισφορών του SHI για ορισμένες οικονομικά αδρανείς ομάδες (υπουργείο Οικονομικών), του ιδιοκτήτη των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης (υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Άμυνας και Υπουργείο Δικαιοσύνης) και του ρυθμιστή (υπουργός Υγείας και υπουργείο Οικονομικών). Το υπουργείο Υγείας είναι ένα κεντρικό διοικητικό σώμα, και οι ευθύνες του περιλαμβάνουν την εξασφάλιση της προστασίας της δημόσιας υγείας, την ενισχυτική επιστημονική έρευνα στην υγειονομική, εγκρίνει τους προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες, διαχειρίζεται και ρυθμίζει τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, και εποπτεύει τα φαρμακευτικά είδη και την τεχνολογία της υγειονομικής περίθαλψης.

Το υπουργείο Υγείας διοικεί μεγάλα νοσοκομεία, πανεπιστημιακά νοσοκομεία και μερικές ιδιαίτερα εξειδικευμένες μονάδες τριτοβάθμιας περίθαλψης. Ο υπουργός Υγείας επίσης διοικεί και ρυθμίζει ορισμένα όργανα και οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης που χρεώνονται με την προστασία της δημόσιας υγείας, όπως οι περιφερειακές αρχές δημόσιας υγείας, τα περιφερειακά ιδρύματα δημόσιας υγείας, το εθνικό ίδρυμα δημόσιας υγείας (Státní zdravotní ústav, SZÚ), και το κρατικό ίδρυμα ελέγχου των φαρμάκων (SÚKL). Το υπουργείο Οικονομικών συλλέγει τους φόρους και καταβάλλει τις συνεισφορές της SHI για ορισμένες ομάδες οικονομικά αδρανών ανθρώπων ενώ σε κοινή συνεργασία με το υπουργό Υγείας, εποπτεύει τα ασφαλιστικά ταμεία.

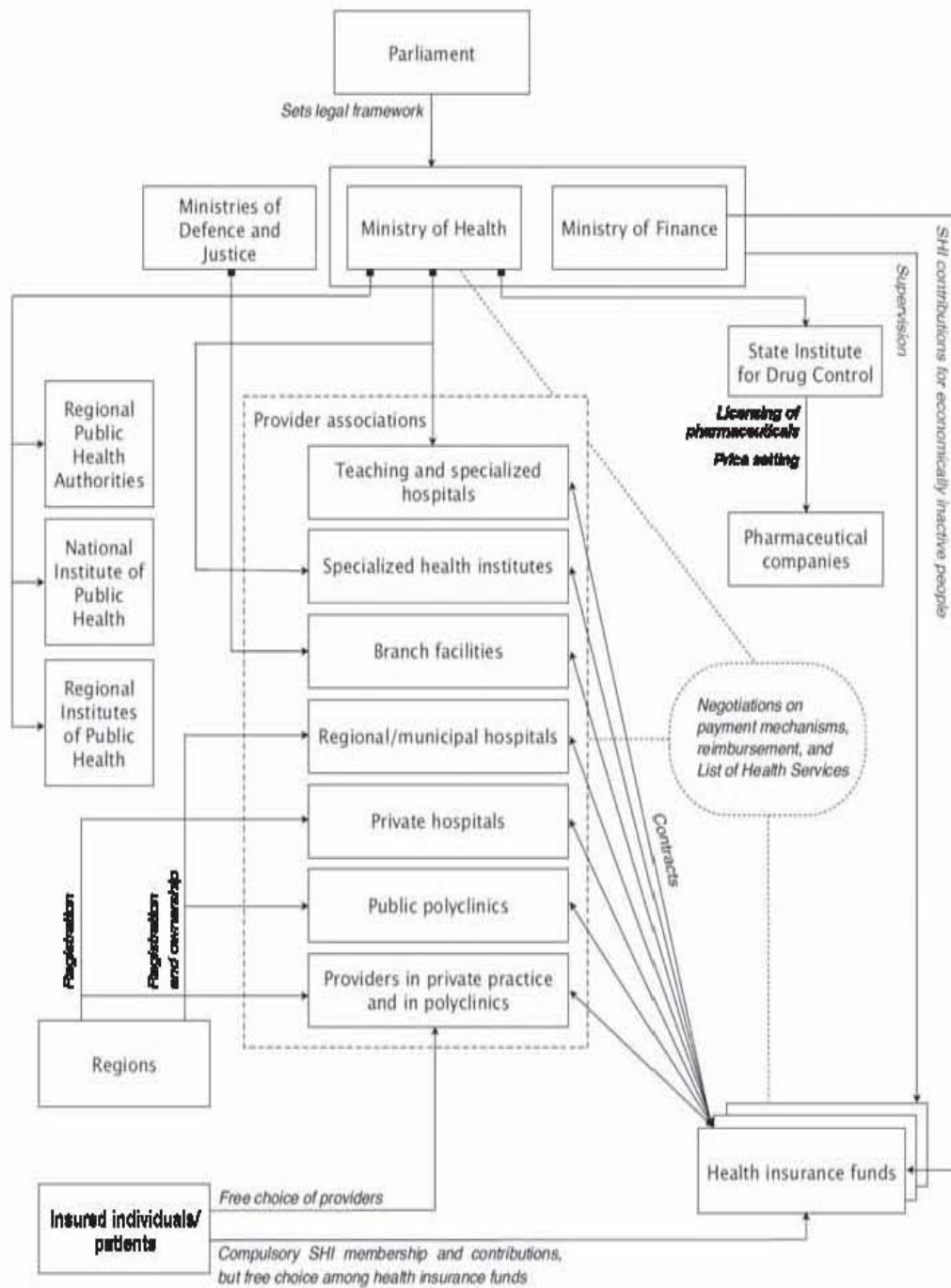
Ο ρόλος των περιφερειακών κυβερνήσεων

Πριν από το 2003 τα περισσότερα νοσοκομεία στη Δημοκρατία της Τσεχίας ανήκαν στο κράτος και χρησιμοποιούνταν από τις κρατικές περιφέρειες. Η διοίκηση του Κράτους σε επίπεδο περιφερειών καταργήθηκε στο τέλος του 2002 και αντικαταστάθηκε από ένα σύστημα περιφερειακών κυβερνήσεων. Ως τμήμα αυτής της διαδικασίας διοικητικής αποκέντρωσης, η ιδιοκτησία των μονάδων έκτακτης ανάγκης, των μονάδων της μακροπρόθεσμης περίθαλψης και περίπου των μισών από τα νοσοκομεία της χώρας μεταφέρθηκε στις περιφέρειες. Κάποια άλλα παρέμειναν στην ιδιοκτησία μικρότερων δήμων ενώ κάποια άλλα ιδιωτικοποιήθηκαν.

Ο ρόλος των ασφαλιστικών ταμείων

Η υγειονομική περίθαλψη στη Δημοκρατία της Τσεχίας χρηματοδοτείται πρώτιστα μέσω των υποχρεωτικών συνεισφορών της SHI, οι οποίες βρίσκονται υπό την διαχείριση 10 ταμείων ασφάλισης υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι κατά το ήμισυ δημόσια και ενεργούν ως πληρωτές και αγοραστές της υγειονομικής περίθαλψης. Συλλέγουν τις συνεισφορές της SHI από τους εργοδότες, τους υπάλληλοι και τα αυτοαπασχολούμενα άτομα.

Πίνακας 3.39 Οργανωτική δομή του Τσέχικου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



3.2.5.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Μετά από μια γρήγορη αύξηση στις αρχές της δεκαετίας του 1990, οι συνολικές δαπάνες υγείας στη Δημοκρατία της Τσεχίας ως μερίδιο του ΑΕΠ έχουν παραμείνει σε σχετικά χαμηλά επίπεδα (6.7% το 2007) έναντι των αντιστοίχων της δυτικής Ευρώπης. Η μεγάλη πλειοψηφία των δαπανών υγείας πραγματοποιούνται μέσω του συστήματος της SHI το οποίο χρηματοδοτείται από τις υποχρεωτικές συνεισφορές των μελών του καθώς και από τις κρατικές συνεισφορές. Η κάλυψη πληθυσμού είναι ουσιαστικά καθολική ενώ παρέχεται ένα ευρύ πακέτο υπηρεσιών στους ασφαλισμένους.

Οι υποχρεωτικές συνεισφορές της SHI είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στη Δημοκρατία της Τσεχίας, λαμβάνουν τη μορφή ενός φόρου επί του συνολικού μισθού και χωρίζεται ισόποσα μεταξύ των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τα αυτοαπασχολούμενα άτομα πρέπει να συμβάλουν με ένα σταθερό ποσοστό επί των κερδών τους. Οι συνεισφορές συλλέγονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι επενδύσεις του κεφαλαίου στις κρατικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται πρώτιστα από το κράτος και τους περιφερειακούς προϋπολογισμούς, και μετέπειτα μέσω της γενικής φορολογίας.

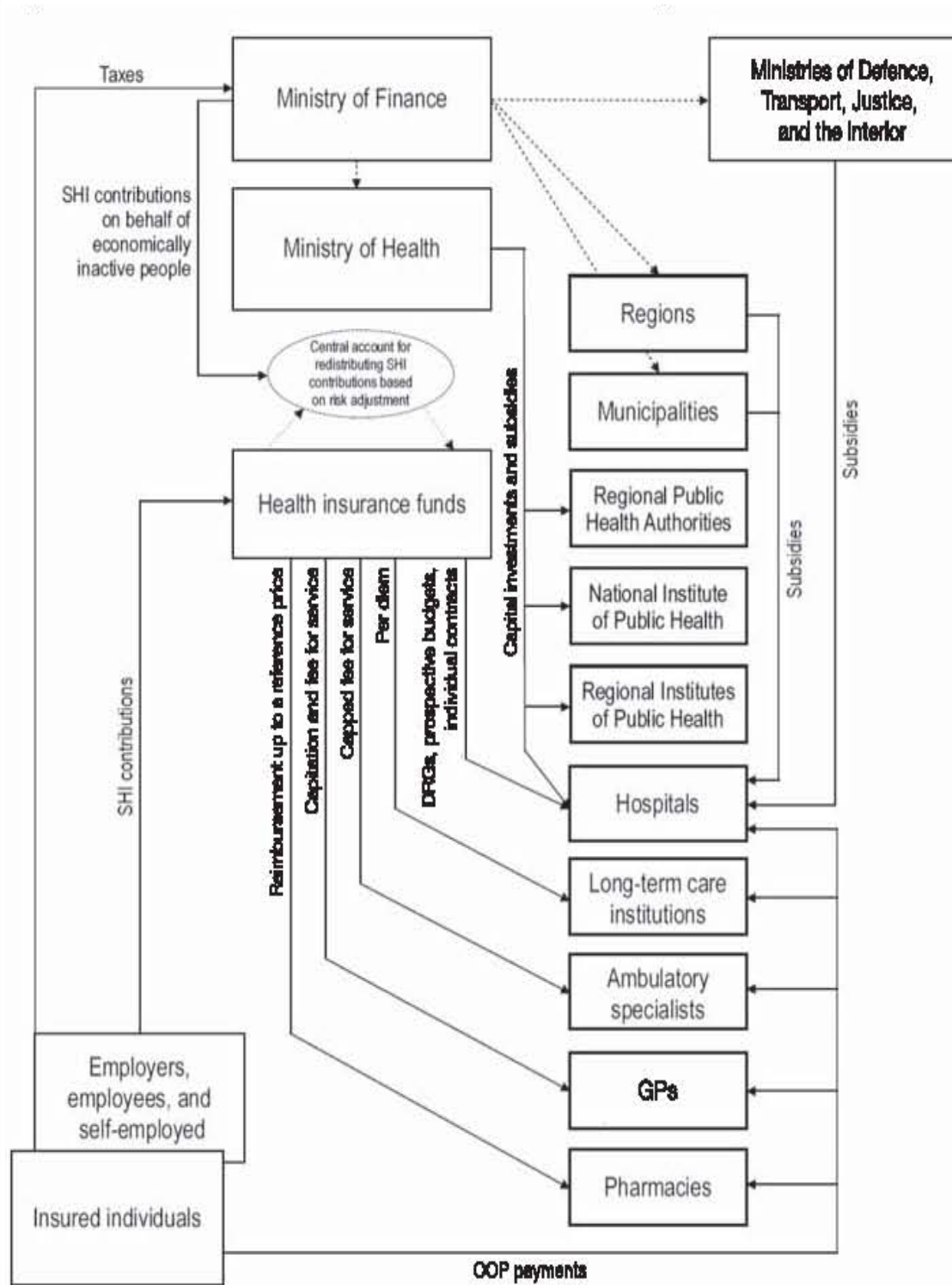
Επιπρόσθετες πληρωμές

Οι κύριες ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης στη Δημοκρατία της Τσεχίας είναι:

- Επιπρόσθετες πληρωμές για τα φαρμακευτικά είδη και τις οδοντιατρικές περιθάλψεις
- Συμπληρωματικές πληρωμές για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα των οποίων πραγματική τιμή υπερβαίνει την τιμή αναγωγής

Αυτές οι δυο κατηγορίες αποτέλεσαν ουσιαστικά το 100% όλων των ιδιωτικών πηγών δαπανών υγείας και το 14.2% των συνολικών δαπανών υγείας το 2007.

Πίνακας 3.40 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Τσέχικου συστήματος υγειονομικής περιθαλψής



Πίνακας 3.41 Τάσεις στις δαπάνες υγείας, 1995-2007

| | 1995 | 2000 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Total health expenditure (million PPS) | 7 792 | 8 982 | 11 754 | 12 189 | 12 668 | 12 984 | 13 813 |
| Per capita (PPS) | 754 | 874 | 1 152 | 1 194 | 1 238 | 1 265 | 1 338 |
| As a share (%) of GDP | 7.0 | 6.7 | 7.6 | 7.3 | 7.2 | 6.9 | 6.7 |
| Public expenditure on health (million PPS) | 7 082 | 8 134 | 10 576 | 10 896 | 11 245 | 11 425 | 11 858 |
| Per capita (PPS) | 685 | 792 | 1 037 | 1 068 | 1 099 | 1 113 | 1 149 |
| As a share (%) of total health expenditure | 90.9 | 90.6 | 90.0 | 89.4 | 88.8 | 88.0 | 85.8 |
| Private expenditure on health (million PPS) | 710 | 849 | 1 178 | 1 293 | 1 424 | 1 560 | 1 955 |
| Per capita (PPS) | 69 | 83 | 116 | 127 | 139 | 152 | 189 |
| As a share (%) of total health expenditure | 9.1 | 9.4 | 10.0 | 10.6 | 11.2 | 12.0 | 14.2 |

3.2.5.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Πίνακας 3.42 Δομή των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων στη Δημοκρατία της Τσεχίας, 2008

| Owner | Number of hospitals | Share of beds (%) | Number of other inpatient facilities | Share of beds (%) |
|---|---------------------|-------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Hospitals organized as public-law entities | 67 | 51.5 | 73 | 73.4 |
| <i>including those owned by the:</i> | | | | |
| Ministry of Health | 20 | 28.0 | 26 | 52.8 |
| Ministries of Defence and Justice | 5 | 2.3 | 3 | 1.0 |
| Regions | 24 | 14.9 | 33 | 14.7 |
| Municipalities | 18 | 6.3 | 11 | 4.9 |
| Hospitals organized as private-law entities | 125 | 48.5 | 81 | 26.6 |
| <i>including:</i> | | | | |
| JSCs owned by a region | 41 | 31.0 | 14 | 23.0 |
| Ltd. owned by a region | 1 | 0.2 | 1 | 2.4 |
| JSCs owned by a municipality | 3 | 0.8 | 1 | 0.4 |
| Ltd. owned by a municipality | 6 | 1.4 | 1 | 0.5 |
| JSCs owned by a private entity | 24 | 7.6 | 10 | 14.2 |
| Associations | 1 | 0.2 | 7 | 2.9 |
| Ltd. owned by a private entity | 44 | 6.6 | 33 | 44.3 |
| Owned by physical persons | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 |
| Owned by churches | 3 | 0.6 | 8 | 6.2 |
| Other ^a | 2 | 0.1 | 5 | 5.5 |
| Total | 192 | 100.0% | 154 | 100.0% |

Μεταξύ του 1993 και του 1997, τα νοσοκομεία πληρώνονταν χρησιμοποιώντας ένα σύστημα πόντων το οποίο βασιζόταν στην καταβολή των αποζημιώσεων. Στο πλαίσιο αυτού του συστήματος, τιμολόγια με ένα χαρακτηριστικό κωδικό για τον κάθε ασθενή και ένα κατάλογο των διενεργηθεισών περιθάλψεων υποβάλλονταν στα συμβαλλόμενα με τον ασθενή ασφαλιστικά ταμεία. Τα νοσοκομεία τιμολογούσαν ακόμα και μια ημερήσια δαπάνη και ελάμβαναν μια αποζημίωση ακόμα και για φαρμακευτικές δαπάνες.

Ανθρώπινο δυναμικό

Το συνολικό ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας στο τέλος του 2007 ήταν 240.313 εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης εκ των οποίων 43700 ήταν παθολόγοι , 81.260 ήταν γενικές νοσοκόμες, 7.281 ήταν ιατρικοί εργαστηριακοί τεχνικοί, 4.032 ήταν οδοντικοί τεχνικοί, 4.680 ήταν φαρμακοποιοί και 8.147 ήταν βοηθητικό προσωπικό. Υπάρχουν επτά Ιατρικές Σχολές στη Δημοκρατία της Τσεχίας τρεις εκ των οποίων βρίσκονται στο Charles University στην Πράγα. Υπάρχουν επίσης δύο φαρμακευτικές σχολές. Τα όρια στον αριθμό υποψηφίων που μπορούν να γίνουν αποδεκτοί στις Ιατρικές σχολές τίθενται από τις ίδιες τις σχολές και όχι από την κυβέρνηση. Το Υπουργείο Παιδείας, νεολαίας και αθλητισμού είναι αρμόδιο για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των παθολόγων. Οι πανεπιστημιακές ιατρικές σπουδές εκπληρώνονται σε έξη έτη ενώ οι σπουδές στην οδοντιατρική και στη φαρμακευτική εκπληρώνονται σε πέντε έτη.

Έως το 1997, οι παθολόγοι πληρώνονταν με αμοιβή ανά υπηρεσία. Η έλλειψη 'καπέλου' στην αποζημίωση οδήγησε σε υπερπαραγωγή - ειδικά μεταξύ των ειδικών - και σε μια ισχυρή άνοδο των δημοσίων δαπανών για μη-νοσοκομειακές υπηρεσίες περίθαλψης. Για να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα, ο υπουργός Υγείας εισήγαγε ένα σύστημα κεφαλικής αμοιβής για την αποζημίωση των παθολόγων το 1997. Ο συνολικός αριθμός των ασθενών ανά παθολόγο υπόκειται επίσης σε ένα όριο, πέρα από το οποίο ο παθολόγος λαμβάνει μικρότερες κατά κεφαλήν πληρωμές.

3.2.5.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Οι κύριοι πρωταγωνιστές στο τσεχικό σύστημα της δημόσιας υγείας είναι το εθνικό ίδρυμα δημόσιας υγείας (SZÚ), οι περιφερειακές αρχές δημόσιας υγείας και τα περιφερειακά ιδρύματα δημόσιας υγείας, τα οποία διοικούνται από τον υπουργό Υγείας καθώς και από τον κύριο ανώτερο υπάλληλο δημόσιας υγείας, ο οποίος είναι αναπληρωτής του υπουργού υγείας. Το δικαίωμα στην ιατρική κάλυψη στη Δημοκρατία της Τσεχίας είναι βασισμένο στη μόνιμη κατοικία παρά στις συνεισφορές της SHI. Τα άτομα που δεν είναι μόνιμοι κάτοικοι καλύπτονται επίσης εάν δουλεύουν για έναν εργοδότη που βρίσκεται στη Δημοκρατία της Τσεχίας. Επειδή η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική, οι εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπήκοοι που δεν πληρούν αυτά τα κριτήρια πρέπει να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας εάν επιθυμούν να παραμείνουν στη χώρα. Οι υπήκοοι της ΕΕ που δεν πληρούν αυτά τα κριτήρια και που μένουν για περισσότερο από 90 ημέρες στη Δημοκρατία της Τσεχίας έχουν την επιλογή της συμμετοχής στο τσεχικό σύστημα SHI. Εάν επιλέξουν να μην συμμετέχουν, πρέπει να ασφαλιστούν μέσω της επιχείρησης ή του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης τους, ή να αγοράσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Πρέπει να σημειωθεί, εντούτοις, ότι ουσιαστικά το 100% του πληθυσμού καλύπτεται από την SHI αυτή την περίοδο. Για τα άτομα με τη μόνιμη κατοικία ή εκείνους που δεν είναι μόνιμοι κάτοικοι αλλά εργάζονται για έναν εργοδότη που βρίσκεται στη Δημοκρατία της Τσεχίας, δεν μπορούν να αποχωρήσουν από το SHI. Ομοίως, τα ασφαλιστικά ταμεία πρέπει να δεχτούν όλους τους υποψηφίους που δεν έχουν δικαίωμα επιλογής. Το πακέτο των υπηρεσιών που παρέχεται στα άτομα που καλύπτονται από τη SHI είναι πολύ ευρύ και περιλαμβάνει :

- την περίθαλψη ασθενών και εξωτερικών ασθενών,
- τα συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά είδη,
- τις υπηρεσίες αποκατάστασης και
- μερικές οδοντιατρικές περιθάλψεις,

Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τον τσεχικό νόμο, ο οποίος ορίζει ότι τα ασφαλισμένα άτομα έχουν δικαίωμα σε οποιαδήποτε παρεχόμενη υπηρεσία με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους.

Οι προληπτικές υπηρεσίες περίθαλψης που παρέχονται από τη SHI περιλαμβάνουν:

- υποχρεωτικό εμβολιασμό και προληπτικές εξετάσεις για τα παιδιά των ηλικιακών ομάδων
- υποχρεωτικό εμβολιασμό και περιοδικές εξετάσεις από τους παθολόγους (κάθε δύο έτη) και τους οδοντιάτρους (κάθε 6 μήνες)
- προγράμματα πρόληψης καρκίνου

Περίπου το 95% των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται από τους παθολόγους στα ιατρεία τους. Οι περισσότεροι παθολόγοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι αυτοαπασχολούμενοι και συχνά προσλαμβάνουν για βοηθό τους μια νοσοκόμα. Οι ασθενείς συμβάλλονται με ένα παθολόγο πρωτοβάθμιας περίθαλψης της επιλογής τους, αλλά μπορούν να τον αλλάζουν κάθε τρεις μήνες χωρίς περιορισμό. Εάν η κατάσταση ενός ασθενή απαιτεί εξειδικευμένη περίθαλψη που ο παθολόγος πρωτοβάθμιας περίθαλψης του/της δεν μπορεί να παρέχει, παραπέμπει τον ασθενή σε έναν κατάλληλο ειδικό που έχει σύμβαση με ασφαλιστικό ταμείο του ασθενή. Οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης στη Δημοκρατία της Τσεχίας προσφέρονται από :

- αυτοαπασχολούμενους ειδικούς
- κέντρα υγείας ή πολυκλινικές
- νοσοκομεία και
- ειδικευμένες εγκαταστάσεις ασθενών.

Φαρμακευτικές δαπάνες- παροχές

Το 2007 υπήρχαν 2.520 φαρμακεία στη Δημοκρατία της Τσεχίας, δηλαδή ένα φαρμακείο ανά 4.119 ανθρώπους. Σχεδόν όλα (99%) ήταν ιδιωτικά με μόνη εξαίρεση εκείνα που ανήκουν στα δημόσια νοσοκομεία. Τα τελευταία είναι επίσης ανοικτά στο ευρύ κοινό. Αν και η αναλογία των φαρμακείων στον πληθυσμό έχει παραμείνει σταθερή υπάρχει μια τάση προς το σχηματισμό αλυσίδων φαρμακείων.

Η μέγιστη εργοστασιακή αξία ενός φαρμακευτικού είδους είναι βασισμένη σε ένα σύστημα διεθνών συγκρίσεων τιμών, με χώρες αναφοράς οκτώ κράτη μέλη της ΕΕ (Εσθονία, Γαλλία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ιταλία, Λιθουανία, Πορτογαλία και Ισπανία). Εν ολίγοις, η μέγιστη τιμή καθορίζεται ως ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών ενός δεδομένου φαρμακευτικού είδους και στις οκτώ χώρες αναφοράς. Από το 1995, έχει χρησιμοποιηθεί ένα σύστημα αναγωγής για να θέτει τα όρια αποζημιώσεων για τα φαρμακευτικά είδη. Επιπλέον, ο νόμος του 1997 για την ασφάλεια της δημόσιας υγείας καθορίζει 300 ομάδες ουσιών για τις οποίες τουλάχιστον ένα φαρμακευτικό είδος πρέπει να καλύπτεται πλήρως από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στην πράξη, περισσότερο από το 50% των φαρμακευτικών δαπανών αποζημιώθηκαν πλήρως από τη SHI μη απαιτώντας καμία επιπρόσθετη πληρωμή εκτός από τη σταθερή δαπάνη την οποία επωμίζεται ο χρήστης του φαρμάκου και ανέρχεται σε €1.20.

3.2.6 ΟΥΓΓΑΡΙΑ



3.2.6.1 Εισαγωγή

Η Ουγγαρία βρίσκεται στην Καρπάθια λεκάνη στην κεντρική Ευρώπη. Η χώρα καλύπτει μια περιοχή 93.000 τετραγωνικών χιλιομέτρων (1% του μεγέθους της Ευρώπης). Σύμφωνα με την απογραφή του Ιανουαρίου του 2003 είχε 10.2 εκατομμύρια κατοίκους με περίπου το 99% αυτών να είναι κάτοχοι της Ουγγρικής υπηκοότητας. Όσον αφορά τις δημογραφικές εξελίξεις, ο πληθυσμός στην Ουγγαρία ήταν μειωμένος σε σχέση με τις αρχές τις δεκαετίας του '80, κυρίως επειδή το ποσοστό γεννητικότητας ήταν μικρότερο του δείκτη θνησιμότητας από το 1981. Ο πληθυσμός γερνά και αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός πως το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 και άνω αυξάνεται σταθερά ενώ παράλληλα συνοδεύεται από μια μείωση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας 14 και κάτω.

Η Ουγγαρία έχει μια από μακρού υφιστάμενη παράδοση υγειονομικών υπηρεσιών που χρονολογούνται από τον ενδέκατο αιώνα με θεραπευτήρια που συνδέονται με μοναστήρια. Μετά από μια πρώτη περίοδο ιδιωτικής ιατρικής και πραγματοποίησης φιλανθρωπιών από την εκκλησία, το κράτος προσέδωσε βαθμιαία έναν αυξανόμενο ρόλο στον τομέα της υγείας σε τρία πεδία: στη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους φτωχούς, στη δημόσια υγεία και στην ασφάλιση της υγείας. Στο δέκατο πέμπτο αιώνα προσελήφθησαν οι πρώτοι παθολόγοι πόλης για να καταστήσουν τις υπηρεσίες προσβάσιμες για τους φτωχούς κάτι το οποίο απαιτήθηκε από κάθε νομό το 1752. Τα νοσοκομεία χωρίστηκαν από τα πτωχοκομεία το 1856 και οι φτωχοί απέκτησαν ελεύθερη υγειονομική περίθαλψη. Η πρώτη ουγγρική νομοθετική πράξη στη δημόσια υγεία, πέρασε το 1876 (νόμος XIV 1876), και ήταν η δεύτερη αυτού του είδους στην Ευρώπη. Είχε προϋπάρξει ο νόμος XIV 1840 ο οποίος αναφερόταν στην ασφάλιση της υγείας και νομιμοποιούσε τα εθελοντικά κεφάλαια βοήθειας για τους εργάτες των βιομηχανιών.

Από το τέλος του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου η κατάσταση της υγείας του Ουγγρικού πληθυσμού έχει περάσει τρεις κύριες μεταβατικές περιόδους. Την πρώτη περίοδο, μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '60, παρατηρήθηκε μια σημαντική βελτίωση που έφερε την υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής σε ένα επίπεδο συγκρίσιμο με τις αναπτυγμένες δυτικές ευρωπαϊκές χώρες. Η δεύτερη περίοδος, από τα μέσα της δεκαετίας του '60 μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '80, χαρακτηρίστηκε από ένα αυξανόμενο χάσμα στον τομέα της υγείας μεταξύ της Ουγγαρίας και της Δυτικής Ευρώπης. Η πτώση του κομμουνιστικού καθεστώτος επέφερε μια τρίτη περίοδο, η οποία χαρακτηρίστηκε από μια περαιτέρω διεύρυνση του χάσματος στον τομέα της υγείας μεταξύ της Ουγγαρίας και των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU).

3.2.6.2 Οργανωτική δομή

Η οργανωτική βάση του τρέχοντος ουγγρικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης δημιουργήθηκε στο τέλος της δεκαετίας του '80 ως αποτέλεσμα πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών που επήλθαν από την κατάρρευση του κομμουνιστικού καθεστώτος. Η τροποποίηση που πραγματοποιήθηκε το 1989 στο Ουγγρικό σύστημα καθόρισε τις αρχές και τη βασική δημοκρατική δομή της νέας δημοκρατίας, στο πλαίσιο της οποίας το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί. Το ουγγρικό σύνταγμα αναγνωρίζει το δικαίωμα σε ένα υγιές περιβάλλον, σε ένα βέλτιστο επίπεδο φυσικής και διανοητικής υγείας και στην εισοδηματική συντήρηση μέσω της κοινωνικής ασφάλισης.

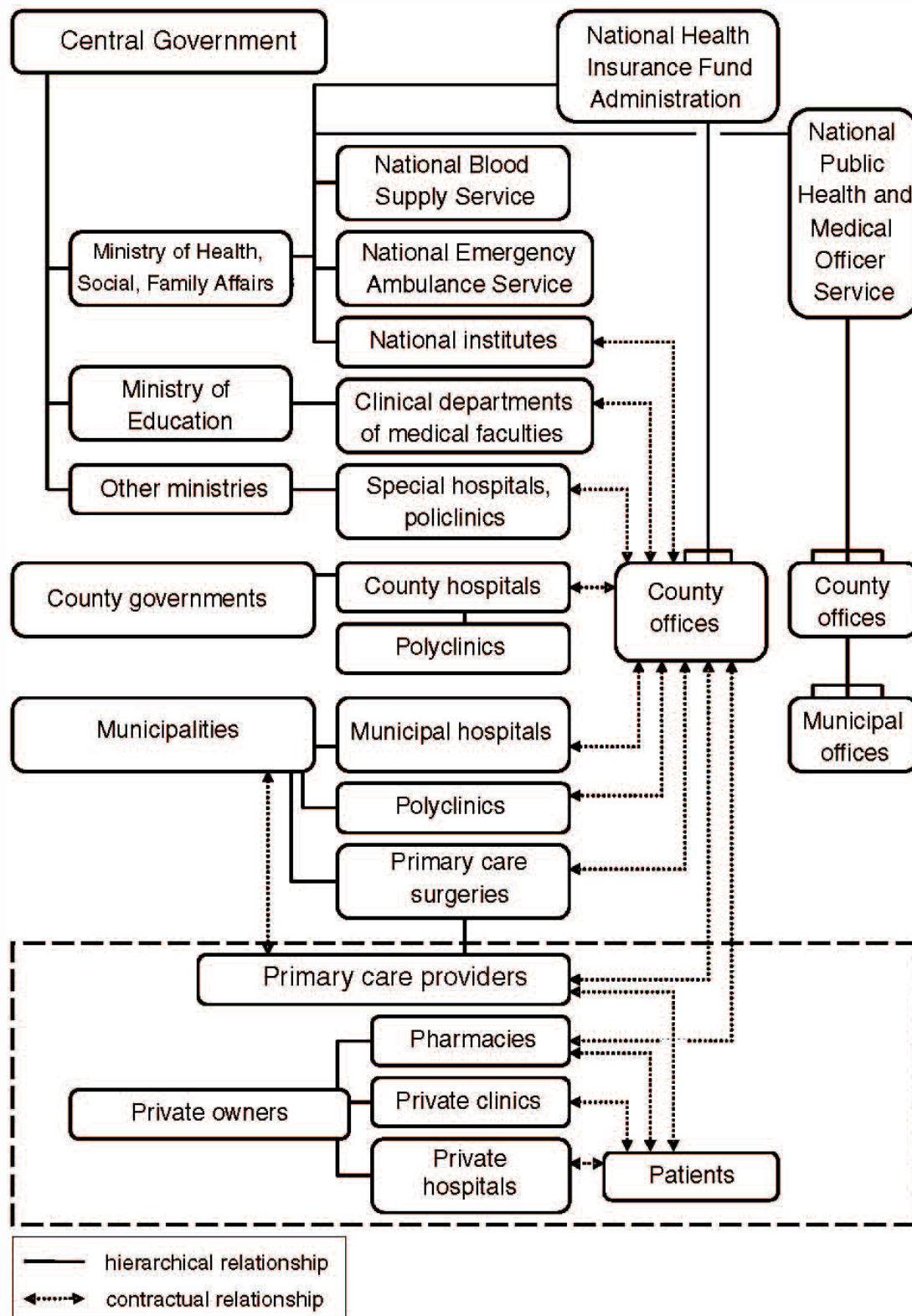
Η τρέχουσα δομή του ουγγρικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης αντιπροσωπεύει μια ιδιαίτερη μετατροπή από το προηγούμενο, ιδιαίτερα συγκεντρωμένο, κρατικό-σοσιαλιστικό πρότυπο.

Από το 1989 το σύστημα έχει γίνει πιο πλουραλιστικό με τις ευθύνες να διαιρούνται μεταξύ των διαφόρων φορέων. Οι υγειονομικές υπηρεσίες στην Ουγγαρία χρηματοδοτούνται πρώτιστα από την κοινωνική ασφάλεια υγείας από το Ταμείο ασφάλειας υγείας (HIF) για επαναλαμβανόμενες δαπάνες οι οποίες διαχειρίζονται από την εθνική διοίκηση Ταμείων ασφάλειας υγείας (NHIFA). Η εθνική κυβέρνηση είναι ο κύριος ρυθμιστής των υπηρεσιών υγείας ασκεί τη νομική επίβλεψη του HIF και ελέγχει το NHIFA.

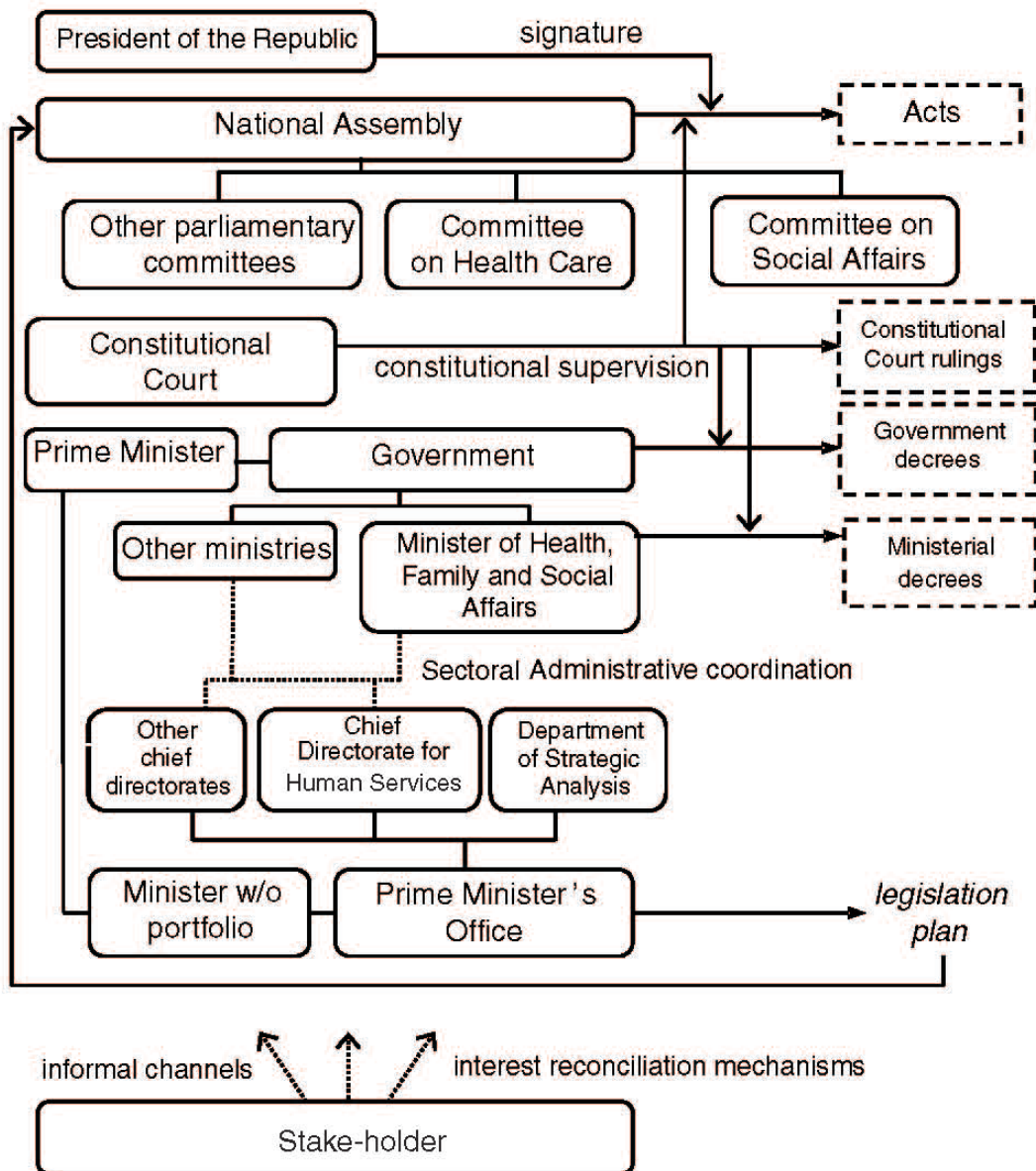
Επιπλέον, παρέχει τις κύριες επιχορηγήσεις και υπηρεσίες δημόσιας υγείας καθώς και μερικές τριτογενείς υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Οι κύριοι φορείς ομαδοποιούνται σε τέσσερις στήλες σύμφωνα με τέσσερις κύριες λειτουργίες: διαχείριση/ ιδιοκτησία συστημάτων, παροχή υπηρεσιών, χρηματοδότηση και δημόσια υγεία. Ο πίνακας επεξηγεί μόνο τις χαρακτηριστικές οργανωτικές ρυθμίσεις στην παροχή χρηματοδότησης και υπηρεσιών. Παραδείγματος χάριν η εθελοντική ασφάλεια υγείας υπάρχει στην Ουγγαρία, αλλά είναι μια αμελητέα πηγή χρηματοδότησης υγειονομικής περίθαλψης.

Πίνακας 3.43 Οργανωτικό διάγραμμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



Πίνακας 3.44 Διαδικασία λήψης αποφάσεων σε εθνικό επίπεδο



Εθνική Συνέλευση

Η Εθνική συνέλευση είναι από τους βασικούς συντελεστές στην λήψη αποφάσεων σε εθνικό επίπεδο σε διάφορους τομείς της δημόσιας πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης της υγείας. Με τη θεσμοθέτηση νόμων, το Κοινοβούλιο αποφασίζει παραδείγματος χάριν το τελικό μέγεθος του προϋπολογισμού του HIF, ή τις μεθόδους πληρωμής των προμηθευτών. Η εθνική συνέλευση αποφασίζει επίσης ετησίως σχετικά με το ποσοστό συμβολής του HIF.

Εθνική Κυβέρνηση

Η εθνική κυβέρνηση (ή κεντρική κυβέρνηση) διατυπώνει την πολιτική υγείας και είναι επίσης ο σημαντικότερος ρυθμιστής του τομέα της υγείας. Βάση των διατάξεων του νόμου ACT CLIV του 1997 ένα νέο σώμα, το συμβούλιο Εθνικής υγείας δημιουργήθηκε το 1999 με σκοπό την παροχή συμβουλών στην κυβέρνηση όσον αφορά την πολιτική υγείας. Συγκεκριμένα η εθνική κυβέρνηση έχει την ευθύνη για :

- Χρηματοδότηση υψηλού κόστους, δημιουργία υψηλής τεχνολογίας, δημόσια υγεία, έκτακτη ανάγκη ασθενοφόρου και υπηρεσίες ανεφοδιασμού αίματος.
- μερική κάλυψη κύριων δαπανών και παροχή επιχορηγήσεων για την ανακαίνιση των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης.
- Μεταφορά του αποκαλούμενου φόρου υγειονομικής περίθαλψης στο HIF αντισταθμίζοντας το κοινωνικό σχέδιο ασφάλειας υγείας για τις μη συμβαλλόμενες ομάδες.
- Κάλυψη του ελλείμματος του HIF
- κάλυψη της πληρωμής για ορισμένα φάρμακα και παροχές ιατροφαρμακευτικής συνδρομής για τους κατοίκους με χαμηλά εισοδήματα.
- Παροχή των φορολογικών επιστροφών στην αγορά της εθελοντικής, μη κερδοσκοπικής ασφάλειας υγείας.

Γραφείο του πρωθυπουργού

Μετά από την αναδιοργάνωσή του το 1998, το γραφείο του πρωθυπουργού έχει αναλάβει έναν ενεργό ρόλο στη χάραξη της ετήσιας πολιτικής υγείας. Έγινε αρμόδιο για τον έλεγχο του NHIFA και τη διοίκηση του ταμείου συνταξιοδοτικής ασφάλειας

Υπουργείο υγείας, κοινωνικών και οικογενειακών υποθέσεων

Το 2002 η παρούσα κυβέρνηση καθιέρωσε το υπουργείο υγείας, κοινωνικών και οικογενειακών υποθέσεων. Το νέο υπουργείο δημιουργήθηκε με τη συγχώνευση του προηγούμενου Υπουργείου υγείας και του Υπουργείου κοινωνικών και οικογενειακών υποθέσεων, τα οποία ενεργούσαν χωριστά από το 1998 μέχρι το 2002. Ο κυρίαρχος ρόλος του υπουργείου υγείας στη διαχείριση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης επιβεβαιώθηκε από τον νόμο *1997 Health Act*. Οι κύριες λειτουργίες της υγείας η πολιτική διατύπωση, ο συντονισμός και ο κανονισμός πραγματοποιούνται από διάφορα ιδρύματα τα οποία βρίσκονται υπό τον άμεσο έλεγχο του υπουργού της υγείας, κοινωνικών και οικογενειακών υποθέσεων. Εκτός από αυτές τις διοικητικές λειτουργίες, μερικά από αυτά τα ιδρύματα παρέχουν τα ίδια υγειονομικές υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας και της υπηρεσίας Ασθενοφόρων Οχημάτων έκτακτης ανάγκης.

Εθνική υπηρεσία δημόσιας υγείας και ανώτερων ιατρικών υπαλλήλων

Το (NPHMOS) είναι μια από τις σημαντικότερες αντιπροσωπείες του Υπουργείου υγείας. Το NPHMOS παρέχει τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της παραδοσιακής δημόσιας υγιεινής και ελέγχου μολυσματικών ασθενειών, της πρόληψης ασθενειών και της προώθησης υγείας. Είναι επίσης κεντρική αρχή της εφαρμογής, του ελέγχου και της επιβολής των κανονισμών, συμπεριλαμβανομένης της εγγραφής και της χορήγησης αδειών των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης. Το NPHMOS είναι αρμόδιο για τον έλεγχο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Εθνικά ιδρύματα υγείας

Τα εθνικά ιδρύματα υγείας εποπτεύουν και υποστηρίζουν την κλινική εργασία σε ολόκληρη τη χώρα, αναλαμβάνουν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, την επιστημονική έρευνα και σε ορισμένες περιπτώσεις διαδικασίες πρόληψης. Τα εθνικά ιδρύματα είναι συνδεδεμένα με πανεπιστημιακά τμήματα, όπως το εθνικό ίδρυμα χειρουργικής επέμβασης, ενώ άλλα είναι ανεξάρτητα ιδρύματα με τα κτήρια τους, όπως το εθνικό ίδρυμα νευροχειρουργικής.

Υπουργείο Οικονομικών και Εφορίας

Το Υπουργείο οικονομικών είναι αρμόδιο για τη φορολογική πολιτική και τον κρατικό προϋπολογισμό συμπεριλαμβανομένου του προϋπολογισμού της εθνικής κυβέρνησης, του προϋπολογισμού των τοπικών κυβερνήσεων και του HIF.

3.2.6.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Οι μεταρρυθμίσεις των προηγούμενων 15 ετών στην Ουγγρική υγειονομική περίθαλψη έχουν μεταμορφώσει το προγενέστερο, βασισμένο στην φορολογική πολιτική, σύστημα υγείας σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Από το 1990 η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί την κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας βασική ασφαλιστική κάλυψη. Το 2001 η Ουγγαρία ξόδεψε το 6,8 % του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της (ΑΕΠ) στην υγεία. Το 75% των συνολικών δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν από δημόσιες πηγές. Δημόσιες πηγές χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν τα έσοδα από τη γενική και τοπική φορολογία, αλλά περισσότερο σημαντικά είναι τα έσοδα από τις συνεισφορές στο σχήμα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο από την καθιέρωσή του το 1990 έχει λειτουργήσει σε εθνικό επίπεδο ως ένα ενιαίο κεφάλαιο, το Ταμείο ασφάλειας υγείας (HIF). Το 2000, το HIF ξόδεψε το 63% των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Οι γενικοί και τοπικοί φόροι αποτέλεσαν το 12% των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη το 2000. Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης χρηματοδότησαν το 24% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2000. Αποτελούνται κυρίως από πληρωμές out of pocket οι οποίες αντιστοιχούν στο 21 % των συνολικών δαπανών για το 2000. Οι εθνικοί λογαριασμοί υγείας, που δημιουργήθηκαν από το 1998 θεωρούνται και αυτοί επίσημη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης και των δαπανών υγείας στην Ουγγαρία.

Πίνακας 3.45 κυριότερες πηγές χρηματοδότησης του Ουγγρικού συστήματος υγείας την περίοδο 1991-2000

| Source | 1991 | 1993 | 1995 | 1997 | 1998 ^a | 1999 ^a | 2000 ^a |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Public expenditure on health at current prices (billion Ft) | 160.6 | 241.0 | 352.3 | 482.5 | 551.7 | 606.5 | 664.5 |
| – Social health insurance ^b | 131.6 | 189.7 | 282.0 | 399.4 | 460.2 | 508.3 | 557.3 |
| – Taxes | 29.0 | 51.2 | 70.3 | 83.1 | 91.4 | 98.2 | 107.2 |
| Private expenditure on health at current prices (billion Ft) | 19.6 | 34.7 | 67.3 | 111.1 | 142.8 | 170.2 | 215.4 |
| – out-of-pocket (households) | 19.6 | 34.7 | 67.3 | 111.1 | 121.3 | 146.9 | 187.3 |
| – other private sources ^c | – | – | – | – | 21.5 | 23.2 | 28.1 |
| Total expenditure of health at current prices (billion Ft) | 180.2 | 275.7 | 419.7 | 593.6 | 694.5 | 776.6 | 880.0 |
| Public sources as % of total expenditure on health | 89.1 | 87.4 | 83.9 | 81.3 | 79.4 | 78.1 | 75.5 |
| – Social health insurance ^b (%) | 73.0 | 68.8 | 67.1 | 67.2 | 66.3 | 65.4 | 63.3 |
| – Taxes (%) | 16.1 | 18.6 | 16.8 | 14.0 | 13.1 | 12.7 | 12.2 |
| Private sources as % of total expenditure on health | 10.9 | 12.6 | 16.0 | 18.7 | 20.6 | 21.9 | 24.5 |
| – out-of-pocket payments (%) | 10.9 | 12.6 | 16.0 | 18.7 | 17.5 | 18.9 | 21.3 |
| – other private sources ^c (%) | – | – | – | – | 3.1 | 3.0 | 3.2 |

Εθνική διοίκηση ταμείων ασφάλειας υγείας (NHIFA)

Το Ταμείο ασφάλειας υγείας (HIF) είναι η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των επαναλαμβανόμενων δαπανών των υγειονομικών υπηρεσιών, και παρέχει επίσης και υπηρεσίες πληρωμής όπως τα επιδόματα ασθενείας. Το HIF είναι ξεχωριστό από τον κυβερνητικό προϋπολογισμό. Η κυβέρνηση δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιοδήποτε πλεόνασμα του HIF για άλλους λόγους αλλά είναι υποχρεωμένη να καλύψει οποιοδήποτε έλλειμμα. Το NHIFA ήταν αρμόδιο για τη συλλογή των συνεισφορών ασφάλειας υγείας μέχρι το τέλος του 1998, όταν η λειτουργία συλλογής εισοδήματος μεταφέρθηκε προς την οικονομική εφορία. Από την αρχή του 2001 το Υπουργείο υγείας ελέγχει το NHIFA, το οποίο έχει υποκαταστήματα σε διάφορους νομούς της χώρας για να χορηγεί τις εργολαβίες και να πληρώνει τους τοπικούς προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης.

Πίνακας 3.46 εισοδήματα, δαπάνες και έλλειμμα του ταμείου ασφάλειας υγείας, 1993-2000

| Expenditure category | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total HIF revenues (current prices, billion Ft) | 277.9 | 341.8 | 382.9 | 420.1 | 493.1 | 558.6 | 650.3 | 730.8 |
| – as % of GDP | 7.8 | 7.8 | 6.8 | 6.1 | 5.8 | 5.5 | 5.7 | 5.6 |
| Total HIF expenditures ^a (current prices, billion Ft) | 303.6 | 359.9 | 405.2 | 463.6 | 549.2 | 629.4 | 698.0 | 794.4 |
| – as % of GDP | 8.5 | 8.2 | 7.2 | 6.7 | 6.4 | 6.2 | 6.1 | 6.1 |
| HIF expenditures on health care (current prices, billion Ft) | 189.7 | 246.6 | 282.0 | 333.9 | 399.4 | 460.2 | 508.6 | 557.2 |
| – as % of GDP | 5.3 | 5.7 | 5.0 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.3 |
| HIF deficit (current prices, billion Ft) | 25.7 | 18.1 | 22.3 | 43.5 | 56.1 | 70.8 | 47.7 | 63.6 |
| – as % of total HIF expenditure ^a | 8.5 | 5.0 | 5.5 | 9.4 | 10.2 | 11.3 | 6.8 | 8.0 |
| – as % of public expenditure on health | 10.7 | 5.7 | 6.3 | 10.7 | 11.6 | 12.7 | 7.8 | 9.5 |
| – as % of total expenditure on health | 9.3 | 5.0 | 5.3 | 8.8 | 9.5 | 10.1 | 6.1 | 7.2 |
| – as % of GDP | 0.72 | 0.41 | 0.40 | 0.63 | 0.66 | 0.70 | 0.42 | 0.48 |

Πίνακας 3.47 Δαπάνες Ταμείων ασφάλειας υγείας σε κύριες κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης, 1993-2000

| Expenditure category | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total expenditure | | | | | | | | |
| (current prices, billion Ft) | 303.6 | 359.9 | 405.2 | 463.6 | 549.2 | 629.4 | 698.0 | 794.4 |
| Cash benefits (%) | 36.6 | 30.0 | 29.2 | 26.3 | 25.8 | 23.8 | 25.0 | 27.8 |
| Health care (%) | 63.4 | 70.0 | 70.8 | 73.7 | 74.2 | 76.2 | 75.0 | 72.2 |
| Expenditure on cash benefits | | | | | | | | |
| (current prices, billion Ft) | 111.0 | 108.0 | 118.2 | 122.0 | 141.8 | 149.7 | 174.7 | 221.1 |
| Expenditure on health care | | | | | | | | |
| (current prices billion Ft) | 192.5 | 251.9 | 287.0 | 341.6 | 407.4 | 479.8 | 523.2 | 573.4 |
| Administration (%) ^a | 2.9 | 4.2 | 3.9 | 4.5 | 4.3 | 4.4 | 3.7 | 3.0 |
| In-kind benefits (%) | 97.1 | 95.8 | 96.1 | 95.5 | 95.7 | 95.6 | 96.3 | 97.0 |
| In-kind benefits | | | | | | | | |
| (current prices, billion Ft) | 186.9 | 214.4 | 275.7 | 326.1 | 389.9 | 458.5 | 504.1 | 556.0 |
| Curative and preventive services (%) | 70.4 | 70.2 | 69.3 | 68.9 | 68.7 | 65.2 | 67.2 | 67.6 |
| Medicines subsidy (%) | 26.5 | 25.8 | 25.7 | 26.2 | 25.9 | 29.6 | 27.7 | 27.1 |
| Medical aids subsidy (%) | 2.5 | 3.0 | 3.9 | 3.7 | 4.3 | 4.3 | 4.1 | 4.1 |
| Balneotherapy (%) ^a | – | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.6 |
| Transport subsidy (%) | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.5 | 0.5 | 0.6 |
| Other (%) ^a | – | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.2 | 0.2 |
| Curative and preventive services | | | | | | | | |
| (current prices, billion Ft) | 131.6 | 169.4 | 191.0 | 224.8 | 268.0 | 299.1 | 338.9 | 376.1 |
| Primary Care (%) | – | 18.5 | 16.6 | 15.9 | 15.7 | 16.0 | 15.4 | 14.7 |
| – family doctor services (%) | – | 11.6 | 10.6 | 11.1 | 10.7 | 11.0 | 10.4 | 9.7 |
| – dental care, MCH, other (%) | – | 6.8 | 5.9 | 4.8 | 4.9 | 5.0 | 5.2 | 5.0 |
| Outpatient specialist care (%) | – | 15.2 | 17.5 | 15.8 | 15.6 | 16.0 | 15.9 | 15.9 |
| Dialysis (%) | – | 1.5 | 2.0 | 2.4 | 2.5 | 2.5 | 2.6 | 2.7 |
| CT, MRI (%) | – | – | – | 2.1 | 2.0 | 2.1 | 1.9 | 1.9 |
| Home care (%) | – | – | – | 0.0 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| Inpatient services (%) | – | 57.1 | 58.6 | 59.4 | 58.6 | 61.5 | 62.2 | 59.0 |
| – Acute care (%) | – | 49.3 | 50.7 | 51.6 | 50.5 | 53.3 | 53.8 | 50.8 |
| – Specialist care (%) | – | 1.5 | 1.8 | 1.7 | 2.1 | 1.9 | 2.1 | 2.1 |
| – Chronic care (%) | – | 6.3 | 6.0 | 6.1 | 6.0 | 6.3 | 6.3 | 6.1 |
| Other (%) ^b | – | 7.7 | 5.4 | 4.3 | 5.4 | 1.5 | 1.5 | 5.4 |

Πίνακας 3.49 Επαναλαμβανόμενες και κύριες δαπάνες της κυβέρνησης στην υγειονομική περίθαλψη, 1991-2000

| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 ^a | 1999 ^a | 2000 ^a |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Recurrent government expenditure (current prices, billion Ft) | 13.9 | 24.5 | 30.5 | 42.5 | 43.2 | 48.0 | 46.4 | 54.8 | 62.6 | 71.7 |
| – national government ^a | – | – | – | – | – | – | – | 38.3 | 44.3 | 53.4 |
| – local government ^a | – | – | – | – | – | – | – | 12.6 | 15.9 | 16.6 |
| Government investments (current prices, billion Ft) ^b | 15.1 | 18.5 | 20.7 | 28.3 | 27.1 | 23.2 | 36.7 | 36.5 | 35.7 | 35.5 |
| Total government expenditure on health (current prices, billion Ft) | 29.0 | 42.5 | 51.2 | 70.8 | 70.3 | 71.2 | 83.1 | 91.4 | 98.2 | 107.2 |
| – as % of total expenditure on health | 16.1 | 18.6 | 18.6 | 19.5 | 19.5 | 14.3 | 14.0 | 13.2 | 12.6 | 12.2 |
| – as % of GDP | 1.2 | 1.5 | 1.4 | 1.6 | 1.3 | 1.0 | 1.0 | 0.9 | 0.9 | 0.8 |
| Government investments on health ^a at constant prices (1991=100) ^c | 100 | 102 | 91 | 105 | 80 | 56 | 75 | 66 | 60 | 55 |
| – as % of total investment on health ^a | – | – | – | – | – | – | – | 89.8 | 96.9 | 97.9 |
| – as % of total expenditure on health | 8.3 | 8.1 | 7.5 | 7.8 | 6.5 | 4.7 | 6.2 | 5.3 | 4.6 | 4.0 |
| – as % of GDP | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.5 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.3 | 0.3 |

Επιπρόσθετες πληρωμές

Οι πληρωμές out of pocket στο Ουγγρικό σύστημα υγείας είναι ευδιάκριτες με τρεις κύριες μορφές. Κατ' αρχάς, μερικά προϊόντα και υπηρεσίες δεν καλύπτονται από το σχήμα κοινωνικής ασφάλισης οπότε χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου με αυτές τις πληρωμές. Δεύτερον, οι ασθενείς κάνουν συμπληρωματικές πληρωμές για τις υπηρεσίες και τα προϊόντα που καλύπτονται εν μέρει από το HIF. Τρίτον, μερικοί ασθενείς πληρώνουν τους ιατρούς και τους προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες ανεπίσημα για υπηρεσίες που καλύπτονται από το HIF.

Πίνακας 3.50 Πληρωμές out of pocket, 1991-2000

| | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-----------------|
| Out-of-pocket expenditure (a) (current prices, billion Ft) | 19.0 | 24.1 | 32.3 | 44.9 | 59.4 | 68.8 | 80.1 | 94.6 | 137.8 |
| – at constant prices (1991=100) ^b | 115 | 119 | 135 | 146 | 156 | 153 | 156 | 167 | 222 |
| – % of GDP | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 1.1 |
| Share of out-of-pocket expenditure (a) spent on | | | | | | | | | |
| – pharmaceuticals (%) | 49 | 58 | 64 | 66 | 73 | 71 | 70 | 73 | 71 ^a |
| – medical aids and prostheses (%) | 17 | 13 | 11 | 9 | 8 | 10 | 10 | 10 | |
| – health services (%) | 22 | 14 | 13 | 14 | 10 | 11 | 13 | 9 | 22 |
| – informal payment (%) | 13 | 16 | 13 | 10 | 9 | 9 | 7 | 8 | 7 |
| Informal payment (a) (current prices, billion Ft) | 2.4 | 3.9 | 4.3 | 4.7 | 5.3 | 5.8 | 5.9 | 8.0 | 9.3 |
| – as % of total expenditure on health | 1.1 | 1.4 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 1.0 | 0.8 | 1.0 | 1.1 |
| – as % of GDP | 0.08 | 0.11 | 0.10 | 0.08 | 0.08 | 0.07 | 0.06 | 0.07 | 0.06 |
| Out-of-pocket expenditure (b), (c) (current prices, billion Ft) | 27.4 | 34.7 | 46.1 | 67.3 | 91.3 | 111.1 | 121.3 | 146.9 | 187.3 |
| – at constant prices (1991=100) ^b | 114 | 117 | 131 | 150 | 164 | 169 | 161 | 178 | 206 |
| – as % of GDP | 0.9 | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.3 | 1.2 | 1.3 | 1.4 |
| Informal payment (billion Ft) (c) | – | – | – | – | – | – | 13.4 | 16.4 | 20.9 |
| – as % of total expenditure on health | – | – | – | – | – | – | 1.9 | 2.1 | 2.4 |
| – as % of GDP | – | – | – | – | – | – | 0.13 | 0.14 | 0.15 |

3.2.6.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Το 2002 η Ουγγαρία είχε 182 νοσοκομεία και 80.844 εγκεκριμένα κρεβάτια εξαιρουμένων εκείνων του Υπουργείου δικαιοσύνης. Αυτά τα νοσοκομεία, σε γενικές γραμμές, μπορούν να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη σε δημοτικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Το 2002 οι τοπικές κυβερνήσεις κατείχαν το 76% όλων των νοσοκομειακών κρεβατιών στην Ουγγαρία εκ των οποίων το 14.8 % ήταν στην πρωτεύουσα. Τα πανεπιστημιακά τμήματα είχαν το 8,9%, τα εθνικά ιδρύματα είχαν το 8,2%, τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης του Ουγγρικού κρατικού σιδηρόδρομου είχαν το 1,9% και το Υπουργείο εσωτερικών όπως και το Υπουργείο άμυνας είχαν το 2,5% του συνολικού αριθμού των κρεβατιών. Επιπλέον το 2,6 % των νοσοκομειακών κρεβατιών κατείχαν οι εκκλησίες και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα τα οποία λειτουργούν και κάποια από τα νοσοκομεία και επομένως είναι επιλέξιμα για χρηματοδότηση από το HIF. Όλα τα νοσοκομεία πρέπει να καταχωρηθούν και να λάβουν μια άδεια από το NPHMOS, ανταποκρινόμενα σε κάποια απαραίτητα επίπεδα ανθρώπινων και υλικών πόρων. Επιπλέον θα πρέπει να έχουν συνάψει ασφάλεια αστικής ευθύνης.

Πίνακας 3.51 Χωρητικότητα νοσοκομείων , 1980-2002

| | 1980 | 1990 | 1994 | 1996 | 1997 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Approved hospital beds per 1000 population | 9.1 | 10.1 | 9.8 | 9.0 | 9.0 | 8.2 | 7.9 | 7.9 |
| – Acute hospital beds | 6.6 | 7.1 | 7.1 | 6.2 | 5.8 | 5.6 | 6.0 | 6.0 |
| – Chronic hospital beds | 2.5 | 3.0 | 2.7 | 2.8 | 2.5 | 2.6 | 1.9 | 1.9 |
| Hospital beds in operation per 1000 population (a) | 8.7 | 9.8 | 9.4 | 8.9 | 8.2 | 8.2 | 7.9 | 7.9 |
| Hospital beds per 1000 population (b) | 9.1* | 9.8 | 9.3 | 8.8 | 8.2 | 8.1 | 7.9 | 7.6 |
| – Acute hospital beds | 6.6 | 7.1 | – | 6.9 | 5.7 | 6.3 | 6.0 | 6.0 |
| – Psychiatric hospital beds | 1.2 | 1.3 | 1.0 | 1.0 | 0.5 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| – Nursing & elderly home beds | 0.3 | 0.4 | 0.5 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Σύμφωνα με τα στοιχεία του W.H.O η Ουγγαρία είχε 3.2 ενεργούς ιατρούς και 8.5 νοσοκόμες ανά 1000 άτομα πληθυσμού το 2002. Το εργατικό δυναμικό των ιατρών της χώρας ταξινομείται παρόμοια με τις γειτονικές χώρες αλλά είναι χαμηλότερο από το μέσο όρο των 15 πιο ανεπτυγμένων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο ο μέσος όρος του προσωπικού υγείας κρύβει κάποιες υγειονομικές ανισότητες καθώς επίσης και κάποιες ανισότητες στην ύπαρξη ειδικών ιατρών. Καθ' όλη τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, το ποσοστό των ιατρών παθολόγων αντιστοιχούσε περίπου σε 20% των συνολικών ενεργών παθολόγων, ενώ οι ειδικοί αποτελούσαν περίπου το 80% του εργατικού δυναμικού των παθολόγων.

Τα προβλήματα με τον συνολικό αριθμό των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης στην Ουγγαρία έχουν κληρονομηθεί από το προηγούμενο καθεστώς. Οι μισθοί των εργαζομένων στον ιατρικό κλάδο, ειδικά των ιατρών, κρατήθηκαν χαμηλοί συγκρινόμενοι με άλλους τομείς της οικονομίας της Ουγγαρίας και ειδικά των δυτικών ευρωπαϊκών χωρών. Επιπλέον, οι χαμηλοί μισθοί και οι άτυπες πληρωμές κράτησαν τους ιατρούς στο επάγγελμα για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από την ηλικία της αποχώρησης δεδομένου ότι η κρατική σύνταξη ήταν πάρα πολύ χαμηλή για να διατηρήσει ένα κόσμιο βιοτικό επίπεδο. Το 1999, το 6% των εργαζόμενων ιατρών ήταν πάνω από 65, και περισσότερο από το 3% πάνω από 70 ετών.

Οι περισσότεροι ειδικοί είναι μισθοδοτημένοι δημόσιοι υπάλληλοι, οι οποίοι δικαιούνται ένα κατώτατο επίπεδο μισθού σύμφωνα με μια κλίμακα αμοιβής βασισμένη στα προσόντα και τα έτη εμπειρίας. Οι περισσότεροι κλινικοί ειδικοί λαμβάνουν ακόμα κάποια άτυπη πληρωμή από τους ασθενείς.

Πίνακας 3.52 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ανά 100.000 πληθυσμού , 1985-2002

| Number per 100000 population | 1985 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|------------------------------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Active physicians | 289 | 280 | 296 | 299 | 303 | 308 | 310 | - | - | 319 |
| Active family doctors ^a | 52 | 57 | 63 | 64 | 65 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 |
| Active nurses | - | 773 | 797 | 801 | 795 | 807 | 793 | 798 | 834 | 855 |
| Active dentists | 35 | 40 | 40 | 42 | 44 | 45 | 45 | - | - | 48 |
| Active pharmacists | 32 ^b | 33 | 33 | 40 | 43 | 47 | 47 | 48 | 49 | 50 |
| Active midwives | 24 | 25 | 23 | 23 | 22 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 |
| Physicians graduated | 9 | 9 | 10 | 10 | 9 | 8 | 9 | 9 | 10 | 10 |
| Nurses graduated | 78 | 50 | 53 | 45 | 54 | 53 | 43 | - | 48 | 47 |

Η κατάρτιση των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης παρέχεται στα επίπεδα δευτεροβάθμιας, και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που εποπτεύονται από το Υπουργείο Παιδείας, και σε μορφή επαγγελματικής κατάρτισης που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας. Οι ιατροί και οι φαρμακοποιοί εκπαιδεύονται σε τέσσερα πανεπιστήμια, στα οποία οι σχολές των πέντε ιατρικών πανεπιστημίων έχουν ενσωματωθεί. Η προπτυχιακή εκπαίδευση διαρκεί έξι έτη για τους ιατρούς, πέντε έτη για τους οδοντιάτρους και τέσσερα και μισό έτη για τους φαρμακοποιούς. Επιπλέον, τα πανεπιστήμια μπορούν να προσφέρουν σειρές μαθημάτων μεταπτυχιακής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Οι προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες όπως οι νοσοκόμες και οι βοηθοί εκπαιδεύονται σε διάφορα επίπεδα. Οι εν ενεργεία νοσοκόμες έχουν εκπαιδευθεί στη δευτεροβάθμια επαγγελματική για τέσσερα έτη.

3.2.6.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι βασισμένη στη συνταγματική υποχρέωση του κράτους να καταστήσει τις υγειονομικές υπηρεσίες διαθέσιμες για όλους τους πολίτες. Το σύστημα παροχής οργανώνεται βάσει της ευθύνης για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η οποία διαιρείται μεταξύ των τοπικών κυβερνήσεων σύμφωνα με τις γεωγραφικές περιοχές και των επιπέδων παροχής : οι δήμοι είναι αρμόδιοι για την παροχή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για τον τοπικό πληθυσμό μέσα στα σύνορα του δήμου, ενώ οι κυβερνήσεις των περιφερειών είναι αρμόδιες για τις υπηρεσίες ειδικής υγειονομικής περίθαλψης για ολόκληρο τον νομό τους.

Σύμφωνα με την αρχή της επικουρικότητας οι κυβερνήσεις των περιφερειών δε μπορούν να αρνηθούν να περάσουν την ευθύνη για παροχή υπηρεσιών στους δήμους εάν οι τελευταίοι είναι πρόθυμοι να την δεχτούν. Παραδείγματος χάριν, υπάρχουν δημοτικά νοσοκομεία που παρέχουν τη δευτεροβάθμια περίθαλψη όχι μόνο για τους κατοίκους του σχετικού δήμου, αλλά και για το γειτονικό πληθυσμό. Επιπλέον, τα μεγάλα νοσοκομεία των νομών παρέχουν την τριτογενή περίθαλψη ορισμένων ιατρικών ειδικεύσεων για πληθυσμό περισσότερων του ενός νομού.

Ο νόμος ACT LXXX του 1997 καθορίζει τους κανόνες συμμετοχής στο σχήμα κοινωνικής ασφάλισης καθώς επίσης και την χρηματική συμμετοχή και τα χρηματικά οφέλη. Η ιδιότητα μέλους είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες που ζουν στην Ουγγαρία και η αποχώρηση από το σχήμα είναι μη επιτρεπτή. Κατά γενικό κανόνα, οι συγγρικές μειονότητες που ζουν στις γειτονικές χώρες δεν έχουν δικαίωμα στις υγειονομικές υπηρεσίες στην Ουγγαρία, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι απαγορεύτηκε η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στο παρελθόν. Παραδείγματος χάριν, οι φιλανθρωπικές οργανώσεις οργάνωσαν και χρηματοδότησαν υγειονομικές υπηρεσίες που περιέθαλπαν αυτές τις μειονότητες. Από την 1η Ιανουαρίου του 2002 εντούτοις, εκείνοι που εργάζονται στην Ουγγαρία πρέπει να συμμετέχουν στο σχήμα κοινωνικής ασφάλειας. Τα μέλη των συγγρικών μειονοτήτων που δεν εργάζονται στην Ουγγαρία αλλά χρησιμοποιούν τις υγειονομικές υπηρεσίες της μπορούν να υποβάλουν αίτηση για αποζημίωση από τις τρέχουσες δαπάνες.

Ο πληθυσμός διαιρείται σε τρεις ομάδες :(1) υπάλληλοι, (2) ομάδες που καλύπτονται χωρίς συμβολή - συμπεριλαμβανομένων των υποτελών των άλλων ομάδων και των ειδικών ομάδων όπως οι συνταξιούχοι, οι γυναίκες στην άδεια μητρότητας, οι κληρωτοί, οι άνθρωποι με πολύ χαμηλά εισοδήματα, και οι εξαρτώμενοι αυτών - και (3) όλοι οι άλλοι κάτοικοι με την προσωπική κάρτα υγείας. Οι αλλοδαποί που εργάζονται στην Ουγγαρία για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν είναι υποχρεωμένοι να συμμετέχουν, αλλά μπορούν να το κάνουν εάν έτσι επιθυμούν. Οι άστεγοι άνθρωποι καλύπτονται εάν καταχωρηθούν από την κυβέρνηση ως άνθρωποι χαμηλού εισοδήματος. Κατά συνέπεια, η κάλυψη του πληθυσμού είναι ουσιαστικά καθολική με λιγότερο από 1% του πληθυσμού που δεν καλύπτεται. Οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχονται βάσει μιας μοναδικής προσωπικής

κάρτας υγείας. (TAJ). Εντούτοις, δεν υπάρχει αυτήν την περίοδο κανένα σύστημα που να μπορεί να ελέγξει εάν οι συνεισφορές έχουν πράγματι καταβληθεί.

Η συμβολή στο σχήμα κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι ανάλογη. Καθορίζεται από την εθνική συνέλευση και για την ομάδα 1 διαχωρίζεται μεταξύ του εργοδότη και του εργαζομένου. Το 2002 η συμβολή ήταν 14% επί του ακαθάριστου μισθού: οι εργοδότες πλήρωσαν το 11% και οι υπάλληλοι έπρεπε να πληρώσουν το 3%, το οποίο ήταν άμεσα αφαιρετέο από τον ακαθάριστο μισθό. Επιπλέον, τα μέλη της τρίτης ομάδας, όπως οι αγρότες, μπορούν να επιλέξουν να πληρώσουν μόνο το 11% του τρέχοντος βασικού μισθού, αλλά δεν έχουν δικαίωμα για εξαργυρώσουν χρηματικά οφέλη εκτός αν καταβάλλουν τη συνολική συνεισφορά. (14% του βασικού μισθού). Οι παροχές για τις μη συμβαλλόμενες ομάδες μοιράζονται μεταξύ του HIF και της κυβέρνησης. Εκείνοι που δικαιούνται οφέλη ασθένειας και ανικανότητας πρέπει να καλυφθούν από το Ταμείο, ενώ η κυβέρνηση μεταφέρει το εισόδημα από τον φόρο υγειονομικής περίθαλψης στο ταμείο προκειμένου να συμβάλει για το υπόλοιπο της ομάδας 2.

Πίνακας 3.53 Συνεισφορές κοινωνικής ασφάλειας και φόρος υγειονομικής περίθαλψης , 1980-2002

| | 1980 | 1990 | 1996 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|-------|--------------|------|------|------|------|------|------|
| Social insurance contributions ^a | | | | | | | | |
| Total (% of gross salary) | 27-34 | 53 | 52.5 | 49 | 44 | 44 | 42 | 40 |
| – employer | 24 | 43 | 42.5 | 39 | 33 | 33 | 31 | 29 |
| – employee | 3-10 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| Of which: | | | | | | | | |
| health insurance contribution | | | | | | | | |
| Total (% of gross salary) | – | ^b | 22 | 18 | 14 | 14 | 14 | 14 |
| – employer | – | ^b | 18 | 15 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| – employee | – | ^b | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Ceiling on monthly employee contribution (Ft) | – | ^b | 3000 | 4068 | 4632 | 4968 | – | – |
| Hypothecated health care tax | | | | | | | | |
| Lump sum (Ft/month) | – | – | – | 2100 | 3600 | 3900 | 4200 | 4500 |

Σύμφωνα με τους αρχικούς στόχους οι δήμοι είναι αρμόδιοι για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Πρέπει να εξασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες των οικογενειακών γιατρών , η οδοντιατρική περίθαλψη, και οι σχολικές υγειονομικές υπηρεσίες είναι διαθέσιμες για τον τοπικό πληθυσμό. Η παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μοιράζεται μεταξύ των δήμων ,των περιφερειών, της εθνικής κυβέρνησης και σε μικρότερη έκταση μεταξύ των ιδιωτικών προμηθευτών.

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Στην Ουγγαρία η φαρμακευτική βιομηχανία είναι ευρύτατα ρυθμισμένη να λειτουργεί από την παραγωγή στο μάρκετινγκ και μετά στη διανομή. Οι φαρμακοβιομηχανίες ήταν κατά κύριο λόγο κρατικές και εφοδίαζαν όχι μόνο το μεγαλύτερο μέρος της εγχώριας αγοράς, αλλά εξήγαγαν και στις γειτονικές χώρες. Όλα τα φαρμακευτικά είδη πρέπει να περάσουν από μια διαδικασία εγγραφής και καταχώρησης η οποία εποπτεύεται από το εθνικό φαρμακευτικό ίδρυμα προτού μπορέσουν να εισαχθούν στο εμπόριο. Η τιμή των φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των περιθωρίων μεταξύ χονδρικής και λιανικής πώλησης, είναι επίσης ρυθμισμένη. Οι διαπραγματεύσεις τιμών για τον τομέα των εξωτερικών ασθενών πραγματοποιούνται μεταξύ των παραγωγών και μιας κυβερνητικής επιτροπής. Οι αντιπρόσωποι του Υπουργείου υγείας, του Υπουργείου οικονομικών και του NHIFA συμμετέχουν στις ετήσιες διαπραγματεύσεις.

Ο Υπουργός υγείας καθορίζει επίσης τους κανόνες της συνταγογράφησης, οι οποίοι μπορούν να έχουν μια επίδραση στο ποσό επιχορήγησης για το οποίο ο κάθε ασθενής είναι επιλέξιμος. Παραδείγματος χάριν, ορισμένα φάρμακα εξωτερικών ασθενών λαμβάνουν μια μικρότερη επιχορήγηση εάν ο οικογενειακός γιατρός ορίζει την συνταγογράφηση. Η επιχορήγηση μπορεί να είναι 0%, 50%, 70%, 90% ή 100% της συμφωνηθείσας τιμής διάθεσης στην αγορά ή ένα σταθερό ποσό.

Πίνακας 3.54 Φαρμακευτικές δαπάνες, 1992-2000

| | 1992 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Expenditures on outpatient pharmaceuticals | | | | | | | |
| at current prices (billion Ft) | 49.5 | 103.1 | 121.9 | 156.6 | 191.2 | 229.8 | 250.1 |
| – as % of total health expenditure | 21.8 | 24.6 | 24.6 | 26.4 | 27.4 | 29.5 | 28.2 |
| Public expenditures | 40.2 | 72.8 | 84.3 | 110.5 | 136.7 | 152.6 | 161.6 |
| – National government co-payment exemption | – | 5.5 | 6.8 | 8.8 | 9.9 | 10.3 | 11.0 |
| – Social insurance subsidy | 40.2 | 67.3 | 77.5 | 101.7 | 126.8 | 142.3 | 150.6 |
| Private expenditures | 9.3 | 30.4 | 37.4 | 46.1 | 54.4 | 77.1 | 88.4 |
| – on non-subsidized medicines | 5.3 | 15.0 | 19.8 | 24.8 | 28.9 | 41.7 | 45.9 |
| – co-payments | 4.0 | 15.4 | 17.6 | 21.3 | 25.6 | 35.4 | 42.5 |
| Expenditures on outpatient pharmaceuticals at constant 1990 prices (billion Ft)^a | | | | | | | |
| Public expenditures | 24.2 | 24.7 | 22.4 | 24.4 | 26.4 | 26.8 | 25.9 |
| – National government co-payment exemption | – | 1.8 | 1.8 | 1.9 | 1.9 | 1.8 | 1.8 |
| – Social insurance subsidy | 24.2 | 22.9 | 20.6 | 22.5 | 24.5 | 25.0 | 24.1 |
| Private expenditures | 5.6 | 9.8 | 9.8 | 10.2 | 10.5 | 13.5 | 14.1 |
| – on non-subsidized medicines | 3.2 | 4.9 | 5.2 | 5.5 | 5.6 | 7.3 | 7.3 |
| – co-payments | 2.4 | 5.0 | 4.6 | 4.7 | 4.9 | 6.2 | 6.8 |
| Hospital pharmaceutical expenditures | | | | | | | |
| at current prices (billion Ft) | 14.1 | 22.8 | 26.2 | 29.1 | 30.2 | 36.3 | 37.1 |
| at constant 1990 prices ^a | 8.5 | 7.4 | 6.8 | 6.4 | 5.8 | 6.4 | 5.9 |

3.2.7 ΠΟΛΩΝΙΑ



3.2.7.1 Εισαγωγή

Η Δημοκρατία της Πολωνίας είναι η μεγαλύτερη χώρα στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη τόσο σε πληθυσμό (38.2 εκατομμύρια) όσο και σε έκταση (312.685 km²). Είναι επίσης η μεγαλύτερη χώρα μεταξύ των δέκα χωρών που εισήλθαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) τον Μάιο του 2004. Μετά από συνεχόμενα έτη κατά τα οποία παρουσίαζε πτώση τη δεκαετία του '70 και της δεκαετία του '80, η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση άρχισε να αυξάνεται μετά από το 1991 φθάνοντας σε 78.9 έτη για τις γυναίκες και 70.5 έτη για τους άνδρες το 2003, και αυτός ο αριθμός αναμένεται να ανέλθει σε 81.4 έτη για τις γυναίκες και σε 72.2 έτη για τους άνδρες το 2020-2025.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου της πολωνικής ανεξαρτησίας μεταξύ του 1918 και του 1939, οι υπηρεσίες υγείας εξελίχθηκαν και μερικοί πρόσθετοι πόροι χρηματοδότησης δημιούργησαν το Κοινωνικό σύστημα ασφάλισης υγείας το οποίο κάλυπτε το 7% του πληθυσμού. Μετά από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, δημιουργήθηκε το Υπουργείο Υγείας και η υγειονομική περίθαλψη αναγνωρίστηκε ως μια δημόσια ευθύνη. Η Πολωνία ανέπτυξε ένα σύγχρονο υγειονομικό σύστημα κατά τη διάρκεια των επόμενων δεκαετιών που, εντούτοις, περιείχε αρκετές πτυχές του προγενέστερου σοβιετικού πρότυπού του.

Το δεύτερο κύμα μεταρρυθμίσεων στόχευσε να συγκεντρώσει την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας σε κάθε περιοχή. Το 1960, ο υπουργός Υγείας μετονομάστηκε σε υπουργός Υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Το 1972, ιδρύθηκαν οι διοικητικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, τα λεγόμενα ZOZ (Zespol Opiekni Zdrowotnej), ούτως ώστε να πραγματοποιείται η διοικητική διαχείριση των νοσοκομείων, των κλινικών για τους εξωτερικούς ασθενείς καθώς επίσης και μερικών κοινωνικών υπηρεσιών. Το 2003 δημιουργήθηκε το Εθνικό ταμείο υγείας.

3.2.7.2 Οργανωτική δομή

Καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, το πολωνικό υγειονομικό σύστημα παρέμενε χρηματοδοτούμενο κυρίως από το κράτος. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Πολωνία προχώρησε στο βαθμιαίο εκφυλισμό του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένης της αναδιοργάνωσης του προηγούμενου υγειονομικού συστήματος. Το πρώτο βήμα για τη δημιουργία ενός μη συγκεντρωτικού συστήματος ήταν η αύξηση της δύναμης της επαρχιακής διοίκησης. Η διοίκηση των περισσότερων υγειονομικών υπηρεσιών μεταφέρθηκε το 1991 από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας στις επαρχίες και σε μικρότερη έκταση στις τοπικές αρχές. Το δεύτερο βήμα, από το 1993 και μετά, ήταν να μεταβιβαστεί η ιδιοκτησία των περισσότερων υγειονομικών εγκαταστάσεων του δημόσιου τομέα στις επαρχίες και στις τοπικές κυβερνήσεις.

Από το 1999, το υγειονομικό σύστημα έχει υποβληθεί σε σημαντικές δομικές αλλαγές με τη σημαντικότερη εξ αυτών να είναι η δημιουργία 16 περιφερειακών ταμείων ασφάλισης και ενός χωριστού ταμείου για τους δημόσιους υπάλληλους όπως οι στρατιωτικοί και οι εργαζόμενοι στο σιδηρόδρομο. Συνεπεία της αυξανόμενης δυσaréσκειας χρηστών με τη μεταρρύθμιση, ήταν οι συγχώνευση όλων σε ένα ενιαίο εθνικό Ταμείο υγείας (NHF) το 2003.

Υπουργείο Υγείας

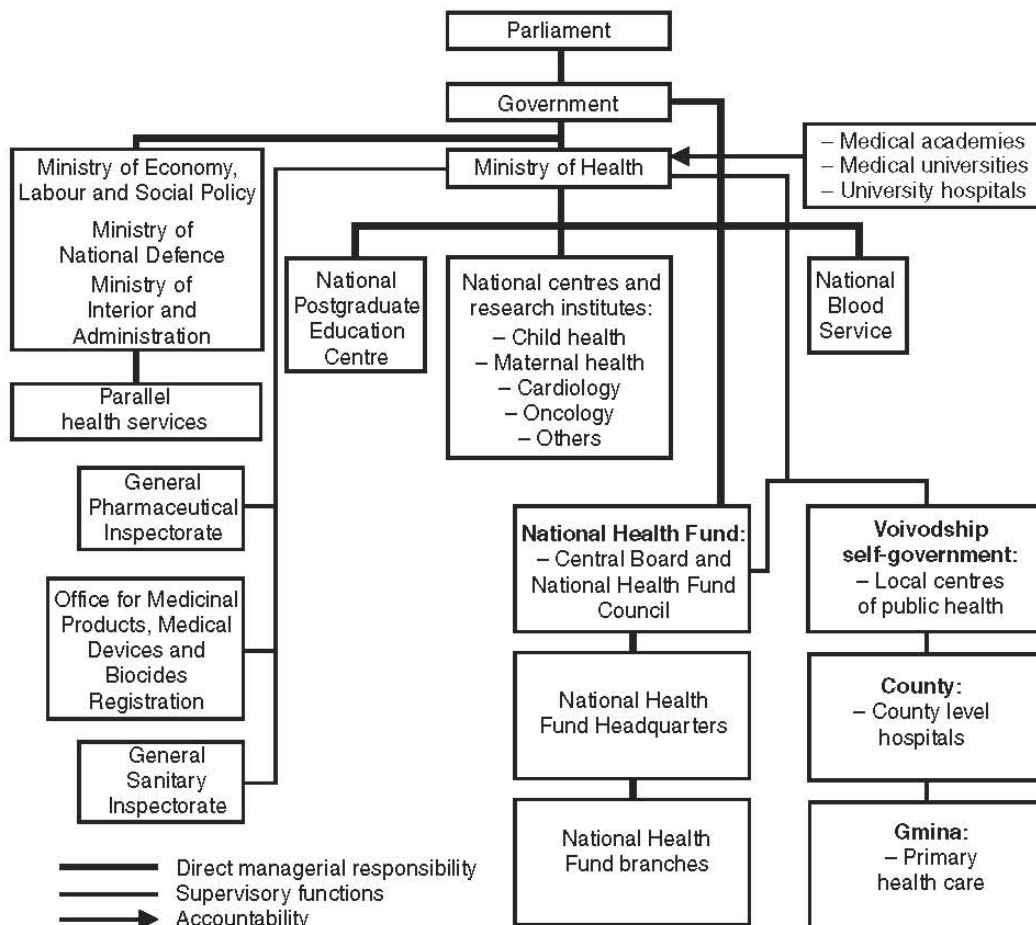
Από το 1989, ο ρόλος του υπουργού Υγείας έχει εξελιχθεί σταδιακά από χρηματοδότης και πάροχος υγειονομικής περίθαλψης, σε σχεδιαστής πολιτικής και ρυθμιστής. Το Υπουργείο γενικά, είναι αρμόδιος για την εθνική πολιτική υγείας, για σημαντικές επενδύσεις κεφαλαίου, για τις ιατρικές επιστήμες και την εκπαίδευση. Έχει διοικητική ευθύνη μόνο για τα όργανα υγειονομικής περίθαλψης τα οποία χρηματοδοτεί άμεσα. Οι ιατρικές ακαδημίες, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τα ερευνητικά κέντρα είναι ημιαυτόνομες, αλλά αναφέρονται στο Υπουργείο Υγείας. Το Υπουργείο είναι επίσης αρμόδιο για την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων δημόσιας υγείας, καθώς και για την κατάρτιση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, την χρηματοδότηση του ιατρικού εξοπλισμού και τον καθορισμό και τον έλεγχο των προτύπων της υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον, ο υπουργός Υγείας έχει διάφορες εποπτικές λειτουργίες. Αυτές περιλαμβάνουν τη επίβλεψη του κύριου φαρμακευτικού επιθεωρητή και Προέδρου του γραφείου για τα ιατρικά προϊόντα και τις ιατρικές συσκευές. Ο Υπουργός εποπτεύει επίσης τον κύριο υγειονομικό επιθεωρητή, ο οποίος είναι αρμόδιος για την υγιεινή συμπεριλαμβανομένης της επίβλεψης της ασφάλειας και της ποιοτικής αξιολόγησης των τροφίμων.

Εθνικό ταμείο υγείας

Το εθνικό Ταμείο υγείας ξεκίνησε τις εργασίες του το 2003 ως διάδοχο των προηγούμενων 16 ταμείων. Ο σημαντικότερος στόχος του NHF είναι να χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες υγείας υπηρεσίες που παρέχονται στους ασφαλισμένους. Το NHF χρηματοδοτεί τις υγειονομικές υπηρεσίες σύμφωνα με τους οικονομικούς πόρους του. Το NHF απαγορεύεται να συμμετέχει σε επικερδείς δραστηριότητες και εποπτεύεται από το Συμβούλιο των Ταμείων. Το Συμβούλιο των Ταμείων αποτελείται από εννέα μέλη πενταετούς θητείας τα οποία διορίζονται από τον πρωθυπουργό.

Πίνακας 3.55 Οργανωτική δομή του Πολωνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



3.2.7.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η Πολωνική υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται κατά ένα μεγάλο μέρος από την κυβέρνηση μέσω των προϋπολογισμών που συντάσσονται από το υπουργείο Οικονομικών. Ωστόσο οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ και ως ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού μειώθηκαν ελαφρώς κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90. Ο προϋπολογισμός της εθνικής κυβέρνησης είναι ιστορικά η κυριότερη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Το υπουργείο Οικονομικών χρηματοδοτεί το υγειονομικό σύστημα από τον κεντρικό προϋπολογισμό, αν και εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης εμφανίστηκαν μετά το 1990.

Βασική ασφάλιση υγείας

Στη βασική ασφάλιση υγείας, το ποσοστό της ασφάλισης, οι συνεισφορές, η βάση για τον υπολογισμό τους και εκείνοι που τις πληρώνουν, είναι καθορισμένες σύμφωνα με το νόμο σχετικά με την καθολική ασφάλιση υγείας. Όλες οι κοινωνικές ομάδες καλύπτονται ουσιαστικά από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Τα εισοδήματα από την ασφάλιση υγείας αθροίζονταν με τις συνεισφορές των μεμονωμένων ταμείων ασφάλισης (και αργότερα του νομικού διαδόχου τους - το εθνικό Ταμείο υγείας) διαμορφώνοντας έτσι τη σημαντικότερη δημόσια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Τα πρώτα ασφαλιστικά σχήματα πρότειναν ένα ποσοστό συμβολής 10-11%, παρόμοιο με αυτό που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της συμβολής στη κοινωνική ασφάλιση. Με το νόμο όμως του 1998 το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 7.5%.

Επιπρόσθετες πληρωμές

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, οι επιπρόσθετες ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, αποτελούν το 60% όλων των ιδιωτικών δαπανών στην υγειονομική περίθαλψη. Ένα σχετικά μικρό μέρος των δαπανών περιλαμβάνουν τις πληρωμές και τις συμπληρωματικές πληρωμές για τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από τους δημόσιους παρόχους.

Πίνακας 3.56 Μέσες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία κατά κεφαλήν και ανά μήνα

| Years | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Change 1998-2002 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------|
| Average private expenditure on health per capita and month (in PLN) | 21.35 | 23.69 | 26.63 | 27.58 | 28.32 | +33% |
| of which: | | | | | | |
| - Pharmaceuticals and medical devices | 12.25 | 14.92 | 17.71 | 19.33 | 20.39 | +66% |
| - Health services including non-conventional medicine | 8.48 | 8.08 | 8.37 | 7.67 | 7.44 | -12% |
| - Hospital care and resort treatment | 0.63 | 0.69 | 0.55 | 0.58 | 0.48 | -24% |

Πίνακας 3.57 Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ), 2000-2004

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|----------|----------|-----------|----------|----------|
| Total (PLN million) | 27 586.9 | 30 605.5 | 327 757.7 | 33 313.6 | 34 937.7 |
| of which: | | | | | |
| – Sickness funds (PLN million) | 23 009.3 | 26 415.4 | 28 675.9 | 29 213.6 | 30 487.4 |
| – (% of total) | 83.4 | 86.3 | 8.7 | 87.7 | 87.3 |
| – State budget ^a (PLN million) | 3622.3 | 3266.1 | 3078.8 | 3146.1 | 3191.5 |
| – Self-government budgets ^b (PLN million) | 955.3 | 924.0 | 1021.0 | 953.9 | 1258.5 |
| – Percentage of GNP | 3.81 | 4.02 | 4.20 | 4.08 | 3.95 |
| – Public expenditure on health (PLN per month per capita) | 50.0 | 61.6 | 62.1 | 71.5 | 74.4 |

Πίνακας 3.58 Δομή των δαπανών για υγειονομικές υπηρεσίες από τα Ταμεία ασφάλισης υγείας (% του συνόλου)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Primary health care | 19.9% | 13.6% | 12.9% | 12.2% | 11.6% |
| Outpatient specialized care | 6.6% | 7.2% | 7.2% | 6.9% | 6.4% |
| Hospital care | 50.4% | 46.8% | 46.7% | 42.5% | 41.9% |
| Emergency service | 3.5% | 3.6% | 3.4% | 3.3% | 3.2% |
| Supply of pharmaceuticals | 15.7% | 19.6% | 19.6% | 19.1% | 21.8% |
| Other costs ^a | 3.9% | 9.2% | 10.2% | 16.0% | 15.1% |

3.2.7.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Εν συντομία, τα νοσοκομεία παρέχουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε τέσσερεις βασικούς τομείς: εσωτερική ιατρική, χειρουργική επέμβαση, μαιευτική και γυναικολογία και παιδιατρική. Οι τομείς αυτοί χρησιμοποιούνται για να ταξινομήσουν τα νοσοκομεία σύμφωνα με τα επίπεδα παραπομπής. Νοσοκομεία που έχουν μόνο τα τέσσερα βασικά τμήματα είναι γνωστά ως πρώτου επιπέδου παραπομπής νοσοκομεία και διοικούνται κυρίως από τις κυβερνήσεις των νομών. Δεύτερου επιπέδου παραπομπής θεωρούνται αυτά, που διοικούνται συνήθως από τις κυβερνήσεις των επαρχιών και παρέχουν υπηρεσίες σε άλλες ειδικεύσεις όπως καρδιολογία, δερματολογία και ογκολογία. Τα νοσοκομεία τρίτου επιπέδου παραπομπής, είναι συνήθως πανεπιστημιακά νοσοκομεία και παρέχουν ιδιαίτερα εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα από τους κορυφαίους ειδικούς

Μονάδες υγειονομικής περίθαλψης

Η καθιέρωση και η διαχείριση των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να λάβουν οποιαδήποτε μορφή όπως καθορίζεται από το νόμο σχετικά με τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Βάσει αυτού του νόμου, μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης είναι μια ανεξάρτητη εγκατάσταση από άποψη οργάνωσης, προσωπικού και πόρων χρηματοδότησής της. Δημιουργείται για να παρέχει τις υγειονομικές υπηρεσίες και να προωθεί την υγεία. Μια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται ως:

- Ένα νοσοκομείο,
- Μια μονάδα χρόνιας ιατρικής φροντίδας,
- Μια ιδιωτική κλινική,
- Ένα τμήμα εξωτερικών ασθενών,
- Ένα κέντρο υγείας
- Μία Υπηρεσία Ασθενοφόρων Οχημάτων έκτακτης ανάγκης
- Ένα διαγνωστικό εργαστήριο
- Ένας βρεφικός σταθμός

Πίνακας 3.59 Αριθμός δημόσιων νοσοκομείων , 2002-2003

| | 2002 | 2003 |
|----------------------------------|------|------|
| General hospitals | 429 | 427 |
| Specialized hospitals | 231 | 226 |
| University hospitals | 42 | 41 |
| Institute hospitals | 15 | 14 |
| Other hospitals | 22 | 24 |
| Total number of public hospitals | 739 | 732 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Οι επαγγελματίες του ιατρικού τομέα μπορούν να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες: επαγγελματίες που καλύπτονται από το τομεακό σύστημα της ΕΕ όσον αφορά την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων τους , και επαγγελματίες που καλύπτονται από το γενικό σύστημα της ΕΕ όσον αφορά την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων τους. Η πρώτη κατηγορία αφορά πέντε επαγγέλματα: γιατρούς, οδοντιάτρους, νοσοκόμες, μαίες και φαρμακοποιούς. Η δεύτερη κατηγορία αφορά τα εξής επαγγέλματα: ειδικούς στις εργαστηριακές διαγνώσεις , λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, οπτικούς, οδοντικοί τεχνικοί, θεράποντες ιατρικού μασάζ και ορθοπεδικοί τεχνικοί. Ο αριθμός των γιατρών, των νοσοκόμων και του υπόλοιπου προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης στην Πολωνία είναι χαμηλότερος από αυτόν στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Η Πολωνία έχει 2.3 γιατρούς ανά 1000 άτομα πληθυσμού το 2002. Ο αριθμός αυτός έχει αυξηθεί σταδιακά από το 1970.

Το 2003, ο μέσος μηνιαίος μισθός ενός γιατρού προ φόρου από την εργασία του στον τομέα της δημόσιας υγείας ήταν €750 ενώ ο μισθός μιας νοσοκόμας ήταν €400. Με πολλούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης να επιδιώκουν επίπεδα μισθών πιο κοντά στα δυτικοευρωπαϊκά αντίστοιχα , καταγράφεται μια αύξηση στις άτυπες πληρωμές «φακέλων». Στην Πολωνία, υπάρχουν ένδεκα ιατρικές ακαδημίες, από τις οποίες απεφοίτησαν 2.473 παθολόγοι και 901 οδοντίατροι το 2002. Από τότε, ο αριθμός των πτυχιούχων μειώνεται συνεχώς. Όλοι οι πτυχιούχοι των ιατρικών ακαδημιών είναι υποχρεωμένοι να συμμετέχουν σε μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

3.2.7.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Μετά τη δημιουργία των ταμείων ασθένειας το 1999, το οποίο υποκίνησε το όλο σύστημα με τους παρόχους και τη δημιουργία του ταμείου εθνικής υγείας το 2003, η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει από πολλές απόψεις αλλάξει. Το 1998, η υγειονομική περίθαλψη παρεχόταν κυρίως μέσω ενός περιφερειακού συστήματος τριών επιπέδων. Ο υπουργός Υγείας και κοινωνικής πρόνοιας διαχειριζόταν την τριτογενή νοσοκομειακή περίθαλψη. Το δεύτερο επίπεδο περιελάμβανε κυρίως τους ειδικούς παθολόγους και την ενσωμάτωσή τους στα νοσοκομεία, τα οποία παρείχαν στον ασθενή υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρεχόταν κυρίως από τις διοικητικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης (ZOZs). Τα ZOZs περιελάμβαναν τουλάχιστον τέσσερις ειδικότητες: εσωτερική ιατρική, χειρουργική επέμβαση, παιδιατρική, και μαιευτική και γυναικολογία. Στο τρίτο επίπεδο, η τοπική κυβέρνηση παρείχε την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Από το 1952, το πολωνικό κράτος παράσχει καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι μεταρρυθμίσεις τομέα της υγείας στη δεκαετία του '90 επιδίωξαν να διατηρήσουν αυτήν την υποχρέωση. Ο νόμος υγειονομικής περίθαλψης του 1991 καθώς και οι επόμενοι καθορίζουν μια σειρά βασικών υπηρεσιών που πρέπει να παρέχονται. Μόνο μερικές υγειονομικές υπηρεσίες αποκλείστηκαν, όπως η εναλλακτική θεραπεία και η αισθητική χειρουργική. Οι ακόλουθες υγειονομικές υπηρεσίες αποκλείστηκαν από το εγγυημένο πακέτο παροχών :

- υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται βάσει των ξεχωριστών κανονισμών
- πιστοποιητικά υγείας για τους οδηγούς καθώς και άλλα ιατρικά πιστοποιητικά κατά παράκληση του ασφαλισμένου
- υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε νοσοκομειακά θέρετρα
- οδοντιατρικές υπηρεσίες
- εμβολιασμοί
- άλλες υπηρεσίες που καθορίζονται από έναν κατάλογο που εκδίδεται με διάταγμα του υπουργού Υγείας

Οι ακόλουθες υπηρεσίες παρέχονται με επιπρόσθετες πληρωμές από τους ασφαλισμένους:

- Δαπάνες τροφίμων και στέγασης στις ιδιωτικές κλινικές ιατρικής φροντίδας
- Δαπάνες τροφίμων και στέγασης στις ιατρικές εγκαταστάσεις αποκατάστασης που παρέχουν τις εικοσιτετράωρες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- Ένα προκαθορισμένο ποσό για τα βασικά φάρμακα
- 30% ή 50% της αξίας των συμπληρωματικών φαρμάκων που παρέχονται βάσει συνταγών

- Ένα προκαθορισμένο ποσό για τις διαγνωστικές εξετάσεις
- Μερικές ή πλήρεις δαπάνες των ορθοπεδικών συσκευών
- Δαπάνες μεταφοράς με ασθενοφόρο

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Η παραγωγή των φαρμάκων στα φαρμακεία έχει χάσει πλέον τη σημασία της. Σήμερα, τα φάρμακα που παράγονται στην Πολωνία από τη βιομηχανία φαρμάκων είναι πιο κοινά από εκείνα που παράγονται στα φαρμακεία. Η ασφάλεια, η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα είναι τα τρία βασικά κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη στο στάδιο της εγγραφής, του μάρκετινγκ και της έγκρισης των ιατρικών προϊόντων και των ιατρικών συσκευών. Πρόσφατα, περισσότερα από 15.000 φαρμακευτικά είδη έχουν καταχωρηθεί και τους έχει δοθεί η έγκριση για μάρκετινγκ στην Πολωνία. Για να καλυφθούν οι απαιτήσεις της ΕΕ, πάνω από 8000 πολωνικά φάρμακα πρέπει να υποβάλλονται σε επαναλαμβανόμενες έρευνες

Η πολωνική βιομηχανία φαρμάκων αποτελείται από 238 επιχειρήσεις. Τα τελευταία χρόνια, ένας ουσιαστικός αριθμός φαρμακευτικών επιχειρήσεων έχει μεταφερθεί σε ιδιωτική ιδιοκτησία μέσω της επένδυσης του διεθνούς κεφαλαίου. Προς το παρόν, υπάρχουν μόνο τρεις εγκαταστάσεις που ανήκουν στο κράτος.. Το 2002, η συνολική αξία της παραγωγής υπολογίζεται σε PLN 4.8 δισεκατομμύρια. Τα φάρμακα στη φαρμακευτική αγορά διαιρούνται στις ακόλουθες κατηγορίες που αντικατοπτρίζουν τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων στους ασθενείς:

- Φάρμακα με αποζημίωση επί της αξίας
- Συνταγογραφούμενα φάρμακα που πληρώνονται πλήρως από τους ασθενείς
- Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα που πληρώνονται πλήρως από τους ασθενείς

Τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο, ο κατάλογος με τις αποζημιώσεις για το κάθε φάρμακο δημοσιεύεται από το υπουργείο Υγείας. Τα φάρμακα τα οποία αποζημιώνονται διαιρούνται σε δύο σημαντικές κατηγορίες:

- φάρμακα διαθέσιμα σε όλους τους ασφαλισμένους
- φάρμακα διαθέσιμα στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τρεις καταλόγους διαθέσιμων φαρμάκων στους ασθενείς με διαφορετικά επίπεδα επιπρόσθετης πληρωμής:

- Προκαθορισμένη τιμή (€0.70) ανά συσκευασία
- 30% του κόστους των φαρμάκων
- 50% του κόστους των φαρμάκων.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τέσσερις καταλόγους φαρμάκων, τρεις από τους οποίους περιλαμβάνουν τα φάρμακα με καθορισμένα επίπεδα πληρωμών και το τέταρτο περιλαμβάνει τα φάρμακα που παρέχονται δωρεάν.

3.2.8 ΙΣΛΑΝΔΙΑ



3.2.8.1 Εισαγωγή

Η Ισλανδία είναι ένα νησί στον βόρειο Ατλαντικό Ωκεανό, βορειοδυτικά των βρετανικών νησιών. Η έκτασή του, 103.000 τετραγωνικά χιλιόμετρα, το καθιστά κάπως μεγαλύτερο από την Πορτογαλία ή την Ουγγαρία. Με 288.000 κατοίκους το 2002, είναι η αραιότερα κατοικημένη χώρα στην Ευρώπη, με μέσο όρο 2,8 κατοίκους ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής από την γέννηση έχει αυξηθεί από τα 60 έτη για τις γυναίκες το 1921-1930 σε 82,2 έτη το 2000-2002. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής ενός ατόμου έχει αυξηθεί από 56,2 σε 78,2 έτη που είναι και η υψηλότερη σε όλο τον κόσμο. Οι γυναίκες της Ισλανδίας είχαν επίσης την πιο μακροχρόνια υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στον κόσμο μερικά έτη πριν, αλλά τώρα βρίσκονται στην ένατη θέση. Η διαφορά στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής μεταξύ των ανδρών και των γυναικών είναι μικρότερη στην Ισλανδία, όπου είναι τέσσερα έτη, απ' ότι στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, όπου είναι συνήθως 6 ή 7 έτη.

Ο πρώτος Ισλανδός ιατρός διορίστηκε από τον Δανό βασιλιά το 1760. Ήταν Ισλανδός στην υπηκοότητα που εκπαιδεύτηκε στη Δανία. Η κατοικία του ήταν στο Seltjarnarnes, κοντά στην πόλη Ρευκιάβικ (που αργότερα έγινε η πρωτεύουσα της Ισλανδίας). Ο επίσημος τίτλος του ήταν *Landlaeknir*, το οποίο σημαίνει εθνικός παθολόγος, ένας τίτλος που κατέχει ακόμα ο ιατρικός διευθυντής υγείας της χώρας. Ο Δανός βασιλιάς ίδρυσε επίσης και το πρώτο φαρμακείο το οποίο διέυθυνε κατά την διάρκεια των πρώτων ετών έως ότου προσλήφθηκε ένας φαρμακοποιός στην ίδια θέση. Η Ισλανδία εκείνη την περίοδο είχε περίπου 30.000 κατοίκους. Το πρώτο νοσοκομείο της Ισλανδίας ιδρύθηκε στο Ρεύκιαβικ το 1866 και είχε 14 κρεβάτια. Μετά το 1890 η δημόσια υγεία στην Ισλανδία βελτιώθηκε αισθητά. Η θνησιμότητα, και ειδικότερα η θνησιμότητα των νηπίων, μειώθηκε ουσιαστικά εκείνη την περίοδο, και συνετέλεσε σε μια αύξηση στον αριθμό κατοίκων. Μια νοσηλευτική κοινωνία, η Likh ιδρύθηκε στο Ρεύκιαβικ το 1915.

Στην αρχή του εικοστού αιώνα ιδρύθηκαν σε όλη τη χώρα τα κεφάλαια ασφάλειας υγείας και το 1936 επιβεβαιώθηκαν από το νόμο και έγιναν μέρος της κοινωνικής πρόνοιας. Οι ασφαλισμένοι συνεισέφεραν ένα σταθερό ποσό για τα δημοτικά κεφάλαια ασφάλειας υγείας. Τα κεφάλαια ασφάλειας υγείας συνέχισαν την ύπαρξή τους και μετά το 1972 αλλά με τη χρηματοδότηση τους να γίνεται μέσω των φόρων κατά 80 % από το κράτος και κατά 20 % από τις τοπικές κυβερνήσεις. Κατ' αυτό τον τρόπο, η σημαντικότητα των κεφαλαίων ασφάλειας υγείας σταδιακά μειώθηκε. Ο ρόλος τους στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης έγινε πολύ μικρότερος λόγω των αλλαγών στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και των κέντρων υγειονομικής περίθαλψης.

3.2.8.2 Οργανωτική δομή

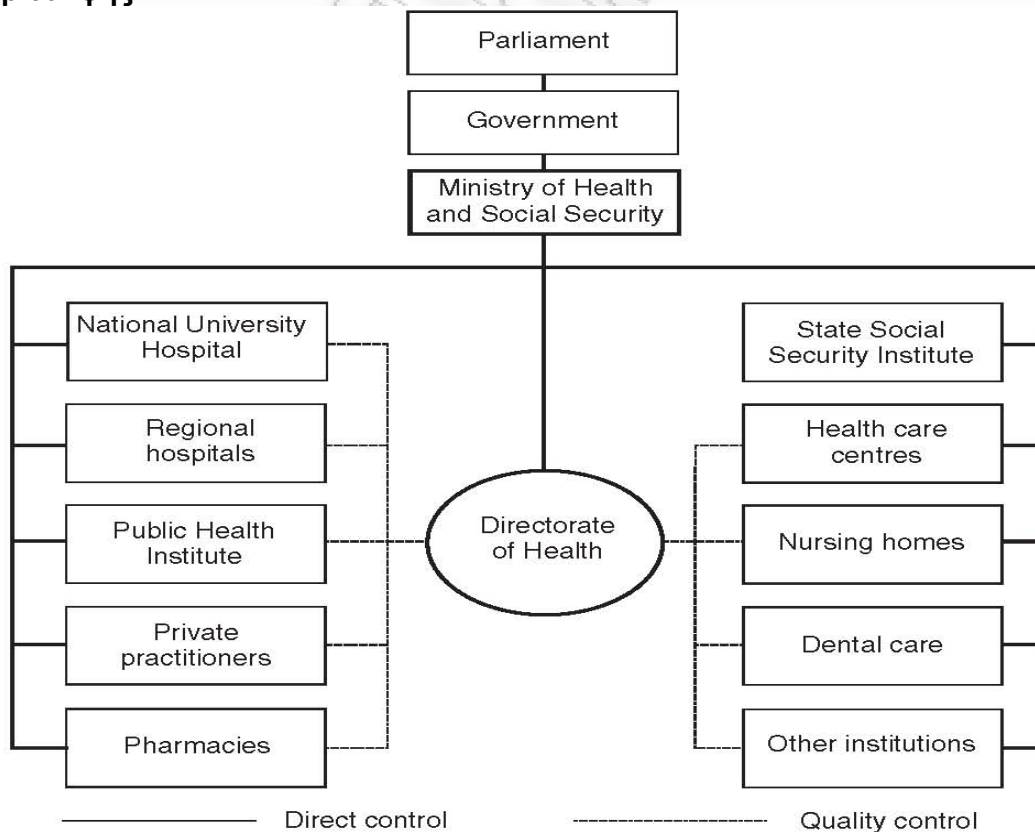
Στην Ισλανδία ο υπουργός κοινωνικής ασφάλισης και υγείας είναι αρμόδιος για τη διοίκηση των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι δήμοι είναι αρμόδιοι για την λειτουργία άλλων δημόσιων υπηρεσιών όπως η πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Το Υπουργείο κοινωνικής ασφάλισης και υγείας οργανώνεται σε επτά τμήματα:

- Τμήμα χρηματοδότησης
- Τμήμα νομικών ζητημάτων
- Τμήμα κοινωνικής ασφάλισης - νομικά ζητήματα
- Τμήμα κοινωνικής ασφάλισης - ζητήματα ευημερίας
- Τμήμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, νοσοκομείων και περίθαλψης των ηλικιωμένων
- Τμήμα φαρμακευτικών ειδών
- Τμήμα προγραμματισμού και ανάπτυξης.

Τα επτά τμήματα είναι αρμόδια για την διοικητική εργασία επάνω στις βασικές λειτουργίες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής ασφάλισης καθώς επίσης και για την καθοδήγηση και την εναρμόνιση των δραστηριοτήτων στον τομέα της υγείας.

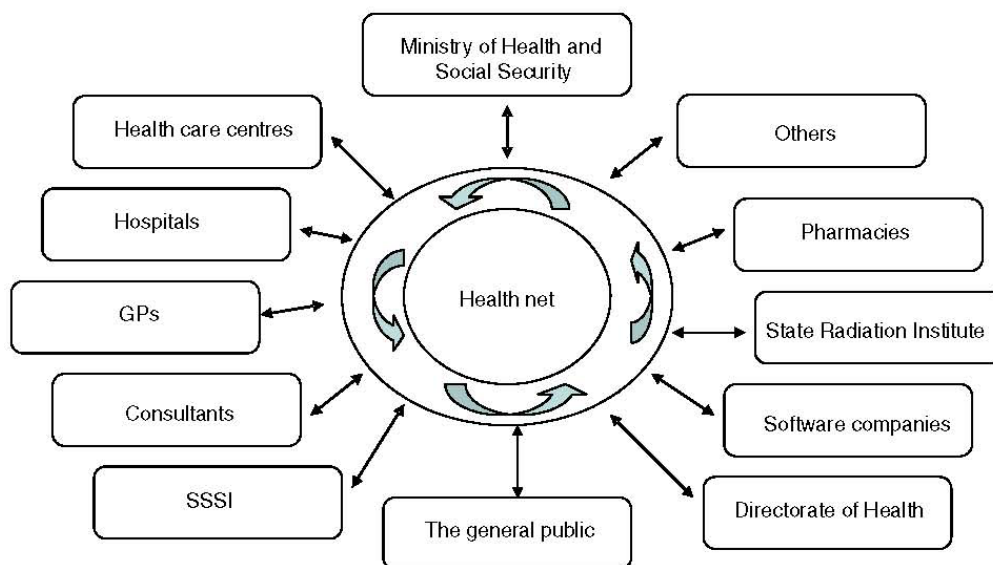
Πίνακας 3.60 Οργανωτικό διάγραμμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



Ο ιατρικός διευθυντής υγείας χρησιμεύει ως σύμβουλος του υπουργού και της κυβέρνησης σε όλα τα σχετικά με την υγεία θέματα. Εποπτεύει τις δραστηριότητες και την λειτουργία των προσφερόντων ιατρικές υπηρεσίες εγκαταστάσεων, συλλέγει τις στατιστικές εκθέσεις και είναι υπεύθυνος για τη δημοσίευση των στατιστικών της υγείας της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο κοινωνικής ασφάλισης και υγείας. Η διεύθυνση της υγείας είναι υποχρεωμένη να εξετάσει τις καταγγελίες ή τις δαπάνες που προκύπτουν από τις σχέσεις μεταξύ του κοινού και των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι άνθρωποι μπορούν επίσης να παρουσιάσουν τις καταγγελίες τους σε μια επιτροπή που δεν έχει καμία σύνδεση με τις αρμόδιες για την υγεία αρχές και προεδρεύεται από έναν δικηγόρο. Το γραφείο κρατικής επιδημιολογίας είναι αρμόδιο για τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών και την πρόληψή τους σύμφωνα με το νόμο για τις μεταδοτικές ασθένειες που τέθηκε σε ισχύ το 1998. Η επιτροπή των μεταδοτικών ασθενειών δημιουργεί την πολιτική και τα μέτρα ενάντια στις μεταδοτικές ασθένειες, και συμβουλεύει τις αρμόδιες για την υγεία αρχές για την αποτροπή της διάδοσής τους .

Το ίδρυμα κρατικής κοινωνικής ασφάλισης (SSSI) είναι αρμόδιο για την διοίκηση της συνταξιοδοτικής ασφάλισης και τις ασφάλισης υγείας ασφάλεια υγείας σύμφωνα με το νόμο για την κοινωνική ασφάλιση. Κάθε κλάδος της ασφάλειας έχει χωριστούς πόρους χρηματοδότησής και αποτελεί ανεξάρτητο τμήμα μέσα στο SSSI. Τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης σε όλη τη χώρα παρέχουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτή η ρύθμιση ήταν μια σημαντική μεταρρύθμιση του νόμου υγειονομικών υπηρεσιών που τέθηκε σε ισχύ το 1974.

Πίνακας 3.61 Το Ισλανδικό δίκτυο υγείας.



3.2.8.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το ισλανδικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία του δημοσίου τομέα. Χρηματοδοτείται κατά 82,9% από το κράτος, είτε άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό είτε έμμεσα μέσω του κρατικού κοινωνικού ιδρύματος ασφάλειας (SSSI). Τα έσοδα των κρατικών φόρων προέρχονται κατά 30% από το φόρο ατομικού και εταιρικού εισοδήματος, κατά 35% από το φόρο προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α), κατά 10% από τους φόρους κοινωνικής ασφάλισης, και κατά 5% από τους φόρους των καθαρών κερδών. Το ποσοστό των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που δεν χρηματοδοτείται από τους φόρους και το οποίο ανέρχεται σε 17,1% επί του συνόλου των υπηρεσιών, χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τις ιδιωτικές πληρωμές.

Πίνακας 3.62 Κύριες πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, 1980-2001

| Source of finance | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Public | 88.2 | 87.0 | 86.6 | 83.9 | 84.0 | 83.7 | 82.9 |
| Taxes | 88.2 | 87.0 | 86.6 | 83.9 | 84.0 | 83.7 | 82.9 |
| Statutory insurance | – | – | – | – | – | – | – |
| Private | 11.8 | 13.0 | 13.4 | 16.1 | 16.0 | 16.3 | 17.1 |
| Out-of-pocket | 11.8 | 13.0 | 13.4 | 16.1 | 16.0 | 16.3 | 17.1 |
| Private insurance | – | – | – | – | – | – | – |
| Other | – | – | – | – | – | – | – |

Οι μόνες συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης στο Ισλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι οι πληρωμές out of pocket που ανέρχονται σε περίπου 17 % των συνολικών δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια. Αυτό το μερίδιο ήταν 20% στην αρχή της δεκαετίας του '70, βαθμιαία μειώθηκε σε μόλις 10-11 % την περίοδο 1978-1983 και έπειτα αυξήθηκε πάλι.

Η Ισλανδία τρέχει ένα συγκριτικά ακριβό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σαν ποσοστό του ακαθαρίστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη έχουν διπλασιαστεί μεταξύ 1970 και 2000. Αποτελούσαν το 4,0% του ΑΕΠ το 1970, ανερχόμενες σταθερά σε μόλις πάνω από 8% από το 1983 έως το 1997 πριν φθάσουν στο μέγιστο σημείο του 9,5% το 1999. Το 2000, η Ισλανδία παρουσίασε τις τέταρτες υψηλότερες συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης κατά κεφαλήν, ως ποσό των δημοσίων και ιδιωτικών εξόδων, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Πίνακας 3.63 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, 1970-2000

| Year | Total health care expenditures as % of GDP | Public health care expenditures as % of GDP | Private health care expenditures as % of GDP | Health care expenditure index (1970=100) | Health care expenditure index per capita (1970=100) |
|------|--|---|--|--|---|
| 1970 | 4.03 | 3.20 | 0.83 | 100.0 | 100.0 |
| 1975 | 5.83 | 5.08 | 0.75 | 181.7 | 170.4 |
| 1980 | 6.19 | 5.46 | 0.73 | 243.0 | 217.8 |
| 1985 | 7.25 | 6.31 | 0.94 | 342.4 | 290.0 |
| 1990 | 7.81 | 6.77 | 1.05 | 439.0 | 352.3 |
| 1995 | 8.25 | 6.92 | 1.32 | 461.4 | 355.5 |
| 2000 | 9.32 | 8.63 | 1.62 | 558.8 | 408.5 |

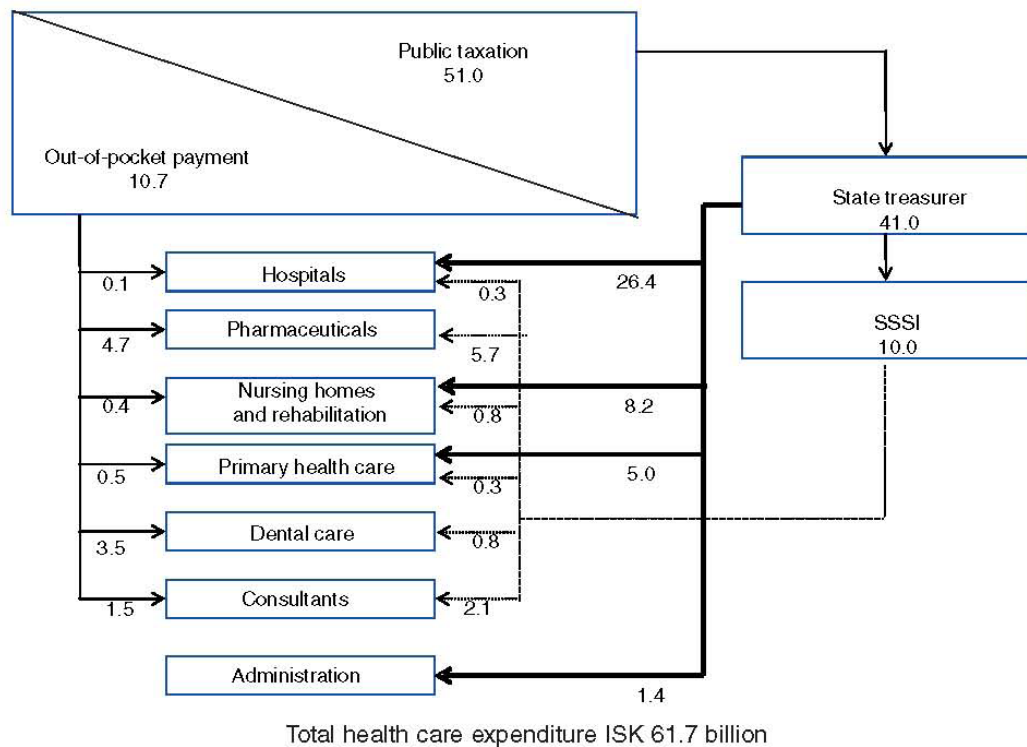
Πίνακας 3.64 Τάσεις στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, 1980 - 2000

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Value in current prices (million US \$, PPP) | 131 | 229 | 351 | 491 | 543 | 610 | 710 | 733 |
| Value in constant TEH prices 1995 (100 million ISK) | 21.3 | 28.6 | 35.9 | 37.3 | 39.1 | 42.2 | 47.1 | NA |
| Value in current prices per capita (US \$PPP) | 576 | 947 | 1 377 | 1 836 | 2 002 | 2 226 | 2 559 | 2 605 |
| Share of GDP (%) | 6.2 | 7.3 | 8.0 | 8.4 | 8.2 | 8.6 | 9.5 | 9.3 |
| Public expenditure on health as share of total expenditure on health (%) | 88.2 | 87.0 | 86.6 | 83.9 | 83.1 | 82.2 | 83.7 | 82.7 |

Πίνακας 3.65 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κατηγορία ως % επί του συνόλου, 1980 – 1999

| Total expenditure on | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|
| Inpatient care | 59.1 | 56.5 | 54.8 | 54.8 | 54.5 | 54.5 | 52.4 |
| Outpatient care | 16.9 | 19.3 | 22.9 | 23.3 | 22.6 | 22.6 | 21.0 |
| Pharmaceuticals & other medical non-durables | 15.9 | 16.6 | 15.7 | 15.5 | 16.1 | 15.3 | 14.5 |
| Public investment med. fac. | 4.4 | 4.5 | 3.0 | 2.4 | 2.2 | 2.7 | 2.6 |

Πίνακας 3.66 Οικονομικό διάγραμμα ροής του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, 2000 (Οι αριθμοί αναφέρονται σε δισεκατομμύρια ISK.)



Το κράτος πληρώνει επίσης τις λειτουργικές δαπάνες των κέντρων υγειονομικής περίθαλψης καθώς επίσης και τις δαπάνες στέγασης για τους γιατρούς, τις νοσοκόμες και τις μαιές στις αγροτικές περιοχές. Επίσης από το 2003 πληρώνει και όλες τις δαπάνες κατασκευής. Μέχρι την αλλαγή εκείνου του έτους βάσει νόμου, το κράτος πλήρωνε 85% των δαπανών κατασκευής, των δαπανών συντήρησης και του κόστους του εξοπλισμού των κέντρων υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι τοπικές κοινότητες πλήρωναν 15%.

3.2.8.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης ιδρύονται προκειμένου να παρασχεθεί η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Όπου οι συνθήκες το επιτρέπουν ένα κέντρο υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να λειτουργήσει σε συνδυασμό με ένα νοσοκομείο, ως μονάδα επ' αυτού ή και στο ίδιο κτήριο εάν αυτό καταστεί δυνατόν. Κάθε περιφέρεια της χώρας έχει το δικό της κέντρο υγειονομικής περίθαλψης και όλοι οι κάτοικοι έχουν δικαίωμα να ζητήσουν την παροχή ιατρικής βοήθειας στο κέντρο σε οποιαδήποτε στιγμή. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες κέντρων υγειονομικής περίθαλψης : κατηγορία H2, που απασχολεί τουλάχιστον δύο παθολόγους , κατηγορία H1 που απασχολεί έναν παθολόγο και κατηγορία H0 που απασχολεί μια νοσοκόμα ή μια μαία με τις εγκαταστάσεις να δικαιολογούν και θέση για παθολόγο. Το 2002 υπήρξαν 38 κέντρα υγειονομικής περίθαλψης στην κατηγορία H2 και 18 στην κατηγορία H1. Τα 28 κέντρα υγειονομικής περίθαλψης της κατηγορίας H0 λειτουργούν από κοινού με ένα μεγαλύτερο κέντρο υγειονομικής περίθαλψης.

Τα νοσοκομεία εμπίπτουν σε επτά κατηγορίες σύμφωνα με τον Ισλανδικό νόμο αλλά μόνο οι 2 ή οι 3 κατηγορίες θυμίζουν νοσοκομεία με την παραδοσιακή έννοια της λέξης. Τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία με διάφορα τμήματα και τα αποκαλούμενα γενικά νοσοκομεία, με τους ειδικούς στη χειρουργική επέμβαση, και την ιατρική γενική πρακτική. Πολλά από τα γενικά νοσοκομεία είναι τώρα οίκοι ευγηρίας, με μερικά μόνο κρεβάτια για απλή ιατρική περίθαλψη. Τα νοσοκομεία αυτών των κατηγοριών χρηματοδοτούνται από το SSSI ή άμεσα από το κράτος. Το πανεπιστημιακό νοσοκομείο Landspvtali με 3900 υπαλλήλους πλήρους απασχόλησης , 950 νοσοκομειακά κρεβάτια, 36.400 εισαγωγές ασθενών και 14.000 χειρουργικές επεμβάσεις ετησίως είναι κατά πολύ το μεγαλύτερο νοσοκομείο στην Ισλανδία. Οι συνολικές λειτουργικές δαπάνες του είναι περίπου € 244 εκατομμύρια ετησίως.

Ανθρώπινο δυναμικό

Η ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση στην Ισλανδία διαιρείται σε τέσσερις φάσεις. Ιατρική πανεπιστημιακή σχολή, βασική κλινική κατάρτιση, ειδική κατάρτιση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η βασική προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση διαρκεί έξη έτη. Η αποφοίτηση ακολουθείται από ένα δώδεκα μηνών υποχρεωτικό επιμορφωτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει 9 κλινικούς μήνες στους απαραίτητους τομείς, παθολογία για 4 μήνες, χειρουργική επέμβαση για 2 μήνες και γενική πρακτική για 3 μήνες. Ο υποψήφιος μπορεί να επιλέξει μεταξύ διάφορων κλινικών για τους υπόλοιπους 3 μήνες. Μετά από την επιτυχή ολοκλήρωση αυτού του προγράμματος, το Υπουργείο κοινωνικής ασφάλισης και υγείας χορηγεί στο γιατρό μια άδεια για πρακτική (πλήρης εγγραφή). Μόλις ο γιατρός αποκτήσει την άδεια, αρχίζει η πρακτική του , η οποία διαρκεί για τουλάχιστον 4,5 έτη σε μισθοδοτημένη θέση με τις ιατρικές ευθύνες.

Υπάρχουν 33 αναγνωρισμένες ειδικότητες και 39 υποειδικότητες στην Ισλανδία. Οι περισσότεροι γιατροί επιδιώκουν περαιτέρω ειδική εκπαίδευση στο εξωτερικό, συνήθως στις σκανδιναβικές χώρες και τις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και σε άλλες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία. Στην αρχή του 2000 ο αριθμός των γιατρών κάτω των 70 ετών, η οποία είναι και η επίσημη και πραγματική ηλικία συνταξιοδότησης, ήταν 958. Η συγκέντρωση των εν ενεργεία γιατρών στον πληθυσμό ήταν 3,4 ανά 1000 κάτοικοι το 1999, η Πέμπτη υψηλότερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και, μαζί με τη Δανία, η υψηλότερη στις σκανδιναβικές χώρες.

Πίνακας 3.67 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ανά 100.000 πληθυσμού, 1985-2000

| Health personnel | 1985 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Physicians | 2.59 | 2.85 | 3.03 | 3.12 | 3.26 | 3.30 | 3.36 | - |
| General practitioners | - | 0.64 | 0.64 | 0.64 | 0.64 | - | - | - |
| Dentists | 0.82 | 0.90 | 1.01 | 1.03 | 1.05 | 0.98 | 0.99 | 1.01 |
| Pharmacists | 0.53 | 0.54 | 0.79 | 0.83 | 0.84 | 0.84 | - | - |
| Nurses | 7.27 | 7.83 | 8.35 | 8.37 | 8.41 | 8.76 | 8.69 | - |

Ο αριθμός κατοίκων ανά ιατρό παθολόγο είναι γενικά ο χαμηλότερος στα αγροτικά Η1 κέντρα, όπου ο αριθμός κατοίκων είναι σε μερικές περιπτώσεις τόσο χαμηλός, και αντιστοιχούν μερικοί εκατοντάδες ανά γιατρό. Για τους 180.000 κατοίκους της πρωτεύουσας υπάρχουν 103 GPs, και η αναλογία είναι λίγο περισσότεροι από 1700 κάτοικοι ανά GP. Πάνω από το 80% των GPs εργάζονται στα Η2 κέντρα υγειονομικής περίθαλψης. Το κύριο εισόδημα των γιατρών στα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης είναι από τους μισθούς τους, αλλά οι ιδιωτικοί GPs, που είναι όλοι τοποθετημένοι στο Ρέικιαβικ, πληρώνονται από το ίδρυμα κρατικής κοινωνικής ασφάλισης (SSSI) σύμφωνα με τον αριθμό των ασθενών στον κατάλόγό τους. Οι ιδιωτικοί επαγγελματίες ιατροί είναι το πιο γρήγορα αυξανόμενο τμήμα του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αμείβονται με βάση τις υπηρεσίες τους και αυτή η αμοιβή τους διαπραγματεύεται από την ιατρική ένωση και τις αρμόδιες για την υγεία αρχές.

3.2.8.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Όπως καθορίζεται από το νόμο υγειονομικών υπηρεσιών της Ισλανδίας, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αναφέρεται στα προληπτικά μέτρα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και σε οποιοδήποτε τύπο ιατρικής φροντίδας που εκτελείται προς όφελος του υγιούς πληθυσμού και των αρρώστων που δεν είναι στα νοσοκομεία. Ο νόμος υγειονομικών υπηρεσιών απαιτεί από κάθε κέντρο υγειονομικής περίθαλψης να παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες :

- γενικές ιατρικές υπηρεσίες, νοσηλευτικές υπηρεσίες, φυσιοθεραπεία και υπηρεσίες Ασθενοφόρων Οχημάτων
- εργαστήριο για υπηρεσίες ακτινών Χ
- ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, οδοντιατρική περίθαλψη και ιατρική αποκατάσταση
- προληπτική υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης της φυματίωσης των ατυχημάτων των αφροδισίων νοσημάτων και των ασθενειών των ματιών και των αυτιών
- υγειονομική αγωγή
- μητρική φροντίδα, μέριμνα νηπίων
- κοινωνική εργασία και περιβαλλοντική και εργασιακή υγιεινή

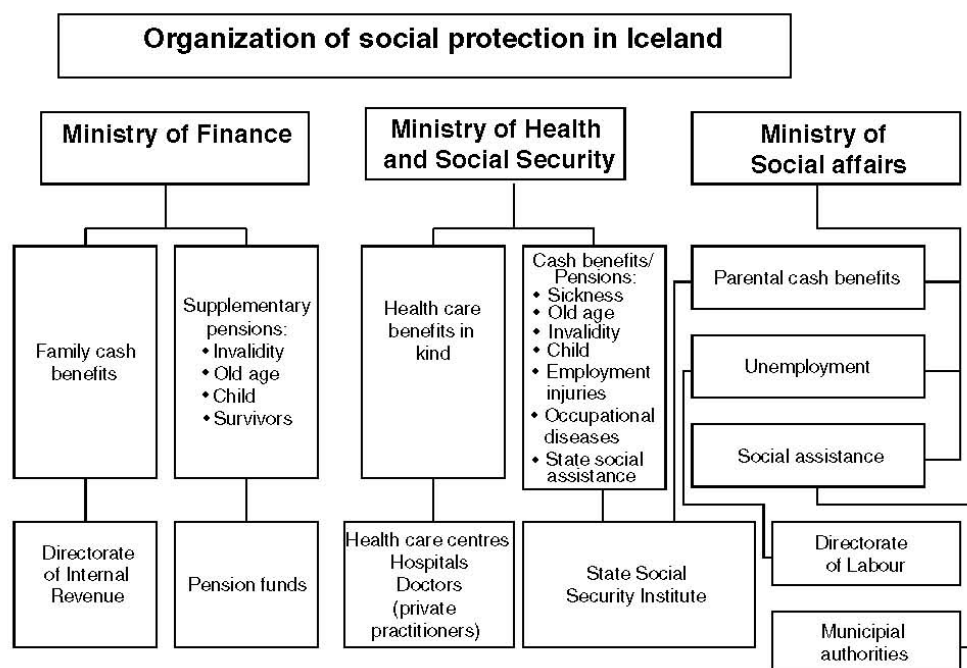
Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι εγγυημένη για όσο χρονικό διάστημα κριθεί απαραίτητο και εκτός από τις περιπτώσεις των εξωτερικών ασθενών και της πολύ σύντομης παραμονής τους δε περιλαμβάνεται καμιά πληρωμή στο νοσοκομείο. Εάν ένας ασθενής απαιτήσει εισαγωγή σε νοσοκομείο του εξωτερικού επειδή η απαραίτητη θεραπεία δε μπορεί να παρασχεθεί σε ισλανδικό νοσοκομείο το SSSI πληρώνει τις δαπάνες εισαγωγής στο νοσοκομείο καθώς και τις δαπάνες που θα προκύψουν μετά την εξαγωγή του από αυτό όπως : δαπάνες φαρμάκων και απαραίτητης ιατρικής φροντίδας. Ο Υπουργός κοινωνικής ασφάλισης και υγείας διορίζει μια επιτροπή που αποφασίζει που θα νοσηλευτεί ο ασθενής στο εξωτερικό. Εάν ο ασθενής επιλέξει θεραπεία σε ακριβότερο νοσοκομείο, το SSSI πληρώνει μόνο το ποσό είχε εγκριθεί από την επιτροπή.

Η ασφάλεια υγείας καλύπτει την γενική ιατρική περίθαλψη που παρέχεται στο νοσοκομείο από ένα παθολόγο με τον οποίο ο Υπουργός έχει συμβεβληθεί. Όλα τα πρόσωπα που κατοικούν στην Ισλανδία για τουλάχιστον έξη μήνες έχουν δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη. Ο Υπουργός κοινωνικής ασφάλισης και υγείας είναι ο μόνος που μπορεί να εκδώσει μια απαλλαγή από το υποχρεωτικό εξάμηνο κατοικίας. Το SSSI πληρώνει τα 7/8 των δαπανών της μεταφοράς του ασθενή στο νοσοκομείο , υπό τον όρο ότι η ανάγκη για μεταφορά είναι επείγουσα και η κατάσταση της υγείας του ασθενή αποκλείει τη χρήση των συνηθισμένων μέσων μεταφοράς των επιβατών. Το κόστος των πρώτων 10 χλμ θα αφαιρεθεί από το συνολικό κόστος της μεταφοράς με το ασθενοφόρο, ενώ το κόστος της μεταφοράς μέσα σε μια πόλη δεν πληρώνεται από την ασφάλεια. Οι ίδιοι κανόνες ισχύουν σχετικά με τη μεταφορά ενός ασθενή από το νοσοκομείο για το σπίτι του όταν δεν μπορεί ο ασθενής να μεταφερθεί με τα συνηθισμένα μέσα της μεταφοράς επιβατών.

Η ασφάλεια υγείας πληρώνει ημερήσια αποζημίωση ασθένειας εάν ο ασφαλισμένος είναι τουλάχιστον 16 ετών , δεν λαμβάνει σύνταξη γήρατος ή αναπηρίας, καθίσταται ανίκανος για εργασία υπό τον όρο ότι σταματάει την εργασία και δε λαμβάνει πλέον άλλες αμοιβές. Η ημερήσια αποζημίωση δεν πληρώνεται για περισσότερο από συνολικά 52 εβδομάδες σε οποιαδήποτε περίοδο 24 μηνών. Το SSSI μπορεί, εντούτοις, να αποφασίσει να πληρωθούν τα ημερήσια οφέλη για μια πιο μεγάλη περίοδο εάν είναι σαφές ότι ο ασθενής θα είναι σε θέση σύντομα να εργαστεί ή ότι θα είναι σύντομα δυνατό να καθορίσει ο βαθμός ανικανότητας του. Εάν οι ασφαλισμένοι καθίστανται ανίκανοι για την εργασία για τουλάχιστον 21 ημέρες, θα λάβουν την ημερήσια αποζημίωση από τη 15η ημέρα της ασθένειας. Η περίοδος αυτή αρχίζει την ημέρα που ένας παθολόγος θα επιβεβαιώσει την ανικανότητα για εργασία. Η ημερήσια αποζημίωση είναι βασισμένη στην εργασία του υποψηφίου κατά τη διάρκεια των δύο μηνών αμέσως πριν καταστεί ανίκανος για εργασία.

Τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν υπηρεσίες 24 ώρες τη μέρα όλη την εβδομάδα. Οι γιατροί μπορούν να συντονίσουν τα προγράμματα τους όπου οι γεωγραφικές περιστάσεις το επιτρέπουν, αλλά σε κάποια Η1 κέντρα ο μοναδικός γιατρός που υπάρχει είναι σε βάρδια και τη μέρα και τη νύχτα στο μεγαλύτερο μέρος του έτους, εκτός από όταν είναι στις καλοκαιρινές διακοπές.

Πίνακας 3.68 Οργανωτικό διάγραμμα της κοινωνικής προστασίας.

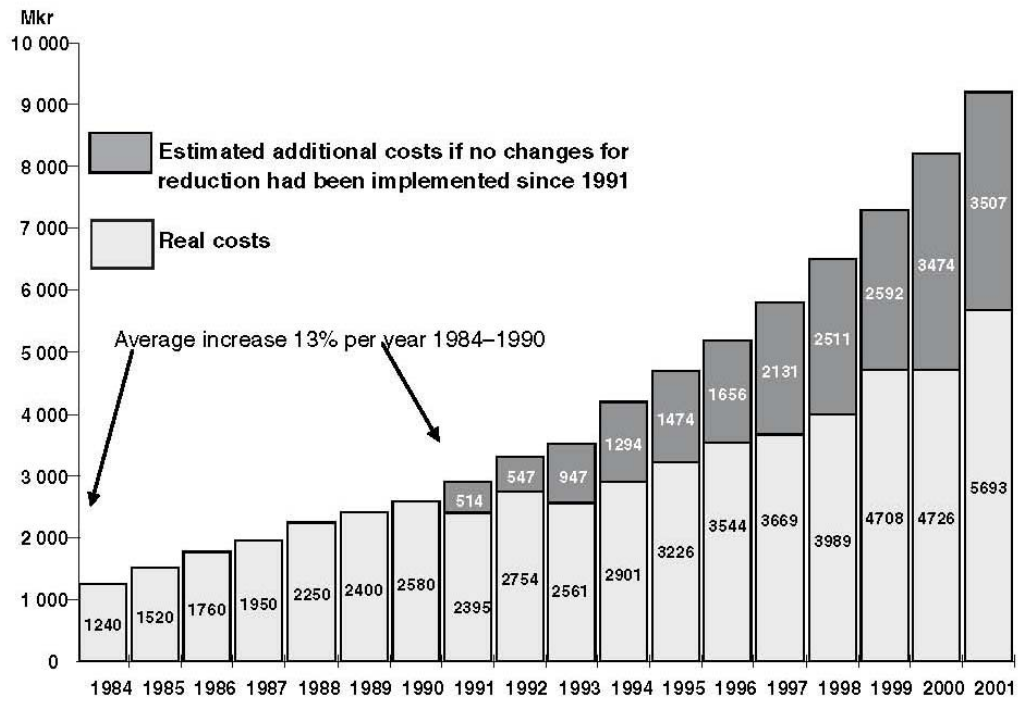


Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Οι Ισλανδοί χρησιμοποιούν κατά κεφαλήν λιγότερα φάρμακα απ' ότι οι κάτοικοι των υπολοίπων σκανδιναβικών χωρών. Η κατανάλωση μετριέται ως αριθμός καθορισμένων καθημερινών δόσεων. Το DDD είναι μια τεχνική μονάδα μέτρησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο έντασης της φαρμακευτικής χρήσης και δεν απεικονίζει πλήρως την πραγματική χρησιμοποιούμενη δόση. Η λιγότερη χρήση των φαρμάκων στην Ισλανδία απ' ότι σε άλλες σκανδιναβικές χώρες μπορεί πιθανώς να αποδοθεί κατά ένα μεγάλο μέρος στη νεώτερη ηλικιακή δομή του ισλανδικού πληθυσμού.

Εντούτοις έχει υπάρξει μια σταθερή και συνεχής άνοδος στη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας από 658 DDDs ανά άτομο το 1991 σε 1030 DDDs ανά άτομο το 2001, μια αύξηση 57%. Κατά τη διάρκεια της ίδιας δεκαετίας, το κόστος διπλασιάστηκε από 6225 εκατομμύρια ISK (περίπου € 74,7 εκατομμύρια) σε 12.976 εκατομμύρια ISK (περίπου € 156 εκατομμύρια).

Πίνακας 3.69 Μερίδιο του SSSI στις φαρμακευτικές δαπάνες , 1984-2001 (σε εκατομμύρια Κρονου)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

3.2.9 ΙΤΑΛΙΑ



3.2.9.1 Εισαγωγή

Η Ιταλία είναι μια κοινοβουλευτική δημοκρατία με πληθυσμό 57.7 εκατομμυρίων σύμφωνα με την απογραφή του 2000. Το έδαφος της καλύπτει 301 316 τετραγωνικά χιλιόμετρα, και η πυκνότητα πληθυσμών είναι 191 κάτοικοι ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Κατά τη διάρκεια της περιόδου μεταξύ της εθνικής ενοποίησης (1861) και του φασιστικού καθεστώτος (δεκαετία του '20), η υγειονομική περίθαλψη στην Ιταλία στηρίχθηκε σε διάφορες δομές. Αρχικά υπήρχαν κέντρα υγειονομικής περίθαλψης που υποστηρίχτηκαν από την καθολική εκκλησία και αργότερα κρατικοποιήθηκαν από το νέο φιλελεύθερο κράτος. Υπήρχαν επίσης ένα επαρχιακό δίκτυο προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας , δημοτικές παροχές για οικονομική και κοινωνική βοήθεια στα άτομα με ειδικές ανάγκες και στους φτωχούς ανθρώπους.

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι έγιναν αρμόδιοι για την χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, συμβάλλοντας με ένα ποσοστό της μηνιαίας αμοιβής τους στα ταμεία υγειονομικής ασφάλισης υγείας. Το αποτέλεσμα ήταν μια ιδιαίτερα τεμαχισμένη δομή υγειονομικής περίθαλψης βασισμένη σε διάφορα ταμεία υγειονομικής ασφάλισης. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ως αποτέλεσμα αυτών των ιστορικών εξελίξεων, η Ιταλία αριθμούσε σχεδόν 100 ταμεία. Κάθε ταμείο είχε τους δικούς του κανονισμούς λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών.

Η μεταρρύθμιση του 1978 (νόμος 833/1978), η οποία δημιούργησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) , εισήγαγε την καθολική κάλυψη τους συστήματος υγείας για τους ιταλούς πολίτες. Οι κύριοι στόχοι της μεταρρύθμισης του 1978 ήταν να εγγυηθεί στον καθένα ισόνομη πρόσβαση στα διάφορα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή τη γεωγραφική του θέση, να αναπτυχθούν σχέδια πρόληψης ασθενειών, να μειωθεί η ανισότητα στη γεωγραφική διανομή της υγειονομικής περίθαλψης και να ελεγχθεί η αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας. Επίσης καθιερώθηκε ένα σχέδιο μικτής χρηματοδότησης το οποίο συνδύαζε τη γενική φορολογία και τις συνεισφορές των πολιτών.

3.2.9.2 Οργανωτική δομή

Το Ιταλικό υγειονομικό σύστημα είναι ένα περιφερειακά εδραιωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας που παρέχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού δωρεάν. Το σύστημα οργανώνεται σε τρία επίπεδα: το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό. Το εθνικό επίπεδο είναι αρμόδιο για την εξασφάλιση των γενικών στόχων και των θεμελιωδών αρχών του εθνικού υγειονομικού συστήματος. Οι περιφερειακές κυβερνήσεις, μέσω των περιφερειακών τμημάτων υγείας, είναι αρμόδιες για την εξασφάλιση της παροχής ενός 'πακέτου' οφελών μέσω ενός δικτύου διοικητικών οργανώσεων υγείας (τοπικές μονάδες υγείας) καθώς και δημόσιων και ιδιωτικών αναγνωρισμένων νοσοκομείων.

Εθνικό επίπεδο

Το κύριο κεντρικό όργανο είναι το υπουργείο Υγείας, το οποίο διαχειρίζεται το εθνικό Ταμείο υγείας. Έως το 2001, το υπουργείο Υγείας, μέσω των τμημάτων και των υπηρεσιών του, ήταν αρμόδιο για τις εξής λειτουργίες:

- προγραμματισμός υγειονομικής περίθαλψης
- χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης
- κανονισμός του πλαισίου λειτουργίας
- έλεγχος των υγειονομικών ιδρυμάτων και
- διοίκηση των υγειονομικών ιδρυμάτων

Η πρώτη λειτουργία πραγματοποιείται από το τμήμα προγραμματισμού υγειονομικής περίθαλψης του υπουργού Υγείας το οποίο είναι αρμόδιος για τον καθορισμό των στόχων υγείας του NHS μέσω του εθνικού σχεδίου υγείας.

Ο υπουργός Υγείας είναι επίσης αρμόδιος για τη ρύθμιση σημαντικών ζητημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις διάφορες περιοχές συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού των οργάνων του NHS. Επίσης συμβάλει στην βελτιστοποίηση του εργατικού δυναμικού καθώς και στην δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης ασθενειών σε εθνικό επίπεδο. Ο υπουργός Υγείας, μέσω ενός συγκεκριμένου τμήματος, είναι επίσης αρμόδιος για τον γενικό συντονισμό των δραστηριοτήτων των εθνικών ιδρυμάτων τα οποία είναι επιφορτισμένα με την επιστημονική έρευνα (IRCCS), ένα δίκτυο το οποίο αποτελείται από 16 δημόσια και 16 ιδιωτικά ερευνητικά νοσοκομεία.

Περιφερειακό επίπεδο

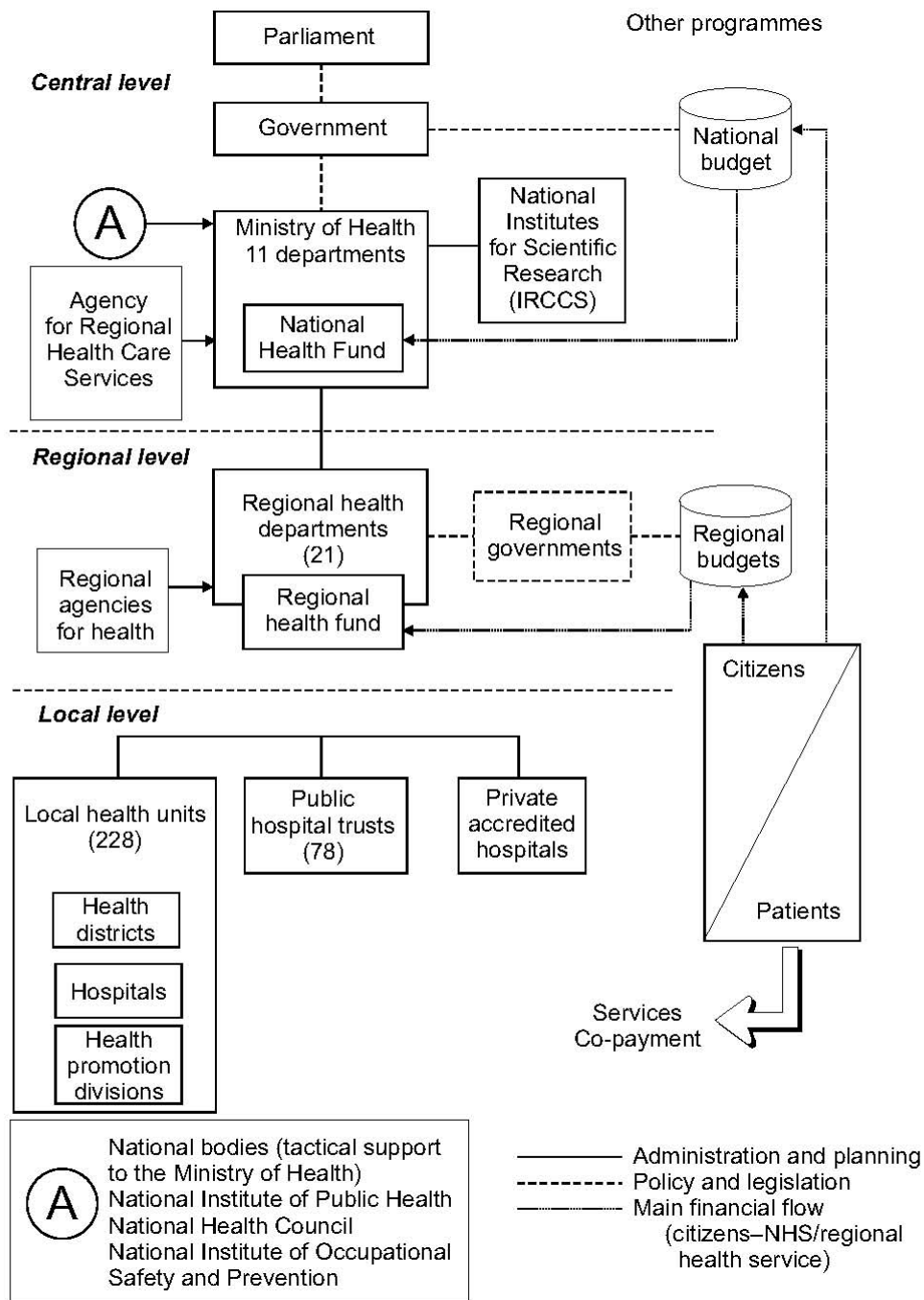
Οι περιφερειακές κυβερνήσεις, μέσω των τμημάτων υγείας τους, είναι αρμόδιες για τη εκπλήρωση σε περιφερειακό επίπεδο των εθνικών στόχων που τίθενται από το εθνικό σχέδιο υγείας. Τα περιφερειακά τμήματα υγείας πρέπει να εγγυώνται το 'πακέτο' οφελών που δικαιούται ο πληθυσμός μέσω ενός δικτύου οργανώσεων υγειονομικής περίθαλψης (τοπικές μονάδες υγείας) καθώς και ιδιωτικών και δημοσίων νοσοκομείων. Είναι επίσης αρμόδιες για τις νομοθετικές και διοικητικές λειτουργίες, τον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων υγειονομικής περίθαλψης, την οργάνωση του εφοδιασμού των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και τον έλεγχο της ποιότητας, της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τοπικό επίπεδο

Η μεταρρύθμιση του 1978 έδωσε έναν σημαντικό ρόλο στους δήμους, οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για την διοίκηση των τοπικών μονάδων υγείας. Εντούτοις, μια σειρά μεταρρυθμίσεων που αρχίζουν από το τέλος της δεκαετίας του '80 μετατόπισε σταδιακά τις δημοτικές δυνάμεις σε περιφερειακό επίπεδο. Από το 1992, ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης ξεκίνησε να λειτουργεί σε τοπικό επίπεδο. Αυτό το δίκτυο μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες:

- Τοπικές μονάδες υγείας
- Δημόσια κέντρα περίθαλψης
- Εθνικά ιδρύματα για επιστημονική έρευνα
- Ιδιωτικά κέντρα περίθαλψης.

Πίνακας 3.70 Διάγραμμα οργανωτικής δομής του Ιταλικού συστήματος υγείας



3.2.9.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Οι μεταρρυθμίσεις του 1978, που καθιέρωσαν το NHS της Ιταλίας, στόχευσαν στην καθολική κάλυψη, σε ένα πλήρως βασισμένο στο φόρο δημόσιο υγειονομικό σύστημα και σε έναν όλο και λιγότερο ουσιώδη ρόλο της ιδιωτικής χρηματοδότησης. Αν και ο πρώτος στόχος επετεύχθη σχετικά γρήγορα, οι τελευταίοι δύο πολιτικοί στόχοι επαναπροσδιορίστηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 και η δεκαετία του '90. Κατά συνέπεια, το NHS χρηματοδοτείται αυτήν την περίοδο μέσω ενός φόρου στις παραγωγικές δραστηριότητες (που αντικατέστησαν τις κοινωνικές συνεισφορές υγείας το 1997), μέσω της γενικής φορολογίας και μέσω των συμπληρωματικών πληρωμών των χρηστών. Επιπλέον, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης αποτέλεσαν το 33% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 1999.

Το 1997, πριν από τις πιο πρόσφατες φορολογικές μεταρρυθμίσεις, οι κύριες πηγές χρηματοδότησης ήταν οι φόροι επί του συνολικού μισθού, οι συμπληρωματικές πληρωμές από το εισόδημα των τοπικών μονάδων υγείας και οι συνεισφορές υγείας από τις περιοχές που κυβερνώνται με διαφορετικό καταστατικό. Η φορολογική μεταρρύθμιση του 1997 στόχευσε στην εξάλειψη της διαφοράς στα ποσοστά φόρου επί του συνολικού μισθού, τη μείωση των αρνητικών κινήτρων για την απασχόληση και την εισαγωγή των στοιχείων της φορολογικής διοικητικής αποκέντρωσης. Συνεπώς, μερικοί τοπικοί φόροι καθώς και ο φόρος επί του συνολικού μισθού αντικαταστάθηκαν από δύο νέους τύπους περιφερειακού φόρου.

Ένας περιφερειακός φόρος επιβλήθηκε στην προστιθέμενη αξία των επιχειρήσεων και στους μισθούς που πληρώθηκαν στους υπαλλήλους του δημοσίου τομέα. Ένας επίσης περιφερειακός φόρος (το περιφερειακό IRPEF) επιβλήθηκε στο φόρο εθνικού εισοδήματος (IRPEF). Οι συντελεστές φόρου του εθνικού εισοδήματος μειώθηκαν κατά 0.5% για να προσαρμόσουν το νέο φόρο.

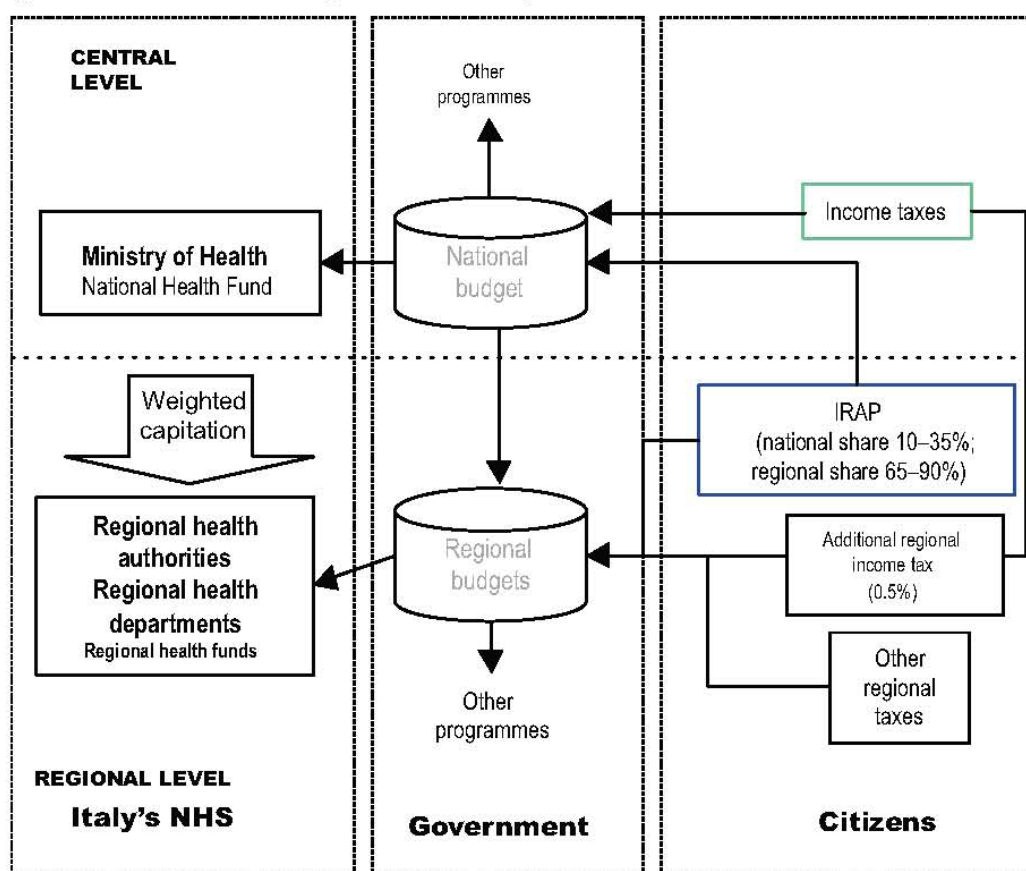
Συμπληρωματικές πληρωμές

Η Ιταλία έχει δύο κύριους τύπους συμπληρωματικών πληρωμών. Ο πρώτος είναι η συμπληρωματική πληρωμή για τις διαγνωστικές διαδικασίες, τα φαρμακευτικά είδη και επισκέψεις των ειδικών. Ο δεύτερος είναι άμεση πληρωμή από τους χρήστες για την αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των μη-συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Ιδιωτική ασφάλιση

Υπάρχουν δύο τύποι ιδιωτικής ασφάλισης υγείας: ο εταιρικός, όπου οι επιχειρήσεις καλύπτουν τους υπαλλήλους τους και μερικές φορές και τις οικογένειές τους και ο μη-εταιρικός, στον οποίο τα άτομα αγοράζουν την ασφάλεια για τους ίδιους ή για την οικογένειά τους. Το 1995, οι ιδιωτικές δαπάνες αντιπροσώπευσαν περίπου το 30% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ιταλία.

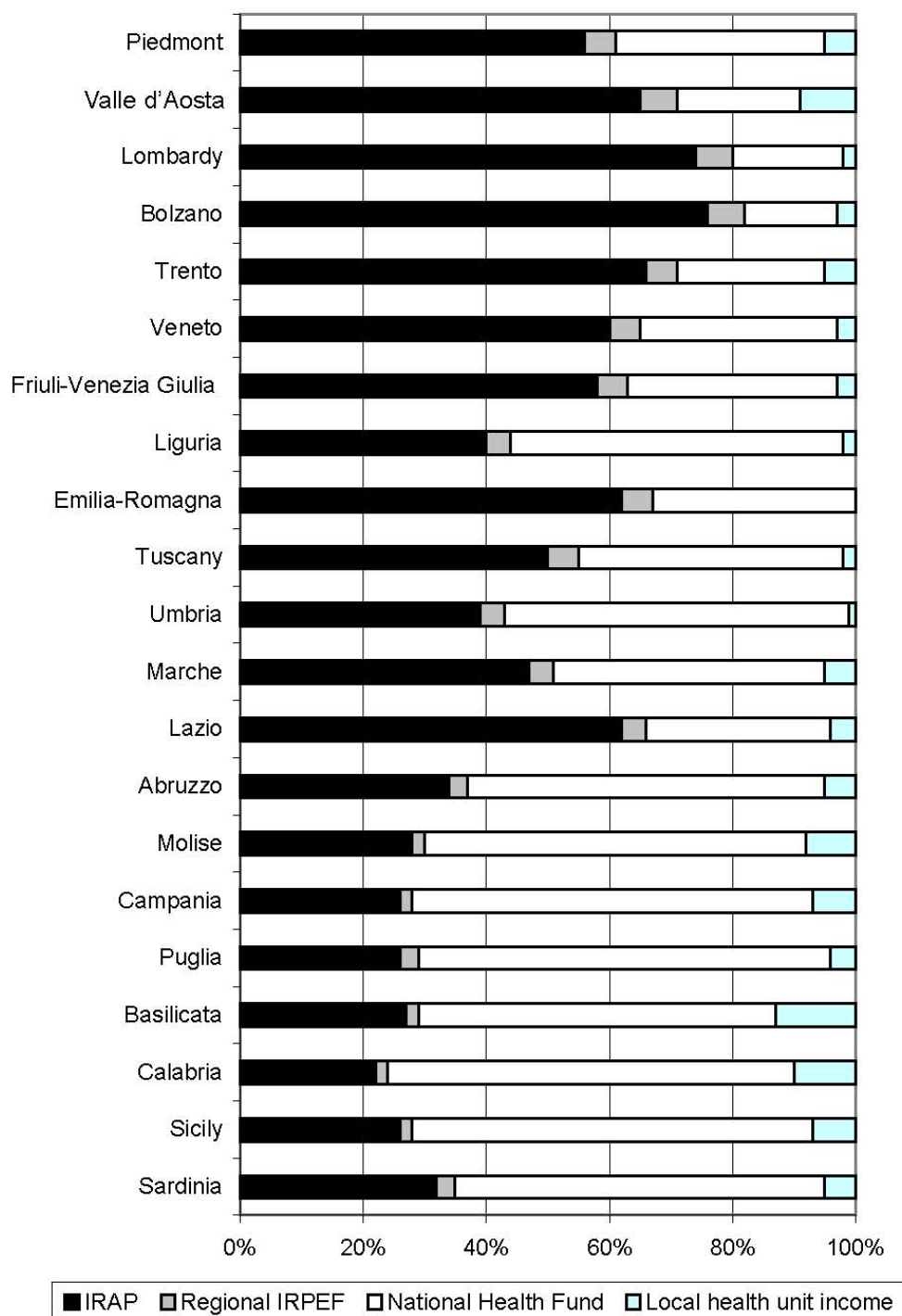
Πίνακας 3.71 Φορολογικές ροές του υγειονομικό σύστημα της Ιταλίας (<2001)



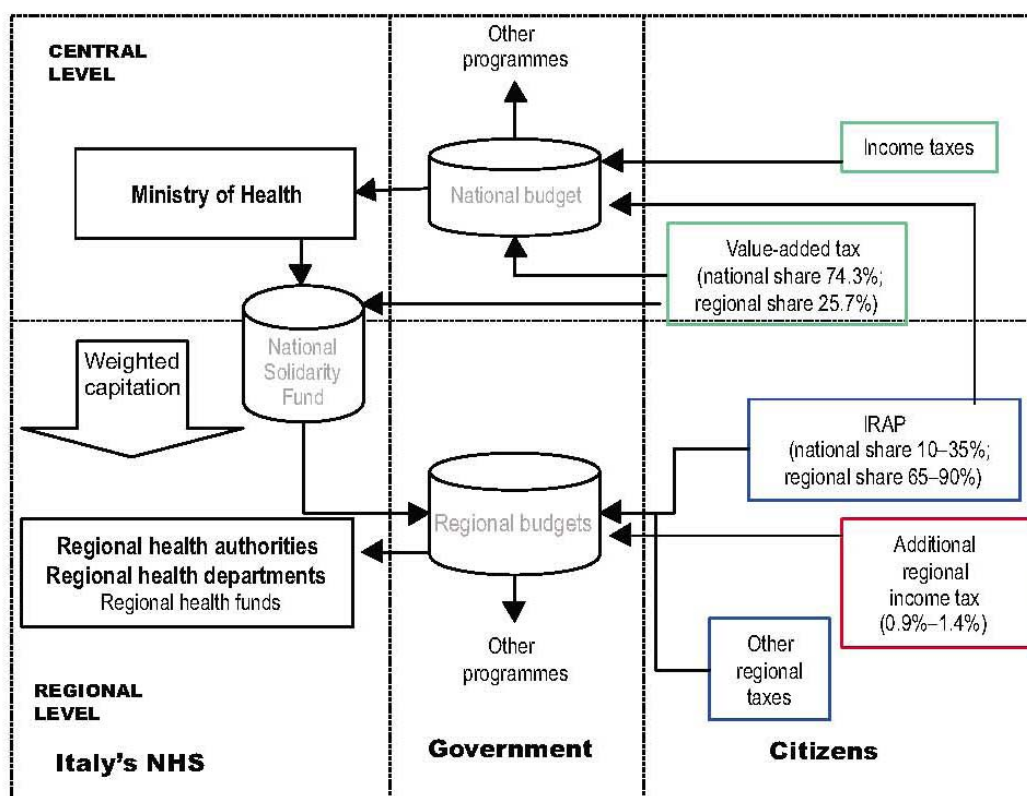
Πίνακας 3.72 Πηγές χρηματοδότησης ,1990-1999

| Source of financing | 1990 | | 1995 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | |
|---------------------------------------|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|--------|----|
| | Amount | % | Amount | % | Amount | % | Amount | % | Amount | % |
| General taxation | 17.1 | 41 | 20.1 | 42 | 19.9 | 39 | 20.0 | 37 | 24.9 | 46 |
| Payroll taxes ^a | 22.6 | 54 | 24.3 | 51 | 26.6 | 52 | 28.4 | 53 | 26.0 | 44 |
| Contributions from autonomous regions | 0.5 | 1 | 1.6 | 3 | 2.8 | 5 | 2.9 | 5 | 3.0 | 6 |
| Local health unit revenue | 1.2 | 3 | 1.9 | 4 | 2.2 | 4 | 2.5 | 5 | 2.2 | 4 |

Πίνακας 3.73 Πηγές χρηματοδότησης ανά περιοχή, 2000



Πίνακας 3.74 Φορολογικές ροές του υγειονομικό σύστημα της Ιταλίας (>2001)



Πίνακας 3.75 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1980-1999

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Health care expenditure (thousand of millions of 1995 euros) | 43.7 | 48.4 | 67.3 | 72.9 | 74.6 | 79.9 | 84.0 | 85.5 |
| Health care expenditure as a % of GDP | 7.0 | 7.1 | 8.1 | 8.0 | 8.1 | 8.4 | 8.4 | 8.4 |
| Public expenditure as a % of total | 80.5 | 77.2 | 78.1 | 67.7 | 67.8 | 68.0 | 68.0 | 67.0 |

3.2.9.4 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τους ιατρούς παθολόγους, τους παιδίατρους και τους αυτοαπασχολούμενους και ανεξάρτητους παθολόγους που εργάζονται με κρατική σύμβαση και αμοιβή που καταβάλλεται ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών στον κατάλογό τους. Οι παθολόγοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης θεωρούνται κατάλληλοι για να εργαστούν στο NHS αφού ολοκληρώσουν επιτυχώς μια σειρά μαθημάτων ειδίκευσης δύο ετών στη γενική ιατρική και αφού αποκτήσουν την απαραίτητη εμπειρία ως προσωρινό προσωπικό στις εγκαταστάσεις του NHS. Οι ιατροί παθολόγοι και οι παιδίατροι αξιολογούν αρχικά τον ασθενή και παρέχουν την περισσότερη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ενεργούν ως 'θυρωροί' για την πρόσβαση στις υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Γράφουν τις φαρμακευτικές συνταγές και επισκέπτονται τους ασθενείς στο σπίτι εάν αυτό είναι απαραίτητο. Οι άνθρωποι μπορούν να επιλέξουν οποιοδήποτε παθολόγο προτιμούν, υπό τον όρο ότι ο κατάλογος του παθολόγου δεν έχει φθάσει στο μέγιστο επιτρεπόμενο αριθμό ασθενών (1.800 για τους ιατρούς παθολόγους και 1.000 για τους παιδίατρους).

Η ελεύθερη επιλογή των ασθενών περιλαμβάνει είτε τη λήψη της θεραπείας από την τοπική μονάδα υγείας είτε την επιλογή ενός άλλου παρόχου σε μια άλλη τοπική μονάδα υγείας (μέσα στην ίδια περιοχή ή σε μια άλλη περιοχή). Κατά συνέπεια, οι τοπικές μονάδες υγείας πρέπει να πληρώσουν ακόμα και για τη θεραπεία που παρέχεται στους κατοίκους τους από παρόχους που βρίσκονται σε άλλες περιοχές. Στη συνέχεια, λαμβάνουν τις πληρωμές για την υγειονομική περίθαλψη που παρείχαν στους ασθενείς που προήλθαν από άλλες περιοχές.

Οι ειδικευμένες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των επισκέψεων των ιατρών καθώς και των διαγνωστικών και θεραπευτικών δραστηριοτήτων, παρέχονται είτε από τις τοπικές μονάδες υγείας είτε από αναγνωρισμένες δημόσιες και ιδιωτικές εγκαταστάσεις με τις οποίες οι τοπικές μονάδες υγείας έχουν συνάψει συμβάσεις. Οι άνθρωποι έχουν την άδεια να έχουν πρόσβαση στις ειδικευμένες υπηρεσίες μόνο μετά από την έγκριση από τον ιατρό παθολόγο τους, ο οποίος είναι αρμόδιος για την παραπομπή. Μόλις εγκρίνει ο ιατρός παθολόγος την επίσκεψη ή τη διαδικασία, οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν τον πάροχο τους τους μεταξύ εκείνων που αναγνωρίζονται από το NHS. Φυσικά μια συμπληρωματική πληρωμή απαιτείται ως πρόσθετη πηγή χρηματοδότησης.

Φαρμακευτικές παροχές

Το NHS της Ιταλίας επιτρέπει και στα ιδιωτικά και στα δημόσια φαρμακεία να συνυπάρχουν. Τα ιδιωτικά φαρμακεία ανήκουν σε φαρμακοποιούς που ενεργούν ως ανεξάρτητοι ανάδοχοι κάτω από το NHS. Τα δημόσια, ανήκουν σε φαρμακοποιούς που απασχολούνται από το δήμο στον οποίο το φαρμακείο βρίσκεται. Τα εμπορικά αγαθά περιλαμβάνουν κυρίως τους επιδέσμους, τα αντισυλληπτικά, προϊόντα προσωπικής υγιεινής, τα προϊόντα μωρών (όπως οι πάνες) και τα καλλυντικά. Τα φαρμακευτικά είδη περιλαμβάνουν τα φάρμακα και τα διαιτητικά αγαθά και μπορούν να πωληθούν μόνο εάν ένας καταναλωτής έχει μια συνταγή από έναν ιατρό παθολόγο

Το 1994, δημιουργήθηκε η εθνική επιτροπή για τα φαρμακευτικά είδη, και τα φάρμακα ταξινομήθηκαν σε τέσσερις ομάδες:

- Ομάδα Α: φάρμακα για σοβαρή και χρόνια ασθένεια
- Ομάδα Β: φάρμακα ίδιας θεραπευτικής σπουδαιότητας με την Ομάδα Α που όμως δεν περιλαμβάνονται στην ομάδα Α
- Ομάδα Γ: φάρμακα που δεν περιλαμβάνονται στις ομάδες Α και Β
- Ομάδα Χ: φάρμακα που παρέχονται μόνο από τα νοσοκομεία.

Οι κανόνες διανομής του κόστους τροποποιήθηκαν επίσης το 1994. Για τα φαρμακευτικά είδη στην Ομάδα Α, οι ασθενείς πληρώνουν €1.55 εάν η συνταγή περιλαμβάνει μόνο ένα σκεύασμα ή €3.10 για περισσότερα από ένα σκεύασματα ενώ για τα φαρμακευτικά είδη στην ομάδα Β, οι ασθενείς καταβάλλουν μόνο το 50% της τιμής τους. Οι καταναλωτές πληρώνουν ολόκληρο το κόστος για τα φαρμακευτικά είδη στην ομάδα Γ, τα οποία δεν καλύπτονται από το NHS.

Πίνακας 3.76 Φαρμακευτικές δαπάνες, 1992-1999

| Year | Total | Public expenditure | Private expenditure | Public expenditure (%) | Private expenditure (%) |
|------|--------|--------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|
| 1992 | 12 580 | 9 155 | 3 425 | 73% | 27% |
| 1993 | 12 281 | 8 013 | 4 268 | 65% | 35% |
| 1994 | 10 725 | 6 282 | 4 443 | 59% | 41% |
| 1995 | 10 983 | 6 115 | 4 868 | 56% | 44% |
| 1996 | 12 020 | 6 721 | 5 299 | 56% | 44% |
| 1997 | 13 139 | 7 288 | 5 851 | 55% | 45% |
| 1998 | 14 201 | 7 906 | 6 295 | 56% | 44% |
| 1999 | 15 416 | 8 761 | 6 655 | 57% | 43% |

3.2.9.5 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Αυτήν την περίοδο, η νοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία (842 νοσοκομεία, που αντιστοιχούν σε 61% του συνόλου), τα οποία παρέχουν και υπηρεσίες εξωτερικών ασθενών. Εντούτοις, οι τοπικές μονάδες υγείας συνάπτουν συμβάσεις για αυτές τις υπηρεσίες με 539 ιδιωτικά νοσοκομεία (39% του συνόλου).

Τοπικές μονάδες υγείας

Οι τοπικές μονάδες υγείας είναι γεωγραφικά εδραιωμένες οργανώσεις αρμόδιες για την αξιολόγηση των αναγκών και την παροχή περιεκτικής περίθαλψης σε έναν καθορισμένο πληθυσμό. Το NHS έχει 228 τοπικές μονάδες υγείας, με έναν μέσο πληθυσμό 250 000 κατοίκων. Μεταξύ του 1995 και του 2000, ο αριθμός των τοπικών μονάδων υγείας παρέμεινε σταθερός στις περισσότερες περιοχές, εκτός από τη Λομβαρδία, η οποία μείωσε ριζικά τον αριθμό τοπικών μονάδων υγείας από 44 σε 15. Οι τοπικές μονάδες υγείας παρέχουν την περίθαλψη άμεσα μέσω των εγκαταστάσεων ή μέσω των υπηρεσιών που παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία, τα ερευνητικά κέντρα και τους αναγνωρισμένους ιδιωτικούς παρόχους .

Εθνικά ιδρύματα για τη επιστημονική έρευνα

Τα εθνικά ιδρύματα για τη επιστημονική έρευνα (IRCCS) είναι νοσοκομεία τα οποία έχουν ερευνητικό χαρακτήρα και λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο. Ο υπουργός Υγείας τα χρηματοδοτεί άμεσα και διορίζει τους γενικούς διευθυντές. Εκτός από την ερευνητική χρηματοδότηση, τα ιδρύματα λαμβάνουν έναν προϋπολογισμό που καλύπτει την περίθαλψη ασθενών καθώς και συγκεκριμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως η εντατική παρακολούθηση και οι μεταμοσχεύσεις.

Ιδιωτικοί αναγνωρισμένοι πάροχοι

Οι ιδιωτικοί αναγνωρισμένοι πάροχοι παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης και διάγνωσης οι οποίες χρηματοδοτούνται από το NHS.

Πίνακας 3.77 Χρησιμοποίηση και απόδοση των παρεχόμενων υπηρεσιών, 1985-1997

| | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Hospital beds per 1000 population | 8.5 | 7.2 | 6.8 | 6.8 | 6.7 | 6.6 | 6.3 | 6.6 | 5.9 |
| Inpatient admissions per 100 population | 17.0 | 15.5 | 14.9 | 15.5 | 15.9 | 15.9 | 16.2 | 18.4 | 18.3 |
| Average length of stay in days | 12.2 | 11.7 | 11.6 | 11.2 | 11.1 | 10.8 | 10.1 | 9.4 | 8.1 |
| Occupancy rate for acute care (%) | 67.9 | 69.3 | 67.4 | 69.3 | 70.8 | 71.3 | 70.7 | 71.4 | 72.5 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Οι παθολόγοι έχουν τρία διαφορετικά στάδια στην τριτοβάθμια εκπαίδευση: πανεπιστημιακή εκπαίδευση, μεταπτυχιακή εκπαίδευση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Το προπτυχιακό πρόγραμμα διαρκεί 6 έτη, κατά τη διάρκεια των οποίων ή και μετά οι σπουδαστές πρέπει εργαστούν σε νοσοκομειακό χώρο για τουλάχιστον 6 μήνες. Μετά από το πανεπιστήμιο, οι πτυχιούχοι Ιατρικών Σχολών πρέπει να περάσουν από μια κρατική εξέταση ή οποία θα τους δώσει μια θέση σε έναν κατάλογο για την πραγματοποίηση της πρακτικής τους ως παθολόγοι. Μπορούν έπειτα να επιλέξουν μεταξύ των διάφορων επαγγελματικών πορειών ανάλογα με το είδος του μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης που παρακολούθησαν.

Σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία, τα άτομα τα οποία επιθυμούν να εργαστούν ως καταρτισμένοι νοσοκόμοι πρέπει να παρακολουθήσουν ένα πανεπιστημιακό πρόγραμμα τριών ετών και να δώσουν μια κρατική εξέταση. Οι νοσοκόμοι μπορούν επίσης να παρακολουθήσουν μεταπτυχιακά προγράμματα στην παιδιατρική, τη γεροντολογία, την ψυχιατρική και τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη.

Πίνακας 3.78 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1985-1998(ανά 1000 άτομα)

| | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Active physicians ^a | 3.8 | 4.7 | 4.9 | 5.0 | 5.2 | 5.3 | 5.4 | 5.5 | 5.8 | 5.9 |
| Active dentists ^a | – | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 |
| Certified nurses ^a | 4.2 | 4.7 | 4.7 | 4.1 | 4.4 | 4.3 | 5.4 | 5.4 | 5.3 | – |
| Active pharmacists ^a | 0.9 | – | 1.0 | 1.0 | – | – | – | – | – | – |
| Physicians graduating ^b | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | – | – | – | – | – | – |
| Nurses graduating ^b | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.3 | – | – |

3.3 Εθνικό Σύστημα Υγείας (Canadian approach)

3.3.1 ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ



3.3.1.1 Εισαγωγή

Η Φινλανδία η οποία βρίσκεται βόρειο-ανατολικά της θάλασσας της Βαλτικής έγινε ανεξάρτητη δημοκρατία με το σύνταγμά του 1917, όντας για 600 έτη κάτω υπό Σουηδική κυριαρχία και έπειτα για 100 έτη υπό Ρώσικη. Το 2007 ο πληθυσμός της Φινλανδίας ανερχόταν σε 5.3 εκατομμύρια κατοίκους. Το φινλανδικό σύστημα δημόσιας διαχείρισης διαιρείται σε τρία επίπεδα: το κρατικό, το επαρχιακό και το δημοτικό. Οι επαρχίες είναι περιφερειακοί αντιπρόσωποι της κεντρικής διοίκησης του Κράτους. Η Φινλανδία διαιρείται σε πέντε διοικητικές επαρχίες. Η Φινλανδία διαιρείται σε 415 δήμους με έναν μέσο αριθμό 5000 κατοίκων ανά δήμο. Οι δήμοι είναι αυτόνομοι και είναι αρμόδιοι για παροχή βασικών υπηρεσιών στους κατοίκους τους, συμπεριλαμβανομένης της βασικής εκπαίδευσης και των υγειονομικών υπηρεσιών.

Πρακτικά στη Φινλανδία υπάρχουν τρία διαφορετικά υγειονομικά συστήματα που λαμβάνουν δημόσια χρηματοδότηση: το σύστημα της δημοτικής υγειονομικής περίθαλψης, το σύστημα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης και το σύστημα της επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης. Συνήθως, οι μισθωτοί έχουν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ αυτών. Υπάρχουν επίσης διαφορετικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στη Φινλανδία. Υπάρχει η δημοτική χρηματοδότηση βασισμένη στους φόρους και η εθνική χρηματοδότηση ασφάλισης υγείας (NHI). Οι δήμοι χρηματοδοτούν τις δημοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (εκτός από τα φάρμακα των εξωτερικών ασθενών και τα έξοδα μεταφοράς) καθώς και τα ταμεία της NHI.

Σύμφωνα με διάφορους δείκτες, η υγεία των Φινλανδών έχει βελτιωθεί αρκετά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής του φινλανδικού πληθυσμού να έχει βελτιωθεί καθ' όλη τη διάρκεια του 20ού αιώνα, ειδικά κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής ανέρχεται σε 76 έτη για τους άνδρες και 83 έτη για τις γυναίκες.

3.3.1.2 Οργανωτική δομή

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στη Φινλανδία υπάρχουν τρία διαφορετικά υγειονομικά συστήματα που λαμβάνουν τη δημόσια χρηματοδότηση: το σύστημα της δημοτικής υγειονομικής περίθαλψης το οποίο χρηματοδοτείται από τους φόρους, το σύστημα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης που χρηματοδοτείται από την NHI και το σύστημα της επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης το οποίο χρηματοδοτείται εν μέρει από τη NHI.

Δημοτικό επίπεδο

Οι δήμοι έχουν, από το νόμο, την κύρια ευθύνη για τις βασικές υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση (εκτός από την πανεπιστημιακή εκπαίδευση) και τις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στους κατοίκους τους. Αυτήν την περίοδο υπάρχουν 415 δήμοι. Ο πληθυσμός των δήμων ποικίλλει από 250 κατοίκους μέχρι και 560.000 κατοίκους. Οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να επιβάλουν φόρους για το εισόδημα και την ακίνητη περιουσία. Λαμβάνουν επίσης μια επιχορήγηση από το κράτος για να οργανώσουν τις υπηρεσίες που είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν. Εκτός από την κρατική επιχορήγηση για την υγειονομική περίθαλψη, λαμβάνουν κρατικές επιχορηγήσεις και για άλλες παρεχόμενες κοινωνικές υπηρεσίες όπως επίσης και για την εκπαίδευση. Η δυνατότητα λήψης αποφάσεων από τους δήμους εναπόκειται στο δημοτικό το συμβούλιο, το οποίο εκλέγεται κάθε τέσσερα έτη από τους κατοίκους του δήμου. Οι πρωτοβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από τους δήμους καθορίζονται από τον αρχικό νόμο περί υγειονομικής περίθαλψης. Ο νόμος δηλώνει ότι κάθε δήμος πρέπει να έχει ένα κέντρο υγείας για την παροχή των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών. Οι δήμοι μπορούν είτε να παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες ανεξάρτητα είτε να συμπράξουν με γειτονικούς δήμους.

Εθνικό επίπεδο

Η κυβέρνηση αποφασίζει για τις γενικές εθνικές στρατηγικές και τις προτεραιότητες που θα ακολουθηθούν στον τομέα της υγείας. Η πολιτική υγειονομικής περίθαλψης είναι πρώτιστα τομέας του MSAH (Υπουργείο κοινωνικών υποθέσεων και υγείας.) Το MSAH κατευθύνει και καθοδηγεί την ανάπτυξη πολιτικών κοινωνικής προστασίας, κοινωνικής πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης. Καθορίζει την κύρια πορεία της πολιτικής της κοινωνικής υγείας, προετοιμάζει τη νομοθεσία και τις βασικές μεταρρυθμίσεις, οδηγεί στην εφαρμογή τους, και χειρίζεται τις απαραίτητες συνδέσεις με την πολιτική διαδικασία λήψης των αποφάσεων. Οι γενικοί στόχοι της κοινωνικής πρόνοιας και της υγειονομικής περίθαλψης και τα μέτρα που θα ληφθούν προκειμένου να εκπληρωθούν αυτοί οι στόχοι εγκρίνονται από το πρόγραμμα εθνικής ανάπτυξης για την κοινωνική πρόνοια. Το πρόγραμμα αυτό συντάσσεται για ολόκληρη την περίοδο της κάθε κυβέρνησης, δηλαδή για τέσσερα έτη.

Στο υπουργείο προΐστανται δύο υπουργοί : ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων και ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών. Το υπουργείο διαιρείται σε έξι τμήματα:

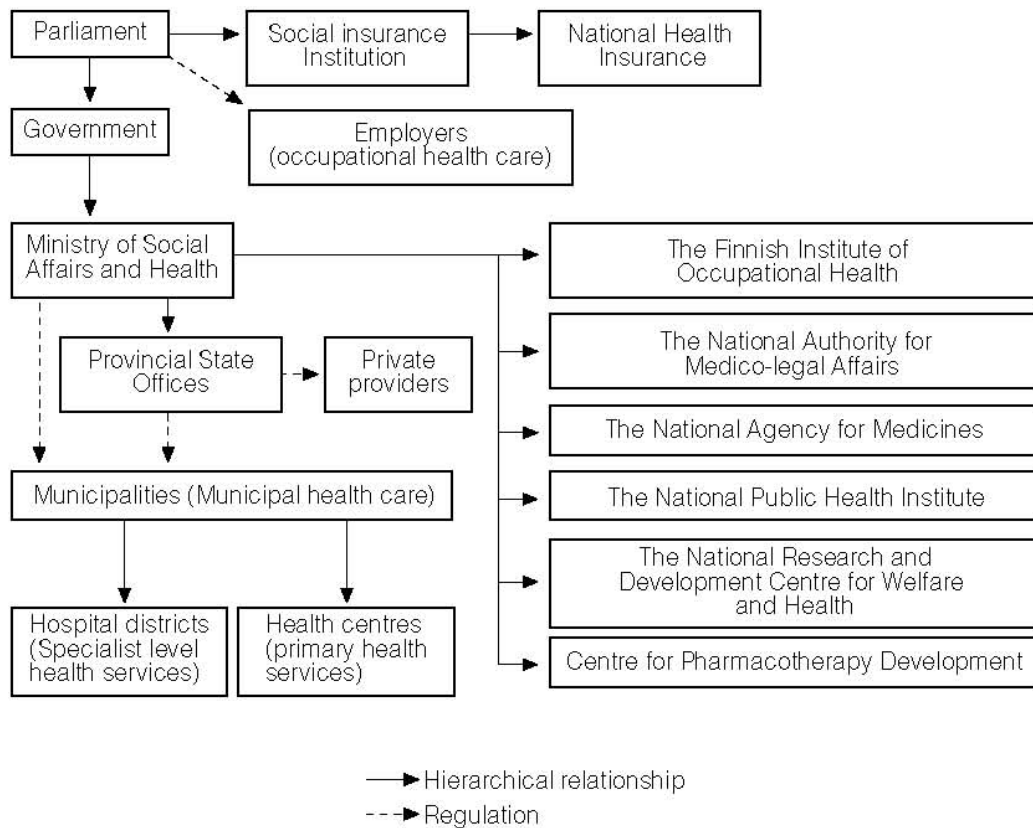
- Το διοικητικό τμήμα,
- Το ασφαλιστικό τμήμα
- Το τμήμα για την οικογένεια και τις κοινωνικές υποθέσεις
- Το τμήμα υγείας
- Τη Διεύθυνση χρηματοδότησης και προγραμματισμού και
- Το τμήμα για την υγιεινή και την ασφάλεια στην εργασία

Το τμήμα υγείας είναι αρμόδιο για την ανάπτυξη και την προώθηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, τα επίπεδα υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης και τις φαρμακευτικές πολιτικές (εκτός από την τιμολόγηση. Το ασφαλιστικό τμήμα είναι αρμόδιο για τη ΝΗΙ (εθνική ασφάλιση υγείας) μεταξύ άλλων. Ο φαρμακευτικός πίνακας διατιμήσεων (PPB), ο οποίος εγκρίνει τις τιμές και τις ενδεχόμενες αποζημιώσεις των φαρμακευτικών ειδών, ανήκει επίσης σε αυτό το τμήμα.

Οι αντιπροσωπείες και τα ινστιτούτα τα οποία οργανωτικά ανήκουν στο MSAH και είναι αρμόδια για διάφορα ζητήματα σχετικά με τη κοινωνική πρόνοια και την υγειονομική περίθαλψη στη Φινλανδία είναι τα εξής :

- Το STAKES (εθνικό κέντρο έρευνας και ανάπτυξης για την ευημερία και την υγεία) με περίπου 500 υπάλληλους ελέγχει και αξιολογεί τις δραστηριότητες στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και υγειονομικής περίθαλψης, και εκτελεί το έργο έρευνας και ανάπτυξης σε αυτούς τους τομείς.
- Το NAMLA (εθνική αρχή για τις ιατρικές υποθέσεις) με περίπου 70 υπάλληλους καθοδηγεί και εποπτεύει την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στη Φινλανδία.
- Το NAM (εθνική φαρμακευτική αντιπροσωπεία) με περίπου 200 υπάλληλους προωθεί την ασφαλή χρήση των φαρμάκων, των ιατρικών συσκευών και των προϊόντων αίματος. Χορηγεί τις άδειες για τις πωλήσεις των φαρμακευτικών προϊόντων και αξιολογεί την ποιότητα τους. Εποπτεύει επίσης την κατασκευή, την εισαγωγή και τη διανομή των φαρμάκων.
- Το εθνικό ίδρυμα δημόσιας υγείας (KTL) με περίπου 900 υπάλληλους διεξάγει την έρευνα για τις ασθένειες και την πρόληψή τους, συλλέγει τα στοιχεία όσον αφορά τις μεταδοτικές ασθένειες, και τα αποτελέσματα από τα προγράμματα προώθησης της υγείας, και εξασφαλίζει τη διαθεσιμότητα των εμβολίων στη χώρα.
- Το φινλανδικό ίδρυμα υγιεινής στην εργασία (FIOH) με περίπου 800 υπάλληλους διεξάγει την έρευνα, προσφέρει την κατάρτιση για τους επαγγελματίες της υγείας και των ασφαλειών και παρέχει γνωμοδοτικές υπηρεσίες.

Πίνακας 3.79 Διάγραμμα οργανωτικής δομής του Φινλανδικού συστήματος υγείας



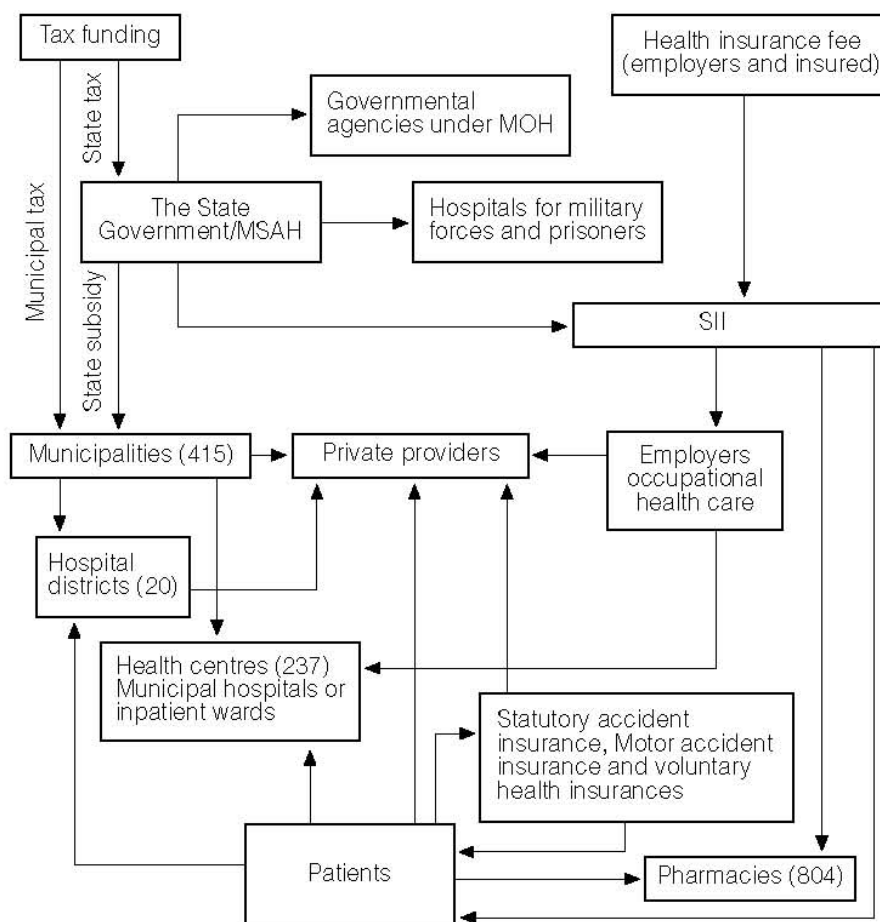
3.3.1.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η Φινλανδία έχει δύο πηγές δημόσιας χρηματοδότησης για τις υγειονομικές υπηρεσίες: δημοτική χρηματοδότηση βασισμένη στους φόρους και ΝΗΙ βασισμένη στις πληρωμές για υποχρεωτική ασφάλιση. Οι δήμοι χρηματοδοτούν τις δημοτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (εκτός από τα φάρμακα εξωτερικών ασθενών και τα έξοδα μεταφοράς). Η ΝΗΙ χρηματοδοτεί την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη, την επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη, τα φάρμακα εξωτερικών ασθενών, τα έξοδα μεταφοράς και το επίδομα ασθενείας. Οι δήμοι χρηματοδοτούν το 40% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, με ένα περαιτέρω 21% να χρηματοδοτείται από το κράτος, 17% από τη ΝΗΙ και 22% από ιδιωτικές πηγές.

Η φορολογική χρηματοδότηση για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δύο διαφορετικά φορολογικά συστήματα: τη κρατική φορολογία και τη δημοτική φορολογία. Περισσότερα από τα μισά έσοδα των κρατικών φόρων προέρχονται από τον φόρο ακαθάριστου εισοδήματος (περίπου 20% των συνολικών φορολογικών εσόδων) και από το φόρο προστιθέμενης αξίας. (περίπου 35%). Άλλες σημαντικές πηγές φορολογικών εσόδων είναι ο φόρος εισοδήματος εταιρειών, ο κύριος φόρος εισοδήματος, ο φόρος οινόπνευματος, ο ενεργειακός φόρος και ο φόρος αυτοκινήτων.

Μέρος του συνολικού κόστους της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται επίσης και από τη ΝΗΙ. Η ΝΗΙ χρηματοδοτείται από το κράτος, τους εργοδότες και τους εργαζομένους μέσω ασφαλιστικών αμοιβών που συλλέγονται με τους φόρους και η οποία βασίζεται στο εισόδημα του κάθε ασφαλισμένου. Η χρηματοδότηση του ΝΗΙ διαιρείται σε δύο μέρη: στην ασφάλιση ασθένειας και στην εισοδηματική ασφάλιση. Οι δε ασφαλιστικές αμοιβές καθορίζονται από το Κοινοβούλιο. Η ασφάλιση ασθένειας χρηματοδοτείται από τους υπαλλήλους (1.24% του εισοδήματος το 2008) και το κράτος. Η εισοδηματική ασφάλιση χρηματοδοτείται από τους εργαζομένους (0.67% του εισοδήματος) και τους εργοδότες (1.97% των ακαθάριστων αμοιβών). Για τους συνταξιούχους η ασφαλιστική αμοιβή για την ασφάλιση ασθένειας είναι το 1.41% του εισοδήματος τους.

Πίνακας 3.80 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Φινλανδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



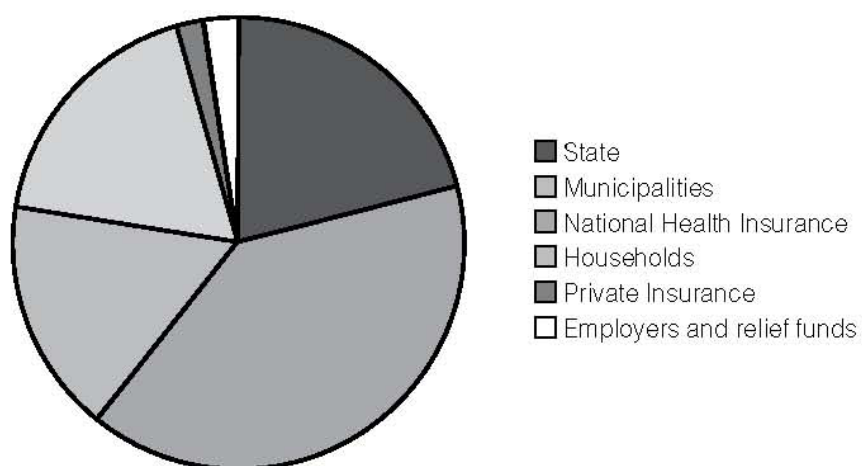
Πίνακας 3.81 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1980-2005

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2002 | 2004 | 2005 |
|--|-------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Total expenditure on health (TEH) | | | | | | | | |
| TEH at 2005 prices (million euro) | 7 515 | 9 094 | 10 815 | 9 354 | 10 052 | 11 058 | 11 547 | 11 854 |
| TEH per capita USD PPP | - | - | 1 419 | 1 430 | 1 716 | 2 012 | 2 235 | 2 331 |
| TEH as a % of GDP | 6.4 | 7.2 | 7.8 | 7.4 | 6.7 | 7.2 | 7.5 | 7.5 |
| Public expenditure as % of TEH | | | | | | | | |
| State | 38 | 34 | 36 | 28 | 18 | 18 | 20 | 21 |
| Municipalities | 29 | 35 | 35 | 34 | 41 | 42 | 40 | 40 |
| NHI | 12 | 10 | 11 | 13 | 15 | 16 | 17 | 17 |
| Private expenditure as % of TEH | | | | | | | | |
| Households | 18 | 18 | 16 | 21 | 20 | 20 | 19 | 18 |
| Private insurance | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Employers and relief funds | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |

Πίνακας 3.82 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κατηγορία υπηρεσιών, (%) συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, 2005

| | Million euro | % |
|--------------------------------------|--------------|-------------|
| Inpatient care | 4286 | 36.2% |
| Outpatient care | 3712 | 31.3% |
| Dental care | 606 | 5.1% |
| Pharmaceuticals (outpatient care) | 1930 | 16.3% |
| Medical devices | 389 | 3.3% |
| Environmental health | 129 | 1.1% |
| Administration | 228 | 1.9% |
| Public investments | 387 | 3.3% |
| Transportation | 187 | 1.6% |
| Total health care expenditure | 11854 | 100% |

Πίνακας 3.83 Συνολικές δαπάνες για την υγεία ανά εισοδηματική πηγή, 2005



3.3.1.4 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η προώθηση της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης των ασθενειών, αποτελεί κύρια εστίαση της φινλανδικής πολιτικής στην υγειονομική περίθαλψη για δεκαετίες. Αυτό έχει οδηγήσει στην εξόντωση ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών, σε μείωση διαφόρων άλλων ασθενειών και σε μια βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η προώθηση της υγείας πραγματοποιείται σε εθνικό αλλά και σε δημοτικό επίπεδο.

Κάθε Φιλανδός κάτοικος έχει δικαίωμα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από τη δυνατότητα της πληρωμής για αυτές τις υπηρεσίες. Το σύνταγμα δηλώνει ότι οι δημόσιες αρχές εγγυώνται για τον κάθε κάτοικο, όπως προβλέπεται λεπτομερέστερα από μια πράξη του Κοινοβουλίου, επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες. Οι αιτούντες άσυλο, οι παράνομοι μετανάστες, οι τουρίστες, οι προσωρινοί σπουδαστές και οι εργαζόμενοι (από τις εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης χώρες) δεν καλύπτονται από τη δημοτική υγειονομική περίθαλψη ή τη NHI. Εντούτοις, οι δημοτικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης σε καθεμία από αυτές τις ομάδες. Σύμφωνα με μια συγκεκριμένη πράξη, οι αιτούντες άσυλο έχουν δικαίωμα στις ίδιες υγειονομικές υπηρεσίες με τους μόνιμους κατοίκους. Αυτές οι υπηρεσίες πρέπει να παρασχεθούν από τα κέντρα υποδοχής των προσφύγων.

Θεωρητικά, ο πληθυσμός έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των τριών υγειονομικών συστημάτων: της δημοτικής υγειονομικής περίθαλψης, της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης και της επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη οι αμοιβές των υπηρεσιών μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο για την πρόσβαση κάποιου σε αυτές ενώ η επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη είναι διαθέσιμη μόνο για τα εργαζόμενα άτομα. Επομένως, στην πράξη, για τους φτωχούς άνεργους ανθρώπους το δημοτικό υγειονομικό σύστημα είναι η μόνη επιλογή. Στο δημοτικό υγειονομικό σύστημα, οι ασθενείς έχουν πολύ περιορισμένη ελευθερία επιλογής μεταξύ των παρόχων των υπηρεσιών υγείας ή των παθολόγων. Ο ασθενής θεραπεύεται μόνο στο κέντρο υγείας του δήμου του/της. Σε μερικούς δήμους οι ασθενείς επιτρέπεται να επιλέξουν έναν παθολόγο. Μια παραπομπή από έναν εξουσιοδοτημένο παθολόγο απαιτείται για την πρόσβαση στις εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες. Στους ασθενείς μπορεί να προσφερθεί η επιλογή της μετάβασης στο νοσοκομείο της γειτονικής περιοχής εάν υπάρχουν μακριές σειρές αναμονής. Εντούτοις σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να το κάνουν αυτό. Αντίθετα στην NHI οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τον ιδιωτικό πάροχο υπηρεσιών υγείας.

Δημοτική υγειονομική περίθαλψη

Η δημοτική υγειονομική περίθαλψη καλύπτει όλους τους ανθρώπους που καταχωρούνται ως μόνιμοι κάτοικοι του δήμου. Αυτό ισχύει επίσης και για τους μετανάστες που σκοπεύουν να ζήσουν στη Φινλανδία μόνιμα και οι οποίοι έχουν άδεια διαμονής για τουλάχιστον ένα έτος. Άνθρωποι που έχουν ζήσει έξω από τη Φινλανδία για περισσότερα από ένα έτη δεν καταγράφονται ως μόνιμοι κάτοικοι. Οι αιτούντες άσυλο χωρίς άδεια διαμονής, οι παράνομοι μετανάστες και οι προσωρινά εργαζόμενοι ξένοι δεν καλύπτονται από το δημοτικό υγειονομικό σύστημα. Πρόσωπα από άλλες χώρες της ΕΕ έχουν δικαίωμα στις ίδιες υπηρεσίες με τους Φινλανδούς κατοίκους (με μερικούς περιορισμούς), αλλά η περίθαλψη τους πληρώνεται από τη πατρίδα τους.

Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πακέτο υπηρεσιών που παρέχονται από το δημοτικό υγειονομικό σύστημα. Σύμφωνα με το σύνταγμα, η δημόσια διαχείριση πρέπει να παρέχει ικανοποιητικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να προωθή την υγεία του πληθυσμού. Ο αρχικός νόμος υγειονομικής περίθαλψης καθορίζει τους τύπους υπηρεσιών που πρέπει να παρασχεθούν, αλλά όχι συγκεκριμένα οφέλη. Οι κύριες λειτουργίες του κέντρου υγείας ενός δήμου καθορίζονται ως εξής :

- Οργάνωση της παροχής της ιατρικής περίθαλψης για τους ντόπιους και των πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης,
- Παροχή προληπτικών υπηρεσιών οι οποίες συντελούν στην προώθηση της υγείας,
- Οργάνωση των ιατρικών εξετάσεων
- Διοίκηση κλινικών μητρότητας και παιδιατρικών κλινικών
- Οργάνωση παροχής οδοντιατρικής υγειονομικής περίθαλψης
- Παροχή Υπηρεσίας Ασθενοφόρων Οχημάτων.

Οι δήμοι είναι επίσης αρμόδιοι για την παροχή ελευθέρων προγραμμάτων ανοσοποίησης για τους κατοίκους. Το γενικό πρόγραμμα ανοσοποίησης στη Φινλανδία, ακολουθεί κυρίως τις συστάσεις του W.H.O και καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό.

Οι υπηρεσίες εξειδικευμένης περίθαλψης που χρηματοδοτούνται από τους δήμους παρέχονται κυρίως από τα νοσοκομεία που λειτουργούν στις λεγόμενες ‘νοσοκομειακές περιοχές’. Το σύνταγμα διαιρεί τη χώρα σε 20 “νοσοκομειακές περιοχές”. Κάθε δήμος πρέπει να είναι μέλος μιας “νοσοκομειακής περιοχής” (ο αριθμός δήμων-μελών ποικίλλει από 6 έως 58). Οι “νοσοκομειακές περιοχές” οργανώνουν και παρέχουν τις ειδικές ιατρικές υπηρεσίες για τον πληθυσμό των δήμων- μελών τους.

NHI (Εθνική ασφάλιση υγείας)

Η NHI διαιρείται σε δύο μέρη: την ασφάλιση ασθενείας και την εισοδηματική ασφάλιση. Η ασφάλιση υγείας καλύπτει τις φαρμακευτικές αποζημιώσεις, αποζημίωση των ιατρικών δαπανών από χρήση των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα καθώς και αποζημίωση των δαπανών μεταφοράς στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένων των Υπηρεσιών Ασθενοφόρων Οχημάτων). Η εισοδηματική ασφάλιση καλύπτει το επίδομα ασθενείας, το επίδομα αδειών μητρότητας, το επίδομα αποκατάστασης και την αποζημίωση των εργοδοτών για τις υπηρεσίες επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης. Η ασφάλιση ασθενείας χρηματοδοτείται από τους υπαλλήλους και το κράτος. Η εισοδηματική ασφάλιση χρηματοδοτείται από τους εργαζομένους και τους εργοδότες.

Η NHI καλύπτει όλους τους μόνιμους κάτοικους της Φινλανδίας, είναι υποχρεωτική και οι ασφαλιστικές αμοιβές συλλέγονται με τη φορολογία. Οι μόνιμοι κάτοικοι στη Φινλανδία λαμβάνουν μια κάρτα SII που αποδεικνύει την καταλληλότητα του κατόχου για κοινωνική ασφάλιση (συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης υγείας). Προκειμένου να αναγνωρισθεί ως μόνιμος κάτοικος Φινλανδίας, ένα πρόσωπο πρέπει να έχει την αρχική του κατοικία στη Φινλανδία και πρέπει να ξοδεύει τον μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στη Φινλανδία.

Η NHI παρέχει μερική αποζημίωση όλων των ιδιωτικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (περίπου 30% κατά μέσον όρο, ανάλογα με τον τύπο παροχής) και των εξόδων μεταφοράς στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένου μέρους του Υπηρεσίας Ασθενοφόρων Οχημάτων). Η NHI αντισταθμίζει επίσης την απώλεια εισοδήματος κατά τη διάρκεια της ασθένειας, της εγκυμοσύνης καθώς και την απώλεια του εισοδήματος των γονέων ενός άρρωστου παιδιού κατά τη διάρκεια της θεραπείας του παιδιού.

Από την άποψη της αποζημίωσης της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης, η NHI δεν έχει οποιοδήποτε καθορισμένο πακέτο οφελών που καλύπτει. Η NHI καλύπτει ένα συγκεκριμένο ποσό όλων των θεραπειών που ένας παθολόγος κρίνει απαραίτητες για τη θεραπεία μιας ασθένειας, μιας εγκυμοσύνης ή ενός τοκετού. Οι ιδιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες που δεν θεραπεύουν μια ασθένεια (παραδείγματος χάριν αισθητική χειρουργική) δεν καλύπτονται.

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Υπάρχουν τρεις σημαντικοί τύποι ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας στη Φινλανδία:

- Εθελοντική ασφάλιση υγείας,
- Νομική ασφάλιση ατυχήματος μηχανών (υποχρεωτική για το κάθε μηχανοκίνητο όχημα) και
- Νομική ασφάλιση εργατικού ατυχήματος (υποχρεωτική για κάθε εργοδότη).

Η εθελοντική ασφάλιση υγείας μπορεί να διαιρεθεί στις ακόλουθες κατηγορίες: ασφάλιση ασθένειας για τα παιδιά, ασφάλιση ασθένειας για τους ενήλικους, ασφάλιση ατυχήματος, αθλητική ασφάλιση ατυχήματος και ασφάλιση για τις ιατρικές δαπάνες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού. Αυτοί οι τύποι ασφαλίσεων μπορούν να συνδυαστούν ή μπορούν να διαμορφώσουν μέρος ενός άλλου τύπου ασφάλισης, παραδείγματος χάριν ασφάλιση ιδιωτικής ιδιοκτησίας. Η εθελοντική ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν είναι πολύ κοινή στη Φινλανδία. Ο κύριος λόγος για τους ανθρώπους να κάνουν εθελοντική ασφάλιση υγείας είναι η μείωση των επιπρόσθετων πληρωμών στην ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη.

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Τα φαρμακευτικά προϊόντα μπορούν να διατεθούν στην αγορά μετά από άδεια του NAM, το οποίο όμως ιεραρχικά είναι κατώτερο από το MSAH. Τα νέα φάρμακα μπορούν επίσης να διατεθούν στην αγορά από το ενσωματωμένο ευρωπαϊκό σύστημα έγκρισης αγοράς (η ευρωπαϊκή αντιπροσωπεία αξιολόγησης φαρμάκων). Υπάρχουν δύο χονδρέμποροι φαρμακευτικών ειδών στη Φινλανδία οι οποίοι παρέχουν τα φαρμακευτικά είδη στα φαρμακεία και τα νοσοκομεία. Τα φαρμακεία λειτουργούν από τους φαρμακοποιούς, οι οποίοι όμως δεν είναι οι κάτοχοί τους. Ένας φαρμακοποιός μπορεί να λειτουργήσει μόνο ένα φαρμακείο (και ενδεχομένως δύο θυγατρικά φαρμακεία).

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αποζημιώνονται μέσω της NHI. Υπάρχουν τρία επίπεδα αποζημίωσης: 42% (περιορισμένη βασική κατηγορία αποζημιώσεων), 72% (περιορισμένη χαμηλότερη πρόσθετη κατηγορία αποζημιώσεων) και 100% (περιορισμένη υψηλότερη πρόσθετη κατηγορία αποζημιώσεων). Υπάρχει επίσης ένα μέγιστο ετήσιο επιπρόσθετο όριο πληρωμής για τα φάρμακα (περίπου 630 ευρώ το 2007). Όπως σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά είδη παρουσιάζουν αξιοσημείωτη αύξηση ως μερίδιο των συνολικών δαπανών. Από την αρχή της δεκαετίας του '90, οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξάνονται κατά μέσον όρο 8% κάθε έτος.

3.3.1.5 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Δημοτικά κέντρα υγείας

Ένα δημοτικό κέντρο υγείας μπορεί να οριστεί ως μια λειτουργική μονάδα ή οργάνωση που παρέχει τις πρωτοβάθμιες θεραπευτικές και προληπτικές υπηρεσίες στον πληθυσμό του. Δεν είναι απαραίτητως ένα ενιαίο κτίριο ή μια ενιαία τοποθεσία. Οι κυριότερες δραστηριότητες υγείας μπορούν να οργανωθούν σε διάφορες τοποθεσίες, για παράδειγμα η μητρική και παιδική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να παρασχεθεί σε μια χωριστή τοποθεσία από το γραφείο του κεντρικού γιατρού υγείας. Τα κέντρα υγείας ανήκουν κυρίως σε έναν δήμο ή από κοινού σε διάφορους δήμους μέσω μιας ομοσπονδίας. Δεν στοχεύουν στην πραγματοποίηση κέρδους. Υπάρχουν 237 κέντρα υγείας στη Φινλανδία. Στις αραιά κατοικημένες περιοχές, η απόσταση από το κοντινότερο κέντρο υγείας είναι πολύ μεγαλύτερη από, τι στον πιο πυκνά κατοικημένο νότο.

Το μέγεθος ενός κέντρου υγείας ποικίλλει, ανάλογα με τον αριθμό των ανθρώπων εξυπηρετεί. Όταν δημιουργήθηκαν τα κέντρα υγείας θεωρήθηκε ότι θα πρέπει να εξυπηρετήσουν έναν πληθυσμό τουλάχιστον 10 000 ατόμων. Τα κέντρα υγείας προσφέρουν μια ευρεία ποικιλία των υπηρεσιών: ιατρική φροντίδα εξωτερικών ασθενών, προσοχή ασθενών στους θαλάμους, προληπτικές υπηρεσίες, οδοντιατρική περίθαλψη, μητρική περίθαλψη, παιδική περίθαλψη, σχολική υγειονομική περίθαλψη, περίθαλψη για τους ηλικιωμένους, φυσιοθεραπεία και επαγγελματική υγειονομική περίθαλψη.

Νοσοκομειακές περιοχές

Υπάρχουν 20 νοσοκομειακές περιοχές στη Φινλανδία. Κάθε δήμος πρέπει να ανήκει σε μια νοσοκομειακή περιοχή. Η μεγαλύτερη νοσοκομειακή περιοχή από άποψη πληθυσμού έχει πάνω από 1.4 εκατομμύριο κατοίκους, ενώ η μικρότερη μόνο 65.000. Ο αριθμός των δήμων-μελών ποικίλλει από 6 έως 58. Κάθε νοσοκομειακή περιοχή έχει έναν κεντρικό νοσοκομείο καθώς και άλλα νοσοκομεία ανάλογα με το μέγεθος της.

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.84 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 2005

| | Registered ¹ | | Municipal health care | | | | Proportion in municipal health care |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|--------|-----------------------|----------|-------------------------------------|
| | 2005 | per 10 000 population | 1990 | 2005 | per 10 000 population | increase | |
| Health and social services managers | | | 3320 | 3310 | 6 | 0% | |
| Other senior officials | | | 520 | 440 | 1 | -15% | |
| Physicians | 17 101 | 33 | 8 070 | 10 340 | 20 | 28% | 60% |
| Dentists | 4 537 | 9 | 1 960 | 2 040 | 4 | 4% | 45% |
| Senior nurses and ward sisters | | | 7 170 | 5 690 | 11 | -21% | |
| Nurses | 62 333 | 120 | 17 190 | 31 890 | 61 | 86% | 60% |
| Public health nurses | 14 024 | 27 | 4 520 | 5 140 | 10 | 14% | 37% |
| Radiographers | 3 327 | 6 | 1 420 | 1 740 | 3 | 23% | 52% |
| Midwives ² | 3 722 | 7 | 220 | 1 470 | 3 | | 40% |
| Dental hygienists ³ | 1 456 | 3 | 210 | 650 | 1 | 210% | 45% |
| Auxiliary nurses | 81 996 | 158 | 19 030 | 30 030 | 58 | 58% | 37% |
| Auxiliary mental nurses | 5 223 | 10 | 4 660 | 2 740 | 5 | -41% | 53% |
| Hospital and ambulance attendants | 2 033 | 4 | 710 | 670 | 1 | -6% | 33% |
| Dental assistants | 6 123 | 12 | 2 430 | 2 600 | 5 | 7% | 43% |
| Physiotherapists | 11 290 | 22 | 1 290 | 2 250 | 4 | 74% | 20% |
| Occupational therapists | 1 732 | 3 | 280 | 560 | 1 | 100% | 32% |
| Medical laboratory technologists | 6 771 | 13 | 2 830 | 3 520 | 7 | 24% | 52% |
| Assistant nurses and hospital ward assistants | | | 14 150 | 6 460 | 12 | -54% | |

Οι παθολόγοι εκπαιδεύονται σε πέντε πανεπιστήμια. Τα πανεπιστήμια είναι δημόσια και η εκπαίδευση είναι δωρεάν. Η είσοδος είναι βασισμένη στους βαθμούς από το γυμνάσιο και στους εισαγωγικούς διαγωνισμούς. Η βασική ιατρική εκπαίδευση διαρκεί έξη έτη και περιέχει την ιδιαίτερη πρακτική κατάρτιση. Μετά από την εκπαίδευση στο πανεπιστήμιο, απαιτείται διετής πρακτική εργασία και κατάρτιση στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, για να αποκτήσει ένας γιατρός την άδεια να εργαστεί ανεξάρτητα ως παθολόγος. Μέρος αυτής της κατάρτισης μπορεί να ολοκληρωθεί είτε στον ιδιωτικό τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είτε με την άσκηση επιστημονικής έρευνας.

Οι μισθοί όλων των παθολόγων που εργάζονται στο δημόσιο τομέα διαπραγματεύονται από το συνδικάτο των παθολόγων και την Επιτροπή των εργοδοτών των τοπικών αρχών. Το σύστημα πληρωμής των παθολόγων στα δημοτικά κέντρα υγείας ποικίλλει μεταξύ των δήμων. Η παραδοσιακή μέθοδος πληρωμής, που ισχύει αυτήν την περίοδο στο περίπου 45% με 50% των παθολόγων των κέντρων υγείας, είναι μέσω μηνιαίων αποδοχών με μερικές πρόσθετες πληρωμές. Οι παθολόγοι στις νοσοκομειακές περιοχές είναι μισθοδοτημένοι υπάλληλοι. Ο μηνιαίος βασικός μισθός εξαρτάται από τη θέση τους και τη διάρκεια της καριέρας τους ως παθολόγοι. Διάφορα επιδόματα μπορούν να πληρωθούν, όπως επίδομα αυξανόμενης ευθύνης, αλλά στην πράξη αυτά καταβάλλονται ελάχιστα.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕ

3.3.2 ΝΟΡΒΗΓΙΑ



3.3.2.1 Εισαγωγή

Η Νορβηγία είναι μια μοναρχία με κυβέρνηση κοινοβουλευτικής μορφής. Υπάρχουν τρία ανεξάρτητα κυβερνητικά επίπεδα - η εθνική κυβέρνηση, τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι. Ο νορβηγικός πληθυσμός έφθασε τα 4,6 εκατομμύρια το 2005. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη Νορβηγία είναι μεταξύ των υψηλότερων στον κόσμο. Οι ασθένειες του κυκλοφοριακού συστήματος είναι η αρχική αιτία θνησιμότητας, με τον καρκίνο να αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη αιτία θανάτου. Το νορβηγικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης οργανώνεται σε τρία επίπεδα. Το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό. Η γενική ευθύνη για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στηρίζεται σε εθνικό επίπεδο, με το Υπουργείο υπηρεσιών υγείας και φροντίδας. Το περιφερειακό επίπεδο αντιπροσωπεύεται από πέντε περιφερειακές αρχές αρμόδιες για την υγεία, οι οποίες έχουν ευθύνη για την ειδική υγειονομική περίθαλψη ενώ το τοπικό επίπεδο που αντιπροσωπεύεται από 434 δήμους έχει ευθύνη για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη.

Το νορβηγικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται πρώτιστα μέσω των φόρων. Οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να επιβάλουν τους ανάλογους φόρους εισοδήματος στους αντίστοιχους πληθυσμούς τους, ενώ οι περιφερειακές αρμόδιες για την υγεία αρχές πρέπει να στηριχθούν σε επιδοτήσεις από την κεντρική κυβέρνηση. Ο στόχος της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι να θεραπευτούν οι ασθένειες και να εξεταστούν τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού χωρίς να χρειαστεί εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως δημόσια. Οι παθολόγοι ιατροί (GPs) είναι στην πράξη αυτοαπασχολούμενοι, αλλά χρηματοδοτούμενοι από το σχήμα εθνικής ασφάλισης (NIS) και τους δήμους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάσταση της υγείας του νορβηγικού πληθυσμού είναι μια από τις καλύτερες στον κόσμο με την αναμενόμενη διάρκεια ζωής να διαμορφώνεται στα 77.5 χρόνια για τους άνδρες και στα 82.3 για τις γυναίκες.

3.3.2.2 Οργανωτική δομή

Η οργανωτική δομή του νορβηγικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στηρίζεται στην αρχή της ισόνομης πρόσβασης στις υπηρεσίες. Όλοι οι κάτοικοι πρέπει να έχουν τις ίδιες ευκαιρίες για πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα από την κοινωνική, οικονομική θέση ή γεωγραφική θέση τους. Για να εκπληρωθεί αυτός ο στόχος, η οργανωτική δομή έχει τρία επίπεδα: το εθνικό/κρατικό επίπεδο, τις πέντε περιοχές υγείας και τους δήμους. Ενώ ο ρόλος του κράτους είναι να καθορίσει την πολιτική υγείας σε εθνικό επίπεδο, να προετοιμάσει και να επιτηρήσει τη νομοθεσία και να διαθέσει τα κεφάλαια, η κύρια ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εναπόκειται στις πέντε περιοχές υγείας για την ειδική υγειονομική περίθαλψη, στους 431 δήμους για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, και στους 19 νομούς για την οδοντική περίθαλψη. Σε εθνικό επίπεδο, το Κοινοβούλιο (Stortinget) χρησιμεύει ως πολιτικό σώμα λήψης αποφάσεων. Η γενική ευθύνη για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εναπόκειται στο Υπουργείο υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.

Υπουργείο υπηρεσιών υγείας και φροντίδας

Το Υπουργείο υπηρεσιών υγείας και φροντίδας σχεδιάζει την πολιτική που θα ακολουθηθεί στον τομέα της υγείας, εκπονεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις και νομοθετικές προτάσεις, ελέγχει την εφαρμογή τους και βοηθά την κυβέρνηση στην λήψη αποφάσεων. Το Υπουργείο είναι επίσης αρμόδιο για τη διαχείριση των ακόλουθων υπηρεσιών: πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, εξειδικευμένη υγειονομική περίθαλψη, δημόσια υγεία, διανοητική υγεία, ιατρική αποκατάσταση, οδοντιατρικές υπηρεσίες, φαρμακεία και φαρμακευτικά είδη, προγραμματισμό και συντονισμό έκτακτης ανάγκης, πολιτικές στη μοριακή βιολογία, τη βιοτεχνολογία, τη διατροφή και την ασφάλεια τροφίμων. Το Υπουργείο υπηρεσιών υγείας και φροντίδας έχει και τη διοικητική ευθύνη για τις ακόλουθες κατώτερες αντιπροσωπείες: τη διεύθυνση για την υγεία και τις κοινωνικές υποθέσεις, την επιτροπή της υγείας, το ίδρυμα δημόσιας υγείας, την αντιπροσωπεία φαρμάκων, την αρχή προστασίας από τη ραδιενέργεια, και τη συμβουλευτική επιτροπή βιοτεχνολογίας.

Διεύθυνση για την υγεία και τις κοινωνικές υποθέσεις

Η διεύθυνση για την υγεία και τις κοινωνικές υποθέσεις είναι ένα επαγγελματικό σώμα νομικού χαρακτήρα του τομέα της υγείας. Η διεύθυνση συμβάλλει επίσης στην εφαρμογή της εθνικής και της κοινωνικής πολιτικής για την υγεία και χρησιμεύει ως ένα συμβουλευτικό όργανο για τις κεντρικές αρχές, τους δήμους, τις περιφερειακές αρμόδιες για την υγεία αρχές και τις εθελοντικές οργανώσεις.

Επιτροπή υγείας - Ίδρυμα δημόσιας υγείας

Η νορβηγική επιτροπή υγείας είναι μια εθνική εποπτική αρχή με ευθύνη για την γενική επίβλεψη της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Η νορβηγική αντιπροσωπεία φαρμάκων είναι μια εθνική ρυθμιστική αρχή για τα υπάρχοντα και τα νέα φάρμακα καθώς και για τις αλυσίδες ανεφοδιασμού. Η αντιπροσωπεία είναι αρμόδια για την εποπτεία της παραγωγής, των δοκιμών και του μάρκετινγκ των φαρμάκων. Το εθνικό ίδρυμα δημόσιας υγείας είναι ένα εθνικό κέντρο για τον έλεγχο της υγείας με ειδική γνώση της επιδημιολογίας και του μολυσματικού ελέγχου των ασθενειών. Είναι επίσης ερευνητικό ίδρυμα με περιεκτική εθνική και διεθνή συνεργασία. Το νορβηγικό ίδρυμα δημόσιας υγείας ιδρύθηκε το 2002.

Εθνική ασφαλιστική διοίκηση

Η εθνική ασφαλιστική διοίκηση (Trygdeetaten) έχει τη διοικητική ευθύνη για το NIS , ένα δημόσιο ασφαλιστικό σχέδιο που εξασφαλίζει στο καθένα ένα κατώτατο επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης. Το NIS παρέχει αποζημιώσεις για ασθένεια, ατυχήματα, σωματικές ατέλειες, εγκυμοσύνη, γέννηση, ανεργία, γηρατιά, ανικανότητα, θάνατο, και απώλεια του προσώπου που στηρίζει οικονομικά την οικογένεια.

Δήμοι-πρωτοβάθμια περίθαλψη

Οι 431 δήμοι της χώρας , τα μεγέθη των οποίων ποικίλουν αρκετά είναι αρμόδιοι για την παροχή και τη χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Όλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην κοινότητά τους. Οι δήμοι είναι αρμόδιοι για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη όπως επίσης και για :

- την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών
- την διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.
- την διοίκηση και λειτουργία των οίκων ευγηρίας και των εγχώριων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Νομοί- περιφέρειες υγείας

Η νοσοκομειακή μεταρρύθμιση του 2002 αφαίρεσε από τους νόμους την ευθύνη για την ειδική υγειονομική περίθαλψη. Αυτή τη στιγμή (2006) οι ευθύνες τους περιλαμβάνουν την οργάνωση της δημόσιας οδοντικής περίθαλψης σε συνεργασία με τους δήμους. Σε γενικές γραμμές, οι πολιτικοί των νομών δεν έχουν ουσιαστικά καμία άμεση επιρροή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

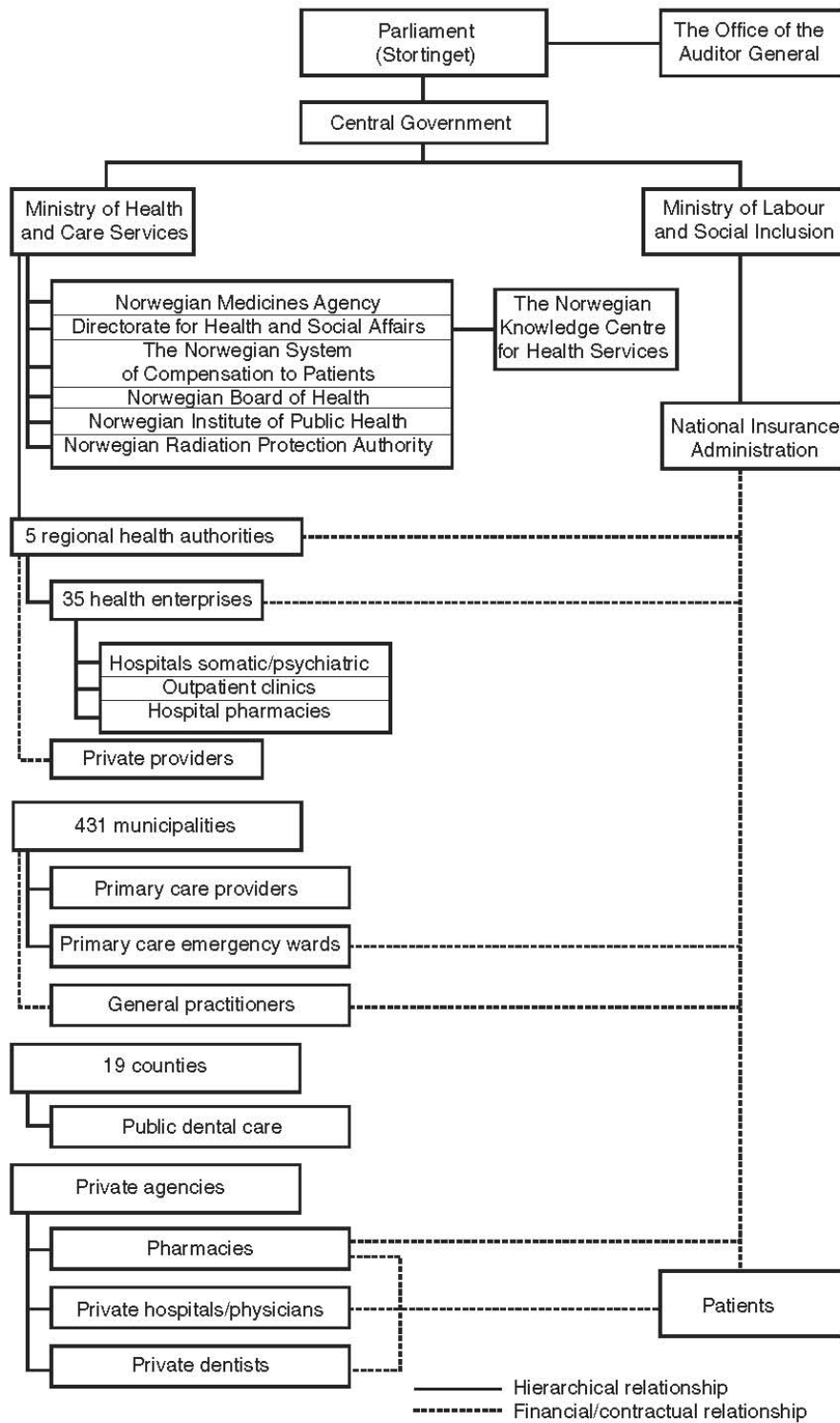
Πέντε περιφέρειες υγείας είναι αρμόδιες για την παροχή εξειδικευμένης περίθαλψης. Υπάρχουν αυτή τη στιγμή 32 επιχειρήσεις υγείας στις πέντε περιφέρειες . Τα ονόματα κάθε περιοχής, μαζί με τον αριθμό κατοίκων, είναι τα ακόλουθα:

- Βόρεια περιφέρεια της Νορβηγίας (Helse- Nord), κάτοικοι: 462.000
- Κεντρική περιφέρεια της Νορβηγίας (Helse- Midt), κάτοικοι: 649.000
- Δυτική περιφέρεια της Νορβηγίας (Helse-Vest), κάτοικοι: 956.000
- Νότια περιφέρεια της Νορβηγίας (Helse- Sor), κάτοικοι: 899.000
- Ανατολική περιφέρεια της Νορβηγίας (Helse –Ost), κάτοικοι : 1.671.000

Ιδιωτικός τομέας υγειονομικής περίθαλψης

Το νορβηγικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει ιδιωτικές κερδοσκοπικές και μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις .Οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα στις περισσότερες περιπτώσεις ενσωματώνονται πλήρως στο δημόσιο σύστημα, με μερικές εξαιρέσεις. Οι μη κερδοσκοπικές επιχειρήσεις περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο τα νοσοκομεία. Οι ιδιωτικές κερδοσκοπικές επιχειρήσεις έχουν έναν κατώτερο ρόλο μέσα στο νορβηγικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και δημιουργήθηκαν πρώτιστα για να συμπληρώσουν τις χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο υπηρεσίες, παραδείγματος χάριν, την πλαστική χειρουργική επέμβαση. Οι ιδιωτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται κατά κύριο λόγο στις αστικές περιοχές.

Πίνακας 3.85 Οργανωτικό διάγραμμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.



3.3.2.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

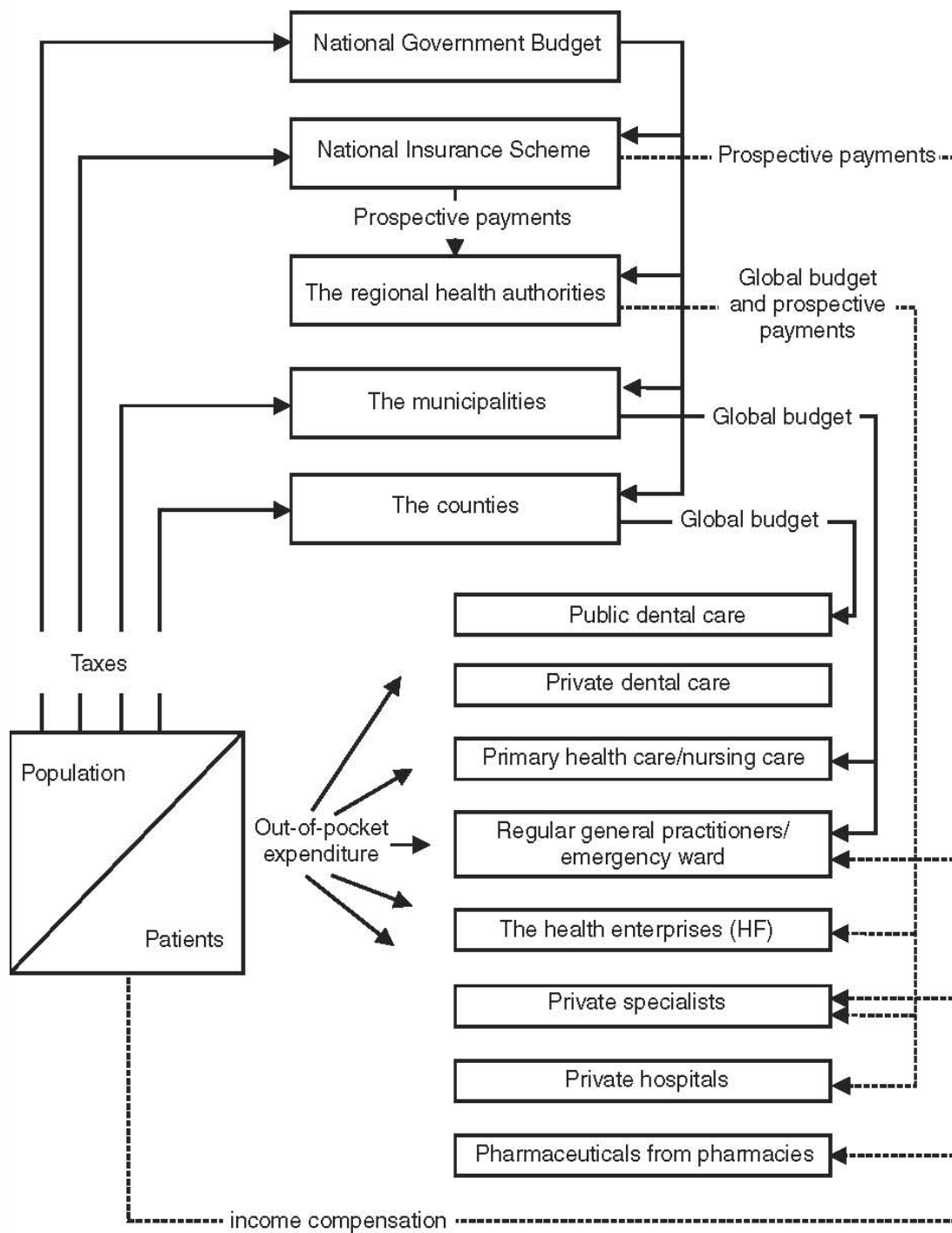
Το νορβηγικό σύστημα υγείας βασίζεται κυρίως στους φόρους και στηρίζεται στην αρχή της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες για όλους τους κατοίκους ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση και το εισόδημά τους. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στη Νορβηγία ανήλθαν το 2004 σε 168 δισεκατομμύρια νορβηγικές κορώνες. Η συνεισφορά του δημοσίου τομέα στις δαπάνες αυτές αποτέλεσε το 84% του συνόλου. Η κεντρική κυβέρνηση, οι τοπικές κυβερνήσεις και το NIS αποτελούν τις δημόσιες πηγές χρηματοδότησης, ενώ οι ιδιωτικές πηγές αποτελούνται κυρίως από τις λεγόμενες out of pocket πληρωμές. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, το 2004 το ποσοστό του ΑΕΠ που αντιστοιχούσε στις συνολικές δαπάνες υγείας στη Νορβηγία ήταν 10%, το οποίο ταξινομούσε τη χώρα στη τέταρτη θέση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό γνώρισμα του νορβηγικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι η υπεροχή της φόρο-χρηματοδοτημένης δημόσιας παροχής. Δεν υπάρχει κανένας συγκεκριμένος φόρος υγείας στη Νορβηγία. Τα συνολικά συλλεχθέντα φορολογικά έσοδα για το κράτος, τους δήμους και τους νομούς ανήλθαν σε 685 δισεκατομμύρια νορβηγικές κορώνες το 2003. Περίπου το 87,2% του συνολικού ποσού των φορολογικών εσόδων πηγάζουν στο κράτος, 11% στους δήμους και 1,5% στους νομούς. Το μεγαλύτερο μέρος των φορολογικών εσόδων των δήμων και των νομών προέρχεται από το φόρο εισοδήματος και ιδιοκτησίας των φορολογουμένων. Το νορβηγικό φορολογικό σύστημα χαρακτηρίζεται από το σχετικά υψηλό επίπεδο έμμεσων φόρων του. Ο φόρος προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α) και ο φόρος κατανάλωσης αντιπροσωπεύουν το 30% των συνολικών φορολογικών εσόδων. Ο φόρος ατομικού εισοδήματος και ο φόρος καθαρού πλούτου που επιβάλλεται αντιπροσωπεύουν περίπου το 35% των συνολικών φορολογικών εσόδων. Ο εταιρικός φόρος, συμπεριλαμβανομένων των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης των εργοδοτών, αποτελούν περίπου το 18%.

Πίνακας 3.86 Πηγές χρηματοδότησης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, 1980-2003

| Public expenditure on health % | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Government, excluding social security | 85.1 | 85.8 | 82.8 | 84.2 | 84.7 | 85.2 | 85.0 | 85.5 | 85.3 | 85.5 |
| Private expenditures on health | | | | | | | | | | |
| Out-of-pocket payments | 14.9 | 14.2 | 14.6 | 15.2 | 14.8 | 14.3 | 14.5 | 14.0 | 14.7 | 14.5 |
| Other private funds | 0 | 0 | 2.6 | 0.6 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0 | 0 |
| Total: | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Πίνακας 3.87 Οικονομικό διάγραμμα ροής του νορβηγικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.



Πίνακας 3.88 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1980-2004

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1992 | 1995 | 1998 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Total health expenditure at 1995 GDP price level (in NKr billions) | 42.6 | 47.4 | 60.2 | 67.8 | 74.3 | 95.9 | 112.6 | 135.3 | 150.0 | 160.8 | 167.9 ^a |
| Total health expenditure per capita PPP | 659 | 943 | 1 385 | 1 643 | 1 897 | 2 314 | 2 784 | 3 287 | 3 616 | 3 807 | – |
| Total health expenditure as % of GDP | 6.9 | 6.6 | 7.7 | 8.2 | 7.9 | 8.5 | 7.7 | 8.9 | 9.9 | 10.3 | 9.9 ^a |
| Public expenditure on health as % of total expenditure on health | 85.1 | 85.8 | 82.8 | 84.8 | 84.2 | 84.7 | 85.0 | 85.5 | 85.3 | 85.5 | – |
| Private expenditure on health as % of total expenditure on health | 14.9 | 14.2 | 17.2 | 15.2 | 15.8 | 15.3 | 15.0 | 14.5 | 14.7 | 14.5 | – |

3.3.2.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Πίνακας 3.89 Νοσοκομειακά και ψυχιατρικά ιδρύματα στη Νορβηγία, 1980-2004

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Acute care hospital beds | 22 687 | 20 812 | 17 176 | 15 300 | 14 992 | 14 943 | 14 711 | 16 442 | 16 723 | 16 911 | 17 141 | 17 096 |
| Psychiatric hospital beds | 12 261 | 9 921 | 8 011 | 6 667 | 6 368 | 6 290 | 9 155 | 6 091 | 5 821 | 5 751 | 5 633 | 5 500 |
| Long-term hospital beds | – | 45 607 | 43 628 | 43 928 | 43 377 | 43 196 | 43 240 | 42 876 | 42 741 | 42 319 | 41 718 | 41 402 |

Μέχρι την 1^η Ιανουαρίου 2002 όλα τα δημόσια νοσοκομεία ανήκαν στους νομούς και λειτουργούσαν κάτω από τη δικαιοδοσία τους. Κάθε νομός λάμβανε τα κυβερνητικά κεφάλαια τα οποία υπολογίζονταν σύμφωνα με τον αριθμό νοσοκομείων στην περιοχή, καθώς και από άλλα κριτήρια, όπως το μέγεθος του πληθυσμού.

Ανθρώπινο δυναμικό

Ο τομέας του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο στο σύγχρονο νορβηγικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ο αριθμός των ατόμων που εργάζονται στο τομέα της υγείας ανέρχεται σε 215.000, και αποτελεί περίπου το 17% του συνολικού νορβηγικού εργατικού δυναμικού. Έναντι άλλων χωρών του ΟΟΣΑ, η Νορβηγία έχει έναν υψηλό αριθμό προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Το 2004 αντιστοιχούσαν 3,4 παθολόγοι σε 1000 άτομα πληθυσμού. Το νορβηγικό προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης είναι κυρίως μισθοδοτημένοι υπάλληλοι. Κυριότερες εξαιρέσεις αποτελούν :

- Οι ειδικοί παθολόγοι οι οποίοι πληρώνονται με αμοιβή ανά υπηρεσία από το NIS, τις out of pocket πληρωμές καθώς και τις επιχορηγήσεις ποσών από τις περιφερειακές αρμόδιες για την υγεία αρχές
- Οι παθολόγοι οι οποίοι πληρώνονται με αμοιβή ανά υπηρεσία από το NIS, τις out of pocket πληρωμές καθώς και τον κεφαλικό φόρο από τους δήμους
- Οι φυσιοθεραπευτές οι οποίοι πληρώνονται με αμοιβή ανά υπηρεσία από το NIS και τις out of pocket πληρωμές
- Οι οδοντίατροι οι οποίοι πληρώνονται συνήθως άμεσα από τους ασθενείς χωρίς οποιαδήποτε επιχορήγηση από το NIS.

Οι κανονικοί παθολόγοι λαμβάνουν την κατά κεφαλήν αποζημίωση από τους δήμους στους οποίους εδρεύουν ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών στους καταλόγους τους. (γύρω στις 300 νορβηγικές κορώνες ανά ασθενή). Το ποσό αυτό ανέρχεται στο 30 % του εισοδήματος ενός παθολόγου. Το υπόλοιπο 70 % προέρχεται από αποζημιώσεις από το NIS και τις out of pocket πληρωμές των ασθενών.

Πίνακας 3.90 Συνολικός αριθμός προσωπικού στον τομέα της υγείας, 2004

| Occupations | Number |
|---|----------------|
| Physicians | 15 281 |
| Psychologists | 3 019 |
| Dentists | 3 402 |
| Others with university health education | 840 |
| Personnel with university health education, total | 22 542 |
| Child welfare officers | 4 398 |
| Medical laboratory technologists | 3 980 |
| Occupational therapists | 2 116 |
| Physiotherapists | 7 008 |
| Midwives | 2 269 |
| Radiographers | 1 937 |
| Social care workers | 6 027 |
| Nurses | 67 294 |
| Dental hygienists | 738 |
| Social educators | 6 772 |
| Other with university education, lower degree | 1 464 |
| Personnel with university education (lower degree, less than 4 years), total | 104 003 |
| Auxiliary nurses | 55 943 |
| Care workers | 11 198 |
| Medical secretaries | 5 300 |
| Other with high school education | 10 331 |
| Personnel with high school education, total | 82 772 |
| Personnel without health education | 137 179 |
| Total personnel in health and social industry | 346 496 |

3.3.2.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Όλα τα άτομα που κατοικούν ή εργάζονται στη Νορβηγία πρέπει να συνάψουν ασφάλιση με το NIS. Η ασφάλιση αυτή είναι επίσης υποχρεωτική και για ορισμένες κατηγορίες Νορβηγών πολιτών που εργάζονται στο εξωτερικό. Σύμφωνα με τη συμφωνία ΕΕΑ (European economic area) η Νορβηγία ακολουθεί τους κανονισμούς της ΕΕ όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση. Οι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες είναι όλοι μέλη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Εκείνοι που δεν ικανοποιούν τις απαιτήσεις για ασφάλιση στο NIS μπορούν να υποβάλουν αίτηση για εθελοντική ιδιότητα μέλους εάν η παραμονή τους στη Νορβηγία υπερβαίνει τους τρεις μήνες.

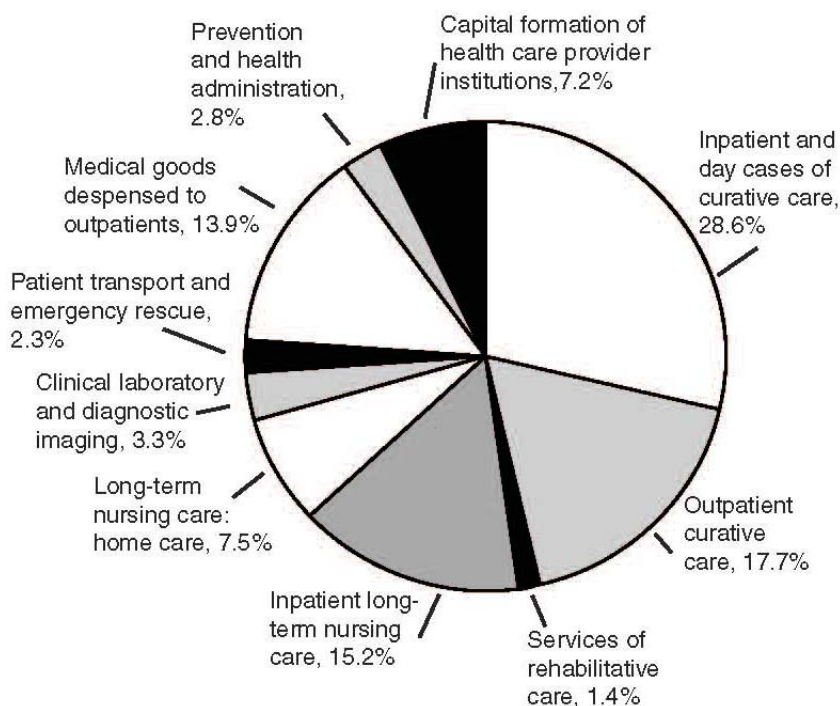
Τα ασφαλισμένα κάτω από το NIS άτομα έχουν δικαίωμα στην αποχώρηση από αυτό, σε συνταξιοδοτικές παροχές καθώς και σε αποζημιώσεις σε περίπτωση ανικανότητας ή τραυματισμού σε χώρο εργασίας. Υπάρχουν επίσης προνόμια για τις μονογονεϊκές οικογένειες, χρηματική αποζημίωση σε περίπτωση ασθένειας, μητρότητας, υιοθέτησης και ανεργίας καθώς και ιατρικά οφέλη σε περίπτωση ασθένειας ή μητρότητας. Σε όλους τους ασφαλισμένους χορηγείται το δικαίωμα της ελεύθερης παραμονής στα νοσοκομεία καθώς και η ελεύθερη παροχή φαρμάκων. Ο ασθενής πρέπει να πληρώσει μέρος του κόστους της θεραπείας από έναν ιατρό παθολόγο όταν λογίζεται ως εξωτερικός ασθενής ενώ πρέπει να επισκεφτεί έναν ψυχολόγο/ ψυχίατρο, για τη συνταγογράφηση ορισμένων φαρμάκων. Ο δήμος ή/και το NIS καλύπτουν το σημαντικότερο μέρος των δαπανών. Υπάρχουν ορισμένες απαλλαγές δαπανών για τις ειδικές ασθένειες και ομάδες ανθρώπων. Τα παιδιά κάτω από την ηλικία των 7 ετών απαλλάσσονται των δαπανών για θεραπεία από έναν παθολόγο ή έναν φυσιοθεραπευτή, τα απαραίτητα φάρμακα και τα έξοδα μεταφοράς. Τα παιδιά κάτω από την ηλικία των 18 ετών απαλλάσσονται των δαπανών για την ψυχοθεραπεία και την οδοντιατρική περίθαλψη. Από την 1η Ιανουαρίου 2003, εκείνοι που λαμβάνουν τις ελάχιστες συντάξεις αποχώρησης ή ανικανότητας μπορούν να λάβουν τα φάρμακα και την περίθαλψή τους δωρεάν. Οι ιατρικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά πραγματοποιούνται δωρεάν.

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη καθώς και η φαρμακευτική παροχή είναι δυο από τους αρτιότερους τομείς της Νορβηγικής κοινωνίας. Το 1997 δόθηκε σε κάθε δήμο η δυνατότητα να παρέχει έναν παθολόγο για κάθε πολίτη σύμφωνα με ένα σύστημα εγγραφής των ασθενών σε κατάλογο. Οι δήμοι εκπληρώνουν αυτήν την υποχρέωση τους μέσω των συμβάσεων που συνάπτουν με τους παθολόγους και υποχρεώνουν τον καθένα από αυτούς να δίνει προτεραιότητα στους ασθενείς του καταλόγου του. Οι ασθενείς που δεν συμμετέχουν σε αυτό το σχέδιο πρέπει να καταβάλουν υψηλότερες αμοιβές σε ένα παθολόγο. Υπήρξαν περίπου 20.000 άτομα (0,5% του συνολικού πληθυσμού) που δεν εγγράφηκαν σε αυτό το σχέδιο το 2004. Εντούτοις, οι δήμοι είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν στα άτομα αυτά την βασική παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Αυτό ισχύει επίσης και για τους τουρίστες. Το νέο σύστημα, που εφαρμόστηκε σε εθνικό επίπεδο τον Ιούνιο του 2001, είναι βασισμένο σε: ένα σύστημα εγγραφής σύμφωνα με το

οποίο οι πολίτες εγγράφονται στον κατάλογο ενός παθολόγου της επιλογής τους. Βασική αρχή είναι το δικαίωμα σε μια δεύτερη άποψη από κάποιον άλλο παθολόγο καθώς επίσης και η αλλαγή παθολόγου με την προϋπόθεση ότι αυτό δεν συμβαίνει περισσότερο από δύο φορές το χρόνο.

Σύμφωνα με το Υπουργείο υγείας το σχέδιο αυτό με τους παθολόγους φαίνεται να λειτουργεί ικανοποιητικά καθώς το 98% του πληθυσμού είναι εγγεγραμμένο σε καταλόγους. Το ποσοστό των "πολύ ικανοποιημένων" ασθενών έχει ανέλθει από 32% το 2000 σε 44% σε 2004 ενώ 2/3 των παθολόγων δηλώνουν ικανοποιημένοι με το σχέδιο. Όπως αναφέρεται προηγουμένως, το 99,5% του πληθυσμού συμμετέχει στο σχέδιο, ενώ 21.000 άτομα (0.5%) έχουν επιλέξει να μη συμμετέχουν.

Πίνακας 3.91 Δαπάνες υγείας ανά παροχή, 2004



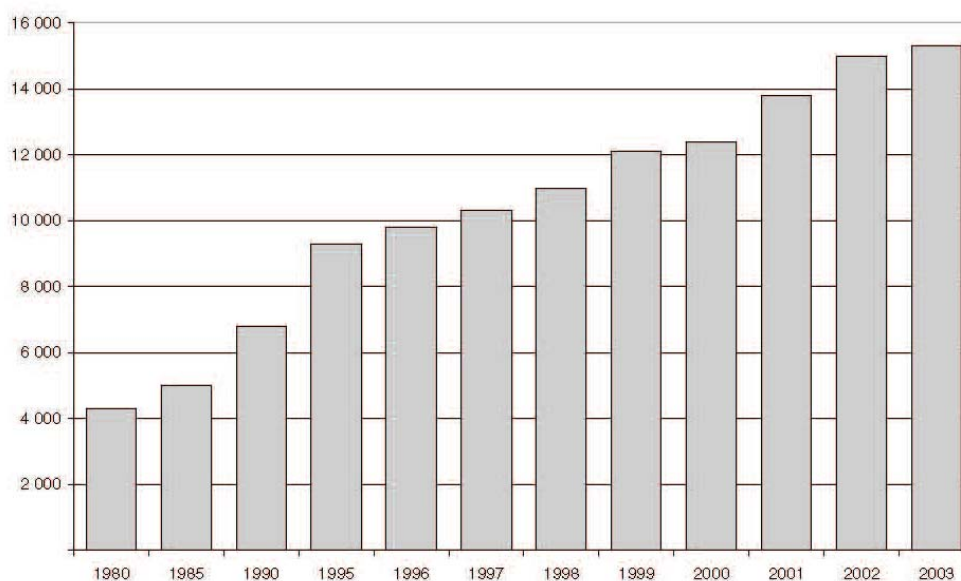
Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά είδη ως ποσοστό των συνολικών δαπανών έχουν αυξηθεί αρκετές φορές κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών στη Νορβηγία. Το 2004, οι συνολικές πωλήσεις στα φαρμακευτικά είδη ήταν περίπου 14,7 δισεκατομμύρια Νορβηγικές κορώνες. Στο σύνολο, η κυβέρνηση χρηματοδοτεί περίπου τα δύο τρίτα της φαρμακευτικής κατανάλωσης. Το υπόλοιπο χρηματοδοτείται κυρίως από τις out of pocket πληρωμές. Οι φαρμακευτικές δαπάνες ανέρχονται περίπου στο 0,7% του ΑΕΠ.

Στη Νορβηγία, τα φαρμακευτικά είδη διαιρούνται σε τρεις κατηγορίες:

- Μη συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά είδη, με πληρωμή του 100% της αξίας τους από τον ασθενή.
- Φαρμακευτικά είδη που ανήκουν στην «άσπρη» κατηγορία συνταγών με πληρωμή του 100% της αξίας τους από τον ασθενή.
- Φαρμακευτικά είδη που ανήκουν στην «μπλε» κατηγορία συνταγών με εξ ολοκλήρου επιδότηση της αξίας τους από το NIS.

Πίνακας 3.92 Πωλήσεις φαρμάκων (σε εκατομμύρια Nkr)



3.3.3 ΙΣΠΑΝΙΑ



3.3.3.1 Εισαγωγή

Η Ισπανία, μια κοινοβουλευτική μοναρχία με πληθυσμό 44.108.530 ανθρώπων, καλύπτει 505.955 km² και αποτελεί την Τρίτη μεγαλύτερη χώρα στη δυτική Ευρώπη. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στην Ισπανία είναι από τις υψηλότερες στην Ευρώπη: 83.15 έτη για τις γυναίκες και 76.42 για τους άνδρες το 2003. Η βάση για την τρέχουσα οργανωτική δομή του ισπανικού συστήματος υγείας διαμορφώθηκε κατά τη διάρκεια της μετάβασης στη δημοκρατία. Η κεντρική κυβέρνηση έχει ευθύνη για το συντονισμό στον τομέα της υγείας.

Από το 1986, η μετάβαση σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας περιελάμβανε μια μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση, η οποία μετασχημάτισε το προηγούμενο σύστημα σε ένα φόρο-χρηματοδοτούμενο σύστημα το οποίο παρείχε καθολική κάλυψη. Ο νόμος υγειονομικής περίθαλψης του 1986 περιγράφει τις κύριες αρχές του Ισπανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Αυτό το σύστημα, το οποίο παρέχει καθολική κάλυψη και ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, είναι χρηματοδοτούμενο από το δημόσιο - κυρίως μέσω της φορολογίας - και έχει μια περιφερειακή οργανωτική δομή.

Σχεδόν όλες οι δημόσιες δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω της γενικής φορολογίας, η οποία αντικατέστησε το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης (SHI). Το νέο μοντέλο της χρηματοδότησης υιοθετήθηκε το 2001. Από το 1984, ο αρχικός τομέας της υγειονομικής περίθαλψης (PHC) έχει περάσει μια εκτενή διαδικασία θεσμικής μεταρρύθμισης και δημιουργίας υποδομών. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι ένα σύστημα που αποτελείται από κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PHC) και διεπιστημονικές ομάδες και παρέχει υπηρεσίες προσωπικής και δημόσιας υγείας.

Η PHC στην Ισπανία χρηματοδοτείται κυρίως από το δημόσιο. Το 2002, υπήρχαν 4.6 καταρτισμένοι γιατροί ανά 1.000 κατοίκους στην Ισπανία. Η χώρα επιδεικνύει τον τέταρτο χαμηλότερο αριθμό νοσοκόμων ανά 1000 ανθρώπους στην Ευρώπη.

3.3.3.2 Οργανωτική δομή

Σε μεγάλο βαθμό, η τρέχουσα μορφή του ισπανικού NHS διαμορφώθηκε κατά τη διάρκεια της μετάβασης στη δημοκρατία. Σύμφωνα με αυτή τη δομή, η κεντρική κυβέρνηση έχει την ευθύνη να προωθήσει το συντονισμό και τη συνεργασία στον τομέα της υγείας, καθώς επίσης και να εξασφαλίζει ότι η ποιότητα όλων των υπηρεσιών είναι η καλύτερη δυνατή. Σε όλες τις αυτόνομες κοινότητες (ACs) δόθηκε η συνταγματική ευθύνη για την εποπτεία των δημοσίων δικτύων υγειονομικής περίθαλψης.

Κεντρική κυβέρνηση

Η κεντρική κυβέρνηση στην Ισπανία αναλαμβάνει την ευθύνη για ορισμένες στρατηγικές λειτουργίες, που περιλαμβάνουν:

- γενικό συντονισμό και νομοθεσία του τομέα της υγείας
- χρηματοδότηση του συστήματος, και ρύθμιση των χρηματοοικονομικών πλευρών της κοινωνικής ασφάλισης
- καθορισμό ενός εγγυημένου πακέτου οφελών από το NHS
- φαρμακευτική πολιτική
- προπτυχιακή εκπαίδευση και μεταπτυχιακή ιατρική κατάρτιση

Παρόλο που το Υπουργείο Υγείας και καταναλωτικών σχέσεων παίζει το πιο σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των παραμέτρων της πολιτικής στον τομέα της υγείας, μοιράζεται όλο και περισσότερο τις αρμοδιότητές του με τις περιφερειακές κυβερνήσεις.

Υπουργείο Υγείας

Το Υπουργείο Υγείας και καταναλωτικών σχέσεων εγγυάται το δικαίωμα όλων στην προστασία της υγείας. Αυτή είναι η βασική αρχή αρμόδια για το συντονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και υγειονομικής περίθαλψης, τη σύνταξη της πολιτικής στον τομέα της υγείας και οποιασδήποτε νομοθεσίας απαιτείται. Πρέπει να συνεργάζεται με το Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων για να εξασφαλίσει τον αποτελεσματικό συντονισμό της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών όπου υπάρχει κοινή ευθύνη. Είναι επίσης η υψηλότερη αρχή της χώρας στον τομέα των καταναλωτικών υποθέσεων. Οι οργανισμοί που θα αναφερθούν παρακάτω βρίσκονται κάτω από τις εντολές του Υπουργείου Υγείας και Καταναλωτικών Σχέσεων.

- Ίδρυμα υγείας Carlos III

Το παραπάνω ίδρυμα είναι υπεύθυνο για την προώθηση και το συντονισμό της βιοϊατρικής έρευνας, την κατάρτιση του προσωπικού στη δημόσια υγεία και τη διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών. Το ίδρυμα εκτελεί αυτές τις λειτουργίες μέσω της αντιπροσωπείας του για την αξιολόγηση των τεχνολογιών υγείας.

- Η εθνική οργάνωση για τις μεταμοσχεύσεις
- Η εθνική οργάνωση για το AIDS
- Η ισπανική αντιπροσωπεία φαρμακευτικών ειδών
- Το ίδρυμα διαχείρισης υγείας (INGESA)
- Η κυβερνητική αντιπροσωπεία φαρμάκων

Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων

Το Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της δομής του Εθνικού Συστήματος Ασφαλείας, του πακέτου οφελών του και των συνεταιρισμών του.

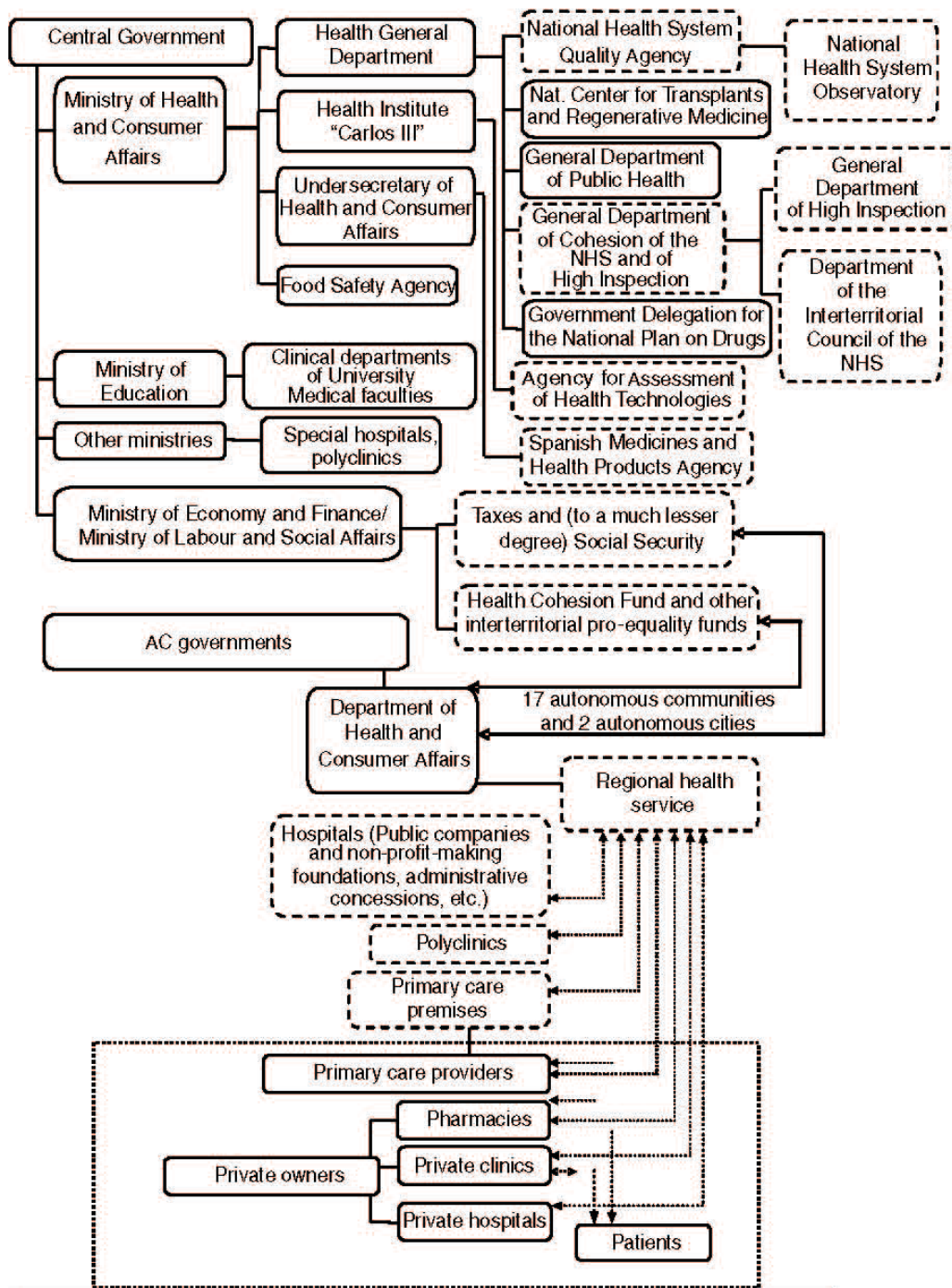
Περιφερειακές κυβερνήσεις

Η διοικητική αποκέντρωση του κράτους στην Ισπανία είναι κυρίως βασισμένη στην έννοια του εκφυλισμού. Αυτό σημαίνει ότι η ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη μεταβιβάζεται από την κεντρική διοίκηση στα χαμηλότερα επίπεδα κυβέρνησης, τα οποία συνήθως εκλέγονται πολιτικά, σύμφωνα με τη βασική συνταγματική δομή της χώρας.

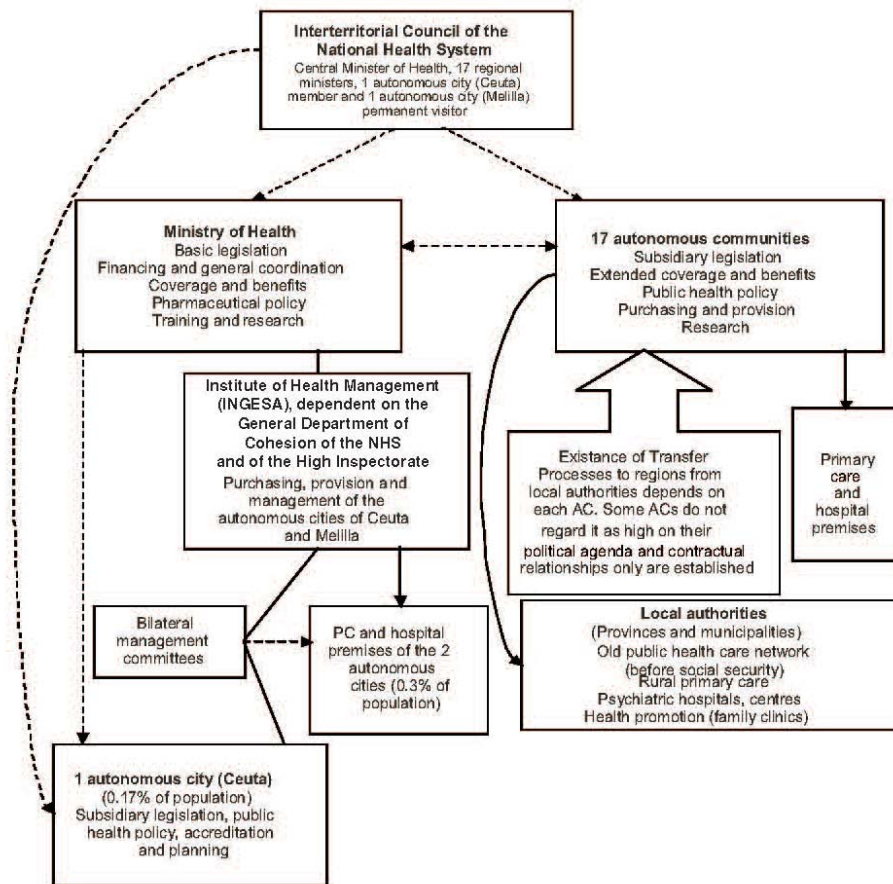
Τοπικές κυβερνήσεις

Το ισπανικό σύνταγμα αποδίδει τις περισσότερες τοπικές ευθύνες του τομέα της υγείας στις αυτόνομες κοινότητες, με σημαντική εξαίρεση των βασικών πολιτικών του τομέα της υγιεινής και μερικών άλλων δραστηριοτήτων των περιβαλλοντικών Υγιεινών. Επιπλέον, ο νόμος υγειονομικής περίθαλψης του 1986 ορίζει ότι οι τοπικές κυβερνήσεις πρέπει να συνεχίσουν να διοικούν και να χρηματοδοτούν τα δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης που έχουν κληρονομηθεί από το παρελθόν.

Πίνακας 3.93 Επισκόπηση του Ισπανικού συστήματος υγείας



Πίνακας 3.94 Οργανωτική δομή του Ισπανικού συστήματος υγείας



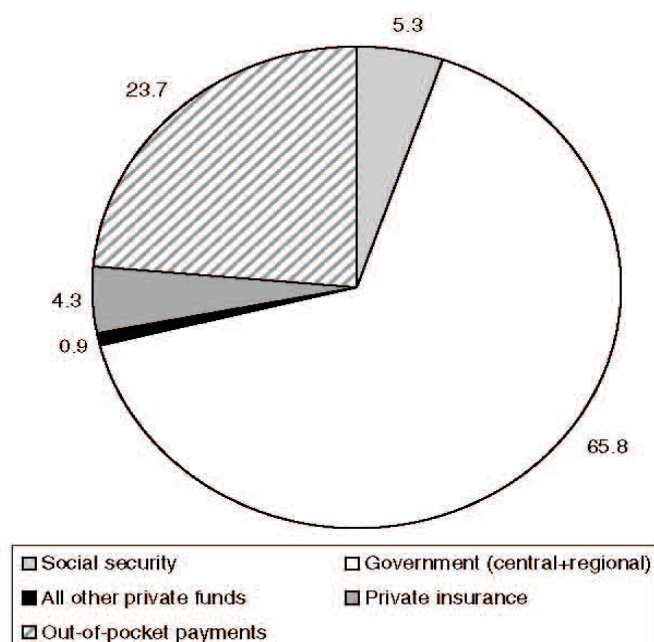
3.3.3.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ισπανία χρηματοδοτείται από δημόσιες αλλά και ιδιωτικές πηγές (71.2% και 28.9%, αντίστοιχα). ενώ όλες οι δημόσιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω της γενικής φορολογίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό της ιδιωτικής χρηματοδότησης είναι επιπρόσθετες ιδιωτικές πληρωμές. Τα ασφαλιστικά ταμεία των δημόσιων υπαλλήλων χρηματοδοτούνται κατά 70% από το κράτος (μέσω της φορολογίας) και κατά 30% μέσω των συνεισφορών από τους δημόσιους υπαλλήλους. Υπάρχει μια τυποποιημένη δομή σε όλη τη χώρα για τη συλλογή αυτών των συνεισφορών. Όταν τα μέλη του ασκούν το δικαίωμά τους να επιλέξουν τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του NHS, τα ασφαλιστικά ταμεία καταβάλλουν ένα κατά κεφαλήν ποσό άμεσα στο εθνικό σύστημα. Εντούτοις, εάν ο δημόσιος υπάλληλος επιλέγει να συνάψει και ένα ιδιωτικό ασφαλιστικό συμφωνητικό, το ποσό που καταβάλλεται στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συμφωνεί με τους όρους που έχει θέσει το δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο.

Πίνακας 3.95 Πηγές εσόδων ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, 1991-2003

| Sources of revenue | 1991 | 1995 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Public | 77.50 | 72.20 | 72.00 | 71.60 | 71.20 | 71.30 | 71.20 |
| Government (central + regional) excluding social security funds | 55.70 | 55.10 | 65.20 | 64.80 | 64.60 | 66.00 | 65.90 |
| Social security funds | 21.80 | 17.10 | 6.80 | 6.90 | 6.50 | 5.30 | 5.30 |
| Private sector | 22.50 | 27.80 | 28.00 | 28.40 | 28.80 | 28.70 | 28.90 |
| Private insurance enterprises (other than social insurance) | 2.90 | 3.40 | 3.80 | 3.90 | 4.00 | 4.10 | 4.30 |
| Private household out-of-pocket expenditure | 18.70 | 23.50 | 23.30 | 23.60 | 23.90 | 23.70 | 23.70 |
| All other private funds | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.90 | 0.80 |

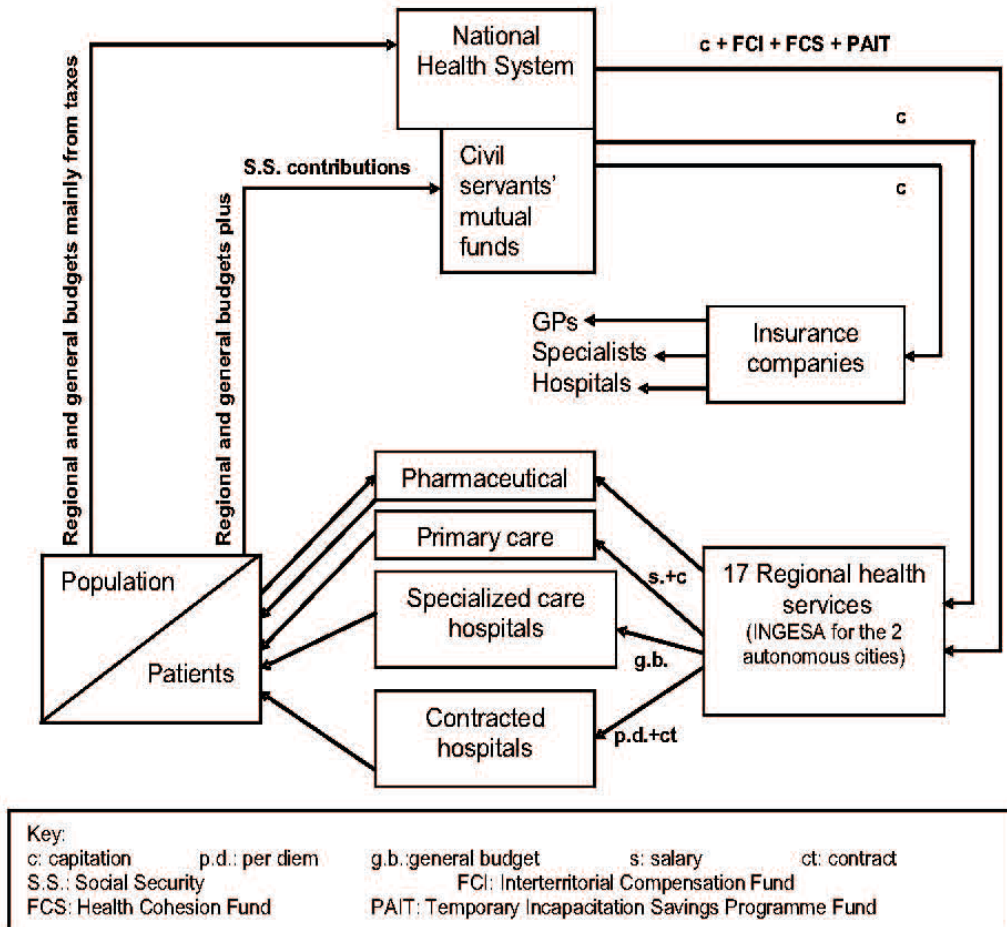
Πίνακας 3.96 Ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ανά εισοδηματική πηγή, 2003



Πίνακας 3.97 Τάσεις στις δαπάνες υγείας, 1980-2002

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2002 |
|--|------|------|------|-------|-------|-------|
| Total expenditure on health, US\$ PPP per capita | 363 | 491 | 865 | 1 195 | 1 493 | 1 646 |
| Total expenditure on health as % of GDP | 5.4 | 5.5 | 6.7 | 7.6 | 7.5 | 7.6 |
| Public expenditure on health as % of total expenditure on health | 79.9 | 81.1 | 78.7 | 72.2 | 71.5 | 71.4 |
| Private insurance as % of total health expenditure | 3.2 | 3.7 | 3.7 | 3.4 | 3.9 | 4.1 |
| Out-of-pocket payments, US\$ PPP per capita | - | - | - | 281 | 353 | 388 |

Πίνακας 3.98 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Ισπανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



Πίνακας 3.99 Ελάχιστο ποσό χρηματοδότησης που μια περιοχή πρέπει να διαθέσει στην υγειονομική περίθαλψη

| Autonomous communities | 2002 Act 21/2001 6th TP | 2003 Act 21/2001 6th TP (SP Act 53/2002) |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| Andalucia | 5 142 | 5 390 |
| Aragon | 939 | 1 001 |
| Asturias | 869 | 909 |
| Balearic Islands | 596 | 646 |
| Canary Islands | 1 235 | 1 285 |
| Cantabria | 447 | 467 |
| Castilla-León | 1 864 | 1 928 |
| Castilla-La Mancha | 1 265 | 1 318 |
| Catalonia | 4 600 | 4 802 |
| Valencia | 2 875 | 3 011 |
| Extremadura | 811 | 840 |
| Galicia | 2 020 | 2 121 |
| Madrid | 2 871 | 3 025 |
| Murcia | 781 | 823 |
| La Rioja | 236 | 249 |
| Total | 26 554 | 27 815 |

Πίνακας 3.100 Δείκτες δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, 1998-2003

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| GDP (current prices) | 527 975 | 58 5419 | 609 734 | 66 3289 | 69 8208 | 743 045 |
| Public Health Expenditure (PHE) | 28 815 | 90 680.8 | 32 670.8 | 35 131.3 | 38 171 | 40 107.2 |
| Private Health Expenditure (PrHE) | 10 978 | 11 969 | 12 942 | 14 082 | 15 158 | – |
| Total Expenditure (THE) | 39 504 | 42 550 | 45 613 | 49 193 | 53 329 | – |
| Covered Population (CP) | 37 621 820 | 38 142 500 | 38 280 779 | 38 597 848 | 39 770 057 | 40 498 538 |
| Total Population (TP) | 39 852 651 | 40 202 160 | 40 499 791 | 41 118 842 | 41 837 894 | 42 717 064 |
| % PHE/GDP (in €) | 5.4 | 5.4 | 5.4 | 5.4 | 5.5 | 5.4 |
| % PrHE/GDP (in €) | 2.1 | 2.1 | 2.1 | 2.2 | 2.2 | – |
| % PHE/CP (in €) | 760.6 | 804.4 | 859.5 | 903.2 | 959.8 | 990.3 |
| % PHE/TP (in €) | 718.0 | 763.2 | 806.7 | 854.4 | 912.4 | 938.9 |
| % THE/CP (in €) | 1 052.4 | 1 115.5 | 1 191.5 | 1 264.7 | 1 340.9 | – |
| % THE/TP (in €) | 903.5 | 1 058.4 | 1 126.2 | 1 196.4 | 1 274.7 | – |
| GDP/TP (in €) | 13 248.2 | 14 064.4 | 15 055.2 | 15 888.6 | 16 640.8 | 17 394.8 |

Πίνακας 3.101 Τάσεις στις δαπάνες υγείας στις αυτόνομες περιοχές, 1980-2002

| | 1997–2001 % increase in TPE | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| AC expenditure | | PEpC | PEpC | PEpC | PEpC | PEpC |
| Total National Expenditure | 31.36 | 639 | 676 | 718 | 758 | 815 |
| Andalucía | 22.68 | 643 | 660 | 694 | 731 | 775 |
| Aragón | 34.49 | 682 | 737 | 779 | 825 | 909 |
| Asturias | 30.57 | 663 | 707 | 761 | 815 | 874 |
| Balearic Islands | 45.63 | 543 | 582 | 616 | 624 | 702 |
| Canary Islands | 44.46 | 632 | 714 | 717 | 802 | 841 |
| Cantabria | 40.59 | 674 | 721 | 774 | 837 | 932 |
| Castilla-León | 31.77 | 638 | 682 | 734 | 800 | 850 |
| Castilla-La Mancha | 36.62 | 586 | 631 | 678 | 725 | 785 |
| Catalonia | 32.33 | 638 | 659 | 706 | 743 | 814 |
| Valencia | 33.30 | 582 | 630 | 680 | 703 | 748 |
| Extremadura | 29.01 | 648 | 687 | 735 | 796 | 837 |
| Galicia | 31.14 | 646 | 690 | 739 | 787 | 851 |
| Madrid | 30.18 | 651 | 691 | 719 | 738 | 799 |
| Murcia | 40.67 | 623 | 648 | 705 | 754 | 819 |
| Navarra | 30.37 | 778 | 823 | 871 | 912 | 961 |
| Basque Country | 30.84 | 698 | 757 | 806 | 851 | 911 |
| La Rioja | 37.07 | 626 | 677 | 723 | 787 | 847 |
| Ceuta and Melilla | 34.92 | 758 | 787 | 815 | 852 | 923 |

Πίνακας 3.102 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κατηγορία υπηρεσιών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη το 2001

| Personal health care service category | Total current health expenditure (%) |
|---|--------------------------------------|
| <i>Inpatient care</i> | 29.3 |
| Curative and rehabilitative care | 27.2 |
| Long-term nursing care | 2.1 |
| <i>Day care services</i> | 0.9 |
| Curative and rehabilitative care | 0.9 |
| Long-term nursing care | – |
| <i>Outpatient care</i> | 36.4 |
| <i>Home care</i> | 0.4 |
| Curative and rehabilitative care | 0.4 |
| Long-term nursing care | 0.0 |
| <i>Ancillary services</i> | 3.4 |
| <i>Medical goods</i> | 25.8 |
| Pharmaceuticals/non-durables | 22.2 |
| Therapeutic appliances | 3.7 |
| Total expenditure on personal health care | 96.2 |
| Prevention and public health services | 1.4 |
| Health administration and health insurance | 2.3 |

Πίνακας 3.103 Δαπάνες δημόσιας υγείας ανά υπηρεσία

| | 1998 | % 1998/ 1997 | 1999 | % 1999/ 1998 | 2000 ^a | % 2000/ 1999 | 2001 ^{a, b} | % 2001/ 2000 | % 2001 |
|--|---------------|--------------------|---------------|--------------------|-------------------|--------------------|----------------------|--------------------|------------|
| Specialized care | 15.529 | 5.4 | 16.440 | 5.9 | 17.364 | 5.6 | 18.488 | 6.5 | 52.6 |
| Primary health care | 4.534 | 5.1 | 4.865 | 7.3 | 5.129 | 5.4 | 5.518 | 7.6 | 15.7 |
| Public health services | 0.347 | 13.8 | 0.409 | 17.9 | 0.517 | 26.6 | 0.546 | 5.5 | 1.6 |
| Collective health services ^c | 0.788 | 5.8 | 0.832 | 5.6 | 0.897 | 7.8 | 0.965 | 7.5 | 2.7 |
| Pharmacy | 5.999 | 7.4 | 6.600 | 10.0 | 7.110 | 7.7 | 7.680 | 8.0 | 21.9 |
| Patient transport, therapeutic equipment | 0.467 | 10.3 | 0.495 | 5.9 | 0.538 | 8.7 | 0.564 | 4.8 | 1.6 |
| Capital expenditure | 0.953 | 23.3 | 1.040 | 9.2 | 1.116 | 7.3 | 1.371 | 22.9 | 3.9 |
| Total | 28.616 | 6.5 | 30.681 | 7.2 | 32.671 | 6.5 | 35.131 | 7.5 | 100 |

3.3.3.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Πίνακας 3.104 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά αυτόνομη κοινότητα, 2000-2002

| Autonomous community | 2000 | | 2001 | | 2002 | |
|----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|
| | Beds | Beds/1000 inhabitants | Beds | Beds/1000 inhabitants | Beds | Beds/1000 inhabitants |
| Andalucia | 23 153 | 3.13 | 23 258 | 3.11 | 22 954 | 3.02 |
| Aragon | 5 645 | 4.70 | 5 564 | 4.56 | 5 574 | 4.53 |
| Asturias | 4 445 | 4.13 | 4 464 | 4.16 | 4 366 | 4.06 |
| Balearic Islands | 3 504 | 3.99 | 3 536 | 3.86 | 3 689 | 3.89 |
| Canary Islands | 8 422 | 4.73 | 8 491 | 4.60 | 8 237 | 4.35 |
| Cantabria | 2 604 | 4.84 | 2 521 | 4.65 | 2 419 | 4.40 |
| Castilla-La Mancha | 5 413 | 3.08 | 5 343 | 3.00 | 5 341 | 2.94 |
| Castilla-León | 9 995 | 4.03 | 10 101 | 4.07 | 9 981 | 4.01 |
| Catalonia | 30 731 | 4.83 | 30 577 | 4.70 | 30 581 | 4.56 |
| Valencia | 12 509 | 2.98 | 12 430 | 2.87 | 12 503 | 2.80 |
| Extremadura | 4 383 | 4.08 | 4 336 | 4.04 | 4 205 | 3.91 |
| Galicia | 11 022 | 4.03 | 10 903 | 3.98 | 10 760 | 3.91 |
| Madrid | 22 286 | 4.15 | 21 578 | 3.90 | 21 092 | 3.69 |
| Murcia | 4 076 | 3.42 | 4 242 | 3.46 | 4 260 | 3.36 |
| Navarra | 2 531 | 4.55 | 2 410 | 4.23 | 2 321 | 4.01 |
| Basque Country | 8 923 | 4.25 | 8 804 | 4.17 | 8 645 | 4.09 |
| La Rioja | 1 032 | 3.82 | 1 035 | 3.67 | 1 003 | 3.49 |
| Ceuta and Melilla | 569 | 3.94 | 569 | 3.91 | 569 | 3.97 |
| Average | | 4.03 | | 3.94 | | 3.80 |

Τα νοσοκομεία στο Εθνικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτούνται μέσω ενός σφαιρικού προϋπολογισμού. Παραδοσιακά, οι νοσοκομειακές δαπάνες επιστρέφονταν αναδρομικά χωρίς προγενέστερη διαπραγμάτευση και καμία επίσημη αξιολόγηση μεταξύ του πληρωτή (INSALUD ή περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες) και των παρόχων, και καμμία επίσημη αξιολόγηση. Από τις αρχές της δεκαετίας του '90, εντούτοις, μερικές περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες έχουν αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο διαθέτουν τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.105 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης , 1980-2003

| Health care personnel per 100 000 people | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2003 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Physicians | – | 369.8 | 247.4 | 316.4 | 307.5 | 322.1 |
| Physicians, medical group of specialties | – | 30.9 | 33.4 | 39.7 | 39.7 | n/a |
| Dentists | 10.5 | 26.6 | 35.7 | 43.7 | 45.6 | 50.1 |
| Pharmacists | 62.1 | 59.0 | 63.5 | 81.2 | 100.9 | 85.2 |
| Nurses | 316.2 | 406.8 | 295.9 | 367.2 | – | n/a |

Το προσωπικό του τομέα της υγείας διαιρείται σε τρεις κατηγορίες:

- πανεπιστημιακό προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των παθολόγων, των οδοντιάτρων, των φαρμακοποιών, των βιολόγων, των φαρμακοποιών και των κλινικών ψυχολόγων
- διαβαθμισμένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών λειτουργών, του καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού, των μαιών και των φυσιοθεραπευτών.

Το Υπουργείο Παιδείας είναι αρμόδιο για την προπτυχιακή εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού υγείας. Οι βασικές ιατρικές σπουδές διαρκούν έξι έτη σε όλα τα πανεπιστήμια, είτε δημόσια είτε ιδιωτικά, με πολλά νοσοκομεία του NHS να συμμετέχουν στη διδασκαλία. Οι νοσοκόμες και οι φυσιοθεραπευτές εκπαιδεύονται στις ειδικές πανεπιστημιακές σχολές για τρία έτη.

Στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, οι ιατροί παθολόγοι λαμβάνουν έναν μισθό συν ένα τμήμα κεφαλικού φόρου (που ανέρχεται σε περίπου 15% του συνόλου) ανάλογα με τους ασθενείς που φροντίζουν. Οι ιδιωτικοί παθολόγοι πληρώνονται με αμοιβές ανά υπηρεσία σε αντίθεση με τους γιατρούς των νοσοκομείων οι οποίοι μισθοδοτούνται. Ο βασικός μισθός για τους παθολόγους του δημόσιου τομέα, ρυθμίζεται από την εθνική κυβέρνηση.

3.3.3.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η κάλυψη του πληθυσμού από το ισπανικό NHS είναι σχεδόν καθολική (99.5%) και εγγυάται ένα περιεκτικό πακέτο οφελών σε όλους τους κατοίκους, ανεξάρτητα από τον προσωπικό πλούτο τους. Το άλλο 0.5% του πληθυσμού αποτελείται από τους υψηλού εισοδήματος, εργαζομένους που δεν είναι υποχρεωμένοι να ασφαλιστούν στο NHS. Περίπου το 95% εκείνων που καλύπτονται από το σύστημα καλύπτονται από το κοινό Εθνικό Σύστημα Ασφαλείας και τις υγειονομικές υπηρεσίες του NHS, ενώ 5.1% (δημόσιοι υπάλληλοι και οι οικογένειές τους) καλύπτονται από τα (δημόσια χρηματοδοτούμενα) ασφαλιστικά ταμεία τους.

Στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη οι επαγγελματίες των ΡΗC διαδραματίζουν έναν ρόλο “θυρωρών” για τις ειδικευμένες υπηρεσίες περίθαλψης. Οι ιατροί παθολόγοι είναι το πρώτο σημείο επαφής μεταξύ του πληθυσμού και του συστήματος υγείας και πρέπει να παρέχουν και τη διάγνωση και τη θεραπεία εάν αυτό κριθεί απαραίτητο. Μπορούν επίσης να παραπέμπουν τους ασθενείς στους ειδικούς εάν είναι απαραίτητο. Από το νόμο του 1986 για τη γενική υγειονομική περίθαλψη οι ασθενείς είχαν το δικαίωμα να επιλέγουν οι ίδιοι τον παθολόγο τους. Αυτό το δικαίωμα επεκτάθηκε το 1993 και στην επιλογή παθολόγων από άλλες κοινότητες, με τη μόνη προϋπόθεση ότι ο ιατρός παθολόγος που θα επιλεγεί θα δεχτεί το νέο ασθενή στον κατάλογό του/της.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη των ασθενών παρέχεται στην Ισπανία μέσω των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία περιορίζονται κατά ένα μεγάλο μέρος στην άμεση περίθαλψη και παρέχουν τις εικοσιτετράωρες υπηρεσίες επείγοντων, και τις βασικές υπηρεσίες της ιατρικής, της γενικής χειρουργικής επέμβασης, της μαιευτικής, της γυναικολογίας και της παιδιατρικής.

Φαρμακευτικές δαπάνες – παροχές

Όπως αναφέρθηκε ήδη, ο δημόσιος τομέας στην Ισπανία εμπλέκεται μόνο στον κανονισμό και τη χρηματοδότηση διότι η κατασκευή και η διανομή των φαρμακευτικών ειδών είναι στα χέρια των ιδιωτικών οργανισμών. Οι κύριοι παράγοντες του φαρμακευτικού τομέα καθορίζεται κατωτέρω:

- Βιομηχανία φαρμάκων: υπήρχαν περίπου 377 ιδιωτικές εταιρείες το 2002 οι οποίες παρείχαν τα φάρμακα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
- Χονδρέμποροι και ιδιόκτητα φαρμακεία: σύμφωνα με την Ισπανική Φαρμακευτική ένωση επιχειρήσεων διανομής (FEDIFAR), το 2002 υπήρχαν 191 εγκαταστάσεις αποθήκευσης που ανήκαν σε χονδρέμπορους και 99 επιχειρήσεις που παρείχαν τα φάρμακα στα φαρμακεία. Τα φαρμακεία είναι υπεύθυνα για τη διανομή των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Ο νόμος ορίζει ότι τα φαρμακεία πρέπει να διευθύνονται από έναν καταρτισμένο φαρμακοποιό. Σύμφωνα με τον επίσημο επαγγελματικό σύνδεσμο των φαρμακοποιών, το 2003 υπήρχαν 20.384 φαρμακεία στην Ισπανία. Όλα τους ήταν συμβεβλημένα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

- Ιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας οι οποίοι συνταγογραφούν τα φάρμακα.
- Αρμόδιες για την υγεία αρχές: και σε εθνικό και σε κοινοτικό επίπεδο.

Πίνακας 3.106 Αριθμός φαρμακείων και αριθμός ανθρώπων ανά φαρμακείο στις αυτόνομες κοινότητες, 2003

| Autonomous community | Number of pharmacies | Pharmacy/population |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Andalucia | 3 494 | 2 177 |
| Aragon | 682 | 1 804 |
| Asturias | 443 | 2 427 |
| Balearic Islands | 388 | 2 442 |
| Canary Islands | 692 | 2 738 |
| Cantabria | 239 | 2 300 |
| Castilla-La Mancha | 1 155 | 1 572 |
| Castilla-León | 1 550 | 1 605 |
| Catalonia | 2 935 | 2 284 |
| Extremadura | 677 | 1 586 |
| Galicia | 1 264 | 2 176 |
| Madrid | 2 706 | 2 113 |
| Murcia | 540 | 2 350 |
| Navarra | 527 | 1 097 |
| Valencia | 2 057 | 2 173 |
| Basque Country | 807 | 2 617 |
| La Rioja | 146 | 1 968 |
| Ceuta | 23 | 3 258 |
| Melilla | 23 | 2 977 |
| National | 20 348 | 2 099 |

Οι δαπάνες φαρμακευτικών ειδών στην Ισπανία είναι μάλλον υψηλές σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας. Η φαρμακευτική αγορά της η οποία κατατάσσεται έβδομη στη διεθνή ταξινόμηση, αποτέλεσε το 25.3% των εθνικών δαπανών υγείας το 2003.

Πίνακας 3.107 Αναλογίες αύξησης φαρμακευτικών δαπανών, 1992-2004

| Year | Number of Prescriptions | Number of Packages | Prices | Co-payment | Expenditure | Expenditure/ Prescription |
|------------|-------------------------|--------------------|--------|------------|-------------|---------------------------|
| 1993/1992 | -2.49 | -2.48 | 7.33 | 3.46 | 7.76 | 10.50 |
| 1994/1993 | -2.37 | -2.70 | 6.06 | 1.62 | 6.53 | 9.11 |
| 1995/1994 | 6.29 | 6.06 | 11.88 | 8.11 | 12.27 | 5.63 |
| 1996/1995 | 5.19 | 4.86 | 11.18 | 6.89 | 11.60 | 6.10 |
| 1997/1996 | 1.82 | 1.55 | 4.98 | 1.37 | 5.31 | 3.43 |
| 1998/1997 | -0.17 | -0.41 | 9.77 | 3.09 | 10.36 | 10.55 |
| 1999/1998 | 1.36 | 1.05 | 9.40 | 4.26 | 9.83 | 8.36 |
| 2000/1999 | 4.67 | 4.24 | 7.86 | 4.41 | 8.13 | 3.31 |
| 2001/2000 | 4.02 | 3.39 | 8.81 | 7.25 | 8.92 | 4.71 |
| 2002/2001 | 5.02 | 5.44 | 9.51 | 8.80 | 9.57 | 3.54 |
| 2003/2002 | 6.59 | 6.32 | 12.70 | 10.85 | 12.84 | 5.86 |
| 2004/2003 | 3.4 | 3.17 | 5.70 | -1.90 | 6.26 | 2.76 |
| 2004/1992 | 39.25 | 34.42 | 173.30 | 75.40 | 184.08 | 104.00 |
| TAA | | | | | | |
| 2004/1992 | 3.06 | 2.73 | 9.57 | 5.24 | 9.96 | 6.70 |

Πίνακας 3.108 Δημόσιες δαπάνες για τις συνταγές, 1999-2002

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Relative annual increment 2002/2001 (%) | MAG 1999-2002 |
|--|----------|----------|----------|----------|---|-------------------|
| Number of prescriptions (millions) | 569.50 | 596.80 | 621.40 | 661.10 | 6.38 | 5.10 |
| Public consumption (mill. €) (RP+VAT) | 6 753.71 | 7 307.15 | 8 005.69 | 8 648.94 | 8.03 | 8.60 |
| Spending on proprietary medicinal products (mill. €) (RP+VAT) ^a | 6 106.30 | 6 585.10 | 7 272.35 | 8 246.03 | 13.39 | 10.50 |
| Spending on pharmacists' form (mill. €) (RP+VAT) ^a | 331.08 | 87.98 | 376.09 | 53.29 | -85.83 | -45.60 |
| Spending on accessories (mill. €) (RP+VAT) ^a | 310.48 | 328.61 | 350.89 | 349.62 | -0.36 | 4.00 |
| Co-payment by patients (mill. €) | 496.96 | 520.57 | 559.72 | 584.11 | 4.36 | 5.50 |
| Expenditure on prescriptions (mill. €) ^b | 6 256.75 | 6 786.57 | 7 445.97 | 8 046.17 | 8.06 ^c | 8.70 ^c |
| Patient contributions as a % of total outlay | 7.36 | 7.12 | 6.99 | 6.75 | — | — |

3.3.4 ΣΟΥΗΔΙΑ



3.3.4.1 Εισαγωγή

Η Σουηδία είναι μια μοναρχία με κοινοβουλευτική μορφή κυβέρνησης. Υπάρχουν τρία ανεξάρτητα κυβερνητικά επίπεδα - η εθνική κυβέρνηση, τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι. Ο σουηδικός πληθυσμός ανήλθε στα 9 εκατομμύρια το 2004. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη Σουηδία είναι μεταξύ των υψηλότερων στον κόσμο (82.4 χρόνια για τις γυναίκες και 77.9 χρόνια για τους άνδρες). Το σουηδικό υγειονομικό σύστημα οργανώνεται σε τρία επίπεδα: το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό. Το περιφερειακό επίπεδο, μέσω των νομαρχιακών συμβουλίων, μαζί με την κεντρική κυβέρνηση, αποτελεί τη βάση του υγειονομικού συστήματος. Τα νομαρχιακά συμβούλια προγραμματίζουν την ανάπτυξη και την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες των κατοίκων τους. Η ευθύνη του προγραμματισμού τους περιλαμβάνει επίσης τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από άλλους πάροχους , όπως οι ιδιωτικοί πάροχοι. Το 2002, οι σουηδικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης αποτελούσαν το 9.2% του ΑΕΠ.

Το σουηδικό υγειονομικό σύστημα χρηματοδοτείται πρωτίστως μέσω της φορολογίας ενώ τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να επιβάλουν τους ανάλογους φόρους εισοδήματος στους αντίστοιχους πληθυσμούς τους. Εκτός από το φορολογικό εισόδημα, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης συμπληρώνεται από τις κρατικές επιχορηγήσεις και τις επιπρόσθετες δαπάνες των ασθενών. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, διοικούμενο από τη σουηδική αντιπροσωπεία κοινωνικής ασφάλισης, παρέχει οικονομική ασφάλεια σε περίπτωση ασθένειας ή ανικανότητας. Ο στόχος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι να βελτιωθεί η υγεία του πληθυσμού και να θεραπευθούν οι ασθένειες και τα προβλήματα υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο.

3.3.4.2 Οργανωτική δομή

Εθνικό επίπεδο

Η συνολική ευθύνη για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, σε εθνικό επίπεδο, εναπόκειται στο Υπουργείο Υγείας και κοινωνικών υποθέσεων. Η κύρια ευθύνη του υπουργού Υγείας και κοινωνικών υποθέσεων είναι να εξασφαλίζει ότι το υγειονομικό σύστημα λειτουργεί αποτελεσματικά και σύμφωνα με τους θεμελιώδεις στόχους του. Διαθέτει οικονομική βοήθεια σε πολύ συγκεκριμένες υπηρεσίες, και δρα ως επόπτης των δραστηριοτήτων στα νομαρχιακά συμβούλια.

Το εθνικό συμβούλιο υγείας και ευημερίας είναι μια ημιανεξάρτητη δημόσια αρχή, με εποπτικές λειτουργίες, ενεργεί ως κυβερνητική συμβουλευτική και εποπτική αντιπροσωπεία για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Η επιτροπή εποπτεύει την εφαρμογή της νομοθεσίας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας. Επιπλέον, κρατά τα επίσημα στατιστικά στοιχεία του τομέα της υγείας.

Η αντιπροσωπεία ιατρικών προϊόντων(MPA) είναι η σουηδική εθνική αρχή η οποία είναι αρμόδια για τον κανονισμό και την επιτήρηση της ανάπτυξης, της κατασκευής και της πώλησης των φαρμάκων και των άλλων ιατρικών προϊόντων. Όλα τα φάρμακα που πωλούνται στη Σουηδία πρέπει να εγκριθούν από την αντιπροσωπεία. Το MPA είναι επίσης αρμόδιο για την παροχή των πληροφοριών για τα φάρμακα και την έγκριση της άδειας για να πραγματοποιηθούν κλινικές δοκιμές.

Το εθνικό ίδρυμα δημόσιας υγείας είναι δημόσια υπηρεσία η οποία υπάγεται στον υπουργό Υγείας και κοινωνικών υποθέσεων. Τα κύρια καθήκοντα του εθνικού ιδρύματος δημόσιας υγείας είναι να προωθήσει την υγεία και να αποτρέψει τις ασθένειες παρέχοντας στη κυβέρνηση, τις δημόσιες υπηρεσίες, τους δήμους και τα νομαρχιακά συμβούλια γνώσεις βασισμένες στην επιστημονική τεκμηρίωση.

Η εθνική εταιρία των σουηδικών φαρμακείων είναι ένα κρατικό μονοπώλιο το οποίο κατέχει όλα τα φαρμακεία.

Η σουηδική αντιπροσωπεία κοινωνικής ασφάλισης είναι η αρχή που διαχειρίζεται τους διάφορους τύπους ασφαλίσεων οι οποίοι απαρτίζουν την κοινωνική ασφάλιση στη Σουηδία. Τα ασφαλιστικά οφέλη περιλαμβάνουν την ασφάλιση ασθένειας, τη γονική ασφάλιση (άδεια), μια βασική σύνταξη αποχώρησης, μια συμπληρωματική σύνταξη, ένα επίδομα παιδιών, μια εισοδηματική υποστήριξη και το επίδομα κατοικίας.

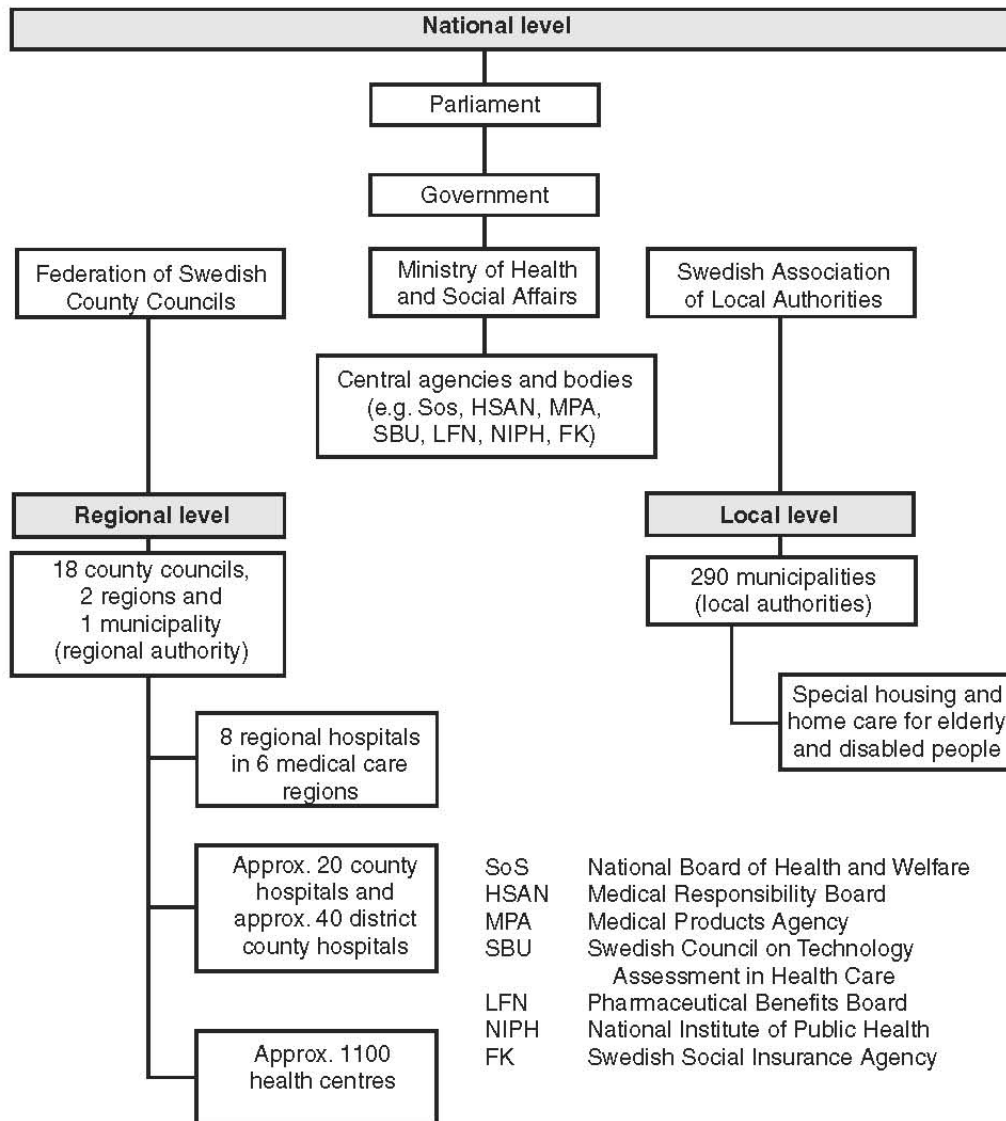
Περιφερειακό επίπεδο

Στο περιφερειακό επίπεδο, 18 νομαρχιακά συμβούλια, δύο περιφερειακοί οργανισμοί (Västra Götaland και Skåne) και ένας δήμος που δεν ανήκει στο νομαρχιακό συμβούλιο (Gotland) είναι υπεύθυνοι για το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, από τη πρωτοβάθμια περίθαλψη μέχρι και τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα νομαρχιακά συμβούλια έχουν τη γενική ευθύνη για όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Η εκτελεστική επιτροπή του νομαρχιακού συμβουλίου, ή μια εκλεγμένη από τα νοσοκομεία επιτροπή αποφασίζει πώς να οργανώσει τη διαχείριση. Τα νομαρχιακά συμβούλια ρυθμίζουν επίσης την πληρωμή των παρόχων της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Ένας ιδιωτικός πάροχος υπηρεσιών υγείας πρέπει να έχει μια συμφωνία με το νομαρχιακό συμβούλιο προκειμένου να αποζημιωθεί από την κοινωνική ασφάλιση. Τα συμβούλια επίσης ρυθμίζουν την λειτουργία των νέων ιατρείων και τον αριθμό των ασθενών που οι ιδιωτικοί επαγγελματίες μπορούν να δουν κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Τοπικό επίπεδο

Σε τοπικό επίπεδο, υπάρχουν 290 δήμοι με δική τους περιοχή ευθύνης. Ο πληθυσμός ποικίλλει από 3.000 μέχρι περίπου 760.000 άτομα. Η παραδοσιακή οργάνωση των δήμων περιλαμβάνει μια δημοτική εκτελεστική επιτροπή, το δημοτικό συμβούλιο και διάφορες επιτροπές. Καθήκον του δημοτικού συμβουλίου είναι να λάβει τις αποφάσεις για τους φόρους, τους στόχους και τους προϋπολογισμούς καθώς και για την οργάνωση και τους στόχους των επιτροπών. Οι δήμοι είναι μέλη της σουηδικής ένωσης τοπικών αρχών, η οποία είναι μια εθνικά προσανατολισμένη οργάνωση που στοχεύει να προωθήσει και να ενισχύσει την τοπική κυβέρνηση και να παρέχει στις τοπικές αρχές διάφορες υπηρεσίες.

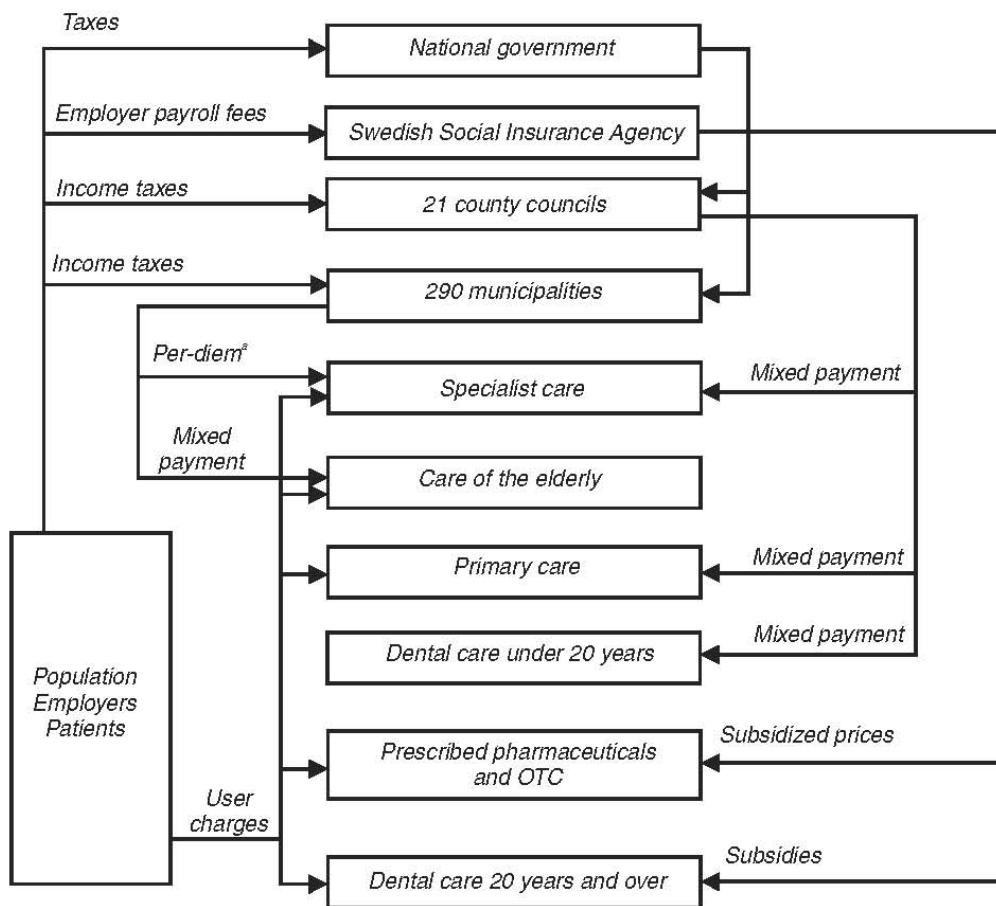
Πίνακας 3.109 Οργανωτική δομή του Σουηδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



3.3.4.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η χρηματοδότηση του σουηδικού υγειονομικού συστήματος γίνεται πρωτίστως μέσω των φόρων. Τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να επιβάλουν φόρους εισοδήματος στους πληθυσμούς τους. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τους τοπικούς φόρους συμπληρώνεται από την κυβερνητικές επιχορηγήσεις και από τις επιπρόσθετες δαπάνες των ασθενών. Οι επιχορηγήσεις για την οδοντιατρική περίθαλψη καθώς και για τις ιατρικές συνταγές καταβάλλονται από την εθνική κοινωνική ασφάλιση.

Πίνακας 3.110 Οικονομική δομή του Σουηδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

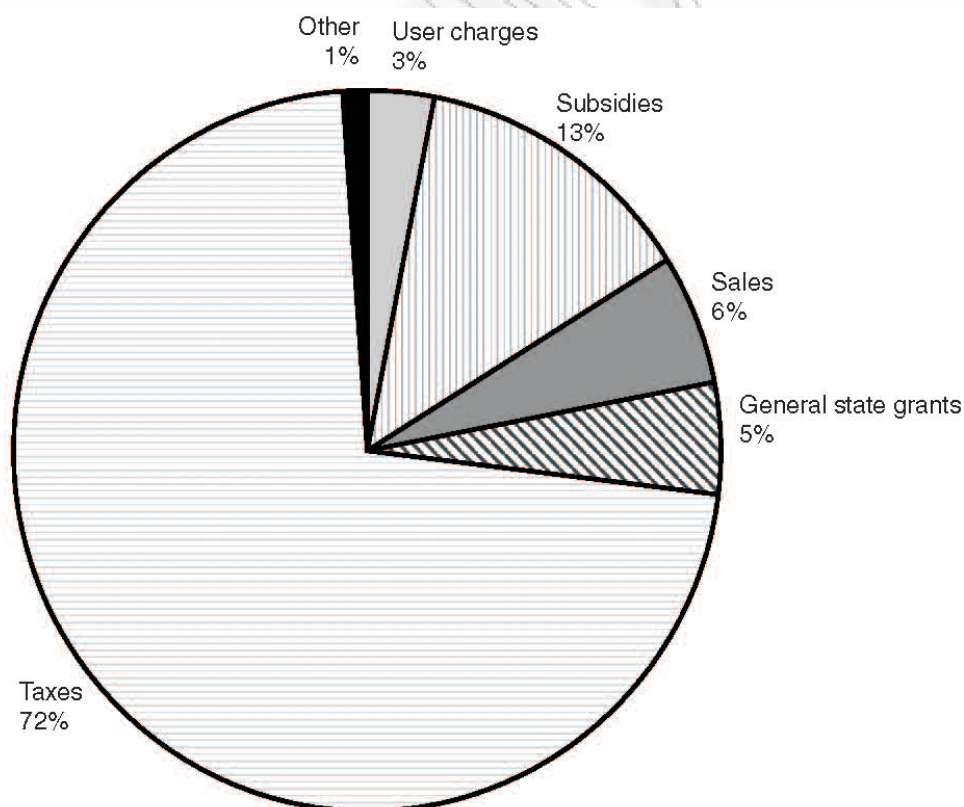


* Refers to funding by municipalities of so-called bed-blockers in hospitals

Πίνακας 3.111 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1980-2002

| Expenditure | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2002 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------|------|
| Total health expenditure (per capita, US\$ purchasing power parity) | 924 | 1247 | 1566 | 1733 | 2243 | 2517 |
| Total health expenditure (% of GDP) | 9.1 | 8.7 | 8.4 | 8.1 | 8.4 | 9.2 |
| Public expenditure on health (% of total expenditure on health) | 92.5 | 90.4 | 89.9 | 86.6 | 84.9 | 85.3 |
| Private expenditure on health (% of total expenditure on health) | 7.5 | 8.6 | 10.1 | 13.4 | 15.1 | 14.7 |
| | 1980-1985 | 1985-1990 | 1990-1995 | 1995-2002 | | |
| Mean annual real growth in total expenditure on health | 1.7 | 1.2 | 0.3 | 4.3 | | |
| Mean annual real growth in GDP ^a | 1.8 | 2.4 | 0.7 | 2.8 | | |

Πίνακας 3.112 Εισοδηματικές πηγές ως ποσοστά του συνολικού εισοδήματος των νομαρχιακών συμβουλίων, 2003



Πίνακας 3.113 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κατηγορία, ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, 1980-2002

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|------|------|-------------------|------|------|------|------|
| Public expenditure on health (% of total health expenditure) | 92.5 | 90.4 | 89.9 | 86.6 | 84.9 | 84.9 | 85.3 |
| Total investment in medical facilities (% of total health expenditure) | 6.7 | 6.8 | 4.3 | 4.7 | 4.8 | 4.4 | 4.6 |
| Total expenditure on medical services (% of total health expenditure) | – | – | 82.2 ^a | 80.1 | 78.6 | 79.5 | 79.7 |
| Total expenditure on inpatient care (% of total health expenditure) | – | – | 49.0 ^a | 49.0 | 46.3 | 31.6 | 31.2 |
| Total expenditure on outpatient care (% of total health expenditure) | – | – | 25.3 ^a | 22.9 | 23.8 | 47.1 | 47.7 |
| Public expenditure on inpatient care (% of public expenditure on health) | 74.0 | 59.1 | 55.5 | 55.7 | 54.0 | 36.7 | 36.0 |
| Public expenditure on outpatient care (% of public expenditure on health) | 9.0 | 18.0 | 22.8 | 18.9 | 20.1 | 47.3 | 47.9 |
| Public expenditure on investments in medical facilities (% of public expenditure on health) | 7.3 | 7.2 | 4.3 | 4.7 | 4.1 | 3.9 | 4.0 |

3.3.4.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Τα νοσοκομεία στη Σουηδία διαιρούνται σε τοπικά νοσοκομεία, κεντρικά νοσοκομεία και περιφερειακά νοσοκομεία, ανάλογα με το μέγεθος και το βαθμό ειδίκευσής τους. Στα περίπου 40 τοπικά νοσοκομεία, υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις ειδικότητες που παρέχουν τις εξής υπηρεσίες: γενική ιατρική, χειρουργική επέμβαση, ακτινολογία, και αναισθησιολογία.

Η ιατρική ικανότητα και ο διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός στα κεντρικά νοσοκομεία επιτρέπει τη θεραπεία σχεδόν όλων των τύπων ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρικών προβλημάτων. Υπάρχουν περίπου 20 κεντρικά νοσοκομεία στη Σουηδία, δηλ. ένα νοσοκομείο για κάθε περιοχή με νομαρχιακό συμβούλιο. Σε αυτά τα νοσοκομεία, υπάρχουν περίπου 15-20 ειδικότητες. Για ιδιαίτερα εξειδικευμένη περίθαλψη, η Σουηδία έχει έξη μεγάλες μονάδες ιατρικής φροντίδας. Υπάρχουν ένα ή δύο περιφερειακά νοσοκομεία ανά περιοχή, και εξυπηρετούν έναν πληθυσμό 1-2 εκατομμυρίων κατοίκων. Τα περιφερειακά νοσοκομεία παρέχουν μια εκτενή σειρά ιατρικών ειδικοτήτων, και έχουν ένα ευρύτερο φάσμα ειδικών σε διάφορους ιατρικούς τομείς.

Πίνακας 3.114 Χωρητικότητα νοσοκομείων, 1980-2002

| | 1980 | 1990 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Acute-care hospital beds | 42 285 | 35 403 | 24 973 | 23 801 | 22 751 | 22 485 | 21,725 | 20 857 | 20 378 |
| per 1000 people | 5.1 | 4.1 | 2.8 | 2.7 | 2.6 | 2.5 | 2.4 | 2.3 | 2.3 |
| Psychiatric hospital beds | 26 962 | 14 533 | 7 276 | 6 267 | 5 872 | 5 786 | 5 565 | 5 218 ^a | 4 894 ^a |
| per 1000 people | 3.2 | 1.7 | 0.8 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.6 | 0.6 ^a | 0.5 ^a |
| Long-term care beds | 44 859 | 45 965 | 4 699 | 3 740 | 3 627 | 3 502 | 3,189 ^a | 2 774 ^a | 2 432 ^a |
| per 1000 people | 5.4 | 5.4 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 ^a | 0.3 ^a | 0.3 ^a |

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.115 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1995-2002

| Personnel | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Physicians | 23 176 | 23 490 | 23 626 | 24 163 | 24 528 | 25 099 | 25 957 | 26 873 |
| per 1000 people | 2.6 | 2.7 | 2.7 | 2.7 | 2.8 | 2.8 | 2.9 | 3.0 |
| Nurses | 83 934 | 83 941 | 83 331 | 85 057 | 86 135 | 86 925 | 88 441 | 90 758 |
| per 1000 people | 9.5 | 9.5 | 9.4 | 9.6 | 9.7 | 9.8 | 9.9 | 10.2 |
| Midwives | 5 722 | 5 807 | 5 814 | 5 953 | 6 043 | 6 024 | 6 157 | 6 247 |
| per 1000 people | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.7 |
| Dentists | 7 620 | 7 434 | 7 216 | 7 229 | 7 221 | 7 140 | 7 199 | 7 270 |
| per 1000 people | 0.9 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |
| Dental hygienists | 2 018 | 2 061 | 2 075 | 2 211 | 2 339 | 2 492 | 2 656 | 2 770 |
| per 1000 people | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |

Στη Σουηδία, η ιατρική εκπαίδευση χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από το κράτος. Η κατάρτιση των γιατρών, των οδοντιάτρων και του υπολοίπου ιατρικού προσωπικού εναπόκειται στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η Σουηδία έχει έξη Ιατρικές Σχολές στις οποίες εκπαιδεύονται οι παθολόγοι εκπαιδεύονται. Για την αποδοχή σε μια πανεπιστημιακή Ιατρική Σχολή, απαιτείται εξέταση από το Γυμνάσιο σε θέματα φυσικών επιστημών. Για να γίνει εγκεκριμένος παθολόγος, ο σπουδαστής πρέπει να συμπληρώσει επιτυχώς ένα πενταετές πρόγραμμα σπουδών, και μετά από αυτό, μια περίοδο κατάρτισης 21 μηνών, ακολουθούμενη από μια γραπτή εξέταση. Οι εγγεγραμμένοι παθολόγοι και οι οδοντίατροι διαπραγματεύονται τους μισθούς τους με το τους εργοδότες τους. Το 2003, ο μέσος μισθός για έναν παθολόγο με ειδικότητα ήταν SKr 48.100. Ο μέσος μισθός για έναν οδοντίατρο ήταν SKr 35.300.

Οι νοσοκόμες εκπαιδεύονται σε περίπου 30 πανεπιστήμια και Πανεπιστημιακά. Κάθε έτος, ο αριθμός σπουδαστών είναι περίπου 5500. Το πρόγραμμα σπουδών για τις νοσοκόμες αποτελείται από τρία έτη βασικής εκπαίδευσης, ακολουθούμενα από ειδική κατάρτιση. Οι νοσοκόμες μπορούν να επιλέξουν να εκπαιδευτούν στη μαιευτική, την εντατική παρακολούθηση, την αναισθησία ή την περίθαλψη των παιδιών. Το 2003, ο μέσος μισθός για μια εγγεγραμμένη νοσοκόμα ήταν SKr 23.000

3.3.4.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους είναι ένας ακρογωνιαίος λίθος του σουηδικού κράτους κοινωνικής πρόνοιας. Ο νόμος περί υγείας του 1982 και ο νόμος ιατρικών υπηρεσιών τονίζουν το δικαίωμα της ισότιμης πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ισχύουν τρεις βασικές αρχές για την υγεία και τη ιατρική φροντίδα στη Σουηδία:

- Η αρχή της «ανθρώπινης αξιοπρέπειας» που σημαίνει ότι όλα τα ανθρώπινα όντα έχουν την ίδια αξιοπρέπεια, και πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα, ανεξάρτητα από τη θέση τους στην κοινότητα.
- Η αρχή «της ανάγκης και της αλληλεγγύης» σημαίνει ότι εκείνοι που έχουν τη μέγιστη ανάγκη για περίθαλψη παίρνουν την προτεραιότητα στη ιατρική φροντίδα.
- Η αρχή «της οικονομικής αποτελεσματικότητας» σημαίνει ότι όταν πρέπει να γίνει μια επιλογή υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να υπάρξει μια λογική σχέση μεταξύ των δαπανών και των αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με τον νόμο περί υγείας και ιατρικών υπηρεσιών, το σουηδικό σύστημα παρέχει κάλυψη για όλους τους κατοίκους της Σουηδίας, ανεξάρτητα από την υπηκοότητα τους. Επιπλέον, η κάλυψη έκτακτης ανάγκης παρέχεται σε όλους τους ασθενείς από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και εννέα άλλες χώρες με τις οποίες η Σουηδία έχει συνάψει διμερείς συμφωνίες. Οι περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν ενώ υπάρχουν και κάποιες άλλες που επιχορηγούνται είτε από το κράτος είτε από την κοινωνική ασφάλιση.

Οι σουηδικές πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 25 ετών έχουν εστιάσει στα δικαιώματα των ασθενών, όπως αυτό καταδεικνύονται από την προτεραιότητα που δόθηκε στους ασθενείς με μεγάλη ανάγκη παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δίνοντας τη δυνατότητα στους ασθενείς να επιλέξουν τον πάροχο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το Νοέμβριο του 2005, η εθνική εγγύηση περίθαλψης κατοχύρωσε τα εξής δικαιώματα για τους ασθενείς :

- Η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα παράσχεται την ίδια ημέρα στην οποία θα ζητηθεί.
- Στους ασθενείς που έχουν ανάγκη από ιατρική εξέταση θα πρέπει να παρασχεθεί η υπηρεσία το πολύ σε 7 ημέρες.
- Οι ασθενείς με μια παραπομπή από έναν ειδικό δεν πρέπει να περιμένουν περισσότερο από 90 ημέρες
- Εάν οι ασθενείς δεν ικανοποιούνται μέσα σε αυτό το χρονικό πλαίσιο έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν έναν άλλο πάροχο χωρίς καμία επιπρόσθετη χρέωση.

Την 1η Νοεμβρίου του 2005, μια νέα εγγύηση μεγίστου χρόνου παραμονής εισήχθηκε στη Σουηδία. Η εγγύηση είναι βασισμένη στον κανόνα του «0-7-90-90» - το οποίο σημαίνει : στιγμιαία επαφή με το υγειονομικό σύστημα, δυνατότητα εξέτασης από ιατρό παθολόγο μέσα σε 7 ημέρες , δυνατότητα εξέτασης από ένα ειδικό μέσα σε 90 ημέρες και αναμονή όχι περισσότερες από 90 ημέρες.

Κανονικά, η πρώτη επαφή με έναν ιατρό παθολόγο για υγειονομική περίθαλψη ενός ασθενή γίνεται σε ένα τοπικό κέντρο υγείας, αλλά οι ασθενείς μπορούν να επιδιώξουν την περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές. Κανονικά, ο ιατρός παθολόγος κλείνει ένα ραντεβού με τον ασθενή και παρέχει στον ασθενή μια επιστολή παραπομπής έτσι ώστε να μπορεί να κλείσει ο ασθενής ένα ραντεβού με έναν ειδικό. Οι ασθενείς μπορούν επίσης να επιδιώξουν την άμεση περίθαλψή τους στα εξωτερικά τμήματα των νοσοκομείων. Ο χρόνος αναμονής χρόνος είναι πιο μεγάλος όταν πηγαίνουν οι ασθενείς σε ένα εξωτερικό τμήμα νοσοκομείου χωρίς μια παραπομπή από έναν ιατρό παθολόγο. Η αμοιβή για την περίθαλψη των εξωτερικών ασθενών στο εξωτερικό τμήμα των νοσοκομείων είναι υψηλότερη από την αμοιβή που χρεώνεται στα κέντρα υγείας πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Σχεδόν σε όλα τα νομαρχιακά συμβούλια, οι άνθρωποι με ηλικία κάτω των 20 ετών απαλλάσσονται από αυτές τις δαπάνες. Για τις περιπτώσεις που απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη, οι ιατρικές υπηρεσίες παρέχονται στα περιφερειακά νοσοκομεία.

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Όλα τα φαρμακευτικά είδη στη Σουηδία διανέμονται και πωλούνται στο ευρύ κοινό από την κρατική εθνική εταιρία σουηδικών φαρμακείων. Η ίδια λειτουργεί τα φαρμακεία των νοσοκομείων και τα κοινοτικά φαρμακεία στο πλαίσιο συμβάσεων ενός έτους με τα νομαρχιακά συμβούλια. Υπάρχουν 900 φαρμακεία σε εθνικό επίπεδο. Το συνολικό κόστος των φαρμακευτικών πωλήσεων της εθνικής εταιρίας σουηδικών φαρμακείων το 2003 ήταν SKr 28.341 εκατομμύρια, εκ των οποίων το 10% αντιπροσώπευε τις πωλήσεις στα νοσοκομεία, το 80% συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά είδη και το 10% φαρμακευτικά είδη διαθέσιμα στο κοινό με επιπρόσθετη πληρωμή.

3.3.5 ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ



3.3.5.1 Εισαγωγή

Η Πορτογαλία είναι μια δημοκρατία που βρίσκεται στην ιβηρική χερσόνησο στο νοτιοδυτικό άκρο της Ευρώπης, περιλαμβάνοντας δύο ατλαντικά αρχιπελάγη (Αζόρες και Μαδέρα). Ο πορτογαλικός πληθυσμός έφθασε τα 10.57 εκατομμύρια το 2005. Το 2004, η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση ήταν 81.4 για τις γυναίκες και 74.9 για τους άνδρες. Το πορτογαλικό σύστημα υγείας οργανώνεται γύρω από ένα εθνικό σύστημα υγείας (NHS), με μερικές από τις ευθύνες να μεταβιβάζονται σε περιφερειακούς οργανισμούς. Το NHS εποπτεύεται από τον υπουργό Υγείας. Η εσωτερική οργάνωση του Υπουργείου αναδομήθηκε πρόσφατα, στα πλαίσια μιας γενικής μεταρρύθμισης των δημοσίων υπηρεσιών στη χώρα. Παράλληλα με το NHS υπάρχουν και κάποια πρόσθετα υποχρεωτικά δημόσια και ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα για ορισμένα επαγγέλματα καθώς και ένα σχήμα ιδιωτικής εθελοντικής ασφάλισης υγείας (VHI).

Οι συνολικές δαπάνες υγείας το 2004, ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν περίπου 10%, το οποίο είναι μεγαλύτερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Το πορτογαλικό NHS καθιερώνει το δικαίωμα όλων των πολιτών στην προστασία της υγείας με ένα εγγυημένο καθολικό δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη μέσω του NHS για όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από το οικονομικό και κοινωνικό υπόβαθρο τους. Στο πορτογαλικό σύνταγμα το NHS ορίζεται ως «καθολικό, περιεκτικό και περίπου δωρεάν». Οι ασθενείς στην Πορτογαλία συμμετέχουν στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω των συμπληρωματικών πληρωμών και της συνασφάλισης. Για ορισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ο ασθενής καταβάλλει ένα ορισμένο σταθερό ποσό ανά χρήση.

Ο αριθμός όλων των τύπων των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται συνεχώς από τα μέσα της δεκαετίας του '80. Οι προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες οι οποίοι εργάζονται στο NHS είναι μισθοδοτημένοι υπάλληλοι.

3.3.5.2 Οργανωτική δομή

Το πορτογαλικό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από τρία συνυπάρχοντα ασφαλιστικά σχήματα: το NHS, η πρόσθετη δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση για ορισμένα επαγγέλματα (υποσυστήματα υγείας) και η ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση υγείας (VHI). Το σύστημα υγείας στην Πορτογαλία είναι ένα δίκτυο δημοσίων και ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας, κάθε ένας από τους οποίους συνδέεται με το υπουργό Υγείας καθώς και με τους ασθενείς. Το Υπουργείο Υγείας συντονίζει όλη την παροχή υγειονομικής περίθαλψης καθώς και τη χρηματοδότησή της. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έχει το δικαίωμα να επιλέξει μεταξύ δύο ασφαλιστικών σχημάτων υγειονομικής περίθαλψης: το NHS και το VHI. Οι πάροχοι μπορούν να είναι είτε δημόσιοι είτε ιδιωτικοί, με διαφορετικές συμφωνίες όσον αφορά τις ροές χρηματοδότησής τους.

Υπουργείο Υγείας

Η κεντρική κυβέρνηση, μέσω του υπουργού Υγείας, είναι αρμόδια για την ανάπτυξη της πολιτικής στον τομέα της υγείας καθώς και την επιτήρηση και την αξιολόγηση της εφαρμογής της. Η σημαντικότερη αρμοδιότητά της είναι ο κανονισμός, ο προγραμματισμός και η διαχείριση του NHS. Είναι επίσης αρμόδια για τον κανονισμό, τον έλεγχο και την επιθεώρηση των ιδιωτικών παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών, σε περίπτωση που αυτοί είναι ενσωματωμένοι στο NHS. Πολλές από τις λειτουργίες του προγραμματισμού, του κανονισμού και της διαχείρισης είναι στα χέρια του υπουργού Υγείας. Οι γραμματείς του κράτους έχουν ευθύνη για το πρώτο επίπεδο συντονισμού. Το υπουργείο Υγείας αποτελείται από διάφορα όργανα: μερικά απ' αυτά βρίσκονται κάτω από την άμεση κυβερνητική διοίκηση ενώ μερικά ενσωματώνονται κάτω από την έμμεση κυβερνητική διοίκηση. Η ρυθμιστική αντιπροσωπεία υγείας (HRA) είναι τυπικά ανεξάρτητη στις ενέργειες και τις αποφάσεις της, αν και ο προϋπολογισμός της εγκρίνεται συνήθως από το υπουργείο Υγείας. Οι ακόλουθες κεντρικές υπηρεσίες βρίσκονται κάτω από την άμεση κρατική διοίκηση. Αυτό σημαίνει ότι οργανώνονται από το υπουργείο Υγείας.

- Υψηλή αστυνομική υπηρεσία για την υγεία (ACS)

Οι στόχοι της ACS είναι να παράσχει την τεχνική υποστήριξη στη χάραξη της πολιτικής και το στρατηγικό προγραμματισμό στον τομέα της υγείας και για να διαμορφώσει, να συντονίσει και να αξιολογήσει το εθνικό σύστημα υγείας.

- Η γενική επιθεώρηση των σχετικών με την υγεία δραστηριοτήτων (IGAS)

Το IGAS εκτελεί την πειθαρχική και λογιστική λειτουργία ελέγχου για το NHS. Ελέγχει τα όργανα του NHS και τις υπηρεσίες που αυτά παρέχουν.

- Η γενική γραμματεία υγείας (SG)

Το SG παρέχει την τεχνική και διοικητική υποστήριξη στα τμήματα του Υπουργείου υγείας, συντονίζει την εργασία τους και παρέχει βοήθεια στο προσωπικό.

- Η γενική διεύθυνση υγείας (GDH)

Το GDH προγραμματίζει, ρυθμίζει, κατευθύνει, συντονίζει και εποπτεύει όλες τις δραστηριότητες αναφορικά με την προώθηση της υγείας, την πρόληψη και την υγειονομική περίθαλψη.

- Η αρχή για τις υπηρεσίες αίματος και μεταμόσχευσης (ASST)

Το ASST εξασφαλίζει την ποιότητα και την ασφάλεια σχετικά με τη δωρεά, την ανάλυση, την επεξεργασία, την αποθήκευση και την διανομή του ανθρώπινου αίματος.

Οι ακόλουθες κεντρικές υπηρεσίες είναι κάτω από την κρατική έμμεση διοίκηση.

- Κεντρική διοίκηση του συστήματος υγείας (ACSS)

Το ACSS είναι υπεύθυνο για τη διαχείριση του οικονομικού και του ανθρώπινου δυναμικού, τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τα συστήματα και την τεχνολογία πληροφοριών (ΤΠ) του NHS. Είναι επίσης αρμόδιο για τον καθορισμό της πολιτικής, τον κανονισμό και τον προγραμματισμό του τομέα της υγείας, μαζί με το RHAs.

- Η εθνική αρχή φαρμάκων και προϊόντων υγείας (INFARMED)

Η INFARMED ρυθμίζει και εποπτεύει τα φαρμακευτικά είδη και τα προϊόντα υγείας θέτοντας υψηλότερα πρότυπα προστασίας της δημόσιας υγείας

- Το εθνικό ίδρυμα για τις ιατρικές έκτακτες ανάγκες (INEM)

Το INEM σκιαγραφεί, συμμετέχει και αξιολογεί τις δραστηριότητες και την απόδοση του συστήματος της ιατρικής έκτακτης ανάγκης.

- Το Πορτογαλικό ίδρυμα αίματος (IPS)

Το IPS ρυθμίζει, σε εθνικό επίπεδο, τα φαρμακευτικά είδη σχετικά με τις μεταγγίσεις.

- Το Εθνικό ίδρυμα εθισμού στα ναρκωτικά (IDT)

Το IDT προωθεί τη μείωση της κατανάλωσης παράνομων ναρκωτικών ουσιών.

- Το Εθνικό ίδρυμα υγείας (INSA)

Αυτό το ίδρυμα είναι ένα κρατικό εργαστήριο, πρωταρχικός στόχος του οποίου είναι η αύξηση των κερδών στον τομέα της δημόσιας υγείας. Είναι αρμόδιο για να πραγματοποιεί το συντονισμό και την προώθηση της έρευνας για την υγεία στο υπουργείο Υγείας.

- Περιφερειακές υπηρεσίες υγείας (RHAs)

Το NHS, αν και χρηματοδοτείται κεντρικά από το υπουργείο Υγείας, έχει ισχυρή περιφερειακή δομή από το 1993 περιλαμβάνοντας πέντε περιφέρειες υπηρεσιών υγείας: το Βορρά, το κέντρο, τη Λισσαβώνα, το Vale do Tejo, και το Αλγκάρβε. Σε κάθε μία από αυτές τις περιοχές υπάρχει ένα διοικητικό συμβούλιο υγείας, το οποίο λογοδοτεί στο υπουργείο Υγείας και διαχειρίζεται το NHS.

- Το εθνικό Συμβούλιο υγείας (CNS)

Το CNS είναι συμβουλευτικό σώμα του υπουργείου Υγείας. Είναι αρμόδιο για την έκδοση συστάσεων και συμβουλών για τα μέτρα που πρέπει να επιβληθούν για να επιτευχθούν οι στόχοι στον τομέα της υγείας. Αυτό το Συμβούλιο ακόμα δεν έχει τεθεί ποτέ πραγματικά σε λειτουργία παρά τη νομική ύπαρξή του.

Υπουργείο εργασίας και κοινωνικής αλληλεγγύης

Αυτό το Υπουργείο είναι αρμόδιο για τις κοινωνικές παροχές όπως οι συντάξεις, τα επιδόματα ανεργίας και τα επιδόματα ανικανότητας. Το 1995, το 9.5% του ΑΕΠ διατέθηκε στην κοινωνική ασφάλιση. Το 2000 αυτό το ποσοστό ανήλθε σε 12.1%.

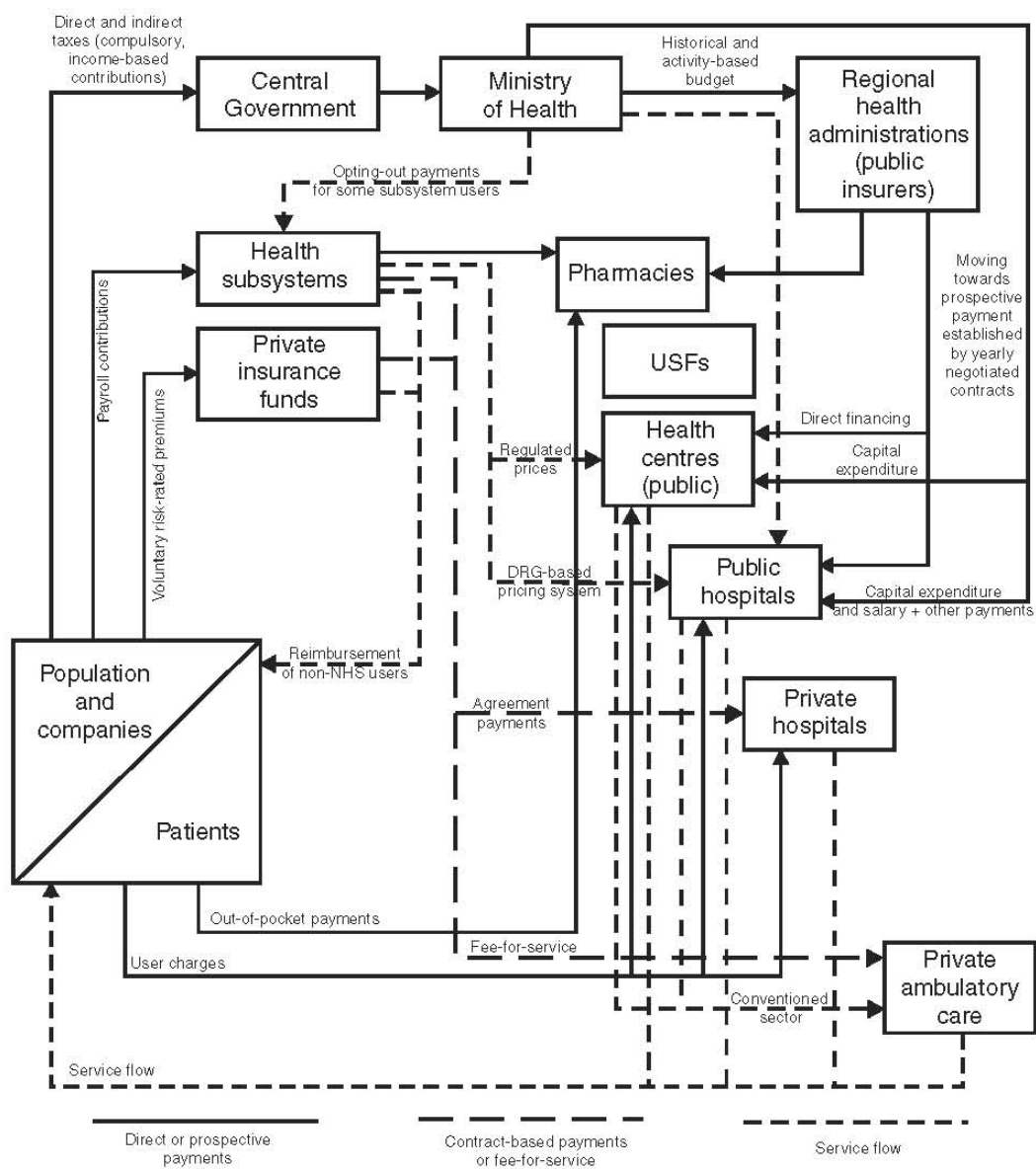
Τοπική κυβέρνηση

Κάτω από τα RHAs είναι οι δήμοι. Για τους σκοπούς της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης, τα όρια είναι βασισμένα στη γεωγραφική εγγύτητα παρά στις διοικητικές περιοχές. Υπάρχουν διάφορες πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται από την κεντρική κυβέρνηση σε συνεργασία με τους δήμους, όπως η προώθηση της μεγαλύτερης κυκλοφοριακής ασφάλειας για τους πεζούς και η ενθάρρυνση της σωματικής άσκησης. Συνολικά, εντούτοις, ο ρόλος των δήμων στο πορτογαλικό σύστημα υγείας είναι μάλλον οριακός. Δεν υπάρχει κανένα επίσημο στοιχείο στο θέμα, αλλά είναι δυνατό να υποτεθεί ότι η συμμετοχή των δήμων στα προγράμματα προώθησης και βελτίωσης της υγείας δεν έχει επεκταθεί πέρα από μερικά συγκεκριμένα προγράμματα, όπως η προφορική υγεία των παιδιών και οι Περιβαλλοντικές Υγιεινές.

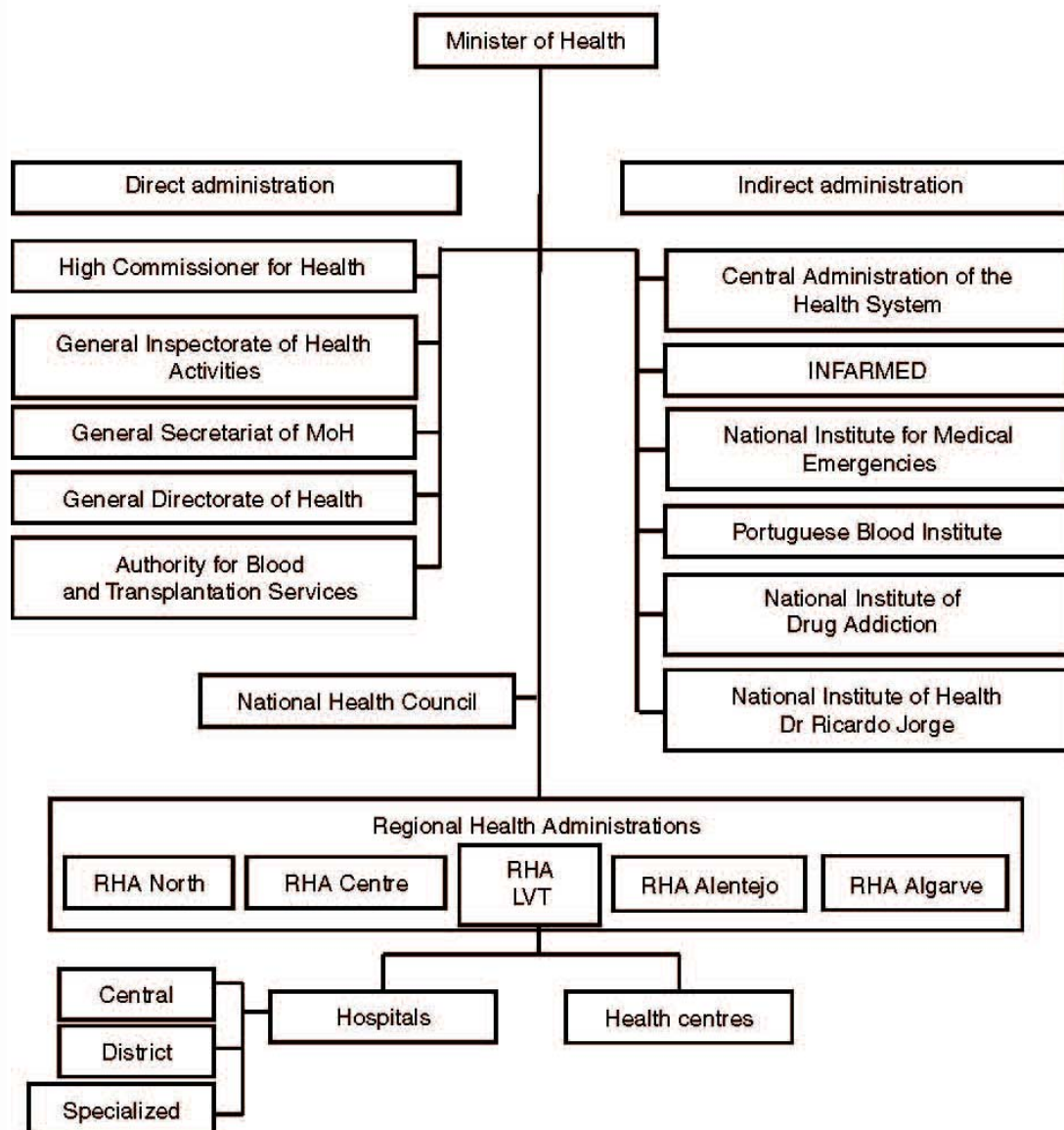
Υποσυστήματα υγείας

Σχεδόν τρεις δεκαετίες μετά από την έναρξη του NHS στην Πορτογαλία, τα ιστορικά κατάλοιπα του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας προ-NHS εμμένουν ακόμα υπό μορφή σχημάτων ασφάλισης υγείας για τα οποία η ιδιότητα μέλους είναι βασισμένη στο επάγγελμα. Αυτά αναφέρονται συχνά ως «υποσυστήματα» υγείας. (subsistemas). Εκτός από την κάλυψη ασφάλισης υγείας που παρέχεται από το NHS, περίπου το 25% του πληθυσμού καλύπτεται από τα υποσυστήματα υγείας ή το VHI. Ακριβέστερα, περίπου το 16% του πληθυσμού καλύπτεται από ένα υποσύστημα υγείας, περίπου το 10% καλύπτεται από το VHI και λιγότερο από το 2% έχει συσσωρευτική κάλυψη και από τα υποσυστήματα υγείας και από το VHI. Η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται είτε άμεσα είτε με σύμβαση με ιδιωτικούς ή δημόσιους παρόχους. Η πρόσβαση περιορίζεται γενικά στα μέλη ενός συγκεκριμένου επαγγέλματος και τις οικογένειές τους.

Πίνακας 3.116 Οργανωτική δομή του Πορτογαλικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



Πίνακας 3.117 Οργανωτική δομή του Πορτογαλικού Υπουργείου Υγείας



3.3.5.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Όπως τα περισσότερα ευρωπαϊκά συστήματα, το πορτογαλικό υγειονομικό σύστημα χρηματοδοτείται από ένα μίγμα δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης. Το NHS, το οποίο παρέχει καθολική κάλυψη, χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας. Τα υποσύστημα υγείας, που παρέχουν είτε καθολική είτε μερική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης, χρηματοδοτούνται μέσω των συνεισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών. Ένα μεγάλο ποσοστό της χρηματοδότησης είναι ιδιωτικό, κυρίως με τη μορφή συμπληρωματικών πληρωμών από τον ασθενή, και σε μικρότερη έκταση υπό μορφή ασφαλιστρών στα ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα. Περίπου το 7% του πληθυσμού καλύπτεται από ασφαλιστικά ταμεία τα οποία χρηματοδοτούνται μέσω εθελοντικών συνεισφορών. Είναι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις που παρέχουν περιορισμένη κάλυψη για φαρμακευτικά είδη και σπανιότερα, για περίθαλψη.

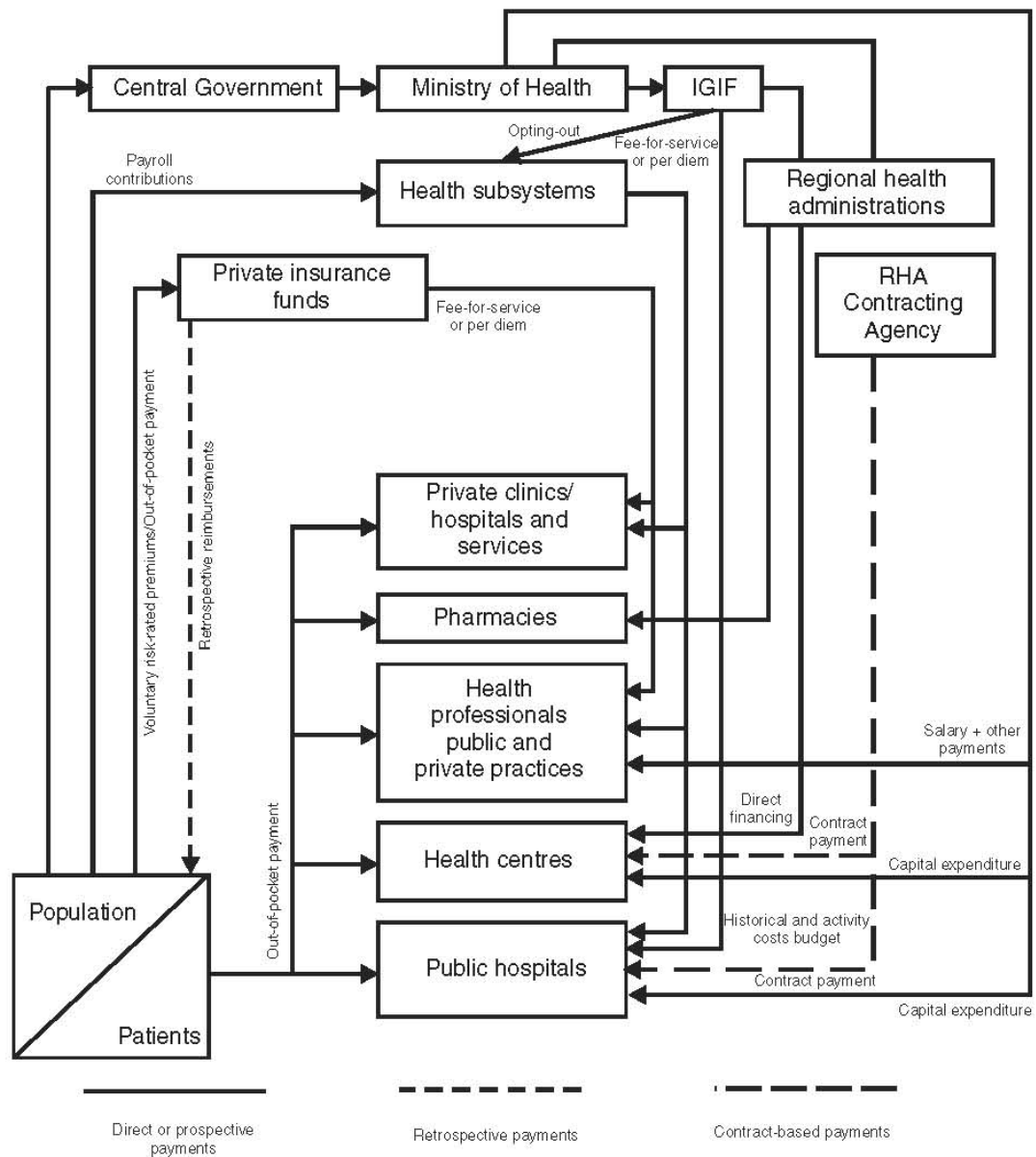
Πίνακας 3.118 Μίγμα χρηματοδότησης για το σύστημα υγείας (σε ποσοστά)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Public funding | 72.91 | 71.53 | 72.53 | 72.58 | 71.17 |
| of which: | | | | | |
| National Health Service | 61.12 | 58.80 | 59.38 | 59.72 | 57.57 |
| Public subsystems | 6.40 | 6.64 | 7.69 | 6.48 | 7.00 |
| Other public funding (mainly tax benefits) | 4.43 | 5.19 | 4.46 | 5.37 | 5.73 |
| Social Security | 0.96 | 0.90 | 1.00 | 0.99 | 0.86 |
| Private funding | 27.09 | 28.47 | 27.47 | 27.44 | 28.83 |
| of which: | | | | | |
| Private subsystems | 1.72 | 1.79 | 1.88 | 2.35 | 2.24 |
| Voluntary Health Insurance | 1.44 | 1.42 | 1.82 | 2.24 | 2.47 |
| Out-of-pocket payments | 23.19 | 23.15 | 23.15 | 21.16 | 23.56 |
| Other private funding | 0.74 | 2.10 | 0.12 | 1.68 | 0.77 |

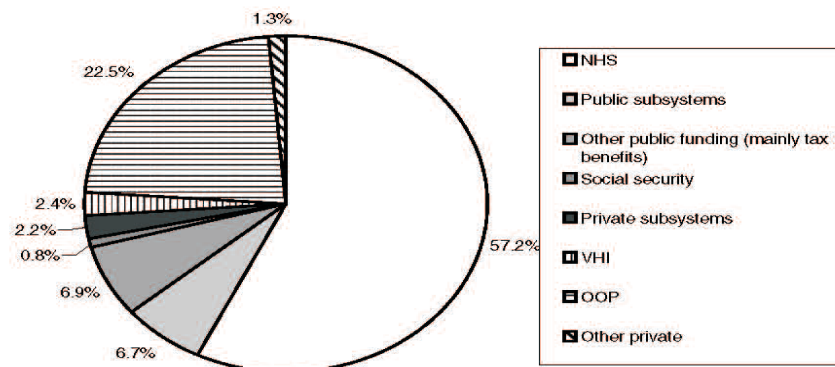
Πίνακας 3.119 Τάσεις στις δαπάνες υγείας, 1990-2004

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2004 |
|---|------|------|------|------|
| Total expenditure on health per capita, US\$ PPP | 674 | 1096 | 1624 | 1813 |
| Total expenditure on health as a % of GDP | 6.2 | 8.2 | 9.4 | 10.0 |
| Public expenditure on health as a % of total expenditure on health | 65.5 | 62.6 | 72.5 | 71.9 |
| Private expenditure on health as a % of total expenditure on health | 34.5 | 37.4 | 27.5 | 28.1 |

Πίνακας 3.120 Διάγραμμα οικονομικής ροής



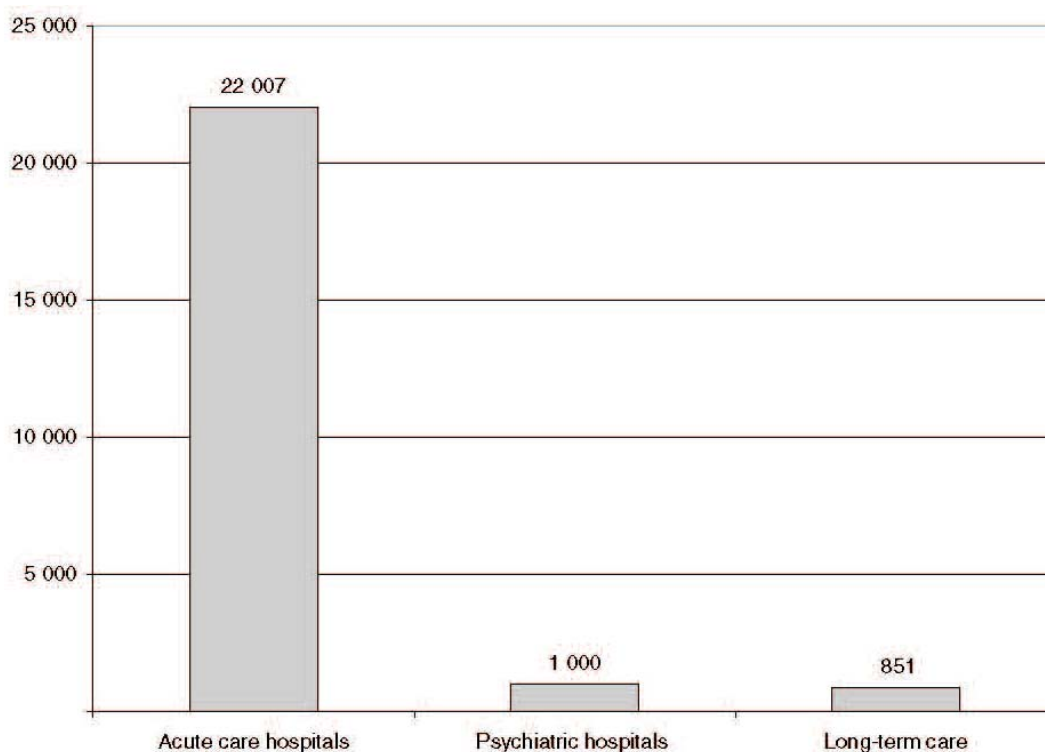
Πίνακας 3.121 Συνολικές δαπάνες υγείας ανά εισοδηματική πηγή, 2004



3.3.5.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Πίνακας 3.122 Συνολικός αριθμός κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού, 2005



Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων καταρτίζονται και ανακοινώνονται από το υπουργό Υγείας μέσω του IGIF. Αυτή τη στιγμή, στα δημόσια νοσοκομεία διατίθενται σφαιρικοί προϋπολογισμοί βασισμένοι σε συμβάσεις (programa contratos) που υπογράφονται με το υπουργείο Υγείας. Παραδοσιακά, οι προϋπολογισμοί είναι βασισμένοι στη χρηματοδότηση του προηγούμενου χρόνου με αναθεώρηση λόγω πληθωρισμού.

Τα κέντρα υγείας είναι αρμόδια για την παροχή της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Δεν έχουν ακόμα οικονομική ή διοικητική αυτονομία. Ο υπουργός Υγείας διαθέτει τα κεφάλαια στα RHAs, τα οποία χρηματοδοτούν στη συνέχεια τη δραστηριότητα κάθε κέντρου υγείας μέσω του περιφερειακού συντονισμού. Τα κέντρα υγείας λαμβάνουν μόνο έναν μικρό προϋπολογισμό για το μίσθωμα, και κάποιες άλλες υποχρεώσεις, με βάση ιστορικές δαπάνες. Όλες οι άλλες δαπάνες πληρώνονται άμεσα από το περιφερειακό επίπεδο συντονισμού.

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.123 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ανά 1000 άτομα πληθυσμού, 1990-2004

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| % total health employment | 2.3 | 2.7 | 2.8 | 2.7 | 2.8 | 2.8 | – |
| Practising physicians | 2.8 | 3.0 | 3.2 | 3.2 | 3.3 | 3.3 | 3.4 |
| GPs | – | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 |
| Practising specialists | 0.9 | 1.6 | 1.8 | 1.8 | 1.8 | 1.9 | 2.0 |
| Practising dentists | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.6 |
| Practising pharmacists | 0.6 | 0.7 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.9 | 0.9 |
| Practising nurses | 2.8 | 3.4 | 3.7 | 3.8 | 4 | 4.2 | 4.4 |

Πίνακας 3.124 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ανά περιφέρεια υγείας, 2005

| | North | Centre | Lisbon | Alentejo | Algarve |
|-----------------------------|-------|--------|--------|----------|---------|
| Primary Care Centres | | | | | |
| Physicians | 2 263 | 1 779 | 2 426 | 335 | 301 |
| GPs | 234 | 163 | 276 | 29 | 17 |
| Nurses | 2 398 | 1 689 | 2 128 | 496 | 348 |
| Hospitals | | | | | |
| Physicians | 5 088 | 3 682 | 6 628 | 432 | 455 |
| GPs | 1 572 | 1 201 | 1 921 | 105 | 135 |
| Nurses | 9 425 | 7 561 | 11 086 | 1 151 | 859 |

Υπάρχουν αυτήν την περίοδο επτά Ιατρικές Σχολές στην Πορτογαλία (δύο στη Λισσαβώνα, μια στην Κοϊμπρα, δύο στο Πόρτο, μια στη Braga και μια στη Covilhã). Τα ιατρικά επιμορφωτικά προγράμματα στις πρώτες πέντε Ιατρικές Σχολές (Λισσαβώνα, Πόρτο και Κοϊμπρα) ακολουθούν το ίδιο πρόγραμμα σπουδών και, από τη Συνθήκη της Μπολόνιας, διαιρούνται σε δύο κύκλους που οδηγούν σε ένα μεταπτυχιακό (τρία έτη συν δύο έτη). Μετά από το πανεπιστήμιο, όλοι οι πτυχιούχοι πρέπει να κάνουν την πρακτική τους για 18 μήνες. Για να εκπαιδευτεί μια νοσοκόμα, πρέπει να έχει υποβληθεί σε τουλάχιστον 12 έτη σχολικής εκπαίδευσης. Η σειρά μαθημάτων διαρκεί τέσσερα έτη, και με την επιτυχή ολοκλήρωση χορηγείται ο επαγγελματικός τίτλος της νοσοκόμας. Όλοι οι γιατροί του NHS είναι μισθοδοτημένοι κυβερνητικοί υπάλληλοι. Ο σταθερός μισθός είναι προκαθορισμένος ανεξάρτητα από οποιοδήποτε μέτρο παραγωγικότητας. Υπάρχει απασχόληση τριών επιπέδων για τους γιατρούς:

- πλήρους απασχόληση (35 ώρες/εβδομάδα),
- εκτεταμένης πλήρους απασχόλησης (42 ώρες/εβδομάδα)
- μειωμένου ωραρίου

3.3.5.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας στην Πορτογαλία περιλαμβάνουν την επιτήρηση της κατάστασης της υγείας και του προσδιορισμού των καθοριστικών παραγόντων της, την προώθηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών σε εθνικό επίπεδο. Όλοι οι κάτοικοι στη χώρα καλύπτονται από το NHS, που είναι καθολικό, περιεκτικό και σχεδόν ελεύθερο. Η καθολική και περιεκτική φύση του NHS καθορίστηκε στη δημιουργία του (1979), και έχει διατηρηθεί από τότε. Το NHS παρέχει κυρίως την άμεση νοσοκομειακή περίθαλψη, τη γενική μαιευτική περίθαλψη και τη περίθαλψη των παιδιών. Η οδοντική περίθαλψη πληρώνεται επιπροσθέτως όπως και πολλές υπηρεσίες στην ιδιωτική περίθαλψη. Θεωρητικά, δεν υπάρχει καμία υπηρεσία που να αποκλείεται ρητά από την κάλυψη του NHS .

Το πρώτο σημείο επαφής μέσα στο δημόσιο σύστημα είναι με τον οικογενειακό παθολόγο γιατρό σε ένα κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCC). Θεωρητικά, οι άνθρωποι δεν έχουν άμεση πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη παρά μόνο μετά από παραπομπή από τον παθολόγο. Εκείνοι οι ασθενείς που καλύπτονται από τα υποσυστήματα υγείας μπορούν να πάνε άμεσα στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ιδιωτικοί παθολόγοι μπορούν επίσης να τους παραπέμψουν στα νοσοκομεία του NHS.

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στο δημόσιο τομέα παρέχεται συνήθως μέσω ενός χρηματοδοτούμενου και διοικούμενου από το δημόσιο PCC. Κάθε ένα από αυτά εξυπηρετεί κατά μέσο όρο 28.000 ανθρώπους. Απασχολούν συνολικά 30.000 επαγγελματίες.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από ένα παθολόγο σε ένα PCC είναι οι ακόλουθες:

- γενική ιατρική φροντίδα για τον ενήλικο πληθυσμό
- προσοχή προ-γεννήσεως
- παιδική μέριμνα
- υγεία γυναικών
- πρώτες βοήθειες
- πιστοποίηση της ανικανότητας στην εργασία
- προληπτικές υπηρεσίες.

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Τα φαρμακεία τα οποία λειτουργούν στην Πορτογαλία πρέπει να ανήκουν σε καταρτισμένους φαρμακοποιούς. Εντούτοις, ο υπουργός Υγείας έχει περάσει έναν νέο νόμο που επιτρέπει η ιδιοκτησία ενός φαρμακείου να μην έχει κανέναν περιορισμό εκτός από έναν μέγιστο αριθμό τεσσάρων φαρμακείων ανά ιδιοκτήτη. Τα φαρμακευτικά είδη που απαιτούν συνταγή μπορούν να πωληθούν μόνο σε φαρμακείο.

Από το 1992, έχουν υπάρξει τρεις κατηγορίες συνασφάλισης του NHS. Οι συνταξιούχοι με μέγιστα ετήσια έσοδα μέχρι 14 φορές την εθνικής ελάχιστης μηνιαία αμοιβή είναι επιλέξιμοι για ένα χαμηλότερο επίπεδο συνασφάλισης στα φαρμακευτικά είδη, σύμφωνα με το διάταγμα-νόμο 129/2005. Τα φαρμακευτικά είδη που χρησιμοποιούνται από μερικές ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες ασθενών πληρώνονται πλήρως από το NHS.

Πίνακας 3.125 Συνασφάλιση του NHS(ποσοστά που πληρώνονται από το NHS)

| Category | “Normal” individual | Eligible pensioner | |
|----------|------------------------------------|--------------------|---------------|
| | Either brand name or generic drugs | Brand name drugs | Generic drugs |
| A | 95 | 100 | 100 |
| B | 69 | 84 | 79 |
| C | 37 | 52 | 47 |
| D | 20 | 35 | 30 |

Οι φαρμακευτικές δαπάνες της Πορτογαλίας (αποκλείοντας την κατανάλωση των νοσοκομείων) αποτελούσαν περίπου το 2.1% του ΑΕΠ το 2006. Ποσοστό το οποίο ήταν πολύ υψηλό έναντι άλλων χωρών του ΟΟΣΑ

3.4 Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

3.4.1 ΑΥΣΤΡΙΑ



3.4.1.1 Εισαγωγή

Η Αυστρία είναι μια λαϊκή δημοκρατία και αποτελείται από εννέα ομοσπονδιακά κρατίδια. Τα ομοσπονδιακά κρατίδια έχουν νομοθετικές λειτουργίες και συμμετέχουν στο Ομοσπονδιακό Συμβούλιο. Διαιρούνται σε πολιτικές περιοχές, οι οποίες αποτελούνται από τοπικές κοινότητες και δήμους. Το αυστριακό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από την ομοσπονδιακή δομή της χώρας καθώς και από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο προσφέρει. Σύμφωνα με το ομοσπονδιακό Σύνταγμα, σχεδόν όλοι οι τομείς του υγειονομικού συστήματος αποτελούν ευθύνη της ομοσπονδιακής κυβέρνησης. Η σημαντικότερη εξαίρεση είναι ο τομέας των νοσοκομείων. Σε αυτόν τον τομέα, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι αρμόδια μόνο για τη θέσπιση της νομοθεσίας. Η εφαρμογή της αποτελεί ευθύνη των εννέα ομοσπονδιακών κρατιδίων.

Η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος είναι πλουραλιστική σύμφωνα με τους νόμους του συντάγματος και της κοινωνικής ασφάλισης. Το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης υγείας αποτελεί τη σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης με το 45.3% των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης το 2004 να προέρχεται από αυτό. Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας είναι βασισμένη στην ιδιότητα μέλους. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει κανένας ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων ασφαλίσεως υγείας. Το 2004, τα ασφαλιστικά αυτά ταμεία είχαν έλλειμμα €253 εκατομμύρια.

Πίνακας 3.126 Πληθυσμός και κατάσταση υγείας, 1990 και 2004

| | 1990 | | | 2004 | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| | Total | Men | Women | Total | Men | Women |
| Population, in 1 000 | 7 729 | 3 711 | 4 018 | 8 175 | 3 939 | 4 205 |
| % under 15 years | 17.4 | 18.7 | 16.3 | 16.2 | 17.1 | 15.4 |
| % over 65 years | 14.9 | 10.8 | 18.8 | 15.7 | 12.7 | 18.6 |
| Birth rate (live births per 1 000 inhabitants) | 11.7 | 12.5 | 10.9 | 9.7 | 10.2 | 9.1 |
| Total fertility rate (children per woman) | — | — | 1.5 | — | — | 1.4 |
| Average fertility age (in years) | — | — | 27.2 | — | — | 28.8 ^a |
| Infant mortality per 1 000 live births | 7.8 | — | — | 4.5 | — | — |
| Crude death rate per 100 000 inhabitants | 10.7 | 10.3 | 11.1 | 9.1 | 8.7 | 9.4 |
| Age-standardized death rate per 1 000 inhabitants | 8.1 | 10.7 | 6.4 | 6.2 | 7.9 | 4.9 |
| Life expectancy at birth | 76.0 | 72.5 | 79.1 | 79.5 | 76.5 | 82.2 |

3.4.1.2 Οργανωτική δομή

Το Αυστριακό πολιτικό σύστημα δίνει το δικαίωμα στα ομοσπονδιακά κρατίδια να λαμβάνουν κάποιες αποφάσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η ομοσπονδία των Οργάνων κοινωνικής ασφάλισης (HVSV) και οι ενώσεις των προσφερόντων ιατρικές υπηρεσίες διαδραματίζουν επίσης έναν σημαντικό ρόλο στη κοινωνική ασφάλιση (υποχρεωτική ασφάλιση) και διαμορφώνουν ένα δίκτυο ανεφοδιασμού που οργανώνεται κατά τρόπο σωματειακό. Μέσα στο νόμιμα καθορισμένο πλαίσιο, η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και η χρηματοδότησή της εξασφαλίζονται μέσω αυτής της συνεργασίας. Η δομή και η οργάνωση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης νομιμοποιούνται από τις δημοκρατικά εκλεγμένες κυβερνητικές δομές.

Κυβερνητικό επίπεδο

Οι κύριοι φορείς ευθυνών και λειτουργιών σε ομοσπονδιακό επίπεδο είναι το Nationalrat και το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο (Bundesrat), το υπουργείο Υγείας και γυναικών (BMGF) και τα ινστιτούτα κοινωνικής ασφάλισης. Στο Nationalrat και στο Ομοσπονδιακό Συμβούλιο, η ανάπτυξη και η μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν τις σημαντικότερες ευθύνες τους. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση διατηρεί επίσης έναν σημαντικό ρόλο στη χάραξη της πολιτικής στον τομέα της υγείας καθώς και έναν εποπτικό ρόλο όσον αφορά την επιβολή των νόμων σχετικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην κατάρτιση του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης. Σαν εποπτική αρχή, το BMGF εποπτεύει την εφαρμογή των νόμων από τα όργανα της κοινωνικής ασφάλισης και τους παρόχους των υπηρεσιών. Από την αναδιοργάνωση, που πραγματοποιήθηκε το 2003, το BMGF ήταν αρμόδιο για τους ακόλουθους τομείς :

- Συντονισμό και κεντρική οργάνωση του προσωπικού των μονάδων υγείας
- Θέσπιση νομοθεσίας για το προσωπικό στις μονάδες υγείας
- Ζητήματα γυναικών ισότητας φύλων
- Τμήμα υγειονομικού συστήματος
- Τμήμα διαρθρωτικής υγείας

Ανώτατο συμβούλιο υγείας

Το ανώτατο συμβούλιο υγείας ενεργεί ως συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας. Αναδιοργανώθηκε το Μάιο του 2005. Έχει τώρα 39 μέλη που επιλέγονται και διορίζονται για τρία έτη από τον αρμόδιο υπουργό και προέρχονται από αντιπροσώπους διάφορων ειδικών στον τομέα της ιατρικής επιστήμης. Εντούτοις, τα μέλη περιλαμβάνουν επίσης εμπειρογνώμονες στον προγραμματισμό και την χρηματοδότηση της υγείας, στην ψυχοθεραπεία και την εναλλακτική ιατρική.

Ταμείο υγείας της Αυστρίας

Η λειτουργία του Ταμείου υγείας της Αυστρίας είναι βασισμένη στο νόμο περί προώθησης της υγείας που τέθηκε σε εφαρμογή το 1998. Το ταμείο χρηματοδοτείται από ένα ποσοστό του εισοδήματος από τον φόρο προστιθεμένης αξίας σύμφωνα με τον αντίστοιχο ρυθμιστικό οικονομικό νόμο.

Ομοσπονδιακή αντιπροσωπεία υγείας

Η ομοσπονδιακή αντιπροσωπεία υγείας δημιουργήθηκε στις αρχές του 2005 ως αντιπροσωπεία δημοσίου δικαίου. Το εκτελεστικό του σώμα, η ομοσπονδιακή Επιτροπή υγείας, δημιουργήθηκε τον Απρίλιο του 2005. Ο σημαντικότερος στόχος της ομοσπονδιακής αντιπροσωπείας υγείας είναι η ανάπτυξη των συστημάτων αποζημιώσεων σε όλους τους τομείς του υγειονομικού συστήματος.

Ταμείο χρηματοδότησης των ιδιωτικών νοσοκομείων (PRIKRAF)

Το ταμείο ιδρύθηκε το 2002 και έχει ως στόχο την χρηματοδότηση των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασθενείς τους τα 45 ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας. Η αρχή που το εποπτεύει είναι το BMGF. Το ταμείο χρηματοδοτείται από τα κοινωνικά ασφαλιστικά όργανα.

Ομοσπονδιακά κρατίδια και τοπικές κοινότητες

Τα ομοσπονδιακά κρατίδια και οι δήμοι διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή και τον έλεγχο των διάφορων πτυχών των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Η νομοθεσία σε επίπεδο ομοσπονδιακών κρατιδίων γίνεται από τα Κοινοβούλια των ομοσπονδιακών κρατιδίων, των οποίων τα μέλη εκλέγονται με αναλογική αντιπροσώπευση. Η τοπική κυβέρνηση είναι η αρμόδια ανώτατη αρχή υγείας της κάθε τοπικής κοινότητας. Υποστηρίζεται από το συμβούλιο κρατικής υγείας. Υπάρχει έτσι ένα χωριστό τμήμα για την υγεία σε κάθε κυβέρνηση, το οποίο διοικείται από έναν παθολόγο ο οποίος κατέχει τη θέση του διευθυντή υγείας της κοινότητας.

Κοινοτικά ταμεία υγείας

Τα κοινοτικά ταμεία υγείας είναι δημοσίου δικαίου ταμεία. Κάθε κοινότητα πρέπει να δημιουργήσει ένα τέτοιο ταμείο. Υπάρχει και η δυνατότητα δημιουργίας ενός κοινού κοινοτικού ταμείου μεταξύ διαφόρων ομοσπονδιακών κρατιδίων.

Η διαχείριση των δημόσιων νοσοκομείων σε όλα τα ομοσπονδιακά κρατίδια έχει μεταφερθεί σε ιδιωτικού δικαίου επιχειρήσεις διοίκησης νοσοκομείων. Οι οργανωτικές δομές αυτών των επιχειρήσεων διαφέρουν, αλλά ένα πράγμα που έχουν από κοινού είναι ότι ως αντιπρόσωποι ιδιοκτητών εφαρμόζουν την εξουσιοδότηση των ομοσπονδιακών κρατιδίων και παρέχουν την υγειονομική περίθαλψη.

Κοινωνική ασφάλιση

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί ανεξάρτητο τομέα για τον οποίο η θέσπιση της νομοθεσίας και η εφαρμογή της είναι αρμοδιότητα της ομοσπονδιακής κυβέρνησης. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, εντούτοις, έχει εξουσιοδοτήσει την εφαρμογή της στα όργανα κοινωνικής ασφάλισης.

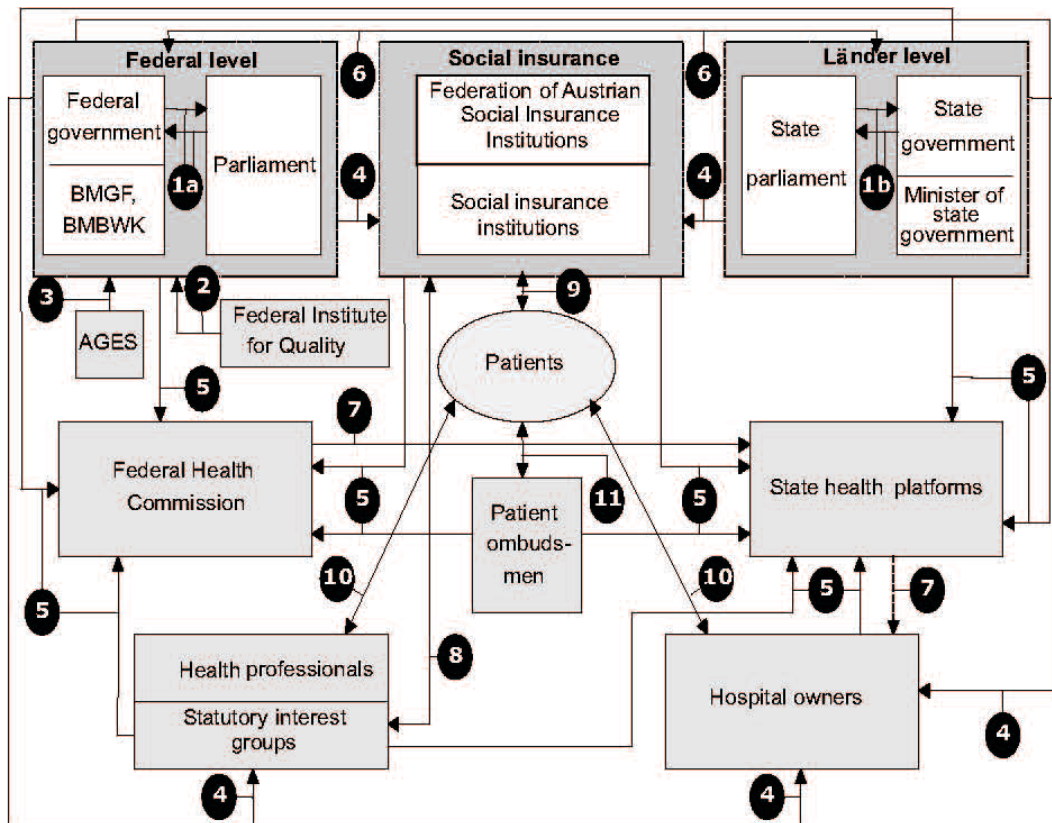
Συμβούλιο των οργάνων κοινωνικής ασφάλισης

Το συμβούλιο των οργάνων κοινωνικής ασφάλισης αποτελείται από πρόεδρους και αναπληρωτές πρόεδρους όλων των ταμείων με εξαίρεση το ασφαλιστικό ταμείο υγείας των επιχειρήσεων. Οι στόχοι του συμβουλίου περιλαμβάνουν τον έλεγχο της οικονομικής διαχείρισης του HVSV (δηλώσεις των απολογισμών, κ.λπ.) και τη λήψη αποφάσεων στις νομοθετικές δραστηριότητες της κυβέρνησης.

Ομοσπονδιακό συμβούλιο

Το ομοσπονδιακό συμβούλιο αποτελείται από 12 μέλη τα οποία διορίζονται από το συμβούλιο των οργάνων κοινωνικής ασφάλισης. Τα μισά από τα μέλη είναι αντιπρόσωποι των εργοδοτών και τα άλλα μισά αντιπρόσωποι των υπαλλήλων. Είναι αρμόδιο για την διοίκηση του HVSV και για την αντιπροσώπευση του.

Πίνακας 3.127 Επισκόπηση και οργανωτική δομή του Αυστριακού συστήματος υγείας



3.4.1.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Σύμφωνα με τους στόχους που καθορίζονται από τους συνταγματικούς νόμους περί κοινωνικής ασφάλισης, η χρηματοδότηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης είναι μια πλουραλιστική διαδικασία. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας η οποία καλύπτει τον κίνδυνο ασθένειας του 98% του πληθυσμού, είναι η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης. Χρηματοδότησε το 45% των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης το 2004. Συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για τη μακροχρόνια περίθαλψη το 25% χρηματοδοτήθηκε από τα φορολογικά έσοδα. Συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας, τα νοικοκυριά χρηματοδότησαν το 25% των δαπανών υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν την άμεση και έμμεση συμπληρωματική πληρωμή του κόστους.

Πίνακας 3.128 Μίγμα χρηματοδότησης των συνολικών δαπανών υγείας, 2003

| | | by sources of finance | | |
|---------------------|--------------|-----------------------|-------------|--------------|
| | | public | private | total |
| by type of provider | public | 48.6 | 20.7 | 69.4 |
| | private | 21.5 | 9.2 | 30.6 |
| | Total | 70.1 | 29.9 | 100.0 |

Πίνακας 3.129 Πηγές εσόδων ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, 1995-2004

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Taxes | 21.5 | 21.3 | 22.5 | 23.3 | 22.4 | 22.3 | 23.8 | 24.3 | 24.7 | 25.1 |
| – for long-term care | 9.7 | 9.0 | 8.7 | 8.4 | 8.4 | 8.3 | 8.2 | 8.1 | 8.0 | 7.7 |
| Social health insurance | 44.7 | 43.6 | 45.3 | 44.4 | 45.4 | 45.6 | 45.3 | 45.8 | 45.3 | 45.3 |
| Public | 66.2 | 64.9 | 67.8 | 67.6 | 67.8 | 67.8 | 69.1 | 70.1 | 70.0 | 70.4 |
| Private health insurance | 3.6 | 3.6 | 3.3 | 3.9 | 3.7 | 3.9 | 2.8 | 2.3 | 2.3 | 2.4 |
| Indirect cost-sharing ^b | 14.6 | 14.5 | 14.7 | 14.5 | 14.1 | 14.1 | 13.8 | 13.7 | 13.6 | 13.5 |
| Direct cost-sharing ^c | 6.5 | 6.5 | 6.8 | 6.9 | 7.1 | 7.3 | 7.7 | 7.7 | 7.9 | 7.6 |
| Private non-profit organizations ^d | 3.9 | 3.9 | 1.4 | 1.3 | 1.3 | 1.4 | 1.4 | 1.4 | 1.4 | 1.4 |
| Employers ^e | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| Private | 28.8 | 28.7 | 26.3 | 26.8 | 26.4 | 26.8 | 25.9 | 25.4 | 25.4 | 25.0 |
| Investments | 5.0 | 6.4 | 5.9 | 5.5 | 5.7 | 5.3 | 5.0 | 4.6 | 4.6 | 4.6 |
| Total health expenditure^a | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Πίνακας 3.130 Ασφαλιστικά ταμεία και αριθμός μελών τους, 2003

| | Health insurance funds | Proportion of people with health insurance (as % of all insured) | | |
|---|------------------------|--|--------------|------------------|
| | Number | Entitled insured | Contributors | Persons aged 65+ |
| Regional health insurance funds | 9 | 75.9 | 77.3 | 67.1 |
| Company health insurance funds | 8 | 0.8 | 0.8 | 1.6 |
| Insurance institution for public sector employees | 1 | 8.5 | 7.6 | 9.7 |
| Insurance institution for railways and mining | 1 | 3.4 | 3.2 | 6.5 |
| Insurance institution for the self-employed | 1 | 6.8 | 6.7 | 6.6 |
| Insurance institution for farmers | 1 | 4.6 | 4.5 | 8.6 |
| Total | 21 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Πίνακας 3.131 Ποσοστά συμβολής στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, 2005

| | Contribution rates | | | Ceiling on monthly insurable earnings (€) | Insured in % of all insured | Benefit coverage regulations |
|---|---|---|------------------------------------|---|-----------------------------|--|
| | Total in % of gross income ^a | Employer's share in % ^b | Employee's share in % ^c | | | |
| Wage earners | 7.50 | 3.55 | 3.95 | 3 630 | 36.3 | Benefits in kind, cost-sharing |
| Salary earners | 7.50 | 3.75 | 3.75 | 3 630 | 44.2 | Benefits in kind, cost-sharing |
| Free service contracts (quasi freelancers) (ASVG) | 7.10 | 3.50 | 3.60 | 3 630 ^e 4 235 ^f | | Benefits in kind, cost-sharing |
| Active civil servants | 7.70 | 3.60 | 4.10 | 3 630 | 7.8 | Benefits in kind, cost-sharing 20% co-payment per billed physician service according to ASVG since 1998 |
| Farmers | 7.50 | 3.70 | 3.80 | 3 630 ^e | 3.7 | |
| Self-employed | 9.10 | | | 4 235 ^f | 8.0 | Benefits in kind, cost-sharing 20% co-payment per billed physician service |
| Voluntarily insured students | 7.40 | half paid by federal government funding | | 571 | – | |
| Other voluntarily insured | 7.40 | n.a. | n.a. | 4 095 | – | |
| Apprentices/trainees ^d | 7.50 | 3.55 | 3.95 | n.a. | – | |

Πίνακας 3.132 Δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης υγείας,1970-2003

| | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2003 | AAGR 1970– 2003 in % | AAGR 1970– 1990 in % | AAGR 1990– 2003 in % | % of total 1970 | % of total 2003 |
|---|------------|--------------|--------------|---------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Insurance benefits | 806 | 2 663 | 4 988 | 9 484 | 10 415 | 8.1 | 9.5 | 5.8 | 93.3 | 94.1 |
| Outpatient physician care and similar services | 218 | 729 | 1 390 | 2 474 | 2 730 | 8.0 | 9.5 | 5.3 | 25.2 | 24.7 |
| Medicines | 143 | 405 | 716 | 1 980 | 2 341 | 8.8 | 9.7 | 9.5 | 16.6 | 21.1 |
| Therapeutic aids | 12 | 52 | 129 | 204 | 228 | 9.4 | 8.4 | 4.5 | 1.3 | 2.1 |
| Dental treatment and prostheses | 61 | 243 | 432 | 685 | 694 | 7.6 | 12.8 | 3.7 | 7.1 | 6.3 |
| Inpatient care in hospitals or other institutions ^a | 189 | 760 | 1 588 | 2 778 | 3 039 | 8.8 | 10.3 | 5.1 | 21.8 | 27.4 |
| Medical nursing care at home | 0 | 1 | 2 | 9 | 10 | 21.2 | 11.2 | 12.2 | 0.0 | 0.1 |
| Sickness benefits ^b | 95 | 181 | 239 | 417 | 376 | 4.2 | 27.4 | 3.5 | 11.0 | 3.4 |
| Maternity benefits | 48 | 151 | 275 | 419 | 445 | 7.0 | 4.7 | 3.8 | 5.6 | 4.0 |
| Medical rehabilitation | – | – | – | 172 | 198 | – | 9.1 | – | – | 1.8 |
| Health promotion and consolidation, prevention, early detection of illness ^c | 15 | 55 | 118 | 139 | 143 | 7.1 | – | 1.5 | 1.7 | 1.3 |
| Funeral allowance ^d | 14 | 42 | 9 | 0 | 0 | -19.7 | 10.8 | -40.6 | 1.6 | 0.0 |
| Travel expenses and transport costs | 11 | 43 | 91 | 151 | 157 | 8.4 | -2.4 | 4.3 | 1.3 | 1.4 |
| Other services | – | – | – | 55 | 55 | – | 11.1 | – | – | 0.5 |
| Administration and billing expenditure | 42 | 130 | 221 | 366 | 327 | 6.4 | 8.7 | 3.1 | 4.9 | 3.0 |
| Other expenditure | 15 | 137 | 125 | 230 | 329 | 9.7 | 11.0 | 7.7 | 1.8 | 3.0 |
| Total expenditure | 863 | 2 930 | 5 334 | 10 081 | 11 072 | 8.0 | 9.5 | 5.8 | 100.0 | 100.0 |

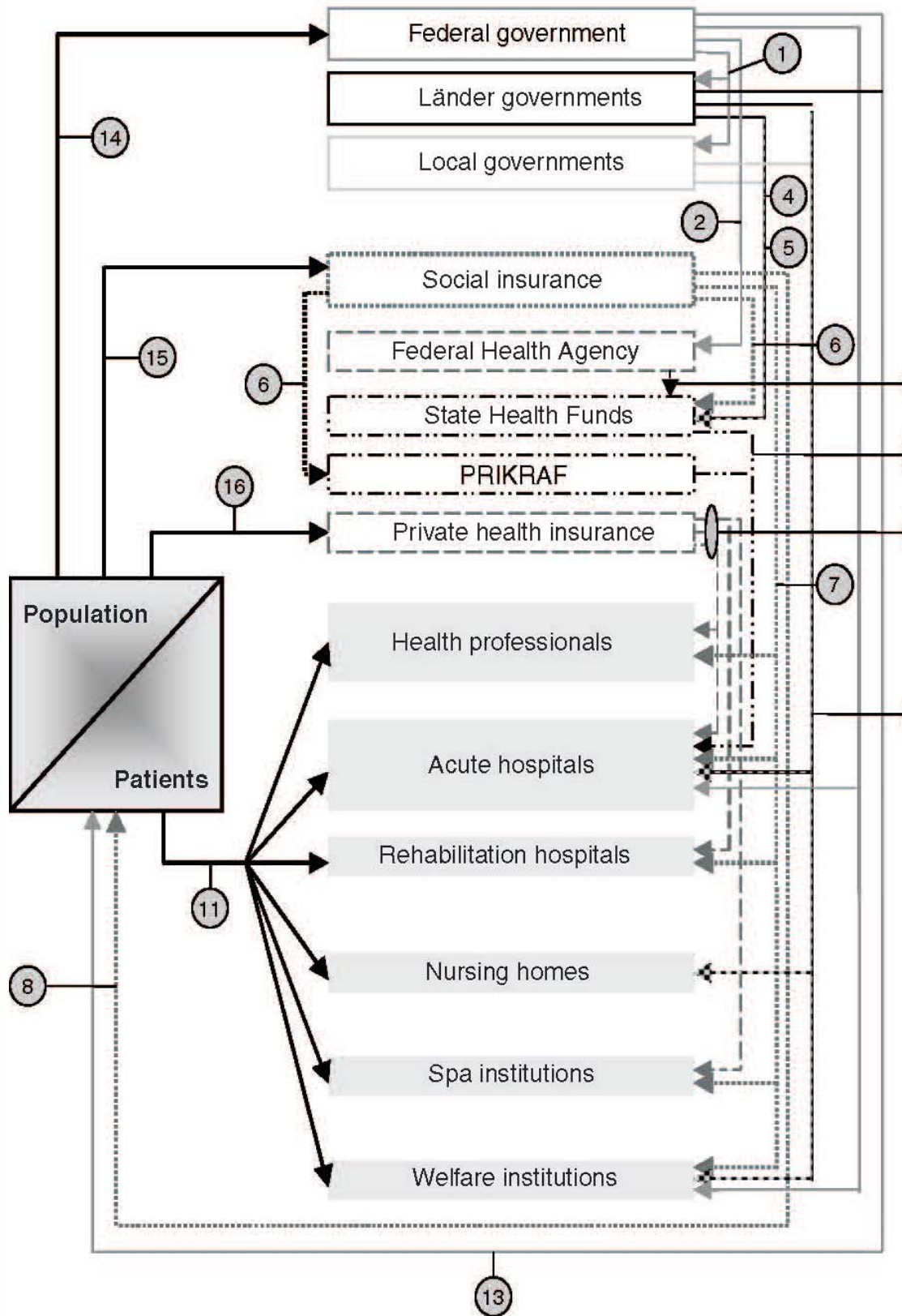
Πίνακας 3.133 Δομή των ιδιωτικών δαπανών υγείας σε εκατομμύρια € και ως ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας, 1995-2004

| | Indirect cost-sharing | Direct cost-sharing | Direct and indirect cost-sharing | Private health insurance | Total |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|--|-----------------------------|-------|
| 1995 | 2 490 (59.1%) | 1 102 (26.2%) | 3 592 (85.3%) | 618 (14.7%) | 4 210 |
| 1996 | 2 554 (58.7%) | 1 154 (26.6%) | 3 708 (85.3%) | 639 (14.7%) | 4 347 |
| 1997 | 2 540 (59.1%) | 1 178 (27.4%) | 3 718 (86.6%) | 577 (13.4%) | 4 295 |
| 1998 | 2 674 (57.2%) | 1 276 (27.3%) | 3 950 (84.5%) | 725 (15.5%) | 4 675 |
| 1999 | 2 700 (56.6%) | 1 359 (28.5%) | 4 059 (85.0%) | 714 (15.0%) | 4 773 |
| 2000 | 2 793 (55.7%) | 1 451 (28.9%) | 4 244 (84.7%) | 769 (15.3%) | 5 013 |
| 2001 | 2 846 (56.8%) | 1 589 (31.7%) | 4 435 (88.5%) | 577 (11.5%) | 5 012 |
| 2002 | 2 892 (57.8%) | 1 623 (32.4%) | 4 515 (90.2%) | 491 (9.8%) | 5 006 |
| 2003 | 2 960 (57.0%) | 1 729 (33.3%) | 4 689 (90.3%) | 504 (9.7%) | 5 193 |
| 2004 | 3 077 (57.6%) | 1 722 (32.3%) | 4 799 (89.9%) | 540 (10.1%) | 5 339 |
| Percentage change 1995–2004 | -1.5 | 6.1 | 4.6 | -4.6 | – |
| Nominal AAGR 1995–2004 | 2.4 | 5.1 | 3.3 | -1.5 | 2.7 |

Πίνακας 3.134 Δομή των δαπανών υγείας σε εκατομμύρια € και ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, 1995-2004

| | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Inpatient care | 36.5 | 36.9 | 38.4 | 38.8 | 38.6 | 38.9 |
| Outpatient services | 24.9 | 23.4 | 23.4 | 23.3 | 23.2 | 23.3 |
| Expenditure on medical goods | 13.0 | 16.9 | 16.6 | 17.1 | 17.3 | 17.1 |
| – Medicines | 9.8 | 13.2 | 13.1 | 13.6 | 13.9 | 13.8 |
| – Therapeutic aids | 2.0 | 2.5 | 2.6 | 2.6 | 2.5 | 2.4 |
| Long-term care ^a | 11.1 | 10.2 | 10.3 | 10.2 | 10.2 | 9.9 |

Πίνακας 3.135 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Αυστριακού συστήματος υγειονομικής περιθαλψής



3.4.1.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Ανεξάρτητες κλινικές εξωτερικών ασθενών

Οι δραστηριότητες των ανεξάρτητων κλινικών εξωτερικών ασθενών (Ambulatorien) ρυθμίζονται από τον ομοσπονδιακό νοσοκομειακό νόμο. Οι κλινικές αυτές είναι ιδιωτικές και ανήκουν είτε σε κάποιο ιδιώτη είτε σε κάποιο όργανο κοινωνικής ασφάλισης. Κύριος σκοπός τους είναι να παρέχουν περίθαλψη και διενέργεια εξετάσεων στα άτομα τα οποία δε χρειάζεται να νοσηλευτούν σε κάποιο νοσοκομείο.

Νοσοκομειακά τμήματα εξωτερικών ασθενών

Τα νοσοκομειακά τμήματα εξωτερικών ασθενών (Spitalsambulanzen) αποτελούν ένα πολύ σημαντικό γνώρισμα του Αυστριακού υγειονομικού συστήματος. Οι ασθενείς μπορούν να παρευρεθούν εκεί άμεσα, χωρίς παραπομπή από κάποιο παθολόγο. Τα τμήματα εξωτερικών ασθενών είναι διαθέσιμα για υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών καθώς επίσης και για διενέργεια προληπτικών ιατρικών εξετάσεων. Μερικά είναι ανοικτά εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο.

Πίνακας 3.136 Νοσοκομειακές εγκαταστάσεις , 1980-2003

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | Index 1980 =100 | Index 1990 =100 | Index 2000 =100 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Total hospitals | | | | | | | | | | | |
| Hospitals per 100 000 inhabitants | 4.3 | 4.4 | 4.2 | 4.1 | 3.9 | 3.9 | 3.5 | 3.4 | 78 | 79 | 87 |
| Beds per 100 000 inhabitants | 11.2 | 10.9 | 10.1 | 9.3 | 8.6 | 8.5 | 8.4 | 8.3 | 74 | 83 | 97 |
| – Psychiatric beds per 100 000 inhabitants* | 1.3 | 1.1 | 1.0 | 0.8 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.6 | 46 | 60 | 100 |
| – Beds in long-term care and old people's homes per 100 000 inhabitants | – | 1.4 | 1.2 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 0.9 | 0.9 | – | 75 | 81 |
| Cases per 100 inhabitants | 19.5 | 21.6 | 23.4 | 24.7 | 29.2 | 29.7 | 31.2 | 31.2 | 160 | 133 | 107 |
| Average length of stay in days | 17.9 | 14.1 | 13.0 | 10.9 | 8.8 | 8.4 | 8.1 | 8.0 | 45 | 61 | 90 |
| Acute hospitals | | | | | | | | | | | |
| Acute hospitals per 100 000 inhabitants | – | – | 2.6 | 2.5 | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 2.2 | – | 85 | 96 |
| Acute beds per 1000 inhabitants | – | 7.4 | 7.0 | 6.6 | 6.2 | 6.1 | 6.1 | 6.0 | – | 86 | 97 |
| Acute inpatient cases per 100 inhabitants | – | 19.0 | 21.7 | 23.1 | 27.2 | 27.5 | 28.6 | 28.8 | – | 133 | 106 |
| Average length of acute inpatient stays, in days | 14.5 | 12.7 | 9.3 | 7.9 | 7.0 | 6.7 | 6.5 | 6.4 | 44 | 69 | 91 |
| Acute inpatient occupancy rate in % | 80.8 | 81.4 | 78.1 | 75.9 | 75.5 | 75.6 | 76.4 | 76.2 | 94 | 98 | 101 |

Πίνακας 3.137 Μορφή Ιδιοκτησίας νοσοκομείων, 2003

| Distribution of hospitals and beds | Number of hospitals | As a percentage of total hospitals | Number of beds actually provided | As a percentage of total beds |
|--|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| According to ownership status | | | | |
| Federal government | 10 | 3.7 | 566 | 0.8 |
| Länder, Länder operating companies | 89 | 32.7 | 35 404 | 52.3 |
| Municipal/local authority joint health associations | 9 | 3.3 | 2 536 | 3.7 |
| Local authorities and local authority operating companies | 25 | 9.2 | 7 308 | 10.8 |
| Health insurance funds and their welfare associations | 7 | 2.6 | 1 100 | 1.6 |
| Work accident and pension insurance institutions | 33 | 12.1 | 4 644 | 6.9 |
| Religious orders and religious communities and their companies | 42 | 15.4 | 10 873 | 16.1 |
| Associations, foundations | 10 | 3.7 | 990 | 1.5 |
| Private individuals and companies | 47 | 17.3 | 4 287 | 6.3 |
| Total | 272 | 100.0 | 67 708 | 100.0 |
| According to public law/type of hospital | | | | |
| General hospitals | 116 | 42.6 | 42 765 | 63.2 |
| Specialist hospitals, total | 94 | 34.6 | 14 545 | 21.5 |
| Convalescent homes | 3 | 1.1 | 243 | 0.4 |
| Long-term care homes for the chronically ill | 15 | 5.5 | 2 596 | 3.8 |
| Sanatoriums | 34 | 12.5 | 2 769 | 4.1 |
| Total hospitals | 262 | 96.3 | 62 918 | 92.9 |
| Hospital departments in long-term care homes of the City of Vienna | 10 | 3.7 | 4 790 | 7.1 |
| Total | 272 | 100.0 | 67 708 | 100.0 |

Πίνακας 3.138 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών, 2003

| | Number of hospitals | | | Proportion in % | | |
|-------------------------------|---------------------|---------------|---------------|-------------------|--------------|--------------|
| | Fund ^a | Non-fund | Total | Fund ^a | Non-fund | Total |
| Hospitals | | | | | | |
| < 200 beds | 52 | 115 | 167 | 37.4 | 86.5 | 61.4 |
| 200–499 beds | 61 | 14 | 75 | 43.9 | 10.5 | 27.6 |
| 500–999 beds | 18 | 3 | 21 | 12.9 | 2.3 | 7.7 |
| 1 000+ beds | 8 | 1 | 9 | 5.8 | 0.8 | 3.3 |
| Total | 139 | 133 | 272 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Beds actually provided | | | | | | |
| < 200 beds | 6 981 | 10 799 | 17 780 | 14.2 | 58.6 | 26.3 |
| 200–499 beds | 18 002 | 3 475 | 21 477 | 36.5 | 18.9 | 31.7 |
| 500–999 beds | 13 354 | 1 999 | 15 353 | 27.1 | 10.9 | 22.7 |
| 1 000+ beds | 10 955 | 2 143 | 13 098 | 22.2 | 11.6 | 19.3 |
| Total | 49 292 | 18 416 | 67 708 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Πίνακας 3.139 Δημόσια νοσοκομεία ανά πηγή χρηματοδότησης, 1997-2004

| Sources of funding | 1997 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | Change 1997-2004 | | | |
|--------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|-------------------------|-------------------|------------|
| | in % of the total costs of public hospitals | | | | | in % 1997-2004 | in % per year (nominal) | nominal 1997 =100 | |
| Budgeted funding | Social insurance ^a | 41.5 | 41.2 | 40.8 | 40.2 | 40.0 | -1.5 | - | 127 |
| | Federal government | 6.9 | 5.1 | 5.0 | 4.6 | 4.6 | -2.3 | - | 89 |
| | Federal government: additional expenditure for teaching hospitals | 4.7 | 3.7 | 3.6 | 3.4 | 2.5 | -2.2 | - | 69 |
| | Länder | 2.1 | 2.0 | 2.0 | 1.8 | 1.9 | -0.2 | - | 117 |
| | Local communities | 1.4 | 1.4 | 1.4 | 1.2 | 1.3 | -0.2 | - | 116 |
| Other funding | Owners ^b | 31.4 | 35.4 | 36.4 | 38.0 | 39.7 | 8.3 | - | 167 |
| | Private health insurance ^c | 9.6 | 8.3 | 8.0 | 7.9 | 7.4 | -2.2 | - | 101 |
| | Private households including cost-sharing | 2.4 | 2.9 | 3.0 | 2.9 | 2.7 | 0.4 | - | - |
| | Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | - | - | - |
| | in million € (nominal) | | | | | | | | |
| Memorandum | Cost of public hospitals | 6 461 | 7 548 | 7 762 | 8 045 | 8 523 | - | 4.0 | 132 |
| | - Budgeted funding | 3 659 | 4 036 | 4 092 | 4 123 | 4 281 | - | 2.3 | 117 |
| | - Owners ^b | 2 027 | 2 668 | 2 823 | 3 055 | 3 380 | - | 7.6 | 167 |
| | - Private health insurance ^c | 621 | 624 | 617 | 633 | 629 | - | 0.2 | 101 |
| | - Private households including cost-sharing | 154 | 220 | 230 | 234 | 233 | - | 6.1 | 151 |
| | Total funds raised | 6 461 | 7 548 | 7 762 | 8 045 | 8 523 | - | 4.0 | 132 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.140 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1995-2004

| | Employees,^a | | |
|------|--|---------|---------|
| | Health, veterinary medicine and social services | | |
| | Men | Women | Total |
| 1995 | 28 275 | 101 977 | 130 252 |
| 1996 | 29 126 | 106 108 | 135 234 |
| 1997 | 29 415 | 106 890 | 136 305 |
| 1998 | 29 321 | 108 431 | 137 753 |
| 1999 | 30 641 | 112 490 | 143 131 |
| 2000 | 31 344 | 116 605 | 147 949 |
| 2001 | 36 184 | 119 862 | 156 046 |
| 2002 | 37 279 | 122 419 | 159 698 |
| 2003 | 39 212 | 126 545 | 165 757 |
| 2004 | 40 198 | 131 774 | 171 972 |

Η ιατρική κατάρτιση στην Αυστρία χαρακτηρίζεται από ένα διπλό σύστημα. Οι σπουδές στην ιατρική σχολή έχουν μια ελάχιστη διάρκεια τουλάχιστον έξι ετών για όλα τα ιατρικά επαγγέλματα και μπορούν να πραγματοποιηθούν σε τρία ιατρικά πανεπιστήμια. Για να ασκήσει το επάγγελμά του ένας ιατρός παθολόγος, θα πρέπει να περάσει από μια τριετή πρακτική κατάρτιση. Αυτή πρέπει να πραγματοποιηθεί στα νοσοκομεία που αναγνωρίζονται ως πανεπιστημιακά.

Οι παθολόγοι και οι υπόλοιποι επαγγελματίες του τομέα της υγείας οι οποίοι εργάζονται σε νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές ή όργανα αποκατάστασης πληρώνονται σύμφωνα με τη μισθολογική κλίμακα του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα. Ένα ποσοστό των υπαλλήλων στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα είναι δημόσιοι υπάλληλοι, για τους οποίους υπάρχουν ξεχωριστοί κανονισμοί πληρωμής. Επίσης επιτρέπεται η παράλληλη εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο για όλους τους επαγγελματίες της υγείας εκτός από τους παθολόγους. Οι παθολόγοι έχουν την ευκαιρία να κερδίσουν πρόσθετο εισόδημα με τη θεραπεία ιδιωτικών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Σύμφωνα με τη μισθολογική κλίμακα ο αρχικός μισθός ενός παθολόγου κυμαίνεται στα €50.000 το χρόνο.

3.4.1.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Οι υπηρεσίες στο υγειονομικό σύστημα παρέχονται από την υπηρεσία δημόσιας υγείας, την υπηρεσία περίθαλψης εξωτερικών ασθενών και την υπηρεσία νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες αυτές είναι δημοσίως χρηματοδοτούμενες. Η περίθαλψη των εξωτερικών ασθενών παρέχεται από τους αυτοαπασχολούμενους παθολόγους στα ιδιωτικά ιατρεία, τις κλινικές εξωτερικών ασθενών και τα νοσοκομειακά τμήματα εξωτερικών ασθενών. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες χρηματοδοτούνται επίσης δημόσια, και παρέχονται στα δημόσια, ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά και κερδοσκοπικά νοσοκομεία.

Η υπηρεσία δημόσιας υγείας είναι το μέρος του υγειονομικού συστήματος που παρέχεται άμεσα ή έμμεσα από τους κρατικούς υγειονομικούς οργανισμούς ή από τα κρατικά υγειονομικά όργανα. Η παροχή της υπηρεσίας της δημόσιας υγείας εκτελείται κυρίως από τους κατά τόπους ιατρούς. Ο αριθμός των τοπικών ιατρών έχει παραμείνει σχετικά αμετάβλητος για χρόνια τώρα και ανέρχεται σε 300 ανά κοινότητα. Κατά μέσον όρο, οι τοπικοί γιατροί που εργάζονται σε μια κοινότητα είναι αρμόδιοι για την υγεία 30.000-60.000 κατοίκων.

Ο τομέας ευθύνης των τοπικών γιατρών περιλαμβάνει όλα τα μέτρα που εξυπηρετούν την υγεία του πληθυσμού και αποτελείται από τις ακόλουθες δραστηριότητες:

- προληπτική υγειονομική περίθαλψη
- πρόληψη και καταπολέμηση των επιδημιών
- προστασία ενάντια στις μολύνσεις
- έλεγχος και εποπτεία των δραστηριοτήτων των επιθεωρητών υγείας
- υποβολή εκθέσεων
- προγραμματισμός υγείας
- περιβαλλοντική ιατρική

Σαν υποχρεωτικό ασφαλιστικό σύστημα, η κάλυψη της κοινωνικής ασφάλισης αφορά όλο τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό αλλά και τους συνταξιούχους. Το 2004, το 97.6% του πληθυσμού απολάμβανε κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Όλα τα όργανα κοινωνικής ασφάλισης είναι ενωμένα υπό την ομοσπονδία των αυστριακών οργάνων κοινωνικής ασφάλισης (HVSV), η οποία ιδρύθηκε το 1948. Το HVSV είναι αρμόδιος για την προστασία των οικονομικών συμφερόντων του ασφαλιστικού συστήματος, παρέχει υπηρεσίες για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, και συντονίζει τις διοικητικές δραστηριότητες των μεμονωμένων ασφαλιστικών ταμείων.

Ως η κύρια πηγή χρηματοδότησης του Αυστριακού υγειονομικού συστήματος, η κοινωνική ασφάλιση υγείας παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες:

- ιατρική φροντίδα από τους ιατρούς παθολόγους και τους ειδικούς στον τομέα των εξωτερικών ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της φυσιοθεραπευτικής προσοχής
- Φαρμακευτική περίθαλψη
- οδοντιατρική περίθαλψη
- ιατρική αποκατάσταση
- προστασία υγείας και πρόληψη ασθενειών

Πίνακας 3.141 Προνόμια από την ιδιωτική ασφάλιση, 2004

| Benefits | Expenditure on benefits | | |
|---|-------------------------|-----------------|-----------------------|
| | in € | Proportion in % | Change 2003/2004 in % |
| Reimbursement of hospital costs | 699 240 | 72.1 | - 0.6 |
| Hospital allowance (including replacement daily allowance and home births lump sum) | 99 985 | 10.3 | 2.5 |
| Physicians' services | 44 251 | 4.6 | 2.9 |
| Dental treatment | 48 106 | 5.0 | 20.5 |
| Health resort services | 25 075 | 2.6 | 8.3 |
| Special examinations, treatments and therapeutic aids | 33 395 | 3.4 | 12.6 |
| Travel insurance for foreign countries | 4 528 | 0.5 | -19.0 |
| Medicines | 10 774 | 1.1 | 13.2 |
| Sickness benefit | 3 016 | 0.3 | -16.7 |
| Costs for an accompanying person | 774 | 0.1 | - 2.9 |
| Funeral allowance | 116 | 0.0 | - 0.9 |
| Total | 969 260 | 100.0 | 1.4 |

Φαρμακευτικές δαπάνες – παροχές

Προς το τέλος του 2003 παρουσιάστηκε ένας νέος κώδικας αποζημιώσεων για το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ο νέος κώδικας αποζημιώσεων χαρακτηρίζεται από ένα σύστημα 'κιβωτίων' (box system) :

- Το κόκκινο κιβώτιο περιέχει (για μια περιορισμένη χρονική περίοδο) όλα τα νέα φάρμακα με οικονομικό σημείο αναφοράς τη μέση τιμή της ΕΕ για τα συγκεκριμένα φάρμακα.
- Το κίτρινο κιβώτιο περιέχει όλα τα φάρμακα τα οποία είναι διαθέσιμα για συγκεκριμένες ομάδες των ασθενών. Όπως στην περίπτωση των φαρμάκων στο κόκκινο κιβώτιο, τα προϊόντα στο κίτρινο κιβώτιο υποβάλλονται σε ποιοτικούς ιατρικούς ελέγχους
- Το ανοικτό κίτρινο κιβώτιο περιέχει φάρμακα για συγκεκριμένες χρήσεις και για συγκεκριμένες ομάδες ασθενειών.
- Το πράσινο κιβώτιο αποτελείται από τα φάρμακα που μπορούν να συνταγογραφηθούν ελεύθερα από τους παθολόγους

Πίνακας 3.142 Φαρμακευτική αγορά 1998- 2003

| Pharmaceuticals market | Year | Change |
|-----------------------------------|-------------|------------------|
| Production (in million €) | 2002 | 1998–2002 |
| Pharmaceuticals production | 1 344 | 5.5% |
| Turnover (in million €) | 2003 | 2000–2003 |
| Total medicines* | 3 347 | 23.4% |
| Over-the-counter medicines | 311 | 15.4% |
| Self-medication | 274 | 14.4% |
| Consumption | 2003 | 1998–2003 |
| Packs of medicines per inhabitant | 21.8 | 9.5% |

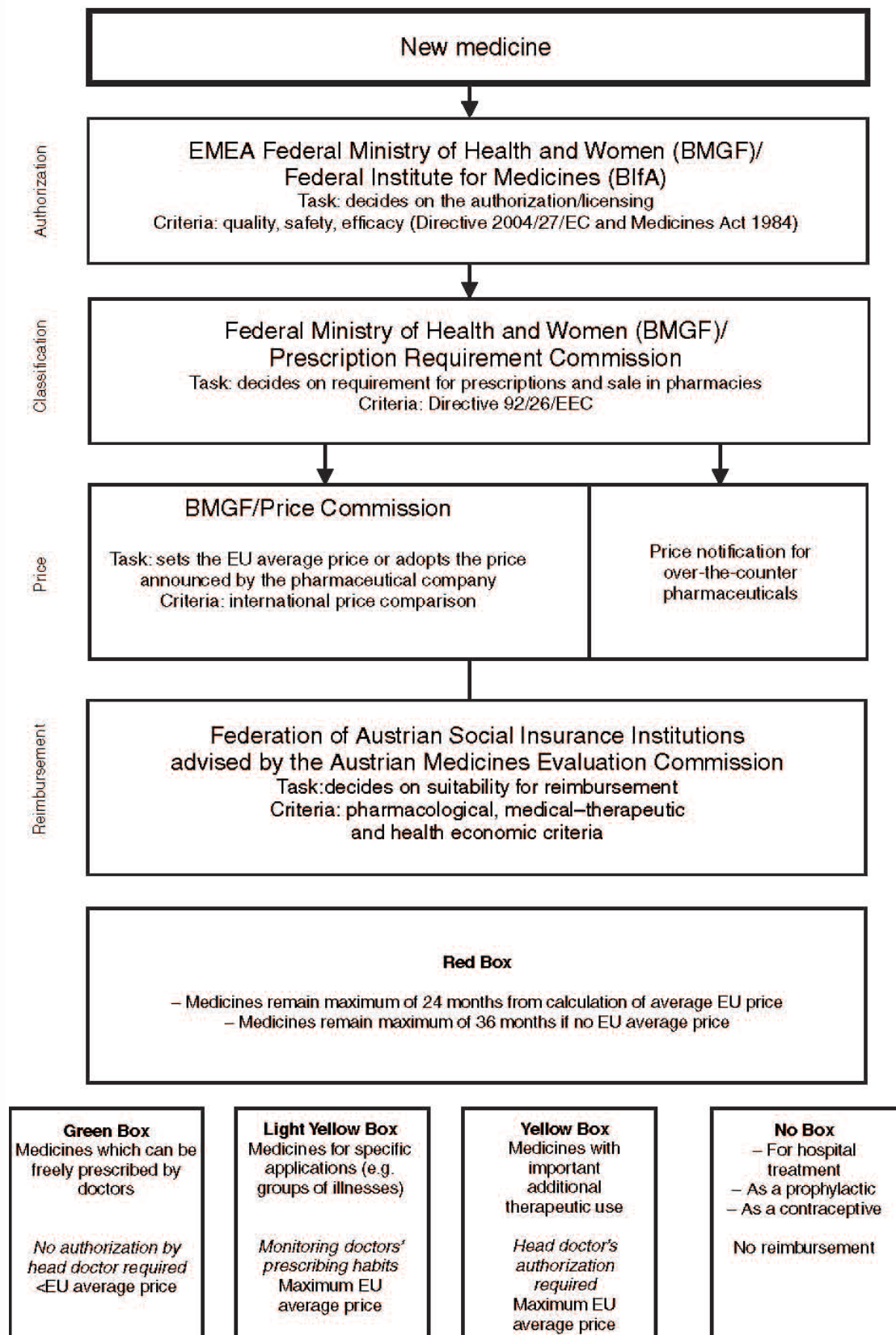
Πίνακας 3.143 Φαρμακευτικές δαπάνες ανά πηγή χρηματοδότησης, 1990-2003

| Year | Total medicines expenditure (ME) ^a | | Health insurance ^b | | | Private households | | | | |
|---|---|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------|---------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|-------------------|
| | in million | Index | in million ^e | Index | | Cost-sharing ^c | | Other expenditure ^d | | Proportion of ME |
| | | 1990 =100 | | 1990 =100 | in % ^f | in million | 1990 =100 | in million | 1990 =100 | in % ^g |
| 1990 | 1 054 | 100 | 589 | 100 | 55.9 | 127 | 100 | 338 | 100 | 44.1 |
| 1991 | 1 148 | 108 | 650 | 110 | 56.6 | 137 | 108 | 361 | 107 | 43.4 |
| 1992 | 1 271 | 121 | 729 | 124 | 57.4 | 148 | 117 | 394 | 116 | 42.6 |
| 1993 | 1 391 | 132 | 802 | 136 | 57.7 | 162 | 128 | 427 | 126 | 42.3 |
| 1994 | 1 494 | 142 | 870 | 148 | 58.2 | 174 | 137 | 450 | 133 | 41.8 |
| 1995 | 1 580 | 150 | 912 | 155 | 57.8 | 187 | 147 | 481 | 142 | 42.2 |
| 1996 | 1 668 | 158 | 966 | 164 | 57.9 | 201 | 159 | 501 | 148 | 42.1 |
| 1997 | 1 737 | 165 | 994 | 169 | 57.2 | 216 | 171 | 527 | 156 | 42.8 |
| 1998 | 1 932 | 183 | 1 139 | 194 | 59.0 | 233 | 184 | 560 | 165 | 41.0 |
| 1999 | 2 150 | 204 | 1 298 | 221 | 60.4 | 255 | 201 | 597 | 177 | 39.6 |
| 2000 | 2 267 | 215 | 1 373 | 233 | 60.6 | 271 | 214 | 623 | 184 | 39.4 |
| 2001 | 2 391 | 227 | 1 414 | 240 | 59.1 | 308 | 243 | 670 | 198 | 40.9 |
| 2002 | 2 550 | 242 | 1 525 | 259 | 59.8 | 311 | 245 | 714 | 211 | 40.2 |
| 2003 | 2 724 | 259 | 1 622 | 276 | 59.5 | 329 | 259 | 774 | 229 | 40.5 |
| Average annual rate of increase in % | | | | | | | | | | |
| 1990-1995 | 8.4 | | 9.2 | | | 8.1 | | 7.3 | | |
| 1995-2000 | 7.5 | | 8.5 | | | 7.7 | | 5.3 | | |
| 2000-2003 | 6.3 | | 5.7 | | | 6.6 | | 7.5 | | |

Πίνακας 3.144 Συνταγογραφήσεις ανά ασφαλιστικά ταμεία, 1993-2003

| Year | Number of prescriptions | | Expenditure per prescription |
|---|-------------------------|------------------------|------------------------------|
| | absolute (in millions) | related to inhabitants | in € |
| 1993 | 90.4 | 11.4 | 10.8 |
| 1994 | 92.4 | 11.6 | 11.5 |
| 1995 | 94.5 | 11.9 | 12.1 |
| 1996 | 93.2 | 11.7 | 12.8 |
| 1997 | 91.9 | 11.5 | 13.1 |
| 1998 | 96.4 | 12.1 | 14.1 |
| 1999 | 101.4 | 12.7 | 15.3 |
| 2000 | 101.4 | 12.7 | 16.2 |
| 2001 | 98.5 | 12.3 | 17.5 |
| 2002 | 99.1 | 12.3 | 18.5 |
| 2003 | 102.0 | 12.6 | 19.1 |
| Average annual rate of increase in % | | | |
| 1993-2003 | 1.2 | 1.0 | 5.9 |
| 1993-1998 | 1.5 | 1.2 | 6.6 |
| 1998-2003 | 1.1 | 0.8 | 6.2 |

Πίνακας 3.145 Κανονισμός αγοράς και τιμών των φαρμάκων, 2005



3.4.2 ΒΕΛΓΙΟ



3.4.2.1 Εισαγωγή

Το Βέλγιο είναι ένα ομοσπονδιακό κράτος με κυβέρνηση κοινοβουλευτικής μορφής. Υπάρχουν τρία επίπεδα διακυβέρνησης. Το ομοσπονδιακό, το περιφερειακό και το τοπικό. Ο πληθυσμός ανήλθε σε 10.5 εκατομμύρια το 2006. Το 2004, η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση ήταν 82.4 έτη για τις γυναίκες και 76.5 έτη για τους άνδρες. Το βελγικό σύστημα υγείας οργανώνεται κυρίως σε δύο επίπεδα. Το ομοσπονδιακό και το περιφερειακό. Από το 1980, μέρος της ευθύνης για την χάραξη της πολιτικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει μεταβιβαστεί από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση στις περιφερειακές κυβερνήσεις.

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι αρμόδια για τη ρύθμιση και τη χρηματοδότηση του υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης υγείας, για τον καθορισμό των κριτηρίων πιστοποίησής του και για τη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων. οι περιφερειακές κυβερνήσεις είναι αρμόδιες για την προώθηση της υγείας, την εφαρμογή των προτύπων πιστοποίησης στα νοσοκομεία καθώς και για τη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων. Οι δαπάνες υγείας του 2004 ανήλθαν στο 9.3% του ΑΕΠ.

Το βελγικό σύστημα υγείας είναι βασισμένο στις αρχές της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες περίθαλψη καθώς και της ελευθερίας της επιλογής των παρόχων των υπηρεσιών αυτών. Η υποχρεωτική εθνική ασφάλιση υγείας, καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό και παρέχει ένα ανταγωνιστικό και πλήρες πακέτο υπηρεσιών στους ασθενείς. Οι περισσότεροι παθολόγοι πληρώνονται με αμοιβή ανά υπηρεσία. Ο ασθενής καταβάλλει την καθορισμένη αμοιβή άμεσα στον παθολόγο, και αποζημιώνεται έπειτα από το ασφαλιστικό του ταμείο. Οι περισσότερες υπηρεσίες αποζημιώνονται σε ποσοστό 75%. Επομένως οι συμπληρωματικές πληρωμές ανέρχονται στο 25% του κόστους των υπηρεσιών.

3.4.2.2 Οργανωτική δομή

Τα κύρια χαρακτηριστικά του βελγικού συστήματος υγείας προκύπτουν από τις αποφάσεις που πάρθηκαν μετά το τέλος του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου για τη δημιουργία ενός υποχρεωτικού ασφαλιστικού συστήματος δημόσιας υγείας βασισμένο στην ελεύθερη επιλογή του παρόχου των υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή και την πληρωμή ανά υπηρεσία των επαγγελματιών της υγείας. Οι πολυάριθμες δημόσιες αρχές είναι αρμόδιες για τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και για την επιτήρηση της οργάνωσής της.

Ομοσπονδιακό επίπεδο

Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, το Κοινοβούλιο είναι το νομοθετικό σώμα. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και το Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Δημόσιας Υγείας είναι οι εκτελεστικοί οργανισμοί. Οι ομοσπονδιακές αρχές καθορίζουν το γενικό νομοθετικό πλαίσιο για το σύστημα υγείας με την έκδοση νόμων και με τον καθορισμό του ετήσιου προϋπολογισμού. Τα καθήκοντά τους είναι τα ακόλουθα :

- Θέσπιση ασφαλιστικών νόμων ανικανότητας
- Θέσπιση νοσοκομειακών νόμων
- Θέσπιση νομοθεσίας που καλύπτει τις εθνικές συμφωνίες για τις αμοιβές και τους όρους εργασίας
- Καθορισμό του γενικού προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- Έλεγχο της τεχνολογίας υγειονομικής περίθαλψης.

Εθνικό ίδρυμα για την ασφάλιση ασθένειας και ανικανότητας (RIZIV-INAMI)

Το RIZIV-INAMI είναι μια δημόσια υπηρεσία η οποία ανήκει στο Υπουργείο Κοινωνικών Υποθέσεων και Δημόσιας Υγείας. Αυτό το ίδρυμα είναι αρμόδιο για τη γενική οργάνωση και την οικονομική διαχείριση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Οι σημαντικότεροι στόχοι του είναι: να προετοιμάσει και να εφαρμόσει τη νομοθεσία και τον κανονισμό, να προετοιμάσει τον προϋπολογισμό, να επιτηρήσει την εξέλιξη των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης και να ελέγξει εάν η νομοθεσία και ο κανονισμός εφαρμόζονται σωστά από τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Τμήμα ιατρικής αξιολόγησης και ελέγχου

Το τμήμα ιατρικής αξιολόγησης και ελέγχου διοικείται από μια επιτροπή που αποτελείται από αντιπροσώπους των παθολόγων, των οδοντιάτρων, των φαρμακοποιών, των μαιών και των νοσοκομείων. Αυτή η επιτροπή είναι αρμόδια για τους ιατρικούς ελέγχους του συστήματος ασφάλισης υγείας και για τον έλεγχο της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς.

Εθνικό γραφείο για την κοινωνική ασφάλιση (RSZ-ONSS)

Το εθνικό γραφείο για την κοινωνική ασφάλιση είναι το κεντρικό όργανο του συστήματος εθνικής ασφάλισης για τους μισθοδοτημένους εργαζομένους. Διοικείται από μια επιτροπή που αποτελείται από ίσο αριθμό αντιπροσώπων των συνδικάτων και των οργανώσεων των εργοδοτών. Το RSZ-ONSS συλλέγει και τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης των εργοδοτών και των εργαζομένων και ανακατανέμει τον προϋπολογισμό της κοινωνικής ασφάλισης για κάθε τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Το εθνικό ίδρυμα για την κοινωνική ασφάλιση των ελεύθερων επαγγελματιών συλλέγει τις κοινωνικές συνεισφορές από τους ελεύθερους επαγγελματίες. Το εθνικό γραφείο κοινωνικής ασφάλισης για τις τοπικές και επαρχιακές υπηρεσίες κάνει το ίδιο πράγμα για τους δημόσιους υπαλλήλους των τοπικών και επαρχιακών αρχών.

Ομοσπονδιακή αντιπροσωπεία φαρμακευτικών ειδών και προϊόντων

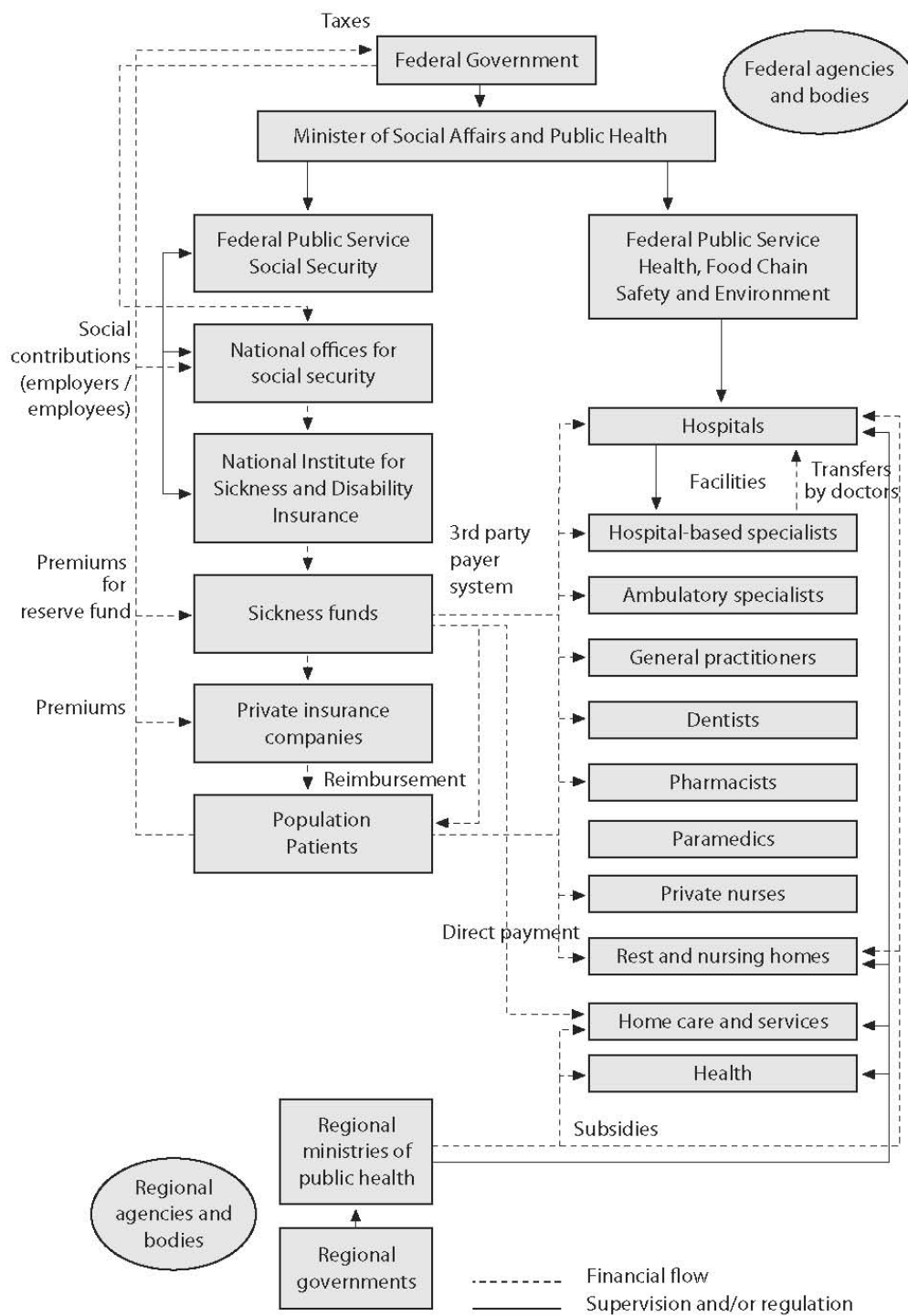
Η ομοσπονδιακή αντιπροσωπεία φαρμακευτικών ειδών και προϊόντων υγείας εξασφαλίζει την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών ειδών για τους ανθρώπους και τα ζώα. Τα κύρια καθήκοντα της αντιπροσωπείας είναι:

- να ελέγχει τον κίνδυνο στον οποίο οι ασθενείς εκτίθενται κατά τη διάρκεια του σταδίου ανάπτυξης ενός φαρμακευτικού είδους
- να αξιολογεί τις νέες αιτήσεις για εισαγωγή ενός φαρμάκου στην αγορά
- να συλλέγει και να αξιολογεί όλες τις σχετικές πληροφορίες για ένα φάρμακο
- να ελέγχει την παραγωγή, τη διανομή και την παράδοση των φαρμακευτικών ειδών
- να εποπτεύει τη διαφήμιση των φαρμακευτικών ειδών.

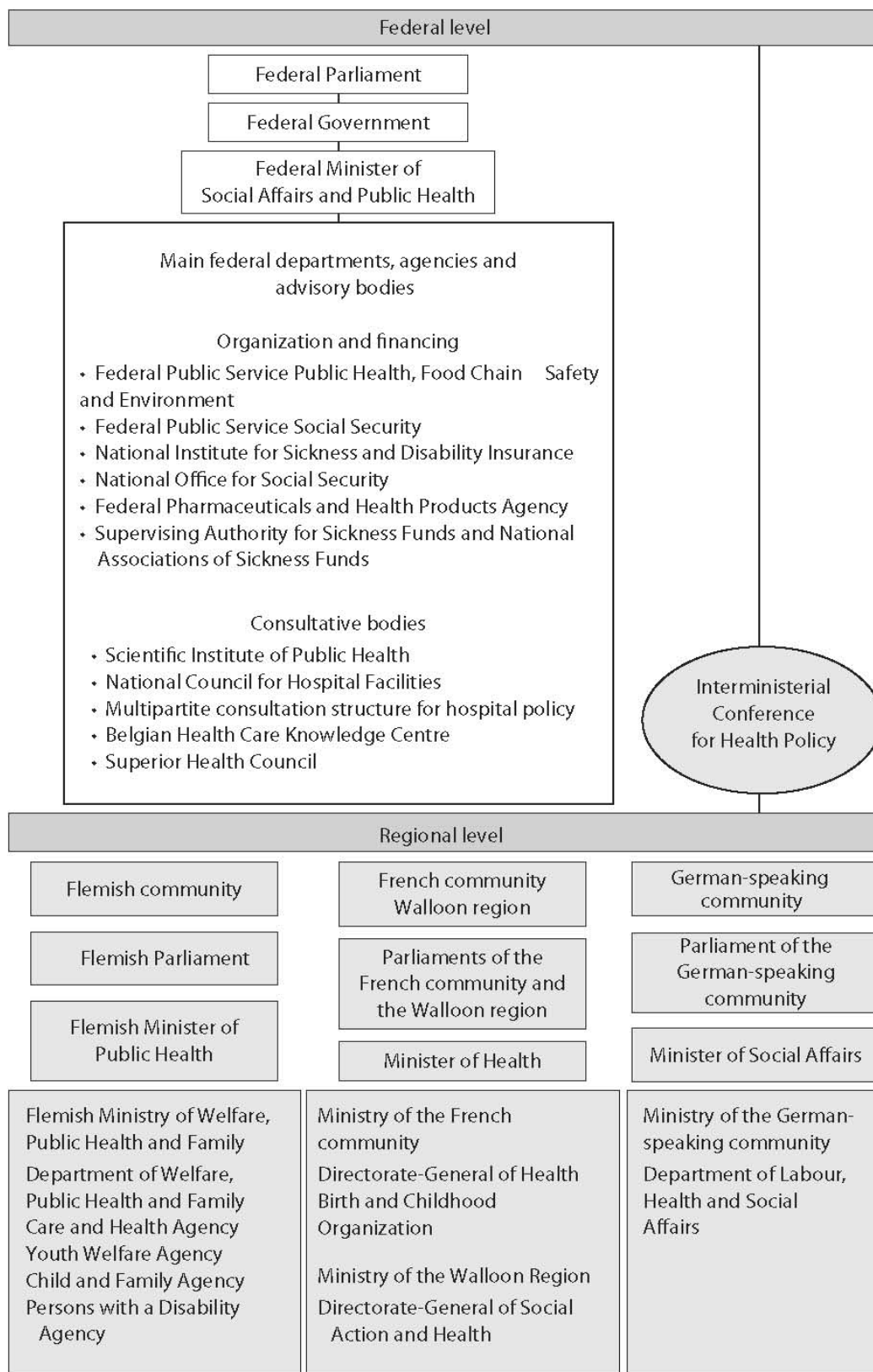
Περιφερειακό επίπεδο

Οι τρεις κοινότητες (φλαμανδική, γαλλική και γερμανική) είναι αυτόνομες και αρμόδιες για την προώθηση της υγείας και την προληπτική υγειονομική περίθαλψη, εκτός από ορισμένα εθνικά προληπτικά μέτρα, όπως οι υποχρεωτικοί εμβολιασμοί. Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι κοινότητες είναι αρμόδιες για την εφαρμογή των κανόνων και των προτύπων στα νοσοκομεία, για την πιστοποίηση των νοσοκομειακών κρεβατιών και του ιατρικού εξοπλισμού καθώς και για την έγκριση της κατασκευής και της ανακαίνισης νοσοκομειακών μονάδων. Για τη φλαμανδική κοινότητα, η αντιπροσωπεία προσοχής και υγείας είναι αρμόδια για την ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση των πολιτικών σχετικά με την περιφερειακή υγειονομική περίθαλψη. Για τη Γαλλική κοινότητα, οι τομείς της δημόσιας υγείας διοικούνται από τη Γενική Διεύθυνση της υγείας. Για τη γερμανόφωνη κοινότητα, το τμήμα εργασίας, υγείας και κοινωνικών υποθέσεων του Υπουργείου είναι αρμόδιο για τα θέματα σχετικά με τη δημόσια υγεία και την προώθηση της.

Πίνακας 3.146 Επισκόπηση του Βέλγικου συστήματος υγείας



Πίνακας 3.147 Οργανωτική δομή του Βέλγικου συστήματος υγείας



3.4.2.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Πίνακας 3.148 Τάσεις στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, 1970-2004

| | 1970 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-----------|------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
| Total health expenditure (% of GDP) | 3.9 | 6.3 | 7.0 | 7.2 | 8.2 | 8.6 | 8.7 | 8.9 | 9.4 | 9.3 |
| Total health expenditure per capita (purchasing power parity US\$) | 149 | 637 | 960 | 1 345 | 1 820 | 2 282 | 2 420 | 2 616 | 2 828 | 2 922 |
| Public expenditure on health (% of total expenditure) | – | – | – | – | 69.5 | 70.5 | 71.4 | 71.2 | 71.1 | 70.9 |
| | 1980–1985 | | 1985–1990 | | 1990–1995 | | 1995–2000 | | 2000–2004 | |
| Mean annual real growth in total expenditure on health (in € at 2000 price level) | 3.2 | | 3.9 | | 4.1 | | 3.5 | | 4.8 | |
| Mean annual real growth in GDP (in € at 2000 price level) | 0.9 | | 3.1 | | 1.6 | | 2.7 | | 1.5 | |

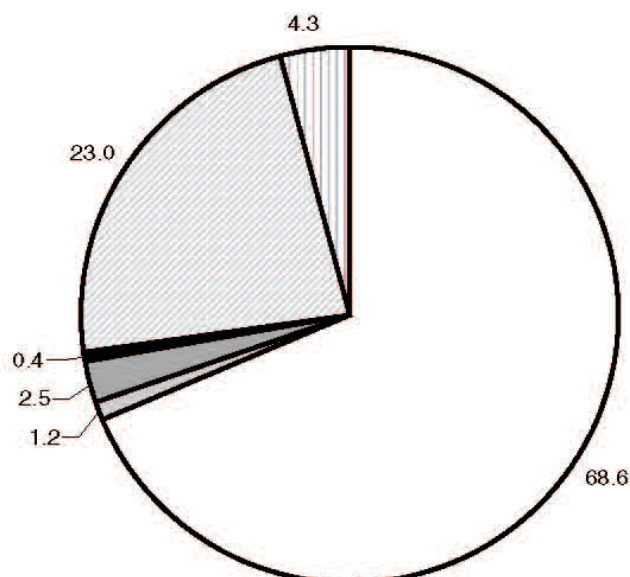
Πίνακας 3.149 Δημόσιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά υπηρεσία(% των συνολικών δημόσιων δαπανών), 1990-2005

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 1990–1995 | 1995–2000 | 2000–2005 |
|---|------|------|------|------|-----------|-----------|-----------|
| Hospital budget | 32.3 | 31.9 | 29.4 | 27.9 | 6.5 | 3.3 | 5.2 |
| Physicians' fees | 36.5 | 30.6 | 29.4 | 27.8 | 3.1 | 4.3 | 5.1 |
| Pharmaceuticals | 14.6 | 15.6 | 17.5 | 17.6 | 8.2 | 7.5 | 6.7 |
| Elderly | 3.0 | 5.4 | 6.2 | 8.0 | 20.5 | 8.2 | 11.9 |
| Nurses' fees | 3.1 | 3.5 | 3.9 | 3.9 | 9.1 | 7.7 | 5.9 |
| Implants, orthopaedist and prosthetist fees | 1.8 | 2.4 | 2.6 | 2.9 | 13.5 | 6.8 | 9.1 |
| Dentists' fees | 2.9 | 3.0 | 2.9 | 2.8 | 8.3 | 4.0 | 5.4 |
| Physiotherapists' fees | 3.3 | 2.9 | 2.8 | 2.2 | 4.3 | 4.3 | 1.0 |
| Rehabilitation, retraining and logopaedics | 0.6 | 1.6 | 1.8 | 2.0 | 31.4 | 8.3 | 8.8 |
| Dialysis | 1.5 | 1.6 | 1.5 | 1.5 | 8.6 | 4.8 | 5.8 |
| Other | 0.5 | 1.5 | 2.1 | 3.5 | 98.0 | 12.3 | 18.2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 6.8 | 5.1 | 6.2 |

Πίνακας 3.150 Δαπάνες υγείας ανά πηγή χρηματοδότησης, 1998-2003

| | 1998 | % | 2000 | % | 2002 | % | 2003 | % | 1998-2003 (%) |
|-------------------------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|
| Total government | 14 310.6 | 72.5 | 16 081.8 | 72.0 | 17 609.1 | 71.7 | 19 306.9 | 72.7 | +7.0 |
| Federal government | 13 686.3 | 69.4 | 15 393.8 | 68.9 | 16 836.7 | 68.5 | 18 236.0 | 68.7 | +6.6 |
| RIZIV-INAMI | 12 475.6 | 63.2 | 14 127.7 | 63.2 | 15 477.1 | 63.0 | 16 829.0 | 63.4 | +7.0 |
| Health insurance | 11 323.6 | 57.4 | 12 845.1 | 57.5 | 14 188.9 | 57.7 | 15 438.2 | 58.1 | +7.3 |
| Administration costs RIZV-INAMI | 260.3 | 1.3 | 318.0 | 1.4 | 217.5 | 0.9 | 223.9 | 0.8 | -2.8 |
| Administration costs Sickness funds | 554.0 | 2.8 | 585.7 | 2.6 | 640.8 | 2.6 | 666.7 | 2.5 | +4.2 |
| Other | 337.7 | 1.7 | 378.9 | 1.7 | 429.9 | 1.7 | 500.2 | 1.9 | +9.6 |
| FPS Public Health | 1 045.7 | 5.3 | 1 101.6 | 4.9 | 1 193.7 | 4.9 | 1 246.2 | 4.7 | +3.8 |
| Other | 165.0 | 0.8 | 164.5 | 0.7 | 165.9 | 0.7 | 160.8 | 0.6 | -0.5 |
| Regional governments | 257.6 | 1.3 | 258.7 | 1.2 | 282.5 | 1.1 | 311.9 | 1.2 | +4.2 |
| Local governments | 266.3 | 1.4 | 332.0 | 1.5 | 388.9 | 1.6 | 656.1 | 2.5 | +29.3 |
| Other government | 100.4 | 0.5 | 97.3 | 0.4 | 101.0 | 0.4 | 102.9 | 0.4 | +0.5 |
| Out-of-pocket | 4 581.0 | 23.2 | 5 295.2 | 23.7 | 5 890.8 | 24.0 | 6 100.0 | 23.0 | +6.6 |
| Voluntary health insurance | 834.2 | 4.2 | 963.6 | 4.3 | 1 073.6 | 4.4 | 1 153.4 | 4.3 | +7.7 |
| Sickness funds | 550.6 | 2.8 | 588.2 | 2.6 | 625.0 | 2.5 | 660.9 | 2.5 | +4.0 |
| Commercial insurance companies | 283.6 | 1.4 | 375.4 | 1.7 | 448.6 | 1.8 | 492.5 | 1.9 | +14.7 |
| Total | 19 725.8 | 100 | 22 349.6 | 100 | 24 573.5 | 100 | 26 560.3 | 100 | +6.9 |

Πίνακας 3.151 Δαπάνες υγείας ανά πηγή χρηματοδότησης, 2003



| | | |
|----------------------|-----------------------|------------------------------|
| □ Federal Government | □ Regional government | ■ Local government |
| ■ Other government | □ Out-of-pocket | □ Voluntary health insurance |

3.4.2.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Στο Βέλγιο, τα νοσοκομεία μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: γενικά και ψυχιατρικά. Το 2005, υπήρξαν 215 νοσοκομεία, εκ των οποίων 146 γενικά και 69 ψυχιατρικά. Η πλειοψηφία των νοσοκομείων στο Βέλγιο είναι ιδιωτικά (το 70%). Τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία ανήκουν σε θρησκευτικές φιλανθρωπικές οργανώσεις, ενώ τα υπόλοιπα είτε είναι πανεπιστήμια είτε ανήκουν στα ασφαλιστικά ταμεία. Τα δημόσια νοσοκομεία ανήκουν είτε σε ένα δήμο, είτε σε μια επαρχία, είτε σε μια κοινότητα είτε σε μια ή διαδημοτική ένωση. Και τα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία είναι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις.

Το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της χρηματοδότησης των βέλγικων νοσοκομείων παρουσιάζεται παρακάτω. Οι υπηρεσίες της στέγασης (μονάδες περιποίησης), της έκτακτης ανάγκης (ατύχημα και υπηρεσίες επειγόντων), και της περίθαλψης στο χειρουργικό τμήμα χρηματοδοτούνται μέσω ενός σταθερού συστήματος προϋπολογισμών. Οι κοινοτικές δαπάνες χρεώνονται στον προϋπολογισμό και τις αμοιβές των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία επίσης λαμβάνουν πρόσθετη χρηματοδότηση από:

- πώληση των φαρμακευτικών προϊόντων
- έναν ενδεχόμενο προϋπολογισμός για τα φαρμακευτικά είδη
- επιχορηγήσεις για επενδύσεις από τις κοινότητες
- προσωπικές συνεισφορές από ιδιώτες
- μη νοσοκομειακές δραστηριότητες, όπως η εκμετάλλευση της καφετέριας της νοσοκομειακής μονάδας και πολλά άλλα.

Πίνακας 3.152 Νοσοκομειακές μονάδες, 1980-2005

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Number of hospitals | 521 | 448 | 374 | 284 | 223 | 222 | 218 | 215 | 215 | 215 |
| Acute care hospitals | 285 | 266 | 254 | 173 | 123 | 122 | 116 | 115 | 115 | 116 |
| Specialized and geriatric hospitals | 159 | 109 | 48 | 42 | 31 | 33 | 33 | 31 | 31 | 30 |
| Psychiatric hospitals | 76 | 73 | 72 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 |
| Number of beds in hospitals (Acute, specialized and psychiatric) | 92 436 | 89 589 | 79 346 | 74 476 | 72 304 | 71 943 | 70 833 | 70 821 | 70 815 | 70 795 |
| Per 1000 population | 9.4 | 9.1 | 7.9 | 7.3 | 7.1 | 7.0 | 6.9 | 6.8 | 6.8 | 6.8 |
| Number of beds in acute care hospitals | 53 960 | 57 529 | 56 058 | 54 486 | 53 170 | 53 105 | 52 192 | 52 123 | 52 117 | 52 127 |
| Per 1000 population | 5.5 | 5.8 | 5.6 | 5.3 | 5.2 | 5.2 | 5.1 | 5.0 | 5.0 | 5.0 |
| Number of beds in specialized and geriatric hospitals | 14 304 | 10 875 | 4 142 | 3 217 | 3 128 | 3 345 | 3 158 | 3 078 | 3 078 | 3 048 |
| Per 1000 population | 1.5 | 1.1 | 0.4 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| Number of beds in psychiatric hospitals | 24 172 | 21 185 | 19 146 | 16 773 | 16 006 | 15 493 | 15 483 | 15 620 | 15 620 | 15 620 |
| Per 1000 population | 2.5 | 2.2 | 1.9 | 1.6 | 1.6 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 | 1.5 |
| Number of beds in nursing homes | – | 3 837 | 17 264 | 19 475 | 34 136 | 38 614 | 39 500 | 45 730 | 47 019 | 47 243 |
| Per 1000 population aged 60 years and older | – | 1.9 | 8.5 | 9.0 | 15.2 | 17.2 | 17.6 | 20.3 | 20.7 | 20.6 |
| Number of beds in rest homes | 69 368 | 85 708 | 93 377 | 96 465 | 89 846 | 85 883 | 84 927 | 79 038 | 78 080 | – |
| Per 1000 population aged 60 years and older | 34.4 | 42.5 | 45.9 | 44.7 | 40.1 | 38.2 | 37.8 | 35.1 | 34.4 | – |

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.153 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης , 1970-2005

| | 1970 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| Practising physicians ^a | 14 887 | 22 763 | 27 924 | 31 694 | 35 917 | 39 518 | 40 167 | 40 763 | 41 447 | 41 734 | 42 176 |
| Per 1000 people | 1.5 | 2.3 | 2.8 | 3.2 | 3.5 | 3.8 | 3.9 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 |
| General practitioners | - | 13 142 | 16 888 | 18 751 | 19 824 | 21 415 | 21 614 | 21 698 | 22 000 | 21 898 | 21 804 |
| Per 1000 people | - | 1.1 | 1.4 | 1.5 | 2.0 | 2.1 | 2.1 | 2.1 | 2.1 | 2.1 | 2.1 |
| Specialists | - | 9 617 | 11 101 | 13 832 | 16 046 | 17 639 | 18 553 | 19 065 | 19 447 | 19 836 | 20 372 |
| Per 1000 people | - | 1.0 | 1.1 | 1.4 | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 1.8 | 1.9 | 1.9 | 2.0 |
| Specialists in training | - | 2 178 | 2 876 | 3 282 | 3 459 | 3 484 | 3 458 | 3 038 | 3 349 | - | - |
| Per 1000 people | - | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | - | - |
| Dentists | 2 718 | 4 291 | 6 214 | 7 135 | 7 852 | 8 465 | 8 512 | 8 553 | 8 597 | 8 660 | 8 655 |
| Per 1000 people | 0.3 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.8 |
| Pharmacists | 6 735 | 9 682 | 10 792 | 12 335 | 10 069 | 10 724 | 10 939 | 11 191 | 11 394 | 11 818 | 11 882 |
| Per 1000 people | 0.7 | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.0 | 1.0 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.1 | 1.1 |
| Physiotherapists | - | 11 071 | 14 469 | 18 108 | 23 347 | 27 053 | 27 362 | 27 475 | 28 192 | 28 252 | 24 958 |
| Per 1000 people | - | 1.1 | 1.5 | 1.8 | 2.3 | 2.6 | 2.7 | 2.7 | 2.7 | 2.7 | 2.4 |
| Nurses ^b | - | 17 350 | 25 005 | 38 548 | 48 639 | 55 406 | 56 996 | 58 306 | 60 142 | 62 211 | 64 191 |
| Per 1000 people | - | 1.8 | 2.5 | 3.9 | 4.8 | 5.4 | 5.5 | 5.7 | 5.8 | 6.0 | 6.1 |
| Midwives | - | 1 636 | 2 403 | 3 110 | 4 026 | 4 508 | 4 613 | 4 734 | 4 912 | 5 084 | 5 300 |
| Per 1000 people | - | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 |
| Hospital employment ^c | - | - | - | - | - | 164 207 | 166 175 | 168 645 | - | - | - |
| Per 1000 people | - | - | - | - | - | 16.0 | 16.2 | 16.3 | - | - | - |

Η ιατρική κατάρτιση αποτελείται από μια επταετή πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Το Βέλγιο έχει επτά ιατρικές σχολές. Φαρμακοποιοί και οδοντίατροι παρακολουθούν μια πενταετή πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Οι ιατρική εκπαίδευση διαιρείται σε δύο κύκλους: ο πρώτος, ο οποίος διαρκεί τρία έτη, καλύπτει τη βασική επιστημονική εκπαίδευση (πτυχίο πανεπιστημίου) ενώ ο δεύτερος κύκλος, που διαρκεί τέσσερα έτη, είναι για την κατάρτιση και περιλαμβάνει κλινικές μελέτες και πρακτική κατάρτιση σε ένα νοσοκομείο. Μετά από αυτά τα επτά έτη, οι σπουδαστές λαμβάνουν το δίπλωμα του παθολόγου.

3.4.2.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η αρχική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί ως το πρώτο σημείο της επαφής μεταξύ του ασθενή και του συστήματος υγείας. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένα σύστημα παραπομπής στο Βέλγιο, οι ειδικοί καθορίζουν συχνά το πρώτο σημείο επαφής του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα. Ένας ασθενής μπορεί να επισκεφτεί τον παθολόγο ή τους ειδικούς στα ιατρεία τους. Επίσης μπορούν να τους επισκεφτούν σε ένα νοσοκομείο ή σε ένα τμήμα εξωτερικών ασθενών. Η παροχή πολλών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιωτικές, αλλά υπάρχουν και εξαιρέσεις. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του παθολόγου τους ενώ μπορούν να αλλάξουν τον παθολόγο οποιαδήποτε στιγμή.

Ο νόμος νοσοκομείων καθορίζει ένα νοσοκομείο ως τη μονάδα υγειονομικής περίθαλψης όπου εκτελούνται οι εξειδικευμένες εξετάσεις και περιθάλψεις. Οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν σε ποιο νοσοκομείο θα τους παρασχεθεί η περίθαλψη και τα δημόσια νοσοκομεία είναι υποχρεωμένα να δεχτούν όλους τους ασθενείς. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει κανένα επίσημο σύστημα παραπομπής μεταξύ της πρωτοβάθμια και της δευτεροβάθμια περίθαλψης.

Το Βέλγιο έχει ένα σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας το οποίο προσφέρει ένα ανταγωνιστικό πακέτο οφελών και καλύπτει σχεδόν ολόκληρο τον πληθυσμό. Σχεδόν το 99% του πληθυσμού καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Υπάρχουν δύο κύρια ασφαλιστικά σχήματα:

- το γενικό σχήμα, το οποίο παρέχει σημαντικές αλλά και δευτερεύουσες υπηρεσίες για ολόκληρο τον πληθυσμό (εκτός από τους ελεύθερους επαγγελματίες), και
- το σχήμα για τους ελεύθερους επαγγελματίες, το οποίο προσφέρει μόνο σημαντικές υπηρεσίες.

Στις σημαντικές υπηρεσίες περιλαμβάνονται : η νοσοκομειακή περίθαλψη και η χειρουργική επέμβαση. Στις δευτερεύουσες υπηρεσίες περιλαμβάνονται : οι επισκέψεις των παθολόγων, η οδοντιατρική περίθαλψη, και η κάλυψη των φαρμακευτικών δαπανών. Το 2005, 9.369.424 άνθρωποι (89.1%) ασφαλίστηκαν κάτω από το γενικό σχήμα και 983.605 (9.4%) κάτω από το σχήμα για τους ελεύθερους επαγγελματίες.

Φαρμακευτικές δαπάνες- παροχές

Τα φαρμακευτικά είδη διανέμονται αποκλειστικά μέσω των κοινοτικών και των νοσοκομειακών φαρμακείων. Το 2006, στο Βέλγιο υπήρχαν 5269 κοινοτικά φαρμακεία. Μόνο παθολόγοι, οδοντίατροι και μαίες μπορούν να συνταγογραφήσουν φαρμακευτικά είδη. Περίπου 2500 φαρμακευτικά είδη είναι εγγεγραμμένα σε κατάλογο και επομένως οι χρήστες τους μπορούν να αποζημιωθούν είτε εν μέρει είτε πλήρως. Το πληρωτέο ποσοστό του κόστους ποικίλλει ανάλογα με τη θεραπευτική σημασία του φαρμακευτικού είδους. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτού του συστήματος είναι ότι τα φαρμακευτικά είδη αποζημιώνονται μόνο στους ασθενείς που καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας.

Πίνακας 3.154 Συμπληρωματικές πληρωμές για τα φαρμακευτικά είδη, 2007

| Reimbursement category | Preferential reimbursement | Nonpreferential reimbursement |
|--|---|---|
| A | 100% reimbursement No co-payment | 100% reimbursement No co-payment |
| B | 85% reimbursement Co-payment: 15% with a maximum of €7.10 | 75% reimbursement Co-payment: 25% with a maximum of €10.60 |
| B Large package size | 85% reimbursement Co-payment: 15% with a maximum of €10.60 | 75% reimbursement Co-payment: 25% with a maximum of €15.90 |
| B, where a generic alternative exists for branded pharmaceuticals ATC 4th level | 85% reimbursement Co-payment: 15% with a maximum of €10.60 | 75% reimbursement Co-payment: 25% with a maximum of €15.90 |
| B, where a generic alternative exists for branded pharmaceuticals Large package size and ATC 4th level | 85% reimbursement Co-payment: 15% with a maximum of €15.90 | 75% reimbursement Co-payment: 25% with a maximum of €23.90 |
| C | 50% reimbursement Co-payment: 50% with a maximum of €10.60 | 50% reimbursement Co-payment: 50% with a maximum of €17.70 |
| C, where a generic alternative exists for branded pharmaceuticals ATC 4th level | 50% reimbursement Co-payment: 50% with a maximum of €15.90 | 50% reimbursement Co-payment: 50% with a maximum of €26.50 |
| Cs | 40% reimbursement Co-payment: 60% without maximum | 40% reimbursement Co-payment: 60% without maximum |
| Cx | 20% reimbursement Co-payment: 80% without maximum | 20% reimbursement Co-payment: 80% without maximum |

3.4.3 ΓΑΛΛΙΑ



3.4.3.1 Εισαγωγή

Την 1η Ιανουαρίου του 2001, ο γαλλικός πληθυσμός αριθμούσε συνολικά 59 εκατομμύρια κατοίκους στη μητροπολιτική Γαλλία (ηπειρωτική χώρα) και 1.7 εκατομμύριο κατοίκους στα Γαλλικά υπερπόντια τμήματα της Γουαδελούπης, της γαλλική Γουιάνα και της Μαρτινίκα. Η μητροπολιτική Γαλλία καλύπτει μια περιοχή περίπου 545 000 χλμ². Ως αποτέλεσμα των μειωμένων ποσοστών γονιμότητας και της αυξανόμενης υπολογιζόμενης διάρκειας ζωής, ο πληθυσμός της Γαλλίας γερνά. Σήμερα, ένας στους έξη Γάλλους είναι πάνω από 64 χρονών. Σύμφωνα με τις δημογραφικές προβολές, από το 2020 και μετά ο πληθυσμός ηλικίας πάνω από 60 ετών θα ξεπεράσει αριθμητικά τον αντίστοιχο ηλικίας κάτω των 20.

Το παρόν σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένης της απαραίτητης ασφάλισης υγείας, καθιερώθηκε το 1945, μετά το τέλος του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου. Στο μεταξύ, το 1930 πέρασε ένας νόμος στην κοινωνική ασφάλεια που σηματοδοτούσε την εμφάνιση ενός συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης. Αυτή η νομοθεσία δημιούργησε ένα σύστημα υποχρεωτικής προστασίας για τους υπαλλήλους στη βιομηχανία και των οποίων οι αποδοχές μειώθηκαν κάτω από ένα ορισμένο επίπεδο. Παρείχε ασφάλεια σε πέντε περιοχές: ασθένεια, μητρότητα, ανικανότητα, μεγάλη ηλικία και θάνατος. Από το ξέσπασμα του δεύτερου παγκόσμιου πολέμου (1939) και μετά τα δύο τρίτα του γαλλικού πληθυσμού ασφαλίστηκαν για ασθένεια, με την ελεύθερη επιλογή του παρόχου που παρείχε την κάλυψη.

Η κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού αποφασίστηκε το 1945 αλλά τέθηκε στην πράξη σταδιακά. Στην πραγματικότητα, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας επεκτάθηκε μόνο στους αγρότες το 1961 και στους ελεύθερους επαγγελματίες το 1966. Σήμερα, τρία κύρια ασφαλιστικά σχήματα είναι κυρίαρχα: το 95% του πληθυσμού καλύπτεται από το γενικό ασφαλιστικό σχήμα. Υπάρχει επίσης το γεωργικό ασφαλιστικό σχήμα και το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης.

3.4.3.2 Οργανωτική δομή

Η αρμοδιότητα από την άποψη της πολιτικής υγείας και του κανονισμού του υγειονομικού συστήματος διαιρείται μεταξύ:

- του κράτους(Κοινοβούλιο, κυβέρνηση και διάφορα υπουργεία)
- των ταμείων της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας
- σε μια μικρότερη έκταση των τοπικών κοινοτήτων.

Η θεσμική οργάνωση του συστήματος επηρεάστηκε βαθιά από τη μεταρρύθμιση του Juppé το 1996. Εκτός από την εισαγωγή του κοινοβουλευτικού ελέγχου στο υγειονομικό σύστημα και στους πόρους του, η μεταρρύθμιση ενίσχυσε σημαντικά το ρόλο των τοπικών κοινωνιών.

Το κράτος (Κοινοβούλιο και Κυβέρνηση)

Κάθε έτος από το 1996 και μετά, το Κοινοβούλιο περνάει έναν νόμο για τα Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης βασισμένο στις εκθέσεις της Επιτροπής απολογισμών (Cour des Comptes) και της εθνικής διάσκεψης υγείας. Αυτός ο νόμος:

- θέτει έναν προβαλλόμενο στόχο (ανώτατο όριο) για τα έξοδα της ασφάλισης υγείας για το επόμενο έτος, γνωστό ως εθνικό ανώτατο όριο για τις δαπάνες ασφάλισης υγείας (ONDAM)
- εγκρίνει μια έκθεση σχετικά με τις τάσεις στην πολιτική για την κοινωνική ασφάλιση υγείας και
- περιέχει τις νέες διατάξεις σχετικά με τα οφέλη και τον κανονισμό.

Υπουργείο Υγείας

Το υπουργείο Υγείας, το οποίο αναδιοργανώθηκε πρόσφατα, περιλαμβάνει τις εξής δομές:

- τη γενική διεύθυνση υγείας, αρμόδια για την πολιτική που θα ακολουθηθεί στο τομέα της υγείας
- τη διεύθυνση της νοσοκομειακής υγειονομικής περίθαλψης, αρμόδια για τη διαχείριση των οικονομικών πόρων
- τη διεύθυνση της κοινωνικής ασφάλισης, αρμόδια για τα οικονομικά θέματα, και την εποπτεία των οργανώσεων κοινωνικής ασφάλισης
- τη γενική διεύθυνση για την κοινωνική πολιτική, η οποία είναι αρμόδια για συγκεκριμένες κοινωνικές πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης

Επίσης είναι αρμόδιο για τις εξής δραστηριότητες :

- διαίρεση των προϋπολογισμένων δαπανών μεταξύ των διαφορετικών τομέων και, όταν πρόκειται για νοσοκομεία, μεταξύ των διαφορετικών περιοχών
- αποφασίζει τον αριθμό φοιτητών που θα εισαχθούν στην Ιατρική Σχολή κάθε έτος
- εγκρίνει τις συμφωνίες που υπογράφονται μεταξύ των ταμείων ασφαλίσεων υγείας και των ενώσεων που αντιπροσωπεύουν τους αυτοαπασχολούμενους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης

- καθορίζει τις τιμές των φαρμάκων βάσει προτάσεων των ειδικών επιτροπών
- καθιερώνει πρότυπα ασφάλειας στα νοσοκομεία
- καθορίζει τους τομείς προτεραιότητας των εθνικών προγραμμάτων

Επιτροπή δημόσιας υγείας

Η Επιτροπή της δημόσιας υγείας παρέχει τη καθοδήγηση και βοήθα στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα δημόσια προβλήματα υγείας και τα ζητήματα σχετικά με την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης. Αναλαμβάνει τις επισκοπήσεις της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, προετοιμάζει τις γενικές αναλύσεις και τις προβλέψεις για τα προβλήματα της δημόσιας υγείας, συμβάλλει στον καθορισμό των στόχων της δημόσιας υγείας και κάνει τις προτάσεις για τα προληπτικά μέτρα.

Εθνική αντιπροσωπεία για την πιστοποίηση και την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης (ANAES)

Η εθνική αντιπροσωπεία για την πιστοποίηση και την αξιολόγηση της υγειονομικής περίθαλψης (ANAES) δημιουργήθηκε το 1997. Οι λειτουργίες της είναι οι ακόλουθες:

- πραγματοποιεί μια διαδικασία πιστοποίησης για όλα τα νοσοκομεία (και δημόσιος και ιδιωτικός)
- παρέχει οδηγίες σχετικά με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν για αποζημίωση από τα ταμεία ασφάλισης υγείας

Σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης

Τα τρία βασικά σχήματα ασφάλισης υγείας είναι τα ακόλουθα:

- Το γενικό σχήμα, το οποίο καλύπτει τους υπαλλήλους στο εμπόριο και τη βιομηχανία καθώς και τις οικογένειές τους (περίπου 84% του πληθυσμού)
- Το γεωργικό σχήμα (MSA) καλύπτει τους αγρότες, τους γεωργικούς υπαλλήλους και τις οικογένειές τους (περίπου 7.2% του πληθυσμού).
- Το σχέδιο για τους αυτοαπασχολούμενους ανθρώπους (CANAM) το οποίο καλύπτει τους βιοτέχνες και τους αυτοαπασχολούμενους ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένων των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών όπως οι δικηγόροι κ.λπ. (περίπου 5% του πληθυσμού).

Το γενικό σχήμα περιλαμβάνει:

- 129 τοπικά ταμεία τα οποία αποζημιώνουν τις δαπάνες της περίθαλψης
- 16 περιφερειακά ταμεία των οποίων οι ευθύνες περιορίζονται στα ατυχήματα εν ώρα εργασίας και στον έλεγχο των νοσοκομείων και των προληπτικών μέτρων
- ένα εθνικό ταμείο για την ασφάλεια των μισθοδοτημένων εργαζομένων

Περιφερειακές αντιπροσωπείες νοσοκομείων (ARH)

Οι περιφερειακές αντιπροσωπείες νοσοκομείων (ARH) είναι αρμόδιες για τον προγραμματισμό των νοσοκομείων (και για τα δημόσια και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία), την κατανομή των πόρων στα δημόσια νοσοκομεία και τη ρύθμιση των αμοιβών για τα ιδιωτικά νοσοκομεία

Περιφερειακές ενώσεις των ταμείων ασφαλίσεως υγείας (URCAMs)

Οι περιφερειακές ενώσεις των ταμείων ασφαλίσεως υγείας συγκεντρώνουν τα τρία κύρια ασφαλιστικά σχήματα υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Συντονίζουν την εργασία των ταμείων και δίνουν την ώθηση για μια περιφερειακή πολιτική διαχείρισης κινδύνων.

Περιφερειακές ενώσεις αυτοαπασχολούμενων γιατρών (URMLs)

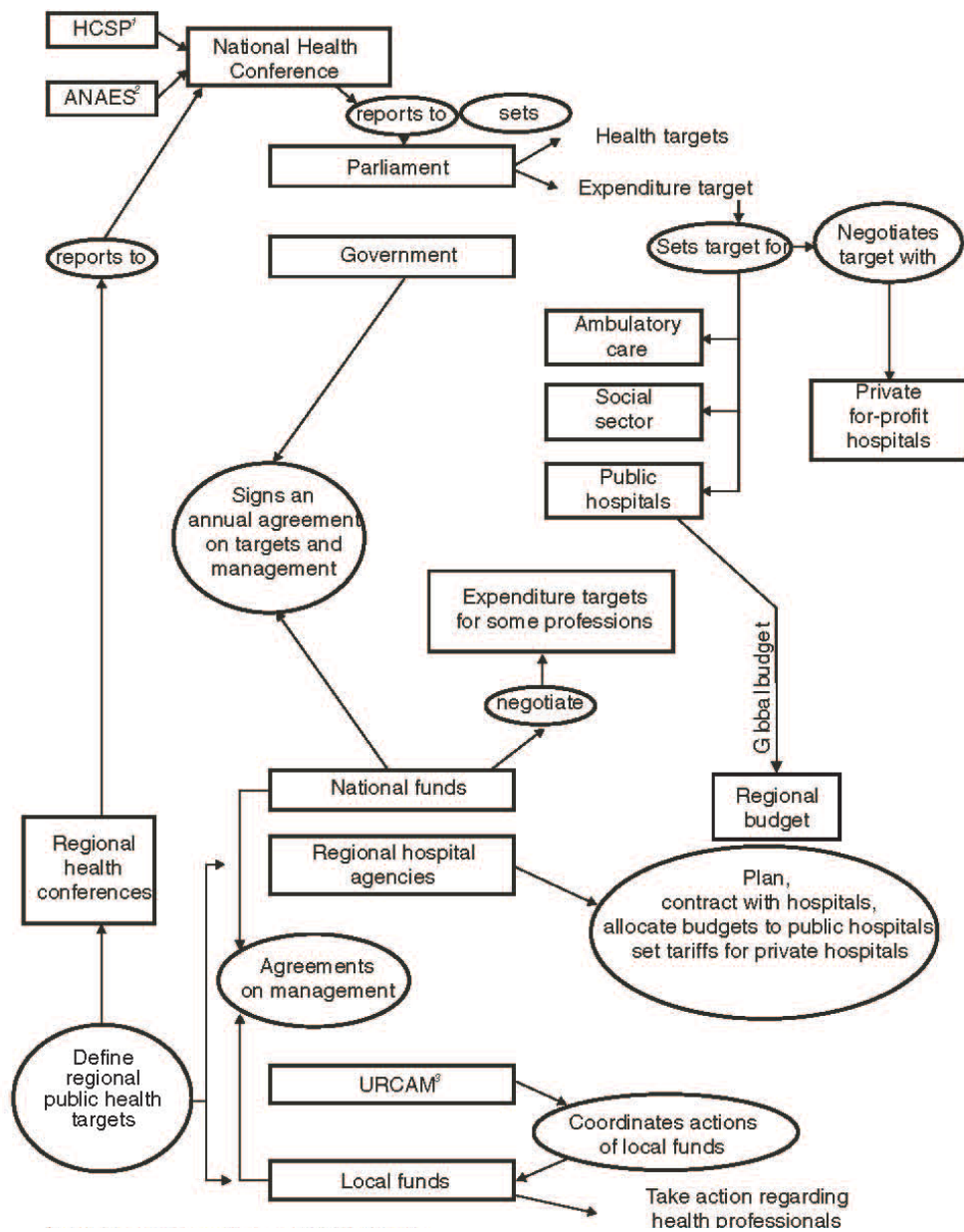
Οι περιφερειακές ενώσεις των αυτοαπασχολούμενων γιατρών πραγματοποιούν λειτουργίες στους ακόλουθους τομείς:

- αναλύσεις και μελέτες σχετικά με τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος
- ιδιωτική ιατρική πρακτική
- αξιολόγησης των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης
- συντονισμός με άλλους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης
- παροχή των πληροφοριών

Σε επίπεδο τμημάτων, διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας βρίσκονται κάτω από την αρμοδιότητα των γενικών συμβουλίων. Αυτές περιλαμβάνουν:

- όργανα και υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους ανθρώπους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες άτομα
- κοινωνική πρόνοια και προγράμματα εργασίας για την οικονομική ενίσχυση των ανθρώπων με χαμηλό εισόδημα
- προστασία των παιδιών
- πρόληψη ορισμένων ασθενειών

Πίνακας 3.155 Οργανωτική δομή του Γαλλικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



3.4.3.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας ως κλάδος του ευρύτερου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης επιφορτίζεται με την οικονομική ευθύνη της υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία . Από την 1η Ιανουαρίου 2000, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό, αν και χρηματοδοτεί μόνο τα 3/4 των δαπανών υγείας. Επίσης από την 1η Ιανουαρίου 2000, ο νόμος για την καθολική κάλυψη υγείας (CMU) προσφέρει βασική ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε όλους εκείνους που κατοικούν μόνιμα στη Γαλλία. Άνθρωποι με φορολογητέο εισόδημα λιγότερο από €6600 το χρόνο απαλλάσσεται από την υποχρέωση της καταβολής συνεισφορών.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας ποικίλλει από σχήμα σε σχήμα. Μεταξύ του 1946 και του 1996, η χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης γενικά, και της ασφάλειας υγείας πιο συγκεκριμένα, εξαρτιόταν αποκλειστικά από τις συνεισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών τους. Αυτές ορίζονταν ως ποσοστό των αμοιβών και των μισθών, αρχικά με ένα ανώτατο όριο στις συνεισφορές και έπειτα χωρίς ένα ανώτατο όριο. Μεταξύ 1992 και 1997, τα ποσοστά συμβολής παρέμειναν σταθερά στο ποσό των 12.8% των ακαθάριστων αποδοχών για τον εργοδότη και 6.8% για τον υπάλληλο.

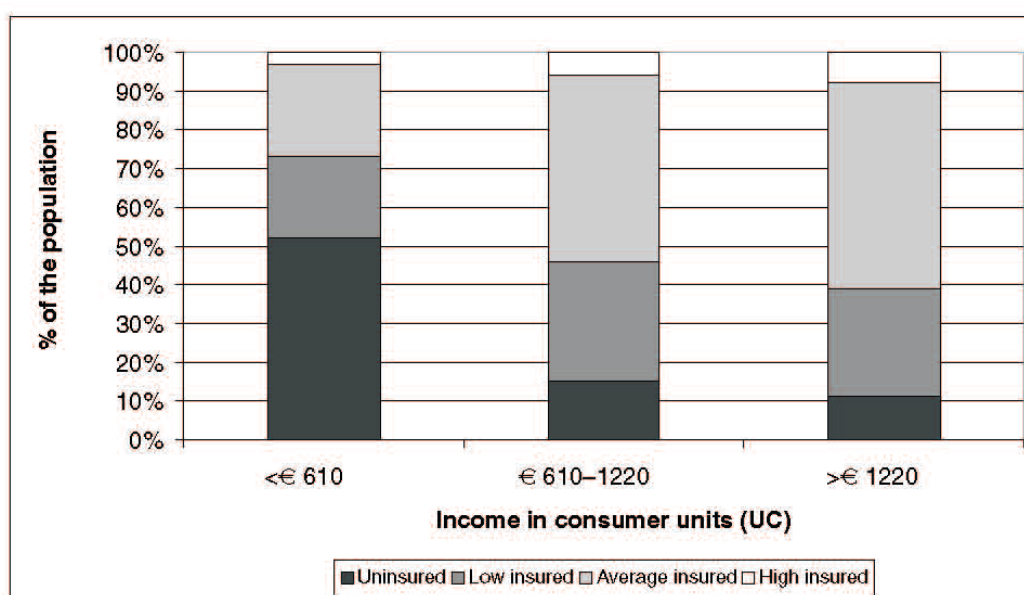
Πίνακας 3.156 Πόροι που εισπράττονται από το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας (γενικό σχήμα), 1990&2000

| | 1990 | | 2000 | |
|---|-----------------|-------|-----------------|-------|
| | € (millions) | % | € (millions) | % |
| Employees' contributions | 20.1 | 32.2 | 3.4 | 3.4 |
| Employers' contributions ^a | 39.3 | 63.1 | 49.8 | 51.1 |
| Total contributions | 59.4 | 95.2 | 53.2 | 54.5 |
| CSG | 0.0 | 0.0 | 33.8 | 34.6 |
| Specific taxes (cars, tobacco, alcohol) | 1.0 | 1.6 | 3.3 | 3.3 |
| Taxes on the pharmaceutical industry | 0.0 | 0.0 | 0.7 | 0.8 |
| Total taxes | 1.0 | 1.6 | 37.8 | 38.7 |
| State compensation for the loss of contributions ^b | 0.3 | 0.5 | 4.8 | 4.9 |
| Adjustment between health insurance schemes | 0.7 | 1.1 | 0.3 | 0.3 |
| Other | 1.0 | 1.5 | 1.5 | 1.6 |
| Total revenue | 62.3 | 100.0 | 97.6 | 100.0 |

Πίνακας 3.157 Κάλυψη από τη VHI ανά κοινωνική κατηγορία (% των ατόμων που ασφαλίζονται), 2000

| Social category | Mutual insurance associations | Provident institutions | Private insurance companies | Total |
|--|-------------------------------|------------------------|-----------------------------|-------|
| Farmers | 42.8 | 2.2 | 44.5 | 89.3 |
| Commercial craftsmen | 43.3 | 11.9 | 24.5 | 82.0 |
| Managerial, academic, professional | 50.2 | 19.7 | 20.7 | 93.5 |
| Intermediate categories (teachers, administrative) | 58.5 | 15.3 | 18.4 | 94.4 |
| Office employees, etc. | 62.1 | 8.5 | 10.5 | 85.2 |
| Commerce employees | 43.4 | 5.1 | 14.2 | 69.2 |
| – Skilled workers | 47.9 | 17.1 | 14.6 | 84.0 |
| – Unskilled workers | 43.8 | 11.3 | 12.8 | 71.8 |
| Total | 50.4 | 14.0 | 17.6 | 85.7 |

Πίνακας 3.158 Ποιότητα της συμπληρωματικής κάλυψης σύμφωνα με το εισοδηματικό επίπεδο



Πίνακας 3.159 Τάσεις στις δαπάνες υγείας, 1970-2000

| | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Value at current price level (billions of €) ^a | 7.5 | 34.6 | 92.3 | 119.7 | 122.2 | 124.3 | 128.7 | 133.7 | 140.6 |
| – as % of GDP | 6.2 | 8.1 | 9.1 | 10.1 | 10.1 | 9.9 | 9.9 | 9.9 | 10.0 |
| – per capita F (current values) | 974 | 4 212 | 10 405 | 13 218 | 13 441 | 13 632 | 14 057 | 14 544 | 15 225 |
| Index of value (relative prices) ^b | 33.2 | 59.8 | 85.6 | 100.0 | 100.6 | 101.1 | 103.6 | 107.1 | 111.7 |
| Share met by public finance (%) | 78.5 | 80.2 | 77.8 | 77.2 | 77.2 | 77.3 | 77.2 | 77.2 | 77.2 |

Πίνακας 3.160 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κατηγορία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, 1970-2000

| Type of care | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Inpatient treatment | 41.9 | 53.0 | 49.7 | 49.2 | 49.3 | 49.0 | 48.2 | 47.3 | 46.4 |
| Public ^a | 30.3 | 41.2 | 38.0 | 38.4 | 38.4 | 38.1 | 38.2 | 37.8 | 37.3 |
| Private | 11.6 | 11.7 | 11.6 | 10.8 | 10.9 | 10.9 | 10.0 | 9.5 | 9.1 |
| Outpatient medical services | 29.0 | 26.3 | 27.4 | 26.5 | 26.5 | 26.4 | 26.5 | 26.4 | 26.1 |
| of which: | | | | | | | | | |
| Doctors (private practice) | 15.0 | 11.9 | 12.8 | 12.7 | 12.7 | 12.7 | 12.7 | 12.7 | 12.5 |
| Dentists (private practice) | 7.3 | 6.9 | 6.1 | 5.6 | 5.7 | 5.7 | 5.6 | 5.5 | 5.3 |
| Auxiliaries (private practice) | 3.0 | 2.8 | 4.9 | 5.1 | 5.2 | 5.0 | 5.1 | 5.2 | 5.3 |
| Medical laboratories | 2.5 | 2.5 | 2.7 | 2.3 | 2.2 | 2.0 | 2.2 | 2.3 | 2.3 |
| Medical goods | 28.0 | 19.4 | 21.6 | 22.9 | 22.9 | 23.2 | 23.9 | 24.9 | 25.9 |
| of which: Medicines | 25.9 | 17.5 | 17.9 | 18.7 | 18.6 | 18.8 | 19.3 | 19.8 | 20.5 |
| Transport of patients | 0.7 | 1.0 | 1.3 | 1.4 | 1.4 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.5 |
| Spending on medical goods and care | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Πίνακας 3.161 Τάσεις στις κύριες πηγές χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, 1970-2000

| | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Public | 78.5 | 80.2 | 77.9 | 77.2 | 77.1 | 77.2 | 77.2 | 77.4 | 77.1 |
| Social security | 69.3 | 74.3 | 73.7 | 73.0 | 72.9 | 72.9 | 72.9 | 73.0 | 72.8 |
| State and local authorities | 9.2 | 5.9 | 4.2 | 4.2 | 4.2 | 4.3 | 4.3 | 4.4 | 4.3 |
| Private | 21.5 | 19.8 | 22.1 | 22.8 | 22.9 | 22.8 | 22.8 | 22.6 | 22.9 |
| Private households | | | | 10.6 | 10.1 | 10.0 | 9.8 | 9.6 | 9.7 |
| Mutual insurance associations | | | 12.2 | 12.8 | 12.8 | 13.0 | 13.0 | 13.0 | |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Πίνακας 3.162 Χρηματοδότηση υγειονομικής περίθαλψης ανά κατηγορία, 2000

| | € (millions) | % | Social security | State and local authorities | Mutual insurance associations | Provident institutions | Private insurance companies | Households |
|---|-----------------|-------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------|
| All medical goods and services | 122 197 | 100.0 | 75.5 | 1.1 | 7.5 | 2.1 | 2.8 | 11.1 |
| Hospitals and curative medical facilities | 56 821 | 46.5 | 90.1 | 1.0 | 2.3 | 0.7 | 0.7 | 5.2 |
| Public hospitals | 44 286 | 36.2 | 91.1 | 1.2 | 1.4 | 0.4 | 0.5 | 5.4 |
| Private hospitals | 10 679 | 8.7 | 84.1 | 0.5 | 6.7 | 1.7 | 1.7 | 5.3 |
| Ambulatory care | 31 861 | 26.1 | 65.8 | 1.2 | 12.7 | 3.6 | 5.1 | 11.7 |
| Medical care | 15 324 | 12.5 | 74.2 | 1.4 | 12.5 | 3.1 | 4.8 | 4.0 |
| Paramedical care | 6 465 | 5.3 | 78.9 | 1.0 | 6.0 | 0.9 | 2.4 | 10.8 |
| Dental care | 6 430 | 5.3 | 34.7 | 0.6 | 20.0 | 7.5 | 8.4 | 28.7 |
| Laboratories | 2 789 | 2.3 | 72.9 | 1.3 | 13.6 | 3.3 | 6.1 | 2.7 |
| Spas | 853 | 0.7 | 25.1 | 1.3 | 9.1 | 2.7 | 1.8 | 60.0 |
| Transport | 1 873 | 1.5 | 94.5 | 0.1 | 1.6 | 0.3 | 0.7 | 2.8 |
| Pharmaceutical products | 31 642 | 25.9 | 58.1 | 1.0 | 11.7 | 3.3 | 4.2 | 21.6 |
| Medicines | 25 069 | 20.5 | 62.4 | 1.2 | 11.6 | 2.8 | 4.2 | 17.9 |
| Other products goods | 6 573 | 5.4 | 42.0 | 0.3 | 12.2 | 5.2 | 4.5 | 35.7 |

3.4.3.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Τα νοσοκομεία στη Γαλλία μπορούν να είναι είτε δημόσια, είτε ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά είτε ιδιωτικά κερδοσκοπικά.. Τα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν ένα τέταρτο όλων των νοσοκομείων (1000 από τα 4000). Είναι νομίμως αυτόνομα και διαχειρίζονται τον προϋπολογισμό τους. Υπάρχουν τρεις κατηγορίες νοσοκομείων:

- 562 Γενικά Νοσοκομεία που παρέχουν μια σειρά υπηρεσιών για οξεία περίθαλψη (ιατρική, χειρουργική επέμβαση, μαιευτική).
- 29 περιφερειακά νοσοκομεία με υψηλότερο επίπεδο ειδίκευσης ικανά να αντιμετωπίσουν και τις πιο σύνθετες περιπτώσεις.
- 349 τοπικά νοσοκομεία τα οποία δεν είναι εξοπλισμένα για να πραγματοποιήσουν χειρουργικές ή μαιευτικές επεμβάσεις.

Τα τοπικά νοσοκομεία τείνουν να είναι μικρά, με 160 κρεβάτια κατά μέσον όρο. Εκτός από αυτά τα νοσοκομεία που παρέχουν μια σειρά υπηρεσιών, υπάρχουν και 93 ψυχιατρεία. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία εμπίπτουν σε δύο κατηγορίες: μη κερδοσκοπικά ή κερδοσκοπικά.

Πίνακας 3.163 Διανομή της χωρητικότητας μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων

| | Public institutions | | Private PSPH institutions | | Private non PSPH institutions | | Total Number |
|--------------------------------------|---------------------|-------------|---------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|-----------------|
| | Number | % | Number | % | Number | % | |
| Inpatient beds (full) | | | | | | | |
| Medicine | 94 897 | 79.5 | 10 159 | 8.5 | 14 256 | 11.9 | 119 312 |
| Surgery | 48 043 | 45.9 | 8 398 | 8.0 | 48 166 | 46.0 | 104 607 |
| Obstetrics | 15 083 | 60.2 | 1 402 | 5.6 | 8 568 | 34.2 | 25 053 |
| Total | 158 023 | 63.5 | 19 959 | 8.0 | 70 990 | 28.5 | 248 972 |
| Psychiatry | 46 030 | 68.2 | 10 650 | 15.8 | 10 798 | 16.0 | 67 478 |
| Drug addiction and alcoholism | 1 174 | 64.8 | 367 | 20.3 | 271 | 15.0 | 1 812 |
| Sub-total | 205 227 | 64.5 | 30 976 | 9.7 | 82 059 | 25.8 | 318 262 |
| After-care and rehabilitation | 38 287 | 41.9 | 30 080 | 32.9 | 22 971 | 25.1 | 91 338 |
| Long term treatment | 75 273 | 91.3 | 5 040 | 6.1 | 2 121 | 2.6 | 82 434 |
| Sub-total | 318 787 | 64.8 | 66 096 | 13.4 | 107 151 | 21.8 | 492 034 |
| Inpatient beds (partial) | | | | | | | |
| Psychiatric, day or night | 21 287 | 79.5 | 5 210 | 19.5 | 279 | 1.0 | 26 776 |
| Non-psychiatric, day or night | 5 830 | 51.8 | 3 005 | 26.7 | 2 429 | 21.6 | 11 264 |
| Anaesthesia and surgery (outpatient) | 977 | 13.8 | 330 | 4.7 | 5 754 | 81.5 | 7 061 |
| Sub-total | 28 094 | 62.3 | 8 545 | 18.9 | 8 462 | 18.8 | 45 101 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.164 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ανά 100.000 άτομα πληθυσμού, 1975-2000

| Density (per 100 000 inhabitants) | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| All physicians | 146.7 | 193.7 | 266.2 | 306.0 | 323.3 | 330.3 |
| – general practitioners | 91.7 | 121.5 | 151.1 | 162.2 | 163.7 | 161.3 |
| – specialists | 54.9 | 72.2 | 115.1 | 143.8 | 159.6 | 169.0 |
| Dentists | 47.7 | 56.4 | 63.0 | 67.0 | 68.8 | 69.0 |
| Nurses | 356.5 | 457.1 | 518.8 | 538.2 | 590.6 | 651.9 |
| Midwives | 16.7 | 17.5 | 16.6 | 18.9 | 21.2 | 24.4 |
| Pharmacists | 56.0 | 67.9 | 79.7 | 90.8 | 97.7 | 99.4 |
| Medical students | 195.2 | 157.9 | 101.6 | 82.5 | 92.2 | 82.3 ^a |
| Nurse students | 98.9 | 87.7 | 72.9 | 66.0 | 91.4 | 86.2 ^b |

Η ιατρική κατάρτιση διαιρείται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση (PCEM) πραγματοποιείται σε δύο έτη. Οποιοσδήποτε σπουδαστής με τα απαραίτητα προσόντα για εγγραφή σε ένα πανεπιστήμιο μπορεί να εγγραφεί στο πρώτο έτος, το οποίο είναι κοινό για τους σπουδαστές της ιατρικής και της οδοντιατρικής. Μια εξέταση περιορίζει την πρόσβαση στο δεύτερο έτος. Η δεύτερη φάση ιατρικής κατάρτισης διαρκεί τέσσερα έτη και περιλαμβάνει και τη θεωρητική και πρακτική κατάρτιση.

Οι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες (ιατροί παθολόγοι, ειδικοί, οδοντίατροι, νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, μαιείς, προσωπικό ασθενοφόρων, λογοθεραπευτές και εργαστηριακοί τεχνικοί) παρέχουν τη μεγάλη πλειοψηφία των υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών και ένα μεγάλο ποσοστό των υπηρεσιών για τους ασθενείς στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Αυτοί οι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες πληρώνονται άμεσα για τις υπηρεσίες που παρέχουν.

Οι γιατροί που εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία είναι κρατικοί υπάλληλοι που ωφελούνται από συνθήκες απασχόλησης παρόμοιες με εκείνες των δημόσιων υπαλλήλων. Η μέθοδος και το ποσό πληρωμής ποικίλλει σύμφωνα με την κατηγορία:

- οι πανεπιστημιακοί γιατροί νοσοκομείων είναι ταξινομημένοι ως κρατικοί υπάλληλοι και η αμοιβή τους αποτελείται από έναν πανεπιστημιακό μισθό και τις αμοιβές από το νοσοκομείο
- οι πλήρεις ή μερικής απασχόλησης γιατροί νοσοκομείων πληρώνονται σε μηνιαία βάση σύμφωνα με το βαθμό τους (αρχαιότητα). Επίσης λαμβάνουν διάφορα επιδόματα για επιπρόσθετες υπηρεσίες.

3.4.3.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη που δεν απαιτεί εισαγωγή του ασθενούς σε νοσοκομείο παρέχεται από τους αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, τους οδοντιάτρους και τους ιατρικούς βοηθούς που ασκούν τις πρακτικές τους μετά την αποφοίτησή τους από την Ιατρική σχολή, και σε μικρότερη έκταση από το μισθοδοτημένο προσωπικό των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Περίπου 1000 κέντρα υγείας, που διοικούνται συνήθως από τις τοπικές αρχές προσφέρουν την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών στις μειονεκτούσες ομάδες.

Τα ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες που αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα της υγείας περιλαμβάνουν:

- Τις νοσοκομειακές δαπάνες σε δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία
- Τις δαπάνες της περίθαλψης των εξωτερικών ασθενών από ιατρούς παθολόγους, οδοντιάτρους και μαίες
- Τις δαπάνες από διαγνωστικές υπηρεσίες
- Το κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων και των ιατρικών συσκευών

Πίνακας 3.165 Αποζημίωση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του συνολικού κόστους, 1999-2000

| | Theoretical average reimbursement rate % | Actual average reimbursement rate % | Final average reimbursement rate % |
|---------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| Visits to a doctor | 70 | 81 | 75.0 |
| Dental care | 70 | 73 | 34.9 |
| Medical auxiliaries | 60 | 92 | 79.0 |
| Laboratories | 60 | 77 | 73.3 |
| Pharmaceuticals | 35, 65, 100 | 73 | 61.5 |
| Hospital care | 80 | – | 90.2 |

Φαρμακευτικές δαπάνες- παροχές

Προκειμένου να αποζημιωθεί από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, ένα φάρμακο πρέπει να περιληφθεί στο κατάλογο των πληρωτέων φαρμάκων ο οποίος καθορίζεται με υπουργική διάταξη κατόπιν συμβουλής της Επιτροπής Διαφάνειας και της οικονομικής Επιτροπής για τα ιατρικά προϊόντα (CEPS). Για να περιληφθεί στον κατάλογο των πληρωτέων φαρμάκων το φάρμακο πρέπει είτε να συμβάλλει στην βελτίωση της υγείας μετά την λήψη του, είτε να συμβάλλει σε μια μείωση του κόστους της θεραπείας.

Φάρμακα που θεωρούνται ιδιαίτερος ακριβά αποζημιώνονται πλήρως ενώ αυτά που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ενός όχι συνήθως σοβαρού προβλήματος αποζημιώνονται σε ποσοστό 35%. Όλα τα υπόλοιπα αποζημιώνονται σε ποσοστό 65%. Από την 1η Οκτωβρίου του 1999, για να συμπεριληφθεί ένα φάρμακο στο θετικό κατάλογος θα πρέπει να συνοδεύεται από τον δείκτη ιατρικής υπηρεσίας (SMR). Η Επιτροπή διαφάνειας αξιολογεί το SMR σύμφωνα με πέντε κριτήρια:

- την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου και τις πιθανές παρενέργειές του
- τη θέση του στη θεραπευτική διαδικασία, σε σχέση με την διαθέσιμη εναλλακτική θεραπεία
- τις θεραπευτικές, προληπτικές ή συμπτωματικές ιδιότητες του φαρμάκου
- το βαθμό σημαντικότητάς του στη δημόσια υγεία

Πίνακας 3.166 Ποσοστό αποζημίωσης όπως αυτό καθορίστηκε από το διάταγμα της 27ης Οκτωβρίου του 1999

| Medical service rendered | Serious conditions | Conditions "not usually of a serious nature" |
|-----------------------------------|--------------------|--|
| Major or considerable | 65% | 35% |
| Moderate | 35% | 35% |
| Low but reimbursable by insurance | 35% | 35% |
| Insufficient | 0% | 0% |

Όπως και η παραγωγή, έτσι και η διανομή των φαρμάκων είναι αυστηρώς ρυθμισμένη, τόσο για τους χονδρέμπορους όσο και για τα φαρμακεία. Το 79% του κύκλου εργασιών της φαρμακευτικής βιομηχανίας στα πραγματοποιείται από τους χονδρέμπορους ενώ το 15% από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Τα φαρμακεία έχουν ένα μονοπώλιο στη διανομή των φαρμάκων. Μόνο οι καταρτισμένοι φαρμακοποιοί μπορούν να είναι ιδιοκτήτες ενός φαρμακείου. Ο συνολικός αριθμός των φαρμακείων αυτή την περίοδο ανέρχεται σε 22.700

3.4.4 ΓΕΡΜΑΝΙΑ



3.4.4.1 Εισαγωγή

Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας είναι τοποθετημένη στην κεντρική Ευρώπη και καλύπτει μια περιοχή περίπου 357.000 τετραγωνικών χιλιομέτρων. Έχει 82.5 εκατομμύρια κατοίκους, εκ των οποίων τα 42.2 εκατομμύρια είναι γυναίκες και τα 40.3 εκατομμύρια είναι άνδρες. Αποτελείται από 16 ομοσπονδιακά κρατίδια κάθε ένα εκ των οποίων έχει σύνταγμα το οποίο είναι σύμφωνο με τις δημοκρατικές και κοινωνικές αρχές που ενσωματώνονται στο εθνικό σύνταγμα (γνωστό ως βασικός νόμος ή Grundgesetz). Οι -σύμφωνα με το σύνταγμα-καθορισμένοι οργανισμοί με νομοθετικές λειτουργίες είναι η ομοσπονδιακή συνέλευση και το ομοσπονδιακό Συμβούλιο

Σύμφωνα με έρευνα του 2003, το 89% των ερωτηθέντων παρουσιάζονταν υγιείς, το 10% άρρωστοι και το 1% τραυματισμένοι λόγω ατυχήματος. Το 93% των παιδιών κάτω των πέντε ετών παρουσιαζόταν υγιείς. Τα στοιχεία από τα ταμεία ασφάλισης ασθένειας δείχνουν ότι το ποσοστό των άρρωστων μειώθηκε από 4.9% το 1991 σε 3.6% το 2003, απεικονίζοντας τις συνθήκες υγιεινής που επικρατούν στην χώρα. Το 2003, η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση έφθασε τα 75.6 έτη για τους άνδρες και τα 81.6 έτη για τις γυναίκες.

Η ανάπτυξη του σύγχρονου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας χρονολογείται το 1883, όταν πέρασε το Κοινοβούλιο ένας νόμος που κατέστησε την ασφάλιση υγείας υποχρεωτική σε εθνικό επίπεδο για ορισμένους υπαλλήλους. Αυτή η ασφάλεια υγείας επρόκειτο να βασιστεί στην αλληλεγγύη ενώ χτίστηκε επάνω σε ήδη υπάρχοντα εθελοντικά ή υποχρεωτικά σχήματα κοινωνικής ασφάλισης. Τα οφέλη από αυτή την ασφάλιση επρόκειτο να χρηματοδοτηθούν από τις συνεισφορές των μελών και των εργοδοτών τους. Η Γερμανία επομένως αναγνωρίζεται ως η πρώτη χώρα που εισήγαγε ένα Εθνικό Σύστημα Ασφαλείας. Στις επόμενες δεκαετίες η αρχή της κοινωνικής ασφάλισης, αποκαλούμενη «σύστημα του Bismarck», εφαρμόστηκε για να καλύψει τους κινδύνους που απορρέουν από τα εργασιακά ατυχήματα, τη μεγάλη ηλικία και την ανεργία. Η δομική συνοχή της κοινωνικής ασφάλισης είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά που συνετέλεσαν θετικά για την ιστορική ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος της Γερμανίας μέχρι και σήμερα.

3.4.4.2 Οργανωτική δομή

Μια θεμελιώδης άποψη του γερμανικού πολιτικού συστήματος - και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης συγκεκριμένα - είναι η διανομή των δυνατοτήτων λήψης αποφάσεων μεταξύ των ομοσπονδιακών κρατιδίων, της ομοσπονδιακής κυβέρνησης και των διαφόρων οργανώσεων των πολιτών. Στην υγειονομική περίθαλψη, οι κυβερνόντες παραδοσιακά εκπροσωπούν, με ιδιότητα μέλους, τις αυτορρυθμιζόμενες οργανώσεις των πελατών και των παρόχων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Στο - για την υγειονομική περίθαλψη - προεξέχον σχέδιο, η ασφάλεια υγείας, τα ταμεία ασφάλισης, οι ενώσεις των καταναλωτών και οι ενώσεις των παθολόγων έχουν χαρακτήρα ημιδημόσιων εταιριών. Αυτοί οι σωματειακοί οργανισμοί αποτελούν τις αυτορρυθμιζόμενες δομές που λειτουργούν για τη χρηματοδότηση της ασφάλειας υγείας καθώς και για την παροχή των οφελών που καλύπτονται από τη ασφάλεια υγείας μέσα στο υπάρχον νομικό πλαίσιο. Είναι υποχρεωτική η ιδιότητα μέλους όπως επίσης και η εσωτερική δημοκρατική νομιμοποίηση.

Ομοσπονδιακό επίπεδο

Στο εθνικό επίπεδο, η ομοσπονδιακή συνέλευση, το ομοσπονδιακό Συμβούλιο και το ομοσπονδιακό υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι τα κύρια κεντρικά όργανα. Από το 2002 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης έχει αναδιοργανωθεί σε οκτώ τμήματα με δύο ή τρεις τομείς το καθένα:

- Τμήμα διοίκησης
- Τμήμα Ευρωπαϊκή υγείας και κοινωνικής πολιτικής
- Τμήμα προγραμματισμού, καινοτομίας και πληροφοριών
- Τμήμα φαρμακευτικών ειδών
- Τμήμα υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλειας υγείας,
- Τμήμα πρόληψης και καταπολέμησης της ασθένειας
- Τμήμα κοινωνικής ασφάλισης και ασφάλισης συνταξιοδότησης
- Τμήμα ζητημάτων ατόμων με ειδικές ανάγκες

Σε άμεση συνεργασία με το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων βρίσκεται η Επιτροπή ναρκωτικών φαρμάκων της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, η Επιτροπή της ομοσπονδιακής κυβέρνησης για τα προβλήματα των ατόμων με ειδικές ανάγκες, η Επιτροπή της ομοσπονδιακής κυβέρνησης για τις εκλογές στο σωματείο της Ασφάλειας της υγείας και η Επιτροπή της ομοσπονδιακής κυβέρνησης για τα προβλήματα των ασθενών.

Επίπεδο ομοσπονδιακών κρατιδίων

Η ομοσπονδιακή δομή αντιπροσωπεύεται κυρίως από τις 16 ομοσπονδιακές κυβερνήσεις και, σε μικρότερη έκταση, από τα κρατικά νομοθετικά σώματα. Το 2003, 13 από τις 16 κυβερνήσεις ομοσπονδιακών κρατιδίων είχαν ένα υπουργείο με την «λέξη υγεία» στο όνομά του. Εντούτοις, κανένα δεν είχε αποκλειστικό υπουργείο υγείας. Οι αρμοδιότητες των ομοσπονδιακών κρατιδίων στον τομέα της υγείας έχουν να κάνουν με ζητήματα όπως :

- Υπηρεσίες δημόσιας υγείας και περιβαλλοντικής υγιεινής
- Υπηρεσίες προώθησης της υγείας
- Υπηρεσίες πρόληψης
- Προγραμματισμός και διοίκηση των τοπικών κρατικών νοσοκομείων
- Επίβλεψη των επαγγελματιών υγείας και των επαγγελματικών οργάνων
- επίβλεψη των φαρμακοποιών

Σωματειακό επίπεδο

Πάροχοι

Για το υπάρχον σχήμα ασφάλισης υγείας το σωματείο αντιπροσωπεύεται από ενώσεις παθολόγων και οδοντιάτρων από την πλευρά των παρόχων και από τα ταμεία ασφάλισης και τις ενώσεις τους από την πλευρά των αγοραστών. Υπάρχει αντίστοιχες ενώσεις σε κάθε ένα από τα 16 ομοσπονδιακά κρατίδια.

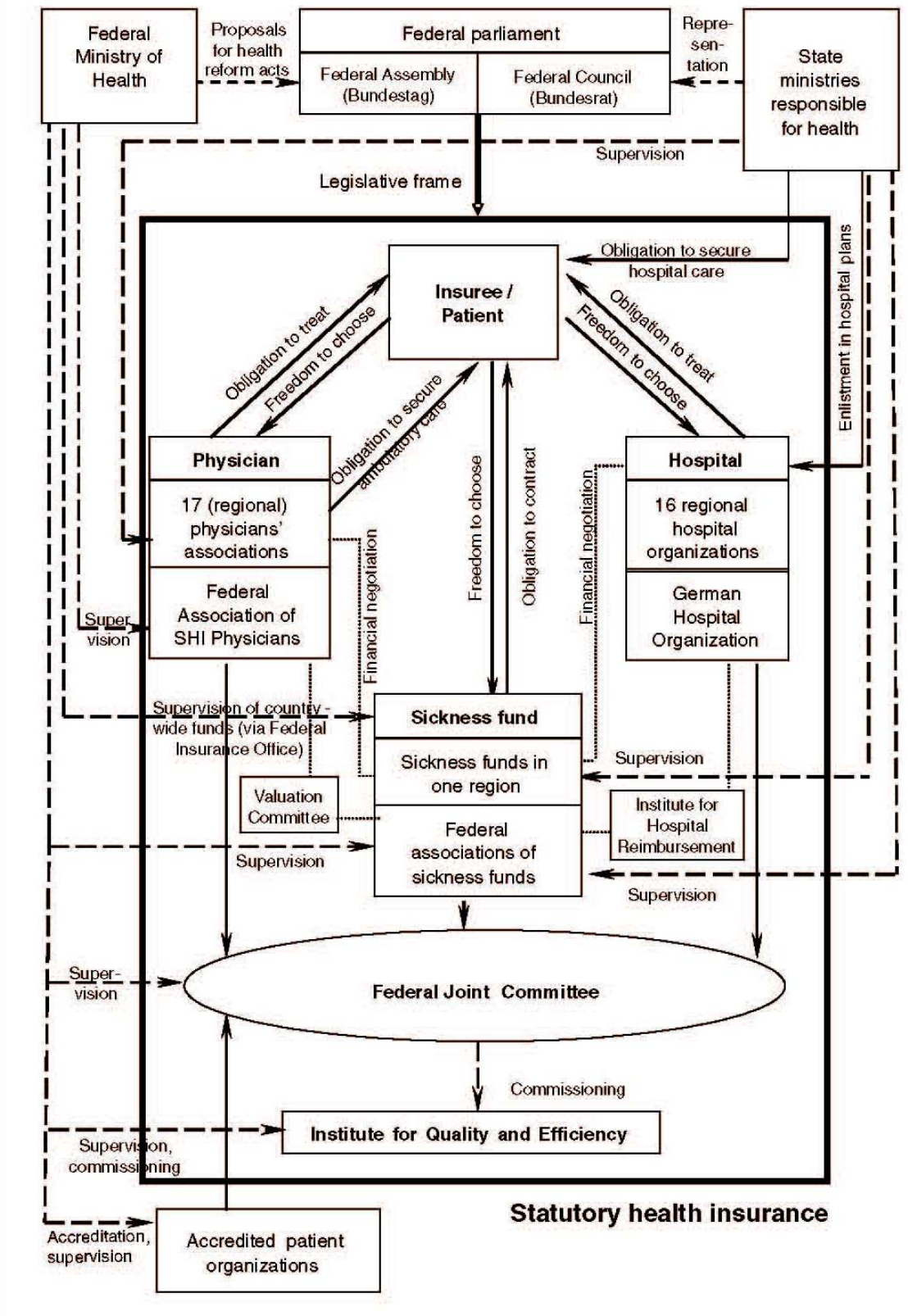
Αγοραστές

Η πλευρά των αγοραστών αποτελείται από τα αυτόνομα ταμεία ασθένειας που οργανώνονται σε περιφερειακή ή και ομοσπονδιακή βάση. Τον Ιανουάριο του 2004 υπήρξαν 292 ταμεία ασθένειας με περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους (περίπου 50.7 εκατομμύρια μέλη συν οι οικογένειές τους) και 49 ιδιωτικές επιχειρήσεις ασφάλισης υγείας που καλύπτουν περίπου 7.1 εκατομμύρια πλήρως ασφαλισμένων ανθρώπων.

Πίνακας 3.167 Αριθμός ταμείων ασφάλισης , 1993-2004

| | 1993 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| General regional funds | 269 | 92 | 18 | 18 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Company-based funds | 744 | 690 | 457 | 386 | 361 | 337 | 318 | 282 | 255 | 229 |
| Substitute funds | 15 | 15 | 14 | 13 | 13 | 12 | 12 | 12 | 12 | 10 |
| Guild funds | 169 | 140 | 43 | 43 | 42 | 32 | 28 | 25 | 24 | 20 |
| Farmers' funds | 22 | 21 | 20 | 20 | 20 | 20 | 19 | 17 | 15 | 14 |
| Sailors' fund | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Miners' fund | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Total | 1 221 | 960 | 554 | 482 | 455 | 420 | 396 | 355 | 325 | 292 |

Πίνακας 3.168 Διάγραμμα οργανωτικής δομής του Γερμανικού συστήματος υγείας



3.4.4.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία χαρακτηρίζεται από ένα πλουραλιστικό σύστημα. Η ασφάλιση υγείας είναι η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, και καλύπτει σχεδόν το 88% του πληθυσμού. Το 10% του πληθυσμού έχει συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ένα 0.2% του πληθυσμού, που είναι περίπου 170 000 άτομα, δεν έχει καμία προπληρωμένη κάλυψη για την υγειονομική περίθαλψη. Μεταξύ των ανασφάλιστων υπάρχουν κυρίως αυτοαπασχολούμενοι, πλούσιοι αλλά και φτωχοί, και πρόσωπα που δεν κατάφεραν να αποπληρώσουν τα ασφάλιστρα για ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Η ιδιότητα μέλους των ταμείων ασφάλισης είναι υποχρεωτική για τους υπαλλήλους των οποίων το ακαθάριστο εισόδημα δεν υπερβαίνει ένα ορισμένο επίπεδο. Αυτό το όριο αυξήθηκε από €3375 το μήνα σε €3825 το μήνα. Από το 1949 έως το 2004, οι συνεισφορές καταβάλλονται εξίσου και από τους ασφαλισμένους και από τους εργοδότες τους. Παίρνοντας το τρέχον μέσο ποσοστό συμβολής το οποίο βρίσκεται στα επίπεδα του 14.2% για παράδειγμα ο ασφαλισμένος πληρώνει σαν συνεισφορά το 7.1% του εισοδήματός του. Για τους ανθρώπους με αποδοχές κάτω από ένα κατώτατο όριο το οποίο έχει οριστεί στα €400, μόνο οι εργοδότες πληρώνουν τις συνεισφορές στα ταμεία ασφάλισης. Στην περίπτωση των συνταξιούχων και άνεργων ανθρώπων, τα συνταξιοδοτικά ταμεία και η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία απασχόλησης αναλαμβάνουν το ρόλο της χρηματοδότησης.

Συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης

Τρεις άλλες συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης μπορούν να προσδιοριστούν. Αυτές είναι : οι φόροι, οι συμπληρωματικές πληρωμές των ασθενών και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Φόροι

Οι φόροι χρησιμοποιούνται ως μέτρια πηγή χρηματοδότησης στο υγειονομικό σύστημα. Ο νόμος χρηματοδότησης των νοσοκομείων του 1972 εισήγαγε τη διπλή αρχή χρηματοδότησης στον τομέα των νοσοκομείων. Αυτό σημαίνει ότι οι δαπάνες επένδυσης χρηματοδοτούνται από τους κρατικούς φόρους και ότι οι τρέχουσες δαπάνες πληρώνονται από τα ταμεία ασφάλισης ή τους ασθενείς. Οι φόροι χρησιμοποιούνται επίσης για τη χρηματοδότηση της έρευνας στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και της εκπαίδευσης των ιατρών, των οδοντιάτρων, των φαρμακοποιών, των νοσοκόμων και των υπολοίπων εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Συμπληρωματικές πληρωμές

Οι συμπληρωματικές δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών αυξήθηκαν από 10.7% το 1992 σε 12.2% το 2002. Οι συμπληρωματικές πληρωμές αφορούν πληρωμές για οφέλη που καλύπτονται εν μέρει από το υπάρχον σχήμα ασφάλισης υγείας.

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

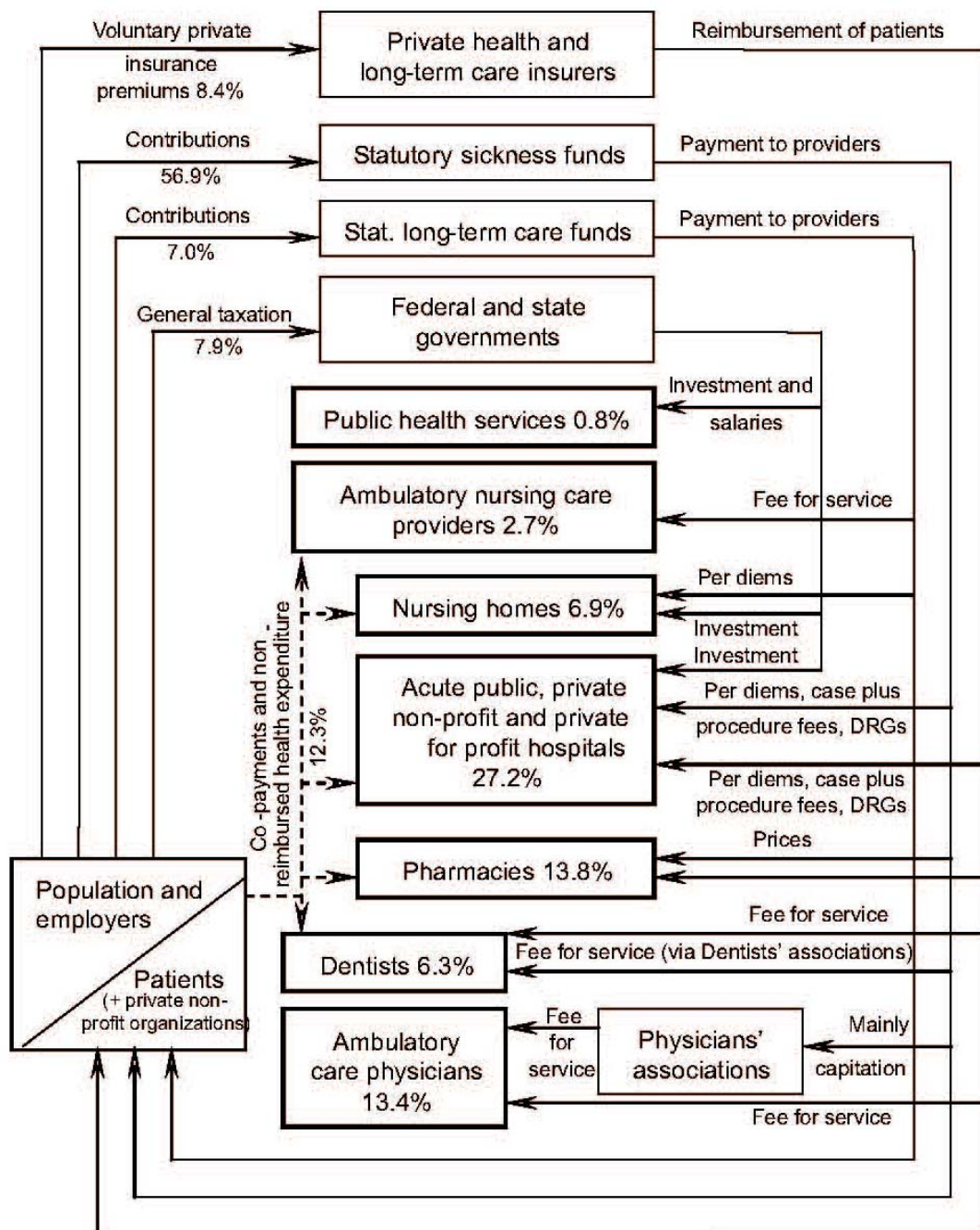
Η ιδιωτική ασφάλεια υγείας στη Γερμανία έχει δύο σημαντικές λειτουργίες : καλύπτει πλήρως μια μερίδα του πληθυσμού και προσφέρει συμπληρωματική ασφάλιση των ήδη ασφαλισμένων. Τα άτομα του πληθυσμού με πλήρη ιδιωτική ασφάλιση υγείας διαιρούνται σε τρεις κύριες ομάδες:

- Ενεργοί και συνταξιούχοι μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι οι οποίοι αποκλείονται ντε φάκτο από το ισχύον σύστημα ασφάλισης δεδομένου ότι τους επιστρέφεται από την κυβέρνηση τουλάχιστον το 50% των ιδιωτικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Συνάπτουν δε ιδιωτική ασφάλιση για να καλύψουν το υπόλοιπο 50%
- Ελεύθεροι επαγγελματίες που αποκλείονται από το ισχύον σύστημα ασφάλισης εκτός εάν είναι προηγουμένως μέλος σε αυτό.
- Εργαζόμενα άτομα που έχουν αποχωρήσει από το ισχύον σύστημα ασφάλισης μιας και το εισόδημά τους υπερβαίνει το κατώτατο όριο.

Πίνακας 3.169 Κύριες πηγές χρηματοδότησης ,1992-2002

| | 1992 | 1994 | 1996 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Public sources | 77.7 | 77.0 | 77.2 | 75.3 | 74.8 | 75.5 | 74.9 | 75.2 |
| Taxes | 13.0 | 12.9 | 10.8 | 8.1 | 8.0 | 7.9 | 7.8 | 7.8 |
| Statutory health insurance | 60.7 | 59.7 | 57.4 | 56.7 | 56.8 | 56.9 | 57.0 | 56.9 |
| Statutory retirement insurance | 2.3 | 2.4 | 2.4 | 1.7 | 1.7 | 1.8 | 1.8 | 1.7 |
| Statutory accident insurance | 1.8 | 1.9 | 1.7 | 1.7 | 1.8 | 1.7 | 1.7 | 1.7 |
| Statutory long-term care insurance | n. a. | n. a. | 4.9 | 7.0 | 7.1 | 7.2 | 7.0 | 7.0 |
| Private sources | 22.3 | 23.0 | 22.8 | 24.7 | 25.2 | 24.5 | 25.1 | 24.7 |
| Out-of-pocket payments/NGOs | 10.7 | 11.1 | 11.3 | 12.6 | 12.3 | 12.2 | 12.3 | 12.2 |
| Private insurance | 7.3 | 7.6 | 7.3 | 7.8 | 8.3 | 8.2 | 8.2 | 8.4 |
| Employer | 4.3 | 4.3 | 4.2 | 4.2 | 4.1 | 4.1 | 4.1 | 4.1 |

Πίνακας 3.170 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



Πίνακας 3.171 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1970-2002

| | 1970 | 1980 | 1990 | 1992 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total expenditure on health care | | | | | | | | | | | | |
| - in current prices (billion €) | 21.7 | 66.4 | 108.3 | 159.8 | 190.4 | 199.4 | 200.2 | 204.7 | 210.4 | 214.9 | 223.0 | 230.0 |
| - in constant 1995 GDP prices (billion €) | 55.2 | 102.1 | 125.7 | 173.2 | 190.4 | 197.4 | 196.7 | 199.1 | 203.6 | 208.4 | 213.6 | 216.9 |
| - in current prices per capita (€) | 223 | 824 | 1 600 | 1 982 | 2 331 | 2 434 | 2 441 | 2 495 | 2 563 | 2 613 | 2 708 | 2 789 |
| - in current prices per capita (US\$ PPP) | 266 | 955 | 1 729 | 1 962 | 2 263 | 2 410 | 2 416 | 2 470 | 2 563 | 2 640 | 2 735 | 2 817 |
| - as share of GDP (%) | 6.2 | 8.7 | 8.5 | 9.9 | 10.6 | 10.9 | 10.7 | 10.6 | 10.6 | 10.6 | 10.8 | 10.9 |
| Public expenditure on health care | | | | | | | | | | | | |
| - as share of total expenditure on health care (%) | 72.8 | 78.7 | 76.2 | 80.9 | 80.5 | 80.6 | 79.1 | 78.6 | 78.6 | 78.8 | 78.6 | 78.5 |
| - as share of GDP (%) | 4.5 | 6.8 | 6.5 | 7.7 | 8.5 | 8.8 | 8.5 | 8.3 | 8.4 | 8.3 | 8.5 | 8.6 |

3.4.4.4 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Ένα κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία είναι ο σαφής θεσμικός χωρισμός μεταξύ των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, και των νοσοκομειακών παροχών. Ενώ οι συγκεκριμένοι στόχοι των υπηρεσιών δημόσιας υγείας διαφέρουν μεταξύ των ομοσπονδιακών κρατιδίων, εντούτοις περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες που συνδέονται με την παροχή υπηρεσιών σε επιλεγμένες ομάδες. Οι παροχές αυτές μπορεί να είναι:

- επιτήρηση των μεταδοτικών ασθενειών
- υποβολή έκθεσης υγείας
- επίβλεψη των νοσοκομείων, των οργάνων για την παροχή χειρουργικής επέμβαση καθώς και των δραστηριοτήτων
- εξετάσεις των παιδιών των σχολείων
- υπηρεσίες περίθαλψης για άτομα με συγκεκριμένες μεταδοτικές ασθένειες

Ανεξαρτήτως της θέσης, του ποσού της συμβολής που καταβάλλεται και της διάρκειας της ασφάλειας, όλα τα μέλη στο σχήμα ασφάλισης καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους έχουν δικαίωμα στα ίδια οφέλη. Αναλόγως με την κύρια πηγή χρηματοδότησης, η ασφάλεια υγείας, παρέχει τις παρακάτω υπηρεσίες :

- Πρόληψη της ασθένειας,
- Προώθηση υγείας στον εργασιακό χώρο
- Θεραπεία της ασθένειας (ιατρική φροντίδα εξωτερικών ασθενών, οδοντική περίθαλψη, φαρμακευτική περίθαλψη)
- Παροχή έκτακτης ανάγκης και διάσωσης,
- Μεταφορά σε κέντρα περίθαλψης.

Εκτός από αυτά τα οφέλη σε είδος, τα ταμεία ασφάλισης δίνουν αποζημίωση στα εργαζόμενα μέλη τους ίση με το 70% του τελευταίου ακαθάριστου μισθού (μέγιστο 90% του καθαρού μισθού), από την έβδομη (7) εβδομάδα μέχρι την εβδομηκοστή όγδοη (78)εβδομάδα της επικυρωμένης ασθένειας, ενώ οι εργοδότες συνεχίζουν να πληρώνουν το 100% του μισθού κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων της ασθένειας. Η υγειονομική περίθαλψη για τους εξωτερικούς ασθενείς παρέχεται κυρίως από ιδιωτικούς παρόχους, συμπεριλαμβανομένων διάφορων παθολόγων, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και φυσιοθεραπευτών. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή των παθολόγων, των ψυχοθεραπευτών, των οδοντιάτρων, των φαρμακοποιών, και των πάροχων νοσηλευτικής προσοχής.

Πίνακας 3.172 Δαπάνες και αποζημιώσεις της μακροπρόθεσμης ασφάλισης, 1996-2003 (δις Ευρώ)

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Expenditures on benefits | 10.3 | 14.3 | 15.1 | 15.6 | 15.9 | 16.0 | 16.5 | 16.6 |
| – Cash-benefits | 4.4 | 4.3 | 4.3 | 4.2 | 4.2 | 4.1 | 4.2 | 4.1 |
| – Social insurance contributions for caregivers | 0.9 | 1.2 | 1.2 | 1.1 | 1.1 | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| – Professional care during holidays of caregivers | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 |
| – Short-term care | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| – Day-/ Night care | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| – Nursing aids and support technologies | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 |
| – Ambulatory care benefits in-kind | 1.5 | 1.8 | 2.0 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.4 |
| – Nursing care in homes | 2.7 | 6.4 | 6.8 | 7.2 | 7.5 | 7.8 | 8.0 | 8.2 |
| – Nursing care in homes for disabled | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| Expenditures of the medical review board (50%) ^b | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| Administration | 0.4 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 |
| Total expenditures | 10.9 | 15.1 | 15.9 | 16.4 | 16.7 | 16.9 | 17.4 | 17.6 |
| Total revenues | 12.0 | 15.9 | 16.0 | 16.3 | 16.6 | 16.8 | 17.0 | 16.9 |
| Saldo ^a | +1.2 | +0.8 | +0.1 | -0.0 | -0.1 | -0.1 | -0.4 | -0.7 |

Φαρμακευτικές παροχές-δαπάνες

Η βιομηχανία φαρμάκων στη Γερμανία είναι μεταξύ των ισχυροτέρων στις αναπτυσσόμενες χώρες και συμβάλλει σημαντικά στις εξαγωγές . Περίπου 1100 φαρμακοβιομηχανίες με 114 800 εργαζομένους αναπτύσσουν δραστηριότητες στη Γερμανία (2002). Από το συνολικό κύκλο εργασιών της βιομηχανίας φαρμάκων που ανήλθε σε €23.2 δισεκατομμύρια το 2002, τα €11.4 δισεκατομμύρια εισπράχθηκαν από την εγχώρια αγορά και τα €11.8 δισεκατομμύρια από τις εξαγωγές .Η παγκοσμιοποίηση της γερμανικής φαρμακευτικής αγοράς αποδεικνύεται με τον τριπλασιασμό του κύκλου εργασιών εισαγωγών και εξαγωγών (€13.1 δισεκατομμύρια το 2001) από το 1992.

Τα φαρμακευτικά είδη μπορούν να διανεμηθούν από νοσοκομεία, δημόσια φαρμακεία και διαπιστευμένα εμπορικά καταστήματα. Τα δημόσια φαρμακεία είναι σαφώς κυρίαρχα στη διανομή: από τις 1647 εκατομμύρια συσκευασίες που πωλήθηκαν το 2002, το 93% πωλήθηκε από τα φαρμακεία και μόνο το 7% από τα καταστήματα. Τα καταστήματα πωλούν κυρίως βιταμίνες, ανόργανα άλατα και μερικά βιολογικά προϊόντα.

Έως και το 2003, τα περισσότερα φάρμακα καλύπτονταν από την ασφάλιση αλλά υπήρχαν και μερικές αλλά σημαντικές εξαιρέσεις:

- Φάρμακα για τις «τετριμμένες» ασθένειες (κοινά κρύα, φάρμακα για τη στοματική κοιλότητα και καθαρτικά
- Τα «ανεπαρκή» φάρμακα, εννοώντας τα φάρμακα που δεν έφεραν τον επιθυμητό σκοπό ή που συνδυάζονταν με περισσότερα από τρία φάρμακα.

Από το 2004, με το νόμο εκσυγχρονισμού του σχήματος ασφάλισης επήλθαν ουσιαστικές αλλαγές στην κάλυψη με την προσθήκη μίας ακόμα ομάδας αποκλεισμένων φαρμάκων:

- Τα αποκαλούμενα φάρμακα τρόπου ζωής έχουν αποκλειστεί νόμιμα από τον κατάλογο οφελών.

Πίνακας 3.173 Φαρμακευτικές δαπάνες ,1992-2002

| | 1992 | 1993 | 1995 | 1997 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total expenditures on pharmaceuticals (billion €) | 25.9 | 24.4 | 27.0 | 28.8 | 31.4 | 32.4 | 35.0 | 36.6 |
| by SHI | 18.7 | 16.2 | 18.3 | 18.7 | 21.0 | 22.0 | 24.2 | 25.6 |
| by private health insurance | 1.9 | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 2.1 |
| by private households ^b | 4.7 | 5.7 | 6.1 | 7.3 | 6.9 | 6.6 | 6.8 | 6.7 |
| by other sources ^c | 0.6 | 1.5 | 1.5 | 1.6 | 1.8 | 2.0 | 2.1 | 2.2 |
| on drugs in acute hospitals (billion €) | 2.3 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 2.9 | 2.9 | 3.0 |
| on drugs from pharmacies (billion €) | 22.5 | 20.8 | 23.2 | 24.5 | 27.0 | 27.7 | 30.2 | 31.4 |
| Expenditures on drugs from pharmacies^d (billion €) | 22.5 | 21.1 | 23.7 | 25.2 | 27.8 | 28.5 | 31.0 | 32.2 |
| – as % of GDP | 1.40 | 1.27 | 1.32 | 1.34 | 1.40 | 1.40 | 1.49 | 1.53 |
| by SHI (billion €) | 16.6 | 14.2 | 16.1 | 16.4 | 18.5 | 19.3 | 21.4 | 22.5 |
| – as % of GDP | 1.03 | 0.86 | 0.89 | 0.87 | 0.94 | 0.95 | 1.03 | 1.07 |
| – as % of total SHI expenditures | 16.8 | 14.4 | 14.2 | 14.2 | 15.2 | 15.5 | 16.6 | 16.9 |
| by private health insurance (billion €) | 0.8 | 0.9 | 0.9 | 1.0 | 1.5 | 1.6 | 1.8 | 2.0 |
| by private households ^b (billion €) | 3.9 | 4.8 | 5.4 | 6.3 | 6.1 | 5.9 | 6.1 | 6.0 |
| – on co-payments (a) | 0.7 | 1.2 | 1.5 | 2.3 | 2.0 | 1.8 | 1.8 | 1.8 |
| by other sources ^c (billion €) | 1.2 | 1.0 | 1.3 | 1.3 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | 1.7 |

3.4.4.5 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Πίνακας 3.174 Αριθμός κρεβατιών στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις

| | 1991 | 1993 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|-----------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| Hospital beds | 1 012 | 966 | 968 | 938 | 930 | 920 | 912 | 901 |
| Acute hospital beds | 748 | 713 | 691 | 659 | 651 | 644 | 636 | 627 |
| Psychiatric hospital beds | 154 | 132 | 132 | 127 | 127 | 127 | 128 | 127 |
| Nursing & elderly home beds | 337 | 370 | 370 | 443 | - | 786 | - | 819 |

Πίνακας 3.175 Αριθμός κρεβατιών στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις, ανά ομοσπονδιακό κρατίδιο , 1991-2001

| <i>Land</i> | General and psychiatric beds per 1000 population (ratio to German average) | | Change 1991-2001 | Capital investment in €/ bed 2001 |
|-------------------------------|--|-------------|------------------|-----------------------------------|
| | 1991 | 2001 | | |
| Baden-Württemberg | 6.97 (0.84) | 6.04 (0.90) | -13.3% | 5 296 |
| Bavaria | 7.63 (0.92) | 6.74 (1.01) | -11.7% | 7 688 |
| Berlin | 11.57 (1.39) | 6.68 (1.00) | -42.3% | 7 737 |
| Brandenburg | 8.95 (1.08) | 6.22 (0.93) | -30.5% | 10 239 |
| Bremen | 10.66 (1.28) | 9.17 (1.37) | -14.0% | 4 628 |
| Hamburg | 9.16 (1.10) | 7.38 (1.10) | -19.4% | 7 933 |
| Hesse | 7.53 (0.91) | 6.34 (0.95) | -15.8% | 5 265 |
| Mecklenburg-Western Pomerania | 8.39 (1.01) | 6.33 (0.94) | -24.6% | 11 301 |
| Lower Saxony | 7.51 (0.90) | 6.02 (0.90) | -19.8% | 4 793 |
| North Rhine-Westphalia | 9.19 (1.10) | 7.47 (1.11) | -18.7% | 3 444 |
| Rhineland-Palatinate | 7.65 (0.92) | 6.56 (0.98) | -14.2% | 5 416 |
| Saarland | 8.80 (1.06) | 7.07 (1.06) | -19.7% | 5 716 |
| Saxony | 9.06 (1.09) | 6.76 (1.01) | -25.4% | 10 085 |
| Saxony-Anhalt | 8.98 (1.08) | 7.02 (1.05) | -21.8% | 10 512 |
| Schleswig-Holstein | 6.90 (0.83) | 5.87 (0.85) | -14.9% | 4 693 |
| Thuringia | 8.79 (1.06) | 7.15 (1.07) | -18.7% | 10 988 |
| GERMANY | 8.32 (1.00) | 6.70 (1.00) | -19.5% | 6 130 |

Ανθρώπινο δυναμικό

Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας σημαντικός τομέας απασχόλησης στη Γερμανία, με 4.2 εκατομμύρια κάτοικους να απασχολούνται στον τομέα της υγείας.

Πίνακας 3.176 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1992-2002(ανά 1000 άτομα)

| | 1992 | 1994 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Physicians | 284 | 300 | 311 | 313 | 318 | 321 | 326 | 330 | 336 |
| – general practitioners | 118 | 121 | 115 | 110 | 108 | 106 | 107 | 106 | 106 |
| Dentists | 70 | 73 | 75 | 76 | 76 | 76 | 77 | 78 | 79 |
| Pharmacists | 53 | 54 | 56 | 57 | 58 | 58 | 58 | 58 | 59 |
| Nurses | – | – | – | 924 | 938 | 949 | 962 | 973 | – |
| Midwives | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 12 | – |
| Physicians graduated | 13 | 17 | 15 | 11 | 11 | 10 | 10 | 8.5 | – |
| Dentists graduated | 2.4 | 2.2 | 1.9 | 2.0 | 2.0 | 2.0 | 2.0 | 1.6 | – |
| Pharmacists graduated | 2.9 | 2.9 | 2.7 | 2.0 | 1.9 | 1.8 | 1.9 | 1.5 | – |

Η κατάρτιση των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης είναι μια κοινή ευθύνη της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, των κυβερνήσεων των ομοσπονδιακών κρατιδίων και των επαγγελματικών συνδέσμων. Σύμφωνα με την ομοσπονδιακή δομή, τα 16 ομοσπονδιακά κρατίδια είναι αρμόδια για τη ρύθμιση και τη χρηματοδότηση της εκπαίδευσης καθώς επίσης και για την καταχώρηση και την εποπτεία των επαγγελματιών υγείας. Εντούτοις, τα επαγγέλματα υγείας διαφέρουν παραδοσιακά από άλλα επαγγέλματα λόγω των εθνικών κανονισμών για τη βασική εκπαίδευση τους και της εικονική αυτονομία των οργανισμών που ρυθμίζουν τις ειδικεύσεις τους (δευτεροβάθμια επαγγελματική εκπαίδευση).

Οι παθολόγοι και γενικότερα οι προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες που εργάζονται στα νοσοκομεία ή στα όργανα τα οποία είναι υπεύθυνα για την παροχή περίθαλψης πληρώνονται με μισθούς. Οι δημόσιοι και μη κερδοσκοπικοί πάροχοι πληρώνουν συνήθως τις δαπάνες μισθοδοσίας, ενώ οι ιδιωτικοί πάροχοι μπορούν να πληρώσουν χαμηλότερες ή υψηλότερες αμοιβές καθώς και πρόσθετες πληρωμές στους απασχολούμενους ιατρούς τους. Από το φθινόπωρο 2004, οι κατώτεροι γιατροί πληρώνονται με το κατώτερο πλήρες εισόδημα αμέσως μετά από το πέρας των σπουδών τους, το οποίο ανέρχεται σε €29.000.

3.4.5 ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ



3.4.5.1 Εισαγωγή

Το μεγάλο δουκάτο του Λουξεμβούργου είναι μια συνταγματική μοναρχία τοποθετημένη στη Δυτική Ευρώπη. Οριοθετείται δυτικά από το Βέλγιο, ανατολικά από τη Γερμανία, και νότια από τη Γαλλία. Η περιοχή της πρωτεύουσας ενισχύθηκε αρχικά το 953 και έγινε ανεξάρτητο φέουδο της ιερής ρωμαϊκής αυτοκρατορίας το 1364. Αρχικό όργανο διακυβέρνησής του ήταν ένα συμβούλιο και έπειτα ο εκάστοτε δούκας του Λουξεμβούργου καθώς αυτό καθιερώθηκε ως μεγάλο δουκάτο από το συνέδριο της Βιέννης το 1815. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση το 1997 ήταν 74,24 έτη για τους άνδρες και 80,52 για τις γυναίκες. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής ολόκληρου του πληθυσμού το 1995 (77,41 έτη) ήταν σχεδόν ίση με το μέσο όρο της ΕΕ (77,44 έτη) και αρκετά παραπάνω από τον μέσο όρο των Ευρωπαϊκών χωρών του WHO (72,46 έτη). Ο πληθυσμός γερνά και από τα 420.000 άτομα του πληθυσμού, μόνο οι 200.000 είναι οικονομικά ενεργοί.

Όσον αφορά το Λουξεμβουργιανό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης διαχρονικά, η μεγάλη πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού δεν ήταν κρατικοί υπάλληλοι αλλά αυτοαπασχολούμενοι εργαζόμενοι. Είτε εργαζόμενοι στις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις είτε κάπου αλλού, με πολύ λίγες εξαιρέσεις, οι γιατροί πληρώνονται με βάση τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους ασθενείς τους. Μέχρι τις αρχές του εικοστού αιώνα, η πλειοψηφία των νοσοκομείων - 13 ιδρύματα το 1918 – διευθύνονταν από τις θρησκευτικές οργανώσεις.

Η υποχρεωτική ασφάλεια υγείας για τους εργαζόμενους στις κατασκευές και τις βιομηχανίες εισήχθη στο Λουξεμβούργο το 1901, μετά από το παρόμοιο σχέδιο που εισήχθη στη Γερμανία από το Μπισμάρκ το 1883. Η ασφάλιση αναπτύχθηκε, και ήδη το 1903 υπήρξαν 73 ατομικά κεφάλαια. Μέχρι το 1973 ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός, οι οικογένειες τους και όλοι οι συνταξιούχοι καλύπτονταν από την υποχρεωτική ασφάλεια υγείας. Η ασφάλεια αυτή αποτελείτο από 11 κεφάλαια ασθένειας, στα οποία οι άνθρωποι ενεγράφονταν σύμφωνα με την επαγγελματική σταδιοδρομία τους. Περαιτέρω αναδιαρθρώσεις πραγματοποιήθηκαν και το 1992.

3.4.5.2 Οργανωτική δομή

Οι θεμελιώδεις αρχές του Λουξεμβουργιανού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι η ελεύθερη επιλογή του πάροχου της υγειονομικής περίθαλψης από τον ασθενή, η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και η υποχρεωτική συμμόρφωση του πάροχου με τη σταθερή αμοιβή υπηρεσίας όπως αυτή διαμορφώνεται από το ασφαλιστικό σύστημα. Το σύστημα είναι χωρισμένο μεταξύ της πρόληψης και της θεραπείας, και από την άποψη της παροχής και της χρηματοδότησης. Ως επί το πλείστον, οι προληπτικές υπηρεσίες είναι ευθύνη του Υπουργείου υγείας ενώ οι επεμβάσεις παρέχονται από μερικές δημόσιες υπηρεσίες και ιδιωτικούς επαγγελματίες καθώς και από μη κερδοσκοπικές ενώσεις που πληρώνονται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου. Η παροχή θεραπείας είναι μια κοινή ευθύνη του Υπουργείου υγείας και του Υπουργείου κοινωνικής ασφάλισης. Το πρώτο εποπτεύει την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και επιχορηγεί τον τομέα των νοσοκομείων, ενώ το τελευταίο είναι αρμόδιο για το ασφαλιστικό σύστημα ασθένειας.

Εκτός από το υπουργείο κοινωνικής ασφάλισης και υγείας, μια σειρά άλλων υπουργείων εμπλέκεται σε τομείς που αφορούν την υγεία. Κάποια από αυτά είναι :

- το Υπουργείο περιβάλλοντος
- το Υπουργείο οικογενειακής ευημερίας
- το Υπουργείο εργασίας
- το Υπουργείο κατοικίας
- το Υπουργείο Παιδείας
- το Υπουργείο μεταφορών και
- το Υπουργείο δικαιοσύνης

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Υπουργός υγείας καθορίζει και εφαρμόζει την πολιτική που θα ακολουθηθεί στον τομέα της υγείας, προετοιμάζει την νομοθεσία, εξασφαλίζει την εφαρμογή των νόμων και των κανονισμών, εγκρίνει, εποπτεύει και χρηματοδοτεί τα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι προϊστάμενοι αυτών των υπηρεσιών καθώς και ο Γενικός διευθυντής υγείας είναι μέλη ενός μικρού σώματος που συμβουλεύει τον υπουργό και αποκαλείται *bureau Ministeriel*. Η γενική νομοθεσία για την οργάνωση της υγείας και των κοινωνικών τομέων καθώς και οι διάφοροι νόμοι σχετικά με τα ιδρύματα και τις οργανώσεις που λειτουργούν στον τομέα της υγείας απαιτούν αντιπροσώπους του Υπουργείου υγείας σε διάφορες διεπιστημονικές επιτροπές. Για όλα αυτά τα καθήκοντα το υπουργείο απασχολεί περίπου 30 άτομα προσωπικό.

Η διεύθυνση της υγείας υποβάλλει έκθεση στον Υπουργό υγείας ως εκτελεστικό όργανο διοίκησης για τη δημόσια υγεία στο Λουξεμβούργο. Έχει ευθύνες, όπως η μελέτη της γενικής κατάστασης της υγείας στη χώρα, η συμβουλή των δημόσιων αρχών για θέματα δημόσιας υγείας, η επιτήρηση και εφαρμογή των νόμων και των κανονισμούς σχετικά με τη δημόσια υγεία και η λήψη άμεσων μέτρων για να προστατευθεί η δημόσια υγεία από οποιαδήποτε απειλή. Η διεύθυνση απασχολεί περίπου 110 άτομα προσωπικό στα ακόλουθα τμήματα :

- το τμήμα της επιθεώρησης
- το τμήμα της προληπτικής ιατρικής
- το τμήμα της θεραπευτικής
- το τμήμα της σχολικής υγείας
- το τμήμα της υγιεινής της εργασίας
- το φαρμακευτικό τμήμα
- το τμήμα για την προστασία ενάντια στην ακτινοβολία ιονισμού και μη-ιονισμού.

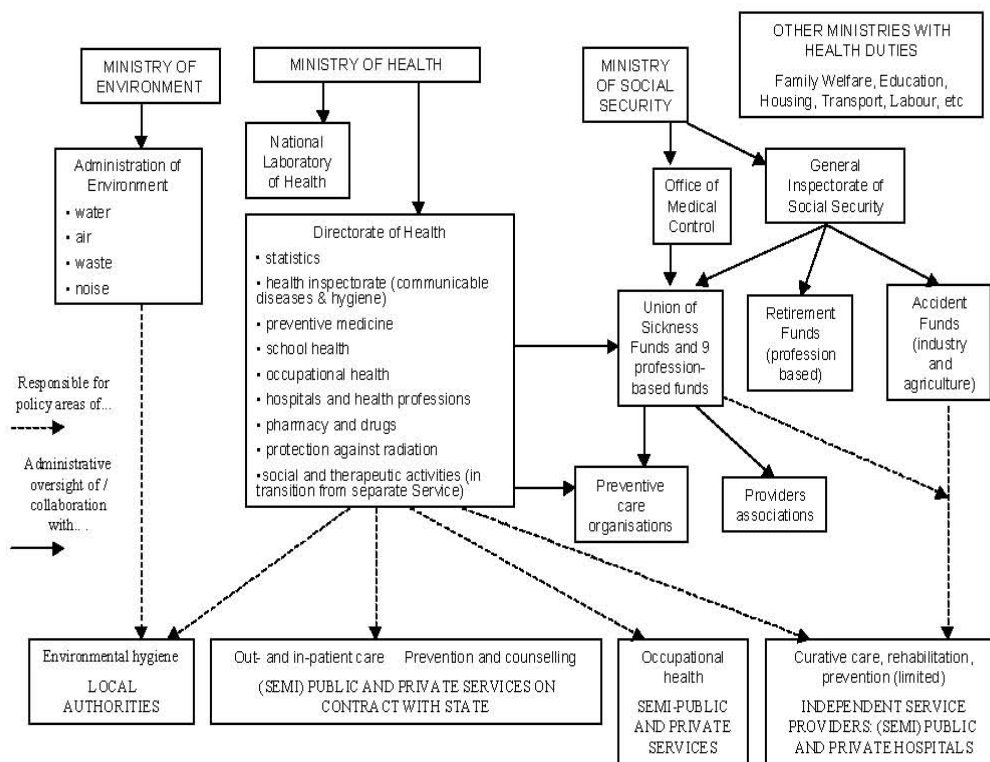
ΥΠΗΡΕΣΙΑ AST ΚΑΙ ΣΥΝΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕ ΑΛΛΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΑ

Η υπηρεσία κοινωνικών και θεραπευτικών δραστηριοτήτων (AST) είναι αρμόδια για την προώθηση και την εποπτεία των υπηρεσιών που εξετάζουν την αναπηρία, την διανοητική ασθένεια, τον εθισμό σε φάρμακα και τις εγχώριες νοσηλευτικές υπηρεσίες. Δύο τμήματα του Υπουργείου κοινωνικής ασφάλισης είναι αρμόδια για το ασφαλιστικό σύστημα ασθένειας. Η γενική επιθεώρηση της κοινωνικής ασφάλισης εποπτεύει τις νομικές, ρυθμιστικές, και οικονομικές διαδικασίες, ενώ το γραφείο του ιατρικού ελέγχου εξετάζει την ανικανότητα στην εργασία, τις εγκρίσεις για την αποζημίωση, τα ιατρικά σχεδιαγράμματα και την κατάχρηση του συστήματος υγείας από τους ασθενείς.

Το υπουργείο υγείας συνεργάζεται με το υπουργείο Παιδείας όσον αφορά τις σχολικές υγειονομικές υπηρεσίες και την κατάρτιση των προσφερόντων τις υπηρεσίες αυτές. Το τμήμα διεύθυνσης της υγείας και υγιεινής στην εργασία συνεργάζεται με το Υπουργείο εργασίας ούτως ώστε να εποπτεύσει την ασφάλεια στον εργασιακό χώρο.

Πίνακας 3.177

Οργανωτικό διάγραμμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.



3.4.5.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στο Λουξεμβούργο χρηματοδοτούνται από την ασφάλιση υγείας. Η ασφάλιση αυτή χωρίζεται σε δύο κατηγορίες: κύρια και εθελοντική. Το σύστημα κύριας ασφάλισης είναι η βασική πηγή χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη στο Λουξεμβούργο και συμβάλλει το μεγαλύτερο μερίδιο του κόστους της περίθαλψης αυτής.

Πίνακας 3.178 Κύριες πηγές χρηματοδότησης.

| Source of finance | 1980 | 1985 | 1990 | 1994 | 1995 | 1996 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Public | | | | | | |
| Taxes | - | - | 20.9 | 14.7 | 15.4 | 14.8 |
| Statutory insurance | - | - | - | 75.9 | 77.1 | 77.8 |
| Private | | | | | | |
| Out-of-pocket | 7.2 | 9.2 | 5.5 | 6.7 | 6.2 | 5.9 |
| Private insurance (non-profit) | - | 1.6 | 1.4 | 1.5 | 1.4 | 1.5 |

ΚΥΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που είναι απαραίτητες ,χρήσιμες και διεξάγονται με τον με τον πιθανότερο οικονομικό τρόπο χρηματοδοτούνται από το σύστημα της κύριας ασφάλισης υγείας που καλύπτει 99% του πληθυσμού. Οι εξαιρέσεις που δεν καλύπτονται είναι δημόσιοι υπάλληλοι και υπάλληλοι ευρωπαϊκών και διεθνών οργάνων καθώς και οποιοσδήποτε άνεργος που δεν λαμβάνει ούτε το επίδομα ανεργίας ούτε μια δημόσια σύνταξη. Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας ρυθμίζεται και παρέχεται από την ένωση των Ταμείων ασθενείας και εννέα μεμονωμένες αντιπροσωπεΐες στις οποίες οι άνθρωποι κατανέμονται βάσει του επαγγέλματός τους.

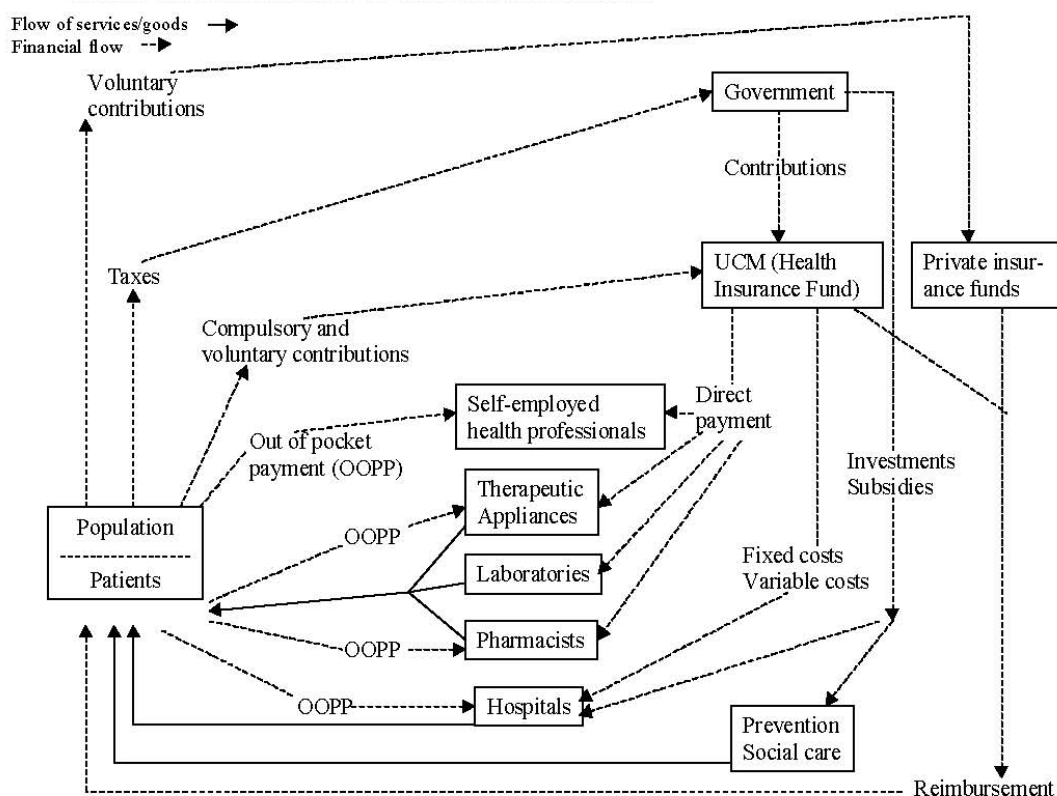
Η ασφάλιση υγείας έχει τρεις πηγές χρηματοδότησης. α) συνεισφορές από το κράτος (ένα μέγιστο 40% του συνόλου), β) συνεισφορές από τους εργοδότες (περίπου 30% του συνόλου) και γ) συνεισφορές από τα ασφαλισμένα άτομα (περίπου 30%). Οι συνεισφορές συλλέγονται κεντρικά για όλους τους κλάδους της κοινωνικής ασφάλισης από το κοινό κέντρο της κοινωνικής ασφάλισης και διατίθενται στην ένωση των Ταμείων ασθενείας. Η κρατική συμβολή στα κεφάλαια τίθεται κατά 10% επί των συνολικών συνεισφορών του ενεργού εργατικού δυναμικού και κατά 250% επί των συνολικών συνεισφορών των συνταξιούχων .Οι κρατικές συνεισφορές περιορίζονται σε ένα μέγιστο 40% επί των συνολικών πόρων του ασφαλιστικού συστήματος.

Το μερίδιο των συνεισφορών του εργοδότη ποικίλλει ανάλογα με τον τομέα της εργασίας. Οι εργοδότες των περισσότερων μισθοδοτημένων υπαλλήλων καταβάλλουν ένα ποσό ίσο με αυτό που καταβάλλεται και από τους υπαλλήλους τους. Ο στρατός, η αστυνομική δύναμη και η υπηρεσία φυλακών πληρώνουν ολόκληρη την συνεισφορά των υπαλλήλων τους ενώ οι εργοδότες δεν πληρώνουν τίποτα σε εθελοντικά ασφαλιστικά σχήματα στα οποία συμμετέχουν οι εργαζόμενοι τους. Τα ατομικά ποσοστά στην συμβολή της ασφάλισης της υγείας εξαρτώνται από το εάν τα άτομα είναι οικονομικά δραστήρια ή όχι. Οι συνεισφορές των οικονομικά δραστήριων ατόμων υπολογίζονται ως ποσοστό επί του ακαθάριστου εισοδήματός τους. Αυτή η συμβολή υπόκειται σε ένα μέγιστο όριο που ενεργοποιείται όταν το εισόδημα ισούται με περισσότερο από πέντε φορές το "ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα". Το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα τίθεται από το νόμο (στις αρχές του 1999 ήταν Luf 46.878 το μήνα). Τα άτομα με εισόδημα κάτω από αυτό το ελάχιστο δεν συμβάλλουν στην ασφάλιση υγείας. Για να υπολογιστούν οι συνεισφορές των συνταξιούχων, το ίδιο ποσοστό εφαρμόζεται στο εισόδημά τους αλλά το ελάχιστο σημείο είναι 30% υψηλότερο από το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα ενώ οι συνταξιούχοι με εισόδημα κάτω από το ελάχιστο δεν συμβάλλουν στην ασφάλιση υγείας.

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Σαν ποσοστό επί των συνολικών επιστρεφόμενων οφειλών, η εθελοντική ασφάλιση υγείας έχει περιοριστεί σημαντικά δεδομένου ότι η κύρια ασφάλιση επιστρέφει οφειλές από τις περισσότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, 75% του ενεργού πληθυσμού ανήκουν σε κάποιο εθελοντικό σε συμπληρωματικό σχήμα ασφάλισης υγείας, το οποίο θα χρησιμοποιήσουν για να πληρώσουν για τις υπηρεσίες όποιοι δεν ταξινομούνται ως αναγκαίες ή χρήσιμες.

Πίνακας 3.179 Οικονομικό διάγραμμα ροής του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



Πίνακας 3.180 Τάσεις στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, 1970 – 1997

| Total expenditure on health care | 1970 | 1980 | 1985 | 1990 | 1992 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|---|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Value in current prices (million LUF) | 2 250 | 9 082 | 13 918 | 22 667 | 26 661 | 31 614 | 33 927 | 35 470 | 39 200 |
| Value in 1990 constant prices (million LUF) | 7 406 | 15 336 | 17 384 | 22 667 | 24 757 | 22 662 | 22 663 | 22 665 | - |
| Value per capita (US \$PPP) | 147 | 605 | 892 | 1 495 | 1 743 | 1 956 | 2 077 | 2 139 | 2 340 |
| Share of GDP (%) | 3.7 | 6.2 | 6.1 | 6.6 | 6.6 | 6.5 | 7.0 | - | - |
| Public as share of total expenditure on health care (%) | 88.9 | 92.8 | 89.2 | 93.1 | 92.8 | 91.8 | 92.4 | 92.6 | 91.8 |

3.4.5.4 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τους γενικούς παθολόγους οι οποίοι είναι αυτοαπασχολούμενοι και εργάζονται κατά κύριο λόγο σε ιδιωτικά ιατρεία. Βρίσκονται σε συνεχή ανταγωνισμό με τους ειδικούς τους οποίους οι ασθενείς μπορούν να προτιμήσουν ακόμη και για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης χρεώνουν τις αμοιβές που διαπραγματεύονται οι επαγγελματίες αντιπρόσωποί τους και η ένωση των Ταμείων ασθένειας. Δεσμεύονται από το νόμο να σέβονται αυτές τις τιμές. Οι ασθενείς πληρώνουν τους γενικούς παθολόγους άμεσα, και η πληρωμή τους αυτή επιστρέφεται αργότερα από την υποχρεωτική (ή εθελοντική) ασφάλιση υγείας τους. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τα 14 νοσοκομεία τα οποία βρίσκονται διάσπαρτα σε ολόκληρη τη χώρα. Ένας από αυτά, ένα νοσοκομείο για υπηρεσίες μητρότητας, διευθύνεται από τον ιδιωτικό τομέα. Από τα υπόλοιπα 13, τα μισά διευθύνονται από τις τοπικές αρχές και τα υπόλοιπα μισά από μη κερδοσκοπικές (κυρίως θρησκευτικές) οργανώσεις.

Η περισσότερη πρωτοβάθμια περιποίηση (nursing) παρέχεται από τα <<ιατροκοινωνικά>> κέντρα με σύμβαση μεταξύ των εθνικών και τοπικών αρχών. Τα κέντρα διευθύνονται από κοινού από το λουξεμβουργιανό Ερυθρό Σταυρό και τη λουξεμβουργιανή ένωση για την πρόληψη και την ιατροκοινωνική δράση. Τα κέντρα βρίσκονται σε όλες τις μεγάλες πόλεις του Λουξεμβούργου, και εμπλέκονται στην παροχή περίθαλψης για τα παιδιά, τις σχολικές υγειονομικές υπηρεσίες και την αξιολόγηση των ανάπηρων παιδιών. Οι "κοινωνικές νοσοκόμες" από αυτά τα κέντρα είναι ένας θεσμός που συνδυάζει το ρόλο των επισκεπτών υγείας και των κοινωνικών λειτουργιών.

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης το κόστος των οποίων καλύπτεται ολικά ή κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό από την κύρια ασφάλιση είναι οι εξής :

- Ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη
- Θεραπείες που δίνονται μέσω ιατρικών συνταγών από άλλους επαγγελματίες του ιατρικού χώρου
- Εργαστηριακές αναλύσεις
- Φαρμακευτικά προϊόντα
- Προϊόντα και εξοπλισμός τα οποία είναι απαραίτητα στις θεραπείες
- Ξενοδοχειακές δαπάνες παραμονής στο νοσοκομείο
- Δαπάνες περίθαλψης εξωτερικών ασθενών
- Αναρρωτική φροντίδα
- Έξοδα μεταφοράς.

Οι υπηρεσίες , το κόστος των οποίων δεν καλύπτεται περιλαμβάνουν :

- Τις περισσότερες εμβρυικές δοκιμές για χρωμοσωμικές ανωμαλίες και εμβρυικές δυσμορφίες
- Τις δοκιμές στειρότητας
- Τις χειρουργικές επεμβάσεις ή τις επεμβάσεις με λέιζερ
- Τις χειρουργικές επεμβάσεις για λόγους παχυσαρκίας, εκτός αν υπάρχει μια λεπτομερής ιατρική έκθεση που δηλώνει ότι όλες οι προηγούμενες μη-χειρουργικές θεραπείες έχουν αποτύχει.
- Τις αντικαταστάσεις των μοσχευμάτων του στήθους .

Το κύριο σχήμα εθελοντικής ασφάλισης με έδρα το Λουξεμβούργο είναι το Caisse medico-Chirurgicale Mutualiste ή αλλιώς «CMCM» Οι ακόλουθες υπηρεσίες καλύπτονται από το CMCM:

- δαπάνες νοσοκομείων που δεν καλύπτονται από τη κύρια ασφάλεια
- πρόσθετες δαπάνες για ένα δωμάτιο σε ιδιωτικό νοσοκομείο
- οδοντικές προσθετικές που δεν καλύπτονται από τη κύρια ασφάλεια
- δαπάνες ανάρρωσης
- διαγνωστικές, ιατρικές και δαπάνες εισαγωγής σε νοσοκομείο για μια χειρουργική επέμβαση στο εξωτερικό
- υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται κατά τη διάρκεια ενός ταξιδιού στο εξωτερικό.

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Το Λουξεμβούργο εισάγει όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα του κυρίως από το Βέλγιο τη Γερμανία και τη Γαλλία. Οι λιανικές τιμές βασίζονται κυρίως στις αντίστοιχες λιανικές τιμές των χωρών προέλευσης. Ένας περιεκτικός κατάλογος φαρμάκων που εγκρίνονται για χρήση στο Λουξεμβούργο διατηρείται από το τμήμα διεύθυνσης της φαρμακευτικής υγείας. Ο κατάλογος αυτός έχει διπλό σκοπό. Λειτουργεί επίσης και ως οδηγός για αποζημίωση σε περίπτωση παρουσίασης επιπλοκών από την λήψη του φαρμάκου. Τα ποσοστά επιστροφής των φαρμακευτικών δαπανών από τα σχήματα ασφάλισης , έως το 1995, αξιολογήθηκαν και ανακοινώθηκαν από το φαρμακευτικό τμήμα του υπουργείου.

Ο κατάλογος διαιρείται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- κανονικό ποσοστό (τα περισσότερα φάρμακα): η ένωση των ταμείων ασθένειας χρηματοδοτεί περισσότερο από το 80% του κόστους αυτών των φαρμάκων
- εναλλακτικό ποσοστό: φάρμακα που έχουν ακριβή θεραπευτικό σκοπό, συνήθως όσον αφορά μακροπρόθεσμες ή ιδιαίτερα σοβαρές ασθένειες (καρκίνο, βαριάς μορφής υπέρταση, κ.λπ.) - η ένωση των ασφαλιστικών ταμείων χρηματοδοτεί τις καλύψεις 100% του κόστους αυτών των φαρμάκων

- Μειωμένο ποσοστό : φάρμακα που ταξινομούνται ,π.χ. δευτερεύοντα παυσίπονα, αντιγριπικά φάρμακα, τονωτικά - η ένωση των Ταμείων ασθένειας καλύπτει το 40% του κόστους αυτών των φαρμάκων
- μη-επιστρεφόμενες δαπάνες : παραδείγματος χάριν, τα συμπληρώματα βιταμινών, τα τονωτικά και διάφορα άλλα προϊόντα για τα οποία υπάρχει εμπορική διαφήμιση συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο όπως αυτός εγκρίνεται επίσημα για χρήση στο Λουξεμβούργο, αλλά το 0% του κόστους τους επιστρέφεται.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν την ιατρική συνταγή και την ασφαλιστική τους κάρτα για να πληρώσουν το μη-αποζημιωθέν ποσοστό του κόστους των φαρμάκων. Το φαρμακείο παίρνει τη συνταγή ως απόδειξη ιατρικής έγκρισης για λήψη του συγκεκριμένου φαρμάκου από τους ασθενείς και την χρησιμοποιεί ως τεκμηρίωση για να απαιτήσει πίσω το υπόλοιπο του κόστους του φαρμάκου από την ένωση των Ταμείων ασθένειας. Φάρμακα που χορηγούνται κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης σε έναν γιατρό ή κατά τη διάρκεια παραμονής σε νοσοκομείο δεν εμπίπτουν στο ανωτέρω σύστημα και χρεώνονται στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία βασίζουν τους προϋπολογισμούς των φαρμάκων τους στις λιανικές τιμές που αναφέρονται στον κρατικό κατάλογο.

3.4.5.5 Ανθρώπινο δυναμικό

Ο αριθμός των γιατρών ο οποίος προσφέρει τις υπηρεσίες του στο Λουξεμβούργο έχει ανέλθει σταθερά κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών από 362 το 1970 σε περίπου 1.000 το 1997 οι μισοί από τους οποίους έχουν ως έδρα τους την πρωτεύουσα του Λουξεμβούργου. Οι γιατροί πληρώνονται με βάση τις υπηρεσίες που προσφέρουν και πρέπει να δεχτούν τα σταθερά επίπεδα αμοιβών όπως αυτά καθορίζονται από το νόμο. Δεν υπάρχει καμία διάκριση μεταξύ των γιατρών που δουλεύουν στα νοσοκομεία και αυτών που δουλεύουν στα ιδιωτικά ιατρεία.

Πίνακας 3.181 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ανά 10.000 πληθυσμού , 1970-1994

| Year | Number per 1000 population | | | |
|------|----------------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| | Active physicians | Active dentists | Certified nurses | Active phamacists |
| 1970 | 1.1 | 0.3 | – | 0.5 |
| 1975 | 1.5 | 0.3 | – | 0.5 |
| 1980 | 1.7 | 0.4 | – | 0.6 |
| 1985 | 1.8 | 0.5 | – | 0.7 |
| 1990 | 2.0 | 0.5 | – | 0.8 |
| 1991 | 2.0 | 0.5 | – | 0.8 |
| 1992 | 2.1 | 0.5 | – | 0.9 |
| 1993 | 2.1 | 0.5 | – | 0.8 |
| 1994 | 2.2 | 0.5 | 6.8 | 0.9 |
| 1995 | 2.2 | 0.5 | 7.0 | – |
| 1996 | 2.3 | 0.5 | 7.3 | – |

3.5 Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης

3.5.1 ΟΛΛΑΝΔΙΑ



3.5.1.1 Εισαγωγή

Το βασίλειο των Κάτω Χωρών βρίσκεται στη δυτική Ευρώπη, και καλύπτει μια έκταση 41.532 km² (33889 km² εδάφους και 7643 km² νερού). Ο συνολικός πληθυσμός τους είναι 16.258.032 άτομα εκ των οποίων τα 8.045.914 είναι άνδρες και τα 8.212.18 γυναίκες. Η Ολλανδία διαιρείται σε 12 επαρχίες και είναι μια αρκετά πυκνοκατοικημένη χώρα, με περισσότερους από 450 κατοίκους ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο. Μια πρόσφατη εθνική έκθεση υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μεγαλύτερη πλειοψηφία του ολλανδικού πληθυσμού απολαμβάνει καλή υγεία. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση είχε ανέλθει σε 76 έτη για τους άνδρες και σε 80.7 έτη για τις γυναίκες. Σημαντικές αιτίες θανάτου είναι οι καρδιαγγειακές ασθένειες και οι διάφορες μορφές καρκίνου.

Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης στις Κάτω Χώρες δημιουργήθηκε κατά ένα μεγάλο μέρος μέσω προσπαθειών διάφορων εθελοντικών οργανώσεων. Η βοήθεια παρεχόταν σε φιλανθρωπική βάση. Στο παρελθόν, τέτοιες οργανώσεις δημιουργήθηκαν κατά ένα μεγάλο μέρος με θρησκευτικές ή ιδεολογικές βάσεις. Η ιστορία της υγειονομικής περίθαλψης απεικονίζει τη μεταβαλλόμενη σχέση μεταξύ της κυβέρνησης και των εθελοντικών οργανώσεων. Παρά την υπεροχή της ιδιωτικής ιδιοκτησίας, η κυβέρνηση παίζει πρωτεύοντα ρόλο στη ρύθμιση του ολλανδικού υγειονομικού συστήματος.

Ο νόμος περί ασφαλιστικών ταμείων (επίσης γνωστός ως υποχρεωτικός νόμος ασφάλισης υγείας, το λεγόμενο και ZFW), από τις 15 Οκτωβρίου του 1964 αποτελεί ένα από τα πιο πρόσφατα κομμάτια της Ολλανδικής νομοθεσίας περί κοινωνικής ασφάλισης. Ήρθε πλήρως σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου του 1966 - αλλά, στην πραγματικότητα, η ασφάλιση που καλύπτει το κόστος της ιατρικής φροντίδας είναι μια από τις παλαιότερες μορφές ασφάλισης στις Κάτω Χώρες. Η ασφάλιση υγείας παρέμεινε εξ ολοκλήρου εθελοντική έως το 1941 όταν, κάτω από την πίεση των Γερμανικών δυνάμεων κατοχής, το διάταγμα των ασφαλιστικών ταμείων χώρισε την αγορά ασφάλισης υγείας σε τρεις δευτερεύουσες αγορές:

- Μια υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για τα απασχολούμενα άτομα (και τις οικογένειές τους)
- Μια εθελοντική κοινωνική ασφάλιση υγείας για τα αυτοαπασχολούμενα άτομα
- Μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας για το υπόλοιπο του πληθυσμού.

3.5.1.2 Οργανωτική δομή

Στις Κάτω Χώρες συνυπάρχουν τρία ασφαλιστικά σχήματα. Το πρώτο σχήμα είναι ένα εθνικό σχέδιο ασφάλισης υγείας για τις εξειδικευμένες ιατρικές δαπάνες. Το δεύτερο σχήμα αποτελείται από διαφορετικά ρυθμιστικά καθεστώτα. Ένα για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας μέσω των ασφαλιστικών ταμείων των ατόμων με περιορισμένο εισόδημα, και ένα άλλο για την ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση υγείας. Το τρίτο σχήμα είναι μια εθελοντική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας. Αυτά τα διαφορετικά σχήματα οδηγούνται και εποπτεύονται από διαφορετικά υπουργεία και διαφορετικές σχέσεις με τους ασφαλισμένους αλλά και με τους παρόχους.

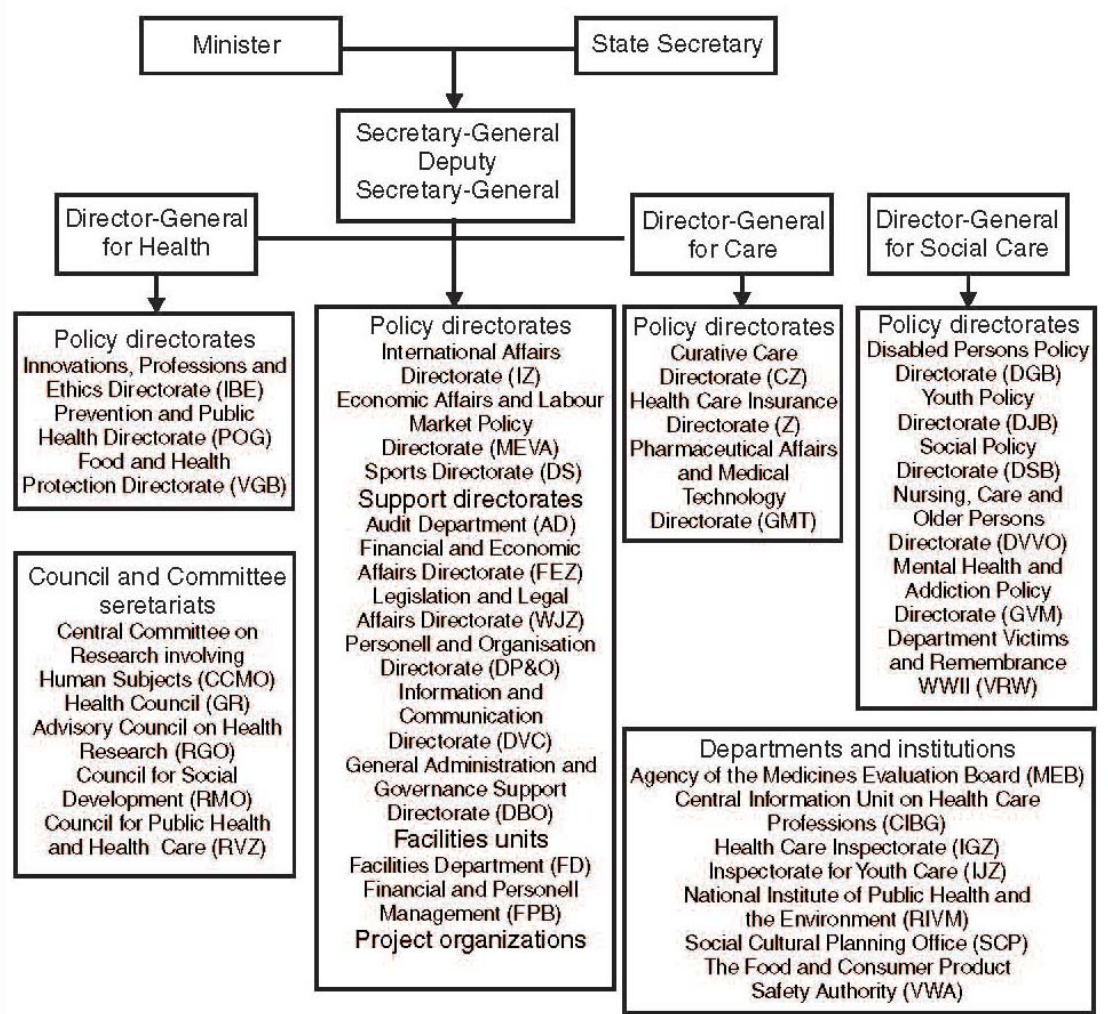
Πίνακας 3.182 Ασφαλιστικό σύστημα υγείας της Ολλανδίας

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

Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού

Το υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού καθορίζει τις πολιτικές που στοχεύουν να εξασφαλίσουν την ευημερία του πληθυσμού στις Κάτω Χώρες. Ένας από τους κύριους στόχους είναι να εγγυηθεί την πρόσβαση σε ένα υψηλής ποιότητας σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσιών. Για να πραγματοποιηθεί αυτός ο στόχος, το υπουργείο υγείας έχει δημιουργήσει τα σχήματα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας στο πλαίσιο των νόμων περί ιατρικών δαπανών (AWBZ) και του νόμου περί ασφαλιστικών ταμείων (ZFW). Επίσης σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές φέρει κοινή ευθύνη για τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη. Το υπουργείο Υγείας, ευημερίας και αθλητισμού καθώς και το Υπουργείο Εσωτερικών εμπλέκονται επίσης στην χάραξη της πολιτικής για τη δημόσια ασφάλεια, συμπεριλαμβανομένης της εφαρμογής του ιατρικού νόμου περί βοήθειας.

Πίνακας 3.183 Οργανωτική δομή του Υπουργείου Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού



Από το 2004, υπάρχουν 22 ασφαλιστικά ταμεία στις Κάτω Χώρες τα οποία ήταν μέλη ενός συντονιστικού σώματος, της Ένωσης ασφαλιστικών ταμείων (VNZ). Το 1995 αυτή η ένωση συγχωνεύτηκε με το σώμα ιδιωτικών ασφαλιστών υγείας (KLOZ) σε μια κεντρική οργάνωση αποκαλούμενη Ολλανδοί ασφαλιστές υγείας (ZN). Η ιδιότητα μέλους σε αυτήν την ένωση είναι εθελοντική. Παρόλα αυτά τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υπό τον έλεγχο του Συμβουλίου ασφαλιστικών ταμείων. (ZFR). Από τον Ιανουάριο του 2000, αυτό το Συμβούλιο έχει μετονομαστεί σε ασφαλιστικό Συμβούλιο υγειονομικής περίθαλψης (CVZ).

Ασφαλιστικό Συμβούλιο υγειονομικής περίθαλψης (CVZ)

Από τον Απρίλιο του 2001, το συμβούλιο αποτελείται από εννέα ανεξάρτητα μέλη τα οποία διορίζονται από τον υπουργό υγείας. Προηγουμένως, η επιτροπή αποτελούνταν από αντιπροσώπους εργοδοτών, συνδικάτων, ασφαλιστών υγείας, παθολόγων, καταναλωτικών ομάδων καθώς και της κυβέρνησης. Οι κύριες ευθύνες της επιτροπής είναι να εποπτεύει την εφαρμογή του νόμου περί ιατρικών δαπανών (AWBZ) και του νόμου περί ασφαλιστικών ταμείων (ZFW), χρηματοδοτώντας τους εκτελεστικούς οργανισμούς (δηλαδή τα ασφαλιστικά ταμεία). Επιπλέον το συμβούλιο έχει διάφορους άλλους στόχους. Ένας από αυτούς είναι να ενημερώνεται ο υπουργός υγείας για όλα τα θέματα σχετικά με τον τομέα της ασφάλισης. Διαχειρίζεται επίσης τα κεφάλαια για το AWBZ και το ZFW, στα οποία καταβάλλονται συνεισφορές για τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

Εποπτικό συμβούλιο για την ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης

Η επίβλεψη της εφαρμογής του νόμου ιατρικών δαπανών (AWBZ) και του νόμου ασφαλιστικών ταμείων (ZFW) ορίστηκε αρχικά σε μια επιτροπή του προηγούμενου Συμβουλίου ασφαλιστικών ταμείων (CTU). Από τον Απρίλιο του 2001, το CTU έχει μετασηματιστεί σε ένα ανεξάρτητο συμβούλιο, το εποπτικό συμβούλιο για την ασφάλιση της υγειονομικής περίθαλψης. Το εποπτικό συμβούλιο εποπτεύει τους μεμονωμένους εκτελεστικούς οργανισμούς και τη γενική εφαρμογή των νόμων AWBZ και ZFW. Αποτελείται από πέντε ανεξάρτητα μέλη.

Ιδιωτικοί ασφαλιστές υγείας

Αποτελούνται από ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές και κερδοσκοπικές οργανώσεις οι οποίες συμβάλλονται με τα ασφαλιστικά ταμεία.

Συμβούλιο υγείας

Αυτό το Συμβούλιο είναι ένα νομικό σώμα που συμβουλεύει την κυβέρνηση για την κατάσταση της προόδου στην ιατρική, την υγειονομική περίθαλψη, τη δημόσια υγεία και την προστασία του περιβάλλοντος. Για να πραγματοποιήσει τις λειτουργίες του, το συμβούλιο συγκεντρώνει ομάδες εμπειρογνομόνων στα συγκεκριμένα θέματα, κατά παράκληση της κυβέρνησης. Οι επιτροπές του Συμβουλίου υγείας αξιολογούν συνήθως την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ασφάλεια, και τη διαθεσιμότητα των τεχνολογιών υγείας. Αυτή η εξουσιοδότηση βασίζεται στο νέο νόμο περί ιατρικών διαδικασιών (WBMV).

Συμβούλιο για τη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη

Αυτό το Συμβούλιο είναι ένα ανεξάρτητο κυβερνητικό συμβουλευτικό όργανο, το οποίο δημιουργήθηκε από το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού. Το Συμβούλιο αποτελείται από εννέα μέλη, συμπεριλαμβανομένου του προέδρου. Όλοι διορίζονται από τη Βασίλισσα. Συμβουλεύει για ζητήματα πολιτικής υγειονομικής περίθαλψης και πρόνοιας.

Συμβούλιο για τις χρεώσεις των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Αυτό το συμβούλιο είναι ένα ανεξάρτητο κυβερνητικό σώμα που εφαρμόζει το νόμο για τις χρεώσεις των υπηρεσιών υγειονομικής υγειονομικής περίθαλψης (WTG), ο οποίος είναι επίσης γνωστός ως νόμος δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Η επιτροπή αποτελείται από εννέα ανεξάρτητα μέλη, συμπεριλαμβανομένου του προέδρου, τα οποία διορίζονται από το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού. Οι σημαντικότεροι νομικοί στόχοι της επιτροπής είναι: να καθορίσει πολιτικές οδηγίες που θα παρέχουν το πλαίσιο των διαπραγματεύσεων για τις χρεώσεις μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών και να εγκρίνει τις μέγιστες χρεώσεις για κάθε υπηρεσία.

Συμβούλιο αξιολόγησης φαρμάκων

Οι Κάτω Χώρες έχουν ένα αυστηρό πρόγραμμα για την αξιολόγηση των φαρμακευτικών ειδών, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών ουσιών και των εμβολίων. Η ευθύνη για την εγγραφή ανήκει στο συμβούλιο αξιολόγησης φαρμάκων, το οποίο καταχωρεί τα φάρμακα βάσει της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητάς τους. Η επιτροπή έχει ανεξάρτητη αρχή που χορηγεί ή που ανακαλεί τις άδειες μάρκετινγκ. Η αντιπροσωπεία του συμβουλίου αξιολόγησης φαρμάκων, υπό την επίβλεψη του Υπουργού Υγείας, ευημερίας και αθλητισμού, υποστηρίζει την αξιολόγηση φαρμάκων.

Ολλανδικό συμβούλιο για τις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις (NBHF)

Αυτό το συμβούλιο δημιουργήθηκε μετά από μερικές δραστικές αλλαγές στη δομή και τη νομοθεσία της υγειονομικής περίθαλψης το 1999. Οι ευθύνες της επιτροπής ρυθμίζονται από το νόμο περί νοσοκομειακών παροχών (WZV), και το κύριο καθήκον της είναι να συμβουλέψει το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού για την πολιτική του προγραμματισμού των νοσοκομείων. Μια από τις σημαντικότερες ευθύνες του είναι να παρακολουθεί τις εξελίξεις της υποδομής στην υγειονομική περίθαλψη.

Εθνικό ίδρυμα για τη δημόσια υγεία και το περιβάλλον (RIVM)

Το RIVM είναι μια ανεξάρτητη αντιπροσωπεία, που λειτουργεί ως ένας από τους κύριους συμβούλους διαφόρων ολλανδικών υπουργείων. Συμβουλεύει τα υπουργεία για περιβαλλοντολογικά θέματα και παρέχει πολιτική υποστήριξη στο Υπουργείο Υγείας, Ευημερία και Αθλητισμού (VWS) σε διάφορους τομείς της δημόσιας υγείας. Είναι υπεύθυνο για την επιτήρηση και τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του ποιοτικού ελέγχου του ολλανδικού εθνικού προγράμματος εμβολιασμού.

Επιθεώρηση υγειονομικής περίθαλψης (IGZ)

Αυτή η επιθεώρηση εποπτεύει την ποιότητα και τη δυνατότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και είναι αυτόνομη. Μεταξύ άλλων, επιβάλλει τους νομικούς κανονισμούς που αφορούν τη δημόσια υγεία, ερευνά τις καταγγελίες που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα (εάν είναι απαραίτητο) και συμβουλεύει το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού.

Βασιλική ολλανδική ιατρική ένωση

Αυτή η ένωση είναι μια ιδιωτική οργάνωση που δημιουργήθηκε το 1849 για να αντιπροσωπεύσει τους γιατρούς στις Κάτω Χώρες. Ο στόχος της βασιλικής ολλανδικής ιατρικής ένωσης είναι «να προαγάγει την ιατρική στο ευρύτερο επίπεδο της». Τέσσερις επαγγελματικές ομάδες είναι συμβεβλημένες με αυτή την ένωση. Αυτές είναι : η ολλανδική ένωση των ιατρικών ειδικών (OMS), η ολλανδική εθνική ένωση των ιατρών παθολόγων (LHV), η εθνική οργάνωση των μισθοδοτημένων γιατρών και η Κοινωνία της ιατρικής (LvSG).

Ολλανδική ομοσπονδία των ασθενών

Αυτή η ομοσπονδία ιδρύθηκε το 1992 και περιλαμβάνει πάνω από 45 οργανώσεις ασθενών. Κύριος σκοπός της είναι να διανέμει τις πληροφορίες για τα ζητήματα υγείας στο κοινό. Δημοσιεύει το περιοδικό Kwartaaluitgave το οποίο σχολιάζει τα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη ζητήματα.

3.5.1.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η ιατρική φροντίδα στις Κάτω Χώρες χρηματοδοτείται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από ένα σύστημα δημοσίων και ιδιωτικών ασφαλιστικών σχημάτων. Μόνο περίπου το 12% όλης της υγειονομικής περίθαλψης δεν καλύπτεται από ένα ασφαλιστικό σχήμα. Όπως προαναφέραμε το ασφαλιστικό σύστημα διαιρείται σε τρία ασφαλιστικά σχήματα.

Πίνακας 3.184 Κάλυψη και δαπάνες του συστήματος ασφάλισης

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

Χρηματοδότηση του Εθνικού σχεδίου ασφάλισης υγείας για τις εξειδικευμένες ιατρικές δαπάνες

Το κόστος της ασφάλισης στο πλαίσιο του νόμου περί ιατρικών δαπανών (AWBZ) καλύπτεται από συνεισφορές και κυβερνητικά κεφάλαια. Στο πλαίσιο των διατάξεων του νόμου περί χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης (WFV), οι ασφαλισμένοι είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν συνεισφορές. Οι συνεισφορές αφαιρούνται από τις αποδοχές των εργαζόμενων και καταβάλλονται στις εφορίες από τον εργοδότη τους. Οι συνεισφορές κοινωνικής ασφάλισης, που περιλαμβάνουν τις συνεισφορές υπό το πλαίσιο του AWBZ, επιβάλλονται στο φορολογητέο εισόδημα. Το 2004, η συνεισφορά αποτελούσε το 10.25% του φορολογητέου εισοδήματος.

Χρηματοδότηση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας μέσω των ασφαλιστικών ταμείων

Τα ασφαλισμένα συμβαλλόμενα μέρη χρεώνονται και με ποσοστό επί του εισοδήματος αλλά και με ένα προκαθορισμένο αντίτιμο. Ο βασικός κανόνας είναι ότι οι συνεισφορές - πληρωτέες μέχρι την ηλικία των 65 ετών - συσχετίζονται με το ασφαλισμένο εισόδημα του προσώπου, εάν αυτό είναι κερδισμένο εισόδημα ή εισόδημα υπό μορφή οφελών κοινωνικής ασφάλισης. Μέρος της συμβολής για κάθε ασφαλισμένο πρόσωπο είναι πληρωτέο από τον εργοδότη τους. Μέχρι το τέλος του 1988, τα ποσά που καταβάλλονταν από τον εργαζόμενο και τον εργοδότη ήταν ισόποσα. Από την αρχή του 1989, εντούτοις, οι συνεισφορές έπαψαν να αφαιρούνται εξ ολοκλήρου από το εισόδημα.

Ένα μέρος τους αποτελεί δαπάνη πληρωτέα απευθείας από τους ασφαλισμένους. Αποτέλεσμα αυτής της αλλαγής ήταν το μερίδιο του εργοδότη να είναι πλέον υψηλότερο από το μερίδιο του υπαλλήλου.

Πίνακας 3.185 Ποσοστά συμβολής υπάλληλος-εργοδοτών στην ασφάλιση ιατρικών δαπανών (AWBZ) και την ασφάλιση από τα ταμεία (ZFW), 1990-2004 (ως ποσοστό του ακαθάριστου εισοδήματος)

| | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------------------------|------|--------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| AWBZ (employee only) | 5.4 | 8.85 | 7.35 | 8.85 | 9.6 | 10.25 | 10.25 | 10.25 | 10.25 | 12.3 | 13.25 |
| ZFW employee | 3.05 | 1.1 | 1.65 | 1.35 | 1.2 | 1.55 | 1.8 | 1.7 | 1.7 | 1.7 | 1.25 |
| ZFW employer | 4.85 | 7.25 | 5.35 | 5.55 | 5.6 | 5.85 | 6.3 | 6.25 | 6.25 | 6.75 | 6.75 |
| ZFW total | 7.9 | ^a | 7.0 | 6.9 | 6.8 | 7.4 | 8.1 | 7.95 | 7.95 | 8.45 | 8.0 |

Χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Τα ασφαλιστρα για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας υπόκεινται σε δύο νομικές προσαυξήσεις : του νόμου περί κοινής χρηματοδότησης των ηλικιωμένων δικαιούχων (MOOZ) και του νόμου περί πρόσβασης στην ασφάλιση της υγείας (WTZ). Ο πρώτος χρηματοδοτεί τη μεταφορά των κεφαλαίων από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στα ασφαλιστικά ταμεία για να αποζημιωθεί το υψηλό ποσοστό των ηλικιωμένων που καλύπτονται από αυτά τα ταμεία. Το 2004, οι ασφαλισμένοι κάτω των 20 ετών πλήρωναν €60 το χρόνο, εκείνοι μεταξύ 20 και 64 ετών πλήρωναν €120 το χρόνο και εκείνοι από 65 και άνω πλήρωναν €96 το χρόνο. Ο νόμος WTZ καλύπτει τη διαφορά μεταξύ των δαπανών και των ασφαλίσεων, το 2004 οι ασφαλισμένοι κάτω των 20 ετών πλήρωναν €196.80 το χρόνο εκείνοι μεταξύ 20 και 64 ετών €393.60 το χρόνο, ενώ οι σπουδαστές και οι ηλικιωμένοι απαλλάσσονται των πληρωμών.

Πίνακας 3.186 Δομή ασφαλίσεων για την ιδιωτική ασφάλεια υγείας, 2004 (μηνιαίες τιμές)

| | Premium | Act on the Joint Funding of Elderly Sickness Fund Beneficiaries (MOOZ) surcharge | Health Insurance Access Act (WTZ) surcharge |
|-----------------------|--|---|---|
| Up to 20 years | | €5 | €16.40 |
| 20–64 years | Regular premium or standard police premium | €10 | €32.80 |
| 65 years and older | (€152.00) | €8 | – |
| Students | €36.70 | – | – |

Πίνακας 3.187 Κύριες πηγές χρηματοδότησης (σε εκατομμύρια €), 1980-2002

| Source of finance | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Total health expenditure | 17 220 | 21 782 | 26 974 | 34 640 | 38 450 | 43 041 |
| Public | | | | | | |
| – Taxes | 1 567 | 2 292 | 2 709 | 1 673 | 2 015 | 2 394 |
| – Statutory insurance (Exceptional Medical Expenses Act) | 6 388 | 7 088 | 11 488 | 12 936 | 14 511 | 16 733 |
| – Statutory insurance (Sickness Fund Act) | 3 893 | 6 805 | 7 397 | 12 736 | 13 877 | 15 319 |
| Private | | | | | | |
| – Private insurance | 4 197 | 3 470 | 3 251 | 4 664 | 5 301 | 6 137 |
| – Out- of- pocket | 1 174 | 2 128 | 2 053 | 2 369 | 2 555 | 2 459 |
| Other | – | – | 77 | 262 | 190 | – |

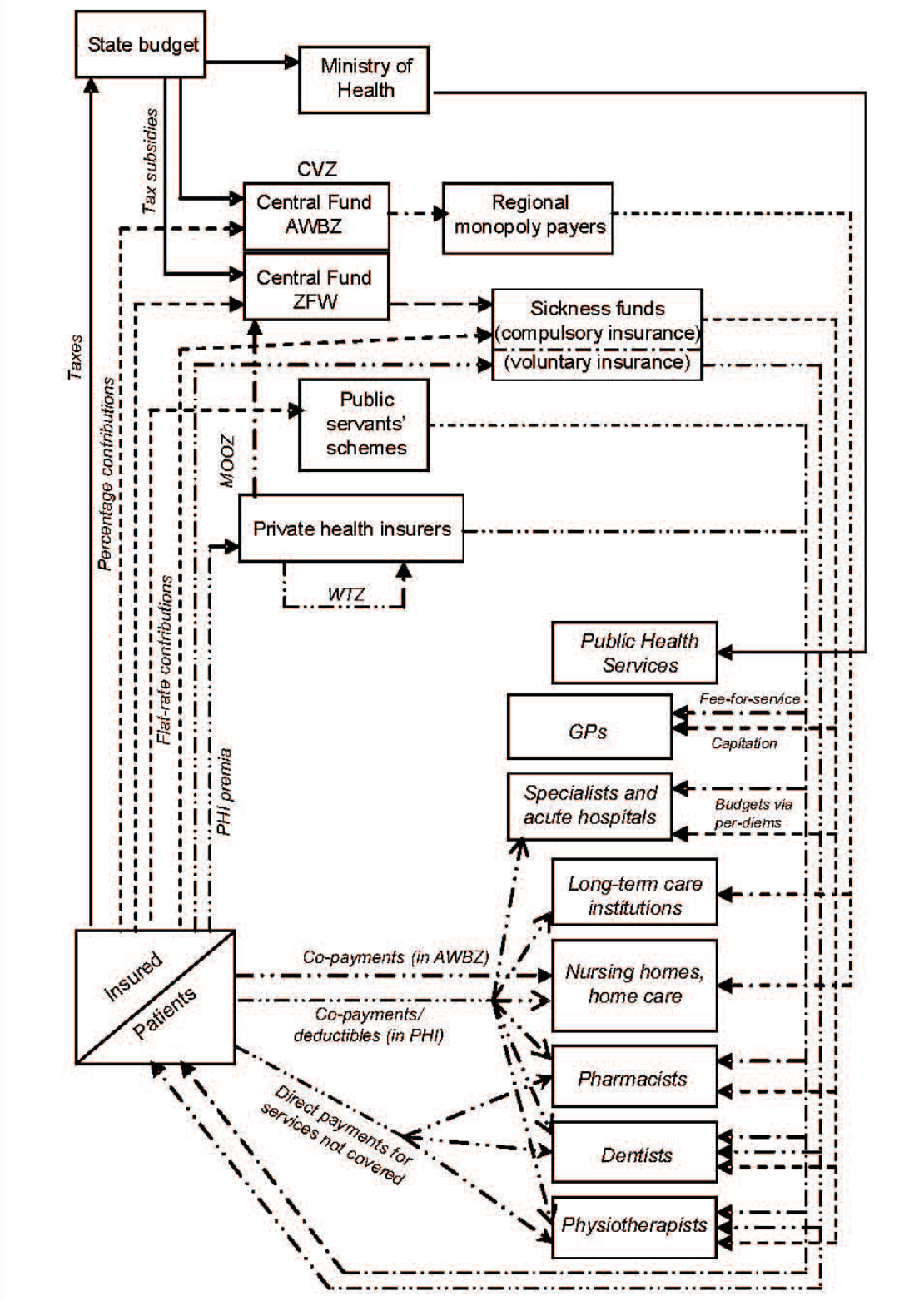
Πίνακας 3.188 Ποσοστό των κύριων πηγών χρηματοδότησης, 1980-2002

| Source of finance | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Public | | | | | | |
| – Taxes | 9 | 11 | 10 | 4.8 | 5.2 | 5.6 |
| – Statutory Insurance (Exceptional Medical Expenses Act) | 37 | 33 | 42.6 | 37.3 | 37.7 | 38.9 |
| – Statutory Insurance (Sickness Fund Act) | 23 | 31 | 27.4 | 36.8 | 36.1 | 35.6 |
| Private | | | | | | |
| – Private insurance | 24 | 16 | 12.1 | 13.5 | 13.8 | 14.3 |
| –Out- of- pocket | 7 | 10 | 7.6 | 6.8 | 6.7 | 5.8 |
| Other | – | – | 0.3 | 0.8 | 0.5 | – |

Πίνακας 3.189 Τάσεις στις δαπάνες υγείας, 1980-2002

| | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total expenditure on health care | | | | | | | |
| Total expenditure (in US \$ PPP per person) | 668 | 896 | 1 419 | 1 827 | 2 196 | 2 455 | 2 643 |
| Share of GDP (%) | 7.5 | 7.3 | 8.0 | 8.4 | 8.2 | 8.5 | 9.1 |
| Public share of total expenditure on health care (%) | 69.4 | 71.0 | 67.1 | 71.0 | 63.4 | 63.3 | - |

Πίνακας 3.190 Οικονομικό διάγραμμα ροής του Ολλανδικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης



Πίνακας 3.191 Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία και ποσοστό επί των συνολικών δαπανών, 1990-2002

| Expenditure category | 1990 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Providers of health care | | | | | | | | |
| Hospitals | 6.0 (30.8%) | 7.8 (30.6%) | 8.5 (30.7%) | 8.7 (23.6%) | 9.3 (23.1%) | 9.9 (23.5%) | 11.4 (24.3%) | 12.8 (24.4%) |
| Providers of mental health care | <i>b</i> | <i>b</i> | 2.1 (7.6%) | 2.3 (6.3%) | 2.5 (6.3%) | 2.6 (6.2%) | 2.9 (6.2%) | 3.3 (6.3%) |
| General practitioners | 0.7 (3.7%) | 0.9 (3.6%) | 1.0 (3.6%) | 1.3 (3.5%) | 1.4 (3.6%) | 1.5 (3.6%) | 1.6 (3.4%) | 1.8 (3.4%) |
| Medical specialists | 1.1 (5.8%) | 1.3 (5.0%) | 1.3 (4.6%) | 1.3 (3.5%) | 1.4 (3.6%) | 1.4 (3.3%) | 1.4 (3.0%) | 1.6 (3.1%) |
| Dentists | 0.9 (4.6%) | 1.0 (3.9%) | 1.1 (4.1%) | 1.2 (3.3%) | 1.2 (3.0%) | 1.3 (3.1%) | 1.5 (3.2%) | 1.7 (3.2%) |
| Midwives and paramedics | 0.6 (3.0%) | 0.7 (2.7%) | 0.7 (2.5%) | 0.8 (2.2%) | 0.9 (2.3%) | 0.9 (2.1%) | 1.0 (2.1%) | 1.1 (2.1%) |
| Municipal health services | – | – | – | 0.4 (1.1%) | 0.4 (1.0%) | 0.5 (1.2%) | 0.5 (1.1%) | 0.6 (1.1%) |
| Occupational health services | – | – | – | 0.6 (1.6%) | 0.7 (1.8%) | 0.8 (1.9%) | 0.9 (1.9%) | 0.9 (1.7%) |
| Suppliers of pharmaceuticals | – | – | – | 3.3 (9.0%) | 3.6 (9.1%) | 3.9 (9.2%) | 4.3 (9.1%) | 4.7 (9.0%) |
| Suppliers of therapeutic appliances | – | – | – | 1.6 (4.3%) | 1.8 (4.6%) | 1.8 (4.3%) | 2.1 (4.5%) | 2.2 (4.2%) |
| Providers of ancillary services | – | – | – | 0.4 (1.1%) | 0.4 (1.0%) | 0.4 (0.9%) | 0.5 (1.1%) | 0.5 (1.0%) |
| Other providers of health care | – | – | – | 1.4 (3.8%) | 1.5 (3.8%) | 1.6 (3.8%) | 1.7 (3.6%) | 1.9 (3.6%) |
| Providers of social care | | | | | | | | |
| Nursing homes | 1.9 (9.7%) | 2.5 (9.9%) | 2.8 (10.2%) | 2.9 (7.9%) | 3.0 (7.6%) | 3.2 (7.6%) | 3.6 (7.7%) | 4.1 (7.8%) |
| Homes for the elderly | – | – | – | 2.7 (7.3%) | 2.8 (7.1%) | 3.0 (7.1%) | 3.1 (6.6%) | 3.4 (6.5%) |
| Home care institutions | – | – | – | 2.0 (5.4%) | 2.1 (5.3%) | 2.4 (5.7%) | 2.8 (6.0%) | 3.3 (6.3%) |
| Providers of care for the handicapped | – | – | – | 2.8 (7.6%) | 3.1 (7.9%) | 3.4 (8.1%) | 3.7 (7.9%) | 4.4 (8.4%) |
| Providers of day nursery | – | – | – | 0.6 (1.6%) | 0.8 (2.0%) | 1.0 (2.4%) | 1.1 (2.3%) | 1.3 (2.5%) |
| Other providers of social care | – | – | – | 0.9 (2.4%) | 1.0 (2.5%) | 1.1 (2.6%) | 1.2 (2.6%) | 1.3 (2.5%) |
| Administration and management institutions | 1.0 (4.9%) | 1.1 (4.4%) | 1.2 (4.3%) | 1.5 (4.1%) | 1.5 (3.8%) | 1.5 (3.6%) | 1.6 (3.4%) | 1.7 (3.2%) |
| Total expenditure | 19.6 | 25.5 | 27.6 | 36.8 | 39.4 | 42.2 | 47.0 | 52.4 |

3.5.1.4 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Το καλά ανεπτυγμένο νοσοκομειακό σύστημα στις Κάτω Χώρες αποτελείται από 136 νοσοκομεία (αποκλείοντας τα ψυχιατρεία). Περισσότερο από το 90% των νοσοκομείων είναι ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά ενώ τα υπόλοιπα είναι δημόσια (πανεπιστημιακά) νοσοκομεία. Τα νοσοκομεία μπορούν να ταξινομηθούν ως πανεπιστημιακά, γενικά και ειδικά νοσοκομεία. Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι συμβεβλημένα με τις ιατρικές σχολές της χώρας παρέχοντας τους κάποιες υπηρεσίες. Έχουν πολλές ευθύνες, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης, της εκπαίδευσης, της έρευνας και της κατάρτισης. Παρέχουν στις Ιατρικές Σχολές έναν «εργασιακό χώρο» για την εκπαίδευση και την έρευνα, που επιτρέπει την αποτελεσματική αλληλεπίδραση μεταξύ της περίθαλψης, της εκπαίδευσης και της έρευνας. Μέσα στο υγειονομικό σύστημα, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία καταλαμβάνουν μια πρόσθετη θέση ως κύρια νοσοκομεία με γενικές ειδικές λειτουργίες. Περίπου 100 Γενικά Νοσοκομεία παρέχουν τις διάφορες μορφές ειδικής περίθαλψης. Στην κατηγορία των Γενικών Νοσοκομείων, υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, με μερικά μικρότερα νοσοκομεία να παρέχουν μόνο τη βασική περίθαλψη

Πίνακας 3.192 Χωρητικότητα και απόδοση των νοσοκομείων, 1980-2001

| Indicator category | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Beds per 1000 population, all hospitals | – | 6.4 | 5.8 | 5.3 | 4.8 | 4.7 |
| Beds per 1000 population, acute care | 5.2 | 4.7 | 4.0 | 3.5 | 3.3 | 3.1 |
| Beds per 1000 population, psychiatric | 1.7 | 1.7 | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 |
| Admissions per 100 population, all hospitals | 11.7 | 11.4 | 9.9 | 10.0 | 9.4 | 9.3 |
| Admissions per 100 population, acute care | 11.2 | 10.9 | 9.6 | 9.6 | 9.0 | 8.8 |
| Average length of stay (days), all hospitals | - | - | 16.0 | 14.3 | 12.9 | 12.5 |
| Average length of stay (days), acute care | 14.0 | 12.5 | 10.0 | 8.8 | 7.7 | 7.4 |
| Occupancy rate (%), acute care | 83.5 | 79.1 | 66.1 | 65.5 | 58.4 | 58.4 |

Πριν από το 1984, το σύστημα αποζημιώσεων της υγειονομικής περίθαλψης ήταν απέραντο. Ως τμήμα της πολιτικής της συγκράτησης του κόστους όλων των νοσοκομείων, οι εγκαταστάσεις περίθαλψης πρέπει να έχουν έναν γενικό ετήσιο προϋπολογισμό. Δεν υπάρχει, σε γενικές γραμμές, καμία δυνατότητα να επαναυπολογιστούν οι αποζημιώσεις εάν το νοσοκομείο υπερβαίνει τον προϋπολογισμό του. Οι ειδικές αμοιβές δεν είναι μέρος του γενικού αυτού προϋπολογισμού νοσοκομείων. Ο προϋπολογισμός μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερα τμήματα: δαπάνες θέσης, σταθερές δαπάνες, ημι-σταθερές δαπάνες και μεταβλητές δαπάνες.

Ο προϋπολογισμός των νοσοκομείων καθορίζεται ως εξής: (Αριθμός προσώπων σε υπηρεσία X μισθό) + (αριθμός εξουσιοδοτημένων νοσοκομειακών κρεβατιών X κόστος υπηρεσίας) + αριθμός εξουσιοδοτημένων ειδικών μονάδων X κόστος υπηρεσίας) + (όγκος μονάδων παραγωγής X κόστος υπηρεσίας),+ (ημέρες ασθενών X κόστος ανά ημέρα)+ (χειρουργικές επεμβάσεις ημέρας X κόστος επέμβασης). Οι τιμές των παρεχομένων υπηρεσιών ποικίλλουν ανάλογα με το μέγεθος των νοσοκομείων. Επιπλέον, τα νοσοκομεία λαμβάνουν πρόσθετους προϋπολογισμούς, για κύριες δαπάνες.

Ανθρώπινο δυναμικό

Πίνακας 3.193 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης , 1980-2002

| Persons per 1000 population | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 |
|-----------------------------|-------------------|------|------|------|-------|-------|------|
| Physicians | 1.91 | 2.22 | 2.51 | - | 3.22 | 3.28 | 3.15 |
| General practitioners | 0.40 | 0.49 | 0.46 | 0.46 | 0.49 | 0.49 | 0.50 |
| Dentists | - | 0.49 | 0.50 | 0.47 | 0.47 | 0.47 | 0.47 |
| Pharmacists | - | 0.13 | 0.15 | 0.16 | 0.19 | 0.2 | - |
| Nurses | 3.62 ^a | 6.00 | 8.63 | - | 12.97 | 13.28 | - |
| Midwives | 0.06 ^a | 0.07 | 0.08 | 0.09 | 0.10 | 0.11 | 0.11 |
| Physicians graduating | - | 0.10 | 0.10 | 0.09 | 0.09 | 0.09 | 0.10 |
| Nurses graduating | - | 0.55 | 0.51 | 0.45 | 0.29 | 0.37 | 0.40 |

Το επάγγελμα των παθολόγων προστατεύεται στις Κάτω Χώρες από το 1818. Από το 1949, η βασιλική ολλανδική ιατρική ένωση ήταν η αφετηρία για την αναδιοργάνωση της ιατρικής εκπαίδευσης. Προς το παρόν, τα πανεπιστήμια έχουν ένα καθορισμένο αριθμό εισαγωγής για τους φοιτητές Ιατρικής, το οποίο σημαίνει ότι μόνο ένας περιορισμένος αριθμός των σπουδαστών αναγνωρίζεται ως παθολόγος ιατρός. Οι ιατρικές σπουδές χωρίζονται σε 2 φάσεις : η πρώτη φάση παρέχει την εκπαίδευση για ένα μεταπτυχιακό(4 από τα 6 χρόνια) ενώ η δεύτερη φάση διαρκεί 2 έτη (5ο και 6ο έτος) και ολοκληρώνεται με την τελική εξέταση.

Οι πληρωμές στους παθολόγους εξαρτώνται από τη θέση τους και από το μέρος στο οποίο εργάζονται. Οι παθολόγοι οι οποίοι κάνουν την πρακτική τους είναι μισθοδοτημένοι υπάλληλοι των νοσοκομείων ενώ οι υπόλοιποι πληρώνονται με αμοιβή ανά υπηρεσία για τους ασθενείς που εξετάζουν

3.5.1.5 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη και η δευτεροβάθμια περίθαλψη αποτελούν ξεχωριστούς τομείς. Η βασική υγειονομική περίθαλψη παρέχεται μέσω του περιορισμένου συστήματος δημόσιας υγείας το οποίο έχει τοπικά γραφεία σε όλη τη χώρα. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τους οικογενειακούς παθολόγους, τις νοσοκόμες, τις μαίες, τους φυσιοθεραπευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους οδοντιάτρους και τους φαρμακοποιούς. Κάθε ασθενής πρέπει να είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο ενός παθολόγου. Η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κατά κύριο λόγο από ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία.

Παροχή υπηρεσιών από το Εθνικό σχέδιο ασφάλισης υγείας για τις εξειδικευμένες ιατρικές δαπάνες

Το πρώτο αυτό ασφαλιστικό σχήμα καλύπτει τις ιατρικές δαπάνες που συνδέονται με τη μακροπρόθεσμη ή την υψηλού κόστους περίθαλψη, όπου η δαπάνη είναι τέτοια που δεν μπορεί να αποπληρωθεί εξ ολοκλήρου από τα άτομα ή να καλυφθεί επαρκώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Με κάποιες εξαιρέσεις, το κάθε άτομο που ζει στις Κάτω Χώρες (ανεξάρτητα από την υπηκοότητα) και όλοι οι μη μόνιμοι κάτοικοι που απασχολούνται στις Κάτω Χώρες καλύπτονται από αυτή την ασφάλιση. Η ασφάλιση σε αυτό το σχήμα είναι υποχρεωτική. Ο καθένας που πληρεί τα κριτήρια - είτε θέλει να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες είτε όχι - πρέπει να καταβάλει τις σχετικές συνεισφορές.

Το σχήμα AWBZ λειτουργεί με την αρχή ότι οι άνθρωποι πρέπει να συνεχίσουν να μένουν στα σπίτια τους κατά τη διάρκεια της λήψης της περίθαλψης. Καθορίζονται τέσσερις ευδιάκριτες λειτουργίες:

- Εσωτερική βοήθεια
- Προσωπική φροντίδα
- Περιποίηση
- Ενθαρρυντική καθοδήγηση

Παροχή υπηρεσιών από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας μέσω των ασφαλιστικών ταμείων

Το δεύτερο αυτό σχήμα καλύπτει την κανονική απαραίτητη ιατρική φροντίδα. Οι δαπάνες σε αυτήν την περίπτωση καλύπτονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τα ασφαλιστικά ταμεία και την ιδιωτική ασφάλιση. Οι κανονικές ιατρικές δαπάνες καλύπτονται από ποικίλες ασφαλιστικές ρυθμίσεις, η σημαντικότερη εκ των οποίων είναι ο νόμος περί ασφαλιστικών ταμείων (ZFW). Άνθρωποι με ετήσιο μισθό κάτω από ένα ανώτατο όριο (€ 32 600 το 2004) ασφαλίζονται μέχρι την ηλικία των 65 ετών.

Η ασφάλιση σε αυτό το σχήμα είναι υποχρεωτική. Ο καθένας που ικανοποιεί τα κριτήρια τα οποία καθιερώνονται από τη νομοθεσία θεωρείται αυτόματα ασφαλισμένος και πρέπει να καταβάλει τις συνεισφορές, είτε επιθυμεί να χρησιμοποιήσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες είτε όχι. Το παρεχόμενο πακέτο υπηρεσιών άλλαξε αρκετές φορές κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90. Οι διαθέσιμες υπηρεσίες του ZFW είναι οι ακόλουθες:

- Ιατρική και χειρουργική θεραπεία
- Μαιευτική προσοχή
- Οδοντιατρική θεραπεία
- Φαρμακευτική θεραπεία
- Δικαίωμα μακρόχρονης παραμονής σε νοσοκομείο
- Μεταφορά από και προς το νοσοκομείο

Παροχή υπηρεσιών από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Το τρίτο σχήμα καλύπτει τις συμπληρωματικές μορφές περίθαλψης που θεωρούνται ως λιγότερο απαραίτητες. Οι δαπάνες εδώ καλύπτονται κατά ένα μεγάλο μέρος από την ιδιωτική ιατρική ασφάλιση. Η συμπληρωματική αυτή ασφάλιση μπορεί να ληφθεί για να καλύψει τις δαπάνες των υπηρεσιών οι οποίες δεν παρέχονται στα δύο πρώτα σχήματα. Αυτό είναι ένα σχήμα εθελοντικής ασφάλισης υγείας όπου οι ασφαλιστές - και τα ταμεία και οι ιδιωτικοί ασφαλιστές υγείας - καθορίζουν το περιεχόμενο και το πεδίο των υπηρεσιών και των όρων κάτω από τους οποίους αυτές οι υπηρεσίες θα παραδοθούν.

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Η φαρμακευτική πολιτική της ολλανδικής κυβέρνησης είναι βασισμένη στην αρχή της ασφαλούς και προσιτής φαρμακευτικής περίθαλψης για όλους. Αυτή η πολιτική εφαρμόζεται από το Υπουργείο Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού. και μπορεί να διαιρεθεί σε δύο τμήματα. Ο πρώτος πολιτικός στόχος είναι να ελεγχθούν η ποιότητα η διανομή και ο ανεφοδιασμός των φαρμακευτικών ειδών ενώ ο δεύτερος πολιτικός στόχος είναι να ελεγχθούν οι δαπάνες των φαρμακευτικών ειδών. Οι φαρμακευτικές δαπάνες έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από την αύξηση στον αριθμό των συνταγών. Για να συγκρατηθεί ο όγκος των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ειδών θεσπίστηκαν τα μέτρα συμπληρωματικής πληρωμής ανάλογα με το ασφαλιστικό σχήμα του κάθε ασθενούς. Όταν ξεκίνησαν οι συμπληρωματικές πληρωμές, ο συνολικός αριθμός των συνταγών μειώθηκε.

3.5.2 ΕΛΒΕΤΙΑ



3.5.2.1 Εισαγωγή

Η Ελβετία, επίσημα γνωστή ως Ελβετική Ομοσπονδία, είναι μια ομοσπονδιακή δημοκρατία αποτελούμενη από 23 καντόνια στην κεντρική Ευρώπη. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση είναι 78.8 έτη. Η Ελβετία έχει ένα εξαιρετικά καλά αναπτυγμένο υγειονομικό σύστημα το οποίο υποβλήθηκε σε μαζική επέκταση μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70, υπήρξαν ελλείψεις σε ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας όπως οι οδοντίατροι και οι νοσοκομειακοί γιατροί. Η υγειονομική περίθαλψη σε μερικές αγροτικές περιοχές ήταν επίσης ανεπαρκής. Αυτές οι ελλείψεις έχουν μειωθεί, και σήμερα ο αριθμός γιατρών θεωρείται πάρα πολύ υψηλός

Σε θεσμικό επίπεδο, τα καντόνια και οι δήμοι ήταν σχεδόν αποκλειστικά αρμόδιοι για την υγεία και την ευημερία. Στην έναρξή της το 1848, η ελβετική ομοσπονδία δεν είχε σχεδόν καμία νομοθετική δύναμη στον τομέα της υγείας. Αυτή η κατάσταση βαθμιαία άλλαξε. Το 1886 ένας ομοσπονδιακός νόμος για την καταπολέμηση των επιδημικών ασθενειών τέθηκε σε εφαρμογή. Στο τέλος του 19ου αιώνα, στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση δόθηκε η συνταγματική εξουσιοδότηση για την εφαρμογή νομοθεσίας σχετικά με την ασφάλεια των τροφίμων και των καταναλωτών. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι αρμόδια για τον έλεγχο των ορών και των εμβολίων από το 1931. Ο ομοσπονδιακός νόμος σχετικά με το εμπόριο των φαρμάκων τέθηκε σε ισχύ το 1972.

3.5.2.2 Οργανωτική δομή

Το πολιτικό σύστημα στην Ελβετία έχει χαρακτηριστικά και από το φιλελεύθερο και από το ομοσπονδιακό σύστημα. Αυτό απεικονίζεται επίσης και στο πώς το υγειονομικό σύστημα είναι οργανωμένο. Ο φιλελεύθερος προσανατολισμός του κράτους απεικονίζεται στα συντάγματα της ελβετικής ομοσπονδίας και τα καντόνια. Το κράτος επεμβαίνει μόνο όταν αποτυγχάνει να παράγει η ιδιωτική πρωτοβουλία ικανοποιητικά αποτελέσματα, δηλ. ενεργεί μόνο ως δίκτυ ασφαλείας ή πάροχος τελευταίας λύσης. Αυτό εξηγεί το σχετικά κύριο ρόλο που έχουν οι ιδιωτικοί πάροχοι στο υγειονομικό σύστημα της Ελβετίας. Η ελβετική ομοσπονδία μπορεί να νομοθετήσει μόνο όταν εξουσιοδοτείται ρητώς από το σύνταγμα. Το σύνταγμα χορηγεί περιορισμένες δυνάμεις στη συνομοσπονδία. Επιπλέον, τα καντόνια μπορούν να εξουσιοδοτούν τους δήμους.

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση

Το ομοσπονδιακό Σύνταγμα απαριθμεί πλήρως τις νόμιμα καθορισμένες ευθύνες της ομοσπονδιακής κυβέρνησης. Εκείνες οι δραστηριότητες που αφορούν κυρίως τον τομέα της υγείας είναι :

- Εξόντωση των μεταδοτικών ή πολύ διαδεδομένων ασθενειών των ανθρώπων και των ζώων,
- Προώθηση της άσκησης και του αθλητισμού,
- Παροχή κοινωνικής ασφάλισης,
- Ιατρικές εξετάσεις,
- προώθηση της επιστήμης, της έρευνας και της ανώτατης εκπαίδευσης,
- Εφαρμοσμένη γενετική μηχανική, αναπαραγωγική ιατρική, ιατρική μεταμόσχευσης και ιατρική έρευνα

Τα Καντόνια

Η υγειονομική υπηρεσία είναι ένας από τους τομείς της κυβερνητικής δραστηριότητας στους οποίους τα καντόνια έχουν μια πτώση αλλά ακόμα σχετικά υψηλό βαθμό ανεξαρτησίας. Οι δραστηριότητες των καντονιών μπορούν να διαιρεθούν στους ακόλουθους τέσσερις τομείς :

- Κανονισμός των θεμάτων υγείας
- Παροχή υγειονομικής περίθαλψης
- Πρόληψη ασθενειών και υγειονομική αγωγή
- Εφαρμογή των ομοσπονδιακών νόμων

Όσον αφορά τον κανονισμό των θεμάτων υγείας , αυτός αφορά θέματα όπως:

- Χορήγηση αδειών στα επαγγέλματα υγείας ,
- Έγκριση λειτουργίας φαρμακείου
- Έλεγχο των φαρμάκων.

Όσον αφορά την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης τα περισσότερα καντόνια λειτουργούν τα δικά τους νοσοκομεία ενώ άλλα επιχορηγούν ιδιωτικά νοσοκομεία. Υπάρχουν επίσης ιδιωτικές κλινικές που δεν λαμβάνουν οποιαδήποτε κρατική επιχορήγηση. Ο αναθεωρημένος νόμος για την ασφάλιση της υγείας απαιτεί από τα καντόνια να συντάξουν σχέδια για παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης καθώς και ένα κατάλογο νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών τα οποία είναι επιλέξιμα για αποζημίωση από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Η κυβέρνηση των καντονιών επικυρώνει τα προγράμματα αμοιβών που συζητιούνται και που συμφωνούνται μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών και των ενώσεων των ταμείων ασφάλισης υγείας σε κάθε καντόνι. Εάν τα συμβαλλόμενα μέρη είναι ανίκανα να συμφωνήσουν, η κυβέρνηση των καντονιών καθορίζει το πρόγραμμα αμοιβών

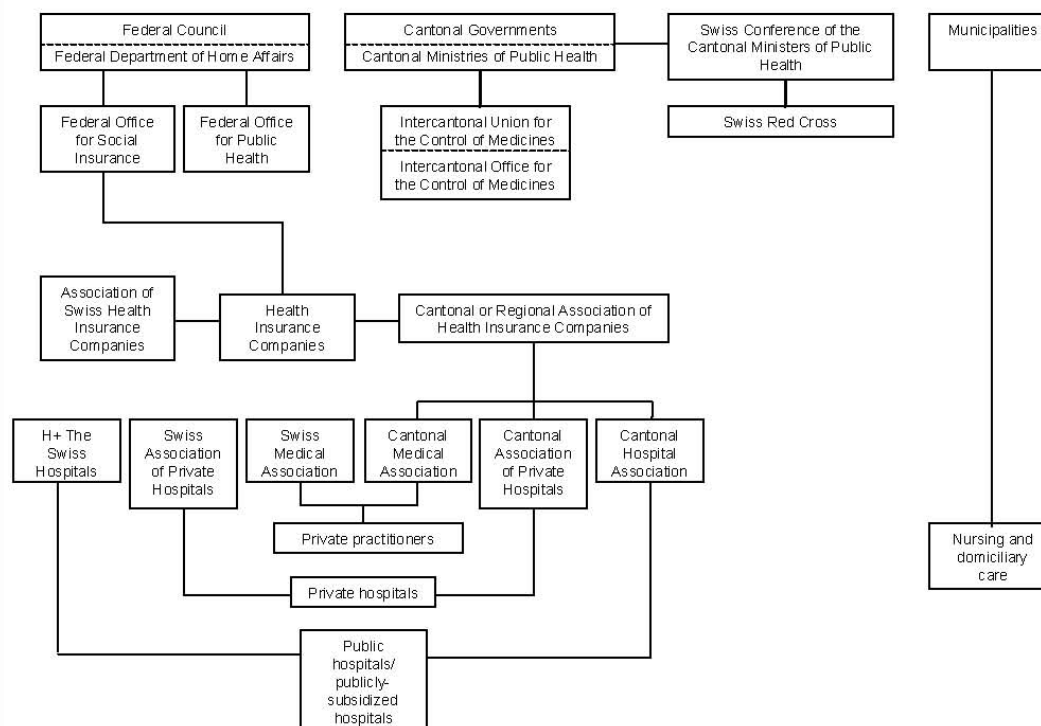
Οι δήμοι

Οι νόμοι υγείας των καντονιών απονέμουν την ευθύνη για την πολιτική της υγείας στους δήμους. Η ευθύνη για την περίθαλψη ορισμένων τρωτών ομάδων μεταβιβάζεται συνήθως στους δήμους. Οι δήμοι λειτουργούν τις ιδιωτικές κλινικές και τα νοσοκομεία είτε μόνοι τους είτε με σύμπραξη με άλλους δήμους. Οι δήμοι είναι επίσης αρμόδιοι για την υποστήριξη και την παροχή συμβουλών στις έγκυες γυναίκες, παρέχουν μαιευτικές υπηρεσίες καθώς και οδοντιατρική περίθαλψη.

Ασφαλιστικές επιχειρήσεις

Το 2007, υπήρχαν 109 ασφαλιστικές εταιρείες που πρόσφεραν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στην Ελβετία. Μόνο εκείνοι οι ασφαλιστικοί προμηθευτές που συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις του νόμου περί υγείας μπορούν να παρέχουν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας (CHI). Η κύρια απαίτηση από αυτές τις ασφαλιστικές εταιρίες είναι η μη πραγματοποίηση κέρδους από δραστηριότητες που έχουν να κάνουν με την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας του πληθυσμού.

Πίνακας 3.194 Διάγραμμα οργανωτικής δομής του Ελβετικού συστήματος υγείας



Πίνακας 3.195 Αριθμός και μέγεθος των παρόχων υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας

| Insured persons per CHI provider | Number of CHI providers | Number of insured persons | Percentage of total |
|----------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------|
| <1 000 | 32 | 16 677 | 0.2 |
| 1 001–10 000 | 60 | 213 142 | 3.0 |
| 10 001–100 000 | 23 | 832 613 | 11.6 |
| 100 001–1 000 000 | 14 | 4 909 494 | 68.4 |
| >1 000 000 | 1 | 1 210 566 | 16.8 |
| Total | 130 | 7 182 492 | 100 |

3.5.2.3 Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Το υγειονομικό σύστημα της Ελβετίας χρηματοδοτείται κατά ένα μεγάλο ποσοστό μέσω των ασφαλιστών της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Δεδομένου ότι ο αναθεωρημένος νόμος ασφάλισης υγείας τέθηκε σε εφαρμογή το 1996 όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι στην Ελβετία είναι υποχρεωμένοι να συνάψουν ασφάλιση υγείας. Τα άτομα ή οι νομικοί αντιπρόσωποί τους αγοράζουν τα ασφαλιστήρια συμβόλαια για τα οποία τα ασφάλιστρα είναι καθορισμένα.

Οι μόνιμοι κάτοικοι που απαλλάσσονται από την αγορά της υποχρεωτικής ασφάλισης στο πλαίσιο του νέου συστήματος είναι:

- Δημόσιοι υπάλληλοι που καλύπτονται από στρατιωτική ασφάλιση
- Μη-Ελβετοί πολίτες που κατοικούν για περισσότερο από τρεις μήνες στην Ελβετία και είναι ήδη ασφαλισμένοι για τις υπηρεσίες στην Ελβετία, είτε μέσω μιας μη-Ελβετικής ασφαλιστικής εταιρείας είτε μέσω του εργοδότη τους, και που έχουν λάβει γραπτή ειδοποίηση απαλλαγής

Συμπληρωματικές πηγές χρηματοδότησης

Τα ομοσπονδιακά, τα δημοτικά και τα των καντονιών φορολογικά έσοδα είναι μια άλλη πηγή χρηματοδότησης. Αυτά καλύπτουν τα εξής:

- Επιχορηγήσεις των καντονιών σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία
- Δημοτικές επιχορηγήσεις και επιχορηγήσεις των καντονιών στις ιδιωτικές κλινικές και τους παρόχους οικιακής φροντίδας
- Ομοσπονδιακές επιχορηγήσεις και επιχορηγήσεις των καντονιών για τα ασφάλιστρα της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας
- Ασφάλιστρα για τη στρατιωτική ασφάλιση υγείας που πληρώνονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση
- Δαπάνες δημόσιας υγείας (όπως η πρόληψη ασθενειών)

Επιπρόσθετες πληρωμές

Τα περισσότερα ασφαλιστήρια συμβόλαια απαιτούν από τους ασφαλισμένους να πληρώσουν ένα σταθερό μέρος των δαπανών που δεν καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Αυτό τίθεται ετησίως και ποικίλλει μεταξύ των υποχρεωτικών ασφαλίσεων υγείας. Το ελάχιστο είναι Sw.fr. 230 και το μέγιστο είναι Sw.fr. 1500 το χρόνο. Εντούτοις οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν την άδεια να προσφέρουν υψηλότερο αφαιρετέο ποσοστά (μέχρι Sw.fr.1500 για τους ενηλίκους και Sw.fr. 375 για τα παιδιά). Το άτομο μπορεί να επιλέξει το επίπεδο αφαιρετέου ποσού που επιθυμεί να πληρώσει αλλά το ασφάλιστρό του/της θα είναι σαφώς λιγότερο εάν επιλεγεί ένα υψηλότερο επιπέδου αφαιρετέο ποσό.

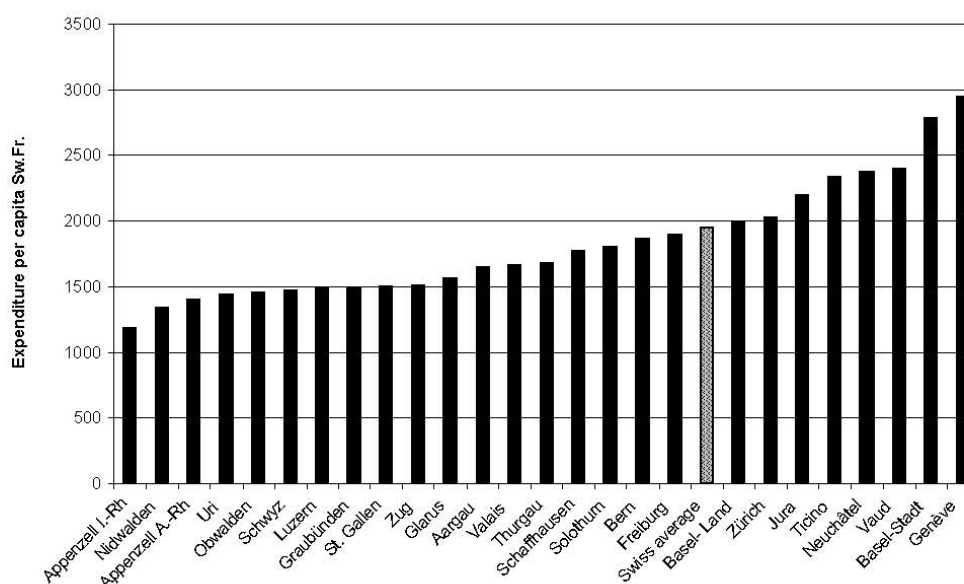
Συμπληρωματική ασφάλιση υγείας

Στην Ελβετία υπάρχουν επίσης και διαφορετικές συμπληρωματικές ασφαλίσεις υγείας. Οι δημοφιλέστερες είναι εκείνες που επιτρέπουν την ελεύθερη επιλογή του γιατρού και καλύπτουν και την νοσοκομειακή διαμονή για τον ασθενή.

Πίνακας 3.196 Κυριότερες πηγές χρηματοδότησης

| Source of finance | 1980 | 1985 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Public | 65.1 | 63.3 | 65.2 | 65.8 | 66.3 | 67.9 | 57.8 | 57.4 | 58.8 | 59.1 |
| Taxes ¹ | 31.7 | 27.4 | 27.4 | 28.6 | 27.7 | 26.7 | 25.6 | 25.2 | 24.9 | 24.9 |
| Compulsory health insurance ^{2,6} | 33.4 | 29.7 | 31.8 | 31.0 | 32.0 | 34.2 | 25.5 | 25.5 | 27.2 | 27.5 |
| Other statutory insurance schemes ³ | – | 6.3 | 6.0 | 6.2 | 6.6 | 7.0 | 6.7 | 6.7 | 6.7 | 6.7 |
| Private | 32.4 | 33.6 | 32.4 | 31.8 | 31.4 | 30.4 | 40.3 | 40.7 | 39.5 | 38.7 |
| Out-of-pocket ^{4,5} | 32.4 | 33.6 | 32.4 | 31.8 | 30.1 | 29.1 | 28.8 | 28.8 | 27.4 | 27.6 |
| Supplementary health insurance (for profit) ⁵ | – | – | – | – | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.0 | 1.2 | 1.2 |
| Supplementary health insurance (not for profit) ⁶ | – | – | – | – | – | – | 10.2 | 10.9 | 10.9 | 10.0 |
| Other payments ⁷ | 2.5 | 3.1 | 2.4 | 2.4 | 2.3 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 1.7 | 2.1 |

Πίνακας 3.197 Δαπάνες ανά άτομο ανά καντόνι κάτω από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας



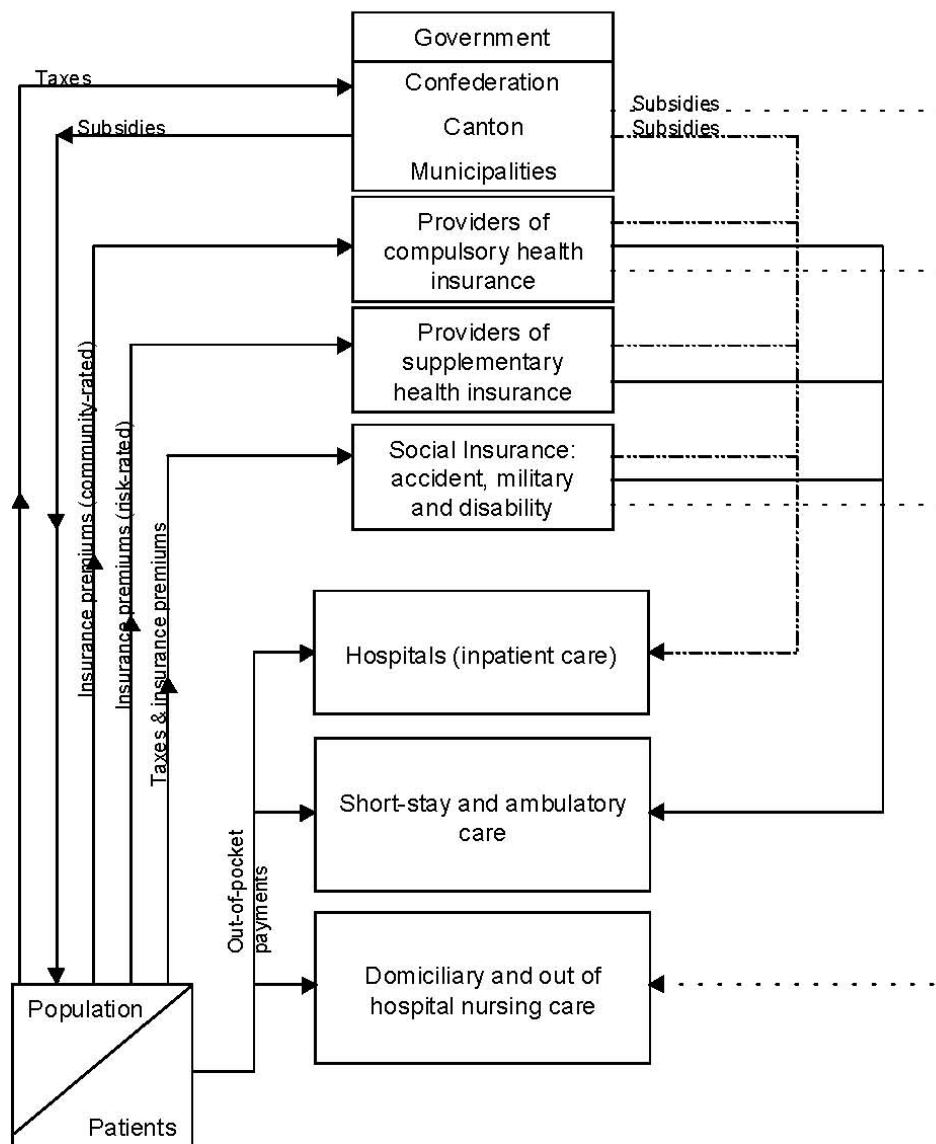
Πίνακας 3.198 Τάσεις στις δαπάνες υγείας ,1970-1997

| Total expenditure on health care | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Value in current prices (million Sw.fr.) | 4 697 | 9 810 | 12 373 | 18 383 | 26 308 | 33 817 | 35 050 | 36 940 | 37 200 |
| Value in constant prices 1990 (million Sw.fr.) | 14 651 | 17 537 | 18 445 | 21 196 | 26 308 | 28 538 | 29 039 | 30 033 | 30 024 |
| Value in current prices, per capita (US \$PPP) | 252 | 483 | 801 | 1 250 | 1 760 | 2 288 | 2 403 | 2 499 | 2 547 |
| Share of GDP (%) | 5.7 | 7.3 | 7.3 | 7.8 | 8.3 | 9.5 | 9.6 | 10.1 | – |
| Public as share of total expenditure on health care (%) ¹ | – | – | 65.1 | 63.3 | 65.2 | 57.8 | 57.4 | 58.8 | – |

Πίνακας 3.199 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά κατηγορία υπηρεσιών, (%) συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη, 1970-1996

| Total expenditure on | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1994 | 1995 | 1996 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Inpatient care (%) | 44.5 | 47.9 | 47.9 | 47.1 | 48.4 | 49.6 | 48.4 | 48.1 |
| Pharmaceuticals (%) | 17.3 | 12.9 | 13.6 | 12.6 | 11.5 | 11.0 | 11.2 | 11.1 |
| Public investment (%) | – | 5.8 | 3.3 | 2.6 | 3.3 | 3.3 | 3.2 | 2.8 |

Πίνακας 3.200 Διάγραμμα ροής χρηματοδότησης



-----To providers of inpatient hospital care

—————To providers of short-stay inpatient (i.e. one night or less) and ambulatory medical care includes doctors, pharmacists, laboratory technicians, physiotherapists, chiropractors, dentists

-----To providers of domiciliary and out of hospital nursing care (Spitex services)

3.5.2.4 Παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Οι γιατροί στην ανεξάρτητη πρακτική τους παρέχουν την περισσότερη πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στην Ελβετία. Οι περισσότεροι γιατροί συνεργάζονται με τους βοηθούς. Από τους 23.679 ενεργούς γιατρούς στην Ελβετία το 1998, 13.357 (56%) είναι ιδιωτικοί γιατροί. Περίπου το 36% αυτών είναι ιατροί παθολόγοι και το 46% ειδικευόμενοι. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέξουν οποιοδήποτε γιατρό θέλουν ενώ έχουν επίσης και άμεση πρόσβαση στους ειδικευόμενους.

Ολόκληρος ο πληθυσμός έχει την δυνατότητα της ελεύθερης επιλογής του ασφαλιστικού παρόχου του για την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας, και οι ασφαλιστικές εταιρείες που προσφέρουν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας δεν έχουν την άδεια να απορρίψουν για οποιοδήποτε λόγο την αίτηση ενός ατόμου για μια υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Οι άνθρωποι έχουν την άδεια να αλλάξουν τον πάροχο της υποχρεωτικής ασφάλισής υγείας δύο φορές το χρόνο. Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει μια ευρεία σειρά υπηρεσιών όπως αυτές καθορίζονται στον αναθεωρημένο νόμο περί ασφάλισης υγείας. Οι υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας μπορούν να χρηματοδοτηθούν από τη συμπληρωματική ασφάλιση υγείας ή τις επιπρόσθετες πληρωμές.

Οι ακόλουθες υπηρεσίες δεν συμπεριλαμβάνονται στο πακέτο της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας:

- Οδοντιατρική περίθαλψη
- Ψυχοθεραπεία που παρέχεται από μη-ιατρικά καταρτισμένους επαγγελματίες
- Φάρμακα που δεν αναφέρονται στους εγκεκριμένους καταλόγους φαρμάκων και φαρμακευτικών προϊόντων
- Δευτερεύουσες επεμβάσεις όπως η πλαστική χειρουργική
- Θεραπεία σε θερμικά λουτρά
- Υπηρεσίες διάσωσης μεταφορών και έκτακτης ανάγκης

Φαρμακευτικές δαπάνες-παροχές

Το γραφείο για τον έλεγχο των φαρμάκων, που καθιερώθηκε μετά από μια συμφωνία μεταξύ των κυβερνήσεων των καντονιών, είναι αρμόδιο για την καταγραφή των φαρμακευτικών προϊόντων. Οποιαδήποτε επιχείρηση που επιθυμεί να εισάγει ένα προϊόν στην αγορά πρέπει να πληρώσει για τη διαδικασία εγγραφής. Τα φαρμακευτικά είδη διαιρούνται σε δύο κατηγορίες: εκείνα που μπορούν να πωληθούν μόνο στα φαρμακεία, εκείνοι που μπορούν να πωληθούν στα φαρμακεία και εκείνοι που μπορούν να πωληθούν οπουδήποτε. Περίπου το 62% των φαρμάκων στην Ελβετία πωλούνται μέσω των φαρμακείων. Άλλοι δίαυλοι διανομής είναι οι γιατροί (περίπου 20%), τα νοσοκομεία (περίπου 12%) και τα ειδικά καταστήματα (περίπου 6%).

3.5.2.5 Ανθρώπινο και υλικό δυναμικό

Φυσικοί πόροι-υποδομές

Υπάρχουν δημόσια, δημόσια επιδοτούμενα και ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελβετία. Τα δημόσια νοσοκομεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το καντόνι στο οποίο βρίσκονται, από τις συμπράξεις των δήμων, ή και από τους μεμονωμένους δήμους. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν λαμβάνουν οποιοσδήποτε οικονομικές επιχορηγήσεις αλλά χρηματοδοτούνται απλώς από τις πληρωμές που γίνονται από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και τους ασθενείς. Τα ιδιωτικά νοσοκομεία που περιλαμβάνονται στον κατάλογο νοσοκομείων των καντονιών μπορούν να παρέχουν αποζημίωση για τις υπηρεσίες τους κάτω από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας.

Πίνακας 3.201 Αριθμός και τύποι νοσοκομείων, 1997

| Type of hospital | Number of hospitals |
|-----------------------------|---------------------|
| General hospitals | |
| University hospitals | 5 |
| Non-university hospitals | 221 |
| Total | 226 |
| Specialist Hospitals | |
| Psychiatric clinics | 61 |
| Rehabilitation clinics | 46 |
| Surgical clinics | 19 |
| Other specialist hospitals | 53 |
| Total | 180 |
| Total | 406 |

Τα δημόσια νοσοκομεία, που ανήκουν στα καντόνια ή τους δήμους, και τα επιλεγμένα ιδιωτικά νοσοκομεία που επιχορηγούνται από τα καντόνια βρίσκονται υπό τον έλεγχο των καντονιών. Οι δαπάνες επενδύσεων κεφαλαίου για τα δημόσια νοσοκομεία συνήθως χρηματοδοτούνται πλήρως από τα φορολογικά έσοδα των καντονιών. Τα καντόνια χρηματοδοτούν επίσης τουλάχιστον το 50% των τρεχουσών δαπανών αυτών των νοσοκομείων.

Ανθρώπινο δυναμικό

Το επίπεδο της κατάρτισης των γιατρών θεωρείται πολύ υψηλό στην Ελβετία, αν και απαιτείται μεταρρύθμιση σε ορισμένους τομείς. Η ιατρική κατάρτιση διαρκεί τουλάχιστον έξι έτη και χωρίζεται σε δύο έτη βασικής εκπαίδευσης, τρία έτη κλινικής κατάρτισης και ένα εκλεκτορικό έτος. Οι σπουδές ολοκληρώνονται με μια τυποποιημένη εξέταση. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση είναι αρμόδια για την εξέταση της βασικής εκπαίδευσης. Οι γιατροί εκπαιδεύονται μετέπειτα σε μια ιατρική ειδικότητα. Το μήκος της μεταπτυχιακής κατάρτισης ποικίλλει μεταξύ των τομέων αλλά γενικά διαρκεί μεταξύ πέντε και επτά ετών. Η ελβετική ιατρική ένωση, που απονέμει τα ειδικά προσόντα, αναγνωρίζει περίπου 50 ειδικότητες.

Πίνακας 3.202 Προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, 1970-1997

| Number per 1000 population | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 1996 | 1997 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Active doctors | 1.4 | 1.8 | 2.4 | 2.7 | 2.9 | 3.2 | 3.2 | 3.3 |
| Active dentists | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 | 0.5 |
| Certified nurses | 5.1 | – | 9.9 | – | 13.8 | – | – | – |
| Active pharmacists | 0.3 | – | 0.4 | – | 0.5 | – | – | – |

Οι αμοιβές καθορίζονται μέσω ετησίων διαπραγματεύσεων από τις ενώσεις των ασφαλιστικών εταιριών και τους επαγγελματικούς συνδέσμους. Όλα τα ιατρικά και τα σχετιζόμενα με την ιατρική επαγγέλματα έχουν ένα συμφωνηθέν πρόγραμμα αμοιβών, το οποίο συζητιέται μεταξύ του σχετικού επαγγελματικού συνδέσμου και των διαφόρων ασφαλιστικών παρόχων. Οι περισσότεροι γιατροί απασχολούνται σε κάποιο νοσοκομείο και λαμβάνουν έναν μισθό. Λαμβάνουν επίσης πρόσθετες πληρωμές για υπηρεσίες που παρέχουν στους ανθρώπους μέσω της συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας αλλά πρέπει να πληρώσουν μέρος αυτού του εισοδήματος τους στα νοσοκομεία που εργάζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Στα προηγούμενα κεφάλαια επιχειρήθηκε μια όσο το δυνατόν λεπτομερέστατη και ακριβέστατη περιγραφική ανάλυση των σημαντικότερων συστημάτων υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέσα από την ανάλυση αυτή δόθηκε η δυνατότητα να γνωρίσουμε τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας όπως την οργανωτική του δομή, τον τρόπο και τους πόρους της χρηματοδότησής του καθώς και τις υπηρεσίες που παρέχει στους ασθενείς του.

Στο παρόν κεφάλαιο θα επιχειρηθεί μια διαχρονική συγκριτική ανάλυση των συστημάτων αυτών με τη βοήθεια ιστορικών στοιχείων σε μορφή διαγραμμάτων. Τα διαγράμματα αυτά επικεντρώνονται στην σύγκριση σημαντικών παραμέτρων των συστημάτων υγείας όπως :

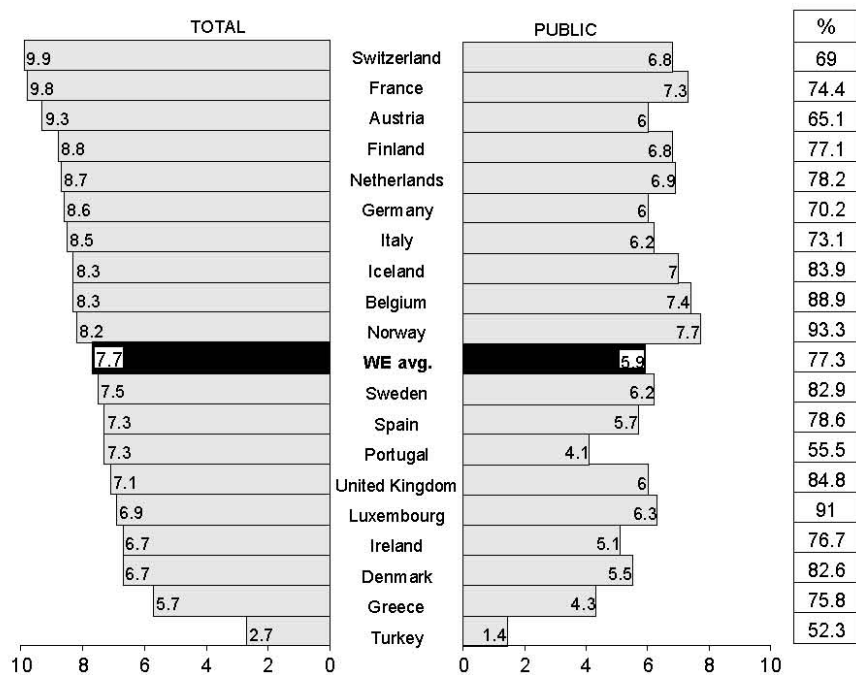
- Των συνολικών δαπανών στον τομέα της υγείας, εκφραζόμενων ως ποσοστό του ΑΕΠ της εκάστοτε χώρας
- Των τάσεων που επικρατούν στην χρηματοδότηση του εκάστοτε συστήματος υγείας
- Των αριθμών του έμψυχου και υλικού δυναμικού του εκάστοτε συστήματος υγείας

Η σύγκριση αυτή θα αφορά συγκεκριμένο έτος για το οποίο είναι διαθέσιμο τα ανωτέρω δεδομένα και θα αφορά το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε ορισμένες περιπτώσεις η σύγκριση αυτή θα περιλαμβάνει και κάποιες χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης.

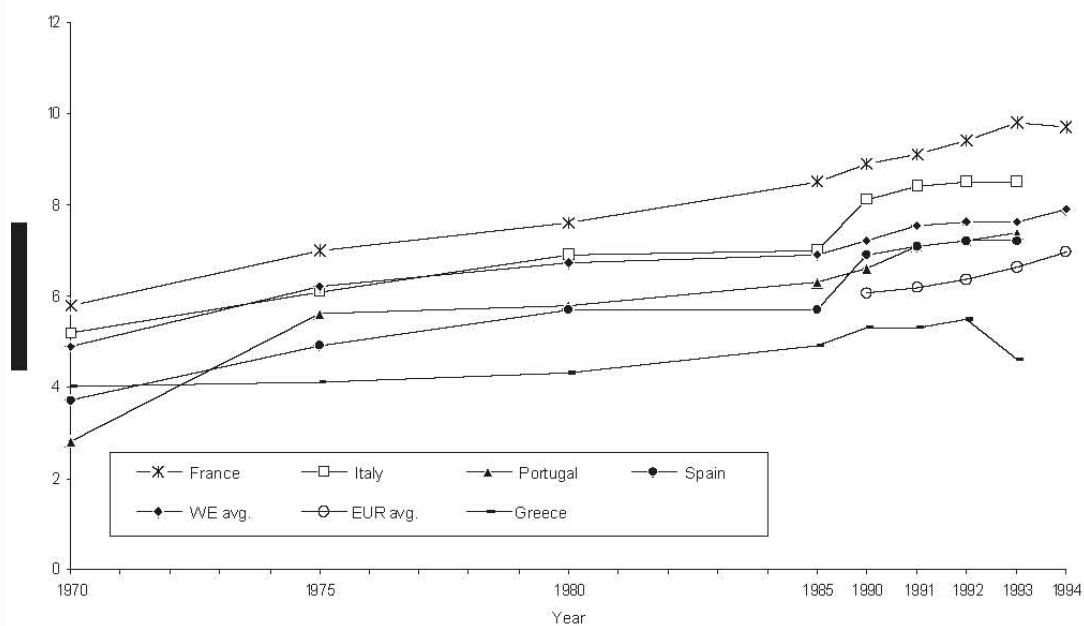
4.2 Παράθεση διαγραμμάτων

- Έτη 1990-2000

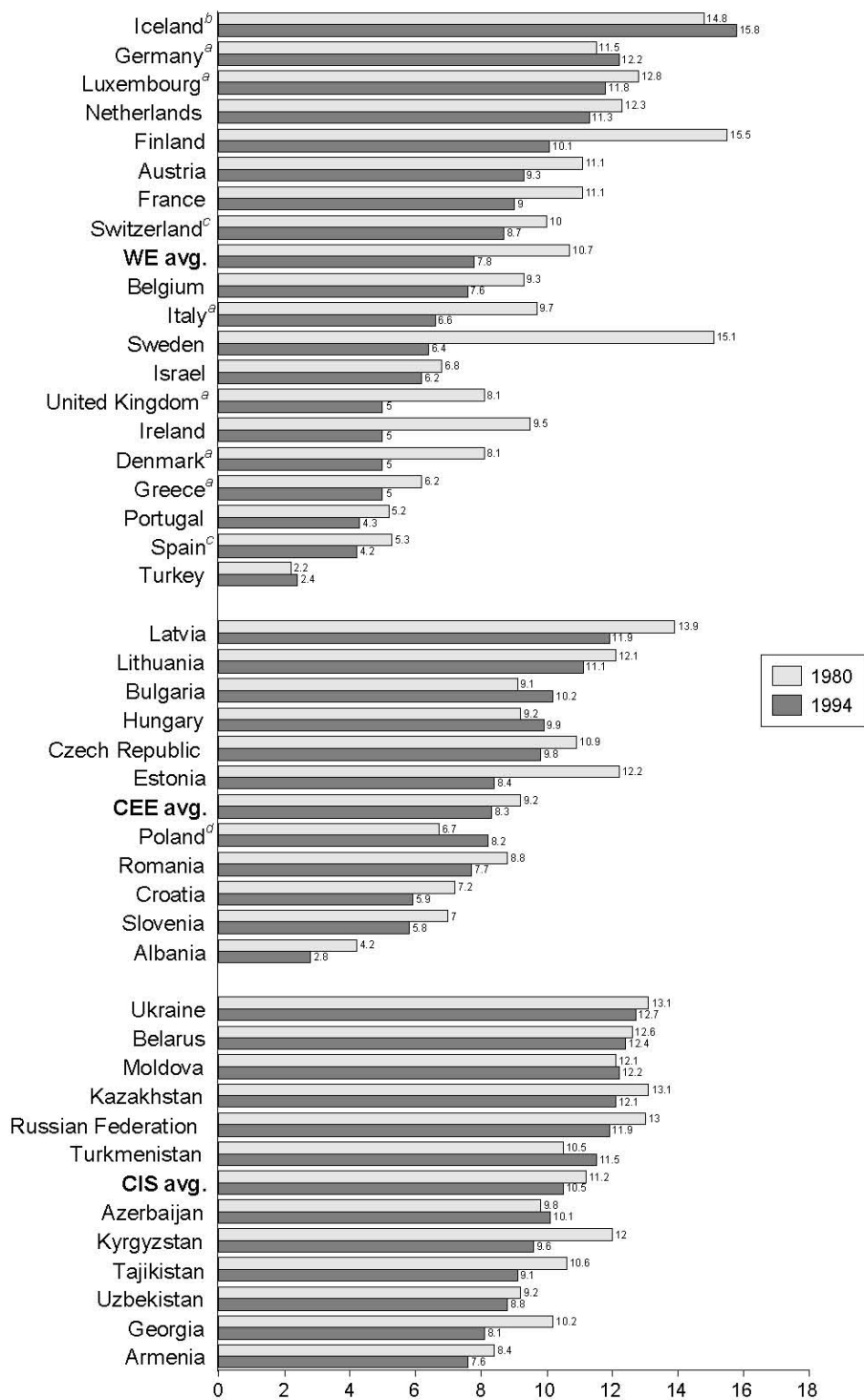
Πίνακας 4.1 Συνολικές και δημόσιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ (%), δυτική Ευρώπη, 1993



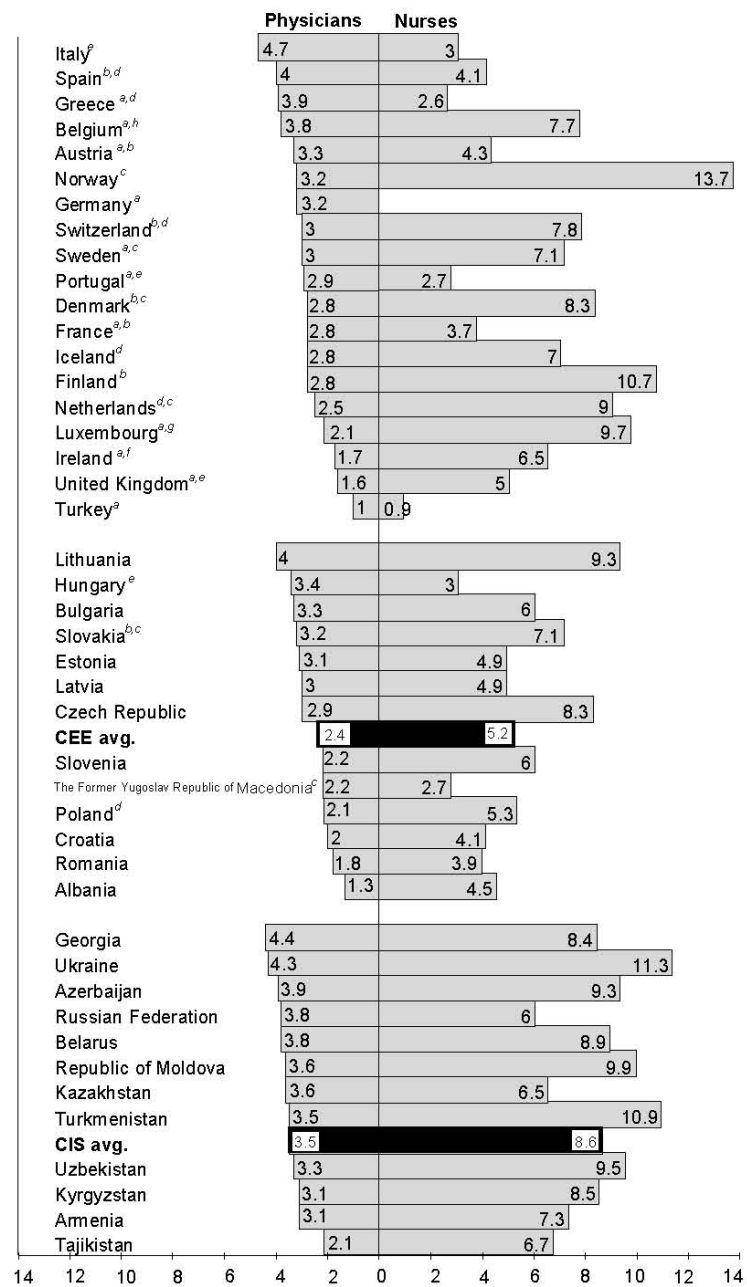
Πίνακας 4.2 Τάσεις στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ (%), 1970-1994



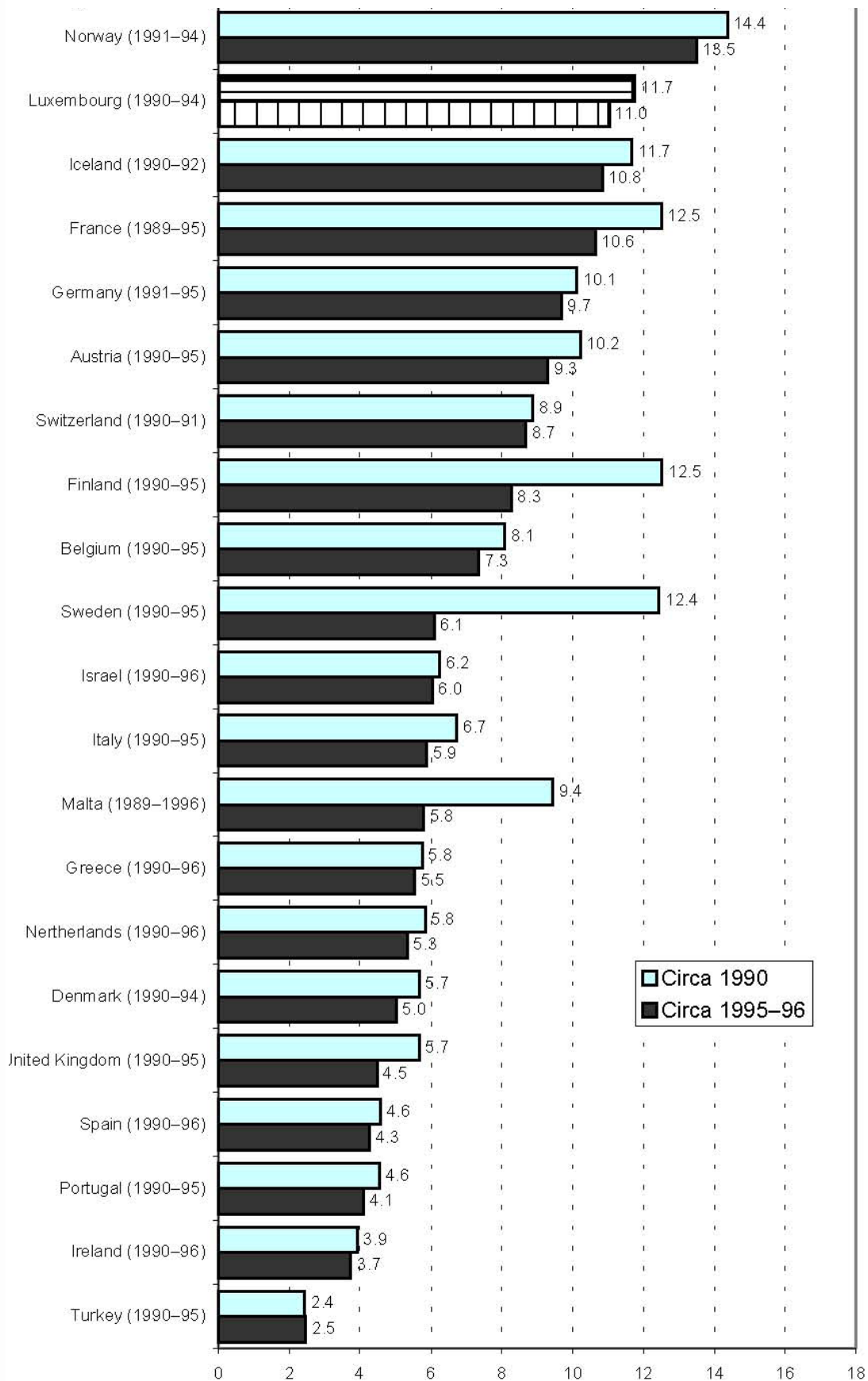
Πίνακας 4.3 Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1000 άτομα πληθυσμού ,1980 και 1994



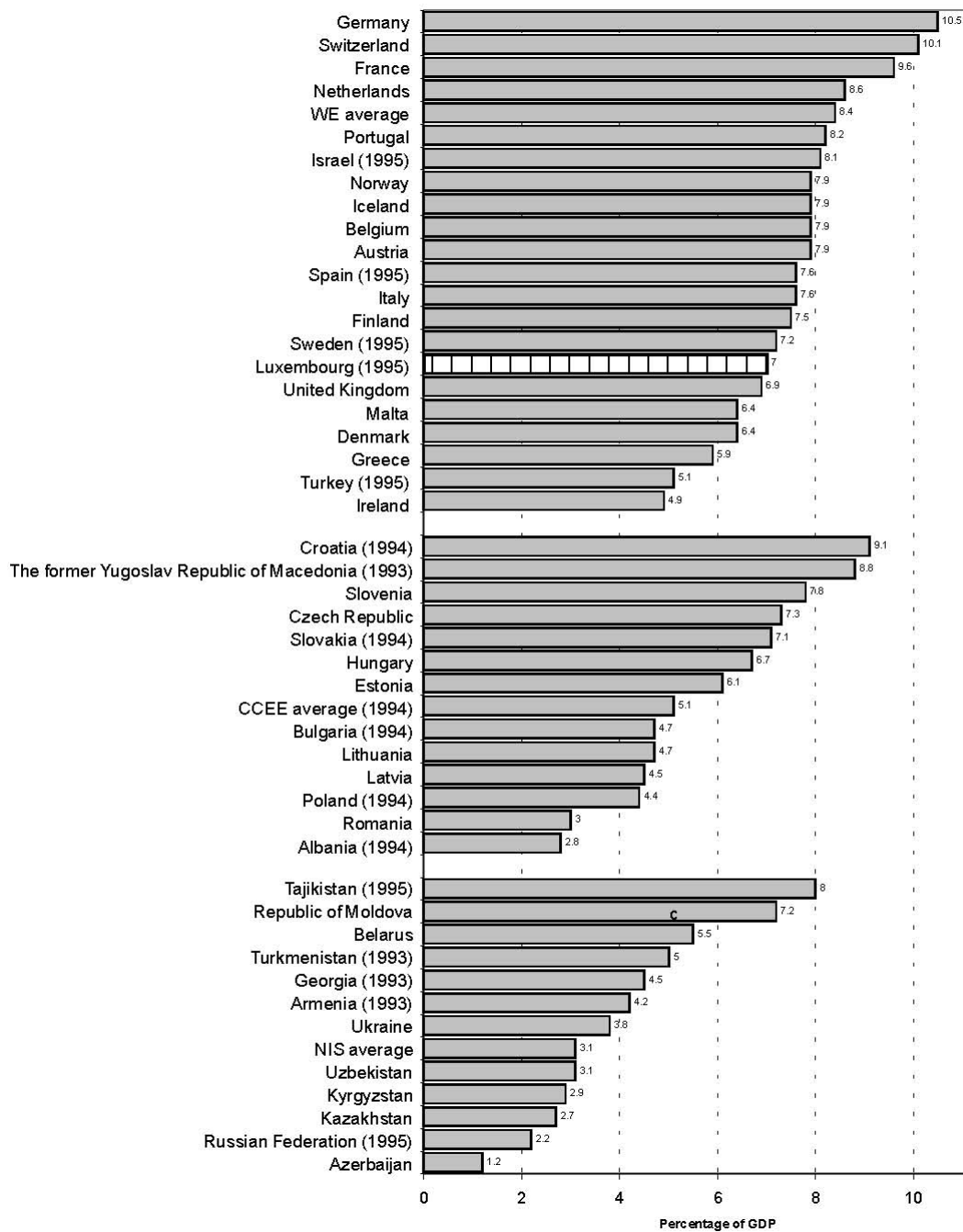
Πίνακας 4.4 Αριθμός παθολόγων και νοσοκόμων ανά 1000 άτομα πληθυσμού 1000, 1994



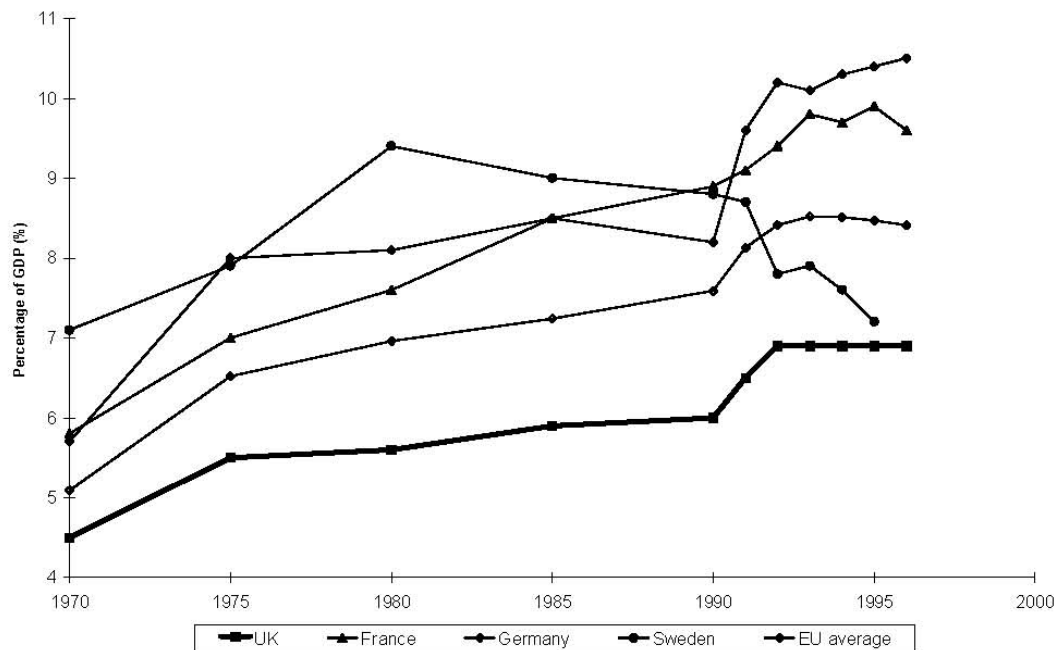
Πίνακας 4.5 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού 1990 και 1995



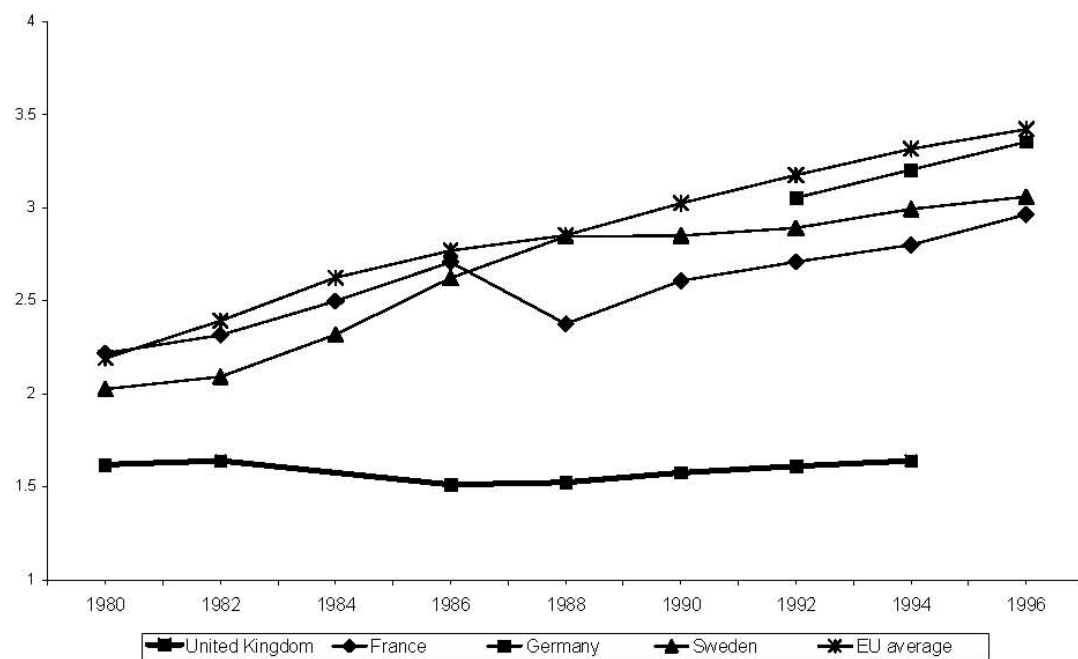
Πίνακας 4.6 Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ,1996 ή τελευταίο διαθέσιμο έτος



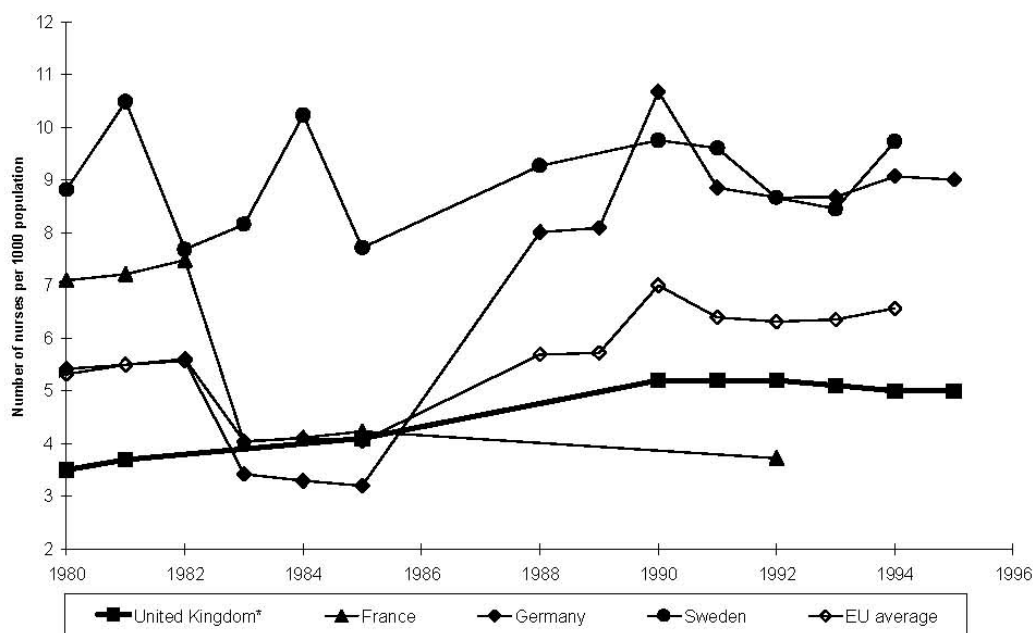
Πίνακας 4.7 Τάσεις στις συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ στο Ηνωμένο Βασίλειο και επιλεγμένες χώρες, 1970-1996



Πίνακας 4.8 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε επιλεγμένες χώρες, 1980-1996



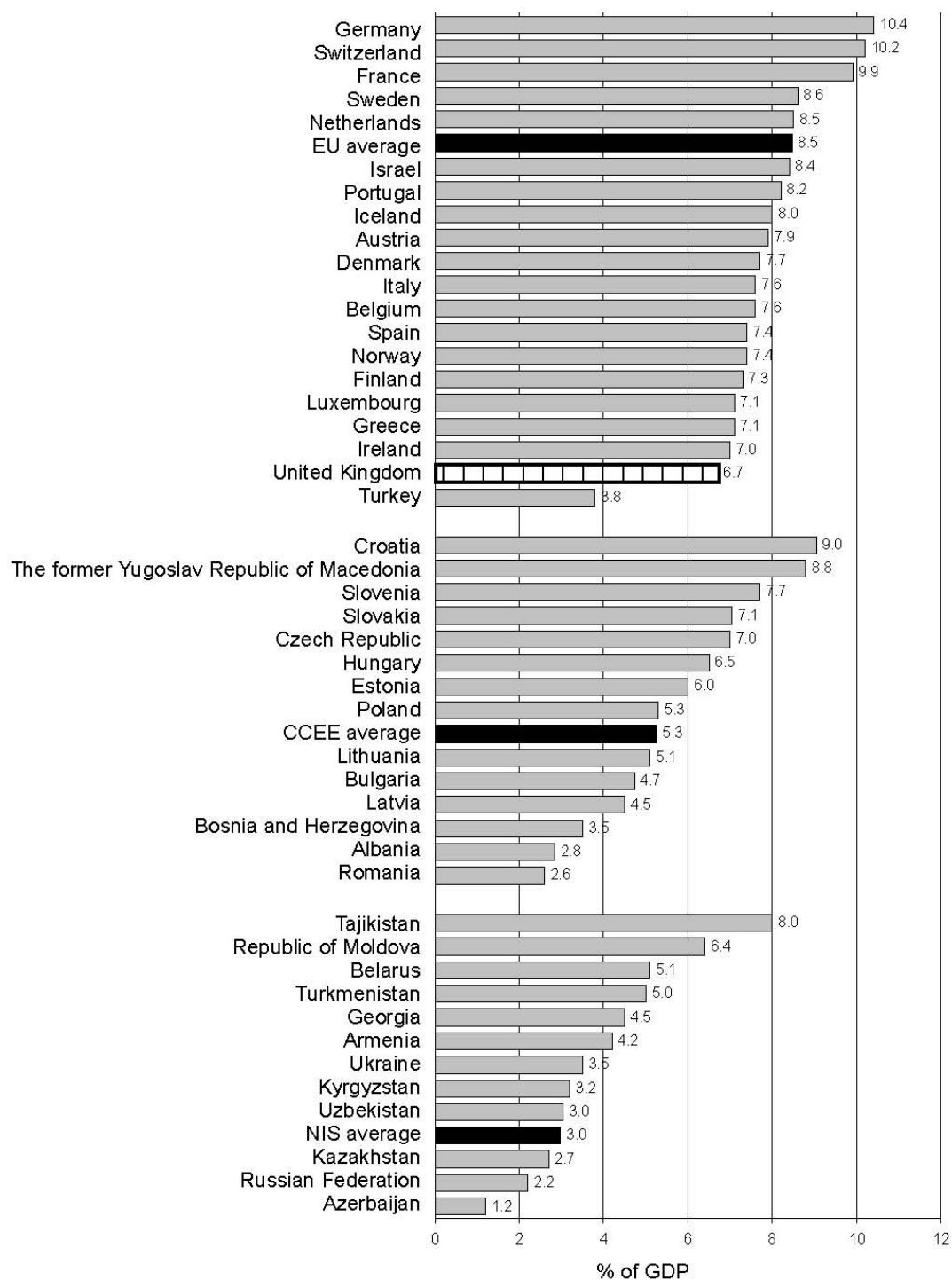
Πίνακας 4.9 Αριθμός νοσοκόμων ανά 1000 άτομα πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε επιλεγμένες χώρες, 1980-1996



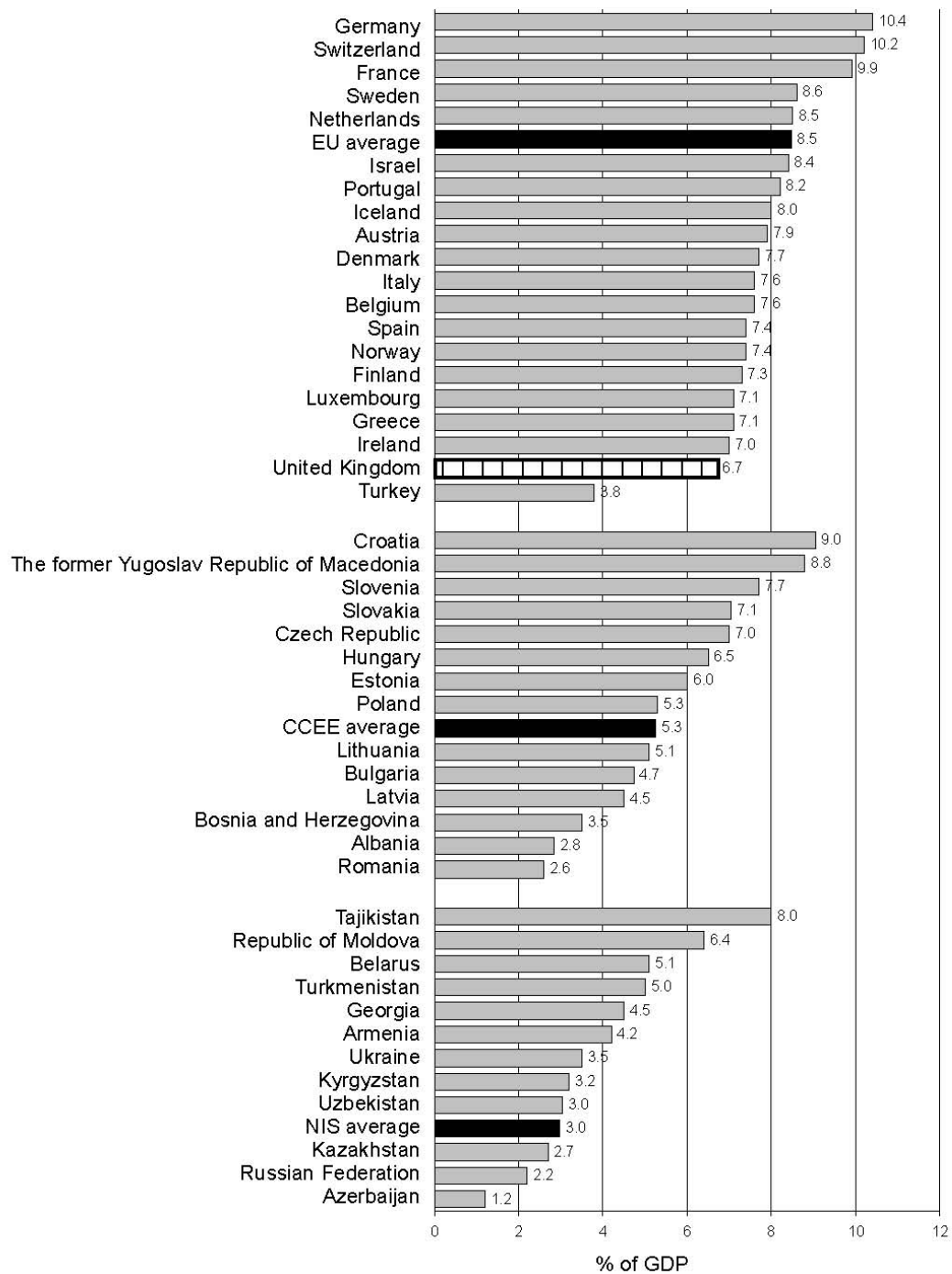
Πίνακας 4.10 Αριθμός προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης ανά 100.000 άτομα πληθυσμού, 1996

| | Physicians | Dentists | Pharmacists | Nurses | Midwives |
|-------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| Austria | 13.67 | 1.70 ^b | 2.75 | 36.94 ^a | – |
| Belgium | 10.13 | 0.61 | 1.72 | 55.33 ^d | 2.28 ^d |
| Denmark | 7.55 | 1.94 | 2.32 | 33.66 | 1.18 |
| Finland | 10.41 ^a | 2.28 ^a | 5.84 ^a | 90.26 ^a | 3.23 ^a |
| France | 8.46 ^d | 1.82 ^d | 4.02 ^d | 25.28 ^c | 0.95 ^c |
| Germany | 15.44 ^b | 2.58 ^b | 2.20 ^b | 18.94 ^c | 0.62 ^c |
| Greece | 13.24 ^f | 3.87 ^f | 2.48 ^f | 19.00 ^f | 1.55 ^f |
| Iceland | 12.35 ^b | 2.99 ^b | 2.62 ^b | 25.44 ^b | 0.00 ^b |
| Italy | 15.33 ^e | 1.16 ^e | 3.84 | 31.22 | – |
| Luxembourg | – | 0.00 ^b | – | 12.27 | 0.00 |
| Netherlands | 9.88 | 1.18 | 0.99 | 39.09 ^b | 0.50 |
| Norway | 6.58 ^e | 1.94 ^e | 0.70 ⁱ | 47.64 ^e | – |

Πίνακας 4.11 Οι δημόσιες δαπάνες ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία, το 1997



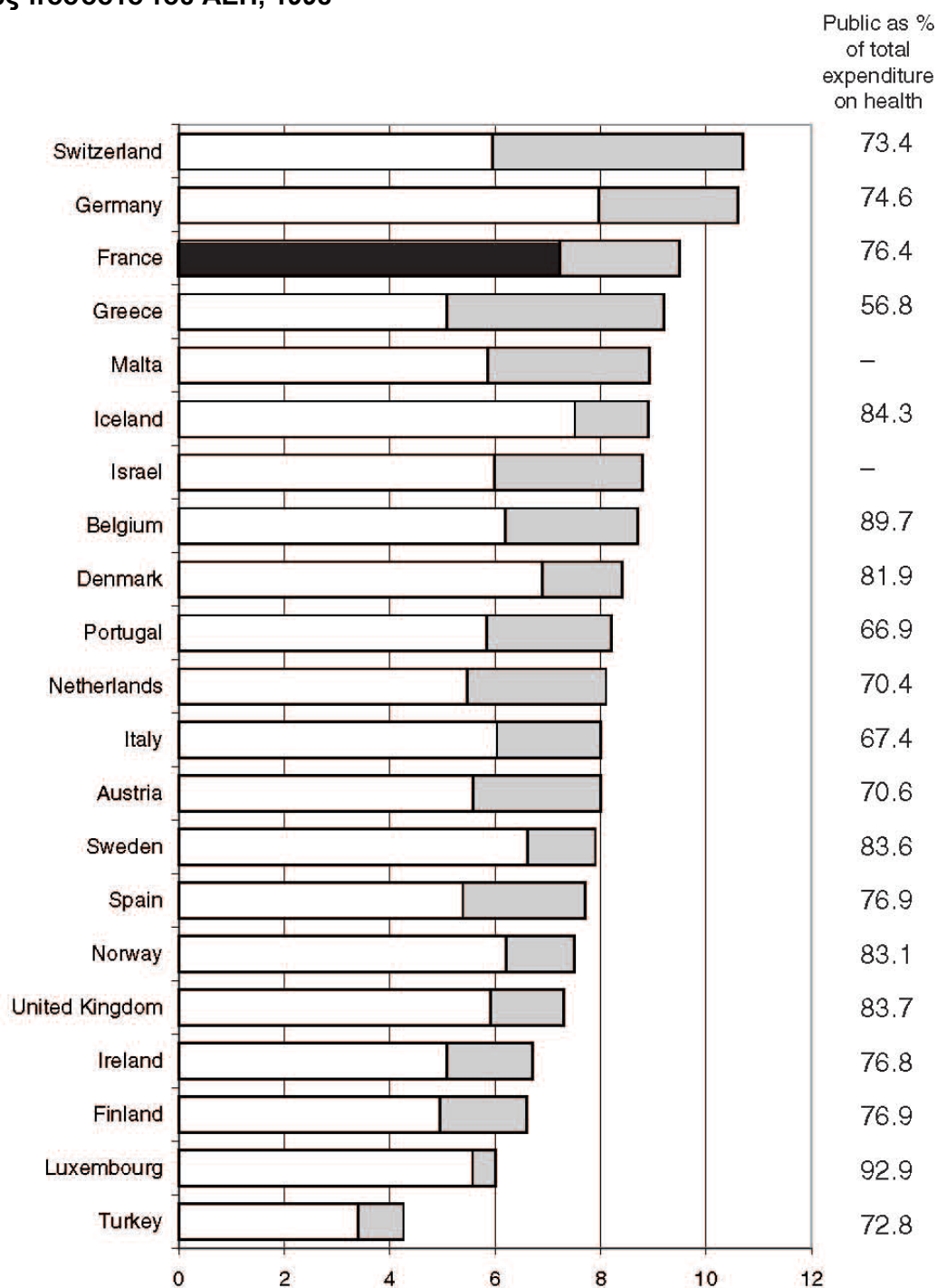
Πίνακας 4.12 Συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1997



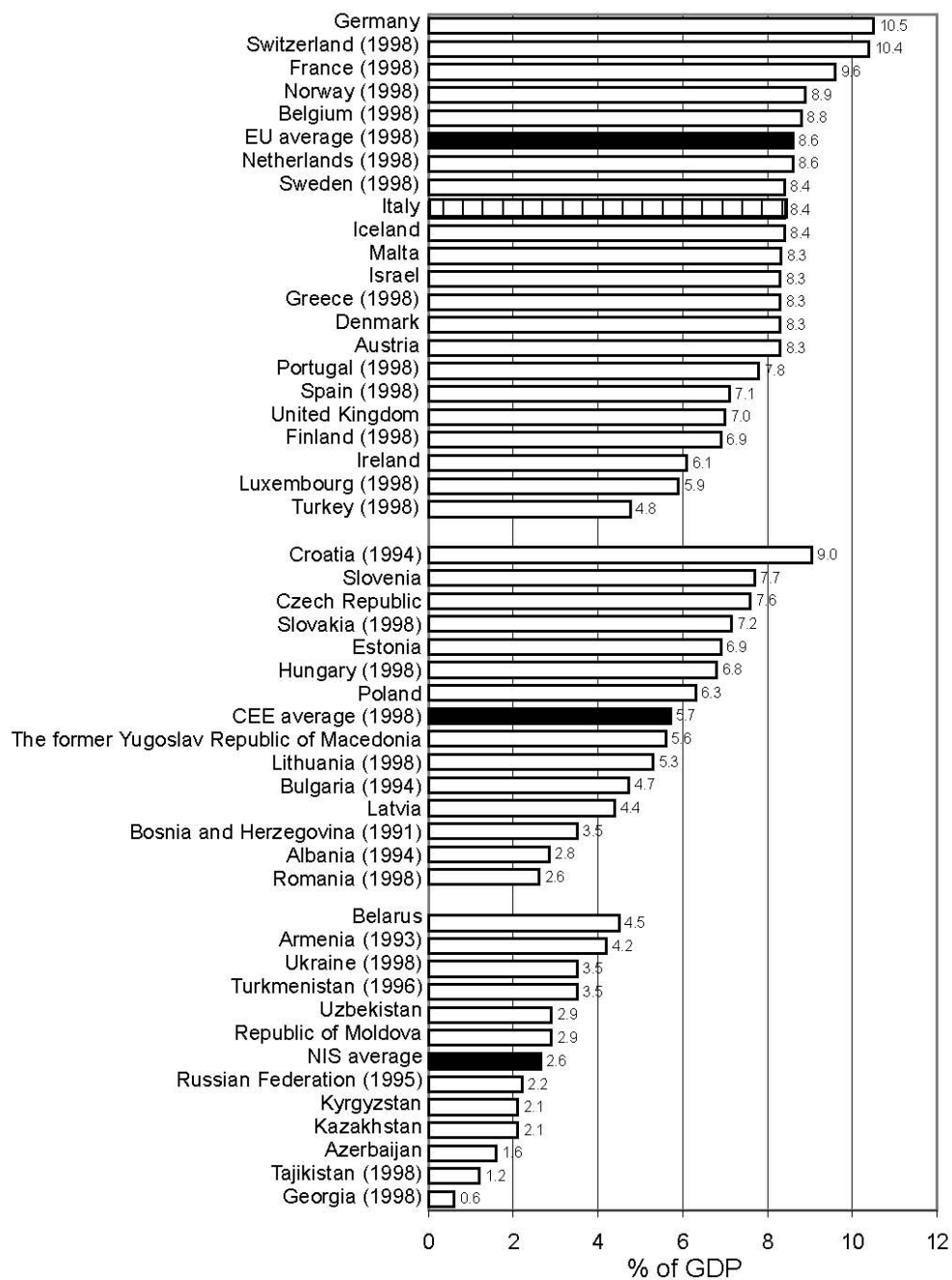
Πίνακας 4.13 Χρησιμοποίηση και απόδοση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, 1997

| Country | Hospital beds per 1000 population | Admissions per 100 population | Average length of stay in days | Occupancy rate (%) |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Western Europe | | | | |
| Austria | 9.2 ^a | 25.1 ^a | 10.5 ^a | 75.1 ^a |
| Belgium | 7.3 ^a | 20.0 ^a | 11.3 ^a | 81.4 ^b |
| Denmark | 4.7 ^a | 19.8 ^b | 7.3 ^a | 79.1 ^b |
| Finland | 9.3 ^b | 26.7 | 11.0 | 74.0 |
| France | 10.5 ^a | 22.8 ^b | 11.2 ^a | 75.0 |
| Germany | 10.2 | — | 14.3 ^a | 79.8 ^a |
| Greece | 5.5 ^a | 15.0 ^b | 8.2 ^a | — |
| Iceland | 10.8 ^e | 28.0 ^c | 16.8 ^e | 70.3 ^h |
| Ireland | 3.7 ^a | 15.1 ^a | 7.5 ^a | 82.3 ^a |
| Israel | 6.1 | 19.0 | 13.0 | 93.0 |
| Italy | 6.1 ^a | 17.5 ^a | 9.4 ^a | 77.4 ^a |
| Luxembourg | 11.0 ^c | 19.4 ^c | 15.3 ^a | 74.3 ^c |
| Malta | 5.8 ^a | — | — | — |
| Netherlands | 5.1 | 9.8 | 13.8 | 64.4 |
| Norway | 13.5 ^c | 15.3 ^a | 9.9 ^a | 81.1 ^a |
| Portugal | 4.1 | 11.8 | 9.3 | 70.1 |
| Spain | 4.3 ^a | 10.0 ^a | 11.0 ^a | 73.9 ^c |
| Sweden | 5.6 ^a | 18.0 ^a | 7.5 ^a | 81.9 ^a |
| Switzerland | 8.7 ^f | 15.0 ^c | 24.5 ^h | 77.7 ^c |
| Turkey | 2.5 | 6.9 | 6.1 | 57.7 |
| United Kingdom | 4.5 ^b | 23.1 ^a | 9.8 ^a | 76.2 ⁱ |
| CCEE | | | | |
| Albania | 3.0 | 7.7 | 7.9 | — |
| Bosnia and Herzegovina | 4.5 ^f | 8.9 ^f | 13.3 ^f | 70.9 ^f |
| Bulgaria | 10.3 | 17.5 ^a | 12.9 | 64.1 ^a |
| Croatia | 6.0 | 14.9 | 12.9 | 89.3 |
| Czech Republic | 8.8 | 20.2 | 12.3 | 71.8 |
| Estonia | 7.4 | 18.3 | 10.9 | 71.4 |
| Hungary | 8.3 | 23.7 | 11.0 | 74.4 ^a |
| Latvia | 9.7 | 21.7 | 12.9 | — |
| Lithuania | 9.8 | 21.8 | 12.9 | — |
| Poland | 6.2 ^a | 11.6 ^b | 10.4 | — |
| Romania | 7.4 | 20.9 | 10.0 | — |
| Slovakia | 8.3 | 19.9 | 12.1 | 78.5 |
| Slovenia | 5.7 | 16.2 | 10.0 | 77.7 |
| The former Yugoslav Republic of Macedonia | 5.2 | 10.0 | 13.4 | 63.9 |
| NIS | | | | |
| Armenia | 6.8 | 6.7 | 13.9 | 36.1 |
| Azerbaijan | 9.6 | 5.8 | 17.5 | — |
| Belarus | 12.4 | 26.1 | 15.5 | 88.7 ^c |
| Georgia | 4.5 | 4.3 | 10.5 | 26.8 ^c |
| Kazakhstan | 8.4 | 15.1 | 16.5 | 80.8 |
| Kyrgyzstan | 8.3 | 17.5 | 14.5 | 83.6 |
| Republic of Moldova | 11.3 | 18.7 | 18.0 | 80.0 |
| Russian Federation | 11.4 | 20.6 | 16.6 | 87.7 |
| Tajikistan | 7.0 | 11.0 | 15.0 | 59.9 |
| Turkmenistan | 7.1 | 13.0 | 13.4 | 72.1 |
| Ukraine | 9.4 | 19.1 | 16.2 | 85.2 |
| Uzbekistan | 6.4 | 15.8 | 13.8 | — |

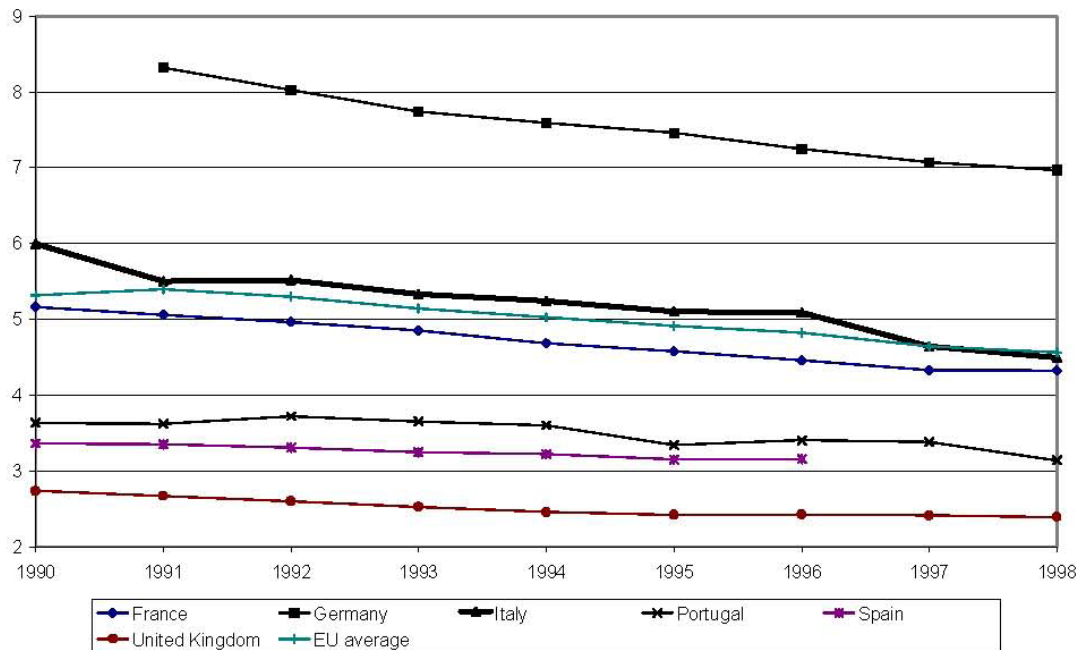
Πίνακας 4.14 Συνολικές και δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1998



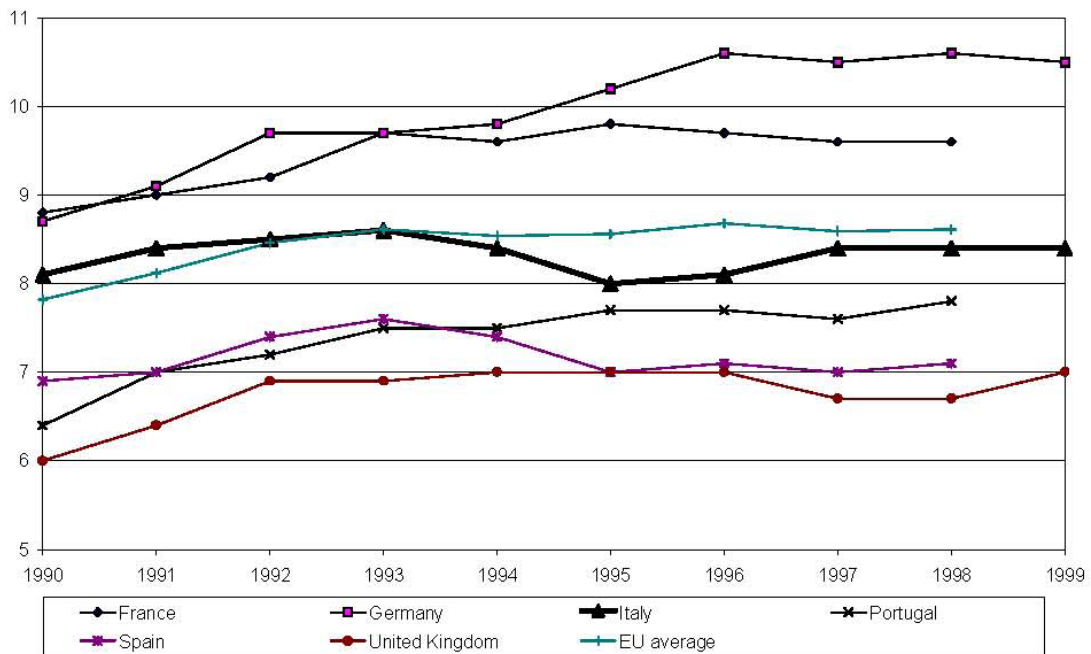
Πίνακας 4.15 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1999



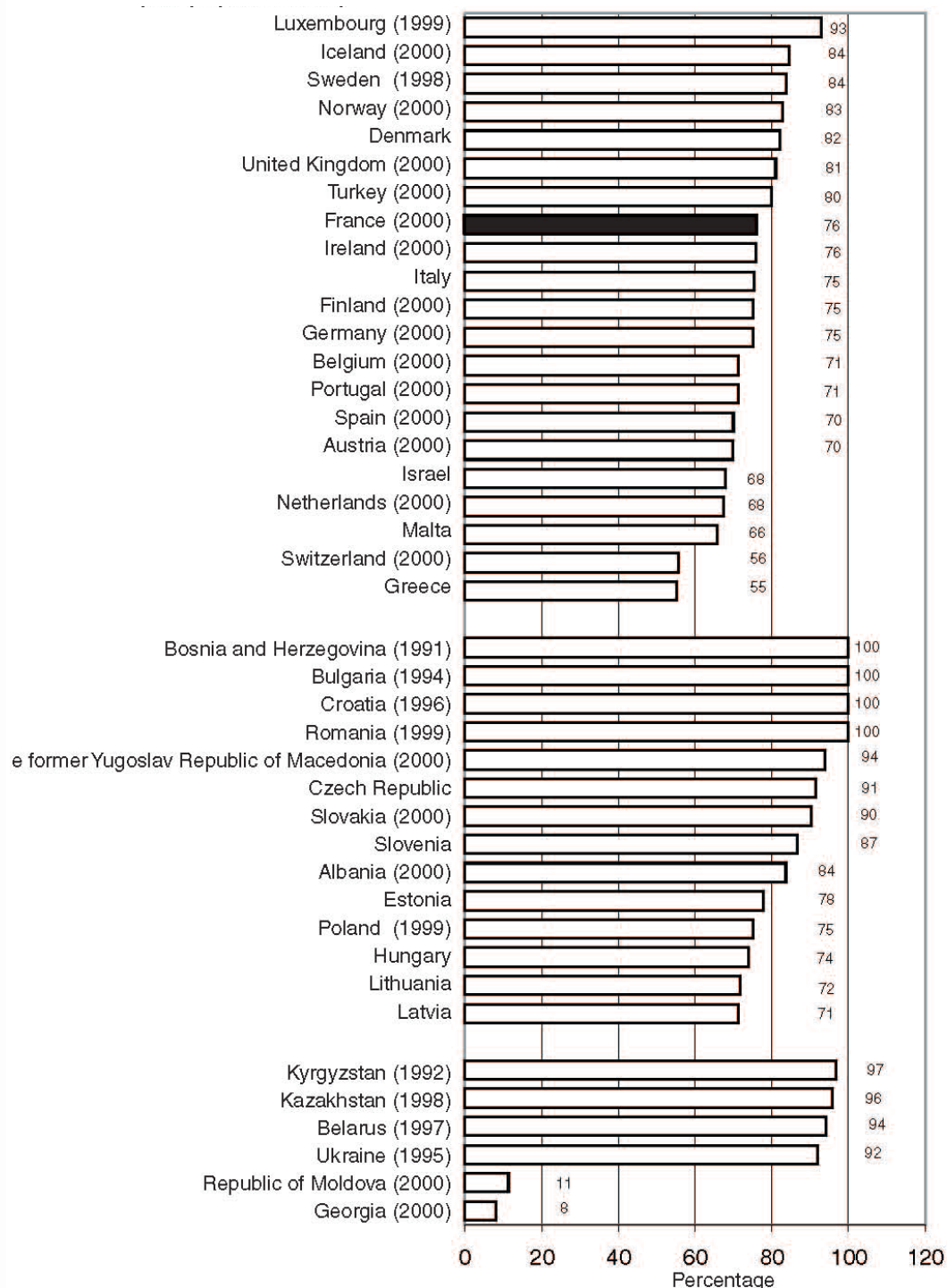
Πίνακας 4.16 Νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ιταλία και σε συγκεκριμένες χώρες, 1998



Πίνακας 4.17 Συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ , Ιταλία και επιλεγμένες χώρες, 1999

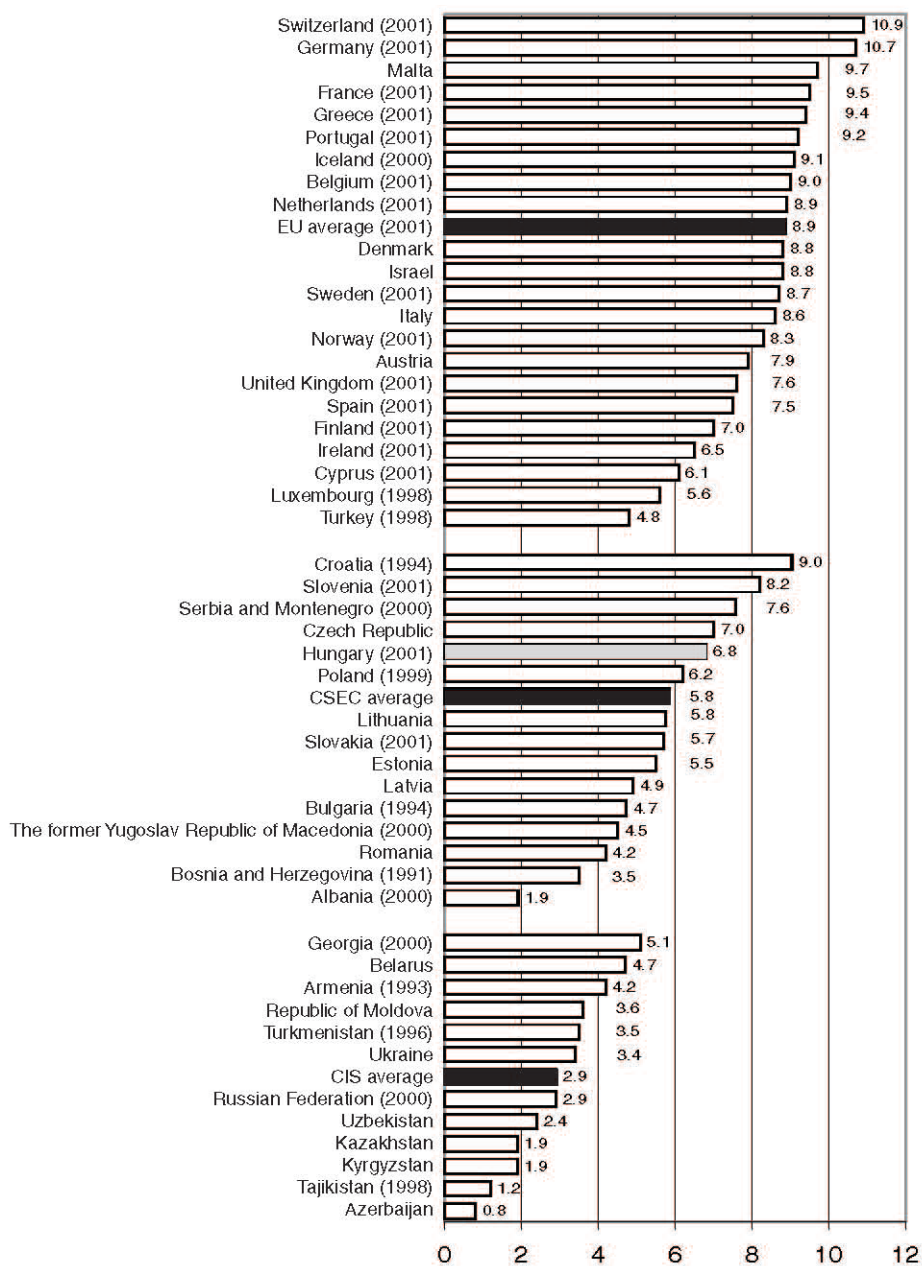


Πίνακας 4.18 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, 2000

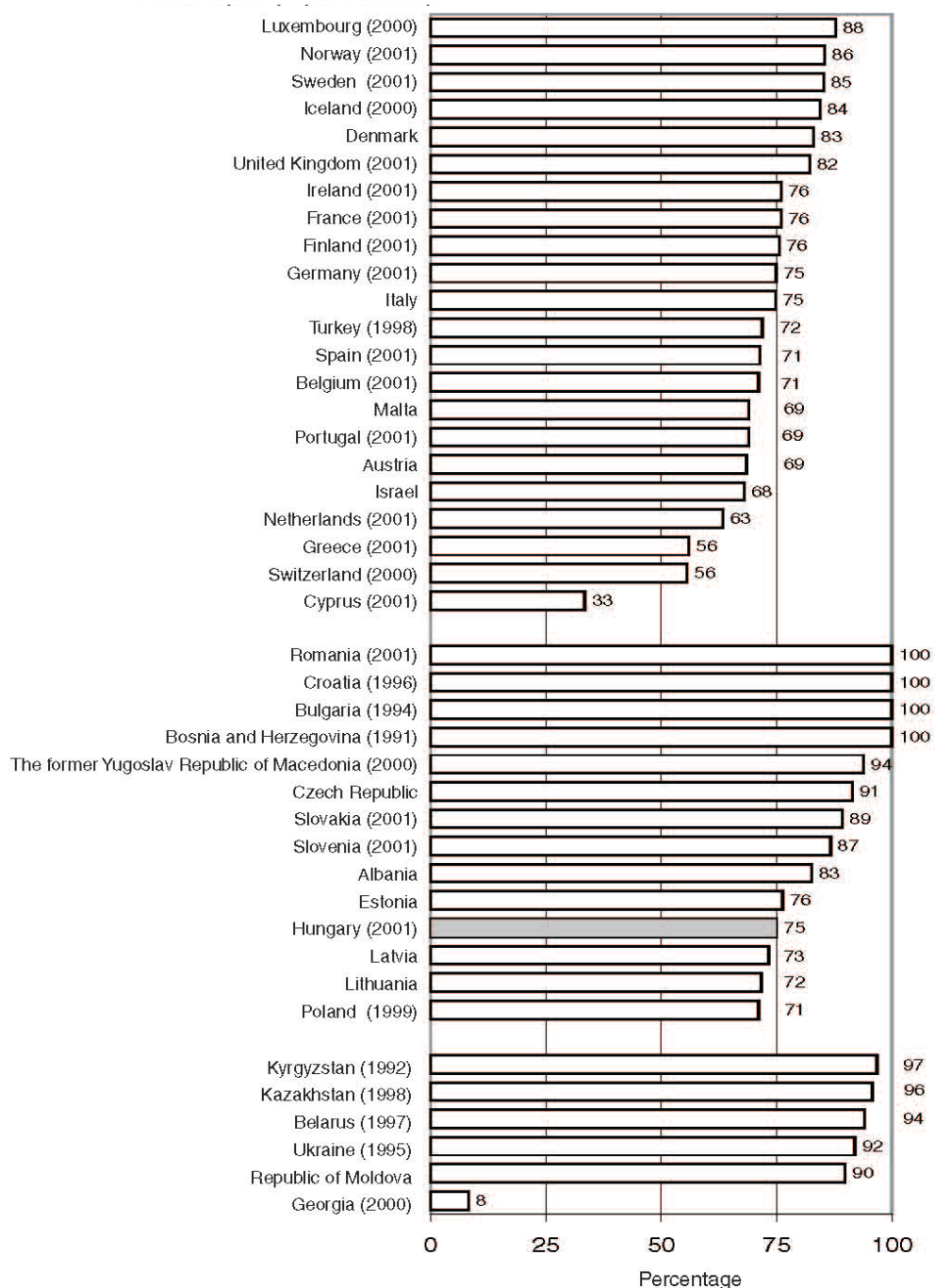


• Έτη 2001-2008

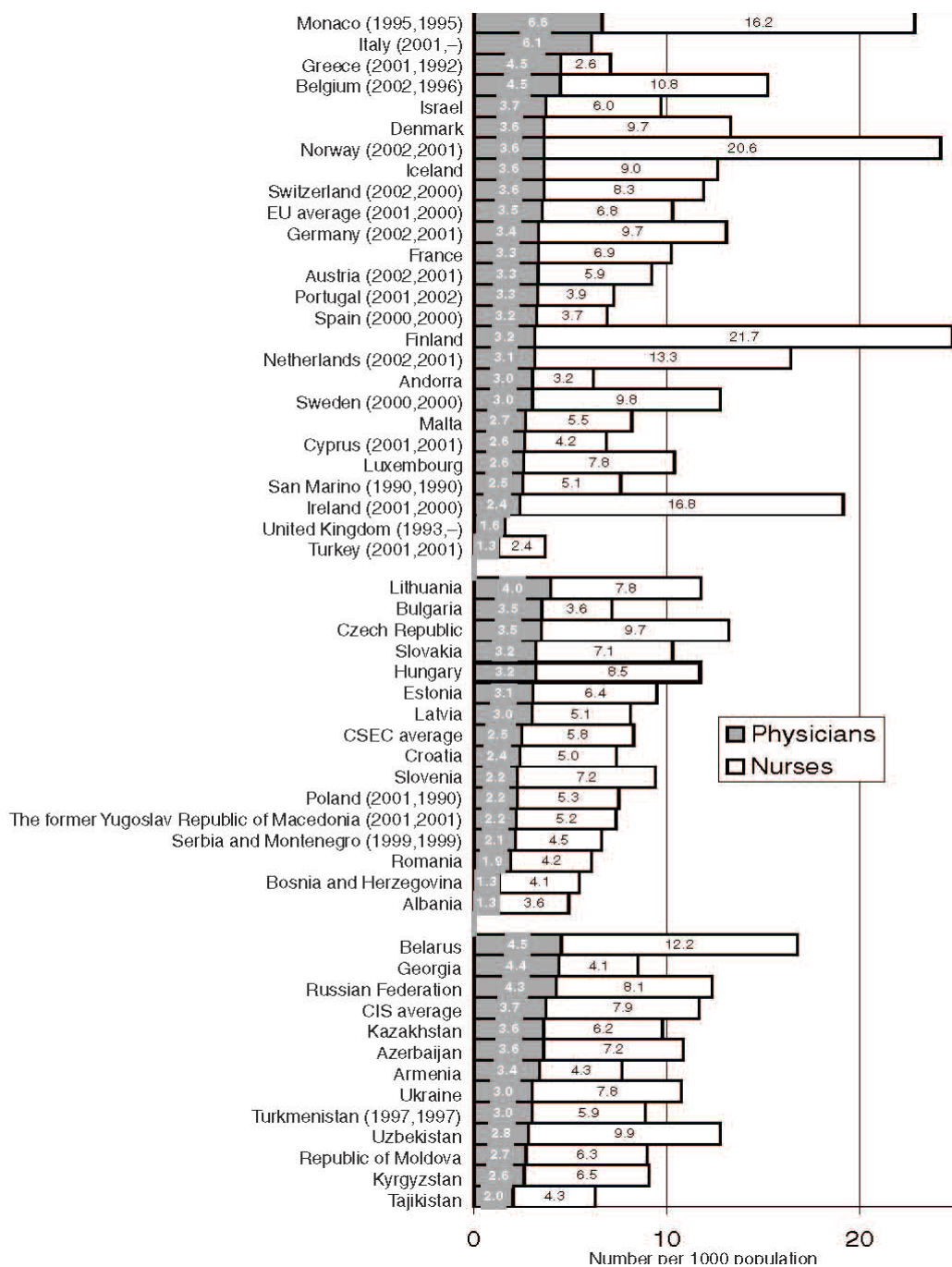
Πίνακας 4.19 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2001



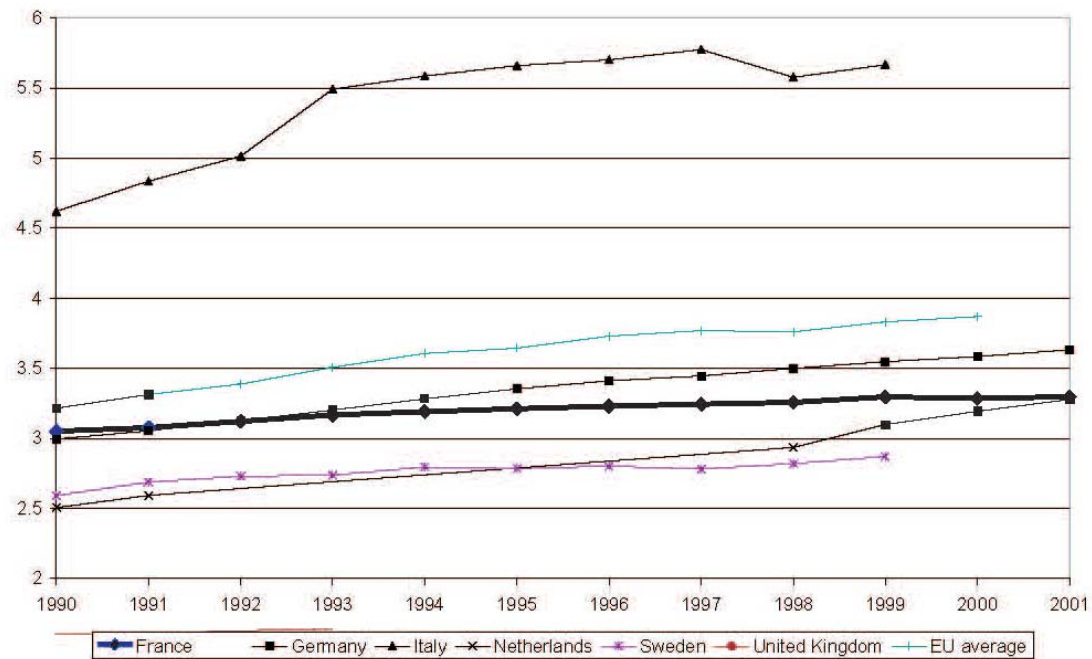
Πίνακας 4.20 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από δημόσιες πηγές χρηματοδότησης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2001



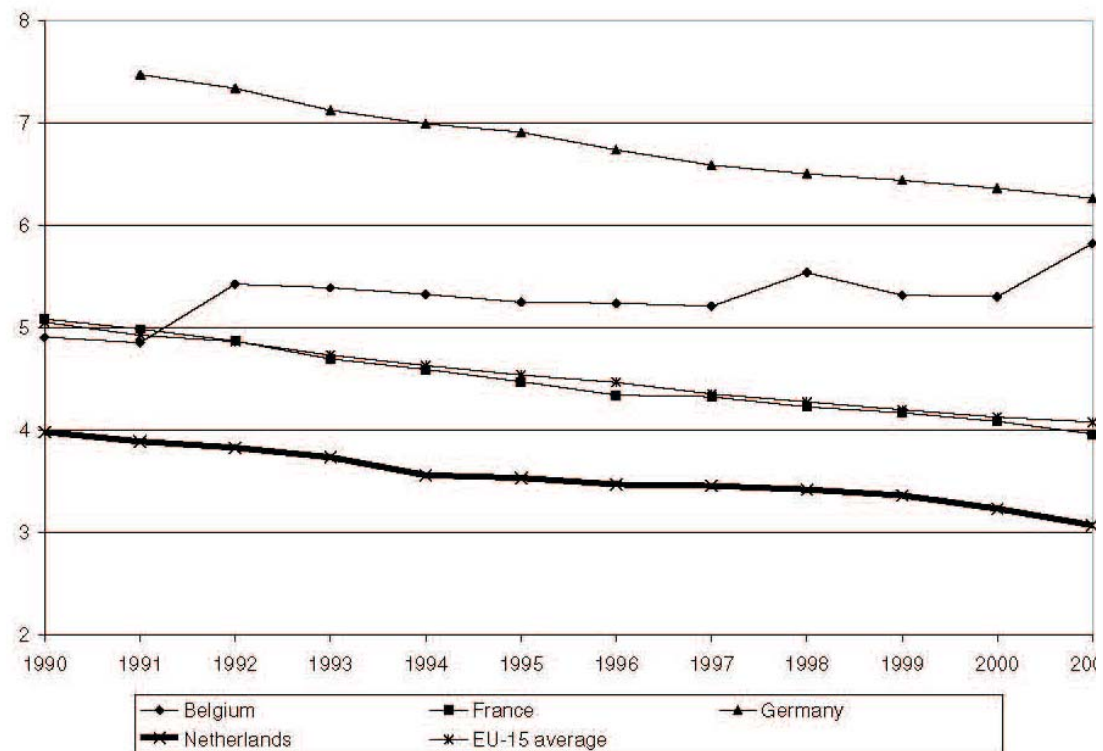
Πίνακας 4.21 Αριθμός παθολόγων και νοσοκόμων ανά 1000 άτομα πληθυσμού, 2001



Πίνακας 4.22 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Γαλλία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2001



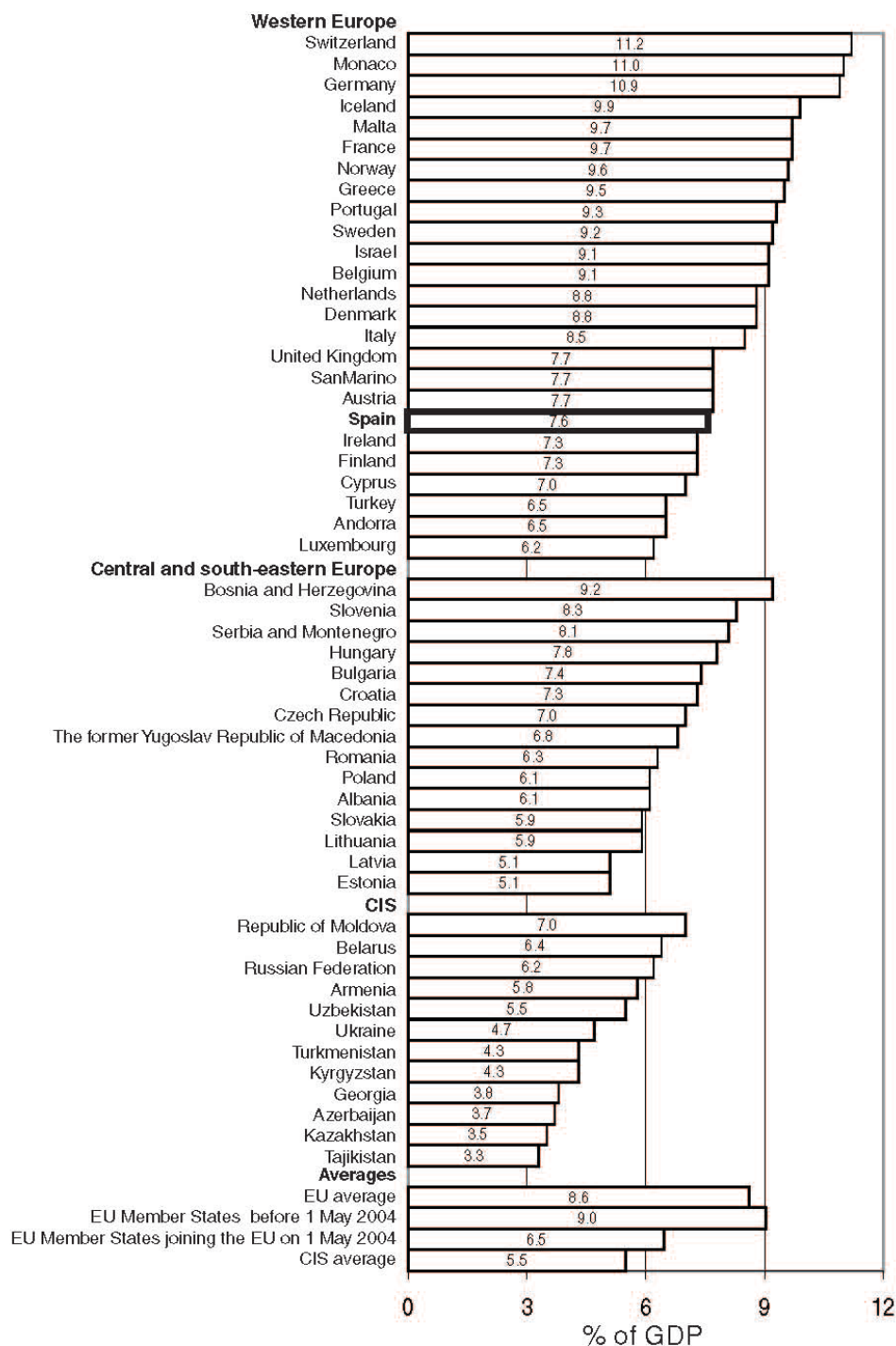
Πίνακας 4.23 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ολλανδία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2001



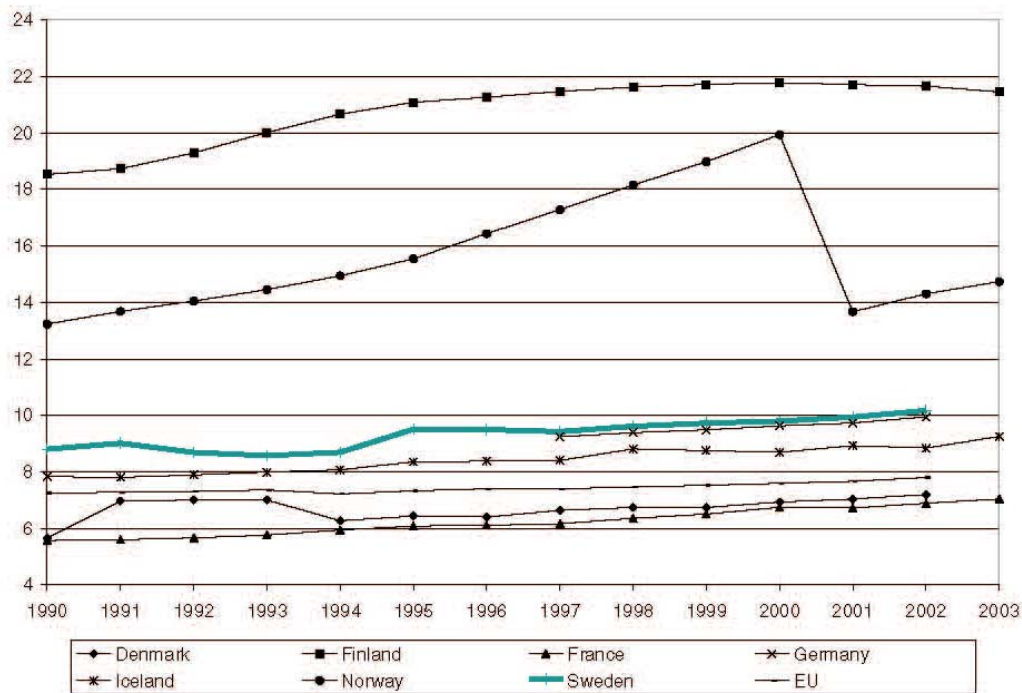
Πίνακας 4.24 Χρησιμοποίηση και απόδοση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων, 2002

| Country | Hospital beds per 1000 population | Admissions per 100 population | Average length of stay in days | Occupancy rate (%) |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Western Europe | | | | |
| Andorra | 2.8 | 10.1 | 6.7 ^o | 70.0 ^o |
| Austria | 6.1 | 28.6 | 6.0 | 76.4 |
| Belgium | 5.8 ^a | 16.9 ^o | 8.0 ^o | 79.9 ^d |
| Cyprus | 4.1 ^b | 8.1 ^a | 5.5 ^a | 80.1 ^a |
| Denmark | 3.4 ^a | 17.8 ^a | 3.8 ^a | 83.5 ^b |
| EU average | 4.1 ^a | 18.1 ^o | 7.1 ^o | 77.9 ^d |
| Finland | 2.3 | 19.9 | 4.4 | 74.0 ^o |
| France | 4.0 ^a | 20.4 ^o | 5.5 ^o | 77.4 ^o |
| Germany | 6.3 ^a | 20.5 ^a | 9.3 ^a | 80.1 ^a |
| Greece | 3.9 ^b | 15.2 ^d | — | — |
| Iceland | 3.7 ^f | 15.3 ^d | 5.7 ^d | — |
| Ireland | 3.0 | 14.1 | 6.5 | 84.4 |
| Israel | 2.2 | 17.6 | 4.1 | 94.0 |
| Italy | 3.9 ^a | 15.6 ^a | 6.9 ^a | 76.0 ^a |
| Luxembourg | 5.6 | 18.4 ^h | 7.7 ^d | 74.3 ^h |
| Malta | 3.5 | 11.0 | 4.3 | 83.0 |
| Netherlands | 3.1 ^a | 8.8 ^a | 7.4 ^a | 58.4 ^a |
| Norway | 3.1 ^a | 16.0 ^a | 5.8 ^a | 87.2 ^a |
| Portugal | 3.3 ^d | 11.9 ^d | 7.3 ^d | 75.5 ^d |
| Spain | 3.0 ^e | 11.5 ^d | 7.5 ^d | 76.1 ^d |
| Sweden | 2.3 | 15.1 | 6.4 | 77.5 ^f |
| Switzerland | 4.0 ^a | 16.3 ^d | 9.2 ^a | 84.6 ^a |
| Turkey | 2.1 | 7.7 | 5.4 | 53.7 |
| United Kingdom | 2.4 ^d | 21.4 ^f | 5.0 ^f | 80.8 ^d |
| CSEC | | | | |
| Albania | 2.8 | — | — | — |
| Bosnia and Herzegovina | 3.3 ^d | 7.2 ^d | 9.8 ^d | 62.6 ^o |
| Bulgaria | — | 14.8 ^f | 10.7 ^f | 64.1 ^f |
| Croatia | 3.7 | 13.8 | 8.7 | 89.6 |
| CSEC average | 5.2 | 17.6 | 8.1 | 72.5 |
| Czech Republic | 6.3 | 19.7 | 8.5 | 72.1 |
| Estonia | 4.5 | 17.2 | 6.9 | 64.6 |
| Hungary | 5.9 | 22.9 | 6.9 | 77.8 |
| Latvia | 5.5 | 18.0 | — | — |
| Lithuania | 6.0 | 21.7 | 8.2 | 73.8 |
| Slovakia | 6.7 | 18.0 | 8.8 | 66.2 |
| Slovenia | 4.1 | 15.7 | 6.6 | 69.0 |
| The former Yugoslav Republic of Macedonia | 3.4 ^a | 8.2 ^a | 8.0 ^a | 53.7 ^a |
| CIS | | | | |
| Armenia | 3.8 | 5.9 | 8.9 | 31.6 ^a |
| Azerbaijan | 7.7 | 4.7 | 15.3 | 25.6 |
| Belarus | — | — | — | 88.7 ^h |
| CIS average | 8.2 | 19.7 | 12.7 | 85.4 |
| Georgia | 3.6 | 4.4 | 7.4 | 82.0 ^a |
| Kazakhstan | 5.1 | 15.5 | 10.9 | 98.5 |
| Kyrgyzstan | 4.3 | 12.2 | 10.3 | 86.8 |
| Republic of Moldova | 4.7 | 13.1 | 9.7 | 75.1 |
| Russian Federation | 9.5 | 22.2 | 13.5 | 86.1 |
| Tajikistan | 5.7 | 9.1 | 12.0 | 55.1 |
| Turkmenistan | 6.0 ^e | 12.4 ^e | 11.1 ^e | 72.1 ^e |
| Ukraine | 7.2 | 19.2 | 12.3 | 89.2 ^d |
| Uzbekistan | — | — | — | 84.5 |

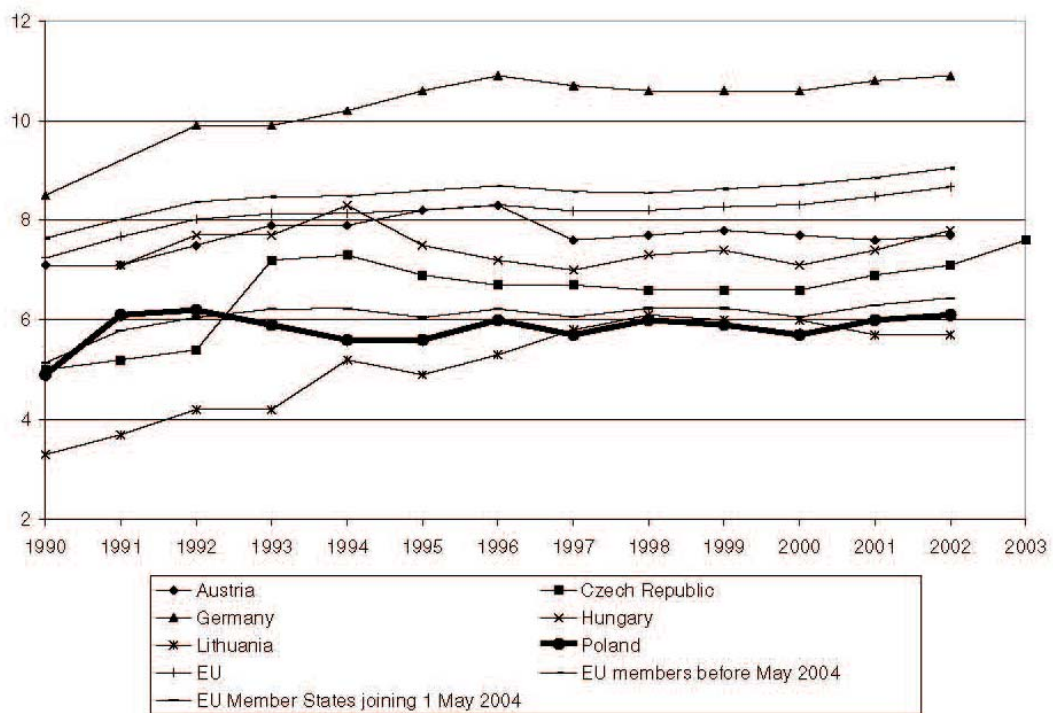
Πίνακας 4.25 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2002



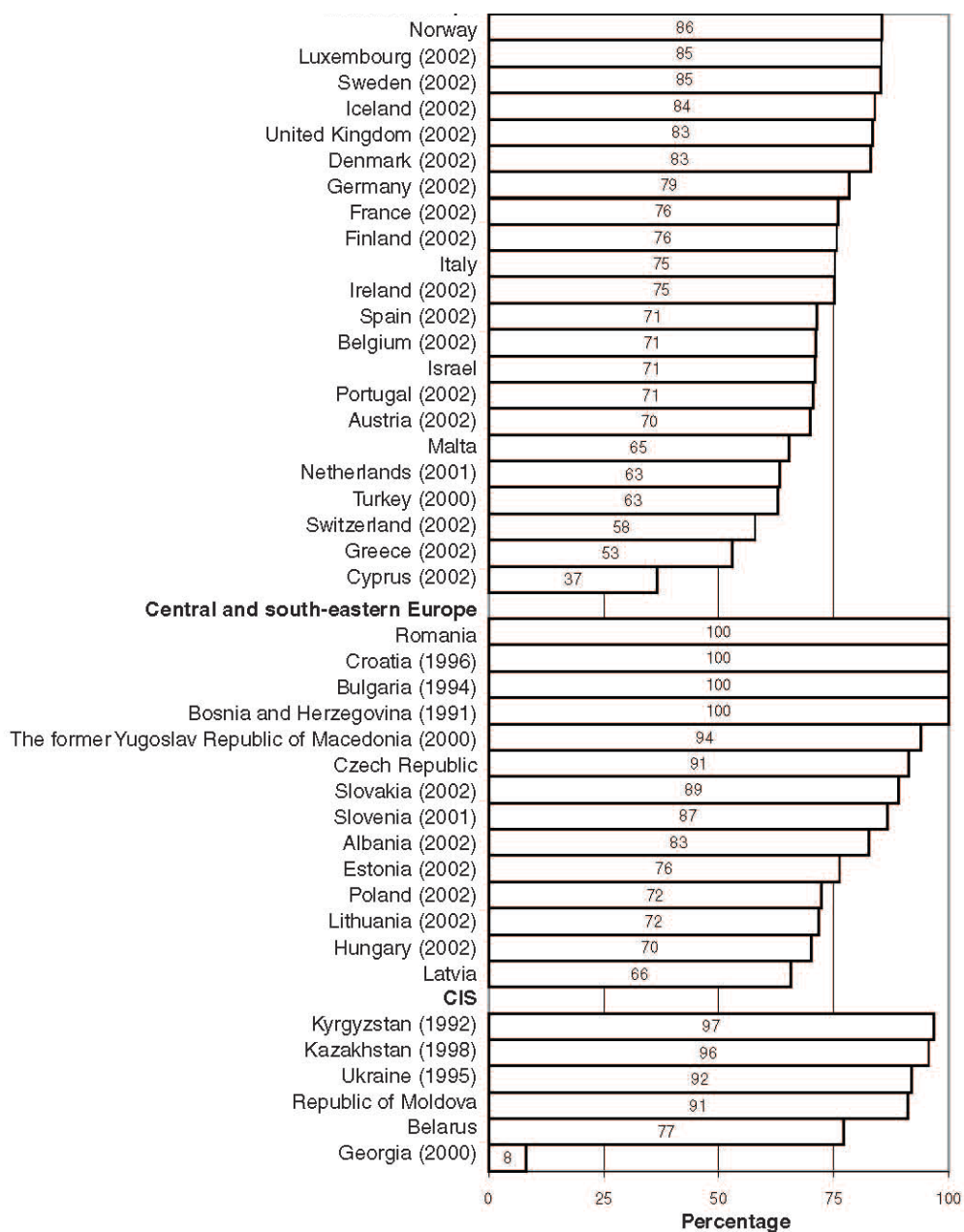
Πίνακας 4.26 Αριθμός νοσοκόμων ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Σουηδία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2002



Πίνακας 4.27 Συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ στη Πολωνία και επιλεγμένες χώρες, 1990-2003



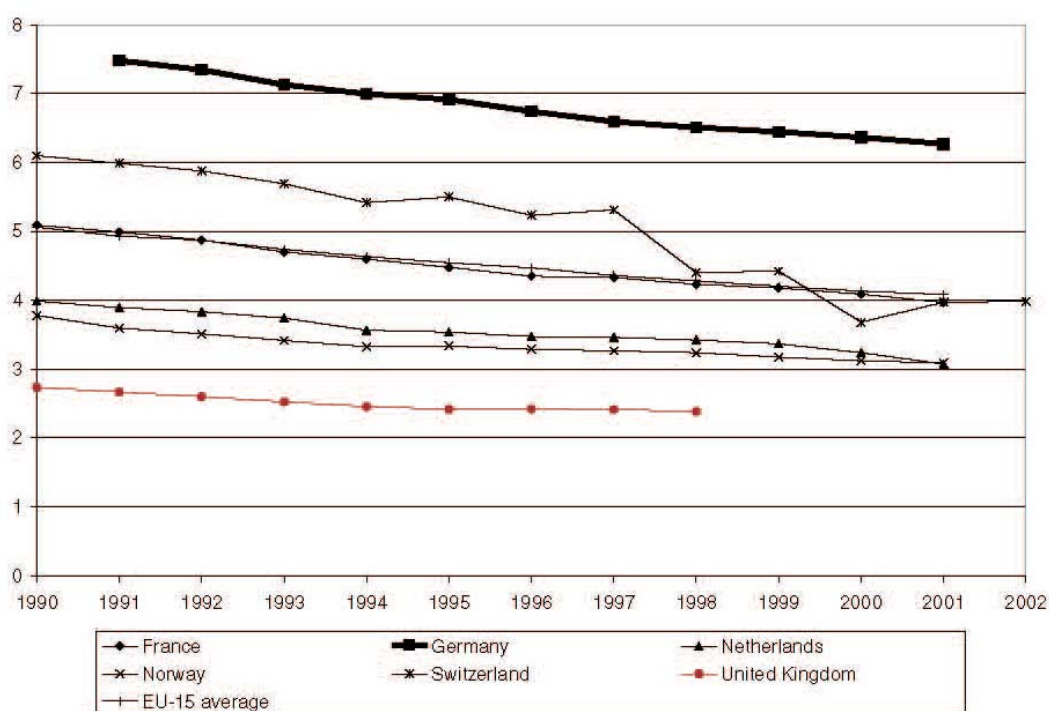
Πίνακας 4.28 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από δημόσιες πηγές χρηματοδότησης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, 2002



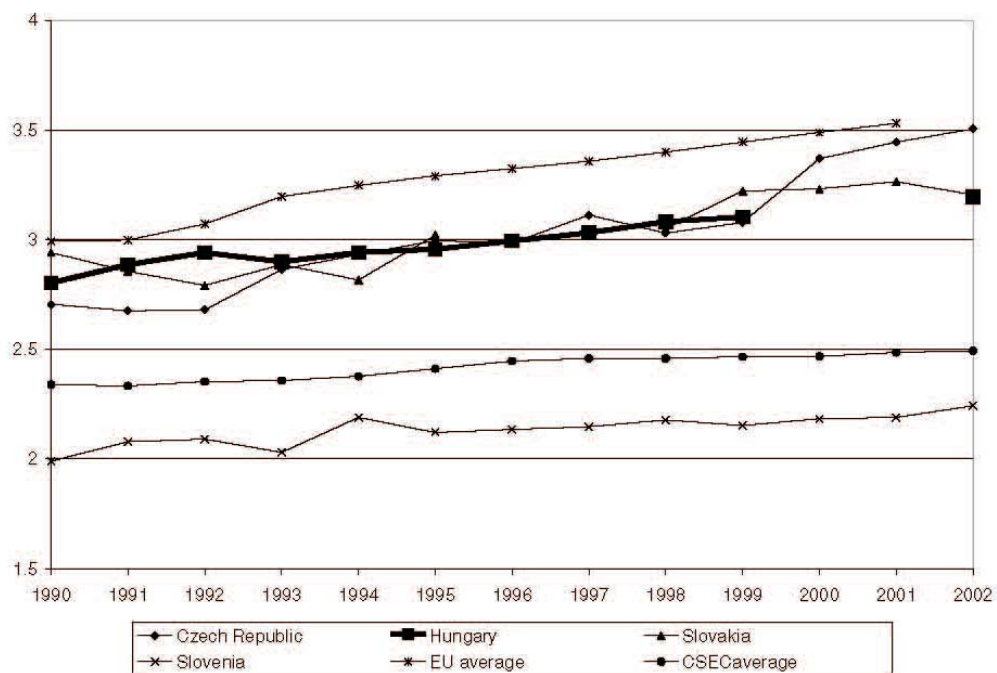
Πίνακας 4.29 Φαρμακευτική κατανάλωση στην Ευρώπη, 2002

| Country | Pharmaceutical expenditure per inhabitant, US\$ (PPP) | Share of public health care expenditure on medicine, % | Public health expenditure on medicine as a % of GDP | Public sector's share of medicine expenditure (reimbursement share), % |
|------------|---|--|---|--|
| Austria | 358 | 17.3 | 0.9 | 74.9 |
| Denmark | 239 | 5.8 | 0.4 | 52.5 |
| Finland | 309 | 11.1 | 0.6 | 53.0 |
| France | 570 | 18.4 | 1.4 | 67.0 |
| Germany | 408 | 18.8 | 1.2 | 74.8 |
| Greece | 278 | 20.7 | 1.0 | 71.5 |
| Ireland | 259 | 12.3 | 0.7 | 84.2 |
| Italy | 484 | 15.4 | 1.0 | 52.1 |
| Luxembourg | 355 | 11.2 | 0.6 | 82.5 |
| Spain | 354 | 22.2 | 1.2 | 73.6 |
| Sweden | 329 | 10.6 | 0.8 | 69.3 |

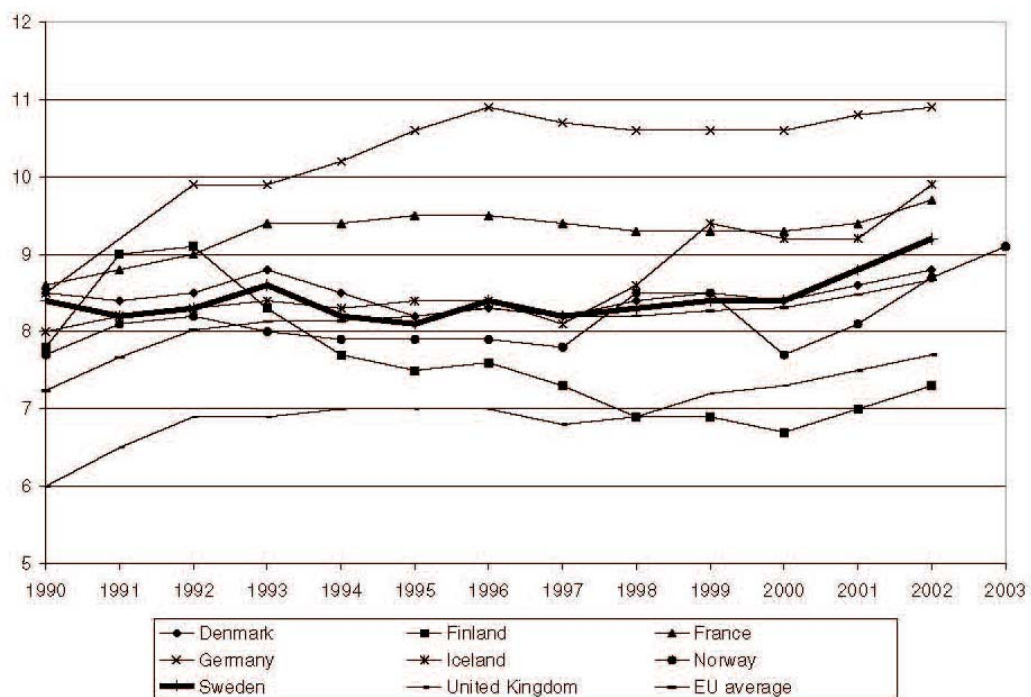
Πίνακας 4.30 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Γερμανία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2002



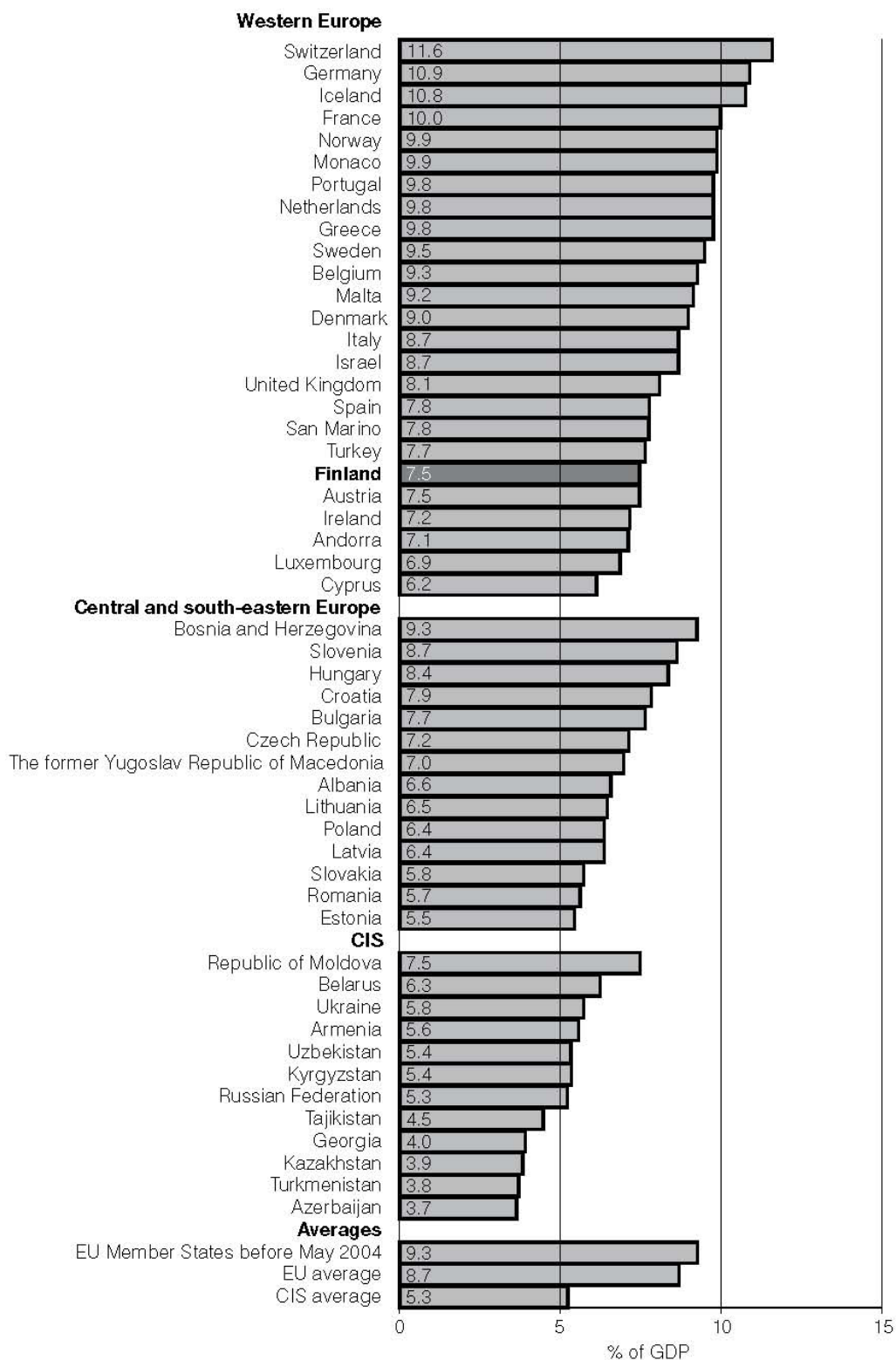
Πίνακας 4.31 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ουγγαρία και σε επιλεγμένες χώρες, 1985-2002



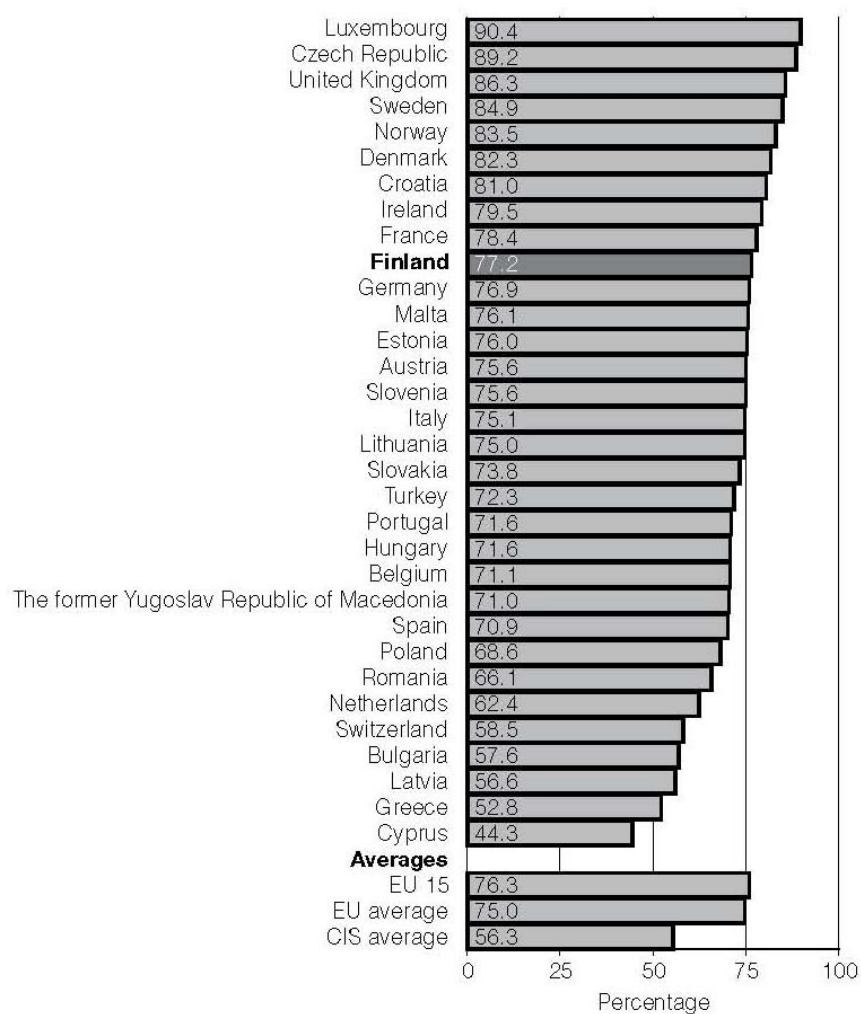
Πίνακας 4.32 Τάσεις στις συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ στη Σουηδία και επιλεγμένες χώρες, 1990-2002



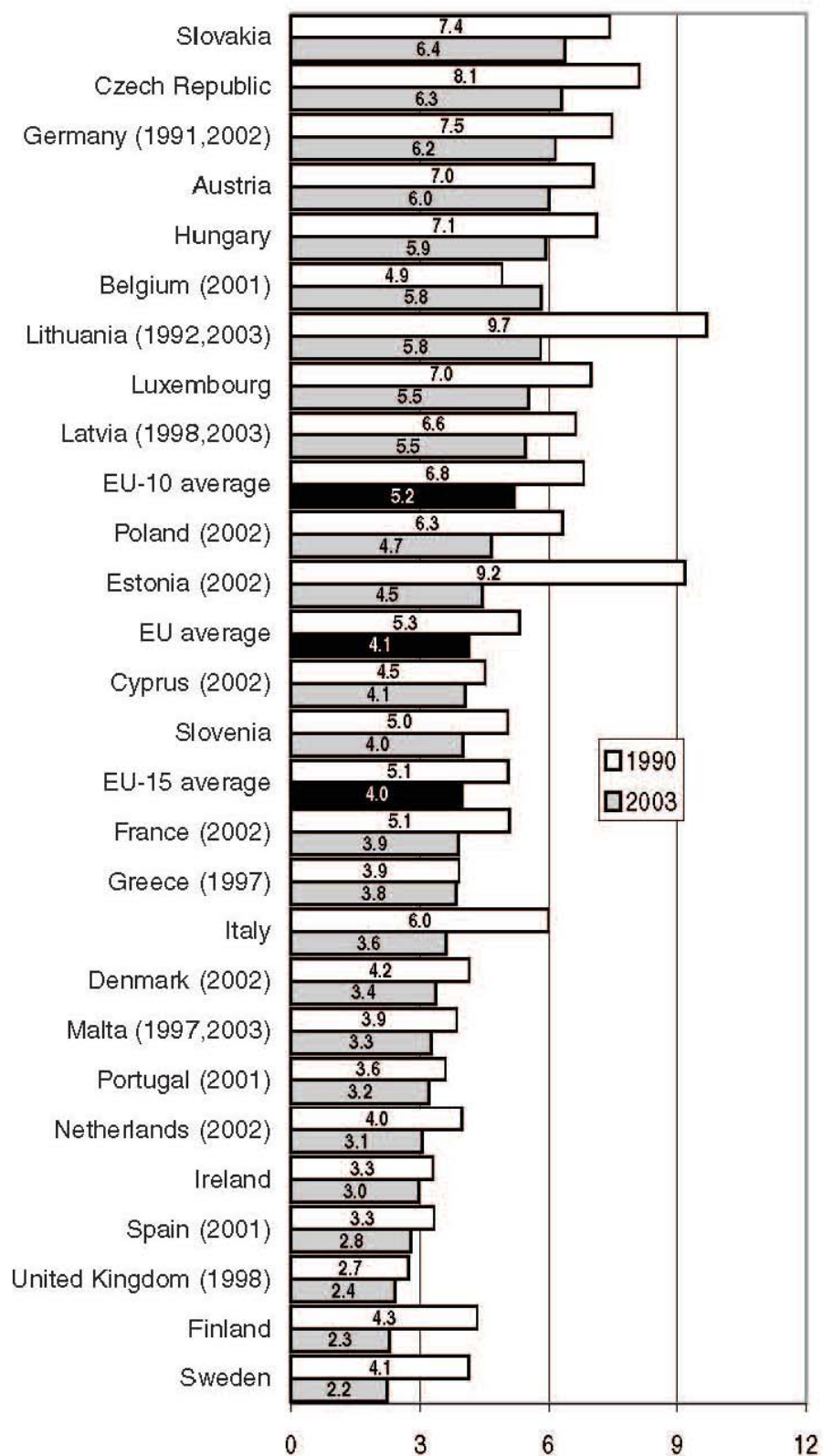
Πίνακας 4.33 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2003



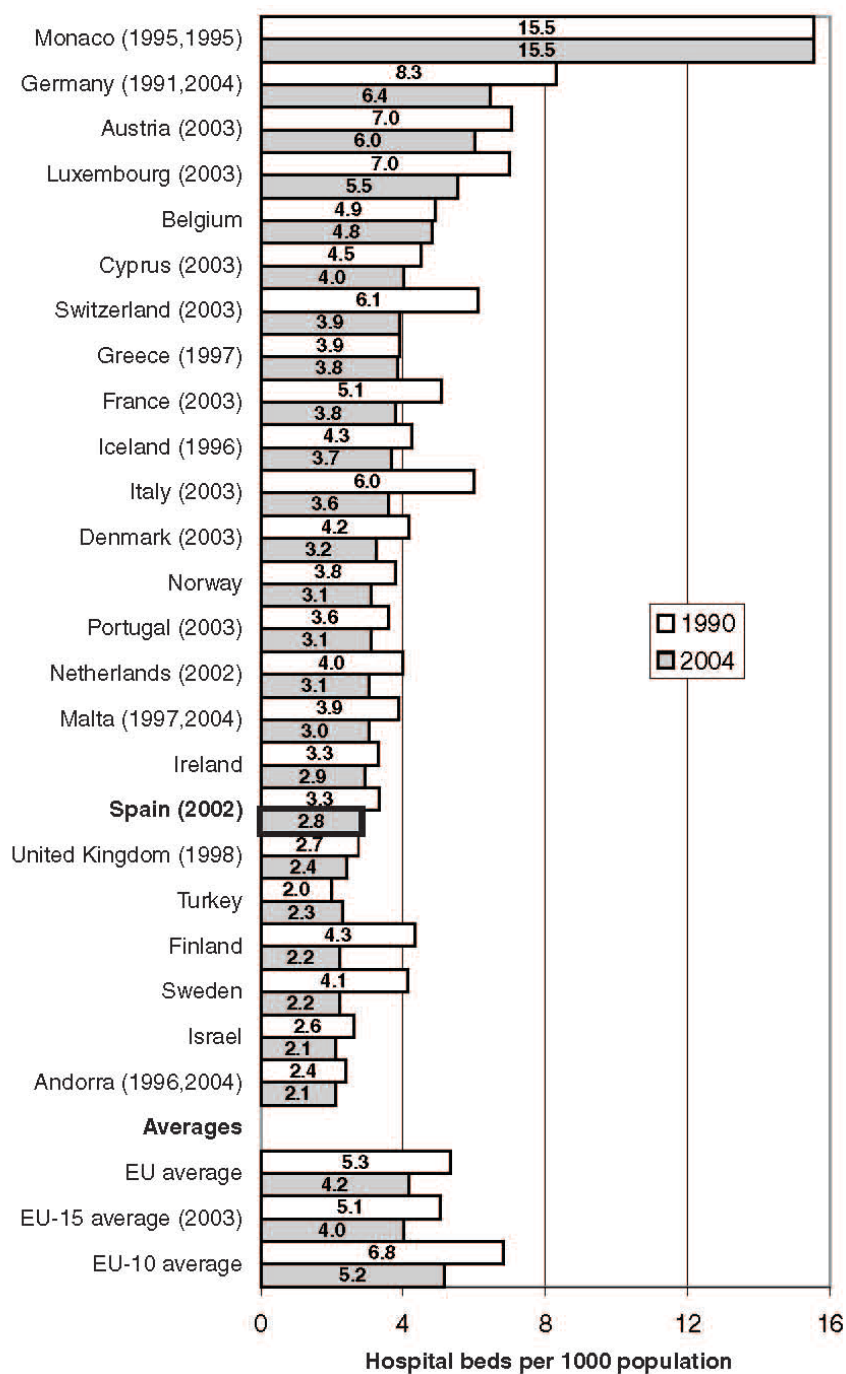
Πίνακας 4.34 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από δημόσιες πηγές χρηματοδότησης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, 2003



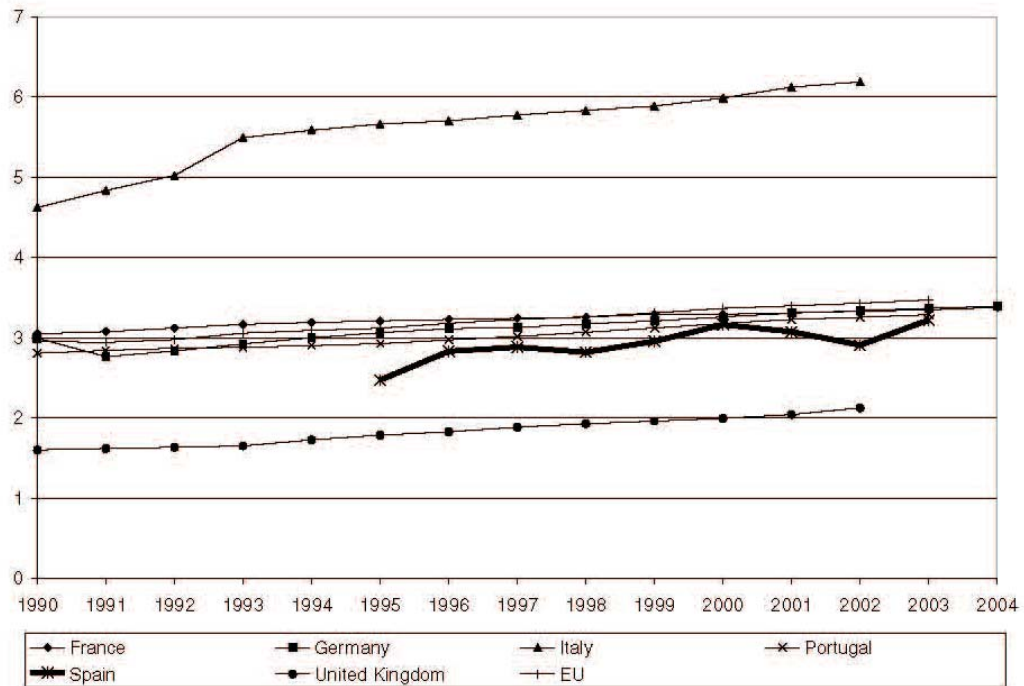
Πίνακας 4.35 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού 1990 και 2003



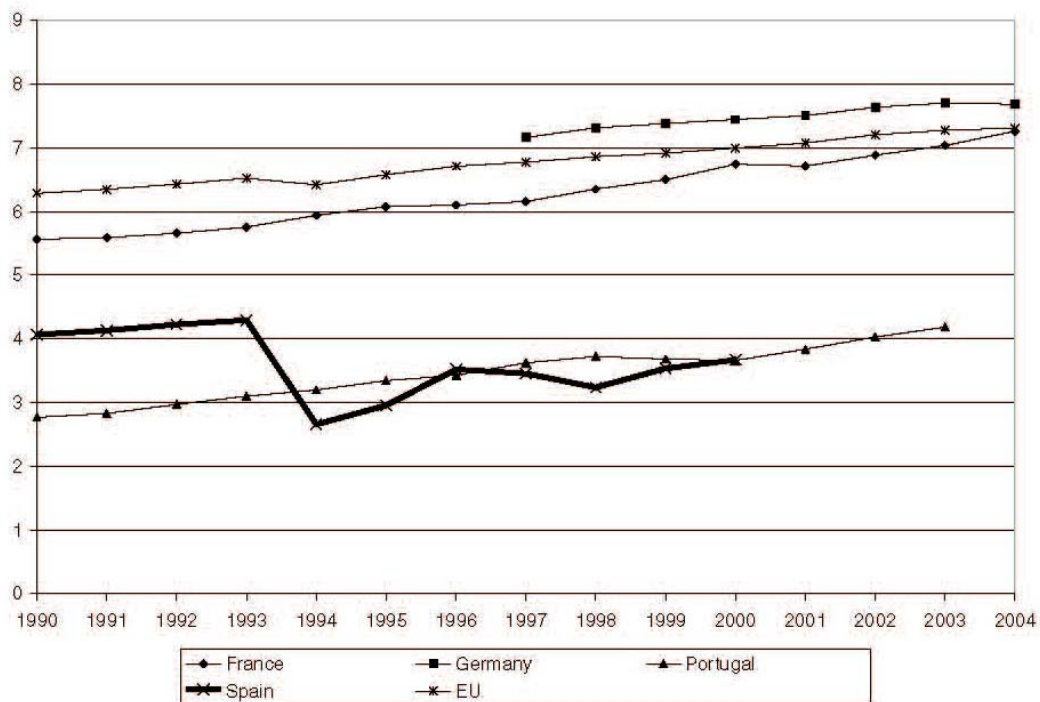
Πίνακας 4.36 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού 1990 και 2004



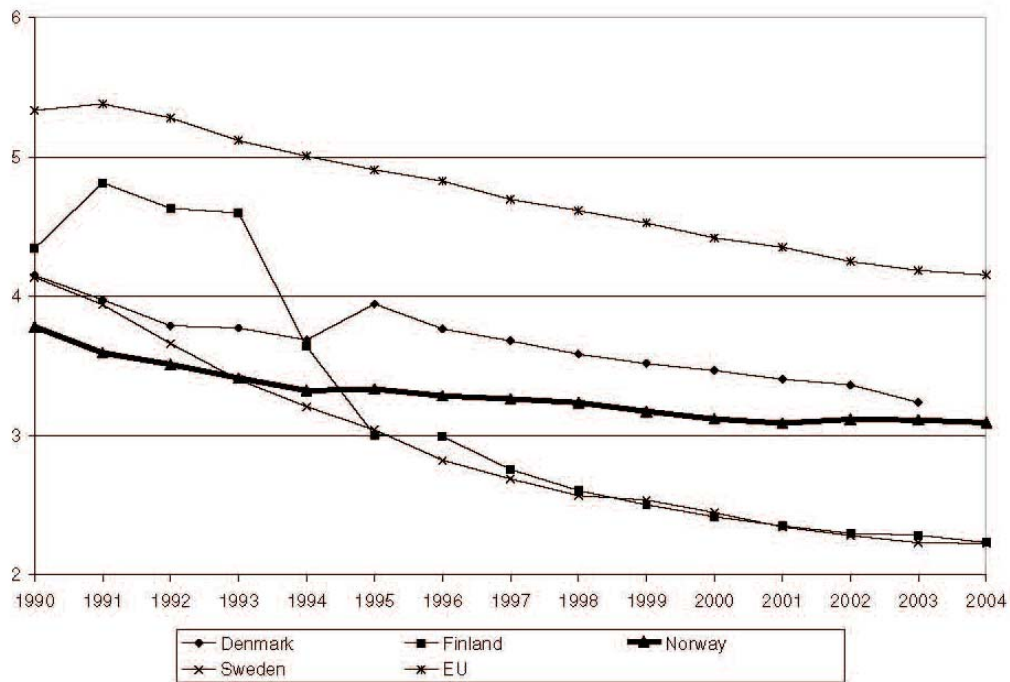
Πίνακας 4.37 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ισπανία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2004



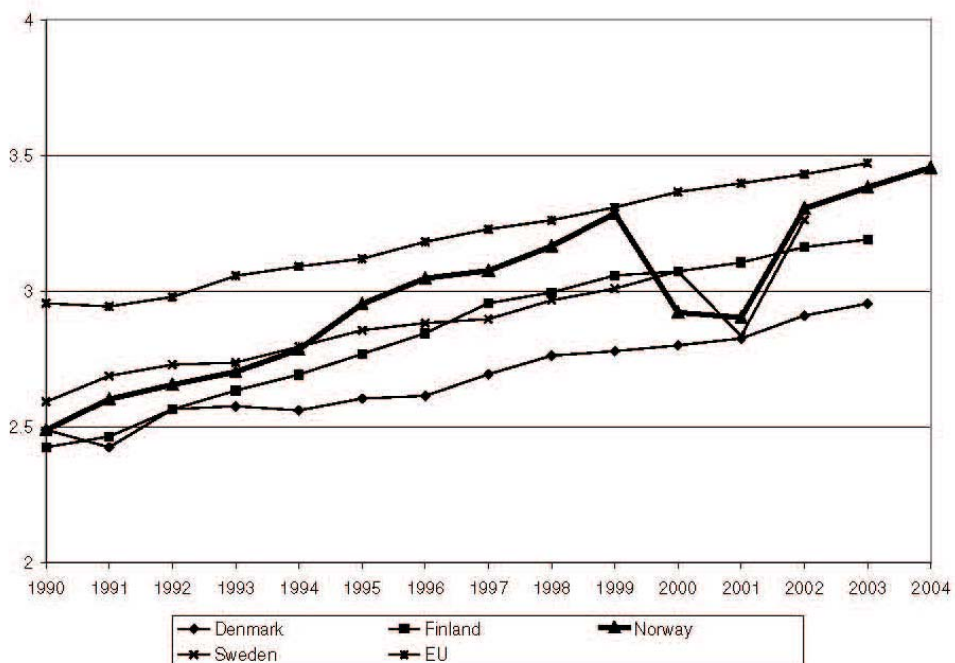
Πίνακας 4.37 Αριθμός νοσοκόμων ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ισπανία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2004



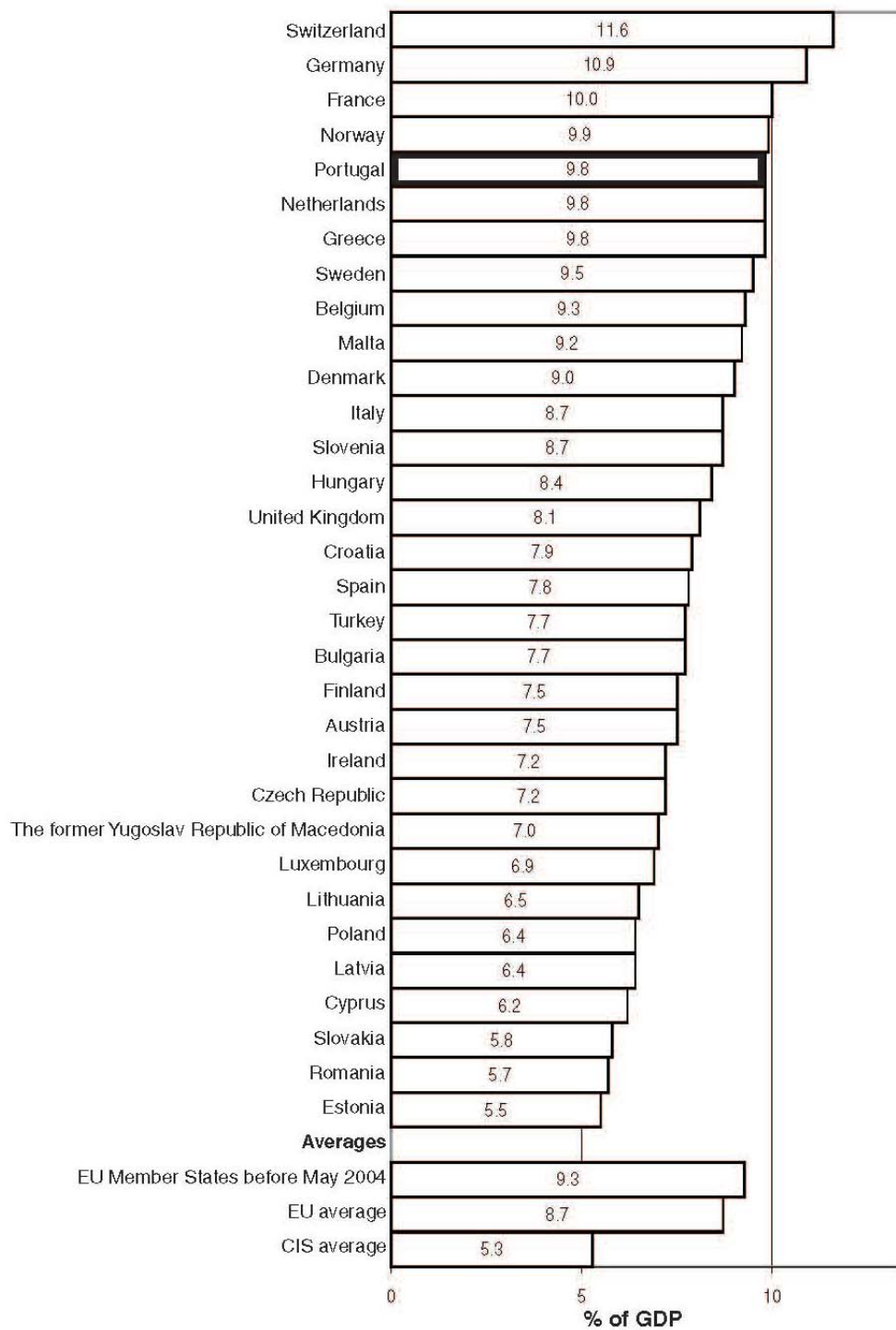
Πίνακας 4.38 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Νορβηγία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2004



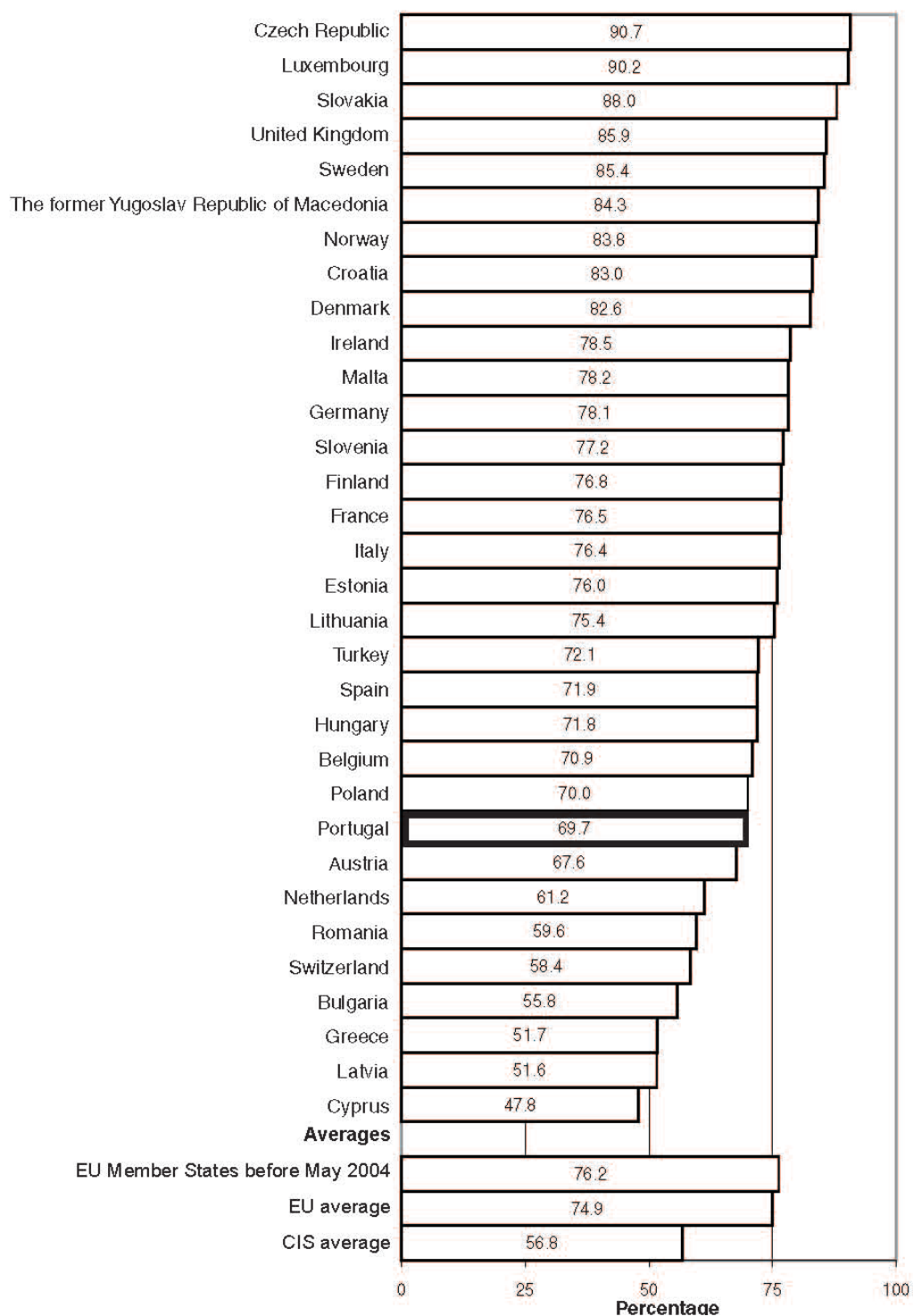
Πίνακας 4.39 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Νορβηγία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2004



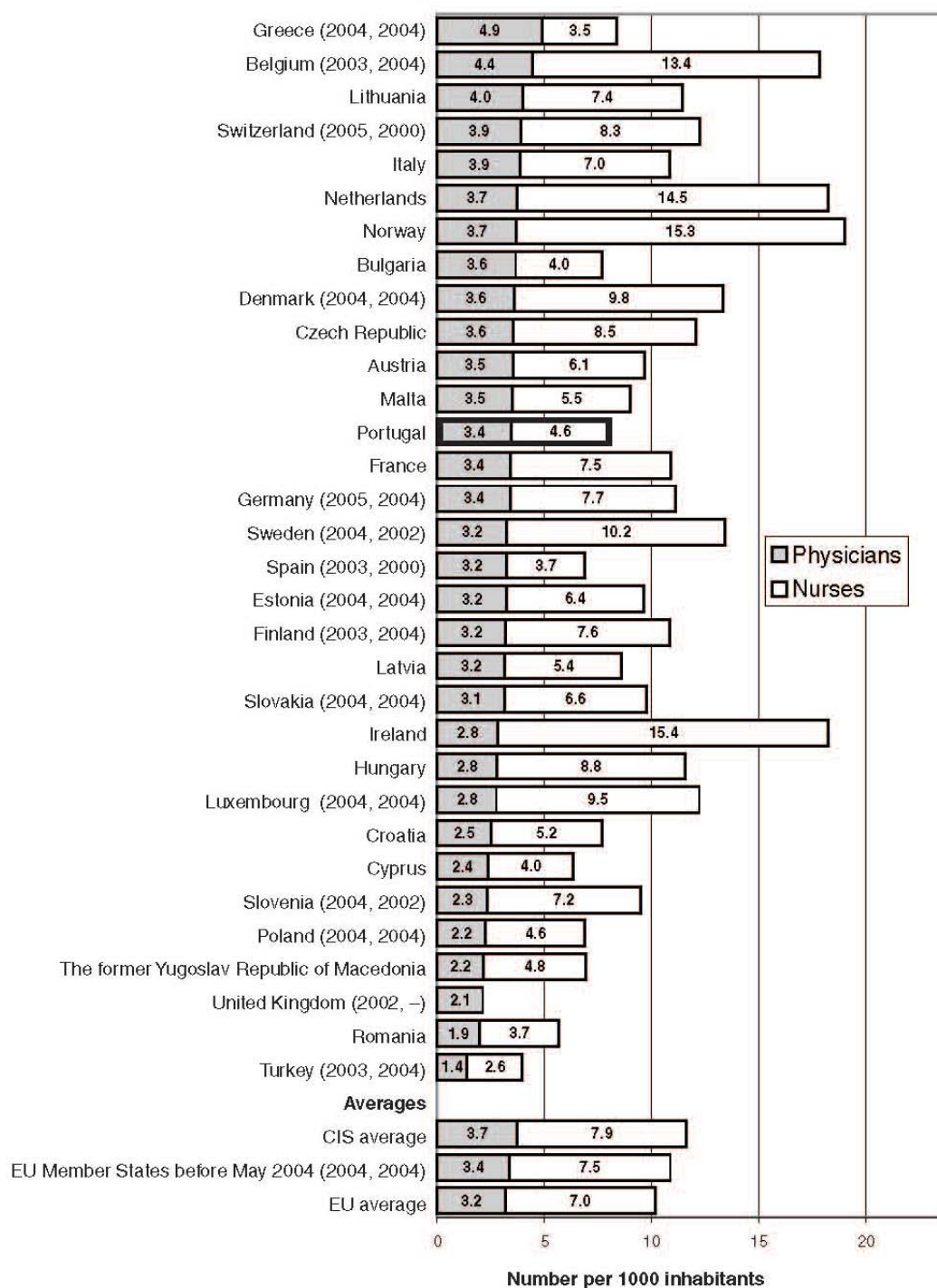
Πίνακας 4.40 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2004



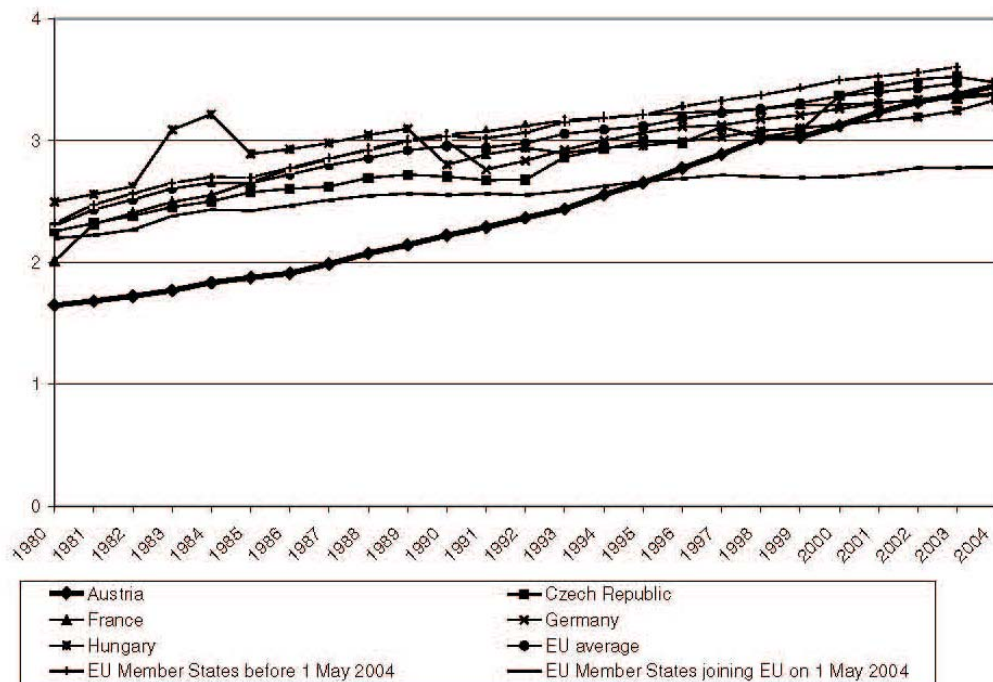
Πίνακας 4.41 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από δημόσιες πηγές χρηματοδότησης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, 2004



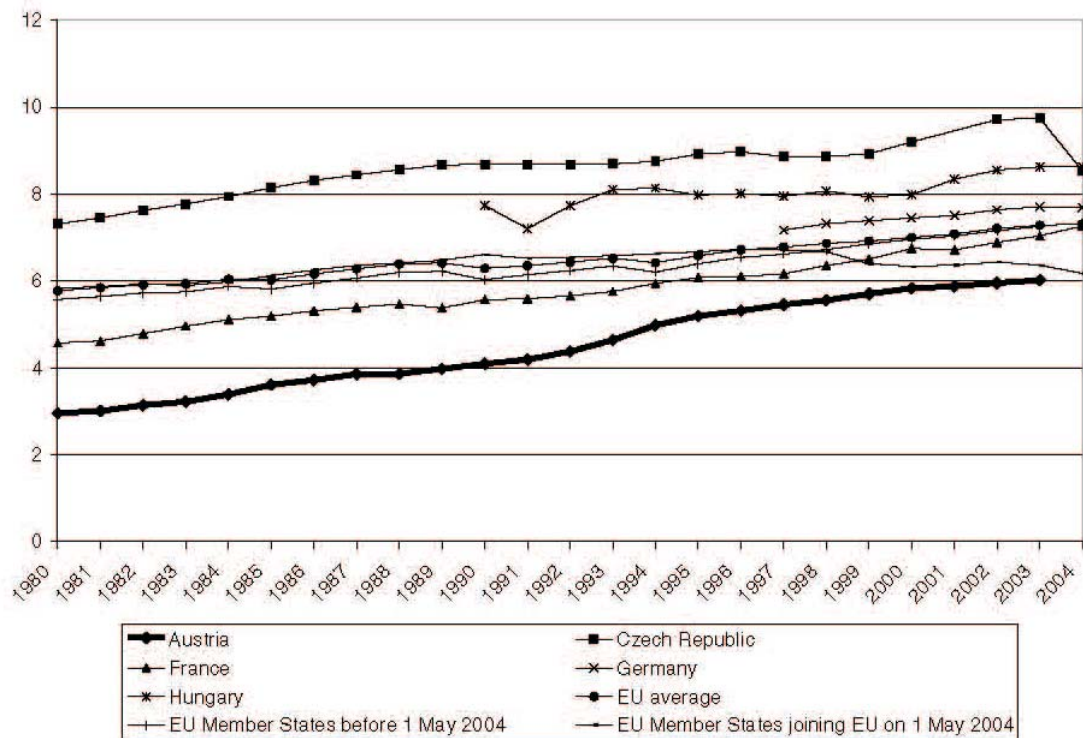
Πίνακας 4.42 Αριθμός παθολόγων και νοσοκόμων ανά 1000 άτομα πληθυσμού, 2004



Πίνακας 4.43 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Αυστρία και σε επιλεγμένες χώρες, 1980-2004



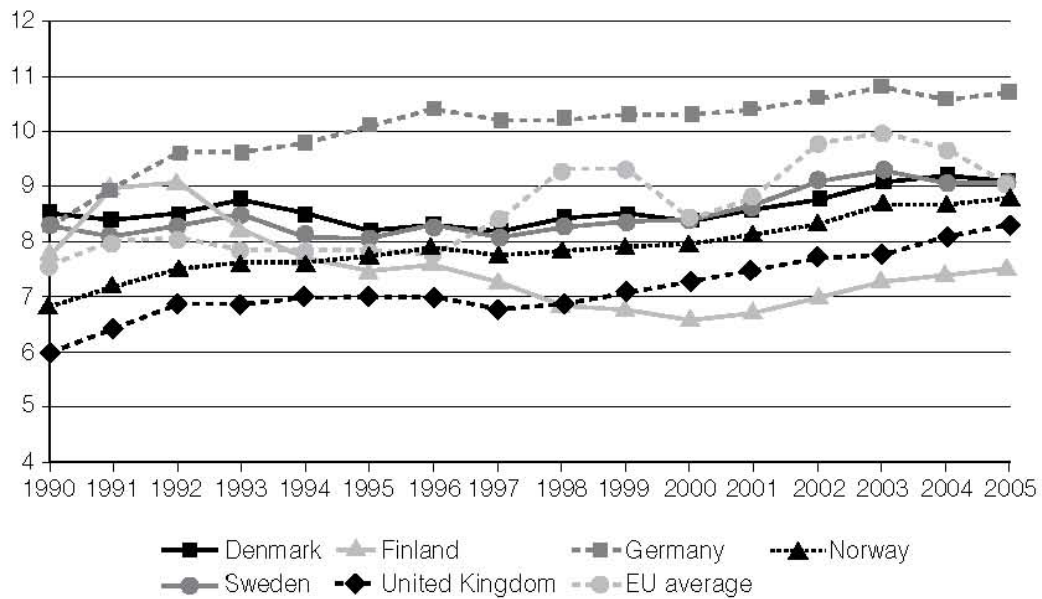
Πίνακας 4.44 Αριθμός νοσοκόμων ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Αυστρία και σε επιλεγμένες χώρες, 1980-2004



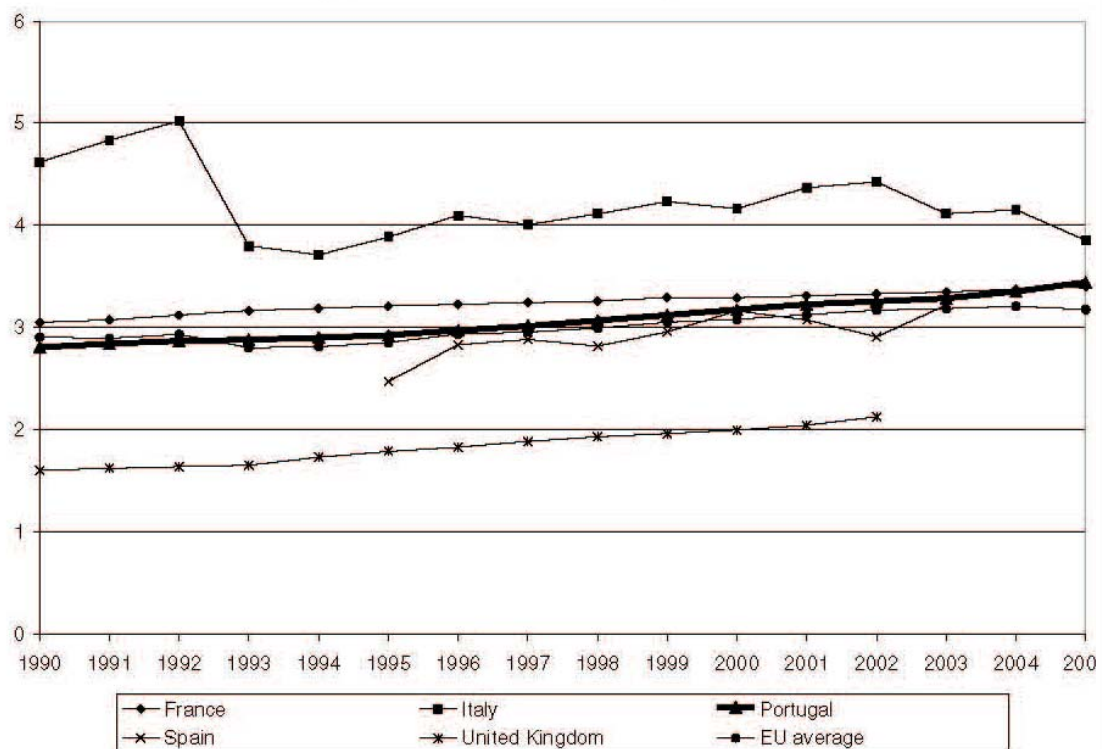
Πίνακας 4.45 Αριθμός επαγγελματιών υγειονομικής περιθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανά 1000 κατοίκους, 2004

| | Physicians | | Dentists | | Nurses | | Pharmacists | | Midwives | |
|---|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | Per 1 000 inhabitants | Index EU= 100 | Per 1 000 inhabitants | Index EU= 100 | Per 1 000 inhabitants | Index EU= 100 | Per 1 000 inhabitants | Index EU= 100 | Per 1 000 inhabitants | Index EU= 100 |
| Austria | 3.52 | 102 | 0.50 | 78 | 6.32 | 78 | 0.62 | 77 | 0.21 | 72 |
| Belgium | 4.59 | 133 | 0.83 | 130 | 11.30 | 140 | 1.49 | 184 | 0.67 | 226 |
| Denmark | 3.08 | 89 | 0.85 | 133 | 7.57 | 94 | 0.52 | 64 | 0.24 | 80 |
| Germany | 3.45 | 100 | 0.80 | 125 | 9.95 | 123 | 0.60 | 74 | 0.10 | 35 |
| Estonia | 3.28 | 95 | 0.82 | 129 | 6.74 | 84 | 0.60 | 74 | 0.32 | 108 |
| Finland | 3.28 | 95 | 0.89 | 140 | 21.96 | 273 | 1.65 | 203 | 0.77 | 259 |
| France | 3.41 | 99 | 0.89 | 108 | 7.33 | 91 | 1.10 | 136 | 0.27 | 91 |
| Greece | 4.67 | 135 | 1.20 | 188 | 2.64 | 33 | – | – | 0.21 | 69 |
| Ireland | 2.73 | 79 | 0.56 | 88 | 18.89 | 234 | 0.87 | 107 | – | – |
| Italy | 6.31 | 183 | 0.65 | 102 | – | – | 1.18 | 145 | – | – |
| Latvia | 3.03 | 88 | 0.57 | 89 | 5.37 | 67 | – | – | 0.21 | 72 |
| Lithuania | 4.04 | 117 | 0.71 | 112 | 7.78 | 97 | 0.71 | 88 | 0.33 | 110 |
| Luxembourg | 2.68 | 78 | 0.70 | 110 | 9.47 | 117 | 0.82 | 102 | 0.27 | 92 |
| Malta | 3.24 | 94 | 0.45 | 71 | 5.93 | 74 | 2.07 | 255 | 0.31 | 105 |
| Netherlands | 3.25 | 94 | 0.49 | 77 | 14.07 | 175 | 0.21 | 26 | 0.13 | 42 |
| Poland | 2.40 | 70 | 0.31 | 49 | 4.86 | 60 | 0.66 | 81 | 0.57 | 191 |
| Portugal | 3.31 | 96 | 0.53 | 83 | 4.47 | 55 | 0.88 | 109 | – | – |
| Sweden | 3.35 | 97 | 1.54 | 241 | 10.55 | 131 | 0.62 | 76 | 0.71 | 240 |
| Slovakia | 3.28 | 95 | 0.45 | 70 | 7.18 | 89 | 0.55 | 67 | 0.29 | 96 |
| Slovenia | 2.32 | 67 | 0.62 | 97 | 7.39 | 92 | 0.45 | 55 | 0.35 | 116 |
| Spain | 3.12 | 90 | 0.50 | 78 | 3.89 | 48 | 1.02 | 126 | – | – |
| Czech Republic | 3.61 | 105 | 0.67 | 105 | 10.21 | 127 | 0.58 | 71 | 0.48 | 160 |
| Hungary | 3.34 | 97 | 0.55 | 86 | 9.07 | 113 | 0.53 | 66 | 0.20 | 67 |
| United Kingdom | 2.13 | 62 | 0.45 | 71 | – | – | 0.60 | 74 | – | – |
| Cyprus | 2.63 | 76 | 0.92 | 144 | 4.22 | 52 | 0.20 | 25 | – | – |
| EU Member States before May 2004 | 3.58 | 104 | 0.67 | 106 | 8.43 | 105 | 0.85 | 105 | 0.25 | 85 |
| EU Member States joining EU on 1 May 2004 | 2.88 | 83 | 0.45 | 71 | 6.80 | 84 | 0.62 | 76 | 0.46 | 153 |
| EU | 3.45 | 100 | 0.64 | 100 | 8.06 | 100 | 0.81 | 100 | 0.30 | 100 |

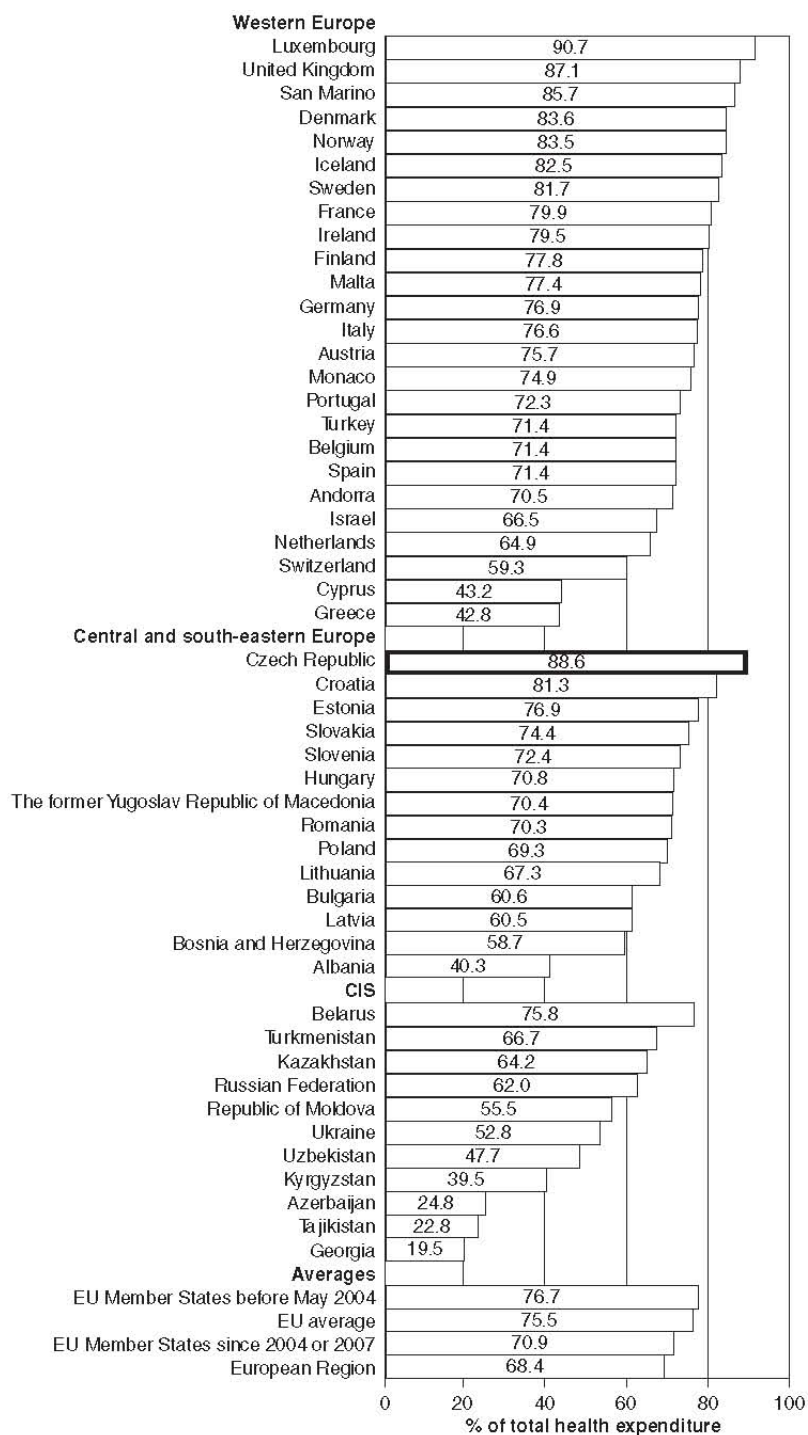
Πίνακας 4.46 Τάσεις στις συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ στη Φινλανδία και επιλεγμένες χώρες, 1990-2002



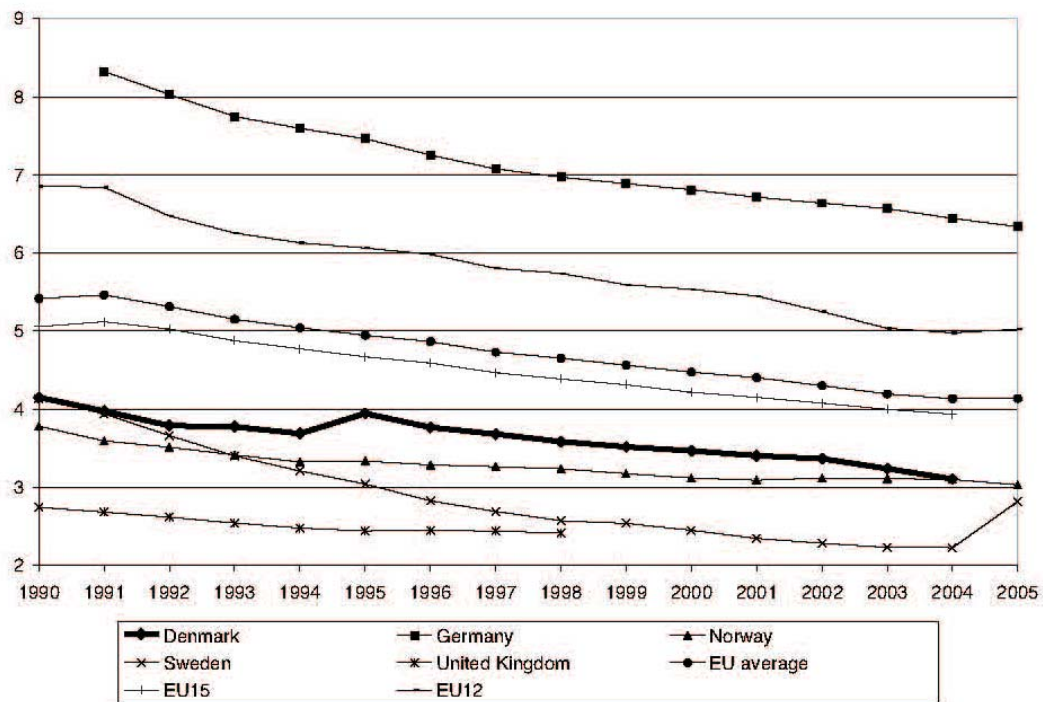
Πίνακας 4.47 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Πορτογαλία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2005



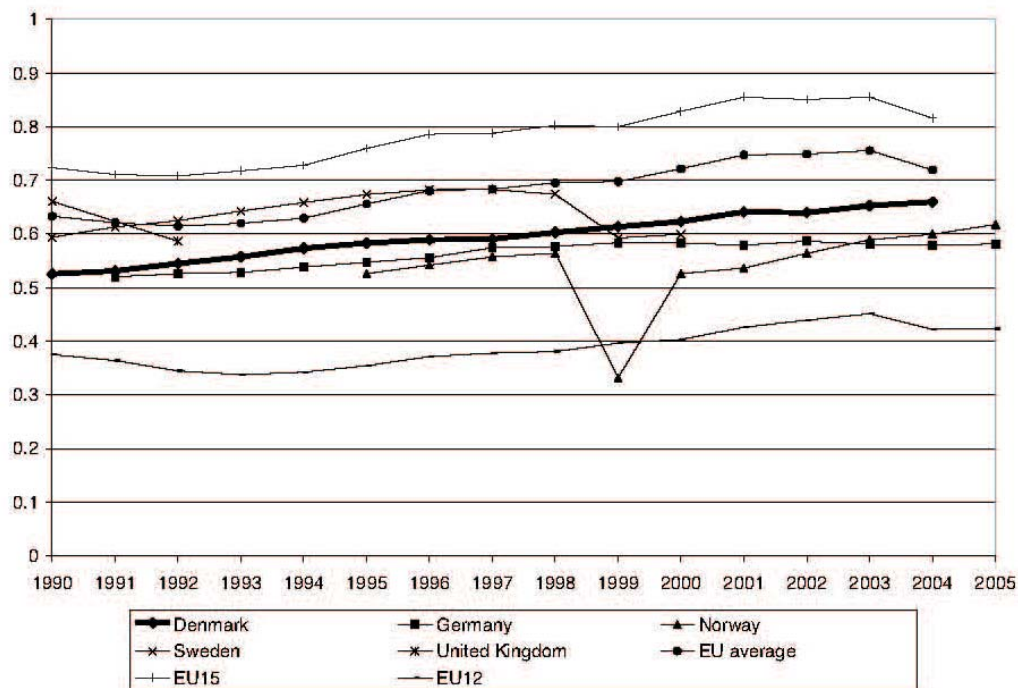
Πίνακας 4.48 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από δημόσιες πηγές χρηματοδότησης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, 2005



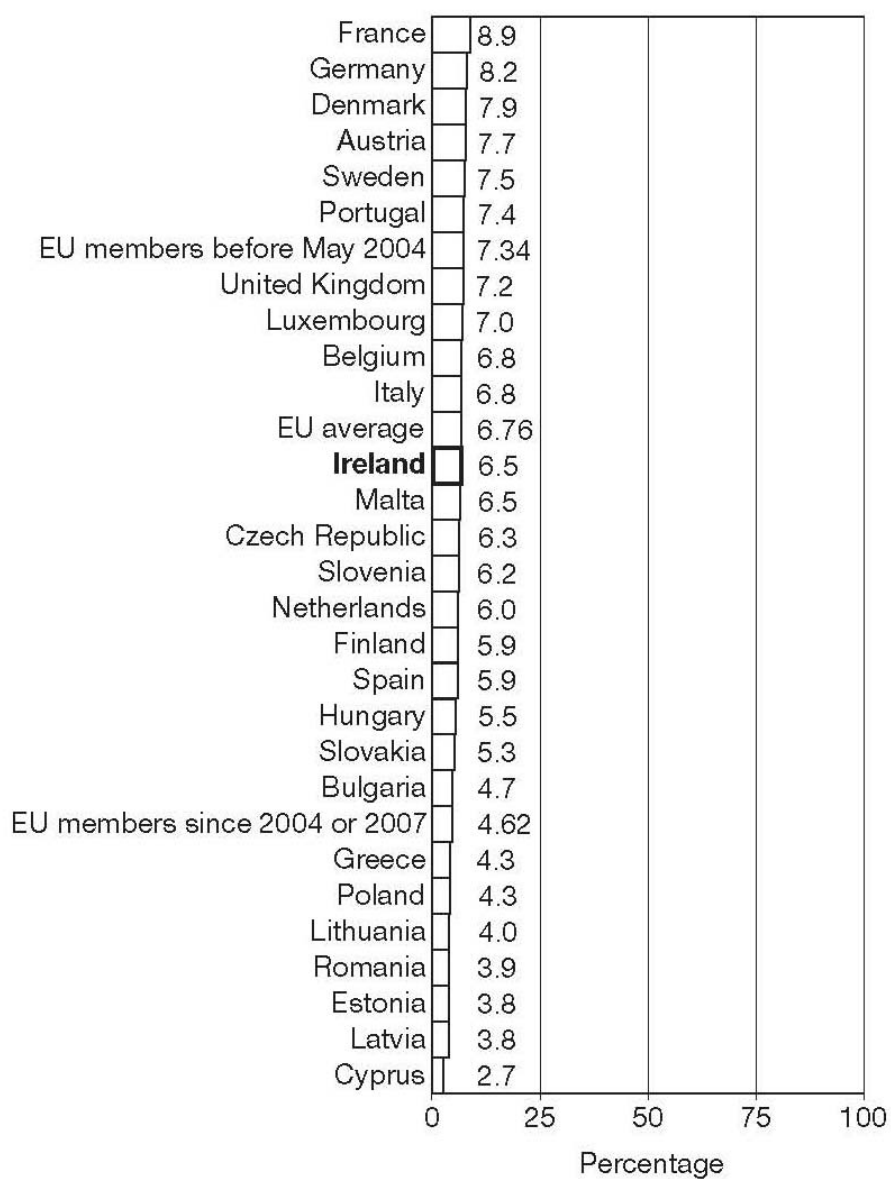
Πίνακας 4.49 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Δανία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2005



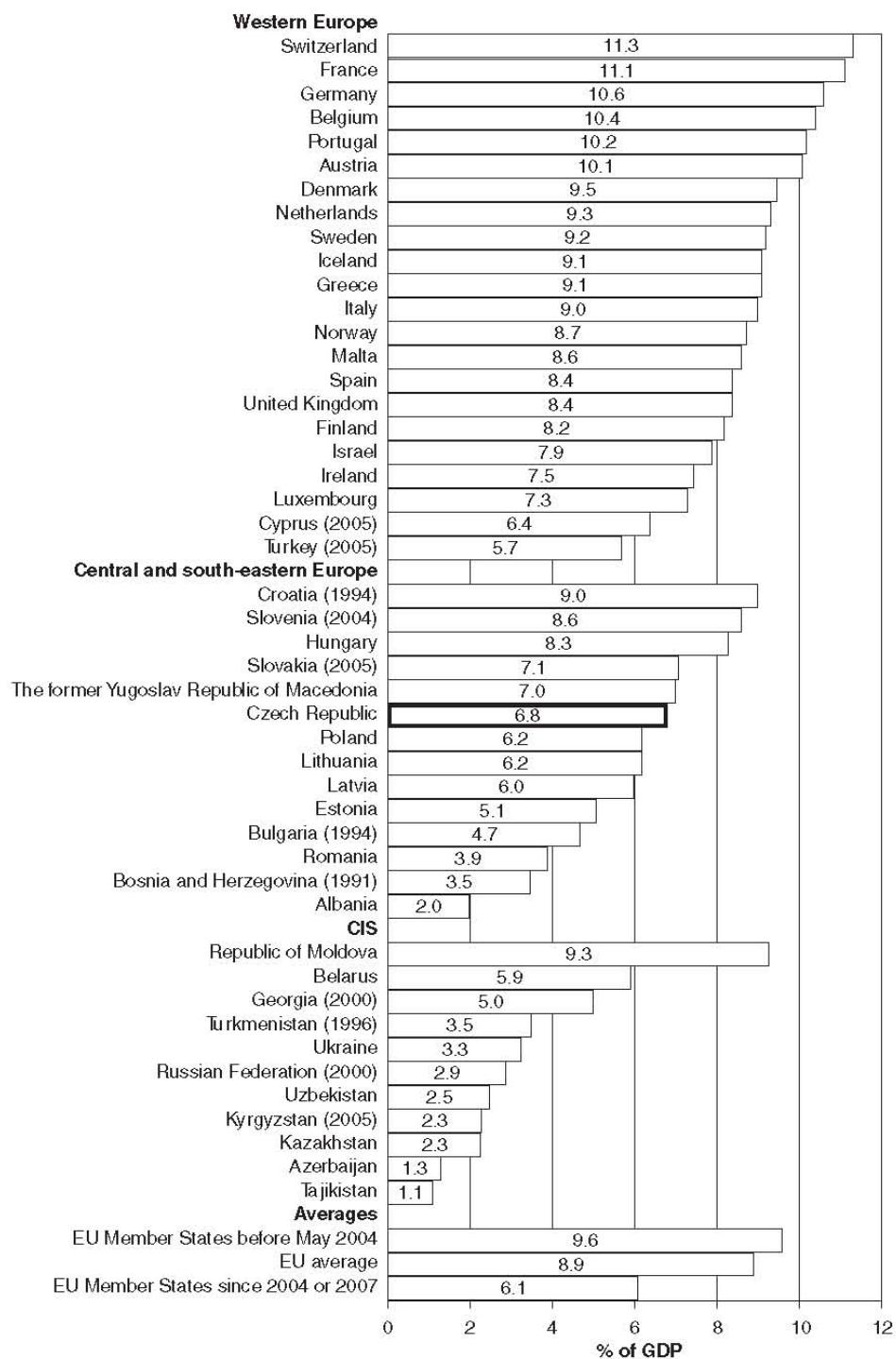
Πίνακας 4.50 Αριθμός φαρμακοποιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Δανία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2005



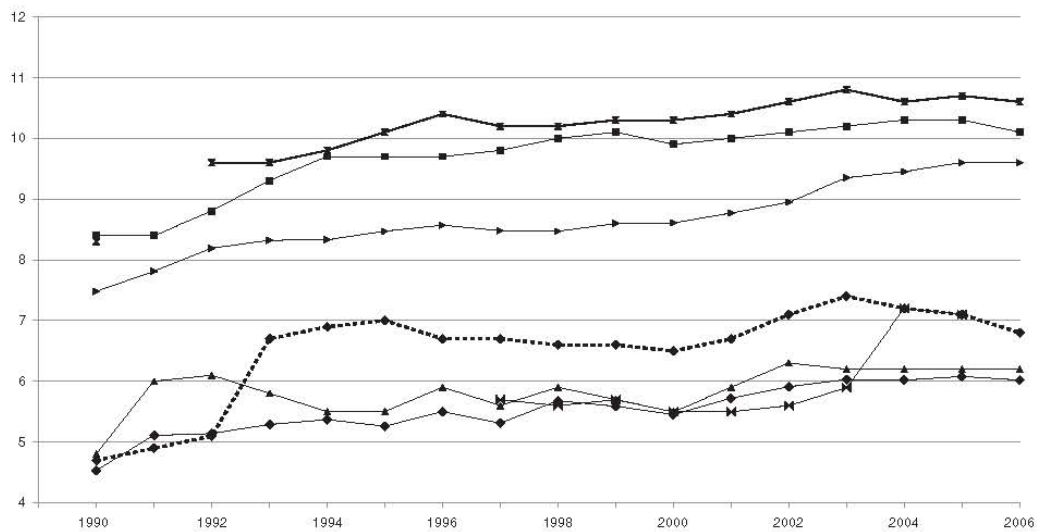
Πίνακας 4.51 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2005



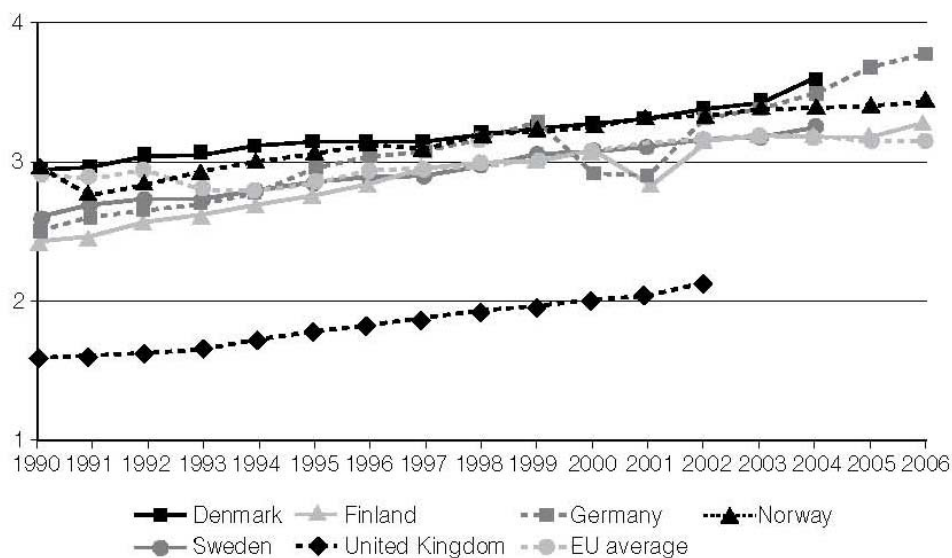
Πίνακας 4.52 Συνολικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2006



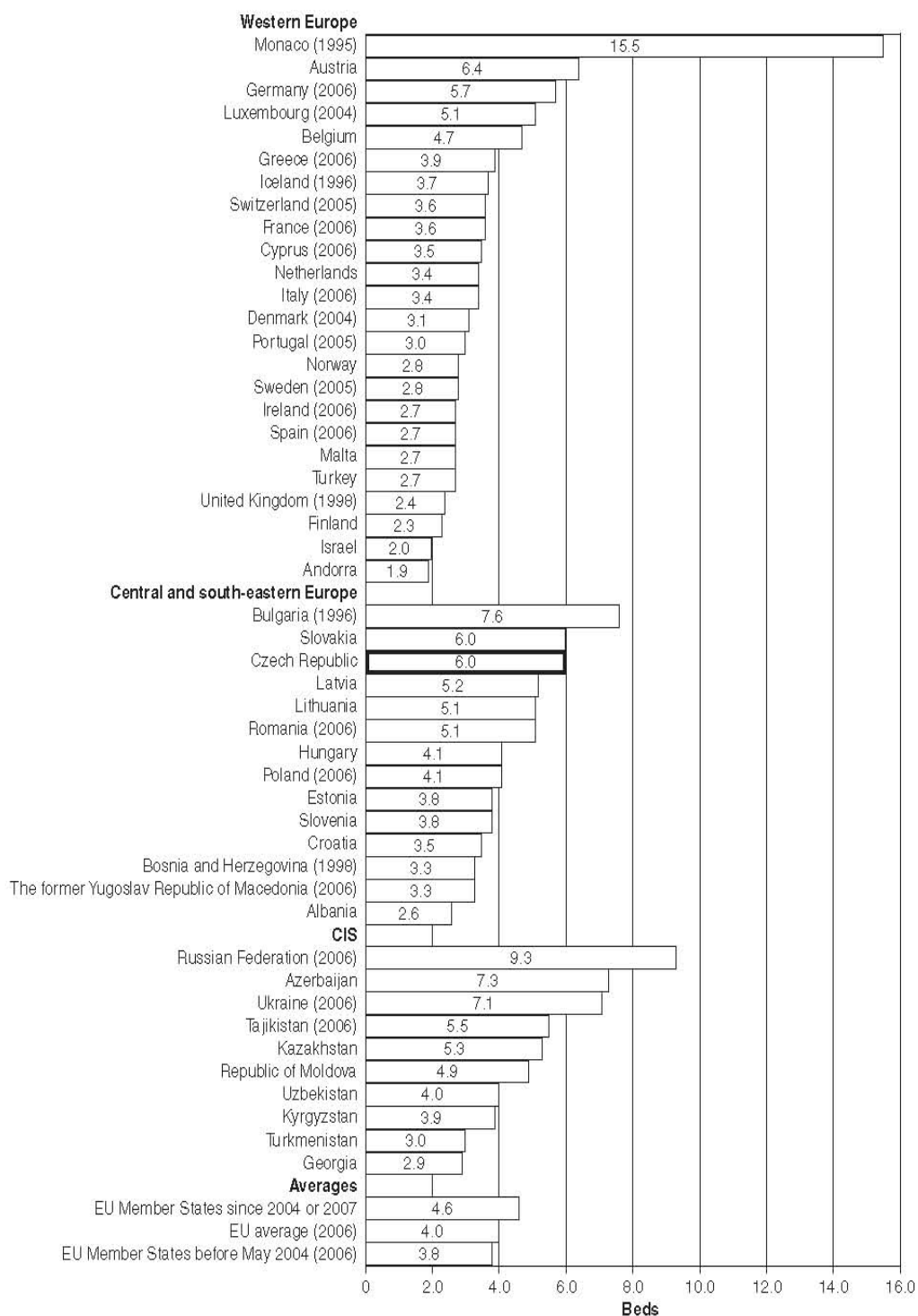
Πίνακας 4.53 Τάσεις στις συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ στη Τσεχία και επιλεγμένες χώρες, 1990-2006



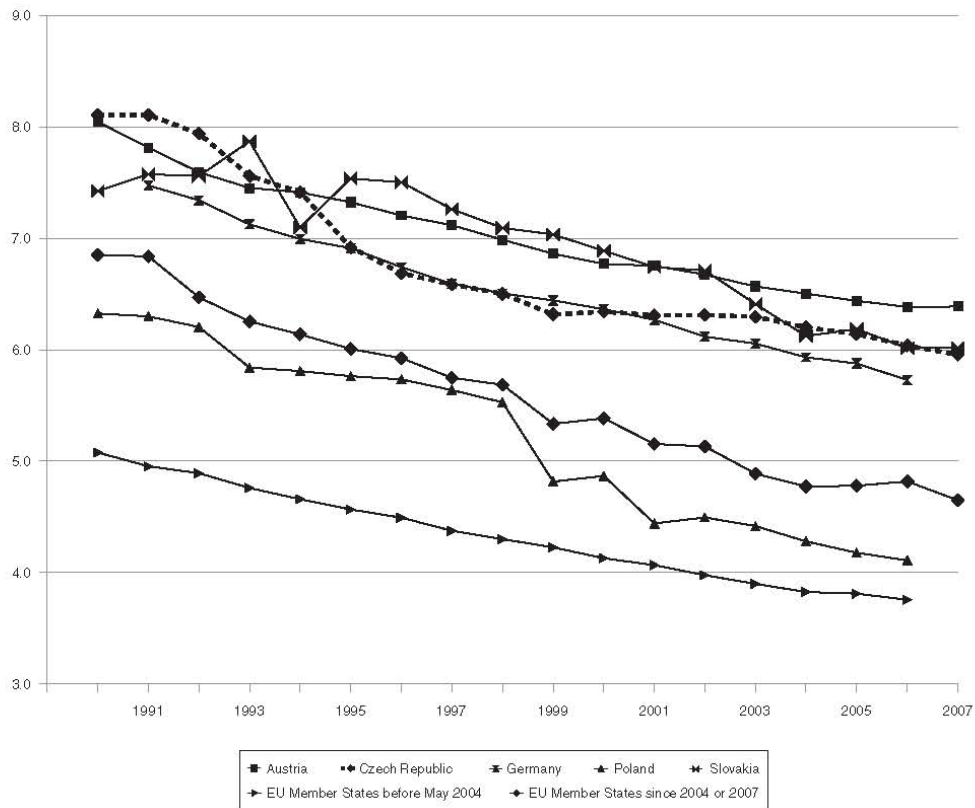
Πίνακας 4.54 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Τσεχία και σε επιλεγμένες χώρες, 1990-2006



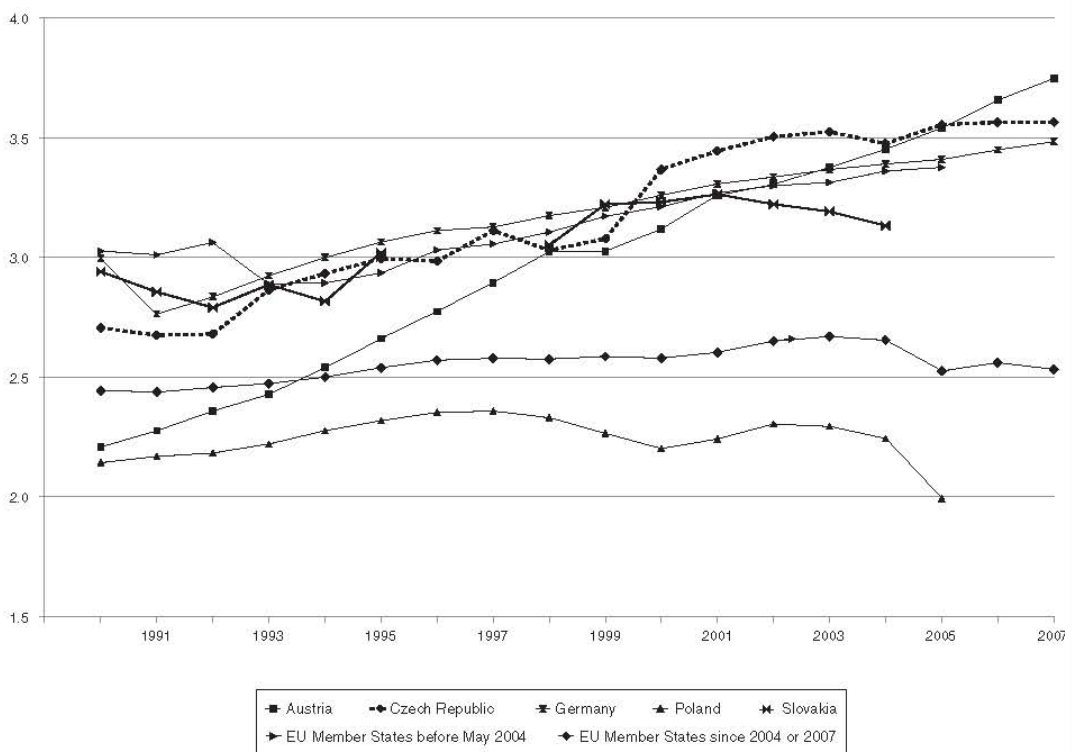
Πίνακας 4.55 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού, 2006



Πίνακας 4.56 Αριθμός νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Τσεχία και σε επιλεγμένες χώρες , 1990-2007



Πίνακας 4.57 Αριθμός γιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στη Τσεχία και σε επιλεγμένες χώρες , 1990-2007



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΣΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Σε καμία χώρα δεν είναι οι άνθρωποι ιδιαίτερα ευχαριστημένοι από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψής τους. Η ιατρική φροντίδα αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα, επειδή ακριβώς καθορίζεται από πλήρως συγκρουόμενους στόχους. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η καθολική ασφαλιστική κάλυψη σχεδιάστηκε για να εγγυηθεί την ίση πρόσβαση στη ιατρική φροντίδα για όλους. Η κλασική διαμάχη στον οικονομικό τομέα παρουσιάζεται μεταξύ δύο σημαντικών στοιχείων, της αμεροληψίας και της αποδοτικότητας. Αυτά τα δύο στοιχεία παρουσιάζονται και στην ιατρική φροντίδα. Η αποδοτικότητα δεν αποτελούσε μεγάλη ανησυχία όταν τα συστήματα υγείας δημιουργήθηκαν. Οι χώρες ήταν συνηθισμένες στο να έχουν ανεπαρκή συστήματα ιατρικής περίθαλψης υπό τον όρο ότι αυτά μεταχειρίζονταν τους ασθενείς εξίσου. Αλλά η ισορροπία ισότητας-αποδοτικότητας οδηγήθηκε στη σύγκρουση από τις βασικές αρχές της αγοράς της ιατρικής περίθαλψης. Οι ιατρικές δαπάνες έχουν αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι τεχνολογικές καινοτομίες έχουν επεκτείνει την ικανότητα της ιατρικής. Από το 1960, οι δαπάνες ιατρικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ στις περισσότερες χώρες έχουν διπλασιαστεί. Το αποτέλεσμα αυτής της τεχνολογικής αλλαγής είναι ότι οι κυβερνήσεις αντιμετωπίζουν όλο και με πιο αυστηρό τρόπο τη χρηματοδότηση του τομέα υγειονομικής περίθαλψης.

Πολλές χώρες δεν μπορούν πλέον να αντέξουν οικονομικά τη δέσμευση για πλήρη ισότητα όπως τα προηγούμενα χρόνια. Η πρώτη ενέργεια των περισσότερων χωρών στο πρόβλημα των αυξανόμενων κόστων ήταν η θέσπιση ορίων στις δαπάνες. Αυτά τα όρια απετέλεσαν σημείο αναφοράς στη δεκαετία του 1970 και του 1980. Οι κυβερνήσεις μείωναν τις αμοιβές των παρόχων καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Η αύξηση των δαπανών μετά από αυτές τις ενέργειες επιβραδύνθηκε αρκετά. Με την πάροδο των ετών οι ρυθμιστικές αυτές λύσεις έγιναν όλο και λιγότερο ελκυστικές. Η πρόοδος της τεχνολογίας συνεχίστηκε, ακόμα και στα ρυθμισμένα αυτά συστήματα. Η αύξηση των δαπανών επαναλαμβανόταν όταν οι έλεγχοι δεν ήταν αυστηροί. Περαιτέρω όμως, έλεγχοι δαπανών έκαναν την έλλειψη αποδοτικότητας περισσότερο αξιοπρόσεχτη. Οι ουρές αναμονής και οι περιορισμοί στην πρόσβαση έγιναν όλο και περισσότερο σημαντικά ζητήματα.

Σε πολλές χώρες, υπήρξε μια μεταστροφή προς βασισμένες στην αγορά λύσεις στα προβλήματα ιατρικής περίθαλψης. Οι χώρες εισήγαγαν τον ανταγωνισμό στην παροχή ιατρικής φροντίδας και σε μερικές περιπτώσεις την παροχή κινήτρων στους ανθρώπους για να χρησιμοποιούν όλο και λιγότερο τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές εξοικονόμησαν κόστος χωρίς επίπονες δημόσιες περικοπές αλλά έφεραν και συγκρούσεις. Τα νέα αυτά συστήματα δεν είναι δίκαια όπως τα παλαιότερα. Οι φτωχοί δεν έχουν την ίδια πρόσβαση στη ιατρική φροντίδα όπως οι πλούσιοι. Τα καινούρια συστήματα περιόρισαν επίσης την πρόσβαση σε μερικούς παρόχους αφού μονόδρομος στην εξοικονόμηση χρημάτων όσον αφορά την ιατρική φροντίδα είναι ο περιορισμός των παρόχων με τους οποίους το κράτος συμβάλλεται. Πολλές χώρες εξερευνούν τώρα τον κατάλληλο πεδίο για την εφαρμογή κινήτρων στην ιατρική περίθαλψη. Το πώς οι χώρες θα επιλύσουν το σημαντικό αυτό ζήτημα θα έχει σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα περίθαλψης όλου του κόσμου για τις επόμενες δεκαετίες.

5.2 Σημαντικότεροι τομείς μεταρρυθμίσεων των συστημάτων υγείας

Σε αυτή την παράγραφο θα γίνει αναφορά στους σημαντικότερους τομείς μεταρρυθμίσεων των 7 κυριότερων συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι επτά αναφερόμενες χώρες του ΟΟΣΑ έχουν θεσπίσει πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, οι οποίες ταξινομούνται σύμφωνα με τους σημαντικότερους στόχους της πολιτικής στον τομέα της υγείας. Τα συστήματα υγείας που θα μελετηθούν είναι :

- Του Βελγίου
- Της Γαλλίας
- Της Γερμανίας
- Της Ιρλανδίας
- Της Ολλανδίας
- Της Ισπανίας
- Του Ηνωμένου Βασιλείου

Επάρκεια, αμεροληψία και εισοδηματική προστασία

Παρά τις εκκλήσεις για περισσότερη εθελοντική χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης σε αρκετές από τις χώρες αυτές, καμία από αυτές δεν εφάρμοσε σημαντικές μειώσεις στα υποχρεωτικά σχήματα ασφάλισης τους κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Στο μέσο της δεκαετίας αυτής, η Ισπανία επέκτεινε το υποχρεωτικό σχήμα ασφάλισης από το περίπου 85% του πληθυσμού στο σχεδόν 100% με την προσθήκη και των ελεύθερων επαγγελματιών. Στο τέλος της δεκαετίας αυτής, η Ολλανδία εξήγγειλε την πρόθεσή της να επεκτείνει την υποχρεωτική της κάλυψη για την άμεση περίθαλψη στο 30 % του πληθυσμού που έως τότε ήταν αποκλεισμένο. Επίσης, το Ηνωμένο Βασίλειο διατήρησε καθολική πρόσβαση στο φόρο-χρηματοδοτούμενο NHS, μετά από μια σημαντική αναθεώρηση του συστήματος από τη συντηρητική κυβέρνηση το 1988. Πραγματικά, υπήρξε μια σημαντική αύξηση της εθελοντικής ασφάλισης υγείας σε αρκετές από αυτές τις χώρες κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, αλλά αφορούσε κυρίως την αύξηση της συμπληρωματικής ασφάλισης λόγω της συγκράτησης των δαπανών.

Συγκράτηση δαπανών

Και οι επτά χώρες αυτής της μελέτης παρουσίασαν ιδιαίτερη επιτυχία στη συγκράτηση των δαπανών κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, έναντι της δεκαετίας του '70. Στην Ιρλανδία, το μερίδιο των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ έπεσε πραγματικά αισθητά. Η πρόσθετη συμμετοχή στις δαπάνες που επιβλήθηκε στους ασθενείς οι οποίοι ήταν συμβεβλημένοι με κάποιο ασφαλιστικό σχήμα, ειδικά για τα δευτερεύοντα φαρμακευτικά είδη και τη διαμονή στα νοσοκομεία κατά την περίθαλψη διαδραμάτισε δευτερεύοντα ρόλο στον περιορισμό των δαπανών. Δύο παράγοντες συνέβαλαν περισσότερο ουσιαστικά: η μερική ή πλήρης κάλυψη των άμεσων πληρωμών στους παρόχους και οι καθορισμένες κυβερνητικές πολιτικές ούτως ώστε να χρησιμοποιηθούν τέτοιοι μηχανισμοί στον περιορισμό των δαπανών.

Αυτοί οι μηχανισμοί για τις συνολικές νοσοκομειακές δαπάνες κάλυψης ήταν ήδη σε ισχύ στην Ιρλανδία, την Ισπανία, και το Ηνωμένο Βασίλειο. Η Γερμανία εισήγαγε τους γενικούς προϋπολογισμούς για τις ενώσεις των παθολόγων το 1977. Η Ολλανδία, το Βέλγιο, η Γαλλία, και η Γερμανία εισήγαγαν τους γενικούς προϋπολογισμούς για τα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Η ενιαία χρηματοδότηση δεν ήταν μια απαραίτητη προϋπόθεση για τη συγκράτηση δαπανών. Η Ολλανδία και η Γερμανία πέτυχαν τη συγκράτηση των δαπανών παρά την παρουσία πολλαπλών δημόσιων και ιδιωτικών ασφαλιστών. Τρεις χώρες, το Βέλγιο, η Γαλλία και η Ισπανία παρουσίασαν την μικρότερη επιτυχία στην συγκράτηση των δαπανών. Στην περίπτωση του Βελγίου και της Γαλλίας, αυτό δεν οφειλόταν στην έλλειψη των πολιτικών οι οποίες θα ευνοούσαν τη συγκράτηση των δαπανών. Μάλλον, ήταν πιθανότερο να έφταιγε το πρότυπο των αποζημιώσεων και, πιο συγκεκριμένα, των πληρωμών με αμοιβή ανά υπηρεσία χωρίς την ύπαρξη γενικών προϋπολογισμών. Στην περίπτωση της Ισπανίας, η οικονομία παρουσίασε αλματώδη αύξηση τη δεκαετία του '80, και η ισπανική κυβέρνηση επέλεξε να συνεχίσει να ενισχύει τις υγειονομικές υπηρεσίες.

Η πρόταση ότι οι γενικοί προϋπολογισμοί είναι αποτελεσματικοί στον περιορισμό των δαπανών επιβεβαιώνεται από μια πρόσφατη οικονομετρική μελέτη των στοιχείων του ΟΟΣΑ, η οποία διαπίστωσε ότι οι γενικοί προϋπολογισμοί για τα νοσοκομεία συνδέθηκαν με μια μείωση 13% των αντίστοιχων εθνικών δαπανών για την υγεία.

Αποδοτικότητα

Τρεις από τις χώρες της παρούσας μελέτης εισήγαγαν ή ενίσχυσαν τον ανταγωνισμό στην αγορά των παρόχων. Η Γερμανία εισήγαγε μια μορφή ανταγωνισμού στην παροχή ιατρικής φροντίδας κατά την διάρκεια της μεταρρύθμισης του 1977, με την θεσμοθέτηση των γενικών προϋπολογισμών για τις ενώσεις των παθολόγων. Οι γενικοί προϋπολογισμοί διαχειρίζονταν από τις ενώσεις των παθολόγων, αλλά επέτρεψαν τον ανταγωνισμό μεταξύ των μεμονωμένων γιατρών επειδή οι παθολόγοι πληρώνονταν με αμοιβή ανά υπηρεσία και οι ασθενείς είχαν την ελεύθερη επιλογή των γιατρών.

Το 1989, η Γερμανία εισήγαγε τον ανταγωνισμό μεταξύ των νοσοκομείων δίνοντας για πρώτη φορά την άδεια στα ασφαλιστικά ταμεία να αρνηθούν να ανανεώσουν τις συμβάσεις με διάφορα νοσοκομεία. Το Ηνωμένο Βασίλειο εξήγγειλε ρυθμίσεις για να ενισχύσει τον ανταγωνισμό μεταξύ των ιατρών παθολόγων το 1987. Επιπλέον, οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις του 1989 εισήγαγαν τον διαχωρισμό μεταξύ της αγοράς των νοσοκομειακών υπηρεσιών από τα όργανα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και την παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών από τα ανταγωνιστικά ιδιωτικά νοσοκομεία. Ένας βασικός στόχος των νοσοκομειακών μεταρρυθμίσεων νοσοκομείων ήταν η εισαγωγή συστημάτων πληρωμής ανάλογα με την πραγματοποιηθείσα εργασία με σκοπό την ενθάρρυνση των νοσοκομείων να γίνουν περισσότερο αποτελεσματικά. Η Ολλανδία εξήγγειλε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στο υγειονομικό σύστημα της το 1987, και πρότεινε, μεταξύ άλλων, την αφαίρεση του δικαιώματος οποιουδήποτε παρόχου στη σύμβαση με οποιοδήποτε ασφαλιστικό ταμείο. Αυτό άνοιξε το δρόμο στον ανταγωνισμό μεταξύ των παρόχων.

Υπήρξαν επίσης μερικές σημαντικές κινήσεις όσον αφορά τον ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστών σε δύο από τις χώρες αυτής της έρευνας. Ως τμήμα των σημαντικότερων μεταρρυθμίσεων του 1989, το Ηνωμένο Βασίλειο εισήγαγε την «εκμετάλλευση των ασφαλιστικών ταμείων» από τους παθολόγους. Αυτό επέτρεψε στα ασφαλιστικά ταμεία να κρατούν εθελοντικά μέρος του προϋπολογισμού των νοσοκομείων, και να επιτρέπουν στους παθολόγους τους να αγοράζουν ορισμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες εξ ονόματος των ασθενών τους. Αυτό έδωσε στους παθολόγους ένα ρόλο ενεργών αγοραστών των υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης.

Ως μέρος των δομικών μεταρρυθμίσεων που αναγγέλλονται το 1987, η Ολλανδία πρότεινε την εισαγωγή μια πλήρους ανταγωνιστικής αγοράς για τη βασική ασφάλιση υγείας μέσα σε ένα σύστημα εκτεταμένης κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό θα παρείχε ασφάλιση ενάντια σε περισσότερο από το 90% των κινδύνων της υγείας. Η βασική καινοτομία επρόκειτο να είναι ένα κεντρικό ταμείο ασφάλισης υγείας, το οποίο θα ελάμβανε εισοδηματικές συνεισφορές και θα πλήρωνε ασφάλιστρα σε ανταγωνιστικά ασφαλιστικά ταμεία και ιδιωτικούς ασφαλιστές, μετά από επιλογή του ασφαλιστή αυτού από τον καταναλωτή. Έτσι θα υπήρχε διανομή του κόστους των ασφαλίστρων, όχι περισσότερο από το 15% του κόστους, για να ενθαρρυνθεί η τίμια επιλογή των ασφαλιστών από τους καταναλωτές. Το μερίδιο του ασφαλίστρου θα ήταν συγκεκριμένο για κάθε ασφαλιστή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Spain: Health Systems in Transition vol.8.No.4 2006 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Austria: Health Systems in Transition vol.8.No.3 2006 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Czech Republic : Health Systems in Transition vol.11.No.1 2009 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Belgium : Health Systems in Transition vol.9.No.2 2007 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Netherlands : Health Systems in Transition 2004 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Hungary: Health Systems in Transition 2004 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Denmark: Health Systems in Transition vol.9.No.6 2007 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Norway : Health Systems in Transition vol.8.No.1 2006 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Luxembourg: Health Systems in Transition 2000 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Germany : Health Systems in Transition 2004 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Finland : Health Systems in Transition vol.10.No.4 2008 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Switzerland : Health Systems in Transition 1999 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Sweden : Health Systems in Transition 2005 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- France : Health Systems in Transition 2004 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Ireland : Health Systems in Transition vol.11.No.4 2009 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Greece: Health Systems in Transition 1996 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- United Kingdom : Health Systems in Transition 1999 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Italy : Health Systems in Transition 2000 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Portugal : Health Systems in Transition vol.9.No.5 2007 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Poland : Health Systems in Transition vol.7.No.5 2005 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)

- Iceland : Health Systems in Transition 2003 by European Observatory on Health Systems and Policies (LSE)
- Maks Tajnikar, Petra Došenovič Bonča • Differences between health care systems Zb. rad. Ekon. fak. Rij. • 2007 • vol. 25 • sv. 2 • 309-324
- Reforming health care in seven European unions by Jeremy w. Hurst
- Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform Author(s): David M. Cutler Source: Journal of Economic Literature, Vol. 40, No. 3 (Sep., 2002), pp. 881-906 Published by: American Economic Association
- International Comparison of Health Care Systems Arun Kumar* & Linet Ozdamar School of Mechanical & Production Engineering Nanyang Technological University
- Centre for health program evaluation, working paper 125, A Critique of the World Health Organisation's Evaluation of Health System Performance, Professor Jeff Richardson Director, Health Economics Unit, Monash University, Dr Iain Robertson Senior Research Fellow, Health Economics Unit, Monash University, Dr John Wildman Research Fellow, Health Economics Unit, Monash University