

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ
ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

ΤΣΕΚΟΥΡΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου
Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην
Οικονομική και Επιχειρησιακή Στρατηγική

Πειραιάς, Δεκέμβριος 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΠΑ

**UNIVERSITY OF PIRAEUS
DEPARTMENT OF ECONOMICS**



**MASTER PROGRAM IN ECONOMIC AND BUSINESS
STRATEGY**

**MASTER THESIS TITLE COMPARATIVE
ANALYSIS OF HEALTH SYSTEMS AND STUDY OF
PUBLIC AND PRIVATE EXPENDITURE**

By

KATERINA TSEKOURA

**Master Thesis submitted to the Department of Economics of the
University of Piraeus in partial
fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts in
Economic and Business Strategy**

Piraeus, Greece, December 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΠΑ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ

Σημαντικοί Όροι: υγεία, συστήματα υγείας, Βρετανικό Σύστημα Υγείας, Σκανδιναβικό μοντέλο, Ηπειρωτικό Μοντέλο υγείας, Σουηδικό Μοντέλο Υγείας, Ελληνικό Σύστημα Υγείας, πρωτοβάθμια δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, δαπάνες δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, δείκτες υγείας χωρών κτλ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τη τελευταία δεκαετία ο τομέας της υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες δέχεται πιέσεις για αλλαγή των υπαρχουσών δομών και της αποτελεσματικότητας αυτού, ως απόρροια της γήρανσης του Ευρωπαϊκού πληθυσμού, της αλλαγής του νοσολογικού προτύπου, της ανάπτυξης νέων διαγνωστικών θεραπευτικών τεχνολογιών αλλά και της πληροφορικής. Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με τις αυξημένες απαιτήσεις των πολιτών, λειτουργούν καταλυτικά στη δρομολόγηση σημαντικών μεταρρυθμίσεων. Στόχος για το σύνολο των Ευρωπαϊκών Κρατών, στη μελέτη των οποίων θα επικεντρωθεί η εν λόγω εργασία, είναι η παροχή ποιοτικών παρεχομένων υπηρεσιών, η άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση στο σύστημα της υγείας και ο περιορισμός του κόστους λειτουργίας του τομέα της υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων πόρων. Οι τρεις αυτές συνιστώσες και ειδικότερα η τελευταία, ήτοι τις δαπάνες στην υγεία, θα αναπτυχθούν εκτενώς στην εν λόγω εργασία.

Σκοπός της παρούσης είναι η συγκριτική ανάλυση των ιδιωτικών και των δημόσιων δαπανών που αποδόθηκαν στον τομέα της υγείας για τη χρονική περίοδο 2007-2010 για τις χώρες Αγγλία, Γερμανία, Σουηδία και Ελλάδα, που αποτελούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα των τεσσάρων συστημάτων υγείας που κυριαρχούν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στη θεωρητική επισκόπηση του θέματος παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη των τεσσάρων συστημάτων υγείας και η παρουσίαση της δομής τους, όπως αυτή έχει τελικώς διαμορφωθεί μέσα στα εξεταζόμενα χρόνια. Παράλληλα γίνεται λόγος για τον τρόπο χρηματοδότησης του τομέα σε συνδυασμό με το βαθμό ικανοποίησης των πολιτών της κάθε χώρας και από τη μελέτη των δεικτών υγείας του πληθυσμού της.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αποτελεί εμπειρική μελέτη αποτίμησης των τεσσάρων εξεταζόμενων συστημάτων υγείας με τη χρήση δεδομένων τα οποία συλλέχτηκαν μέσα από βιβλία, άρθρα, περιοδικά αλλά και από επίσημους διαδικτυακούς τόπους, αναφορικά με τις δαπάνες των επιλεγμένων χωρών στο χώρο της υγείας. Από την έρευνα προέκυψε ότι πολιτικές συρρίκνωσης των δημοσίων δαπανών στην υγεία οδήγησαν σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών και σε περισσότερες δαπάνες υγείας στο μέλλον δεδομένου ότι αυξανόμενης της δαπάνης για επείγουσα φροντίδα υγείας έναντι των δαπανών για πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα. Το ελληνικό σύστημα υγείας αποδείχτηκε ότι δέχτηκε τη μεγαλύτερη επιρροή από τις παραπάνω πολιτικές, έναντι των υπολοίπων εξεταζόμενων χωρών, γεγονός που αντικατοπτρίστηκε στις άμεσες δαπάνες των πολιτών της, οι οποίοι εξαναγκάζονται να καταβάλλουν για την υγεία τους υπέρογκα ποσά με στροφή στην ιδιωτική ασφάλιση και πλέον στερούνται το δικαίωμα ίσης πρόσβασης σε αυτήν. Τα φαινόμενα αυτά συνιστούν την κρίση στην υγεία και προτείνεται η αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και η αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να καλυφτούν αποτελεσματικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας.

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH SYSTEMS AND STUDY OF PUBLIC AND PRIVATE EXPENDITURE

Keywords: health, health systems, British Health System, Scandinavian model, Continental Model Health Swedish Model, Greek health system, primary secondary and tertiary care, public spending and private sector, public-private partnerships, country health indicators etc.

ABSTRACT

In the last decade the health sector in the European countries is under the pressure of change in the existing structures and the effectiveness of the services provided, as a result of the aging of the European population, the change in the climate nosology model, the development of new diagnostic technology and treatments and the information technology. All the above, in addition to the increasing demands from citizens, create a catalyst effect in initiating significant reforms. The objective of all European Union Countries, in which this study will focus on, is to provide quality services, the removal of social and economic disparities regarding the access to health care services and reduce the operating costs in the health sector in a limited resources environment. These three components, in particular the latter (health expenditure), will be further examined in this paper.

The purpose of this work is to analyze and compare the private and public expenditure on the health sector for the period starting from 2007 and ending in 2010 of England, Germany, Sweden and Greece, which are the representative countries of the four health systems that dominate the European Union. In the theoretical overview of the subject, the historical evolution of the four health systems and their structure, as they have finally been formed over the years are presented. Also the financing resources of the systems are being analyzed in conjunction with the level of satisfaction of the citizens of each country and the health indicators of the population.

The research part of this paper is an empirical valuation study over the four dominated systems, as mentioned above, regarding the private and public health expenditure of the selected countries. The research revealed that policies that aim to shrink public spending on

health has led to a deterioration of public's health and rising health costs in the future, as by increasing the costs of emergency care and reducing the costs of prevention and primary care, potentially will lead to a retention of total health expenditure. The Greek healthcare system proved that had the biggest negative effect as a result of these policies, comparing to the other countries concerned. These phenomena constitute a health crisis and new health policies must be suggested, in an attempt to recover from the modern health problems.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT.....	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xii

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.2	ΟΡΙΣΜΟΙ.....	2
1.3	ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ.....	8
1.4	ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΤΑ ΥΒΡΙΔΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.5	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	14
1.6	ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΟΥΣ

2.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	17
2.2	ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
2.3	ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
2.4	ΜΕΙΚΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	23
2.5	ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΑΓΓΛΟΣΑΞΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	27
3.2	ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ	30
3.3	Η ΣΧΕΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
3.4	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	39
3.5	ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΟ ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ - ΤΟ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	43
4.2	ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ.....	44
4.3	Η ΣΧΕΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	47
4.4	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ	48
4.5	ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΟ ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ - ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ

5.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	51
5.2	ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ.....	52
5.3	Η ΣΧΕΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	53
5.4	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	56
5.5	ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΛΛΑΔΑ - ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

6.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	59
6.2	ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ.....	63
6.3	ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ 1974 ΕΩΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΡΑ	66
6.4	Η ΣΧΕΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	74
6.5	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	77
6.6	ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

7.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	83
7.2	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	83
7.3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΧΩΡΩΝ	85
7.3.1	ΒΡΕΤΑΝΙΑ	85
7.3.2	ΓΕΡΜΑΝΙΑ.....	87
7.3.3	ΣΟΥΗΔΙΑ	88
7.3.4	ΕΛΛΑΔΑ.....	90
7.4	ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	- 103 -
8.2	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	- 107 -

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	- 109 -
------------------------	----------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- 115 -
---------------------------	----------------

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΡΑΙΑΣ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Εθνικές δαπάνες για την υγεία ήταν 10% του ΑΕΠ του 2010 και το 2009.....	-108-
Πίνακας 2: Ανάλυση του ορίου δαπανών κάθε τμήματος (departmental expenditure limits, del) από το 2010 μέχρι και το 2015.....	-109-
Πίνακας 3: Δείκτες υγείας Βρετανίας	-110-
Πίνακας 4: Δείκτες υγείας Σουηδίας.....	-111-
Πίνακας 5: Δείκτες υγείας Γερμανίας.....	-112-
Πίνακας 6: Διαχρονική εξέλιξη συνολικών δαπανών υγείας ως % ΑΕΠ.....	-113-
Πίνακας 7: Δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1995-2009.....	-113-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εισαγωγή

Η ιατρική επιστήμη σύμφωνα με την σύγχρονη επιστημονική άποψη ασκείται μόλις δύο αιώνες, με προσανατολισμό μέχρι και το 1956 στις υπηρεσίες περίθαλψης και δευτερευόντως στις υπηρεσίες πρόληψης, μετά από τη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για ανάγκη παροχής υπηρεσιών πρόληψης, αποκατάστασης αλλά και προαγωγής της υγείας. Ωστόσο, πραγματοποιήθηκε ραγδαία εξέλιξη στα πλαίσια του σύγχρονου κράτους πρόνοιας στο οποίο καθοριστικό ρόλο συνέβαλε η βιομηχανική επανάσταση δημιουργώντας την ανάγκη κυρίως στις βιομηχανικές χώρες, να ασκηθεί κοινωνική πολιτική για να προστατευθούν τα ασθενέστερα στρώματα από τις δυνάμεις της αγοράς.

Το υγειονομικό σύστημα διευρύνθηκε με ταχύ ρυθμό τα επόμενα έτη με τις δαπάνες για την υγεία σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα να κυμαίνονται αυξητικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι για τις χώρες που ανήκουν στον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 1960 οι δαπάνες αυτές έφταναν το 4,2% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Η ανάπτυξη αυτή όμως κλονίστηκε από την οικονομική κρίση της δεκαετίας του '70, η οποία επεκτάθηκε στο κράτος πρόνοιας και κατ' επέκταση και στο υγειονομικό σύστημα, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης και έντονη αμφισβήτηση του συστήματος. Υποστηρίζεται ότι η σημερινή υγειονομική κρίση σχετίζεται με την κρίση αυτή, καθώς οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν τις δεκαετίες του '80 και του '90 δεν επέφεραν ακόμη τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά, η συνεχής εξέλιξη στον τομέα της ιατρικής και της έρευνας, θέτει νέους στόχους χρόνο με το χρόνο.

Στις επόμενες ενότητες παρατίθεται ο ορισμός της υγείας, όπως αυτός έχει διατυπωθεί και αναθεωρηθεί με το πέρασ των ετών, των συστημάτων υγείας και γίνεται αναφορά επί των πηγών χρηματοδότησης αυτών.

1.2 Ορισμοί

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946 όρισε την υγεία ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας πέραν της απουσίας νόσου ή αναπηρίας, όπως θεωρούνταν μέχρι τότε. Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονταν δύο παράμετροι που οριοθετούσαν την υγεία, η απουσία της αρρώστιας και η ευεξία, δηλαδή η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική.

Ο παραπάνω ορισμός δέχτηκε απροκάλυπτη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, καθώς πολλοί θεωρούσαν ότι υγεία είναι μια κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Αποτέλεσμα ήταν στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986 να οριστεί εκ νέου ως «η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον». Στο νέο αυτό ορισμό η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές όπως η ειρήνη, η κατοικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, οι ανανεωμένες πηγές ενέργειας, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα. Η άποψη αυτή ήταν αποτέλεσμα μιας ευρύτερης αντίληψης η οποία ταύτιζε την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη, να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό.

Δόθηκε προτεραιότητα στην ανάγκη οικοδόμησης της δημόσιας πολιτικής που να υποστηρίζει την υγεία, ανάπτυξης πολιτικών και τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και στην αποφυγή της υπερεκμετάλλευσης των φυσικών πόρων, η οποία οδηγεί σε κακή υγεία και κοινωνικά προβλήματα. Η υγεία ως γνωστόν δε μπορεί να διαχωριστεί από τον τρόπο ζωής, με την εργασία και την αναψυχή να επιδρούν άμεσα. Ακόμη, διατυπώθηκε η ανάγκη ενίσχυσης της κοινοτικής δράσης, η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων των ατόμων που θα τους κάνουν να ελέγχουν οι ίδιοι τις επιλογές τους, τη ζωή τους και την υγεία τους και ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας. Τέλος τονίζεται ότι η κοινωνική δικαιοσύνη και ισοτιμία αποτελούν προϋπόθεση για την υγεία, και η συνηγορία, η διαμεσολάβηση και η διευκόλυνση είναι οι διαδικασίες για την επίτευξη της υγείας.

Το 1988, οι Συστάσεις της Αδελαΐδας για την Υγιά Δημόσια Πολιτική έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για τη συμμετοχή των ανθρώπων και τη συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους τομείς της πολιτικής. Η υγιά δημόσια πολιτική αποτέλεσε το περιβάλλον που καθιστούσε δυνατές τις άλλες προαναφερθείσες επιμέρους στρατηγικές της προαγωγής υγείας και χαρακτηριζόταν από ένα σαφές ενδιαφέρον για υγεία και ισοτιμία σε όλες τις πολιτικές και από ανάληψη της ευθύνης από την πολιτεία για τις επιπτώσεις στην υγεία. Πολιτικές όπως η αγροτική, η εμπορική, της εκπαίδευσης, της βιομηχανίας, των επικοινωνιών έπρεπε να λαμβάνουν υπόψη την υγεία, ώστε να δημιουργείται ένα περιβάλλον που να διευκολύνει το άτομο να κάνει υγιεινές επιλογές. Η υγιά δημόσια πολιτική έπρεπε να προωθεί την ισοτιμία όλων των πολιτών στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και σε άλλες υπηρεσίες και αγαθά που να βελτιώνουν την υγεία τους, θέτοντας ως προτεραιότητα τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Οι κυβερνήσεις έπρεπε να αναλαμβάνουν την ευθύνη που έχουν απέναντι στους πολίτες σε θέματα υγείας και να αξιολογούν τις επιπτώσεις κάθε πολιτικής που υιοθετούν. Ως πεδία δράσης με προτεραιότητα προτάθηκαν η γυναικεία υγεία, τα τρόφιμα και η διατροφή, ο καπνός και το αλκοόλ, και η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Το 1991, η Δήλωση του Σούντσβααλ για το Υποστηρικτικό Περιβάλλον καθόρισε ότι το φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον πρέπει να γίνει υποστηρικτικό για την υγεία, και όχι καταστροφικό, όπως είναι σε πολλά μέρη του κόσμου. Ως καθοριστικά σημεία για την ανάπτυξη δράσεων υποστηρικτικού για την υγεία περιβάλλοντος καθορίστηκαν:

1. Η Κοινωνική διάσταση: ο κοινωνικός περίγυρος με τις κοινωνικές σχέσεις, νόρμες συμπεριφοράς και αξίες είναι καθοριστικός για την υγεία και την ευεξία του ατόμου.
2. Η Πολιτική διάσταση: διασφάλιση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, δέσμευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ειρήνη και τη μείωση της χρηματοδότησης των εξοπλισμών.
3. Η Οικονομική διάσταση: ανακατανομή των πόρων με στόχο την επίτευξη της Υγείας Για Όλους, και βιώσιμη ανάπτυξη.
4. Η Δεξιότητες γυναικών: αναγνώριση των δεξιοτήτων των γυναικών σε όλους τους τομείς (περιλαμβανομένων της οικονομίας και της διαμόρφωσης πολιτικής), και συμμετοχή των γυναικείων οργανώσεων στη διαμόρφωση πολιτικής και δομών προαγωγής υγείας.

Το 1997, η Διακήρυξη της Τζακάρτα για την Προαγωγή της Υγείας τον εικοστό πρώτο αιώνα έκανε λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία, τους οποίους αντιμετωπίζει η προαγωγή υγείας, ώστε να δημιουργήσει το μεγαλύτερο κέρδος υγείας, να συνεισφέρει στη μείωση των ανισοτήτων της υγείας, να ισχυροποιήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα και να οικοδομήσει το κοινωνικό κεφάλαιο. Τελικός στόχος ήταν να αυξήσει το προσδόκιμο υγείας και να μικρύνει τις διαφορές ανάμεσα σε χώρες και σε πληθυσμιακές ομάδες με απαραίτητες προϋποθέσεις την ύπαρξη ειρήνης, κατοικίας, μόρφωσης, κοινωνικής ασφάλισης, κοινωνικών σχέσεων, ισχυροποίησης των γυναικών, την ύπαρξη σταθερού οικοσυστήματος, τη βιώσιμη χρήση των πόρων, την κοινωνική δικαιοσύνη, το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την ισοτιμία. Συνοπτικά, και με βάση τις επίσημες θεωρητικές τοποθετήσεις, οι προσεγγίσεις της υγείας οι οποίες μελετήθηκαν και αργότερα περιέκλειαν τρεις συνιστώσες:

1. τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείτο ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
2. την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείτο ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,
3. την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονταν ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

Σύμφωνα με τους Γεωργούση και Κυριόπουλο (2002) οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία, ορίζονται ως «το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής τους». Βασικά χαρακτηριστικά της υγείας αποτελούν¹:

- Η διαθεσιμότητα τους: Δηλαδή πόσο εύκολα διαθέτονται προς το κοινό, αν ο καθένας τις βρίσκει σε κάθε φορέα υγείας και αν καλύπτουν τις ανάγκες του.
- Η προσπελασιμότητά τους: Το κατά πόσο εφόσον υπάρχουν, είναι προσπελάσιμες για το σύνολο των πολιτών.
- Η συνέχεια της προσφοράς τους: Το κατά πόσο υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στη προσφορά των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή αν καλύπτουν τις ανάγκες της κοινωνίας στο σύνολο τους.

¹ Γεωργούση Ε., και Κυριόπουλος Γ.(2002), «Σχεδιασμός - Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- Η αποδοχή τους από τους πολίτες: Είναι βασικό οι υπηρεσίες της υγείας όπως προσφέρονται στους πολίτες να είναι αποδεκτές.

Οι υπηρεσίες υγείας και ο βαθμός αποδοχής αυτών από τους πολίτες σχετίζεται με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, το οποίο συνδέεται άμεσα με το επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στους Οργανισμούς Υγείας (υπηρεσίες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, τις υπηρεσίες ασφάλισης της υγείας, την εμπορία φαρμάκων, το τεχνολογικό εξοπλισμό κ.λ.π.), την αρτιότητα των εγκαταστάσεων (ο εξοπλισμός, τα κτήρια, το προσωπικό, οι άνθρωποι κ.λ.π.), αλλά και με το νομοθετικό πλαίσιο μιας χώρας και ευρύτερα με την κατάσταση της χώρας σε οικονομικό, κοινωνικό και τεχνολογικό επίπεδο.

«Η πολιτική υγείας που ακολουθεί μια χώρα εξαρτάται πάντα από τα μέτρα και τους κανόνες της παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, με απώτερο σκοπό την διασφάλιση και την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών»². Όλα τα παραπάνω αναφέρονται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες σε επίπεδο ανάπτυξης και υγείας. Έτσι, κάθε Ευρωπαϊκή χώρα σήμερα με βάση το σύστημα το οποίο την χαρακτηρίζει επιδιώκει να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών της έχοντας ως κριτήριο τις μεταβλητές που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Οι υπηρεσίες σε σχέση με την υγεία χωρίζονται σε δυο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία έχει να κάνει με τη φροντίδα και η δεύτερη με τη περίθαλψη. «Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας (φροντίδα) προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας (π.χ. προσυμπτωματικός έλεγχος πληθυσμού για μεσογειακή αναιμία. Ενώ, οι υπηρεσίες υγείας (περίθαλψη) παρέχονται σε άτομα που έχουν εκδηλώσει, υποκειμενικά ή αντικειμενικά, συγκεκριμένα συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας (π.χ. νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία)»³.

Η φροντίδα υγείας προσπερνά τα συνηθισμένα σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας και αναφέρεται σε δεδομένα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, την πρόληψη, την υγειονομική διαφώτιση, τον οικογενειακό προγραμματισμό, το περιβάλλον, τη διατροφή κ.λ.π. Υπάρχουν και κάποιοι

² Ρομπόλης Σ. Χλέτσος Μ. (1995), Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη

³ Κυριόπουλος Γ., (2004), Κοινωνική Ασφάλιση: Η Πολιτική Οικονομία της Κρίσης, Ιατρικό Βήμα, 21: 33-39

οργανισμοί υποστηρικτικοί, οι οποίοι εστιάζουν σε θέματα σχετικά με τη διατροφή, τον έλεγχο των τροφίμων, την αποκομιδή απορριμμάτων, τα συγκοινωνιακά, εγγειοβελτιωτικά έργα, την προστασία του περιβάλλοντος κλπ.

Η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών φροντίδας δεν είναι κάτι δεδομένο και σταθερό και σε κάθε περίοδο της ιστορίας σχετίζεται με τα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα που συγκροτούν και καθορίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες. Η οργάνωση της υγείας δηλώνει και το επίπεδο ανάπτυξης μιας κοινωνίας. Οι χώρες που δεν έχουν ανεπτυγμένο υγειονομικό σύστημα δεν είναι και ανεπτυγμένες και όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, η πορεία ανάπτυξης των συστημάτων υγείας συνδέεται άμεσα με τα πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα που την πλαισιώνουν και τη χαρακτηρίζουν (Σχήμα 1). Με βάση το επίπεδο περίθαλψης το οποίο ισχύει η υγεία διακρίνεται σε ανοιχτή και κλειστή νοσοκομειακή περίθαλψη και παρακλάδια αυτής είναι η δημόσια και η ιδιωτική υγεία, δομή που ισχύει στα περισσότερα συστήματα υγείας.



ΣΧΗΜΑ 1.: Η πορεία ανάπτυξης των συστημάτων υγείας

Πηγή: Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές

Η ιατρική περίθαλψη διακρίνεται σε τρία επίπεδα φροντίδας: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια, όπως αναφέραμε και παραπάνω. Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης λειτουργούν τα εξωτερικά ιατρεία μιας χώρας που παρέχουν άμεση διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα, ενώ παράλληλα τα εξωτερικά ιατρεία εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων παρέχουν επείγουσα ιατρική παρέμβαση. Τα εξωτερικά ιατρεία με πλήρη οργάνωση, συγκρότηση και λειτουργική αυτοτέλεια είναι σε θέση να εξυπηρετούν άμεσα τους ασθενείς που προσέρχονται σε αυτά και έχουν ανάγκη

πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης. Στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας ιατρικής περίθαλψης διεξάγεται εργαστηριακός έλεγχος και παρέχεται ολοκληρωμένη νοσηλεία για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ασθενούς, ενώ γίνονται και γενικές επεμβάσεις όπως για παράδειγμα γενικές εγχειρήσεις, γαστροσκοπήσεις κ.α. Τέλος, στο πλαίσιο της τριτοβάθμιας περίθαλψης, η ιατρική φροντίδα που παρέχεται, βασίζεται σε εξειδικευμένες γνώσεις και απαιτεί τη συνεργασία ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, η οποία έλαβε χώρα το 1979, ορίστηκε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως «η βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σε όλους -άτομα και οικογένειες στην κοινότητα- με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν». Ο πολίτης από απλός αποδέκτης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας καθίσταται σε ενεργό συμμετόχο, ο οποίος εστιάζει στη βελτίωση του επιπέδου της υγείας και της ζωής του.

Στο ακόλουθο σχήμα (Σχήμα 2) παρουσιάζονται τα βασικά επίπεδα περίθαλψης και πώς αυτά διακρίνονται ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και σε επίπεδο πληθυσμού μιας χώρας.

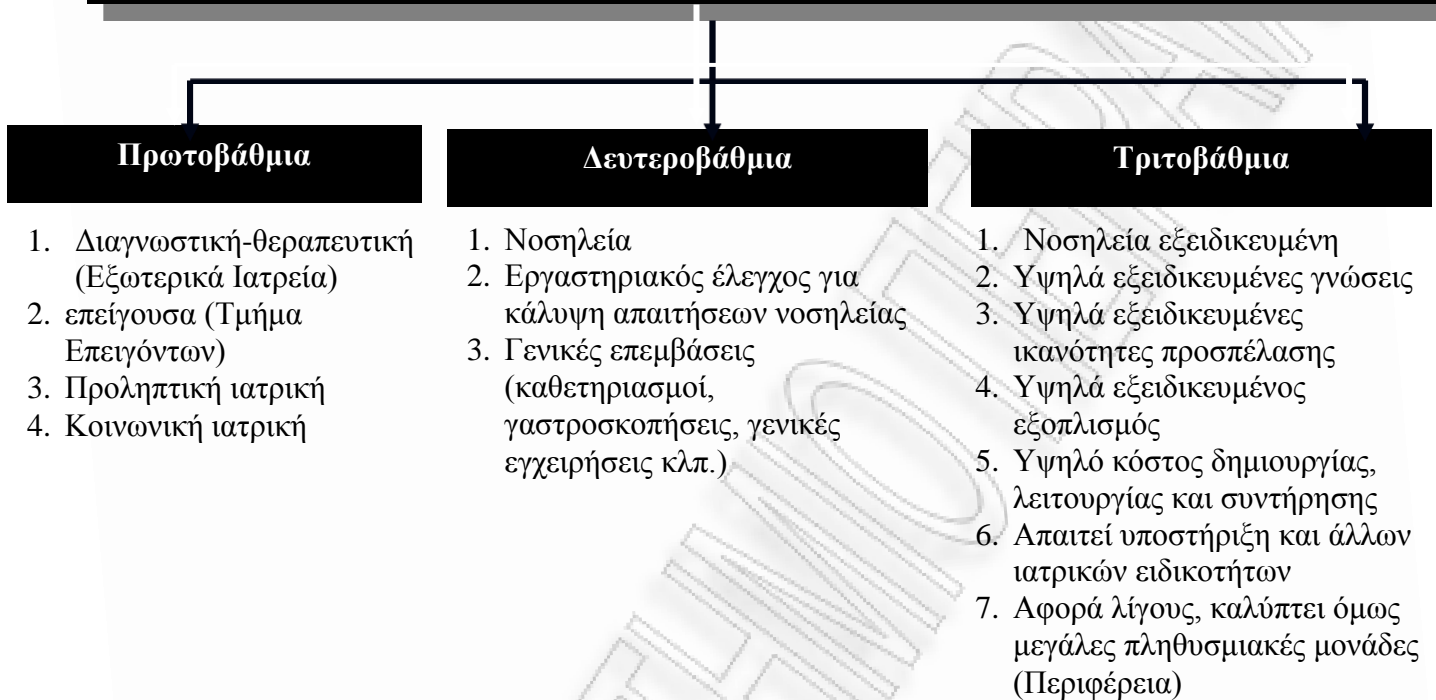


ΣΧΗΜΑ 2: Επίπεδα Περιθαλψής

Πηγή: Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές

Η Νοσοκομειακή Περίθαλψη ακολούθως αναπτύσσεται στους ακόλουθους τομείς:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ



ΣΧΗΜΑ 3: Η Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Πηγή: Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές

1.3 Πηγές χρηματοδότησης

Η εύρεση πηγών χρηματοδότησης στην υγεία, αλλά και η εύρεση των αναγκαίων πόρων για τη λειτουργία του συστήματος θεωρούνται μείζονα ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του συστήματος υγείας μιας χώρας με ουσιαστικές οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις. Τα ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν σε σχέση με την υγεία είναι ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, καθώς και ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας είσπραξης. Οι βασικές αρχές που διέπουν τη χρηματοδότηση της υγείας είναι⁴:

⁴ Τούντας Γ.,(2003), Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(1):76-87

1. Το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που δίνονται στην υγεία δεν πρέπει να ξεπερνούν το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
2. Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων πρέπει να μεγιστοποιεί το όφελος.
3. Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση.

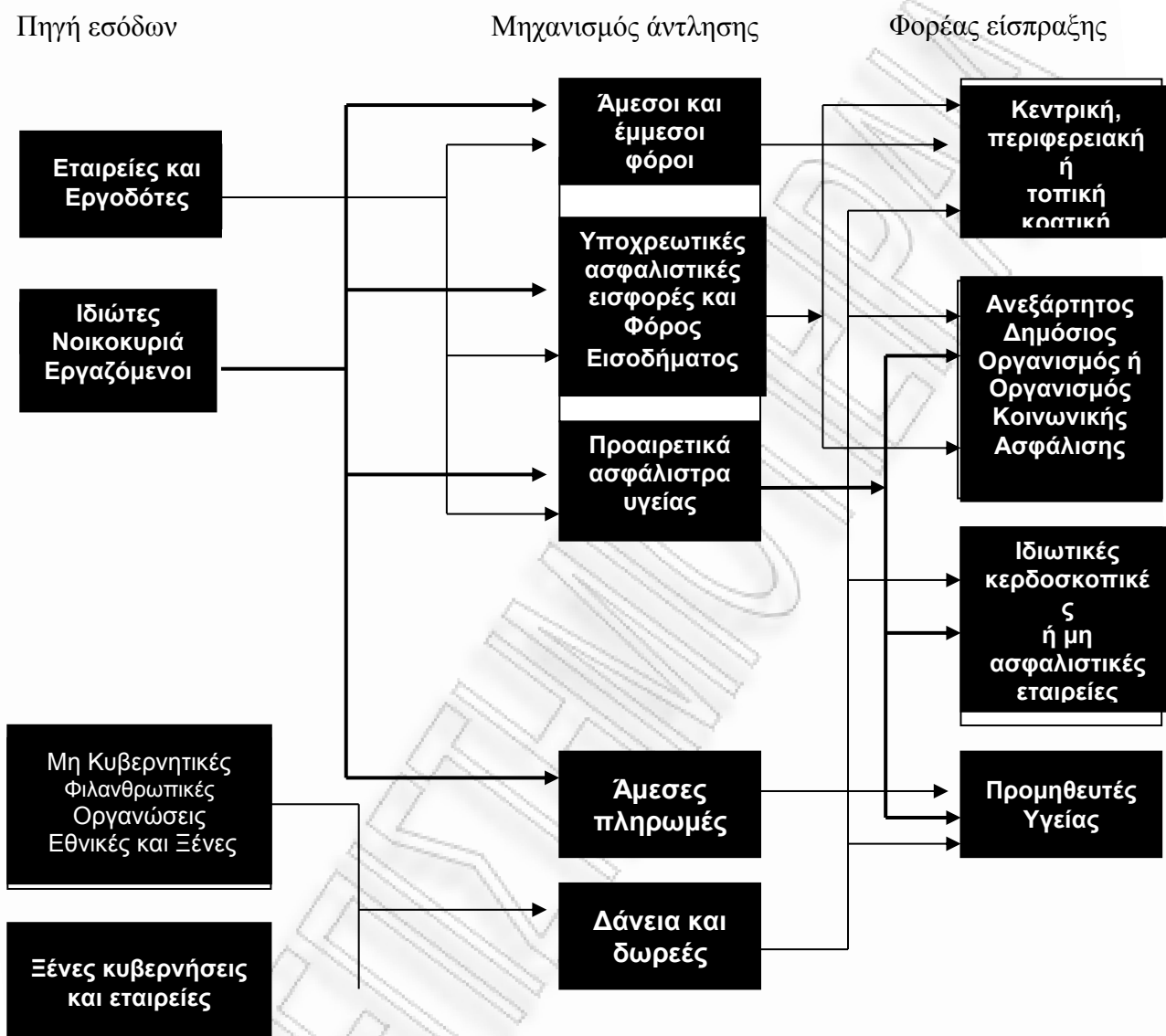
Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης της υγείας διακρίνονται ανάλογα με την πηγή την οποία προέρχονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Σύμφωνα με τον Kutzin (2001), δημόσιες είναι⁵ το Υπουργείο Υγείας ή και άλλα Υπουργεία και η υποχρεωτική καθολική ασφάλιση. Ειδικότερα, έσοδα για την υγεία προκύπτουν από τη γενική φορολογία των φυσικών και νομικών προσώπων, όπως ο φόρος εισοδήματος, ο φόρος προστιθέμενης αξίας, ειδικοί φόροι κατανάλωσης κτλ., αλλά και από τις εισφορές των αυτοαπασχολούμενων, τις εισφορές των ατόμων με εξαρτημένη σχέση εργασίας και τις εισφορές ομάδων πληθυσμού, που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του εισοδήματός τους. Αντίθετα, οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι οι δωρεές από κοινωφελής οργανώσεις, όπως συναντάται στις τριτοκοσμικές χώρες οι οποίες έχουν πολύ χαμηλό Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, και στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας. Στο σχήμα 4 παρουσιάζεται σχηματικά η διαδικασία άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα⁶.

Η κατάσταση της Ιδιωτικής ασφάλειας σε παγκόσμιο επίπεδο διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη, οι ασφαλισμένοι έχουν ευχερέστερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού. Η συμπληρωτική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες εισφορές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού στη Γαλλία διέθετε το 2006 ιδιωτικά συμβόλαια υγείας, τα οποία στην πλειοψηφία τους είχαν τη μορφή της συμπληρωματικής ασφάλισης, ενώ σε υψηλά

⁵ Τούντας Γ.,(2003), «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αρ.20, Σειρά. 1, σ.σ 76–87

⁶ Kutzin,J. (2001),A descriptive framework for country-level analysis of health, Health Policy 56(3): 171-204, p.174



ΣΧΗΜΑ 4: Αντληση Χρηματοδοτικών Πόρων

Πηγή: : Kutzin, J. (2001), A descriptive framework for country-level analysis of health, Health Policy 56(3): 171-204, p.174

επίπεδα κυμαίνεται η αγορά των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας στην Ελβετία και τον Καναδά σημειώνοντας ποσοστά 80% και 65% του πληθυσμού αντίστοιχα. Ωστόσο στην Ελλάδα, η διαδικασία η οποία ακολουθείται δημιουργεί μεν αίσθημα ασφάλειας στους χρήστες, έχει χαμηλότερο διοικητικό κόστος, είναι δυνατή η εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του

κόστους, αλλά δυστυχώς η χρηματοδότηση τίθεται πάντοτε κάτω από την κρίση της δημοσιονομικής πολιτικής, προκαλώντας έτσι αβεβαιότητα όσον αφορά τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη και ακόμα και απροθυμία πληρωμής των αναλογούντων φόρων.

Το σύστημα καθολικής ασφάλειας από την άλλη έχει ως πλεονέκτημα ότι μέσω των εισφορών τους, οι εργαζόμενοι έχουν γνώση για το κόστος των υπηρεσιών υγείας και μέσω των εργοδοτικών εισφορών, επιχειρείται η αναδιανομή του κεφαλαίου, ενώ ως μειονέκτημα ορίζεται το διοικητικό κόστος το οποίο είναι υψηλό (διαδικασίες συλλογής – είσπραξης εισφορών και διαδικασίες χρηματοδότησης), το γεγονός ότι πραγματοποιείται μετακύλιση των εργοδοτικών εισφορών στην κατανάλωση, ότι δημιουργούνται στοιχεία ανισότητας στην φοροδοτική ικανότητα των πολιτών και την κοινωνική δικαιοσύνη και υπάρχει αδυναμία εφαρμογής πολιτικής συγκράτησης του κόστους. Το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει μέσα από την κοινωνική ασφάλιση κάποια ουσιαστικά προβλήματα τα οποία και παρουσιάζουμε στο ακόλουθο σχήμα:



ΣΧΗΜΑ 5: Προβλήματα Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Πηγή: Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές, Ανάκτηση

1.4 Από τα παραδοσιακά μοντέλα στα υβριδικά μοντέλα υγείας

Λόγω της αυξημένης πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας δεν κρίνεται εφικτός ο σαφής διαχωρισμός τους ως προς τους μηχανισμούς λειτουργίας, την δομή και τις αρχές τους. Η αυστηρή διάκρισή τους θα ήταν άσκοπη και λανθασμένη, αντίθετα, πρέπει να τονιστεί ότι σε κάθε σύστημα κυριαρχεί ένας από τους μηχανισμούς, ο οποίος προσδιορίζει τον χαρακτήρα και

τη λογική λειτουργίας του συνολικού συστήματος. Η γνωστή ταξινόμηση ωστόσο, η συστηματική διάκριση και ο χαρακτηρισμός των συστημάτων που περιγράφηκαν παραπάνω γίνεται στη βάση του κυρίαρχου μοντέλου διεύθυνσης – συντονισμού. Επικουρικά, χωρίς να παραβιάζεται η λογική του συνόλου, λειτουργούν κι οι άλλοι μηχανισμοί. Από αναλυτική σκοπιά, και στη βάση του κυρίαρχου δομικού στοιχείου – χαρακτηριστικού γίνεται μια διάκριση τριών μοντέλων – ιδεατών τύπων συστημάτων Διεύθυνσης και Συντονισμού⁷:

1. Κρατικό – οικονομικό μοντέλο: Κρατική κυριαρχία – Κεντρική Διοίκηση.
2. Κορπορατιστικό Μοντέλο: Διαπραγματεύσεις – Ενδιάμεσο επίπεδο.
3. Μοντέλο αγοράς: Μηχανισμός αγοράς – Αποκεντρωτικό επίπεδο.

Η αγορά έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει όλα τα συστήματα υγείας. Οι επιρροές της είναι συνήθως οικονομικές και μπορεί να επηρεάσουν τη χορήγηση ιατρικής φροντίδας, περιλαμβάνοντας κυρίως την ιδιωτική μορφή υγείας και την έλλειψη κυβερνητικής υποστήριξης. Η ιδιωτικοποίηση της υγείας αποτελεί αυτοσκοπό για πολλές χώρες προκειμένου να ανοίξουν το δρόμο για την εισροή ιδιωτικών κεφαλαίων, αλλά και για τη διαφοροποίηση των υφιστάμενων συστημάτων υγείας. Εξάλλου οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας υπήρχαν και στο παρελθόν στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά σε πολύ μικρό ποσοστό σε σχέση με την συνολική πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας.

Υπήρξαν πολλοί κοινωνικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες οι οποίοι επιδείνωσαν τα προβλήματα στον τομέα προσφοράς υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων να βρίσκονται συνεχώς κάτω από αυξανόμενη πίεση ενώ τα παραδοσιακά συστήματα υγείας φθείρονταν συνεχώς. Η κατάσταση αυτή έδωσε ώθηση στη μελέτη και ανάπτυξη νέων και περισσότερων πολύπλοκων συστημάτων υγείας τα οποία θα συνδυάζαν χαρακτηριστικά από διαφορετικά πρότυπα. Με αυτό τον τρόπο ξεκίνησε η ανάδειξη νέων.

Τα υβριδικά συστήματα υγείας είναι πιο ανοιχτά, λειτουργούν πιο απελευθερωμένα από έξωθεν δυνάμεις. Το υβριδικό σύστημα υγείας συνδυάζει όλα τα καλά στοιχεία όλων των άλλων συστημάτων υγείας με αποτέλεσμα να αλληλεπιδρά πιο αποτελεσματικά προς τις εξωτερικές

⁷ Levett J., and Kyriopoulos J. (2001), The Greek Health Sector 2000, in : Kyriopoulos J. (ed), Health Care Reforms - Trends and Issues, Ministry of Health and Welfare-National School of Public Health, 117-122

δυνάμεις, σε αντίθεση με τα κλειστά συστήματα υγείας. Το υβριδικό σύστημα υγείας προσδιορίζεται από τις εξωτερικές δυνάμεις και είναι έτσι προσαρμοστικό πάρα κλειστό. Τα υβριδικά μοντέλα, φαίνεται να είναι η λύση για τα υπερφθαρμένα παραδοσιακά συστήματα υγείας που έχουν φθάσει στα όρια των δυνατοτήτων τους, τόσο από πλευράς απόδοσης όσο και από πλευράς ποιότητας, διότι φαίνεται να είναι τα μόνα ικανά να πληρώσουν τους σημερινούς στόχους των συστημάτων υγείας:

- I. εκσυγχρονισμού,
- II. Χαμηλού κόστους,
- III. και ποιότητας.

Ο Evans (2000) στο άρθρο του «Σύγκριση της αποδοτικότητας των εθνικών συστημάτων υγείας: διεθνική οικονομετρική ανάλυση», βασιζόμενος στην μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 2000, σημειώνει «την ανησυχία των υπευθύνων εκπόνησης πολιτικής για βελτίωση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, και προχωρεί στη σύσταση συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας που πρέπει να στοχεύουν»⁸:

- στο τομέα της χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας (κοινωνική ασφάλιση υγείας και τέλη χρήσης υπηρεσιών υγείας),
- στο τομέα προμήθειας υπηρεσιών υγείας (αυτόνομα νοσοκομεία, διαχείριση φροντίδας),
- στο τομέα υπευθυνότητας διαχείρισης (διαχείριση του ιδιωτικού τομέα, νομοθεσία για την υγεία),
- και στο τομέα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευση του προσωπικού).

Σήμερα η απόδοση των υγειονομικών συστημάτων συσχετίζεται άμεσα με το ύψος των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία με την απόδοση να αυξάνεται κατακόρυφα πάνω από το όριο των \$80 κατά κεφαλή δαπάνη ανά έτος, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι είναι πολύ δύσκολο αν όχι αδύνατο για τα συστήματα υγείας να αποδίδουν σε χαμηλές δαπάνες.

⁸ Evans, D.B.(2000), Σύγκριση της αποδοτικότητας των εθνικών συστημάτων υγείας: διεθνική οικονομετρική ανάλυση, ΠΟΥ

1.5 Αξιολόγηση υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ευρώπη

Σήμερα τα συστήματα υγείας αναπτύσσουν διάφορους τύπους άμυνας προς τις προαναφερόμενες πιέσεις για αλλαγή. Οι άμυνες αυτές, συχνά συνιστούν ολοκληρωμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας τους, ενώ υπάρχει συνεχής υποστήριξη της άποψης ότι η μεταρρύθμιση αυτή είναι απαραίτητη αλλά πολιτικά δύσκολη να γίνει. Βασικός στόχος για όλα τα υγειονομικά συστήματα ανά τον πλανήτη είναι η επίτευξη αποδεκτών επιπέδων κόστους, ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και εύκολης πρόσβασης στα συστήματα υγείας, με στόχο τη καλύτερη ικανοποίηση με καλύτερο δυνατό τρόπο. Το πρόβλημα των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας που συνιστούν την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας νέας διαφοροποιημένης Δημόσιας Υγείας με έμφαση Πρόληψη και την Προαγωγή Υγείας, στο βαθμό που η σχέση της υγείας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο περιβάλλον δημιουργεί μεγάλες δυνατότητες καταπολέμησης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του εικοστού πρώτου αιώνα θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο σ' όλες τις σημερινές μονάδες και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, δημόσιας υγείας, προστασίας μητέρας και παιδιού, προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας, σχολικής υγιεινής, ιατρικής της εργασίας, κλπ., αλλά και όσες παραδοσιακά αποκαλούνται «προνομιακές δράσεις». Πιο συγκεκριμένα, οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα αυτό στην Ευρώπη περιλαμβάνουν ορισμένα σημαντικά μέτρα ευρύτερης αποδοχής:

- Την αποκέντρωση και τη μεταβίβαση της ευθύνης στο χαμηλότερο επίπεδο.
- Τη δυνατότητα των καταναλωτών για μεγαλύτερη επιλογή.
- Τον διαχωρισμό της παροχής των υπηρεσιών από τη χρηματοδότηση.
- τη χρήση του προϋπολογισμού ως συστήματος ελέγχου με πλαφόν δαπανών

Σε σχέση με τα νοσοκομεία γίνεται σήμερα απαραίτητος ο επαναπροσδιορισμός προκειμένου αυτά να καταφέρουν να λειτουργήσουν ακόμα πιο αποτελεσματικά στην προάσπιση της υγείας. Ειδικότερα, θα πρέπει να γίνουν πιο ανθρώπινα και πιο ευχάριστα και κυρίως να βοηθήσουν σε μια ουσιαστική επικοινωνία του ασθενή με το επιστημονικό, οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, που του δίνει τη δυνατότητα να συμμετάσχει ενεργητικά και αποφασιστικά στη μάχη για την υγεία του και τη ζωή του. Η ανάπτυξη των διαφόρων περιφερειακών συστημάτων

υγείας αποτελεί μια ουσιαστική κατάκτηση όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Τα νοσοκομεία, δεν αποτελούν απομονωμένες υπηρεσίες, αλλά πρέπει να εντάσσονται σε επιμέρους συστήματα μαζί με άλλα νοσοκομεία και μαζί με άλλες εξωνοσοκομειακές και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να είναι αποτελεσματικά και αποδοτικά. Μόνο έτσι θα υπάρξει ενιαίος σχεδιασμός με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας και θα υπάρξει συμπληρωματικότητα και όχι αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών, ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, οικονομίες κλίμακας με την δημιουργία κοινών διανοσοκομειακών υποδομών, π.χ. σίτιση, ιματισμός, διαχείριση απορριμμάτων, κ.ά., εξοικονόμηση πόρων με τη διενέργεια ενιαίων περιφερειακών διαγωνισμών, καθώς και αποτελεσματικός συντονισμός σε κρίσιμους τομείς, όπως εφημερίες και επείγοντα.

1.6 Ανακεφαλαίωση

Ιστορικά στην ανθρώπινη ιστορία κοινή συνιστώσα και βασική αρχή της υγείας για τον άνθρωπο αποτέλεσε η ολιστική αντίληψη της εσωτερικής αρμονίας του ατόμου και η δυναμική του παρουσία στη κοινότητα και το περιβάλλον. Στην πορεία των ετών και στα πλαίσια ευρύτερων κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων τεθήκαν πολλές αναδιατυπώσεις με τον κυρίαρχο ορισμό της υγείας να περιλαμβάνει την αντίληψη της υγείας ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας και η αντίληψη του ανθρώπινου οργανισμού ως ένα σύνολο συνλειτουργούντων οργάνων. Σύστημα υγείας είναι ο συνδυασμός πόρων, οργάνωσης, χρηματοδότησης και διοικητικής διαχείρισης που χρησιμοποιείται στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό με απώτερο σκοπό το κέρδος σε όρους υγείας (ισότητα), τη δίκαιη χρηματοδότηση (προστασία) και την ανταπόκριση (ισοτιμία). Σε επίπεδο χρηματοδότησης επιδιώκεται η καθολική κάλυψη έναντι του οικονομικού κινδύνου, η δίκαιη κατανομή των οικονομικών βαρών και της χρήσης και παροχής των υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων, η διαφάνεια και λογοδοσία του συστήματος έναντι του πληθυσμού, η ποιότητα και αποδοτικότητα στην παροχή υπηρεσιών και η αποδοτικότητα στη διαχείριση του Χρηματοδοτικού συστήματος.

РАНЕКЪТЪМО ПЕРПАА

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΟΥΣ

2.1 Εισαγωγή

Στη παρούσα ενότητα παρατίθεται μια συγκριτική αξιολόγηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας, αναφορικά με το μηχανισμό χρηματοδότησής τους. Έτσι, τα συστήματα υγείας διακρίνονται⁹ στα συστήματα με φορολογική βάση χρηματοδότησης (Δανία, Μ. Βρετανία και Φινλανδία) , στα συστήματα που βασίζονται στην Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας, τα Ασφαλιστικά Ταμεία (Γερμανία , Ολλανδία) και στα μεικτά συστήματα που συνδυάζουν ταυτόχρονα τις ιδιωτικές δαπάνες με την κρατική χρηματοδότηση και την οικονομική προσφορά της κοινωνικής συνιστώσας (Ελβετία).

Ο ρόλος των κυβερνήσεων, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αλλάζει ανάλογα με το βαθμό αποκέντρωσης του συστήματος και τη λήψη των αποφάσεων. Κοινός άξονας όλων των Ευρωπαϊκών χωρών είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού να είναι συνολική, δηλαδή όλοι οι κάτοικοι των χωρών έχουν εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η παροχή και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών των διαφόρων χωρών έχει επηρεαστεί και έχει διαμορφωθεί από μια σειρά ιστορικών, γεωγραφικών και πολιτικών παραμέτρων με την ιδεολογία όμως να παραμένει παντού ίδια¹⁰.

Η βασική διάκριση που καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών αφορά την προσέγγιση του αγαθού «υγεία» και των «υπηρεσιών υγείας». Η φιλελεύθερη αντίληψη στηρίζεται στις αρχές της αγοράς, στο δίκαιο της ανταλλαγής, στην υπεροχή της ατομικότητας και την περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Αποδέχεται τους μηχανισμούς της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας και το σύστημα τιμών ως θεμελιακό μηχανισμό διανομής των υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν οι ιδέες και αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αναδιανομής του εισοδήματος, της προώθησης

⁹ Kyriopoulos J. (ed), Health Care Reforms - Trends and Issues, Ministry of Health and Welfare-National School of Public Health, 117-122

¹⁰ Τούντας Γ.,(2004), Τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα. Ιατρική, 79(3):215-217.

του κοινωνικού οφέλους και οι αρχές της συλλογικής δράσης, προδίδοντας ότι ο μηχανισμός της αγοράς δεν μπορεί να δώσει πάντα τη λύση.

«Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησης, ο τρόπος αμοιβής των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας και μια σειρά από άλλα μικρής ή μεγάλης σημασίας θέματα, κατά τον Κ. Καρπούζη (2002), συνδέονται με τη μορφή ή τον τύπο του Συστήματος Υγείας». Τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας είναι τα ακόλουθα¹¹:

1. Η ισότιμη κατανομή των φαρμάκων σε όλο το πληθυσμό αλλά και η ισότιμη περίθαλψη ανεξαρτήτου τάξης η καταγωγής
2. Η στήριξη και η χρηματοδότησή του προβλέπεται κατά ένα ποσοστό μέσα από τα έσοδα του κράτους, μέσα από τις εισφορές που εισπράττει το κράτος από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους
3. Το σύστημα υγείας μιας χώρας δε βασίζεται μόνο στους δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς.
4. Ο έλεγχος της υγείας ανήκει κυρίως στο κράτος, το οποίο και καθορίζει τη λειτουργία του.
5. Οι πολίτες μιας χώρας είναι υποχρεωμένοι να ασφαλίζονται σε κρατικούς μη κερδοσκοπικούς Οργανισμούς
6. Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

Άλλες μορφές συστημάτων υγείας είναι οι ακόλουθες¹²:

1. Επιλογή του χρήστη-καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα υγείας της χώρας του.
2. Είναι δικαίωμα του γιατρού ή του νοσοκομείου να τοποθετηθεί εκεί που αυτό θεωρεί ότι θα μπορεί να εξυπηρετήσει καλύτερα τους πολίτες και να καθορίσει την οργανωτική του δομή αλλά και την αμοιβή που θα εισπράττει.
3. Οι συντελεστές της παραγωγής ανήκουν σε ιδιώτες
4. Η παροχή υπηρεσιών και οι τιμές επηρεάζονται από τη προσφορά και ζήτηση.
5. Η ατομική ή η εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές

¹¹ Σιγάλας, Ι.(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές

¹² Σιγάλας, Ι.(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές

6. Υπάρχει ένα ελεύθερο σύστημα υγείας όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση και η υγειονομική κάλυψη του καθενός σχετίζεται και απορρέει από τις προσωπικές του επιλογές.
7. Κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική ή αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός.

Οι υγειονομικές παροχές δε θα πρέπει να σχετίζονται με τις οικονομικές δυνατότητες του ατόμου, αλλά να είναι καθορισμένες και αμετάβλητες και θα πρέπει να υπάρχει αναδιανομή εισοδήματος μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης, της φορολογίας και της αποταμίευσης. Οι δαπάνες που γίνονται για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, το οποίο εξασφαλίζει τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και την ευρύτερη ανάπτυξη της χώρας. Ακόμη, η κατανομή των πόρων, κατά επίπεδο και τομέα φροντίδας, κατά γεωγραφική περιφέρεια κλπ., πρέπει να επιδιώκει να εξασφαλίσει εκείνο το συνδυασμό φροντίδων που συνεπάγεται το καλύτερο υγειονομικό αποτέλεσμα, με το μικρότερο κόστος και τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή. Οι πολίτες οφείλουν να έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν τον οικογενειακό τους ιατρό και δευτερευόντως τον ειδικό ιατρό ή το νοσοκομείο, στο οποίο θα παραπεμφθεί, ενώ οι ιατροί και οι άλλοι προμηθευτές υγείας πρέπει να έχουν σχετική αυτονομία, ιδιαίτερα όσον αφορά τα ιατρικά θέματα. Ωστόσο, η επίτευξη αυτών εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας και του Υγειονομικού της Συστήματος¹³. Κάποιοι από τους στόχους μπορεί να αλληλοσυγκρούονται και η προτεραιότητα που τίθεται για την επίτευξη του ενός ή του άλλου απαιτεί συχνά αξιολογικές κρίσεις.

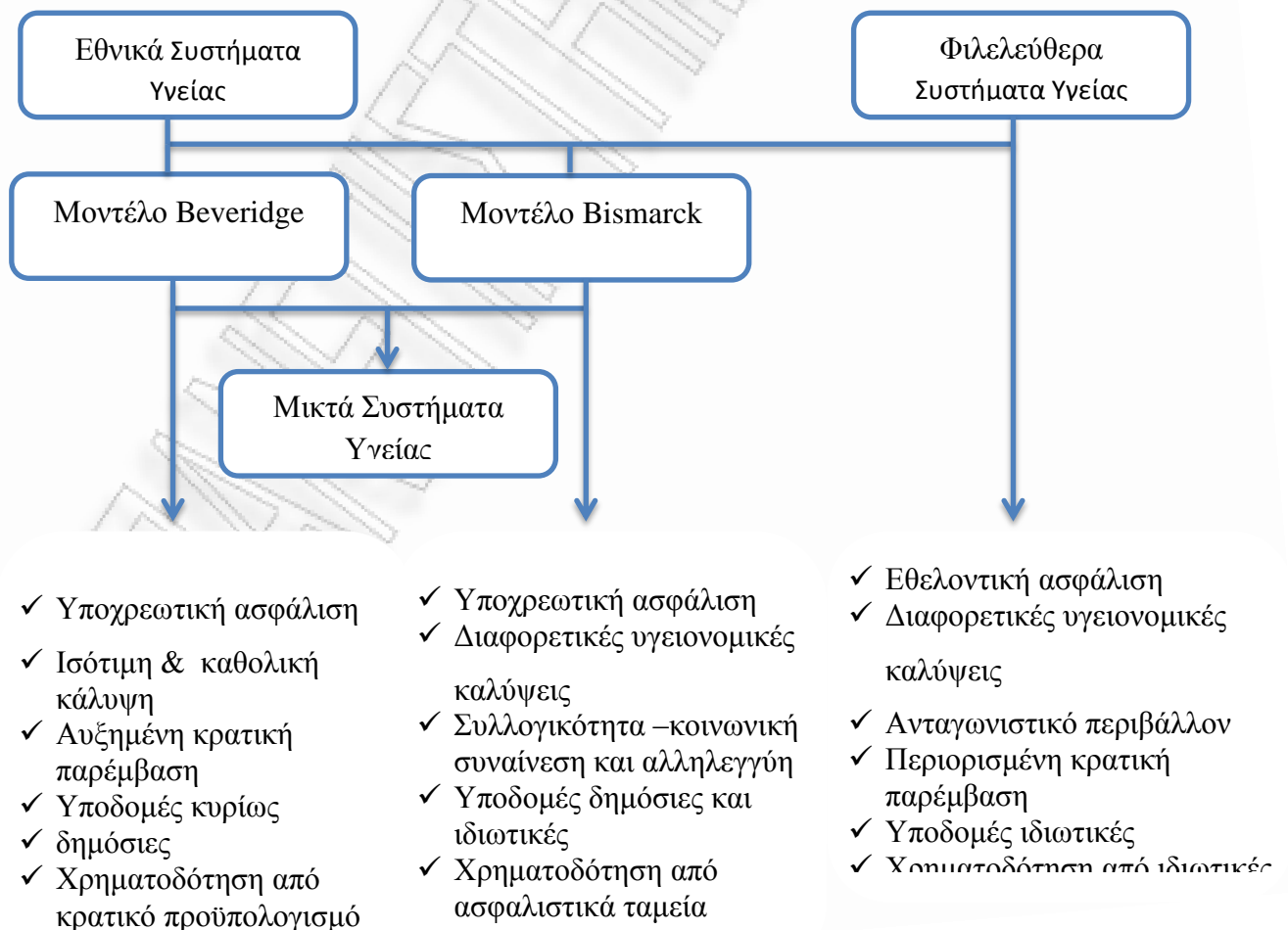
Σύμφωνα με τα παραπάνω, τα συστήματα υγείας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες¹⁴. Το πρώτο στηρίζεται στην πλήρη ατομική ελευθερία, την ελεύθερη επιλογή, τον περιορισμό της κρατικής δράσης και την προώθηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Οι αρχές του φιλελευθερισμού - της ατομικής ελευθερίας, της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, της ελεύθερης αγοράς - όπως αποτέλεσαν τις κυρίαρχες δυνάμεις ανάπτυξης του συστήματος υγείας. Το

¹³ Δίκαιος Κ και Χλέτσος Μ.,(1999), Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, Πάτρα σελ 48-56

¹⁴ Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, JAMA, Vol. 280 No. 14, October 14

δεύτερο έχει ως θεμελιακές αρχές την υποχρεωτική συμμετοχή, τη συλλογική κάλυψη, την κυβερνητική δράση και παρέμβαση. Χαρακτηριστικά συστήματα αυτής της μορφής είναι αυτά των ευρωπαϊκών χώρων.

Αν και η αφετηρία του προβληματισμού για το κάθε σύστημα είναι διαφορετική, κοινό είναι το αίτημα όμως του αναπροσανατολισμού και της αναδιοργάνωσης, με διαφαινόμενες τάσεις σύγκλισης σε μικτές μορφές. Παρ' όλα τα παραπάνω, είναι σημαντικό να επαναληφθεί ότι στη διαμόρφωση των υγειονομικών συστημάτων επιδρούν πληθώρα παραγόντων, πέραν του ιδεολογικού, με σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στην δομή των συστημάτων. Επομένως, η ταξινόμηση και η σύγκριση μεταξύ τους είναι αρκετά δύσκολο έργο. Εκτός της ιδεολογίας, η οικονομική ανάπτυξη, η ιστορική παράδοση, η γεωγραφική θέση και δομή μιας χώρας, η μέθοδος χρηματοδότησης, η πολιτική διανομής των υπηρεσιών, η τεχνολογία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. Στη συνέχεια θα αναλυθούν τα τρία κυρίαρχα συστήματα υγείας για τα οποία έγινε αναφορά παραπάνω, απαρχής γενομένης των φιλελεύθερων και των εθνικών συστημάτων υγείας και έπειτα στο μεικτό, το οποίο αποτελεί συνδυασμό παραπάνω.



ΣΧΗΜΑ 6: Εθνικά και Φιλελεύθερα Συστήματα

Πηγή: Θεοδώρου Μ., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2000.

2.2 Φιλελεύθερα συστήματα υγείας

Το υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας βρίσκεται, όπως αναφέρθηκε, σε έναν αέναο διάλογο με τις δυνάμεις που διαμορφώνουν και χαρακτηρίζουν την κοινωνία σε κάθε ιστορική της στιγμή. Κοινωνικοοικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό το χαρακτήρα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού, αλλά και τον τρόπο ανάπτυξης, οργάνωσης, χρηματοδότησης, διαχείρισης.

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας είναι βασισμένα στο αξίωμα του Laissez-Faire και στηρίζουν σε ένα μεγάλο βαθμό το πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών υγείας στο σύστημα των τιμών, το οποίο διαμορφώνει τελικά την αγορά των υπηρεσιών υγείας, μέσω της ισορροπίας των τριών αγορών, της νοσοκομειακής περίθαλψης, της εξωνοσοκομειακής και της φαρμακευτικής περίθαλψης¹⁵. Δηλαδή, η ζήτηση για υπηρεσίες αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα που διαμορφώνει την προσφορά τους. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος αυτού είναι ότι οι παροχές υγείας δίδονται μέσω του συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης και ως εκ τούτου σημαντικός παράγοντας είναι το εισόδημα των καταναλωτών το οποίο και καθορίζει το επίπεδο ζήτησης, καθώς και το μέγεθος της πληθυσμιακής σύνθεσης ενός τόπου. Επομένως, η παροχή των υπηρεσιών υγείας και η περιφεριακοποίηση τους ή όχι εξαρτάται από την μέθοδο χρηματοδότησής τους.

Με δεδομένο ότι τα υψηλότερα ποσοστά χρηματοδότησης προέρχονται από ιδιωτικές πηγές, η πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας προσανατολίζεται στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου και η προσφορά των υπηρεσιών συγκεντρώνεται και η οικονομική δραστηριότητα είναι πολύ πιο έντονη. Έτσι, η έννοια της περιφεριακοποίησης εμφανίζεται περισσότερο στην βιβλιογραφία παρά στην πραγματικότητα¹⁶. Ο στόχος της περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών μέσω του μηχανισμού της αγοράς είναι ιδιαίτερα δύσκολος να επιτευχθεί και

¹⁵ Υφαντόπουλος 2003

¹⁶ Δίκαιος Κ και Χλέτσος Μ.,(1999), Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, σελ 48-56

οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ανάληψη πρωτοβουλιών από το κράτος είναι αναγκαία για την παροχή υπηρεσιών σε περιφέρειες όπου η οικονομική δραστηριότητα είναι χαμηλή.

Στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας ισχύει η εθελοντική ασφάλιση και οι υγειονομικές καλύψεις είναι ανάλογες με την οικονομική κατάσταση του καθενός, δημιουργώντας έτσι έντονες ανισότητες και ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού χωρίς κάλυψη. Τίθεται ευλόγως το ερώτημα κατά πόσο το σύστημα αυτό διέπεται από τις αρχές της ισότητας και της προσβασιμότητας από όλους τους χρήστες.

2.3 Εθνικά συστήματα υγείας

Στα εθνικά συστήματα υγείας, η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβάρυνση για τους πολίτες. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται είτε άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό (σοσιαλιστικές χώρες), είτε από τον προϋπολογισμό και άλλες πηγές όπως κοινωνική ασφάλιση και η τοπική φορολογία (Σουηδία). Η κρατική παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας δίνει τη δυνατότητα για κεντρικό προγραμματισμό των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επέμβαση για την υλοποίηση των στόχων¹⁷.

Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών στηρίζεται στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση αυτών είναι η βέλτιστη οργάνωση, χρηματοδότηση και διανομή των οικονομικών πόρων του συστήματος. Στα περισσότερα εθνικά συστήματα η πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας έχει προσδιοριστεί και διαχωριστεί σε τρία επίπεδα ανάλογα με τις ανάγκες του αστικού, ημι-αστικού και αγροτικού χώρου, που συνδέονται ιεραρχικά μεταξύ τους:

Πρωτοβάθμια φροντίδα. Αφορά το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας, την πρόληψη, την αγωγή υγείας

Δευτεροβάθμια φροντίδα. Αφορά την περίθαλψη του ατόμου σε νοσοκομεία που καλύπτουν τις βασικές ειδικότητες της ιατρικής και συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα.

¹⁷ Δίκαιος Κ και Χλέτσος Μ.,(1999), Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτιπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, σελ 48-56

Τριτοβάθμια περίθαλψη. Αφορά σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα τα όποια απαιτούν υψηλό επίπεδο προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων.

Η μορφή αυτή οργάνωσης αποτελεί την κλασσική οργανωτική δομή των εθνικών συστημάτων υγείας και έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως μια απαραίτητη δομή που επιτυγχάνει τα μέγιστα δυνατά ιατρικά και οικονομικά αποτελέσματα.

Βασικό μειονέκτημα των Εθνικών Συστημάτων Υγείας αποτελούν οι αυξημένες δαπάνες υγείας (βραχυχρόνια) σε σχέση με το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Παρά τα προβλήματα περιφεριακοποίησης και του ανωτέρω, η σύγκριση των Εθνικών Συστημάτων με τα μεικτά συστήματα που θα αναλυθούν ακολούθως καταδεικνύει ότι τα πρώτα είναι σε πλεονεκτικότερη θέση, όσον αφορά την περιφεριακοποίηση, την ισότητα, τη δικαιότερη κατανομή των πόρων¹⁸.

2.4 Μεικτά συστήματα υγείας

Τα μεικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας/ασθένειας και χαρακτηρίζουν τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα ταμεία είτε αφορούν ομάδες εργαζομένων (Γερμανία), είτε λειτουργούν υπό την μορφή εθνικής ασφάλισης υγείας (Γαλλία), βρίσκονται συνήθως υπό κυβερνητικό έλεγχο.

Το πρώτο σύστημα αυτού του τύπου θεσπίστηκε από το Γερμανό Καγκελάριο Bismark το 1880 και προσβλέπει ότι η ασφάλιση υγείας είναι δικαίωμα για όλους και ότι εισφορές θα πρέπει να υπολογίζονται σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής και όχι τον κίνδυνο της ασθένειας. Βασικά χαρακτηριστικά του θεσμού της ασφάλισης υγείας είναι η αλληλεγγύη, η οποία μέσα από τη συλλογική κάλυψη και δράση επιχειρεί να επηρεάσει την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση μέσω των εισφορών των πολιτών με κριτήριο το εισόδημα, η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης και η έντονη κρατική παρεμβατικότητα που έχει ως στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα¹⁹.

18 Γεωργούση Ε., και Κυριόπουλος Γ.(2002), «Σχεδιασμός - Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

19 Λιαρόπουλος Λ.,(2007), Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής

Στις ευρωπαϊκές χώρες απαντάται το κλασικό υπόδειγμα του Bismarck, το οποίο προβλέπει την συμμετοχή και την αμοιβαία συνεισφορά των κοινωνικών εταίρων.

Στα περισσότερα μεικτά συστήματα υγείας η προσφορά των υπηρεσιών υγείας παρέχεται σε επίπεδο προμηθευτών από ένα μεικτό πλαίσιο. Αυτό περιλαμβάνει ιατρούς που ασκούν ελευθέρα την ιατρική και αμείβονται κατά πράξη και ιατρούς που αμείβονται με μισθό και εκτείνεται σε νοσοκομειακές υπηρεσίες που προσφέρονται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτικά ιδρύματα. Ανεξάρτητα όμως από τον τρόπο αποζημίωσης των γιατρών και τον τύπο ιδιοκτησίας των νοσοκομείων, οι κυβερνήσεις των χωρών έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα επέμβασης και στον τρόπο αποζημίωσης και στον τρόπο ίδρυσης, λειτουργίας, οργάνωσης κάθε είδους ιδρύματος. Η κρατική παρέμβαση φτάνει μέχρι και τα όρια του έλεγχου της εγκατάστασης της ιατρικής τεχνολογίας²⁰. Εκτός του παραπάνω προνομίου που έχουν οι κυβερνήσεις και το χρησιμοποιούν για τον προγραμματισμό των υπηρεσιών και την κατεύθυνσή τους, μια σειρά παρεμβάσεων στο επίπεδο της χρηματοδότησης συμπληρώνουν τις δυνατότητες επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών.

Από τα παραπάνω εξάγουμε το συμπέρασμα ότι στα μεικτά συστήματα υγείας οι δυνατότητες της κυβερνητικής παρέμβασης για τον προγραμματισμό, οργάνωση, περιφεριακοποίηση των υπηρεσιών είναι πολύ μεγαλύτερες έναντι των άλλων συστημάτων και περιλαμβάνουν τόσο την πλευρά της ζήτησης (χρηματοδότηση), όσο και την πλευρά της προσφοράς (οι πολιτικές περιφεριακοποίησης των υπηρεσιών υγείας). Τα τελευταία χρόνια η κρατική παρέμβαση επιχειρείται στην πλευρά της χρηματοδότης και λιγότερο στην πλευρά της προσφοράς. Αυτό συμβαίνει διότι η έννοια του προγραμματισμού των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει διαδικασίες και ενέργειες που συναντούν την αντίδραση των υποστηρικτών της ελεύθερης αγοράς. Η άσκηση ενός εθνικού προγραμματισμού μπορεί να περιλαμβάνει από τα πιο απλά ζητήματα χωροθέτηση, μέχρι και τη δημιουργία εθνικών προτύπων προσφοράς των υπηρεσιών. Οι πολιτικές που θα ακολουθήσουν μπορούν να είναι περισσότερο δομημένες, διότι δεν στηρίζονται αποκλειστικά στο σύστημα τιμών.

20 Γεωργίου Ε., και Κυριόπουλος Γ.(2002), «Σχεδιασμός - Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

2.5 Ανακεφαλαίωση

Ένα σύστημα υγείας αναφέρεται σε επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία διαρθρώνονται σε τακτική σειρά και σχέση με δεδομένο προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να αναπτυχθεί ο σκοπός ύπαρξής τους, δηλαδή η διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού²¹. Τα συστήματα υγείας περιλαμβάνουν δομές είτε δημόσιες είτε ιδιωτικές, οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες περίθαλψης και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κ.λ.π.²². Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε τρία πρότυπα οργάνωσης: το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης («Ελεύτερο» ή «Φιλελεύθερο Μοντέλο»), το δημόσιο σύστημα (Κρατικό ή Εθνικό Μοντέλο) και το μικτό σύστημα που αποτελεί συνδυασμό των παραπάνω.

Το ιδιωτικό σύστημα βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών, λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με την μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και η υγειονομική κάλυψη είναι προσωπική επιλογή του καθενός. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παραγωγής, οι τιμές κλπ καθορίζονται με βάση την προσφορά και ζήτηση και το σύστημα εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής.

Το δημόσιο σύστημα βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικο – οικονομική κατάσταση και το κράτος εγγυάται το ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες παρεμβαίνοντας καταλυτικά σε όλο το φάσμα της παραγωγικής διαδικασίας του συστήματος. Οι παραγωγικοί συντελεστές μπορεί να ανήκουν στο κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμα και σε ιδιώτες. Το σύστημα αυτό υποδιαιρείται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (Μοντέλο Bismarck) και σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Μοντέλο Beveridge).

21 Δίκαιος, Κ., και Χλέτσος, Μ.(1999), Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, σελ 48-56

22 Καρπούζης, Κ. (2002), Ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας – μεθοδολογίες ανάπτυξης ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

КОНСТИТУЦИОННО ПРАВО

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΑΓΓΛΟΣΑΞΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Η ζωή στη Μεγάλη Βρετανία ήταν σκληρή προπολεμικά. Κάθε χρόνο χιλιάδες άνθρωποι έχαναν τη ζωή τους από μολυσματικές ασθένειες και η υγειονομική περίθαλψη ήταν σχεδόν ιδιωτική υπόθεση. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα που παρείχαν δωρεάν περίθαλψη ήταν περιορισμένα και χαμηλής ποιότητας. Το 1943 ο διακεκριμένος οικονομολόγος Sir William Beveridge παρουσίασε τη Λευκή Βίβλο για την Υγεία, όπου πρότεινε για πρώτη φορά τη θέσπιση ενός δημόσιου συστήματος υγείας, που θα παρείχε δωρεάν περίθαλψη σε όλο ανεξαρτήτως τον πληθυσμό της χώρας. Αρχικά η πρόταση δεν έγινε αποδεκτή και παρέμεινε στο παρασκήνιο πέντε χρόνια. Ο νόμος για τη θεσμοθέτηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, βασισμένου στην έκθεση Beveridge, ψηφίσθηκε μεν το 1946, αλλά χρειάστηκε και δύο χρόνια ακόμη σκληρών προσπαθειών από την κυβέρνηση και την παροχή υψηλών αμοιβών στους ιατρούς -υψηλότερη από όσο θα πετύχαιναν στον ιδιωτικό τομέα- προκειμένου να αλλάξουν γνώμη και να ενταχθούν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας.

Το σύστημα της χώρας αποτελεί ένα φόρο-χρηματοδοτούμενο και κρατικό-διοικούμενο σύστημα υγείας. Προσφέρει πλήρη κάλυψη υγείας σ' ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας, ανεξάρτητα από το εισόδημα ή την εθνικότητα. Η συμμετοχή στο National Health Service (NHS) είναι υποχρεωτική ενώ η ιδιωτική ασφάλεια είναι απλά προαιρετική²³. Το πρόγραμμα υγείας της χώρας, προσφέρει όλες τις υπηρεσίες που χρειάζονται από τους γενικούς γιατρούς και τους ειδικευμένους. Συγχρόνως όμως προσφέρονται όλες οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες και η μακροχρόνια φροντίδα υγείας με νοσηλεία κατ' οίκον.

23 Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., 1993, Πολιτική και Κοινωνική Πολιτική στην Τρίτη Ηλικία: Η Ευρωπαϊκή και η Ελληνική Εκδοχή στο: Κυριόπουλος Γ. και συν (Επιστημονική Επιμέλεια) "Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 319-329

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας καλύπτει επίσης την οδοντιατρική και οφθαλμολογική φροντίδα, την ιατρική αποκατάσταση και τα φάρμακα και υπηρεσίες του οπτικού. Οι πολίτες πληρώνουν κάποιες εισφορές για ορισμένες συνταγές φαρμάκων και για κάποιες πιο ακριβές, αλλά σε πολύ μικρό ποσοστό. Εκτός λοιπόν από τους πιο πάνω περιορισμούς για την οδοντιατρική, την οφθαλμολογική και την μακροχρόνια φροντίδα, δεν υπάρχει συστηματικός ορθολογισμός στο σύστημα υπηρεσιών υγείας στην Μ. Βρετανία.

Οι βασικοί πυλώνες του Βρετανικού Ε.Σ.Υ. ήταν η χρηματοδότησή του από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της εθνικής φορολογίας και η δωρεάν περίθαλψη για όλους. Ωστόσο, στη Σκωτία, τη Βόρεια Ιρλανδία, την Αγγλία και την Ουαλία, το Ε.Σ.Υ. διοικείται ξεχωριστά, εξακολουθώντας όμως να είναι ένα ενοποιημένο σύστημα. Η Εθνική Φροντίδα Υγείας βασίζεται σε ένα συνολικό ποσό χρηματοδότησης, το οποίο παρέχει ένα μηχανισμό σφαιρικού ελέγχου του NHS. Αυτό το ποσό χρηματοδότησης καθορίζεται από την Κεντρική Κυβερνητική Γραφειοκρατία και από τα Υπουργεία Υγείας της Μ. Βρετανίας, της Ουαλίας, της Σκωτίας και της Βόρειας Ιρλανδίας. Ο Γραμματέας Δημόσιας Υγείας με νομοθετική ρύθμιση προσπαθεί να εξασφαλίζει οριζόντια συνεργασία μεταξύ των άλλων υπουργείων για την επίτευξη των στόχων της πολιτικής δημόσιας υγείας.

Η κατανομή του συνολικού ποσού χρηματοδότησης στους διάφορους τομείς των υπηρεσιών υγείας αναδιαμορφώθηκε με τις μεταρρυθμίσεις του 1998. Από τότε, τα δίκτυα έξω-νοσοκομειακής φροντίδας σε περιφερειακό επίπεδο, τα οποία ονομάζονται Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary care trusts (PCTs)) έχουν την ευθύνη για το σχεδιασμό και την διάθεση των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες της περιοχής και τα διαθέσιμα ποσά. Οι οργανισμοί αυτοί υπογράφουν συμβόλαια με ανεξάρτητους γενικούς γιατρούς και αποτελούν πλέον δημόσιους Οργανισμούς με αυτόνομη διοίκηση. Σύμφωνα με τον πίνακα 1 του παραρτήματος οι εθνικές δαπάνες για την υγεία ήταν 10% του ΑΕΠ του 2010 και το 2009, ενώ το 2009 αποτελούσε το 8%, ενώ σύμφωνα με τη δέσμευση της κυβέρνησης για την προστασία της υγείας των δαπανών, οι συνολικές δαπάνες του NHS θα αυξηθούν κατά τα ακόλουθα χρόνια με ποσοστό 0,4% σε πραγματικούς όρους μέχρι και το 2015. Αυτό περιλαμβάνει μια αύξηση κατά 1,3% στον προϋπολογισμό των πόρων και κατά 17% μείωση των κεφαλαιακών δαπανών. Ο προϋπολογισμός της διοίκησης θα πρέπει να μειωθεί κατά 33%, και έναντι αυτού να χρησιμοποιηθούν οι πόροι για την υποστήριξη της

παροχής υπηρεσιών ΕΣΥ. Στον πίνακα 2 του παραρτήματος παρατίθενται η ανάλυση του ορίου δαπανών κάθε τμήματος (departmental expenditure limits, del) από το 2010 μέχρι και το 2015 που ορίζονται ως τα φορολογικά όρια που καθορίζονται από την επισκόπηση των δαπανών, για διακριτικές δαπάνες εντός του τμήματος- ουσιαστικά η πλειονότητα του προϋπολογισμού. Αναφορικά μια εκτίμηση του προϋπολογισμού αναμένεται κατά τη διάρκεια ενός οικονομικού έτους.

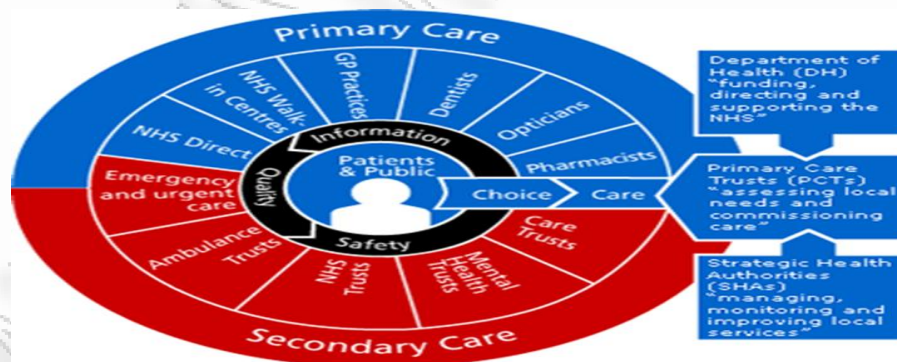
Θα πραγματοποιηθούν ωστόσο μέχρι το 2015 πρόσθετες επενδύσεις για τη στήριξη της κοινωνικής φροντίδας της τάξεως των δύο δισεκατομμυρίων ευρώ ετησίως, μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την τοπική αυτοδιοίκηση, για να σπάσει τους φραγμούς μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Αυτό περιλαμβάνει χρηματοδότηση για αποκατάσταση, η οποία έχει δείξει δραματικά οφέλη βοηθώντας τους ασθενείς να επανακτήσουν την ανεξαρτησία τους μετά από μια κρίση και την αποφυγή εκ νέου εισαγωγής στο νοσοκομείο. Προκειμένου να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και της αυξημένης ζήτησης για τις υπηρεσίες του, το NHS θα διαθέσει έως και είκοσι δισεκατομμύρια λίρες ετησίως από δαπάνες των επόμενων τεσσάρων χρόνων, τα οποία θα επανεπενδύσει στη βελτίωση της παραγωγικότητας του εργατικού δυναμικού συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών μέσω της εκπαίδευσης και της εξειδίκευσης, επιτυγχάνοντας οικονομίες κλίμακας και τέλος τη μείωση των εισαγωγών και των ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία.

Εκτός από τα φορολογικά έσοδα και τις χρεώσεις out-of-pocket των ασθενών, οι πληρωμές που γίνονται από τους εργοδότες, τους εργαζόμενους και τους αυτό-απασχολούμενους καλύπτουν το Εθνικό Ίδρυμα Χρηματοδότησης του NHS. Αυτά τα ποσά χρησιμοποιούνται για πληρωμές υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε σύνδεση με τις συντάξεις και την ασφάλιση αναπηρίας και ανεργίας. Μέσω συγκράτησης των δαπανών, η Μ. Βρετανία μπόρεσε να εμποδίσει την ανεξέλεγκτη αύξηση της δυναμικότητας στον τομέα της υγείας. Από την άλλη πλευρά, εάν συγκρίνουμε τον αριθμό των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών ανά χίλιους κατοίκους με αυτούς των άλλων χωρών, η Μ. Βρετανία βρίσκεται τελευταία στην κατάταξη. Η διαφορά μεταξύ προσφοράς και ζήτησης στην Μ. Βρετανία έχει ως αποτέλεσμα μεγάλες λίστες αναμονής για νοσηλεία σε νοσοκομεία. Ενώ αυτό το φαινόμενο έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ακόμα ένα μέσο διάστημα πέντε

μηνών για μη επείγοντα περιστατικά.²⁴ Στο μέλλον, το σύστημα υγείας θα ελέγχεται από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κλινική Τελειότητα (National Institute for Clinical Excellence - NICE).

3.2 Δομή και Οργάνωση

Από το Απρίλιο του 1999, οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αποτελούν τη βάση του οργανισμού υπηρεσιών υγείας στην Μ. Βρετανία. Κάθε τέτοια ομάδα είναι ένα δίκτυο από περίπου πενήντα ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary care trusts - PCTs) τα οποία είναι υπεύθυνα για μια περιοχή που καλύπτει διακόσιους πενήντα χιλιάδες κατοίκους. Τον τομέα αυτό απαρτίζουν τα διαγνωστικά κέντρα, τα οποία παρέχουν διευρυμένο φάσμα υπηρεσιών διάγνωσης, το οποίο υποστηρίζεται από τον ανάλογο τεχνολογικό εξοπλισμό (NHS Walk-in Centers), τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων θεραπευτηρίων, τα οποία λειτουργούν τις ίδιες εγκαταστάσεις με τα νοσοκομεία και αποτελούν κατ' ουσίαν διαγνωστικά κέντρα και τα μικροβιολογικά εργαστήρια, τα οποία διαθέτουν ελάχιστο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό (NHS Direct). Αρμοδιότητα των PCTs είναι να αποφασίζουν για την ανάγκη των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή και να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα.



ΣΧΗΜΑ 7: Δομή συστήματος υγείας

Πηγή: Department of Health of United Kingdom - Spending Review 2010.

Σήμερα οι οργανισμοί λειτουργούν στα πρώτα δύο από τα τέσσερα επίπεδα: δίνουν συμβουλές στις Αρχές Υγείας για την προσφορά υπηρεσιών στον πληθυσμό, διαχειρίζονται τον προϋπολογισμό για την φροντίδα υγείας, την χρήση φαρμάκων, το ανθρώπινο

²⁴ Κυριόπουλος Γ., Σκουτέλης Γ., 2002, 50 Χρόνια από την Έκθεση Beveridge, Ιατρικό Βήμα, 33: 15-22

δυναμικό και τη δομή των ιατρείων των Ομάδων. Οι ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας λειτουργούν ως ανεξάρτητοι οργανισμοί για να παρέχουν υπηρεσίες υγείας μέσω των υποδομών των κοινοτήτων και των NHS Trusts στην περιοχή τους. Επίσης μπορούν να συμπράττουν με γειτονικές περιοχές και να χρησιμοποιούν τις δικές τους υποδομές καθώς και με ιδιώτες γιατρούς.

Η Επιτροπή Ιατρείων δίνει έγκριση στους γενικούς γιατρούς, η οποία βασίζεται σε τριετή συμπληρωματική εκπαίδευση και πρακτική και έχει λόγο στον σχεδιασμό και στην κατανομή των γενικών γιατρών στην Μ. Βρετανία και στην Ουαλία. Ως εκ τούτου, η ελευθερία να εξασκήσει κάποιος την γενική ιατρική σε μια περιοχή περιορίζεται από τον αριθμό των ήδη υπαρχόντων γιατρών σ' αυτήν.

Οι Γενικοί Γιατροί λειτουργούν σαν γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας και σαν «θυρωροί» του συστήματος υγείας²⁵. Περισσότερο από το 99% του πληθυσμού της χώρας είναι εγγεγραμμένοι στις λίστες των Γενικών Γιατρών, οι οποίοι παρέχουν εικοσιτετράωρη πρόσβαση σε ένα εύρος προληπτικών, διαγνωστικών, και θεραπευτικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τον δικό τους γενικό γιατρό, αν και αυτό το δικαίωμα περιορίζεται από γεωγραφικά όρια.

Η παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία γίνεται μέσω των γενικών γιατρών. Ο ρόλος «gatekeeping» των γενικών γιατρών είναι ένα σημαντικό στοιχείο του Βρετανικού συστήματος υγείας. Αντίθετα με άλλες χώρες, οι ασθενείς δεν έχουν πρόσβαση σε ειδικευμένους γιατρούς παρά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις, όπως ατυχήματα. Κάποιες πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στοχεύουν στο να προσφέρουν στους ασθενείς περισσότερη ελευθερία όσον αφορά την παραπομπή τους σε νοσοκομεία, αλλά δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την πρακτικά άμεση επιλογή των ειδικευμένων γιατρών.

Τον Οκτώβρη του 1998 υπήρχαν είκοσι επτά χιλιάδες τριακόσιοι ενενήντα δύο γενικοί γιατροί σε οκτώ χιλιάδες εννιακόσια ενενήντα τέσσερα ιατρεία στην Αγγλία. Αυτό σημαίνει ότι ήταν τρεις γιατροί ανά ιατρείο περίπου. Σήμερα ο μέσος όρος έχει αυξηθεί και είναι τέσσερις γιατροί. Λιγότερα από το 10% των ιατρείων έχουν σήμερα έναν γιατρό μόνο, σε σύγκριση με το 50% του 1952. Το μέσο μέγεθος μιας λίστας ασθενών ενός

25 Bocken, H. et al. (2003). Ontwikkelen van technische en juridische procedures die het (2001). Results of the investigation, in: Teurelincx,

γενικού γιατρού ήταν το 1998, χίλια οχτακόσια εξήντα έξι άτομα. Αυτό έχει μειωθεί κατά 7% τα δέκα τελευταία χρόνια. Ένας μέσος γενικός γιατρός εκτελεί δέκα χιλιάδες εργασίες ανά έτος ενώ ταυτόχρονα έχει μειωθεί το ίδιο ο αριθμός των ασθενών ανά λίστα γενικών γιατρών²⁶.

Από την ίδρυση του NHS, το 1948, οι γενικοί γιατροί είναι αυτό-απασχολούμενοι επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες βάσει συμβολαίου. Αυτό το καθεστώς δίνει στους γιατρούς σημαντική ανεξαρτησία. Η αμοιβή τους είναι καθορισμένη ανά ασθενή από τις PCG (Performance Contracting Group) για τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τους. Επιπροσθέτως, υπάρχουν και οι αποζημιώσεις που τους δίνονται για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας κι εξετάσεις από τους ασθενείς και ειδικές αμοιβές για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα εθνικού ενδιαφέροντος. Ακόμα, οι γενικοί γιατροί χρηματοδοτούνται για τον εξοπλισμό των ιατρείων τους και μάλιστα πολύ γενναιόδωρα εάν πρόκειται για ομαδικά ιατρεία, με αποτέλεσμα το 75% των GP (General Practitioners) να εργάζονται σε κέντρα υγείας μαζί με άλλους γενικούς γιατρούς, οδοντίατρους, οφθαλμιάτρους, νοσηλευτές ή φαρμακοποιούς.

Στο παρελθόν, όταν μια Ομάδα γιατρών είχε περισσότερους από πέντε χιλιάδες εγγεγραμμένους ασθενείς, οι Γενικοί γιατροί μπορούσαν να εξασκούν το επάγγελμά τους σαν αυτόνομοι διαχειριστές του ποσού χρηματοδότησης. Αυτό το μοντέλο βασιζόταν σ' ένα εκτεταμένο σύστημα αμοιβής- ανά εγγεγραμμένο - ασθενή στο οποίο οι γιατροί που ανήκαν στην Ομάδα πληρωνόταν όχι μόνο για τις δικές τους υπηρεσίες αλλά και για εξετάσεις και υπηρεσίες που προσέφεραν έξω από το όριο της περιοχής τους. Μ' αυτόν τον τρόπο οι υπολογισμοί για τις δαπάνες περιλάμβαναν το κόστος για οποιαδήποτε τακτική νοσοκομειακή νοσηλεία, για διαγνωστικά τεστ που γίνονταν μέσα στο νοσοκομείο, για ειδικές εξετάσεις, για μέτρα νοσηλείας και αποκατάστασης, για τα έξοδα διοίκησης και προσωπικού, για τον εξοπλισμό των ιατρείων και τα φάρμακα.

Ο διπλός ρόλος των γενικών γιατρών ως προμηθευτών Υγείας καθώς και εξειδικευμένων και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας είχε σκοπό να δημιουργήσει κίνητρα για την ολοκληρωμένη διαχείριση των ασθενών, έτσι ώστε να βελτιώσει την ποιότητα των

26 Τέρπος Α., Τσιβελέκα Α., Μεντζελοπούλου Π., Γαλάνη-Φωτίου Β., Ευστρατιάδου Μ., Κυριόπουλος Γ., 1992, Εκτίμηση Κόστους-Αποτελεσματικότητας στην Εφαρμογή Ποιοτικού Ελέγχου με ή χωρίς Μηχανοργάνωση του Κυτταρολογικού Εργαστηρίου, 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο κυτταρολογίας, Αθήνα

υπηρεσιών υγείας μειώνοντας και το κόστος τους²⁷. Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία σχεδιάστηκε για να αυξήσει τα περιθώρια επιλογών των ασθενών σε σημεία όπως το να ζητούν και να παίρνουν περισσότερες πληροφορίες για τις υπηρεσίες τους, να κάνουν πιο ξεκάθαρα τα ζητήματα θεραπείας τους και να συνδέσει την χρηματοδότηση με την παροχή υπηρεσιών²⁸. Από την έναρξη του NHS, το άνοιγμα των νοσοκομείων σε εξωνοσοκομειακές ειδικές θεραπείες υπήρξε σημαντικός παράγοντας για την διασύνδεση και εξισορρόπηση των νοσοκομειακών και των έξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας.

Στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχουν κι άλλα ιατρικά επαγγέλματα τα οποία είναι πολύ σημαντικά για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:

- οι νοσηλεύτριες ιατρικών και περιφερειών: νοσηλεύτριες, οι οποίες προσλαμβάνονται από τους γενικούς γιατρούς για να εργαστούν στα ιατρεία, οι νοσηλεύτριες περιοχής είναι νοσηλεύτριες που παρέχουν εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς κατ' οίκον
- οι μαίες: είναι νοσηλεύτριες οι οποίες έχουν εκπαιδευτεί επιπλέον στην φροντίδα των εγκύων γυναικών και των μητέρων καθώς και στην διαδικασία της γέννας και οι
- οι επισκέπτριες υγείας: είναι νοσηλεύτριες, οι οποίες έχουν κάνει επιπλέον εκπαίδευση και ειδικούνται στην κατ' οίκον παρακολούθηση οικογενειών με μικρά παιδιά και βρέφη²⁹.

Η τοπική αυτοδιοίκηση στη Μεγάλη Βρετανία, είχε μείζονα ρόλο στην ίδρυση του νοσοκομειακού κλάδου. Το νέο σύστημα υγείας της χώρας προτίμησε να μείνει αποστασιοποιημένο από το νοσοκομειακό κλάδο, κυρίως λόγω της επιλογής των ιατρών να μην εντάσσονται στο συγκεκριμένο χώρο και να υπόκεινται στον έλεγχο των τοπικών συμβούλων. Οι επαρχιακές υπηρεσίες υγείας ήταν υπό τον έλεγχο της τοπικής αυτοδιοίκησης μέχρι το 1974, οπότε και αποφασίστηκε να υπάγονται στην εποπτεία των υγειονομικών αρχών, οι οποίες είχαν να κάνουν με επαγγελματίες γιατρούς αλλά και με εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης. Μετά τις μεταρρυθμίσεις του 1980, οι εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης έπαψαν να ασχολούνται και τα ηνία πήραν στα χέρια τους οι επιχειρηματίες. Συγχρόνως δε, δόθηκε η δυνατότητα στους νοσοκομειακούς

27 Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, JAMA, Vol. 280 No. 14, October 14

28 Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, JAMA, Vol. 280 No. 14, October 14

29 Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, JAMA, Vol. 280 No. 14, October 14

φορείς να αποφασίσουν το αν θα υπάγονται είτε στις υγειονομικές αρχές, είτε σε διοριζόμενα συμβούλια, τα οποία λειτουργούσαν ως ιδρύματα του NHS.

Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στη χώρα μετά το 1991, είχαν ως στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της παρεχόμενης ποιότητας μέσα από την ανάπτυξη ενός αποκεντρωμένου συστήματος αγοράς υπηρεσιών υγείας. Η αποκέντρωση αντιπροσώπευε την τάση για κατάργηση του ιεραρχικού συστήματος αλλά και τις κάθετες μορφές οργάνωσης του Υπουργείου υγείας, ενώ συγχρόνως ανέπτυξε μοντέλα βασισμένα στη σχέση προμηθευτή-αγοραστή, ώστε να προωθηθεί αποτελεσματικά η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Στη Μεγάλη Βρετανία δεν υπάρχει απελευθέρωση σε σχέση με τους αγοραστές και τους παραγωγούς υγείας, οι οποίοι καλούνται να δίνουν αναφορά στο περιφερειακό γραφείο του Γενικού Διευθυντή. Το Βρετανικό σύστημα υγείας διαθέτει πολλές δομές αποκέντρωσης, όπως είναι οι υγειονομικές αρχές, οι ομάδες πρωτοβάθμιας υγείας και οι τοπικές αρχές, η καθεμιά από αυτές έχει έναν ιδιαίτερο ρόλο στο σύστημα υγείας της χώρας και σε κάποιες περιπτώσεις έχουν το δικαίωμα να συνεργάζονται μεταξύ τους³⁰. Τέλος, από τις δομές αποκέντρωσης, αυτές που παρουσιάζουν δομικά χαρακτηριστικά ανάλογα με τα περιφερειακά συστήματα υγείας είναι οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.



ΣΧΗΜΑ 8: Ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας

30 Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., και Τακουμάκης, Ι.(2004), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας, Αρχαία Ελληνική Ιατρική, 22(1), σ.σ 81-83

Πηγή: Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., και Τακουμάκης, Ι.(2004), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας, Αρχαία Ελληνική Ιατρική, 22(1), σελ. 81

Το «Νέο NHS» είναι ένα δεκαετές πρόγραμμα το οποίο στοχεύει στην ολοκλήρωση της εξασφάλισης της ποιότητας σε όλες τις περιοχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στόχος αποτελεί αρχικά να μειωθούν οι ανισότητες στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, για τον οποίο λόγο το Υπουργείο Υγείας εκδίδει οδηγίες και θέτει πρότυπα θεραπείας. Δευτερευόντως σε τοπικό επίπεδο οι Ομάδες PCG και άλλοι αυτοδιοικούμενοι επαγγελματικοί οργανισμοί έχουν στόχο να δημιουργήσουν κίνητρα για την επέκταση της εξασφάλισης της ποιότητας προς τους εργαζόμενους και τέλος, η νέα επιτροπή για τη βελτίωση της υγείας έχει ως σκοπό να αξιολογήσει τις υποδομές υγείας σε ορθολογική βάση για να ελέγξει την πρακτική εφαρμογή και αποτελεσματικότητα των μέτρων της εξασφάλισης ποιότητας. Πολλές από τις αλλαγές που προέκυψαν από την νέα αυτή στρατηγική επικεντρώνονταν στην επέκταση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και ειδικότερα στους τρεις κατωτέρω άξονες:

- Την προαγωγή της καλής υγείας σε μια Ευρώπη που γηράσκει
- Την προστασία των πολιτών από τις απειλές κατά της υγείας :
 - μεταδοτικές, μη μεταδοτικές και σπάνιες ασθένειες
 - εμβολιασμός
 - ετοιμότητα και αντίδραση στις απειλές κατά της υγείας
- Την προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών:
 - αξιολόγηση των τεχνολογιών στον τομέα της υγείας
 - δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη
 - εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας
 - ασφάλεια των ασθενών

Η Δράση 1997 του NHS, επίσης ίδρυσε ένα πλήθος πιλοτικών προγραμμάτων σ' όλη τη χώρα με σκοπό την επέκταση και την ανάπτυξη του Πρωτοβάθμιου τομέα της Υγείας. Τον Απρίλιο του 1999 ιδρύθηκαν τετρακόσιες ογδόντα μία Ομάδες Πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCGs), περιλαμβάνοντας όλα τα ιατρεία όλων των περιοχών της χώρας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, αυτές οι Ομάδες σχεδιάστηκαν τόσο για να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όσο και για να δώσουν τη δυνατότητα στους

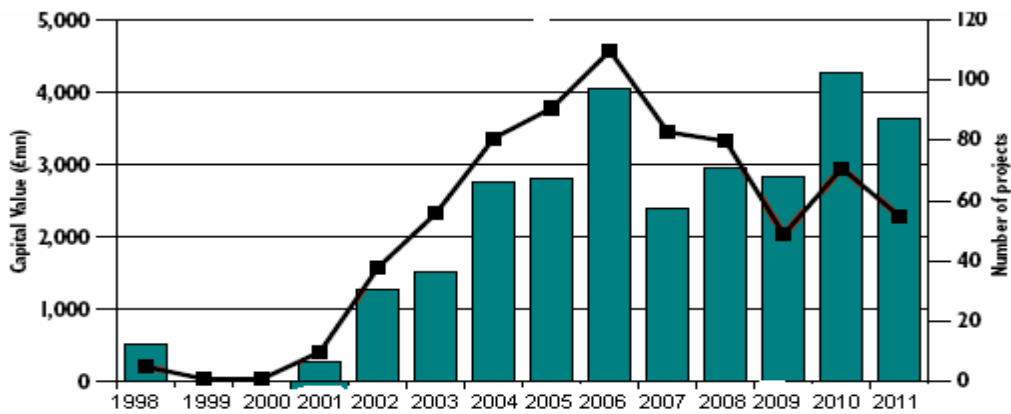
γενικούς γιατρούς και στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας να επηρεάσουν τη φύση των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς τους³¹.

3.3 Η σχέση δημοσίων ιδιωτικών δαπανών υγείας

Στις αρχές του 1990, ο ιδιωτικός τομέας ξεκίνησε να συμμετέχει δυναμικά στην υγεία στη Μεγάλη Βρετανία, καθώς πολλά έργα υλοποιήθηκαν με την ιδιωτική πρωτοβουλία μέσα από τα προγράμματα Private Finance Initiative. Τα προγράμματα αυτά συνιστούν μια σειρά κυβερνητικών πολιτικών με στόχο την αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στην παροχή δημόσιων υπηρεσιών (πχ, ανάπτυξη προϊόντων, διανομή προϊόντων, Ενίσχυση Υπηρεσιών Υγείας, Εμπορευματοποίηση παραδοσιακών φαρμάκων, Συντονισμός Προγραμμάτων Υγείας, Λοιπές Διεθνείς / Υπερεθνικές Συμπράξεις, Συμπράξεις σε «εθνικό» επίπεδο, Συμμαχίες του Ιδιωτικού Τομέα στην Υγεία, Δωρεές προϊόντων, Παροχή Υπηρεσιών Υγείας). Στην αρχή λόγω έλλειψης προηγούμενων εμπειριών από τον ιδιωτικό τομέα επήλθαν πολλά προβλήματα ειδικά σε επίπεδο αναθέσεων, μιας και το κόστος της συμμετοχής στους διαγωνισμούς ανάθεσης των έργων κατέστη υψηλός. Μετά το 2000 η κατάσταση βελτιώθηκε με την ίδρυση από το PFI, των συμβάσεων παραχώρησης (concession agreements) και τις κοινοπραξίες (joint ventures), ενώ παράλληλα ιδρύθηκε το Partnership UK, με συμβουλευτικό ρόλο που σε συνεργασία με το National Audit Office ήταν και είναι υπεύθυνα για το σχεδιασμό και τον έλεγχο των συμβάσεων στη Μεγάλη Βρετανία.

Στο επόμενο διάγραμμα παρουσιάζονται η αξία και ο αριθμός των έργων ΣΔΙΤ (Σύμπραξη Δημόσιου Ιδιωτικού Τομέα), στη Μεγάλη Βρετανία από τη στιγμή που ξεκίνησε ο θεσμός μέχρι και το 2010. Μέχρι το 2010 υπήρξαν περισσότερες από επτακόσιες συμπράξεις με συνολική αξία που ξεπερνούσε τις σαράντα έξι δισεκατομμύρια στερλίνες.

31 Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, JAMA, Vol. 280 No. 14, October 14



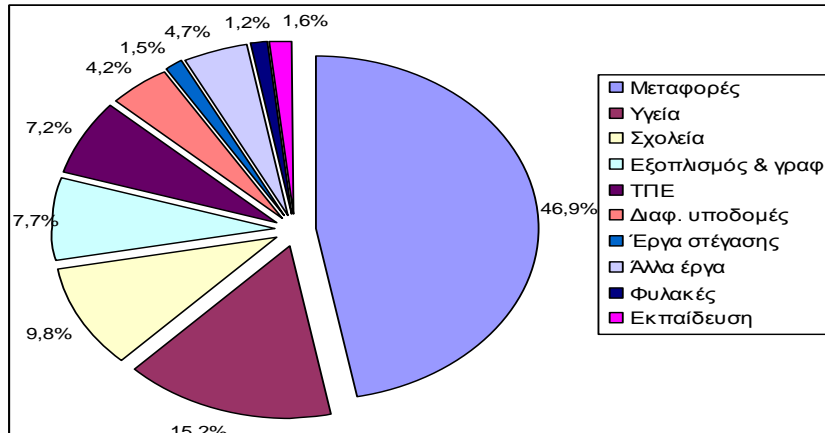
Πηγή: HM Treasury

ΣΧΗΜΑ 9 :Κεφαλαιακή αξία και αριθμός έργων ΣΔΙΤ στη Μεγάλη Βρετανία

Πηγή: Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., και Τακουμάκης, Ι.(2004), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας, Αρχαία Ελληνική Ιατρική

Στο σύνολο των συμβάσεων αυτών συμπεριλαμβάνεται και η παρουσία των ΟΤΑ (Οργανισμοί Τοπικής Ανάπτυξης) με διακόσια έργα, ενώ πεντακόσιες συμβάσεις αφορούν έργα σε λειτουργία. Από το 2006 μέχρι και σήμερα οι επενδύσεις σε ιδιωτικό επίπεδο, κυμαίνονται μεταξύ δύο και τέσσερα δισεκατομμύρια στερλινών το χρόνο. Το ποσοστό της χρηματοδότησης σε δημόσιες υποδομές που προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα στο Ηνωμένο Βασίλειο, ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 12% περίπου για όλο το χρονικό διάστημα εφαρμογής του θεσμού. Το σχετικά μικρό και σταθερό ποσοστό της χρηματοδότησης οφείλεται κυρίως στο ότι υπήρχε προσεκτική προσέγγιση στο θέμα αυτό μετά από κάποια αποτυχημένα παραδείγματα στα αρχικά στάδια εφαρμογής του θεσμού.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί φαίνεται η κατανομή των ΣΔΙΤ για το 2011 με βάση τον τομέα εφαρμογής τους. Είναι φανερό ότι ο τομέας των μεταφορών έχει πολύ σημαντικό ρόλο, ενώ ακολουθούν με πολύ μικρότερα ποσοστά τα έργα που αφορούν στην υγεία, τα σχολεία κ.λ.π



ΣΧΗΜΑ 10 : Κατανομή ΣΑΙIT με βάση των τομέας εφαρμογής τους

Πηγή: Partnership UK

Ο Ιδιωτικός τομέας στο χώρο της υγείας, σε διεθνές επίπεδο παρουσιάζει αρκετές διαφοροποιήσεις. Με βάση τον Μπένο (2008), «Ένα από τα καλύτερα σε δομή συστήματα που συνδυάζει τις ιδιωτικές με τις δημόσιες παροχές στην υγεία είναι το Βρετανικό. Το Βρετανικό Σύστημα ονομάζεται Private Finance Initiatives - PFIs». Ακόμα και αυτό το ακέραιο σύστημα, καλείται σήμερα να βελτιωθεί μια και μέσα από συνεχή και συγκεκριμένα ερωτήματα έχει αποδειχτεί ότι σήμερα δεν βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση³². Παρά τις όποιες ενστάσεις, το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία προχώρησε με άμεσους ρυθμούς. Το 85% των νέων επενδύσεων στο NHS (94% των νέων νοσοκομείων) υλοποιούνται σήμερα μέσω PFI. Σήμερα οι δημόσιες δαπάνες υγείας τάσσονται όλο και περισσότερο προς την ιδιωτική πρωτοβουλία, ενώ αμφισβητείται όλο και περισσότερο η οικονομική αποδοτικότητα των διαφόρων επενδύσεων, με δεδομένο ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνονται συνεχώς. Από την άλλη πλευρά παρατηρούνται φαινόμενα κακής ποιότητας, κακού σχεδιασμού κτιρίων με κακή διαρρύθμιση, κακή ποιότητα υπηρεσιών, όλα αυτά παρατηρούνται σε πολλά νέα νοσοκομεία PFI.

Σήμερα τα προγράμματα PFI κοστίζουν πολύ περισσότερο σε σχέση με τα παραδοσιακά προγράμματα δημόσιων επενδύσεων, μετακυλώντας οικονομικά βάρη στις επόμενες γενεές φορολογουμένων που αυτό συνεπάγεται περικοπές υπηρεσιών, νοσοκομειακών κρεβατιών

32 Edwards P., Shaoul J., Stafford A., Arblaster L. (2004), "Evaluating the operation of PFI in roads and hospitals". Research Report No. 84, Manchester Business School, University of Manchester, C.A.E.T., London

και προσωπικού με οικονομικά, και όχι κλινικά, κριτήρια επηρεάζοντας, τελικά αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των νέων νοσοκομειακών υποδομών και συχνά χαρακτηρίζονται από φαινόμενα διαφθοράς και αδιαφάνειας³³. Τα εμπειρικά δεδομένα από τη Βρετανία δείχνουν σήμερα ότι το συγκριτικά υψηλότερο κατασκευαστικό κόστος σε σχέση με τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων τείνει σήμερα στο 77% με παράλληλη μείωση κατά 30% των νοσοκομειακών κλινών και κατά 20% του προσωπικού³⁴. Η μεταφορά κινδύνου επιφέρει σημαντικές ποινές σε περίπτωση αθέτησης των συμφωνιών του συμβολαίου, ποινές οι οποίες σπανίως εφαρμόζονται στην πράξη. Σε περίπτωση αποτυχίας ή οικονομικής αδυναμίας του ιδιώτη, να υποστηρίξει το έργο που ανέλαβε, το κράτος καλείται να το διασώσει και να διεκπεραιώσει το έργο³⁵.

3.4 Διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας του πληθυσμού και αποδοτικότητα του συστήματος

Τις τελευταίες δεκαετίες, με βάση την ανάγκη για αποτελεσματική αξιολόγηση των συστημάτων υγείας, η επιστήμη των οικονομικών στην υγεία, μελετά τις δυνατότητες μέτρησης του επιπέδου υγείας για τη δημιουργία ειδικών δεικτών³⁶. Προκειμένου να οριστεί αποτελεσματικά το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, χρειάζεται η συνεκτίμηση κοινωνικών, ψυχικών και βιολογικών παραμέτρων. Οι μετρήσεις που γίνονται στοχεύουν στην εκτίμηση των δυνάμεων βιολογικής ανανέωσης και φθοράς των πολιτών μιας χώρας και βασίζονται στους λεγόμενους δείκτες υγείας³⁷.

Ένας από τους βασικούς δείκτες είναι αυτός του προσδοκώμενου χρόνου επιβίωσης, ο οποίος εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που προβλέπεται να ζήσει ένα άτομο από τη στιγμή που θα γεννηθεί. Η μέτρηση του δείκτη αυτού κατά τη διάρκεια της γέννησης πλεονεκτεί σε σχέση με τη συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού πιο συνοπτικά σε σχέση

33 Χατζηπουλίδης, Γ., Γλ. Καλφακάκου (2008), Άρθρο: Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα : Η εφαρμογή τους στον τομέα υγείας, Τεχνικά Χρονικά Δημνιαία Έκδοση ΤΕΕ Μάιος - Ιούν. 2008 τεύχ. 3, σ.10-12

34 Κονδύλης Η., και Μπένος Α.(2010), Ποιότητα και ιδιοκτησιακός χαρακτήρας μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τις ΗΠΑ, Ιατρική

35 Pollock A. Price D.(2004), We are left footing the PFI bill. The public pays the price when contractors pull out of projects. The Guardian Tuesday July 27, 2004

36 Culyer AJ.(2008) Health indicators. Oxford

37 Radical Statistics Health Group.(2011), The NHS indicators of success. Br Med J ,pp.310:1045–1050

με τους δείκτες θνησιμότητας³⁸. Οι δείκτες προσδοκώμενης ζωής αν και διαφέρουν ανά χώρα, οι αποκλίσεις αυτές δεν είναι αρκετά μεγάλες σε σχέση με το προσδόκιμο επιβίωσης. Η προσδοκώμενη ζωή στη Μεγάλη Βρετανία (Πίνακας 3 παράρτημα), κυρίως στο διάστημα από το 2004 μέχρι και σήμερα, έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό (τουλάχιστον 4 έτη), όπως άλλωστε και στις υπόλοιπες χώρες. Συγκεκριμένα το 1990 το προσδόκιμο ήταν εξήντα οχτώ ετών ενώ σήμερα έχει φτάσει τα εβδομήντα δύο. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην άνθηση της χώρας, στη βελτίωση της διατροφής, στη βελτίωση της κατοικίας, αλλά και σε λοιπούς κοινωνικούς παράγοντες. Από την άλλη ο πληθυσμός συνεχώς γερνά, πράγμα που οφείλεται στη μείωση των γεννήσεων και στην μείωση της θνησιμότητας. Μέσα στα επόμενα χρόνια προβλέπεται ότι ο αριθμός των νέων θα ταυτιστεί με αυτόν των ηλικιωμένων³⁹.

Το ποσοστό γεννητικότητας των γυναικών μειώθηκε από το 3,4 το 1960 σε 2,3 σήμερα. Οι γεννήσεις των παιδιών τα τελευταία χρόνια παρουσιάζουν μια συνεχή πτωτική τάση, με αποτέλεσμα η Βρετανική Κυβέρνηση να έχει αυξήσει τα επιδόματα, ώστε να δοθεί κίνητρο για αύξηση των γεννήσεων. Ο δείκτης που χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό από το βρετανικό κράτος είναι ο PYLL (Potential Years of Life Lost), ο οποίος εξετάζει δυο βασικές συνιστάμενες⁴⁰ τον αριθμό των θανάτων που προκαλούνται από ασθένεια και τον αριθμό των ετών που τα άτομα θα μπορούσαν να συνεχίσουν να ζουν, κατά μέσο όρο σε σύγκριση με τις υφιστάμενες συνθήκες υγείας του ατόμου.

Στη Μεγάλη Βρετανία το σύστημα υγείας βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας. Η Βρετανία με τη χρήση προγραμμάτων όπως το Sure Star έχει καταφέρει από τη μια το σύστημα υγείας να είναι αποδοτικό, ενώ συνάμα κοινωνικά δίκαιο και ισότιμο. Το συγκεκριμένο σύστημα αναφέρεται στα παιδιά παρέχοντας παιδική μέριμνα, νηπιακή εκπαίδευση, υπηρεσίες υγείας και οικογενειακή στήριξη. Αυτός είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους η βρετανική κυβέρνηση περιόρισε τις ανισότητες στον τομέα της υγείας από την προοπτική της παιδικής φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Τα προγράμματα αυτά υλοποιούνται σε τοπικό επίπεδο,

38 Υφαντόπουλος, Γ.(2010), Η επίδραση των δημογραφικών εξελίξεων στις δαπάνες υγείας. Αθήνα

39 Eurostat.(2011). Demographic statistics. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities

40 Eurostat.(2011). Demographic statistics. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities

τα οποία βρίσκονται σε μη προνομιούχες περιοχές. Η συγκεκριμένη προσέγγιση συγκεντρώνει επίσημους πάροχους υπηρεσιών από τους τομείς της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και εθελοντικούς, ιδιωτικούς και κοινοτικούς οργανισμούς και γονείς, με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών σε μικρά παιδιά και τις οικογένειές τους λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των παιδιών της περιοχής και τις επιθυμίες των γονέων τους. Τα οφέλη που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα προγράμματα αφορούσαν τους τομείς της ανοσοποίησης, των τραυματισμών από ατυχήματα και της κοινωνικής ανάπτυξης. Όσον αφορά τους γονείς, η μελέτη έδειξε οφέλη για τους γονείς και μια αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υποστήριξης των παιδιών και της ανάπτυξης των οικογενειών.

3.5 Ανακεφαλαίωση

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει επιτύχει στην ολοκλήρωση των βασικών στόχων ενός συστήματος υγείας το οποίο χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους. Ειδικότερα, υπάρχει επαρκής κάλυψη των αναγκών υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και θεραπεία ανεξάρτητα από το εισόδημα και ένας ενιαίος κατάλογος υπηρεσιών που εξασφαλίζει την ισότητα στην θεραπεία και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σχεδόν πάντα χωρίς χρέωση. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός, ο οποίος αποφασίζεται από την κυβέρνηση, έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τον έλεγχο του κόστους, αλλά θέτει ένα οικονομικό πλαίσιο στο NHS μέσα στο οποίο δεν υπάρχουν πόροι για τον εκμοντερνισμό των υποδομών υγείας, αλλά ούτε για την κάλυψη των ελλείψεων προσωπικού, παρά την άμεση ανάγκη που υπάρχει. Έτσι, η αναζήτηση λύσης σε ιδιωτικές επενδύσεις είναι μια σχετικά ακριβή εναλλακτική για τα δημόσια οικονομικά η οποία, επίσης, σημαίνει χειρότερες συνθήκες δουλειάς για τους πάροχους υπηρεσιών υγείας και ανισότητες στην προσφορά υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς.

Καθώς γίνεται η διανομή των (υποχρεωτικά) κρατικών υπηρεσιών υγείας στους κοινωνικούς παράγοντες και τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών, εισάγονται και κάποια στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού μέσα στο NHS. Αλλά εξακολουθεί να είναι αμφίβολο κατά πόσο, μετά την κατάργηση του καθεστώτος της κρατικής χρηματοδότησης, την αυτονομία σχεδιασμού των υποδομών με βάση τις τοπικές ανάγκες από τις PCG και

τους Συνδέσμους NHS, τη διαχείριση του εκ των προτέρων προϋπολογισμού από τις προηγούμενες και τις ελεύθερες διαπραγματεύσεις για συμφωνίες, θα δημιουργηθεί μια πιο αποτελεσματική δομή του συστήματος υγείας σχετικά με την κεντρικά διοικούμενη⁴¹.

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε το πρότυπο για ανάλογες απόπειρες σε πολλά κράτη του κόσμου, ενώ καθίσταται συχνά αντικείμενο κριτικής για μεγάλες λίστες αναμονής, το χαμηλό επίπεδο της αντιβακτηριδιακής προστασίας στις νοσοκομειακές του μονάδες, τη μη προσαρμογή του στις νέες τεχνολογίες, την έλλειψη οδοντιάτρων και εξειδικευμένου προσωπικού και τα μεγάλα ελλείμματά του. Κατά τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί έμφαση στην δημιουργία ομάδων Πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες αποτελούνται από Γενικούς γιατρούς και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε ορισμένες περιοχές έχουν λειτουργήσει επιτυχώς, αλλά σε κάποιες έχουν σημειωθεί προβλήματα συνεργασίας και διαχωρισμού των αρμοδιοτήτων μεταξύ των γενικών γιατρών⁴². Παραμένει, όμως, αναπόσπαστο τμήμα της κοινωνίας και του πολιτισμού της Μεγάλης Βρετανίας, μια «Εθνική Θρησκεία», όπως έχει ειπωθεί.

41 Malek M. et al (eds), "Strategic Issues in Health Care Management", Wiley Publication, London

42 Kyriopoulos J., Niakas D., 1993, Economic and Health Policy Issues in Biomedical Technology: The Case of Greece, in: Malek M. et al (eds), "Strategic Issues in Health Care Management", Wiley Publication, London

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΟ ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ - ΤΟ ΓΕΡΜΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Βασική ιδέα του ηπειρωτικού μοντέλου που πρότεινε ο Bismark το 1883 ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασιζόταν στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Σε αυτό το μοντέλο ανήκουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Αυστρία και το Βέλγιο. Το σύστημα διαμορφώθηκε κυρίως από την επιρροή του βισμαρκιανού τύπου πρόνοιας το οποίο επιβάλλει ισχυρό γραφειοκρατικό μηχανισμό και συντεχνιακή συμμετοχικότητα, αναλόγως την ισχύ για την αποφυγή αστάθειας και συγκρούσεων, καθώς, επίσης, και από τις μεγάλες κοινωνικές επαναστάσεις του 1848 και 1870 και την κοινωνική διδασκαλία της καθολικής εκκλησίας, με χαρακτηριστικά την αρχή της επικουρικότητας και τον συντεχνιακό τρόπο οργάνωσης. Τα κοινωνικά δικαιώματα που αναγνωρίζονται είναι κατηγορικά και όχι καθολικά, βασισμένα κατά κύριο λόγο στον ασφαλιστικό δεσμό ως θεσμικό χαρακτηριστικό και κατά συνέπεια, είναι δικαιώματα των εργαζομένων και όχι των πολιτών. Οι σχετικές παροχές είναι κυμαινόμενες και αντιστοιχούν κυρίως σε χρηματικές παροχές (transfer state) και όχι σε υπηρεσίες και εξαρτώνται από τις κρατήσεις και το εργασιακό καθεστώς των δικαιούχων.

Η χρηματοδότηση των κοινωνικών παροχών, βασίζεται κυρίως στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και λιγότερο στην φορολογία. Με δεδομένη την προτεραιότητα που έχουν οι επαγγελματικές κατηγορίες, η αναδιανομή του εισοδήματος είναι σχετικά περιορισμένη και το κοινωνικό κράτος δεν αλλάζει ριζικά τους συσχετισμούς πόρων που προϋπήρχαν, τείνοντας να διατηρήσει το κοινωνικό status quo. Βασικός πυρήνας της κοινωνικής φροντίδας είναι η παραδοσιακή οικογένεια, η οποία στηρίζεται οικονομικά με χρηματικές ενισχύσεις ή μέσω ειδικής φορολογικής μεταχείρισης. Ο άντρας αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος, ενώ η συμμετοχή της γυναίκας στην εργασία αποθαρρύνεται και μέσω των ελλειμματικών κοινωνικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας για τα παιδιά.

Στον Συντηρητικό - Κορπορατιστικό ιδεότυπο τα κοινωνικά δικαιώματα κατοχυρώνονται από συνταγματικές εγγυήσεις, οι οποίες αναδεικνύουν την αρχή του κοινωνικού κράτους ως οργανωτική βάση του πολιτεύματος, τυποποιούν τον κοινωνικό κρατικό προσανατολισμό, νομιμοποιούν τον οικονομικό παρεμβατισμό, νοηματοδοτούν το περιεχόμενο των ατομικών δικαιωμάτων και της ισότητας, και τέλος ασκούν μια προφανή ιδεολογική - νομιμοποιητική λειτουργία, εξωραϊζοντας την εικόνα του κράτους προσδίδοντας στην εξουσία ένα κοινωνικό πρόσωπο.

Η κριτική επικεντρώνεται στον μη αναδιανεμητικό χαρακτήρα του, στα γενναιόδωρα επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης και στο χάσμα που αυτά παρουσιάζουν, στην παθητική μορφή των παροχών με αποτέλεσμα την έλλειψη κινήτρων, στην ύπαρξη αντικινήτρων απασχόλησης σε περιπτώσεις όπως η ένταξη στην αγορά των γυναικών, στην ακαμψία και στην απροθυμία εφαρμογής μεταρρυθμίσεων στην αγορά, και τέλος στον τρόπο επίτευξης της κοινωνικής αλληλεγγύης, όπου δεν είναι ορατές κρατικές εγγυήσεις για τους αδυνάτους κατά τις διαβουλεύσεις.

4.2 Δομή και οργάνωση

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσω ενός συνδυασμού δημοσίων, ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Τα περισσότερα νοσοκομεία είναι δημόσια και οι γιατροί είναι ιδιώτες επαγγελματίες. Το σύστημα βασίζεται σ' έναν κανόνα αυτοδιοίκησης, σύμφωνα με τον οποίο τα Ταμεία Υγείας, οι γιατροί και τα νοσοκομεία εκπροσωπούνται από νομικά θεσπισμένες συνδικαλιστικές ενώσεις και διαπραγματεύονται μεταξύ τους για σημαντικά ζητήματα της φροντίδας υγείας⁴³.

Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας (Statutory Health Insurance Programm – GKV). το οποίο αφορά εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα το οποίο καλύπτει εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, οδοντιατρική φροντίδα (περιλαμβάνει 50-65% των δαπανών), αποκατάσταση, συνταγές φαρμάκων, θεραπείες, επισκέψεις στο σπίτι, αποζημιώσεις ασθένειας και υπηρεσίες για εγκύους και μητέρες βρεφών.

43 Μπουρσανίδης Λ., και Οικονόμου Χ.(2009), Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα

Επίσης, ένας συνδυασμός εισφορών φόρων, πληρωμές ασφαλιστικών ταμείων και ιδιωτικών πληρωμών χρηματοδοτούν προγράμματα για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση ασθενειών, με ιδιαίτερη έμφαση στον καρκίνο, το AIDS, και τα ναρκωτικά. Οι περισσότερες προσφερόμενες υπηρεσίες προέρχονται από το πρόγραμμα GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) είναι υποχρεωτικές από το νόμο. Ο νοσοκομειακός τομέας λειτουργεί σχεδόν ανεξάρτητα μεταξύ τους στην προσφορά υπηρεσιών υγείας.

Ο ετήσιος προϋπολογισμός για τα λειτουργικά κόστη είναι αντικείμενο διαπραγματεύσεων μεταξύ των οργανισμών χρηματοδότησης της υγείας και των νοσοκομείων. Ο στόχος της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης, για το 2003 ήταν, πάντως να εισάγει ένα συνολικό προσανατολισμένο προς τις υπηρεσίες σύστημα χρηματοδότησης, το οποίο θα βασίζεται σε καθορισμένες αμοιβές. Η Γερμανία είναι στις πρώτες θέσεις των γιατρών και των κρεβατιών αλλά και στον αριθμό των ημερών νοσηλείας σε νοσοκομεία. Βρίσκεται δεύτερη στον αριθμό των παραπομπών σε νοσοκομεία και στον μέσο όρο διάρκειας παραμονής σε νοσοκομεία. Η παιδική θνησιμότητα, στο μεταξύ, έχει μειωθεί σημαντικά μέχρι ένα επίπεδο κάτω από τον διεθνή μέσο όρο. Η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τα Κρατίδια είναι κυρίως υπεύθυνα για την θέσπιση των δημόσιων πολιτικών υγείας καθώς και για τον έλεγχο του εθνικού συστήματος υγείας.

Το εύρος των υπηρεσιών που καλύπτονται και οι εισφορές που δίνουν οι ασφαλισμένοι κυμαίνονται ανάλογα με το ασφαλιστικό ταμείο και ανάλογα με το πρόγραμμα που έχει επιλέξει ο ασφαλισμένος. Πολλά προγράμματα έχουν διατάξεις που αφορούν εκπτώσεις στις εισφορές. Όσοι έχουν ιδιωτικές ασφαλίσεις δεν συμμετέχουν στην συλλογική κάλυψη των κινδύνων υγείας, ούτε μέσα στο δικό τους ταμείο, ούτε σε σχέση με το GKV. Οι ρυθμίσεις για τη διάρθρωση των ασφαλιστικών κινδύνων, που έχουν γίνει υποχρεωτικά με νόμο, απευθύνονται μόνο στα θεσμικά ταμεία ασφάλισης υγείας.

Η Γερμανία έχει υποστηρίξει το σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας και ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης αλλάζει σύμφωνα με το ποσοστό αποκέντρωσης του συστήματος λήψης αποφάσεων. Γίνεται αντιληπτό ότι ο βαθμός αποκέντρωσης της λήψης αποφάσεων ακολουθεί την ίδια λογική με το βαθμό εξάρτησης από την κεντρική κυβέρνηση. Παρατηρούμε ότι στην Γερμανία παρά το γεγονός ότι η Ομοσπονδιακή κυβέρνηση θέτει τους γενικούς κανόνες για την πολιτική της δημόσιας υγείας, οι αυτοδιοικούμενοι

οργανισμοί έχουν την υπευθυνότητα για την οργάνωση, τη χρηματοδότηση, την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Στη Γερμανία η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι συνολική, δηλαδή όλοι οι κάτοικοι των χωρών έχουν εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο κατάλογος των βασικών αναγκών που καλύπτονται μπορεί να είναι είτε πολύ περιεκτικός

Το Γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι άκρως αποκεντρωμένο με συνταγματική διαίρεση των ευθυνών μετά των ομοσπονδιακών και επαρχιακών αρχών. Το σύστημα χαρακτηρίζεται από την ομόσπονδη δομή της χώρας, τη διανομή των αρμοδιοτήτων στους διάφορους συμμετέχοντες στο σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, καθώς και από άλλου τύπου δομές σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Ομόσπονδων Κρατών που κατέχουν τις αρμοδιότητες στο συγκεκριμένο δομημένο μοντέλο προγραμματισμού, συντονισμού και χρηματοδότησης από τη πλευρά του Υπουργείου. Ο ρόλος του περιορίζεται στη διατύπωση πολιτικών πλαισίων βάση του οποίου παρέχονται οι υπηρεσίες⁴⁴.

Στις χώρες που ισχύει η κοινωνική ασφάλιση, όπως είναι και στην Αυστρία το κράτος παραδοσιακά μοιράζει αρμοδιότητες στις ασφαλιστικές ενώσεις, οι οποίες βασίζονται στην ιδιότητα του μέλους, αλλά και στους πάροχους υπηρεσιών που έχουν ένα αυτοδιοικητο σύστημα λειτουργίας. Η Ομοσπονδία των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλειας και οι ενώσεις των επαγγελματιών υγείας έχουν μείζονα ρόλο στην κοινωνική ασφάλεια διαμορφώνοντας ένα δίκτυο προσφοράς. Η οργάνωση της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης είναι νομιμοποιημένη από τις δημοκρατικά εκλεγμένες δομές. Στο νοσοκομειακό σύστημα και στο τομέα μακροχρόνιας περίθαλψης η Γερμανική υγειονομική περίθαλψη είναι ένα διατομεακό ζήτημα.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται περισσότερες προσπάθειες να εισαχθούν μηχανισμοί λήψης αποφάσεων και ροές χρηματοδότησης που είναι αποτελεσματικές⁴⁵. Το Γερμανικό σύστημα βασίζεται σε αποκεντρωμένες συμβάσεις με όλους τους προμηθευτές υπηρεσιών.

44 Grosse S. and Figueras J. (2004): Snapshots of Health Systems – 16 Countries, www.euro.who.int.

45 Giorgi L. (2005): Active Ageing and Health Care Systems –Country Report, Interdisciplinary Centre for Comparative Research in the Social Sciences (ICCR) Vienna,

4.3 Η σχέση δημοσίων ιδιωτικών δαπανών υγείας

Σε επίπεδο χρηματοδότησης με βάση τα δεδομένα που αναφέρθηκαν στις παραπάνω ενότητες, διαπιστώθηκε ότι η χρηματοδότηση γίνεται από τις επιχειρήσεις και τους εργαζόμενους, ενώ σημαίνουν ρόλο παίζει και το κράτος καθώς ένα μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού δίνεται στην υγεία. Συγκεκριμένα, για το Γερμανικό σύστημα υγείας η χρηματοδότησή του γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος των εισφορών διαφέρει από Ταμείο σε Ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται κατά το ποσοστό των 50% από εργοδότες και κατά το υπόλοιπο 50% από τους εργαζόμενους. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας, μία εκ των οποίων είναι η προσπάθεια δημιουργίας ασφαλιστικών ταμείων για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας⁴⁶.

Το σύστημα υγείας στη Γερμανία, εστιάζει στην επέκταση των υπηρεσιών προς τους πολίτες μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας. Το σύστημα καλύπτει όλες τις ανάγκες των πολιτών ενώ έχει ένα ισχυρό κοινωνικό προφίλ το οποίο βασίζεται στο κοινωνικό νόμο οποίος ονομάζεται Sozialgesetzbuch. Ένα σύστημα άκρως συγκεντρωτικό και συνεργατικό το οποίο ελέγχεται από το κράτος.

Τα δημόσια ταμεία είναι ανεξάρτητα, έχουν τη δύναμη να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών, οπότε περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό η ιδιωτική πρωτοβουλία. Ειδικότερα η ιδιωτική ασφάλιση έχει μικρότερη δυναμική στους πολίτες και ευρύτερα στο κράτος. Η περίθαλψη παρέχεται από τα γραφεία των ιδιωτικών και γενικών ιατρών, η οποία είναι η πιο ουσιαστική συμβολή του ιδιωτικού τομέα.

Το Βρετανικό μοντέλο PFI, ενέπνευσε τους Γερμανούς για να αναπτύξουν το δικό τους μοντέλο το Betreibermodel. Στο μοντέλο αυτό η αμοιβή του Ιδιωτικού τομέα πληρώνεται με τη μορφή τέλους υποστήριξης της δημόσιας υγείας και γενικότερα του δημόσιου τομέα. Οι πληρωμές αυτές είναι άλλοτε σταθερές και υπολογίζονται με μεταβλητό τρόπο και άλλοτε με βάση τη διαθεσιμότητα του σχετικού έργου ή των σχετικών υπηρεσιών ή ακόμη ανάλογα με τη συχνότητα χρήσης του έργου.

46 Τούντας, Ι., (2000). «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20, 1.

Στη Γερμανία, συνάφθηκε συμβόλαιο εκχώρησης δημόσιου νοσοκομείου χιλίων εκατό κλινών στο Βερολίνο. Συγχρόνως δε υλοποιήθηκε ένας πλήρης εκσυγχρονισμός κτιρίων και εξοπλισμών νοσοκομείων με ιδιωτικά κεφάλαια τα οποία ξεπέρασαν τα διακόσια δεκαπέντε εκατομμύρια ευρώ. Μια από τις βασικές δεσμεύσεις σύμπραξης ήταν η διατήρηση όλων των θέσεων του προσωπικού για τουλάχιστον τέσσερα χρόνια, με μείωση του κόστους του προσωπικού, το οποίο έφτανε το 10%, λόγω αποδοτικότερου σχεδιασμού⁴⁷.

Συγχρόνως διατηρήθηκε η ακαδημαϊκή-διδασκτική δραστηριότητα στους χώρους του νέου Νοσοκομείου (οι δραστηριότητες αυτές συνέχισαν να εποπτεύονται και να χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο). Σε όλες τις άνωθεν περιπτώσεις η ιδιωτική πρωτοβουλία πρωτοστάτησε με την παροχή παρακλινικών, κλινικών και ιατρικών υπηρεσιών με επιτυχία, με στόχο τη βελτίωση των διαφόρων χαρακτηριστικών σε ποιοτικό και οικονομικό επίπεδο στην υγεία, χωρίς η συνεργασία αυτή να πλήξει τη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες ή να επιβαρυνθεί ο δημόσιος προϋπολογισμός ή το ιδιωτικό εισόδημα.

4.4 Διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας του πληθυσμού και αποδοτικότητα

Στο Γερμανικό σύστημα υγείας κυριαρχεί η κοινωνική ασφάλιση, μέσω των ταμείων υγείας και συνυπάρχουν αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, οι χρηματοδοτικές εισφορές από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο συνεχής έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας.

Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο όπως αναφέρθηκε και στην παραπάνω ενότητα και παρουσιάζει στον τομέα αυτό ομοιότητες με το Καναδικό και το Σουηδικό σύστημα. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται δωρεάν και έχουν αυξημένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, ενώ οι γιατροί είναι επαγγελματικά αυτόνομοι. Η Γερμανική κυβέρνηση ψήφισε τα τελευταία το παραπάνω διάστημα μια σειρά από νόμους, έτσι ώστε σήμερα το σύστημα υγείας να χαρακτηρίζεται

47 Παπαδόπουλος, Α.(2010),Συμπράξεις, Συντονισμός και Συνεργασία του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα στα πλαίσια ενός Μικτού Συστήματος Υγείας, Πανελλήνιο Συνέδριο Management

ως το πιο ελεγχόμενο τμήμα της Γερμανικής οικονομίας. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τα οποία είναι είτε ιδιωτικά, είτε δημόσια γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι διοικητικές και κεφαλαιουχικές δαπάνες καλύπτονται από επιδοτήσεις της ομοσπονδιακής και τοπικής κυβέρνησης. Οι γιατροί των νοσοκομείων αμείβονται με μισθό, με βάση την ειδικότητα και τα χρόνια προϋπηρεσίας⁴⁸.

Οι χώρες με κατά κεφαλήν ΑΕΠ που υπερέβαινε κατά τουλάχιστον 20 % (Πίνακας 4 παράρτημα) το επίπεδο της ΕΕ το 2010 είναι η Γερμανία μαζί με την οποία είναι και άλλες χώρες όπως η Δανία, η Αυστρία και η Σουηδία. Το Βέλγιο και η Γερμανία.

Οι δείκτες υγείας του πληθυσμού τα τελευταία είκοσι πέντε χρόνια παρουσιάζουν συνεχή ανάπτυξη. Συγκεκριμένα το 1990 το προσδόκιμο επίπεδο ζωής του γερμανικού πληθυσμού ήταν εβδομήντα εννιά ετών σε σύγκριση με το παγκόσμιο που ήταν εξήντα οχτώ ετών. Ανάλογα αποτελέσματα συναντώνται μέχρι και το 2011 όπου τα αντίστοιχα έτη είναι ογδόντα τριών ετών για τους γερμανούς και εβδομήντα δύο για τον υπόλοιπο κόσμο. Η ίδια εικόνα ακριβώς συναντάται και κατά την εξέταση των δεικτών παιδικής θνησιμότητας.

4.5 Ανακεφαλαίωση

Η συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα βοήθησαν την αύξηση της αποδοτικότητας ενώ επέφεραν και την ισότητα στην υγεία. Οι Γερμανοί χρησιμοποίησαν την ιδιωτική πρωτοβουλία προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική αποδοτικότητα αλλά και να έχουν όφελος οι ιδιωτικές εταιρίες με τη μορφή κερδών, μειωμένου κόστους για τους πολίτες και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το εκάστοτε νομικό και συμβατικό πλαίσιο αλλά και οι νοοτροπίες και πρακτικές Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα στην Γερμανία έπαιξε κρίσιμο ρόλο και καθόρισαν την επιτυχία ή την αποτυχία, μη επιτρέποντας προβλήματα για τους πολίτες και προήγαγαν την ισότητα και ενίσχυσαν την αποδοτικότητα. Με βάση τη παραπάνω ανάλυση διαπιστώνεται ότι το Γερμανικό σύστημα προσφέρει ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών στους πολίτες. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα δεν επιβαρύνει τους πολίτες, αντίθετα τους παρέχει πρόσθετες ποιοτικές υπηρεσίες οι οποίες βοηθούν το πολίτη να βιώνει ένα πολύ καλύτερες υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου.

48 Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ., (2010) Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

КОНСТИТУЦИОННО ПРАВО

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΟ ΣΚΑΝΔΙΝΑΒΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ - ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΟΥΗΔΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Στο Σουηδικό σύστημα υγείας οι πολίτες πέρα από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν μια ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας τους. Την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος, δηλαδή βασίζεται σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας διαφέρει από όλα τα άλλα δημόσια και εθνικά συστήματα υγείας, λόγω των εξουσιών που έχει η αυτοδιοίκηση σε οργανωτικά συστήματα αλλά και σε θέματα παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Αυτό αναφέρεται στη μεγάλη παράδοση που έχει η τοπική και δημοτική αυτοδιοίκηση στις χώρες του Ευρωπαϊκού Βορρά. Όπως όλες οι Βόρειο-Ευρωπαϊκές χώρες, έτσι και η Σουηδία είναι διαιρεμένη σε περιφέρειες, νομούς και δήμους και η τοπική εξουσία έχει την πλήρη σχεδόν ευθύνη της οργάνωσης και διοίκησης σε τοπικό επίπεδο⁴⁹.

Όπως σε όλες σχεδόν τις Δυτικοευρωπαϊκές χώρες, έτσι και στη Σουηδία το σύστημα υγείας αναπτύχθηκε με πολύ γρήγορους ρυθμούς μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και ήδη από τη δεκαετία του '70 θεωρούνταν ως ένα από τα καλύτερα οργανωμένα και αποκεντρωμένα συστήματα. Σήμερα η υγεία του Σουηδικού πληθυσμού κρίνεται καλή με βάση τα διεθνή πρότυπα και το σύστημα υγείας διαθέτει σημαντικούς πόρους σε εξοπλισμό, προσωπικό και επιστημονική γνώση. Παρά τα καλά αποτελέσματα αλλά και τη σωστή του οργάνωση και λειτουργία, δε σταμάτησαν ποτέ τα τελευταία χρόνια οι προσπάθειες για τη βελτίωσή του μέσα από δομικές παρεμβάσεις τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο.

Κατά την περίοδο 1960-1980 οι δαπάνες υγείας στη Σουηδία από 4,7% του ΑΕΠ έφτασαν στο 9,5%, ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν κατά μέσο όρο 4,2% και 7,0%. Στις αρχές της δεκαετίας του '90 παρατηρήθηκε μια σημαντική συρρίκνωση των

⁴⁹ Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

δαπανών οι οποίες περιορίστηκαν γύρω στο 8,6% του ΑΕΠ, ως αποτέλεσμα των παρεμβάσεων που έγιναν. Κατά την ίδια χρονική περίοδο οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας από 3,2% έφτασαν στο 7% της συνολικής απασχόλησης. Από αυτό φαίνεται ότι το Σουηδικό μοντέλο είναι σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό ένα σύστημα εντάσεως εργασίας σε σύγκριση με τα άλλα ευρωπαϊκά συστήματα. Σήμερα, το σύστημα υγείας της Σουηδίας θεωρείται ως ένα από τα καλύτερα οργανωμένα και αποκεντρωμένα συστήματα. Διαθέτει σημαντικούς πόρους σε εξοπλισμό, προσωπικό και επιστημονική γνώση.

5.2 Δομή και οργάνωση

Το σύστημα υγείας στη Σουηδία στηρίζεται μοντέλο Beveridge με περιφερειακή οργάνωση, το οποίο χρηματοδοτείται κατά 78% από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση και κατά 22% από ιδιωτικές πληρωμές. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και η συμβολή της στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας δεν υπερβαίνει το 1% των δαπανών. Περίπου στο 20% των ιατρικών πληρωμών (συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων και οδοντιατρικών υπηρεσιών) συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής (co-payment).

Τόσο η χρηματοδότηση όσο και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, που συγκροτούνται σε είκοσι ένα περιφερειακά και διακόσια ογδόντα εννέα. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο χωρίζεται σε περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες αποτελούνται συνήθως από ένα νοσοκομείο και ορισμένους τομείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κάθε τομέας πρωτοβάθμιας περίθαλψης χωρίζεται σε υποτομείς, που αντιστοιχούν στους επιμέρους δήμους της χώρας. Η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τη δημόσια υγεία, την ιατρική έρευνα και τα ακαδημαϊκά νοσοκομεία.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 επιχειρήθηκε, όπως και στη Μεγάλη Βρετανία, διαχωρισμός αγοραστών και προμηθευτών, ενώ παράλληλα δόθηκαν κίνητρα για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, στον οποίο περιλαμβάνονται ξενώνες ήπιας νοσηλείας και μικρά νοσοκομεία. Τα Νοσοκομεία, τόσο τα περιφερειακά-ακαδημαϊκά όσο και τα τοπικά, λειτουργούν υπό την ευθύνη των περιφερειακών συμβουλίων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διοίκηση των νοσοκομείων έχει παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς και κέντρα υγείας, καθένα από τα οποία παρέχει υπηρεσίες σε πληθυσμό δέκα χιλιάδων έως πενήντα χιλιάδων ατόμων. Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα κυρίως με γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές δημόσιας υγείας και μαίες. Οι ασθενείς μπορούν και επιλέγουν το κέντρο υγείας, τον οικογενειακό τους γιατρό και το νοσοκομείο της προτίμησής τους. Η χρήση των υπηρεσιών περίθαλψης είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, γιατί το σαράντα έξι τοις εκατό των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων. Μόνο το δεκαπέντε τοις εκατό των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί που έχουν σύμβαση με τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπόλοιποι γιατροί είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι (κυρίως οι νοσοκομειακοί) ή αμείβονται κατά κεφαλή (κυρίως οι γενικοί γιατροί). Οι γιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να έχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής.

Το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας (SPRI) διοικείται από την κυβέρνηση στα περιφερειακά συμβούλια, ενώ ασχολείται με τον προγραμματισμό αλλά και με την έρευνα σε θέματα που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα του συστήματος αλλά και την αναζήτηση μέτρων και πολιτικών για την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Την ευθύνη της οργάνωσης, διοίκησης και παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν τα είκοσι τρία νομαρχιακά συμβούλια και οι τρεις μεγάλοι δήμοι που θεωρούνται ως νομοί.

Με βάση τις παραπάνω αναφορές γίνεται κατανοητό ότι το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι πλήρως αποκεντρωμένο και διοικούμενο ανά τομέα. Ο τρόπος αυτός διοίκησης βοηθά το πολίτη να ελέγχει καλύτερα μέσα από τα όργανα της την υγεία, να επιλύονται πιο άμεσα τα διάφορα προβλήματα, να δίνονται πιο άμεσα λύσεις σε όλους τους τομείς και τέλος να ικανοποιούνται οι ανάγκες των πολιτών⁵⁰.

5.3 Η σχέση δημοσίων ιδιωτικών δαπανών υγείας

Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στη Σουηδία, αποτελούν οι τοπικοί και δημοτικοί φόροι (70%) και ακολουθεί η χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση που φτάνει σε ποσοστό 19%. Το ύψος της τελευταίας καθορίζεται ύστερα από δια-

⁵⁰ Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

πραγματεύσεις που γίνονται με τα νομαρχιακά συμβούλια και κυρίως βασίζεται κατά ένα μέρος στον αριθμό των κατοίκων κάθε περιφέρειας και σε κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τους και κατά το υπόλοιπο στον όγκο συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας, όπως π.χ. οδοντιατρικές, που καταναλώθηκαν στον κάθε νομό. Ένα μέρος της κρατικής χρηματοδότησης χρησιμοποιείται για την εξάλειψη των οικονομικών διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων περιοχών και στα περιθώρια που έχουν τα νομαρχιακά συμβούλια για την άντληση πόρων μέσα από τη φορολογία των κατοίκων αυτών των περιοχών.

Οι πόροι με τους οποίους η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τα νομαρχιακά συμβούλια προέρχονται σε μεγάλο ποσοστό από την εθνική ασφάλιση υγείας. Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1955 και σήμερα προσφέρει επιδόματα ασθένειας και αναπηρίας και καλύπτει μερικώς κάποιες υπηρεσίες υγείας όπως π.χ. οδοντιατρικές και φάρμακα. Τα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των αυτοαπασχολουμένων.

Η ροή των χρημάτων προς τα νοσοκομεία γίνεται με τη μορφή ετήσιων προϋπολογισμών, στους οποίους περιλαμβάνονται οι μισθοί του προσωπικού, τα φάρμακα, τα αναλώσιμα και ο εξοπλισμός. Τα τελευταία χρόνια πολλοί νομοί έχουν υιοθετήσει το σύστημα των κλινικών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία, έτσι ώστε εκείνα τα κλινικά τμήματα που εξοικονομούν στο τέλος του οικονομικού έτους μέρος αυτών των χρημάτων, να έχουν το δικαίωμα να τα χρησιμοποιήσουν για τη βελτίωση και τον εξοπλισμό των κλινικών ή/και για την εκπαίδευση του προσωπικού τους. Εάν αντίθετα έχουν έλλειμμα τότε αυτό μεταφέρεται στην επόμενη χρήση.

Οι γιατροί και το υπόλοιπο προσωπικό αμείβονται με μηνιαίο μισθό από τα κατά τόπους νομαρχιακά συμβούλια, ενώ τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες που βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο, έτσι ώστε μέρος της αμοιβής των γιατρών να συνδεθεί με τον αριθμό των ιατρικών πράξεων που εκτελούν, τακτική η οποία ακολουθείται και από τους ιδιώτες γιατρούς που έχουν σύμβαση με τα νομαρχιακά συμβούλια.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται δωρεάν στον πληθυσμό, αλλά στην εξω-νοσοκομειακή υπάρχει συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που καταναλώνει, η οποία καθορίζεται από τα νομαρχιακά συμβούλια. Για παράδειγμα ο ασθενής καλείται να

πληρώσει ένα συγκεκριμένο για κάθε επίσκεψη ποσό για επισκέψεις στους γιατρούς των κέντρων υγείας, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, για υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, λογοθεραπείας, κλπ.,. Αυτό γίνεται για λόγους ελέγχου των δαπανών υγείας μέσα από τον περιορισμό των άσκοπων επισκέψεων. Μόνο μερικές υπηρεσίες που έχουν προληπτικό χαρακτήρα όπως ο προγεννητικός έλεγχος, παρέχονται εντελώς δωρεάν.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική περίθαλψη, το κόστος της οποίας φτάνει στο 9,5% των συνολικών δαπανών υγείας, καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης και κατά το υπόλοιπο από τον ασθενή. Υπάρχει δηλαδή και εδώ συμμετοχή του ασθενούς που διαφοροποιείται ανάλογα με την περίπτωση ή το φάρμακο. Για λόγους ελέγχου του κόστους δεν πρέπει καμία συνταγή να ξεπερνά ένα καθορισμένο κόστος και ακόμη τα συνταγογραφούμενα φάρμακα πρέπει να είναι εγκεκριμένα από ειδική επιτροπή και εγγεγραμμένα στη λίστα φαρμάκων που υπάρχει. Ο Εθνικός Φορέας των Σουηδικών Φαρμακείων, ο οποίος ελέγχεται από την κεντρική κυβέρνηση είναι υπεύθυνος για την αγορά και διανομή των φαρμάκων⁵¹.

Το 2010, το Σουηδικό σύστημα υγείας απορροφούσε χίλια τετρακόσια είκοσι δολάρια κατά κεφαλή και είναι το τρίτο κατά σειρά περισσότερο δαπανηρό σύστημα στον κόσμο μετά τις ΗΠΑ και τον Καναδά.

Με βάση τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα πιο εξελιγμένα σε όλη την Ευρώπη. Με βάση τη φιλοσοφία του βασίζεται κυρίως στη δημόσια δαπάνη, στη δημόσια πρωτοβουλία. Η Σουηδία δεν έχει οδηγηθεί σε πολλές συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα. Όταν αυτό γίνεται σύμφωνα με το κράτος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η «χρηματοδότηση του έργου» από την αρχή με ολοκληρωμένο τρόπο που θα εξασφαλίζει τους αναγκαίους πόρους διαχρονικά, σύμφωνα με το Σουηδικό μοντέλο. Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι ο βαθμός αποδοτικότητας στη Σουηδία είναι υψηλός και καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών του.

⁵¹ Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

5.4 Διαχρονική εξέλιξη δεικτών υγείας και αποδοτικότητα

Η Υγειονομική περίθαλψη και το κοινωνικό κράτος στη Σουηδία βρίσκονται σε υψηλότατα επίπεδα. Συγκεκριμένα πάνω από το 85% των εξόδων των πολιτών καλύπτονται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία, ενώ το σύνολο των πολιτών απολαμβάνει τις αρτιότερες και πιο εξελιγμένες ιατρικές υπηρεσίες. Οι δείκτες θνησιμότητας (Πίνακας 5 παράρτημα) παρουσιάζουν μια ευρύτερη πτωτική τάση ενώ οι δείκτες υγειονομικής περίθαλψης είναι σε πολύ υψηλό επίπεδο. Οι Σουηδοί έχουν τα καλύτερα νοσοκομεία αλλά και τη καλύτερη κοινωνική μέριμνα. Η αδυναμία του συστήματος είναι η αναμονή στους γιατρούς και η μικρή έκτασης ιδιωτικοποιήσεις η οποία δεν φέρνει αποτελέσματα.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 δόθηκαν στη Σουηδία, κίνητρα για την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, στον οποίο περιλαμβάνονται ξενώνες ήπιας νοσηλείας και μικρά νοσοκομεία (μικρότερα των πενήντα κλινών). Τα Νοσοκομεία, τόσο τα περιφερειακά-ακαδημαϊκά όσο και τα τοπικά, λειτουργούν υπό την ευθύνη των περιφερειακών συμβουλίων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η διοίκηση των νοσοκομείων έχει παραχωρηθεί σε ιδιωτικούς, κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς φορείς.

Η χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι περιορισμένη σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, καθώς το 46% των πρωτοβάθμιων επισκέψεων πραγματοποιείται στα ιατρεία των νοσοκομείων. Μόνο το 15% των γιατρών είναι ιδιώτες γιατροί που έχουν σύμβαση με τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπόλοιποι γιατροί είναι είτε έμμισθοι δημόσιοι υπάλληλοι (κυρίως οι νοσοκομειακοί) ή αμείβονται κατά κεφαλή (κυρίως οι γενικοί γιατροί). Οι γιατροί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας πρέπει να έχουν την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής⁵².

5.5 Ανακεφαλαίωση

Το σκανδιναβικό μοντέλο έλκεται από τη Γαλλική επανάσταση του 1948, και τον κοινωνικό συμβιβασμό που ισχυροποιήθηκε από την μακρόβια συμμαχία μεταξύ μεσαίων στρωμάτων και της αγροτικής - εργατικής τάξης εν μέσω μιας σχετικά αδύναμης αστικής τάξης. Το αποτέλεσμα αυτής της μακρόχρονης και σταθερής συμμαχίας ήταν η επέκταση

⁵² Τούντας, Γ., (2006). Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής

των πλεονεκτημάτων της κοινωνικής πολιτικής στα μεσαία στρώματα. Η χρηματοδότηση είναι κρατική μέσω της γενικής φορολόγησης και το μοντέλο χαρακτηρίζεται αναδιανεμητικό. Ο τοπικός φόρος, που αποφασίζουν οι ίδιες οι κοινότητες, αποτελεί κατά προσέγγιση το 50% της συνολικής φορολόγησης.

Η κοινωνική πολιτική ασκείται κυρίως μέσω κοινωνικών υπηρεσιών, διαχειριζόμενες σχεδόν αποκλειστικά από την τοπική αυτοδιοίκηση, με συνταγματικά κατοχυρωμένες αρμοδιότητες. Η αυτοδιοίκηση έχει σε πολύ μεγάλο βαθμό αυτοτέλεια διοικητική, αλλά, όπως προαναφέρθηκε, και οικονομική. Υφίσταται διαχειριστικό έλεγχο, αλλά όχι έλεγχο σκοπιμότητας ή εποπτεία ως προς την οργάνωση των υπηρεσιών ή την αξιοποίηση των κονδυλίων που διατίθενται. Το μοντέλο αυτό αποτελεί ιστορικό συμβιβασμό ανάμεσα στην αποκεντρωτική και φιλελεύθερη αρχή της αυτοδιοίκησης και στην εξισωτική και συγκεντρωτική αρχή του κράτους πρόνοιας.

Συμπερασματικά το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα καλύτερα στην Ευρώπη. Παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Οι συμπράξεις γίνονται σε λίγους τομείς και μόνο όταν χρειάζεται προκειμένου να ενισχυθούν έργα που θα βοηθήσουν το πολίτη όπως για παράδειγμα την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΠΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΛΛΑΔΑ - ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Εισαγωγή

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), με τη σημερινή του μορφή, θεσπίστηκε το 1983 και αποτελεί ένα «μείγμα» των προαναφερθέντων συστημάτων, καθώς είναι έντονος και ο ρόλος του κράτους και της κοινωνικής ασφάλισης, ενώ ο ιδιωτικός τομέας είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος. Η παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας γίνεται και από το κράτος και από ιδιώτες.

Πιο συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από το κράτος στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τα οποία υπάγονται διοικητικά σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο και τα αγροτικά ιατρεία και από τα ασφαλιστικά ταμεία και τους ιδιώτες γιατρούς. Ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία (όπως το ΙΚΑ) αλλά και δημοτικοί οργανισμοί (ΚΑΠΗ), παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους ασφαλισμένους τους μέσα από τα πολυιατρεία που διαθέτουν.

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από το δημόσιο και από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ η Τριτοβάθμια Φροντίδα παρέχεται μόνο από το δημόσιο.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται:

- Από τα Δημόσια Έσοδα, που προέρχονται από τους φόρους.
- Από τις Υποχρεωτικές Εισφορές σε οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.
- Από Ιδιωτική Δαπάνη, που περιλαμβάνει ίδιες πληρωμές, (out-of-pocket), τη δαπάνη για ιδιωτική ασφάλιση και τις λοιπές ιδιωτικές πληρωμές (μη κυβερνητικοί οργανισμοί, εταιρικές ομαδικές ασφαλίσσεις)

Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση του ΕΣΥ στηρίζεται κατά κύριο λόγο στη φορολογία. Από τα δημόσια έσοδα χρηματοδοτούνται τα δημόσια νοσοκομεία, οι ελλειμματικοί κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και τα προγράμματα δημόσιας υγείας, η έρευνα σχετικά με την υγεία, καθώς και η εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της υγείας. Τα ασφαλιστικά ταμεία επιβαρύνονται με ένα μέρος του κόστους των υπηρεσιών

φροντίδας υγείας που παρέχονται είτε από Δημόσιες Υπηρεσίες, είτε από συμβεβλημένους με τα ταμεία ιδιώτες. Αξίζει να αναφερθεί ότι το ποσό που υποχρεούνται να καταβάλλουν τα ταμεία για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους δικαιούχους τους, είναι κατά πολύ μικρότερο του πραγματικού κόστους αυτών των υπηρεσιών, γιατί το μεγαλύτερο μέρος επιχορηγείται από το κράτος. Επιπλέον παρατηρείται ότι σε σύγκριση με τα ανάλογα ποσοστά των ευρωπαϊκών χωρών, οι εισφορές των εργοδοτών είναι πολύ μικρότερες, ενώ αντιστρόφως είναι μεγαλύτερες οι εισφορές των εργαζομένων. Μεγάλο μέρος των δαπανών για τη φροντίδα υγείας προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές, οι οποίες αφορούν είτε στην αγορά υπηρεσιών που παρέχονται από ιδιώτες, είτε στη συμμετοχή στο κόστος υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ ή από ιδιώτες συμβεβλημένους με ταμεία.

Επίσης, μέρος των ιδιωτικών πληρωμών αφορά ασφάλιστρα για κάλυψη έναντι νοσημάτων, ατυχημάτων ή θανάτων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Για το λόγο αυτό, ο κλάδος της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα γνωρίζει τα τελευταία χρόνια μια θεαματική άνοδο. Οι πολίτες στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη έναντι κινδύνων που είτε δεν περιλαμβάνονται στις παροχές κοινωνικής προστασίας, είτε καλύπτονται μόνο μερικά. Επίσης, μπορεί να καλύψει ανάγκες ασφάλισης φροντίδας υγείας κατά τρόπο συμπληρωματικό, βελτιώνοντας την προστασία που ήδη προσφέρει η Κοινωνική Ασφάλιση. Πράγματι, η Ιδιωτική Ασφάλιση παρέχει τη δυνατότητα ορισμένων εναλλακτικών στην επιλογή υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα υποκατάστασης παροχών της Κοινωνικής Ασφάλισης με δαπάνες που πραγματοποιούνται μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης, αποτελεί η νοσοκομειακή φροντίδα. Στα περισσότερα συμβόλαια των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών προβλέπεται η κάλυψη σημαντικού ποσοστού της νοσοκομειακής δαπάνης. Στην περίπτωση, όμως, που ασφαλισμένος κάνει χρήση και της κάλυψης από τον κύριο ασφαλιστικό του φορέα, η Ιδιωτική Ασφάλιση καλύπτει το σύνολο της υπόλοιπης δαπάνης. Ακόμη ο προαιρετικός χαρακτήρας για ιδιωτική ασφάλιση σημαίνει ότι οι πόροι που συσσωρεύονται από τις ασφαλιστικές εισφορές, μπορούν να αποτελέσουν μακροπρόθεσμα πρόσθετη κοινωνική αποταμίευση.

Συμπερασματικά, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της κοινωνικής προστασίας στη Ελλάδα, καθιστά επιτακτική την ανάγκη για τη δημιουργία νέων πόρων που θα συμπληρώσουν τα κενά στην ασφαλιστική προστασία, χωρίς να επιβαρύνονται περισσότερο οι δημόσιες δαπάνες. Το ρόλο αυτό μπορεί να διαδραματίσει η Ιδιωτική Ασφάλιση, με την άντληση

νέων κεφαλαίων και την παραγωγική τους επένδυση. Τέλος, προκύπτει ότι το ΕΣΥ δεν αποτελεί πιστή αντιγραφή κάποιου από τα αντιπροσωπευτικά συστήματα. Εξάλλου, κανένα σύστημα υγείας δεν αποτελεί αντιγραφή κάποιου άλλου, δεδομένου ότι το σύστημα υγείας δεν είναι παρά ένα υποσύστημα ενός ευρύτερου συστήματος, του κοινωνικού πλέγματος, το οποίο και θέτει το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας μέσα στο οποίο εντάσσεται το σύστημα υγείας.

Τα επιχειρήματα που υποστηρίζουν ότι η υγεία του πληθυσμού και επομένως οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αφεθούν ελεύθερα στις δυνάμεις και τον μηχανισμό της ελεύθερης αγοράς έχουν κερδίσει το έδαφος και αποτελούν την συνηθισμένη πρακτική στο διεθνές επίπεδο. Όλες οι κυβερνήσεις, σε διαφορετικό βαθμό η κάθε μια, επεμβαίνουν στο υγειονομικό σύστημα και με διάφορους ρυθμιστικούς μηχανισμούς διαμορφώνουν το πλαίσιο της διανομής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών. Σημαντικό τμήμα των ρυθμίσεων αποτελεί ο στόχος της περιφέρειας οργάνωσης των υπηρεσιών και η ισόρροπη περιφερειακή ανάπτυξη και κατανομή των πόρων. Αυτό γιατί ο μηχανισμός της αγοράς δεν είναι δυνατόν να λάβει υπόψη του το κριτήριο της χωρικής ισότητας και να καταναείμει τους διαθέσιμους πόρους με βάση το κριτήριο αυτό. Επομένως επιβάλλεται η κρατική παρέμβαση.

Τα κριτήρια της χωρικής, γεωγραφικής κατανομής πόρων και υπηρεσιών, της ισότητας στην πρόσβαση και της αποτελεσματικότητας διαμορφώνουν το πλαίσιο της περιφερειακής οργάνωσης και την περιφερειακή πολιτική υγείας. Επομένως, η περιφερειακή πολιτική υγείας δεν είναι ενιαία και σε ένα μεγάλο βαθμό επηρεάζεται από την οργάνωση των υγειονομικών συστημάτων. Παρά τις διαφορές όμως, το πλαίσιο των κρατικών παρεμβάσεων είναι κοινό και αφορά και τους δυο πόλους του συστήματος, δηλαδή της ζήτησης και της προσφοράς. Η πλευρά της ζήτησης – χρηματοδότησης προσδιορίζει τον όγκο των οικονομικών πόρων και διαμορφώνει τους όρους της προσφοράς των υπηρεσιών. Αντίστοιχα, η πρόσφορα των υπηρεσιών εξαρτάται από οργανωτικές ρυθμίσεις και παρεμβάσεις της κρατικής πολιτικής. Επομένως, η κρατική παρέμβαση στην πλευρά της ζήτησης αποτελεί μια έμμεση μέθοδος ενώ η παρέμβαση στην πλευρά της προσφοράς αποτελεί την άμεση μέθοδο παρέμβασης.

Τα τελευταία χρόνια βέβαια, παρατηρείται η τάση εγκατάλειψης του προγραμματισμού με την έννοια ενός συνολικού σχεδίου δράσης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ο συνολικός κεντρικός προγραμματισμός δεν προτιμάται από τις κυβερνήσεις λόγω των δυσμενών οικονομικών εξελίξεων που επιβάλλουν περικοπές δαπανών (Glenester, 1980), τα υποδείγματα της προσφοράς που διαμορφώθηκαν ανάλογα με το βαθμό ανάπτυξης της κάθε περιοχής δεν είναι εύκολο να αλλάξουν και η πλευρά της χρηματοδότησης συγκεντρώνει την προτίμηση της κρατικής παρέμβασης, προκειμένου να αντιμετωπιστούν καταστάσεις που δεν είναι αποδεκτές από την πολυπολιτισμική κοινωνία. Ως συμπέρασμα λοιπόν εξάγουμε ότι η παρέμβαση στην πλευρά της χρηματοδότησης για την επίτευξη της ισορροπίας στην κατανομή των πόρων ακολουθείται από τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας.

Οι πρόσφατες συζητήσεις για τα χρέη των δημοσίων νοσοκομείων της Ελλάδας οδήγησαν στην αναθεώρηση και διεύρυνση του δημοσίου ελλείμματος, παρά τις αδυναμίες εκτίμησης και των δύο μεγεθών σε ακριβείς νομισματικούς όρους ανά έτος. Το γεγονός αυτό καθιστά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία αποτελεί και το μεγαλύτερο μέρος του υγειονομικού κόστους, ως πυλώνα της οικονομίας και παράγοντα οικονομικών επιδόσεων στις κεντρομόλες μακροοικονομικές διεργασίες της Ελλάδας.

Η Ελλάδα εκτός από τις ιδιαιτερότητες που εμφανίζει ως οικονομία εν γένει, χαρακτηρίζεται από ειδικές συνθήκες στο χώρο της υγείας, τόσο λόγω του υψηλού κόστους όσο και του υποδείγματος χρηματοδότησης (βάσει ημερησίου νοσηλίου). Πίσω από αυτά, εκτός από την πολιτική υγείας, διακρίνεται μία πληθώρα παθογενειών. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τις διεθνείς στατιστικές υγείας, η Ελλάδα παρέχει πλήρη κάλυψη υγείας του πληθυσμού της, δηλαδή στο 100%. Το ποσοστό αυτό διαμορφώνεται σε εκθετικό $\{100^{\alpha} \%$ δεδομένου ότι η προσέλευση απροσδιορίστου μεγέθους πληθυσμιακών ροών προς τη χώρα μας με το προνόμιο της δωρεάν παροχής υπηρεσιών υγείας, δημιουργεί προϋποθέσεις ad hoc εισόδου αλλοδαπών πολιτών για την κατανάλωση φροντίδας υγείας⁵³.

Η πορεία των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μέχρι τη δεκαετία του 90' παρουσιάζει διαρκή αύξηση ανεξάρτητα από τους κύκλους της οικονομίας και δη τη γενικότερη οικονομική

⁵³ OECD Health Data 2009

συγκυρία όπως οι περίοδοι της ύφεσης. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην ικανοποίηση του κοινωνικού αιτήματος για δωρεάν υγεία για όλους μέσω της πλήρους κάλυψης του πληθυσμού. Στον Πίνακα 6 του παραρτήματος παρουσιάζονται οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ανά δεκαετία για την περίοδο 1960-1990. Σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ διακρίνεται το 1960 οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα ήταν μικρότερες οι από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Το 1970 τα ποσοστά αυτά αυξήθηκαν και σχεδόν ισοσκελίστηκαν. Τις δύο επόμενες δεκαετίες η αυξητική τάση συνεχίστηκε διατηρώντας ωστόσο το ποσοστό της Ελλάδας κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Από τη δεκαετία του 90' (Πίνακας 7 παραρτήματος) καταγράφεται υψηλότερο ποσοστό δαπανών υγείας στην Ελλάδα (περίπου 10% του ΑΕΠ) από αυτόν του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ (κάτω του 9,0% του ΑΕΠ). Η ετήσια κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ξεπερνά τις τρεις χιλιάδες ευρώ ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ή η απώλεια εισοδήματος των ασθενών (out-of-pocket) ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, ανέρχεται περίπου στο 37% ή 3,8% του ΑΕΠ. Το ποσοστό αυτό αντανakλά ενυπάρχουσες ανεπάρκειες του ΕΣΥ στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας και εκτιμάται ως υψηλό μέγεθος.

Στο υψηλό ποσοστό των δαπανών υγείας το οποίο αντιστοιχεί σε περίπου είκοσι πέντε δισεκατομμύρια ευρώ, ένα μέρος εκπορεύεται από την κάλυψη φροντίδας υγείας αλλοδαπών μη-ασφαλισμένων πολιτών. Στο τέλος της δεκαετίας του 90' οι γεννήσεις των αλλοδαπών αντιστοιχούσαν στο 15% των συνολικών γεννήσεων ενώ στο τέλος της περασμένης δεκαετίας αυξήθηκαν σε 20% περίπου. Ωστόσο στην Αθήνα το ποσοστό των γεννήσεων αλλοδαπών ανέρχεται πλέον του 44%. Τα στοιχεία αυτά απλά δίνουν μια εικόνα της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας και της αντίστοιχης δαπάνης του δημοσίου για την κάλυψή τους.

6.2 Δομή και οργάνωση

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος διαμορφώνεται ως εξής:⁵⁴

⁵⁴ Παρασκευόπουλος Λ, (2004), «Συστήματα Υγείας-θέματα οργάνωσης & διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας», Σημειώσεις διδασκαλίας, σελ:46-53.

- *Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης*

Είναι το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, την αξιολόγηση και την χρηματοδότηση των πολιτικών, των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Συγκροτείται σε γενικές διευθύνσεις, τμήματα και γραφεία. Συμβουλευτικό όργανο του υπουργείου είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), που αποτελεί το κατεξοχήν ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο του υπουργείου, σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος.

- *Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος (ΔΥΠΕ)*

Η επικράτεια διαιρείται σύμφωνα με το Νόμο 3329/2005 σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές. Έδρα κάθε υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας και σκοπός της ΔΥΠΕ είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας υγειονομικής περιφέρειας της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Τα έσοδα των ΔΥΠΕ προκύπτουν από επιχορηγήσεις από τον τακτικό κρατικό προϋπολογισμό και τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων, από το 1% επί των βεβαιωθέντων εσόδων των νοσοκομείων ΕΣΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, από δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων, από έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων, από έσοδα από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες και κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητα της.

- *Δημόσια Νοσοκομεία (Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Περίθαλψη)*

Λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας, με σκοπό την παροχή δευτεροβάθμιας / τριτοβάθμιας περίθαλψης στους πολίτες. Οι λειτουργίες του νοσοκομείου οργανώνονται σε τρεις υπηρεσίες: ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική.

- *Κέντρα Υγείας / Περιφερειακά Ιατρεία (Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα)*

Είναι υπεύθυνα μαζί με τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή πρωτοβάθμιων φροντίδων. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων. Στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας εκτός ΕΣΥ, που έχουν δημόσιο χαρακτήρα, ανήκουν διακόσια πολυϊατρεία στελεχωμένα με τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και περίπου τριακόσια ιατρεία με έναν έως πέντε γιατρούς βασικών ειδικοτήτων.

- *Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ- Επείγουσα Υγειονομική Φροντίδα)*

Είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου με περιφερειακή συγκρότηση και έδρα την Αθήνα. Κύριος σκοπός του ΕΚΑΒ, σύμφωνα με τον Ν. 1579/85, είναι: η παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες περιπτώσεις, η επείγουσα ιατρική αρωγή και η διακομιδή και μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

- *Υπηρεσίες και φορείς της Δημόσιας Υγείας*

Είναι οργανισμοί που υποπεύονται από το υπουργείο υγείας και οι βασικές λειτουργίες του είναι η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν, ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων και η αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.⁵⁵

- *Περιφερειακές & Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγείας*

Στις περιφέρειες και νομαρχίες της χώρας λειτουργούν διευθύνσεις υγείας, με αρμοδιότητες που αφορούν κύρια σε θέματα προληπτικής /κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας.

⁵⁵ Μερικές υπηρεσίες είναι: ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, το Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, το Εθνικό Κέντρο Πρόληψης και Επιδημιολογίας κλπ.

- *Ιδιωτικά Υγειονομικά Κέντρα*

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα ιδιωτικά ιατρεία, τα οδοντιατρεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία / κλινικές. Λειτουργούν με ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια και παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, κυρίως σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης, φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που συνήθως έχουν κάποιου είδους σχέση με το ΕΣΥ. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε εδώ τις σημαντικότερες νοσοκομειακές μονάδες κοινωφελούς χαρακτήρα, που είναι το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» στην πόλη της Θεσσαλονίκης (δωρεά του Νικόλα & Λεωνίδα Παπαγεωργίου), το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο στην Αθήνα (δωρεά στο Ελληνικό κράτος του Ιδρύματος Α. Ωνάση) και το Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, επίσης στην Αθήνα, το οποίο ανήκει στον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό.

6.3 Μεταρρυθμιστικές προσπάθειες από το 1974 έως και σήμερα

Το 1974 καταλύθηκε η δικτατορία στην Ελλάδα και ακολούθησε μια περίοδος όπου οι συνθήκες ήταν ώριμες για το ενδεχόμενο εγκαθίδρυσης ενός εθνικού συστήματος υγείας, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί στις άλλες χώρες της Ευρώπης. Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών μέσα από μια μελέτη που εκπόνησε για τον υγειονομικό τομέα, έκανε μια ολοκληρωμένη πρόταση για μεταρρύθμιση, (ΚΕΠΕ 1976). Η μελέτη αυτή προσδιόρισε ως κυριότερα προβλήματα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος την απουσία ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση και στις παροχές μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών με αποτέλεσμα την αδυναμία εφαρμογής της οποιασδήποτε πολιτικής. Την ύπαρξη μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού. Την έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού του Υπουργείου Υγείας και των άλλων κυβερνητικών φορέων στα θέματα της πολιτικής υγείας. Τις μεθόδους αμοιβής των ιατρών που οδηγούσαν σε προκλητή ζήτηση και σε παραοικονομία. Για να βελτιωθεί η κατάσταση και να περιοριστούν τα παραπάνω προβλήματα η μελέτη του ΚΕΠΕ πρότεινε τρεις εναλλακτικές λύσεις σε κεντρικό επίπεδο. Τη δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, την ενοποίηση των βασικών

ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ) και το συντονισμό και τη συνεργασία των υπαρχόντων ταμείων για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Επιπλέον πρότεινε την ανάπτυξη κέντρων υγείας που θα είναι στελεχωμένα με γιατρούς γενικής ιατρικής, την ανάπτυξη νοσοκομειακών μονάδων στην περιφέρεια που θα είναι συνδεδεμένες με τα κέντρα υγείας και τέλος ζητούσε να αποσαφηνιστεί η πολιτική του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα υγείας, υποστηρίζοντας ότι το βασικό μέρος της ευθύνης πρέπει να αναληφθεί από το ίδιο το κράτος⁵⁶.

Το 1980 έγινε μια ακόμη σημαντική προσπάθεια για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Το νομοσχέδιο που κατατέθηκε στη Βουλή με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», είχε ως κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό γιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού, τη σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Η πίεση όμως για μια ακόμη φορά από γιατρούς και πολιτικά κόμματα ήταν μεγάλη και έτσι η σημαντική αυτή πρόταση δεν έγινε ποτέ νόμος (Θεοδώρου κ.α, 2001).

Το 1981 ακολουθείται ένα ριζοσπαστικό πρόγραμμα κοινωνικών μεταρρυθμίσεων, με στόχο την αναδιανομή του εισοδήματος τόσο σε χρήματα όσο και σε είδος. Ένα σημαντικό πολιτικό μήνυμα της περιόδου αυτής είναι η έννοια του «κοινωνικού μισθού», που σημαίνει ότι ο πολίτης θα απολαμβάνει ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών, οι οποίες θα που προσδίδουν ένα επιπλέον «κοινωνικό εισόδημα». Η οικονομική πολιτική του προεδρεύοντος κόμματος εστιάζει σε επεκτατική δημοσιονομική και κοινωνική πολιτική, ουσιαστική εμπλοκή του κράτους στους παραγωγικούς τομείς της οικονομίας, εισαγωγή της τιμαριθμοποίησης στους μισθούς, μεγάλες ονομαστικές αυξήσεις στους χαμηλόμισθους και στους χαμηλοσυνταξιούχους, μεγάλες αυξήσεις των δημοσίων δαπανών και δικαιότερη αναδιανομή του εισοδήματος⁵⁷. Ο κύριος στόχος της πολιτικής αυτής ήταν η υιοθέτηση μιας κεϋνσιανής ιδεολογίας που θα οδηγούσε στην ανάπτυξη και την αναδιανομή του εισοδήματος μέσα από την επεκτατική δραστηριότητα του δημόσιου τομέα. Επιπλέον, η κυβέρνηση επέβλεπε στον θεσμικό εκσυγχρονισμό και την τόνωση της παραγωγικότητας, με την εφαρμογή μέτρων οικονομικής πολιτικής που προσιδιάζουν

⁵⁶ Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

⁵⁷ Υφαντόπουλος, Γ., (2003), *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

περισσότερο την στη φιλοσοφία των οικονομικών της προσφοράς. Η μόνη περίοδος «ορθόδοξων» οικονομικών πολιτικών ήταν το σταθεροποιητικό πρόγραμμα που υιοθετήθηκε μόνο για το βραχυπρόθεσμο διάστημα 1986-1987. Πάρα το δύσκολο οικονομικό κλίμα της περιόδου αυτής θα πρέπει να επισημανθούν οι σημαντικές υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που αποτέλεσαν σταθμό στη μεταπολεμική Ελλάδα. Ο Νόμος 1278/1982 που θέσπισε τη δημιουργία ενός επιτελικού οργάνου (ΚΕΣΥ) που θα ασχολείται με τον σχεδιασμό και τον επιστημονικό προγραμματισμό στον τομέα της υγείας και ο σημαντικότερος νόμος της δεύτερης πενηκονταετίας του εικοστού αιώνα, που είναι ο 1397 για το ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) αποτελούν νομοθετικά κείμενα. Η τέταρτη χρονική περίοδος που ακολουθεί (*Περίοδος του Ε.Σ.Υ.*), αρχίζει το 1983 και φθάνει μέχρι σήμερα, και χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με τους νόμους 1397/1983 και 2071/1992. Έντονος είναι ο κρατικός παρεμβατισμός στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων. Τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται και αυτά στις διατάξεις του νόμου 2592/53. Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση επήλθε στην Ελλάδα με την ίδρυση του ΕΣΥ. Το 1983 εγκαθιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με το οποίο θεσμοθετήθηκε η κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες. Ο Νόμος 1397/83 χαρακτηρίζει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό που δεν υπόκειται στους νόμους του κέρδους και πως οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα, ανεξάρτητα της κοινωνικοοικονομικής τους θέσης. Συγκροτήθηκαν Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ) υπεύθυνα για τον έλεγχο και το συντονισμό των κατά τόπους δομών υγείας και καθιερώθηκε το καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης για τους γιατρούς του ΕΣΥ με σημαντική αύξηση των μισθών τους, καθώς και η παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας τετρακοσίων Κέντρων Υγείας, εκ των οποίων τα 180 σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, έχοντας λειτουργική διασύνδεση με τα τοπικά νοσοκομεία. Επιπλέον, αναπτύσσονται νέες μονάδες υγείας και αγοράζεται σύγχρονος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός. Τα βασικά αποτελέσματα της μεταρρύθμισης του 1983 ήταν ότι τότε τέθηκαν τα θεμέλια για την ανάπτυξη και τη λειτουργία πρωτοβάθμιων (Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές) και δευτεροβάθμιων (νέα νοσοκομεία) υγειονομικών δομών, τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Παρόλα αυτά, δεν αντιμετωπίστηκε το μείζον πρόβλημα των γεωγραφικών

διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων. Έτσι, ενώ η Επαρχία συχνά διαθέτει πλήρεις και σύγχρονες υποδομές, αντιμετωπίζει τεράστια ποιοτική και ποσοτική έλλειψη ιατρικού και άλλου προσωπικού. Από την άλλη πλευρά, η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη συγκεντρώνουν, πληθώρα γιατρών⁵⁸.

Η αυστηρή και απαγορευτική πολλές φορές αντιμετώπιση του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα στην περίοδο από το 1983 και μετά, αποτέλεσε όχι το αίτιο για την αριθμητική μείωση των ιδιωτικών κλινικών μόνο, αλλά και της μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Με τον Νόμο 2071/92 αρχίζει η αποδέσμευση του ιδιωτικού τομέα υπό τον έλεγχο του κράτους. Δόθηκε το δικαίωμα στις ιδιωτικές κλινικές να εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής υγείας, να παρέχουν επείγουσα προ-νοσοκομειακή φροντίδα ή μεταφορά ασθενών, να συστήνουν και να λειτουργούν μονάδες τεχνητής γονιμοποίησης σε ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές κ.α⁵⁹. Με τον Νόμο 2519/97 δίνεται η δυνατότητα σύμπραξης ασφαλιστικών φορέων με ιδιωτικές κλινικές ή με νοσοκομειακούς οργανισμούς του εξωτερικού. Επίσης, με τον ίδιο νόμο δημιουργείται το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας με αρμοδιότητες συντονισμού του ποιοτικού ελέγχου των υπηρεσιών υγείας που ποτέ όμως δεν εξάσκησε σε πλήρη έκταση.

Τον Ιούλιο του 2000, ο τότε Υπουργός Υγείας έδωσε στη δημοσιότητα ένα σχέδιο μεταρρύθμισης με τίτλο «Υγεία για τον Πολίτη», μέσα στο οποίο, βασισμένος σε διαφορές νομοθετικές προτάσεις που είχαν γίνει κατά καιρούς, επεσήμανε τις δυσκολίες που υπήρχαν στο σύστημα υγείας όπως η έλλειψη ειδικευμένου διοικητικού προσωπικού, η αδράνεια του δημόσιου τομέα να αφομοιώσει νέες ιδέες, η διάβρωση του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, η πολυδιάσπαση και η απουσία συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης, η άναρχη γεωγραφική κατανομή των πόρων και η υπερσυγκέντρωση προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής στην Αθήνα και τέλος ο πληθυσμός του ιατρικού, οδοντιατρικού και φαρμακευτικού δυναμικού⁶⁰.

Βασικός στόχος του παραπάνω σχεδίου μεταρρύθμισης ήταν ο εκσυγχρονισμός και η αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ. Συγκεκριμένα, πρότεινε την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας για την ουσιαστική βελτίωση της κατάστασης υγείας

⁵⁸ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2889

⁵⁹ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2071

⁶⁰ Υφαντόπουλος, Γ., (2003), *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

του ελληνικού πληθυσμού, την ικανότητα της αρχής της ισότητας, με έμφαση στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών προς τις υπηρεσίες υγείας, τη διατήρηση της ιδεολογίας ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό, την περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ σε ένα αποκεντρωμένο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας και τον επανασχεδιασμό της οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων. Ακόμη πρότεινε την αναγνώριση της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως βασικών πυλώνων του νέου συστήματος, την ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και εκπαίδευσης για την ενημέρωση και αναβάθμιση των εργαζομένων του ΕΣΥ και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, την εισαγωγή νέων θεσμών για την κατανομή και αποδοτική διαχείριση των περιορισμένων πόρων στην υγείας και την εισαγωγή ελέγχου στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα για την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, δόθηκε έμφαση στην τεκμηριωμένη άσκηση της ιατρικής⁶¹.

Ο Νόμος 2885/2001 εστίαστηκε στη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Απώτερος σκοπός ήταν «η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης». Οι επιμέρους στόχοι περιλάμβαναν μεταξύ άλλων την κατοχύρωση της ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας, τη διασφάλιση του δημοσίου χαρακτήρα του ΕΣΥ, την ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του συστήματος, τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και τέλος την ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος (Υπουργείο Υγείας 2000). Συγκροτηθήκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) ως Ν.Π.Δ.Δ στα οποία υπάγονται οι μονάδες του ΕΣΥ της αντίστοιχης περιφέρειας, θεσμοθετώντας πλέον επίσημα την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Κάθε Πε.Σ.Υ.Π έχει δικαίωμα ίδρυσης ανώνυμων θυγατρικών εταιρειών για τη συνολική διαχείριση των προμηθειών, την ανάπτυξη και συντήρηση των κτιριακών υποδομών και τη διαχείριση των ξενοδοχειακών λειτουργιών.

⁶¹ Υφαντόπουλος, Γ., (2003), *Τα οικονομικά της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Συγκεκριμένα το Πε.Σ.Υ:

- ✓ Συντονίζει, εξειδικεύει και ασκεί την πολιτική υγείας στην Περιφέρεια.
- ✓ Εκπονεί το Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης Υγείας στην Περιφέρεια.
- ✓ Εγκρίνει και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων υγείας (Νοσοκομείων και Κ.Υ.) και συντάσσει τον ενοποιημένο ισολογισμό και απολογισμό στο τέλος της χρήσης.
- ✓ Παρακολουθεί τη λειτουργία και αξιολογεί το παραγόμενο έργο των μονάδων υγείας με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.
- ✓ Μεριμνά για την εισαγωγή του Ενιαίου Λογιστικού Σχεδίου στα Νοσοκομεία.
- ✓ Μεριμνά για την εκπόνηση και επικαιροποίηση του Υγειονομικού Χάρτη της Περιφέρειας.
- ✓ Προτείνει τη συγχώνευση, τη μεταφορά ή την κατάργηση μονάδων ή κλινικών και τη δημιουργία νέων ή εξειδικευμένων μονάδων.
- ✓ Συνιστά αυτοτελώς ή από κοινού με Πε.Σ.Υ. άλλης Περιφέρειας, Ανώνυμες Εταιρείες με σκοπό τη διαχείριση των προμηθειών ή Ανώνυμες Τεχνικές Εταιρείες για την ανάπτυξη και συντήρηση κτιριακών υποδομών, καθώς και για άλλες υποστηρικτικές λειτουργίες των Νοσοκομείων και Κ.Υ. (π.χ. διαχείριση τροφοδοσίας, καθαριότητας, ασφάλειας κλπ)
- ✓ Αποφασίζει για τις μετακινήσεις προσωπικού ανάμεσα στις μονάδες της Περιφέρειας, με βάση τις πραγματικές ανάγκες.
- ✓ Παρακολουθεί την εξέλιξη του προσωπικού και των αναγκών στις μονάδες υγείας με δυνατότητα άμεσης κάλυψης κενών θέσεων, στα πλαίσια του προϋπολογισμού.
- ✓ Εγκρίνει και παρακολουθεί την υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης προσωπικού.
- ✓ Μεριμνά για την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, τον εκσυγχρονισμό λειτουργικών συστημάτων και την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος.
- ✓ Μεριμνά για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και των ΚΥ.
- ✓ Συγκροτεί και εποπτεύει επιτροπές αξιολόγησης, εξέλιξης και προσλήψεων.
- ✓ Συγκροτεί το Πειθαρχικό του Συμβούλιο, το οποίο λειτουργεί σε επίπεδο Πε.Σ.Υ. και όχι σε επίπεδο Νοσοκομείου.
- ✓ Εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών και αναπτύσσει συστήματα ελέγχων και αξιολόγησης των προμηθειών με στόχο την καταπολέμηση της σπατάλης και της αδιαφάνειας.

Τα Νοσοκομεία παύουν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και είναι αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ. Στο σκεπτικό του νομοθέτη ήταν η αύξηση της διαπραγματευτικής ικανότητας του δημοσίου κατά τη διεξαγωγή προκηρύξεων έργων και προμηθειών, με τη σύσταση ολιγοψωνιακών σχηματισμών ως απάντηση στη δημιουργία ολιγοπωλιακών συμφωνιών εκ μέρους των προμηθευτών. Ο διορισμός διοικητών στα νοσοκομεία μετά από ανοιχτή προκήρυξη και επιλογή από την Επιτροπή Αξιολόγησης & Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, με την υποχρέωση υπογραφής εκ μέρους του διοικητή συμβολαίου αποδοτικότητας με το Πε.Σ.Υ. Καθιερώνεται επίσης η λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων εντός των δημοσίων νοσοκομείων χρηματοδοτούμενα από άμεσες προκαθορισμένες πληρωμές των χρηστών⁶².

Με το Νόμο 3329/2005 τα ΠεΣΥ μετονομάστηκαν σε Δ.Υ.ΠΕ. ενώ προβλέφθηκε και μία σειρά αλλαγών (αλλαγή στη νομική μορφή των νοσοκομείων, στο σύστημα προμηθειών κτλ.). Ο νόμος 3329/2005 δημιούργησε τις αναγκαίες προϋποθέσεις για τον μετασχηματισμό της περιφερειακής διοίκησης του ΕΣΥ και την αποτελεσματική αποκέντρωση στην παροχή των υπηρεσιών Υγείας. Με το Νόμο αυτό, συστήθηκε το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας στην έδρα κάθε μίας από τις δεκαεπτά υγειονομικές περιφέρειες και κατοχυρώθηκε ο αυτοτελής νομικός χαρακτήρας των νοσοκομειακών μονάδων. Τέθηκαν οι βάσεις για τη δημιουργία ενός διοικητικού μηχανισμού που θα διαχειρίζεται με αναπτυξιακή λογική το κοινωνικό κεφάλαιο της χώρας. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.ΥΠ. με τη διάταξη της παρ. 4ου άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ37 Α' μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου (Α.Φ.Μ.) Εξάλλου, με τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 1 του ν. 3329/2005 ορίζεται, ότι στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνίσταται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Η κάθε Δ.Υ.ΠΕ. έχει δικό της προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, αρχείο, σφραγίδα, και Α.Φ.Μ.

⁶² Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 2889

Οι Δ.Υ.ΠΕ. συντονίζονται σε εθνικό επίπεδο από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ. ΣΥ.Υ.ΠΕ.)

Σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ. είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ)⁶³, η υποβολή, προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας τους και η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα Όργανα διοίκησής της είναι ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και το Διοικητικό Συμβούλιο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ⁶⁴. Σύμφωνα με τον τότε υπουργό Υγείας το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν αντέχει τη λειτουργία των δεκαεπτά Διοικητικών Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας και ανακοίνωσε ότι σε πρώτη φάση οι περιφέρειες αυτές θα μειωθούν σε επτά με τελικό στόχο την κατάργησή τους. Η κατάργηση των ΔΥΠΕ θα γίνει με νομοθετική ρύθμιση, ενώ το προσωπικό τους θα μεταταχθεί κατόπιν αιτήσεώς του σε νοσοκομεία και μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας με διασφάλιση των συνταξιοδοτικών και ασφαλιστικών του δικαιωμάτων. Η συγχώνευση των ΔΥΠΕ σε επτά υγειονομικές περιφέρειες θεωρείται ότι θα συμβάλλει στη μείωση της γραφειοκρατίας και της πολυπλοκότητας του συστήματος καθώς και στην ενίσχυση των νοσοκομειακών μονάδων και των μονάδων πρόνοιας με πολύτιμο ανθρώπινο δυναμικό. Επίσης, εισάγεται για πρώτη φορά ο θεσμός των ορκωτών ελεγκτών στις ΔΥΠΕ, ενώ θα είναι στο εξής υποχρεωτικοί οι ετήσιοι αναλυτικοί προϋπολογισμοί στα νοσοκομεία. Η μεταρρύθμιση του 1983 είχε ως αποτέλεσμα την ένταση των γεωγραφικών ανισοτήτων, καθώς παράλο τη δημιουργία ιατρικών κέντρων στην επαρχία απουσίαζε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης αυξήθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες στην υγεία. Η μεταρρύθμιση του 2001 αποτέλεσε μια

⁶³ Ως Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται τα Νοσοκομεία τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης και τα λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

⁶⁴ Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 3329

σημαντική προσπάθεια για τον εκσυγχρονισμό του δημόσιου τομέα υγείας, ωστόσο προσέκρουσε σε εμπόδια, απόρροια της κομματικοκρατίας στην Ελλάδα.

Η Οικονομική Κρίση που έχει ξεκινήσει από το 2007 έχει φέρει τεράστιες αλλαγές στην παγκόσμια οικονομία και κατά συνέπεια και στην χώρα μας. Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον ενός τρις ενός δισεκατομμυρίου δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη⁶⁵.

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας αντιμετωπίζει προβλήματα χρηματοδότησης, εξαιτίας της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης, αλλά και εξαιτίας της διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από την Αμερική και την Ευρώπη⁶⁶. Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης, πάντα σύμφωνα με την λογική της υπάρχουσας κυβέρνησης, η χώρα μας εισήλθε στον Μηχανισμό στήριξης του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) υπογράφοντας μέσα στο 2010 δανειακή σύμβαση, έτσι ώστε να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην χώρα μας και να έχουμε το δικαίωμα δανεισμού από τις άλλες χώρες- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε).

6.4 Η σχέση δημοσίων ιδιωτικών δαπανών υγείας

Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των δημοσίων μονάδων υγείας (νοσοκομεία και κέντρα υγείας του ΕΣΥ, στρατιωτικά νοσοκομεία κλπ.). Μέσω αυτού χρηματοδοτείται ακόμη η ασφάλιση υγείας των αγροτών και καλύπτεται το μεγαλύτερο μέρος του κόστους ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, οι δαπάνες για τη

⁶⁵ WHO (2009), *The financial crisis and global health*. Geneva

⁶⁶ Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2010), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

δημόσια υγεία, τις επενδύσεις, την εκπαίδευση και την έρευνα στον τομέα υγείας. Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία από τον κρατικό προϋπολογισμό μπορούν να ταξινομηθούν σε δαπάνες: (i) για την κάλυψη των ετήσιων προϋπολογισμών των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας (μισθοί προσωπικού, λειτουργικά έξοδα κλπ.), (ii) για επενδύσεις (κτίρια, εξοπλισμό κλπ.), (iii) για εκπαίδευση και έρευνα στην υγεία, (iv) για τη δημόσια υγεία, (v) για την κεντρική διοίκηση (υπουργείο υγείας κλπ.) και (vi) για επιχορηγήσεις ελλειμματικών κλάδων υγείας ασφαλιστικών οργανισμών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελούν τη δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολουμένων καλύπτεται το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και ένα σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Το ύψος των εισφορών καθορίζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και εισπράττεται με τους μηχανισμούς που το κάθε ταμείο διαθέτει. Από ταμείο σε ταμείο παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στο ύψος αυτών.

Η τρίτη κατηγορία που χρηματοδοτείται από τους πόρους των ταμείων περιλαμβάνει τις υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται από ιδιωτικών συμφερόντων υποδομές, συμβεβλημένες ή όχι με τα ταμεία και αφορά κυρίως ιατρεία και οδοντιατρεία, νοσοκομεία, κλινικές, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια. Ο τρόπος αμοιβής των προμηθευτών είναι για μεν τη νοσοκομειακή περίθαλψη το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο, το ύψος του οποίου καθορίζεται όπως και για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ από το κράτος, στη δε περίπτωση των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης κυρίως κατά πράξη και με τιμές που καθορίζονται από τους ίδιους όπως και για το νοσήλιο κρατικούς φορείς. Το κόστος έτσι όπως αυτό υπολογίζεται με βάση το κρατικό τιμολόγιο αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου το ασφαλιστικό ταμείο. Μερικές φορές τη διαφορά μεταξύ κρατικού τιμολογίου και πραγματικής τιμής καλείται να καλύψει ο ίδιος ο ασφαλισμένος. Οι ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή οι πληρωμές που γίνονται από ασφαλισμένους με χρήματα που προέρχονται από το προσωπικό ή το οικογενειακό τους εισόδημα, αποτελούν την τρίτη και μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του συστήματος⁶⁷. Κατά παράδοση οι δαπάνες αυτές ήταν πολύ υψηλές,

⁶⁷ Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης, Σ. (2001) Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

σήμερα όμως εξαιτίας της οικονομικής κρίσης οι δαπάνες αυτές λιγοστεύουν ολοένα και περισσότερο.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 ξεκίνησε στην Ελλάδα η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας. Το κράτος με σκοπό να εξαλείψει τον ιδιωτικό τομέα κράτησε τις τιμές σε πολύ χαμηλά επίπεδα, με αποτέλεσμα οι ιδιώτες να διαφοροποιήσουν τη δράση τους επενδύοντας στις νέες τεχνολογίες στα διαγνωστικά κέντρα. Παράλληλα, πολλές ιδιωτικές κλινικές χρησιμοποίησαν μέτρα για να αυξήσουν το κόστος. Αύξησαν το μέσο χρόνο νοσηλείας ή έκαναν υπερβολική χρήση των μονάδων εντατικής θεραπείας για να αυξήσουν τα έσοδα τους. Στα μέσα της δεκαετίας του '90, οι ιδιωτικές υπηρεσίες αυξήθηκαν, αλλά είχαν να προσφέρουν περισσότερο τύπου ξενοδοχειακές υπηρεσίες όσον αφορά στην ποιότητα των κλινικών. Η επιβίωση ωστόσο του ιδιωτικού τομέα εξαρτάται πολύ από τη δημόσια χρηματοδότηση. Το 70% των νοσηλευθέντων σε ιδιωτικές κλινικές χρηματοδοτούνται από το δημόσιο.

Οι τρέχουσες μεταβιβάσεις των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης για υγεία είναι συνήθως οι ασφαλιστικές δαπάνες για διάφορες παροχές που πραγματοποιούνται για την κάλυψη των μελών τους. Οι ασφαλιστικές αυτές παροχές είναι ανταποδοτικού χαρακτήρα, δηλαδή χορηγούνται, αφού έχει προηγηθεί η καταβολή ασφαλιστικών εισφορών άμεσα από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες. Αυτό σημαίνει ότι ο Κρατικός Προϋπολογισμός δεν παρεμβαίνει, εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις και όταν τα ταμεία αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα οικονομικά προβλήματα. Με τη στενή λοιπόν έννοια της Ιδιωτικής Κατανάλωσης, οι τρέχουσες μεταβιβάσεις των Ο.Κ.Α. ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία, ενώ με την ευρεία έννοια της συλλογικής υποχρέωσης κάλυψης των αναγκών υγείας, υπάγονται στην κατηγορία της Δημόσιας Κατανάλωσης. Άλλωστε, υπάρχουν περιπτώσεις στην Ελλάδα, όπου ασφαλιστικά ταμεία μεγάλων κοινωνικό-επαγγελματικών κατηγοριών όπως των αγροτών χρηματοδοτούνται ακόμη από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, δηλαδή από το σύνολο των φορολογούμενων πολιτών και όχι από ανταποδοτικές εισφορές των ασφαλισμένων του.

Έτσι, για τον υπολογισμό των Δημοσίων και Ιδιωτικών Δαπανών στην Ελλάδα λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω έξοδα ανά κατηγορία⁶⁸:

⁶⁸ Σούλης Σ. (1999). Οικονομική της υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης

Δημόσιες Δαπάνες Υγείας

- Δαπάνες Φορέων κοινωνικής Ασφάλισης (τρέχουσες μεταβιβάσεις Ο.Κ.Α.).
- Δαπάνες του κράτους για επιχορηγήσεις σε Δημόσια Υγειονομικά Ιδρύματα, Νομαρχίες κ.ά. (Δημόσια Κατανάλωση).
- Δαπάνες του Κράτους για Ιατροφαρμακευτική & Νοσοκομειακή Φροντίδα των πολιτικών και στρατιωτικών υπαλλήλων καθώς και των συνταξιούχων του δημοσίου (Δημόσια Κατανάλωση).
- Δημόσιες Επενδύσεις.

Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

- Δαπάνες των ανασφάλιστων.
- Δαπάνες για υπηρεσίες και αγαθά υγείας που δεν καλύπτουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί όπως οπτικά, οδοντιατρικές εργασίες, ορθοπεδικά υλικά, φυσικοθεραπείες κ.ά.
- Δαπάνες για συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα παροχής φροντίδων υγείας. Για παράδειγμα, η συμμετοχή στα φάρμακα, η συμμετοχή στα έξοδα διαγνωστικών εξετάσεων, η συμμετοχή στα έξοδα επισκέψεων σε μη συμβεβλημένους γιατρούς κ.ά.
- Δαπάνες για κάλυψη των εξόδων από τη διαφορά θέσης νοσηλείας.
- Δαπάνες για άτυπες αμοιβές γιατρών όπως εγχειρήσεις κ.ά.
- Ιδιωτικές Επενδύσεις.

6.5 Διαχρονική εξέλιξη δεικτών υγείας και αποδοτικότητα

Τα τελευταία τέσσερα χρόνια η Κρίση αυτή όλο και βαθαίνει φέρνοντας διαρκώς νέα μέτρα και μεταρρυθμίσεις στον ευρύτερο χώρο της οικονομίας αλλά και γενικότερα σε ότι αφορά τα ζητήματα της υγείας. Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική

επίδραση στην υγεία⁶⁹. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές. Η κατάθλιψη, οι κρίσεις πανικού και γενικά τα ψυχολογικά προβλήματα αυξήθηκαν ραγδαία στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας. Τους τελευταίους μήνες με τις αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και την αύξηση της ανεργίας, το εργασιακό άγχος έχει προσβάλει άμεσα ή έμμεσα σχεδόν το σύνολο των εργαζομένων. Οι απολύσεις αλλά και οι νέες συνθήκες εργασίας σύμφωνα με τους νέους όρους, τον όγκο δουλειάς και φυσικά τη μείωση των αποδοχών έχουν προκαλέσει αλυσιδωτές αντιδράσεις όχι μόνο συνδικαλιστικές αλλά και ψυχοσωματικές. Σε πρόσφατο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχικής Υγείας ανακοινώθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι φοβίες και οι κρίσεις πανικού είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται λόγω της οικονομικής κρίσης και κατ' επέκταση της περιρρέουσας ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Επίσης, μια ακραία εκδήλωση απογοήτευσης και απόγνωσης είναι η αυτοκτονία, στην οποία οδηγούνται χιλιάδες άνθρωποι σε όλο τον κόσμο. Στην Ελλάδα, η αυξητική τάση στις αυτοκτονίες καταγράφεται καθαρά και από τα στοιχεία που συγκεντρώνει η γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία 1018 που λειτουργεί τα τελευταία τρία χρόνια από την Οργάνωση Κλίμακα σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία, το τελευταίο διάστημα, οι κλήσεις προς τη γραμμή βοήθειας αυξήθηκαν κατά 60% με 70%⁷⁰.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια. Για το 2009, το «περιβάλλον της φτώχειας» στην ελληνική κοινωνία, καταγράφεται συνολικά σε 17% του ενήλικου πληθυσμού. Το μέσο ετήσιο ποσοστό ανεργίας κατά το 2009 αυξήθηκε σε 8.8% σε σχέση με το 8.4% του 2008⁷¹. Όσον αφορά στη φτώχεια των εργαζομένων, η μελέτη του ΕΚΑ δείχνει ότι οι εργαζόμενοι με συμβάσεις ορισμένου χρόνου παρουσιάζουν υπερτριπλάσιο κίνδυνο φτώχειας σε σχέση με τους εργαζόμενους αορίστου χρόνου (16% έναντι 5,1%). Οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης έχουν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο φτώχειας σε σχέση με τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης (26% έναντι 13,5%). Στην Ελλάδα σήμερα, το 21% των πολιτών ζουν στα όρια της φτώχειας, έχοντας εισόδημα κατώτερο του 60% του μέσου εθνικού εισοδήματος. Από το 21% του πληθυσμού που ζει στα όρια της φτώχειας, το 33% είναι

⁶⁹ Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2010), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5):834-840

⁷⁰ Τσακίρη Γ. (2012). Η κρίση βλάπτει σοβαρά την (ψυχική) υγεία. Εφημερίδα Το Βήμα

⁷¹ Vrc, (2010), Μεγάλη έρευνα για τη φτώχεια στην Ελλάδα

άνω των εξήντα πέντε ετών και συνταξιούχοι (32%). Επίσης στην Ελλάδα, ένα νοικοκυριό με ένα άτομο θεωρείται ότι βρίσκεται στα όρια της φτώχειας όταν το ετήσιο εισόδημα δεν υπερβαίνει το ποσόν των 4.264 ευρώ. Ένας στους τρεις Έλληνες στερείται στοιχειωδών ανέσεων: μόνο το 38% του πληθυσμού έχει τη δυνατότητα να πάει μία εβδομάδα διακοπές σε ξενοδοχείο κάθε χρόνο, να πληρώσει το ενοίκιο του σπιτιού ή τη δόση του δανείου χωρίς καθυστερήσεις, να έχει ως γεύμα κάθε δύο ημέρες κοτόπουλο, κρέας ή ψάρι και να έχει επαρκή θέρμανση στο σπίτι του. Το 26% επίσης του ελληνικού πληθυσμού δεν μπορεί να καλύψει οικονομικά τουλάχιστον μία από τις προαναφερθείσες «ανέσεις»⁷².

6.6 Ανακεφαλαίωση

Το Εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα, βάσει των όσων έχουν προηγηθεί δε μπορεί να χαρακτηριστεί ως αποδοτικό και ίσο προς όλον τον πληθυσμό. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, άτομα που βρίσκονται στις ανώτερες τάξεις και κατέχουν υψηλότερα εισοδήματα εμφανίζουν μειωμένη θνησιμότητα έναντι των ατόμων με χαμηλότερο εισόδημα, ειδικά σε σχέση με τη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα. Τα άτομα που κατοικούν σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα ή χαμηλό βιοτικό επίπεδο εμφανίζουν χειρότερα ποσοστά και σε άλλους σημαντικούς δείκτες όπως η παιδική και βρεφική θνησιμότητα. Παράλληλα, διαφορές και ανισότητες στην υγεία εμφανίζονται και κατά γεωγραφικό διαμέρισμα, με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε περιοχές με χαμηλότερη οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, ενώ διαφορές σε επίπεδο θνησιμότητας εντοπίζονται και μεταξύ αγροτικού, ημιαστικού, και αστικού πληθυσμού, με τον τελευταίο να παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά. Επίσης είναι χαρακτηριστικό ότι τα άτομα που ζουν υπό συνθήκες φτώχειας, ή οικονομικής και κοινωνικής ανασφάλειας στην Ελλάδα, κάνουν μικρότερη χρήση των διαθέσιμων δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας και κυρίως των κοινωνικών υπηρεσιών, κυρίως λόγω μη επαρκούς πληροφόρησης, αλλά και εξαιτίας των γραφειοκρατικών μηχανισμών που συχνά χαρακτηρίζει αυτές τις υπηρεσίες. Αντίθετα, φαίνεται να χρησιμοποιούν σε υψηλό ποσοστό τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα νοσοκομεία και τα τοπικά κέντρα υγείας. Τέλος φαίνεται να υπάρχει ανεπάρκεια στην

⁷² Μοσχονάς Κ., (2007), Ελλάδα: Το υψηλότερο ποσοστό φτώχειας στην Ευρώπη των 15, Εφημερίδα Ελευθεροτυπία

κάλυψη βασικών αναγκών, όπως η θέρμανση και η επιλογή υγιεινής διατροφής από τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, με άμεσες και έμμεσες συνέπειες στην υγεία τους.

Φυσικά δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η ανισότητα μεταξύ άλλων ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως είναι οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, άλλων εθνικοτήτων ομάδες, αλλά και φυλακισμένων. Τα άτομα αυτά έχουν αυξημένες πιθανότητες κοινωνικού αποκλεισμού, στιγματισμού και ρατσισμού με αποτέλεσμα την περιθωριοποίησή τους και την αποξένωσή τους από τον κοινωνικό ιστό⁷³.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι οι οργανωτικές αδυναμίες, καθώς δε διαθέτει σύστημα μηχανοργάνωσης και λογιστικής, ενώ δεν υπάρχουν και οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων. Για το λόγο αυτό απαιτείται άμεσα η κατάρτιση αυστηρών προϋπολογισμών στα νοσοκομεία αλλά και η υιοθέτηση συστημάτων μηχανοργάνωσης και λογιστικής τελευταίας τεχνολογίας με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών αλλά και την αποφυγή συσσώρευσης χρεών προς τους προμηθευτές. Παράλληλα απαιτείται η πλήρης εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καθώς τα τελευταία χρόνια οι φαρμακευτικές δαπάνες- όχι μόνο της Ελλάδας αλλά των περισσότερων χωρών- έχουν εκτιναχθεί στα ύψη. Άλλο σημαντικό πρόβλημα του ΕΣΥ είναι οι παράλληλες εξαγωγές φαρμάκων που κάνει, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται τραγικές ελλείψεις σε φάρμακα στην Ελλάδα. Τέλος σημαντικό πρόβλημα του ΕΣΥ αποτελεί η συμφόρηση πολλών ιατρών στα νοσοκομεία σε αντίθεση με την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Για το λόγο αυτό πρέπει να αναπτυχθεί η Π.Φ.Υ. ώστε να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία και να εξοικονομηθούν χρήματα. Για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ., οι φοιτητές της ιατρικής είναι καλό να ακολουθούν τη γενική ιατρική προκειμένου να μπορούν να στελεχώσουν την πρωτοβάθμια φροντίδα⁷⁴.

Βάσει των όσων έχουν παρουσιαστεί παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι στην Ελλάδα, απουσιάζουν οι συστηματικές προσπάθειες χρησιμοποίησης της τεκμηριωμένης φροντίδας υγείας και πρακτικής στην βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της διασφάλισης της ποιότητας. Έτσι το κράτος έρχεται σ' ένα χρονικά κρίσιμο σημείο, και καλείται να εξετάσει δυνατότητες και προοπτικές που έχει η χώρα μας, μέσα από το σημερινό θεσμικό της πλαίσιο, να εντάξει κατάλληλες τεχνικές και μεθόδους εκεί που η

⁷³ Δαρβίρη Χ., (2007), Προαγωγή της Υγείας, Αθήνα: Πασχαλίδης

⁷⁴ Φυτά Ο. (2011). Οργανωτικές οι αδυναμίες του ΕΣΥ στην Ελλάδα.

κλινική αποτελεσματικότητα τέμνει την ποιότητα ζωής. Η ανάπτυξη μηχανισμών ενημέρωσης των υγειονομικών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, κρίνεται σήμερα επιτακτική ανάγκη και θα πρέπει να αναληφθούν πρωτοβουλίες από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Συντονιστικό Όργανο των Περιφερειακού Συστήματος Υγείας. Η ενημέρωση των υγειονομικών του ελληνικού συστήματος υγείας σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των νέων φαρμάκων σε τυχαιοποιημένες και ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, καθώς και την εκτίμηση της ποιότητας σε συνδυασμό με το θεραπευτικό αποτέλεσμα στις δοκιμές αυτές, θα μπορούσε να είναι έργο ενός Κέντρου Διανομής της Τεκμηριωμένης Πρακτικής στη χώρα μας.

Παράλληλα, οι διαδικασίες ιατρικού ελέγχου ως μέσο βελτίωσης της κλινικής αποτελεσματικότητας και της ποιότητας στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν τύχει μικρής εφαρμογής. Ίσως η ταύτιση τους με τον διοικητικό έλεγχο να εμποδίζει και την αποδοχή τους, φαίνεται όμως ότι αποτελούν εξέχοντα εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας, αν και έχει ασκηθεί σοβαρή κριτική κυρίως όσον αφορά την ολοκλήρωση των κύκλων που είχαν προδιαγράψει, παρόλο που την κυρίαρχη θέση στην βελτίωση της καθημερινής πρακτικής εξακολουθούν να έχουν οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας⁷⁵. Ένα τελευταίο που θα πρέπει ακόμα να απασχολήσει το κράτος, είναι η μεταφορά των ερευνητικών ποιοτικών αποτελεσμάτων στην καθημερινή πρακτική, ένα θέμα που απασχολεί τη διεθνώς τα συστήματα υγείας και θα πρέπει και το ελληνικό σύστημα να εστιάσει σ' αυτό⁷⁶.

⁷⁵ Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care* 2001

⁷⁶ Contopoulos - Ioannidis DG, Ntzani E, Ioannidis JP. Translation of highly promising basic science research into clinical applications.

КОНСТИТУЦИЯ РЕСПУБЛИКИ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

7.1 Εισαγωγή

Σκοπός της έρευνας είναι να συγκριθούν τα συστήματα υγείας των χωρών της Βρετανίας, της Γερμανίας, της Σουηδίας και της Ελλάδας που αποτελούν αντιπροσωπευτικά παραδείγματα των μοντέλων που αναφέρθηκαν στην παρούσα μελέτη και να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την αποδοτικότητα του κάθε συστήματος μέσω της μελέτης των πηγών χρηματοδότησής τους. Η χρηματοδότηση θα κινηθεί στον άξονα των ιδιωτικών και των δημόσιων δαπανών για την υγεία, τα έτη 2007-2010.

7.2 Μεθοδολογία

Για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού επιλέξαμε τις μεταβλητές που παρατίθενται στη συνέχεια ως βάση για την σύγκριση, καθώς αποτελούν χαρακτηριστικούς δείκτες χρηματοδότησης και είναι αντιπροσωπευτικοί για την αξιολόγηση του συστήματος μιας χώρας.

- Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ (Health expenditure per capita (current US\$)): Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι το άθροισμα των δημόσιων και των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού. Καλύπτει την παροχή των υπηρεσιών υγείας (προληπτική και θεραπευτική) και τα δεδομένα στην ανάλυση έχουν απεικονισθεί σε δολάρια ΗΠΑ.
- Οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, (purchasing power parity PPP): Ως ανωτέρω, και τα στοιχεία απεικονίζονται σε δολάρια τα οποία μετατράπηκαν με έτος βάσης το 2005.
- Ιδιωτικές Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ (private Health expenditure(% of GDP)): Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία περιλαμβάνουν την άμεση δαπάνη των νοικοκυριών (out-of-pocket), την ιδιωτική ασφάλιση, τις φιλανθρωπικές δωρεές και τις άμεσες πληρωμές υπηρεσιών από ιδιωτικές εταιρείες.

- Δημόσιες Δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ (Public Health expenditure (% of GDP)): Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αποτελούνται από επαναλαμβανόμενες και κεφαλαιουχικές δαπάνες από τους προϋπολογισμούς της κυβέρνησης (κεντρική και τοπική), από εξωτερικό δανεισμό και τις επιχορηγήσεις (συμπεριλαμβανομένων των δωρεών από τους διεθνείς οργανισμούς και τις μη κυβερνητικές οργανώσεις) και από τα ασφαλιστικά ταμεία για την υγεία.
- Δημόσιες Δαπάνες για την υγεία ως % ποσοστό των δημοσίων δαπανών (Health expenditure, public (% of government expenditure)): Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία θα εξεταστούν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών του κράτους.
- Health expenditure, public (% of total health expenditure) : Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία θα εξεταστούν ως ποσοστό των δαπανών του κράτους για την υγεία.
- Συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ - Health expenditure, total (% of GDP)
- Άμεση δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό % των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία (Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)): είναι κάθε άμεση δαπάνη των νοικοκυριών, συμπεριλαμβανομένων και φιλοδωρήματα σε είδος πληρωμών σε επαγγελματίες υγείας και προμηθευτές φαρμάκων, θεραπευτικών συσκευών και άλλα αγαθά και υπηρεσίες, των οποίων η κύρια πρόθεση είναι να συμβάλει στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού. Πρόκειται για ένα μέρος των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.
- Άμεση δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό % των συνολικών δαπανών για την υγεία (Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health)): Ως ανωτέρω εκφρασμένη επί των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Όλοι οι δείκτες αναφέρονται σε δαπάνες χρηματοδότησης. Όταν ο αριθμός είναι μικρότερος από 0,05%, το ποσοστό μπορεί να εμφανιστεί ως μηδέν, ενώ σε χώρες όπου το οικονομικό έτος αρχίζει τον Ιούλιο, τα στοιχεία δαπανών που έχουν διατεθεί είναι για το επόμενο ημερολογιακό έτος (για παράδειγμα, στοιχεία για το 2008 καλύπτουν το οικονομικό έτος 2007-08), εκτός αν ορίζεται διαφορετικά για την εξεταζόμενη χώρα. Για το 2008, η χρήση του ετήσιου μέσου όρου των ισοτιμιών συναλλάγματος (σε σύγκριση με

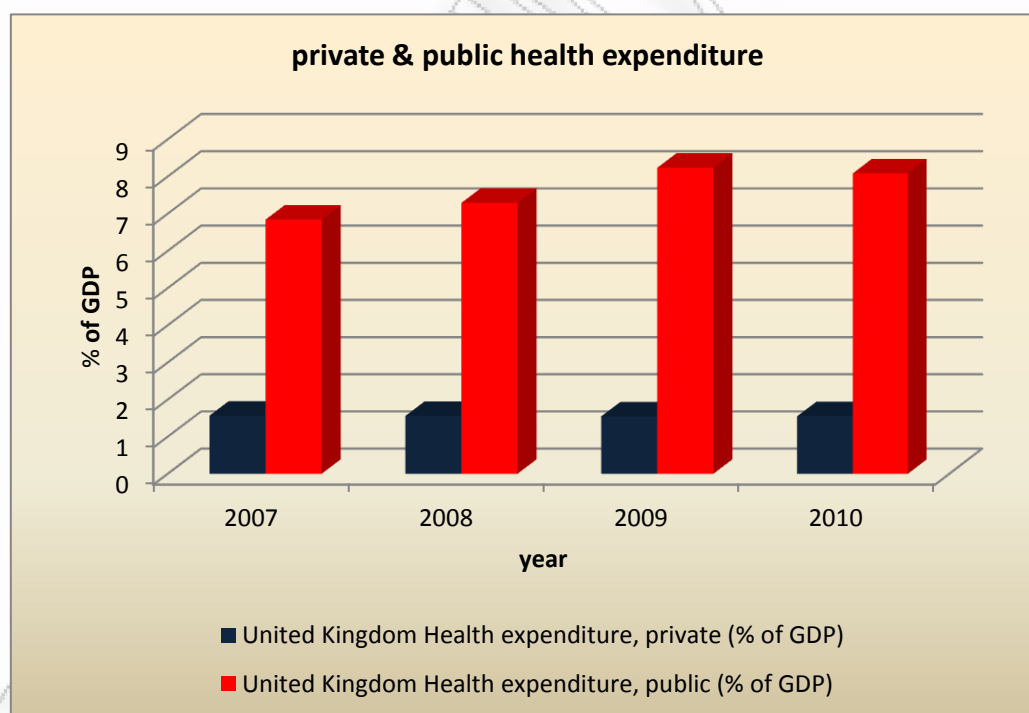
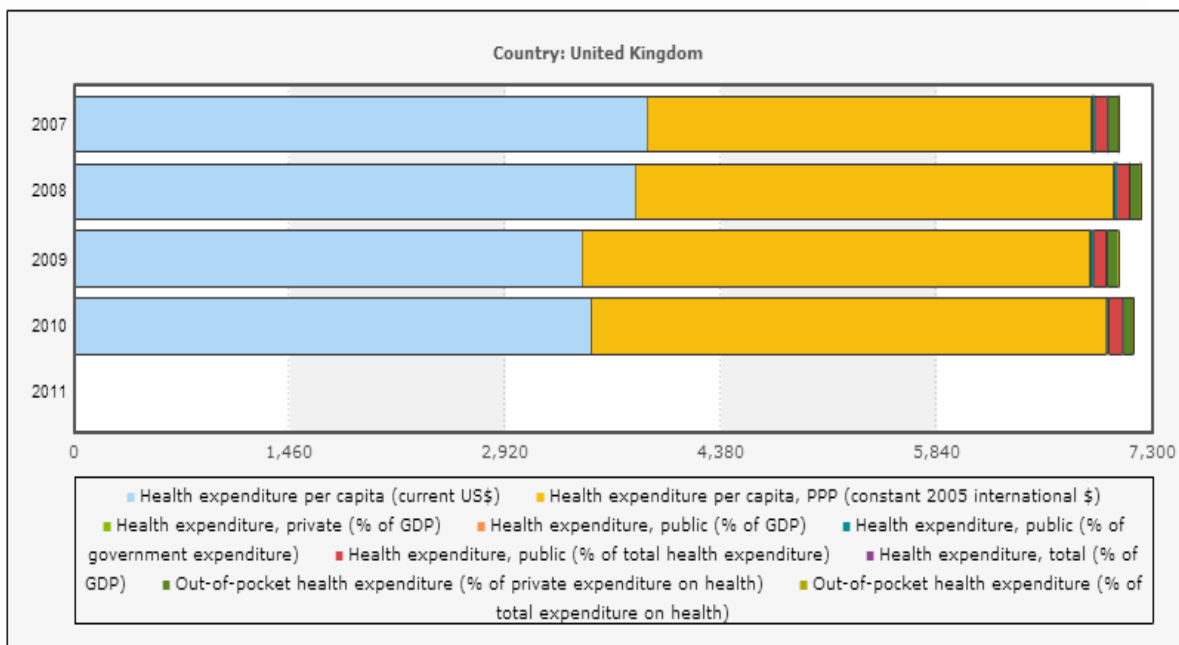
την ισοτιμία του τέλους του έτους) μπορεί να μην αντιπροσωπεύει πλήρως τον αντίκτυπο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προέρχονται από δευτερογενείς πηγές και πιο συγκεκριμένα από τον οργανισμό για την οικονομική συνεργασία (Organization for the Economic co-operation, www.oecd.com) και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας. Αφού συγκεντρωθούν τα δεδομένα πραγματοποιείται μια συγκριτική ανάλυσή τους.

7.3 Αποτελέσματα σε επίπεδο χωρών

Στη συνέχεια θα παρατεθούν οι επιλεγμένοι δείκτες για την κάθε εξεταζόμενη χώρα ξεχωριστά για τα έτη 2007-2010 και ακολούθως θα γίνει συγκριτική ανάλυση αυτών.

7.3.1 Βρετανία

	2007	2008	2009	2010
Health expenditure per capita (current US\$)	3.881	3.801	3.440	3.503
Health expenditure per capita, PPP (constant 2005	3.007	3.234	3.438	3.480
Health expenditure, private (% of GDP)	2	2	2	2
Health expenditure, public (% of GDP)	7	7	8	8
Health expenditure, public (% of government expenditure)	16	15	16	16
Health expenditure, public (% of total health expenditure)	81	82	84	84
Health expenditure, total (% of GDP)	8	9	10	10
Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure)	62	62	62	62

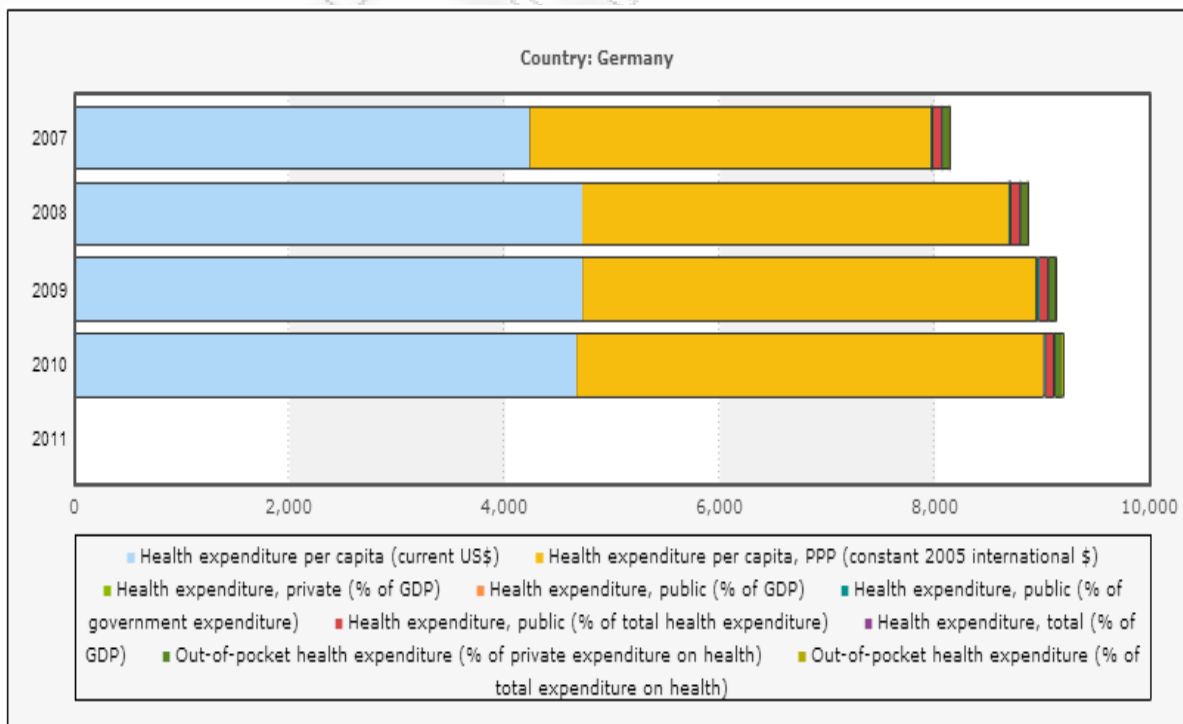


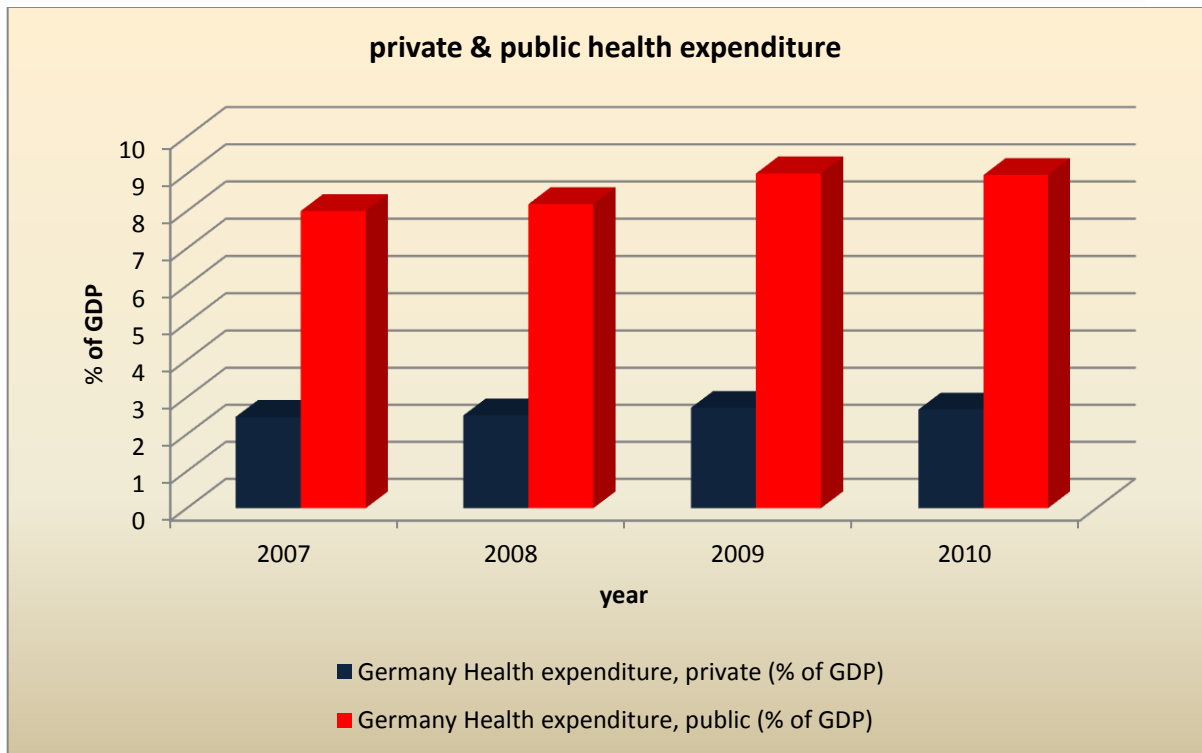
Οι δαπάνες υγείας στη Βρετανία για τα έτη 2007-2010 έχουν αυξηθεί από 8% και 9% του ΑΕΠ για τα έτη 2007 και 2008 αντίστοιχα και τα τελευταία 2 εξεταζόμενα χρόνια έχουν παραμείνει σταθερά στο 10% του ΑΕΠ. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη συμμετοχή από το κράτος, ενώ κατά μικρότερο ποσοστό από τον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος δαπανά περίπου για την υγεία το 2% του ΑΕΠ.

7.3.2 Γερμανία

	2007	2008	2009	2010
Health expenditure per capita (current US\$)	4,231	4,718	4,723	4,668
Health expenditure per capita, PPP	3,724	3,963	4,219	4,332
Health expenditure, private (% of GDP)	2	3	3	3
Health expenditure, public (% of GDP)	8	8	9	9
Health expenditure, public (% of government expenditure)	18	19	19	19
Health expenditure, public (% of total health expenditure)	76	77	77	77
Health expenditure, total (% of GDP)	10	11	12	12
Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure)	58	57	57	57

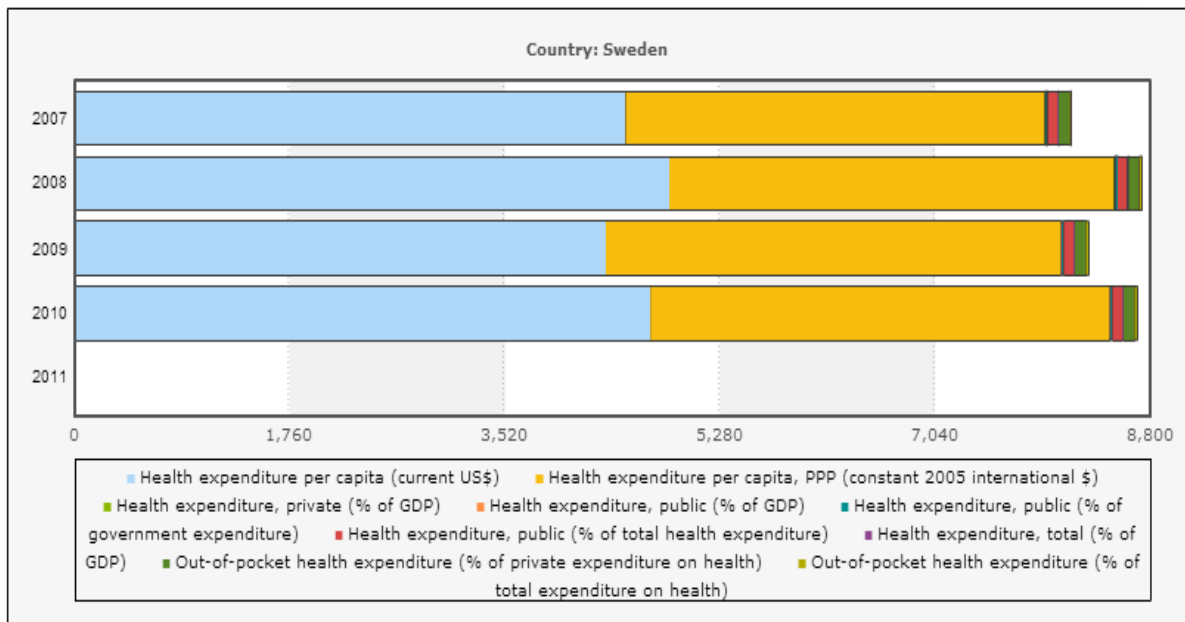
Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία για τα έτη 2007-2010 έχουν αυξηθεί από 10% και 11% για τα έτη 2007 και 2008 αντίστοιχα και τα τελευταία 2 εξεταζόμενα χρόνια έχουν παραμείνει σταθερά στο 12% του ΑΕΠ, όπως παρόμοια παρατηρήθηκε και στη Βρετανία. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη συμμετοχή από το κράτος κατά ποσοστό 9%, ενώ ο ιδιωτικός τομέας κατά σταθερά 3% του ΑΕΠ.



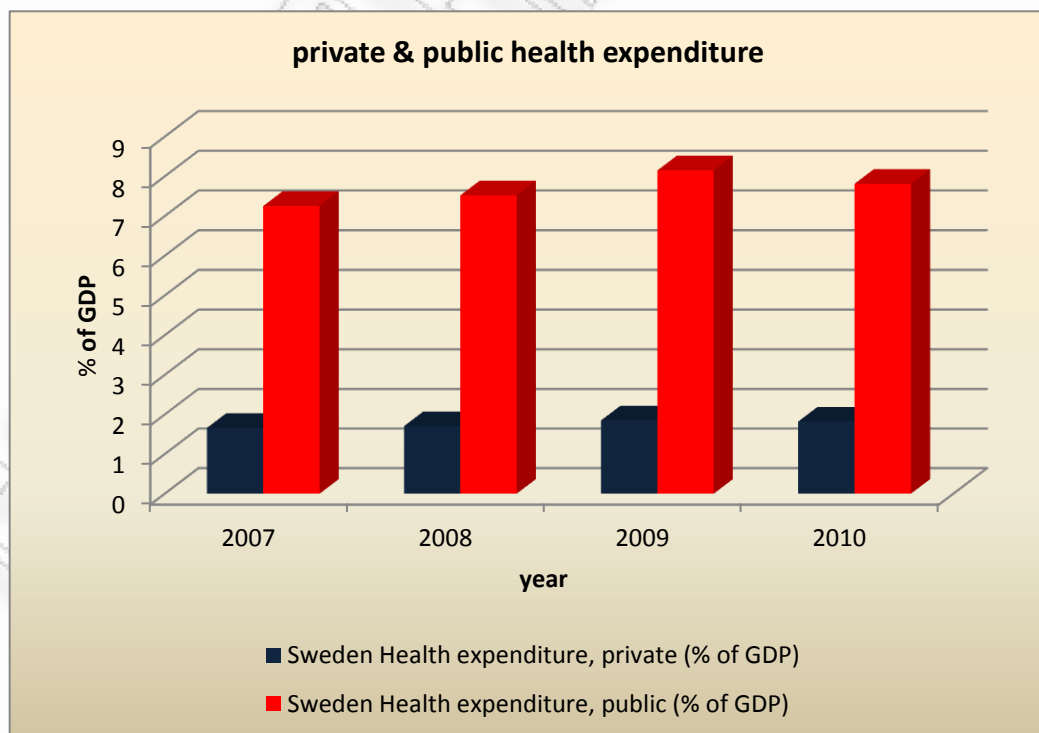


7.3.3 Σουηδία

	2007	2008	2009	2010
Health expenditure per capita (current US\$)	4.5	4.8	4.3	4.7
Health expenditure per capita, PPP (constant 2005)	3.4	3.6	3.7	3.7
Health expenditure, private (% of GDP)	2	2	2	2
Health expenditure, public (% of GDP)	7	8	8	8
Health expenditure, public (% of government expenditure)	14	15	15	15
Health expenditure, public (% of total health expenditure)	81	82	81	81
Health expenditure, total (% of GDP)	9	9	10	10
Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure)	88	88	90	90



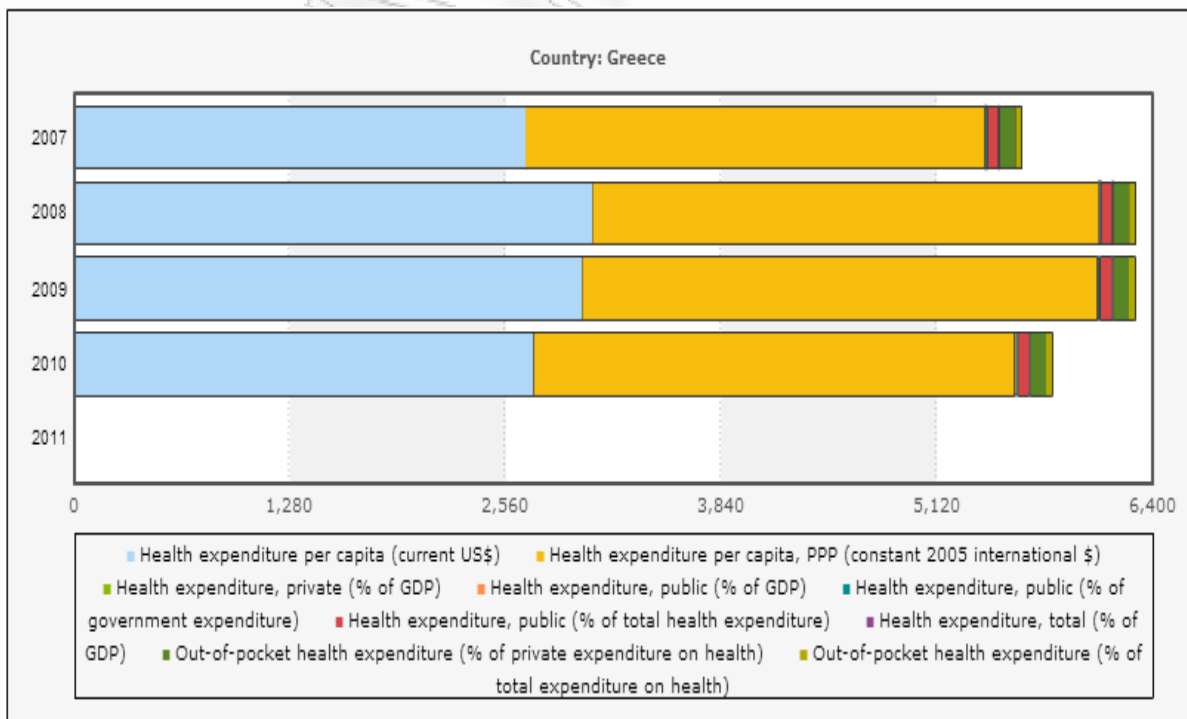
Οι δαπάνες υγείας στη Σουηδία για τα έτη 2007-2010 έχουν αυξηθεί από 9% σε 10% για τα έτη 2007-2008 και 2010-2011. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στη συμμετοχή από το κράτος κατά ποσοστό 8%, ενώ ο ιδιωτικός τομέας κατά σταθερά 2% του ΑΕΠ.

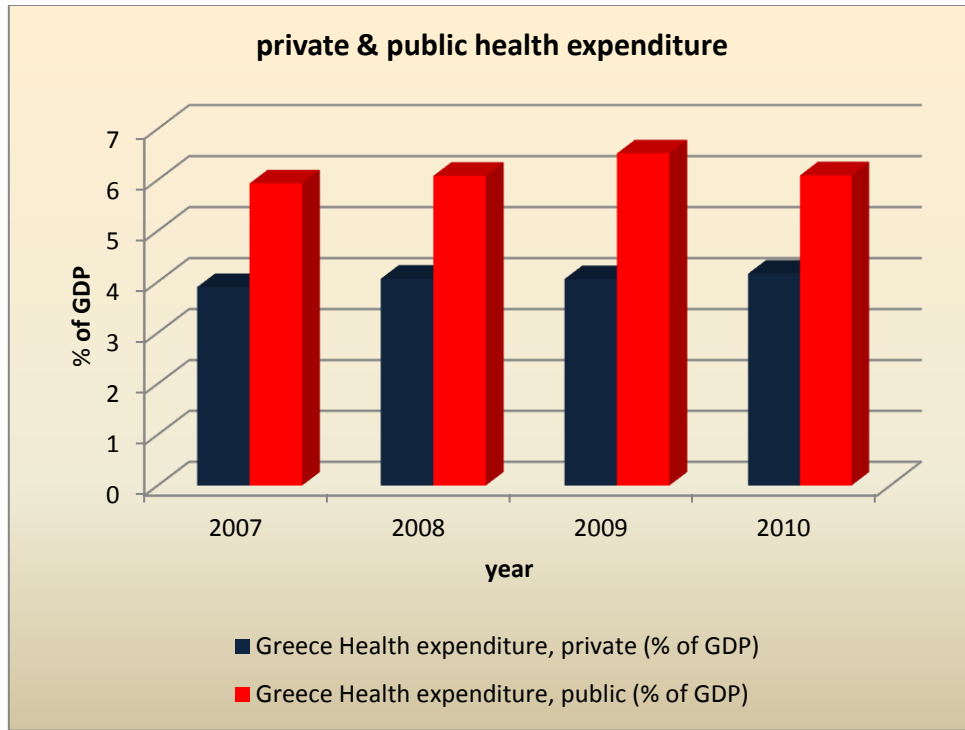


7.3.4 Ελλάδα

	2007	2008	2009	2010
Health expenditure per capita (current US\$)	2.6	3.0	3.0	2.7
Health expenditure per capita, PPP (constant 2005	2.7	2.9	3.0	2.8
Health expenditure, private (% of GDP)	4	4	4	4
Health expenditure, public (% of GDP)	6	6	7	6
Health expenditure, public (% of government expenditure)	12	12	12	12
Health expenditure, public (% of total health expenditure)	60	60	62	59
Health expenditure, total (% of GDP)	10	10	11	10
Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on	95	95	95	95

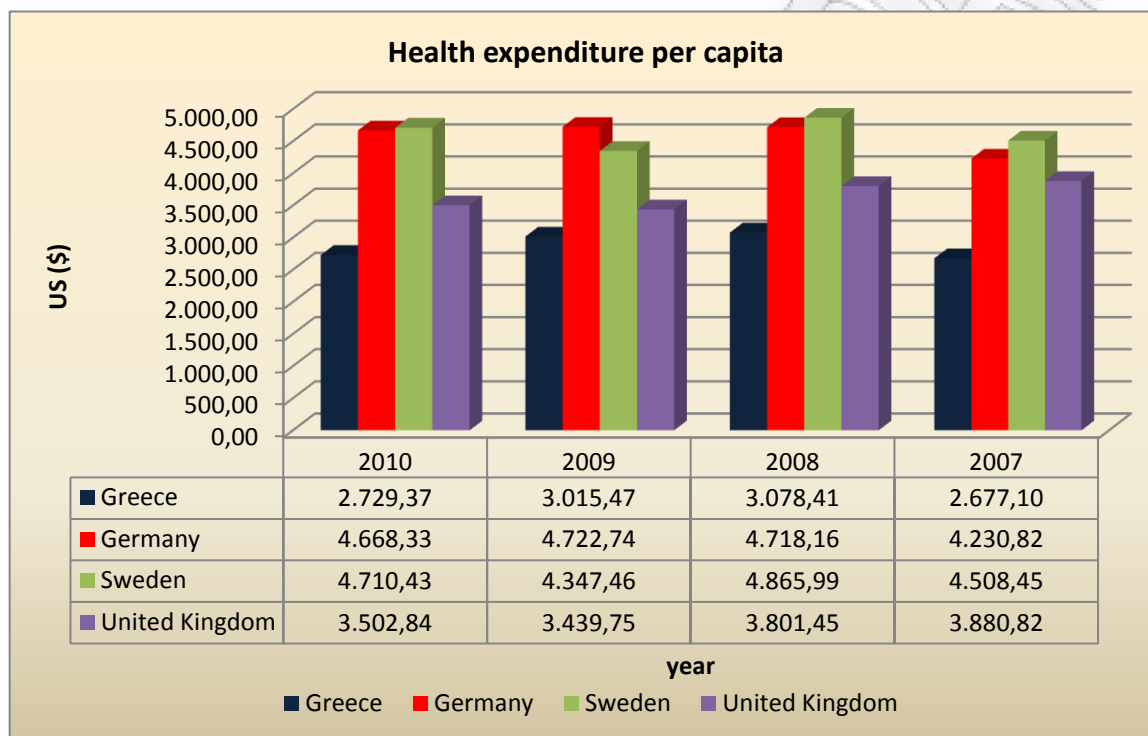
Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα για τα έτη 2007-2010 έχουν παραμείνει σταθερά στο ποσό των 10% του ΑΕΠ. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται με διαφορά δύο ποσοστιαίων μονάδων από το δημόσιο τομέα (6%) και από τον ιδιωτικό (4%). Παρατηρούμε επίσης ότι οι Έλληνες πολίτες δαπανούν κατά μεγάλο ποσοστό πολλά χρήματα από την τσέπη τους για την κάλυψη των αναγκών κάλυψης για την υγεία.





7.4 Συγκριτικά αποτελέσματα

Γράφημα 1: Συνολικές δαπάνες για την υγεία (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας) ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού



Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι η Σουηδία μαζί με την Γερμανία έχουν την υψηλότερη δαπάνη για την υγεία ως προς το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού τους και για τα τέσσερα έτη που εξετάζουμε. Πιο συγκεκριμένα η Σουηδία το 2010 δαπάνησε περίπου 4.710,43 δολάρια για την υγεία, υψηλότερο κατά το ποσοστό των 8,35% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά. Το παραπάνω έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση βάσει της οποίας το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα καλύτερα στην Ευρώπη, εφόσον παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ίδιους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο και το Γερμανικό σύστημα, βάσει της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης είναι από τα καλύτερα στο κόσμο, προσφέροντας υψηλό επίπεδο υπηρεσιών στους πολίτες. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα δεν επιβαρύνει τους πολίτες, αντίθετα τους παρέχει

πρόσθετες ποιοτικές υπηρεσίες οι οποίες βοηθούν το πολίτη να βιώνει ένα πολύ καλύτερες υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου.

Η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αύξησαν τις δαπάνες τους το έτος 2010 κατά 8,35% και 1,83% αντίστοιχα σε σχέση με τις δύο άλλες χώρες, οι οποίες τις μείωσαν δεδομένων των περικοπών και της οικονομικής κρίσης.

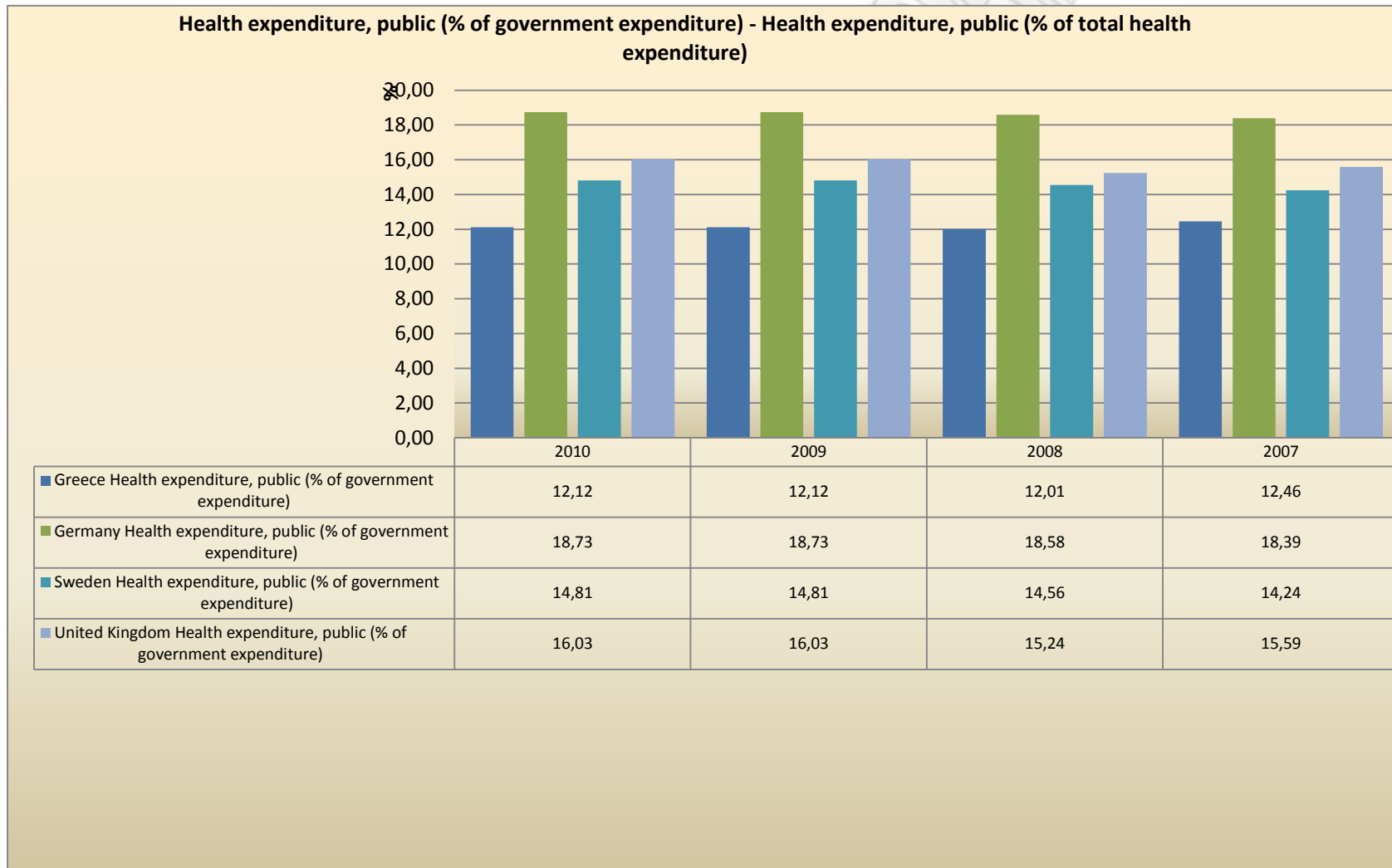
Χώρα	2010-2009	2009-2008	2008-2007
Ελλάδα	-9.49%	-2.04%	14.99%
Γερμανία	-1.15%	0.10%	11.52%
Σουηδία	8.35%	-10.66%	7.93%
Βρετανία	1.83%	-9.51%	-2.05%

Στην ουσία οι τέσσερις αυτές χώρες ξοδεύουν το ίδιο περίπου ποσοστό κάθε χρόνο για τον τομέα της υγείας προς το σύνολο του πληθυσμού τους. Η Ελλάδα δυστυχώς δαπανά πολύ λιγότερο από όλες τις χώρες σε ποσοστά της τάξεως του 18,28% έναντι της Σουηδίας με μέσο όρο 29,30%.

Χώρα	2010	2009	2008	2007	Μέσος Όρος
Ελλάδα	17,48%	19,42%	18,70%	17,50%	18,28%
Γερμανία	29,90%	30,42%	28,66%	27,66%	29,16%
Σουηδία	30,17%	28,00%	29,56%	29,47%	29,30%
Βρετανία	22,44%	22,16%	23,09%	25,37%	23,26%

Το κράτος ξοδεύει πολύ λιγότερα για τους πολίτες του για την υγεία σε σχέση με τις άλλες χώρες με αποτέλεσμα οι πολίτες να αναγκάζονται να καλύπτουν την έλλειψη αυτή από την τσέπη τους. Στο παραπάνω οφείλονται και οι ανισότητες στην υγεία.

Γράφημα 2: Δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό επί τις εκατό των κρατικών εξόδων και των συνολικών για την υγεία

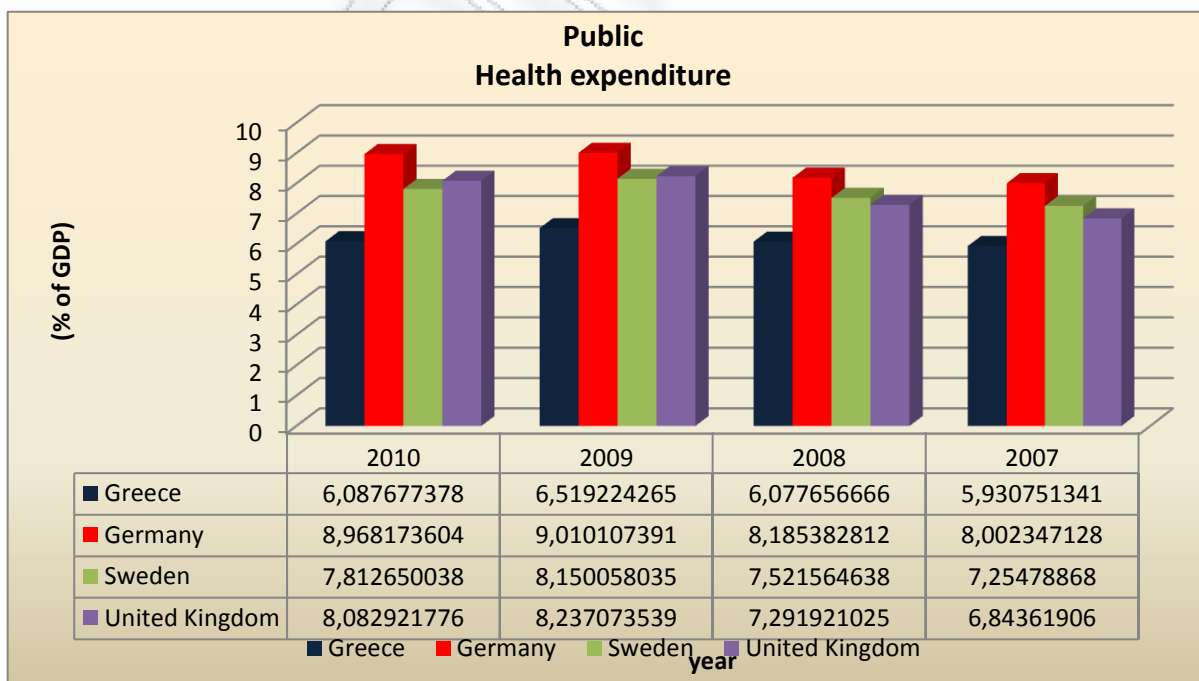


Οι δαπάνες του κράτους της Γερμανίας συνιστούν κατά τα τελευταία έτη το 24% των συνολικών δαπανών που υφίστανται για την υγεία. Η Σουηδία αμέσως μετά ακολουθεί με ποσοστό 18% και τέλος βρίσκονται η Βρετανία και η Ελλάδα με ποσοστά 19% και 20% αντίστοιχα. Αν και η συμμετοχή των κρατών στην υγεία όπως συμπεραίνουμε έχει παραμείνει σταθερή τα εξεταζόμενα έτη, ωστόσο οι συνολικές δαπάνες για την υγεία συμπεριλαμβανομένου του ιδιωτικού τομέα έχουν αυξηθεί κατά μέσο όρο 0,18%.

Μεταβολές: Health expenditure, public (% of total health expenditure).

Χώρα	2010	2009	2008	2007	Μέσος Όρος
Ελλάδα	-3,67%	2,86%	-0,67%	-3,67%	-0,49%
Γερμανία	0,28%	0,40%	0,17%	0,28%	0,29%
Σουηδία	-0,48%	-0,02%	0,18%	-0,48%	-0,11%
Βρετανία	-0,31%	2,18%	1,25%	-0,31%	1,04%
Σύνολο					0,18%

Γράφημα 3: Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ.

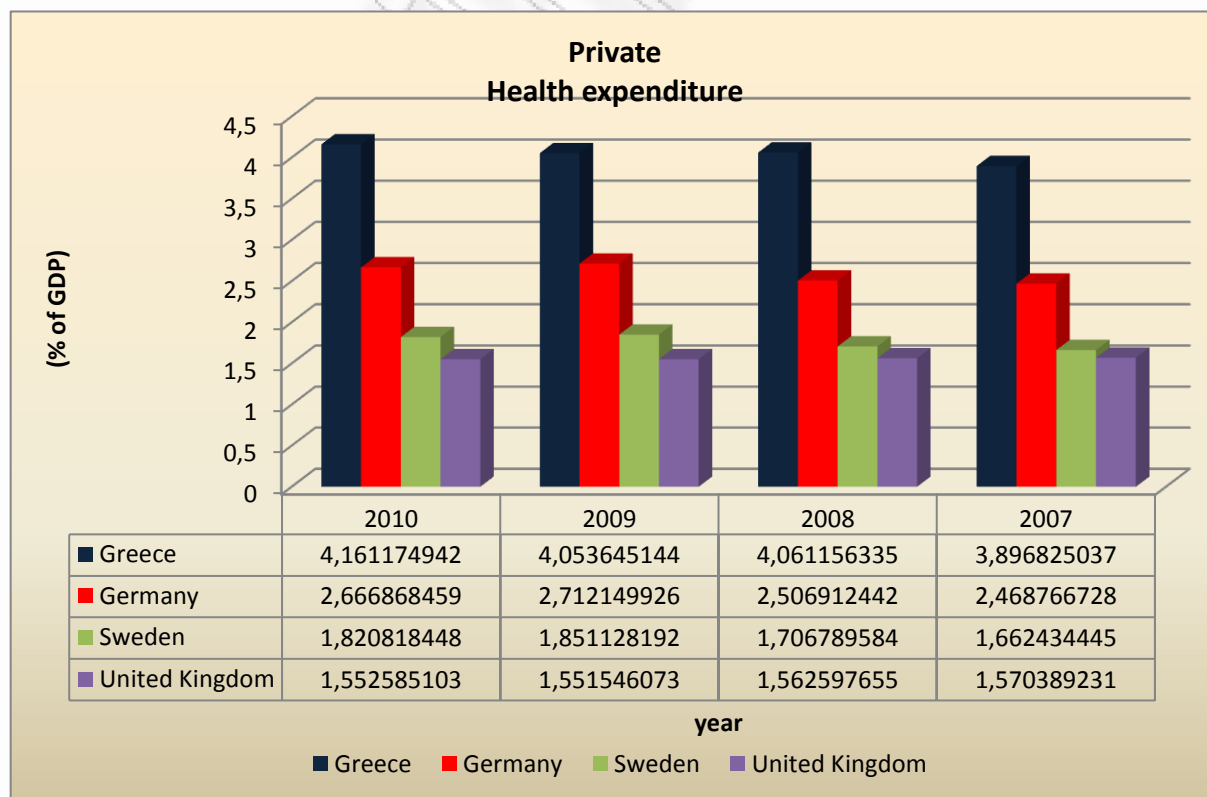


Σύμφωνα με το παραπάνω γράφημα παρατηρούμε ότι η Γερμανία πρωτοστατεί στο ποσοστό των δημοσίων δαπανών με κατά μέσο όρο 8,54% του ΑΕΠ για την υγεία και αμέσως ακολουθούν η Σουηδία και η Βρετανία με μικρή διαφορά, ήτοι 7,68% και 7,61% αντίστοιχα, ενώ τελευταία θέση κατακτά πάλι η Ελλάδα με ποσοστό 6,15% και διαφορά της τάξεως των 2 ποσοστιαίων μονάδων περίπου από τη Γερμανία.

Χώρα	2010-2009	2009-2008	2008-2007
Ελλάδα	-6,62%	7,27%	2,48%
Γερμανία	-0,47%	10,08%	2,29%
Σουηδία	-4,14%	8,36%	3,68%
Βρετανία	-1,87%	12,96%	6,55%

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αν και σε όλες τις χώρες τον τελευταίο χρόνο έχουν μειωθεί από 0,47% - 4,14%, στην Ελλάδα που ήρθε αντιμέτωπη με την οικονομική κρίση από νωρίς μειώθηκαν κατά το ποσοστό της τάξεως 6,62%. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται και σε συνδιασμό με το γεγονός ότι τα προηγούμενα έτη οι δαπάνες για την υγεία σημείωναν αύξηση.

Γράφημα 4: Ιδιωτικές Δαπάνες για την Υγεία

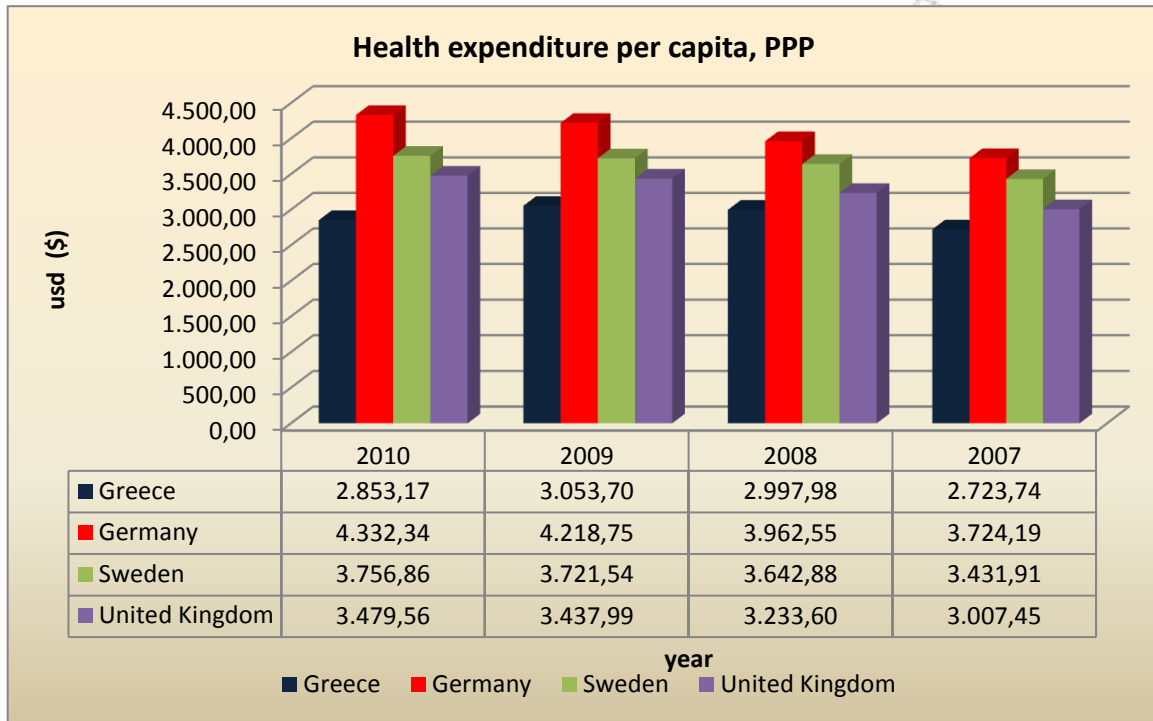


Όπως επιβεβαιώνεται και από το παραπάνω διάγραμμα οι πολίτες της Ελλάδος εξαναγκάζονται να πληρώνουν για την υγεία τους περισσότερο από όλες τις συγκρινόμενες χώρες. Η άμεση δαπάνη των νοικοκυριών (out-of-pocket) και η δαπάνη σε ιδιωτικές ασφαλίσεις, φιλανθρωπικές δωρεές και τις άμεσες πληρωμές υπηρεσιών από ιδιωτικές εταιρείες ανήλθαν το 2010 στο 4,16% του ΑΕΠ σε σύγκριση με τη Βρετανία που οι πολίτες της απέδωσαν μόνο το 1,55%.

Οι Έλληνες πολίτες αύξησαν τις δαπάνες τους το έτος 2010 κατά 2,65% δεδομένων των περικοπών των δαπανών στη δημόσια υγεία και της ανάγκης για καλύτερη περίθαλψη. Τα προηγούμενα έτη η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ήταν μειωμένη δεδομένου ότι η δαπάνη του κράτους κάλυπτε κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις ανάγκες του πληθυσμού. Με την ανάγκη περικοπών του κράτους, οι Έλληνες πολίτες στράφηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση, όπως συμπεραίνουμε σε συνδυασμό και με τα παραπάνω.

Χώρα	2010-2009	2009-2008	2008-2007
Ελλάδα	2,65%	-0,18%	4,22%
Γερμανία	-1,67%	8,19%	1,55%
Σουηδία	-1,64%	8,46%	2,67%
Βρετανία	0,07%	-0,71%	-0,50%

Γράφημα 5: Συνολικά έξοδα ανά πολίτη (σε δολάρια)

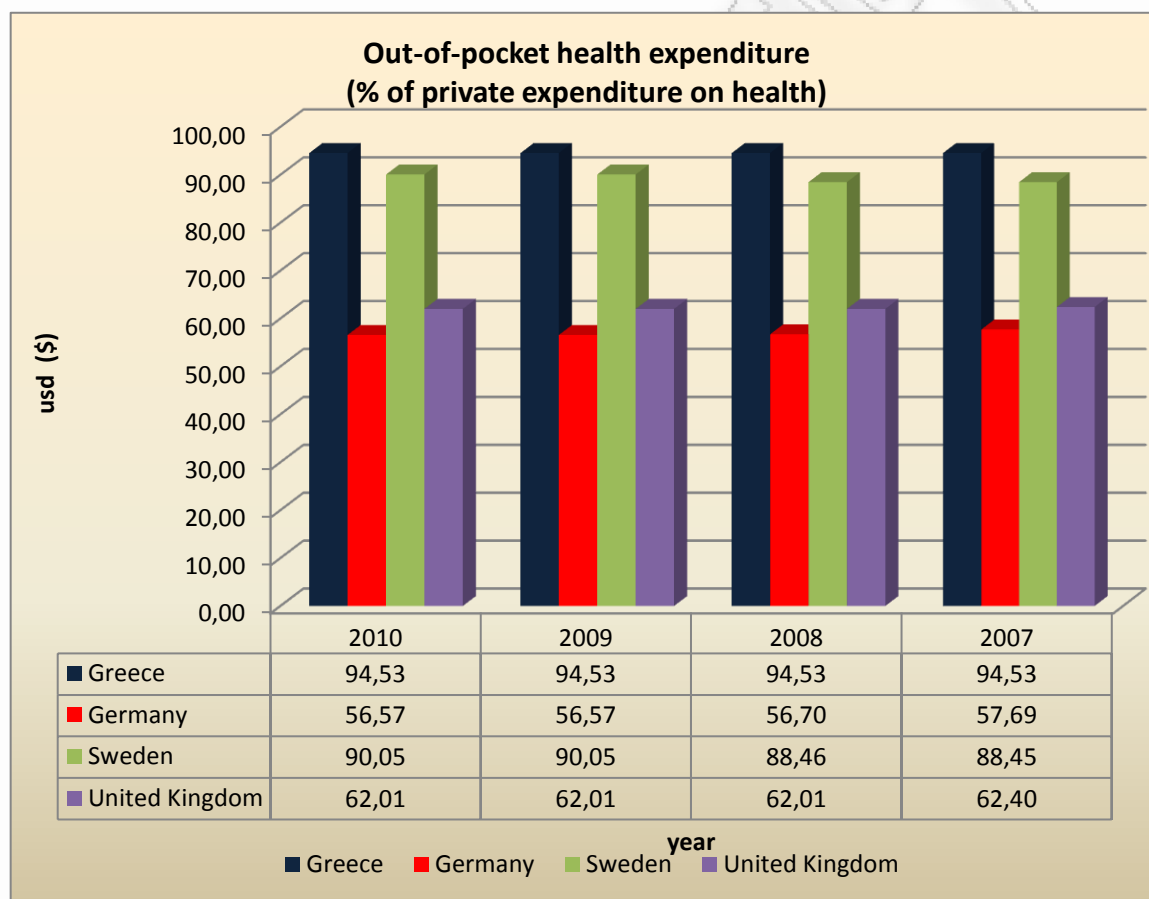


Παρατηρούμε ότι η Γερμανία ξοδεύει περίπου 4.059,46 δολάρια το έτος για κάθε πολίτη της στο τομέα της υγείας, ακολουθεί η Σουηδία με 3.638,30 δολάρια περίπου, έπεται η Βρετανία και τελευταία έχουμε την Ελλάδα με 2.907,15 περίπου δολάρια. Πιο συγκεκριμένα στη Γερμανία το 2007 τα κατακεφαλήν έξοδα υγείας ήταν 3.724,19 δολάρια και το 2010 4.332,34 δολάρια. Για την Σουηδία τα αντίστοιχα έτη τα ποσά ήταν 3.431,91 και 3.756,86. Όσον αφορά την Βρετανία τα ποσά ήταν 3.007,45 και 3.479,56, ενώ για την Ελλάδα ήταν 2.723,74 και 2.853,17 δολάρια. Οι δαπάνες σταδιακά τα έτη αυξήθηκαν με μικρή ποσοσταία μεταβολή για τις υπόλοιπες χώρες εκτός της Ελλάδος, όπως συμπεραίνουμε από τον παρακάτω πίνακα.

Χώρα	2010-2009	2009-2008	2008-2007
Ελλάδα	-6,57%	1,86%	10,07%
Γερμανία	2,69%	6,47%	6,40%
Σουηδία	0,95%	2,16%	6,15%
Βρετανία	1,21%	6,32%	7,52%

Παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα οι δαπάνες για την υγεία ανά έτος και κάτοικο για την περίοδο 2007-2010 αντιστοιχούν περίπου στο 66% των δαπανών της Γερμανίας και στο 76% της Σουηδίας. Η κατάσταση αυτή δείχνει πόσο ελλειματική είναι η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας ή της αναποτελεσματικότητας της υφιστάμενης χρηματοδότησης

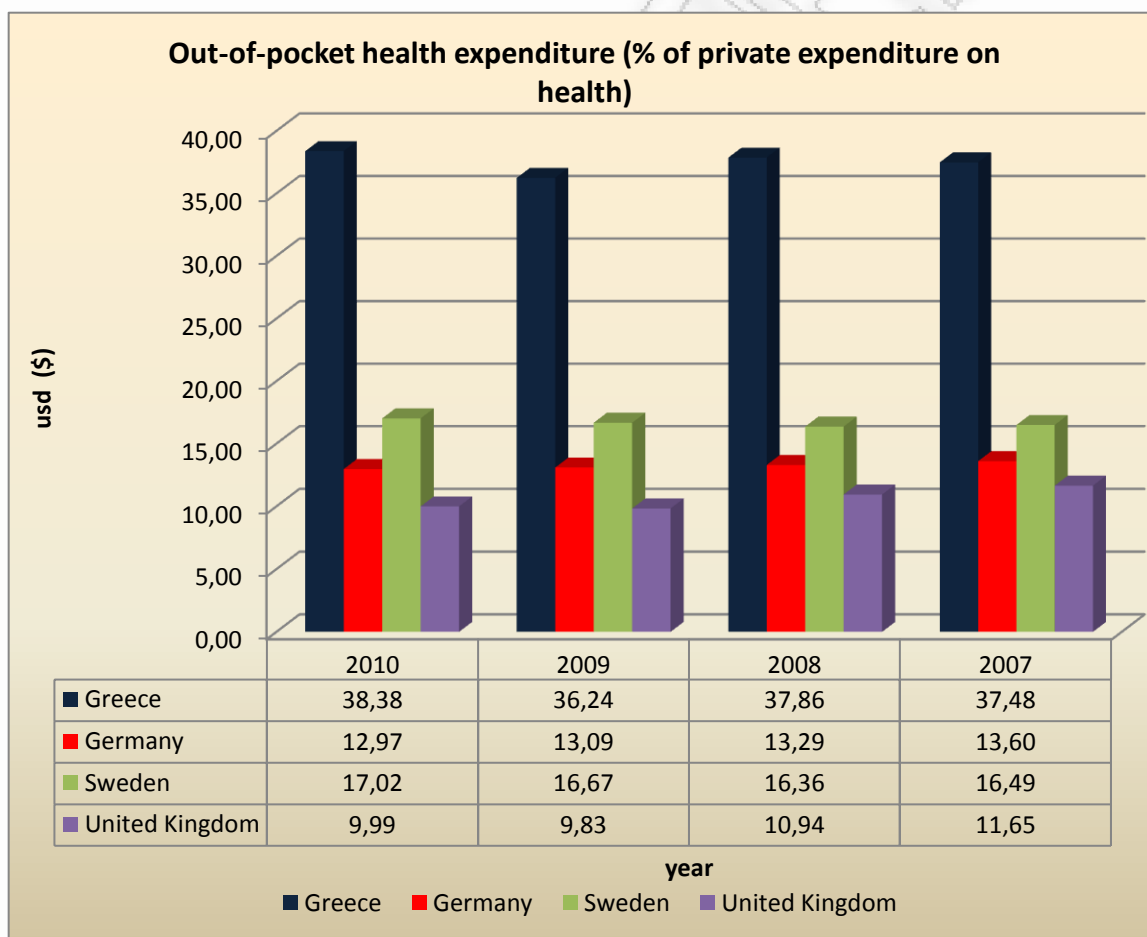
Γράφημα 6: Συνολικά έξοδα των πολιτών ως ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών



Το 95% των δαπανών των Ελλήνων για την υγεία ως ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών προορίζεται για φιλοδωρήματα σε είδος πληρωμών σε επαγγελματίες υγείας, προμηθευτές φαρμάκων, θεραπευτικών συσκευών καθώς και άλλα αγαθά και υπηρεσίες των οποίων η κύρια πρόθεση είναι να συμβάλει στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και που δεν τους αναγνωρίζεται από την ήδη υπάρχουσα ασφάλιση (ιδιωτικά ασφαλιστήρια και δημόσια υγεία). Ακολουθούν οι Σουηδοί σε μικρότερο βαθμό και τέλος η Βρετανία και η Γερμανία. Συμπεραίνουμε από το γεγονός ότι τα ποσοστά για την Ελλάδα δεν έχουν αλλάξει για τα εξεταζόμενα έτη, ότι ο Έλληνας πολίτης δεν είναι

ευχαριστημένος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της υγείας και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται ικανοποιητικά καθιστώντας απαραίτητη την άμεση συμμετοχή του στις δαπάνες. Οι Έλληνες πολίτες ξοδεύουν από τις τσέπες τους παραπάνω από τους Γερμανούς ενώ οι δημόσιες δαπάνες του Ελληνικού κράτους είναι στο μισό αυτών του Γερμανικού κράτους.

Γράφημα 7: Συνολικά έξοδα των πολιτών ως ποσοστό των συνολικών δαπανών στο τομέα της υγείας



Το 37% των δαπανών των Ελλήνων για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών προορίζεται για φιλοδωρήματα σε είδος πληρωμών σε επαγγελματίες υγείας, προμηθευτές φαρμάκων, θεραπευτικών συσκευών καθώς και άλλα αγαθά και υπηρεσίες των οποίων η κύρια πρόθεση είναι να συμβάλει στην αποκατάσταση ή τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και που δεν τους αναγνωρίζεται από την ήδη υπάρχουσα ασφάλιση (ιδιωτικά

ασφαλιστήρια και δημόσια υγεία). Ακολουθούν οι Σουηδοί σε μικρότερο βαθμό (13%) και τέλος η Βρετανία και η Γερμανία. Συμπεραίνουμε από το γεγονός ότι τα ποσοστά για την Ελλάδα δεν έχουν αλλάξει για τα εξεταζόμενα έτη, ότι ο Έλληνας πολίτης δεν είναι ευχαριστημένος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της υγείας και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται ικανοποιητικά καθιστώντας απαραίτητη την άμεση συμμετοχή του στις δαπάνες. Ξοδεύουν από την τσέπη τους το 1/3 των συνολικών δαπανών στην Ελλάδα ενώ οι Γερμανοί το 1/10 περίπου των συνολικών δαπανών στην Γερμανία το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα. Οι Έλληνες πολίτες ξοδεύουν από τις τσέπες τους παραπάνω από τους Γερμανούς ενώ οι δημόσιες δαπάνες του Ελληνικού κράτους είναι στο μισό αυτών του Γερμανικού κράτους.

РАСПИШНО ПЕПАА

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Συμπεράσματα

Από το σύνολο της παρούσης εργασίας διαπιστώνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας, σε αντίθεση με το Αγγλοσαξονικό, το Γερμανικό και το Σουηδικό, δεν χαρακτηρίζεται από αποδοτικότητα αλλά ούτε και από ισότητα ευκαιριών. Συγκεκριμένα το Βρετανικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται εξ' ολοκλήρου από δημόσιους πόρους, με αποτέλεσμα όλοι οι πολίτες να έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Το Γερμανικό σύστημα από την άλλη πλευρά, δε στηρίζεται μόνο στον δημόσιο τομέα, αλλά και στον ιδιωτικό, χωρίς ωστόσο να επιβαρύνονται σημαντικά οι πολίτες. Η Σουηδία παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Σε αντίθεση των παραπάνω, έρχεται το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, το οποίο χρηματοδοτείται τόσο από κρατικούς φορείς και ασφαλιστικά ταμεία, όσο και από ιδιωτικούς φορείς και παρέχει υπηρεσίες υγείας στους πολίτες βάσει των κοινωνικο-οικονομικών τους χαρακτηριστικών. Αυτό δηλαδή που χαρακτηρίζει το σύστημα υγείας της Ελλάδας, είναι η ανισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την διεξαχθείσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αύξησαν τις δαπάνες τους για την υγεία σε σχέση με τις δύο άλλες χώρες, την Ελλάδα και τη Γερμανία, οι οποίες τις μείωσαν δεδομένων των περικοπών και της οικονομικής κρίσης. Μάλιστα η Ελλάδα δαπανά πολύ λιγότερο από όλες τις χώρες, με αποτέλεσμα οι πολίτες να αναγκάζονται να καλύπτουν την έλλειψη αυτή από την τσέπη τους.

Το παραπάνω έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση βάσει της οποίας το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα καλύτερα στην Ευρώπη, εφόσον παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο και το Γερμανικό σύστημα, βάσει της βιβλιογραφίας είναι από τα καλύτερα στο κόσμο, προσφέροντας υψηλό επίπεδο υπηρεσιών

στους πολίτες. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα δεν επιβαρύνει τους πολίτες, αντίθετα τους παρέχει πρόσθετες ποιοτικές υπηρεσίες, οι οποίες βοηθούν το πολίτη να βιώνει πολύ καλύτερες υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Αναφορικά με την Ελλάδα, όπως διαπιστώθηκε, το σύστημα υγείας της χαρακτηρίζεται για την έλλειψη χρηματοδότησης στο δημόσιο σύστημα υγείας της.

Η Γερμανία πρωτοστατεί στο ποσοστό των δημοσίων δαπανών και αμέσως ακολουθούν η Σουηδία και η Βρετανία με μικρή διαφορά ενώ τελευταία θέση κατακτά πάλι η Ελλάδα. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αν και σε όλες τις χώρες τον τελευταίο χρόνο έχουν μειωθεί, στην Ελλάδα που ήρθε αντιμέτωπη με την οικονομική κρίση μειώθηκαν από νωρίς. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι τα προηγούμενα έτη οι δαπάνες για την υγεία σημείωναν αύξηση. Στο παραπάνω οφείλονται και οι ανισότητες στην υγεία στην Ελλάδα. Άτομα που βρίσκονται στις ανώτερες τάξεις και κατέχουν υψηλότερα εισοδήματα εμφανίζουν μειωμένη θνησιμότητα έναντι των ατόμων με χαμηλότερο εισόδημα, ειδικά σε σχέση με τη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα.

Όσον αφορά στις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες, την περίοδο 2007-2010 οι υψηλότερες δημόσιες δαπάνες ανά κάτοικο ανήκουν στη Γερμανία και οι υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες ανήκουν στην Ελλάδα. Το παραπάνω φανερώνει την ελλειμματική χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, αλλά και την αναποτελεσματικότητα της υφιστάμενης δημόσιας χρηματοδότησης στην Ελλάδα.

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, αλλά και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση, αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης, λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία, λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία. Συχνά, ως πρώτη αντίδραση στην κρίση, οι κυβερνήσεις περιορίζουν αυθαίρετα τους υγειονομικούς προϋπολογισμούς χωρίς ταυτόχρονη προσπάθεια να αυξηθεί η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων. Η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης για τον υγειονομικό τομέα οδήγησε σε επιπλέον αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και κυρίως των δαπανών των νοικοκυριών και

μακροπρόθεσμα σε αύξηση του υγειονομικού κόστους. Οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας, αύξηση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων και αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, όπως επαληθεύτηκε από την έρευνα.

Τέτοιες πολιτικές μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών και σε περισσότερες δαπάνες υγείας στο μέλλον δεδομένου ότι, αυξάνεται η δαπάνη για επείγουσα φροντίδα υγείας έναντι των δαπανών για πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα που δυνητικά οδηγούν σε συγκράτηση των συνολικών δαπανών υγείας. Ταυτόχρονα, τίθεται σε κίνδυνο η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό ακριβώς συνέβη και στο ελληνικό σύστημα υγείας το οποίο επηρεάστηκε περισσότερο από των υπολοίπων εξεταζόμενων χωρών. Συγκεκριμένα, οι πολίτες της Ελλάδος εξαναγκάζονται να πληρώνουν για την υγεία τους περισσότερο από όλες τις συγκρινόμενες χώρες. Οι Έλληνες πολίτες αύξησαν τις δαπάνες τους, δεδομένων των περικοπών των δαπανών στη δημόσια υγεία και της ανάγκης για καλύτερη περίθαλψη. Τα προηγούμενα έτη η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία ήταν μειωμένη δεδομένου ότι η δαπάνη του κράτους κάλυπτε κατά ένα μεγάλο ποσοστό τις ανάγκες του πληθυσμού. Με την ανάγκη περικοπών του κράτους, οι Έλληνες πολίτες στράφηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση. Ο Έλληνας πολίτης δεν είναι ευχαριστημένος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της υγείας και οι ανάγκες του δεν καλύπτονται ικανοποιητικά καθιστώντας απαραίτητη την άμεση συμμετοχή του στις δαπάνες. Ξοδεύουν από την τσέπη τους όσο είναι το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών στην Ελλάδα, ενώ οι Γερμανοί το μισά των ιδιωτικών δαπανών στην Γερμανία.

Συμπερασματικά το σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, την χρονική περίοδο 2007-2010 βασίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας. Η Βρετανία με τη χρήση προγραμμάτων όπως το Sure Star έχει καταφέρει από τη μια το σύστημα υγείας να είναι αποδοτικό, ενώ συνάμα κοινωνικά δίκαιο και ισότιμο. Το συγκεκριμένο σύστημα αναφέρεται στα παιδιά παρέχοντας παιδική μέριμνα, νηπιακή εκπαίδευση, υπηρεσίες υγείας και οικογενειακή στήριξη. Αυτός είναι ένας από τους τρόπους με τους οποίους η βρετανική κυβέρνηση περιόρισε τις ανισότητες στον τομέα της υγείας από την προοπτική της παιδικής φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Το Βρετανικό μοντέλο PFI, ενέπνευσε τους Γερμανούς για να αναπτύξουν το δικό τους μοντέλο το Betreibermodel. Στο μοντέλο αυτό η αμοιβή του Ιδιωτικού τομέα πληρώνεται με τη μορφή τέλους υποστήριξης της δημόσιας υγείας και γενικότερα του δημόσιου τομέα. Οι πληρωμές αυτές είναι άλλοτε σταθερές και υπολογίζονται με μεταβλητό τρόπο και άλλοτε με βάση τη διαθεσιμότητα του σχετικού έργου ή των σχετικών υπηρεσιών ή ακόμη ανάλογα με τη συχνότητα χρήσης του έργου. Η χρηματοδότηση γίνεται από τις επιχειρήσεις και τους εργαζόμενους, ενώ σημαίνουν ρόλο παίζει και το κράτος καθώς ένα μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού δίνεται στην υγεία. Συγκεκριμένα, για το Γερμανικό σύστημα υγείας ότι η χρηματοδότηση του γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Η συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα βοήθησαν την αύξηση της αποδοτικότητας ενώ επέφεραν και την ισότητα στην υγεία. Οι Γερμανοί χρησιμοποίησαν την ιδιωτική πρωτοβουλία προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική αποδοτικότητα αλλά και να έχουν όφελος οι ιδιωτικές εταιρίες με τη μορφή κερδών, μειωμένου κόστους για τους πολίτες και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στο Σουηδικό σύστημα υγείας, τη χρονική περίοδο 2007-2010, οι πολίτες πέρα από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν μια ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας τους. Την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος, δηλαδή βασίζεται σε ένα εθνικό σύστημα υγείας. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία διαφέρει από όλα τα άλλα δημόσια και εθνικά συστήματα υγείας, λόγω των εξουσιών που έχει η αυτοδιοίκηση σε οργανωτικά συστήματα αλλά και σε θέματα παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία είναι από τα πιο εξελιγμένα σε όλη την Ευρώπη. Με βάση τη φιλοσοφία του βασίζεται κυρίως στη δημόσια δαπάνη, στη δημόσια πρωτοβουλία. Η Σουηδία δεν έχει οδηγηθεί σε πολλές συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα. Όταν αυτό γίνεται σύμφωνα με το κράτος θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η «χρηματοδότηση του έργου» από την αρχή με ολοκληρωμένο τρόπο που θα εξασφαλίζει τους αναγκαίους πόρους διαχρονικά, σύμφωνα με το Σουηδικό μοντέλο. Με βάση τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι ο βαθμός αποδοτικότητας στη Σουηδία είναι υψηλός και καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών του. Το σύστημα υγείας στη Σουηδία εξάλλου, θεωρείται από τα καλύτερα στην Ευρώπη. Παρέχει δωρεάν τα πάντα στο πολίτη και χρηματοδοτείται με ιδίους πόρους, χωρίς να χρειάζεται τη

συμβολή του ιδιωτικού τομέα. Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στη Σουηδία, αποτελούν οι τοπικοί και δημοτικοί φόροι (70%) και ακολουθεί η χρηματοδότηση από την κεντρική κυβέρνηση. Οι πόροι με τους οποίους η κυβέρνηση χρηματοδοτεί τα νομαρχιακά συμβούλια προέρχονται σε μεγάλο ποσοστό από την εθνική ασφάλιση υγείας.

8.2 Προτάσεις για το μέλλον

Δεδομένης της παραπάνω κατάστασης η Ευρωπαϊκή Ένωση έλαβε μέτρα για τη συγκράτηση των επιπτώσεων προκειμένου να αναστραφεί αυτή η κατάσταση που θα διασφαλίζουν ένα αποδεκτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Μεταξύ άλλων, απαιτούνται μέτρα αύξησης του βαθμού χρήσης των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών έναντι των νοσοκομειακών υπηρεσιών, όπου αυτό είναι εφικτό και να προστατευθεί καθ' οιονδήποτε τρόπο η πρόσβαση ευπαθών ομάδων του πληθυσμού σε υγειονομικές υπηρεσίες.

Έτσι λοιπόν με το πρόγραμμα «Υγεία για την ανάπτυξη» (2014-2020) το οποίο αποτελεί το τρίτο πολυετές πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) επιτυγχάνεται ο παραπάνω σκοπός. Βασική επιδίωξή του είναι να υλοποιήσει τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις, ώστε να καταστούν τα συστήματα υγείας καινοτόμα και βιώσιμα, να βελτιώσει την πρόσβαση σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη, να προάγει τη καλή υγεία των Ευρωπαίων πολιτών και την πρόληψη των νόσων και να προστατεύσει τους πολίτες της ΕΕ από διασυνοριακές απειλές.

Πιο αναλυτικά η Ευρωπαϊκή Επιτροπή οφείλει να βοηθήσει τα κράτη μέλη να αντιμετωπίσουν την έλλειψη ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, να παροτρύνει τα μέλη να ενσωματώσουν την καινοτομία στην υγειονομική περίθαλψη, (π.χ. σε ό,τι αφορά την ηλεκτρονική υγεία, και να μοιραστούν την εμπειρογνωμοσύνη που διαθέτουν στον τομέα αυτό) και να υποστηρίξει την ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση.

Επιπλέον η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, επιχειρεί να προωθήσει τη μεγαλύτερη πρόσβαση σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη για τους πολίτες. Συγκεκριμένα προτείνει τη θέσπιση ενός συστήματος διαπίστευσης των ευρωπαϊκών δικτύων αναφοράς,

το οποίο αναμένεται να συμβάλει, για παράδειγμα, στην υποστήριξη των δράσεων που αναλαμβάνονται στον τομέα των σπάνιων νόσων. Παράλληλα επιχειρεί να προωθήσει την καλή υγεία και να προλαμβάνει τις νόσους. Συγκεκριμένα, τα κράτη μέλη καλούνται να ανταλλάσσουν τις ορθές πρακτικές τους σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος, την κατάχρηση οινόπνευματος και την παχυσαρκία. Επίσης, προωθείται η πρόληψη των χρόνιων νόσων, όπως ο καρκίνος, μέσω συγκεκριμένων δράσεων.

Άλλος στόχος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής είναι η προστασία των πολιτών από διασυνοριακές απειλές υγείας. Η Επιτροπή εκτιμά ότι πρέπει να βελτιωθεί το επίπεδο προετοιμασίας και οι ικανότητες συντονισμού σε περίπτωση σοβαρών διασυνοριακών απειλών⁷⁷.

⁷⁷ Ευρωπαϊκή Ένωση (2012). Πολυετές πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας (2014-2020)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Εθνικές δαπάνες για την υγεία ήταν 10% του ΑΕΠ του 2010 και το 2009

Indicator Name (in units)	2010	2009	2008	2007	2006
Out-of-pocket health expenditure (% of total expenditure on health)	3503	3440	3801	3881	3419
Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)	2	2	2	2	2
Health expenditure per capita (current US\$)	16	16	18	19	19
Health expenditure, private (% of total health expenditure)	564	545	671	724	640
Health expenditure, private (current US\$)	8	8	7	7	7
Health expenditure, private (% of GDP)	16	16	15	16	16
Health expenditure, public (% of total health expenditure)	84	84	82	81	81
Health expenditure, public (% of government expenditure)	10	10	9	8	8
Health expenditure, public (% of GDP)	217141228	212548727	233401145	236675508	207155380
Health expenditure, total (current US\$)	62	62	62	62	61
Health expenditure, total (% of GDP)	10	10	11	12	11

Πηγή: World Health Organization National Health Account database

Πίνακας 2: Ανάλυση του ορίου δαπανών κάθε τμήματος (departmental expenditure limits, del) από το 2010 μέχρι και το 2015

£ billion	baseline 2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
Resource DEL (1)	98.7	101.5	104.0	106.9	109.8
Capital DEL	5.1	4.4	4.4	4.4	4.6
Total DEL	103.8	105.9	108.4	111.4	114.4

Πηγή: Department of Health of United Kingdom - Spending Review 2010.

Πίνακας 3: Δείκτες υγείας Βρετανίας

Country Name	life expectancy		Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	
	World	United Kingdom	World	United Kingdom
	Country Code	WLD	GBR	WLD
1990	67,55	78,8	60,7	7,8
1991	67,71	78,9	60,1	7,3
1992	67,84	79,2	59,7	7
1993	67,96	79,1	59,2	6,6
1994	68,17	79,6	58,5	6,4
1995	68,34	79,5	57,6	6,2
1996	68,55	79,7	56,4	6
1997	68,76	79,9	55,1	5,9
1998	68,92	79,7	53,7	5,8
1999	69,1	79,9	52,3	5,7
2000	69,32	80,2	50,9	5,6
2001	69,55	80,4	49,4	5,5
2002	69,75	80,5	48,1	5,4
2003	69,95	80,7	46,8	5,3
2004	70,23	81	45,5	5,2
2005	70,44	81,2	44,3	5,1
2006	70,72	81,4	43	5
2007	70,99	81,6	41,7	4,9
2008	71,23	81,7	40,4	4,7
2009	71,5	82,1	39,1	4,6
2010	71,75	82,4	38	4,5
2011	-	-	36,9	4,4

Πηγή: Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., και Τακουμάκης, Ι.(2004), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας, Αρχεία Ελληνική Ιατρική, 22(1), σελ. 81

Πίνακας 4: Δείκτες υγείας Γερμανίας

Country Name	life expectancy		Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	
	World	Germany	World	Germany
	WLD	DEU	WLD	DEU
1990	67,55	78,65	60,7	7
1991	67,71	78,7	60,1	6,6
1992	67,84	79,2	59,7	6,2
1993	67,96	79,2	59,2	5,9
1994	68,17	79,6	58,5	5,6
1995	68,34	79,7	57,6	5,3
1996	68,55	79,9	56,4	5,1
1997	68,76	80,3	55,1	4,9
1998	68,92	80,6	53,7	4,7
1999	69,1	80,8	52,3	4,5
2000	69,32	81	50,9	4,4
2001	69,55	81,3	49,4	4,3
2002	69,75	81,2	48,1	4,2
2003	69,95	81,3	46,8	4,1
2004	70,23	81,6	45,5	4
2005	70,44	81,8	44,3	3,9
2006	70,72	82	43	
2007	70,99	82,3	41,7	3,7
2008	71,23	82,4	40,4	3,6
2009	71,5	82,5	39,1	3,5
2010	71,75	82,6	38	3,4
2011	-	-	36,9	3,3

Πηγή: OECD

Πίνακας 5: Δείκτες υγείας Σουηδίας

Health Indicators				
Country Name	life expectancy		Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	
	World	Greece	World	Greece
Country Code	WLD	GRC	WLD	GRC
1990	67,55	79,5	60,7	11,5
1991	67,71	79,8	60,1	10,9
1992	67,84	80,2	59,7	10,4
1993	67,96	79,9	59,2	9,9
1994	68,17	80,2	58,5	9,5
1995	68,34	80,3	57,6	9
1996	68,55	80,4	56,4	8,6
1997	68,76	80,8	55,1	8,2
1998	68,92	80,4	53,7	7,8
1999	69,1	80,6	52,3	7,3
2000	69,32	80,5	50,9	6,8
2001	69,55	81	49,4	6,4
2002	69,75	81,1	48,1	5,9
2003	69,95	81,3	46,8	5,5
2004	70,23	81,6	45,5	5,1
2005	70,44	81,8	44,3	4,8
2006	70,72	82	43	4,6
2007	70,99	82	41,7	4,4
2008	71,23	82,5	40,4	4,2
2009	71,5	82,8	39,1	4
2010	71,75	83	38	3,9
2011	-	-	36,9	3,7

Πηγή: OECD

Πίνακας 6: Διαχρονική εξέλιξη συνολικών δαπανών υγείας ως % ΑΕΠ

ΧΩΡΕΣ/ΕΤΗ	1960	1970	1980	1990
ΕΛΛΑΔΑ	3,1	5,7	6,6	7,6
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΧΩΡΩΝ ΟΟΣΑ	4,01	5,58	7,27	8,04

Πηγή: OECD Health Data 2001, 2006.

Πίνακας 7: Δαπάνη υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1995-2009

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
7,5	7,4	7,3	7,3	7,5	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1	9,9	9,6	9,7	9,6

Πηγή: OECD database.

РАНЕКЪТЪМО ПЕРПАА

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ. (1993) : Πολιτική και Κοινωνική Πολιτική στην Τρίτη Ηλικία: Η Ευρωπαϊκή και η Ελληνική Εκδοχή. Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία. Έκδοση Κέντρου Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης, Σ. (2001) Συστήματα Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τ., (1996), «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα
- Δικαίος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (1999), Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Δίκαιος Κ και Χλέτσος Μ.,(1999), Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, Πάτρα σελ 48-56
- Καρπούζης, Κ.(2002), Ηλεκτρονικές υπηρεσίες υγείας – μεθοδολογίες ανάπτυξης ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς
- Κονδύλης Η., και Μπένος Α.(2006), Ποιότητα και ιδιοκτησιακός χαρακτήρας μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Μία ανασκόπηση εμπειρικών δεδομένων από τις ΗΠΑ, Ιατρική
- Κονδύλης, Η., Αντωνοπούλου, Α. και Μπένος, Α. ‘Συμπράξεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία: Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας;’, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(4), 2008
- Κυριόπουλος Γ., (1991), Ανταγωνισμός και Ρυθμιστικές Πολιτικές, στο: Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α., Φιλαλήθης Τ., «Τα Συστήματα Υγείας και η Πρόκληση της Ευρώπης μετά το 2000», Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη και Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Αθήνα

- Κυριόπουλος Γ., (1991), Κοινωνική Ασφάλιση: Η Πολιτική Οικονομία της Κρίσης, Ιατρικό Βήμα, 21: 33-39
- Κυριόπουλος Γ., Σκουτέλης Γ., (1993), 50 Χρόνια από την Έκθεση Beveridge, Ιατρικό Βήμα, 33: 15-22
- Κυριόπουλος, Γ., Νιάκας, Δ. Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. Αθήνα, 1994
- Λιαρόπουλος Λ.,(2007), Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστημιακές Παραδόσεις. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής
- Κυριόπουλος Γ., Λιαρόπουλος Λ., Μπουρσανίδης Χ., Οικονόμου Χ. (Επιστημονική Επιμέλεια), 2001, Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο /Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα
- Παρασκευόπουλος Λ, (2004), «Συστήματα Υγείας-θέματα οργάνωσης & διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας», Σημειώσεις διδασκαλίας, σελ:46-53.
- Ρομπόλης Σ. Χλέτσος Μ. (1995), Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη
- Ρομπόλης Σ. Χλέτσος Μ. (1995), Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη
- Σιγάλας, Ι.(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές από http://www.econ.uoi.gr/seminars_oikonimia_koinonia/dialeksi4/Dimosia_Perithalpsi_2008.ppt
- Τέρπος Α., Τσιβελέκα Α., Μεντζελοπούλου Π., Γαλάνη-Φωτίου Β., Ευστρατιάδου Μ., Κυριόπουλος Γ., 1992, Εκτίμηση Κόστους-Αποτελεσματικότητας στην Εφαρμογή Ποιοτικού Ελέγχου με ή χωρίς Μηχανοργάνωση του Κυτταρολογικού Εργαστηρίου, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο κυτταρολογίας, Αθήνα
- Τούντας Γ., (2006), Άρθρο: Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας, Αρχεία Ελλ. Ιατρικής , 20(1), 76-87
- Τούντας Γ.(1999), Οικονομία και Υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16(1), 75-83

- Τούντας Γ.,(2003), «Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής
- Τούντας Γ.,(2001), Άρθρο: Τα συστήματα υγείας στον 21ο αιώνα. Ιατρική , 79(3), 215-217
- Υφαντόπουλος, Γ.(2010), Άρθρο: «Η Επίδραση των Δημογραφικών Εξελίξεων στις Δαπάνες Υγείας» Στο Δημογραφική κρίση στην Ελλάδα. Εθνικές Οικονομικές και Κοινωνικές διαστάσεις ΕΔΗΜ σελ 159-168
- Υφαντόπουλος, Γ., (2003), Τα οικονομικά της υγείας. Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ.(2010), Η επίδραση των δημογραφικών εξελίξεων στις δαπάνες υγείας. Αθήνα
- Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., και Τακουμάκης, Ι.(2004), Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας, Αρχαία Ελληνική Ιατρική, 22(1), σελ. 81
- Χαράλαμπος Ο., (2004), Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες, Διόνικος, Αθήνα
- Χατζηπουλίδης, Γ., Γλ. Καλφακάκου (2008), Άρθρο: Συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα : Η εφαρμογή τους στον τομέα υγείας, Τεχνικά Χρονικά Διμηνιαία Έκδοση ΤΕΕ Μάιος - Ιούν. 2008 τεύχ. 3, σ.10-12

Ξενόγλωσση

- Commission of the European Communities, DG V, 2001: National policies to combat social exclusion. First Annual Report of the European Community Observatory. Edited by Graham Room.
- Culyer AJ.(2008) Health indicators. Oxford
- Health Policy Monitor, 2004
- Kutzin,J. (2001),A descriptive framework for country-level analysis of health, Health Policy 56(3): 171-204, p.174Kyriopoulos J. (ed), Health Care Reforms - Trends and Issues, Ministry of Health and Welfare-National School of Public Health, 117-122

- Kyriopoulos J., Niakas D., 1993, Economic and Health Policy Issues in Biomedical Technology: The Case of Greece, in: Malek M. et al (eds), "Strategic Issues in Health Care Management", Wiley Publication, London, 57-64
- Levett J., and Kyriopoulos J. (2001), The Greek Health Sector 2000, in : Kyriopoulos J. (ed), Health Care Reforms - Trends and Issues, Ministry of Health and Welfare-National School of Public Health, 117-122
- Malek M. et al (eds), "Strategic Issues in Health Care Management", Wiley Publication, London, 57-64
- OECD Health Data 2009
- Pollock A. Price D.(2004), We are left footing the PFI bill. The public pays the price when contractors pull out of projects. The Guardian Tuesday July 27, 2004
- Radical Statistics Health Group.(2011), The NHS indicators of success. Br Med J ,pp.310:1045–1050
- Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, JAMA, Vol. 280 No. 14, October 14
- Strobel, Pierre, 1996: From poverty to exclusion: a wage-earning society or a society of human rights? International Social Science Journal, 148, June 1996, 173-189
- Vallgarda, et al., 2001 ; Vallgarda, et al., May (2006), Reforms in Nursing Education Across Western Europe: Implementation Processes and Current Status. Journal of Professional Nursing, Volume 22, Issue 3, Pages 162-171
- World Bank (2009). Investing in Health. Oxford University Press. Νέα Υόρκη