

2016

$\beta \bar{y} \text{ — } \pm \frac{3}{4} \text{ }^1 \text{ } \zeta \text{ » } \grave{\text{I}}^3 \cdot \tilde{\text{A}} \cdot \ddot{\text{A}} \acute{\text{E}} \frac{1}{2} \text{ } \text{£} \text{Å} \tilde{\text{A}} \ddot{\text{A}} \cdot \frac{1}{4} \neg \ddot{\text{A}} \acute{\text{E}}$
 $\beta \bar{y} \text{ ¥ }^3 \mu \text{ }^- \pm \hat{\text{A}} : \text{ ' } \frac{1}{2} \ddot{\text{A}} \text{ }^1 \grave{\text{A}} \acute{\text{A}} \zeta \tilde{\text{A}} \acute{\text{E}} \grave{\text{A}} \mu \text{Å} \ddot{\text{A}} \text{ }^1 \text{ }^0 \neg$
 $\beta \bar{y} \text{ } \text{£} \text{Å} \tilde{\text{A}} \ddot{\text{A}} \text{ } \text{®} \frac{1}{4} \pm \ddot{\text{A}} \pm \text{ ¥ }^3 \mu \text{ }^- \pm \hat{\text{A}} \tilde{\text{A}} \ddot{\text{A}} \cdot \frac{1}{2} \cdot \text{Å} \acute{\text{A}} \acute{\text{I}}$
 $\beta \bar{y} \tilde{\text{A}} \ddot{\text{A}} \text{ }^1 \hat{\text{A}} \text{ — } . . \text{ ' } .$

$\beta \bar{y} \text{ } \text{£} \pm \text{ }^2 \text{ }^2 \text{ }^- \text{ ' } \zeta \text{ Å} , \cdot \text{ }^- \text{ }^0 .$

$\beta \bar{y} \text{ } \acute{\text{A}} \grave{\text{I}}^3 \acute{\text{A}} \pm \frac{1}{4} \frac{1}{4} \pm \text{ " } \cdot \frac{1}{4} \grave{\text{I}} \tilde{\text{A}} \text{ }^1 \pm \hat{\text{A}} \text{ " }^1 \zeta \text{ }^- \text{ }^0 \cdot \tilde{\text{A}} \cdot \hat{\text{A}} , \text{ } \text{£} \text{Ç} \zeta \text{ » } \text{®} \text{ } \ddot{\text{Y}} \text{ }^1 \text{ }^0 \zeta \frac{1}{2} \zeta \frac{1}{4} \text{ }^1 \text{ }^0 \hat{\text{I}} \frac{1}{2} \cdot \text{Å} \text{ }^1 \tilde{\text{A}} \ddot{\text{A}} \cdot \frac{1}{4} \hat{\text{I}} \frac{1}{2} \text{ }^0 \pm \text{ }^1 \text{ " }^1 \zeta \text{ }^- \text{ }^0 .$
 $\beta \bar{y} \text{ } \pm \frac{1}{2} \mu \text{Å} \text{ }^1 \tilde{\text{A}} \ddot{\text{A}} \text{ } \text{®} \frac{1}{4} \text{ }^1 \zeta \cdot \mu \neg \text{Å} \zeta \text{ » } \text{ }^1 \hat{\text{A}} \neg \text{Æ} \zeta \text{ Å}$

<http://hdl.handle.net/11728/8784>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

Η αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας. Αντιπροσωπευτικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Όνομα φοιτήτριας: Νίκη Σαββίδου

Επιβλέπων καθηγητής: Ιωάννης Βλάσσης

2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Μεθοδολογία.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	6
1.1. Σύστημα Υγείας	6
1.2. Πηγές χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας	8
1.3. Δημόσια Συστήματα Υγείας.....	11
1.3.1. Σύστημα τύπου Beveridge – Δημόσιο Σύστημα Υγείας.....	12
1.3.2. Σύστημα τύπου Bismark – Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης.....	14
1.4. Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας	18
2.1. Εννοιολογική προσέγγιση.	18
2.1.1. Αξιολόγηση	18
2.1.2. Ποσοτική και ποιοτική αξιολόγηση	18
2.1.3. Αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας	19
2.1.4. Συγκριτική αξιολόγηση των τριών κυριότερων Συστημάτων Υγείας	20
2.2. Δείκτες Υγείας ως εργαλεία αξιολόγησης των Σ.Υ.	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αντιπροσωπευτικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. 25	
3.1. Το Σύστημα Υγείας στην Γερμανία	25
3.1.1. Εισαγωγή	25
3.1.2. Οργάνωση του Συστήματος	27
3.1.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι	30
3.1.4. Τρόπος παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	31
3.1.5. Χρηματοδότηση	34
3.2. Το Σύστημα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο.	40
3.2.1. Εισαγωγή	40
3.2.2. Οργάνωση του Συστήματος	44
3.2.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι	47
3.2.4. Τρόπος παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	48
3.2.5. Χρηματοδότηση	50

3.3. Το Σύστημα Υγείας στην Γαλλία	53
3.3.1. Εισαγωγή	53
3.3.2. Οργάνωση του Συστήματος	57
3.3.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι	59
3.3.4. Τρόπος παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	61
3.3.5. Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας της Γαλλίας	62
3.4. Το Σύστημα Υγείας στις Η.Π.Α.	68
3.4.1. Εισαγωγή	68
3.4.2. Οργάνωση του Συστήματος	72
3.4.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι	77
3.4.4. Τρόπος παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	78
3.4.5. Χρηματοδότηση	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	103

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑΤΑ:

Σχήμα 1: Μορφές Συστημάτων Υγείας.....	8
Σχήμα 2: Αντληση χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα.....	10
Σχήμα 3: Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας και οι ποσοτικοποιημένες χρηματικές ροές (2011) στην Γερμανία	39
Σχήμα 4: Η οργάνωση του Συστήματος Υγείας των Η.Π.Α.	77
Σχήμα 5: Ροές χρηματοδότησης του Συστήματος Υγείας των Η.Π.Α.....	84

ΠΙΝΑΚΕΣ:

Πίνακας 1: Διάκριση της Ιδιωτικής Ασφάλισης από την Κοινωνική Ασφάλιση.....	16
Πίνακας 2: Διαφορές στα χρηματοδοτικά μοντέλα Συστημάτων Υγείας.....	17
Πίνακας 3: Κατανομή των Δημοσίων Δαπανών Υγείας στη Γαλλία.....	67
Πίνακας 4: Κατά κεφαλή ΑΕΠ στις 19 πλουσιότερες χώρες του ΟΟΣΑ, 2013 και μέσο ετήσιο ποσοστό ανάπτυξης 1970-2013	68
Πίνακας 5: Διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης της υγείας στις Η.Π.Α.....	82
Πίνακας 6: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία στις Η.Π.Α.	83
Πίνακας 7: Κυριότερα συμπεράσματα μετά από μελέτη των αντιπροσωπευτικότερων Συστημάτων Υγείας της Ευρώπης και των Η.Π.Α.	96

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ:

Διάγραμμα 1: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, 1970 και 2013 (ή πλησιέστερο έτος, στις χώρες του ΟΟΣΑ	41
Διάγραμμα 2: Κατ' ιδίαν δαπάνες ως ποσοστό των τελικών δαπανών των νοικοκυριών, 2013 (ή πλησιέστερο έτος, σε χώρες του ΟΟΣΑ	43
Διάγραμμα 3: Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις, σύμφωνα με το εισοδηματικό επίπεδο, σε χώρες της Ευρώπης, 2011	44
Διάγραμμα 4: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, 1970 και 2013	54
Διάγραμμα 5: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, κατά φύλο, 2013.	54
Διάγραμμα 6: Τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας, 2013	64
Διάγραμμα 7: Δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ, 2012 (ή πλησιέστερο έτος)	65
Διάγραμμα 8: Τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2013 ...	66
Διάγραμμα 9: Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2013	69

Διάγραμμα 10: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, 1970 και 2013, στις πλουσιότερες (με βάση το ΑΕΠ) χώρες του ΟΟΣΑ	70
Διάγραμμα 11: Ποσοστά παχυσαρκίας σε ενήλικες, 2013, σε χώρες του ΟΟΣΑ	71
Διάγραμμα 12: Δαπάνες υγείας, ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2013.....	81

ΕΥΧΑΡΙΣΤΕΙΕΣ

Τελειώνοντας το κύκλο των μεταπτυχιακών σπουδών μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ιωάννη Βλάσση για το αμέριστο ενδιαφέρον του, για τη συνεργασία και τη πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος στην Δημόσια Διοίκηση στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου, για τη πολύτιμη συμβολή τους καθώς και τις γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υπομονή και την στήριξη τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα Συστήματα Υγείας αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στην διατήρηση και βελτίωση της υγείας και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να είναι σε θέση όχι μόνο να προσθέτουν χρόνια στη ζωή κάθε ατόμου, αλλά και να προσθέτουν ζωή στα χρόνια του (European Commission, 2014). Οι αυξανόμενες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν σήμερα τα Συστήματα Υγείας ανά το παγκόσμιο, απορρέουν μέσα από την ιδιοτυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Πολλές χώρες έχουν αναδιαμορφώσει τα Συστήματα Υγείας τους και έχουν αναπτύξει πολιτικές, με σκοπό να βελτιστοποιήσουν τους τρόπους αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων για προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας προϋποθέτει εφαρμογή πολιτικής που αναπτύσσεται από το κράτος και χρειάζεται να τυγχάνει εφαρμογής από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και παρόχους. Η ανάπτυξη ολοκληρωμένου συστήματος υγείας προϋποθέτει εγκαθίδρυση πολιτικής η οποία θα υποστηρίζεται οικονομικά από τους διαθέσιμους πόρους, να είναι ευδιάκριτη και κοινωνικά αποδεκτή (Λιαρόπουλος, 2007).

Η υγεία, κυριαρχεί στους στόχους της κοινωνικής πολιτικής των κυβερνήσεων για «δωρεάν» παροχή υπηρεσιών προς τους πολίτες. Το ενδιαφέρον μιας κοινωνίας για βελτίωση της ποιότητας του κοινωνικού αγαθού της υγείας είναι αυξημένο, ιδιαίτερα όταν υπάρχει οικονομική ευρωστία και ανάπτυξη. Η οικονομική ανάπτυξη και ένα αποτελεσματικό Σύστημα Υγείας είναι στοιχεία αλληλένδετα, αφού η ανάπτυξη του ενός εξυπακούει την ανάπτυξη του άλλου και σε τελική ανάλυση εξαρτώνται από τη διαμορφωμένη κοινωνική πολιτική της σύγχρονης κοινωνίας (Χλέτσος, 1999).

Τα Συστήματα Υγείας είναι από τους τομείς που έχουν επηρεαστεί ελάχιστα από τη νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης - ιδιαίτερα στο σημαντικό ζήτημα της πρόσβασης όλων των Ευρωπαίων πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας - και διατηρούν σε μεγάλο βαθμό τον εθνικό τους χαρακτήρα, με διαφορές στην οργάνωση, τη χρηματοδότηση και τα διοικητικά πρότυπα κάθε χώρας. Παράλληλα, οι διαφορές στην κοινωνία και την κουλτούρα της κάθε χώρας αντικατοπτρίζονται μέσα από αυτά. Δεν υπάρχει, με άλλα λόγια, ένα ενιαίο Ευρωπαϊκό Σύστημα Υγείας, εντούτοις εκδίδονται οδηγίες εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό αφενός τη βελτίωση των Συστημάτων Υγείας και αφετέρου την παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης σε όλους τους πολίτες, ιδιαίτερα στις ευπαθείς ομάδες. Μια πρόσφατη προσπάθεια προς την κατεύθυνση αυτή έχει γίνει με την οδηγία 2011/24/ΕΕ (Επίσημη Εφημερίδα της Ε.Ε, 4.4.2011), η οποία επικεντρώνεται σε δύο κύρια ζητήματα: Την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής

περίθαλψης και την ηλεκτρονική υγεία. Όσον αφορά το ζήτημα της διασυνοριακής περίθαλψης που ρυθμίζεται από την οδηγία, θα μπορούσε να διευκολύνει την μετακίνηση των Ευρωπαίων ασθενών, ώστε να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που είτε δεν είναι διαθέσιμες στη χώρα ασφάλισής τους, είτε δεν έχουν έγκαιρη πρόσβαση σε αυτές, κυρίως λόγω μεγάλων λιστών αναμονής, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία τους. Σχετικά με το δεύτερο ζήτημα, η ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας στοχεύει στην συνεργασία των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας, μέσω της ανταλλαγής δεδομένων, συμβάλλοντας στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην εγκαθίδρυση κοινών στρατηγικών ασφάλειας των ασθενών. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των Συστημάτων Υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται εντονότερα κατά τα τελευταία χρόνια, γεγονός που ενισχύει τη συνεργασία και βοηθά στην καλύτερη λειτουργία τους, ιδιαίτερα στην σύγχρονη εποχή όπου η κινητικότητα των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη.

Επίσης, όπως αναγνωρίστηκε από το Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας των κρατών μελών τον Ιούνιο του 2006, τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη θα πρέπει να επικεντρώνονται σε κοινές αξίες, όπως η ισότητα, η καθολικότητα, η εύκολη προσβασιμότητα και η προσφορά ποιοτικής φροντίδας. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν κατά την σύγχρονη εποχή τα Συστήματα Υγείας είναι παρόμοιες και αφορούν κυρίως το αυξημένο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας, την γήρανση του πληθυσμού και συνεπώς την αύξηση των χρόνιων παθήσεων και της νοσηρότητας, τις ελλείψεις και την άνιση κατανομή των ανθρώπινων πόρων και ανισότητες στην πρόσβαση.

Επιπρόσθετα, η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών έχει περιορίσει σημαντικά τους οικονομικούς πόρους, γεγονός που θέτει σε κίνδυνο την βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας σε πολλές χώρες. Είναι συνεπώς αναγκαία η βελτίωση της αποδοτικότητας και οικονομικής βιωσιμότητας των Συστημάτων Υγείας, με ταυτόχρονη διατήρηση και βελτίωση της ικανότητάς τους να ανταποκρίνονται στις κοινωνικές ανάγκες και να εξασφαλίζουν την προαγωγή της υγείας για όλο τον πληθυσμό.

Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές Συστημάτων Υγείας: Το ιδιωτικό ή φιλελεύθερο μοντέλο, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης. Στο ιδιωτικό σύστημα κυριαρχούν οι ιδιωτικές δαπάνες και οι υπηρεσίες υγείας είναι κατά κανόνα ιδιωτικές, κατά συνέπεια το σύστημα αυτό λειτουργεί με βάση τις δυνάμεις της αγοράς. Κατά το δημόσιο σύστημα η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και ο απώτερος σκοπός είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του

πληθυσμού. Τέλος, τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης στηρίζονται στην ύπαρξη πολλών και διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας μέσω των εισφορών που συγκεντρώνουν από εργοδότες και εργαζόμενους, για την αγορά υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2001).

Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας γίνεται ολοένα και πιο σημαντική, ιδίως καθώς τα συστήματα υγείας δεν αποτελούν τον μοναδικό παράγοντα για τη βελτίωση της υγείας. Αν και εξακολουθούν να υφίστανται μεγάλες διαφορές στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κρατών, γενικά η υγεία βρίσκεται σε καλύτερα επίπεδα, σε σύγκριση με παλαιότερα χρόνια. Αυτό οφείλεται, μεταξύ άλλων, στα σημαντικά επιτεύγματα στον τομέα της δημόσιας υγείας. Επίσης, αναμένονται μελλοντικές βελτιώσεις, για παράδειγμα από τη μείωση του αριθμού των καπνιστών, τη χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ, την καλύτερη διατροφή και την ευρύτερη διάδοση της σωματικής άσκησης. Είναι κοινά παραδεκτό ότι η συνεισφορά του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε έναν υγιή πληθυσμό έχει αυξηθεί κατακόρυφα τα τελευταία πενήντα έως εξήντα έτη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

Στην Ευρώπη, δεν υπάρχει ένα ενιαίο Σύστημα Υγείας για όλα τα κράτη μέλη, εκδίδονται όμως οδηγίες για τα Συστήματα Υγείας εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Το 2013, έντεκα κράτη μέλη έλαβαν σύσταση για μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας τους στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού εξαμήνου. Οι περισσότερες από τις εν λόγω συστάσεις εστιάζονταν στη βιωσιμότητα και τη σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, καλώντας για μεταρρυθμίσεις στον τομέα των νοσοκομείων, στην τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τρεις συστάσεις καλούσαν επίσης για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό αφενός την ανάλυση των μεθόδων αξιολόγησης των συστημάτων υγείας και αφετέρου την ανάλυση τεσσάρων από τα πιο αντιπροσωπευτικά μοντέλα Συστημάτων Υγείας: Της Γερμανίας, ως αντιπροσωπευτικό του μοντέλου κοινωνικής Ασφάλισης Bismarck, της Μεγάλης Βρετανίας, ως το αντιπροσωπευτικό του μοντέλου Beveridge ή Εθνικού Συστήματος Υγείας, της Γαλλίας, το οποίο βασίζεται στο μοντέλο Bismarck με έντονο τον κυβερνητικό έλεγχο και των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, ως αντιπροσωπευτικό του Φιλελεύθερου μοντέλου.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την άντληση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε τόσο ελληνική, όσο και ξένη βιβλιογραφία. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε βασίστηκε σε θεωρητικά και εμπειρικά στοιχεία, μεγάλο μέρος των οποίων αντλήθηκε από τις πιο πρόσφατες δημοσιεύσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για Συστήματα και Πολιτικές Υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies): Συστήματα Υγείας υπό μετάβαση (Health Systems in Transition) για τις τέσσερις υπό μελέτη χώρες.

Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για Συστήματα και Πολιτικές Υγείας είναι μια διακυβερνητική συνεργασία του Ευρωπαϊκού Περιφερειακού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που ειδικεύεται στην ανάπτυξη και εξέλιξη των συστημάτων υγείας. Η συνεργασία περιλαμβάνει τις κυβερνήσεις διαφόρων Ευρωπαϊκών χωρών, την Γαλλική Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας (UNCAM), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Παγκόσμιας Τράπεζας (World Bank), της Σχολής Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών του Λονδίνου (London School of Economics & Political Science – LSE) και της Σχολής για την Υγιεινή και Ιατρικής Τροπικών Νοσημάτων του Λονδίνου (London School of Hygiene & Tropical Medicine – LSHTM) (The WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2014).

Τα Συστήματα Υγείας Υπό Μετάβαση αποτελούν ανασκοπήσεις των Συστημάτων Υγείας διαφόρων χωρών, που βασίζονται σε στατιστικά δεδομένα και που παρέχουν λεπτομερή περιγραφή του Συστήματος Υγείας της χώρας στην οποία αναφέρονται. Παρουσιάζουν επίσης πρωτοβουλίες ανάπτυξης πολιτικής και μεταρρυθμίσεων που βρίσκονται σε εξέλιξη. Κάθε ανασκόπηση συντάσσεται από εμπειρογνώμονες κάθε χώρας, σε συνεργασία με τους ερευνητικούς διευθυντές και το προσωπικό του παρατηρητηρίου. Οι ανασκοπήσεις των Συστημάτων Υγείας επιδιώκουν να παρέχουν σχετικές πληροφορίες με σκοπό την υποστήριξη των φορέων χάραξης πολιτικής και των αναλυτών στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας. Τα συστήματα Υγείας Υπό Μετάβαση αναπτύσσονται για χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καθώς και ορισμένες άλλες χώρες του ΟΟΣΑ και ενημερώνονται σε τακτική βάση (WHO, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016).

Η παρούσα εργασία αποτελείται από 3 κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναπτύσσει το θεωρητικό υπόβαθρο για το σύστημα υγείας και τις πηγές χρηματοδότησής του. Αναλύεται

επίσης η διάκριση των συστημάτων υγείας σε διάφορες κατηγορίες (φιλελεύθερο, δημόσιο / εθνικό και δημόσιο / κοινωνικής ασφάλισης). Στο δεύτερο κεφάλαιο, επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση ως προς την αξιολόγηση γενικότερα και ειδικά ως προς την αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας. Παρουσιάζεται επίσης η χρήση των δεικτών υγείας ως εργαλείο αξιολόγησης της αποδοτικότητας των Συστημάτων Υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αντιπροσωπευτικότερα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ο τρόπος παρουσίασης έγινε βάσει επεξεργασίας, ταξινόμησης και ομαδοποίησης των δεδομένων και τα ευρήματα παρουσιάζονται σε ενιαία δομή, ώστε να καθίσταται δυνατή η σύγκρισή τους. Η ομαδοποίηση που έγινε είναι η εξής:

- Εισαγωγή στην εξέλιξη του Συστήματος Υγείας μέχρι σήμερα, καθώς και οικονομικά και δημογραφικά στοιχεία για την κάθε υπό μελέτη χώρα.
- Παρουσίαση της οργάνωσης του Συστήματος Υγείας.
- Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι.
- Τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας.
- Χρηματοδότηση του Συστήματος.

Τέλος, καταγράφονται τα κυριότερα συμπεράσματα, τα οποία παρουσιάζονται σε ένα ενιαίο πίνακα, βάσει της ομαδοποίησης των στοιχείων και δίνονται εισηγήσεις για πιθανά οφέλη από τα ευρήματα εργασίας αυτής στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου, το οποίο προγραμματίζεται σύντομα να υλοποιηθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

1.1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει μεγάλος αριθμός αναφορών σχετικά με τον ορισμό του Συστήματος Υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει το Σύστημα Υγείας ως ένα δομημένο σύνολο των πόρων, παραγόντων και φορέων που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την ανάληψη δράσεων, για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ένα δεδομένο πληθυσμό (WHO, 2000). Σύστημα Υγείας, σύστημα που αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας σε ασθενείς και που αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την ανακούφιση. Σύμφωνα με τον Βλάσση (2015), Σύστημα Υγείας ορίζεται ως το σύνολο των διαθέσιμων πόρων και των διοικητικών προτύπων που απαιτούνται ώστε, εφαρμόζοντας τα συγκεκριμένα διοικητικά πρότυπα για τη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, να παρέχονται υπηρεσίες υγείας, με σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Παρομοίως, κατά τον White (2015), ένα Σύστημα Υγείας αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, θεσμικά όργανα και πόρους, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η βελτίωση της υγείας.

Κάθε Σύστημα Υγείας απαρτίζεται από επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία είναι διαρθρωμένα με τακτική σειρά και προγραμματισμό, ώστε να εκπληρώνεται ο σκοπός της ύπαρξής τους, δηλαδή η διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Δίκαιος και Χλέτσος, 1999). Οι υπηρεσίες περίθαλψης και πρόληψης που προσφέρουν οι δομές των Συστημάτων Υγείας, είτε αυτές είναι ιδιωτικές, είτε δημόσιες, περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την νοσοκομειακή περίθαλψη, την φαρμακευτική περίθαλψη, την δημόσια υγεία κ.τ.λ. (Καρπούζης, 2002).

Βάσει του τρόπου χρηματοδότησης, οργάνωσης και διανομής των υπηρεσιών υγείας, επισημαίνονται τρία κύρια πρότυπα οργάνωσης:

Το ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης, που ονομάζεται επίσης «Ελεύθερο» ή «Φιλελεύθερο Μοντέλο», λειτουργεί με την δύναμη της αγοράς και βασίζεται στην πλήρη ελευθερία ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Η κρατική παρέμβαση είναι πολύ μικρή και το κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της προσωπικής και ελεύθερης επιλογής γιατρού, αλλά και ο κάθε γιατρός έχει δικαίωμα να καθορίσει την αμοιβή που επιθυμεί για τις υπηρεσίες του, άρα οι τιμές για τις υπηρεσίες υγείας βασίζονται στην προσφορά και τη ζήτηση.

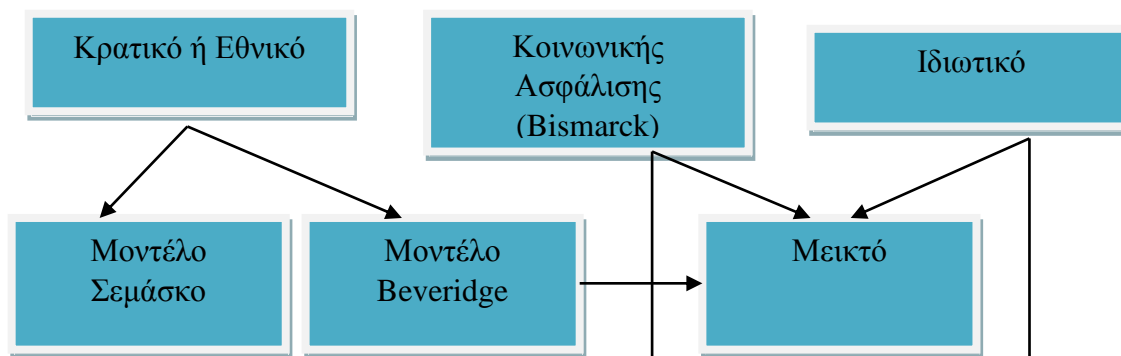
Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας προϋποθέτει ότι το κράτος παρεμβαίνει καταλυτικά σε όλο το φάσμα της διαδικασίας του συστήματος ώστε μέσα από την κοινωνική αλληλεγγύη να επιτυγχάνεται η ισότιμη κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση. Τα Δημόσια Συστήματα Υγείας μπορούν να διαχωριστούν σε εκείνα που ακολουθούν το μοντέλο Bismark, όπου η χρηματοδότηση προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση και είναι διμερής (εργαζόμενοι και εργοδότες) και σε εκείνα που ακολουθούν το μοντέλο Beveridge, όπου η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Βλάσσης, 2015).

Μια μορφή Συστήματος Υγείας αποτελούσε επίσης το μοντέλο Σεμάσκο, ή Σοβιετικό μοντέλο, το οποίο ήταν ένα Σύστημα Υγείας απόλυτης κρατικής παρέμβασης, με την ολοκληρωτική απουσία ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Το σύστημα ήταν κεντρικό, ιεραρχικά οργανωμένο, με την κυβέρνηση να παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες, χρηματοδοτούμενη από το κράτος. Μεγάλη έμφαση δινόταν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς και στην εξειδικευμένη νοσοκομειακή περίθαλψη και ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα του ήταν η επιτυχία στην αντιμετώπιση μολυσματικών ασθενειών, όπως η φυματίωση, ο τυφοειδής πυρετός και ο τύφος.

Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου μειώθηκε εξ αιτίας της μείωσης των επενδύσεων, με την ποιότητα της φροντίδας να αρχίζει να φθίνει από τις αρχές του 1980, αν και το 1985 η Σοβιετική Ένωση είχε τέσσερις φορές τον αριθμό των ιατρών και των νοσοκομειακών κλινών ανά κεφαλή, σε σχέση με τις ΗΠΑ (Brintell, 2015). Μετά την πτώση του ανατολικού μπλοκ, το μοντέλο αυτό έπαψε να υφίσταται.

Στο σχήμα 1 παρουσιάζονται οι μορφές των συστημάτων υγείας.

Σχήμα 1: Μορφές Συστημάτων Υγείας



<ul style="list-style-type: none"> • Πλήρως κρατικοποιημένο • Έντονα γραφειοκρατικό • Ισότιμη και καθολική κάλυψη • Έμμισθοι γιατροί • Απουσία ιδιωτικής ιατρικής 	<ul style="list-style-type: none"> • Κρατική χρηματοδότηση • Αρκετά γραφειοκρατικό • Ισότιμη και καθολική κάλυψη • Έμμισθοι γιατροί • Περιορισμένη ιδιωτική ιατρική 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρηματοδότηση από ταμείο • Υποχρεωτική ασφάλιση • Διαφοροποιημένες περιοχές • Δημόσιες και ιδιωτικές παροχές • Συλλογικότητα - αλληλεγγύη 	<ul style="list-style-type: none"> • Ιδιωτική χρηματοδότηση • Περιορισμένη κρατική παρέμβαση • Εθελοντική ασφάλιση • Ανισότητες στην κάλυψη • Ελεύθεροι επαγγελματίες γιατροί
--	--	---	--

Πηγή: Τούντας, 2008.

1.2. ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η εξεύρεση πηγών χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας, αλλά και η εύρεση των αναγκαίων πόρων για τη λειτουργία του Συστήματος Υγείας μιας χώρας, θεωρούνται ζητήματα ύψιστης σημασίας για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία, με σοβαρές ηθικές και οικονομικές προεκτάσεις. Τα κυριότερα ερωτήματα που χρίζουν απάντησης σε σχέση με την υγεία είναι: Ποιος πληρώνει, πως γίνεται η πληρωμή και ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας είσπραξης. Σύμφωνα με τον Τούντα (2003), οι βασικές αρχές που διέπουν τη χρηματοδότηση της υγείας είναι:

1. Το ποσοστό του Εθνικού Εισοδήματος που δαπανάται για την υγεία δεν πρέπει να ξεπερνά ένα συγκεκριμένο όριο, πέραν του οποίου επιπλέον δαπάνες δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
2. Η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων πρέπει να μεγιστοποιεί το όφελος.
3. Πρέπει να υπάρχει ισότητα στη χρηματοδότηση.

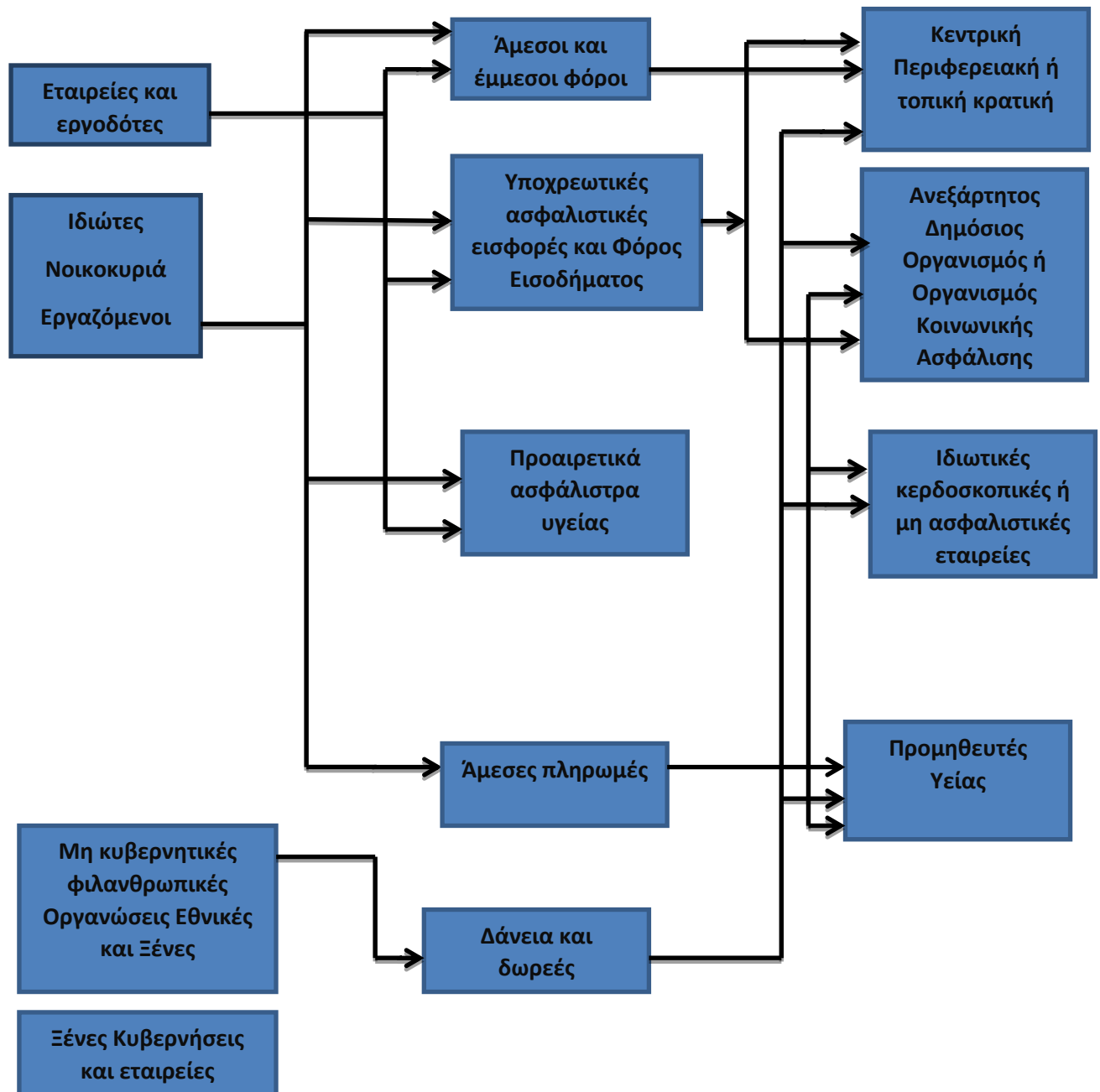
Οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως κυρίως δημόσιες και ιδιωτικές πηγές, ανάλογα με την πηγή από την οποία προέρχονται. Σύμφωνα με τον Kutzin (2001), δημόσιες πηγές χρηματοδότησης είναι το Υπουργείο Υγείας ή άλλα Υπουργεία και η υποχρεωτική καθολική ασφάλιση. Ειδικότερα, τα έσοδα για την υγεία προέρχονται από τη γενική φορολογία, όπως οι άμεσοι και έμμεσοι φόροι, οι οποίοι εφαρμόζονται σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει την φορολογία εισοδημάτων των φυσικών προσώπων, την φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική, η οποία καλύπτει τις ανάγκες του προϋπολογισμού συνολικά, όπως ο φόρος προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α.) και σε ειδική ή υποθηκευμένη, η οποία προορίζεται για καθορισμένο σκοπό και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά, όπως ο φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού. Επιπλέον, άλλη δημόσια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι η κοινωνική ασφάλιση η οποία σε σχέση με την ιδιωτική διαθέτει μεγάλη κάλυψη του ασφαλιστικού κινδύνου καθώς η ασφαλιστική της βάση δεν περιορίζεται στους ασφαλισμένους μιας επιχείρησης αλλά περιλαμβάνει μεγάλες ομάδες πληθυσμού.

Στις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης ανήκουν οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες. Αυτός ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας παρατηρείται σε χώρες του τρίτου κόσμου οι οποίες έχουν χαμηλό ΑΕΠ και στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό από την εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν το σύστημα υγείας τους. Επιπλέον άλλα ιδιωτική πηγή είναι οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες οι οποίες εξασφαλίζουν υπηρεσίες Ιατρικής της Εργασίας που συνίστανται σε περιοδικές προληπτικές εξετάσεις των εργαζομένων καθώς και την παροχή φροντίδων υγείας στον τόπο εργασίας σε έκτακτες περιπτώσεις. Τέλος στις ιδιωτικές πηγές υπάγονται και οι πληρωμές των χρηστών. Αυτή η πηγή χρηματοδότησης θεωρείται η λιγότερο ισότιμη διότι βασίζεται στο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα και ως αποτέλεσμα δεν προάγει την

κοινωνική αλληλεγγύη και προκαλεί ανισότητες ως προς την πρόσβαση (Λιαρόπουλος, 2007).

Στο σχήμα 2 παρουσιάζεται η διαδικασία άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα.

Σχήμα 2: Άντληση χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα.



Πηγή: Kutzin (2001, p.174)

1.3. ΔΗΜΟΣΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη, μέσα από την ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ανεξάρτητα από φύλλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση που επιτυγχάνεται μέσα από την αυξημένη κρατική παρέμβαση. Στο δημόσιο σύστημα, το κράτος εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες, έχοντας έντονη παρέμβαση. Οι συντελεστές παραγωγής μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες.

Τα δημόσια συστήματα υποδιαιρούνται σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck) και σε εκείνα που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge). Στην πραγματικότητα κανένα δεν χρηματοδοτείται μόνο από μια πηγή. Θα λέγαμε ότι υπάρχουν δημόσια συστήματα χρηματοδοτούμενα κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση ή κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό (Βλάσσης, 2015).

Στην πρώτη περίπτωση κύριο ρόλο στο σύστημα κατέχει η κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων. Συνεπώς, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στο δικαίωμα του καθενός να επιλέξει τους τρόπους κάλυψης των αναγκών υγείας του μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, πληρώνοντας και το απαιτούμενο ποσό (εισφορές).

Στη δεύτερη περίπτωση το σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό μηχανισμό (φορολογία) ή την τοπική φορολογία και οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο κράτος. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα και γι αυτό υποχρεούται το κράτος να παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας (Θεοδώρου κ.ά., 2001).

Κύρια χαρακτηριστικά του δημόσιου συστήματος είναι :

1. Καθολική, πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού
2. Ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρικό στόχο και προτεραιότητες που βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού
3. Χωροταξική και περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών μονάδων, των ανθρώπινων και υλικών πόρων
4. Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση

5. Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας με αποκέντρωση στη λήψη αποφάσεων και κοινωνικού ελέγχου.

Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι ότι διασφαλίζεται πλήρης, καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης. Επιπλέον λόγω της ενιαίας και κεντρικής χρηματοδότησης, το κράτος παρεμβαίνει και έτσι έχουμε έλεγχο των δαπανών, αποτελεσματική διαχείριση, βελτίωση της ποιότητας κλπ.

Το Δημόσιο σύστημα έχει ως προτεραιότητα τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και πρόληψης . Παρατηρείται επίσης ότι η ιατρική δεν διαστρεβλώνεται από την επιρροή του χρήματος και υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ γιατρών διότι απουσιάζει ο ανταγωνισμός στην ένταση που κυριαρχεί στο ιδιωτικό σύστημα .

Εκτός από τα πλεονεκτήματα και αυτό το σύστημα διαθέτει μειονεκτήματα . Ένα από τα σημαντικότερα μειονεκτήματα είναι η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας η οποία εμποδίζει την ιατρική και επιβαρύνει τις υπηρεσίες με περισσότερες εργασίες . Άλλα μειονεκτήματα που παρατηρούνται είναι η εμφάνιση λίστας αναμονών λόγω του ότι προτεραιότητα έχουν τα σοβαρά περιστατικά και όχι η οικονομική δυνατότητα των πολιτών . Τέλος, διακρίνουμε ότι δεν υπάρχει ελεύθερη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου από τους ασθενείς .

1.3.1. Σύστημα τύπου Beveridge – Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ο κυριότερος εκπρόσωπος του Συστήματος Υγείας τύπου Beveridge είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Το Σύστημα αυτό αναπτύχθηκε στη βάση των αρχών του Beveridge και το βασικό θεσμικό του πλαίσιο είναι ο κρατικός παρεμβατισμός. Στο μοντέλο Beveridge η κάλυψη γίνεται με βάση την αρχή της καθολικότητας (κανένας ανασφάλιστος), η χρηματοδότηση γίνεται από το κράτος και η οργάνωση είναι υπό τον κρατικό έλεγχο.

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007), τα κυριότερα χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι:

- Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία (άμεση και έμμεση).
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού.

- Επιτυγχάνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο.
- Η χρηματοδότηση είναι κεντρική και ενιαία, είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας αναπτύχθηκε στα πρότυπα του σχεδίου Beveridge και παρουσιάζει ορισμένα βασικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Το βασικό πλεονέκτημα του Συστήματος κατά Beveridge είναι ότι ενισχύει το ατομικό δικαίωμα κάλυψης των αναγκών υγείας όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση, την κοινωνική τους θέση και τον τόπο διαμονής τους. Παράλληλα, τα συστήματα που χρηματοδοτούνται από τη φορολογία, όπως το Βρετανικό, τείνουν να είναι πιο προοδευτικά, επειδή οι συντελεστές φορολογίας για τους εύπορους είναι υψηλότεροι (Thomas, 2006). Οι Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης (2001, σ.89-90) επισημαίνουν επιπρόσθετα πλεονεκτήματα αυτού του συστήματος, όπως:

- Η εξασφάλιση δίκαιης κατανομής των πόρων
- Η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση του και στον έλεγχο των δαπανών του.
- Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα.
- Η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι καλύτερη και αποφεύγεται η διαστρέβλωση στην άσκηση της ιατρικής, εφόσον ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος.
- Αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση.

Τα μειονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι:

- Η οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του Συστήματος επιβαρύνεται από την γραφειοκρατία.
- Τείνει να υποθάλπεται η επαγγελματική χαλαρότητα των γιατρών.
- Εμφάνιση λίστας αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις.
- Ο ασθενής έχει περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου.
- Από το Σύστημα απουσιάζουν οι αποτελεσματικοί μηχανισμοί που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001, σ. 89-90).

1.3.2. Σύστημα τύπου Bismark – Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

Το σύστημα κοινωνικής Ασφάλισης στηρίχτηκε στο πρότυπο που έθεσε ο καγκελάριος Otto Von Bismark, ο οποίος θέσπισε στη Γερμανία το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, το 1880, στα πλαίσια ενοποίησης της Γερμανίας. Η κυριότερη φιλοσοφία του μοντέλου αυτού είναι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με βάση την λογική της ασφάλισης. Το Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται μέσω των ασφαλιστικών φορέων, από εισφορές που συγκεντρώνονται από εργοδότες και εργαζόμενους, μέσω των ασφαλιστικών φορέων. Οι προϋποθέσεις για διαφορετικές ασφαλιστικές καλύψεις από ταμείο σε ταμείο δημιουργούνται από την ύπαρξη πολλών και αυτόνομων ταμείων, τα οποία καλύπτουν ομοειδείς επαγγελματικά κατηγορίες. Αυτό το μοντέλο χρηματοδότησης επιτρέπει σε κάθε πολίτη να αναζητεί μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης την κάλυψη των αναγκών υγείας του, πληρώνοντας ταυτόχρονα και το απαιτούμενο ποσό χρημάτων (Βλάσσης, 2015). Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007), τα χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας τύπου Bismark είναι τα ακόλουθα:

- Η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης.
- Η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού.
- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζόμενων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.
- Η ασφαλιστική κάλυψη είναι υποχρεωτική για το σύνολο του πληθυσμού.
- Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μικτού συστήματος.
- Κυριαρχεί η έντονη κρατική παρέμβαση, που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας.

Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης σε σύγκριση με το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, είναι ότι είναι περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό. Υπό συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης έχει καταφέρει να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας για τον πληθυσμό των χωρών που το έχουν υιοθετήσει. Μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων ασφαρίζει μόνο τους επαγγελματίες και ότι οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισής του (Χλέτσος, 2011).

1.4. Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με την ελάχιστη παρέμβαση του κράτους. Το σύστημα αυτό επικρατεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική και ελεύθερη επιλογή του καθενός, δηλαδή ο καθένας αποφασίζει ελεύθερα αν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί. Ο καθένας επιλέγει ελεύθερα είτε να ασφαλιστεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ατομικά, επιλέγοντας το πακέτο υπηρεσιών που ο ίδιος πιστεύει πως τον ικανοποιεί και μπορεί να το πληρώσει, είτε να ασφαλιστεί μέσω του εργοδότη του ο οποίος του πληρώνει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλιστρών. Όσοι επιλέγουν να μείνουν ανασφάλιστοι (φτωχοί, άνεργοι κτλ.), καλούνται να πληρώσουν τις δαπάνες με το ατομικό τους εισόδημα κάθε φορά που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας.

Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών και οι τιμές καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται από την ικανότητα του ασθενή να πληρώσει.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτού του συστήματος για τον ασθενή είναι η διασφάλιση του δικαιώματος να επιλέγει τον γιατρό και το νοσοκομείο που επιθυμεί. Το δικαίωμα αυτό υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους ενώ οι οικονομικά αδύνατοι το έχουν όσο το επιτρέπει η οικονομική τους δυνατότητα.

Από την πλευρά του γιατρού το σύστημα αυτό παρέχει πλήρη ελευθερία εγκατάστασης, οργάνωσης και λειτουργίας. Ο γιατρός έχει την ελευθερία να εγκατασταθεί όπου θέλει, να καθορίσει το ωράριο λειτουργίας του ιατρείου του και να καθορίσει το ύψος της αμοιβής του. Με την αύξηση του αριθμού των γιατρών μόνο λίγοι μπορούν να έχουν τέτοιου είδους ελευθερίες. Οι υπόλοιποι αναγκάζονται να συμβληθούν με διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες ή με οργανωμένες μορφές όπως τα ΗΜΟς και ΡΡΟς.

Τα μειονεκτήματα του συστήματος αυτού είναι αρχικά ότι οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες αφού η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Στο σύστημα αυτό απουσιάζει η καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού. Είναι κοινωνικά άδικο και δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη.

Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η αύξηση της προκλητής ζήτησης από την πλευρά των γιατρών η οποία οδηγεί στην αύξηση άσκοπων επισκέψεων, εξετάσεων και εγχειρήσεων, με αποτέλεσμα ο τομέας υγείας να απορροφά πολλούς πολύτιμους πόρους χωρίς να έχει ανάλογα αποτελέσματα. Επιπλέον, επειδή το σύστημα αυτό βασίζεται στο κέρδος εστιάζεται

κυρίως στη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση της νόσου και ελάχιστα στην πρόληψη και αποθεραπεία εκτός του νοσοκομείου (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

Στον Πίνακα 1 παρατίθενται συνοπτικά οι διαφορές ανάμεσα στην ιδιωτική και την κοινωνική ασφάλιση και στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται συνοπτικά οι διαφορές στα κυριότερα μοντέλα Συστημάτων Υγείας, αναφορικά με τις Αρχές Λειτουργίας τους, την προσφορά υπηρεσιών υγείας και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 1: Διάκριση της Ιδιωτικής Ασφάλισης από την Κοινωνική Ασφάλιση

Κοινωνική Ασφάλιση	Ιδιωτική Ασφάλιση
<i>Οι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τα νοικοκυριά ή τους εργαζόμενους με τη μεσολάβηση όμως του κράτους που συλλέγει τους φόρους ή τις εισφορές</i>	<i>Οι πόροι της ιδιωτικής ασφάλισης προέρχονται απευθείας από τα νοικοκυριά ή τους εργαζόμενους χωρίς τη μεσολάβηση κάποιου ενδιάμεσου.</i>
<i>Υποχρεωτική ασφάλιση (Mandatory Coverage)</i>	<i>Εθελοντική ασφάλιση (Voluntary Coverage)</i>
<i>Εισφορές ανάλογα με το εισόδημα (Income based contributions)</i>	<i>Εισφορές ανάλογα με τον κίνδυνο ασθένειας (risk - related contributions).</i> <i>Εισφορές ανεξαρτήτως κινδύνου ή εισοδήματος (Community - related contributions).</i>
<i>Η διαχείριση της κοινωνικής ασφάλισης γίνεται από δημόσιους ή μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (private non-profit or public / quasi public management)</i>	<i>Η διαχείριση της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται από κερδοσκοπικές εταιρείες (commercial for-profit management)</i>

Πηγή: Sekhri & Savedoff (2005) (αναπροσαρμογή)

Πίνακας 2. Διαφορές στα χρηματοδοτικά μοντέλα Συστημάτων Υγείας.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ			
	Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας	Σύστημα Υγείας κατά Bismarck	Σύστημα Υγείας κατά Beveridge
Αρχές λειτουργίας	<ul style="list-style-type: none"> • Η Υγεία είναι ιδιωτικό αγαθό. • Η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού είναι προαιρετική. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η Υγεία είναι δημόσιο αγαθό. • Η ασφάλιση του πληθυσμού ανά επαγγελματική κατηγορία είναι καθολική – υποχρεωτική. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η Υγεία είναι δημόσιο αγαθό. • Ενιαία καθολική κάλυψη του πληθυσμού
	Νόμος προσφοράς και ζήτησης, μηχανισμός των τιμών	Μηχανισμός ελέγχου της αγοράς οι συλλογικές διαπραγματεύσεις	Παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής
Προσφορά υπηρεσιών υγείας	Αποκλειστικά από ιδιώτες	Δημόσιοι, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί, ιδιωτικοί μη – κερδοσκοπικοί προμηθευτές	Παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος
	Το κράτος δεν παρεμβαίνει, αρχή του laissez faire	Κράτος πρωταγωνιστικό ρόλο στη χάραξη προγραμματικού πλαισίου, καθορισμό αμοιβών, περιφερειακοποίηση υποδομών	Κράτος διατηρεί τον κεντρικό σχεδιασμό και έλεγχο των υπηρεσιών
Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας	Ιδιωτική Κερδοσκοπική Ασφάλιση Υγείας	Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία	Έμμεση και άμεση φορολογία (προοδευτικός φορολογικός συντελεστής)
	Ασφάλιστρα ανάλογα με κίνδυνο ασθένειας, ατυχήματος + συνεισφορά του ασφαλισμένου στο κόστος	Εισφορές με βάση την ικανότητα πληρωμής (προοδευτικός συντελεστής) + συνεισφορά (αναλογική) του ασφαλισμένου στο κόστος	Αρχή της μηδενικής τιμής

Πηγή: Χλέτσος, 2011.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2.1.1. Αξιολόγηση

Μέσα από την έρευνα στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, δεν φαίνεται να υπάρχει απόλυτη ομοφωνία όσον αφορά την έννοια και το περιεχόμενο του όρου «αξιολόγηση». Ένας ορισμός που δίνουν οι Birley & Morel (1998) για την αξιολόγηση είναι ως την διαδικασία συγκέντρωσης ή / και χρήσης της πληροφορίας με σκοπό τον προσδιορισμό της αξίας του αντικειμένου για στο οποίο απευθύνεται η αξιολογική διαδικασία. Παρομοίως, ο Dolley (1994) ορίζει την αξιολόγηση ως την συστηματική διαδικασία συγκέντρωσης, ανάλυσης και ερμηνείας, που αποσκοπεί στον σχηματισμό κρίσης για την αξία, αποτελεσματικότητα, ή / και επίτευξη ενός προγράμματος ή ενός συνόλου αποτελεσμάτων. Μια απλούστερη διατύπωση του όρου αποτυπώνεται από την Rubin (1995), η οποία αναφέρει ότι η αξιολόγηση είναι η κατανόηση κάποιου αντικειμένου, προκειμένου αυτό να βελτιωθεί. Κάθε ορισμός από τους πιο πάνω συνιστά διαφορετική προσέγγιση, έννοια και μέθοδο για την αξιολόγηση, ωστόσο σε κάθε περίπτωση θα πρέπει η αξιολόγηση να παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες. Ο κάθε ορισμός περιλαμβάνει διαφορετικές προσεγγίσεις, έννοιες και μεθόδους αξιολόγησης. Ωστόσο, ως μία μορφή ελέγχου ποιότητας η αξιολόγηση θα πρέπει να παρέχει πληροφορίες που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν την ποιότητα των διαδικασιών τις οποίες εξετάζουν.

2.1.2. Ποσοτική και ποιοτική αξιολόγηση

Οι ποσοτικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων αποτελούνται από μετρήσεις συχνοτήτων, ποσοστών ή άλλων στατιστικών, που τεκμηριώνουν την πραγματική ύπαρξη ή απουσία προβλημάτων, συμπεριφορών ή περιστατικών. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να αποδώσουν αντιπροσωπευτικές και γενικευμένες πληροφορίες. Η ποσοτικές μέθοδοι είναι συνήθως αντικειμενικές και απαιτούν τη χρήση τυποποιημένων μεθόδων μέτρησης, ώστε οι διαφορετικές προοπτικές και εμπειρίες να μπορούν ενταχθούν σε προκαθορισμένες κατηγορίες. Οι μέθοδοι αυτοί είναι συνήθως πιο εύκολη στην σύνοψη και σύγκριση των αποτελεσμάτων, παρά οι ποιοτικές μέθοδοι (ACET Inc, 2013).

Η ποιοτική μέθοδος συλλογής δεδομένων αφορά σε περιγραφές προβλημάτων, συμπεριφορών ή περιστατικών και μπορούν να παρέχουν αφηγηματικές περιγραφές, σκέψεις, και απόψεις ατόμων σχετικά με τις στάσεις και τις πεποιθήσεις τους. Οι μετρήσεις

αυτές παρέχουν το «ιστορικό» που απεικονίζει τη φύση του προβλήματος που αντιμετωπίζεται (ACET Inc, 2013).

2.1.3. Αξιολόγηση Συστημάτων Υγείας

Σύμφωνα με τους Leger et al. (1992), αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας μπορεί να οριστεί η εκτίμηση της λειτουργίας τους, με βάση ορισμένα κριτήρια και πρότυπα που διαμορφώνονται είτε θεωρητικά είτε εμπειρικά. Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας με βάση τη χρηματοδότησή τους είναι ένα ευρύ πεδίο επιστημονικού ενδιαφέροντος διεθνώς (Jones & O'Donnell, 2002) και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης σε κάθε Σύστημα Υγείας, εφόσον παρέχει τη δυνατότητα να επισημανθούν και να αντιμετωπισθούν τυχόν ελλείψεις ή προβλήματα στη λειτουργία τους και καθιστά εφικτή την τροποποίηση των λειτουργιών και υπηρεσιών, προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων (Τούντας, 1986).

Τα Συστήματα Υγείας μπορούν να αναλυθούν και να αξιολογηθούν σε διαφορετικά επίπεδα, για τα οποία έχουν προταθεί διάφορες ταξινομήσεις. Σύμφωνα με τον Donabedian (1966), τα επίπεδα αξιολόγησης στον χώρο της υγείας μπορούν να χωριστούν ως εξής:

- Αξιολόγηση εισροών: Με την αξιολόγηση αυτή αποτιμώνται οι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι μιας υπηρεσίας υγείας, όπως ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και άλλοι παράγοντες που μπορούν να καθορίσουν τη δομή και το περιεχόμενο μιας υπηρεσίας υγείας.
- Αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών. Ο όρος αυτός αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των ενδιάμεσων παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα αξιολόγησης, ο οποίος εντάσσεται στις διαδικασίες διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας (Τούντας, 2003).
- Αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών. Αναφέρεται στην εκτίμηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα νοσοκομειακών κλινών, ιδιωτικών ή εξωτερικών ιατρείων και του όγκου του άμεσα παραγόμενου προϊόντος, όπως είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις, οι εμβολιασμοί, οι χειρουργικές επεμβάσεις κ. ά. Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας σε πολλές περιπτώσεις, όταν είναι δύσκολη ή χρονοβόρα η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

- Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Αυτός είναι ο τελικός στόχος της αξιολόγησης και αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε κατά τη διάρκεια της λειτουργίας της υπηρεσίας, είτε αναδρομικά, μετά δηλαδή από την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας της και όταν πλέον είναι εμφανείς οι επιπτώσεις στην υγεία. Η συνεχής και συστηματική αξιολόγηση του επιπέδου υγείας γίνεται με τη χρήση διαφόρων δεικτών, που προκύπτουν από σύνθετες επιδημιολογικές έρευνες πεδίου (όπως οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας), καθώς και με τη χρήση άλλων σύγχρονων δεικτών που εκτιμούν τη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (όπως τα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία) (Τούντας & Οικονόμου, 2007).

Σύμφωνα με την αξιολόγηση των τεσσάρων πιο πάνω επιπέδων φροντίδας, με τη χρήση των κατάλληλων δεικτών, μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα αναφορικά με την ολοκληρωμένη αποτίμηση μιας υπηρεσίας υγείας και στα ίδια επίπεδα μπορεί να γίνει και η αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας.

2.1.4. Συγκριτική Αξιολόγηση των τριών κυριότερων Συστημάτων Υγείας

Η συγκριτική αξιολόγηση των τριών κυριότερων Συστημάτων Υγείας (φιλελεύθερου Συστήματος, Συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και Εθνικού Συστήματος Υγείας), αναδεικνύει ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για το κάθε ένα.

Τα βασικότερα πλεονεκτήματα του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας είναι η περιορισμένη εμπλοκή του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών, με απώτερο σκοπό τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ένα κύριο μειονέκτημα είναι η ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς να πληρώσει για τις υπηρεσίες που λαμβάνει. Επίσης, στο Φιλελεύθερο Σύστημα είναι συχνό το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης από πλευράς των γιατρών και η εστίαση στη θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση, παρά στην πρόληψη.

Κύριο πλεονέκτημα του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης είναι η καλύτερη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του, σε σύγκριση με το Φιλελεύθερο Σύστημα. Επιτυγχάνει να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας για τους πολίτες, μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Το κυριότερο μειονέκτημα αυτού του συστήματος είναι ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων, ασφαλίζει μόνο τους εργαζόμενους και ότι οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισης του.

Τέλος, το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρουσιάζει επίσης ορισμένα βασικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Το βασικό πλεονέκτημα είναι η ενίσχυση του ατομικού δικαιώματος για κάλυψη των αναγκών υγείας. Εκτός από τη διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση και τον τόπο διαμονής κάθε ατόμου, επισημαίνονται μερικά ακόμη πλεονεκτήματα, όπως η εξασφάλιση δίκαιης κατανομής των πόρων και η ενιαία κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος, η οποία συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείριση και τον έλεγχο των δαπανών. Ένα άλλο σημαντικό πλεονέκτημα, είναι ότι οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και διαφώτισης, αποτελούν προτεραιότητα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι καλή, αφού είναι περιορισμένος ο επαγγελματικός ανταγωνισμός και αναπτύσσονται καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις. Τα κυριότερα μειονεκτήματα είναι η ανάπτυξη γραφειοκρατίας, η οποία επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος, η εμφάνιση λιστών αναμονής σε νοσοκομεία, κυρίως για χειρουργικές επεμβάσεις, η περιορισμένη δυνατότητα επιλογής γιατρού και νοσοκομείου εκ μέρους του ασθενούς και η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001).

2.2. Δείκτες Υγείας ως εργαλεία αξιολόγησης των Συστημάτων Υγείας

Για να γίνει δυνατή η παρακολούθηση των επιδόσεων των εθνικών συστημάτων υγείας και κατά συνέπεια της υγείας του πληθυσμού, ήταν αναγκαία η εξεύρεση μιας ενιαίας μεθόδου αξιολόγησης, στην οποία θα περιλαμβάνονταν σαφή κριτήρια που θα μπορούσαν να εφαρμοσθούν σε κάθε περίπτωση. Ένα σημαντικό στοιχείο αξιολόγησης είναι οι δείκτες υγείας (Βλάσσης, 2015).

Δείκτες υγείας είναι σύνολα δεδομένων, όπως πίνακες, γραφικές παραστάσεις και χάρτες, που αφορούν καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας στις χώρες της Ευρώπης. Έχουν χρησιμοποιηθεί από πολλούς διεθνείς και Ευρωπαϊκούς φορείς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ασφάλειας, η World Bank και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ως βάση χάραξης πολιτικής.

Ανάλογα με τις υπό αξιολόγηση υπηρεσίες υγείας, το είδος της επιδιωκόμενης αξιολόγησης και τις δυνατότητες που διατίθενται, επιλέγονται και οι αντίστοιχοι δείκτες από ένα ευρύ φάσμα δεικτών που χρησιμοποιούνται στην υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο

Οργανισμό Υγείας (WHO 2000) οι κυριότεροι τύποι δεικτών μπορούν να διακριθούν ως εξής:

- Δείκτες εισροών. Πρόκειται για απλούς ποσοτικούς δείκτες, όπως ο αριθμός των γιατρών, των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών στον τομέα της υγείας.
- Δείκτες ποιότητας εισροών, όπως η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.
- Δείκτες επάρκειας, για παράδειγμα ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους κατοίκους.
- Δείκτες προσπελασιμότητας, όπως για παράδειγμα το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κοντά σε μια υπηρεσία υγείας.
- Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. αξιοπιστία διαγνωστικών εξετάσεων, ικανοποίηση ασθενών, αρτιότητας ιατρικών τεχνικών, χρόνου αναμονής).
- Δείκτες ενδιάμεσων εκροών (π.χ. απλοί δείκτες επαφών ή χρήσης υπηρεσιών, όπως ο αριθμός εισαγωγών, σύνθετοι δείκτες χρησιμοποίησης, όπως η μέση διάρκεια νοσηλείας, δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων ή προϊόντων, όπως ο αριθμός χειρουργικών πράξεων ανά ειδικότητα το χρόνο).
- Δείκτες αποτελέσματος και υγείας του πληθυσμού (δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας, θνησιμότητας και σύγχρονοι δείκτες ευεξίας, δείκτες αποτελεσματικότητας όπως η σχετική αποτελεσματικότητα και δείκτες ανεπιθύμητων ενεργειών κ.ά).
- Δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες μακροαξιολόγησης, όπως η τεχνική αποδοτικότητα, δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, όπως ο λόγος κόστους – αποτελεσματικότητας κ.ά.)
- Κοινωνικό – οικονομικοί δείκτες (π.χ. εισόδημα, κατοικία, συνθήκες εργασίας).
- Δείκτες πολιτικής υγείας (πολιτικών επιλογών, κατανομής πόρων, οργανωτικού πλαισίου κ.ά.).

Πολλοί από τους παραπάνω δείκτες εισροών, διαδικασιών, ενδιάμεσων εκροών και αποτελεσμάτων έχουν ποιοτική διάσταση και θα μπορούσαν να θεωρηθούν δείκτες ποιότητας, σύμφωνα με τον ευρύτερο ορισμό της ποιότητας. Οι κυριότεροι δείκτες που χρησιμοποιούνται στις υπηρεσίες υγείας ανά τομέα και επίπεδο αξιολόγησης έχουν ως εξής (Williams 1998):

Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χρησιμοποιούνται:

- Δείκτες εισροών, όπως οι δείκτες επάρκειας του επιστημονικού προσωπικού, ο διαθέσιμος χώρος αναμονής επισκεπτών, η ύπαρξη των απαραίτητων διαγνωστικών μέσων, ο διαθέσιμος χώρος εξέτασης κ.ά.

- Δείκτες εκροών, όπως η πρόσβαση (αριθμός επισκέψεων στην υπηρεσία, επαγγελματίες υγείας ανά πληθυσμό ευθύνης, ποσοστό πληθυσμού που δεν είχε επαφή με γιατρό στη διάρκεια του χρόνου κ.λ.π).

- Δείκτες φάσματος και είδους των υπηρεσιών, όπως ο αριθμός ιατρικών συνταγών ανά πληθυσμό, υπηρεσία ή ανά γιατρό.

- Δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων, όπως είναι ο αριθμός των εκτελούμενων ιατρικών εξετάσεων ανά πληθυσμό ή ανά υπηρεσία.

Άλλοι δείκτες αξιολογούν τις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως:

- Δείκτες αξιολόγησης ενδιάμεσων διαδικασιών (π.χ. ικανοποίησης των ασθενών, μη αναγκαίων παραπομπών σε νοσοκομεία, λίστες αναμονής).

- Δείκτες αποδοτικότητας (δείκτες παραγωγικότητας, τεχνική αποδοτικότητα κ.τ.λ.).

- Δείκτες αποτελεσματικότητας, που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού (π.χ. σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής) ή με ειδικές έρευνες.

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη χρησιμοποιούνται οι ακόλουθοι δείκτες:

- Δείκτες εισροών. Αξιολογούνται, μέσω κατάλληλων δεικτών, οι υποδομές των νοσοκομείων (π.χ. κάτοικοι ανά νοσηλευτική κλίνη), η στελέχωση του (π.χ. ιατροί ή νοσηλευτές ανά κλίνη), η χρηματοδότησή του, η εκπαίδευση του προσωπικού, οι ώρες εργασίας, η αντικατάσταση ιατρικού εξοπλισμού κ.τ.λ. (WHO 2000).

- Δείκτες εκροών. Περιλαμβάνει δείκτες χρήσης των υπηρεσιών (π.χ. οι εισαγωγές ανά 10.000 κατοίκους ανά έτος, η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση εκατοστιαία κάλυψη νοσηλευτικών κρεβατιών, ο δείκτης ροής ασθενών, ο χρόνος αδράνειας κρεβατιού ανά κρεβάτι ή ανά εξιτήριο), δείκτες εργαστηριακών εξετάσεων και δείκτες ενδιάμεσων προϊόντων (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις και φάρμακα ανά ασθενή, αριθμός επεμβατικών πράξεων ανά ιατρό ή νοσηλεύτη) (WHO 2000).

- Δείκτες διαδικασιών (π.χ. δείκτες ικανοποίησης ασθενών, νοσοκομειακών λοιμώξεων, μη προγραμματισμένων επανεισαγωγών).

- Δείκτες αποδοτικότητας του νοσοκομείου (δείκτες οικονομικής αξιολόγησης, παραγωγικότητας, κόστους μονάδας, τεχνική αποδοτικότητα, αποδοτικότητα κατανομής κ.τ.λ.)

- Δείκτες αποτελεσματικότητας, που προκύπτουν με βάση δείκτες υγείας του πληθυσμού ή ειδικές έρευνες.

Στη συνέχεια, επιλέγονται οι κατάλληλοι μέθοδοι αξιολόγησης για κάθε περίπτωση, ανάλογα με το εύρος της αξιολόγησης, τους στόχους της, τους πόρους και τις δυνατότητες που διατίθενται. Οι μέθοδοι αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε ποσοτικές (quantitative) και ποιοτικές (qualitative). Στις ποσοτικές μεθόδους περιλαμβάνονται κυρίως επιδημιολογικές έρευνες, που μπορεί να είναι περιγραφικές έρευνες ή έρευνες αναλυτικής επιδημιολογίας.

Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας συνήθως εκτιμάται με μεθόδους συγκριτικής ανάλυσης, με τη χρήση μοντέλων γραμμικού προγραμματισμού. Η κατανομή των πόρων στα διάφορα προγράμματα υγείας αξιολογείται με μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης. Για την αποδοτικότητα σε επίπεδο Συστήματος Υγείας χρησιμοποιείται συνδυασμός των μετρήσεων αυτών (Peacock, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΗΠΑ.

3.1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

3.1.1. Εισαγωγή

Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας βρίσκεται στο κέντρο της Ευρώπης, με 81.800.000 κατοίκους, σύμφωνα με στοιχεία του 2011, καθιστώντας την με διαφορά την πιο πυκνοκατοικημένη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Το Βερολίνο είναι η πρωτεύουσα της χώρας και, με 3,5 εκατομμύρια κατοίκους, η μεγαλύτερη πόλη της Γερμανίας. Το 2012 το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν της Γερμανίας (ΑΕΠ) ανήλθε σε περίπου €32,554 κατά κεφαλήν (ένα από τα υψηλότερα στην Ευρώπη).

Η Γερμανία είναι μια ομοσπονδιακή κοινοβουλευτική δημοκρατία, που αποτελείται από 16 κράτη (Länder), καθένα από τα οποία έχει ένα Σύνταγμα που αντικατοπτρίζει τις ομοσπονδιακές, δημοκρατικές και κοινωνικές αρχές που ενσωματώνονται στο Εθνικό Σύνταγμα, γνωστές ως οι «θεμελιώδεις αρχές» (Grundgesetz).

Μέχρι το 2010, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στη Γερμανία είχε φτάσει 78,1 χρόνια για τους άνδρες και 83,1 χρόνια για τις γυναίκες (λίγο κάτω από το μέσο όρο της Ευρωζώνης που ήταν 78,3 χρόνια για τους άνδρες και 84,0 χρόνια για τις γυναίκες). Στη Γερμανία, η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μεταξύ Ανατολικής και Δυτικής Γερμανίας κορυφώθηκε το 1990 σε 3,5 έτη για τους άνδρες και 2,8 χρόνια για τις γυναίκες, αλλά μειώθηκε μετά την ενοποίηση σε 1,3 έτη για τους άνδρες και 0,3 έτη για τις γυναίκες. Επιπλέον, οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής στη Γερμανία δεν υφίστανται πλέον διαφοροποίηση μεταξύ Ανατολής-Δύσης. Το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες το 2004, για παράδειγμα, παρατηρήθηκε στο Σάαρλαντ στο δυτικό τμήμα της χώρας (Busse and Blümel, 2014).

Μια βασική πτυχή του Γερμανικού πολιτικού συστήματος – και του Συστήματος Υγείας ιδιαίτερα – είναι η κατανομή των εξουσιών για λήψη αποφάσεων μεταξύ των ομοσπονδιακών επαρχιών, της κυβέρνησης και οργανισμών κοινωνικής πολιτικής. Στον τομέα της υγείας, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και οι επαρχιακές διοικήσεις αναθέτουν εξουσίες σε αυτόνομους οργανισμούς πληρωτών και παρόχων υπηρεσιών υγείας, γνωστούς ως «συντεχνιακοί» ή «κορπορατιστικοί» φορείς.

Η ανάπτυξη του γερμανικού συστήματος υγείας μπορεί να περιγραφεί καλύτερα ακολουθώντας τις κύριες πτυχές της σύγχρονης γερμανικής ιστορίας: Την γερμανική

εκβιομηχάνιση και εισαγωγή της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας σε εθνικό επίπεδο το 1883, τις κοινωνικές συγκρούσεις και την ενίσχυση του ιατρικού επαγγέλματος κατά τη διάρκεια της Γερμανικής Αυτοκρατορίας μέχρι την ίδρυση της Δημοκρατίας της Βαϊμάρης (1871-1919), την Εθνικο-σοσιαλιστική περίοδο (1933-1945), την άμεση μεταπολεμική περίοδο (1945-1949) και την περίοδο της διαίρεσης της Γερμανίας και, τέλος, την περίοδο μετά την επανένωση της Γερμανίας το 1990 (Busse and Blümel, 2014).

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

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

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, το 75% των οποίων έχει δικό του ιατρείο (solo practice) και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς (group practice). Το 5% των ιδιωτών γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλπουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο. Κάθε ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό από τη λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο του, ενώ του παρέχεται δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και στους συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων.

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τα τοπικά σωματεία των γιατρών κάθε χρόνο. Η διαδικασία αμοιβής των γιατρών ελέγχεται μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών για όλους τους γιατρούς κάθε τοπικής ένωσης, με ένα σύστημα βαθμών για 2500 ιατρικές πράξεις, σύμφωνα με το οποίο μειώνεται η τιμή ανά βαθμό σε υπέρβαση της κατανάλωσης (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

3.1.2. Οργάνωση του Συστήματος Υγείας της Γερμανίας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας οργανώνεται σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο και σε επίπεδο κοινωνίας των πολιτών με τους λειτουργούντες οργανισμούς. Και στα τρία αυτά επίπεδα υπάρχουν δομές και οργανισμοί αυτοδιοικούμενοι, στους οποίους εκχωρούνται εξουσίες και αρμοδιότητες για την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Έχει ήδη αναφερθεί ότι στην πλευρά της ασφάλισης και της αποζημίωσης των προμηθευτών κυρίαρχο θεσμικό ρόλο έχουν τα ταμεία υγείας και οι ενώσεις τους, και στην πλευρά της παροχής οι ενώσεις των συνδεδεμένων με τα ασφαλιστικά ταμεία γιατρών, οι οποίες έχουν καθεστώς ημιδημόσιων οργανισμών. Τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ενώσεις των γιατρών, μαζί με το Κεντρικό Ταμείο Υγείας που λειτούργησε το 2009, αποτελούν τους βασικούς παράγοντες-εταίρους του συστήματος, οι οποίοι δρώντας μέσα στο ισχύον θεσμικό πλαίσιο είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών υγείας. Οι δύο αυτές ομάδες συντελεστών, μέσα από κοινές επιτροπές νομιμοποιούν το ρόλο τους και αποφασίζουν για την φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τις τιμές και τα πρότυπα ποιότητας. Στην αρμοδιότητά τους επίσης εμπίπτει η διαπραγμάτευση των συμβολαίων για τις αμοιβές, τον έλεγχο και τις ποινές των μελών τους.

Η Κυβέρνηση της Γερμανίας διασφαλίζει το ρυθμιστικό πλαίσιο λειτουργίας των αυτοδιοικούμενων κορπορατιστικών σωμάτων των Ταμείων υγείας και των ενώσεων των προμηθευτών γιατρών. Καθοριστικής σημασίας ρόλο για τη χρηματοδότηση του συστήματος, με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα, στο κόστος και στη διαφάνεια, έχει το Κεντρικό Ταμείο Υγείας που λειτούργησε το 2009. Στρατηγικής σημασίας ρόλο έχει επίσης και η Ομοσπονδιακή Μεικτή Επιτροπή (Federal Joint Committee), στην οποία συμμετέχουν τα ταμεία υγείας, οι γιατροί και τα νοσοκομεία. Στο ομοσπονδιακό επίπεδο σημαντικό ρόλο έχουν η Ομοσπονδιακή Βουλή, το Ομοσπονδιακό Συμβούλιο και το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, με μια σειρά από συνδεδεμένους οργανισμούς όπως είναι το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών, το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Ορών και Εμβολίων, το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Μεταδοτικών και μη Μεταδοτικών Νόσων, το Ομοσπονδιακό Κέντρο Εκπαίδευσης στην Υγεία και το Γερμανικό Ινστιτούτο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης. Στο μεσαίο επίπεδο (Länder level), αντιπροσωπεύονται οι 16 κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων, μέσω των τοπικών υπουργείων υγείας, με αρμοδιότητες σε θέματα δημόσιας υγείας, προαγωγής της υγείας, κρατικών νοσοκομείων, επαγγελματιών υγείας, φαρμακείων και φαρμακευτικών προϊόντων.

Στο κατώτερο επίπεδο υπάρχουν τα αυτόνομα ταμεία υγείας, με περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους και 50 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που καλύπτουν τον υπόλοιπο πληθυσμό. Στις αρχές του 2004 λειτουργούσαν 292 ταμεία υγείας, στο τέλος του 2008 περιορίστηκαν στα 206 και με τη λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας μειώθηκαν σταδιακά σε 136 το 2012 κυρίως μέσα από συγχωνεύσεις. Όλα τα ταμεία είναι μη κερδοσκοπικοί αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί και αντλούν τους πόρους τους μέσα από εισφορές των μελών τους. Διοικούνται από εκτελεστικά συμβούλια, με δύο εκτελεστικούς διευθυντές που ασκούν το καθημερινό μάνατζμεντ, ενώ παράλληλα λειτουργεί σύνοδος των εκλεγμένων αντιπροσώπων με συμμετοχή ασφαλισμένων και εργοδοτών, που θέτει τους κανονισμούς λειτουργίας του ταμείου, εγκρίνει τον προϋπολογισμό και καθορίζει το ύψος των εισφορών. Στην πλευρά των επαγγελματιών υγείας λειτουργούν σε επίπεδο κρατιδίων οι επαγγελματικοί σύλλογοι (γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, κτηνιάτρων και ψυχολόγων), που έχουν την ευθύνη της κατάρτισης, διαπίστευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, της επαγγελματικής ηθικής και ποιότητας. Όλες οι επαγγελματικές ενώσεις των επιμέρους κρατιδίων συγκροτούν σε εθνικό επίπεδο τις Εθνικές Ενώσεις, όπως π.χ. τη German Medical Association. Αντίθετα, οι νοσηλευτές, οι φυσιοθεραπευτές και οι μαιές είναι οργανωμένες σε μια μεγάλη ποικιλία από επαγγελματικούς οργανισμούς.

Στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ οι γενικοί γιατροί δε λειτουργούν με κάποιο αυστηρό gatekeeping σύστημα. Όμως, το 2004 τα ταμεία υγείας προσέφεραν στους ασφαλισμένους την επιλογή της εγγραφής τους σε κάποιο σχήμα οικογενειακής ιατρικής, μέσω του οποίου μπορούσαν να έχουν κάποια ωφελήματα, εφόσον συμμορφώνονταν με τους κανόνες του gatekeeping. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε όλες τις ειδικότητες παρέχεται κυρίως από γιατρούς που εργάζονται «κατά μόνας» (solo practices), αν και από το 2004 επιτρέπεται η λειτουργία δομών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υπό τη μορφή πολυκλινικών και με μισθωτούς γιατρούς. Η επιλογή γιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ελεύθερη και ο ασθενής μπορεί να επισκεφθεί ένα οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας χωρίς παραπεμπτικό, ενώ η προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είναι δυνατή μόνο υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Μέσα σε ένα συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο τα ασφαλιστικά ταμεία συνάπτουν συμβάσεις με τους προμηθευτές γιατρούς, νοσοκομεία και φαρμακευτικές εταιρείες. Για την κάθε κατηγορία προμηθευτών ισχύουν διαφορετικοί κανόνες με σημαντικό ρόλο των ασφαλιστικών ταμείων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, με στοιχεία κρατικού παρεμβατισμού στη νοσοκομειακή φροντίδα και στοιχεία αγοράς και ανταγωνισμού στον φαρμακευτικό τομέα.

Εκτός από τους προαναφερθέντες οργανισμούς και τις επαγγελματικές ενώσεις, υπάρχει μια πληθώρα άλλων επαγγελματικών ενώσεων και εθελοντικών οργανισμών, που παίζουν ρόλο και έχουν λόγο σε όλα τα πλάτη και μήκη του Γερμανικού συστήματος υγείας, δρώντας συχνά και ως ομάδες συμφερόντων, με τους σημαντικότερους και με τη μεγαλύτερη επιρροή να βρίσκονται στους χώρους του φαρμάκου και της ιατρικής τεχνολογίας. Θέματα ισότητας, πληρότητας των παροχών και κανόνων παροχής και χρηματοδότησης, δικαιώματα και καθήκοντα των ασφαλισμένων και ασθενών καθορίζονται σε εθνικό επίπεδο από σχετική νομοθεσία. Υπάρχουν αναλυτικοί κώδικες για όλα τα επιμέρους θέματα και για όλες τις υπηρεσίες υγείας. Οι τοπικές κυβερνήσεις είναι υπεύθυνες για τη συντήρηση των νοσοκομειακών υποδομών, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, την προπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και το συντονισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Στο επίπεδο των αυτόνομων ταμείων υγείας λαμβάνονται οι περισσότερες αποφάσεις, πάντα σε συνεργασία και συνεχή διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές γιατρούς και τις ενώσεις τους για όλα τα θέματα, όπως π.χ. το ύψος των εισφορών, την ποσότητα, την ποιότητα και τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από συμβόλαια που υπογράφουν με τους τελευταίους. Από την άλλη μεριά οι προμηθευτές-συνδεδεμένοι μέσα από το κορπορατιστικό μοντέλο με τα ταμεία έχουν το αποκλειστικό δικαίωμα (μονοπώλιο) παροχής εξωνοσοκομειακής φροντίδας στους ασφαλισμένους των ταμείων. Από αυτό το μοντέλο απουσιάζουν τα νοσοκομεία και οι υπηρεσίες της κοινότητας, που δεν έχουν την ελαχίστων εξαιρέσεων το δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Τα νοσοκομεία υπογράφουν χωριστά συμβόλαια με τα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό το μονοπώλιο στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη προϋποθέτει συνεχείς διαπραγματεύσεις των ενώσεων των γιατρών σε περιφερειακό επίπεδο με τα ασφαλιστικά ταμεία για την υπογραφή συλλογικών συμβολαίων. Στο κορπορατιστικό αυτό μοντέλο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης οι βασικοί παίκτες έχουν μεγάλη εξουσία, ρυθμίζοντας και καθορίζοντας πολλά και σημαντικά θέματα, όπως είναι οι μηχανισμοί αποζημίωσης και το ολοκληρωμένο πακέτο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέλος, προβλέπονται και λειτουργούν μηχανισμοί και όργανα, που έχουν την ευθύνη της εποπτείας και τήρησης των αποφάσεων. Μάλιστα αρκετές αποφάσεις, ακόμα και νόμοι της Βουλής ή κυβερνητικές ρυθμίσεις και κανονισμοί προσβάλλονται στα κοινωνικά δικαστήρια, που υπάρχουν σε τοπικό, πολιτειακό και εθνικό επίπεδο.

3.1.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι

Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας σημαντικός τομέας απασχόλησης στη Γερμανία, με 4,9 εκατομμύρια άτομα που εργάζονται στον τομέα της υγείας, αντιπροσωπεύοντας το 11,2% της συνολικής απασχόλησης το 2011. Μεταξύ 2000 και 2011, ο αριθμός των ατόμων που εργάζονται στον τομέα της υγείας αυξήθηκε συνολικά κατά 600,000 ή 14,6%. Από τα 4.900.000 άτομα που εργάζονται στον τομέα της υγείας, 3,3 εκατομμύρια εργοδοτούνταν στην υγειονομική περίθαλψη, 244 000 ήταν σε κλάδους υγείας και 1,4 εκατομμύρια σε άλλα επαγγέλματα, όπως προσωπικό καθαριότητας και κουζίνας στα νοσοκομεία (Statistisches Bundesamt, 2013b). Μεταξύ του 2000 και του 2011, δημιουργήθηκαν επιπλέον θέσεις εργασίας, κυρίως στον τομέα των κοινωνικών των υπηρεσιών και επαγγελματιών: ο αριθμός των φυσιοθεραπευτών αυξήθηκε κατά 106%, και ο αριθμός των φροντιστών ηλικιωμένων ατόμων κατά 83%. (Statistisches Bundesamt, 2013b). Από τα 4.900.000 άτομα που εργάζονται στον τομέα της υγείας, το 68% απασχολείται με πλήρες ωράριο και 32% με μερική (Statistisches Bundesamt, 2013b).

Το 2011, οι εργαζόμενοι σε γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία ανέρχονταν σε 1.100.000. Άλλα 170,000 άτομα απασχολούνταν σε ιδρύματα πρόληψης και αποκατάστασης και 661,000 σε εντός νοσοκομείων κλινικές περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας) (Statistisches Bundesamt, 2013b). Ο αριθμός των ατόμων που εργάζονται στον εξωνοσοκομειακό τομέα έχει παρουσιάσει σταθερή αύξηση από τη δεκαετία του 1990, αν και η δομή της απασχόλησης έχει μετατοπιστεί κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ενώ ο τομέας της συντήρησης και οι τεχνικοί υπάλληλοι μειώθηκαν, ως αποτέλεσμα της εξωτερικής ανάθεσης, ο αριθμός των γιατρών, νοσηλευτών και προσωπικού στην ιατρική τεχνική υπηρεσία αυξήθηκε (Busse and Blümel, 2014). Κατά τα τελευταία 50 χρόνια, ο αριθμός των γιατρών αυξάνεται σταθερά. Η μέση ετήσια αύξηση ήταν 3% το 1980 και 2% στη δεκαετία του 1990. Από το 2000, υπήρξε μια μέση μείωση της τάξης του 1%. Το 2012, ωστόσο, ο αριθμός των γιατρών αυξήθηκε κατά 2,1% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος (Bundesärztekammer, 2014).

Ως αποτέλεσμα των διευρύνσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2004 και το 2007, η αυξανόμενη μετανάστευση επαγγελματιών υγείας από άλλες χώρες προς την Γερμανία ήταν αναμενόμενη. Στην πραγματικότητα, ο αριθμός των αλλοδαπών εργαζομένων στον τομέα της υγείας έχει αυξηθεί σταθερά από το 2000 και έφτασε στο αποκορύφωμά της το 2003, δηλαδή πριν από τις διευρύνσεις. Η έκταση της μετανάστευσης στη Γερμανία είναι σχετικά μικρή, σε σύγκριση με την αντίστοιχη σε άλλες χώρες προορισμού στην Ε.Ε. Στοιχεία από

την Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία δείχνουν ότι το 2008 το μερίδιο των ξένων επαγγελματιών υγείας σε όλους τους τομείς, που εργάζονται στην Γερμανία ήταν 6%. Από αυτούς, περίπου 15% έχουν γεννηθεί στη Γερμανία και περίπου 57% είχαν εκπαιδευτεί στη Γερμανία, καθώς και (Ognyanova & Busse, 2011).

Τα νοσοκομεία, τόσο τα δημόσια (περίπου το 50% των συνολικών κλινών) όσο και τα ιδιωτικά (περίπου το ένα τρίτο των συνολικών κλινών) είναι κυρίως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οργανισμοί. Τα ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα, κυρίως μέσω εξαγοράς δημόσιων νοσοκομείων, έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και διαθέτουν περίπου το ένα έκτο του συνολικού αριθμού των κλινών. Συνήθως σε όλα τα νοσοκομεία και ανεξάρτητα από τη μορφή, στελεχώνονται με γιατρούς που αμείβονται με μισθό. Νοσοκομειακοί γιατροί με πολλά χρόνια προϋπηρεσία, έχουν το δικαίωμα να βλέπουν και ασθενείς από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και να αμείβονται κατά πράξη. Τυπικά οι νοσοκομειακοί γιατροί δεν έχουν το δικαίωμα να βλέπουν ασθενείς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αν και προβλέπονται εξαιρέσεις σε εκείνες τις περιπτώσεις που η αναγκαία φροντίδα δεν μπορεί να προσφερθεί από άλλο γιατρό της εξωνοσοκομειακής φροντίδας.

3.1.4. Τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας

Βασικό χαρακτηριστικό του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία είναι ο σαφής θεσμικός διαχωρισμός μεταξύ των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Λειτουργούν ξεχωριστά τμήματα επείγουσας φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης, νοσηλευτικής μακροχρόνιας φροντίδας, παρηγορητικής φροντίδας, οδοντιατρικής φροντίδας, συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, καθώς και υπηρεσίες για άτομα με σωματικές και διανοητικές αναπηρίες.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ενώ τα ειδικά καθήκοντα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και τα επίπεδα στα οποία αυτές διενεργούνται διαφέρουν σε κάθε επαρχία, γενικά περιλαμβάνουν δραστηριότητες που συνδέονται τόσο με τα κυριαρχικά δικαιώματα το ομόσπονδου κράτους, όσο και με τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού, όπως:

- Επιτήρηση των μεταδοτικών ασθενειών
- Υποβολή εκθέσεων για την υγεία
- Εποπτεία της υγιεινής στα νοσοκομεία

- Εποπτεία των εμπορικών δραστηριοτήτων που αφορούν τα τρόφιμα, τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα ναρκωτικά φάρμακα.
- Επίβλεψη ορισμένες περιοχές της υγιεινής του περιβάλλοντος.
- Σωματικές εξετάσεις των μαθητών και ορισμένων άλλων ομάδων.
- Διαγνωστικές και - σε εξαιρετικές περιπτώσεις - θεραπευτικές υπηρεσίες για τα άτομα με μεταδοτικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της φυματίωσης.
- Παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα
- Εκπαίδευση σε θέματα υγείας
- Συνεργασία και συμβουλευτική σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες.

Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από περίπου 350 γραφεία δημόσιας υγείας σε όλη τη Γερμανία, τα οποία ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό ως προς το μέγεθος, τη δομή και τα καθήκοντα.

Πριν από το 1970, στα προγράμματα δημόσιας υγείας συμπεριλαμβάνονταν οι εμβολιασμοί, οι μαζικοί έλεγχοι για φυματίωση και άλλες ασθένειες, καθώς και η εκπαίδευση για την υγεία και η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών. Από το 1970 και έπειτα πολλές από αυτές τις δραστηριότητες προληπτικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και η προγεννητική φροντίδα, έχουν μεταφερθεί στην αρμοδιότητα ιδιωτικών γιατρών, σε συνδυασμό με μια επέκταση των ωφελημάτων της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης, από το 1971 έχουν αρχίσει να γίνονται προληπτικοί έλεγχοι για διάφορες μορφές καρκίνου, προς όφελος γυναικών άνω των 20 ετών και ανδρών άνω των 45 ετών (Busse and Blümel, 2014). Παράλληλα, άρχισαν να γίνονται τακτικοί έλεγχοι ρουτίνας σε παιδιά κάτω των 4 ετών, ενώ από το 1989 είχαν δικαίωμα εξετάσεων και ρουτίνας όλα τα παιδιά κάτω των 6 ετών και από το 1997 όλοι οι έφηβοι. Επιπρόσθετα, το 1989, άρχισαν να χορηγούνται ασφαλιστικά οφέλη από ομάδες οδοντιατρικής προληπτικής για άτομα ηλικίας 12-20 ετών. Το 1993 η ασφαλιστική κάλυψη για προληπτική οδοντιατρική φροντίδα επεκτάθηκε σε άτομα ηλικίας 6-20 ετών. Επίσης, το 1989 θεσπίστηκαν οι τακτικές εξετάσεις υγείας, όπως ο έλεγχος για καρδιαγγειακές και νεφρικές παθήσεις και Σακχαρώδη Διαβήτη, για τα μέλη του ταμείου ασθένειας άνω των 35 ετών.

Η πρωτογενής πρόληψη και προαγωγή υγείας ήταν υποχρεωτικές στα ασφαλιστικά ταμεία υγείας από το 1989. Το 1996 καταργήθηκαν για να επανεισαχθούν το 2000 σε νέα τροποποιημένη μορφή. Το 2010 δαπανήθηκαν περίπου 300 εκατομμύρια ευρώ από τα ταμεία υγείας για την πρωτογενή πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην εργασία.

Μεταξύ των ετών 2000 και 2010 οι δαπάνες για την πρωτογενή πρόληψη αυξήθηκαν από €1,10 έως €4,33 ανά άτομο που καλύπτεται από την υποχρεωτική κοινωνική ασφαλιστική κάλυψη. Το 2010, περίπου 12 εκατομμύρια άνθρωποι - πολλοί περισσότεροι σε σχέση με το προηγούμενο έτος - είχαν προβεί σε προληπτικές δραστηριότητες πρόληψης, που καλύπτονταν από τα ταμεία ασθένειας τους. Το 2010, περισσότερα από 30,000 ιδρύματα (πάνω από 14,000 το 2007) - ειδικά νηπιαγωγεία, σχολεία και σχολές επαγγελματικής κατάρτισης - υποστηρίχθηκαν με μέτρα στους τομείς της άθλησης και της υγιεινής διατροφής.

Από το 2003, οι υπάρχουσες παροχές προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου που καλύπτονται από SHI (για τις γυναίκες έλεγχοι τραχήλου / γεννητικών οργάνων, μαστού, δέρματος, ορθού / παχέος εντέρου και για τους άνδρες έλεγχοι δέρματος, ορθού / παχέος εντέρου και προστάτη), έχουν επεκταθεί, ώστε να περιλαμβάνουν κολονοσκόπηση (δύο δοκιμές στις ηλικίες 55 και 65 ετών), ως εναλλακτική επιλογή στην ανάλυση κοπράνων. Επίσης περιλαμβάνουν τακτική μαστογραφία, ως μέρος του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για τις γυναίκες ηλικίας 50 έως 69. Η επέκταση των ωφελημάτων της κοινωνικής ασφάλισης, ώστε να περιλαμβάνουν ελέγχους και έγκαιρες υπηρεσίες ανίχνευσης, σημαίνει ότι οι γιατροί υποχρεούνται να προσφέρουν τις υπηρεσίες αυτές ως μέρος των περιφερειακών προϋπολογισμών που διαπραγματεύονται οι περιφερειακές ιατρικές οργανώσεις και τα ταμεία υγείας της κοινωνικής ασφάλισης. Για ορισμένες άλλες υπηρεσίες, όπως εμβολιασμούς, οι γιατροί διαπραγματεύονται με τα ταμεία υγείας και ορίζουν ξεχωριστές αμοιβές, που δεν αποτελούν μέρος των περιφερειακών προϋπολογισμών. Κατά συνέπεια, οι υπηρεσίες πρόληψης παρέχονται εντός του ίδιου νομικού πλαισίου, ως θεραπευτικές υπηρεσίες, που σημαίνει ότι ο ακριβής ορισμός τους είναι αντικείμενο διαπραγματεύσεων σε ομοσπονδιακό επίπεδο μεταξύ των ταμείων υγείας και των γιατρών. Η ισχύουσα οδηγία της μεικτής Ομοσπονδιακής επιτροπής για υπηρεσίες πρόληψης περιλαμβάνει κλινικές και εργαστηριακές υπηρεσίες για έλεγχο και πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την πρόγνωση. Ωστόσο, η εκπαίδευση σε θέματα υγείας εξακολουθεί να τυγχάνει χαμηλής προτεραιότητας στις αιτήσεις και την τεκμηρίωση επιστροφής χρημάτων.

Αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αυτή παρέχεται κυρίως από ιδιωτικούς παρόχους, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, φυσικοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, ποδιάτρων και άλλων συναφών επαγγελματιών.

Η επείγουσα και η μακροχρόνια φροντίδα παρέχονται συνήθως από μη κερδοσκοπικούς ή κερδοσκοπικούς παρόχους, που απασχολούν νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτές, φροντιστές ηλικιωμένων, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό. Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή γιατρών, ψυχοθεραπευτών (από το 1999), οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και υπηρεσιών επειγόντων περιστατικών. Αν και οι ασθενείς καλύπτονται από το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης, μπορούν επίσης να επιλέξουν άλλους επαγγελματίες υγείας, όμως η ασφαλιστική κάλυψη είναι διαθέσιμη μόνο κατόπιν παραπομπής από γενικό ιατρό. Περίπου το ήμισυ του συνόλου των γιατρών που είναι συνδεδεμένοι με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

3.1.5 Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση του Γερμανικού συστήματος υγείας προέρχεται πρωτίστως από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και δευτερευόντως από εισφορές ασφαλισμένων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και ιδιωτικές πληρωμές υπό τη μορφή της συμμετοχής του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών (co-payments). Υπολογίζεται ότι το 75% των συνολικών δαπανών προέρχεται από τις εισφορές των μελών των ασφαλιστικών ταμείων και το υπόλοιπο 25% από τις ιδιωτικές πληρωμές και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Η συλλογή των εισφορών από εργαζόμενους και εργοδότες συνεχίζει να γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, έστω κι αν προβλεπόταν ότι αυτή η ευθύνη θα μεταφερόταν σταδιακά στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας. Έχει ήδη αναφερθεί ότι το 2012 λειτουργούσαν 136 ταμεία υγείας που πρόσφεραν ασφαλιστική κάλυψη στο 90% του πληθυσμού. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι αυτόνομα, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ελέγχονται από συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο. Μέχρι το 2009 τα ασφαλιστικά ταμεία καθόριζαν το καθένα τις δικές του εισφορές υγείας που είναι υποχρεωτικές και υπολογίζονται επί του ετήσιου εισοδήματος μέχρι του ύψους των 43.000 ευρώ ετησίως. Για το 2008 ένας μέσος ασφαλισμένος ή συνταξιούχος πλήρωνε περίπου το 8% του ακαθάριστου εισοδήματός του σε εισφορές υγείας, ενώ ο εργοδότης (και το ασφαλιστικό ταμείο για τους συνταξιούχους) συνεισέφερε άλλο ένα 7% επί του ακαθάριστου ετήσιου εισοδήματος. Αυτά τα δύο ποσά συνολικά ανέρχονται κατά μέσο όρο στα 540 ευρώ ανά μήνα. Με αυτό το ποσό καλύπτονται στο ταμείο υγείας μέσω του κυρίως ασφαλισμένου μέλους και τυχόν εξαρτώμενα άτομα. Οι άνεργοι συνεισφέρουν αναλογικά για το επίδομα ανεργίας που λαμβάνουν, ενώ για τους μακροχρόνια άνεργους καταβάλλεται από την κυβέρνηση ένα ετήσιο κατά κεφαλή

ασφάλιστρο στα ταμεία υγείας. Υπάρχουν επίσης ειδικές ρυθμίσεις για το ύψος των εισφορών για καλλιτέχνες, φοιτητές και συνταξιούχους.

Τα τελευταία 25 χρόνια τα έσοδα από εισφορές υγείας έχουν αυξηθεί λιγότερο από τις συνολικές δαπάνες υγείας και το ΑΕΠ. Αυτό οδήγησε σε αυξανόμενα ελλείμματα και χρέη και ανάγκασε τα ταμεία να αυξήσουν τις εισφορές. Έτσι, το μέσο ύψος των εισφορών επί των ακαθάριστων αποδοχών του εργαζόμενου από το 12,4% το 1991 αυξήθηκε σταδιακά στο 14,3% το 2003. Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν την ελευθερία να καθορίζουν τις εισφορές υγείας ελεύθερα και στο πλαίσιο του ανταγωνισμού, πάντοτε ύστερα από την έγκριση της αρμόδια υπηρεσίας του κράτους. Με τη μεταρρύθμιση του 1993, με την οποία επετράπη στους ασφαλισμένους να αλλάζουν από το 1996 σχετικά εύκολα ταμείο και αργότερα με τη δημιουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας το 2009 και του μεγάλου ανταγωνισμού που δημιουργήθηκε στην αγορά των ταμείων, αυτό αποφεύγεται με κάθε θυσία, γιατί μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη απώλεια μελών και συνακόλουθα σε οικονομική κατάρρευση του ταμείου. Παρόλα αυτά και με γνώμονα το χαμηλότερο ασφάλιστρο και το καλύτερο πακέτο των προσφερόμενων υπηρεσιών υπολογίζεται ότι μεταξύ των ετών 1996 και 2004 περισσότεροι από το 25% των ασφαλισμένων άλλαξαν ταμείο. Αυτή η μεγάλη μετακίνηση ασφαλισμένων από ταμείο σε ταμείο οδήγησε και στη σμίκρυνση της διαφοράς των εισφορών μεταξύ των ταμείων.

Για την πληρωμή των νοσοκομείων χρησιμοποιείται η μέθοδος των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (DRGs), για κάθε εισαγωγή. Μέχρι πρόσφατα υπήρχαν περίπου 1.100 κατηγορίες κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων. Το σύστημα αυτό τέθηκε σε ισχύ το 2004 και αναπροσαρμόζεται κάθε χρόνο, με βάση τις νέες τεχνολογίες, νέες θεραπευτικές μεθόδους και το απαιτούμενο κόστος.

Το 2006 ψηφίστηκε από τη Βουλή νόμος για τη σύσταση και λειτουργία σε ομοσπονδιακό επίπεδο του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, που είχε σαν στόχο την ενθάρρυνση του ανταγωνισμού και την μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής μέσα στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και στο σύστημα ασφάλισης. Ο νόμος αυτός, που αποτέλεσε αντικείμενο οξείας αντιπαράθεσης μεταξύ των δύο μεγάλων κομμάτων και προκάλεσε την αντίδραση των βασικών κοινωνικών εταίρων (stakeholders) και ομάδων συμφερόντων (προμηθευτών, ασφαλιστικών ταμείων, συνδικαλιστικών οργανώσεων, ασφαλιστικών εταιρειών κ.ά.) τέθηκε τελικά σε εφαρμογή τρία χρόνια αργότερα, δηλαδή το 2009. Το νέο αυτό Ταμείο, αναλαμβάνει από την 1/1/2009 να συγκεντρώνει από τα ασφαλιστικά ταμεία τις εισφορές υγείας και στη συνέχεια να τις κατανέμει πίσω σ' αυτά, λαμβάνοντας υπόψη εκτός από τον αριθμό των ασφαλισμένων και τα δημογραφικά και νοσολογικά τους στοιχεία. Πιο

συγκεκριμένα, τα έσοδα του Κεντρικού Ταμείου αποτελούν αφενός ένα ενιαίο ποσοστό (15,5%) επί του ακαθάριστου μηνιαίου εισοδήματος του εργαζόμενου (8,2 εργαζόμενος και 7,3% εργοδότης) και επιπλέον μια μικρή επιχορήγηση από τον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό, για την κάλυψη των αναγκών υγείας των εξαρτώμενων μελών, συνήθως παιδιών κάτω των 18 ετών. Αυτή η επιχορήγηση το 2011 ήταν περίπου 9% των εσόδων του Κεντρικού Ταμείου Υγείας. Διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τις πηγές χρηματοδότησης του Ταμείου υπήρξαν μεταξύ των δύο μεγάλων κομμάτων, με τους σοσιαλδημοκράτες να επιμένουν σε καταβολή εισφορών επί των εισοδημάτων από όλες τις πηγές και όχι μόνο από τη μισθωτή εργασία και τους Χριστιανοδημοκράτες να αντιτίθενται. Η τελική κατάληξη αυτής της αντιπαράθεσης κατέληξε στο νόμο «Statutory Health Insurance Competition Strengthening Act», αφήνοντας απέξω τις Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες που αντιδρούσαν έντονα στην ένταξή τους στο Κεντρικό Ταμείο Υγείας.

Η κατανομή των οικονομικών πόρων του Κεντρικού Ταμείου προς τα περίπου 136 ασφαλιστικά ταμεία υγείας γίνεται με βάση τον αριθμό των ασφαλισμένων και αφού σταθμιστούν όλες οι περιπτώσεις με βάση το φύλο και την ηλικία (40 κατηγορίες - ομάδες δικαιούχων-ασθενών), τη νοσηρότητα (80 ασθένειες βαριές και με μεγάλο κόστος και 106 κατηγορίες - ομάδες) και την ανικανότητα (6 κατηγορίες - ομάδες). Έτσι για παράδειγμα, τα ταμεία υγείας λαμβάνουν μεγαλύτερη χρηματοδότηση για ασθενείς με AIDS, καρκίνο ή κυστική ίνωση απ' ό,τι για τους συνήθεις ασφαλισμένους.

Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, παρά το γεγονός ότι ήταν μια καινοτομία για το Γερμανικό Σύστημα Υγείας, σε άλλες χώρες υπήρχε και λειτουργούσε ήδη, όπως για παράδειγμα στην Ολλανδία, για περισσότερα από 70 χρόνια. Στην Γερμανία, το Κεντρικό Ταμείο Υγείας στόχευσε στην οικονομική σταθερότητα, στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων και στη διαφάνεια των χρηματικών ροών.

Υπήρξε εντούτοις ο προβληματισμός για το ενδεχόμενο τα ταμεία να επιλέγουν ποιες κατηγορίες πολιτών θα ασφάλιζαν, επιλέγοντας τους πιο υγιείς και πιο εύπορους (adverse selection phenomenon). Το φαινόμενο αυτό περιορίζεται αφού η κατανομή των χρημάτων είναι προοπτική και γίνεται το επόμενο έτος από εκείνο στο οποίο έγινε η αρχική διάγνωση. Παράλληλα, υπήρξαν επιφυλάξεις για μια σειρά από πιθανές παρενέργειες, όπως για παράδειγμα ότι τα ασφαλιστικά ταμεία θα είχαν κίνητρο να επιλέγουν εκείνα τα άτομα με τις πλέον σοβαρές και κατά συνέπεια ακριβού κόστους ασθένειες, ή ακόμα ότι θα επικεντρώνονταν μόνο στις 80 ασθένειες με συντελεστή στάθμισης στον υπολογισμό της χρηματοδότησης από το Κεντρικό Ταμείο, αγνοώντας ή παραμελώντας τις υπηρεσίες

πρόληψης ή τις άλλες ασθένειες. Κριτική όμως υπήρξε και για τον πιθανό κίνδυνο της αύξησης από τη μια των δαπανών υγείας και από την άλλη της μείωσης των εσόδων του Κεντρικού Ταμείου, λόγω ανεργίας αλλά και λόγω της σταδιακής πτώσης των εισοδημάτων από μισθωτή εργασία ως ποσοστό επί του ΑΕΠ.

Ωστόσο, υπάρχουν μερικά πιθανά θετικά αποτελέσματα που θα μπορούσαν να προκύψουν από τη λειτουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας:

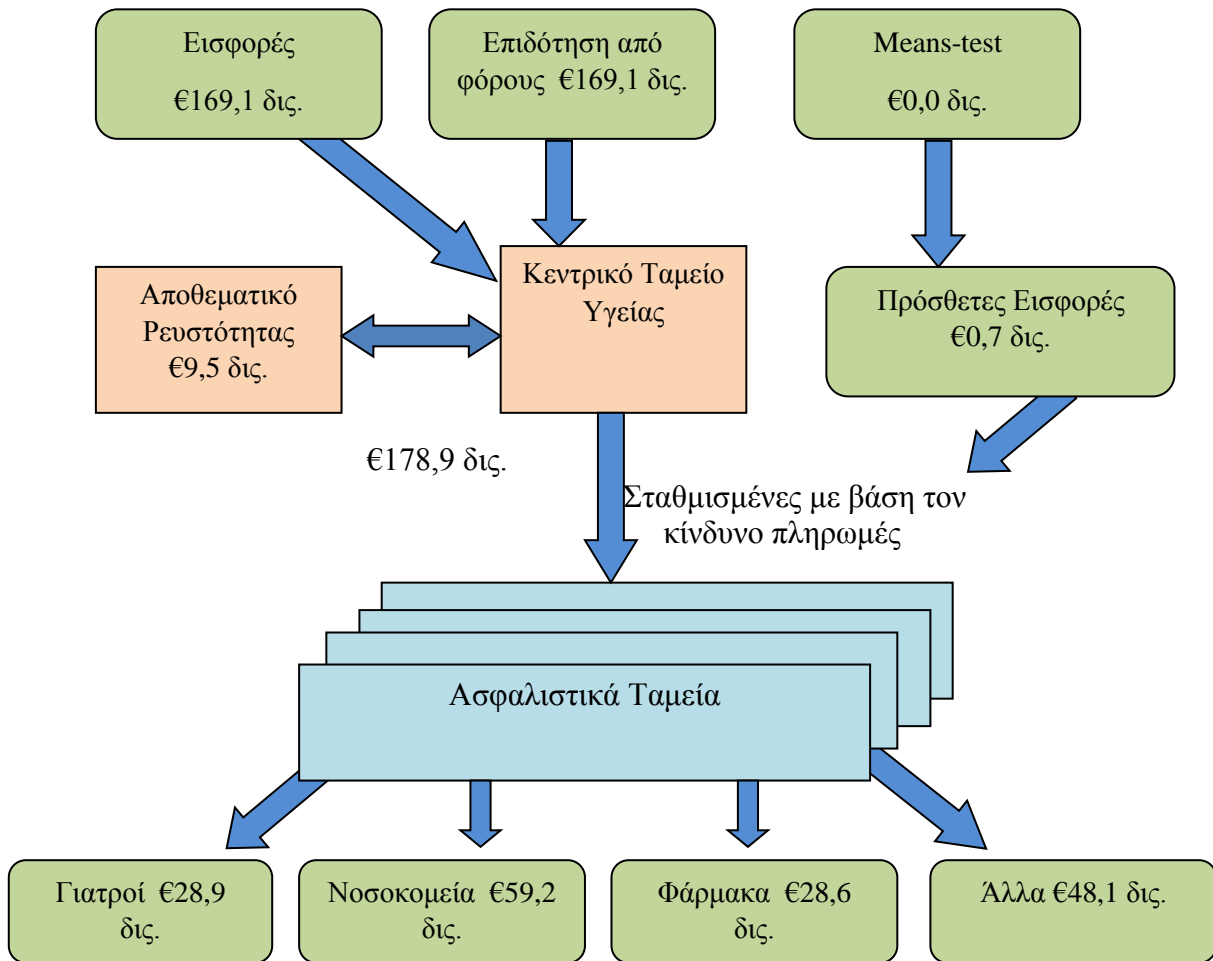
- Θα μπορούσε να αναπτυχθεί μεγαλύτερος ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και κατά συνέπεια βελτίωση της ποιότητας και μείωση του κόστους, ως συνεπακόλουθο της αποσύνδεσης της απευθείας χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων από τους δικαιούχους και της χρηματοδότηση κατά ασφαλισμένο, λαμβάνοντας υπόψη τα δημογραφικά και νοσολογικά του στοιχεία.
- Περαιτέρω ενδυνάμωση του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων εξ αιτίας του γεγονότος ότι από τη μεταρρύθμιση του 1996 επιτρέπεται στους ασφαλισμένους να αλλάζουν εύκολα ασφαλιστικό ταμείο, με κριτήριο το προσφερόμενο πακέτο υπηρεσιών υγείας. Αυτό αποτελεί ένα επιπλέον κίνητρο για τη δημιουργία και προσφορά νέων, πρωτοποριακών ασφαλιστικών πακέτων, με διαφορετικές ολοκληρωμένες δέσμες υπηρεσιών υγείας.
- Η μεγαλύτερη αυτονομία των ασφαλιστικών ταμείων θα αποτελέσει κίνητρο για να διαπραγματευτούν με τους προμηθευτές με στόχο την καλύτερη ποιότητα και το μικρότερο κόστος.
- Τα πιθανά οικονομικά προβλήματα για κάποια μικρά ασφαλιστικά ταμεία θα οδηγήσουν σε συγχωνεύσεις με στόχο οικονομίες κλίμακας και μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη με τους προμηθευτές.
- Η δημιουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, διαμορφώνει συνθήκες ανταγωνισμού και μεταξύ των προμηθευτών, οδηγώντας σε συνεργασίες, σε αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειας, επικέντρωση και εξειδίκευση κάποιων προμηθευτών σε συγκεκριμένες ασθένειες και υπηρεσίες υγείας, π.χ. για πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και ανάπτυξη υποδομών από κάποιους άλλους σε συγκεκριμένους τομείς, όπως για παράδειγμα τις υπηρεσίες αποκατάστασης, δημιουργώντας οικονομίες κλίμακας που επιτρέπουν χαμηλότερες τιμές.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα από τη δημιουργία του Κεντρικού Ταμείου Υγείας είναι τα εξής:

- Όσα ασφαλιστικά ταμεία αναγκάστηκαν λόγω οικονομικών προβλημάτων να επιβάλουν επιπλέον ασφαλιστικές εισφορές, έχουν απολέσει ένα μεγάλο μέρος από τα μέλη τους, τα οικονομικά προβλήματα έγιναν ακόμη πιο έντονα και τελικά οδηγήθηκαν σε συγχωνεύσεις ή ακόμα και σε χρεωκοπία. Έτσι από τα 206 ταμεία υγείας, που ήταν σε λειτουργία στο τέλος του 2008, σταδιακά είχαν περιοριστεί στα 136 το 2012, μέσα από συγχωνεύσεις, ενώ δύο άλλα είχαν χρεοκοπήσει.
- Ενώ βασικός στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η δημιουργία ανταγωνισμού και η αύξηση των εσόδων μέσα από την επιβολή συμπληρωματικών εισφορών, μετά τις δυσμενείς συνέπειες που υπέστησαν όσα ταμεία το είχαν επιχειρήσει, η επιβολή συμπληρωματικών εισφορών αποτέλεσε ζήτημα επιβίωσης για τα υπόλοιπα ταμεία. Ο βασικός τους στόχος ήταν η αποφυγή πρόσθετων εισφορών και για τον λόγο αυτό σε περιπτώσεις πλεονάσματος στον προϋπολογισμό, το πλεόνασμα αυτό χρησιμοποιούταν για την αύξηση του αποθεματικού, γεγονός που επέτρεπε την βιωσιμότητα σε ελλειμματικών προϋπολογισμών, χωρίς να την ανάγκη για επιβολή πρόσθετων εισφορών. Το αποτέλεσμα ήταν ο περιορισμός στις επενδύσεις στην τεχνολογία και τις υποδομές.
- Οι πόροι για την πρόληψη περιορίστηκαν, παρόλο που μακροπρόθεσμα αυτό ήταν οικονομικά επιζήμιο για τα ασφαλιστικά ταμεία.

Οι ποσοτικοποιημένες χρηματικές ροές του Κεντρικού Ταμείου Υγείας, παρουσιάζονται στο πιο κάτω σχήμα :

Σχήμα 3: Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας και οι ποσοτικοποιημένες χρηματικές ροές (2011)



Πηγή: Göppfarth & Henke (2012).

3.2. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

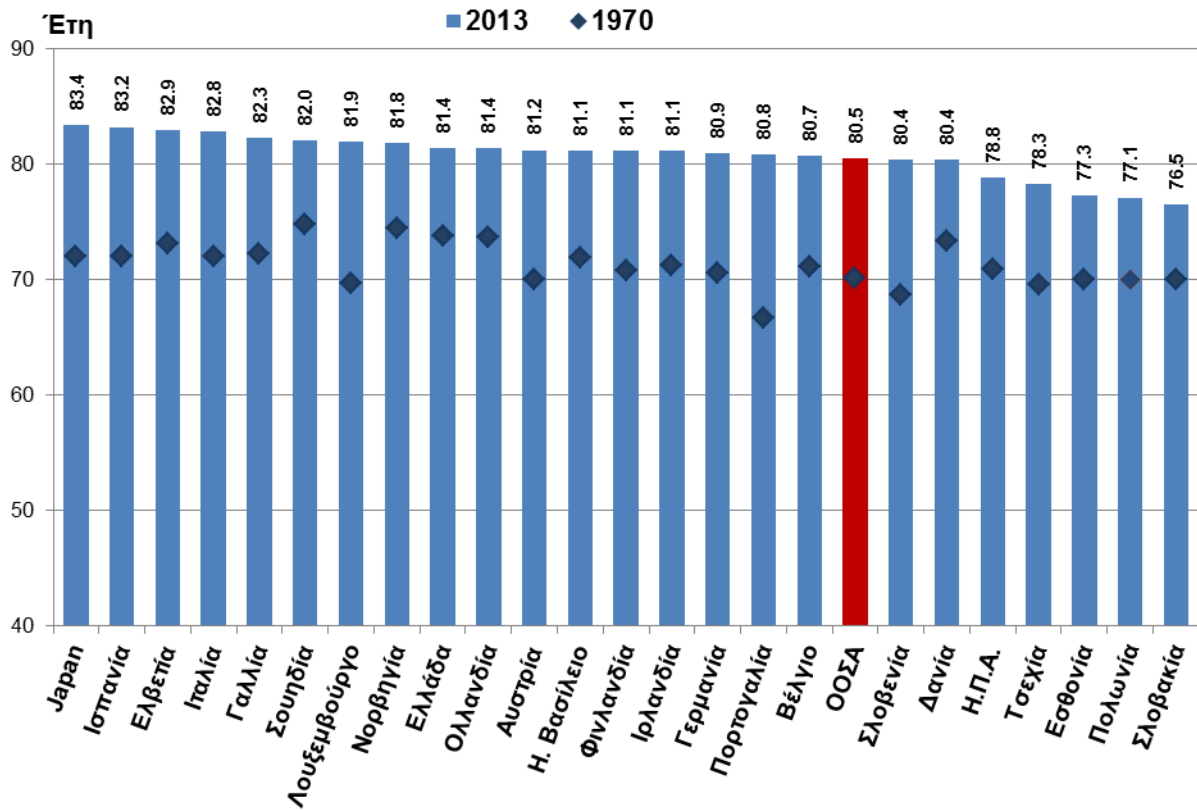
3.2.1. Εισαγωγή

Το Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται στο βόρειο μέρος της Ευρώπης και αποτελείται από την Μεγάλη Βρετανία (Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία) και την Βόρειο Ιρλανδία. Ο πληθυσμός του κυμαίνεται γύρω στα 64 εκατομμύρια κατοίκους, 80% εκ των οποίων κατοικούν στην Αγγλία. Η οικονομία του Ηνωμένου Βασιλείου επηρεάστηκε ιδιαίτερα από την παγκόσμια οικονομική κρίση της δεκαετίας του 2000, με την μεγαλύτερη μείωση στο κατά κεφαλή ΑΕΠ από κάθε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα, μεταξύ του 2007 και 2009 (24,3% σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που ήταν 5,8%). Αυτό συνέβαλε στην αύξηση της ανεργίας, η οποία βρίσκεται στο 6,1% το 2014 (αν και παραμένει αρκετά κάτω από το 10,2% που ήταν ο μέσος όρος για την ΕΕ) (Sylus et al., 2015).

Παρά την περιγραφή του ως «Εθνικό Σύστημα Υγείας», στην πραγματικότητα το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου δεν ήταν ποτέ ίδιο στα 4 έθνη που το αποτελούν. Η διαφορά έχει αυξηθεί με την μεταφορά δυναμικού για την υγειονομική φροντίδα και την δημόσια υγεία στην Βόρειο Ιρλανδία, τη Σκωτία και την Ουαλία από το 1997 και έπειτα, μέσα από μια διαδικασία που έχει ονομαστεί «μετάβαση» (devolution). Η Σκωτία, η Ουαλία και η Βόρειος Ιρλανδία έχουν επιδιώξει μια προσέγγιση με έμφαση στον συνεταιρισμό μεταξύ παρόχων και ληπτών υπηρεσιών υγείας μέσα στο Σύστημα, ενώ στο Αγγλικό Σύστημα Υγείας οι δυνάμεις της αγοράς διαδραματίζουν ένα μεγαλύτερο ρόλο (Sylus et al., 2015).

Για το Ηνωμένο Βασίλειο ως σύνολο, το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί μεταξύ του 1970 και του 2013, από 71,9 σε 81,1 έτη (ελαφρώς πάνω από τον μέσο όρο για 34 χώρες του ΟΟΣΑ που είναι τα 80,5 έτη) (Διάγραμμα 1) και τα ποσοστά θνησιμότητας από τις περισσότερες μορφές καρκίνου και καρδιαγγειακών παθήσεων έχουν μειωθεί. Ωστόσο, οι χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες δεν έχουν μειωθεί τόσο όσο σε άλλες δυτικές Ευρωπαϊκές χώρες. Έτσι, ενώ τα άτομα ζουν περισσότερα χρόνια, βρίσκονται σε φτωχή κατάσταση υγείας (OECD, 2015).

Διάγραμμα 1: Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, 1970 και 2013 (ή πλησιέστερο έτος) σε χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και έκτοτε αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες. Βασικό χαρακτηριστικό των μοντέλων Beveridge είναι η αυξημένη κρατική παρέμβαση, η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας (Υφαντόπουλος, 2005).

Το Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας υπήρξε το πρώτο σύστημα το οποίο παρείχε ολοκληρωμένη, καθολική και δωρεάν υγειονομική κάλυψη στον πληθυσμό, στοιχεία που απορρέουν από τις βασικές αρχές του: Την αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, την αρχή της καθολικότητας και την αρχή της ισότητας στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες υγείας (Θεοδώρου, Σαρής & Σούλης, 2001).

Μέχρι το 1900, στην Βρετανία δεν υπήρχε κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση και η προστασία του πληθυσμού, υπό την έννοια της κοινωνικής πρόνοιας, προερχόταν από την

Εκκλησία, αφού η κρατική χρηματοδότηση προς τον τομέα της υγείας ήταν ανύπαρκτη. Το 1911 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, με χρηματοδότηση από εισφορές των εργαζομένων. Παράλληλα, ιδρύθηκε και η National Insurance Act, μέσα από την οποία καλύφθηκαν περισσότεροι από 13 εκατομμύρια εργαζόμενοι και καθιερώθηκαν τα επιδόματα ασθενείας (sickness benefits) και η περιορισμένη ιατρική φροντίδα (limited medical care), η οποία προερχόταν από τους γενικούς γιατρούς.

Λίγα χρόνια αργότερα, το 1920, στην έκθεση “Dawson” γίνεται για πρώτη φορά αναφορά σε ένα ολοκληρωμένο Σύστημα Υγείας, βασιζόμενο στην εγκαθίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας.

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου σχεδιάστηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η διαμόρφωση της έκθεσης του Beveridge το 1942 υπήρξε καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία ενός συστήματος, σύμφωνα με τις βασικές αρχές του οποίου, η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει την προστασία των πολιτών από τους κοινωνικούς κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας και του γήρατος. Ως εκ τούτου γίνεται μια προσπάθεια για μια κεντρικά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που σκοπό θα είχε την εξ’ ολοκλήρου κάλυψη του πληθυσμού της χώρας. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκε το 1948 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS).

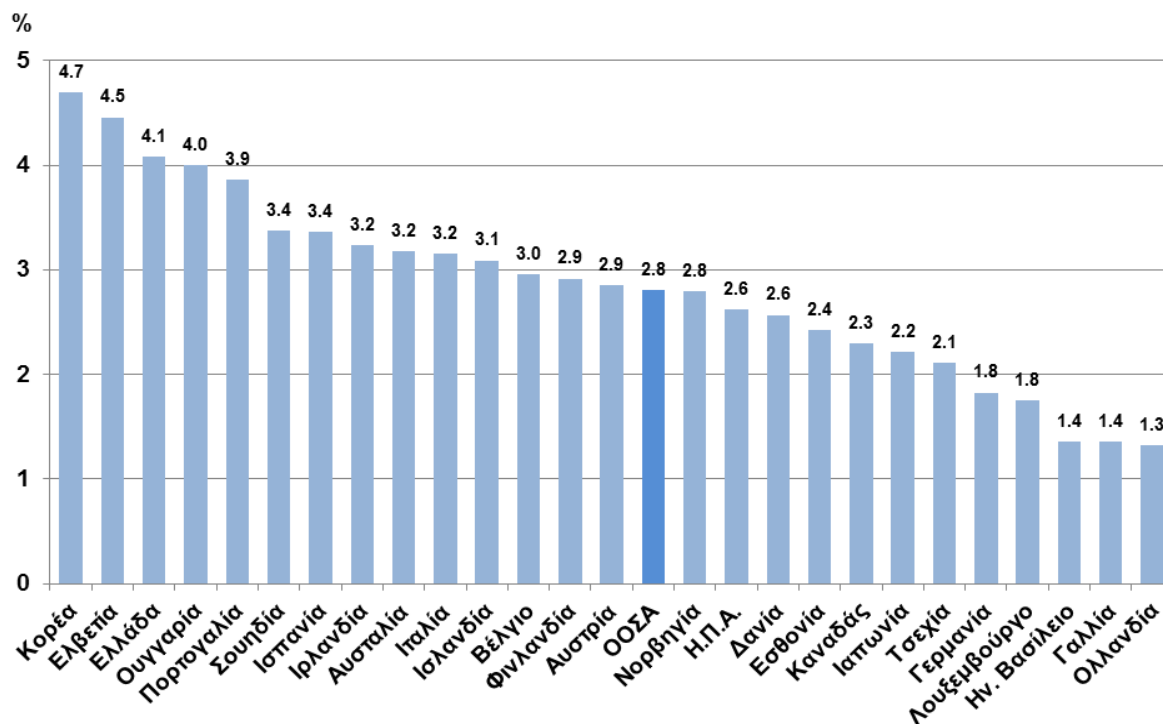
Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από το NHS, στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών γιατρών (General Practitioners, GP's). Οι γενικοί γιατροί, που καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας του 97% του πληθυσμού, είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση. Οι γενικοί γιατροί λειτουργούν ως “gatekeepers”, ασκούν δηλαδή έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα διαχειρίζονται οικονομικούς πόρους για την αγορά νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους.

Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες υπηρεσίες, ενώ οι γιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας εργοδοτούνται στα νοσοκομεία είτε ως μισθωτοί είτε συμβάσεων για συγκεκριμένες υπηρεσίες. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί γιατροί του ΕΣΥ εργάζονται συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας επιτυγχάνει καθολική υγειονομική κάλυψη στον πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου (OECD, 2011). Το 2014 το Ταμείο της Κοινοπολιτείας κατέταξε το ΕΣΥ ως πρώτο μεταξύ 11 συγκρίσιμων Συστημάτων Υγείας, ως προς την προστασία που προσφέρει στους πολίτες (Davis, 2014). Ένα παράδειγμα αυτής της δημόσια χρηματοδοτούμενης προστασίας είναι ότι οι κατ’ ιδίαν δαπάνες (out of pocket) για την υγεία

βρίσκονται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με τα συστήματα υγείας άλλων χωρών. (Διάγραμμα. 2).

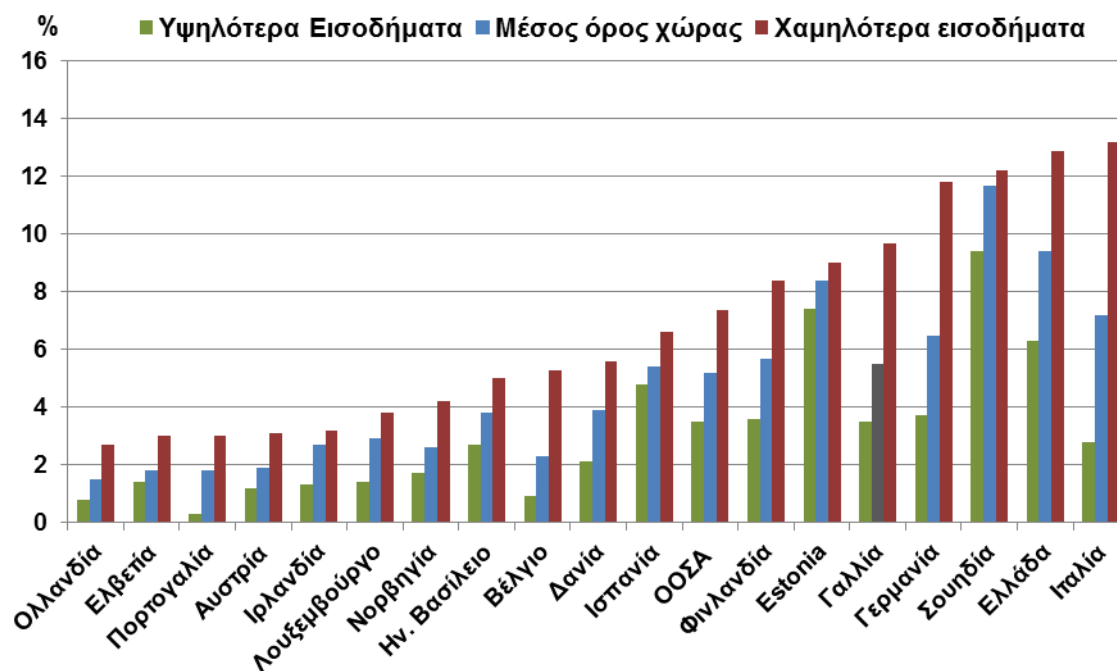
Διάγραμμα 2: Κατ' ιδίαν δαπάνες ως ποσοστό του τελικών δαπανών των νοικοκυριών, 2013 (ή πλησιέστερο έτος) σε χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Ωστόσο, ενώ τα συνολικά αναφερόμενα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας στην Μεγάλη Βρετανία είναι χαμηλότερα από όσο ο μέσος όρος για τις χώρες του ΟΟΣΑ, σχεδόν 4% του πληθυσμού αναφέρουν εμπόδια στην πρόσβαση σε αναγκαίες ιατρικές εξετάσεις. Μια κοινή διαπίστωση για πολλές χώρες είναι η άνιση κατανομή των αποτελεσμάτων ανάλογα με το επίπεδο εισοδημάτων, με τις πιο φτωχές ομάδες πληθυσμού να αναφέρουν περισσότερες ανικανοποίητες ανάγκες, παρά οι πιο εύπορες ομάδες και η Μεγάλη Βρετανία ακολουθεί αυτή την τάση (Διάγραμμα.3).

Διάγραμμα 3: Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις, σύμφωνα με το εισοδηματικό επίπεδο, σε χώρες της Ευρώπης, 2011.



Πηγή: OECD 2013.

3.2.2. Οργάνωση του Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Αναφορικά με την οργάνωση του συστήματος υγείας, στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο όρος αυτός αναφέρεται στις σχέσεις μεταξύ των συντελεστών υγείας και των εξυπηρετούμενων πολιτών αφενός, και αφετέρου σε διοικητικές δομές και σχέσεις εντός του συστήματος.

Το Βρετανικό σύστημα έχει μετακινηθεί ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 από ένα σαφές πυραμιδικό σύστημα, όπου ο εξυπηρετούμενος πολίτης είχε μία μικρή ευελιξία στην επιλογή γενικού-οικογενειακού γιατρού, αλλά από εκεί και πέρα ο εκάστοτε (γενικός) γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούσε να παραπέμπει τους ασθενείς του σε συγκεκριμένους φορείς δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας γεωγραφικά (κοντινούς) και διοικητικά προσδιορισμένους. Πυλώνας του όλου συστήματος είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία εν πολλοίς ασκείται μέσω της γενικής ιατρικής. Η ΠΦΥ στη Μεγάλη Βρετανία παρέχεται από ένα εύρος διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, από μεγάλη ποικιλία δομών σε διαφορετικές μορφές. Αποτελεί συνήθως το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας, αν εξαιρέσουμε τα ΤΕΠ των νοσοκομείων και τα NHS walk-in κέντρα, ενώ συγχρόνως έχει και ρόλο ελέγχου της πρόσβασης (gatekeeping) σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες και γιατρούς που παρέχονται κατά κανόνα από τα

νοσοκομεία. Κυρίαρχο ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ έχει ο Γενικός Γιατρός και δευτερευόντως άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι νοσηλεύτριες, οι φυσιοθεραπευτές, οι οδοντίατροι, κ.ά., αλλά και μια σειρά από διαφορετικές οντότητες, όπως είναι τα walking-in κέντρα, οι NHS Districts, οι κοινοτικές δομές, οι δομές του εθελοντικού τομέα, κ.ά. Η ευθύνη και ο συντονισμός για την παροχή ΠΦΥ ανήκει στα Primary Care Trusts (PCTs). Η συγκεκριμένη δομή μεριμνά για τη διασφάλιση πρόσβασης σε κατάλληλη φροντίδα για τον πληθυσμό που είναι εγγεγραμμένος σ' αυτό. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τις διαδικασίες σχεδιασμού και σύναψης συμβολαίων με τους διαφορετικούς επαγγελματίες και τους διαφορετικούς οργανισμούς υγείας. Η ΠΦΥ χρηματοδοτείται και παρέχεται πρωτίστως από το NHS, υπάρχει όμως και ένα μικρό μέρος που χρηματοδοτείται από την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket payments) και παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα. Οι Γενικοί Γιατροί, ατομικά ή ομαδικά, προσφέρουν προληπτικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες. Οι περισσότεροι είναι ανεξάρτητοι επαγγελματίες που συμβάλλονται με τα Primary Care Trusts, τα οποία ως δομή παρουσιάζουν ποικιλία. Υπάρχουν κάποια που αποτελούνται από συμβεβλημένους γιατρούς, άλλα έχουν τους δικούς τους γιατρούς και άλλα είναι συμβεβλημένα με δομές του ιδιωτικού τομέα. Τα PCTs είναι εκείνα που διατηρούν και τις λίστες με γιατρούς της περιοχής που έχουν το δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο του NHS.

Το 2009 υπήρχαν 40.269 γενικοί γιατροί, που εργάζονταν σε 8.228 δομές, στο πλαίσιο του NHS, εκ των οποίων το 46% ήταν γυναίκες. Το 71% έχουν συμβολαιακή σχέση με κάποιο PCT, το 18% εργάζονται σε δομές με μισθό και το 11% είναι ειδικευόμενοι στη γενική ιατρική. Μόνο το 5% μόνοι τους (single-handed practices), αν και κάποιοι από αυτούς μπορεί να εργοδοτούν κάποιον άλλο γιατρό ή ειδικευόμενο. Επίσης, στην ΠΦΥ εργάζονται 21.935 νοσηλεύτριες (practice nurses).

Η σταδιακή αύξηση των γενικών γιατρών οδήγησε σε σημαντική πτώση του μέσου αριθμού εγγεγραμμένων ασθενών στη λίστα κάθε γενικού γιατρού. Από τους 2.506 το 1951, έπεσε στους 1.999 το 1989 και στους 1.432 το 2000. Ένας μικρός αριθμός γιατρών έχουν συμβάσεις κατευθείαν με το NHS. Αυτοί οι γιατροί εκτός από τους εγγεγραμμένους στη λίστα τους δικαιούχους μπορούν να βλέπουν και ασθενείς σε ιδιωτική βάση. Δε δικαιούνται όμως να δουν τους εγγεγραμμένους στη λίστα τους σε ιδιωτική βάση, ούτε να δώσουν συνταγή του NHS σε ιδιώτη ασθενή. Υπολογίζεται ότι περίπου το 3% των επισκέψεων στους γενικούς γιατρούς στη Μ. Βρετανία, γίνονται σε ιδιώτες GPs. Σύμφωνα με στοιχεία των μέσων της δεκαετίας 1990 (Greener 2009, που παραπέμπει σε Payer 1996) οι Γενικοί Γιατροί στη Βρετανία δέχονται τον κάθε ασθενή 5,4 φορές το έτος και η εξέταση διαρκεί περί τα 6

λεπτά, με τον Crisp (2011: 68) να αναφέρεται ειδικότερα στην Αγγλία και να δίνει παρόμοια στοιχεία για περίπου 300.000.000 επισκέψεις σε Γενικούς Γιατρούς ΠΦΥ το έτος, δηλαδή περί τις 6 φορές κατ' άτομο κατ' έτος. Επιπροσθέτως, στην τρέχουσα περίοδο και στην Αγγλία ειδικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να παρασχεθεί και από άλλους ειδικούς επαγγελματίες (π.χ. εξειδικευμένους νοσηλευτές, οπτομέτρες) και είναι πάντα εξωνοσοκομειακή (Boyle, 2011). Πέραν όσων δομών έχουν ήδη αναφερθεί, λειτουργεί το NHS Direct, μια υπηρεσία τηλεφωνική και διαδικτυακή, που ξεκίνησε το 1998 και απέκτησε την οντότητα του NHS Trust το 2007. Την περίοδο 2008-2009 δέχθηκε περίπου 5 εκατομμύρια τηλεφωνικές κλήσεις. Πέραν αυτού, λειτουργούν από το 2000 περίπου 90 walk-in κέντρα, τα οποία είναι ανοικτά 365 ημέρες το χρόνο και συνήθως καλύπτουν μικρά προβλήματα υγείας και τραυματισμούς. Τα περισσότερα βρίσκονται κάτω από τη διοίκηση των PCTs και εξυπηρετούν περίπου 3 εκατομμύρια ασθενείς ετησίως.

Σε γενικές γραμμές μπορεί να υποστηριχθεί ότι το NHS καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, προσφέροντας ίση πρόσβαση σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους. Σύμφωνα με το νόμο, δικαιούχοι υπηρεσιών υγείας του NHS είναι οι «συνήθεις/κανονικοί κάτοικοι» (ordinarily residents) του Ηνωμένου Βασιλείου, δηλαδή όσοι διαμένουν νόμιμα και με τη θέλησή τους στη χώρα. Αυτό τους επιτρέπει να εγγραφούν στη λίστα ενός παρόχου υπηρεσιών ΠΦΥ. Σχετική πρόβλεψη υπάρχει στο νόμο και για τα δικαιώματα στην υγεία των ξένων επισκεπτών, οι οποίοι έχουν δωρεάν πρόσβαση μόνο στα ΤΕΠ των νοσοκομείων και στα walk-in canters, εκτός και αν καλύπτονται διαφορετικά και μέσα από αμοιβαίες συμφωνίες, οπότε εξαιρούνται και της καταβολής χρεώσεων. Πέραν της δωρεάν κάλυψης από το NHS, στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται ότι 7,6 εκατομμύρια άτομα (12,3% του πληθυσμού) έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, (Laing & Buisson, 2009), κυρίως συμπληρωματικού χαρακτήρα (supplementary). Διαχρονικά δεν καταγράφονται σημαντικές διαφοροποιήσεις σχετικά με τις προϋποθέσεις δωρεάν πρόσβασης των κατοίκων της Μεγάλης Βρετανίας στις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα από το NHS. Παρόλα αυτά υπάρχει μια συνεχής ενδυνάμωση ή και αύξηση των εμποδίων για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας των παράνομων μεταναστών και ο περιορισμός παροχής δωρεάν φροντίδας, σε όσους δεν τη δικαιούνται, όπως είναι π.χ. οι ξένοι επισκέπτες. Σύμφωνα με το νόμο του NHS του 1977, καθήκον του Υπουργού Υγείας είναι να διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υγείας «σε εκείνο το βαθμό που θα καλύπτονται όλες οι δικαιολογημένες ανάγκες του πληθυσμού». Πέραν αυτής της γενικής διάταξης, υπάρχουν μια σειρά από άλλες προβλέψεις και συγκεκριμένες διαδικασίες για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πρόσφατο

παρελθόν, ο γενικός γιατρός είχε το δικαίωμα να αρνηθεί την εγγραφή στη λίστα του εκείνων των ασθενών που δεν ήταν εγγεγραμμένοι σε κάποια υγειονομική αρχή ή σε PCTs. Με το καινούργιο συμβόλαιο του γενικού γιατρού αυτό έχει αλλάξει, αφού ο GP μπορεί να αρνηθεί την εγγραφή κάποιου δικαιούχου στη λίστα του για λόγους όμως που δεν συνδέονται με την εθνικότητα, το φύλο, την κοινωνική του τάξη, την ηλικία, τη θρησκεία, τις σεξουαλικές του προτιμήσεις, την εμφάνιση, την αναπηρία και γενικά την κατάσταση της υγείας του.

3.2.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι

Το NHS έχει στην ιδιοκτησία του εκτάσεις γης και ακίνητα, τα οποία διαχειρίζεται για επενδύσεις και σκοπούς παροχής υπηρεσιών. Ο αριθμός των νοσοκομείων σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο έχει μειωθεί από την ίδρυση του NHS το 1948, λόγω της μετατόπισης των υπηρεσιών από τα μικρότερα προς τα μεγαλύτερα νοσοκομεία, και λόγω της ανάθεσης ορισμένων υπηρεσιών στην κοινότητα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μείωση του αριθμού των νοσοκομειακών κλινών, καθώς επίσης και μείωση της μέσης διάρκειας ενδονοσοκομειακή παραμονής. Μεταξύ του 2003 και του 2013 ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών έχει μειωθεί από 395 σε 277 ανά 100,000 κατοίκους, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην αύξηση των χειρουργικών επεμβάσεων ημέρας και στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και στην βελτίωση των διαδικασιών απόλυσης ασθενών από τα νοσοκομεία και της ανάπτυξης των υπηρεσιών αποκατάστασης. Αυτό είναι μέρος μιας γενικής τάσης σε όλη την Ευρώπη, αν και ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών στο Ηνωμένο Βασίλειο παραμένει κάτω από τον αντίστοιχο μέσο όρο της E.E. Ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών έχει επίσης μειωθεί, σχεδόν κατά το ήμισυ, ως συνέπεια της μετακίνησης της ψυχιατρικής ειδικότητας από τα νοσοκομεία στις κοινοτικές υπηρεσίες. Ο αριθμός των κλινών στα κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας έχει μειωθεί ελαφρώς, αλλά παραμένει πάνω από το διπλάσιο του συνόλου των κλινών των νοσοκομείων, αντικατοπτρίζοντας τη ζήτηση για εγκαταστάσεις φροντίδας ηλικιωμένων.

Η μέση διάρκεια παραμονής σε νοσοκομεία οξείας φροντίδας μειώθηκε σταθερά μεταξύ του 2000 και του 2011, από 8,1 σε 6,5 ημέρες. Οι αριθμοί αυτοί ακολουθούν μια γενική τάση μείωσης στη μέση διάρκεια ενδονοσοκομειακής παραμονής σε όλη την Ευρώπη. Τα ποσοστά πληρότητας κλινών έχουν παραμείνει σταθερά κατά τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 2000, αλλά αυξήθηκαν ελαφρά μέχρι το 2010 από 82,3% σε 84,4%, σταθερά πάνω από τα αντίστοιχα ποσοστά άλλων Ευρωπαϊκών χωρών και του μέσου όρου για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Αγγλία, ο συνδυασμός της μείωσης των διαθέσιμων νοσοκομειακών κλινών, σε συνδυασμό με τις αυξημένες ανάγκες του ηλικιωμένου πληθυσμού και τις περικοπές στην

κοινωνική φροντίδα, θεωρείται ότι έχουν συμβάλει στην αύξηση των λιστών αναμονής κατά τα τέλη του 2014 και τις αρχές του 2015 (Edwards, 2015).

Οι πιο πάνω μειώσεις στο σύνολό τους καταδεικνύουν την αύξηση της αποτελεσματικότητας στη νοσοκομειακή περίθαλψη και μια φιλοδοξία να αναληφθούν περισσότερες δραστηριότητες σχετικά με την υγεία από την κοινότητα. Ωστόσο, τα υψηλά ποσοστά πληρότητας των νοσοκομειακών κλινών δείχνουν μικρή ικανότητα στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών αυξημένης ζήτησης, όπως οι περιπτώσεις μαζικών καταστροφών.

Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου έχει προβεί σε μια συντονισμένη προσπάθεια, στα μέσα της δεκαετίας του 2000, για την αγορά περισσότερων σαρωτών Αξονικών Τομογράφων και Μαγνητικών Τομογράφων, σε μια προσπάθεια να πλησιάσει τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει επιδιώξει την προσαρμογή του στην τρομερή αύξηση της δημόσιας χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών και της πληροφορικής τεχνολογίας, με την εισαγωγή διαδικτυακών προγραμμάτων διαχείρισης ασθενών και την ηλεκτρονική τήρηση αρχείων.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί μια σημαντική και σταθερή αύξηση στον τομέα της υγείας και το 2014 οι εν ενεργεία νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν περισσότεροι από ποτέ, αν και ο αριθμός των ασθενών ανά νοσηλευτή έχει αυξηθεί επίσης σημαντικά. Ο αριθμός των γιατρών που εργάζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει σημειώσει σταθερή αύξηση κατά τα τελευταία 25 χρόνια. Το 1990 αναλογούσαν 162 γιατροί για κάθε 100,000 κατοίκους και μέχρι το 2013 ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 278 (Cylus et al., 2015). Ωστόσο, το Ηνωμένο Βασίλειο συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης με τον χαμηλότερο αριθμό γιατρών, παρά την ταχεία αύξηση των αριθμών των γιατρών μεταξύ του 1997 και του 2010. Ενώ όλες οι ιατρικές ειδικότητες αναπτύσσονται, ο χαμηλότερος βαθμός ανάπτυξης παρατηρήθηκε στην ψυχιατρική ειδικότητα και ο ρυθμός ανάπτυξης των γενικών γιατρών είναι επίσης μη ικανοποιητικός για την εκπλήρωση των απαιτήσεων του συστήματος υγείας (Addicott et al., 2015).

3.2.4. Τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας

Τα βασικά στοιχεία της δημόσιας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι τα προγράμματα προστασίας της υγείας και τα προγράμματα βελτίωσης της υγείας και τη μείωσης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο εξυπηρετεί τρεις βασικούς ρόλους. Κατ' αρχή, λειτουργεί ως το πρώτο σημείο επαφής όταν υπάρχει ανησυχία για την υγεία. Δεύτερον, παρέχει συνεχή φροντίδα για συνήθεις παθήσεις και τραυματισμούς και τέλος, χρησιμεύει ως μεσολαβητής για πρόσβαση σε πιο εξειδικευμένη περίθαλψη, η οποία παρέχεται γενικά στα νοσοκομεία. Προτεραιότητες για την υγεία σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο είναι η μείωση της παιδικής παχυσαρκίας, των ανισοτήτων στην υγεία, των βλαβερών συνεπειών της κατανάλωσης αλκοόλ, της βρεφικής θνησιμότητας, της σεξουαλικής βίας, της σεξουαλικής υγείας, των εγκυμοσύνων στην εφηβεία, του καπνίσματος, η προαγωγή των εμβολιασμών και η προαγωγή της ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα των νεαρών ατόμων. Μερικές παρεμβάσεις για την επίτευξη των πιο πάνω, έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, ως αποτέλεσμα διοικητικών αποφάσεων, όπως για παράδειγμα η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και η αύξηση του ορίου ηλικίας για αγορά καπνικών προϊόντων στα 18 έτη.

Οι εμβολιασμοί δεν είναι υποχρεωτικοί στη Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά συστήνονται έντονα από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τμήματα εμβολιασμών και που είναι ειδικά καταρτισμένοι στον τομέα αυτό. Τα προγράμματα εμβολιασμών καλύπτουν τα παιδιά, τον ηλικιωμένο πληθυσμό, άτομα με ειδικές ανάγκες ή με ιδιαίτερες συνθήκες ζωής, καθώς και εργαζόμενους στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η Εθνική Επιτροπή Ελέγχου του Ηνωμένου Βασιλείου (United Kingdom National Screening Committee - NSC) οργανώνει προγράμματα ελέγχου πιθανών προβλημάτων ή ασθενειών σε όλη τη χώρα και βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων προσδιορίζει τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου που είναι πιο αποτελεσματικά.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν είναι μόνο ο γενικός γιατρός, αλλά μια από γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτριες υγείας και άλλους επαγγελματίες υγείας σε μια κοινότητα. Αυξάνεται επίσης και ο τομέας του εθελοντισμού για κάποιες καταστάσεις υγείας, όπως στην ψυχική υγεία ή τις μακροχρόνιες παθήσεις. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας απασχολούνται τόσο πρακτικοί, όσο και επαρχιακοί νοσηλευτές. Οι πρακτικοί νοσηλευτές εργάζονται κοντά σε γενικούς γιατρούς, ενώ οι επαρχιακοί νοσηλευτές εργάζονται για την υπηρεσία υγείας της κοινότητας και παρέχουν φροντίδα κατ' οίκον.

Η πρόσβαση των ασθενών προς τα κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι παρόμοια σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο. Ο γενικός γιατρός είναι συνήθως το πρώτο σημείο επαφής, αν και υπάρχουν και άλλοι τρόποι πρόσβασης, όπως μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας και κέντρων στα οποία επιτρέπεται η είσοδος σε ασθενείς, χωρίς παραπεμπτικό. Τα άτομα που

κατοικούν στο Ηνωμένο Βασίλειο μπορούν να εγγραφούν σε ένα γενικό γιατρό και να τον επισκέπτονται χωρίς χρέωση. Οι περισσότερες επισκέψεις σε γενικό γιατρό γίνονται σε ιατρεία τα οποία βρίσκονται σε ειδικά διαμορφωμένες εγκαταστάσεις και προσφέρουν μια σειρά υπηρεσιών, όπως διαγνωστικές εξετάσεις ρουτίνας, μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, οικογενειακό προγραμματισμό, συνεχιζόμενη φροντίδα για ασθενείς με μακροχρόνιες παθήσεις, προγεννητική φροντίδα, υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, φαρμακευτικές συνταγές, ιατρικά πιστοποιητικά ασθενείας και παραπεμπτικά για πιο εξειδικευμένη φροντίδα.

Το μεγαλύτερο μέρος της δευτεροβάθμιας φροντίδας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας NHS παρέχεται από μισθωτούς ειδικευμένους ιατρούς νοσοκομείων που ανήκουν στο κράτος. Οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας αφορούν πιο εξειδικευμένη περίθαλψη που σχετίζεται με ιατρικές σχολές ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία και επικεντρώνονται στις πιο πολύπλοκες περιπτώσεις και σε σπάνιες ασθένειες. Για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καταβάλλεται συνεχής προσπάθεια σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο για συγκέντρωση των υπηρεσιών εξειδικευμένης φροντίδας σε λιγότερα κέντρα.

Πρόσφατες πολιτικές έχουν επικεντρωθεί στην μείωση της ζήτησης για επείγουσα φροντίδα υγείας μέσω της διαφώτισης του κοινού και μέσω την βελτίωσης στην πρόσβαση σε υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας. Εκφράζεται επίσης η ελπίδα ότι η βελτίωση της συνεργασίας του τομέα της υγείας με την κοινωνική πρόνοια θα μειώσει επίσης τη ζήτηση για άσκοπες νοσηλείες.

3.2.5. Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές. Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα, διαμέσου αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA). Οι LHA και τα fundholders αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες.

Ο διαχωρισμός αυτός, ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές, εφαρμόστηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις

ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Το 1995, τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1600 νοσοκομεία, τα οποία απολαμβάνουν σημαντικής διοικητικής αυτονομίας. Εκτός των δημόσιων, λειτουργούν και λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, που καλύπτουν το 6% του συνόλου των κλινών.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των εισαγωγών και μείωση των κλινών, με παράλληλη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, από σφαιρικούς προϋπολογισμούς σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και LHA ή GP's fundholders, το οποίο βασίζεται σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών. Επίσης, το 5% περίπου των κρεβατιών στα δημόσια νοσοκομεία διατίθενται για τη νοσηλεία ιδιωτικών ασθενών.

Το βρετανικό NHS αποτελεί το αρχέτυπο ενός δημοσίως χρηματοδοτούμενου εθνικού συστήματος υγείας, που ιστορικά εθεωρείτο ένα σύστημα - μοντέλο συγκριτικά χαμηλού κόστους. Όμως τα τελευταία χρόνια οι δαπάνες υγείας στη Μεγάλη Βρετανία έχουν αυξηθεί σημαντικά και το 2012 ανέρχονταν ως ποσοστό επί του ΑΕΠ στο 9,3% (OECD, 2014). Αυτό οφείλεται κυρίως στην πρόθεση της κυβέρνησης των Εργατικών το 2002 να αυξήσουν τη χρηματοδότηση του συστήματος, έτσι ώστε οι συνολικές δαπάνες υγείας να προσεγγίσουν το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Γι' αυτό και στη δεκαετία 1998 – 2008 ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν υπερδιπλάσιος της αύξησης του ΑΕΠ. Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από δημόσιους πόρους (76,2% από γενική φορολογία, 18,4% από εθνικές ασφαλιστικές εισφορές, και από κάποιους λίγους τοπικούς φόρους), και κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό από ιδιωτικές πληρωμές κυρίως μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος κάποιων υπηρεσιών υγείας (user charges) και από άμεσες πληρωμές που γίνονται από τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα. Στη γενική φορολογία περιλαμβάνονται ο φόρος εισοδήματος, ο φόρος προστιθέμενης αξίας, ο φόρος επί των εταιρικών κερδών και οι φόροι επί των καυσίμων, του αλκοόλ και του καπνού. Οι εθνικές ασφαλιστικές εισφορές (NICs), που είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, χρησιμοποιούνται κυρίως για τη χρηματοδότηση των συντάξεων, των επιδομάτων ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, μητρότητας, κ.λπ. Περίπου το 10% των συνολικών εσόδων από τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές, χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση του NHS. Κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό στη χρηματοδότηση του NHS συμμετέχουν και οι δημοτικοί φόροι, που κυρίως

χρηματοδοτούν κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων, όπως η κατ' οίκον φροντίδα. Το Τμήμα Εσόδων και Δασμών είναι υπεύθυνο για τη συλλογή των φόρων και ασφαλιστικών εισφορών. Οι πόροι αυτοί ύστερα από διαπραγμάτευση, κατανέμονται σε κάθε Υπουργείο υπό μορφή ετήσιων προϋπολογισμών. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει περίπου το 80% του συνολικού προϋπολογισμού για το NHS κατευθείαν στα PCTs, τα οποία στη συνέχεια αγοράζουν υπηρεσίες υγείας μέσω συμβολαίων από τους διάφορους προμηθευτές στο πλαίσιο του NHS όπως είναι τα acute trusts, τα foundation trusts, τα mental health trusts, αλλά και από άλλους προμηθευτές του ιδιωτικού και του εθελοντικού τομέα.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ειδικότερα, η χρηματοδότηση μπορεί να θεωρηθεί έως αποκλειστικά δημόσια, εφόσον οι αμοιβές των γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την άμεση φορολογία (κατά περίπου 90%) και το ενιαίο κρατικό ταμείο υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης (κατά περίπου 10%) συγκροτώντας έτσι ένα αμιγώς δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Από την εποχή της συγκρότησής του μέχρι και σήμερα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που προσφέρεται από γενικούς και όχι ειδικευμένους γιατρούς. Παλαιότερα, οι γενικοί γιατροί εργάζονταν ως ελεύθεροι ανεξάρτητοι γιατροί και παρέπεμπαν ασθενείς, κατά την κρίση τους, σε νοσοκομεία και εξειδικευμένους γιατρούς. Από το 2004 οι συμβάσεις αυτές γίνονται με συνεταιρισμούς γενικών γιατρών (General Practitioner Practices) και τοπικούς φορείς για τη Διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Care Trusts), με βάση διαπραγματεύσεις ανάμεσα στον Ιατρικό Σύλλογο της Βρετανίας και της Συνομοσπονδίας Φορέων Παροχής Υγείας εκ μέρους του Υπουργείου Υγείας. Το 1999 άρχισαν να ιδρύονται επίσης τα συνεταιριστικά ιατρεία (primary care groups), οι κυριότερες λειτουργίες των οποίων είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, η ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και κοινοτικών υπηρεσιών υγείας και η ανάθεση ορισμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου τομέα φροντίδας μέσα στην κοινότητα. Οι ενέργειες αυτές γίνονται εφικτές λόγω του ότι οι συνεταιρισμοί αυτοί αποτελούν ανεξάρτητο όργανο για την ανάθεση άλλων πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, αλλά και υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα, υπόλογων στις τοπικές ελεγκτικές και συντονιστικές αρχές υγείας (Gillam, 2001).

Τα πιο πάνω επιτυγχάνονται μέσω της σύναψης συμβάσεων που καλύπτουν περίπου 70% των γενικών γιατρών. Αφού αφαιρεθούν τα έξοδα του συνεταιριστικού / ομαδικού ιατρείου (για παράδειγμα ενοίκια, μισθοί υποστηρικτικού ή γραμματειακού προσωπικού,

νοσηλευτών, ηλεκτρικού ρεύματος κλπ), οι γενικοί γιατροί μοιράζονται το κέρδος. Ορισμένοι γενικοί γιατροί εργάζονται ως μισθωτοί σε τέτοια συνεταιριστικά / ομαδικά ιατρεία, τα οποία συγκροτήθηκαν από άλλους γιατρούς, που είναι και οι εργοδότες τους.

Κατά την αρχική φάση εφαρμογής του πιο πάνω σχεδίου, μόνο ένας μικρός αριθμός γιατρών επέλεγε να εργάζεται σε τέτοια συνεταιριστικά ιατρεία, ειδικότερα παλαιότεροι γιατροί που συνέχιζαν να εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ οι νεοεισερχόμενοι έτειναν να επιλέγουν περισσότερο την μισθωτή σχέση με κάποιο συνεταιριστικό ιατρείο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το 2009 υπήρχαν 266 νέοι συνέταιροι γενικοί γιατροί και 1,641 νέοι μισθωτοί γενικοί γιατροί, ενώ το 2011 το 30% των εργαζόμενων γενικών γιατρών στο Λονδίνο ήταν μισθωτοί άλλων γιατρών και όχι του κράτους (Crisp, 2011).

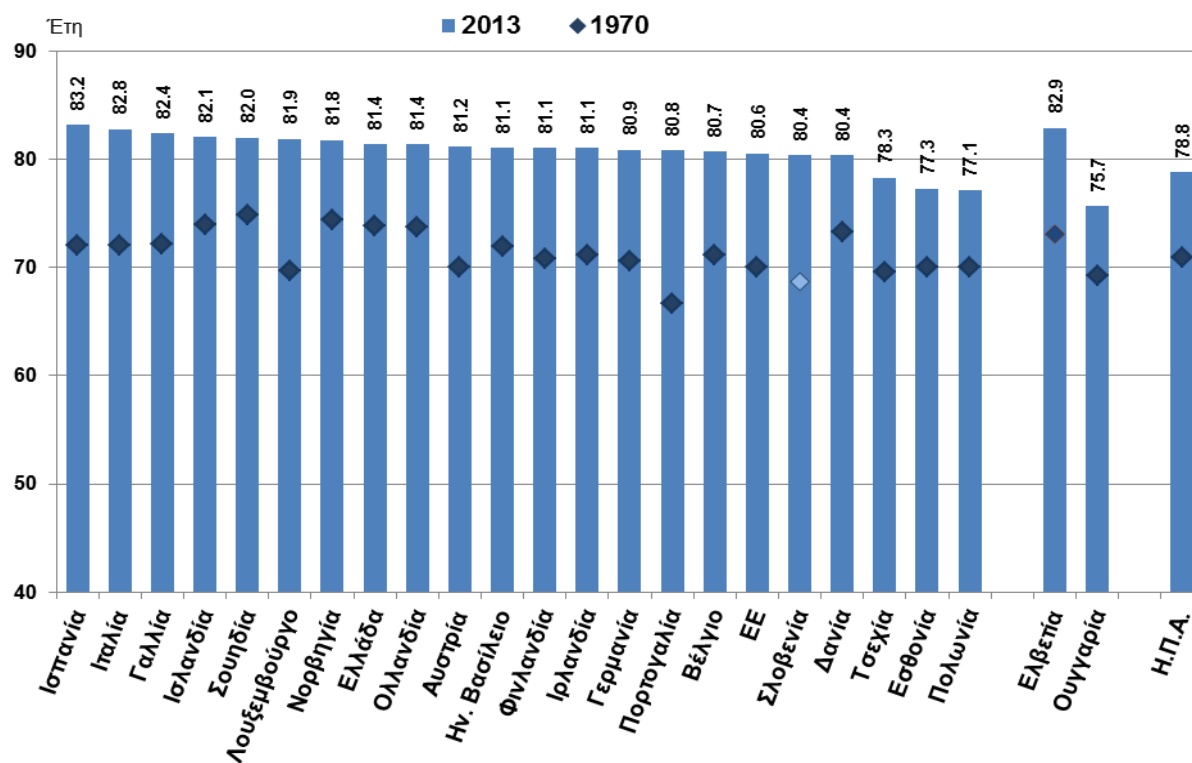
3.3. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ

3.3.1. Εισαγωγή

Η Γαλλική Δημοκρατία απαρτίζεται από την μητροπολιτική Γαλλία στην Δυτική Ευρώπη (την ηπειρωτική χώρα και το νησί της Κορσικής) και με ένα σύνολο υπερπόντιων νήσων και περιοχών σε άλλες ηπείρους. Η Γαλλία είναι η δεύτερη σε πληθυσμό χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά τη Γερμανία και έχει την πέμπτη μεγαλύτερη οικονομία παγκοσμίως (Chevreul et al., 2015).

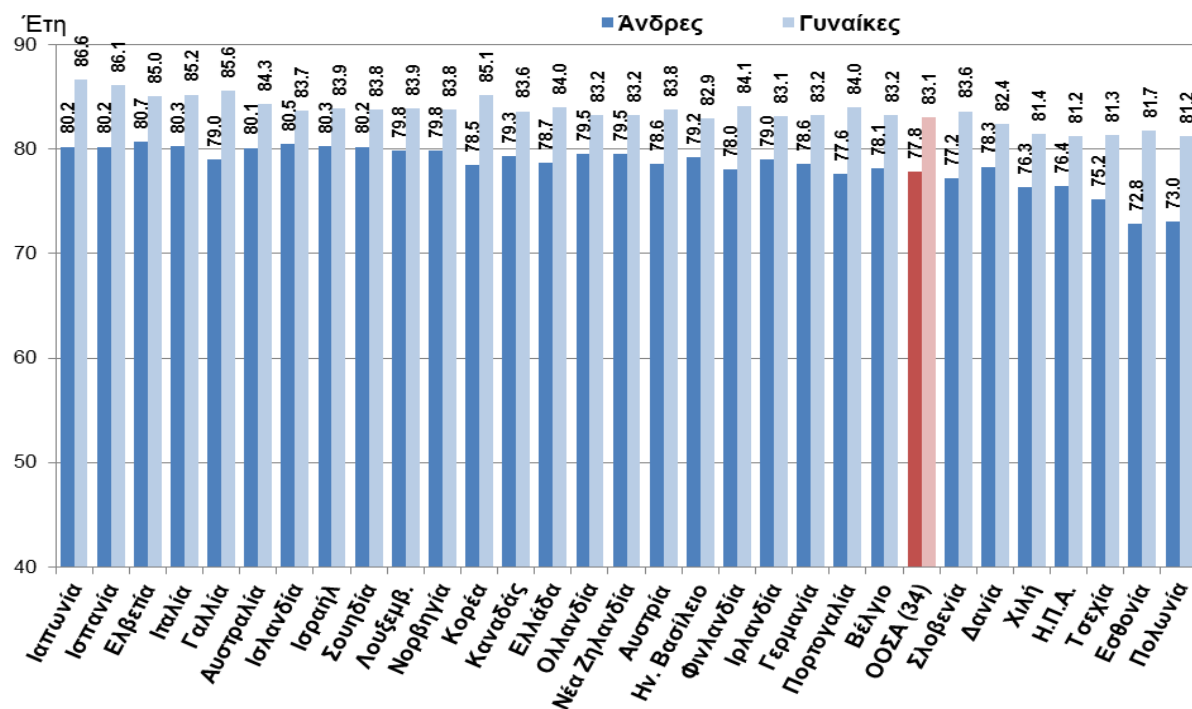
Η γενική κατάσταση υγείας στην Γαλλία είναι ανομοιογενής. Από τη μια πλευρά, οι δείκτες υγείας δείχνουν ότι η κατάσταση υγείας του πληθυσμού είναι καλή. Το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση είναι πάνω από 80 έτη (82,4 έτη σε σύγκριση με το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης για τις χώρες της ΕΕ, που είναι 80,6 έτη), όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 4 και για τις γυναίκες είναι το τρίτο μεγαλύτερο στον κόσμο (85,6 έτη) (Διάγραμμα 5). Επιπρόσθετα, ο ηλικιωμένος πληθυσμός βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση υγείας από ότι σε πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ωστόσο, στη Γαλλία παρατηρείται μεγάλο ποσοστό πρόωρων θανάτων από μεταφορικά ατυχήματα και ανθυγιεινές συνήθειες, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, που αποτελούν τις πιο συνήθεις αιτίες θανάτων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν στην Γαλλία.

Διάγραμμα 4: Προσδόκιο επιβίωσης κατά τη γέννηση, 1970 και 2013.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Διάγραμμα 5: Προσδόκιο επιβίωσης κατά τη γέννηση, κατά φύλο, 2013.



Πηγή: Eurostat database complemented with national data for Israel, Mexico and Netherlands.

Στην Γαλλία παρατηρούνται επίσης ανισότητες στην υγεία, που αφορούν κοινωνικοοικονομικές και γεωγραφικές ομάδες και που είναι μεγαλύτερες σε σύγκριση με τις περισσότερες άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Οι ανισότητες αυτές είναι το αποτέλεσμα όχι μόνο των παραγόντων κινδύνου που προαναφέρθηκαν, αλλά και των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Chevreul et al., 2015).

Το Σύστημα Υγείας στην Γαλλία παρέχει καθολική υγειονομική φροντίδα, κατά μεγάλο μέρος χρηματοδοτούμενη από κυβερνητικό σύστημα ασφάλισης. Το 2000, στην εκτίμηση των Συστημάτων Υγείας παγκόσμια, η Γαλλία κρίθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η καλύτερη χώρα συνολικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας (WHO, 2000). Το σύστημα υγείας στη Γαλλία αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismark, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρό όμως τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Περίπου 77% των δαπανών υγείας στην Γαλλία καλύπτονται από οργανισμούς που χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση (WHO, 2000). Με στοιχεία του 2012, οι δαπάνες υγείας στη Γαλλία καταβάλλονται κατά 74% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ 14% καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση και περίπου 8% από κατ' ιδίαν πληρωμές από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (OECD, 2014) (διάγραμμα κκκ).

Το 2015 στην Γαλλία δαπανήθηκε 11,5% του ΑΕΠ στην υγεία (World Bank, 2015), ένας αριθμός πολύ μεγαλύτερος από το μέσο όρο άλλων χωρών της Ευρώπης, αλλά μικρότερος από τον αντίστοιχο στις Η.Π.Α.

Οι περισσότεροι γενικοί γιατροί ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα, αλλά τα εισοδήματά τους προέρχονται από δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Σε αντίθεση με την Γερμανία, τα ταμεία αυτά δεν έχουν αποκτήσει ευθύνη αυτοδιαχείρισης. Αντί αυτού, η κυβέρνηση έχει αναλάβει την ευθύνη για την οικονομική και λειτουργική ασφάλιση υγείας, καθορίζοντας τα επίπεδα της ασφάλισης που σχετίζονται με το εισόδημα, καθώς και τις τιμές των αγαθών και υπηρεσιών υγείας (WHO, 2010). Η Γαλλική κυβέρνηση γενικά επιστρέφει στους ασθενείς το 70% του κόστους υγειονομικής περίθαλψης και το 100% σε περιπτώσεις πολύ δαπανηρών ή χρόνιων παθήσεων. Συμπληρωματική κάλυψη μπορεί να αγοραστεί από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι περισσότερες εκ των οποίων είναι μη κερδοσκοπικές εταιρείες. Μέχρι το 2000, η κάλυψη περιοριζόταν στους πολίτες που είχαν συμβολή στην κοινωνική ασφάλιση (γενικά οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι), με εξαίρεση ορισμένες φτωχές ομάδες του πληθυσμού. Η κυβέρνηση του Λιονέλ Ζοσπέν έθεσε σε εφαρμογή την καθολική κάλυψη υγείας και επέκτεινε την κάλυψη σε όλους όσους διαμένουν νόμιμα στη Γαλλία.

Το ισχύον σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Γαλλία, συμπεριλαμβανομένου του Συστήματος Ασφάλισης Υγείας, θεσμοθετήθηκε μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Προηγουμένως, η υγειονομική και κοινωνική φροντίδα παρέχονταν μέσω οργανισμών κοινής ωφελείας. Το θεσμικό σύστημα πρωτοεμφανίστηκε το 1930, με την «Πράξη Κοινωνικής Ασφάλισης» (Act on Social Insurance – ASI), η οποία δημιούργησε ένα σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης, και πληρωνόταν από εργοδότες που εργοδοτούσαν άτομα με εισοδήματα που έφθαναν κάτω από ένα συγκεκριμένο επίπεδο. Η κάλυψη περιελάμβανε πέντε κατηγορίες: Ασθένεια, μητρότητα, ανικανότητα, γήρας και θάνατο. Μέχρι το 1939, τα δύο τρίτα του πληθυσμού στην Γαλλία είχαν κάλυψη υγείας από οργανισμούς κοινής ωφελείας, με ελεύθερη επιλογή του Οργανισμού που θα παρείχε την κάλυψη. Η θεσμοθέτηση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας, το 1945, μέσα στα πλαίσια της κοινωνικής πρόνοιας, άλλαξε τον ρόλο αυτών των οργανισμών, οι οποίοι είτε εξαλείφθηκαν, είτε μετατράπηκαν σε προμηθευτές προαιρετικής ασφάλισης υγείας (Chevreul et al., 2015).

Η κοινωνική ασφάλεια αποτελείται από την υποχρεωτική προστασία, με τέσσερις κλάδους που καλύπτουν την υγεία, τις ασθένειες και τραυματισμούς που σχετίζονται με την εργασία, την αφυπηρέτηση και την οικογένεια. Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας είναι ο κλάδος κοινωνικής ασφάλειας που καλύπτει θέματα υγείας (ασθένεια, μητρότητα, ανικανότητα και θάνατο), και που χρηματοδοτείται από εισφορές από εργοδότες και εργαζόμενους, με ωφελήματα που παρέχονται σε χρήματα και σε είδος.

Οι υπηρεσίες υγείας στην Γαλλία χαρακτηρίζονται από ένα εθνικό πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο διοικείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από το κράτος και χρηματοδοτείται μέσω εισφορών από εργοδότες και εργοδοτούμενους, καθώς και από φόρους. Για την πλειονότητα των ασθενών, τα ιατρικά αγαθά και οι υπηρεσίες δεν είναι δωρεάν, στο σημείο της χρήσης τους. Ωστόσο, η καθολική κάλυψη επιτυγχάνεται μέσω σχεδίων για εκείνους που έχουν χαμηλά εισοδήματα και / ή χρόνιες παθήσεις. Αν και το Εθνικό Πρόγραμμα Κοινωνικής Ασφάλισης καλύπτει ένα σημαντικό ποσοστό του κόστους των αναγκών υγείας των ασθενών, δεν καλύπτει όλο το κόστος. Για τον λόγο αυτό, το κυβερνητικό πρόγραμμα υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας συνοδεύεται από ένα διακεκριμένο τομέα ιδιωτικής κάλυψης υγείας, ο οποίος καλύπτει τις περισσότερες κατ' ιδίαν δαπάνες και τις περιπτώσεις όπου δεν παρέχεται επαρκής κάλυψη από το δημόσιο πρόγραμμα ασφάλισης (Capul, 1999).

Ενώ οι θεσμοθέτες του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας, εμπνευσμένοι κατά μεγάλο βαθμό από την αναφορά Beveridge στην Μεγάλη Βρετανία, στόχευσαν στην διασφάλιση ενιαίων δικαιωμάτων για όλους, αυτό ήλθε σε αντίθεση με ορισμένες κοινωνικές και

επαγγελματικές ομάδες, οι οποίες ήδη ωφελούνταν από την ασφαλιστική κάλυψη με πιο ευνοϊκούς όρους. Αρκετές από αυτές τις ομάδες κατόρθωσαν να διατηρήσουν τα ασφαλιστικά συστήματα στα οποία βρίσκονταν και πολλά από αυτά μετατράπηκαν σε μικρά συστήματα εντός του πλαισίου της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας. Ωστόσο, σήμερα οι τρεις κύριοι κλάδοι της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας καλύπτουν το 95% του συνολικού πληθυσμού στην Γαλλία (Chevreul et al., 2015).

3.3.2. Οργάνωση του Συστήματος

Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας αποτελεί ένα μικτό τύπο, δομικά βασισμένο στην προσέγγιση Bismark, που στηρίζεται στη χρηματοδότηση μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά με ισχυρό κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο. Σχεδόν το 100% του πληθυσμού στην Γαλλία καλύπτονται μέσω των διαφόρων μορφών της κοινωνικής ασφάλισης (Chevreul et al., 2015).

Η οργάνωση του Συστήματος Υγείας της Γαλλίας, συχνά παρουσιάζεται ως στηριζόμενη στις αρχές του φιλελευθερισμού και του πλουραρισμού (Rodwin, 1981). Κατά τον φιλελευθερισμό το ιατρικό επάγγελμα συνδέεται με τον επιμερισμό του κόστους και συγκεκριμένα την επιλογή γιατρού εκ μέρους του ασθενούς, την ελευθερία των γιατρών να ασκούν το επάγγελμά τους σε όποιο μέρος επιλέξουν, κλινική ελευθερία των γιατρών και επαγγελματική εχεμύθεια.

Η Γαλλία είναι γνωστή για την ποιότητα και την γενναιοδωρία του Συστήματος Υγείας της. Η δημόσια ασφάλιση υγείας καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό και όλο το κόστος για σοβαρές ή χρόνιες παθήσεις. Οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή γιατρού ή νοσοκομείου και οι γιατροί μπορούν να επιλέξουν την θεραπεία που είναι η πιο κατάλληλη για τους ασθενείς τους, συμπεριλαμβανομένων και πολύ δαπανηρών θεραπειών. Το Σύστημα γενικά ευνοεί θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως αποδεικνύεται, για παράδειγμα, από μια πρόσφατη πολιτική απόφαση με την οποία παρέχεται χρηματοδότηση για την δωρεάν χορήγηση του φαρμάκου sofosbuvir σε ασθενείς με Ηπατίτιδα C (Sreffen, 2016).

Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών γίνεται από ιδιώτες γιατρούς που αμείβονται από έσοδα που προέρχονται από την κοινωνική ασφάλιση, από δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία και ιδιωτικά κερδοσκοπικά νοσοκομεία.

Συγκεκριμένα, περίπου 62% των νοσοκομείων στην Γαλλία ανήκουν και διοικούνται από το δημόσιο. Το υπόλοιπο ποσοστό ανήκει σε μη νοσοκομεία μη κερδοσκοπικού

χαρακτήρα (τα οποία συνδέονται με τον δημόσιο τομέα και συνήθως ανήκουν σε ιδρύματα και θρησκευτικούς οργανισμούς) και σε κερδοσκοπικά ιδρύματα (Chevreul et al., 2014).

Επιπρόσθετα με τον υγειονομικό και κοινωνικό τομέα, υπάρχει επίσης ένας τομέας κοινωνικής πρόνοιας, ο οποίος αναλαμβάνει την παροχή φροντίδας και υπηρεσιών σε ηλικιωμένα και ανήμπορα άτομα και που είναι γνωστός ως « τρίτος τομέας » (le secteur medico-social).

Το 64,7% των γαλλικών νοσοκομείων ανήκουν στο δημόσιο, το 15,3% στον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και το 20% σε ιδιωτικούς, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Το 1996 δημιουργήθηκαν αποκεντρωμένοι περιφερειακοί νοσοκομειακοί οργανισμοί με μεγαλύτερη διοικητική και διαχειριστική αυτονομία. Τα δημόσια νοσοκομεία αμείβονται με προοπτικούς σφαιρικούς προϋπολογισμούς με βάση το ποσοστό χρηματοδότησής τους από την κοινωνική ασφάλιση. Κάθε ταμείο κοινωνικής ασφάλισης πληρώνει κατόπιν διαπραγματεύσεων, ανάλογα με τις ημέρες νοσηλείας των ασφαλισμένων του κατά την αμέσως προηγούμενη ετήσια χρήση. Οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί καλύπτουν το 90% της νοσοκομειακής χρηματοδότησης, ενώ το υπόλοιπο 10% προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές.

Για τον έλεγχο των ιδιωτών γιατρών στην ΠΦΥ, που αμείβονται κατά πράξη, έχουν καθιερωθεί ιατρικά πρωτόκολλα, ενώ προβλέπονται ποινές για προκλητή ζήτηση. Γενικότερα, ο τομέας του ποιοτικού ελέγχου και της διαπίστευσης στη Γαλλία έχει αναβαθμιστεί τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία ενός ειδικού φορέα (Agence Nationale d' Accreditation et d' Evaluation en Sante).

Περίπου 90% των πολιτών είναι εγγεγραμμένοι σε κάποιο ιδιωτικό σχέδιο ασφάλισης, ποσοστό που συνεχίζει να αυξάνεται σταθερά με το πέρασμα του χρόνου και για το λόγο αυτό ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας τείνει να καλύπτει τα κενά στην χρηματοδότηση του εθνικού προγράμματος ασφάλισης, μέσω της φορολογίας στα ολοένα αυξανόμενα κέρδη που επιτυγχάνει. Αυτό αναλογεί σε μεγαλύτερη ανάμειξη του ιδιωτικού τομέα στην διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Αν και η διοίκηση και η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας προέρχεται κυρίως από δημόσιους φορείς, η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι περισσότερο ανάμεικτη. Οι πάροχοι φροντίδας υγείας εξωτερικών ασθενών είναι κατά μεγάλο ποσοστό ιδιώτες, ενώ η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κλινών (περίπου 80%) παρέχονται από δημόσια ή από μη κερδοσκοπικά νοσηλευτήρια (WHO, 2000).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς. Κάθε ασφαλισμένος έχει ελεύθερη επιλογή ιατρού, ενώ παράλληλα του παρέχεται η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε ειδικευμένους ιατρούς.

3.3.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι

Από το 1996, η ευθύνη για τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στο Σύστημα Υγείας διαμοιραζόταν ανάμεσα στην Κεντρική Κυβέρνηση (το Υπουργείο Υγείας) και τους 26 περιφερειακούς νοσοκομειακούς οργανισμούς (ARHs), οι οποίοι το 2010 αντικαταστάθηκαν από τους Περιφερειακούς Υγειονομικούς Οργανισμούς (ARSSs). Οι εκπρόσωποι των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και το κοινό συμμετέχουν στη διαδικασία σχεδιασμού μέσω περιφερειακών και εθνικών συνεδριών, τα οποία συμβάλλουν στην αξιολόγηση των αναγκών και μπορεί, ως εκ τούτου, να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων.

Ακολουθώντας τη γενική τάση που παρατηρείται σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών στην Γαλλία έχει μειωθεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, αλλά αυξάνεται με αργό και σταθερό ρυθμό, περίπου 1,5% ετησίως, μεταξύ του 1990 και 2005. Το 2008 στη Γαλλία υπήρχαν κατά μέσο όρο 6,9 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους, οι μισές εκ των οποίων χρησιμοποιούνταν για οξεία νοσηλεία.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, οι εγκαταστάσεις οξείας και ψυχιατρικής φροντίδας και, σε μικρότερο βαθμό, τα νοσοκομεία παρακολούθησης και αποκατάστασης έχουν υποστεί μείωση στη χωρητικότητά τους. Σε αντίθεση, ο αριθμός κλινών για μακροχρόνια φροντίδα έχει αυξηθεί κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Ωστόσο, από το 2001 ορισμένες κλίνες στην μακροχρόνια φροντίδα έχουν καταργηθεί σταδιακά και αντικατασταθεί από την κατ' οίκον νοσηλεία για άτομα με ειδικές ανάγκες και ηλικιωμένους. Αυτό έγινε με σκοπό τη διατήρηση μόνο των ασθενών που χρίζουν εντατικής ιατρικής βοήθειας στον νοσοκομειακό τομέα και την μεταφορά των υπόλοιπων ασθενών στον τομέα της υγειονομικής κοινωνικής φροντίδας. Η μείωση στην δυναμικότητα της οξείας νοσηλείας ήταν ένας από τους κύριους στόχους της μεταρρύθμισης του 1996 και, ειδικά, των Περιφερειακών Νοσοκομειακών Οργανισμών (ARHs) που ιδρύθηκαν με την μεταρρύθμιση. Επιπρόσθετα, έχουν θεσπισθεί πολιτικές για την αντικατάσταση των νοσοκομειακών κλινών από εναλλακτικές, όπως κλίνες για χειρουργεία ημέρας και κατ' οίκον φροντίδας. Έχουν για τον σκοπό αυτό δοθεί άδειες για την λειτουργία τέτοιων εγκαταστάσεων για δραστηριότητες εξωτερικών ιατρείων, ως αντικατάσταση των νοσοκομειακών κλινών οξείας νοσηλείας που είχαν καταργηθεί.

Οι πρόσφατες τάσεις στη φύση των δραστηριοτήτων των νοσοκομείων, δείχνουν ότι το Σύστημα Υγείας στην Γαλλία συνεχίζει να κινείται προς την αύξηση της αποδοτικότητας. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ακολουθεί τις διεθνείς τάσεις. Το ποσοστό των πρωτοβάθμιων κέντρων περίθαλψης έχει αυξηθεί από 48% το 2001 σε 53,4% το 2006,

κυρίως με την αύξηση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, παρακολούθησης και αποκατάστασης. Η μέση διάρκεια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας μειώθηκε από 5,7 ημέρες το 2001 ως 5,4 ημέρες το 2006. Ωστόσο το ποσοστό χρήσης στον τομέα της οξείας νοσηλείας (73,4% το 2005), είναι σχετικά χαμηλό, σε σύγκριση με το αντίστοιχο των γειτονικών χωρών, δείχνοντας πλεονάζουσα παραγωγική ικανότητα.

Περί τα τέλη του 2007 υπήρχαν περίπου 2,840 νοσοκομεία σε ολόκληρη την Γαλλία, δύο τρίτα εκ των οποίων ήταν μη κερδοσκοπικής φύσης, ίσης κατανομής μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και ένα τρίτο ήταν ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικής φύσης. Τα δημόσια νοσοκομεία αντιστοιχούν στο ένα τρίτο όλων των νοσοκομείων (περίπου 1000 από τα 2840) και στα δύο τρίτα των ενδονοσοκομειακών κλινών (περίπου 290,000 από το σύνολο των 446,000). Υπάρχουν τρεις τύποι δημόσιων νοσοκομείων:

- 31 περιφερειακά νοσοκομεία, με το υψηλότερο επίπεδο εξειδίκευσης και την τεχνική ικανότητα να διαχειρίζονται πιο περίπλοκα περιστατικά. Τα περισσότερα από αυτά συνδέονται με κάποιο πανεπιστήμιο και λειτουργούν ως εκπαιδευτικά νοσοκομεία.
- 603 γενικά νοσοκομεία, από τα οποία 89 ειδικεύονται στην ψυχιατρική φροντίδα και τα υπόλοιπα 529 προσφέρουν μια σειρά υπηρεσιών, όπως χειρουργεία, οξεία φροντίδα, μαιευτικές υπηρεσίες κλπ, καθώς επίσης και υπηρεσίες μετεγχειρητικής παρακολούθησης, αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας.
- 343 τοπικά νοσοκομεία, συνήθως μικρά (160 κλινών περίπου), τα οποία είναι υποδομές επιπέδου κοινότητας και η λειτουργία τους προσφέρει επίσης υπηρεσίες κοινωνικής φύσης.

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία εμπίπτουν σε δύο κατηγορίες. Τα μη κερδοσκοπικά και τα κερδοσκοπικά νοσοκομεία. Τα μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία ανήκουν σε ιδρύματα, θρησκευτικές οργανώσεις ή συνεταιρισμούς αμοιβαίας ασφάλισης. Αντιστοιχούν περίπου σε 30% των νοσοκομείων (780) και σε 15% των ενδονοσοκομειακών κλινών (62,000). Τα δύο τρίτα των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών νοσοκομείων εκτελούν καθήκοντα όπως επείγουσα φροντίδα, εκπαίδευση και κοινωνικά προγράμματα για ομάδες άπορου πληθυσμού.

Ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στο Γαλλικό Σύστημα Υγείας. Η αναλογία νοσοκομείων που λειτουργούν κερδοσκοπικά είναι υψηλότερη από όσο στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Αναλογούν στο 35% όλων των νοσοκομείων (1050) και στο 20% των νοσοκομειακών κλινών, ενώ αντιπροσωπεύουν μόνο το 12% των νοσοκομειακών κλινών στις Η.Π.Α. και 10% στο

Ηνωμένο Βασίλειο και την Γερμανία. Τα νοσοκομεία αυτά τείνουν να ειδικεύονται σε τομείς όπου οι ευκαιρίες κέρδους είναι μεγαλύτερες (Chevreul et al., 2015).

Όσον αφορά στους ανθρώπινους πόρους, το 2010 υπήρχαν περίπου 1,5 εκατομμύρια επαγγελματίες υγείας στην Γαλλία, αριθμός που αντιστοιχούσε γύρω στο 5,3% του εργαζόμενου πληθυσμού. Ο αριθμός των εργαζομένων στον τομέα της υγείας παρουσιάζει σταθερή αύξηση από τα τέλη της δεκαετίας του 1980. Τα εγγεγραμμένα επαγγέλματα που σχετίζονται με την υγεία περιλαμβάνουν τους επαγγελματίες υγειονομικών υπηρεσιών (γιατρούς, νοσηλευτές, οδοντίατρους, μαίες), τους φαρμακοποιούς, τους επαγγελματίες που απασχολούνται στον τομέα αποκατάστασης, όπως φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, χειροπράκτες κλπ, καθώς και επαγγελματίες παραϊατρικών και τεχνικών υπηρεσιών.

Η πυκνότητα γιατρών και νοσηλευτών στην Γαλλία είναι πολύ κοντά στον Ευρωπαϊκό αντίστοιχο μέσο όρο και είναι κυρίως το αποτέλεσμα της νεαρής ηλικίας των επαγγελματιών υγείας, που έχει ως αποτέλεσμα το χαμηλό ποσοστό αφυπηρητήσεων.

3.3.4. Τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας

Τόσο ο δημόσιος, όσο και ο ιδιωτικός τομέας, παρέχουν υπηρεσίες υγείας στον Γαλλικό πληθυσμό. Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως επί το πλείστον παρέχεται στον τομέα ανοικτής φροντίδας από αυτοεργοδοτούμενους επαγγελματίες, ενώ ο τομέας δευτεροβάθμιας φροντίδας παρέχεται τόσο ως ανοικτή φροντίδα, όσο και ενδονοσοκομειακά. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 οι γενικοί γιατροί έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο συντονισμό της φροντίδας, με την υιοθέτηση του συστήματος gate-keeping, το οποίο παρέχει κίνητρα στους πολίτες να επισκέπτονται τον γενικό τους γιατρό πριν να αναζητήσουν την βοήθεια κάποιου εξειδικευμένου γιατρού.

Τα φάρμακα παρέχονται από αυτοεργοδοτούμενους φαρμακοποιούς, ενώ οι τιμές όλων των φαρμάκων που καλύπτονται από το Σύστημα Ασφάλισης, όπως και στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, καθορίζονται διοικητικά. Η Γαλλία είναι η Τρίτη μεγαλύτερη αγορά φαρμάκων παγκοσμίως.

Η νοσοκομειακή φροντίδα παρέχεται από δημόσια, ιδιωτικά κερδοσκοπικά και ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσηλευτήρια. Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας για τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες παρέχεται τόσο από ειδικά ιδρύματα, όσο και μέσω υπηρεσιών κατ' οίκου φροντίδας.

Εντός του Συστήματος Υγείας, ο τομέας της δημόσιας υγείας περιλαμβάνει ένα αριθμό οργανώσεων, που προσφέρουν επιστημονική εμπειρία στον τομέα της δημόσιας ασφάλειας και υγείας, δύο από τις οποίες έχουν ευρεία δραστηριότητα που καλύπτει πολλές πτυχές της δημόσιας υγείας, όπως η επιτήρηση, η διαχείριση κρίσεων στην υγεία και η διαφώτιση του κοινού. Άλλες ειδικευμένες οργανώσεις παρέχουν υπηρεσίες σχετικά με συγκεκριμένους τύπους κινδύνων και εκτελούν καθήκοντα άσκησης πολιτικής.

Σε τοπικό επίπεδο, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για την παρακολούθηση και την καταλληλότητα της ύδρευσης, του ελέγχου για την ρύπανση του αέρα και την ηχορύπανση, την διαχείριση των αποβλήτων, την προστασία από την ακτινοβολία / ραδιενέργεια, την υγιεινή των τροφίμων, και την υγιεινή στις βιομηχανικές υποδομές. Οι δήμοι που αδυνατούν να εκπληρώσουν τις λειτουργίες αυτές, λόγω έλλειψης πόρων, υποστηρίζονται από τους Περιφερειακούς Υγειονομικούς Οργανισμούς (ARSS) (Chevreul et al., 2015).

3.3.5. Χρηματοδότηση

Οι δαπάνες στην Γαλλία έχουν αυξηθεί ταχύτερα από ό, τι η οικονομία στο σύνολό της για πολλά χρόνια (με εξαίρεση την περίοδο 1997-2000) και ταχύτερα από ό, τι στις γειτονικές χώρες (με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο). Συγκεκριμένα, από 10,4% του ΑΕΠ το 1995 αυξήθηκε σε 11,6% το 2013. Το ποσοστό αυτό είναι πολύ πιο πάνω από το μέσο όρο της ΕΕ και δεύτερο μεγαλύτερο μετά το αντίστοιχο της Ολλανδίας. Από το 1996, οι ετήσιες δαπάνες για κοινωνική ασφάλιση υγείας έχουν καλυφθεί από το εθνικό ανώτατο όριο για την υγεία

Ωστόσο, το ανώτατο αυτό όριο έχει ξεπεράσει σχεδόν κάθε χρόνο μέχρι το 2010. Από τότε, οι δαπάνες δεν έχουν φθάσει στο ανώτατο όριο, καθώς έχουν εντατικοποιηθεί τα μέτρα για τον περιορισμό του κόστους. Το 1996 έχει ιδρυθεί μια ειδική υπηρεσία, η οποία διαχειρίζεται το χρέος στην κοινωνική ασφάλιση, χρηματοδοτούμενη από την φορολογία.

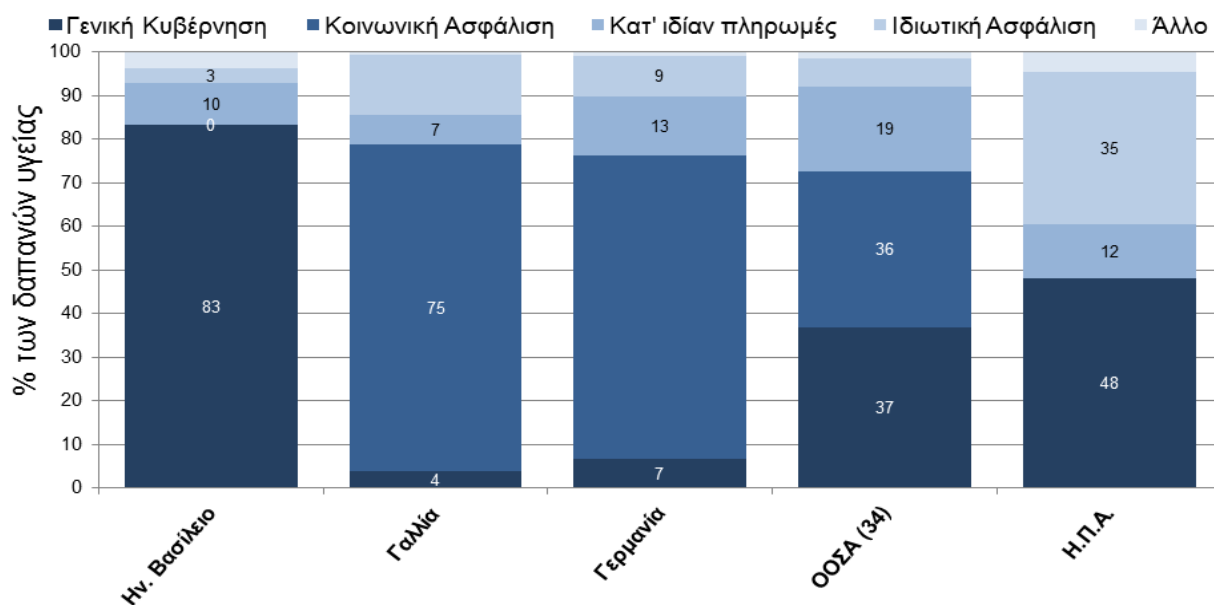
Μόλις λίγο πάνω από τα τρία τέταρτα των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτείται από τον δημόσιο τομέα (77%, ποσοστό ελάχιστα υψηλότερο του μέσου όρου για την ΕΕ που είναι 76%), κυρίως μέσω της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Το ποσοστό των δαπανών που καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση διαφέρει ανάλογα με τα αγαθά και τις υπηρεσίες υγείας: Από 15% για φάρμακα με χαμηλό ιατρικό όφελος, μέχρι 80% για την φροντίδα εσωτερικών ασθενών. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές παθήσεις για τις οποίες οι ασθενείς απαλλάσσονται από την καταβολή μέρους του κόστους, όπως χρόνιες παθήσεις ή εγκυμοσύνη μετά τον πέμπτο μήνα κύησης.

Οι πηγές εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης υγείας προέρχονται κυρίως από εισφορές από εργοδότες και εργοδοτούμενους, συμπεριλαμβανομένων και των συνταξιούχων. Από το 1998, ως αποτέλεσμα των προσπαθειών για διεύρυνση της οικονομικής βάση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, οι εισφορές μισθοδοσίας των εργαζομένων έχουν σχεδόν πλήρως αντικατασταθεί από ένα ειδικό φόρο που ονομάζεται «γενική εισφορά κοινωνικής ασφαλίσεως» (*contribution sociale généralisée*; CSG), ο οποίος βασίζεται στο συνολικό εισόδημα, παρά στο εισόδημα επαγγελματικής δραστηριότητας, όπως συνέβαινε προηγουμένως. Επιπρόσθετα έσοδα προέρχονται από συγκεκριμένους φόρους, όπως οι φόροι επί δυνητικά επιβλαβή καταναλωτικά αγαθά (καπνός, αλκοόλ κ.ά.) και από φόρους στις φαρμακευτικές εταιρείες.

Η ιδιωτική ασφάλιση παρέχει συμπληρωματικές ασφαλιστικές υπηρεσίες, όπως συμπληρωμές και καλύτερη κάλυψη για ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες που δεν καλύπτονται επαρκώς από το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Χρηματοδοτεί το 13,8% των συνολικών δαπανών υγείας και καλύπτει περισσότερο από το 90% του πληθυσμού. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η ιδιωτική ασφάλιση έχει κερδίσει ένα σημαντικό ρόλο στην διασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Από το 2000, προσφέρεται σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα μια συμπληρωματική κάλυψη υγείας (*couverture maladie universelle complémentaire*; CMU-C), η οποία χρηματοδοτείται από το δημόσιο και η οποία καλύπτει περίπου 7% του πληθυσμού.

Ακόμα και μετά από την συμπληρωματική ασφάλιση, οι κατ' ιδίαν πληρωμές από τους ασθενείς αναλογούν σε περίπου 8% των συνολικών δαπανών υγείας. Αυτό εγείρει ζητήματα ισότητας στην πρόσβαση και χρηματοδότηση, αν και αυτό το ποσοστό παραμένει αρκετά κάτω του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ για κατ' ιδίαν δαπάνες, που είναι το 21% των συνολικών δαπανών υγείας (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 6: Τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας, 2013.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Η χρηματοδότηση για την μακροχρόνια φροντίδα υγείας, όπως στους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες, παρέχεται εν μέρει από ένα ειδικό ταμείο, το Εθνικό Ταμείο Αλληλεγγύης για Αυτονομία (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie; CNSA). Αυτό το Ταμείο ιδρύθηκε το 2004, μετά την κρίση καύσωνα του 2003, στην οποία έχασαν την ζωή τους 15000 ηλικιωμένα άτομα. Οι πόροι του προέρχονται από το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης και την «Εισφορά Αλληλεγγύης για Αυτονομία». Οι τοπικές αρχές επίσης χρηματοδοτούν όλο και περισσότερο την μακροχρόνια περίθαλψη, όπως και τα ίδια τα άτομα.

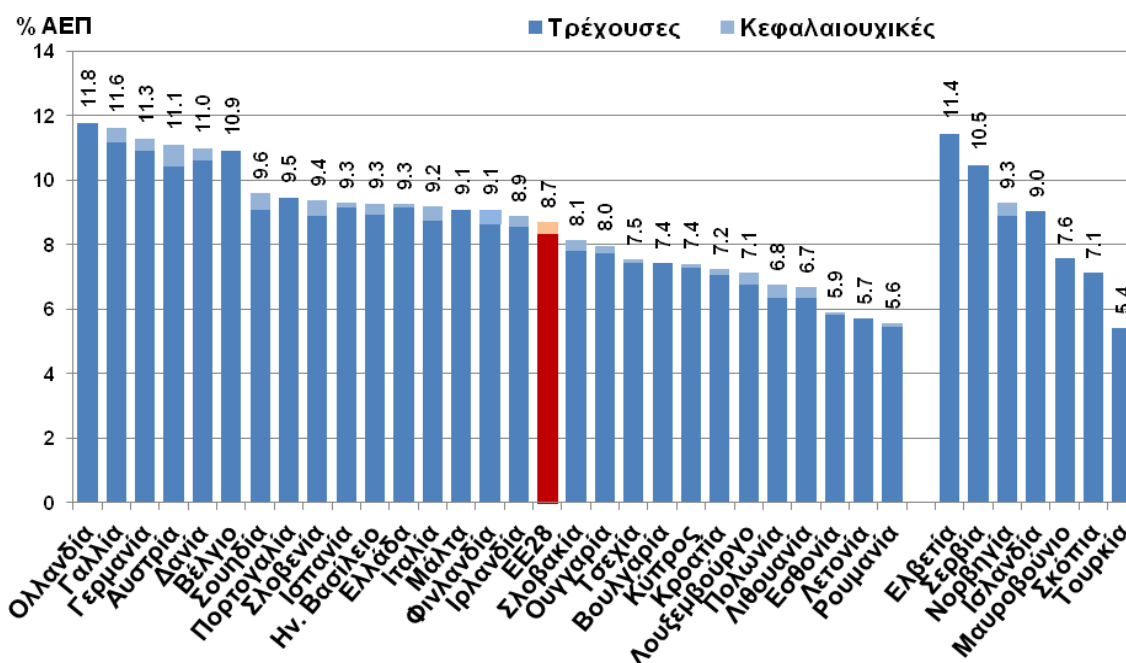
Η άμεση φροντίδα εντός νοσοκομείων και η κατ' οίκον νοσηλεία, κατά την οποία παρέχεται φροντίδα υγείας ίσης με την ενδονοσοκομειακή φροντίδα, αλλά στο σπίτι του ίδιου του ασθενούς, πληρώνονται μέσω του συστήματος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσήλιων (DRGs – Diagnosis Related Groups). Με την μέθοδο αυτή η τιμολόγηση γίνεται με βάση την κατηγορία πάθησης του ασθενούς, στην οποία αντιστοιχεί ένα προκαθορισμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία. Οι τιμές διαπραγματεύονται μεταξύ των αντιπροσώπων των Επαγγελματιών Υγείας και των Ασφαλιστικών ταμείων και εγκρίνονται από το Υπουργείο Υγείας, αν και σε μερικές περιπτώσεις επιτρέπονται επιπλέον χρεώσεις από γιατρούς. Πρόσφατα εφαρμόστηκε μέσω ατομικών συμβάσεων με τους γενικούς γιατρούς η αμοιβή

ανάλογα με την απόδοση (Pay-for-performance - rémunération à la performance), ένα σύστημα το οποίο παρέχει οικονομικά κίνητρα για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των πρακτικών των γιατρών (Médecin généraliste ou omnipraticien).

Το 2013, οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Γαλλία υπολογίστηκαν σε €235 εκατομμύρια, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 10,9% του ΑΕΠ και που είναι ψηλότερο του μέσου όρου για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι δαπάνες για την υγεία στην Γαλλία αυξήθηκαν με πιο γρήγορο ρυθμό από ότι ο εθνικός πλούτος, με εξαίρεση την περίοδο 1997-2000. Οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν ελαφρώς γρηγορότερα από ότι στις γειτονικές χώρες (με εξαίρεση την Μ. Βρετανία), από 10,4% το 1995 σε 11,6% το 2013.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2013 η Γαλλία κατείχε τη 10^η θέση ανάμεσα όλες τις χώρες της Ευρώπης με το υψηλότερο επίπεδο δαπανών για την υγεία και την τρίτη θέση όσον αφορά στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, πίσω από την Ολλανδία (12,9%) και πριν από την Αυστρία (11%), την Ελβετία (11,4%) και την Γερμανία (11,3%) (Διάγραμμα 7).

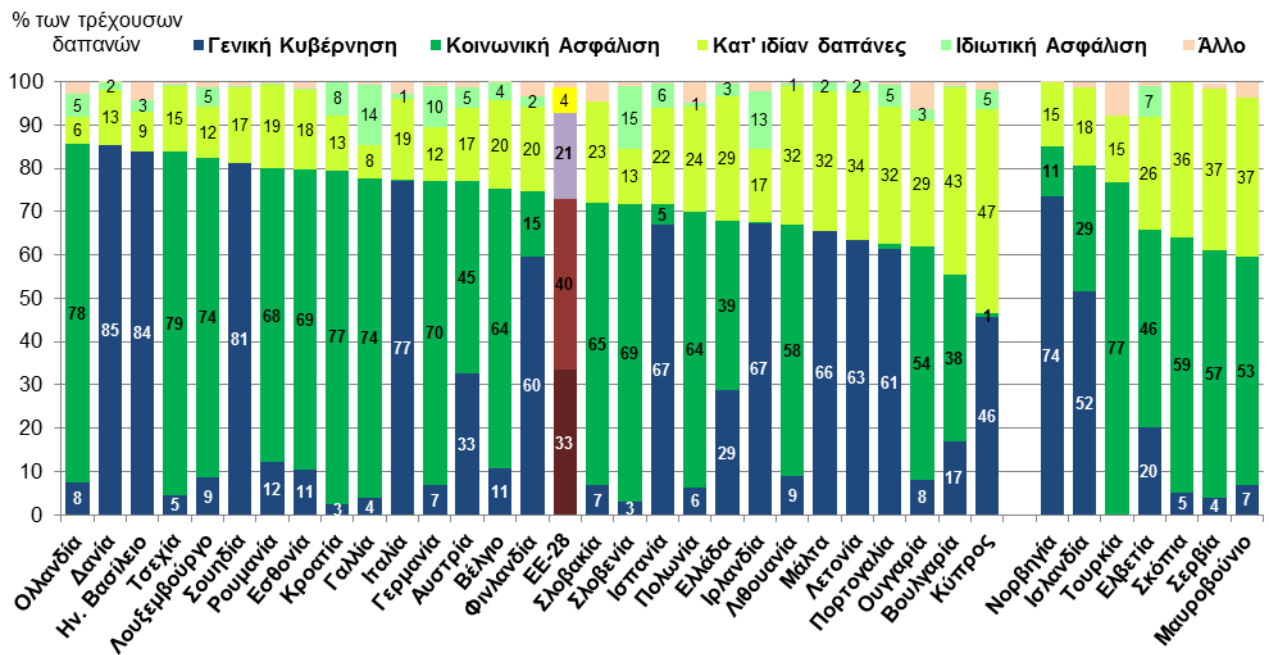
Διάγραμμα 7: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, το 2012 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Όσον αφορά την συνεισφορά του δημόσιου τομέα στις δαπάνες για την υγεία, η Γαλλία κατατάχθηκε στην 15^η θέση ανάμεσα στις χώρες της περιοχής της Ευρώπης, με 77% συνολικό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. (Διάγραμμα 8).

Διάγραμμα 8 . Τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών υγείας σε χώρες της Ευρώπης, 2012 (ή πλησιέστερο έτος).



Πηγή: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database

Το μεγαλύτερο ποσοστό (73,2%) των δημόσιων δαπανών υγείας αντιστοιχούσε σε κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγείας και ακολούθως, ενώ οι κατ'οίκον και κοινοτικές υπηρεσίες υγείας με ποσοστό 16,1% (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Κατανομή των Δημοσίων Δαπανών Υγείας στην Γαλλία.

	Ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας	Τρέχουσες δαπάνες για την υγεία*
Διοίκηση και ασφάλιση υγείας	4,2	5,9
Εκπαίδευση και επιμόρφωση	0,9	0,8
Έρευνα και ανάπτυξη για την υγεία	1,9	1,5
Δημόσια υγεία και πρόληψη	2,3	2,4
Υπηρεσίες υγείας	73,2	75,6
Φροντίδα εσωτερικών ασθενών	40,6	35,0
Φροντίδα εξωτερικών ασθενών	15,8	19,5
Διακινήσεις	2,0	1,7
Φάρμακα και ιατρικά υλικά	14,8	19,4
Υπηρεσίες υγείας κατ' οίκον και στην κοινότητα και επιδόματα αναπηρίας / εξάρτησης	16,1	12,8
Επιδότησεις του Συστήματος Υγείας	1,4	1,0

Πηγή: DREES, 2013a.

** Οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία αναλογούν τόσο στις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η διαφορά με τις συνολικές δαπάνες υγείας έγκειται στο γεγονός ότι περιλαμβάνουν τις ημερήσιες αποζημιώσεις, ορισμένες δημόσιες δραστηριότητες πρόληψης, την έρευνα και την κατάρτιση και δεν συμπεριλαμβάνουν τις ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου.*

Η εξέλιξη των δαπανών προσωπικής φροντίδας υγείας (δηλαδή οι δαπάνες για ιατρικά αγαθά και υπηρεσίες) είναι αποτέλεσμα της αύξησης του όγκου της παρεχόμενης φροντίδας και της αύξησης στην τιμή της εν λόγω φροντίδας, που με τη σειρά τους συνδέονται με τον γενικό πληθωρισμό και με τους ειδικούς όρους που διέπουν τα μέσα παραγωγής.

Σε γενικές γραμμές οι τιμές για ιατρικά προϊόντα και υπηρεσίες έχουν παραμείνει σταθερές

3.4. Το ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

3.4.1. Εισαγωγή

Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής βρίσκονται στην ήπειρο της Βορείου Αμερικής και απαρτίζεται από 50 πολιτείες. Κατά το 2012 ο πληθυσμός των Η.Π.Α. ήταν σχεδόν 313 εκατομμύρια (U.S. Census Bureau, 2011), γεγονός που κατατάσσει την χώρα τρίτη σε πληθυσμό παγκοσμίως, μετά την Κίνα και την Ινδία. Η φυλετική και εθνική σύνθεση ποικίλει, με περίπου 65% των πολιτών να είναι λευκοί, 16% Λατίνοι, 13% Αφροαμερικανοί, και το υπόλοιπο 6% μικτές φυλετικές και εθνικές ομάδες (U.S. Census Bureau, 2011).

Η οικονομία των ΗΠΑ είναι η μεγαλύτερη στον κόσμο και το κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο εισόδημα συγκαταλέγεται ανάμεσα στα υψηλότερα ανά το παγκόσμιο (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Κατά κεφαλή ΑΕΠ στις 19 πλουσιότερες χώρες του ΟΟΣΑ το 2013 και μέσο ετήσιο ποσοστό ανάπτυξης, 1970 – 2013.

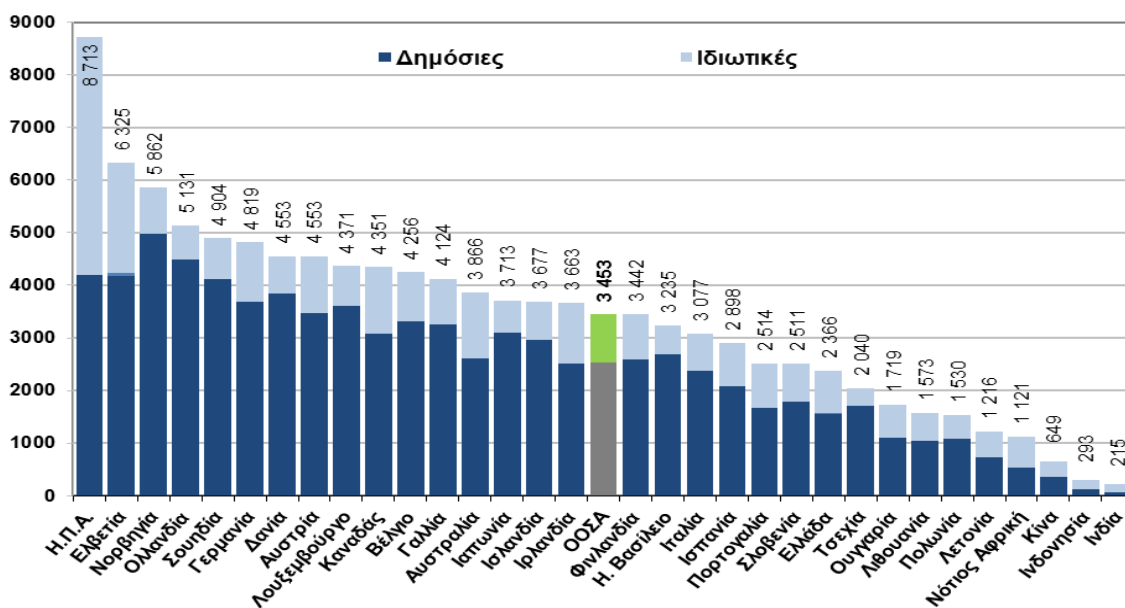
	Κατά κεφαλή ΑΕΠ σε δολάρια Η.Π.Α	Μέσο ετήσιο ποσοστό ανάπτυξης κατά κεφαλή σε πραγματικούς όρους				
	2013	1970-80	1980-90	1990-2000	2000-10	2010-2013
Αυστραλία	44 976	1.3	1.5	2.4	1.6	1.3
Αυστρία	45 082	3.5	2.1	2.2	1.1	0.9
Βέλγιο	41 573	3.2	1.9	2.0	0.9	-0.2
Καναδάς	42 839	2.8	1.4	1.8	0.8	1.1
Δανία	43 782	1.9	2.0	2.3	0.3	-0.4
Φινλανδία	39 869	3.4	2.7	1.9	1.3	-0.5
Γαλλία	37 671	3.0	2.0	1.7	0.6	0.4
Γερμανία	43 887	2.8	2.1	1.3	1.0	1.8
Ισλανδία	42 035	5.2	1.6	1.6	1.5	1.8
Ιρλανδία	45 677	3.2	3.3	6.3	0.6	0.6
Ιταλία	35 075	3.3	2.3	1.6	-0.1	-1.8
Ιαπωνία	36 236	3.2	4.1	0.9	0.7	1.2
Λουξεμβούργο	91 048	1.9	4.5	3.6	1.1	-0.8
Ολλανδία	46 162	2.3	1.7	2.5	0.9	-0.6
Νορβηγία	65 640	4.1	1.2	4.0	0.9	1.6
Σουηδία	44 646	1.6	1.9	1.8	1.5	0.4
Ελβετία	56 940	1.0	1.6	0.5	1.0	0.5
Ηνωμένο Βασίλειο	38 255	2.0	2.7	2.1	1.1	0.6
Η.Π.Α.	53 042	2.1	2.4	2.2	0.7	1.3
ΟΟΣΑ	38 123	2.9	2.3	2.4	1.6	0.7

Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, April 2015.

Στις ΗΠΑ το σύστημα διακυβέρνησης είναι ομοσπονδιακό, με σημαντική εξουσία στις περιφερειακές κυβερνήσεις – τις 50 πολιτείες – και μια ιστορική διστακτικότητα αναφορικά με τον κεντρικό σχεδιασμό ή έλεγχο, είτε σε ομοσπονδιακό είτε σε πολιτειακό επίπεδο (Rice et al., 2013).

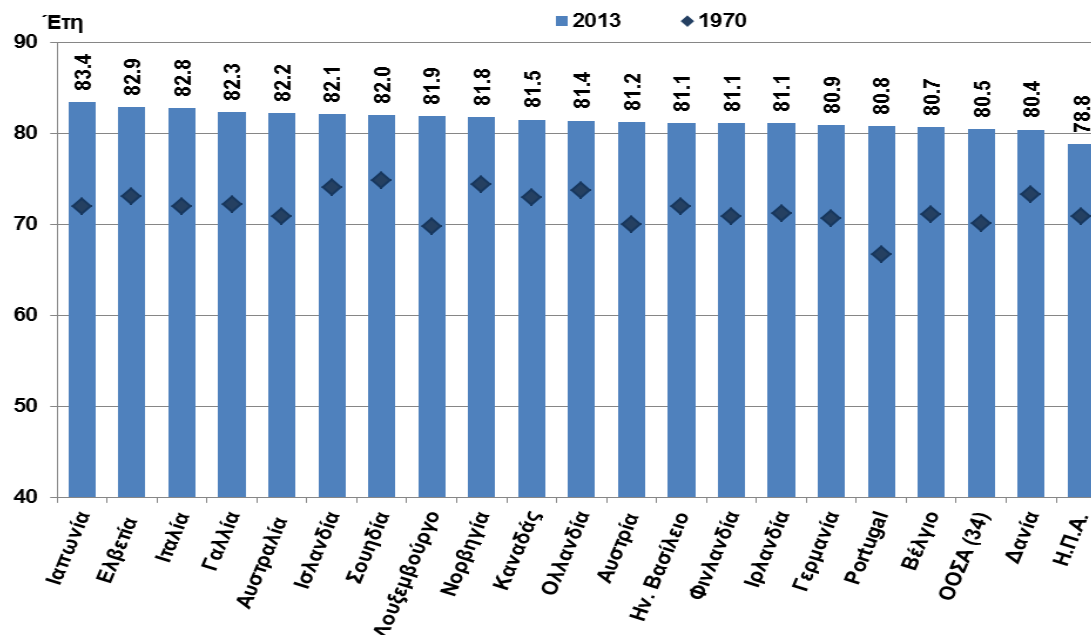
Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ αντανακλά το πιο πάνω ευρύτερο πλαίσιο, εφόσον έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό μέσω του ιδιωτικού τομέα, και συνδυάζοντας υψηλά επίπεδα χρηματοδότησης με ένα χαρακτηριστικά χαμηλό επίπεδο κυβερνητικής συμμετοχής. Στις ΗΠΑ δαπανώνται πολύ περισσότερα χρήματα στον τομέα της υγείας, σε αναλογία πληθυσμού, από όσα σε οποιαδήποτε άλλη χώρα – 38% περισσότερα από την δεύτερη σε δαπάνες υγείας χώρα, την Ελβετία (Διάγραμμα 1) και οι τιμές που πληρώνονται για υπηρεσίες υγείας είναι υψηλότερες από οπουδήποτε αλλού στον κόσμο. Ωστόσο, οι διεθνείς συγκρίσεις δείχνουν μια διαφοροποιημένη εικόνα σε σχέση με τα αποτελέσματα ποιότητας, με πολύ καλούς δείκτες υγείας για ορισμένες παθήσεις (π.χ. για ορισμένες μορφές καρκίνου) και φτωχούς δείκτες υγείας για ορισμένες άλλες (π.χ. άσθμα). Επίσης, παρά του γεγονότος ότι στις ΗΠΑ παρατηρούνται οι μεγαλύτερες δαπάνες για την υγεία (Διάγραμμα 9), το προσδόκιμο επιβίωσης παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 10).

Διάγραμμα 9: Κατά κεφαλή δαπάνες υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2013 ή πλησιέστερο έτος.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

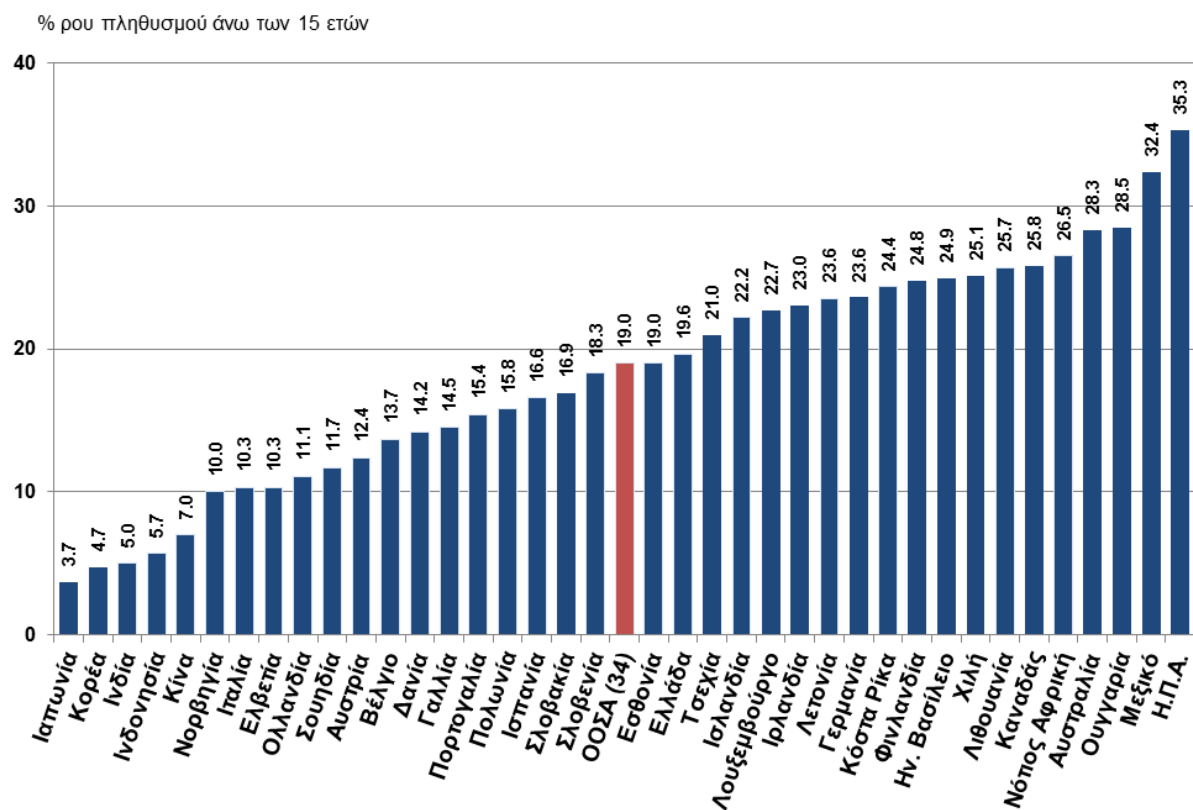
Διάγραμμα 10: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση 1970 και 2013 (ή πλησιέστερα έτη), στις πλουσιότερες (με βάση το ΑΕΠ) χώρες του ΟΟΣΑ



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Όσον αφορά στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, η εικόνα είναι επίσης διαφοροποιημένη. Στις ΗΠΑ δεν έχει παρατηρηθεί ουσιαστική αποτελεσματικότητα στα ποσοστά μείωσης του καπνίσματος, ούτε επίσης στην βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, 35,3% του ενήλικου πληθυσμού στις Η.Π.Α. είναι παχύσαρκοι, ποσοστό που κατατάσσει την χώρα πρώτη σε παχυσαρκία από όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ (Διάγραμμα 11).

Διάγραμμα 11: Ποσοστά παχυσαρκίας σε ενήλικες, 2013 (ή πλησιέστερο έτος) σε χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Οι περισσότεροι Αμερικανοί πολίτες λαμβάνουν ασφαλιστική κάλυψη υγείας από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Συνήθως, για τις χώρες με υψηλό εισόδημα, πέραν του ενός έκτου του πληθυσμού στερείται ασφάλισης υγείας, αν και αυτό το ποσοστό αναμένεται να μειωθεί κατά το ήμισυ, με την εφαρμογή των βασικότερων στοιχείων του Νόμου για Οικονομικά Προσιτή Φροντίδα Υγείας (Affordable Care Act – ACA) (Rice et al., 2013).

Την ίδια στιγμή οι Η.Π.Α. συγκαταλέγονται μεταξύ των ελάχιστων χωρών που δεν εγγυώνται πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για το σύνολο του πληθυσμού. Κατά το έτος 1990 μόνο στις Η.Π.Α., στο Μεξικό και στην Τουρκία δεν εξασφαλιζόταν καθολική ή σχεδόν καθολική κάλυψη υγείας του πληθυσμού. Εκτιμάται ότι το 2004 η αδυναμία πρόσβασης προκάλεσε περίπου 18.000 θανάτους, ενώ πέντε χρόνια αργότερα ο αριθμός των θανάτων αυτών αυξήθηκε σε 44.800 (Wilper et al., 2009). Ενώ στις Η.Π.Α. επικρατεί ένα βασικό δημόσιο σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, τόσο στην ασφάλιση υγείας, όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κυρίαρχος. Η ανάπτυξη και παραγωγή φαρμάκων, νοσηλευτικού υλικού και ιατρικών συσκευών προέρχεται από τον

ιδιωτικό τομέα, ενώ η χρηματοδότηση για την έρευνα και ανάπτυξη γίνεται τόσο από ιδιωτικούς, όσο και δημόσιους πόρους (Osterweil, 2005).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι Η.Π.Α. βρίσκονται επικεφαλής σε θέματα ιατρικής καινοτομίας με κριτήριο τόσο τα έσοδα, όσο και το πλήθος και το μέγεθος της παραγωγής φαρμάκων και εξοπλισμού. Το 2006 οι Η.Π.Α. αντιπροσώπευαν το 75% του των εσόδων από την βιοτεχνολογία, όπως και το 82% της παγκόσμιας δαπάνης για έρευνα και εξέλιξη της παγκόσμιας βιοτεχνολογίας. Ωστόσο, ένας λόγος για τα παραπάνω είναι η υψηλή τιμή των εγχώριων φαρμάκων, η οποία δημιουργεί δυνατότητες για επενδύσεις στην έρευνα και τεχνολογία. Τα εισοδήματα των γιατρών στις Η.Π.Α. είναι επίσης ψηλά, περίπου στα διπλάσια επίπεδα σε σύγκριση με τους γιατρούς που εργοδοτούνται σε χώρες της Ευρώπης. Ο λόγος για αυτό είναι ότι, παρά το γεγονός ότι στις ιατρικές σχολές στις Η.Π.Α. αποφοιτούν περίπου 100,000 νέοι γιατροί κάθε χρόνο, ο αριθμός αυτός δεν είναι επαρκής για να καλύψει της υπάρχουσες ανάγκες, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η τιμή των υπηρεσιών που παρέχουν (Dalmia, 2009).

Οι φορείς ιδιωτικού τομέα διαδραματίζουν ισχυρότερο ρόλο στο Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ από ό, τι σε άλλες υψηλού εισοδήματος χώρες. Ο ιδιωτικός τομέας οδήγησε στην ανάπτυξη του Συστήματος Υγείας στις αρχές της δεκαετίας του 1930, ενώ τα κυριότερα κυβερνητικά προγράμματα ασφάλισης Medicare και Medicaid αναπτύχθηκαν στα μέσα της δεκαετίας του 1960. Το πρόγραμμα Medicare προσφέρει κάλυψη για τους ηλικιωμένους και ορισμένα από τα άτομα με ειδικές ανάγκες, ενώ το πρόγραμμα Medicaid καλύπτει ορισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης τα φτωχά ή σχεδόν φτωχά στρώματα πληθυσμού.

3.4.2. Οργάνωση του Συστήματος

Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ μπορεί να θεωρηθεί ως πολλαπλά συστήματα που λειτουργούν ανεξάρτητα και μερικές φορές σε συνεργασία μεταξύ τους. Οι αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας κατανέμονται μεταξύ των Ομοσπονδιακών και των Πολιτειακών Κυβερνήσεων. Για παράδειγμα, οι πολιτείες χρηματοδοτούν και διοικούν πολλές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας, πληρώνουν μέρος του κόστους για το πρόγραμμα Medicaid και διαμορφώνουν την οργάνωση του εντός της εκάστοτε πολιτείας, και θέτουν τους κανόνες για τις πολιτικές ασφάλισης υγείας που δεν καλύπτονται από σχέδια αυτοασφάλισης εκ μέρους των εργοδοτών. Από την άλλη πλευρά, προϊόντα, όπως τα φαρμακευτικά σκευάσματα και τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα, ρυθμίζονται σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Οι κανονισμοί για την επίτευξη των στόχων ποιότητας, πρόσβασης και ελέγχου του κόστους στον τομέα της

υγείας μπορούν να ορίζονται από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, σε οποιοδήποτε ή όλα τα μοσπονδιακά, πολιτειακά ή τοπικά επίπεδα.

Το σύστημα υγείας των Η.Π.Α. περιλαμβάνει τόσο ιδιωτική όσο και δημόσια ασφάλιση, ωστόσο είναι μοναδικό από την άποψη ότι ο κυρίαρχος ρόλος ανήκει στον ιδιωτικό τομέα. Η πλειοψηφία των εγκαταστάσεων υγείας στις Η.Π.Α. ανήκουν σε ιδιώτες, ωστόσο υπάρχουν επίσης και περιπτώσεις κρατικών, πολιτειακών καθώς και δημοτικών δομών. Περίπου 70% του συνόλου των νοσοκομειακών έχουν μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, ενώ λειτουργούν ταυτόχρονα και ιδιωτικά, κερδοσκοπικού χαρακτήρα, νοσοκομεία, καθώς και δημόσια νοσοκομεία, τα οποία ελέγχονται από την Πολιτεία ή τους Δήμους. Στις Η.Π.Α. απουσιάζει ένα εθνικό σύστημα δημόσιων δομών υγείας, υπάρχουν ωστόσο τοπικές δημόσιες μονάδες υγείας που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό. Υπάρχει επίσης, ένα παράλληλο σύστημα υγείας του στρατού το οποίο διοικείται από το Υπουργείο Άμυνας, χρηματοδοτείται από στρατιωτικούς πόρους και απευθύνεται στο εν ενεργεία στρατιωτικό προσωπικό. Λειτουργούν ακόμα νοσοκομεία για συνταξιούχους στρατιωτικούς, των οποίων η διαχείριση γίνεται από τη Διοίκηση Υγείας Βετεράνων. Στα νοσοκομεία αυτά η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν για νοσήματα που σχετίζονται με τη θητεία των συνταξιούχων, ενώ για νοσήματα που δεν έχουν σχέση με στρατιωτικούς λόγους η παροχή υπηρεσιών γίνεται επί πληρωμή. Επίσης, λειτουργεί ένα σύστημα υγείας για τους ιθαγενείς κατοίκους, το οποίο διαθέτει δικές του εγκαταστάσεις και χρηματοδοτεί ιδιωτικές δομές για να παρέχει ιατρική φροντίδα σε άτομα που ανήκουν σε φυλές ιθαγενών και δεν καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση ή άλλα κυβερνητικά προγράμματα.

Συνοπτικά, τα προγράμματα ασφάλειας που χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση περιλαμβάνουν τα εξής ασφαλιστικά προγράμματα:

- Το πρόγραμμα Medicare, το οποίο καλύπτει τις ανάγκες υγείας πολιτών άνω των 65 ετών και αναπήρων.
- Το πρόγραμμα Medicaid, το οποίο προσφέρει κάλυψη σε χαμηλού εισοδήματος άτομα διαφόρων κατηγοριών, όπως παιδιά, έγκυες γυναίκες και άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Πρόγραμμα ασφάλισης υγείας όλων των παιδιών που δεν εμπίπτουν στην κατηγορία η οποία καλύπτεται από το πρόγραμμα Medicaid.
- Το πρόγραμμα ασφάλισης Veterans Administration, που καλύπτει τις ανάγκες υγείας των βετεράνων και των οικογενειών τους, καθώς και τις ανάγκες υγείας των χηρών τους, μέσω ενός συστήματος ιατρικών κέντρων και κλινικών.
- Πολιτειακές και Τοπικές κλινικές υγείας.

- Πρόγραμμα Ασφάλισης των ιθαγενών κατοίκων.
- Εθνικά Ινστιτούτα υγείας, που δέχονται ασθενείς χωρίς πληρωμή, για σκοπούς έρευνας.
- Τοπικά και πολιτειακά νοσοκομεία.
- Κυβερνητικές και κοινοτικές κλινικές
- Διάφορα προγράμματα που καλύπτουν ομοσπονδιακούς υπαλλήλους, συμπεριλαμβανομένου του προγράμματος TRICARE, που καλύπτει χρηματικά το κόστος περίθαλψης ατόμων που εργάζονται στις ένοπλες δυνάμεις, σε μη στρατιωτικά νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα.
- Το πρόγραμμα Title X, το οποίο καλύπτει ανάγκες υγείας που σχετίζονται με θέματα εγκυμοσύνης και σύλληψης.

Η Κυβέρνηση, οι ασφαλιστικές εταιρείες, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι δημόσιοι και ιδιωτικοί ρυθμιστικοί φορείς, διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στο Σύστημα Υγείας στις ΗΠΑ. Στους Κυβερνητικούς φορείς περιλαμβάνονται εκείνοι που βρίσκονται σε ομοσπονδιακό, κρατικό και τοπικό επίπεδο. Στις ΗΠΑ, τόσο οι ομοσπονδιακές όσο και οι πολιτειακές κυβερνήσεις έχουν εκτελεστική, νομοθετική και δικαστική εξουσία. Σύμφωνα με την εκτελεστική εξουσία της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, το Τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών (Department of Human Health and Services - HHS) διαδραματίζει τον μεγαλύτερο διοικητικό ρόλο στο Σύστημα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών. Το Τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως τα κέντρα Medicare και Medicaid και το ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας παιδιών (Children's Health Insurance Program – CHIP). Άλλοι οργανισμοί που υπάγονται στο Τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών είναι ο Οργανισμός Έρευνας και Ασφάλειας για την Υγεία (Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ), τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration - FDA) και το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (National Institutes of Health - NIH).

Με βάση την πιο πάνω πληθώρα εμπλεκόμενων φορέων, προτεραιότητα της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης έχει καταστεί η ενίσχυση της χρήσης των πληροφοριακών συστημάτων υγείας, για τη σύνδεση των διαφόρων φορέων, όπως έγινε πρόσφατα με την εθνική νομοθεσία προώθησης της αυξημένης χρήσης των ηλεκτρονικών μητρώων υγείας από τους παρόχους και την ανταλλαγή και ένταξή τους μεταξύ των οργανισμών (Rice et al., 2013).

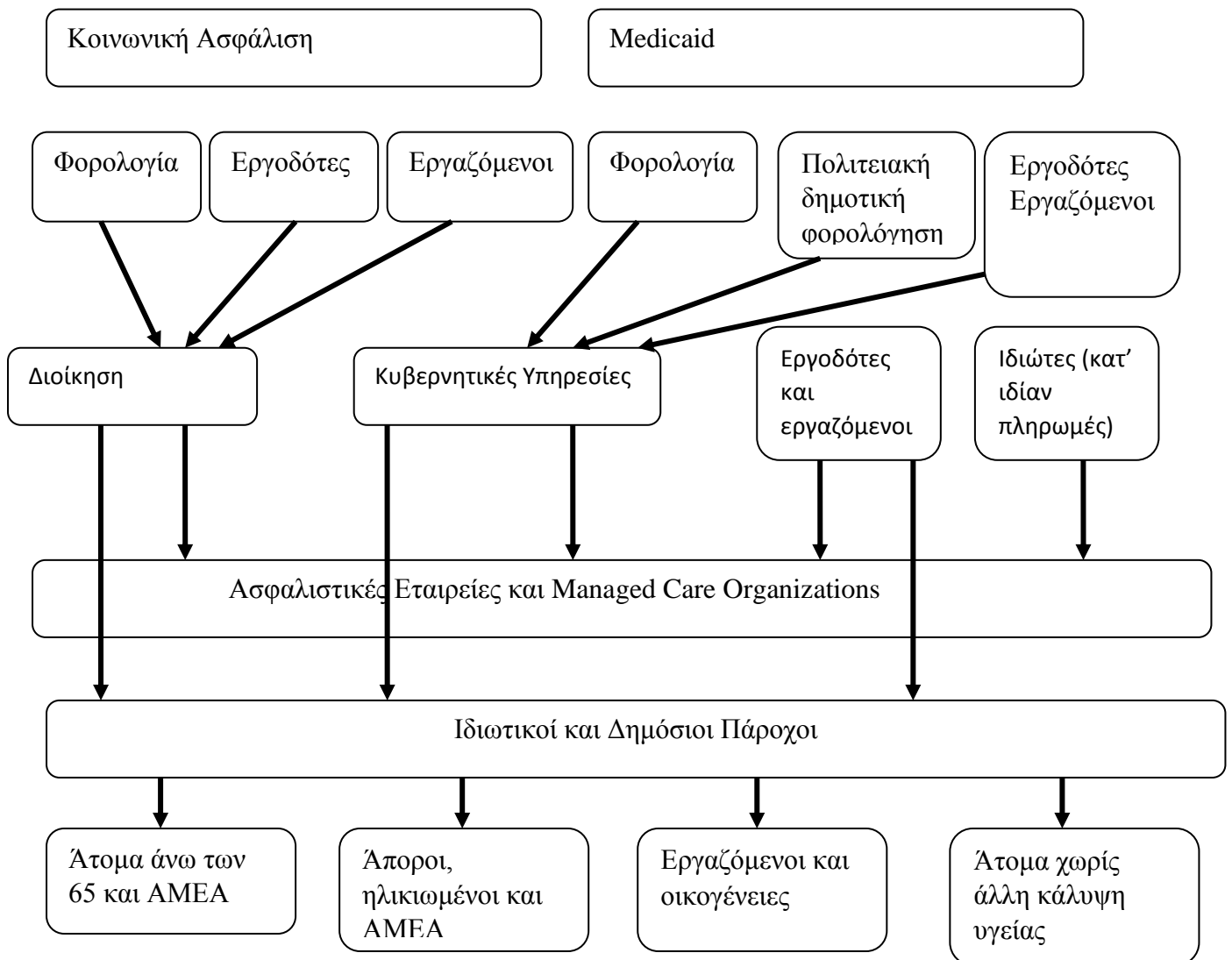
Περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων σε ηλικία εργασίας είναι ασφαλισμένα στον ιδιωτικό τομέα από τον εργοδότη τους, το 20% περίπου είναι ανασφάλιστοι, το 15% ασφαλισμένοι σε δημόσια προγράμματα όπως το Medicaid και το 5% ασφαλιζονται ατομικά στον ιδιωτικό τομέα, ενώ οι άνω των 65 καλύπτονται σχεδόν στο σύνολό τους από το δημόσιο πρόγραμμα Medicare. Το πρόγραμμα Medicaid απευθύνεται σε άτομα χαμηλού εισοδήματος, καθώς και άτομα με αναπηρία. Σύμφωνα με ομοσπονδιακό νόμο, οι Πολιτείες πρέπει να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των γυναικών που κυοφορούν, των παιδιών, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία και των γονέων, εφόσον αυτοί δεν έχουν τη δυνατότητα να το κάνουν με δικά τους μέσα. Άτεκνα άτομα δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα. Οι προϋποθέσεις εγγραφής διαφέρουν μεταξύ των Πολιτειών καθώς υπάρχουν 51 ανεξάρτητα μεταξύ τους συστήματα, ωστόσο σε γενικές γραμμές τα εισοδηματικά κριτήρια είναι τόσο χαμηλά που η πρόσβαση αποκλείεται ακόμη και σε πολύ φτωχά άτομα. Το σύστημα χρηματοδοτείται κατά 50% από την κεντρική κυβέρνηση και κατά το υπόλοιπο από τις επιμέρους Πολιτείες. Η κυβέρνηση αναπληρώνει επίσης κατά ένα ποσοστό τις ανάγκες των φτωχότερων Πολιτειών και έτσι η συνολική συμμετοχή του ανεβαίνει στο 57%. Το Medicaid προσφέρει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η φαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, επειδή το ποσό της πληρωμής είναι πολύ χαμηλό, ελάχιστα ιατρεία είναι συμβεβλημένα και οι δικαιούχοι δυσκολεύονται να αποκτήσουν πρόσβαση. Το Medicare είναι ένα ομοσπονδιακό πρόγραμμα που καλύπτει τα άτομα άνω των 65 ετών, καθώς και ορισμένα άτομα με αναπηρία και χρηματοδοτείται αποκλειστικά από την κεντρική κυβέρνηση, με χρήματα που προέρχονται από ομοσπονδιακούς φόρους, ένα φόρο απασχόλησης που βαρύνει τους εργοδότες και τους εργαζόμενους καθώς και εισφορές εγγραφής των δικαιούχων. Το σύστημα διαιρείται σε τρία υποσυστήματα, που καλύπτουν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τις επισκέψεις σε γιατρούς και τη συνταγογράφηση φαρμάκων αντίστοιχα. Ένα μεγάλο φάσμα υπηρεσιών υγείας όπως τα μαιευτήρια, η προληπτική ιατρική, η οδοντιατρική και η υγεία των ματιών και των αυτιών παραμένουν εκτός κάλυψης, και έτσι η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων αναγκάζεται να καταφύγει σε πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση.

Ένα σημαντικό στοιχείο για τα άτομα που παραμένουν χωρίς ασφαλιστική κάλυψη, είναι ο Νόμος EMTALA (Emergency Medical Treatment and Labort Act), ο οποίος υποχρεώνει τα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων να δέχονται όλα τα περιστατικά, ανεξάρτητα από την δυνατότητα πληρωμής. Η πληρωμή των δαπανών για τα περιστατικά αυτά γίνονται μέσω ομοσπονδιακών και πολιτειακών κυβερνητικών προγραμμάτων, που δεν είναι όμως αρκετά για την κάλυψη του συνολικού κόστους που συνεπάγεται η εφαρμογή του

νόμου EMTALA, ως εκ τούτου περισσότερο από το 50% αυτού του είδους της περίθαλψης δε χρηματοδοτείται ούτε προς τα δημόσια ούτε προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ένταση της χρηματοοικονομικής πίεσης που δέχονται τα νοσοκομεία, με αποτέλεσμα νοσοκομειακές μονάδες να κλείνουν και ασθενείς να συνωστίζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι κατά τη δεκαετία 1993-2003 το πλήθος των επειγόντων περιστατικών αυξήθηκε κατά 26%, ενώ την ίδια περίοδο έκλεισαν 425 μονάδες επειγόντων περιστατικών.

Τα νοσοκομεία είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να παρέχουν κυρίως υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, ωστόσο στα περισσότερα νοσοκομεία λειτουργούν επίσης και εξωτερικά ιατρεία, και εξειδικευμένες κλινικές και ειδικές υπηρεσίες ανακούφισης ασθενών στα τελικά στάδια της ζωής τους, τα οποία χρηματοδοτούνται από φιλανθρωπίες ή εθνικούς πόρους. Παράλληλα, λειτουργούν κέντρα προγεννητικού ελέγχου και οικογενειακού προγραμματισμού, στα οποία εργοδοτούνται μόνο νοσηλευτικό προσωπικό και όχι γιατροί και χρηματοδοτούνται από το δημόσιο. Γενικά, η δομή του Συστήματος Υγείας των Η.Π.Α. αποτυπώνεται πιο κάτω (Σχήμα 4):

Σχήμα 4: Η οργάνωση του συστήματος υγείας των Η.Π.Α



Πηγή: Πολύζος, 2013.

3.4.3. Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι

Περισσότερο από 13% του εργατικού δυναμικού στις ΗΠΑ εργάζονταν στον τομέα της υγείας, με στοιχεία του έτους 2010 (The Center for Health Workforce Studies, 2012). Η απασχόληση γιατρών, ιατρικών βοηθών, νοσηλευτών, και όλων των τύπων επαγγελματιών υγείας έχει αυξηθεί από το 1990. Ιδιαίτερες αυξήσεις έχουν παρατηρηθεί στην απασχόληση ιατρικών βοηθών και θεραπευτών κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών και

μέτρια αύξηση στον αριθμό των νοσηλευτών. Αυτό μπορεί να υποδεικνύει την αύξηση της εξάρτησης των επαγγελματιών αυτών από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Από την άλλη πλευρά, η απασχόληση οδοντιάτρων, οπτομετρών και φαρμακοποιών έχει μειωθεί ελαφρά κατά την περίοδο αυτή. Σε σχέση με άλλες συγκρίσιμες χώρες, οι Η.Π.Α. βρίσκονται γύρω στον μέσο όρο αναφορικά με την απασχόληση γιατρών, αλλά σχεδόν στην κορυφή ως προς την απασχόληση νοσηλευτών. Η αδειοδότηση και πιστοποίηση των επαγγελματιών υγείας πραγματοποιούνται σε κρατικό επίπεδο, με αναγνώριση των αδειών στις περισσότερες πολιτείες, αλλά όχι σε όλες (Rice et al., 2013).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν οφέλη από την εσωτερική μετανάστευση επαγγελματιών υγείας από άλλες χώρες. Ωστόσο, παρατηρείται ανοσοκοοτανομή του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των εξειδικευμένων γιατρών σε σχέση με τον αριθμό των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι δυσανάλογος και υπάρχουν διαφορές ανάλογα επίσης με την γεωγραφική κατανομή. Για παράδειγμα, η αναλογία γιατρών ως προς τον πληθυσμό είναι μεγαλύτερη στην περιοχή Mid-Atlantic (Πενσυλβανία, Νέα Υόρκη, Νέα Υερσέη, Μέρυλαντ), και στις Βορειοανατολικές πολιτείες, παρά στις νότιες και στις ορεινές περιοχές στα δυτικά της χώρας, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές όπου παρατηρούνται οι μεγαλύτερες ελλείψεις σε γιατρούς (Rice et al., 2013).

Από τη δεκαετία του 1970 υπήρξε μια σημαντική αύξηση σε πρωτοβάθμιες εγκαταστάσεις, όπως ιατρικά και οδοντιατρικά ιατρεία, περιφερειακά χειρουργικά κέντρα και στέγες ηλικιωμένων και μείωση σε δευτεροβάθμια ιδρύματα, όπως νοσοκομεία. Μειώθηκε επίσης ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών, ο οποίος είναι από τους χαμηλότερους κατά κεφαλήν ανάμεσα στις χώρες υψηλού εισοδηματικού επιπέδου. Παρά την μείωση των κλινών, τα ποσοστά πληρότητας των νοσοκομείων παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα, κυρίως λόγω της δραματικής μείωσης στην διάρκεια της ενδονοσοκομειακής παραμονής των ασθενών. Στις Η.Π.Α. χρησιμοποιούνται σχετικά περισσότερες ιατρικές τεχνολογίες, όπως αξονικοί τομογράφοι και μαγνητικοί τομογράφοι, σε σχέση με άλλες χώρες, παράγοντας που μπορεί επίσης να συμβάλλει στην σχετικά χαμηλή μέση διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία (Rice et al., 2013).

3.4.4. Τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας

Τα ασφαλισμένα άτομα εισέρχονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός πρωτοβάθμιου γιατρού, αν και με κάποια είδη ασφάλισης (όπως ο Οργανισμός Προτιμώμενου Παρόχου – Preferred Provider Organization – PPO), τα άτομα μπορούν να μεταβούν απευθείας σε κάποιο εξειδικευμένο γιατρό. Τα ανασφάλιστα άτομα συχνά δεν

έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά αντί αυτού επισκέπτονται τα κοινοτικά κέντρα υγείας (τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για ομάδες πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα, ανασφάλιστους και μειονότητες) και τμήματα επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομεία για να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, γεγονός που αποτελεί εμπόδιο στη συνέχεια της φροντίδας. Το υψηλό κόστος το οποίο πρέπει να καταβάλουν οι ίδιοι οι ασθενείς, είναι αποτρεπτικός παράγοντας στο να αναζητήσουν υπηρεσίες από ειδικό ιατρό, χειρουργική ή ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, εκτός αν χρειάζονται επείγουσα περίθαλψη. Τα τμήματα επειγόντων περιστατικών στα νοσοκομεία που δέχονται πληρωμή από το πρόγραμμα Medicare (σχεδόν σε όλα τα νοσοκομεία στις Η.Π.Α.) υποχρεούνται από το νόμο EMTALA, όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο που αφορά στην οργάνωση του Συστήματος Υγείας των ΗΠΑ, να παρέχουν φροντίδα σε όποιον χρειάζεται επείγουσα θεραπεία μέχρι η κατάσταση υγείας του να σταθεροποιηθεί. Επίσης, σε μεγάλα φαρμακεία ή πολυκαταστήματα λειτουργούν μικρές κλινικές, στις οποίες συχνά αναζητούν υπηρεσίες άτομα με μικρά ιατρικά προβλήματα (Rice et al., 2013).

Ο αριθμός εξιτηρίων εσωτερικών ασθενών από νοσοκομεία επείγουσας νοσηλείας, καθώς και η διάρκεια παραμονής έχουν μειωθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες και πολλές υπηρεσίες υγείας, όπως χειρουργικές επεμβάσεις, πραγματοποιούνται σε ασθενείς ως περιστατικά εξωτερικών ιατρείων. Για παράδειγμα, το 2010 περισσότερες από τα τρία τέταρτα όλων των χειρουργικών επεμβάσεων είχαν πραγματοποιηθεί σε εγκαταστάσεις εξωτερικών ιατρείων.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας απέκλιναν επίσης από την ενδονοσοκομειακή προς στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, παράλληλα με την ταυτόχρονη ουσιαστική αύξηση της χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων και της μείωσης στην παροχή φυσικοθεραπείας και συμβουλευτικής ψυχικής υγείας. Η χρήση υπηρεσιών όπως η αποκατάσταση και η κατ' οίκον νοσηλεία έχει αυξηθεί κατά τα τελευταία χρόνια, εξ αιτίας της οικονομικής ανάγκης των νοσοκομείων για αποδέσμευση ασθενών που δεν χρειάζονται επείγουσα φροντίδα υγείας. Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται κυρίως μέσω ειδικών κέντρων, είτε στο σπίτι του ασθενούς είτε εντός νοσοκομείων, νοσηλευτικών κέντρων ή άλλων υγειονομικών εγκαταστάσεων. Η ανακουφιστική φροντίδα έχει αυξηθεί, εξ αιτίας της επέκτασης των ωφελημάτων από το πρόγραμμα Medicare το 1983. Οι ανεπίσημοι πάροχοι φροντίδας υγείας (συνήθως μέλη της οικογένειας) διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο Σύστημα Υγείας των Η.Π.Α., εφόσον 23% των πολιτών παρέχουν κάποιου είδους ανεπίσημη φροντίδα υγείας σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή φιλικό πρόσωπο.

Τα φαρμακευτικά προϊόντα χρησιμοποιούνται ευρύτατα στις Η.Π.Α., σε σύγκριση με άλλες βιομηχανικές χώρες και παράλληλα η ανάπτυξη της φαρμακευτικής βιομηχανίας έχει αυξηθεί σημαντικά. Η χρήση συμπληρωματικών και εναλλακτικών φαρμάκων, γνωστών ως Complementary and Alternative Medicine (CAM), αυξάνεται επίσης. Αν και οι γιατροί αρχικά αντιτάσσονταν στην χρήση των φαρμάκων αυτών, η στάση τους έχει τους έχει καμφθεί λόγω της μεγάλης ζήτησης και κάποιων επιστημονικών στοιχείων που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους. Για τις περισσότερες μορφές συμπληρωματικής και εναλλακτικής φαρμακευτικής αγωγής, ωστόσο, οι ασθενείς πληρώνουν το κόστος κατ' ιδίαν (Rice et al., 2013).

Οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής περιλαμβάνουν τις φυλετικές και εθνικιστικές μειονότητες, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, τους ανασφάλιστους, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, τους άστεγους, τις γυναίκες, τα παιδιά, τα άτομα με HIV / AIDS, τους ψυχικά ασθενείς, τους ηλικιωμένους, καθώς και εκείνους που ζουν σε αγροτικές περιοχές. Για την μείωση των ανισοτήτων στην παροχή φροντίδας υγείας για τους πληθυσμούς αυτούς, υπάρχουν ειδικά προγράμματα από ομοσπονδιακούς, πολιτειακούς και ιδιωτικούς φορείς. Ομάδες πληθυσμού που έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τους ιθαγενείς και τους κατοίκους της Αλάσκας, στρατιωτικό προσωπικό, βετεράνους πολέμων, καθώς και εκείνους που βρίσκονται σε διάφορα ιδρύματα, όπως για παράδειγμα οι φυλακισμένοι.

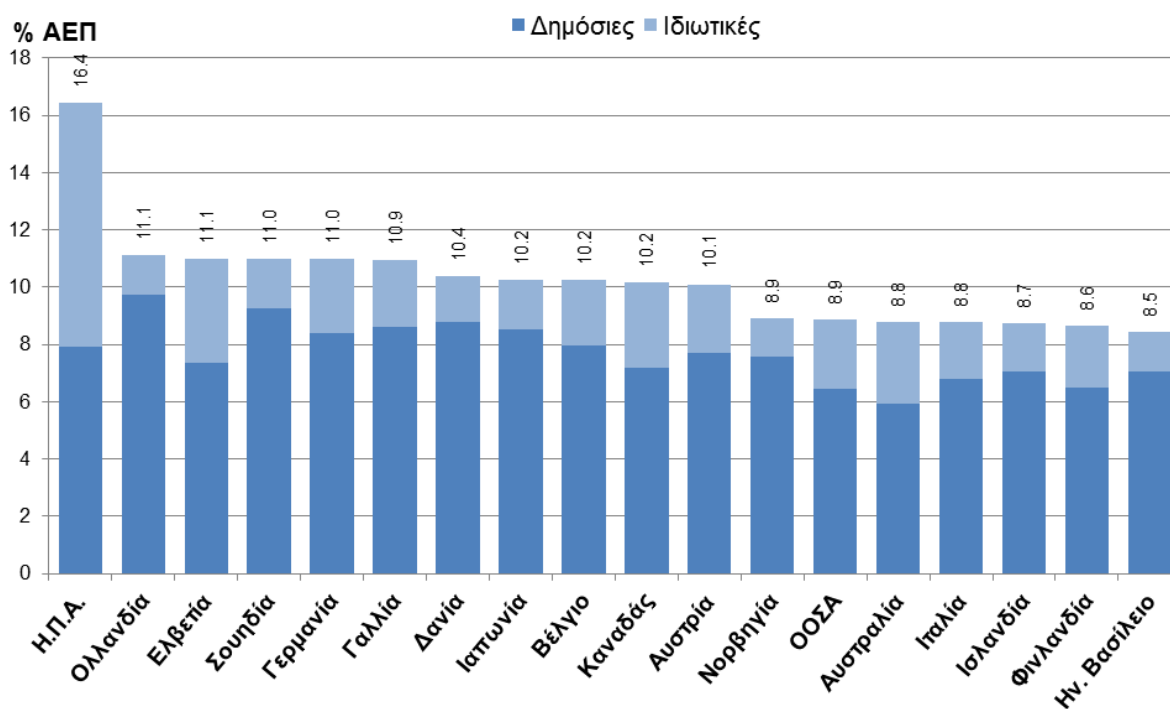
Στις Η.Π.Α. η δημόσια υγεία είναι αποκεντρωμένη, με τον κύριο πυρήνα δύναμης να βρίσκεται σε κρατικό επίπεδο. Οι δημόσιες δομές υγείας σε κρατικό επίπεδο διαφέρουν σημαντικά. Σε ορισμένες πολιτείες, οι λειτουργίες της δημόσιας υγείας είναι πιο αποκεντρωμένες (σε κρατικό επίπεδο). Σε ομοσπονδιακό επίπεδο η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας των Η.Π.Α. συγκεντρώνει οκτώ ομοσπονδιακές υπηρεσίες δημόσιας υγείας (μεταξύ των οποίων τα Κέντρα Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων – CDC, η Υπηρεσία τροφίμων και φαρμάκων the Food and Drug Administration και τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας - National Institutes of Health).

Οι Ομοσπονδιακές, πολιτειακές και τοπικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας έχουν αρχίσει ήδη να υποχρηματοδοτούνται, γεγονός που επιφέρει άμεσες ανησυχίες για το Σύστημα Υγείας. Για παράδειγμα, καθώς αυξάνεται η ανησυχία για τρομοκρατικές επιθέσεις στις Η.Π.Α., μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης υγείας έχει αποκοπεί και μεταφερθεί σε χρηματοδότηση για προγράμματα ετοιμότητας ενάντια στην τρομοκρατία, αφήνοντας κενά στην δημόσια υγεία (Rice et al., 2013).

3.4.5. Χρηματοδότηση

Στις Η.Π.Α. παρατηρούνται οι μεγαλύτερες ετήσιες κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, καθώς επίσης και τα υψηλότερα επίπεδα δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (16,4% το έτος 2013) παγκοσμίως (World Bank, 2015). Από αυτή τη δαπάνη ένα μέρος καλύπτεται από το δημόσιο και έτσι οι Η.Π.Α. παρουσιάζουν την τέταρτη παγκοσμίως υψηλότερη κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας (3.426 δολάρια το 2010), μετά το Μονακό, το Λουξεμβούργο και τη Νορβηγία. Τα προσωπικά χρέη που σχετίζονται με ιατρικές δαπάνες είχαν σαν αποτέλεσμα την πτώχευση πολλών νοικοκυριών. Έτσι, το 2001 το 46,2% όλων των πτωχεύσεων είχαν ως αιτία την ανάγκη για ιατρικές δαπάνες ενώ το 2007 το 62,1% των αιτούντων προστασία λόγω πτώχευσης επικαλέστηκαν ως αιτία τις υψηλές ιατρικές δαπάνες (WHO, 2011). Το 2013, η συνολική δαπάνη υγείας στις Η.Π.Α. ανήλθε στο 16,4% του ΑΕΠ (Διάγραμμα 12) και ήταν και πάλι η υψηλότερη στον κόσμο (OECD, 2015).

Διάγραμμα 12: Δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2013.



Πηγή: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

Σύμφωνα με τις επίσημες εκτιμήσεις το κόστος υγείας συνεχίζει να αυξάνεται και αναμένεται ότι θα φτάσει στη μέγιστη τιμή του μέχρι το 2017, οπότε θα βρίσκεται στο 19,5% του ΑΕΠ. Το 31% των δαπανών υγείας αφορά σε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, το 21% δαπανείται για ιατρικές και κλινικές ιδιωτικές υπηρεσίες, το 10% για φαρμακευτικά προϊόντα, 4% για οδοντιατρικές υπηρεσίες, το 6% για μαιευτικές υπηρεσίες, 3% για υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, 3% για παραϊατρικά προϊόντα, 3% για δημόσιες υπηρεσίες πρόληψης, 7% για διοικητικές υπηρεσίες, 7% για επενδύσεις και το υπόλοιπο 6% για παραϊατρικές υπηρεσίες, όπως φυσικοθεραπείες, οπτικούς, κ.λπ. (KaiserEDU.org, 2009). Οι πίνακες 5 και 6 παρουσιάζουν λεπτομερώς την κατανομή των δαπανών υγείας, κατά πηγή χρηματοδότησης και κατά κατηγορία. Επιπλέον το Σχήμα 5 αποτυπώνει τις χρηματοδοτικές ροές μέσα στο σύστημα.

Πίνακας 5: Διάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης της υγείας στις Η.Π.Α.

Πηγή	Ποσοστό
Medicaair	22,2%
Medicaid	8,3%
Ιδιωτικός Ασφαλιστικός Τομέας	46%
Χρήματα από την τσέπη	9,6%
Άλλες πηγές	13,4%

Πηγή: Πολύζος, 2013.

Το 2009, οι δαπάνες της ομοσπονδιακής κυβέρνησης, των πολιτειακών και τοπικών κυβερνήσεων και των ιδιωτών, ανήλθαν 2,5 τρισεκατομμύρια δολάρια ή 8.047 δολάρια κατά κεφαλήν για υγειονομική περίθαλψη. Στις Η.Π.Α. οι ασφαλιστικές δαπάνες αυξάνονται ταχύτερα από ότι τα εισοδήματα και ο πληθωρισμός. Περίπου το μισό από το σύνολο της αύξησης στη δαπάνη υγείας κατά τις προηγούμενες δεκαετίες συνδέεται με αλλαγές στην ιατρική περίθαλψη που κατέστησαν δυνατές λόγω της τεχνολογικής προόδου. Το υπόλοιπο ποσοστό της αύξησης οφείλεται στην αύξηση του γενικού επιπέδου εισοδημάτων, τις

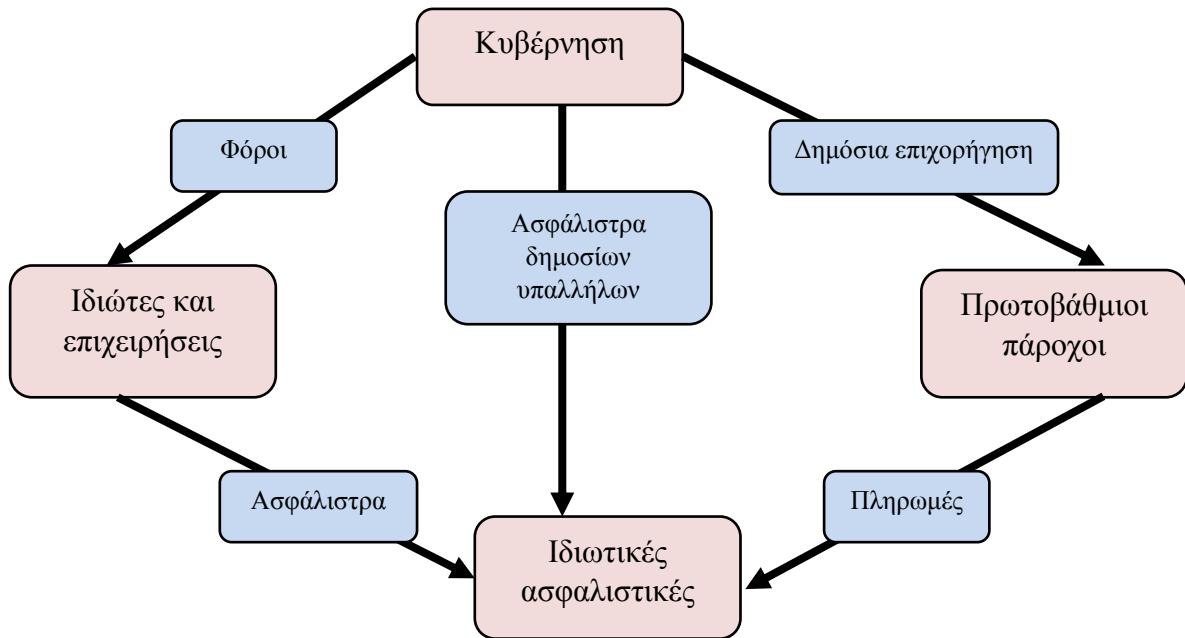
αλλαγές στην ασφαλιστική κάλυψη και τη γενική αύξηση των τιμών. Το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης χρησιμοποιείται για τα νοσοκομεία και τους γιατρούς, ενώ το 10% διοχετεύεται στην συνταγογράφηση φαρμάκων, η χρήση των οποίων αυξήθηκε ιδιαίτερα μεταξύ αυτών που διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.

Πίνακας 6: Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία στις Η.Π.Α

Κατηγορία	Ποσοστό
Νοσοκομειακή Περίθαλψη	36,3%
Ιατροί και κλινικές	27,4%
Φάρμακα και ιατρικά αναλώσιμα	14,0%
Μαιευτική	6,6%
Οδοντιατρική	4,9%
Κατ' οίκον νοσηλεία	3,3%
Ιατρικός Εξοπλισμός	1,7%
Άλλα	5,9%

Πηγή: Πολύζος, 2013.

Σχήμα 5: Ροές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας των Η.Π.Α



Πηγή: Πολύζος, 2013.

Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει το 9% του πληθυσμού αλλά απορροφά το 35% των συνολικών δαπανών υγείας στις Η.Π.Α., γεγονός που φέρνει τη χώρα στην πρώτη θέση παγκοσμίως με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες, αφού μόνον στον Καναδά και τη Γαλλία η ιδιωτική ασφάλιση απορροφά περισσότερο από το 10% των συνολικών δαπανών. Οι περισσότεροι Αμερικανοί εργαζόμενοι κάτω των 65 ετών (59,3%) ασφαλιζονται από τον εργοδότη τους, είτε αυτός προέρχεται από το δημόσιο είτε τον ιδιωτικό τομέα, στο πλαίσιο ομαδικών προγραμμάτων ασφάλισης. Το ποσοστό αυτού του είδους ασφάλισης μειώνεται διαχρονικά, το κόστος όμως αυξάνεται ραγδαία: μεταξύ του 2001 και του 2007 οι μισθοί αυξήθηκαν κατά 19%, ο πληθωρισμός κατά 17%, ενώ τα οικογενειακά ασφάλιστρα κατά 78%. Οι ασφαλισμένοι εργαζόμενοι επίσης συμμετέχουν στο κόστος κάλυψης και καλύπτουν το 16% των ατομικών και το 28% των οικογενειακών ασφαλίσεων. Στα ποσοστά αυτά δε συμπεριλαμβάνονται τα ποσοστά συμμετοχής (deductibles and co-payments) σε περίπτωση λήψης των υπηρεσιών. Η δημόσια δαπάνη ανέρχεται μεταξύ του 45% και 56% των συνολικών δαπανών υγείας των Η.Π.Α. Τα κυβερνητικά ασφαλιστικά προγράμματα έχουν

83 εκατ. άμεσα ασφαλισμένους (27,8% του πληθυσμού) στους οποίους συμπεριλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι, οι ανάπηροι, τα παιδιά, οι βετεράνοι και ορισμένοι φτωχοί. Σε ομοσπονδιακό επίπεδο εξασφαλίζεται δημόσια πρόσβαση σε όλα τα επείγοντα περιστατικά, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα πληρωμής μέσω του EMTALA που θεσμοθετήθηκε χωρίς στήριξη από τον προϋπολογισμό. Τα ασφάλιστρα που πληρώνονται από τους εργοδότες όπως και αυτά που πληρώνονται από τους εργαζόμενους απαλλάσσονται από τη φορολογία, γεγονός που επιφέρει σημαντικές μειώσεις στα φορολογικά έσοδα και προκαλεί παραμορφώσεις στην ασφαλιστική αγορά. Το ετήσιο ύψος της απώλειας φορολογικών εσόδων ανέρχεται σε 150 δις δολάρια. Επιπλέον, προκαλείται άνιση μεταχείριση, καθώς όσοι ασφαλιζονται στην ελεύθερη αγορά πληρώνουν με χρήματα τα οποία έχουν ήδη φορολογηθεί. Από την άλλη μεριά, οι φορολογικές ελαφρύνσεις είναι σημαντικό κίνητρο για την παροχή προγραμμάτων ασφάλισης, η οποία λόγω των φορολογικών ελαφρύνσεων έχει επίσης συμμετοχή στην αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας. Η κυβέρνηση παρέχει ακόμη τη δυνατότητα δημιουργίας αφορολόγητων αποθεματικών λογαριασμών υγείας (Health Savings Accounts, HSA). Το μέτρο αυτό θεωρείται αναποτελεσματικό γιατί αφορά τους πολίτες που είναι πιο εύποροι, οι οποίοι τεκμηριωμένα είναι σε καλύτερη κατάσταση υγείας, ενώ την ίδια στιγμή η φορολογική ελάφρυνση καθιστά το κόστος των υπηρεσιών υγείας χαμηλότερο για αυτούς, παρά για τους φτωχότερους.

Τα τελευταία χρόνια το πλήθος των γιατρών που συμβάλλονται με το Medicaid μειώνεται εξαιτίας του σχετικά υψηλού διοικητικού κόστους και των χαμηλών αμοιβών. Το 1997 η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση θέσπισε το State Children's Health Insurance Programme, που με την συνεργασία της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των Πολιτειών ασφαλιζονται παιδιά οικογενειών που το εισόδημά τους είναι πολύ υψηλό για να εγγραφούν στο Medicaid αλλά πολύ χαμηλό για ιδιωτική ασφάλιση. Ήδη από το 2006 που το πρόγραμμα κάλυπτε 6,6 εκατ. παιδιά διαπιστώθηκε αδυναμία χρηματοδότησης σε αρκετές Πολιτείες (U.S. Department of Health & Human Service, 2012). Η αδυναμία αυτή, όπως και άλλες παρόμοιες σηματοδοτούν την έναρξη μιας μακράς περιόδου μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας των Η.Π.Α. στο πλαίσιο των οποίων εξετάζεται και ο τρόπος χρηματοδότησής του. Στους στόχους συμπεριλαμβάνονται αλλαγές που σχετίζονται με τη θέσπιση χρηματικών κινήτρων για την επίτευξη στόχων, την αντικατάσταση των ανεπαρκών μηχανισμών χρηματοδότησης με άλλους περισσότερο σταθερούς και την αύξηση των ομοσπονδιακών χορηγήσεων. Οι αλλαγές αυτές είναι πιθανόν να επιφέρουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο σύνολο του συστήματος υγείας και να επηρεάσουν τους ασθενείς, τους εργοδότες και τους εργαζόμενους στο σύστημα. Η μεταρρύθμιση του συστήματος βρίσκει απέναντί της σοβαρές αντιδράσεις

από τις ασφαλιστικές εταιρείες και τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας, οι οποίοι διαθέτουν τόσο αποτελεσματικό lobbying, ώστε η ιδέα ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης της υγείας να απορριφθεί οριστικά, παρά το γεγονός ότι το 76% των πολιτών θεωρούν πολύ ή εξαιρετικά σημαντικό να έχουν τη δυνατότητα επιλογής τόσο ενός δημόσιου συστήματος όσο και ενός συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Οι υποστηρικτές ενός ενιαίου φορέα χρησιμοποιούν σαν επιχειρήματα τη μεγαλύτερη αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας σε άλλες χώρες. Η επίτευξη μακροοικονομικών στόχων είναι σημαντική αλλά αυτή δε μπορεί να συμβεί χωρίς συγκεκριμένες πολιτικές και μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας. Το πρόβλημα είναι ότι θα πρέπει να βρεθούν χρηματοδοτικές λύσεις που αφενός θα εξασφαλίζουν τη διατήρηση των επιδομάτων υγείας σε υψηλό επίπεδο και αφετέρου θα μειώνουν το ρυθμό της αύξησης των δαπανών υγείας. Η αύξηση των δαπανών υγείας έχει ήδη επιφέρει σημαντική επιβράδυνση στην οικονομία και την αύξηση των μισθών.

Η επίλυση των προβλημάτων θα μπορούσε να γίνει μέσα από μια προσέγγιση βαθμιαίων και διαδοχικών αλλαγών. Οι αλλαγές αυτές θα χρηματοδοτούνταν μέσα από τα υπάρχοντα σχήματα κάτι που σημαίνει ότι το σύστημα ασφάλισης που βασίζεται στις εργοδοτικές εισφορές θα παρέμενε σε ισχύ. Στην αντίθετη περίπτωση, η μεταρρύθμιση της υγείας θεωρείται ως μια μοναδική ευκαιρία για αλλαγές μεγάλης κλίμακας. Στην περίπτωση αυτή τα υπάρχοντα χρηματοδοτικά σχήματα θα πρέπει να αντικατασταθούν από νέα στα οποία τα έσοδα από την γενική φορολογία θα έχουν αυξημένο ρόλο. Το ποσοστό του πληθυσμού των Η.Π.Α. που καλύπτεται από δημόσιες παροχές υγείας είναι από τα μικρότερα στο δυτικό κόσμο. Για το λόγο αυτόν, η φορολόγηση εισοδήματος και τα έσοδα από τον φόρο προστιθέμενης αξίας δεν επηρεάζουν σημαντικά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Παρόλα αυτά, η δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση είναι σε ορισμένες περιπτώσεις αλληλένδετες. Για παράδειγμα, η παροχή φορολογικών ελαφρύνσεων για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει θετική επίδραση στη μεγέθυνση της ιδιωτικής ασφάλισης.

Όπως και στον δευτεροβάθμιο, έτσι και στον πρωτοβάθμιο τομέα της υγείας, εφαρμόζονται τακτικές για την μείωση του κόστους και την αύξηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αλλά και για την διασφάλιση της διατήρησης ενεργού ανταγωνισμού μεταξύ των διαφορετικών παρόχων υγείας, προς όφελος του τελικού χρήστη. Η χρηματοδότηση του προγράμματος Medicaid προέρχεται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τις Πολιτείες. Οι Πολιτείες πληρώνονται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση με ένα συγκεκριμένο ποσοστό των δαπανών ενός προγράμματος, που ονομάζεται Federal Medical Assistance Percentage (FMAP). Το ποσοστό αυτό βασίζεται σε κριτήρια, όπως το κατά κεφαλή εισόδημα, ως εκ τούτου διαφέρει μεταξύ των Πολιτειών. Τα

ποσά που πληρώνονται ως FMAP δημοσιεύονται επίσημα στον κρατικό προϋπολογισμό και αναπροσαρμόζονται για κάθε πολιτεία με βάση την οικονομική δραστηριότητα κάθε τρία έτη.

Οι δείκτες πληρωμής των παρόχων Medicaid θεσπίζονται από την εκάστοτε Πολιτεία, με δύο διαφορετικούς τρόπους: Τον Fee-for-Service και τον Managed Care Arrangement. Στην πρώτη περίπτωση, οι προσφερόμενες υπηρεσίες πληρώνονται απευθείας από τις Πολιτείες, με βάση το κόστος της κάθε υπηρεσίας και τις τιμές της αγοράς, λαμβάνοντας υπόψη το ποσό που πληρώνει το Medicare για ανάλογες υπηρεσίες. Η κάθε ιατρική υπηρεσία αντιμετωπίζεται και πληρώνεται ξεχωριστά, παρέχοντας όμως με τον τρόπο αυτό κίνητρο στους γιατρούς να προβαίνουν σε περισσότερες εξετάσεις και να εφαρμόζουν περισσότερες θεραπείες, λόγω του ότι η αμοιβή συνδέεται με την ποσότητα. Παράλληλα, οι ασθενείς, εφόσον δεν συμμετέχουν στο κόστος, τείνουν να αναζητούν και οι ίδιοι περισσότερες θεραπείες, έστω και αν δεν τις χρειάζονται στην πραγματικότητα. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται το κόστος και μειώνεται η αποδοτικότητα.

Στην δεύτερη περίπτωση, συνάπτονται συμβόλαια από τις Πολιτείες με Οργανισμούς δικτύων παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι πληρώνονται με σταθερές μηνιαίες τιμές, ανεξάρτητα από την χρήση ή όχι υπηρεσιών από τον ασφαλιζόμενο. Η διαμόρφωση της τιμής γίνεται με βάση τη μέση αναμενόμενη χρήση κάθε ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, φυλή κλπ), καθώς και ιατρικό ιστορικό. Η αναπροσαρμογή της τιμής γίνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα, με βάση συγκεκριμένους δείκτες τάσης (π.χ. ο Medicare Economic Index ή ο Medicaid – Specific Trend Factor), οι οποίοι σχετίζονται με ένα δείκτη προσαρμογής στον πληθωρισμό, που ορίζεται από την κάθε Πολιτεία. Ο τρόπος αυτός συμβάλλει στην αποφυγή περιττών εξετάσεων και θεραπειών, εφόσον δεν παρέχεται επιπλέον αμοιβή για αυτές. Για τον καθορισμό ή την αλλαγή του τρόπου πληρωμής των παρόχων Medicaid, καταρτίζεται ένα πολιτειακό πλάνο τροποποίησης από τις Πολιτείες (State Plan Amendment) και οι πάροχοι ειδοποιούνται για τις προτεινόμενες αλλαγές μετά από έλεγχο της συμβατότητας τους με τον νόμο για την κοινωνική ασφάλιση. Εξετάζεται επίσης η αποδοτικότητα των πληρωμών, η ορθολογική διαχείριση των πόρων και η ποιότητα των υπηρεσιών και η επάρκειά τους ώστε να υπάρχει αποδοχή από τους παρόχους και να εξασφαλίζεται η πρόσβαση στον πληθυσμό ολόκληρης της γεωγραφικής περιοχής.

Όσον αφορά τους ανασφάλιστους, το κόστος περίθαλψης τους προσφέρεται συχνά από φιλανθρωπία από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και ακολούθως επιβαρύνει τον ασφαλισμένο πληθυσμό υπό τη μορφή υψηλών ασφαλιστρών για την υγεία ή τους

φορολογούμενους με τη μορφή υψηλότερης φορολόγησης. Υπάρχει επίσης το Ομοσπονδιακό Πρόγραμμα Αναπλήρωσης (Federal Matching Plan Programme), μέσω του οποίου αποζημιώνονται τα υπόλοιπα νοσοκομεία και πάροχοι υπηρεσιών υγείας για την παροχή άλλων απλήρωτων υπηρεσιών. Η ρύθμιση της αποζημίωσης για τις δαπάνες αυτές θεσπίζεται από κάθε πολιτεία μέσω νομοθεσίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά από την βιβλιογραφική ανασκόπηση των αντιπροσωπευτικότερων Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α., προκύπτουν ορισμένες διαπιστώσεις αναφορικά με την εξέλιξή τους σε παγκόσμιο επίπεδο. Κατ' αρχήν, παρατηρείται ότι σταδιακά εγκαταλείπεται η αυστηρή προσκόλληση στα παραδοσιακά μοντέλα, με την έννοια ότι σε όλες τις υπό μελέτη χώρες αναπτύσσονται μικτά συστήματα. Είναι γεγονός ότι κατά τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα στις Ευρωπαϊκές χώρες τα Συστήματα Υγείας τείνουν να αναπτύσσουν μικτές μορφές οργάνωσης. Παρατηρείται συνύπαρξη του δημόσιου τομέα, είτε ως Εθνικό Σύστημα Υγείας, είτε ως Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, με τον ιδιωτικό τομέα, ενώ παράλληλα αυξάνονται ολοένα και περισσότερο οι ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες υγείας. Ακόμα και στην Μεγάλη Βρετανία, μια χώρα με ανεπτυγμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας, αναπτύσσεται ο ιδιωτικός τομέας. Διαπιστώνεται επίσης ότι στην Γερμανία, στο Σύστημα Υγείας που βασίζεται στο μοντέλο Bismark, μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται και από τη γενική φορολογία.

Ειδικότερα, για το Σύστημα Υγείας της κάθε υπό μελέτη χώρας, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

1. Γερμανία

Σύμφωνα με τις διεθνείς συγκρίσεις, το Γερμανικό Σύστημα Υγείας διαθέτει έναν από τους πιο ολοκληρωμένους καταλόγους ωφελημάτων και κατέχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως. Επιπλέον, οι υπηρεσίες σχετίζονται με συγκριτικά χαμηλό κόστος επιμερισμού. Ακόμη, καθώς οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας στην Γερμανία βρίσκονται στην ανώτερη μεσαία σειρά, το Γερμανικό Σύστημα Υγείας διακρίνεται από σχετικά υψηλό επίπεδο αποδοτικότητας, σύμφωνα με μια σύγκριση του κόστους με τους διαθέσιμους πόρους και τα ωφελήματα που παρέχονται.

Οι κατά κεφαλή δαπάνες είναι υψηλές, όμως η αύξηση των δαπανών είναι μέτρια, παρά το αναπτυσσόμενο εύρος των υπηρεσιών που παρέχονται, τόσο στις νοσοκομειακές μονάδες, όσο και στις υπηρεσίες υγείας εκτός νοσοκομείων, γεγονός που καταδεικνύει την αποδοτικότητα του συστήματος. Επιπρόσθετα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι ικανοποιητική, όπως φαίνεται από τις μειωμένες λίστες αναμονής και το σχετικά υψηλό επίπεδο ικανοποίησης του πληθυσμού με τα ωράρια φροντίδας. Ο λόγος είναι η σχετικά υψηλή ικανότητα παροχής υπηρεσιών στις αστικές περιοχές.

Ωστόσο, στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας υπάρχουν τομείς που χρειάζονται βελτίωση, αν συγκριθούν με τους αντίστοιχους άλλων χωρών. Αυτό καταδεικνύεται από τα σχετικά χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης με το Σύστημα Υγείας γενικά. Οι πολίτες αντιλαμβάνονται την ανάγκη για μεγάλες μεταρρυθμίσεις πιο συχνά από ότι σε πολλές άλλες χώρες. Ένα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει αν τα αποτελέσματα των ατομικών παθήσεων αναλυθούν, είναι η ποιότητα της φροντίδας. Παρά τις συχνές και σημαντικές μεταρρυθμίσεις που γίνονται, η Γερμανία σπάνια κατατάσσεται ανάμεσα στις 15 καλύτερες χώρες όσον αφορά την ποιότητα φροντίδας, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, αλλά συχνά γύρω στο μέσο όρο, και μερικές φορές ακόμη και πιο κάτω (Busse & Blümel, 2014).

Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να δοθεί περισσότερη έμφαση στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αν και γίνονται ήδη πολλά για την μέτρηση και την διασφάλιση της ποιότητας, τα οποία, για παράδειγμα, φαίνονται από τους δείκτες ποιότητας στον τομέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας, δεν έχει παρατηρηθεί ουσιαστική βελτίωση γενικά. Η βελτίωση της ποιότητας πιθανό να παρεμποδίζεται επίσης και από την σημαντική αύξηση του αριθμού των περιστατικών σε ορισμένες περιοχές, γεγονός που δημιουργεί την υποψία ότι πιθανό να μην είναι ικανοποιητική η παροχή υπηρεσιών και ως εκ τούτου να υπάρχει έλλειψη συμβολής στην βελτίωση των αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα με την δημοσίως συζητούμενη διαφύλαξη της φροντίδας υγείας στις αγροτικές περιοχές, η πλεονάζουσα παραγωγική ικανότητα που είναι εμφανής από τις διεθνείς συγκρίσεις θα πρέπει να τύχει αυξημένης σημασίας.

Τέλος, ο διαχωρισμός σε υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και ιδιωτική ασφάλιση υγείας παραμένει μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για το Γερμανικό Σύστημα Υγείας, καθώς οι διαφορές στην χρηματοδότηση, στην πρόσβαση και στην κατανομή των υπηρεσιών οδηγούν σε ανισότητες. Τα μέτρα μεταρρύθμισης στην χρηματοδότηση που προέρχεται από τη φορολογία θα αποτελέσουν το πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση υγιούς ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών συστημάτων και, τελικά, προς όφελος της διατήρησης ενός υγιούς και βιώσιμου συστήματος υγείας, για όλο τον πληθυσμό, που θα βασίζεται στην αλληλεγγύη.

2. Μεγάλη Βρετανία

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) στηρίζεται στην κρατική παρέμβαση και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες υγείας για το σύνολο του πληθυσμού. Οι κυριότεροι στόχοι του Συστήματος είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ισότητα και για την επίτευξή τους χρειάστηκαν αρκετές

μεταρρυθμιστικές δραστηριότητες, που άρχισαν κατά τη δεκαετία του 1940 με την έκθεση Beveridge. Οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις έχουν καταφέρει να μειώσουν δραστικά τη θνησιμότητα στη χώρα, όμως ένα από τα μεγαλύτερα δημογραφικά προβλήματα που προέκυψαν μέσα από αυτό, είναι η γήρανση του πληθυσμού. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, σε συνδυασμό με την μείωση της γονιμότητας διαταράσσει την ισορροπία μεταξύ ηλικιωμένου και νέου πληθυσμού.

Αναφορικά με τις εισροές του συστήματος, παρατηρείται μια διαρκής αύξηση του αριθμού ιατρών και νοσηλευτών, ενώ ταυτόχρονα ο αριθμός των κλινών μειώνεται, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα φαινόμενο «πληθωρισμού» επαγγελματιών υγείας και η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας για το σύνολο του πληθυσμού να μειώνεται.

Όπως προαναφέρθηκε, η χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας στην Μεγάλη Βρετανία προέρχεται κατά βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι ότι, σε σύγκριση με τα Συστήματα Υγείας άλλων χωρών, επιτυγχάνει την συγκράτηση των δαπανών υγείας σε χαμηλά επίπεδα, ενώ η ποιότητα και ποσότητα των υπηρεσιών υγείας παραμένουν σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Ωστόσο, διαπιστώνεται ότι ο ιδιωτικός τομέας επεκτείνεται με ρυθμό πιο γρήγορο από ότι επεκτείνεται ο δημόσιος τομέας. Επιπρόσθετα, επειδή η εισοδηματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας στην Μεγάλη Βρετανία είναι μεγαλύτερη της μονάδας, θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η υγεία στην χώρα αυτή θεωρείται «αγαθό πολυτελείας» (Υφαντόπουλος, Πολυγένη & Τακουμάκης, 2005).

Τα κυριότερα προβλήματα του Βρετανικού Συστήματος Υγείας είναι η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες, εφόσον παρατηρούνται λίστες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, στις νοσοκομειακές εισαγωγές και στις χειρουργικές επεμβάσεις (Harrison et al., 1997).

3. Γαλλία

Ο τομέας της υγείας απορροφά ένα μεγάλο ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας, σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό άλλων χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, ωστόσο οι κατά κεφαλή δαπάνες είναι κάπως πιο χαμηλές. Σύμφωνα με την Steffen (2016), η διαφορά αυτή αντικατοπτρίζει την αδυναμία της οικονομίας. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας έχουν προκαλέσει ένα χρόνιο έλλειμμα στα ασφαλιστικά ταμεία δημόσιας υγείας, τα οποία βασίζονται στην συμβολή των εργαζομένων και εργοδοτών και σε φόρους. Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν συγκεντρώσει αρκετά χρέη, έχοντας προβεί σε μεγάλες

επενδύσεις σε βελτιώσεις που απαιτούνται από την κυβέρνηση, αλλά όμως χρηματοδοτούνται μόνο κατά ένα μέρος από το δημόσιο. Τα νοσοκομεία επίσης είχαν ενθαρρυνθεί να συνάψουν τραπεζικά δάνεια, τα οποία τώρα αγωνίζονται να εξυπηρετήσουν, λόγω του ότι τα ποσοστά αποζημίωσής τους έχουν ελαττωθεί σε μια προσπάθεια να περιορίσουν τις ασφαλιστικές δαπάνες.

Η εξεύρεση μιας διεξόδου για την οικονομική αυτή παγίδα, θα απαιτούσε μια οικονομία καλύτερης απόδοσης, ή δομικές αλλαγές στον τρόπο συγκέντρωσης και κατανομής των οικονομικών πόρων που αφιερώνονται στον τομέα της υγείας – αλλαγές που καμία κυβέρνηση μέχρι σήμερα δεν έχει τολμήσει. Οι Γάλλοι πολίτες υπερασπίζονται το σύστημα, το οποίο αντιλαμβάνονται ως δημόσιο, παρά τις σημαντικές ιδιωτικές του διαστάσεις.

Αυτός ο συνδυασμός δημόσιου και ιδιωτικού δημιουργεί πολυπλοκότητα. Η φροντίδα παρέχεται από δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία και κερδοσκοπικά νοσοκομεία, καθώς επίσης και από ένα μεγάλο τομέα φροντίδας εξωτερικών ασθενών, που αποτελείται από ανεξάρτητους ιατρούς, εκ των οποίων 53% είναι γενικοί γιατροί (GPs) και 47% ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Υπάρχουν δύο διακεκριμένοι τομείς πολιτικής: Η κυβέρνηση θέτει τις τιμές πληρωμής για την νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ οι ανεξάρτητοι γιατροί διαπραγματεύονται συλλογικές συμβάσεις με τα κεφάλαια ασφάλισης υγείας. Η ασφάλιση υγείας, ωστόσο, δεν καλύπτει το πλήρες ποσό των δαπανών υγείας, εκτός από περιπτώσεις όπως εγκυμοσύνη, συγκεκριμένα σοβαρά ή χρόνια νοσήματα και για άπορους ασθενείς που έχουν δικαίωμα σε δωρεάν φροντίδα. Κατά μέσο όρο, η ασφάλεια καλύπτει δύο τρίτα των δαπανών και ένα πολύ μικρό ποσοστό των εξόδων για συσκευές όπως για παράδειγμα ακουστικά βαρηκοΐας, οπτικά είδη και άλλα βοηθήματα. Ως εκ τούτου, οι περισσότεροι πολίτες (περίπου 96%) συνάπτουν επίσης παράλληλα και κάποιο ιδιωτικό συμπληρωματικό σχέδιο ασφάλισης υγείας. Η ασφάλιση υγείας είναι δηλαδή ένα διπλό σύστημα, με ένα μέρος της να καλύπτεται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας και ένα άλλο από συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση.

Το θεσμικό πλαίσιο καθιστά δύσκολο τον συντονισμό στη φροντίδα υγείας. Οι ανεξάρτητοι γιατροί, που πληρώνονται από σύστημα βασικής αμοιβής υπηρεσιών, δεν έχουν αρκετά κίνητρα για να συμμετέχουν στον συντονισμό, στην ανταλλαγή δεδομένων και άλλα παρόμοια. Εξακολουθούν να πληρώνονται άμεσα από τους ασθενείς, οι οποίοι ακολούθως αποζημιώνονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Το 2015 έχει περάσει ένας νόμος, σύμφωνα με τον οποίο οι γιατροί δέχονται πληρωμές από τρίτους, όμως αυτός ο νόμος βρίσκεται σε αντίθεση με τους περισσότερους γιατρούς, κυρίως τους εξειδικευμένους ιδιώτες γιατρούς,

πολλοί από τους οποίους δικαιούνται να χρεώνουν περισσότερα από τα καθιερωμένα ποσά ασφάλισης (Steffen, 2016).

Επιπλέον, οι ανεξάρτητοι ιατροί μπορούν να εξασκήσουν το επάγγελμα τους χωρίς καμία υποχρέωση αναφορικά με τη γεωγραφική κατανομή, τα ωράρια εργασίας, ή την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Η ελλιπής αποζημίωση, η ανάγκη για αντικαταβολή των δικαιωμάτων τους και η άνιση κατανομή της φροντίδας εξωτερικών ασθενών είναι τα κυριότερα εμπόδια στην ισότητα πρόσβασης. Τα δημόσια νοσοκομεία είναι το καθολικό σημείο εισόδου, τόσο για τον μη εύπορο πληθυσμό, που χρησιμοποιεί υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης για να αποφύγει το οικονομικό κόστος των εξωτερικών ιατρείων, όσο και για περιπτώσεις όπου απαιτούνται υπηρεσίες υψηλής εξειδίκευσης και που δεν απαιτούν αιτήσεις γνωμοδότησης όταν προέρχονται από δημόσια νοσοκομεία. Τα περιφερειακά νοσοκομεία, που είναι προσβάσιμα κάτω από τις ίδιες συνθήκες όπως και τα δημόσια νοσοκομεία, απασχολούν τους κορυφαίους γιατρούς στην Γαλλία.

Κατά τα τελευταία 20 χρόνια, έχουν γίνει αρκετές μεταρρυθμίσεις και υιοθετήθηκαν προσεγγίσεις που εφαρμόζονται σε συστήματα υγείας άλλων χωρών, όπως η χρηματοδότηση με βάση τη δραστηριότητα στα νοσοκομεία, οι κατευθυντήριες οδηγίες για την βέλτιστη πρακτική, μείωση στον αριθμό των φοιτητών ιατρικής, η εισαγωγή των κατ' αποκοπή ποσοστών πληρωμής, αλλαγές στα ποσοστά αποζημίωσης για φάρμακα και η αφαίρεση των φαρμάκων από τον κατάλογο αποζημιούμενων θεραπειών. Λόγω του ότι οι γιατροί συνταγογραφούν ελεύθερα, τα φαρμακεία έχουν εξασφαλίσει το δικαίωμα και τα οικονομικά κίνητρα να αντικαθιστούν επώνυμα και ακριβά φάρμακα με γενόσημα φάρμακα.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο ήταν η καθιέρωση του ελέγχου στην πρόσβαση, το 2004. μέχρι τότε, οι ασθενείς μπορούσαν να αποτείνονται σε όσους γιατρούς και με όποιο τρόπο επιθυμούσαν, με άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς. Σήμερα, είναι απαραίτητο να παραπέμπονται από κάποιο γενικό γιατρό, αν και επιτρέπεται να αναζητήσουν απ' ευθείας εξειδικευμένη φροντίδα, όμως με μικρότερη αποζημίωση αν δεν έχουν παραπεμπτική αναφορά. Το 1997 θεσπίστηκε ένας περιορισμένος προϋπολογισμός για την υγεία που τελικά άρχισε να εφαρμόζεται το 2010. το σκεπτικό πίσω από τα μέτρα αυτά είναι η αυστηρότερη ρύθμιση της φροντίδας, το κόστος της οποίας καλύπτεται από την δημόσια ασφάλιση και η μεταφορά ορισμένων δαπανών στην ιδιωτική ασφάλιση.

Για την διασφάλιση καθολικής πρόσβασης και καλύτερου συντονισμού των πόρων για την υγεία, η συγκράτηση του κόστους συνοδεύτηκε από δύο σημαντικές θεσμικές καινοτομές. Αρχικά, το υγειονομικό ασφαλιστικό δίκτυο ανασχηματίστηκε κατά το έτος 2000. Το πρόγραμμα ιατρικής αρωγής για τους φτωχούς, σύμφωνα με το οποίο η

πρόσβαση και τα ωφελήματα ποικίλουν ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή, καταργήθηκε και αντικαταστάθηκε με την Εθνική Καθολική Ιατρική Κάλυψη (Universal Medical Coverage) (Steffen, 2015). Το σύστημα αυτό παρέχει δωρεάν εγγραφή στην υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση υγείας, αλλά και σε συμπληρωματικά σχέδια ασφάλισης, για όλους τους πολίτες με εισοδήματα που δεν υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο όριο και οι οποίοι λαμβάνουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Οι πολίτες με εισοδήματα περίπου 30% πάνω από το όριο έχουν δικαίωμα σε κουπόνια που τους επιτρέπουν να αγοράζουν ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας. Περίπου 11% του πληθυσμού ωφελούνται από τα πιο πάνω ασφαλιστικά σχέδια.

4. Η.Π.Α.

Δεν είναι εύκολη η εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων για το Σύστημα Υγείας των Η.Π.Α. και ειδικότερα για την αποδοτικότητά του. Από κάποια άποψη συγκαταλέγεται αναμφισβήτητα ανάμεσα στα καλύτερα Συστήματα Υγείας παγκοσμίως, ενώ από κάποια άλλη άποψη υπάρχουν ορισμένα πολύ σημαντικά μειονεκτήματα. Παρόλο που και οι 19 πλουσιότερες χώρες του ΟΟΣΑ (με βάση το ΑΕΠ) πληρώνουν σχεδόν τα μισά για το σύστημα υγείας, σε σχέση με τις Η.Π.Α., από το έτος 1970 σχεδόν όλες έχουν κερδίσει περίπου 6 χρόνια περισσότερα προσδοκώμενης ζωής σε σύγκριση με τις Η.Π.Α. (Πίνακας , Διάγραμμα , Διάγραμμα). Την ίδια στιγμή οι Η.Π.Α. συγκαταλέγονται ανάμεσα στις ελάχιστες χώρες που δεν εγγυώνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο του πληθυσμού. Μάλιστα, το 1990 μόνο οι Η.Π.Α., το Μεξικό και η Τουρκία δεν εξασφάλιζαν καθολική ή σχεδόν καθολική υγειονομική κάλυψη για τον πληθυσμό τους (OECD, 2004).

Ένας παράγοντας που κάνει το Σύστημα Υγείας των Η.Π.Α. να ξεχωρίζει από άλλα Συστήματα Υγείας είναι η περιορισμένη κυβερνητική ανάμειξη. Ιστορικά, έχει παρατηρηθεί μια σχετική αποστροφή ως προς τον κεντρικό σχεδιασμό, έλλειψη ελέγχου στην διάχυση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, απροθυμία εκμετάλλευσης της δυναμικής διαπραγματευτικής δύναμης που υφίσταται λόγω των μεγάλων κυβερνητικών ασφαλιστικών φορέων, έλλειψη συγκεντρωτισμού στις τιμές και απουσία εγγυημένης ασφαλιστικής κάλυψης.

Στις Η.Π.Α. επικρατεί, ωστόσο, η γενική αντίληψη ότι είναι αναγκαίο να γίνουν μεταρρυθμίσεις για τον έλεγχο των δαπανών. Οι απόψεις δίστανται στο κατά πόσο υφίσταται πρόβλημα ποιότητας, καθώς επίσης και ανάγκης για παροχή κάλυψης προς τους ανασφάλιστους. Παρά τις διαφωνίες αυτές και λόγω της υιοθέτησης του Νόμου για την οικονομικά προσιτή φροντίδα (Affordable Care Act), το 2010, οι Η.Π.Α. αντιμετωπίζουν μια

περίοδο εξαιρετικά μεγάλης ενδεχόμενης αλλαγής. Κατά πόσο ο Νόμος αυτός θα είναι πραγματικά αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που διευκρινίστηκαν πιο πάνω, μπορεί μόνο να αποδειχθεί μέσα από το πέρασμα του χρόνου.

Τέτοιες αλλαγές στην παροχή της φροντίδας υγείας χρειάζονται αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα για να εφαρμοσθούν. Ο νόμος για την οικονομικά προσιτή φροντίδα στοχεύει στην επίλυση μεγάλων προβλημάτων, όπως η γεωγραφική κατανομή στη χρήση των υπηρεσιών και η προδιάθεση προς τις εξειδικευμένες υπηρεσίες, παρά στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά αυτό προς το παρόν γίνεται μέσω μικρών προγραμμάτων και πιλοτικών μελετών. Οι μορφές αλλαγών που χρειάζονται στην παροχή της φροντίδας υγείας δεν είναι πιθανό να προκύψουν μέσα από τη νομοθεσία. Μάλλον, χρειάζονται καινοτομίες και υποστήριξη, τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, καθώς και οι δύο αυτοί τομείς έχουν να αντιμετωπίσουν την μείωση του κόστους, την αύξηση της ποιότητας και τα ζητήματα πρόσβασης.

Οι πολίτες των Η.Π.Α. έχουν να αντιμετωπίσουν μια ακόμα πιο σημαντική πρόκληση: την έλλειψη αποτελεσματικού διαλόγου και συναίνεσης στο πώς να επιτευχθεί βελτίωση στο Σύστημα Υγείας τους. Επικρατεί διαφωνία μεταξύ των κομμάτων – Δημοκρατικού και Ρεπουβλικανικού – αναφορικά με τις λύσεις στα σοβαρά ζητήματα που αντιμετωπίζει το Σύστημα Υγείας και, με μερικές εξαιρέσεις, διαφωνία επίσης ως προς τους τρόπους προσπάθειας για επίτευξη κοινής λύσης στα προβλήματα. Ένα τέτοιο κλίμα τείνει να οδηγεί σε στάση, επιβραδύνοντας την ικανότητα της χώρας να επιτυγχάνει περεταίρω καινοτομίες και βελτιώσεις στο Σύστημα Υγείας. Η επίλυση τέτοιων σοβαρών προβλημάτων χρηματοδότησης, διανομής και θέσπισης πολιτικών, εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό στην εξεύρεση κοινού εδάφους.

Συνοπτικά, τα κυριότερα συμπεράσματα μετά από την μελέτη των τεσσάρων αντιπροσωπευτικότερων συστημάτων υγείας, παρουσιάζονται στον Πίνακα 7:

Πίνακας 7: Κυριότερα συμπεράσματα μετά από την μελέτη των αντιπροσωπευτικότερων Συστημάτων Υγείας της Ευρώπης και των Η.Π.Α.

	Γερμανία	Ην. Βασίλειο	Γαλλία	Η.Π.Α.
Οργάνωση / Χαρακτηριστικά του ΣΥ	<ul style="list-style-type: none"> • Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck. • Κατανομή εξουσιών για λήψη αποφάσεων μεταξύ των ομοσπονδιακών επαρχιών, της κυβέρνησης και Οργανισμών κοινωνικής πολιτικής • Ρόλο στρατηγικής σημασίας στην οργάνωση έχει η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή. • Υψηλού επιπέδου φροντίδα υγείας σε όλο τον πληθυσμό. • Είναι το τρίτο ακριβότερο ΣΥ στον κόσμο. • Μεγάλη αποτελεσματικότητα (δείκτες υγείας από τους καλύτερους στην Ευρώπη). • 25^η θέση στη λίστα του ΠΟΥ 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημόσιο / Εθνικό Σύστημα Υγείας, τύπου Beveridge • Έντονη Κρατική Παρέμβαση • Καθολική και πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού • Ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας • 18^η θέση στη λίστα του ΠΟΥ 	<ul style="list-style-type: none"> • Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, με έντονο κυβερνητικό έλεγχο. • Ισορροπία μεταξύ της ελευθερίας επιλογής και των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης. • Ευθύνη για τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων έχουν από κοινού η Κεντρική Κυβέρνηση και οι Περιφερειακοί Υγειονομικοί Οργανισμοί. • 1^η θέση στη λίστα του ΠΟΥ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το ΣΥ των ΗΠΑ είναι το πλησιέστερο παράδειγμα φιλελεύθερου / ιδιωτικού μοντέλου. • Μεγάλη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, με ιδιαίτερα χαμηλή κυβερνητική συμμετοχή. • Αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας κατανέμονται μεταξύ των Ομοσπονδιακών και των Πολιτειακών Κυβερνήσεων. • Ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη για τους περισσότερους πολίτες. • Ύπαρξη κυβερνητικών προγραμμάτων ασφάλισης, τα κυριότερα εκ των οποίων είναι τα Medicare και Medicaid. • Στις ΗΠΑ παρατηρούνται οι μεγαλύτερες δαπάνες υγείας σε αναλογία πληθυσμού, από οποιαδήποτε άλλη χώρα. • Υψηλότερες τιμές για υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως. • Οι ΗΠΑ συγκαταλέγονται

				<p>ανάμεσα στις ελάχιστες χώρες που δεν εγγιώνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο του πληθυσμού.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 37^η θέση στη λίστα του ΠΟΥ.
<p>Τρόπος παροχής Υπηρεσιών Υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς όλων των ειδικοτήτων που αμείβονται κατά πράξη. • Θεσμικός διαχωρισμός μεταξύ υπηρεσιών δημόσιας υγείας, ΠΦΥ και νοσοκομειακής περίθαλψης. • Η εισαγωγή στα νοσοκομεία γίνεται ύστερα από παραπομπή από γενικό ή ειδικό γιατρό. • Ύπαρξη γραφείων δημόσιας υγείας σε όλη τη χώρα. • Οι κυριότερες δραστηριότητες δημόσιας υγείας είναι τακτικοί έλεγχοι ρουτίνας, προληπτικοί έλεγχοι για διάφορες μορφές καρκίνου, εμβολιασμοί. • Προγράμματα ελέγχου για καρδιαγγειακές παθήσεις, Σακχ. Διαβήτη και οδοντιατρική φροντίδα. • Οι υπηρεσίες επείγουσας και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας παρέχονται κυρίως από 	<ul style="list-style-type: none"> • Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών γιατρών, που καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας για το 97% του πληθυσμού. Οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση. Ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ παράλληλα διαχειρίζονται πόρους για την αγορά νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους, είτε μέσω των GP's fundholders, είτε μέσω των πρωτοβάθμιων ομάδων υγείας (primary health groups). • Το μεγαλύτερο μέρος της δευτεροβάθμιας φροντίδας παρέχεται από μισθωτούς ειδικευμένους ιατρούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπηρεσίες υγείας παρέχονται τόσο από τον δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. • Σημαντικό ρόλο στο συντονισμό της φροντίδας διαδραματίζουν οι γενικοί γιατροί, με το σύστημα gate-keeping. • Η ΠΦΥ παρέχεται ως ανοικτή φροντίδα από αυτοεργοδοτούμενους επαγγελματίες υγείας. • Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται τόσο ως ανοικτή φροντίδα, όσο και ενδονοσοκομειακά. • Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας παρέχεται από ειδικά ιδρύματα, καθώς και μέσω υπηρεσιών κατ' οίκου φροντίδας. • Παροχή υπηρεσιών για πολλές πτυχές της Δημόσιας Υγείας από εξειδικευμένες 	<ul style="list-style-type: none"> • Ύπαρξη πρωτοβάθμιων γιατρών, μέσω των οποίων εισέρχονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης τα ασφαλισμένα άτομα. • Λειτουργία κοινοτικών κέντρων υγείας για ομάδες πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα, ανασφάλιστους και μειονότητες. • Ειδικά προγράμματα από ομοσπονδιακούς, πολιτειακούς και ιδιωτικούς φορείς για την παροχή φροντίδας υγείας σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. • Ο νόμος EMTALA υποχρεώνει τα τμήματα επειγόντων περιστατικών να δέχονται όλα τα περιστατικά, ανεξάρτητα από την δυνατότητα πληρωμής. • Πολλές υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε εξωνοσοκομειακές

	<p>κερδοσκοπικούς ή μη κερδοσκοπικούς παρόχους.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ελεύθερη επιλογή γιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών, ψυχοθεραπευτών και υπηρεσιών επειγόντων περιστατικών, καλυπτόμενη από το ασφαλιστικό ταμείο κατόπιν παραπομπής από γενικό γιατρό. • 	<p>νοσοκομείων που ανήκουν στο κράτος.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας φροντίδας αφορούν πιο εξειδικευμένη περίθαλψη που επικεντρώνεται στις πιο πολύπλοκες περιπτώσεις και σε σπάνιες ασθένειες. 	<p>επιστημονικές οργανώσεις.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι δήμοι, με την υποστήριξη των Περιφερειακών Υγειονομικών Οργανισμών, έχουν την ευθύνη για την ύδρευση, ρύπανση του περιβάλλοντος, διαχείριση των αποβλήτων, περιβαλλοντική προστασία, υγιεινή των τροφίμων κλπ. 	<p>εγκαταστάσεις.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση της χρήσης υπηρεσιών αποκατάστασης, ανακουφιστικής φροντίδας και κατ' οίκου νοσηλείας κατά τα τελευταία χρόνια • Η Δημόσια Υγεία στις ΗΠΑ είναι αποκεντρωμένη και συμπεριλαμβάνει οκτώ ομοσπονδιακές υπηρεσίες δημόσιας υγείας, οι κυριότερες εκ των οποίων είναι τα CDC, η FDA και το NIH.
Υλικοί και ανθρώπινοι πόροι	<ul style="list-style-type: none"> • 11,2% της συνολικής απασχόλησης εργάζονται στον τομέα της υγείας. • Σταθερή αύξηση του αριθμού των γιατρών κατά τα τελευταία χρόνια. • Μεγάλος αριθμός αλλοδαπών επαγγελματιών υγείας. • Τα νοσοκομεία είναι κυρίως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί. • Σημαντική αύξηση των ιδιωτικών νοσοκομείων κατά τα τελευταία χρόνια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το ΕΣΥ είναι ο μεγαλύτερος εργοδότης στο Ην. Βασίλειο (1.57 εκατομμύρια εργαζόμενοι στο ΕΣΥ το 2014). • Το Ηνωμένο Βασίλειο συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης με τον χαμηλότερο αριθμό γιατρών, παρά την ταχεία αύξηση των αριθμών των γιατρών μεταξύ του 1997 και του 2010. • Πολλοί γιατροί του ΕΣΥ εργάζονται συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα. • Μείωση του αριθμού νοσοκομειακών κλινών και 	<ul style="list-style-type: none"> • 5.3% της συνολικής απασχόλησης εργάζονται στον τομέα υγείας. • Η πυκνότητα ιατρών και νοσηλευτών στην Γαλλία είναι κοντά στον αντίστοιχο Ευρωπαϊκό μέσο όρο. • Ίση κατανομή μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. • 3 τύποι Δημόσιων νοσοκομείων (περιφερειακά, γενικά και τοπικά) και 2 τύποι ιδιωτικών νοσοκομείων (κερδοσκοπικά και μη κερδοσκοπικά). • Μεγαλύτερη αναλογία 	<ul style="list-style-type: none"> • 13% της συνολικής απασχόλησης εργάζονται στον τομέα υγείας. • Αύξηση στην απασχόληση γιατρών και νοσηλευτών κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες με παράλληλη ελαφρά μείωση στην απασχόληση φαρμακοποιών και οδοντιάτρων. • Ύπαρξη δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων που προσφέρουν υπηρεσίες κυρίως ενδονοσοκομειακής φύσης. • Μεγάλος αριθμός πρωτοβάθμιων εγκαταστάσεων • Μεγάλος αριθμός ιατρικών

		της μέσης διάρκειας ενδονοσοκομειακής παραμονής, κατά τα τελευταία χρόνια.	κερδοσκοπικών νοσοκομείων σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες. <ul style="list-style-type: none"> • Αναλογία νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους: 6,9. • Αυξητική τάση στην ανάπτυξη πρωτοβάθμιων κέντρων περίθαλψης. • Ανεπτυγμένος τομέας υγειονομικής κοινωνικής φροντίδας (κατ' οίκον νοσηλείας) για ασθενείς που δεν χρίζουν οξείας φροντίδας. • Η Γαλλία είναι η τρίτη μεγαλύτερη αγορά φαρμάκων παγκοσμίως. 	τεχνολογιών (μαγνητικών και αξονικών τομογράφων). <ul style="list-style-type: none"> • Στις ΗΠΑ παρατηρείται ο χαμηλότερος αριθμός νοσοκομειακών κλινών μεταξύ των χωρών με υψηλό εισοδηματικό επίπεδο, αλλά χαμηλά ποσοστά πληρότητας, ως αποτέλεσμα μειωμένης διάρκειας νοσοκομειακής παραμονής.
Χρηματοδότηση	<ul style="list-style-type: none"> • Κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. • Καθοριστικός ρόλος του Κεντρικού Ταμείου Υγείας • Ύπαρξη Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας που προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη στο 90% του πληθυσμού. • Ασφαλιστική κάλυψη για προσυμπτωματικούς ελέγχους και 	<ul style="list-style-type: none"> • Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και 5% από ιδιωτικές πληρωμές • Η χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να θεωρηθεί έως αποκλειστικά δημόσια. • Ο τρόπος πληρωμής των 	<ul style="list-style-type: none"> • Σχεδόν κατά τα τρία τέταρτα από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Μικρότερα ποσοστά στην χρηματοδότηση προέρχονται από την ιδιωτική ασφάλιση και από κατ' ιδίαν πληρωμές από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας. • Υψηλό ποσοστό του ΑΕΠ αφιερώνεται στην υγεία, σε σύγκριση με άλλες 	<ul style="list-style-type: none"> • Έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση, παρά στην κοινωνική. • Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ καλύπτει μόνο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, ανάπηροι, μητέρες με χαμηλό εισόδημα). • Το 65% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ περίπου οι δύο στους δέκα είναι ανασφάλιστοι.

	<p>υπηρεσίες έγκαιρης αντίχρευσσης.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Για την πληρωμή των νοσοκομείων χρησιμοποιείται η μέθοδος των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων 	<p>νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, από σφαιρικούς προϋπολογισμούς σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και LHA ή GP's fundholders, το οποίο βασίζεται σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί του NHS με μισθό (60%) ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο. • Σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας κατά τα τελευταία χρόνια (8,7% του ΑΕΠ) 	<p>Ευρωπαϊκές χώρες.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ύπαρξη κυβερνητικού προγράμματος υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης, συνοδευόμενο από ένα τομέα ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης, που καλύπτει τις περισσότερες από τις κατ'ιδίαν δαπάνες και τις περιπτώσεις όπου δεν παρέχεται επαρκής κάλυψη από δημόσιο πρόγραμμα ασφάλισης. • Οι δαπάνες, η διανομή νοσοκομειακών υπηρεσιών, οι τιμές των φαρμάκων, οι αμοιβές των γιατρών και η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων ρυθμίζονται από την εθνική κυβέρνηση. 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ είναι οι υψηλότερες στον κόσμο. Καλύπτονται κατά 45% από κρατικούς πόρους, κυρίως για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid, και το υπόλοιπο 55% από ιδιωτικές δαπάνες (ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές). • Ραγδαία αύξηση των οικογενειακών ασφαλιστρών κατά την τελευταία δεκαετία. • Το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται από δημόσιες παροχές υγείας είναι από τα μικρότερα στον δυτικό κόσμο.
--	--	---	---	--

Προτάσεις για το Σύστημα Υγείας της Κύπρου

Μετά από την μελέτη των πιο αντιπροσωπευτικών Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη και του Συστήματος Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, το Κυπριακό Σύστημα Υγείας κρίνεται ως αρκετά διαφορετικό. Αρχικά, διαπιστώνεται μια σημαντική επιρροή από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας, με τυπολογικά χαρακτηριστικά που διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τις πολιτιστικές, κοινωνικές και οικονομικές ιδιαιτερότητες της χώρας. Επισημαίνεται ταυτόχρονα η αναγκαιότητα αναπροσαρμογής των κρατικών πολιτικών ελέγχου των δαπανών, δημιουργίας ενιαίου ασφαλιστικού φορέα και ενοποίησης του δημόσιου και των ιδιωτικών προμηθευτών. Τέλος, διαπιστώνεται αλλοτροίωση της κοινωνικής και δημόσιας φύσης της υγείας, ως αποτέλεσμα του επιχειρησιακού μοτίβου και της αγοραστικής αξίας των υπηρεσιών υγείας. Το ισχύον σύστημα υγείας στην Κύπρο παρουσιάζει σημαντικές αδυναμίες, όπως η γραφειοκρατία, η μη ευελιξία στον σχεδιασμό και ο αργός ρυθμός και απροθυμία για αλλαγές. Ο κίνδυνος δυσλειτουργίας και αναξιοκρατικών διαδικασιών είναι εμφανής, ιδιαίτερα σε θέματα αποφάσεων και στελέχωσης. Στα πιο πάνω προβλήματα προστίθεται και η άνιση πρόσβαση, καθώς και η ιδιωτική οικονομική επιβάρυνση. Στην Κύπρο απουσιάζει η κοινωνική ασφάλιση και το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τους ίδιους τους πολίτες, γεγονός που δεν συνάδει με τον στόχο του ΠΟΥ για δίκαιη οικονομική κατανομή, δηλαδή προστασία από χρηματοοικονομικούς κινδύνους και καταβολή δίκαιου μεριδίου των συνολικών δαπανών υγείας από τα νοικοκυριά.

Το Σύστημα Υγείας της Κύπρου έχει ανάγκη από μια ριζοσπαστική μεταρρύθμιση. Η απαρχή για αποτελεσματικότερες, αποδοτικότερες και καλύτερα οργανωμένες υπηρεσίες υγείας, μπορεί να είναι η εισαγωγή του επικείμενου Γενικού Σχεδίου Υγείας (Λεοντίου, 2008). Μέσω του Γενικού Σχεδίου Υγείας προτείνονται μεταρρυθμίσεις που επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αφορούν στο κόστος των ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών και πρόσβασης σε ποιοτική υγειονομική φροντίδα για όλο τον πληθυσμό.

Η απουσία ενός Γενικού Σχεδίου Υγείας, στο οποίο θα εντάσσονταν δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες, δεν λειτουργεί ενάντια μόνο στον δημόσιο τομέα, αλλά και ενάντια στον ιδιωτικό. Για τον δημόσιο τομέα τίθεται ζήτημα κινδύνου απουσίας της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, εφόσον καλείται να εξυπηρετήσει ένα τεράστιο αριθμό ασθενών, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας αντιμετωπίζει μεγάλο πρόβλημα βιωσιμότητας.

Με το ισχύον σύστημα, κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας δεν αναμένεται, ακόμα και με αύξηση των κρατικών δαπανών για την υγεία.

Αντίθετα, όταν επιτευχθεί μια επιτυχής ανασυγκρότηση του συστήματος, θα μπορούσε να οδηγήσει σε θεαματικές βελτιώσεις των υπηρεσιών, με τα ίδια επίπεδα χρηματοδότησης. Παρόλα αυτά, η μεταρρύθμιση εξελίσσεται με πολύ αργό ρυθμό και η εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας εκκρεμεί για πολλά χρόνια. Η μεταρρύθμιση, είτε είναι χίμαιρα, είτε άκαιρο λάθος, είτε επιτακτική ανάγκη (Σαμούτης, 2012), αναμένεται πάντως να επιφέρει την πρόοδο.

Στα πλαίσια των δημογραφικών προκλήσεων και της πίεσης που ασκείται στα συστήματα υγείας, οι μεταρρυθμίσεις θα πρέπει να εφαρμοστούν για να βελτιωθούν η σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας και η βιωσιμότητα, αξιολογώντας τις επιδόσεις αυτών των συστημάτων με γνώμονα τον διττό στόχο της πιο αποδοτικής χρήσης των δημόσιων πόρων και της πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας. Η μελλοντική ικανότητα για παροχή υψηλής ποιότητας περίθαλψης σε όλους θα εξαρτηθεί από την αύξηση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας και της ικανότητάς τους να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις που θα εμφανιστούν στο μέλλον, παραμένοντας οικονομικά αποδοτικά και δημοσιονομικά βιώσιμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

Βλάσσης Ι. (2015). Πανεπιστημιακές Παραδόσεις για το Μεταπτυχιακό Στη Δημόσια Διοίκηση του Πανεπιστημίου Νεάπολις Πάφου. ΜΡΑ601: Αρχές Διοίκησης και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (4.4.2011). ΟΔΗΓΙΕΣ: Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9^{ης} Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014). Ανακοίνωση της Επιτροπής: Για Αποτελεσματικά, Προσβάσιμα, και Ανθεκτικά Συστήματα Υγείας. Βρυξέλλες, 4.4.2014 COM (2014) 215 final

Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, εκδ. Παπαζήση.

Καλογεροπούλου, Μ, Μπουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, Τόμος Α. Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Λεοντίου, Ι. (2008). Αρχές που διέπουν το Σύστημα Υγείας της Κύπρου στην βάση των κυριότερων Θεωριών δημιουργίας Κράτους Πρόνοιας. Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά, 9(2): 11-18.

Λιαρόπουλος, Λ.Λ. (2007) Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α΄ Τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Πολύζος Ν. (2013). Μελέτη Οργάνωσης – Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Κομοτηνή – Αθήνα.

Σαμούτης, Γ. (2012). Μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στην Κύπρο. The Cyprus health journal (42).

Τούντας, Γ. (1986). Αξιολόγηση Υπηρεσιών Υγείας. Πολιτική Υγείας. Mat Med Gr 1986, 14:316–320

Τούντας Γ. (2001). Τα Συστήματα Υγείας στον 21^ο αιώνα. Ιατρική, 79: 215-217.

Τούντας Γ. (2003). Η βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Αθήνα.

Τούντας Γ. και Οικονόμου Ν.Α. (2007). Αξιολόγηση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Οικονομικά της Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1): 7-21.

Χλέτσος, Μ. (1999) Κοινωνική Πολιτική ΣΕ Δικαίος, Κ., Χλέτσος, Μ., Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. σελ. 97-232.

Χλέτσος Μ. (2011). Οικονομικά της Υγείας. Εκδόσεις Πατακης

Υφαντόπουλος Γ., Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι. (2005). Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας. Οικονομικά της Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(1), Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2005, 73-96.

Thomas, R. (2006). Τα Οικονομικά της Υγείας. Εκδόσεις Κριτική.

ΕΠΙΛΟΓΕΣ

ACET, Inc. (2013). *Selecting an evaluation: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. Minneapolis, MN.

Addicott R et al. (2015). *Workforce planning in the NHS*. London, King's Fund (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Workforce-planning-NHS-Kings-Fund-Apr-15.pdf).

Birley, M. & Morel, N. (1998). *A practical guide to academic research*. London: Kogan Page

Britnell M. (2015). *In Search of the Perfect Health System*. London: Palgrave.

Bundesärztekammer (2014). *Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ärztestatistik 2012*. Berlin, Bundesärztekammer.

Busse R, Blümel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(2):1–296.

Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(3): 1–218.

Crisp, N. (2011). *24: Hours to save the NHS. The Chief Executive's Account of Reform 2000-2006*. Oxford University Press. Oxford

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neil, C., Steel, D (2015). United Kingdom: Health System review. *Health Systems in Transition*, 17(5): 1-125.

Dalmia, Shikha (August 26, 2009). "The Evil-Mongering of the American Medical Association". *Forbes*. Retrieved January 17, 2014.

Dolley, J. (1994) *Planning, monitoring and evaluating learning programmes*. Buckingham: Open University Press

Donabedian A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milb Mem Fd Quart*, 44:166.

European Commission, (2014). *Communication from the Commission. On effective, accessible and resilient Health Systems*. Brussels, 4.4.2014 COM(2014) 215 final

Gillam, M. (2001). *What Has New Labour Done for Primary Care. Perceptual Evolution, a stocktake*. The King's Fund, London.

Harrison A., Dixon J., New B., Judge K. (1997). Can the NHS cope in future? *British Medicine Journal*, 314:296–298

Jones A., O'Donnell O. (2002). *Econometric Analysis of Health Data*. J. Willey & Sons.

KaiserEDU.org. *U.S. Healthcare Costs: Background Brief. Trends in Health Care Costs and Spending, March 2009 – Fact Sheet*. Kaiser Permanente

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

Laing & Buisson (2009), Laing's healthcare market review 2009-2010. London, Laing & Buisson.

Leger, A.S.S., Schnieden, H. Walsworth-Beli, J.P. (1992). Evaluating health services effectiveness. Open University Press, Philadelphia, 1992:1–107

Ognyanova, D. and Busse, R. (2011). A destination and a source: Germany manages regional health workforce disparities with foreign medical doctors. In: Wismar M et al. (eds). Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. Copenhagen, Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:211–242

OECD (2004). The OECD Health Project. Towards High – Performing Health Systems. Policy Studies. OECD Publications.

OECD (2011). OECD Health at a Glance 2011: OECD indicators. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD Health Statistics (2014). Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

OECD (2014). Health insurance coverage for a core set of services, share of population, 2011. In: Society at a Glance 2014. Paris: OECD Publishing.

OECD (2014), Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Osterweil N. (2005). Medical Research Spending Doubled Over Past Decade, MedPage Today, September 20.

Peacock S, Chan C, Mangolini M, Johansen D. (2001) Techniques for measuring efficiency in health services. Productivity Commission Staff Working Paper, July, Australia

Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L.Y., Barnes, A.J., Saltman, R.B., van Ginneken, E. (2013). United States of America: Health system review. Health Systems in Transition, 15(3): 1–431.

Rodwin V. (1981). The marriage of national health insurance and la médecine libérale: a costly union. Milbank Mem Fund Q Health Soc.;59:16–43.

Rubin, F. (1995). A basic guide to evaluation for development workers. Oxford: Oxfam Publications.

Sekhri, N. & Savedoff, W (2005). Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. Policy & Practice. Bulletin of the World Health Organization, 83: 127-134.

Statistisches Bundesamt (2013b). Gesundheit: Personal 2000–2011. Lange Reihe. Fachserie 12 Reihe 7.3.2. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Steffen M. (2016). International Health Care Systems. Universalism, Responsiveness, Sustainability – Regulating the French Health Care System. The New England Journal of Medicine, 374;5: 401-405.

The Center for Health Workforce Studies (2012). Health Care Employment Projections: An Analysis of Bureau of Labor Statistics Occupational Projections 2010-2020. School of Public Health, University at Albany State University of New York One University Place, Suite 220.

(WHO) (2000). The World Health Report 2000:Health Systems: Improving Performance, Geneva: WHO

World Health Organization (2010). World Health Organization Assesses the World's Health Systems. Who.int. 8

WHO (2011), World health statistics 2011. Geneva: World Health Organization.

Williams A. (1998) Priority setting in public and private health care: A guide through the ideological jungle. J Health Econ vol.7, p.173- 183.

Wilper A.P., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U. (2009). Health Insurance and Mortality in US Adults. American Journal of Public Health, 99(12), 2289-2295.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. (2014). Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. New York: The Commonwealth Fund; www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror

http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en

Edwards, N. (2015). What's behind the drop in A&E performance? London, Nuffield Trust (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/blog/what%E2%80%99s-behind-drop-ae-performance>)

Göppfarth D, Henke K-D. The German Central Health FundRecent developments in health care financing in Germany. Health Policy (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.11.001>.

OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, April 2015.

OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, April 2015.

WHO, The European Observatory on Health Systems and Policies (2016). Publications: Health Systems Reviews (HiTs): <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>

OECD (2013). Health at a Glance 2013. OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

The WHO European Observatory on Health Systems and Policies (2014). About us. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us>

U.S. Census Bureau (2011). Census bureau projects U.S. population of 312.8 million on New Year's Day. Press release 29 December 2011: <http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/population/cb11-219.html>

U.S. Census Bureau (2012). Statistical abstract of the United States (<http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0005.pdf>, accessed 19 April 2013).

World Bank, 2015: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.25>